

MODEL KOORDINIRANJA ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V DOMAČEM OKOLJU PRI BOLNIKU V TERMINALNI FAZI ŽIVLJENJA¹

Andreja Vrtovec, dipl. m. s., specialist

Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

Povzetek

Izhodišča: Zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege bolnika v terminalni fazi v domačem okolju je osnovni cilj patronažne zdravstvene nege. Pri tem se patronažne medicinske sestre srečujejo s številnimi problemi. Eden izmed njih je vključevanje različnih služb in laikov v oskrbo bolnika v terminalni fazi. Za opravljanje zdravstvene nege bolnika v terminalni fazi je v domačem okolju pristojna le družinska patronažna medicinska sestra, ki tudi koordinira vse aktivnosti in oskrbo.

Namen: Predstaviti delo patronažne medicinske sestre, ki je odgovorna za koordinacijo zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju pri bolniku v terminalni fazi življenja. Poseben poudarek je na prikazu izdelanega modela.

Metode: Raziskava je bila izdelana s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki je zajemal šestnajst vprašanj zaprtega in delno odprtega tipa, oblikovanih posebej za to raziskavo. V raziskavo je bilo vključenih sedemdeset patronažnih medicinskih sester. Uporabili smo destruktivno metodo dela.

Rezultati: Raziskava potrjuje, da se patronažne medicinske sestre pogosto, v kar 72 % (50 anketirank), pri svojem delu srečujejo z bolnikom v terminalni fazi v domačem okolju. O prihodu takega bolnika v domače okolje jih v 48 % (34 anketirank) obvesti bolnišnica, osebni zdravnik bolnik ali svojci. Modela koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju nimajo izdelanega, kar je odgovorilo 91 % (64 anketirank) patronažnih medicinskih sester, bi jim pa model pri koordiniranju zdravstvene nege pomagal za kakovostnejše delo pri bolniku v terminalni fazi v domačem okolju, kar je odgovorilo 97 % (68 anketirank) patronažnih medicinskih sester. Patronažna medicinska sestra je tudi v 82 % (57 anketirank) koordinirala aktivnosti zdravstvene nege bolnika v terminalni fazi v domačem okolju.

Razprava: Na podlagi analize anketnega vprašalnika smo zaključili, da se patronažne medicinske sestre zavedajo pomembnosti koordinacije aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju, saj samo z usklajeno koordinacijo lahko zagotavljajo kakovostno zdravstveno nego bolnika v terminalni fazi v domačem okolju.

¹ Članek je povzet po specialističnem delu Vrtovec A.: Model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju pri bolniku v terminalni fazi življenja. Maribor, 2009.

Ključne besede: patronažna medicinska sestra, bolnik v terminalni fazi življenja, domače okolje, koordinacija, model koordiniranja

Uvod

Zdravstvena nega je neposredna pomoč medicinske sestre, pri kateri izkušnje, čustva in razmerja predstavljajo velik del vsakodnevnega dela. Skrbstveno delo je temelj etičnega ravnanja in se nanaša na ljudi. Izvajajo ga ljudje, za ljudi, k ljudem in kot ljudje (Tschudin, 2004). Patronažna medicinska sestra v sodelovanju z družinami in drugimi zdravstvenimi strokovnjaki igra ključno vlogo pri zdravstveni negi starejših ljudi.

Pri negi starostnikov na domu lahko pomaga veliko ljudi, kar je dobrodošlo, ko starostniki zdravstvene nege še ne potrebujejo. Pri negi jim lahko pomagajo tako svojci kakor tudi različni laični negovalci. Zdravstveno nego bolnika pa lahko na domu izvaja le patronažna medicinska sestra, ki tudi koordinira in komunicira z vsemi, ki prihajajo na bolnikov dom. Patronažna medicinska sestra ščiti interese posameznikov in skupin s svojim znanjem, čustvi in voljo, sočasno pa vpliva na oblikovanje vrednostnih sodb ter na odnose (Železnik, 2006). Za dobre odnose je komunikacija izrednega pomena, zato je treba upoštevati individualne, socialne, duhovne in ekonomske vidike bolnika v terminalni fazi življenja, kot navaja De Wolf Bosek (2007). Kadar na bolnikov dom prihajajo medicinske sestre, usposobljene za delo na različnih področjih, prinaša to v družino precej zmede, je ugotovila Foster (2007) pri svojem delu z umirajočimi bolniki. Izpostavila je koordiniranje paliativne zdravstvene nege in oskrbe na bolnikovem domu, pri čemer je poudarila izredno pomembno vlogo patronažne medicinske sestre. Patronažna zdravstvena nega je namreč ena tistih dejavnosti, ki umirajočim bolnikom omogoča umiranje doma v krogu družine in v okolju, kjer se počutijo varne in kjer se lahko v miru poslovijo od vsega, kar jim je najdražje. V patronažnem varstvu Maribor se že več let soočamo s problemom vključevanja laičnih negovalcev v zdravstveno nego in oskrbo bolnikov v terminalni fazi življenja na bolnikovem domu. Na nivoju patronažnega varstva Maribor nimamo izdelanega modela koordinacije zdravstvene nege in oskrbe bolnika v terminalni fazi življenja, zato želimo prikazati potrebe po izdelavi takšnega modela.

Modeli

Modeli zdravstvene nege morajo biti sistematično zgrajeni, temeljiti morajo na znanstvenih spoznanjih, opredeljevati morajo temeljne elemente zdravstvene nege, dati teoretične osnove in potrebne pogoje za uvedbo v praksi (McKenna, 1998). Ti modeli omogočajo: uspešnejše reševanje problemov, boljše poznavanje bolnikov, dvig zdravstvene nege iz intuitivne v predhodno načrtovano dejavnost, učinkovitejšo in kakovostnejšo zdravstveno nego, samostojno in odgovorno zdravstveno nego. Pri oblikovanju modela je treba izpolnjevati določene pogoje. Zgrajen mora biti sistematično, imeti mora znanstveno podlago psiholoških, socioloških, medicinskih in drugih ved (Hajdinjak, Meglič, 2006). Deli modela morajo biti med seboj logično povezani in ne smejo biti namenjeni le teoretičnemu razmišljanju, njihova uporabnost se mora dati preizkusiti v praksi.

Paliativna zdravstvena nega

Svetovna zdravstvena organizacija definira paliativno zdravstveno nego kot aktivno, celostno oskrbo bolnika: nego, obvladovanje bolečine in drugih spremljajočih simptomov bolezni in tudi lajšanje psihičnih, socialnih in duhovnih problemov. Z različnimi oblikami pomoči omogoča bolniku dostojno življenje do smrti. Zato s svojimi posegi ne zavlačuje smrti, niti je ne pospešuje. Pomaga bolnikovi družini in njegovim bližnjim med boleznijo in med žalovanjem. Paliativna zdravstvena nega in patronažna zdravstvena nega se med seboj nenehno prepletata. Patronažna medicinska sestra vstopi v družino v najrazličnejših življenjskih obdobjih. Velikokrat je v družini ali pri bolniku prej, kot je postavljena diagnoza o neozdravljivi bolezni. Z bolnikom se spozna, ko ga obišče kot starostnika z njegovimi težavami, ki morda lahko privedejo do neozdravljive bolezni.

Vse to se pogosto dogaja mnogo prej, kot nastopi potreba po sami paliativni zdravstveni negi, pa vendar se marsikdaj že tu paliativna zdravstvena nega prične. Tako vidimo, da sta paliativna zdravstvena nega in patronažna zdravstvena nega neločljivi, ki ju loči različna terminologija v različnih trenutkih bolnikovega stanja. Patronažna medicinska sestra pa je prisotna ves čas. Paliativna zdravstvena nega je umetnost, ki od patronažne medicinske sestre zahteva izredno kreativnost, kakovostno pa jo lahko izvaja le dodatno izobražena patronažna medicinska sestra z bogatimi strokovnimi izkušnjami in pozitivno naravnano osebnostjo (Wessel, Garon, 2005). Pravočasno zaznavanje problemov, ustrezen načrt in pravilno izvajanje patronažne zdravstvene nege, ki morajo biti prilagojeni fizičnemu in psihičnemu stanju bolnika, ter vključevanje bolnikovih kulturnih in duhovnih potreb v načrt patronažne

zdravstvene nege zagotavljajo dobro kakovost paliativne zdravstvene nege in s tem izboljšanje kakovosti bolnikovega življenja.

Patronažna zdravstvena nega bolnika v terminalni fazi

Patronažna medicinska sestra pozna ljudi na svojem območju, zato ni nujno, da obišče bolnika šele v terminalni fazi. Če medicina v bolniku vidi samo bolezen ali posamezne dele telesa, patronažna medicinska sestra vidi v bolniku celega človeka (Wardwel, 2008). Obišče ga lahko že prej, kot starostnika ali kot kroničnega bolnika. Takrat pri njem opravlja predvsem preventivne naloge v smislu učenja za zdravje, za promocijo zdravja in preprečevanje bolezni. Ko se bolezen slabša in napreduje in ko se zaključi bolnišnično zdravljenje, patronažna medicinska sestra obišče umirajočega bolnika na njegovem domu na osnovi delovnega naloga, ki ga izda zdravnik specialist ali bolnikov osebni zdravnik. Izvaja medicinsko-tehnične posege po naročilu zdravnika, sama pa ugotavlja ostale bolnikove potrebe glede paliativne zdravstvene nege bolnika na domu. Pomaga tudi svojcem in družini bolnika pri obvladovanju težke situacije, v kateri se znajdejo.

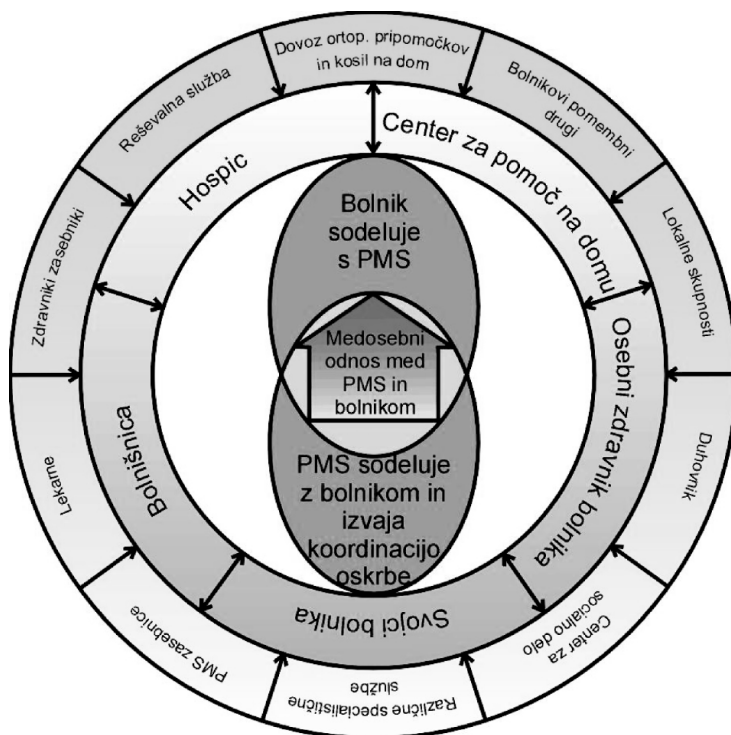
Ko je patronažna medicinska sestra ugotovila stanje bolnika, postavi negovalno diagnozo, naredi skupaj z bolnikom, če je to mogoče, ustrezen načrt zdravstvene nege, si postavi cilje, začne vse to tudi izvajati. Tak bolnik potrebuje pomoč različnih strokovnjakov, torej multidisciplinarnega tima. Patronažna zdravstvena nega se izvaja na bolnikovem domu, zato je potrebna koordinacija vseh strokovnjakov, ki se vključujejo v oskrbo terminalnega bolnika, in to koordinacijo izvaja patronažna medicinska sestra. Med vsemi zdravstvenimi delavci, ki sodelujejo pri oskrbi bolnika v terminalni fazi na bolnikovem domu, je patronažna medicinska sestra tista, ki z umirajočim bolnikom preživi največ časa. Avtorica Tice (2008) navaja, da bolezen prinese v bolnikovo življenje številne pomembne spremembe, ki jih večina bolnikov ni pričakovala, nanje ni navajena in se mnogih tudi boji, zato je pomembno, da skušamo razumeti različne odzive bolnika in seveda tudi svojcev na njegovo bolezen.

Druge oblike pomoči na bolnikovem domu

Na bolnikovem domu potekajo tudi druge oblike pomoči (Ramovš, 2003), ki jih koordinira patronažna medicinska sestra in sodeluje z izvajalci. Te druge oblike pomoči na bolnikovem domu so: dovoz kosil na bolnikov dom, gospodinjstva pomoč s Centra za pomoč na domu, fizioterapija na bolnikovem domu, obiski osebnega zdravnika, obiski pedikerja na bolnikovem domu, obiski socialnih delavcev, klic v sili, reševalna služba, obiski prijateljev, sosedov, duhovnika, drugih zdravstvenih

delavcev, Hospic, dovoz ortopedskih pripomočkov na bolnikov dom (plenice, posteljne podloge, bolniška postelja...). Izvajalci teh oblik pomoči ne izvajajo del, ki so v opisu del zdravstvenih delavcev, in ne dajejo mnenj, ki spadajo v medicinsko področje (Štrancar, 2006). Izvajalci teh oblik pomoči vidijo skrb za zdravje in skrb za umirajočega bolnika z drugimi očmi kot medicinske sestre, vendar se, kot navaja Payne (2007), po svojih močeh in znanju trudijo izboljšati kakovost življenja umirajočemu bolniku. Kljub temu, da na dom prihaja več ljudi, bolnika to ne plaši, saj mu vse te oblike pomoči omogočajo varno bivanje v domačem okolju. So sicer plačljive, kar včasih predstavlja problem za socialno šibkejšje bolnike, vendar tu osebni zdravnik in patronažna medicinska sestra sprožita postopek pridobitve dodatka za tujo nego in pomoč, s katero nato lahko bolniki financirajo druge oblike pomoči na domu.

Predlagani model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju pri bolniku v terminalni fazi



Službe, s katerimi patronažna medicinska sestra koordinira oskrbo bolnika v terminalni fazi in v domačem okolju

Predlagani model medsebojnega vplivanja ali interakcije spada v sodobni model zdravstvene nege. Poudarja samostojno vlogo patronažne medicinske sestre pri oskrbi bolnika v terminalni fazi v domačem okolju.

Predlagani model je razdeljen na ožji in širši model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju. Ožji predlagani model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju je model, ki vključuje koordinacijo aktivnosti patronažne medicinske sestre s tistimi, s katerimi patronažna medicinska sestra vedno sodeluje in koordinira aktivnosti oz. oskrbo bolnika v terminalni fazi v domačem okolju. V tem ožjem predlaganem modelu koordiniranja so: osebni zdravnik bolnika, bolnišnica, svojci bolnika, Center za pomoč na domu in Hospic. V širši predlagani model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju pa so vključeni vsi ostali, ki so prikazani na modelu koordiniranja, s katerimi pa patronažna medicinska sestra sodeluje in koordinira njihovo vključevanje v zdravstveno nego in oskrbo bolnika na njegovem domu, kadar je treba. Ker je patronažna medicinska sestra družinska patronažna medicinska sestra, je sprejemljivo zgolj to, da ona koordinira vse aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju. Če bi bilo drugače in bi vsaka služba posebej izvajala svoje aktivnosti in oskrbo pri bolniku v terminalni fazi v domačem okolju, bi to privedlo do prave zmešnjave, kar ne bi bilo dobro za takega bolnika in njegovo družino in kar je pri svojem delu z umirajočimi bolniki ugotovila že Fosterjeva (2007).

Namen raziskave

Namen raziskave je izdelati in predstaviti model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe patronažnih medicinskih sester pri bolniku v terminalni fazi življenja.

Metode

Raziskava temelji na kvantitativni metodologiji. Za zbiranje podatkov in ugotavljanje obstoječega stanja smo kot instrument raziskovanja uporabili anketni vprašalnik. Anketni vprašalnik vsebuje 16 vprašanj, oblikovanih posebej za to raziskavo. Vprašalnik so izpolnjevale patronažne medicinske sestre. Raziskava je potekala v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor, v organizacijski enoti Patronažno varstvo Maribor. Dovoljenje za izvedbo raziskave smo pridobili s strani vodstva organizacijske enote patronažnega varstva Maribor. Raziskovalni vzorec je zajemal petinsedemdeset patronažnih medicinskih sester. Razdeljenih je bilo 75 vprašalnikov, vrnjenih pa 70 vprašalnikov.

Rezultati

V patronažnem varstvu Maribor so zaposlene samo ženske in glede na starost smo anketirane patronažne medicinske sestre razdelili v štiri skupine. Največ, kar 43

% patronažnih medicinskih sester je v skupini od 31 do 40 let, 65 % vseh anketiranih patronažnih medicinskih sester pa ima visoko strokovno izobrazbo. Kar 50 anketiranih patronažnih medicinskih sester (72 %) se pogosto srečuje z bolnikom v terminalni fazi življenja. 34 (48 %) patronažnih medicinskih sester je odgovorilo, da jih o prihodu bolnika v terminalni fazi v domače okolje obvesti bolnišnica, osebni zdravnik bolnika ali svojci. Iz rezultatov je razvidno, da je 64 patronažnih medicinskih sester (91 %) odgovorilo, da nimajo izdelanega modela koordiniranja zdravstvene nege, po katerem bi obravnavale bolnika v terminalni fazi, bi jim pa le ta pri delu s takim bolnikom koristil. Najpogosteje so patronažni medicinski sestri pri zdravstveni negi bolnika v terminalni fazi pomagali svojci in sodelavke. Tako je odgovorilo kar 29 (41 %) patronažnih medicinskih sester. 19 (27 %) patronažnih medicinskih sester je odgovorilo, da so jim poleg svojcev in sodelavk pri zdravstveni negi bolnika v terminalni fazi pomagale tudi druge strokovne službe. Zdravstvena nega bolnika v terminalni fazi zahteva od patronažne medicinske sestre veliko znanja, za kar se je treba kontinuirano izobraževati, kar je odgovorilo vseh 70 (100 %) anketiranih patronažnih medicinskih sester. Svojci so v kar 70 % (49 anketirank) dobili potrebne informacije o terminalni zdravstveni negi bolnika v domačem okolju od patronažne medicinske sestre, te pa so pri zdravstveni negi bolnika v terminalni fazi večinoma sodelovale z bolnišnico, osebnim zdravnikom, Centrom za pomoč na domu (CPD), Hospicem in trgovinami z ortopedskimi pripomočki. V 82 % (57 anketirank) je aktivnosti zdravstvene nege bolnika v terminalni fazi v domačem okolju koordinirala patronažna medicinska sestra. 44 patronažnih medicinskih sester (63 %) je odgovorilo, da osebni zdravnik ni obiskoval bolnika v terminalni fazi na njegovem domu.

Razprava

Patronažna medicinska sestra opravlja svoje delo na bolnikovem domu od rojstva do smrti. Poleg vseh, ki se vključujejo v zdravstveno nego bolnika v terminalni fazi v domačem okolju, ima patronažna medicinska sestra v 82 % (57 anketirank) težko nalogo koordiniranja vseh oblik pomoči tako, da bo za bolnika in vse udeležence v procesu zdravstvene nege in oskrbe najboljše. Zanimiva je ugotovitev, da je le osem anketiranih patronažnih medicinskih sester odgovorilo, da je zdravstveno nego bolnika na bolnikovem domu koordiniral osebni zdravnik bolnika, ki ga tudi ni obiskoval tako pogosto, kot bi se pričakovalo za tako težkega bolnika. Istočasno pa se poraja tudi vprašanje, ali osebni zdravniki sploh obiskujejo svoje bolnike na njihovih domovih. O prihodu bolnika v terminalni fazi v domače okolje so patronažne medicinske sestre najpogosteje obveščene iz bolnišnice, zato vidimo, da je koordiniranje z drugimi strokovnimi službami nujno. Dobro bi bilo, če bi bila patronažna medicinska sestra o prihodu takega bolnika v domače okolje obveščena

nekaj dni prej, preden pride domov, saj je ležalna doba v bolnišnicah vedno krajša, tudi za tako težke bolnike, kot je bolnik v terminalni fazi življenja. Doma je namreč treba ustvariti oz. pripraviti pogoje za kakovostno patronažno zdravstveno nego (bolniška postelja, drugi potrebni ortopedski pripomočki, urediti dovoz hrane na dom, urediti laično pomoč – center za pomoč na domu...).

Veliko vlogo pri patronažni zdravstveni negi bolnika v terminalni fazi v domačem okolju ima tudi znanje. V domače okolje namreč prihajajo vedno težji bolniki, kar je posledica skrajševanja ležalnih dni v bolnišnici. Tako pridejo v domače okolje bolniki na respiratorju, s kanilami, sondami, z različnimi katetri. Zdravstvena nega takega bolnika je seveda specifična in zahteva od patronažne medicinske sestre visoko strokovno znanje, saj je patronažna medicinska sestra na bolnikovem domu sama. Sama prevzema odgovornost za trenutke, ki se dogajajo doma, in sama mora v kritičnih trenutkih odločati, kaj bo naredila in kako bo ukrepala, da bo najbolje za bolnika in družino. V pomoč nima multidisciplinarnega tima, na katerega bi se lahko obrnila v vsakem trenutku. Na bolnikovem domu se mora patronažna medicinska sestra znajti v okolju, ki ni takšno kot v bolnišnici, prilagojeno delu s težkimi bolniki. Zdravstvena nega bolnika v terminalni fazi je mnogokrat tudi fizično zelo naporna, saj so to večinoma nepomični bolniki. Mnogokrat patronažna medicinska sestra take zdravstvene nege ne more izvajati sama. Najpogosteje ji nudijo pomoč pri zdravstveni negi takega bolnika sodelavke in svojci.

Zaključek

Patronažna zdravstvena nega predstavlja celostno obravnavo posameznika, družine in skupnosti s psihičnega, fizičnega in socialnega vidika. Glavni namen patronažne zdravstvene nege bolnika v terminalni fazi je omogočiti dostojno umiranje v domačem okolju. K temu bi pripomogel tudi predlagani model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe pri bolniku v terminalni fazi v domačem okolju, ki smo ga predlagali. Posebnost take zdravstvene nege je domače okolje, kjer pogoji dela niso primerljivi s pogoji dela v bolnišnici. Najpogostejši problemi, s katerimi se patronažne medicinske sestre srečujejo pri svojem delu, so: neusklajenost in nekoordiniranost služb, ki prihajajo v domače okolje, in velika odgovornost, ki jo imajo patronažne medicinske sestre pri zdravstveni negi bolnika v terminalni fazi življenja, saj so v domačem okolju same z bolnikom v terminalni fazi in njegovo družino. Patronažni medicinski sestri bi bilo v veliko pomoč redno sestajanje multidisciplinarnega tima, kjer bi skupaj obravnavali težave, ki se pojavljajo pri bolniku v terminalni fazi v domačem okolju. Delo z bolniki v terminalni fazi zahteva od patronažne medicinske sestre veliko čustvene in strokovne zrelosti. Z bolnikom in njegovo družino je

v najtežjih trenutkih njihovega življenja. Posebno mlajše, neizkušene patronažne medicinske sestre so v velikih stiskah. Pa vendar je patronažna zdravstvena nega bolnika v terminalni fazi nekaj posebnega. Iz nje tudi patronažne medicinske sestre dobijo nekaj zase in za svoje življenje, za katerega si bodo nekoč želele, da se prav tako izteče dostojanstveno v domačem okolju.

Literatura

1. DeWolf Bosek M. Ethics in Practice: Refusal of Brain Death Diagnosis: The Case. JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation/Volume 9, Number 3/ July-September 2007. Dostopno na: <http://www.nursingcenter.com/library/journalarticleprint.asp?> (December 2008).
2. Foster T. Pediatric Palliative Care Revisited: A Vision to Add Life. Journal of Hospice and Palliative nursing. Volume 9, No. 4, July/August 2007. Dostopno na: <http://www.nursingcenter.com/library/journalarticle.asp?> (November 2008).
3. Hajdinjak G., Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2006.
4. McKenna H. Nursing Theories and Models. Routledge, London and New York, reprinted 1998
5. Payne M. Know your colleagues: Role of Social work in End-of-Life Care. End of Life Care. 2007, Vol 1, pages 69-73.
6. Ramovš J. Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika / Jože Ramovš. – Ljubljana : Inštitut Antona Trstenjaka, 2003.
7. Štrancar K. Prostovoljno delo v okviru paliativne oskrbe. Obzor Zdr N 2006; 40: 165-70.
8. Tice M. Guest Editorial: The Importance of Hospice Care, Home Healthcare Nurse, September 2008, Volume 26, Number 8, pages 445-446. Dostopno na: <http://www.nursingcenter.com/library/Article.asp?> (Oktober 2008).
9. Tschudin V. Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi / Verena Tschudin. – Ljubljana: Educy: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2004.
10. Vrtovec A. Model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju pri bolniku v terminalni fazi življenja: specialistično delo. Maribor, 2009.
11. Wardwel B. VNAA News: Hospice Does Make a Difference, Home Healthcare Nurse, September 2008, Volume 26 Number 8, Pages 502-503. Dostopno na: <http://www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp?> (Oktober 2008).
12. Wessel Elizabeth M., Garon M. Narratives: Into Palliative Care Home Care Education, Home Healthcare Nurse, August 2005, Volume 23 Number 8, pages 516-522.

13. Železnik D. Pomen komunikacije in etike v zdravstveni negi: 35-42. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo – Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006.