

Hodnocení kvality života pacientů na onkologickém oddělení – pilotní studie

The Assessment of Quality of Life of Patients at Oncological Clinic – Pilot Study

Bužgová R.¹, Hajnová E.^{1,2}, Feltl D.^{2,3}

¹Ústav ošetrovatelství a porodní asistence LF UO v Ostravě

²Onkologická klinika FN Ostrava

³Ústav zobrazovacích metod LF OU v Ostravě

Souhrn

Východiska: V onkologické péči by neměl být hlavní důraz kladen jen na prodloužení délky života, ale také na kvalitu života pacienta. Cílem výzkumu bylo zjistit kvalitu života pacientů s vyčerpanými možnostmi specifické protinádorové léčby, hospitalizovaných na onkologické klinice FN v Ostravě. **Soubor pacientů a metody:** V rámci pilotní studie tvořilo výzkumný soubor 93 pacientů onkologické kliniky FN Ostrava s Karnofského skóre < 60. Pro měření kvality života byl použit dotazník EORTC QOL-C30. **Výsledky:** Celkové skóre kvality života bylo zjištěno 49 %. Při opakovaném měření signifikantně pokleslo na 37 % ($p < 0,001$). Ve funkční škále kvality života hodnotili pacienti nejhůře rolou funkce (47,3; 95% CI 42,6–52,1) a sociální funkce (48,0; 95% CI 42,5–53,5). Při hodnocení symptomatické škály uvedli pacienti největší problém s únavou (48,8; 95% CI 44,8–52,8) a bolestí (44,5; 95% CI 39,2–48,8). Při opakovaném měření byl zjištěn statisticky významný pokles v kvalitě života ve funkční škále ve všech doménách, v symptomatické škále v doméně únava, bolest a dušnost ($p < 0,01$). Dále byla zjištěna souvislost mezi nižší celkovou kvalitou života a horší úrovní fyzických funkcí ($r = 0,8047$), sociálních vztahů ($r = 0,7796$), únavou ($r = 0,8166$) a intenzitou bolesti ($r = 0,8282$). **Závěr:** Pacienti v paliativní péči hospitalizovaní na onkologickém oddělení hodnotí svoji kvalitu života jako sníženou. Vhodnějším prostředím poskytované péče by mohla být domácí hospicová péče nebo hospic.

Klíčová slova

paliativní péče – kvalita života – lékařská onkologie

Summary

Background: In oncological care the main emphasis should not be put only on prolonging a patient's life, but also on its quality. The aim of the study was to assess the quality of life of patients hospitalized at the oncology clinic of the University Hospital of Ostrava (UHO), who exhausted all the anti-cancer treatment options. **Patients (sample) and methods:** In a pilot study the sample consisted of 93 patients from the oncological clinic of UHO with Karnofsky score < 60. A questionnaire EORTC QOL-C30 was used to evaluate the quality of life. **Results:** The overall score of quality of life was 49%. Repeated measurement showed a significant decrease of the score to 37% ($p < 0.001$). Assessing the quality of life on a functioning scale, role functioning (47.3; 95% CI 42.6–52.1) and social functioning (48.0; 95% CI 42.5–53.5) were assessed the worst. When judging on a symptoms scale, patients reported the major problem was fatigue (48.8; 95% CI 44.8–52.8) and pain (44.5; 95% CI 39.2–48.8). Repeated measurement showed a statistically significant decrease in quality of life on the scale of functioning in all areas. On the symptoms scale there was similarly a decline of quality in fatigue, pain and breathlessness categories ($p < 0.01$). Furthermore, we observed a correlation between lower overall quality of life and a worse level of physical functions ($r = 0.8047$), social relationships ($r = 0.7796$), fatigue ($r = 0.8166$) and pain intensity ($r = 0.8282$). **Conclusion:** Palliative care patients admitted to the oncology clinic perceive their quality of life as inferior. Home palliative care or a hospice appears to be a more suitable environment for the management of terminal care.

Key words

palliative care – quality of life – medical oncology

Práce byla podpořena grantem IGA MZ ČR č. NT 13417-4/2012 IGA MZ ČR.

This study was supported by grant of Internal Grant Agency of the Czech Ministry of Health No. NT 13417-4/2012 IGA MZ ČR.

Autoři deklarují, že v souvislosti s předmětem studie nemají žádné komerční zájmy.

The authors declare they have no potential conflicts of interest concerning drugs, products, or services used in the study.

Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.

The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE "uniform requirements" for biomedical papers.



PhDr. Radka Bužgová, Ph.D.
Ústav ošetrovatelství a porodní
asistence LF UO v Ostravě
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Zábřeh
e-mail: radka.buzgova@osu.cz

Obdrženo/Submitted: 15. 5. 2013

Přijato/Accepted: 9. 6. 2013

Východiska

Paliativní onkologická péče je aktivní léčebnou a ošetrovatelskou intervencí u nemocných s ukončenou onkologickou léčbou v důsledku léčebně neovlivnitelné progresy onkologického onemocnění [1]. Pastrana et al [2] analyzovali definice paliativní péče v odborné literatuře. Nalezli 37 definic v anglickém jazyce a 26 definic v německém jazyce. Přestože se definice lišily, shodovaly se zpravidla v hlavním cíli, a to mírnění a prevenci utrpení a zvyšování kvality života pacientů a rodinných příslušníků. Také Girgis et al [3] považují za hlavní zásadu paliativní péče důraz na kvalitu života pacientů v závěru jejich života. Impuls pro studium kvality života je spojen s pokrokem léčby, která může vést k delší době přežití za přítomnosti nežádoucích účinků léčby s negativním vlivem na kvalitu života nemocného. Kvalita života může být definována jako osobní pohoda (well-being). Je-li chápána kvalita života prakticky jako „cítit se dobře“, je nutné o ni usilovat vždy a za každých okolností [4]. Kvalita života v paliativní péči může být pojímána také jako individuální, subjektivní spokojenost s životem s důrazem na všechny oblasti lidského života – fyzickou, psychickou, sociální a spirituální [5]. Gourdji et al [6] spojují na základě kvalitativního výzkumu kvalitu na konci života s možností dělat věci, které jsem obvykle dělal (mít možnost volby), být prospěšný druhým a žít v pečujícím prostředí (zahrnující vztahy, kvalitu poskytované péče a prostředí). Jako ideální kvalitu života považovali respondenti být nezávislý a bez bolesti.

Subjektivní hodnocení kvality života pacientem nemusí být vždy ve vztahu s biologickým zdravím. I těžce nemocný a trpící člověk může lpět na svém problematickém životě a vidět v něm smysl. I redukováná kvalita života může mít pro pacienta mimořádnou cenu [7]. Hodnocení kvality života se tedy stává důležitou součástí multidisciplinární péče.

Cílem našeho výzkumu bylo zjistit subjektivní hodnocení kvality života pacientů s vyčerpanými možnostmi specifické protinádorové léčby, hospitalizovaných na onkologické klinice FN Ostrava.

Tab. 1. Sociodemografická charakteristika souboru a diagnóza.

| Charakteristika | n (%) | Charakteristika | n (%) |
|---------------------|---------|------------------------|---------|
| pohlaví | | diagnóza | |
| muž | 52 (56) | ZN dýchací orgány | 20 (21) |
| žena | 41 (44) | ZN trávicí ústrojí | 17 (18) |
| věk | | ZN mužské pohl. orgány | 11 (12) |
| 22–39 let | 7 (8) | ZN rtu, úst a hltanu | 7 (8) |
| 40–49 let | 8 (8) | ZN prso | 9 (10) |
| 50–59 let | 20 (22) | ZN oko, mozek, CNS | 7 (8) |
| 60–69 let | 35 (37) | ZN ženské pohl. orgány | 5 (5) |
| 70–79 let | 16 (17) | ZN močový měchýř | 4 (4) |
| 80 a více let | 7 (8) | jiné | 13 (14) |
| průměrný věk | 61,6 | žije | |
| rodinný stav | | v instituci | 1 (1) |
| svobodný | 5 (5) | sám v domácnosti | 19 (20) |
| ženatý/vdaná | 50 (54) | s životním partnerem | 63 (68) |
| rozvedený/á | 22 (24) | s dítětem | 7 (8) |
| vdovec/vdova | 16 (17) | s jiným příbuzným | 3 (3) |

ZN – zhoubný nádor

Soubor pacientů a metody

V rámci pilotní studie tvořilo výzkumný soubor 93 pacientů onkologické kliniky FN Ostrava, u nichž byla ukončena onkologická léčba v důsledku léčebně neovlivnitelné progresy onkologického onemocnění. Kritéria výběru zařazení do výzkumného souboru byla následující – pacient starší 18 let, orientován osobou, místem a časem, podepsal informovaný souhlas, onkologické onemocnění s ukončenou kurativní léčbou, Karnofského skóre < 60. Výzkum byl schválen etickou komisí FN Ostrava.

Pro měření kvality života byl použit dotazník **EORTC QOL-C30** vytvořený odbornou skupinou Evropské organizace pro výzkum kvality života u onkologicky nemocných [8]. Dotazník je uveden v české verzi. Obsahuje 28 otázek sdružených do následujících oblastí – **funkční škála** (14 otázek), **symptomatická škála** (13 otázek) a dvě samostatné otázky hodnotící celkový zdravotní stav nemocného a celkovou kvalitu života. Funkční škála zahrnuje tyto domény – fyzické funkce pacienta,

rolové funkce, emocionální funkce, kognitivní funkce a sociální funkce. Symptomatická škála zahrnuje tyto symptomy – únavu, zvracení, bolest, dušnost, nespavost, chuť k jídlu, zácpu, průjem a finanční situaci. Respondenti odpovídají na škále 1–4 (vůbec nevelmi). U samostatných otázek hodnotících celkové zdraví a celkovou kvalitu života odpovídají na škále 1–7 (velmi špatně–vynikající).

Dotazník EORTC QOL-C30 byl vyhodnocen dle manuálu [8]. Doménové skóre kvality života se pohybuje v rozpětí od 0 do 100. Vyšší číslo u celkového hodnocení kvality života a u funkční škály znamená lepší hodnocení kvality života. Avšak vyšší číslo u škály symptomů znamená vyšší/horší úroveň symptomů – problém je tedy pro pacienta více zatěžující.

Pro analýzu dat byl použit program Stata v. 10. Pro popis výsledků byl použit aritmetický průměr, směrodatná odchylka a interval spolehlivosti (95% CI). Pro porovnání výsledků v prvním a druhém měření byl použit párový t-test na

Tab. 2. Porovnání hodnocení funkční škály kvality života dotazníkem EORTCQOL-30 při prvním a druhém měření.

| Domény | 1. měření | | 2. měření | | p |
|-------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|---------------|
| | skóre* (s) | 95% CI | skóre* (s) | 95% CI | |
| fyzické funkce | 64,0 (21,6) | 59,0–68,9 | 50,2 (29,2) | 43,5–56,9 | 0,0000 |
| rolová funkce | 47,3 (20,7) | 42,6–52,1 | 36,7 (26,7) | 30,5–42,8 | 0,0000 |
| psychické funkce | 76,8 (13,7) | 73,6–79,9 | 72,8 (14,8) | 69,4–76,2 | 0,0191 |
| kognitivní funkce | 79,3 (16,9) | 75,3–83,2 | 71,8 (21,9) | 66,8–76,9 | 0,0003 |
| sociální funkce | 48,0 (23,9) | 42,5–53,5 | 37,6 (29,3) | 30,8–44,3 | 0,0000 |
| celková KŽ | 48,8 (11,7) | 46,1–51,5 | 37,4 (17,5) | 33,4–41,5 | 0,0000 |

s – směrodatná odchylka, *rozpětí doménového skóre funkční škály je 0–100, vyšší číslo znamená vyšší kvalitu života, KŽ – kvalita života, 95% CI – interval spolehlivosti, p – párový t-test

Tab. 3. Porovnání hodnocení symptomatické škály kvality života dotazníkem EORTCQOL-30 při prvním a druhém měření.

| Domény | 1. měření | | 2. měření | | p |
|----------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|---------------|
| | skóre* (s) | 95% CI | skóre* (s) | 95% CI | |
| únava | 48,8 (17,2) | 44,8–52,8 | 57,1 (2,6) | 21,9–52,0 | 0,0001 |
| nauzea a zvracení | 7,1 (10,7) | 4,7–9,6 | 9,1 (11,7) | 6,4–11,8 | 0,1291 |
| bolest | 44,0 (20,9) | 39,2–48,8 | 50,9 (24,3) | 45,3–56,5 | 0,0032 |
| dušnost | 22,2 (21,5) | 17,3–27,2 | 29,3 (23,9) | 23,8–34,8 | 0,0013 |
| nespavost | 27,5 (22,4) | 22,4–27,9 | 25,3 (18,9) | 20,4–30,1 | 0,2563 |
| ztráta chuti k jídlu | 33,8 (22,9) | 28,5–39,1 | 39,6 (24,3) | 33,9–45,2 | 0,0795 |
| zácpa | 17,3 (21,5) | 12,4–22,3 | 19,1 (22,0) | 14,0–24,2 | 0,5307 |
| průjem | 10,8 (22,1) | 5,4–15,9 | 10,2 (19,7) | 5,1–15,3 | 0,9841 |
| finanční tíseň | 47,6 (29,1) | 40,9–54,2 | 52,0 (29,6) | 45,–58,8 | 0,0583 |

s – směrodatná odchylka, *rozpětí doménového skóre symptomatické škály je 0–100, vyšší číslo znamená horší úroveň symptomu, 95% CI – interval spolehlivosti, p – párový t-test

hladině významnosti 5 %. Pro hodnocení souvislosti mezi celkovou kvalitou života a vybranými faktory byl použit Pearsonův korelační koeficient.

Výsledky

Sociodemografická charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořilo 93 respondentů. Druhého měření po 14–21 dnech se zúčastnilo 75 respondentů, 18 respondentů zemřelo. Téměř všichni respondenti (85 %) mají děti a žijí ve vlastním rodinném prostředí (99 %). Sociodemografická charakteristika souboru a diagnóza je uvedena v tab. 1. Průměrné Karnofského skóre hodnocení celkového zdravotního stavu bylo zjištěno při

prvním měření 56 %, při druhém měření 51 %. Počet pacientů s Karnofského skóre < 45 % se zvýšil z 8 při prvním měření na 23 pacientů při druhém měření.

Hodnocení funkční škály kvality života

Při hodnocení funkční škály kvality života byli respondenti nejvíce spokojeni s kognitivními funkcemi (79,3) a s psychickými funkcemi (76,8). Naopak nejméně byli spokojeni s rolovou (47,3) a sociální funkcí (48,0). Průměrné skóre celkové kvality života činilo 48,8, tedy méně než 50 %. Při opakovaném měření statisticky významně pokleslo na 37 % (p < 0,001). Při opakovaném měření byl zjištěn ve funkční škále statisticky významný po-

kles v kvalitě života ve všech doménách (tab. 2).

Hodnocení symptomatické škály kvality života

Při hodnocení symptomatické škály kvality života uvedli pacienti v paliativní péči největší problém s únavou (48,8), bolestí (44,5) a ztrátou chuti k jídlu (33,8). Naopak nejméně problém s nauzeou, zvracením (7,1) a zácpou (17,3). Při opakovaném měření došlo k signifikantnímu zhoršení kvality života v položkách únava, bolest a dušnost (p < 0,01) (tab. 3).

Korelace mezi vybranými položkami

Pearsonovým korelačním koeficientem jsme zjišťovali souvislost mezi vybra-

Tab. 4. Souvislost mezi celkovou kvalitou života a vybranými doménami funkční i symptomatické škály EORTCQOL-30.

| | QoL | Fyzické funkce | Psychické funkce | Sociální funkce | Únava | Bolest | Dušnost | Ztráta chuti k jídlu |
|----------------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|----------------|---------|---------|----------------------|
| QoL | 1,000 | | | | | | | |
| fyzické funkce | 0,8047* | 1,000 | | | | | | |
| psychické funkce | 0,5232* | 0,5640* | 1,000 | | | | | |
| sociální funkce | 0,7531* | 0,7796* | 0,6701* | 1,000 | | | | |
| únava | -0,7266* | -0,8166* | -0,5646* | -0,7958* | 1,000 | | | |
| bolest | -0,7794* | -0,8282* | -0,5713* | -0,8011* | 0,8272* | 1,000 | | |
| dušnost | -0,4812* | -0,5868* | -0,4283* | -0,5238* | 0,5017* | 0,5492* | 1,000 | |
| ztráta chuti k jídlu | -0,2981* | -0,3228* | -0,3060* | -0,2462* | 0,5090* | 0,5487* | 0,3022* | 1,000 |

QoL – kvalita života, *p < 0,05

nými doménami kvality života. Nižší celková kvalita života souvisela zejména s horší úrovní fyzických funkcí, úrovní sociálních vztahů, přítomností únavy a intenzitou bolesti. Pacienti s vyšší únavou a bolestí hodnotili hůře své sociální i fyzické funkce (tab. 4).

Diskuze

Při **hodnocení kvality života** hodnotili pacienti v paliativní péči celkovou kvalitu života na 49 %. Johnsen et al [9] zjišťovali kvalitu života 977 pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním v Dánsku. Celkové skóre kvality života bylo zjištěno 66, tedy vyšší než u pacientů v našem souboru. Vyšší kvalita života u pacientů v paliativní péči je zjištěna zpravidla v hospicích. To dokazuje např. Bretscher et al [10], kteří zjistili celkové skóre kvality života u hospicových pacientů 75 %. Při opakovaném měření 8–2 týdny před smrtí pacienta se kvalita života významně snižovala. Jordhøy et al [11] zjistili u pacientů v komunitní hospicové péči v Norsku skóre 55 %. Také v ČR byla zjištěna vyšší kvalita života pacientů v hospici, pacienti hodnotili celkovou kvalitu života na 67 % [12], tedy výrazně lépe než na onkologickém oddělení. Peters a Sellick [13] zjistili při porovnání kvality života terminálně nemocných pacientů v domácí péči a v nemocnici vyšší kvalitu života u pacientů v domácí péči. Vyšší kvalita života byla založena na možnosti zachování alespoň minimálního společenského ži-

vota. Také Svidén [14] porovnával kvalitu života pacientů v domácí paliativní péči s kontrolní skupinou pacientů bez domácí péče. Nezjistil však signifikantní rozdíly v kvalitě života u obou skupin pacientů.

Při hodnocení funkční škály kvality života uvedli pacienti v našem výzkumu na onkologickém oddělení **největší problém s rolou a sociální funkcí**. Před těžce nemocným člověkem stojí řada hluboce lidských úkolů, jako je přijmout více či méně novou životní roli (nesoběstačnost, vědomí blízkosti smrti) a najít smysl života i v nové situaci [15]. Závažná choroba mění sociální pozici nemocného. Reakce na nemoc závisí na chování nejbližších lidí, na tom, jakým způsobem budou tuto změnu akceptovat a co pro ně bude znamenat. Sociální reakce jsou obecně nejvíce ovlivněny viditelnými projevy, to znamená změnou zevnějšku (např. nápadné zhubnutí, vypadávání vlasů, amputace končetiny atd.) nebo změnou kompetencí, především těch, které ovlivňují soběstačnost nemocného [16].

Špatenková [17] popisuje sociální změny, s nimiž se musí jedinec v případě nemoci vyrovnat. Jedná se o změnu osobní identity, prostoru, v němž se jedinec pohybuje, sociální role, změnu v souboru osob, které mohou poskytovat sociální oporu, a změnu perspektivy. Zejména dlouhodobá hospitalizace vede k další redukci sociálních rolí, ke změně společenského postavení, cha-

rakteru stimulace a z toho vyplývající zkušenosti [16].

Při hodnocení symptomatické škály kvality života uvedli pacienti v našem výzkumu **největší problém s bolestí, únavou a ztrátou chuti k jídlu**. Girgis et al [3] na základě systematického přehledu klíčových vědeckých důkazů uvádějí, že u pacientů v pokročilém stupni nádorového onemocnění je častý výskyt únavy a slabosti (úroveň důkazu III), dále častý výskyt bolesti, zejména u osob do 65 let (úroveň důkazu IVa).

Při opakovaném měření hodnotili respondenti svou kvalitu života ve všech doménách funkční škály a ve třech položkách symptomatické škály (únava, bolest, dušnost) významně hůře. Doménové skóre **bolesti** bylo zjištěno při prvním měření 44, při opakovaném měření 50,9. Úroveň symptomu bolesti byla pro pacienty zatěžující. Bužgová a Havelková [12] při hodnocení kvality života u pacientů v hospicové péči zjistily doménové skóre bolesti pouze 2,1. Pacienti byli s léčbou bolesti subjektivně více spokojeni. Naopak u pacientů v domácí péči v Ostravě zjistily Bužgová a Macháčková [18] výrazně vyšší skóre, a to 65,3. Také Peters a Sellick [13] zjistili u pacientů v nemocnici i v domácí péči jako nejzávažnější příznaky u pacientů v paliativní péči bolest, únavu a slabost.

V našem výzkumu byl vyhodnocen vliv úrovně fyzických funkcí, sociálních vztahů, bolesti a únavy na celkovou kvalitu života.

Závěr

Pacienti v paliativní péči na onkologickém oddělení hodnotili svou kvalitu života pod 50 %, v opakovaném měření dokonce pod 40 %. Nejčastěji hodnotili roli funkce a sociální vztahy. Největší problém uvedli pacienti s bolestí, únavou a ztrátou chuti k jídlu. Přítomnost těchto symptomů korelovala s celkovou kvalitou života. Efektivní léčba bolesti a řešení únavy může tedy vést k celkovému zlepšení hodnocení kvality života pacienta.

Z výsledků zahraničních studií vyplývá, že lépe hodnotí závěr života pacienti v domácí hospicové péči nebo v hospici. To se potvrdilo také v našem výzkumu. Při porovnání výsledků kvality života pacientů s vyčerpanými možnostmi specifické protinádorové léčby na onkologickém oddělení a v hospici je zřejmé lepší hodnocení kvality života pacientů v hospicové péči. Hospicová péče u paliativních pacientů zaměřující se na

kvalitu konce života by měla být preferována před péčí nemocniční.

Poděkování

Autoři děkují Ing. Haně Tomáškové, Ph.D., za statistické zpracování dat.

Literatura

1. Slováček L, Priester P, Kopecký J et al. Paliativní onkologická péče v systému poskytování zdravotní péče v Královéhradeckém kraji: vlastní zkušenosti. *Klin onkol* 2011; 24(4): 265–270.
2. Pastrana T, Junger S, Ostgathe C et al. A matter of definition – key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliat Med* 2008; 22(3): 222–232.
3. Girgis A, Johnson C, Currow D et al (eds). *Palliative Care Needs Assessment Guidelines*. The Centre for Health Research and Psycho-oncology. Newcastle: University of Newcastle 2006.
4. Haškovcová H (ed.). *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team 2010.
5. Pearce CM, Duffy A. Holistic care. In: Lugton J, McIntyre R (eds). *Palliative care – the nursing role*. 2th ed. London: Elsevier 2005: 63–90.
6. Gourdji I, McVey L, Purden M. A quality end of life from a palliative care patient's perspective. *J Palliat Care* 2009; 25(1): 40–50.
7. Haškovcová H (ed.). *Thanatologie*. 2. vyd. Praha: Galén 2007.
8. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K et al. *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual*. 3rd ed. Brussels: EORTC Quality of life Group 2001.
9. Johnsen AT, Petersen MA, Pedersen L et al. Symptoms and problems in a nationally representative sample of advanced cancer patients. *Pall Med* 2009; 23(6): 491–501.
10. Bretscher M, Rummans T, Sloan J et al. Quality of life in hospice patients. *Psychosomatics* 1999; 40(4): 309–313.
11. Jordhøy MS, Fayers P, Lage JH et al. Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *J Clin Oncol* 2001; 19(18): 3884–3894.
12. Bužgová R, Havelková K. Zjišťování potřeb terminálně nemocných v hospicové péči. *Cas Lek Cesk* 2012; 151(4): 190–195.
13. Peters L, Sellick K. Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care. *J Adv Nurs* 2006; 53(5): 524–533.
14. Svidén A, Fürst CJ, von Koch L et al. Palliative day care – a study of well-being and health-related quality of life. *Palliat Med* 2009; 23(5): 441–447.
15. Křivohlavý J (ed.). *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada 2002.
16. Vágnerová M (ed.). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozš. a přepr. vyd. Praha: Portál 2008.
17. Špatenková N (ed.). *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada 2004.
18. Bužgová R, Macháčková G. Hodnocení potřeb terminálně nemocných v domácí péči: pilotní studie. *Prakt Lék* 2012; 92(2): 111–116.