

Základné princípy prístupu k pacientovi a jeho rodine v terminálnom štádiu nádorovej choroby

PhDr. Viera Bencová, PhD.

I. onkologická klinika LF UK a OÚSA, Bratislava

Vážne život ohrozujúce ochorenie vrátane nádorovej choroby nie je výlučne medicínskym problémom. Jeho liečba môže postupne zlyhávať a pacient i lekár stoja pred dilemou, ako sa s touto situáciou vyrovnáť. Najmä oznamovanie reality zo strany lekára s empatickým cítením je spojené s emocionálnou záťažou, ktorú nie každý poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zvláda. Rozhodnutie o ukončení kuratívnej liečby a prechod na paliatívnu terapiu je najťažšie zvládnuteľná úloha lekára vo vzťahu k pacientovi a jeho rodine. Pacient v terminálnom štádiu ochorenia je v hlbokej psychosociálnej kríze a komunikácia s lekárom je jedinou možnosťou, ktorá mu pomáha vyrovnáť sa s myšlienkou umierania a smrti. Pre samotných lekárov je oznamovanie „zlej správy“ stresujúcim krokom, ktorý si okrem empatie vyžaduje komunikačnú schopnosť, teoretickú a profesionálnu pripravenosť.

Cieľom predkladanej práce je otvoriť rozpravu o najťažšej etape života – zomieraní a smrti – v kontexte biomedicínskej a psychosociálnej starostlivosti o pacienta s vážnym, život ohrozujúcim ochorením.

Kľúčové slová: terminálne štádium, umieranie, smrť, stres, empatia, psychosociálna opora

Basic principles in approaching patient and his family in the terminal phase of cancer

Serious life threatening disease including cancer appears to be not exclusively a medical problem. The stepwise treatment failure opens up a dilemma for patient and physician on how to cope with the new situation. Especially, disclosure of the reality by health care providers with an emphatic feeling is coupled with emotional pressure that is for many caregivers difficult to accept. The decision around the termination of curative treatment and the transition to palliative care is the most stressful event in the relation of caregivers to the the patient and his family. The patient being in the terminal phase of his disease is suffering from deep psychosocial crisis and the doctor-patient communication remains the only possibility of helping patient to accept the reality of approaching death. The disclosure of „bad news“ is a stressful moment for caregivers themselves, that, besides of empathy, deserve communication skills and theoretical and professional preparedness.

The aim of this paper is to open up a discussion about the most stressful life phase – dying and death – in the context of biomedical and psychosocial care of patients with serious life threatening disease.

Key words: terminal phase, dying, death, stress, empathy, psychosocial care

Úvod

Zomieranie a smrť – dva tabuizované pojmy vo vedomí ľudí. Dve otvorené témy v čase, keď sa končí život a začína sa fáza očakávania jeho konca. Konfrontácia s procesom zomierania znamená extrémnu psychosomatickú záťaž pre pacienta, rodinných príslušníkov i pre ošetrovateľský personál, ktorú málokto dokáže spontánne zvládnuť. V bežnom živote i v chorobe je smrť biologickou zákonitosťou, ktorá je daná procesom starnutia organizmu alebo jeho devastáciou smrteľným ochorením. Kým prirodzenú smrť dokážeme pochopiť a tolerovať, v terminálnej fáze vývoja nádorovej choroby sa často stáva, že najbližšia rodina zomierajúceho, rovnako ako lekári a ošetrovateľský personál, nezvláda danú skutočnosť prijať. Výsledkom je dystanázia, ktorá vedie k tlaku pokračovať v liečbe pri uplatňovaní najmodernejších liečebných postupov napriek skutočnosti, že agresívna protinádorová liečba poškodí kvalitu života pacienta a povedie k fyzickým útrapám a skráteniu

obdobia prežívania. Zabúda sa na potreby zomierajúceho vyrovnáť sa s realitou, ktoré možno naplniť holistickým empatickým prístupom a metódami súčasnej paliatívnej starostlivosti (1). Schopnosť lekára vyrovnáť sa so skutočnosťou, že terapia zlyhala a progresia ochorenia sa nedá zastaviť a že je potrebné rozhodnúť o ukončení kuratívnej liečby, je najťažšia úloha, ktorá si vyžaduje popri odbornosti i rešpektovanie reality svojej i pacientovej konečnosti. Len tak sa dá dokázať akceptovať zomieranie a smrť ako neoddeliteľná súčasť života (2). Odborníci pracujúci s pacientom v paliatívnej starostlivosti majú ťažkú úlohu, ktorou je meniť postoj ľudí k smrti a naučiť ich hovoriť o svojich pocitoch, myšlienkach, obavách i strachu. Je to podmienka na zabezpečenie dôstojného zomierania, pokoja a prijatia myšlienky na koniec života.

Zomieranie v 21. storočí

V minulosti, bez ohľadu na príčinu smrti, bola smrť vnímaná ako súčasť života. Ľudia sa

s ňou stretávali takmer na každom kroku. Každý človek sa v priebehu svojho života niekoľkokrát stretol so zomierajúcim a nadväzne na to s mŕtvym telom. Ľudia vedeli, ako zomieranie a smrť vyzerá. Napriek tomu nie je možné jednoznačne povedať, že boli na ňu pripravení. Stratú blízkeho človeka sa darí spracovať veľmi ťažko aj v prípade, že smrť mu prinesie koniec bolesti a utrpenia. V prevažnej väčšine kultúr má smrť svoje rituály, ktoré sa dotýkajú nielen obdobia zomierania, ale aj smrti samotnej a nadväzne na to pohrebov. Je vnímaná ako prechod do iného sveta, do sveta mŕtvych s nádejou na večný život, čím sa smrť stáva súčasťou kolobehu života, a pomáha tak ľuďom vyrovnávať sa so stratou s čo najmenším vplyvom na ich psychiku. Dodržiavanie určitého rituálu zahŕňa v sebe aj dve dôležité skutočnosti: smrť sa stáva sociálnym aktom, pri ktorom človek nie je sám, a rovnako vytvára určité pravidlá, ktoré nás učia, čo je potrebné počas obdobia zomierania, ako aj samotnej smrti robiť (3).

Postoj ľudí k smrti samotnej a k obdobiu zomierania prešiel viacerými vývojovými etapami. Na začiatku 12. storočia sa ľudia nebáli smrti samej osebe, ale báli sa samoty a opustenosti, pretože veľa z nich v tom období nemalo žiadnu rodinu alebo rodina bola príliš ďaleko. Zomierali opustení. Úlohou spoločnosti bolo nájsť spôsob, ako zomierajúcemu zabezpečiť aspoň základné materiálne zázemie a ako pokryť najdôležitejšie fyzické potreby. Časom preberala odprevádzanie zomierajúceho hlavne jeho rodina, lebo vo väčšine prípadov prichádzala smrť doma, v kruhu najbližších. Prítomnosť lekára a kňaza boli vymoženosťou iba tých, ktorí žili a zomierali vo väčších sídelných aglomeráciách. Svoju pomocnú ruku v týchto ťažkých chvíľach rodinám podávali aj susedia a priatelia. Aj keď prítomnosť najbližších nedokázala pomôcť zmierniť utrpenie a neznesiteľné bolesti, ich spoluúčasť, prejavy lásky a starostlivosti boli a sú nenahraditeľnou psychickou podporou. Domáci model zomierania sa však nedá príliš idealizovať, najmä v prípade progredujúcej nádorovej choroby, keď je potrebná klinická intervencia pri tlmení bolesti a zachovaní životných funkcií. O reálnom modeli domáceho zomierania, tak ako je ponímaný dnes, môžeme hovoriť až v posledných dvoch storočiach (4). Na začiatku 20. storočia dochádza k najväčším zmenám a smrť sa stáva doménou lekárov, zdravotníctva a inštitúcií (1).

Na Slovensku zomiera v súčasnosti v nemocniciach a sociálnych ústavoch každoročne až 80 % chorých ľudí, v západnej Európe je to približne 60 %. V spoločnosti tak začína stále intenzívnejšie rezonovať otázka, či nechať ľudí zomierať doma, v kruhu svojich najbližších pod dohľadom urgentnej lekárskej starostlivosti, domácej hospicovej starostlivosti, alebo v nemocniciach v ústavnej zdravotnej starostlivosti, ale do určitej miery v samote a opustenosti. Odpoveď na túto otázku sa hľadá ťažko, pretože literárne údaje sa nezhodujú s výsledkami z praxe. Nejestvujú jednoznačné odpovede, ktoré by boli podložené presnými štatistickými údajmi. Napriek tomu, že každý človek zomiera „vlastnú smrť“ a obdobie zomierania, ako aj samotná smrť sú percipované individuálne, tieto témy zostávajú nanajvyš citlivé. Strach z vlastnej smrti a z obdobia zomierania v konfrontácii so zomierajúcim sa vymyká spod kontroly a rieši sa spôsobom odsúvania zomierajúcich do nemocníc a iných inštitúcií. Rituály, ktoré v minulosti pomáhali zvládnuť strach pri prístupe k zomierajúcemu, nahrádza snaha o zabezpečenie inštitucionálnej profesionálnej lekárskej starostlivosti bez ohľadu na to, aké je pranie zomierajúceho (3). V konečnom

dôsledku sa chorým berie svojprávnosť a osobná sloboda vybrať si miesto, kde chcú zomrieť. Jestvujú i ďalšie etické problémy. Opakovane sme svedkami skutočnosti, že z obavy pred rozhovorom na tému zomierania sa príbuzní pred zomierajúcim pacientom snažia zatajovať, že smrť sa blíži. Tento prístup je nevhodný a mylný, lebo pacient v terminálnom štádiu ochorenia tuší blížiaci sa koniec väčšinou omnoho skôr ako jeho okolie. Pacient sám sa stráni rozhovoru na túto tému, pričom motiváciou je snaha chrániť svojich príbuzných od psychickej traumy. Miesto zomierania nie je pre terminálneho pacienta až také dôležité. Pacienti si prajú byť hlavne v spoločnosti svojich blízkych, lebo sa boja samoty, ktorá otvára priestor na rozvinutie strachu z procesu zomierania, ktorý je väčší ako strach zo smrti samotnej. Najdôležitejšie zo všetkého je opýtať sa priamo ich, čo by si priali. Únik pred realitou a nepripúšťanie si skutočností môže príbuzných pripraviť o vzácne okamihy zmierenia a prejavenia nikdy nekončiacej lásky (5).

Oznamovanie „zlých správ“

Väčšie percento pacientov s progredujúcim nádorovým ochorením končí svoj život v nemocniciach, preto na pleciah lekárov ostáva nielen odborná lekárska paliatívna starostlivosť, ale aj oznamovanie zlých správ. Oznámiť pacientovi, rovnako ako aj jeho rodine, že smrť je neodvratná, patrí medzi najťažšie úlohy, pred ktoré sú lekári vo svojej praxi postavení. Napriek tomu, že pacient má právo poznať všetko o svojom zdraví a lekár je povinný ho informovať o blížiacej sa smrti pravdivo, je nanajvyš potrebné brať do úvahy psychický stav pacienta a jeho schopnosť pravdu prijať. Hovorenie pravdy „natvrdo“ sa stalo v súčasnosti modelom na oznamovanie zlých správ. V takomto prípade však nie je možné hovoriť o profesionálnom prístupe. Ako sa však dá oznámiť pacientovi závažná správa o jeho zdravotnom stave, keď je potrebné dodržať právo pacienta na plnú informovanosť, bez toho, aby sa mu zobrala nádej? Na túto a mnoho podobných otázok sa dá iba veľmi ťažko odpovedať. Jednoznačne možno povedať, že novou výzvou moderného prístupu k pacientovi s vážnou chorobou sa stáva presadzovanie emocionálne zvládnuteľnej odbornej komunikácie, ktorej náplňou je oznamovať zlé správy a pravdivú diagnózu, rešpektujúci fyziologické, psychologické a sociálne dôsledky pre pacienta a jeho rodinu. Napriek tomu, že zomierajúci svojím spôsobom cíti blížiaci sa koniec, nikdy mu nesmie byť vzatá istá forma nádeje. Táto je poskytovaná na rôznych úrovniach v nad-

väznosti na vlastný prístup pacienta k chorobe. Je potrebné odhadnúť a rešpektovať pranie pacienta, do akej miery chce byť informovaný o svojom zdravotnom stave, a zároveň posúdiť, koľko je z tejto informácie v skutočnosti schopný psychicky unieť.

Prvá nádej pre pacienta prichádza v podobe možnosti predĺženia života v súvislosti s možnosťou stabilizácie choroby. V prípade, že problémy s ochorením narastajú, začína sa otvárať priestor na poskytnutie nádeje, že napriek progresii ochorenia pacient nebude trpieť. Ako posledná prichádza nádej na dobrú smrť. Pacient prijme realitu konca života v pokoji, pokore a odovzdanosti, pokiaľ nebude v posledných dňoch a hodinách opustený a v prípade, že budú jeho fyzické, psychické, sociálne a spirituálne potreby naplnené. Táto forma nádeje je poskytovaná už vtedy, keď liečba prestáva zabrať a starostlivosť o pacienta prechádza na paliatívnu formu terapie (6).

V starostlivosti o zomierajúceho pacienta dochádza k postupnej zmene v zmysle tzv. bio-psycho-sociálneho modelu liečby (7). Liečba anxiety a depresie i liečba bolesti sa opiera o medikamentóznú liečbu a psychosociálnu intervenciu. Lekári a zdravotný personál vnímajú pacienta nielen ako človeka, ktorý speje k poslednej ceste, ale zároveň rešpektujú jeho individualitu, osobnosť, ktorá potrebuje pomoc pri doriešení svojich dôležitých životných úloh. Pre pacienta v paliatívnej a terminálnej starostlivosti sú psychické a sociálne problémy vyplývajúce z nedoriešených úloh veľakrát omnoho silnejšie ako fyzická bolesť, ktorej je prirodzene venovaná maximálna pozornosť. Bolesť je vždy subjektívna a v prípade, že sa pozornosť zameriava iba na analgetickú terapiu bez dôslednej analýzy jej väzby na emocionálnu záťaž, nie je možné dosiahnuť plnú pomoc a oporu zomierajúcemu pacientovi. Celkovú bolesť pacienta ovplyvňujú viaceré faktory, medzi ktoré patrí v prvom rade fyzická bolesť, ale na jej percepciu má nepopierateľne vplyv smútok, hnev, úzkosť, strach, neistota a opustenosť, rovnako ako aj spirituálne obavy (8). Bio-psycho-sociálny model prístupu k zomierajúcemu je prirodzenou formou nevyhnutnej pomoci.

Terminálne štádium ochorenia

Vždy, keď pacient prestáva reagovať na liečbu a jeho život smeruje do terminálneho štádia, je úlohou lekára informovať pacienta a rodinu o potrebe ukončiť kuratívnu terapiu a prejsť na paliatívnu starostlivosť. Lekár musí byť pripravený viesť najťažšiu komunikáciu v jeho

profesionálnom živote, komunikáciu so zomierajúcim človekom (9). Dochádza k nej vo fáze odovzdanosti a zmierenia sa so smrťou. Podľa E. Kublerovej-Rossovej (10) je to posledná fáza, v ktorej dochádza u pacientov k rezignácii a postupne sa začínajú zmierovať so skutočnosťou, že koniec ich života sa nezadržateľne blíži. Pacienti začínajú bilancovať svoj život a empatický rozhovor na takú závažnú tému s lekárom im pomáha zvládnuť túto ťažkú situáciu s menším vplyvom na ich psychiku. V tomto štádiu je veľmi dôležité, aby ošetrojúci personál vrátane lekárov, zdravotných sestier a ďalších odborníkov zostal pacientovi čo najviac k dispozícii. Úprimný ľudský kontakt a porozumenie pomáhajú zabrániť nekontrolovateľnému rozvinutiu strachu. Vo veľkej miere tomu pomáha samota a nevedomosť. J. Wittkovský (11) poukazuje na skutočnosť, že strach zo zomierania je oveľa väčší ako strach zo smrti samotnej.

Zomierajúci má strach z:

- telesného utrpenia,
- poníženia,
- straty osobnej dôstojnosti,
- osamelosti.

Každý jednotlivec, či už lekár, zdravotná sestra, sociálny pracovník, alebo dobrovoľník, ktorý sa rozhodne sprevádzať zomierajúceho, musí byť v prvom rade vyrovnaný s vlastnou smrteľnosťou. V opačnom prípade túto úlohu nezvládne, nedokáže byť oporou pre sprevádzaného až do konca jeho života a sám sa vystaví možným psychickým problémom (12). Očakávanie a percepčia smrti je zaťažujúcou traumou vyvolávajúcou pocit strachu. Student (3) opísal strach sprevádzajúcich osôb (zdravotníckych pracovníkov i laických osôb) v štyroch kategóriách, ktoré sa vo veľkej miere zhodujú so strachom sprevádzaných pacientov. Neskúsení zdravotnícki pracovníci, ale najmä rodinní príslušníci a priatelia majú najväčšie obavy z:

- neistoty, pretože väčšina z nich nevie, ako treba k smrti pristupovať;
- pohľadu na utrpenie, ktoré sa spája s anxiou a depresiou a ktoré nezvládnu;
- zo straty blízkeho človeka, ktorý bol integrovanou súčasťou sociálneho, ale i citového prostredia rodiny a ktorého strata je spájaná s bolestným odlúčením a prázdnotou;
- zo strachu z vlastného zlyhania spájaného s osudom zomierajúceho.

Tento typ strachu je úplne prirodzený a je neoddeliteľnou súčasťou smútku. Emocionálny stres zo zlyhania si rovnako vyžaduje odbornú pomoc angažovaného zdravotníckeho personálu (lekár, psychológ, onkologický sociálny pracovník). Na zvládnutie anxiózy v každej z tých-

to kategórií je potrebný osobitný intervenčný prístup a prostredie opory a dôvery.

Dôstojná smrť: sociálny rozmer zomierania a smrti

Koniec života máva veľa podôb a strach zo straty osobnej dôstojnosti tvorí jednu z hlavných obáv pacienta v terminálnom štádiu. Na to, aby sme naozaj mohli zodpovedne sľúbiť zomierajúcemu dôstojný koniec jeho života, budeme musieť v našej spoločnosti zmeniť zaužívaný pohľad na smrť samu osebe, ktorý sa spája v prvom rade a hlavne s etickou stránkou procesu zomierania. Dôstojnosť zomierania je podmienená prostredím i spôsobom účasti okolia. V nemocničnom prostredí je podmienkou zabezpečenia dôstojného odchodu človeka zo života pokojné a tiché prostredie a prítomnosť blízkych príbuzných (12). Osobná prítomnosť blízkych príbuzných a priateľov, lekára i sestry tvorí najdôležitejšiu súčasť dôstojného zomierania. Prejav lásky a empatie, jemné podržanie ruky, pohladkanie a prejav účasti zabezpečuje dôstojnosť zomierania a robí z procesu zomierania sociálny akt.

Psychosociálny rozmer zomierania a smrti

Psychosociálny rozmer zomierania je hlbokým vstupom do vedomia pacienta, ktorý často o svojich myšlienkach a pocitoch odmieta hovoriť. Osoba sprevádzajúca pacienta na konci jeho života musí brať do úvahy, že zomierajúci človek sa s týmito existenciálnymi otázkami snaží v duchu vyrovnať. Naplnenie presvedčenia o zmysluplnosti života pomáha zomierajúcemu zbaviť sa duchovnej prázdnoty a zúfalstva. Na základe daných skutočností dokáže človek zomierať zmierený a v pokoji. Komunikácia s pacientom v terminálnom štádiu ochorenia a v čase zomierania má svoje pravidlá, ktoré boli overené rozsiahlymi klinickými štúdiami. Ich výsledky poukazujú na potrebu skĺbenia teoretickej prípravy s dostatočnými klinickými skúsenosťami ošetrojúceho personálu. Cielený kontakt zameraný na pomoc vyrovnávať sa s myšlienkou na blížiaci sa koniec nadobúda zmysel iba vtedy, ak si sprevádzajúca osoba získa pacientovu dôveru a úprimný osobný vzťah (13, 14).

Ošetrojúci personál musí byť pripravený spracovať a komunikačne vhodne reagovať aj na negatívne sprievodné znaky terminálneho štádia, ako sú hnev, plač, strach alebo agresivita. Nikdy za to pacienta nekritizujeme ani neodsudzujeme. Porozumenie prejavujeme v podobe osobnej prítomnosti a empatie (15, 16).

Spirituálny rozmer zomierania a smrti

Súčasťou komplexnej starostlivosti o zomierajúceho pacienta je i snaha o naplnenie jeho duchovných potrieb. Nedostatok všeobecnej ľudskej a duchovnej podpory môže viesť k spirituálnej disharmónii a k strate duchovnej sily, ktorá zomierajúcemu pacientovi v živote pomáhala prekonávať krízy a prekážky. Strata viery v konečnej fáze života a pochybnosti o zmysle života a zároveň pocit opustenosti a samoty môžu v konečnom dôsledku viesť k odmietaniu kontaktu s rodinou, lekárom či duchovným. Aj človek, ktorý nie je stotožnený s vierou, sa v poslednej etape svojho života začína zaoberať otázkou o zmysluplnosti jeho života, má potrebu odpúšťať a túžiť, aby mu bolo odpustené. Pre každého je veľmi dôležité, aby mu bolo umožnené hovoriť na tému večného života. Pomáha to aspoň na krátky čas oslobodiť sa od negatívnych myšlienok a pocitov. Napriek tomu môže byť pastorálna starostlivosť vždy iba ponúknutá, ale nikdy nie vnucovaná (8).

Právo na dôstojnú smrť

Podľa Medzinárodného dohovoru Spoločenstva národov o ekonomických, sociálnych a kultúrnych právach (čl. 12.1) je „právo každého človeka na život v čo možno najvyššej úrovni fyzického a mentálneho zdravia“ (17). Podľa dikcie tejto právnej normy je povinnosťou poskytnúť pacientom s chronickým a terminálnym ochorením adekvátnu pozornosť a primeranú liečebnú starostlivosť počas celej trajektórie choroby vrátane fázy zomierania a smrti, ktorá zmierni alebo odstráni bolesť a ďalšie príčiny utrpenia a umožní pacientovi zomrieť v pokoji a plnej dôstojnosti (18).

Záver

Starostlivosť o zomierajúcich je psychicky a eticky veľmi náročná. To, ako bude zomieranie prebiehať, a či smrť bude dôstojná, riešili rovnako kultúry v staroveku, ako aj v súčasnosti. Záleží iba na nás, či to bude prebiehať ako sociálny akt, alebo naši blízki budú zomierať pod odborným dohľadom lekárov a ošetrojúceho personálu, ale v konečnom dôsledku do určitej miery izolovaní a osamotení. Napriek tomu, že zomieranie a smrť je súčasťou života každého jednotlivca, myšlienka na smrť je ťažko zvládnuteľná a málokto je na ňu pripravený. Najmä v odbornej starostlivosti o zomierajúceho pacienta nie je možné zaujímať postoj nezúčastnenej osoby v snahe o zmiernenie vlastnej psychickej nepripravenosti. Ak chceme byť skutočnou oporou pre zomierajúcich a ich rodinných príslušníkov, musíme sa dokázať vy-

rovnať s vlastnou smrteľnosťou a nesmieme dovoliť, aby sa u nás rozvinul syndróm vyhorenia. Z hľadiska odbornej pripravenosti je potrebné inovovať vzdelávanie v medicínskych a pomáhajúcich profesiách pridaním výučby špeciálnej komunikácie a tanatológie do študijných programov. Bez odbornej prípravy a diskusie na tému zomierania a smrti nie je možné očakávať zlepšenie starostlivosti o pacientov v terminálnej fáze ich života. Len tak sa podarí odstrániť zo starostlivosti o zomierajúcich rutinné správanie personálu, nedostatočnú komunikáciu s rodinou zomierajúceho a osamelosť pacienta (19, 20).

Literatúra

1. Haškovcová H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galen; 2007.
2. O Connor M, Arada S. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada-Avicenum; 2005.
3. Student JC, Muhlum A, Student U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: Nakladatelství H&H.
4. Wilson DM, Cohen J, Deliens L, et al. The preferred place of last days: Results of a representative population-based public survey. *J. Palliat. Med.* 2013;16:502.
5. Dobříková-Porubčanová P. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti*. 1. vyd. Martin: Nakladateľstvo Spolok svätého Vojtecha; 2005.
6. Sibille K, Greene A, Bush JP. Preparing physicians for the 21. century. Communicating skills and the promotion of health behaviour change. *Annual Rev. Behavioral Sci. Med. Educat.* 2010;16(1):7–13.
7. Bencová V, Lehotská V, Švec J. Behaviorálny rizikový profil pacientok s karcinómom prsníka: úloha sociálnej intervencie. *Onkológia*. 2007;2(5):317–320.
8. Vorlíček J, Adam Z. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada-Avicenum; 2004.
9. Rayson D, McIntare P. Transition to palliative care: two solitudes or inevitable integration? *Curr. Oncol. Report.* 2007;9(4):285–289.
10. Kubler-Ross E. *O smrti a umírání*. In: Turnov Publ., Arica Turnov&Nadace Klíček. 1992.
11. Pompey H. *Zomieranie*. Trnava: Nakladateľstvo Spoločnosť Ježišova Dobrá kniha; 2004.
12. Ellerbhaw J, Hayes A. Improving the care of dying patients in hospitals. *Brit. J. Hospital Med.* 2011;72(8):426–427.
13. Bencová V. Komunikácia ako súčasť suportívnej terapie v onkológii. *Klin. Onkol.* 2013;26(3):195–200.
14. Hysiop S, Christ C, Lessner C, et al. *Handbook of oncology social work: psychosocial care for people with cancer*. Oxford Univ. Press; 2015.
15. Janáčková L, Weiss P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál; 2008.
16. Špateková N, Králová J. *Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén; 2009.
17. Brennan F. Palliative care as an international human right. *Pain Symptom Management*. 2007;33(5):494–499.
18. Hack TF, McClement SE, Chochinov HM. Learning from dying cancer patients living their final days: Life reflexions gleaned from dignity therapy. *Palliat. Med.* 2010;24:715–723.
19. Angenendt G, Schutze-Kreikamp U, Tschuschke V. *Psychoonkologie v praxi. Psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál; 2010.
20. Jacobsson PB, Holland JC, Stoonsma DA. Caring for the whole patient: The science of psychosocial care. *Journal Clin. Oncol.* 2012;30(12):1–8.

Článok je prevzatý z:

Onkológia (Bratisl.), 2016; roč. 11(1): 40–43

PhDr. Viera Bencová, PhD.

I. onkologická klinika LF UK
Onkologický ústav sv. Alžbety
Heydukova 10, 812 50 Bratislava
viera.bencova@hafling.sk

