

DUHOVNO ZDRAVJE

SPIRITUAL HEALTH

Metka Tušar

UDK/UDC 616-083:28

DESKRIPTORJI: zdravstvena nega; duhovni vidik; bolniki; duhovno zdravje; duhovne potrebe

DESCRIPTORS: health care; spiritual aspect; patients; spiritual health; spiritual needs

Izvleček – Številni izobraževalni programi v obstoječ učni načrt ne vključujejo duhovnih vidikov zdravstvene nege, čeprav je za medicinske sestre pomembno, da spoznajo tudi koncept duhovnosti, da bi le-ta lahko postala sestavni del celostne zdravstvene nege. Ta zadržanost kaže na družbeno in strokovno stališče zdravstvene nege do takšne tabu teme zaradi njene precej eterične in intuitivne narave.

Duhovnost pogosto razumemo kot pomensko sorodno s pobožnostjo in vero v Boga. Duhovna zavest ne obsega samo vernosti in pobožnosti ampak zmožnost, da dejansko raziščemo stališča in občutke glede stvari, ki so bistvene za naš obstoj.

Prispevek se osrediča na krščansko razumevanje duhovnosti ter razpravlja o duhovnih potrebah, kot so smisel in cilj življenja, ljubezen in povezanost med ljudmi in z Bogom ter odpuščanje.

Abstract – Many nursing training programmes fail to incorporate spiritual aspects of health care within existing curricula although it is essential for nurses to explore the concept of spirituality if it is going to be offered as a component of holistic care. The hesitancy the reflects society's and the nursing profession's attitudes towards such a taboo subject because of its rather ethereal and intuitive nature.

Spirituality is often viewed as being synonymous with religion and belief in God. Spiritual awareness does not imply religiosity or piety only, but the ability to explore positively one's own attitudes and feelings about matters that are basic for our existence.

The article focuses on the Christian attitudes to spirituality discussing the following spiritual needs: the meaning and the purpose of life, love and relationship with other people and God, and forgiveness.

Duhovni element v človeški naravi moramo prepoznati in negovati, če hočemo, da vse sposobnosti človeške duše delujejo skupaj v popolnem ravnovesju in harmoniji. Zato ni resničnega nasprotja med duhovnostjo in znanostjo, kajti ena dopolnjuje drugo. Vsak napredek znanja nas pripelje do tega, da se soočimo s skrivnostjo lastnega bivanja.

(Planck, 1932)

Duhovnost ni odvisna od telesnega zdravja, prej nasprotno. Hudo prizadeti ljudje nas velikokrat presenetijo z bogastvom svoje notranjosti, zaradi katerega so lahko pravo darilo za okolico. In dokler napredujoča bolezen ne prizadene zavesti, v ničemer ne preprečuje duhovnega razvoja.

(Voljč, 1994)

Uvod

Stališče, da je zdravje odraz telesnega, čustvenega, intelektualnega, socialnega in spiritualnega (duhovnega) dobrega počutja posameznika, je osnovano na »celostni filozofiji«¹ Herberta Otta (1975), ki meni, da je vsak posameznik edinstven v okviru omenjenih petih dimenzij in da so le-te v neprestani interakciji.

Telesna dimenzija vključuje vse, kar vpliva na telo, čustvena se nanaša na fiziološka in čustvena stanja, intelektualna dimenzija vključuje receptivno funkcijo, spomin, učenje in zaznavanje. Socialna dimenzija predstavlja socialne interakcije in odnose ter vidike kulture. Zadnja, duhovna dimenzija pa raziskuje človekovo iskanje življenjskega smisla, kar mu je v pomoč pri premagovanju različnih življenjskih težav.

V bolezni, ko je dobro počutje ogroženo, se ljudje v glavnem osredičimo na telesno dobro počutje, emocionalni, intelektualni in socialni aspekt pa pogosto prezremo. Najpogosteje se sploh ne menimo za duhovno dobro počutje ali ga podcenjujemo, morda zaradi eterične in intuitivne narave duhovnosti, ali pa zato, ker o duhovnosti drugače kot v povezavi z vernostjo sploh ne razmišljamo in nam predstavlja nekakšen tabu.

Vsak človek ima svojo definicijo duhovnosti, nobena pa ne more v celoti izraziti bistva tega čudovitega dela človekove izkušnje.

Rahalova (1984) definira duhovnost kot osebno transcenco, zunaj konteksta stvarnosti, v nasprotju z razumskim občutjem, kjer stvari obstojijo, ko se pojavijo. Posledica tega je življenje potrjujoč odnos z

bogom, z neko skupnostjo, z okoljem in s samim seboj.

Omenjena definicija, tako kot mnoge druge, vsebuje idejo o dveh dimenzijah duhovnosti – horizontalni in vertikalni. Horizontalna dimenzija se nanaša na odnos s samim seboj (intrapersonalen), z drugimi ljudmi (interpersonalen) in z okoljem, gre za »nereligično občutenje smisla življenja« (Champagne, 1989).

Vertikalna dimenzija se nanaša na boga, ki ga nekdó 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 (Washkoviak, 1989).

Duhovno zdravje

Pri večini ljudi duhovno zdravje v različnih življenjskih obdobjih zahteva razvoj tako horizontalne kot tudi vertikalne razsežnosti duhovnosti, kajti pomanjkanje cilja in življenje brez smisla vodi v obup in vzbuja občutje nekoristnosti in zapuščenosti.

Cook (1980) definira duhovno zdravje kot »potrditev življenja v odnosu z Bogom, samim seboj, družbo in okoljem, kar vzpodbuja in povečuje popolnost«.

Potter in Perry (1985) pa pravita: «Duhovno zdravje običajno pojmuje kot zavest ali odprtost najvišjemu bitju (Bogu). Odgovor temu najvišjemu bitju (Bogu) je vera ali sistem verovanja. Duhovno zdrave osebe imajo ljubeč odnos do drugih. Odpuščajo krivice, so vljudne in potrpežljive. V odnosih z drugimi so pravične in miroljubne. S svojo duhovno zavestjo o tem, kaj je pomembno v življenju in v svetu, na druge vplivajo pozitivno«.

Cilj zdravstvene nege znotraj tega ogrodja ni samo doseči dobro počutje ljudi ali celo preprečevanje bolezni, ampak pomagati jim v zdravju in bolezni, da uporabijo lastne notranje sposobnosti.

V nadaljevanju se članek osredišča na krščanska stališča glede duhovnosti oziroma duhovnega zdravja.

Duhovne potrebe

Duhovna dimenzija zdravstvene nege ima lahko poseben pomen za bolnika, ki ima težave s telesnim zdravjem. Varovanec, ki je fizično bolan, mogoče ni sposoben nadzirati svojih duhovnih potreb, zato medicinska sestra, ki izvaja holistično zdravstveno nego, skuša ugotoviti vse potrebe, vključno s tistimi, za katere meni, da so znotraj duhovnega področja.

Obredi in rituali poudarjajo osebno duhovnost, vendar pa jih posameznik morda ne prizna kot bistvo svojega odnosa z najvišjim bitjem (Bogom). Medicinska sestra bi se morala zavedati varovančevih splošnih duhovnih potreb, ki so lahko izražene drugače, kot je določena verska praksa in naj bi omogočila bolniku sodelovati tako, kot hoče sam (Potter in Perry, 1985).

Medicinska sestra naj spozna in spoštuje dejstvo, da ljudje različno izražajo svojo vero. Še pomembneje

pa je, da se zaveda, kako podobne so osnovne potrebe vsakega človeka.

Duhovna potreba je pomankanje kateregakoli elementa ali več elementov, potrebnih, da se vzpostavi in/ali vzdržuje dinamični in osebni odnos z Bogom (kot ga posameznik označi), oziroma da izven tega odnosa izkusi odpuščanje, ljubezen, upanje, zaupanje, smisel in cilj življenja (Stallwood in Stoll, 1975).

Potreba po smislu in cilju

Viktor Frankl (1971 cit. po Fish in Shelly 1978), znan dunajski psihiater, piše, da je iskanje smisla prva življenjska sila. Človek mora osmisliti življenje in trpljenje. Poudarja tri področja vrednot, ki dajejo smisel ljudem, ki trpijo: možnost, da si zadajo nalogo in jo izvršijo; da doživijo dobroto, resnico, lepoto, pomemben odnos ter imajo možnost izbire stališča, ki ga človek zavzame do trpljenja. Zanj je pomemben odnos do Boga in zavest o njegovi pomoči.

Upanje v Boga ne pomeni hitrega konca krize. Lahko pa vodi do globljega odnosa z njim, k čustveni in duhovni rasti in zmožnosti, pomagati ljudem v njihovih krizah. Apostol Pavel razlaga moč upanja v Boga sredi krize, ki je grozila, da ga bo strla. Z božjo pomočjo se je rešil in bil kasneje sposoben tolažiti ljudi, ki so se znašli v podobnem položaju (Drugo pismo Korinčanom 1, 3–11).

Veren človek je sposoben sprejeti nepričakovane spremembe celo takrat, ko odpovedo običajni sistemi podpore, ker upa, da ga Bog nikoli ne bo zapustil. Medicinska sestra lahko pomaga bolniku tako, da spoštuje njegovo prepričanje.

Telesna prizadetost lahko povzroči pri človeku pretirano popustljivost do sebe samega. Večkrat je bilo potrebno, da se je varoval raznih duševnih naporov in se zato skoraj popolnoma odvadil naporov v moralnem pogledu. Po drugi strani pa postanejo nekateri bolniki kar bolešno tankovestni. Pri njih opažamo pretirano moralno strogost. V bolniku se lahko rodi tudi občutek, da ni zaslužil ali da ni vreden toliko božje ljubezni kot drugi ljudje. Zdi se mu celo, da ga je Bog zapustil (Šef, 1978).

Čeprav je bolezen v težkih okoliščinah vzrok za človekov splošni propad, lahko kljub temu priznamo, da je trpljenje velika šola življenja, saj lahko pomaga, da se bolnik dvigne nad samega sebe, da odkrije smisel tistih življenjskih vrednot, ki jih zdravi ljudje komaj slutimo. Iz njihovega vedenja lahko ugotovimo, kako so nenavezani na svet, ker so iz svoje lastne izkušnje spoznali krhkost in relativnost mnogih zemeljskih vrednot, celo tistih, ki so jih imeli za nenadomestljive.

Potreba po ljubezni in povezanosti

Potreba po ljubezni in povezanosti je izpolnjena, če so uresničene pomembne medčloveške vezi. Način izražanja ljubezni se spreminja, vendar pa potreba po

njej ne preneha. Pri odraslem lahko pomanjkanje medčloveške povezanosti, ki je bila primarni vir ljubezni, pripelje do depresije ali celo želje po smrti.

Samopomilovanje, depresija, pomanjkanje občutka varnosti, osamljenost, obup in strah kažejo, da nekdo potrebuje ljubezen samega sebe, drugih ljudi in Boga. Občutki samozavesti, veselja, varnosti, pripadnosti, upanja in poguma pa se dajo izkusiti takrat, ko je potreba po »biti ljubljen« izpolnjena.

Človek, ki je ljubljen, je sposoben videti sebe kot vrednega človeka. Ko zdravstveni delavci obravnavamo bolnika celostno, pozornost usmerjamo k njemu, s čimer potrjujemo vrednoti (ljubezen, varnost), ki ju bolnik ceni in se jima podreja, hkrati pa izražamo občutljivost, ki je osnovnega pomena za vzpostavitev pristnega človeškega odnosa.

Potreba po odpuščanju

Krivda se pogosto pojavi zaradi tega, ker nam ni uspelo izpolniti lastnih pričakovanj, pa tudi pričakovanj drugih ljudi ne. Ta neuspeh ni toliko posledica naše nesposobnosti, ampak nerealnih pričakovanj, ki jih nismo mogli izpolniti. Povzroči napačen občutek krivde, ki ni neškodljiv (Fish in Shelly, 1978).

Pravna definicija krivde le-to povezuje z namenom škodovanja, kar pa ne velja za čustvene vidike krivde. Intelktualno vsi poznamo razliko med nedolžnostjo in krivdo, naša čustvena stran pa je mnogo bolj ranljiva ali celo negotova.

Nekateri ljudje potrebujejo odpuščanje s strani Boga, za dejanja (grehe), ki jih njihova vest presodi kot napačna, odpuščanje s strani ljudi, katerim menijo, da so prizadejali krivico in to, da so zmožni odpustiti tudi samim sebi.

Krivda je kompleksen problem. Pogosto mora pri njenem odpravljanju pomagati duhovnik. Tudi medicinska sestra lahko kaj pomaga. Lahko postane posrednik za komunikacijo z božjim odpuščanjem, s tem da bolnika usmeri k Bogu – viru odpuščanja (Fish in Shelly, 1978).

Vloga medicinske sestre pri zadovoljevanju bolnikovih duhovnih potreb

Kadar je človek bolan, je ponavadi pripravljen, da se z nekom pogovori, ne samo o svoji bolezni, ampak tudi o svojem življenju. Bolezen sproži mnoga vprašanja, o katerih ni imel časa razmišljati, ko je bil zdrav. Zdaj je na to pripravljen, toda ne s komerkoli in ne na kakršenkoli način.

Da bi medicinska sestra lahko nudila bolniku duhovno podporo, mora imeti znanje, verbalne in neverbalne komunikacijske sposobnosti ter se znati vživeti v bolnikovo stanje (Conrad, 1985). Nekatere medicinske sestre hitro zagotovijo primerno ozračje za pogovor o duhovni blaginji bolnikov. Mnogo pa jih meni, da bolniki pri tem občutijo strah, saj mislijo, da je to

preveč intimna stvar posameznika, da bi bila primerna za javne pogovore. Medicinska sestra, ki bolnika obravnava celostno, mu bo poskušala pomagati, ker verjame, da je človekova duhovnost integralni del njegovega zdravja. Bolj ko bo medicinska sestra skrbela za lasten duhovni razvoj, bolj bo lahko pomagala drugim pri njihovem razvoju.

Munleyeva (1983 cit. po Conrad 1985) je ugotovila, da zdravstveni delavci spoštujejo nenapisana pravila, ki se nanašajo na duhovno oporo bolnemu. Le-ta pa so:

1. Ne vsiljuj osebnega prepričanja bolnim ali njihovim svojcem.
2. Vzpostavi terapevtski odnos do vseh bolnikov ne glede na njihovo poreklo.
3. Karkoli bolnik prosi v zvezi z duhovno oporo, mu pomagaj ali poišči nekoga drugega, ki mu bo lahko pomagal.

Obisk duhovnika ali duhovnega svetovalca je nekaterim hospitaliziranim bolnikom v tolažbo. Medicinska sestra bi morala vprašati bolnika, če želi obisk duhovnika. Ta bi moral biti dobrodošel v negovalnem timu.

Medicinska sestra, ki je negotova glede duhovne pomoči, lahko vpraša duhovnika, družino ali varovanca za nasvet. Lahko prilagodi duhovno pomoč varovančevim religioznim načelom, ne da bi se pri tem odrekla osebnemu prepričanju.

Delo medicinske sestre v okviru duhovnih potreb (Fish in Shelly, 1978):

Smisel in cilj

Opazovanje:

1. Ali bolezen vpliva na bolnikovo opravljanje poklica, vlogo starša ali zakonskega partnerja, življenjsko situacijo, družbeno delo itn.?
2. Kako bolnik preživlja svoj čas v bolnišnici?
3. Ali v pogovoru izraža upanje ali obup?
4. Ali bolnik kaže znake vernosti (branje Svetega pisma, verska znamenja, prošnja za obisk duhovnika, molitev pred jedjo)?

Razlaga:

1. Kakšen pomen daje bolnik vzdrževanju zgoraj omenjenih vlog? Ali je sposoben videti alternative?
2. Ali je sposoben čas bolezni in bivanja v bolnišnici koristno uporabiti?
3. Na čem je utemeljeno upanje oziroma obup?
4. Ali dobiva upanje iz verske prakse? Ali ima bolnik občutek, da ga Bog posluša ali je odtujen od Boga?

Načrtovanje pomoči in izvedba:

1. Z bolnikom vzpostavimo terapevtski odnos. Pomagamo mu razmisliti o alternativah in v njem vzpodbujamo zavest o njegovi lastni vrednosti.

2. Seznanimo bolnika z možnostmi za delovno terapijo, molitev in bogoslužje v kapeli, srečanje s predstavnikom društev bolnikov, spremljanje verskih programov na radiu in televiziji.
3. Uporabimo tehniko vprašanj.
4. Z bolnikom, če želi, molimo, beremo odlomke iz Svetega pisma in se pogovarjamo o njih, o odnosu z Bogom, toda brez pridiganja. Poskrbimo, da bolnik dobi Sveto pismo, rožni venec, molitvenik itn.

Ljubezen in povezanost

Opazovanje:

1. Kdo ga obiskuje? Kako pogosto? Kakšno je vzdušje ob obisku? Kakšni so bolnikovi občutki in vedenje po odhodu obiskovalcev?
2. Kakšen je bolnikov odnos do osebja?
3. Kakšen je njegov odnos do drugih bolnikov, posebno tistih v njegovi sobi? Ali se drži zase ali je družaben?
4. Kakšni predmeti so v bolnikovi sobi (fotografije, rože, nabožni predmeti)?
5. Kakšna so bolnikova razpoloženja?

Razlaga:

1. Ali premalo obiskovalcev pomeni, da bolnik nima sorodnikov in prijateljev, so preveč oddaljeni, bolni ali imajo kake druge težave? Ali je lahko bolnik iskren do obiskovalcev? Ali so mu v pomoč? Ali ga domači župnik obiskuje? Kaj bolnik čuti do obiskovalcev?
2. Ali njegovo vedenje odseva resnična čustva ali igra in se vede tako, kot se od njega pričakuje? Ali kaže jezo in sovražnost nasproti osebju?
3. Ali se vede tako kot običajno ali popolnoma drugače? Ali bolnik čuti, da se je odnos drugih do njega spremenil ali da skrbijo zanj?
4. Kaj mu ti predmeti pomenijo?
5. So pristna? Se skladajo s tem, kar bolnik govori?

Načrtovanje pomoči in izvedba:

1. Bolnika opogumimo s svojo navzočnostjo. Pokažemo mu sočutje.
2. Olajšamo mu stike z družino, prijatelji, duhovnikom. Vzpodbujamo ga, naj pokaže pozitivne in negativne občutke v odnosih.
3. Z bolnikom molimo, če želi.
4. Na njegovo željo mu beremo iz Svetega pisma.
5. Dotaknemo se ga, kadar je primerno (ob pravem času, na pravem mestu in na pravilen način).

Odpuščanje

Opazovanje:

1. Ali bolnik govori: »Bog me kaznuje?« ali »S čim sem si to zaslužil?« ali »Zakaj jaz?«

2. Ali bolnik izraža jezo in zamero svojim sorodnikom in prijateljem? Je ciničen?
3. Ali je v depresiji, zaprt vase?
4. Noče sodelovati ali pa pri tem pretirava?
5. Ali se norčuje iz nebes, pekla ali drugih verskih znamenj?
6. Ali govori o mislih ali dejanjih, ki se jih sramuje?

Razlaga:

1. Kakšen je njegov pogled na Boga? Ali njegov Bog odpušča?
2. Kaj pomenita bolnikova jeza in cinizem? Ali potrebuje odpuščanje drugih ljudi? Sprejema samega sebe?
3. Kje je vir depresije?
4. Ali se čuti krivega ali celo obrača jezo nase, na druge ali si prizadeva zaslužiti odpuščanje z dobrimi deli?
5. Ali norčevanje izraža bolnikov strah in negotovost o življenju po smrti?
6. Kaj pomenijo te izpovedi?

Načrtovanje pomoči in izvedba:

1. Poslušamo pozorno in sočutno brez moraliziranja in fraz.
2. Pomagamo mu izraziti jezo in odkriti vir krivde.
3. Opogumljamo ga s prisotnostjo, dotikom, sočutjem.
4. Spodbujamo ga z besedami. Če je krivda izražena, pomagamo bolniku poiskati in preseči vzrok.
5. Bodimo prepričani, da bolnik s smehom in norčevanjem ne izraža resničnih čustev.
6. Spodbujamo ga, da se spravi sam s seboj z ljudmi in z Bogom. Pri reševanju problemov naj pomaga duhovnik, če bolnik želi.

Delo bolniške župnije

Bolniška župnija je bila ustanovljena leta 1985 na področju bolnišnic v sklopu Kliničnega centra v Ljubljani.

Dejavnosti te župnije so predvsem:

- obiski duhovnika pri bolniku;
- možnost obiska maše v bolnišnični kapeli;
- praznovanje svetovnega dneva bolnikov 11. februarja – na ta dan je v kapeli Kliničnega centra v Ljubljani posebna maša za zdravstvene delavce;
- tisk, namenjen bolnikom, za katerega dajejo pobude predvsem bolniki sami: Beseda, Prijatelj, Lučka ter druge knjige in revije z versko vsebino, ki so na voljo bolnikom v bolnišnici (v Splošni bolnišnici Celje ima vsak bolnik v predalu nočne omarice Sveto pismo);
- tedenska molitvena srečanja s študenti medicine;
- možnost nadomestnega služenja vojaškega roka v bolniški župniji.

Da je duhovna pomoč zaželeno pri bolnikih, potrjuje obisk kapele in vsakodnevne maše, še zlasti ob nedeljah in praznikih, ko je kapela, ki sprejme do 80 vernikov, pretesna, tako da nekateri spremljajo bogoslužje kar po zvočniku na hodniku.

Bolniško kapelo imajo poleg Kliničnega centra tudi bolnišnica v Slovenj Gradcu, Ptuj, Vojniku in Šempetru pri Novi Gorici. Na ministrstvu za zdravstvo pa se trudijo, da bi čimprej uredili stalne bogoslužne prostore tudi v vseh ostalih bolnišnicah po Sloveniji, kjer jih še nimajo (Kecojević, 1994).

Sklep

Moj namen in želja je, da bi članek spodbudil razmišljanja in spoznanja za:

- delovanje medicinske sestre v smeri iskanja in uporabljanja bolnikovih notranjih sposobnosti, ki mu bodo poleg medicinskega zdravljenja in zdravstvene nege pomagale k ozdravitvi, zmanjšanju trpljenja ali mirni dostojni smrti;
- študij tega področja – morda predavanje o duhovnem zdravju pri predmetu zdravstvena nega.

Pregovor pravi, da je prvi zdravnik najprej vsak sam sebi. Tudi na duhovnem področju ne moremo dati nekkih vzorcev za delo. Vse mora potekati spontano in nevsiljivo. Skrb za duhovno dobro počutje bolnika je dobra ideja, vendar če bo naš pristop hladen in brezoseben, lahko naredimo več škode kot koristi. Miselnost, da lahko spiritualne potrebe obravnavamo na isti način kot prebavne težave, je zelo vprašljiva.

Vse tiste medicinske sestre, ki se ob duhovnih potrebah bolnikov ne počutijo dovolj sproščene, bodisi zaradi drugačnih stališč, bodisi neznanja, pa bodo morda našle odgovor v naslednjem primeru.

Ko so umirajočega vprašali, kaj pričakuje od tistih, ki ga negujejo, je odgovoril: »Najbolj si želim nekoga, za katerega bi vedel, da me poskuša razumeti« (Working Party, 1991).

Prepričana sem, da boste članek sprejeli z različnimi občutki. Spraševali se boste: Ali z navedenim pristopom ne prizadenemo bolnikove zasebnosti? Se od medicinske sestre lahko pričakuje, da oceni stanje duhovnega zdravja bolnika in nato načrtuje zadovoljiteve njegovih potreb – ali imamo zato dovolj znanja, časa in pravo mero motivacije? Odgovori so v nas samih!

O duhovni negi bolnika se v preteklosti ni govorilo, vendar je bila udeležena v zdravstveni negi, izvedeni z empatijo in pravo mero sočutja do bolnika.

Literatura

1. Conrad NL. Spiritual support for the dying. *Nursing Clinics of North America* 1985; Vol. 20: 415–25.
2. Champagne K. Value-belief pattern. In: McFarland G, McFarland E. *Nursing diagnosis and prevention; planning for patient care*. St. Louis: Mosby, 1989.
3. Drugo pismo Korinčanom. V: *Sveto pismo*. Ljubljana: Britanska biblična družba, 1974: 1232–41.
4. Fish S, Shelly JA. Spiritual care: the nurse's role. *Illinois: Inter Varsity*, 1978: 37–53.
5. Frankl V. Man's search of meaning. V: Fish S, Shelly JA. *Spiritual care: the nurse's role*. Illinois: Inter Varsity, 1978: 37–53.
6. Horn B. Go free. V: Fish S, Shelly JA. *Spiritual care: the nurse's role*. Illinois: Inter Varsity, 1978: 37–53.
7. Kecojević V. Kapela v Kliničnem centru. V: *Mohorjev koledar* 1995. Celje: Mohorjeva družba, 1994: 76–9.
8. Munley A. The hospice alternative: a new context for death and dying. V: Conrad NL. *Spiritual support for the dying*. *Nursing Clinics of North America* 1985; Vol. 20: 415–25.
9. Otto H. Holistic therapy. In: Harper R ed. *The new psychotherapies*. New Jersey: Prentice Hall, 1975.
10. Planck M. *Where is Science going*. New York: Norton and Company, 1932; 37.
11. Potter PA, Perry AG et al. *Fundamentals of nursing: concepts, process and practice*. St. Louis: Mosby, 1985: 403–11.
12. Ruffing-Rahal MA. The Spiritual Dimension of Well-Being. *Home Health Care Nurse* 1984; 4: 12–6.
13. Stallwood J, Stoll R. Spiritual dimensions of nursing practice. In: Beland IL and Passos HJ eds. *Clinical Nursing* (3rd ed.). New York: McMillan, 1975.
14. Šef M. Bolan sem bil in ste me obiskali. *Maribor: Škofijski ordinariat Maribor*, 1978: 11–54.
15. Voljč B. Bolezen in duhovnost. V: Klevišar M. *Spremljanje umirajočih*. Ljubljana: Družina, 1994: 7–8.
16. Washkoviak L. *Wellness Assessment*. Green Bay: Bellin College of Nursing, 1983.
17. Working Party on the Impact of Hospice Experience in the Church's Ministry of Healing. Oxford: Sobell, 1991.