

Patrycja Zurzycka, Katarzyna Czyżowicz, Teresa Radzik

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Opieka duchowa powinnością w praktyce pielęgniarskiej – zarys problematyki

Spiritual care is a duty in the nursing practice – an outline of the problem

STRESZCZENIE

Personel medyczny ma obowiązek całościowego świadczenia opieki nad pacjentem ujmowanym jako istota biologiczna, społeczna, psychologiczna i duchowa. Duchowość odgrywa istotną rolę w życiu niemal każdego człowieka, w tym także w zakresie utrzymania dobrostanu zdrowotnego oraz radzenia sobie w sytuacjach choroby i niepełnosprawności. Zagadnienia związane z opieką duchową stanowią jedną z istotniejszych powinności praktykowania zawodu pielęgniarki opartego na świadczeniu zindywidualizowanej i holistycznej opieki.

Celem pracy jest przedstawienie podstawowych zagadnień związanych z świadczeniem opieki duchowej rozumianej jako powinność praktykowania zawodu pielęgniarki.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (3): 210–214

Słowa kluczowe: opieka duchowa, duchowość, opieka pielęgniarska

ABSTRACT

Medical staff are required to provide a comprehensive care for the patient conceived as a biological, social, psychological and spiritual being. Spirituality plays an important role in the life of almost every person, incl. maintaining the health well-being and coping with an illness and disability. The issues related to spiritual care belong to the most important duties of the nursing profession based upon the rendering a custom-made and holistic care.

The work is aimed at showing the basic issues connected with the provision of spiritual care understood as the obligation of practicing the profession of nurse.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (3): 210–214

Key words: spirituals care, spirituality, nursing care

Wstęp

Duchowość jest rozumiana jako element ludzkiego życia łączący się z tym, w jaki sposób jednostki (indywidualnie lub w szerszym gronie społecznym) doświadczają, a także poszukują celu i sensu transcencji. Duchowość dotyczy także sposobu doświadczania tych wymiarów, które istota ludzka uznaje za ważne czy święte [1–3]. Obejmuje również relacje osoby z samym sobą i innymi, a także z bogiem, dążenie do znalezienia sensu oraz znaczenia istnienia, a także nadziei [4].

Personel opiekujący się pacjentem ma etyczny obowiązek całościowego świadczenia opieki wobec człowieka ujmowanego jako istota biologiczna, społeczna, psychologiczna i duchowa [3, 5, 6]. Duchowość odgrywa istotną rolę w życiu niemal każdego człowieka, w tym także w zakresie utrzymania dobrostanu zdrowotnego oraz radzenia sobie w sytuacjach choroby i niepełnosprawności [7]. Dlatego też pominięcie w opiece nad pacjentem aspektu duchowości może go narazić na powstanie cierpienia i dyskomfortu, a tym samym negatywnie wpłynąć na

Adres do korespondencji: dr n. hum., mgr piel. Patrycja Zurzycka, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa UJCM, ul. Kopernika 25, 31–501 Kraków, tel.: (12) 421 40 10, faks: (12) 429 48 72, e-mail: patrycja.zurzycka@uj.edu.pl

DOI: 10.5603/PP.2017.0035

prowadzony proces opiekuńczy i terapeutyczny [8]. Zagadnienia związane z opieką duchową stanowią jeden z elementów sprawowania holistycznej opieki pielęgniarskiej. Udzielanie świadczeń obejmujących również tę formę opieki pomaga pacjentom (a także ich bliskim) przywrócić ich dobrostan bio-psycho-społeczny, co z kolei przyczynia się do szybszego powrotu do zdrowia, łagodzenia skutków choroby i niepełnosprawności czy radzenia sobie w obliczu choroby o niekorzystnym rokowaniu, a także sprzyja osiągnięciu poczucia spokoju i równowagi [5, 9–12]. Korzyści wynikające z zapewnienia pacjentom opieki duchowej obejmują także zwiększoną akceptację rzeczywistości, odnalezienie harmonii i uporządkowanie priorytetów życiowych [9]. Ponadto dbałość o potrzeby duchowe poprawia jakość życia oraz zwiększa zadowolenie pacjenta z opieki, a w przypadku schorzeń nieuleczalnych wpływa na ograniczenie stosowania agresywnej i uporzeczywej terapii [13].

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie podstawowych zagadnień związanych z świadczeniem opieki duchowej rozumianej jako powinność praktykowania zawodu pielęgniarki.

Duchowość a religijność

Duchowość stanowi istotę bytu oraz nadaje sens i cel ludzkiego istnienia [8]. Jednakże jest to pojęcie trudne do precyzyjnego zdefiniowania ze względu na swą wielowymiarowość oraz subiektywność w jej odczuwaniu (a także potrzebach odczuwania). Duchowość obejmuje obszar pytań o charakterze egzystencjalnym, opinii oraz postaw opartych na wartościach jednostek (z uwzględnieniem indywidualnych hierarchii wartości), a także rozważań o charakterze zasad postępowania (etycznych) czy odniesień do wyznawanej religii [1].

Duchowość jest pojęciem szerszym znaczeniowo od religii [11], ponieważ dotyczy zarówno osób wierzących, jak i deklarujących się jako niewierzące [6, 14]. Wszelkie wierzenia i praktyki religijne mogą być wyrazem duchowości (podejście teistyczne) [5], ale mogą także funkcjonować od niej niezależnie [7, 8]. Stąd też możliwe jest funkcjonowanie zarówno duchowości bez religijności, jak i religijność bez poczucia duchowości [8, 10]. Koncepcja opieki duchowej rozumianej jako etyczna powinność personelu, lecz nieutożsamianej z jakąkolwiek religią, jest szczególnie istotna w zapewnianiu pacjentom całościowej opieki pielęgniarskiej we współczesnym wielokulturowym, wielowyznaniowym, ale także coraz bardziej sekularyzowanym społeczeństwie [2, 8, 15–17].

Opieka duchowa jako powinność w praktyce pielęgniarskiej

Od pielęgniarek oczekuje się sprawowania opieki, która zapewni także realizację potrzeb duchowych pacjentów [5]. Podobnie jak inne rodzaje świadczonej opieki, powinna ona skupiać się na szybkiej identyfikacji problemów i zagrożeń oraz podjęciu adekwatnych działań prewencyjnych bądź naprawczych [13]. Ważne jest dostrzeżenie, że poszanowanie przekonań duchowych pacjentów oraz ich kulturowych i religijnych wartości wynika z istoty troskliwości ujmowanej jako jedna z podstaw pielęgniarstwa. Dlatego też w czasie sprawowania opieki duchowej najczęściej jest wykorzystywane podejście humanistyczne, w którym pacjent określa, czym jest dla niego duchowość, a rolą pielęgniarki jest uwzględnienie tego w czasie świadczonej opieki [5, 9].

Opieka duchowa, która stanowi element sprawowania opieki pielęgniarskiej, bywa definiowana w różny sposób. Osiągnięcie powszechnie akceptowanej definicji duchowości wydaje się niemożliwe i wskazuje na brak jasności koncepcyjnej w tym obszarze [2, 18]. Ten element sprawowania opieki może być ujmowany jako celowa interakcja między pielęgniarką a pacjentem, mająca za zadanie wzmocnienie duchowości chorego, a także jako starania zmierzające ku poznaniu duchowości drugiej osoby. Z innej perspektywy opieka ta może być postrzegana jako całość procesów przebiegających między pacjentem a pielęgniarką obejmujących wzajemne poznawanie, a także szanowanie ludzkich wartości oraz doświadczeń [3, 4, 9, 11]. Warto zwrócić uwagę, że opieka duchowa świadczona przez pielęgniarki często wiąże się z innym kontekstem opiekuńczym i przebiega równocześnie z udzielaniem świadczeń pielęgniarskich [7, 8, 10].

Głównym celem interwencji pielęgniarskich podejmowanych w obszarze opieki duchowej jest mobilizacja wewnętrznych zasobów pacjenta, a także próba poszukiwania odpowiedzi na fundamentalne pytania o sens życia, bólu, cierpienia i śmierci [8, 9]. Wsparcie duchowe pacjenta (a także jego bliskich) okazywane przez pielęgniarkę powinno obejmować bieżącą ocenę potrzeb duchowych pacjentów i ich bliskich, zachęcanie do korzystania z dostępnych źródeł duchowości, a wreszcie ułatwienie możliwości jej praktykowania [7]. Opieka w tym wymiarze to także pomoc pacjentom w rozwijaniu duchowych podstaw radzenia sobie w sytuacji choroby czy niepełnosprawności, w tym wzmacnianie relacji pacjenta z samym sobą, podtrzymywanie (lub nawiązywanie czy odbudowa) relacji z bliskimi, a także bogiem. Opieka duchowa koncentruje się w sposób istotny na aktywnym słuchaniu pacjentów, poszanowaniu ich godności i indywidualności, tworzeniu atmosfery wzajemnego

rozumienia, empatii, a także wspieraniu pacjentów i ich bliskich w praktykach religijnych, jeżeli wyrażają oni taką potrzebę [9, 11, 12].

W czasie sprawowania opieki nad pacjentem pielęgniarka powinna uzyskać informacje, czy duchowość jest ważna dla jej podopiecznego, oraz w jaki sposób jego przekonania duchowe mogą być pomocne w rozwiązywaniu problemów. Jeżeli pacjent posiada takie przekonania, to istotne jest uzyskanie informacji, co można zrobić, aby podtrzymać i rozwijać istniejące zasoby wsparcia duchowego (lub umożliwić praktykowanie wyznawanej religii). Należy również zapytać, czy pacjent chciałby skontaktować się z osobą dla niego istotną w kontekście duchowym, a także ustalić, jakiej opieki w wymiarze duchowym oczekuje od członków zespołu terapeutycznego. W przypadku kiedy pacjent deklaruje, że nie posiada istotnych wartości duchowych, szczególnie wymagane jest ustalenie, co jest dla pacjenta znaczącym wsparciem i w jaki sposób można mu pomóc [10, 19]. Istotne jest, by pamiętać o tym, że pielęgniarki w swojej pracy zawodowej będą stykać się z pacjentami, którzy nie będą chcieli podejmować rozmów o duchowości ani akceptować jakiegokolwiek formy duchowej opieki [7, 17].

Opieka duchowa obejmuje również świadomość pielęgniarek w zakresie ich własnej duchowości, przekonań, postaw i wartości, a także lęków i uprzedzeń [9]. Wśród czynników, które przyczyniają się do zwiększenia kompetencji w opiece duchowej, można wyróżnić: indywidualną duchowość, wzorce opieki duchowej przyswajane w trakcie nauki, doświadczenia życiowe, własne doświadczenia związane z pozostawaniem w roli pacjenta, wiek i dojrzałość [19, 20]. Warto nadmienić, że w naszym kraju zagadnieniami związanymi ze sprawowaniem i podnoszeniem jakości opieki duchowej zajmuje się Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie (powstałe w 2015 r.), skupiające w swych szeregach różnych profesjonalistów opieki medycznej, w tym także pielęgniarki [21].

Opieka duchowa w unormowaniach etycznych dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki

Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej stanowi, iż pielęgniarka jest zobowiązana nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice. W relacji z pacjentem powinna okazywać życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość, stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia. Na prośbę pacjenta (lub jego bliskich) pielęgniarki powinny umożliwić kontakt z duchownym oraz stworzyć odpowiednie ku temu warunki (w miarę istniejących możliwości). Kodeks etyki odnosi się również do sprawowania opieki nad pacjentami w stanach ter-

minalnych i zobowiązuje pielęgniarki do zapewnienia humanitarnej opieki oraz godnych warunków umierania z poszanowaniem wartości uznawanych przez chorego [22].

Z kolei Kodeks Etyki ICN dla Pielęgniarek stanowi, że nieodłącznym elementem w pielęgniarstwie jest poszanowanie praw człowieka, włączając w to prawa kulturowe, prawo do życia i wyboru, do godności i bycia traktowanym z szacunkiem. Opieka pielęgniarska jest pełna poszanowania i nie może być ograniczeń ze względu na: wiek, kolor skóry, wyznanie, kulturę, niepełnosprawność czy chorobę, płeć, orientację seksualną, narodowość, poglądy polityczne, rasę czy sytuację społeczną. W ujęciu ICN to pielęgniarki, jako grupa zawodowa, są odpowiedzialne za to, aby sprawując opiekę, promować środowisko, w którym jest respektowane poszanowanie praw, wartości, zwyczajów i przekonań jednostki, rodziny czy społeczności [23].

Natomiast Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta odnosi się do opieki duchowej utożsamianej z religijnością w kontekście prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej. Stanowi ona, że pacjent przebywający w podmiocie leczniczym ma prawo do opieki duszpasterskiej. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia podmiot leczniczy jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania [24].

Zalecenia dotyczące sprawowania opieki duchowej

Pielęgniarki ze względu na specyfikę swojej pracy, która wiąże się z nawiązaniem bliskiej relacji z pacjentem i jego krewnymi, wydają się odpowiednimi osobami do podejmowania z nimi rozmów o sferze duchowej. Nie oznacza to jednak, że są zobligowane do udzielania gotowych odpowiedzi na nurtujące ich podopiecznych pytania. Jednakże z pewnością obowiązkiem personelu jest troskliwa obecność i aktywne słuchanie wypowiedzi pacjentów [5, 25].

W odniesieniu do sprawowania opieki duchowej w codziennej praktyce klinicznej istotne jest przeprowadzenie wywiadu ukierunkowanego na osobę pacjenta, w czasie którego ważne jest zachowanie granic, pozyskanie i utrzymanie zaufania pacjenta. Istotną kwestią jest szerokie pojmowanie duchowości i włączanie do opieki osób, które są profesjonalnie przygotowane do udzielania tego typu pomocy. Natomiast za niedopuszczalne uznaje się przekraczanie granic swoich kompetencji oraz próby nakłaniania pacjenta do zmiany przekonań duchowych [26].

Faith and Belive, Importance, Community, Adress in Care (FICA) jest przydatnym narzędziem do prowadzenia z pacjentem wywiadu obejmującego szeroki aspekt duchowości. Kwestionariusz ten

obejmuje pytania dotyczące ogólnego pojmowania duchowości, z uwzględnieniem kontekstu religijnego, ale także duchowości niezwiązanej z wierzeniami religijnymi. Kolejnym etapem wywiadu jest zapytanie o sens życia i rolę duchowości oraz przekonań w życiu codziennym, a także w sytuacji zagrożenia zdrowia czy choroby. Wywiad powinien także obejmować ustalenie, czy dana osoba jest członkiem grupy społecznej lub wyznaniowej, która prezentuje zbliżone wartości duchowe i może być dla pacjenta wsparciem. Ostatnim poruszonym według kwestionariusza FICA zagadnieniem jest ustalenie, czy i w jaki sposób należy uwzględnić potrzeby duchowe pacjenta w procesie terapeutycznym [26, 27].

Czynniki wpływające na sprawowanie opieki duchowej

Opieka duchowa stanowi istotny element holistycznego sprawowania opieki nad pacjentami. Jednakże rzadko jest traktowana jako priorytet w codziennej pracy pielęgniarek. Powodem takiego stanu rzeczy są uwarunkowania organizacyjne związane z opieką oraz dyskomfort personelu związany z brakiem kompetencji w jej świadczeniu, brakiem umiejętności komunikacyjnych czy kulturowych [3, 5, 6, 10, 11, 12, 14].

Postrzeganie przez pielęgniarki własnej duchowości, przekonań, religijności oraz ich oddziaływania na pracę zawodową i życie osobiste również znacząco wpływa na to, w jaki sposób identyfikują one i realizują potrzeby duchowe swoich pacjentów [5, 11, 12]. Bariery w sprawowaniu opieki duchowej może być także odmienność postrzegania duchowości, systemów przekonań i wierzeń między pielęgniarką a pacjentem i jego bliskimi. Odmienność ta, choć nie powinna wpływać na świadczoną opiekę, może ją utrudniać [5, 28]. Dowiedziono, że pielęgniarki chętniej uczestniczą w wspieraniu duchowości i praktykach religijnych pacjentów, jeżeli są one zbieżne z ich własnymi wartościami [28, 29].

Podejmowanie rozmów związanych z duchowością z pacjentem i jego bliskimi wymaga od pielęgniarek pewnego poziomu kompetencji kulturowych, umiejętności aktywnego słuchania i empatii, a także wysokiej zdolności obserwacji zachowań pacjenta i jego bliskich [8]. Badania wykazują, że pielęgniarki z dłuższym stażem zawodowym przykładają większą rolę do zagadnień związanych z duchowością, co może wynikać z ich bogatszego doświadczenia życiowego i zawodowego [12]. Ponadto personel medyczny jest bardziej skłonny oferować opiekę duchową pacjentom, którzy znajdują się w jakimś szczególnym momencie swojego życia związanym na przykład z ciężką czy śmiertelną chorobą lub koniecznością poddania się zabiegom chirurgicznym, a także osobom choru-

jącym na zaburzenia depresyjne, wykazującym niepokój, kobietom ciężarnym, pacjentom cierpiącym na schorzenia nowotworowe czy choroby serca i choroby pourazowe [5].

Podsumowanie

Duchowość stanowi istotny aspekt funkcjonowania niemal każdego człowieka, dotyczy to także obszarów związanych z utrzymaniem zdrowia oraz radzenia sobie w przypadku powstałych nieprawidłowości w tym zakresie. Zaburzenia (a także samo ryzyko ich powstania) w prawidłowym funkcjonowaniu w obszarach bio-psycho-społecznych mogą się przyczynić u pacjentów do zwiększonej potrzeby koncentracji na duchowości lub powstania kryzysu duchowego.

Koncepcja opieki duchowej w praktyce pielęgniarskiej wraz z jej definiowaniem wciąż pozostaje w fazie rozwoju. Pielęgniarki powinny być wspierające dla swych pacjentów poprzez stworzenie atmosfery zaufania, szacunku i słuchania z jednoczesnym zachowaniem wrażliwości na wartości i potrzeby pacjentów przy zachowaniu neutralności światopoglądowej. Kluczem do rozpowszechnienia opieki duchowej wydaje się wspieranie rozwoju kompetencji i świadomości duchowej.

Ze względu na niewystarczające przygotowanie do świadczenia opieki duchowej istotne wydaje się włączanie trudnych zagadnień związanych z duchowością do programów kształcenia zarówno podstawowego, jak i podyplomowego pielęgniarek, a także pozostałego personelu sprawującego opiekę. Ważne jest także stymulowanie praktyków pielęgniarstwa i osób przygotowujących się do wykonywania tego zawodu w zakresie wrażliwości na duchowe aspekty ich pracy oraz duchowość własną. Nieodzowna wydaje się również ściślejsza współpraca zespołów terapeutycznych z duchownymi oraz bioetykami, filozofami czy psychologami w zakresie poprawy kompetencji i umiejętności świadczenia opieki duchowej.

Piśmiennictwo

1. Nolan S, Saltmarsh P, Leget C. Opieka duchowa w opiece paliatywnej: prace nad utworzeniem Grupy Roboczej EAPC. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. 2012; 6(2): 57–61.
2. Reinert KG, Koenig HG. Re-examining definitions of spirituality in nursing research. *J Adv Nurs*. 2013; 69(12): 2622–2634, doi: [10.1111/jan.12152](https://doi.org/10.1111/jan.12152), indexed in Pubmed: [23600849](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23600849/).
3. Cooper KL, Chang E, Sheehan A, et al. The impact of spiritual care education upon preparing undergraduate nursing students to provide spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2013; 33(9): 1057–1061, doi: [10.1016/j.nedt.2012.04.005](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.04.005), indexed in Pubmed: [22564926](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22564926/).
4. Daaleman TP. A health services framework of spiritual care. *J Nurs Manag*. 2012; 20(8): 1021–1028, doi: [10.1111/j.1365-2834.2012.01482.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01482.x), indexed in Pubmed: [23151104](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23151104/).

5. Polzer Casarez RL, Engebretson JC. Ethical issues of incorporating spiritual care into clinical practice. *J Clin Nurs*. 2012; 21(15-16): 2099–2107, doi: [10.1111/j.1365-2702.2012.04168.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04168.x), indexed in Pubmed: 22788552.
6. Baldacchino DR. Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. *Nurse Educ Pract*. 2011; 11(1): 47–53, doi: [10.1016/j.nepr.2010.06.008](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.06.008), indexed in Pubmed: 20656557.
7. Smith AR. Using the synergy model to provide spiritual nursing care in critical care settings. *Crit Care Nurse*. 2006; 26(4): 41–47, indexed in Pubmed: 16858001.
8. Rogers M, Wattis J. Spirituality in nursing practice. *Nurs Stand*. 2015; 29(39): 51–57, doi: [10.7748/ns.29.39.51.e9726](https://doi.org/10.7748/ns.29.39.51.e9726), indexed in Pubmed: 26015142.
9. Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, et al. Spiritual care in nursing: a concept analysis. *Int Nurs Rev*. 2014; 61(2): 211–219, doi: [10.1111/inr.12099](https://doi.org/10.1111/inr.12099), indexed in Pubmed: 24712404.
10. Rieg LS, Mason CH, Preston K. Spiritual care: practical guidelines for rehabilitation nurses. *Rehabil Nurs*. 2006; 31(6): 249–256, indexed in Pubmed: 17133926.
11. Chan MF. Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *J Clin Nurs*. 2010; 19(15-16): 2128–2136, doi: [10.1111/j.1365-2702.2008.02690.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02690.x), indexed in Pubmed: 19619214.
12. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs*. 2006; 15(7): 885–896, doi: [10.1111/j.1365-2702.2006.01643.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01643.x), indexed in Pubmed: 16879381.
13. Handzo G. Spiritual care for palliative patients. *Curr Probl Cancer*. 2011; 35(6): 365–371, doi: [10.1016/j.currprobcancer.2011.10.011](https://doi.org/10.1016/j.currprobcancer.2011.10.011), indexed in Pubmed: 22136710.
14. Clarke J. A critical view of how nursing has defined spirituality. *J Clin Nurs*. 2009; 18(12): 1666–1673, doi: [10.1111/j.1365-2702.2008.02707.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02707.x), indexed in Pubmed: 19646113.
15. Timmins F, Neill F, Murphy M, et al. Spiritual care competence for contemporary nursing practice: A quantitative exploration of the guidance provided by fundamental nursing textbooks. *Nurse Educ Pract*. 2015; 15(6): 485–491, doi: [10.1016/j.nepr.2015.02.007](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.02.007), indexed in Pubmed: 25819014.
16. Centrum Badań Opinii Społecznej, Komunikat Badań CBOS 2015/26 Zmiana w zakresie podstawowych wskaźników religijności po śmierci Jana Pawła II http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2015/K_026_15.PDF [data cytowania: 30.07.2017].
17. McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011; 20(11-12): 1757–1767, doi: [10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x), indexed in Pubmed: 21385257.
18. van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Post D, et al. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *J Clin Nurs*. 2006; 15(7): 875–884, doi: [10.1111/j.1365-2702.2006.01615.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01615.x), indexed in Pubmed: 16879380.
19. van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Middel B, et al. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *J Clin Nurs*. 2009; 18(20): 2857–2869, doi: [10.1111/j.1365-2702.2008.02594.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02594.x), indexed in Pubmed: 19220618.
20. Attard J, Baldacchino DR, Camilleri L. Nurses' and midwives' acquisition of competency in spiritual care: a focus on education. *Nurse Educ Today*. 2014; 34(12): 1460–1466, doi: [10.1016/j.nedt.2014.04.015](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.04.015), indexed in Pubmed: 24814103.
21. Krajnik M. Komentarz. W: Puchalski Ch. Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta. *Med Prakt*. 2016; 5: 122–124.
22. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej <http://nipip.pl/prawo/samorzadowe/krajowy-zjazd-pielęgniarek-i-polożnych/kodeks-etyki-zawodowej-pielęgniarki-i-polożnej-rzeczypospolitej-polskiej/> [data cytowania: 01.06.2017].
23. Kodeks Etyki ICN dla pielęgniarek http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_polish.pdf [data cytowania: 01.06.2017].
24. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz.U. 2009 nr 52 poz.417 <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20090520417> [data cytowania: 01.06.2017].
25. Klimasiński M, Płocka M, Neumann-Klimasińska N, et al. Czy lekarze powinni udzielać wsparcia duchowego swoim pacjentom – przegląd badań. *Med Prakt*. 2017; 3: 128–133.
26. Puchalski Ch. Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta. *Med Prakt*. 2016; 5: 116–124.
27. Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *J Pain Symptom Manage*. 2010; 40(2): 163–173, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019), indexed in Pubmed: 20619602.
28. Taylor EJ, Park CG, Pfeiffer JB. Nurse religiosity and spiritual care. *J Adv Nurs*. 2014; 70(11): 2612–2621, doi: [10.1111/jan.12446](https://doi.org/10.1111/jan.12446), indexed in Pubmed: 24806098.
29. Ross L, Paley J. Spirituality and secularization: nursing and the sociology of religion. *J Clin Nurs*. 2008; 17(2): 175–186, doi: [10.1111/j.1365-2702.2006.01917.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01917.x), indexed in Pubmed: 17419777.