

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

Bc. Nikola Dolanská

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Paliativní péče v gynekologické onkologii

Diplomová práce

2024

Bc. Nikola Dolanská

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Nikola Dolanská**
Osobní číslo: **Z21369**
Studijní program: **N0913P360005 Specializace v porodní asistenci – Perioperační péče**
Téma práce: **Paliativní péče v gynekologické onkologii**
Téma práce anglicky: **Palliative care in gynecological oncology**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

CIBULA, David, PETRUŽELKA, Luboš a kol., 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2665-6.
ČEPIČKÝ, Pavel, 2021. *Gynekologické minimum pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3027-6.
KABELKA, Ladislav, 2018. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. 2. přeprac. a dopl. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5049-4.
MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří a kol., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Kateřina Horáčková, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání diplomové práce: **24. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Paliativní péče v gynekologické onkologii jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 24.4. 2024

Bc. Nikola Dolanská v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí své diplomové práce PhDr. Kateřině Horáčkové, PhD. za cenné rady, odborný dohled a trpělivost a také za ochotu být vedoucí této diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala všem pacientkám, které se podílely na vyplňování dotazníkového šetření. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině, přátelům a kolegům, kteří mi byli po celou dobu studia velkou oporou.

ANOTACE

Diplomová práce na téma Paliativní péče v gynekologické onkologii je prací teoreticko-průzkumnou. Teoretická část je zaměřena na gynekologické nádory, včetně nádorů, které se mohou vyskytovat v těhotenství. V další kapitole teoretické části se zabýváme samotnou paliativní péčí, je zde popsána definice, historický vývoj paliativní péče a základy komunikace v paliativní péči. Součástí je také rozdělení paliativní péče, a kdo všechno spadá do multidisciplinárního týmu paliativní medicíny. Teoretická část dále popisuje biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby pacienta. V průzkumné části diplomové práce bylo prostřednictvím dotazníkového šetření zjišťováno, jaká je míra důležitosti a naplněnosti potřeb onkologických pacientů ovlivňující jejich kvalitu života pomocí standardizovaného dotazníku PNAP (*Patient Needs Assessment in Palliative Care*). Průzkum se prováděl ve dvou pražských nemocnicích. Výsledky průzkumu ukazují, že důležitost jednotlivých potřeb je u pacientů odlišná, nejdůležitější potřebou je dle respondentek přítomnost někoho blízkého. Dle průzkumu je tato potřeba zároveň i nejlépe naplněna.

KLÍČOVÁ SLOVA

gynekologická onkologie, paliativní péče, PNAP, potřeby pacienta

TITTLE

Palliative care in gynecological oncology

ANNOTATION

The diploma thesis Palliative care in the gynecological oncology is a theoretical-exploratory work. The theoretical part focuses on the gynecological tumours, including tumours which can appear during pregnancy. In the next chapter of the theoretical part, we focus on the palliative care itself, there is described a definition, historical evolvement of the palliative care and basics of communication in the palliative care. The work also includes classification of the palliative care and who is the part of the multidisciplinary team in the palliative medicine. The theoretical part next describes biological, psychological, social and spiritual needs of patients. In the exploratory part of the diploma thesis there was done research through standardised questionnaire PNAP (Patient Needs Assessment in Palliative Care) to find out the importance and fulfilment of the oncology patient needs, which have an impact on the quality of their life. The research was done in two Prague hospitals. Results of the research show that the needs differ among patients, the most important need based on respondents is a presence of a close person. Based on the results of the research is this need at the same time the most fulfilled one.

KEYWORDS

gynecological oncology, paliative care, PNAP, needs of the patient

OBSAH

ÚVOD.....	15
1 CÍLE A METODY PRÁCE.....	17
1.1 Cíle práce	17
1.2 Cíle pro průzkumnou část diplomové práce	17
1.3 Metody k dosažení cíle	18
TEORETICKÁ ČÁST	19
2 GYNEKOLOGICKÁ ONKOLOGIE	19
2.1 Nádory vulvy	19
2.1.1 Benigní nádory na vulvě	20
2.1.2 Dlaždicobuněčné prekancerózy vulvy	20
2.1.3 Dlaždicobuněčný karcinom vulvy	20
2.1.4 Melanom vulvy	21
2.2 Nádory pochvy.....	21
2.2.1 Dlaždicobuněčné prekancerózy pochvy	21
2.2.2 Dlaždicobuněčný karcinom pochvy.....	22
2.3 Nádory děložního hrdla	22
2.3.1 Benigní a nepravé nádory děložního hrdla	22
2.3.2 Prekancerózy děložního hrdla.....	22
2.3.3 Karcinom děložního hrdla	23
2.4 Nádory děložního těla.....	23
2.4.1 Benigní prekancerózy a nádory endometria	24
2.4.2 Karcinom endometria	24
2.5 Nádory vejcovodu.....	25
2.6 Nádory vaječníků.....	26
2.6.1 Maligní nádory vaječníků	26
2.7 Nádory v těhotenství.....	26
2.8 Nejčastější symptomy u pokročilého nádorového onemocnění	27

3	PALIATIVNÍ PÉČE	31
3.1	Definice paliativní péče	31
3.1.1	Historie paliativní péče	31
3.1.2	Cíle paliativní péče	32
3.2	Základy komunikace v paliativní péči	33
3.2.1	Proces sdělování špatných zpráv	34
3.3	Rozdělení paliativní péče.....	36
3.3.1	Obecná paliativní péče.....	36
3.3.2	Specializovaná paliativní péče.....	37
3.3.3	Organizační formy specializované paliativní péče	37
3.4	Paliativní péče jako součást onkologické péče	39
4	MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM.....	41
4.1	Vzdělávání v paliativní péči	41
4.1.1	Specializační vzdělávání v oboru paliativní medicíny pro všeobecné sestry	42
4.1.2	Funkce sestry v rámci paliativní péče.....	43
5	POTŘEBY NEMOCNÉHO.....	44
5.1	Definice lidských potřeb	44
5.1.1	Maslowova hierarchie potřeb.....	44
5.2	Potřeby biologické	45
5.3	Potřeby psychologické.....	46
5.4	Potřeby sociální	46
5.5	Spirituální potřeby	46
5.6	Překážky v naplnění potřeb.....	47
	PRŮZKUMNÁ ČÁST	49
6	METODIKA	49
6.1	Cíle a průzkumné otázky	49
6.2	Metodika průzkumného šetření	50

6.3	Charakteristika průzkumného souboru	51
6.4	Analýza dotazníku PNAP	53
6.4.1	Fyzické potřeby	54
6.4.2	Psychické potřeby	56
6.4.3	Sociální potřeby	58
6.4.4	Spirituální potřeby	60
6.4.5	Autonomie	61
6.4.6	Respekt a podpora.....	63
6.4.7	Smysl života a smíření.....	65
6.4.8	Grafické znázornění otázek z dotazníku PNAP.....	66
7	DISKUZE	79
8	ZÁVĚR	86
9	POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE	89
10	PŘÍLOHY	95

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Graf – histogram věk respondentek (zdroj: vlastní).....	52
Obrázek 2 Graf znázorňující typ gynekologického maligního karcinomu (zdroj: vlastní)	53
Obrázek 3 Graf – Položka: Pečovat o své tělo (umytí, oblékání, jídlo): důležitost (zdroj: vlastní)	67
Obrázek 4 Graf – Položka: Pečovat o své tělo (umytí, oblékání, jídlo): naplněnost (zdroj: vlastní)	68
Obrázek 5 Graf – Položka: Být bez bolesti: důležitost (zdroj: vlastní)	69
Obrázek 6 Graf – Položka: Být bez bolesti: naplněnost (zdroj: vlastní)	70
Obrázek 7 Graf – Položka: Mít soukromí: důležitost (zdroj: vlastní)	71
Obrázek 8 Graf – Položka: Mít soukromí: naplněnost (zdroj: vlastní).....	72
Obrázek 9 Graf – Položka: Přítomnost někoho blízkého: důležitost (zdroj: vlastní)	73
Obrázek 10 Graf – Položka: Přítomnost někoho blízkého: naplněnost (zdroj: vlastní)	74
Obrázek 11 Graf – Položka: Být vyrovnaný se změnami na mém těle: důležitost (zdroj: vlastní)	75
Obrázek 12 Graf – Položka: Být vyrovnaný se změnami na mém těle: naplněnost (zdroj: vlastní)	76
Obrázek 13 Graf – Položka: Být v pěkném prostředí: důležitost (zdroj: vlastní).....	77
Obrázek 14 Graf – Položka: Být v pěkném prostředí: naplněnost (zdroj: vlastní).....	78
Tabulka 1 Kódování otázek dotazníku PNAP (zdroj: Bužgová, 2014, s. 14-15).....	51
Tabulka 2 Popisná statistika: věk respondentek (zdroj: vlastní).....	51
Tabulka 3 Popisná statistika: tabulka četností – věk respondentek (zdroj: vlastní)	52
Tabulka 4 Popisná statistika: důležitost fyzických potřeb (zdroj: vlastní)	54
Tabulka 5 Popisná statistika: naplněnost fyzických potřeb (zdroj: vlastní)	55
Tabulka 6 Popisná statistika: důležitost psychických (zdroj: vlastní)	57
Tabulka 7 Popisná statistika: naplněnost psychických potřeb (zdroj: vlastní)	57
Tabulka 8 Popisná statistika: důležitost sociálních potřeb (zdroj: vlastní).....	58
Tabulka 9 Popisná statistika: naplněnost sociálních (zdroj: vlastní)	59
Tabulka 10 Popisná statistika: důležitost spirituálních (zdroj: vlastní)	60
Tabulka 11 Popisná statistika: naplněnost spirituálních (zdroj: vlastní)	61
Tabulka 12 Popisná statistika: důležitost autonomie (zdroj: vlastní)	61
Tabulka 13 Popisná statistika: naplněnost (zdroj: vlastní)	62

Tabulka 14 Popisná statistika: důležitost respektu a podpory (zdroj: vlastní)	63
Tabulka 15 Popisná statistika: naplněnost respektu a podpory (zdroj: vlastní).....	64
Tabulka 16 Popisná statistika: důležitost smyslu života a smíření (zdroj: vlastní)	65
Tabulka 17 Popisná statistika: naplněnost smyslu života a smíření (zdroj: vlastní)	66

SEZNAM ZKRATEK

BRCA1	Breast cancer gene 1
BRCA2	Breast cancer gene 2
CT	Počítačová tomografie
HPV	Lidský papillomavirus
HR-HPV	High-risk HPV
kol.	Kolektiv
LETZ	Loop excision of the transformation zone
MR	Magnetická rezonance
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	Například
NSA	Nesteroidní antiflogistika
PCO2	Parciální tlak oxidu uhličitého
PO2	Parciální tlak kyslíku
PNAP	Patient Needs Assessment in Palliative Care
VaIN	Vaginální intraepiteliální neoplázie
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
WHO	World Health Organization

ÚVOD

„Možná, že je smrt životem, a na onom světě považují život za smrt. Kdo ví?“

Eurípidés

WHO definuje paliativní péči jako formu specializované zdravotní péče jejímž cílem je optimalizovat kvalitu života a mírnit utrpení nevléčitelně nemocných pacientů. Základem pro poskytování takové péče je včasná identifikace a léčba nových symptomů a současně řešení obtíží chronických. Paliativní péče se věnuje fyzickým, psychosociálním i spirituálním potřebám pacientů. Její časné využití nejen prodlužuje přežití pacientů a zvyšuje jejich kvalitu života, ale při včasné zahájení i snižuje náklady na poskytovanou péči (Teoli, Schoo, Kalish, 2024).

Nedostatečná saturace potřeb pacienta výrazně snižuje kvalitu života umírajícího, a proto je důležitou součástí paliativní péče hodnocení potřeb pacientů. Vhodným indikátorem kvality poskytované péče je hodnocení rozsahu naplněných a pojmenovaných potřeb pacienta (Bužgová, 2015, s. 41).

V dnešní době je paliativní péče lépe dostupná. Cílem paliativní péče je úleva od utrpení a zajištění nejlepší možné kvality života jak pro pacienta, tak i pro jeho rodinu, bez ohledu na to, kde se v anamnéze svého onemocnění nacházejí (Lopez-Acevedo et al., 2013).

Paliativní péče je nezbytnou součástí gynekologické onkologie, jejím cílem je zajištění důstojného umírání pacientů v terminální fázi maligních nádorových onemocnění. Paliativní medicína nezahrnuje pouze úlevu od bolesti, ale soustředí se na mnohem širší problematiku. Potřeby pacientů jsou individuální, a proto i péče o ně musí být vždy přizpůsobená konkrétnímu jedinci. Vyrovnat se s přicházející smrtí je nesnadné jak pro pacienty, tak pro jejich blízké, ale mnohdy i pro ošetřující personál.

V této diplomové práci s názvem Paliativní péče v gynekologické onkologii se zabýváme důležitostmi a naplněností potřeb pacientů v terminální fázi gynekologické malignity. Cílem je porovnat potřeby jednotlivých pacientů, kterým je tato péče poskytována, ve dvou zdravotnických zařízeních specializujících se právě na paliativní péči. Dále se práce věnuje také zastoupení jednotlivých onkologických diagnóz v rámci těchto dvou pracovišť.

Péče o nevléčitelně nemocné je od nepaměti nedílnou součástí medicíny a současně životů nás všech. Tento úkol je bezpochyby nesnadný, avšak zároveň nevyhnutelný. Toto téma bylo

zvoleno, neboť porozumění potřebám těchto pacientů může napomoci poskytnutí té nejlepší možné péče pro pacienty s takovým onemocněním. Zajištění co nejvyšší kvality života v terminální fázi maligních onemocnění je nelehkým cílem a potřeby jednotlivých pacientů se mnohdy značně liší. Každý z nás má jinou představu o tom, jak by chtěl trávit poslední okamžiky svého života, i o tom, co je pro něj důležité. Naší snahou by mělo být zajistit těmto pacientům péči, která je uzpůsobena na míru vždy právě konkrétnímu jedinci.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíle práce

Cílem teoretické části diplomové práce je seznámení s paliativní péčí. V teoretické části se zabýváme definicí paliativní péče, historií vzniku a dále také biologickými, psychologickými, sociálními a spirituálními potřebami pacientů v rámci paliativní péče. Dále je v teoretické části popsána gynekologická onkologie, kde jsou jednotlivě popsány gynekologické nádory.

1.2 Cíle pro průzkumnou část diplomové práce

Hlavní cíl: Jaká je míra důležitosti a naplněnosti potřeb onkologických pacientů ovlivňující jejich kvalitu života.

Dílčí cíle:

1. Zjistit míru důležitosti potřeb fyzických, psychických, sociálních, spirituálních, autonomie, respektu a podpory, smyslu života a smíření u onkologických hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu nemoci.
2. Zjistit míru naplněnosti potřeb fyzických, psychických, sociálních, spirituálních, autonomie, respektu a podpory, smyslu života a smíření u onkologických hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu nemoci.
3. Zjistit míru nenaplněných potřeb fyzických, psychických, sociálních, spirituálních, autonomie, respektu a podpory, smyslu života a smíření u onkologických hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu nemoci.

Průzkumné otázky:

1. Jaká je míra důležitosti potřeb fyzických, psychických, sociálních, spirituálních, autonomie, respektu a podpory, smyslu života a smíření u onkologických hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu nemoci?
2. Jaká je míra naplněnosti potřeb fyzických, psychických, sociálních, spirituálních, autonomie, respektu a podpory, smyslu života a smíření u onkologických hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu nemoci?
3. Jaká je míra nenaplněnosti potřeb fyzických, psychických, sociálních, spirituálních, autonomie, respektu a podpory, smyslu života a smíření u onkologických hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu nemoci?

1.3 Metody k dosažení cíle

V diplomové práci byly veškeré zdroje informací čerpány z odborné literatury a vědeckých článků.

Průzkumná část diplomové práce je zpracována kvantitativní metodou, která je založena na dotazníkovém šetření, pomocí standardizovaného dotazníku PNAP (*Patient Needs Assessment in Paliative Care*), který je založen na potřebách pacientů v terminální fázi života. Autorkou dotazníku je doc. PhDr. Radka Bužgová, Ph. D., která působí na Lékařské fakultě Ostravské univerzity v Ostravě. Od autorky dotazníku byl získán souhlas s jeho použitím.

Standardizovaný dotazník je součástí příloh diplomové práce a otázky, které jsou v něm obsažené jsou popsány v průzkumné části této diplomové práce.

TEORETICKÁ ČÁST

2 GYNEKOLOGICKÁ ONKOLOGIE

Gynekologická onkologie se zabývá prevencí, diagnostikou, léčbou i včasným vyhledáváním zhoubných nádorů ženských pohlavních orgánů. Jedná se o zhoubné nádory vulvy, pochvy, děložního hrdla, děložního těla, vejcovodů a vaječníků (Freitag, 2001, s.13).

Ženy s pokročilým gynekologickým nádorem mohou trpět různými specifickými symptomy. Ty vycházejí z lokalizace a možných komplikací nádorů a svou intenzitou a rozsahem zhoršují kvalitu života a mohou být příčinou úmrtí. K hlavním symptomům řadíme bolestivé stavy, které jsou lokalizovány do oblasti břicha a pánve. Může docházet i k rozvoji maligních výpotků v pleurální a peritoneální dutině s dušností, sníženým příjmem stravy, bolestmi a lymfedémy končetin. Pro gynekologické nádory je typické intenzivní krvácení, které může v krajním případě vést až k úmrtí v důsledku excesivních krevních ztrát. Také mohou vznikat různé druhy píštělí mezi gynekologickými orgány, močovým i gastrointestinálním traktem. Píštěle mohou vzniknout díky prorůstajícímu nádoru či jako komplikace radioterapie nebo operace. Všechny tyto symptomy a komplikace představují vážné problémy, které musí být již od začátku nemoci s pacientkou a rodinou probrány. Mělo by vždy docházet ke shodě mezi pacientkou a zdravotnickým týmem ohledně terapeutického a podpůrného postupu, který souvisí s klinickým stavem, prognózou a přáním pacientky (Sochor, Zavadová, Sláma a kol., 2019, s.407).

2.1 Nádory vulvy

Na vulvě můžeme najít pseudocysty, cysty a abscesy. Vzácné jsou nepravé nádory, které vznikají jako komplikace sutury rány na vulvě, nejčastěji porodního poranění. Také vznikají retenční cysty nebo Schlofferovy tumory. Na vulvě se může objevovat i endometrióza. Mezi specifický nepravý nádor vulvy řadíme cystu Bartholiniho žlázy. Tato cysta se projevuje zvětšením velkého stydkého pysku nebo můžeme nahmatat přímo cystu, která může dorůst až do několika centimetrů. Pokud tento stav pacientku obtěžuje, je indikováno chirurgické řešení, mezi které patří úplná excize cysticky změněné žlázy. Za nepravý nádor vulvy lze považovat i edém vulvy. Může být zánětlivý, pak je vulva bolestivá, v pozadí je obvykle kandidóza (Čepický, 2021, s. 106).

2.1.1 Benigní nádory na vulvě

Neobyčejně pestrý je obraz benigních nádorů vulvy. Jeden z nich je častý, a to je condylomata accuminata, jestliže ho pokládáme za papilom, který souvisí s papilomavirovou infekcí. Ostatní benigní nádory vulvy jsou buď epitelové (např. hidradenom), nebo mezenchymové (např. fibrom a lipom). Tyto benigní nádory se neliší od nádorů kůže jiných lokalizací (Čepický, 2021, s. 106).

2.1.2 Dlaždicobuněčné prekancerózy vulvy

Dlaždicobuněčné prekancerózy jsou známy již mnoho let a vývoj jejich klasifikace a terminologie je v posledních letech poněkud překotný. Mezi tyto prekancerózy řadíme léze asociované s infekcí HPV a léze neasociované s infekcí HPV (Čepický, 2021, s. 107).

Léze asociované s infekcí HPV se klasifikují stejně jako v ostatních místech ženského genitálu. Riziko progresu v karcinom je zcela omezený. Zatímco léze neasociované s infekcí HPV, které postihují spíše starší ženy a častěji vznikají na terénu vulvárních dermatóz. Tyto neasociované léze mají vysoké riziko progresu v karcinom (Čepický, 2021, s. 107).

Ženy s vulvárními prekancerózami by měly být dispenzarizované ve speciálních gynekologických ambulancích. V diagnostice hraje velkou roli vulvoskopie, která je podobná cervikální kolposkopii, ale je nutné použít koncentrovanější kyselinu octovou a hodnocení je složitější. Diagnózu potvrdí až histologické vyšetření. Dlaždicobuněčné prekancerózy vulvy se léčí pomocí chirurgického odstranění léze (Čepický, 2021, s. 107).

2.1.3 Dlaždicobuněčný karcinom vulvy

Mezi nejčastější zhoubný karcinom vulvy patří spinocelulární karcinom, který má incidenci 3,5/100 000/rok. Incidence tohoto karcinomu však stoupá s věkem, pod 40 let se nádor vyskytuje výjimečně, většinou se objevuje až po 70. roce života ženy, zde incidence velmi stoupá a to na 20/100 000/rok. Tento nádor se šíří především lokálně a lymfatickými cestami. Mezi spádové uzliny patří uzliny inguinální, jejich vyšetření je součástí vyšetření vulvárního karcinomu. Vyšetřuje se jak palpačně, tak i pomocí ultrazvuku. Nádor se může šířit do hlubokých femorálních uzlin a poté do uzlin pánevních. Důležité je MR vyšetření, který se doporučuje u lokálně pokročilých nádorů (Čepický, 2021, s. 107-108).

Terapie tohoto karcinomu je operace, jejíž rozsah záleží především na velikosti tumoru. Dělá se široká excize, hemivulvektomie, vulvektomie a u pokročilých nádorů se může provést kolpektomie, výjimečně až pánevní exenterace. Jestliže je nádor lokalizován bočně, provádí se

pouze jednostranná lymfadenektomie. Jestliže některé pacientky mají interní kontraindikaci využívá se aktinoterapie (ozařování). Chemoterapie se využívá jako terapie u vzdálených metastáz nebo eventuálně u vybraných pacientek jako primární léčba spolu s aktinoterapií (Čepický, 2021, s. 108-109).

2.1.4 Melanom vulvy

Melanom vulvy řadíme mezi vzácné nádory, které tvoří přibližně 5-10 % nádorů vulvy a asi 5 % všech melanomů u žen. Pigmentace a jiné kožní névy na vulvě jsou neobvyklé, proto přítomnost pigmentového ložiska vyžaduje vždy expertní vyšetření. Terapie je pouze chirurgická, kde je součástí operace i chirurgický staging postižených lymfatických uzlin. U vzdálených metastáz se uplatňuje chemoterapie a imunoterapie, ale tato léčba je chápána pouze jako paliativní (Čepický, 2021, s. 109).

2.2 Nádory pochvy

Nádory pochvy řadíme mezi vzácné gynekologické zhoubné novotvary, které tvoří pouze 1 % všech gynekologických zhoubných nádorů. V roce 2020 byla incidence tohoto onemocnění 0,83/100 000, v absolutních číslech to znamená, že bylo diagnostikováno 45 nových případů v České republice za rok 2020. Průměrný věk u žen, u kterých se vyskytuje zhoubný nádor pochvy je 64 let (Chovanec, Náležinská, 2022). Projevy nádorového onemocnění pochvy přicházejí později a většina žen přichází k obvodnímu gynekologovi s poměrně pokročilým nálezem. Příznaky nádorového onemocnění jsou pocit nepohody, bolesti v podbříšku, někdy se mohou dostavit i potíže s močením, zácpa, častý příznak je nepravidelné krvácení nebo výtok z pochvy. Občas se může objevit i hrbol v pochvě. Nádor se také projevuje vzdálenými metastázemi v jiných orgánech. Mezi hlavní rizikové faktory karcinomu pochvy jsou věk nad 60 let, HPV viry, kouření, karcinom hrdla děložního a vulvy, předchozí chemoterapie či radioterapie, stav po hysterektomii nebo dlouhodobá léčba sestupu rodidel pomocí vaginálního pesaru. Mezi poslední rizikový faktor řadíme nízký sociálně – ekonomický standard (Chovanec, Náležinská, 2022).

2.2.1 Dlaždicobuněčné prekancerózy pochvy

Tyto prekancerózy odpovídají zhruba dlaždicobuněčným prekancerózám čípku, značíme je jako low-grade VaIN, nebo jako high-grade VaIN. Jsou vzácné a jsou vzácnější než prekancerózy na děložním čípku. Diagnóza se dělá pomocí kolposkopu, ale většinou ještě s histologickým ověřením (Čepický, 2021, s. 110).

2.2.2 Dlaždicobuněčný karcinom pochvy

Nádor se šíří díky lokálnímu růstu a pomocí lymfatických cest. Může být i hematogenní rozsev, ale ten je vzácný a pozdní (Čepický, 2021, s. 110).

Hlavní terapeutickou metodou je aktinoterapie. Když jsou nádory, u kterých invaze nedosahuje 5 mm, využívá se brachyterapie. U nádorů s větším rozšířením se může brachyterapie kombinovat se zevním ozářením. Chemoterapie se využívá pouze u pokročilých stádií, často ještě s kombinací aktinoterapie (Čepický, 2021, s. 111).

2.3 Nádory děložního hrdla

V České republice se ročně diagnostikuje 850 až 900 nádorů děložního hrdla. Zhoubný nádor může postihnout ženy v jakémkoliv věku. Karcinom děložního hrdla je téměř vždy způsoben dlouhodobou infekcí lidskými papilomaviry (HPV) (Rob, 2021).

Přednádorová stádia ani ranná stádia karcinomů nemají žádné příznaky. Až pozdní příznaky jsou krvácení po styku, nepravidelné krvácení, bolest, zapáchající výtok. Děložní hrdlo je velmi dobře přístupné jak při gynekologickém vyšetření aspekci, tak i pro vyšetřovací metody, které se nazývají probiotické metody, kdy se jedná o stěr onkologické cytologie, stěr na přítomnost onkogenních viru či kolposkopie. Cílem screeningu cervikálních karcinomů je vyhledávání prekanceróz a tím snížení jejich výskytu (Rob, 2021). V dnešní době se považuje za nejvýznamnější faktor přetrvávající infekce typem humánního papilomaviru (HPV). Na tyto infekce jsou nejvíce náchylné mladé dívky. Do 30 let se s infekcí setká přibližně 75–80 % žen. Poruchy imunity, kouření jsou faktory pomáhající virům pouze přetrvat v epitelu děložního hrdla (Rob, 2021).

2.3.1 Benigní a nepravé nádory děložního hrdla

Mezi častý nález děložního hrdla je polyp. Polyp může být provázen krvácením, velmi často jde o náhodný nález při preventivní prohlídce u lékaře. Terapie je chirurgická, kdy dochází k ablaci polypu. Může se objevit i leiomyom, který patří mezi mezenchymové nádory. Vztah k děložnímu hrdlu má i rodící se myom, který nevychází z děložního čípku. Jedná se o submukózní myom (Čepický, 2021, s. 112).

2.3.2 Prekancerózy děložního hrdla

Ke zjištění prekancerózy děložního hrdla dochází díky preventivní onkogynekologické prohlídce. Na děložním čípku je hranice cylindrického a dlaždicového epitelu, prekancerózy

mohou být glandulární či skvamózní, eventuálně smíšené. Tyto prekancerózy souvisejí většinou s infekcí HR-HPV, zejména HPV 16 a 18 (Čepický, 2021, s. 112).

Skvamózní prekancerózy děložního hrdla jsou histologicky charakterizovány poruchami maturace a jadernými abnormalitami, které postihují dolní třetinu epitelu či dolní dvě třetiny epitelu nebo i celou šíři epitelu. Zatímco glandulární prekancerózy děložního hrdla, kde se rozlišují adenoatypie a adenokarcinom in situ. Jejich diagnostika je složitější a nejčastěji se zachytí jako součást smíšené prekancerózy (Čepický, 2021, s. 112-113).

V dnešní době je diagnostika prekancerózy děložního hrdla cytologie a kolposkopie. Kolposkopické vyšetření je optické vyšetření zvětšeného obrazu děložního hrdla. Ke zvýraznění patologických struktur se využívá 3-5 % roztok kyseliny octové, případně Lugolův roztok. Kolposkopické vyšetření je dynamické a jeho provedení vyžaduje dostatek zkušeností ze strany lékaře (Čepický, 2021, s. 113).

2.3.3 Karcinom děložního hrdla

Karcinom děložního hrdla může být adenokarcinom, dlaždicobuněčný karcinom, nebo adenoskvamózní karcinom, jehož maligní složka je diferencovaná dlaždicobuněčným směrem a někde žlázovým směrem. Nádor se šíří lymfatickou cestou a per continuitatem. Mezi regionální mízní uzliny patří paracervikální, parametriální, hypogastrické, společné a zevní ilické, presakrální a laterální sakrální. K vyšetření se používají moderní zobrazovací metody, jako jsou ultrazvuk, MR a CT (Čepický, 2021, s. 115-117).

U časných stádií u nádoru děložního hrdla se provádí chirurgická léčba. Když je nádor s invazí do 3 mm stačí provést konizaci. Konizace se provádí pomocí konizační jehly nebo metodou LETZ. U pokročilých nádorů, které mají stádium IA2, IB1 a IB2 je potřeba odstranit i spádové pánevní lymfatické uzliny. Provádí se radikální hysterektomie s odstraněním pánevních lymfatických uzlin, tzv. operace dle Wertheim-Meigs. Jestliže je nádor rozšířen do okolí dělohy využívá se chemoterapie, která se kombinuje s brachyterapií a teleterapií. Invazivní zhoubné nádory předávají do specializovaných onkologických center, které mají kvalitní diagnostiku a mají zkušenosti s individuální léčbou (Rob, 2021).

2.4 Nádory děložního těla

Mezi nejčastější zhoubné nádory u ženy patří nádory děložního těla. V roce 2020 byla incidence tohoto onemocnění 89/100 000, to znamená, že v České republice bylo diagnostikováno 1893 nových případů zhoubných nádorů děložního těla. Výskyt tohoto nádoru mírně stoupá, souvisí

to s prodlužováním délky života a aktivního hormonálního období u žen, mezi příčiny zvýšené incidence těchto nádorů se řadí také civilizační choroby, jako jsou diabetes, obezita a arteriální hypertenze (Chovanec, Náležinská, 2022).

K nejčastějším příznakům nádorového onemocnění děložního těla patří abnormální krvácení různé intenzity. Také se může dostavit hnisavý nebo krvavý výtok. V pozdějším věku, kdy je děložní kanál neprůchodný, může dojít k pyometrii, což je nahromadění hnisu v dutině děložní nebo může dojít k hematometrii, tedy nahromadění krve v dutině děložní. Zhruba 20 % žen nemusí mít žádné symptomy. Nádor děložního těla se může projevit až vzdálenými metastázemi v okolních orgánech (Chovanec, Náležinská, 2022).

Mezi nejhlavnější rizikové faktory karcinomu děložního těla patří časný nástup menses, exogenní estrogeny, nulliparita, pozdní menopauza, hormonálně aktivní nádory vaječnicků a poruchy funkce vaječnicků. Velkou roli hraje i vysoký věk, obezita, kouření, diabetes mellitus, a také vysoký sociálně-ekonomický standard (Chovanec, Náležinská, 2022).

2.4.1 Benigní prekancerózy a nádory endometria

K benigním nádorům endometria patří polyp. Prorůstá do děložní dutiny z ohraničené hyperplazie endometria. Polyp endometria může dorůst překvapivě velkých rozměrů, kdy může dojít k tomu, že vyčnívá nejen z děložního hrdla, ale dokonce vyčnívá až před rodidla. Projevuje se krvácením. Když lékař objeví polyp je indikována hysteroskopie a posléze se udělá histologické vyšetření polypu (Čepický, 2021, s. 120-121).

V perimenopauze je nejčastější hyperplazie endometria. Rozlišuje se na hyperplazii simplexní a komplexní. Atypická simplexní a komplexní hyperplazie jsou endometriální prekancerózy u karcinomu I. typu a vznikají vlivem působení estrogenů na endometrium. Vzácným nálezem v atrofickém endometriu je karcinom in situ, který je prekancerózou karcinomu II. typu (Čepický, 2021, s. 121).

2.4.2 Karcinom endometria

Zhoubné nádory dělohy se dělí na epiteliální nádory neboli karcinomy a na sarkomy mesenchymálního původu. Nejběžnějším epiteliálním nádorem děložního těla je adenokarcinom, který se vyskytuje u 83 % případů. V 98 % je zastoupen karcinom endometria, který vzniká ze žlázových buněk endometria. Růstu endometria je závislý na ženských hormonech estrogenech, proto můžeme nádor označit jako hormonálně dependentní. Podle působení estrogenů rozdělujeme karcinom endometria na dva typy (Chovanec, Náležinská, 2022).

Karcinom I. typu vzniká díky absolutnímu nebo relativnímu zvýšení hladiny estrogenů. Nádor je diagnostikován v brzkých stádiích a má relativně dobrou prognózu, jelikož se jedná o nádor hormonálně dependentní. Tento typ nádoru tvoří přibližně 80 % případů (Chovanec, Náležinská, 2022).

Karcinom II. typu tvoří zbývajících 20 % případů. Tento karcinom je diagnostikován až v pozdějších stádiích a má horší prognózu než karcinom I. typu. Vyskytuje se spíše v pozdějším věku a je to nádor, který je hormonálně nondependentní (Chovanec, Náležinská, 2022).

Základním diagnostickým a léčebným postupem u nádorů těla děložního je operace. Rozsah operačního výkonu závisí na rozsahu nádoru. K operačnímu výkonu patří odstranění dělohy, části pochvy, vaječníků a vejcovodů. Jestliže je nádor v pokročilejším stádiu, odstraňují se i lymfatické uzliny z oblasti pánve a aorty. Pro místně pokročilé onemocnění a při metastatickém postižení okolních orgánů je léčebnou metodou chemoterapie. Při vyšších stádiích onemocnění, pokud se nepodařila operační léčba a nezdařily se odstranit všechny nádorové hmoty, se nádorové onemocnění často vrací. Tento stav je nevléčitelný, proto se uvažuje nad paliativní péčí (Chovanec, Náležinská, 2022).

2.5 Nádory vejcovodu

Karcinom vejcovodů je nejméně obvyklým zhoubným nádorem. Nepřesahuje 1 % ze všech zhoubných nádorů reprodukčních orgánů a vyskytuje se u 3-4 případů na milion žen. 10 až 25 % případů je bilaterální karcinom vejcovodů, který se častěji vyskytuje u infertilních pacientek. Rizikové faktory u karcinomu vejcovodu nejsou moc známy a nelze je odlišit od rizikových faktorů u karcinomu ovarií. Mezi rizikové faktory řadíme vyšší věk, rodinná zátěž na karcinom ovaria a prsu. K nejvýraznějšímu rizikovému faktoru patří chronický zánět vejcovodu, ke kterému patří i specifická tuberkulózní salpingitida a endometrióza vejcovodů (Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 575-576).

Záchyt zhoubného nádoru vejcovodu je často náhodný. Nádor se jeví jako pokročilý tumor, který bývá zaměněn za primární ovariální karcinom. Příznaky jsou vodnatý výtok a tlak v podbřišku, proto by měla být věnována pozornost těmto symptomům a pacientka by měla být poslána na ultrazvukové vyšetření na specializované pracoviště. Jestliže dojde k potvrzení přítomnosti zhoubného nádoru tuby, pokračuje adekvátní chirurgický staging ve stejném rozsahu jako u karcinomu ovarií (Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 578-579).

2.6 Nádory vaječnicků

K nejčastější příčině úmrtí na gynekologické malignity patří karcinom ovaria. Na karcinom vaječnicků zemře v České republice kolem 700 žen. Léčbě zhoubných nádorů vaječnicků byla věnovaná větší pozornost, ale výsledky se za posledních 20 let zlepšily minimálně (Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 508). Příznaky nádorového onemocnění přicházejí později. Pacientky mají pocit nepohody v břiše, jsou unavené a občas se jim zvětšuje objem břicha. To může způsobit sám rostoucí nádor nebo volná tekutina v dutině břišní, tzv. ascites. Nádor se může projevit také vzdálenými metastázemi v okolních orgánech (Fínek, 2021).

U nádoru vaječnicku není příčina známá, ale významnou roli hraje vliv ženských pohlavních hormonů estrogenů. Mezi příčiny patří i dědičné faktory, nejvíce jsou ohroženy ženy s mutací genů BRCA1 a BRCA2. Zhoubné nádory vaječnicků postihují nejčastěji ženy ve věku mezi 50 až 75 lety (Roett et al., 2009, s.609-616).

Mezi základní diagnostický i léčebný postup u nádorů vaječnicků řadíme operaci, kterou vede zkušený onkochirurgický tým. Operace spočívá v otevření dutiny břišní a chirurg pohledem i pohmatem zkoumá orgány dutiny břišní. Zkontroluje rozsah onemocnění a odebere nádor k rychlému histologickému vyšetření. Jestliže je onemocnění menšího rozsahu pouze u stádia I a II, provede se radikální chirurgický výkon, při kterém chirurg odstraní vaječnícíky, vejcovody, dělohu, omentum, slepé střevo a odebere mízní uzliny z pánve. Někdy nastane situace, kdy takováto operace není možná, nastává tehdy, když nádor infiltruje orgány, které by se během operace mohly poranit a radikální operace nelze technicky provést. V této situaci se chirurg snaží odebrat kousek tkáně a snaží se odebrat co nejvíce nádorových hmot (Fínek, 2021).

2.6.1 Maligní nádory vaječnicků

Maligní nádory u ovarií jsou nejčastější příčinou gynekologické smrti. Při užívání hormonální antikoncepce riziko vzniku karcinomu klesá, záleží na tom, jak dlouho žena hormonální antikoncepci užívá. Při dlouhodobém užívání riziko vzniku klesá až o 20 %. Šíření ovariálního karcinomu bývá specifické, jelikož to souvisí s tím, že orgán není v dutině břišní krytý peritoneem, a tak se mohou nádorové buňky šířit přímo do dutiny břišní (Čepický, 2021, s. 130-131).

2.7 Nádory v těhotenství

Zhoubné nádory v těhotenství nebývají časté, ale přesto jsou specifickou a závažnou problematikou. Incidence malignit v těhotenství ve vztahu k těhotenství se pohybuje kolem

1: 1000 těhotenství. Věk těhotných žen se neustále zvyšuje, proto může vzrůstat i četnost zhoubných onemocnění v těhotenství (Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 589).

Během těhotenství se může objevit jakýkoli zhoubný nádor. K nejčastějším tumorům patří karcinom prsu, karcinom děložního hrdla, ovaria, kolorektální karcinom, melanomy, lymfomy a leukemie. Těhotenství změní jak diagnostiku, tak hlavně strategii léčby a výběr jednotlivých terapií, ať už se jedná o chemoterapii, radioterapii nebo chirurgickou léčbu. Při rozhodování o ideální léčbě je třeba brát v úvahu nejenom běžná rozhodování, jako jsou například typ tumoru, jeho diferenciacie, ale také stádium těhotenství. Především by zdravotnický personál měl brát v úvahu gestační stáří plodu. Je důležité ženu srozumitelně a citlivě poučit o jejím onemocnění, ale také o její prognóze a o vyhlídkách pro plod. Také je důležité ženě vysvětlit možnosti následujícího postupu, na kterém by se měla pacientka podílet. Například u karcinomu děložního hrdla se s výjimkou brzkého stádia malignity přistupuje k ukončení těhotenství.

U karcinomu ovarií je při pokročilém stádiu těhotenství doporučeno těhotenství ukončit po 34. týdnu císařským řezem a následně pacientku radikálně operovat. Jestliže je pacientka v ranném stádiu, umožňuje se jí v těhotenství pokračovat. Těžké bývá rozhodování o pohotovostní nebo odložené léčbě. Když se jedná o žádoucí graviditu, pacientka se může mnohdy dožadovat odložení protinádorové léčby, což však může mít negativní vliv z hlediska úspěšnosti terapie (Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 589).

Prozatím jsou pouze omezené poznatky o tom, jaký má vliv těhotenství na chování nádoru a naopak. Jsou důkazy o tom, že gravidita působí na biologické chování nádoru, způsob jeho šíření či predikci. Pokročilé nádory mohou způsobit potrat plodu nebo intrauterinní růstovou retardaci. Velmi vzácně může být metastazování maligního nádoru do plodu či do placenty (Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 589).

Symptomy zhoubného onemocnění jako je vaginální krvácení, špinění, únava, nechutenství a bolesti, mohou být přirovnávané k porodnickým komplikacím. Vzhledem k malé početnosti zhoubných onemocnění v těhotenství a velkému množství zvláštních situací je stanovení konkrétního doporučeného postupu v péči o těhotnou se zhoubným nádorem velmi obtížný (Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 589).

2.8 Nejčastější symptomy u pokročilého nádorového onemocnění

K první a nejčastějšímu symptomu řadíme bolest, která se často vyskytuje u pacientů v terminální fázi života. Objevuje se u 90 % pacientů, kteří mají pokročilé nádorové

onemocnění. Lékaři, kteří jsou specializováni na léčbu bolesti, označili právě problematiku bolesti jako největší etické dilema u pacientů v terminální fázi onemocnění. Největším problémem léčby bývá nedostatečné zmírnění bolesti. Neléčená bolest způsobuje zbytečné utrpení a má negativní dopad na fyzickou, psychickou, sociální, ale i na duchovní stránku kvality života. Naštěstí je bolest dobře léčená u 90 % pacientů. Střední zdravotnický personál má zodpovědnost při hodnocení bolesti a také se podílí na vytváření léčebného plánu spolu s lékařem (O'Connor, Aranda, 2005, s. 89).

Při měření bolesti se během let ověřilo hodnocení dle číselné škály od 0 až po 10, kde 0 znamená žádná bolest a 10 znamená nejhorší bolest. Jestliže pacient nemůže použít číselnou škálu, používají se různé verbální škály, kde se popisuje intenzita bolesti jako žádná bolest, mírná bolest, středně silná bolest, silná bolest až nesnesitelná bolest. Tyto hodnotící škály bolesti umožňují zdravotnickému personálu hodnotit a dokumentovat intenzitu bolesti, její vývoj v čase, a tedy i účinnost analgetické léčby (O'Connor, Aranda, 2005, s. 91-92). Podle škály bolesti dělíme farmakologickou léčbu na 3 stupně. Při hodnotě 1-3 na škále bolesti se aplikuje farmakologická léčba 1. stupně, metamizol, NSA či paracetamol. U hodnot 4-6 se používá tramadol, kodein či tilidin, v kombinaci s analgetiky 1. stupně. V poslední fázi, kdy se bolest nedá vydržet a je bolest na hodnotách 7-10 se aplikují silné opiody jako jsou morfin, fentanyl, pethidin, oxykodon atd. (Wood et al., 2018, s. 17-22).

Dušnost je dalším symptomem, kdy dušnost je subjektivní pocit nedostatku vzduchu. Intenzita nemusí vždy souviset s objektivními parametry ventilace ani s pO_2 či s pCO_2 . Dušnost se vyskytuje u 40–70 % pacientů, kteří mají pokročilé nádorové onemocnění. Nejčastější příčiny dušnosti rozdělujeme na akutní a chronické. K akutním příčinám patří plicní embolie, infekce, levostranná kardiální dekompenzace, úzkost a pneumotorax. Zatímco k chronickým příčinám řadíme obstrukci dýchacích cest nádorem, pleurální výpotek, anémie, slabost a únava dýchacích svalů při pokročilé kachexii. U námahové dušnosti je důležité pacienta edukovat, jak využít životní potenciál i s tímto tělesným omezením. Pacient by měl mít přiměřenou zátěž. Je vhodné, aby se při dušnosti zajistili vhodné pomůcky jako jsou invalidní vozík, koncentrátor kyslíku atd. Jestliže dojde k hyposaturaci, lze kyslík aplikovat pomocí nosních brýlí či maskou (Skřičková, Tomášková, Doubková, 2018).

Anorexie a kachexie je souhrnný syndrom, který je charakterizovaný nechutenstvím a nedobrovolnou, progresivní ztrátou tělesné hmotnosti. Tento symptom se vyskytuje u více než 80 % pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním. Při anorexii a kachexii dochází

ke ztrátě tukové i svalové hmoty, k poklesu sérového albuminu a celkové bílkoviny. Snížení mentální kapacity pacienta je často spojeno s psychickou i fyzickou únavou, která může vyústit v apatii a depresi. Tyto obtíže ústí v psychologický stres pacienta, ale i jeho rodiny. Důležité je si uvědomit, že dochází ke snížené možnosti podstoupit paliativní onkologickou léčbu, zhoršuje se tolerance a odpověď na léčbu. K nefarmakologické léčbě anorexie či kachexie radíme zrušení neúčelného dietního opatření, jíst po malých porcích 6x až 8x za den, jíst v klidu, pomalu a nejlépe ve společnosti personálu nebo blízkých lidí. Často jsou využívány možnosti nutriční podpory pomocí sippingu, nasojejunálních a nasogastrických sond, či parenterálně. K farmakoterapii se mohou využít kortikosteroidy jako je dexamethason nebo prednison (Kiss a kolektiv, 2024, s.317-318).

Nauzea je subjektivně nepříjemný pocit doprovázený vegetativními projevy jako jsou bledost, slinění, pocení a tachykardie. Pokud nevolnost přetrvává, může to být pro pacienta mnohdy obtížnější než samotné zvracení (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 115). Nejčastější příčiny nevolnosti či zvracení jsou gastrointestinální, kam patří střevní obstrukce, rozsáhlejší ascites a zpomalená evakuace žaludku. Příčiny mohou být i psychosomatického charakteru jako je úzkost a strach. Je důležité, aby se pacient vyhýbal intenzivním vůním a pachům a omezil tučná, smažená a kořeněná jídla, jíst menší porce a častěji. Je důležité, aby byla zajištěna poloha v polosedě (Kiss a kolektiv, 2024, s. 318-319).

Dalším symptomem je zácpa, která je definována jako obtížné, nepravidelné vyprazdňování tuhé stolice. Velmi často je spojována s pocitem plnosti, nechutenstvím, nadýmáním a dyskomfortem v dutině břišní, v pánvi a konečníku. Zácpa se vyskytuje u 50 % pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním. K nejlepší léčbě patří prevence. Důležitá jsou také režimová opatření jako je dostatek vlákniny ve stravě, přiměřený pohyb a dostatek tekutin (Kabelka, 2018, s. 200)

Výskyt únavy a slabosti se liší podle typu a pokročilosti nádorového onemocnění a jeho léčby. Výskyt je okolo 60–96 %. Na vzniku únavy a slabosti se podílí více faktorů současně. Únava se projevuje snadnou a brzkou unavitelností a omezenou schopností vydržet i menší zátěž. Může dojít až k celkové slabosti a vyčerpání, které brání pacientovi začít jakoukoli aktivitu. Únava i celková slabost může zhoršovat soustředění, může dojít k emoční labilitě a poruše paměti. Pro část pacientů je únava zničujícím symptomem, kterým jim nedovoluje žít kvalitní život a brání sociálním kontaktům (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 242).

Porucha spánku je u pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním většinou multifaktoriální. Je důležité si stanovit, zda kvalita a délka spánku představují pro pacienta a jeho rodinu problém, který je nutný řešit. V terapii nespavosti je základním krokem odstranit vyvolávající či zhoršující příčiny, kdy se může jednat o dušnost, bolest, úzkost, strach, či svědění. Spánek také může být ovlivňován medikací, kterou pacient dostává. U pacientů, kteří trpí poruchou spánku několik týdnů až měsíců se nejčastěji používají nebenzodiazepinová hypnotika či benzodiazepiny (Kiss a kolektiv, 2024, s. 320-321).

U pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním může docházet ke smutku, zklamání, strachu, úzkostem a může dojít až k depresi. K základní úspěšné prevenci patří terapie psychických poruch a získání důvěry nemocného. Při úzkosti je potřeba pacientovi pomoci zmírnit strach a obavy. Strach může pramenit z neadekvátních úvah a myšlenek. Pro pacienta může být přínosný kontakt s psychologem nebo i kontakt s pracovníkem spirituální péče. Pokud tyto strategie nepovedou ke zlepšení je vhodné přejít na farmakologickou léčbu, kdy se nasazují antidepresiva. U pacientů, kteří mají pokročilé onemocnění s prognózou několik týdnů jsou v léčbě při úzkosti indikovány benzodiazepiny (Kiss a kolektiv, 2024, s. 322).

Závažnějším symptomem je deprese, která je definována jako přetrvávající špatná nálada či ztráta zájmu a radosti, které trvají 2 týdny a více. Mohou být přítomny některé symptomy, například ztráta chuti k jídlu, hubnutí, spánkové poruchy, psychomotorický útlum a neklid, ztráta energie, únava, pocit bezcennosti a mohou se objevit až myšlenky na smrt a sebevražedné myšlenky. K základnímu screeningovému dotazu patří otázka, zda se cítí pacient depresivně. Lékaři se aktivně vyptávají na hlavní příznaky deprese, také se snaží získat informace od rodiny a blízkých. Pro úspěšnou léčbu deprese je nutné kontrolovat zhoršující a vyvolávající příznaky, jako je nevolnost, bolest, zácpa a dušnost (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 256).

Posledním závažným symptomem je delirium. Delirium lze charakterizovat jako náhle vzniklou poruchu pozornosti, vědomí, znalosti a vnímání, které se může během dne měnit. Delirium se dělí na hyperaktivní, hypoaktivní a smíšené. Hypoaktivní delirium se charakterizuje jako psychomotorický útlum se sníženým vnímání okolí, zatímco hyperaktivní delirium se projevuje neklidem, halucinacemi, bludy a zvýšenou bdělostí. Výskyt deliria u pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním se pohybuje v rozmezí 10 až 30 % hospitalizovaných pacientů a může vzrůst až k 85 % u terminálních stavů. Cílem léčby deliria je obnovení výchozího psychického stavu. U pacientů s neklidem a u pacientů v terminálním stavu je nezbytnou součástí léčby nasazení sedativ (Kiss a kolektiv, 2024, s. 323).

3 PALIATIVNÍ PÉČE

3.1 Definice paliativní péče

Paliativní péče je aktivní péče, která je poskytována pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém či konečném stádiu. Cílem paliativní péče je udržet co nejvyšší kvalitu života, zmírnit bolest a další duševní a tělesná strádání (Sláma, Kabelka, Vorlíček, s. 25, 2007). Paliativní péče se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale podává jim pomocnou ruku. Neléčí, ale snaží se pomoci zvládat bolest a zmírnit utrpení člověka. Paliativní medicína je založena na multidisciplinární spolupráci a na celkovém pohledu na nemocného člověka, a spojuje proto v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty. Velmi důležitým prvkem paliativní péče je respektování individuálních potřeb pacienta, jeho právo na sebeurčení a na jeho důstojnost (Firthová, Luffová, Oliviere, s. 21, 2008).

3.1.1 Historie paliativní péče

Péče o těžce nemocného pacienta, nejen o jeho tělo, duši a sociální prostředí, byla přítomna v evropské medicíně již po staletí. Už ve středověku vznikaly prostory pro těžce nemocné a zmrzačené pacienty. V 2. polovině 20. století došlo k velkému rozvoji medicíny. Tento pokrok měl však jeden nepříznivý důsledek. Umírající a těžce nemocní pacienti, u kterých byla neúspěšná vítězná medicína, se ocitali na pokraji zájmu lékařů a zdravotnických pracovníků. Postoj zdravotnického personálu lze vysvětlit tím, že s pacientem, kterého nemůžeme vyléčit či u něj nelze prodloužit jeho život, se nedá nic dělat. Proto vzniká hospicové hnutí jako reakce na tento výrok zdravotníků (Sláma, 2009).

Hospicové hnutí vzniklo v roce 1967, kdy anglická lékařka Cicely Saundersová zakládá hospic sv. Kryštofa, ve kterém je poprvé zajištěna péče multidisciplinárním týmem o celkový stav terminálně nemocných pacientů. Vztahy mezi prvními hospici a hlavním medicínským proudem byly napjaté. Velmi často zaznívala kritika hospiců z akademické medicíny, kvůli neprofesionalitě, podceňování moderních výsledků výzkumu, přílišný důraz na duchovní aspekty péče a terapeutický nihilismus (Sláma, 2009). Od poloviny 70. let se začaly vyvíjet první konziliární týmy hospicové péče v rámci nemocnic. Kanadský lékař Belfour Mount v roce 1975 poprvé použil pro své oddělení název: oddělení paliativní péče (Sláma, Vafková, 2020).

V 70. letech ve Velké Británii bylo v moderní paliativní medicíně ustanoveno pět zásad rozvoje oboru:

1. Založení hospicového oddělení, kde se provádí komplexní multidisciplinární péče, včetně lékařské péče.
2. Vývoj multidisciplinární domácí paliativní péče, byli vyškoleni lékaři a sestry pro tento obor.
3. Bylo založeno hospicové paliativní oddělení v nemocnicích, kde zaváděli multidisciplinární paliativní medicínu zpět v nemocničním prostředí.
4. V rámci paliativní medicíny se rozvinula konzultační služba ve všeobecných nemocnicích.
5. Výuka v základech multidisciplinární paliativní péče všech lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků (Vorlíček, Adam a kol., 1998, s. 18).

V současné době v západní Evropě je překonána zaujatost mezi akademickou medicínou a hospicovou a paliativní péčí. I díky tomu, že v hospicích jsou využívány nejmodernější léčebné postupy. V mnoha zařízeních následné péče a v akutních nemocnicích je snaha využívat poznatky a postupy z hospiců při péči o terminálně nemocné pacienty (Sláma, 2009).

V České republice v roce 1989 se začal rozvíjet zájem o hospicovou a paliativní péči, jelikož řada našich lékařů a zdravotních sester mělo možnost navštívit zahraniční pracoviště. Díky těmto zkušenostem bylo v 90. letech 20. století postaveno několik lůžkových hospiců, mezi první vybudované hospice řadíme hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který byl otevřen v roce 1995. V roce 1992 bylo otevřeno první oddělení paliativní péče v nemocnici v Babicích nad Svitavou, toto oddělení bylo po čase přesunuto na oddělení LDN. V Evropě v posledních dvaceti letech pronikal koncept paliativní péče o pokročile nemocné a terminálně nemocné do hlavního proudu medicíny. Úroveň, kvalita a postavení paliativní péče a její dostupnost pro pacienty se v různých zemích Evropy může měnit (Sláma, 2009).

3.1.2 Cíle paliativní péče

V paliativní péči je nutné u každého pacienta individuálně vytvářet léčebný plán, a to na základě jeho preferencí a subjektivně nejvíce zatěžujících obtíží. Následně stanovit hlavní cíle terapie a až poté volit konkrétní léčebný postup. Označení cílů léčby vytváří kontext, podle kterého jde posoudit, co je v dané situaci „lege artis“. Praktický lékař je v tomto kontextu zcela zásadní pro rozhodování, zda je odpovídající léčba a péče zajistitelná v domácím prostředí, či je doporučen převoz do zdravotnického zařízení. K faktorům v tomto rozhodování nejsou řazeny zdaleka pouze medicínské parametry, ale také nastavení psychosociální a spirituální. Tyto parametry péče jsou pro řadu lékařů nové, týkají se i blízkých nemocného, jelikož jsou

to především oni, kteří svými možnostmi a postojem o organizaci další péče rozhodují. Velkou roli ale také hraje podpora zdravotníků (Skála, Sláma, Vorlíček, Kabelka, 2011, s. 3-4).

Z hlediska prognózy lze pacienty, kteří potřebují paliativní péči rozdělit do 3 skupin. První fázi můžeme nazvat jako fáze kompenzovaného onemocnění, kde je prognóza přežití v řádu několik měsíců a někdy i několik let. Cílem léčby je co nejdéle udržet stav kompenzace, udržet co nejvyšší funkci zdatnosti a co nejdélší délky života, péče o pacienta není nijak omezována. Jestliže dojde k akutnímu zhoršení je indikována plná intenzivní a většinou i resuscitační péče. Mezi druhou fázi můžeme řadit fázi nevratně progredujícího pacienta, kde je prognóza přežití v řádu týdnů až měsíců. V případě zhoršení onemocnění se cíl léčby přesouvá směrem k udržení, co nejvyšší kvality života. Prodloužení života přestává být primárním cílem. V případě akutních příhod je důležité postupovat individuálně, v některých případech může být indikována standardní intenzivní léčba. Obvykle není indikována resuscitační léčba. K poslední fázi řadíme terminální fázi, kde je prognóza přežití v řádu několik týdnů, dnů a hodin. U pacientů, kteří jsou v terminální fázi života je cílem léčby především důstojné umírání. Cílem je neprodlužování procesu umírání, minimalizace diskomfortu, maximální respekt k jedinečnosti konce lidského života. K tomu by měly být uzpůsobeny všechny ošetrovatelské a léčebné postupy. Při akutních příhodách není obvykle indikována intenzivní a resuscitační léčba. Je pouze indikována symptomatická léčba (Skála, Sláma, Vorlíček, Kabelka, 2011, s. 4).

3.2 Základy komunikace v paliativní péči

Empatická a otevřená komunikace mezi pacientem, jeho rodinou a zdravotníky je pro dosažení kvalitní paliativní péče velmi důležitá. Cílem paliativní medicíny je pomáhat nevyléčitelně nemocným a umírajícím udržet si dobrou kvalitu života i v situaci těžkého onemocnění. Mezi předpoklady účinné komunikace ze strany zdravotníka patří: aktivně naslouchat a umění mlčet, nedirektivnost, autenticita, překonání vlastní úzkosti a nejistoty, empatie, profesionalita a schopnost týmové spolupráce. Především jsou důležité předpoklady účinné komunikace na straně pacienta jeho blízkých. Mezi tyto předpoklady řadíme: dostatek informací, schopnost otevřeně komunikovat mezi členy rodiny a důvěřovat zdravotníkům (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 33).

Správně vedená komunikace by měla ukázat, jak pacient rozumí svému stavu. Cílem správné komunikace je oboustranné porozumění problému nemocného a jeho řešení v kontextu pacientových hodnot a preferencí, pomoci pacientovi porozumět psychosociálnímu kontextu a v poslední řadě by měla povzbudit spolupráci pacienta v rozhodování o dalším postupu léčby.

Než začne lékař s pacientem hovořit o jeho diagnóze, je dobré si zjistit co všechno pacient ví. Jak své nemoci či obtížím rozumí, co všechno chce dopodrobna vědět a koho dalšího si přeje informovat (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 17-18).

Nesmíme zapomínat, že komunikace zahrnuje i pacientovy blízké, a i ti oceňují upřímnost, čestnost a otevřenost v komunikaci. Jestliže jsou blízcí zahrnuti do komunikaci a mohou se účastnit rozhodování o dalším postupu léčby, tak jsou vděční. Stejně tak jako pacienti nechtějí falešné naděje, ale potřebují mít pocit, že jim lékaři naslouchají. Také by lékaři měli nechat první mluvit nemocného a zjistit tak, co o své nemoci ví nebo co mu řekli jiní lékaři, z čeho má obavy a jak své situaci rozumí. Lékaři či zdravotníci by se měli zeptat pacienta jakým způsobem chce být informován, jestliže chce sdělit všechny informace o svém stavu, nebo spíše rámcovou představu, či zda si nepřeje být vůbec informován a informace mají být sděleny blízkým osobám. Výhodou bývá, když se na způsobu předání informací domlouvá lékař s pacientem již ve chvíli, kdy ho posílá na vyšetření pro podezření závažné nemoci, protože když se po té pacient vrací, mohou navázat na předchozí domluvu. Když je to nejprve takto vyjasněno, pacient dává lékařům svolení k předávání informací. Na závěr je dobré dát pacientovi otázky pro kontrolu, zda porozuměl všemu, co mu lékaři řekli, nebo nechat pacienta sdělené informace shrnout tak, jak jim porozuměl (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 18-19).

3.2.1 Proces sdělování špatných zpráv

Pacienti a jeho blízcí potřebují k přijetí své diagnózy dostatek času a podpory. Je velmi důležité jim dát možnost opakovaných dotazů s dostatečnou empatií a citem přijímat jejich napětí, nejistotu, úzkost a být schopni aktivně naslouchat. Je důležité se ujistit, že pacient sděleným informacím rozumí a přizpůsobit způsob vyjadřování danému pacientovi. Pacient i jeho blízcí prochází podle Kübler – Rossové určitými fázemi reakce a adaptace na informaci o jejich nevyléčitelném onemocnění (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 33–34).

Elizabet Kübler – Rossová vytvořila model, kde se pacient vyrovnává se smrtí. Tento model byl poprvé publikován v knize O smrti a umírání z roku 1969. Původně byl model určen zdravotnickému personálu nemocnic a blízkým osobám umírajícího. Model se dá občas využít i v rámci odvykací léčby (Šaněk, 2013).

K první fázi se řadí: Negace, šok, popření, můžeme ji také nazvat jako fází obrannou. V prvním stádiu může být pacient v šoku a jeho chování tak nese známky popření situace. Nevědomě, ale i vědomě odmítá uznat fakta o nemoci a nevěří informacím, které jsou mu sděleny. Také se

může stát, že popírá známky nemoci. Někteří pacienti mohou v této fázi přetrvávat delší dobu (Heřmanová et al., 2012, s. 167).

Druhá fáze je: Hněv, agrese, vzpoura, jelikož v této fázi se hledá viník. Pacient hněv může vztáhnout na cokoli například na sebe, může si vyčítat proč nenavštívil včas lékaře, proč nepřestal pít alkohol apod. Často se může stát, že pacient obrátí agresivitu na okolí, těm zdravým, zdravotnickému personálu či proti své rodině. Tito pacienti jsou hrubí, křičí a pořád si stěžují (Heřmanová et al., 2012, s. 167).

V této fázi je důležité hovořit o svých emocích a neodpovídat pacientovi stejným agresivním chováním. Žádné z agresivních a obviňujících slov by si zdravotnický personál neměl brát osobně, nejedná se totiž o výtku, ale o odraz vnitřního pocitu bezmoci (Šaňka, 2013). Podle Kübler – Rossové by si měli lékaři či zdravotnický personál přiznat, že kdyby byli ve stejné situaci, chovali by se pravděpodobně stejně. Je důležité, aby bylo pacientům umožněno ventilovat jejich hněv bez pocitů viny (Heřmanová et al., 2012, s. 168).

Na dvě předchozí fáze navazuje fáze: Vyjednávání, smlouvání. V této fázi se pacient snaží pomocí smlouvání obrátit celou situaci. Může to být změna zaměstnání, bydliště nebo narození dítěte v rodině a mnoho dalších (Šaněk, 2013). Pacienti se v této fázi snaží přesvědčit sami sebe, že bude všechno zase dobré a vše se vrátí zpět. V této chvíli je dobré, aby se pacient soustředil na krátkodobé splnitelné cíle. V tomto období je náchylnost k různým praktikám, které slibují spěšné a zázračné řešení (Reinisch, 2022).

Deprese a smutek je předposlední fáze modelu Kübler – Rossové. Stejně tak jako hněv se může deprese objevovat v mnoha různých podobách, například nedostatek energie, problémy se spánkem, slzami na krajíčku či pocit únavy. Také se může projevat způsobem nadužívání drog, alkoholu, ale i nadměrným přejídáním. V této fázi se nejvíce objevuje beznaděj a pocit, že se všechno, co pacient udělal nedává smysl a nic se nezmění. Beznaděj bere pacientovi energii a sílu, jelikož každý den zápasí o vlastní důvod žití (Šaněk, 2013).

Poslední fázi je: Smíření, přijetí souhlasu. V tomto období jsou pacienti schopni si připustit, že je konec a umí se sebou uzavřít mír. Toto období nepřichází jen tak, ale vybírá si svůj čas. Smířením či přijetím souhlasu neznamená, že se pacientovi vrátí „růžové brýle“, ale jde především o to, aby přijali současný stav a probudila se v nich ochota pomalu se posouvat dále. Často se může stát, že se předchozí fáze vzájemně promíchají a budou se opakovat. V tomto případě je důležité se nevzdávat, i když to vypadá, že se smíření či přijetí souhlasu nedostaví (Šaněk, 2013).

Během komunikace je vždy důležité vnímat aktuální fázi, v které se pacient a jeho blízcí nachází a umět na ni reagovat. Během sdělování špatných zpráv by se lékaři měli řídit základními zásadami procesu. Měli by zajistit pro rozhovor dostatek času, soukromí a nerušené místo, dále by měli znát velmi dobře pacientův zdravotní stav. Je také velmi důležité podávat stručné a věcné informace a neměli by zapomínat na neverbální komunikaci. Pacienti mají mít možnost na vyjádření svých emocí, což je pro ně velmi důležité (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 33–34).

Sdělování špatných zpráv bývá často velmi obtížné, jestliže pacienti k tomu trpí některými duševními chorobami, proto je přínosná konzultace s psychologem nebo psychiatrem. Na konci rozhovoru je dobré nabídnout pacientovi i jeho blízkým písemné informace či letáky o dalších možnostech léčby, možnost dalšího setkání. Zeptat se, zda pacient v dané chvíli ještě něco nepotřebuje, je důležité, aby pacient vycítil, že je lékař či jiný zdravotník tady pro pacienta, má na něj dostatek času a věnuje mu svou plnou pozornost (Marková a kol., 2021, s. 151).

3.3 Rozdělení paliativní péče

Paliativní péči můžeme rozdělit na obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči. Obecnou paliativní péči poskytuje především onkolog a další zdravotnický personál. Specializovaná paliativní péče je poskytována lékařem, který je specialistou v oboru paliativní medicína a pracuje s multiprofesním týmem, do kterého patří sestra, psychoterapeut, sociální pracovník a kaplan. Specializační paliativní péče by měla mít organizační formu ambulance paliativní medicíny, konziliární tým paliativní péče, lůžkové oddělení či mobilní specializovaná paliativní péče (Kiss, 2024, s. 314).

3.3.1 Obecná paliativní péče

Za obecnou paliativní péči se označuje dobrá klinická praxe v situaci pokročilého onemocnění. Její součástí by měla být otevřená, vstřícná a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou. Dále je také důležitá orientace léčby a péče na kvalitu života, účinná psychosociální podpora a léčba symptomů. Lékaři všech odborností by proto měli umožňovat tuto péči v rámci své rutinní klinické práce. Zatímco všeobecný lékař pro dospělé tuto péči umožňuje za spolupráce s blízkými nemocného nebo za spolupráce s ambulantními specialisty, s agenturou domácí ošetrovatelské péče nebo s domácí pečovatelskou službou. Větší část objemu paliativní péče umožněna v rámci primární péče je charakterizována jako obecná paliativní péče (Skála, Sláma, Vorlíček, Kabelka, 2011, s. 4).

K obecné paliativní péči lze přiřadit indikátory, podle kterých lze posoudit úroveň obecné paliativní péče v daném zdravotnickém zařízení, ale také se určuje úroveň zdravotního systému jako celku. Tyto indikátory jsou například kvalita komunikace o diagnóze život ohrožující nemoci, o cílech a rozsahu léčby. Důležité jsou znalosti a dovednosti lékařů a zdravotnického personálu v ambulantním i lůžkovém prostředí při řešení obtíží, které jsou spojovány s nevyлéčitelnou nemocí, kvalita dostupnosti ošetrovatelské péče či dostupnost léků a jiných zdravotnických pomůcek, dostupnost sociálního poradenství a sociální a psychologické péče. Důležitá je dostupnost pastorační a duchovní péče i poradenství v ambulantní a ústavní péči. Mezi poslední indikátory k dosažení kvalitní paliativní péče se řadí kontinuita a koordinace péče v závislosti na aktuálních potřebách pacienta (Sláma, 2012, s. 11).

3.3.2 Specializovaná paliativní péče

Ve specializované paliativní péči je důležitá aktivní interdisciplinární péče, která je poskytována pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Hlavní náplní tohoto vyškoleného týmu je poskytovat kvalitní paliativní péči. Specializovaná paliativní péče je umožněna tam, kde pacient a jeho blízcí mají obtíže, jež svou složitostí přesahují možnosti poskytovatelům obecné paliativní péče. Přechod je plynulý mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí (Skála, Sláma, Vorlíček, Kabelka, 2011, s. 4).

3.3.3 Organizační formy specializované paliativní péče

Do specializované paliativní péče se řadí různé formy zařízení, které poskytují paliativní péči. Mezi tyto zařízení patří mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP), lůžkový hospic, oddělení paliativní péče v rámci nemocnice, ambulance paliativní péče a konziliární tým paliativní péče (Sláma, 2012).

Zařízení mobilní specializované paliativní péče neboli domácí hospic nebo mobilní hospic poskytuje pacientům v domácím či náhradním sociálním prostředí specializovanou paliativní péči. Tato služba je v některých zemích základní a nejrozvinutější formou specializované paliativní péče. Domácí hospicovou službu doprovází psychosociální péče, která je poskytována vyškolenými dobrovolníky. Ošetrovatelskou a zdravotní péči zajišťuje u pacientů praktický lékař a sestry domácí péče. Specializovanou ambulantní paliativní péči poskytuje tým, který se skládá z lékaře, který se specializuje na paliativní medicínu, dále speciálně vyškolených sester, sociálního pracovníka, psychologa a pastoračního pracovníka. Tento tým musí garantovat dostupnost péče 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Tato péče je

poskytována v domácím prostředí pacienta či v ambulanci. V jiných zemích například ve Francii nebo Belgii je součástí týmu domácí paliativní péče sociální pracovník, sestra a dobrovolník. V některých zařízeních jsou pouze dobrovolníci, v jiných spolupracuje sestra se sociálním pracovníkem a s dobrovolníky. V roce 2012 byly v České republice pouze 4 zařízení, která splňovala podmínky multidisciplinárního týmu (Sláma, 2012). Cílem týmu je, aby pacient mohl zůstat v domácím prostředí a v něm dostal nejkvalitnější specializovanou paliativní péči. A také aby byla naplněna všechna jejich přání a očekávání v oblasti sociální, psychologické, a duchovní. Je velmi důležité, aby multidisciplinární tým plnil zodpovědně vše potřebné, co souvisí s jeho odborností a nepřekračoval meze svých kompetencí. Každý člen týmu se musí umět zaměřit na co nejlepší péči o pacienta, tak jak si ji sám pacient přeje (Marková a kol., 2021).

Lůžkový hospic je zařízení, které je samostatně stojící lůžkové oddělení, které poskytuje specializovanou paliativní péči především pacientům, kteří jsou s omezenou očekávanou délkou života. Velký důraz je kladen na individuální přání a potřeby pacienta. Je také velmi důležité vytvořit příjemné prostředí pro pacienta a jeho blízké, kde spolu tráví zbytek života. Tohoto cíle lze dosáhnout domácí atmosférou s maximálním soukromím pacientů, volným režimem pro návštěvy a dobrou dopravní dostupností. V těchto lůžkových hospicích umírá méně než 3 % zemřelých v České republice (Sláma, 2012). Na lůžkový hospic může napsat poukaz praktický lékař či specialista, nebo si o něj může zažádat samotná rodina nemocného (MZČR, 2018).

Lůžkové oddělení paliativní péče se v zahraničí objevuje ve dvou podobách. V některých zemích je to jako lůžkový hospic a v jiných zase jako oddělení paliativní medicíny, které je chápáno jako zařízení akutní paliativní péče, jehož cílem je intenzivní somatická léčba a psychosociální podpora. Pacienti jsou z takového oddělení propuštěni domů, nebo jsou překládáni do lůžkového zařízení dlouhodobé péče. Paliativní oddělení, které je začleněno do jiného zdravotnického zařízení, znamená velkou příležitost ovlivňovat kvalitu péče o nemocného v závěru života na jiných odděleních zdravotního zařízení (Sláma, 2012).

Specializovaná ambulance paliativní péče je určena pro pacienty, kteří žijí s nevléčitelnou, život ohrožující či život zkracující nemocí. Péče v ambulanci je zaměřena na zajištění co nejvyšší kvality života a na další plánování péče a léčby. Probíhá v ambulanci, ale někdy může být formou návštěvy v domácím zařízení či konzilia ve zdravotnickém zařízení. Často je úzká spolupráce s praktickým lékařem (MZČR, 2019).

Mezi další organizační formy specializované paliativní medicíny patří konziliární tým paliativní péče. Tato forma organizace umožňuje interdisciplinární expertní znalost paliativní péče v lůžkovém zařízení různého typu. Pacient tak zůstává na oddělení, kde byl léčen, a které velmi dobře zná. Konziliární tým posiluje plynulost péče a přispívá k edukaci personálu na ostatních odděleních. Konziliární tým by měl být složen z lékaře, sestry a sociálního pracovníka (Sláma, 2012).

Denní hospicové centrum se zaměřuje na poskytování služeb pacientům, kteří vyžadují pouze denní zajištění péče a jsou většinou ve stabilizovaném stavu. V domácím prostředí tak jsou například o víkendech nebo v době pohotovosti, kde jsou vedeni jako pacienti mobilního hospicu. Denní hospicové centrum je výhodné u samostatně stojících hospiců nebo v rámci ambulantní paliativní péče. Tato služba je rozšířena ve Velké Británii, v České republice tento typ zařízení nepůsobí (Sláma, 2012).

3.4 Paliativní péče jako součást onkologické péče

Brzké zapojení paliativní péče do samotné onkologické péče má velký vliv na délku, ale i kvalitu života u pacienta. U většiny onkologických pacientů je dobré si aktivně vyhledat potřebu paliativní péče, kdy za zajištění paliativní péče je zodpovědný lékař-onkolog. Podle všech pacientových potřeb by se měl onkolog rozhodnout, jestli je pro pacienta dostatečující obecná paliativní péče či vyžaduje jednorázové vyšetření, nebo potřebuje pravidelnou specializovanou paliativní péči. Na poskytnutí paliativní péče by se měl podílet ošetřující onkolog i v takové situaci, kdy byly všechny možné protinádorové léčby již vyčerpány. Onkologická centra by měla garantovat dostupnost specializované paliativní péče pro všechny pacienty a rozvíjet spolupráci mezi poskytovateli obecné a specializované paliativní péče. Paliativní péči je třeba očekávat u pacientů s pokročilým stádiem onemocnění v různých klinických stádiích, například, když pacient odmítá protinádorovou léčbu a vyžaduje pouze symptomatickou paliativní péči. Dále má-li pacient závažný psychický distress, výrazné interní či psychiatrické onemocnění, nebo obtížně zvládnutelné tělesné symptomy (Kiss a kolektiv, 2024, s. 314-317).

Jestliže bude stav pacienta s předpokládanou prognózou kratší než 1 rok je třeba to považovat za specifickou klinickou situaci, proto se stává významným cílem udržet dobrou kvalitu života. Ošetřující lékař by měl pacienta vhodně informovat o dalším průběhu onemocnění a společně s pacientem stanovit priority a cíle další péče a léčby. Jestliže je prognóza délky přežití v řádu týdnů, obvykle není prospěšné pokračovat v protinádorové léčbě. Cílem léčby by se mělo stát

zmírnění symptomů a zajištění celkového komfortu v závěru života. Pacienty, kteří mají předpokládanou prognózu přežití několik týdnů až několik měsíců, by měl ošetřující lékař aktivně informovat o možnostech specializované paliativní péče. Ošetřující lékař by měl také pravidelně hodnotit způsob pacientovi adaptace na své onemocnění, je také důležité, aby hodnotil i přítomnost psychických symptomů, jako jsou například deprese, úzkosti, poruchy spánku a deliria. Měla by se zhodnotit i sociální situace a sociální potřeby u pacienta a plán paliativní péče by měl tyto potřeby řešit. U každého pacienta by mělo dojít i ke zhodnocení spirituálních potřeb a ke zhodnocení rolí spirituální dimenze při zvládnutí závažného onemocnění (Kiss a kolektiv, 2024, s. 314-317).

U pacientů, kteří mají ukončenou protinádorovou léčbu je třeba společně s pacientem a jeho blízkými nově pojmenovat cíle péče a tomu odpovídající plán péče. Plán péče musí vyjít z hodnot a preferencí pacienta a současně zohledňovat reálné dosažitelné cíle a možnosti péče. Celkový plán péče by měl řešit několik oblastí. Měl by být kladen důraz na řešení aktuálních symptomů a klinických potíží. V řešení je i kdo bude pacienta nadále sledovat, zda to bude ošetřující onkolog, praktický lékař, nebo ambulance paliativní medicíny. Dále se určuje, na koho se pacient může obracet v případě akutních obtíží a zhoršení stavu. V závěru života by se měl zorganizovat plán domácí, nebo lůžkové hospicové péče. Využít možnost sociální podpory, například dlouhodobé ošetrovné, příspěvek na péči a možnost zapůjčení pomůcek. Zhodnotit využití či odmítnutí prodlužujících léčebných postupů na konci života, které nejsou pro pacienta moc prospěšné například intubace, KPR, umělá plicní ventilace, hemodialýza a další. Nezahájení nebo odstoupení od těchto léčebných způsobů je s pacienty vhodné potvrzovat formou dříve vysloveného přání. Formulování cílů paliativní péče provádí většinou multidisciplinární tým paliativní péče (Kiss a kolektiv, 2024, s. 314-317).

4 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM

V paliativní péči je kladen velký důraz na multidisciplinární tým, který poskytuje péči umírajícímu a zároveň jeho blízkým. Pacienti se vyrovnávají s nevy léčitelnou nemocí, s truchlením a umíráním. Je to z mnoha hledisek velmi náročná životní situace jak pro pacienta, tak i pro jeho rodinu. Mimo tělesné příznaky spojené s nemocí je třeba zvládnout i psychické a existenciální obtíže, proto je paliativní péče poskytována multidisciplinárním týmem, ve kterém úzce spolupracují lékař, zdravotní sestra, psycholog nebo psychoterapeut, sociální pracovník a duchovní pracovník. Dále mohou spolupracovat dobrovolníci, přátelé nemocného či rodina, která je nedílnou součástí. Důležitá je týmová nebo individuální supervize pro všechny týmové profese (Česká společnost paliativní medicíny, 2024).

Pacienta přijímá do péče paliativní lékař, který vyhodnocuje příznaky, nastavuje léčbu a popřípadě ji změní v závislosti na vývoji nemoci. Dalším členem je paliativní sestra, která je v intenzivním kontaktu s pacientem a jeho blízkými. Zajišťuje vykonávání péče předepsané lékařem a zjišťuje aktuální zdravotní i psychický stav pacienta. Koordinuje podle potřeby ostatní týmem poskytované služby. S praktickými náležitostmi jako jsou uzavírání smluv, zajišťování příspěvků na péči či půjčování zdravotnických pomůcek, pomáhá rodině sociální pracovník. Psycholog nebo psychoterapeut pomáhá pacientovi i jeho rodině možnostmi hovořit o velmi náročné životní situaci. Pomáhá jim se vyrovnat s úzkostmi nebo se snaží jim pomoci při urovnání problematických situací nebo vztahů. Duchovní pracovníci se zapojují do péče o pacienta na přání rodiny či pacienta samotného. Tito pracovníci podporují zúčastněné v hledání víry a naděje (Česká společnost paliativní medicíny, 2024).

Mezi další členy týmu, především těch mobilních řadíme odlehčovací asistenty, kteří pomáhají pečujícím s každodenním provozem domácnosti a péči. Dobrovolníci poskytují odlehčovací služby, možnost rozhovoru s pacientem nebo pouze přítomnost v blízkosti pacienta (Česká společnost paliativní medicíny, 2024).

4.1 Vzdělávání v paliativní péči

V posledních desetiletích došlo k sociodemografickým změnám v rozvinutých zemích, které vedly k vysokému nárůstu chronických progresivních nemocí. Pacienti, kteří se léčí s nevy léčitelnou nemocí, trpí různými nepříjemnými tělesnými i psychickými symptomy. Zdravotníci v péči o tyto pacienty řeší naléhavou klinickou a etickou otázku po přiměřeném rozsahu a intenzitě zdravotní péče, která by odpovídala tělesnému stavu, ale také především preferencím a hodnotám pacienta. Pacienti s nevy léčitelnou nemocí potřebují velmi dobrou

a kvalitní paliativní péči, je proto nutné předpokládat, že pacienti budou v rukou lékařů a jiného zdravotnického personálu, kteří mají nejrozumnější odborné a specializační vzdělání. Lékaři by měli být v průběhu pregraduálního i postgraduálního studia připravováni na poskytování efektivní paliativní péče. Toto doporučení vychází ze Světové zdravotnické asociace, Rady Evropy a Evropské asociace pro paliativní péči (EAPC). V zemích, kde byla paliativní medicína zařazena do výuky, bývá velmi kladně hodnocena a je zajímavá pro samotný osobní i profesní růst, ale v mnoha zemích světa není paliativní medicína součástí vzdělávacího programu pro lékaře (Kabelka, Sláma, Loučka, 2016, s. 19).

4.1.1 Specializační vzdělávání v oboru paliativní medicíny pro všeobecné sestry

Ošetrovatelství můžeme definovat jako samostatnou vědeckou disciplínu, která se zabývá aktivním vyhledáváním a uspokojením biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb nemocného, ale zároveň i zdravého člověka v péči o jejich zdraví. Ošetrovatelství je proto zaměřeno na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoje soběstačnosti, ale také na zmírnění utrpení nevléčitelně nemocných a na zajištění klidného umírání a smrti (věstník MZČR č. 9/2004). Péče o nevléčitelně nemocné či umírající je samozřejmou součástí práce všeobecných sester. Uvádí se, že v péči o nevléčitelně nemocné a umírající se tak ukazuje samotná podstata samotného ošetrovatelství (Payne, 2007, s. 221).

Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických profesí, ukládá zdravotnickým pracovníkům celoživotní vzdělávání za povinné pro výkon profese. Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, prohlubování, doplnění, zvyšování získaných vědomostí a dovedností zdravotnických pracovníků, kteří se chtějí rozvíjet v oboru a chtějí mít nejnovější vědecké poznatky. Podle odstavce 1, § 54 zákona č. 105/2011 Sb. se mezi formy celoživotního vzdělávání řadí specializační vzdělávání, odborné stáže v akreditovaných zdravotnických zařízeních, certifikované kurzy, účast na kongresech, konferencích a sympóziích. Dále také pedagogická, publikační a vědecko-výzkumná činnost, vypracování nového postupu či standartu, e-learningový kurz nebo samotné studium literatury (Zákon č. 105/2011 Sb.).

Aby se paliativní péče mohla stát nedílnou součástí rutinní péče u praktického lékaře, personálu nemocnic, domovů důchodců, nebo agentur poskytující domácí péči, je nezbytně nutné, aby paliativní péče byla začleněna do učebnicových osnov pregraduálního vzdělávání lékařů, všeobecných sester a dalších odborníků. Evropská rada doporučuje, aby zdravotnický personál

byl seznámen se zásadami paliativní medicíny, a aby ji byli schopni využívat v praxi (Radbruch et al., 2010, s. 26).

Vzdělávání můžeme rozdělit na pregraduální a postgraduální. V pregraduálním vzdělávání v oboru paliativní péče probíhá výuka v rozsahu 10 hodin v rámci studijního programu, č. 5341-N/1, program pro Vyšší odborné zdravotnické školy, Diplomovaná všeobecná sestra a dále také ve studijním bakalářském programu Ošetřovatelství, č. 5341 R. Standardní doba studia u uvedených studijních programů je minimálně 3 roky v rozsahu 4 600 hodin teoretické a praktické výuky je v rozsahu minimálně 2 300 hodin a maximálně 3 000 hodin (Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb., 2008).

4.1.2 Funkce sestry v rámci paliativní péče

Úlohou sestry je přispět k dosažení zmírnění symptomů utrpení, úlevy od bolesti, zajištění pohody a lidské důstojnosti se zachováním kvality života. Během života nastanou u pacienta různé životní situace, které mohou způsobit problémy v psychické, emoční, sociální a duchovní rovině, proto by všeobecné sestry měly pacientovi pomáhat při jejich překonávání. Důležité je mít na zřeteli vzdělání a hodnotový žebříček pacienta, měly by se zajímat o jejich názory, návyky v kulturní, náboženské a sociální oblasti. Zapojovat pacienta do ošetrovatelského plánu a umožnit mu spolurozhodování o jeho péči je velmi přínosné jak pro sestru, tak i pro pacienta. Podstatné je respektovat momentální nálady pacienta, zapojit rodinné příslušníky do péče o pacienta, nechat pacienta, aby ve svých činnostech postupoval vlastním tempem, povzbuzovat pacienta při plnění bezprostředních cílů, které jsou přiměřené jeho stavu. Velmi důležité je vytvořit mezi pacientem a sestrou pozitivní vztah, atmosféru důvěry, uznat obavy, přijmout pacienta takového jaký je, s jeho prožitky nemoci. K zapojení pacienta do jeho oblíbených aktivit může pomoci seznámení pacienta s možností spolupráce různých institucí a sdružení (Švecová, 2013).

Na konci života se lidé střetávají s otázkou smyslu života i nemoci samotné. Pro pacienty je velmi důležité, aby svůj život uzavřeli jako prožitý. Měli by si odpustit, co se nepodařilo, uchovat si to, co bylo krásné. Předávat ostatním to, co člověk považuje za důležité. Někteří nemocní poznávají až na konci svého života náboženský rozměr nebo se k němu vracejí (Švecová, 2013).

5 POTŘEBY NEMOCNÉHO

5.1 Definice lidských potřeb

„Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní“ (Šamánková, 2011, s.12). Naplnění všech potřeb míří k obnovení a vyrovnaní změněné rovnováhy organismu. Lidské potřeby jsou užitečné, nutné a velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou života (Šamánková, 2011, s.12).

Na konci života mají lidé stejné potřeby jako každý jiný člověk, liší se to menšími zvláštnostmi, které souvisí s posledním obdobím života. Potřeby pacientů, kteří jsou v pokročilém stádiu u nevléčitelné nemoci a z nich vyplývající potřeba paliativní péče závisí na stupni pokročilosti choroby, přítomnosti závažných onemocnění současně, sociální situaci, věku a závisí i na psychickém stavu pacienta (Plevová a kol., 2011, s. 110).

K nejdůležitějším potřebám u těžce nemocného patří potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Jejich důležitost se během onemocnění může změnit. Nejdůležitější jsou potřeby fyziologické, kam spadají základní potřeby, ty musí být uspokojovány pro blaho pacienta a pro klid jeho blízkých a pečovateli, kteří se o nemocného starají (Plevová a kol., 2011, s. 111).

Každý z nás si uvědomuje vědomí důležitosti potřeby, které vzniká na základě pocitu nutnosti naplnění potřeby biologické, materiální, duchovní či sociální. Dále pocitu naplnění této potřeby, například nedostatek lásky, která přináší pocit nespokojenosti, naopak nadbytek lásky může přinášet pocit spoutání s druhým člověkem. Vědomé vnímání potřeby také vzniká na základě touhy něčeho dosáhnout. Intenzita či množství lidských potřeb závisí na pohlaví i věku jedince, na jeho společenské a kulturní úrovni, na prostředí, ve kterém jedinec vyrůstal i ve kterém žije, na jeho inteligenci, životních zkušenostech, zdravotním stavu a jiných okolnostech (Šamánková, 2011, s. 12-13).

5.1.1 Maslowova hierarchie potřeb

Hierarchie potřeb u umírajícího pacienta je založena na Maslowově pyramidě potřeb, kdy může pomoci zdravotnickému personálu najít specifické potřeby nemocných na konci života (Plevová a kol., 2011, s. 111).

K prvním a k nejzákladnějším potřebám patří potřeby fyziologické. Do této kategorie potřeb spadá potřeba dýchání, jezení, spánku, pohybu, rozmnožování, vyměšování nebo i smyslové

stimulace a úleva od bolesti. Jestliže nedojde k uspokojení těchto potřeb, tělo si vyžádá naši pozornost a hlásí se o naplnění dané potřeby (Procházková, 2018).

Další je potřeba jistoty a bezpečí, kdy je potřeba vyhýbat se nebezpečí, ohrožujícím a neznámým podmínkám. Aby došlo k naplnění této potřeby je důležité najít jistotu, spolehlivost a stabilitu (Procházková, 2018). Mít příležitost mluvit o obavách a strachu z nemoci. Pacient by měl věřit těm, kteří se podílejí na péči o něj. Pacienti by také měli cítit, že jim okolí říká pravdu (Plevová a kol., 2011, s. 111).

Potřeba sounáležitosti a lásky, díky které se udržují partnerské, přátelské i příbuzenské vztahy. Dále přání po intimitě, potřeba milovat a být milován a spadá sem i potřeba někam patřit. K této potřebě spadá, že člověk chce žít v komunitě lidí, se kterými není jen pro pocit jistoty, ale pro pocit sounáležitosti. Potřeba jistoty a sounáležitosti chrání člověka před depresemi a úzkostmi (Procházková, 2018).

Potřeba uznání a sebeúcty vychází z touhy člověka být uznán okolím, ale i sám sebou. Lidé si chtějí zachovat co největší samostatnost, která je možná. Pacient se chce cítit jako normální člověk a chce si zachovat identitu. Proto se tato potřeba nachází skoro na samotném vrcholu pyramidy, jelikož ne každému se podaří tuto potřebu naplnit (Plevová a kol., 2011, s. 111).

Vrchol pyramidy je potřeba seberealizace, kdy dochází k potřebě rozvinout svůj potenciál, talent a své schopnosti. Je zde potřeba osobního růstu, přání po vědění a estetických zážitcích. Maslow formuluje seberealizované osoby jako spontánní, tvořivé a nezávislé na vnějších autoritách. Ne však všichni mají předpoklad obstát v potřebě seberealizace. Jestliže dojde k naplnění této potřeby, dochází k tomu až v období středního věku (Procházková, 2018). Pacienti chtějí sdílet moudrost a zkušenost s jinými. A cílem je také pochopit smysl života a smrti (Plevová a kol., 2011, s. 111).

5.2 Potřeby biologické

K biologickým potřebám patří vše, co tělo nemocného vyžaduje. Potřebuje přijímat stravu, k zajištění dostatečné nutrice a vhodnému složení je někdy nutno přistoupit k využití sippingu, nasojejunální či nasogastrické sondy, popřípadě parenterální výživě, nicméně preferovanou variantou je vždy co nejpřirozenější cesta příjmu potravy, případně doplnění formou jinou. Další důležitou potřebou je, aby se pacient co nejpřirozenějším způsobem, pokud to je možné bez jednorázových cévek či bez permanentního močového katetru nebo bez klystýru, zbavil produktů vlastního metabolismu. Dýchání je pro pacienty mnohdy obtížné, obzvláště když nemoc postihla dýchací ústrojí nebo srdce, může se u pacientů objevit dušnost nebo kašel.

Pro organismus je zásadní dostatečná fyzická aktivita, které ovšem není pro klinický stav pacientů v terminální fázi onemocnění mnohdy snadné dosáhnout, vhodná je spolupráce fyzioterapeutů a rehabilitačních sester, u imobilních pacientů je v prevenci dekubitů zásadní polohování. O velkou část biologických potřeb, včetně tišení bolesti, bývá dobře postaráno v nemocnicích či jiných zdravotnických zařízeních, ale nemusí tomu tak vždy být. Například dobré podmínky pro nerušený spánek může pacient mít lepší v domácím prostředí (Svatošová, 2012, s. 21-22).

5.3 Potřeby psychologické

Do této kategorie potřeb patří potřeba respektování lidské důstojnosti, a to ve stavu nezávislém na stavu tělesné stránky. Člověk je jedinečnou bytostí se svým vlastním posláním a není jen množina orgánů v koženém vaku. Je tedy důležité, abychom člověka chápali jako jedinečnou bytost a respektovali ho, obzvláště v ten moment, kdy svůj specifický životní úkol završuje. Pro pacienta je důležité, aby se svým okolím komunikoval, lidé často zapomínají, že více než naše slova mluví mimika, gesta, pohyby, naše oči, postoj, ale i naše oblečení. Říká se tomu neverbální komunikace. Je velmi důležité nikdy pacientovi nelhat, jelikož každý potřebuje mít pocit bezpečí. Lež by se mohla vymstít a pacient by k někomu takovému mohl ztratit důvěru právě v ten moment, kdy ji bude nejvíce potřebovat. Jestliže pacienta zklame lékař či jiný zdravotnický personál, je to smutné, a když zklame pacienta manžel či manželka ve slibu věrnosti, lásky a úcty, zklame to mnohem víc. Další zásadou je říkat pacientovi jenom takové množství informací, co chce slyšet a jen pouze ve chvíli, kdy je slyšet chce (Svatošová, 2012, s. 22).

5.4 Potřeby sociální

Člověk nežije izolovaně, jelikož je to tvor společenský, a proto ani izolovaně nestůně a neumírá. Pacienti většinou stojí o návštěvy a potřebují je. Pacient by měl mít právo si návštěvy sám regulovat a měli bychom ho v tom plně respektovat a podporovat. Ovšem, že nejsilnější vazby jsou s rodinou, ale nemusí tomu vždy tak být. Může to být i velmi silná vazba s kamarádem či kamarádkou, lékařem nebo i s jiným zdravotnickým personálem. Společenský kontakt je pro pacienta velmi důležitý (Svatošová, 2012, s. 22-23).

5.5 Spirituální potřeby

Pomoc člověku se odehrává v několika rovinách, a to pohledem do minulosti, pohledem do přítomnosti a pohledem do budoucnosti. Mezi první patří pohled do minulosti, kde je určitá uzavřenost, do které už pacient nemůže aktivně vstupovat a něco v minulosti měnit. Odstup

od řady prožitků otevírá pole, ve kterém se mohou rýsovat spirituální hodnoty. Od akutních starostí se pacient dostává k hloubce smyslu a významu toho, co zažil, objevuje souvislosti a vazby, který si během života všiml málo či nikoliv. Na druhé straně pólu je takový pohled do minulosti, kdy se může objevit zdroj úzkostí či výčitek pro selhání, pocit viny, který ve svém životě pacient vidí. Toto prožívání a hodnocení je výzvou ke smíření s tím, že život prožil takový a ne jiný. Pacient se smíří sám se sebou, s vlastní nedokonalostí, a také se může smířit s Bohem, zda k němu má vztah a cítí se mu být dlužen. Minulost má být tímto zpracována a mohla by být objevena jako prostor pro odkrývající se cenné spirituální hodnoty. Její vliv na přítomnost by mohla být proměňována odpuštěním a smířením (Šamánková, 2011, s. 37).

Další pohled je do přítomnosti, kdy přítomnost je naplňována především bojem s onemocněním a úsilím strpět nebo překonat těžkosti způsobené jak samotnou nemocí, tak i léčbou, kde jsou síly člověka omezeny. Je přítomno období, kde je spíše vyhledáván smysl života, než podáván velký životní výkon. Objevování a vyhledávání smyslu toho, co pacient prožívá je cestou k odhalení, přijímání a nacházení spirituálních hodnot (Šamánková, 2011, s. 37-38).

Posledním pohledem je pohled do budoucnosti, kdy spočívá ve věrném doprovázení pacienta po cestě, kde se objevují smysly a hodnoty a pacient je rozpoznává. Lze tak prožít základní spirituální hodnoty, které otevírají cestu k dalším hodnotám, především k lásce (Šamánková, 2011, s. 38).

Role rodiny a pomáhající profese, zde hrají také důležitou roli. Mezi důležité role patří role naslouchání, podporování nemocného, měli bychom dávat najevo úctu, mít čas na nemocného. Rodina i zdravotnický personál by měl respektovat názory a potřeby pacienta. Rodina by si měla zorganizovat frekvenci návštěv jak doma, tak i v nemocnici a měli by se tak starat o náplň volného času pacienta. Nejdůležitější je však dávat pacientovi najevo přátelství, úctu a lásku (Šamánková, 2011, s. 38-39).

5.6 Překážky v naplnění potřeb

Překážky v označení a naplnění potřeb jsou jiné ve zdraví a jiné v nemoci. Většinou záleží na komunikačních dovednostech poskytovatele, ale i příjemce. Poskytovatel i příjemce by měl mít na zřeteli, že dodržuje obecnou zásadu rozhovoru, to znamená, že mluví srozumitelně, respektuje prostředí, zdravotní stav a vzdělání. Měli bychom naslouchat tomu, co nám jedinec říká, dodržovat osobní a sociální zónu v komunikaci. V plné míře využíváme komunikační přestávky a respektujeme autonomii jedince tím, že dáváme najevo náš zájem, společně mlčíme či necháváme vypravěče odpočinout. Vyprávějící si musí být naprosto jistý, že informace

nepředáváme dále. Bariéry v naplnění potřeb jsou různorodé, jelikož osobnost každého člověka je ovlivněna jeho charakterem, inteligencí, věkem, pohlavím, prostředím a spoustou dalších faktorů. Je důležité, aby poskytovatelé lékařské nebo ošetrovatelské péče byli připraveni vnímat okolnosti vzniku překážek (Šamánková, 2011, s. 14).

Máme několik možných překážek k naplnění lidských potřeb. Mezi první můžeme zařadit osobní bariéru, kdy může dojít k ostychu vyslovit své přání, pocit nedůvěry, mohou být obavy ze zklamání. Další je psychická bariéra, kdy dochází k neschopnosti přijmutí pomoci při naplňování potřeby. Roli v této bariéře mohou hrát zcela obyčejné věci jako sympatie či antipatie. Když se jedná o prosté nepochopení toho, co si navzájem říkáme je to jazyková bariéra. Dochází k tomu i díky volbě nevhodných slov, nebo nesrozumitelných slov. Fyziologická bariéra může být způsobena tělesným diskomfortem, který když pacient odstraní, dochází tak k odstranění této bariéry. Další překážka je bariéra z prostředí. Tato bariéra nastává z nezvyklého prostředí, z nemocničního, neútulného nebo nekomfortního prostředí, ve kterém se pacient necítí dobře. K poslední překážce můžeme zařadit nepochopení sdělovanému, kdy má pacient ostych se znovu ptát na stejnou otázku (Šamánková, 2011, s 14).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

Hlavním výstupem diplomové práce je zjistit, jaká je míra důležitosti a naplněnosti potřeb onkologických pacientů ovlivňující jejich kvalitu života.

6 METODIKA

Diplomová práce se řadí k teoreticko-průzkumné, kdy se jedná o kvantitativní průzkumné šetření. Ke sběru dat byl stanoven standardizovaný dotazník PNAP, který se zaměřuje na potřeby pacientů v rámci paliativní péče. Dotazník obsahuje 40 otázek.

Průzkumné šetření probíhalo se souhlasem ve dvou pražských nemocnicích. Žádost o provedení průzkumu v rámci diplomové práce byla potvrzena od vedoucí práce, vedoucí katedry a následně byla odsouhlasena od vrchních sester v nemocnicích, a také byl získán souhlas etické komise. Po získání souhlasů probíhalo dotazníkové šetření, které probíhalo v průběhu měsíců prosinec 2023 až březen 2024. Autorkou dotazníku je doc. PhDr. Radka Bužgová, Ph. D., která působí na Lékařské fakultě Ostravské univerzity v Ostravě. Od autorky dotazníku byl získán souhlas s jeho použitím. Standardizovaný dotazník vyplnily pacientky, které byly hospitalizované na onkogynekologickém oddělení, kde se věnují paliativní medicíně. Veškerá získaná data byla anonymizovaná.

Standardizovaný dotazník obsahoval velké spektrum otázek, které se zaměřují na potřeby pacientů v paliativní péči, kde pacienti odpovídají, zda je pro ně určitá potřeba důležitá a zda došlo k její naplněnosti. V dotazníku se objevují otázky typu, zda jsou schopni pacienti být bez bolesti, moci pokračovat v obvyklých aktivitách, mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách. Následně byly výsledky vyhodnoceny pomocí tabulky s popisnou statistikou a pomocí grafů.

6.1 Cíle a průzkumné otázky

Hlavní cíl: Jaká je míra důležitosti a naplněnosti potřeb onkologických pacientů ovlivňující jejich kvalitu života.

Dílčí cíle:

1. Zjistit míru důležitosti potřeb fyzických, psychických, sociálních, spirituálních, autonomie, respektu a podpory, smyslu života a smíření u onkologických hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu nemoci.

2. Zjistit míru naplnění potřeb fyzických, psychických, sociálních, spirituálních, autonomie, respektu a podpory, smyslu života a smíření u onkologických hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu nemoci.
3. Zjistit míru nenaplněných potřeb fyzických, psychických, sociálních, spirituálních, autonomie, respektu a podpory, smyslu života a smíření u onkologických hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu nemoci.

Průzkumné otázky:

1. Jaká je míra důležitosti potřeb fyzických, psychických, sociálních, spirituálních, autonomie, respektu a podpory, smyslu života a smíření u onkologických hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu nemoci?
2. Jaká je míra naplnění potřeb fyzických, psychických, sociálních, spirituálních, autonomie, respektu a podpory, smyslu života a smíření u onkologických hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu nemoci?
3. Jaká je míra nenaplnění potřeb fyzických, psychických, sociálních, spirituálních, autonomie, respektu a podpory, smyslu života a smíření u onkologických hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu nemoci?

6.2 Metodika průzkumného šetření

V rámci průzkumné části byl zvolen standardizovaný dotazník PNAP, který sloužil ke sběru dat. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků z toho ve Zdravotnickém zařízení 1 bylo rozdáno 25 dotazníků a ve Zdravotnickém zařízení 2 bylo rozdáno 35. Ze Zdravotnického zařízení 1 se vrátilo 23 dotazníků a ze Zdravotnického zařízení 2 30. Celková návratnost byla tedy 53 dotazníků což je 88 %. 100 % tedy v tomto případě tvoří 53 respondentek. Respondentky tvoří pacientky, které mají gynekologickou malignitu a veškerá léčba nezabrala a musely přejít k paliativní péči.

Dotazník obsahuje 40 otázek, které jsou rozděleny na to, zda byla daná potřeba pro pacientku důležitá a zda došlo k její naplnění. V dotazníku se měly označit kroužkem čísla od 1 až po 5, kdy 1 byla, že potřeba nebyla vůbec důležitá a 5, že naopak byla velmi důležitá. K dotazníku byl vytvořen manuál od samotné autorky dotazníku.

Při realizaci průzkumného šetření nebyly shledány žádné komplikace, které by poukázaly na problém. Pouze 12 % dotazovaných respondentek odmítla na dotazník odpověď z různých důvodů. Na to má však právo každá respondentka.

Tabulka 1 Kódování otázek dotazníku PNAP (zdroj: Bužgová, 2014, s. 14-15)

<i>Odpověď</i>	<i>Kód</i>
<i>Vůbec ne</i>	1
<i>Spíše ne</i>	2
<i>Nevím</i>	3
<i>Spíše ano</i>	4
<i>Velmi</i>	5

6.3 Charakteristika průzkumného souboru

Průzkumný souborem byly ženy, které mají gynekologickou malignitu a veškerá léčba nepomohla. Originál dotazníku PNAP obsahuje 40 otázek, které se zaměřují na potřeby pacientů v paliativní péči. Tento dotazník byl doplněn o dotazník zjišťující demografické proměnné: věk respondentek a typ maligního gynekologického tumoru, při kterém je poskytnuta paliativní péče.

V této kapitole diplomové práce jsou popsána demografická data respondentek. První jsme se ptali na věk respondentek, kdy data jsou zpracována pomocí popisné statistiky.

Průzkumného šetření se zúčastnilo z obou zdravotnických zařízení (Zdravotnické zařízení 1 a Zdravotnické zařízení 2) 53 respondentek (n=53).

U respondentek byl zjišťován věk, kdy průměrný věk všech respondentek (n=53) je 72 let. Nejmladší respondentce je 53 let, a naopak nejstarší respondentce je 89 let.

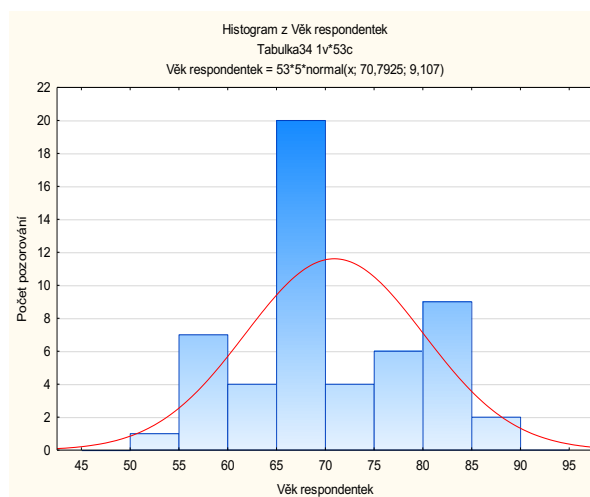
Tabulka 2 Popisná statistika: věk respondentek (zdroj: vlastní)

Proměnná	Popisná statistika							
	N platných	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min.	Max.	Směr. odchylka
Věk respondentek	57	72	69	66	6	53	89	10,14

Ve věkové kategorii 60–69 let bylo nejvíce respondentek a to 21 (40 %). U věkové kategorie 70–79 let bylo 14 (26 %) respondentek, pouze o dvě respondentky méně bylo u věkové kategorie 80–89 let, tedy 12 (23 %) respondentek. Poslední věková kategorie byla v rozmezí 50–59 let, v této kategorii bylo pouze 6 (11 %) respondentek.

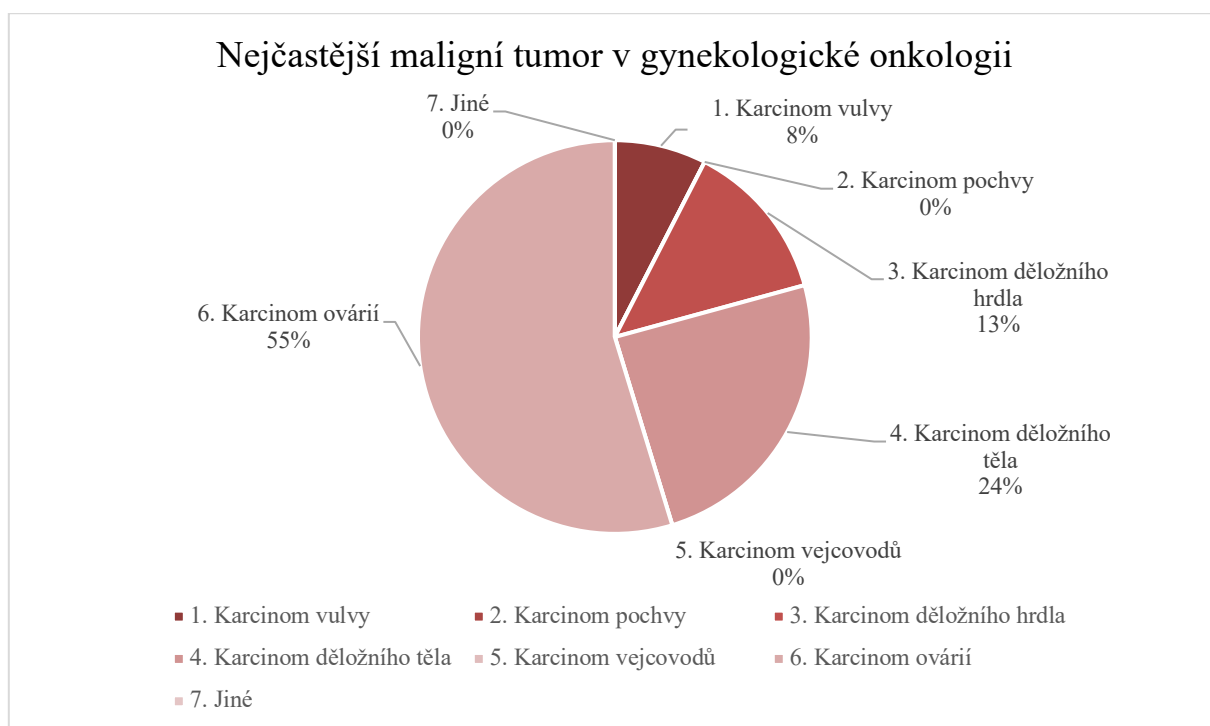
Tabulka 3 Popisná statistika: tabulka četností – věk respondentek (zdroj: vlastní)

Kategorie	Tabulka četností: věk respondentek		
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost
50,00000<x<=59,00000	6	6	11,32075
60,00000<x<=69,00000	21	27	39,62264
70,00000<x<=79,00000	14	41	26,41509
80,00000<x<=89,00000	12	53	22,64151
Celkem	53		100,00



Obrázek 1 Graf – histogram věk respondentek (zdroj: vlastní)

Dále byla u respondentek zjišťována diagnóza v gynekologické onkologii, při které je nejčastěji poskytována paliativní péče. Z grafu vyplývá, že nejčastější výskyt zhoubného nádoru u 29 (55 %) respondentek je karcinom ovarií. Druhým nejčastějším zhoubným nádorem je karcinom děložního těla a to u 13 (24 %) respondentek. U 7 (13 %) respondentek se vyskytuje karcinom děložního hrdla a u 4 (8 %) respondentek se objevil karcinom vulvy. Karcinom pochvy a karcinom vejcovodů se nevyskytuje u žádné z respondentek, což odpovídá faktu, že tyto zhoubné nádory se řadí svou incidencí mezi méně zastoupené. Jiné maligní tumory (např. mesenchymálního původu), se u žádné z dotazovaných respondentek nevyskytovaly.



Obrázek 2 Graf znázorňující typ gynekologického maligního karcinomu (zdroj: vlastní)

6.4 Analýza dotazníku PNAP

Dotazník je možné rozdělit na 7 domén, které z něj vyplývají. Tyto domény jsou jmenovitě potřeby fyzické, psychické, sociální, spirituální, autonomie, respekt a podpora, smysl života a smíření u onkologicky hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu nemoci. Výsledky dotazníku jsou popsány v tabulce pomocí popisné statistiky, kde vždy jedna tabulka znázorňuje důležitost potřeby a druhá naplněnost potřeby pacientky. V tabulkách jsou zaznamenány dohromady výsledky z obou zdravotnických zařízení (Zdravotnické zařízení 1 a Zdravotnické zařízení 2). Z dotazníku bylo vybráno 6 otázek, které byly následně zpracovány pomocí grafů. Celkem bylo pro potřeby analýzy vytvořeno šest dvojic grafů, kdy vždy jeden graf znázorňuje důležitost potřeby pacientky a druhý naopak, zda byla potřeba

naplněna. Výsledky jednotlivých grafů jsou popsány v příléhajícím textu, a uvedeny vždy v absolutní číselné hodnotě a následně v procentech. Čísla uvedená v procentech byla pro přehlednost zaokrouhlena a jsou vždy uvedena v závorce za absolutní číselnou hodnotou.

6.4.1 Fyzické potřeby

V této kapitole se věnujeme doméně, ve které jsou hodnoceny fyzické potřeby pacientek v terminálním stádiu onemocnění. Pro respondentky je nejvíce důležité, aby neměly problém s nechtěným únikem moči (4,65), dále nemít problém s kašlem (4,43), nemít problém s únikem stolice (4,40) a samozřejmě, že pro respondentky je důležité být bez bolesti (4,25). Mezi nejméně důležité potřeby patří nemít problém se spánkem (3,96), nemít problém se svěděním (3,87) nebo netrpět pocením, či návaly horka (3,87).

Tabulka 4 Popisná statistika: důležitost fyzických potřeb (zdroj: vlastní)

Položky dotazníku PNAP	Fyzické potřeby – důležitost					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. Odchylka
Být bez bolesti	53	4,25	4	3	5	0,61
Být bez únavy	53	4,02	4	3	5	0,76
Nemít problém se spánkem	53	3,96	4	3	5	0,47
Nemít problém s únikem moči	53	4,64	5	3	5	0,65
Nemít problém s únikem stolice	53	4,40	5	3	5	0,71
Nebýt dušný	53	3,94	4	3	5	0,63
Nemít problém se zácpou	53	4,23	4	3	5	0,63
Nemít problém se zvracením	53	4,17	4	2	5	0,61

Nemít problém s kašlem	53	4,43	4	2	5	0,63
Nemít problém se svěděním	53	3,87	4	2	5	0,83
Nepociťovat brnění nebo znečitlivění	53	3,43	3	1	5	0,71
Netrpět pocením, návaly horka	53	3,87	4	1	5	0,8

K nejlépe naplněným potřebám patří nemít problém s únikem stolice (4,06), nemít problém se zvracením (3,62), nemít problém s únikem moči (3,45) a být bez bolesti (3,32). K nejméně naplněným potřebám na základě výsledků dotazníku řadíme být bez únavy (1,62) a nemít problém se zácpou (1,85).

Tabulka 5 Popisná statistika: naplněnost fyzických potřeb (zdroj: vlastní)

Položky dotazníku PNAP	Fyzické potřeby – naplněnost					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. Odchylka
Být bez bolesti	53	3,32	3	2	5	0,86
Být bez únavy	53	1,62	2	1	3	0,68
Nemít problém se spánkem	53	2,06	2	1	4	1,04
Nemít problém s únikem moči	53	3,45	3	1	5	1,07
Nemít problém s únikem stolice	53	4,06	4	2	5	0,86
Nebýt dušný	53	2,23	2	1	5	0,84

Nemít problém se zácpou	53	1,85	2	1	5	0,99
Nemít problém se zvracením	53	3,62	4	1	5	3,62
Nemít problém s kašlem	53	1,91	2	1	5	0,85
Nemít problém se svědáním	53	2,60	3	1	4	0,76
Nepocít'ovat brnění nebo znečitlivění	53	2,34	2	1	5	0,89
Netrpět pocením, návaly horka	53	2,23	2	1	4	0,77

Lze říci, že nejvíce důležitou potřebou bylo nemít problém s únikem moči (4,64) a tato potřeba dle respondentek byla naplněna (3,45). Důležitost potřeby nemít problém s kašlem (4,43) byla vysoká, ale u respondentek tato potřeba nebyla naplněna (1,91). Nejméně naplněnou potřebou byla potřeba být bez únavy (1,62).

6.4.2 Psychické potřeby

V doméně, která se zaměřuje na psychické potřeby hodnotily respondentky jako nejvíce důležitou potřebu, aby měly možnost hovořit s někým o strachu a obavách (4,09). Na druhém místě respondentky pocít'ovaly potřebu být vyrovnané se změnami na mém těle (3,75) a jako nejméně důležitou hodnotily mít možnost hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti (3,34).

Tabulka 6 Popisná statistika: důležitost psychických (zdroj: vlastní)

Položky dotazníku PNAP	Psychické potřeby – důležitost					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. Odchylka
Mít možnost hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti	53	3,34	3	1	5	0,93
Mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách	53	4,09	4	3	5	0,73
Být vyrovnaný se změnami na mém těle	53	3,75	3	3	5	0,81

Co se týká naplněnosti potřeb, tak nejvíce naplněnou potřebou bylo mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách (4,06). U této potřeby žádná z respondentek nezaškrtnla odpověď vůbec ne, tedy kód 1.

Tabulka 7 Popisná statistika: naplněnost psychických potřeb (zdroj: vlastní)

Položky dotazníku PNAP	Psychické potřeby – naplněnost					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. Odchylka
Mít možnost hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti	53	3,49	3	1	5	0,94
Mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách	53	4,06	4	2	5	0,86

Být vyrovnaný se změnami na mém těle	53	3,06	3	1	4	0,71
--------------------------------------	----	------	---	---	---	------

V této doméně je vidět, že důležitost potřeby mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách (4,09) byla u respondentek velmi dobře naplněna (4,06). Naopak potřeba být vyrovnaná se změnami na mém těle nebyla dle respondentek příliš naplněna (3,06).

6.4.3 Sociální potřeby

V oblasti sociálních potřeb hodnotily respondentky jako nejvíce důležitou potřebu mít přítomnost někoho blízkého (4,85), být finančně zajištěný (4,58). Na třetím místě respondentky hodnotily jako důležitou potřebu mít důvěru v ošetrovatelský personál (4,32). U potřeby přítomnost někoho blízkého respondentky zaškrtnuly pouze odpověď spíše ano (kód 4) a odpověď velmi důležitá (kód 5), jiné možnosti nebyly označeny.

Tabulka 8 Popisná statistika: důležitost sociálních potřeb (zdroj: vlastní)

Položky dotazníku PNAP	Sociální potřeby – důležitost					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. Odchylka
Přítomnost někoho blízkého	53	4,85	5	4	5	0,36
Mít naplněný den nějakou aktivitou	53	4,19	4	3	5	0,67
Mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci	53	3,62	4	4	5	0,47
Mít důvěru v ošetrovatelský personál	53	4,32	4	4	5	0,47
Mít přístup k jiným zdrojům informací	53	3,60	4	2	5	0,79

Být finančně zajištěný	53	4,58	5	3	5	0,53
Být v pěkném prostředí	53	4,21	4	3	5	0,53

V tabulce, která se zaměřuje na naplněnost sociálních potřeb můžeme vidět, že nejvíce naplněná potřeba byla přítomnost někoho blízkého (4,79). Na druhém místě byla naplněna potřeba být finančně zajištěný (4,49) a dále byla naplněna potřeba mít důvěru v ošetrovatelský personál (4,15). Nejméně naplněnou potřebou byla potřeba být v pěkném prostředí (2,47).

Tabulka 9 Popisná statistika: naplněnost sociálních (zdroj: vlastní)

Položky dotazníku PNAP	Sociální potřeby – naplněnost					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. Odchylka
Přítomnost někoho blízkého	53	4,79	5	4	5	0,41
Mít naplněný den nějakou aktivitou	53	3,55	4	1	5	1,11
Mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci	53	3,92	4	2	5	0,77
Mít důvěru v ošetrovatelský personál	53	4,15	4	2	5	0,68
Mít přístup k jiným zdrojům informací	53	3,28	3	1	5	0,92
Být finančně zajištěný	53	4,49	5	3	5	0,63

Být v pěkném prostředí	53	2,47	3	1	4	0,79
------------------------	----	------	---	---	---	------

Z tabulek výše vyplývá, že nejvíce důležitá potřeba, kterou je přítomnost někoho blízkého (4,85) byla zároveň i potřebou nejlépe naplněnou. Naopak potřeba být v pěkném prostředí nebyla dle pacientek příliš naplněna (2,47).

6.4.4 Spirituální potřeby

Tato kapitola se zaměřuje na spirituální potřeby, kdy respondentky hodnotily jako nejvíce důležitou potřebu mít pozitivní náhled na život (4,66). U této otázky respondentky zaškrtnly pouze odpovědi spíše ano (kód 4) a velmi důležitá (kód 5).

Tabulka 10 Popisná statistika: důležitost spirituálních (zdroj: vlastní)

Položky dotazníku PNAP	Spirituální potřeby – důležitost					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. Odchylka
Mít kontakt a podporu duchovní osoby	53	2,30	2	1	4	0,77
Být účastněn na bohoslužbě nebo jiných obřadech	53	2,06	2	1	5	0,92
Mít pozitivní náhled na život	53	4,66	5	4	5	0,47

Nejlépe naplněna potřeba podle respondentek je mít pozitivní náhled na život (4,28). A zároveň nejméně naplněná potřeba byla být účastněn na bohoslužbě nebo jiných obřadech (2,17).

Tabulka 11 Popisná statistika: naplněnost spirituálních (zdroj: vlastní)

Položky dotazníku PNAP	Spirituální potřeby – naplněnost					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. Odchylka
Mít kontakt a podporu duchovní osoby	53	2,47	2	1	5	0,86
Být účastněn na bohoslužbě nebo jiných obřadech	53	2,17	2	1	3	0,86
Mít pozitivní náhled na život	53	4,28	4	2	5	0,66

Ve spirituální oblasti můžeme vidět, že nejdůležitější pro pacientky byla potřeba mít pozitivní náhled na život (4,66) a ta byla zároveň nejlépe naplněna (4,28). Zbylé dvě potřeby, mít kontakt a podporu duchovní osoby (2,30) a být účastněn na bohoslužbě nebo jiných obřadech (2,06), nehrály pro respondentky zásadní roli a nebyly ani příliš naplněny (2,47 respektive 2,17).

6.4.5 Autonomie

V oblasti autonomie respondentky hodnotily jako nejvíce důležitou potřebu pečovat o své tělo (4,47), být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají (4,42) a na třetím místě hodnotily, aby mohly pokračovat v obvyklých aktivitách (4,40). V těchto třech položkách respondentky zaškrtnly opět odpověď spíš ano (kód 4) a velmi důležitá (kód 5).

Tabulka 12 Popisná statistika: důležitost autonomie (zdroj: vlastní)

Položky dotazníku PNAP	Autonomie – důležitost					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. Odchylka
Pečovat o své tělo	53	4,47	4	4	5	0,5

Schopnost soustředit se	53	4,02	4	2	5	0,9
Moci pokračovat v obvyklých aktivitách	53	4,40	4	4	5	0,49
Mít možnost dělat vlastní rozhodnutí	53	4,36	4	3	5	0,59
Mít soukromí	53	4,32	4	4	5	0,47
Být vyrovnaný s nemocí	53	4,36	4	4	5	0,48
Být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají	53	4,42	4	4	5	0,49

K nejlépe naplněným položkám z dotazníku patří pečovat o své tělo (3,77), být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají (3,72). Třetí nejlépe naplněná položka byla schopnost soustředit se (3,36). Co se týká odpovědí v oblasti naplněnosti, respondentky zaškrtnuly většinou odpověď vůbec ne (kód 1).

Tabulka 13 Popisná statistika: naplněnost (zdroj: vlastní)

Položky dotazníku PNAP	Autonomie – naplněnost					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. Odchylka
Pečovat o své tělo	53	3,77	4	3	5	0,77
Schopnost soustředit se	53	3,36	3	1	5	0,97
Moci pokračovat v obvyklých aktivitách	53	2,43	2	1	4	0,9

Mít možnost dělat vlastní rozhodnutí	53	2,81	3	1	5	1,26
Mít soukromí	53	2,32	2	1	4	0,75
Být vyrovnaný s nemocí	53	2,70	3	1	5	0,94
Být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají	53	3,72	4	1	5	1,02

V oblasti autonomie můžeme vidět velký rozdíl v oblasti důležitosti a naplněnosti potřeb. Největší rozdíl je v důležitosti položky mít soukromí (4,32) a její naplněnosti (2,32). Potřeba pečovat o své tělo, kterou respondentky označily za nejvíce důležitou (4,47), byla zároveň i nejvíce naplněna (3,77).

6.4.6 Respekt a podpora

V doméně, která se zaměřuje na respekt a podporu bylo na základě odpovědí respondentek nejvíce důležité mít pravdivé informace o mém zdravotním stavu (4,79). Dále bylo pro dotazované důležité mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou (4,64) a následně být ošetřován s respektem a úctou (4,25). V této doméně byly všechny položky pro respondentky důležité, což dokumentují i výsledky u položek cítit podporu od ošetřujícího personálu (4,13) a mít informace o ošetřovatelské péči (4,04).

Tabulka 14 Popisná statistika: důležitost respektu a podpory (zdroj: vlastní)

Položky dotazníku PNAP	Respekt a podpora – důležitost					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. Odchylka
Být ošetřován s respektem a úctou	53	4,25	4	3	5	0,51
Mít ošetřující personál, který	53	4,64	5	3	5	0,62

mi naslouchá a hovoří se mnou						
Cítit podporu od ošetřujícího personálu	53	4,13	4	3	5	0,48
Mít pravdivé informace o mém zdravotním stavu	53	4,79	5	4	5	0,41
Mít informace o ošetřovatelské péči	53	4,04	4	3	5	0,51

Co se týká naplněnosti v oblasti respektu a podpory, nejvíce byla naplněna položka být ošetřován s respektem a úctou (4,30). Na druhém místě byla, co se naplněnosti týče, položka cítit podporu od ošetřujícího personálu (4,21) a dále mít pravdivé informace o svém zdravotním stavu (3,83). U těchto tří položek respondenty zaškrtovaly odpovědi nevím (kód 3), spíše ano (kód 4) a velmi důležitá (kód 5).

Tabulka 15 Popisná statistika: naplněnost respektu a podpory (zdroj: vlastní)

Položky dotazníku PNAP	Respekt a podpora – naplněnost					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. Odchylka
Být ošetřován s respektem a úctou	53	4,30	4	3	5	0,6
Mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou	53	3,79	4	3	5	0,59

Cítit podporu od ošetřujícího personálu	53	4,21	4	3	5	0,53
Mít pravdivé informace o mém zdravotním stavu	53	3,83	4	3	5	0,5
Mít informace o ošetrovatelské péči	53	3,42	3	2	5	0,74

Z výsledků dotazníku je patrné, že respekt a podpora jsou pro dotazované zásadní, neboť nejméně důležitou položkou bylo mít informace o ošetrovatelské péči s průměrem 4,04. V této doméně byly dotazované s naplněností spíše spokojeny, neboť pouze u položky mít pravdivé informace o ošetrovatelské péči byla zvolena možnost spíše ne (kód 2) a celkový průměr naplněnosti u této položky byl 3,42, přičemž naplněnost ostatních položek byla vždy vyšší.

6.4.7 Smysl života a smíření

V poslední doméně, která se zabývá smyslem života a jeho smířením, byla pro respondentky nejdůležitější položka mít pocit, že můj život měl smysl (4,79). I další dvě položky z dotazníku, nemít strach ze závislosti na pomoci druhých (4,25) a být naplněn klidem (4,09), byly pro respondentky velmi důležité.

Tabulka 16 Popisná statistika: důležitost smyslu života a smíření (zdroj: vlastní)

Položky dotazníku PNAP	Smysl života a smíření – důležitost					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. Odchylka
Mít pocit, že můj život měl smysl	53	4,79	5	4	5	0,41

Nemít strach ze závislosti na pomoci druhých	53	4,25	4	3	5	0,51
Být naplněn klidem	53	4,09	4	3	5	0,45

V tabulce, která se zaměřuje na naplněnost potřeby je nejlépe naplněna potřeba mít pocit, že můj život měl smysl (4,75). A další dvě položky, nemít strach ze závislosti na pomoci druhých (2,77) a být naplněn klidem (3,58), nebyly příliš naplněny.

Tabulka 17 Popisná statistika: naplněnost smyslu života a smíření (zdroj: vlastní)

Položky dotazníku PNAP	Smysl života a smíření – naplněnost					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. Odchylka
Mít pocit, že můj život měl smysl	53	4,75	5	4	5	0,43
Nemít strach ze závislosti na pomoci druhých	53	2,77	2	1	5	1
Být naplněn klidem	53	3,58	4	1	5	1,14

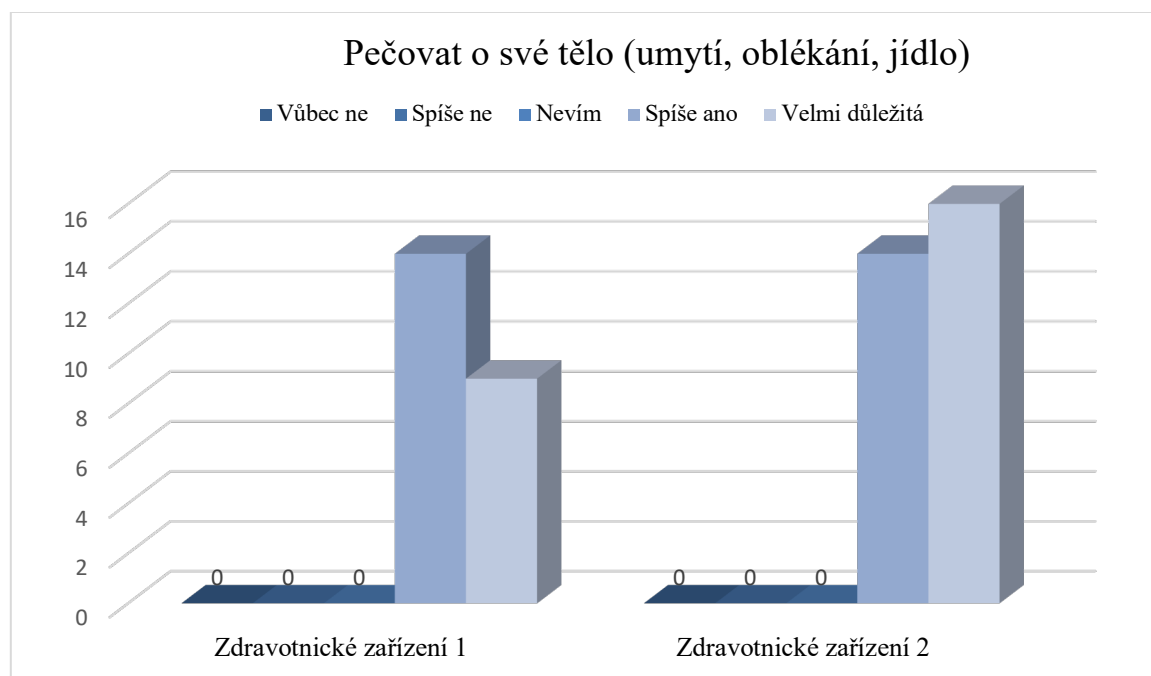
Položka mít pocit, že můj život měl smysl, kterou respondentky označily za nejvíce důležitou (4,79), byla dle výsledků dotazníku současně i nejvíce naplněna (4,75). Naproti tomu pro dotazované neméně důležitá položka, kterou je nemít strach ze závislosti na pomoci druhých (4,25), není příliš dobře naplněna (2,77).

6.4.8 Grafické znázornění otázek z dotazníku PNAP

V této kapitole se nachází grafické znázornění důležitosti a naplněnosti vybraných položek z dotazníku PNAP. Konkrétně se jedná o položky pečovat o své tělo, být bez bolesti, mít soukromí, přítomnost někoho blízkého, být vyrovnaný se změnami na svém těle a být v pěkném prostředí. Tyto otázky byly vybrány, neboť se jedná o zásadní prvky paliativní péče v rámci gynekologické onkologie, přičemž jejich naplnění je zásadní pro důstojnost a autonomii

pacientek. Celkem se tedy jedná o 12 grafů, které byly vytvořeny a zpracovány v programu Microsoft Excel a přehledně zobrazují výše nastíněnou problematiku. V grafech se současně nachází i porovnání dvou zdravotnických zařízení, kde se věnují problematice paliativní péče v gynekologické onkologii, a ve kterých byl výzkum v rámci této diplomové práce prováděn.

Na otázku, zda je pro pacientky důležité pečovat o své tělo odpovědělo z obou zdravotnických zařízení 53 respondentek. Z toho v Zdravotnickém zařízení 1 z celkového počtu 23 (100 %) odpovědělo 14 (61 %) respondentek, že spíše ano a 9 (39 %) respondentek odpovědělo, že je pro ně velmi důležité pečovat o své tělo. Ve Zdravotnickém zařízení 2 z celkového počtu 30 (100 %) odpovědělo také 14 (47 %) respondentek, že spíše ano. Pečovat o své tělo je pro 16 (53 %) respondentek velmi důležité.



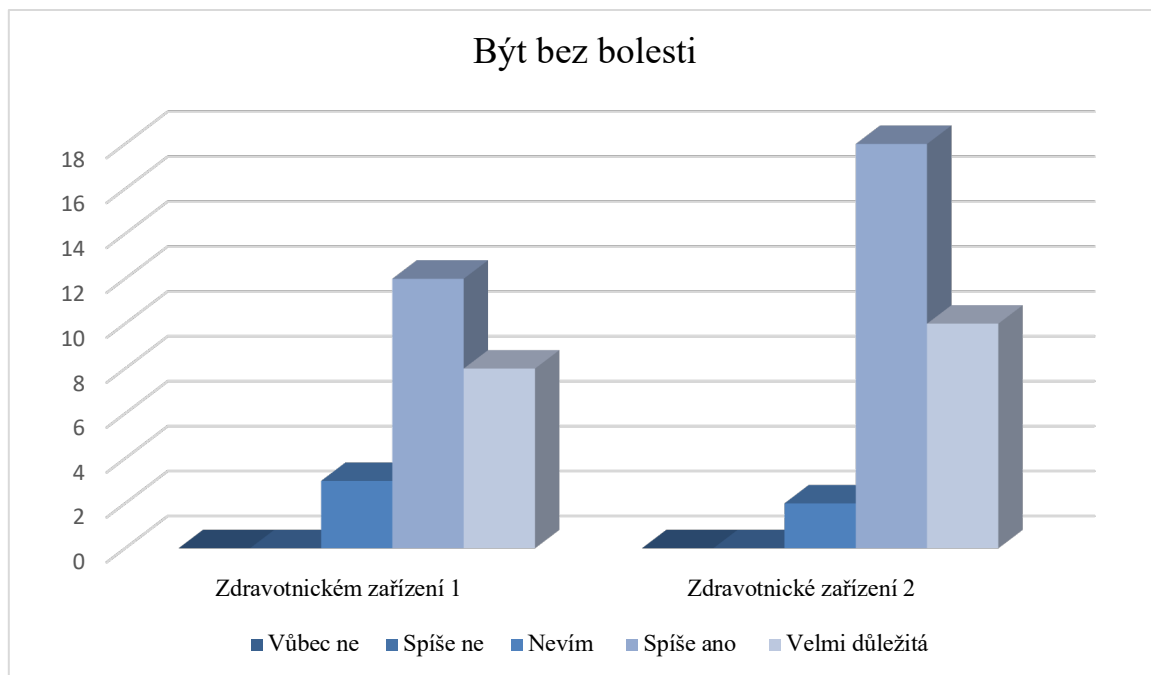
Obrázek 3 Graf – Položka: Pečovat o své tělo (umytí, oblékání, jídlo): důležitost (zdroj: vlastní)

Tento graf poukazuje na to, zda byla naplněna potřeba pečovat o své tělo. Z celkového počtu 23 (100 %) ve Zdravotnickém zařízení 1 odpovědělo 10 (44 %) respondentek, že neví, zda byla potřeba naplněna. 9 (39 %) respondentek odpovědělo spíše ano a pouze 4 (17 %) respondentky odpověděly, že velmi důležitá. Ve Zdravotnickém zařízení 2 z celkového počtu 30 (100 %) odpovědělo 13 (43 %) respondentek, že neví. Odpověď spíše ano zaškrtno 10 (33 %) respondentek a odpověď velmi důležitá zaškrtno 7 (24 %) respondentek. Na odpovědi vůbec ne a spíše ne, nikdo z obou zdravotnických zařízení neodpověděl.



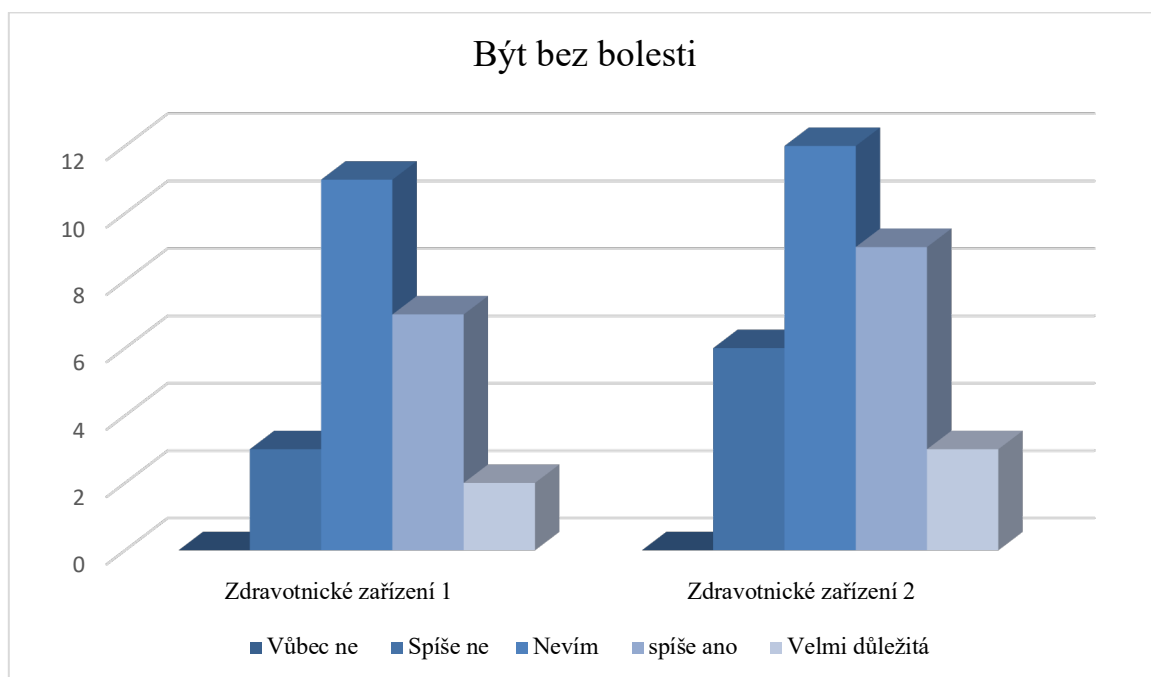
Obrázek 4 Graf – Položka: Pečovat o své tělo (umytí, oblékání, jídlo): naplněnost (zdroj: vlastní)

Tímto grafem jsou znázorněny odpovědi respondentek na to, zda byla pro ně důležitá položka být bez bolesti. Ve Zdravotnickém zařízení 1 z celkového počtu 23 (100 %) odpovědělo 8 (35 %) respondentek, že pro ně byla tato položka velmi důležitá. Odpověď spíše ano zaškrtnulo 12 (52 %) respondentek a jenom 3 (13 %) odpověděly, že neví, zda být bez bolesti je pro ně důležité. Z celkového počtu 30 (100 %) ve Zdravotnickém zařízení 2 odpovědělo 10 (33 %) respondentek, že je pro ně velmi důležité být bez bolesti. 18 (60 %) respondentek odpovědělo, že spíše ano a pouze 2 (7 %) zaškrtnuly, že neví.



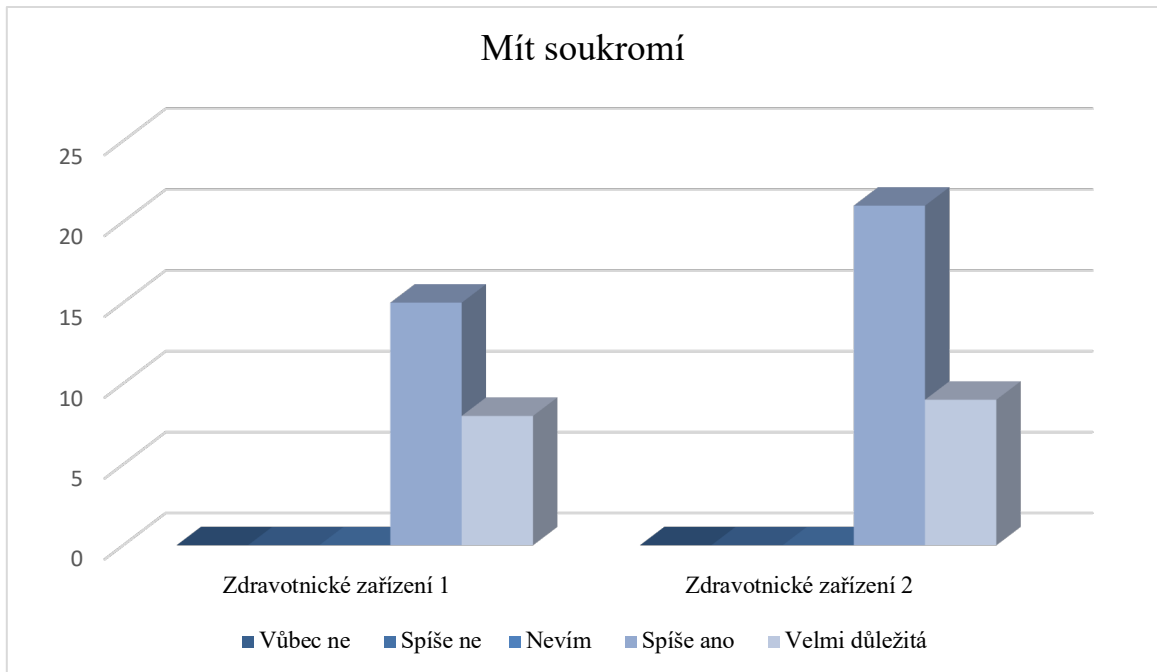
Obrázek 5 Graf – Položka: Být bez bolesti: důležitost (zdroj: vlastní)

Ve Zdravotnickém zařízení 1 z celkového počtu 23 (100 %) respondentek odpovědělo na otázku, zda byla potřeba být bez bolesti naplněna pouze 3 (13 %), že spíše ne. Z toho 11 (48 %) respondentek zaškrtno odpověď nevím, zda byla potřeba naplněna. 7 (30 %) respondentek odpovědělo, že spíše ano a zbylé 2 (9 %) respondentky zaškrtno velmi důležité. Zatímco ve Zdravotnickém zařízení 2 z celkového počtu 30 (100 %) odpovědělo 6 (20 %) respondentek, že spíše nebyla položka naplněna a 12 (40 %) respondentek zaškrtno odpověď nevím. Na odpověď spíše ano odpovědělo 9 (30 %) respondentek, že se cítily být bez bolesti a 3 (10 %) respondentky zaškrtno velmi důležitá. Z grafu vyplývá, že pouze 5 (9 %) respondentek z obou zdravotnických zařízení z celkového počtu 53 (100 %) byly zcela bez bolesti.



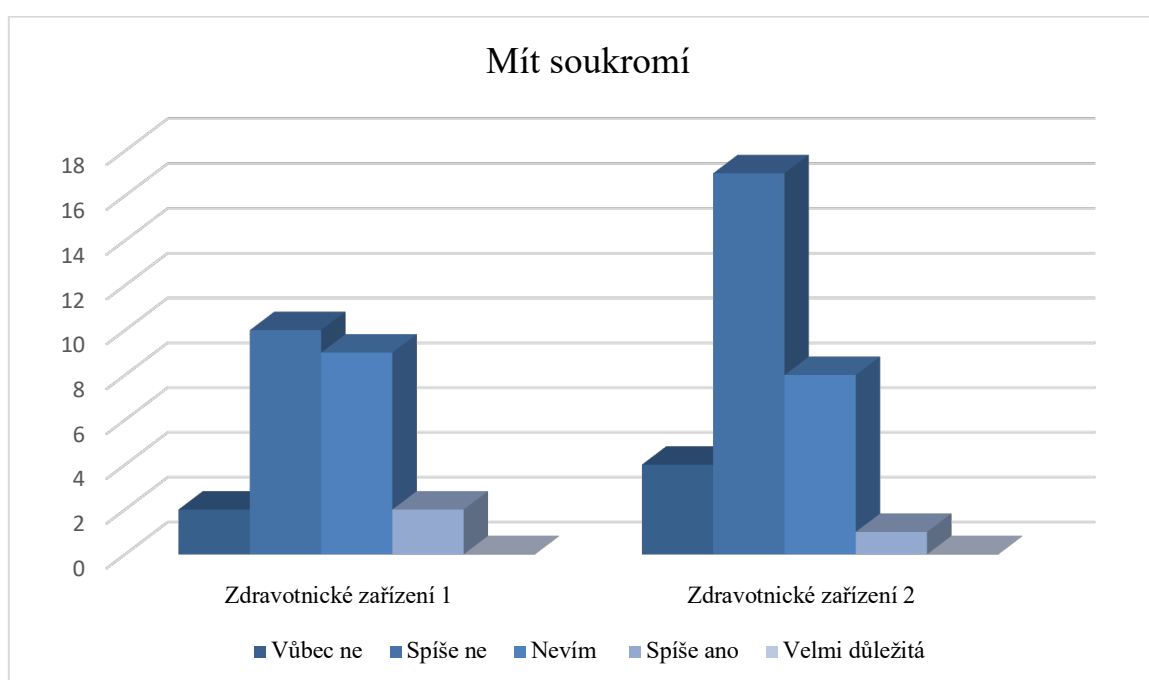
Obrázek 6 Graf – Položka: Být bez bolesti: naplněnost (zdroj: vlastní)

Mít soukromí v rámci paliativní péče znázorňuje graf 5. Ze Zdravotnického zařízení 1 uvedlo 15 (65 %) respondentek z celkového počtu 23 (100 %), že spíše ano. A 8 (35 %) respondentek uvedlo, že mít soukromí je pro ně velmi důležité. Ve Zdravotnickém zařízení 2 z celkového počtu 30 (100 %) respondentek uvedlo ve většině 21 (70 %), že spíše ano a pro 9 (30 %) respondentek je mít soukromí velmi důležité. Odpovědi vůbec ne, spíše ne a nevím nebyly zodpovězeny ani v jednom zdravotnickém zařízení. Z toho vyplývá, že mít soukromí i v pokročilém stádiu gynekologické malignity je pro pacientky velmi důležité.



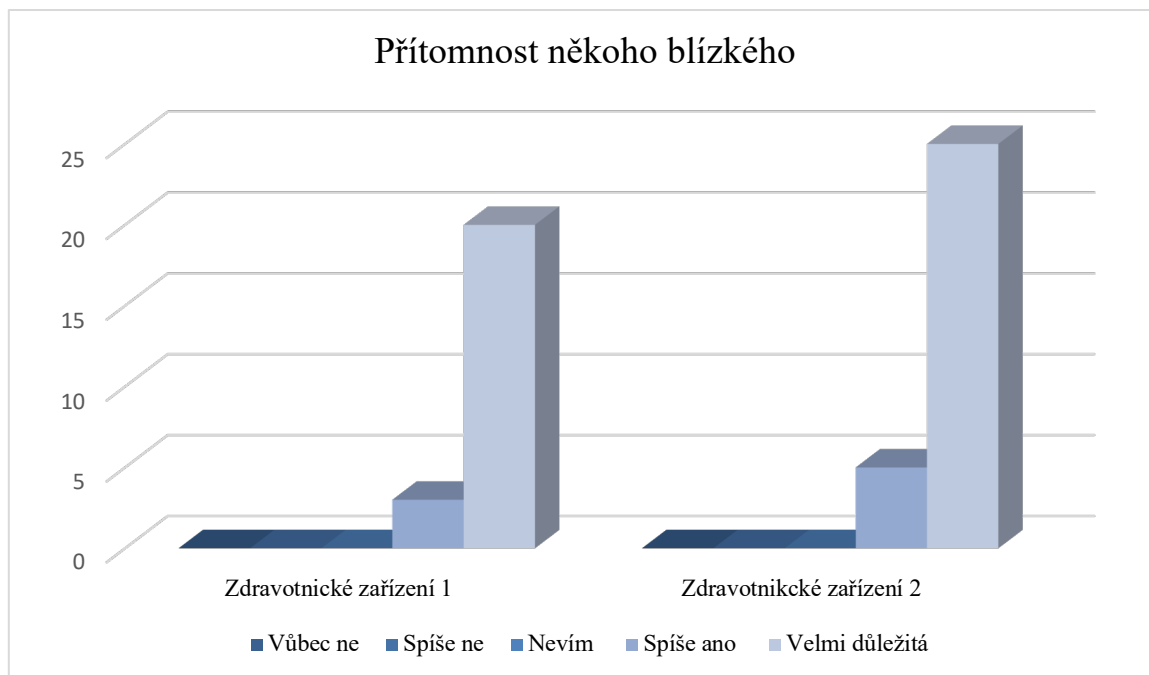
Obrázek 7 Graf – Položka: Mít soukromí: důležitost (zdroj: vlastní)

Co se týká naplněnosti v rámci položky mít soukromí, odpovědělo ve Zdravotnickém zařízení 1 z celkového počtu 23 (100 %), že 2 (9 %) respondentky neměly vůbec soukromí a 10 (43 %) respondentek odpovědělo, že spíše ne. 9 (39 %) respondentek zaškrtnulo odpověď nevím. 2 (9 %) respondentky zaznamenaly, že soukromí měli a odpověděly spíše ano. Z celkového počtu 30 (100 %) ve Zdravotnickém zařízení 2 odpověděly 4 (13 %) respondentky, že také neměly vůbec soukromí a 17 (57 %) respondentek zaškrtnulo odpověď spíše ne. Na odpověď nevím odpovědělo 8 (27 %) respondentek. A pouze 1 (3 %) respondentka uvedla, že soukromí měla. Na odpověď velmi důležitá neodpověděla ani jedna respondentka z obou zdravotnických zařízení. Z grafu 6 vyplývá, že ve Zdravotnickém zařízení 1 ani ve Zdravotnickém zařízení 2 neměly respondentky moc soukromí a potřeba nebyla zcela naplněna.



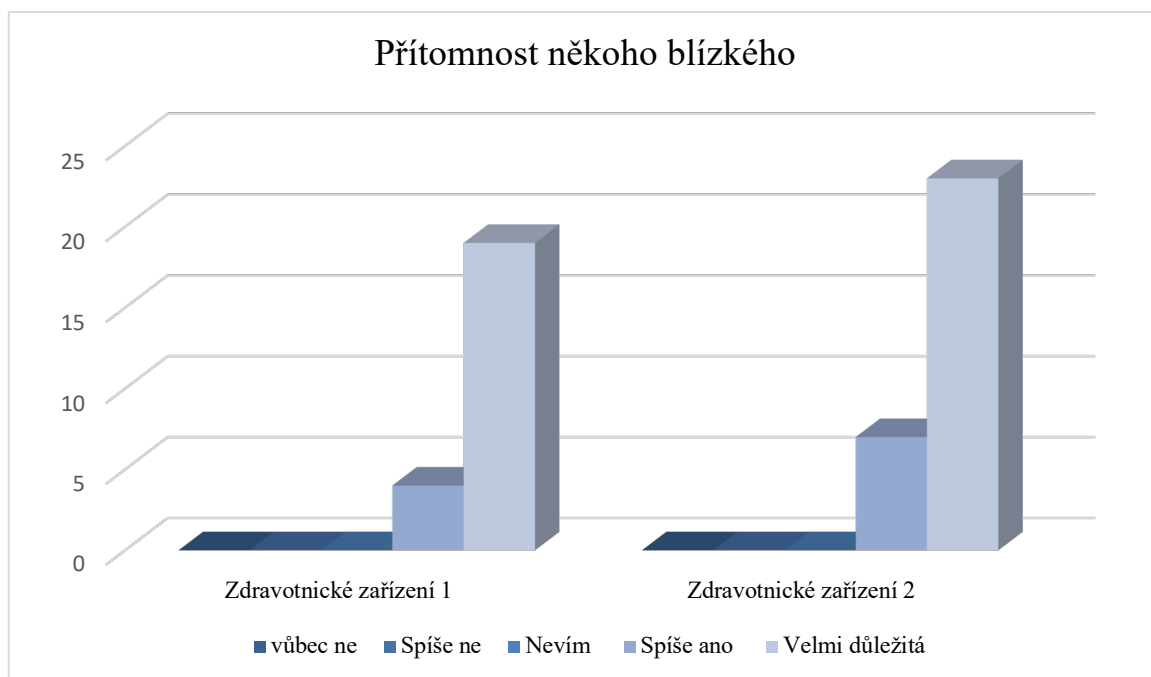
Obrázek 8 Graf – Položka: Mít soukromí: naplněnost (zdroj: vlastní)

Z tohoto grafu můžeme vidět, že v obou zdravotnických zařízeních je potřeba někoho blízkého velmi důležitá. Ze Zdravotnického zařízení 1 odpovědělo z celkového počtu 23 (100 %) na odpověď velmi důležitá 20 (87 %) respondentek a 3 (13 %) respondentky odpověděly spíše ano. Ve Zdravotnickém zařízení 2 z celkového počtu 30 (100 %) bylo pro 25 (83 %) respondentek přítomnost někoho blízkého také velmi důležitá a pro 5 (17 %) respondentek spíše ano. Ani v jedno zdravotnickém zařízení nebyly zodpovězeny odpovědi vůbec ne, spíše ne a nevím. Z grafu vyplývá, že pro respondentky je tato potřeba velmi důležitá.



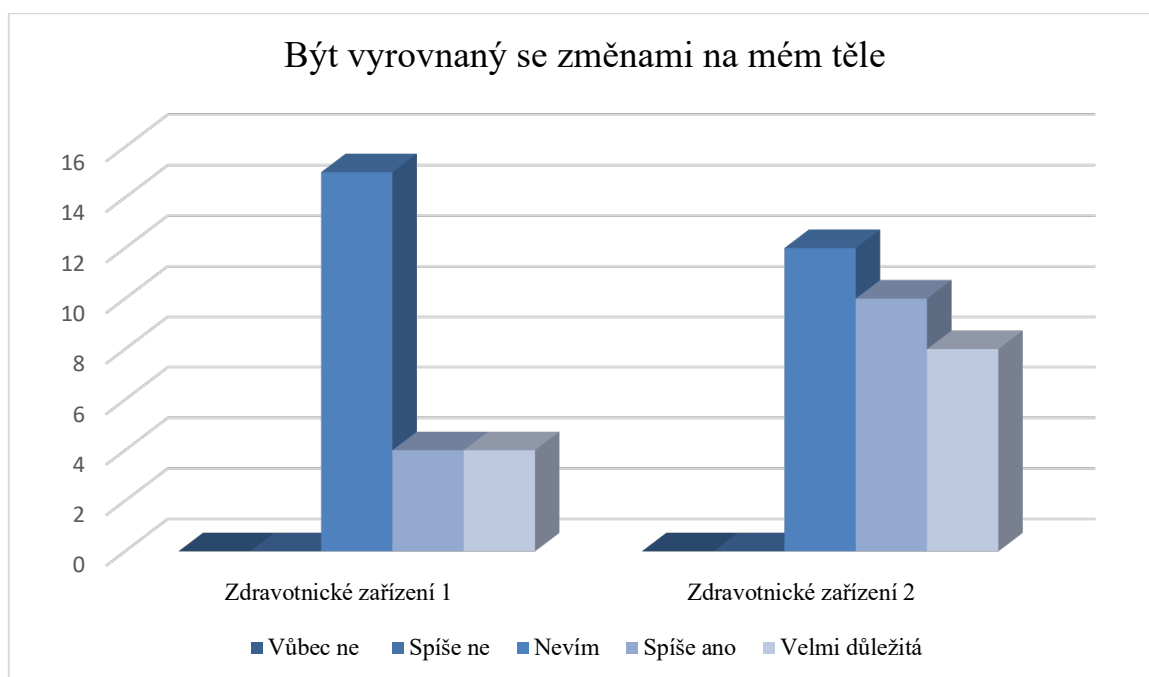
Obrázek 9 Graf – Položka: Přítomnost někoho blízkého: důležitost (zdroj: vlastní)

Tento graf znázorňuje, zda byla naplněna potřeba přítomnosti někoho blízkého. Jak můžeme vidět, respondentky ze Zdravotnického zařízení 1 z celkového počtu 23 (100 %) odpovědělo 19 (83 %) respondentek, že tato potřeba je pro ně velmi důležitá a 4 (17 %) respondentky odpověděly, že spíše ano. Stejně odpovědi se opakovaly i ve Zdravotnickém zařízení 2 z celkového počtu 30 (100 %) odpovědělo 23 (77 %) respondentek, že přítomnost někoho blízkého je pro ně velmi důležitá. 7 (23 %) respondentek odpovědělo, že spíše ano. Z toho to grafu vyplývá, že potřeba přítomnosti blízké osoby je naplněna.



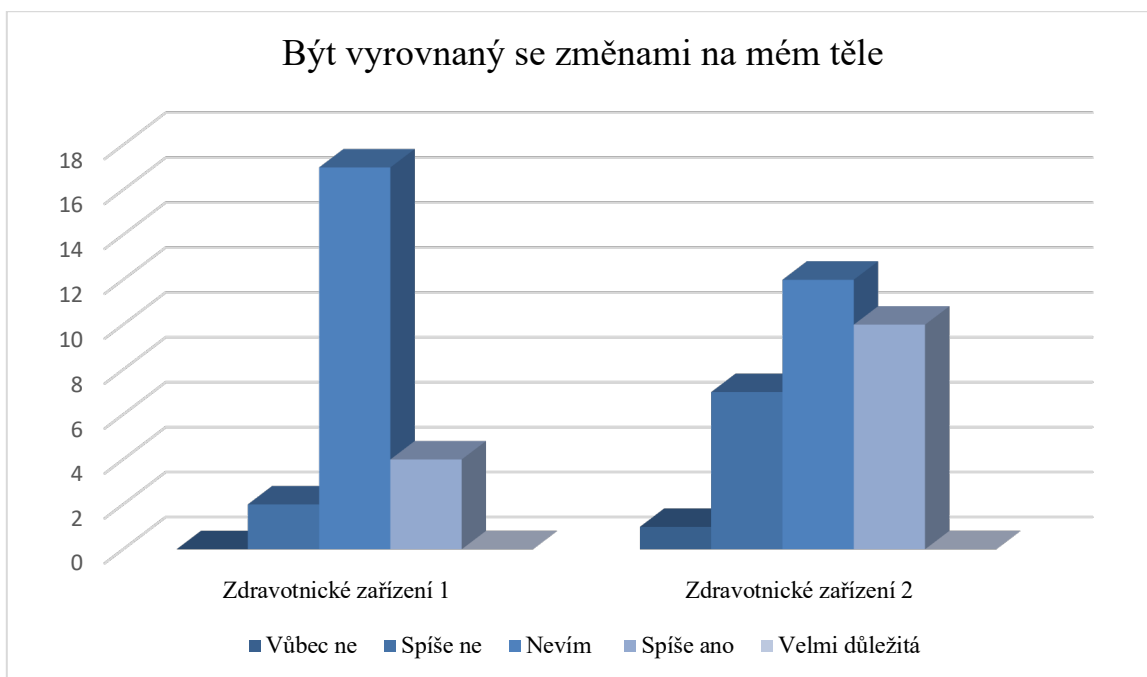
Obrázek 10 Graf – Položka: Přítomnost někoho blízkého: naplněnost (zdroj: vlastní)

Na otázku, zda jsou respondentky vyrovnané se změnami na svém těle odpovědělo ve Zdravotnickém zařízení 1 z celkového počtu 23 (100 %) převažovala odpověď nevím a to u 15 (66 %) respondentek. 4 (17 %) respondentky odpověděly, že spíše ano. A pro 4 (17 %) respondentek je to velmi důležité, aby se vyrovnaly se změnami na svém těle. Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek ve Zdravotnickém zařízení 2 odpovědělo podobně jako v první zdravotnickém zařízení, a to 12 (40 %) respondentek, že neví, zda je tato potřeba pro ně důležitá. Zatímco 10 (33 %) respondentek odpovědělo spíše ano a pro 8 (27 %) respondentek je vyrovnanost se změnami na svém těle velmi důležitá.



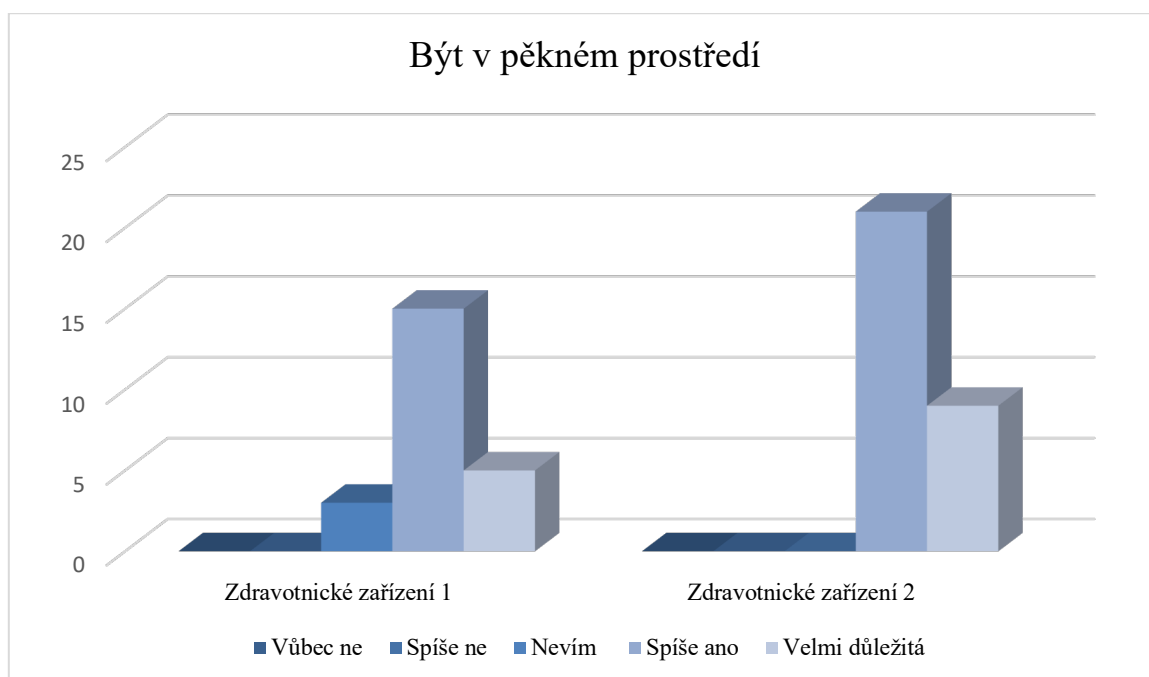
Obrázek 11 Graf – Položka: Být vyrovnaný se změnami na mém těle: důležitost (zdroj: vlastní)

Tento graf poukazuje na to, zda byla položka být vyrovnáný se změnami na mém těle naplněna. Ve Zdravotnickém zařízení 1 z celkového počtu 23 (100 %) respondentek odpověděly 2 (9 %) respondentky, že spíše se tato potřeba nenaplnila. 17 (74 %) respondentek odpovědělo, že neví a 4 (17 %) respondentky uvedly, že spíše ano. Zatímco ve Zdravotnickém zařízení 2 z celkového počtu 30 (100 %) uvedla 1 (3 %) respondentka, že se tato potřeba vůbec nenaplnila. 7 (24 %) respondentek uvedlo, že spíše ne a 12 (40 %) respondentek, že neví. U 10 (33 %) respondentek se objevila odpověď spíše ano. A ani v jednom zdravotnickém zařízení nebyla zodpovězena odpověď velmi důležitá.



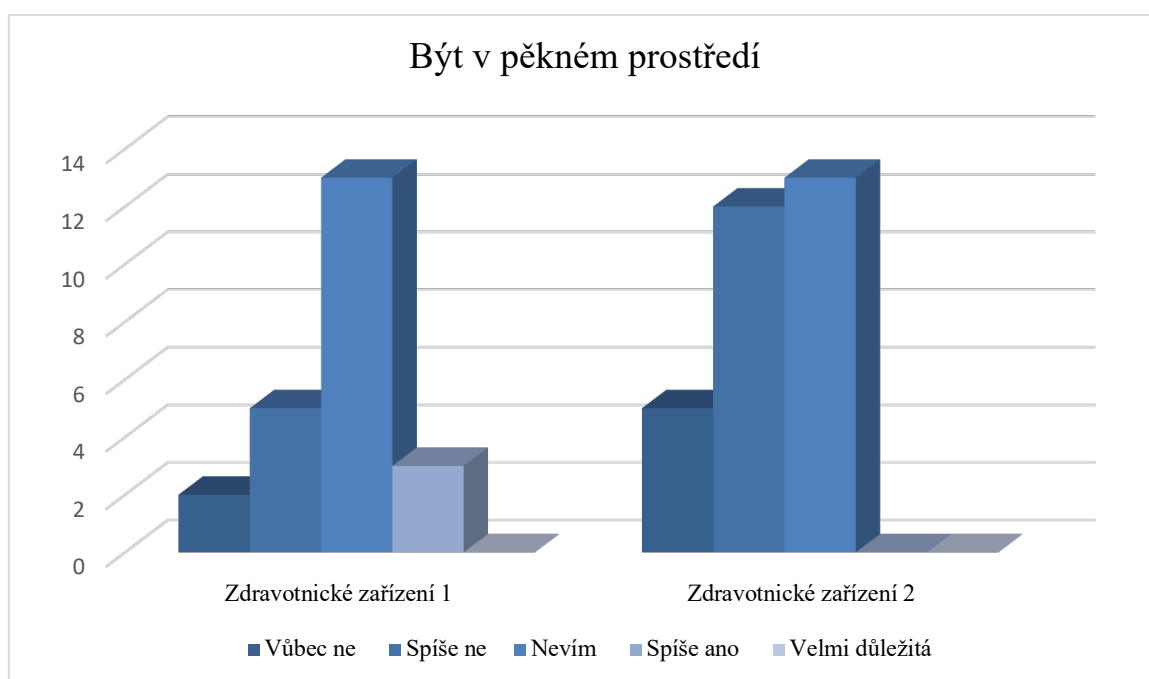
Obrázek 12 Graf – Položka: Být vyrovnáný se změnami na mém těle: naplněnost (zdroj: vlastní)

Otázka, která se zaměřuje na důležitost, zda byly respondentky v pěkném prostředí byla zodpovězena ve Zdravotnickém zařízení 1 z celkového počtu 23 (100 %), že u 5 (22 %) respondentek je tato potřeba velmi důležitá. 15 (65 %) respondentek uvedlo, že spíše ano a pouze 3 (13 %) respondentky uvedly, že neví. Naopak ve Zdravotnickém zařízení 2 z celkového počtu respondentek 30 (100 %) převládala odpověď spíše ano a to u 21 (70 %) respondentek. 9 (30 %) respondentek uvedlo, že je tato potřeba velmi důležitá. Ve Zdravotnickém zařízení 2 nebyla zodpovězena otázka vůbec ne, spíše ne a neví. A ve Zdravotnickém zařízení 1 nebyla zodpovězena otázka vůbec ne a spíše ne.



Obrázek 13 Graf – Položka: Být v pěkném prostředí: důležitost (zdroj: vlastní)

V tomto grafu je znázorněna, zda byla potřeba být v pěkném prostředí naplněna. Z grafu vyplývá, že ve Zdravotnickém zařízení 1 z celkového počtu 23 (100 %) odpověděly 2 (9 %) respondentky, že vůbec ne, 5 (22 %) jich odpovědělo, že spíše ne, 13 (57 %) respondentek zaškrtnulo odpověď nevím a 3 (12 %) odpovědělo spíše ano. Odpověď velmi důležitá nebyla zaškrtnuta ani jednou respondentkou. Ve Zdravotnickém zařízení 2 byly odpovědi velmi podobné. Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek odpovědělo 5 (17 %) respondentek, že vůbec ne. 12 (40 %) respondentek odpovědělo, že spíše ne. A stejně jako ve Zdravotnickém zařízení 1 odpovědělo 13 (43 %) respondentek, že neví. Ani ve Zdravotnickém zařízení 2 nebyla zaškrtnuta odpověď spíše ano a velmi důležitá. Dalo by se proto říci, že tato potřeba nebyla naplněna a pro respondentky je to velmi důležité, aby byly v pěkném prostředí, kde se budou cítit dobře.



Obrázek 14 Graf – Položka: Být v pěkném prostředí: naplněnost (zdroj: vlastní)

7 DISKUZE

V kapitole diplomové práce, která nese název „Paliativní péče v gynekologické onkologii“ se zaměřujeme na shrnutí důležitých poznatků v rámci paliativní péče v gynekologické onkologii. Diplomová práce je teoreticko – průzkumná. V teoretické části diplomové práce bylo cílem seznámit se s gynekologickou onkologií a paliativní péčí. Tato část obsahuje kapitoly věnující se v části první gynekologické malignitě, v části druhé se zaměřujeme na samotnou paliativní péči. V průzkumné části se zaměřujeme na potřeby pacientů v paliativní péči, kdy ukazujeme důležitost a následně naplněnost dané potřeby u pacientů v terminální fázi onemocnění. K průzkumu byl použit standardizovaný dotazník PNAP, který vytvořila doc. PhDr. Radka Bužgová, Ph.D. Od paní docentky byl získán souhlas k použití samotného dotazníku. Dotazník PNAP byl použit ve více kvalifikačních závěrečných pracích. Jedná se například o diplomovou práci Barevy z roku 2019, která nese název Identifikace a saturace potřeb terminálně nemocných pacientů. Ta se ve zmíněné diplomové práci věnuje důležitost a naplněností potřeb u terminálně nemocných pacientů na interním oddělení. Dále je dotazník použit v diplomové práci Janásové z roku 2019, která nese název Zjišťování potřeb pacientů jako nástroje pro zajištění kvalitně poskytované péče (v zařízení poskytovatele akutní lůžkové péče). Tato práce se zaměřuje na identifikaci potřeb onkologických pacientů, kteří jsou hospitalizováni na akutním lůžkovém oddělení.

V rámci průzkumné části diplomové práce byl stanoven hlavní cíl: Jaká je míra důležitosti a naplněnosti potřeb onkologických pacientů ovlivňující jejich kvalitu života. Standardizovaný dotazník byl rozdělen do 7 domén: fyzické, psychické, sociální, spirituální, autonomie, respekt a podpora a poslední doménou je smysl života. K potřebám v těchto doménách byly vytvořeny průzkumné cíle. První cíl zní: Zjistit míru důležitosti potřeb fyzických, psychických, sociálních, spirituálních, autonomie, respektu a podpory, smyslu života a smíření u onkologických hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu nemoci. Dalším cílem je: Zjistit míru naplněnosti potřeb fyzických, psychických, sociálních, spirituálních, autonomie, respektu a podpory, smyslu života a smíření u onkologických hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu nemoci. Třetí cíl zní: Zjistit míru nenaplněnosti potřeb fyzických, psychických, sociálních, spirituálních, autonomie, respektu a podpory, smyslu života a smíření u onkologických hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu nemoci. K těmto třem cílům byly vytvořeny průzkumné otázky, o kterých se zmiňujeme níže.

Standardizovaný dotazník PNAP byl rozdán k vyplnění pacientkám ve dvou pražských zdravotnických zařízeních. Data z těchto zdravotnických zařízení byly spojeny. V poslední

kapitole průzkumné části (6.4.8 Grafické znázornění otázek z dotazníku PNAP) byly tyto dvě nemocnice porovnány pro lepší orientaci v problematice.

Dotazníkového průzkumu se zúčastnilo 53 respondentek v průměrném věku 72 let. Dotazníky byly rozdány na gynekologickém oddělení, kde se věnují paliativní péči a z průzkumu vyšlo, že nejčastější gynekologickou malignitou při poskytování paliativní péče je karcinom ovarií u 29 (55 %) respondentek. Dle statistických údajů Národního onkologického registru (2021) mají zhoubné novotvary vaječníků incidenci 17,4/100 000 s mortalitou 11,6/100 000. Z těchto hodnot vyplývá pětileté přežití 43,7 % přičemž oproti staršímu období 2005-2009 došlo k nárustu o více jak 4 %. Tyto údaje korespondují s významným zastoupením paliativní péče pacientek s touto diagnózou v rámci dotazníkového šetření, neboť přes značné pokroky v léčbě, vedoucí k viditelnému poklesu mortality, zhoubné nádory ovarií nadále patří mezi nádory s nepříznivou prognózou. Mezi nejnovější modalit v léčbě těchto malignit patří imunoterapie, dle Siminiak a kolektivu autorů (2022) je karcinom ovarií nejvíce letální malignitou ze všech gynekologických nádorů, k čemuž přispívá skutečnost, že k diagnóze mnohdy dochází až v pozdních stádiích onemocnění, neboť onemocnění je po dlouho dobu asymptomatické. Siminiak (2022) dále uvádí, že základní modalitou v léčbě je chemoterapie s využitím cisplatiny nebo karboplatiny v kombinaci s chirurgickým výkonem, v současné době se zkoumá efektivita imunoterapie v léčbě tohoto onemocnění, přičemž efektivita nebyla prozatím jasně prokázána.

V následující části diskuze jsou jednotlivé výsledky analýzy dat prezentovány vyhodnocením stanovených průzkumných otázek. Důležitost a naplněnost potřeb je v následující části rozepsána.

Průzkumná otázka 1: Jaká je míra důležitosti potřeb fyzických, psychických, sociálních, spirituálních, autonomie, respektu a podpory, smyslu života a smíření u onkologických hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu nemoci?

První průzkumná otázka se zabývá mírou důležitosti potřeb v jednotlivých doménách dotazníku. Z výsledků dotazníku je patrné, že zásadní z hlediska důležitosti jsou pro pacientky zejména potřeby z oblasti autonomie, respektu a podpory, a také smysl života a smíření. Za zcela nejdůležitější potřebu lze na základě průzkumu označit přítomnost někoho blízkého s průměrnou hodnotou 4,85. Jako další nejvíce důležité potřeby vybraly pacientky mít pravdivé informace o svém zdravotním stavu a mít pocit, že jejich život měl smysl, oboje s důležitostí 4,79. Za velmi důležitou označily taktéž potřebu nemít problém s únikem moči (4,64). Potřeba

být bez bolesti, kterou by nejspíš mnozí očekávali jako potřebu nejvíce důležitou, byla pacientkami v průměru hodnocena 4,25. Plevová (2011) ve své knize uvádí, že se v posledních chvílích života potřeby pacienta mění, fyziologické potřeby ustupují do pozadí a důležitými se stávají zejména potřeby sociální, především přítomnost jiného člověka, tedy potřeba nebýt sám. Toto tvrzení je v souladu s výsledky průzkumu.

První doménou jsou potřeby fyzické. Nejvíce důležitou potřebou bylo pro pacientky nemít problém s únikem moči (4,65), nemít problém s kašlem (4,43) a nemít problém s únikem stolice (4,40). Až na čtvrtém místě se nachází potřeba být bez bolesti (4,25). Jako potřeba nejméně důležitá byla vybrána potřeba nepociťovat brnění nebo znecitlivění (3,43). Bareva (2019) ve své diplomové práci uvádí jako nejvíce důležitou potřebu být bez bolesti (4,5), zatímco nemít problém s únikem moči (3,9) se dle výsledků jejího průzkumu řadí svou důležitostí až na šesté místo. Na základě osobní zkušenosti z rozhovorů s respondentkami lze říci, že inkontinence je pro většinu z nich skutečně problém tíživější než bolest, neboť pacientky se za inkontinenci, a především s ní spojený zápach mnohdy stydí, kdežto bolest vnímají jako přirozenou součást nemoci.

V oblasti psychických potřeb byly hodnoceny pouze tři položky. Jako nejdůležitější z nich, lze na základě výsledků dotazníku označit mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách (4,09). Hatala (2022) ve své diplomové práci uvádí jako nejdůležitější potřebu mít naplněný den nějakou aktivitou (93,33 %), tuto potřebu jsme v rámci této diplomové práce zařadili mezi potřeby sociální. Jako nejdůležitější z potřeb, které byly v rámci této diplomové práce zařazeny do oblasti potřeb psychických vychází na základě jeho průzkumu položka být vyrovnaný se změnami na mém těle (91,67 %), potřeba mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách měla dle výsledků jeho práce menší důležitost (75 %).

Další doménou jsou potřeby sociální, kde nejvíce důležitou potřebou je přítomnost někoho blízkého (4,85). Jako další nejvíce důležité uvedme být finančně zajištěný (4,58) a mít důvěru v ošetrovatelský personál (4,32). Nejméně důležitou potřebou je dle pacientek mít přístup k jiným zdrojům informací (3,60), což lze vykládat několika způsoby. První variantou je důvěra v ošetřující personál, díky níž pacientky všechny potřebné informace již mají, a tudíž necítí potřebu vyhledávat si informace z jiných zdrojů. Poněkud méně optimistickým výkladem tohoto výsledku může být rezignace pacientek na zjišťování dalších znepokojujících informací o nevléčitelném onemocnění. Dle Janásové (2019) je nejdůležitější sociální potřebou finanční zabezpečení (98 %), přítomnost někoho blízkého má pak na základě výsledků jejího průzkumu

také značnou důležitost (89 %). Stejně jako v našem průzkumu má pak značně nižší důležitost potřeba mít přístup k jiným zdrojům informací (51 %).

Následující doménou jsou potřeby spirituální, ve které pacientky opět hodnotily důležitost pouze tří potřeb. Nejzásadnější je pro ně mít pozitivní náhled na život (4,66). Potřeba mít kontakt a podporu duchovní osoby (2,30) a být účasten na bohoslužbě a jiných obřadech (2,06) nejsou pacientkami vnímány jako příliš významné, což je lze připsat značnému podílu ateistů v české populaci. Xin Shi a kolektiv autorů (2023) uvádí zajímavou skutečnost, a to, že pacientky, které byly vdané uvádí značně nižší míru důležitosti spirituálních potřeb nežli pacientky, které jsou vdovy, svobodné či rozvedené.

V oblasti autonomie byly všechny položky dotazníku označovány jako velmi důležité, žádná z těchto potřeb nebyla v průměru hodnocena méně než 4,02. Tato skutečnost není překvapivá, neboť schopnost rozhodovat se samostatně o svém životě a jeho náplni je jednou ze základních lidských potřeb a pocit nezávislosti, byť alespoň částečný, na svém okolí hraje pro pacientky v terminální fázi onemocnění stále zásadní roli. Nejvíce důležitou potřebou bylo pro respondentky pečovat o své tělo (4,47). Bareva (2019) uvádí jako nejdůležitější potřeby pečovat o své tělo (4,5) a vyrovnanost s nemocí (taktéž 4,5). Překvapivě má potřeba být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají na základě jejího průzkumu poměrně nízkou důležitost (2,9), zatímco dle našeho průzkumu má důležitost značně vyšší (4,42).

Předposlední doménou je respekt a podpora. Nejdůležitější položkou této domény je mít pravdivé informace o mém zdravotním stavu (4,79) a mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou (4,64). Tyto výsledky ukazují, že ošetřující personál hraje stěžejní roli nejen v oblasti péče čistě o potřeby fyzické, ale také duševní, neboť vyjádření respektu a podpory právě od ošetřujícího personálu má pro pacientky zcela zásadní postavení. Dle Janásové (2019) jsou položky z této domény velmi důležité, což dokazují výsledky jejího dotazníkového šetření, hned čtyři položky byly v jejím průzkumu hodnoceny jako maximálně důležité (100 %) a to být ošetřován s respektem a úctou, mít ošetřovatelský personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou, mít podporu od ošetřujícího personálu a mít důvěru v ošetřovatelský personál.

Smysl života a smíření je poslední doménou dotazníku. Nejvíce důležitou potřebou je dle respondentek mít pocit, že jejich život měl smysl (4,79), vysoká důležitost této potřeby patrně nemůže nikoho překvapit. Zcela zásadní je pro pacientky také nemít strach ze závislosti na pomoci druhých (4,25). Maulerová (2019) zmiňuje ve své diplomové práci jako nejvíce

důležitou potřebu mít pocit, že můj život měl smysl (91 %), avšak tuto potřebu řadí mezi potřeby spirituální, neboť smysl života a smíření nevymezuje jako samostatnou doménu. U potřeby nemít strach ze závislosti na pomoci druhých uvádí taktéž vysokou důležitost (85 %) a tuto položku řadí mezi sociální potřeby.

Průzkumná otázka 2: Jaká je míra naplněnosti potřeb fyzických, psychických, sociálních, spirituálních, autonomie, respektu a podpory, smyslu života a smíření u onkologických hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu nemoci?

První doménou, v níž byla zkoumána míra naplněnosti jsou potřeby fyzické. Potřebou nejlépe naplněnou bylo nemít problém s únikem stolice (4,06). Další nejlépe naplněnou potřebou bylo nemít problém se zvracením (3,62). Bužgová a kolektiv autorů (2013) ve své studii pilotního testování dotazníku PNAP na onkologickém oddělení zjistili, že nejvíce naplněnou položkou z dotazníku byla potřeba být bez únavy (26) a na druhém místě se umístila potřeba být bez bolesti (23). Nemít problém s únikem stolice v této studii bylo až na pátém místě, a to s výsledkem (5).

Další zkoumanou doménou byla naplněnost psychických potřeb. Potřebou nejlépe naplněnou bylo mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách (4,06). Dle Hatala (2022) položky v oblasti psychických potřeb jsou nejvíce naplněné položky cítit podporu od ošetřujícího personálu (90 %) a mít ošetřující personál, který mi naslouchá (85 %). Zatímco Bužgová a kolektiv autorů (2013) uvádí, že nejvíce naplněnou položkou byla potřeba nemít strach ze závislosti na pomoci druhých (23).

Nejlépe naplněnou sociální potřebou podle výsledků dotazníku byla přítomnost někoho blízkého (4,79). Bareva (2019) ve své diplomové práci uvádí, že nejlépe naplněnou potřebou je přítomnost někoho blízkého (4,7) a přístup k jiným zdrojům informací (4,7). Z tohoto lze usoudit, že přítomnost někoho blízkého je pro pacienty velmi důležitou a zároveň nejvíce naplněnou potřebou.

Ze spirituálních potřeb byla nejlépe naplněna potřeba mít pozitivní náhled na život (4,28). Hajnová Fukasová a kolektiv autorů (2015) uvádí, že při uspokojování potřeb pacienta by se mělo nahlížet na člověka jako na jednotu těla a ducha. Naplněnost spirituálních potřeb není jednoduchá i proto, že pojem spiritualita nemá jasné a cílené vymezení.

Z domény autonomie se dle výsledků průzkumu nejlépe dařilo naplnit potřebu pečovat o své tělo (3,77) a být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají (3,72). Zatímco Janásová (2019)

uvádí ve své diplomové práci jako nejvíce naplněnou položku v oblasti autonomie moci pokračovat v obvyklých aktivitách 48 (70 %) a dále potřebu mít soukromí 35 (54 %).

V předposlední doméně, kterou je respekt a podpora byla nejlépe naplněna potřeba být ošetřován s respektem a úctou (4,30). Bareva (2019) zmiňuje jako nejvíce naplněnou položku důvěru v ošetrovatelský personál (4,6) a následně také být ošetřován s respektem a úctou (4,5). I Hatala (2022) ve své diplomové práci uvádí, že položka být ošetřován s respektem a úctou byla naplněna u (91 %). Z výsledků vyplývá, že položka být ošetřován s respektem a úctou je naplněna ve více prací, které se touto problematikou zabývají.

Poslední oblastí, v níž byla zkoumána naplněnost je smysl života a smíření, kde nejlépe naplněnou potřebou bylo mít pocit, že můj život měl smysl (4,75). Dle Janásová (2019) je nejvíce naplněna položka z oblasti smyslu života a smíření být, vyrovnaný se změnami na mém těle (70 %).

Průzkumná otázka 3: Jaká je míra nenaplněnosti potřeb fyzických, psychických, sociálních, spirituálních, autonomie, respektu a podpory, smyslu života a smíření u onkologických hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu nemoci?

Jako první byla v dotazníku zkoumána míra nenaplněnosti potřeb fyzických. Nejhůře naplněnou položkou z této oblasti a současně nejhůře naplněnou potřebou celkově ze všech domén bylo být bez únavy (1,62). Další potřebou, kterou se dle pacientek nedaří příliš naplnit je nemít problém se zácpou (1,85) a nemít problém s kašlem (1,91). Hatala (2022) uvádí ve své diplomové práci jako nejméně naplněnou potřebu být bez únavy (42 %).

Druhou doménou, kde byla zkoumána nenaplněnost jsou psychické potřeby. Nejhůře naplněnou potřebou z této oblasti je být vyrovnaný se změnami na mém těle (3,06). Bužgová a kolektiv autorů (2013) zmiňuje jako nenaplněnou položku v oblasti psychických potřeb být vyrovnaný s tělesnými změnami (10) a dále vyrovnání se s nemocí (10).

Z domény věnující se sociální potřebou se nejhůře dařilo naplnit potřebu být v pěkném prostředí (2,47) a mít přístup k jiným zdrojům informací (3,28). V průzkumu Janásová (2019) se nejhůře dařilo naplnit potřebu mít přístup k jiným zdrojům informací (19 %) a dále se v jejím průzkumu nenaplnila potřeba být v pěkném prostředí (19 %).

Následující oblastí, v níž byla zkoumána míra nenaplněnosti jsou spirituální potřeby, kde potřebou nejhůře naplněnou je na základě výsledků dotazníku být účasten na bohoslužbě nebo jiných obřadech (2,17). Dle Hataly (2022) je v spirituální oblasti nejméně naplněna položka mít

kontakt a podporu duchovní osoby (40 %) a také jako v našem průzkumu nebyla naplněna položka být účastněn na bohoslužbě (44 %).

V oblasti autonomie byly nejhůře naplněny potřeba mít soukromí (2,32) a moci pokračovat v obvyklých aktivitách (2,43). V pilotním testování dotazníku PNAP u Bužgové a kolektivu autorů (2013) vychází z průzkumu jako nenaplněné položky možnost rozhodovat se, respekt a úcta při ošetřování, mít soukromí a informace o ošetřovatelské péči, kdy v tomto případě jsou odpovědi u těchto položek (0).

Předposlední doménou, v níž byla zkoumána míra nenaplněnosti je respekt a podpora. Zde byla nejhůře naplněna položka dotazníku mít informace o ošetřovatelské péči (3,42). Bareva (2019) uvádí jako nejhůře naplněnou položku podpora ošetřujícího personálu (4,2). Zatímco Janásová (2019) uvedla jako nejhůře naplněnou položku být ošetřován s respektem a úctou (4 %).

Poslední oblastí, u které jsme zkoumali míru nenaplněnosti byl smysl života a smíření. Nejhůře naplněnou položkou zde bylo nemít strach ze závislosti na pomoci druhých (2,77). Janásová (2019) zmiňuje nejhůře naplněnou položku z oblasti smyslu života mít pocit, že můj život měl smysl (3 %) a dále uvádí položku být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají (49 %).

8 ZÁVĚR

Diplomová práce nesoucí název „Paliativní péče v gynekologické onkologii“ byla členěna obvyklým způsobem na teoretickou část a průzkumnou část.

V teoretické části diplomové práce byla shrnuta problematika gynekologické malignity a v druhé části jsme se věnovali samotné paliativní péči, kde byla podrobněji rozepsaná její definice či samotná historie. Dále bylo v teoretické části popsáno rozdělení paliativní péče, kdo všechno spadá do multidisciplinárního týmu. A v poslední řadě jsme se věnovali bio-psycho-socio-spirituálním potřebám nemocného v terminální fázi nemoci, kterým jsme se věnovali následně v průzkumné části.

V průzkumné části diplomové práce byl stanoven hlavní cíl práce a tři dílčí cíle. Dílčí cíle jsou podrobněji popsány v kapitole 7. Diskuze. Hlavním cílem bylo zjistit jaká je míra důležitosti a naplněnosti potřeb onkologických pacientů ovlivňující jejich kvalitu života. V rámci tohoto průzkumu byl použit standardizovaný dotazník PNAP, který vytvořila doc. PhDr. Radka Bužgová, PhD, který se zabývá potřebami pacientů v terminální fázi nemoci. Do průzkumu bylo zahrnuto celkem 53 respondentek. Dotazníky byly rozdány ve dvou fakultních nemocnicích, a to ve Zdravotnickém zařízení 1 a ve Zdravotnickém zařízení 2 na gynekologicko – porodnickém oddělení, kde se zaměřují na paliativní péči. Ve Zdravotnickém zařízení 1 bylo rozdáno 25 dotazníků a jeho návratnost byla 23. Zatímco ve Zdravotnickém zařízení 2 bylo rozdáno 35 a jeho návratnost byla 30 dotazníků. Z výsledků dotazníku je patrné, že potřeby pacientů se v terminální fázi onemocnění mění, potřeby fyzické částečně ustupují do pozadí a zásadní se pro pacienty stávají zejména potřeby sociální, především pak přítomnost někoho blízkého. Z potřeb fyzických je dle výsledků dotazníku nejdůležitější nemít problémy s inkontinencí, je nepochybné, že inkontinence značně snižuje kvalitu života pacientek a je problémem nejen u onkologicky nemocných. Pro pacientky je také zásadní mít pocit, že jejich život měl smysl, přičemž každý může nalézt smysl svého života v něčem jiném. Můžeme tedy říci, že hlavní cíl a dílčí cíle byly splněny.

Dotazníkové šetření pomocí standardizovaného dotazníku PNAP bylo provedeno po dosažení stanovených cílů a po získání souhlasu od autorky dotazníku a také až když jsme získali souhlas ze zdravotnických zařízení. K dotazníku PNAP jsme se respondentek ptali na demografická data, a to na jejich věk a s jakým typem gynekologické malignity se léčí. Průměrný věk respondentek byl 72 let a nejčastější maligní karcinom při kterém je poskytována a paliativní péče je karcinom ovarií. Odpovědi na otázku věku jsou zpracovány pomocí popisné

statistické tabulky, tabulky četnosti a věk je znázorněn i pomocí histogramu. Tyto výsledky byly zpracovány v programu STATISTICA. Výsledky z dotazníkového šetření byly posouzeny na základě získaných odpovědí od respondentek a byly vloženy do tabulek popisné statistiky, které byly vytvořeny v programu Microsoft Excel. Odpovědi v tabulkách jsou výsledky z obou fakultních nemocnic, které jsme daly dohromady. Pro lepší orientaci bylo vytvořeno 12 grafů, které ukazují na důležitost a naplněnost potřeb respondentek v dané fakultní nemocnici. Tyto grafy byly vytvořeny a zpracovány v programu Microsoft Excel.

Z vlastní zkušenosti v rámci průzkumu diplomové práce mohu říci, že obor paliativní medicína je pro zdravotnický personál velmi náročný, a to hlavně po psychické stránce. Náročnost spočívá mimo jiné v tom, že každý jedinec má jiné potřeby, na kterých mu záleží, a které jsou pro něj důležité. Výsledky průzkumu potvrzují, že důležitost jednotlivých potřeb je u pacientů odlišná, ale nejvíce se respondentky shodly, že je pro ně důležité být v přítomnosti někoho blízkého (4,85). Multidisciplinární tým se snaží zajistit pro každého pacienta tu nejlepší kvalitu života, k dosažení tohoto cíle je však nezbytná spolupráce rodiny a blízkých pacienta. Myslím si, že přítomnost blízké osoby je pro každého jedince, ať už je v terminální fázi nemoci, či ho trápí něco jiného, velmi důležitá.

Z dotazníků dále vyplývá, že řada potřeb se daří naplnit velmi dobře, ovšem stále zůstávají některé potřeby, které se příliš naplnit nedaří. Mezi potřeby jejichž naplněnost je nižší patří zejména potřeba být v pěkném prostředí, není překvapivé, že nemocniční prostředí není pro mnohé z pacientů příjemné, i proto se v dnešní době v paliativní péči snaží o zvýšení dostupnosti domácích hospiců a umožnění pacientům strávit poslední období jejich života doma, tedy v prostředí, které je jim příjemné a v kruhu jejich blízkých.

Musím konstatovat, že dotazník PNAP je velmi vhodnou a snadnou pomůckou, jak zjistit důležitost potřeb pacientů v terminální fázi nemoci. Mezi hlavní přednosti tohoto standardizovaného dotazníku patří možnost porovnat potřeby pacientů napříč různými zdravotnickými zařízeními, dotazník se věnuje všem doménám paliativní péče a umožňuje posoudit důležitost a naplněnost daných potřeb. Princip vyplnění dotazníku je snadný na pochopení a současně je dotazník velmi přehledně strukturovaný. Určitý nedostatek shledávám v rozsahu dotazníku, neboť vyplnění názoru na 40 otázek zabere delší časový úsek a vyžaduje značné soustředění, přičemž řada pacientek pocítuje výraznou únavu, a právě se zmiňovaným soustředěním má obtíže. Zároveň si dovoluji označit otázku číslo 28 (Mít pocit, že můj život měl smysl) za kontroverzní a dle mého názoru nevhodnou.

Děkuji autorce dotazníku PNAP za udělení souhlasu k realizaci výzkumu, a tím možnost zjistit jaké jsou potřeby pacientů v terminální fázi nemoci, tato zkušenost byla velmi obohacující. Paliativní péče je doposud značně přehlíženou oblastí zdravotní péče, i pro mne byla až do nedávna oblastí v níž byly mé znalosti značně omezené. Po vypracování této diplomové práce mohu říci, že je však paliativní péče velmi důležitá a myslím si, že širší povědomí o ní napříč odbornou i laickou veřejností by bylo bezpochyby přínosné.

9 POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

BAREVA, Andrea. *Identifikace a saturace potřeb terminálně nemocných pacientů*. [online]. Pardubice, 2019. [cit. 2024-03-20]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/eqwxau/>. Diplomová práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Horáčková. Ph.D.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních, potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.

BUŽGOVÁ, Radka, HAJNOVÁ FUKASOVÁ, Erika, SIKOROVÁ, Lucie a Radka KOZÁKOVÁ. *Pilotní testování dotazníku PNAP „Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči“ na onkologickém oddělení. Ošetřovatelství a porodní asistence* [online]. 2013, 4(3), s. 628-633. [cit. 2018-07-8]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: <http://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2013/03/06.pdf>

BUŽGOVÁ, Radka, SIKOROVÁ, Lucie, KOZÁKOVÁ, Radka a Darja JAROŠOVÁ. *Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči. Onkologie* [online]. 2013, 7(6), s. 310-314. [cit. 2018-07-14]. ISSN 1802-4475. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2013/06/11.pdf>

CIBULA, David, PETRUŽELKA, Luboš, a kolektiv. *Onkogynekologie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2665-6.

ČEPICKÝ, Pavel. *Gynekologické minimum pro praxi*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-3027-6.

ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. *Multidisciplinarita není jen více odborníků na jednom pracovišti*. *nzip.cz* [online]. [cit. 2023-11-07]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/471-multidisciplinarita-neni-jen-vice-odborniku-na-jednom-pracovisti>

DUŠEK, Ladislav, MUŽÍK, Jan, KUBÁSEK, Miroslav, KOPTÍKOVÁ, Jana, ŽALOUDÍK, Jan, VYZULA, Rostislav. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice*. SVOD.cz [online]. 2005. [cit. 2024-02-28]. Dostupné z: <https://www.svod.cz>

FIRTHOVÁ, Pam, LUFFOVÁ, Gill, OLIVIERE, David. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Společnost pro odbornou literaturu. 2008. ISBN 978-80-87029-21-3.

FÍNEK, Jindřich. *Nádory vaječníků a vejcovodů*. Linkos.cz [online]. 2021. [cit. 2023-11-02]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/gynekologicke-nadory-c51-54-c56-57/nadory-vajecniku-a-vejcovodu/>

FREITAG, Pavel. *Onkogynekologie minimum pro praxi*. Praha: TRITON, 2001. ISBN 80-7254-196-X.

HAJNOVÁ FUKASOVÁ, Erika, BUŽGOVÁ, Radka, Felzl, David. *Hodnocení duchovních potřeb pacientů v paliativní péči*. Linkos.cz [online]. 2015. [cit. 2024-03-05]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/400/4630.pdf>

HATALA, Daniel. *Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči*. [online]. Olomouc, 2022. [cit. 2024-03-25]. Dostupné z: https://theses.cz/id/rniget/DP_HATALA_Hodnoceni_potreb_pacienti_paliativni_pece.pdf?iss hlret=aspekty%3B;info=1;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DSociální%20aspekty%20ohospicové%20péče%26start%3D9 Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci Pedagogická fakulta. Katedra antropologie a zdravotní vědy. Vedoucí práce: PhDr. Hana Heiderová, Ph.D.

HEŘMANOVÁ, Jana, VÁCHA, Marek, SVOBODOVÁ, Hana, ZVONÍČKOVÁ, Marie a Jan SLOVÁK. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

CHOVANEC, Josef, NÁLEŽINSKÁ, Monika. *Nádorové onemocnění pochvy*. Linkos.cz [online]. 2022. [cit. 2023-10-15]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/gynekologicke-nadory-c51-54-c56-57/nadorove-onemocneni-pochvy/>

CHOVANEC, Josef, NÁLEŽINSKÁ, Monika. *Nádorové onemocnění těla děložního*. Linkos.cz [online]. 2022. [cit. 2023-10-20]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/gynekologicke-nadory-c51-54-c56-57/nadorove-onemocneni-tela-delozniho/>

JANÁSOVÁ, Petra. *Zjišťování potřeb pacientů jako nástroje pro zajištění kvalitně poskytované paliativní péče (v zařízení poskytovatele akutní lůžkové péče)*. [online]. Jihlava, 2019. [cit. 2024-03-25]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/2e908t/>. Diplomová práce. Vysoká škola Polytechnická Jihlava katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce: doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

LOPEZ – ACEVEDO, M. et. al. *Timing of end-of-life care discussion with performance on end-of-life quality indicators in ovarian cancer*. Sciencedirect.com [online]. 2013. [cit. 2023-12-08]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0090825813>

KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci. Druhé, přepracované a doplněné vydání*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-5049-4.

KABELKA, Ladislav SLÁMA, Ondřej, LOUČKA, Martin. *Paliativní péče v České republice 2016. Situační analýza. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP*. [online]. 2016. [cit. 2023-12-02]. Dostupné z: <https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>

KISS, Igor a kolektiv autorů. *Modrá kniha České onkologické společnosti.30 aktualizace*. Česká onkologická společnost ČLS JEP. Brno: Masarykův onkologický ústav. [online]. 2024. [cit. 2024-05-02]. ISSN 978-80-86793-58-0 Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/modra-kniha/23.pdf>

MARKOVÁ, Alžběta, a kolektiv. *Hospic do kapsy. Příručka pro domácí paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 2021. ISBN 978-80-88126-77-5.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

MAULEROVÁ, Nikola. *Hodnocení potřeb u pacientů v paliativní péči*. [online]. Olomouc, 2019. [cit. 2024-03-26]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/bsqgle/31054024>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd. Ústav ošetřovatelství. Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šáteková, PhD.

MZ ČR. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Tisková zpráva – Ministerstvo zdravotnictví spouští nový projekt na podporu paliativní péče v nemocnicích*. [online]. Praha,

2018. [cit. 2023-11-19]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-spousti-projekt-na-podporu-paliativni-pece-v-nemocnicich/>

MZ ČR. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Věstník 9/2004*. [online]. Praha, 2020. [cit. 2023-12-12]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-9-2004/>

O'CONNOR, Margaret, ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.

PAYNE, Sheila. a kol. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-808-7029-251.

PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.

RADBRUCH, Lukas a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-1-2.

REINISCH, Iveta. *5 fází smutku aneb Jak funguje model Kübler-Rossové v těžkých životních situacích*. Spektrumzdravi.cz [online]. 2022. [cit. 2023-12-05]. Dostupné z: <https://www.spektrumzdravi.cz/psychologie/5-fazi-smutku-aneb-jak-funguje-model-kubler-rossove-v-tezkych-zivotnich-situacich>

ROB, Lukáš. *Zhoubné nádory děložního hrdla (čípku)*. Linkos.cz [online]. 2021. [cit. 2023-10-12]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/gynekologicke-nadory-c51-54-c56-57/zhoubne-nadory-delozniho-hrdla-cipku/>

SHI, X. et. al. *Current status and influencing factors of spiritual needs of patients with advanced cancer: a cross – sectional study*. National Library of Medicine. [online]. 2023. [cit. 2024-03-12]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37076918/>

SIMINIAK N, CZEPCZYŃSKI R, ZOBOROWSKI MP, IZYCKI D. *Immunotherapy in Ovarian Cancer*. *Arch Immunol Ther Exp* (Warsz). [online]. 2022 [cit. 202-03-06]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35941287/>

SKŘIČKOVÁ, Jana, TOMÍŠKOVÁ Marcela, DOUBKOVÁ Martina. *Dušnost – jeden příznak, mnoho příčin i u nádorových onemocnění*. Farmakoterapeutická Revue. 2018, roč. 1, 2/2018. ISSN 2533-6878.

SKÁLA, Bohumil, SLÁMA, Ondřej, VORLÍČEK, Jiří, KABELKA, Ladislav. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011. ISBN 978-80-869-9851-0.

SLÁMA, Ondřej. *Obecná a specializovaná péče v ČR. Paliativní medicína a léčba bolesti*. [online]. 2012. 5 (1), s. 10–12. [cit. 2023–12–08]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>

SLÁMA, Ondřej. *Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě*. Prolékaře.cz [online]. 2009, 22 (4), 183-185. [cit. 2023-12-15]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/klinicka-onkologie/2009-4-1/paliativni-a-hospicova-pece-v-ceske-republice-a-v-evrope-32883>

SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří, et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.

SOCHOR, Marek, ZÁVADOVÁ, Irena, SLÁMA, Ondřej, (eds.). *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2019. ISBN 978-80-204-4223-9.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠANĚK, Jiří. *Když to konečně přebolí*. Psychologie.cz [online]. 2013. [cit. 2023-10-28]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/kdyz-konecne-preboli/>

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠVECOVÁ, Dagmar. *Kvalita života pacientů v paliativní péči, ošetrovatelská péče v zahraničí*. Linkos.cz [online]. 2013. [cit. 2024-01-15]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/kvalita-zivota-pacientu-v-paliativni-peci-osetrovatelska-pece-v-zahranici/>

Teoli D, Schoo C, Kalish VB. *Palliative Care*. 2023 Feb 6. In: StatPearls [online]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. [cit. 2024-20-03]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30725798/>

WOOD H, DICKMAN A, STAR A, BOLAND JW. *Updates in palliative care – overview and recent advancements in the pharmacological management of cancer pain*. Clin Med (Lond). [online]. 2018 Feb;18(1):17-22. [cit.2023-11-22]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29436434/>

ZÁKON č. 105/2011 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. [online]. [cit. 2023-11-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-105/historie>

10 PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník PNAP (Originál)	96
Příloha B – Souhlas od doc. PhDr. Radky Bužgové, Ph.D.	100
Příloha C – Dotazník – demografické proměnné.....	101
Příloha D – Souhlas o provedení výzkumu ve VFN.....	102
Příloha E – Souhlas Etické komise VFN	103

Přílohy

Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (Dotazník PNAP)

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, jaké jsou vaše problémy a potřeby. Zaměřuje se na oblasti, které mohou být pro vás důležité a ve kterých byste případně potřebovali další pomoc.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím odpověď, která se vám zdá nejvhodnější. Často to bývá ta, která vás napadne jako první.

V prvním sloupci se ptáme, jak je pro vás uvedená položka v posledním týdnu důležitá, např.:

Být bez bolesti

vůbec ne	spíše ne	nevím	spíše ano	velmi důležitá
1	2	3	4	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, jak moc jste v posledním týdnu považoval/a za důležité být bez bolesti. Přečtěte si laskavě každou položku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje vaši odpověď.

V dalším sloupci zjišťujeme, zda položky, které jsou pro vás důležité, byly naplněny. Druhý sloupec vyplňte v případě, že jste v prvním sloupci položku označili za spíše důležitou nebo velmi důležitou (tedy číslem 4 nebo 5). Pokud jste označili položku jako nedůležitou, spíše nedůležitou nebo nevím (tedy číslem 1, 2, 3), druhý sloupec nevyplňujte, např.:

Být bez bolesti

Je to pro mě důležité?

vůbec ne	spíše ne	nevím	spíše ano	velmi důležitá
1	2	3	④	5

Byla tato položka naplněna?

vůbec ne	spíše ne	nevím	spíše ano	ano, velmi
1	②	3	4	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejvíce odpovídá tomu, jak uvedená pro vás důležitá položka byla naplněna. Např. pokud jste byli bez bolesti, byla naplněna velmi. Pokud jste prožívali velkou bolest, nebyla naplněna vůbec.

Odpovězte laskavě na každou z uvedených položek.

Položka	Je to pro mě důležité?					Byla tato položka naplněna?				
	vůbec ne				velmi	vůbec ne				velmi
1. Mít možnost pečovat o své tělo (umytí, oblékání, jídlo)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Být bez bolesti	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Schopnost soustředit se	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Být bez únavy	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Nemít problém se spánkem	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Nemít problém s únikem moči	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Nemít problém s únikem stolice	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Nebýt dušný	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Nemít problém se zácpou	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Nemít problém se zvracením	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Nemít problém s kašlem	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Nemít problém se svěděním	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. Nepocítovat brnění nebo znecitlivění	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14. Netrpět pocením, návaly horka	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Moci pokračovat v obvyklých aktivitách	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Položka	Je to pro mě důležité?					Byla tato položka naplněna?				
	vůbec ne				velmi	vůbec ne				velmi
16. Být ošetřován s respektem a úctou	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. Mít možnost dělat vlastní rozhodnutí	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Mít soukromí	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Přítomnost někoho blízkého	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. Mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21. Cítit podporu od ošetřujícího personálu	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22. Mít naplněný den nějakou aktivitou	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. Mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24. Mít možnost hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25. Mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
26. Mít kontakt a podporu duchovní osoby	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
27. Být účasten na bohoslužbě nebo jiných obřadech	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
28. Mít pocit, že můj život měl smysl	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
29. Být vyrovnaný s nemocí	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
30. Nemít strach ze závislosti na pomoci druhých	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
31. Být vyrovnaný se změnami v mém těle	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32. Být naplněn klidem	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Položka	Je to pro mě důležité?					Byla tato položka naplněna?				
	vůbec ne				velmi	vůbec ne				velmi
33. Být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
34. Mít pozitivní náhled na život	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
35. Mít pravdivé informace o svém zdravotním stavu	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
36. Mít informace o ošetrovatelské péči	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
37. Mít důvěru v ošetrovatelský personál	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
38. Mít přístup k jiným zdrojům informací (internet, knihy, TV)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
39. Být finančně zajištěný	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
40. Být v pěkném prostředí	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

©Bužgová 2014

Dotazník FIN – měření potřeb rodinných příslušníků

Níže je uveden seznam potřeb, které byly zaznamenány členy rodiny pacientů s nevyлéčitelným onemocněním. Prosím ohodnoťte, jak je pro vás každá položka důležitá, a to body od 0 do 5 podle vaší současné situace. Pokud pro vás daná položka není vůbec důležitá, ohodnoťte ji 0 body, pokud je pro vás velmi důležitá, tak 5 body. Pokud je to někde mezi, ohodnoťte ji body od 0 do 5 podle toho, jak je pro vás důležitá. U položek, které jste označili jako důležité nebo velmi důležité (tedy čísla 4 nebo 5), uveďte, zda cítíte tuto potřebu v současné době naplněnou, částečně naplněnou nebo nenaplněnou. První řádek je uveden jako vzor.

Nevyplněné místo ve větě _____ poukazuje na osobu, o kterou se staráte. Neuvádějte prosím žádné jméno, zachovejte anonymitu.

Příloha B – Souhlas od doc. PhDr. Radky Bužgové, Ph.D.

[Zpět](#) [Přesunout](#) [Označit](#) [Spam](#) [Smazat](#) [Odpovědět](#) [Odpovědět všem](#) [Přeposlat](#) [↑](#) [↓](#)

Bužgová Radka Radka.Buzgova@osu.cz 27. 11. 2023, 13:44
Komu: Nikola.Dolanska@seznam.cz

RE: Prosba o použití Vašeho standardizovaného dotazníku PNAP ☆

Dobrý den, paní Dolanská,
Dotazník byste určitě mohla použít.
S pozdravem,
Radka Bužgová

From: Nikola Dolanská <Nikola.Dolanska@seznam.cz>
Sent: Monday, November 27, 2023 1:31 PM
To: Bužgová Radka <Radka.Buzgova@osu.cz>
Subject: Prosba o použití Vašeho standardizovaného dotazníku PNAP

Dobrý den, paní docentko,

jmenuji se Nikola Dolanská a jsem studentkou na Univerzitě v Pardubicích, na magisterském oboru perioperační péče v gynekologii a porodnictví. Příští rok mě čekají státní závěrečné zkoušky a téma mé diplomové práce zní Paliativní péče v gynekologické onkologii. Chtěla bych se Vás zeptat, zda bych pro praktickou část mé diplomové práce mohla použít Váš standardizovaný dotazník PNAP, který se zaměřuje na potřeby pacientů v paliativní péči? Předem děkuji za odpověď.

Přeji Vám pěkný den.

S pozdravem
Nikola Dolanská

Rychlá odpověď

ND Nikola Dolanská → Bužgová Radka

Příloha C – Dotazník – demografické proměnné

Vážené pacientky,

Jmenuji se Nikola Dolanská a jsem studentkou dálkového studia 2. ročníku navazujícího magisterského studia – obor Perioperační péče v gynekologii a porodnictví na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Ráda bych Vás touto cestou poprosila o vyplnění dotazníku věnovanému Paliativní péči v gynekologické onkologii, který je zaměřený na potřeby v paliativní péči. Dotazník je anonymní a poskytnuté informace budou sloužit k výzkumným účelům v rámci mé diplomové práce.

Děkuji Vám za spolupráci, ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníku.

Bc. Nikola Dolanská


1. Váš věk:

- a) 50–59 let
- b) 60–69 let
- c) 70–79 let
- d) 80–89 let

2. S jakým typem gynekologického nádoru se léčíte?

- a) Karcinom vulvy
- b) Karcinom pochvy
- c) Karcinom děložního hrdla
- d) Karcinom děložního těla
- e) Karcinom vejcovodů
- f) Karcinom ovárií
- g) Jiné.....

Příloha D – Souhlas o provedení výzkumu ve VFN

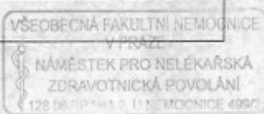


VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
 U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel. 224 961 111

Formulář | F-VFN-075 | strana 1 z 1 | verze 4

ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVOU AKCI

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	DOVANSKÁ NIKOLA		
Kontaktní adresa	ŠURKOVSKÁ 54/1A, PRAHA 9 - STŘEHOV, 199 00		
Telefon	453 575 320	e-mailová adresa	nikola.dovanska@seznam.cz
Škola / fakulta	UNIVERZITA PARDUBICE - FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ		
Obor studia	SPECIÁLIZACE V POROBNÍ ANESTEZII - PEROPERATIVNÍ PÉČE		
Téma závěrečné práce	PALIATIVNÍ PÉČE V ONKOLOGICKÉ ONKOLOGII		
Termín sběru dat	21. 1. 2024		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	ONKOLOGICKO - POROBNÍ KLINIKA LEKÁRSKÉ FAKULTY UNIVERZITY KARLOVA A VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE		
Zpracované informace	NÁZEV PRÁCE A PALIATIVNÍ PÉČE		
Forma prezentace dat	NÁZEV PRÁCE		
Nahlášení do ZD	NE		
Poučení žadatele	<p>Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolí. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.</p>		
Datum:	29. 11. 2023	Podpis žadatele	<i>Nikola Dovanská</i>
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	21. 1. 2024	Podpis	<i>Dr. H. Št.</i>
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitel			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Částka		
Datum	27. 12. 2023	Podpis	<i>Mgr. Miroslav Lampara</i>



Mgr. Miroslav Lampara 27. 12. 2023

Příloha E – Souhlas Etické komise VFN



ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | eticka.komise@vfn.cz | tel. 224964131

Vážená paní
Bc. Nikola Dolanská
Šluknovská 314/16
190 00 Praha 9

2.4.2024
č.j.: 37/24 S-IV

Vážená paní bakalářko,
Etická komise VFN projednávala na svém zasedání dne 21.3.2024 Vámi předložený individuální výzkumný projekt
č.j. 37/24 S-IV- diplomová práce.

Název studie/Title of CT: Paliativní péče v gynekologické onkologii

Žadatel/Applicant: Bc. Nikola Dolanská, Šluknovská 314/16, 190 00 Praha 9, e-mail: nikola.dolanska@seznam.cz

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment of the EC:
 Ano/Yes Ne, důvod/No, reasons: nesponzorovaný projekt

Datum doručení žádosti / Date of submission of the Application Form: 7.3.2024

Datum jednání EK+čas/Date and time of Ethics Committee's session: 21.3.2024 (15:30 –18:00 hod.) –
pozastaveno, bez zasedání; připomínky odeslány elektronicky. Opravené dokumenty přijaty 26.3.2024 pod č.j.
304/24 A. Po kontrole vydáno dne 2.4.2024 souhlasné stanovisko.

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled

Místo hodnocení / Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Bc. Nikola Dolanská, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 18, 128 08 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů / List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno/ Approved		Na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Průvodní dopis, 29.2.2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník – Víceúčelový formulář EK VFN, 5.3.2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popis projektu, 29.2.2024	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník - Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhlas se shromažďováním a zpracováním osobních údajů	Doručeno			
Čestné prohlášení o provádění výzkumu ve VFN, 28.2.2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci, 27.12.2023	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis hlavní zkoušející: Bc. Nikola Dolanská, 29.2.2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
304/24 A				
Průvodní dopis – email z 26.3.2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popis projektu, opravená verze z 29.2.2024	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stanovisko etické komise:

EK vydává / EC issues

- Souhlasné stanovisko/Favourable opinion**
 Nesouhlasné stanovisko/Unfavourable opinion

EK VFN vydává souhlasné stanovisko k provedení individuálního výzkumu na Klinice gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Podpis předsedy / zástupce EK VFN
Signature of Chairperson / Vice-Chairperson
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D.

PharmDr.
Zbyněk
Sklenář, Ph.D.

Digitálně podepsal
PharmDr. Zbyněk
Sklenář, Ph.D.
Datum: 2024.04.02
15:28:35 +02'00'

1 | 2



ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | eticka.komise@vfn.cz | tel. 224964131

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., MBA	M/M	Pharmacist Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Magda Šišková, CSc.	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Místopřed- seda/Vice- chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jana Farkačová	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ing. Antonín Grošpic, CSc.	M/M	Engineer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Přemysl Hájek	M/M	Cardiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Hana Honová	Ž/F	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Humhal	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mgr. Bc. Inka Dvořáková, MBA	Ž/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mgr. Libuše Roytová, Mgr. ThLic. of Theologie	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. PharmDr. Martin Šíma, Ph.D.	M/M	Clinical Pharmacist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Šárka Špeciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Marcela Trojánková	Ž/F	Privat Nefrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Valenta	M/M	Anesthesiologist -Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatricist – AdolescentMed	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pozn: *Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci. /The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column:

Ano/Yes Ne/No Komentář/Comments:

Datum/Date: 21.3.2024

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice
v Praze
Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., v.r.