



Dušobrižništvo u zdravstvu iz perspektive zdravstvenog djelatnika*

Izv. prof. dr. sc. prim. Rok Čivljak, dr. med.

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Zagreb

E-mail: rok.civljak@bfm.hr

ORCID: 0000-0001-8766-7438

Sažetak

Tijekom bolesti stradava čovjekovo tjelesno i psihičko zdravlje, ali i duhovno zdravlje, zbog čega suočavanje s bolešću i smrću predstavlja velik izazov za bolesnike i članove njihovih obitelji, kao i za zdravstvene djelatnike. Liječnici su pozvani skrbiti o tjelesnom i psihičkom zdravlju, dok su skrb o duhovnom zdravlju pozvani provoditi dušobrižnici. Stoga dušobrižništvo treba biti važna sastavnica zdravstvene skrbi jer briga o duhovnim i vjerskim potrebama bolesnika pozitivno utječe na ishode zdravstvene skrbi. Dušobrižnik nije nužno svećenik; on može biti i laik ako djeluje kao duhovnik, a u nekim izvanrednim okolnostima čak i sam zdravstveni djelatnik pri čemu on ne mora nužno dijeliti ista svjetonazorska i vjerska uvjerenja s bolesnikom. Za implementiranje dušobrižništva u zdravstveni sustav potrebno je definirati edukaciju, kvalifikacije i kompetencije dušobrižnika i u hrvatskom obrazovnom sustavu. Bolnički kapelani i dušobrižnici u prilici su da pridonesu budućem razvoju duhovne, ali i zdravstvene skrbi u zdravstvenim ustanovama. No uloga dušobrižnika nije svugdje zaživjela i prihvaćena, iako je u literaturi dobro definirana i znanstveno potkrijepljena. Zdravstveni djelatnici moraju jasnije vidjeti ulogu dušobrižnika i potrebu njihove prisutnosti u zdravstvenim ustanovama, a dušobrižnici pak moraju shvatiti važnost njihova kompetentnog uključivanja u zdravstvenu skrb kako bi ih sustav prepoznao kao sastavni dio interdisciplinarnog tima koji bolesnicima i članovima njihovih obitelji, ali i zdravstvenim djelatnicima pruža integriranu skrb.

Ključne riječi: bolesnik, bolnički kapelan, dušobrižnik, dušobrižništvo, svećenik, zdravstveni djelatnici

Spiritual care in healthcare from the perspective of healthcare professionals

Summary

During illness, a person's physical and mental health, as well as spiritual health, suffer. Therefore, facing illness and death represents a great challenge for patients and their family members, as well as for healthcare professionals. Physicians are called to care for physical and mental health, while spiritual health is the domain of spiritual caregivers. Thus, spiritual care should be an essential component of healthcare, as addressing the spiritual and religious needs of patients has a positive impact on healthcare outcomes. A spiritual caregiver is not necessarily a priest; he/she can also be a layperson acting in a spiritual capacity, and in some exceptional circumstances, even a healthcare

* Ovaj članak je za tisak prilagođeno izlaganje koje je izv. prof. dr. sc. prim. Rok Čivljak, dr. med. održao 17. listopada 2025. u Zagrebu na studijskom danu „Dušobrižništvo u zdravstvu“ za djelatnike i suradnike u zdravstvu, u organizaciji Hrvatske biskupske konferencije, Hrvatskog katoličkog liječničkog društva i Hrvatskog katoličkog sveučilišta. Izlaganje je nastalo prema članku „Izazovi dušobrižništva bolesnika i zdravstvenih djelatnika iz perspektive liječnika“ objavljenog u zborniku „Dijalogom i suradnjom do svakog čovjeka dobre volje“ u čast prof. dr. sc. Stjepana Balobana povodom 70. obljetnice života, u izdanju Kršćanske sadašnjosti i Katoličkog bogoslovnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (preuzeto uz suglasnost uredništva).



professional himself although he does not necessarily have to share the same worldview and religious beliefs as the patient. To implement spiritual care in the healthcare system, it is essential to define the education, qualifications, and competencies of spiritual caregivers within the Croatian educational system. Hospital chaplains and spiritual caregivers have the opportunity to contribute to the future development of both spiritual and health care in healthcare institutions. However, the role of spiritual caregivers has not yet been widely accepted or realized, even though it is well-defined and scientifically supported in the evidence-based literature. Healthcare professionals need to have a clearer understanding of the role of spiritual caregivers and the necessity of their presence in healthcare institutions, while spiritual caregivers must recognize the importance of their competent integration into healthcare to be acknowledged by the system as an integral part of the interdisciplinary team that provides integrated care to patients and their family members, as well as healthcare professionals.

Keywords: patient, hospital chaplain, spiritual caregiver, spiritual care, priest, healthcare professionals

1. Uvod

Suočavanje s bolešću i smrću, osobito tijekom hospitalizacije, predstavlja velik izazov za bolesnike, članove njihovih obitelji, ali i liječnike i druge zdravstvene djelatnike koji o njima skrbe. Tijekom bolesti stradava čovjekovo tjelesno i psihičko blagostanje, ali i duhovno zdravlje. Dok su liječnici pozvani skrbiti o tjelesnom i psihičkom zdravlju, skrb o duhovnom zdravlju pozvani su provoditi dušobrižnici. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), zdravlje je stanje potpunoga tjelesnog, duševnog i društvenog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti i nemoći; ono je osnovno ljudsko pravo, a postizanje najviše razine zdravlja najvažniji je društveni cilj. SZO je donio strategiju „Zdravlje za sve u 21. stoljeću“ koja se temelji na socijalnim odrednicama zdravlja; polazišta su joj promicanje zdravlja socijalnim i ekonomskim razvojem, ali se nigdje ne spominje dušobrižništvo kao integralan dio zdravstvene skrbi (1).

S napretkom znanosti i različitih tehnologija došlo je do značajnog produljenja životnog vijeka ljudi, pa i bolesnika koji imaju brojne kronične i maligne bolesti. S druge strane, društvene su promjene utjecale na profesionalne i međuljudske odnose što je ugrozilo poštivanje dostojanstva ljudske osobe. Pred kulturom koja nam često sugerira da cjelokupni zdravstveni sustav promatramo kao i svako drugo poslovanje, a zdravlje kao proizvod koji se

nudi korisniku/bolesniku, potrebno je istaknuti središnju važnost ljudske osobe te dostojanstvo čovjeka – i zdravstvenog djelatnika i bolesnika i članova njihove obitelji (2).

Pozornost usmjerena na cijelu osobu proizlazi iz spoznaje da bolesnici doživljavaju ne samo fizičku nego i psihosocijalnu i duhovnu patnju. Tu patnju doživljavaju osobe, a ne samo tijela, što ukazuje na važnost holističkog pristupa bolesnicima te poštivanja dostojanstva bolesnika kao ljudske osobe. Prva je to prepoznala Cicely Saunders (1918. – 2005.), osnivačica prvoga modernog hospicija i jedna od najzaslužnijih osoba za uspostavljanje kulture palijativne skrbi. Začetnica je koncepta „potpune boli“, što uključuje tjelesnu, psihološku, društvenu i duhovnu dimenziju patnje. Stoga je u pristupu teškim i umirućim bolesnicima obuhvatila sve elemente boli, uz uvažavanje dostojanstva bolesnika kao i ugradnju suosjećanja u zdravstvenu skrb, a sve uz isključivo korištenje medicine utemeljene na dokazima (EBM, od engl. *evidence-based medicine*) u liječenju i zbrinjavanju bolesnika (3).

No koja je tu uloga dušobrižnika? Iako se duhovnost i vjerske potrebe bolesnika često zanemaruju, raste spoznaja o njihovoj važnosti za poboljšanje ishoda zdravstvene skrbi. Dušobrižnik, koji ne mora nužno biti svećenik, može biti i laik ako djeluje kao duhovnik, a u nekim izvanrednim okolnostima čak i sam zdravstveni djelatnik. Svaki bolesnik koji se nađe



u potrebi za hospitalizacijom, uz zdravstvenu skrb ima pravo i na svog dušobrižnika, pri čemu nije nužno da on s njim dijeli ista svjetonazorska i vjerska uvjerenja (4).

S vremenom su se izdvojila tri ključna elementa dušobrižništva: edukacija, kvalifikacija i kompetencije dušobrižnika. U kontekstu rastuće multikulturalnosti i multikonfesionalnosti, potrebno je osigurati jednaku pastoralnu skrb za sve bolesnike, uključujući i one koji nisu vjernici. Jednako tako, s obzirom na nužnost timskog rada u zdravstvu, razmatra se kako definirati ulogu i doprinos bolničkih kapelana u interdisciplinarnoj skrbi za bolesnike, njihove obitelji, ali i za zdravstvene djelatnike. Zbog evaluacije i mjerljivosti učinkovitosti dušobrižništva u zdravstvu u kontekstu EBM, ukazuje se na potrebu provođenja kliničkih studija kojima bi se služba dušobrižništva bolje evaluirala te dokazali njezini pozitivni učinci na bolesnike, članove njihovih obitelji te na zdravstvene djelatnike (5).

Danas je ključno da dušobrižnici budu svjesni i socijalnih promjena koje se događaju u suvremenom društvu. Između bolesnika i zdravstvenih djelatnika nastaje sve veća razdaljina kao posljedica kulture u kojoj je na prvom mjestu novac, a ne čovjek. U takvoj novonastaloj situaciji sve se teže snalaze i zdravstveni djelatnici, čak i oni koji liječništvo i sestrinstvo doživljavaju kao poziv i zvanje, a ne samo kao profesiju i zanimanje. Katolička Crkva poziva na činjenje, to jest na nužne promjene u društvu kako bi se poboljšao odnos prema bolesnima i nemoćnima, ali i onima koji o njima skrbe (6).

Cilj ovog rada je osvijetliti ulogu bolničkih kapelana i dušobrižnika u zdravstvu te istaknuti njihov potencijal u pružanju pastoralne podrške bolesnicima i njihovim obiteljima, kao i zdravstvenim djelatnicima, kao i nedostatak interdisciplinarnе edukacije na tom području u Republici Hrvatskoj.

2. Dušobrižništvo bolesnika

Od stjecanja neovisnosti Republike Hrvatske 1990-ih, dušobrižništvo bolesnika počelo se uvoditi u neke hrvatske bolnice temeljem

ugovora između Svete Stolice i Republike Hrvatske (7). Ugovor o pravnim pitanjima iz 1996. jamči Katoličkoj Crkvi pravo na dušobrižništvo vjernika koji se nalaze u bolnicama, kao i u svim ustanovama zdravstvene i socijalne skrbi, a dušobrižničku djelatnost dužna je urediti posebnim ugovorom između nadležnih crkvenih vlasti i tijela Republike Hrvatske (8). U okviru tih ugovora, dušobrižnike imenuju mjesni ordinariji, a po nepisanom pravilu oni se brinu i za duhovne potrebe zdravstvenih djelatnika. Osnivanjem Hrvatskoga katoličkog liječničkog društva i Hrvatskoga katoličkog društva medicinskih sestara i tehničara, uvedene su i funkcije duhovnika (duhovnih asistenata) tih udruga i njihovih podružnica diljem Hrvatske (9,10). Tako se i kroz njihovu aktivnost počelo provodi dušobrižništvo barem dijela zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj, iako tom aktivnošću nisu bile obuhvaćene sve zdravstvene ustanove niti sve profesije u zdravstvu. No još uvijek, niti nakon trideset godina od uvođenja ove službe, pitanje dušobrižništva bolesnika i zdravstvenih djelatnika nije temeljito definirano, a nije ustrojen ni sustav trajne edukacije i formacije sadašnjih i budućih dušobrižnika u zdravstvu.

Uključivanje dušobrižnika u medicinske timove za pružanje zdravstvene skrbi izuzetno je važno, poglavito u bolnicama, čak i u sredinama u kojima se manji udio stanovništva izjašnjava vjernicima. Stoga dušobrižništvo ne treba nužno vezivati uz potrebe vjernika, a poglavito ne samo uz Katoličku Crkvu, iako su se stoljećima dušobrižništvom bavili isključivo bolnički kapelani, dakle svećenici. Istraživanje provedeno u Velikoj Britaniji pokazalo je da je dušobrižnik/kapelan u samo 4 % svojih susreta s bolesnicima bio u kontaktu s bolesnikom koji se nije izjašnjavao kao vjernik. U kriznim situacijama, poput bolesti i smrti, ljudi često traže razgovor s nekim tko dijeli njihove vjerske stavove i svjetonazor, tko može razumjeti njihovu perspektivu, kao i ponuditi visoku razinu empatije i suosjećanja. Stoga zbog porasta udjela vjernika drugih religija i vjerskih zajednica općenito, ali i u hrvatskom društvu (11), kao i zbog pada udjela vjernika među pučanstvom, treba razmišljati ne samo o povećanju broja katoličkih svećenika koji bi



se bavili dušobrižništvom nego i o uključivanju dušobrižnika drugih vjerskih zajednica, kao i uključivanju nereligioznih djelatnika u dušobrižničku službu kako bi se i bolesnicima koji nisu vjernici omogućio jednak pristup i kvaliteta zdravstvene skrbi (12).

Dok zemlje poput Hrvatske imaju još uvijek kratko i ograničeno iskustvo s dobrobitima dušobrižništva u bolnicama, druge države razmatraju specifične ciljeve i učinke dušobrižništva na pojedine medicinske postupke i situacije. Pokazalo se da duhovna skrb ima pozitivan učinak na kvalitetu života i duhovno blagostanje bolesnika s terminalnom bolešću zbog čega se predlaže integracija dušobrižništva u standardnu palijativnu skrb (13). Do sličnih rezultata došli su i autori istraživanja učinka dušobrižništva na onkološke bolesnike. Duhovna patnja negativno utječe na kvalitetu života oboljelih od malignih bolesti te se pokazalo da je duhovnost važna sastavnica zdravlja i opće dobrobiti onkoloških bolesnika. Zbog toga je uvođenje intervencija koje se temelje na duhovnosti postalo ključno za podupiranje duhovne dobrobiti bolesnika s malignom bolešću. Zbog toga su mnoga nacionalna i međunarodna onkološka društva, kao i društva za potporu palijativnim bolesnicima, formirala radne skupine i izradila specifične preporuke i smjernice za takvu vrstu skrbi (14). No važno je o ovim spoznajama upoznati i informirati onkologe kako bi se duhovnost integrirala kao sastavnica skrbi za onkološke bolesnike.

Iznimno je važno uz zdravstvene djelatnike i duhovnike uključiti u zdravstvenu skrb bolesnika na kraju njihova života. Ukoliko bi na odjelu bio nazočan bolnički kapelan ili dušobrižnik, on bi mogao prepoznavati slučajeve distanazije (produžavanje agonije, patnje i odgađanje neizbježne smrti bolesnika kada se provode određene terapijske mjere za koje se zna da neće rezultirati povoljnim ishodom i preživljenjem) te sugerirati primjenu ortotanazije (dostojanstvena smrt, bez namjernog skraćivanja, ali i bez produljenja života, unatoč poznatom ishodu) (15). Takvi trenutci nisu lagani ni za bolesnika, ni za članove obitelji, kao ni za nadležnog liječnika. Upravo je stoga pri donošenju takvih

odluka važna nazočnost dušobrižnika koji će svim sudionicima donošenja tako važne odluke biti od velike pomoći.

U pružanju zdravstvene skrbi zdravstveni djelatnici i dušobrižnici trebali bi uzeti u obzir duhovne potrebe svojih bolesnika, ali i njihovo socijalno i kulturno podrijetlo te vjeroispovijest. Stoga dušobrižništvo treba organizirati ne samo za većinsko stanovništvo nego i za pripadnike etničkih manjina te vjernike drugih vjeroispovijesti.

U Europi i sredinama gdje muslimani nisu većinsko stanovništvo, ali čine sve veći dio populacije, zdravstvenim djelatnicima potrebno je osvijestiti specifičnost potreba i pristupa vjernicima drugih vjeroispovijesti kako bi imali osnovno razumijevanje njihovih temeljnih vrijednosti, tradicije i uvjerenja. Arshia Madni i suradnici izdvojili su deset osnovnih načela kojih se pridržavaju mnogi muslimanski pacijenti i njihove obitelji, a koja mogu pomoći za razumijevanje njihovih potreba te pružanje zdravstvene skrbi na kulturno i vjerski inkluzivan način: 1) redovito klanjanje pet propisanih dnevnih namaza i učenje *Kur'ana*, što im je važno za dobivanje snage i suočavanje s teškim bolestima; 2) potreba za susretom s vjerskim vođom ili imamom u trenutku bolesti; 3) pitanje povjerljivosti podataka, informiranog pristanka i medicinskog odlučivanja, što se može razlikovati kod muslimana u odnosu na zapadnjačku kršćansku kulturu; 4) post tijekom svetog mjeseca Ramazana i druge prehrabne navike (pitanje lijekova koji sadrže alkohol ili želatinu svinjskog porijekla); 5) poštovanje privatnosti muslimana u slučaju kulturno osjetljivih oblika liječenja; 6) odabir oblika liječenja ne mora uvijek biti prihvaćen zbog očekivanog prihvaćanja „Božje volje“; 7) muslimani bi mogli oklijevati od primjene analgezije i sedacije u sklopu palijativne skrbi; 8) različitost u prihvaćanju metoda liječenja terminalnih bolesnika (eutanazije/distanazije) zbog čega bi mogli tražiti savjetovanje s imamom; 9) različitost brige oko tijela umrlog i pripreme za ukop; 10) različitost pristupa teško bolesnom djetetu (pitanje punine opsega informiranja i odlučivanja mimo oca kojeg smatraju glavom obitelji) (16).



Slično je i s bolesnicima židovske vjeroispovijesti: 1) judaizam je više od religije te označava i kulturni i etnički identitet; 2) svetkovanje šabata može kolidirati s provođenjem nekih medicinskih postupaka; 3) neki Židovi mogu inzistirati na nekim prehrambenim ograničenjima vezanim uz obvezu blagovanja košer prehrane; 4) vrijednost spašavanja života (*pikuach nefesh*) može utjecati na odluke o primjeni mjera za produljene/očuvanje ljudskog života; 5) bolesnici Židovi mogu biti sumnjičavi kada ih kliničari ne-Židovi ispituju o vjeri zbog kolektivne međugeneracijske povijesne traume; 6) bolesnici koji se deklariraju kao ortodoksni Židovi mogli bi imati specifične praktične i duhovne probleme u slučaju teške bolesti i smrti; 7) judaizam propisuje vrlo striktan niz rituala prije i poslije smrti osobe; 8) Židovi mogu različito pristupiti pitanju darivanja organa zbog vjerskih različitosti u definiranju smrti; 9) mnogi Židovi smatraju molitvu važnom sastavnicom suočavanja s bolešću; 10) Židovi imaju različite stavove o zagrobnom životu (17).

3. Dušobrižništvo zdravstvenih djelatnika

Novija istraživanja pokazala su da medicinska skrb koja uključuje suosjećanje rezultira većom suradljivošću bolesnika i boljim ishodima liječenja. Suosjećanje zdravstvenih djelatnika pozitivno djeluje i na same zdravstvene djelatnike jer pridonosi manjoj pojavnosti sindroma izgaranja na poslu i većem zadovoljstvu zdravstvenih djelatnika. Stoga su neka zdravstvena učilišta započela s implementacijom programa za izučavanje empatije i suosjećanja, bilo u sklopu obveznih ili izbornih predmeta. Suosjećanje bi trebala biti vještina koju učimo, baš kao što učimo kako temeljito obaviti fizikalni pregled. Pokazalo se da bolesnikovu percepciju liječnikove empatije i/ili suosjećanja mogu povećati liječničke vještine koje odražavaju blizinu i suosjećanje, kao npr. sjedenje tijekom razgovora s bolesnikom, sposobnost otkrivanja neverbalnih emocionalnih znakova bolesnika, prepoznavanje i korištenje prilika za iskazivanje suosjećanja, neverbalno izražavanje brige i zainteresiranosti za bolesnika te verbalno izražavanje podrške (18).

No suočavanje s bolešću i smrću nije izazov samo za bolesnike, već to može biti i profesionalni i emocionalni izazov za liječnike i druge zdravstvene djelatnike. Iskustvo govori da mnogi zdravstveni djelatnici pod pritiskom brojnih profesionalnih izazova podlegnu tim pritiscima, što se može očitovati povećanim rizikom od nekih bolesti, ovisnosti i sindroma izgaranja na poslu (engl. *burnout*). Mnogi zdravstveni djelatnici pate od stresa povezanog s radom sa zahtjevnijim bolesnicima i u izvanrednim situacijama, ne samo tijekom pandemije COVID-19 nego i tijekom prethodnih pandemija. Stoga je nužno povećanje institucionalne podrške zdravstvenim djelatnicima i razvoj edukativnih programa za poboljšanje njihovih vještina u rješavanju tih izazova, vođenje zdravog načina života i razvijanje samosuosjećanja (engl. *Self-Compassion*) (19).

U nekim bolnicama, kao odgovor na krizne situacije, pokrenute su inicijative poznate kao kod lavande (od engl. *Code Lavender*). Riječ je o liniji pomoći zdravstvenim djelatnicima koja se može aktivirati u bilo koje vrijeme, a podrazumijeva fizičku prisutnost educirane osobe koja izražava želju za pomoći i blizinom, nuđenje individualnog ili timskog razgovora, sve do dodatne psihološke i farmakoterapije, pa i duhovne pomoći. Ove intervencije provodi educirani pojedinac, a nerijetko i cijeli multidisciplinarni tim koji uključuje i duhovnika (svećenika). U nekim ustanovama formiraju se već i interdisciplinarni timovi, tzv. timovi lavande (od engl. *Team Lavender*), koji su postali jedna od sastavnica koordiniranog oblika duhovne, emocionalne i psihološke podrške zdravstvenim radnicima, u kojima često sudjeluju svećenici i bolnički kapelani. Time nazočnost dušobrižnika u zdravstvenim ustanovama dobiva novu dimenziju. Naime, dušobrižnike ne treba doživljavati kao izolirane pojedince, već kao integralan dio medicinskog tima koji bolesnicima, ali i zdravstvenim djelatnicima, pruža holističku zdravstvenu skrb (20). Slični programi mogli su se primijeniti na zdravstvene djelatnike i tijekom pandemije COVID-19, ali su najčešće izostali.



Dušobrižništvo zdravstvenih djelatnika veoma je važna funkcija bolničkih kapelana. Procjenjuje se da bolnički kapelani čak 10 – 30 % svoga vremena provedu u duhovnoj skrbi za zdravstvene djelatnike, a u nekima čak i više od toga. Najčešće prijavljene aktivnosti bile su one vjerskog sadržaja, poput blagoslova i misnih slavlja, a potom i sudjelovanje u standardiziranim protokolima za krizna stanja, poput podrške bolničkom osoblju u slučaju smrtnog ishoda bolesnika i drugim kriznim situacijama. Potrebno je dalje istražiti kako sustavnim mjerama podržati bolničke kapelane u tim aktivnostima te istražiti odražavaju li se takve aktivnosti pozitivno na iskustva i ishode samih bolesnika (21).

Stoga je dušobrižništvo zdravstvenih djelatnika iznimno važno za očuvanje njihova duhovnog, ali i fizičkog i psihičkog integriteta, što im pomaže da kvalitetnije obavljaju svoje profesionalne zadaće. No, ne samo to – duhovno osnaženi zdravstveni djelatnici mogu kvalitetnije obavljati i druge životne zadaće, što pridonosi boljoj kvaliteti njihova profesionalnog, ali i privatnog života.

4. Dušobrižništvo u izvanrednim okolnostima

Kada u jednom narodu ili društvu iznenada nastanu izvanredne okolnosti u kojima se razvije opće nesnalaženje, nesigurnost i strah pred budućnošću, ljudi se s pravom okreću Bogu. To se osobito odnosi na bolesne i siromašne, nemoćne i oštećene, različitim nepravdama povrijeđene ljude. Usprkos slabostima i pogreškama vjerskih službenika, ljudi u njih imaju povjerenja jer ono što rade nije samo ljudsko, nego i božansko djelo. Takva svijest postoji i u hrvatskom narodu u odnosu na Katoličku Crkvu, koja je uvijek bila oslonac i utočište u teškim vremenima (22).

No, uslijed tehnološkog i znanstvenog napretka medicine, suvremeni čovjek stekao je privid vlastite neuništivosti, gotovo besmrtnosti, a nedavno iskustvo pandemije COVID-19 osvijestilo nas je spoznajom da smo ranjivi i smrtni (23). Početkom pandemije dovedeno je u pitanje i dostojanstvo umiranja jer je čovjek

često umirao sam, ponekad bez dostojanstvenoga rastanka od svojih najbližih, a ponekad i bez dostojanstvenoga sprovoda. Sve se odvijalo tek u krugu nekolicine najbližih, ponekad samo uz nazočnost zdravstvenih djelatnika (24).

Stoga su specifičnosti zbrinjavanja oboljelih od COVID-19 kao i potreba za izolacijom te ograničavanje kontakta s oboljelima i umirućima stavili zdravstvene djelatnike pred nove izazove. Milijunima oboljelih i umirućih bilo je potrebno pružiti ne samo medicinsku skrb nego i utjehu i suosjećanje – bili su u potrebi za dušobrižnikom. Našli smo se pred izazovom redefiniranja uloge zdravstvenih djelatnika i vraćanja na zaboravljen holistički pristup bolesniku, koji je s vremenom pao u drugi plan. U prošlosti uobičajeni tročlani timovi (trijade) skrbitelja za bolesnike – liječnik, medicinska/časna sestra i svećenik – ponovno su postali aktualni jer čine ono čemu bi medicina trebala težiti kako bi udovoljila zahtjevima vremena. Dušobrižnik bi trebao biti dio toga tima jer razumije duhovne potrebe i bolesnika i zdravstvenog djelatnika. Iskustvo pandemije COVID-19 bila je prilika da ugrađivanjem suosjećanja u zdravstvenu skrb te intenzivnijim uključivanjem dušobrižnika u zdravstvene timove vratimo medicini njezin stvarni iskonski smisao – brigu za čovjeka, a ne samo za njegovu bolest.

No, može li, i treba li, i liječnik biti dušobrižnik kao, primjerice, u slučaju nedostupnosti svećenika u bolnici? Trebaju li sve bolnice imati dušobrižnike, kapelice, tzv. timove lavande? Suosjećanje koje liječnik treba posjedovati nije dovoljno jer samo razumijevanje čovjekovih potreba i tegoba ne može nadomjestiti intervenciju koju može pružiti dušobrižnik. Suosjećanje motivira ljude da daju sve od sebe kako bi olakšali fizičku, mentalnu ili emocionalnu bol drugima i sebi. Međutim, suosjećanje ne uključuje samo „osjećaj za drugoga“, pogotovo ako se odnosi na zdravstvene radnike. Aktivno suosjećanje jest i želja za ublažavanjem tuđe patnje, a među zdravstvenim djelatnicima to ne uključuje samo medicinski tretman nego i nuđenje (davanje) sebe drugima kao braći, poput dobrog Samaritanca, poput samog Isusa Krista (*Christus Medicus*) (4).



5. Formacija dušobrižnika

Bolnički kapelani i dušobrižnici stoga bi trebali biti važan dio zdravstvenih timova jer su kao takvi u prilici da pridonese duhovnoj i pastoralnoj skrbi u zdravstvenim ustanovama, ne samo za bolesnike nego i za zdravstvene djelatnike. No njihova uloga nije u potpunosti svugdje zaživjela i prihvaćena, iako je u literaturi dobro definirana i znanstveno potkrijepljena. Zdravstveni djelatnici moraju jasnije vidjeti ulogu dušobrižnika i potrebu njihove prisutnosti u zdravstvenim ustanovama, a dušobrižnici pak moraju shvatiti važnost njihova aktivnog uključivanja u programe dodiplomskog medicinskog obrazovanja kako bi stekli odgovarajuće kompetencije i bili prepoznati od sustava kao sastavni dio tima koji skrbi o bolesnicima.

U Hrvatskoj zasad nedostaje sustavne edukacije dušobrižnika, niti je dušobrižništvo bolesnika i zdravstvenih djelatnika sastavni dio prijediplomske i diplomske nastave filozofsko-teoloških studija za formaciju teologa i svećenika. Stoga se opravdano dovodi u pitanje kvalifikacija i kompetencije budućih dušobrižnika, usprkos velikom iskustvu i požrtvornosti onih koji danas djeluju kao dušobrižnici u hrvatskome zdravstvenom sustavu.

Čak i u zemljama s dugom tradicijom bolničkog dušobrižništva u kojima je ono sastavni dio integrirane skrbi za bolesnike, doprinos pastoralne skrbi (dušobrižništva) koju u bolnicama pružaju bolnički kapelani potrebno je unaprijediti kako bi se profesionaliziralo dušobrižništvo i osuvremenio lik bolničkog kapelana te se njegovu djelatnost prilagodilo potrebama vremena. Ta se poboljšanja odnose na nekoliko aspekata njihova djelovanja, a uključuju: bolju suradnju bolničkih kapelana s medicinskim osobljem i upravom bolnice; više usmjerenosti na znanstveno utemeljen pristup svojim aktivnostima i vrednovanje učinkovitosti pastoralnih aktivnosti; jasnije definiranje ciljeva, metoda i postupaka dušobrižništva; standardizaciju pastoralnih postupaka i stavova o važnim etičkim pitanjima; poštovanje drugih religija i kultura kao i nereligioznih ili sekularnih običaja; intenzivniji osjećaj za timski rad

uz veće sudjelovanje u multidisciplinarnim timovima koji skrbe o bolesnicima; bolju suradnju s javnozdravstvenim djelatnicima i psihosocijalnim profesijama u ustanovi s kojima dijele djelokrug rada; potrebu za specijalističkom izobrazbom o dušobrižništvu te izdavanjem licencija za njihov rad kao i izradu etičkih kodeksa za dušobrižnike (25).

Bolničke kapelane i dušobrižnike potrebno je uključiti u klinička istraživanja iz područja duhovnosti i zdravlja jer to može pridonijeti kvaliteti tih istraživanja, a njima samima pružiti priliku za profesionalni rast i bolju učinkovitost.

6. Zaključak

Dušobrižništvo je od davnina prepoznato kao važan sastavni dio skrbi za bolesnike, osobito one s teškim i potencijalno smrtonosnim bolestima jer duhovni nemir može pridonijeti lošijem medicinskom ishodu, a svakako smanjiti kvalitetu života bolesnika. Stoga sve relevantne znanstvene i stručne preporuke multidisciplinarne i integrirane skrbi za bolesnike podrazumijevaju i dušobrižnika kao člana zdravstvenog tima koji uz bolesnike somatske i psihičke potrebe zadovoljava i bolesnikove duhovne potrebe u kliničkom okruženju. No dušobrižništvo u zdravstvenim ustanovama mora uključivati i duhovnu skrb za zdravstvene djelatnike koji, pritisnuti brojnim profesionalnim zahtjevima, često nedovoljno skrbe o sebi. Tako zahtjevu i slojevitosti dušobrižničku službu na odgovarajući način moraju obavljati temeljito educirani, kvalificirani i kompetentni dušobrižnici zbog čega je za tu službu potrebno iznaći i odgovarajući formacijski model. Dotad i postojeći sustav dušobrižništva u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj daje tisućama bolesnika, njihovim obiteljima i zdravstvenim djelatnicima širok raspon duhovne potpore koja ne zaobilazi nikoga tko je otvoren vjeri i pouzdanju u Boga koji donosi ozdravljenje, a terminalnim bolesnicima priliku za radost, utjehu, zahvalnost i otkrivanje dubljeg smisla života, kako to opisuje jedan naš bolnički kapelan (26).



Literatura

1. Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Zdravlje [Internet]. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2013. – 2025. [pristupljeno: 11. 9. 2025.]. Dostupno na: <https://www.enciklopedija.hr/clanak/67017>
2. Baloban S. Dostojanstvo čovjeka u hrvatskom zdravstvu. U: Baloban S, ur. Socijalni govor Crkve u Hrvatskoj. Zagreb: Kršćanska sadašnjost; 2004. str. 93–100.
3. Ong CK, Forbes D. Embracing Cicely Saunders's concept of total pain. *BMJ*. 2005;331(7516):576. doi: 10.1136/bmj.331.7516.576-d.
4. Čivljak R. Može li suosjećanje zdravstvenih djelatnika spasiti zapadnu medicinu: što smo mogli naučiti od pandemije COVID-19? *Glasnik HKLD*. 2022;32(3):15–22.
5. Ford T, Tartaglia A. The development, status, and future of healthcare chaplaincy. *South Med J*. 2006;99(6):675–9. doi: 10.1097/01.smj.0000220893.37354.1e.
6. Baloban S. 23. svjetski dan bolesnika. *Sestrinski glasnik*. 2015;20(1):6–7. doi: 10.11608/sgnj.2015.20.002.
7. Hrvatska biskupska konferencija. Ugovori između Svete Stolice i Republike Hrvatske [Internet]. 1996. [pristupljeno: 15. 9. 2025.]. Dostupno na: <https://hbk.hr/ugovori-između-svete-stolice-i-republike-hrvatske/>
8. Hrvatska biskupska konferencija. Ugovor o pravnim pitanjima, 19. prosinca 1996. [Internet]. 1996. [pristupljeno: 15. 9. 2025.]. Dostupno na: <https://hbk.hr/ugovor-o-pravnim-pitanjima/>
9. Hrvatsko katoličko liječničko društvo. Statut Hrvatskoga katoličkoga liječničkoga društva [Internet]. 2021. [pristupljeno: 15. 9. 2025.]. Dostupno na: <https://www.hkld.hr/wp-content/uploads/2022/10/STATUT-Hrvatskoga-katolickog-lijecnickog-drustva.pdf>
10. Hrvatsko katoličko društvo medicinskih sestara i tehničara. Statut Hrvatskog katoličkog društva medicinskih sestara i tehničara [Internet]. 2015. [pristupljeno: 15. 9. 2025.]. Dostupno na: <https://www.hkdmst.org/images/stories/dokumenti/statut.pdf>
11. Nikodem K, Zrinščak S. Između distancirane crkvenosti i intenzivne osobne religioznosti: religijske promjene u hrvatskom društvu od 1999. do 2018. godine. *Društvena istraživanja*. 2019;28(3):371–390. doi: 10.5559/di.28.3.01.
12. O'Donoghue S. What do we mean by pastoral care in healthcare? [Internet]. [pristupljeno: 15. 9. 2025.]. Dostupno na: <https://www.futurelearn.com/info/courses/humanist-lives/0/steps/55771>
13. Chen J, Lin Y, Yan J, Wu Y, Hu R. The effects of spiritual care on quality of life and spiritual well-being among patients with terminal illness: A systematic review. *Palliat Med*. 2018;32(7):1167–1179. doi: 10.1177/0269216318772267.
14. Puchalski CM, Sbrana A, Ferrell B, Jafari N, King S, Balboni T, i sur. Interprofessional spiritual care in oncology: a literature review. *ESMO Open*. 2019 Feb 16;4(1):e000465. doi: 10.1136/esmoopen-2018-000465.
15. Mihić D. Priča o distanzaciji. *Glasnik HKLD*. 2023;33(4):9–12.
16. Madni A, Khan S, Bilbeisi T, Pasli M, Sakaan F, Lahaj SM i sur. Top ten tips palliative care clinicians should know about caring for Muslims. *J Palliat Med*. 2022;25(5):807–812. doi: 10.1089/jpm.2021.0575.
17. Rosenberg LB, Goodlev ER, Izen RSE, Gelfand SL, Goodlev CL, Lanckton RB, i sur. Top ten tips palliative care clinicians should know about caring for jewish patients. *J Palliat Med*. 2020;23(12):1658–1661. doi: 10.1089/jpm.2020.0601.
18. Patel S, Pelletier-Bui A, Smith S, Roberts MB, Kilgannon H, Trzeciak S i sur. Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. *PLoS One*. 2019;14(8):e0221412. doi: 10.1371/journal.pone.0221412.
19. Tong H, Zhou Y, Li X, Qiao S, Shen Z, Yang X i sur. Stress coping strategies and their perceived effectiveness among HIV/AIDS healthcare providers in China: a qualitative study. *Psychol Health Med*. 2022;27(4):937–947. doi: 10.1080/13548506.2021.1983184.
20. Čivljak R. Je li u Hrvatskoj sazrelo vrijeme za uvođenje tzv. koda lavande? *Glasnik HKLD*. 2023;33(4):19–24.
21. Tartaglia A, White KB, Corson T, Charlescraft A, Johnson T, Jackson-Jordan E, i sur. Supporting staff: The role of health care chaplains. *J Health Care Chaplain*. 2024;30(1):60–73. doi: 10.1080/08854726.2022.2154107.
22. Baloban S. 21. svjetski dan bolesnika. *Sestrinski glasnik*. 2013;18(1):5–6. doi: 10.11608/sgnj.2013.18.002
23. Šestak I, Čivljak R. Fenomenologija učinaka bolesti COVID-19 i osvrt na dvogodišnje iskustvo u Hrvatskoj. U: Ivan Koprek, ur. *Pandemija, ekonomija i poslovna etika*. Zagreb: Fakultet filozofije i religijskih znanosti Sveučilišta u Zagrebu; 2023. str. 21–40.
24. Perinić Lewis A, Rajić Šikanjić P. Plačimo, plačimo u tišini, umrimo, umrimo u samoći: promjene prakse tuguovanja i pogreba u vrijeme pandemije bolesti COVID-19. U: Bauer U, Ceribašić N, Jambrešić Kirin R, Katarinčić I, Marković J, Prica i, ur. *COVID-19 u humanističkoj perspektivi: mutacije straha i kulturne promjene*. Program i sažeci, Zagreb: Institut za etnologiju i folkloristiku. 2020.
25. Proserpio T, Piccinelli C, Clerici CA. Pastoral care in hospitals: a literature review. *Tumori*. 2011;97(5):666–71. doi: 10.1177/030089161109700521.
26. Doljanin Š. Marsovci kontra Kovida Groznog – iz dnevnika bolničkog kapelana. Zagreb: Salesiana. 2021.