

VLOGA MEDICINSKE SESTRE V PROCESU UMIRANJA IN DUHOVNI OSKRBI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE

THE ROLE OF THE NURSE IN THE PROCESS OF DYING AND IN SPIRITUAL CARE IN
THE JESENICE GENERAL HOSPITAL

Brigita Šolar, Andreja Mihelič Zajec

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega; medicinska sestra; umiranje; etika; duhovnost; duhovna oskrba; duhovnik

KEY WORDS: nursing care; nurse; dying; ethics; spirituality; spiritual care; priest

Izvleček - Medicinske sestre imajo v poklicnem delu priložnost, da svoje znanje, sočutje in človeški odnos vpletejo v obravnavo umirajočega. V celostni obravnavi umirajočega je potrebno upoštevati tudi bolnikovo individualno prepričanje in njegovo religiozno prakso. Postavlja se vprašanje kakšna je vloga medicinske sestre v procesu umiranja in duhovni oskrbi.

V raziskavi, ki je potekala v Splošni bolnišnici Jesenice, so sodelovale 103 medicinske sestre. Podatki so bili zbrani s pomočjo anketnega vprašalnika v mesecu marcu 2005. V raziskavi je bila izpostavljena vertikalna dimenzija duhovnosti, ki se nanaša na religiozni smisel življenja in se pri bolniku kaže kot potreba po zadovoljevanju duhovne oskrbe, ki jo izvaja bolnišnični duhovnik. Raziskava je pokazala, da se medicinske sestre srečujejo z umiranjem ter da je pomembno, da bolniki lahko zadovoljujejo religiozne duhovne potrebe v bolniški kapeli, hkrati pa nakazuje možnosti za bolj kakovostno obravnavo umirajočih. Upoštevanje duhovne dimenzije človeka, bi v slovenskih bolnišnicah lahko začeli bolj učinkovito izvajati celostno zdravstveno nego umirajočih, ter upoštevati človeka v vseh njegovih dimenzijah. Raziskava analizira predloge in možne načine večje prepoznavnosti ter vloge medicinske sestre v procesu umiranja.

Abstract - In their working process, the nurses have the opportunity to enact their knowledge, empathy and human relations also in the process of the treatment of dying patients. In the frames of the holistic treatment of the dying, a patient's individual persuasion and his or her religious conviction should be taken into account. The question of the nurse's role in the process of dying is still open.

In the frames of the research which took place in the General Hospital at Jesenice, 103 nurses participated. The data were gathered by means of an inquiry in March 2005. In the research work, the vertical dimension of religiosity was stressed which is related to the religious meaning of life and manifests itself in a patient as the need for spiritual care carried out by a hospital priest. The research revealed that nurses are confronted with death and dying, that patients' religious needs are cared for in the hospital chapel, while at the same time exposed the need for a more qualitative care for the dying. Taking into account the spiritual dimension, holistic nursing care of the dying could have been more efficient, and the patients should have been treated considering all their dimensions. In the frames of the research, propositions and possible ways of making nurses more recognizable in the dying process.

Uvod

Umiranje in smrt sta zadnji dejanji v našem življenju. Bolj ko se človeštvo razvija, bolj se boji lastnega konca. Z gotovostjo vemo, da bomo umrli, ne vemo pa, kako! To vzbuja strah. Vendar imamo medicinske sestre (MS) poklic, ki nam daje možnosti, da svoje znanje, sočutje in človeški odnos vpletamo v zadnje niti življenja umirajočega bolnika. Zdravstvena nega (ZN)

se kot samostojna stroka v okviru zdravstvene dejavnosti ukvarja s posameznikom, družino in skupnostjo v njihovih različnih funkcijah v času zdravlja ali bolezni in traja od spočetja pa do smrti. Klemenc (2003) zdravstveno nego definira kot etično disciplino in etika je temeljni element zdravstvene nege. Skrb predstavlja sistem vrednot, humanost, človečnost, ki so vpleteni v zdravstveno nego. Nanaša se na človekova

Brigita Šolar, dipl. m. s., Urgentna ambulanta, Splošna bolnišnica Jesenice, Titova 112

Andreja Mihelič Zajec, viš. med. ses., univ. dipl. org., pred., UL, Visoka šola za zdravstvo, Oddelek za zdravstveno nego, Poljanska 26 a, Ljubljana

Članek je nastal na podlagi raziskave v okviru diplomske naloge na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani. Delo avtorice Brigite Šolar, dipl. m. s., je spremljala mentorica Andreja Mihelič Zajec, univ. dipl. org. in somentorica Tatjana Fink, univ. dipl. soc.

dejanja in delovanja, ki so izbrana zavestno in namensko (Curtin, Flaherty, 1982). Šmitek (1998) navaja, da predmet etike ni človekovo spontano vedenje, ampak človekova dejanja in delovanja, ki so izbrana zavestno in namensko. Etična načela se navezujejo na vrednote posameznika, ki so se v času in prostoru pod vplivom okolja in družbe ter načinom razmišljanja in dojemanja človeka kot posameznika ali kot del skupnosti razvijale na višjo raven, se bogatile z izkušnjami in se vpletale v medčloveške odnose. Červ in Klančnik (2003) ugotavljata, da je zdravstvena nega umirajočih nenehno vir etičnih razmislekov in reševanja etičnih problemov. Vloga MS v procesu umiranja je opredeljena tudi v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Kodeks etike, 1998). Poznavanje in upoštevanje Kodeksa etike, izostren čut življenja in čutenja z umirajočim ter upoštevanje Pravic umirajočih (Skoberne, 1993), ki jih je opredelila Generalna skupščina Združenih narodov leta 1975, zagotavlja celosten odnos med MS in umirajočim bolnikom.

Umiranje kot končni proces življenja je v svojem poteku enkratno, kot je enkratno življenje. Razlikuje se v času, kraju, poteku in kvaliteti. Bistvene razlike se kažejo v sprejemanju smrti, ki jo družba in človek v istem času različno dojemajo in sprejemajo. Umiranje in smrt sta tesno povezana in se navezujeta na navade, ki jih določena družba in človek, ki je njen del, povezuje z njima.

Umreti v današnjih časih je težje kot kdaj prej. Ne koč je bilo umiranje življenjski dogodek, katerega pomen in smisel sta bila jasna. Naši predniki so živeli v tesnejšem stiku z ritmi narave in tudi sami so umirali naravne smrti. Človek je umiral doma in smrt je imela človeški, moralni in družbeni smisel. Smrt vsakega posameznika je občutila skupnost; vtakala se je v njeno kulturo, čustvovanje, zavedanje, vest (Trontelj, 2003). Odstranitev umiranja iz domačega okolja in preselitev v bolnišnice ni pomenila samo konkretne prostorskega premika, ampak tudi simbolno razmejitev življenja in smrti. »Hospitalizacija smrti« je prinesla paradoksalno situacijo, saj so bile bolnišnice namenjene preprečevanju, še bolj pa zdravljenju bolni in ne skrbi za umirajoče (Lowton, 2000). Družbeni in tehnološki razvoj v medicini in zdravstveni negi sta pogojevala, da se je človek v svoji bolezni in umiranju odmaknil iz domačega v bolnišnično okolje. V Sloveniji letno umre 15.000 do 20.000 ljudi. Od tega jih doma umre 40 %, v zdravstvenih ustanovah pa 60 % (Blejc, 2004). Ker se je spremenilo okolje in prostor umiranja, so se spremenile tudi navade ali običaji, ki so povezani s smrtjo in umiranjem.

Pera (1998) navaja, da je služba MS postala dražja, bolj obremenjena in zahtevnejša. Število hudo bolnih in umirajočih na oddelkih neprestano narašča, kar je posledica napredka medicine in hkrati posledica tega, da ljudje ne umirajo več ali le zelo redko umirajo

v domačem okolju. Skrb za hudo bolne in umirajoče zahteva povečanje stacionarne intenzivne zdravstvene nege. »Sindrom izgorelosti« pri vedno več zaposlenih v bolnišnici je grenka logična posledica, katere značilnost je praznina, poklicna kriza smisla, emocionalna in psihična obremenitev, izčrpanost, distanciranje od bolnikov in premalo skrbi zase. Izobraževalni programi za MS posvečajo problematiki umiranja žal premalo pozornosti (Zlatar, 2002). Dejansko se šele v praksi kaže realna slika, ki nakazuje kje so manjkajoča znanja in kam bi morali usmeriti del izobraževalnih programov.

Za delo z umirajočimi in njihovimi svojci je potrebna osebna, sočutna, človeška in odprta naravnost, kar pa se v izobraževanju ne poudarja dovolj. K temu rastemo vsak po svoje in ko to osebno zrelost, katere neločljivi del je pripravljenost na dajanje, dosežemo, ugotovimo, da je vse, kar dajemo, bogato poplačano z osebnim zadovoljstvom in notranjo izpolnjenostjo. Neposreden in odprt odnos do bolnikov in svojcev velikokrat ovira množica predsodkov, ki so del slovenske kulture in tradicionalizma (Društvo Hospic, 2005).

Umiranje in smrt

Umiranje pomeni dinamično stanje, stanje poteka-jočih bioloških dogajanj, ki je naravnano v končno prenehanje delovanja življenjsko nujnih organov. Naspnoten je pojem smrti, ki se nanaša na stanje po dovršenem dejanju. Medtem ko umiranje v sebi še vedno vsebuje življenje, pa smrt že zaznamuje konec življenja (Pozaić, 1987). Kubler-Ross (cit. po Vegelj-Pirc, Škufca, 2000) je opredelila in razdelila pet stopenj procesa umiranja, kjer opisuje značilnosti psihološkega obrambnega vedenja pri bolniku: zanikanje, napadnost, pogajanje, depresijo in sprejetje. Paul Sporken (Skoberne, 1986) je faze procesa nekoliko modificiral glede na razmere v Evropi. Tako kot bolezen ni nikoli samo stvar bolnika, tudi umiranje ni nikoli samo stvar umirajočega, ampak je v ta proces vključena vsa družina. Družina mora skozi iste stopnje umiranja kot umirajoči (Klevišar, 1999). Ko MS obravnava umirajočega bolnika mora znati poslušati, imeti občutek za nebesedno komunikacijo in spodbujati bolnika, da svoja občutja kaže na najrazličnejše načine (Brumec, 2004).

Zavedanje in udejanjanje pomena humanega umiranja se je v Sloveniji začelo z društvom Hospic. V programu Hospica je poudarek na paliativni zdravstveni negi, ki naj zadovolji telesne, socialne, psihične in duhovne potrebe umirajočih in njihovih družin (Skoberne, 1993). Slovensko društvo Hospic si prizadeva za detabuizacijo smrti in za bolj človeški odnos do umiranja in žalovanja v slovenski družbi. Žargi (2000) navaja, da strokovnjaki Hospica sestavljajo svetovni organ za bolnišnice in službe zdravstvene nege na domu, ki obravnava neozdravljivo bolne.

Parlamentarna skupščina sveta Evrope je leta 1999 sprejela odmevno priporočilo o varstvu človekovih pravic bolnih in umirajočih, v katerem se predvsem zavzema za uveljavitev pravice do celovite blažilne (paliativne) oskrbe (Trontelj, 2004). Bistveni pomen dobre paliativne oskrbe je lajšanje simptomov ter oskrba umirajočih in njihovih družin (Lahe, 2004). V posameznih slovenskih bolnišnicah se posledično odpirajo oddelki za paliativno zdravstveno nego. Namenjeni so bolnikom, ki potrebujejo oskrbo s strani službe zdravstvene nege, s poudarkom na paliativni oskrbi. Na področju paliativne oskrbe v slovenskem prostoru že deluje strokovna skupina za paliativno oskrbo pri Ministrstvu za zdravje.

Duhovnost

Cehner (2004) razmišlja o duhovnosti kot razsežnosti naše človečnosti in večina naših razsežnosti ni samo naša, delimo jih z drugimi bitji. Vedno bolj se zavedamo, da je duhovnost temeljnega pomena v spremljanju umirajočih in žalujočih, tako za umirajoče in žalujoče kot tudi za njihove spremljevalce. Značilnosti duhovnosti razdelimo na različne odnose do sebe, narave, drugih in do boga (Burkhardt, 1993). Duhovnost se v horizontalni dimenziji nanaša na odnos do nas samih, do drugih in do okolja, tu gre torej za nereligiozni smisel življenja. V vertikalni dimenziji pa se nanaša na odnos do boga, ki ga nekdo priznava, vesolje ali nekaj, kar je nad njim. Oboje posamezniku pomaga, da prepozna lastne osebne vrednote in cilje ter vzpodbuja osebno integracijo telesa, razuma in duha (Skoberne, 2002). Izvajanje duhovne pomoči bolniku ni samo stvar posamezne MS, temveč je prav, da je vanjo vključen celotni zdravstveni tim, kar zagotavlja doslednost in kontinuiteto v zdravstveni negi (Craven in Hirnle, 1992).

Duhovna oskrba in bolniška pastoralna

Del oskrbe umirajočega bolnika je tudi duhovna oskrba v religioznem okviru oziroma bolniška pastoralna, ki jo izvaja bolniški duhovnik. Le-ta vključuje duhovno in versko pomoč. Verska oskrba znotraj zdravstvenih struktur predpostavlja nujno določene prostore (kapelo in pomožne prostore), kot tudi neoviran dostop do bolnikov, ki to želijo (Štupnikar, 2004). Celosten pristop k bolniku v zdravstveni negi zahteva, da se MS seznanijo z duhovnikom in pozna njegov pristop k duhovnim potrebam bolnika. Oba morata vedeti, kaj lahko pričakujeta drug od drugega, in se strinjati glede oblik pomoči, ki jo pri zadovoljevanju duhovnih potreb dajeta bolniku (Beckmann Murray, Proctor Zentner, 1989). Vsak bolnik ima pravico do dejavnega verskega življenja tudi v bolnišnici. Predstavniki verskih skupnosti se pri obiskih ravna po potrebi in željah bolnikov, zdravnikovih priporo-

čil in siceršnjemu hišnemu redu. Bolnišnice v skladu s svojimi zmožnostmi zagotavljajo prostore za opravljanje bogoslužja oziroma za nemoten pogovor duhovnika in bolnika (Pregled in pravna anal ..., 2004). V slovenskih bolnišnicah aktivno deluje 18 katoliških kapel za potrebe opravljanja različnih cerkvenih obredov.

V Splošni bolnišnici Jesenice (SBJ) se v kletnih prostorih nahaja bolniška kapela. Odprta je prek dneva, verski obredi potekajo ob sredah in cerkvenih praznikih. Duhovna oskrba poteka tudi po oddelkih, in sicer je obisk duhovnika katoliške veroizpovedi enkrat tedensko v jutranjih urah. Na željo bolnikov ali njihovih svojcev pa je duhovnik na voljo tudi izven omenjenega časa. Na mobilni številki pa je dosegljiv tudi duhovnik islamske veroizpovedi. Po bolniških sobah so zloženke z omenjenimi informacijami, prav v takem obsegu so na voljo tudi na spletni strani SBJ.

Vloga medicinske sestre v procesu umiranja in duhovni oskrbi

Kakšna naj bo vloga MS v procesu umiranja in v duhovni oskrbi, so v svojih teoretičnih modelih opredelile različne avtorice. Temeljni začetki segajo v obdobje Krimske vojne, kjer je svojo lastno vlogo preizkušala Florence Nightingale. Njena navzočnost pri ranjenih in umirajočih vojakih in srečanja z ranjenci so ji temeljito spremenila življenje in ji izostrila vizijo prihodnjega dela (Zupančič-Slavce, 1995). Nancy Roper je v svojem teoretičnem modelu opredelila Model življenja in Model zdravstvene nege. Roper (cit. po Roberts, 2003) pravi, da je umiranje zadnje dejanje življenja in je ponavadi (razen, če ni nenadno in nepričakovano) predhodno dejanje smrti, pri katerem posameznik aktivno sodeluje. Razumevanje smrti, umiranja in izgube je bistveno v primeru, ko MS obravnava bolnika holistično in pri tem upošteva bolnikovo individualno prepričanje in njegovo religiozno prakso. Zdravstvena nega temelji na osnovnih človekovih potrebah. Virginia Henderson je izražanje bolnikovih potreb in čustev ter opravljanje verskih obredov natančno definirala v Osnovnih načelih ZN. Pomoč bolniku pri komunikaciji z drugimi in izražanje mnenj in čustev opisuje kot aktivnost, pri kateri:

- se MS zaveda, da so čustva neogibno povezana s telesno spremembo;
- MS pomaga bolniku pri tem, da razume samega sebe, da odstrani vzroke slabega počutja in sprejme neizogibno;
- je MS razumevajoča, tem bolj ji bolnik in njegovi bližnji zaupajo in s tem lažje pomaga bolniku premagati psihične stiske, ki jih spremlja bolezen;
- ne glede na okoliščine, MS pomaga bolniku oblikovati in ohranjati ustrezne načine izražanja potreb, zanimanj in želja.

Pomoč bolniku pri opravljanju verskih obredov pa opredeli sledeče:

- MS pomaga bolniku, da lahko obišče verski obred ali pokliče duhovnika, da ga slednji lahko obišče;
- MS poskrbi, da se bolnik z duhovnikom pogovori na samem;
- MS poskrbi, da bolnik prejme zakramente, ki jih glede na svoje versko prepričanje potrebuje (Henderson, 1998).

V nekaterih deželah si prizadevajo za večjo povezanost med zdravstvenimi delavci in duhovniki. Če je opravljanje verskih obredov bistveno pomembno za človekovo blaginjo, potem je to še toliko pomembnejše, kadar je človek bolan. Če je MS seznanjena z različnimi verstvi in, če verjame v njihovo zdravilno moč, če je duhovno razvita in strpna do različnih verskih prepričanj, bo lahko služila bolniku (Henderson, 1998).

Na področju umiranja in duhovne oskrbe, obstaja v Sloveniji malo raziskav. Červ in Klančnik (2003) v svoji raziskavi med slovenskimi medicinskimi sestrami analizirata stališča v zvezi z umiranjem in ugotavljata, da si večina medicinskih sester želi izvedeti, kaj si umirajoči želijo, saj je poznavanje bolnikovih želja podlaga za načrtovanje zdravstvene nege. Rezultati raziskave kažejo na potrebo po spremembah v zdravstveni negi, z namenom izboljšati razmere za umirajoče. Reed (1991) pa v svoji raziskavi konkretno sprašuje, na kakšen način medicinske sestre lahko izvajajo duhovno oskrbo bolnikov. Le dobra petina v raziskavo zajetih bolnikov (21 %) od medicinskih sester pričakuje razgovor ali jih prosijo, da se jim bere. Vsi ostali odgovori pa se nanašajo na posredno sodelovanje medicinske sestre pri duhovni oskrbi:

- poklicati duhovnika,
- omogočiti čas za molitev,
- omogočiti prisotnost svojcev in
- pomagati priti do bolniške kapele.

Vlogo MS pri duhovni oskrbi bolnika Cusveller in van Leeuwen (2004) opredelita sledeče:

- MS se z bolnikom in z negovalnim timom pogovori o načrtovanju in izvajanju duhovne oskrbe,
- MS nudi duhovno oskrbo in jo skupaj z bolnikom vrednoti,
- MS zbira informacije in prepozna bolnikove duhovne potrebe,
- MS pri zagotavljanju duhovne oskrbe spoštuje različne vrednote, prepričanja, občutke pri bolnikih z različno veroizpovedjo,
- MS prispeva h kakovostni zagotovitvi in izboljšanju duhovne oskrbe v svoji ustanovi.

Namen raziskave

Namen raziskave je ugotoviti, kakšna so mnenja in stališča MS v SBJ do umiranja. Izpostavljena je bila vertikalna dimenzija duhovnosti, ki se nanaša na religiozen smisel življenja in se pri bolniku kaže kot potreba po zadovoljevanju duhovne oskrbe, ki jo izvaja bolniški duhovnik.

Z raziskavo smo želeli pridobiti odgovore na naslednja vprašanja:

- kako pogosto se MS na svojih delovnih mestih srečujejo z umiranjem;
- kako pogosto se MS pogovarjajo o smrti in umiranjju;
- ali je svojcem omogočeno spremljanje umirajočih;
- ali je informiranost bolnikov, svojcev zadovoljiva;
- kako pogosto se izvaja duhovna oskrba umirajočemu bolniku;
- kako vpliva prisotnost duhovnika, ki izvaja duhovno oskrbo v bolniški sobi, na ostale paciente;
- kako vpliva prisotnost duhovnika, ki izvaja duhovno oskrbo v bolniški sobi, na zdravstveno osebje;
- kako pomembno je zadovoljevanje duhovnih potreb v bolniški kapeli;
- ali je pot do bolniške kapele ustrezno označena;
- ali služba ZN daje ustrezen pomen zadovoljevanju duhovnih potreb;
- ali je umirajočemu omogočena duhovna oskrba kadarkoli se izkaže potreba;
- predlogi MS k večji prepoznavnosti vloge MS v procesu umiranja.

Metoda dela

Uporabljena je deskriptivna metoda znanstveno raziskovalnega dela z zbiranjem podatkov s pomočjo anketnega vprašalnika. Raziskovalna strategija je presečna študija.

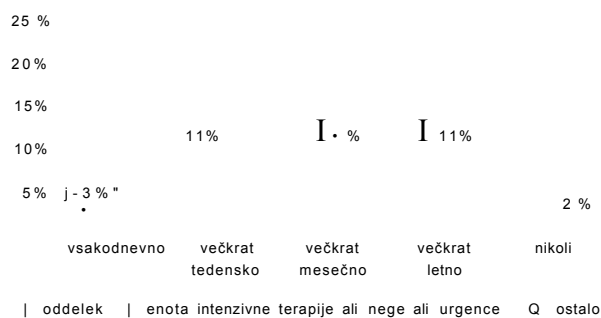
V raziskavo je zajeta populacija MS, zaposlenih na oddelkih SBJ, kjer prihajajo v stik z umiranjem in umirajočimi in kjer se kaže potreba po duhovni oskrbi umirajočih in ostalih bolnikov. Sodelovalo 120 MS, kar predstavlja 51,3 % od 234 skupno zaposlenih MS. Merški instrument je anketni vprašalnik, ki je obsega enaindvajset vprašanj zaprtega in odprtega tipa. Pri enaindvajsetem vprašanju odprtega tipa smo želeli pridobiti mnenja MS, kako naj vloga MS v procesu umiranja postane bolj vidna in prepoznavna. Anketiranje je bilo prostovoljno in anonimno. Glede na vrsto vprašanj so bili podatki obdelani kvantitativno in kvalitativno. Za kvantitativno obdelavo je bil uporabljen računalniški program Microsoft Excel. Odgovori na odprta vprašanja so bili obdelani s kvalitativno metodo, kjer so se vsebine analizirale. Raziskava je potekala v mesecu marcu 2005. Razdeljenih je bilo 120 anket-

nih vprašalnikov, od katerih je bilo vrnjenih in izpolnjenih 103, kar predstavlja 85 % razdeljenih vprašalnikov.

Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 91 % žensk in 9 % moških. Najštevilčnejša je bila skupina v starosti med 19 in 29 let, ki predstavlja 51 % anketirancev, v skupini 30-39 let je 21 % anketirancev, v skupini med 40 in 49 leti je 24 % anketirancev in v starostni skupini 50 in več let je 4 % anketirancev. V raziskovalni skupini prevladuje srednja stopnja izobrazbe, ki predstavlja 74 % vzorca, sledi ji višješolska oziroma visokošolska izobrazba, ki predstavlja 25 % vzorca in 1 % univerzitetna izobrazba. Prevladuje skupina, ki je v SBJ zaposlena od 0-9 let in predstavlja 59 % anketirancev. Sledita ji skupini od 10-19 let in 20-29 let, ki vsaka posamezna predstavlja 19 % anketirancev. Najmanjši delež 2 % predstavlja skupina, ki je v SBJ zaposlena najdlje, to je 30 let in več. Delovno mesto je v 68 % na oddelku. V enoti intenzivne terapije in urgence je zaposlenih 23 % ter 9 % anketirancev na ostalih delovnih mestih.

Pogostost srečevanja MS z umiranjem se po posameznih oddelkih SBJ razlikuje, kar prikazuje Graf 1



Graf 1. Pogostost srečevanja s umiranjem in smrtjo glede na delovno mesto.

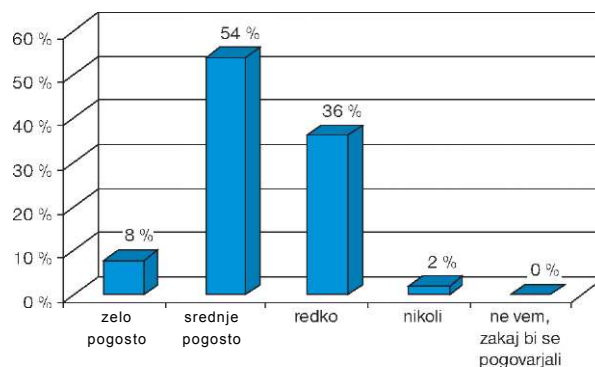
Več kot polovica anketirancev (54 %) se na svojem delovnem mestu pogovarja o smrti in umiranju srednje pogosto (Graf 2).

Anketiranci odgovarjajo, da na željo svojcev v 78 % primerov omogočijo njihovo spremljanje umirajočih (Graf 3).

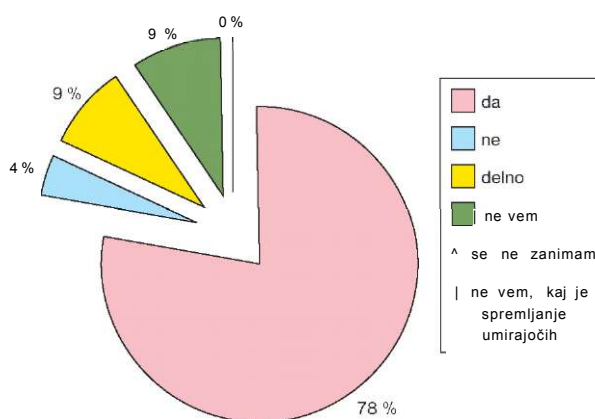
Dobra tretjina (33 %) anketirancev meni, da so pacienti, umirajoči in svojci informirani glede duhovne oskrbe (Graf 4).

53 % anketirancev meni, da redko prihaja do potrebe po duhovni oskrbi. Intenzivnost te potrebe prikazuje Graf 5.

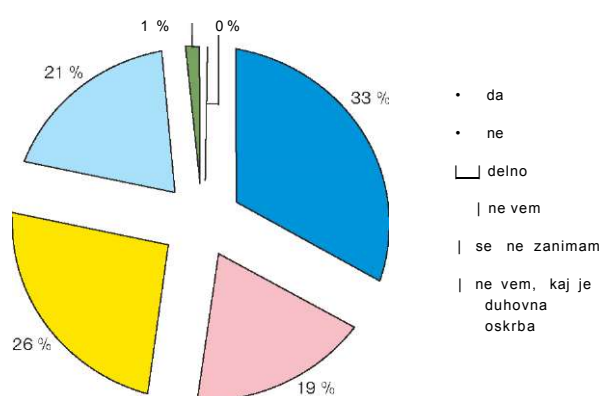
26 % anketirancev ne ve odgovoriti na vprašanje, kako vpliva prisotnost duhovnika na ostale paciente (Graf 6).



Graf 2. Pogostost pogovora o smrti in umiranju na delovnem mestu.



Graf 3. Omogočanje spremljanja umirajočih s strani svojcev, če to želijo.



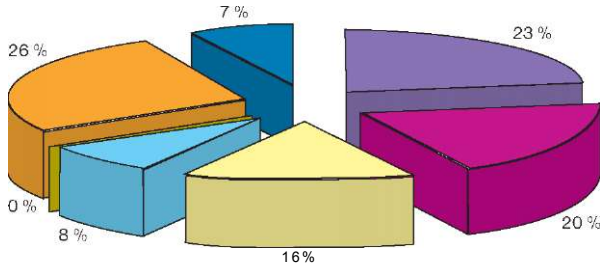
Graf 4. Informiranost pacientov, umirajočih in njihovih svojcev glede duhovne oskrbe.

Prisotnost duhovnika v bolniški sobi v 46 % vpliva dobronamerno na osebje (Graf 7).

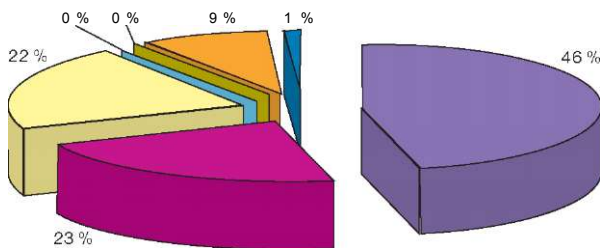
Visokemu odstotku anketiranih (92 %) se zdi pomembno, da imajo bolniki možnost zadovoljiti duhovne potrebe v bolniški kapeli (Graf 8). Vsi vprašani vedo, da je v SBJ kapela.



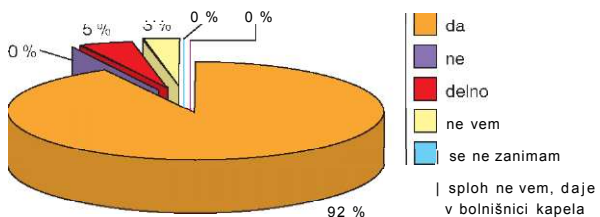
Graf 5. Pogostost duhovne oskrbe umirajočega na oddelku.



Graf 6. Vpliv prisotnosti duhovnika, ki izvaja duhovno oskrbo v bolniški sobi, na paciente.

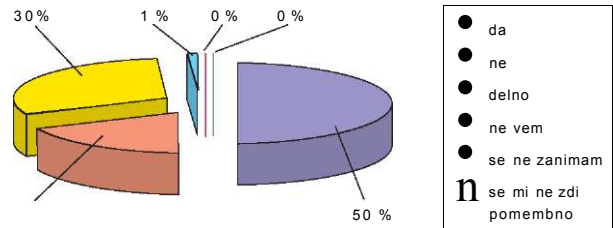


Graf 7. Vpliv prisotnosti duhovnika, ki izvaja duhovno oskrbo v bolniški sobi, na osebje.



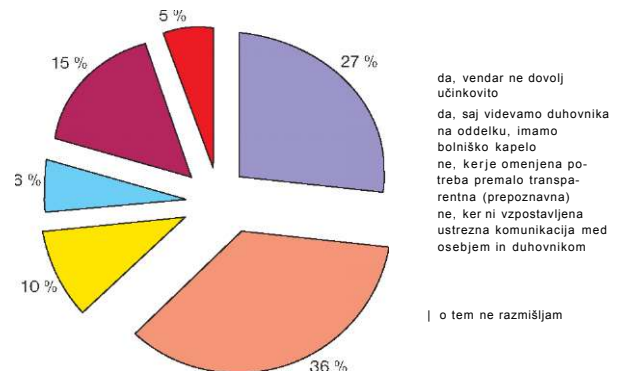
Graf 8. Pomembnost zadovoljevanja duhovnih potreb v bolniški kapeli.

Anketiranci v 50 % odgovarjajo, da je pot do bolniške kapele ustrezno označena (Graf 9).



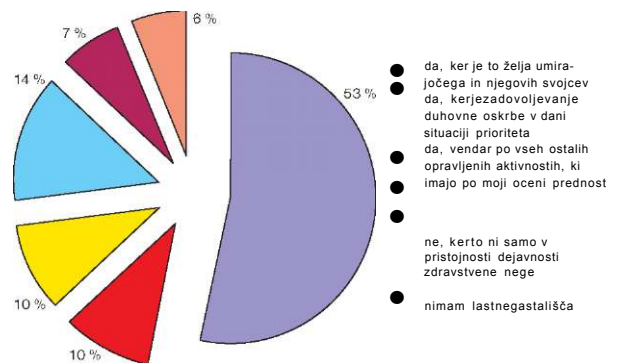
Graf 9. Ustreznost označenosti poti do bolniške kapele.

Pomen zadovoljevanja duhovnih potreb umirajočih MS različno ocenjujejo (Graf 10).



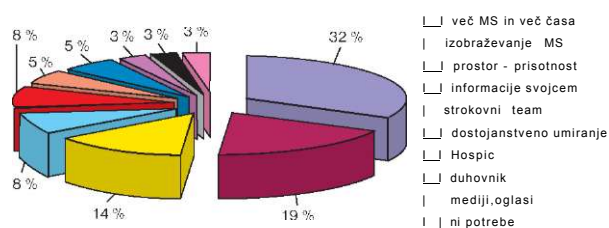
Graf 10. Ustreznost pomena zadovoljevanja duhovnih potreb umirajočih s strani Dejavnosti zdravstvene nege.

53 % anketirancev meni, da se duhovna oskrba omogoči kadarkoli se izkaže potreba, ker je to želja umirajočega (Graf 11).



Graf 11. Omogočanje duhovne oskrbe v Dejavnosti zdravstvene nege umirajočemu kadarkoli se izkaže potreba.

Od 103 anketirancev jih je 29 (28 %) prispevalo predloge za večjo prepoznavnost vloge MS v procesu umiranja. Vseh predlogov je 66. Po ključnih besedah so razvrščeni v 10 skupin (Graf 12).



Graf 12. Predlogi večje prepoznavnosti vloge MS v procesu umiranja.

Razprava

Rezultati raziskave v SBJ kažejo, da se MS v praksi srečujejo z umiranjem in smrtjo tedensko in letno v enakem deležu (22 %). Več kot polovica MS se o umiranju tudi pogovarja. Vzgojeni smo tako, pravi Cassidy (1999), da svojo ljubezen zatiramo, oblečemo zaščitno uniformo, ki nas drži v varni razdalji od naših bolnikov in da jih srečujemo kot strokovnjaki svoje stranke, ne kot krhka človeška bitja, kakršni vsi smo. Izredno pomembno je, da se pogovarjamo o smrti in umiranju, ker se s pogovorom tudi rešujejo ali vsaj blažijo stiske, ki jih v stiku s smrtjo doživlja vsak posameznik. Večina anketirancev je ženskega spola in spada v najmlajšo starostno skupino, z najmanj delovne dobe. V izobrazbeni strukturi prevladuje srednješolska izobrazba, z univerzitetno izobrazbo smo v raziskavo zajeli le eno osebo.

Umiranje v bolnišnicah postaja bolj vidno predvsem z vključevanjem družine in svojcev. V ospredju naj bi bile potrebe umirajočega bolnika. To je temelj humanega umiranja. Vedno bolj pa se uveljavlja praksa spremljanja umirajočih, ki naj bi jo po bolnišnicah omogočili tudi svojcem. Raziskava je pokazala, da se svojci v kar visokem deležu odločajo za spremljanje umirajočih. Ali je spremljanje bolnika posledica odločitve družine same oziroma odnosov znotraj nje ali je mogoče vzpodbuda s strani zdravstvenega osebja, ni ni pomembno.

Informiranost je most med bolnikom, njegovo družino in med zdravstvenim osebjem. Zato je informacija, ki je vedno dostopna, izhodišče za kakovostno obravnavo vsakega bolnika. Poleg splošnih podatkov, naj vsebuje tudi podatke, ki se navezujejo na proces umiranja, spremljanja umirajočih, duhovno oskrbo in možnosti izvajanja le-te. Tretjina odgovorov, ki potrjuje zadovoljivo informiranost umirajočih in svojcev, je vzpodbudna, istočasno pa nam ostali odgovori nakazujejo, da le ni ustrezne informiranost. V SBJ so v bolniških sobah zloženske, ki vsebujejo podatke o duhovni oskrbi in jih je izdal Župnijski urad na Jesenicah. Prav tako najdemo podatke na spletni strani rimskokatoliške cerkve. Tudi spletna stran SBJ v svoji predstavitvi vsebuje kratke informacije o duhovni oskrbi. Morda bi bilo potrebno vsebino, ki se nanaša na duhovno oskrbo dodatno vključiti v zloženko »In-

formacije bolniku«, ki jo prejme vsak v SBJ sprejet bolnik.

V raziskavi smo se omejili na vertikalni oziroma religiozni vidik duhovnosti in se usmerili v duhovno oskrbo, ki jo izvaja duhovnik katoliške veroizpovedi. Izhajamo namreč iz dveh vidikov. Prvi je zgodovinski, ki utemeljuje pomen krščanstva na območju današnje Slovenije od Karantanskega kneza Boruta do današnjih dni. Drugi vidik je družbeni, ki v popisu prebivalstva v letu 1991 prikaže katoličane z 71,63 % in jih postavlja na prvo mesto vseh veroizpovedi v Sloveniji. Leta 2002 pade odstotek na 57,8 %, ostale veroizpovedi ostajajo dokaj enake, poveča se število ateistov. Rimskokatoliško cerkev v Sloveniji upravičeno imenujemo religija okolja (Pregled in pravna analiza ..., 2004).

Kübler Ross (1995) razlaga trenutek smrti kot doživetje, ki je splošno, torej neodvisno od tega, ali ste avstralski staroselec, hindujec, musliman, kristjan ali nevernik. Celosten pristop k bolniku v zdravstveni negi zahteva, da se MS seznanijo z duhovnikom in pozna njegov pristop k duhovnim potrebam bolnika. Oba morata vedeti, kaj lahko pričakujeta drug od drugega in se strinjati glede oblik pomoči, ki jo pri zadovoljevanju duhovnih potreb dajeta bolniku (Beckmann Murray, Proctor Zentner, 1989). Omenjeno stališče je teoretična osnova in je glede na rezultate raziskave idealno izhodišče za dejansko izvajanje v praksi zdravstvene nege. Vlogo MS pri opravljanju verskih obredov je Hendersonova (1998) opredelila kot pomoč bolniku, da lahko obiše verski obred ali pokliče duhovnika, da omogoči obisk duhovnika pri bolniku, da zagotovi možnost pogovora na samem ter omogoči prejem zakramentov, vkoliko si jih bolnik želi. Tu se nam poraja vrsta vprašanj, kako se to dejansko izvaja v praksi, česar pa naša raziskava ni zajela. Zanimiva je razlaga Mayer-Scheu (1995), ki pravi, da po eni strani gleda bolnišnično osebje in zelo veliko bolnikov na delo bolniškega duhovnika kot na praznoverno utvaro z neke vrste obrednim značajem, po drugi strani pa ljudje do vplivov običajev niso čisto brezbrizni. Rezultati raziskave v SBJ so med drugim pokazali, da duhovnik v bolniški sobi pozitivno deluje na ostale bolnike. Skoraj polovica anketirancev meni, da je vpliv na osebje pozitiven. To se zdi zelo pomembno. Mayer-Scheu (1995) trdi, da je bolniškemu osebju nerodno pred duhovnikom, da bi njegove usluge imeli za slepilo, in istočasno tudi nerodno pred drugimi, da bi se strinjali z duhovnikom. Tako je nazorno ocenil odnos, ki je prisoten v praksi. V naši raziskavi smo ugotovili, da so prisotni predsodki o duhovnikih pri dobri petini vprašanih. Vendar to ne vpliva na osebje, ker je prisotnost duhovnika v korist umirajočemu. Preseneča pa 23 % anketirancev, ki o vplivu duhovnika na ostale bolnike nima lastnega mnenja. Sklepamo lahko, da je rezultat tega mnenja prevladujoča mlada struktura zaposlenih, ki še nima tovrstnih izkušenj. Da

je duhovna potreba premalo prepoznavna in služba zdravstvene nege ne daje ustreznega pomena zadovoljevanju omenjene potrebe, kažejo tudi rezultati naše raziskave. Duhovnik in bolniška kapela dejansko omogočata izvajanje duhovne oskrbe, vendar temu navkljub ni ustrezne komunikacije med zdravstvenim osebjem in duhovnikom. Več kot polovica (53 %) je mnenja, da se duhovna oskrba omogoči kadarkoli se izkaže potreba, ker je to želja umirajočega. Deljena pa so mnenja, da je zadovoljevanje duhovnih potreb prioriteta oziroma, da se njeno izvajanje omogoči šele po opravljenih ostalih aktivnostih, ki imajo po mnenju anketiranih prednost. Duhovna oskrba se kljub vsemu navedenemu dejansko izvaja redko. Vprašanje ni specifikiralo, ali je to redni ali naročen obisk duhovnika. Nimamo podatka, s katerim bi realno ocenili pogostost, ker se duhovna oskrba umirajočih izvaja tudi zunaj rednih obiskov duhovnika in ni vedno vezana na osebo na oddelku. Na željo svojcev in v dogovoru z osebjem oddelka, kjer bolnik ali umirajoči leži, je možen tudi obisk zunanjega duhovnika, ki prihaja iz okolja, kjer bolnik živi. Vendar pa polovica anketiranih meni, da se bolniki in svojci redko zanimajo za obisk duhovnika.

Omeniti in poudariti pa velja naslednje. Raziskava je zajela religiozni vidik duhovne oskrbe, ki temelji na rimskokatoliški religiji. Ostale religije v raziskavi niso bile zajete. Kar pa seveda ne pomeni, da ni potreb po drugi verski oskrbi. Vsekakor moramo biti odprti in predvsem znati prepoznati potrebe po zadovoljevanju duhovnih potreb tudi ostalih religij, ne le rimskokatoliške. Vpliv na tako stanje ima v primeru SBJ tudi struktura lokalnega prebivalstva v širšem zaledju bolnišnice (pretežno podeželsko okolje).

Vladni Urad za verske skupnosti pravi, da ima vsak bolnik tudi v bolnišnici pravico do dejavnega verskega življenja ter da se morajo predstavniki verskih skupnosti ravnati po potrebah in željah bolnikov, zdravnikovim priporočilom in hišnem redu (Pregled in pravna analiza ..., 2004). Bolniška pastorala vključuje duhovnika kot osebo, ki pri bolniku izvaja duhovno oskrbo. Organiziranost duhovne oskrbe je v posameznih slovenskih bolnišnicah prilagojena potrebam znotraj ustanove. Verski obredi potekajo v bolniških kapelah, ki so bile zgrajene prav s tem namenom. Dokler status bolniškega duhovnika v Sloveniji ni pravno formalno urejen, se ta dejansko prilagaja razmeram v bolnišnicah in nima nekega ustreznega mesta v ustanovi.

Sprememba v bolniški pastorali ter pri medsebojnih odnosih med zdravstvenimi delavci in duhovniki se je po Peri (1998) že začela. Duhovnik se mora vključiti v terapevtski tim. Stara delitev vlog je preživela in posamezna služba (zdravnik, medicinska sestra, duhovnik) je učinkovita in zdravilna šele v skupnem delu, se pravi v sodelovanju poklicev, ki nudijo pomoč. Bolniška kapela v SBJ omogoča bolnikom eno od možnosti zadovoljevanja duhovnih potreb. V veliki večini

ni se anketirancem ta trditev zdi pomembna. Postavlja se vprašanje ustreznosti označenosti poti, ki vodi do bolniške kapele. Mnenja so deljena. Polovici anketiranih se zdi oznaka ustrezna, ostalim ne, oziroma delno ustrezna. Poraja se dodatno vprašanje, kako je z organizacijo prevoza do kapele za manj pomične bolnike, ki se želijo udeležiti verskega obreda, česar pa žal v anketi nismo zajeli. Če izhajamo iz teoretičnega modela Virginie Henderson (1998), le-ta opredeli posredno vlogo MS pri obiskovanju verskih obredov. Zdravstvena nega bi morala posredno vlogo MS, ki se nanaša na duhovno oskrbo, jasno oblikovati in načrtovati aktivnosti. Kratek vpogled v knjigo zahval in prošenj, ki je v kapeli, nas prepriča, da je kapela v bolnišnici potrebna. Bolniki, svojci in obiskovalci v knjigi zelo tankočutno razgaljajo svoje občutke in zahvale. Če povzamemo bistvene elemente, se ti nanašajo predvsem na religiozni vidik zahval in prošenj, zelo pogoste pa so tudi zahvale zdravstvenemu osebju SBJ. Nekaj zahval je tudi v nemškem in angleškem jeziku, kar dokazuje, da so tudi tuji državljani, ki so bili oskrbovani v SBJ, poiskali bolniško kapelo.

V raziskavi smo pričakovali najbolj tehtno vsebino v opisnih mnenjih, ki so se konkretno navezovala na vlogo MS v procesu umiranja. Žal je odgovarjalo le 29 od 103 anketiranih. Nekateri anketiranci so mnenja, da ni potrebe po vidni vlogi MS v procesu umiranja. Odgovor preseneča, ker v ZN nikoli ne moremo trditi, da ni potrebe po bolj vidni ali prepoznavni vlogi MS. Vedno moramo izhajati iz koncepta, da smo usmerjeni k večji prepoznavnosti stroke ZN. Analiza opisanih vsebin je pokazala, da je najprej potrebno zagotoviti ustrezno število MS, ki bodo imele na razpolago več časa za umirajoče. Pomemben vidik je tudi izobraževanje, lahko tudi delavnice, skratka treba je aktualizirati temo umiranje in smrt. Dejstvo je, da se vsi zavedamo pomanjkanja znanja omenjenih vsebin. Izredno pozitiven pa je rezultat raziskave, ki kaže na to, da mlada populacija zaposlenih, ki nima veliko delovnih izkušenj, vendarle razmišlja v smeri pomembnosti izobraževanja in uporabnosti znanja v praksi. Nekateri posamezniki navajajo, da bi bil potreben poseben prostor ali bolniška soba, kamor bi se družina z umirajočim lahko namestila. S tem bi bila idealno zagotovljena intimnost, oziroma dana možnost sobivanja in spremljanja umirajočega s strani njegove družine. Zanimiv je predlog oblikovanja posebnega strokovnega tima, ki bi skrbel za koordinacijo med oddelki in bil istočasno v pomoč pri reševanju občutljivih problemov, ki se navezujejo na umirajoče. Vključevanje s strani Hospica bi bilo za delo na oddelku pomembno. Žargi (2000) navaja, da strokovnjaki Hospica sestavljajo svetovalni organ za bolnišnice in službe zdravstvene nege na domu, ki obravnava neozdravljivo bolne. Hospic v praksi strokovno obvladuje področje umiranja. Vendar se zdi, da je program Hospica ravno po bolnišnicah premalo prepo-

znaven. Možnosti vključevanja so različne. Menimo, da so tudi tukaj informacije pomanjkljive. Še vedno gre bolj za osebno odločitev posameznika. Večina predlogov se nanaša na kadrovske, organizacijske in druge vire. Mogoče ni bilo dobro definirano vprašanje ali pa je pri anketiranih vendarle prisotno pomanjkljivo poznavanje teoretičnih vsebin zdravstvene nege in dejanske vloge MS, ne glede na raznolikost področij, kjer MS deluje. Žal v predlogih, ki so bili podani, ni bila predstavljena dejanska vloga MS v procesu umiranja, kot smo jo pričakovali. Temelj odnosa med umirajočim, družino, medicinsko sestro in duhovnikom je nedvomno dostojanstvo umiranja, kar so postavili tudi anketiranci.

Sklep

Zdravstvena nega umirajočih predstavlja skrb in oskrbo. V različnih življenjskih obdobjih se vloga MS spreminja in prilagaja specifičnim potrebam bolnika, ki ga obravnava. Izjemno občutljivo področje umiranja in duhovnosti pa zaradi svoje specifične note zahteva več pozornosti in znanja s strani izvajalcev zdravstvene nege. Izobraževanje, vzpodbujanje in vključevanje tako zdravstvenih delavcev kot svojcev, ter boljša informiranost, bolj odprto sodelovanje z bolniškim duhovnikom, so ključni elementi v izboljševanju obravnave umirajočega bolnika. Raziskava nas usmerja k izboljšanju kakovostne obravnave umirajočih v bolnišnicah, s poudarkom na duhovnih dimenzijah človeka ter prepoznavanju potreb umirajočega bolnika. Vzporedno pa rezultati kažejo, da le ni ustrezne prepoznavnosti duhovnih potreb in potrjujejo ugotovitev, da ni ustrezne komunikacije med osebjem in duhovnikom. Vsekakor bo potreben obojestranski dialog, ki bo usmerjen k skupnemu cilju, to je k bolniku. Nedvomno bo posledica tega, bolj učinkovita zdravstvena nega. Pastoralna v javnih zavodih vključuje duhovno oskrbo v vojski, zaporih in bolnišnicah. V vojski je z vladnim sporazumom določena vloga duhovne oskrbe in tudi kdo jo izvaja. Duhovna oskrba zapornikov ima delno urejeno zakonsko podlago in zavezujoče mednarodnopravne akte. Področje duhovne oskrbe v bolnišnicah se bo uredilo šele z ustrezno zakonodajo in sporazumom med Ministrstvom za zdravje ter Slovensko škofovsko konferenco ter na ta način dobilo ustrezno mesto, kot ga ima drugje po Evropi.

Če se bomo v bodoče bolj tenkočutno lotili izboljševanja in usmerjeno strokovno razvijali področje duhovne oskrbe, vključevali vse naštetje pogoje, organizacijske strukture, posameznike, zunanje sodelavce, bo narejen korak naprej v celostni obravnavi umirajočega bolnika. Nekateri so mnenja, da bi pomembno vlogo lahko odigrali tudi mediji in oglaševanje. V dobi računalniške komunikacije slednje lahko predstavlja izziv za stroko zdravstvene nege. Vloga MS se v duhovni oskrbi vedno bolj jasno izraža in vidno obli-

kuje. Posredna vloga MS, ki se navezuje na to, da pokliče duhovnika, da odpelje bolnika v bolniško kapelelo in da omogoči svojcem spremljanje umirajočega, je nedvomno izrednega pomena. Sedaj je na potezi stroka, ki bi morala bolj prisluhniti in strokovno opredeliti aktivnosti, ki se izvajajo v duhovni oskrbi in jih tudi ustrezno vrednotiti.

Cassidy (1999) razmišlja, da je naš duhovni odnos do trpljenja odločilen, ker ne določa samo o tem, kaj tistim, ki jih negujemo, posredujemo, ampak omogoča tudi, da preživimo kot spremljevalci. Če je naš odnos zaradi nevednosti ali napačnega razmišljanja nelogičen, tvegamo, da nas trpljenje tako uniči, da izgorimo. Zavedanje lastne umrljivosti nam omogoča bolj pristen in dostojanstven odnos do umirajočega bolnika, kar ugotavlja tudi Fassler-Weibel (1996), ko navaja, da stik z umirajočim in svojci umirajočih ne zahteva samo poguma, izostrenega čuta in sposobnosti vživljanja, ampak predvsem zdrav človeški razum in spoprijemanje z mislijo na lastno umiranje. Nujno potrebno je, da MS razmišljamo o umiranju in smrti. Biti moramo notranje umirjene in odprte za sprejemanje. Izkušnja smrti, ki jo doživljamo na delovnem mestu, lahko trenutno v nas povzroči stisko, vendar nas istočasno tudi bogati. MS, ki pogosteje prihajamo v stik z umirajočimi in s smrtjo, bi morale najti možne načine sproščanja in notranje umirjenosti v naravi, umetnosti, športu, odnosu do drugih in meditaciji.

Zavedanje, da nekatere MS s svojim delom v procesu umiranja prejemamo več kot dajemo, je intimen občutek. Napolnjuje nas s hvaležnostjo do bolnika in do poklica, ki nam omogoča biti s človekom od rojstva do smrti.

Literatura

1. Beckmann Murray R, Proctor Zentner J. Nursing assesment and helth promotion strategies throught the life span. Norwalk: Appleton & Lange, 1989: 96.
2. Burkhardt M. Characteristic of spirituality in the lives of woman in a rural 6. Appalachian community. J Transcul Nurs 1993; 4: 12-8.
3. Bleje U. Umiranje je del življenja. Zdravje 2004; 297: 17-9.
4. Brumec M. Stiske strokovnih delavcev v zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih. Vloga medicinske sestre v paliativni oskrbi. Zbornik predavanj s strokovnega srečanja Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor. Maribor: DMSTZ, 2004.
5. Cassidy S. Skupaj v temi: duhovnost in duhovna praksa spremljanja umirajočih. Ljubljana: Župnijski urad Ljubljana - Dravlje, 1999.
6. Cehner M. Duhovnost v času umiranja in žalovanja. Vloga medicinske sestre v paliativni oskrbi. Zbornik predavanj s strokovnega srečanja Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor. Maribor: DMSTZ, 2004; 17-24.
7. Craven R, Hirnle CJ. Fundamentals of nursing: human health and function. New York: Lippincott, 1992.
8. Curtin L, Flaherty MJ. Nursing ethics, theories and pragmatics. Englewood Cliffs: Prentice Hall International, 1982.
9. Cusveller B, van Leeuwen R. Nursing competencies for spiritual care. J Adv Nurs 2004; 48:(3), 234-46.
10. Červ B, Klančnik Gruden M. Etična razmišljanja v zdravstveni negi umirajočih. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2003; 333-43.

11. Društvo Hospic. <http://www.si/pogovor.htm>. Dostopno dne 3. 5. 2005.
12. Država in verske skupnosti v republiki Sloveniji. <http://www.si-gov.si/uvs/pregled.doc>. Dostopno dne 20. 1. 2005.
13. Fassler-Weibel P. Blizu v težkem času. Ljubljana: Družina, 1996.
14. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1998: 43-76.
15. Klemene D. Skrb v zdravstveni negi ali zdravstvena nega v (o)skrbi. Obzor Zdr N 2003; 37: 99-106.
16. Klevišar M. Kako udomačiti bolezen. Ljubljana: Salve, 1999.
17. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1998: 7-13.
18. Kubler-Ross E. O smrti in življenju po njej. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1995.
19. Lahe M. Paliativna oskrba kot pomemben element sodobne zdravstvene nege. Vloga medicinske sestre v paliativni oskrbi. Zbornik predavanj s strokovnega srečanja Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor. Maribor: DMSTZ, 2004.
20. Lowton J. The dying process: patients experiences of paliative care. London and New York: Routledge, 2000: 8-11.
21. Mayer-Scheu J, Kautzky R. Od zdravljenja k ozdravljenju: pozabljena razsežnost v bolnišnici. Ljubljana: Župnijski urad - Dravljje, 1995.
22. Pera H. Razumeti umirajoče. Praktična navodila za spremljanje umirajočih. Ljubljana: Župnijski urad Ljubljana - Dravljje, 1998.
23. Požaić V. Pravica do človeškega umiranja. Ljubljana: Cirilsko društvo slovenskih bogoslovcev, 1987: 67.
24. Reed PG. Preferences for spiritually related nusing therapeutics among terminally ill and nonterminally ill hospitalized adults and well adults. Applied Nursing Research 4(3), 1991, 122-8.
25. Roberts D. Applying the Roper-Logan-Tierney Model in Practice. Churchill Livingstone, 2003; 411-31. Edinburgh, London, New York, Oxford.
26. Skoberne M. Zdravstvena nega umirajočega. Obzor Zdr N 1986; 20: 187-209.
27. Skoberne M. Hospic - Zavetje za umirajoče. Obzor Zdr N 1993; 27: 237-50.
28. Skoberne M. Duhovnost in duhovno zdravje. Obzor Zdr N 2002; 36: 23-31.
29. Šmitek J. Filozofija, morala in etika v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 1998; 32: 127-38.
30. Štupnikar J. Odnos do bolnikov in bioetika. Bogoslovni vestnik: Prihodnost človeštva v luči bioetičnih vprašanj - Teološki simpozij. Ljubljana: Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani, 2004: 561-75.
31. Vegelj-Pirc M, Škufca CA. Psihoonkologija. Priručnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2000; 217-26.
32. Trontelj J. Razmišljanja o evtanaziji v Evropi in v Sloveniji. Obzor Zdr N 2003; 37: 253-8.
33. Trontelj J. Spoštovanje človekovega dostojanstva v zvezi z biomedicino: mednarodni dokumenti in slovenski pravni red. Bogoslovni vestnik: Prihodnost človeštva v luči bioetičnih vprašanj - Teološki simpozij. Ljubljana: Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani, 2004: 517-31.
34. Zlatař K. Bolnik v procesu umiranja in vpliv smrti na medicinske sestre. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2002.
35. Zupančič-Slavec Z. Pionirka sestřinstva in organizirane nege. Vita 1995; dec 5: 2-3.
36. Žargi T. Principi paliativne oskrbe in paliativne zdravstvene nege. Priručnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2000; 207-16.

Vir

1. Pregled in pravna analiza veljavne zakonodaje Republike Slovenije s področja pravne ureditve verskih pravic. Inštitut za pravo človekovih pravic, Ljubljana z dne 31. 1. 2004.