

Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj njezi umirućih bolesnika/ Nursing diagnosis in healthcare of dying patient

Sonja Šare¹, Ana Marija Prka², Suzana Konjevoda²

¹Medicinska škola Ante Kuzmanića Zadar, Franje Tuđmana 24G, 23 000 Zadar, Hrvatska

¹Medical School Ante Kuzmanića Zadar, Franje Tuđmana 24G, 23 000 Zadar, Croatia

²Sveučilište u Zadru, Odjel za zdravstvene studije, Splitska 1, Zadar, Hrvatska

²Universty of Zadar, Department of health studies, Splitska 1, Zadar, Croatia

Sažetak

Jedinstvena stručna terminologija i klasifikacija sestrinskih dijagnoza uvjet je za kvalitetno provođenje zdravstvene njege. Usvajanjem procesa zdravstvene njege kao sustavnog i logičnog pristupa u dijagnosticiranju i rješavanju problema umirućih bolesnika sestrinske dijagnoze postale su bitan dio svakodnevne sestrinske prakse. Povijesno definiranje uloge medicinske sestre kao „njegovateljice bolesnika“ znači različitost uloge medicinske sestre u prevenciji (promocija zdravlja) te u kliničkoj strukovnosti pri sprečavanju komplikacija tijekom liječenja bolesnika u posljednjim danima života. Teorije zdravstvene njege nastale su uporabom specifičnog obrazovanja, stavova, iskustva i radnog okruženja medicinskih sestara koje su postupke implementirale u svakodnevnu praksu i zajedničku skrb za umiruće bolesnike. Danas, uporabom recentnih metoda/postupaka i prihvaćenosti procesa zdravstvene njege, medicinske sestre procjenjuju potrebe umirućih bolesnika, verificiraju probleme i prilagođavaju intervencije koje poboljšavaju stupanj kvalitete zdravstvene njege.

Ključne riječi: sestrinske dijagnoze, zdravstvena njega, umirući bolesnici

Kratki naslov: Sestrinske dijagnoze i umirući pacijent

Abstract

The unique professional terminology and classification of nursing diagnosis is a prerequisite for the high-quality implementation of health care. The adoption process of health care as a systematic and logical approach in a process of establishing diagnosing and solving the problem of dying patients have become a significant part of everyday nursing practice. Historically, defining the role of the nurse called a “care” finds the diversity of the role of nurses in the prevention of (health promotion), and in clinical implementation to prevent complications during treatment of patients in the last days of his life. Theories of health care are associated with using a specific education, attitudes, experience and work environment of nurses who implemented all procedures in practice, but there is also a shared concern for dying patients. Today, using recent methods/procedures and acceptance of the process of health care nurses assess the needs of dying patients, verify problems and adapting interventions that improve the overall quality of health care.

Keywords: nursing diagnosis, health care, palliative patients

Running head: Nursing diagnosis and dying patient

Received April 18th 2017;

Accepted April 20th 2017;

Autor za korespondenciju/Corresponding author: Sonja Šare, Medical School Ante Kuzmanića Zadar, Franje Tuđmana 24G, 23 000 Zadar, Croatia, Tel: +385 098 478 218 • E-mail: sonjasare@gmail.com

Uvod / Introduction

Njega teških i umirućih bolesnika spada među najsloženije poslove u sestrinskom zanimanju. Medicinske sestre/medicinski tehničari (MS/MT) njegujući umiruće bolesnike često se nalaze u neskladu između onoga što su u procesu socijalizacije naučili, društvenih vrijednosti koje su usvojile, očekivanja sredine u kojoj se nalaze i objektivnih mogućnosti djelovanja koje im stoje na raspolaganju. MS/MT doživljavajući i proživljavajući smrt i nestanak drugih ljudi, razmišljaju o prolaznosti života i vlastitoj smrtnosti [1, 2]. Zbrinjavajući potrebe umirućih bolesnika, MS/MT procjenjuje stanje i ponašanje umirućih bolesnika koristeći se obrascem psihofizičkog funkcioniranja. MS/MT prikuplja podatke o općem statusu umirućih bolesnika, njihovim vjerovanjima, očekivanjima, razumijevanju, suočavanju i

prihvaćanju situacije. Nakon početne procjene MS/MT postavlja sestrinsku dijagnozu.

Cilj je zdravstvene njege umirućih bolesnika umanjiti ili odgoditi patnju i bol, pomoći i osigurati umirućem bolesniku kvalitetan život te očuvanje dostojanstva u procesu umiranja. Provođenjem skrbi za bolesnika, MS/MT pruža podršku članovima obitelji koja sudjeluje u liječenju bolesnika. Sestrinske dijagnoze koje se implementiraju kod umirućih bolesnika nastaju kao posljedica napredovanja maligne bolesti, kronične medikacije, sekundarnih infekcija, tjeskobe i depresije. Provođenje zdravstvene njege usmjereno je na rješavanje problematike sestrinskih dijagnoza kroz sveobuhvatnu procjenu, provođenje intervencija i trajnu evaluaciju.

Povijesni razvoj sestrinskih dijagnoza/ Historical development of nursing diagnosis

Među prvim teoretičarkama zdravstvene njege koje ističu važnost sestrinskog opažanja i zaključivanja je Florence Nightingale. Osobito zanimljivim se čine razmišljanja Ernestine Wiedenbach koja je istaknula važnost definiranja ključnih pojmova, poput pacijenta, potrebe za pomoći, kliničkog rasuđivanja i sestrinskih vještina [3]. Pedesetih godina dvadesetoga stoljeća prvi se put spominju sestrinske dijagnoze opisane kod McManusa i V. Fraya. Intenzivno bavljenje sestrinskim dijagnozama počinje prvom stručnom konferencijom održanom 1973. godine u St. Louisu u Missouriju, SAD. Europsko sestrinstvo počinje proučavati sestrinske dijagnoze krajem osamdesetih godina dvadesetog stoljeća što je rezultiralo održavanjem Prve europske konferencije o sestrinskim dijagnozama 1993. godine u Kopenhagenu u Danskoj. Druga europska konferencija održana je 1995. u Bruxellesu [4].

U Republici Hrvatskoj rasprava o sestrinskim dijagnozama počinje istodobno kad i rasprave o procesu zdravstvene njege, i to krajem osamdesetih godina.

American Nurses Association [ANA] 1973. godine uvodi u svoje dokumente naziv "dijagnoza" obvezujući medicinske sestre da ga koriste kao ideju i naziv. Marjory Gordon 1982. godine opisuje sestrinsku dijagnozu kao aktualan ili potencijalan problem koji su MS-i/MT-i s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo sposobni i ovlašteni tretirati. Jedanaest godina kasnije, L. Y. Carpenito piše da je sestrinska dijagnoza izjava koja opisuje ljudske odgovore pojedinca ili grupe koje MS-i/MT-i mogu legalno identificirati i za koje mogu propisati konačne intervencije radi održavanja zdravstvenog stanja ili smanjenja, otklanjanja i sprječavanja nastalih poremećaja. Carpenitova ističe sestrinske dijagnoze kao znanost i umjetnost u zdravstvenoj njezi [5]. Sestrinska dijagnoza nije isto što i medicinska dijagnoza, sestrinska intervencija ni terapijski postupak. Procjenjujući pacijentovo stanje, MS/MT prikuplja podatke na osnovi kojih prepoznaje probleme iz djelokruga drugih stručnjaka ili probleme koji zahtijevaju multidisciplinarni pristup. Prema tome, nije svaki zaključak proizišao iz tumačenja prikupljenih podataka sestrinske dijagnoze. Upravo na to nas upozorava Carpenitova. MS-i/MT-i koriste izraz *sestrinska dijagnoza* za tvrdnje koje imaju dva ili tri dijela, a koje opisuju reakciju pojedinca, obitelji ili skupine na neku situaciju ili zdravstveni problem. Prvu klasifikaciju sestrinskih dijagnoza, koja je obuhvaćala 21 problem, publicirala je F. Abdallah. Tijekom 70-ih godina prošlog stoljeća pacijent i njegovi problemi postaju središte zbivanja, a ne postupci i aktivnosti MS-/MT-a. Iz toga je proizašla potreba da klasifikacija doista bude klasifikacija problema opisanih u terminima zdravstvenog stanja pacijenta. Godine 1982. osniva se *The North American Nursing Diagnosis Association* [NANDA], kao i radne skupine za klasifikaciju i reviziju dijagnoza. Aktivnost NANDA-e rezultirala je u SAD-u publiciranjem najprihvaćenije klasifikacije dijagnoza [engl. *The National Conference System (NCS)*]. NCS-klasifikacija obuhvaća probleme bolesnih i nije prikladna u radu sa zdravom populacijom [4].

Svaka sestrinska dijagnoza obrađena je po modelu: naziv, definicija, definirajuće obilježje te etiološki i rizični činitelji. Naziv nudi sažeti opis aktualnog ili visoko rizičnoga problema odnosno zdravstvenoga stanja pojedinca. Definicija objašnjava značenje naziva i omogućava razlikovanje imenovanog problema od svih ostalih. Definirajuća su obilježja pokazatelji na čijoj se osnovi procjenjuje prisutnost određenog problema. Sestrinske su dijagnoze: aktualne, visoko rizične, moguće ili vjerojatne, povoljne te skupne sestrinske dijagnoze ili sindromi. Aktualne sestrinske dijagnoze opisuju problem koji je prisutan i koji se može prepoznati na osnovi vidljivih obilježja.

Prihvaćeni je model sestrinskih dijagnoza PES model koji je predložila M. Gordon. Prema tom modelu, cjelovita dijagnoza obuhvaća problem [P], etiologiju, odnosno uzroke [E] i simptome [S]. Takav način formuliranja dijagnoza daje specifičnu i cjelovitu informaciju o pacijentovom stanju. Međutim, u planove zdravstvene njege često se upisuje dijagnoza koja se sastoji od dvaju dijelova: problema i uzroka. Problem je uvijek opis onoga vida pacijentova zdravstvenog stanja koji zahtijeva sestrinsku intervenciju. U skladu s definicijom zdravstvene njege V. Hendersona, problem se odnosi na stupanj samostalnosti i način zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba.

Čini li teorijsku osnovu zdravstvene njege tumačenje ANA-e i NANDA-e, opis problema je donekle različit i odnosi se na spomenuta područja odgovora na zdravstvene probleme. Uzroci problema koji se opisuju u drugom dijelu dijagnoze mogu biti raznovrsni i mogu obuhvaćati okolinske činitelje, fiziološke, emocionalne, kognitivne i sociokulturalne. Samo cjelovita dijagnoza čini dobru osnovu za planiranje zdravstvene njege. Simptomi koji čine treći dio PES modela, podaci su o pacijentu na osnovi kojih se prepoznaju problemi. Simptomi se definiraju kao pokazatelji postojanja nečega. U užem smislu, simptomi su jedna vrsta podataka, to jest pokazatelja problema i ograničavaju se na poteškoće koje navodi bolesnik [4]. Ernestine Wiedenbach isticala je važnost fokusiranja na prevencije komplikacija povezanih s trenutnim problemima ili razvojem novih problema bolesnika [3].

Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj njezi umirućih bolesnika/ Nursing diagnosis in health care of palliative patients

M. Gordon opisuje obrasce psihofizičkog funkcioniranja koji se odnose na percepciju i održavanje zdravlja, nutritivno-metabolički obrazac, eliminaciju, tjelesnu aktivnost, odmor i spavanje, kognitivno-perceptivni obrazac, samopercepciju, obrazac uloga i odnosa, seksualno-reprodukcijski obrazac, sučeljavanje i toleranciju stresa, obrazac vrijednosti i vjerovanja. Obrasci psihofizičkog funkcioniranja najprihvatljiviji su model za strukturiranje sestrinske anamneze. Obrazac za sestrinsku anamnezu i status mora sadržavati opće podatke, situacijske podatke i obrasce zdravstvenoga funkcioniranja (ili osnovne ljudske potrebe procijene li sestre da im je to s obzirom na znanje, iskustvo i osobitosti njihove prakse prihvatljivije). Promatrana kao pomoć proizišla iz analize ljudskih potreba, osnovna je zdravstvena njega

univerzalna. Jednaka je zato što svi ljudi imaju jedinstvene potrebe. Istodobno, ta je pomoć beskrajno raznolika jer ne postoje dvije jednake osobe i svaki čovjek tumači svoje ljudske potrebe na način koji tvori jedinstveni obrazac. Jednostavnije, osnovna zdravstvena njega sastavljena je od istih dijelova, ali oni moraju biti modificirani i zadovoljeni različitim metodama, sukladno bolesnikovim zahtjevima [4].

Obrazac percepcije i održavanje zdravlja opisuje bolesnikov doživljaj zdravlja, blagostanja te osigurava prikupljanje podataka o aktivnostima koje je umirući bolesnik obavljao dok je bio zdrav. MS/MT procjenjuje stanje umirućeg bolesnika, prikuplja podatke o aktivnostima koje je poduzimao radi očuvanja svojeg zdravlja te koji su čimbenici utjecali na pojavu bolesti. MS/MT dobiva informacije o bolesnikovom nerealnom doživljaju zdravstvenog stanja, odnosno vjerovanjima da je zdravstveno stanje bolje od objektivnog stanja.

Elisabeth Kubler Ross opisuje ovu fazu kao neprihvatanje [6]. Problemi koji se mogu pojaviti u ovom obrascu proizlaze iz vjerovanja bolesnika da njegova dijagnoza nije točna i da su nalazi greškom zamijenjeni. Bolesniku u terminalnoj fazi bolesti koji poriče vlastito stanje potrebna je uporaba psihološkog pristupa. Nasilno vraćanje u stvarnost ne pridonosi poboljšanju stanja zdravlja bolesnika. MS/MT uspostavlja odnos povjerenja s bolesnikom radi ublažavanja ili rješavanja problema. Nakon početne procjene, MS/MT dijagnosticira probleme u zdravstvenoj njezi umirućih bolesnika. Problemi koji proizlaze iz interpretacije prikupljenih podataka jesu: nesurađivanje, lutanje, visok rizik za aspiraciju, visok rizik za infekciju te visok rizik za krvarenje.

Zadovoljenje osnovne ljudske potrebe za hranom i tekućinom opisuje nutritivno metabolički obrazac. MS/MT prikuplja podatke o uobičajenom načinu prehrane bolesnika, vrsti, rasporedu i količini tekućine koju uzima, o promjenama tjelesne težine, apetitu, o poteškoćama pri konzumiranju hrane. Analizom prikupljenih podataka validiraju se problemi mučnine, smanjenog unosa hrane i dehidracije. Obrazac prehrane i metabolizma nadalje opisuje opći izgled umirućeg bolesnika, stanje kože, kose, noktiju, sluznice i zubi [7]. Promjene stanja kože uslijed dugotrajnog pritiska upućuju na pojavu dekubitusa. MS/MT procjenjuje gubitak apetita i tjelesne težine koji su česta pojava kod bolesnika s malignim oboljenjima. Najčešći uzroci su bol, prisutnost mučnine i povraćanja kao nuspojava kemoterapije, te otežano gutanje. Uzrok poteškoća u uzimanju hrane kod umirućih bolesnika jesu i socijalna izolacija, gubitak volje, depresija, kao i nemogućnost pripreme hrane. Emocionalni stres može izazvati gubitak želje za jelom, ili čak i odbijanje hrane zbog neprihvatanja vlastitoga stanja. Promjene tjelesne mase, gubitak potkožnog masnog tkiva kod umirućih bolesnika doprinose problemima regulacije tjelesne topline te se hipotermija i hipertermija pojavljuju kao problemi u sestrinskim dijagnozama.

Obrazac eliminacije uključuje karakteristike vezane za eliminaciju stolice, urina i znoja. Prilikom prikupljanja podataka MS/MT pažnju usmjerava na učestalost i osobine stolice i urina, postojanje nelagode prilikom defekacije ili mokrenja, korištenje laksativa ili diuretika te procjenjuje odnos

eliminacije s obzirom na unos tekućine [7]. Kod umirućih bolesnika usporeno pomicanje crijevnog sadržaja pridonosi razvoju opstipacije, dok se proljev javlja kod pojačane peristaltike crijeva uzrokovane infekcijama, nutritivnim poremećajima, radijacijom te konzumiranjem neadekvatne hrane. MS/MT prikuplja podatke o prisutnosti snage umirućih bolesnika za izvođenje željenih i zahtijevanih aktivnosti, stupnju samostalnosti za obavljanje aktivnosti kao što su hranjenje, odijevanje, kupanje i sl.

Bolesnici u terminalnoj fazi bolesti prolaze kroz različite razine nemogućnosti brige o sebi. Pojedini umirući bolesnici do samoga kraja zadrže određenu razinu samostalnosti. Napreduje li bolest brzo ponekad je umirućim bolesnicima potrebna pomoć već od početka i dijagnoze bolesti. Kod problema smanjene mogućnosti obavljanja osobne higijene, određivanja prikladne temperature vode ili pranja pojedinih dijelova ili cijelog tijela, važno je razumijevanje MS-a za bolesnikovu potrebu za privatnošću. Osim intervencija koje omogućuju zadovoljavanje potrebe za higijenom, potrebne su i intervencije koje omogućuju privatnost, osjećaj dostojanstva i sigurnosti, uvažavanja i prihvaćanja. Umirući bolesnici imaju izraženu potrebu za očuvanjem vlastitog dostojanstva te je potreban istančan osjećaj u pristupu koji ih priznaje jednakopravnima u dostojanstvu i vrijednosti. Umor je problem koji može biti posljedica same bolesti ili palijativnog liječenja, ali i psihičkog stanja poput stresa, depresije i nespavanja. Problem samozanemarivanja očituje se neadekvatnom osobnom higijenom i neurednošću te nebrigom za preostalo zdravlje.

Procjenjujući navike i raspored spavanja umirućih bolesnika te spremnost za sudjelovanje u dnevnim aktivnostima, MS dijagnosticira poteškoće sa spavanjem koje se javljaju u obliku nesanice, ranog buđenja i noćnih mora. [7]

Umirući su bolesnici opterećeni strahovima za budućnost, brinu o dobrobiti svoje obitelji poslije svoga odlaska. Ne prihvaćaju li postojanje bolesti, nisu u stanju riješiti ni problem s usnivanjem i čestim buđenjem. Usnivanje je češći problem jer u bolesniku budi asocijacije na posljednje i vječno usnivanje. Umirući bolesnik nepomiren s vlastitom sudbinom, zatvoren za prihvaćanje smrtnosti i njene blizine, osjeća golem, nerješiv teret [8]. Razvijena vještina verbalne komunikacije i empatičnog slušanja MS-a pomaže bolesniku da se suoči sa strahovima koji ga muče.

Tijekom bolesti mijenjaju se kognitivne i perceptivne sposobnosti umirućih bolesnika. MS prikuplja podatke o poteškoćama sa sluhom i vidom, poteškoćama s pamćenjem, učenjem kao i prisutnost boli. Umirući bolesnik koji osjeća bol gubi volju i želju za unosom hrane i tekućine što može dovesti do poteškoća u eliminaciji, ali se odražava i na obrazac aktivnosti, odmora i spavanja. Posljedice boli naporni su, stresni i jako otežani odnosi s članovima obitelji i okolinom. MS pruža umirućem bolesniku moralnu i emocionalnu podršku, ali i koje se ulažu u i sprječavanje same boli.

Slika koju umirući bolesnik ima o sebi i vlastitim mogućnostima, poimanje vlastitog tijela i identiteta, podaci su koje opisuje obrazac samopercepcije.

MS procjenjuje držanje i pokrete tijela umirućih bolesnika kao i kontakt očima, glas i govor [9]. U zdravstvenoj njezi

umirućih bolesnika važno je prepoznati raspoloženje te načine savladavanja negativnih emocija.

Umirući bolesnik može imati osjećaj gorčine i mržnje prema zdravim ljudima iz svoje okoline. Prema dr. Kubleru Rossu ovo stanje odgovara drugoj fazi žalovanja, tzv. „fazi gnjeva“. Kod umirućih se bolesnika u ovoj fazi javljaju sljedeći problemi: strah, anksioznost, depresija, rizik samoće, beznađe, nemoć, rizik gubitka ljudskog dostojanstva, nisko samopoštovanje te izmijenjena slika o sebi [10].

Teško oboljenje člana obitelji dovodi do promjena u obiteljskim odnosima. Svoj dnevni život članovi obitelji moraju prilagoditi brizi za bolesnika što dovodi do osamljenosti i razočaranja izostane li pomoć ili podrška rodbine i prijatelja. Posljedica promijenjenih obiteljskih odnosa doprinosi problemima socijalne izolacije umirućih bolesnika, ali i članova obitelji, kao i do produženog žalovanja.

Obrazac psihofizičkog funkcioniranja koji zauzima značajno mjesto u posljednjem stadiju života bolesnika obrazac je sučeljavanja i tolerancije na stres. Bolesnici koji su cijeli život bili izrazito samostalni i neovisni, zauzimali vodeće mjesto u obitelji i na radnom mjestu, teže prihvaćaju gubitak tih osobina i sposobnosti. Dok su još fizički sposobni, kod njih često prevladava i dugo traje prva faza žalovanja, negiranje postojanja terminalne bolesti, no kad snage počnu slabjeti, bolesnici uviđaju da je bolest ipak prisutna te i druga faza ili gnjev, traje izrazito dugo. Dogodi se da treću fazu gotovo preskoče ili ona traje jako kratko s obzirom na to da su oni ti koji su uvijek bili ponosni i neovisni te se teško suočavaju s bolesti i smrti i ne prihvaćaju nagodbu. Umirući bolesnici mogu se zaustaviti u fazi depresije. Posebno se ističu umirući bolesnici koji se trude sačuvati svoj ponos i dostojanstvo do kraja života [6]. MS/MT poznavajući psihologiju žalovanja, utvrđuje prisutnost problema neučinkovitog ili obrambenog sučeljavanja s bolesti i sa smrti [7].

Bolest je iskušenje za čovjekovu vjeru, za njegovo pouzdanje i ljubav. Ona bolesnika dovodi do povlačenja u sebe, do propitkivanja smisla postojanja, očaja i pobune protiv Boga, ali i do sazrijevanja, traženja Boga i povratka Bogu. Ni-

jednom teškom bolesniku, pa ni vjerniku, nije jednostavno prihvatiti stanje u kojem se nalazi. Najčešće duhovne potrebe teško bolesnih i umirućih osoba su traženje smisla, oprostjenja, nade i ljubavi [10]. Predodžbe koje čovjek stvara o smrti i onome što ga čeka u smrti, obilježavaju njegov odnos prema smrti. Nemogućnost zadovoljenja potreba za mirom i spokojem u zadnjim danima života dovodi do duhovne patnje. MS/MT prepoznaje duhovne potrebe umirućih bolesnika te im pomaže da izraze svoje osjećaje i misli, pronađu smisao života i oprost. J. Watson, opisujući teoriju skrbi za čovjeka, ističe potrebu da se očuva ljudski duh bolesnika u situacijama kada se profesionalna skrb usmjerava prema bolesnicima kojima je smrtni ishod očekivani završetak bolesti. Watson ističe kako je cjelokupna zadaća zdravstvene njege ojačati duh bolesnika, ali i MS-a/MT-a, što doprinosi dobrobiti bolesnika [11].

Zaključak/Conclusion

MS/MT ima veliku ulogu u skrbi za umiruće bolesnike. U trenucima donošenja odluka, istovremeno pruža podršku bolesniku, kao i članovima obitelji, razvijajući povjerenje i poštujući dostojanstvo.

Formalni i neformalni oblici obrazovanja omogućuju MS-u/MT-u spremnost i uspješnost u primjeni procesa sestrinske skrbi u ustanovama i u domu bolesnika. Procjena stanja umirućih bolesnika, definiranje problema i postavljanje sestrinskih dijagnoza te primjena planova zdravstvene njege u skladu s bolesnikovim stanjem i potrebama, uključujući obitelj i ostale članove tima s kojima surađuje, osiguravaju kvalitetu skrbi. MS/MT kod umirućih bolesnika podržava osjećaj vlastite vrijednosti i dostojanstva, a to je moguće postići samo pravilnim pristupom bolesniku. Sestrinsko obrazovanje i praksa u cjelini utemeljeni su na načelima koja čine osnovu palijativne skrbi - cjelovitost, orijentacija na bolesnika, uvažavanje bolesnika kao subjekta, otvorena komunikacija te na ljudski rad kao glavna tehnologija.

Authors declare no conflict of interest

Literatura/References

- [1] Benko I. Komunikacija s bolesnikom u terminalnoj fazi bolesti. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2008.
- [2] Čačko M. Zdravstvena njega umirućeg bolesnika. Zagreb: KB Sveti Duh, 2012.
- [3] Pološčić I. Ernestine Wiedenbach- prvakinja sestrinstva. Sestrinski glasnik 2006;2: 22-23.
- [4] Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju, 1996.
- [5] Carpenito L.J. Handbook of Nursing diagnosis. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins 2012.
- [6] Kubler Ross E. Razgovori s umirućima. Zagreb: Biblioteka "Oko 3 ujutro", 1980.
- [7] Gordon M. Nursing Diagnosis: Process and application, Third Edition, St. Louis: Mosby, 1994.
- [8] Jušić A i sur. Hospicij i palijativna skrb. Zagreb: Školska knjiga, Hrvatska liga protiv raka. 1995.
- [9] Žuljević D. Učinkovito praćenje boli u zdravstvenoj njezi. KBC „Sestre milosrdnice“. Rovinj. 2012. Available at:<http://zdravstvo-kvaliteta.org/dokumenti/forumrovinj/3-Pracenje%20boli%20u%20zdr%20njezi-DZuljevic.pdf> DP: 29.09.2014.
- [10] Saunders C, Sykes N. Palijativna skrb u završnom stadiju maligne bolesti. Zagreb: Školska knjiga. 1996
- [11] Lončar T. Teorija skrbi o čovjeku. (diplomski rad) Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Sveučilišni diplomski studij sestrinstva, 2015.