

# ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA V TERMINALNI FAZI BOLEZNI

Silva Vuga

UDK/UDC 616-083-039.75

NURSING CARE OF TERMINALLY ILL PATIENT

DESKRIPTORJI: terminalna nega, zdravstvena nega

DESCRIPTORS: terminal care, nursing care

**IZVLEČEK** – Zdravljenje in nega bolnika na domu sta funkcionalno neločljivo povezani dejavnosti, ki ju usklajuje zdravnik, čeprav organizacijsko sodita v različni službi in sta sestavini različnih strok. Čeprav sta zdravljenje in zdravstvena nega bolnika na domu interdisciplinarni dejavnosti, v njihju prevladujeta deleža medicine in zdravstvene nege.

**ABSTRACT** – The treatment and nursing care on a patient's home are functionally intertwined activities, led by physicians, but organizationally belonging to different service areas and form parts of different professions. Although treatment and nursing care on a patient's home are interdisciplinary activities, shares of medicine and nursing care prevail.

## Uvod

Zdravstvena nega bolnika na domu je sestavina stroke – zdravstvene nege. Zdravstvena nega pa je namenjena zdravim in bolnim posameznikom, družinam in skupnostim. Kadar so obravnavani na svojih domovih, gre za področje dela patronažnega varstva. Nosilka zdravstvene nege je medicinska sestra, ki pomaga zdravemu in bolnemu s ciljem, da postane čimprej neodvisen za opravljanje svojih osnovnih življenjskih aktivnosti ali za to, da jih opravlja čim bolj ustrezno, kar bi storil tudi sam, če bi imel za to potrebne moč, voljo in znanje.

Skupna metoda dela v dejavnosti zdravljenja in zdravstvene nege bolnika na domu je metoda skupinskega dela, ki od vseh sodelujočih udeležencev v skrbi za bolnika najtesneje povezuje zdravnika in medicinsko sestro ter oba z bolnikovo družino. Redno se sestajata tudi zaradi skupne obravnave bolnika, a pogostnost sestajanja je odvisna od posebnosti terenskega območja, števila in vrste bolnikov ter predvsem od njihovega stanja.

Osnovna metoda dela, po kateri deluje medicinska sestra, je proces zdravstvene nege, se pravi metoda sistematične zdravstvene nege. Po tej metodi deluje medicinska sestra tudi takrat, kadar neguje bolnike in ko se posveča terminalni negi bolnika. Delo po metodi procesa zdravstvene nege je sistematično, poteka po posameznih fazah, je načrtovano, usmerjeno k varovančevim potrebam, je dokumentirano, skupinsko povezano in koordinirano znotraj koordinacijske mreže, ki povezuje službe, dejavnosti in oblike pomoči v skrbi za bolnika.

Na primer: koordinacijska mreža v skrbi za zdravstveno nego bolnika z rakavo boleznijo vključuje: službe patronažnega varstva, službe splošne medicine, dispanzerje, ki obravnavajo bolnike, Onkološki inštitut, bolnišnične oddelke, specialistične ambulante, protibolečinsko ambulanto, socialne zavode ali domove za

onemogle, socialne službe, servisne službe za pomoč bolnim in onemoglim na domovih in najrazličnejše oblike prostovoljnih in humanitarnih dejavnosti.

Medicinska sestra vse svoje delo ob bolniku dokumentira. Celotno delovanje medicinske sestre je zajeto v dveh vlogah: v njeni odvisni funkciji in samostojni funkciji. V okviru odvisne funkcije opravlja medicinska sestra vrsto medicinsko tehničnih posegov pri bolniku na domu po naročilu zdravnika, s katerim sodeluje v zdravniškem diagnostično terapevtskem procesu dela. Za izvajanje medicinsko tehničnih posegov potrebuje medicinska sestra naročilnico od zdravnika. V ta namen uporabi zdravnik republiško veljaven dokumentacijski obrazec imenovan »Naročilo, obvestilo patronažnemu varstvu Zdravstvenega doma«, ki je v vsesplošni uporabi za naročila službam patronažnega varstva in ga lahko izstavi katerikoli naročnik. Na skupinskih posvetovanjih in usklajevanjih, ko medicinska sestra poroča, predloži dokumentacijo zdravniku – predvsem dokumentacijski list, imenovan »Bolniški list«. Zaželeno je, da bi puščali na domovih najtežje prizadetih bolnikov »List negovanja«, iz katerega bi lahko zdravnik, ko pride k bolniku, razbral zapise o opazovanju bolnika in opravljenem delu.

Za postopke, ki jih opravlja medicinska sestra v okviru svoje samostojne funkcije, to je zdravstvenega negovanja zdravih in bolnih varovancev, se predvsem opira na dokumentacijski načrt ali »Načrt zdravstvene nege«. Vsako posamezno opravilo oziroma postopek, s katerim izvaja medicinska sestra pomoč bolniku, je v zdravstveni negi bolnika povezan s celovito procesno obravnavo bolnika, iz katere ne smemo izdvojiti posameznega postopka.

### **Splošne značilnosti zdravstvene nege bolnika na domu**

Obstajajo nekatere splošne značilnosti zdravstvene nege bolnika na domu in so seveda navzoče tudi pri opravljanju terminalne nege bolnika na domu, na primer:

- terenske medicinske sestre oziroma negovalno osebje so rajonizirani – razporejeni so na zaključena rajonska območja, in sicer za vso populacijo v rajonu.

- *Bolniki na domovih so razpršeni po terenskem rajonskem območju, so dislocirani od sedežev služb v zdravstvenih domovih in njihovih zdravstvenih postajah.* Terenski kadri morajo imeti možnost, da s celotno opremo tiste vrste, ki jo je potrebno dnevno prenašati s seboj, prispejo vsakodnevno na naslove v kateremkoli kraju rajona in po možnosti ob čim bolj enaki uri dneva – če je potrebno, tudi 2- ali 3-krat dnevno. Posebej zahtevno je zagotavljati take pogoje v hribovskih predelih in v zimskih razmerah. Vendar mora biti zdravstvena nega bolnika na domu zagotovljena vsem bolnikom, ki jo potrebujejo, in na kateremkoli predelu rajona, kar je fizično naporno in materialno zahtevno.

- *Člani skupine zdravljenja in zdravstvene nege bolnika na domu praviloma niso hkrati navzoči na bolnikovem domu. Vsak opravlja svoja dela posamezno in delajo časovno ločeno. Le po posebnem dogovoru pridejo skupaj k bolniku.* Medicinska sestra je v času, ko bolnika neguje, sama in edina zdravstvena delavka ob bolniku v družini, razen kadar opravlja negovanje bolnika v dvoje, skupaj z negovalko – bolničarko, ki ji pomaga. Tako se sreča sama z bolnikovim stanjem v tistem času, z razmerami na domu, z možnimi zapleti in z odprtimi vprašanji. Te okoliščine povečujejo potrebo po zadostni usposobljenosti za samostojno delo izven delovne skupine, zanesljivi strokovni odgovornosti, izoblikovanih etičnih vrednotah, kulturi vedenja in predvsem kulturi negovanja.

– *Na domovih združuje medicinska sestra polivalentne naloge.* Ne obravnava samo bolnika z eno vrsto bolezni, temveč bolnike z najrazličnejšimi vrstami bolezni in po potrebi obravnava v družini tudi druge družinske člane (na primer v več generacijskih družinah nosečo žensko). Isti dan obiše tudi druge profile varovancev v rajonu, ki niso bolniki, na primer otroke. Širina polivalentnih nalog za delo v družinah zahteva nenehno dodajanje in vzdrževanje znanja. Terenske medicinske sestre prakticirajo na bolnišničnih oddelkih, v specialističnih ambulantah, poslušajo seminarje in posamezna predavanja, same pripravljajo referate iz zdravstvene nege, se posvetujejo z zdravniki in na skupinskih sestankih ter dobivajo interne strokovne usmeritve. Po drugi strani pa morajo biti zagotovljeni vsi potrebni zaščitni pripomočki, materiali in ravnanje za preprečevanje prenosa kakršnihkoli okužb – vključno z zaščito proti aidsu.

– *Za delo v družinah na domu je potreben profil družinske medicinske sestre, ki je praviloma višja patronažna medicinska sestra, ki opravlja tudi zdravstveno nego bolnika na domu. Le ponekod – v večjih urbanih središčih – si deli delo v družini z osebjem srednje in nižje strokovne usposobljenosti, ki jih vključuje v manj zahtevne naloge izvajanja zdravstvene nege bolnika na domu.* Medicinska sestra prihaja na domove družin pogosto leta dolgo, ker je na primer obravnavala dojenčka, pozneje otroka, ko nastopi bolezen, pa obravnava bolnika.

Često obiskuje bolnike dolga obdobja, četudi kdaj z vmesnimi presledki. Zdravstvena nega nekaterih kroničnih bolnikov na njihovih domovih lahko traja na primer več let – tudi 10, 15 in več. Dolgotrajna redna navzočnost iste medicinske sestre v družini lahko stke poglobljene vezi, ki prerastejo formalne odnose na ravni empatije, ko imajo ljudje »svojo sestro« tudi radi. Medicinska sestra pa je lahko z vidika zdravstvene nege družini v pomoč pri osnovnih življenjskih potrebah njenih članov.

– Položaj medicinske sestre v odnosu do bolnika na njegovem domu se razlikuje od položaja medicinske sestre v odnosu do bolnika na bolnišničnem oddelku. *Bolnik je doma »na svojem«.* Še tako spoštovana in pričakovana *medicinska sestra* se mora zavedati, da je *na bolnikovem domu obiskovalka*, ki trka na njegova vrata.

### **Posebnosti terminalne zdravstvene nege bolnika na domu**

V zgodnejšem obdobju bolezni so naloge medicinske sestre, ki obravnava bolnika na domu, usmerjene predvsem v svetovanje in poučevanje o bolnikovem življenjskem režimu. Ustrezna prehrana pomaga k ohranjanju moči in k participiranju v bolnikovo življenje. Prehrana na primer rakavega bolnika je terapevtični ukrep v boju s simptomatiko bolezni. Pomembna usmerjanja so tedaj: skrb za različnost hrane, gibanje ali razgibavanje pred obroki zaradi krepitve apetita, izbor najustrežnejšega časa hranjenja, prezračenos prostora tudi zato, da prideta do izraza vonj in okus hrane, ustrezna okusnost in toplota hrane, ustna čistoča, ustrezna higiena, princip malo in pogosteje, prilagajanja prehrane stopnji bolezni, dovolj počitka in podobno. Čim dlje delujemo preventivno in tako omejujemo izgubljanje teže in pomanjkljivo prehranjenost ter krepimo kondicijo. Agresivnejši ukrepi na tem področju so potrebni z nastopom agresivnejše terapije.

Svetovanjem pridruži medicinska sestra zdravstveno socialni vidik obravnave bolnika in njegove družine in po svojih močeh pomaga pri njihovih zdravstveno socialnih potrebah. Ko nastopi potreba po opravljanju medicinsko tehničnih posegov, so možnosti sodelovanja medicinske sestre kar široke. Izvaja lahko vrsto medicinsko tehničnih posegov: aplikacije injekcij, preveze, toaleta postoperativnih ran, vbrižgavanje v epiduralne katetre, menjavo kanile in nego stom, nego dekubitov, pomoč pri menjavi stalnih sečnih katetrov, klizme, pomoč pri inhalacijah, pomoč pri infuziji, oskrbo s kisikom, oskrbo krnov po amputacijah, aktivno in pasivno razgibavanje po navodilu fizioterapevta, vertikalizacijo, pomoč pri hoji in vzdrževanje stanj, masažo in druga naročila.

Čim bolj je bolnik vezan na posteljo, tem pogostejše postaja obposteljno zdravstveno negovanje. Spreminjanje bolnikovih potreb ugotavlja medicinska sestra na osnovi poglobljanja anamnestičnih podatkov, pri čemer upošteva predhodno ugotovljena bolnikova funkcionalna stanja. Skupaj z bolnikom opredeljuje vrsto negovalne pomoči za njegove osnovne življenjske potrebe, ki jih po Hendersonovi poznamo 14 vrst. Ko medicinska sestra načrtuje zdravstveno nego bolnika, vselej ugotavlja možnosti negovanja in kdo bo v negi sodeloval: bolnik sam, njegovi svojci, sorodniki, prijatelji ali drugi prostovoljni negovalci. Medicinska sestra jih poučuje, kako naj negujejo, to jim pokaže, zato skupaj z njimi neguje, jih pri negovanju usmerja in nego po potrebi nadzoruje. Kar je potrebno in kadar je potrebno, opravi sama. Skrbi za to, da bodo ob bolniku drugi negovalci, ko sama ne bo prisotna, zlasti v času, ko je bolniku potrebna 24-urna prisotnost druge osebe.

Bolniku pomagamo, da se čim bolje počuti oziroma mu čim bolj lajšamo počutje. V ta namen uporabljamo vrsto materialov in priborov iz terenske torbice, materiale, pribore in pripomočke iz depoja, s katerim razpolaga služba zdravstvene nege bolnika na domu ali usmerjamo bolnike in svojce, da jih preskrbijo. Ne smejo manjkati, ko nastopi potreba po njih. To so: posteljni trapezi, invalidski vozički, sobna stranišča, bergle, urinske steklenice, lopataste nočne posode, najrazličnejše podloge, pripomočki proti dekubitusom, pripomočki za inkontinentne, penasti vložki, materiali za enkratno uporabo, brizgalke in igle za enkratno uporabo, individualni sterilni seti z obvezilnim materialom in instrumenti ter drugo.

Z napredovanjem bolezni in prehajanjem bolnikovega stanja v terminalno fazo intenziviramo zdravstveno negovanje oziroma opravljanje postopkov zdravstvene nege bolnika.

Bolniku opravljamo temeljito jutranjo nego, poskrbimo za pogosto ustno nego, kopanje telesa vključno s posteljnimi kopelmi, pogosto ga obračamo ali za to poskrbimo, ga nameščamo v ustrezno lego, podlagamo, brišemo potne srage, vlažimo usta in mažemo ustnice, preprečujemo dekubitis, masiramo izpostavljene telesne dele, poskrbimo za zadostno dovajanje tekočine in primerno pripravljene hrane. Posamezna opravila ponovimo tudi dva ali trikrat dnevno, a domači še pogosteje. Pred bolnikom se povsem običajno pogovarjamo in se v pogovoru nanj obračamo, četudi ne more odgovarjati. Ne pozabimo, da moramo včasih vzeti njegovo roko v svojo in mu tudi na ta način prenašati varnost, mir in moč. Vendar pazimo, ni vsak bolnik enako sprejemljiv za dotik. Opozarjamo svojce, da pred bolnikom nikoli ne govorijo, česar naj bi bolnik ne slišal, četudi imamo občutek, da se ničesar ne zaveda. Za zdravstveno nego in oskrbo bolnika je potrebno zagotoviti

dovolj časa in ne sme se nam muditi. Vtis, da imamo za bolnika in družino dovolj časa, je izredno pomemben, ker krepi občutek varnosti in pomirja. Skrb za zadostno terensko kadrovsko zasedbo za zdravljenje in zdravstveno nego bolnika na domu bi morala biti med prioritetskimi v zdravstvenih dejavnostih.

Bolnik, ki umira, potrebuje najkakovostnejšo zdravstveno nego bolnika, kar je zmerno dati in potrebna mu je bolj kakor kateremukoli drugemu bolniku. V strokovnem pogledu je nedopustno, a v humanem pogledu neodpustljivo, če se tovrstnim bolnikovim potrebam na njegovem domu ali v bolnišnici izogibamo.

Zdravstveni delavci smo dolžni v profesionalnem in emocionalnem pogledu, da se znamo bolje od drugih ljudi približati bolnikom, ki morajo umreti. Medicinska sestra, ki zdravstveno neguje bolnika, mu mora dati ne le fizično pomoč, temveč tudi pomoč v hrabrenju, upanju, pojasnjevanju in pomirjanju. Napredovanje bolezni tudi v domačem okolju ne prizanaša z reakcijami in doživljanji bolnika in njegovih svojcev v posameznih obdobjih dogajanja. Od vseh zdravstvenih delavcev je medicinska sestra, ki bolnika neguje, največ časa z umirajočim bolnikom. Potek umiranja se lahko razlikuje glede na bolezen in bolnikovo starost, glede na njegovo osebnost in kljub temu, da se sklicuje na zdravnika, ki daje potrebna pojasnila, se medicinska sestra ne more in ne sme izogniti zahtevnim vprašanjem in pogovorom z bolniki, še pogosteje pa z njihovimi svojci. Lahko ji zmanjka zadostne poučitve, takrat jo pri negovanju spremljata tesnoba in strah. Vse premalo je strokovnega poučevanja o razumevanju umiranja in smrti, o obvladovanju pogovorov z umirajočimi bolniki in z njihovimi obupanimi in prestrašenimi svojci.

Bolnik najpogosteje želi biti doma in tam tudi umreti. V domačem okolju se počuti varnejšega, ni odtrgan od svojih navad, predvsem pa ni osamljen. Mnenje svojcev ni vedno enako bolnikovemu mnenju, a tudi zdravnik mora kdaj drugače odločiti, ko presoja o možnostih zdravniške pomoči in zagotavljanju humanosti v času umiranja. Na primer: bolečina mora biti obvladovana pri rakavih bolnikih. Premestitve bolnika iz domačega okolja so lahko pogosteje potrebne in v različne vrste institucij. Celotno zdravstveno obravnavo istega bolnika še vedno spremlja težava, da zdravstveni delavci, ki ga obravnavajo, niso medsebojno dovolj seznanjeni, s kakšnimi informacijami o bolezenskem stanju in o prognozi ter s kolikšno resnico so seznanjeni bolnik in njegovi svojci. Te razmere bistveno vplivajo na humanost odnosa in kakovost obravnave.

Razvite nimamo kontinuirane zdravstvene nege bolnika v smislu zagotavljanja enakih psoptokov zdravstvene nege bolnika kot v bolnišnici tudi doma in obratno ter z medsebojnim dokumentacijskim obveščanjem o zdravstveni negi bolnika na domu in bolnišnični zdravstveni negi bolnika. Čeprav je morda v ospredju potreba po določenem medicinsko tehničnem posegu, je vrsta drugih opazovanj in postopkov zdravstvene nege bolnika lahko za boljše počutje umirajočega bolnika izjemnega pomena, pa jih negovalno osebje med seboj ne izmenjuje, a bi bilo nujno potrebno – v dobro bolnika.

Morali bi biti sposobni lastni smrti mirneje gledati v oči, da bi se zmogli dovolj umirjeno in z manj strahu soočiti z umirajočimi bolniki. Tej stopnji pripravljenosti nas lahko približa določena zrelost, pridobljena z znanjem in z izkušnjo. Tedaj znamo bolj prisluhniti bolniku in njegovim potrebam, ki so pred smrtjo povsem specifične in moramo biti do njih izjemno rahločutni in obzirni. Bolj ko se prepriča bolnik, da se lahko zanese na našo prisotnost, pripravljenost in pomoč, bolj se

odpre v svojih notranjih potrebah. Stanje umirajočega bolnika je lahko težko ne le za oko, roke in srce, temveč je tudi zahtevno v pogledu našega znanja.

Umirajoči bolnik, ki nima nikogar, ki je povsem sam, ne more ostati doma, ker bolnika, ki umira, ne smemo pustiti samega – ne v bolnišnici in ne doma. Potrebna je prisotnost negovalca. V negovanje morajo biti vključeni vsaj sorodniki, ki prihajajo od drugod in se ob njem menjavajo. Veliko lahko pomaga medsebojna sosedska pomoč in pomoč prostovoljcev, zlasti kadar manjkajo ožji družinski člani. Vselej vključujemo v negovanje bolnikove svojce (če jih ima) in smo jim pri tem v oporo. Kadar v tem obdobju zmorejo svojci prevzeti primerno negovanje, jih lahko medicinska sestra razbremeni še z mnogimi oblikami druge pomoči, ki jim je v tem času potrebna. Izkušnje kažejo, da v bolnikih ostaja skrito upanje (vsaj upanje o lajšanju trpljenja) in to upanje pomaga premoščati umiranje, mu pomaga umirati spokojno. Ne pozabimo na njihove verske potrebe, če jih imajo. Bolniki so hvaležni za vzpodbudo, ki pa ne sme biti lažna. Ko upanje izgine, je običajno smrt blizu.

Svojcem pomagamo, da bodo zmogli sprejeti osvobajanje umirajočega bolnika od vseh zemeljskih vezi – tudi od najdražjih, ker je to stanje potrebno sprejeti in umirajočega ne obremenjevati – tudi če na koncu želi ostati samo z eno samo osebo. Predvsem v času ugašanja telesnih funkcij, ko besede nimajo več prostora, je neprekinjena prisotnost ob umirajočem nujno potrebna – doma in v bolnišnici. Poskrbimo, da ne bo manjkala prisotnost človeka v tišini iztekanja življenja. Umirajoči bolnik se navezuje na medicinsko sestro, ki ga neguje, in ta navezanost se pogloblja s stopnjo umiranja, kar vodi medicinsko sestro v doživljanje žalosti ob umirajočih bolnikih. Četudi umirajočemu daje kolikor zmore, lahko doživlja etične konflikte zaradi počutja, da ni bila dovolj dobra. Za lajšanje in premoščanje tega doživljanja in stanja negovalnega kadra ter v oporo lastnemu kadru mora služba zdravstvene nege bolnika skrbeti s svojimi metodološkimi in organizacijskimi ukrepi. Veliko pomagajo skupinski medsebojni pogovori in skupinska posvetovanja z zdravnikom.

Kadarkoli okoliščine omogočajo, opravi na domu medicinska sestra nego umrlega. Bolniki, na primer z rakom, se besedi smrt običajno do konca upirajo. Četudi v sebi slutijo, da prihaja, tedaj preidejo v neizgovorjeno sprejetje prihajajočega. Tudi ko so poskrbeli za odgovore, kako bo z družino za njimi, na posmrtno opravo ne mislijo do take mere, kakor to često storijo stari ljudje. V družini z umrlim bolnikom se z nastopom njegove smrti lahko prične novo obdobje njihovega trpljenja. Ne glede na to, ali je bolnik umrl doma ali v bolnišnici, patronažna medicinska sestra ne pretrga stika z družino. Na posvetu delovne skupine zdravljenja in nege bolnika na domu spregovorita zdravnik in medicinska sestra zaključne besede o umrlem bolniku. Družini smo dolžni izreči svoje sožalje. Medicinska sestra bo sama znala presoditi, kje, kdaj in čez koliko časa je primerno, da družino po smrti svojca obiše. Morda so se razvile globoke čustvene vezi med umrlim bolnikom in medicinsko sestro in družini pomeni medicinska sestra več kakor samo zdravstveno obiskovalko. Tudi medicinska sestra mora premostiti svojo pretresenost.

Toliko prej se bo patronažna medicinska sestra vrnila v družino, kadar predpostavljala ali ve, da ji je njena nadaljnja pomoč potrebna.

*Literatura*

1. Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca. Letna statistična in opisna poročila. Maribor, 1987, 1988, 1989.
2. World Health Organization. Targets for health for all. Copenhagen, 1986.
3. Kolaborativni center SZO za razvoj primarne zdravstvene nege. Potrebe ljudi po zdravstveni negi. Prevod Kolaborativnega Centra SZO za primarno zdravstveno nego. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, 1988.
4. Svetovna zdravstvena organizacija. Regionalni urad za Evropo. Proces zdravstvene nege: priročnik. Prevod Kolaborativnega Centra SZO za primarno zdravstveno nego. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, 1984.
5. Vuga S. Proces zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Zdrav Var 1988; 27.
6. Zavod SR Slovenije za zdravstveno varstvo v Ljubljani. Strokovna navodila za organiziranje in izvajanje zdravljenja in nege bolnika na domu. Ljubljana, 1982.
7. Vuga S. Patronažno varstvo. Rokopis predavanj za študente Višje šole za zdravstvene delavce Ljubljana, Maribor, 1990.
8. Savez zajednica zdravstvenih organizacija Jugoslavije. Polazne osnove stručnog uputstva za organizovanje in sprovođenje lečenja, zdravstvene nege, rehabilitacije bolesnika u kući. Beograd, 1987.
9. Vuga S. Prenos zdravstvene nege v prakso. Zdrav Obzor 1984; 18.
10. World Health Organization. Community health nursing. report of a WHO Expert Committee. Ženeva, 1974.
11. Clemen SS. Comprehensive family and community health nursing. New York: McGraw-Hill, 1987.
12. Henderson V. Grundregeln der Krankenpflege. Weltbund der Krankenschwester und Krankenpfleger. Genf: Urheberrecht, 1977.
13. Urbančič D, Gradišek A. Osnove zdravstvene nege bolnika. Ljubljana: Univerzum, 1985.
14. Vuga S. Patronažno varstvo kot sestavina primarnega zdravstvenega varstva. referat na kongresu medicinskih sester v Gissnu, 1988 (v tisku).
15. The Consortium of the California State University. Professional issues in nursing. Design and management of nursing care. Moudley: Kellog Foundation, 1985.
16. Kaderschule für Krankenpflege. Pflegeplanung. Basel: Recom, 1985.
17. Kavalič S, Sekavčnik T, Sicherl D. Proces zdravstvene nege. Zdrav Obzor 1986; 20.
18. Vuga S. Prenos zdravstvene nege v prakso osnovnega zdravstvenega varstva. Zdrav Obzor 1986; 20.
19. Skoberne M. Zdravstvena nega umirajočega. Zdrav Obzor 1986; 20.
20. Kubler-Ross E. On death and dying. New York: McMillan, 1969.
21. Prendivoš K. Razgovori s umirajućima. Zagreb: (s. n.), 1980.
22. Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo. Razširjeni strokovni kolegij zdravstvene nege. Razmejitev zdravstvene nege. Ljubljana, 1992.