

Trauma-informovaný přístup v paliativní ošetrovatelské péči o onkologicky nemocné

Olga Klepáčková, Martina Černá

Katedra sociální práce, Vysoká škola polytechnická Jihlava

Mnozí onkologičtí pacienti v preterminálním nebo terminálním stadiu onemocnění netrpí jen somatickými symptomy a psychologickými potížemi souvisejícími se zdravotním stavem a adaptací na tuto životní situaci. Nejednou jsou pro ně významnou součástí jejich současné bolesti a utrpení dlouhodobé následky dříve náročné nebo traumatické události, dopad zdravotního traumatu a s nemocí související posttraumatická stresová porucha (PTSD) či sekundární ztráty, které s sebou diagnóza a prognóza přinesla. Tyto aspekty mohou do značné míry ovlivňovat nejen vztah a komunikaci s ošetřujícím personálem, ale také průběh samotné ošetrovatelské péče. Trauma-informovaný přístup přináší do oblasti paliativní péče nový pohled, jak lépe porozumět prožívání a projevům těchto pacientů a jak přispět v rámci svých kompetencí a v kontextu holistické péče k úplnějšímu naplnění jejich potřeb. Příspěvek je zaměřen nejen na teoretické poznatky, ale také jejich využití v praxi v činnosti sester v rámci ambulantních, terénních i pobytových služeb paliativní péče.

Klíčová slova: ošetrovatelská péče, paliativní péče, trauma-informovaný přístup, zdravotní trauma.

Trauma-informed approach in palliative nursing care of oncology patients

Many oncology patients in the preterminal or terminal stage of their disease don't suffer only by somatic symptoms or psychological issues related to their state of health and adaptation to this life situation. Sometimes long-term consequences of the past difficult or traumatic event, the impact of medical trauma and cancer-related posttraumatic stress disorder, or secondary losses due to their diagnosis and prognosis play a significant part in their current pain and suffering. These aspects may greatly affect not only their relationship and communication with nursing staff including nurses but also a course of the nursing care itself. The trauma-informed approach brings to palliative care a new perspective on how to better understand the feelings and behavior of these patients and how to contribute to better fulfillment of their needs within one's scope of competencies and in the context of holistic care. The article is focused not only on the theoretical knowledge but also its using in nursing practice in outpatient, home-based or inpatients palliative care services.

Key words: medical trauma, nursing care, palliative care, trauma-informed approach.

Úvod

Neuběhla dlouhá doba od chvíle, kdy si stále více odborníků na poli paliativní péče začalo u svých pacientů cíleně všímat nezvyklých somatických symptomů, které se nedaly vždy uspokojivě vysvětlit vztahem k základnímu onemocnění a aktuálnímu zdravotnímu stavu, případně přidruženým komorbiditám. Zároveň se snažili najít odpověď na možné příčiny pro ně mnohdy nepředvídatelného a matoucího

chování a reakcí těchto pacientů – nejednou vnímaných jako problémových či nespolupracujících – ve vztahu k personálu, okolí i poskytované péči (1, 2). Zjištění, že tyto symptomy a projevy mohou do značné míry souviset s dříve neadresovanými nebo nedostatečně ošetřenými náročními nebo traumatickými životními zkušenostmi a jejich dopadem, mnohé otázky zodpovědělo i nastínilo další. Současné začali tito odborníci hledat vhodný způsob, jak specifické potřeby

této cílové skupiny v kontextu paliativní péče zohlednit a pomoci naplnit. Jak takovým pacientům v praxi pomoci, když je často vzhledem ke zdravotnímu stavu nerealné získat bližší informace z jejich osobní anamnézy nebo následky předchozí traumatizace identifikovat a časové i další limity vylučují tradičně volené postupy a terapeutické intervence (1, 3)? Právě sestry mají v této oblasti péče nezastupitelnou roli, neboť s mnohými pacienty jsou v intenzivním



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

Bc. Olga Klepáčková, Klepackova.O@email.cz

Katedra sociální práce, Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 1556, 586 01 Jihlava

Cit. zkr: Onkologie 2020; 14(4): 187–190

Článek přijat redakcí: 27. 5. 2020

Článek přijat k publikaci: 22. 6. 2020

a blízkém kontaktu a mohou si tak všimnout i nenápadných projevů a změn a často jsou také těmi, s kým pacienti sdílejí i své nejhlubší emoce.

Metodika

Příspěvek je koncipován jako přehledový teoretický text integrativní povahy, k jehož zpracování bylo využito převážně zahraničních odborných zdrojů v elektronické i tištěné podobě, které byly vyhledány pomocí elektronických databází Pubmed, MEDSCAPE, Google a Google Scholar. Texty byly vyhledávány v anglickém jazyce s datem publikování od roku 2010 po současnost a s pomocí těchto klíčových slov: medical trauma; trauma-informed end-of-life care; trauma-informed hospice and palliative care; trauma-informed nursing. Uvedené termíny byly ve zdrojích vyhledávány v nadpise, abstraktu i samotném textu. Kritérii inkluze byly dostupnost textu v plné verzi, kontext ošetřovatelské péče u dospělých, nikoli pediatrické, populace, přenositelnost daných poznatků do podmínek českého prostředí a jejich využitelnost v praxi sester poskytujících péči onkologickým pacientům v preterminální či terminální fázi onemocnění. Vzhledem ke skutečnosti, že tyto konkrétní termíny nemají známý český ekvivalent a téma paliativní ošetřovatelské péče o traumatizované pacienty dosud nebylo v českém prostředí dle dostupných zdrojů tímto či obdobným způsobem zpracováno (z pohledu trauma-informovaného přístupu), byly vyhledávány i české zdroje věnované paliativní ošetřovatelské péči obecně. Vzhledem k možnému rozsahu příspěvku, který je zaměřen především na seznámení s problematikou, bylo pro účely jeho zpracování vybráno celkem 13 zahraničních zdrojů a 1 český. Vybrané texty byly dále zpracovány a interpretovány kvalitativní obsahovou analýzou.

Traumatizovaní onkologičtí pacienti v paliativní péči

Pacienti v paliativní péči přirozeně tvoří z hlediska míry traumatické expozice velmi zranitelnou skupinu, z níž ti mnohočetně nebo chronicky traumatizovaní patří k těm nejzranitelnějším (1, 2, 3). Ne vždy je však věnována potřebná pozornost jejich životní situaci ve své komplexnosti. V praxi přitom není výjimkou například krátce ovdovělý senior, který se kromě utrpení spojeného s terminálním onemocněním a s ním spjatými sekundárními ztrátami vyrov-

nává i s následky dávné zkušenosti s interpersonálním násilím nebo mladá matka, která prošla ústavní výchovou a od dětství je pro ni těžké navázat vztah důvěry. Dalším příkladem může být muž středního věku, který byl před lety účastníkem tragické dopravní nehody, po které byl svědkem neúspěšné resuscitace svého příbuzného a od té doby ho děsí každá připomínka této události či žena, které v dospívání zemřela na onkologické onemocnění matka, a ona se teď ze všeho nejvíce bojí, že bude také tak trpět a jak nemoc zasáhne její blízké.

Jak potvrzují četné výzkumy, alespoň jedna traumatická událost je téměř univerzální zkušeností, kterou zažilo nejméně 70 % populace (4). Povědomí o prevalenci určitých typů traumatických událostí, například domácího násilí nebo syndromu CAN, je obecně poměrně dobré, o jejich možném dlouhodobém dopadu je již známo méně a problematika specifických potřeb dříve traumatizovaných jedinců zařazených v paliativní péči dosud stála spíše na okraji zájmu. Zejména v zahraničí se v oblasti zdravotnictví stále více odborných pracovníků věnuje otázce, jak mohou dlouhodobé následky předchozích traumat nebo současně prožívaný stres a traumatické okolnosti situace pacienta ovlivňovat jeho nynější celkový stav, ošetřovatelský proces i průběh umírání včetně role faktoru synergického efektu těchto zkušeností a událostí (3, 8).

K typům traumatizace, kterým se v této oblasti začíná dostávat větší pozornosti, se řadí i tzv. **zdravotní trauma** (medical trauma) a PTSD související s onkologickým onemocněním (cancer-related PTSD) (5). Zdravotní trauma je definováno jako „psychologické trauma, které se rozvíjí v důsledku lékařské diagnózy a s ní souvisejících intervencí“ a terminálně nemocní onkologičtí pacienti patří již z podstaty vzhledem k povaze onemocnění a léčby ve vztahu k tomuto typu traumatizace k nejohroženějším skupinám pacientů (6). Dochází k němu „v přímém kontaktu s lékařským prostředím, v rámci komplexní interakce mezi pacientem, zdravotnickým personálem, lékařským prostředím a zkušenostmi s diagnostickými a/nebo léčebnými zákroky, jež mohou mít významný psychologický dopad v důsledku pacientova jedinečného vnímání dané události“ (7). Ve vážných případech může tato forma traumatu splňovat klinická kritéria pro akutní stresovou poruchu nebo PTSD a projevit se řadou symptomů od

somatických po psychické (6, 7). Aspekty spjaté s léčbou a prognózou pokročilého onkologického onemocnění, mnohdy probíhající současně s přirozeným procesem stárnutí, mohou zvláště v kombinaci s další zranitelností v důsledku dřívějších traumat vést také k rozvoji PTSD s pozdním nástupem (delayed-onset PTSD) (8, 9).

Identifikace rizikových pacientů a faktorů

Míra rizika rozvoje traumatické reakce se pojí s určitými faktory, ke kterým patří například (5, 10):

- již existující duševní onemocnění,
- předchozí traumatizace,
- vlastní vnímání kvality poskytované péče,
- míra důvěry v lékařský tým,
- délka pobytu v nemocnici, invazivita léčby, typ užívané medikace,
- úroveň a způsob komunikace personálu s pacientem,
- sociální zázemí a zdroje podpory.

Jak uvádí Hall (7): „Přítomnost zdravotního traumatu můžeme přehlédnout, protože mnozí pacienti pravděpodobně trpí jeho dopadem v tihosti. Jsme vedeni k tomu léčbu vydržet a často očekáváme od sebe samých i druhých, zvláště dospělých, že se s psychologickým dopadem léčby prostě smíří. Spíše se ptáme: „Jak moc to bolí?“ nebo „Nějaké vedlejší účinky léků?“, než bychom se zabývali strachem, smutkem, obavami a množstvím dalších emocí, kterým lidé čelí v důsledku zdravotní události nebo nemoci“. Neošetřené nebo potlačené trauma, zdravotní či jiné, a s ním spojené vytěsňené vzpomínky nebo emoce se mohou zvláště u vážně nemocných jedinců, u kterých je mnohdy již přechodně či trvale přítomna kvantitativní nebo kvalitativní porucha vědomí, projevovat zejména prostřednictvím fyzických symptomů nebo v chování. Tyto projevy však bývají nejednou mylně považovány za symptomy související se somatickým onemocněním, vedlejší účinky medikace, manifestaci demence, poruchy osobnosti či chování nebo „pouze“ charakterové vlastnosti daného jedince (například přecitlivělost, uzavřenost nebo nevěrnost). Mezi tyto typické somatické projevy patří mimo jiné zvýšená míra pocítované bolesti, tachykardie, dušnost, pocení, krátkodobé zvýšení/snížení krevního tlaku, změny zorniček, výrazná úzkost a strach, nepřiměřené reakce

na vnější podněty nebo v interakci s druhými (1, 6, 7, 8).

S postupnou progresí onemocnění a zhoršování celkového stavu dochází u pacientů také k ubývání možností a schopností využívat své do té doby obvyklé a osvědčené mechanismy zvládání zátěže (například fyzické nebo společenské aktivity či užívání návykových látek). Tato ztráta kontroly a schopnosti se aktivně dopadu stresové reakce bránit může vést k rozvoji nových symptomů nebo zhoršení těch stávajících, například v podobě poruch spánku včetně nočních můr, apatie, nechutenství, flashbacků, panických záchvatů nebo disociace (1, 3). Někteří dříve traumatizovaní pacienti také prožívají ohrožení života spojené s terminálním onemocněním a aspekt ztráty kontroly jako paralelu traumatické události, které byli vystaveni v minulosti, což u nich může aktivovat zafixované obranné reakce, vést k rozvoji výrazné úzkosti nebo zhoršení dříve mírných symptomů. K nejsilnějším stresovým faktorům patří ztráta soukromí, narušení intimity a závislost na pomoci druhé osoby v základních sebeobslužných činnostech (1, 6, 7). Velmi citlivé je pro pacienty v tomto kontextu také období, kdy bilancují nad svým životem. Mnohdy se vrací i ke zkušenostem, kterých litují nebo které pro ně byly náročné a bolestné. Nejednou jsou pro ně jejich nejsilnější vzpomínky spojené s traumatickou zkušeností, což může vést při bilancování k intenzivní úzkosti, smutku, hněvu nebo pocitu viny a v důsledku výrazně negativně ovlivnit nejen kvalitu zbývajících života, ale i samotný proces umírání (5, 6, 8, 10). U pacientů, kteří se v důsledku předchozí traumatizace dostali do sociální izolace, je také častější absence neformální pečující osoby a nejednou jakékoli blízké osoby, která by je nyní doprovázela a byla pro ně zdrojem podpory (1).

„Pro tyto pacienty, z nichž mnozí tiše trpěli celé roky, je hospic, paliativní péče nebo zařízení s pečovatelskou službou, poslední šancí najít pokoj, kterou mají“ (8).

Charakteristika trauma-informovaného přístupu a jeho role v paliativní péči

V uplynulých letech došlo k velkému rozvoji jak v oblasti paliativní péče, tak na poli práce s jedinci zasaženými traumatem. Prostor, ve kterém se tyto dvě cílové skupiny

potkávají, je však do značné míry dosud jen málo probádanou oblastí, postupně však narůstá počet poskytovatelů zdravotní péče, kteří usilují o zlepšení (2, 3, 8, 9). Trauma-informovaný přístup je přístupem v oblasti sociálních a zdravotních služeb (v současnosti dle dostupných údajů cíleně využíván v oblasti paliativní péče pouze v zahraničí), který vychází z předpokladu, že s velkou pravděpodobností má jedinec v anamnéze určité trauma. Je založen na třech základních pilířích: 1. uvědomění si prevalence traumatu; 2. povědomí o tom, jak trauma ovlivňuje všechny osoby zapojené v daném programu, organizaci nebo službě včetně personálu; 3. implementace těchto znalostí do praxe; a na šesti hlavních principech: bezpečí, důvěryhodnost a transparentnost, možnost volby, spolupráce, zmocnění a respekt k odlišnosti. Klade důraz na vytvoření bezpečného prostředí pro pacienty, jejich blízké i personál, které bude vnímavé k potřebám těch, které zasáhla určitá traumatická událost, se zvýšenou pozorností věnovanou prevenci retraumatizace (11, 12).

Ve své podstatě je tento přístup součástí základní ošetrovatelské péče a jeho principy jsou ve shodě s ústředními hodnotami a principy profesionálního ošetrovatelství – zejména v důrazu na holistický přístup a význam vzájemného vztahu (13). Implementace trauma-informovaného přístupu do této oblasti zdravotní i sociální práce se dle zkušeností z praxe osvědčuje jako účinný nástroj, jak této skupině pacientů lépe pomoci s ohledem na jejich specifické potřeby včetně těch v rámci přímé ošetrovatelské péče ve všech typech služeb a zařízení zaměřených na paliativní péči.

Trauma-informovaný přístup pomáhá vidět své pacienty novým pohledem, být vnímavý k možnému utrpení, které zažili mimo somatické onemocnění i signálům naznačujícím často dosud neadresované trauma a jeho dopad na současný život. Neznamená přistupovat automaticky ke každému pacientovi jako k traumatizované oběti nebo s předpokladem, že je nutné podrobně znát pacientovu osobní anamnézu, aby bylo možné jeho potřeby skutečně naplnit. Nenahrazuje ostatní současné modely péče, není ani pouhým souborem technických opatření nebo postupů, ale především filozofií péče a perspektivou založenou na holistickém přístupu k pacientovi (3).

Možnosti podpory pacienta v rámci ošetrovatelské péče

Práce s traumatizovanými pacienty, kteří současně trpí pokročilým onkologickým onemocněním, může být často mimořádně náročná a péče vyžaduje úzkou spolupráci například s psychologem, kaplanem i dalšími odborníky. Přestože každý z nich má v zajištění komplexní péče o pacienta nezastupitelné místo, právě sestra je zpravidla pro pacienta ze všech pracovníků tím nejbližším. Role sestry pečující o terminálně nemocného pacienta v mnohém přesahuje úkony pevně stanovené v rámci ošetrovatelského procesu, což skýtá i široké možnosti pacientovy podpory ve vztahu ke všem oblastem jeho individuálních potřeb včetně těch souvisejících s prožitým traumatem (14). *„Protože pacienti vidí sestru při opakovaných návštěvách po celou dobu léčby, často získají pocit, že na nich jejich ošetřujícím sestrám skutečně záleží a s větší pravděpodobností se jim také svěří se svými obavami, zejména pokud k nim sestry přistupují s klidným a vřelým postojem, vyjádřením účasti a poskytnou jim čas i pro jejich starosti“ (5).*

Povědomí o příčinách a projevech traumatizace a stresových reakcí

Získání alespoň základních znalostí o tom, jak rozšířené je trauma v běžné populaci i v rámci konkrétní cílové skupiny (tj. mezi onkologickými pacienty obecně a těmi v paliativní péči i jejich blízkými), jaké formy traumatizace existují, jaký mohou mít krátkodobý, dlouhodobý či trvalý dopad a jak se traumatizovaní jedinci projevují, je nezbytným prvním krokem. Důležité je také být schopen identifikovat rizikové faktory ve vztahu k rozvoji zdravotního traumatu a zohlednit jejich význam při posouzení současného stavu a prožívání daného pacienta.

Prevence retraumatizace

Věnovat zvýšenou pozornost aspektům zdravotní péče, které mohou pacienty potenciálně traumatizovat nebo retraumatizovat je zcela zásadním faktorem nejen v kontextu její celkové kvality, ale také kvality života a blaha pacientů i jejich blízkých. Pokud to celkové okolnosti a zdravotní stav pacienta, případně spolupráce s jeho rodinnými příslušníky, umožňují, je přínosné se vhodným a přiměřeným způsobem seznámit s jeho osobní anamnézou. *„Porozumění pacientově anamnéze je kritickým krokem k tomu,*

abychom se vyhnuli reaktivaci traumatu a jeho retraumatizaci” (6). Sestra ani ostatní personál by se však neměli pacienta na jeho náročné životní zkušenosti ptát, pokud o nich on sám nezačne mluvit! Nenahraditelnou roli má úsilí sestry pacienta i jeho zázemí co nejlépe poznat a všimnout si detailů v jeho verbálním i neverbálním projevu, které mnohdy napoví více než obsáhla písemná anamnéza.

Citlivá komunikace a vztah důvěry

Pomoc, kterou mohou pacienti potřebovat nejvíce, je kromě zabezpečení fyzických potřeb především podpora při zmírnění jejich obav a strachu v kontextu laskavého vztahu důvěry a bezpečí (2, 12, 14). Pro některé pacienty může být takový vztah s ošetřující sestrou jejich první životní zkušeností se vztahem charakterizovaným respektem, bezpodmínečným přijetím, porozuměním a hlubokým lidským zájmem. Pokud se pacient svěří sestře s určitou traumatickou nebo pro něj bolestnou zkušeností (poměrně často tyto situace nastávají během nočních směn, kdy jsou pacienti obvykle sami se svými myšlenkami a obavami, nemohou spát nebo je trápí noční můry, zároveň chybí rozptýlení v podobě běžného denního ruchu), je vhodné mu v danou chvíli vyjádřit svoji podporu a účast například slovy: *„Děkuji, že jste se se mnou o toto podělil(a), moc si vážím vaší důvěry. Co bych pro vás teď mohl(a) udělat, abyste se cítil(a) lépe?“*

Identifikace podnětů, na které je konkrétní pacient citlivý a snaha o jejich eliminaci

U pacientů, kteří mají zkušenost s interpersonálním – zejména sexuálním – násilím, patří k častým podnětům, které vedou k aktivaci traumatických vzpomínek a obranných mechanismů například výkony na urogenitálním traktu, katetrizace močového měchýře a péče o zavedený katetr či vaginálně nebo rektálně podávaná léčiva (zvláště pokud je výkon prováděn pracovníkem opačného pohlaví). Podobně například záchvaty dušnosti před každým vyšetřením nebo zákrokem u ženy, která byla v dospívání svědkem umírání své onkologicky nemocné matky, mohou být projevem úzkostné reakce na připomínky dávné traumatické zkušenosti, nikoli vznikat na podkladě organické příčiny. Závislost na péči a pomoci druhé osoby v základních sebeobslužných činnostech včetně osobní hygieny je obecně velmi stresující pro

mnohé pacienty, stejně jako běžné ošetřovatelské postupy. Ti s předchozí traumatickou zkušeností mohou toto narušení jejich intimní zóny vnímat jako hrozbu a ohrožení, které jim připomíná prožité trauma a vyvolává v nich také totožné pocity a reakce. Pro jiné může být velmi stresující předání do péče jiného zařízení nebo lékaře či sestry, zejména pokud je pro ně obtížné navázat a vybudovat si vztah důvěry a blízkosti. Další těžce snášejí samotu, tmu, určité zvuky nebo pachy. Situace je navíc často ztížena úrovní vědomí a vnímání pacienta, kdy již není plně orientovaný nebo jsou jeho schopnosti komunikace značně limitované. Vhodnou formou podpory ze strany sestry je v takových situacích opakované ujištění pacienta, že je v bezpečí a nikdo mu nechce ublížit. Dle možností je také přínosné přizpůsobit jeho vnější podmínky, například nechat pootevřené dveře jeho pokoje nebo v noci rozsvícené tlumené světlo, pokud pacienta děsí tma, či využívat společnost dobrovolníků v případě, kdy těžce snáší samotu. Pokud to okolnosti umožňují, je prospěšné se seznámit s tím, co je pro pacienta citlivé, stresující nebo jaká má zranitelná místa co nejdříve po zahájení péče (2, 3).

Včasná a vhodná příprava před náročnými nebo pro pacienta zátěžovými situacemi

V kontextu paliativní ošetřovatelské péče zpravidla existuje jen velmi omezený prostor, jak pacienta ochránit před tím, co je pro něj stresující či náročné, například neprovést určitý výkon, který je mu nepříjemný (8). Důležité je dbát na to, aby jednání ze strany sestry bylo pro pacienta v rámci možností předvídatelné, neboť především traumatizovaní pacienti vnímají jako hrozbu zvláště nečekané situace a podněty, na které se nemohou předem připravit. Velmi důležité je v maximální možné míře respektovat pacientovy hranice a usilovat o posílení jeho pocitu kontroly a zmocnění (2).

Závěr

„Je toho mnoho, co se musíme naučit o práci s pacienty na konci jejich života, kteří si nesou nezhojené rány v důsledku traumatu“ (2).

Vyrovnat se s terminálním onemocněním a blížícím se koncem života není nikdy lehké. Pro ty, kteří kromě somatického onemocnění bojují i s bolestí psychických zranění nebo následky nedávných i téměř zapomenutých traumatických událostí, je toto období často

ještě nepoměrně těžší. Specifické potřeby těchto pacientů přitom nejednou zůstávají i přes zajištění kvalitní paliativní péče poskytované multioborovým týmem nedostatečně identifikovány a ošetřeny. Problematika paliativní péče poskytované pacientům zasaženým různými formami traumatizace je i v zahraničí poměrně novou oblastí zájmu odborné veřejnosti a množství relevantních zdrojů, dat i zkušeností z praxe je zatím limitované. Na druhou stranu je zřejmé, že již od počátků profesionálního ošetřovatelství mnoho sester využívá principy a prvky trauma-informovaného přístupu ve své činnosti zcela intuitivně a v praxi schází spíše jeho cílené uchopení a implementace v rámci konkrétního paliativního týmu jako celku. Určitou překážku v jeho širším uplatnění možná představuje možná představuje také nejednou nedostatečná sebedůvěra sester ve své schopnosti, jak se svými traumatizovanými pracovat, a uvědomění, že ty nejdůležitější nástroje – svoji empatii, porozumění a přijetí pacientovy jedinečnosti – již mají. Lze předpokládat, že spolu se současným rychlým rozvojem paliativní péče bude nabývat na významu i téma, jak lépe naplňovat potřeby této zranitelné skupiny pacientů, a dostane se jí stále větší pozornosti nejen v kontextu lékařských oborů včetně psychiatrie, ale také v oblasti psychoterapeutické péče, sociální práce či například pastorační činnosti, i ve vztahu přímo k ošetřovatelství.

V době plně hlubokých a intenzivních emocí, utrpení i hledání jsou to mnohdy právě sestry, ke komu mají pacienti ze všech členů paliativního týmu nejbližší, s kým nejvíce sdílejí svůj křehký svět a kdo je doprovází v posledních okamžicích života. Zvýšení povědomí o tom, jak mohou být onkologičtí pacienti v paliativní péči ovlivněni předchozími náročnými nebo traumatickými zkušenostmi včetně traumatického dopadu samotného onemocnění a léčby a jak jim konkrétně v rámci ošetřovatelské péče pomoci, může být přínosem pro všechny zúčastněné. Pro sestry v lepším porozumění reakcím a chování těchto pacientů a následně v naplňování cílů holistického přístupu v kontextu své profese, pacientům i jejich blízkým pak přináší naději na dosažení pokojnějšího a důstojnějšího prožití závěru života i smířený a klidný odchod.

Literatura u autorky
a na www.onkologiecs.cz