

# DUHOVNA DIMENZIJA FIZIOTERAPEUTA U PROCESU PALIJATIVNE SKRBI BOLESNIKA

*Mirko Ljubas*

Ključne riječi: *Fizioterapija, duhovna dimenzija, palijativna skrb*

## 1. UVOD

Palijativna skrb danas se smatra integralnim pristupom njezi pacijenata s kroničnom, progresivnim i neizlječivim bolestima. Cilj ove skrbi nije samo liječenje bolesti nego ublažavanje patnje i poboljšavanje kvalitete života bolesnika u svim njegovim dimenzijama - tjelesnoj, psihičkoj, socijalnoj i duhovnoj(1). U tom multidimenzionalnom okviru fizioterapeuti zauzimaju ključnu ulogu ne samo u očuvanju i poboljšanju tjelesnih funkcija nego i pružanju cjelovite potpore pacijentu. Duhovna dimenzija postaje sve priznati segment palijativne skrbi jer se pokazalo da su upravo duhovne potrebe često duboki izvor utjehe, smisla i nade za pacijente suočene s krajem života(2). Duhovnost se može definirati kao potraga za smislom i svrhom, osjećaj pripadnosti nečemu većem od sebe, te traženje unutarnjeg mira i nade, bez obzira na religijska uvjerenja(3). U tom kontekstu fizioterapeuti su pozvani da kroz svoj rad i komunikaciju prepoznaju i integriraju duhovne aspekte, jer su tijelo i duh neraskidivo povezani. Ovaj rad nastoji prikazati važnost duhovne dimenzije u radu fizioterapeuta unutar palijativne skrbi, naglasiti etičke aspekte i profesionalne odgovornosti te ponuditi praktične primjere kako se duhovnost može manifestirati i poduprijeti u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Cilj je osvijestiti značenje holističkog pristupa koji pridonosi potpunijoj i kvalitetnijoj skrbi o bolesnicima.

---

\* Mirko Ljubas, bacc.physioth. i Bobath terapeut s iskustvom u radu s teško pokretnim i palijativnim pacijentima u kućnim i ambulantnim uvjetima. Zaposlen je u Poliklinici Priska Med u Splitu, gdje u svakodnevnoj praksi njeguje holistički pristup koji uključuje i duhovnu potporu bolesnicima i njihovim obiteljima. Posebno ga zanima područje neurorehabilitacije, ali i duhovni aspekti zdravstvene skrbi te uloga fizioterapeuta u interdisciplinarnim timovima.

## 2. PALIJATIVNA SKRB I NJEZINE DIMENZIJE

Svjetska zdravstvena organizacija definira palijativnu skrb kao pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i članova njegove obitelji suočenih s problemima povezanim s bolestima opasnim za život, kroz prevenciju i ublažavanje patnje, ranim prepoznavanjem, ocjenom i liječenjem boli i drugih problema, tjelesnih, psihosocijalnih i duhovnih(1). Ova definicija naglašava holistički pristup koji uključuje i brigu o duhovnim potrebama. Duhovne potrebe u palijativnoj skrbi mogu uključivati: potragu za smislom i svrhom, osjećaj mira, nadu, opraštanje, pomirenje s prošlošću te potrebu za zajedništvom i potporom(4). Zanemarivanje ovih potreba može rezultirati većom psihičkom patnjom, osjećajem usamljenosti i egzistencijalnim krizama.

## 3. ULOGA FIZIOTERAPEUTA U PALIJATIVNOJ SKRBI

Fizioterapeuti u palijativnoj skrbi imaju zadatak održavati ili poboljšati tjelesnu funkciju, ublažavati bol i simptome, sprječavati komplikacije te povećavati samostalnost pacijenta(5). Ali u toj skrbi nije dovoljno fokusirati se samo na tjelesno zdravlje; kvalitetna palijativna skrb zahtijeva uvažavanje cjelokupnog bića pacijenta, uključujući njegove duhovne i emocionalne potrebe. Kroz fizioterapeutske tretmane terapeuti mogu graditi povjerenje i emocionalnu povezanost s pacijentom, pružajući mu osjećaj sigurnosti, poštovanja i potpore. Ti aspekti često olakšavaju prihvaćanje bolesti i potiču psihičku otpornost(6).

## 4. DUHOVNA DIMENZIJA U FIZIOTERAPIJI

Duhovnost u zdravstvenoj skrbi ne odnosi se samo na religijske prakse nego i na opću ljudsku potrebu za smislom, povezanošću i prihvaćanjem(3). Za fizioterapeuta to znači biti osjetljiv na potrebe pacijenta, aktivno ga slušati, poštivati njegove vrijednosti i pružiti mu potporu u skladu s njegovim željama i uvjerenjima(7). Etički aspekti uključuju poštovanje autonomije pacijenta, čuvanje povjerljivosti te izbjegavanje nametanja vlastitih uvjerenja(8). Također je važno da fizioterapeuti prepoznaju kada je potrebna suradnja sa svećenicima ili drugim članovima tima specijaliziranim za duhovnu skrb.

## 5. PRAKTIČNI PRIMJERI INTEGRACIJE DUHOVNOSTI U FIZIOTERAPIJSKOJ SKRBI

U svakodnevnom radu s palijativnim bolesnicima fizioterapeuti često susreću različite izraze duhovnih potreba, koje mogu biti iznimno individualne i nijansirane. Primjerice, kod bolesnika s teškim malignim oboljenjima koji se suočavaju s ograničenom pokretljivošću, fizioterapeut može u empatijskoj komunikaciji prepoznati izraženu tugu, strah od smrti ili osjećaj bespomoćnosti. U takvim situacijama terapijski pristup nije ograničen samo na fizičke vježbe nego uključuje i emocionalnu i duhovnu potporu. Jedan od primjera je prilagođavanje tretmana tako da se u terapijske tretmane uključi razgovor o pacijentovim vrijednostima i vjerovanjima te time omogući prostor za izražavanje i olakšavanje emocionalnih i duhov-

Tablica 1: Primjeri duhovnih potreba i odgovora fizioterapeuta u duhovnoj skrbi

Duhovne potrebe pacijenta	Primjeri u praksi	Odgovori fizioterapeuta
Potreba za smislom i svrhom	Razgovori o životnim vrijednostima	Otvorena i pomna komunikacija; poticanje izražavanja misli i osjećaja
Traženje unutar-njeg mira i prihvaćanja	Strah od smrti, osjećaj tuge	Empatijsko slušanje; pružanje emocionalne potpore i smirivanja anksioznosti
Potreba za nadom i optimizmom	Izražavanje želje za boljim danima	Ohrabrivanje, fokusiranje na male pozitivne ciljeve
Potreba za opraštanjem i pomirenjem	Neriješeni sukobi, žaljenje	Diskretan i nježan pristup; usmjeravanje prema razgovoru o oprostima (ako pacijent želi)
Potreba za zajedništvom i pripadnošću	Osjećaj usamljenosti	Pružanje prisutnosti, uključivanje obitelji i zajednice kroz multidisciplinarni rad
Potreba za religijskom praksom	Molitva, bolesničko pomazanje	Poštivanje i potpora u provođenju duhovnih i religijskih aktivnosti

nih tegoba. Također, fizioterapeut može ohrabriti bolesnika da koristi svoje duhovne prakse, primjerice molitvu, kao dio samopomoći u suočavanju s bolešću i patnjom. Važno je istaknuti da fizioterapeut treba prepoznati svoje granice te u slučaju izraženijih duhovnih ili egzistencijalnih kriza uputiti pacijenta na suradnju s duhovnim osobljem ili psiholozima. U tom smislu, multidisciplinarni pristup osigurava cjelovitu skrb, koja uvažava sve dimenzije čovjekova postojanja (1, 2).

## 6. RASPRAVA

Uloga fizioterapeuta u palijativnoj skrbi značajno se proširila od pukog izvođenja fizičkih vježbi do uključivanja holističkog pristupa u kojem je duhovnost važan element(3). Razumijevanje i integracija duhovne dimenzije može pridonijeti boljoj komunikaciji, povećanju povjerenja i smanjenju anksioznosti bolesnika, što je važno za uspješnost terapije(4). Etika i profesionalnost temeljni su u pristupu duhovnosti. Fizioterapeuti moraju biti osjetljivi na individualne potrebe pacijenata, poštujući njihova prava i autonomiju(5). Nametanje vlastitih stavova može biti štetno i narušiti odnos povjerenja. Također, fizioterapeuti trebaju biti educirani o osnovama duhovnosti kako bi kvalitetnije odgovorili na potrebe pacijenata(6). Ograničenje u uključivanju duhovnosti u fizioterapijsku praksu može proizaći iz nedostatka edukacije, vremenskih ograničenja i straha od neprimjerenog postupanja. Međutim, i male geste pažnje, kao što su aktivno slušanje ili iskazivanje suosjećanja mogu imati značajan pozitivan učinak(7).

## 7. ZAKLJUČAK

Duhovna dimenzija ključni je segment palijativne skrbi, a fizioterapeuti imaju važnu ulogu u prepoznavanju i podupiranju tih potreba kroz holistički i empatičan pristup. Integracijom duhovnih aspekata u terapiji poboljšava se ukupna kvaliteta života bolesnika, olakšava emocionalna patnja i jača otpornost u suočavanju s bolešću. Preporučuje se kontinuirana edukacija fizioterapeuta o važnosti i načinima uključivanja duhovnosti u kliničku praksu, kao i snažnija suradnja s drugim članovima palijativnog tima, uključujući svećenike. Time se osigurava cjelovita i etički ispravna skrb koja uvažava dostojanstvo i jedinstvenost svakog pacijenta.

## 8. LITERATURA

1. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: WHO; 2018.
2. Puchalski CM, Ferrell B, Virani R, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med.* 2009;12(10):885–904.
3. Sulmasy DP. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist.* 2002;42(suppl\_3):24–33.
4. Balboni TA, Balboni M. The spiritual event of serious illness. *J Pain Symptom Manage.* 2018;56(5):816–822.
5. McSherry W, Ross L. *Spiritual assessment in healthcare practice.* Keswick: M&K Publishing; 2010.
6. Selman L, Brighton LJ, Sinclair S, et al. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliat Med.* 2018;32(1):216–230.
7. Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ.* 2007;335(7612):184–187.
8. Cobb M, Puchalski C, Rumbold B. *Oxford textbook of spirituality in healthcare.* Oxford: Oxford University Press; 2012.