

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Klára Stejskalová

Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Štureková, Ph.D.

Olomouc 2022

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 29. dubna 2022



podpis

Děkuji své vedoucí bakalářské práce Mgr. Lence Šturekové, Ph.D., za odborné vedení, za její cenné poznatky, rady, věcné připomínky, doporučení, které mi při zpracování práce poskytovala. Dále bych ji chtěla poděkovat za její velkou ochotu a vstřícnost v průběhu celého zpracování této přehledové bakalářské práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Paliativní péče

Název práce: Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči

Název práce v AJ: Patients needs assesment in palliative care

Datum zadání: 2021-11-30

Datum odevzdání: 2022-04-29

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Stejskalová Klára

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Štureková, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Cílem této přehledové bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o potřebách pacientů v paliativní péči. Byly dohledány relevantní dokumenty pomocí elektronických databází EBSCO, Ovid, ProQuest a GOOGLE Scholar. Poznatky uvedené v bakalářské práci lze využít při zaměření se na málo saturované potřeby pacienta. Ze zpracovaných studií vyplývá, že nejvíce důležité a však nejméně naplněné potřeby byly bolest, vyrovnání se s nemocí a neschopnost provádět všední aktivity. Naopak nejméně důležité potřeby byly podpora duchovní osoby, hovořit s někým o sexuálním potřebách nebo mít možnost hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti. Zlepšením těchto mnohdy opomíjených částí komplexní péče o pacienta, lze výrazně ulevit nejen pacientovi, ale i jeho rodinným příslušníkům. Z výzkumných studií vyplývá, že je důležité používat měřicí nástroje k hodnocení potřeb pacienta v paliativní péči, jelikož může dopomoci k odbourání pomyslné komunikační bariéry mezi pacientem a zdravotnickým personálem a tím zlepšit kvalitu péče.

Abstrakt v AJ:

The overview aim of this bachelor thesis was to summarize the currently published knowledge and easily accessible literature about the needs of patients in palliative care. Relevant documents were retrieved using the electronic databases EBSCO, Ovid, ProQuest and GOOGLE Scholar. The findings presented in the bachelor thesis can be used to focus on the low saturation needs of the patient. The studies show that the most important but least fulfilled needs were pain, recovery from illness, and the inability to carry out everyday activities. On the

contrary, the least important needs were to support a spiritual person, talk to someone about sexual needs, or be able to talk to someone about the feelings of dying and death. By improving these often neglected parts of comprehensive patient care, it is possible to significantly relieve not only the patient but also his family members. Research studies show that it is important to use measurement tools to assess a patient's needs in palliative care, as it can help break down the imaginary communication barrier between the patient and healthcare professionals and thus improve the quality of care.

Klíčová slova v ČJ: paliativní péče, potřeby, ošetrovatelská péče, škála

Klíčová slova v AJ: palliative care, needs, nurse care, scale

Rozsah: 31 stran / 0 příloh

OBSAH

ANOTACE.....	4
ÚVOD.....	7
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....	9
2 POTŘEBY PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI.....	11
2.1 VÝZNAM A LIMITACE DOHLEDANÝCH POZNATKŮ.....	25
ZÁVĚR.....	27
REFERENČNÍ SEZNAM.....	28

ÚVOD

Mnoho pacientů s nevléčitelnou nemocí a nemocných v terminálním stádiu nemoci je neustále převáženo z domácího prostředí do nemocničního nebo mezi různými poskytovateli zdravotní péče. V České republice až 70 % pacientů umírá v nemocnicích a zdravotnických zařízeních. Přesto různé výzkumy ukazují, že 78 % osob s českým občanstvím by si přálo zemřít v domácím prostředí. Paliativní péče je poměrně nový obor ve zdravotnictví, a to zvláště v České republice. S působením v několika městech se pomalu rozrůstají i mobilní hospice, kde pracuje multidisciplinární tým, který pečuje o pacienty denně 24 hodin a 7 dní v týdnu. Snaží se zmírnit procento úmrtí v nemocničním prostředí, a naopak zachovat co největší přirozenost ve fázi umírání doma s rodinou (Závadová, 2018, s. 9).

Dle definice WHO (WHO, 2022, s. neuvedena) je paliativní péče hodnocena jako soubor činností, podporujících kvalitu života pacienta a jeho blízké rodiny, snaha zmírnit symptomy nevléčitelného onemocnění a saturovat bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Právě tyto potřeby jsou jedním ze základních cílů paliativní péče a na základě hodnocení potřeb mohou být provedeny jak správná paliativní péče, tak ošetrovatelské intervence a speciální procesy. K určení a vymezení potřeb pacientů byly vytvořeny v zahraničí i v České republice měřicí nástroje pro hodnocení potřeb. Výsledky měřicích nástrojů pak umožní multidisciplinárnímu týmu pracovat na konkrétním plánování péče každého pacienta. (Bužgová, 2013a, s. 629).

Nejčastějšími měřicími nástroji užívanými v zahraničí jsou Cancer Rehabilitation Evaluation System (dále jen CARES), Needs Evaluation Questionnaire nebo Sheffield Profile for Assessment and Referral to Care a v českém prostředí byl vytvořen měřicí nástroj Patient Needs Assessment in Palliative care (dále jen PNAP). Tyto měřicí nástroje mají zhodnotit potřeby pacientů a zobrazit míru nenaplněnosti potřeb. Dále pak pacienti uvádí míru důležitosti jejich potřeb. Měřicí nástroje lze hodnotit za validní a reliabilní při posuzování potřeb pacienta a kvality poskytované paliativní péče (Bužgová, 2013b, s. 311).

Podíl neuspokojených potřeb souvisí s kvalitou poskytované péče pacientům a hodnocení neuspokojených potřeb se odvíjí i od klinické intervence a spokojenosti s péčí. Mnoho pacientů má obavy z komunikace s lékaři či jiným zdravotnickým personálem, a proto často dochází k nevyslovení problémů v různých oblastech potřeb. Mezi pacientem a multidisciplinárním týmem bývá komunikační bariéra, a tím dochází ke snížené kvalitě péče a slabé saturaci všech potřeb důležitých pro pacienta. K odbourání problémů v komunikaci dopomůžou měřicí nástroje určené k hodnocení a saturaci potřeb pacienta. Dojde tak k většímu porozumění potřeb

pacienta ze strany lékařů, sester a jiného zdravotnického personálu, tudíž se významně zlepšila saturace potřeb pacienta a kvalita poskytované péče (Bonacchi, 2016, s. 3507–3508).

V návaznosti na výše uvedenou problematiku je možno položit si tuto otázku: Jaké jsou aktuální dohledané publikované poznatky o potřebách pacientů v paliativní péči?

Cílem této bakalářské práce je sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o potřebách pacientů v paliativní péči.

Pro lepší pochopení a orientaci v tématu byla prozkoumána následující vstupní literatura:

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

KUPKA, Martin. Psychosociální aspekty paliativní péče. 1. vyd. Praha: Grada. 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.

KALVACH, Zdeněk. 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.

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

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA, Jiří VORLÍČEK et al. Paliativní medicína pro praxi. Praha: GALÉN, 2011. ISBN 78-80-7262-849-0.

1 Popis rešeršní činnosti

V následujícím textu je podrobně popsána rešeršní činnost, podle které došlo k dohledání validních zdrojů pro tvorbu této bakalářské práce.

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

- klíčová slova v ČJ: paliativní péče, potřeby, ošetrovatelská péče, škála
- klíčová slova v AJ: palliative care, needs, nurse care, scale
- jazyk: český, anglický, slovenský
- období: 2011–2021
- další kritéria: recenzovaná periodika, volný plný text



DATABÁZE

EBSCO, MEDLINE, ProQuest, Ovid, GOOGLE scholar



Nalezeno 457 článků



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

- duplicitní články
- kvalifikační práce
- články nesplňující kritéria
- články neodpovídající tématu



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

EBSCO – 5 článků

GOOGLE scholar – 3 články

Ovid – 4 články



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Ošetrovatelství a porodní asistence	2 články
časopis lékařů českých	2 články
Onkologie	1 článek
Česká společnost paliativní medicíny	1 článek
Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing	1 článek
BMJ Supportive & Palliative Care	1 článek
Journal of Pain and Symptom Management	2 články
Supportive Care in Cancer	1 článek
Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech	1 článek



Pro tvorbu bakalářské práce bylo použito 12 dohledaných článků, 2 webové stránky.

2 Potřeby pacientů v paliativní péči

Paliativní péče je dle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) definována jako přístup, který má vést ke zlepšování kvality života pacientů, jež mají život ohrožující nebo nevléčitelné onemocnění, a jejich rodin. Klade důraz na prevenci, zmírnění útrap spojené s onemocněním, správné posouzení a léčbu bolesti a všechny ostatní biologické, fyzické, duchovní a psychosociální potřeby s tím spojených (WHO, 2022, s. neuvedena). Definice paliativní péče je popsána i v českém zákoně 372/2011 Sb. o zdravotnických službách následovně: „*Paliativní péče je druhem zdravotní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí*“ (MZČR, 2011, s. 4733). Autor Kabelka (2016, s. 7) uvádí onemocnění a stavy, při kterých je paliativní péče implementována. Jsou to různá nádorová onemocnění, vrozené vývojové vady a onemocnění s tím spojené, geriatrickí pacienti se syndromem křehkosti ve stáří, pacienti, kteří mají neurodegenerativní onemocnění (např. demence, amyotrofická laterální skleróza, Alzheimerova choroba, spinální svalová atrofie) nebo také chronické orgánové choroby či multiorgánová selhání na jednotce intenzivní péče. Paliativní péči potřebuje ročně zhruba 40 milionů lidí z toho až 78 % z nich žije v zemích s nízkými nebo středními příjmy. U dětí je to až 98 %, přičemž skoro polovina z nich pobývá v Africe. Celosvětově v současné době využívá paliativní péči jen 14 % jedinců, kteří tuto péči potřebují. Zbytek populace nemůže přijmout adekvátní paliativní péči z důvodu restrikce týkající se léčby morfinem a dalších léčivých přípravků. V celosvětovém měřítku bude nutnost paliativní péče nadále stoupat v důsledku stárnutí obyvatelstva a rostoucí zátěže nepřenositelných, ale i některých přenosných onemocnění. Včasné poskytnutí této péče snižuje počet nežádoucích hospitalizací a využívání zdravotnických služeb (WHO, 2022, s. neuvedena).

Kvalita paliativní péče je na dobré úrovni jsou-li správně saturovány všechny potřeby pacienta. Potřeby jsou jedním ze základních a důležitých prvků v paliativní péči, na něž je kladen důraz. Pojem potřeba je hodnocen jako status, kdy je nedostatek nutností, které vedou k nekvalitě péče a jež jsou nezbytné pro organismus. Kvalita života pacienta se odvíjí od jeho dobře naplněných, či naopak nenaplněných potřeb. V případě správné saturace potřeb pacienta se dotyčný může soustředit na aktivity, jež byl schopen zvládnout před nemocí bez jakýchkoliv omezení. Špatně saturovaná potřeba však tvoří napětí, které může vyústit v náladovost, unavenost, projevují se psychické problémy, oslabení organismu aj. – v případě nenaplnění některé z potřeb je totiž pro pacienta obtížné provádět aktivity všedního života, neboť u něj často dochází ke ztrátě energie a motivace. Paliativní péče se opírá o čtyři základní potřeby a to:

biologická, psychická, sociální a duchovní potřeba. Z hlediska potřeb biologických se věnuje péče zvláště hygieně, schopnosti samostatné péče o vlastní tělo, oblékání a výživě. V této oblasti jsou primárně řešeny symptomy, přičemž jejich normalizace je jedním z prvků paliativní péče. Psychické potřeby jsou obvykle narušovány pocitem úzkosti a strachu ze smrti, smutku, deprese a hněvu. V této oblasti je v rámci paliativní péče usilováno o pocit volnosti v projevu emocí pacienta. Potřebami v sociální sféře jsou kontakt s lidmi a komunikace. Sociální interakce je pro pacienty důležitá, obzvlášť když mohou své pocity sdílet s pacienty v podobně tíživých situacích a s obdobnými problémy. Spirituální část potřeb je postavena na potřebách morálních a náboženských, ale rovněž na otázkách o smyslu života, o naději a smíření (Bužgová a Zeleníková, 2012, s. 412).

Autoři Ahmed et al. (2014, s. 238) popisují, že v paliativní péči je podstatné pohlížet na pacienta jako na celek – na celou osobu a „situaci s ní spojenou“. Pacientova fyzická bolest totiž může být způsobena psychickými problémy a naopak. Autoři uvádějí holistický model péče, přičemž hlavním předmětem této péče jsou tělo, mysl a duch. V paliativní péči nejde jen o potřeby fyzické, ale právě i emocionální, psychické a duchovní. Všechny tyto oblasti by měly být v rovnováze a v rámci potřeb každého jedince-pacienta plnohodnotně satureovány. Daný přístup se odklání od přístupu lékařského modelu péče, který je zaměřen na nemoc pacienta, nikoliv na pacienta jako takového.

Výzkumná studie autorů Bužgová a Zeleníková (2012, s. 404–414) je jednou z prvních, která se zabírala problematikou hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v českém klinickém prostředí. Cílem studie bylo zjistit potřeby pacientů v paliativní péči a následně vytvořit odpovídající měřicí nástroj pro hodnocení potřeb u těchto pacientů. K jeho sestavení výzkumníci využili literární zdroje, rozbor nástrojů na mezinárodní úrovni a řízené skupinové rozhovory. Průběh studie měl několik fází – nejprve byla provedena rešerše měřicích nástrojů aplikovaných v praxi a nynější dostupné literatury. Následovaly dvakrát řízené rozhovory. Skupinu tvořilo 30 účastníků – 16 všeobecných sester pracujících na oddělení onkologie, LDN (léčebna dlouhodobě nemocných), v hospici nebo domovech pro seniory, dále pak 3 lékaři, 4 pracovníce v sociálních službách, 2 duchovní osoby, 1 pacient s onkologickým onemocněním a 2 rodinní příslušníci, kteří mají v domácí péči pacienta s terminálním onemocněním. Poprvé se ve skupině hovořilo o problémech a potřebách pacienta v terminálním stadiu onemocnění, které přirozeně do značné míry ovlivňuje kvalitu pacientova života. Z této diskuze byly vytvořeny domény – dané oblasti se v druhém řízeném rozhovoru prodiskutovaly a dotazování determinovali zásadní oblasti potřeb. Dále se posuzovaly zahraniční měřicí nástroje pro

hodnocení potřeb, a to The Problems and Needs im Palliative Care questionnaire (dále jen PNPC) a Psychosocial Needs Inventory (dále jen PNI) a rozebíraly se individuální položky přiměřené českému klimatu. Na základě rozhovorů byly finálně vytvořeny tyto domény: uznávání fyzických, psychických, sociálních, spirituálních potřeb a uznávání autonomie. Důležitými faktory z oblasti fyzických potřeby byly bolest a symptomy. V rámci hodnocení uznání fyzických potřeb respondenti uvedli tyto následující potřeby – bolest a schopnost věnovat se každodenním aktivitám. Účastníci zhodnotili, že je pro ně podstatné mít tyto právě zmíněné činitele pod dohledem, neboť přítomnost bolesti dokáže ochromit ostatní smysli pacienta, a on v důsledku toho není schopen věnovat se svým každodenním aktivitám. Vyrovnání se se životem, nemocí a smrtí, strach a úzkost, udržení si vlastní identity, to jsou podstatné faktory, které byly vytvořeny v části psychických potřeb. V této oblasti je kladen důraz na psychickou odolnost pacienta. V řízených diskuzích respondenti popisovali nepřijetí nemoci ze strany pacienta, nevyrovnanost s osudem, velké obavy ze smrti, strach, pláč nebo o smrti nechtějí mluvit a ani nejsou s koncem života smířeni, nebo naopak pacienti popisují své nerealizovatelné plány do budoucna, jak se vyléčí a vrátí se domů atd. V sociální oblasti se vytvořily potřeby aktivita, zabezpečení, kontakt s rodinou, přítomnost a sexualita. V rozhovorech bylo popsáno, že pacienti chtějí dělat to, co před nemocí, věnovat se stejným činnostem a koníčkům, mít vyplněný den aktivitou. Faktor zabezpečení, dle respondentů, řeší spíše pacienti mladšího věku, kteří chtějí zajistit svoje děti a rodinu. Kontakt s rodinou a přirozená lidská přítomnost jsou uvedeny jako další důležitý faktor pro kvalitu života pacienta v paliativní péči. Dále pak v rámci spirituálních potřeb se objevují faktory jako náboženské a estetické potřeby, soukromí na pokoji s jinými pacienty, smysl života, slušnost a vhodný náhled na odchod ze života. Nakonec v oblasti autonomie jsou důležité faktory jako možnost rozhodování o svém životě a nemoci a pokračujícím postupu léčby, zachování soběstačnosti s možným poklesem kvality života v rámci zdravotního stavu a stálý dostatek informací o progredujícím onemocnění a léčbě. Všechny tyto potřeby byly zahrnuty do nově vzniklého měřicího nástroje. Po analýze dat z řízených rozhovorů a rozboru dvou měřicích nástrojů PNPC a PNI byl vytvořen měřicí nástroj nazvaný Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (dále jen PNAP). Měřicí nástroj sestává ze 42 otázek vycházejících z 5 domén a to: fyzické potřeby (13 otázek), psychické potřeby (7 otázek), sociální potřeby (9 otázek), duchovní potřeby (6 otázek) a autonomie (7 otázek). Pro přesnější výsledek má škála příležitost uvedení hodnocení ve dvou rovinách – důležitost a naplněnost potřeb. Na stupnici důležitosti je bodová škála 1 (vůbec ne) – 2 (spíše ne) – 3 (nevím) – 4 (spíše ano) – 5 (velmi důležitá), pomocí které má pacient šanci vhodně uvést, jaké položky jsou pro něj významné a do jaké míry. V případě, že

respondent u některých otázek uvede v důležitosti hodnoty 4 a 5 (spíše a velmi důležitá), pak dále vyplňuje škálu naplněnosti potřeb. Dotazovaný zapisuje, v jaké míře byla jeho důležitá položka naplněna či nikoli. Škála má 5 možností ohodnocení: 1 (vůbec ne) – 5 (velmi důležitá), stejně jako u škály důležitosti. Výstup měřicího nástroje je popsán střední hodnotou individuálních položek celé škály a pak v jednotlivých doménách. Proběhlo prvotní pilotní testování, které podstoupilo 37 účastníků z domácí péče a 36 probandů z hospicové péče. V obou případech se jednalo o respondenty s terminálním stadiem onemocnění. Vyhotovený měřicí nástroj splňuje podmínky pro českou populaci a je uveden jako vyhovující. Při sekundárním hodnocení dotazujících došlo – ve srovnání s prvním pokusem testování v domácí péči a v hospici – ke zlepšení 10 potřeb. Návrhem na další studii bylo provést podrobné pilotní testování.

Na tuto studii navazuje výzkum autorů Bužgová et al. (2013a, s. 628–633), a to svým pilotním testováním. Tato studie měla za cíl provést pilotní testování měřicího nástroje PNAP. Výzkum probíhal na půdě onkologické kliniky Fakultní nemocnice v Ostravě, a zúčastnilo se ho 52 respondentů, z toho 31 pacientů a 21 pacientek. Dvacet tři probandů bylo ve věkové hranici 35–59 let, 17 respondentů se ocitalo ve věkové hranici 60–69 let a 12 účastníků bylo starších 70 let. Průměrný věk tedy byl 60,4 let. Nejvíce pacientů (12) trpělo zhoubným nádorem dýchacích orgánů, zhoubný nádor trávicího ústrojí mělo 11 pacientů, zhoubný nádor prsu mělo 6 pacientů, taktéž bylo 6 pacientů se zhoubným nádorem mužských pohlavních orgánů a v počtu 5 byli pacienti se zhoubným nádorem úst a hrtanu. Podmínky pro zařazení pacientů do studie byly tyto: osoba starší 18 let, lucidní, orientována místem, časem a osobou, dále jsou zapotřebí podepsaný informovaný souhlas o studii, onkologické onemocnění s ukončenou kurativní léčbou, Karnofského skóre <50. Hodnocení měřicího nástroje je od 1 (vůbec ne) – 5 (velmi důležitá), přičemž se klasifikuje důležitost a naplněnost potřeb. Doménový výsledek je hodnocen v rozmezí 0–100. Vyšší hodnota v jednotlivých doménách znamená větší důležitost potřeb. V doméně fyzických potřeb byly jako důležité nebo velmi důležité klasifikovány položky bolest (100 % respondentů), únava (100 %), únik stolice (100 %), únik moči (98 %) a dušnost (96 %). Za méně důležité respondenti hodnotili zvracení (33 %), zácpu (33 %) a kašel (31 %). V klasifikaci důležitosti (4 – spíše ano a 5 – velmi důležité) a (ne)naplněnosti (1 – vůbec ne a 2 – spíše ne) byly zařazeny potřeby bolest (důležitost 100 % a nenaplněnost 44 %), únava (důležitost 100 % a nenaplněnost 50 %) a péče o tělo (důležitost 63 % a nenaplněnost 36 %). V oblasti psychických potřeb byly jako důležité nebo velmi důležité hodnoceny položky vyrovnání se s nemocí (98 %), schopnost soustředit se (96 %) a strach ze závislosti (94 %). Za

nejméně důležité pacienti považovali položky mluvit o pocitech z umírání a smrti (10 %) a hovořit o strachu a obavách (27 %). V hodnocení důležitosti a nenaplněnosti byly klasifikovány potřeby vyrovnání se s nemocí (důležitost 98 % a nenaplněnost 20 %) a strach ze závislosti (důležitost 94 % a nenaplněnost 48 %). V doméně sociálních potřeb byly jako důležité nebo velmi důležité hodnoceny potřeby komunikace se zdravotnickým pracovníkem (100 %), podpora ze strany zdravotnického pracovníka (96 %), důvěra ve zdravotnického pracovníka (96 %) a přítomnost někoho blízkého (94 %). Za málo důležité položky v této oblasti bylo hodnoceno mluvit s někým o svých sexuálních obavách (10 %) a mít možnost hovořit s někým, kdo se nachází v podobné situaci (37 %). V hodnocení důležitosti a nenaplněnosti v sociální oblasti vyšla v nejvyšší míře položka přítomnost blízkého (důležitost 94 % a nenaplněnost 12 %). Ostatní položky byly klasifikovány jako naplněné. V části spirituálních potřeb byly za důležité hodnoceny položky být naplněn klidem (96 %), smysl života (94 %) a pozitivní náhled na život (90 %). Za nejméně důležité respondenti vnímali účast na bohoslužbě (10 %) a podporu duchovního (14 %). Položka pozitivní náhled na život měla největší míru hodnocení v oblasti nenaplněnosti (důležitost 90 % a nenaplněnost 22 %). V doméně autonomie byly v oblasti důležitosti nejvíce hodnocené položky možnost rozhodovat se (100 %), respekt a úcta při ošetřování (100 %), informace o zdravotním stavu (98 %). Nejméně hodnocenou v oblasti důležitosti byl přístup k jiným zdrojům informací (33 %). Za málo saturovanou položku hodnotili probandi pokračování v obvyklých aktivitách (důležitost 90 % a nenaplněnost 86 %). Dále se hodnotily konkrétní domény – nejvíce důležitá oblast byla autonomie (83,5 %) a nejméně pak oblast spirituálních potřeb (58,4 %). Za nejvíce saturované potřeby byla vyhodnocena autonomie (79,4 %), nejméně však potřeby psychické (52,2 %) a spirituální (58,9 %). V závěru studie je demonstrováno, že v průběhu pilotního testování nedošlo k žádným komplikacím a samotný měřicí nástroj neobsahoval otázky, na které by dotazovaní nechtěli odpovědět. Autoři uvádí, že měřicí nástroj obsahuje všechny důležité domény a potřeby, které jsou v této oblasti měřené. Po zjištěných hodně a málo saturovaných potřebách byla vznesena výzva ve znění vyššího sledování a dbání na potřeby nedostatečně naplňované, a to aby byly ošetrovatelské intervence zvláště zaměřeny právě na tyto málo saturované potřeby.

Autoři Bužková a Havelková (2012, s. 190–195) uskutečnili další studii, která se zabývala potřebami pacientů v paliativní péči. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby pacientů v hospicové paliativní péči. Výzkumná studie probíhala v hospici sv. Lukáše v Ostravě. K hodnocení potřeb pacientů byl použit měřicí nástroj PNPC, protože klasifikuje všechny oblasti i saturaci potřeb. Měřicí nástroj byl přeložen do českého

jazyka. Obsahuje 37 položek hodnotící důležitost a naplněnost potřeb v doménách fyzických potřeb (10 otázek), psychických potřeb (10 otázek), sociálních potřeb (5 otázek), duchovních potřeb (5 otázek), autonomie (4 otázky) a potřeb informací (3 otázky). Odpovědi jsou hodnoceny na škále 1 (vůbec ne) – 5 (velmi důležité). V případě klasifikace důležitosti 4 – 5 pak pacienti hodnotí naplněnost potřeby na škále 1 (vůbec ne) – 5 (velmi důležité). Na stupnici důležitosti a naplněnosti potřeb vyšší číslo znamená větší důležitost a větší naplněnost. Měřicí nástroj byl vyhodnocen aritmetickým průměrem domén a jednotlivých položek. Podmínky pro zařazení do studie byly tyto: doba pobytu v hospici minimálně 14 dní, pacient orientován osobou, místem a časem a souhlas ke spolupráci při studii. Zúčastnilo se 36 probandů, z toho 17 pacientů a 19 pacientek, a to ve věkové hranici 42 až 82 let. Všichni pacienti vykazovali onkologické onemocnění v konečném stadiu. Měřicí nástroj byl vyplňován dvakrát. Poprvé se ho zúčastnilo všech 36 respondentů. Podruhé byl vyplňován po 14 dnech ale účast nebyla 100% naplněna. Druhé hodnocení podstoupilo 24 pacientů, protože u zbylých 13 došlo ke zhoršení zdravotního stavu nebo ke smrti. Za nejdůležitější v hodnocení domény fyzických potřeb participanti uvedli: být bez bolesti (aritmetický průměr 4,72; 97 %), nemít problémy s únikem stolice (4,69; 100 %), nemít problémy s únikem moči (4,63; 97 %) a nebýt dušný (4,66; 92 %). Za důležitou, ale nenaplněnou potřebu zhodnotili bolest (důležitost 97 %, nenaplněnost 9 %), nemít problémy s únikem moči (důležitost 97 %, nenaplněnost 14 %). Za nejméně důležité klasifikovali nepocíťovat brnění nebo znecitlivění (3,61; 47 %). V doméně psychických potřeb a autonomie pacienti za nejdůležitější položky považovali mít soukromí (4,80; 97 %), mít možnost dělat rozhodnutí (4,77; 97 %), být ošetřován s respektem a úctou (4,75; 97 %), mít důvěru v ošetřovatelský personál (4,63; 97 %). Jako nedůležité položky vyšly v této oblasti mít možnost mluvit s někým o pocitech z umírání a smrti (1,94; 14 %) a mít možnost hovořit o svých sexuálních potřebách (0 %). Přitom čtrnáct procent respondentů uvedlo potřebu mluvit s někým o pocitech z umírání a smrti za naplněnou. Důležité, ale nenaplněné položky byly vyhodnoceny takto: nemít strach ze závislosti na pomoci druhých (důležitost 83 %, nenaplněnost 17 %), dále být vyrovnaný s nemocí (důležitost 89 %, nenaplněnost 9 %) a být vyrovnaný se změnami v těle (důležitost 64 %, nenaplněnost 9 %). V oblasti sociálních potřeb byly vyhodnoceny za důležité položky přítomnost rodiny (4,22; 72 %) a být finančně zajištěn (4,02; 75 %). Nejméně důležitou položku hodnotilo jen 8 respondentů, a to mít možnost mluvit s někým, kdo je v podobné situaci (22 %). V této doméně nejsou uvedeny položky, které by byly klasifikovány jako velmi důležité, ale málo naplněné. V oblasti spirituálních potřeb to jsou mít pozitivní náhled na život (4,47; 94 %), mít pocit smyslu života (4,41; 89 %), být naplněn klidem (4,38; 89 %) a mít pravdivé informace o svém zdravotním stavu (4,27; 81 %). Nejméně

důležitá položka byla mít kontakt s duchovní osobou a její podporu (31 %) a mít potřebu účastnit se bohoslužby nebo jiných obřadů (31 %). Za důležitou, ale nenaplněnou položku uvedli participanti být naplněn klidem (důležitost 89 %, nenaplněnost 13 %). Při vyhodnocení druhého měření došlo k markantnímu zlepšení u hodnocení naplněnosti daných potřeb, a to až na potřebu hovořit s někým, kdo je v podobné situaci. Byl zjištěn podstatný pozitivní rozdíl ($p < 0,05$) jak v důležitosti potřeb, tak v naplněnosti. Ve druhém hodnocení došlo k poklesu potřeby být finančně zajištěný. Soustředit se nebo mít personál, který naslouchá, ve druhém hodnocení naopak stoupl. Respondenti uvedli za nejdůležitější domény autonomii a oblast fyzických potřeb. Z hodnocení vyplývá, že paliativní a hospicová péče zachovává potřeby pacientů, dbá na jejich důležitost a naplněnost.

Autoři Bužgová et al. (2013b, s. 310–314) se ve své další studii zaměřují na porovnání měřicích nástrojů zahraničních s českým nástrojem. Cílem této studie bylo srovnat zahraniční měřicí nástroje s českou verzí měřicího nástroje PNAP. V databázích Medline, Proquest Public Health, Scopus byly vyhledány studie zabývající se měřením potřeb pacientů v paliativní péči. Do posouzení bylo zařazeno 18 měřicích nástrojů včetně PNAP, ze kterých 6 nebylo detailně hodnoceno, protože s tématem souviselo jen zčásti. Ze zbylých 12 podrobněji zanalyzovaných nástrojů se 8 zabývá hodnocením potřeb pacientů v onkologické péči a ostatní 4 se zaměřují všeobecně na potřeby v paliativní péči. Nejlepší reliabilitu měly měřicí nástroje Cancer Rehabilitation Evaluation System (dále jen CARES) s hodnotou $\alpha = 0,87 - 0,94$ a Supportive care needs survey (dále jen SCNS) s hodnotou $\alpha = 0,87 - 0,97$. Cronbachův alfa koeficient $\alpha > 0,70$ jako vyhovující splnily všechny měřicí nástroje, $\alpha > 0,80$ jako dobrý pak 7 z 12 měřicích nástrojů. Každý měřicí nástroj obsahoval oblasti týkající se bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb. V doméně hodnocení symptomů, fyzických a kognitivních potřeb se nejvíce objevovaly bolest, ADL, IADL, únava a spánek, nauzea a zvracení, dušnost a ostatní symptomy. Celkově nejlépe na tom byli měřicí nástroje CARES, PNPC, Sheffield Profile for Assessment and Referral to Care (dále jen SPARC), Oncology Clinic Patient Checklist (dále jen OCPC) a PNAP, které obsahovaly všechny tyto části, a byly tak nejkomplexnější. V doméně hodnocení psychických, sociálních a spirituálních potřeb se nejvíce vyskytovaly úzkost, deprese, zvládání a přijetí nemoci a emocí, strach, smysl života, rodinné vztahy, sociální podpora, zapojení do aktivit, finance. Velice dobře dopadl měřicí nástroj PNAP, který většinu těchto zmíněných potřeb obsahuje. Dále pak i PNI, CARES, SCNS nebo PNPC. Poslední doménou bylo hodnocení potřeb ve spojitosti se zdravotnickým personálem a kvalitou péče. V této oblasti se nacházejí potřeby informovanost o diagnóze, spouřozhodování o péči, respekt

a úcta, dostupnost péče, péče a podpora. Nejvíce popsaných potřeb obsahoval měřicí nástroj SCNS, poté PNPC, Needs Evaluation Questionnaire (dále jen NEQ) a PNAP. Vytvořený český měřicí nástroj PNAP obsahuje většinu položek nejčastěji hodnocených a splňuje směrnici pro měření potřeb v paliativní péči. Z mezinárodních nástrojů, které tyto podmínky též splňují, jsou CARES, PNPC, SCNS.

V další studii autoři Kocatepe et al. (2020, s. 196–202) popisují turecký měřicí nástroj Palliative Care Outcome Scale (dále jen POS). Cílem této studie je prověřit platnost a spolehlivost turecký měřicí nástroj POS. Tato metodologická studie probíhala mezi červnem až srpnem 2016 ve třech nemocnicích na jednotkách paliativní péče. Zúčastnilo se 69 pacientů, 69 pečovatелů, kteří pečovali o tyto pacienty a 28 zaměstnanců, kteří pracují ve službě paliativní péče a tuto péči poskytují. Z 69 pacientů bylo 34 žen a 35 mužů. Průměrný věk byl 69,28. Třicet sedm pacientů mělo rakovinu, patnáct z nich mělo neurologické onemocnění, 9 respirační onemocnění a 8 pacientů bylo hospitalizováno na jednotce paliativní péče kvůli jiným diagnózám. Z 69 pečovatелů bylo 51 žen a 18 mužů a průměrný věk byl 47,45 let. Ve studii byl použit měřicí nástroj POS, který byl přeložen do turečtiny třemi lingvisty. Deset položek se skládá z otázek zabývajících se fyzickými potřebami, psychickými potřebami (emocionální a duchovní), důležité informace a praktická podpora. Měřicí nástroj je hodnocen pětibodovou Likertovou škálou od 0 (žádná závažnost) – 4 (velmi závažná). Ve studii byly použity tyto analýzy: Pearsonova korelační analýza (analýza spolehlivosti celkového skóre), Cronbachova alfa analýza (analýza spolehlivosti vnitřní konzistence měřicího nástroje), konfirmační faktorová analýza (analýza platnosti konstrukce) a další. Nejprve bylo provedeno pilotní testování, aby se výzkumníci ujistili, že přeložená studie do tureckého jazyka je srozumitelná a odpovídá anglické verzi měřicího nástroje POS. Po tomto testování proběhlo již hlavní testování měřicího nástroje respondenty. Při vyhodnocení korelace mezi jednotlivými položkami a celkovým skóre položek pro důvěryhodnost výsledků u měřicího nástroje pro pacienty bylo posouzeno, že korelační koeficient 10 otázek Pearsonova korelace a Pearsonova korelace součinu byl v rozmezí $r = 0,27$ až $0,72$, tj. statisticky hodnotný a významný výsledek byl $p < 0,05$. Výsledky Cronbachovy alfa analýzy u dotazníku pro pacienty vyšly $\alpha = 0,64$, u dotazníku pro pečovatele $\alpha = 0,73$ a u dotazníku pro zaměstnance $\alpha = 0,68$. Při hodnocení a porovnání výsledků měřicího nástroje ze všech skupin byly zjištěny rozdíly mezi hodnocením skupinou pacientů a skupinou pečovatелů a zaměstnanců. Pacienti nejvíce uváděli tyto potřeby: položka sebeúcta (43,5 %), položka informace (32,3 %) a položka úzkost v rodině (29 %). Devatenáct pacientů uvedlo položku bolest (27,5 %) jako důležitou, ale i tak byla hodnocena

až na čtvrtém místě. Ve studii je uvedeno, že tato potřeba byla dostatečně saturována. Nejméně pak byly označené tyto potřeby: položka promarněný čas (5,8 %) a položka osobní záležitosti (2,8 %). Nejvíce hodnocena položka u skupiny pečovatelů byla úzkost v rodině (34,8 %) a nejméně hodnocena byla položka osobní záležitosti (5,8 %). Autoři uvedli, že dle sesbíraných výsledků je turecká verze měřicího nástroje POS vhodným nástrojem pro hodnocení potřeb, který lze použít u pacientů, pečovatelů a zaměstnanců v této péči. Dále pak navrhuje používání měřicího nástroje ve všech centrech s paliativní péčí.

Studii o posouzení potřeb podpůrné a paliativní péči sepsali autoři Ahmed et al. (2014, s. 238–246). Cílem této studie bylo zhodnotit a poskytnout přehled o míře holistického přístupu a klasifikaci potřeb pacienta v podpůrné a paliativní péči. Autoři vytvořili přehledovou studii z analýzy dohledané literatury. Posuzují různé měřicí nástroje, které jsou určeny pro hodnocení potřeb pacientů a holistického pohledu v této péči. Po rešeršní činnosti, která obsahovala stanovení klíčových slov, hledání v databázích a kontaktování odborníků v této oblasti následovalo zhodnocení měřicích nástrojů. Hledali v databázích Medline, Scopus, Ovid, Web of Knowledge, Google Scholar, Health Technology Assessment Database a jiné. Dohledáno bylo přes 35 000 výsledků, z nichž 200 článků bylo k dispozici v plném textu. Po detailnějším přezkoumání bylo nejrelevantnějších 63 článků, použito však bylo 21 článků, které nejvíce korespondovaly se stanoveným cílem této studie. Pouze šest studií bylo vyhodnoceno jako srozumitelné a akceptovatelné s ohledem na zdravotní stav, a to těchto: PNPC, OCPC, Symptoms and Concerns Checklist, SCNS, SPARC a Distress Management Tool. Měřicí nástroj PNPC je určen pro pacienty s pokročilým nádorovým onemocněním vytvořený v Nizozemsku, obsahuje 138 položek ve 13 doménách a hodnotí potřeby pacienta a jeho celkový stav. Další ze zmíněných je OCPC, který je vhodný pro pacienty s nádorovým onemocněním vytvořený v USA, týkající se rakoviny a jejich léčby u dospělých pacientů v ambulancích. Tvoří 86 položek v 15 doménách, otázky se zabývají těmito potřebami: bolest, únava, soběstačnost, zájem o volnočasové aktivity, mobilita, inkontinence, vztahy s rodinou a mezilidské vztahy, psychický stav aj. Měřicí nástroje, které se zabývají holistickým hodnocením potřeb, jsou tyto: Palliative Care Assessment Tool (dále jen PACA), Initial Health Assessment (dále jen IHA) nebo Needs at the End of Life Screening Tool (dále jen NEST). První z nich je zaměřen na maligní nádorová onemocnění, účinnost multidisciplinárního týmu, a výsledky intervencí v paliativní péči. Obsahuje 12 položek ve 3 doménách, které se soustřeďují na pohled pacientů a příbuzných na onemocnění, bolest, nechutenství, zácpu, mobilitu aj. Ve studii není uvedeno, která měřicí nástroj splňuje všechny položky (hodnocení

holistického přístupu a hodnocení potřeb). V závěru zpracovaného výzkumu autoři uvedli, že bude potřeba provést další studie na zapojení těchto měřicích nástrojů do klinické praxe a jejich užívání. Dále popsali, že i přes to, že jsou měřicí nástroje obsáhlé, je potřeba do nich více zapojit posuzování potřeb a pacienta z holistického pohledu, aby tak došlo ke komplexnějšímu hodnocení.

Další studie, která se zabývá hodnocením potřeb u pacientů v paliativní péči, pochází od autorů Bonacchi et al. (2016, s. 3507–3515). Cílem tohoto výzkumu bylo posoudit a klasifikovat měřicí nástroj NEQ u ambulantních pacientů s onkologickým onemocněním a zhodnotit míru saturace potřeb u ambulantních a hospitalizovaných pacientů v italském prostředí. Výzkumné studie se zúčastnilo 783 respondentů z šesti italských onkologických oddělení v Toskánsku. Z celkového počtu účastníků bylo 195 hospitalizovaných a 588 ambulantních pacientů. Nádorová onemocnění měla primární místa nádoru různá, stejně jako se od sebe vzájemně lišily stav, fáze onemocnění a proces péče. Nejčastěji se jednalo o nádor prsu (316 pacientů z 783), nádor plic (102 pacientů), kolorektální karcinom (85 pacientů), nádor pankreatu (27 pacientů) aj. Věková hranice všech respondentů byla 18–70 let, z toho se jednalo o 509 žen a 271 mužů. Měřicí nástroj NEQ obsahuje 23 položek. Prostřednictvím x2 testu se vyhodnotil rozdíl kladných odpovědí u ambulantních a hospitalizovaných pacientů. Skóre neuspokojených potřeb bylo vypočteno součtem neuspokojených potřeb v každé doméně vyděleným celkovým počtem potřeb. Výsledky měřicího nástroje se hodnotí dle pozitivních a negativních odpovědí (ano/ne) u jednotlivých položek. Následně se klasifikuje, zda je potřeba dostatečně saturována, nebo ne. U dvanácti položek z 23 bylo množství pozitivních výsledků značně nižší u měřicího nástroje od ambulantních pacientů než u pacientů hospitalizovaných. U zbylých 11 otázek nebyl nalezen žádný rozdíl u hodnocení týkajícího se neuspokojených potřeb. Ve studii zůstala poslední otázka otevřená, přičemž dotazovaní tak mohli uvést potřebu, která nebyla v měřicím nástroji uvedena. Z 588 ambulantních pacientů jich 123 v poslední otevřené otázce navrholo další nesaturovanou potřebu, která nebyla vůbec uvedena. Většina odpovědí již v měřicím nástroji popsána byla. Zůstaly tedy 3 potřeby: potřeba pomoci při převozu na onkologické oddělení, potřeba větší komunikace mezi onkology a praktickými lékaři a potřeba co nejvíce běžné denní aktivity. Měřicí nástroj byl primárně vytvořen pro pacienty hospitalizovaných na onkologických odděleních vedených v paliativní péči. Žádná z výzkumných otázek se pacientům nejevila jako nesrozumitelná, ani jako nevhodná. Ve skupině všech respondentů bylo nejvíce kladných odpovědí na položku potřebuji více informací o budoucím plánu a postupu péče (53,5 % všech pacientů odpovědělo ano) a nejméně kladných

reakcí bylo na položku potřeba více pomoci s jídlem, oblékáním a docházením na toaletu (10 % ano). Ve skupině ambulantních pacientů bylo nejvíce kladných odpovědí u otázky potřeba více informací o budoucích podmínkách (48,8 % ano), a nejméně kladných odpovědí v souvislosti s potřebou pomoci s jídlem, oblečením a toaletou (5,1 % ano). Ve skupině u hospitalizovaných pacientů bylo nejvíce pozitivních odpovědí u stejné položky jako u ambulantních pacientů, a to v 67,9 %. Nejméně pozitivních odpovědí bylo u položky potřeby více pozornosti od sester (14,9 %). Ve výsledcích bylo prokázáno, že vysoké procento ambulantních pacientů s onkologickým onemocněním uvedlo neuspokojenou saturaci potřeb, nejvíce v oblasti materiálních, psychických a emočních potřeb. Ve studii autoři navrhuji používání měřicího nástroje pro ambulantní pacienty, ale s přidáním dodatečných otázek, a to: potřeba pomoci při převozu z domácího prostředí do nemocničního (onkologické oddělení), potřeba větší komunikace mezi onkology a praktickými lékaři v průběhu ambulantní paliativní péče, potřeba co nejvíce zachovat své volnočasové denní aktivity a potřeba pomoci řešit problémy v sexuálním životě. Autoři také popsali, že velkým nedostatkem v této studii je malé množství respondentů, a především nepoměr mezi skupinou hospitalizovaných a ambulantních pacientů. Dalším hlavním omezením je, že studie byla provedena jen v onkologických centrech nacházejících se v Toskánsku. Proto navrhli téma na další studii, která by navázala na tuto, a to tak, že by mohlo být provedeno zobecnění měřicího nástroje NEQ pro ambulantní pacienty a studie by proběhla ve zbytku Itálie nebo v dalších zemích.

V roce 2015 se autoři Ahmed et al. (2015, s. 587–598) zaměřili na pilotní randomizovanou studii měřicího nástroje pro hodnocení potřeb pacientů v podpůrné a paliativní péči. Cílem této studie bylo posoudit, zda v případě použití měřicího nástroje Sheffield Profile for Assessment And Referral for Care (dále jen SPARC) dojde ke zlepšení výsledků zdravotní péče u pacientů v paliativní péči. Kritéria pro zařazení do studie byla tato: věk nad 18 let, diagnóza nádorová i nenádorová, pacient je v paliativní péči (jakékoliv zařízení) a poskytnutý informovaný souhlas se studií. Respondenti, kteří splnili podmínky, a byli tak zařazeni do studie, byli randomizováni do dvou skupin – základní (intervenční) skupina A a skupina B po dvoutýdenní čekací době (kontrolní skupina). Této studii se zúčastnilo 182 pacientů. Mužů bylo 84 a žen 98 – průměrný věk tedy činil 64,47 let. Měřicí nástroj na začátku studie obdrželo 182 respondentů a 152 probandů čekalo na lhůtu po dobu dvou týdnů. Dále se pak vyplňoval měřicí nástroj po čtyřech a šesti týdnech, přičemž ve čtvrtém týdnu se zúčastnilo 126 respondentů a v šestém týdnu participovalo účastníků 120. Studie probíhala tak, že po prvním provedení měření základní skupina podstoupila intervenci a při dalším dvoutýdenním měření došlo k podstatnému rozdílu

mezi intervenční skupinou a skupinou kontrolní, která intervenci nepodstoupila. Úbytek respondentů byl ve studii odůvodněn zhoršením zdravotního stavu pacienta, a tudíž již neschopností vyplnit měřicí nástroj nebo úmrtí. Měřicí nástroj byl hodnocen podle měření několika měřicími nástroji: Measure Yourself Concerns and Wellbeing (dále jen MYCAW) určený pro hodnocení obav, symptomů a problémů, EuroQoL (dále jen EQ-5D) určený pro hodnocení kvality života a Patient Enablement Instrument (dále jen PEI) určený pro hodnocení schopnosti vyrovnání se se životem a nemocí, schopnosti pomoci si sám, sebedůvěry atd. Nejdůležitějším měřicím nástrojem pro hodnocení SPARC byl EQ-5D a PEI. V EQ-5D bylo hodnocení položek popsáno následovně: a) nemám žádné problémy, b) mám problémy, c) jsem upoután/nejsem schopen atd. Nejvíce hodnocené položky v prvním hodnocení byly mobilita (mám problémy s chůzí – 79,5 % skupina A, 89,5 % skupina B) a bolest/nepohodlí (mám středně silné bolesti nebo nepohodlí – 71,1 % skupina A, 78,3 % skupina B). Nejméně hodnocenou byla položka péče o sebe (nemám problémy s péčí o sebe – 53,1 % skupina A, 45,3 % skupina B). V PEI bylo hodnocení položek popsáno následovně: a) mnohem lepší, b) lepší, c) stejný nebo menší. Položky s největším množstvím hodnocení v prvním měření byly ve většině případů klasifikovány jako stejný nebo menší a od testování po dvou týdnech se výrazně nelišila. Největším negativním překvapením bylo zjištění, že ve skupině kontrolní (34 ze 70; 48,6 %) došlo ke zlepšení skóre MYCAW od výchozího stavu po měření po dvou týdnech ve srovnání s intervenční skupinou (19 ze 66; 28,8 %). Dále pak nebyl po dvoutýdenních časových úsecích nalezen žádný pozitivní účinek intervence na primární ani sekundární výsledky. To naznačuje, že provedené intervence neměly v žádném časovém období zjizitelný pozitivní a příznivý účinek. Mezi skupinou intervenční a kontrolovanou nebyly zjištěny žádné významné rozdíly v oblasti kvality života dle hodnocení EQ-5D. V oblasti nejdůležitějších obav, k čemuž byl určen MYCAW, bylo zjištěno mírné zlepšení – to ukazuje, že paliativní péče má v daném ohledu pozitivní dopad. V této studii se ukázalo, že měřicí nástroj SPARC má možný negativní účinek pro holistické hodnocení potřeb pacientů v zařízeních paliativní péče. Vznikla tedy otázka, zda tento měřicí nástroj pro holistické měření není kontraproduktivní v případě nepoužívání klinického hodnocení, jež je základem pro plán péče. Autoři hodnotí a popisují, že studie se zúčastnil nedostatečný počet pacientů, kteří by měli nějaká onkologická onemocnění, a že celkový počet respondentů byl nízký. S velkou pravděpodobností je ale měřicí nástroj vhodný pro primární užití, a to jako screeningový nástroj v primární péči nebo ve všeobecném zdravotnictví.

V následující studii se autoři Novotná a Kala (2016, s. 160–165) zabývají hodnocením potřeb pacientů v paliativní péči. Cílem této studie bylo zjistit hodnocení důležitosti a naplněnosti potřeb pacientů, kteří jsou v pokročilém stadiu chronického srdečního selhání (dále jen CHSS). Výzkumná studie probíhala mezi říjnem 2014 až červnem 2015 na lůžkách následné péče, standardního oddělení, geriatrického oddělení nemocnic v Táboře, Havířově, Strakonících, Písku, Kolíně a Znojmě. Kritéria pro zařazení pacientů do studie byla tato: onemocnění CHSS podle klasifikace NYHA III-IV, ejekční frakce levé komory nižší než 30 %, rozhodnuto o poskytování paliativního léčebného režimu, pacient orientován místem, časem a osobou, podepsán informovaný souhlas o zařazení do studie. Studie se zúčastnilo 85 respondentů, z toho 49 žen a 36 mužů – průměrný věk tedy činil 73,7 let. K hodnocení důležitosti a naplněnosti potřeb byl využit měřicí nástroj PNAP, obsahující 40 položek v 7 doménách – fyzické symptomy, sociální potřeba, spirituální potřeba, autonomie, respekt a podpora z pozice zdravotníků, smysl života a smíření, možnost sdílet emoce. Hodnotí se důležitost a naplněnost potřeby, což znamená, že výsledkem klasifikování měřicího nástroje vyjde míra důležitých a naplněných, nebo nenaplněných potřeb. Vyhodnocuje se pomocí pětibodové škály: 1 (vůbec ne) – 5 (velmi důležitá). Pro hodnocení domén bylo vytvořeno doménové skóre 0-100, přičemž vyšší číslo znamená větší důležitost a saturaci potřeb v konkrétních doménách. Nejdůležitější, ale zároveň nejméně saturované položky v doméně fyzické byly uvedeny položky být bez bolesti (důležitost 100 %, nenaplněnost 37 %) a položka dušnost (důležitost 98 % a nenaplněnost 69 %). Za nejméně důležité byly hodnoceny položky zvracení (54 % důležitost a nenaplněnost 22 %) a únik moči (důležitost 54 % a naplněnost 16 %). V doméně sociálních potřeb byla jako nejdůležitější vyhodnocena položka přítomnost někoho blízkého (důležitost 79 % a nenaplněnost 15 %) a nejméně hodnocená byla položka přístup k jiným zdrojům informací (důležitost 55 % a 7 % nenaplněnost). V doméně možnost sdílení emocí byla jakožto důležitá klasifikována položka sdílení strachu a obav (65 % a 34 %). V doméně respektu a podpory ze strany zdravotnického personálu je nejvíce hodnocena položka respekt a úcta (80 % a 21 % nenaplněnost). V doméně smysl života a smíření byly jako důležité položky hodnoceny vyrovnanost s nemocí (93 % a 66 %) a smysl života (88 % a 64 %). V doméně autonomie byly nejvíce klasifikovány položky vlastní rozhodování (98 % a 15 %) a informace o zdravotním stavu (89 % a 7 %). Nejméně hodnocené položky nebyly v těchto třech doménách ve studii popsány. V doméně spirituální bylo hodnocení potřeb uvedeno v méně jak 50 % jako důležité. Výsledky měřicího nástroje ukazují, že co se týká důležitosti domén, jednoznačně vyplývá, že v žebříčku hodnot jsou na prvním místě fyzické symptomy a potřeby, autonomie a nezávislost. V doméně smyslu života a smíření naopak dochází

k opačnému efektu – to znamená, že tyto potřeby nejsou dostatečně naplňovány, a proto autoři popisují, že by bylo potřebné se na ně více zaměřit. V závěru ještě autoři zmiňují, že malé pouze procento pacientů se v současné době na území České republiky dostane do systému paliativní péče (mobilní a domácí hospic apod.), a proto jsou funkce multidisciplinárního týmu a jejich přístup jedním z klíčových aspektů, jak předejít zhoršování saturace potřeb pacientů a jejich kvality života s CHSS.

Autoři Lepert et al. (2012, s. 916–922) se zabývali výzkumnou studií adaptací měřicího nástroje Sheffield Profile for Assessment and Referral to Care (dále jen SPARC). Cílem této studie bylo zhodnotit vhodnost využití měřicího nástroje v klinické praxi v polském prostředí. Výzkumné studie se zúčastnilo 58 respondentů z toho 25 pacientů bylo z oddělení paliativní péče, 18 pacientů z domácí paliativní péče a 15 pacientů z denního stacionáře. Důležitou podmínkou pro zařazení do studie byla normální kognitivní funkce. Všichni pacienti měli stanovenou diagnózu pokročilého nádorového onemocnění a byli zařazení do paliativní péče. Nejčastějším onkologickým onemocněním byl primární nádor plic (12 pacientů), pak primární nádor tlustého střeva (8 pacientů), dále primární nádor prostaty a prs (6 pacientů), poté primární nádor ledvin (4 pacienti) a další jiné nádory a lokality (16 pacientů). Studie probíhala v Poznani. Vnitřní konzistence měřicího nástroje byla hodnocena Cronbachovým alfa koeficientem. Měřicí nástroj SPARC obsahuje 45 položek. Oblasti jsou rozděleny do několika domén: komunikační a informační problémy, fyzické symptomy, psychické problémy, náboženské a duchovní problémy, nezávislost a aktivita, rodinné a sociální nedostatky, problémy s léčbou a osobní problémy. Na konci měřicího nástroje je otevřená otázka směřující na pacienty, jestli mají nějaké obavy, o kterých by chtěli vědět více. A dále pak může dotazovaný položit tři jakékoliv otázky směřované na lékaře, jiné odborníky či nelékařský zdravotnický personál. Všechny ostatní položky byly hodnoceny na čtyřbodové Likertově stupnici: vůbec ne, trochu, docela dost a velmi, přičemž byla hodnocena i důležitost těchto položek. Test byl přeložen do polského jazyka. Spolehlivost měřicího nástroje SPARC byla vyhodnocena pomocí Cronbachova alfa koeficientu. U fyzických symptomů byla vyhodnocena $\alpha = 0,68$; u psychických problémů $\alpha = 0,86$; u náboženských a duchovních problémů $\alpha = 0,65$; u domény nezávislost a aktivita $\alpha = 0,77$; v oblasti rodinných a sociálních problémů $\alpha = 0,80$ a u otázek týkajících se léčebného postupu $\alpha = 0,62$. Za nejdůležitější potřeby a jejich nedostatky hodnotili respondenti bolest, únavu, slabost, nespokojení náboženských nebo duchovních potřeb, strach ze smrti a umírání, problémy s inkontinencí. Nejméně důležité potřeby nebyly ve výzkumné studii uvedeny. Autoři uvádí, že se studie zúčastnilo malé

množství respondentů. Dále zmiňují, že polská verze měřicího nástroje SPARC je platným a spolehlivým měřicím nástrojem pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v polském klinickém prostředí. Zdůraznili ale, že k potvrzení tohoto výroku by bylo zapotřebí provést další studie.

2.1 Význam a limitace dohledaných poznatků

Hlavními aspekty paliativní péče jsou saturace potřeb pacientů s nevléčitelnou nemocí, podpora pacientů a jejich rodin a zlepšení kvality péče na sklonku života pacienta. Nepřiměřená a nedostatečná saturace biologických, sociálních, spirituálních a psychických potřeb pacientů vede ke snížení kvality péče. Proto se do popředí dostávají měřicí nástroje pro hodnocení potřeb pacientů, které nemocným dopomůžou přesněji zhodnotit stav jejich potřeb, a tak mohou lékaři a zdravotnický personál lépe saturovat pacientovy potřeby. Z výzkumných studií vyplývá, že pro hodnocení potřeb pacientů měřicími nástroji je nutné měřit nejen fyzické, ale i psychické oblasti potřeb, a tak vnímat pacienty holistickým plánem péče. Avšak studie, ve které autoři popisují holistický přístup a měřicí nástroje zahrnující holismus, jsou sice obsáhlé, ale v oblasti holismu ještě nejsou dostatečně kvalitně uzpůsobeny. Jsou to tyto měřicí nástroje: Palliative Care Assessment Tool, Initial Health Assessment nebo Needs at the End of Life Screening Tool (Ahmed, 2014, s. 238–246). Výzkumné studie dokazují, že všechny měřicí nástroje jsou rozděleny do domén jednotlivých potřeb: fyzické, biologické, spirituální a sociální. Patří sem také doména zabývající se komunikací se zdravotníky a informovanost o dalším postupu léčby. Český měřicí nástroj též disponuje těmito doménami. Ve studii autorů Bužgová et al. (2013a, s. 310–314) byly popsány měřicí nástroje a proběhlo jejich hodnocení. S nejlepším rozpoštěním domén a vhodnou konzistencí otázek vyšly měřicí nástroje CARES, PNPC, SCNS, NEQ a PNAP. V těchto nástrojích byla vnitřní konzistence klasifikována Cronbachovým alfa koeficientem. Naopak autoři Ahmed et al. (2015, s. 587–598) prováděli výzkumnou studii měřicího nástroje NEQ. Výsledky studie poukazují na to, že tento měřicí nástroj je vhodný spíše do primární péče, a uvádí, že z pohledu holistického směru má při hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči spíše nežádoucí účinek.

Limitujícím faktem je, že všechny měřicí nástroje jsou uvedeny v anglické verzi, a to až na měřicí nástroj Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (PNAP), který byl vytvořen v České republice, a tudíž je v české verzi. Proto je velice obtížné individualizovat měřicí nástroje pro pacienty v českém prostředí.

Do výzkumných studií bylo zařazeno různé množství respondentů s rozličnými onkologickými či jinými nevléčitelnými nemocemi, a tak mohlo dojít ke zkreslení výsledků.

Proto je tato skutečnost dalším limitem ve výzkumných studiích. Autoři Bonacchi et al. (2016, s. 3507–3515) popisují, že jejich výzkumu se zúčastnilo velmi malé množství respondentů, ale že se především vyskytl nepoměr mezi ambulantními pacienty a pacienty hospitalizovanými. Taktéž autoři Ahmed et al. (2015, s. 587–598) uvádí, že se jejich výzkumné studie zúčastnil nízký počet respondentů, což by pak mohlo zkreslit výsledky. Nedohledané informace, jež by poskytly zpětnou vazbu funkce měřicího nástroje, by mohly být přínosem pro úpravu nějakého měřicího nástroje či vytvoření nového. Tyto chybějící výsledky by byly po sekundárním testování každého měřicího nástroje, aby se zjistilo, do jaké míry se zlepšila kvalita života pacienta a saturace potřeb od prvního hodnocení. Ve výzkumných studiích není dohledáno, jakým způsobem došlo ke zlepšení případných málo saturovaných potřeb – jestli např. formou intervence ze stran multidisciplinárního týmu. Ve výzkumné studii autoři Ahmed et al. (2015, s. 587–598) popisují dvoutýdenní, čtyřtýdenní a dále šestitýdenní měření. Tímto způsobem se snažili zjistit, do jaké míry jsou měřicí nástroje relevantní, jak moc dokážou odhalit nízkou saturaci potřeb a jaké je zlepšení těchto potřeb.

Ve výzkumných studiích bylo velké věkové rozpětí, od 18 let až do 82 let – některé otázky se tedy mohou jevit jako nepochopitelné nebo špatně formulované. Avšak v žádné studii nebylo popsáno, že by respondenti měli s porozuměním problém. V některých studiích to bylo dokonce uvedeno, že probandí všem otázkám rozuměli. Z výzkumných studií vyplývá, že na území České republiky existuje jen velmi malé množství měřicích nástrojů pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči. Měřicí nástroj PNAP není dle českých výzkumných studií ve zdravotnictví a v klinické praxi příliš používán. Proto by se další studie mohly orientovat na použití měřicího nástroje PNAP a dalších zahraničních měřicích nástrojů v českém zdravotnickém prostředí. Informace sesbírané z výzkumných studií by se daly použít při následujících úpravách měřicích nástrojů nebo pro vytvoření těchto nástrojů nových. Z výzkumných studií také vyplývá, že měřicí nástroje obsahující holistický přístup nejsou dostatečně standardizovány pro využití v praxi, a proto by dalším námětem na výzkumnou studii mohlo být cílené zaměření se na použití právě holistických měřicích nástrojů v klinické praxi.

ZÁVĚR

Nejdůležitějším úkolem paliativní péče je co nejvíce ulehčit pacientům a jejich blízkým terminální stadia závažných onemocnění. Výsledky hodnocení potřeb mohou vést k lepší kvalitě života pacienta pomocí vhodného plánu péče a specifických intervencí, individualizovaných na každého pacienta. Mezi pacientem a zdravotnickým personálem je jedním z problémových oblastí komunikace, která tvoří jakousi bariéru, a tím může dojít ke zhoršené kvalitě péče nebo saturaci potřeb pacienta. A proto používání měřicího nástroje mohou vést k příznivé změně komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem a jeho rodinou, stejně jako k podpoře nebo individualizaci, které jsou dalšími nedílnými aspekty paliativní péče.

Cílem této přehledové bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o potřebách pacientů v paliativní péči. Nejčastěji se ve výsledcích měřicích nástrojů vyskytovala důležitost a naplněnost fyzických, biologických a sociálních potřeb. Výzkumné studie uvedly, že nejdůležitější potřebou, která však zpravidla nebyla dostatečně saturována, byla bolest. Dále byly jako důležité potřeby popsány také informace o pokračujícím plánu léčby, podpora ze stran zdravotníků nebo kontakt s rodinou. Za účelem získání psychické pohody respondenti uváděli osobní kontakt s přáteli a rodinou. Důležité také bylo zachovat aktivity denního života, jako např. možnost obléct se, zajít si nakoupit apod. Málo hodnocená a potřebná byla oblast spirituální. Potřeby komunikace s duchovním či pastorem hodnotili respondenti za málo důležité. Stejně tak klasifikovali potřebu hovořit s někým o sexuálních potřebách nebo mít možnost mluvit s někým o pocitech z umírání a smrti. Přitom ve studii autorů Bužková a Havelková (2012, s. 190–195) bylo uvedeno, že 14 procent respondentů uvedlo potřebu hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti za naplněnou. Ze zahraničních nástrojů z hlediska validity a reliability nejlépe vyšly měřicí nástroje CARES a PNPC. V České republice pak validitu a reliabilitu splňuje měřicí nástroj PNAP. Cíl bakalářské práce byl tedy splněn.

Tato bakalářská práce může sloužit jako podklad k tvorbě nových měřicích nástrojů, které lze použít k hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v našem jazyce. PNAP je totiž jediným měřicím nástrojem v České republice. Práce by mohla podnítit odborníky pro paliativní péči, a vytvořit tak další měřicí nástroje pro použití v ČR, nebo vnuknout myšlenku překladu některých měřicích nástrojů ze zahraničí hodících se na území České republiky.

REFERENČNÍ SEZNAM

AHMED, Nisar, Sam H. AHMEDZAI, Karen COLLINS a Bill NOBLE. Holistic assessment of supportive and palliative care needs: the evidence for routine systematic questioning. *BMJ Supportive & Palliative Care* [online]. 2014, 4(3), s. 238–246 [cit. 2022-04-02]. ISSN 2045-435X. DOI: 10.1136/bmjspcare-2012-000324. Dostupné z: <http://spcare.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjspcare-2012-000324>

AHMED, Nisar, Philippa HUGHES, Michelle WINSLOW, Peter A. BATH, Karen COLLINS a Bill NOBLE. A Pilot Randomized Controlled Trial of a Holistic Needs Assessment Questionnaire in a Supportive and Palliative Care Service. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2015, 50(5), s. 587–598 [cit. 2022-04-02]. ISSN 08853924. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.05.010. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392415002559>

BONACCHI, Andrea, Guido MICCINESI, Sarah GALLI, Caterina PRIMI, Francesca CHIESI, Donatella LIPPI, Maria MURACA a Alessandro TOCCAFONDI. Use of the Needs Evaluation Questionnaire with cancer outpatients. *Supportive Care in Cancer* [online]. 2016, 24(8), s. 3507–3515 [cit. 2022-04-07]. ISSN 0941-4355. DOI: 10.1007/s00520-016-3176-4. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00520-016-3176-4>

BUŽGOVÁ, Radka a Kateřina HAVELKOVÁ. Zjišťování potřeb terminálně nemocných v hospicové péči. *Časopis lékařů českých* [online]. 2012, 151(4), s. 190–195 [cit. 2022-03-23]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2012-4-5/zjistovani-potreb-terminalne-nemocnych-v-hospicove-peci-37905>

BUŽGOVÁ, Radka a Renáta ZELENÍKOVÁ. Vytvoření měřicího nástroje pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života: hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (PNAP). *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2012, 3(2), s. 404–414 [cit. 2022-03-23]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-02/6_buzgova.pdf

BUŽGOVÁ, Radka, Erika HAJNOVÁ FUKASOVÁ, Lucie SIKOROVÁ a Radka KOZÁKOVÁ. Pilotní testování dotazníku PNAP „Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči“

na onkologickém oddělení. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2013a, 4(3), s. 628–633 [cit. 2022-03-26]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-03/5_buzgova_kol.pdf

BUŽGOVÁ, Radka, Lucie SIKOROVÁ, Radka KOZÁKOVÁ a Darja JAROŠOVÁ. Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči. *Onkologie* [online]. 2013b, 7(6), s. 310–314 [cit. 2022-03-23]. ISSN 1802-4475. Dostupné z: https://www.onkologiecs.cz/artkey/xon2013060011_Hodnotici_nastroje_pro_zjistovani_potreb_pacientu_v_paliativni_peci.php

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotnických službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*, 2011, částka 131, s. 4730–4801 [cit. 2022-03-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>

KABELKA, Ladislav, Ondřej SLÁMA a Martin LOUČKA. Paliativní péče v České republice. Situační analýza [online]. 2016, Brno, s. 1–22 [cit. 2022-03-12]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-pece-v-cr-2016-situacni-analyza/>

KOCATEPE, Vildan, Emel E KAYIKÇI, Ülkü SAYGILI, Dilek YILDIRIM, Gülbeyaz CAN a Güngör ÖRNEK. The Palliative Care Outcome Scale: Turkish validity and Reliability Study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* [online]. 2020, 7(2), s. 196–202 [cit. 2022-03-30]. ISSN 23475625. DOI: 10.4103/apjon.apjon_51_19 Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32478138/>

LEPPERT, Wojciech, Mikolaj MAJKOWICZ a Sam H. AHMEDZAI. The Adaptation of the Sheffield Profile for Assessment and Referral for Care (SPARC) to the Polish Clinical Setting for Needs Assessment of Advanced Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2012, 44(6), s. 916–922 [cit. 2022-04-09]. ISSN 08853924. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2011.12.286. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392412002692>

NOVOTNÁ, Helena a Miroslav KALA. Hodnocení potřeb pacientů s chronickým srdečním selháním v paliativní péči. *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech* [online]. 2016,

s. 160–165 [cit. 2022-04-09]. ISBN 978-80-7464-826-7. Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/sbornik-2016.pdf>

Světová zdravotnická organizace. National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines, [online]. Ženeva: WHO, ©2022 [cit. 2022-3-12]. Dostupné z: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

ZÁVADOVÁ, Irena. Péče o nevléčitelně nemocné a umírající v domácím prostředí. *Časopis lékařů českých* [online]. 2018, 157(1), s. 9–12 [cit. 2022-04-09]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2018-1/pece-o-nevylecitelne-nemocne-a-umirajici-v-domacim-prostredi-63249>

SEZNAM ZKRATEK

ADL	activity daily living
CARES	Cancer Rehabilitation Evaluation System
EQ-5D	EuroQoL
IADL	instrumental activity daily living
IHA	Initial Health Assessment
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MYCAW	Measure Yourself Concerns and Wellbeing
NEQ	Needs Evaluation Questionnaire
NEST	Needs at the End of Life Screening Tool
NYHA	New York Heart Association
OCPC	Oncology Clinic Patient Checklist
PACA	Palliative Care Assessment Tool
PEI	Patient Enablement Instrument
PNAP	Patient Needs Assessment in Palliative care
PNI	Psychosocial Needs Inventory
PNPC	The Problems and Needs im Palliative Care questionnaire
POS	Palliative Care Outcome Scale
SCNS	Supportive care needs survey
SPARC	Sheffield Profile for Assessment and Referral to Care