

Role sestry v podpoře posttraumatického růstu u onkologicky nemocných a jejich blízkých

Olga Klepáčková, Martina Černá

Katedra sociální práce, Vysoká škola polytechnická, Jihlava

Součástí současného směřování k posílení integrované a komplexní péče o onkologické pacienty je také úsilí o kvalitní zajištění jejich psychosociálních potřeb. Stále větší pozornost je v tomto ohledu věnována i dopadu onemocnění na fungování rodiny jako celku a potřebám nejen nemocného, ale také jeho blízkých. Problematika posttraumatického stresu a růstu ve vztahu k onkologickému onemocnění představuje jednu z oblastí, ve které může hlubší porozumění s implementací do praxe přinést znatelné pozitivní změny do životů pacientů a jejich blízkých, a v důsledku tak přinést prospěch i všem ostatním zainteresovaným stranám. Právě sestry tvoří v tomto kontextu důležitý článek řetězce péče a podpory. I v rámci běžné ošetrovatelské péče mohou přispět k tomu, aby se onkologické onemocnění nestalo pro pacienta a jeho blízké jen traumatickou zkušeností s dlouhodobým negativním dopadem, ale i zdrojem růstu.

Klíčová slova: onkologické onemocnění, posttraumatický růst, posttraumatický stres, sestra, podpora.

The role of the nurse in supporting post-traumatic growth in cancer patients and their close ones

Part of the current trend to strengthen integrated and comprehensive care for cancer patients is to strive for quality provision of their psychosocial needs. In this regard, more attention is paid to the impact of the disease on the functioning of the family as a whole and the needs of the patient and his loved ones. The issue of post-traumatic stress and growth concerning cancer is one of the areas in which a deeper understanding of simulations into practice can bring noticeable positive changes to the lives of patients and their loved ones and consequently bring benefits to all other stakeholders. Nurses represent an important link in the care and support chain in this context. Even as part of a routine nursing care, they can help prevent cancer from becoming only a traumatic experience for the patient and their loved ones with a long-term negative impact and support it as a source of possible growth.

Key words: oncological diseases, posttraumatic growth, posttraumatic stress, nurse, support.

Úvod

Současná i predikovaná onkologická zátěž české a obecně světové populace s sebou nese mnoho výzev, které se přímo dotýkají také každodenní praxe sester. I laická veřejnost bez povědomí o míře incidence nebo prevalence nádorových onemocnění si velmi často dobře uvědomuje realitu, která se za těmito neosobními daty skrývá: prakticky každý má v průběhu svého života nějakou zkušenost s onkologickým onemocněním, ať už v roli pacienta či jeho příbuzného, blízkého, přítele nebo kolegy. Pro mnohé z nich

představuje takové onemocnění zcela zásadní životní událost, často nejen krizovou, ale také velmi traumatickou. Podobně jako ve vztahu k ostatním typům zátěžových nebo traumatických zkušeností se pak i v kontextu onkologického onemocnění jednou mluví pouze či převážně o jeho negativních dopadech. Bývá těžké až nemožné jej vnímat jako příležitost nebo období, které by mohlo pacientovi a jeho blízkým přinášet také pozitivní prožitky nebo změny. Přesto výpovědi nemalé části onkologických pacientů a jejich blízkých potvrzují právě toto: osobní zkušenost s onkolo-

gickým onemocněním, ač bezesporu náročná, nesmírně bolestná a nejednou tragická, pro ně nezůstala jen v rovině zkušenosti negativní. Problematice posttraumatického růstu u onkologických pacientů a jejich blízkých se v posledních letech dostává mezi odborníky stále větší pozornosti, stejně jako například úzce související otázce posttraumatické stresové poruchy související s onkologickým onemocněním (ang. cancer-related PTSD). Odborné práce, poznatky z praxe, a především svědectví samotných pacientů a jejich blízkých potvrzují, že sestry jsou těmi, kteří pro



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORKY: Bc. Olga Klepáčková, olga.klepackova@vspj.cz
Katedra sociální práce, Vysoká škola polytechnická Jihlava
Tolstého 16, 586 01 Jihlava

Cit. zkr: Onkologie. 2022;16(4):226-230
Článek přijat redakcí: 1. 6. 2022
Článek přijat k publikaci: 21. 6. 2022

ně mohou mít v tomto ohledu nenahraditelné místo a významně ovlivnit, jakou zkušeností se pro ně onemocnění stane a jaký dopad bude mít i na jejich budoucí život.

Metodika

Příspěvek je koncipován jako tradiční přehledový text, jehož hlavním cílem bylo zmapovat dosavadní poznatky k danému tématu, zvýšit povědomí o této problematice a podpořit další zájem o její studium a implementaci do praxe v českých podmínkách. K jeho zpracování bylo využito převážně zahraničních odborných zdrojů. Ty byly vyhledány pomocí elektronických databází PubMed, ScienceDirect a Google Scholar. Zdroje byly vyhledávány v anglickém a českém jazyce s datem publikování od roku 2010 po současnost a s pomocí těchto klíčových slov: onkologické onemocnění, posttraumatický růst, posttraumatický stres, sestra, ošetrovatelská péče, rodina/blízcí. K následné obsahové analýze bylo poté z textů, jež splňovaly kritéria inkluze (dostupnost v plné verzi, kontext ošetrovatelské péče), vybráno celkem 20 materiálů.

Posttraumatická stresová porucha a posttraumatický růst související s onkologickým onemocněním

Onkologické onemocnění je pro většinu pacientů i jejich blízkých zásadní a velmi náročnou životní událostí, která je pro ně minimálně do určité míry a/nebo v určitém období přirozeně zdrojem stresu a mnohdy naplňuje charakter traumatu. Na druhou stranu posttraumatická stresová porucha související s onkologickým onemocněním se rozvíjí jen u menšiny z nich (1, 2), a poměrně výrazně vyšší podíl těchto pacientů a jejich blízkých má zkušenost s posttraumatickým růstem (8, 12, 16, 17).

Onkologická onemocnění se v porovnání s ostatními stresory a typy zátěžových nebo traumatických událostí v mnohém liší. K jejich specifickým znakům patří následující: dlouhodobá, často časově neohrazená událost; vnitřní zdroj hrozby nebo ohrožení (nemoc ve vlastním těle), před kterým člověk nemůže uniknout nebo se ho zbavit jako vnějšího zdroje ohrožení; kumulace stresových podnětů (od počátečního podezření po potvrzení diagnózy přes léčbu až po její

ukončení, hrozba relapsu); přítomnost specifických spouštěčů stresu (mnohé vázané na lékařské prostředí); často trvalé tělesné připomínky prožitého onemocnění (např. jizvy, trvalé následky či omezení), vystavení utrpení nebo smrti druhých. Možný rozvoj posttraumatické stresové poruchy v souvislosti s život ohrožujícím onemocněním je v současné době již poměrně známým fenoménem, zejména ve vztahu ke konkrétním vybraným skupinám pacientů (např. popáleninové trauma, dětské onkologické pacienti aj.). Posttraumatická stresová porucha související s onkologickým onemocněním jako specifická kategorie je o poznání novější oblastí na poli teorie i praxe. Závažnost a aktuálnost této problematiky dokládají poznatky potvrzující, že pokud je tento stav nerozpoznaný a/nebo neléčený, zvyšuje se morbidita včetně psychiatrické, naopak kvalita života se snižuje. Negativní dopad se může projevit mimo jiné také vyšší intenzitou bolesti nebo jejím horším zvládnutím, nedodržíváním léčebného režimu a celkově horší spoluprací se zdravotnickým personálem, častější touhou zemřít či například horším stavem pečující osoby a její schopnosti se o nemocného postarat. Mnohem obtížnější může být pro pacienty trpící touto poruchou také návrat do běžného života včetně školy nebo zaměstnání i plnohodnotného zapojení do vztahů s druhými. Jejich život může být ovládnut úzkostí a každodenní nevýznamné situace či podněty se stávají neustálou připomínkou prožitého a spouštěčem traumatických vzpomínek a strachu (1, 2, 5, 11, 18, 19, 20).

Také pojmu a konceptu posttraumatického růstu je věnována v současnosti větší pozornost i na poli onkologie (3, 14). Posttraumatický růst je nejčastěji definovaný jako zkušenost pozitivní změny iniciované krizí, traumatem nebo tragédií, posttraumatický rozvoj člověka nebo pozitivní změna v jedincově kognitivním a emočním životě, která může mít i své vnější projevy ve změně chování. Lze ho měřit standardními metodami (např. Posttraumatic Growth Inventory) a popsat v následujících oblastech či dimenzích (6): navazování a udržování mezilidských vztahů; objevení nových zájmů, příležitostí a možností; seberozvoj a růst osobnosti; spi-

rituální rozměr, porozumění svým duchovním potřebám i potřebám ostatních; uvědomění si hodnoty života.

Faktory ovlivňující u nemocného a jeho blízkých adaptaci na situaci a rozvoj posttraumatického stresu nebo růstu

Zda vůbec dojde k rozvoji posttraumatického stresu nebo růstu, v jaké míře a podobě, je vždy jedinečným procesem, stejně jako je individuální průběh adaptace na situaci spojenou s onemocněním. Posttraumatický stres a růst lze do určité míry považovat za spojitý nádoby nebo dvě strany jedné mince a faktory, které mohou mít vliv na jejich rozvoj, je třeba vnímat komplexně s ohledem na jejich provázání. Patří k nim faktory sociodemografické (věk, pohlaví, rodinný stav, vzdělání, zaměstnání, socioekonomický status, etnický původ, spiritualita), klinické (typ a stadium onemocnění, způsob léčby, časové údaje (doba od potvrzení diagnózy/ukončení léčby/remise, komorbidita) a psychosociální (sociální podpora a další vnější a vnitřní zdroje podpory, copingové strategie, míra úzkosti nebo deprese, celková kvalita života a kvalita života ve vztahu k onemocnění). Významným faktorem je také objektivní závažnost stavu a míra ohrožení života versus subjektivní vnímání této hrozby pacientem nebo blízkými a zkušenost blízkého s rolí pečujícího (8, 10, 17).

K rizikovým faktorům rozvoje posttraumatické stresové poruchy patří například nižší věk, předchozí traumatizace, preexistující duševní onemocnění, špatné nebo chybějící sociální zázemí a podpora, pasivní způsoby zvládnutí zátěže, pokročilé onemocnění či agresivní léčba (1, 2, 19). K faktorům, které se pojí s vyšší mírou posttraumatického růstu, patří vyšší vzdělání, zaměstnání, delší období remise bez dalších zdravotních problémů (10), dále delší doba od zjištění diagnózy onkologického onemocnění, nižší míra deprese a aktivní copingové strategie (12). Pravděpodobně nejzásadnějšími faktory ovlivňujícími pravděpodobnost či míru posttraumatického růstu jsou úroveň sociální podpory (různé formy podpory – emocionální, praktická, finanční poskytovaná rodinou, přáteli, komunitou či veřejností), smysl života, naděje a aktivní přístup (včetně aktivních copingových strategií)

(7, 10, 14, 16, 17). Jako významný se prokazuje zvláště vztah mezi posttraumatickým růstem a dobrým sociálním zázemím a podporou, vyšší mírou naděje a smyslu života. Tyto faktory se obecně zdají být vlivnější než například věk či pohlaví (10, 16).

Protože onkologické onemocnění může vést k hlubokým změnám nejen v životě pacienta, ale i v celém rodinném systému, i v tomto kontextu se v mnohém uplatňuje vzájemný přenos a vliv. Je například dokázána korelace mezi úzkostí a depresí pacientů a jejich nejbližších pečujících osob i další jevy, ke kterým dochází v dyádě mezi pacientem a jeho blízkým, včetně míry stresu nebo naopak posttraumatického rozvoje a růstu. Některé změny mohou být přitom u blízkých (nejbližších pečujících osob) hlubší než u samotného pacienta, a to jak ve vztahu k pozitivním změnám, tak naopak také míře úzkosti, deprese a dalších psychických potíží (7, 11, 13, 15, 17). K nejvýraznějším změnám v životech pacientů i jejich blízkých obecně dochází v oblastech vztahů s druhými, vnímání sebe sama, životní filozofie a hierarchii hodnot včetně postoje k využití času, vyšší ocenění lidskosti, touha pomáhat druhým a vrátit tak přijatou pomoc, osobní rozvoj v oblasti spirituality (3, 8, 10, 11, 14, 16, 17).

Časná identifikace obtížné adaptace pacienta nebo jeho blízkých na situaci spolu s identifikací jejich rizikových i protektivních faktorů a dostupných zdrojů je důležitým krokem pro zajištění adekvátní psychosociální podpory i co nejméně problematický průběh léčby a péče. Ač sestry čelí mnohdy extrémnímu vytížení, velmi limitovanému času na jiné než nezbytné úkony nebo tlaku a problematické komunikaci z více stran, dohromady s jejich kompetencemi a metodou ošetrovatelského procesu mohou mít důležitou roli i v podpoře posttraumatického růstu u onkologicky nemocných a jejich blízkých (5).

Role sestry, možnosti intervencí a podpory v kontextu ošetrovatelské péče

Sestry jsou často těmi členy zdravotnického personálu, které onkologický pacient i jeho blízcí vidí nejčastěji a ke kterým si mnohdy také vytvoří nejdůvěrnější vztah. Právě ony tak mohou dříve než ostatní zachytit při kaž-

dodenním kontaktu s nimi varovné projevy, symptomy nebo změny i v oblasti duševního stavu nebo psychosociálních potřeb, které zasluhují další pozornost a péči s ohledem na rozvoj stresu nebo posttraumatické stresové poruchy (5). Tento prostor představuje hlavně pomoc ve snížení míry obav, strachu a úzkosti; pomoc při zprostředkování dalších zdrojů pomoci, podporu aktivních copingových strategií a identifikaci zvláště zranitelných pacientů s potřebou vyšší podpory (12, 15). Komunikace a vztah s pacientem a jeho blízkými se přirozeně liší v závislosti na mnoha faktorech, které je třeba zohlednit včetně toho, zda se jedná o pacienty v aktivní léčbě, nebo v (dlouhodobé) remisi s ukončenou onkologickou léčbou. Podstata podpůrné role sester však zůstává stejná: nic nenahradí lidskost, bezpečný a důvěrný prostor, vzájemnou kvalitní komunikaci (informovanost, vysvětlování, povzbuzování) a navázání dobrých vztahů (spolupracující koalice) (4).

V rámci ošetrovatelské péče mohou sestry přispět k minimalizaci stresu, lepší adaptaci a posttraumatickému rozvoji pacientů i jejich blízkých několika způsoby podpory:

- Identifikace zvláště zranitelných pacientů v kontextu (možné) předchozí traumatizace. Vzhledem k tomu, jak častá je v běžné populaci zkušenost s traumatizujícími událostmi včetně prevalence forem interpersonálního násilí (syndrom CAN, domácí násilí, sexuální násilí aj.), lze důvodně předpokládat, že i mezi onkologickými pacienty a jejich blízkými je nemalý podíl jedinců, kteří byli již před onemocněním traumatizováni či za sebou mají mnohdy i vícečetné krize nebo náročné až tragické události. Tito pacienti a jejich blízcí jsou nejen více ohroženi obtížnou adaptací na onemocnění a rozvojem posttraumatické stresové poruchy, ale v průběhu léčby na ně mohou působit různorodé podněty připomínající předchozí trauma a stát se spouštěčem nepředvídatelného nebo mylně pochopeného prožívání a chování (1, 2, 5, 18, 19). To se může navenek projevovat například jako nespokojenost, nedorozumění pokynů lékaře nebo sestry, vztek, přecitlivělost, deprese, nespavost, poruchy příjmu potravy nebo i fyzickými příznaky.

V rámci činnosti sester může být v tomto kontextu přínosné seznámení se s principy trauma-informovaného přístupu, jež se již v zahraničí stále více uplatňuje i na poli onkologie a ošetrovatelské péče.

- Identifikace způsobů zvládání zátěže pacienta a rodiny/blízkých; posílení protektivních faktorů, kompenzace rizikových faktorů. Pro sestry může být v rámci každodenního kontaktu s pacienty velmi přínosné mít povědomí o aktivních a pasivních copingových strategiích (způsobech zvládání zátěže), které pacienti (i jejich rodiny) využívají a jakým způsobem. Právě tyto strategie mohou významně ovlivňovat nejen jejich vztah a komunikaci i celkovou spolupráci s ošetřujícím personálem a ostatními členy multidisciplinárního týmu, ale představují důležitý faktor také ve vztahu k míře stresu, nebo naopak schopnosti hledat a nacházet v dané situaci pozitiva (1, 5, 12). Neméně důležité je vnímání symptomů, projevů a chování pacienta v kontextu jeho celkové situace (19, 20).
- Zvýšená pozornost během rizikových období ve vztahu k možnému zhoršení psychického stavu nebo nově vzniklých potíží v oblasti duševního zdraví (zejména čekání na důležité výsledky, potvrzení diagnózy, zásadní rozhodnutí ohledně léčby, relaps, vyčerpání léčebných možností aj.); identifikace „normálního“ smutku, strachu nebo obav od projevů klinické deprese, úzkostné poruchy nebo jiného duševního onemocnění; snížení úzkosti (12, 15, 19).
- Vyjádření uznání odvahy, síly, odolnosti pacienta a jeho blízkých; podpora v ocenění (zdánlivých) maličkostí (4).
- Podpora vztahu a spolupráce pacienta s jeho blízkými (např. v oblasti vzájemné komunikace, pomoci při sebeobsluze); povědomí o fungování a možném přenosu v rámci dyády – pacient-pečující (jeho nejbližší osoba) (11, 13, 15, 19).
- Identifikace ohrožených pečujících osob (alespoň orientačně v rámci rodinné anamnézy, dle situace konzultace dále např. se zdravotně sociálním pracovníkem). Pokud nejsou potřeby pacientovy nejbližší (pečující) osoby přiměřeně naplněny nebo je pro ni zátěž spojená s onemocněním

a pečováním těžko zvladatelná, může to výrazně nepříznivě ovlivnit i stav a léčbu samotného pacienta (11, 15, 19).

■ Podpora a posílení sociálního zázemí pacienta.

Prevence sociální izolace je jedním z klíčových bodů nejen v eliminaci negativního dopadu onemocnění na život pacienta a jeho rodiny a zmírnění stresu, ale také zásadní v prevenci rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Současně je jedním z hlavních faktorů podporujících proces adaptace na situaci a posttraumatický rozvoj (10, 11, 16). U pacientů s chybějícím či dysfunkčním rodinným zázemím, případně chybějícími i dalšími zdroji sociální podpory např. v rámci komunity, je důležité pokusit se o kompenzaci sociálních kontaktů jinou formou (např. využitím dobrovolníků v nemocnici, nabídka zapojení do patientské skupiny, podpora v zapojení do dostupných volnočasových a terapeutických aktivit). Přehledný aktuální seznam patientských organizací, které se věnují onkologickým pacientům, je uveden na stránkách Ministerstva zdravotnictví včetně informace, na kterou konkrétní skupinu pacientů jsou zaměřeny. Onkologickým pacientům (a jejich rodinám nebo blízkým) nabízejí pomoc a podporu například tyto patientské organizace: ALEN – sdružení žen postižených rakovinou, z.s., Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s., Amelie, z.s., ARCUS – onko centrum, z.s., Asociace mužů sobě, z.s., Diagnóza leukemie, z.s., Fuck Cancer, z.s., HAIMA CZ, o.s., Jelímán, z.s., Klub pacientů

mnohočetný myelom, z.s., LYMFOM HELP, z.s., Maminy s rakovinou, z.s., Mamma HELP, z.s., Onko – Amazonky, OnkoMaják, z.s., Veronica, z.ú. (21).

■ Podpora normalizace pocitů a očekávání, podpora realistické naděje a resilience (5, 7, 12).

V tomto ohledu je také důležité pamatovat na období po ukončení aktivní léčby, kdy se pacienti znovu začleňují do běžného života a okolí je někdy příliš brzy vnímá jako „zdravé“. V tomto období mohou čelit ze strany okolí včetně zdravotnických pracovníků někdy nepřiměřeně vysokým očekáváním nebo nárokům, které nedokážou naplnit, což může vést nejen k prohloubení stresu a úzkosti, ale přispět také k rozvoji duševních onemocnění (4, 19, 20).

■ Podpora v případě obav pacienta či blízkých ze stigmatizace.

■ Zprostředkování další formy péče nebo pomoci; podpora v přijetí nabízené nebo dostupné podpory; vyjádření ocenění za schopnost požádat o pomoc a přijmout ji (7, 15).

■ Oblast prevence a edukace (5, 7, 8, 9).

Sestry mohou být v této oblasti velkým přínosem mimo jiné například zapojením do osvěty nejen širší veřejnosti, ale konkrétních cílových skupin, například členů patientských skupin, studentů nelékařských zdravotnických oborů, rodinných příslušníků a dalších blízkých osob včetně zaměření na neformální pečující či pracovníky, kteří se podílí na péči a podpoře pacienta a rodiny po ukončení akutní onkologické léčby.

Diskuze

Problematika posttraumatického stresu i růstu představuje velmi komplexní téma s multifaktorovou povahou. Mnozí autoři dosud realizovaných studií se shodují, že k jeho hlubšímu porozumění včetně zachycení role a vlivu mnoha proměnných, které se na těchto procesech podílí, je zapotřebí dále rozvíjet výzkum v této oblasti a poznatky následně implementovat do praxe. Příbuzní a blízcí jsou zatím v tomto ohledu v porovnání se samotnými pacienty podstatně méně prozkoumanou skupinou z hlediska jejich zátěže, potřeb i celkové kvality života. Dosavadní výzkumy také prokázaly určité rozdíly a korelace v závislosti na typu onkologického onemocnění pacienta, sociokulturním prostředí nebo zdravotnickém systému dané země a přínosem zejména pro praxi by tak mohly být další studie realizované v českých podmínkách.

Závěr

Mnohé sestry zmírňují stres a podporují posttraumatický růst u svých pacientů zcela přirozeně a intuitivně. Svým nasazením a přístupem přináší pozitivní změny také do životů jejich blízkých, ať přímo či zprostředkovaně. Často se k nim přitom ani nedostane zpětná vazba, jak moc pro druhé znamenalo zdánlivě malé gesto empatie, laskavosti, povzbuzení či ujištění. Skutečnost, že podporou posttraumatického růstu pacienta současně mohou podpořit i růst jeho blízkých, zejména v kontextu potenciálu a fungování dyády pacient-jeho nejbližší (pečující) osoba, pro ně může být nejen výzvou, ale hlavně oceněním významu a přesahu jejich náročné práce.

LITERATURA

- French-Rosas LN, et al. Improving the Recognition and Treatment of Cancer-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Psychiatric Practice* [Internet]. 2011;17(4):270-276 [cited 2022-05-14]. Available from: doi:10.1097/01.pra.0000400264.30043.ae.
- Cordova MJ, et al. Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2017;4(4):330-338 [cited 2022-05-15]. Available from: doi:10.1016/S2215-0366(17)30014-7.
- Duran B. Posttraumatic Growth as Experienced by Childhood Cancer Survivors and Their Families. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* [Internet]. 2013;30(4):179-197 [cited 2022-05-25]. Available from: doi:10.1177/1043454213487433.
- Hejnová K. Nároky psychické adaptace na onkologickou diagnózu karcinomu děložního hrdla: kvalita života a posttraumatický růst ve fázi remise onemocnění. Univerzita Karlova v Praze: Rigorózní práce; 2014.
- Korman MB, et al. Oncology nursing role in cancer-related PTSD-Part II. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique*. 2019;29(2):147-150.
- Calhoun LG, Tedeschi GR, et al. *Facilitating Posttraumatic Growth* [Internet]. Routledge. 1999 [cited 2022-05-29]. Available from: doi:10.4324/9781410602268.
- Nouzari R, et al. Post-Traumatic Growth among Family Caregivers of Cancer Patients and Its Association with Social Support and Hope. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2019;7(4):319-328. https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.73959.0.
- Sim BY, et al. Post-traumatic growth in stomach cancer survivors: Prevalence, correlates and relationship with health-related quality of life. *European Journal of Oncology Nursing* [Internet]. 2015;19(3):230-236 [cited 2022-05-27]. Available from: doi:10.1016/j.ejon.2014.10.017.
- Choi SH, et al. Development and effects of a post-traumatic growth program for patients with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing* [Internet]. 2022;57 [cit. 2022-05-28]. Available from: doi:10.1016/j.ejon.2022.102100.
- Cormio C, et al. Posttraumatic growth and cancer: a study 5 years after treatment end. *Supportive Care in Cancer* [Internet]. 2017;25(4):1087-1096 [cited 2022-05-28]. Available from: doi:10.1007/s00520-016-3496-4.
- Cormio C, et al. Psychological well-being and posttraumatic growth in caregivers of cancer patients. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2014;5 [cited 2022-01-07]. Available from: doi:10.3389/fpsyg.2014.01342.
- Peng X, et al. Status and factors related to posttraumatic growth in patients with lung cancer. *Medicine* [Internet]. 2019;98(7) [cited 2022-01-07]. Available from: doi:10.1097/MD.00000000000014314.
- Zwahlen D, et al. Posttraumatic growth in cancer patients and partners-effects of role, gender and the dyad on couples' posttraumatic growth experience. *Psycho-Oncology* [Internet]. 2010;19(1):12-20 [cit. 2022-05-28]. Available from: doi:10.1002/pon.1486.
- Duran B. Posttraumatic Growth as Experienced by Childhood Cancer Survivors and Their Families. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* [Internet]. 2013;30(4):179-197 [cited 2022-05-25]. Available from: doi:10.1177/1043454213487433.

atric Oncology Nursing [Internet]. 2013;30(4):179-197 [cited 2022-05-28]. Available from: doi:10.1177/1043454213487433.

15. Northouse LL, et al. The Impact of Caregiving on the Psychological Well-Being of Family Caregivers and Cancer Patients. *Seminars in Oncology Nursing* [Internet]. 2012;28(4):236-245 [cit. 2022-05-28]. Available from: doi:10.1016/j.soncn.2012.09.006

16. Aflakseir A, et al. Posttraumatic Growth, Meaningfulness, and Social Support in Women with Breast Cancer. *International Journal of Cancer Management* [In-

ternet]. 2018. In Press [cited 2022-01-07]. Available from: doi:10.5812/ijcm.11469.

17. Slezáčková A, et al. Posttraumatický stres a posttraumatický rozvoj v dětské onkologii. *Československá psychologie*. 2012;56(2):132-147.

18. Leano A, et al. Are we missing PTSD in our patients with cancer? Part I. *Can Oncol Nurs J*. 2019;29(2):141-146. PMID: 31148714; PMCID: PMC6516338.

19. Grassi L, et al. Advancing psychosocial care in cancer patients. *F1000 Research* [Internet]. 2017;6 [cited 2022-05-30].

Available from: doi:10.12688/f1000research.11902.1.

20. Aaronson NK, et al. Beyond treatment – Psychosocial and behavioural issues in cancer survivorship research and practice. *European Journal of Cancer Supplements* [Internet]. 2014;12(1):54-64 [cit. 2022-05-30]. Available from: doi:10.1016/j.ejcsup.2014.03.005.

21. Portál pro pacienty a patientské organizace [Internet]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR; 2022 [cited 2022-06-23]. Available from: <https://pacientskeorganizace.mzcr.cz/index.php?pg=pacientske-organizace--database>.