

NEVOI SPIRITUALE ÎN CONTEXTUL ÎNGRIJIRILOR PALIATIVE ÎN ROMÂNIA

Drd. Cristina SAVA,
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași

Abstract

Palliative care represents a type of medical care which aims to support the life quality of patients and their families when they are facing a life threatening illness. Life quality would be something unattainable if the care provided did not aim for supporting a human person in their both body and soul. The holistic principle of palliative care responds to this aim through its four fold approach which gives attention to physical needs, social needs, psychological needs as well as spiritual needs. Establishing what the spiritual needs are within the palliative care system of Romania is a necessary process deemed to inform recommendations and appropriate actions to be taken in order to provide an appropriate support for patients and a valid system of reference for the medical staff who work in this field.

Keywords: palliative care, holistic approach, spirituality, spiritual needs, spiritual support.

Introducere

Îngrijirea paliativă reprezintă îngrijirea completă a persoanelor care suferă de boli incurabile, ușurându-le suferința și oferindu-le sprijin în momentele dificile¹. Conform definiției revizuite și adăugite în 2002 de Organizația Mondială a Sănătății, „îngrijirea paliativă este o abordare care îmbunătățește calitatea vieții pacienților (care se confruntă cu o boală care le amenință viața) și a familiilor acestora, prin prevenirea și diminuarea suferinței, pe baza unor modalități de identificare timpurie, evaluare impecabilă și tratament al durerii și al altor probleme de natură somatică, psihosocială și spirituală” (WHO, 2002)².

¹ Aceasta este definiția oferită de Asociația Națională de Îngrijiri Paliative (ANIP), în: www.anip.ro (accesat pe 11.08.2017).

² WHO Definition of Palliative Care, în: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (accesat pe 10.08.2017).

Abordarea holistică este, așadar, caracteristică, aspectele fizice, sociale, psihologice și spirituale fiind integrate unei abordări interdisciplinare care vizează managementul durerii și al simptomelor, suportul social, psiho-emoțional și spiritual, îngrijirea în ultimele ore de viață, reabilitarea de scurtă durată, furnizarea unor perioade de respiro pentru aparținători, servicii de suport în perioada de doliu.

Abordarea holistică specifică îngrijirilor paliative poate fi considerată un efect al accepțiunii antropologiei creștine, conform căreia persoana umană nu poate fi abordată decât în completitudinea ei, trup și suflet. Viața, spațiu, timpul sunt sacre prin originea lor divină. Omul nu este jocul istoriei, nici produsul hazardului, ci este rodul creației, și, prin aceasta, și rostul creației. Această accepțiune acordă conotații specifice noțiunii de persoană, de libertate, de boală, de vindecare și chiar de moarte. Persoana nu constituie doar o realitate imanentă, ci și una chemată spre transcendență, spre nemurire, spre veșnicie. Persoana este o existență unică, cu un parcurs unic în virtutea libertății pe care o are ca pe un dar inerent creației: „Căci voi, fraților, ați fost chemați la libertate, numai să nu folosiți libertatea ca prilej de a sluji trupului, ci slujiți unul altuia prin iubire” (Gal. 5,13). Boala deși poate fi uneori consecința modului de viață asumat, nu este o pedeapsă, ci o șansă de restaurare a existenței. Suferința care salvează este un principiu specific acestei abordări, fapt argumentat de Sfântul Apostol Petru, care scrie: „Cine a suferit cu trupul (...) a biruit cu păcatul” (I Pt. 4, 1-2). Vindecarea are în vedere atât vindecarea trupului, cât și vindecarea sufletului. Dacă vindecarea trupului nu este întotdeauna posibilă, vindecarea sufletului e o continuă stare de homeostazie, echivalând în cadrul accepțiunii ortodoxe cu starea de sfințenie. Moartea nu reprezintă un final, ci o trecere spre veșnicie, nu este rupere, ci unire cu Dumnezeu, nu este pierdere, ci câștig, nu este înfrângere, este biruință.

Identitatea personală este strâns legată în acest cadru de identitatea colectivă, atât în forma ei conștientă, atunci când e recunoscută și/sau acceptată prin încadrarea într-o comunitate religioasă, cât și în forma de *pattern*, fie el și inconștient, numit de Eliade *homo religiosus*, tradus în spațiu secularizat ca „spiritualitate”. Aceasta vizează aspecte precum: înțelesul (Cine sunt? De ce mă aflu aici?

Ce este viața?); transcendența (credița în Dumnezeu sau puteri spirituale/forțe, creație, viața după moarte); armonia (armonia cu alți oameni, nevoia de a fi iertat, adaptarea la cultura și moștenirea culturală)³.

În spațiul ortodox, spiritualitatea este legată de o viziune nematerialistă a lumii sau, mai concret spus, de câștigarea nematerialității, fapt exprimat de Sfântul Atanasie cel Mare astfel: „Dumnezeu S-a întrupat pentru ca omul să devină dumnezeu!”, adică chip și asemănare a Creatorului său. Aceasta presupune o relație nu cu o noțiune abstractă, ci cu un Dumnezeu personal, nu intuit, ci cunoscut sub chipul Sfintei Treimi, un Dumnezeu revelat, prezent, nu doar iubitor, ci întruparea Iubirii și oglindă a devenirii umane. În această cheie este privită sanogeneza umană din perspectivă ortodoxă. Astfel, este nevoie de „o credință profundă, din care să izvorască toate faptele noastre bune, care, repetate, devin virtuți. Astfel, viața noastră este orientată într-o direcție eshatologică, având posibilitatea să cunoaștem, chiar aici, jos, Împărăția cerurilor”⁴.

Având în vedere situația bolnavului cu boală incurabilă, accentul cade cu preponderență asupra aspectului eshatologic al existenței atât în timpul vieții, cât și după trecerea în cealaltă viață, atât în ceea ce privește persoana în cauză, cât și familia acesteia. Teologia morții presupune înțelegerea dimensiunii existențiale a faptului că nu există neființă⁵, că nu e a creștinului frică în fața morții, că „seninătatea în fața morții și acceptarea liniștită a suferinței e ca un fel de axă invariabilă”, în exprimarea lui Simion Mehedinți⁶. Mitropolitul Antonie de Suroj o numește „calea împăcării”, descriind-o ca „un proces conștient și liberator de asumare a situației, de împăcare cu toate, cu toți și cu sine, cu propria conștiință, cu împrejurările vieții, cu prezentul și cu trecutul, cu evenimentele, cu oamenii și, desigur, cu viitorul, cu însăși apropierea morții. Trebuie să fie un proces prin care să ajungem să ne dorim pacea, pacea cu

³ *Manualul formatorului în îngrijirea paliativă*, Hospice Casa Speranței, 2010, p. 45.

⁴ Pr. prof. Dumitru Stăniloae, *Sfânta Treime – creatoarea, mântuitoarea și țința veșnică*, în „Ortodoxia”, 1986, nr. 2, p. 95.

⁵ Mircea Vulcănescu, *Dimensiunea românească a existenței*, Editura Eikon, Cluj-Napoca, 2009, p. 30.

⁶ Simion Mehedinți-Soveja, *Creștinismul românesc*, Editura Terra, Focșani, 2006, p. 70.

Dumnezeu, cu conștiința noastră, cu aproapele nostru și chiar cu lucrurile pe care le-am întâlnit. Așa încât întreg pământul să ne poată spune într-un glas: «Mergi în pace!», iar la rândul nostru să putem spune la tot ce a însemnat pământul pentru noi: «Rămâneți în pace». Fie ca binecuvântarea Domnului să fie cu voi⁷.

Grija pentru viață, dar și cele legate de grija pentru moarte, rugăciunea și toate celelalte Taine săvârșite, învățătura de credință, responsabilitatea în caz de moarte nu doar a îngropării, dar și a săvârșirii rânduielilor statornicite de Biserică după moarte, a rugăciunilor, a pomenirilor, precum și grija pentru văduvele, orfanii, în genere pentru familia celor decedați, sunt constante în reprezentările colective și individuale legate de credință, exprimate deopotrivă în concepția populară tradițională.

Pe de altă parte, nu credința singură este în spațiul românesc un model de reziliență, ci însăși încrederea în potențialul vindecător al Tainelor Bisericii Ortodoxe: Sfânta Împărtășanie, Sfântul Maslu, Sfânta Spovedanie, dar și în materiile existente în spațiul sacramental al Bisericii: închinarea la moaște, aghiasma, anafura, mirul, investirea sacramentală a preotului etc.

Din perspectiva acestor aspecte, cunoașterea apartenenței religioase asigură o abordare specifică a nevoilor, un model de consiliere raportat la valorile profunde ale pacienților aparținând acestei identități religioase.

În acest sens, trebuie subliniată în parcursul istoric însemnătatea Bisericii în dezvoltarea și furnizarea de servicii socio-medicale sau, altfel spus, dimensiunea medicală, dar și trecerea de la conceptul de filantropie la conceptul de paliativ, de la o teologie a faptei la „medicalizarea morții”, remarcată încă din anii '60 „emanciparea societății, dezvoltarea medicinei și tehnologiei au dus la o tot mai pronunțată medicalizare a finalului vieții” (Kubler Ross, 1969), la ideea de moarte privită ca un eșec al medicilor de a vindeca bolnavul (Crăciun, 2006; Bertrand, 2008)⁸.

⁷ †Antonie de Suroj, *Viața, boala, moartea*, Editura Sfântul Siluan, Slatina-Nera, 2010, pp. 130-131.

⁸ Ileana Görög, *Boala incurabilă și terminală - atitudini și asistență în România de azi*, teză de doctorat susținută în 2010 la Facultatea de Sociologie și Asistență Socială a Universității Babeș-Bolyai din Cluj-Napoca; în: http://doctorat.ubbcluj.ro/sustinerea_publica/rezumat/2010/sociologie/Gorog_ileana_ro.pdf (accesat pe 5.12.2017).

Importanța valorilor spirituale în context paliativ a fost subiectul a multiple studii (Walsh, King, Jones, Tookman și Blizzard, 2002, Hinshow 2001, Chiu și colaboratorii 2004)⁹ în condițiile apariției unor întrebări ca urmare a diagnosticării cu o boală cronică: „De ce mi se întâmplă mie? De ce acum? Există Dumnezeu? Și dacă există, de ce a permis să se întâmple acest lucru? Oare am fost pe-depsit? Cine sau ce a provocat suferința mea? Ce semnificație are pentru viața mea? Care este scopul vieții mele? Ce se întâmplă când voi muri? Dar imediat după momentul morții?”¹⁰. În acest cadru, definirea sau redefinirea propriului sistem de valori și credințe legate de viață și moarte este o necesitate nu doar a pacientului, ci și a celor care îl îngrijesc. „În vederea furnizării de îngrijire paliativă calitativă din punct de vedere cultural este necesar ca și specialiștii implicați în îngrijirea paliativă să procedeze la o auto-evaluare a propriilor convingeri: despre boală și moarte și despre cum le influențează acestea atitudinile; cât de semnificative sunt cultura și religia în atitudinile personale față de moarte; ce fel de moarte ar prefera; ce eforturi ar trebui făcute pentru a ține în viață o persoană foarte bolnavă; care este experiența lor în participarea la ritualuri de reamintire a unor persoane decedate”¹¹. Această decantare este o consecință și o nevoie ce se naște în condițiile experimentării unor trăiri precum: pierdere, șoc sau neîncredere, frică și stres, supărare, căutarea celui pierdut, depresie, fatigabilitate, pierderea poftei de viață, nevoia de acceptare și planificare a viitorului¹².

Un alt aspect important îl reprezintă doliul, procesul de jeliere și pierdere (*bereavement*) și susținerea familiei în vederea depășirii acestei etape.

Referitor la direcțiile de acțiune ce se pot întreprinde pe plan spiritual în domeniul paliativ, un prim pas presupune contactarea preotului capelan, a preotului paroh sau a unei alte persoane acreditate pentru acest tip de consiliere, deși realitatea statistică a

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ *Manualul formatorului în îngrijirea paliativă...*, p. 46.

¹¹ Aurora Hrișuleac, *Multicultural Issues in Palliative Care – Challenges for Romanian Professionals*, în „Literature, Discourse and Multicultural Dialogue. Section: Psychology”, vol. 1/2013, pp. 104-111, în: <https://old.upm.ro/ldmd/LDMD-01/Psy/Psy%2001%2014.pdf> (accesat pe 24.11.2017).

¹² *Manualul formatorului în îngrijirea paliativă...*, p. 37.

apartenenței la Ortodoxie nu este nicidecum o garanție a unei existențe bazate în mod real pe un stil de viață în acord cu realitatea canonică a apartenenței. Nevoia de asistență spirituală are la bază faptul că dincolo de simpla asociere religioasă, există nevoi care transcend particularitățile generale, nevoi care exprimă experiențe unice de viață, experiențe religioase particulare. De aceea aplicarea unor instrumente de cunoaștere a nevoilor spirituale¹³ constituie un *sine qua non* al demersului cu privire la asistența spirituală.

Există întotdeauna un traseu de la general la specific și invers, de aceea găsierea unui sens vieții și suferinței devine un epicentru. Această direcție, dezvoltată în psihoterapie de Victor Frankl și utilizată în context ortodox de autori precum H. Vlachos sau J.C. Larchet, devine noțiune de bază în cadrul unor modele ce pot fi aplicate cu brio în procesul consilierii adresate celor cu această identitate spirituală. Cunoașterea apartenenței religioase este o cheie în conturarea tabloului nevoilor unui pacient, echivalând cu o „abordare sensibilă și flexibilă a nevoilor”¹⁴.

Paradigmei de intervenție aplicată i se pot asocia diverse activități cu rol benefic în această direcție: facilitarea accesului la biserică, asigurarea unui loc de rugăciune/meditație, cărți cu conținut religios, citirea din materiale cu conținut religios, organizarea unor ritualuri, audiții muzicale considerate benefice, rugăciune, servicii religioase, terapie prin artă etc. Suportul poate fi completat și de asistenți sociali, de membrii familiei, de alți pacienți sau de comunitatea religioasă, de grupuri de copii, de echipa mobilă.

Un alt demers ar putea fi „existența unui spital creștin, bazat pe principiile conceptului de medicină creștină, de la activitatea profesională, până la cea spirituală, de la selecția personalului și până la activitatea cotidiană”. Acesta ar asigura o îngrijire totală, de vreme ce, în Biserica Ortodoxă, sănătatea e un atribut ce cumulează toate puterile omului, atât cele trupești, cât și cele sufletești,

¹³ Christina M. Puchalski, *Spirituality and End-of-Life Care: A Time for Listening and Caring*, în „Journal of Palliative Medicine”, vol. 5, no. 2, 2002.

¹⁴ Nathan Cherny, *Un ghid pentru pacienții cu cancer în stadiu avansat*, ESMO Press, Viganello-Lugano, 2011, p. 103, publicat online pe <https://www.esmo.org/content/download/67673/1218827/file/ESMO-Un-ghid-pentru-pacientii-cu-cancer-in-stadiu-avansat.pdf> (accesat pe 5.12.2017).

întrucât atunci când nu există vindecare pentru trup, există pentru suflet¹⁵.

1. Material și metodă

În studiul efectuat în cadrul Institutului Regional de Oncologie Iași, în perioada 2016-2018, în vederea identificării nevoilor spirituale existente în context paliativ, s-a utilizat metodologia de cercetare calitativă, din care s-au folosit cele trei tipuri de interviuri identificate în literatura de specialitate (Converse and Schuman, 1974; Spradley, 1979; Patton, 1980; Gorden, 1980; Douglas, 1985, etc.): 1) conversația informală, 2) interviul ghidat și 3) interviul standardizat cu întrebări deschise¹⁶.

Conversația informală a fost folosită pentru a crea interacțiunile cu persoanele selectate din grupurile țintă, precum și în vederea obținerii datelor demografice utilizate, care nu au putut fi culese prin analiza secundară a datelor din foile medicale sau alte documente la care s-a avut acces.

Interviurile au fost unice, individuale (*face to face*), principale și complementare. Pentru interviuarea pacienților a fost folosit interviul semi-structurat, având la bază un ghid orientativ de interviu. Pentru interviuarea personalului medical, a psihologului și a preotului, a fost alcătuit un interviu standardizat cu întrebări deschise.

Selectarea persoanelor din grupurile țintă s-a făcut astfel: grupul țintă 1 a fost selectat din rândul pacienților aflați în evidența secției de Îngrijiri Paliative din cadrul IRO Iași; grupul țintă 2 a fost selectat din rândul familiilor pacienților aflați în evidența secției de Îngrijiri Paliative din cadrul IRO Iași; grupul țintă 3 a fost alcătuit din angajați ai IRO Iași, personal implicat în serviciile paliative oferite pacienților din grupul țintă.

Studiul s-a desfășurat cu aprobarea Comisiei de Etică a Cercetării din cadrul Institutului Regional de Oncologie Iași și după

¹⁵ Vezi, pe larg, Prof. dr. Pavel Chirilă, pr. dr. Mihai Valică, *Spitalul creștin, introducere în medicina pastorală*, Editura Christiana, București, 2009, „Idei pentru alcătuirea unui statut al spitalului creștin”, p. 55.

¹⁶ *Apud* Petruța Teampau, curs *Metode calitative de cercetare în științele politice*, în: <http://fspac.ubbcluj.ro/> (accesat pe 19.12.2017).

obținerea consimțământului informat al participanților la studiu. Aceștia au fost informați asupra cercetării, asupra scopului ei, cât și cu privire la finalitatea datelor furnizate de aceștia. De asemenea, participanții au avut opțiunea de a se retrage în orice moment al cercetării și au fost asigurați de protejarea identității prin garantarea anonimatului. Toți participanții au luat parte la studiu pe bază de voluntariat.

Ca eșantion pentru interviul semi-structurat au fost selectați 7 pacienți, pentru interviul standardizat, 11 cadre medicale (3 medici, 7 asistente medicale, 1 kinetoterapeut), 1 psiholog, 1 preot, 7 membri de familie.

2. Rezultatele cercetării

Datele culese prin intermediul interviurilor au fost analizate respectând criteriile cercetării calitative. Conform modelului propus de Strauss și Corbin¹⁷, analiza presupune parcurgerea a trei etape: codarea deschisă, codarea axială și codarea selectivă. În cadrul codării deschise, proces primar de rezumare a datelor, selecția s-a făcut folosindu-se drept cod noțiunea de nevoie în raport cu Dumnezeu.

Analiza axială a urmărit codarea și subcodarea materialului în teme de studiu ce se doresc a fi un punct de plecare pentru analiza selectivă a datelor. Codarea s-a realizat în primul rând în raport cu variabila participanți la studiu, respectiv pacienți, membri ai familiilor de pacienți și echipa de îngrijiri paliative (medici, asistenți medicali, kinetoterapeut, psiholog, preot). Tabloul general al nevoilor a fost extrapolat dintr-o triplă perspectivă: din perspectiva personalului medical, din perspectiva familiei și din perspectiva pacienților. Subcodurile au fost tabelate în categorii aproximativ identice, care să permită ulterior compararea răspunsurilor din diverse perspective.

Categoriile tematice stabilite ca puncte de plecare în identificarea nevoilor spirituale au fost următoarele: importanța credinței (a religiozității), atitudinea în fața morții, conduita persoanelor

¹⁷ Antonio Sandu, *Teoria construcționistă fundamentată pe date (Grounded Theory)*, în: http://lumenresearch.net/wp-content/uploads/2018/02/Workshop_Teoria-fundamentata-pe-date_SANDU_2018.pdf (accesat pe 18.11.2018).

credincioase, conduita persoanelor necredincioase, problematica convertirii, conștiința religioasă (sentimentul de vinovăție, părerea de rău, influența moralei), nevoia de suport.

Analiza selectivă, în urma corelării răspunsurilor oferite de respondenți, a punctat mai multe aspecte cu privire la codurile amintite. În context paliativ, importanța credinței, a religiozității este considerată un subiect complex, uneori complicat, având în vedere multitudinea de situații întâlnite. Cea mai menționată nevoie, după cum afirmă respondenții, o reprezintă însuși recursul la religie, la credință: „Mulți se întorc, să spunem; dacă la un moment dat s-au îndepărtat, acum se întorc spre acest univers al credinței, al religiei, să spunem generic spiritualitate” (medic), „Spiritul acesta al credinței ortodoxe, care este majoritară și preponderentă de fapt în România, sigur că la asta se referă, [la] întoarcerea la Biserică, Biserica fiind văzută ca prezența lui Dumnezeu” (medic). Pe măsură ce pacientul conștientizează gravitatea bolii, „vrea să se apropie foarte mult de Dumnezeu” (asistent medical), spunând că „numai El dacă mai poate face ceva, că durerea este în mâna Lui și a doctorilor” (asistent medical). Răspunsurile fac referință și la factorii care modelează importanța credinței, respectiv capacitatea de a se deschide cu privire la nevoile spirituale, educația primită de acasă, felul în care percep religia și credința, relația anterioară cu Dumnezeu, modul în care pacienții consideră că și-au trăit viața, greșelile pe care consideră că le-au făcut, felul în care își interpretează boala (mulți o consideră „un soi de pedeapsă sau rezultat a ceea ce au făcut anterior” – medic) sau concepția despre Rai și iad. Acestea toate evidențiază nevoia de consiliere spirituală în vederea formulării de răspunsuri sau strategii de reziliență, în acord cu preocupările spirituale ale pacienților. În acest context, nevoia de reierarhizare a sentimentelor, gândurilor, priorităților devine pregnantă și presantă, dacă luăm în considerare și faptul că „în fața bolii are loc în interiorul persoanei umane o răsturnare a falselor valori, și abia atunci înțelegi cât timp prețios ai putut să pierzi sau să-l irosești pe lucruri care în final nu ți-au adus o satisfacție temeinică” (preot).

În ceea ce privește atitudinea în fața morții, aceasta este diferită la fiecare pacient în parte și generează, prin această specificitate, nevoi diferite. Se consideră că, în general, atitudinea în fața morții

depinde de vârstă, respondenții considerând că sunt foarte dificile cazurile tinere, spre deosebire de vârstnici, „care își doresc la un moment dat să se-ntâmpole nenorocirea, moartea să vină” (asistent medical). Sunt unii care privesc moartea ca pe o eliberare, altora le pare rău, unii mor zâmbind, alții plângând, unii mor împăcați, alții ar vrea să mai trăiască măcar o zi, unii sunt agitați și mor „într-o poziție mai ciudată, anormală” (asistent medical), alții mor liniștiți – „au fost și pacienți care s-au stins pur și simplu, nici nu ne-am dat seama” (asistent medical) –, unii mor greu, alții mor ușor. Pentru mulți pacienți atitudinea depinde de faptul de a fi împăcați cu ei înșiși, dar și cu persoanele dragi și cu Dumnezeu: „Mulți pacienți care sunt diagnosticați cu cancer doresc să se împace cu Dumnezeu, și am observat că și familiile le solicită câte un preot, gândindu-se și la ajutorul divin, chiar dacă uneori ei, din păcate, fac acest lucru, trebuie să spunem, târziu” (asistent medical). Moartea în sine nu este pentru toți „atât de înfricoșătoare pe cât de înfricoșătoare este agonia dinaintea ei și singurătatea pe care o poate implica” (preot), de aceea nevoia de a nu fi singuri devine semnificativă: „el simte chestia asta (moartea, *n.n.*), te strânge de mână, cât poate” (asistent medical), „să stăm cât mai mult la patul lui, să stăm în continuu la patul lui, să-l ținem de mână, să vorbim, să-i mai spunem ceva” (asistent medical). Agonia în sine a morții devine de multe ori singura realitate trăită, indiferent de forma în care se manifestă: „ar vrea să vorbească și nu poate”, „unii pacienți nu știu dacă e zi sau noapte”, altora „le vine, așa, un somn”, alții „nu pot deschide ochii”, „nu pot să se miște, nu mai au forță”, „aparatură respirator nu mai face față” (asistenți medicali).

Vizavi de conduita propriu-zisă a pacienților, este sesizată o „diferență foarte mare între pacienții credincioși ortodocși practicanți și nepracticanți” (medic). La persoanele credincioase, experiența personalului medical a confirmat următoarele: „în relația cu Dumnezeu, mulți pacienți se împacă cu ideea bolii și cu ideea morții” (asistent medical), „ortodocșii practicanți din mediul rural cu vârstă înaintată acceptă mai ușor diagnosticul și faptul că decesul se apropie mai repede decât preconizau ei” (medic), „cei care trec prin filtrul credinței sunt mai senini și mai liniștiți în preajma morții” (medic), „cei care au mai mare încredere în Dumnezeu am observat că s-au stins mai ușor, fără prea mult tam-tam și agitație”

(asistent medical), „consideră această boală ca pe un canon” (asistent medical) sau „forma cea mai ușoară și cea mai rapidă de a ajunge lângă Dumnezeu” (asistent medical), „[credința, n.n.] îi liniștește” (asistent medical), „celor care cred în Dumnezeu le este mai ușor să treacă peste pragul ăsta”, „le dă încredere, putere” (fiziokinetoterapeut). Aceste afirmații au fost confirmate și completate și de pacienții participanți la studiu: „Dumnezeu m-a ajutat să am moralul, să-l am sus [...]. Să nu trec pe partea ailaltă, să fiu optimistă [...]. Simt că o speranță există și eu de speranța aceea mă țin. [...] Stau și mă rog sau meditez la Dumnezeu și... parcă trece mai ușor, mi-e mai ușor să trec peste unele, să spunem, bariere” (pacient, 34 de ani), „Te liniștește, te liniștește. Că, uite, cred că mi-a mai dat o zi. Sus acolo este Cineva. [...] Este ceva acolo, Care este cu tine când ești singur. Acum suntem toți și, uite, vorbim și ne simțim bine, dar când ești singur ești cu cineva. E cineva lângă tine. [...] Mai mult zic: Doamne, de ce eu? Dar asta e o întrebare care e pe buzele tuturor celor care suferă” (pacient, 77 de ani), „Aveam o liniște, așa, sufletească când mă duceam la biserică. Eram liniștită. Nu mă gândeam la nimic. Deci mă gândeam tot la Dumnezeu înainte” (pacient, 39 de ani).

La această categorie de pacienți, nevoile principale ar fi: confirmarea (preotului, în special) și păstrarea speranței în viața de apoi: „cred că își dorește un loc liniștit și acolo [...]” (soție pacient), „că el unde se duce, va avea grijă [Dumnezeu] de el” (soție pacient); rugăciunea personală: „nu mă părăsi, Doamne, și ai grijă de mine și adu-ți aminte c-am făcut și ceva bine” (pacient), „are încredere în Dumnezeu că-l va face bine, speră să-i asculte rugămințile” (nepoată pacient) și rugăciunea altora: „mama mea îi citea o rugăciune, în gând i-a citit-o mama mea și ea își făcea cruce” (nepoată pacient).

O categorie mai dificilă este a persoanelor care cred în Dumnezeu, dar și-au pierdut speranța. Acestea „refuză, cel puțin în prima parte, colaborarea cu preotul, refuză să se apropie de Dumnezeu, Îl învinuiesc pe Dumnezeu de toate problemele lor și atunci este într-adevăr o problemă pentru ei, pentru că astfel de pacienți mor neîmpăcați, mor cu o supărare în suflet și nu reușesc, nu găsesc resurse să se împace cu boala și cu Dumnezeu” (asistent medical); cu alte cuvinte, suferinței fizice i se adaugă suferința spirituală. Aceste persoane refuză de multe ori prezența preotului, dar acceptă în

unele cazuri consilierea făcută de o altă persoană, chiar de personalul medical, fapt ce justifică existența echipei interdisciplinare. Aceasta are rolul de a identifica inclusiv suferința spirituală și de a găsi o modalitate potrivită de răspuns, împreună cu membrii echipei și în acord cu dorințele pacientului. Prezența preotului în cadrul echipei reprezintă, astfel, un criteriu de raportare, dar și o formă de suport pentru cadrele medicale care resimt, odată cu pacientul, nevoia de cristalizare a propriilor valori spirituale. Raportarea la valorile spirituale poate reprezenta o formă de rezistență, inclusiv pentru această categorie de personal medical care își desfășoară activitatea într-un mediu impregnat de suferința bolii și durerea morții: „Cel puțin dimineața, când ne trezim, «Doamne, ajută», un cuvânt «Doamne, ajută!» este foarte important pentru tot parcursul zilei” (asistent medical).

Persoanele necredincioase, „cei care au avut legătură mai puțin cu Dumnezeu, nu știu, i-am văzut mai agitați, mai neîmpăcați, suferința a fost mai mare, travaliul mai lung, din păcate” (asistent medical). La această ultimă categorie putem adăuga faptul că o parte dintre aceste persoane trăiesc, în acest context, experiența convertirii: „Uneori, pacienții ajung la Dumnezeu în ultima fază sau în momentul când se îmbolnăvesc. Până atunci, eh, așa relativ. Au o reticență. Eh, parcă există ceva, nu există, nu știu ce, nu știu cum. Chestii că, na, preoții, Biserica, banii, nu știu ce. Ei, când ajung în faza asta, atunci, încep să aprofundeze ideea, să creadă și să vadă că parcă ceva îi ajută” (asistent medical). „Sunt pacienți care-L acceptă pe Dumnezeu chiar mai mult decât înainte de boală și chiar ne roagă, ne spun să chemăm preotul, să vorbească cu preotul, să-i consilieze, să-i împărtășească mai des” (asistent medical). „Alți pacienți, chiar dacă refuză, în prima parte, pe Dumnezeu, după un timp, nu știu prin ce minune, poate că și noi avem o contribuție, reușim să facem să se apropie de Dumnezeu, și chiar ei singuri Îl cheamă la un moment dat, vor să vorbească cu preotul” (asistent medical). „Am avut multe cazuri în care au fost și atei și s-au convertit și au început să creadă în Dumnezeu” (asistent medical), „sunt și pacienți care refuză, dar într-un final, când văd că nu mai au nici o poartă de scăpare, apelează la Dumnezeu” (asistent medical).

Nevoia de suport spiritual pentru credincioșii ortodocși se referă în primul rând la prezența preotului, fapt exprimat deopotrivă

de cadrele medicale, de familia și de pacienți: „Preotul poate avea un rol foarte important, să-l ajute pe pacient să nu intre în disperare, să nu intre într-un fenomen de neîncredere și de cădere psihică și sufletească, ci să-l ajute, să-i arate că, chiar și în boală, poți să descoperi lucruri importante, inclusiv pe Dumnezeu, Care prin boală îți poate transmite, de ce nu, un mesaj”, „preotul este chemat, împreună cu cadrele medicale, psihologul, să-l gestioneze foarte bine pentru că pot interveni pe acest fond depresiv acțiuni care devin cumplite atât în ceea ce privește mântuirea, deci în plan soteriologic pentru pacient, dar și în ceea ce privește implicațiile sociale sau instituționale. Pot fi acte necugetate tocmai pentru că pacientul nu vede o ieșire din situația dramatică medicală în care se află” (preot), „ar trebui să înceapă tratamentul acesta spiritual: Spovedanie, Împărtășanie, participarea, la biserică, la slujbe, mult, mult mai devreme pentru că știm că și ajutorul divin are un rol în vindecarea lor” (asistent medical). „Vine părintele chiar din parohie, a fost și aseară” (pacient, 70 de ani). Un alt aspect cu rol suportiv îl constituie participarea la Sfintele Taine: „[Apelez] la preot doar pentru Spovedanie, Împărtășanie” (pacient, 34 de ani), „mă duc la biserică, cred, mă împărtășesc, mă spovedesc ca oricare om venit de acu 70 de ani, de la părinți mei, de la bunicii mei. Asta nu poți s-o iei” (pacient, 77 de ani). Alte răspunsuri se referă la nevoia de a merge la biserică: „Merg, da acolo se spune că este Sfânta Treime și Duhul Sfânt” (pacient, 68 de ani). „Zi de zi mă gândesc la Cel de sus, zi de zi mă rog la puterea mea care cred eu că a făcut bine. Dacă voi mai fi sănătos, la fel voi mai fi de ajutor față de Biserică, de locul unde merg, mergeam de fapt și voi mai merge dacă [...], dar nu lipseam duminica, doar știu eu să fi apărut ceva, să nu pot, să nu particip la o slujbă, la o Liturghie. Pentru că așa m-am născut, de mic, așa am continuat, chiar dacă în perioada vechiului regim se spunea că nu-i voie să te duci” (pacient, 70 de ani) și la împlinirea ritualurilor de pomenire: „Am avut o pacientă care m-a impresionat prin faptul că, imobilizată fiind, a cerut să fie pusă într-un cărucior și dusă la biserică, unde s-a făcut slujba de pomenire pentru ea, adică într-un fel, înainte ca pacienta să moară, a zis așa: «Eu vreau să dau cu mâna mea ceea ce am de dat cât trăiesc, nu să dea familia pentru mine când mor. Eu știu, mai dă familia nu mai dă, dar eu să fiu sigură că fac lucrul ăsta»” (asistent medical).

Nevoile spirituale ale familiilor urmează, în general, nevoile pacientului. Acestea solicită, de asemenea, prezența preotului, având în vedere că boala persoanelor dragi generează și pentru aceștia întrebări, neliniști cu privire la aspectele spirituale ale existenței. În cazul familiilor, se consideră că nevoia de suport apare mai des după moartea pacientului: „aparținătorii au o foarte mare nevoie de suport după [moarte, *n.n.*]” (asistent medical), având în vedere că mulți pacienți exprimă înaintea morții directive cu privire la ritualurile religioase de care vor să beneficieze, făcând de asemenea precizări cu privire la: cavou, „cu ce să-l îmbrace, cu ce să-l încălțe” (soție pacient), „să facem ce este religios” (soție pacient), „să îl țin acasă măcar o zi, să vină și vecinii și toți care-l cunosc”, „să nu port mai mult de 40 de zile doliu” (soție pacient). Uneori familia consideră important suportul spiritual, dar se lovește de reticența pacientului: „Despre Dumnezeu nu am discutat absolut niciodată, îmi este frică să vorbesc cu ea, fiind nepracticantă, să nu interpreteze” (noră pacient).

Concluzii

Aspectele spirituale sunt în directă legătură cu aspectele fizice, sociale și psihologice ale actului de îngrijire medicală, fapt care legitimează necesitatea abordării de tip holistic, specifică îngrijirilor paliative. Existența echipei interdisciplinare reprezintă un pas important spre un model de îngrijire completă a pacientului, având drept criteriu de raportare unicitatea pacientului și, implicit, a nevoilor sale. Suportul spiritual reprezintă o direcție de acțiune esențială cu rol important în procesul de reziliență, având o contribuție bine conturată în creșterea calității vieții pacienților, dezvoltarea profesională a specialiștilor în domeniu și optimizarea serviciilor medicale în România.