

VLOGA SOCIALNE DELAVKE PRI ZDRAVLJENJU S TRANSPLANTACIJO SRCA

UVOD

Človek se vsak dan srečuje z različnimi dejavniki, ki vplivajo na njegovo telo, življenje in zdravje. Dejavniki, ob katerih občuti ugodje, varnost, radost, umirjenost, vplivajo nanj seveda pozitivno. Zaradi dejavnikov, ki ga telesno in duševno ogrožajo, mu povzročajo utesnjenost, strah, jezo, stres, pa se začne človekovo telo odzivati drugače. Drži, da smo za svoje zdravje predvsem odgovorni sami. Resnici na ljubo pa, kot meni dr. Cheraskin (2000: 69) z Univerze v Alabami, »je skrb za zdravje danes najhitreje rastoč neuspešen posel«.

O zdravju govorimo, ko so telesni, duševni in socialno-ekonomski dejavniki v medsebojnem ravnovesju. V današnjem času, na eni strani globalne družbeno-ekonomske krize, na drugi strani pa še vedno neustavljivih prizadevanj za nenehen informacijsko-tehnološki razvoj in nebrzdanih želja po materialnih dobrinah, marsikdaj pozabljamo na soodvisnost med kakovostjo našega življenja in našega zdravja. Pozabljamo na globlji pomen našega bivanja in dela ter na vsebine socialnih interakcij.

Ko govorimo o zdravju, ni zanemarljiv tudi vpliv prehranskih navad. Zdrava prehrana je eden od temeljev duševnega in telesnega zdravja. Mnenja o tem, kaj je pravzaprav zdrava prehrana, pa so raznovrstna. Zagovorniki prehranjevanja z živili rastlinsko-živalskega izvora stojijo nasproti zagovornikom vegetarijanskih oblik prehranjevanja.

Današnji način prehranjevanja (večje količine mesa, sladkorja, maščob, alkohola, umetno pridelana zelenjava) je ne le podlaga za nastanek degenerativnih bolezni, temveč povzroča v človeku tudi nemir, agresivnost, sebičnost. To ga vodi v nesoglasja in spore z drugimi. Zato se naravni obrambni sistem telesa začne rušiti, to pa pomeni povečano tveganje za pojav bolezni, meni Poberaj (1993: 12).

Jerše (1973: 14–15) in Halford (2000: 2) povezujeta prehranske navade tudi s povečanjem duševnih in nevroloških obolenj.

Tudi vse pogosteje omenjani psihološki dejavniki v življenju posameznika pomembno vplivajo na ohranjanje zdravja oziroma na razvoj bolezni. Medicina danes človekovega organizma ne obravnava več kot »mehaničnega sistema« (Patel 1991: 9), v katerem opazuje le posamezen telesni organ. Današnja medicinska znanost izhaja iz korelacij med njimi. Poleg tega pa zdaj medicina poskuša človekovo telo kot »samoorganizirano džunglo« (Halford 2000:5) umestiti v socialni kontekst. Pri tem postavlja vprašanja, kot so: kako se človek odziva na pritiske okolja, v katerem živi in dela; kakšna je vsebina njegovih odnosov v partnerstvu, družini in širši socialni mreži.

V današnjem času je veliko pozornosti namenjene tudi zmožnostim posameznikovega odzivanja na stresne dejavnike. Ti odzivi so v določeni meri odvisni od telesne konstitucije (atletska, astenična, piknična) (Jerše 1973: 15–16), dednosti, načina življenja, izobrazbe, vzgoje (Patel 1991: 8, 50), količine telesne energije (Poberaj 1993: 16). Dlje ko je človek izpostavljen stresu, bolj ta izčrpa njegovo telo. In toliko večja je verjetnost razvoja bolezni – tako internističnih kot tudi nevrološko-duševnih. Najočitnejše in najusodnejše negativne posledice pretiranega akutnega ali kroničnega stresa pa se kažejo na srčno-žilnem

sistemu (Bunc 2007: 167). Pri tem govorimo predvsem o zvišanem krvnem tlaku, srčnih napadih, začetnem in napredovalem srčnem popuščanju.

OD SRČNO-ŽILNIH BOLEZNI DO TRANSPLANTACIJE SRCA

Bolezni srca in ožilja zavzemajo vodilno mesto med boleznimi razvitega sveta. Tudi Slovenija pri tem ni izjema. Smrtnost zaradi srčno-žilnih bolezni pa se od države do države razlikuje. Na prevalenco smrtnosti vplivata po eni strani raven zavesti in zmožnosti prebivalstva glede upoštevanja načel zdravega življenja, po drugi strani pa dosežena raven oz. razvitost sekundarne preventive, ki je usmerjena v preprečevanje zapletov pri diagnozi srčno-žilne bolezni. Hkrati z empiričnim in tehnološkim razvojem medicine in kardiologije kot stroke so postale srčno-žilne bolezni v šestdesetih in sedemdesetih letih 20. stoletja veliko bolj obvladljive.

Srčno-žilne bolezni po merilih Newyorškega združenja za srce (NYHA) razvrščamo v štiri funkcijske razrede (Jerše 1987: 42). V prvi funkcijski razred uvrščamo bolnike s še dobro fizično zmogljivostjo, vendar pa morajo že sprejeti omejitve tako v športnih kot tudi pri fizičnih dejavnostih. V drugem razredu je doslednost pri upoštevanju omejitev še toliko večja. Ob spremenjenem načinu življenja, specialističnem ambulantnem spremljanju in ob morebitni medikamentozni terapiji je raven življenja takega kardiološkega bolnika še vedno zadovoljiva. Bolniki v tretjem oz. četrtem funkcijskem razredu pa potrebuje še posebej skrbno zdravstveno oskrbo in vodenje. Če napredovale srčne bolezni ni možno več obvladovati z zdravili in spremenjenim načinom življenja, se bo specialist najverjetneje odločil za kirurško zdravljenje. S takšnim načinom zdravljenja se poskuša stabilizirati zdravstveno stanje bolnika, dolgoročno obvladati simptome ali v nekaterih primerih celo popolnoma ozdraviti bolezen (Konte 2000: 718).

Kronična kardiološka bolezen pa lahko – kljub skrbni zdravstveni oskrbi bolnika in ob sodobnih medicinskih posegih – preide v terminalno fazo. V njej se ne odziva več na

zdravljenje z zdravili in je povezana z visoko stopnjo umrljivosti (Vrtovec *et al.* 2007: 9). Govorimo o skupini bolnikov z napredovalim srčnim popuščanjem oz. končno srčno odpovedjo. Trenutno edina metoda zdravljenja za to skupino bolnikov je transplantacija srca.

Bolnikom, ki izpolnjujejo merila za uvrstitev na seznam za transplantacijo, ta metoda zdravljenja omogoča možnost razmeroma dolgega preživetja in povrnitev visoke stopnje kakovosti življenja (Kneževič 2007: 35). Poudariti je treba, da uvrstitev bolnika na omenjen seznam temelji na povsem individualnem pristopu. Preden je bolnik uvrščen na čakalno listo, je treba z vrsto preiskav (laboratorijskih, rentgenskih, UZ preiskav) oceniti njegovo splošno zdravstveno stanje. Če izvidi omenjenih preiskav ne sovpadajo s kontraindiciranimi obolenji (npr. maligna obolenja, okvare ledvic, jeter, pljuč, sladkorna bolezen z napredovalimi okvarami organov), se transplantacijska ekipa odloči, ali je za določenega bolnika presaditev srca res najboljša izbira zdravljenja. Pri tem ocenijo bolnikovo fizično stanje in znova preučijo še neuporabljene oblike zdravljenja z zdravili ali kirurškimi posegi, ki bi vsaj še za nekaj časa odložili presaditev. Ne nazadnje pa upoštevajo tudi psihosocialne dejavnike, ki sicer pri končni odločitvi oz. izbiri bolnika nimajo odločilne vloge, so pa so v določenem pogledu pokazatelj dolgoročnega uspeha same transplantacije.

BOLNIK, DRUŽINA IN SRČNO-ŽILNA BOLEZEN

Bolnikova kakovost življenja se ob napredovali srčno-žilni bolezni občutno spremeni. Že ob samem začetku bolezni oz. določitvi diagnoze se mu porajajo vprašanja, kot so: zakaj sem zbolel prav jaz, zakaj se je razvila bolezen, kako bo potekalo zdravljenje, kako bo bolezen vplivala na vsakodnevne aktivnosti, odnose z bližnjimi, službene obveznosti. V terminalni fazi bolezni ali v obdobju čakanja na presaditev srca se lahko pojavijo dodatna vprašanja, kot so: ali bo presaditev pravočasna, koliko lahko še fizično obremenim svoje telo, ali bo transplantacija uspešna, kako lahko vplivam na preprečevanje zapletov, kakšna bo moja kakovost življenja

po posegu. Ta vprašanja pri bolniku pogosto izzovejo občutek strahu, nemoči, dvome ali celo depresijo. Zavedanje zmanjševanja telesnih in fizičnih zmognosti se torej začne kazati tudi v njegovem čustvenem doživetju bolezni. Bolnik na povsem nov, drugačen način doživlja samega sebe in ljudi okoli sebe.

Spreminjati se začnejo njegove aktivnosti in vloge v okolju, v katerem je bil ali je še družbeno-socialno dejaven. Bolnik z napredovalo srčno-žilno boleznijo mora spoznati naravo svoje bolezni, prilagoditi način življenja in se naučiti živeti z boleznijo. Če pri tem dobi ustrezno podporo partnerja, članov ožje ali širše družine, prijateljev, delovnega okolja, je proces oz. čas preoblikovanja enega »duševnega zemljevida« (Skynner, Cleese 1994: 66) v drugega manj zahteven oz. krajši.

Pri tem ima izjemno pomembno vlogo bolnikova družina. (Kronična) bolezen s svojim potekom namreč vpliva na družino, družina pa s svojimi čustvenimi odnosi, znanjem, prilagoditveno sposobnostjo, finančnimi sredstvi vpliva na nadaljnji razvoj (kronične) bolezni. Družinski člani morajo znati poiskati ravnovesje med svojimi zmognostmi zagotavljanja pomoči, ki jo bolnik nujno potrebuje, in med ohranjanjem individualne svobode, saj ta kljub novi situaciji družinskim članom ne sme biti odvzeta.

Če zmore tudi sam bolnik ozavestiti nove vloge svojih najbližjih, »se bo družina kot skupnost uspešno preoblikovala in ohranila« (Čačinovič Vogrinčič 2006: 27). Bolniku bo s tem omogočena vnovična vzpostavitev telesnega, duševnega in socialnega ravnovesja. Marsikdaj pa družinski člani ne zmorejo razviti nove »kompetentnosti«, bolnik pa jim ne dopusti določene stopnje lastne avtonomnosti. V tem primeru bolnikovo zdravljenje in rehabilitacija ne bosta dosegli takšnega učinka, kot bi ga sicer ob fizično in čustveno zdravem podpornem sistemu.

DEJAVNOSTI SOCIALNE DELAVKE PRI METODI ZDRAVLJENJA S TRANSPLANTACIJO SRCA

Pri bolniku, ki je potencialni kandidat za transplantacijo srca, je treba pred uvrstitvijo na čakalno listo torej opraviti vrsto preiskav.

V tem času se sreča še s psihologinjo, po pre-soji članov transplantacijske ekipe pa tudi s socialno delavko. Psihična stabilnost bolnika ima pri posegu, kot je presaditev organov, zelo pomembno vlogo. Psiholog je v pogovoru z bolnikom pozoren predvsem na depresivno in anksiozno simptomatiko, osebne motnje, zmognost upoštevanja navodil pri zdravljenju in jemanja zdravil (Logar 2007: 38).

Bolnik se mora odločiti, ali si presaditve res želi, ali se je pripravljen spopasti s težavami, ki se na tako zahtevni poti pojavijo skoraj vedno. Pomembno je, da se že pred presaditvijo pripravi na duševne obremenitve (Pogljajen *et al.* 2008: 12).

Psihologinja je torej v pogovorih z bolnikom pozorna predvsem na bolnikovo mentalno doživljanje bolezni in transplantacije.

Na dolgoročni uspeh transplantacije pa vplivajo tudi socialnoekonomski dejavniki. Visoke stopnje kakovosti življenja in preživetja ne moremo namreč pripisovati le razvoju medicine oz. izpopolnitvi tehnike presaditve. Ko se med pripravami na poseg bolnika seznanja s pomenom njegove psihične stabilnosti, se mu ob tem predstavi tudi pomen primerne fizične oz. telesne pripravljenosti pred posegom in po njem, pomen zdrave in uravnotežene prehrane ter predvsem pomen skrbi za redno in pravilno jemanje predpisanih zdravil. Ali bo bolnik ustrezno poskrbel za našete dejavnike tveganja, je seveda predvsem odvisno od zmognosti kritične presoje svojega zdravstvenega stanja ter zmognosti in pripravljenosti lastnega samoorganiziranja in samooskrbe.

Poleg tega pa je raven vzdrževanja ali vnovičnega vzpostavljanja telesnega, duševnega in socialnega ravnovesja pred posegom in po njem precej odvisna od bolnikovega ekonomskega statusa, njegovih bivanjskih razmer, kohezivnosti njegove socialne mreže na mikro- in makroravni, od seznanjenosti in možnosti dostopa do različnih oblik pomoči na lokalni in državni ravni. Če je ravnovesje med socialno-ekonomskimi komponentami porušeno, so poslabšanja osnovne bolezni pred transplantacijo pogostejša, tveganje za pojav zapletov po posegu pa večje. Da bi člani transplantacijske ekipe prepoznali in opredelili

omenjene »socialne« dejavnike, sodelujejo tudi s socialno delavko ali delavcem.

Socialna delavka pri svojem delu z bolnikom upošteva:

- da na bolezen vplivajo tudi številni socialni dejavniki in da ima bolezen pogosto negativne socialne posledice,
- da člani transplantacijske ekipe od bolnika pričakujejo, da se bo aktivno vključil v zdravljenje, do njega vzpostavil aktiven odnos, da se bo čim bolj informiral o svoji bolezni, samem posegu in življenju s presajenim srcem (Pogljajen *et al.* 2008: 10),
- bolnikova pričakovanja glede ravnanja v odnosu med zdravstvenim osebjem in bolnikom.

Socialna delavka upošteva, da se doživljanje bolezni, predvsem s čustvenega vidika, od enega bolnika do drugega razlikuje. Prehod bolezni v terminalno fazo oz. fazo priprav na presaditev organa lahko pri bolniku še poveča občutke lastne krivde, negotovosti, prikrajšanosti, razočaranja, dodatne skrbi. Simonič (2008: 69) povzema nekaj avtorjev, ki opozarjajo, da imajo medicinske sestre in zdravniki marsikdaj težave pri odkrivanju čustvene stiske bolnikov, bolniki sami pa o njih ne govorijo, če niso posebej vprašani. Tako kot psiholog tudi socialna delavka zato svoje aktivnosti v času sodelovanja z bolnikom usmerja v raziskovanje zmožnosti njegovega prilagajanja in spoprijemanja z zahtevami, ki jih zahteva narava bolezni. Pri tem socialna delavka deluje po načelih empatičnega odnosa, a hkrati tudi asertivne komunikacije, ki med drugim vključuje odločen, a miren govor, jasno in razumljivo izražanje, primerno samozavest, ustrezno bližino (Ščuka 2006: 12).

V času sodelovanja z bolnikom socialna delavka vodi svoje delo po konceptu storitve, ki ga Zakon o socialnem varstvu (2007) v 12. členu opredeljuje kot prvo socialno pomoč. Ta po tem zakonu obsega pomoč pri prepoznavanju in opredelitvi socialne stiske in težave, oceno možnih rešitev in seznanitev posameznika o vseh možnih oblikah socialnovarstvenih storitev in dajatev, ki jih lahko uveljavi, ter tudi seznanitev posameznika o mreži in programih izvajalcev, ki zagotavljajo socialnovarstvene storitve in dajatve. Poleg tega pa socialna

delavka bolniku v nadaljevanju zagotavlja tudi osebno pomoč, ki jo zakon v 13. členu opredeljuje kot svetovanje, urejanje in vodenje z namenom, da bi posamezniku omogočili razvijanje, dopolnjevanje, ohranjanje in izboljšanje socialnih zmožnosti.

Z bolnikom se socialna delavka podrobneje pogovori predvsem o njegovih:

- bivalnih razmerah: kje živi, ocena funkcionalne opremljenosti bivalnih prostorov, morebitne gibalne ovire, možnosti prevoznih sredstev;
- finančnih virih: vrsta in stalnost zaposlitve ter finančnih sredstev, prepoznavanje upravičenosti do uveljavljanja socialnovarstvenih dajatev;
- značilnostih socialne mreže in dinamike medosebnih odnosov: oblika partnerskega odnosa, člani ožje in širše družine, značilnosti bolnikovih družinskih in družbenih vlog, delovnega okolja, dinamika prijateljskih odnosov;
- odnosih do opojnih substanc, kajenja, droge.

Socialna delavka pa poskuša zlasti podrobneje preučiti in raziskati značilnosti odnosov, ki jih je bolnik izoblikoval v svoji najožji socialni mreži, to je dinamiko odnosov v njegovi družini. Bolnik se namreč po transplantaciji največkrat vrne v svoje domače okolje in vanj se mora fizično, psihično in socialno reintegrirati. Tega pa bolnik ne bo zmožel, če po odpustu iz bolnišnice ne bo imel ob sebi osebe, ki bi mu zagotavljala čustveno podporo, mu pomagala pri dnevni opravih, ga spodbujala pri spremembi življenjskega sloga, po potrebi spremljala njegovo shemo medikamentozne terapije in režima kontrolnih obiskov pri kardiologu oz. v transplantacijski ambulanti. Če bolnik nima svoje lastne družine, skuša socialna delavka v pogovorih z njim pooblastiti drugo osebo, ki bi zmogla (in želela) prevzeti to vsebinsko zahtevno vlogo.

Ko socialna delavka skupaj z bolnikom preuči dogodke preteklosti, ravnanja v sedanjosti in oblikuje »delovne definicije možnega, uredničljivega« (Čačinovič Vogrinčič 2006: 18), povabi k sodelovanju tudi bolnikovo družino oz. osebo, za katero bolnik meni, da mu bo pripravljena pomagati pri okrevanju. V pogovoru ali pogovorih s svojci socialna delavka tako posluša tudi »drugo stran«. Bolnikovim bližnjim omogoči, da izrazijo svoje občutke,

dileme, strahove, pričakovanja. Če je možno, socialna delavka organizira skupni pogovor z bolnikom in njegovimi svojci in na njem razižče, »ali in kako [...] [zagotoviti] dobre pogoje za življenje vseh članov« (*op. cit.*: 32).

Bolniku in njegovim svojcem oz. bližnjim poskuša socialna delavka prikazati individualno povezavo med obolenjem in socialnimi težavami ter jih spodbuditi k prevzemanju novih vlog, takšnih, zaradi katerih se bodo preoblikovali njihovi medsebojni odnosi, struktura moči posameznika, komunikacijski vzorci. Odločilno pa je, da bolnik in njegovi (naj) bližnji pred presaditvijo srca in po njej individualno ozavestijo pomen tako kompleksnega in organizacijsko zahtevnega posega, kot je transplantacija organa. Ne smemo pozabiti, da zdravljenje s presaditvijo zmanjša število bolnikovih hospitalizacij in stopnjo umrljivosti. S transplantacijo bolnik dobi priložnost, da življenju doda vsebine, ki so mu bile zaradi napredovale srčne bolezni odtegnjene.

SKLEP

Srčno-žilne bolezni uvrščamo med kronične bolezni. To pomeni, da potekata bolnikovo zdravljenje in rehabilitacija dosmrtno. Z razvojem medicinske stroke so postala srčna obolenja bolj obvladljiva, še vedno pa so poglaviti vzrok umrljivosti tako v svetovnem kot slovenskem prostoru. Novejša, pa vendar že uveljavljena oblika zdravljenja srčnih bolezni je presaditev srca. Z njo sta bolnikom zagotovljena velika kakovost življenja in razmeroma dolgo preživetje.

Transplantacija pa za posameznika s psihosocialnega vidika pomeni zahteven poseg. Potreba po spremembah v življenjskem okolju zahteva od bolnika in njegove družine oz. bližnjih nove, vsebinsko zahtevnejše obveznosti, razvijanje odgovornosti in kompetentnosti, ohranjanje povezanosti v partnerskem odnosu oz. v družini, razvijanje novega sistema vrednot. Člani transplantacijske ekipe od socialne delavke pričakujejo, da razižče značilnosti bolnikovega življenjskega okolja, v katerem deluje in živi ter v katerega se bo po transplantaciji spet integriral. V času sodelovanja z bolnikom

se oblikuje delovni odnos, v katerem socialna delavka bolnika seznanja s svojo kompetenco, hkrati pa razižče in oceni vire moči bolnika in njegove družine oz. njemu bližnjih oseb. Te so izhodišče za sooblikovanje možnih rešitev socialnih stisk ali težav, ki so povezane z bolnikovim obolenjem ter zdravljenjem in rehabilitacijo.

Socialna delavka v obdobju priprav na transplantacijo srca pristopi k bolniku na pobudo enega ali več članov transplantacijske ekipe (npr. kardiologa, psihologa, medicinske sestre), ko se pokaže eksistenčno-socialna ogroženost bolnika. Takšna praksa se občutno razlikuje od prakse v tujini, saj je tam socialna delavka »stalna« članica transplantacijske ekipe (*transplant social worker*). To pomeni, da začne spremljati, sodelovati in vzpostavljati socialnodelovni odnos z vsakim kandidatom za transplantacijo ter ga potem razširi še na njegovo družino oz. bližnje.

Omembe vredna je tudi časovna komponenta takšnega odnosa. Aktivno sodelovanje socialne delavke z bolnikom in njegovimi bližnjimi se v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKCL) prekine ob odpustu. Uveljavljena praksa bolnišnic v tujini pa je kontinuirano spremljanje bolnika, njegove družine ali njemu bližnjih oseb tudi v obdobju po presaditvi srca. Po transplantaciji socialna delavka:

- skupaj z bolnikom, njegovo družino, bližnjimi znova evaluiira načrt pomoči in oskrbe, ki je bil dorečen v času pred posegom,
- začne spremljati bolnikovo zmožnost spreminjanja življenjskega sloga (predvsem z duševnega in ekonomskega vidika),
- ohranja svetovalno vlogo pri krepitvi medosebnih odnosov v bolnikovi socialni mreži,
- sodeluje pri reševanju težav glede bolnikovih zaposlitvenih možnosti,
- ima vlogo strokovnjakinje, ki vodi bolnika skozi »nemedicinske« vidike zdravljenja s transplantacijo.

Zdajšnje število zaposlenih socialnih delavk in delavcev ter način organizacije dela v Svetovalno socialni službi UKCL za zdaj ne omogočata nadaljevanja takšnega obsega svetovalnega dela po odpustu bolnika s presajenim srcem. Kot že omenjeno, kakovost življenja

po transplantaciji srca ni odvisna zgolj od nadaljnjega medicinskega spremljanja in zdravstvene vzgoje bolnika. Ker je povezana tudi z odstranitvijo psihosocialnih in ekonomskih dejavnikov tveganja, je umestno začeti čim prej razmišljati o umestitvi socialne delavke, saj bo kot redna in enakovredna članica transplantacijske ekipe lahko spremljala vsakega bolnika, ki se bo odločil sprejeti izziv tako kompleksnega zdravljenja, kot je transplantacija srca.

Tanja Kotnik Grčar

VIRI

- BUNC, M. (2007), Kronična utrujenost in izčrpanost: Beleške ob knjigi. *Obzornik zdravstvene nege*, 41, 2–3: 167.
- CHERASKIN, E. (2000), *Medicina jutrišnjega dne*. V: Halford, P., *100% zdravi*. Ljubljani: Mladinska knjiga.
- ČAČINOVIC VOGRINČIČ, G. (2006), *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- HALFORD, P. (2000), *100 % zdravi*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- JERŠE, M. (1973), *Notranje bolezni*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- (1987), *Srčni infarkt*. Ljubljana: Založba CZNG.
- KNEŽEVIČ, I. (2007), Transplantacija srca. V: Kvas, A. (ur.), *Interdisciplinarna obravnava bolnika pred, med transplantacijo srca in po njej: Zbornik predavanj*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
- KONTE, B. (ur.) (2000), *Družinski zdravstveni leksikon*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- LOGAR, B. (2007), Psihološki vidiki zdravljenja s transplantacijo srca. V: Kvas, A. (ur.), *Interdisciplinarna obravnava bolnika pred, med transplantacijo srca in po njej: Zbornik predavanj*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
- PATEL, C. (1991), *Premagujmo srčne bolezni*. Ljubljana: DZS.
- POBERAJ, T. (1993), *Pot do sreče in zdravja*. Ljubljana: Prešernova družba.
- POGLAJEN, G., OKRAJŠEK, R., BUNC, M., KAČ BRESKVAR, U., ŠEBEŠTJEN, M., ZOBANIK, J., VRTOVEC, B. (2008), *Presaditev srca: Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacijo srca*. Novo mesto: Krka, d.d.
- SIMONIČ, A. (2008), Psihološke značilnosti bolnikov z napredovalim srčnim popuščanjem. V: Kvas, A., Bobnar, A. (ur.), *Zdravstvena oskrba srčno-žilnega bolnika z napredovalo boleznijo: Zbornik predavanj*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege.
- SKYNNER, R., CLEESE, J. (1994), *Družine in kako v njih preživeti*. Ljubljana: Tangram.
- ŠČUKA, V. (2006), *Asertivnost v komunikaciji*. Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije.
- VRTOVEC, B., ŠEBEŠTJEN, M., BRESKVAR, U., POGLAJEN, G., BUNC, M. (2007), Napredovalo srčno popuščanje in transplantacija srca. V: Kvas, A. (ur.), *Interdisciplinarna obravnava bolnika pred, med transplantacijo srca in po njej: Zbornik predavanj*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
- Zakon o socialnem varstvu (2007), *Ur. l. RS*, 3/2007-UPB2.