

# Zagotavljanje varnosti bolnikov z metastazami v glavi – predstavitev primerov

*Jožica Jošt, Ivanka Kržišnik*

## Izvleček

V članku je opisana pomembna vloga medicinske sestre pri zagotavljanju varnosti bolnikov z metastazami v glavi. Opisani so klinični znaki in simptomi metastaz v glavi in pogoste negovalne diagnoze za zagotavljanje telesne varnosti. Poudarjeno je dejstvo, da je skrb za varnost bolnikov kolaborativni problem. V drugem delu so predstavljeni bolniki s simptomi in težavami, povezanimi z zagotavljanjem varnosti. Poimenovane so negovalne diagnoze glede varnosti in opisani so načrti zdravstvene nege. Navedeni so problemi, s katerimi se srečujejo medicinske sestre pri zagotavljanju varnosti posameznih bolnikov.

**Ključne besede:** varnost bolnika, možganske metastaze, medicinska sestra

## Uvod

Evropske države so opredelile šest temeljnih načel kakovosti zdravstvene oskrbe: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakost in osredotočenje na bolnike. Pri tem je varnost bolnikov v Evropski uniji prednostna naloga, k uresničevanju katere se je s podpisom Luksemburške deklaracije o varnosti bolnikov 6. junija 2006 zavezala tudi Slovenija. Varnost bolnikov je zmanjševanje varnostnih zapletov med diagnostičnimi postopki, zdravljenjem, preventivo, rehabilitacijo, obsega pa tudi aktivnosti za izogibanje, preprečevanje in popravljanje varnostnih zapletov (Robida v Lapanja, 2007).

Zagotavljanje varnosti bolnika je pomembna naloga medicinske sestre. Pri tem le-ta upošteva drugo načelo kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ki pravi, da naj medicinska sestra spoštuje pravico bolnika do izbire in odločanja. Pri tem mora oceniti zmožnost avtonomije bolnika, ki so mu bolezen ali drugi dejavniki začasno ali trajno zmanjšali sposobnost samoodločanja (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1994). Pri obravnavi teh bolnikov so nam vodilo tudi bolnikove in človekove pravice ter temeljne svoboščine, zapisane v ustavi Republike Slovenije.

---

*Jožica Jošt, dipl. m. s., Ivanka Kržišnik, dipl. m. s.*

*Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo*

Pojava možganskih metastaz in karcinoze mening naraščata zaradi čedalje boljše kontrole sistemske bolezni in daljšega preživetja bolnikov. Simptomi in znaki teh zasevkov so zelo različni in nepredvidljivi. Za bolnika, njegove svojce in izvajalce zdravstvene nege je stanje lahko zelo dramatično, zato je zelo pomembno zagotoviti varnost bolnika.

Z naslednjim prispevkom želiva spodbuditi medicinske sestre, da bi skupaj z zdravstvenimi sodelavci v timu iskali rešitve za boljše zagotavljanje varnosti bolnikov z metastazami v glavi in tako prispevali h kakovostnejši zdravstveni negi in obravnavi bolnikov.

## Možganske metastaze

Pljučni rak v zgodnjih stadijih bolnikom ne povzroča težav in ga običajno odkrijemo naključno, večina bolnikov pa ima ob odkritju že znake napredovanja bolezni. Simptomi in znaki, ki jih bolniki opisujejo, so posledica lokalne rasti tumorja, zasevkov, paraneoplastičnih pojavov ali njihove kombinacije (Debeljak, Triller, 2001). Pri bolniku se kažejo simptomi in znaki zasevkov v plevri, perikardu, perifernih bezgavkah, kosteh, jetrih, nadledvičnicah, možganih (Zwitter, 2006).

Pljučni rak, melanom in rak dojke so primarni tumorji, ki najpogosteje zasevajo v možgane. Nekateri raki, kot sta melanom in pljučni rak, povzročajo številne metastaze, medtem ko rak dojke kar v 50 % solitarne metastaze. Možganske metastaze rastejo bolj kot okroglaste mase z odtrivanjem in se manj vraščajo v okolno možganovino. Najpogosteje povzročajo okolni edem zaradi okvare možgansko-žilne pregrade, lahko tudi zvišan intrakranialni pritisk in nevrološke znake zaradi premika mas in pritiska na možganske strukture, oddaljene od same metastaze (Roš Opaškar, 2005).

### Telesne in duševne motnje pri bolniku z možganskimi metastazami

Nekateri bolniki z možganskimi metastazami so brez kliničnih znakov in simptomov.

Telesne motnje pomenijo za bolnike velike težave. Med najpogostejšimi telesnimi motnjami so **glavoboli in slabosti, vrtoglavice, dvojni vid, motnje govora, bruhanje, epileptiformni napadi ali pareze udov** (Debeljak, Triller, 2001).

Do 50 % bolnikov z možganskimi tumorji ima duševne motnje in psihiatrične simptome. Mednarodna klasifikacija bolezni 10 (MKB 10) loči dve skupini:

- sindromi, pri katerih so najbolj izrazite motnje kognitivnih funkcij, kot so spomin, razum, učenje, zavest in pozornost;

- sindromi, kjer se izrazijo simptomi na področju zaznavanja (iluzije, halucinacije), vsebine in oblike mišljenja (blodnje, raztrgan govor), razpoloženja in čustev (depresija, anksioznost), osebnosti in vedenja (Kores Plesičar, 2001).

Navedeni znaki in simptomi niso nujno povezani z možganskimi metastazami, lahko so tudi posledica drugih vzrokov.

Za **organsko osebnostno motnjo** je značilna sprememba običajnih vzorcev vedenja, ki jih je imela oseba pred boleznijo. Najpogosteje je ta motnja posledica spremembe v čelnem ali senčnem režnju. Kaže se lahko kot razvoj psevdopsihopatske osebnosti, za katero je značilen prehod od razdražljivosti do odkrite nasilnosti, in kot razvoj psevdodepresivne osebnosti, pri kateri bolniki ne pokažejo nobenega zanimanja za dogajanje v okolici. Povezana je z labilnim in zbledelim čustvovanjem, apatijo ali evforijo, s slabim obvladovanjem impulzov, z neustreznim vedenjem, s kršitvami zakona, z lepljivim vedenjem. Včasih sledi tudi socialni umik (Kobentar, 1993).

O **zmedenosti** govorimo, ko opazimo, da so bolniki zbegani in le težko sledijo ukazom. Običajno so časovno in krajevno dezorientirani. Moten je njihov spomin, pogosta je zaspanost, ki pa jo lahko spremlja nočni nemir (Horvat, 1996).

**Delirij** je spremenjeno stanje zavesti, za katerega so značilni dezorientiranost, strah, huda vzdražljivost, motnje v razumevanju (interpretaciji) zunanjih dražljajev in pogosto tudi halucinacije. Prične se z znaki, kot so nemir, anksioznost, prestrašenost, preobčutljivost na svetlobo in zvok. Delirij se lahko pojavlja v dveh oblikah. Prevladuje lahko hiperaktivna oblika s stanjem povečane budnosti, ki jo pogosto spremljajo halucinacije, blodnje, agitiranost, neustrezno vedenje, ali hipoaktivna oblika s stanjem zmanjšane budnosti, s pogostejšo zmedenostjo in z redkim pojavljanjem halucinacij (Snoj, 2005).

**Anksioznost** je spoznavni, čustveni, fiziološki in vedenjski odgovor na dejansko ali na grozečo nevarnost. Anksiozna oseba opisuje občutje strahu, ki ga obdajata bojazen in groza.

Simptomi **depresije** so številni, nastopijo z različno intenzivnostjo in v različnih kombinacijah, zato je tudi velika raznolikost kliničnih slik pri posameznih bolnikih. Na čustvenem področju se depresivno razpoloženje kaže z množico neprijetnih čustvenih stanj, kot so potrnost, brezup, zaskrbljenost, občutek nemoči, tesnoba. Spremljajo ga tudi občutki pesimizma, izguba samospoštovanja, nebogljenost, občutek krivde. Bolnik je lahko psihomotorično zavrt ali pa agitiran. Depresiven bolnik je brezvoljen in lahko opusti tudi najosnovnejše dejavnosti, razmišlja o samomoru ali izraža samomorilsko vedenje. Na spoznavnem področju in na področju

mišljenja so simptomi depresije zavrto mišljenje, slabša koncentracija, spominske motnje in slabe asociacije (Snoj, 2005).

## **Pogoste negovalne diagnoze pri aktivnosti zagotavljanja varnosti**

Pri bolnikih z metastazami v glavi so znaki in simptomi različni, se spreminjajo, istočasno jih je lahko prisotnih več, zato se tudi negovalne diagnoze v zvezi z zagotavljanjem varnosti bolnika spreminjajo. Glede na znake in simptome bolnika so pri načrtovanju zdravstvene nege za zagotavljanje njegove varnosti pogostejše naslednje negovalne diagnoze:

- nevarnost poškodbe,
- nevarnost padcev,
- neučinkovita zaščita pred poškodbo,
- nevarnost za poškodovanje samega sebe,
- tavanje,
- nasilno obnašanje, nevarnost za nasilno obnašanje,
- nevarnost za neučinkovito obvladovanje terapevtskih predpisov,
- odklanjanje terapevtskih navodil (Gordon, 2003).

## **Kako zagotoviti varnost bolnika z metastazami v glavi?**

Medicinska sestra je član širšega zdravstvenega tima in ima pomembno vlogo pri zgodnjem odkrivanju simptomov in znakov metastaz v glavi, v izvajanju diagnostičnega in terapevtskega načrta ter pri načrtovanju, izvajanju in vrednotenju zdravstvene nege. Zagotavljanje varnosti bolnika je pomembno področje zdravstvene nege. Potreba po varnosti je za bolnika najpomembnejša, zato zahteva prizadevanje vseh, da izražajo s svojimi dejanji, mislimi in čustvovanji skrb za varnost bolnika. Medicinske sestre bolniku poleg odpravljanja fizičnih nevarnosti omogočajo ohranjanje fizične, psihične, socialne in ekonomske celovitosti (Jošt, 2006).

Za načrtovanje varnosti bolnika je pomembno kakovostno zbiranje informacij ter posredovanje in zapis le-teh. Obnašanja bolnika pred vstopom v našo obravnavo ne poznamo, zato so pomembni podatki svojcev o spremenjenem obnašanju, doživljanju okolice in sebe. Pomemben je vsak podatek, ki ga posredujejo bolniki, člani negovalnega in širšega zdravstvenega tima. Pomembno je tudi opazovanje bolnika, pri katerem sumimo na možganske metastaze. Težave teh bolnikov se spreminjajo,

zato je potrebno načrt zdravstvene nege za zagotavljanje varnosti prilagajati stanju bolnika. Zdravstvena nega teh bolnikov je izredno zahtevna, potreben je intenziven nadzor in pomoč bolniku pri življenjskih aktivnostih (Jošt, 2006).

Pri zagotavljanju varnosti bolnika naletimo na dileme, kdaj omejiti osebno svobodo. Kdaj je njegova varnost tako ogrožena, da je treba omejiti njegovo svobodo? Ali imamo pravico omejiti osebno svobodo nezdravljivo bolnemu? Ali lahko zagotovimo varnost bolnika s stalno navzočnostjo medicinske sestre? Kakšno vlogo in odgovornost imajo svojci in tudi drugi člani zdravstvenega tima?

## **Predstavitev primerov zagotavljanja varnosti bolnikov z metastazami v glavi**

### **51-letni bolnik z mikrokarcinozo peritoneja in s primarnim tumorjem v desnem spodnjem pljučnem režnju po zdravljenju s citostatsko kemoterapijo**

Simptomi, težave bolnika, povezane z zagotavljanjem varnosti: mravljinca v nogah in rokah, vrtoglavica, zanašanje v levo stran pri hoji, doma je kolabiral.

Negovalna diagnoza glede varnosti: nevarnost padca zaradi vrtoglavice, nestabilne hoje.

Načrt zdravstvene nege glede varnosti

Ob sprejemu je bil bolnik delno odvisen pri zagotavljanju varnosti. Načrtovali smo spremstvo medicinske sestre na stranišče in spremstvo pri hoji ter nadzor pri odvajanju. Bolnik je bil o tem poučen.

Dileme medicinske sestre pri zagotavljanju varnosti

Bolnik je bil ob sprejemu orientiran in vodljiv. Kljub opozorilom zdravstvenih delavcev je sam hodil po sobi in bolnišničnem oddelku. Dva dni po sprejemu je omedlel na stranišču (na levi ličnici odrgnina). Naslednji dan je dopoldne padel v sobi (brez posledic). Ta dan so bile tudi potrjene metastaze v glavi. Po pogovoru v zdravstvenem timu (medicinske sestre in zdravniki) smo se odločili za uporabo ovirnic, to je namestitev segufix pasu, če bi bolnik kljub nasvetom zdravstvenih delavcev še vstajal. Ker mu je bila nastavljena infuzija in je bolnik miroval, mu ovirnic nismo namestili. Ponoči je znova vstal in padel ob postelji (odrgnina noge). Bolniku smo nato namestili segufix pas. Bolnik je povedal, da ga le-ta ne moti. Z namestitvijo segufix pasu je postal popolnoma odvisen pri vseh življenjskih aktivnostih in nadzor

nad njim je bil izvajan na 15 minut. Osebe mu je z aktivnostmi zdravstvene nege omogočilo, da je ohranil svoje dostojanstvo, saj je lahko sam jedel in uporabljal urinsko steklenico. Ob obiskih svojcev smo bolniku segufix pas odstranili.

### **57-letna bolnica z drobnoceličnim karcinomom pljuč in z metastazami v centralnem živčnem sistemu po zdravljenju s citostatsko kemoterapijo**

Simptomi, težave bolnice, povezane z zagotavljanjem varnosti: poslabšan vid na obeh očesih pogosti glavoboli, pozabljivost (sama je opisala, da je v spominu zamenjevala stvari, kar se je zavedala), občutek teže v glavi (povedala je, da ima občutek, kot da ji nekdo tišči pokrovko na glavo).

Negovalne diagnoze glede varnosti: **nevarnost padca zaradi spremembe vida in oslabelosti.**

#### Načrt zdravstvene nege glede varnosti

Ob sprejemu je bila bolnica delno odvisna. Načrtovali smo spremstvo medicinske sestre na stranišče in spremstvo pri hoji ter nadzor pri odvajanju.

#### Dileme medicinske sestre pri zagotavljanju varnosti

Bolnica je bila lepo vodljiva in je upoštevala navodila zdravstvenega osebja.

### **58-letni bolnik z epidermoidnim karcinomom pljuč in z metastazami v glavi in jetrih**

Simptomi, težave bolnika, povezane z zagotavljanjem varnosti: bil je brez kliničnih znakov in simptomov metastaz v glavi. V bolnišnico se je pripeljal sam z osebnim avtomobilom.

Negovalne diagnoze glede varnosti: **nevarnost za poškodovanje samega sebe in drugih.**

#### Načrt zdravstvene nege glede varnosti

Bolnik je bil samostojen pri opravljanju vseh življenjskih aktivnosti.

#### Dileme medicinske sestre pri zagotavljanju varnosti

Bolnik je bil z diagnozo metastaze v glavi odpuščen za vikend in je želel, da sam vozi avto. Po pogovoru z zdravnico in nato še z medicinsko sestro ter z njegovimi svojci je bolnik odšel na vikend poučen o možnih znakih in pravih ukrepih ob simptomih metastaz v glavi.

## **58-letni bolnik z drobnoceličnim pljučnim rakom na citostatski kemoterapiji**

Bolnik je bil rojen v Bosni in Hercegovini, nato je 20 let delal v Nemčiji, zadnja tri leta je živel z družino v Sloveniji.

### Simptomi, težave bolnika, povezane z zagotavljanjem varnosti

Ob sprejemu je bolnik na enostavna vprašanja smiselno odgovarjal, bil je oslabil in izražal je strah pred zdravljenjem in potekom bolezni. Težje sporazumevanje smo pripisovali slabšemu znanju slovenščine. Iste informacije, navodila smo mu povedali večkrat, a je kljub temu v procesu obravnave slabše sodeloval. Njegove odločitve so bile nepredvidljive. Tako je kljub nasvetu medicinske sestre v popoldanskem času zapustil bolnišnični oddelek. Oblečenega le v pižamo je medicinska sestra našla v parku, ležečega na tleh s poškodbo na glavi (razpočna rana na čelu).

### Negovalne diagnoze glede varnosti: nevarnost padca zaradi oslabelosti.

Spremenjeno vedenje bolnika smo ugotovili šele po nesrečnem dogodku. Po ponovni oceni so bile še dodane negovalne diagnoze glede varnosti: **tavanje, nevarnost za neučinkovito obvladovanje terapevtskih predpisov, odklanjanje terapevtskih navodil, nevarnost za poškodovanje samega sebe.**

### Načrt zdravstvene nege glede varnosti

Bolniku smo odredili spremstvo medicinske sestre pri hoji zaradi oslabelosti.

Po nesrečnem dogodku smo v načrt zdravstvene nege dodali pogosto opazovanje bolnika in po pogovoru s svojci in v zdravstvenem timu (medicinske sestre, zdravniki) se nismo odločili za uporabo ovirnic, temveč za stalno prisotnost svojcev.

### Dileme medicinske sestre pri zagotavljanju varnosti

Svojci ob sprejemu niso povedali o spremenjenem vedenju bolnika. Želeli so ga zaščititi pred predsodki v naši družbi, bali so se drugačnega obravnavanja bolnika, niso bili seznanjeni o pomembnosti teh podatkov za izvajalce zdravstvene nege.

## **72-letni bolnik s karcinomo prostate, z zasevki v kosti in v plevro, prisotno srčno popuščanje, prisotni slabokrvnost in bolečina**

### Simptomi, težave bolnika, povezane z zagotavljanjem varnosti

Ob prvi oceni dejavnikov tveganja za padeč ni bilo potrebe za načrt zdravstvene nege glede aktivnosti varnosti. Nočna medicinska sestra je zjutraj sporočila, da bolnik ponoči ni spal, da je celo noč hodil po hodniku, da je imela občutek, da ga je bilo

strah in da je izražal nemir. Strah in nemir sta se povečevala, ko je želela, da gre v bolniško sobo in v posteljo. Tedaj je postal agresiven v pogovoru. Tudi podnevi ni želel v bolniško sobo, bil je utrujen, toda pogovorljiv, slabše sodelujoč. Zgodba se je ponovila naslednjo noč. Bil je razdražljiv in na njegove odločitve nismo mogli vplivati. Po dveh neprespanih nočeh in dnevih smo vedenje bolnika bolj spoznali. Vključili smo tudi svojce. Povedali so, da so spremembo v vedenju opazili že doma po uvedbi analgetične terapije. Že doma se je bolnik hitro vznemiril in jim je grozil, bil je zmeden, ni spal, videl je pošasti, imel je samomorilne težnje in občutek, da ga zastrupljajo. Svojci so znake in simptome bolnika prikrivali. Bali so se, da ne bo sprejet v bolnišnico, zato so poudarjali lenjgove telesne simptome. V pogovoru so nam svojci peti dan povedali, da se ga bojijo, ker ima doma orožje. Končno pa so nam le zaupali, da je doma že uporabil orožje in je streljal v strop.

**Negovalne diagnoze glede varnosti: nevarnost za poškodovanje samega sebe in drugih, nevarnost za neučinkovito obvladovanje terapevtskih predpisov.**

#### Načrt zdravstvene nege glede varnosti

Kolaborativni problem smo reševali v zdravstvenem timu zdravniki in medicinske sestre. Opazovanje bolnika in prepoznavanje znakov hude vzdražljivosti, strahu, nemira ter preobčutljivosti za dražljaje iz okolice je vplivalo na odločitev zdravnika za napotitev bolnika k psihiatru. Do premestitve smo uvedli stalen nadzor bolnika in umirjeno komunikacijo z njim.

#### Dileme medicinske sestre pri zagotavljanju varnosti

Zgodba bolnika bi se lahko zaključila tragično. Bolnišnični oddelek ni opremljen za vodenje bolnika z delirijem in medicinske sestre nimamo dovolj znanja in izkušenj za zagotavljanje varnosti pri tovrstnih bolnikih.

### **60-letni bolnik z epidermoidnim karcinomom pljuč in z metastazami v centralnem živčnem sistemu**

#### Simptomi, težave bolnika, povezane z zagotavljanjem varnosti

Bolnik je bil pogovorljiv, sodelujoč in je navajal težave: vrtoglavico, izgubo sluha v desnem ušesu, hemiparezo levo, manjšo natančnost gibov desno in občasno pozabljivost. Navedel je, da se denimo ni mogel spomniti številke kode mobilnega telefona, ko se mu je ta izpraznil. Povedal je, da je zaradi pozabljivosti v veliki stiski in da ga je tega spoznanja bolj strah kot hemipareze. Žena je povedala, da je postal osebno spremenjen.



Negovalne diagnoze glede varnosti: nevarnost padca zaradi vrtoglavice in hemipareze.

Načrt zdravstvene nege glede varnosti

Odrejeno je imel spremstvo pri hoji, prisotnost medicinske sestre med odvajanjem in namestitvev klicne naprave na doseg roke. Kljub sodelovanju bolnika je prišlo do padca, ko je pozabil, da nima občutka v levi nogi in je sam vstal. Posledica nesrečnega dogodka je bil očalni hematoma. Med hospitalizacijo je bolnik imel tudi epileptični napad, tako da smo spremenili načrt zdravstvene nege pri aktivnosti gibanja. Odredili smo mu prevoz s sedečim vozičkom.

Dileme medicinske sestre pri zagotavljanju varnosti

Za bolnika, ki je bil pred dvema mesecema še športno aktiven, je bila omejitev gibanja zelo občutljivo področje pogovora. Medicinska sestra je morala na empatičen in strokoven način razložiti vzroke za tako odločitev, predvsem pa je bolnika vanjo aktivno vključila.

## **Zaključek**

Skrb za varnost bolnika z metastazami v glavi je pomembna naloga medicinske sestre. Zaradi različne simptomatike in hitrega spreminjanja je potrebno načrt zdravstvene nege prilagajati trenutnim težavam bolnika. Individualni pristop in sodelovanje vseh članov negovalnega in širšega zdravstvenega tima ter znanje in izkušnje medicinske sestre, njeno spretno opazovanje fizičnega vedenja, verbalnih in psihičnih sprememb bolnika prispevajo h kakovostni obravnavi, k zagotavljanju varnosti in spoštovanju osebnosti bolnika. Pomembno je vključevati svojce, in sicer tako pri zbiranju informacij o bolniku kot tudi v pomoč pri zagotavljanju varnosti v bolnišnici in pri iskanju varnih rešitev za bolnika po odpustu iz bolnišnice.

Zagotavljanje varnosti bolnika in preprečevanje neželenih dogodkov je naloga vseh članov negovalnega in širšega zdravstvenega tima. Pravočasna, natančna in dokumentirana informacija o bolniku vpliva na zagotavljanje njegove varnosti. Pomembna sta skupno načrtovanje aktivnosti in enotna dokumentacija. Partnerski odnos med medicinsko sestro, zdravnikom, bolnikom in njegovimi svojci prispeva k pridobivanju pomembnih informacij za preprečevanje neželenih dogodkov. Včasih svojci zamolčijo spremenjeno vedenje bolnika, zato, ker ga želijo zaščititi pred predsodki v družbi.

Pri odpustu bolnika z metastazami v glavi ima medicinska sestra zelo pomembno vlogo, saj mora preveriti znanje o pravih ukrepih ob simptomih in poslabšanjih

bolezni, in sicer pri bolniku, predvsem pa pri njegovih svojcih. Dobro poučeni bolniki in svojci so najboljše zagotovilo za varnost bolnika in njegovih bližnjih. Medicinska sestra ob odpustu bolnika informira o tem tudi patronažno in socialno službo, če je to potrebno.

### *Literatura in viri*

- Debeljak A., Triller N. et al. Smernice za internistično obravnavo bolnika s pljučnim rakom. Zdrav vestn 2001; 70: 751-70.
- Filej B., Kersnič P. Zbornik predavanj in posterjev 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege, Lapanja A., Ljubljana, 10.-11. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2007: 674.
- Gordon M. Negovalne diagnoze: priročnik. Maribor: Radizel Rogina, 2003.
- Horvat M., Možina H. Razpoznavna vzrokov nezavesti. In: Bručan A., Gričar M. Urgentna medicina: Izbrana poglavja 2. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, 1996; 307-12.
- Jošt J., Žižmond N. Dilema medicinske sestre – kako poskrbeti za varnost pri pacientu z metastazami v glavi.V: Kadivec S. 5. golniški simpozij, Golnik, Brdo pri Kranju, 13.-14. oktober 2006. Obravnava pljučnega bolnika v bolnišnici: zbornik predavanj za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Golnik: Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 2006, str. 50-54.(COBISS.SI-ID 21950937)
- Kobentar R. Zadovoljevanje socialnih potreb starostnikov v ustanovi. Diplomsko delo. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani, 1993.
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1994:4.
- Kores Plesničar B. Somatske bolezni s psihiatrično klinično sliko. 145-49.
- Roš Opaškar T. Nevrološki zapleti pri napredovalem raku. Paliativna oskrba bolnikov z rakom: zbornik/18. onkološki vikend. Laško, 2005; 72-6.
- Snoj Z. Najpogostejše psihiatrične motnje pri bolnikih z rakom. Paliativna oskrba bolnikov z rakom: zbornik/18. onkološki vikend. Laško, 2005; 77-82.
- Zwitter M. in sod. Smernice obravnave pljučnega raka, marec 2006.