

VLOGA ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE PRI CELOSTNI OBRAVNAVI BOLNIKA Z RAKOM

Ksenija Tušek Bunc¹, Janko Kersnik², Dean Klančič³

^{1, 2, 3} Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani

^{1,2} Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Mariboru

Povzetek

Vse večje število bolnikov z rakom v Sloveniji močno zadeva tudi zdravnike družinske medicine (ZDM), ki vidimo svojo vlogo predvsem pri preprečevanju in zgodnjem odkrivanju raka. Ob tem so poznavanje bolnikov, njihovega življenjskega stila, dejavnikov tveganja ter partnerski odnos pomembna orodja v naših rokah, kar lahko v veliki meri doprinese k zmanjševanju zbolewnosti in umrljivosti.

Vodenje bolnika se v družinski medicini od vodenja v drugih strokah razlikuje predvsem v celostni obravnavi bolnika in v dejstvu, da se ZDM najpogosteje srečuje z bolnikom, ki ima celo vrsto različnih bolezni in je rak le trenutna prioriteta. K uspešnemu vodenju takega bolnika doprinese poleg upoštevanja strogo kliničnega vidika bolezni še upoštevanje drugih vidikov, ki tudi lahko vplivajo na potek in prognozo bolezni ter njeno doživljanje. V okviru celostnega vodenja bolnika z rakom mora ZDM dobro poznati diagnostične in terapevtske možnosti, morebitne oblike operativnega zdravljenja raka ter možnosti sistemskega in lokalnega zdravljenja. Učinkovito lajšanje bolečine je prioriteta naloga, bolniku je potrebno svetovati tudi glede ustrezne prehrane in spremembe življenjskega stila. Spremljanje bolnika z rakom je vseživljenjsko zaradi odkrivanja morebitnega napredovanja bolezni in s tem povečanja možnosti za pravočasno dodatno zdravljenje. Hkrati ZDM bolniku svetuje glede medikamentoznega zdravljenja, nadaljnje rehabilitacije in mu pomaga pri njegovih težavah bodisi psihičnih ali socialnih, odloča o začasni delazmožnosti ter predlaga trajno delanezmožnost, v podporo in pomoč pa je tudi njegovi družini. Cilj vseh njegovih prizadevanj pa je izboljšanje kakovosti bolnikovega življenja. Pri vodenju bolnika mora ZDM nujno sodelovati s kirurgom, internistom onkologom, radioterapevtom ali drugimi usmerjenimi specialisti

Uvod

Vodenje bolnikov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, kamor sodi poleg bolezni srca in ožilja tudi rak, predstavlja največji delež opravil, ki jih mora oprav-

ljati zdravnik družinske medicine (ZDM). V skladu z usmerjenostjo in poslanstvom stroke obravnava vsakega posameznega bolnika celostno, kajti vselej ko človek zboli, zboli kot celovita osebnost in ga zdravnik ocenjuje kot bolnika, človeka, ne pa kot bolezen. Tako pri bolniku ne upošteva samo biomedicinskega vidika, pač pa tudi druge, npr. funkcionalni in socialni vidik. Samo tak način zagotavlja uspešno vodenje bolnika z rakom. To terja od ZDM celo vrsto sposobnosti, od katerih je klinično znanje samo ena od njih. Vodenje bolnika v družinski medicini se od vodenja v drugih strokah razlikuje tudi v dejstvu, da se ZDM najpogosteje srečuje z bolnikom, ki ima celo vrsto različnih bolezni, in je rak le trenutna prioriteta. Sodelovanje z bolnikom, ki ima več bolezni je zahtevnejše kot pri bolniku z eno samo težavo oziroma z eno samo hudo boleznijo. Zahteve po znanju in veščinah ZDM so tu bistveno večje. Ne samo, da mora poznati vodenje vsake posamične bolezni, pomembno je, da zna presoditi bolnikovo osebnost in pripravljenost za sodelovanje. Tako je partnerski odnos pri vsakem bolniku bistvenega pomena. Vključiti mora tudi poznavanje bolnikovega socialnega okolja, predvsem družine in svojcev, pri čemer je nepogrešljivo sodelovanje patronažne službe. Bolnikova družina je ravno tako pretresena zaradi bolezni kot bolnik in potrebuje podporo in pomoč. Po posvetu z bolnikom bo ZDM ugotovil, kako družina in svojci doživljajo bolnikove zdravstvene težave, kako vplivajo na delovanje družine in kako spreminjajo vloge njenih članov. Pri načrtovanju vodenja, zdravljenja in rehabilitacije vselej vpraša bolnika, kako bo načrt vplival na družino in kje pričakuje ovire. Svojce lahko zaprosi za sodelovanje, da si zagotovi boljše sodelovanje pri sledenju medicinskim nasvetom (1).

Vloga zdravnika družinske medicine pri zdravljenju in vodenju bolnika z rakom

ZDM se srečuje z bolnikom z rakom v vseh fazah bolezni. Veliko lahko naredi pri njenem odkrivanju, tako da dobro pozna problematiko malignih bolezni, je temeljit in natančen pri anamnezi in kliničnem pregledu. Poznavanje bolnika in družinske anamneze pa poleg ostalega omogoča, da nadzira ali natančneje pregleduje bolnike z večjim tveganjem za posamezne oblike raka.

Še pomembnejša je svetovalna vloga ZDM pri preprečevanju raka; bolniku lahko svetuje vključevanje v presejevalne programe in predvsem preventivne ukrepe v smislu zdravega življenjskega stila.

Pri vodenju bolnika z rakom je odločilnega pomena sodelovanje s specialisti ustreznih strok, npr. s kirurgom, internistom onkologom, radioterapevtom, ki z odpustnim pismom ZDM temeljito seznanijo z dosedanjim zdravljenjem, opravljenim operativnim posegom, morebitnimi kooperativnimi zapleti, nujnostjo nadaljevanja zdravljenja in kontrolnih pregledov. Takšno sporazumevanje in sporazumevanje preko napotnic ima sicer nekatere pomanjkljivosti, a je še vedno del našega vsakdana. Resnici na ljubo prejeti izvidi pogosto niso taki, da bi ZDM podali zadovoljive podatke in nasvete o skupnem bolniku. Nujno bi bilo potrebno izboljšati povezavo med zdravniki primarne in sekundarne ravni.

Prilagodljivost je gotovo v sodobni računalniški tehnologiji in v vseslovenski mreži, ki bi ponudila boljše možnosti uporabnikom z lažjim in hitrejšim dostopom do potrebnih informacij. Seveda pa sodobna tehnologija pomaga le, če za tako izmenjavo podatkov obstaja tak sistem dela, da vsi sodelujoči pri zdravljenju ostale pravočasno in dovolj izdatno obveščajo o svojem delu zdravljenja.

Zavest o potrebi učinkovitega lajšanja bolečine je močno prisotna med ZDM. Številne raziskave in tudi vsakdanje delo žal kažejo, da bolniki še vedno hudo trpijo zaradi bolečin kljub široki paleti različnih analgetikov. Učinkovito lajšanje bodisi akutne ali kronične bolečine sodi med prioritete naloge ZDM v procesu vodenja bolnika z rakom, kajti le tako lahko prispevamo h kakovosti bolnikovega življenja, ter izboljšamo izid zdravljenja in rehabilitacije.

Velikega pomena pri rehabilitaciji bolnikov z rakom je tudi naporitev v zdravilišče. Dejstvo, da je od vseh bolnikov, deležnih fizikalne medicine in rehabilitacije, kar četrtina bolnikov z rakom, žal velja le za določene evropske države, v Sloveniji pa so ustrezne rehabilitacijske obravnave v zdravilišču deležni le redki rakavi bolniki, kljub razmeroma širokogrudnim pravilom ZZS, ki pa po drugi strani omejujejo čas bolnikovega bivanja v zdravilišču in pogostosti terapevtskih postopkov. Pri tem prihajajo bolniki v zdravilišča v različnih (in včasih neustreznih) časovnih presledkih po operaciji oz. obsevanju in/ali kemoterapiji.

Spremljanje bolnikov z rakom je vseživljenjsko. ZDM bo takega bolnika spremljal s polno resnostjo in odgovornostjo, in prid čemur govori dejstvo, da je dostopnost do ZDM stalna in takojšnja, dostopnost do specialista pa občasna in odložena. Spremljanje in vodenje bolnika z rakom zahteva od ZDM dodatna znanja in veščine pri diagnostičnih, terapevtskih in rehabilitacijskih postopkih ter sporazumevanju z bolnikom in svojci. Sporazumevanje z bolnikom je pomembno v vseh fazah rakave bolezni, kajti rak je bolezen, ki globoko pretrese tako posameznika kot njegovo družino.

Cilj sledenja bolnikov je odkrivanje morebitnega napredovanja bolezni in s tem povečanja možnosti za pravočasno zdravljenje. Drugi cilj vodenja je pomoč bolnikom pri njihovih težavah in svetovanje glede medikamentoznega zdravljenja in ustrezne rehabilitacije z namenom, da bi se izboljšala kakovost bolnikovega življenja (8, 9). Posledice maligne bolezni in zdravljenja so lahko specifične težave, ki jih mora ZDM bolniku ob kontrolah na razumljiv način razložiti in ustrezno ukrepati. S primernimi nasveti in ukrepi, bo poskušal zmanjšati posledice bolezni in na ta način bo v novih razmerah, ob upoštevanju čustvenega in socialnega ozadja, skrbel za kakovost bolnikovega življenja.

V okviru paliativnega zdravljenja, ko je indicirano simptomatsko medikamentozno zdravljenje, sodi lajšanje bolečin in vzdrževanje duševnega ravnovesja. Sodobno ocenjevanje kakovosti življenja vključuje poleg ocenjevanja jakosti bolečine, hujšanja, splošnega počutja, apetita, spanja, še stopnjo aktivnosti in delazmožnost bolnika, odnos bolnika do stanja, kot so skrb, pogum, žalost, potrnost, obup, dvomi ipd. Pomoč bolniku z rakom in ohranjanje kakovosti življenja je gotovo ena najpomembnejših nalog ne le ZDM, pač pa vsakega zdravnika in predstavlja humano poslanstvo zdravniškega poklica.

Pri huje onseposobljenih bi bila potreba poleg patronažnega varstva tudi fizioterapija in delovna terapija na domu, ki pa je v Sloveniji ZZS zaenkrat še ne prizna kot storitev, plačljivo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Bolniki in svojci si morajo pomagati na različne načine, da se bolnik toliko rehabilitira, da je sposoben opravljati čim več osnovnih življenjskih aktivnosti samostojno. T. i. pomoč na domu je samo kaplja v morje potreb težko bolnih.

Ko govorimo o vodenju bolnika z rakom, gotovo ne moremo mimo bolnikov s slabo prognozo. Umiranje je tedaj kot temna senca, ki spremlja rakavo bolezen. Strah pred smrtjo, trpljenjem in bolečino hromi duše bolnikov in svojcev. Zdravnikova stiska in dilema, ali naj čaka, da sami spregovorijo, ali naj jim sam stopi naproti na težki poti slovesa, ostaja večna. Prav je, da zdravnik spregovori z bolnikom in njegovimi najbližjimi tudi o temni plati bolezni, o tesnobi, strahovih, ki spremljajo pričakovanje slovesa. Lahko bi rekli, da proti koncu življenja postane komunikacija najpomembnejši terapevtski pripomoček vsakega zdravnika, še posebej ZDM (10).

Pomoč in podpora bolniku z rakom v duševni stiski

Žalost in potrto sta normalna odziva na boleče življenjske dogodke. Spoprijemanje z maligno boleznijo in njenim zdravljenjem je dolgotrajen in postopen proces, v katerem se prepletajo različna doživljanja: šok, strah, negotovost, brezup, depresija. Negotovost glede prihodnosti je skupno doživljanje večine bolnikov z rakom. Bolniki se velikokrat sprašujejo »zakaj jaz« in »kaj sedaj«. Strah je pri velikem številu bolnikov najbolj povezan s trpljenjem in bolečo smrtjo, strah pa jih je tudi, da bi »ne biti dovolj močan« lahko vplivalo na slabši izid zdravljenja. Bolniki se najbolj bojijo invalidnosti in odvisnosti od drugih, izgube kontrole nad seboj, sprememb telesnega delovanja in izgube socialnih stikov ter da bi povzročali trpljenje najbližjim. Od leta 1999 se je v psihoonkološki literaturi za opis vseh teh odzivov na bolezen uveljavil izraz »psychological distress« - psihološki distress oz. psihološka stiska. Definiran je kot neprijetna čustvena, psihična, socialna in duhovna izkušnja, ki interferira s sposobnostjo spoprijemanja z boleznijo in njenim zdravljenjem. Zajema celo paleto, od običajnih normalnih občutij, ranljivosti, žalosti, strahu, od ovirajočih težav, kot so velika depresija, anksioznost, panika, občutek izključenosti (12).

Kako se bo posameznik spoprijemal z boleznijo, je odvisno od številnih dejavnikov. Najprej je pomembna sama bolezen in njeno zdravljenje, večkrat imajo z boleznijo več težav bolniki z napredovalo boleznijo, ob slabši prognozi, ob več telesnih težavah, predvsem bolečini. Pomembni so osebni dejavniki in trenutno življenjsko stanje – bolj ogroženi so samski in mlajši bolniki, pa tudi starejši od 65 let. Več stisk doživljajo tisti, pri katerih je v spoprijemanju z boleznijo v ospredju doživljanje nemoči, anksiozne preokupacije in fatalizem, v primerjavi z bolniki, kjer so prevladujoče aktivnejše strategije spoprijemanja (12).

Pomembno je prepoznati mejo med doživljanjem, ki je ob spoprijemanju z življenjem ogrožajočo boleznijo normalno, pričakovano, oziroma pretirano, celo

patološko. Anksioznost in depresivnost sta pri bolnikih z rakom žal premalokrat prepoznani in obravnavani. Tudi zato, ker pri ocenjevanju depresivnosti premalo upoštevamo kognitivne znake, kot so občutja krivde, suicidalno razmišljanje in anhedonija (13).

Če potrnost in žalost preraseta v depresijo, jo mora ZDM pravočasno prepoznati in zdraviti. Tretjina bolnikov z rakom je depresivnih. Depresijo je težko prepoznati, ker se lahko tudi stranski pojavi zdravljenja in sama bolezen kažejo na enak način: pojavijo se spremembe telesne teže, motnje spanja, različne bolečine, motnje v delovanju srca in ožilja, prebavil, motnje libida in potence, motnje menstrualnega ciklusa itd. Navadno se znaki depresije razvijejo postopoma: od potrnosti, zaskrbljenosti, občutka nemoči do črnogledosti, izgube zanimanja zase in okolico, duševne zavrtosti ali agitiranosti, občutka slabega samospoštovanja in potrebe po samodokazovanju. Na področju mišljenja se depresija kaže z zavrtim mišljenjem, s slabšo koncentracijo, s spominskimi motnjami, z revnimi asociacijami. Če ima bolnik z rakom predvsem dodatne duševne težave, kot so disforično razpoloženje, občutek krivde, brezupa in nebogljenosti, samomorilne misli in načrte, ga je potrebno zdraviti z zdravili in psihoterapijo. Najpogosteje pri zdravljenju depresije uporabljamo antidepresive iz skupine SSRI – novejša zdravila z malo neželenimi učinki in dobrim prenašanjem. Terapevtski učinek se pokaže šele po 2 do 4 tednih jemanja, v tem prehodnem obdobju pa bo ZDM bolniku pomagal z benzodiazepini, ki jih je potrebno kasneje ukiniti.

Pomembna na poti bolnika z rakom nazaj v normalno življenje in delo tudi socialna rehabilitacija, ki je odvisna od številnih dejavnikov socialnega okolja, kot so splošne predstave o raku ali dostopnost zdravstvenih storitev. Posebej težka je socialna rehabilitacija v okolju, kjer se bolnik srečuje s prepričanjem, da je rak »smrtna obsodba«.

Pomoč in podpora družini bolnika z rakavo boleznijo

Rak je bolezen, ki globoko pretrese tako posameznika kot celotno družino. Ni vseeno ali zbolil doslej zdrav človek, ni vseeno ali zbolil v družini mati, stara mati, oče ali celo otrok. Ob pojavu bolezni prehodi bolnik in družina krajšo ali daljšo pot soočanja z boleznijo in njenega spremljanja, v času zdravljenja se morajo reorganizirati in družina mora sprejeti skrb za bolnega člana, bolezen pa lahko pomeni za družino tudi pomembno zmanjšan družinski proračun. Družina tako doživlja veliko stisko in nemoč, ki je še posebej izrazita ob napredovali bolezni ali ko bolnik potrebuje več oskrbe. Seveda ne moremo mimo dejstva, da družina in svojci niso vedno vir pomoči in podpore. ZDM se med zdravljenjem tako sreča z duševnimi stiskami bolnika in njegovih svojcev, kjer so mu njegove sposobnosti in znanje komunikacije v veliko pomoč. Veščine komuniciranja v težavnih situacijah se lahko naučimo (15, 16). S poznavanjem posebnih tehnik zdravnik lažje obvladuje posebne situacije in svojo stisko ob tem. Posebej je zahtevna komunikacija z mladimi bolniki, ki imajo življenje ogrožajočo bolezen. Odločujoča je vloga staršev, ki so sami čustveno

prizadeti, postavljeni pred nalogo, da otroka seznanijo z boleznijo na njemu razumljiv način. Lahko pa vplivajo na marginizacijo mladih bolnikov, kar zelo moti razvoj uspešnega odnosa med njimi in zdravnikom (17). Pri otrocih, ki so bolj seznanjeni s svojo boleznijo in se lahko o svojem doživljanju pogovarjajo s starši, je stopnja anksioznosti manjša, izboljša pa se tudi komunikacija v družini. Če namreč otrok informacij ne dobi, si vrzeli izpolni sam - lahko še z težjo vsebino (12).

Tudi bolnike, ki so preživelih raka v otroštvu, kot tudi njihove svojce spremljajo psihične težave še po zaključku zdravljenja. Intervencijski program v obliki enodnevnega skupinskega svetovanja pri družinah združuje principe kognitivne vedenjske in družinske terapije s ciljem, da se zmanjšajo simptomi distresa, izboljša delovanje družine in olajša njen nadaljnji razvoj (18).

Slovensko društvo Hospic kot nevladna, neprofitna in humanitarna organizacija nudi strokovno in laično pomoč in podporo hudo bolnim in umirajočim bolnikom ter njihovim svojcem tudi v času žalovanja (19). Člani društva požrtvovalno nudijo pomoč bolnikom z rakom, saj so mnogi med njimi sami izkusili težo boleznijo in slovo od najbližjih.

Poklicna in delovna rehabilitacija

Bolniki, ki so ob odkritju raka v delovno aktivnem obdobju življenja, se zelo zgodaj v procesu zdravljenja soočajo tudi z vprašanjem poklicne rehabilitacije in strahovi, ali bodo še zmožni opravljati svoje delo, ali bodo dobili podaljšano pogodbo, ali bodo na delovnem mestu sprejeti in s strahovi, kaj bo v nasprotnem primeru s socialno in eksistenčno varnostjo.

Poklicna rehabilitacija je odvisna od tega, v kolikšni meri posledice boleznijo in njenega zdravljenja onemogočajo opravljanje določenega dela. Glede na mesto boleznijo so največkrat nezmožni za redno delo bolniki s tumorji centralnega živčnega sistema, tumorji glave in vratu, ter bolniki z levkemijami, pri moških pa še bolniki s pljučnim rakom. Izsledki tujih raziskav kažejo, da zagotavljanje zahtevane in pričakovane delovne učinkovitosti onemogočajo telesne posledice zdravljenja raka, emocionalna stanja, težave s pozornostjo in koncentracijo, utrujenost, pa tudi negativen odnos sodelavcev ter spremenjene osebne prioritete (12).

Bolniki pogosto povedo o pritiskih »uredi si vendar invalidsko«, o izgubah zaposlitve ter o težavah pri iskanju nove zaposlitve, še posebej če za bolezen povedo. Krog se pogosto sklene v ponovnem iskanju zdravniških dokazil o nezmožnosti za delo. Ocenjevanje delazmožnosti predstavlja tisto mejno področje v družinski medicini, ki največkrat postavlja na preizkušnjo odnos med bolnikom in zdravnikom. Pogosto predstavlja eno najbolj spornih točk v medsebojnem odnosu zdravnik – bolnik, odnos, v katerem si stojita nasproti medicinska stroka in bolnikovo subjektivno doživljanje boleznijo in njegova pričakovanja.

Če je le mogoče, poskusimo preprečiti beg bolnika v bolniški stalež, ki v določenih primerih predstavlja bolnikov poskus vzpostavljanja odnosov z okoli-

co, ki jih ne zna rešiti na ustrežnejši način (razrušen partnerski odnos, neustrezni odnosi na delovnem mestu). Pri dalj časa trajajoči odsotnosti z dela (po 30 koledarskih dneh) je potrebno bolnika napotiti na zdravstveno komisijo. Pri trajni izgubi zmožnosti za delo, kar še prav posebej velja za bolnike z napredovalim rakom, je potrebna napotitev na invalidsko komisijo (20).

Zaključek

Dolgotrajne posledice maligne bolezni in njenega zdravljenja lahko globoko posežejo v življenje posameznika in njegove družine ter pomembno znižujejo kakovost življenja tudi več let po zaključenem zdravljenju. Pravočasna in strokovno izvedena rehabilitacija, ki po definiciji vsebuje fizikalno, psihosocialno in poklicno rehabilitacijo lahko pomembno vpliva na izboljšanje kvalitete bolnikovega življenja med zdravljenjem in po koncu zdravljenja.

Staranje prebivalstva in naraščanje števila zbolelih zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni, kamor sodi tudi rak, zahtevata od ZDM, dodatna znanja izjemnega pomena je njegova vloga pri spodbujanju zdravega načina življenja. ZDM lahko tudi koristno spodbudi bolnikovo motivacijo s konkretnimi zadolžitvami in ga utrdi v prepričanju, da ne gre samo objokovati usode, pač pa da mora sam narediti kar največ, da bi bilo zdravljenje in rehabilitacija uspešnejše. Bolnikova motivacija je za zdravljenje in predvsem za rehabilitacijo ključnega pomena, kajti z močno motivacijo je moč premagati tudi veliko močnejšega nasprotnika. Še tako učinkovito zdravljenje in vsestranska rehabilitacija ne bo pomagala bolniku, ki ves čas razmišlja le o koncu. ZDM bo spoštoval bolnikovo avtonomijo, mu nudil spodbudo in upanje, v pogovoru s svojci bo realen in bo tudi njim v pomoč in podporo, ravno tako pa bo predstavljal povezavo med bolnikom in specialisti ustreznih strok.

Samo ZDM, ki bolnika dobro pozna, lahko v partnerskem odnosu, ki se je gradil v dolgih letih njunega medsebojnega sodelovanja, pomaga bolniku na poti soočanja in boja z rakavo boleznijo v vseh pogledih. Kot je zapisal nedavno preminuli premier dr. Janez Drnovšek: »Jutri je nov začetek. Končuje se staro, začenja se novo. Staro je mimo, je končano. V njem je bilo dobro in slabo. Dobro gre naprej, slabo pa naj ostane preteklosti«

Viri in literatura

1. Švab I. Bolnik s kronično boleznijo v ambulanti zdravnika družinske medicine. V Švab I, Kersnik J, eds. Vodenje kroničnega bolnika v družinski medicini. Zbornik 10. učnih delavnic za zdravnike v družinski medicini. Ljubljana 1999; 9-14.
2. Boyle P, Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Ann Oncol* 2005;1-8.
3. Incidenca raka v Sloveniji 2003. Ljubljana: Onkološki inštitut, Register raka za Slovenijo, 2004.

4. Incidenca raka v Sloveniji 2000. Ljubljana: Onkološki inštitut, Register raka za Slovenijo 2006.
5. Primic Žakelj M, Zadnik V. Rak v Sloveniji. Incidenca raka v Sloveniji 2001. Ljubljana. Onkološki inštitut, Register raka za Slovenijo, 2004. <http://www.onko-i.si/>
6. Pompe-Kirn V, Zakotnik B, Zadnik V. Preživetje bolnikov z rakom v Sloveniji 1963-1997. Ljubljana: Onkološki inštitut, Register raka za Slovenijo 2003.
7. Pisani P, Parkin DM, Bray F, Ferlay J. Estimates of the worldwide mortality from twenty-five cancers in 1990. *Int J Cancer* 1999; 83: 18-29.
8. Repše S. Priporočila za celostno obravnavo bolnikov z rakom prebavil. Ljubljana:1977; Ministrstvo za zdravstvo RS. 31-52.
9. Sanders CM, Braum M. Quality of life during treatment of cancer. *Br J Hosp Med* 1992; 48: 119-23.
10. Salobir U. Komunikacija v času umiranja. V : Onkološki vikend. Zbornik Paliativna oskrba bolnikov z rakom. Ljubljana: kancerološko združenje SZD, Onkološki inštitut, Zveza slovenskih društev za boj proti raku 2005; 91-94.
11. Krčevski-Škvarč N. Lajšanje bolečine po operaciji. *Medicinski mesečnik. Maribor* 2005;10-11:29-34.
12. Škufca-Smrđel AC. Psihosocialne razsežnosti rakave bolezni ter kakovost življenja pri bolniku z rakom. *Zdrav Vest, Ljubljana* 2007;12: 827-31.
13. Passik SD, Dugan W, McDonald MV, Rosenfeld B, Theobald DF, Edgerton S. Oncologist recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 1998;16:1594-600.
14. Snój Z, Ličina M. Depresija pri bolnikih z rakom. *Onkologija* 2002;2:50-4.
15. Lunder U, Kersnik J. Sporočanje slabe novice. *Med Razgl* 2003;42:73-9.
16. Lunder U. Sporazumevanje z bolnikom, ko mu je najtežje. V: 18. onkološki vikend. Zbornik Paliativno oskrba bolnika z rakom. Ljubljana: kancerološko združenje SZD; Onkološki inštitut: Zveza slovenskih društev za boj proti raku 2005:83-90.
17. Young B, Dixon-Woods M, Windridge KC, Heney D. Managing communication with young people who have a potentially life threatening chronic illness: qualitative study of patients and parents. *BMJ*, 2003;326:305.
18. Kazak AE, Simms S, Barakat L, Hobbie W, Folwey B, Golomb V, Best M. Surviving cancer completely program (SCCIP): A cognitive –behaviour anf family thery intervention for adolescent survivors of childhood cancer and their families. *Fam Process*, 1999;38 (2): 175-91.
19. Slovensko društvo Hospic, <http://www.drustvo-hospic.si//>
20. Zupančič M. Ocenjevanje delazmožnosti. In Švab I, Rotar- Pavlič D. Družinska medicina, Ljubljana, 2002; 690-4.
21. Oblak I. Onkološki vikend rehabilitacija po zdravljenju raka. *Onkologija Ljubljana* 2007; 2: 155-6.