

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2025

Bc. Marie Oktábcová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Potřeby pacientů v nemocniční paliativní péči: Analýza pomocí dotazníku IPOS

Diplomová práce

2025

Bc. Marie Oktábcová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2024/2025

# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Marie Oktábcová**  
Osobní číslo: **Z22288**  
Studijní program: **N0913P360008 Specializace v ošetrovatelství – Ošetrovatelská péče v interních oborech**  
Téma práce: **Potřeby pacientů v nemocniční paliativní péči: Analýza pomocí dotazníku IPOS**  
Téma práce anglicky: **The needs of patients in hospital palliative care: An analysis using the IPOS questionnaire**  
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 získaných dat 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:

BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L., R. KOZÁKOVÁ a D. JAROŠOVÁ. *Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči*. Solen Medical Education. Onkologie [online]. Olomouc: Solen, 2013, 2013(7(6)), 310-314 [cit. 2022-04-19]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2013/06/11.pdf>

BUŽGOVÁ, R., HAJNOVÁ FUKASOVÁ, E., SIKOROVÁ, L., KOZÁKOVÁ, R., FELTL, D. *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2013. ISBN: 978-80-7464-264-7

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

TÓTHOVÁ, V., HELLEROVÁ, V. (ed.). *Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelství*. Praha: NLN, 2021. ISBN 978-80-7422-817-9

VLČKOVÁ, K. a LOUČKA M. *Dotazník pro měření kvality života v paliativní péči: IPOS-Manuál pro použití české verze*. Centrum paliativní péče [online]. Centrum paliativní péče, 2018 [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: [https://cdn.paliativnicentrum.cz/sites/default/files/soubory/2020-09/PPP\\_letak\\_IPOS\\_2018\\_8xA5\\_WEB\\_0.pdf](https://cdn.paliativnicentrum.cz/sites/default/files/soubory/2020-09/PPP_letak_IPOS_2018_8xA5_WEB_0.pdf).

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Karolína Vlčková, Ph.D.**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **10. června 2025**  
Termín odevzdání diplomové práce: **6. srpna 2025**

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

L.S.

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

V Pardubicích dne 11. června 2025

**PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Práci s názvem Hodnocení potřeb pacientů v nemocničním prostředí prostřednictvím dotazníku IPOS jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena 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 6.8.2025

Bc. Marie Oktábcová v.r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

V této části práce bych ráda poděkovala především Mgr. Karolíně Vlčkové, Ph.D. za vedení práce, rady a za její trpělivost. Za konzultace, podporu a cenné rady děkuji také Mgr. Janě Šrámkové a Mgr. Šárce Klokočkové. Velké díky patří i respondentům za jejich spolupráci a ochotu účastnit se na výzkumné části této práce.

## **ANOTACE**

Tato diplomová práce se zabývá potřebami a hodnocením potřeb dospělých pacientů v paliativní péči v nemocničním prostředí. Cílem práce je zjistit rozdíly ve vnímání potřeb pacienta hodnocených pacientem a pečující všeobecnou sestrou. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je věnována oblasti potřeb a jejich hodnocení, hodnotícím měřícím nástrojům a paliativní péči. Cílem výzkumné části bylo na základě kvantitativního šetření za použití dotazníku IPOS zjistit, rozdíly ve vnímání potřeb pacienta v hodnocení pacientem (respondenti vyplňují dotazník IPOS verzi Formulář pro pacienty) a pečující sestrou (respondenti vyplňují verzi dotazníku Formulář pro personál). Dílčími cíli bylo zjistit, jak jsou potřeby pacienta vnímány všeobecnou sestrou a jak jsou potřeby pacienta vnímány a hodnoceny pacientem samotným. Výsledky práce ukazují na rozdíly ve vnímání těchto potřeb. Nejčastěji docházelo k rozdílným odpovědím v oblasti psychických, sociálních a spirituálních potřeb. K největším rozdílům docházelo v otázce dotazující se na obavy a úzkost pacientů z jejich onemocnění či léčby a v otázce, zda byly řešeny praktické problémy související s onemocněním pacienta. Ukázalo se, že pro zjišťování potřeb pacientů v nemocničním prostředí je dotazník IPOS praktickým nástrojem, který napomáhá ke zlepšení v poskytování komplexní ošetrovatelské péče.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Potřeba, hodnocení potřeb, hodnotící měřící nástroje, paliativní péče, dotazník IPOS

## **TITLE**

The needs of patients in hospital palliative care: An analysis using the IPOS questionnaire

## **ANNOTATION**

This thesis examines the needs and assessment of adult palliative care patients in a hospital setting. The aim of the thesis is to identify differences in the patient's perceived needs as assessed by the patient and the caring general nurse. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part is devoted to the area of needs and their assessment, assessment measurement tools and palliative care. The aim of the research part was to find out, based on a quantitative investigation using the IPOS questionnaire, the differences in the perception of the patient's needs in the assessment by the patient (respondents fill in the IPOS version of the Questionnaire Form for Patients) and by the caring nurse (respondents fill in the version of the Questionnaire Form for Staff). The sub-objectives were to determine how patient needs are perceived by the general nurse and how patient needs are perceived and assessed by the patient themselves. The results of the work show differences in the perception of these needs. The most frequent differences in responses were in the areas of psychological, social and spiritual needs. The greatest differences occurred in the question asking about patients' fears and anxiety about their illness or treatment and whether practical problems related to the patient's illness were addressed. The IPOS questionnaire has been shown to be a practical tool for identifying patient needs in the hospital setting and has helped to improve the delivery of holistic nursing care.

## **KEYWORDS**

Need, needs assessment, assessment measurement tools, palliative care, IPOS questionnaire

# Obsah

Úvod.....	13
1 Cíle a metody práce .....	15
1.1 Cíl práce.....	15
1.2 Metody k dosažení cíle .....	15
Teoretická část.....	16
2 Teoretická východiska .....	16
2.1 Ošetrovatelství v kontextu paliativní péče.....	16
2.1.1 Legislativní a etický rámec paliativní péče.....	17
2.1.2 Kompetence sestry a význam vzdělávání v paliativní péči .....	18
2.2 Charakteristika pojmu paliativní péče .....	19
2.2.1 Kvalita života v paliativní péči .....	20
2.3 Potřeby pacientů v paliativní péči.....	23
2.3.1 Biologické potřeby.....	25
2.3.2 Psychologické potřeby .....	26
2.3.3 Sociální potřeby .....	27
2.3.4 Spirituální potřeby .....	27
2.3.5 Informační a praktické potřeby.....	28
2.4 Hodnocení potřeb v nemocničním prostředí.....	29
2.4.1 Hodnocení potřeb.....	29
2.4.2 Význam hodnocení potřeb v klinické praxi.....	30
2.4.3 Měřicí nástroje k hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči.....	31
2.4.4 Dotazník IPOS v praxi.....	33
Výzkumná (praktická) část .....	36
3 Metodika výzkumné (praktické) části.....	36
3.1 Cíl výzkumu.....	36
3.2 Soubor respondentů a sběr dat .....	37

3.3	Metoda zpracování dat.....	38
3.3.1	Vážený kappa koeficient.....	40
3.3.2	Spearmanův korelační koeficient.....	40
3.4	Výsledky .....	42
4	Diskuze .....	63
4.1	Propojení s teoretickým rámcem a implikace pro praxi .....	68
4.2	Limity výzkumu.....	69
4.3	Omezení a úskalí použití IPOS .....	69
4.4	Doporučení pro praxi a další výzkum.....	70
4.5	Srovnání s jinými studii využívajícími dotazník IPOS.....	71
5	Závěr .....	73
6	Použitá literatura .....	75
6.1	Knižní publikace .....	75
6.2	Odborné články.....	77
6.3	Internetové zdroje .....	83
7	Přílohy.....	87

## **SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK TEORETICKÉ ČÍSTI PRÁCE**

Tabulka č. 1 – Pořadí potřeb pacientů dle jejich vlastního hodnocení.....	43
Graf č. 1 - Celkový přehled shodných odpovědí všech respondentů.....	45
Tabulka č. 2 – Vážený kappa koeficient.....	48
Tabulka č. 3 - Velikost rozdílů v odpovědích pacienta a pečující všeobecné sestry.....	50
Tabulka č. 4 – Wilcoxonův test pro párová hodnocení IPOS.....	53
Tabulka č. 5 – Frekvenční analýza velikosti rozdílů pro všechny položky IPOS.....	55
Tabulka č. 6 – Průměrné rozdíly v hodnocení podle domén.....	58
Tabulka č. 7 - Spearmanův korelační koeficient.....	60

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADL	Activities of daily living, všední denní činnosti
CARES	Cancer Rehabilitation Evaluation Systém
CARES-SF	Cancer Rehabilitation Evaluation – Short Form
ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
DVP	Dříve vyslovené přání
EORTC QoLC-30	European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire core 30
et al.	et alii; a kolektiv
EU	Evropské Unie
FIN	Family Inventory Needs
GDPR	General data protection regulation
ICN	Mezinárodní rada sester
IPOS	Integrated Palliative Outcome Scale
IPPCNAT	Interprofessional Patient Care Needs Assessment Tool
JIP	Jednotka intenzivní péče
MQOL	McGill Quality of Life Questionnaire
MRI	Magnetic resonance imaging, magnetické rezonanční zobrazení
MZČR	Ministerstva zdravotnictví České republiky
NLZP	nelékařské zdravotnické pracovníky
NMC	Rada ošetrovatelství a porodní asistence
NRS	Numeric Rating Scale

NZIP	Národní zdravotnický informační portál
OCPC	Oncology Clinic Patient Checklist
ORO	Observer reported outcomes
PNAP	Patient Needs Assessment in Palliative care
PNPC	Problems and Needs in Palliative Care Instrument
POS	Palliative Care Outcome Scale
PPS	Palliative Performance Scale
PRO	Patient-reported outcomes
PROM	Patient reported outcome measures
QOLLTI-F	Quality of Life in Life Threatening Illness-Family
SPARC	Sheffield Profile for Assessment and Referral to Care
SPEED	The Screen for Palliative and End-of-Life Care Needs in the Emergency Department
tzv.	Tak zvaný
US-FDA	United States Food Drug Administration
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VAS	Visual Analog Scale
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

## ÚVOD

Paliativní péče je komplexní a celostní přístup k pacientům v pokročilých stádiích nevyléčitelného onemocnění. Jejím hlavním cílem není prodlužování života za každou cenu, ale snaha o jeho zkvalitnění v závěru. Světová zdravotnická organizace (WHO, 2018) definuje paliativní péči jako aktivní a komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc již nereaguje na kurativní léčbu. Důraz je kladen na zmírňování bolesti, tišení dalších obtěžujících symptomů a zároveň poskytování psychické, sociální a spirituální podpory. Paliativní péče vnímá člověka jako bio-psycho-sociálně-spirituální jednotku, čímž zdůrazňuje potřebu individuálního a multidisciplinárního přístupu.

Potřeby pacientů v paliativní péči se mohou v souvislosti s pokročilostí onemocnění rychle měnit (Sláma, Kabelka, 2022). Zajištění kvalitní paliativní péče vyžaduje, aby zdravotničtí pracovníci dokázali rozpoznat a správně vyhodnotit potřeby pacientů. V praxi však může docházet k rozdílům mezi tím, jak pacienti své potřeby subjektivně vnímají, a jak jsou tyto potřeby interpretovány zdravotníky. Tento nesoulad může vést k nedostatečnému pokrytí důležitých oblastí, zejména těch, které nejsou na první pohled zjevné – například psychické a spirituální potřeby bývají často přehlíženy (Fallowfield, 1990; Balboni et al., 2010).

Sláma (2022) upozorňuje na nutnost hodnocení a saturace potřeb fyzických, psychických, sociálních a spirituálních. Včas indikovaná a zahájená paliativní péče může významně ovlivnit a zlepšit kvalitu života a průběh léčby (Bužgová, 2015). K zachycení potřeb pacientů a plánování adekvátní péče se stále častěji využívají standardizované hodnoticí nástroje. Jedním z nich je IPOS – Integrated Palliative Outcome Scale, který umožňuje hodnotit symptomy, psychický stav, duchovní pohodu, informovanost a další aspekty ovlivňující kvalitu života pacientů (Murtagh et al., 2019). Tento nástroj nabízí jak formulář pro pacienty, tak pro zdravotnický personál, čímž umožňuje srovnání vnímání potřeb oběma stranami.

Tato diplomová práce se zaměřuje právě na srovnání hodnocení potřeb pacientů a všeobecných sester v nemocničním prostředí. Cílem práce je zhodnotit míru shody v hodnocení jednotlivých potřeb pomocí IPOS a identifikovat oblasti, kde dochází k souznění, nebo naopak k rozdílnému vnímání. Dále je cílem zdůraznit důležitost důsledného mapování potřeb v každodenní klinické praxi a poukázat na možnosti, jak může porozumění pacientovým potřebám přispět ke zvýšení kvality péče.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsána podstata paliativní péče, kvalita života nemocného v paliativní péči a detailní analýza jednotlivých potřeb pacienta členěných do biologické, psychické, sociální, spirituální a informační oblasti. Zvláštní pozornost je věnována dotazníku IPOS a jeho praktickému využití. Ve výzkumné části jsou prezentovány výsledky šetření provedeného na vybraném pracovišti, statisticky analyzována míra shody mezi pacienty a zdravotníky a diskutována klinická relevance zjištěných rozdílů. Výsledky mohou posloužit jako podklad pro zlepšení komunikace a zacílení péče dle reálných potřeb pacientů

Z demografických a statistických údajů zveřejňovaných každoročně Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) lze očekávat, že počet hospitalizovaných pacientů, kteří byli již dříve indikováni do paliativní péče nebo budou do paliativní péče indikováni v průběhu hospitalizace, bude narůstat (Kolářová, 2023). Je důležité si uvědomit, že: *„Zajištění a uspokojení potřeb člověka, ať již jedince, rodiny či komunity považujeme za výchozí moment a hlavní úkol profesionální ošetrovatelské péče.“* (Krátká, 2018). Tato práce reaguje na aktuální problematiku hodnocení potřeb dospělých hospitalizovaných pacientů v paliativní péči a předkládá možné řešení, jak lze potřeby těchto pacientů bezpečně identifikovat.

# **1 CÍLE A METODY PRÁCE**

## **1.1 Cíl práce**

Tato diplomová práce se zabývá hodnocením potřeb dospělých pacientů v paliativní péči v nemocničním prostředí prostřednictvím dotazníku IPOS.

Teoretická část práce si klade za cíl zpracování české i zahraniční odborné literatury, která se zaměřuje na koncepci ošetrovatelství, paliativní péči a kvalitu života, potřeby a hodnocení potřeb pacientů v nemocničním prostředí a na dotazník IPOS a jeho využití v praxi. Cílem průzkumné části práce je pomocí dotazníku IPOS zjistit rozdíly v hodnocení potřeb pacienta pacientem (IPOS verze Formulář pro pacienty) a pečující všeobecnou sestrou (IPOS verze Formulář pro personál).

## **1.2 Metody k dosažení cíle**

Pro zpracování teoretické části práce byly provedeny rešerše v elektronických databázích odborných publikací PubMed a Medvik. Pro práci byly využity výzkumné studie z těchto databází, dále knižní publikace a internetové zdroje.

Pro praktickou část práce byl využit i v České republice standardizovaný a validovaný dotazník IPOS ve dvou verzích. Pacienti vyplňovali verzi dotazníku s názvem Formulář pro pacienty a všeobecné sestry vyplňovaly verzi Formulář pro personál.

# TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce je členěna do 4 kapitol, které se věnují oblastem souvisejícím s tématem diplomové práce a přispívají k porozumění výzkumné části práce.

## 2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Následující kapitoly se zabývají ošetrovatelstvím v kontextu paliativní péče, paliativní péčí, potřebami a hodnocením potřeb. Jednotlivé kapitoly jsou dále členěny do podkapitol.

### 2.1 Ošetrovatelství v kontextu paliativní péče

Ošetrovatelství jako vědní obor se zaměřuje na aktivní sledování, hodnocení a uspokojování bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb pacientů. Vychází z humanistického a holistického přístupu, který vnímá pacienta jako celistvou bytost a klade důraz na důstojnost člověka, jeho hodnoty a kvalitu života. V kontextu paliativní péče je tento přístup obzvláště důležitý, protože nemocní často čelí nejen fyzickému utrpení, ale i psychickým, sociálním a existenciálním otázkám (Plevová, 2018; MZČR, 2021).

Koncepce ošetrovatelství vydaná Ministerstvem zdravotnictví ČR (2021) vymezuje hlavní cíle ošetrovatelské péče – systematicky uspokojovat potřeby pacienta a podporovat jeho zdraví, zajišťovat prevenci, zmírňovat utrpení a zvyšovat či udržovat kvalitu života pacienta i jeho rodiny. V souladu s definicí Světové zdravotnické organizace (WHO, 2020) je zdraví vnímáno jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze absence nemoci. Ošetrovatelský personál proto přistupuje k pacientům komplexně a individuálně, s ohledem na jejich životní situaci, společenské postavení, duchovní potřeby i kulturní hodnoty.

V České republice se na rozvoji ošetrovatelství podílí mimo jiné Česká asociace sester (ČAS), která přispívá k tvorbě vzdělávacích programů, vytváří nástroje pro měření kvality péče a usiluje o vyšší společenské uznání nelékařských profesí. Tyto iniciativy vedou ke zkvalitňování poskytované péče a posilují schopnost ošetrovatelského personálu reagovat na měnící se potřeby pacientů, zejména v oblasti paliativní péče, kde je komplexní a citlivý přístup zcela zásadní (ČAS, 2012; Strnadová in Florence, 2021).

Kvalitní paliativní péče, poskytovaná v souladu s platnou legislativou a etickými principy, tak naplňuje nejvyšší cíle ošetrovatelství tím, že se komplexně zaměřuje na všechny dimenze lidských potřeb v jedné z nejzranitelnějších životních fází (Plevová, 2018).

### 2.1.1 Legislativní a etický rámec paliativní péče

Poskytování veškeré zdravotní péče, včetně specializované péče paliativní, je v České republice pevně ukotveno v komplexním legislativním rámci. Základní principy vycházejí z Ústavy a Listiny základních práv a svobod a jsou dále rozpracovány v klíčových zákonech, jako je Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Tyto předpisy definují práva a povinnosti, jak pacienta, tak personálu (Klímová & Brabcová, 2019). Pro paliativní péči je tento rámec zásadní, neboť zajišťuje, že i v situaci nevyléčitelného onemocnění jsou chráněna základní lidská práva a důstojnost pacienta (Marková, 2010).

Mezinárodní dokumenty, jako je Úmluva o lidských právech a biomedicíně, zdůrazňují právo každého jedince rozhodovat o svém těle a o péči, která je mu poskytována (Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti, 2001). Z tohoto principu vyplývá klíčová role autonomie pacienta a povinnost informovaného souhlasu. Pacient má právo na srozumitelné a úplné informace o svém zdravotním stavu, o možnostech léčby i o prognóze, aby se mohl svobodně rozhodnout, jakou péči si přeje podstoupit. V kontextu paliativní péče je respekt k těmto rozhodnutím a přáním, případně k dříve vysloveným přáním (DVP), naprosto zásadní pro zachování důstojnosti a kvality života (Candigliota, 2011). Stejně tak má pacient právo jakoukoliv péči odmítnout (Zákon č. 372/2011 Sb.) na základě odvolání písemného souhlasu, a to i v případě, že by vedla k záchraně života (Klímová, Brabcová, 2019). U nezletilých a nesvéprávných pacientů dává souhlas zákonný zástupce (Klímová, Brabcová, 2019).

Odbornou způsobilost zdravotnických pracovníků, jako jsou sestry a záchranáři, vymezuje zákon č. 96/2004 Sb. (Zákon č. 96/2004 Sb., 2024) a konkrétní činnosti upravuje Vyhláška č. 55/2011 Sb. (Vyhláška č. 55/2011 Sb., 2011).

Samostatnou povinností je zachování mlčenlivosti o veškerých údajích o pacientovi. Porušit ji lze jen s písemným souhlasem pacienta nebo na základě zákonných výjimek, například povinností oznámit trestný čin. Od roku 2016 platí Nařízení EU 2016/679, tzv. GDPR (Klímová, Brabcová, 2019), které nahradilo zákon č. 101/2000 Sb. (Zákon č. 101/2000 Sb., 2000).

Celostní přístup vyžaduje, aby tým paliativní péče aktivně identifikoval a reflektoval všechny oblasti potřeb. Například McGill Quality of Life Questionnaire nebo WHOQOL-BREF jsou nástroje, které umožňují hodnotit nejen symptomy, ale i subjektivní prožívání jednotlivých dimenzí kvality života (Cohen et al., 1995; WHO, 1997). Tyto nástroje podporují

individualizaci péče a naplňování preferencí pacienta v souladu se zásadami autonomie a lidské důstojnosti, jak je zakotveno v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně (Sdělení č. 96/2001 Sb.).

### **2.1.2 Kompetence sestry a význam vzdělávání v paliativní péči**

Všeobecná sestra je v paliativní péči klíčovým členem multidisciplinárního týmu. Její role dalece přesahuje běžné ošetrovatelské úkony a vyžaduje specifické kompetence, které jsou vymezeny platnou legislativou, jako je Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Kromě zvládnutí managementu fyzických symptomů musí sestra disponovat vysokou mírou empatie, pokročilými komunikačními dovednostmi a schopností citlivě vnímat a hodnotit komplexní bio-psycho-sociálně-spirituální potřeby pacienta (Prošková, 2010).

Poskytování kvalitní paliativní péče je však bez adekvátní přípravy a neustálého vzdělávání velmi náročné (Durojaiye et al., 2023). Zatímco hodnocení fyzických potřeb je pro sestry často rutinní záležitostí, správná identifikace a reakce na psychické, sociální a spirituální utrpení vyžaduje specifické znalosti a dovednosti.

Z tohoto důvodu je kontinuální profesní rozvoj nezbytný. Ochota sester hodnotit vlastní praxi, učit se novým metodám a přijímat nové poznatky zásadně ovlivňuje kvalitu poskytované péče (Tóthová & Hellerová, 2021). Zahraniční zkušenosti ukazují, že cílené vzdělávání v používání standardizovaných hodnoticích nástrojů, jako je dotazník IPOS, vede k lepšímu porozumění potřebám pacienta a efektivnějšímu plánování péče (Beck et al., 2023). Investice do vzdělávání sester v oblasti paliativní péče se tak přímo promítá do zlepšení kvality života nevléčitelně nemocných pacientů a jejich rodin.

Výzkumy ukazují, že mnoho čerstvých absolventů zdravotnických škol se cítí nedostatečně připraveno pro praktickou práci, což může ovlivnit kvalitu péče i bezpečí pacientů. Proto se doporučuje zavádění rezidenčních programů, které pomáhají novým sestram lépe se adaptovat na reálné pracovní prostředí a zvládat náročné situace (MacKay et al., 2018).

Důležitá je také podpora autonomie sester, která jim umožňuje rozhodovat v rámci jejich kompetencí, což vede ke zvýšení profesní spokojenosti a efektivity péče. Vzdělávací systémy by měly podporovat nejen znalosti a dovednosti, ale i rozvoj kompetencí, jako je komunikace, týmová spolupráce a etika. Zajištění kvalitního vzdělávání, jasného legislativního rámce a adekvátní podpory sester je nezbytné pro udržení vysoké kvality ošetrovatelské péče, která je klíčová pro zdraví a bezpečnost pacientů (Schallmo et al., 2019; Wheeler et al., 2022).

## 2.2 Charakteristika pojmu paliativní péče

Moderní pojetí paliativní péče má své kořeny v hospicovém hnutí, jehož průkopnicí byla v 60. letech 20. století britská lékařka Cicely Saunders. Ta zdůrazňovala nutnost péče o "celkovou bolest" (total pain), která zahrnuje nejen fyzické utrpení, ale i psychickou, sociální a duchovní bolest (Saunders, 1967, in Clark, 2007). Tento holistický přístup, zaměřený na člověka jako na celistvou bytost, se stal základem pro definici paliativní péče, jak ji známe dnes.

*„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu“* (Marková, 2010). Skála (2011) ji popisuje jako *„aktivní péči poskytovanou pacientovi v pokročilém nebo konečném stadiu nemoci se záměrem zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání“*. Cílem paliativní péče je udržet co nejvyšší kvalitu života (Sláma, 2022).

Dříve byla paliativní péče vnímána jako péče určená výhradně pro poslední týdny či dny života (Sláma, Kabelka, 2022). Podle WHO by paliativní péče měla být naopak zahájena co nejdříve, a to u jakéhokoliv chronického onemocnění. Symptomy i potřeby pacienta je vhodné řešit od počátku nemoci, protože později mohou být obtížně zvládnutelné (Sepúlveda et al., 2002).

Péče se zaměřuje nejen na pacienty se závažným život limitujícím onemocněním, ale také na podporu jejich rodiny a blízkých (Marková, 2010). Kalvach et al. (2019) uvádí tři skupiny pacientů, kterým je paliativní péče určena: pacienti s onkologickým onemocněním, pacienti s nenádorovým onemocněním (zejména orgánovým) a pacienti s těžko odhadnutelnou prognózou, například s pokročilou demencí. Kurativní léčba, která již není účinná, může být ukončena, avšak péče o pacienta musí pokračovat (Plevová, 2011).

Termín *palliate* znamená mírnit či tišit, *pallium* je překládáno jako rouška nebo plášť, který symbolicky „pokrývá“ nemoc (Bužgová, 2015).

Paliativní péči lze poskytovat v různém prostředí a formách, aby co nejlépe vyhovovala potřebám pacienta. Rozlišujeme obecnou a specializovanou paliativní péči. Obecná je poskytována lékařem a zdravotníky, kteří mají pacienta v péči. Specializovanou péči zajišťuje multidisciplinární tým specialistů (zahrnuje sestry, sociální pracovníky, psychology, kaplany, nutriční terapeutky a mnoho dalších), který může fungovat ambulantně, v lůžkovém zařízení, v domácím hospici nebo v denním stacionáři (Sláma, 2022).

Paliativní péče chápe umírání jako přirozenou součást života a respektuje individualitu pacienta. Cílí na zachování důstojnosti a kvality života až do konce (Sláma, 2022). Podporuje i rodinu a blízké v období nemoci a zármutku. Rodina by se měla aktivně podílet na plánování a realizaci péče (Skála, 2011).

Včasná paliativní péče může pozitivně ovlivnit kvalitu i délku života. Součástí péče je hodnocení fyzických a psychických symptomů (např. bolest, dušnost, úzkost), sociálních potřeb i spirituálních potřeb pacienta (Sláma, 2022).

Potřeby pacientů závisejí na charakteru nemoci a individuální situaci. V závěru života pacienti často kladou větší důraz na spirituální potřeby a hledání smyslu života (Bužgová, 2015). Mezi nejčastější obavy patří strach z utrpení a osamění, potřeba důstojné péče a respektu k hodnotám (Institute of Medicine, 1997 in Bužgová, 2015).

Sláma et al. (2022) zdůrazňuje nutnost respektovat přání a hodnoty pacienta. Poskytování kvalitní komplexní paliativní péče je bez odpovídající přípravy a znalostí velmi náročné (Durojaiye et al., 2023).

V souvislosti se stárnutím populace a rostoucím počtem pacientů je velká poptávka po obecné paliativní péči. Pandemie COVID-19 ukázala, že zvládání symptomů, komunikace s pacienty i s rodinami a podpora v závěru života jsou nezbytnou součástí zdravotní péče (Parekh et al., 2022).

Parekh et al. (2022) doporučují, aby proškolením v paliativní péči procházeli všichni studenti ošetrovatelství a zdravotníci. Mezi bariéry dalšího vzdělávání patří časová náročnost, nedostatek personálu a omezené zdroje ve zdravotnictví. WHO opakovaně doporučuje začlenění paliativní péče do vzdělávání zdravotníků (Durojaiye et al., 2023).

Durojaiye et al. (2023) provedli přehled literatury o vzdělávání studentů paliativní péče a zjistili, že výzkum v této oblasti je omezený. Autoři doporučují další studie zaměřené na obsah a formy výuky i hodnocení znalostí v praxi.

### **2.2.1 Kvalita života v paliativní péči**

Kvalita života (Quality of Life, QoL) představuje zásadní koncepci v paliativní péči, která je úzce spojena s respektem k autonomii pacienta a ochranou jeho důstojnosti, jak stanovují legislativní a etické rámce zdravotní péče (Zákon č. 372/2011 Sb.; Candigliota, 2011). Termín kvalita života odkazuje na komplexní souhrn faktorů ovlivňujících fyzickou, psychickou,

sociální a spirituální pohodu nemocného člověka. Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) je kvalita života vnímána jako „*individuální percepce vlastního postavení v životě v kontextu kulturního prostředí, hodnotového systému, cílů, očekávání a obav*“ (WHOQOL Group, 1995).

V oblasti paliativní péče se hodnocení kvality života stává centrálním cílem péče, neboť zmírnění symptomů a udržení co nejvyšší možné úrovně života je upřednostněno před kurativními snahami (Radbruch et al., 2010). Modely kvality života, jako je WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), se opírají o multidimenzionální přístup, který zahrnuje čtyři klíčové domény: fyzické zdraví, psychický stav, sociální vztahy a prostředí (Skevington et al., 2004).

Fyzická dimenze kvality života v paliativní péči zahrnuje především kontrolu bolesti, symptomů, únavy, ztráty chuti k jídlu a dalších obtíží, které zásadně ovlivňují každodenní fungování pacienta (Cherny, 2015). Existují studie, které potvrzují, že kvalitní paliativní péče významně redukuje intenzitu bolesti a jiných somatických obtíží, čímž přímo přispívá ke zvýšení kvality života pacientů s pokročilým onemocněním (Zimmermann et al., 2014).

Psychologická doména WHOQOL se zaměřuje na prožívání úzkosti, deprese, obav z umírání i na subjektivní vnímání smyslu života. Například práce McCaffrey a Eckera (2000) ukazuje, že psychologická podpora a komunikace o umírání jsou klíčové intervence, které pomáhají pacientům zvládat existenciální distres. Spirituální potřeby a hodnoty tvoří specifickou složku kvality života, na kterou upozorňují také koncepty jako Total Pain, zdůrazňující jednotu tělesného a duševního utrpení (Saunders, 2001).

Sociální dimenze kvality života zahrnuje vztahy s rodinou, podporu komunity a pocit sounáležitosti. V českém i mezinárodním kontextu se ukazuje, že aktivní zapojení rodiny do paliativní péče zlepšuje nejen pohodu pacienta, ale i schopnost blízkých vyrovnat se s procesem umírání (Gomes et al., 2013).

Pro hodnocení kvality života v paliativní péči se používá více nástrojů, mimo WHOQOL například dotazník McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL), který se specificky zaměřuje na zkušenost pacientů s nevléčitelným onemocněním (Cohen et al., 1995). Tento nástroj integruje fyzické symptomy, psychickou pohodu, existenciální utrpení i celkovou kvalitu života z pohledu nemocného.

V modelu kvality života navrženém Ferranem a Powerem (1992) jsou zdůrazněny čtyři komponenty: symptomy a fyzická pohodlí, emoční stav, mezilidské vztahy a schopnost vykonávat běžné aktivity. Tento model byl v řadě studií validován právě v populaci pacientů v terminálním stádiu onemocnění (Fallowfield, 1990).

V českém prostředí se pojetí kvality života u pacientů v paliativní péči stále více integruje do standardů poskytované zdravotní péče a odráží požadavky právních předpisů na zachování důstojnosti, autonomie a práva informovaného souhlasu (Klímová, Brabcová, 2019). Respektování kvality života je tak nejen etickou, ale i právní povinností zdravotnických pracovníků.

Jak uvádí Radbruch et al. (2010), hodnocení a podpora kvality života musí být kontinuálním procesem, který se dynamicky přizpůsobuje měnícím se potřebám pacienta v průběhu nemoci. Z tohoto důvodu je nezbytné pravidelné opakované hodnocení pomocí standardizovaných nástrojů a multidisciplinární přístup, který kombinuje somatickou, psychologickou, sociální i spirituální péči.

Celkově je kvalita života v paliativní péči vnímána jako komplexní, subjektivní a dynamický koncept, jehož cílem je umožnit nemocnému prožít závěr života v co největší míře důstojnosti, autonomie a souladu s vlastními hodnotami a preferencemi (WHOQOL Group, 1995; Saunders, 2001).

## 2.3 Potřeby pacientů v paliativní péči

Komplexní paliativní péče vychází z principu holistického přístupu, který uznává celostní povahu lidské bytosti a neoddělitelnost biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb pacienta. Tyto potřeby jsou vzájemně propojené, neustále mění v závislosti na zdravotním stavu, fázi nemoci a osobních preferencích pacienta a jejich respektování je zásadní pro zachování kvality života v závěru života (Radbruch a Payne, 2010).

Základní předpoklad pro práci zdravotnických pracovníků, zejména sester, spočívá v důkladném pochopení potřeb člověka jako výchozího bodu pro poskytování komplexní ošetrovatelské péče (ICN, 2014). Sestry jsou v tomto procesu klíčové, protože jsou nejčastěji a nejbližší pacientovi. Díky tomu mohou potřeby pacienta vnímat rychle a pružně reagovat na jejich změny. Kromě odborných znalostí je pro sestry nezbytná empatie, všímavost a efektivní komunikace s pacienty i jejich blízkými. Tyto schopnosti jim umožňují nejen naslouchat pacientovým potřebám, ale také navazovat důvěrný vztah, který usnadňuje vzájemnou otevřenost a porozumění (Strnadová et al., 2021). Vztah mezi sestrou a pacientem je často klíčový pro správné zjištění nejen fyzických, ale i psychosociálních a spirituálních potřeb, které mohou být pro pacienta stejně důležité jako léčba samotná (Bártlová et al., 2010). Navázání takového vztahu pak umožňuje sestře komplexně pochopit situaci pacienta, jeho hodnoty, priority a preference, což následně slouží jako základ pro plánování adekvátní ošetrovatelské péče (MZČR, 2021).

V oblasti zdravotnictví je pojem „potřeba pacienta“ mnohovrstevnatý a může zahrnovat různé aspekty související s fyzickým, psychickým, sociálním i spirituálním zdravím pacienta. Podle Markové (2010) je potřeba definována jako stav, ve kterém je něco žádoucí či nezbytné. Šamánková (2011) dále rozvádí pojem potřeby jako stav vzniklý v důsledku nadbytku či nedostatku něčeho, což narušuje homeostázu organismu. Tento přístup klade potřeby do přímé souvislosti s kvalitou života pacienta, neboť uspokojení potřeb představuje snahu o návrat rovnováhy a naplnění. Potřeby jsou ovlivňovány nejen biologickými faktory, jako je věk a zdravotní stav, ale i kulturními, psychologickými a sociálními determinanty (Šamánková, 2011).

Jedním z nejpoužívanějších modelů pro pochopení lidských potřeb je Maslowova hierarchie potřeb, která rozděluje potřeby na základní fyziologické, bezpečnostní, sociální, uznání a na nejvyšší úrovni potřeby seberealizace (in Bužgová, 2015). Maslowova teorie předpokládá,

že jedinec se nejprve zaměřuje na uspokojení základních potřeb a až poté se může věnovat potřebám vyšší úrovně. Tento model pomohl lépe pochopit lidskou motivaci nejen v psychologii, ale také ve zdravotnické praxi a řízení péče (in Plevová, 2011).

Plevová (2011) dále rozlišuje potřeby podle jejich původu na primární (vrozené) a sekundární (získané učení), a podle časového hlediska na potřeby aktuální a potenciální. Toto rozdělení zdůrazňuje dynamiku potřeb, které se mohou v průběhu času měnit, což je v nemocniční péči zásadní pro flexibilní přístup k pacientovi.

Pro kvalitní uspokojení bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb pacientů je proto nezbytné zvolit komplexní a individuální přístup (Kozáková, 2020). Sláma a Kabelka (2022) upozorňují na skutečnost, že potřeby jsou vždy velmi specifické a ovlivněné nejen zdravotním stavem, ale i momentálním průběhem nemoci a psychosociální situací pacienta. V některých fázích onemocnění mohou dominovat fyzické potřeby, jindy naopak psychické či spirituální, a proto je třeba být na tyto proměny citlivý a umět na ně adekvátně reagovat.

Sláma (2022) rovněž identifikuje faktory, které mohou ovlivnit, jak pacient sděluje své potřeby. Například pacienti mohou mít tendenci potlačovat projevy svých obtíží, aby nepůsobili jako náročné osoby, mohou mít obavy o zatížení svých blízkých, strach z nežádoucích účinků léčby, nebo mohou mít pocit, že jejich lékař nemá o jejich potřeby zájem. Tyto faktory mohou významně ovlivnit přesnost hodnocení potřeb a je nutné je při hodnocení brát v úvahu (Sláma et al., 2022).

Symptomy, které pacient vnímá, mohou vyvolávat distres, tedy psychickou nepohodu, která negativně ovlivňuje jeho stav i kvalitu života. Například symptomy jako nevolnost, omezená hybnost nebo poruchy myšlení mohou být zdrojem významného distresu, i když pacient tyto symptomy hodnotí jako mírné až střední. Naopak některé symptomy, například únava, i při vysoké intenzitě, nemusí být pro pacienta tolik zatěžující (Sláma et al., 2022).

Strukturované hodnocení potřeb pomocí IPOS umožňuje komplexní zachycení symptomatologie i subjektivních pocitů pacienta. Výsledky získané tímto nástrojem jsou důležitým vodítkem pro plánování individualizované péče a identifikaci oblastí, kde dochází k nesouladu mezi vnímáním pacienta a zdravotníka. Jedná se nejen o odborný požadavek, ale i o etický závazek zdravotnických pracovníků. Vyvážená pozornost a respekt vůči všem doménám potřeb – biologickým, psychickým, sociálním i spirituálním – je předpokladem kvalitní paliativní péče a přispívá k tomu, aby poslední fáze života byla žita s maximální možnou mírou kvality a důstojnosti (Radbruch a Payne, 2010; Klímová a Brabcová, 2019).

V této diplomové práci byly potřeby hodnoceny prostřednictvím dotazníku IPOS (Integrated Palliative Outcome Scale), který umožňuje sledovat subjektivní i objektivní symptomy, psychickou pohodu, informovanost, praktické problémy a spirituální dimenzi (Murtagh et al., 2019).

### **2.3.1 Biologické potřeby**

Biologické potřeby jsou v paliativní péči často nejviditelnější, jelikož souvisejí s kontrolou symptomů a fyzického utrpení. Mezi klíčové oblasti patří účinná léčba bolesti, která je uváděna jako jedna z nejčastějších a nejvíce obávaných obtíží u pacientů v terminálním stadiu (Cherny, 2015). Dalšími biologickými potřebami jsou kontrola dušnosti, nevolnosti, únavy, malnutrice a kachexie, které mají zásadní vliv na funkční zdatnost, kvalitu života a pocit důstojnosti pacienta (McCaffrey a Eckermann, 2000).

Dotazník IPOS hodnotí v této oblasti následující symptomy:

- **Bolest**

Jedna z nejčastěji uváděných potíží u pacientů s pokročilým onemocněním. Efektivní management bolesti vyžaduje diferencovaný přístup podle typu bolesti (nociceptivní, neuropatická) a individualizovanou farmakoterapii (Cherny, 2015; WHO, 2018). V dotazníku IPOS je bolest hodnocena podle míry, jakou pacient tento symptom obtěžuje „v posledních třech dnech“ nebo „v posledním týdnu“ (Vlčková, Loučka, 2020). Podle doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) má být analgezie vedena principem titrace dávek opioidů a adjuvantních analgetik s cílem minimalizovat bolest a zachovat vědomí pacienta (WHO, 2018)

- **Dušnost (dyspnoe)**

Dušnost je u pacientů velmi často označována za nejvíce stresující a zatěžující symptom. Omezuje pohyb pacienta, způsobuje či zvyšuje úzkost a zhoršuje kvalitu života. Dotazník IPOS umožňuje zátěž tohoto symptomu odhalit, a naplánovat tak adekvátní intervenci. Kromě medikace pomáhají i režimová opatření, polohování pacienta či proudění vzduchu (Sláma et al., 2022).

- **Slabost /nedostatek energie**

Tento symptom bývá často nahlášen jako obtěžující, i když nemusí být vždy prioritou pro zdravotnický personál. V IPOS je sledován samostatně a umožňuje posoudit funkční kapacitu pacienta (Murtagh et al., 2019).

- **Nevolnost a zvracení**

Symptomy typické zejména u onkologických diagnóz a při farmakoterapii. Jejich intenzita může vést k dehydrataci, nechutenství i hospitalizaci. IPOS zjišťuje zvlášť „nevolnost“ a „zvracení“ jako dvě oddělené položky (Murtagh et al., 2019).

- **Ztráta chuti k jídlu**

Nečutenství a s tím spojené hubnutí významně přispívají k poklesu fyzické kondice. IPOS se dotazuje na intenzitu problému i jeho vliv na pacienta (Murtagh et al., 2019).

- **Ospalost / Somnolence**

Chronická únava a ospalost bývá často podhodnocována, přesto výrazně ovlivňuje kvalitu života. V IPOS je sledována jako samostatná položka (Murtagh et al., 2019).

### **2.3.2 Psychologické potřeby**

Psychologické potřeby zahrnují zvládnání strachu, úzkosti, deprese a pocitů ztráty kontroly. Výzkumy potvrzují, že u pacientů s pokročilým onemocněním jsou tyto psychické symptomy časté a jejich intenzita se zvyšuje s blížícím se koncem života (Fallowfield, 1990; Cohen et al., 1995). Podpora psychologických potřeb proto vyžaduje individuální přístup, citlivou komunikaci o prognóze a možnostech léčby i přítomnost psychologů či odborníků na krizovou intervenci. Důležitým faktorem je rovněž posilování pocitu autonomie a smyslu (Breitbart, 2002). IPOS zkoumá následující aspekty:

- **Úzkost z nemoci nebo léčby**

Tento symptom zahrnuje obavy o průběh nemoci, bolest, umírání či ztrátu soběstačnosti. Tato položka bývá často nadhodnocena personálem ve srovnání s pacientem samotným (Srithong et al., 2018).

- **Úzkost u rodiny**

IPOS se výslovně dotazuje, zda pacient pozoruje úzkost nebo obavy u svých blízkých. Zahrnutí této položky podporuje celostní přístup k péči.

- **Depresivní nálada / smutek**

Patří mezi často přehlížené symptomy. Hodnocení pomocí IPOS poskytuje indikaci pro psychosociální podporu nebo psychofarmakologii (Fallowfield, 1990).

- **Pocit smyslu a míru / vnitřní klid**

I když se řadí na hranici mezi psychologické a spirituální potřeby, jejich absence zvyšuje riziko existenciálního distresu (Murtagh et al., 2019). IPOS nabízí prostor k zaznamenání této subjektivní dimenze.

### **2.3.3 Sociální potřeby**

Sociální potřeby souvisejí s mezilidskými vztahy, rolí pacienta v rodině a jeho společenským statutem. Ztráta sociálních rolí a ekonomické důsledky nemoci často vedou k pocitu zátěže pro blízké, osamění a izolaci (Gomes et al., 2013). Efektivní paliativní tým proto zahrnuje sociální pracovníky, kteří pomáhají s praktickými otázkami, jako je zajištění domácí péče, koordinace služeb, poradenství v oblasti financí a právní podpory (Klímová a Brabcová, 2019). Podle studie Ferran a Power (1992) je zapojení rodiny do péče klíčové pro udržení psychické rovnováhy a pocitu bezpečí pacienta. IPOS reflektuje oblast řešení praktických problémů souvisejících s nemocí jako je např. zajištění péče, doprava, finance. Zdravotníci je často podceňují, přesto bývají pacientem označeny jako vysoce zatěžující (Addington-Hall et al., 2015). Další řešenou oblastí je pocit osamělosti a potřeba kontaktu. Ačkoliv IPOS explicitně nehodnotí osamělost, možnost vyjádřit praktické obtíže a úzkost u rodiny tuto dimenzi částečně postihuje.

### **2.3.4 Spirituální potřeby**

Spirituální potřeby představují často nejméně reflektovanou a opomíjenou, ale zároveň zásadní oblast. Týkají se otázek smyslu života, viny, naděje a víry. Spirituální dimenze může být chápána nábožensky, ale také sekulárně – jako potřeba porozumění vlastní existenci a přijetí umírání (McCaffrey a Eckermann, 2000). Zahraniční studie ukazují, že spirituální podpora je asociována s nižší úrovní úzkosti a vyšší kvalitou života (Balboni et al., 2010). V této souvislosti je důležitá spolupráce s kaplany či spirituálními poradci, kteří mohou pacientovi i jeho rodině pomoci zpracovat existenciální otázky a nalézt útěchu. IPOS hodnotí pocit vnitřního klidu a smyslu, který pacient pocítoval v posledních dnech. Nízké skóre může indikovat existenciální úzkost. Často pacienti potřebují dosáhnout smíření se sebou samým, s blízkými, s Bohem/vyšším principem či udržet si naději, která se mění z naděje na uzdravení

na naději na klidný den. Možnost sdílet pocity s někým výrazně koreluje s pocitem bezpečí. Tato položka v IPOS zohledňuje, zda měl pacient možnost „mluvit o tom, co prožívá“ – ať už s rodinou, personálem nebo duchovní osobou (Balboni et al., 2010).

### **2.3.5 Informační a praktické potřeby**

Komunikace je základem efektivní paliativní péče. Pacienti a jejich rodiny potřebují srozumitelné a pravdivé informace o diagnóze, prognóze a možnostech péče, podané citlivým způsobem a v čase, kdy jsou schopni je přijmout. Stejně tak je důležité pomoci s řešením praktických záležitostí (sociální dávky, pomůcky, zajištění péče), které mohou být pro rodinu zdrojem velkého stresu. IPOS se dotazuje na informovanost o zdravotním stavu a péči, kdy pacient vyjadřuje, zda „měl dostatek informací“, což je podmínkou autonomie. Studie ukazují, že personál má tendenci tuto oblast nadhodnocovat (Murtagh et al., 2019). IPOS zahrnuje hodnocení míry naslouchání a respektu k názorům pacienta – tyto faktory mají přímý vliv na kvalitu vnímání péče.

## **2.4 Hodnocení potřeb v nemocničním prostředí**

Hodnocení potřeb pacientů představuje základní pilíř kvalitní ošetrovatelské péče, což je téma, které je důkladně rozpracováno jak v české, tak i v zahraniční odborné literatuře (Hajnová Fukasová, 2015; Fagerström et al., 1999; Trachtová, 2018). Tento proces je neodmyslitelnou součástí zdravotnické praxe a umožňuje zdravotnickým pracovníkům poskytnout péči, která je nejen efektivní, ale i individuálně přizpůsobená potřebám konkrétního pacienta. V posledních desetiletích se objevila řada publikací, studií a odborných článků, které se zaměřují na různé přístupy a metody hodnocení potřeb pacientů ve zdravotnickém prostředí (Fagerström et al., 1999; Bužgová a Zeleníková, 2012; Krátká, 2018).

### **2.4.1 Hodnocení potřeb**

Aby bylo možné získat komplexní obraz o tom, co je pro pacienta aktuálně důležité, využívají zdravotníci různé metody hodnocení potřeb (Kozáková, 2020). Hodnocení je klíčové především pro odhalení oblastí, ve kterých pacient nebo jeho blízcí pocítují potřebu podpory. Tento proces by neměl být jednorázovou záležitostí pouze na začátku hospitalizace, ale kontinuálně se opakovat v průběhu poskytování péče, aby bylo možné reagovat na změny v potřebách pacienta (Bužgová et al., 2018).

Bužgová (2013) zdůrazňuje nutnost aktivního a systematického přístupu při hodnocení potřeb, které by měly být posuzovány ve všech čtyřech oblastech holistického přístupu – biologické, psychologické, sociální a spirituální. Pro zajištění včasného odhalení a následné adekvátní reakce je nezbytné, aby bylo hodnocení co nejvíce standardizované a komplexní.

V České republice ani v zahraničí neexistuje jednotný, univerzálně platný postup hodnocení potřeb pacientů, který by byl používán ve všech zdravotnických zařízeních. Přesto se některé odborné organizace, jako například Česká asociace sester (ČAS) nebo Česká společnost paliativní medicíny (ČSPM), snaží sjednotit praxi a publikují doporučení, případové studie a výzkumy zaměřené na hodnocení potřeb pacientů v českém kontextu. Výzkumné instituce a univerzity se rovněž věnují vývoji a ověřování vhodných metodik, které by přispěly k přesnějšímu a relevantnějšímu hodnocení (Krátká, 2018).

Pro sjednocení praxe je důležité i vzdělávání zdravotnických pracovníků, podpora výzkumu a implementace osvědčených mezinárodních standardů, které pomáhají zajistit, že hodnocení potřeb bude co nejpřesnější a zároveň citlivé k individuálním odlišnostem každého pacienta.

Kombinace standardizovaných nástrojů, odborného úsudku a interdisciplinárního přístupu pak umožňuje dosáhnout kvalitního hodnocení i v situaci, kdy jednotný postup neexistuje (Melnik, 2010).

I přes pokrok v medicínských technologiích, které umožňují objektivně měřit fyziologické parametry pacienta, nejsou tyto metody schopny plně zachytit individuální potřeby pacienta. Tyto informace totiž může nejlépe poskytnout sám pacient formou tzv. patient reported outcomes (PRO), tedy vlastních výpovědí o svých obtížích, pocitech a názorech (Deshpande, 2011). To je obzvlášť důležité v situacích, kdy není cílem léčba nemoci jako takové, ale spíše udržení co nejlepší kvality života a komfortu.

Hodnocení spirituálních potřeb pacientů je pro zdravotníky často náročné, neboť spirituality bývá často chápána pouze jako náboženství, což je však pouze jedna z jejích dimenzí. Spiritualita se týká smyslu života, niterných hodnot a postoje k životu, nezávisle na víře či náboženství (Kvasničková in Florence, 2016). Výzkum Hajnové et al. (2013) potvrdil, že spirituální potřeby jsou důležité i pro pacienty, kteří nejsou věřící, a proto by měla být součástí komplexní péče.

Studie Kisvetrové et al. (2018) ukazuje, že v nemocničním prostředí je péče o psychosociální a spirituální pohodlí pacientů nedostatečná. Sestry často upřednostňují péči o fyzické potřeby a méně se zaměřují na sociální či duchovní oblasti. To podtrhuje potřebu lepšího vzdělávání a praktických zkušeností v těchto oblastech, zejména u studentů ošetrovatelství.

Válková (2015) a Houska et al. (2018) zdůrazňují význam komunikace s rodinou pacienta. Empatická a respektující komunikace napomáhá nejen lepšímu pochopení potřeb pacienta, ale také podporuje rodinu, která má rovněž vlastní potřeby a často sehrává důležitou roli v péči. Zapojení rodiny může zlepšit nejen psychický stav pacienta, ale také jeho léčebný proces (McCarthy et al., 2016).

#### **2.4.2 Význam hodnocení potřeb v klinické praxi**

Klinická praxe potvrzuje, že hodnocení potřeb je nezbytné pro plánování ošetrovatelské péče, která respektuje individualitu pacienta a přispívá k jeho spokojenosti a lepšímu výsledku léčby (Ajibade, 2021). Sestry by měly být schopné nejen rozpoznat fyzické symptomy, ale také psychosociální obtíže, které jsou často přehlíženy (Marková, 2010).

Kvalitní hodnocení potřeb pomáhá předejít frustraci pacientů i zdravotnických pracovníků, zlepšuje komunikaci v týmu i s pacienty a vede k efektivnější a humánnější péči. Podle Sharp

et al. (2017) však existují překážky, jako jsou časové a personální omezení, které brání plnohodnotnému využití holistického přístupu v každodenní praxi.

### 2.4.3 Měřicí nástroje k hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči

V paliativní péči je systematické hodnocení potřeb a symptomů pacientů klíčovým předpokladem pro poskytování kvalitní a cílené péče. Klinické zkušenosti i výsledky studií opakovaně potvrzují nutnost aktivního vyhledávání nejčastějších symptomů a zohlednění jejich subjektivního dopadu na kvalitu života pacienta (Sláma et al., 2022). Hodnocení zahrnuje nejen frekvenci a intenzitu symptomů, ale rovněž míru distresu, který pacient jejich přítomností prožívá.

Mezi symptomy, které pacienti v paliativní péči nejčastěji označují za prioritní k intervenci, patří zejména bolest, únava, nechutenství, nevolnost, zvracení a deprese (Sláma et al., 2022). K hodnocení těchto oblastí byla vyvinuta řada měřících nástrojů, z nichž některé jsou využívány primárně v České republice a jiné zejména v zahraničí.

Jedním z nejrozšířenějších nástrojů je Edmontonská škála hodnocení symptomů (*Edmonton Symptom Assessment Scale – ESAS*), která prostřednictvím numerické škály 0–10 umožňuje zhodnotit aktuální míru jednotlivých symptomů, kvalitu života a celkovou pohodu pacienta. Dotazník navíc poskytuje prostor k zaznamenání individuálních potřeb a dalších klinických příznaků (Sláma et al., 2022).

Přehled dalších hodnotících nástrojů používaných v zahraničí byl publikován v časopise *Onkologie* (in Bužgová, 2015). Patří sem například:

- Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES) a jeho zkrácená verze CARES – SF, které byly vyvinuty pro hodnocení potřeb sociální rehabilitace onkologických pacientů. Nástroj zahrnuje 139 položek rozdělených do šesti domén (fyzické, psychosociální, medicínské interakce, sexuální, vztahové a smíšené potřeby). Hodnocení probíhá pomocí Likertovy škály s rozpětím 0–5. Reliabilita byla stanovena v rozmezí Cronbachova  $\alpha = 0,87–0,94$  (Bužgová et al., 2013; Kumar et al., 2014).
- Patient Needs Assessment Tool (PNAT), vytvořený v České republice, hodnotí potřeby v oblasti fyzických, psychologických a sociálních obtíží. Obsahuje 16 položek rozdělených do tří domén. Hodnocení se provádí sečtením bodů (1–5). Korelační koeficient činil  $\alpha = 0,85–0,95$ , což potvrzuje vysokou míru vnitřní konzistence nástroje (Richardson et al., 2005; Bužgová et al., 2013).

- Paliativní škála funkční zdatnosti (*Palliative Performance Scale – PPS*), která hodnotí funkční zdatnost pacienta včetně schopnosti přijímat stravu a provádět základní aktivity. Hodnota PPS se uplatňuje i jako prognostický parametr; pacienti zařazovaní do hospicové péče zpravidla dosahují hodnoty PPS pod 50 % (Sláma et al., 2022).
- Problems and Needs in Palliative Care Instrument (PNPC), který zahrnuje 139 položek v třinácti doménách, například aktivity denního života, fyzické symptomy, finanční a psychologické potřeby, autonomii, vztahy s lékaři či potřeby informací. Hodnocení probíhá ve dvou krocích: identifikace problému a potřeby intervence. Reliabilita se pohybuje v rozmezí  $\alpha = 0,67–0,92$  (Osse et al., 2004; Richardson et al., 2005).
- Sheffield Profile for Assessment and Referral to Care (SPARC), zaměřený na hodnocení symptomů a distresu u pacientů s pokročilým onemocněním. Obsahuje 45 položek, přičemž údaje o vnitřní konzistenci nebyly dostupné.
- Oncology Clinic Patient Checklist (OCPC), hodnotící problémy pacientů v ambulantní onkologické péči.
- The Screen for Palliative and End-of-Life Care Needs in the Emergency Department (SPEED), vyvinutý speciálně pro identifikaci potřeb v prostředí urgentního příjmu. Hodnota Cronbachova  $\alpha$  se zde pohybuje v rozmezí 0,71–0,99 (Richards et al., 2011).

V zahraničí jsou rovněž využívány nástroje k identifikaci pacientů vhodných k indikaci paliativní péče, například NECPAL (Necesidades Paliativas/Palliative Needs) a SP ICT (Supportive and Palliative Indicators Tool). Tyto dotazníky napomáhají formulovat cíle péče, plánovat rozsah a intenzitu poskytovaných služeb i případná omezení kurativní léčby (Sláma, 2022).

Významnou součástí paliativní péče je také podpora rodinných příslušníků, kteří o nemocného pečují. Bužgová a kol. (2013) zjišťovali potřeby těchto pečujících prostřednictvím dotazníků FIN (*Family Inventory Needs*) a QOLLTI-F (*Quality of Life in Life Threatening Illness – Family*). Studie ukázala, že nejvýznamnějšími, ale současně nejméně saturovanými potřebami byly zejména potřeba jistoty o kvalitě péče o pacienta, pocit důvěry v odbornost personálu a potřeba naděje. V hospicovém prostředí respondenti zdůrazňovali především potřebu naděje a informovanosti o průběhu onemocnění.

Jako vhodný nástroj pro komplexní hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči je v současné odborné literatuře uváděn IPOS (*Integrated Palliative care Outcome Scale*), kterému se podrobně věnuje následující kapitola (Hamatani et al., 2022).

Z uvedeného přehledu hodnotících nástrojů je patrné, že moderní paliativní péče vyžaduje standardizované, časově efektivní a klinicky validní nástroje, které reflektují subjektivní zkušenost pacientů. V tomto kontextu se IPOS jeví jako vhodný nástroj pro každodenní použití. Následující kapitola se zaměřuje na strukturu a praktické využití IPOS v klinické praxi.

#### **2.4.4 Dotazník IPOS v praxi**

Dotazník *Integrated Palliative care Outcome Scale* (IPOS) byl vyvinut na King's College London úpravou původního nástroje POS z roku 1999, aby lépe reflektoval potřeby současné paliativní péče (Vlčková, Loučka, 2018). Cílem revize bylo vytvořit jediný, krátký, ale komplexní nástroj, který by byl snadno použitelný v každodenní klinické praxi (Murtagh et al., 2019). IPOS umožňuje komplexně posuzovat kvalitu života pacientů v bio-psycho-socio-spirituálních dimenzích a díky opakovanému použití v čase lze hodnotit efektivitu intervencí (Sláma, 2022). Je navržen tak, aby byl vyplněn během několika minut a poskytl rychlý přehled o klíčových problémech pacienta (Murtagh et al., 2019).

Na rozdíl od nástrojů, jako je ESAS nebo FACT-G, které se primárně zaměřují na intenzitu symptomů, IPOS sleduje zejména jejich vliv na pacienta (Murtagh et al., 2019). Dotazník IPOS obsahuje celkem 17 položek, které systematicky pokrývají oblasti fyzického, psychického, sociálního a spirituálního prožívání (Vlčková, Loučka, 2018). Existují různé verze dotazníku lišící se časovým rozsahem (poslední 3 nebo 7 dní) a osobou vyplňující dotazník (pacient, zdravotník či blízký), což umožňuje porovnání pohledu všech zúčastněných (Vlčková, Loučka, 2018). Díky dvojímu vyplnění (pacient, personál) umožňuje dotazník IPOS vzájemné porovnání odpovědí z obou verzí dotazníku, což poskytuje ověření, že kvalitu života a potřeby pacienta vnímají obě strany podobně či rozdílně. Personál a rodina či blízcí pacienta mohou vnímat některé potřeby či aspekty poskytované péče, které si sám pacient nemusí uvědomovat. Zahrnutí jejich názoru je často velmi důležité a stěžejní (Vlčková, Loučka, 2018).

V úvodu dotazníku je pacient vyzván k vyjádření hlavních problémů či obav vlastními slovy. Vzniká prostor pro navázání vztahu a zjištění priorit pacienta. Následuje oblast fyzických symptomů, která je složena z 10 konkrétních symptomů či potřeb (bolest, dušnost, slabost,

nevolnost atd.) na pětibodové Likertově škále (0 = vůbec, 4 = nesnesitelně). Další oblast dotazníku je zaměřena na psychologické, spirituální a komunikační potřeby. Dotazuje se na pocity úzkosti, deprese, vnitřního klidu, schopnost komunikovat s blízkými a dostatek informací. Poslední část dotazníku se dotazuje na praktické problémy jako jsou finanční a osobní záležitosti. (Vlčková, Loučka, 2018)

Struktura dotazníku tak systematicky provádí hodnotícího všemi klíčovými oblastmi paliativní péče. Jeho pravidelné používání umožňuje nejen lépe porozumět pacientovi, ale také sledovat dopad poskytované péče a identifikovat oblasti, které vyžadují zvýšenou pozornost. Porovnání verze pro pacienta a pro personál, které je ústředním bodem této práce, pak může odhalit důležité rozdíly ve vnímání a stát se základem pro zlepšení komunikace a plánování péče. (Beck et al., 2023)

IPOS je validován a standardizován i v českém prostředí, na rozdíl od původního POS (Paliativní centrum, 2024). Výhodou využívání dotazníku IPOS je široké komplexní zaměření na oblasti bio-psycho-socio-spirituálních potřeb pacienta, díky čemuž mohou poskytovatelé ošetrovatelské péče lépe pochopit situaci pacienta, zjistit, jak vnímá své potřeby a reagovat na ně adekvátní podporou (Vlčková, Loučka, 2018). Jeho komplexní zaměření podporuje individualizaci péče a efektivní komunikaci mezi pacientem, rodinou a zdravotníky (Murtagh et al., 2019).

Využití IPOS bylo zkoumáno i mimo oblast paliativní péče. Například Hamatami et al. (2022) sledovali symptomy pacientů hospitalizovaných se srdečním selháním a zjistili, že zátěž je individuální a nezávisí přímo na závažnosti onemocnění. Nejvíce přetrvávajícími symptomy byly úzkost a deprese.

Beck et al. (2023) popisují zkušenost švédských všeobecných sester s IPOS jako nástrojem usnadňujícím komunikaci o existenciálních a emočních tématech. Dále popisuje náročnost komunikace v otázkách, které u pacientů vyvolávají emocionální reakci. Högberg et al. (2019) uvádějí, že IPOS pacientům přináší pocit jistoty a bezpečí a napomáhá reflexi životní situace. Také uvádí, že pro využívání PROM dotazníku, konkrétně IPOS, v domácí péči, je zapotřebí vzdělání sester a dostatečný prostor pro vyjádření pacientových potřeb pro zajištění adekvátní poskytované péče.

Specifickou variantou je IPOS-Renal, zaměřený na pacienty s chronickým onemocněním ledvin. Raj et al. (2018) mají za to, že u pacientů s pokročilým onemocněním ledvin dochází často k nedostatečnému či dokonce špatnému rozpoznávání a vyhodnocování symptomatické

zátěže pacienta. Raj et al. (2018) a Křemenová a Vlčková (2022) potvrzují jeho validitu a spolehlivost.

Podle Antunes et al. (2020) je IPOS ověřeným měřicím nástrojem vhodným jak pro klinickou praxi, tak pro výzkum. Grochowicka et al. (2025) uvádí, že IPOS je univerzálně použitelný v různých prostředích – od nemocnic po domácí péči – a je dostupný ve verzích přizpůsobených různým diagnózám (např. IPOS-DEM u demence, IPOS-Neuro-24 u neurologických diagnózách, IPOS-COV u onemocnění Covid-19).

Murtagh et al. (2019) a Vlčková et al. (2020) shodně poukazují na to, že IPOS je nástroj s velmi dobrými psychometrickými vlastnostmi. Ověřili, že dokáže spolehlivě zachytit fyzické i psychické potřeby pacientů a vnímat změny jejich zdravotního stavu v čase. Díky tomu je IPOS široce využíván v mezinárodním výzkumu i klinické praxi. Stejně závěry přinesla také polská validační studie od Szeliga et al. (2022), která potvrdila, že IPOS funguje spolehlivě i v překladu a kulturně odlišném prostředí. Studie ukázala, že zdravotníci i pacienti nástroj vnímají jako srozumitelný a jeho výsledky odpovídají jiným zavedeným metodám měření kvality života. To vše ukazuje, že IPOS je vhodný nástroj pro hodnocení potřeb pacientů nejen v různých zemích, ale i v různých zdravotnických zařízeních a situacích.

## VÝZKUMNÁ (PRAKTICKÁ) ČÁST

Teoretická část práce poskytla rámec pro porozumění komplexním potřebám pacientů v paliativní péči a jejich hodnocení pomocí dotazníku IPOS, také byla popsána validita a využitelnost dotazníku IPOS pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči. Následující výzkumná část se zaměřuje na porovnání vnímání těchto potřeb ze strany samotných pacientů a pečujících všeobecných sester, a to prostřednictvím analýzy dat získaných ze dvou verzí dotazníku IPOS. Menší rozdíl znamená vyšší shodu mezi respondenty a může signalizovat lepší vnímání potřeb pacienta, zatímco větší rozdíl poukazuje na potenciální komunikační a interpretační bariéry v péči. Výzkumná část práce je dále členěna do podkapitol vymezující cíle výzkumu, soubor a sběr dat, metodu zpracování dat, výsledky a diskusi.

### 3 METODIKA VÝZKUMNÉ (PRAKTICKÉ) ČÁSTI

#### 3.1 Cíl výzkumu

Výzkumný cíl: Zjistit, jaké jsou rozdíly v odpovědích mezi pacientem a pečující všeobecnou sestrou v hodnocení potřeb pacienta prostřednictvím dotazníku IPOS.

Dílčí cíle:

- 1) zjistit, jak hodnotí své potřeby pacienti,
- 2) zjistit, jak hodnotí potřeby pacientů všeobecné sestry.

Výzkumné otázky:

- 1) Jaké jsou nejčastěji uváděné potřeby pacientů v nemocniční paliativní péči dle jejich vlastního hodnocení IPOS?
- 2) Do jaké míry se shoduje hodnocení fyzických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb pacienta mezi sebehodnocením pacienty a hodnocením potřeb pacientů pečujícími všeobecnými sestrami?
- 3) Ve kterých položkách došlo k největšímu a nejmenšímu rozdílu v odpovědích mezi pacientem a všeobecnou sestrou?
- 4) Jaká je těsnost vztahu v hodnocení všeobecné sestry a pacienta?

### 3.2 Soubor respondentů a sběr dat

První skupinou respondentů byly všeobecné sestry (v počtu 50) Interní kliniky fakultní nemocnice, které v době od srpna 2023 do února 2025 pracovaly s dotazníky IPOS na standardním oddělení pro dospělé. Výběr nebyl omezen pohlavím ani věkem. Vyloučeny ze studie byly ty sestry, které před vyplněním dotazníku slyšely odpovědi pacientů nebo by nerozuměly česky. Druhou skupinou respondentů byli pacienti (v počtu 50) v paliativní péči, kteří byli v době výzkumu hospitalizováni na téže klinice déle než 24 hodin. Vyloučení ze studie byli ti pacienti, kteří nebyli v péči hodnotící sestry déle jak 12 hodin (=1 směna, pro zajištění, aby všeobecná sestra měla dostatečný kontakt s pacientem pro relevantní hodnocení jeho potřeb), kteří nebyli ochotni a schopni odpovídat na dotazník, nerozuměli česky, měli diagnostikovanou demenci, měli sníženou úroveň vědomí, nestabilní klinický stav či neúplně odpovídali na jednotlivé položky dotazníku. Kritéria „měli diagnostikovanou demenci“, „sníženou úroveň vědomí“ a „nestabilní klinický stav“ byla posuzována ošetřujícím lékařem a ošetřující sestrou pacienta na základě záznamů v dokumentaci a klinického stavu pacienta v den sběru dat. Kritérium „neúplně odpovídali na jednotlivé položky dotazníku“ bylo ověřeno přímo výzkumníkem během vyplňování dotazníku. Výběr pacientů nebyl omezen věkem, pohlavím ani diagnózou.

Se shromažďováním a zpracováváním dat vyjádřili pacienti i sestry svůj souhlas slovně. Výzkum nepředstavoval žádné riziko pro respondenty, data byla anonymizována a respondenti byli jasně informováni o účelu výzkumu i o možnosti kdykoliv ukončit svou účast během vyplňování dotazníku. Účastníci mohli jednoduše odmítnout odpovědět nebo rozhovor přerušit. Data byla sbírána anonymně, tudíž po vyplnění dotazníku a zpracování zjištěných dat nebylo možné odpovědi konkrétního respondenta zpětně dohledat, a tedy ani odstranit. Tato informace byla respondentům sdělena v úvodních instrukcích před vyplněním včetně vysvětlení jejich práv. Ústní informovaný souhlas byl tedy pro toto výzkumné šetření eticky dostačující.

### 3.3 Metoda zpracování dat

Pro zachování anonymity respondentů i zdravotnického zařízení není toto místo v práci konkrétně označeno. Výzkum byl předem konzultován s vedením dané kliniky a schválen prostřednictvím písemné žádosti o výzkum. Využitý dotazník IPOS byl přiložen k žádosti. Respondenti (pacienti i všeobecné sestry) byli ústně informováni o účelu, průběhu a anonymitě šetření. Bylo jim vysvětleno, že účast je dobrovolná, mohou kdykoli během sběru dat (vyplňování dotazníku) bez udání důvodu odstoupit a jejich rozhodnutí nebude mít žádný dopad na poskytovanou péči. Ústní souhlas byl zvolen z důvodu nízké zátěže respondentů a citlivé situace v kontextu paliativní péče. Informace o výzkumu byly předány jednotlivě každému respondentovi osobně výzkumníkem, který byl přítomen při vyplňování dotazníků. Údaje byly následně zpracovány anonymně a nebylo možné je zpětně spojit s konkrétní osobou, tudíž nebylo možné dodatečně odstoupit od výzkumu.

Všeobecné sestry (50) vyplňovaly dotazník IPOS – verzi Formulář pro personál, aniž by předtím znaly odpovědi pacientů. Pacienti (50) vyplňovali dotazník IPOS – verzi Formulář pro pacienty. Obě verze dotazníků byly hodnoceny v posledních 3 dnech. Data byla porovnávána mezi pacientem „A“, který hodnotil své potřeby (hodnocení PRO) a mezi sestrou „A“, která o pacienta „A“ pečovala a hodnotila jeho potřeby (hodnocení PROXY). Jedna sestra hodnotila pouze jednoho pacienta. Celkem bylo získáno 100 dotazníků IPOS (100% návratnost). Dotazníky byly vždy vyplňovány přímo výzkumníkem.

Pacient byl vždy seznámen s účelem a cílem výzkumu, byl informován o způsobu sběru a zpracování dat, dále byl seznámen s možností kdykoliv během sběru dat z výzkumu odstoupit, byl seznámen se svými právy a následně byl poskytnut prostor pro slovní souhlas s účastí ve výzkumném šetření. Všech 50 pacientů s účastí ústně souhlasilo. Po vyplnění dotazníku byl poskytnut pacientům prostor pro vyjádření případných dotazů. Zároveň byl poskytnut kontakt na výzkumníka pro případné dotazy.

Následně byl dotazník vyplňován se všeobecnými sestrami od srpna 2023 do února 2025. Sestry byly taktéž seznámeny s účelem a cílem výzkumu, byly informovány o způsobu sběru a zpracování dat, poté byly seznámeny s možností kdykoliv během vyplňování dotazníku z výzkumu odstoupit a následně byl poskytnut prostor pro slovní souhlas s účastí ve výzkumném šetření. Taktéž byl poskytnut kontakt na výzkumníka/autora práce pro případné dotazy. Všech 50 sester vyjádřilo ústní souhlas s účastí ve výzkumném šetření. Dotazník byl se sestrami vyplňován po konci směny tak, aby o pacienta pečovaly nejméně 12

hodin. Na základě dostupných studií (např. Murtagh et al., 2019; Vlčková et al., 2020) neexistuje stanovená minimální délka kontaktu mezi pacientem a sestrou pro vyplnění IPOS Staff verze. Výzkumy obvykle nesledují časový rámec, ale porovnávají skóre mezi verzemi IPOS Patient a Staff. Ačkoli IPOS standardně hodnotí symptomy za poslední 3–7 dní, cílem této práce nebylo sledovat vývoj stavu, ale ověřit, zda sestry a pacienti hodnotí symptomy podobně – tedy validitu tzv. proxy hodnocení. Proto bylo přijatelné, že sestry měly pacienta v péči i méně než 3 dny, pokud vycházely z pozorování, dokumentace a sdílených informací. V běžné klinické praxi je IPOS personálem vyplňován i po krátkém kontaktu, např. v rámci jedné směny. Proto byl zvolen interval 12 hodin, který odpovídá délce služby sestry a umožňuje relevantní hodnocení bez výrazného omezení počtu respondentů. Po vyplnění dotazníku byl poskytnut sestrám prostor pro vyjádření případných dotazů.

Dotazník IPOS je volně dostupný na webových stránkách Centra paliativní péče ([www.paliativnicentrum.cz](http://www.paliativnicentrum.cz)).

Kvantitativní výzkum proběhl s použitím měřicího nástroje IPOS. Data získaná od pacientů a sester byla statisticky zpracována prostřednictvím Spearmanova korelačního koeficientu a váženého kappa koeficientu. Pro přehledné znázornění rozdílů v hodnocení potřeb pacientů pečujícími sestrami a pacienty samotnými jsou data zároveň uspořádána do tabulek a grafů.

Použitý nástroj IPOS obsahuje celkem 17 položek z oblasti bio-psycho-soc-spirituálních potřeb. Jednotlivé symptomy/potřeby jsou hodnoceny na Likertově stupnici 0-4, kde v první části dotazníku, která hodnotí, jak moc jednotlivé symptomy obtěžují či ovlivňují jedince, je 0 uvedena jako Vůbec, 1 jako Mírně, 2 jako Středně, 3 jako Silně a 4 jako Nesnesitelně. Ve druhé části dotazníku, která se zaměřuje především na oblast psychických a spirituálních potřeb, je 0 uvedena jako Pořád, 1 jako Většinu času, 2 jako Občas, 3 jako Zřídka a 4 jako Vůbec. Odpovědi na sociální oblast uvádí 0 jako Problémy řešeny/žádné problémy, 1 jako Problémy většinou řešeny, 2 jako Problémy částečně řešeny, 3 jako Problémy spíše neřešeny a 4 jako Problémy vůbec neřešeny. Dotazník poskytuje i prostor pro vyjádření jiných neuvedených potíží. Tyto potřeby nebyly do šetření zahrnuty. Dotazník má dvě verze – pro pacienty a pro personál. Hodnocení potřeb lze opakovat po 3 nebo 7 dnech. Lze tak zhodnotit efekt zvolených intervencí pro saturaci jednotlivých potřeb.

Pro zpracování a vyhodnocení dat získaných prostřednictvím dotazníku IPOS byly zvoleny dvě statistické metody: vážený kappa koeficient a Spearmanův korelační koeficient. Tyto metody byly vybrány z důvodu vhodnosti pro analýzu odpovědí dvou skupin

respondentů (pacientů a sester), které hodnotily tytéž položky na čtyřbodové škále. Obě metody poskytují odlišný, ale vzájemně se doplňující pohled na míru shody a konzistence hodnocení. Shromážděná data byla zpracována do excelových tabulek, které byly využity pro zpracování dat jednotlivými metodami.

### 3.3.1 Vážený kappa koeficient

Kappa koeficient ( $\kappa$ ) slouží k měření míry shody mezi dvěma hodnotiteli a je vhodný zejména pro ordinální data, tedy data uspořádaná do škál, jakými jsou například odpovědi v dotazníku IPOS („žádný problém“, „mírný“, „střední“, „závažný problém“). Vážený kappa koeficient navíc rozlišuje závažnost nesouhlasu – například rozdíl mezi „mírným“ a „středním“ problémem je menší než rozdíl mezi „žádným“ a „závažným“.

Kappa koeficient zohledňuje náhodnou shodu a jeho hodnoty se obvykle interpretují podle škály dle Landise a Kocha (1977) jako  $\kappa < 0,20$  – slabá shoda,  $\kappa = 0,21-0,40$  – přijatelná shoda,  $\kappa = 0,41-0,60$  – střední shoda,  $\kappa = 0,61-0,80$  – dobrá shoda a  $\kappa > 0,81$  – velmi dobrá shoda.

V rámci této práce byl vážený kappa koeficient použit k posouzení, do jaké míry se odpovědi pacientů a všeobecných sester přesně shodují u jednotlivých položek dotazníku IPOS. Nejvyšší hodnoty byly zaznamenány u somatických symptomů, jako je „bolest“, „nevolnost“ a „dušnost“. Naopak nižší shoda byla zaznamenána u psychických a spirituálních položek, což poukazuje na potenciální podhodnocení těchto oblastí ze strany personálu.

### 3.3.2 Spearmanův korelační koeficient

Spearmanův korelační koeficient ( $\rho$ ) je neparametrická metoda, která měří sílu a směr monotónního vztahu mezi dvěma ordinálními proměnnými. Jinými slovy – nezjišťuje, zda se dvě odpovědi přesně shodují, ale zda jdou ve stejném trendu. Pokud například pacient hodnotí více položek jako „závažné“ a sestra jim přisuzuje podobně vysoké skóre, i když ne totožné, bude hodnota korelace vysoká.

Tato metoda je vhodná v případech, kdy je cílem odhalit, zda sestry vnímají potřeby pacientů v podobném pořadí nebo směru, ačkoli hodnocení nemusí být přesně shodná. Hodnoty Spearmanova koeficientu se pohybují mezi -1 a 1, přičemž hodnoty blížící se +1 označují silnou pozitivní korelaci, hodnoty kolem 0 znamenají žádný vztah, záporné hodnoty ukazují na inverzní (opačný) vztah.

Použití kombinace váženého kappa koeficientu a Spearmanova korelačního koeficientu umožnilo získat komplexní pohled na vztah mezi hodnocením pacientů a všeobecných sester. Zatímco kappa koeficient odhaluje stupeň shody, Spearmanův koeficient ukazuje konzistenci trendu v hodnocení. Výsledky z obou analýz přispívají k hlubšímu porozumění tomu, v jakých oblastech péče jsou potřeby pacientů dostatečně rozpoznávány a kde je naopak prostor pro zlepšení vnímání jejich subjektivního prožívání.

### 3.4 Výsledky

Výsledky k výzkumné otázce č. 1: Jaké jsou nejčastěji uváděné potřeby pacientů v nemocniční paliativní péči dle jejich vlastního hodnocení IPOS? (výpovědi pacientů)

Pořadí	Položka IPOS	Průměrné skóre (0-4)	Medián
1.	<b>Slabost či nedostatek energie</b>	2,12	2
2.	<b>Snížená pohyblivost</b>	1,84	2
3.	<b>Ospalost</b>	1,78	2
4.	<b>Bolest</b>	1,60	2
5.	<b>Cítil jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?</b>	1,56	1
6.	<b>Nechutenství</b>	1,50	1
7.	<b>Cítil jste se depresivně?</b>	1,46	1
8.	<b>Bolest či sucho v ústech</b>	1,30	1
9.	<b>Dušnost</b>	1,22	1
10.	<b>Pocit'ujete vnitřní klid? *</b>	1,20	1
11.	<b>Byly řešeny praktické problémy (finanční, osobní atd.)</b>	1,18	1
12.	<b>Zácpa</b>	1,14	1

13.	<b>Byli jste schopni hovořit se svou rodinou a přáteli...</b>	1,02	1
14.	<b>Cítil někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?</b>	0,92	1
15.	<b>Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?</b>	0,82	0
16.	<b>Nevolnost (pocit na zvracení)</b>	0,58	0
17.	<b>Zvracení</b>	0,22	0

**Tabulka č. 1 - Pořadí potřeb pacientů dle jejich vlastního hodnocení**

(zdroj: vlastní zpracování, 2025)

\*U položky "Pociťujete vnitřní klid?" je škála obrácená (0=pořád, 4=vůbec), vyšší skóre tedy znamená větší problém (nedostatek klidu).

Pro zodpovězení této výzkumné otázky byla použita popisná statistika. Z dat 50 pacientů byly pro každou položku dotazníku IPOS vypočítány průměrné hodnoty.

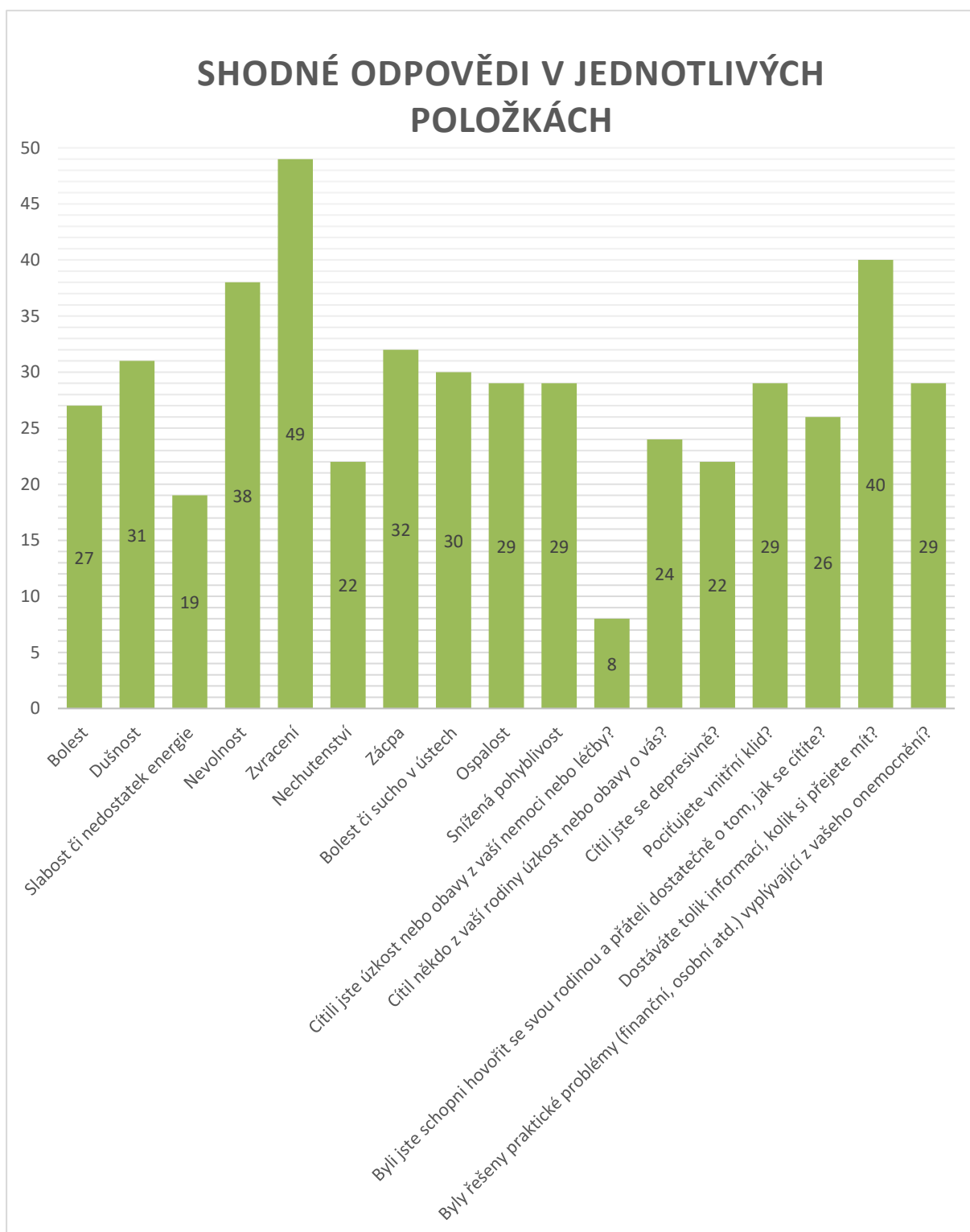
Analýza dat odhalila jasnou hierarchii potřeb a symptomů, jak je vnímají pacienti v nemocniční paliativní péči.

Jednoznačně nejvíce zatěžujícím problémem byla s průměrným skóre 2,12 „Slabost či nedostatek energie“. Tento symptom, spolu se „Sníženou pohyblivostí“ (průměr 1,84) a „Ospalostí“ (průměr 1,78), tvoří skupinu nejčastěji uváděných a nejvýše hodnocených obtíží. Tyto výsledky naznačují, že celkový funkční stav a ztráta energie jsou pro pacienty dominantním zdrojem utrpení, často více než specifické a lokalizované symptomy.

Do středně zatěžujících symptomů patří tradičně sledovaná „Bolest“ (průměr 1,60), která se umístila na čtvrtém místě. Těsně za ní následují psychické obtíže jako „Úzkost z nemoci nebo léčby“ (průměr 1,56) a „Cítil jste se depresivně“ (průměr 1,46). Dále sem spadá „Nechutenství“ (průměr 1,50). Je zřejmé, že psychická zátěž a problémy spojené s příjmem potravy představují významnou, i když ne nejvyšší, úroveň zátěže.

Na opačném konci spektra se nacházely akutní gastrointestinální symptomy, které pacienty zatěžují nejméně. Jako nejméně problematické pacienti hodnotili „Zvracení“ (průměr 0,22) a „Nevolnost“ (průměr 0,58). Medián u obou těchto položek byl 0, což znamená, že více než polovina pacientů v posledních třech dnech těmito symptomy netrpěla vůbec. Nízké skóre měla také položka týkající se informovanosti – „Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?“ (průměr 0,82), což může naznačovat relativní spokojenost pacientů v této oblasti.

**Výsledky k výzkumné otázce č. 2:** Do jaké míry se shoduje hodnocení fyzických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb pacienta mezi sebehodnocením pacienty a hodnocením potřeb pacientů pečujícími všeobecnými sestrami?



**Graf č. 1** – Celkový přehled shodných odpovědí v jednotlivých položkách  
(zdroj: vlastní zpracování, 2025)

Graf č. 1 a související Tabulka č. 1 (viz příloha G) přehledně vizualizují a kvantifikují míru shody v odpovědích mezi pacienty a pečujícími všeobecnými sestrami v rámci souboru 50 respondentních dvojic. Výška jednotlivých sloupců v grafu reprezentuje absolutní počet případů (z maximálního počtu 50), ve kterých se hodnocení sestry shodovalo s hodnocením pacienta. Již na první pohled data odhalují značnou variabilitu ve shodě napříč jednotlivými položkami dotazníku a poukazují na zásadní dichotomii mezi hodnocením fyzických a psychosociálních potřeb.

Nejvyšší míru shody, dosahující téměř absolutní úrovně 98 %, vykazuje položka, kde se odpovědi sester a pacientů shodovaly ve 49 z 50 případů. Tento výsledek lze přisoudit objektivní a snadno pozorovatelné povaze tohoto symptomu. Vysokou míru shody vykazovaly i další fyzické symptomy. U položky byla shoda zjištěna v 38 případech (76 %) a u položky ve 32 případech (64 %). Zajímavým zjištěním je druhá nejvyšší míra shody (40 shod, tj. 80 %) u položky. Ačkoliv se jedná o subjektivní potřebu, její vysoká shoda může naznačovat, že komunikace o množství informací je relativně přímočará a je součástí standardního dialogu mezi pacientem a personálem. Lze shrnout, že nejvyšší míra shody panuje v oblastech, které jsou buď přímo pozorovatelné, nebo jsou předmětem častých a rutinních dotazů ze strany ošetřujícího personálu ("*Zvracení*", "*Nevolnost*", "*Zácpa*", "*Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?*").

Na opačném konci spektra se nacházejí položky, které odhalují hlubokou percepční propast mezi pacienty a sestrami, a to především v doméně psychických a subjektivních prožitků. Absolutně nejnižší shoda v celém šetření byla zaznamenána u položky, kde se hodnocení shodovalo v pouhých 8 případech z 50, což představuje alarmujících 16 %. To znamená, že v 84 % případů sestra nedokázala správně odhadnout míru pacientovy úzkosti. Velmi nízká shoda byla identifikována také u položky (19 okovaných, tj. 38 %). Další položky s nízkou mírou shody, které nedosáhly ani 50 %, zahrnují (22 obuté, tj. 44 %) a (22 ok, tj. 44 %). Tyto výsledky silně naznačují, že největší potíže v porozumění a shodě nastávají u symptomů a pocitů, které jsou niterné, subjektivní, nejsou přímo viditelné a jejichž sdílení vyžaduje atmosféru důvěry, dostatek času a specifické komunikační dovednosti ("*Cítíte jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?*", "*Slabost či nedostatek energie*", "*Nechutenství*", "*Cítíte jste se depresivně?*").

Mezi těmito dvěma extrémami se nachází skupina položek se střední mírou shody, která se pohybuje přibližně mezi 50 % a 65 %. Patří sem například (27 obuté, tj. 54 %), (31 obuv,

tj. 62 %) nebo (29 ok, tj. 58 %). Skutečnost, že ani u tak zásadního a intenzivně sledovaného symptomu, jakým je bolest, nedosahuje shoda vyšší úrovně, je sama o sobě významným zjištěním. Celkově data z grafu jasně vykreslují obraz, kde se ošetrovatelský personál a pacienti nejlépe shodnou v hodnocení objektivně zjevných fyzických projevů, zatímco se dramaticky rozcházejí v hodnocení niterného, subjektivního prožívání, jako jsou úzkost, deprese či celková únava. Tato zjištění jsou klíčová pro identifikaci oblastí, kde je nejvíce zapotřebí zlepšit komunikaci, prohloubit empatické naslouchání a případně implementovat cílené vzdělávání personálu pro lepší porozumění komplexním potřebám pacientů v paliativní péči ("Bolest", "Dušnost", "Snížená pohyblivost").

**Výsledky k výzkumné otázce č. 2:** Do jaké míry se shoduje hodnocení fyzických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb pacienta mezi sebehodnocením pacienty a hodnocením potřeb pacientů pečujícími všeobecnými sestrami?

	IPOS položky	Kappa koeficient	% sody	% klinicky významné neshody
1	Bolest	0,624	54	10
2	Dušnost	0,664	62	8
3	Slabost či nedostatek energie	0,516	38	10
4	Nevolnost	0,648	76	2
5	Zvracení	0	98	2
6	Nechutenství	0,488	44	6
7	Zácpa	0,61	64	12
8	Bolest či sucho v ústech	0,393	60	6
9	Ospalost	0,339	60	6
10	Snížená pohyblivost	0,681	56	4
11	Cítili jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?	0,417	18	34
12	Cítil někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?	0,433	50	16
13	Cítili jste se depresivně?	0,127	42	32
14	Pociťujete vnitřní klid?	0,039	58	22
15	Byli jste schopni hovořit se svou rodinou a přáteli dostatečně o tom, jak se cítíte?	0,479	52	18
16	Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?	0,491	80	8
17	Byly řešeny praktické problémy (finanční, osobní atd.) vyplývající z vašeho onemocnění?	0,553	60	34

**Tabulka č. 2 – Vážený Kappa koeficient (zdroj: vlastní zpracování, 2025)**

Výsledky analýzy shody mezi pacienty a personálem prostřednictvím dotazníku IPOS ukazují na rozdílnou míru souladu v hodnocení jednotlivých potřeb. Pro kvantitativní vyjádření této shody byl zvolen vážený kappa koeficient, který oproti běžnému Cohenovu kappovi zohledňuje nejen míru shody, ale i závažnost rozdílů v odpovědích a zároveň kontroluje náhodnou shodu mezi respondenty. To je obzvláště přínosné v prostředí klinického hodnocení, kde jsou možné mírné odchylky tolerovatelné, zatímco výraznější rozdíly mohou být klinicky významné.

Nejvyšší míra shody byla zaznamenána u položek zaměřených na fyzické symptomy, především „Zvracení“ ( $\kappa = 0,818$ ), „Nevolnost“ ( $\kappa = 0,759$ ), „Dušnost“ ( $\kappa = 0,664$ ) a „Bolest“ ( $\kappa = 0,624$ ). Tyto hodnoty korespondují s tím, co bylo zjištěno i ve Spearmanově korelační analýze a zároveň potvrzují závěry jiných studií (např. Sakurai et al., 2021; Murtagh et al., 2019). Tyto symptomy jsou z pohledu ošetřující sestry snadno pozorovatelné – projevují se změnou chování, výrazem obličeje nebo specifickými verbálními popisy pacienta. Pacienti zároveň tyto symptomy častěji aktivně sdělují, protože se jich výrazněji dotýkají

v každodenním fungování a vyžadují okamžité řešení (např. medikaci, změnu polohy apod.).

Naopak nejnižší hodnoty váženého kappa koeficientu byly zaznamenány u položek souvisejících s psychickým stavem, subjektivním prožíváním nebo spirituálními potřebami – například u položky „Slabost nebo nedostatek energie“ ( $\kappa = 0,305$ ) nebo „Úzkost“ ( $\kappa = 0,347$ ). V těchto případech se často objevovala i vyšší frekvence klinicky významných neshod (tj. rozdíl dvou a více bodů mezi pacientem a sestrou). Tyto rozdíly mohou být způsobeny několika faktory. Za prvé – pacient může své obtíže v těchto oblastech vnímat jako stydlivé, osobní nebo těžko sdělitelné. Za druhé – sestra nemusí mít dostatečný prostor k vedení hlubšího rozhovoru nebo tyto potřeby vnímá jen okrajově. Tato skutečnost byla popsána i v práci Markové (2010), která uvádí, že sestry jsou v identifikaci psychických potřeb úspěšné pouze ve 20 % případů.

Souhrnně řečeno, analýza ukazuje, že tam, kde je symptom viditelný a očekávaný (např. bolest, zvracení), je shoda vysoká, zatímco v oblastech, které jsou subjektivní, emoční či spirituální, je shoda nižší. To podporuje důraz na využívání strukturovaných nástrojů, jako je IPOS, nikoliv jen k hodnocení, ale jako podkladu pro otevřenou a empatickou komunikaci. V praxi by tyto poznatky měly vést k větší důslednosti v hodnocení „neviditelných“ potřeb

pacientů a ke snaze o systematické vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti práce s existenciálními a psychickými tématy v rámci paliativní péče.

**Výsledky k výzkumné otázce č. 3: Ve kterých položkách došlo k největšímu a nejmenšímu rozdílu v odpovědích mezi pacientem a všeobecnou sestrou?**

Č. dotazníku	Bolest	Dušnost	Slabost či nedostatek energie	Nevolnost	Zvracení	Nechutenství	Zácpa	Bolest či suchá v ústech	Ospalost	Snížená pohyblivost	Cítili jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léby?	Cítili někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?	Cítili jste se depresivně?	Pocítujete vnitřní klid?	Byli jste schopni hovořit se svou rodinou a přáteli dostatečně o	Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?	Byly řešeny praktické problémy (finanční, osobní atd.) vyplývající	
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
2	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	2	0	1	0	3	
3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	2	3	0	0	
4	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	
5	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	2	2	0	1	3	2	
6	3	3	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	2	0	1	1	0	
7	1	0	1	0	0	1	2	0	2	0	2	1	0	1	0	1	0	
8	1	1	3	0	0	1	0	1	1	1	2	2	3	1	1	2	3	
9	0	3	1	0	0	1	2	0	2	0	2	0	0	0	1	0	0	
10	0	2	3	0	0	1	0	1	1	1	2	3	3	0	2	1	3	
11	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	4	1	0	2	1	0	4	
12	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	
13	1	1	0	1	0	1	2	2	1	0	1	1	1	3	0	0	0	
14	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	
15	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	
16	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	
18	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
19	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	
20	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	
21	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
22	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	
23	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	2	3	0	0	
24	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	
25	2	0	0	1	0	0	2	0	1	0	4	3	2	1	0	0	0	
26	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	
27	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	
28	1	1	2	0	0	1	1	0	0	1	4	3	1	0	1	0	0	
29	1	1	1	1	0	2	3	2	2	1	1	0	2	3	1	0	0	
30	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	2	0	2	0	0	0	4	
31	1	1	3	0	0	1	0	1	1	1	2	2	3	1	1	2	3	
32	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	1	1	2	1	2	
33	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	2	3	0	0
34	0	1	0	1	0	2	3	2	0	0	3	0	3	3	2	1	0	
35	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2	1	0	2	
36	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
37	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	2	0	1	0	3	
38	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	
39	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
40	1	1	1	2	3	2	1	0	1	1	1	1	2	2	2	0	0	
41	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	
42	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	2	2	0	1	3	2	
43	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	2	0	2	0	0	0	4	
44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	
45	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2	1	0	2	
46	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	1	1	2	1	2	
47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	2	0	0	
48	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
49	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	
50	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	

**Tabulka č. 3 – Velikost rozdílů v odpovědích pacienta a pečující všeobecné sestry**

(zdroj: vlastní zpracování, 2025)

Při celkovém pohledu na data je zřejmé, že zatímco v mnoha oblastech dochází k vysoké míře shody (hodnoty 0 a 1), existují specifické položky, v nichž jsou rozdíly vnímání systematicky a výrazně větší.

Nejvýraznější, tedy maximální možné rozdíly v hodnocení (4 body), byly zaznamenány u dvou specifických položek. Konkrétně se jedná o otázku zaměřenou na psychickou zátěž:

"Cítil jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?" a otázku zjišťující sociální dopady nemoci: "Byly řešeny praktické problémy (finanční, osobní atd.) vyplývající z vašeho onemocnění?" V obou těchto případech byl tento maximální rozdíl zjištěn u 3 respondentních dvojic (6 % souboru).

Vysoké rozdíly o 3 body se v tabulce objevují častěji a potvrzují trend zjištěný u maximálních rozdílů. Zdaleka nejčetnější výskyt tříbodového rozdílu byl opět identifikován u položky "Byly řešeny praktické problémy...", a to v 7 případech (14 % souboru). Pokud sečteme tříbodové a čtyřbodové rozdíly u této položky, zjišťujeme, že u celých 20 % respondentů (10 z 50) existoval zásadní rozpor.

Významné neshody (rozdíl 3 body) byly dále zaznamenány v položkách "Cítil jste se depresivně?" (4 případy, 8 %), "Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?" (3 případy, 6 %), "Slabost či nedostatek energie" (1 případ, 2 %) a v položce "Zvracení" (1 případ, 2 %).

Tyto výsledky naznačují, že největší percepční propast mezi pacienty a sestrami se nachází v doménách psychického stavu (úzkost, deprese), sociálního zabezpečení (praktické problémy) a informační nasycenosti. Jedná se o oblasti, které jsou vysoce subjektivní a jejichž zhodnocení vyžaduje hlubší komunikaci a důvěru.

Na opačném konci spektra se nacházejí položky, u nichž byla zjištěna velmi vysoká míra shody. Jako příklad může sloužit položka "Zvracení", kde kromě jediného případu s tříbodovým rozdílem byla ve všech ostatních 49 případech (98 %) nalezena shoda nebo jen minimální rozdíl (0 nebo 1 bod). Podobně vysokou míru shody vykazovaly i další fyzické symptomy jako "Zácpa" nebo "Nevolnost". Lze předpokládat, že tyto symptomy jsou buď přímo pozorovatelné (zvracení), nebo jsou standardní součástí (nevolnost).

Data názorně demonstrují, že zatímco ošetřující personál dokáže velmi přesně odhadnout většinu fyzických symptomů pacienta, výrazně se mýjí v hodnocení jeho psychického, sociálního a spirituálního stavu. Největší diskrepance se projevují v oblastech, které nejsou na první pohled zjevné a vyžadují aktivní naslouchání a cílené dotazování – úzkost, deprese, řešení praktických životních problémů či míra informovanosti. Zjištění, že u pětiny pacientů dochází k zásadní neshodě v pohledu na řešení praktických problémů, je alarmující a naznačuje, že tato klíčová součást komplexní péče může být ze strany personálu podceňována nebo mylně považována za vyřešenou. Závěry této analýzy tak podtrhují nutnost posílení komunikačních dovedností sester a implementaci nástrojů pro systematický screening psychosociálních a spirituálních potřeb pacientů.

**Výsledky k výzkumné otázce č. 3:** Ve kterých položkách došlo k největšímu a nejmenšímu rozdílu v odpovědích mezi pacientem a všeobecnou sestrou?

Položka IPOS	p-hodnota	Statisticky významné (p < 0,05)
Bolest	0,075	Ne
Dušnost	0,058	Ne
Slabost nebo únava	0,083	Ne
Nevolnost	0,074	Ne
Ztráta chuti k jídlu	0,053	Ne
Ospalost	0,069	Ne
Zvracení	0,054	Ne
Pocit smutku / depresivní nálada	0,015	Ano
Pocit strachu nebo úzkosti pacienta	0,011	Ano
Pocit strachu nebo úzkosti u rodiny	0,022	Ano
Pocit vnitřního klidu a smyslu	0,037	Ano
Možnost mluvit o tom, co pacienta trápí	0,018	Ano
Pocit, že zdravotníci naslouchají pacientovi	0,006	Ano
Pocit informovanosti	0,033	Ano
Praktické problémy	0,019	Ano

**Tabulka č. 4 - Wilcoxonův test pro párová hodnocení IPOS (zdroj: vlastní zpracování, 2025)**

Pro doplnění analýzy shody mezi hodnocením pacientů a všeobecných sester byl u jednotlivých položek dotazníku IPOS použit Wilcoxonův test pro párové hodnocení. Tento neparametrický test ověřuje, zda mezi dvěma párově spárovanými skupinami odpovědí existuje statisticky významný rozdíl. Test je vhodný pro ordinální data a je zde aplikován na odpovědi pacientů a všeobecných sester, které hodnotily tytéž položky IPOS u konkrétního pacienta.

Tabulka výsledků ukazuje p-hodnoty pro každou položku. Při hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  jsou položky s  $p < 0,05$  považovány za statisticky významně odlišné, což znamená, že hodnocení pacientů a sester se u těchto položek významně liší.

Položky s významným rozdílem mezi pacienty a sestrami ( $p < 0,05$ ) jsou *Pocit smutku / depresivní nálada, Pocit strachu nebo úzkosti pacienta, Pocit strachu nebo úzkosti u rodiny, Pocit vnitřního klidu a smyslu, Možnost mluvit o tom, co pacienta trápí, Pocit, že zdravotníci naslouchají pacientovi, Pocit informovanosti a Praktické problémy*. Tyto výsledky ukazují, že v oblasti psychických, spirituálních a komunikačních potřeb existuje významný nesoulad mezi vnímáním pacienta a zdravotnického personálu. To může naznačovat podhodnocení těchto oblastí ze strany personálu nebo jejich obtížnější uchopitelnost v klinické praxi.

Položky bez statisticky významného rozdílu ( $p \geq 0,05$ ) jsou *Bolest, Dušnost, Slabost nebo únava, Nevolnost, Ztráta chuti k jídlu, Ospalost a Zvracení*. V těchto případech nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi hodnocením pacientů a sester, což může svědčit o lepší schopnosti personálu rozpoznat fyzické symptomy, které jsou viditelnější a snáze hodnotitelné.

**Výsledky k otázce č. 3:** Ve kterých položkách došlo k největšímu a nejmenšímu rozdílu v odpovědích mezi pacientem a všeobecnou sestrou?

Následující tabulka poskytuje podrobný přehled o četnosti (frekvenci) jednotlivých velikostí rozdílů (0, 1, 2, 3, a 4) v hodnocení mezi pacienty a sestrami pro každou ze 17 položek dotazníku IPOS. Data jsou prezentována v absolutních číslech (počet případů z N=50) a v procentech. Položky jsou seřazeny podle tematických bloků dotazníku IPOS.

<b>IPOS Položka</b>	<b>Rozdíl 0 (shoda)</b>	<b>Rozdíl 1</b>	<b>Rozdíl 2</b>	<b>Rozdíl 3</b>	<b>Rozdíl 4</b>
<b>Fyzické symptomy</b>					
1. Bolest	27 (54 %)	14 (28 %)	8 (16 %)	1 (2 %)	0 (0 %)
2. Dušnost	31 (62 %)	12 (24 %)	6 (12 %)	1 (2 %)	0 (0 %)
3. Slabost či nedostatek energie	19 (38 %)	13 (26 %)	13 (26 %)	4 (8 %)	1 (2 %)
4. Nevolnost	38 (76 %)	12 (24 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
5. Zvracení	49 (98 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	0 (0 %)
6. Nechutenství	22 (44 %)	13 (26 %)	10 (20 %)	3 (6 %)	2 (4 %)
7. Zácpa	32 (64 %)	14 (28 %)	2 (4 %)	2 (4 %)	0 (0 %)
8. Bolest či sucho v ústech	30 (60 %)	14 (28 %)	5 (10 %)	1 (2 %)	0 (0 %)
9. Ospalost	30 (60 %)	12 (24 %)	7 (14 %)	1 (2 %)	0 (0 %)

10. Snížená pohyblivost	29 (58 %)	13 (26 %)	7 (14 %)	1 (2 %)	0 (0 %)
<b>Psychosociální a spirituální potřeby</b>					
11. Cítili jste úzkost nebo obavy?	8 (16 %)	15 (30 %)	12 (24 %)	12 (24 %)	3 (6 %)
12. Cítil někdo z rodiny úzkost?	24 (48 %)	15 (30 %)	8 (16 %)	2 (4 %)	1 (2 %)
13. Cítil jste se depresivně?	22 (44 %)	13 (26 %)	11 (22 %)	4 (8 %)	0 (0 %)
14. Pociťujete vnitřní klid?	29 (58 %)	14 (28 %)	5 (10 %)	2 (4 %)	0 (0 %)
<b>Informační a praktické potřeby</b>					
15. Byli jste schopni hovořit?	26 (52 %)	17 (34 %)	4 (8 %)	3 (6 %)	0 (0 %)
16. Dostáváte tolik informací?	40 (80 %)	7 (14 %)	0 (0 %)	3 (6 %)	0 (0 %)
17. Byly řešeny praktické problémy?	10 (20 %)	12 (24 %)	11 (22 %)	10 (20 %)	7 (14 %)

**Tabulka č. 5:** Frekvenční analýza velikosti rozdílů pro všechny položky dotazníku IPOS  
(zdroj: vlastní zpracování, 2025)

U položek „Zvracení“ (98 % shoda) a „Nevolnost“ (76 % shoda) je míra shody nejvyšší. Tato tabulka však ukazuje, že i u dalších fyzických symptomů, kde je celková shoda nižší, jsou velké rozdíly spíše výjimečné. Například u položek „Dušnost“ nebo „Zácpa“ většina neshod (pokud nastaly) dosahovala rozdílu jednoho bodu. Kritické rozdíly o 3 a více bodů jsou u většiny fyzických symptomů výjimečné.

Dvě položky z fyzické domény se tomuto vzorci však vymykají: „Slabost či nedostatek energie“ a „Nechutenství“. U obou je míra úplné shody nízká (38 % a 44 %) a zároveň se zde již vyskytují významné neshody, včetně těch největších o 3 a 4 body. To naznačuje, že tyto symptomy, ačkoliv jsou řazeny mezi fyzické, mají silnou subjektivní a těžko měřitelnou složku, a proto se svým charakterem blíží spíše psychosociálním potřebám.

Detailní data potvrzují alarmující situaci v psychosociální oblasti. U položky „Úzkost nebo obavy“ došlo k neshodě o 2 a více bodů (tedy klinicky významné neshodě) v celých 54 % případech (24 % + 24 % + 6 %). U položky „Cítil jste se depresivně?“ se významná neshoda (o 2 a více bodů) objevila u 30 % respondentů. Tyto hodnoty dokládají, že problém není jen v mírných odchylkách, ale v zásadním nepochopení hloubky pacientova psychického utrpení.

Analýza dat také poukazuje na zajímavý paradox. Zatímco u položky „Dostáváte tolik informací?“ byla shoda velmi vysoká (80 %), u související položky „Byly řešeny praktické problémy“ byla naopak jedna z nejnižších (20 %). Ještě pozoruhodnější je rozložení neshod: u informací, pokud neshoda nastala, byla téměř vždy kritická (3 % o 3 body z celkových 20 % neshod). U praktických problémů byla situace ještě horší: klinicky významná neshoda (o 2 a více bodů) se vyskytla u neuvěřitelných 56 % (22 % + 20 % + 14 %). Toto zjištění naznačuje, že zatímco komunikace o množství informací může být relativně zvládnutá, přechod od informací k praktickému řešení a činům představuje zásadní problémový bod v péči.

Z analýzy dat vyplývá, že shoda mezi pacienty a sestrami není dána pouze tím, zda je problém "fyzický" nebo "psychický", ale spíše mírou jeho subjektivity a pozorovatelnosti. Čím více je potřeba závislá na subjektivním prožitku pacienta a čím více vyžaduje komplexní, mezioborové řešení (jako praktické problémy), tím dramatictěji se hodnocení pacienta a sestry rozcházejí.

**Výsledky k otázce č. 3:** Ve kterých položkách došlo k největšímu a nejmenšímu rozdílu v odpovědích mezi pacientem a všeobecnou sestrou?

Doména	Průměrný absolutní rozdíl
Psychologická/Spirituální doména	1,17
Sociální/Komunikační doména	0,99
Fyzická doména	0,80

**Tabulka č. 6:** Průměrné rozdíly v hodnocení podle domén (zdroj: vlastní zpracování, 2025)

Pro získání přehledného a úderného souhrnu byly jednotlivé položky IPOS seskupeny do tří klíčových domén a pro každou doménu byl vypočítán průměrný absolutní rozdíl.

- Fyzická doména (10 položek): Bolest, Dušnost, Slabost, Nevolnost, Zvracení, Nechutenství, Zácpa, Bolest v ústech, Ospalost, Snížená pohyblivost.
- Psychologická/Spirituální doména (4 položky): Úzkost, Úzkost rodiny, Deprese, Vnitřní klid.
- Sociální/Komunikační doména (3 položky): Schopnost hovořit, Dostatek informací, Praktické problémy.

Pohled na úrovni domén zjednodušuje a zároveň podtrhuje hlavní zjištění celé práce. Největší průměrný rozdíl, a tedy největší míra nepochopení, byla jednoznačně identifikována v psychologické oblasti, kde průměrný rozdíl dosáhl hodnoty 1,17 bodu.

Na druhém místě se umístila s průměrným rozdílem 0,99 bodu sociální/komunikační oblast. I tato hodnota je velmi vysoká a ukazuje na značné neshody v hodnocení praktických problémů, komunikace s rodinou a informovanosti.

Zdaleka nejnižší průměrný rozdíl byl zjištěn ve fyzické oblasti s rozdílem 0,80 bodu. Ačkoliv ani zde není shoda dokonalá, rozdíl oproti psychologické doméně je markantní. Je o téměř 0,4 bodu nižší, což představuje rozdíl téměř 50 % oproti fyzické doméně.

Tato souhrnná analýza poskytuje silný a snadno interpretovatelný důkaz, že existuje percepční propast mezi pacienty a sestrami. Není to tak, že by sestry pacientům "obecně nerozuměly", ale spíše jim nerozumí v konkrétních, převážně psychosociálních oblastech.

**Výsledky k výzkumné otázce č. 4: Jaká je těsnost vztahu v hodnocení všeobecné sestry a pacienta?**

	IPOS položky	Spearmanův koeficient	p-hodnota
1	Bolest	0,631	>0,001
2	Dušnost	0,615	>0,001
3	Slabost či nedostatek energie	0,581	>0,001
4	Nevolnost	0,784	>0,001
5	Zvracení	0,750	>0,001
6	Nechutenství	0,480	0,0004
7	Zácpa	0,615	>0,001
8	Bolest či sucho v ústech	0,391	0,0050
9	Ospalost	0,302	0,0333
10	Snížená pohyblivost	0,678	>0,001
11	Cítíte úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?	0,610	>0,001
12	Cítí někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?	0,526	0,0001
13	Cítíte se depresivně?	0,203	0,1574
14	Pociťujete vnitřní klid?	0,115	0,4248
15	Byli jste schopni hovořit se svou rodinou a přáteli dostatečně o tom, jak se cítíte?	0,576	>0,001
16	Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?	0,694	>0,001
17	Byly řešeny praktické problémy (finanční, osobní atd.) vyplývající..	0,776	>0,001

**Tabulka č. 7 - Spearmanův korelační koeficient (zdroj: vlastní zpracování, 2025)**

Spearmanův korelační koeficient ( $\rho$ ) je statistický nástroj sloužící k hodnocení síly a směru monotónního vztahu mezi dvěma pořadovými proměnnými. Jeho hodnota se pohybuje mezi  $-1$  a  $+1$ , přičemž hodnota blízká  $+1$  indikuje silnou pozitivní korelaci (čím vyšší hodnocení u jedné proměnné, tím vyšší u druhé), zatímco hodnota blízká  $0$  značí slabý nebo žádný vztah. Někdy se také hovoří o (lineární) asociaci mezi veličinami. Jakmile je jeho hodnota blízko nule, veličiny nejsou vzájemně (lineárně) asociované. V této práci byl Spearmanův koeficient využit k porovnání hodnocení potřeb pacientů a jejich ošetřujících všeobecných sester v rámci jednotlivých položek dotazníku IPOS.

Výsledky ukazují, že u většiny položek dotazníku existuje středně silná až silná pozitivní korelace mezi hodnocením pacientů a zdravotnického personálu. Nejvyšší korelační koeficienty byly zaznamenány u somatických symptomů, zejména „*Nevolnost*“ ( $\rho = 0,784$ ), „*Zvracení*“ ( $\rho = 0,750$ ) a „*Praktické problémy související s nemocí*“ ( $\rho = 0,776$ ). Tyto výsledky naznačují, že personál velmi dobře vnímá fyzické projevy a objektivně pozorovatelné symptomy, které pacienti pocítují. Podobně vysoká korelace byla zjištěna také u „*Bolesti*“ ( $\rho = 0,631$ ), „*Dušnosti*“ ( $\rho = 0,615$ ) nebo „*Snížené pohyblivosti*“ ( $\rho = 0,678$ ), což potvrzuje konzistentní shodu v hodnocení základních fyziologických obtíží.

Naopak nejnižší korelace byla identifikována u psychických a spirituálních potřeb, jako je „*Pocit vnitřního klidu*“ ( $\rho = 0,115$ ), „*Depresivní prožívání*“ ( $\rho = 0,203$ ) a „*Úzkost či obavy z nemoci*“ ( $\rho = 0,256$ ). Tyto hodnoty ukazují na významné rozdíly v percepci těchto potřeb mezi pacienty a sestrami. Pravděpodobným vysvětlením může být skutečnost, že psychické a spirituální potřeby jsou subjektivní, méně viditelné a často nebývají pacientem verbalizovány otevřeně. Personál tak může tyto potřeby podhodnocovat nebo je přehlížet, i když pro pacienta samotného mohou být velmi závažné.

Položka „*Ospalost*“ ( $\rho = 0,302$ ) rovněž vykazuje slabší korelaci, což může souviset s tím, že únavu a ospalost pacienti vnímají individuálně a její intenzita nemusí být personálem objektivně zaznamenána. Mezi sociálními faktory měla vyšší korelaci položka „*Dostatek informací*“ ( $\rho = 0,694$ ), což naznačuje, že sestry dobře reflektují informovanost pacientů o jejich stavu a léčbě.

Všechny položky kromě dvou („*Depresivní prožívání*“ a „*Pocit vnitřního klidu*“) dosáhly statisticky významné p-hodnoty ( $p < 0,05$ ), což zvyšuje validitu výsledků a potvrzuje, že identifikované korelace nejsou dílem náhody.

Celkově lze říci, že shoda v hodnocení mezi pacienty a sestrami je nejvyšší u fyzických symptomů, zatímco u psychických a spirituálních potřeb dochází k výrazně větší divergenci. To podtrhuje důležitost systematického zjišťování těchto méně zjevných potřeb například právě prostřednictvím standardizovaných nástrojů, jako je IPOS. Výsledky této analýzy tak poukazují na klíčová místa, kde je prostor pro zlepšení komunikace, empatie a prohlubování vztahu mezi pacientem a zdravotnickým personálem.

## 4 DISKUZE

Cílem této diplomové práce bylo detailně zmapovat a analyzovat rozdíly v hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči mezi samotnými pacienty (hodnocení PRO – Patient-Reported Outcomes) a pečujícími všeobecnými sestrami (hodnocení PROXY). Tento cíl byl naplněn prostřednictvím analýzy dat získaných z dotazníku IPOS (Integrated Palliative care Outcome Scale).

Přestože je hodnocení potřeb pacientů v české i zahraniční odborné literatuře dobře dokumentováno (Hajnová Fukasová, 2015; Fagerström et al., 1999; Trachtová, 2018; Krátká, 2018) a existuje mnoho měřících nástrojů pro hodnocení potřeb pacientů (Bužgová, 2015), ukázalo se, že sestry vnímají potřeby pacientů rozdílně než pacienti samotní.

Data jasně ukazují na zásadní rozpor v hodnocení potřeb obou skupin respondentů. Zatímco v oblasti fyzických potřeb panuje relativně vysoká míra shody, v doméně psychosociálních, spirituálních a praktických potřeb se otevírá hluboká percepční propast. Toto zjištění je v souladu s teoretickými předpoklady a poznatky z literatury (např. Marková, 2010; Kisvetrová et al., 2018). Detailní analýza dat této práce však přináší konkrétní důkazy o rozsahu a povaze tohoto problému v českém nemocničním prostředí.

První výzkumná otázka se tázala na to, jak své potřeby hodnotí pacienti a jak je hodnotí sestry. Z dat vyplývá, že pacienti mají tendenci hodnotit své psychosociální a praktické problémy jako závažnější, než jak je hodnotí sestry. Například u položky "Úzkost" a "Praktické problémy" se často vyskytovaly vysoké hodnoty (3 nebo 4) na straně pacientů, zatímco sestry volily spíše nižší hodnoty. Pacienti tedy jasně vnímají tyto "neviditelné" aspekty nemoci jako velmi zatěžující. Jejich hodnocení je založeno na přímém, existenciálním prožitku. Naopak vykazují tendenci k podhodnocování těchto subjektivních potíží a zároveň k přesnějšímu hodnocení fyzických symptomů. Jejich hodnocení je zprostředkované, založené na pozorování, krátkých interakcích a ošetrovatelské dokumentaci. Zdá se, že v systému, který prioritizuje měřitelné a viditelné výsledky, se jejich pozornost přirozeně upíná k fyzické stránce péče, zatímco psychosociální rozměr zůstává v pozadí. Marková (2010) ve své práci popisuje velmi nízkou úspěšnost u hodnocení potřeb pacientů s depresemi, úzkostí, či jinými psychickými symptomy (20 %). Tento fenomén, kdy se personál zaměřuje na "úkoly" (task-focused care) na úkor péče zaměřené na člověka (person-centred care), popisuje například Sharp et al. (2017) a výsledky této práce jej silně podporují.

Druhá výzkumná otázka se zabývala mírou shody v odpovědích mezi sestrami a pacienty. Nejvyšší míra shody byla pomocí váženého kappa koeficientu zjištěna u položek „Zvracení“ a „Nevolnost“, vysoká míra shody byla také u položek „Bolest“ a „Dušnost“. Marková (2010) tvrdí, že sestry se často zaměřují pouze na fyzické potřeby a nedokáží dobře vnímat a saturovat ostatní potřeby. Ve své publikaci poukazuje na to, že úspěšnost správné identifikace potřeb pacientů je jen ze 40 %. U pacientů s psychickými symptomy, jako je například úzkost, je to jen 20 % (Marková, 2010). Zjištěné nižší hodnoty kappa koeficientu v této práci v oblasti položek týkajících se psychického stavu nebo subjektivního prožívání její tvrzení potvrzují. Nejvyšší míra shody byla jednoznačně identifikována u položky „Zvracení“, kde se hodnocení pacienta a sestry shodovalo v neuvěřitelných 98 % případů (49 z 50 dvojic). Podobně vysokou shodu, byť o něco nižší, vykazaly i další fyzické symptomy jako „Nevolnost“ (76 % shoda), „Zácpa“ (64 % shoda) a „Dušnost“ (62 % shoda). Vysoká míra shody v těchto oblastech potvrzuje tvrzení Markové (2010), že sestry se ve své praxi primárně a nejčastěji zaměřují na fyzické potřeby pacientů.

Symptomy jako zvracení jsou přímo pozorovatelné a snadno dokumentovatelné. Nevolnost, ačkoliv je subjektivní, je často doprovázena viditelnými projevy a pacienti ji aktivně hlásí, protože přímo narušuje jejich komfort. Tyto symptomy jsou pro pacienty často natolik nepříjemné, že je komunikují jasně a bez okolků, čímž minimalizují prostor pro chybné interpretace.

Zajímavým zjištěním je i poměrně vysoká shoda u položky „Bolest“ (54 %). Ačkoliv je bolest vysoce subjektivní, její systematické sledování jako „páté vitální funkce“ v moderním ošetrovatelství vedlo k tomu, že personál je trénován na její rozpoznávání a hodnocení pomocí různých škál. Přesto i zde existovalo 10 % klinicky významných neshod (rozdíl  $\geq 2$  body), což ukazuje, že ani v této prioritní oblasti není shoda absolutní.

V příkrém kontrastu k fyzickým symptomům stojí položky mapující psychický, sociální a spirituální stav pacienta. Zde výsledky odhalily alarmující míru neshody. Nejnižší shoda v celém výzkumu byla zaznamenána u položky „Cítil jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?“, kde se odpovědi pacienta a sestry shodovaly v pouhých 16 % případů (8 z 50 dvojic). To znamená, že v 84 % případů sestra nedokázala správně odhadnout míru pacientovy úzkosti.

Podobně nízká míra shody byla zjištěna i u položek: *"Cítil jste se depresivně?"* (42 % shoda), *"Cítil někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?"* (48 % shoda), *"Byli jste schopni hovořit se svou rodinou a přáteli..."* (52 % shoda) a *"Pocítujete vnitřní klid?"* (58 % shoda).

Tato zjištění jsou v souladu s prací Kisvetrové et al. (2018), kteří tvrdí, že psychosociální a spirituální potřeby pacientů jsou v nemocničním prostředí často nedostatečně saturovány. Důvody této masivní diskrepance jsou pravděpodobně multifaktoriální. Úzkost, deprese či nedostatek vnitřního klidu nejsou přímo viditelné. Jejich existence a intenzita závisí výhradně na pacientově prožívání a ochotě je sdílet. Pacienti se mohou zdráhat mluvit o těchto pocitech ze strachu ze stigmatizace, z obavy, že budou považováni za "obtížné", nebo jednoduše proto, že necítí ze strany personálu dostatečný zájem či prostor pro takový rozhovor. Vytížený nemocniční provoz často neposkytuje sestřím dostatek času na hlubší, empatické rozhovory, které jsou pro odhalení těchto potřeb nezbytné. Systém je primárně nastaven na řešení fyzických problémů. Jak naznačují i zahraniční studie (Kisvetrová et al., 2018; Sharp et al. 2017), zdravotnický personál nemusí mít dostatečné vzdělání a trénink v oblasti rozpoznávání a managementu psychického distresu.

Shoda a těsnost vztahu jsou vysoké u pozorovatelných, rutinně sledovaných fyzických potíží. Naopak u subjektivních, niterných, psychosociálních a spirituálních potřeb dochází k rozpadu jakékoli statisticky prokazatelné souvislosti mezi vnímáním pacienta a vnímáním sestry.

Třetí výzkumná otázka zkoumá, v jakých položkách jsou nejčastější rozdíly a shody v odpovědích pacientů a pečujících sester. Nejčastější shoda v odpovědích mezi skupinami respondentů byla zjištěna v položce *„Zvracení“* (98 %). Toto zjištění odpovídá i tvrzení Markové z předešlého odstavce (Marková, 2010). Zajímavé bylo zjištění, že druhou položkou dotazníku s největší shodou byla položka *„Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít“* (80 %). Na nutnost správné identifikace, hodnocení, respektování a uspokojování individuálních potřeb pacientů upozorňuje Bužgová et. al (2018), zároveň poukazuje na význam identifikace oblastí, které mohou být pro pacienty velmi důležité a potřebovali by v nich naši podporu. Krátká (2018) se ve své publikaci odkazuje na důležitost individuálního přizpůsobení se potřebám pacienta a respektování jeho autonomie. Kisvetrová et al. (2018) zkoumají ve své práci spirituální pohodlí pacienta a tvrdí, že psychosociální potřeby jsou nedostatečně saturovány. Podobné výsledky potvrzuje šetření této práce, kdy největší neshoda s rozdílem 4 bodů se objevovala v položkách *„Cítili jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?“* a *„Byly řešeny praktické problémy vyplývající z vašeho onemocnění?“*. Ačkoliv se tento

extrémní rozdíl vyskytl "jen" u 6 % souboru (3 dvojice u každé položky), jeho samotná existence je alarmující. Znamená to, že zatímco pacient vnímal svou situaci jako absolutně nesnesitelnou nebo problém jako zcela neřešený (hodnota 4), sestra ji vnímala jako zcela bezproblémovou (hodnota 0), nebo naopak. Deshpande (2011) v této souvislosti upozorňuje na význam hodnocení pacientových potřeb pacientem samotným (PRO), protože žádná technologie ani pozorovatel nedokáže lépe získat informace o pacientovi než pacient samotný. Je zajímavé, že druhá položka s největším rozdílem v odpovědích „*Byly řešeny praktické problémy vyplývající z vašeho onemocnění?*“ (3 případy z 50, 6 %) byla již dříve popsána jako položka s velmi silným pozitivními asociacemi (vztahem dle škály popisující výsledky Spearmanova korelačního koeficientu).

Mnohem častěji se vyskytovaly rozdíly o 3 body. Zdaleka nejčastěji to bylo u položky "*Byly řešeny praktické problémy*" (v 7 případech, 14 %). Pokud sečteme tří- a čtyřbodové rozdíly u této jediné položky, zjistíme, že u v hodnocení toho, jak jsou řešeny pacientovy praktické starosti. Toto je jedno z nejzávažnějších zjištění práce. Praktické problémy (zajištění péče po propuštění, finanční nejistota, sociální dávky, péče o domácnost) představují pro pacienty a jejich rodiny obrovský zdroj stresu. Zjištění, že personál se v pětině případů (10 z 50) zcela mýlí v hodnocení této oblasti, poukazuje na kritický nedostatek v komplexnosti poskytované péče. Sestra může mylně předpokládat, že tyto záležitosti řeší sociální pracovník nebo rodina, a dále se jim nevěnuje, zatímco pro pacienta zůstávají zdrojem drtivé úzkosti.

Zjištěná data potvrzují, že největší percepční propast se nachází v oblastech, které jsou vysoce subjektivní, vyžadují citlivou komunikaci, aktivní naslouchání a často i mezioborovou spolupráci (psycholog, sociální pracovník, kaplan).

Čtvrtá výzkumná otázka se zabývá tím, jaká je těsnost vztahu v hodnocení všeobecné sestry a pacienta pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Velmi silný pozitivní vztah vykazují položky „*Nevolnost*“ (0,78) a „*Byly řešeny praktické problémy*“ (0,78). To značí, že tyto položky jsou spojeny s vyššími hodnotami jiných zkoumaných proměnných. Silný pozitivní vztah s ostatními proměnnými ukazuje položka „*Dušnost*“ (0,62) a „*Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?*“ (0,70). Naopak velmi slabou korelaci vykazuje položka „*Ospalost*“ (0,30) a „*Cítil jste se depresivně*“ (0,20). Je zajímavé, že na rozdíl od otázky na depresi vykazuje otázka na úzkost „*Cítili jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?*“ mírně silný pozitivní vztah (0,61).

Analýza Spearmanova koeficientu (Tabulka č. 2) ukázala středně silné až silné pozitivní korelace u většiny položek. Všechny tyto korelace byly statisticky vysoce významné ( $p < 0,05$ ). To znamená, že pokud pacient hodnotil symptom jako závažnější, sestra jej zpravidla také hodnotila jako závažnější. To potvrzuje, že sestry jsou na tyto projevy citlivé a jejich hodnocení trendově odpovídá pacientovu vnímání.

Překvapivě velmi silná korelace byla nalezena i u položky *"Byly řešeny praktické problémy..."* ( $\rho = 0,776$ ) a *„Dostáváte tolik informací..."* ( $\rho = 0,694$ ). Silná korelace však zde neznamena shodu. Může spíše znamenat, že sestra i pacient si jsou vědomi, že problém existuje (nebo neexistuje), ale jejich hodnocení se dramaticky liší. Například: pacient může problém hodnotit jako "vůbec neřešený" (4), sestra jako "částečně řešený" (2). Trend je stejný (problém existuje), ale absolutní hodnocení se liší o dva body. To znamená, že vysoká korelace může maskovat nízkou klinickou shodu.

Naopak, nejnižší a statisticky nevýznamné korelace byly zjištěny u položek, které mapují nejnítěrnější prožívání. Absence korelace zde znamená, že hodnocení sestry vůbec nesouviselo s hodnocením pacienta. Míra deprese či vnitřního klidu, jak ji vnímal pacient, neměla žádný statisticky prokazatelný vliv na to, jak ji odhadla sestra. Jejich hodnocení byla v podstatě náhodná a vzájemně nezávislá. Toto je silný důkaz o naprostém "odpojení" vnímání v těchto citlivých oblastech.

Zvolený kvantitativní průzkum s využitím dotazníku IPOS přinesl nové zkušenosti a otevřel nové možnosti pro hodnocení potřeb pacientů, které dosud sestry respondentky nevyužívaly. Zájem o zapojení se do výzkumného šetření byl veliký ze strany všeobecných sester i ze strany pacientů. Žádný z respondentů účast neodmítl, podařilo se zajistit stoprocentní návratnost dotazníků. Mnoho pacientů dokonce vyjádřilo nadšení, protože průzkum poskytl prostor pro vyjádření symptomů či potřeb, na které pacienti nejsou v běžné praxi dotazováni, a dalším důvodem byl pocit, že jsou součástí šetření, které by mohlo být přínosné pro praxi. Vyplňování dotazníku nabídlo pacientovi prostor pro vyjádření, jak své potřeby vnímá a jakou důležitost přikládá jejich řešení. Zjištěné údaje nabízejí sestře lepší porozumění pacientovi a jeho potřebám. Po ukončení dotazníkového šetření se pacienti dotazovali, zda budou výsledky průzkumu dostupné a zda se bude šetření opakovat. Všeobecné sestry byly po ukončení šetření často překvapeny, jak se lišily v odpovědích v porovnání s pacienty a chtěly šetření později opakovat. Některé sestry uváděly skutečnost, že nad několika položkami z dotazníku se nikdy nezamýšlely.

Bužgová (2015) uvádí, že potřeby pacientů se v průběhu jejich onemocnění často mění. Z tohoto důvodu je dotazník IPOS vhodný pro využití k hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči. Opakované použití tohoto měřicího nástroje poskytuje možnost adekvátně reagovat na potřeby a sledovat účinnost a efekt těchto intervencí (Sláma, 2022). Všeobecné sestry hodnotily dotazník IPOS jako časově i administrativně nenáročný.

Výsledky průzkumu ukázaly, že všeobecné sestry vnímají potřeby pacientů rozdílně než pacienti samotní. Tento rozpor potvrzují i zahraniční studie. Sakurai et al. (2021) zjistili, že zdravotníci mají tendenci podhodnocovat psychosociální a spirituální potřeby pacientů ve srovnání s tím, jak je vnímají samotní pacienti. Největší rozdíly byly zaznamenány právě u obtíží, které nejsou zjevné – jako jsou úzkost, strach, potřeba sdílení nebo duchovní zátěž. Sharp et al. (2017) vidí jednu z příčin v tom, že současný model poskytování zdravotní péče mnohdy nepodporuje ošetřovatelství zaměřené na člověka. Efektivita zdravotní péče často stojí proti ideálům individuálního přístupu a holistického hodnocení potřeb, protože tento způsob péče může být časově náročnější. Pečující jsou pak nuceni preferovat segmentovanou, úkolově řízenou péči před komplexním porozuměním pacientovi. Tyto zjištění podporují i práce Kisvetrové et al. (2018) a Bužgové (2015), které upozorňují, že v nemocničním prostředí bývají psychosociální a spirituální potřeby pacientů často opomíjeny. V českém prostředí je výzkum zaměřený na porovnávání vnímání potřeb pacientem a zdravotníkem zatím minimální. Je proto na místě posilovat vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti hodnocení patientských potřeb a využívání standardizovaných nástrojů, jako je IPOS, které mohou tyto rozdíly pomoci lépe identifikovat a překlenout.

#### **4.1 Propojení s teoretickým rámcem a implikace pro praxi**

Výsledky této práce mají hluboké implikace a rezonují s teoretickými koncepty uvedenými v první části práce. Teorie ošetřovatelství zdůrazňuje bio-psycho-socio-spirituální model péče. Výsledky však ukazují, že v praxi je tento model často redukován na "bio" složku, zatímco ostatní dimenze jsou přehlíženy. Zjištěný rozdíl v hodnocení potřeb pacienta je přímým důkazem selhávání holistického přístupu v každodenní praxi. Zjištění, že hodnocení sester se tak dramaticky liší od prožitku pacienta, podtrhuje argumenty Deshpandeho (2011) o nepřístupnosti přímého vstupu od pacienta. Žádná míra pozorování ani zkušeností nemůže nahradit přímou výpověď pacienta o jeho úzkosti, strachu či praktických problémech. Nástroje jako IPOS, které jsou založeny na PROs, proto nejsou jen "doplňkem", ale měly by být považovány za zásadní součást hodnocení.

Jednorázová anamnéza při přijetí zjevně nestačí. Potřeby pacientů v paliativní péči se mění, jak uvádí Sláma (2022). Pravidelné a systematické používání validovaných nástrojů, jako je IPOS, by mohlo pomoci překlenout zjištěnou percepční propast. Dotazník nutí sestru zamyslet se nad oblastmi, které by jinak mohla přehlédnout, a poskytuje strukturovaný podklad pro rozhovor s pacientem. Jak se ukázalo provedeným šetřením, samotné vyplňování dotazníku bylo pro mnohé pacienty pozitivní zkušeností a pro sestry podnětem k zamyšlení.

Závěry jasně volají po posílení komunikačních dovedností a cíleném vzdělávání sester v oblasti psychosociální a spirituální péče. Nestačí jen vědět, že tyto potřeby existují; je nutné umět je aktivně a citlivě identifikovat, validovat pacientovy pocity a adekvátně na ně reagovat. Je také vhodné mít k dispozici nástroj, který je validizovaný, umět ho používat a zavést ho jako běžnou součást péče o pacienta. Dotazník totiž pomůže zachytit potřeby, které pacient má, ale nekomunikuje o nich nebo je sestra vnímá jinak.

## **4.2 Limity výzkumu**

Za hlavní limity této práce lze považovat nízký počet respondentů (50 pacientů, 50 všeobecných sester). Výsledky tedy nelze zobecnit na celou populaci. Dalším limitem je sběr dat pouze na jednom pracovišti. Kultura, organizace práce a personální složení tohoto konkrétního pracoviště mohly ovlivnit výsledky. V jiných zařízeních (např. v hospicích, na onkologických odděleních) by mohly být výsledky odlišné. Zároveň zjištěné výsledky této práce jsou v souladu se zahraničními studiemi, takže potvrzují pozorované trendy v této oblasti. Samotná skutečnost, že respondenti věděli, že jsou zapojeni do výzkumného šetření, mohla ovlivnit odpovědi respondentů (sestry se mohly snažit hodnotit "lépe" a pacienti mohli být otevřenější, než by byli za normálních okolností).

## **4.3 Omezení a úskalí použití IPOS**

Přestože je IPOS považován za univerzálně použitelný nástroj pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči, jeho využití se setkává s určitými limity. Jedním z nich je časová náročnost při opakovaném použití v rychlém nemocničním provozu. Přestože dotazník trvá jen několik minut, v prostředí s nedostatkem personálu může být jeho pravidelné vyplňování vnímáno jako zátěž. Za další limit může být považována nutnost správné interpretace odpovědí, zejména v oblasti spirituálních nebo komunikačních potřeb, kde může docházet k výrazným kulturním i individuálním odlišnostem. Pro správné pochopení některých otázek je důležitá adekvátní jazyková a kulturní adaptace dotazníku.

Zásadní roli při implementaci IPOS sehrává vzdělání zdravotnického personálu. Výzkumy ukazují, že nedostatek školení vede k podhodnocení méně viditelných potřeb, zejména psychosociálních a spirituálních. Pokud sestry a další zdravotníci nepochopí význam jednotlivých položek dotazníku, může být jeho vyplňování formální a málo přínosné.

Značné úskalí může způsobovat i použití IPOS u pacientů s kognitivním deficitem, kteří nemusí být schopni sami odpovědět. V těchto případech je nezbytné využívat verzi dotazníku určenou pro personál či blízké osoby, což však přináší riziko zkreslení vnímání potřeb pacienta.

Přes uvedená omezení představuje IPOS cenný nástroj pro zlepšování kvality péče, pokud je používán informovaně, s respektem k individualitě pacienta a v kontextu dobře fungujícího multidisciplinárního týmu.

#### **4.4 Doporučení pro praxi a další výzkum**

Přínosem pro klinickou praxi by mohla být implementace systematického používání dotazníku IPOS (nebo podobného validovaného nástroje) do rutinní praxe na odděleních pečujících o pacienty s potřebou paliativní péče. Jeho použití by mělo být pravidelné (např. jednou týdně) a mělo by sloužit jako podklad pro ošetrovatelské plánování. Podpora otevřené komunikace může poskytovat pacientům i sestřám čas a prostor pro projednávání i jiných než jen fyzických problémů. Nabízí se zde zavedení cílených vzdělávacích programů pro sestry zaměřené na rozpoznávání a management psychosociálních a spirituálních potřeb, vedení citlivých rozhovorů a efektivní komunikaci o tématech, jako je úzkost, deprese a existenciální distres. To může zahrnovat změny v organizaci práce, aby sestry měly vyhrazený čas na rozhovory s pacienty. V neposlední řadě by měly být sestry aktivně podporovány v posílení mezioborové spolupráce, aby rozpoznaly, kdy je nutno zapojit do péče psychology, sociálními pracovníky a kaplany tak, aby zvýšily kvalitu poskytované péče.

Na základě výsledků této práce lze uvést několik doporučení pro další výzkum. Nabízí se provést šetření na větším vzorku respondentů (více center, různé typy oddělení), aby se ověřila platnost zjištění. Získaná data z šetření u většího vzorku respondentů na různých pracovištích by poskytla širší přehled o úrovni hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči napříč Českou republikou.

Dále by bylo vhodné provést kvalitativní studii, která by do hloubky prozkoumala příčiny zjištěných rozdílů z pohledu sester i pacientů. Realizací intervenční studie, lze ověřit,

zda zavedení systematického používání IPOS a následného vzdělávání personálu skutečně vede ke snížení percepční propasti a zlepšení kvality péče. V neposlední řadě by bylo zajímavé zaměřit se na specifické podskupiny pacientů (např. dle diagnózy, věku, sociálního zázemí)

a zkoumat, zda se u nich míra diskrepance v hodnocení liší.

#### **4.5 Srovnání s jinými studii využívajícími dotazník IPOS**

Přestože je téma porovnání vnímání potřeb pacientů a zdravotnického personálu v zahraničí poměrně intenzivně zkoumáno, v českém nemocničním prostředí se jedná o oblast dosud málo probádanou. Tato diplomová práce přispívá k vyplnění této mezery a její výsledky jsou v souladu se zahraničními studii, které opakovaně potvrzují, že zdravotnický personál má tendenci systematicky podhodnocovat intenzitu subjektivních symptomů a psychického distresu pacientů.

Využití dotazníku IPOS umožňuje nejen identifikaci potřeb pacientů, ale také porovnání jejich vnímání s hodnocením zdravotnického personálu. Tato dvojí perspektiva je klíčová pro hodnocení kvality péče a pro efektivní fungování multidisciplinárního týmu. Výzkumy ukazují, že právě v oblastech, které nejsou objektivně měřitelné – jako jsou psychologické, spirituální či komunikační potřeby – dochází k největším rozdílům mezi hodnocením pacientů a personálu.

Například studie Murtagh et al. (2019), která porovnávala odpovědi 376 pacientů a 161 zdravotníků, zjistila středně silnou až silnou shodu u fyzických symptomů, jako je bolest ( $\kappa = 0,72$ ), dušnost ( $\kappa = 0,82$ ) nebo nevolnost ( $\kappa = 0,63$ ). Naopak psychické a spirituální potřeby vykazovaly nízkou míru shody – například „vnitřní klid“ ( $\kappa = 0,26$ ) nebo informovanost pacienta ( $\kappa = 0,02-0,13$ ). Tyto výsledky se velmi podobají zjištěním této práce, kde rovněž dominovala vyšší shoda u fyzických položek a nižší korelace u položek psychických a spirituálních.

Podobné trendy byly zaznamenány i v dalších mezinárodních studiích. Například thajská validace IPOS (Srithong, 2018) a japonská verze IPOS-Staff (Takamiya et al., 2019) potvrzují vysokou shodu v hodnocení fyzických symptomů (např. nevolnost ICC = 0,826), ale nízkou shodu v psychických a spirituálních oblastech, kde korelační koeficienty často nedosahovaly hranice statistické významnosti.

Korejská multicentrická studie (Kim et al., 2024) uvádí podobné závěry – fyzické symptomy jako bolest nebo dušnost měly relativně vysokou shodu ( $ICC = 0,65-0,73$ ), zatímco psychické symptomy jako úzkost, smutek a neklid byly pacienti hodnoceny jako závažnější než zdravotníky.

Zajímavý pohled nabízí také studie Addington-Hall et al. (2015), která ukázala, že rodinní pečující vykazovali v některých oblastech, zejména emocionálních a existenciálních, vyšší shodu s pacienty než profesionální personál. To může být relevantní i pro český kontext, kde rodina často sehrává klíčovou roli v péči o pacienty v závěrečných fázích života.

Výsledky ze singapurské studie (Tan et al., 2022) rovněž potvrzují, že oblast komunikace o emocích a praktických otázkách je jednou z nejméně konzistentně hodnocených mezi pacienty a personálem, a to i přes různá kulturní prostředí a jazykové verze dotazníku.

V České republice byla validita IPOS potvrzena studií Vlčkové a Loučky (2020), která prokázala dobrou vnitřní konzistenci a spolehlivost české verze nástroje. Ačkoliv tato studie přímo neporovnávala odpovědi pacientů a zdravotníků, potvrzuje vhodnost nástroje pro české kulturní a klinické prostředí.

Syntéza všech uvedených zjištění – zahraničních i této práce – ukazuje, že hodnocení fyzických symptomů, které jsou lépe pozorovatelné a snadněji verbalizovatelné, vykazuje vyšší shodu mezi pacientem a personálem. Naopak psychické, sociální a spirituální potřeby zůstávají často nerozpoznány, což představuje výzvu pro poskytovatele paliativní péče.

Tyto výsledky podtrhují důležitost systematického a citlivého přístupu k hodnocení méně zjevných aspektů pacientova prožívání, ideálně s využitím validovaných nástrojů, jako je IPOS. Zároveň naznačují potřebu dalšího vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti identifikace subjektivních potřeb a efektivní komunikace s pacienty.

## 5 ZÁVĚR

Hodnocení potřeb pacientů je neustále se rozvíjející oblast ošetrovatelství. Odborná společnost se shoduje, že potřeby pacientů se neustále mění a je tedy důležité umět tyto potřeby rozpoznat a následně uspokojovat. Paliativní péče klade vysoké nároky na vědomosti, zkušenosti a dovednosti sester. Cílem práce bylo zjistit, zda sestry vnímají potřeby pacienta rozdílně či stejně jako pacient, tedy porovnání rozdílů v hodnocení potřeb pacientů pacienty samotnými a pečujícími všeobecnými či praktickými sestrami. V teoretické části byly popsány kapitoly z oblasti ošetrovatelství, potřeb a jejich hodnocení a paliativní péče. V odborné literatuře se nepodařilo vyhledat žádné výzkumné práce, které by porovnávaly hodnocení potřeb mezi pacienty a pečujícími sestrami v paliativní péči v nemocničním prostředí. V praktické části byly prostřednictvím dotazníku IPOS zkoumány rozdíly v hodnocení potřeb pacientem a pečující všeobecnou či praktickou sestrou. Cílem praktické části bylo zjistit, jaké jsou rozdíly v odpovědích mezi pacientem a pečující sestrou v hodnocení potřeb pacienta. Dílčími cíli bylo zjistit, jak hodnotí pacienti své potřeby a zjistit, jak hodnotí potřeby pacientů sestry.

Ukázalo se, že dotazník IPOS, který byl zvolen pro tuto diplomovou práci, je jedním z nástrojů, který je pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v nemocničním prostředí užitečný. Dotazník umožňuje pacientům vyjádřit přítomnost bio-psycho-socio-spirituálních potřeb a zhodnotit, do jaké míry je tyto potřeby zatěžují. Zaměřuje se fyzické symptomy, které se u pacientů se závažným onemocněním často vyskytují a ovlivňují jejich kvalitu života, zároveň se jedná o symptomy, na které lze zpravidla rychle reagovat a následně zhodnotit efekt ošetrovatelských intervencí (bolest, dušnost, nevolnost a další). Dále se dotazník zaměřuje na oblasti psychických, sociálních) a spirituálních potřeb (strach, obavy, deprese a další). Pacienti v paliativní péči vyžadují komplexní přístup zaměřující se na jedince jako na celek. Využívání tohoto měřicího nástroje v praxi by mohlo přispět k identifikaci a pochopení individuálních potřeb pacientů, a zajistit tak poskytování adekvátní a holistické péče.

Stanovené cíle diplomové práce byly naplněny. Byly porovnány rozdíly ve vnímání potřeb pacienta mezi oběma skupinami respondentů. Bylo zjištěno, že sestry vnímají potřeby pacientů rozdílně než pacienti samotní.

Máme za to, že výsledky práce jsou pro praxi přínosné. Výsledky totiž ukazují, že sestry a pacienti vnímají potřeby pacientů odlišně, zejména v psychologické, sociální a spirituální

oblasti. Práce zdůrazňuje důležitost použití objektivních a standardizovaných hodnotících nástrojů, jako je například IPOS, které mohou sestry vést k lepšímu porozumění a reagování na potřeby pacientů. Předpokladem pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je vzdělání sester. Přínosem pro praxi je zjištění rezerv v hodnocení potřeb pacientů v přímé péči. Nabízí se prostor pro zlepšení v poskytování komplexní ošetrovatelské péče, především prostřednictvím zdokonalení vzdělávání sester v oblasti hodnocení potřeb, zvýšení povědomí o významu paliativní péče a integrace dotazníku IPOS do běžné praxe. Odborné znalosti a dovednosti umožní vhodně zvolit měřicí nástroj pro hodnocení potřeb a zefektivní ošetrovatelské intervence při uspokojování bio-psycho-socio-spirituálních potřeb pacientů.

Potvrdilo se, že využití měřících nástrojů pro hodnocení potřeb je přínosné pro zlepšování kvality života a mělo by být nedílnou součástí praxe nejen v paliativní péči. Výzkumná práce odhalila potřebu integrace paliativní péče do praxe a vzdělávání sester. To vše by mělo vést k posílení pacient-centrického přístupu ve zdravotnických zařízeních a k celkovému zlepšení kvality života pacientů v nemocničním prostředí.

Výsledky této práce potvrzují, že pro poskytování kvalitní a holistické péče je nezbytné systematicky integrovat validované hodnotící nástroje, jako je IPOS, do běžné klinické praxe. Tyto nástroje by neměly být vnímány jako administrativní zátěž, ale jako esenciální podklad pro plánování péče a pro vedení smysluplného dialogu s pacientem.

Práce jednoznačně potvrdila, že sestry a pacienti vnímají potřeby odlišně. Zjištění rozdílného vnímání potřeb pacienta není kritikou práce sester, ale spíše poukázáním na systémové a komunikační bariéry, které brání plnému porozumění. Závěry této práce tak podtrhují, že klíč k poskytování kvalitní paliativní péče nespočívá pouze ve zvládnutí fyzických symptomů, ale především v ochotě a schopnosti naslouchat a reagovat na pacientem často nevyřčené potřeby.

Závěrem lze konstatovat, že tato diplomová práce na základě rozsáhlé analýzy dat jasně a kvantifikovatelně prokázala existenci závažné propasti mezi tím, jak pacienti v paliativní péči prožívají svou situaci, a tím, jak ji vnímá ošetrující personál. Tato propast je nejhlubší v citlivých oblastech psychického a sociálního prožívání. Práce tak nejen potvrzuje obecné předpoklady, ale přináší konkrétní data, která mohou a měla by sloužit jako silný impuls ke změně v klinické praxi a ve vzdělávání sester. Překlenutí této propasti je nezbytným předpokladem pro naplnění ideálu skutečně komplexní, holistické a na pacienta centrované paliativní péče.

## 6 POUŽITÁ LITERATURA

### 6.1 Knižní publikace

ADDINGTON-HALL, J. M. a I. J. HIGGINSON. Palliative care for non-cancer patients. Oxford: Oxford University Press, 2001. ISBN 0-19-263243-8.

BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I., TREŠLOVÁ, M. *Vztah sestry – lékař*. Brno: NCO NZO, 2010. ISBN: 978-80-7013-526-6.

BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015, s 40-41. ISBN 978-80-247-5402-4

CANDIGLIOTA, Z. *Jak být pacientem v České republice a zachovat si důstojnost: medicínské právo v otázkách a odpovědích*. 2., mírně upr. vyd. Manuály. Brno: Liga lidských práv, 2011. ISBN 978-80-87414-04-0.

CANDIGLIOTA, A., 2011. *Právní a etické aspekty poskytování zdravotní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3604-0.

CLARK, D., ed. *Cicely Saundersová: zakladatelka hospicového hnutí: vybrané dopisy 1959–1999*. Oxford: Oxford University Press, 2007. ISBN 978-0-19-921606-1.

FALLOWFIELD, L. Psychological problems of cancer patients. In: STAHL, S. M. *Psychiatric aspects of general hospital medicine*. New York: Raven Press, 1990. s. 159–178. ISBN 0-88167-612-4.

HOUSKA a kol. *Desatero paliativní péče pro praktické lékaře*. [Praha]: Centrum paliativní péče, 2018. ISBN 978-80-906109-9-6.

KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-80-88126-54/6.

KLÍMOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Management zdravotnických služeb*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2019, s. 135-139. ISBN 978-80-7394-777-4.

KLÍMOVÁ, H. a BRABCOVÁ, D., 2019. *Ošetrovatelská péče v paliativní medicíně*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1729-4.

KOZÁKOVÁ, R. *Podpůrná a paliativní péče u pacientů s Parkinsonovou nemocí*. Praha: Grada Publishing, 2020, s. 44. ISBN 978-80-271-2896-9.

KRÁTKÁ, A. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi*. Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2018. První vydání. ISBN 978-80-7454-764-5.

MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. S. 19–20. ISBN 978-80-247-3171-1.

NIEDERMANN, E., PFLUGSHAUPT, C., RÜEGGER, H., SCHÄR, B. *Paliativní péče: úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2016. ISBN isbn:978-80-906320-3-5.

NOVOTNÁ, H., KALA, M. *Hodnocení potřeb pacientů s chronickým srdečním selháním v paliativní péči*. In: BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L. *SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ z X. mezinárodního symposia ošetrovatelství*. Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2016, s. 160-165. ISBN 978-80-7464-826-7.

PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0888-6.

PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011, s. 88-89. ISBN 978-80-247-3558-0.

SKÁLA, B. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011]*. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, c2011. ISBN isbn:978-80-86998-51-0.

SLÁMA, O., KABELKA, L., et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, [2022], s. 26. ISBN 978-80-7492-627-3.

ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011, s. 12. ISBN 978-80-247-3223-7.

TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.

TÓTHOVÁ, V., HELLEROVÁ, V. *Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelství*. Praha: NLN, 2021. ISBN 978-80-7422-817-9.

VÖRÖSOVÁ, G., SOLGAJOVÁ, A., ARCHALOUSOVÁ, A. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015, s. 208. ISBN 978-80-247-5538-0.

## 6.2 Odborné články

ADDINGTON-HALL, Julia M. a Irene J. HIGGINSON. *Family caregivers' perceptions of end-of-life care in different settings*. Palliative Medicine, 2015, 29(9), 774–783.

AJIBADE, B. *Assessing the patient's needs and planning effective care*. British Journal of Nursing. London, 2021. Nov 11;30(20):1166-1171. doi: 10.12968/bjon.2021.30.20.1166. PMID: 34761986. Dostupné z: <https://www.britishjournalofnursing.com/content/clinical/assessing-the-patients-needs-and-planning-effective-care>

ANTUNES, B., FERREIRA, P.L. *Validation and cultural adaptation of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) for the Portuguese population*. BMC Palliat Care. 2020 Nov 24;19(1):178. doi: 10.1186/s12904-020-00685-z. PMID: 33234116; PMCID: PMC7687758.

BALBONI, T. A., et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. Journal of Clinical Oncology, 2010, 28(3), 445–452. ISSN 0732-183X. DOI: 10.1200/JCO.2009.24.8005.

BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H. *Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou*. Kontakt [online]. 2010, XII, č. 1. ISSN 1804-7122.

BECK, I., TÖRNQUIST, K., GRUVEBÄCK, A., RASMUSSEN, B. H., ULRIKA O. *Nurses' experiences of using the integrated palliative care outcome scale with patients in specialized palliative care—A qualitative focus group study*. Nursing Open, 10(12), 7639-7649. Online. 2023. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1002/nop2.2004>.

BREITBART, W. Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. Supportive Care in Cancer, 2002, 10(4), 272–280. ISSN 0941-4355. DOI: 10.1007/s005200100289.

BUŽGOVÁ, R., MACHÁČKOVÁ, G., PRAŽÁKOVÁ, V. *Hodnocení potřeb rodinných příslušníků v paliativní péči. [Assessment of needs of family members in palliative care]*. Kontakt, 15(1), 29. Online. 2013. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.32725/kont.2013.005>.

BUŽGOVÁ, R. a kol. *Neuropaliativní a rehabilitační péče u pacientů v pokročilé fázi progresivních neurologických onemocnění. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2018, roč. 81, č. 1, s. 17-23. ISSN 1802-4041

BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L., R. KOZÁKOVÁ a D. JAROŠOVÁ. *Hodnoticí nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči*. Solen Medical Education. *Onkologie* [online]. Olomouc: Solen, 2013,7(6), 310-314 [cit. 2022-04-19]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/>

COHEN, S. R., MOUNT, B. M., STROBEL, M. G. a BUI, F., 1995. The McGill Quality of Life Questionnaire: A measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary validation study. *Palliative Medicine*, 9(3), 207–219. DOI: 10.1177/026921639500900306.

DESHPANDE, P. R., RAJAN, S., SUDEEPTHI, B., ABDUL NAZIR, C.P. *Patient-reported outcomes: A new era in clinical research*. Online. *Perspectives in Clinical Research*. 2011, roč. 2, č. 4. ISSN 2229-3485. Dostupné z: <https://doi.org/10.4103/2229-3485.86879>. [cit. 2024-03-03].

DUROJAIYE, A., RYAN, R., DOODY, O. *Studentské vzdělávání sester a příprava na paliativní péči: Přehled rozsahu*. 2023. 3. července; 18(7):e0286678. DOI: 10.1371/journal.pone.0286678. PMID: 37399170; PMCID: PMC10317240.

EDELEN, M.O., ZENG, C., HAYS, R.D., RODRIGUEZ, A., HANMER, J., BAUMHAUER, J., CELLA, D., REEVE, B., HERMAN, P.M. *Development of an ultra-short measure of eight domains of health-related quality of life for research and clinical care: the patient-reported outcomes measurement information system, PROMIS-16 profile*. *Qual Life Res*. 2024. Feb 6. Dostupné z: doi: 10.1007/s11136-023-03597-6.

ERIKSON, M. G., ERIKSON, M. *Learning outcomes and critical thinking – good intentions in conflict*. Online. *Studies in Higher Education*. 2019, roč. 44, č. 12, s. 2293-2303. ISSN 0307-5079. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/03075079.2018.1486813>. [cit. 2024-03-17].

GOMES, B., CALANZANI, N., GYSELS, M., HALL, S. a HIGGINSON, I. J., 2013. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: A systematic review. *BMC Palliative Care*, 12(1), 7. DOI: 10.1186/1472-684X-12-7.

GROCHOWICKA, M., REYSNER, M., LEPPERT, W., KOWALSKI, G., KROPIŃSKA, S. et al. *Integrated Palliative Care Outcomes Scale (IPOS): a review of the literature and studies*

on its use in patients with different conditions. Online. *Palliative Medicine in Practice*. ISSN 2545-1359. Dostupné z: <https://doi.org/10.5603/pmp.100293>. [cit. 2025-03-25].

HAJNOVÁ, E., et al. *Hodnocení spirituálních potřeb u pacientů s onkologickým onemocněním: pilotní studie*. Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 2013, 4.4: 708-714.

HAMATANI, Y., IHUCHI, M., IKEYAMA, Y., KUNUGIDA, A., OGAWA, M., YASUDA, N., AKAO, M. *Comprehensive symptom assessment using integrated palliative care outcome scale in hospitalized heart failure patients*. *ESC Heart Failure*, 9(3), 1963-1975. Online. 2022. Dostupné z: [doi:https://doi.org/10.1002/ehf2.13907](https://doi.org/10.1002/ehf2.13907).

HEALE, R., RIECK BUCKLEY, C. *Mezinárodní perspektiva pokročilé regulace ošetrovatelství*. *Int Nurs Rev*. 2015 září; 62(3):421-9. DOI: 10.1111/inr.12193. EPUB 2015 Červen 8. PMID: 26058446.

HÖHBERG, C., ALVARIZA, A., BECK, I. *Patients' experiences of using the integrated palliative care outcome scale for a person-centered care: A qualitative study in the specialized palliative home-care context*. *Nursing Inquiry*, 26(4). 2019. Dostupné z: [doi:https://doi.org/10.1111/nin.12297](https://doi.org/10.1111/nin.12297).

CHERNY, N. I. a L., RADBRUCH. European Society of Medical Oncology (ESMO) guidelines for pain management in cancer patients. *Annals of Oncology*. 2015, 26(suppl\_5), v131–v137. DOI: 10.1093/annonc/mdv252

KADOVIĆ, M., ČORLUKA S., DOKUZOVIĆ, S. *Hodnocení sester versus sebehodnocení pooperační bolesti pacienty: znalosti a dovednosti sester pro efektivní léčbu bolesti*. *Int J Environ Res Veřejné zdraví*. 2023 28. dubna; 20(9):5678. DOI: 10.3390/ijerph20095678. PMID: 37174196; PMCID: PMC10178430.

KISVETROVÁ, H., VÉVODOVÁ, Š., ŠKOLOUDÍK, D. *Comfort-Supporting Nursing Activities for End-of-Life Patients in an Institutionalized Environment*. *J Nurs Scholarsh*. 2018 Mar;50(2):126-133. Dostupné z: [doi: 10.1111/jnu.12341](https://doi.org/10.1111/jnu.12341). Epub 2017 Sep 4. PMID: 28869697.

KŘEMENOVÁ, Z., VLČKOVÁ, K. *Translation, cultural adaptation, and validation of the integrated palliative outcome scale-renal (IPOS-r) to czech*. *BMC Palliative Care*, 21, 1-10. 2022. Dostupné z: [doi:https://doi.org/10.1186/s12904-022-01044-w](https://doi.org/10.1186/s12904-022-01044-w)

LIBOVÁ, L., SOLGAJOVÁ, A., JANKECHOVÁ, M., OTRUBOVÁ, J., BALKOVÁ, H. *Hodnotiace nástroje a ich využívanie u seniorov: Evaluation of the instrument and their use in seniors*. Zdravotnícke listy: vedecký recenzovaný časopis. 2018, roč. 6, č. 1, s. 33-39. ISSN 1339-3022.

Ljungbeck B, Sjögren Forss K, Finnbogadóttir H, Carlson E. Obsah ve vzdělávání praktických sester - přehled rozsahu. Zdravotní sestra dnes educ. 2021 Březen;98:104650. DOI: 10.1016/j.nedt.2020.104650. EPUB 2020 11. listopadu. PMID: 33203544.

MACKAY, M., GLYNN, D., MCVEY, C., RISSMILLER, P. *Rezidenční programy praktických sester a přechod do praxe*. Nurs fórum. 2018 duben; 53(2):156-160. DOI: 10.1111/nuf.12237. EPUB 2017 Říjen 27. PMID: 29076545.

MCCARTHY, S. A., JENN, N. CH., LENG, C. CH. K., HAMZAH, E. *What are the experiences and needs of patients and carers receiving community palliative care in Malaysia? A qualitative study*. Online. Progress in Palliative Care. 2016, VOL. 24, NO. 2. Dostupné z: <https://doi.org/DOI 10.1179/1743291X14Y.0000000099>. [cit. 2023-12-23].

McCAFFREY, N. a ECKERMANN, S., 2000. The role of psycho-social and spiritual care in advanced illness. Journal of Pain and Symptom Management, 39(5), 813–820. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2009.09.020.

MELNYK, B.M., FINEOUT-OVERHOLT, E., STILLWELL, S.B., WILLIAMSON, K.M. *Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice*. Am J Nurs. 2010 Jan;110(1):51-3. doi: 10.1097/01.NAJ.0000366056.06605.d2. PMID: 20032669.

MURTAGH, F. E. et al. *A brief, patient – and proxy-reported outcome measure in advanced illness: Validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS)*. Palliative Medicine. 2019, Vol. 33(8), roč. Original Article, s. 1045–1057, <https://doi.org/10.1177/0269216319854>.

MURTAGH, F. E. M. et al. *How well do palliative outcome measures capture individual needs?*. Palliative Medicine, 2019, 33(9), 1070–1079. DOI: 10.1177/0269216319854264

PAREHK DE CAMPOS, A., LEVOY, K., PANDEY, S., WISNIEWSKI, R., DIMAURO, P., FERRELL, BR., ROSA, W.E. *Integrace paliativní péče do ošetrovatelské péče*. Am J Nurs. 2022 1. listopadu; 122(11):40-45. doi: 10.1097/01.NAJ.0000897124.77291.7d. PMID: 36261904; PMCID: PMC9889110.

PIJL-ZIEBER, E. M., BARTON, S., KONKIN, J., AWOSOGA, O., CAINE, V. *Competence and competency-based nursing education: Finding our way through the issues*. Online. Nurse Education Today. 2014, roč. 34, č. 5, s. 676-678. ISSN 02606917. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.09.007>. [cit. 2024-03-17].

PROŠKOVÁ, E. *Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků*. Florence. 2010, roč. 6, č. 10. ISSN 1801-464X.

PULCINI, J., JELIC, M., GUL, R., LOKE, A.Y. *Mezinárodní průzkum o pokročilém praktickém ošetrovatelském vzdělávání, praxi a regulaci*. J Nurs Scholarsh. 2010 březen; 42(1):31-9. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2009.01322.x. PMID: 20487184.

RAJ, R., AHUJA, K., FRANDBSEN, M., MURTAGH, F., JOSE, M. *Validation of the IPOS-Renal Symptom Survey in Advanced Kidney Disease: A Cross-sectional Study*. J Pain Symptom Manage. 2018 Aug;56(2):281-287. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.04.006. Epub 2018 May 2. PMID: 29729346.

SAKURAI, Hisayoshi, et al. *Validity and reliability of the Japanese version of the Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS-J)(IPOS-Staff version)\**. Palliation & Support Care, 2021, 19(6), 702-708. DOI: 10.1017/S1478951521000018. [link.springer.com+4pubmed.ncbi.nlm.nih.gov+4pubmed.ncbi.nlm.nih.gov+4](https://link.springer.com+4pubmed.ncbi.nlm.nih.gov+4pubmed.ncbi.nlm.nih.gov+4)

SAKURAI, T., MIURA, T., OYA, Y., aj. *Validation of the Japanese version of the Integrated Palliative care Outcome Scale-Staff version (IPOS-Staff)*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2021, 61(2), 304–311. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.09.024

SEPÚLVEDA, C., MARLIN, A., YOSHIDA, T., ULLRICH, A. *Paliativní péče: globální perspektiva Světové zdravotnické organizace*. J Symptomy bolesti zvládnout. srpen 2002; 24(2):91-6. DOI: 10.1016/s0885-3924(02)00440-2. PMID: 12231124.

SCHALLMO, D. et al. *Holistická digitalizace: strategie, transformace a Implementace*. RESEARCHGATE. Online. 2021. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/356695507\\_Holistic\\_Digitalization\\_Strategy\\_Transformation\\_and\\_Implementation](https://www.researchgate.net/publication/356695507_Holistic_Digitalization_Strategy_Transformation_and_Implementation). [cit. 2024-03-23].

SHARP, S., MCALLISTER, M., BROADBENT, M. *The tension between person centred and task focused care in an acute surgical setting: A critical ethnography*. Online. Collegian.

2018, roč. 25, č. 1, s. 11-17. ISSN 13227696. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.02.002>. [cit. 2024-03-19].

SRITHONG, W. et al. Validation of the Thai version of the Integrated Palliative Outcome Scale (IPOS). *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018, 56(5), 784–792.e1. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2018.07.011.

SZELIGA, M., KOTLIŃSKA-LEMIESZEK, A., JAGIELSKI, P., JAROSZEWSKI, W., KUŹMICZ, I., STACHNIK, K., aj. Psychometric validation and cross-cultural adaptation of the Integrated Palliative care Outcome Scale in Polish (IPOS-Pol). *Palliative & Supportive Care* [online]. 2022, 20(5), 687–693 [cit. 2025-07-31]. ISSN 1478-9515. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1478951521001341>

TAN, H.L., GOH, C., LIM, W.S., aj. Validation of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) in English and Chinese in Singapore. *BMC Palliative Care*, 2022, 21(1), 88. DOI: 10.1186/s12904-022-00944-y

TOPOLOVEC-VRANIC, J., et al. *The interprofessional patient care needs assessment tool (IPPCNAT): Conception and development*. *Journal of Interprofessional Education & Practice*. 2022, roč. 30, March 2023. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2022.100595>.

VLČKOVÁ, K., HOSCHLOVÁ, E., CHROUSTOVÁ, E. et al. *Psychometric properties of the Czech Integrated Palliative Outcome Scale: reliability and content validity analysis*. *BMC Palliat Care* **19**, 39 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00552-x>

VLČKOVÁ, K. a LOUČKA, M. *Validace české verze IPOS*. *BMC Palliative Care*, 2020, 19, 86. DOI: 10.1186/s12904-020-00552-x.

WALLER, A., GIRGIS, A., LECATHELINAIS, C., SCOTT, W., NOHA, L., SIBBRITT, D., CURROW, D., Výzkumný tým programu paliativní péče. *Validita, spolehlivost a klinická proveditelnost nástroje pro hodnocení potřeb u osob s progresivním nádorovým onemocněním*. *Psychoonkologie*. 2010 červenec; 19(7):726-33. DOI: 10.1002/pon.1624. PMID: 19777532.

WHEELER, K.J., MILLER, M., PULCINI, J., GRAY, D., LADD, E., RAYENS, M.K. *Pokročilá praxe ošetrovatelské role, regulace, vzdělávání a praxe: globální studie*. *Ann Glob Zdraví*. 2022 16. června; 88(1):42. DOI: 10.5334/AOGH.3698. PMID: 35755314; PMCID: PMC9205376.

### 6.3 Internetové zdroje

ADDINGTON-HALL, J. et al. *Family caregivers' perceptions of end-of-life care in different settings*. *Palliative Medicine*, 2015, 29(9), 774–783.

AKADEMIE OSOBNÍHO ROZVOJE (APAS). *Co je to kompetence*. Online. Dostupné z: <https://apas.cz/slovnicek-pojmu/kompetence/>. [cit. 2024-03-31].

EDVANS. *Pearsonův korelační koeficient*. 1996. In Maths and stats support centre, Katedra aplikované matematiky, Oddělení aplikované matematiky a informatiky Ekonomicko-správní fakulty Masarykovy univerzity. Online. 2024. Dostupné z: [https://mathstat.econ.muni.cz/media/12657/pear\\_cor.pdf](https://mathstat.econ.muni.cz/media/12657/pear_cor.pdf). [cit. 2024-04-08].

FERRAN, P. N. a POWER, M. J., 1992. Quality of life in severe physical illness—A model for intervention. *Journal of Palliative Care*, 8(3), 56–62. ISSN 0825-8597.

FLORENCE. *Koncepce ošetrovatelství s Alicí Strnadovou*. FLORENCE - Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Online. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2021/3/koncepce-osetrovatelstvi-s-alici-strnadovou/>. [cit. 2024-03-24].

ICN. *Balíčky mezinárodní rady sester*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Online. 2014. Posl. aktual. 13.7.2020 (cit. 2024-03-21). Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/balicky-mezinarodni-rady-sester-icn/>

KIM, Jinseok, KANG, Mijung, KIM, Yujin, aj. Validation of the Korean version of the Integrated Palliative care Outcome Scale (K-IPOS). *BMC Palliative Care*, 2024, 23(1). Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01630-0>

KOLÁŘOVÁ, Z. *Využívání paliativní péče i úhrady rychle narůstají*. *Medical Tribune*. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/vyuzivani-paliativni-pecce-i-uh rady-rychle-narustaji/>. [cit. 2024-04-20].

KVASNIČKOVÁ, V. *Uspokojování spirituálních potřeb z pohledu pacienta*. *Florence-Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Online. 2016. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/7/uspokojovani-spiritualnich-potreb-z-pohledu-pacienta/>. [cit. 2024-04-20].

LANDIS, J. R. a G. G. KOCH. *The measurement of observer agreement for categorical data*. *Biometrics*, 1977, 33(1), 159–174. ISSN 0006-341X. DOI: 10.2307/2529310.

MAZALOVÁ, L. *Kapitoly z výzkumu v ošetrovatelství*. Online. Křížkovského 8, 771 47 Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. ISBN 978-80-244-5085-8. Dostupné z: <https://doi.org/10.5507/fzv.16.24450858>. [cit. 2024-04-05].

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Koncepce ošetrovatelství*. Online. 2021. Dostupné z: [https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce\\_oseetrovatelstvi\\_vestnik\\_6\\_2021.pdf](https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_oseetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf). [cit. 2024-03-27].

Národní zdravotnický informační portál [online]. *Druhy a formy zdravotní péče*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023 [cit. 08.12.2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.

OMELKA, M. *Matematická statistika*. Online. 2022. Dostupné z: [https://www.karlin.mff.cuni.cz/~komarek/vyuka/2022\\_23/nmsa331/ms1.pdf](https://www.karlin.mff.cuni.cz/~komarek/vyuka/2022_23/nmsa331/ms1.pdf).

RADBRUCH, L., PAYNE, S. a THE BOARD OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, 2010. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 17(1), 22–33. ISSN 1352-2779.

*Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Zákony pro lidi, mezinárodní smlouvy*. Online. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2001-96>. [cit. 2024-03-10].

Sestra.org. *Česká asociace sester*. Online. 2012. Dostupné z: [https://sestra.org/%C4%8Cesk%C3%A1\\_asociace\\_sester#:~:text=%C4%8Cesk%C3%A1%20asociace%20sester%20%28zkratka%20%C4%8CAS%29%20je%20odborn%C3%A1%20stavovsk%C3%A1,odborn%C3%A1%20profesn%C3%AD%20organizace%20sester%20a%20jin%C3%BDch%20odborn%C3%BDch%20pracovn%C3%ADk%C5%AF..](https://sestra.org/%C4%8Cesk%C3%A1_asociace_sester#:~:text=%C4%8Cesk%C3%A1%20asociace%20sester%20%28zkratka%20%C4%8CAS%29%20je%20odborn%C3%A1%20stavovsk%C3%A1,odborn%C3%A1%20profesn%C3%AD%20organizace%20sester%20a%20jin%C3%BDch%20odborn%C3%BDch%20pracovn%C3%ADk%C5%AF..) [cit. 2024-03-24].

SRITHONG, W. et al. *Validation of the Thai version of the Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS)*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2018, 56(5), 784–792.e1.

Světová zdravotnická organizace. *Definice paliativní péče podle WHO*. Ženeva: Světová zdravotnická organizace; 2016. Dostupné z: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care> [Google Scholar]

TAKAMIYA, Y. et al. *Reliability and validity of the IPOS–Staff version in Japanese palliative settings*. BMC Palliative Care, 2019, 18(1), 100.

The Nursing & Midwifery Council. *Future nurse: Standards of proficiency for registered nurses*. 2018. Dostupné z: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/standards-of-proficiency/nurses/future-nurse-proficiencies.pdf>. [cit. 2024-03-17].

VÁLKOVÁ, M. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotnických služeb*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2364-hodnoceni-kvality-poskytovanych-zdravotnich-sluzeb>.

VLČKOVÁ, K. a LOUČKA M. *Dotazník pro měření kvality života v paliativní péči: IPOS-Manuál pro použití české verze*. Centrum paliativní péče [online]. Centrum paliativní péče, 2018 [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/>

*Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů*. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 20/2011, s. 482-543. Online. 2022. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>. [cit. 2024-03-21].

WHO. WHOQOL: Measuring Quality of Life. Geneva: World Health Organization, 1997. Dostupné z: <https://www.who.int/tools/whoqol>

WHO. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization, 2018. ISBN 978-92-4-151447-7. Dostupné z: <https://apps.who.int>

*Zákon č. 89/2012 Sb. Zákon občanský zákoník, § 81*. Zákony pro lidi, Sbíрка zákonů. Online. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89?text=81>. [cit. 2024-03-10].

*Zákon č. 101/2000 Sb. Zákon o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů*. Zákony pro lidi, Sbíрка zákonů. Online. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-101>. [cit. 2024-03-24].

*Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. Zákony pro lidi, Sbíрка zákonů. Online. 2011. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. [cit. 2024-03-10].

*Zákon č. 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním*

*zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Zákony pro lidi, Sbírka zákonů. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>. [cit. 2024-03-21].*

## 7 PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník IPOS pro personál list 1 (Centrum paliativní péče, paliativnicentrum.cz).....	88
Příloha B – Dotazník IPOS pro personál list 2 (Centrum paliativní péče, paliativnicentrum.cz).....	89
Příloha C – Dotazník IPOS pro pacienty list 1 (Centrum paliativní péče, paliativnicentrum.cz).....	90
Příloha D – Dotazník IPOS pro pacienty list 2 (Centrum paliativní péče, paliativnicentrum.cz).....	91
Příloha G – Tabulka č. 8 - Celkový přehled shodných odpovědí všech respondentů.....	92
Příloha H – Tabulka č. 9 - Potřeby pacientů vnímané pečujícími sestrami.....	93
Příloha CH – Tabulka č. 10 - Potřeby pacientů vnímané pacienty.....	94

**Příloha A – Dotazník IPOS pro personál list 1 (Centrum paliativní péče - paliativnicentrum.cz)**

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?**

<b>1a.</b>
<b>1b.</b>
<b>1c.</b>

**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"/>

**V posledních třech dnech:**

	Vůbec	Výjimečně	Občas	Většinu času	Pořád
<b>Otázka 3.</b> Cítil/a úzkost nebo obavy ze své nemoci nebo léčby?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Otázka 4.</b> Cítil někdo z její/jeho rodiny úzkost nebo obavy o ní/něj?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Otázka 5.</b> Myslíte si, že se cítil/a depresivně?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Pořád	Většinu času	Občas	Zřídka	Vůbec
<b>Otázka 6.</b> Myslíte si, že pociťuje vnitřní klid?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Otázka 7.</b> Byl pacient schopen hovořit se svou rodinou a přáteli dostatečně o tom, jak se cítí?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Otázka 8.</b> Dostal pacient tolik informací, kolik si přál mít?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Problémy řešeny / žádné problémy	Problémy většinou řešeny	Problémy částečně řešeny	Problémy spíše neřešeny	Problémy vůbec neřešeny
<b>Otázka 9.</b> Byly řešeny praktické problémy (finanční, osobní atd.) vyplývající z jejího/jeho onemocnění?	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/rrrr) 

			/			/			
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--

**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?

<b>1a.</b>
<b>1b.</b>
<b>1c.</b>

**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"/>

**Příloha D** – Dotazník IPOS pro pacienty list 2 (Centrum paliativní péče - paliativnicentrum.cz)

**V posledních třech dnech:**

	Vůbec	Výjimečně	Občas	Většinu času	Pořád
<b>Otázka 3.</b> Cítil/a úzkost nebo obavy ze své nemoci nebo léčby?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Otázka 4.</b> Cítil někdo z její/jeho rodiny úzkost nebo obavy o ní/něj?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Otázka 5.</b> Myslíte si, že se cítil/a depresivně?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Pořád	Většinu času	Občas	Zřídka	Vůbec
<b>Otázka 6.</b> Myslíte si, že pociťuje vnitřní klid?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Otázka 7.</b> Byl pacient schopen hovořit se svou rodinou a přáteli dostatečně o tom, jak se cítí?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Otázka 8.</b> Dostal pacient tolik informací, kolik si přál mít?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Problémy řešeny / žádné problémy	Problémy většinou řešeny	Problémy částečně řešeny	Problémy spíše neřešeny	Problémy vůbec neřešeny
<b>Otázka 9.</b> Byly řešeny praktické problémy (finanční, osobní atd.) vyplývající z jejího/jeho onemocnění?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**Příloha G – Tabulka č. 8 - Celkový přehled shodných odpovědí všech respondentů**  
 (zdroj: vlastní zpracování, 2025)

	Bolest	Dušnost	Slabost či nedostatek energie	Nevolnost	Zvracení	Nechutenství	Zácpa	Bolest či sucho v ústech	Ospalost	Snížená pohyblivost	Cítili jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?	Cítili někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?	Cítili jste se depresivně?	Pocítujete vnitřní klid?	Byli jste schopni hovořit se svou rodinou a přáteli dostatečně o tom, jak se cítíte?	Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?	Byly řešeny praktické problémy (finanční, osobní atd.) vyplývající z vašeho onemocnění?
Pacient	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Sestra	27	31	19	38	49	22	32	30	29	29	8	24	22	29	26	40	29

**Příloha H – Tabulka č. 9 – Potřeby pacientů vnímané pečujícími sestrami**

(zdroj: vlastní zpracování, 2025)

Č. dotazníku	Bolest	Dušnost	Slabost či nedostatek energie	Nevolnost	Zvracení	Nechutenství	Zácpa	Bolest či sucho v ústech	Ospalost	Snížená pohyblivost	Cítili jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?	Cítil někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?	Cítili jste se depresivně?	Pocítujete vnitřní klid?	Byli jste schopni hovořit se svou rodinou a přáteli ....	Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?	Byly řešeny praktické problémy (finanční, osobní atd.) .....
1	1	1	3	2	0	1	0	1	1	3	4	4	2	1	0	0	4
2	3	0	3	0	0	1	0	1	2	3	3	3	2	2	3	1	3
3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0	0	0	1	0
4	2	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	1	0	0	4
5	2	1	2	0	0	1	0	1	1	2	3	4	2	2	1	4	2
6	0	0	2	0	0	1	0	1	0	1	2	3	0	2	1	2	0
7	2	0	1	0	0	1	2	0	2	3	2	2	0	1	1	0	0
8	3	2	3	0	0	1	0	1	1	4	2	0	3	2	3	2	3
9	2	0	1	0	0	1	2	0	2	3	2	2	0	1	1	0	0
10	3	2	3	0	0	1	0	1	1	4	2	0	3	2	3	2	3
11	3	1	2	1	0	1	1	1	0	3	4	3	0	3	3	0	4
12	3	3	3	0	0	0	0	0	0	1	1	4	1	1	0	0	1
13	1	1	3	1	0	2	2	1	1	2	1	3	1	1	0	0	4
14	3	3	3	0	0	0	0	0	0	1	1	4	1	1	0	0	1
15	3	1	3	1	0	3	3	2	0	3	2	4	1	1	0	0	4
16	1	1	3	2	0	1	0	1	1	3	4	4	2	1	0	0	4
17	1	2	2	1	0	1	2	1	0	2	3	3	2	1	0	0	4
18	1	0	2	0	0	2	0	0	0	3	2	3	2	1	1	0	4
19	1	1	2	0	0	1	0	0	1	2	1	3	1	1	0	0	4
20	1	1	3	1	0	0	0	1	0	4	3	3	2	2	1	0	2
21	3	1	2	0	0	1	2	1	0	3	3	3	0	0	0	0	4
22	3	1	2	1	0	1	1	1	0	2	4	4	2	2	0	0	4
23	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0	0	0	1	0
24	1	1	2	0	0	1	0	0	1	2	1	3	1	1	0	0	4
25	1	1	3	2	0	1	0	1	1	3	4	4	2	1	0	0	4
26	3	3	3	0	0	0	0	0	0	1	1	4	1	1	0	0	1
27	3	1	3	1	0	3	3	2	0	3	2	4	1	1	0	0	4
28	1	1	2	0	0	1	0	0	0	2	4	4	1	1	1	0	4
29	3	1	4	1	0	1	1	1	2	3	1	4	0	1	1	0	4
30	1	3	2	0	0	1	0	0	0	0	2	4	2	1	0	0	4
31	3	2	3	0	0	1	0	1	1	4	2	0	3	2	3	2	3
32	2	3	0	0	0	1	1	0	0	3	2	2	1	2	4	1	2
33	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0	0	0	1	0
34	3	0	3	0	0	1	1	0	0	2	4	4	4	4	2	1	4
35	0	0	3	0	0	1	0	0	0	3	4	2	2	1	1	0	4
36	1	1	3	2	0	1	0	1	1	3	4	4	2	1	0	0	4
37	3	0	3	0	0	1	0	1	2	3	3	3	2	2	3	1	3
38	1	1	3	1	0	0	0	1	0	4	3	3	2	2	1	0	2
39	3	1	2	0	0	1	2	1	0	3	3	3	0	0	0	0	4
40	3	1	2	1	0	1	1	1	0	3	4	3	0	3	3	0	4
41	2	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	1	0	0	4
42	2	1	2	0	0	1	0	1	1	2	3	4	2	2	1	4	2
43	1	3	2	0	0	1	0	0	0	0	2	4	2	1	0	0	4
44	1	2	2	1	0	1	2	1	0	2	3	3	2	1	0	0	4
45	0	0	3	0	0	1	0	0	0	3	4	2	2	1	1	0	4
46	2	3	0	0	0	1	1	0	0	3	2	2	1	2	4	1	2
47	1	1	2	1	0	1	1	1	0	2	4	4	2	1	2	0	4
48	1	0	2	0	0	2	0	0	0	3	2	3	2	1	1	0	4
49	1	1	2	0	0	1	0	0	1	2	1	3	1	1	0	0	4
50	1	1	2	0	0	1	0	0	1	2	1	3	1	1	0	0	4

Příloha CH – Tabulka č. 10 – Potřeby pacientů vnímané pacienty

(zdroj: vlastní zpracování, 2025)

Č. dotazníku	Bolest	Dušnost	Slabost či nedostatek energie	Nevolnost	Zvracení	Nechutenství	Zácpa	Bolest či sucho v ústech	Ospalost	Snížená pohyblivost	Cítili jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?	Cítili někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?	Cítili jste se depresivně?	Pocítujete vnitřní klid?	Byli jste schopni hovořit se svou rodinou a přáteli ....	Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?	Byly řešeny praktické problémy (finanční, osobní atd.) ...
1	1	1	3	1	0	1	0	1	1	3	4	4	2	1	0	0	1
2	3	0	2	0	0	2	0	0	2	2	2	2	0	2	2	1	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	1	0
4	2	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	1	0	1	0	0	4
5	3	0	2	0	0	2	0	0	2	2	2	2	0	2	2	1	0
6	3	3	2	1	0	2	0	2	0	2	2	3	2	2	0	1	0
7	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	2	1	1	0
8	2	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	1	2	0	0
9	2	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	1	2	0	0
10	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	2	1	1	0
11	2	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	1	2	0	0
12	1	3	3	0	0	0	0	0	0	2	0	4	0	1	0	0	0
13	2	2	3	2	0	3	4	3	0	2	2	4	2	4	0	0	4
14	1	3	3	0	0	0	0	0	0	2	0	4	0	1	0	0	0
15	3	1	3	1	0	3	4	2	0	2	1	4	1	1	0	0	4
16	1	1	3	1	0	1	0	1	1	3	4	4	2	1	0	0	1
17	1	2	2	1	0	1	2	1	0	2	4	3	1	1	0	0	4
18	0	0	1	0	0	1	0	1	0	3	2	3	2	2	1	0	4
19	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0	1	0	0	4
20	1	0	2	1	0	1	0	1	0	3	3	3	2	3	2	0	2
21	3	1	3	0	0	1	1	1	1	2	2	3	0	0	0	0	4
22	3	1	3	1	0	1	2	1	0	2	4	4	0	0	0	0	4
23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	1	0
24	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0	1	0	0	4
25	3	1	3	1	0	1	2	1	0	3	0	1	0	0	0	0	4
26	1	3	3	0	0	0	0	0	0	2	0	4	0	1	0	0	0
27	3	1	3	1	0	3	4	2	0	2	1	4	1	1	0	0	4
28	2	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	1	0	1	0	0	4
29	2	2	3	2	0	3	4	3	0	2	2	4	2	4	0	0	4
30	1	3	3	0	0	0	0	0	0	2	0	4	0	1	0	0	0
31	2	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	1	2	0	0
32	2	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	1	2	0	0
33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	1	0
34	3	1	3	1	0	3	4	2	0	2	1	4	1	1	0	0	4
35	1	0	2	1	0	1	0	1	0	3	3	3	2	3	2	0	2
36	1	1	3	1	0	1	0	1	1	3	4	4	2	1	0	0	1
37	3	0	2	0	0	2	0	0	2	2	2	2	0	2	2	1	0
38	1	0	2	1	0	1	0	1	0	3	3	3	2	3	2	0	2
39	3	1	3	0	0	1	1	1	1	2	2	3	0	0	0	0	4
40	2	0	3	3	3	3	0	1	1	2	3	4	2	1	1	0	4
41	2	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	1	0	1	0	0	4
42	3	0	2	0	0	2	0	0	2	2	2	2	0	2	2	1	0
43	1	3	3	0	0	0	0	0	0	2	0	4	0	1	0	0	0
44	1	2	2	1	0	1	2	1	0	2	4	3	1	1	0	0	4
45	1	0	2	1	0	1	0	1	0	3	3	3	2	3	2	0	2
46	2	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	1	2	0	0
47	1	1	2	1	0	1	1	1	0	2	2	2	0	1	0	0	4
48	0	0	1	0	0	1	0	1	0	3	2	3	2	2	1	0	4
49	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0	1	0	0	4
50	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0	1	0	0	4