

Psychologická péče o onkologické pacienty

Mgr. Petra Bučková

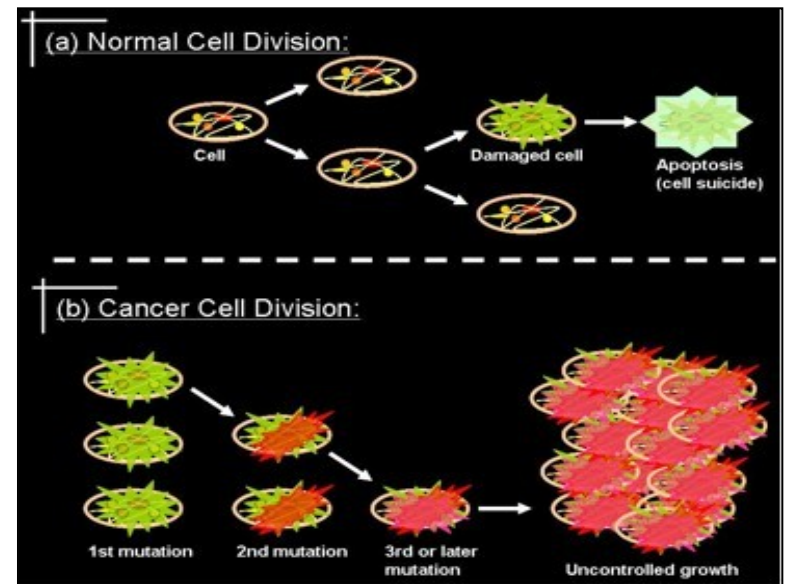
25.4.2018

Obsah přednášky

- Úvod
- fáze onemocnění
- strategie zvládání / copingové mechanismy
- zásady komunikace
- fáze umírání
- paliativní péče
- prevence syndromu pomáhajících a vyhoření

Nádorové onemocnění

- Podstatou nádorového onemocnění - nekontrolovatelný růst abnormálních buněk
- Na rozdíl od zdravých buněk se dělí rychleji, rostou chaotickým způsobem a řádně nedozrávají
- Kumulace nádorových
 - buněk = vznik nádoru
- Šíření buněk krevním
 - řečištěm, zakládání
- metastáz



Typy nádorových onemocnění

- Rozdělení: maligní X benigní
- Další možné dělení: 3 základní diagnostické skupiny:
 - Hematologické malignity (leukémie, lymfomy)
 - Nádory CNS
 - Extrakraniální solidní tumory (sarkomy, karcinomy atd.)

Typy nádorových onemocnění

- V ČR: karcinomy tlustého střeva a konečníku, zhoubné nádory plic, karcinomy prsu a prostaty
- U obou pohlaví: karcinom tlustého střeva a konečníku, karcinom průdušek, průdušnice a plic
- U mužů převažuje karcinom prostaty
- U žen převažuje karcinom prsu a karcinom dělohy
- U dětí: Leukémie (ALL), nádory CNS

Terapie nádorového onemocnění

Rozlišení dle léčebného záměru:

- **Kurativní:** cílem léčby je nemocného vyléčit. Jako kritérium úspěšnosti terapie je pokládáno přežití bez návratu choroby po určitou dobu.
- **Paliativní:** Úplné vyléčení není možné. Cílem této léčby je prodloužení života a zmírnění potíží, které nádor působí, tedy udržení co nejvyšší kvality života.
- **Symptomatická** – není naděje ani na vyléčení ani na zastavení postupu onemocnění. Především je tišena případná bolest a jsou řešeny komplikace růstu nádoru.

Onkologická léčba-typy:

Lokální:

- Chirurgie (odstranění nádoru, další související zákroky při komplikacích onemocnění, zavádění žilních katétrů apod.)
- Radioterapie (nezastupitelná u nádorů CNS, zařazována buďto samostatně nebo v kombinaci s chemoterapií)

Systémová: Chemoterapie

Transplantace kostní dřeně

- Autologní transplantace
- Allogenní transplantace

Onkologická léčba

Další formy léčby:

- Imunoterapie, hormonální terapie, biologická terapie

Podpůrná léčba zahrnuje zejména:

- Terapie bolesti
- Péče o výživu
- Psychoterapie a sociální terapie
- Zajištění kvality života
- * Alternativní medicína

Etiologie nádorového onemocnění

- Stále nedoloženo
- Multifaktorový vznik onemocnění
- Spolupůsobí vlivy životního prostředí, psychosociální faktory, imunologické, endokrinní a genetické faktory
- Chronický stres: negativní vliv na imunitní systém, vede k závislostem a stresovému chování (alkohol, jídlo)

Etiologie nádorového onemocnění

- Psychosociální podmíněnost vzniku rakoviny nebyla prokázána - řada studií s různými výsledky
- Byl potvrzen vliv intrapsychických proměnných na průběh onemocnění a léčby, dobu přežití

Psychoonkologie

- Disciplína zdravotnické psychologie
- Interdisciplinární obor, čerpá z biologické psychologie, imunologie, endokrinologie, fyziologie, sociologie
- Zabývá se psychologickými aspekty různých nádorových onemocnění
- Profesionální doprovázení a léčba psychických obtíží během nádorového onemocnění a po něm
- Pro pacienta, jeho blízké, zdravotnický personál

Úkoly psychoonkologie

- výzkum
- řešení krize a stresu
- kvalita života
- délka života
- psychologické rizikové faktory
- prevence

Psychonkologie

- Obnovení schopnosti postiženého
 - jedince účastnit se profesního a
 - sociálního života
 - Základy: Jimmie Hollandová, *1928
 - (80. léta 20.století), am.psychiatr
-
- Kariéru věnovala pomoci onkologickým pacientům a jejich rodinám, 15 let vedla podpůrné skupiny pacientů s ca plic.



Úkoly psychoonkologie

- výzkum
- řešení krize a stresu
- kvalita života
- délka života
- psychologické rizikové faktory
- prevence

Terapeutické cíle

- Stabilizace a zlepšení psychických funkcí
- Zprostředkování strategií zvládnání
- Obnovení pocitu vlastní hodnoty
- Vyrovnání se s vlastním tělesným obrazem, tělesnými funkcemi a tělesnými pocity
- Zlepšení sociálních vztahů a aktivit, chování v rámci citových vazeb
- Posílení vlastní zodpovědnosti
- Podpora při hledání nových životních cílů
- Naučit se žít s riziky léčby

Fáze nádorového onemocnění

- podezření
- předdiagnostická fáze
- diagnóza/nález
- léčba (operace, chemoterapie, radioterapie)
- remise
- případná recidiva
- případná progresse nemoci
- konečné stádium (paliativní opatření, symptomatická péče)

Podezření

- aktivní zvládání
- pasivní zvládání

Požadavkem této fáze je postavit se situaci čelem.

Brát vážně svoji úzkost, zajít za lékařem, který podezření vyvrátí nebo potvrdí.

Podmínky adaptace na situaci nemoci



- akceptace diagnózy
- informace o nemoci, o léčbě
- vyrovnání se se stresem a emočním rozrušením
- akceptace pomoci
- žít s nemocí

Desatero sdělení diagnózy (Vorlíček a kol., 1998)

- vyhýbat se cizím slovům
- klidné a bezpečné prostředí
- zřetelná, pomalá mluva
- soustředit se na rozhovor
- mít dost času a pozornosti
- přítomnost pacientových blízkých
- psané informace, instrukce
- opakovat, opakovat, opakovat
- délku rozhovoru určuje pacient
- pacient je partner

Zásady komunikace

- respekt k potřebám pacienta i lékaře
- pravda a upřímnost
- neříkejte víc než chce pacient slyšet
- o časových možnostech mluvit v rádech dnů, týdnů, měsíců, let, neuvádět konkrétní termín
- pacientovi musí zůstat naděje

Kdy informovat?

- V každé fázi léčby
- Co nejdříve
- Před plánovanými procedurami v optimálním předstihu (odvíjí se od akutnosti, závažnosti zákroku, psychického stavu pacienta)

Komunikace s rodinnými příslušníky

Nechci, aby byli příbuzní informováni.

- „Proč? Co si představujete, že se stane?“
- Co byste chtěl vy na jejich místě?“

Jak to mám říct dětem?

- přímo (jednoduše dle věku), nelhat, brzy
- co mi je, jak vypadá léčba, co mne čeká, co čeká děti
- nenechat je o samotě

Podpora pacienta ve fázi sdělení diagnózy

- informace
- být s pacientem (naslouchat, nepoddat se úzkosti)

Psychologická péče (krizová intervence):

- ventilace a sdílení emocí
- kognitivní zpracování situace
- podpora
- definování aktuálních potřeb

Zvládání ve fázi léčby

- Kontrola nad situací

Požadavky na pacienta

- Snášení tělesných obtíží (bolest, nauzea)
- Změněný sebeobraz
- Naučit se žít s nemocí, o nemoci hovořit, spolurozhodovat o průběhu léčení, začlenit léčebná opatření do každodenního života
- Přizpůsobení léčebnému režimu, změna výživy, adaptace na vedlejší účinky léčby

Fáze remise

- Období zpracování nemoci
- Život v nejistotě (Syndrom demoklova meče)
- Přijmout smrtelnost
- Zajistit si co nejvyšší kvalitu života
- Nová definice rolí: živitel rodiny/důchodce
- Nalezení nových cílů
- Znovunalezení důvěry ve vlastní tělo, okolí
- Cíl: žít svůj život ve světle nových hodnot a snů

Vyléčení („survivorship“)

- „Cancer survivorship“ = stav nebo proces, který následuje po stanovení diagnózy, bez ohledu na následnou délku života dané osoby
- Pacienti jsou nazýváni „survivors“ –(přeživší)
- Spíše se používá pojem přežití než vyléčení
- u dospělých je časovým kritériem „vyléčení“ 5let a více, u dětí postačuje doba 2-3 roky (Koutecký, 1997)

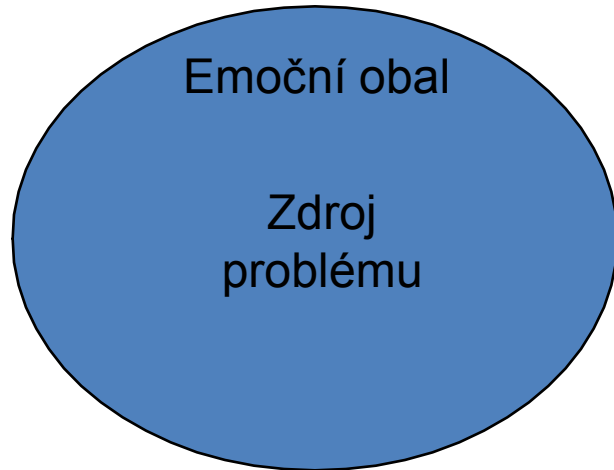
Posttraumatický rozvoj

- Několik výzkumných prací poukazuje na to, že nemoc znamenala pro přeživší příležitost k osobnostnímu růstu.
- Studie reflektují výjimečně dobrou adaptaci přeživších, která přesahuje běžnou úroveň zdravé populace.
- Vyšší míra emoční stability, pozitivnější a zralejší sebepojetí (ve zkoumaných oblastech psychologická, sociální, postoj k rodině a zvládací strategie), vyšší míra sebedůvěry a sociální opory, a obecně pozitivnější postoj k životu než jejich vrstevníci (Maggiolini a kol., 2000).

Posttraumatická stresová porucha

- Nádorové onemocnění - traumatická událost
- U podskupiny přeživších identifikovány symptomy konzistentní s reakcemi lidí vystavených traumatických událostem
- **Vyhýbání** se zkušenostem souvisejícím s onemocněním
- **Vtíravé myšlenky** týkající se onemocnění, vyskytující se během dne a v reakci na nezávažné zdravotní problémy typu nachlazení nebo kašel
- **Hypervigilance**: zvýšená senzitivita k sensorickým stimulům

Konstruktivní řešení konfliktů



- Emoce - cíl vítězství
- Problém - cíl řešení

- Pojmenování vlastních emocí
“Jsem vzteklý, smutný, dotčený!”
- Pojmenování emocí druhého. „Vidím, že se zlobíte.“

Hlavní psychické problémy pacientů

- Nejběžnější typy emočních psychických potíží: deprese a úzkosti (zpravidla reaktivní povahy)
- syndrom Hopelessness – Helplessness, giving –up (odcizení, vzdávání se, sebepodceňování, bezmoc/nost, sklíčenost, tíseň, opuštěnost, handicap, zoufalství/zánik, pocit uvěznění/v pasti, bezmocnost, zranitelnost, bezbrannost)
- Suicidalita (přispívají deprese, beznaděj, neléčená bolest)

Deprese

- stísněná nálada, zoufalství, úzkost, strach, pocity prázdnoty, pocity viny, smutku
- zpomalení, útlum psychických funkcí nebo vystupňovaný neklid
- zhoršení pozornosti, paměti, neproduktivní, bezcílné myšlení odtržené od reality
- poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu, bolesti břicha, hlavy, na hrudi, žaludeční potíže

smutek

- přechodný stav
- odklonitelný
- intenzita se mění
- pláč přináší úlevu

deprese

- trvalý psychický stav
- těžce odklonitelný
- bez ohledu na vnější prostředí
- pláč nepřináší úlevu
- katastrofické uvažování

Pomoc při psychických obtížích

Intervence

- Psychofarmaka (anxiolytika, antidepresiva)
- Psychoterapie

Psychoterapie = léčebné působení na psychiku pacienta psychologickými prostředky.

- Cíl: Odstranit nebo zmírnit těžkosti a podle možností odstranit také jejich příčiny.
- V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a jednání pacienta.

3 základní znaky psychoterapie s onkologickým pacientem

- Psychoterapeutický vztah – důvěra ze strany pacienta, profesionální etika
- Bezpečí pro vyjádření obav, emocí, možnost „odložit masku“
- Racionální výklady – poskytnutí základního rámce pro pochopení těžkostí (kognitivní zhodnocení situace)

Psychologická péče v onkologii

- Krizové intervence
- Klinicko-psychologické poradenství
- Klinicko-psychologická diagnostika
- Psychoterapeutická péče (pacienti, rodiny)
- Podpůrné skupiny (pacienti, rodiče pacientů)
- Výzkumná činnost a vzdělávání
- Poradenství pro zdravotnický personál
(poradenství, bálintovské skupiny, prevence burn-out syndromu)

Fáze recidivy, progresse nemoci

- Pocity zoufalství a traumatizace, bezmoc a deprese
- Ztráta kontroly, u pacientů se často objevuje panika, pocity odcizení/odosobnění – „týká se to vůbec mě?“ a pocity viny
- Častá je i zlost - pacienti podstoupili veškerá opatření a stejně došlo k recidivě
- Cílem je pokud možno až do poslední chvíle zachovat pacientovu nezávislost a důstojnost, brát vážně jeho cíle a umožnit mu důstojnou smrt.

Dimenze zvládnání Ulmský Manuál

- **Rezignace/pasivní přijetí:** vyčkávání, aktivní vyhýbání se, sebelítost (nelítostný osud), beznaděj (nedostatek odvahy), fatalismus.
- **Kognitivní uspořádání/postoj:** anticipace, atribuce, humor, pozitivní přeformulování, relativizace, hledání smyslu.
- **Odklon od nemoci:** rozptylující aktivity, fantazie, kontrola rozrušení, splněné přání, kompenzace.
- **Sociální kontakty:** altruismus, emoční podpora, modelové učení, sociální rozptýlení.
- **Ochota spolupracovat:** aktivní spolupráce, akceptace, hledání informací, pasivní spolupráce.
- **Bojové nastavení:** odpor, vlastní iniciativa, naděje, pocit vlastní hodnoty, sebekontrola.

Hornheidský dotazník (krátká verze)

Následující výroky posuzujte vzhledem k minulému týdnu!

Kód (jméno):

Datum:

	Není pravda		Spíše není pravda		Velmi mě zatěžuje	
1. Často si dělám starosti.	0	1	2	3	4	5
2. Neumím se uvolnit a být v klidu.	0	1	2	3	4	5
3. Život s nemocí mi nahání strach.	0	1	2	3	4	5
4. Netroufám se vrátit ke své obvyklé práci.	0	1	2	3	4	5
5. Připadám si tělesně méně výkonný/á než před onemocněním.	0	1	2	3	4	5
6. Myšlenka na možný další růst nádoru ve mně vyvolává úzkost.	0	1	2	3	4	5
7. Mám obavy, že mě ostatní lidé budou kvůli změně vzhledu odmítat.	0	1	2	3	4	5
8. Je pro mě těžké hovořit s nejbližšími o svých starostech a úzkostech.	0	1	2	3	4	5
9. O své nemoci a léčbě se necítím dostatečně informován/a.	0	1	2	3	4	5
	Velmi dobře			Velmi špatně		
10. V posledních dnech se fyzicky cítím	0	1	2	3	4	5
11. V posledních dnech se psychicky cítím	0	1	2	3	4	5
12. Pokud nám chcete cokoli sdělit, nebo máte jakékoli připomínky k vaší současné léčbě v nemocnici nebo celkově k naší klinice, můžete tak učinit zde:						

Ještě jednou se prosím přesvědčte, zda jste vyznačil/a, jaký máte postoj ke všem tvrzením v dotazníku.

Reakce pacienta

- plačící pacient: „Když nepláčou oči, pláčou orgány“.
pomoc: přítomnost, blízkost
- úzkostný pacient: „Čeho se pacient nejvíc bojí?“
pomoc: informace, blízkost, sugesce.
- pasivní pacient:
pomoc: aktivace, rehabilitace
- negativistický/agresivní pacient:
pomoc: respekt, reflektovat: „Vidím, že se zlobíte. Co Vás zlobí...?“

Strach ze smrti

- multidimenzionální fenomén (Florian, Kravetz, 1983)
- interpersonální složka
např. strach ze ztráty blízkých, strach z důsledků pro rodinu
- intrapersonální složka
např. strach ze zániku vlastního těla
- transpersonální složka
např. strach z trestu po smrti

- mezi 9.-11. rokem se ustaluje „zralý“ koncept smrti (je chápána jako univerzální, konečná a nevratná)

Strach ze smrti

je podmíněn řadou vlivů:

- Věk (s rostoucím věkem klesá př. Russac, 2007; Rasmussen, Brems, 1996 – nepotvrzují však všechny studie)
- Pohlaví (některé studie zjišťují, že ženy vykazují vyšší míru strachu ze smrti př. Russac, 2007; Tang a kol., 2002)
- Osobnostní charakteristiky (př. lidé s vyšší mírou neuroticismu a úzkostnosti projevují vyšší intenzitu strachu ze smrti (Loo, 1984))

Strach ze smrti

je podmíněn řadou vlivů

- Citová vazba/attachment (lidé s jistým typem citové vazby jsou spojováni se strategií redukující úzkost Shaver, Mikulincer, 2008)
- Zkušenost se smrtí blízkého člověka - zvyšuje míru strachu ze smrti Florian, Mikulincer, 1997
- vlastní (zážitky blízké smrti) – rozporná výzkumná zjištění

Fáze umírání (Kübler-Ross, 2005)

- fáze šok, popření
- fáze smlouvání
- fáze zlosti a hněvu
- fáze deprese
- fáze smíření



Stadia vyrovnávání se s nepříznivými událostmi (Křivohlavý, 2002)

Šok	<i>Bezprostředně po sdělení: zmatenost, iracionalita, pláč, zúžené vnímání</i>
Popření	<i>Přesvědčení, že se jedná o omyl, požadování propuštění, hledání protiargumentů</i>
Agrese	<i>Nepříjemné nebo hostilní naladění vůči zdravotnickému personálu anebo vůči blízkým, hledání viníka za nemoc</i>
Deprese	<i>Apatie, rezignace, pesimistické úvahy o budoucnosti, někdy také zlost, neklid, vnucující se myšlenky na nemoc</i>
Smlouvání	<i>Tíživé skutečnosti jsou přijímány pouze podmíněčně, někdy za cenu zoufalého usilování o vyléčení</i>
Smíření	<i>Adaptace na léčbu, pacienti jsou schopni navzdory nemoci nalézat i pozitivní události v životě a těšit se na ně</i>

Někdy se přidává ještě tzv. „nulové stadium“ - nejistota

Fáze psychického šoku, popření

- zúžené vědomí,
 - chybí kontakt,
 - odštěpené emoce,
 - bezcílná aktivita,
 - masivní nekontrolovatelný projev emocí (křik, pláč, agrese), ztuhnutí („duševní korzet“).
-
- Ochranný mechanismus, aby přežil situaci, která je pro něj fyzicky nebo psychicky neúnosná.
 - Nabídnout bezpečí, základní životní funkce (jako je dýchání, polykání, mrkání...)

Fáze popření

- aktivace vrozených vyrovnávacích „obranných“ strategií
- popření – popření reality „Hrozí ztráta toho nejdůležitějšího – života.“
- Regrese
- Disociace
- Psychický šok

Fáze smlouvání

- Pacient smlouvá o čas
- Hledá lékaře, léčitele...

Jak reagovat?

- krátkodobé cíle: obsahové nikoliv časové
- dlouhodobé cíle: jaký to pro něj má význam, co se tím dokončí

Fáze zlosti a hněvu

- Agrese je projev základního boje o přežití!
- Projev strachu ze smrti, úzkosti, bezmoci

Jak reagovat?

- Umožnit pacientovi mluvit o jeho pocitech (uvolnění vnitřní tenze, pacient získá náhled)
- Velké ohrožení personálu syndromem vyhoření!

Fáze deprese

- Hluboký smutek nad ztrátou budoucnosti, nadějí, zdraví, nových možností
- Situace nemá řešení
 - naslouchání
 - sdílení
 - podpora
 - Doprovázení
- Přítomnost druhého dodává pacientovi stabilitu

Strach ze smrti:

- Čeho konkrétně se bojí? např. bezmoc, bolest, izolace, budoucnost dětí...

Fáze přijetí

- Přijetí konce života
- Pacient se „někam“ chystá
- Odpoutávání od přítomnosti individuálním způsobem (mluvení o minulosti/mlčení)

Úkoly

- odpustit
- požádat o odpuštění
- propustit

Co je to s těmi doktory? Proč nechápou, jak důležitá je jejich přítomnost? Proč si nedokážou uvědomit, že právě v okamžiku, kdy nemají co nabídnout, jsou nejvíc zapotřebí.

I.D. Yalom: „Výlety s Pavlou“

Víc než smrti se člověk bojí naprosté izolace, která ji provází. Snažíme se jít životem ve dvou, ale zemřít musí každý sám - nikdo nemůže naši smrt umřít s námi nebo za nás. Přehlížení umírajícího živými je předobrazem absolutní konečné opuštěnosti.

I.D. Yalom: Máma a smysl života

Truchlení

- Po ztrátě zažívají blízcí smutek, zlost, zoufalství, prázdnotu, bezmoc, strach...
- Rozloučení se se zemřelým
- Propuštění
- Odžití emocí
- Odpoutání se
- Začít žít život bez zemřelého



Paliativní medicína

- Komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu.
- Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.

Paliativní medicína

- Holistický přístup: medicína (kontrola a redukce negativních symptomů jako je bolest, únava, deprese) ale i pomoc terapeutická a duchovní
- Vždy bere v potaz celou rodinu, práce s úzkostí, podpora otevřené komunikace, vyjadřování vlastních emocí a potřeb, posílení vzájemných vazeb v rodině
- Obecná vs. specializovaná paliativní péče

Obecná paliativní péče

- Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.
- Základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života (např. léčba nejčastějších symptomů, respekt k pacientově autonomii, citlivost a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, organizační zajištění péče při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.).

Specializovaná paliativní péče

- Aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi.

Co ovlivňuje potřeby pacientů v paliativní péči

- Základní onemocnění
- Stupeň jeho pokročilosti (pokročilá, ale relativně kompenzovaná stadia, preterminální a terminální stadia onemocnění)
- Přítomnosti více závažných onemocnění současně
- Věk pacienta a sociální situace (míra sociální podpory ze strany rodiny a přátel, finanční situace apod.)
- Psychický stav (kognitivní a emoční stav, míra informovanosti, duchovní orientace atd.).

Psychohygiena doprovázejících

- Umírající není naším osobním selháním.
- Spolu s pacienty a jejich rodinou prožíváme pocity bezmoci, strachu, smutku, nejistoty, naděje, zklamání...
- Emoce je třeba zpracovat (supervize, sdílení, podpora...).
- Odbourávání stresových hormonů – fyzická aktivita, relaxace
- Zpracovat téma smrti sám pro sebe – číst, přemýšlet o něm

Motivace pomáhajících

Vědomé motivy

- smysluplná činnost

Nevědomé motivy

- získat pomoc
- uspokojení vlastních emočních potřeb „asymetrické vztahy“
- neurózy „Mám hodnotu jen, když pomáhám ostatním...“
- narcistické potřeby, pocit moci.
- selhání v osobním životě kompenzují nadměrným úsilím v profesním životě

Syndrom pomáhajících

- K syndromu vyhoření u pomáhajících dochází v dlouhotrvajících a stresujících situacích, které přesahují možnosti jejich zvládnání.
- Pomáhající jsou: dávající, silnější, pečující.
- Podřizují vlastní potřeby, přání, úzkosti, zájmy pacientům.
- Jsou často jedinými pomocníky.

Jak vzniká syndrom pomáhajících

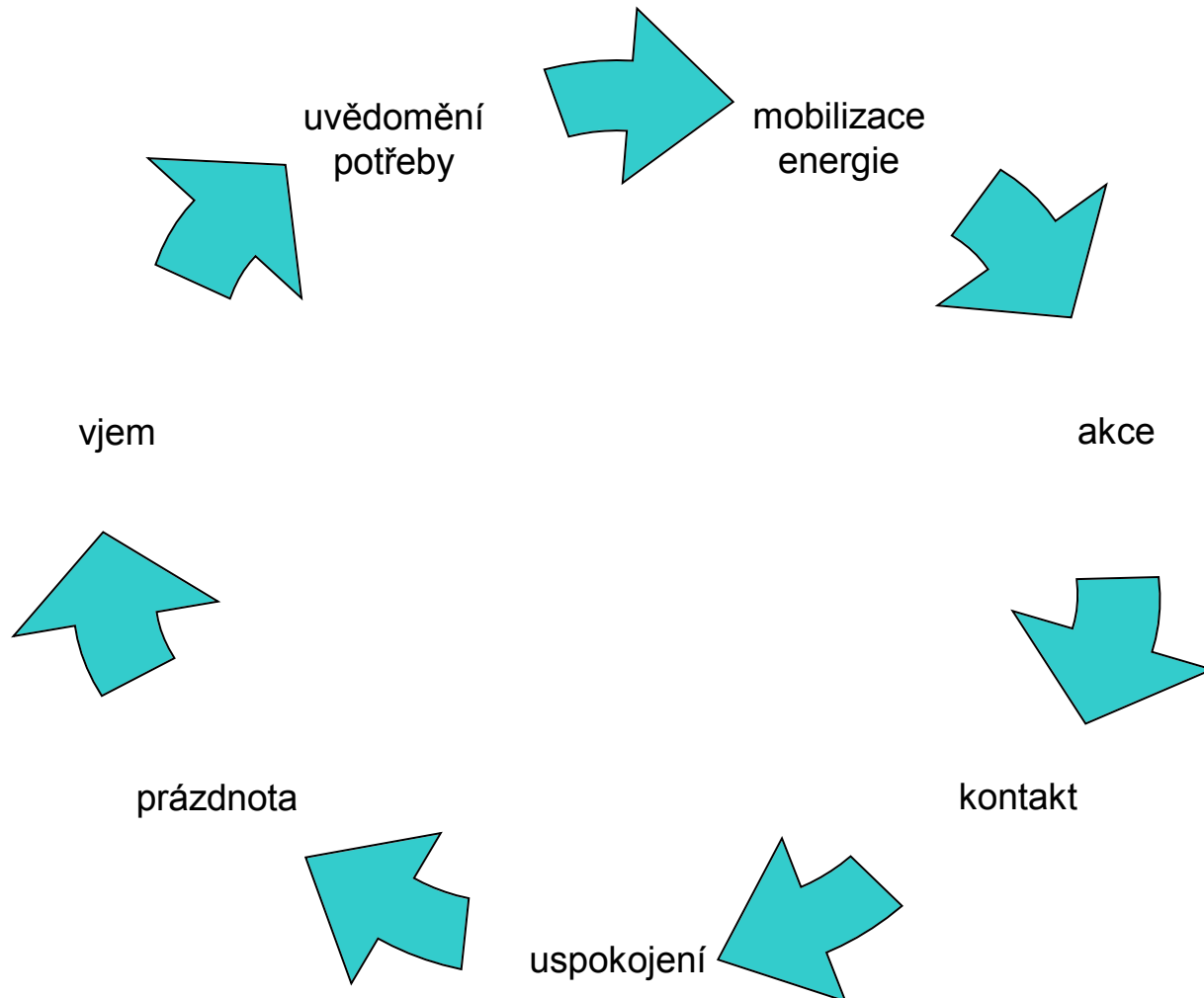
- Odmítnutí primární vztahovou osobou
- Nenaplněná touha po přijetí – primární narcismus.
- Vyhýbá se vztahům, kde ostatní nepotřebují pomoc, není silnější, dávající.

- Slabost = pocit méněcennosti
- Síla = láska ze strany druhých

Znaky patologického syndromu pomáhajících

- Obava požadovat něco pro sebe.
- Upřednostňování pomáhajících interakcí.
- Neočekávání přiměřené odměny.
- Skrývání vlastní touhy po uznání a odměně.
- Závislost na práci.

Cyklus uvědomění potřeb (Joyce, Sills, 2011)





Děkuji za pozornost

Zdroje informací

- Angedent. G., Schutze-Ktreilkamp. U., Tschuske. V. (2010): *Psychoonkologie v praxi*. Praha: Portál.
- Florian, V., Kravetz, R., Frankel, J. (1984). Aspects of Fear of Personal Death, Level of Awareness, and Religious Commitment, *Journal of Research in Personality*, 18, 289-304
- Vondráèková. D. a kol (2007). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
- Adam. Z., Krejèí. M., Vorlíèek. J. (2011). *Obecná onkologie*. Praha: Galén.
- Vorlíèek, J. a kol. (1998). *Paliativní medicína*. Praha: Grada.
- Rasmussen, Ch., Brems, Ch. (1996). The Relationship of Death Anxiety With Age and Psychosocial Maturity, *The Journal of Psychology*, 130, 2, 141-144.
- Loo, R. (1984). Personality correlates of the Fear of Death and Dying Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 120-122.
- Tang, C.S.-K., Wu, A.M.S., Yan, E.C.W. (2002). Psychosocial Correlates of Death Anxiety among Chinese College Students, *Death Studies*, 26, 491-499.
- Kübler-Ross, E. (2005). *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. London: Simon & Schuster.
- Shaver, P.R., Mikulincer, M. (2008). Adult Attachment and Cognitive and Affective Reactions to Positive and Negative Events, *Social and Personality Psychology Compass*, 2., 5, 1844-1865.
- Florian, V., Mikulincer, M. (1997). Fear of Personal Death in Adulthood: The Impact of Early and Recent Losses, *Death Studies*, 21, 1-24.