



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
Visokošolski študijski program prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**POMEN VERSKIH PREPRIČANJ
PRI KONSTRUKCIJI BOLEZNI
IN ZDRAVJA NA PODROČJU
ZDRAVSTVENE NEGE**

**IMPORTANCE OF RELIGIOUS
BELIEFS IN THE
CONSTRUCTION OF ILLNESS
AND HEALTH IN THE FIELD OF
NURSING**

Diplomsko delo

Mentorica: doc. dr. Katja Pesjak

Kandidat: Simbad Samardžić

Jesenice, april, 2021

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici diplomskega dela doc. dr. Katji Pesjak za vso strokovno podporo pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se recenzentki diplomskega dela Marjani Bernot, viš. pred., za recenzijo diplomskega dela.

Za lektoriranje diplomskega dela se zahvaljujem Urošu Ferrariju Stojanoviću.

Zahvaljujem se svoji družini za vso podporo in potrpežljivost pri študiju in diplomskem delu.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zdravje je ena od najpomembnejših vrednot sodobne družbe, religija pa je tema, s katero se srečujemo vsak dan in v praktično vseh aspektih življenja. Namen pregleda literature je ugotoviti (1) opredeljevanje in pomen bolezni ter zdravja z vidika različnih religij, (2) katerim religioznim smernicam sledijo ljudje v kontekstu bolezni in zdravja, ter (3) načine spoprijemanja zdravstvenih delavcev z različnimi religioznimi prepričanji oz. verovanji med zdravstvenimi delavci in pacienti.

Metoda: Izveden je bil pregled tuje in domače strokovne in znanstvene literature z omejitvenimi kriteriji iskanja člankov v obdobju 2010 do 2020. Uporabljeni sta bili analiza in sinteza pregleda dokazov iz podatkovnih baz: PubMed, CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY, spletnih bibliografskih sistemov COBISS+ in Google Scholar. Analiza virov je bila izvedena z odprtim kodiranjem.

Rezultati: Od 52.722 virov smo jih izbrali 17. Dodan je bil en vir tako imenovane sive literature, tako je bilo v končnem pregledu zajetih 18 ustreznih virov. Iz vseh vključenih zadetkov, smo identificirali 77 kod, ki so bile združene v dve vsebinski kategoriji: (1) Vpliv religije na konstrukcijo bolezni in zdravja ter, (2) Religiozne kompetence medicinskih sester in zdravstvenikov.

Razprava: Pri pregledu literature smo ugotovili, da ima religija velik vpliv na pacientov pogled na koncept zdravja in bolezni. Z napredovanjem medicine je potrebno razpravljanje med zdravstvenimi delavci in pacienti zlasti v odnosu z arhetipom abrahamskih religij pri zadevah kot so prekinitev nosečnosti, medicinska pomoč pri samomoru ali umiranju ter klinična obdukcija umrlih. Pri zagotavljanju celostne oskrbe pacienta je potrebna dosega religioznih kompetenc, pri čemer je izobrazba medicinskih sester in zdravstvenikov ključnega pomena.

Ključne besede: abrahamske religije, sodobna medicina, oskrba pacienta, religiozne kompetence medicinskih sester

SUMMARY

Background: Health is one of the most important values of modern society and religion is a topic we face every day in practically all aspects of life. The purpose of this literature review is to define and determine the importance of disease and health from the perspective of the various set of guidelines that the different religions offer and how health professionals can cope with differences between their religious beliefs or lack thereof and patients' religiously derived viewpoints.

Methods: A review of foreign and domestic professional and scientific literature was employed with the period of publication limited to sources published between 2010 and 2020. The analysis and synthesis of the evidence review from databases PubMed, CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY, online bibliographic system COBISS+ and Google Scholar were performed. Source analysis was conducted with open coding.

Results: A total of 52722 sources met the initial conditions. The final selection included 17 sources. 1 source was added from the so-called grey literature, so the final review included 18 appropriate sources. 77 codes were identified and grouped into 2 content categories: 1. The influence of religion on the construction of disease and health, 2. Nurse religious competencies.

Discussion: In reviewing the literature, we found that religion has a major impact on the patient's view of the very concept of health and disease. With the advancement of medicine, there is a need for discussion among healthcare professionals and patients regarding the archetype of the Abrahamic religions on matters such as termination of pregnancy, medical assistance in suicide or death, and clinical autopsy of the deceased. Achieving holistic patient care requires the attainment of spiritual competencies, therefore the religious education of nurses is crucial.

Keywords: abrahamic religions, modern medicine, patient care, nurse religious competencies

KAZALO

1	UVOD	1
1.1	VPLIV RELIGIJE NA KONSTRUKCIJO BOLEZNI IN ZDRAVJA	2
1.2	RELIGIOZNE KOMPETENCE MEDICINSKIH SESTER	6
2	EMPIRIČNI DEL	11
2.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	11
2.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	11
2.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	12
2.3.1	Metode pregleda literature.....	12
2.3.2	Strategija pregleda zadetkov.....	12
2.3.3	Opis obdelave podatkov	13
2.3.4	Ocena kakovosti pregleda literature	14
2.4	REZULTATI	15
2.4.1	Diagram PRIZMA	15
2.4.2	Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	16
2.5	RAZPRAVA	22
2.5.1	Omejitve raziskave	27
2.5.2	Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	27
3	ZAKLJUČEK	28
4	LITERATURA	29

KAZALO SLIK

Slika 1: Diagram PRIZMA.....	15
------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	13
Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu	14
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov	16
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	20

1 UVOD

Pojmovanja zdravja in bolezni se spreminjajo skozi čas in prostor. Konstrukcija pojmov odraža stanje duha nekega časa, družbeno dinamiko in prevladujoče ideologije. Vsaka skupnost se oblikuje na podlagi lastnih izkušenj, zgodovine, specifičnih družbeno-kulturnih elementov, na tak način pa si oblikuje tudi pristope k zdravljenju bolezni in ohranjanju zdravja. Rojevajo se družbeno specifični zdravstveni sistemi z lastnim pristopom do simptomov, procesov in zdravljenja (Nanjunda, 2014). V 19. stoletju je denimo veljalo prepričanje, da je obilnost odraslega ženskega in moškega telesa znak zdravja, blaginje in plodnosti, vitkost pa je predstavljala nekaj nelepega in nezdravega. V 20. stoletju se je z razvojem medicine in gospodarstva pogled na zajetnost človeškega telesa popolnoma spremenil – postala je odraz psihičnih težav, kot sta npr. depresija in nizka samozavest. Tako je bila debelost v tem času že definirana kot bolezen, ki jo je treba zdraviti. V sodobni družbi vitko telo predstavlja lepotni ideal in tudi boljše zdravje (Počkar & Tavčar Krajnc, 2011). Še en primer – v začetku 20. stoletja se je nosečnicam zaradi obvarovanja ploda odsvetovala vožnja z avtom in ples; danes noseče ženske opozarjajo na nevarnost pitja alkohola (Armstrong, 2003 cited in Conrad & Barker, 2010, p. S73).

Zgoraj navedeni primeri nakazujejo raznolikosti v vsakdanjem življenju, ki pa nimajo vedno pozitivnih izzidov. Družbeno specifični zdravstveni sistemi namreč lahko vodijo tudi do manj učinkovitega obravnavanja bolezni; v družbah kjer je pomen tradicije, družine in zdravljenja še vedno izjemno močan, so postopki medicine in zdravstvene nege drugačni od nam poznanih, zahodnih, in lahko vodijo do manj uspešnega zdravljenja oz. do odsotnosti zdravja in prisotnosti bolezni (Fried, et al., 2015). Izkušnje in opredelitve bolezni v sodobnem času so rezultat sinteze bio-medicinskega znanja in družbeno-kulturnih kontekstov. Na primeru bolezni to pomeni, da na izkušnjo bolezni vpliva fizično nelagodje, ki je postavljeno v okvir družbenih in kulturnih norm ter vrednot o dojemanju in načinu sprejemanja nelagodja (Skrzypek, 2014). Na tem mestu gre izpostaviti tudi religijo – religija (verska pripadnost ali udeležba pri kolektivni molitvi v višjo silo) je koncept, ki pomembno vpliva na kakovost in pomen človekovega

življenja (Rajaei, 2010). Prav tako je sam življenjski smisel pomemben za dobro počutje ter splošno psihično in fizično zdravje. Raziskovalci so na prisotnost življenjskega smisla in iskanje smisla življenja še nedavno gledali kot na ločene konstrukte, vendar verska prepričanja lahko pomagajo ljudem najti smisel življenja in tako vplivajo tudi na njihova čustva, vedenja in zdravje (Park, et al., 2010).

Religija in zdravje oz. bolezni so tesno prepleteni konstrukti. Žal se zgodi, da zdravstvo pri odločitvah in posegih ne upošteva religije. V preteklosti sta bili medicina in religija vzporedni, z razvojem medicine kot znanosti pa je nastal ogromen razkorak med zdravstvom in religijo. Kljub temu je pomen religije pri zagotavljanju zdravja in preprečevanju bolezni velik in zdravstveni strokovnjaki morajo znanje in vedenje o pomenu religije vključiti v svoje delovanje in vedenje (Swihart, et al., 2020). Religija je socialna determinanta zdravja – doprinese k celostnemu dobremu počutju, oblikuje percepcije vsakdanjega življenja in verovanja, predstavlja skupnost oz. socialno mrežo. Gre za pomemben medsebojen odnos med različnimi dejavniki, ki vplivajo na dobrobit posameznika in družbe (VanderWeele, 2017).

V slovenskem prostoru je o vplivu verskih prepričanj na konstrukcijo bolezni in zdravja malo napisanega, in ker je zdravje ena od najpomembnejših vrednot sodobne družbe, religija pa je tema, s katero se srečujemo vsak dan, v praktično vseh aspektih življenja, je raziskava zdravja in bolezni skozi perspektivo religije izjemnega pomena.

1.1 VPLIV RELIGIJE NA KONSTRUKCIJO BOLEZNI IN ZDRAVJA

Religije so večdimenzionalne in so v funkciji zaščite posameznika v procesu poteka bolezni. Ne le da religija lahko preprečuje pojav različnih bolezni, lahko tudi izboljša zdravljenje in upočasni napredovanje npr. kroničnih bolezni, kot je hipertenzija, psihičnih obolenj, zmanjšuje možnosti za samomorilna vedenja, AIDS itd. Religioznost posameznika je v zdravstvu lahko življenjsko pomembna, čeprav še vedno skrivnostna, in se pogosto uporablja kot medij za izboljševanje fiziološkega zdravja (Leavey, et al., 2016; Mishra, et al., 2017). Zato se je na tem področju začelo odpirati novo polje

raziskovanja. Nevroznanstveniki se ukvarjajo z raziskovanjem raznolikih verskih in duhovnih praks; za to dejavnost se pojavlja tudi termin »nevroteologija«. Raziskovalci menijo, da možganski korelati lahko pomagajo razložiti nekatere elemente duhovnih praks, da naj bi bile torej nekatere religiozne prakse v fizičnem smislu prirojene, nekatere religiozne prakse pa so privzgojene (Newberg, 2014). Slednje je pomembno, ker naj bi religija vplivala na boljše zdravje in daljše življenje. Raziskave dokazujejo, da imajo verni posamezniki bolj zdrav življenjski slog – manj pogosto kadijo, pijejo alkoholne pijače, konzumirajo nedovoljene droge, bolj zdravo jejo in se več gibajo (Aldwin, et al., 2014; Morton, et al., 2017). Aldwin in sodelavci (2014) še ugotavljajo, da je religioznost povezana s krvnim pritiskom, delovanjem srca, imunostjo in napredovanjem bolezni. Neupoštevanje religioznih preferenc posameznika je imelo med zdravljenjem manj ugodne učinke na posameznike. Avtorji so prepričani, da religija omogoča boljše psihično in fizično zdravje (Aldwin, et al., 2014).

Raziskava, izvedena na starejših osebah, pokaže, da starejši, ki obiskujejo cerkev razvijejo tesen odnos z Bogom, zato so zmožni nuditi podporo drugim in posledično imajo relativno visok smisel življenja. Slednje je izjemnega pomena za ohranjanje zdravja (Krause & Hayward, 2012). Odnos med religijo oz. duhovnostjo in zdravjem je predmet razprav skozi celotno zgodovino, s tem pa tudi v današnjem času. Pomen religije je analiziran v odnosu do zdravljenja in ozdravitve. Pri osebah, ki uporabljajo verske prakse, je zaznati boljše izide zdravljenja in zdravje kot tako. Seveda ima lahko religija tudi negativne učinke v kontekstu zdravja – t.i. fanatiki, asketi in zagrizeni tradicionalisti pogosto zavračajo obstoječo medicino (Nobrega Alves, et al., 2010).

V naši pričujoči raziskavi smo se osredotočili na tri največje svetovne monoteistične religije, na judovstvo, krščanstvo in islam – tako imenovne abrahamske religije. Te tri religije so skupina semitskih verskih skupnosti, ki so se vse rodile na Bližnjem vzhodu in so med seboj neločljivo povezane z prerokom Abrahamom (a. s.), ki je pridigal čaščenje enega in edinega Boga (Lawson, 2012). Znotraj teh družin religij obstajajo skupne predstave o naravi človeškega posameznika in sveta. Seveda lahko obstajajo razlike, vendar jih osnovne lastnosti določajo in združujejo (Setta & Shemie, 2015). Vloga zdravnika v judovskem pravu denimo ni izbirna, temveč obvezna. Zdravnik je dolžan zdraviti bolne in pacient je dolžan poiskati zdravniško pomoč, kadar koli se

domneva, da je zdravljenje bolezni medicinsko koristno (da se bo pacient pozdravil) (Steinberg, 2015). Medicina ima že od nekdaj neke vrste častno mesto v judovski dediščini. Od svetopisemskih časov so judje cenili zdravnikove dejavnosti in jih doživljali kot partnerstvo z Božjimi dejanji. Glavni koncepti judaizma temeljijo na pomembnosti človeškega življenja in pri reševanju življenj je zato zdravstvena oskrba v ospredju (Gesundheit, et al., 2014). Ob slednjem se postavi vprašanje, do katere mere so zdravniki in zdravstveno osebje dolžni izpostavljati lastno zdravje. Odgovor temelji v judovskih etičnih načelih, ki so se oblikovala skozi tisočletja in v pomembnem obsegu izhajajo iz Biblije. Podatki pokažejo, da ne samo zdravniki in zdravstveno osebje temveč tudi mnogi judovski duhovniki svojo pomoč oz. zdravljenje utemeljujejo v religiji oz. njenih zapovedih (Rashi, 2020). Judaizem dovoljuje darovanje organov, obdukcijo in tudi abortus, če se s tem reši življenje matere (Swihart, et al., 2020).

Pri kristjanih religijska doktrina znatno vpliva na odločitve o zdravju in zdravstvenem vedenju. V judovsko-krščanskih spisih je na primer poudarek na skrbi za fizično telo kot "tempelj svetega duha". Poudarjajo odgovornost osebe, da skrbi in neguje svoje telesno telo. Vedenja, ki lahko škodujejo telesu, so ponavadi nesprejemljiva. To se odraža v naukih iz prižnice in vpliva na tisto, kar se v krščanskih družbenih skupinah šteje za primerno. Spoprijemanje in prenašanje negativnih dogodkov s smislom in namenom je pri kristjanih povezano z boljšim fizičnim in psihičnim zdravjem (Koenig, 2012). Skoraj vsaka večja krščanska denominacija sponzorira medicinske misije. Programi organiziranih zdravstvenih misij obstajajo v partnerstvu z nevladnimi organizacijami, akademskimi ustanovami, vladnimi agencijami, posvetnimi fundacijami in filantropiji ter služijo kot dejavniki socialne pravičnosti in sprememb ter sredstva za odpravo neskladij v javnem zdravju (Holman, 2015). Krščanstvo zagovarja idejo, da je bolezen iluzija, ki se lahko popravi skozi molitev, kajti Bog lahko skozi vernikovo molitev ozdravi telo in um. Zdravljenje se začne, ko se posameznik poveže z Bogom, bolezen pa je rezultat neharmonije med duhom in materijo. Ta ideologija lahko omejuje medicino in zdravstveno nego, saj posameznik lahko zavrača pomoč oz. intervencije, zdravila, cepljenje in druge zdravstvene posege. Poleg tega krščanstvo darovanje organov vidi kot odločitev posameznika, abortus je strogo prepovedan, obdukcija je dovoljena, če je potrebna zaradi črke zakona (Swihart, et al., 2020).

Vse večje znanstveno zanimanje za islamsko medicino v zahodnem svetu je tudi zahodnemu občinstvu omogočilo dostop do tradicionalnih islamskih misli. Islamsko medicino je najprej treba razlikovati od preroške. Preroško zdravilo je bilo razvito v času preroka Mohameda (a. s.) in vključuje zeliščne pripravke, higienske in prehranske prakse ter vadbene režime. Islamska medicina je zbirka medicinskega znanja in prakse, ki se je začela v zgodnjem islamskem obdobju in jo muslimanski zdravniki trenutno izvajajo tako v muslimanskih kot nemuslimanskih državah. Čeprav temelji na islamski perspektivi, islamska medicina vključuje tudi sodobne medicinske tehnike v službi zdravljenja (Saniotis, 2012). Z islamske perspektive je zdravje opredeljeno kot fizično, psihološko, socialno in duhovno blagostanje, ki je eden od največjih blagoslovov, ki jih Bog podarja človeštvu. Muslimanski pogled na zdravje vključuje prejem bolezni in smrti s potrpežljivostjo, meditacijo in molitvijo. Tudi muslimani, ki ne prakticirajo verskih obredov, po navadi kličejo po duhovni intervenciji, ko se soočajo s težkimi zdravstvenimi izzivi. Muslimanski pacienti razumejo, da so bolezen, trpljenje in umiranje del življenja in preizkus Boga, s katerim se grehi odstranjujejo, saj so življenjski izzivi priložnost za duhovno nagrado, opomnik za izboljšanje zdravja ali znak osebnega neupoštevanja islamskih načel. Ker je islamska vera močno prepletena z zdravstvom, zdravju razumljivo pripisuje velik pomen, zato je skrb za lastno zdravje verska dolžnost vsakega muslimana (Rassool, 2015). Islam, podobno kot krščanstvo, dovoljuje darovanje organov, obdukcijo podpira, če je potrebna zaradi ureditve, abortus je dovoljen v posebnih primerih, žensko pacientko obravnavati zdravstveno osebje ženskega spola (Swihart, et al., 2020).

Percepcija vloge Boga v primeru bolezni in zdravljenja je za posameznika izjemno pomembna. Verska prepričanja posameznika se lahko odražajo v odzivu na izvajanje zdravljenja in zdravstvene nege. Zato je pomembno, da zdravstveni strokovnjaki upoštevajo tudi religiozni vidik posameznika. Slednji lahko vpliva na izide zdravljenja (Rumun, 2014). Religija je pomembna determinanta zdravja. Religija posamezniku lahko predstavlja celoto oz. celostno dobro počutje in je tesno povezana s številnimi zdravstvenimi izidi. Poleg posameznih verskih praks in prepričanj religija predstavlja pomembno socialno mrežo, znotraj katere verniki najdejo oporo, spodbudo in veselje

(VanderWeele, 2017). Iz zapisanega lahko sklepamo, da so verska prepričanja zelo pomembna pri konstrukciji bolezni in zdravja ter pri zdravstveni obravnavi posameznikov.

1.2 RELIGIOZNE KOMPETENCE MEDICINSKIH SESTER

Že od antične dobe so ljudje poskušali preučiti in oceniti odnos med religijo in medicino. Religija igra bistveno vlogo pri oskrbi pacientov z napredujočo neozdravljivo boleznijo in s kroničnimi boleznimi. Pacientove potrebe, želje in perspektive glede duhovnosti in religije je treba obravnavati v standardni klinični oskrbi. Nenehno raziskovanje izobraževanja na področju zdravstva in oblikovanja učnih načrtov kaže na vključevanje kompetenc, komunikacije in usposabljanja v duhovnosti (Singh & Ajinkya, 2012). Za mnoge ljudi so to pomembni vidiki vsakdanjega življenja; nedavno izvedena anketa je pokazala, da se 62 % ljudi po vsem svetu šteje za religiozne, ne glede na to, ali redno obiskujejo religijske službe, kot so cerkve, sinagoge ali mošeje ipd. Ta anketa tudi navaja, da je v Sloveniji vernih 41 % ljudi, s čimer smo pod svetovnim povprečjem (WIN-Gallup International, 2017). Stark (2012) navaja, da aktivno prakticiranje vere bistveno prispeva k telesnemu in duševnemu zdravju. Redna verska praksa zmanjšuje depresijo, spodbuja samozavest ter gradi družinsko in zakonsko srečo. Versko čaščenje povečuje tudi dolgo življenjsko dobo, in sicer s tem, ko zmanjšuje pojavnost številnih bolezni kot tudi izboljša možnosti posameznika za ozdravitev.

Sodobna zdravstvena praksa postaja vse bolj raznolika. Različne etnične, rasne in religijske identitete v populaciji pacientov vodijo v nešteto vrednostnih sistemov v klinični praksi (Khorfan & Padela, 2010). Dolga življenjska doba in želja po dobrem počutju sta novejša izziva, s katerima se sodobno zdravstvo mora spoprijeti (Singh, 2010). Na začetku moderne medicine je holistično paradigmo zdravstva, ki je bila prisotna v mnogih kulturah, postopoma nadomestil dualistični pristop, ki je zdravilo za telo ločil od skrbi za dušo; vendar specializirani in tehnični pristop medicine ni obljubil celovitega zdravljenja, sočutja in nege (Poole & Cook, 2011). Sodobna, sekularna bioetika se je osredotočila na razvijanje nabora univerzalnih načel, ki naj bi usmerjala

sprejemanje kliničnih odločitev, vendar zanemarljivo pomembno vlogo religije pri reševanju bioetičnih vprašanj (Khorfan & Padela, 2010). Biggar (2015) piše, da obstaja očiten konflikt med klinično presojo in religijo ter prepričanjem. Pristopiti je treba z občutkom in brez predpostavk o morebitnem pomenu prepričanja za pacientove naravnosti in želje. Posameznikova prepričanja morda niso v celoti skladna z normativnimi nauki njihove religije ali kulture. Če zdravje in bolezen postavimo v kontekst medicine, morajo biti zdravniki pri pacientu pozorni tudi na morebitno posebno razlago religije ali kulture, ki ji posameznik pripada. Zlasti zdravnikova lastna religija, kultura ali prepričanja ne smejo negativno vplivati na pacienta, bodisi v razlagi pacientove religije ali kulture bodisi v izražanju zdravnikovega lastnega prepričanja. Za spodbujanje sočutnega delovnega okolja je namreč pomemben pozitiven in odprt odnos med zdravnikovim ter pacientovim verskimi in kulturnimi prepričanji (Biggar, 2015).

Slednje velja tudi za kontekst zdravstvene nege – ta je v osnovi, že od časa Florence Nightingale, utemeljena v religioznosti oz. duhovnosti. V 20. stoletju je koncept religioznosti v zdravstveni negi ponovno oživel in pridobil pozornost izvajalcev in raziskovalcev (Alshehry, 2018). Danes na področju zdravstvene nege obstaja konsenz, da je religioznost pomembna dimenzija posameznikovega življenja in posledično je skrb za duhovne dimenzije pacientov del celostne zdravstvene nege. Prepoznana prepletenost oz. povezanost duhovnosti, zdravstvene nege in zdravja je dejavnik, ki medicinske sestre in zdravstvenike spodbuja k upoštevanju duhovne dimenzije pri izvajanju zdravstvene nege (Nascimento et al., 2013; Veloza – Gomez, et al., 2017). Duhovna oskrba je sestavni del celostne zdravstvene nege. Medicinske sestre in zdravstveniki lahko pacienta podpirajo pri molitvi, veri v dober izid, ali pa ga le pozorno poslušajo ipd. Medicinske sestre in zdravstveniki pomen religioznosti oz. vere vidijo v večji moči posameznikov, občutenju povezanosti, namena, pomena in odnosov v pacientovem življenju. Glede na to, da medicinske sestre in zdravstveniki pogosto nimajo dovolj znanja o duhovni oskrbi, se lahko zgodi, da pacientom ne želijo nuditi tovrstne podpore, zato jih je na tem področju treba izobraževati (Ross, et al., 2014). Kot omenjeno, je religioznost povezana s številnimi pozitivnimi izidi posameznikovega zdravljenja – večja fizična in čustvena stabilnost v času bolezni, večja toleranca bolečine, nizka verjetnost za samomorilno vedenje in depresivna stanja (Balducci,

2019). Poleg tega so verni pacienti ob upoštevanju vere tudi mnogo bolj zadovoljni z zdravstveno oskrbo (Williams, et al., 2011).

Astrow (2019) piše, da je pristop zdravnikov največkrat pristop na relaciji vzrok – posledica (poiskati vzrok bolezni in osebo pozdraviti), to pa pogosto privede do tega, da se pacienti, ki se srečujejo z vprašanji življenja ali smrti, počutijo nerazumljeni in osamljeni. Zato je smiselno iskati pot do zблиževanja med medicino in religijo. Ključni prvi korak je razmislek o trditvi, da sekularna medicina kot paradigma ne zagotavlja dovolj šnje duhovne stabilnosti kritično bolnih (Astrow, 2019). Religija, prepričanja oz. verovanja in kulture bi morali biti prepoznani kot potencialni viri osebne moči v medicini in zdravstvu, s čimer bi se izboljšalo počutje pacientov pri izkušnjah slabega zdravja, zdravljenja, trpljenja in umiranja. Komunikacija med zdravniki, zdravstvenim osebjem in pacienti bi morala upoštevati specifične religije, prepričanj in kulture. Spoštovanje osebne religijske in kulturne pripadnosti lahko pomeni izboljšanje počutja pacientov (Hordern, 2016).

Skozi zgodovino in vse do sodobnega globaliziranega sveta so monoteistične religije in medicina povzročile številne razburljive razprave, zlasti o ključnih trenutkih življenja in smrti. Zdravstveno osebje, ki dela s pacienti različnih ver v kateri koli državi na svetu, mora spoštovati veroizpovedi teh pacientov, da bi zagotovilo njihovo optimalno oskrbo (Husseini, 2011). Ko se soočamo z vprašanji človeka na robu življenja, lahko religijske perspektive postanejo še posebej vplivne, saj pojasnjujejo naravo posameznika, cilj življenja, razloge smrti, kaj se zgodi po smrti telesa itd. (Setta & Shemie, 2015).

V zadnjih letih so se zaradi zdravstvenega napredka odprle razprave, osredotočene na etiko in prakso. Razprave so povezane s pridobivanjem pacientovih soglasij, z opravljanjem prekinitev nosečnosti, s podaljševanjem življenja, s *postmortem* preiskavami človeških trupel. Takšne razprave so osvetlile bistvene razlike med verskimi prepričanji na eni strani in zdravstveno prakso na drugi, pri čemer so se med kulturami, religijami in uveljavljenimi družbenimi normami pokazala različna stališča. Judovstvo denimo dovoljuje prepričevanje pacientov v privolitve (sicer pod določenimi pogoji); krščanska katoliška cerkev podpira pasivne evtanazije za paciente; islam

prepoveduje prekinitev nosečnosti z izjemo, da nosečnost ogroža materino življenje. Izpostavitve ključnih razlik med tremi zgoraj omenjenimi monoteističnimi religijami je za zdravstvene delavce pomembna, saj omogočajo zdravljenje pacientov v skladu z njihovo religijo in sodobno prakso (Husseini, 2011).

V sodobnosti se soočamo s pojavom globalizacije, ki vodi do multikulturalnosti in multireligioznosti sveta in družb. Slednje zahteva od ljudi sprejemanje, prilagajanje in potrebo po spoznavanju drugih kultur, religij in običajev. Zaradi pomembnosti vere v vsakdanjem življenju pacientov lahko poznavanje temeljev pacientove religije pomaga zdravstvenim delavcem pri boljšem in celostnem pristopu k njihovem zdravljenju (Šakanović, 2018). Religioznost je pomemben element holistične zdravstvene nege, pa je vendar še vedno pogosto spregledana, saj jo je težko konceptualizirati, obenem pa tudi ni enotnega načina vključevanja religioznosti v zdravstveno nego (Rogers & Wattis, 2015). Zagotavljanje t.i. duhovne oskrbe v zdravstveni negi je povezano z izzivi kot so razlike med spoloma, časovno omejenostjo izvajalcev zdravstvene nege, kadrovske podhranjenosti, pomanjkanjem znanja in kompetenc ter lastne percepcije medicinskih sester in zdravstvenikov o religiji in religioznosti (Melhem, et al. 2016 ; Alshehry, 2018). Medicinske sestre in zdravstveniki ocenjujejo, da imajo primanjkljaj predvsem na področju kompetenc. Pogosto jim je neprijetno tudi odpreti pogovor o religiji in duhovnosti. Religiozne kompetence namreč niso del učnega načrta in niso pomembnejši element za npr. doseganje uspeha na področju ocenjevanja v izobraževanju. Zato je pomembno, da se znanja prenašajo od tistih medicinskih sester in zdravstvenikov, ki jih imajo in ki že izvajajo religiozno kompetentno zdravstveno nego, na medicinske sestre in zdravstvenike, ki na tem področju občutijo primanjkljaj (Ruder, 2013). V raziskavi Van Leeuwen in Schep-Akkerman (2015) se je izkazalo, da se medicinske sestre in zdravstveniki, ki delujejo v psihiatričnih ustanovah, vidijo kot bolj kompetentne in bolj duhovno usmerjene kot medicinske sestre in zdravstveniki, ki delujejo v bolnišnicah. Ugotavljata, da je kakovost religiozne oskrbe pacientov močno odvisna od potreb pacientov, od kompetenc medicinskih sester in zdravstvenikov, ter od izobrazbe (Van Leeuwen & Schep-Akkerman, 2015).

Razvoj kulturnih in religioznih kompetenc je med zdravstvenimi delavci danes prepoznan kot eden izmed ukrepov, ki prispevajo k izboljševanju kakovosti zdravstvene oskrbe v kulturno raznoliki družbi in k zmanjševanju neenakosti v zdravstveni obravnavi (Kassim & Alias, 2016). Ravno kulturno in religiozno kompetentne medicinske sestre in preostali zdravstveni delavci lahko nudijo zdravstveno oskrbo, ki je spoštljiva do pacientov in odzivna do vedenj, povezanih z zdravjem, verskimi praksami ter religioznimi potrebami kulturno raznolikih pacientov, tako pa predstavljajo tudi premik k njihovi kakovostnejši in bolj celostni obravnavi. Medicinske sestre in zdravstveniki imajo tako pomembno, nepogrešljivo vlogo pri izkazovanju naklonjenosti, ljubezni, družabništva, čustvene in duhovne podpore tistim posameznikom in njihovim družinam, ki se srečujejo z boleznimi, in tistim, ki umirajo ter njihovim svojcem ne glede na njihovo versko pripadnost (Kojc, 2018).

Skrb za duhovno dobrobit posameznika je pomemben del zdravstvene obravnave, saj lahko izboljša izide zdravljenja in je integralen del celostne oskrbe, ki jo nudi medicinska sestra ali zdravstvenik – ta mora zato v svoje delo s pacientom in v obravnavo vključiti tudi vidik duhovne oskrbe. Predpogoj za nudenje duhovne oskrbe so seveda ustrezne kompetence strokovnjakov (Ebrahimi, et al., 2017).

2 EMPIRIČNI DEL

V empiričnem delu smo opredelili namen, cilje ter raziskovalna vprašanja. Opisali smo raziskovalno metodologijo. Diplomsko delo je temeljilo na pregledu literature.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen pričujoče raziskave je opredeliti pomen bolezni in zdravja z vidika različnih religij. S pomočjo pregleda literature smo pojasnili, iz katerih smernic, ki jih različne religije ponujajo, izhajajo verni ljudje v kontekstu bolezni in zdravja. Opisali smo tudi kako se zdravstveni delavci lahko spoprijemajo z razlikami med verskimi prepričanji oz. verovanji med zdravstvenimi delavci in pacienti.

Glavna cilja diplomskega dela sta bila:

- Ugotoviti vpliv religij na konstrukcijo bolezni in zdravja.
- Ugotoviti religiozne kompetence medicinskih sester in zdravstvenikov.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi zastavljenih ciljev smo opredelili naslednji raziskovalni vprašanja in odgovorili nanja:

1. Kako religije vplivajo na konstrukcijo bolezni in zdravja?
2. Kakšne so religiozne kompetence medicinskih sester?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V diplomskem delu smo uporabili pregled tuje in domače strokovne ter znanstvene literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda s pregledom tuje in domače strokovne in znanstvene literature v mednarodnih bazah podatkov. Pri pisanju diplomskega dela smo uporabili različne podatkovne baze, kot so PubMed, CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY, spletni bibliografski sistem COBISS+ in Google Scholar. Uporabili smo raziskovalni dizajn pregleda slovenske in tuje znanstvene in strokovne literature. Omejitveni kriteriji iskanja so bili: iskanje člankov v obdobju 2010 – 2020, besedila v angleščini in slovenščini ter brezplačni dostop do polnega besedila in izvlečka. Med ključnimi besedami smo uporabili Boolov tabular “AND”. Za ključne besede smo uporabili: abrahamic religions, abrahamske religije, modern medicine, sodobna medicina, patient care, oskrba pacienta, nurse religious competencies, religiozne kompetence medicinskih sester.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Literatura je bila izbrana na podlagi vsebinsko ustreznih naslovov. S pregledom in analizo povzetkov smo nato izločili strokovne vsebine, ki za naše delo niso bile primerne. Dobljene rezultate iskanja smo pregledali in jih prikazali shematsko in tabelarično, tako v tujem kot v slovenskem jeziku. Shematsko smo predstavili iskanje literature s pomočjo PRIZMA diagrama (Slika 1). V Tabeli 1 so prikazane različne podatkovne baze z vključitvenim kriterijem ter številom dobljenih zadetkov z omejitvenimi kriteriji in brez njih.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
Google Učenjak	Abrahamic religions AND modern medicine	11.100	3
	Nurse religious competencies AND patient care	17.800	2
	Abrahamske religije IN sodobna medicina	7	0
	Religiozne kompetence medicinskih sester IN oskrba pacienta	55	2
PubMed	Abrahamic religions AND modern medicine	1522	4
	Nurse religious competencies AND patient care	104	5
	Judaism AND Christianity AND Islam	70	1
CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY	Abrahamic religions AND modern medicine	2084	0
	Nurse religious competencies AND patient care	19.966	0
	Abrahamske religije IN sodobna medicina	0	0
	Religiozne kompetence medicinskih sester IN oskrba pacienta	0	0
COBISS+	Abrahamic religions AND modern medicine	6	0
	Nurse religious competencies AND patient care	0	0
	Abrahamske religije IN sodobna medicina	4	0
	Religiozne kompetence medicinskih sester IN oskrba pacienta	4	0
Drugi viri	/	/	1

2.3.3 Opis obdelave podatkov

Vključene raziskave smo sistematično pregledali in analizirali s kvalitativno vsebinsko analizo po Vogrincu (2008). S tehniko kodiranja smo združili in povzeli kvalitativne podatke iz besedila ter jih uvrstili v primerne vsebinske kategorije. Vključene raziskave smo sistematično pregledali in analizirali ter skladno s cilji in raziskovalnimi vprašanji

diplomskega dela glede na vsebinske lastnosti. Oblikovali smo dve vsebinski kategoriji: (1) Vpliv religije na konstrukcijo bolezni in zdravja ter (2) Religiozne kompetence medicinskih sester.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Kakovost literature smo ocenili s pomočjo hierarhije dokazov, kot sta jo opredelila Polit in Beck (2016) (Tabela 2) glede na aktualnost in vsebinsko analizo. Hierarhija dokazov vsebuje sedem ravni, ki vsebujejo:

- Raven 1 sistematične preglede randomiziranih in nerandomiziranih kliničnih raziskav.
- Raven 2 posamezne randomizirane in nerandomizirane klinične raziskave.
- Raven 3 sistematične preglede korelacijskih/opazovalnih raziskav.
- Raven 4 posamezne korelacijske/opazovalne raziskave.
- Raven 5 sistematične preglede opisnih/kvalitativnih/fizioloških raziskav.
- Raven 6 posamične opisne/kvalitativne/fiziološke raziskave.
- Raven 7 mnenja avtorjev/ekspertnih komisij.

Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu

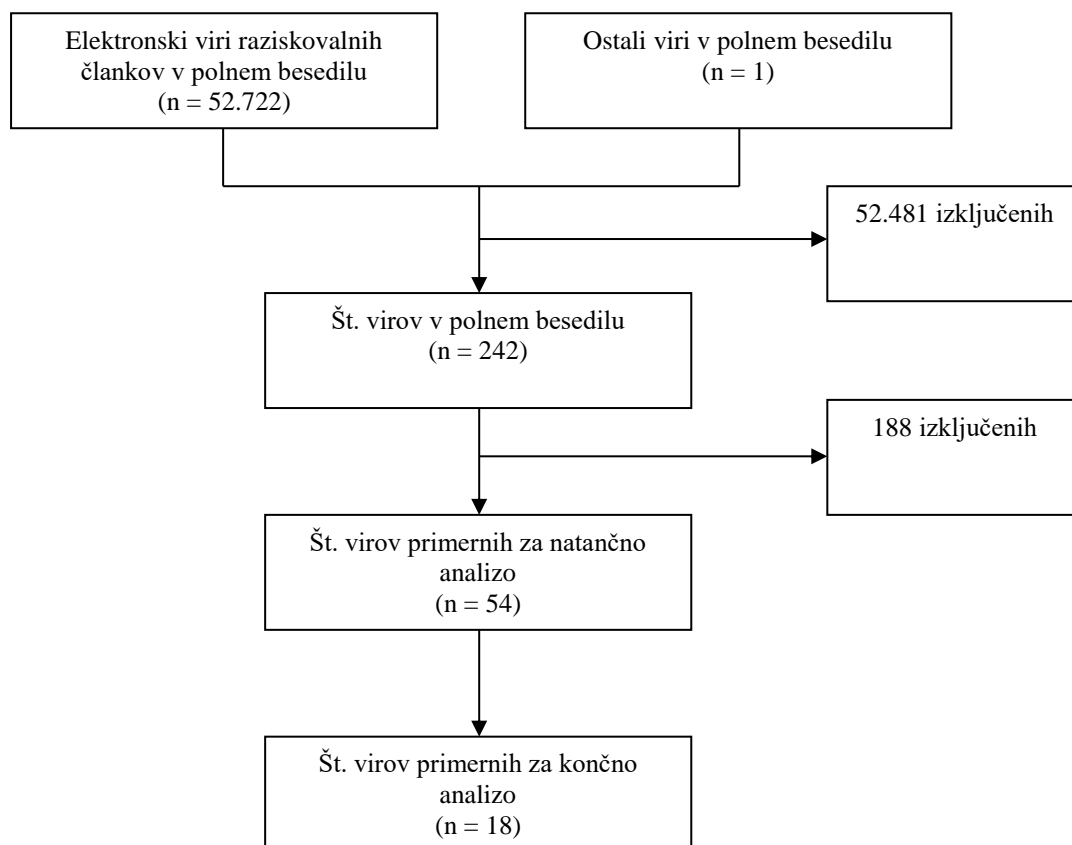
Hierarhija dokazov (Polit & Beck, 2016)	Razvrstitev izbranih zadetkov glede na hierarhijo dokazov
Raven 1 Sistematični pregled randomiziranih kliničnih raziskav Sistematični pregled nerandomiziranih raziskav	0
Raven 2 Posamezne randomizirane klinične raziskave Posamezne nerandomizirane raziskave	0
Raven 3 Sistematični pregled korelacijskih/opazovalnih raziskav	3
Raven 4 Posamezne korelacijske/opazovalne raziskave	2
Raven 5 Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih/fizioloških raziskav	0
Raven 6 Posamične opisne/kvalitativne/fiziološke raziskave	2
Raven 7 Mnenja avtorjev/ekspertnih komisij	11

2.4 REZULTATI

V nadaljevanju so rezultati prikazani shematsko in vsebinsko.

2.4.1 Diagram PRIZMA

Slika 1 prikazuje potek pridobivanja primernih virov za našo raziskavo z metodo PRIZMA. Diagram PRIZMA prikazuje zaporedne korake pridobivanja najustreznejših člankov, ki temeljijo na dokazih (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Moher, et al., 2009). Z uporabo metode PRIZMA smo po natančnem vsebinskem pregledu literature za končno analizo uporabili 18 virov.



Slika 1: Diagram PRIZMA

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Tabela 3 prikazuje glavne ugotovitve raziskav, ki smo jih uvrstili v pregled literature. Navedli smo podatek o avtorju, letu objave, raziskovalnem dizajnu, namenu, vzorcu in ključnih spoznanjih posamezne raziskave. Skupaj smo predstavili 18 raziskav, protokolov in mnenj, objavljenih od leta 2010 do leta 2020.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Al-Matary & Ali	2014	Kvalitativna raziskava	Saudova Arabija	Približno četrtnina vseh svetovnih prebivalcev je muslimanov. V času sodobnih migracij so tako zdravniki pogosto soočeni z različnimi kulturami in navadami. Čeprav je v islamu splav prepovedan, je praksa dovoljena do 120. gestacijskega dneva v primeru nevarnosti za matere ali prisotnost anomalij ploda, ki so nezdržljive z življenjem.
Asadzandi	2017	Kvalitativna raziskava	Združene države Amerike	Nobena od teorij zdravstvene nege ne uporablja filozofskih pogledov na abrahamske religije. Medicinske sestre naj poskušajo prepoznati bolnikov duhovni odziv na bolezen, in nato ublažijo pacientovo trpljenje z ustreznimi pristopi. Model, ki vabi k verski moralni, vodi pacienta do duhovnega zdravja.
Azarsa, et al.	2015	Presečna raziskava	n = 109 medicinskih sester iz enot intenzivne nege v iranskih bolnišnicah Imam Reza in Madani	Ugotovitve so pokazale, da imajo medicinske sestre ustrezno raven usposobljenosti za zagotavljanje duhovne oskrbe in, da obstaja pozitivna in pomembna korelacija med duhovnim počutjem in odnosom do duhovnosti s kompetenco duhovne oskrbe pri medicinskih sestrah za intenzivno nego. Prvi korak k povečanju zavedanja in občutljivosti za duhovne potrebe pacientov je ta, da medicinske sestre dosežejo notranji mir, duhovno počutje in pozitiven odnos.
Baeke, et al.	2011	Kvalitativna raziskava	/	Članek izpostavlja pravoslavna, konservativna in reformna mnenja o najnujnejšem sodobnem bioetičnem vprašanju – evtanaziji. Da v judaizmu

				najdemo različne interpretacije istih virov v primeru aktivne in pasivne evtanazije, ni naključno, saj to odraža bistveni pluralistični značaj judovskih etičnih razlogov ohranjanja človeškega življenja.
Bani Melhem, et al.	2016	Presečna raziskava	n = 408 medicinskih sester iz vseh zdravstvenih sektorjev v Jordaniji	Pomen duhovnosti in duhovne oskrbe med medicinskimi sestrami kulturno tvorijo in nanjo vplivajo številni dejavniki, kot so etnična pripadnost medicinske sestre, verska pripadnost, stopnja izobrazbe in klinične izkušnje. Rezultati študije so razkrile visoko stopnjo in dojemanje duhovnosti ter potrebe po duhovni oskrbi med sodelujočimi medicinskimi sestrami v vseh zdravstvenih sektorjih v Jordaniji. Čeprav večina sodelujočih medicinskih sester ni obiskovala predhodnih tečajev duhovnega izobraževanja, je bila večina usmerjena v duhovnost in so cenili pomen duhovne oskrbe svojih pacientov.
Cherry	2018	Kvalitativna raziskava	/	Aktivna evtanazija in pomoč pri samomoru sta resni kršitvi za kristjane, tudi v primerih, ko te osebe pristanejo ali kako drugače izrazijo svojo pripravljenost na smrt, kajti privolitev ne spremeni moralnega značaja dejanja ali njegovega duhovnega pomena. Medtem je pasivna evtanazija dovoljena le pod pogojem velikih odmerkov zdravil.
Christman & Mueller	2017	Kvalitativna raziskava	Združene države Amerike	Usmerjenost k duhovni oskrbi je bila povezana s pozitivnimi rezultati za paciente. Čeprav si medicinske sestre želijo zagotoviti duhovno oskrbo, imajo mnoge težave pri pojmovanju duhovne oskrbe zunaj religije in verskih dejavnosti. Model vera – upanje – ljubezen, ki je teoretični model duhovnosti in duhovnega blagostanja in je teološko utemeljen, lahko medicinskim sestram pomaga pri duhovni podpori pacientom in družinam iz večverskih tradicij ali tistim brez religijskega ozadja.
Ebrahimi, et al.	2017	Presečna raziskava	n = 555 medicinskih sester v medicinsko izobraževalnih centrih v Iranu	Duhovna oskrba je pomemben del zdravstvenega varstva, izboljša lahko zdravje pacientov. Ena od zahtev za zagotavljanje ustrezne duhovne oskrbe pacientov je potrebna usposobljenost. Rezultati so pokazali povprečje z oceno $95,2 \pm 14,4$, kar nakazuje, da je zaznavanje medicinskih sester glede njihovih

				kompetenc za zagotavljanje duhovne oskrbe pacientov povprečno.
Goodman, et al.	2011	Kvalitativna raziskava	/	Judaizem ima veliko tradicij, običajev, pravil in zakonov, ki se nanašajo na pravilno in etično naravnost zapustnika. Prilagodljivost je prisotna v obsegu, v katerem se forenzične študije lahko in se morajo izvajati. Končno soglasje in razlaga pravil, zakonov, tradicij in običajev bo odvisno od sodišč in lokalnih rabinskih oblasti. Z vidika judovskega prava je obdukcija dovoljena. Reševanje življenja druge osebe je največje dobro dejanje. Izjeme nastanejo pri okoliščinah obdukcij za določitev vzroka in načina smrti.
Jogee	2018	Kvantitativna raziskava	Južna Afrika	Glede na pomembnost in vpliv sekularne bioetike bi lahko trdili, da so verske etike, ki zadevajo tehtna zdravstvena etična vprašanja, kot je splav, pogosto spregledane. Judaizem daje človeškemu življenju veliko vrednost in na vsako človeško življenje gleda kot na neprecenljivo, vendar se na plod gleda bolj kot na predčloveško življenje kot na polno življenje. Šele ob rojstvu se plodu dodelijo polne pravice. Čeprav plod ni enak polnemu človeškemu življenju, se šteje kot potencialno življenje in je zato nedotakljivo.
Kangwa	2016	Kvalitativna raziskava	Zambia	Splav je kontroverzna in zapletena zadeva, o kateri se razpravlja že od zore modernosti. V članku se trdi, da je življenje sveto Božje darilo, vendar v življenju obstajajo situacije, ko je splav dovoljen kot skrajna zadnja možnost. Kristjani imajo do splava različna stališča. Rimskokatoliška cerkev podpira pravico do življenja nerojenega otroka in zavrača splav tudi v zgodnjih fazah nosečnosti, obenem pa Cerkev priznava, da obstajajo okoliščine, v katerih lahko nosečnost prinese družinam resne težave in ukrepa glede na edinstvene okoliščine, povezane z vsako vpleteno osebo pri odločitvi za prekinitve nosečnosti.
Karnjuš, et al.	2014	Znanstveni prispevek	n = 63 zdravstvenih delavcev zaposlenih na področju zdravstvene	Odnosi to religije, izobrazbe in starosti vplivajo na odnos zaposlenih do duhovne oskrbe. Pri zagotavljanju religijskih potreb pacientov imajo zdravstveni delavci dokaj pasiven odnos. Čeprav zaposleni podpirajo

			nege v splošni bolnišnici v Sloveniji	idejo duhovne oskrbe, le manjši delež aktivno sprašuje paciente po njihovi religijski pripadnosti in potrebah.
Madadin, et al.	2020	Kvalitativna raziskava	/	O samomoru z zdravniško pomočjo in evtanaziji je mogoče razpravljati z etičnega in pravnega vidika, glede njihove sprejemljivosti in uporabnosti pa obstajajo različna stališča. Religija velja za pomemben dejavnik pri določanju odnosa do takšnih praks. Vse islamske doktrine predvidevajo, da je evtanazija prepovedana. Toda, če ima pacient smrtno nevarno bolezen, je zadrževanje ali prekinitev neučinkovitega zdravljenja dovoljeno.
Memaryan, et al.	2015	Kvalitativna raziskava	Iran	Zdravstveni sistem mora zagotavljati duhovne storitve, eden od razlogov za to, da se na tem področju bolj ne ukvarja z duhovnostjo, pa je pomanjkanje izobrazbe. Obstajajo potrebe po izobraževanju in vključevanju duhovnosti v medicinske kurikule, vendar je za implementacijo in razvoj ustreznega učnega načrta na tem področju treba nagovoriti zainteresirane strani.
Sajid	2016	Kvalitativna raziskava	Evropska unija	Religiozna prepričanja in kulture so skozi zgodovino na različne načine vplivale na ravnanje z mrtvimi telesi, odnos do pokojnih pa se je skozi čas spreminjal, prav tako pa tudi vloga in mehanizem obdukcije. Ker je islam že dolgo časa del Evrope, je pomembno poudariti vprašanja za muslimane in njihove družine v zvezi s smrtjo, obdukcijo in pogrebom ter opisat mednarodne perspektive muslimanskih obdukcij. V islamu ni izrecnih zakonov, ki prepovedujejo izvedbo avtopsij za znanstvene ali kriminalne preiskave. V primeru posmrtnega darovanja organov, nekatera verska mnenja spodbujajo invazivne kirurške postopke na podlagi voljnosti in dobrodelnosti.
Toman & Skela-Savič	2013	Znanstveni prispevek	Slovenija	Pri soočanju z neozdravljivo boleznijo je duhovna oskrba nepogrešljiv del paliativne oskrbe. Razumevanje koncepta duhovnosti v paliativni oskrbi daje medicinskim sestram moč in znanje, ki ju potrebujejo za celovito duhovno oskrbo. Zagotavljanje duhovne oskrbe bolnikom z neozdravljivo boleznijo zajema oceno njihovega duhovnega stanja, načrtovanje posegov za duhovno oskrbo,

				izvajanje dejavnosti duhovne podpore in oceno opravljenega dela. V paliativni oskrbi se zdravstveni delavci vedno srečujejo s pacienti z različnimi duhovnimi potrebami, kljub temu pa nimajo dovolj znanja ali časa za to, zato duhovna oskrba pogosto ostane spregledana.
Vayalilkarottu	2012	Kvalitativna raziskava	Viktorija	Nevrobiološke študije potrjujejo, da sta religija in duhovnost vpeti v človeške možgane in človeško naravo ter da je napredek v človekovi etični formaciji in notranji rasti najpomembnejši vidik celostnega zdravja. Z revolucionarnim premikom k raziskovanju koristi duhovnosti in religije za človeški razcvet so v zadnjih letih izjemne teme verskih tradicij postale tudi teme raziskav na področju zdravstvenih ved. Interdisciplinarna interakcija bo privedla do globokega razumevanja človeške osebe in pomagala doseči trajno izpolnitev z ustreznim upoštevanjem transcendentálnih, verskih in duhovnih potreb.
Warter & Warter	2018	Kvalitativna raziskava	/	Smrt in umiranje sta globoki posamezni dogajanja, na kateri močno vpliva kultura in zlasti religija. Podcenjevanje kulturnih dejavnikov lahko pomembno vpliva na prakso forenzičnih patologov, ki morda ne bodo dosegli svojih poklicnih ciljev. Zato je pomembno, da forenzični patologi razumejo in se zavedajo različnih medkulturnih vprašanj, ki se lahko pojavijo v njihovi trenutni praksi. Vidik kristjanov je ta, da je s telesi treba vedno ravnati spoštljivo. Sprejemajo vrednost obdukcije in se na splošno strinjajo z medicinsko vzgojo, presaditvijo organov in določanjem diagnoz.

V Tabeli 4 smo identificirali 77 kod, ki smo jih glede na medsebojne povezave združili v dve vsebinski kategoriji (1) Vpliv religije na konstrukcijo bolezni in zdravja (2) Religiozne kompetence medicinskih sester.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Kategorija 1: Vpliv religije na konstrukcijo bolezni in zdravja	Migracije, različne kulture, prepoved splava, judovsko	Al-Matary & Ali, 2014 Baeke, et al., 2011

	<p>pravo, konservativna in reformna mnenja, aktivna in pasivna evtanazija, ohranjanje človeškega življenja, pomoč pri samomoru, privolitev ali pripravljenost za smrt, moralni značaj, zdravila, tradicija, običaji, pravila, zakoni, etična naravnost, prilagodljivost, forenzične študije, teokracija, obdukcija, reševanje življenja, dobro dejanje, izjeme, vzrok in način smrti, pomembnost in vpliv sekularne bioetike, vrednost človeškega življenja, rojstvo, pravica ploda, potencialno življenje, polno življenje, pravica do življenja, faze nosečnosti, edinstvene okoliščine splava, prekinitve nosečnosti, različna stališča evtanazije, islamske doktrine, smrtno nevarna bolezen, neučinkovito zdravljenje, vpliv religije na ravnanje z mrtvimi telesi, mednarodne perspektive muslimanskih obdukcij, znanstvene in kriminalne preiskave, posmrtno darovanje organov, dobrodelnost, vpliv kulture in religije na prakso forenzičnih patologov, spoštljivo ravnanje s telesom</p>	<p>Cherry, 2018 Goodman, et al., 2011 Jogee, 2018 Kangwa, 2016 Madadin, et al., 2020 Sajid, 2016 Warter & Warter, 2018</p>
<p>Kategorija 2: Religiozne kompetence medicinskih sester</p>	<p>Prepoznava duhovnega odziva na bolezen, blaženje pacientovega trpljenja, korelacija med duhovnostjo medicinske sestre in duhovno oskrbo, notranji mir, pozitiven odnos, pomen duhovnosti, etično poreklo, verska pripadnost, izobrazba, klinične izkušnje, duhovna usmerjenost, želja po duhovni oskrbi, pojmovanje duhovnosti, teoretični modeli, pomembnost duhovne oskrbe, usposobljenost, zaznavanje, kompetence, odnos do duhovne oskrbe, zdravstveni sistem, implementacija in razvoj učnega načrta duhovnosti, neozdravljiva bolezen, razumevanje koncepta duhovnosti, celovita duhovna oskrba, ocena duhovnega stanja, srečevanje pacientov z duhovnimi potrebami, religija in duhovnost sta vpeta v človeške možgane in naravo, napredek v</p>	<p>Asadzandi, 2017 Azarsa, et al., 2015 Bani Melhem, et al., 2016 Christman & Mueller, 2017 Ebrahimi, et al., 2017 Karnjuš, et al., 2014 Memaryan, et al., 2015 Toman & Skela-Savič, 2013 Vayalilkarottu, 2012</p>

	notranji rasti je najpomembnejši vidik celostnega zdravja, raziskovanje koristi duhovnosti in religij, razumevanje človeške osebe, pomoč pri dosegu verskih potreb	
--	--	--

2.5 RAZPRAVA

Namen pregleda literature je bil raziskati pomen verskih prepričanj pri konstrukciji bolezni in zdravja ter razjasniti kakšne so kompetence medicinskih sester na področju religijske teologije v povezavi z zdravstveno nego. Pri pregledu podatkovnih baz smo našli veliko literature o obravnavani temi, kar nam je omogočilo, da smo odgovorili na zastavljeni raziskovani vprašanji. Namen našega raziskovanja je bil dosežen.

Na podlagi rezultatov raziskave smo ugotovili, da ima religija velik vpliv na pacientov pogled na koncept zdravja in bolezni, ki je v skladu z na dokazih utemeljeno zdravstveno oskrbo. Poleg tega religija vpliva na izide zdravljenja in zadovoljstvo ob prejeti zdravstveni negi. Religija je pomembna determinanta zdravja in je dejavnik, ki ga je pri zdravstveni obravnavi nujno treba upoštevati v kontekstu nudenja celostne zdravstvene nege (Azarsa, et al., 2015; Bani Melhem, et al., 2016; Christman & Mueller, 2017). Z napredovanjem zdravstva je potrebno tudi razpravljanje med zdravstvenimi delavci in pacienti o odnosu z judovstvom, krščanstvom in islamom, (abrahamskimi religijami), saj globalno tvorijo največje število pripadnikov. Vsaka od teh treh religij ima svoj nabor pravil in pogledov na zdravstveno prakso in etiko oskrbe. Ker pripadniki religij formirajo svojo paradigmo mnenj ter splošna moralna načela neposredno iz teologije ustreznih religij, je bilo primerno raziskati aspekte abrahamskih religij, ki se dotikajo teme bolezni in zdravja kot vpogled v moralni kompas religioznega pacienta. Iz pragmatičnih razlogov je pomembno pridobiti znanje o vidnejših dilemah zdravstvene oskrbe, kot so: umetna prekinitev nosečnosti, medicinska pomoč pri samomoru ali umiranju ter klinična obdukcija umrlih. Obstajajo subtilne vendar bistvene razlike med stališčem in pristopom k zgoraj omenjenim temam, ki so po mnenju mnogih označene kot tabu (Gabbay, et al., 2017; Leong, et al., 2016).

Znano je, da je splav kontroverzna in zapletena tema, o kateri se razpravlja že od zore modernosti, toda s področja verske etike je v judaizmu koncept umetne prekinitve nosečnosti pogosto spregledan prav iz razlogov, ki jih podaja tudi Jogee (2018), in sicer judaizem daje človeškemu življenju veliko vrednost in na vsako človeško življenje gleda kot na neprecenljivo. Kot nadaljuje avtor, pa se na plod gleda bolj kot na predčloveško življenje kakor pa na polno življenje. Šele ob rojstvu se plodu dodelijo polne pravice, vendar odsotnost kakršnihkoli pravic ni utemeljitev za splav. Čeprav plod ni enak polnemu človeškemu življenju, se šteje kot potencialno življenje in je zato nedotakljivo.

Krščanska teologija vidi življenje kot sveto Božje darilo. Kljub temu je eno od stališč kristjanov, to da v življenju obstajajo situacije, ko je splav dovoljen kot skrajna, zadnja možnost. Rimskokatoliška cerkev podpira pravico do življenja nerojenega otroka in zavrača splav v vseh fazah nosečnosti, zato tudi v zgodnjih fazah. Istočasno priznava, da obstajajo okoliščine, v katerih lahko nosečnost prinese družinam resne težave in ukrepa glede na edinstvene okoliščine, ki so povezane z vsako vpleteno osebo pri odločitvi o prekinitvi nosečnosti (Kangwa, 2016).

Čeprav je v islamu splav prav tako prepovedan, je praksa dovoljena do 120 gestacijskega dneva v primeru nevarnosti za matere ali prisotnost anomalij ploda, ki so nezdržljive z življenjem (Al-Matary & Ali, 2014).

Pri pregledu literature smo ugotovili, da se v islamu, za razliko od judaizma in krščanstva, trdi, da se plod humanizira s pridobitvijo duše med 40. in 120. gestacijskim dnevom. Zato je izrednega pomena razločevanje med religijskimi doktrinami in prepoznavna resnosti takih praks. Tudi tisti učenjaki, ki bi v nekaterih primerih dovolili predčasni splav, še vedno menijo, da je splav napačna odločitev, vendar ga ne štejejo za kaznivo napako. Bolj ko je nosečnost napredovala, za večjo napako velja.

O samomoru z zdravniško pomočjo in evtanaziji je mogoče razpravljati z etičnega in pravnega vidika, glede sprejemljivosti in uporabnosti pa obstajajo različna stališča. Abrahamske religije veljajo za pomemben dejavnik pri določanju odnosa do takšnih praks. Tako kot pri koncepciji življenja tudi pri bližajočem se koncu življenja obstaja soglasje, da je pomoč pri samomoru in umiranju neželena praksa. V judaizmu najdemo različne interpretacije istih virov v primeru aktivne in pasivne evtanazije, ker odraža

bistveni pluralistični značaj judovskih etičnih razlogov ohranjanja človeškega življenja (Baeke, et al., 2011).

Aktivna evtanazija in pomoč pri samomoru sta resni kršitvi za kristjane, tudi v primerih, ko te osebe pristanejo ali kako drugače nakažejo svojo pripravljenost na smrt, kajti privolitev ne spremeni moralnega značaja dejanja ali njegovega duhovnega pomena (Cherry, 2018).

Vse islamske doktrine predvidevajo, da je evtanazija prepovedana. Najpomembnejši razlog je ta, da je kakršnokoli skrajševanje življenja podobno umoru. Če pa ima pacient smrtno nevarno bolezen, je zadrževanje ali prekinitev neučinkovitega zdravljenja vendarle dovoljeno (Madadin, et al., 2020).

Ugotovili smo, da je iz mnenja učenjakov, ki temeljijo na pregledu vseh treh religijskih doktrin, razvidno, da človeško življenje deluje kot Božji dar. Iz tega razloga je pogled na evtanazijo ideološko enak umoru, kajti s tako prakso se krši Božja zapoved. Po drugi strani je pasivna evtanazija dovoljena tako za jude kot kristjane in muslimane. Religijska utemeljitev za takšno razliko je ta, da se z aktivno evtanazijo vpletamo v zakon naravnega poteka življenja, v nasprotnem primeru pa z odločitvijo prekinitve zdravstvenih intervencij prepustimo potek naravne biološke ure, pri čemer ima samo višja sila pravico do odločanja kdaj naj bi se posameznikovo življenje končalo.

Smrt in umiranje sta globoki posamezni dogajanja, na kateri močno vpliva kultura in zlasti religija. Judaizem ima veliko tradicij, običajev, pravil in zakonov, ki se nanašajo na pravilno in etično naravnost zapustnika. Z vidika judovskega prava je obdukcija dovoljena, ker je reševanje življenja druge osebe največje dobro dejanje in odtehta stanje pokojnika. Izjeme nastanejo pri okoliščinah obdukcij za določitev vzroka in načina smrti (Goodman, et al., 2011).

Warter in Warter (2018) menita, da podcenjevanje kulturnih dejavnikov lahko pomembno vpliva na prakso forenzičnih patologov, ki morda ne bodo dosegli svojih poklicnih ciljev. Pomembno je, da forenzični patologi razumejo in se zavedajo različnih medkulturnih vprašanj, ki se lahko pojavijo v njihovi trenutni praksi. Vidik kristjanov je ta, da sprejemajo vrednost obdukcije in se na splošno strinjajo z medicinsko vzgojo, presaditvijo organov, in določanje diagnoz, vendar je treba pri tem, v kolikor je le mogoče s telesi vedno ravnati čim bolj spoštljivo.

Sajid (2016) navaja, da v islamu ni izrecnih zakonov, ki bi prepovedovali izvajanje avtopsijskih za znanstvene ali kriminalne preiskave. V primeru posmrtnega darovanja organov nekatera verska mnenja spodbujajo invazivne kirurške postopke na podlagi voljnosti in dobrodelnosti.

Pri pregledu raznih prispevkov smo ugotovili, da morajo biti medicinske sestre in zdravstveniki pri izvajanju duhovne oskrbe usposobljeni za oskrbo tako v fizičnem in duševnem kot tudi v socialnem oziru. Ker lahko na duhovno oskrbo vpliva lastna kultura, je toliko bolj pomembno zavedanje o multikulturalizmu in multireligiozizmu. Za medicinske sestre je bistveno, da razmislijo o pomembnosti duhovne oskrbe, da pacientom pomagajo najti smisel in namen v času bolezni, v zameno pa dosegajo lastno samoizpolnjevanje. Raziskave namreč kažejo, da so religiozne kompetence medicinskih sester in zdravstvenikov pogosto njihova šibka točka (Karnjuš, et al., 2014; Memaryan, et al., 2015; Ebrahimi, et al., 2017; Harrad, et al., 2019). Religiozna raznolikost na področju kulturno kompetentne zdravstvene nege ustvarja izzive za medicinske sestre in vse preostale izvajalce zdravstvene nege. Znotraj kulturno kompetentne zdravstvene nege leži tudi upoštevanje religije kot celostnega pristopa k obravnavi posameznikov. Kulturno kompetentna zdravstvena nega z upoštevanjem religioznih karakteristik posameznikov obrodi sadove v bolj kakovostni zdravstveni negi in njeni bolj pozitivni percepciji pri pacientih (Gabbay, et al., 2017; LeDoux, et al., 2019).

Kot trdi Vayalilkarottu (2012), je napredek v človekovi etični formaciji in notranji rasti najpomembnejši vidik celostnega zdravja, interdisciplinarna interakcija pa privede do globokega razumevanja človeške osebe, ki ji pomaga doseči trajno izpolnitev z ustreznim upoštevanjem transcendentnih, verskih in duhovnih potreb.

Naloga zdravstvenega sistema mora biti zagotavljanje duhovnih storitev, eden od razlogov za to, da se na tem področju ne ukvarja z duhovnostjo, pa je pomanjkanje izobrazbe. Obstajajo potrebe po izobraževanju in vključevanju duhovnosti v zdravstvene kurikule. Za implementacijo in razvoj ustreznega učnega načrta na tem področju je treba nagovoriti vse zainteresirane strani (Memaryan, et al., 2015; Ebrahimi, et al., 2017) – zato je nadaljnji korak povečanje zavedanja in občutljivosti za duhovne potrebe pacientov pri medicinskih sestrah in zdravstvenikov, saj to ni v korist samo pacientu, temveč tudi medicinskim sestram omogoča dosego notranjega miru,

duhovnega počutja in splošno pozitivnega odnosa do pacientov in dela. Po ugotovitvah Azarse et al. (2015) imajo medicinske sestre že osvojeno ustrezno raven usposobljenosti za zagotavljanje duhovne oskrbe, saj obstaja pozitivna korelacija med duhovnim počutjem in odnosom do duhovnosti s kompetenco duhovne oskrbe pri medicinskih sestrah za intenzivno nego.

Čeprav raziskava, ki so jo opravili Bani Melhem et al. 2016 v Jordaniji, nakazuje, da večina medicinskih sester ni obiskovala predhodnih tečajev duhovnega izobraževanja, je bila večina usmerjena v duhovnost in so cenile pomen duhovne oskrbe pacientov. Pomen duhovnosti in duhovne oskrbe med medicinskimi sestrami tvorijo in nanjo vplivajo številni dejavniki, kot so etnična pripadnost medicinske sestre, verska pripadnost, stopnja izobrazbe in klinične izkušnje. Rezultati študij so razkrili visoko stopnjo dojetanja duhovnosti in potrebe po duhovni oskrbi med sodelujočimi medicinskimi sestrami v vseh ustreznih zdravstvenih sektorjih.

Medtem pa Karnjuš et al. (2014) trdijo, da odnosi do religije, izobrazbe in starosti vplivajo na odnos zaposlenih do duhovne oskrbe, pri zagotavljanju religijskih potreb pacientov pa da imajo zdravstveni delavci dokaj pasiven odnos. Čeprav zaposleni podpirajo idejo duhovne oskrbe, le manjši delež aktivno sprašuje paciente po njihovi religijski pripadnosti in potrebah.

Z vidika paliativne oskrbe Toman & Skela-Savič (2013) navajata, da se zdravstveni delavci vedno srečujejo s pacienti z duhovnimi potrebami, kljub temu pa nimajo dovolj znanja ali časa, zato duhovna oskrba pogosto ostane spregledana. Pri soočanju z neozdravljivo boleznijo je duhovna oskrba nepogrešljiv del paliativne. Razumevanje koncepta duhovnosti v paliativni oskrbi daje medicinskim sestram moč in znanje, ki jih potrebujejo za celovito duhovno oskrbo. Zagotavljanje duhovne oskrbe bolnikom z neozdravljivo boleznijo zajema oceno njihovega duhovnega stanja, načrtovanje posegov za duhovno oskrbo, izvajanje dejavnosti duhovne podpore in oceno opravljenega dela.

Usmarjenosti k duhovni oskrbi je bila povezana s pozitivnimi rezultati za paciente. Asadzandi (2017) meni, da nobena od teorij zdravstvene nege ne uporablja filozofskih pogledov na abrahamske religije. Medicinske sestre naj poskušajo prepoznati bolnikov duhovni odziv na bolezen, nato pa ublažijo pacientovo trpljenje z ustreznimi pristopi. Model, ki vabi k verski morali, vodi pacienta do duhovnega zdravja.

Čeprav si medicinske sestre želijo zagotoviti duhovno oskrbo, imajo mnoge težave pri pojmovanju duhovne oskrbe zunaj religije in verskih dejavnosti. Christman in Mueller (2017) predlagata svoj model vera –upanje –ljubezen, ki je teoretični model duhovnosti in duhovnega blagostanja, obenem tudi teološko utemeljen, in lahko medicinskim sestram pomaga pri duhovni podpori pacientom in družinam iz večverskih tradicij ali tistim brez religijskega ozadja.

2.5.1 Omejitve raziskave

V pregledu literature v tujem in slovenskem jeziku smo želeli prikazati pomembnost verskih prepričanj pri konstrukciji bolezni in zdravja ter to, kakšne so kompetence medicinskih sester pri duhovni oskrbi pacienta. Tuje literature je bilo na iskano temo dovolj, v slovenskem jeziku pa nekoliko manj. V prihodnosti bo potrebnih več raziskav, ki bodo poudarile integralno vlogo religije na področju zdravstvene nege v domačem prostoru.

2.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Duhovnost je pomemben vidik fizičnega in psihičnega zdravja. V tej meri obstaja visoka stopnja legitimnosti uporabe religije, da bi razumeli, zakaj in kako bi bilo koristno pomagati pacientom na najboljši možen način. Najbolj pragmatična implementacija duhovne oskrbe bi bila predvsem s standardiziranjem religijskih ved v odnosu do bolezni in zdravja kot del rednega učnega načrta vsake zdravstvene fakultete ter odprt dialog v zdravstvenih ustanovah. Če rešitve lahko racionaliziramo, potem razlogi za vedenja, ki prinašajo pozitivne rezultate, ne bi smeli biti neracionalni.

3 ZAKLJUČEK

Po pregledu literature ugotavljamo, da je religija ključni dejavnik pri dojemanju bolezni in zdravja za večino ljudi tako v Sloveniji kot tudi globalno – je pomembna determinanta zdravja in temeljna sociološka struktura, ki jo je pri zdravstveni obravnavi nujno treba upoštevati v kontekstu nudenja celostne zdravstvene nege. Izraz »temeljna struktura« je širokega pomena, saj dovoljuje, da tako verni kot ne-vernii ljudje izvabljamo celovito razmišljanje, motivacijo in komunikacijo, kar se nam zdi družbeno sprejemljivo v kontekstu bolezni in zdravja. Učinkovita temeljna religijska struktura služi za uravnoteženje funkcionalnosti in morale zdravljenja. Mnogi religijski zakoni na prvi pogled delujejo v nasprotju z moralnimi načeli sekularnosti, vendar po mnenju različnih avtorjev in samem konceptu teologije, na katerih slonijo tri glavne abrahamske religije, ni tako, saj za večino služi njihov funkcionalni namen. Iz tega razloga je religija izjemnega pomena za pacienta v času hospitalizacije, ravno tako pomembno pa je tudi za zdravstveno osebje, kajti z razvojem religioznih kompetenc zmanjšamo neenakosti v zdravstveni obravnavi in prispevamo k izboljševanju kakovosti zdravstvene oskrbe v kulturno raznoliki družbi. Čeprav so ugotovitve pokazale, da imajo medicinske sestre v tujini ustrezno raven usposobljenosti za zagotavljanje duhovne oskrbe, je v Sloveniji na žalost duhovna oskrba še vedno spregledana, saj ni dovolj znanja, ustreznih izobraževalnih načrtov ter časa za izvajanje tovrstnih dejavnosti. Ker je religioznost povezana s številnimi pozitivnimi izidi posameznikovega zdravljenja, je pomembno izobraževati medicinske sestre in zdravstvenike na tem področju. Religija je edini tip sociološke antropologije, ki jo zanemarjamo in ponekod v zdravstvu tudi aktivno zavračamo kljub vsestranskim dokazom, da ustvarja obojestransko vrednost med ponudnikom in prejemnikom zdravstvene nege – za paciente pomeni najti smisel in namen v času bolezni, za medicinske sestre in zdravstvenike pa doseganje lastnega samoizpolnjevanja.

4 LITERATURA

Aldwin, C. M., Park, C. L., Jeong, Y. & Nath, R., 2014. Differing Pathways Between Religiousness, Spirituality, and Health: A Self-Regulation Perspective. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(1), pp. 9-21.

Al-Matary, A. & Ali, J., 2014. Controversies and considerations regarding the termination of pregnancy for Foetal Anomalies in Islam. *BMC Medical Ethics*, 15(10), pp. 10.

Alshehry, A.S., 2018. Spirituality and Spiritual Care Competence among Expatriate Nurses Working in Saudi Arabia. *Religions*, 9(12), pp. 384.

Asadzandi, M., 2017. Sound Heart: Spiritual Nursing Care Model from Religious Viewpoint. *Journal of Religion and Health*, 56(6), pp. 2063-2075.

Astrow, A. B., 2019. The Challenges of a Partnership between Medicine and Religion. *Society*, 56(2), pp. 120-122.

Azarsa, T., Davoodi, A., Khorami, M. A., Gahramanian, A. & Vargaei, A. 2015. Spiritual wellbeing, Attitude toward spiritual care and its relationship with spiritual care competence among critical care nurses. *Journal of Caring Sciences*, 4(4), pp. 309-320.

Baeke, G., Wils, J. P. & Broeckaert, B., 2011. 'There is a Time to be Born and a Time to Die' (Ecclesiastes 3:2a): Jewish Perspectives on Euthanasia. *Journal of Religion and Health*, 50(4), pp. 778-795.

Balducci, L., 2019. Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(1), pp. 171-175.

Bani Melhem, G. A., Zeilani, R. S., Zaqqout, O. A., Aljwad, A. I., Shawagfeh, M. Q. & Al-Rahim, M. 2016. Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care giving: a comparison study among all health care sectors in Jordan. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(1), pp. 42-49.

Biggar, N., 2015. Why religion deserves a place in secular medicine. *Journal of Medical Ethics*, 41(3), pp. 229-233.

Cherry, M. J., 2018. Physician-Assisted Suicide and Voluntary Euthanasia: How Not to Die as a Christian. *Christian bioethics: Non-Ecumenical Studies in Medical Morality*, 24(1), pp. 1-16.

Christman S. K. & Mueller J. R., 2017. Understanding Spiritual Care: The Faith-Hope-Love Model of Spiritual Wellness. *Journal of Christian Nursing*, 34(1), pp. 1-7.

Conrad, P. & Barker, K. K., 2010. The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(S), pp. 67-79.

Ebrahimi, H., Areshtanab, H. N., Jafarabadi, M. A. & Khanmiri, S. G., 2017. Health Care Providers' Perception of Their Competence in Providing Spiritual Care for Patients. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(1), pp. 57-61.

Fried, J., Harris, B., Eyles, J. & Moshabela, M., 2015. Acceptable care? Illness Constructions, Healthworlds, and Accessible Chronic Treatment in South Africa. *Qualitative Health Research*, 25(5), pp. 622-635.

Gabbay, E., McCarthy, M. W. & Fins, J. J., 2017. The Care of the Ultra-Orthodox Jewish Patient. *Journal of Religion and Health*, 56(2), pp. 545-560.

Gesundheit, B., Zlotnick, E. & Steinberg, A., 2014. [Medicine, physicians and medical ethics in Jewish tradition through the ages]. *The Israel Medical Association Journal*, 153(8), pp. 489-492.

Goodman, N. R., Goodman, J. L. & Hoffman, W. I., 2011. Autopsy: Traditional Jewish Laws and Customs "Halacha". *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 32(3), pp. 300-303.

Harrad, R., Cosentino, C., Keasley, R. & Sulla, F., 2019. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed for Health Professions*, 90(4), pp. 44-55.

Holman, S. R., 2015. *Beholden: Religion, Global Health, and Human Rights*. 1st ed. England: Oxford University Press.

Hordern, J., 2016. Religion and culture. *Ethics and communication skills*, 44(10), pp. 589-592.

Husseini, D., 2011. *The Implications of Religious Beliefs on Medical and Patient Care: a dissertation*. Pennsylvania: University of Pennsylvania, School of Arts and Sciences.

Jogee, F., 2018. Is there room for religious ethics in South African abortion law? *South African Journal of Bioethics and Law*, 11(1), pp. 1.

Kangwa, J., 2016. Abortion and Christian Moral Decisions: An African Ecofeminist Perspective. *Expository times*, 129(2), pp. 1-14.

Karnjuš, I., Ratoša, G. & Babnik, K., 2014. Upoštevanje duhovnih in verskih potreb pacientov v bolnišničnem okolju: pilotna študija. In: T. Štemberger Kolnik, D. Ravnik, K. Babnik & M. Bulič, eds. *Zdravstvena nega v javnem zdravju, Druga znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Izola, 31. januar 2014*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 199-207.

Kassim, P. N. J. & Alias, F., 2016. Religious, Ethical and Legal Considerations in End-of-Life Issues: Fundamental Requisites for Medical Decision Making. *Journal of Religion and Health*, 55(1), pp. 119-134.

Khorfan, R. & Padela, A.I., 2010. The Bioethical Concept of Life for Life in Judaism, Catholicism, and Islam: Abortion When the Mother's Life is in Danger. *Journal of the Islamic Medical Association of North America*, 42(3), pp. 99-105.

Koenig, H. G., 2012. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network Psychiatry*, 2012(1), pp. 12.

Kojc, T., 2018. *Obravnava pacienta budistične veroizpovedi v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, zdravstvena fakulteta.

Krause, N. & Hayward, R. D., 2012. Religion, meaning in life, and change in physical functioning during late adulthood. *Journal of Adult Development*, 19(3), pp. 158-169.

Lawson, T., 2012. Baha'i Religious History. *Journal of Religious History*, 36(4), pp. 463-470.

Leavey, G., Loewenthal, K. & King, M., 2016. Locating the Social Origins of Mental Illness: The Explanatory Models of Mental Illness Among Clergy from Different Ethnic and Faith Backgrounds. *Journal of Religion and Health*, 55, pp. 1607-1622.

LeDoux, J., Mann, C., Demoratz, M. & Young, J., 2019. Addressing Spiritual and Religious Influences in Care Delivery. *Professional Case Management*, 24(3), pp. 142-147.

Leong, M., Olnick, S., Akmal, T., Copenhaver, A. & Razzak, R., 2016. How Islam Influences End-of-Life Care: Education for Palliative Care Clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(6), pp. 771-774.

Madadin, M., Houria S. A., Sahwan H. S. A., Altarouti, K. K., Altarouti, S. A., Eswaikt, Z. S. A. & Menezes, R. G., 2020. The Islamic perspective on physician-assisted suicide and euthanasia. *Medicine, Science and the Law*, 60(4), pp. 278-286.

Melhem, G. A. B., Zeilani, R.S., Zaqqout, O. A., Aljwad, A.I., Shawagfeh, M. Q. & Al-Rahim, M. A., 2016. Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Giving: A Comparison Study Among All Health Care Sectors in Jordan. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(1), pp. 42-49.

Memaryan, N., Rassouli, M., Nahardani, S. Z. & Amiri, P. 2015. Integration of Spirituality in Medical Education in Iran: A Qualitative Exploration of Requirements. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015(0), pp. 1-7.

Mishra, S. K., Togneri, E., Tripathi, B. & Trikamji, B., 2017. Spirituality and Religiosity and Its Role in Health and Diseases. *Journal of Religion and Health*, 56(4), pp. 1282-1301.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. & The PRISMA Group, 2009. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), pp. e1000097.

Morton, K. R., Lee, J. W. & Martin, L. R., 2017. Pathways from religion to health: Mediation by psychosocial and lifestyle mechanisms. *Psychology of Religion and Spirituality*, 9(1), pp. 106-117.

Nanjunda, 2014. Inclusions of Social Determinants for Public Health Care Approach: Does it Really Matter? *MVP Journal of Medical Sciences*, 1(2), pp. 87-92.

Nascimento, L. C., Santos, T. D. F. M., Oliveira, F. C. S. D., Pan, R., Flória-Santos, M. & Rocha, S. M. M., 2013. Spirituality and religiosity in the perspectives of nurses. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 22(1), pp. 52-60.

Newberg, A. B., 2014. The neuroscientific study of spiritual practices. *Frontiers in Psychology*, 5(215), pp. 4.

Nobrega Alves, R. R., Nobrega Alves, H., Barboza, R. R. D. & Souto, W. S., 2010. The influence of religiosity on health. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4), pp. 2105-2111.

Park, N., Park, M. & Peterson, C., 2010. When is the Search for Meaning Related to Life Satisfaction? *Applied Psychology, Health and Well-Being*, 2(1), pp. 1-13.

Počkar, M. & Tavčar Krajnc, M., 2011. *Sociologija*. Ljubljana: DZS.

Polit, D.F. & Beck C.T., 2016. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Poole, R. & Cook, C.C.H., 2011. Praying with a patient constitutes a breach of professional boundaries in psychiatric practice. *The British Journal of Psychiatry*, 199(2), pp. 94-98.

Rajaei, A. R., 2010. Religious Cognitive-Emotional Therapy: A New Form of psychotherapy. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5(3), pp. 81-87.

Rashi, T., 2020. Committing to endangerment: medical teams in the age of corona in Jewish ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, <https://doi.org/10.1007/s11019-020-09983-y>.

Rassool, G. H., 2015. Cultural competence in nursing Muslim patients. *Nursing times*, 3(14), pp. 12-15.

Rogers, M. & Wattis, J., 2015. Spirituality in nursing practice. *Nursing Standard*, 29(39), pp. 51-57.

Ross, L., Leeuwen, R.V., Baldacchino, D., Giske, T., McSherry, W., Narayanasamy, A., Downes, C., Jarvis, P. & Schep-Akkerman, A., 2014. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: A European pilot study. *Nurse Education Today*, 34(5), pp. 697-702.

Ruder, S., 2013. Spirituality in nursing: nurses' perceptions about providing spiritual care. *Home Healthcare Nurse*, 31(7), pp. 356-367.

Rumun, A.J., 2014. Influence of religious beliefs on healthcare practice. *International Journal of Education and Research*, 2(4), pp. 37-48.

Sajid, M. I., 2016. Autopsy in Islam: Considerations for Deceased Muslims and Their Families Currently and in the Future. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 37(1), pp. 29-31.

Saniotis, A., 2012. Islamic Medicine and Evolutionary Medicine: A Comparative Analysis. *Journal of the Islamic Medical Association of North America*, 44(1), pp. 1-2.

Setta, S. M. & Shemie, S.D., 2015. An explanation and analysis of how world religions formulate their ethical decisions on withdrawing treatment and determining death. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 10(1), pp. 6.

Singh, A. R., 2010. Modern Medicine: Towards Prevention, Cure, Well-being and Longevity. *Mens Sana Monographs*, 8(1), pp. 17-29.

Singh, D. K. M. & Ajinkya S., 2012. Spirituality and religion in modern medicine. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(4), pp. 399-402.

Skrzypek, M., 2014. The social origin of the illness experience-an outline of problems. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21(3), pp. 654-660.

Stark, R., 2012. *America's Blessings: How Religion Benefits Everyone, Including Atheists*. 1st ed. West Conshohocken, Pennsylvania: Templeton Foundation Press.

Steinberg, A., 2015. Risky Treatments: A Jewish Medical Ethics Perspective. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 6(3), pp. 1-6.

Swihart, D.L., Yarrarapu, S.N.S & Martin, R.L., 2020. *Cultural Religious Competence In Clinical Practice*. 1st ed. Treasure Island: StatPearls Publishing.

Šakanović, S., 2018. *Religiozne kompetence medicinske sestre: Islam: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, zdravstvena fakulteta.

Toman, B. & Skela-Savič, B., 2013. Razumevanje in pomen duhovnosti in duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi. In: B. Skela-Savič, et al., eds. *Zbornik predvanj z recenzijo, 6. Mednarodna konferenca Znanje in odgovornost za spremembe in razvoj v zdravstvu glede na rastoče potrebe po zdravstveni obravnavi, 6. - 7. junij 2013, Ljubljana*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 228-233.

VanderWeele, T. J., 2017. Religion and health: A synthesis. In M. J. Balboni & J. R. Peteet, eds. *Spirituality and religion within the culture of medicine: From evidence to practice*. Oxford: Oxford University Press, pp. 357-401.

Van Leeuwen, R. & Schep-Akkerman, A., 2015. Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care in Different Health Care Settings in the Netherlands. *Religions*, 6(4), pp. 1346-1357.

Vayalilkarottu, J., 2012. Holistic health and well-being: a psycho-spiritual/religious and theological perspective. *Asian Journal of Psychiatry*, 5(4), pp. 347-350.

Veloza-Gómez, M., Muñoz de Rodríguez, L., Guevara-Armenta, C. & Mesa-Rodríguez, S., 2017. The Importance of Spiritual Care in Nursing Practice. *Journal of Holistic Nursing*, 35(2), pp. 118-131.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Warter, I. & Warter, L., 2018. A cross-cultural perspective on autopsy. *Romanian Journal of Legal Medicine*, 26(1), pp. 76-81.

Williams, J.A., Meltzer, D., Arora, V., Chung, G. & Curlin, F.A., 2011. Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: predictors and association with patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 26(11), pp. 1265-1271.

WIN-Gallup International, 2017. *Religion Prevails in the World*. [online] Available at: <https://www.gallup-international.bg/en/36009/religion-prevails-in-the-world/> [Accessed 1 March 2021].