

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

**Potřeba paliativní péče u pacientů s kolorektálním karcinomem**  
Diplomová práce

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2023/2024

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Petra Kočová, DiS.**

Osobní číslo: **Z23269**

Studijní program: **N0913P360008 Specializace v ošetrovatelství – Ošetrovatelská péče  
v interních oborech**

Téma práce: **Potřeba paliativní péče u pacienta s kolorektálním karcinomem**

Téma práce anglicky: **The need for palliative care in a patient with colorectal cancer**

Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### Zásady pro vypracování

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

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

#### Seznam doporučené literatury:

1. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Speciální onkologie* [online]. P: Galen, 2010. ISBN 978-80-7262-918-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/specialni-onkologie-3561/>
2. ANTOŠ, František, Jiří HOCH, Vítězslav DUCHÁČ a Petr ŠLAUF. *Koloproktologie II* [online]. IPVZ, 2018. ISBN 978-80-87023-14-3. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7329-koloproktologie-ii.pdf>
3. KISS, Igor a kol. *Modrá kniha české onkologické společnosti* [online]. 30.aktualizace. 2024. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/modra-kniha/23.pdf>
4. KREJČÍ, D., J. MUŽÍK a L. DUŠEK. *Současné epidemiologické trendy novotvarů v České republice* [online]. 258 [cit. 2024-04-19]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008447/novotvary2019-2021.pdf>
5. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Kateřina Horáčková, Ph.D.**  
Katedra ošetřovatelství  
Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2023**  
Termín odevzdání diplomové práce: **23. dubna 2025**

LS

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

**Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. března 2025

## **Prohlášení autora**

Prohlašuji:

Práci s názvem *Potřeba paliativní péče u pacientů s kolorektálním karcinomem* 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 23. 06. 2025

Bc. Petra Kočová, Dis v.r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala především paní PhDr. Kateřině Horáčkové, PhD. za její odborné vedení, trpělivost a cenné rady při tvorbě této práce. Dále děkuji také respondentům a kolegům/kolegyním, kteří se výzkumu zúčastnili a zdravotnickému zařízení, které mi umožnilo výzkum provést. Děkuji také své rodině a blízkým za podporu během celého studia.

## **ANOTACE**

Práce se zabývá problematikou potřeb pacientů s kolorektálním karcinomem v paliativní onkologické léčbě. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a empirickou. Teoretická část se věnuje problematice kolorektálního karcinomu včetně paliativní léčby a dále potřebám v paliativní péči a nástrojům, které slouží ke sběru dat v oblasti potřeb v paliativní péči. Pro empirickou část byl využit dotazník Integrated palliative outcome scale (dále IPOS) pro dvě skupiny respondentů – sestry a pacienti. Dále se porovnávali rozdíly ve vnímání potřeb oběma skupinami. Rozdíly byly zjištěny zejména v oblasti fyzických potřeb, a to konkrétně bolesti a dále v oblasti psychických potřeb, a to nedostatečná komunikace s rodinou. Mezi nejčastější potřeby, které uváděly obě skupiny respondentů patří zvýšená potřeba odpočinku pro slabost a únavu a nutnost větší spolupráce a komunikace s rodinou pro jejich velké psychické zatížení.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Kolorektální karcinom, paliativní onkologická léčba, paliativní péče, potřeby pacientů, IPOS

## **TITLE**

Palliative care needs of patients with colorectal cancer

## **ANNOTATION**

The thesis deals with the needs of patients with colorectal cancer in palliative oncological treatment. The thesis is divided into two parts – theoretical and exploratory. The theoretical part deals with colorectal cancer including palliative treatment, palliative care needs and tools used to collect data on palliative care needs. The integrated palliative outcome scale (IPOS) questionnaire was used for exploratory part for two groups of respondents – nurses and patients. Next, the differences in the perceived needs of two groups were compared. Differences were found mainly in the area of physical needs, namely pain, and in the area of psychological needs, namely lack of communication with the family. The most common needs cited by both groups of respondents included an increased need for rest due to weakness and fatigue and the need for more cooperation and communication with family due to their heavy psychological load.

## **KEYWORDS**

Colorectal cancer, palliative treatment, palliative care, patient needs, IPOS

# OBSAH

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK .....	10
SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK.....	11
ÚVOD.....	12
CÍLE PRÁCE.....	14
Teoretická část .....	14
Výzkumná část .....	14
TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1. KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM.....	16
1.1 Patofyziologie kolorektálního karcinomu.....	16
1.2 Klinický obraz.....	17
1.3 Prevence kolorektálního karcinomu .....	17
1.4 Populační screening.....	19
1.5 Diagnostika .....	21
1.5.1 TNM klasifikace .....	22
1.6 Léčba kolorektálního karcinomu.....	23
1.6.1 Léčebné možnosti podle stadia CRC .....	23
1.6.2 Chirurgická léčba.....	23
1.6.3 Radioterapie.....	24
1.6.4 Systémová léčba .....	24
1.7 Cévní vstupy používané v onkologii .....	25
1.8 Paliativní léčba .....	26
1.8.1 Paliativní chemoterapie.....	27
1.8.2 Cílená léčba a imunoterapie .....	27
1.8.3 Paliativní radioterapie .....	28
1.9 Symptomatická léčba.....	28
2 Nejčastější nežádoucí účinky během paliativní léčby .....	29
3 Identifikace potřeb pacientů.....	32
3.1 Validované dotazníky a nástroje v paliativní péči.....	33
Shrnutí teoretické části .....	35

4 Empirická část.....	36
4.1 Organizace výzkumného šetření.....	37
4.2 Výběr respondentů.....	37
4.3 Dotazník IPOS.....	38
4.4 Deskriptivní analýza odpovědí.....	39
4.4.1 Nejčastější potřeby a potíže.....	40
4.4.2 Fyzické potřeby .....	41
4.4.3 Psychické potřeby .....	45
4.4.4 Komunikace, informovanost, spirituální potřeby .....	50
4.4.5 Vztah k rodině a percepce podpory .....	54
4.5 Komparativní analýza – srovnání vnímání potřeb mezi pacienty a sestrami.....	56
4.5.1 Shody a rozdíly ve vnímání fyzických potřeb .....	57
4.5.2 Shody a rozdíly ve vnímání psychických obtíží .....	58
4.5.3 Rozdíly v percepce informovanosti a komunikace .....	59
4.6 Oblasti s největšími diskrepancemi .....	60
4.7 Interpretace rozdílů – možné příčiny a dopady .....	61
4.7.1 Interpretace výsledků – vyhodnocení hypotéz .....	62
5. Diskuse .....	63
5.1 Srovnání s předchozími výzkumy a literaturou.....	63
5.2 Zhodnocení významu zjištěných rozdílů .....	65
5.3 Možná vysvětlení odlišností v percepce potřeb .....	66
5.4 Očekávané a překvapivé výsledky .....	67
5.5 Doporučení pro praxi.....	68
5.6 Limity výzkumného šetření.....	69
6. ZÁVĚR.....	70
POUŽITÁ LITERATURA .....	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	79

## SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Tab.č. 1 Rizikové a protektivní faktory vzniku kolorektálního karcinomu	str. 19
Tab.č. 2 Hodnocení závažnosti jednotlivých obtíží z pohledu pacienta	str. 42
Tab.č. 3 Hodnocení závažnosti jednotlivých obtíží z pohledu sestry	str. 44
Tab.č.4 Výskyt úzkostných a depresivních stavů z pohledu pacientů	str. 47
Tab.č.5 Výskyt úzkostných a depresivních stavů z pohledu sester	str. 48
Tab.č.6 Informovanost a komunikace – hodnocení pacientů	str. 51
Tab.č.7 Hodnocení emocionální podpory a informovanosti z pohledu sester	str. 52
Graf 1 Rozložení intenzity fyzických symptomů podle pacientů	str. 43
Graf 2 Rozložení intenzity fyzických symptomů podle sester	str. 44
Graf 3 Rozložení odpovědí psychických potřeb a potíží pacientů	str. 47
Graf 4 Frekvence výskytu psychických potřeb podle hodnocení sester	str. 49
Graf 5 Komunikace a informovanost z pohledu pacientů	str. 51
Graf 6 Vnímání role rodiny a komunikace z pohledu sester	str. 53
Graf 7 Obavy a úzkost rodinných příslušníků o pacienta	str. 54

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

BSC = best supportive care

CRC = kolorektální karcinom

ČR = Česká republika

DPYD = gen dihydropyrimidin dehydrogenázy

CHT = chemoterapie

IBD = inflammatory bowel disease = nespecifické střevní záněty

Např. = například

NCI-CTCAE = The national cancer institut common terminology criteria for adverse events

PICC = peripherally inserted central catheter

PS status = performance status

RT = radioterapie

RTOG = The common terminology criteria for adverse events, radiation therapy oncology group

Str. = strana

TOKS = test na okultní krvácení ve stolici

Tzv. – tak zvaný/takzvaně

ÚZIS = Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO = world health organization

## ÚVOD

Kolorektální karcinom patří mezi nejčastější maligní nádorová onemocnění celosvětově a stejně tak i v České republice, kde se řadí na třetí místo v četnosti výskytu. Představuje významný problém jak z hlediska incidence, tak i mortality. I přes existující screeningový program je stále velká část pacientů diagnostikována v pokročilém stádiu onemocnění, kde se spíše využívá léčba paliativní. (Krejčí a kol., 2021, Zlatohlávek a kol., 2024)

Paliativní léčba je definovaná jako aktivní léčba, která ovšem nemá za cíl kompletní vyléčení nemocného. Cílem paliativní léčby je prodloužení života pacienta v jeho maximální možné kvalitě. (Vokurka a kol, 2018). Klíčovým bodem nejen v paliativní péči je správně identifikovat potřeby pacienta v oblasti fyzické, psychické, duchovní i sociální. Potřeby mohou vznikat v důsledku samotného nádorového onemocnění, v souvislosti s léčbou, ale také v oblasti sociální, kdy se mění role pacienta, dojde ke ztrátě zaměstnání, soběstačnosti a tím mohou vznikat stále nové potřeby. Je tedy nutné plán péče a hodnocení potřeb průběžně aktualizovat. Vždy je třeba brát ohled na priority pacienta. (Bužgová, 2015, Sláma a kol., 2022). Potřeby pacientů s nevléčitelným onemocněním se v průběhu nemoci mění a často vznikají nové. Častou potřebou nevléčitelně nemocných je potřeba zanechat odkaz (hmatatelný či nikoliv), najít smysl v životě před nemocí a smíření se. (Šamánková a kol, 2011)

Identifikace potřeb a porozumění jim je velmi důležitou součástí paliativní péče u pacientů s pokročilým a nevléčitelným onemocněním. Je důležité používat takové nástroje, které nejsou orientovány jen na fyzické potřeby, ale také na psychosociální a spirituální potřeby pacienta, které se většinou dostávají v pokročilé fázi onemocnění do popředí. (Grochowicka a kol., 2025) Je tedy nutné vědět, jak potřeby vnímají samotní pacienti, ale i zdravotnický personál, který je v každodenním kontaktu s nemocnými. Rozdíly ve vnímání potřeb mohou ovlivnit efektivitu poskytované ošetrovatelské péče a také celkovou pohodu a spokojenost pacienta. Pracuji jako všeobecná sestra na onkologickém oddělení a denně se setkávám s pacienty podstupující paliativní onkologickou léčbu. V rámci své praxe se pravidelně setkávám se širokou škálou potřeb onkologických pacientů (fyzických, psychických, sociálních i spirituálních) a také se setkávám s tím, že ne vždy jsou v souladu potřeby, které udává pacient jako prioritní a tím, jak je vnímá zdravotnický personál. Z vlastní zkušenosti vím, že je důležité zmíněné potřeby průběžně zjišťovat a dle toho upravovat ošetrovatelský

plán péče, aby mohla být poskytnuta kvalitní individuální péče, která je poskytována s ohledem na priority a přání pacienta a jeho blízkých a rodiny.

Diplomová práce je zaměřená na zjišťování potřeb pacientů s kolorektálním karcinomem v paliativní léčbě. Cílem je zjistit, které potřeby vnímají pacienti jako nejvíce a nejméně obtěžující a stejně tak zhodnotit situaci u sester a dále zjistit rozdíly ve vnímání jednotlivých oblastí potřeb v obou skupinách.

# CÍLE PRÁCE

## Teoretická část

### Hlavní cíl

- Vytvořit teoretickou základnu k tématu kolorektálního karcinomu
- Identifikovat jaké jsou dostupné měřicí nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči.

### Dílčí cíle

- Definovat kolorektální karcinom, jeho etiologii, rizikové a preventivní faktory.
- Zmapovat probíhající screening a jeho účinnost.
- Popsat možnosti léčby kolorektálního karcinomu, kurativní, paliativní i symptomatickou.
- Definovat nejčastější problémy a potřeby pacientů během paliativní léčby kolorektálního karcinomu, specifické potřeby nevléčitelně nemocných

## Výzkumná část

### Hlavní cíl

- Zjistit rozdílnost ve vnímání potřeb během paliativní léčby kolorektálního karcinomu u vybraných pacientů a sester.

### Dílčí cíle

- Zhodnotit výsledky jednotlivých položek dotazníku Integrated paliative outcome scale (dále IPOS)
- Zjistit případné nedostatky při uspokojování potřeb vybraných pacientů

## **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1. KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

Kolorektální karcinom (CRC) je jedním z vůbec nejčastějších nádorových onemocnění a zároveň můžeme, alespoň částečně, jeho prognózu a výskyt velmi dobře ovlivnit preventivními opatřeními a screeningem. (Zlatohlávek a kol, 2024)

*„Termínem kolorektální karcinom se označují maligní onemocnění vznikající maligní transformací cylindrického epitelu tlustého střeva (vzestupný, příčný, sestupný tračník a esovitá klička) a rekta.“* (Adam a spol, 2010, str.71)

V roce 2021 byl kolorektální karcinom na třetím místě v četnosti výskytu maligních nádorů v České republice. Častěji byl diagnostikován u mužů než u žen (v poměru zhruba 1,5:1). Česká republika stále zaujímá přední místa ve výskytu tohoto onemocnění v Evropě, konkrétně v roce 2021 byla na 14. místě ve výskytu CRC. (Krejčí a kol, 2021) Ročně je nově diagnostikováno zhruba 7200 CRC. (Májek a kol, 2022)

V několika posledních letech (nejspíše i vlivem screeningu a tím včasnému záchytu karcinomu) dochází k postupnému snižování mortality na toto onemocnění. Stále však máme vysoce rostoucí incidenci a tím i prevalenci onemocnění. (Májek a kol, 2022). *„V roce 2022 dosáhla prevalence hodnoty 61 429 osob a ve srovnání s rokem 2012 (50 821 osob) tak vzrostla téměř o 21 %, u mužů to bylo o více než 19 %, u žen o více než 22 %.“* (Májek a kol, 2022)

## 1.1 Patofyziologie kolorektálního karcinomu

*„Vznik CRC je důsledkem kaskády změn souvisejících s neustálou obnovou buněk střevní sliznice. V důsledku akumulace chyb buněčné DNA při proliferaci střevního epitelu podmíněných řadou faktorů (genetická predispozice, mutageny, chronický zánět apod.) vznikají prekancerózní léze (adenomy nebo pilovité léze), které mohou v dalším průběhu vést ke vzniku vlastního karcinomu.“* (Zlatohlávek a kol, 2024, str.326-327).

Ve většině případů se jedná o tumor sporadický a menší část tvoří familiární zátěž (dědičnost). Dnes již víme, že na vzniku kolorektálního karcinomu se mimo genetiky podílí také celá řada zevních faktorů, ke kterým patří zejména skladba jídelníčku (nadměrný příjem červeného masa, zvýšený příjem tuků, nedostatek vlákniny ve stravě), kouření, obezita, nedostatek fyzické aktivity, nadměrná konzumace alkoholu (v ČR zejména pivo). (Adam a kol, 2010, Antoš a kol, 2018). K dalším faktorům, které mohou zvýšit riziko CRC jsou věk nad 50 let, nespecifické střevní záněty – dále IBD (riziko se zvyšuje s mírou postižení a

délkou trvání). (Antoš a kol, 2018). Někteří autoři uvádí i vliv diabetu a střevní dysbiózy jako rizikový faktor pro vznik kolorektálního karcinomu. (Zlatohlávek a kol, 2024).

Hereditární karcinomy mají přímou souvislost s genetickou odchylkou, která vede ke vzniku maligních nádorových onemocnění. Tuto genetickou odchylku můžeme úspěšně detekovat různými vyšetřovacími metodami u pacientů i jejich rodinných příslušníků. (Adam a kol, 2010). Hereditární karcinomy tvoří menší skupinu CRC. Udává se, že ze všech CRC je zhruba 5 % hereditárních. (Adam a kol, 2010). „*Lze je rozdělit na hereditární nepolypózní karcinom (Lynchův syndrom), syndrom familiární polypózy tlustého střeva, Gardnerův syndrom, Turkottův syndrom a syndrom plochých adenomů.*“ (Adam a kol., str.71).

Pokud je výskyt CRC u přímého příbuzného tak riziko pravděpodobnosti onemocnění dané osoby se několikanásobně zvyšuje. (Adam a kol, 2010)

## **1.2 Klinický obraz**

Často a dlouho může probíhat asymptomaticky nebo nepříliš výraznými symptomy, kterým pacienti nepřikládají vážnost. Bohužel pak dochází k pozdní diagnostice a často již metastazování primárního tumoru. Symptomy onemocnění jsou závislé od míry a rozsahu postižení, stupně postižení a lokalizaci. K nejčastějším symptomům patří především krvácení (stopy krve na papíře, příměs krve ve stolici, krvácení mimo vyprazdňování). Dalšími častými příznaky jsou změny defekace (střídání průjmu a zácpy, samotný průjem, zácpa, obtížné vyprázdnění, změny tvaru stolice), tenesmy, nadýmání, příměs hlenu ve stolici, nechtěný úbytek váhy, nevolnosti, nechutenství, bolesti, případně hmatný tumor (často při postižení pravé strany střeva může být tumor hmatný na břišní stěně) či anemizací v krevním obraze. (Adam a kol, 2010, Antoš a kol, 2018). U pokročilých nálezů může být přítomna kachektizace, celková únava, slabost a anémie. (Zlatohlávek a kol, 2024)

CRC se může projevit také až náhle vzniklým ileem z důvodu obstrukce střeva nádorem či perforací. (Antoš a kol, 2018).

## **1.3 Prevence kolorektálního karcinomu**

Prevence by měla být orientována především na primární prevenci, kdy se snažíme motivovat širokou veřejnost k zdravějšímu životnímu stylu, poskytovat dostatek validních informací, co konkrétně mohou udělat sami pro sebe, na jaké preventivní prohlídky a kdy mají nárok, podávat dostatek informací o škodlivosti a negativním dopadu některých zevních faktorů

(zejména kouření, strava, obezita, alkohol, nedostatek fyzické aktivity apod.). Screening se pak zaměřuje na včasné zachycení onemocnění a následné včasné zahájení léčby.

*„Identifikace hlavních příčin nádorů má zcela zásadní význam především pro jejich primární prevenci. Významným mezníkem v identifikaci skutečných příčin zhoubných nádorů byla především práce »Causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today« z roku 1981. Tato epidemiologická analýza poprvé přesvědčivě ukázala, že hlavní příčinou onkologických onemocnění jsou zevní faktory, a z nichž především životní styl.“ (Adam a kol, 2011, str.1).*

K ovlivnitelným faktorům a přispění tak k prevenci vzniku CRC patří zejména celková úprava životosprávy. Samozřejmostí by měla být eliminace kouření, prevence obezity, přiměřená pohybová aktivita (aerobní aktivita alespoň 3x týdně v délce trvání 30 minut), absolvování preventivních vyšetření a dalších vyšetření dle indikace lékaře (kolonoskopie apod), snížení příjmu alkoholu či jeho úplné vyloučení. (Adam a kol, 2010). Mezi preventivní faktory jsou někdy zařazovány také vitamíny (A, D, C, E), omega 3 polynenasycené mastné kyseliny, užívání statinů, vláknina, nízký body mass index. (Zlatohlávek a kol, 2024)

*„Mezi těmito faktory je nejdůležitější dieta. Bylo prokázáno, že na zeleninu bohatá strava má ochranný účinek, protože obsahuje látky s protinádorovým účinkem, jako jsou karotenoidy, foláty, fenoly a flavonoidy. Konzumace nestravitelných frukto-oligosacharidů může selektivně podporovat růst a aktivitu potenciálně prospěšných bakterií, např. bifidobakterií a laktobacila. Strava obsahující nestravitelnou vlákninu a karotenoidy může snížit riziko vzniku nádoru.“ (Antoš a kol, 2018, str.15-16). Obecně se nedoporučuje nadměrná konzumace červeného masa a výrobků z tohoto masa, které mohou zvyšovat riziko. (Antoš a kol, 2018)*

Tab.č. 1 Rizikové a protektivní faktory vzniku kolorektálního karcinomu (Zlatohlávek a kol, 2024, str.327)

Preventivní faktory	Rizikové faktory
Aspirin, NSA, koxiby	Červené maso
kalcium	Strava s vysokým obsahem tuku
Hormonální terapie estrogeny	Nedostatek vlákniny
Fyzická aktivita	Konzumace piva
Nízký body mass index	Kouření
Karoten, vitamíny C, D,E	Diabetes mellitus, hyperinzulinémie
Omega-3 polynenasycené mastné kyseliny	Střevní dysbióza
vláknina	
Statiny, selen	

#### 1.4 Populační screening

„Populačním screeningem kolorektálního karcinomu se rozumí organizované, kontinuální a vyhodnocované úsilí o snížení incidence a mortality tohoto maligního onemocnění v České republice. „(Věstník MZČR, 2024, str. 48).

Pokud se symptomaticky projeví CRC tak se většinou jedná o již pokročilý nález onemocnění. Proto se od roku 2000 začalo se screeningem kolorektálního karcinomu a vyhledávání rizikových pacientů. Cílem je zjistit a diagnostikovat onemocnění v brzké fázi onemocnění, zachytit prekancerózy a tím zajistit včasnou léčbu, prevenci komplikací, rozvoji metastáz a snížit celkovou úmrtnost na toto onemocnění. Od roku 2014 pak začalo cílené adresné zvaní osob ve věkovém rozmezí 50 - 70let, a to doručením písemného pozvání. (Májek a kol., 2022, Zlatohlávek a kol., 2024)

„Podmínkou screeningu je ochota asymptomatických osob nechat se vyšetřovat. V České republice byl populační screening kolorektálního karcinomu zahájen v roce 2000 a v roce 2009 rozšířen o screeningovou preventivní kolonoskopii. Kolonoskopie je nejlepší

*diagnostická metoda k detekci střevních novotvarů a jejich bioptickému ověření, s nejvyšší senzitivitou i specifitou.*“ (Antoš, 2018, str.18).

V roce 2024 došlo k novelizaci postupu screeningu u asymptomatických osob nad 50 let. (Věstník MZČR, 2024)

Osoby, které dovršili věku 50 let mohou v rámci screeningu tedy buď podstoupit jednou za rok test okultního krvácení ve stolici – dále TOKS (test si mohou vyzvednout a měl by být také nabízen u praktického lékaře či gynekologa, kde se zároveň test vyhodnocuje) anebo jednou za 10 let podstoupit preventivní screeningovou kolonoskopií hrazenou ze zdravotního pojištění. Nad 55 let pak TOKS jednou za dva roky či opět preventivní screeningová kolonoskopie jednou za 10 let (při negativním nálezu). Byla vybudována síť pracovišť, které provádějí preventivní screeningovou kolonoskopií. Tento postup je pro osoby, které jsou asymptomatické. (Májek a kol, 2022). Pokud je výsledek testu TOKS pozitivní tak je pacient odeslán k doplňující kolonoskopií. V případě negativního výsledku kolonoskopie se pak může pacient rozhodnout, zda se po 10 letech vrátí k testování pomocí TOKS či absolvuje screeningovou kolonoskopií. (Věstník MZČR, 2024)

Z populačního screeningu jsou pak vyloučeny vysoce rizikové osoby, které jsou dispenzarizovány na specializovaných pracovištích. Patří sem zejména pacienti s IBD, s pozitivní rodinnou anamnézou (karcinom u příbuzného 1.stupně, a to věku pod 60 let), pacienti se syndromem familiární adenomové polypózy, pacienti s příznaky CRC (enterorhagie, anémie, nežádoucí úbytek váhy). (Věstník MZČR, 2024)

Součástí tohoto screeningového programu je pak také vyhodnocování efektu opatření a eventuálně úprava a provádění změn. V roce 2023 pak pro tyto účely byla ministrem zdravotnictví zřízena Komise pro program screeningu kolorektálního karcinomu. V této komisi jsou zástupci ministerstva zdravotnictví, pojišťoven a také členové odborných společností, kteří se na programu screeningu podílejí. (Ngo a kol, 2023)

Komise provedla šetření výsledků populačního screeningu díky shromážděným datům do roku 2021 včetně. *„Hodnocení kolorektálního screeningu zahrnuje monitoring zátěže populace zhoubnými nádory (Národní onkologický registr, správcem dat Ústav zdravotnických informací a statistiky – dále ÚZIS), monitoring screeningového procesu ve screeningových centrech prostřednictvím klinických dat (Registr preventivních kolonoskopií, správcem dat Institutu biostatistiky a analýz Lékařské fakulty Masarykovy univerzity) a monitoring screeningového procesu prostřednictvím dat o hrazené zdravotní péči (Národní*

*registr hrazených zdravotních služeb, ÚZIS).*“ (Ngo a kol, 2023). Pro zjištění efektu populačního screeningu byly využity tyto zdroje dat a dále také demografická data z Českého statistického úřadu. (Ngo a kol, 2023)

Zjištěno bylo zejména nedostatečné pokrytí cílové populace (v roce 2021 38,2 % oproti roku 2014, kdy dosahovala téměř 50 %, drobný pokles byl také v letech 2020 a 2021 nejspíše z důvodu pandemie Covid-19). Bylo také zjištěna vysoká pozitivita TOKS testů, což vyžaduje následné kolonoskopické vyšetření, kde ale dochází k prodloužení čekacích dob na toto vyšetření – až 74 dní, což vede k poklesu zájmu pacientů o další dovyšetřování. Rozdíly jsou také mezi jednotlivými kraji. Program tedy má ještě své rezervy a tento průzkum vedl k dalším diskusím a plánům ke zvýšení kvality screeningového programu. (Ngo a kol, 2023)

K pozitivním výsledkům patří zejména snížení výskytu kolorektálního karcinomu a to o 32,3 % a snížení úmrtnosti o 47,8 % (v období od 2000 do roku 2022). (Suchánek a kol, 2024)

## **1.5 Diagnostika**

K základním diagnostickým metodám patří zejména podrobná anamnéza rodinná (zjištění rodinné zátěže, výskyt familiární polypózy, IBD), osobní (přítomnost příznaků vedoucích k podezření na maligní onemocnění, životní styl a jeho vliv na možnost tohoto onemocnění) a také fyzikální vyšetření (pohmatem – možnost palpatovat již pokročilý tumor, vyšetření per rectum – přítomnost krve). Dále se v diagnostice CRC se nejčastěji využívá kolonoskopie s cílenou biopsií. K vyšetření jsou odesíláni pacienti s pozitivním výsledkem TOKS či pacienti u kterých je důvodné podezření na CRC (s výrazným váhovým úbytkem, anemizací, krvácením, hmatným útwarem). Dalšími metodami jsou zobrazovací techniky (jako např. sonografie, CT, PET/CT, MR), které se pak využívají i zejména pro určení rozsahu a stádia nemoci, detekci metastáz či uzlinového postižení. Samozřejmostí je také laboratorní vyšetření. Pacient by měl mít vyšetřeny základní parametry krevního obrazu (častý nález anémie), biochemie (mohou být zvýšeny jaterní testy při metastázách) a dále pro diagnostiku a také monitoraci efektu následné terapie se odebírají onkomarkery. V případě CRC je to zejména CEA neboli karcinoembryonální antigen a CA 19-9. Diagnóza jako taková však nemůže být stanovena pouze na základě zvýšené hladiny onkomarkrů. (Antoš a kol, 2018, Zlatohlávek a kol, 2024)

### 1.5.1 TNM klasifikace

TNM (T – tumor – rozsah primárního nádoru, N – nodi – lymfatické uzliny, M – metastázy) klasifikace je mezinárodně uznávaný systém k určení stádia maligního onemocnění. TNM klasifikace slouží k určení rozsahu onemocnění tzv. stagingu, který je důležitý pro určení dalšího postupu, léčby a jejího charakteru (kurativní, paliativní či symptomatická). (Vokurka, 2018)

T (tumor) je označení primárního nádoru a jeho rozsahu:

*TX – primární nádor nelze hodnotit*

*TiS – karcinom in situ, ohraničený na epitel sliznice*

*T1 – nádor infiltruje submukózu*

*T2 – nádor prorůstá do svalové hmoty*

*T3 – nádor prorůstá přes muscularis propria do perikolické nebo perirektální tkáně*

*T4 – nádor prorůstá do okolních orgánů či tkání anebo perforuje viscerální peritoneum*  
(Novák, Beška, 2004, str. 66)

N jsou nodi neboli regionální lymfatické uzliny a rozsah jejich postižení je značeno následovně:

NX – nelze hodnotit

N0 – bez prokázaného postižení regionálních uzlin

N1 – postižení 1 až 3 uzlin

N2 – postižení 4 a více uzlin

(Novák, Beška, 2004)

M je označení pro vzdálené metastázy takto:

MX – nelze hodnotit

M0 – nejsou detekovány žádné vzdálené metastázy

M1 – označení pro přítomnost vzdálených metastáz

(Novák, Beška, 2004)

U kolorektálního karcinomu se používá ještě Dukesova klasifikace ke stanovení rozsahu CRC. Rozsah se stanovuje podle postižení sliznice, přes svalovou vrstvu, prorůstání do okolí až po tvorbu vzdálených ložisek. Stadia jsou označeny písmeny A (postižení sliznice) po D (vzdálené metastázy přítomny). (linkos.cz, 2025)

## 1.6 Léčba kolorektálního karcinomu

Jedinou spolehlivou kurativní léčbou CRC je v současnosti chirurgické odstranění tumoru. Dále se chirurgická terapie doplňuje neoadjuvantní a adjuvantní léčbou (různými kombinacemi a režimy chemoradioterapie), které si kladou za cíl omezit reziduální rizika, snížit riziko lokální recidivy a také vzdálených metastáz. V léčbě CRC (v kurativní i paliativní) se využívají dále možnosti systémové léčby, radioterapie (ta pouze u nádorů rekta), cílené léčby a imunoterapie. (Pospíšil, Šlampa, 2020)

### 1.6.1 Léčebné možnosti podle stadia CRC

Pro volbu vhodné a maximálně účinné léčby je potřeba vždy znát rozsah onemocnění podle TNM klasifikace a zařazení nemoci dle stádia choroby.

**Stadium 0 (Tis N0 M0)** – odstranění tumoru až na zdravou tkáň, bez další adjuvantní léčby, dispenzarizace

**Stadium I (T1-2 N0 M0)** – odstranění postiženého úseku střeva a příslušných spádových mízních uzlin (podle míry a rozsahu postižení), opět bez adjuvantní léčby, dispenzarizace

**Stadium II (T3–4, N0, M0)** – resekce podle rozsahu postižení a další adjuvantní chemoterapie podle výsledků histologie.

**Stadium III (jakékoli T, N 1-2, M0)** - opět se kombinuje chirurgický výkon (pokud nejsou kontraindikace) s adjuvantní chemoterapií dle histologie a celkového stavu pacienta.

**Stadium IV (jakékoli T, N, M1)** – chirurgická a systémová léčba závisí na rozsahu postižení, příznacích (případně komplikacích jako ileózní stav, výrazné krvácení), celkovém stavu a biologickém věku pacienta. V tomto stádiu je onemocnění již neléčitelné, ale vhodně zvolenou terapií lze prodloužit a zkvalitnit život pacienta.

(Antoš a kol, 2018, str.24)

### 1.6.2 Chirurgická léčba

Chirurgických možností je více a záleží vždy na rozsahu onemocnění, postižené oblasti, celkovém stavu pacienta. Mezi možnosti patří nejčastěji pravostranná a levostranná hemikolektomie, resekce transverza či sigmoidea. (Antoš a kol., 2018). Obvyklým přístupem

je laparotomie, endoskopické metody (transanální excize či transanální endoskopická mikročirurgie u karcinomu rekta) se spíše využívají při malém nálezu v počátečních stádiích či preventivní polypektomii. (Novotný a kol., 2019). Cílem je radikální odstranění tumoru, často včetně příslušných spádových uzlin a zachování průchodnosti střeva, protože velmi častou komplikací CRC je ileózní stav. Další možností je kolostomie (hlavně u komplikací, v paliativní léčbě a nemožnosti odstranění tumoru, který tvoří překážku ve střevní pasáži). (Antoš a kol., 2018)

### **1.6.3 Radioterapie**

Radioterapie (dále RT) se využívá pouze při postižení v oblasti rekta (do 15 cm od anu). (Šlampa a kol, 2023). Velmi často se kombinuje s chemoterapií (tzv. konkomitantní chemoradioterapie) či chirurgickou léčbou. Radioterapie se využívá v adjuvantní i neoadjuvantní léčbě u karcinomu rekta od stádia II a velmi často v kombinaci s chemoterapií (capecitabin, 5-fluorouracil). Radioterapie využitá neoadjuvantně či adjuvantně má prokázaný efekt na snížení lokálních recidiv. (Novotný a kol, 2019). „*Přidání chemoterapie na bázi fluoropyrimidinů do kombinace s ozářením má primárně zvýšit účinek záření, tedy radiosenzitizaci*“ (Pospíšil, Šlampa, 2020, str. 39). Léčba je spojena s možným výskytem nežádoucích účinků, a to s akutním či pozdním výskytem. K pozdním patří hlavně horší funkce svěrače s možnou inkontinencí, genitourinární zátěž, hematotoxicita a sexuální dysfunkce. (Novotný a kol, 2019). Před samotnou radioterapií je důležité provedení plánovacího CT s naplněným močovým měchýřem což vede ke snížení toxicity na trávicí trakt a snížení výsledné dávky na střevní kličky. Neoadjuvantní radioterapii lze provést ve dvou schématech, a to dlouhém a krátkém protokolu. Dlouhý režim znamená 45 grayů (dále Gy) celkem ve 25 frakcích (5 frakcí týdně, od pondělí do pátku a o víkendech pauza) spolu s boostem 5,4 – 9 Gy v celkem 3-5 frakcích. Krátký režim je pak 25 Gy celkem v 5 frakcích. V adjuvantní radioterapii jsou dávky velmi podobné a to opět 45 Gy celkem ve 25 frakcích. (Novotný a kol, 2024)

### **1.6.4 Systémová léčba**

Chemoterapie se používá v kurativní (adjuvantní po chirurgických výkonech) i paliativní léčbě a v neoadjuvanci v kombinaci s RT u karcinomu rekta. Využívají se cytostatika 5-fluorouracil v kombinaci s leukovorinem (FUFA, v adjuvantní léčbě), capecitabin, který je užíván perorálně a je tak vhodný pro ambulantní léčbu (v kombinaci s oxaliplatinou – CAPOX) a dále oxaliplatinu s irinotekanem v kombinaci s FUFA pod označením FOLFIRI, FOLFOX, FOLFOXIRI (podle použitého cytostatika). Od stádia II se zahajuje kromě

chirurgického výkonu i adjuvantní léčba systémovou léčbou – chemoterapií. Před léčbou fluorouracilem je nutné stanovení DPYD genotypu (kvůli možné zvýšené toxicitě léčby při pozitivitě DPYD) a doporučuje se vyšetření mikrosatelitové instability. *„Pokud je zvažována adjuvantní chemoterapie ve II. klinickém stadiu, je nutné molekulární vyšetření mikrosatelitové instability (MSI), resp. MMR (mismatch repair) v nádorové tkáni. MSI-high (dMMR) je markerem dobré prognózy ve II. klinickém stadiu CRC. Pacienti II. klinického stadia s deficiencí MMR (dMMR, tedy MSI-high) nemají prospěch z adjuvantní chemoterapie.* „(Kiss a kol., 2024, str. 41).

## 1.7 Cévní vstupy používané v onkologii

Během onkologické léčby zpravidla dochází k opakovaným krevním odběrům, aplikaci cytostatik, infuzních přípravků, krevních derivátů a někdy také parenterální výživy. Mělo by být tedy standardem zajištění žilního vstupu pro dlouhodobé použití. Vždy se hodnotí, jak dlouho bude léčba probíhat, jaký je celkový stav pacienta, stav cévního řečiště a jaký typ cytostatik, případně dalších léčiv, budeme během léčby používat. (Jindřlová, Podroužková, 2023). Cytostatika lze případně podat i cestou periferního žilního katetru, ale vzhledem k riziku extravazace podávaných cytostatik a závažným následkům této komplikace z nichž nejhorší je nekróza tkáně se doporučuje, při předpokládaném opakovaném podávání cytostatik, zavedení dlouhodobého cévního vstupu. U 5 fluorouracilu, který je během léčby CRC podáván je riziko chemické flebitidy, která může být dále komplikována trombózou žíly. (Knapová, 2019, Charvát a kol., 2016)

V onkologii se využívají zejména tunelizované centrální žilní katetry, intravenózní porty, periferně zavedené centrální katetry (dále PICC) a nověji také PICC porty, které jsou určeny k dlouhodobému použití. Konkrétně u PICC jsou to týdny až rok a centrální venózní port (dále CVP) se může používat roky. To vše za předpokladu správné péče o vstupy, správného ošetřování a pokud se nevyskytnou komplikace. Tyto vstupy lze využít pro aplikaci cytostatik a dalších infuzních roztoků, krevních derivátů, parenterální výživy. Občas se setkáme i s midline, který se zavádí na zhruba 2-4 týdny. Nejvíce se podobá perifernímu žilnímu katetru, ale je delší, zavádí se pod ultrazvukovou kontrolou přes vena brachialis, vena cephalica či vena basilica a končí ve vena axilaris či vena subclavia. (Knapová, 2019).

PICC neboli periferně zavedený centrální katetr. Zavádí se pod ultrazvukovou kontrolou nejčastěji do vena brachialis, vena basilica či vena cephalica. Ústí v horní duté žíle. Existují v jednolumenné i vícelumenné variantě. Výhodou je i jejich vybavení chlopní, která brání

zpětnému toku krve a odpadá tím i nutnost používání heparinových zátek. Pro proplach se používá fyziologický roztok (minimálně 10 - 20ml, systémem start stop) po každém odběru krve či aplikaci infuzních, transfuzních přípravků či cytostatik. Při samotné aplikaci je nutné používat injekční stříkačky o nejmenším objemu 10 ml jinak hrozí poškození PICCu jako je např. jeho ruptura při vyšším tlaku. (Knapová, 2019). Samozřejmostí jsou zásady asepse pro snížení rizika infekce vstupu. Nověji se používají také PICC porty, kdy se komůrka portu zavádí pod kůži na paži, odkud je pak zaveden katetr do horní duté žíly. Ošetřování a péče o tento vstup je shodná s ošetřováním CVP.

CVP je dlouhodobý žilní vstup, který se skládá z portu a katetru. Port je vsítý do podkoží a pro jeho napichování slouží speciální Huberovy jehly. Katetr ústí v kavoatriální junkci. Nejčastějším přístupem je pravá strana, protože tímto přístupem se snižuje riziko trombotizace. Správná poloha zavedeného CVP se ověřuje nejčastěji rentgenovým snímkem ihned po výkonu. Při jeho používání je nutné dbát zásad asepse pro minimalizaci infekčních komplikací a používají se opět injekční stříkačky o nejmenším objemu 10 ml, proplachujeme metodou start stop fyziologickým roztokem. (Knapová, 2019, Charvát a kol., 2016)

Tunelizovaný centrální žilní katetr je nejčastěji zaváděn do véna subclavia opět pod kontrolou ultrazvuku. Tento typ katetru je opatřen speciální dakronovou manžetou, která vrůstá do podkoží. Délka užívání je standardně zhruba 1–2 roky. (Kanylační středisko, 2025)

## **1.8 Paliativní léčba**

Paliativní léčba je definovaná jako aktivní léčba, která ovšem nemá za cíl kompletní vyléčení nemocného. Cílem paliativní léčby je prodloužení života pacienta v jeho maximální možné kvalitě. (Vokurka a kol, 2018). K paliativní léčbě patří chirurgické zákroky, chemoterapie, radioterapie, cílená léčba a imunoterapie. Tyto léčebné metody mají vliv jak na délku, tak hlavně na kvalitu života pacienta. (Büchler a kol, 2019).

U pacientů s metastatickým onemocněním se především využívá systémová chemoterapie, biologická léčba, imunoterapie a při postižení rekta radioterapie. Vždy je potřeba brát v potaz celkový stav pacienta (PS status, přidružená onemocnění, věk) a vliv léčby na kvalitu jeho života (toxicita léčby). Každý pacient by měl mít stanoven mutační status onkogenu RAS. Ten je prediktivním markerem odpovědi na monoklonální protilátky. (Novotný a kol., 2019). Testuje se vzorek primárního tumoru a vyšetřují se onkogeny KRAS a NRAS a eventuelně ještě BRAF (přítomnost tohoto genu má silně negativní prognostický charakter). Výsledek bývá zhotoven zhruba do 10 dnů. (Novotný a kol, 2019). Jak již bylo uvedeno výše, tak je

vhodné také zjistit MSI, který má význam pro následně zvažovanou imunoterapii. (Kiss a kol, 2024, Novotný a kol.,2019). Před léčbou 5fluorouracilem či kapecitabinem je nutné mít zhotoveno také vyšetření na DPYD kvůli případné zvýšené toxicitě léčby. (Kiss a kol, 2024)

### 1.8.1 Paliativní chemoterapie

V paliativní léčbě se využívají hlavně látky jako kapecitabin, 5-fluorouracil, irinotecan a oxaliplatin a jejich kombinace spolu s kyselinou listovou – leukovorin (kombinace pod označeními FOLFIRI – kombinace 5fluorouracilu a irinotekanu a FOLFOX – kombinace 5-fluorouracilu s oxaliplatinou). (Sun, 2024) Tyto cytostatika patří mezi iritanty a mohou tak způsobit poškození okolních tkání, pokud by při jejich aplikaci došlo k paravazaci. *„Iritiční flebitidy se objevují převážně při dlouhodobější, spíše několikahodinové rizikových dráždivých cytostatik. Bývá průvodní zvýšená citlivost, až bolestivost, popřípadě zarudnutí v průběhu žíly, postupně její vazivovatění a eventuálně pigmentace (typicky 5-fluorouracil)“* (Vokurka, 2018, str.108). Při léčbě CRC se využívá bolusové, ale i dlouhodobá aplikace 5-FU intravenózně formou kontinuální infuze 24-46 hodin. K důležité součásti léčby tak patří zajištění centrálního venózního vstupu (centrální venózní port, PICC) pro dlouhodobé podávání látek tohoto typu a minimalizaci lokálních komplikací. (Radkhah, 2024).

*„U pacientů v horším celkovém stavu, kteří nejsou schopni agresivní léčby, lze podat FUFU či kapecitabin v monoterapii. Dojde – li ke zlepšení celkového stavu, doporučuje se posílení léčby na dublet, v opačném případě pak pokračovat jen nejlepší podpůrnou léčbou (BSC).“* (Novotný a kol, 2019, str. 191).

### 1.8.2 Cílená léčba a imunoterapie

Spolu s výše zmíněnými cytostatiky se využívá cílená léčba. Pro jejich podání se doporučuje mít stanoveny již zmíněné mutace onkogenů KRAS, NRAS, BRAF. Mezi používané látky patří bevacuzimab, cetuximab, panitumumab, aflibercept a ramucirumab. Kombinují se s výše uvedenými cytostatiky v různých kombinacích. (Kiss, 2024). U bevacizumabu je prokázána účinnost na zvýšení přežití pacientů a prodloužení doby do progresu. Kombinuje se s cytostatiky obsahující fluoropyrimidiny. (Sehnalová a kol., 2019)

Pro podávání imunoterapie je důležité stanovení mikrosatelitové instability (MSI high), která bývá přítomna zhruba u 5 % pacientů s metastatickým onemocněním. Z preparátů se používají zejména nivolumab a pembrolizumab. (Batko, 2023). Imunoterapie se používá také v adjuvanci a neoadjuvanci při MSI high nádoru. Užívají se zejména preparáty ipilimumab a již zmíněný nivolumab. (Novotný a kol, 2024)

### 1.8.3 Paliativní radioterapie

Paliativní radioterapie se využívá u karcinomů rekta při pokročilém onemocnění a také u recidiv tohoto onemocnění. (Šlampa,2023) „*U diseminovaného onemocnění lze očekávat úlevu od symptomů (krvácení, bolesti). Rozsah, dávka a frakcionace je zpravidla individuální*“ (Šlampa, 2023, str.88). Dávky při paliativní radioterapii jsou buď 54 Gy celkem (2 Gy na frakci při režimu 5 frakcí týdně) anebo 30 Gy celkem (3 Gy na frakci při režimu 5 frakcí týdně). Celková dávka se posuzuje individuálně. (Novotný a kol, 2024). Příprava plánovacím CT s plným močovým měchýřem je stejná jako u adjuvantní či neoadjuvantní radioterapie.

### 1.9 Symptomatická léčba

Nastupuje ve chvíli, kdy jsou vyzkoušeny a vyčerpány všechny standartní postupy onkologické léčby u pacientů s progredujícím metastatickým kolorektálním karcinomem. Často i vzhledem k celkovému stavu pacienta, přidruženým chorobám a riziku, že by další léčba vedla k závažným nežádoucím účinkům nelze pokračovat v aktivní onkologické léčbě. (Sláma a kol., 2022). Jde o období, které je velmi náročné pro pacienta, jeho blízké, ale také pro zdravotníky, protože ne vždy dojde k přijetí dané situace pacientem. Je zde velmi důležitá klidná, empatická komunikace, nechat pacientovi dostatek času a prostoru na prožití emocí, přijetí a smíření. Vždy je také nutné vést záznam v dokumentaci o tom, proč je ukončena aktivní léčba a jaké možnosti byly pacientovi nabídnuty. (Sláma a kol., 2022).

Symptomatická léčba se zaměřuje na ovlivňování symptomů pokročilého onkologického onemocnění, které mohou souviset s onemocněním samotným anebo předchozí onkologickou léčbou a na co nejvyšší možnou kvalitu života pacienta. Ovlivňujeme fyzické, psychické, sociální a duchovní potřeby pacienta podle jejich tíže a důležitosti pro pacienta.

Péče může být zajištěna v rodinném prostředí prostřednictvím mobilní domácí paliativní či hospicové péče, ambulancí paliativní péče, na odděleních lůžkové paliativní péče či kamenném hospici. Rozhodnutí je na pacientovi a jeho nejbližších. Péči indikuje lékař specialista (onkolog) či praktický lékař. Na péči se pak podílí multidisciplinární tým, který je sestaven z lékaře specialisty, všeobecných sester (praktických sester), sociálního pracovníka, psychologa, nutričního specialisty a dle potřeb také duchovního. (Sláma a kol., 2022)

## 2 Nejčastější nežádoucí účinky během paliativní léčby

Během paliativní léčby CRC dochází u pacientů k širokému spektru symptomů a syndromů souvisejícími s léčbou. Důležitým úkolem sestry je všechny tyto příznaky monitorovat a společně s pacientem aktivně spolupracovat na jejich minimalizaci a řešení problémů.

Časté nežádoucí účinky jsou:

1. Nevolnost a zvracení – především při léčbě systémovou chemoterapií. Někdy toto můžeme nalézt také pod zkratkou CINV neboli chemoterapií indukované zvracení či nevolnost (chemotherapy induced nausea and vomiting). Mezi cytostatika se střední schopností vyvolat zvracení (tj. ve 30-90 %) patří například irinotekan a oxaliplatin, které se využívají v paliativní léčbě CRC. (Buchler a kol., 2019). Dalšími příčinami může být také probíhající radioterapie či střevní obstrukce. Je tedy vždy důležité nejprve vyloučit náhlé akutní stavy. (Sláma, 2022, str.117). Při léčbě se volí farmakologické i nefarmakologické postupy. Mezi nefarmakologické postupy patří úprava stravy, podávání nepříliš aromatických jídel, pravidelná strava, pravidelná péče o dutinu ústní, někdy pomáhá i příjem spíše chladnější stravy (Sláma, 2022, str.118). K farmakologickým postupům pak patří podávání medikace preventivně před každou chemoterapií (antiemetická profylaxe) a včasné řešení již nastalého zvracení. K antiemetické profylaxi před CHT lze využít inhibitory 5HT<sub>3</sub>R (ondansetron, granisetron), inhibitory NK<sub>1</sub>R (aprepitant, netupitant), kortikosteroidy. K dalším podávaným antiemetikům (nejen jako prevence CINV) řadíme zejména prokinetika (metoclopramid, itoprid, domperidon), fenothiaziny (zejména na ovlivnění nevolnosti – chlorpromazin, thietylperazin), butyrofenony (opět spíše při nevolnostech – haloperidol) a atypická antipsychotika (olanzapin). (Sláma a kol., 2022, str.118-119).
2. Průjem – může nejčastěji souviset s probíhající radioterapií či jako nežádoucí účinek chemoterapie nebo jejich kombinací. Pokud nejsou kontraindikace tak se podávají antidiarhoika, dostatečný příjem tekutin a elektrolytů a úprava stravy, pokud je nutné. Samozřejmostí by měla být monitorace četnosti stolic, monitorace patologických příměsí ve stolici (zejména krev, krevní koagula). (Sláma a kol, 2022). Při těžším průběhu bývá nutná hospitalizace s monitorací fyziologických funkcí, hydratací a v případě potvrzení infekční agens také podávání cílené antibiotické léčby.
3. Bolest – může být způsobena tumorem či jeho metastázami a dále může souviset se samotnou léčbou (bolesti dutiny ústní krku při mukositidě, bolesti způsobené

radiodermatitis při ozařování apod). Pečlivě monitorujeme bolest (numerickou škálou bolesti, vizuální analogovou škálou, verbální škálou bolesti apod.), pacienti si mohou vést tzv. deníky bolesti, kde si zaznamenávají průběžně během dne intenzitu bolestí. Pokud lze tak řešit příčinu bolestí farmakologickými (třístupňový analgetický žebříček podle světové zdravotnické organizace) i nefarmakologickými postupy. Mezi nefarmakologické postupy léčby bolesti můžeme zařadit akupunkturu, aromaterapii, psychoterapii. (Sláma a kol, 2022).

4. Nežádoucí účinky na kůži či sliznicích – radiodermatitis či jako reakce na chemoterapie a cílenou léčbu. Velmi častý je hand foot syndrom v souvislosti s chemoterapií 5FU či perorálním kapecitabinem. Jde o plantární a palmární erytrodysestézii, která se projeví lokálním zarudnutím dlaní rukou a plosek nohou, olupováním kůže a někdy až tvorbou puchýřů. V souvislosti s intravenózním podáváním 5FU je také velmi častá pigmentace kůže v průběhu žil a flebitidy. (Tomášek, Halámková, 2009). Může dojít i k poškození sliznic trávicího ústrojí, velmi často v dutině ústní (mukositida), ale může se toto poškození projevit třeba i již zmíněnými průjmy. Mukositida je pro pacienta velmi nepříjemný a často i bolestivý nežádoucí účinek. (Zavoral, Grega, 2016). Jako prevence je doporučována lokální kryoterapie (postačí cucání kostek ledu), důkladná hygiena dutiny ústní a eventuelně včasné zahájení nutriční intervence v případě poruchy polykání či jiných obtíží s příjmem potravy. (Šáteková, 2019). U radioterapie se nežádoucí účinky projeví na kůži a sliznicích formou radiační dermatitidy. Radiační dermatitida má několik stupňů, počáteční stadia se mohou projevit pocitem pálení kůže/sliznic, lokálním zarudnutím v oblasti ozařovaného pole až přes vlhkou deskvamaci a vznik puchýřů či ulcerací. Existuje mnoho standardizovaných škál pro hodnocení závažnosti kožní reakce při radioterapii. Příkladem může být škála NCI-CTCAE, která hodnotí akutní změny na kůži a RTOG, které se užívají nejčastěji. Hodnotí však pouze lokální reakci na kůži, a ne kvalitu života pacienta s tímto nepříjemným nežádoucím účinkem. Preventivně se doporučuje dostatečná hygiena za použití neparfemovaných mýdel, nošení ideálně bavlněného prádla, volnějších, neškrťících oděvů, neslunit se. U projevů radiodermatitis se postupuje dle její závažnosti od aplikace hydratačních krémů (lze hydratovat pokožku od počátku ozařování jako prevenci, ne však těsně před ozařováním) přes využití různých druhů krytí a prostředků vlhkého hojení ran (vyvarovat se prostředků s obsahem kovů, stříbra, které by mohly potencovat účinky

ozařování a zhoršit lokální reakci) a samozřejmostí by měla být i léčba bolestí. (Šáteková, 2019). Při cílené léčbě se může objevit kožní reakce formou vyrážky v oblasti obličeje a hrudníku a menší, ale hůře se hojící poranění konečků prstů (Zavoral, Grega a kol, 2016).

5. Útlum krvetvorby (myelosuprese) – „mezi nejčastější projevy patří neutropenie (pokles neutrofilních granulocytů po  $0,5 \times 10^9/l$  nebo  $1 \times 10^9/l$ , ale s tendencí k pokračování poklesu), anémie (pokles hladiny hemoglobinu pod hranici  $130 \text{ g/l}$  resp.  $120 \text{ g/l}$  u žen) a trombocytopenie (závažný nález je pod  $50 \times 10^9/l$ )“. (Sláma a kol, 2022, str. 141–143). Všimáme si projevů, hodnotíme laboratorní nálezy a celkový stav pacienta a podle toho se volí řešení – podávání transfuzních přípravků, stavění aktivního krvácení, podávání kortikoidů, imunoglobulinů či granulocyty stimulujícího faktoru (G-CFS), redukce dávky cytostatik, podávání antibiotik, antimykotik při febrilní neutropenii. (Sláma a kol, 2022, Zavoral, Grega a kol., 2016).
6. Úzkosti a deprese – může se projevit nespavostí, strachem, neustálými dotazy, občas i nespoluprací pacienta, agresivitou, špatnou náladou, nezájmem, anhedonií. Je proto důležité se zaměřit i na tyto symptomy, spolupracovat s rodinou, zjišťovat chování pacienta před onemocněním, v domácím prostředí. Důležitá je empatie, informovat pacienta pravdivě, s ohledem na jeho stav fyzický i mentální a jeho přání, informace mu případně dávkovat. Lze také zajistit návštěvu psychologa či duchovního (dle preferencí pacienta). Samozřejmostí je v případě nutnosti také farmakoterapie antidepresivy, anxiolytiky, hypnotiky. (Kiss a kol., 2024)
7. Únava a celková slabost – je jedním z nejčastějších potíží pacienta. Na vzniku se podílí více faktorů, například věk, přidružená onemocnění, pokročilost choroby, nutriční stav, náročnost léčby (konkominantní chemoradioterapie), bolesti a podobně. Pokud lze tak řešit vyvolávající příčinu (bolesti, dehydrataci, nutrici), podporujeme pacienta v pravidelnosti režimu aktivita/spánek, odpočinek, omezení náročných aktivit. Z farmakoterapie lze využít analgetika, antidepresiva a případně nízké dávky kortikoidů (pro podporu chuti k jídlu). (Kiss a kol., 2024, str.219)

### 3 Identifikace potřeb pacientů

*„Potřeba je definována jako stav nedostatku něčeho, co je nevyhnutelné pro organismus nebo osobnost.“* (Bužgová, 2015, str.122). Důležitý je holistický, komplexní přístup k identifikaci potřeb pacienta a rozsahu potřeb což vede ke zvyšování kvality poskytované péče. Potřeby v paliativní péči jsou velmi individuální a ovlivněné mnoha faktory (samotnou diagnózou, prožíváním a vnímáním pacienta a jeho osobnostním nastavením, sociálním zázemím, finanční stránkou apod) a během nemoci se mohou různě měnit a vznikat nové. Proto je doporučováno používat standardizované dotazníky opakovaně. (Bužgová, 2015, Sláma a kol.,2022). O svých potřebách a jejich důležitosti by měl vždy rozhodovat pacient. (Bužgová, 2015).

Potřeby a symptomy v paliativní péči obvykle nevedou k diagnóze a následnému kauzálnímu řešení problému. Diagnózu již obvykle známe a není možné ji vyléčit. Problémy pacienta zde tedy spíše nějakým způsobem tlumíme na hranici, která je pro pacienta tolerovatelná. O potřebách je nutné s pacientem pravidelně mluvit a pravidelně je aktualizovat. (Sláma a kol., 2022).

Potřeby pacientů s vážným onemocněním jsou obvykle specifické a mohou se v průběhu času měnit, zanikat a vznikat nové. Řešíme s pacientem nejen potřeby, které vznikají kvůli samotnému onemocnění (obvykle fyziologické potřeby a potíže charakteru bolestí, průjmů, nauzey, nechutenství apod), ale také potřeby sociální, finanční a spirituální, které mohou vznikat jako následek nevléčitelného onemocnění a s tím spojené dlouhodobé pracovní neschopnosti, invalidní důchod či ztráta zaměstnání, změny sociálních rolí. Často jde o potřeby finančního zajištění, změny životního stylu a jiné. (Šamánková a kol, 2011). *„Hierarchie potřeb v těžké nemoci se mění na dva základní okruhy, které jsou ve stejné rovině: láska a pocit příslušnosti, pocit sebeúcty a fyziologické potřeby a potřeba jistoty a bezpečí.“* (Šamánková a kol., 2011, str. 36-37). Často se u pacientů s nevléčitelným onemocněním objevuje potřeba něco po sobě zanechat, hmatatelný či nehmatatelný odkaz. Je pak na nás pomoci pacientovi nalézt smysl zejména v tom, co prožil a tím mu umožnit uspokojit tuto potřebu. (Šamánková a kol, 2011)

Důležitou součástí uspokojování potřeb u pacientů v paliativní léčbě je komunikace, naslouchání a poskytování dostatečného množství informací (dle přání pacienta, jeho kognitivních schopností a možností). To vše vede k pocitu bezpečí a jistoty. Stáváme se pro

pacienta průvodcem v nemoci, v úplně nové situaci, se kterou se vyrovnává. (Šamánková a kol., 2011).

Nástroje pro identifikaci potřeb v paliativní onkologii představují validované dotazníky a škály. S jejich pomocí můžeme zjistit aktuální potřeby pacienta, rizika a také efektivitu a kvalitu v naplňování potřeb. (Bužgová, Sikorová a kol., 2013). Je založena na aktivní spolupráci s pacientem a jeho nejbližšími a rodinou. Péče by měla být individualizovaná a důraz je kladen na potřeby, a především přání pacienta. Ke zlepšení kvality života pacienta je potřeba správně identifikovat a vyhodnotit potřeby ve všech oblastech. Hodnocení a zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči může být velmi náročné a měli bychom se zaměřovat konkrétně na jednotlivé symptomy, syndromy a potřeby. (Sláma, 2020).

### **3.1 Validované dotazníky a nástroje v paliativní péči**

Validované dotazníky lze použít pro monitoraci příznaků jednorázově či v dlouhodobém horizontu, pro zlepšení komunikace mezi pracovišti a zdravotníky a využívají se také pro různé studie. (Sláma, 2020).

Pro zhodnocení výkonnostního stavu pacienta při úvahách nejen o paliativní léčbě se standartně používají Performance status podle WHO nebo Karnofského index. Odráží se v něm schopnost pacienta pečovat sám o sebe, jak zvládá běžné denní činnosti, pohyb, využití kompenzačních pomůcek pro pohyb apod. Usnadňuje i komunikaci mezi zdravotníky při předávání pacientů do péče. (NZIP, 2025)

Dotazník NECPAL (Necessities in palliative care) je nástroj, který slouží k identifikaci pacientů, kteří by mohli mít prospěch z paliativní péče. Autorem dotazníku je Xavier Goméz – Batiste. Autor pochází ze Španělska a dotazník byl následně přeložen a využíván i v dalších zemích. Nejprve je zhodnocena rámcová prognóza formou otázky: „*Byl byste překvapen/a, kdyby tento pacient v následujících 12 měsících zemřel?*“ (Sláma a kol., 2022, str. 33). A následně se hodnotí různé klinické údaje (přidružená onemocnění, sociální aspekty, geriatrické syndromy, soběstačnost pacienta atd.). Používá se spíše ke zhodnocení potřeby paliativní péče a následně přípravě plánu péče s pacientem a jeho rodinou. (Sláma a kol., 2022)

Dotazník SPICT (Supportive and palliative care indicators tool) je opět nástroj, který slouží pro vyhledávání pacientů s chronickým nevléčitelným onemocněním, kteří budou mít prospěch z paliativní péče a jsou pro ni vhodnými adepty. Autory dotazníku jsou Kirsty Boyd

a Scott Murray z Univerzity v Edinburghu. První verze vznikla v roce 2010 a následně byla přeložena do mnoha dalších jazyků. (Sláma a kol, 2022, About spict, 2025).

Dotazníky SPICT a NECPAL jsou také zahrnuty jako doporučené nástroje pro vyhodnocování potřeby paliativní péče v Metodice integrace paliativní péče do zdravotnických zařízení. (Sláma a kol., 2019)

K nejpoužívanějším dotazníkům pro potřeby patří Edmonton symptom assessment system (ESAS). Jeho autorem je Eduardo Bruera se svým týmem, vyvinut byl v roce 1991 v Albertě v Kanadě a následně přeložen a používán v mnoha dalších zemích. Nově může být používána také revidovaná verze tohoto dotazníku pod označením ESAS-r, jehož autory jsou Sharon Watanabe a Cheryl Nekolaichuk. Jejich nejnovější verze je z roku 2020. (Watanabe, Nekolaichuk, 2020) ESAS hodnotí devět nejčastějších potřeb v paliativní péči a jednu nedefinovanou, kam lze dopsat jakoukoliv nezmíněnou potřebu. Pomáhá sestřám zjistit, které potřeby pacient považuje za urgentní k řešení. Každou potřebu hodnotí na škále od 0 (žádný problém) po 10 (nejhorší). Opakovaným použitím dotazníku můžeme sledovat vývoj v čase, změny v urgenci potřeb a zlepšování či naopak zhoršování stavu. Ke sledovaným položkám v dotazníku patří bolest, únava, nauzea, nechutenství, dušnost, deprese, úzkost, ospalost, pocit pohody a další symptomy.

Dotazník Patient needs assessment in palliative care (dále PNAP) je validovaný dotazník pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči. Dotazník obsahuje 40 pložek, které jsou sdruženy do 7 domén – fyzické symptomy, sociální oblast, respekt a podpora zdravotnických pracovníků, smysl života a smíření, autonomie, možnost sdílení emocí a religiozita. Dotazník vychází z holistického pojetí ošetrovatelské péče a je tedy vhodný pro hodnocení potřeb pacientů s nevyléčitelným onemocněním, kterým pak může být poskytována individuální ošetrovatelská péče s ohledem na pacientova přání a potřeby s cílem zvýšení kvality života pacienta. Autorkou dotazníku je PhDr. Radka Bužgová, Ph.D. (Bužgová, 2014)

Dotazník IPOS, který hodnotí široké spektrum potřeb pacientů v paliativní péči, bude podrobně rozebrán v kapitole metodika diplomové práce.

Dalším dotazníkem je brief pain inventory, který je ovšem zaměřen pouze na bolest. Autorem tohoto dotazníku je Charles S. Cleeland. Hodí se spíše jako doplňující dotazník pro pacienty trpící bolestmi a ke zhodnocení efektivity analgoterapie. Pacient nám sám označí místo největší bolesti, oškáluje si bolesti za posledních 24 hodin a nyní, na numerické škále bolesti a

ohodnotí efekt nastavené analgoterapie (úleva je udávána v procentech). (Sláma, Vafková, 2020).

Velmi často se setkáváme s tím, že nejsou zjišťovány spirituální potřeby pacienta. Příčinou může být ostych na straně personálu, neznalost, strach z další komunikace v této oblasti. Pro tyto případy byl sestaven FICA spiritual history tool, který zahrnuje oblasti a příklady otázek, které můžeme pacientovi pokládat a navázat tak rozhovor na téma nejen potřeb víry a jejího praktikování, ale i otázek smyslu života a jak můžeme pacientovi v těchto oblastech pomoci. Autorkou dotazníku je Christina Puchalski. (Sláma, Vafková, 2020, Puchalski, 2020).

## **Shrnutí teoretické části**

Kolorektální karcinom je stále na předních místech výskytu maligních onemocnění v ČR. Na jeho vysokém výskytu se podílí zcela určitě genetika, ale především životní styl a styl stravování. Důležitá je tedy primární prevence, edukace obyvatel o rizikových faktorech (např. obezita, kouření, nadměrný příjem uzenin, červeného masa a alkoholu). Od roku 2000 funguje v ČR screening kolorektálního karcinomu, který vedl ke klesající tendenci mortality díky záchytu onemocnění v nižších stádiích. Léčba spočívá především v chirurgickém řešení a neoadjuvantní a adjuvantní systémové léčbě a radioterapii, pokud je postižena oblast rekta. V léčbě se využívá také cílená terapie a imunoterapie. Dle stádia onemocnění (podle klasifikace TNM) se volí léčba kurativní nebo paliativní či případně symptomatická. Léčba CRC je spojena také s mnoha komplikacemi, které mohou nastat a které bychom jako sestry měly znát a předvídat abychom včas zahájily léčbu.

Velmi důležitou součástí práce sestry v paliativní péči je holistický přístup a zjišťovat bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb pacientů. Důležitá je zejména otevřená komunikace a spolupráce s pacientem a jeho rodinou, ale také v multidisciplinárním týmu, aby mohla být poskytována individualizovaná kvalitní paliativní péče s ohledem na přání a potřeby pacienta. K dispozici je mnoho standardizovaných dotazníků, které jsou vhodné pro použití v paliativní péči. Mezi nejpoužívanější a nejkompexnější patří dotazníky ESAS a IPOS. Plán péče by měl být dále sestaven dle priorit pacienta, ale úkolem sestry je pečovat a spolupracovat s pacientem a případně i jeho nejbližšími na zajištění celkového komfortu a pohody pacienta.

## **4 Empirická část**

V paliativní péči je velmi důležitým aspektem porozumění individuálním potřebám pacientů, a to nejen v oblasti fyzických potřeb, ale také psychických, spirituálních a sociálních. Klíčovou roli v tomto hrají všeobecné/praktické sestry, které tyto potřeby zjišťují od prvního kontaktu s pacientem a také se podílí, ve spolupráci s celým týmem, na jejich uspokojování a hodnocení kvality poskytnuté péče. Proto je také důležité, aby nedocházelo k velkým odlišnostem ve vnímání potřeb pacienty a sestrami. Pro tuto diplomovou práci byl zvolen dotazník IPOS, který se věnuje všem zmíněným potřebám a je k dispozici ve variantě pro sestry i pro pacienty. Tímto výzkumným šetřením můžeme identifikovat problémy a odlišné vnímání potřeb u pacientů a sester. Na základě zjištěných skutečností lze zlepšit komunikaci a spolupráci v týmu i s pacienty a zvýšit tak celkovou kvalitu poskytované péče o pacienty.

### **Cíle výzkumné části:**

#### **Hlavní cíl**

- Zjistit rozdíly ve vnímání potřeb během paliativní léčby kolorektálního karcinomu u vybraných pacientů a sester.

#### **Dílčí cíle**

- Zhodnotit výsledky jednotlivých položek dotazníku Integrated paliative outcome scale (dále IPOS)
- Zjistit případné nedostatky při uspokojování potřeb vybraných pacientů

#### **Výzkumné otázky**

- Jaké potřeby vnímají vybraní pacienti jako nejvíce a nejméně závažné během paliativní onkologické léčby CRC?
- Jaké potřeby hodnotí sestry jako nejvíce a nejméně závažné během paliativní onkologické léčby pacientů s CRC?
- Jak jsou hodnoceny jednotlivé položky dotazníku IPOS vybranými pacienty a sestrami?

## **Hypotéza**

- H0 – Existuje statisticky významný rozdíl mezi tím, jak potřeby v paliativní péči vnímají sestry a jak pacienti.
- H1 – Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi tím, jak potřeby v paliativní péči vnímají sestry a jak pacienti.

## **4.1 Organizace výzkumného šetření**

Výzkumné šetření probíhalo v soukromém nemocničním zařízení na onkologickém oddělení od listopadu 2024 do března 2025. Pro použití validovaného dotazníku bylo osloveno Centrum paliativní péče, které je autorem validované české verze dotazníku a které udělilo svůj souhlas s použitím dotazníku pro účely této diplomové práce. Předem byl také získán souhlas nemocniční etické komise s provedením výzkumu a souhlas primáře oddělení, hlavní a vrchní sestry. Vybráni byli pacienti, u kterých probíhala paliativní léčba kolorektálního karcinomu (systémová léčba či radioterapie). Stav pacientů a schopnost zařazení do výzkumného šetření byly konzultovány s ošetřujícím lékařem. Respondenti byli předem srozumitelně informováni o tématu práce, cílech práce, dobrovolnosti a anonymizaci veškerých dat. Svůj souhlas udělili vyplněním dotazníku. Vyplněný dotazník vložili obě skupiny do přiložené obálky a předem připraveného boxu.

## **4.2 Výběr respondentů**

Výběr respondentů pro výzkumnou část byl záměrný. Vybírání byli pacienti starší 18 let s diagnózou kolorektálního karcinomu, kteří podstupovali paliativní léčbu ve vybrané nemocnici XY a sestry pracující na onkologickém oddělení v téže nemocnici a s vyplněním dotazníku souhlasili. Vyloučení byli pacienti, kteří s vyplněním dotazníku nesouhlasili a také ti, kteří nemluvili českým jazykem či měli známý kognitivní deficit. Pacientům byla nabídnuta pomoc při orientaci v jednotlivých otázkách, nicméně důraz byl kladen na samostatné a subjektivní vyjádření jejich potřeb a pocitů. V případech, kdy zdravotní stav pacientů neumožňoval samostatné vyplnění, byl umožněn zápis s asistencí člena rodiny nebo sestry, což bylo zaznamenáno v závěrečné položce dotazníku. Celkem bylo distribuováno 60 dotazníků, 30 pro pacienty a 30 pro všeobecné/praktické sestry. Zpět bylo vybráno 52 dotazníků. Celková návratnost tedy činila 86,67 %.

### 4.3 Dotazník IPOS

Pro tuto diplomovou práci byl zvolen standardizovaný dotazník IPOS doporučován pro sběr dat v paliativní péči, hodnocení kvality života pacientů v paliativní péči a potřeb pacientů.

Tento dotazník byl vytvořen již v roce 1999 a to v Institutu Cecily Saunders na King's college v Londýně. Patří k nejpoužívanějším dotazníkům v paliativní péči celosvětově. Jedná se o rozšířenou verzi původního Palliative care outcome scale (POS). V České republice byla standardizace dotazníku provedena Centrem paliativní péče (autoři české verze Karolína Vlčková a PhDr. Martin Loučka, Ph.D.), které spolupracovalo s několika nemocničními zařízeními, vybranými hospici v letech 2017-2018. Nejprve byl dotazník přeložen do českého jazyka, a to překladatelem a také odborníkem v oboru paliativní péče. Následně byl překlad revidován pro zjištění případných neshod a chyb. V další fázi došlo k pilotnímu testování srozumitelnosti a relevantnosti dotazníku mezi sestrami a pacienty. Tito se mohli vyjádřit k tomu, zda otázkám dostatečně rozumí, jsou pochopitelné, nabízené odpovědi vhodné (mohli nabídnout jinou formulaci) a jestli není dotazník příliš náročný, a to i z časového hlediska. Po úpravách proběhl sběr dat v zapojených nemocnicích a hospicích, kde se zapojilo 133 pacientů. Poslední fází bylo psychometrické zhodnocení dotazníku. Zapojení zdravotníci oceňovali dotazník jako rychlý nástroj pro získání důležitých informací z pohledu pacienta a také jako možnost pro zjednodušení komunikace s pacienty v paliativní péči. (Vlčková, Loučka, 2018)

IPOS slouží pro monitoraci a hodnocení potřeb fyzických, psychických, sociálních a míry jejich zátěže pro pacienta. Zjišťujeme také informovanost pacientů. Výsledkem získáme přehled o potřebách pacienta, jejich důležitosti a vlivu na celkovou kvalitu života. Dotazníky jsou dostupné ve dvou variantách, a to pro hodnocení z pohledu pacienta a také z pohledu ošetřujícího personálu. Hodnocení podle tohoto dotazníku lze opakovat během probíhající léčby a tím můžeme hodnotit nejen momentální potřeby pacienta, ale i úspěšnost našich ošetřovatelských intervencí v čase. (Vlčková, Loučka, 2018) Pro účely této diplomové práce vyplňovaly obě skupiny dotazník pouze jednou.

Dotazník je sestaven z celkem 10 otázek. V první otázce pacient sám vypíše své obtíže, se kterými se potýkal během posledních 3 dnů. Otázka číslo 2 je zaměřena na fyzické potíže, se kterými se pacient mohl, ale nemusel setkat během paliativní léčby. U jednotlivých položek je využita pětibodová Likertova škála, kdy pacient hodnotí potíže od 0 (žádný problém) po 4 (velmi závažný problém). Je dán i prostor, kde pacient může vypsát jakékoliv jiné potíže,

kteře nebyly zmíněny. Otázky 3–8 jsou zaměřeny spíše na psychické, spirituální potřeby a potřeby komunikace pacienta. Opět je využita pětibodová Likertova škála. V otázce číslo 9 je pacient dotazován na praktické záležitosti (finanční, sociální či osobní) a zda byly řešeny během probíhající léčby. Otázka 10 se týká vyplnění dotazníku a jestli byl vyplněn samotným pacientem či s pomocí rodiny nebo zdravotnického personálu. Obdobně hodnotí dotazník i zdravotnický personál, ale s vynecháním položky číslo 10.

#### **4.4 Deskriptivní analýza odpovědí**

Tato kapitola prezentuje výsledky dotazníkového šetření, které bylo zaměřeno na hodnocení potřeb pacientů s kolorektálním karcinomem v paliativní péči. Respondenti, pacienti hospitalizovaní na onkologickém oddělení a sestry, pečující o tyto pacienty, poskytli zpětnou vazbu prostřednictvím standardizovaného dotazníku IPOS, který zachycuje fyzické, psychické, sociální i duchovní potřeby, stejně jako informovanost a vnímání komunikace. Výsledky poskytují komplexní pohled na subjektivně prožívané symptomy a obtíže během pokročilého stadia onkologického onemocnění.

Celkem bylo distribuováno 30 dotazníků patientské verze. Zpět se vrátilo 27 dotazníků. Celková návratnost tedy činila 90 %. U sester bylo rovněž distribuováno 30 dotazníků, zpět se vrátilo 25 dotazníků. Celková návratnost tedy v tomto případě tvořila 83,33 %.

Analýza dat je strukturována podle tematických oblastí odpovídajících jednotlivým položkám dotazníku. Nejprve jsou popsány nejčastěji se vyskytující obtíže, které mohli obě skupiny vyplnit v otevřené otázce a spontánně tak popsat své subjektivní potíže a potřeby, bez nabízených odpovědí.

Následuje podrobnější rozbor jednotlivých dimenzí dotazníku – fyzických symptomů (např. bolest, slabost, zácpa), psychických stavů (např. úzkost, deprese), aspektů spojených s informovaností a komunikací, a také vnímání rodinné podpory.

Cílem této části je identifikace převažujících obtíží a porozumění tomu, jak intenzivně pacienti jednotlivé symptomy prožívají. Zjištěné výsledky budou následně komparovány s odpověďmi zdravotnického personálu a statisticky vyhodnoceny ve vztahu k formulovaným průzkumným otázkám.

Po ukončení sběru byly dotazníky zabezpečeny a archivovány, následně převedeny do elektronické podoby a připraveny ke statistickému zpracování. Každý dotazník byl

identifikován anonymním kódem, aby bylo možné porovnat odpovědi pacientů a odpovídajících sester.

Data byla nejprve podrobena deskriptivní analýze (četnosti, průměry, mediány), následně byly formulované hypotézy ověřeny pomocí statistických testů vhodných pro daný typ dat. Vzhledem k ordinalnímu charakteru škálování odpovědí (např. „vůbec“ – „pořád“) byla využita zejména neparametrická analýza, konkrétně chí-kvadrát test nezávislosti ( $\chi^2$  test) pro zjištění statisticky významných rozdílů mezi odpověďmi pacientů a sester. Tento test umožnil posoudit míru souladu či rozdílu v percepci jednotlivých dimenzí potřeb, jako jsou bolest, úzkost, smutek, informovanost nebo duchovní potřeby. Hladina statistické významnosti byla stanovena na úrovni  $p < 0,05$ . Výsledky testů byly následně interpretovány v části komparativní analýzy a sloužily k ověření výzkumných otázek spojených s rozdíly mezi oběma skupinami respondentů.

#### **4.4.1 Nejčastější potřeby a potíže**

V první otevřené položce dotazníku IPOS byli pacienti vyzváni, aby vlastními slovy popsali své hlavní potřeby a obtíže, které je trápily v posledních třech dnech. Cílem této otázky bylo zachytit spontánní výpovědi pacientů bez předem nabízených možností a tím odhalit symptomy, které pacienti sami považují za nejvýznamnější.

Mezi nejčastěji uváděné problémy dominovaly především bolest a únava, které byly zmíněny napříč většinou respondentů. Tyto symptomy se často kombinovaly s dalšími projevy, jako jsou zácpa, průjem, případně inkontinence stolice, které pacienti hodnotili jako značně zatěžující. Dále se často objevovalo nechutenství, nevolnost nebo obecně popsané „zažívací potíže“, přičemž někteří pacienti konkretizovali i ztrátu tělesné hmotnosti nebo obtíže s příjmem potravy.

Poměrně silně byla zastoupena i psychická složka obtíží, například strach, úzkost, nebo „obavy z budoucnosti“. Někteří pacienti uváděli i problémy související s tělesným vzhledem nebo nežádoucími účinky léčby (radiodermatitidy, suchost v ústech, parestezie, točení hlavy). Objevily se také zmínky o nespavosti, spavosti či celkovém pocitu „slabosti a vyčerpání“.

Z výpovědí pacientů je zřejmé, že symptomy se často kumulují a navzájem ovlivňují, čímž dochází k jejich subjektivnímu zesilování. Například kombinace bolesti, únavy a nechutenství byla uváděna opakovaně, často ve spojení s popisem celkového zhoršení kvality života.

Výpovědi tak poukazují na multidimenzionální charakter paliativní symptomatiky, v níž fyzické a psychické potřeby tvoří nerozlučně propojený celek.

Sestry hrají nezastupitelnou roli v identifikaci potřeb pacientů v paliativní péči. Díky každodennímu kontaktu a dlouhodobému sledování fyzického i psychického stavu pacientů jsou schopny vnímat jak akutní fyzické potíže, tak i méně zjevné potřeby v oblasti psychické pohody, informovanosti a sociálního zázemí. V rámci dotazníkového šetření IPOS poskytly sestry zpětnou vazbu k tomu, které oblasti považují u pacientů s kolorektálním karcinomem za nejzávažnější a nejvíce zatěžující pro pacienty.

Z odpovědí vyplynulo, že nejčastěji jako prioritní potřeby uváděly sestry zvládnutí bolesti, fyzické slabosti a únavy. Tyto symptomy byly v hodnocení sester označeny jako závažné nebo velmi závažné u více než poloviny pacientů, s nimiž pracovaly.

Kromě fyzických obtíží byly rovněž často zmiňovány projevy psychické zátěže, jako jsou úzkost, skleslost či obavy z budoucnosti. Sestry poukazyvaly na to, že i když pacienti ne vždy své obavy verbalizují, změny v jejich chování či náladě mohou být výrazné a signalizují potřebu zvýšené pozornosti.

#### **4.4.2 Fyzické potřeby**

Jedním ze sledovaných cílů výzkumu bylo zhodnocení intenzity fyzických potřeb u pacientů s kolorektálním karcinomem v paliativní léčbě. Pomocí standardizovaného dotazníku IPOS pacienti hodnotili desítku specifických obtíží na škále od 0 (vůbec) po 4 (nesnesitelně). Zjištěné hodnoty poskytují přehled o tom, které symptomy jsou v závěrečné fázi onemocnění pacienty vnímány jako nejvíce zatěžující.

Nejvýrazněji byl hodnocen symptom slabosti a nedostatku energie, kde 9 (33,33 %) pacientů uvedlo závažnost „nesnesitelně“, dalších 6 (22,2 %) pak odpovědělo „silně“. Vysoké hodnoty byly zaznamenány také u ospalosti, kterou jako „silnou“ označilo 10 (37,04 %) pacientů, „nesnesitelnou“ pak 8 (29,63 %). Obdobně u snížené pohyblivosti dosáhly nejvyšších dvou stupňů intenzity hodnot 10 a 8.

Naopak symptomy jako dušnost nebo zvracení byly u většiny pacientů hodnoceny jako méně závažné. Dušnost nepocíťovalo vůbec 12 (44,4 %) pacientů, dalších 7 (25,9 %) ji popsalo jako mírnou. Pouze 1 (3,7 %) pacient označil dušnost jako nesnesitelnou.

Symptom bolesti se ukázal být značně rozložený – 7 (25,9 %) pacientů jej označilo za střední, 5 (18,52 %) za silný a 4 (14,8 %) za nesnesitelný. Na druhé straně jej 6 (22,2 %) osob vůbec

nepocíťovalo. Nevolnost, nechutenství, sucho v ústech a zácpa se pohybovaly převážně ve střední intenzitě (stupně 2–3), přičemž každou z těchto obtíží označilo 5 (18,52 %) až 7 (25,9 %) pacientů jako „silnou“, další 3 (11,1 %) až 7 (25,9 %) jako „nesnesitelnou“.

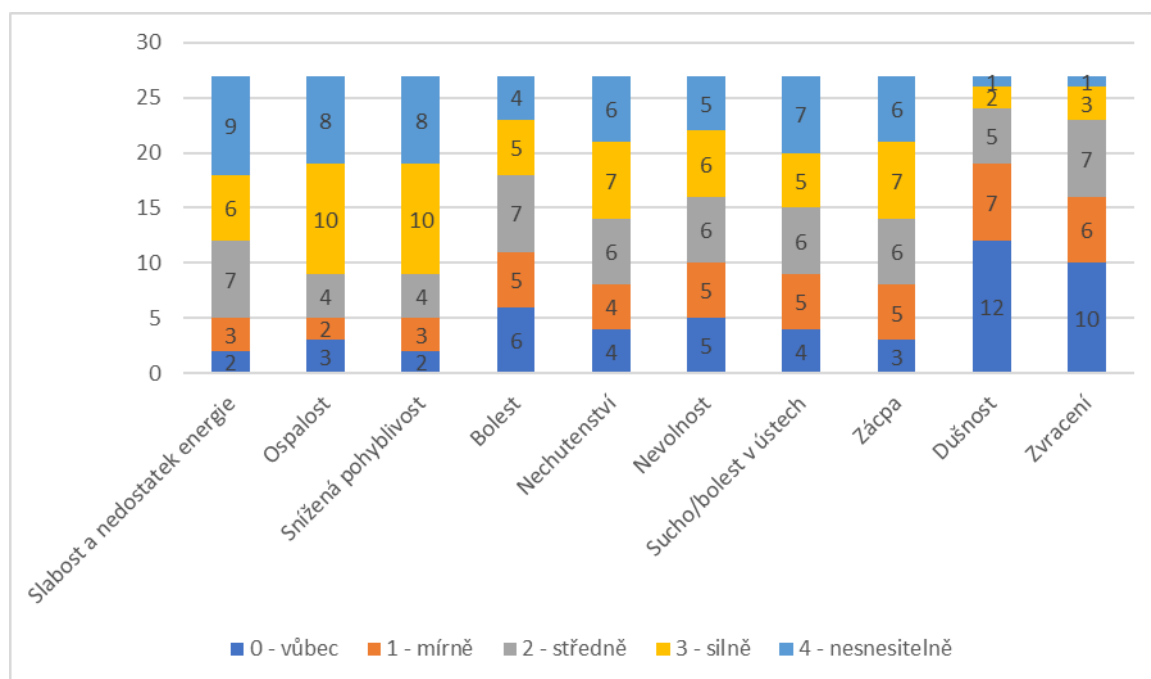
*Tabulka 2: Hodnocení závažnosti jednotlivých obtíží z pohledu pacientů*

	N	průměr	medián	směrodatná odchylka
Bolest	27	1,59	2	1,500
Dušnost	27	0,56	0	0,974
Slabost	27	2,04	2	1,506
Nevolnost	27	1,48	1	1,528
Zvracení	27	0,74	0	1,457
Nechutenství	27	1,70	2	1,564
Zácpa	27	0,85	0	1,231
Bolesti/sucho v ústech	27	1,11	1	1,155
Ospalost	27	2,48	3	1,252
Snížená pohyblivost	27	1,67	1	1,468

Pozn.: 0 = vůbec, 4 = nesnesitelně

Rozložení všech odpovědí podle intenzity jednotlivých symptomů je zobrazeno ve sloupcovém grafu 1. Ten přehledně znázorňuje celkový počet pacientů, kteří zvolili daný stupeň závažnosti u každého sledovaného symptomu.

Graf 1 Rozložení intenzity fyzických symptomů podle pacientů



Z grafu je zřejmé, že největší zatížení pacienti pocítují v oblasti slabosti a nedostatku energie, ospalosti, snížené pohyblivosti a také bolestmi či pocitem suchosti v dutině ústní.

### Hodnocení fyzických potřeb a potíží sestrami

Hodnocení fyzických obtíží představuje důležitou složku v rámci sledování stavu pacientů v paliativní péči. V dotazníku IPOS byly sestry požádány, aby zhodnotily závažnost vybraných symptomů za poslední tři dny, a to pomocí pětibodové Likertovy škály (0 = žádný problém, 4 = velmi závažný problém). Hodnoceno bylo devět hlavních symptomů: bolest, slabost, nechutenství, dušnost, zácpa, nevolnost, sucho v ústech, ospalost a snížená pohyblivost.

Nejčastěji uváděným problémem byla slabost, kterou jako silnou nebo nesnesitelnou hodnotilo 11 (44 %). Tento symptom byl často spojován s celkovou únavou a ztrátou schopnosti samostatného pohybu, což výrazně ovlivňovalo kvalitu života pacientů. Dalších 7 sester (28 %) hodnotilo slabost jako střední a pouze 1 (4 %) respondent označil, že slabost nebyla přítomna vůbec.

Bolest byla druhým nejzávažnějším symptomem. Celkem 7 sester (28 %) ji označilo za silnou, dalších 12 (48 %) jako mírnou nebo střední. Pouze 6 (20 %) respondentek uvedlo, že bolest nebyla přítomna. Nejčastěji byla bolest lokalizována v oblasti břicha, pánevní oblasti

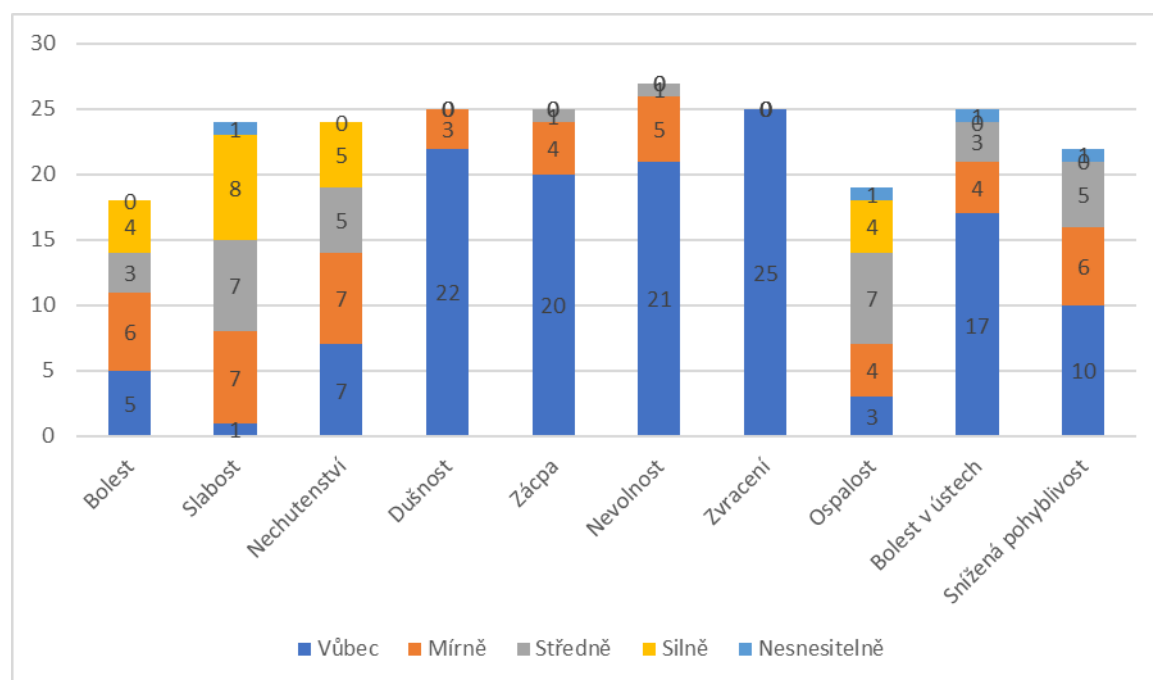
nebo zad, což souvisí s typickým umístěním primárních nebo metastatických ložisek kolorektálního karcinomu.

Tabulka 3: Hodnocení závažnosti jednotlivých obtíží z pohledu sester

	N	průměr	medián	směrodatná odchylná
Bolest	25	1,20	1	1,000
Dušnost	25	0,12	0	0,332
Slabost	25	2,08	2	0,997
Nevolnost	25	0,32	0	0,557
Zvracení	25	0,00	0	0,000
Nechutenství	25	1,28	1	1,061
Zácpa	25	0,24	0	0,523
Bolesti/sucho v ústech	25	0,64	0	0,995
Ospalost	25	2,00	2	1,103
Snížená pohyblivost	25	0,84	1	1,028

Pozn.: 0 = vůbec, 4 = nesnesitelně

Graf 2 Rozložení intenzity fyzických symptomů podle sester



Nechutenství se vyskytovalo u většiny pacientů: 10 sester (40 %) ho označilo jako střední až silné, 7 sester (28 %) jako mírné a zbývajících 8 sester (32 %) uvedlo, že pacient nechutenstvím netrpěl. Nechutenství bylo často kombinováno s gastrointestinálními symptomy, jako je průjem nebo zácpa.

Zácpa se naopak ukázala jako relativně méně závažný problém – 80 % respondentek uvedlo, že se buď vůbec nevyskytovala anebo byla jen mírná. Pouze jedna sestra uvedla zácpu jako středně závažnou.

Dušnost nebyla u většiny pacientů přítomna. Až 22 sester (88 %) ji označilo jako zcela absentující. Zbývajících 3 (12 %) hodnotily dušnost jako mírnou. Podobný obraz se objevil i u nevolnosti, která byla v 76 % případů nepřítomná, u 6 (20 %) pacientů se objevila mírně až středně.

Při hodnocení ospalosti bylo 7 případů (28 %) označeno za silné a dalších 9 (36 %) jako střední. Tento symptom sestry často spojovaly s nežádoucími účinky léčby a celkovým vyčerpáním.

Pokud jde o sucho v ústech, závažnější formy tohoto symptomu byly méně časté. Mírné až střední potíže zaznamenalo 11 respondentek (44 %), zatímco 13 (52 %) hodnotilo, že sucho v ústech nebylo přítomno. Pouze v jednom případě (4 %) bylo hodnoceno jako nesnesitelné.

Snížená pohyblivost byla přítomna u většiny pacientů v mírné nebo střední podobě – celkem 12 případů (48 %). Silné omezení mobility bylo uvedeno u jednoho pacienta, naopak 11 (44 %) respondentek zaznamenalo úplnou absenci tohoto symptomu.

Stejně tedy jako pacienti i sestry udávají jako jednu z nejvýraznějších potřeb v oblasti únavy a celkové fyzické slabosti. Oproti pacientům udávají častěji nechutenství, snížený příjem stravy a nauzeu. Zajímavé je také, že pacienti více udávali omezení mobility (možná v souvislosti s celkovou slabostí) zatímco sestry tuto potřebu nevnímali jako jednu z nejvýraznějších.

#### **4.4.3 Psychické potřeby**

Kromě fyzických potíží, které významně ovlivňují kvalitu života pacientů v paliativní péči, je neméně důležité věnovat pozornost také psychickému prožívání nemocných a jejich blízkých. Pacienti s kolorektálním karcinomem se ve finální fázi onemocnění často potýkají s pocity úzkosti, depresivními myšlenkami či narušeným vnitřním klidem. Tyto faktory mohou mít

zásadní vliv na celkový komfort a schopnost zvládat další symptomy. V rámci dotazníku IPOS byly zkoumány čtyři základní aspekty psychického stavu: vlastní úzkost z nemoci nebo léčby, úzkost příbuzných, subjektivní pocity deprese a vnímání vnitřního klidu.

Úzkost spojená s nemocí byla u pacientů relativně častým jevem – z celkového počtu 27 pacientů označilo 4 (14,8 %) tuto úzkost jako trvalou („pořád“), dalších 7 (25,9 %) uvedlo, že ji prožívali „většinu času“. Celkem 11 (40,74 %) osob zažilo úzkost „občas“ a pouze 3 (11,1 %) pacienti uvedli, že ji vůbec nepocítovali. Zbývající 2 (7,41 %) pacienti uvedli výskyt jen „výjimečně“. Tato čísla ukazují, že více než tři čtvrtiny pacientů se alespoň částečně potýkaly s obavami spojenými s průběhem nemoci a léčby.

Výrazněji byla zastoupena úzkost rodinných příslušníků, kterou pacienti reflektovali z pozorování a komunikace. Celkem 12 (44,4 %) pacientů uvedlo, že jejich blízcí prožívali úzkost „pořád“, u dalších 4 (14,8 %) byla přítomna „většinu času“. Dále bylo zaznamenáno 11 (40,74 %) odpovědí „občas“, což znamená, že ve všech případech byla nějaká míra úzkosti rodinných příslušníků přítomna. Nikdo nezvolil odpověď „vůbec“, což vypovídá o silném psychickém zapojení rodiny do situace pacienta.

Co se týče pocitů deprese, výsledky ukázaly rozmanité rozložení. Tři pacienti (11,1 %) uvedli, že se necítili depresivně vůbec, sedm (25,9 %) dalších odpovědělo „výjimečně“. Nejvíce, tedy deset pacientů (37,04 %), označilo odpověď „občas“. „Většinu času“ uvedli čtyři pacienti (14,8 %) a tři (11,1 %) uvedli, že deprese pocítovali „pořád“. Tento vývoj naznačuje, že depresivní prožívání je častým, i když u většiny ne permanentním rysem psychického stavu pacientů v paliativní fázi.

Zajímavým ukazatelem byla otázka na vnitřní klid, tedy pozitivní psychický stav. Dvanáct pacientů (44,4 %) uvedlo, že jej zažívali „většinu času“, což je povzbudivé zjištění. Dalších šest (22,2 %) osob uvedlo „zřídka“, čtyři (14,8 %) „občas“ a dva (7,41 %) „pořád“. Pouze dva (7,41 %) pacienti uvedli, že jej nepocítovali vůbec. Tyto výsledky ukazují, že i navzdory těžké diagnóze a pokročilému stádiu nemoci si značná část pacientů zachovala vnitřní stabilitu.

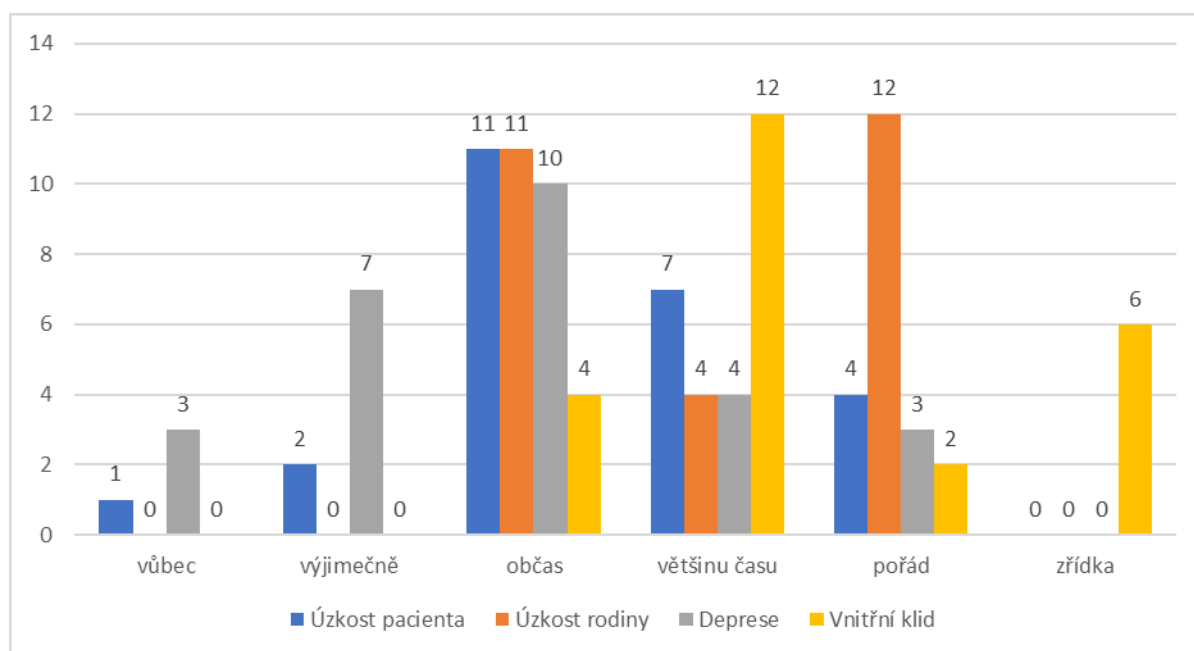
Tabulka 4: Výskyt úzkostných a depresivních stavů z pohledu pacientů

	N	průměr	medián	směrodatná odchylka
Cítili jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?	27	2,33	2	1,209
Cítil někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?	27	3,11	3	0,934
Cítil jste se depresivně?	27	1,78	2	1,219

Pozn.: 0 = vůbec, 4 = pořád

Rozložení všech odpovědí na psychické symptomy podle jednotlivých úrovní intenzity je zobrazeno ve sloupcovém grafu 2, který je uveden níže.

Graf 3 Rozložení odpovědí psychických potřeb a potíží u pacientů



Z výše uvedeného grafu je patrné, že nejvýraznějším negativním faktorem je trvalá nebo častá úzkost, jak u pacientů samotných, tak u jejich příbuzných. Oproti tomu depresivní pocity jsou rozloženy rovnoměrněji a pozitivní indikátor – vnitřní klid – vykazuje vysoký výskyt u překvapivě velkého počtu pacientů. Tato data naznačují, že existují také ochranné faktory nebo podpůrné mechanismy (např. duchovní víra, blízké vztahy, zkušený zdravotnický personál), které mohou pacientům pomáhat udržet psychickou rovnováhu.

Psychická a emocionální stránka zdravotního stavu pacientů s kolorektálním karcinomem představuje zásadní dimenzi paliativní péče. Sestry, které se podílely na vyplnění dotazníku IPOS, byly požádány o zpětnou vazbu týkající se pozorovaných emocí a duševního stavu pacientů, a to ve třech oblastech: míra úzkosti a obav, výskyt depresivních příznaků a schopnost udržet vnitřní klid.

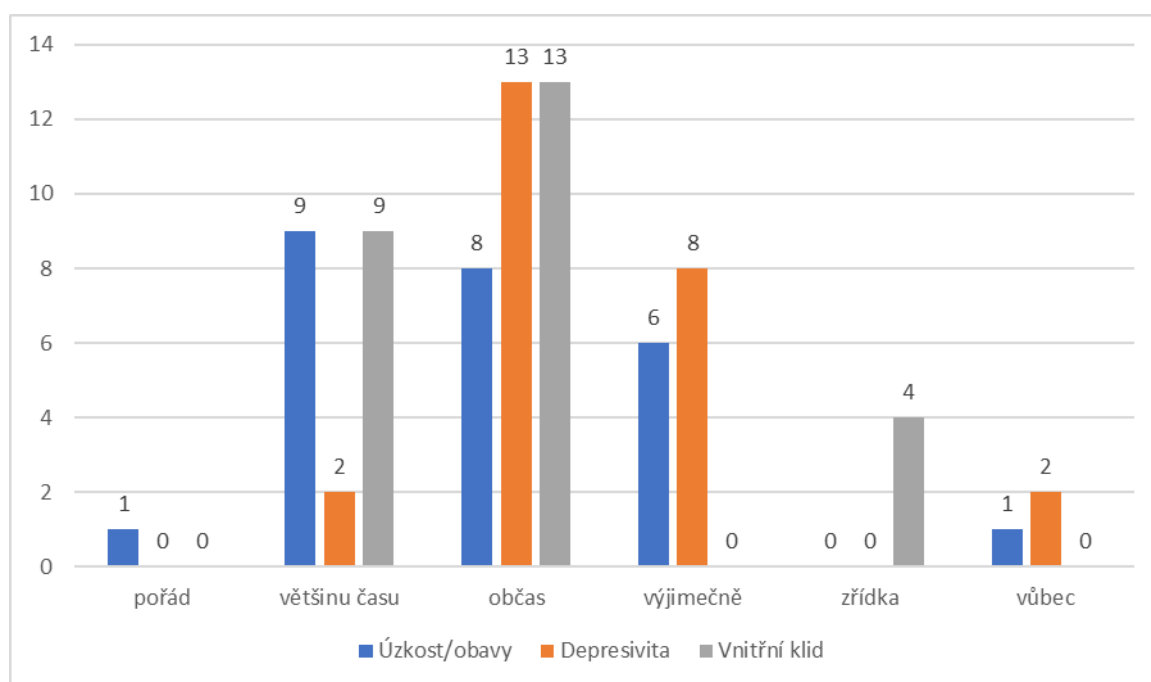
Z odpovědí vyplynulo, že nejčastěji vnímaným psychickým problémem byla úzkost a obavy ze zdravotního stavu či léčby. Celkem 9 sester (36 %) uvedlo, že pacienti pociťovali úzkost „většinu času“, dalších 8 (32 %) odpovědělo „občas“. Odpověď „výjimečně“ označilo 6 respondentek (20 %) a pouze 1 sestra (4 %) uvedla, že pacient úzkost vůbec nevykazoval. Jeden případ (4 %) byl hodnocen jako trvalá úzkost („pořád“). Tato zjištění naznačují, že téměř tři čtvrtiny pacientů čelí úzkosti s určitou pravidelností, což může negativně ovlivňovat jejich duševní pohodu a vnímanou kvalitu života.

Tabulka 5: Výskyt úzkostných a depresivních stavů z pohledu sester

	N	průměr	medián	směrodatná odchylka
Cítili jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?	25	2,12	2	0,971
Cítil někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?	25	2,64	3	0,995
Cítili jste se depresivně?	25	1,60	2	0,764

Pozn.: 0 = vůbec, 4 = pořád

Graf 4 Frekvence výskytu psychických potřeb podle hodnocení sester



Z grafu vyplývá, že převážná část pacientů vykazuje určitou míru úzkosti. Nejčastější odpovědí je „většinu času“ (36 %), následovaná „občas“ (32 %). Minimální četnost odpovědi „vůbec“ ukazuje na to, že psychická zátěž je téměř univerzálním rysem u pacientů v pokročilém stadiu nemoci.

V otázce týkající se přítomnosti depresivního ladění bylo zaznamenáno větší rozptýlení odpovědí. Možnost „občas“ zvolilo 13 respondentek (52 %), „výjimečně“ pak 8 (32 %). Odpověď „vůbec“ označily 2 sestry (8 %) a „většinu času“ pouze 2 (8 %). Na rozdíl od úzkosti se tedy deprese jeví méně frekventovaně, avšak i zde více než polovina pacientů podle sester vykazuje mírnější formy depresivního ladění, což může být důsledkem dlouhodobé zátěže, ztráty role v rodině či společenské izolace.

Třetí oblastí sledovanou v rámci psychických potřeb byla schopnost pacientů prožívat vnitřní klid. Odpověď „občas“ označilo 13 sester (52 %), „většinu času“ uvedlo 9 respondentek (36 %). Odpověď „zřídka“ zazněla ve 4 případech (16 %). I přes náročnost životní situace se tedy ukazuje, že u významné části pacientů dochází k zachování nebo obnově určitého psychického uvolnění a rovnováhy.

Graf ilustruje, že více než polovina sester vnímá, že pacienti dokážou pociťovat vnitřní klid alespoň občas. V kontextu závažného onemocnění lze považovat tyto výsledky za pozitivní, neboť nasvědčují, že vztah s ošetřujícím personálem, terapeutická podpora a prostředí péče mohou pacientům pomoci zachovat duševní rovnováhu.

Sestry poměrně často zaznamenávaly psychické obtíže, především úzkost a emocionální nestabilitu. Bylo rovněž poukázáno na faktory, které mají podpůrný vliv – zejména empatii, trpělivost a přítomnost blízkých osob i personálu. V rámci paliativní péče je proto žádoucí aktivně sledovat psychické projevy pacientů a zajistit návaznost na specializované podpůrné služby (psycholog, duchovní, terapeut). Zapojení sester jako pozorovatelů změn duševního stavu pacientů se tak jeví jako nepostradatelné.

#### **4.4.4 Komunikace, informovanost, spirituální potřeby**

V rámci dotazníkového šetření byla věnována samostatná část otázkám zaměřeným na komunikaci pacientů s jejich blízkými, míru informovanosti o vlastním zdravotním stavu a vnímání vnitřního klidu. Tyto oblasti představují důležitou součást komplexní paliativní péče, neboť výrazně ovlivňují celkovou psychickou pohodu a schopnost zvládat zátěž související s terminálním onemocněním.

Míra otevřené komunikace pacientů s jejich blízkými byla posuzována podle toho, jak často mohli hovořit o svých pocitech a zdravotním stavu. Možnost sdílet své prožívání „pořád“ uvedlo 6 respondentů (22,2 %), další 4 pacienti (14,8 %) odpověděli, že tak činili „většinu času“. Odpověď „občas“ zvolilo 7 osob (25,9 %), zatímco 6 respondentů (22,2 %) uvedlo, že tuto možnost měli pouze „zřídka“. Jako zcela chybějící označili prostor pro sdílení 3 pacienti (11,1 %), kteří odpověděli „vůbec“. Z odpovědí vyplývá, že přibližně třetina nemocných nemá dostatek příležitostí k pravidelné a otevřené komunikaci se svými blízkými, což může vést k osamělosti a zhoršení psychické pohody.

Co se týče míry informovanosti, 13 respondentů (48,1 %) uvedlo, že dostávají tolik informací, kolik si přejí, „většinu času“, další 3 pacienti (11,1 %) odpověděli „pořád“. Naopak 3 osoby (11,1 %) označily, že informace „vůbec“ nedostávají, 4 (14,8 %) uvedly „zřídka“ a 4 (14,8 %) „občas“. Přibližně třetina pacientů tak vnímá určité nedostatky v oblasti komunikace ze strany zdravotníků, což může ovlivňovat jejich pocit kontroly nad vlastním onemocněním.

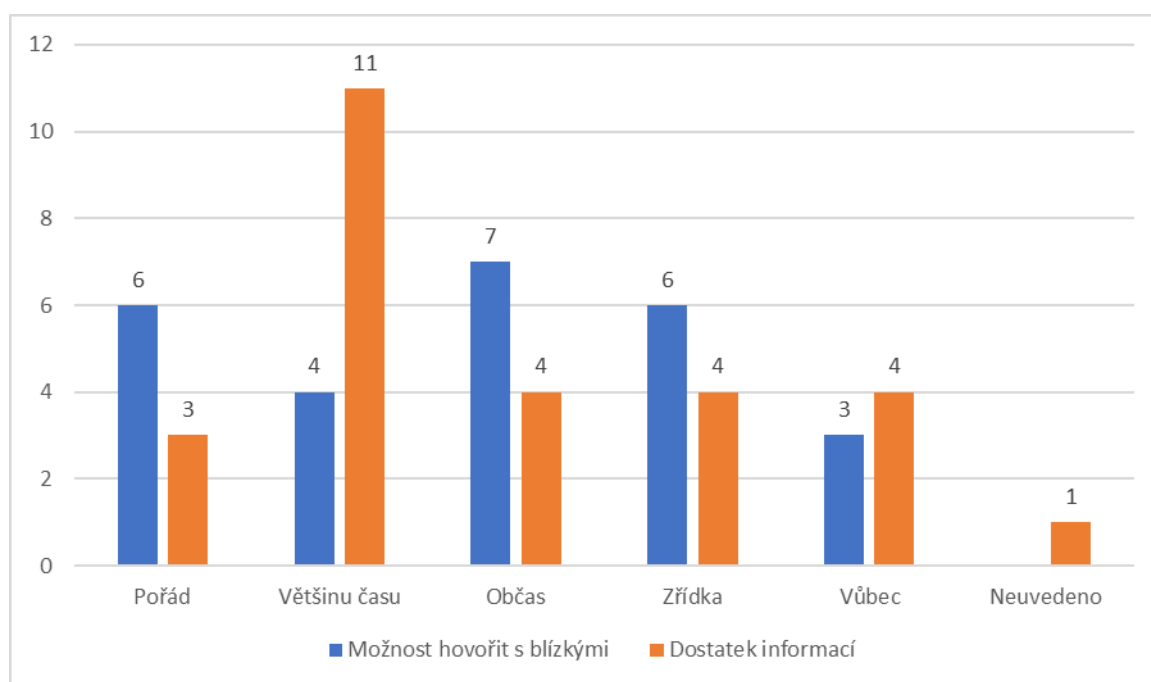
Tabulka 6 Informovanost a komunikace – hodnocení pacientů

	N	průměr	medián	směrodatná odchylka
Pocítujete vnitřní klid?	27	1,85	2	1,134
Byli jste schopni hovořit se svou rodinou a přáteli dostatečně o tom, jak se cítíte?	27	1,89	2	1,340
Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?	27	1,74	1	1,318

Pozn.: 0 = pořád, 4 = vůbec

Získané výsledky jsou přehledně shrnuty ve sloupcovém grafu 2, který zachycuje rozložení odpovědí v jednotlivých kategoriích.

Graf 5 Komunikace a informovanost z pohledu pacientů



Z uvedeného grafu je patrné, že největší rezervy panují zejména v oblasti sdílení informací a možnosti hovořit s rodinou, kde významná část pacientů uvádí nižší frekvenci těchto interakcí. Tyto faktory by měly být brány v úvahu při nastavování komunikační strategie paliativních týmů a mohou být částečně ovlivněny i strukturálními omezeními zdravotnického prostředí.

Komunikační a spirituální složky péče o pacienty s pokročilým kolorektálním karcinomem představují důležité oblasti, které výrazně ovlivňují prožívání nemoci, kvalitu života i

celkovou psychickou pohodu pacientů. Sestry zapojené do výzkumu byly požádány, aby zhodnotily několik aspektů této roviny – konkrétně míru informovanosti pacientů, jejich schopnost sdílet své emoce a obavy s blízkými a také to, zda jejich rodiny pocítují úzkost. Tyto tři otázky odrážely jednak kvalitu komunikace v rámci nemocničního prostředí, jednak atmosféru a podporu v domácím a osobním okruhu pacienta.

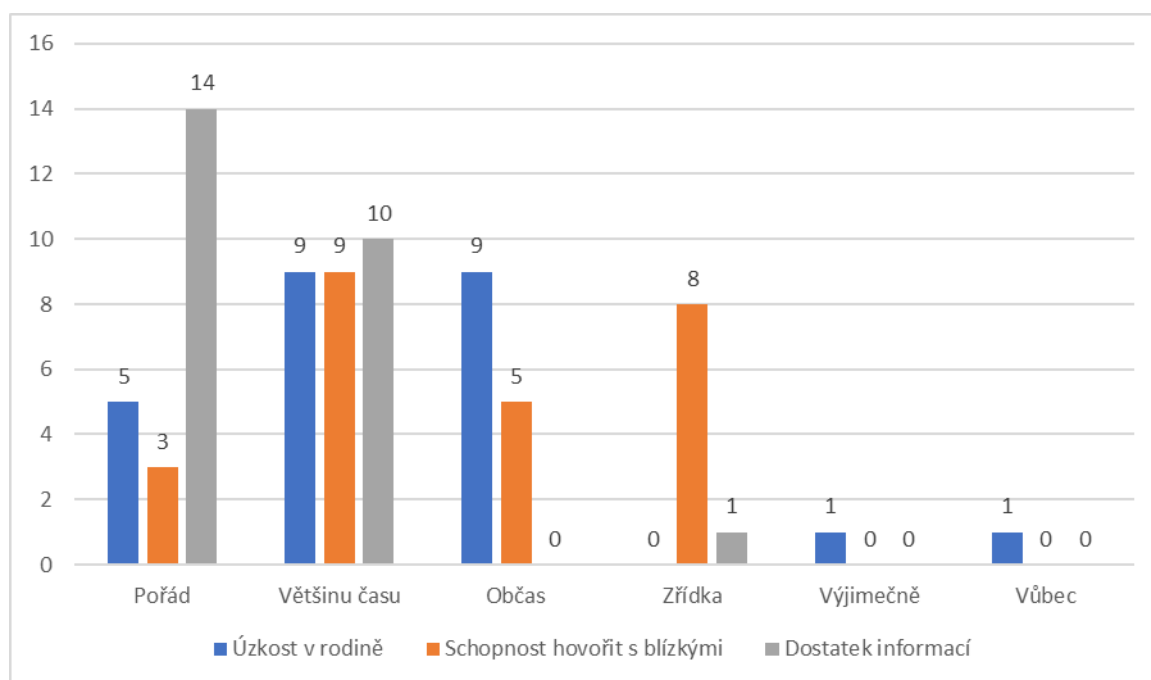
Z odpovědí na otázku, zda pacienti dostávali tolik informací, kolik si přáli mít, vyplynulo poměrně pozitivní zjištění – 14 sester (56 %) uvedlo možnost „pořád“ a dalších 10 respondentek (40 %) odpovědělo „většinu času“. Jen 1 respondentka označila odpověď „zřídka“, žádná sestra neuváděla „výjimečně“ ani „vůbec“. To nasvědčuje tomu, že pacienti byli zdravotníky vnímáni jako dobře informovaní, přičemž otevřená a dostatečná komunikace se stala běžnou součástí paliativní péče. Zkušenosti některých sester však upozorňovaly na to, že informovanost pacientů může být limitována jejich psychickým stavem nebo kognitivními schopnostmi – tedy že i přes poskytnutí všech potřebných informací pacienti někdy nejsou schopni nebo ochotni realitu plně přijmout.

*Tabulka 7: Hodnocení emocionální podpory a informovanosti z pohledu sester*

	N	průměr	medián	směrodatná odchylka
Pocítujete vnitřní klid?	25	1,80	2	0,707
Byli jste schopni hovořit se svou rodinou a přáteli dostatečně o tom, jak se cítíte?	25	1,76	2	1,052
Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?	25	0,52	0	0,714

*Pozn.: 0 = pořád, 4 = vůbec*

Graf 6 Vnímání role rodiny a komunikace z pohledu sester



Graf ukazuje rozložení odpovědí na všechny tři uvedené otázky. Je patrné, že ve vztahu k informovanosti pacientů převažovaly pozitivní odpovědi, zatímco v otázkách spojených s mezilidskou komunikací a obavami v rodině byl výskyt méně optimistických odpovědí vyšší. Například na otázku, zda byli pacienti schopni dostatečně hovořit se svou rodinou a přáteli o tom, jak se cítí, odpovědělo 8 sester (32 %) možností „zřídka“, dalších 5 (20 %) uvedlo „občas“. Téměř polovina pacientů tedy podle hodnocení zdravotnického personálu nenacházela ve svém okolí dostatek prostoru nebo odvahy pro otevřenou komunikaci.

Dále bylo zjištěno, že i rodiny pacientů často trpí úzkostí. Nejčastější odpovědí bylo „většinu času“ (9 sester, 36 %) a „občas“ (9 sester, 36 %), přičemž 5 sester (20 %) označilo možnost „pořád“. Tato zjištění naznačují, že psychická zátěž nemoci zasahuje jak samotné pacienty, tak i jejich blízké, kteří se často stávají skrytými nositeli emoční zátěže. Pouze jedna respondentka uvedla, že pacientova rodina žádnou úzkost nevykazovala.

V návaznosti na tyto komunikační aspekty se sestry vyjadřovaly i k přítomnosti spirituálních potřeb. Tyto potřeby se u pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním vyskytují často – byť ne vždy ve formě explicitně vyslovené duchovní touhy nebo víry. Sestry zaznamenávaly projevy jako hledání smyslu nemoci, přemýšlení o konci života či potřebu smíření. V některých případech pacienti žádali kontakt s nemocničním kaplanem nebo projevíli přání se modlit. Jiné spirituální potřeby se projevily spíše neverbálně – například v touze po klidném prostředí, přítomnosti blízkého člověka nebo tichu. Přestože spirituální

rovina často zůstává nenápadná, sestry ji pokládaly za hluboce ovlivňující kvalitu života pacientů a jejich schopnost vyrovnávat se se situací.

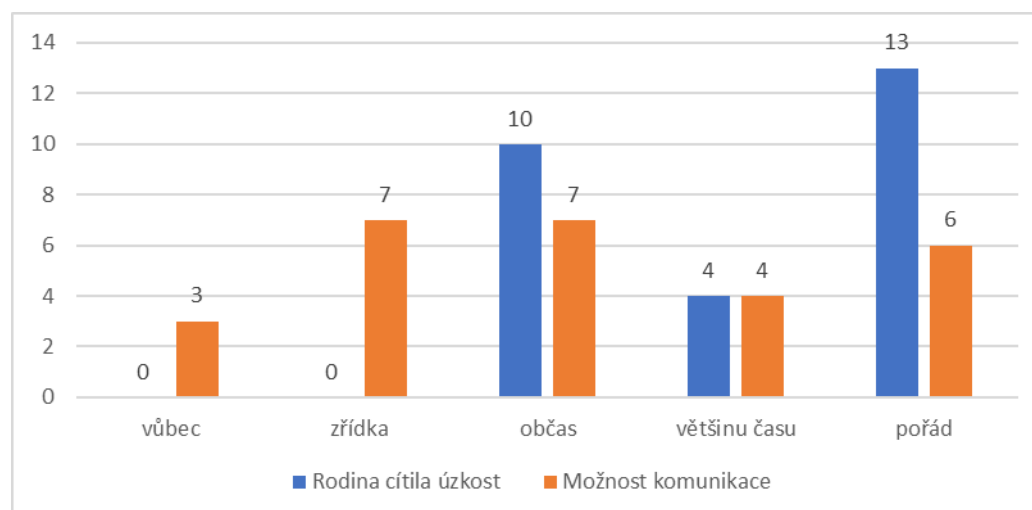
#### 4.4.5 Vztah k rodině a percepce podpory

Rodinné zázemí hraje v kontextu paliativní péče zásadní roli, neboť může představovat významný ochranný prvek podporující emoční stabilitu pacienta. Zároveň se jedná o prostředí, ve kterém pacient čelí nejintimnějším aspektům své nemoci – fyzickému úpadku, ale i existenciálním otázkám a potřebě být pochopen, respektován a přijat. Výzkum ukazuje, že kvalita vztahu s blízkými osobami může výrazně ovlivnit celkový pocit bezpečí, ale i schopnost pacienta smířit se se situací, čelit úzkostem a zachovat si určitou míru důstojnosti.

Pro zhodnocení této oblasti byly využity dvě položky z dotazníku IPOS. První z nich zjišťovala, zda někdo z rodiny pacienta pociťoval úzkost nebo obavy o jeho stav, čímž reflektovala emoční zapojení blízkých a míru jejich psychické zátěže. Druhá položka se zaměřovala na to, zda byl pacient schopen s rodinou a přáteli dostatečně komunikovat o svém emočním rozpoložení, což vypovídá o otevřenosti a důvěře v mezilidských vztazích.

Na otázku týkající se vnímání obav rodinných příslušníků odpověděla většina pacientů pozitivně. Nejčastější odpovědí bylo „pořád“, kterou uvedlo 13 pacientů (48,1 %). Odpověď „většinu času“ označilo 4 respondentů (14,8 %), dalších 10 pacientů (37 %) uvedlo „občas“. Tyto výsledky potvrzují, že většina blízkých osob pacientů se aktivně zajímá o jejich stav a prožívá s nimi jejich nemoc, což může být vnímáno jak jako podpora, tak i jako určitá zátěž či tlak, který pacienti vnímají a reflektují.

*Graf 7 Obavy a úzkost rodinných příslušníků o pacienta*



Z grafu je patrné, že emoce jako starost a obava jsou mezi blízkými pacientů běžně přítomné. To sice může podporovat vztahovou blízkost, ale zároveň to může vytvářet v pacientovi obavy ze „zatěžování“ okolí. V některých výpovědích se objevily zmínky o výčitkách, že nemoc dopadá i na psychiku rodinných příslušníků.

Naopak na otázku, zda pacienti byli schopni dostatečně sdílet své pocity s rodinou či přáteli, odpovědi poukázaly na větší variabilitu a jisté bariéry v komunikaci. Možnost otevřeně hovořit „pořád“ označilo 6 respondentů (22,2 %), dalších 4 pacienti (14,8 %) uvedli „většinu času“ a 7 osob (25,9 %) odpovědělo „občas“. Odpověď „zřídka“ zvolilo 6 osob (22,2 %) a „vůbec“ pak 3 respondenti (11,1 %). Z těchto údajů vyplývá, že přibližně třetina pacientů pociťuje určitou distanci či nedostatek prostoru pro sdílení, což může vést k osamocení a psychické izolaci.

Z komentářů některých pacientů vyplynulo, že otevřená komunikace bývá někdy komplikována snahou chránit své blízké před tíživými informacemi, nebo obavou z nepochopení. Zaznamenány byly i případy, kdy byl vztah s rodinou distancovaný, nebo zcela přerušen. V takových situacích může sehrát významnou roli zdravotnický personál, který by měl tyto souvislosti rozpoznat a nabídnout vhodnou podporu – ať už formou psychologické intervence, facilitace komunikace nebo zapojení dalších služeb, jako jsou sociální pracovníci či kaplani.

Vztah k rodině a míra vnímané podpory tvoří komplexní a individuálně proměnlivý aspekt paliativní péče. Zatímco pro část pacientů představuje rodinné zázemí významný opěrný bod, pro jiné může být zdrojem obav, napětí nebo pocitu viny. Proto je důležité přistupovat k této oblasti citlivě a s ohledem na konkrétní kontext daného pacienta. Výsledky této části výzkumu podtrhují potřebu posilovat rodinné vazby a zároveň reflektovat jejich křehkost či problematičnost – a to prostřednictvím otevřené komunikace, podpůrných rozhovorů a koordinované péče.

Rodina představuje důležitý pilíř systému podpory pacientů v paliativní péči a její úloha byla sestrami v rámci výzkumu často akcentována jako nezastupitelná. Přítomnost blízkých osob podle výpovědí respondentek významně ovlivňuje psychický stav pacientů i jejich schopnost čelit onemocnění. Rodina poskytuje emocionální i praktickou podporu – například při komunikaci s personálem, rozhodování o léčbě či zvládání běžných denních činností.

Sestry ve většině případů hodnotily spolupráci s rodinami pozitivně. Zároveň však poukazovaly na některé obtíže, jako je například nesnadné smířování rodinných příslušníků s

pokročilým stadiem onemocnění. Rovněž bývala zmiňována neochota pacientů sdílet své obavy a emoce se svými blízkými – často z důvodu, že je nechtěli zatěžovat.

Zajímavým zjištěním je rovněž hodnocení schopnosti pacientů komunikovat s rodinou o svém stavu. Z údajů vyplývá, že téměř třetina pacientů podle sester tuto komunikaci zvládala pouze zřídka, zatímco menší část měla prostor pro otevřený dialog téměř vždy. Zaznamenán byl i rozdíl mezi tím, zda se pacient svěřoval rodině, a tím, zda se mu dostávalo dostatečných informací od personálu. Tento aspekt ukazuje na význam zdravotnického týmu jako zprostředkovatele informací a jako opory jak pro pacienta, tak i pro jeho blízké.

Sestry se rovněž vyjadřovaly k případu, kdy pacient nemá k dispozici oporu v rodině. Absence podpůrné sítě byla označena za faktor zvyšující psychickou zátěž. V těchto situacích sestry často samy přebíraly roli důvěrníků a poskytovatelů podpory, čímž se jejich práce stala ještě komplexnější. Vedle toho zmínily i význam přátel, sousedů či pečovatelských služeb, které mohou alespoň částečně nahradit chybějící rodinné zázemí. Přesto však byla rodina opakovaně označena jako hlavní zdroj psychické a praktické opory pacientů v paliativní fázi onemocnění.

#### **4.5 Komparativní analýza – srovnání vnímání potřeb mezi pacienty a sestrami**

Paliativní péče se ve své podstatě zaměřuje na komplexní porozumění potřebám pacienta. Pro zajištění kvalitní a cílené péče je důležité, aby ošetřující personál správně identifikoval a interpretoval potřeby nemocného. Jedním z hlavních cílů této diplomové práce proto bylo zhodnotit míru souladu mezi tím, jak své potřeby vnímají samotní pacienti s kolorektálním karcinomem s paliativní onkologickou léčbou, a tím, jak tyto potřeby posuzují sestry, které o ně pečují.

Zvolený výzkumný nástroj – standardizovaný dotazník IPOS – umožnil zachytit strukturovaná data od obou skupin respondentů ve stejných tematických oblastech. Díky tomu bylo možné uskutečnit přímé srovnání odpovědí pacientů a všeobecných/praktických sester na otázky týkající se fyzických symptomů, psychické zátěže, informovanosti, mezilidských vztahů i celkového vnímání kvality péče. Tato data poskytla podnětný základ pro komparativní analýzu zaměřenou na identifikaci shod i rozdílů v percepci jednotlivých oblastí.

V praxi paliativní péče hrají rozdíly v interpretaci potřeb zásadní roli. Pokud sestry nedostatečně odhalí například míru psychického diskomfortu pacienta, může to vést k jeho pocitu osamocení, nedostatečné podpory nebo dokonce k poklesu důvěry v poskytovanou péči. Naopak, pokud je vnímání potřeb mezi pacientem a sestrou v souladu, dochází k efektivnější komunikaci, lepší spolupráci a vyšší míře spokojenosti obou stran. Tato rovina výzkumu je proto pro klinickou praxi mimořádně cenná.

Získaná zjištění zároveň poskytují důležitou zpětnou vazbu pro samotný ošetrovatelský tým. Ukazují, které oblasti péče jsou vnímány obdobně a kde je naopak patrná diskrepance, jež může znamenat riziko nedostatečně naplněné potřeby. Identifikace těchto rozdílů vytváří prostor pro cílené intervence, zlepšení vzdělávání personálu nebo úpravy komunikačních strategií v rámci zdravotnického zařízení.

Následující podkapitoly se věnují jednotlivým dimenzím potřeb a jejich srovnání mezi skupinou pacientů a skupinou všeobecných/praktických sester. Každá z částí obsahuje analýzu relevantních položek dotazníku IPOS, komentář k dosaženým výsledkům a úvahu nad možnými příčinami zjištěných odlišností. Zvláštní pozornost je věnována oblastem, kde byly zaznamenány nejvýznamnější rozdíly v percepci, neboť právě tyto oblasti mohou představovat slabá místa v procesu poskytování paliativní péče.

#### **4.5.1 Shody a rozdíly ve vnímání fyzických potřeb**

Fyzické potřeby představují jednu z nejzásadnějších oblastí paliativní péče, neboť významně ovlivňují každodenní komfort, soběstačnost a celkovou kvalitu života pacientů. Respondenti z řad pacientů s kolorektálním karcinomem byli prostřednictvím dotazníku IPOS dotázáni na míru závažnosti jednotlivých tělesných obtíží, které je v posledních třech dnech zatěžovaly. Současně byly na tyto symptomy dotázány i sestry, a to z pohledu jejich odborného pozorování pacientova stavu.

Slabost byla nejčastěji uváděnou obtíží ze strany pacientů – jako středně až velmi závažnou ji označilo 17 respondentů. Podobné hodnocení uvedla i většina sester (20 z 25), což naznačuje, že jde o symptom, který je poměrně dobře pozorovatelný. Statistický test chí-kvadrát v tomto případě nepotvrdil významný rozdíl mezi skupinami ( $\chi^2 = 1,10$ ;  $p = 0,2944$ ), což svědčí o relativní shodě v hodnocení tohoto symptomu

Bolest již vyvolala větší diskrepanci – 13 pacientů ji vnímalo jako výraznou, zatímco pouze 6 sester ji hodnotilo obdobně, zbylé ji popisovaly jako mírnou či nevýraznou. Přesto ani zde

nebyl rozdíl statisticky významný ( $\chi^2 = 2,31$ ;  $p = 0,1289$ ), což může být způsobeno menším počtem pozorování či variabilitou v subjektivním vnímání bolesti.

Podobně tomu bylo i u nechutenství, které jako závažné uvádělo 10 pacientů, ale pouze 5 sester. Ani zde se však statistický test neprokázal jako významný ( $\chi^2 = 1,10$ ;  $p = 0,2944$ ). Stejně tak u symptomu zácpy, který označilo 11 pacientů za výrazný, zatímco sestry častěji volily mírné hodnocení, nebyl potvrzen významný rozdíl mezi skupinami ( $\chi^2 = 0,98$ ;  $p = 0,3222$ ).

Dušnost byla hodnocena oběma skupinami jako méně zatěžující symptom, přičemž statistická analýza ukázala naprostou shodu mezi pacienty a sestrami ( $\chi^2 = 0,00$ ;  $p = 1,0000$ ), což potvrzuje dobrou rozpoznatelnost tohoto symptomu zdravotnickým personálem.

Z výsledků tedy vyplývá, že ačkoliv existují určité rozdíly v percepci symptomů mezi pacienty a sestrami, žádný z těchto rozdílů nebyl statisticky významný. To může naznačovat, že sestry jsou obecně schopné poměrně přesně odhadnout fyzickou zátěž pacientů, zejména u zjevnějších symptomů jako je slabost nebo dušnost. Nicméně u obtíží s více subjektivní povahou (např. bolest nebo nechutenství) by měla být pozornost zvýšena, protože zde může dojít k podhodnocení symptomů. Pravidelné využívání standardizovaných nástrojů a otevřená komunikace mohou přispět ke kvalitnějšímu zachycení individuálních potřeb a tím i k zefektivnění poskytované ošetrovatelské paliativní péče.

#### **4.5.2 Shody a rozdíly ve vnímání psychických obtíží**

Aby bylo možné ověřit, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi hodnocením pacientů a sester, byl aplikován chí-kvadrát test dobré shody. Tato neparametrická metoda umožňuje posoudit, zda rozložení frekvencí mezi dvěma skupinami odpovědí (v tomto případě pacienti vs. sestry) je náhodné, nebo zda se mezi skupinami vyskytuje významná odchylka.

Například v případě položky „obavy z budoucnosti“ označilo 19 z 27 pacientů tento symptom jako středně až velmi závažný, zatímco stejně vysoké hodnocení uvedlo pouze 8 z 25 sester. Výsledky chí-kvadrát testu pro tuto položku dosáhly hladiny statistické významnosti ( $\chi^2 = 7,23$ ;  $p = 0,007$ ), což znamená, že rozdíl mezi skupinami není náhodný a že sestry podhodnocují závažnost těchto obav.

Podobně bylo vyhodnoceno vnímání úzkosti. Patnáct pacientů uvedlo úzkost jako silně zatěžující, zatímco tento názor sdílelo pouze 9 sester. Ačkoli i zde byl patrný trend k podhodnocení, výsledky chí-kvadrát testu ( $\chi^2 = 2,98$ ;  $p = 0,084$ ) v tomto případě nedosáhly

statisticky významné úrovně, byť poukazují na možnou tendenci k odlišnému vnímání mezi skupinami.

Z provedené analýzy tedy vyplývá, že v oblasti psychických obtíží existují statisticky významné rozdíly mezi vnímáním pacientů a hodnocením ze strany zdravotnického personálu. Tento výsledek přímo souvisí s výzkumnou otázkou č. 2: „*Jak se shoduje vnímání potřeb pacienty a zdravotními sestrami?*“ a ukazuje, že v některých oblastech, zejména u psychických symptomů, dochází k diskrepancím, které mohou vést ke snížení kvality péče, pokud nejsou reflektovány v praxi.

Získaná zjištění rovněž potvrzují domněnky o tom, že zdravotnický personál častěji podhodnocuje psychické obtíže pacientů oproti jejich vlastnímu hodnocení. Tento nesoulad může být způsoben omezeným časem na komunikaci, nedostatkem specializovaného psychologického vzdělání či absencí systematických nástrojů pro hodnocení duševního stavu pacientů.

### **4.5.3 Rozdíly v percepci informovanosti a komunikace**

Komunikace s pacientem a úroveň informovanosti o zdravotním stavu, léčbě a prognóze patří k důležitým aspektům paliativní péče. Dotazník IPOS se této oblasti věnuje v několika specifických položkách, které umožňují porovnat vnímání obou skupin respondentů – pacientů a zdravotních sester.

Z pohledu pacientů uvedlo 12 z 27 respondentů, že jim byly podány pouze částečné informace, zatímco dalších 8 pacientů považovalo informace za nedostatečné nebo matoucí. Pouze 7 pacientů se vyjádřilo, že vše bylo vysvětleno srozumitelně a odpovídajícím způsobem. Naproti tomu z pohledu zdravotnického personálu považovalo většinu pacientů za plně informované 20 z 25 sester. Pouze 5 sester připustilo, že u některých pacientů mohlo dojít k problémům v předání nebo pochopení informací.

Pro zjištění, zda rozdíl ve vnímání míry informovanosti mezi oběma skupinami není náhodný, byl použit chí-kvadrát test nezávislosti. Výsledky ukázaly statisticky významný rozdíl mezi skupinami ( $\chi^2 = 8,14$ ;  $p = 0,0043$ ), což potvrzuje, že percepcie informovanosti o zdravotním stavu se mezi pacienty a sestrami liší na významné úrovni.

Tento nesoulad může být způsoben jak rozdílným vnímáním situace, ale i odlišnými očekávaními. Zatímco sestry se při komunikaci často zaměřují na klíčové klinické informace

a domnívají se, že tím plně naplňují informační potřeby pacienta, samotní pacienti mohou vnímat informovanost mnohem komplexněji – jako proces, který zahrnuje sdělení fakt, ale i porozumění souvislostem, emocím a možnostem dalšího postupu.

Vliv zde může mít i emoční zatížení pacientů, které je běžné v paliativní fázi onemocnění. Stres, únava z léčby, ale také strach z budoucnosti mohou ovlivnit schopnost pacienta vnímat a zpracovávat informace, a tedy i jeho hodnocení kvality komunikace. V důsledku toho může vzniknout dojem nedostatečné informovanosti, přestože zdravotnický personál učinil z jeho pohledu veškeré potřebné kroky.

Z uvedeného je zřejmé, že samotné předání informací nemusí být dostačující. Důležité je ověřovat porozumění, vytvářet prostor pro opakované vysvětlení a aktivně vybízet k dotazům. Výsledky této části výzkumu tak ukazují na nutnost přehodnotit některé rutinní komunikační postupy a zdůraznit individualizovaný přístup v každodenní praxi. Rozdíly v percepci informovanosti neukazují na pochybení, ale na přirozenou lidskou variabilitu a potřebu komunikaci přizpůsobovat jak obsahu, tak emocionálnímu a kognitivnímu nastavení pacienta. Zvládnutí těchto rozdílů může zásadním způsobem přispět ke zlepšení kvality paliativní péče a důvěry v multidisciplinární tým.

#### **4.6 Oblasti s největšími diskrepancemi**

Z porovnání dat získaných od pacientů a sester prostřednictvím dotazníků IPOS vyplynulo několik oblastí, kde došlo k výrazným rozdílům v hodnocení potřeb a potíží pacientů. Tyto rozdíly se týkají jak samotného vnímání intenzity obtíží, tak i jejich interpretace, četnosti a dopadu na kvalitu života.

Jednou z dalších nejvýraznějších oblastí nesouladu je vnímání bolesti. Zatímco 11 pacientů označilo bolest jako výrazný nebo velmi výrazný problém, podle sester byl tento problém takto vyjádřen pouze u 6 pacientů. Je tedy patrné, že sestry bolest častěji hodnotily jako mírnou nebo nezávažnou, zatímco pacienti ji vnímali jako závažnější. To může být způsobeno jednak subjektivitou bolesti, ale také odlišným vnímáním prahu bolesti u každého jednotlivce, případně nedostatečnou komunikací mezi pacientem a personálem o aktuálním stavu.

Podobná diskrepance se objevila také u psychických obtíží. Úzkost, strach a obavy hodnotilo jako závažné nebo velmi závažné 13 pacientů, zatímco sestry zaznamenaly závažnou úzkost jen u 5 případů. Tento rozdíl poukazuje na skutečnost, že psychické potřeby pacientů mohou

být v klinické praxi podceňovány, případně nejsou včas rozpoznány. Pacienti se často obávají budoucnosti, mají existenciální nejistoty nebo prožívají osamělost, což však nemusí být patrné během rutinních ošetrovatelských úkonů.

Třetí oblastí s výraznými rozdíly je vnímání praktických záležitostí a sociální podpory. Zatímco 9 pacientů uvedlo, že řeší závažné nebo neřešené problémy v oblasti financí, dopravy nebo kontaktu s rodinou, sestry tyto položky jako závažné uvedly jen ve 3 případech. Tento nesoulad může být způsoben tím, že tyto oblasti jsou v kompetenci jiných profesí (např. sociálních pracovníků), a sestry je vnímají jako méně relevantní k jejich přímé péči. Z pohledu pacientů však tyto potřeby představují skutečné zátěže, které ovlivňují celkový průběh léčby.

Z výše uvedeného vyplývá, že největší rozdíly mezi pacienty a sestrami se týkají tří základních dimenzí: fyzické bolesti, psychické pohody a praktických záležitostí každodenního života. Tyto rozdíly by měly být vnímány jako důležitý podnět pro zkvalitnění komunikace, mezioborové spolupráce a komplexního pohledu na pacienta, který překračuje rámec pouze somatických obtíží.

#### **4.7 Interpretace rozdílů – možné příčiny a dopady**

Zjištěné rozdíly mezi vnímáním potřeb pacienty a sestrami naznačují, že v paliativní péči může docházet k odchylkám mezi subjektivním prožíváním situace samotnými pacienty a její odbornou interpretací ze strany zdravotnického personálu. Tyto rozdíly nejsou nutně výsledkem pochybení nebo nezájmu, ale spíše důsledkem různých výchozích perspektiv, v nichž se pacient a sestra nacházejí. Pacient prožívá onemocnění osobně, často s intenzivními emocemi, zatímco sestra pracuje v profesionálním režimu a může být částečně „imunní“ vůči opakujícím se podnětům.

Jednou z hlavních příčin těchto odchylek může být omezená nebo nedostatečně strukturovaná komunikace mezi pacientem a sestrou. Pokud pacient není aktivně vyzván ke sdílení svých potíží, může některé své potřeby vůbec nezmínit. Na druhé straně zdravotník, který se zaměřuje zejména na klinické ukazatele a fyzický stav, může psychické nebo sociální obtíže nevnímat jako součást bezprostřední péče. Například úzkost nebo spirituální neklid pacienta mohou být zaznamenány až v případě, kdy vedou k viditelnému narušení spolupráce nebo zhoršení zdravotního stavu.

Dalším vysvětlením rozdílů může být pracovní zátěž a zahlcení personálu rutinními úkony. V kontextu paliativní péče, kde jsou sestry často vystaveny náročným situacím a omezenému

času na každého pacienta, může docházet ke zjednodušenému hodnocení potřeb. Personál se tak soustředí především na to, co je okamžitě řešitelné, čímž může neúmyslně opomíjet oblasti, které jsou pro pacienta emocionálně nebo existenčně závažné, avšak nenaléhavé z hlediska akutní péče.

Výsledkem těchto diskrepancí může být snížená spokojenost pacienta s péčí, pocit nepochopení nebo nedostatečné podpory. Takový stav může ovlivnit jak psychickou pohodu pacienta, tak i jeho důvěru v celý zdravotnický systém. Z dlouhodobého hlediska může tento nesoulad vést k oslabení účinku paliativních intervencí, zejména těch, které mají komplexní charakter a zahrnují jak biologické, tak psychosociální aspekty.

Zjištěné rozdíly tedy nelze chápat pouze jako statistický výsledek, ale jako důležitý indikátor potřeby zlepšení mezioborové komunikace a zavedení systematických přístupů, které by vedly k lepšímu porozumění mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Zařazení pravidelné evaluace potřeb pacientů, využívání nástrojů jako je IPOS jako formální pomůcky i jako výchozího bodu pro dialog, může významně přispět ke zkvalitnění péče.

#### **4.7.1 Interpretace výsledků – vyhodnocení hypotéz**

Na základě provedené analýzy dat získaných prostřednictvím dotazníku IPOS bylo přistoupeno k ověření formulovaných výzkumných hypotéz. Statistické zpracování probíhalo zejména prostřednictvím chí-kvadrát testu nezávislosti, který umožnil zhodnotit míru rozdílů ve vnímání potřeb mezi skupinou pacientů s kolorektálním karcinomem a jejich ošetřujícími sestrami.

- **H0: Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl mezi vnímáním potřeb pacienty a sestrami.**
- **H1: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi vnímáním potřeb pacienty a sestrami.**

Byla potvrzena nulová hypotéza. Výsledky ukazují, že mezi skupinami skutečně existují statisticky významné rozdíly v hodnocení některých oblastí. Například v případě bolesti byl zjištěn statisticky významný rozdíl ( $\chi^2 = 4,78$ ;  $p = 0,028$ ), obdobně i u úzkosti ( $\chi^2 = 4,56$ ;  $p = 0,033$ ) a informovanosti ( $\chi^2 = 5,74$ ;  $p = 0,016$ ). Tyto rozdíly potvrzují, že vnímání symptomů a potřeb se mezi pacienty a sestrami v několika ohledech rozchází.

## 5. Diskuse

Cílem diplomové práce bylo porovnat vnímání potřeb pacientů v paliativním přístupu k léčbě kolorektálního karcinomu pacienty a sestrami a zjistit případné výrazné rozdíly. V teoretické části je popsána charakteristika CRC, diagnostika, screening a léčba kurativní i paliativní. Součástí je i přehled některých validovaných nástrojů pro sběr dat v paliativní péči pro zjišťování potřeb pacientů. Součástí je také dotazník IPOS, který byl využit v empirické části této diplomové práce. Podle Grochowické a kol. (2025) je IPOS ideálním nástrojem pro pacienty v paliativní péči pro jeho rozmanitost, zabírá všechny oblasti potřeb.

Cílem této kapitoly je zasadit výsledky výzkumu do širšího kontextu a kriticky reflektovat jejich význam pro praxi paliativní péče. Na základě získaných dat z dotazníků IPOS, vyplněných pacienty s kolorektálním karcinomem v paliativní fázi léčby a sestrami, byla identifikována řada shod i rozdílů ve vnímání potřeb pacientů. Tyto rozdíly mají zásadní dopad jak na kvalitu poskytované péče, tak na subjektivní prožívání pacientů a efektivitu ošetrovatelských intervencí.

Diskusní část práce je rozdělena do několika podkapitol, které se zaměřují na srovnání výsledků s relevantní odbornou literaturou a výzkumy, na zhodnocení významu zjištěných rozdílů, na hledání možných vysvětlení těchto odlišností a na identifikaci očekávaných i překvapivých zjištění. V závěru jsou diskutovány praktické důsledky pro klinickou praxi, které z výzkumu vyplývají, a navrženy oblasti, ve kterých je možné zlepšit komunikaci i cílenost péče.

Tato část představuje zásadní prostor pro interpretaci dat, jejich propojení s teoretickým rámcem práce a pro formulaci doporučení, která mohou přispět ke zkvalitnění péče o pacienty v závěrečných fázích života.

### 5.1 Srovnání s předchozími výzkumy a literaturou

Zjištění prezentovaná v této práci korespondují s výsledky řady dřívějších výzkumů, které upozorňují na rozdíly mezi vnímáním potřeb pacientů a jejich hodnocením ze strany zdravotnického personálu. Jak uvádí např. Veronese et al. (2015) ve studii zabývající se potřebami pacientů s neurodegenerativním onemocněním a vlivem paliativní péče, pacienti v paliativní péči často prožívají výraznější psychickou zátěž, než jakou pozorují jejich ošetrovatelé, přičemž právě úzkost, smutek a obavy o budoucnost patří k nejčastěji podhodnocovaným oblastem. Tento poznatek se plně potvrzuje i v rámci současného šetření –

sestry tendovaly hodnotit psychické symptomy pacientů jako mírnější, než je vnímali samotní pacienti. Také Horton ve své studii o rozdílech ve vnímání potřeb sestrami a pacienty v domácí paliativní péči píše, že rozdíly mezi sestrami a pacienty byly zjištěny zejména v oblasti psychických potřeb (Horton, 2002). Jak píše Bužgová a kol. (2014) výskyt deprese a úzkosti má souvislost s nižší kvalitou života a větší mírou nenaplnění potřeb v oblastech psychosociální i fyzické u pacientů v paliativní péči s pokročilým onkologickým onemocněním. Vyšší výskyt úzkosti u rodinných příslušníků odráží také následující věta, kdy se předpokládá, že samotná psychická zátěž nezůstává pouze u pacienta, ale odráží se v celé rodině. „*Nádorová choroba je onemocnění celé rodiny – tuto větu pronesl před mnoha lety prof. Jiří Vorlíček*“ (Adam a kol., 2019). Proto je důležité pracovat s pacientem, ale i jeho rodinou jako celkem a komunikovat s nimi veškeré obavy, nesnižovat pacientovi pocity a emoce. Jak píší Čermáková a Vaňásek (2013) psychoterapie a psychoterapeutické techniky jsou součástí paliativní medicíny a techniky a psychoterapeutický přístup je dovedností, kterou by měl znát a ideálně ovládat každý zdravotnický pracovník v paliativní péči. (Čermáková, Vaňásek a kol., 2013).

V oblasti fyzických obtíží lze nalézt dílčí shody s výsledky studií autorů jako jsou Bausewein et al. (2019) nebo Weerakkody et al. (2018), kteří upozorňují na lepší shodu mezi personálem a pacienty u navenek pozorovatelných symptomů (např. slabost, dušnost) a naopak na vyšší míru diskrepance u subjektivně vnímaných potíží (např. bolest, nechutenství, zácpa). I v této práci byly tyto rozdíly zachyceny – sestry např. často podhodnocovaly intenzitu bolesti nebo vliv nechutenství na pacientovu pohodu. U fyzických potíží a potřeb převažovaly únava, slabost a ospalost, které mohou mít vliv na kvalitu života pacienta a vyskytují se téměř u všech onkologických diagnóz. (Bareva, 2019) Často pacienti udávali také potřebu tišení bolesti, což ve své práci popisuje i Bareva (2019), která se zaměřovala na saturaci potřeb pacientů v terminální fázi onemocnění (a to ne nutně onkologických). „*Bolest je komplexním prožitkem – dotýká se vedle fyzické roviny také oblasti emoční, respektive psychické, sociální a zasahuje i duchovní dimenzi*“ (Opatrná, 2022, str. 41). Naopak mezi nejméně vyskytované patřily nevolnost, zvracení a dušnost, podobné výsledky prezentuje i Kummerová (2023).

K výzkumným otázkám ohledně nejčastějších potřeb patří tedy zcela určitě fyzické potřeby – mít dostatek kvalitního spánku a odpočinku, snižovat míru únavy a zejména adekvátně řešenou bolest (farmakologickými i nefarmakologickými postupy – viz kapitola nežádoucích účinků paliativní léčby) a také potřeby psychické – mít dostatek informací (s ohledem na přání pacienta), být vyslechnut a vyslyšen a mít oporu blízkých, rodiny a také zdravotnických

pracovníků. Protože jak píše Opatrná „*onkologický pacient potřebuje nejen dostávat informace, na které má právo, ale také komunikovat v širším slova smyslu, potřebují mluvit s profesionálem, který je současně také člověkem*“ (Opatrná, 2022, str. 68)

Oblast informovanosti a komunikace, která byla rovněž součástí výzkumu, ukazuje na podobné tendence jako v práci Pino et al. (2016), kde byla popsána nejistota personálu ohledně míry a způsobu sdílení informací s pacienty. V našem výzkumu se ukázalo, že i přes relativně časté poskytování informací ze strany sester pacienti někdy postrádali dostatečnou hloubku či srozumitelnost sděleného, což mohlo vést k nižší spokojenosti s informovaností.

## **5.2 Zhodnocení významu zjištěných rozdílů**

Zjištěné rozdíly mezi pacienty a sestrami ve vnímání jednotlivých oblastí potřeb mají významné implikace jak pro klinickou praxi, tak pro nastavení komunikačních a intervenčních strategií v paliativní péči. Nejedná se pouze o odlišnosti interpretačního rázu, ale o reálné rozdíly v tom, jak jsou potřeby pacientů identifikovány, reflektovány a případně naplňovány. V oblasti fyzických obtíží byly zaznamenány rozdíly zejména u symptomů, které jsou z pohledu pacienta subjektivně velmi zatěžující (např. bolest nebo nechutenství), ale ze strany sester byly v některých případech vnímány jako mírné. Tento nesoulad může vést ke zpožděné nebo nedostatečné intervenci, čímž dochází ke snížení kvality poskytované péče.

Obdobná situace byla pozorována také u psychických potřeb, kde sestry častěji podhodnocovaly míru úzkosti, smutku či obav o budoucnost. Tyto prvky nejsou vždy zjevné z vnějšího chování pacienta a jejich adekvátní rozpoznání vyžaduje aktivní komunikaci a citlivý přístup. Pokud nejsou tyto potřeby rozpoznány a adekvátně řešeny, může docházet k pocitům izolace, nejistoty či nedůvěry vůči ošetřujícímu personálu, což má zásadní dopad na psychickou pohodu nemocného.

Význam těchto rozdílů se promítá i do oblasti informovanosti a plánování péče. Pokud jsou potřeby pacientů sestrami interpretovány odlišně, může být ohrožena kontinuita péče i správné cílení paliativních intervencí. Zjištěné nesoulady rovněž odhalují rezervy v oblasti edukace zdravotnického personálu – včetně klinických dovedností, a zejména pak komunikačních kompetencí, schopnosti naslouchat a porozumět pacientovu prožívání.

Zjištěné rozdíly nejsou marginální či náhodné, ale poukazují na strukturální aspekt poskytování paliativní péče, který si žádá systematické zohlednění. Zatímco některé oblasti vykazují relativní soulad (např. slabost, dušnost), jiné jasně ukazují na potřebu hlubšího porozumění ze strany zdravotníků. Tyto poznatky by měly sloužit jako východisko pro revizi

současných přístupů k hodnocení potřeb pacientů a pro nastavení nástrojů, které zajistí vyšší míru souladu mezi vnímáním a realitou jejich aktuální situace.

### **5.3 Možná vysvětlení odlišností v percepci potřeb**

Odlišnosti ve vnímání potřeb pacientů a sester lze vysvětlit kombinací několika faktorů, které se týkají jak samotné povahy symptomů, tak i vztahového rámce mezi pacientem a pečujícím personálem. Prvním z důvodů je rozdílná perspektiva: zatímco pacient vychází z vlastního subjektivního prožívání, zdravotnický pracovník situaci posuzuje především na základě vnějších znaků, pozorování a klinických zkušeností. To je patrné zejména u psychických potřeb, jako jsou úzkost, smutek či obavy, které nejsou vždy doprovázeny výraznými behaviorálními projevy a často zůstávají skryté, pokud nejsou explicitně verbalizovány.

Dalším vysvětlením může být přirozená tendence personálu zaměřovat se prioritně na somatické aspekty péče, které jsou konkrétnější, měřitelnější a snáze ovlivnitelné léčebnými zásahy. V kontextu časového tlaku, vysoké zátěže a omezených personálních kapacit může docházet k nevědomému potlačení méně zjevných, avšak stejně důležitých oblastí potřeb. Zvláště psychická a existenciální dimenze pacientova stavu může být podhodnocena, pokud chybí systematické metody jejího hodnocení nebo pokud personál není dostatečně vyškolen k jejich rozpoznávání a intervenci.

Významnou roli hraje i kvalita vzájemné komunikace. Pokud pacient necítí důvěru nebo prostor k otevřenému sdílení, může některé obtíže zamlčet či bagatelizovat. Na druhé straně, pokud sestra nenaváže s pacientem dostatečně empatický a individualizovaný vztah, mohou jí uniknout jemné signály svědčící o narůstajícím distresu. Vztahová rovina péče je přitom zásadní pro správnou interpretaci pacientova stavu, zejména v situacích, kdy formální hodnocení nemusí plně vystihnout komplexní potřeby nemocného.

V neposlední řadě je třeba uvažovat o kulturních a institucionálních faktorech. V některých prostředích může přetrvávat tendence k paternalistickému pojetí péče, v němž rozhodování o potřebách zůstává primárně na zdravotnících. To může vést k podcenění pacientova hlasu a k tomu, že jeho individuální preference nejsou plně reflektovány. Rozvoj participativního modelu péče, založeného na partnerském přístupu, se tak jeví jako cesta k překonání těchto odlišností.

## 5.4 Očekávané a překvapivé výsledky

Výsledky komparativní analýzy mezi pacienty a sestrami přinesly jak potvrzení očekávaných předpokladů, tak i některá zjištění, která byla v kontextu výzkumu méně předvídatelná a vyžadují hlubší reflexi. Očekávaným zjištěním byla především relativně vysoká míra shody v oblasti fyzických symptomů, jako je slabost, bolest či dušnost. Tyto obtíže jsou totiž zčásti pozorovatelné a jejich výskyt je v paliativní péči u pacientů s kolorektálním karcinomem běžný. Bylo tedy předpokládáno, že obě skupiny – jak pacienti, tak sestry – budou tyto symptomy vnímat podobně, což se ve většině případů potvrdilo.

Stejně tak se očekávalo, že v oblasti psychických a existenciálních potřeb dojde k větším rozdílům v percepci. Tato hypotéza vycházela z předchozích výzkumů i teoretických poznatků, které opakovaně upozorňují na obtížnost zachycení duševních stavů z vnější perspektivy. Skutečnost, že sestry častěji hodnotily úzkost, smutek či obavy pacientů jako mírné nebo málo zatěžující, zatímco samotní pacienti je popisovali jako intenzivní, tedy nebyla zcela překvapivá, ale spíše potvrzující dřívější předpoklady.

Překvapivým výsledkem však bylo zjištění určité míry podhodnocení i některých tělesných symptomů ze strany zdravotních sester – konkrétně například bolesti a nechutenství. Očekávalo se, že právě tyto symptomy, které se dají částečně objektivizovat (např. skrze výpovědi pacientů, změny v příjmu potravy nebo neverbální projevy), budou vnímány oběma skupinami ve větší shodě. Zjištěný rozdíl tak poukazuje buď na omezený prostor pro vyjádření pacientových subjektivních vjemů, nebo na určité systematické zkreslení v posuzování závažnosti symptomů ze strany personálu.

Dalším neočekávaným zjištěním byla relativně nízká míra souladu v hodnocení potřeb v oblasti informovanosti. Pacienti častěji vyjadřovali nejistotu, pocit nedostatku informací nebo neporozumění situaci, zatímco sestry vnímaly úroveň informovanosti jako dostatečnou. Tento rozpor může být důsledkem toho, že zdravotnický personál klade důraz na předání informací, ale nevěnuje dostatečnou pozornost tomu, zda pacient informace skutečně pochopil a dokáže s nimi dále pracovat.

Výsledky výzkumu potvrdily předpoklady ohledně obtížnosti zachycení psychických a existenciálních potřeb a zároveň upozornily na nutnost větší obezřetnosti i v oblasti symptomů, které bývají považovány za objektivně uchopitelné. Překvapivá zjištění tímto způsobem přispívají k hlubšímu pochopení limitů komunikace mezi pacientem a ošetřujícím

personálem a podtrhují důležitost vnímání potřeb jako odborného úkolu i jako dialogického procesu.

## **5.5 Doporučení pro praxi**

Zjištěné rozdíly mezi vnímáním potřeb pacientů s kolorektálním karcinomem a pohledem sester ukazují na několik konkrétních oblastí, v nichž lze zlepšit poskytování paliativní péče jak na individuální, tak na systémové úrovni. Výstupem je potřeba důslednějšího a pravidelného mapování patientských potřeb, včetně fyzických, přičemž zvláštní důraz by měl být kladen na psychické a existenciální potřeby, které bývají častěji opomíjeny nebo podhodnoceny.

Jedním z praktických doporučení je širší využívání standardizovaných hodnoticích nástrojů, jako je dotazník IPOS, který umožňuje zachytit subjektivní vnímání symptomů přímo z perspektivy pacienta. Zařazení těchto nástrojů do každodenní praxe může napomoci identifikovat oblasti, které nejsou zřejmé při běžném pozorování. Zároveň by mělo být kladeno větší úsilí na interpretaci těchto výstupů v rámci multidisciplinárních týmů, aby byly potřeby skutečně reflektovány v navržených intervencích.

Zásadní roli hraje i kvalita komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Výsledky výzkumu potvrzují, že bez otevřeného a bezpečného prostoru pro vyjádření vnitřního prožívání zůstávají některé potřeby skryté. Je proto vhodné podporovat rozvoj komunikačních dovedností u sester a dalšího personálu, například formou supervizí, tréninku v empatické komunikaci nebo prostřednictvím případových seminářů. Důraz na aktivní naslouchání a validaci emocí pacienta může významně zlepšit kvalitu péče i pocit důvěry a přijetí ze strany nemocného.

Za důležité lze považovat i posílení podpory psychologických a spirituálních služeb, které mohou reagovat na potřeby, jež přesahují čistě somatický rámec. Úzká spolupráce s odborníky z těchto oblastí by měla být nedílnou součástí komplexního přístupu, zejména u pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním. Význam mají také intervize v rámci zdravotnických týmů, které mohou zprostředkovat sdílení zkušeností a přispět ke snižování rizika profesního vyhoření.

Na organizační úrovni se jako efektivní jeví podpora kontinuity péče a personální stability. Sestry, které mají s pacientem dlouhodobý kontakt, jsou schopny lépe vnímat změny v jeho stavu a navázat hlubší vztah, což je pro kvalitní paliativní péči zásadní. V neposlední řadě je

třeba vytvářet pracovní prostředí, které umožňuje zdravotníkům věnovat pacientům dostatek času jak na technické úkony, tak na rozhovor a emocionální podporu

## **5.6 Limity výzkumného šetření**

Výsledky výzkumného šetření nelze zevšeobecnit na všechny pacienty či zdravotnické pracovníky v paliativní péči. Důvodů je více, a to krátká doba sběru dat, malý soubor respondentů v obou skupinách a výzkum probíhal pouze v jednom soukromém zařízení. Bylo by spíše vhodné provést podobné šetření ve více zařízeních (onkologická oddělení, oddělení paliativní péče a případně i hospice).

## 6. ZÁVĚR

Práce byla zaměřena na odlišnosti ve vnímání potřeb sestrami a pacienty během paliativní onkologické léčby kolorektálního karcinomu. Práce byla rozdělena na dvě části, a to teoretickou a průzkumnou. Část teoretická je rozdělena do 3 větších kapitol. První kapitola se zabývala kolorektálním karcinomem, jeho patofyziologií, diagnostikou a léčbou, ale také prevencí, populačním screeningem a nejčastěji používanými dlouhodobými intravenózními vstupy. Ve druhé kapitole se práce věnuje nejčastějším nežádoucím účinkům paliativní onkologické léčby kolorektálního karcinomu a možnostem jejich řešení. Třetí kapitola je věnována identifikaci potřeb pacientů s paliativní onkologickou léčbou a validovaným dotazníkům a nástrojům, které se v ČR v paliativním onkologii využívají či jsou minimálně dostupné v českém jazyce.

Cílem průzkumné (empirické) části práce bylo zjistit odlišnosti ve vnímání potřeb sestrami a pacienty během paliativní onkologické léčby a které potřeby hodnotí pacienti jako nejvíce a nejméně saturovány a stejně tak sestry. V empirické části byl využit dotazník IPOS, po předchozím schválení autory české verze (Centrum paliativní péče).

Průzkumné šetření probíhalo v soukromé nemocnici na onkologickém oddělení od listopadu 2024 do března 2025. Celkem bylo distribuováno 60 dotazníků (30 ve verzi pro pacienty a 30 ve verzi pro sestry). Ačkoliv se dotazník může využít opakovaně, pro účely této práce vyplňoval každý respondent dotazník pouze jednou. Průzkum byl prováděn po souhlasu etické komise nemocnice, vrchní sestry a primářky onkologického oddělení. Dotazník obsahuje celkem 10 položek, z nichž většina využívá pro své hodnocení Likertovu škálu. Dotazník je zaměřen na potřeby fyzické, psychické, sociální i duchovní. Zahrnuje tedy širokou škálu potřeb a je vhodný pro užití v paliativní péči.

Samotným výzkumným šetřením byla zjištěna větší neshoda mezi pacienty a sestrami zejména v oblasti psychických potřeb, kdy sestry častěji podhodnocovaly výskyt psychických obtíží jako je deprese či úzkost oproti pacientům. Zejména u úzkosti byl tento rozdíl patrný, kdy 15 pacientů uvedlo úzkost jako velmi zatěžující a stejného názoru bylo 9 sester. V této položce se také jednalo o statisticky nejvýznamnější rozdíl. U ostatních potřeb docházelo k mírným neshodám (například ve vnímání bolesti či v části informovanosti pacientů), ale statisticky nebyl potvrzen významný rozdíl.

Dalším dílčím cílem bylo zjistit, které potřeby vnímá pacient nejvýrazněji během paliativní onkologické léčby CRC a které jsou naopak ty nejméně zatěžující.

Z analýzy hodnocení pacientů týkající se závažnosti jednotlivých obtíží vyplývá, že dotázaní pacienti mezi nejzávažnější obtíže v paliativní péči řadí ospalost (průměr 2,48; medián 3) a slabost (průměr 2,04; medián 2), což naznačuje, že tyto symptomy jsou z jejich pohledu nejvíce zatěžující (jejich závažnost je vnímána jako střední až silná). Nižší průměrné hodnocení bylo zaznamenáno u nechutenství (1,70), snížené pohyblivosti (1,67) a bolesti (1,59), což poukazuje na jejich mírnou až střední závažnost. Analýza odpovědí sester vykazuje velmi podobné výsledky v případě fyzických potřeb.

Naopak za méně závažné byly u obou skupin respondentů označeny příznaky jako dušnost (0,56), zvracení (0,74) a zácpa (0,85).

Z analýzy závažnosti úzkostných a depresivních stavů pacientů v paliativní onkologické léčbě vyplývá, že pacienti v paliativní péči v posledních třech dnech před hodnocením pociťovali úzkost nebo obavy z nemoci či léčby převážně občas (průměr 2,33), přičemž medián činí 2. Úzkostné stavy či obavy byly ještě výrazněji vnímány u členů rodiny pacientů (průměr 3,11; medián 3), což poukazuje na přetrvávající a časté emoční zatížení blízkých osob. Naopak depresivní pocity pacienti vykazovali spíše jen občas (průměr 1,78; medián 2).

Cílem práce bylo také upozornit na rozdíly ve vnímání potřeb v paliativní onkologické léčbě mezi pacienty a sestrami. Identifikace potřeb pacientů a jejich správné vyhodnocení je velmi důležité pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, a to nejen v paliativní péči. Spolu se stárnutím populace bude nejspíše i stoupat potřeba paliativní péče a je tedy více než vhodné mít vzdělané sestry se specializací v tomto náročném oboru. V praxi se sama setkávám s častým nepochopením mezi pacienty a sestrami. Sestry bývají často zaměřené především na odborné výkony a méně času věnují komunikaci s pacienty, zjišťování a přehodnocování potřeb dle přání a priorit pacienta. To může vést ke snížení kvality života a snížení spokojenosti s péčí. Myslím si, že použití dotazníku IPOS a dalších nástrojů využívaných v paliativní péči v běžné praxi pro paliativní onkologickou péči by bylo velkým přínosem, vzhledem k tomu, že dotazník pacient vyplňuje sám či s dopomocí rodiny/personálu a často se tím odstraní i bariéra studu, která může vést k tomu, že pacient záměrně nesdělí některé své potřeby sestře.

## POUŽITÁ LITERATURA

1. About spict [online]. 2025 [cit. 2025-04-06]. Dostupné z: [www.spict.org.uk/about/](http://www.spict.org.uk/about/)
2. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. Speciální onkologie [online]. P: Galen, 2010 [cit. 2024-09-03]. ISBN 978-80-7262-918-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/specialni-onkologie-3561/>
3. ADAM, Zdeněk, Jeroným KLIMEŠ, Luděk POUR, Zdeněk KRÁL, Alice ONDERKOVÁ, Aleš ČERMÁK a Jiří VORLÍČEK. *Maligní onemocnění, psychika a stres* [online]. Grada, 2019 [cit. 2025-05-23]. ISBN 978-80-271-2829-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/maligni-onemocneni-psychika-a-stres-2447899/#>
4. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. Obecná onkologie [online]. Galén, 2011 [cit. 2024-09-03]. ISBN 978-80-7262-796-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/obecna-onkologie-3560/>
5. ANTOŠ, František, Jiří HOCH, Vítězslav DUCHÁČ a Petr ŠLAUF. Koloproktologie II [online]. IPVZ, 2018 [cit. 2024-09-03]. ISBN 978-80-87023-14-3. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7329-koloproktologie-ii.pdf>
6. BAREVA, Andrea. *Identifikace a saturace potřeb terminálně nemocných pacientů* [online]. Pardubice, 2019. Dostupné z: <https://theses.cz/id/eqwxau/>. Diplomová práce. Univerzita Pardubice.
7. BATKO, Stanislav. Imunoterapie metastatického kolorektálního karcinomu. *Onkologie* [online]. 2023, 2023(4), 224-229 [cit. 2025-03-31]. Dostupné z: [doi:10.36290/xon.2023.043](https://doi.org/10.36290/xon.2023.043)
8. BAUSEWEIN, Claudia, et al. Palliative Care. *Oncology of CNS Tumors*, 2019, 787-794.
9. BHARDWAJ, Tushti, et al. Translation and cross-cultural adaptation of the Integrated Palliative Care Outcome Scale in Hindi: Toward capturing palliative needs and concerns in Hindi speaking patients. *Palliative Medicine*, 2023, 37.3: 391-401.
10. BUCHLER, Tomáš, Ludmila BOUBLÍKOVÁ, Veronika BUCHLER, Tomáš DOLEŽAL, Josef DVOŘÁK a Ondřej FIALA a kol. *Obecná onkologie*. Maxdorf jesenius, 2019. ISBN 978-807345617-7.

11. BUŽGOVÁ, Radka, Lucie SIKOROVÁ, Radka KOZÁKOVÁ a Darja JAROŠOVÁ. Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči. *Onkologie* [online]. 2013, (6), 310-314 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2013/06/11.pdf>
12. BUŽGOVÁ, Radka. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních [online]. Grada, 2015 [cit. 2025-03-14]. ISBN 978-80-247-9038-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/paliativni-pece-ve-zdravotnickych-zarizenich-2263242/>
13. BUŽGOVÁ, Radka. *Dotazníky pro hodnocení potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči: Manuál pro uživatele české verze dotazníku pro hodnocení potřeb pacientů (PNAP) a rodinných příslušníků (FIN)* [online]. In: . Ostrava: Ostravská univerzita, 2014, s. 31 [cit. 2025-04-21]. ISBN 978-80-7464-678-2. Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/kvalita-zivota-a-potreby/manual-dotazniku-pnap-a-fin-cz.pdf>
14. BUŽGOVÁ, Radka, Erika HAJNOVÁ, David FELTL a Milan STOLIČKA. Faktory ovlivňující úzkost a depresi u pacientů v konečném stádiu nemoci při hospitalizaci. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2014, **110**(5), 243-249. Dostupné také z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=981>
15. Dukesova klasifikace [online]. 2025. Dostupné z: [www.linkos.cz/slovnicek/dukesova-klasifikace](http://www.linkos.cz/slovnicek/dukesova-klasifikace)
16. GROCHOWICKA, Monika, Malgorzata REYSNER, Wojciech LEPPERT, Grzegorz KOWALSKI, Sylwia KROPIŃSKA, Tomasz REYSNER a Katarzyna WIECZOROWSKA-TOBIS. Integrated palliative care outcomes scale (IPOS): a review of the literature and studies on its use in patients with different conditions. *Palliative medicine in practice* [online]. 2025, **19**(1), 61-65 [cit. 2025-06-08]. Dostupné z: [doi:10.5603/pmp.100293](https://doi.org/10.5603/pmp.100293)
17. HAJNOVÁ FUKASOVÁ, Erika, Radka BUŽGOVÁ a David FELTL. Hodnocení duchovních potřeb pacientů v paliativní péči. *Klinická onkologie* [online]. 2015, **28**(1), 7. Dostupné z: [doi:10.14735/amko201513](https://doi.org/10.14735/amko201513)
18. Horton R. Rozdíly v hodnocení příznaků a kvality života mezi pacienty s pokročilým nádorovým onemocněním a jejich specializovanými sestrami paliativní péče v

prostředí domácí péče. *Paliativní medicína*. 2002; 16(6):488-494.  
DOI:[10.1191/0269216302PM588OA](https://doi.org/10.1191/0269216302PM588OA)

19. CHARVÁT, Jiří, Jitka FRICOVÁ, Vendelín CHOVANEC, Jan JOKL a Kateřina LIŠOVÁ a kol. Žilní vstupy střednědobé a dlouhodobé [online]. Grada, 2016 [cit. 2025-03-28]. ISBN 978-80-271-9438-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/zilni-vstupy-2204636/>
20. JINDRLOVÁ, Lenka a Eva PODROUŽKOVÁ. Cévní vstupy [online]. 2023 [cit. 2025-03-27]. Dostupné z: <https://www.nemcb.cz/cevni-vstupy/>
21. Kanylační středisko [online]. 2025 [cit. 2025-05-29]. Dostupné z: [www.fnhk.cz/rdg/kanylacni-stredisko](http://www.fnhk.cz/rdg/kanylacni-stredisko)
22. KISS, Igor a kol. Modrá kniha české onkologické společnosti [online]. 30.aktualizace. 2024. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/modra-kniha/23.pdf>
23. KNAPOVÁ, Jaroslava. Ošetrovatelská péče v onkologii [online]. 2019 [cit. 2025-03-27]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/111/page00.html>
24. KREJČÍ, D., J. MUŽÍK a L. DUŠEK. Současné epidemiologické trendy novotvarů v České republice [online]. 258 [cit. 2024-04-19]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008447/novotvary2019-2021.pdf>
25. KUMMEROVÁ, Adéla. *Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v nemocnicích a v hospicích* [online]. Olomouc, 2023. Dostupné z: <https://theses.cz/id/bslcjm/>. Diplomová práce. Univerzita Palackého Olomouc.
26. Májek, O., Zavoral, M., Suchánek, Š., Dušek, L., Ngo, O., Chloupková, R., Martykánová, L., Šnajdrová, L., Mužík, J., Pavlík, T., Hejduk, K.: Kolorektum.cz – Program kolorektálního screeningu v České republice [online]. Masarykova univerzita, Brno, 2022. [cit. 2024-09-03]. Dostupný z: <https://www.kolorektum.cz>. ISSN 1804-0888.
27. Národní zdravotnický informační portál [online]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/7359>
28. Ngo Ondřej, Chloupková RENATA, Suchánek ŠTĚPÁN, et al. Results from the evaluation of colorectal cancer screening in the Czech Republic. *Gastroenterologie a*

- hepatologie [online]. 2023, 2023-10-30, 77(5), 385-393 [cit. 2025-02-01]. ISSN 18047874. Dostupné z: doi:10.48095/ccgh2023385
29. NOVÁK J. a BEŠKA F., TNM klasifikace zhoubných nádorů [online]. In: Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2004, s. 196 [cit. 2025-03-29]. ISBN 80-7280-391-3. Dostupné z: [https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/tnm6\\_cz.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/tnm6_cz.pdf)
30. NOVOTNÝ, Jan, Pavel VÍTEK, Zdeněk KLEIBL, Dagmar ADÁMKOVÁ KRÁKOROVÁ, Monika AREBERGEROVÁ, Tomáš BUCHLER, Jana ČEJKOVÁ a Richard FERANEC a kol. Onkologie v klinické praxi. Třetí. Mladá fronta, 2019. ISBN 978-80-204-5103-3.
31. NOVOTNÝ, Jan, Pavel VÍTEK, Zdeněk KLEIBL, Dagmar ADÁMKOVÁ KRÁKOROVÁ a Monika AREBERGEROVÁ a kol. Onkologie v klinické praxi [online]. 4. Grada, 2024 [cit. 2025-03-31]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/onkologie-v-klinicke-praxi-2300007/#>
32. OPATRNÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. Třetí. Maxdorf, 2022. ISBN 978-80-7345-726-6.
33. PINO, Marco, et al. Engaging terminally ill patients in end of life talk: how experienced palliative medicine doctors navigate the dilemma of promoting discussions about dying. *PloS one*, 2016, 11.5: e0156174.
34. POSPÍŠIL, Petr a Pavel ŠLAMPA. Postavení radioterapie v léčbě karcinomu rekta. *Klinická onkologie* [online]. 2020, 33(1), 10 [cit. 2025-02-16]. Dostupné z: doi:10.14735/amko2020S38
35. PUCHALSKI, Christina. The FICA spiritual history tool. <https://gwish.smhs.gwu.edu/sites/g/files/zaskib1011/files/2022-06/FICA-Tool-PDF-ADA.pdf> [online]. 2020 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: <https://gwish.smhs.gwu.edu/sites/g/files/zaskib1011/files/2022-06/FICA-Tool-PDF-ADA.pdf>
36. Radkhah, H., Maleki, S., & Arabzadeh Bahri, R. (2024). Serpentine supragenous hyperpigmentation, a phenomenon following the administration of chemotherapeutic agents: A systematic review. *Health Science Reports*, 7(12) doi: <https://doi.org/10.1002/hsr2.70294>

37. SEHNALOVÁ, Irena, Barbora ŘÍHOVÁ a Regina DEMLOVÁ. Ekonomický pohled na léčbu bevacizumabem u metastatického kolorektálního karcinomu. Česká a slovenská farmacie [online]. 2019, 68(2), 43-47 [cit. 2025-03-31]. Dostupné z: doi:10.36290/csf.2019.007
38. SLÁMA, Ondřej a Tereza VAFKOVÁ. Komplexní hodnocení pacienta v paliativní péči [online]. 2020. In: s. 10. Dostupné z: [https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni\\_pece/web/pages/02\\_02\\_komplexni\\_hodnoceni.html](https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/02_02_komplexni_hodnoceni.html)
39. SLÁMA, Ondřej, Jiří KREJČÍ a Jana AMBROŽOVÁ. Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení [online]. 2019, 111 [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: [https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Metodika\\_implementace\\_PPP\\_2019%20FINAL.pdf](https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Metodika_implementace_PPP_2019%20FINAL.pdf)
40. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA, Radka ALEXANDROVÁ, Silvie BLAŽKOVÁ, Zdeněk BYSTRICKÝ a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí. Galén, 2022. ISBN 978-80-7492-627-3.
41. SOCHOR, Marek; ZÁVADOVÁ, Irena a SLÁMA, Ondřej (ed.). *Paliativní péče v onkologii*. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta, 2019. ISBN 978-80-204-4223-9.
42. SUCHÁNEK, Štěpán, Monika AMBROŽOVÁ, Tomáš GREGA, et al. Screening kolorektálního karcinomu v České republice – minulost, současnost a budoucnost. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. 2024, 2024(78), 9 [cit. 2025-02-01]. Dostupné z: doi:10.48095/ccgh2024378
43. Sun, C., Fan, E., Huang, L., & Zhang, Z. (2024). Second-line systemic treatment for metastatic colorectal cancer: A systematic review and bayesian network meta-analysis based on RCT. *PLoS One*, 19(12) doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313278>
44. Svrcak M, Lascols O, Cohen R, Collura A, Jonchère V, Fléjou JF, Buhard O, Duval A. MSI/MMR-deficient tumor diagnosis: Which standard for screening and for diagnosis? Diagnostic modalities for the colon and other sites: Differences between tumors. *Bull Cancer*. 2019 Feb;106(2):119-128. doi: 10.1016/j.bulcan.2018.12.008. Epub 2019 Feb 1. PMID: 30713006.

45. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, Zuzana LEBEDOVÁ, Jana VÍCHOVÁ, Tereza KOLÁČNÁ a Hana JIRKŮ. *Lidské potřeby ve zdraví a v nemoci* [online]. Grada, 2011 [cit. 2025-05-03]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/lidske-potreby-ve-zdravi-a-nemoci-2445967/>
46. ŠÁTEKOVÁ, Lenka. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelství v onkologii* [online]. Univerzita Palackého v Olomouci, 2019 [cit. 2025-03-08]. ISBN 978-80-244-5630-0. Dostupné z: doi:10.5507/fzv.19.24456300
47. ŠLAMPA, Pavel, Petr BURKONĚ, Petr ČOUPEK, Diana ČERNÁKOVÁ a Radana DYMÁČKOVÁ a kol. *Radiační onkologie v praxi*. 5. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2023. ISBN 978-80-86793-57-3.
48. TOMÁŠEK, Jiří a Jana HALÁMKOVÁ. *Karcinom tlustého střeva a konečníku. Praktické lékárenství* [online]. 2009, 2009(5), 4 [cit. 2025-03-05]. Dostupné z: <https://solen.cz/pdfs/lek/2009/01/02.pdf>
49. VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOVÁŘOVÁ. *Paliativní péče v onkologii*. Univerzita Pardubice, 2013. ISBN 978-80-7395-586-1.
50. VERONESE, Simone, et al. The palliative care needs of people severely affected by neurodegenerative disorders: a qualitative study. *Progress in Palliative Care*, 2015, 23.6: 331-342. Dostupné z: [The palliative care needs of people severely affected by neurodegenerative disorders: A qualitative study: Progress in Palliative Care: Vol 23, No 6 - Get Access](#)
51. *Věstník MZ ČR*. In: 2024, částka 16. [online]. Dostupné z [www.mzd.go.cz/vestnik-16-2024/](http://www.mzd.go.cz/vestnik-16-2024/)
52. VLČKOVÁ, Karolína a Martin LOUČKA. *IPOS manuál pro použití české verze* [online]. In: 2018, s. 8 [cit. 2025-06-03]. Dostupné z: <https://data.eu.cntmbr.com/paliativnicentrum/paliativnicentrum-prod/14fbe737-ddf0-4849-9b25-7be64edb3796.pdf>
53. VOKURKA, Samuel, Petra TESAŘOVÁ, Jitka ABRAHÁMOVÁ, Viera BAJČIOVÁ a Tomáš BUCHLER a kol. *Onkologie v kostce*. Praha: Current media, 2018. ISBN 978-80-88129-37-0.

54. ZAVORAL, Miroslav, Tomáš GREGA a Štěpán SUCHÁNEK. Komplikace léčby kolorektálního karcinomu. *Onkologie* [online]. 2016, 2016(10), 41-47 [cit. 2025-03-05]. Dostupné z: doi:10.36290/xon.2016.010
55. ZLATOHLÁVEK, Lukáš, Martin BORTLÍK, Karel DVOŘÁK, Mária FILKOVÁ, Martina HAVLOVÁ, Jana JEŽKOVÁ, Josef KALÁB a Zuzana KRÁTKÁ a kol. *Interna pro bakalářské a magisterské obory. Druhé. Current media*, 2024. ISBN 978-80-88129-67-7.
56. WATANABE, Sharon a Cheryl NEKOLAICHUK. Edmonton symptom assesment – revised [online]. 2020, 11.2.2020, s. 4 [cit. 2025-04-06]. Dostupné z: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/peolc/if-peolc-ed-esasr-quick-user-guide.pdf>
57. WEERAKKODY, Isuri, et al. The quality of dying and death in a residential hospice. *Journal of pain and symptom management*, 2018, 56.4: 567-574.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1: IPOS formulář pro personál

Příloha 2: IPOS formulář pro pacienty

Příloha 3: Souhlas s použitím dotazníků

Pro personál – Číslo pacienta:					

## IPOS Formulář pro personál

Jméno a Příjmení: .....											
Datum: (dd/mm/rrrr)											

**Otázka 1. – Jaké byly pacientovy hlavní problémy či obtíže v posledních 3 dnech?**

1a.
1b.
1c.

**Otázka 2. – Pro každou obtíž, prosím, zaškrtněte jedno políčko, které nejlépe vystihuje, jak byl pacient ovlivněn touto obtíží během posledních 3 dnů.**

	Vůbec	Mírně	Středně	Silně	Nesnesitelně
<b>Bolest</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Dušnost</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Slabost či nedostatek energie</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Nevolnost (pocit na zvracení)</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Zvracení</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Nechutenství</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Zácpa</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Bolesti či sucho v ústech</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Ospalost</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Snížená pohyblivost</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**Zapište, prosím, jakékoliv jiné obtíže neuvedené výše a zaškrtnutím jednoho políčka označte, jak pacienta tyto obtíže v posledních 3 dnech ovlivnily.**

	Vůbec	Mírně	Středně	Silně	Nesnesitelně
<b>2a</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>2b</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>2c</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Pro personál – Číslo pacienta:					

## IPOS Formulář pro pacienty

Jméno a Příjmení: .....									
Datum: (dd/mm/yyyy)									

*Vyplňte, prosím, čitelně. Do každého políčka vepište jedno písmeno či číslici. Vaše odpovědi nám pomohou zlepšovat péči o vás i o další pacienty. Děkujeme.*

**Otázka 1. – Jaké byly vaše hlavní problémy či obtíže v posledních 3 dnech?**

1a.
1b.
1c.

**Otázka 2. – Zde je seznam obtíží, které jste u sebe mohli – ale nemuseli – pozorovat. Pro každou obtíž, prosím, zaškrtněte jedno políčko, které nejlépe vystihuje, jak vás tato obtíž ovlivnila během posledních 3 dnů.**

	Vůbec	Mírně	Středně	Silně	Nesnesitelně
<b>Bolest</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Dušnost</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Slabost či nedostatek energie</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Nevolnost (pocit na zvracení)</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Zvracení</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Nechutenství</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Zácpa</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Bolesti či sucho v ústech</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Ospalost</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Snížená pohyblivost</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Zapište, prosím, jakékoliv jiné obtíže neuvedené výše a zaškrtnutím jednoho políčka označte, jak vás tyto obtíže v posledních 3 dnech ovlivnily.

	Vůbec	Mírně	Středně	Silně	Nesnesitelně
<b>2a</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>2b</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>2c</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

23.08.2024 22:28

Petra – Kočová Petra – Outlook



### Re: Žádost o použití dotazníku IPOS

**Od** Centrum paliativní péče <[office@paliativnicentrum.cz](mailto:office@paliativnicentrum.cz)>  
**Datum** St 09.10.2024 11:05  
**Pro** Kočová Petra <[petra.kocova@student.upce.cz](mailto:petra.kocova@student.upce.cz)>

Dobrý den paní Kočová,

samozřejmě, dotazník můžete použít. Budeme rádi za klasické citační zvyklosti.  
 Doporučujeme přečíst také manuál k použití IPOS, který je na [webu k dispozici](#) a případně také [tuto studii](#).

Krásný den

@škrtněte škrtněte  
 vedoucí kanceláře

Centrum paliativní péče | Dykova 15, Praha, 101 00  
[office@paliativnicentrum.cz](mailto:office@paliativnicentrum.cz) | +420 721 839 546  
[www.paliativnicentrum.cz](http://www.paliativnicentrum.cz) | [facebook](#) | [bulletin](#)

Út 8. 10. 2024 v 13:59 odesílatel Kočová Petra <[petra.kocova@student.upce.cz](mailto:petra.kocova@student.upce.cz)> napsal:

Dobrý den,  
 jsem studentkou magisterského studia Univerzity Pardubice, Fakulty zdravotnických studií a to oboru Ošetrovatelství pro Interní péči. Ráda bych ve své diplomové práci s tematikou potřeb v paliativní péči u pacientů s kolorektálním karcinomem využila standardizovaný dotazník IPOS. Je možné využít dotazník dostupný na vašem webu? Předem děkuji za odpověď. Pokud budete potřebovat více informací jsem Vám k dispozici. S přáním krásného dne Bc. Petra Kočová