

ONKOLOŠKA SAVJETOVALIŠTA

L.Novaković, T.Dragišić, B.Marjanac
KC Banja Luka

Onkološka bolest je težak teret bolesniku i njegovoj porodici u trenutku postavljanja dijagnoze, ali i tokom liječenja. Bolest svima mijenja način života, a niko od nas za to nikada nije dovoljno spreman. Maligne bolesti ograničavaju normalne aktivnosti bolesnika, smanjuju radnu sposobnost, onemogućavaju životne radosti, ograničavaju i mijenjaju životne planove i zahtijevaju učešće cijele porodice u liječenju i svakodnevnim aktivnostima bolesnika. Odnos ljekara prema onkološkom bolesniku je poseban, a poteškoće su veće nego kod drugih dijagnostičkih i terapijskih postupaka u kliničkoj medicini. Komunikacija s onkološkim bolesnikom u osnovi se ne razlikuje od komunikacije s bilo kojim drugim bolesnikom ali neki elementi liječenja bolesnika s onkološkom bolesti čine je posebnom. Ono što je čini specifičnom jeste da su to bolesti koje ugrožavaju život, a istodobno postoji mogućnost izlječenja.

Dobra komunikacija je temelj za izgradnju povjerenja u ljekare s kojima se pacijenti dugotrajno susreću i ključna u liječenju bolesnika s onkološkom bolesti, jer pacijenti moraju podnositi stres, nesigurnost, primiti niz informacija i donijeti odluke koje bitno utječu na njihov život.

Prema istraživanjima *Cancer Research* u Velikoj Britaniji ljekari koji ne uspijevaju uspostaviti dobru komunikaciju s onkološkim bolesnikom nanose fizičku i emocionalnu štetu bolesnicima (tjeskobu, strah, nepovjerenje bolesnika), ali i sebi, ljekarima i medicinskom osoblju (stres, gubitak zadovoljstva u poslu). Komunikacija je važan ali zanemareni faktor koji utiče na kvalitet liječenja u onkologiji. Lošoj komunikaciji pridonosi neadekvatna izvještavnost ljekara za razgovor koji je često osjetljive i emocionalne prirode, kao i okolina u kojoj se razgovor odvija. Komunikacija je neophodna u svim fazama liječenja bolesnika s onkološkom bolešću, tokom liječenja i kasnijih terapija relapsa, i konačno u terminalnoj fazi bolesti.

Liječenje uključuje brojne kliničare i mnoge oblike liječenja (peroralna i intravenska primjena lijekova, radioterapija, hirurški zahvat). Dobru komunikaciju otežava i to što se često mijenja tim koji liječi bolesnika. Zdravstvenu zaštitu bolesnika s onkološkim bolestima provode ljekari koji dijagnostikuju i liječe onkološke bolesti - internista, klinički citolog, patolog, radiolog, hirurg, hematolog, onkolog, radioterapeut. U ostvarivanju zdravstvene zaštite onkoloških bolesnika jako je bitna dobra komunikacija sa ljekarima porodične medicine. U timu koji učestvuje u zbrinjavanju onkološkog pacijenta trebaju biti uključeni i klinički farmakolog i/ili farmaceut, psihijatar, psiholog i/ili psihoterapeut, socijalni radnik i duhovnik. Zajednički cilj i zadaća ovakvog multidisciplinarnog tima je boljitak pacijenta primjenom najefikasnijih dijagnostičkih i terapijskih metoda. Svi oni trebaju čuvati ljudsko dostojanstvo pacijenta, jer je on egzistencijalno ugrožen, a psihički i emocionalno promijenjen.

Kod pacijenata s onkološkom bolesti česte su psihološke promjene bolesnika, djelimično uzrokovane neizvjesnošću ishoda liječenja, a djelimično strahom od samog liječenja zbog neugodnih nuspojava. Bolesnik je često anksiozan, depresivan, osjeća se blokirano, izgubljeno, zabrinuto i životno ugroženo. Neizvjesnost konačnog izlječenja je objektivno daleko veća negoli kod većine ostalih bolesti.

Klinička praksa ukazuje na potrebu i korisnost primjene antidepresiva u onkologiji kod poremećaja prilagođavanja, anksioznih i depresivnih poremećaja, kao i za stanja i primjenu lijekova koji mogu uzrokovati ili oponašati anksioznost ili depresiju. Za liječenje depresivnih poremećaja koji se prema istraživanjima javljaju u 17-39% slučajeva, samo je nekoliko antidepresiva testirano u onkologiji (mianserin, fluoksetin, reboksetin, mirtazapin).

Temeljni principi efikasne komunikacije s onkološkim bolesnikom zasnivaju se na pristupu ili filozofiji prema kojoj je bolesnik u središtu pažnje (tzv. patient-centered care), što podrazumijeva uvažavanje želja i potreba bolesnika, kao i njihovih porodica.

Takva komunikacija ima tri osnovne vrijednosti: uzima u razmatranje bolesnikove potrebe, perspektive i individualna iskustava, daje mu mogućnost učešća u liječenju, te poboljšava odnos bolesnika i ljekara. Komunikacija gdje je bolesnik u centru pažnje obilježena je verbalnim i neverbalnim ponašanjem koje bi trebalo dovesti do otkrivanja, razumijevanja i ocjenjivanja bolesnikove perspektive (npr. brige, osjećaji, očekivanja).

Cilj onkoloških savjetovališta bi bio prikupljanje i pružanje informacija te edukacija oboljelih i liječenih od malignih bolesti, njihovih porodica i prijatelja o zdravstvenim, pravnim, socijalnim i psihosocijalnim pitanjima. Pružiti edukaciju u obliku radionica i izdavanja edukativnih brošura sa socijalno-psihološkim savjetima poput uspostavljanja kontakta i komunikacije s teško oboljelim bolesnikom, ublažavanju i uklanjanju neugodnih simptoma s naglaskom na bol, kako urediti bolesničku postelju i okrenuti bolesnika, o hranjenju bolesnika do toga kako mu pomoći ostvariti prava iz zdravstvenog osiguranja i dobiti ortopedsko pomagalo, te kako prevladati strah od smrti u obliku letaka i brošura.

Rad u savjetovalištu bi trebao podići kvalitet života osoba oboljelih od malignih bolesti i njihovih porodica. Kvalitet života je pojam koji uključuje oboljelima jednaku dostupnost i podršku u ostvarivanju zdravstvenih usluga, liječenja i zdravstvenog prosvječivanja. Takođe, odnosi se i na senzibilizaciju javnosti o problemima vezanim uz maligne bolesti, s ciljem da oboljeli ne nailaze na predrasude, diskriminaciju i začudene poglede u svom svakodnevnom životu.

Savjetovalište bi trebalo zajedničkim djelovanjem naučne zajednice, medicinske struke, pacijenata, nevladinih udruženja i medija uz podršku vladajućih struktura postići podizanje kvaliteta života pacijenata.

Svrha uspostavljanja savjetovališta bi bila da pacijenti dok se liječe, ali i kasnije, na jednom mjestu mogu pronaći savjete i podršku kako stručnjaka psihologa tako i pacijenata koje su i sami liječeni od raka. Program savjetovališta bi se odvijao u obliku grupnih terapijskih radionica, a po potrebi i individualnih savjetovanja pacijentica u dogovoru sa stručnjacima psihijatrima i psiholozima. Činjenice govore da trećina pacijenata nakon kliničkog liječenja zapada u teži oblik depresije ili anksioznih poremećaja, a čak i do godinu dana nakon liječenja takve poremećaje imaju pacijenti koji su bili na operaciji.

Psihološko savjetovalište je mjesto na koje se može obratiti svatko ko želi razgovarati s osobom od povjerenja, ko želi razriješiti svoje teškoće ili se savjetovati sa stručnom osobom u vezi svog ponašanja, razmišljanja ili osjećaja. Ponekad nam samo treba osoba koja će nas saslušati i pružiti podršku u rješavanju problema.

Savjetovalište bi trebalo pružiti i informacije o njezi, prehrani ali dati i informacije o nekonvencionalnim metodama liječenja karcinoma.

Gotovo kod svih pacijenata koji boluju od karcinoma javlja se veliko smanjenje tjelesne težine. To samo doprinosi pogoršanju opšteg stanja pacijenta, ali gubitak tjelesne težine također može izazvati još teže podnošenje terapije i povećan rizik od popratnih pojava. Središte pažnje prehrane terapije ne bi trebalo biti očuvanje tjelesne težine već očuvanje apetita za neke vrste hrane. Savjetovanje vezano uz prehranu trebalo bi uključivati promjene čula ukusa koje se mogu pojaviti tokom hemoterapije kao i povećane energetske potrebe.

Nutricionista bi zajedno s ljekarom i ostalim članovima stručnog tima trebao pacijentu dati upute kako bi mu promjene prehrambenih navika mogle koristiti. Pacijentu će biti od velike koristi ako dobije pisani materijal i upute vezane uz prehranu.

Ljekari onkolozi ali i farmaceuti specijalizovani za onkologiju trebaju posjedovati i znanje o komplementarnoj i alternativnoj medicini (CAM) koja se primjenjuje za liječenje karcinoma. Na zahtjev trebaju moći davati savjete o nekonvencionalnim metodama liječenja koje medicina ne odobrava i ne prihvata. Neophodno je procijeniti da li je zdravlje pacijenta u opasnosti ako koristi ove metode liječenja.

Mnoge nekonvencionalne metode su čisto šarlatanstvo i pacijente treba od toga zaštititi. Interakcije između alternativne medicine i režima terapije koji se u tom trenutku primjenjuje trebaju se dobro sagledati i isključiti. Tokom savjetovanja pacijenta treba poštovati njegove stavove o alternativnoj medicini i njegova mišljenja treba shvatati ozbiljno. Dužnost je ljekara i farmakologa i/ili farmaceuta da naglasi važnost i sigurnost medicine zasnovane na dokazima i da informiše pacijenta o rizicima koje nose alternativne metode liječenja.

Poseban dio rada savjetovališta bi se odnosio na **rad sa djecom i adolescentima**. Oni često verbalnom agresijom kompenzuju strah i nesigurnost. Takvo ponašanje izazove negativne reakcije zdravstvenog osoblja, što samo produbljuje sukob i jača otpore prema saradnji. Djeca do 11 godina starosti uglavnom nemaju svijest o smrti. Veoma je teško pronaći pravi pristup u objašnjavanju njihove prave situacije (saopštavanje bolesti, dužina boravka u bolnici, terapijske procedure, prognoza liječenja...). Porodica adolescenta u želji da pomogne, i sama suočena s problemom odnosa s adolescentnim djetetom, često pogrešno reaguje postupajući s adolescentom kao da je znatno mlađe dobi ili kao da je odrasla osoba, što izaziva negativne reakcije kod adolescenta, i najčešće se manifestuje kroz agresiju ili apatiju.

Zdravstveni radnici moraju biti dobro edukovani o psihološkim problemima i reakcijama adolescenata, razumjeti da bolest za njih ne znači samo strah od neizvjesnog ishoda i smrti, već da ona predstavlja i obilježnost u smislu različitosti od vršnjaka, povredu na neki način njihovog identiteta i slike o sebi ili slike kakvu bi željeli da drugi imaju o njima. Zdravstveni radnik mora pronaći način kako da pristupi svakom djetetu i adolescentu kako bi zadobio njegovo povjerenje, jer samo ako dijete ima povjerenje u osobu s kojom komunicira može prihvatiti i ono što mu takva osoba daje ili od njega traži, a što je bitno za proces liječenja.

Kroz rad savjetovališta definisao bi se i pristup porodici onkološkog bolesnika.

Bolest, strah od smrti, osjećaj da je smrt realno moguća ili da je već blizu – utiče na odnose u porodici. Kaže se da bolest cijelu porodicu sakuplja i približava, ali u nekim slučajevima produbljuje nesporazume i teškoće koje postoje od ranije. Razgovor s najbližim članovima porodice je bitan radi psihološke podrške i neophodne njege bolesnika koju mu moraju pružiti kod kuće između ciklusa terapije ili u terminalnoj fazi bolesti. Bitno je da se stresna situacija što prije prevlada i da se komunikacija održava kako bi se postigla nova ravnoteža koja uvažava novonastale prilike. Životni vijek oboljelih od malignih bolesti sve se više produžava uz različite faze pogoršanja i poboljšanja, ponovljenih liječenja i medicinskih intervencija. Zbog toga treba pripremiti porodicu bolesnika da takvo stanje može dugo trajati, a pri tome ne treba davati prognoze o preživljavanju.

Članovi porodice mogu preispitivati je li njihovo ponašanje odgovarajuće, nisu li previše opušteni ili s druge strane napeti i ozbiljni. Oni su česti prestrašeni, nespretni i nesigurni, ali svoja psihička stanja prikrivaju. Porodicu, prijatelje ili skrbnika treba edukovati da bolesnika ne isključuju iz drugih događaja u porodici, susjedstvu, poslu i aktuelnih društvenih događaja o kojima se raspravlja u društvu. To znači da bolesnik nije orijentisan samo na misli o bolesti i daje mu potvrdu da ga bolest nije onesposobila i isključila iz svakodnevnog života.

Stav da bolesnika treba štedjeti i selekcionisati informacije koje do njega dolaze nije osnovan, jer bolesnik želi učestvovati u životu. Ako se izoluje od okoline i društvenih događaja, postaje nepovjerljiv i povlači se u sebe.

Jedno od pitanja koje bi se riješavalo u savjetovalištu je i pristup umirućem bolesniku.

Upravo je nedostatak dobre komunikacije zdravstvenog osoblja s umirućim onkološkim bolesnikom jedan od većih problema, a posljedica je manjka u edukaciji zdravstvenog osoblja ali i njihove preopterećenosti svakodnevnim poslovima.

Tokom studiranja, pripravničkog staža i specijalizacije ne postoji formalna edukacija ljekara koja bi nas uputila ili naučila kako komunicirati s bolesnikom i s kojim problemima ćemo se susresti. Ne naučimo kako bolesnika utješiti, kako mu emocionalno pomoći. Smrt se ne može spriječiti, ali se mnogo može pomoći umirućem bolesniku i njegovoj porodici. Važno je unaprijediti odnos zdravstvenog osoblja prema bolesnicima koji umiru. Način na koji neka osoba umire je individualan, kao što je i njezin život.

Zdravstveno osoblje edukovano je za unapređenje života i zdravlja, a umirući bolesnik je direktno protivrjeđe te obaveze, pa zato ponekad ljekari i medicinske sestre reaguju na umiruće bolesnike kao na neuspjeh svoje stručnosti i njege. Jedna od najčešćih dilema je treba li ili ne treba bolesniku reći da se nalazi u fazi umiranja. Ljekar treba bolesnika postepeno pripremiti za oproštaj od života pri čemu valja očuvati njegovo ljudsko dostojanstvo. Različiti su uzroci loše komunikacije između zdravstvenog osoblja i umirućih bolesnika.

Zašto se ne razgovara s umirućim bolesnikom? Za ovo postoji više razloga. Osoblje je usmjereno prvenstveno na “akciju”, a to ne ostavlja dovoljno vremena za razgovor s bolesnikom. Ovo se posebno odnosi na bolesnike kojima se više fizički ne može pomoći. U zdravstvenih radnika često postoji konflikt između “afektivne neutralnosti” i potrebe da se saosjeća s bolesnikom. Komunikacija s umirućim bolesnikom jest veliko emocionalno opterećenje, pa ga zdravstveni radnici radije izbjegavaju. Komunikacija s umirućim bolesnicima može se poboljšati edukovanjem zdravstvenih radnika kroz rad savjetovališta gdje bi se raspravljalo o primjerima iz prakse. S bolesnikom treba razgovarati kada on to želi, ali prije toga treba uspostaviti odnos povjerenja između bolesnika i ljekara, kako bi se bolesnik bez straha mogao povjeriti. Ako bolesnik ne želi razgovarati, ne treba ga siliti, nego pričekati da on sam pokaže interes. S umirućim bolesnikom razgovara ljekar, psiholog i duhovnik. Bolesniku treba objasniti da se bol može uspješno ublažiti zahvaljujući dostignućima savremenih hirurških, farmakoloških i psiholoških metoda uklanjanja boli.

Treba ga uvjeriti da će njegova potreba za očuvanjem samopoštovanja (najviše je ugrožena kod bolesnika koji više ne mogu kontrolirati svoje fiziološke funkcije) biti poštovana.

Tijekom razgovora treba pacijentu dati do znanja da nam je razumljiva njegova potreba za pažnjom i pripadanjem. Pri tome veliku važnost imaju oblici fizičkog kontakta: držanje za ruku, dodirivanje i sl. Pacijent treba kroz našu komunikaciju osjetiti saosjećanje.

Radi zadovoljenja navedenih potreba treba naći vremena i saslušati bolesnika, jer i samo slušanje može biti emocionalno olakšanje.

Kod razgovora s umirućim bolesnicima treba ispitati koliko bolesnik i njegova porodica znaju o bolesti i ishodu, kakvi su stavovi bolesnika i njegove moguće reakcije, preispitati vlastite osjećaje, stavove, saosjećanje i žaljenje. Za razgovor treba osigurati mjesto koje osigurava privatnost. Treba iskreno razgovarati o prognozi na način koji je bolesniku razumljiv, izbjegavati previše medicinskih detalja. Ako nešto nije razumio, treba to ponoviti i pokazati da smo razumjeli što nam želi reći. Tijekom razgovora treba dopustiti bolesniku i porodici da izraze svoje emocije, a tolerisati i tišinu. Uvijek treba ostaviti prostora za nadu.

Ljekar treba biti spreman i na to da neki bolesnici ne žele razgovarati o smrti.

Takav razgovor treba završiti zaključkom da je bolesnik razumio svoju bolest i mogući ishod, dogovoriti daljnje postupke, provjeriti ima li bolesnik pitanja i predložiti daljnji plan tako da bolesnik i porodica znaju gdje nas mogu naći i postaviti moguća daljnja pitanja.

Umiranje dakle nije samo medicinski, nego i širi društveni problem. Zdravstveni radnici se, u pravilu, nalaze u pratnji bolesnika na tom posljednjem putu za koji i oni sami trebaju biti odgovarajuće pripremljeni. Jako je važno da umiruća osoba ima podršku porodice ili prijatelja. Niko ne bi trebao u današnjem društvu umrijeti sam!

Članove porodice ljekar će obavijestiti da je bolesnik umro. Prvo će reći samo osnovne činjenice i dozvoliti im da pokažu svoje emocije. Prvi razgovor i obavještenje o smrti trebaju biti kratki. Kasnije treba pozvati sve bliske članove obitelji na duži razgovor kako bi im se pružila sva obavještenja i podrška u suočavanju s tom teškom stresnom situacijom.

Sušтина palijativne medicine proizilazi iz stava "mnogo se toga još može učiniti". Može se poboljšati kvalitet života do smrti i onome koji je na odlasku i onima koji se nalaze uz njega i koji učestvuju u ispraćaju. Patnja se može ublažiti ako postoji osjetljivost društva za patnju drugog člana društvene zajednice.

Kažu da se stepen razvijenosti jednog društva mjeri baš po njegovoj osjetljivosti za probleme najugroženijih.

Nezdravstveni volonter u bolničkim i kućnim palijativnim posjetama obavlja ono što porodica ne stigne. Svi volonteri uključeni u palijativne kućne posjete obavezni su učestvovati na redovnim sedmičnim supervizijskim sastancima, izvještavati o svom radu, te sastavljati pisane mjesečne izvještaje koje dostavljaju koordinatoru volontera.

Također iz grupe volontera koji završe osnovni kurs, regrutuje se grupa koja želi raditi pod stručnim vodstvom u procesu žalovanja s porodicom. U žalovanju su uključene osobe čije je član obitelji ili prijatelj umro, a ne mogu se nositi s činjenicom da njima drage osobe više nema. U procesu žalovanja koji traje tri mjeseca do godine dana, najčešće su uključena djeca te ostali članovi porodice ukoliko iskažu interes. U procesu žalovanja se radi u grupi, no ukoliko to zahtijeva situacija, prilazi se i individualno.

Grupa za žalovanje se sastaje jedanom sedmično kroz tri mjeseca u akutnoj fazi žalovanja (12 sastanaka), da bi se ta frekvencija sastanaka smanjivala na osnovu stručne procjene voditelja službe žalovanja. Nakon završetka akutnog procesa žalovanja, pomaže se članovima porodice s posebnim naglaskom na djecu, da se aktivno uključe u život, te nastave svoj put.

Nezdravstveni volonter uključeni u službu žalovanja i stručni voditelj sastaju se na supervizijsko konzultativnim sastancima jedanom sedmično, gdje iznose usmene izvještaje, dobijaju smjernice za daljnji rad, osnažuju se kao pomagači, te dostavljaju mjesečne pismene izvještaje.

Oboljeli od raka koji su bili u grupama za podršku ne samo da su osjećali manju tjeskobu, depresiju i bol, nego su živjeli gotovo dva puta duže. Imunološki sistem je radio bolje a psihička stabilnost i snaga utiču na otpor razvijenom stadiju raka.

Kako bi zdravstveni radnik mogao zadovoljiti navedeno, neophodno je da se trajno edukuje, moraju mu se osigurati odgovarajući uslovi za rad te primjena optimalnih metoda liječenja.

Pod odgovarajućim uslovima podrazumjevali bi se adekvatan prostor i kadar. U onkološkom savjetovaništu trebalo bi objediniti rad ljekara koji dijagnostikuju i ljekara koji liječe onkološke bolesti (internista, radiolog, hirurg, hematolog, onkolog, radioterapeut, klinički farmakolog i/ili farmaceut, psihijatar, psiholog i/ili psihoterapeut, socijalni radnik, ljekar porodične medicine, duhovnik).

Savjetovalište bi bilo smješteno u prostoru KC, lako pristupačno onkološkom bolesniku i njihovim porodicama. Prostor bi trebao sadržavati dvije radne prostorije (za grupne susrete i individualni rad sa psihologom i članovima tima) prostrane i svijetle čiji enterijer treba pružati osjećaj ugone. Stvoriti dojam dnevnog boravka, tj. kućnog, porodičnog ambijenta. Obratiti pažnju na boje jer se i one koriste u liječenju ali stvoriti i uslove za moguću muzikoterapiju i sprovođenje okupacione terapije.

Obezbjediti mokri čvor i priručnu kuhinju (kafa, čaj).

U prijedpodnevnim časovima obezbjediti redovan rad psihologa, koji ostaje dostupan, odnosno mobilan za rad za bolesnike koji su vezani za bolesnički krevet. Prema potrebi bolesnika i članova porodice obezbjediti konsultativne razgovore sa ostalim članovima tima (orjentaciono dva puta mjesečno susreti, po preporuci nadležnog onkologa). Svakodnevni grupni rad sa psihologom bi podrazumijevao rad u malim grupama (5-7 bolesnika), kao i formiranje networka (mreže podrške) članova porodica (7-10). Prioritet u radu dati novodijagnostikovanim bolesnicima i članovima porodice. Protokol o multidisciplinarnom radu bi bio vodjen u ovom savjetovalištu.

Sa učenicima medicinske škole te studentima medicine i psihologije inicirati i organizovati volonterske grupe. Razmotriti mogućnost uključivanja humanitarna društva (Kolo srpskih sestara, Crveni krst, Karitas, Merhamet), ukoliko je njihov rad unutar državne ustanove zakonski regulisan u RS. Razmotriti moguću saradnju sa postojećim udruženjem "Iskra" (za koje znam da djeluje).

Literatura:

1. Bowlby J. Attachment and lost, Vol. I: Attachment. Basic book, New York, 1982.
2. Buljan Flander G, Kocijan Hercigonja D. Zlostavljanje i zanemarivanje djece. Marko M, Zagreb, 1995.
3. Harris J. Developmental neuropsychiatry. Oxford University Press. New York, Oxford, 1995.
4. Kocijan Hercigonja D. Biološke osnove i terapija ponašanja. Školska knjiga, Zagreb, 2006.
5. Szymanski, LS. Emotional Problems in Children with Serious Developmental Disabilities- Eds. Levine LD, Carey WB, Crocker AC. Developmental Behavioral Pediatrics. WB. Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto, 1992; 552-557.
6. Planinc-Peraica A. Odnos liječnika prema bolesniku s malignom bolešću, u: Medicinska etika 1, ur. Znidarčić Ž, Centar za bioetiku, Filozofsko-teološki institut Družbe Isusove u Zagrebu, Zagreb 2004:103-12.
7. Epstein RM, Street RL. Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering, National Cancer Institute, NIH Publication No 07-6225, Bethesda, MD, 2007.
8. Bloch A, Bloch R. Physician-patient communication, in: Bloch A, Bloch R. Fighting Cancer, R. A. Bloch Cancer Foundation, One H&R Block Way, Kansas City, Missouri, poglavlje 6.
9. Testa M. Bishop Sgreccia: Dying have right to know. Opposes „Conspiracy of silence“ in treatment terminally ill“. <http://www.zenit.org/article-21513?!=english>
10. Travaline JM, Ruchinskas R, D'Alonzo GE. Patientphysician communication: why and how, JAOA 2005;105:13-18.
11. Wenrich MD, Curtis JR, Shannon SE, Carline JD, Ambrosy DM, Ramsey PG. Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death, Arch Intern Med 2001;161:868-74.
12. Katinić K. Pristup onkološkom bolesniku, www.mzss.hr/hr/