

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2025

Bc. Zuzana Chejnovská

UNIVERZITA PARDUBICE

Fakulta zdravotnických studií

**Vliv onkologického onemocnění na potřeby pacientů
v paliativní péči**

Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Zuzana Chejnovská**
Osobní číslo: **Z23268**
Studijní program: **N0913P360008 Specializace v ošetřovatelství – Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Vliv onkologického onemocnění na potřeby pacientů v paliativní péči**
Téma práce anglicky: **The influence of oncological disease on the needs of patients in palliative care**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

1. BUŽGOVÁ, Radka. *Dotazníky pro hodnocení potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči: Manuál pro uživatele české verze dotazníku pro hodnocení potřeb pacientů (PNAP) a rodinných příslušníků (FIN)*. Online. Ostrava: Ostravská univerzita, 2014. ISBN 978-80-7464-678-2. Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/kvalita-zivota-a-potreby/manual-dotazniku-pnap-a-fin-cz.pdf>. [cit. 2025-02-16].
2. CVEK, Jakub; HALÁMKA, Magdalena a kol. *Onkologie pro neonkology: Pro pregraduální studium a praktické lékaře*. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-3090-0.
3. SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav, et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 3. přepr. a roz. vydání. Galén, 2022. ISBN 978-80-4792-627-3.
4. SVOBODA, Marek a HALÁMKOVÁ, Jana a kol. *Péče o pacienty po ukončení kurativní onkologické léčby*. Online. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-247-5086-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/pece-o-pacienty-po-ukonceni-kurativni-onkologicke-lecby-12392/>. [cit. 2024-12-25].
5. TRACHTOVÁ, Eva; MASTILIAKOVÁ, Dagmar; TREJTNAROVÁ, Gabriela a, Petra Plašilová. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: Učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. 4. roz. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a ne-lékařských zdravotnických oborů, 2018. ISBN 978-80-7013-590-7.

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

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2023**
Termín odevzdání diplomové práce: **23. dubna 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 4. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Vliv onkologického onemocnění na potřeby pacientů v paliativní péči 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 15. 4. 2025

Bc. Zuzana Chejnovská v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala především paní PhDr. Kateřině Horáčkové, Ph.D. za odborné vedení, za její pomoc a cenné rady při zpracování diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat vedení zdravotnického zařízení, ve kterém probíhalo výzkumné šetření za možnost jeho provedení. Rovněž děkuji respondentům, kteří se výzkumu zúčastnili. V neposlední řadě děkuji své rodině a nejbližším za podporu nejen při psaní diplomové práce, ale po celou dobu mého studia.

ANOTACE

Diplomová práce je prací teoreticko-výzkumnou a zabývá se vlivem onkologického onemocnění na potřeby pacientů v paliativní péči. Teoretická část práce je věnována oboru onkologie s důrazem na epidemiologii zhoubných novotvarů, na péči o onkologické pacienty a na léčebné přístupy v onkologii. Následuje kapitola, kde je krátce zmíněna paliativní a hospicová péče obecně a největší část teorie zaujímá paliativní péče v onkologii. Poslední kapitolou jsou potřeby pacientů v paliativní péči, které jsou rozděleny na potřeby biologické, psychologické, sociální, spirituální a na potřeby pacientů v terminálním stadiu nemoci.

Empirická část je založena na kvantitativním výzkumném šetření, které bylo provedeno prostřednictvím standardizovaného dotazníku PNAP (Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči). Hlavním cílem výzkumné části bylo posoudit důležitost a saturaci potřeb v jednotlivých doménách dotazníku PNAP. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že nejdůležitější jsou pro respondenty potřeby v doméně týkající se respektu a podpory zdravotnického personálu.

KLÍČOVÁ SLOVA

lidské potřeby, onkologie, paliativní onkologická léčba, paliativní péče, PNAP, potřeby pacientů

TITLE

The influence of oncological disease on the needs of patients in palliative care.

ANNOTATION

The diploma thesis is a theoretical-exploratory work and deals with the influence of oncological disease on the needs of patients in palliative care. Theoretical part of thesis is dedicated to the field of oncology with emphasis on the epidemiology of malignant neoplasms, on the care of oncological patients and therapeutic modalities in oncology. This is followed by a chapter which briefly discussing palliative and hospice care in general and the largest part of theory is devoted to the palliative care in oncology. The last chapter deals with the needs of patients in palliative care, which are divided into biological, psychological, social, spiritual needs and on the needs of patients in terminal state of their disease.

The exploratory part of diploma thesis is based on quantitative research survey, which was performed through a standardized questionnaire PNAP (Patient Needs Assessment in Palliative Care). The main aim of the research part was to assess the importance and saturation of needs in each domain of the PNAP questionnaire. The results of the research investigation show that the most important needs for the respondents are in the domain related to the respect and support of healthcare professionals.

KEYWORDS

human needs, needs of patients, oncology, palliative care, palliative oncological therapy, PNAP

OBSAH

ÚVOD	14
CÍLE PRÁCE.....	16
TEORETICKÁ ČÁST	17
1 ONKOLOGIE.....	18
1.1 Epidemiologie zhoubných novotvarů v České republice	19
1.2 Péče o onkologické pacienty v České republice	19
1.3 Léčebné přístupy v onkologii	20
2 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE	23
2.1 Paliativní péče.....	23
2.1.1 Organizační formy poskytování paliativní péče	24
2.2 Hospicová péče	25
3 PALIATIVNÍ PÉČE V ONKOLOGII.....	26
3.1 Komunikace s pacientem v paliativní péči	26
3.1.1 Protokol SPIKES	28
3.2 Tělesné obtíže onkologicky nemocných v paliativní péči	28
3.3 Psychologické aspekty paliativní péče v onkologii	30
3.3.1 Reakce na závažné onemocnění dle E. K. Rossové.....	31
3.4 Sociální aspekty paliativní péče v onkologii	32
3.5 Spirituální aspekty paliativní péče v onkologii.....	33
3.6 Etické aspekty paliativní péče v onkologii	34
3.7 Umírání a smrt	35
4 POTŘEBY PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI	37
4.1 Biologické potřeby pacientů v paliativní péči	38
4.2 Psychologické potřeby pacientů v paliativní péči.....	38
4.3 Sociální potřeby pacientů v paliativní péči.....	39
4.4 Spirituální potřeby pacientů v paliativní péči	39

4.5	Potřeby pacientů v terminálním stádiu nemoci.....	40
5	SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	42
	EMPIRICKÁ ČÁST	43
6	CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A HYPOTÉZY	44
7	ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY	46
7.1	Metodika výzkumu a zpracování dat	46
7.1.1	Test hodin	46
7.1.2	Dotazník pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči – PNAP	47
7.2	Organizace výzkumného šetření.....	48
7.3	Charakteristika zkoumaného souboru.....	49
8	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	52
8.1	Výsledky testu hodin	52
8.2	Rozdělení pacientů dle typů léčby	53
8.3	Hodnocení domén dotazníku PNAP	54
8.3.1	Fyzické symptomy – důležitost a saturace potřeb	55
8.3.2	Sociální oblast – důležitost a saturace potřeb	57
8.3.3	Respekt a podpora zdravotnického personálu – důležitost a saturace potřeb ...	59
8.3.4	Smysl života a smíření – důležitost a saturace potřeb	61
8.3.5	Autonomie – důležitost a saturace potřeb.....	63
8.3.6	Možnost sdílení emocí – důležitost a saturace potřeb	65
8.3.7	Religiózní potřeby – důležitost a saturace potřeb	66
8.4	Doménové skóre celého zkoumaného souboru	67
8.5	Doménové skóre – rozdělení dle typu léčby.....	69
8.6	Testování hypotéz	73
9	DISKUZE	79
9.1	Dílčí cíle výzkumného šetření	81
9.1.1	Fyzické symptomy	81

9.1.2	Sociální oblast.....	83
9.1.3	Respekt a podpora zdravotnického personálu	84
9.1.4	Smysl života a smíření	85
9.1.5	Autonomie	86
9.1.6	Možnost sdílení emocí	87
9.1.7	Religiózní potřeby.....	88
9.2	Zhodnocení hypotéz.....	89
9.3	Limity výzkumného šetření	90
10	ZÁVĚR	91
11	POUŽITÁ LITERATURA	93
11.1	Knižní zdroje.....	93
11.2	Odborné články	95
11.3	Internetové zdroje	97
11.4	Závěrečné práce použité v rámci diskuze	99
12	PŘÍLOHY	100

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Věk respondentů	50
Obrázek 2 - Pohlaví respondentů.....	50
Obrázek 3 - Vzdělání respondentů.....	51
Obrázek 4 - Test hodin.....	53
Obrázek 5 - Typ paliativní léčby	54
Obrázek 6 - Fyzické symptomy (důležitost a saturace).....	57
Obrázek 7 - Sociální oblast (důležitost a saturace).....	59
Obrázek 8 - Respekt a podpora zdravotnického personálu (důležitost a saturace)	61
Obrázek 9 - Smysl života (důležitost a saturace).....	62
Obrázek 10 - Autonomie (důležitost a saturace)	64
Obrázek 11 - Možnost sdílení emocí (důležitost a saturace)	66
Obrázek 12 - Religiózní potřeby (důležitost a saturace).....	67
Obrázek 13 - Doménové skóre souboru (důležitost a saturace)	69
Obrázek 14 - Doménové skóre paliativní onkologické léčby (důležitost a saturace).....	70
Obrázek 15 - Doménové skóre paliativní symptomatcké péče (důležitost a saturace)	72
Obrázek 16 – Důležitost potřeb dle druhu léčby (krabicový graf)	74
Obrázek 17 - Saturace potřeb dle druhu léčby (krabicový graf).....	75
Obrázek 18 - Důležitost potřeb dle pohlaví (krabicový graf).....	77
Obrázek 19 - Saturace potřeb dle pohlaví (krabicový graf).....	78

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Domény a jednotlivé položky použitého dotazníku	47
Tabulka 2 - Škálování dotazníku	48
Tabulka 3 - Fyzické symptomy (důležitost potřeb)	55
Tabulka 4 - Fyzické symptomy (saturace potřeb)	56
Tabulka 5 - Sociální oblast (důležitost potřeb)	57
Tabulka 6 - Sociální oblast (saturace potřeb)	58
Tabulka 7 - Respekt a podpora zdravotnického personálu (důležitost potřeb).....	59
Tabulka 8 - Respekt a podpora zdravotnického personálu (saturace potřeb).....	60
Tabulka 9 - Smysl života a smíření (důležitost potřeb)	61
Tabulka 10 - Smysl života a smíření (saturace potřeb)	62
Tabulka 11 - Autonomie (důležitost potřeb).....	63
Tabulka 12 - Autonomie (saturace potřeb)	64
Tabulka 13 - Možnost sdílení emocí (důležitost potřeb)	65
Tabulka 14 - Možnost sdílení emocí (saturace potřeb).....	65
Tabulka 15 - Religiózní potřeby (důležitost potřeb).....	66
Tabulka 16 - Religiózní potřeby (saturace potřeb)	67
Tabulka 17 - Doménové skóre souboru (důležitost a saturace).....	68
Tabulka 18 - Doménové skóre paliativní onkologické léčby (důležitost a saturace)	70
Tabulka 19 - Doménové skóre paliativní symptomatické péče (důležitost a saturace).....	71
Tabulka 20 - Důležitost potřeb dle druhu léčby (Mann-Whitneyho test).....	73
Tabulka 21 - Saturace potřeb dle druhu léčby (Mann-Whitneyho test)	75
Tabulka 22 - Důležitost potřeb dle pohlaví (Mann-Whitneyho test).....	76
Tabulka 23 - Saturace potřeb dle pohlaví (Mann-Whitneyho test)	78

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ALS	amyotrofická laterální skleróza
CA	karcinom
ČR	Česká republika
DS	doménové skóre
GIT	gastrointestinální trakt
HS	hrubé skóre
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
KOC	Komplexní onkologické centrum
Max.	maximum
Min.	minimum
MMSE	Mini Mental State Examination
MS	Microsoft
PNAP	Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (dotazník)
SMODCH	směrodatná odchylka
TSK	tracheostomie
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaný
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZN	zhoubný novotvar
ZP	zdravotnický personál

ÚVOD

„Ticho před narozením, ticho po smrti: život je hluk mezi dvěma neprozkoumatelnými obdobími ticha.“

Isabel Allendeová

Onkologická onemocnění jsou v současné době jedním z nejzávažnějších zdravotních problémů naší populace. Vyskytují se na předních příčkách příčin smrti. Konkrétně jsou u dospělých osob v České republice její druhou nejčastější příčinou (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 12-13). V rámci mezinárodního srovnání se Česká republika nachází na 16.-17. místě v incidenci zhoubných novotvarů v Evropě. U řady diagnóz jako je zhoubný novotvar ledviny, slinivky břišní, žlučníku, žlučových cest nebo prostaty obsazuje Česká republika z hlediska incidence jedny s předních míst (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ÚZIS ČR, 2021). Stanovení diagnózy nádorového onemocnění s sebou přináší spoustu změn, a to nejen v životě pacienta, kterého nemoc postihla, ale také v životě jeho nejbližších. Jako každá jiná nemoc, tak i ta onkologická ovlivňuje člověka komplexně, a to v oblasti fyzické, psychosociální a spirituální. Právě oblast spirituality může v rámci paliativní péče nabývat vyšší důležitosti, než tomu u pacienta bylo dříve. I přes neustálé pokroky v oblasti medicíny jsou nádorová onemocnění v pokročilých stádiích nevléčitelná a je třeba klást důraz na správné poskytování péče paliativní, jejíž primárním cílem není vyléčit pacienta, ale poskytnout mu co nejvyšší možný komfort (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 12-13, 29). Dále také zajistit co nejvyšší možnou kvalitu života bez omezujících symptomů, které jsou bohužel nedílnou součástí onkologického onemocnění a zasahují do všech oblastí života člověka. Je důležité zdůraznit, že multidisciplinární tým, který poskytuje paliativní péči nepečuje pouze o pacienta, ale také o jeho nejbližší (Svoboda, Herle, 2019, s. 15).

Téma paliativní péče je stále dle mého názoru mírně tabuizováno a mnohdy se jí nedostává všem pacientům ve správný čas. Oproti minulým letům pozoruji mírné zlepšení v oblasti povědomí o paliativní péči v široké veřejnosti, ale stále se občas setkávám s názory, které ji spojují s eutanazií, což je naprosto něco jiného. Lze také pozorovat velký pokrok v rozvoji paliativní péče. Vznikají paliativní týmy, nová hospicová zařízení či mobilní hospice. Jelikož pracuji na onkologickém oddělení jako všeobecná sestra, je mi téma paliativní péče a potřeb pacientů v paliativní péči velmi blízké. Pravidelně se setkávám s pacienty, kteří jsou v různých fázích nevléčitelného onemocnění a je z mého pohledu důležité brát v potaz konkrétní potřeby, které jsou pro pacienty v aktuálním stavu prioritní. Z tohoto důvodu jsem zvolila dané téma

diplomové práce, které je zaměřeno na důležitost a saturaci potřeb onkologicky nemocných pacientů. Hlavním cílem je posoudit vliv onkologického onemocnění na potřeby pacientů v paliativní péči, posoudit míru jejich důležitosti a naplněnosti, a to prostřednictvím standardizovaného dotazníku PNAP (Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči). Dílčími cíli je identifikovat, které z potřeb jsou pro pacienty nejvíce, a naopak nejméně důležité a také zjistit míru saturace potřeb v jednotlivých doménách dotazníku. Standardizovaný dotazník je vzhledem k cílům práce doplněn o otázku týkající se léčby, kterou pacienti aktuálně podstupují. Prostřednictvím vybraných proměnných, kterými je právě léčba a pohlaví respondentů, je statisticky ověřován jejich vliv na důležitost a saturaci potřeb v jednotlivých doménách.

Diplomová práce je prací teoreticko-průzkumnou. Cílem teoretické části je popis problematiky paliativní péče u onkologických pacientů a také popis potřeb pacientů v paliativní péči. Teoretická část se skládá ze čtyř hlavních kapitol, které se zabývají onkologií, paliativní a hospicovou péčí, paliativní péčí v onkologii a potřebami pacientů v paliativní péči.

Empirická část spočívá v analýze výsledků výzkumného šetření získaných pomocí dotazníkového šetření. Je zde popsán aktuální stav potřeb onkologicky nemocných pacientů, kteří se výzkumu zúčastnili.

Je nezbytné u pacientů v paliativní péči věnovat dostatečnou pozornost jejich potřebám a dle daných preferencí individualizovat péči o ně. Každý člověk je jedinečná osobnost a je třeba na něj tak pohlížet.

CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl:

- Hlavním cílem diplomové práce je posoudit vliv onkologického onemocnění na potřeby pacientů v paliativní péči a míru jejich naplnění prostřednictvím standardizovaného dotazníku PNAP (Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči).

Teoretický cíl:

- Popsat problematiku paliativní péče u onkologických pacientů a popsat problematiku jednotlivých potřeb pacientů v onkologii.

Dílčí cíle:

- Zjistit, které z jednotlivých potřeb jsou pro pacienty nejvíce důležité.
- Zjistit, které z potřeb jsou pro pacienty nejméně důležité.
- Identifikovat doménu, která je pro pacienty nejvíce a která naopak nejméně důležitá.
- Definovat míru saturace potřeb v jednotlivých doménách.

- Identifikovat rozdíly v důležitosti jednotlivých potřeb v závislosti na léčbě, kterou pacienti podstupují (paliativní chemoterapie/ radioterapie/ biologická léčba nebo paliativní symptomatická léčba).
Hypotéza H₁: Předpokládáme, že druh léčby má vliv na důležitost jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.
- Identifikovat rozdíly v míře saturace jednotlivých potřeb v souvislosti s typem léčby, kterou pacienti podstupují (paliativní chemoterapie/ radioterapie/ biologická léčba nebo paliativní symptomatická léčba).
Hypotéza H₂: Předpokládáme, že druh podávané léčby má vliv na míru saturace potřeb pacientů.
- Porovnat rozdíly v důležitosti a saturaci potřeb pacientů v závislosti na pohlaví.
Hypotéza H₃: Předpokládáme, že pohlaví ovlivňuje důležitost jednotlivých potřeb.
Hypotéza H₄: Předpokládáme, že pohlaví ovlivňuje míru saturace potřeb pacientů v paliativní péči.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ONKOLOGIE

Lékařský obor, který se zabývá prevencí, výzkumem, diagnostikou a léčbou nádorových onemocnění, se nazývá onkologie (Národní zdravotnický informační portál, NZIP, 2024).

Nádorová onemocnění jsou v současné době jedním z nejzávažnějších zdravotních problémů naší populace. Vyskytují se na předních příčkách příčin smrti, konkrétně jsou druhou nejčastější příčinou smrti u dospělých osob (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 12-13).

Česká republika (ČR) je bohužel jednou ze zemí Evropy, ve které je populace onkologickými chorobami zatížená ve vyšší míře. Dle informací z evropských statistik se ČR nachází na předních příčkách častého výskytu některých onkologických diagnóz – 2. místo u zhoubného novotvaru (ZN) ledviny, 3. místo u ZN pankreatu, 3.-5. místo u ZN žlučníku a žlučových cest a 8. místo u ZN prostaty.

Pro zkvalitnění péče o onkologicky nemocné pacienty je důležité důkladné sledování epidemiologie zhoubných novotvarů, která je nezbytnou součástí následného hodnocení a plánování léčebné péče. Dle informací ze statistického úřadu ČR se neustále zvyšuje zatížení populace onkologickými diagnózami, stále není ve všech případech dostatečně včasná diagnostika některých nádorů a jsou přítomny rozdíly v incidenci a mortalitě onemocnění napříč regiony. Mortalitu na onkologická onemocnění se i přes značně vyšší incidenci onkologických diagnóz daří stabilizovat a snižovat, tím pádem se stále zvyšuje celkový počet pacientů vyžadujících péči zdravotníků a léčbu jejich onemocnění (Krejčí, Mužík, Dušek, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ÚZIS ČR, 2023, s. 1-23)

Data týkající se epidemiologie zhoubných nádorových onemocnění jsou získávána zejména prostřednictvím Národního onkologického registru České republiky a také Českého statistického úřadu.

Národní onkologický registr České republiky poskytuje data týkající se incidence, mortality a prevalence nádorových onemocnění. Registr funguje od roku 1976 a má za úkol sledovat výskyt zhoubných novotvarů a jejich následný vývoj, podporuje také včasnou diagnostiku a léčbu zhoubného onemocnění a přednádorových stavů. Každé zařízení, které se zabývá diagnostikou a léčbou nádorového onemocnění je ze zákona povinno hlásit výskyt zhoubných novotvarů a jejich následný vývoj (Krejčí, Mužík, Dušek, ÚZIS ČR, 2023, s. 3-4).

1.1 Epidemiologie zhoubných novotvarů v České republice

Epidemiologie je vědní obor, který zkoumá míru zdraví a výskyt nemocí v celé populaci. Sleduje incidenci nemocí v souvislosti s faktory, které rozvoj dané nemoci způsobují nebo podporují její vznik. Epidemiologie zkoumá způsoby prevence, díky níž lze předcházet daným nemocem nebo jejich výskyt potlačit. Společně s hygienickým oborem se snaží předcházet nemocem formou primární prevence (Tuček a kol., 2018, s. 14).

V rámci epidemiologie zhoubných novotvarů je sledována incidence, mortalita a prevalence onemocnění. **Incidence** znamená množství nově diagnostikovaných onemocnění za určitý časový interval v konkrétní skupině obyvatelstva. **Mortalita** je údaj, který nás informuje o počtu úmrtí na danou diagnózu za určitou dobu ve sledované populaci a **prevalence** je počet jedinců, kteří v současném období trpí sledovaným onemocněním nebo se nacházejí v remisi a toto onemocnění prodělali v minulosti.

V roce 2021 bylo nově diagnostikováno celkem 58 261 zhoubných novotvarů. Mezi nejčastěji diagnostikované nádorové onemocnění u mužů patří ZN prostaty, ZN tlustého střeva a konečníku a ZN průdušnice, průdušky a plic. U žen je na první příčce ZN prsu, druhá i třetí příčka je stejná jako u mužského pohlaví.

Co se týče mortality na nádorová onemocnění, v roce 2021 zemřelo 26 865 osob. Zhoubný novotvar průdušnice, průdušky a plic, kolorektální karcinom, ZN slinivky břišní, prsu a prostaty byly nejčastějšími příčinami úmrtí na nádorová onemocnění (Krejčí, Mužík, Dušek, ÚZIS ČR, 2023, s. 10).

1.2 Péče o onkologické pacienty v České republice

System péče o onkologické pacienty je tvořen několika subjekty, mezi které patří specializovaná komplexní onkologická centra, nemocnice, polikliniky nebo specializované ambulance. **Komplexní onkologické centrum (KOC)** je zdravotnické zařízení, které při péči o onkologické pacienty dodržuje odborná kritéria definovaná Českou onkologickou společností (Národní onkologický program ČR, onconet.cz, 2015). Komplexní onkologická centra poskytují vysoce specializovanou péči o dospělé onkologické pacienty a tvoří síť zařízení napříč Českou republikou. Dále existují centra vysoce specializované onkologické péče o děti, a to ve Fakultní nemocnici v Motole a ve Fakultní nemocnici Brno (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023).

1.3 Léčebné přístupy v onkologii

Obecně lze terapii v onkologii rozdělit na protinádorovou a podpůrnou. Cílem protinádorové léčby je buď zcela úplné odstranění nádoru či jeho zmenšení, zpomalení a případné zastavení jeho růstu. Existuje několik typů protinádorové léčby. Jedná se o chirurgickou léčbu, která spočívá buď v úplném odstranění nádoru nebo jeho zmenšení, může sloužit také jako příprava před aplikací jiné protinádorové léčby – před radioterapií nebo systémovou léčbou (chemoterapie, biologická léčba, hormonální terapie, imunoterapie).

Cílem podpůrné onkologické léčby je mírnění nebo eliminace symptomů, které primární nádor způsobuje jako je bolest, dušnost, zácpa a další. Podpůrná léčba spočívá v komplexním řešení potřeb a obtíží pacienta a dále také řeší případné komplikace a nežádoucí účinky samotné protinádorové léčby, mezi něž je zařazena nauzea, zvracení, infekční komplikace, hematotoxicita. Komplexní podpůrná léčba nese název paliativní péče, která je podrobně popsána v kapitolách 2 a 3.

Kurativní protinádorová léčba má za cíl úplné vyléčení pacienta. Součástí kurativní protinádorové terapie je kompletní chirurgická resekce nádoru v jeho časně fázi, aplikace chemoterapie na vysoce chemosenzitivní nádory, chemoterapie u malignit v hematologii, radioterapie u konkrétních typů nádorů – příkladem je tumor prostaty anebo konkomitantní chemoradioterapie, a to zejména u nádorů v oblasti krku a hlavy či u nádoru děložního hrdla.

Paliativní protinádorová léčba nevede k úplnému vyléčení pacienta. Jedná se o aplikaci různých typů protinádorové terapie, která má za cíl případné zmenšení nádoru a s tím spojené zmírnění symptomů, které pacienta zatěžují, a také udržuje co nejvyšší možnou kvalitu života. (Kiss, Němeček, Doubek, Vyzula a kol., 2021, s. 45-47). Onkologické onemocnění, které již generalizovalo, je jednoznačně nevléčitelné. Pacienti mají často prognózu týdnů až jednotek let. Při indikování protinádorové péče je třeba přísně zvážit, zda by benefity léčby převažovaly nad možnými komplikacemi. Dále je nutné brát na vědomí druh, rozsah a prognózu nádorového onemocnění a v neposlední řadě také celkový stav pacienta (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 44-46). Při indikaci konkrétních typů paliativní protinádorové léčby je třeba spolu s pacientem definovat její cíle a zhodnotit, zda je pacient považuje za významné. Jednou z možností ovlivnění symptomů onemocnění je **paliativní radioterapie**. Kontraindikací paliativní radioterapie je například špatný celkový stav pacienta, špatná spolupráce, preterminální nebo terminální stav a zhoršující se mnohočetné symptomy nemoci. Indikací k ukončení již započaté paliativní radioterapie může být zhoršení stavu pacienta či progresse

nemoci v průběhu ozařování. Nejčastější indikací radioterapie v paliativní péči bývá bolest, zejména při kostních metastázách. Dle výzkumů pocítuje úlevu od bolesti 60-80 % ozařovaných pacientů a 25 % pacientů má úlevu od bolesti úplnou. Další indikací paliativní radioterapie je například syndrom horní duté žíly nebo krvácení z nádoru (Sláma, Kabelka et al., 2022, s. 219-222). Další léčebnou modalitou je **paliativní chirurgická léčba**. Indikací k paliativnímu zákroku je opět eliminace či zmírnění jednotlivých symptomů. Může se jednat odstranění nebo zmenšení tumoru, případně metastázy, která způsobuje nepříjemné symptomy jako je krvácení, bolest, útlak nebo obstrukce, dále mohou být provedeny „by-passové“ operace, které zajistí udržení pasáže GIT (gastrointestinální trakt), operace zajišťující dýchací cesty (TSK – tracheostomie), výkony zajišťující výživu pacienta (gastrostomie, jejunostomie) či zákroky k zajištění odvodu moči z ledvin (nephrostomie, ureterostomie) (Cvek, Halámka a kol., 2023, s. 52-53). V některých případech je také indikovaná **paliativní systémová terapie**, která zahrnuje cytotoxickou chemoterapii, biologickou léčbu, hormonální terapii a imunoterapii. Opět je třeba zvážit, zda nežádoucí účinky nezpůsobí pacientovi větší obtíže, než kdyby terapie nebyla podána (Kiss, Němeček, Doubek, Vyzula a kol., 2021, s. 183-185).

Pokud by míra škodlivosti protinádorové terapie převažovala nad jejími benefity, je potřeba pacienta převést na symptomatickou paliativní léčbu. Rozhodování o převedení pacienta na tento typ léčby je jedna z nejtěžších a nejzodpovědnějších činností onkologa (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 44-46).

Symptomatická léčba je poskytována pacientům, u kterých již nelze jejich onemocnění ovlivnit jakoukoliv z výše uvedených protinádorových terapií. Smyslem symptomatické léčby je mírnění nebo eliminace symptomů, které vyvolává samotné onkologické onemocnění. Terapie jednotlivých symptomů úzce souvisí s celým konceptem paliativní péče a je její součástí (Kiss, Němeček, Doubek, Vyzula a kol., 2021, s. 45-47). Podávání aktivní onkologické terapie v době kratší, než je 30 dní před smrtí pacienta je považováno za agresivní formu péče o nemocné na konci života. Případná aplikace systémové léčby by pro pacienty neměla významný benefit, právě naopak, mohl by trpět obtížemi, které se s podáváním léčby pojí, a to by významně snižovalo kvalitu jeho závěru života (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 44-46).

Onkologickou léčbu lze dále dělit na adjuvantní a neoadjuvantní. **Adjuvantní terapie** přichází na řadu po operačním zákroku a má zajistit odstranění případných nádorových buněk, které po excizi nádoru v místě zůstaly a později by mohly vytvořit prostřednictvím krevní či lymfatické

cesty vzdálené metastázy. Nejčastěji se jedná o aplikaci adjuvantní chemoterapie nebo radioterapie. Naopak **neoadjuvantní terapie** je léčba, která je pacientům aplikována před samotným operačním zákrokem. Cílem je zmenšení nádoru nebo eradikace mikrometastáz, a to zejména pro zlepšení operability a eliminaci případných komplikací, které by rozsáhlý chirurgický výkon mohl způsobit (Kiss, Němeček, Doubek, Vyzula a kol., 2021, s. 45-47).

Při volbě typu protinádorové terapie je ve všech ohledech snahou, aby léčba přinesla co nejvyšší benefit pro pacienta. Onkologická léčba je ale bohužel spojena s řadou nežádoucích účinků, které prožívá velká část pacientů. Existuje několik typů dělení nežádoucích účinků onkologické léčby, nejčastěji se setkáváme s dělením dle orgánových systémů. Žádná protinádorová terapie se neobejde bez nežádoucích účinků, jejich množství se liší druhem terapie. Terapie prostřednictvím cytostatik je toxická pro hematopoetický systém a pro sliznice. Nežádoucí účinky tohoto rázu jsou většinou akutní. Dále chemoterapie negativně působí na srdce, plíce nebo reprodukční systém, tyto nežádoucí účinky se rozvíjejí v průběhu delší doby. Nejběžnějším nežádoucím účinkem je chemoterapií způsobená nevolnost a zvracení, které mohou vést k následné anorexii, dehydrataci či minerálovému rozvratu. Častou komplikací je také anticipační nevolnost a zvracení. Jedná se o nauzeu a zvracení vyvolané blížící se chemoterapií, a to z důvodu minulých nepříjemných zkušeností v souvislosti s podáním chemoterapie. Protinádorová léčba může být také hematotoxická. Komplikace spočívají zejména v anemii a s následně vzniklou únavou, slabostí, zhoršenou výkonností, dušností nebo bolestí hlavy. Další hematologickou komplikací může být trombocytopenie. Velmi častou komplikací onkologických pacientů je neutropenie, obvykle v její febrilní formě. Pacienti v tomto stavu vyžadují izolaci, antibiotickou léčbu z důvodu vysoké náchylnosti k běžným infekcím, které by u nich mohli způsobit těžké infekce. Dalšími nežádoucími účinky, zejména v průběhu radioterapie v oblasti hlavy a krku, mohou být slizniční komplikace jako je orální mukositida nebo stomatitida. Jedná se o bolestivé léze v dutině ústní, po kterých může následovat snížený příjem potravy a tekutin a následné komplikace s tím spojené. Dalšími nežádoucími účinky mohou být kožní komplikace jako je například papulomatózní rash – svědivé, bolestivé, zarudlé papuly a pustuly nacházející se ve vlasaté části hlavy, na tvářích, hrudníku, horní části zad. Dalšími kožními komplikacemi může být suchá kůže, fisury, pruritus, radiační dermatitida, hand-foot syndrom (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 54-93).

2 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE

Je důležité znát rozdíly mezi paliativní a hospicovou péčí, níže uvedené podkapitoly obsahují základní informace týkající se každé z nich.

2.1 Paliativní péče

Paliativní péče je péče poskytovaná pacientům, kteří trpí vážnou nemocí v pokročilém nebo terminálním stádiu, která bezprostředně ohrožuje jejich život. Koncept paliativní péče zahrnuje podporu pacienta i jeho rodiny, mírnění nepříjemných symptomů a zajištění co nejvyšší možné kvality života (Sláma, Kabelka, 2022, s. 21-26).

Nejaktuálnější definice dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je z roku 2002: „*Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení včasnou identifikací a dokonalým zhodnocením a léčbou a mírněním bolesti a dalších problémů, fyzických, psychosociálních i duchovních.*“ (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 6). Paliativní péče byla ve svých počátcích, v 60. letech 20. století, chápána jako oblast medicíny, která je poskytována zejména onkologickým pacientům v posledních dnech až týdnech života. Ovšem dle výsledků několika kontrolovaných klinických studií byl zjištěn významný prospěch specializované paliativní péče také u pacientů s neonkologickou diagnózou. Bylo také zjištěno, že veškeré principy paliativní péče jsou pro pacienty důležité nejen v období umírání, ale také v celém průběhu nevléčitelného onemocnění již od doby sdělení závažné diagnózy. Dle výše uvedené informace některé zdroje dělí paliativní péči na časnou a terminální. Kromě onkologických diagnóz je paliativní péče poskytována také pacientům v pokročilém stádiu srdečního selhávání, chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN), jaterní cirhózy a onemocnění ledvin. Dále také pacientům s neurologickým onemocněním, jako je demence, roztroušená skleróza, amyotrofická laterální skleróza (ALS), nebo pacientům s dlouhodobými poruchami vědomí (Sláma, Kabelka, 2022, s. 21-26).

Pro zajímavost je zde uvedena definice paliativní péče z Velké Británie z roku 1987. Definice již také popisuje důležitost zaměření na všechny oblasti života a také klade důraz na blízké osoby pacienta: „*Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní*

medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (Dostálová, 2016, s. 68).

Paliativní péče pracuje s faktem, že umírání a smrt jsou součástí lidského života, každý člověk je jiný a vzhledem k fyzickým, psychickým, sociálním, duchovním a kulturním aspektům závěrečnou část prožívá zcela individuálně. Ve všech fázích podporuje, jak pacienta, tak i jeho rodinu a blízké, pokud o to mají zájem, bere v potaz individuální potřeby a přání pacienta a jeho blízkých, zajišťuje důstojnost do posledních chvil a snaží se o to, aby všechny fáze prožíval v co možná nejvyšší životní kvalitě (Svoboda, Herle, 2019, s. 15).

2.1.1 Organizační formy poskytování paliativní péče

Paliativní péči je třeba poskytovat všude tam, kde se pacienti vyžadující tento typ péče nacházejí. Každý pacient potřebuje paliativní péči v jiné míře, některý více a častěji, některému stačí například občasná úprava medikace. Péči je potřeba poskytnout kdykoliv, v kteroukoliv denní dobu. Z hlediska organizace ji lze rozdělit na dvě základní části – obecnou a specializovanou.

Obecnou paliativní péči by měl být schopen poskytnout každý zdravotnický pracovník v rámci své odbornosti. Jedná se o poskytnutí základní paliativní péče, která pomůže pacientovi od silné bolesti a dalších nepříjemných příznaků, jež ho omezují. Dalším úkolem je případné zajištění péče u jiného specialisty. Obecná paliativní péče je poskytována praktickým lékařem pro dospělé, praktickým lékařem pro děti a dorost, v lůžkových zařízeních různého typu, v léčebnách dlouhodobě nemocných, v sociálních službách nebo agenturou domácí péče.

Specializovaná paliativní péče je vysoce odborná paliativní péče, jejíž garantem je lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v oboru paliativní medicína (Svoboda, Herle, 2019, s. 18-21). Specializovaná péče je poskytována prostřednictvím multidisciplinárního týmu zdravotníků se vzděláním v oblasti paliativní péče, složeného z lékařů, všeobecných sester, sociálních pracovníků, psychologů, fyzioterapeutů, duchovních, dobrovolníků a dalších (Knapová, 2019, s. 2). Péče tohoto typu je poskytována ve specializovaných ambulancích paliativní péče, v lůžkových zařízeních paliativní péče, paliativním týmem v rámci celé nemocnice nebo agenturou mobilní specializované paliativní péče, která poskytuje péči v sociálním prostředí pacienta (Svoboda, Herle, 2019, s. 18-21).

2.2 Hospicová péče

Hospicová péče je definována jako forma paliativní péče, která je poskytována pacientům s nevy léčitelnou chorobou v terminální fázi života. Hospicová péče může být poskytována v lůžkových zařízeních (kamenný hospic) nebo v sociálním prostředí pacienta prostřednictvím domácí hospicové péče. Každé hospicové zařízení poskytuje pacientům komplexní hospicovou péči, jejíž součástí je péče zdravotní, sociální, psychologická a duchovní. (Tomeš, Dragomirecká, Sedlářová, Vodáčková. 2015, s. 38-49).

Hospicovou péči lze popsat jako péči, která vychází z úcty k životu jedinečné lidské bytosti. Dle místa poskytování lze hospicovou péči rozdělit na tři skupiny – domácí, stacionární a lůžkovou.

Domácí hospicová péče je péče, která je poskytována v sociálním zázemí pacienta. Nezbytným bodem jsou rodinní příslušníci, kteří se na péči podílejí, samozřejmě spolu s multidisciplinárním týmem. Ze strany zdravotníků je potřeba důkladná edukace a psychická podpora pacienta i jeho rodiny v takto náročném období.

Stacionární hospicová péče je péče poskytovaná formou denního stacionáře, většinou v rámci kamenného hospice. Veškeré služby, které jsou ve stacionáři poskytovány, jsou vhodné pro pacienty, kteří bydlí v blízkosti zařízení.

Lůžková hospicová péče je péče poskytovaná pacientovi, jehož stav je velmi vážný a okolnosti mu nedovolují být v domácím prostředí. Kamenný hospic je vhodný v situaci, kdy nelze z různých důvodů zajistit domácí péči ze strany rodiny, jelikož pečovat o umírajícího člena rodiny je jistě obrovská psychická zátěž. Do hospice může být přijat pacient, u kterého se očekává smrt do šesti měsíců a jsou vyčerpány veškeré možnosti léčby. Kritéria jsou určena z toho důvodu, aby se zamezilo umístění dlouhodobě nemocných osob na lůžka hospicová. Denní aktivity se řídí pacientovým aktuálním stavem a jeho přáním, návštěvy nejsou časově omezené. Hospic se snaží zajistit co nejvyšší kvalitu života pacienta prostřednictvím komplexní péče, kterou poskytuje nejen pacientům, ale také jeho blízkým a následně pozůstalým (Knapová, 2019, s. 4).

3 PALIATIVNÍ PÉČE V ONKOLOGII

Jak je již uvedeno ve druhé kapitole, incidence nádorových onemocnění je v České republice vysoká. I přes obrovské pokroky ve farmakologických i nefarmakologických možnostech léčby, ke kterým v posledních dvaceti až třiceti letech v oboru onkologie došlo, je stále většina zhoubných nádorů v pokročilém a generalizujícím stádiu nevléčitelná. Pokud je řeč o paliativní péči v onkologii, jedněmi z nejdůležitějších řešených oblastí jsou kvalita života a mírnění nepříjemných příznaků onemocnění. U některých nádorových onemocnění, jako je například karcinom (CA) kolorekta, CA prsu, ledviny a prostaty, dochází k výraznému zhoršení kvality života a k nárůstu nepříjemných symptomů až v posledních týdnech nebo měsících daného onemocnění a tehdy nastává čas na poskytnutí multidisciplinární paliativní léčby. Do té doby žije velká část pacientů ve vysoké kvalitě života a nevyžaduje, kromě onkologické a podpůrné léčby, další významnou péči. Naopak u pacientů například s CA slinivky břišní nebo plic je často vyžadována paliativní péče téměř ihned po stanovení diagnózy, mnoho z nich nežije v dobré kvalitě a sužují je nepříjemné, těžko ovlivnitelné symptomy základního onemocnění. Závěrem je třeba zdůraznit důležitost včasného zahájení paliativní péče, dobré informovanosti pacienta i jeho rodiny o možnostech léčby, o fázi a prognóze onemocnění, v němž se aktuálně pacient nachází (Sochor, Závadová, Sláma, 2019, s. 12-13).

3.1 Komunikace s pacientem v paliativní péči

„I ta nejtrpčí pravda je lepší, než ta nejsladší lež.“

(Svoboda, Herle, 2019, s. 22)

Dobrá a efektivní komunikace je nezbytnou součástí zdravotnictví. Správně volená slova a dobře zvládnutá komunikace je nezbytná nejen v záležitostech, kdy chceme pacientovi vysvětlit postup léčby nebo jeho aktuální stav a prognózu, ale také při vytváření důvěrného vztahu, který jde ruku v ruce s následnou dobrou spoluprací mezi zdravotníkem a pacientem (Bednařík, Andrášiová, 2020, s. 10).

V paliativní péči je efektivní komunikace také nepostradatelnou součástí. Slouží zde pro dostatečné uspokojení potřeb pacientů i jejich blízkých. V rámci efektivní komunikace je potřeba vysoká míra empatie a použití správných technik verbální i neverbální komunikace. Součástí správné komunikace je výměna informací, usnadnění rozhodování v oblasti péče a podpora empatického vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Potřeby pacientů i jejich blízkých v paliativní péči se v průběhu onemocnění neustále mění, což vyžaduje nepřetržitou

komunikaci, jak mezi členy multidisciplinárního týmu, tak i mezi zdravotníky, pacientem i jeho příbuznými. Každý zdravotnický pracovník by měl disponovat dobrými komunikačními dovednostmi pro poskytování kvalitní zdravotnické péče (Engel, Kars, Teunissen, van der Heide, 2023, s. 890-891).

„Dobře komunikovat znamená umět citlivě sdělit závažnou zprávu o zdravotním stavu, sdělit informace o prognóze onemocnění a pomoci vytvořit smysluplný plán budoucí péče.“

(Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 14)

V paliativní medicíně by měla dobrá komunikace splňovat několik znaků, jako je upřímnost, empatie a respekt. Je důležité, aby takto vedená komunikace zahrnovala nejen pacienta, ale i jeho nejbližší. V oblasti vzdělávání zdravotníků, zejména lékařů, je kladen důraz především na léčbu nemocných a záchranu jejich života, což je naprosto pochopitelné, ale bohužel vzdělávání lékařů v komunikačních dovednostech je nedostačující. V oboru onkologie je sdělování informací tohoto rázu velmi časté, a proto je potřeba umět informace správně předat. Správně vedená komunikace v těchto situacích zajišťuje větší spokojenost pacientů a jejich blízkých, kteří lépe porozumí své nemoci a zlepšuje jejich následnou spolupráci. Situace, kdy je potřeba pacientovi sdělit závažnou diagnózu, nepříznivou prognózu onemocnění nebo ukončení aktivní léčby je pro zdravotníky pochopitelně stresující záležitostí. Velký podíl na tom má nejen nedostatečné vzdělání v komunikačních dovednostech, ale také sociokulturní vlivy. V dnešní době, kdy neustále dochází k výrazným technologickým pokrokům v medicíně a k jejich následné medializaci, je často laická veřejnost přesvědčena, že je medicína téměř všemohoucí. Následně je pochopitelně mnohem těžší sdělit a vypořádat se s nepříznivou diagnózou.

Ze správně vedené komunikace by mělo být zřejmé, jakým způsobem pacient chápe své onemocnění a svůj aktuální stav, měla by vést k porozumění jednotlivých problémů pacienta, a to jak z jeho strany, tak i ze strany zdravotníka a měla by podpořit pacienta v následném rozhodování o dalším léčebném postupu. Rozhovory v paliativní péči jsou samozřejmě emočně vypjaté, lékař by se měl dokázat s emocemi, které se v průběhu rozhovoru mohou vyskytnout, vhodně vypořádat a měl by na ně správně reagovat. Existují různé protokoly, které zdravotníkům při vedení rozhovorů mohou pomoci k tomu, aby dialog vedl k požadovanému cíli (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 14-18).

3.1.1 Protokol SPIKES

Rozhovor v paliativní medicíně slouží k informování pacienta o aktuálním stavu a zároveň dbá na emoce a pocity pacienta. Dá se říci, že se jedná o rozhovor terapeuticko-podpůrný. Právě protokol SPIKES umožňuje dodržet pravidla dobře vedené komunikace a zároveň definuje práci s emocemi pacienta. Protokol lze využít při sdělení závažné zprávy, prognózy nebo při plánování další péče (Sochor, Závadová, Sláma, 2019, s. 19).

Poprvé byl publikován v devadesátých letech dvacátého století lékařem Robertem Buckamanem. Obsahuje šest kroků, které je dobré použít při sdělování závažné zprávy. Obecně je důležité vést rozhovor v klidném prostředí, sledovat reakce pacienta, vyjádřit empatii, aktivně naslouchat, vytvořit si důvěrný vztah a poskytnout pacientovi veškeré informace, které si přeje vědět (Sláma, Kabelka, 2022, s. 56-57). Jednotlivé kroky protokolu SPIKES jsou blíže popsány v příloze E.

„Sdělujte špatnou zprávu pacientům tak, jak byste chtěli, aby ji jednou někdo sdělil vám.“

(Sláma, Kabelka, 2022, s. 57)

3.2 Tělesné obtíže onkologicky nemocných v paliativní péči

Součástí života pacientů s nevléčitelným nádorovým onemocněním jsou bohužel obtěžující symptomy, které výrazně snižují kvalitu jejich života. Prostřednictvím výše popsaných druhů protinádorové terapie lze některé symptomy zmírnit nebo odstranit (Sochor, Závadová, Sláma, 2019, s. 36). Správně zvolená léčba jednotlivých symptomů může vést ke zlepšení celkové kvality života pacientů. Z důvodu neustálého růstu a stárnutí populace se předpokládá celkové zvyšování počtu pacientů s obtěžujícími symptomy, ať už v souvislosti či bez souvislosti s onkologickým onemocněním. Mezi nejčastější symptomy pacientů v paliativní péči patří bolest, dušnost, nevolnost a zvracení a únava (Henson, Maddocks, Evans, Davidson, Hicks, Higginson, 2020, s. 905-914).

Bolest se vyskytuje u velké části onkologických onemocnění v pokročilém stádiu. Není symptomem pouze somatickým, ale ovlivňuje také komfort, náladu i spolupráci při léčbě, neléčená bolest může způsobit nechutenství, malnutrici, snížení hybnosti, depresi až sociální izolaci. Zde je důležité zmínit koncept totální bolesti, který definovala Cicely Mary Saunders, jelikož se onkologičtí pacienti nesetkávají pouze s bolestí fyzickou, kterou lze v dnešní době účinně ovlivnit, ale trpí bolestí také v dalších oblastech (Sláma, Kabelka, et al., 2022, s. 65).

Bolest lze zmírnit nebo utlumit nefarmakologickými a farmakologickými způsoby. Mezi nefarmakologické metody je zařazena fyzikální metoda – masáže, aromaterapie, akupunktura nebo transkutánní elektrická stimulace nervů a dále kognitivní metoda – relaxace, rozptýlení, relaxační cvičení. Studie, které potvrzují efekt aromaterapie a akupunktury při zmírnění bolesti u onkologických pacientů chybí. Naopak u kognitivních typů léčby je potvrzen okamžitý efekt snížení bolesti, který ale nemá dlouhého trvání. V rámci farmakologické léčby bolesti jsou používána neopioidní a opioidní analgetika. Neopioidní analgetika jsou indikována zejména při léčbě mírné až střední bolesti, při nedostatečném analgetickém efektu je vhodné přidat slabé opioidy jako je kodein nebo tramadol. V posledních přehledech Cochrane jsou předloženy slabé důkazy, které by podporovaly podávání slabých opioidů a někteří autoři doporučují přejít při nízké účinnosti neopioidních analgetik přímo na podání silných opioidů. Pro léčbu středně silné až nesnesitelné bolesti je stále první volbou subkutánní podání morfinu (Henson, Maddocks, Evans, Davidson, Hicks, Higginson, 2020, s. 905-914).

Dušnost – dyspnoe je častým symptomem pokročilého nádorového onemocnění, je přítomna u 50-80 % pacientů v posledních týdnech života. Je popisována jako subjektivní pocit nedostatku vzduchu. Stejně jako bolest, dušnost má fyziologickou, psychosociální, spirituální dimenzi, je třeba na ni pohlížet komplexně. Pro pacienty se jedná o velmi stresující příznak, u mnoha z nich dochází k závažnějšímu snížení kvality života než z důvodu bolesti (Sláma, Kabelka et al., 2022, s. 156). Crombeen a Lilly (2020) uvádí, že hlavním bodem léčby dušnosti je její rychlé zhodnocení a včasné zahájená adekvátní terapie. U většiny onkologických pacientů je dušnost způsobena faktory, které nelze odstranit, lékem první volby jsou opiáty. Je důležité nastavit správnou dávku opiátů při léčbě dušností a zároveň podávat pacientům léky, které způsobují změkčení stolice. Jedním z nežádoucích účinků dlouhodobě podávaných opiátů je právě zácpa. Další léky, které lze zvažovat v rámci terapie dušnosti jsou benzodiazepiny. Hlavním důvodem by mělo být snížení úzkosti, která je běžnou součástí ataky dušnosti. Dalším prvkem může být oxygenoterapie, a to zejména u pacientů, kteří jsou hypoxemičtí. U těch, kteří hypoxemičtí nejsou nemá oxygenoterapie významný efekt při snížení symptomů, ale může mít psychologický účinek (Crombeen, Lilly, 2020, s. 142-145).

Nevolnost a zvracení jsou častými symptomy pacientů v paliativní péči, které se mnohdy vyskytují společně, ale mají odlišnou patofyziologii (Sláma, Kabelka et al., 2022, s. 116). Nevolnost je definována jako nepříjemný prožitek spojený s pocitem na zvracení, často doprovázena dalšími symptomy jako je slinění, pocení, tachykardie, bledost a zvracení je vypuzení obsahu žaludku ústy. Jedná se o symptomy, které pacienty silně zatěžují (Vokurka

a kol., 2022, s. 46). Henson a kol. zmiňují, že nauzeu a zvracení pociťuje až 68 % onkologických pacientů v různém období jejich nemoci, v posledních šesti týdnech života má tyto potíže až 40 % nemocných. Oba příznaky je důležité včas a správně ovlivnit, jinak dochází ke strádání pacienta ve všech oblastech a může dojít ke druhotným obtížím jako je dehydratace nebo hubnutí. Nauzeu a zvracení, které jsou spojeny s podáním protinádorové terapie lze předpokládat, je tedy důležité je včas farmakologicky ovlivnit a zabránit jejich vzniku (Henson, Maddocks, Evans, Davidson, Hicks, Higginson, 2020, s. 905-914). Základním faktorem léčby nauzey a zvracení je farmakoterapie. Před jejím zahájením je důležité nalézt příčinu jednotlivých symptomů a následně zvolit nejvhodnější postup terapie.

Únava je definována jako subjektivní pocit nedostatku energie, vyčerpání, slabosti, který se nezlepší ani po adekvátním odpočinku. Nejčastější příčinou může být malnutrice, kachexie, anemie, hypotenze, léky (antidepresiva, opioidy, benzodiazepiny), infekce nebo různé poruchy ve vnitřním prostředí (Sláma, Kabelka et al., 2022, s. 117, 170-171). S únavou se v rámci své onkologické diagnózy setká 65-96 % pacientů (Machálková, Štureková, Ročková, 2022, s. 276-278). Léčbu únavy je důležité zvolit dle vyvolávající příčiny a také je nezbytné zjistit, v jaké míře ovlivňuje únava kvalitu života pacienta. Léčba není jednoduchá, je třeba pacienta seznámit s tím, že je únava běžnou součástí pokročilé fáze jejich onemocnění. Z medicínského hlediska lze ovlivnit únavu způsobenou anemií, nežádoucími účinky léků, hypotenzí, a to zejména tou, která je vyvolána nesprávnými dávkami antihypertenziv (Sláma, Kabelka et al., 2022, s. 171). Dále lze únavu ovlivnit například kognitivně-behaviorální terapií, psychoedukační terapií, tzn. naučit pacienta, jak šetřit s vlastní energií. Pomoci může také jóga, muzikoterapie, masáže, doteková terapie, relaxace, dodržování pravidel spánkové hygieny nebo dostatek odpočinku mezi jednotlivými aktivitami (Machálková, Štureková, Ročková, 2022, s. 276-278).

3.3 Psychologické aspekty paliativní péče v onkologii

Setkání se s onkologickým onemocněním, ať už v situaci, kdy je člověk sám nemocný nebo v případě, kdy onemocní někdo z jeho nejbližších, je vždy krizovou událostí, která zasáhne všechny oblasti lidského života. Onkologické onemocnění postihuje člověka v oblasti fyzické i psychické, sociální i duchovní, ve většině případů je potřeba řešit existenciální otázky, a to způsobuje psychickou zátěž pacientů. Po zjištění diagnózy a v dalším průběhu nemoci je u pacientů výrazně změněn pohled na sebe sama, často si kladou otázky týkající se smyslu jejich života a jejich bytí na světě (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 29).

Onkologické onemocnění, onkologická léčba i její případné ukončení způsobují obrovskou psychickou zátěž, která se může projevit duševními poruchami jako jsou úzkosti, depresivní epizody a s tím související potíže se spánkem, sexuální poruchy, strach, ztráta smyslu života a obavy o své zdraví. Uvedené stavy negativně ovlivňují kvalitu života pacientů. V onkologii běžně dochází v souvislosti se základní diagnózou k rozvoji duševních poruch a každý třetí pacient vyžaduje specifickou psychologickou nebo psychiatrickou péči. Duševní poruchy vzniklé v souvislosti s onkologickou diagnózou a onkologickou léčbou mají velmi často vliv na pacientovu ochotu při léčbě spolupracovat a také ovlivňují délku léčby. Čísla z výzkumů také ukazují na zkrácenou délku života pacientů se zhoubným nádorem, u kterých byla diagnostikována duševní porucha. Stanovení onkologické diagnózy je samo o sobě krizovou událostí, která může vznik případné psychiatrické choroby podmínit. V této situaci záleží na osobnostních, sociálních, biologických a spirituálních faktorech, které rozhodují o tom, jak se krize projeví (Svoboda, Halámková a kol., 2023, s. 303-304).

3.3.1 Reakce na závažné onemocnění dle E. K. Rossové

S informací o závažné diagnóze se každý člověk vyrovnává různými způsoby a různě dlouhou dobu. V průběhu procesu smíření se pacient setkává s řadou emocí, a to zejména se hněvem, úzkostí, strachem, smutkem a s depresí. V roce 1969 uvedla americká psycholožka Elizabeth Kübler-Rossová ve své knize O smrti a umírání **model pěti fází smutku**. Model definovala na podkladě svého výzkumu, kdy provedla rozhovory s 500 umírajícími pacienty. Na základě výsledků výzkumu definovala jednotlivé fáze, kterými si pacienti v průběhu vyrovnávání se se smrtelnou diagnózou procházejí. Konkrétně se jedná o fáze popírání, hněvu, smlouvání, deprese a smíření (Sláma, Kabelka, 2022, s. 58-59). Jednotlivé fáze jsou blíže popsány v příloze F.

Mohapl (1990) zdůrazňuje důležité uvědomění, že součástí všech stádií vyrovnávání se s terminálním onemocněním je naděje. Naděje nemusí mít racionální podklad a může být pochopitelně střídána obdobím hluboké beznaděje a smutku. Znamením blížící se smrti může být právě úplná ztráta jakékoliv naděje. Průběh jednotlivých fází smířování je přísně individuální, nemusí probíhat ve výše uvedeném pořadí, velmi záleží na vlastnostech konkrétního pacienta, na charakteru a fázi onemocnění. Každá z nich může proběhnout pouze jednou nebo se u pacienta opakuje vícekrát a některá nemusí proběhnout vůbec (Kupka, 2014, s. 97).

3.4 Sociální aspekty paliativní péče v onkologii

Sociální aspekty jsou součástí komplexního přístupu k pacientům v paliativní péči a výrazně ovlivňují budoucí průběh onemocnění a přístup k léčbě. Sociální vztahy jsou součástí základních potřeb pacientů a jsou nezbytné právě v průběhu zvládání těžkých životních situací, jako je například onkologické onemocnění, jeho průběh a léčba. Onemocnění je spojeno s fyzickou i psychickou zátěží nejen pro pacienta samotného, ale také pro jeho rodinu a celé sociální zázemí. Negativní vliv na kvalitu života a výsledky léčby má právě nedostatek sociálních vazeb, sociální izolace, která je bohužel součástí onemocnění a také pocit samoty. Onkologické onemocnění a výše uvedené problémy mohou způsobit komplikace v celé rodině, které pacienta silně zatěžují (Svoboda, Halámková a kol., 2023, s. 311).

Onkologicky nemocný člověk se obvykle dostává do pracovní neschopnosti. Pokud je ve stavu, kdy potřebuje někoho, kdo o něj bude pečovat, musí případně přestat chodit do zaměstnání i další osoba pacientovi blízká. Tímto pochopitelně dochází k výraznému snížení běžných příjmů celé rodiny, která se může dostat do krize. Pacient se také často dostává do sociální izolace a omezuje kontakt s vrstevníky.

Sociální problémy jsou součástí nejen paliativní medicíny, ale také celého zdravotnictví. Je dokázáno, že pacientovo sociální prostředí a rodinné vztahy významně ovlivňují průběh onemocnění a léčby (Svoboda, Herle, 2019, s. 28-29).

Sociální práce je jednou z nezbytných součástí paliativní péče. Sociální pracovníci pomáhají zařizovat potřebné příspěvky na péči, případně dlouhodobé ošetřovné, podporují pečující rodinu, poskytují důležité informace, nabízejí vhodné sociální služby, jsou v pravidelném kontaktu s rodinou a zjišťují, zda pacienti využívají nabízených služeb. Sociální pracovníci jsou také součástí ústavů pro dlouhodobou paliativní péči, kde pacientům zajišťují kvalitně strávený čas, případně plní jejich drobná přání (Kalvach a kol., 2019, s. 51-52).

Sociální pracovníci jsou členy každého multidisciplinárního zdravotnického týmu, nejen týmu paliativního. Je velmi těžké a vyčerpávající starat se o nevléčitelně nemocného pacienta nebo blízkého člověka v konečné fázi života dlouhodobě, bez odpočinku, a právě sociální pracovník je schopen zajistit případné odlehčovací nebo pobytové služby pro nemocného. Kromě výše zmíněných funkcí pomáhají sociální pracovníci také se zařízením pohřbu. Pozůstali se dostávají do náročné situace zejména z psychologického hlediska a často si nevědí rady ohledně organizace pohřbu a v dalších důležitých krocích zejména v oblasti financí a dědického řízení (Sláma, Kabelka, 2022, s. 48-51).

3.5 Spirituální aspekty paliativní péče v onkologii

Spiritualita je obsáhlý pojem, který mnozí zaměňují s religiozitou – zbožností, se kterou spiritualita samozřejmě souvisí, ale není to totéž. Náboženství je určitý systém víry, rituálů a náboženských praktik, kdežto spiritualita má mnohem hlubší význam. Existuje několik definic, jedna z nich spiritualitu popisuje jako určitý faktor pohody popisující formu, prostřednictvím které prožívají jedinci určité spojení a smysl se sebou samým, s lidmi ze své blízkosti a se svým okolím. Samotné náboženství nemusí vůbec být součástí spirituality člověka. Z Gallupova výzkumu (1977), který byl zaměřen na spirituální přesvědčení umírajících pacientů vyplývá, že se s otázkami v této oblasti nejvíce pacientů obrací na rodinu, přátelé i duchovní a 30 % z nich by hledalo odpovědi na své otázky u lékařů. Zdravotnický personál se ale mnohdy rozhovorům na toto téma vyhýbá. Duchovní potřeby nejsou pouze doménou kaplana nebo duchovního a dalších odborníků, duchovní aspekty v paliativní péči může zajistit právě zdravotnický personál (Mathew-Geevarughese, Corzo, Figuracion, 2019, s. 399-413).

Definice zdraví dle WHO popisuje zdraví jako pohodu v biologické, psychosociální oblasti, koncem 40. let 20. století zahrnuje v dokumentu o paliativní péči také oblast spirituální. Pojem spirituální bolest je dle WHO zařazena na stejné úrovni, jako je zvládání bolesti fyzické. Úlevu od spirituální bolesti mohou poskytnout lékaři i nelékařští pracovníci hlavně prostřednictvím rozhovoru, při kterém by měli odhlédnout od pacientovy diagnózy a prognózy, ale měli by ho vidět jako jedinečnou lidskou bytost se svými potřebami. Rozhovor týkající se spirituální bolesti může být pro pacienta obrovskou úlevou. Na všechny otázky není snadná odpověď, celý rozhovor může být psychicky náročný, pacient ale jistě ocení zájem zdravotníka a může mezi nimi podpořit rozvoj důvěrného vztahu. Rozhovor nemusí pomoci jen pacientovi, ale také lékaři, který zjistí důležité informace týkající se například toho, co by si pacient přál a co naopak ne. Může mu také poskytnout informace o rodinném zázemí, a to vše je důležité pro stanovení individuálního plánu paliativní péče.

Pacienti v paliativní péči často řeší spirituální otázky, a to zejména otázky týkající se smyslu života, hledají určité zdroje víry a naděje. Duchovní oblast člověka má hlubší význam, zahrnuje hodnoty a potřeby, kterými jsou důvěra a naděje, možnost svěřit se, být vyslyšen, pochopen, hledání a nalezení smyslu života, láska, respekt, odpuštění, vnitřní klid a také otázky, jež se týkají smrti a posmrtného života. Spiritualita je také definována jako jistý způsob bytí, které je formováno vztahem k sobě samému, k druhým, k přírodě, k životu a k aspektům, které

přesahují vlastní osobní život člověka. Příkladem může být Bůh, transcendence nebo všehomír (Sláma, Kabelka, et al., 2022, s. 51-55).

Výzkum, který byl zaměřen na oblast spirituality u žen s karcinomem prsu ukazuje, že je spiritualita pro ženy důležitá zejména při zachování naděje, zvládnání jednotlivých symptomů onemocnění a symptomů souvisejících s léčbou, je důležitá také při nalezení sebe samé. Výsledky také ukazují na zlepšení kvality života společně s rostoucí spiritualitou pacientek. Na podkladě tohoto výzkumu je také potvrzeno celkové zlepšení ve fyzické, funkční i sociální oblasti a zlepšení celkového zdraví u žen s karcinomem prsu ve zkoumaném souboru (Botíková, Lipovská, Tomová, Bartoníčková, 2021, s. 255-258).

Důležitou oblastí spirituality je **logoterapie**, jejíž autorem je Viktor E. Frankl. Logoterapie je psychotherapeutický přístup, který se zabývá smyslem života člověka a pomáhá s jeho nalezením. Sám Frankl (1999) zastává názor, že hledání smyslu života patří mezi základní lidské potřeby. Smyslem existenciální analýzy – logoterapie je ukázat člověku, že je odpovědný za svůj život, za chování k druhým lidem a ke světu. Frankl (1996) je toho názoru, že život zůstává smysluplným a hodnotným i v případě, kdy člověk závažně onemocní, jelikož záleží, jak se k nové situaci jedinec postaví. Chápe logoterapii také jako schopnost člověka porozumět utrpení, které mu bylo dáno (Kupka a kol., 2024, s. 83-86).

3.6 Etické aspekty paliativní péče v onkologii

Etika je lékařský obor, který se zabývá studiem morálky a mravnosti. Lékaři ve své praxi často řeší etická dilemata. Mnohdy se musí rozhodnout mezi obtížně řešitelnými situacemi tak, aby jednali v co nejlepším zájmu pacienta a zajistili co nejvyšší možnou kvalitu jeho života. Jelikož je ČR zatížená onkologickými diagnózami ve vyšší míře a zhoubné nádory jsou důvodem čtvrtiny všech úmrtí, lékařská etika má v onkologické paliativní péči nepostradatelné místo (Opatrná, 2022, s. 9-10).

Etika a etické principy jsou součástí každého rozhodování o poskytování paliativní péče. Při stanovování rozsahu zdravotní a ošetrovatelské péče u pacienta v terminálním stádiu nebo u pacienta ve stádiu onemocnění, které již nelze vyléčit je důležitou součástí nejen zdravotnický personál, ale i samotný pacient a jeho blízcí. V rámci plánování paliativní péče je třeba brát ohledy na přání pacienta, dříve vyslovená přání případně na přání zákonného zástupce, pokud se jedná o dětského pacienta. Rozhodnutí o správném postupu léčby je velmi náročný proces, kdy je důležité vidět pacienta jako individuální bytost, zvážit přínos a případné komplikace,

keré by léčba přinesla. Je vhodné vybrat takový postup, který prokazatelně zvýší komfort pacienta a případné komplikace jsou vyváženy přínosem dané léčby. Léčba, při které nelze z klinického hlediska očekávat přínos pro pacienta je označovaná jako léčba marná/neúčelná, a ta není v souladu s etickými principy. Pokud se pacient v takové situaci nachází, měla by přijít na řadu kvalitní paliativní péče, která eliminuje nebo zmírní bolest a další symptomy nemoci, zachová lidskou důstojnost a zajistí uspokojení potřeb. Česká lékařská komora zdůrazňuje, že tímto postupem nejsou porušena práva pacienta, naopak je zabráněno nedůstojnému prodlužování procesu umírání, a v tomto případě by se jednalo o porušení medicínských a etických principů (Jedličková, 2023, s. 152-158).

V rámci etiky v paliativní péči je důležité zmínit pojem **eutanazie**. Jedná se o aktivní usmrcení pacienta na jeho žádost. Eutanazii část laické veřejnosti spojuje s paliativní péčí, která naopak smrt neurychluje ani neoddaluje a snaží se zajistit pacientovi co nejvyšší možnou kvalitu života v průběhu nevléčitelného onemocnění (Sláma, Kabelka et al., 2022, s. 26).

3.7 Umírání a smrt

Umírání je v paliativní péči považováno za předpokládaný závěr progredujícího, terapií nevléčitelného onemocnění, které končí smrtí. Nejedná se o patofyziologický proces. Umírání a smrt jsou přirozenou součástí lidského života, mají psychologickou, sociální a spirituální dimenzi. (Sláma, Kabelka et al., 2022, s. 307-308). Zásadním úkonem v oblasti umírání je včasné určení terminální fáze nemoci, zejména z důvodu vhodného nastavení další péče a zabránění realizace nepřiměřené a marné protinádorové terapie, která by vedla ke zvýšené zátěži pro pacienta. Včasná diagnostika je rovněž důležitá pro zachování autonomie, důstojnosti a prevenci utrpení pozůstalých (Sochor, Závadová, Sláma, 2019, s. 353).

Haškovcová (2007) zdůrazňuje, že jako umírání nelze označit pouze terminální stav, jedná se o určitý proces. Umírání je různě dlouhé časové období, které je rozděleno na tři fáze – *pre finem*, *in finem*, *post finem*. **Pre finem** je první fází, která dle Haškovcové (2007) začíná zjištěním infaustní prognózy. Stav od doby, kdy se pacient dozví, že je jeho onemocnění smrtelné, do smrti může trvat různě dlouhou dobu – dny, měsíce, roky. V tomto období je z lékařského hlediska nezbytná snaha o remisi a mírnění symptomů onemocnění. Sdělení informace o nevléčitelném onemocnění by mělo být empatické, lékař musí dodržet pravidla vhodné komunikace, viz podkapitola 3.1. V této fázi se pacient různými způsoby smiřuje s infaustní diagnózou (Kupka, 2024, s. 133-138). **In finem** je druhá fáze procesu umírání,

konkrétně se jedná o terminální stav. Přirozeným vyústěním terminálního stavu je smrt, ke které dochází během několika dnů, obvykle do 24 hodin až 14 dnů od stanovení terminálního stádia nemoci. (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 353). Mezi znaky terminální fáze nemoci patří celkové zhoršování stavu pacienta, progresse slabosti, únavy, zvýšení denního spánku, ztráta zájmu o okolí, snížení příjmu tekutin a stravy, nepravidelné dýchání, chrčivé dýchání způsobené hromaděním sekretu v dýchacích cestách, postupné snížení množství moči (oligurie až anurie), periferní cyanóza končetin, mramorovaná kůže a typický „facies Hippocratica“ – špičatění v obličejí (Sláma, Kabelka et al., 2022, s. 307-308). **Post finem** je poslední fází procesu umírání, ve které je pacient již po smrti. Součástí poslední fáze není pouze péče o mrtvé tělo, ale je důležité brát v potaz péči o pozůstalé, být nápomocný v období žalu a zármutku, pokud je potřeba. První minuty po úmrtí blízkého člověka jsou považovány za jedny z nejdůležitějších, které rozhodují o následném procesu truchlení. Ten může proběhnout normálně, setkáváme se ale také s patologickými druhy truchlení, které mohou vyústit až v depresivní poruchu nebo vyvolat úzkostné stavy. Ze strany zdravotníků je důležitý empatický přístup, zejména při předávání pozůstalosti a úmrtního listu, které by mělo proběhnout v klidné místnosti, o samotě, spolu s vyjádřením lítosti.

Smrt je závěrečná část života každého jedince, na kterou každý pohlíží jinak, ale pro všechny je zásadní událostí. Většinu populace znepokojuje, mladý a zdravý člověk si ji často nepřipouští. Ve chvíli, kdy se setká s chronickým onemocněním, se smrtí v rodině nebo ve své vrstevnické skupině, tak na ni začíná pohlížet jinak. Dle Haškovcové (2015) je smrt pro mladého člověka něco vzdáleného, co se ho momentálně netýká. V dnešní době je smrt stále tabuizované téma. Vzhledem k obrovským pokrokům v medicíně je přítomna představa, že smrt přijde až po dlouhé a úspěšné cestě životem (Kupka, 2024, s. 13-20, 142-144).

V ČR zemře přibližně 110 000 osob ročně. V domácím prostředí zemře přibližně 25 % osob, na akutních lůžkách 50 %, na lůžkách následné péče 9 %, v hospici 3 % a v sociálním zařízení 7 % (Sláma, Kabelka et al., 2022, s. 313).

4 POTŘEBY PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI

Člověk je definován jako jedinec tvořený bio-psycho-sociálními a spirituálními složkami. Každý jedinec se rodí s potřebami základními a vlivem ontogenetického vývoje, rodiny, výchovy, kultury, věku, vloh, náboženství a dalších faktorů jsou utvářeny potřeby vyšší. Lidské potřeby jsou nezbytnou součástí života. Jejich uspokojení pomáhá udržovat dostatečnou kvalitu života, jejich nedostatek nebo neuspokojení způsobují pravý opak (Vrublová, 2020, s. 8-9).

Lidská potřeba je popisována jako stav určitého nedostatku nebo nadbytku, který vede člověka k realizaci úkonů, po nichž dosáhne rovnováhy. V minulých letech se rozdělením jednotlivých potřeb zabývala řada autorů. Jedním z nich je psycholog H. A. Murray, který rozdělil potřeby na viscerogenní, tedy potřeby, které jsou definované organickými vlivy (hlad, žízeň, dýchání) a na potřeby psychogenní, které jsou determinovány psychickými podmínkami (dosažení výkonu, autonomie). Nejznámější klasifikaci potřeb definoval Abraham Maslow, jedná se o tzv. hierarchickou teorii potřeb (Bužgová, 2015, s. 40). Dle jeho slov má každý jedinec vlastní systém motivů, který je hierarchicky uspořádán podle síly jednotlivého motivu. Maslowova pyramida potřeb dělí potřeby na nižší – fyziologické potřeby, potřeby bezpečí a jistoty a dále na potřeby vyšší – potřeby lásky a sounáležitosti, potřeby uznání, potřeby seberealizace. **Fyziologické potřeby** se týkají stálosti vnitřního prostředí. Jejich uspokojování slouží k přežití jedince a až po jejich uspokojení můžeme realizovat potřeby vyšší. Jedná se například o potřebu výživy, pohybu, čistoty, vyprazdňování, spánku, kyslíku a sexuální potřeby. Na tyto potřeby navazují **potřeby jistoty a bezpečí**. Jedná se o potřeby vyvarování se nebezpečí, strachu, ohrožení, touhy po komplexní stabilitě, důvěře nebo spolehlivosti. **Potřeby sounáležitosti a lásky** zahrnují potřebu milovat a být milován, potřebu někam patřit, potřebu náklonnosti. Dalšími vyššími potřebami jsou **potřeby uznání a sebeúcty**, kam řadíme potřebu poznávat, vědět, rozumět a být respektován druhými. Nejvyššími potřebami jsou **potřeby seberealizace**, které jsou uspokojeny prostřednictvím realizace vlastního potenciálu. Jedná se také o touhu být tím, čím si člověk myslí, že může být. Z dané činnosti musí být uspokojen a přesvědčen, že ji dělá dobře (Trachtová a kol., 2018, s. 13-15).

V paliativní péči se nejvíce hovoří o potřebách biologických, psychologických, sociálních a spirituálních. Pro paliativní péči a péči o terminálně nemocného pacienta je velmi důležitý holistický přístup, který spočívá v propojení všech výše zmíněných dimenzí. Nemoc bezpochyby ovlivňuje potřeby pacientů. Zejména záleží na charakteru nemoci, na samotném pacientovi a na sociálním prostředí, které ho obklopuje. Dle Svatošové (2005) se priority potřeb v nemoci mění, na závěr života mohou být v popředí potřeby spirituální (Bužgová, 2015, s. 41).

4.1 Biologické potřeby pacientů v paliativní péči

Biologické potřeby spočívají zejména v péči o symptomy, které pacienty omezují v naplňování potřeb dalších. Nejčastější symptomy jsou uvedeny v kapitole 3.2 (Bužgová, 2015, s. 41). Zahrnují veškeré potřeby, které potřebuje nemocné tělo. Zdravý i nemocný člověk potřebuje přijímat potravu, nemocný člověk v paliativní onkologické péči ji velmi často potřebuje přijímat jinak upravenou či jinou cestou než tou fyziologickou. Pro každého člověka je také důležité se přirozeně a pravidelně vyprazdňovat. Pokud to nelze přirozeným způsobem, je třeba pacientovi pomoci například prostřednictvím permanentního močového katetru nebo klyzmatu, aby nedocházelo ke zhoršení komfortu. Důležitou základní potřebou je uspokojivá výměna dýchacích plynů, která bývá častým problémem pacientů v paliativní péči. Pomocí ve zmírňování nepříjemných symptomů je například oxygenoterapie či aplikace paliativní chemoterapie, radioterapie a případně podání dalších druhů protinádorové léčby, umožňuje-li to pacientův stav a zároveň to vede k uspokojení potřeb a ke zvýšení kvality života (Svatošová, 2012, s. 21-22). Z výsledků studie publikované v roce 2020, která porovnávala fyzické, psychologické, sociální a duchovní potřeby pacientů v paliativní péči s nádorovým a nenádorovým onemocněním vyplývá, že bolesti, nevolnost, zvracení, únava a anorexie byly častější u pacientů s nádorovým onemocněním, naopak dušnost byla výraznější u pacientů s nenádorovým onemocněním (Bandeali, des Ordon, Sinnarajah, 2020, s. 513). Naopak v přehledové studii publikované v roce 2018 zaměřené na neuspokojené potřeby pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním byla na přední příčce únava (Wang et al., 2018, s. 1).

4.2 Psychologické potřeby pacientů v paliativní péči

Psychologické potřeby jsou pro pacienty neméně důležité. Patří sem potřeba komunikovat s okolím a potřeba dostatku informací. Dle Svatošové (2012) je zde zařazena také potřeba respektu lidské důstojnosti bez ohledu na tělesný stav. Člověk je jedinečná lidská bytost, a tak je třeba ho chápat a respektovat v kterémkoli období jeho života, na jeho konci obzvlášť. Pacient potřebuje pocit bezpečí, potřebuje slyšet pravdivé informace o svém zdravotním stavu a jeho prognóze. Další neméně důležitou je potřeba důvěry v okolí. Pacientovi je podstatné nelhat a neříkat něco, co by muselo být později odvoláno, v takovém případě by pacient ztratil důvěru. Naopak je také důležité brát v potaz, že v některých situacích pacient nepotřebuje a nechce vědět vše a toto přání je třeba respektovat (Svatošová, 2012, s. 22). Vhodné je také zmínit emocionální stránku pacientů v paliativní péči. Pacienti se setkávají s nevléčitelným onemocněním, které se týká jejich vlastní osoby, je tedy pochopitelné, že procházejí řadou

různých emocí. Miller et al. (2003) definoval na základě svého výzkumu nejčastější emocionální potíže – pocity nervozity, smutku a strachu. Potřebou pacientů v paliativní péči je možnost s někým o těchto pocitech hovořit. Cílem zdravotníků by měla být každodenní psychická pohoda pacientů, a to prostřednictvím empatického přístupu a popřípadě nabídky rozhovoru o jejich pocitech (Bužgová, 2015, s. 60-63). Zajímavé jsou výsledky studie publikované v roce 2020, která porovnávala fyzické, psychologické, sociální a duchovní potřeby pacientů v paliativní péči s nádorovým a nenádorovým onemocněním, ze nichž vyplývá, že nejvíce neuspokojenou potřebou byla úzkost a obava o zachování důstojnosti, a to ve větší míře u pacientů s nenádorovým onemocněním než u pacientů s onkologickou diagnózou (Bandeali, des Ordons, Sinnarajah, 2020, s. 513).

4.3 Sociální potřeby pacientů v paliativní péči

Z hlediska sociálních potřeb mají pacienti v paliativní péči strach zejména ze sociální izolace. Člověk je fyziologicky tvor společenský, během života je obklopen svou rodinou, blízkými i přáteli a v nemoci by tomu nemělo být jinak. Zejména pak hospitalizovaní pacienti mají potřebu kontaktu se svými blízkými, stojí o návštěvy a potřebují je. Ne však vždy, ne od každého si přejí, aby je přišel navštívit. Pacient by měl mít právo své návštěvy řídit a měl by být v tomto ohledu plně respektován, a to jak ze strany zdravotníků, tak ze strany svých blízkých. Nejsilnější vazby mívá pacient ve většině případů s rodinou (Svatošová, 2012, s. 22-23). V rámci sociálních potřeb je u pacientů v popředí také potřeba podpory a opory. Nevyléčitelné onemocnění je velkou zátěží pro pacienta i jeho blízké, pacient potřebuje ujištění, že nezůstal sám i v tak těžkém období, ve kterém se nachází a které ho ještě čeká. Potřebuje mít jistotu, že se má o koho opřít a že má s kým případně probrat své myšlenky, pokud si to bude přát (Trachtová a kol., 2018, s. 17-19).

4.4 Spirituální potřeby pacientů v paliativní péči

Lidská spiritualita je velmi individuální a je součástí života mnoha lidí. Různé výzkumy dokazují, že uspokojené duchovní potřeby jsou důležitým faktorem zdraví, celkové pohody a pro mnoho lidí jsou nezbytnou složkou pro zvládnání chronických onemocnění anebo pro zvládnutí terminálního stádia nemoci. Bohužel velké množství pacientů nemá tyto potřeby dostatečně saturované, což následně ovlivňuje jejich schopnost zvládnout aktuální náročné období. Prostředkem, který by mohl napomáhat v saturaci duchovních potřeb pacientů jsou

sestry, které s pacientem přijdou do blízkého kontaktu a mají spoustu příležitostí zahrnout spiritualitu do své péče. V posledních letech dochází ke zvýšení zájmu o spiritualitu nejen ve zdravotnictví, ale i v celé společnosti (Sovářiová Sošová, 2022, s. 7).

Potřeba hledání a nalezení smyslu života je pro pacienty v paliativní péči jedna z velmi důležitých věcí. Většina pacientů s nevy léčitelným onemocněním potřebuje ujistění, že jejich život měl smysl, že po nich zůstane nezapomenutelný odkaz. Mnoho lidí řeší nedořešené spory a křivdy, velkou roli zde hraje potřeba odpuštění a smíření se vším, co v životě udělali, ať už dobře či špatně (Sláma, Kabelka et al., 2022, s. 52).

V oblasti spirituality je důležité zmínit potřebu respektu náboženství, duchovního přesvědčení a obav jednotlivých pacientů. Každý pacient právem očekává, že bude jeho víra plně respektovaná, popřípadě bude zdravotnickým personálem zajištěno naplnění náboženských potřeb například prostřednictvím poskytnutí služeb nemocničního kaplana. Komplexně by měla spirituální péče poskytovat porozumění příběhu jedinečného lidského života a měla by pomoci zvládnout situaci důstojně, což je ostatně potřebou každého jedince ve zdraví i v nemoci, obzvláště v tak závažné chorobě jako je ta nevy léčitelná, ve které může být pro pacienta potřebnější uspokojení výše uvedeného než ostatních potřeb dominujících v paliativní péči (Hajnová Fukasová, Bužgová, Feltl, 2015, s. 14).

Z výsledků již výše zmíněné studie, která zkoumala rozdíly v potřebách pacientů s nádorovými a nenádorovými nemocemi vychází, že potřeby v oblasti spirituality byly důležitější a častěji řešené u pacientů s nádorovým onemocněním (Bandeali, des Ordon, Sinnarajah, 2020, s. 513).

4.5 Potřeby pacientů v terminálním stádiu nemoci

Dokonalé naplnění veškerých potřeb v závěru života může pacientům významně pomoci ve zvládnání terminální fáze onemocnění (Hajnová Fukasová, Bužgová, Feltl, 2015, s. 14). Millingan et al. (2012) definoval následující potřeby, jež jsou v mnoha ohledech podobné potřebám v paliativní péči celkově a které vnímají jako nejdůležitější pacienti v závěru života a jejich rodinní příslušníci. Jedná se zejména o hodnocení a řešení bolesti a dalších symptomů, management psychosociálních a duchovních potřeb pro pacienty i jejich blízké, rozhovor o prognóze, zjištění pacientových cílů péče, rozhovor o resuscitační péči, plán následné péče (domácí/kamenný hospic), rozpoznání symptomů blížící se smrti a podpora rodiny od začátku do konce. Strach z opuštění, protrahované smrti, potřeba obstarání péče, která zajišťuje pacientovu důstojnost až do konce jsou definované Lékařským institutem ve Washingtonu

(1997) jako potřeby, které by měly být zajištěny u všech umírajících pacientů (Bužgová, 2015, s. 42).

Nejčastější biologické potřeby pacientů v terminálním stádiu nemoci jsou velmi podobné potřebám pacientů v paliativní péči obecně. Jedná se zejména o potřebu mírnit nejčastější výše zmíněné tělesné symptomy, a také například mírnění úzkosti nebo chrčivého dýchání. Většinu tělesných symptomů lze zmírnit farmakologicky bez ovlivnění stupně vědomí. Pokud tomu tak není a pacientovi symptomy způsobují výrazný diskomfort a tím snižují kvalitu života, je možné použít k jejich eliminaci farmakologickou sedaci. Cílem je snížit utrpení prostřednictvím snížení vědomí na různé stupně dle potřeby pacienta. Umírajícímu je často zapotřebí zajistit pomoc psychologickou nebo spirituální. Oba typy péče mohou být zajištěny odborníky daného oboru, zdravotníky nebo rodinnými příslušníky. V případě umírajících pacientů však zásadně neplatí, že nejdřív musí být uspokojeny potřeby biologické, které bohužel v mnoha případech komplexní řešení nemají, důležitější může být právě uspokojení psychických a spirituálních potřeb. Smíření a přijetí aktuálního stavu může dát smrti, která je jistě smutnou a tragickou událostí, důstojný a lidský charakter (Sláma, Kabelka et al., s. 312-313).

5 SHRNU TÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Paliativní péče má v onkologii své nezastupitelné místo. I přes neustálé pokroky v onkologické léčbě jsou stále nádorová onemocnění v některých případech nevléčitelná a v tu chvíli by měla přijít na řadu komplexní paliativní péče. Pacientovi by měla být paliativní léčba nabídnuta v okamžiku, kdy dojde ke zjištění, že je jejich choroba v nevléčitelném stadiu. Je potřeba pacienta informovat o principech a veškerých možnostech léčby spolu s benefity a nežádoucími účinky. Ke všem pacientům je potřeba přistupovat holisticky, tedy brát člověka jako jedinečnou lidskou bytost se všemi jeho potřebami. U pacientů v paliativní péči je třeba klást důraz zejména na mírnění nepříjemných symptomů onemocnění, kterými jsou dle výše uvedených výzkumů bolest, dušnost, únava, nevolnost a zvracení. Je třeba nezapomínat na potřeby v oblasti psychosociální a spirituální. Pro mnohé pacienty, zejména pro pacienty v terminálním stadiu nemoci mohou být právě spirituální potřeby mnohem důležitější než všechny ostatní. Spirituální oblast je z mého pohledu stále mírně tabuizovaná a ve zdravotnictví se na ni často neklade takový důraz, jaký by si zasloužila. Společným cílem multidisciplinárního týmu v paliativní péči je zajištění co nejvyšší možné kvality života v celém průběhu nevléčitelného onemocnění od jeho začátku až do samotného konce.

EMPIRICKÁ ČÁST

6 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A HYPOTÉZY

Níže jsou stanoveny jednotlivé cíle výzkumného šetření v rámci diplomové práce. Jsou zde konkrétně definovány hlavní a dílčí cíle práce a jsou formulovány výzkumné otázky a hypotézy.

Hlavní cíl:

Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce je posoudit vliv onkologického onemocnění na potřeby pacientů v paliativní péči a míru jejich naplnění prostřednictvím standardizovaného dotazníku PNAP (Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči).

Výzkumné cíle:

- Zjistit, které z jednotlivých potřeb jsou pro pacienty nejvíce důležité.
- Zjistit, které z potřeb jsou pro pacienty nejméně důležité.
- Identifikovat doménu, která je pro pacienty nejvíce a která naopak nejméně důležitá.
- Definovat míru saturace potřeb v jednotlivých doménách.
- Identifikovat rozdíly v důležitosti jednotlivých potřeb v závislosti na léčbě, kterou pacienti podstupují (paliativní chemoterapie/ radioterapie/ biologická léčba nebo paliativní symptomatická léčba).
- Identifikovat rozdíly v míře saturace jednotlivých potřeb v souvislosti s typem léčby, kterou pacienti podstupují (paliativní chemoterapie/ radioterapie/ biologická léčba nebo paliativní symptomatická léčba).
- Porovnat rozdíly v důležitosti a saturaci potřeb pacientů v závislosti na pohlaví.

Výzkumné otázky:

- Jaké potřeby jsou pro respondenty nejvíce důležité?
- Jaké potřeby jsou pro respondenty nejméně důležité?
- Která z jednotlivých domén dotazníku je pro pacienty nejvíce a která naopak nejméně důležitá?
- Jaká je míra saturace potřeb v jednotlivých doménách?
- Jsou přítomny rozdíly v důležitosti a míře saturace jednotlivých potřeb v závislosti na druhu terapie, kterou pacienti podstupují?

- Jsou přítomny rozdíly v důležitosti a míře saturace jednotlivých potřeb v závislosti na pohlaví?

Hypotézy:

H₁: Předpokládáme, že druh léčby má vliv na důležitost potřeb pacientů v paliativní péči.

H₀₁: Druh léčby neovlivňuje míru důležitosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.

H_{A1}: Druh léčby ovlivňuje míru důležitosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.

H₂: Předpokládáme, že druh podávané léčby má vliv na míru saturace potřeb pacientů.

H₀₂: Druh podávané léčby nemá vliv na míru saturace potřeb pacientů v paliativní péči.

H_{A2}: Druh podávané léčby ovlivňuje míru saturace potřeb pacientů v paliativní péči.

H₃: Předpokládáme, že pohlaví ovlivňuje důležitost jednotlivých potřeb.

H₀₃: Pohlaví nemá významný vliv na důležitost jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.

H_{A3}: Pohlaví má statisticky významný vliv na důležitost jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.

H₄: Předpokládáme, že pohlaví ovlivňuje míru saturace potřeb pacientů v paliativní péči.

H₀₄: Pohlaví nemá statisticky významný vliv na míru saturace potřeb pacientů v paliativní péči.

H_{A4}: Pohlaví má statisticky významný vliv na míru saturace potřeb pacientů v paliativní péči.

7 ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY

V této kapitole je blíže popsána metodika výzkumu, způsob zpracování dat, organizace výzkumného šetření a charakteristika zkoumaného souboru.

7.1 Metodika výzkumu a zpracování dat

Pro zpracování empirické části diplomové práce byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat prostřednictvím standardizovaného dotazníku. Výzkumným nástrojem byl dotazník PNAP – Dotazník pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (Patients Needs Assessment in Palliative Care), který je uveden v příloze D. Před zahájením výzkumného šetření bylo nutné kontaktovat autorku české standardizované verze dotazníku, doc. PhDr. Radku Bužgovou, Ph.D., a to s žádostí o povolení použití dotazníku v rámci výzkumného šetření v této diplomové práci. Autorka české verze dotazníku souhlasila s jeho použitím, souhlas je uveden v příloze A.

Pro zajištění dodržení etických zásad byl každým pacientem podepsán informovaný souhlas (příloha B), ve kterém svým podpisem stvrzuje dobrovolnou účast ve výzkumném šetření v rámci diplomové práce. Pacienti byli před podepsáním informovaného souhlasu seznámeni s názvem práce a s cíli výzkumného šetření, dostali informaci o anonymizaci veškerých dat týkajících se jejich osoby a taktéž dostali informaci o možnosti odstoupení z výzkumného šetření kdykoliv v jeho průběhu. Po podepsání informovaného souhlasu byl pacientům předložen Test hodin (příloha C) za účelem zjištění kognitivních funkcí. Při nesplnění dostatečného množství bodů v testu hodin byli pacienti z výzkumného šetření vyřazeni.

Výsledná data průzkumného šetření byla zpracována pomocí programu MS (Microsoft) Excel, MS Word a Statistica.

7.1.1 Test hodin

Test hodin byl použit pro zhodnocení kognitivních funkcí pacientů, aby bylo zabráněno vyplnění dotazníků pacienty se sníženými kognitivními schopnostmi a byl zajištěn etický přístup k pacientům v paliativní péči.

Test hodin slouží jako screening k odhalení demence. Jedná se o rychlý test, který je používán zejména při zachycování demence Alzheimerova typu. Dle některých autorů je test hodin citlivější při záchytu demence než Mini Mental State Examination (MMSE), což je známější

test používaný ke zjišťování přítomnosti demence. Naopak jiní autoři uvádějí dobrou korelaci mezi testem hodin a MMSE. MMSE je časově náročnějším testem, pro výzkum v rámci diplomové práce byl i z tohoto hlediska zvolen test hodin. Test hodin pomůže odhalit poruchy zrakově prostorového vnímání, poruchy motorických funkcí nebo poruchy znalosti číselné řady. Existují různé škály, pomocí kterých lze hodnotit výsledky testu. Například škála dle Shulmana, dle Sunderlanda nebo dle Hendriksena (Ressner, Ressnerová, 2002, s. 316-317). Pro zhodnocení výsledků testu hodin v diplomové práci byla použita škála dle Hendriksena, která je uvedena v příloze C spolu se samotným testem hodin. Aby mohli být pacienti zařazeni do výzkumného šetření, museli získat z testu hodin 4-5 bodů. Ti, kteří získali 3 body a méně byli z výzkumného šetření vyřazeni.

Test hodin byl pacientům předložen až po podepsání informovaného souhlasu. Bylo jim vysvětleno, co se po nich požaduje a za jakým účelem musí test hodin splnit. Veškeré ústně předané instrukce byly pro lepší pochopení uvedeny písemně přímo u testu hodin.

7.1.2 Dotazník pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči – PNAP

Dotazník PNAP je používán ke zjišťování důležitosti a míry saturevanosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči. Finální verze českého standardizovaného dotazníku, jehož autorkou je doc. PhDr. Radka Bužgová, Ph.D., obsahuje celkem 40 otázek zahrnujících potřeby pacientů. Jednotlivé potřeby jsou rozděleny do sedmi domén, a to konkrétně na fyzické symptomy, sociální oblast, respekt a podporu zdravotnických pracovníků, smysl života a smíření, autonomii, možnost sdílení emocí a religiózní potřeby. Každá doména obsahovala různý počet otázek viz tabulka 1.

Tabulka 1 - Domény a jednotlivé položky použitého dotazníku

Doména	Název domény	Položky dotazníku
1	fyzické symptomy	2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14
2	sociální oblast	19, 22, 23, 38, 39, 40
3	respekt a podpora zdravotnického personálu	16, 20, 21, 36, 37
4	smysl života a smíření	28, 29, 31, 32, 33, 34
5	autonomie	1, 3, 15, 17, 18, 30, 35
6	možnost sdílení emocí	24, 25
7	religiózní potřeby	26, 27

U každé potřeby označovali pacienti na škále od 1 do 5 důležitost dané potřeby (viz tabulka 2). Pokud byla důležitost potřeby označena číslicí 4 a 5 (tzn. spíše ano a ano), vyplňovali pacienti ještě druhý sloupec se stejnou škálou, který se týkal saturovanosti dané potřeby (Bužgová, 2014, s. 14-15).

Tabulka 2 - Škálování dotazníku

Číslice na škále	Slovní odpověď
1	vůbec ne
2	spíše ne
3	nevím
4	spíše ano
5	velmi důležitá

Pro zjištění charakteristiky zkoumaného souboru byl dotazník PNAP doplněn o otázky týkající se věku, pohlaví a vzdělání respondentů. Vzhledem k cílům diplomové práce byl dotazník dále doplněn o položku, kde byla zjišťována léčba, kterou pacienti aktuálně podstupují. Cílem bylo vyhledat pacienty podstupující paliativní onkologickou léčbu (chemoterapii, radioterapii, biologickou léčbu nebo jejich kombinaci) a dále vyhledat pacienty, kterým je poskytována paliativní symptomatická péče. Otázky týkající se demografických údajů a typu léčby jsou rovněž uvedeny v příloze D.

7.2 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v nemocnici fakulturního typu na onkologickém oddělení od konce října 2024 do konce ledna 2025. Před samotným zahájením výzkumu bylo nutné získat souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a následně souhlas vrchní sestry onkologické kliniky – obě souhlasily a byl podepsán souhlas s výzkumným šetřením. Výzkum bylo plánované provádět taktéž v hospicovém zařízení, aby byl zajištěn dostatečný počet pacientů v paliativní symptomatické péči, a to zejména pro následné porovnání mezi potřebami pacientů s různými typy paliativní léčby. Provedení výzkumu zde bylo bohužel zamítnuto.

Pro výzkum byli zvoleni onkologičtí pacienti hospitalizovaní na onkologickém oddělení, jejichž onemocnění se nachází v nevléčitelné fázi a je jim tedy poskytována léčba paliativní.

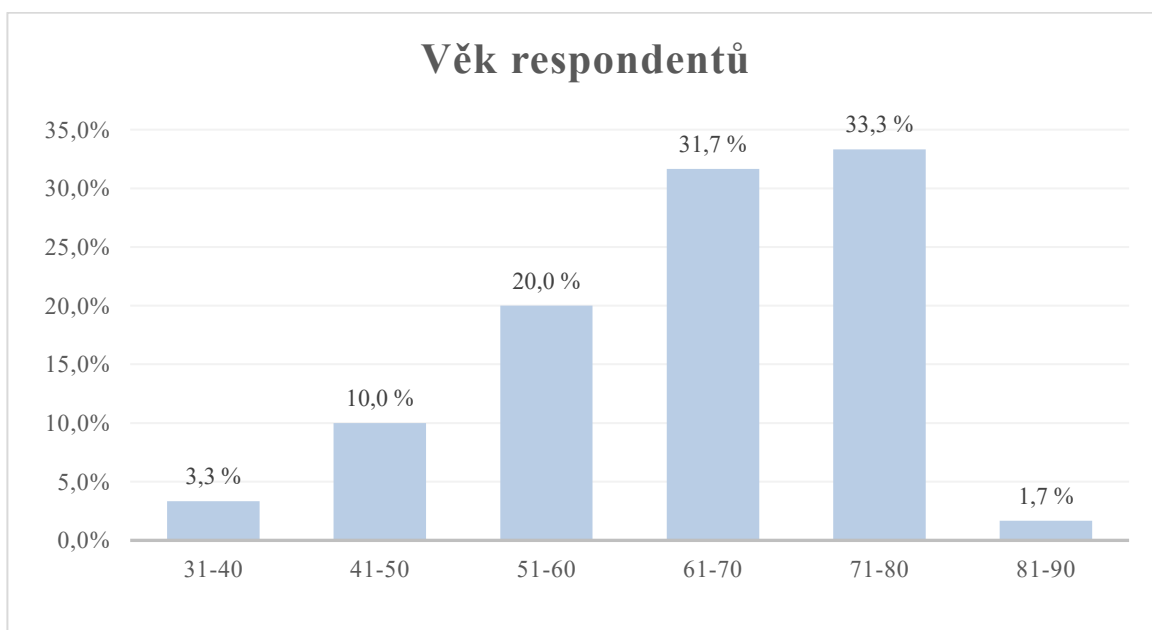
Ze zdravotnické dokumentace bylo nejprve zjištěno, zda je pacientům poskytována péče kurativní či paliativní. Pokud byl pacient v péči paliativní bylo dále zjišťováno, zda se jedná o podávání paliativní chemoterapie, radioterapie, biologické léčby či jejich kombinace nebo zda je pacientům poskytována paliativní péče symptomatická. Po tomto zjištění byl konzultován stav pacientů s lékaři a sestrami, aby bylo zjištěno, zda je pacient schopen dotazník vyplnit. Otázky byly směřovány na aktuální fyzický i psychický stav pacienta, jeho kognitivní schopnosti, ochotu komunikovat a spolupracovat. Pokud byl pacient vhodný k zařazení do výzkumného šetření, byl mu nejprve předán informovaný souhlas, byl seznámen s názvem diplomové práce, jejími cíli a účelem vyplnění dotazníku. Po zodpovězení případných otázek byl pacient vyzván k podepsání informovaného souhlasu. Následně byl pacientům předložen test kognitivních funkcí, konkrétně test hodin, aby bylo zabráněno vyplnění dotazníku pacienty se sníženými kognitivními schopnostmi. Pokud měl pacient odpovídající počet bodů z výše uvedeného testu, byly mu ústně předány instrukce k vyplnění samotného dotazníku PNAP, v případě neúplného pochopení ze strany pacienta byly písemné instrukce k vyplnění dotazníku jeho součástí.

Celkem bylo rozdáno 64 dotazníků se stoprocentní návratností. Dva pacienti měli výsledek testu hodin nižší, než bylo požadováno, nemohli tedy pokračovat ve výzkumném šetření a museli být vyřazeni. U dalších dvou dotazníků bylo zjištěno jejich neúplné vyplnění, musely být tedy z průzkumu taktéž vyřazeny. Výsledný počet dotazníků zahrnutých do výzkumného šetření byl 60 (100 %).

7.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Po podepsání informovaného souhlasu a splnění testu hodin byly zjišťovány demografické údaje pacientů. Věk pacientů byl zjišťován prostřednictvím první otázky. Výzkumný soubor zahrnuje pacienty ve věku od 34 do 83 let. Průměrný věk pacientů ve zkoumaném souboru činí 64,6 let. Věková kategorie 31-40 let zahrnuje 2 pacienty (3,3 %), kategorie 41-50 let zahrnuje 6 pacientů (10,0 %), pacientů v kategorii 51-60 let je 12 (20,0 %), v kategorii 61-70 je 19 pacientů (31,7 %), v kategorii 71-80 let je pacientů nejvíce, a to 20 (33,3 %) a naopak nejméně pacientů je v kategorii 81-90 let, kde se nachází pouze jeden pacient (1,7 %). Věkové kategorie jsou přehledně uvedeny viz obrázek 1.

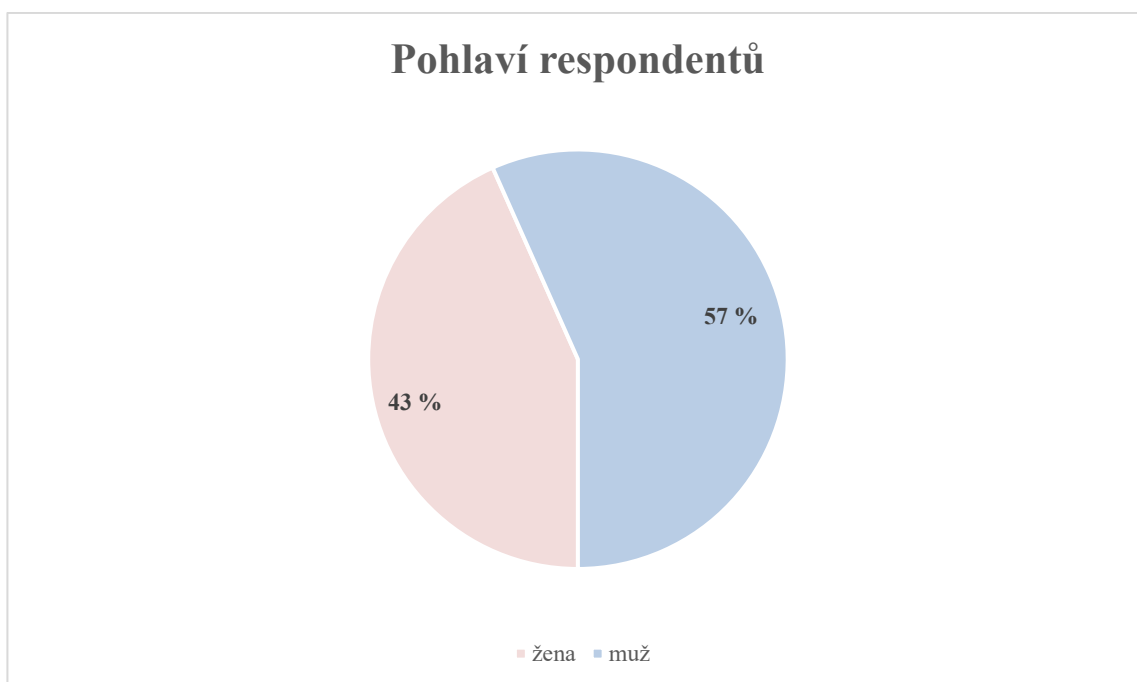
Otázka 1: Kolik Vám je let?



Obrázek 1 - Věk respondentů

Pohlaví respondentů bylo zjišťováno pomocí otázky č. 2. Z celkového počtu 60 respondentů je 26 žen (46 %) a 34 mužů (57 %).

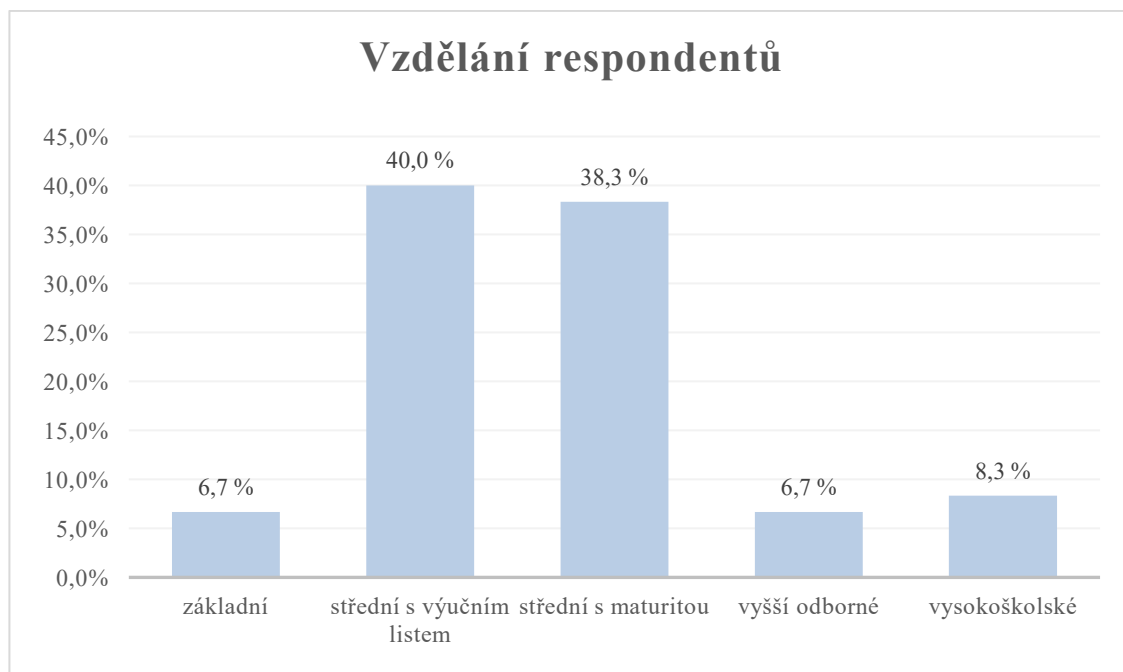
Otázka 2: Jaké je Vaše pohlaví?



Obrázek 2 - Pohlaví respondentů

Jako poslední z demografických údajů bylo zjišťováno vzdělání respondentů. Z celkového počtu 60 respondentů mají ukončené základní vzdělání 4 pacienti (6,7 %). Obdobné a zároveň nejvyšší množství pacientů má dokončené střední vzdělání bez maturity a s maturitou. Středoškolské vzdělání s výučním listem má celkem 24 pacientů (40,0 %) a středoškolské vzdělání s maturitou má o jednoho pacienta méně, tedy 23 pacientů (38,3 %). Vyšší odborné vzdělání mají 4 pacienti (6,7 %) a vysokoškolské vzdělání má 5 pacientů (8,3 %).

Otázka 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Obrázek 3 - Vzdělání respondentů

8 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

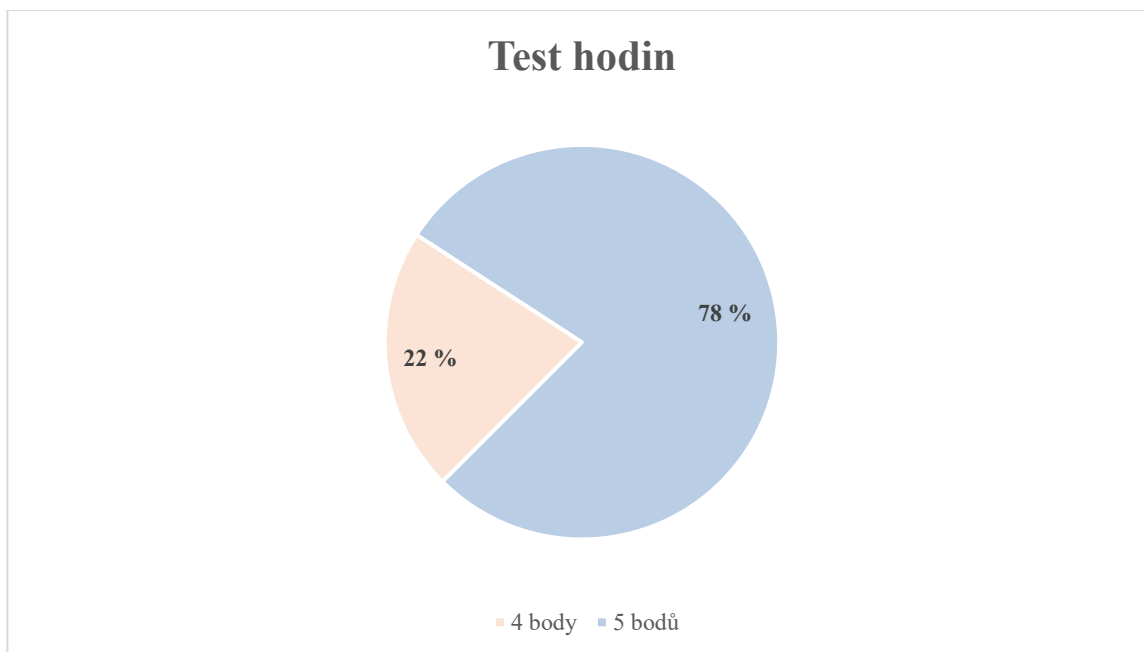
V této kapitole jsou uvedeny jednotlivé výsledky výzkumného šetření. Data byla zpracována pomocí programu MS Excel, MS Word a Statistica. Demografické údaje jako je věk, pohlaví a vzdělání respondentů jsou uvedeny v podkapitole 7.3 v rámci charakteristiky souboru.

Pro zhodnocení jednotlivých položek dotazníku PNAP a konkrétních domén byla použita popisná statistika. V rámci popisné statistiky byly použity počty platných N, hodnoty průměru, mediánu, minima, maxima a směrodatné odchylky. Níže jsou uvedeny tabulky zvlášť pro důležitost a zvlášť pro saturaci jednotlivých domén dotazníku – fyzické symptomy, sociální oblast, respekt a podpora zdravotnického personálu, smysl života a smíření, autonomie, možnost sdílení emocí a religiózní potřeby. Dále bylo u jednotlivých domén vypočítáno doménové skóre, které bylo hodnoceno v rozmezí 0-100. Výsledná hodnota sděluje, že čím vyšší skóre v dané doméně je, tím je důležitost a saturace větší (Bužgová, 2014, s. 16).

Pro poslední část analýzy výsledků výzkumného šetření byly stanoveny hypotézy, které byly následně statisticky ověřovány prostřednictvím programu Statistica. Stanovené nulové a alternativní hypotézy byly následně zamítány či přijímány na základě stanovené hladiny statistické významnosti $\alpha = 0,05$.

8.1 Výsledky testu hodin

Z celkového počtu 64 oslovených respondentů měli dva pacienti nedostatečný počet bodů z testu kresby hodin, museli být tedy z etických důvodů z výzkumného šetření vyřazeni. Další dva pacienti nevyplnili všechny položky dotazníku, nemohli tedy být do průzkumu zařazeni. Celkový počet respondentů zařazených do zkoumaného souboru tedy činí 60. Z celkového počtu pacientů dosáhlo 47 (78 %) pacientů maximálního počtu bodů z testu hodin (5 bodů) a zbylých 13 (22 %) respondentů získalo 4 body.

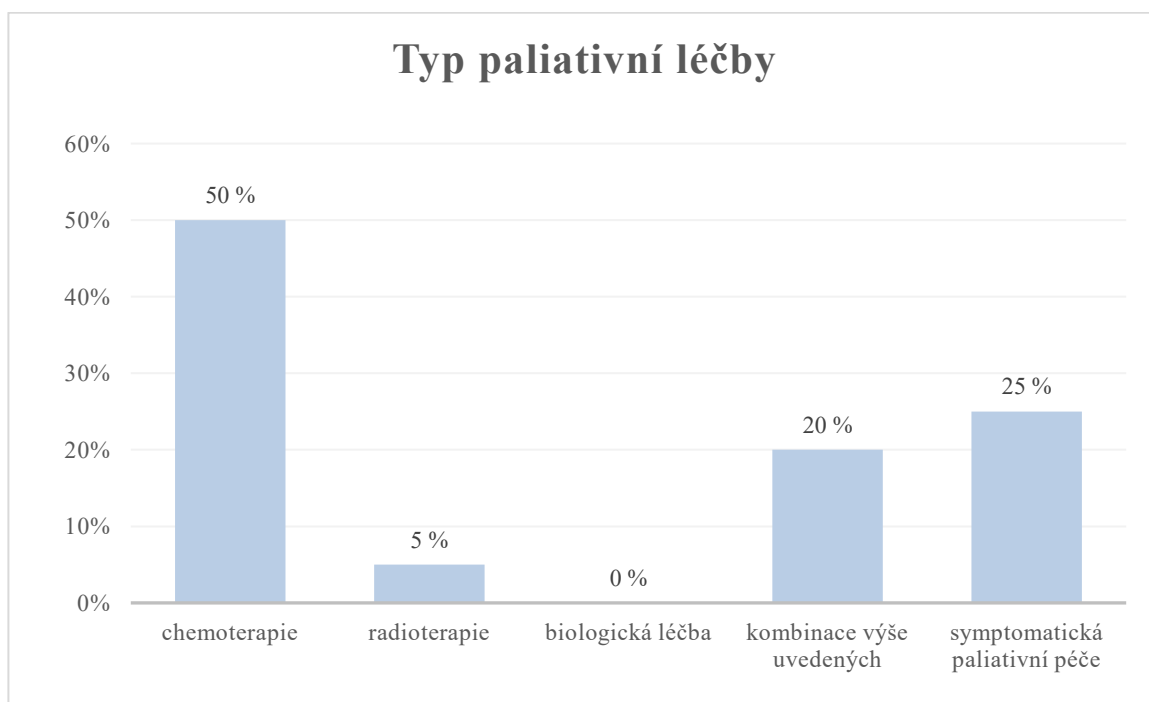


Obrázek 4 - Test hodin

8.2 Rozdělení pacientů dle typů léčby

V rámci výzkumného šetření jsou stanoveny dílčí cíle, které mají za úkol porovnat důležitost a naplněnost potřeb pacientů dle typu léčby, kterou aktuálně podstupují. Z toho důvodu byl dotazník PNAP doplněn o otázku týkající se probíhající terapie. Pacienti měli na výběr z pěti typů léčby. Často se stávalo, že si pacienti nebyli úplně jistí, zda je jim podávána chemoterapie – léčba prostřednictvím cytostatik či biologická léčba. I z těchto důvodů byl předem ze zdravotnické dokumentace zjištěn konkrétní typ léčby, protože bylo často potřeba pacientům s vyplněním této otázky pomoci. Rozdělení dle typu léčby je uvedeno v grafu níže.

Otázka 4: Jakou léčbu aktuálně podstupujete?



Obrázek 5 - Typ paliativní léčby

Z celkového počtu 60 respondentů bylo největší zastoupení pacientů, celkem 30 (50 %), kterým byla podávána paliativní chemoterapie. Pouze 3 pacienti (5 %) podstupovali paliativní radioterapii. Biologickou paliativní léčbu nedostával žádný pacient, což může být vysvětleno tím, že ji pacienti dostávali nejčastěji v kombinaci s jiným typem paliativní terapie, například v kombinaci s chemoterapií. Kombinaci léčebných přístupů podstupovalo celkem 12 pacientů (20 %) a v symptomatické paliativní péči bylo 15 pacientů (25 %).

8.3 Hodnocení domén dotazníku PNAP

Jak je již výše uvedeno, dotazník PNAP obsahuje celkem 40 otázek týkajících se potřeb pacientů. Jednotlivé potřeby jsou rozděleny do sedmi domén – fyzické symptomy, sociální oblast, respekt a podpora zdravotnického personálu, smysl života a smíření, autonomie, možnost sdílení emocí a religiózní potřeby, které jsou podrobně rozebrány pomocí popisné statistiky v níže uvedených podkapitolách.

Pacienti označovali důležitost potřeb na škále 1-5 (1 je nejméně důležitá a 5 je nejvíce důležitá) a saturaci na stejné škále. Pokud byla potřeba označena jako spíše důležitá a velmi důležitá, vyplňovali pacienti také míru naplnění dané potřeby. Ne pro všechny pacienty jsou veškeré potřeby důležité, proto se počty pacientů v oblasti důležitosti a saturace liší.

8.3.1 Fyzické symptomy – důležitost a saturace potřeb

Tato doména se zaměřuje na hodnocení důležitosti a naplněnosti jednotlivých symptomů, které se velmi často u pacientů v paliativní medicíně vyskytují.

Z analýzy výsledků vyplývá, že nejdůležitější bylo pro pacienty být bez bolesti s průměrným skórem 4,83 a se stejným skórem také nemít problém s únikem stolice. Na druhém místě pacienti kladli důraz na problémy s únikem moči (4,80). Hned vzápětí byl jako třetí z nejdůležitějších symptomů zaznamenán problém s dušností (4,65), dále problém se zácpou (4,63) a jako pátý nejdůležitější byl označen problém se spánkem (4,60). Naopak jako nejméně důležité bylo pro pacienty z výzkumného souboru netrpět pocením či návaly horka s průměrným skórem 4,3.

Tabulka 3 - Fyzické symptomy (důležitost potřeb)

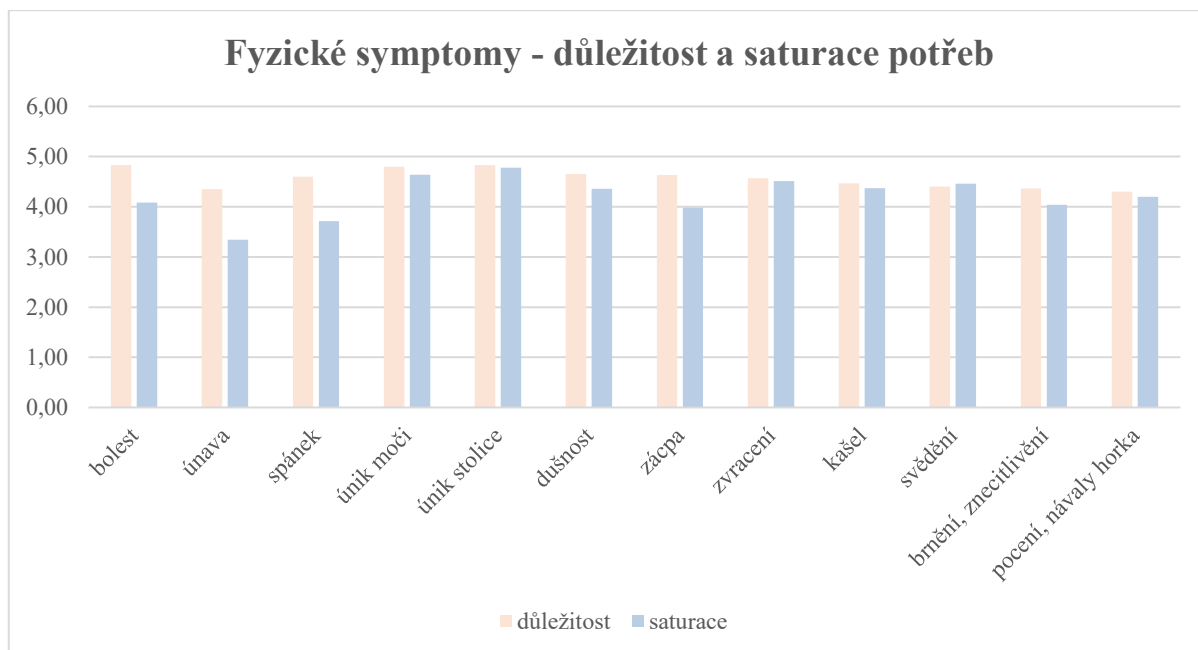
Položka dotazníku PNAP	Fyzické symptomy – důležitost potřeb					
	N platných	průměr	medián	min.	max.	sm. odch.
být bez bolesti	60	4,83	5	4	5	0,37
být bez únavy	60	4,35	5	1	5	0,91
nemít problém se spánkem	60	4,6	5	2	5	0,66
nemít problém s únikem moči	60	4,8	5	1	5	0,63
nemít problém s únikem stolice	60	4,83	5	1	5	0,58
nebýt dušný	60	4,65	5	2	5	0,7
nemít problém se zácpou	60	4,63	5	1	5	0,77
nemít problém se zvracením	60	4,57	5	1	5	0,8
nemít problém s kašlem	60	4,47	5	1	5	0,83
nemít problém se svěděním	60	4,4	5	1	5	0,97
nepocítovat brnění nebo znečitlivění	60	4,37	5	1	5	0,89
netrpět pocením, návaly horka	60	4,3	5	1	5	0,99

Z analýzy získaných dat vyplývá, že nejvíce saturovaným symptomem byl únik stolice (4,78), problém s únikem moči (4,64) a problém se zvracením (4,51). Na čtvrtém místě se z hlediska saturovanosti umístil problém se svěděním (4,46) a na pátém problém s dušností (4,36). Naopak jako nejméně saturované symptomy označili pacienti problémy s únavou (3,35) a se spánkem (3,71) a také problémy se zácpou (3,98), která může být vedlejším účinkem podávání opiátů ke zmírňování bolesti, jejíž průměrné skóre saturace činilo 4,08.

Tabulka 4 - Fyzické symptomy (saturace potřeb)

Položka dotazníku PNAP	Fyzické symptomy – saturace potřeb					
	N platných	průměr	medián	min.	max.	sm. odch.
být bez bolesti	60	4,08	4	1	5	1,00
být bez únavy	52	3,35	3,5	1	5	1,07
nemít problém se spánkem	56	3,71	4	1	5	1,08
nemít problém s únikem moči	58	4,64	5	2	5	0,76
nemít problém s únikem stolice	59	4,78	5	1	5	0,64
nebýt dušný	56	4,36	5	2	5	0,85
nemít problém se zácpou	56	3,98	4	1	5	1,22
nemít problém se zvracením	55	4,51	5	1	5	0,93
nemít problém s kašlem	54	4,37	5	1	5	0,87
nemít problém se svěděním	52	4,46	5	1	5	1,03
nepocítovat brnění nebo znecitlivění	52	4,04	4	2	5	1,06
netrpět pocením, návaly horka	50	4,20	5	1	5	1,06

Pro lepší přehlednost důležitosti i saturace potřeb z oblasti fyzických symptomů byl vytvořen graf uvedený níže. Na grafu je zobrazena vysoká důležitost téměř všech fyzických symptomů a většina z nich je rovněž velmi dobře saturována. Jako nejdůležitější byla respondenty označena potřeba nemít problém s únikem stolice, která byla dobře saturována. Druhým nejdůležitějším symptomem byla bolest, která je u pacientů v paliativní péči velmi častá, bohužel saturována nebyla v některých případech tak dobře, jak by měla být.



Obrázek 6 - Fyzické symptomy (důležitost a saturace)

8.3.2 Sociální oblast – důležitost a saturace potřeb

Sociální oblast zahrnuje celkem 6 položek dotazníku PNAP. Z hlediska důležitosti potřeb označili respondenti jako nejdůležitější být finančně zajištěný (4,75), dále být v pěkném prostředí (4,73) a také přítomnost někoho blízkého (4,53). Naopak jako nejméně důležitou označili pacienti potřebu příležitosti hovořit s někým v podobné situaci (3,7).

Tabulka 5 - Sociální oblast (důležitost potřeb)

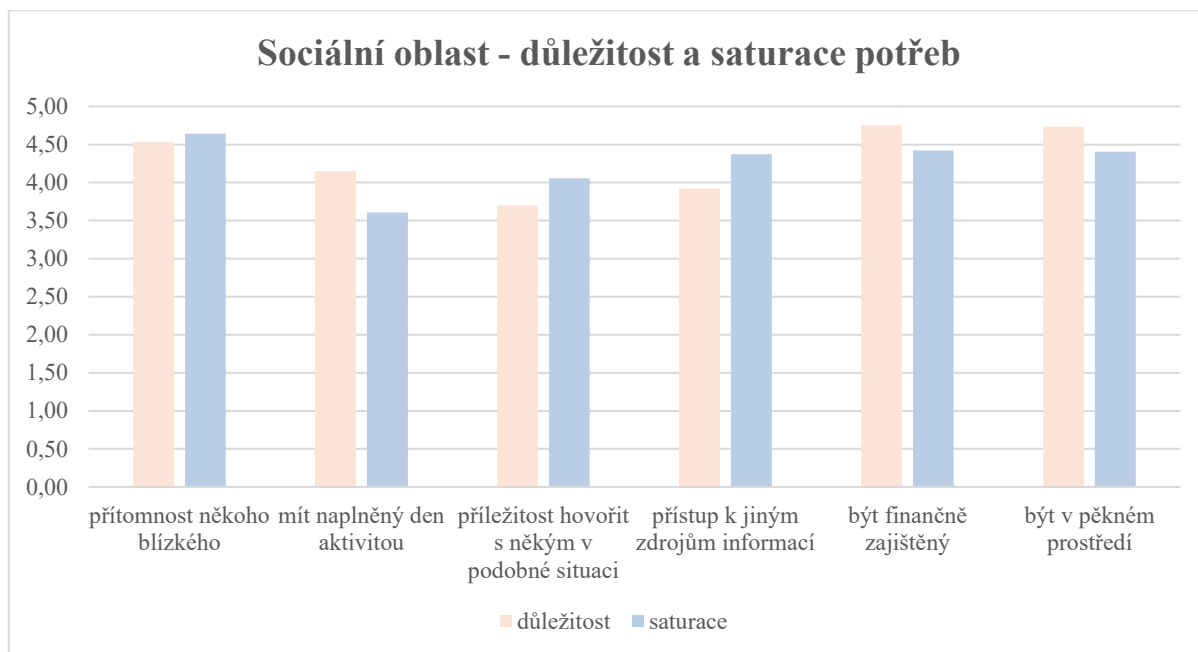
Položka dotazníku PNAP	Sociální oblast – důležitost potřeb					
	N platných	průměr	medián	min.	max.	sm. odch.
přítomnost někoho blízkého	60	4,53	5	1	5	0,83
mít naplněný den nějakou aktivitou	60	4,15	4	2	5	0,93
mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci	60	3,7	4	1	5	1,22
mít přístup k jiným zdrojům informací (internet, knihy, TV)	60	3,92	4	1	5	1,29
být finančně zajištěný	60	4,75	5	3	5	0,47
být v pěkném prostředí	60	4,73	5	3	5	0,48

Z analýzy výsledků dat ze zkoumaného souboru vyplývá, že nejsaturovanější potřebou ze sociální oblasti byla potřeba přítomnosti někoho blízkého (4,64). Druhou nejsaturovanější byla potřeba finančního zajištění (4,42) a třetí byla potřeba být v pěkném prostředí (4,41). Všechny tři nejvíce saturované potřeby byly pacienty označeny rovněž jako tři nejdůležitější, viz tabulka 5 výše. Naopak nejméně saturovanou potřebou bylo mít naplněný den nějakou aktivitou (3,6).

Tabulka 6 - Sociální oblast (saturace potřeb)

Položka dotazníku PNAP	Sociální oblast – saturace potřeb					
	N platných	průměr	medián	min.	max.	sm. odch.
přítomnost někoho blízkého	53	4,64	5	2	5	0,62
mít naplněný den nějakou aktivitou	48	3,6	4	1	5	1,25
mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci	35	4,06	4	2	5	1,01
mít přístup k jiným zdrojům informací (internet, knihy, TV)	43	4,37	4	2	5	0,65
být finančně zajištěný	59	4,42	5	2	5	0,76
být v pěkném prostředí	59	4,41	5	2	5	0,78

Jednotlivé položky sociální domény, jejich důležitost a saturace byly rovněž převedeny do sloupcového grafu níže. Obecně lze říci, že v daném zkoumaném souboru byla pro pacienty nejdůležitější přítomnost někoho blízkého dále být finančně zajištěný a být v pěkném prostředí, což byly rovněž potřeby s nejvyšším průměrem saturace.



Obrázek 7 - Sociální oblast (důležitost a saturace)

8.3.3 Respekt a podpora zdravotnického personálu – důležitost a saturace potřeb

Respekt a podpora zdravotnického personálu byla dle níže uvedených průměrných skóre pro pacienty velmi důležitá. Jako nejdůležitější byla označena potřeba být ošetřován s respektem a úctou (4,87). Na druhém místě se se stejným průměrem (4,85) umístily dvě potřeby – cítit podporu od ošetřujícího personálu a mít v něj důvěru. Jako nejméně důležitá, avšak s velmi malým rozdílem průměrného skóre (4,58) vyšla potřeba informací o ošetrovatelské péči.

Tabulka 7 - Respekt a podpora zdravotnického personálu (důležitost potřeb)

Položka dotazníku PNAP	Respekt a podpora zdravotnického personálu – důležitost potřeb					
	N platných	průměr	medián	min.	max.	sm. odch.
být ošetřován s respektem a úctou	60	4,87	5	4	5	0,34
mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou	60	4,83	5	3	5	0,41
cítit podporu od ošetřujícího personálu	60	4,85	5	4	5	0,36
mít informace o ošetrovatelské péči	60	4,58	5	1	5	0,84
mít důvěru v ošetrovatelský personál	60	4,85	5	3	5	0,4

Průměrné skóre saturace v této doméně se pohybovalo u všech potřeb v podobných hodnotách. Doména respektu a podpory zdravotnického personálu byla pro pacienty nejen důležitá, ale také byla velmi dobře saturovaná. Jako nejvíce saturovanou označili respondenti potřebu být ošetřován s respektem a úctou (4,75), následovala potřeba mít ošetřující personál, který naslouchá a hovoří se mnou (4,73) a třetí nejsaturovanější byla potřeba důvěry v ošetřovatelský personál. Dle průměrného skóre, které se ale příliš neliší od ostatních, byla nejméně saturovaná potřeba mít informace o ošetřovatelské péči (4,41).

Tabulka 8 - Respekt a podpora zdravotnického personálu (saturace potřeb)

Položka dotazníku PNAP	Respekt a podpora zdravotnického personálu – saturace potřeb					
	N platných	průměr	medián	min.	max.	sm. odch.
být ošetřován s respektem a úctou	60	4,75	5	2	5	0,54
mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou	59	4,73	5	3	5	0,52
cítit podporu od ošetřujícího personálu	60	4,68	5	2	5	0,62
mít informace o ošetřovatelské péči	56	4,41	5	1	5	0,86
mít důvěru v ošetřovatelský personál	59	4,71	5	2	5	0,61

Respekt a podpora zdravotnického personálu byla pro respondenty velmi důležitou doménou. Z grafu níže vyplývá vysoká důležitost a rovněž vysoká naplněnost jednotlivých potřeb. Nejdůležitější a zároveň nejsaturovanější potřeba byla být ošetřován s respektem a úctou. Nejméně důležitá a nejméně saturovaná byla potřeba mít informace o ošetřovatelské péči.



Obrázek 8 - Respekt a podpora zdravotnického personálu (důležitost a saturace)

8.3.4 Smysl života a smíření – důležitost a saturace potřeb

Z analýzy získaných výsledků výzkumného šetření vyplývá, že v oblasti smyslu života a smíření bylo pro respondenty nejdůležitější mít pozitivní náhled na život (4,52), následovala potřeba být naplněn klidem (4,48) a jako třetí nejdůležitější bylo být vyrovnaný s nemocí (4,45). Hned vzápětí byla označena jako velmi důležitá potřeba mít pocit, že můj život měl smysl (4,42). Jako nejméně důležitou označili naopak pacienti potřebu být vyrovnaný s tím, jak se na ně druzí dívají (3,9).

Tabulka 9 - Smysl života a smíření (důležitost potřeb)

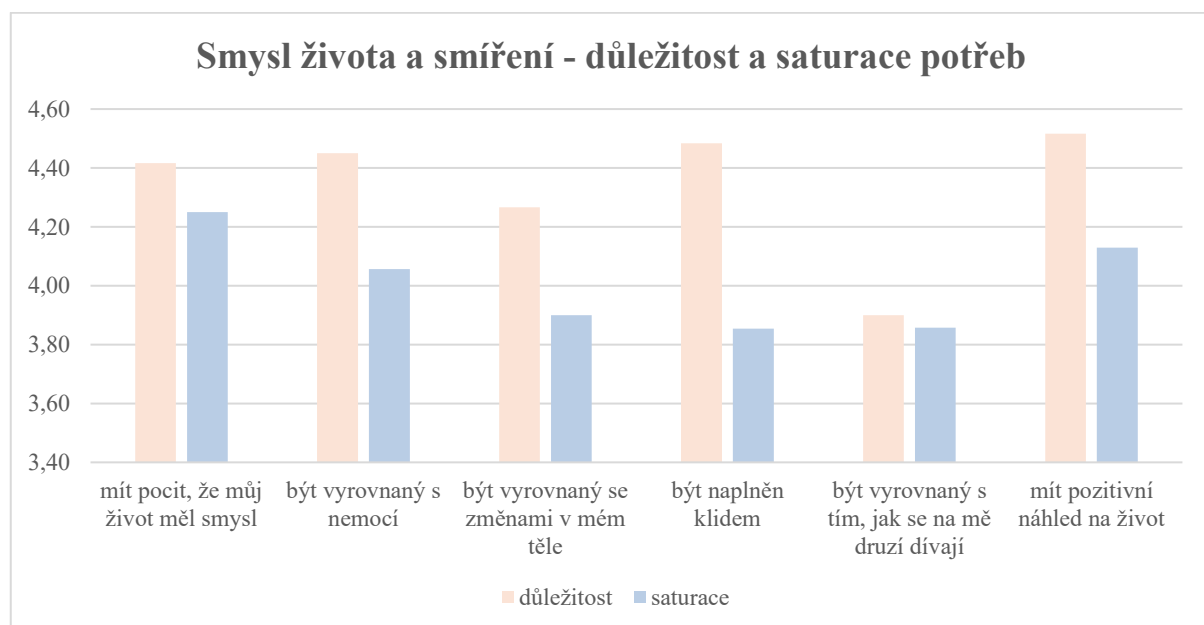
Položka dotazníku PNAP	Smysl života a smíření – důležitost potřeb					
	N platných	průměr	medián	min.	max.	sm. odch.
mít pocit, že můj život měl smysl	60	4,42	5	2	5	0,84
být vyrovnaný s nemocí	60	4,45	5	2	5	0,76
být vyrovnaný se změnami v mém těle	60	4,27	4,5	1	5	0,93
být naplněn klidem	60	4,48	5	2	5	0,7
být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají	60	3,9	4	1	5	1,14
mít pozitivní náhled na život	60	4,52	5	2	5	0,76

Co se týče míry saturace v oblasti smyslu života a smíření byla pacienty označena jako nejvíce saturovaná potřeba pocitu, že jejich život měl smysl (4,25). Následovala potřeba pozitivního náhledu na život (4,13) a třetí nejvíce saturovanou byla potřeba být vyrovnaný s nemocí (4,06). Nejméně saturovanou byla potřeba být naplněn klidem (3,85), kterou naopak označili pacienti dle tabulky výše, jako druhou nejvíce důležitou potřebu.

Tabulka 10 - Smysl života a smíření (saturace potřeb)

Položka dotazníku PNAP	Smysl života a smíření – saturace potřeb					
	N platných	průměr	medián	min.	max.	sm. odch.
mít pocit, že můj život měl smysl	52	4,25	4	2	5	0,73
být vyrovnaný s nemocí	53	4,06	4	2	5	0,88
být vyrovnaný se změnami v mém těle	50	3,90	4	1	5	0,88
být naplněn klidem	55	3,85	4	1	5	1,05
být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají	42	3,86	4	2	5	1,01
mít pozitivní náhled na život	54	4,13	4	2	5	0,86

Nejdůležitější byly pro pacienty následující potřeby: pozitivní náhled na život, naplněnost klidem a vyrovnanost s nemocí, které bohužel nejsou u respondentů dobře saturované.



Obrázek 9 - Smysl života (důležitost a saturace)

8.3.5 Autonomie – důležitost a saturace potřeb

Z hlediska autonomie pocítovali respondenti ze zkoumaného souboru za nejdůležitější mít pravdivé informace o svém zdravotním stavu (4,8). Na druhém místě se z hlediska důležitosti umístily dvě potřeby, a to možnost pečovat o své tělo (4,77) a mít možnost dělat vlastní rozhodnutí (4,77). Jako třetí důležitou označili pacienti potřebu možnosti pokračovat v obvyklých aktivitách (4,65). Jako nejméně důležitá vychází z níže uvedené tabulky potřeba nemít strach ze závislosti na druhých (4,17).

Tabulka 11 - Autonomie (důležitost potřeb)

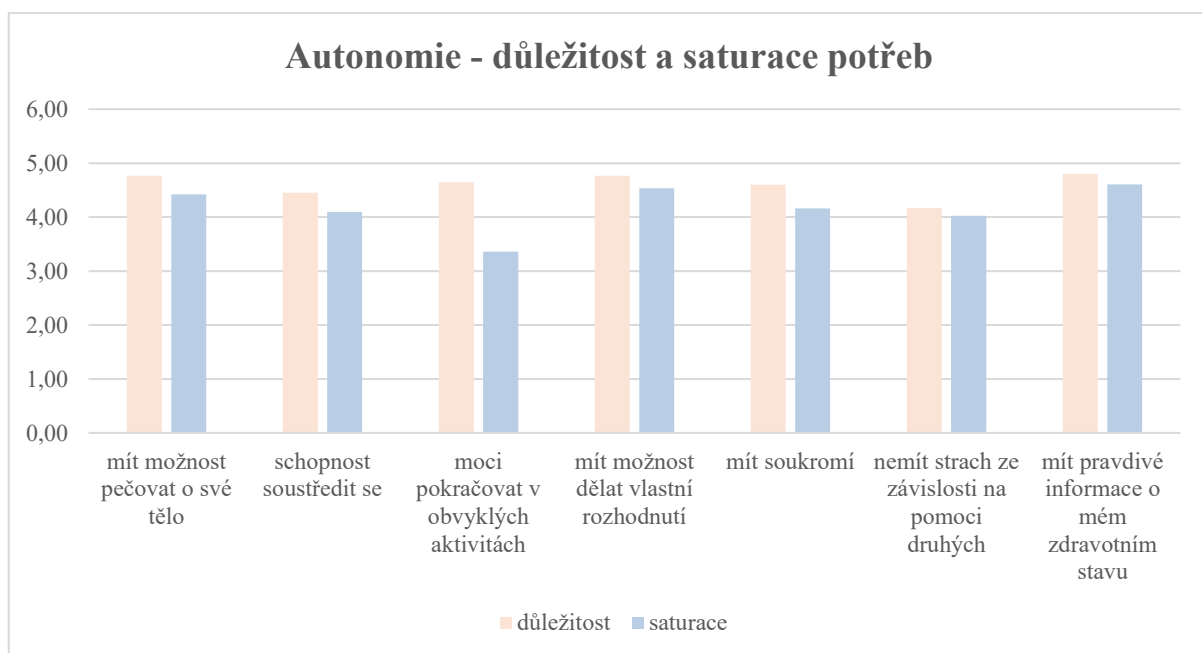
Položka dotazníku PNAP	Autonomie – důležitost potřeb					
	N platných	průměr	medián	min.	max.	sm. odch.
mít možnost pečovat o své tělo (umytí, oblékání, jídlo)	60	4,77	5	3	5	0,46
schopnost soustředit se	60	4,45	5	1	5	0,9
moci pokračovat v obvyklých aktivitách	60	4,65	5	2	5	0,65
mít možnost dělat vlastní rozhodnutí	60	4,77	5	3	5	0,5
mít soukromí	60	4,6	5	2	5	0,66
nemít strach ze závislosti na pomoci druhých	60	4,17	5	1	5	1,07
mít pravdivé informace o mém zdravotním stavu	60	4,8	5	3	5	0,48

Z analýzy získaných dat v oblasti saturace potřeb domény autonomie vychází nejvyšší saturovanost u potřeby mít pravdivé informace o svém zdravotním stavu (4,6), která byla rovněž označena jako nejdůležitější. Druhá, nejméně saturovaná, byla potřeba možnosti dělat vlastní rozhodnutí (4,53) a třetí byla možnost pečovat o své tělo (4,42). Obě tyto potřeby se taktéž umístily na předních příčkách z hlediska důležitosti. Naopak nejméně saturovanou byla potřeba moci pokračovat v obvyklých aktivitách (3,36), což je pochopitelné zejména z hlediska hospitalizace v nemocnici. Onkologická diagnóza činí velký zásah do běžného života nejen pacienta, ale i celé jeho rodiny.

Tabulka 12 - Autonomie (saturace potřeb)

Položka dotazníku PNAP	Autonomie – saturace potřeb					
	N platných	průměr	medián	min.	max.	sm. odch.
mít možnost pečovat o své tělo (umytí, oblékání, jídlo)	59	4,42	5	2	5	0,83
schopnost soustředit se	54	4,09	4	2	5	0,89
moci pokračovat v obvyklých aktivitách	56	3,36	4	1	5	1,19
mít možnost dělat vlastní rozhodnutí	58	4,53	5	2	5	0,72
mít soukromí	57	4,16	4	2	5	0,91
nemít strach ze závislosti na pomoci druhých	44	4,02	4	1	5	0,94
mít pravdivé informace o mém zdravotním stavu	58	4,6	5	3	5	0,67

Z domény autonomie bylo nejdůležitější mít pravdivé informace o svém zdravotním stavu, což bylo i velmi dobře saturováno. Rovněž bylo pro respondenty důležité moci dělat vlastní rozhodnutí, zvládat péči o své tělo, což jsou potřeby dobře saturované. Potřeba moci pokračovat v obvyklých aktivitách byla také velmi důležitá, bohužel nebyla tak dobře saturovaná.



Obrázek 10 - Autonomie (důležitost a saturace)

8.3.6 Možnost sdílení emocí – důležitost a saturace potřeb

Oproti předchozím doménám, kdy se průměrné skóre důležitosti potřeb pohybovalo nejčastěji mezi hodnotou 4 a 5, nepovažovali respondenti potřeby v doméně týkající se sdílení emocí za ty nejdůležitější. Průměrné skóre potřeby hovořit s někým o strachu a obavách činilo 3,12 a potřeba možnosti hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti získala průměr 2,72

Tabulka 13 - Možnost sdílení emocí (důležitost potřeb)

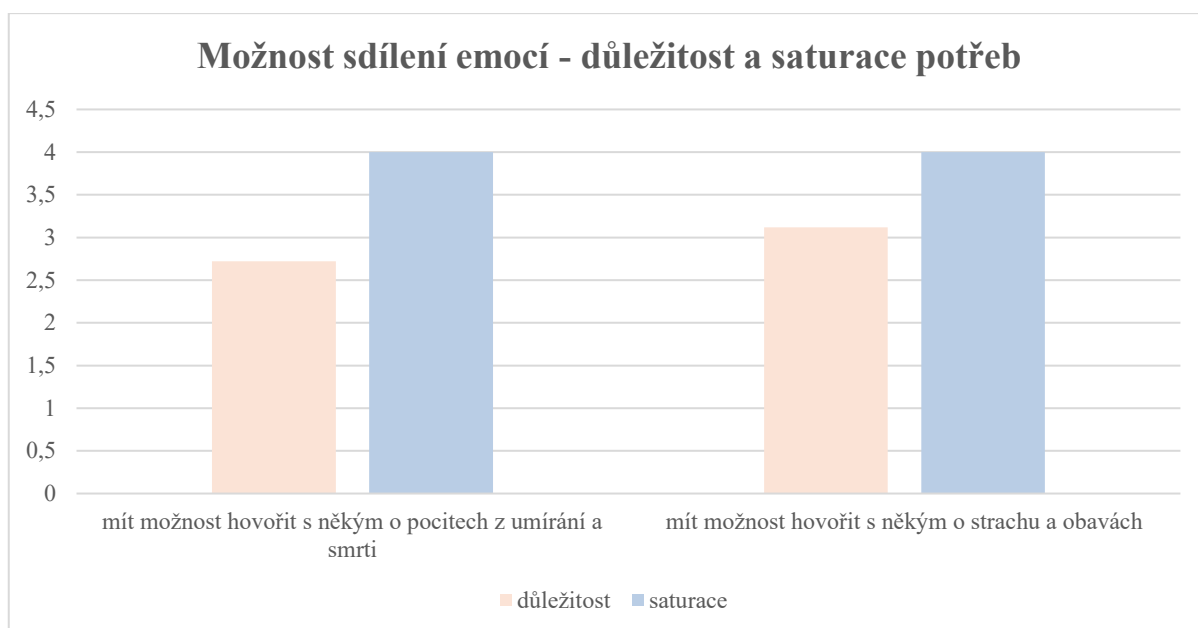
Položka dotazníku PNAP	Možnost sdílení emocí – důležitost potřeb					
	N platných	průměr	medián	min.	max.	sm. odch.
mít možnost hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti	60	2,72	3	1	5	1,4
mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách	60	3,12	3	1	5	1,45

Respondenti, kteří označili potřeby v této doméně jako důležité je mají dobře saturované. Celkem 15 pacientů má potřebu možnosti hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti saturovanou s průměrným skóre 4 a celkem 28 pacientů má potřebu možnosti hovořit o strachu a obavách saturovanou rovněž s průměrem 4.

Tabulka 14 - Možnost sdílení emocí (saturace potřeb)

Položka dotazníku PNAP	Možnost sdílení emocí – saturace potřeb					
	N platných	průměr	medián	min.	max.	sm. odch.
mít možnost hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti	15	4	4	1	5	1,10
mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách	28	4	4	2	5	0,76

Z grafu i z výše uvedených tabulek vyplývá, že doména týkající se možnosti sdílení emocí nebyla pro respondenty z výzkumného souboru příliš důležitá. Obecně lze říci, že ti, kteří označili potřeby jako spíše nebo velmi důležité, je mají také celkem dobře saturované.



Obrázek 11 - Možnost sdílení emocí (důležitost a saturace)

8.3.7 Religiózní potřeby – důležitost a saturace potřeb

Religiózní potřeby též získaly celkově nízké průměrné skóre stran důležitosti oproti předchozím doménám. Pacienti ze zkoumaného souboru nepovažovali potřeby v oblasti spirituality jako důležité. Jedním z možných vysvětlení může být to, že spirituální potřeby jsou stále mírně tabuizované a mnoho lidí o nich nedokáže s někým hovořit nebo jsou naopak pacientům nedostatečně nabízené. Potřeba kontaktu a podpory duchovní osoby získala průměr 2,05 a potřeba účasti na bohoslužbě či jiných obřadech 1,6.

Tabulka 15 - Religiózní potřeby (důležitost potřeb)

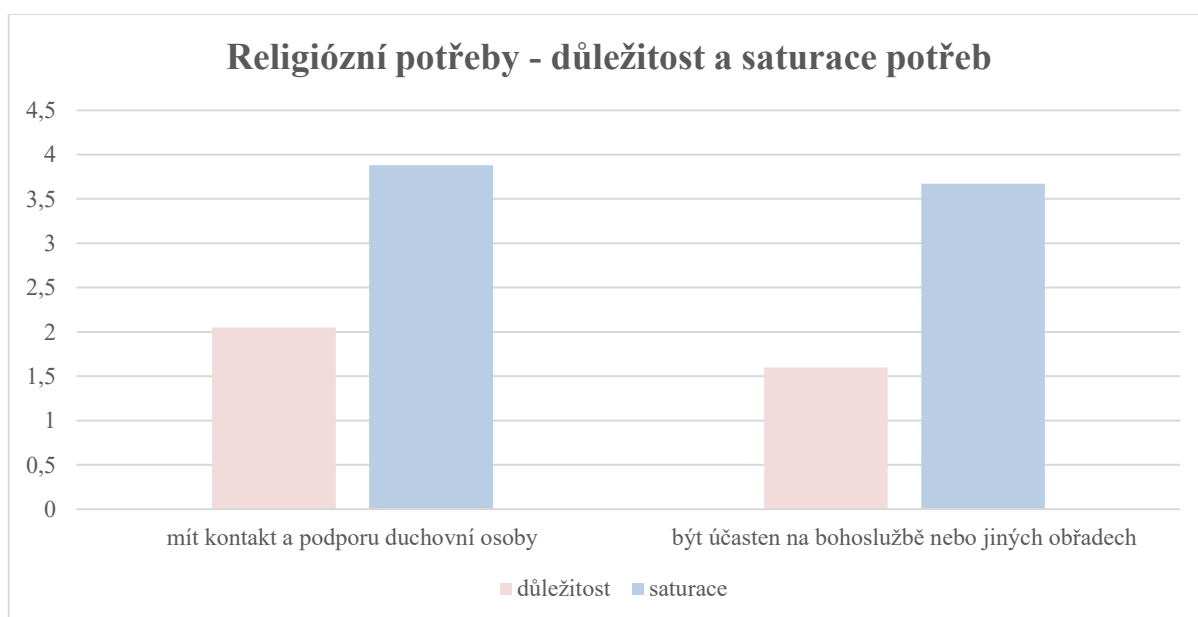
Položka dotazníku PNAP	Religiózní potřeby – důležitost potřeb					
	N platných	průměr	medián	min.	max.	sm. odch.
mít kontakt a podporu duchovní osoby	60	2,05	1	1	5	1,32
být účasten na bohoslužbě nebo jiných obřadech	60	1,6	1	1	5	1,04

Z celkového počtu 60 respondentů byl pro 8 z nich spíše nebo velmi důležitý kontakt s duchovní osobou, který neměli dostatečně uspokojený (3,88). Pouze pro 3 respondenty bylo spíše nebo velmi důležité účastnit se bohoslužeb či jiných obřadů, tuto potřebu ale rovněž neměli dobře saturovanou (3,67).

Tabulka 16 - Religiózní potřeby (saturace potřeb)

Položka dotazníku PNAP	Religiózní potřeby – saturace potřeb					
	N platných	průměr	medián	min.	max.	sm. odch.
mít kontakt a podporu duchovní osoby	8	3,88	4	1	5	1,17
být účasten na bohoslužbě nebo jiných obřadech	3	3,67	4	2	5	1,25

Doména týkající se spirituality nebyla pro respondenty nejdůležitější doménou. Pro většinu nebyly religiózní potřeby tak důležité, jako potřeby z jiných domén. Ti respondenti, pro které byly tyto potřeby spíše ano nebo velmi důležité měli potřebu kontaktu a podpory duchovní osoby saturovanou celkem dobře, naopak potřebu účasti na bohoslužbách či jiných obřadech měli uspokojenou hůře.



Obrázek 12 - Religiózní potřeby (důležitost a saturace)

8.4 Doménové skóre celého zkoumaného souboru

Pro lepší přehlednost důležitosti a saturace potřeb v jednotlivých doménách byla vytvořena tabulka a graf. V tabulce je uvedeno průměrné skóre, doménové skóre a směrodatná odchylka důležitosti a saturace jednotlivých domén.

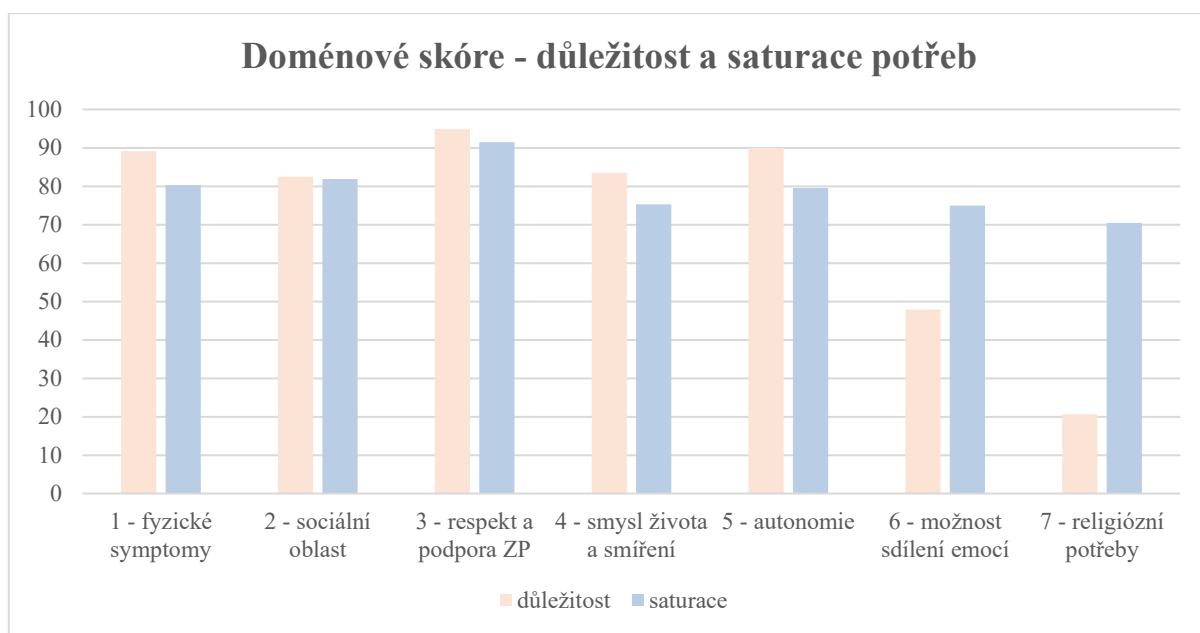
Doménové skóre bylo počítáno podle vzorečku $DS = [(HS - 1) / 4] \times 100$, kde DS znamená doménové skóre a HS hrubé skóre, což je průměr jednotlivých otázek v dané doméně. Skóre se pohybuje v intervalu 0-100, čím vyšší je skóre, tím má doména vyšší důležitost nebo vyšší míru saturace. (Bužgová, 2014, s. 16).

Z analýzy výsledků doménového skóre vyplývá, že nejdůležitější byla pro pacienty třetí doména – respekt a podpora zdravotnického personálu (DS 94,92), která byla rovněž nejlépe saturována (91,5). Druhou důležitou byla doména týkající se autonomie (90,00) a třetí byly fyzické symptomy (89,17). Druhou nejvíce saturovanou byla doména týkající se sociální oblasti (81,90) a třetí byly fyzické symptomy (80,34). Nejméně důležitá byla respondenty označena doména obsahující religiální potřeby (20,63), která bohužel byla také pro pacienty, kteří religiální potřeby označili jako důležité, nejhůře saturovanou doménou (70,45).

Tabulka 17 - Doménové skóre souboru (důležitost a saturace)

Doména	Důležitost potřeb				Saturace potřeb			
	N platných	průměr	DS	sm. odch.	N platných	průměr	DS	sm. odch.
1 - fyzické symptomy	60	4,57	89,17	0,18	55	4,21	80,34	0,39
2 - sociální oblast	60	4,30	82,43	0,40	50	4,28	81,90	0,34
3 - respekt a podpora ZP	60	4,80	94,92	0,11	59	4,66	91,50	0,13
4 - smysl života a smíření	60	4,34	83,47	0,21	51	4,01	75,33	0,15
5 - autonomie	60	4,60	90,00	0,21	55	4,18	79,53	0,39
6 - možnost sdílení emocí	60	2,92	47,92	0,20	22	4,00	75,00	0,00
7 - religiální potřeby	60	1,83	20,63	0,23	6	3,82	70,45	0,10

Pro přehlednost byl z výše uvedené tabulky vytvořen graf, který zahrnuje důležitost a saturaci potřeb v jednotlivých doménách. Obecně lze říci, že potřeby, které jsou pro respondenty daného zkoumaného souboru důležité, jsou dobře saturované a pacienti netrpí výrazným deficitem.



Obrázek 13 - Doménové skóre souboru (důležitost a saturace)

8.5 Doménové skóre – rozdělení dle typu léčby

Jedněmi z cílů diplomové práce bylo zhodnotit vliv poskytované paliativní léčby na důležitost a saturaci potřeb pacientů. Pacienti byli dle domén rozděleni na dvě skupiny – pacienti podstupující paliativní onkologickou terapii (chemoterapii, radioterapii, biologickou léčbu či jejich kombinaci) a pacienti, u kterých byla ukončená onkologická léčba a byla jim poskytována symptomatická paliativní péče. Důležitost a naplněnost potřeb byla zhodnocena prostřednictvím domén. V tabulkách je opět uveden počet respondentů, průměrné skóre, doménové skóre a směrodatná odchylka.

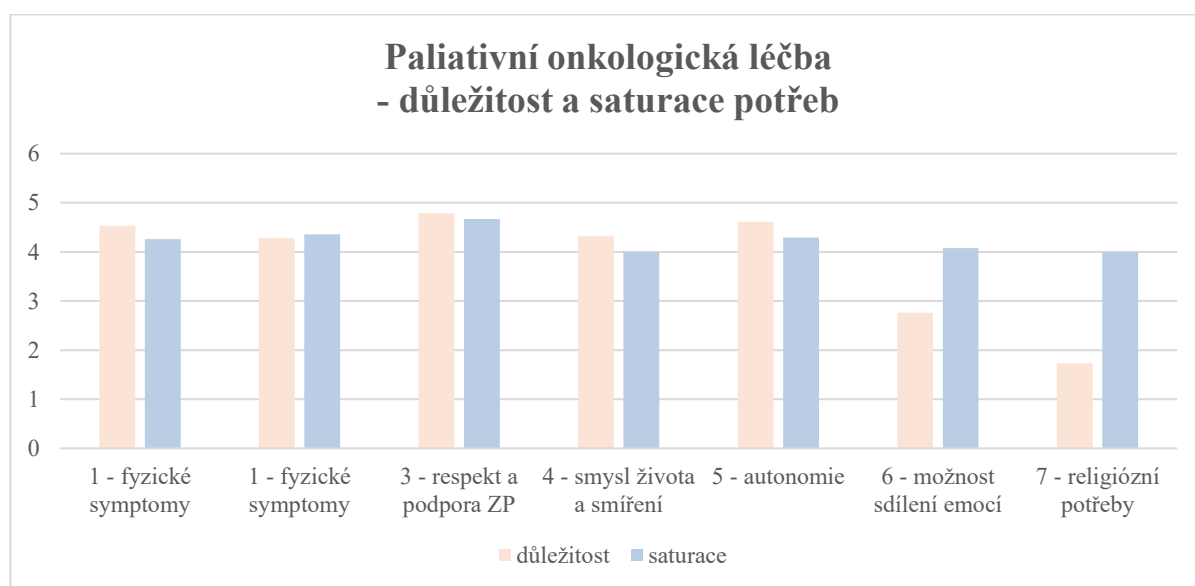
Z celkového počtu 60 respondentů tvořilo 45 pacientů skupinu, které byl podáván některý z typů paliativní onkologické terapie. Respondenti podstupující tento typ léčby tvořili podstatnou část zkoumaného souboru a s ohledem na tento fakt se shoduje umístění domén na prvních třech příčkách, stejně jako je tomu u doménového skóre celého souboru. To vede k závěru, že nejdůležitější doménou je pro tuto skupinu respondentů respekt a podpora zdravotnického personálu (94,67), dále autonomie (90,32) a také fyzické symptomy (88,33). Nejméně důležitá je pro respondenty doména týkající se religiózních potřeb (18,33).

Z hlediska saturace v oblasti domén je nevíce saturovanou oblastí respekt a podpora ZP (91,63), poté sociální oblast (83,90) a fyzické symptomy (81,44). Zajímavé je, že nejméně saturovanou je doména smyslu života (74,89), kterou ale pacienti označili jako celkem důležitou (82,96).

Tabulka 18 - Doménové skóre paliativní onkologické léčby (důležitost a saturace)

Doména	Důležitost potřeb				Saturace potřeb			
	N platných	průměr	DS	sm. odch.	N platných	průměr	DS	sm. odch.
1 - fyzické symptomy	45	4,53	88,33	0,19	41	4,26	81,44	0,39
2 - sociální oblast	45	4,28	82,04	0,42	37	4,36	83,90	0,33
3 - respekt a podpora ZP	45	4,79	94,67	0,11	44	4,67	91,63	0,11
4 - smysl života a smíření	45	4,32	82,96	0,16	38	4,00	74,89	0,19
5 - autonomie	45	4,61	90,32	0,23	42	4,29	82,19	0,37
6 - možnost sdílení emocí	45	2,76	43,89	0,16	13	4,08	76,92	0,06
7 - religiózní potřeby	45	1,73	18,33	0,11	2	4,00	75,00	0,00

Z grafu opět vyplývá vysoká důležitost a ve většině případů dobrá saturace potřeb v jednotlivých doménách. Poslední dvě domény byly pacienti opakovaně označovány jako nejméně důležité. Pozitivní zjištění je, že pro ty respondenty, pro které byly potřeby z posledních dvou oblastí důležité, mají obě domény uspokojivě saturované.



Obrázek 14 - Doménové skóre paliativní onkologické léčby (důležitost a saturace)

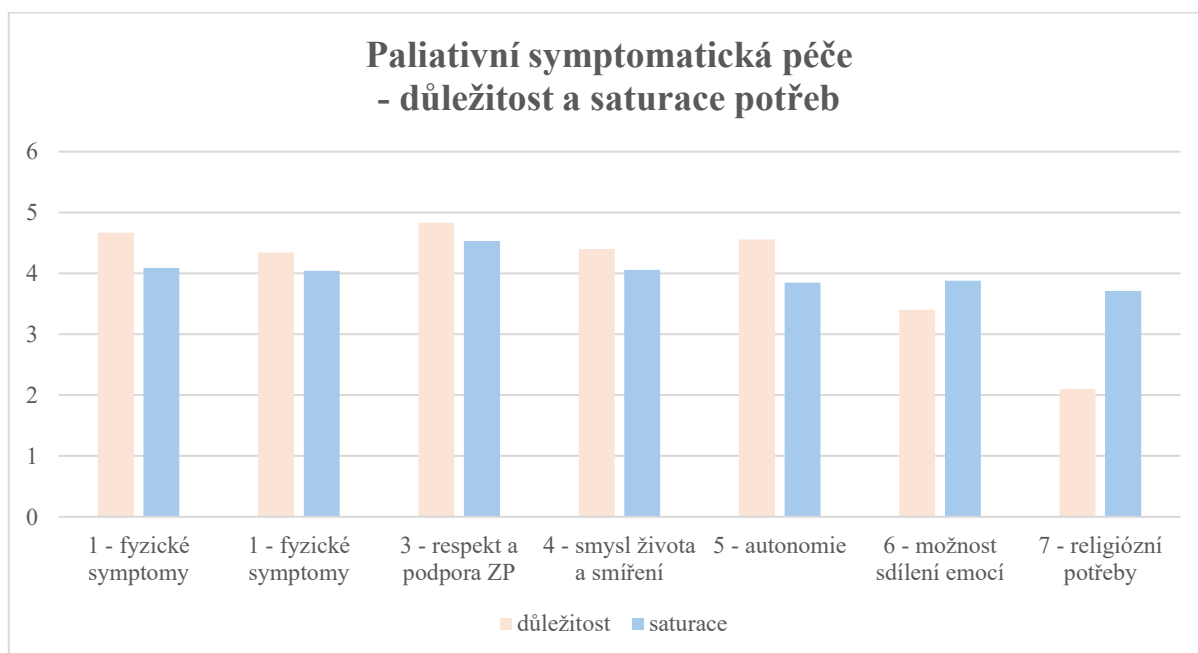
Respondentů, kteří tvořili skupinu podstupující paliativní symptomatickou péči bylo 15. Nejdůležitější pro ně rovněž byla doména zahrnující potřeby respektu a podpory zdravotnického personálu (95,57). Na druhém místě, což je rozdíl od předchozí skupiny respondentů, byly fyzické symptomy (91,67). Mnoho pacientů v paliativní symptomatické péči zažívá nepříjemné symptomy ve vyšší míře než pacienti podstupující paliativní onkologickou léčbu, je pro ně tedy pravděpodobně důležitější mít tyto symptomy co nejlépe kompenzované. Třetí důležitou doménou byla autonomie (89,05). Jako nejméně důležité respondenti označili opět dvě poslední domény. Dle doménového skóre lze ale konstatovat, že byly pro tuto skupinu pacientů o trochu důležitější než pro skupinu pacientů uvedenou výše. Doménové skóre možnosti sdílení emocí dosáhlo hodnoty 60 a religiálních potřeb 27,5.

Nejlépe saturovanou byla opět doména třetí – respekt ZP (91,1). Fyzické symptomy, které byly pro respondenty velmi důležité byly rovněž dobře saturované (77,19). Zajímavým rozdílem je třetí místo z hlediska saturace potřeb, které zaujala doména smyslu života a smíření (76,60). Je to pochopitelné, jelikož se pacienti podstupující paliativní symptomatickou péči často nacházejí v poslední fázi života a otázky na jeho smysl se dostávají do popředí. Nejméně saturované byly religiální potřeby (67,86).

Tabulka 19 - Doménové skóre paliativní symptomatické péče (důležitost a saturace)

Doména	Důležitost potřeb				Saturace potřeb			
	N platných	průměr	DS	sm. odch.	N platných	průměr	DS	sm. odch.
1 - fyzické symptomy	15	4,67	91,67	0,24	14	4,09	77,19	0,42
2 - sociální oblast	15	4,34	83,61	0,38	13	4,04	76,00	0,45
3 - respekt a podpora ZP	15	4,83	95,67	0,12	15	4,64	91,10	0,20
4 - smysl života a smíření	15	4,40	85,00	0,43	13	4,06	76,60	0,08
5 - autonomie	15	4,56	89,05	0,16	13	3,85	71,28	0,51
6 - možnost sdílení emocí	15	3,40	60,00	0,33	9	3,88	72,06	0,09
7 - religiální potřeby	15	2,10	27,50	0,57	4	3,71	67,86	0,15

Pro grafické znázornění důležitosti a saturace potřeb v jednotlivých doménách byl vytvořen graf i u skupiny respondentů podstupujících paliativní symptomatickou péči. Z grafu lze vyčíst nepatrně větší rozdíly v důležitosti oproti saturaci jednotlivých domén, než tomu bylo u předchozí skupiny respondentů. Obecně lze konstatovat, že domény, které byly pro pacienty podstupující paliativní symptomatickou péči důležité byly o něco hůře saturované, než tomu bylo u skupiny respondentů podstupujících paliativní onkologickou terapii. Rozdíly ale nejsou markantní. Zajímavostí byla doména šestá týkající se možnosti sdílení emocí, která byla z hlediska důležitosti pro respondenty v této skupině významnější než pro pacienty ve skupině předchozí.



Obrázek 15 - Doménové skóre paliativní symptomatické péče (důležitost a saturace)

8.6 Testování hypotéz

Statistická analýza byla provedena prostřednictvím programu TIBCO STATISTICA za pomoci statistika, Mgr. Tomáše Zdražila. Cílem analýzy bylo zjistit, zda mají vybrané proměnné vliv na důležitost a saturaci potřeb v jednotlivých doménách dotazníku PNAP. Závislost skóre důležitosti a saturace potřeb v jednotlivých doménách na druhu léčby a na pohlaví byla testována pomocí Mann-Whitneyho testu. V níže uvedených tabulkách je uvedena výsledná p-hodnota, počet respondentů v dané skupině, průměr a směrodatná odchylka. Dále byl pro každou hypotézu vytvořen krabicový graf. Statistická šetření byla provedena na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

H₁: Předpokládáme, že druh léčby má vliv na důležitost potřeb pacientů v paliativní péči.

H₀₁: Druh léčby neovlivňuje míru důležitosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.

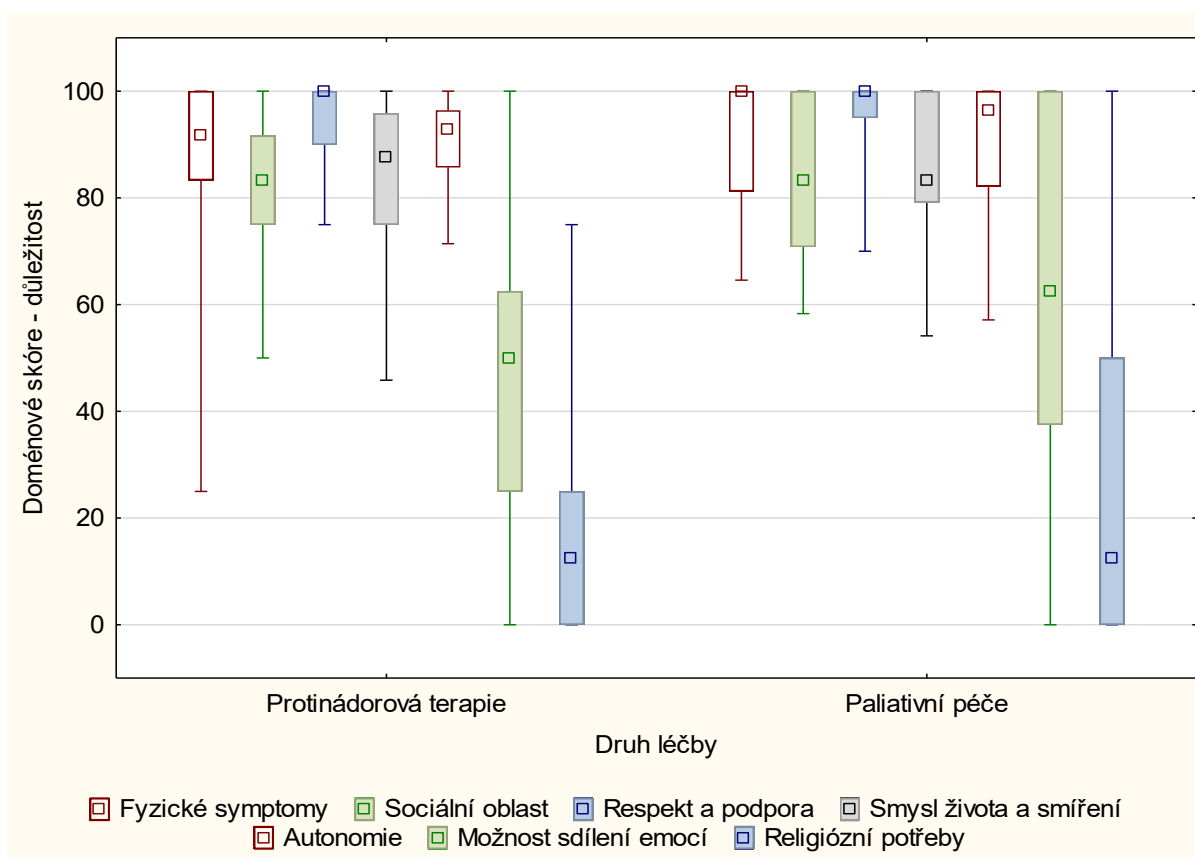
H_{A1}: Druh léčby ovlivňuje míru důležitosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.

Respondenti byli rozděleni dle druhu léčby, kterou aktuálně podstupují. Cílem bylo ověřit, zda typ léčby ovlivňuje důležitost potřeb v jednotlivých doménách. Výsledné p-hodnoty byly vyšší než stanovená hladina významnosti ($\alpha = 0,05$), statisticky nebyl mezi skupinami prokázán významný rozdíl. Při stanovené hladině významnosti přijímáme výše uvedenou nulovou hypotézu a zamítáme hypotézu alternativní.

Tabulka 20 - Důležitost potřeb dle druhu léčby (Mann-Whitneyho test)

Doména – důležitost	paliativní léčba			symptomatická péče			p-hodnota	rozhodnutí o H ₀
	platných N	průměr	sm. odch.	platných N	průměr	sm. odch.		
D1	45	88,3	14,4	15	91,7	12,0	0,290	nezamítáme
D2	45	82,0	13,1	15	83,6	14,4	0,733	nezamítáme
D3	45	94,7	7,1	15	95,7	8,8	0,318	nezamítáme
D4	45	83,0	15,7	15	85,0	14,1	0,733	nezamítáme
D5	45	90,3	8,5	15	89,0	14,4	0,517	nezamítáme
D6	45	43,9	31,6	15	60,0	32,5	0,114	nezamítáme
D7	45	18,3	22,2	15	27,5	34,5	0,567	nezamítáme

Pro grafické zobrazení je uveden krabicový graf srovnávající důležitost potřeb u obou skupin respondentů dle jednotlivých domén, jenž zahrnuje medián, horní a dolní kvartil, minimum a maximum. Na grafu lze vidět srovnatelné hodnoty průměru v obou skupinách respondentů. Patrné byly rozdíly ve čtvrté doméně (smysl života a smíření), v šesté doméně (možnost sdílení emocí) a v sedmé doméně (religiózní potřeby), nicméně rozdíly nebyly statisticky významné.



Obrázek 16 – Důležitost potřeb dle druhu léčby (krabicový graf)

H₂: Předpokládáme, že druh podávané léčby má vliv na míru saturace potřeb pacientů.

H₀₂: Druh podávané léčby nemá vliv na míru saturace potřeb pacientů v paliativní péči.

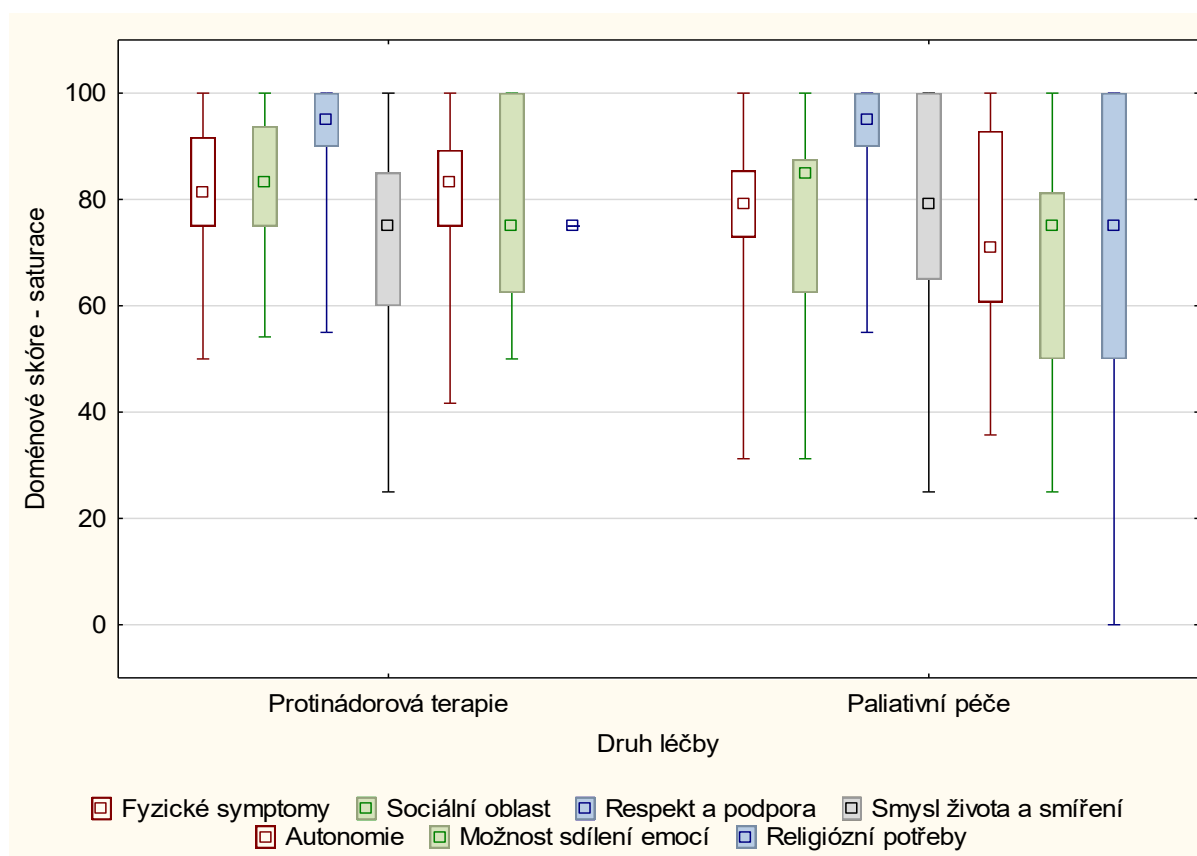
H_{A2}: Druh podávané léčby ovlivňuje míru saturace potřeb pacientů v paliativní péči.

Cílem bylo ověřit, zda typ léčby ovlivňuje saturaci potřeb v jednotlivých doménách. Výsledné p-hodnoty byly vyšší než stanovená hladina významnosti ($\alpha = 0,05$), statisticky nebyl mezi skupinami prokázán významný rozdíl. Při stanovené hladině významnosti přijímáme výše uvedenou nulovou hypotézu a zamítáme hypotézu alternativní.

Tabulka 21 - Saturace potřeb dle druhu léčby (Mann-Whitneyho test)

Doména - saturace	paliativní léčba			symptomatická péče			p-hodnota	rozhodnutí o H ₀
	platných N	průměr	sm. odch.	platných N	průměr	sm. odch.		
D1	45	80,8	13,2	15	77,3	16,8	0,511	nezamítáme
D2	45	84,2	12,0	15	76,2	20,7	0,366	nezamítáme
D3	45	91,5	11,0	15	91,3	13,7	0,733	nezamítáme
D4	45	72,3	19,3	15	76,0	22,4	0,458	nezamítáme
D5	45	81,9	11,5	15	71,3	20,6	0,064	nezamítáme
D6	17	76,5	18,2	12	68,8	23,5	0,507	nezamítáme
D7	3	75,0	0,0	5	65,0	41,8	0,881	nezamítáme

Pro grafické zobrazení je uveden krabicový graf srovnávající saturaci potřeb u obou skupin respondentů dle jednotlivých domén. Na grafu lze vidět patrně vyšší rozdíly v saturaci potřeb.



Obrázek 17 - Saturace potřeb dle druhu léčby (krabicový graf)

H₃: Předpokládáme, že pohlaví ovlivňuje důležitost jednotlivých potřeb.

H₀₃: Pohlaví nemá významný vliv na důležitost jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.

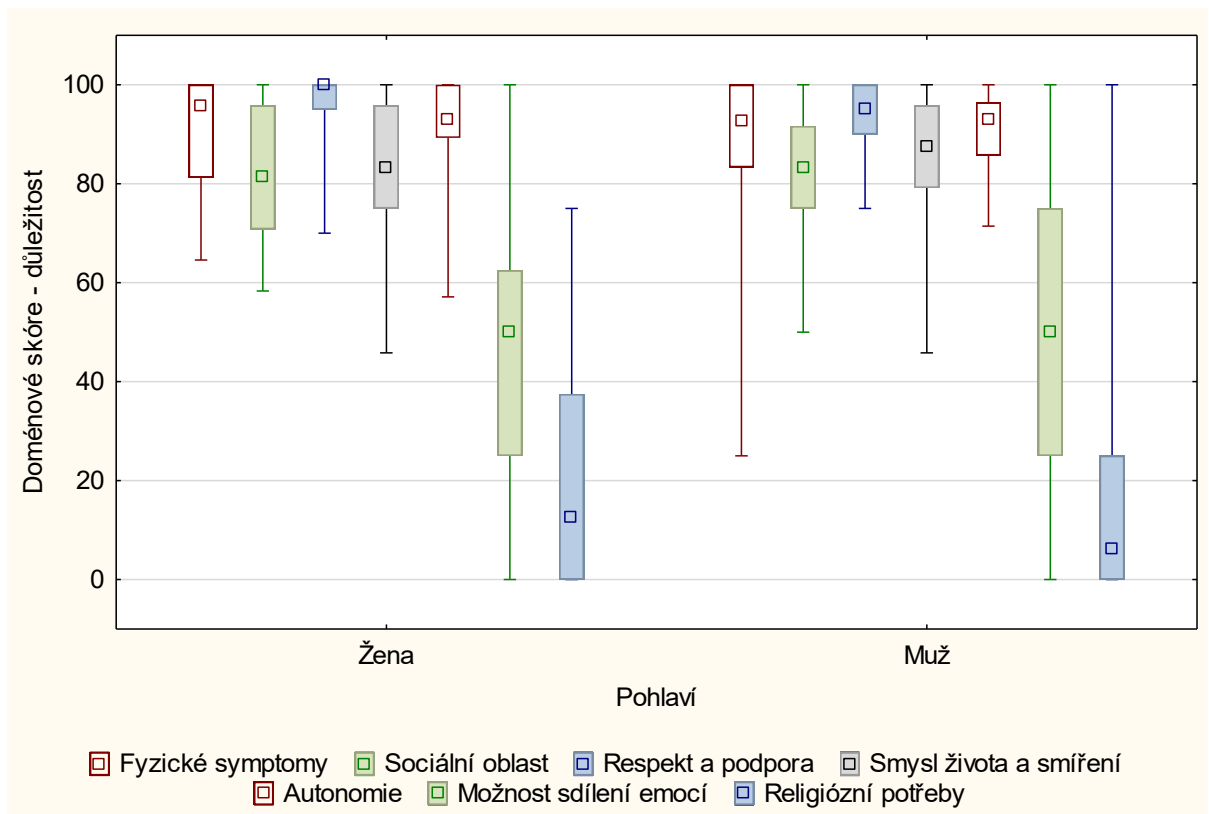
H_{A3}: Pohlaví má statisticky významný vliv na důležitost jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.

Cílem bylo ověřit, zda pohlaví ovlivňuje důležitost potřeb v jednotlivých doménách. Výsledné p-hodnoty byly vyšší než stanovená hladina významnosti ($\alpha = 0,05$), nebyl tedy mezi ženami a muži stran důležitosti potřeb prokázán statisticky významný rozdíl. Na základě stanovené hladiny významnosti přijímáme výše uvedenou nulovou hypotézu a zamítáme hypotézu alternativní.

Tabulka 22 - Důležitost potřeb dle pohlaví (Mann-Whitneyho test)

Doména – důležitost	ženy			muži			p-hodnota	rozhodnutí o H ₀
	platných N	průměr	sm. odch.	platných N	průměr	sm. odch.		
D1	26	90,5	11,8	34	88,1	15,3	0,460	nezamítáme
D2	26	82,2	13,4	34	82,6	13,4	0,870	nezamítáme
D3	26	96,2	7,3	34	94,0	7,7	0,179	nezamítáme
D4	26	82,1	16,6	34	84,6	14,3	0,676	nezamítáme
D5	26	90,4	11,8	34	89,7	8,9	0,371	nezamítáme
D6	26	43,3	31,3	34	51,5	33,1	0,456	nezamítáme
D7	26	20,7	24,2	34	20,6	27,3	0,829	nezamítáme

V níže uvedeném krabicovém grafu jsou pro porovnání uvedeny jednotlivé domény rozdělené dle pohlaví. Opět lze vidět mírné rozdíly mezi muži a ženami v důležitosti některých domén, rozdíly ale nejsou statisticky významné.



Obrázek 18 - Důležitost potřeb dle pohlaví (krabicový graf)

H₄: Předpokládáme, že pohlaví ovlivňuje míru saturace potřeb pacientů v paliativní péči.

H₀₄: Pohlaví nemá statisticky významný vliv na míru saturace potřeb pacientů v paliativní péči.

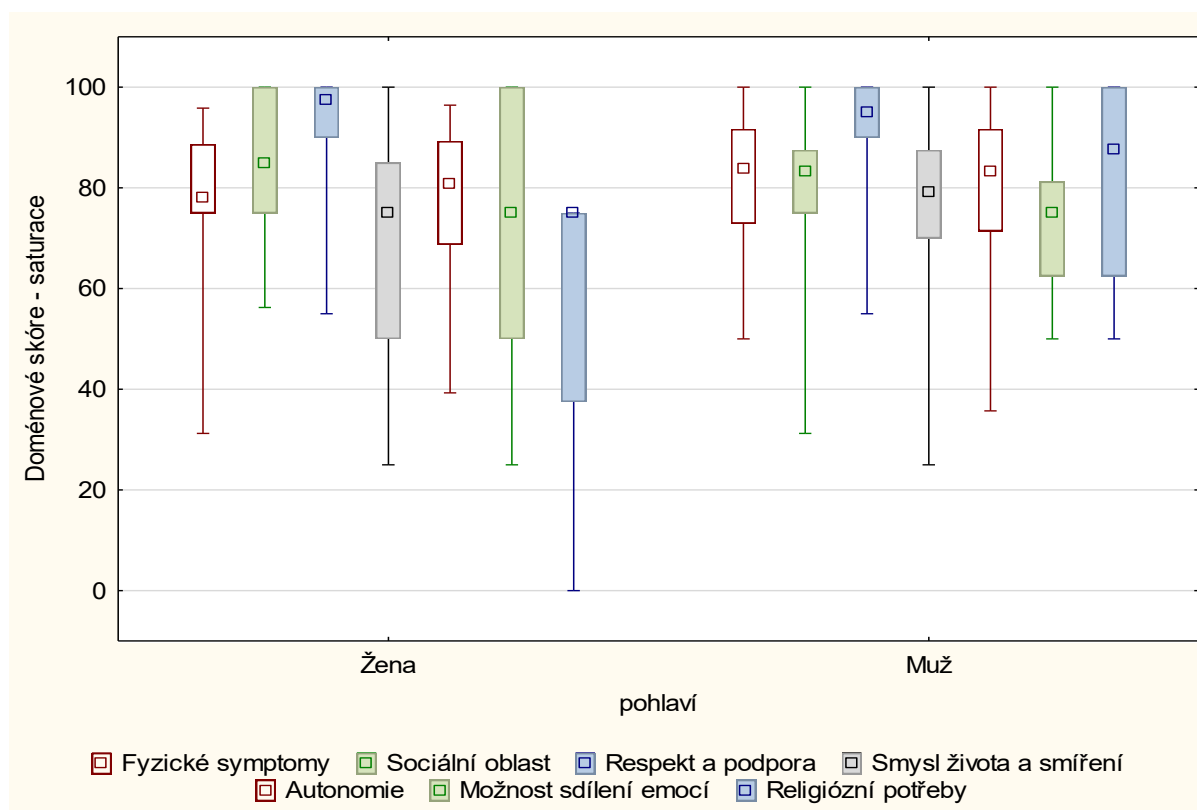
H_{A4}: Pohlaví má statisticky významný vliv na míru saturace potřeb pacientů v paliativní péči.

Cílem bylo ověřit, zda pohlaví ovlivňuje saturaci potřeb v jednotlivých doménách. Všechny výsledné p-hodnoty byly vyšší než stanovená hladina významnosti ($\alpha = 0,05$), nebyl tedy mezi ženami a muži stran saturace potřeb prokázán statisticky významný rozdíl. Na základě stanovené hladiny významnosti přijímáme výše uvedenou nulovou hypotézu a zamítáme hypotézu alternativní.

Tabulka 23 - Saturace potřeb dle pohlaví (Mann-Whitneyho test)

Doména – saturace	ženy			muži			p-hodnota	rozhodnutí o H ₀
	platných N	průměr	sm. odch.	platných N	průměr	sm. odch.		
D1	26	78,1	14,8	34	81,3	13,5	0,383	nezamítáme
D2	26	84,0	13,8	34	80,8	15,7	0,551	nezamítáme
D3	26	91,1	12,6	34	91,8	11,0	0,771	nezamítáme
D4	26	68,7	22,5	34	76,6	17,3	0,213	nezamítáme
D5	26	78,5	13,1	34	79,8	16,2	0,447	nezamítáme
D6	13	72,1	25,1	16	74,2	16,8	1,000	nezamítáme
D7	4	56,3	37,5	4	81,3	23,9	0,386	nezamítáme

V níže uvedeném krabicovém grafu jsou pro porovnání uvedeny jednotlivé domény rozdělené dle pohlaví. V doméně čtvrté a sedmé lze pozorovat vyšší rozdíly v saturaci potřeb mezi muži a ženami, výsledky ale nebyly statisticky významné.



Obrázek 19 - Saturace potřeb dle pohlaví (krabicový graf)

9 DISKUZE

Tato kapitola zahrnuje shrnutí a diskuzi získaných výsledků průzkumného šetření. Diplomová práce je věnována vlivu onkologického onemocnění na potřeby pacientů v paliativní péči. Pro získání dat k výzkumnému šetření byl použit dotazník PNAP se souhlasem autorky jeho české standardizované verze, doc. PhDr. Radky Bužgové, Ph.D. Dotazník je složen ze 40 otázek (potřeb pacientů), které jsou rozděleny do sedmi domén. Výzkumný nástroj byl doplněn o otázku týkající se věku, pohlaví a vzdělání respondentů. Vzhledem k dílčím cílům práce byl rovněž doplněn o otázku zjišťující typ léčby, který pacienti aktuálně podstupují.

Hlavním cílem práce bylo posoudit vliv onkologického onemocnění na potřeby pacientů v paliativní péči a míru jejich saturace. Úkolem dílčích cílů bylo zjistit, které z potřeb jsou pro pacienty nejvíce, a naopak nejméně důležité, dále identifikovat doménu, která je pro pacienty nejvíce a nejméně důležitá a definovat míru potřeb v jednotlivých doménách. Následujícími cíli bylo porovnat rozdíly v důležitosti a saturaci potřeb respondentů v závislosti na pohlaví a aktuální léčbě. K těmto cílům byly vytvořeny hypotézy a jejich významnost byla dále statisticky testována. K jednotlivým cílům byly formulovány výzkumné otázky, které jsou zodpovězeny v níže uvedeném textu. Výsledky výzkumného šetření byly porovnány s jinými průzkumy na obdobné téma, ve kterých byl pro získání dat použit rovněž dotazník PNAP.

Hlavní cíl: Posoudit vliv onkologického onemocnění na potřeby pacientů v paliativní péči a míru jejich naplnění.

Výzkumná otázka 3: Která z jednotlivých domén dotazníku je pro pacienty nejvíce a která naopak nejméně důležitá?

Hlavním cílem bylo zjistit, jaké potřeby jsou pro pacienty nejvíce a nejméně důležité a také, které potřeby jsou nejvíce, a naopak nejhůře satureované. Celkový vliv onkologického onemocnění na potřeby pacientů v paliativní péči lze posoudit dle doménového skóre, které bylo vypočítáno pomocí vzorce $DS = [(HS - 1) / 4] \times 100$. Jednotlivé položky vzorce jsou vysvětleny v kapitole 8.4. Skóre se pohybuje v intervalu 0-100, čím vyšší je skóre, tím má doména vyšší důležitost nebo vyšší míru saturace (Bužgová, 2014, s. 16). Posouzením celkových potřeb lze odpovědět i na dílčí cíl 3, kterým bylo identifikovat doménu, která byla pro pacienty nejvíce, a naopak nejméně důležitá. Ve výzkumném šetření označili respondenti jako nejvíce důležitou třetí doménu – respekt a podpora zdravotnického personálu (DS 94,92). Výsledek lze přisuzovat faktu, že všichni respondenti byli aktuálně hospitalizováni na

onkologickém oddělení, je pro ně tedy důležité, aby cítili respekt a podporu od personálu, který o ně pečuje. Druhou nejdůležitější doménou byla autonomie (90,00) a třetí důležitou byla doména zahrnující fyzické symptomy (89,17), které se pojí s nevléčitelným onemocněním. Naopak nejméně důležitou byla pro pacienty sedmá doména zahrnující religiální potřeby (20,63). Na základě této informace lze soudit, že potřeby týkající se religiozity nejsou pro respondenty ze zkoumaného souboru tolik důležité. Důvodem může být fakt, že mnoho pacientů mnohdy nemusí vědět o možnosti poskytnutí duchovních služeb v nemocnicích. Stejně výsledky byly zjištěny v průzkumném šetření Langerové (2024), která hodnotila potřeby pacientů na hematologické a onkologické klinice. Nejdůležitějšími doménami byly respekt a podpora ZP (91,65), autonomie (90,46) a fyzické symptomy (87,70). Naopak nejméně důležité byly religiální potřeby (18,38). Výsledky lze porovnat také s průzkumem Barevy z roku 2019, která ve své diplomové práci s názvem Identifikace a saturace potřeb terminálně nemocných využila též dotazník PNAP. Výzkum zahrnoval celkem 27 respondentů, kteří se nacházeli v terminálním stadiu nemoci. Pro ně rovněž byla nejdůležitější doména respektu a podpory ZP (90,2). Druhá a třetí důležitá doména se však liší, zde se na druhém místě nacházejí sociální potřeby (76,1) a na třetím potřeby z oblasti autonomie (75,1). Shodný je také výsledek nejméně důležité domény, kterou je doména zahrnující religiální potřeby (34,3). K rozdílnému výsledku došla Bužgová, Hajnová, Sikorová a Kozáková (2013) v rámci pilotního testování dotazníku PNAP. Zde byla jako nejdůležitější označena doména autonomie (83,5).

Z hlediska saturevanosti potřeb je pozitivním výsledkem fakt, že nejlépe saturevaná byla doména, kterou respondenti označili jako nejvíce důležitou, tedy respekt a podpora zdravotnického personálu (91,50). Druhá nejlépe saturevaná byla doména zahrnující sociální potřeby (81,90), což je zajímavé, jelikož ji pacienti neoznačili za jednu z nejdůležitějších. Třetí nejlépe saturevanou byla první doména obsahující fyzické symptomy (80,34), která byla rovněž pro respondenty výzkumného souboru třetí nejdůležitější. Nejméně saturevané jsou religiální potřeby (70,45), které ale byly respondenty pocíťovány jako nejméně důležité. Na druhou stranu je pozitivní, že pro ty pacienty, kteří označili religiální potřeby jako důležité pocíťují celkem dobrou saturevanost. Signifikantní rozdíl byl v průzkumu Barevy (2019). V jejím souboru respondentů byly nejlépe saturevány právě religiální potřeby (95,8), které také respondenti nepovažovali za jedny z nejdůležitějších. Průzkum Langerové (2024) ukazuje rovněž na největší saturevanost v oblasti respektu a podpory zdravotnického personálu (87,75),

rozdílem je doména s nejnižší saturací, kterou je v daném výzkumu možnost sdílení emocí (55,75).

Závěrem lze říci, že potřeby, které jsou pro pacienty ze zkoumaného souboru důležité, jsou rovněž kvalitně uspokojovány. Nejdůležitější a zároveň nejlépe saturovanou byla doména týkající se respektu a podpory zdravotnického personálu. Tento fakt může ukazovat na kvalitní zdravotnický personál onkologického oddělení, kde výzkumné šetření probíhalo, který pacientům naslouchá a svým empatickým přístupem naplňuje potřeby, jež jsou pro pacienty důležité.

9.1 Dílčí cíle výzkumného šetření

Výzkumná otázka 1: Jaké potřeby jsou pro respondenty nejvíce důležité?

Výzkumná otázka 2: Jaké potřeby jsou pro respondenty nejméně důležité?

Výzkumná otázka 4: Jaká je míra saturace potřeb v jednotlivých doménách?

Dílčími cíli 1, 2, a 4 bylo zjistit, které z jednotlivých potřeb byly pro pacienty nejvíce, a naopak nejméně důležité a rovněž definovat míru jejich saturovanosti. Důležitost a saturaci označovali respondenti na škále 1-5, kdy 1 znamená nejnižší důležitost, nejhorší saturaci a 5 znamená nejvyšší důležitost a úplné uspokojení potřeb. Pro lepší přehlednost jsou potřeby z jednotlivých domén zhodnoceny v níže uvedených podkapitolách, kde jsou uvedeny průměrná skóre důležitosti a saturace potřeb.

9.1.1 Fyzické symptomy

Symptomy týkající se fyzické stránky onkologicky nemocných pacientů v paliativní péči jsou velmi časté a mnohdy hůře ovlivnitelné. Z hlediska důležitosti bylo předpokladem, že nejdůležitější bude potřeba být bez bolesti, což se potvrdilo (4,83). Dle Slámy, Kabelky et al. se bolest vyskytuje u velké části onkologických pacientů v pokročilém stadiu jejich onemocnění. Neovlivňuje pouze fyzickou stránku člověka, ale také komfort, náladu nebo spolupráci při léčbě. Neléčená bolest může způsobit spoustu dalších obtíží a je třeba ji účinně ovlivňovat (Sláma, Kabelka, et al., 2022, s. 65). Stejně důležité bylo pro respondenty nemít problém s únikem stolice (4,83). Další důležitou potřebou bylo nemít problém s únikem moči (4,80) a nebyť dušný (4,65). Jako nejméně důležitou označili respondenti potřebu netrpět pocením či návaly horka s průměrným skórem 4,30. Všechny potřeby z oblasti fyzické mají

celkové vysoké hodnocení stran důležitosti, což vypovídá o faktu, že doména fyzických symptomů byla označena také jako třetí nejdůležitější.

Z hlediska saturace fyzických potřeb je nejnaplněnější potřebou problém s únikem stolice (4,78), který byl rovněž označen jako jeden z nejdůležitějších. Další dvě místa se zcela liší, druhým nejlépe saturovaným byl únik moči (4,64) a třetí symptom zvracení (4,51). Tyto dvě potřeby nebyly respondenty označeny jako jedny z nejdůležitějších, ale byly dobře saturovány. Výše zmíněná bolest není u všech respondentů saturována dostatečně (4,08). Problémem může být mnohdy obtížné tišení bolesti, která bývá způsobena buď samotným nádorem nebo jeho metastázami. Nejhůře saturovanou potřebou byla únava (3,35), která bývá bohužel s daným onemocněním velmi často spojena a je rovněž obtížné ji řešit. S tím byly spojené problémy se spánkem (3,71), které také nebyly respondenty označeny jako dostatečně saturované. Dle Hensona a kol. je právě únava, bolest, dušnost, nevolnost a zvracení jedněmi z nejčastějších symptomů v paliativní péči a je třeba se snažit o co nejlepší saturaci (Henson, Maddocks, Evans, Davidson, Hicks, Higginson, 2020, s. 905-914). V porovnání s pilotním testováním dotazníku PNAP Bužgové, Hajnové, Sikorové a Kozákové (2013), které bylo provedeno na onkologickém oddělení, označili všichni respondenti zahrnutí do výzkumného šetření (52) bolest, únavu a únik stolice číslicí 4 a 5, což znamená, že jsou pro ně tyto potřeby velmi důležité. Právě bolest a únavu zde uvedli respondenti jako nedostatečně saturovanou. Rovněž u Langerové (2024) byla bolest označena za nejdůležitější (4,77), ke stejnému závěru došla i Bareva (2019), kde bolest získala celkové skóre 4,5. K rozdílnému výsledku došla Dolanská (2024), jejíž práce byla zaměřena na paliativní péči v gynekologické onkologii, kde byla respondentkami označena jako nejdůležitější potřeba nemít problém s únikem moči (4,65). Důvodem může být právě provedení výzkumu pouze u gynekologicky nemocných pacientek, které symptomy týkající se pohlavního ústrojí mohou sužovat ve vyšší míře, než je tomu u jiných malignit. Hochman, Yu, Wolf, Samsa, Kamal, LeBlanc (2018) ve svém výzkumu porovnávali potřeby pacientů s hematologickou malignitou a potřeby pacientů se solidními tumory. Zde bylo zjištěno, že únava a vyčerpání je jedním z nejčastějších symptomů, které konkrétně hematologické pacienty nejvíce obtěžují. Právě únava byla v našem výzkumu označena rovněž jako nejhůře saturovaný symptom.

9.1.2 Sociální oblast

V sociální oblasti hraje pro respondenty zásadní roli potřeba dostatečného finančního zajištění (4,75). Toto zjištění je celkem zajímavé. Onkologické onemocnění s sebou nese jistě spoustu změn i v oblasti ekonomické. Pro respondenty může být tato potřeba důležitá jak pro jejich vlastní pohodlí a klid, tak ale i z důvodu dostatečného finančního zajištění své rodiny, která mohla například přijít o hlavní zdroj příjmu. Zde je na místě zdůraznit důležitost poskytování sociálních služeb a nezbytnost dostatečné informovanosti pacientů ohledně různých příspěvků, které mohou v případě potřeby využít, případně ohledně pořádaných sbírek na onkologicky nemocné. Jako druhá nejdůležitější byla označena potřeba být v pěkném prostředí (4,73). Příjemné a klidné prostředí může mít jistě vliv na celkovou pohodu pacienta a je důležité, aby se pacient i v nemocnici cítil dobře. Jako třetí nejdůležitější byla pro respondenty přítomnost někoho blízkého (4,53), která rovněž poskytuje klid, pohodu a podporu pro nemocného. Nejméně důležitá byla pacienty označena možnost hovořit s někým v podobné situaci (3,70). Pro někoho může být tato potřeba důležitá zejména pro zjištění, že v tom nejsou sami a jiní pacienti zažívají stejné problémy jako oni. Naopak druzí nemusí mít potřebu sdílet své problémy s jinými pacienty hlavně z toho důvodu, že by se jim mohlo dostat většího trápení či starosti. V průzkumném šetření Langerové (2024) bylo pořadí potřeb z hlediska důležitosti rozdílné. Nejdůležitější byla respondenty označena potřeba přítomnosti někoho blízkého (4,62), dále potřeba mít dostatek denních aktivit (4,23) a třetí nejdůležitější byla potřeba finanční zajištěnosti (4,13). V diplomové práci Barevy (2019) byla rovněž jako v našem výzkumném šetření označena za nejdůležitější potřeba finančního zajištění (4,70). Shoda je také v nejméně důležité potřebě, a to mít možnost hovořit s někým v podobné situaci (2,90).

Co se týče saturace potřeb v sociální oblasti byly nejsaturovanějšími ty potřeby, které pacienti označili jako nejdůležitější. Jednalo se tedy o přítomnost někoho blízkého (4,64), potřebu finančního zajištění (4,42) a potřebu být v pěkném prostředí (4,41). Toto zjištění je velmi pozitivní. Je dobré, že potřeby, které byly pro pacienty důležité, byly také uspokojivě saturované. Naopak nejméně saturovaná byla potřeba mít den naplněný nějakou aktivitou (3,60). Daný výsledek lze přisuzovat k faktu, že respondenty byli pacienti hospitalizovaní na onkologickém oddělení a nemohli tak provádět činnosti, na které byli zvyklí v domácím prostředí. V porovnání s výzkumem Barevy (2019) byl shodný výsledek v nejlépe saturované potřebě, a to potřebě přítomnosti někoho blízkého (4,70). V jejím výzkumu byla se stejným průměrným skóre (4,70) také nejlépe saturovaná potřeba přístupu k jiným zdrojům informací. Zajímavý je výsledek, jenž uvedl Wang a kol. (2018) ve své průřezové studii, která obsahovala

systematické shrnutí 50 studií zaměřených na neuspokojené potřeby pacientů. Jednou z nejméně uspokojených byla potřeba emocionální podpory. Z celkového počtu studií zahrnutých do výzkumu byla tato potřeba neuspokojená v 10,1-84,4 %. V našem výzkumu ji lze porovnat s potřebou přítomnosti někoho blízkého, která jistě poskytuje určitou emocionální podporu. Pro respondenty byla tato potřeba jednou z velmi důležitých a zároveň byla velmi dobře uspokojená.

9.1.3 Respekt a podpora zdravotnického personálu

Doména respektu a podpory zdravotnického personálu byla celkově pro pacienty velmi důležitá. Nejdůležitější byla pro respondenty potřeba být ošetřován s respektem a úctou (4,87). Na druhém místě se z hlediska důležitosti umístily dvě potřeby, a to cítit podporu od ošetřovatelského personálu a mít v něj důvěru (4,85). Na třetím místě byla jako neméně důležitá označena potřeba mít personál, který naslouchá a hovoří s nimi (4,83). Jako nejméně důležitá, avšak s nepatrným rozdílem průměrného skóre byla označena potřeba informací o ošetřovatelské péči (4,58). Nelze říci, že by některou z potřeb dané domény považovali pacienti za nedůležitou. Výsledek lze přisuzovat k hospitalizaci daných pacientů, kteří se účastnili výzkumného šetření. Průzkum Barevy (2019) rovněž vykazuje vysoké výsledky důležitosti potřeb v dané doméně. Průměrná skóre důležitosti jednotlivých potřeb se pohybují od 4,4 a výše. Langerová (2024) ve svém výzkumu došla k podobně pozitivním výsledkům.

Saturace potřeb v dané doméně byla rovněž vysoká. Nejlépe saturovanou byla potřeba ošetřování s respektem a úctou (4,75), která byla pro respondenty tou nejdůležitější. Druhá nejsaturovanější byla potřeba mít personál, který pacientům naslouchá a hovoří s nimi (4,73). Další, velmi dobře saturovanou, byla potřeba důvěry v ošetřovatelský personál (4,71) a nejméně saturovanou byla potřeba informací o ošetřovatelské péči (4,41). Rovněž se nedá říci, že by nejméně saturovaná potřeba mohla činit určitý diskomfort pacientům, jelikož se průměrné skóre opět pohybuje ve vysokých číslech. Ve výzkumném šetření Barevy (2019) se saturace potřeb respektu a podpory zdravotnického personálu pohybuje od hodnoty 4,2 a výše. Nejnižší skóre v tomto případě získala potřeba podpory ošetřujícího personálu (4,2). Ta byla v porovnání s Barevou v našem výzkumu saturována o něco lépe, a to s průměrným skóre 4,68. Také v průzkumu Langerové (2024) byla saturace potřeb velmi dobrá a nejhůře saturovanou byla podpora ošetřujícího personálu (4,36). Data z jednotlivých výzkumů ukazují na dobrý přístup

zdravotnického personálu k pacientům v paliativní péči či k pacientům, kteří se nacházejí v terminálním stadiu života.

Je zřejmé, že se jedná o velmi kladný výsledek nejen pro respondenty, ale také pro zdravotnický personál daného onkologického oddělení, ve kterém výzkumné šetření probíhalo. Výsledky ukazují na profesionální a empatický přístup zdravotnického personálu vůči pacientům, kteří se nacházejí v náročné životní situaci.

Oproti výše uvedeným výsledkům bylo v průřezové studii Wanga a kol. (2018), která hodnotila 50 výzkumů týkajících se potřeb pacientů, zajímavým zjištěním, že potřeba informací o přínosech a vedlejších účincích léčby nebyla dobře naplněna, a to ve 4-66,7 %.

9.1.4 Smysl života a smíření

V doméně smyslu života a smíření byla klíčová potřeba mít pozitivní náhled na život (4,52). Ve fázi, kdy je onemocnění nevléčitelné mnoho pacientů vzpomíná na jejich dosavadní život, přemýšlejí, co všechno zvládli, vybudovali a čeho všeho v životě dosáhli. Pochopitelně je pro ně důležité, mít pozitivní náhled na svůj život. Druhou nejdůležitější potřebou bylo být naplněn klidem (4,48) a třetí, neméně důležitou, byla potřeba být vyrovnaný s nemocí (4,45). Jako nejméně důležitá byla respondenty označena potřeba být vyrovnaný s tím, jak se na ně druzí dívají (3,90). Tento výsledek lze pochopit tak, že mají pacienti mnoho jiných a důležitějších věcí na starost než řešit to, jak na ně ostatní pohlížejí, což je pochopitelné. Nejedná se o věc, kterou by se měli pacienti zbytečně trápit. V průzkumu Langerové (2024) byla potřeba pozitivního náhledu na život rovněž označena jako ta nejdůležitější (4,32). Shoda byla také v nejméně důležité potřebě, a to potřebě vyrovnanosti s pohledem druhých (3,57). V pilotním šetření Bužgové a kol. (2013) byla potřeba pozitivního náhledu na život důležitá pro 46 respondentů z 52. Důležitější byla potřeba být naplněn klidem (49/52) a třetí, velmi důležitá byla potřeba smyslu života (48/52). Potřeba smyslu života se ve výzkumu, o kterém je diskutováno nacházela z hlediska důležitosti až na čtvrtém místě (4,42).

V dané doméně považovali respondenti za nejlépe saturovanou potřebu mít pocit, že jejich život měl smysl (4,25). Po zjištění diagnózy a v dalším průběhu nemoci je u pacientů výrazně změněn pohled na sebe sama, často si mohou klást otázky týkající se smyslu jejich života a jejich bytí na světě (Sochor, Zavadová, Sláma, 2019, s. 29). Podle výše uvedených výsledků nebyla tato potřeba označena jako jedna z nejdůležitějších. Druhou nejlépe saturovanou byla potřeba pozitivního náhledu na život (4,13), která byla pro respondenty daného výzkumného souboru

tou nejdůležitější. Třetí pozici obsadila potřeba vyrovnanosti s nemocí s průměrným skóre 4,06. Jako nejméně saturovanou pocíťovali respondenti potřebu být naplněn klidem (3,85), která pro ně byla jednou z velmi důležitých. Tento výsledek může poukazovat na fakt, že respondenti byli pacienti hospitalizovaní v nemocnici a nemohli být z různých důvodů ve svém domácím prostředí. Hospitalizace může mít výrazný vliv na psychiku a klid nemocných. V průzkumu Dolanské (2024), který byl proveden u onkologických pacientek na gynekologickém oddělení je shoda v nejlépe saturované potřebě, a to potřebě smyslu života (4,75). Stejný výsledek je z tohoto hlediska rovněž ve výzkumu Langerové (2024). Průměrné skóre smyslu života zde dosáhlo hodnoty 4,25.

9.1.5 Autonomie

Na základě analýzy výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že nejdůležitější potřebou v doméně autonomie je potřeba pravdivých informací o zdravotním stavu (4,80). Pozitivním výsledkem je také míra saturace dané potřeby, kterou respondenti označili jako nejlepší ze všech potřeb v dané doméně (4,60). Každý pacient, pacient v paliativní péči obzvlášť, potřebuje znát pravdivé informace o jeho aktuálním stavu, prognóze onemocnění a jejím možném následujícím vývoji, a to zejména z hlediska plánů do budoucna nebo potřebě zařídit veškeré důležité věci před jeho odchodem. Tato potřeba může úzce souviset s potřebou naplnění klidem, která byla respondenty v předchozí doméně označena jako jedna z nejdůležitějších. S minimálním rozdílem průměrného skóre byly na druhém místě z hlediska důležitosti označeny dvě potřeby, a to mít možnost pečovat o své tělo a moci dělat vlastní rozhodnutí (4,77). Třetí nejdůležitější byla potřeba možnosti pokračovat v obvyklých aktivitách (4,65), která dle průměrného skóre (3,36) nebyla dostatečně saturována. Daný výsledek analýzy lze přisoudit faktu, že respondenty byli pacienti hospitalizovaní na onkologickém oddělení, nemohli tak pokračovat v jejich obvyklých aktivitách. Potřeba péče o tělo a potřeba dělat vlastní rozhodnutí, které byly pro respondenty jedny z nejdůležitějších byly také velmi dobře saturovány. Možnost dělat vlastní rozhodnutí byla saturována s průměrným skóre 4,53 a péče o tělo s průměrem 4,42. Výsledek lze přisuzovat faktu, že větší část zkoumaného souboru tvořili respondenti podstupující paliativní onkologickou léčbu a menší část pacienti, kterým byla poskytována paliativní symptomatická léčba. Právě průzkum Barevy (2019), který byl zaměřen na pacienty v terminálním stadiu nemoci poukazuje na rozdíl v potřebě, kterou respondenti považovali za nejdůležitější. Zde se jedná o potřebu možnosti péče o své tělo (4,5). Z vlastních zkušeností vím, že pacienti v terminálním stadiu mnohdy tuto možnost ztrácí, což pro ně musí

být dle mého názoru velmi těžké, zejména tehdy, pokud toho byli téměř do poslední chvíle schopni. Z hlediska nejméně saturované potřeby je výsledek v průzkumu Barevy shodný s naším, kde je nejméně uspokojenou potřeba moci pokračovat v obvyklých aktivitách (3,6). Výsledek lze opět přisuzovat faktu, že respondenti byli hospitalizovaní pacienti a zejména pacienti v terminálním stadiu nemoci.

V průzkumném šetření Bužgové a kol. (2013) byly právě potřeby z oblasti autonomie označeny jako nejdůležitější. Jedná se o signifikantní rozdíl mezi výše uvedenými výzkumy, kde byly uvedeny jako nejdůležitější potřeby v doméně respektu a podpory zdravotnického personálu.

9.1.6 Možnost sdílení emocí

Potřeby v doméně možnosti sdílení emocí nebyly respondenty označeny jako jedny z nejdůležitějších. Potřeba možnosti hovořit s někým o strachu a obavách získala lehce vyšší skóre než potřeba druhá, a to 3,12. Tato hodnota se vyskytuje na hranici odpovědi „nevím“, lze tedy konstatovat, že většina respondentů si není jistá, zda je pro ně důležité hovořit s někým o těchto pocitech. Výsledek je také možné vyložit tak, že se mohou pacienti bát s někým o daných pocitech hovořit anebo naopak nemají s kým nebo nechtějí. Mnozí mohou mít pocit, že druhé svými pocity zatěžují. Daná potřeba je velmi subjektivní, nelze ji jakýmkoliv způsobem zobecňovat. Druhá potřeba dané domény je potřeba hovořit o pocitech z umírání a smrti, která získala průměrné skóre 2,72. Výsledek je opět blíže k hranici odpovědi „nevím“, odpověď lze vyložit stejným způsobem jako potřebu předchozí.

Celkem pozitivním výsledkem byla saturace potřeb dané domény. Ti respondenti, kteří označili potřeby jako spíše nebo velmi důležité je měli relativně dobře uspokojené. Průměrné skóre saturovanosti obou potřeb činilo 4.

K obdobným výsledkům došla ve svém výzkumu Langerová (2024). Důležitost potřeb dané domény se pohybovala na hranici průměru 3. Z hlediska saturovanosti došla k horším výsledkům, kdy bylo průměrné skóre u obou potřeb nižší než 4. Jak je již uvedeno v doméně týkající se sociální oblasti, dle průřezové studie Wanga a kol. (2018) byla emocionální podpora jednou z nejhůře naplněných potřeb v 10,1-84,4 %.

9.1.7 Religiózní potřeby

Poslední doménou dotazníku PNAP jsou religiózní potřeby, které opět nebyly pro respondenty daného výzkumného souboru označeny jako důležité. Potřeba kontaktu a podpory duchovní osoby získala skóre 2,05 (spíše nedůležitá) a potřeba účasti na bohoslužbách či jiných obřadech získala skóre 1,6 (spíše nedůležitá/nedůležitá). Tento závěr může být způsoben skladbou respondentů a jejich počtem. Výsledek lze také přisuzovat faktu, že mnoho pacientů nemusí být dostatečně informováno o možnostech poskytování duchovních služeb v prostředí nemocnice anebo jim nejsou dostatečně nabízeny. Spiritualita a religiozita je i z mého pohledu velmi složitou věcí a mnoho zdravotníků se obává konverzace s pacientem na toto téma. Lidská spiritualita je velmi individuální. Výzkumy poukazují na fakt, že uspokojené duchovní potřeby jsou důležitým faktorem zdraví, pohody a mnohdy jsou nezbytnou složkou pro zvládnání chronických chorob nebo právě zvládnutí terminálního stadia nemoci (Sováriová Soósová, 2022, s. 7).

Saturace potřeb dané oblasti se nejeví jako dostatečná. Ti respondenti, kteří považují religiózní potřeby jako důležité je nemají dle průměrného skóre dostatečně uspokojené. Potřeba kontaktu a podpory duchovní osoby získala 3,88 a potřeba účasti na bohoslužbách 3,67.

Zajímavý je výsledek studie Wisersith et al., ve které byly hodnoceny spirituální potřeby terminálně nemocných pacientů. Data ukázala, že celkový průměr duchovních potřeb se nacházel na střední úrovni. Úroveň daných potřeb by mohla odpovídat složení souboru. Terminálně nemocní pacienti mnohdy nejsou schopni sdělit své potřeby, je tak zejména postaráno o jejich fyzický stav, a právě duchovní potřeby mohou být opomíjeny (Wisersith, Sukcharoen, Sripinkaew, 2021, s. 3773-3779). V pilotním šetření Bužgové a kol. (2013) označili respondenti potřeby účasti na bohoslužbě nebo podporu duchovního jako velmi málo důležité. Pozitivním je výsledek v průzkumu Barevy (2019), kde byla potřeba kontaktu na duchovní osobu dle průměrného skóre uspokojena velmi dobře (4,8). Výzkum Langerové (2024) dosahuje podobných výsledků jako tomu je v našem výzkumu. Religiózní potřeby se zde z hlediska důležitosti pohybovaly pod hodnotou 2. Oblast uspokojení daných potřeb je také v celku negativní, zde bylo u obou potřeb dosaženo průměru nižšího, než je 4.

Sováriová Soósová (2022) ve své knize týkající se duchovních potřeb pacientů uvádí výsledky výzkumu Koeniga (2012) a Zimmera et al. (2016). Dané výzkumy dokazují, že náboženství a spiritualita významně přispívají k fyzickému i duševnímu zdraví, k celkové pohodě a pomáhají při řešení náročných životních situací (Sováriová Soósová, 2022, s. 7).

9.2 Zhodnocení hypotéz

Výzkumná otázka 5: Jsou přítomny rozdíly v důležitosti a míře saturace jednotlivých potřeb v závislosti na druhu terapie, kterou pacienti podstupují?

Výzkumná otázka 6: Jsou přítomny rozdíly v důležitosti a míře saturace jednotlivých potřeb v závislosti na pohlaví?

Pro porovnání důležitosti a míry saturace potřeb v jednotlivých doménách bylo pro skupinu pacientů, kterým je podávána paliativní onkologická léčba a pro skupinu pacientů, kterým je poskytována paliativní symptomatická péče nejprve vypočítáno doménové skóre.

Pro respondenty podstupující paliativní onkologickou léčbu byla nejdůležitější doména respektu a podpory zdravotnického personálu (94,67), následovala doména autonomie (90,32) a třetí nejdůležitější byla doména obsahující fyzické symptomy (88,33). Nejlépe saturovanou byla doména rovněž označená jako nejdůležitější, a to doména respektu a podpory ZP (91,63). Druhá byla sociální oblast (83,9) a třetí doména týkající se fyzických symptomů (81,44).

Respondenti, kterým byla poskytována paliativní symptomatická péče označili jako nejdůležitější stejnou doménu jako respondenti z druhé skupiny. První místo obsadila doména respektu a podpory ZP (95,67), na druhém místě byly fyzické symptomy (91,67) a na třetím byla oblast autonomie (89,05). Pořadí domén v oblasti saturace se mírně liší. Nejlépe saturovanou ale byla opět doména respektu a podpory ZP (91,10), druhé byly fyzické symptomy (77,19) a na třetím místě byly potřeby v doméně smyslu života a smíření (76,60).

Cílem níže uvedených hypotéz bylo porovnat statistický vliv pohlaví a typu paliativní péče na důležitost a saturaci potřeb dle jednotlivých domén. Ověření hypotéz bylo konzultováno se statistikem, Mgr. Tomášem Zdražilem.

H₁: Předpokládáme, že druh léčby má vliv na důležitost potřeb pacientů v paliativní péči.

Na základě statistického testování výše uvedené hypotézy nebyl ani v jedné z domén zjištěn významný rozdíl mezi skupinou respondentů podstupujících paliativní onkologickou léčbu a skupinou pacientů, kterým byla poskytována paliativní symptomatická péče. Na základě stanovené hladiny významnosti ($\alpha = 0,05$) nelze zamítnout nulovou hypotézu. Dle výsledků nemá tedy druh léčby statisticky významný vliv na důležitost potřeb pacientů v paliativní péči.

H₂: Předpokládáme, že druh podávané léčby má vliv na míru saturace potřeb pacientů.

Výsledky testování druhé hypotézy rovněž neukazují statisticky významný vliv poskytované terapie na saturaci potřeb pacientů v paliativní péči. Na základě stanovené hladiny významnosti ($\alpha = 0,05$) nebyl prokázán významný rozdíl mezi jednotlivými skupinami pacientů. Nelze tedy zamítnout nulovou hypotézu.

H₃: Předpokládáme, že pohlaví ovlivňuje důležitost jednotlivých potřeb.

Závěrem hodnocení dané hypotézy lze konstatovat, že pohlaví nemá významný vliv na důležitost potřeb pacientů. Na základě stanovené hladiny významnosti nebyl mezi ženami a muži prokázán statisticky významný rozdíl ani v jedné z domén dotazníku PNAP. Dle výsledků tedy přijímáme nulovou hypotézu. Výsledky dané hypotézy lze porovnat s průzkumným šetřením Barevy (2019), která rovněž porovnávala vliv pohlaví na potřeby pacientů. V jejím výzkumu také nebyl na základě stanovené hladiny významnosti prokázán statisticky významný vliv pohlaví na důležitost potřeb pacientů v paliativní péči.

H₄: Předpokládáme, že pohlaví ovlivňuje míru saturace potřeb pacientů v paliativní péči.

Na základě statistického testování výše uvedené hypotézy nebyl ani v jedné z domén prokázán významný vliv pohlaví na saturaci potřeb respondentů. Dle stanovené hladiny významnosti ($\alpha = 0,05$) nelze zamítnout nulovou hypotézu. Bareva (2019) ve svém výzkumném šetření došla ke stejným výsledkům, kde výsledná hladina významnosti neukazuje na statisticky významný rozdíl v saturaci potřeb pacientů v závislosti na pohlaví.

9.3 Limity výzkumného šetření

Výsledky výzkumného šetření nelze zobecňovat pro celou populaci pacientů v paliativní péči, a to z několika důvodů. Výzkum probíhal pouze na onkologickém oddělení v poměrně krátkém časovém rozpětí (říjen – leden). Výsledný počet respondentů činil 60, což není dostatečné. Průzkum by musel probíhat delší dobu a případně na více odděleních nebo ve větším počtu zařízení, která poskytují paliativní péči. V rámci testování statistické významnosti vybraných proměnných bylo nedostatečné množství respondentů v jednotlivých podskupinách, a to zejména ve skupině respondentů, kterým byla poskytována paliativní symptomatická péče.

V plánu bylo průzkum provádět také v hospicovém zařízení, čímž by byl zajištěn vyšší počet respondentů ve výše uvedené skupině, průzkum zde byl ale zamítnut.

10 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala vlivem onkologického onemocnění na potřeby pacientů v paliativní péči. Práce byla členěna na dvě části – teoretickou a průzkumnou. Teoretická část obsahovala čtyři hlavní kapitoly, které byly věnovány onkologii, paliativní a hospicové péči, paliativní péči v onkologii a potřebám pacientů v paliativní péči. Odborných publikací týkajících se onkologie i paliativní péče je dostatek. O něco méně je aktuálních publikací zaměřených na potřeby pacientů, konkrétně na potřeby pacientů v paliativní péči a na potřeby spirituální. Výzkumy prováděné na téma potřeb pacientů v paliativní péči jsou často zaměřené právě na onkologické pacienty.

Cílem empirické části diplomové práce bylo posoudit vliv onkologického onemocnění na důležitost a saturaci potřeb pacientů v paliativní péči. Pro získání dat byla využita česká verze standardizovaného dotazníku PNAP (Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči), jehož autorkou je doc. PhDr. Radka Bužgová, Ph.D. Dotazník byl využit po získání jejího souhlasu. Výzkumné šetření probíhalo na onkologickém oddělení od konce října 2024 do konce ledna 2025. Zahájeno bylo až po souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a vrchní sestry dané kliniky. Dotazník obsahoval celkem 40 potřeb rozdělených do sedmi domén. Z průzkumného šetření vyplývá, že nejdůležitější byly pro respondenty potřeby v doméně respektu a podpory zdravotnického personálu (94,92), dále v doméně autonomie (90,00), fyzických symptomů (89,17), smyslu života a smíření (83,47) a v sociální oblasti (82,43). Za nejméně důležité považovali respondenti potřeby týkající se možnosti sdílení emocí (47,92) a religiózní potřeby (20,63). Potřeby respektu a podpory zdravotnického personálu byly také považovány za nejlépe saturované (91,50), dále to byly potřeby v sociální oblasti (81,90), fyzické symptomy (80,34), autonomie (79,53) a smysl života a smíření (75,33). Nejméně měli respondenti uspokojeny potřeby v oblasti možnosti sdílení emocí (75,00) a religiózní potřeby (70,45). Jako jedny z nejdůležitějších označili respondenti následující potřeby: být bez bolesti, nemít problém s únikem stolice, být finančně zajištěný, být ošetřován s respektem a úctou, mít pozitivní náhled na život, mít možnost pečovat o své tělo, být schopen dělat vlastní rozhodnutí a mít pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Výše zmíněné výsledky by mohly být nápomocny v rámci holistického přístupu v péči o onkologicky nemocné pacienty v paliativní péči. Stejně jako je tomu u nejméně saturovaných potřeb, jež byly uvedeny respondenty, kteří je označili jako spíše nebo velmi důležité. Jednalo se o následující potřeby: být bez únavy, nemít problém se spánkem, mít naplněný den nějakou aktivitou, být naplněn klidem, mít možnost pokračovat v obvyklých aktivitách, mít kontakt a podporu duchovní osoby a být účasten na bohoslužbách

či jiných obřadech. Dané výsledky průzkumu by mohly být nápomocny v rámci modifikace ošetrovatelských intervencí tak, aby byly zaměřené na uspokojování konkrétních potřeb pacientů, ve kterých pociťují jistý deficit.

Dalším z dílčích cílů bylo prostřednictvím vybraných proměnných identifikovat rozdíly v důležitosti a saturaci potřeb mezi skupinami respondentů. Jednou z proměnných bylo pohlaví respondentů a druhou byl aktuální typ léčby, kterou pacienti podstupovali. Pro získání informace o druhé proměnné byl dotazník doplněn o otázku týkající se typu léčby, která zjišťovala, zda byl pacientům poskytován některý z typů paliativní onkologické léčby (chemoterapie, radioterapie, biologická léčba a jejich kombinace) nebo paliativní péče symptomatická. Pro výše zmíněné proměnné byly formulovány hypotézy, které byly následně statisticky testovány. Ani u jedné z hypotéz nebyl prokázán statisticky významný vliv, buď pohlaví nebo typu léčby, na důležitost a saturaci potřeb.

Limitem výzkumného šetření byl nižší výsledný počet respondentů zahrnutých do výzkumného šetření. Výslednému počtu respondentů by jistě pomohlo, kdyby výzkum probíhal v delším časovém rozpětí. Dalším limitem bylo zamítnutí provedení výzkumu v hospicovém zařízení, které by mohlo zajistit vyšší počet respondentů podstupujících paliativní symptomatickou péči.

Další výzkumy v dané oblasti by bylo vhodné provádět na větším souboru respondentů, případně je provádět ve vyšším počtu zdravotnických zařízení. Zajímavé by jistě bylo porovnání potřeb mezi pacienty podstupujícími paliativní onkologickou léčbu a pacienty, kterým je poskytována paliativní symptomatická péče. Opět by mělo být výzkumné šetření provedeno u většího souboru respondentů pro získání validnějších výsledků.

Významem práce bylo zejména upozornit na významnost jednotlivých potřeb onkologických pacientů v paliativní péči a na důležitost poskytování specifické ošetrovatelské péče s ohledem na aktuální a individuální stav jejich potřeb. Myslím si, že paliativní péči a potřebám pacientů, kterým je poskytována, není věnována taková pozornost, jakou by si zasloužila. Dobře fungující paliativní péče je do budoucna nezbytnou součástí každého zdravotnického zařízení. Pokud by tato diplomová práce alespoň částečně přispěla ke zlepšení péče zaměřené na individuální potřeby onkologicky nemocných pacientů v paliativní péči, bylo by to jistě pozitivním přínosem.

11 POUŽITÁ LITERATURA

11.1 Knižní zdroje

BEDNAŘÍK, Aleš a ANDRÁŠIOVÁ, Mária. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2288-2.

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

CVEK, Jakub; HALÁMKA, Magdalena a kol. *Onkologie pro neoncology: Pro pregraduální studium a praktické lékaře*. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-3090-0.

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5706-3.

KALVACH, Zdeněk; a kol. *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.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Pardubice: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.

KUPKA, Martin a kol. *Smrt a umírání v celostní perspektivě: Psychologické, sociální a spirituální aspekty*. Online. Grada, 2024. ISBN 978-80-271-7669-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/smrt-a-umirani-v-celostni-perspektive-2122476/>. [cit. 2024-12-30].

OPATRŇÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, 2022. ISBN 978-80-7345-726-6.

SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav, et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Galén, 2022. ISBN 978-80-4792-627-3.

SOCHOR, Marek; ZÁVADOVÁ, Irena; SLÁMA, Ondřej a kol. *Paliativní péče v onkologii*. Mladá fronta, 2019. ISBN 978-80-204-4223-9.

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Online. Grada, 2022. ISBN 978-80-271-4650-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/pece-o-duchovni-potreby-nemocnych-v-oseetrovatelske-praxi-10575/>. [cit. 2025-01-05].

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Online. Grada, 2012. ISBN 978-80-247-7973-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/vime-si-rady-s-duchovnimi-potrebami-nemocnych-816/>. [cit. 2025-01-05].

SVOBODA, Marek a HALÁMKOVÁ, Jana a kol. *Péče o pacienty po ukončení kurativní onkologické léčby*. Online. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-247-5086-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/pece-o-pacienty-po-ukonceni-kurativni-onkologicke-lecby-12392/>. [cit. 2024-12-25].

SVOBODA, Pavel a HERLE, Petr. *Paliativní medicína pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, 2019. ISBN 978-80-7496-448-0.

TOMEŠ, Igor; DRAGOMIRECKÁ, Eva; SEDLÁROVÁ, Katarina a VODÁČKOVÁ, Daniela. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

TRACHTOVÁ, Eva; MASTILIAKOVÁ, Dagmar; TREJTNAROVÁ, Gabriela a, Petra Plašilová. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: Učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. ISBN 978-80-7013-590-7.

TUČEK, Milan a kol. *Hygiena a epidemiologie*. Druhé, doplněné vydání. Praha: Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3933-8.

VAŇÁSEK, Jaroslav; ČERMÁKOVÁ, Kateřina a KOLÁŘOVÁ, Iveta. *Paliativní péče v onkologii*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2013. ISBN 978-80-7395-586-1.

VOKURKA, Samuel. *Komplikace onkologických pacientů a možnosti jejich řešení v primární péči*. Online. Praha: Grada, 2022. ISBN 978-80-271-6757-9. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/komplikace-onkologickyh-pacientu-a-moznosti-jejich-reseni-v-primarni-peci-11602/>. [cit. 2024-12-31].

11.2 Odborné články

BANDEALI, Suhair; DES ORDONS, Amanda Roze a SINNARAJAH, Aynharan. *Comparing the physical, psychological, social, and spiritual needs of patients with non-cancer and cancer diagnoses in a tertiary palliative care setting*. Online. Palliative & Supportive Care. 2020, roč. 18, č. 5, s. 513-518. ISSN 1478-9523. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1478951519001020>. [cit. 2025-01-05].

BOTÍKOVÁ, Andrea; LIPOVSKÁ, Silvia; TOMOVÁ, Šárka a BARTONÍČKOVÁ, Daniela. *Vztah mezi spirituálními potřebami a kvalitou života pacientok s karcinómem prsníka*. Online. Onkologie. 2021, roč. 15, č. 5, s. 255-258. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <https://onkologiecs.cz/pdfs/xon/2021/05/09.pdf>. [cit. 2024-12-30].

BUŽGOVÁ, Radka; HAJNOVÁ, Erika; SIKOROVÁ, Lucie a KOZÁKOVÁ, Radka. Pilotní testování dotazníku PNAP „Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči“ na onkologickém oddělení. Online. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2013, roč. 4, č. 3, s. 628-633. ISSN 1804-2740. Dostupné z: <https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2013/03/06.pdf>. [cit. 2025-03-31].

CROMBEEN, A.M. a LILLY, E.J. *Management of dyspnea in palliative care*. Online. *Current Oncology*. 2020, roč. 27, č. 3, s. 142-145. ISSN 1718-7729. Dostupné z: <https://doi.org/10.3747/co.27.6413>. [cit. 2024-12-31].

ENGEL, Marijanne; KARS, Marijke C.; TEUNISSEN, Saskia C.C.M. a VAN DER HEIDE, Agnes, 2023. *Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: A systematic review*. Online. *Palliative and Supportive Care*. Roč. 21, č. 5, s. 890-913. ISSN 1478-9515. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1478951523001165>. [cit. 2024-11-11].

HAJNOVÁ FUKASOVÁ, Erika; BUŽGOVÁ, Radka a FELTL, David. *Hodnocení duchovních potřeb pacientů v paliativní péči*. Online. *Klinická onkologie*. 2015, roč. 28, č. 1, s. 13-19. ISSN 1802-5307. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.14735/amko201513>. [cit. 2025-01-05].

HENSON, Lesley A.; MADDOCKS, Matthew; EVANS, Catherine; DAVIDSON, Martin; HICKS, Stephanie et al. *Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue*. Online. *Journal of Clinical Oncology*. 2020, roč. 38, č. 9, s. 905-914. ISSN 0732-183X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470>. [cit. 2024-12-31].

HOCHMAN, Michael J.; YU, Yinxi; WOLF, Steven P.; SAMSA, Greg P.; KAMAL, Arif H. et al. *Comparing the Palliative Care Needs of Patients With Hematologic and Solid Malignancies*. Online. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018, roč. 55, č. 1, s. 82-88. ISSN 0885-3924. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.030>. [cit. 2025-04-09].

JEDLIČKOVÁ, Anetta. *Etické aspekty paliativní péče*. Online. *Praktický lékař*. 2023, roč. 103, č. 3, s. 152-158. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=218bfd30-181d-4bcc-899b-fe3c1542ace9%40redis>. [cit. 2024-12-25].

MACHÁLKOVÁ, Lenka; ŠTUREKOVÁ, Lenka a ROČKOVÁ, Šárka. *Ošetrovatelský management únavy u pacientů s onkologickým onemocněním*. Online. *Onkologie*. 2022, roč. 16, č. 5, s. 276-278. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/xon.2022.053>. [cit. 2024-12-31].

MATHEW-GEEVARUGHESE, Sally E.; CORZO, Oscar a FIGURACION, Elizabeth. *Cultural, Religious, and Spiritual Issues in Palliative Care*. Online. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2019, roč. 46, č. 3, s. 399-413. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.05.006>. [cit. 2024-12-28].

RESSNER, Pavel a RESSNEROVÁ, Eva. *Test hodin, přehledná informace a zhodnocení škál dle Shulmana, Sunderlanda a Hendriksena*. Online. *Neurologie pro praxi*. 2002, roč. 3, č. 6, s. 316-332. ISSN 1803-5280.

Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2002/06/09.pdf>. [cit. 2024-07-20].

WANG, Tao; MOLASSIOTIS, Alex; PUI MAN CHUNG, Betty a TAN, Jing-Yu. *Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a systematic review*. Online. *BMC Palliative Care*. 2018, roč. 17, č. 96, s. 1-29. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0346-9>. [cit. 2025-01-05].

WISESRITH, Wasinee; SUKCHAROEN, Pilaiporn a SRIPINKAEW, Kanittha. *Spiritual Care Needs of Terminal Ill Cancer Patients*. Online. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2021, roč. 22, č. 12, s. 3773-3779. ISSN 2476-762X. Dostupné z: <https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.12.3773>. [cit. 2025-04-09].

11.3 Internetové zdroje

BUŽGOVÁ, Radka. *Dotazníky pro hodnocení potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči: Manuál pro uživatele české verze dotazníku pro hodnocení potřeb pacientů (PNAP) a rodinných příslušníků (FIN)*. Online. Ostrava: Ostravská univerzita, 2014. ISBN 978-80-7464-678-2. Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/kvalita-zivota-a-potreby/manual-dotazniku-pnap-a-fin-cz.pdf>. [cit. 2025-02-16].

KISS, Igor; NĚMEČEK, Radim; DOUBEK, Michael; VYZULA, Rostislav a kol. *Klinická onkologie pro mediky: Solidní nádory, nádory dětského věku a hematologické malignity*. Online. 3., přepracované a doplněné elektronické vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2021. ISBN 978-80-210-9908-1. Dostupné z: <https://portal.med.muni.cz/clanek-661-klinicka-onkologie-pro-mediky-solidni-nadory-nadory-detskeho-veku-a-hematologicke-malignity-treti-prepracovane-a-doplnene-vydani.html> [cit. 2024-12-28].

KNAPOVÁ, Jaroslava. *Paliativní péče*. Online. In: Inovace VOV. 2019. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/484/page00.html>. [cit. 2024-10-17].

KREJČÍ, D.; MUŽÍK, J. a DUŠEK, L. *Novotvary 2019-2021 ČR*. Online. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 2023, s. 1-10. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008447/novotvary2019-2021.pdf>. [cit. 2024-10-10].

KUPKA, Martin. *Psychologické aspekty paliativní péče*. Online. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2931-1. Dostupné z: https://psych.upol.cz/fileadmin/userdata/FF/katedry/pch/vyzkum/Psychologicke_aspekty_paliativni_pece.pdf. [cit. 2025-04-03].

MU, I. (2015). NOP: *Onkologická péče v České republice: stručné shrnutí*. Online. Onconet.cz. 2015. Dostupné z: <https://www.onconet.cz/index.php?pg=onkologicka-pece-ceska-republika> [cit. 2024-10-27].

Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 21. 9. 2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.

Seznam center vysoce specializované onkologické péče 2020 + indikátory kvality. Online. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2020, aktualizováno 2023. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/seznam-center-vysoce-specializovane-onkologicke-pece-2020-indikatory-kvality/>. [cit. 2024-10-27].

ÚZIS ČR. *Den boje proti rakovině a statistiky ÚZIS ČR*. Online. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2021. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8466>. [cit. 2025-04-09].

VRUBLOVÁ, Yvetta. *Lidské potřeby a potřeby dítěte*. Online, Distanční studijní text. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2020. Dostupné z: https://is.slu.cz/el/fvp/zima2021/UOGP010/um/Lidske_potreby_a_potreby_ditete.pdf. [cit. 2025-01-04].

11.4 Závěrečné práce použité v rámci diskuze

BAREVA, Andrea. *Identifikace a saturace potřeb terminálně nemocných pacientů*. Online, diplomová. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2019. Dostupné z: <https://theses.cz/id/eqwxau/>. [cit. 2025-03-31].

DOLANSKÁ, Nikola. *Paliativní péče v gynekologické onkologii*. Online, diplomová. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2024. Dostupné z: <https://theses.cz/id/rh7np/>. [cit. 2025-03-31].

LANGEROVÁ, Tereza. *Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči na hematoonkologické klinice*. Online, diplomová. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2024. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ay65ox/>. [cit. 2025-03-31].

12 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Souhlas s použitím dotazníku PNAP v rámci diplomové práce</i>	101
Příloha B – <i>Informovaný souhlas</i>	102
Příloha C – <i>Test hodin (Ressner, Ressnerová, 2002)</i>	103
Příloha D – <i>Standardizovaný dotazník PNAP (Bužgová, 2014)</i>	104
Příloha E – <i>Protokol SPIKES</i>	109
Příloha F – <i>Reakce na závažné onemocnění dle E. K. Rossové</i>	110

Příloha A – Souhlas s použitím dotazníku PNAP v rámci diplomové práce

Žádost o použití dotazníku PNAP



Chejnovska Zuzana

Komu: radka.buzgova@osu.cz <Radka.Buzgova@osu.cz>



Čt 04.04.2024 11:41

Dobrý den, vážená paní docentko,

Jsem studentkou prvního ročníku navazujícího magisterského studia oboru Specializace v ošetrovatelství – Ošetrovatelská péče v interních oborech na Univerzitě Pardubice, Fakultě zdravotnických studií. V rámci diplomové práce na téma Vliv onkologického onemocnění na potřeby pacientů v paliativní péči, jejíž vedoucím je PhDr. Kateřina Horáčková, PhD., bych ráda prováděla výzkum prostřednictvím standardizovaného dotazníku PNAP. Hlavním cílem výzkumu by bylo zjistit vliv onemocnění na potřeby onkologických pacientů a následně tyto potřeby porovnávat mezi dvěma skupinami pacientů – pacienti, kteří podstupují paliativní chemoterapii/radioterapii nebo biologickou léčbu a pacienti, kteří podstupují symptomatickou paliativní péči. Tímto bych Vás tedy chtěla požádat o povolení použití dotazníku v rámci výzkumu v diplomové práci. V případě potřeby ráda zašlu tezi k diplomové práci.

Předem děkuji za odpověď.

S pozdravem a přáním hezkého dne
Zuzana Chejnovská



Bužgová Radka <Radka.Buzgova@osu.cz>

Komu: Chejnovska Zuzana



Čt 04.04.2024 14:01

Dobrý den, paní Chejnovská,

s použitím dotazníku PNAP ve vaší diplomové práci souhlasím. Přeji ať se vám podaří práci úspěšně napsat.

S pozdravem,

Radka Bužgová



UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název diplomové práce: Vliv onkologického onemocnění na potřeby pacientů v paliativní péči

Autor práce: Bc. Zuzana Chejnovská

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Horáčková, Ph.D.

Já _____ souhlasím s účastí ve výzkumném šetření v rámci diplomové práce, která je zaměřena na identifikaci potřeb pacientů v paliativní péči. Identifikace potřeb spočívá ve vyplnění standardizovaného dotazníku PNAP (Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči).

Obdržel/a jsem informaci o **anonymizaci** všech poskytnutých údajů týkajících se mé osoby a souhlasím s jejich využitím ve výzkumné části diplomové práce Bc. Zuzany Chejnovské a případně v dalších odborných publikacích.

Byl/a jsem seznámen/a s účelem vyplnění dotazníku, s cíli diplomové práce, měl/a jsem možnost klást dotazy a vše mi bylo srozumitelně vysvětleno.

Byl/a jsem informován/a o možnosti odstoupení z výzkumného šetření kdykoli v průběhu vyplňování dotazníku i v období následujícím, pokud bych změnil/a názor na probíhající výzkumné šetření nebo pokud by mi některá z otázek nebyla příjemná.

Níže stvrzuji svým podpisem dobrovolnou účast ve výzkumném šetření.

Dne: _____

Podpis: _____

Kontaktní osoba

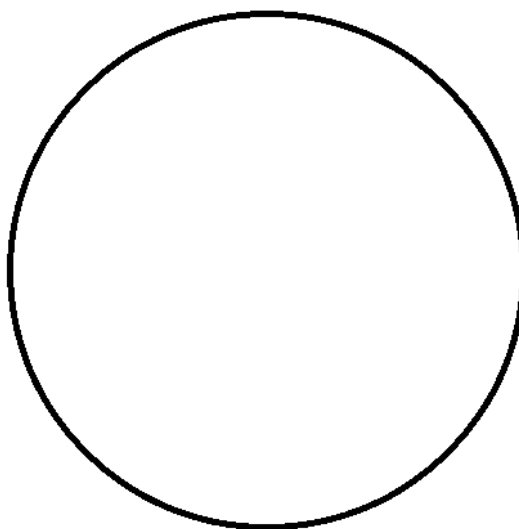
Jméno: Bc. Zuzana Chejnovská

Telefon: +420 737 559 293

E-mail: zuzana.chejnovska@student.upce.cz

TEST HODIN

Zakreslete, prosím, dovnitř kruhu čísla tak, jak se nacházejí na ciferníku i s ručičkami, které budou ukazovat čas jedenáct hodin a deset minut:



Test bude hodnocen prostřednictvím škály dle Hendriksena:

Tabulka 1. Znění škály dle Hendriksena

a) 1 bod za každou splněnou následující podmínku
<ol style="list-style-type: none">1. Všech 12 čísel je přítomno2. Čísla jsou kolem vnitřku kruhu3. Čísla jsou ve správném pořadí4. Čísla symetricky rozmístěna, zejména osy 6–12 a 3–9 jsou zachovány5. Dvě ručičky jsou přítomny
b) Minus 1 bod za každé následující
<ol style="list-style-type: none">1. Další čísla jsou přidána nebo se opakují2. Jsou přítomny pomocné čáry (tzv. segmentace)3. Všechna nebo některá čísla jsou rotována

- za patologický výsledek je považována výsledná hodnota 3 body a méně

RESSNER, Pavel a RESSNEROVÁ, Eva. Test hodin, přehledná informace a zhodnocení škál dle Shulmana, Sunderlanda a Hendriksena. Online. *Neurologie pro praxi*. 2002, roč. 3, č. 6, s. 316-332. ISSN1803-5280.

Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2002/06/09.pdf>. [cit. 2024-07-20].

Příloha D – *Standardizovaný dotazník PNAP (Bužgová, 2014)*

Vážené respondentky, vážení respondenti,

jmenuji se Zuzana Chejnovská, jsem studentkou navazujícího magisterského studia na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice, oboru Specializace v ošetrovatelství – Ošetrovatelská péče v interních oborech a zároveň pracuji jako všeobecná sestra na onkologickém oddělení.

Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění anonymního dotazníku PNAP (Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči), který slouží k identifikaci Vašich aktuálních potřeb. Při vyplňování prosím postupujte dle níže uvedených pokynů. Výsledná data budou zpracována v rámci diplomové práce, která se věnuje vlivu onkologického onemocnění na potřeby pacientů v paliativní péči. Hlavním cílem práce je identifikovat stav Vašich aktuálních potřeb a zjistit míru jejich naplnění.

Vaše účast ve výzkumném šetření je dobrovolná, vyplnění dotazníku Vám nezabere mnoho času a mně velmi pomůže.

Děkuji Vám,

Bc. Zuzana Chejnovská

Odpovězte, prosím, na každou z níže uvedených otázek.

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Kolik Vám je let?

Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) středoškolské s výučním listem
- c) středoškolské ukončené maturitní zkouškou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

Jakou léčbu aktuálně podstupujete?

- a) chemoterapie
- b) radioterapie
- c) biologická léčba
- d) kombinace výše uvedených
- e) léčba nepříjemných příznaků onemocnění

HODNOCENÍ POTŘEB PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI (Dotazník PNAP)

Instrukce

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

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

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

Být bez bolesti.

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

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

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

Být bez bolesti.

Je to pro mě důležité?

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

Byla tato položka naplněna?

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

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

Odpovězte laskavě na každou z uvedených položek.

Položka	Je to pro mě důležité?		Byla tato položka naplněna?	
	vůbec ne	velmi	vůbec ne	velmi
1. Mít možnost pečovat o své tělo (umytí, oblékání, jídlo)	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
2. Být bez bolesti	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
3. Schopnost soustředit se	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
4. Být bez únavy	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
5. Nemít problém se spánkem	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
6. Nemít problém s únikem moči	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
7. Nemít problém s únikem stolice	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
8. Nebýt dušný	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
9. Nemít problém se zácpou	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
10. Nemít problém se zvracením	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
11. Nemít problém s kašlem	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
12. Nemít problém se svěděním	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
13. Nepocítovat brnění nebo znecitlivění	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
14. Netrpět pocením, návaly horka	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
15. Moci pokračovat v obvyklých aktivitách	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
16. Být ošetřován s respektem a úctou	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
17. Mít možnost dělat vlastní rozhodnutí	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
18. Mít soukromí	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
19. Přítomnost někoho blízkého	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
20. Mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
21. Cítit podporu od ošetřujícího personálu	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
22. Mít naplněný den nějakou aktivitou	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5

Položka	Je to pro mě důležité? vůbec ne velmi	Byla tato položka naplněna? vůbec ne velmi
23. Mít příležitost hovořit s někým v podobně situaci	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
24. Mít možnost hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
25. Mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
26. Mít kontakt a podporu duchovní osoby	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
27. Být účasten na bohoslužbě nebo jiných obřadech	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
28. Mít pocit, že můj život měl smysl	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
29. Být vyrovnaný s nemocí	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
30. Nemít strach ze závislosti na pomoci druhých	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
31. Být vyrovnaný se změnami v mém těle	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
32. Být naplněn klidem	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
33. Být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
34. Mít pozitivní náhled na život	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
35. Mít pravdivé informace o mém zdravotním stavu	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
36. Mít informace o ošetrovatelské péči	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
37. Mít důvěru v ošetrovatelský personál	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
38. Mít přístup k jiným zdrojům informací (internet, knihy, TV..)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
39. Být finančně zajištěný	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
40. Být v pěkném prostředí	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

S – setting (prostředí): pro rozhovor je potřeba zvolit klidné, ničím a nikým nerušené prostředí. Je vhodné pacienty na rozhovor pozvat a navrhnout, aby si s sebou přivedli někoho blízkého.

P – perception (vnímání situace): na začátek je dobré zjistit pacientovu informovanost o jeho zdravotním stavu a zjistit, co od rozhovoru on i jeho blízcí očekávají. Je potřeba aktivně naslouchat a ukázat důvěru, kterou ve vás pacient může mít.

I – invitation (pozvání): v této fázi je vhodné zjistit, v jakém rozsahu chce pacient informace o svém stavu znát, zda chce vše sdělit najednou anebo postupně.

K – knowledge (poznání): po tom, co je pacientovi sdělena špatná zpráva, nemusí být pochopitelně schopen přijímat a vnímat další informace. V této fázi je dobré vyjádřit podporu, popravdě odpovídat na otázky, které pacient může klást a není vhodné používat termíny a cizí slova, kterým pacient nemusí porozumět.

E – empatie: v této fázi často pacient prožívá těžké emoce, při kterých je nutné dát najevo jejich pochopení, reagovat na ně klidně a ujistit pacienta, že je v pořádku se takhle cítit. Je potřeba dát najevo pochopení celé situace pacientovi i jeho rodině.

S – strategy and summary (strategie a shrnutí): na závěr je důležité shrnout celý rozhovor a navrhnout budoucí plán péče. Je vhodné se ujistit, zda pacient všemu správně porozuměl, předat kontakt a domluvit si další schůzku (Sláma, Kabelka, 2022, s. 56-57).

Popírání: v této fázi pacient popírá fakt, že daným onemocněním trpí. Jedná se o dočasnou, obranou reakci, kdy se pacient odmítá s nemocí smířit, hledá různá vysvětlení, proč by to, co právě teď prožívá, neměla být pravda, např. záměna výsledků a jiné (Sláma, Kabelka, 2022, s. 58-59). Toto období má výraznější průběh u pacientů, kteří nemají téměř žádné příznaky a nic je výrazně neomezuje při běžném životě. Z toho důvodu mají pocit, že jsou nesprávně diagnostikováni, že se jedná o chybu, kterou jim v následujících dnech někdo vyvrátí (Kupka, 2014, s. 96).

Hněv: ve fázi hněvu již popírání není dostačující obranou reakcí. Pacient může být vzteklý, může přestat spolupracovat. Ze zdravotnického hlediska může být velmi těžké s pacientem v této fázi pracovat a zejména komunikovat (Sláma, Kabelka, 2022, s. 58-59). Pacient se může chovat agresivně nebo závistivě vůči zdravým osobám, zejména vůči rodinným příslušníkům nebo zdravotníkům, typické jsou různé banální stížnosti. Pacienta není vhodné, jakkoliv odsuzovat, velmi se v této fázi trápí, je zoufalý, frustrovaný, má často pocity beznaděje a nespravedlnosti (Kupka, 2014, s. 96).

Smlouvání: v této fázi se pacient snaží nalézt naději. Může vyhledávat pomoc v oblasti alternativní medicíny, obrací se na vyšší moc. Smlouvá délku jeho bytí, slibuje, že udělá cokoli proto, aby mohl smrt odložit, aby se uzdravil.

Deprese: ve fázi deprese si pacient začíná uvědomovat, že to, co se děje je opravdové, dochází mu blízkost smrti. Pacient může přestat komunikovat, může plakat, mít strach, úzkosti a pocity beznaděje. Období deprese musí u každého pacienta proběhnout, není vhodné se snažit pacienta nějakým způsobem rozveselit. Pokud období deprese trvá nepřiměřeně dlouho a deprese se prohlubuje, je vhodné zvážit medikaci prostřednictvím vhodných psychofarmak.

Smíření: v poslední fázi se pacient smířuje s onemocněním a se smrtí, přemýšlí racionálně a ví, že by se měl na vše připravit, zařídit vše, co je potřeba a dořešit nedořešené (Sláma, Kabelka, 2022, s. 58-59). Pacient je vyrovnaný, klidný, ale bohužel toto stádium není tak časté. Spíše u pacientů dochází k rezignaci (Kupka, 2014, s. 97).