

# Zdravstvena nega bolnika v paliativni oskrbi ob odpustu in pri ambulantni obravnavi

*Zlatka Mavrič, Marija-Mira Logonder*

## Uvod

Paliativna oskrba pomeni aktivno in celostno oskrbo, nego in spremljanje bolnikov od trenutka, ko se njihova bolezen ne odziva več na zdravljenje. V ospredje pride:

- zdravljenje bolečine in drugih simptomov napredovale bolezni,
- paliativna zdravstvena nega,
- lajšanje psihičnih, socialnih in duhovnih problemov,
- pomoč in opora svojcem med boleznijo in v času žalovanja.

Paliativna oskrba podpira življenje in spremlja umiranje kot naravno dogajanje ter omogoča bolniku, da lahko do smrti samostojno odloča o sebi. Smiselno je, da bolnik preživi preostale dneve v skladu s svojimi željami in potrebami. Naša vloga pri tem pa je omogočiti pogoje, ki so najbližje njegovim željam.

V proces paliativne oskrbe so vključeni tudi svojci, ki se jim nudi podpora, da so lažje kos boleznii in žalovanju. Odnos družine do neozdravljive bolezni in umiranja je odsev stanja v družbi, kjer smo smrt potisnili v bolnišnice in s tem na nek način prikrajšali posameznika in družino za postopno slovo in zadnje skupne trenutke. Ne glede na to, kje bolnik živi zadnje dni življenja, naj bo to skupna odločitev bolnika in svojcev glede na individualno negovalno, socialno in psihično stanje posameznika. Kakor traja povezava s svojci celo življenje, tako je tudi reševanje medsebojnih težav, ki se prepletajo v odnosih posamezne družine, dolgotrajen proces. Na tem mestu je potrebno poudariti pomen takojšnjega vključevanja celotnega paliativnega tima, ker je to najbolj zanesljiva pot do ustreznih rezultatov.

V paliativni zdravstveni oskrbi je zelo poudarjen pomen dobre komunikacije. Potrebna je, da si pridobimo zaupanje in sodelovanje bolnika in svojcev. Pravica bolnika je tudi, da o svoji bolezni izve toliko, kot sam želi in predvsem na njemu razumljiv način. Sama osnova dobre komunikacije pa je poslušanje bolnika v čim bolj umirjenem okolju, kjer bolnik ve, da smo si zanj vzeli čas. Lastnost posameznika, da opusti lastne »pravilne« predstave in sprejme bolnikovo mnenje z empatijo, pa je predpogoj za uspešnost in kakovost odnosa med medicinsko sestro in bolnikom.

---

*Zlatka Mavrič, viš. med. ses., Marija-Mira Logonder, viš. med. ses.*  
*Onkološki inštitut Ljubljana*

## **Uvajanje paliativne zdravstvene oskrbe na Onkološkem inštitutu Ljubljana**

Za lažje razumevanje vsestranske obravnave bolnika, ki jo nudi paliativni tim, sledi okvirna predstavitev organizacije paliativne zdravstvene oskrbe na Onkološkem inštitutu Ljubljana.

Paliativni tim sestavljajo:

- koordinator za paliativno oskrbo,
- dve paliativni medicinski sestri konzultantki,
- paliativni zdravnik,
- socialna delavka,
- sobni zdravnik,
- sobna medicinska sestra,
- psihologinja,
- protibolečinska služba,
- fizioterapevt,
- dietetik,
- duhovnik..

Čimprej po sprejemu paliativnega bolnika se morajo vključiti v obravnavo vse službe, ki lahko pomagajo pri reševanju njegovih težav. Naredili smo dokumentacijo, ki uporabno prikaže težave in pripomore, da vključimo potrebne člane tima.

Tim se sestaja tedensko, obravnava pereče probleme tako, da jih osvetli vsak strokovnjak s svojega vidika, vsi skupaj pa poiščemo najboljšo možno rešitev. Tim je odprt tudi za pobude, vprašanja in nasvete, ki bi bili v pomoč delavcem na terenu in odpuščenim bolnikom.

Pred odpustom bolnika se sestanejo člani tima, ki so pri določenem bolniku sodelovali s člani bolnikove družine, ki bodo udeleženi pri njegovi oskrbi doma. Vsak član tima poda svojcem navodila s svojega področja in pove, kje in kdaj je dosegljiv za nasvete in vprašanja. Navadno to rešujemo z mobilnimi telefoni.

Naša socialna služba obvesti patronažno službo na terenu, ko pa je bolnik doma, je kontaktna oseba, ki sprejema povratne informacije, koordinator za paliativno oskrbo.

Onkološki inštitut Ljubljana je prevelika ustanova, da bi za pokrivanje potreb paliativne zdravstvene nege zadoščali dve medicinski sestri konzultantki. Zaradi boljše komunikacije, uvajanja novosti in pregleda nad samim delom in številom bolnikov je na posameznem oddelku določena medicinska sestra, ki je prevzela nadzor nad matičnim oddelkom.

Še v tem koledarskem letu naj bi odprli oddelek za paliativno zdravstveno oskrbo, ki bo osnovna učna in razvojna enota za paliativo. Precej zaostajamo za tujino, kjer so specializacije za zdravnike iz paliativne medicine in medicinske sestre iz paliativne zdravstvene nege in oskrbe običajne in se še dolgo ne bomo mogli kosati z njihovo organizacijo terenskih ekip in ustanov za paliativno oskrbo. Uvajamo pa drugačen način dela in se bolniku skušamo čim bolj približati v razumevanju njegovih želja, potreb in stisk.

Eden od načinov približevanja in reševanja težav, ki jih doživljajo svojci in bolniki, je tudi začetek delovanja posvetovalnice za paliativno zdravstveno nego, ki je namenjena svojcem neozdravljivo bolnih. Učno uro vodita medicinska sestra in psihologinja, del časa pa je namenjen vprašanjem in dilemam, ki jih srečujejo. Možno je tudi individualno svetovanje, ki ga opravljamo že sedaj na oddelkih ob bolnikih in je del vsakodnevnih dolžnosti vsake medicinske sestre.

### **Simptomi in negovalni problemi, ki spremljajo bolnika pri napredovali bolezni**

Z napredovanjem maligne bolezni narašča število simptomov, ki bolniku slabšajo kakovost življenja. Pojav simptomov lahko predvidimo in jih z ustreznimi in s pravočasnimi ukrepi preprečimo ali ublažimo (2,3). Simptome moramo iskati ciljano, saj jih bolniki pogosto zamolčijo, ker mislijo, da »se tako ne da nič narediti«. Važno je tudi, da ugotovimo, kako pomemben je posamezni simptom za bolnika in koliko ga ovira pri želenih aktivnostih (15). Posamezni negovalni problemi se prekrivajo in različno izstopajo pri posamezniku.

V paliativni zdravstveni negi je poudarek na problemih bolnika in njegove družine, ne na bolezni. Naš cilj se je osredotočiti na bolnika in kakovost njegovega življenja. Pri tem moramo izhajati iz bolnikovega razumevanja lastnega stanja in si skupno z njim prizadevati uskladiti njegove želje oz. upanje z realnimi cilji (16).

#### **Osnovna nega:**

V času bolezni potrebuje človek čedalje več pomoči pri osnovnih higienskih in prehranjevalnih potrebah. Prav tako je potrebna pomoč pri gibanju in veliko ljudi težko sprejema v intimni svet svojih opravil čedalje več pomoči strokovnega osebja. Z občutkom in s taktom moramo ponujati svoje usluge, dovoliti, da opravi nekatere stvari sam in da sprejme določeno vrsto odvisnosti.

#### **Prehrana in prebava:**

Dodajanje različnih zdravil in analgezije, vedno slabša gibljivost in spremenjen prehranski režim so razlogi za težave v prebavi in odvajanju bolnika. Potrebno je natančno opazovanje, beleženje, pogovarjanje o željah in ocenjevanje bolnikovega stanja, da se ustrezno in sproti prilagajamo spremembam.

## **Slabost in bruhanje**

Imata različne vzroke, od zapore črevesja, metastaz v glavi, lahko ju povzroči kašelj, obsevanje določenih predelov telesa, kemoterapija, ... Olajšati ali odstraniti skušamo glavni vzrok, ostalo zdravljenje pa je medikamentozno.

## **Zaprtje**

Povezano je z manjšo gibljivostjo, medikamenti in z osnovno boleznijo. Odpraviti ga skušamo glede na vzrok (čim bolj balastna hrana, zadosten vnos tekočin, zdravila in klistir).

## **Kaheksija**

Nastopi zaradi razvoja osnovne bolezni, manjšega vnosa hranil, bolniku pa pomeni njegova izguba mišične mase in spremenjena telesna podoba tudi zunanji kazalec slabe prognoze. Posledično se lahko poglobi žalost in občutek nemoči. Z natančnim sledenjem vnosa hrane dobimo podatek, koliko prehranskih dodatkov bolnik potrebuje. Naš cilj je, da bi skušali obdržati težo in bolnikovo dobro samopodobo, zato poskrbimo tudi za fizično urejenost, za primerna oblačila in nego kože, ki postane ohlapna in suha.

## **Otežkočeno dihanje**

Za bolnika je to ena največjih stisk in strahov. Možno je, da je simptom osnovne bolezni, metastaz, sekundarne infekcije, pljučnih embolizmov, ... Poskrbeti je treba za dvignjeno vzglavje, dovolj svežega in vlažnega zraka, po naročilu zdravnika tudi dodajamo kisik. V paliativni medicini zasedajo vidno mesto tudi sprostitvene tehnike, to pa je glede na stisko, ki jo bolnik doživlja, gotovo čas, kjer je njihova uporaba zelo upravičena. Z bolnikom ravnamo umirjeno in smo stalno prisotni.

## **Spanje in počitek**

Praviloma se precej razlikujeta od navad doma in se jim prilagajamo glede na potrebe. Nespečnost lajšamo s prilagajanjem opravil pri bolniku, zračenjem prostora, ..., medtem ko povečano potrebo po počitku spoštujemo in glede na to organiziramo tudi opravila pri bolniku.

## **Psihično počutje**

Delno ga lahko razberemo iz vedenja bolnika samega, v daljšem razgovoru pa se često odkrije tudi strah, anksioznost, težave, ki jih bolnik še želi rešiti, žalost, brezup, agresija, ... Velikokrat zahteva ta problematika sodelovanje širšega paliativnega tima in povezovanje z osnovnim zdravstvom. Od njih dobimo dodatne informacije, sodelovanje pa prinese kontinuirano delovanje, če pride bolnik v domačo oskrbo.

## Bolečina

Je ena najpogostejših težav, ki jih rešujemo in ki jo bolniki najbolj s strahom pričakujejo. Z bolečino se srečujejo tudi zdravstveni delavci v osnovnem zdravstvu in na terenu. Na srečo je paleta lajšanja bolečin široka in uspešna, protibolečinsko dejavnost pa je možno razmeroma dobro organizirati tudi na terenu. Ker je dokazano, da je obvladovanje bolečine velikokrat težavno in obremenjujoče, je ta problematika v prispevku predstavljena poglobljeno.

Bolečina je najpogostejši simptom pri napredovali bolezni. V literaturi navajajo, da je srednje močna do močna bolečina prisotna pri več kot 75 % bolnikov v tem obdobju. Bolečina je ne le najpogostejša, ampak pogosto tudi najbolj strašljiva tako za bolnika in njegove svojce kot tudi za medicinske sestre in drugo zdravstveno osebje (1).

Žal pa bolečina ni edini problem. Spremljajo jo številni drugi simptomi, kot so strah, depresija, nespečnost, oslabelost in utrujenost, slabost, bruhanje, neješčnost, hujšanje, kaheksija, zaprtje idr., katerih vzrok ni le napredovala bolezen ampak so v tesni odvisnosti od bolečine.

Bolečina močno vpliva na kakovost bolnikovega življenja in je še kako pomembno, da jo ustrezno blažimo. Dolgotrajna in neustrezno zdravljena bolečina povzroča pri bolnikih strah, nezaupanje in celo depresijo (9). Raziskave so pokazale, da bolečina skrajšuje življenje, povzroča psihični stres, zmanjšuje telesno odpornost, manjša pokretnost bolnika, ki lahko vodi v pnevmonije ali trombembolije. Huda bolečina lahko pred biološko vodi v socialno smrt, ko bolnik ni več sposoben interakcije s socialnim okoljem (1,5). Nekateri govorijo o spiritualni smrti (13). Pri teh bolnikih ne gre le za fizično bolečino, ki je posledica bolezni (vraščanje raka-vega tkiva ali izločanja bioaktivnih snovi iz tumorja, ...), ampak za hkratno prepletanje različnih vidikov bolečine (psihični, socialno-ekonomski, kulturni in duhovni). Govorimo o totalni bolečini (6).

Naša osnovna naloga je:

- prepoznavanje bolečine v vsej svoji kompleksnosti; pri tem je potrebno predvideti, prepoznati in upoštevati vse dejavnike, ki vplivajo na bolnika in njegovo doživljanje bolečine (9);
- ocenjevanje in merjenje bolečine z uporabo različnih lestvic, primernih za posameznega bolnika (5,11);
- ustrezno lajšanje le-te.

Pri tem je potreben individualni pristop in zaradi kompleksnosti problemov tudi timsko delo, tako na nivoju bolnišnice kot tudi v povezavi s terenom. Bolnik z napredovalo boleznijo in s prisotnostjo bolečin (navadno gre za mešano bolečino, lokalizirano na več mestih) je slabo pokreten, nezmožen prevozov v ambulanto, zato je še kako pomembna povezanost med posameznimi ustanovami in domom, da se izognemo nepotrebnemu prevozu.

Znanstvene raziskave in klinične izkušnje kažejo, da je večji del bolečine možno odpraviti ali pa zmanjšati do nivoja ohranitve visoke ravni kakovosti bolnikovega življenja. Pri tem uporabljamo farmakološke in nefarmakološke metode. Pri farmakološkem zdravljenju vedno izberemo terapijo, ki sledi načelu učinkovitosti, enostavnosti, lahki dostopnosti in cenovni primernosti. V večini primerov, če ni težav s požiranjem in z uživanjem, je po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije in Priporočilih o zdravljenju bolečine pri odraslih bolnikih z rakom (7,5) najprimernejša in učinkovitejša terapija preko ust. Ko to ni mogoče ali narava bolečine zahteva drugačen način, uporabljamo druge poti vnosa, kot so: transdermalni obliži (Durogesic®, Transtec®), podkožne infuzije in/ali spinalni katetri (8,18). Znano je, da je pri več kot polovici bolnikov z rakom v zadnjih tednih življenja potrebna več kot ena pot vnosa opioidov. Izrednega pomena so tudi različne nefarmakološke metode, ki bolniku omilijo težave in olepšajo in osmislijo življenje(5).

Kljub številnim dognanjem in možnostim lajšanja bolečin pa so ta vedenja premalo prenesena v prakso (4). Tako bolniki še vedno prevečkrat trpijo zaradi neobvladane bolečine.

Vzrok je v:

- zdravstvenih delavcih:

- nezadostno poznavanje zdravil, tehnik in načinov zdravljenja ter pripomočkov,
- strah pred soočanjem z lastno bolečino in negativen odnos do bolečine,
- neresno jemanje bolnikovih tožb, saj naj bi bila bolečina spremljevalka določenih bolezenskih stanj,
- nerazumevanje bolnikovih potreb, neprepoznanje prisotnosti bolečine in neprepoznanje dejavnikov, ki bolečino stopnjujejo ali omilijo,
- kronično pomanjkanje časa za navezovanje zaupnega odnosa do bolnikov/svojcev s pogovorom in z večkratno oceno bolečine,
- strah pred odvisnostjo od zdravil, razvitjem tolerance in neželenimi stranskimi pojavi, ki bodo dodatno zapletli situacijo in zahtevali dodatne ukrepe (1,13);

- bolnikih:

- bolniki so premalo seznanjeni, da imajo pravico do ustreznega lajšanja bolečin,
- ne želijo biti nadležni in obremenjevati zdravstvenega osebja,
- strah, da bolečina pomeni poslabšanje bolezni,
- bolečina je subjektivna in intimne narave, zato jo bolniki težko opišejo in izrazijo ter predstavijo drugemu,
- strah bolnika pred odvisnostjo od zdravil,
- strah, da ne bo imel kaj vzeti, ko se bo stanje še poslabšalo in bo zdravila res potreboval,

- strah pred neprijetnimi stranskimi učinki,
- občutek odvisnosti od drugih,
- občutek, da je vsem v breme,
- občutek osamljenosti,
- pomanjkanje sredstev in neurejene družinske razmere;
- sistemu:
  - slabo sodelovanje med različnimi strokovnimi skupinami v zdravstvu,
  - pomanjkanje časa, kadra,
  - pomanjkanje skupnih standardov in navodil,
  - pomanjkanje ne toliko zdravil kot ustreznih in kakovostnih materialov zaradi omejenih finančnih sredstev,
  - pomanjkanje bolniških postelj v negovalnih bolnišnicah za lajšanje doma neobvladljivih simptomov.

Za doseg skupnega cilja - zagotoviti bolniku optimalno možno kakovost zaključka življenja in tudi svojcem omiliti nepotrebne probleme in skrbi, prispevamo in moramo prispevati vsi:

- osebje:
  - individualno delo z bolniki in s svojci (informiranje, učenje in svetovanje),
  - timsko delo na področju bolnišnice in terena,
  - povezovanje vseh udeležencev pri oskrbi bolnika,
  - vključevanje svojcev in različnih služb,
  - skupen dogovor o dosegljivih ciljih,
  - sprotno zaznavanje sprememb, hiter odgovor nanje in preverjanje uspešnosti izbrane terapije,
  - poznati vse metode in načine zdravljenja in o njih poučiti bolnika in svojce (10,14),
  - poznati poti vnosa in možnost rotacije opioidov (8),
  - dokumentiranje,
  - pridobivanje ustreznih znanj (18),
  - sposobnost opazovanja, poslušanja,
  - bolniku verjeti, da ga boli (resen pristop k bolniku zmanjša bolečino),
  - psihična podpora,
  - vzeti si čas in biti prisoten pri bolniku (pogosto že sama prisotnost pri bolniku olajša njegovo bolečino),
  - zagovornišтво bolnika,

- medicinska sestra je koordinator in pobudnik,
- osebna rast in izoblikovanje svojega odnosa do bolečine in umiranja,
- skrb za lastno zdravje in sposobnost premagovanja prevelike čustvene vpletenosti in izgorelosti, ki je lahko posledica prevelike čustvene vpletenosti in prizadetosti, ko se dotikamo zgodb bolnikov in svojcev (12);
- bolniki/svojci:
  - vključiti svojce,
  - individualno delo (seznanimo jih z vrsto in opisom bolečine, na kaj morajo biti pozorni, kako naj ocenjujejo in opisujejo bolečino, kako naj redno jemljejo predpisana zdravila, kaj naj storijo ob prebijajoči bolečini, kako titrirati zdravila, kako ocenjevati učinek dane terapije, opozorimo jih na opazovanje stranskih pojavov, možnost lajšanja stranskih pojavov),
  - pojav drugih simptomov, ukrepi ob zapletih, možnosti zamenjave poti vnosa, možnosti rotacije opioidov in pomen dokumentiranja (14),
  - učenje tehnik,
  - seznaniti z možnimi tehničnimi zapleti in ukrepi,
  - jasna navodila,
  - prepoznavanje dejavnikov, ki večajo ali blažijo bolečino,
  - sprostitvene metode in izvajanje nefarmakoloških postopkov (5);
- sistem:
  - timsko delo in sodelovanje vseh služb,
  - možnost kontakta in dosegljivosti (osebni zdravnik, patronaža, HOSPIC, onkolog, protibolečinske ambulante, ...),
  - planirani odpusti,
  - pravočasno zagotoviti pomoč in ustrezne pripomočke doma,
  - zagotoviti ustrezne in kakovostne materiale in pripomočke,
  - enotne doktrine,
  - enotni standardi (17),
  - ustrezni kadrovske normativi,
  - urejeno financiranje,
  - jasno, urejeno in poenoteno dokumentiranje.

Na področju zagotavljanja postavljenih ciljev je že marsikaj storjenega, čaka pa nas še veliko dela predvsem na področju sistemske urejenosti (standardi in poenotenje dela, kadrovske problemi, financiranje). Največ storjenega je bilo na področju izobraževanja zdravstvenega osebja in zdravstvenovzgojnega dela z bolniki in s svojci. Na Onkološkem inštitutu Ljubljana že več let poteka



izobraževanje bolnikov/svojcev individualno v ambulantni in na oddelkih, 24-urna možnost telefonskih konzultacij osebnih zdravnikov z algologom v zvezi s terapijo in z medicinsko sestro iz protibolečinske ambulante pri tehničnih zapletih. Odpusti so v večini primerov napovedani. Preko socialne službe in s povezovanjem s patronažno službo skušamo bolniku pravočasno zagotoviti ustrezne pripomočke. Bolniki odhajajo domov z ustreznimi pisnimi navodili za patronažno službo in zdravnika (18), pisna obvestila za bolnike in svojce pa so v pripravi. Ob odpustu dobijo tudi material, ki ga potrebujejo, dokler se to ne uredi na terenu. Izobraževanju zdravstvenega osebja so namenjena številna izobraževanja v okviru Onkološkega inštituta Ljubljana. Dvakrat letno poteka seminar o obvladovanju bolečine s teoretičnim delom in z učnimi delavnicami o delovanju elastomerskih črpalk, podkožnih infuzijah in spinalnih katetrih (18).

### **Zaključek**

Morda se je potreba po timski obravnavi bolnikov in tesnem sodelovanju med vsemi vpletenimi v proces celostne oskrbe najprej in najbolj pokazala prav pri obvladovanju bolečine. Pristop, ki ga zagovarja paliativa, je v bistvu najboljši in potreben uvajanja od prvega srečanja bolnika z bolnišnico oz. boleznijo. Kot vemo, je pri bolnikih v paliativni oskrbi prisotnih veliko neprijetnih simptomov in negovalnih problemov. Z ustreznim pristopom do bolnika, vključevanjem svojcev in drugih, znanjem in osebno zrelostjo ter empatičnim odnosom jih lahko pravočasno predvidimo in jih tako preprečimo ali pa vsaj močno omilimo. Neozdravljiva bolezen naj ne pomeni bolečine in trpljenja.

## Literatura:

1. Červ B. Kaj nas opredeljuje v težavnem odnosu do bolečine in umiranja ter kako vpliva ta odnos na sodelovanje in povezovanje. V: Krčevski Škvarč N(ur.) Zbornik predavanj 6. seminar o bolečini, Maribor 7.-8. junij 2002. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 2002: 203-207
2. Červek J. Principi paliativne oskrbe bolnika. V: Krčevski Škvarč N(ur.) Zbornik predavanj 6. seminar o bolečini, Maribor 7.-8. junij 2002. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 2002: 177-181
3. Červek J. Principi paliativne oskrbe. V: Novakovič S et al.(ur.) Zbornik 18. onkološki vikend, Laško, 10.-11. junij 2005. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega združenja, Onkološki inštitut Ljubljana in Zveza slovenskih združenj za boj proti raku, 2005: 9-12
4. Fink R, Gates R. Pain Assesment. In: Ferrell BR, Coyle N (ed.) Textbook of Palliative Nursing, New York: Oxford University Press, 2001: 53
5. Fine PG, Mac Low C. The last Chance for Comfort: An Update on Pain Management at the End of Life. September 2005.  
Dostopno na: [http://www.medscape.com/viewprogram/4450\\_pnt](http://www.medscape.com/viewprogram/4450_pnt), 6-10.2005
6. Krčevski Škvarča N. Bolečina in rak-splošna načela. V: Krčevski Škvarč N(ur.) Zbornik predavanj 3. seminar o bolečini, Zdravilišče Atomske toplice, 18.in19.junij 1999. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 1999: 13-22
7. Lahajnar S. Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. Onkologija 2000; letnik IV št.2: 86-100
8. Lahajnar S. Lajšanje bolečine pri bolniku z rakom. V: Novakovič S et al.(ur.) Zbornik 18. onkološki vikend, Laško, 10.-11. junij 2005. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega združenja, Onkološki inštitut Ljubljana in Zveza slovenskih združenj za boj proti raku, 2005: 64-67
9. Logonder M. Zdravstvena nega bolnika, ki ima bolečino. V: Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije. Ljubljana, Onkološki inštitut 2000: 194-206
10. Logonder M. Zdravstvena nega in oskrba bolnika s spinalnim katetrom. . V: Novakovič S et al.(ur.) Zbornik 18. onkološki vikend, Laško, 10.-11. junij 2005. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega združenja, Onkološki inštitut Ljubljana in Zveza slovenskih združenj za boj proti raku, 2005: 68
11. Lokar K, Logonder M, Lahajnar S. Sodobni trendi pri obravnavi bolnikov z bolečino-ocenjevanje bolečine. V: Skela Savič B(ur.), Logonder M(ur.), Lokar K (ur.) Zbornik predavanj 32.strokovnega seminarja Sodobni trendi v onkologiji in onkološki zdravstveni negi, Rogla, 29.-30. September 2005. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, 2005: 29-40

12. Lunder U. Izgorevanje zdravstvenih delavcev ob delu s težko bolnimi in njihovimi svojci. V: Krčevski Škvarč N(ur.) Zbornik predavanj 6. seminar o bolečini, Maribor 7.-8. junij 2002. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 2002: 211-215
13. Paice JA, Fine PG. Pain at the End of Life. In: Ferrell BR, Coyle N (ed.) Textbook of Palliative Nursing, New York: Oxford University Press, 2001: 76
14. Pain Control. A uide for people with cancer and their families. National Cancer Institute, American Cancer Society, 2003
15. Salobir U. Paliativna oskrba bolnika. Onkologija 2001; letnik V št.2: 87-90
16. Skela Savič B. Pomen zdravstvene nege pri paliativni oskrbi. V: Novakovič S et al.(ur.) Zbornik 18. onkološki vikend, Laško, 10.-11. junij 2005. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega združenja, Onkološki inštitut Ljubljana in Zveza slovenskih združenj za boj proti raku, 2005: 13-17
17. Standardi oskrbe spinalnih katetrov. Služba zdravstvene nege in oskrbe, Onkološki inštitut Ljubljana 28.2.2006
18. Zdravstvena nega in obvladovanje bolečine pri bolnikih z rakom. Pisno gradivo teoretičnega strokovnega izobraževanja in učnih delavnic. Ljubljana: Služba za zdravstveno nego in oskrbo, Onkološki inštitut Ljubljana, 2004. Neobjavljeno.

***Ostala uporabljena literatura:***

- Henderon V. Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1998
- Klevišar M. Spremljanje umirajočih, Ljubljana: Družina d.o.o., 1996
- Pera H. Razumeti umirajoče. Ljubljana: Župnijski urad Ljubljana - Dravlje, 1998.
- Skoberne M. Zdravstvena nega umirajočega. Zdravstveni obzornik 1986: 20; 187 - 209.