

VLOGA ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE PRI ZDRAVLJENJU IN REHABILITACIJI BOLNIKA Z RAKOM *FAMILY DOCTOR'S ROLE IN TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENT WITH MALIGNANT DISEASE*

Prim. asist. Ksenija Tušek Bunc, dr. med.,¹ prim. prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.²

¹ Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani

² Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Mariboru

Povzetek

Rakave bolezni so pomemben javno-zdravstveni problem v svetovnem in tudi v slovenskem merilu. Incidenca raka v zadnjih desetletjih vztrajno narašča. Na srečo pa narašča tudi ozdravljivost, tako da postaja rehabilitacija bolnikov z rakom in njihova vrnitev v socialno in delovno okolje vse bolj pereč problem. Zdravnik družinske medicine (ZDM) mora poleg diagnostičnih in terapevtskih možnosti dobro poznati tudi najrazličnejše možne načine rehabilitacije, ki bi jih bilo treba načrtovati že ob začetku zdravljenja. Vodenje bolnika z rakom v družinski medicini se od vodenja v drugih strokah razlikuje predvsem v celostni obravnavi bolnika, kar pomeni, da se ZDM pogosteje srečuje z bolnikom, ki ima celo vrsto različnih bolezni in je rak le ena izmed njih.

Zdravniki družinske medicine vidimo svojo vlogo predvsem pri preprečevanju in zgodnjem prepoznavanju raka. Ob tem so prepoznavanje dejavnikov tveganja in priporočila za zdrav vedenjski slog pomembna orodja v rokah zdravnikov družinske medicine v prizadevanju za zmanjšanje obolevnosti in umrljivosti. ZDM mora pri bolnikih z rakom, če je to potrebno, poskrbeti za učinkovito lajšanje bolečine, kar je najpogosteje prvi korak v rehabilitaciji, nadalje mu mora svetovati glede spremembe življenjskega stila ter mu ponuditi še druge oblike rehabilitacije: psihosocialno, delovno ali poklicno, ter mora nuditi pomoč tudi bolnikovi družini. Poudarek je na pravočasni in strokovno izvedeni rehabilitaciji, končni cilj celostne rehabilitacije pa je izboljšanje kakovosti bolnikovega življenja po končanem zdravljenju. Ob tem mora ZDM nujno sodelovati s celotnim rehabilitacijskim timom.

Ključne besede:

rakave bolezni, zdravnik družinske medicine, rehabilitacija

Summary

Cancer diseases present an important public health issue in the world as well in our country. The prevalence of malignancies is continuously rising in the past years. The advances in medical technology contribute to better outcomes, which add additional problems, how to return to their social and working environment. Family physician has to possess knowledge on diagnostic, treatment and rehabilitative options in order to plan all those activities from the beginning of the cancer care. Family practice management of cancer patients must be holistic and comprehensive, as cancer patients usually have besides cancer also several other conditions.

The main role of family physicians in cancer care is prevention and long term care. The main tools to diminish morbidity and mortality due to cancer diseases are early identification of risk factors and recommendations for a healthier life style. In cancer patients pain relief is a very important task of family physicians, which only one step in the rehabilitation process followed by life style modification and other aspects of rehabilitative activities, i.e. psychosocial support, adaptation of working and living conditions. Support to the families plays an important part of family practice. The main emphasis is in timely and quality rehabilitation activities, the ultimate aim but patient's quality of life. Family physician has to collaborate with other members of the team.

Key words:

malignant diseases, family doctor, rehabilitation

UVOD

Vselej, ko človek zboli za rakom, zboli kot celovita osebnost. Zdravnik družinske medicine (ZDM) v skladu z usmerjenostjo in poslanstvom družinske medicine obravnava vsakega posameznega bolnika celostno. Tako pri bolniku ne upošteva samo biomedicinskega vidika, pač pa tudi druge, npr. funkcionalni in socialni vidik. Samo na tak način lahko uspešno vodi bolnika z rakavo boleznijo. To od njega terja celo vrsto sposobnosti, od katerih je klinično znanje samo ena od njih. Vodenje bolnika v družinski medicini se od vodenja v drugih strokah razlikuje predvsem v dejstvu, da ZDM ocenjuje bolnika, ne pa bolezen. To med drugim pomeni, da se najpogosteje srečuje z bolnikom, ki ima celo vrsto različnih bolezni in ima rakava bolezen le trenutno prednost. Sodelovanje z bolnikom, ki ima več bolezni, je bistveno zahtevnejše in pomembnejše 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 na sodelovanje. Tako je partnerski odnos pri vsakem bolniku bistvenega pomena. Vključiti mora tudi poznavanje bolnikovega okolja, predvsem družine in svojcev, pri čemer je nepogrešljivo sodelovanje patronažne službe. Pri posvetu z bolnikom bo ZDM ugotovil, kako družina in svojci doživljajo bolnikove zdravstvene težave, kako le-te vplivajo na delovanje družine in kako spreminjajo vloge njenih članov. Pri načrtovanju vodenja, zdravljenja in rehabilitacije bolnika vselej vpraša, 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

Zdravnik družinske medicine (ZDM) se srečuje z bolnikom z rakavo boleznijo v vseh njenih stadijih. Veliko lahko naredi pri njenem odkrivanju, tako da dobro pozna problematiko rakavih bolezni, je temeljit in natančen pri anamnezi in kliničnem pregledu. Nobenega dvoma ni torej, da ima ZDM odločilno vlogo pri svetovanju in napotitvah za odkrivanje zgodnjih oblik raka. Natančna družinska anamneza je poleg drugega odlična in uspešna metoda, ki omogoča, da testiramo ali natančneje pregledujemo bolnike z večjim tveganjem za posamezno vrsto raka.

Še pomembnejša pa je njegova vloga, ne le zgolj pri zgodnjem odkrivanju, pač pa tudi pri preprečevanju raka, in sicer je to njegova svetovalna vloga: bolniku lahko svetuje vključevanje v presejalne programe in predvsem mu svetuje preventivne ukrepe v smislu zdravega življenjskega stila.

Pri vodenju bolnika z rakom je odločilnega pomena sodelovanje s specialisti ustreznih strok, npr. s kirurgom, če je seveda bolnik bil operiran, ali onkologom, ki bosta z odpustnim pismom ZDM temeljito seznanila z dosedanjim zdravljenjem, opravljenim operacijskim posegom, morebitnimi zapleti po operaciji, nujnostjo nadaljevanja zdravljenja in kontrolnih pregledov. Takšno sporazumevanje in sporazumevanje z napotnicami ima sicer nekatere pomanjkljivosti, a je še vedno del našega vsakdana. Resnici na ljubo, izvidi, ki jih prejmemo, pogosto niso taki, da bi ZDM podali zadovoljive podatke in nasvete o skupnem bolniku. Nujno potrebno bi bilo izboljšati povezavo med zdravniki primarne in sekundarne ravni. Prihodnost je gotovo v sodobni računalniški tehnologiji in v vseslovenski mreži, ki bi uporabnikom ponudila boljše možnosti 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 drug drugega pravočasno in dovolj izdatno obveščajo o svojem delu zdravljenja.

Spremljanje bolnikov z rakom je vseživljenjsko. Pri operacijskem zdravljenju na primer, naj bi vodenje takega bolnika prevzel kirurg, ki je bolnika operiral. S polno resnostjo in odgovornostjo bo takega bolnika spremljal tudi ZDM, še posebej, če izhajamo iz dejstva, 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 pri 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 dodatno operacijsko ali onkološko zdravljenje, nadalje je cilj vodenja pomoč bolnikom pri njihovih težavah in svetovanje glede zdravljenja z zdravili in ustrezne rehabilitacije z namenom, da bi izboljšali kakovost bolnikovega življenja (8, 9). Posledice rakave bolezni in zdravljenja so lahko specifične težave, ki jih mora ZDM bolniku ob kontrolnih pregledih na razumljiv način pojasniti in za razreševanje le-teh ustrezno ukrepati. S primernimi nasveti, ustreznimi zdravili in rehabilitacijo bo ZDM poskušal zmanjšati posledice bolezni in na ta način bo v novih razmerah, upošteva čustveno in socialno ozadje, skrbel za kakovost bolnikovega življenja. Bolniku bo svetoval ustrezno prehrano. Tako bo, npr. bolniku z ileostomo, kjer je izguba tekočine precejšnja, svetoval, naj čez dan zaužije več tekočine, naj se izogiba hrani, ki vsebuje veliko celuloze, sadnim sokovom, močno začinjeni hrani in hrani, ki deluje odvajalno. Spet drugače bo svetoval bolniku s kolostomo.

Po paliativnih operacijah, ko je indicirano simptomatsko medikamentno zdravljenje, je to lajšanje bolečin in vzdrževanje duševnega ravnovesja. V okvir sodobnega ocenjevanja kakovosti življenja sodijo poleg ocenjevanja bolečin, hujšanja, splošnega počutja, apetita, spanja še stopnja aktivnosti in

delazmožnost bolnika, odnos bolnika do stanja, kot so skrb, pogum, žalost, potrnost, obup, dvomi ipd. Pomoč bolniku z rakom in ohranjanje kakovosti njegovega življenja je gotovo ena najpomembnejših nalog ne le ZDM, pač pa slehernega zdravnika in je humano poslanstvo zdravniškega poklica.

Pri težje oviranih zaradi različnih medicinskih ukrepov pa bi bili poleg patronažnega varstva potrebni tudi fizioterapija in delovna terapija na domu, ki pa je v Sloveniji Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) zaenkrat še noče priznati kot storitev, plačljivo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Bolniki in svojci si morajo pomagati na različne načine, da bi se bolnik toliko rehabilitiral, da bi bil sposoben samostojno opravljati čim več osnovnih življenjskih aktivnosti. T. i. pomoč na domu je samo kaplja v morje potreb težko bolnih.

Ko govorimo o vodenju bolnika z rakom, gotovo ne moremo zaobiti bolnikov s slabo prognozo. Umiranje je tedaj kot temna senca, ki spremlja rakavo bolezen. Strah pred smrtjo, trpljenjem in bolečino hromi duševnost 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 z bolnikom in njegovimi najbližjimi spregovori tudi o temni plati bolezni, o tesnobi, strahovih, ki spremljajo pričakovanje slovesa. Lahko bi rekli, da proti koncu bolnikovega življenja pogovor postane najpomembnejši terapevtski pripomoček slehernega zdravnika, še posebej ZDM (10).

LAJŠANJE BOLEČIN – ZAČETNI KORAK PRI REHABILITACIJI BOLNIKA Z RAKOM

Sedare dolorum, opus divinum est

Skrajševanje časa bolnišnične oskrbe je razlog, da tudi bolnik z rakasto boleznijo zgodaj zapusti bolnišnico. Tedaj je naloga ZDM predvsem učinkovito lajšanje akutne (npr. bolečine po operaciji) in kasneje še kronične bolečine, kar uspešno pomaga bolniku na poti rehabilitacije. Številne študije pa tudi praksa kažejo, da bolniki še vedno hudo trpijo zaradi bolečin kljub veliki izbiri različnih metod za lajšanje bolečine. ZDM se zavedajo potrebe po učinkovitem lajšanju bolečine. Z učinkovitim lajšanjem bolečine prispevamo h kakovosti bolnikovega življenja, izboljšamo izid zdravljenja in rehabilitacije.

PSIHOSOCIALNA REHABILITACIJA BOLNIKA Z RAKOM

Žalost in potrnost sta normalna odziva na boleče življenjske dogodke. Spoprijemanje z rakavo boleznijo in z njenim zdravljenjem je dolgotrajen in postopen proces, v katerem se prepletajo različna doživljanja: šok, strah, negotovost,

brezup, depresija. Skupno doživljanje večine bolnikov z rakom je negotovost glede prihodnosti. 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 bili dovolj močni«, kar bi lahko vplivalo na slabši izid zdravljenja. Bolniki se najbolj bojijo zmanjšanih zmožnosti in odvisnosti od drugih, izgube kontrole nad seboj, sprememb telesnega delovanja in izgube socialnih stikov ter da bi povzročali trpljenje najbližjim.

Pomembno je prepoznati mejo med doživljanjem, ki je ob spoprijemanju z boleznijo, ki ogroža življenje, »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, samomorilno razmišljanje in anhedonija (13).

Če potrnost in žalost prerasteta 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 agitacije, občutka slabega samospoštovanja in potrebe po samo-dokazovanju. 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 disfориčno razpoloženje, občutek krivde, brezupa in nebogljenosti, samomorilne misli in načrte, ga je treba zdraviti z zdravili in psihoterapijo. Najpogostejše pri zdravljenju depresije uporabljamo SSRI antidepressive – novejša zdravila z malo stranskimi učinki, ki ga bolniki dobro prenašajo. Terapevtsko začnejo delovati šele po 2 do 4 tednih jemanja, v tem prehodnem obdobju pa bo ZDM bolniku pomagal z benzodiazepini, ki jih je kasneje treba ukiniti.

Na poti vračanja bolnika z rakom v normalno življenje in delo je pomembna 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 še vedno srečuje s prepričanjem, da je rak »smrtna obsodba«.

REHABILITACIJA DRUŽINE BOLNIKA Z RAKAVO BOLEZNIJO

Rak je bolezen, ki globoko pretrese tako posameznika kot celotno družino. Ni vseeno ali zbolí doslej zdrav človek,

ni vseeno ali zbolí v družini mati, stara mati, oče ali celo otrok. Ob pojavu bolezni prehodijo 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 napredovanju bolezni ali ko bolnik potrebuje več oskrbe. Seveda ne moremo zaobiti 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 lahko njegove sposobnosti in spretnosti pri sporazumevanju v veliko pomoč. Spretnosti pri sporazumevanju se v težavnih situacijah lahko naučimo (15, 16). S poznavanjem posebnih tehnik zdravnik lažje obvladuje specifične situacije in svojo stisko ob tem. Posebej zahtevno je sporazumevanje z mladimi bolniki, ki so zboleli za boleznijo, ki ogroža njihovo življenje. Odločujoča je vloga staršev, ki so sami čustveno prizadeti, postavljeni pred nalogo, da otroka seznanijo oz. seznanjajo z boleznijo na tak način, da bo lahko razumel. Lahko pa vplivajo na marginalizacijo mladih bolnikov, kar zelo moti vzpostavitev uspešnega odnosa med njimi in zdravnikom (17). Pri otrocih, ki so bolje seznanjeni s svojo boleznijo in se lahko o svojem doživljanju pogovarjajo s starši, je stopnja anksioznosti manjša, izboljša pa se tudi sporazumevanje v družini. Če namreč otrok informacij ne dobi, si vrzeli izpolni sam - lahko še z težjo vsebino (12).

Tudi bolnike, ki so preživeli otroškega raka in njihove svojce še po zaključku zdravljenja spremljajo duševne težave. Program ukrepov v obliki enodnevnega skupinskega svetovanja pri družinah združuje načela kognitivno-vedenjske in družinske terapije z namenom, da bi zmanjšali simptome distresa, izboljšali funkcioniranje družine in olajšali 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 bolezni in slovesa svojih 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 s strahovi, ali bodo še zmožni opravljati svoje delo, ali bodo dobili podaljšano pogodbo, ali bodo na delovnem mestu sprejeti. In s strahovi, kaj bo z njihovo socialno in eksistenčno varnostjo.

Poklicna rehabilitacija je odvisna od tega, v kolikšni meri posledice bolezni in njenega zdravljenja onemogočajo

opravljanje določenega dela. Glede na mesto bolezni so največkrat nezmožni za delo bolniki s tumorji centralnega živčnega sistema, s tumorji glave in vratu ter bolniki z višjim stadijem limfoma in levkemije, pri moških pa še pri pljučnem raku. Izsledki tujih raziskav kažejo, da zagotavljanje zahtevane in pričakovane delovne učinkovitosti onemogočajo telesne posledice zdravljenja raka, čustvena stanja, težave s pozornostjo in koncentracijo, utrujenost, pa tudi negativen odnos sodelavcev ter spremenjeni osebni prednostni vrstni red vrednot (12).

Bolniki pogosto pripovedujejo 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 in je pogosto ena najbolj spornih točk v medsebojnem odnosu zdravnik – bolnik, v katerem si stojita nasproti medicinska stroka in bolnikovo subjektivno doživljanje bolezni in njegova pričakovanja.

Če je le mogoče, poskusimo preprečiti bolnikov beg v bolniški stalež, ki je v določenih primerih bolnikov poskus vzpostavljanja odnosov z okolico, ki jih ne zna rešiti na ustrežnejši način (porušen partnerski odnos, neustrezni odnosi na delovnem mestu). Pri dalj časa trajajoči odsotnosti z dela (po tridesetih koledarskih dneh) je bolnika treba napotiti na zdravstveno komisijo, ob trajni izgubi zmožnosti za delo, kar še prav posebej velja za bolnike z napredovalimi oblikami raka, pa na invalidsko komisijo (20).

REHABILITACIJA V ZDRAVILIŠČIH

Velikega pomena je pri rehabilitaciji bolnikov z rakom tudi napotitev v zdravilišče. V Sloveniji pravico do zdraviliškega zdravljenja opredeljujejo razmeroma širokogrudna pravila ZZZS, ki pa po drugi strani omejujejo čas bolnikovega bivanja v zdravilišču in pogostost terapevtskih postopkov. Pri tem prihajajo bolniki v zdravilišča v različnih (in včasih neustreznih) časovnih presledkih po operaciji oz. obsevanju in/ali kemoterapiji.

ZAKLJUČEK

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

Staranje prebivalstva in naraščanje števila obolelih zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni, kamor sodi tudi rak, zahtevata od ZDM, ki ima lahko pomembno vlogo pri zdravljenju in rehabilitaciji bolnika z rakom, dodatna znanja. Izjemnega pomena je njegova vloga pri spodbujanju zdravega načina življenja. ZDM lahko tudi koristno spodbudi bolnikovo motiviranost 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 motiviranost je za zdravljenje in predvsem za rehabilitacijo ključnega pomena, kajti z močno motiviranostjo 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 avtonomnost, mu nudil spodbudo in upanje, v pogovoru s svojci pa bo realističen in bo tudi njim v pomoč in podporo, ravno tako pa bo predstavljal povezavo med bolnikom in specialisti ustreznih strok.

»Nič več ne bo tako, kot je bilo nekoč« je stavek, ki ga je nekoč znan slovenski politik uporabil v enem od svojih govorov, in ki ga vsakdo dobro pozna. Ta stavek lahko pomaga tudi pri razumevanju in sprejemanju kronične bolezni, kot je rak. Bolniku moramo povedati, da ne bo nikoli prav brez težav. A življenje gre naprej tudi z boleznijo, tudi s takimi ali drugačnimi težavami se da živeti in morda je ravno v tem ključno sporočilo uspešne rehabilitacije bolnika z rakavo boleznijo.

Literatura:

- Švab I. Bolnik s kronično boleznijo v ambulantni zdravniški družinski medicini. In: Švab I, Kersnik J, eds. Vodenje kroničnega bolnika v družinski medicini. Zbornik 10. učnih delavnic za zdravnike v družinski medicini. Ljubljana 1999: 9-14.
- Boyle P, Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Ann Oncol* 2005; 1-8.
- Incidenca raka v Sloveniji 2003. Ljubljana: Onkološki inštitut, Register raka za Slovenijo, 2004.
- Incidenca raka v Sloveniji 2000. Ljubljana: Onkološki inštitut, Register raka za Slovenijo 2006.
- 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/>
- Pompe-Kirn V, Zakotnik B, Zadnik V. Preživetje bolnikov z rakom v Sloveniji 1963-1997. Ljubljana: Onkološki inštitut, Register raka za Slovenijo 2003.
- 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.
- Repše S. Priporočila za celostno obravnavo bolnikov z rakom prebavil. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo RS, 1977: 31-52.
- Sanders CM, Braum M. Quality of life during treatment of cancer. *Br J Hosp Med* 1992; 48: 119-123.
- Salobir U. Komunikacija v času umiranja. In: Paliativna oskrba bolnikov z rakom. 18. onkološki vikend: zbornik. Ljubljana: Kancerološko združenje SZD, Onkološki inštitut, Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2005: 91-94.
- Krčevski-Škvarč N. Lajšanje bolečine po operaciji. *Medicinski mesečnik* 2005; (10-11): 29-34.
- Škufca-Smrđel AC. Psihosocialne razsežnosti rakave bolezni ter kakovost življenja pri bolniku z rakom. *Zdrav Vest* 2007; 76(12): 827-831.
- 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: 1594-1600.
- Snoj Z, Ličina M. Depresija pri bolnikih z rakom. *Onkologija* 2002; 2: 50-54.
- Lunder U, Kersnik J. Sporočanje slabe novice. *Med Razgl* 2003; 42: 73-79.
- Lunder U. Sporazumevanje z bolnikom, ko mu je najtežje. In: Paliativno oskrba bolnika z rakom. 18. onkološki vikend: zbornik. Ljubljana: Kancerološko združenje SZD, Onkološki inštitut, Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2005: 83-90.
- 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.
- Kazak AE, Simms S, Barakat L, Hobbie W, Folwey B, Golomb V, Best M. Surviving cancer completely program (SCCIP): a cognitive-behaviour and family therapy intervention for adolescent survivors of childhood cancer and their families. *Fam Process* 1999; 38 (2): 175-191.
- Slovensko društvo Hospic. <http://www.drustvo-hospic.si/>
- Zupančič M. Ocenjevanje delazmožnosti. In: Švab I, Rotar-Pavlič D. Družinska medicina. Ljubljana, 2002: 690-694.
- Oblak I. Onkološki vikend rehabilitacija po zdravljenju raka. *Onkologija* 2007; 2: 155-156.