

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Bc. Adéla Kummerová

**Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči
v nemocnicích a v hospicích**

Diplomová práce

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

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Lenky Šturekové, Ph.D. a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 2023

.....
Podpis

Mé poděkování patří vážené Mgr. Lence Šturekové, Ph.D. za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích této práce. Děkuji i vážené paní Mgr. Janě Zapletalové Ph.Dr. za cenné rady při statistickém zpracování dat. A v neposlední řadě děkuji rodině za velkou podporu po celou dobu mého studia.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči

Název práce: Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v nemocnicích a hospicích

Název práce v AJ: Assessment of patients' needs in palliative care in hospitals and hospices

Datum zadání: 31.1.2022

Datum odevzdání: 28.6.2023

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Kummerová Adéla, Bc.

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Štureková, PhD.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Cílem diplomové práce bylo zjistit kvalitu života paliativních pacientů, skrze hodnocení jejich potřeb. Teoretická část práce byla zpracována z dohledaných výzkumných studií z databází EBSCO, Google Scholar, PUBMED, Science Direct a Medvik. Výzkumná část diplomové práce byla provedena kvantitativní metodou, za pomoci měřicího nástroje Integrated Palliative Care Outcome Scale – IPOS, který dokáže hodnotit veškeré paliativní pacienty neohledně na diagnózu a při změně stavu pacienta dokáže reagovat na tento jev. Do výzkumného šetření se zapojilo 113 paliativních respondentů z Fakultní nemocnice Olomouc, z mobilního hospice Nejste sami a z kamenného hospice Na sv. Kopečku. Výzkumné šetření dokládá, že nejnižší kvalita života je v oblasti úzkosti/obav v rodině, dále v pořadí je úzkost/obavy pacienta. Naopak nejvyšší kvalita života byla zjištěna ohledně dušnosti a ohledně zvracení. Dále byla prokázána signifikantně středně silná závislost mezi mírou obtíží v položkách deprese, úzkost/obavy a nechutenstvím a věkem pacientů. Míra obtíží v těchto položkách je vyšší s rostoucím věkem pacientů. Nebyl prokázán

signifikantní rozdíl mezi pohlavím a mírou obtíží. Také byl prokázán signifikantní rozdíl mezi mírou obtíží v závislosti na typu zařízení. Signifikantně vyšší míra obtíží byla zjištěna u pacientů ve FNOL. Výsledky by mohly být nápomocné při vzdělávání pracovníků (lékařských i nelékařských), kteří poskytují péči paliativním pacientům.

Abstrakt v AJ: The aim of the thesis was to determine the quality of life of palliative patients through the assessment of their needs. The theoretical part of the thesis was developed from the retrieved research studies from EBSCO, Google Scholar, PUBMED, Science Direct and Medvik databases. The research part of the thesis was conducted using a quantitative method, using the Integrated Palliative Care Outcome Scale - IPOS measurement tool, which can assess all palliative patients regardless of diagnosis and can respond to this phenomenon when the patient's condition changes. The survey involved 113 palliative respondents from the University Hospital Olomouc, the mobile hospice Nejste sami and hospice Na sv. Kopečku. The research survey shows that the lowest quality of life is in the area of family anxiety/concerns, followed by patient anxiety/concerns. On the other hand, the highest quality of life was found regarding shortness of breath and regarding vomiting. Furthermore, there was a significantly moderate relationship between the level of difficulty in the items depression, anxiety/worry and inappetence and the age of the patients. The degree of difficulty in these items is higher as the age of the patients increases. There was no significant difference between gender and level of difficulty. There was also a significant difference between the degree of difficulty depending on the type of facility. Significantly higher levels of difficulty were found in patients in the FNOL. The results could be helpful in educating staff (medical and non-medical) who provide care to palliative patients.

Klíčová slova v ČJ: paliativní péče, potřeby pacientů, terminální péče, nemocniční péče, mobilní hospic, domácí hospic, hospicová péče

Klíčová slova v AJ: palliative care, assessment of the patients, terminal care, hospital care, mobile hospice, home hospice, hospice care

Rozsah práce: 74 stran/8 příloh

Obsah

ÚVOD	7
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	9
2 POTŘEBY PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI	11
2.1 Měřicí nástroje k hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči	15
2.2 Potřeby pacientů v paliativní péči v nemocnicích	17
2.3 Potřeby pacientů v paliativní péči v hospicích	23
2.4 Shrnutí teoretických východisek	28
3 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	31
3.1 Výzkumné cíle a hypotézy	31
3.2 Charakteristika souboru	32
3.3 Metoda sběru dat	33
3.4 Realizace výzkumu	34
3.5 Metody zpracování dat	35
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	37
4.1 Charakteristika výzkumného souboru	37
4.2 Výsledky hodnocení nástroje IPOS	39
4.3 Ověření platnosti hypotéz	51
5 DISKUZE	61
ZÁVĚR	66
REFERENČNÍ SEZNAM	68
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	73
SEZNAM PŘÍLOH	74

ÚVOD

Poslední definice paliativní péče dle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, dále jen WHO) udává, že cílem paliativní péče je zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin, které se potýkají s život ohrožujícím onemocněním. Zabraňuje nebo alespoň zmírňuje utrpení prostřednictvím včasné identifikace, správného hodnocení a léčby bolesti a dalších problémů, ať už fyzických, psychosociálních nebo duchovních (WHO, 2018, s. neuvedeno). Hodnocení potřeb pacientů na konci života je velice důležitá součást péče. Významnou předností paliativní péče je důraz na kvalitu života nemocného i jeho rodiny a péče o biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby. Nedostačující uspokojování potřeb zřetelně snižuje kvalitu života paliativně nemocného pacienta, proto je hodnocení saturace potřeb pacientů v paliativní péči žádoucím indikátorem kvality poskytované péče (Bužgová et al., 2013, s. 310). Posoudit potřeby pacientu v paliativní péči můžeme různými měřicími nástroji. V zahraničí jsou to například měřicí nástroje Views of Informal Carers Evaluation of Services (dále jen VOICES), popřípadě její modifikovaná verze VOICES MaJam, dále Psychosocial Needs Inventory (dále jen PNI), The Problems and Needs in Palliative Care Questionnaire (dále jen PNPC) a the Self Assessment Questionnaire (dále jen SAQ). Poté dotazník EORTC QLQ-C15-PAL, který lépe odráží potřeby terminálně onkologicky nemocných a jejich kvalitu na konci života. Měřicí nástroj IPOS je schopný hodnotit všechny paliativní pacienty neohledně na stanovenou diagnózu a navíc je schopen reagovat na změnu stavu pacienta a jeho změněné potřeby (Roch et al., 2020, s. 706).

Většinou více než tři čtvrtiny pacientů uváděly jako největší míru oba - úzkost v rodinně. Více než dvě třetiny pacientů uvedly klinicky relevantní fyzické příznaky, jako je dušnost, bolestivost v krku nebo sucho v ústech, následovanou úzkostí pacienta, depresí (Roch et al., 2020, s. 704 – 708). Nejmenší míra obtíží byla zjištěna u otázky číslo 2, konkrétně ohledně „zvracení“, kdy stupeň 0, zvolilo 97 % pacientů. Na druhém místě nejmenších obav/potíží se umístila stejná otázka, konkrétně „nevolnost nebo pocit na zvracení“, kdy stupeň 0 zvolilo 95 % pacientů (Mendonca et al., 2022, s. 6 – 8).

Cílem diplomové práce bylo zjistit kvalitu života paliativních pacientů, skrze hodnocení jejich potřeb.

Vstupní literatura:

BAINBRIDGE, Daryl a Hsien SEOW. Palliative Care Experience in the Last 3 Months of Life: A Quantitative Comparison of Care Provided in Residential Hospices, Hospitals, and the Home From the Perspectives of Bereaved Caregivers. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*® [online]. 2018, **35**(3), 456-463 [cit. 2022-10-26]. ISSN 1049-9091. Dostupné z: doi:10.1177/1049909117713497

EVANS, Catherine J., Anna E. BONE, Deokhee YI, et al. Community-based short-term integrated palliative and supportive care reduces symptom distress for older people with chronic noncancer conditions compared with usual care: A randomised controlled single-blind mixed method trial. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2021, **120**(103978), 1 - 13 [cit. 2023-05-11]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.103978

ROCH, Carmen, Johanna PALZER, Teresa ZETZL, Stefan STORK, Stefan FRANTZ a Birgitt van OORSCHOT. Utility of the integrated palliative care outcome scale (IPOS): a cross-sectional study in hospitalised patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* [online]. 2020, **19**(8), 702–710 [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: doi:10.1177/1474515120919386

ROBINSON, Jackie, Merryn GOTT, Clare GARDINER a Christine INGLETON. The ‘problematization’ of palliative care in hospital: an exploratory review of international palliative care policy in five countries. *BMC Palliative Care*. 2016, **15**(1), 1-8. ISSN 1472-684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-016-0137-0

VLCKOVA, Karolina, Eva HOSCHLOVA, Eva CHROUSTOVA a Martin LOUCKA. Psychometric properties of the Czech Integrated Palliative Outcome Scale: reliability and content validity analysis. *BMC Palliative Care* [online]. 2020, **19**(1), 1 - 8 [cit. 2023-05-20]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-020-00552-x

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

V následujícím textu je podrobně popsána rešeršní činnost, na jejímž základě došlo k dohledání validních zdrojů pro tvorbu této práce.

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA



Klíčová slova v ČJ: paliativní péče, potřeby pacientů, terminální péče, nemocniční péče, mobilní hospic, domácí hospic, hospicová péče

Klíčová slova v AJ: palliative care, assessment of the patients, terminal care, hospital care, mobile hospice, home hospice, hospice care

Jazyk: čeština, angličtina

Období: 2013 - 2023

DATABÁZE



EBSCO, PubMed, Medvik, Google Scholar, Science Direct



Nalezeno 228 článků.

VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA



Duplicitní články: 95

Články netýkající se tématu: 36

Články nedostupné v plnotextu: 64

SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH POZNATKŮ



PubMed: 14

Google Scholar: 7

Medvik: 4

EBSCO: 4

Science Direct: 4

SUMARIZACE VYUŽITÝCH PERIODIK



BMC Palliative Care	6 článků
Časopis lékařů českých	2 články
American Journal of Hospice and Palliative Medicine ®	1 článek
Analýza a metaanalýza dat	1 článek
Central European Journal of Nursing and Midwifery	1 článek
Centrum paliativní péče	1 článek
Česká a Slovenská psychiatrie	1 článek
Ethical Theory and Moral Practise	1 článek
European Journal of Cardiovascular Nursing	1 článek
International Journal of Nursing Knowledge	1 článek
International Journal of Nursing Studies	1 článek
Journal of Neural Transmission	1 článek
Journal of Pain and Symptom Management	1 článek
Linkos – Pacient a rodina	1 článek
Onkologie	1 článek
Ošetrovatelství a porodní asistence	1 článek
Palliative Medicine	1 článek
Psychology and psychiatry, sociology and healthcare, education	1 článek
Research Square	1 článek
Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism	1 článek
Umírání.cz	1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito **27** článků.

Kromě zdrojů dohledaných rešeršní činností byly pro tvorbu práce použity také 3 knižní zdroje, 3 elektronické dokumenty včetně 1 příručky a 1 manuálu.

2 POTŘEBY PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI

V historii byla smrt především součástí rodiny a každodenního života. V dnešní době lidé obvykle začínají myslet na smrt, jen když jsou sami smrtelně nemocní, nebo když jim umírá blízká osoba. Stále více paliativně nemocných pacientů je přesunuto do nemocnic, kde umírají. V důsledku změny perspektivy společnosti se začaly vytlačovat myšlenky na fyziologickou jemnost lidského života a téma smrti se stalo taburizovaným. V současnosti je umírání doma pro českou společnost spíše neobvyklé. Příčinou není nezáměr či neochota, ale neúspěch, který vyplývá z dlouhotrvající institucionalizace smrti. Některé rodiny raději nechají své blízké zemřít v institucionálním zařízení, protože mají pocit, že by nebyli schopni unést utrpení, tíseň, fyzické změny a postupné umírání blízkých. Raději na ně vzpomínají jako na zdravé, dobře vypadající a produktivní osoby. Existují však i rodiny či jednotlivci, kteří by se o umírajícího rádi starali doma, ale z různých důvodů to není možné. Důvodů je celá řada jako například finanční důvody, ztráta zaměstnání, nedostatečná podpora rodiny a blízkých příbuzných, bariéry v bytě a podobné příčiny (Truhlářová et al., 2015, s. 567 – 573).

Poslední definice paliativní péče dle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) udává, že cílem paliativní péče je zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin, které se potýkají s život ohrožujícím onemocněním. Zabraňuje nebo alespoň zmírňuje utrpení prostřednictvím včasné identifikace, správného hodnocení a léčby bolesti a dalších problémů, ať už fyzických, psychosociálních nebo duchovních (WHO, 2018, s. neuvedeno). Dle Národní datové základny paliativní péče za rok 2017 umřelo celkem 111 443 obyvatel České republiky. Z tohoto počtu doma nebo v zařízeních sociálních služeb 33 109 obyvatel (29,7 %). Ve zdravotnickém zařízení 73 239 obyvatel (65,7 %), na ulici či během převozu 2 106 (1,9 %) a na jiném/nezjištěném místě 2 989 lidí (viz tabulka číslo 1).

Tabulka č. 1: Místo úmrtí

Místo úmrtí	Počet	Procenta
Doma, v zařízení sociálních služeb	33 109	29,7 %
Ve zdravotnickém zařízení	73 239	65,7 %
Na ulici, při převozu	2 106	1,9 %
Jiné, nezjištěno	2 989	2,7 %

(UZIS, 2018, s. neuvedeno)

Filozofie paliativní péče je holistická, věnuje pozornost multidimenzionálním aspektům jednotlivců jako celku. Paliativní péče se zaměřuje na unikátnost každého jednotlivce a uspokojuje fyzické, psychické, sociální, kulturní a duchovní potřeby pacientů. Pacienti jsou však ve většině případů stále považováni za souhrn svých příznaků a proto je nesmírně obtížné hovořit o holistické léčbě pacientů v paliativní péči (Filej et al., 2018, s. 774 - 775). Tento druh péče respektuje a chrání důstojnost a kvalitu života pacientů a pramení z jejich potřeb a přání. Paliativní péče chápe umírání a smrt jako součást života a snaží se pacientům umožnit strávit poslední chvíle svého života se svými blízkými, kterým nabízí podporu a pomáhá jim zvládat truchlení (Truhlářová et al., 2015, s. 569).

Období konce života je momentálně charakterizováno zvýšeným využíváním nemocniční péče navzdory tomu, že si pacienti přejí péči a umírání v domácím prostředí. Přesto období na konci života je charakterizováno vysokou mírou využití akutní nemocniční péče, vysokými počty úmrtí v nemocnici a zvýšenými náklady na zdravotní péči. Snížení využívání nemocniční zdravotní péče na konci života by mohlo zlepšit kvalitu života a snížit náklady (Webber et al., 2019, s. 181). V roce 2014 vypracovala Světová aliance pro paliativní péči a Světová zdravotnická organizace - Globální atlas paliativní péče, který kvantifikoval potřebu a dostupnost paliativní péče po celém světě. Uznání paliativní péče Světovou zdravotnickou organizací jako základního lidského práva vedlo k tomu, že mnoho zemí po celém světě nyní rozvíjí národní politiku v oblasti paliativní péče. Stále více se diskutuje o tom, jakou podobu by měly mít komplexní služby paliativní péče. Zejména ve vztahu k rovnováze mezi akutními a komunitními službami. K rozvoji politiky paliativní péče však došlo v souvislosti s celosvětovou recesí, v jejímž důsledku roste tlak na snižování výdajů ve veřejném zdravotnictví. Zároveň se hledají způsoby, jak zvýšit kapacitu služeb, aby byla uspokojena budoucí poptávka po paliativní péči (Robinson et al., 2016, s. 2). Australská politická situace udává, že 20 % lidí umírá v hospicích, 10 % v pečovatelských domech a 70 % umírá v nemocnicích. To má za následek vysoké náklady a zátěž vzhledem k zdravotnictví a potenciálně i horší kvalitu konce života (Robinson et al., 2016, s. 4).

Rozšíření komunitní paliativní péče ve Spojených státech, Velké Británii, Kanadě a dalších zemích má za následek vyústění toho, že přibližně čtvrtina pacientů zůstává v posledních dnech života ve svém domově. Velká část z těchto pacientů

však stále přechází do nemocnice ve chvílích, kdy se jejich bolesti a další příznaky zhoršují. K překážkám, které brání adekvátnímu řešení potřeb umírajících pacientů v domácím prostředí patří nedostatek odborných znalostí poskytovatelů domácí péče, limity přidělování služeb, roztržitost multidisciplinárních služeb a nespolečné pečovatelské týmy, aby týmy domácí hospicové péče mohly navštívit umírajícího. V nemocnici je sice péče poskytována nepřetržitě, avšak tradičně léčebný přístup k pacientovi je v rozporu s cíli paliativní péče. Nemocniční lůžka poskytují málo soukromí a o pacienty často pečují střídající se personál. Vzhledem k rostoucímu trendu úmrtí a s tím spojené poptávce po paliativní péči je vhodné a nesporně důležité zlepšit prostředí pro paliativně nemocné pacienty (Bainbridge a Seow, 2018, s. 456 – 457). K jedné ze základních potřeb paliativního pacienta patří neodmyslitelně potřeba završit svůj život, třeba i najít smysl života, potřeba vděku, odpuštění, lásky a v neposlední řadě naděje. Nejen věřící pacienti se potýkají s potřebou transcendence. Zdravotnickí pracovníci by se neměli vyhýbat rozhovorům na toto téma a nemocného potřeby vyslechnout a podpořit, ať se jedná o cokoli, v co daný umírající věří. Zdravotnickí pracovníci by měli pomoci uspokojovat nastalé potřeby paliativních pacientů a zlepšovat jim tak kvalitu jejich života (Marková, 2015, s. 86 - 89). Paliativně nemocný pacient má své jedinečné potřeby, které mohou zdravotnickí pracovníci naplnit tehdy, kdy si na pacienta vyčlení potřebný čas, posadí se k němu, vyslechnou jej a rozpoznají, jak jeho specifické potřeby uspokojit. Umírající získává velmi podstatný signál, že je personál ochoten a připraven sdílet jeho starosti. Pro pacienty je to sejmutí nesporně velkého břemene, které nesou (Kübler – Ross, 2015, s. 292 - 293).

Kvalita života související se zdravím není definována nepřítomností nemoci nebo utrpení, ale reakcí na řadu životních událostí, které mohou výrazně změnit kvalitu a kvantitu života (Dulaney et al., 2017, s. 1 – 2). Kvalitu života lze také definovat jako subjektivní hodnocení života jako celkově dobrého nebo uspokojivého. Jednotlivci mohou trpět nemocí, ale přesto nemusí být "nemocní" nebo mohou pociťovat snížení vnímané kvality života. Stejně tak existují jedinci bez nemoci, kteří si stěžují, že jsou "nemocní", a mají zvýšené potřeby a špatnou kvalitu života. Jedinci se stejným stádiem nebo závažností onemocnění mohou mít značně rozdílnou hodnotu bytí. Skupinové změny související s onemocněním proto nemusí odrážet individuální reakce na nemoc. To je důležitý problém při interpretaci výsledků kvality života a udáváním potřeb souvisejících se skupinou. Kvalita života je jedním z důležitých výsledných

ukazatelů v klinických studiích a nejdůležitějším ukazatelem určujícím užitečnost léčby (nákladovou efektivitu). Kvalita života a určování potřeb jsou hlavními výstupy k intervencím paliativní péče (Naik et al., 2017, s. 106). Kvalita života není statická a s postupujícím onemocněním se mění. Může dojít ke změnám v reflexních položkách. Existují změny v kauzálních položkách dotazníků, které ovlivňují skóre kvality. Únava, fyzické funkce a nálada se často zhoršují, zatímco bolest a některé gastrointestinální příznaky jsou s postupujícím onemocněním pod kontrolou. Měřicí nástroje s pevně stanovenými položkami, tento posun v důležitosti neodrazí, protože každá položka má při skórování stejnou váhu. Dotazník Evropské organizace pro výzkum a léčbu rakoviny (dále jen EORTC-QLQ-C30), který se běžně používá v onkologických terapeutických studiích, byl přizpůsoben paliativní péči (dále jen EORTC QLQ-C15-PAL), která lépe odráží potřeby a kvalitu na konci života. Dotazník The Schedule for the Evaluation of the Individual Quality of Life-Direct Weighting (dále jen SEIQOL-DW) měří změny v doménách potřeb a kvality v závislosti na průběhu onemocnění, a je tak přizpůsoben rekalibracím a změnám odpovědí v průběhu času. Tento nástroj může odhalit schopnost měnit priority v průběhu času a odolnost pacienta. Indexové skóre dotazníku SEIQOL-DW však nekoreluje s objektivním zdravotním stavem, funkčním stavem, demografickými a klinickými parametry (Davis a Hui, 2017, s. 296 – 298). Měřicí nástroj IPOS, hodnotí potřeby s pacientem v závislosti i na čase. Hodnotí se opakovaně při změně stavu a potřeb pacientů (Vlčková et al., 2020, s. 2).

V paliativní péči jsou nejčastěji udávány biologické, psychosociální a spirituální potřeby, které dohromady odpovídají holistickému pojetí péče. Pro kvalitu paliativní péče a kvalitu života je tento přístup důležitý. Nutné je propojení všech potřeb k vytvoření řádné holistické péče. Nezbytnou podmínkou k zajištění adekvátní péče a kvality života je včasné zahájení dialogu o péči a potřebách terminálně nemocných. Potřeby pacientů jsou individuální a specifické. Závisí na pacientovi, jeho sociálních podmínkách a charakteru nemoci. Jeho potřeby se mohou v průběhu času měnit a v závěru života se často dostávají do popředí spirituální potřeby (Bužgová, 2015, s. 41).

2.1 Měřicí nástroje k hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči

Vyhodnocování potřeb paliativně nemocných pacientů je důležitou součástí péče o tyto pacienty. Nedostatečné naplňování potřeb terminálně nemocných pacientů, snižuje kvalitu jejich zbývajících života. V zahraničí k posouzení potřeb paliativně nemocných slouží například měřicí nástroje Psychosocial Needs Inventory (PNI), The Problems and Needs in Palliative Care Questionnaire (PNPC) a the Self Assessment Questionnaire (SAQ). V České republice dlouho chyběl relevantní a souhrnný měřicí nástroj k posouzení kvality života všech terminálně nemocných pacientů. Dostupné měřicí nástroje v českém jazyce jsou měřicí nástroje k hodnocení kvality života onkologicky nemocných. Jedním z takových měřících nástrojů je například měřicí nástroj EORTC QLQ – 30 (Bužgová a Zeleníková, 2012, s. 405).

V České republice byl cíl vytvořit nový měřicí nástroj k hodnocení potřeb paliativních pacientů ve spojitosti s kvalitou života. Ujaly se toho autorky Radka Bužgová a Renáta Zeleníková z Ostravské univerzity. Na základě měřících nástrojů PNI a PNPC vytvořily měřicí nástroj Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči - Patient Needs Assessment in Palliative care (dále jen PNAP). Měřicí nástroj byl utvořen na základě kvalitativně řízených skupinových rozhovorů s 30 respondenty. Mezi respondenty se řadili všeobecné sestry, lékaři, sociální pracovníci, duchovní, pacienti a rodinní příslušníci. Měřicí nástroj obsahuje v součtu 42 otázek, které jsou rozděleny celkem do pěti domén. Jedná se o domény fyzických potřeb, psychických potřeby, autonomie, sociálních a duchovních potřeb. Každá doména je rozdělena na oblasti a jednotlivé položky, kterými se zabývá (Bužgová a Zeleníková, 2012, s. 413).

Pro poskytovatele péče je důležité objektivně měřit kvalitu života paliativních pacientů. Zvláště důležitá je komparace, zda dochází ke zlepšení či zhoršení kvality života. Všechny výše zmíněné měřicí nástroje se snaží strukturovaným způsobem zhodnotit kvalitu péče terminálně nemocných. V České republice se nyní používá, ke komplexnímu zhodnocení paliativní péče, měřicí nástroj IPOS (Integrated Palliative Outcome Scale, dále jen IPOS). Měřicí nástroj IPOS se řadí mezi nejvíce používané a nejvíce respektované měřicí nástroje v paliativní péči po celém světě. V české verzi vznikl tento měřicí nástroj díky Nadaci Komerční banky, a.s. – Jistota. Původní měřicí nástroj vydal kolektiv autorů v King's College v Londýně. PhDr. Eva Höschlová, Ph.D. ze společnosti QED GROUP a.s., vypracovala statistické analýzy psychometrie.

Nástroj se vyvinul modifikací původního měřicího nástroje Jeden z mála měřících nástrojů, který zachycuje celou řadu problémů (fyzické, duševní, spirituální i praktické) je Palliative Care Outcome Scale (dále jen POS). POS byl vyvinut již před 15 lety, byl psychometricky dobře testován a je široce používán po celém světě. Jedná se o stručný, na osobu zaměřený výsledkový skór, přesto zahrnuje hlavní obavy, které lidé sami pacienti s pokročilým onemocněním upřednostňují. Přestože důkazy od uživatelů POS prokázaly jeho hodnotu v praxi i ve výzkumu, bylo potřeba, aby se více rozvinula propracovanější verze (např. zahrnutí více symptomů, zpřesnění, duchovní/existenciální položky pro různé skupiny obyvatel), aby se podpořila užitečnost. Během krátké časové periody se utvořilo mnoho překladů do cizích jazyků a různých variací například POS-S, African POS a další. Tyto změny vedly k vytvoření nového měřicího nástroje IPOS. Ten se od původního měřicího nástroje liší tím, že hlouběji zkoumá aspekty fyzického strádání pacienta a má přidány dvě otázky, které se zajímají o psychický stav pacienta. Měřicí nástroj IPOS je stručný dotazník, obsahuje dohromady 10 otázek (Vlčková a Loučka, 2020, s. neuvedeno). Otázka číslo 1 se týká hlavních problémů v posledním týdnu a obsahuje otevřené možnosti. Otázka č. 2 se zabývá konkrétními fyzickými obtížemi a je zde také prostor pro doplnění jakýchkoli dalších příznaků (2a, 2b a 2c). Otázky číslo 3 až 6 zjišťují psychologické, duchovní a komunikační směry. Otázky 6 až 8 se zabývají pozitivními psychologickými aspekty a směr možných odpovědí je opačný (kladný). Otázka číslo 9 je praktickou stránkou věci, zda-li byly řešeny věci finanční, osobní atd. Otázka č. 10 není bodově hodnocena a ptá se respondentů, zda vyplnili měřicí nástroj s nějakou pomocí, nebo sami. Všechny otázky kromě první, mají číselnou Likertovu škálu od 0 do 4 a u každé otázky je povolena jedna odpověď přičemž vyšší skóre naznačuje převažující přítomnost problémů/příznaků a potřeb, které nejsou řešeny. Součet celkového skóre se může pohybovat od 0 do 68 a vypočítává se ze všech otázek, s výjimkou první otázky, otázky 2a, 2b a 2c a otázky číslo 10. Pacienti mohou také uvést své hlavní problémy a obavy a jakékoli další příznaky. IPOS má celkem čtyři verze v českém jazyce: měřicí nástroj IPOS pro pacienty – 7denní, měřicí nástroj IPOS pro personál – 7denní, měřicí nástroj IPOS pro pacienty – 3denní a měřicí nástroj IPOS pro personál – 3denní. Pokud dojde ke změně priorit a potřeb pacienta, pacient může vyplnit nástroj 3denní. Takto reflektuje měřicí nástroj na změnu stavu paliativního pacienta. Fyzické příznaky jsou odstupňovány podle závažnosti ("vůbec ne", "mírně", "středně", "silně" nebo "nesnesitelně"), emocionální a praktické

obavy a problémy s komunikací jsou odstupňovány podle četnosti ("vůbec ne", "výjimečně", "občas", "většinou" a "pořád"). Otázky praktických problémů jsou odstupňovány podle výskytu řešených problémů (stupnice výskytu: "problémy řešeny/žádné problémy", "problémy většinou řešeny", "problémy řešeny částečně", "problémy spíše neřešeny", "problémy vůbec neřešeny"). V této diplomové studii byla použita doporučená 7denní verze pro pacienty (Vlčková et al., 2020, s. 1 – 3).

2.2 Potřeby pacientů v paliativní péči v nemocnicích

Ačkoli většina jedinců raději umírá doma, není to vždy proveditelné kvůli nedostatku podpory v komunitě anebo složitosti péče potřebné k adekvátnímu zvládnutí pacientovy praktické a paliativní potřeby péče (Webber et al., 2019, s. 181). Z proběhlého výzkumu z roku 2016 vyplývá, že zemřelo v nemocnicích v České republice na lůžcích akutní péče 67,7 % ze všech zemřelých (Závadová, 2018, s. 10). Jen malému počtu pacientů se podaří zemřít v domácím prostředí a většina zemře v nemocničních zařízeních, která není jejich preferovaným místem úmrtí. Demografické údaje dokládají, že v našem systému je další velká a stále rozrůstající se skupina, kterou je třeba se zabývat. Jedná se o křehké polymorbidní pacienty a pacienty, diagnostikované s nemocí demence, kteří se nachází v pobytových zařízeních (Robinson et al., 2016, s. 3).

V evropských zemích, stejně jako v České republice, je stále trendem umírání během hospitalizace v nemocnicích nebo i v zařízeních dlouhodobé lůžkové péče. Dle výroční zprávy Paliativní péče v České republice z roku 2013 vyplývá, že péče v těchto zařízeních není mnohdy adekvátní a dostatečná. Jako nejvíce nedostačujícím a nejvíce limitujícím prvkem kvalitní paliativní péče byla hodnocena chatrná komunikace s rodinnými příslušníky, dále neuspokojivá léčba bolesti, popřípadě jiných problémů, limitující je nedostatek soukromí na vícelůžkových pokojích a v neposlední řadě přehlížení psychosociálních a spirituálních aspektů nemoci. Mnohdy je péče zaměřená pouze na fyzické potřeby nemocných a nemocný se nebere jako holistická bytost. Typickým řešením dané situace je právě kontaktování či vytvoření specializovaného multidisciplinárního týmu, který poskytne paliativní pomoc jak po stránce fyzické, tak po stránce sociální i duchovní. Přesto, že se tato forma péče dostává do podvědomí společnosti, ve spoustě nemocnic, tyto týmy stále chybí. Potřeby pacientů v terminální fázi nemoci a psychické prožívání právě závěru života

jsou velice individuální dle typu onemocnění (Bužgová et al., 2014, s. 244). Nemocniční týmy paliativní péče mají tradici sahající až do 80. let 20. století, počínaje Velkou Británií, USA, Kanadou a Austrálií. Jak v univerzitní nemocnici Nagasaki v Japonsku, tak v univerzitní nemocnici Würzburg pracují nemocniční týmy paliativní péče a jsou dobře zavedeny. V nemocnici ve Würzburgu se nachází oddělení paliativní péče, které má k dispozici deset lůžek. Od ledna do září 2019 proběhla výměna informací o práci obou nemocničních týmů paliativní péče. Výzkumné části se v Nagasaki zúčastnilo 410 pacientů, zatímco ve Würzburgu 853 pacientů a použit byl měřicí nástroj IPOS. Průměrný věk pacientů z Nagasaki byl 67 let (medián 64,7 let) oproti 69 letům (medián 68,4 let) u pacientů z Würzburgu. Mužská část výzkumu v Nagasaki byla zastoupena 59,0 % a ve Würzburgu 52,8 %. Největší míra obtíží byla stanovena u otázky „úzkost/obavy v rodině“ ve Würzburgu 98 % a v Nagasaki 88,7 %. Na druhém místě se umístila otázka ohledně „deprese“ ve Würzburgu 98,2 % a v Nagasaki 80,3 %. Jako třetí nejvyšší míra se umístila „úzkost pacienta“ ve Würzburgu 97,9 % a v Nagasaki 85,9 % (Van Oorschot et al., 2020, s. 1486).

V zemích s vysokými příjmy je počet hospitalizací na konci života vyšší. Počet úmrtí v nemocnici je vyšší v porovnání s úmrtím doma nebo v hospici. Nedostatečný přístup ke specializované paliativní péči je častější u lidí s nižším socioekonomickým postavením. Výzkum socioekonomické nerovnosti ke konci života se zaměřuje na nerovnost v přístupu k sociálním službám. Stávající důkazy založené na malém počtu studií a pouze na pacientech s pokročilým nádorovým onemocněním, naznačují, že lidé s nižším socioekonomickým postavením mohou pociťovat horší bolesti, úzkosti, deprese, celkovou zátěž, mají horší emoční pohodu a horší kvalitu života. Cílem studie je analyzovat souvislost mezi socioekonomickým postavením a symptomy a dalšími problémy starších pacientů, které navštěvují specializovaní paliativní lékaři ve dvou velkých londýnských fakultních nemocnicích. Sekundární analýza průřezových, elektronicky zpracovaných údajů o pacientech zahrnující všechny hospitalizované pacienty ve věku 60 let a více. Vzorek zahrnoval 7 860 pacientů. Měřicí nástroj IPOS byl rozdělen na tři části – fyzickou, emoční a praktickou subškálu. Slabost nebo nedostatek energie a špatná pohyblivost byly nejčastějšími fyzickými příznaky. Úzkost v rodině (na emoční subškále) a praktické záležitosti (na praktické subškále) byly celkově nejčastějšími obavami. Interakční efekty mezi věkem a deprivací byly statisticky významné pro komunikační/praktickou subškálu a nebyly statisticky

významné pro fyzickou a sociální oblast. Interakční efekty mezi pohlavím a deprivací nebyly statisticky významné pro žádnou subškálu. Analýza nezkoumala vliv deprivace na jednotlivé položky IPOS, a proto není známo, jaký vliv má deprivace na jednotlivé položky IPOS (Davies et al., 2023, s. 577 – 579).

Ukázalo se, že osobám umírajícím v nemocnici na nenádorová onemocnění, jako je například srdeční selhání anebo chronické obstrukční respirační onemocnění, byla poskytována malá nebo žádná paliativní péče. Tito umírající zemřeli se značnými nenaplněnými potřebami (Robinson et al., 2016, s. 2). Péče o pacienty se srdečním selháním je složitá. Tato nemoc ovlivňuje mnoho fyzických, kognitivních, sociálních a environmentálních faktorů, které se na péči podílejí. Stupeň onemocnění také ovlivňuje směr péče. V časně fázi srdečního selhávání jsou aplikovány lékařské přístroje, jako např. kardiostimulátory a implantabilní kardioverter - defibrilátor. Tyto postupy se považují za vhodné, za prospěšné a pacienty žádané, ale to se může s přibývajícím léty a s progresí onemocnění snižovat. Jak onemocnění postupuje do finální fáze, léčba fyzických, emocionálních a duchovních potřeb a plánování péče se stávají středem zájmu. Pacienti v konečném stadiu uvádějí vysokou zátěž symptomy, včetně bolesti, únavy, dušnosti, deprese, otoků, nespavosti, úzkosti, anorexie, zmatenosti a špatný celkový stav. Prognóza je nepředvídatelná a velmi špatná. Preference pacientů v oblasti péče, včetně kvality versus kvantity péče, se mohou lišit. Vhodnost paliativní péče a její potenciální přínos pacientům s pokročilým srdečním selháním bylo uznáno Americkou kardiologickou asociací - AHA a organizací pro srdeční selhání - Heart Failure Society of America (Diop et al., 2017, s. 85). Škála výsledků integrované paliativní péče (IPOS) je současnou zdokonalenou verzí stupnice výsledků paliativní péče (POS), integrující nejdůležitější aspekty a obavy hlášené pacientem do 17 položek vícerozměrné škály. Jedná se o nástroj pro zjišťování fyzických, emocionálních příznaků, jakož i komunikačních a duchovních. IPOS je přijímán mezi pacienty s pokročilým onemocněním, reaguje na změny a je zaveden v klinické péči a výzkumu obzvláště pro pacienty s nádorovým onemocněním i bez něj. Například výzkumná studie zabývající se hodnocením potřeb paliativní péče u pacientů se srdečním selháním během hospitalizace. Cílem studie bylo zhodnotit výkonnost, vhodnost a srozumitelnost integrované paliativní péče, s pomocí měřicího nástroje IPOS, do algoritmů rutinní péče o pacienty s kardiovaskulárním onemocněním. V průřezové

studii vyplnilo 100 pacientů se srdečním selháním (40 žen, 60 mužů; medián věku 78,5 let, v rozmezí 23 – 102 let). Výzkum probíhal ve Fakultní nemocnici ve Würzburgu, od 22. března do 10. srpna 2018. Kritéria k zařazení do studie: dospělí pacienti s kardiologickou diagnózou, kteří byli léčeni jako hospitalizovaní pacienti v kardiologickém centru Fakultní nemocnice Würzburg. Vzhledem k porozumění německému jazyku (řeč i text) byla znalost kritériem pro zařazení do studie. Všichni účastníci poskytli informovaný písemný souhlas. Byla použita německá verze IPOS. V tomto výzkumném programu IPOS hodnotili příznaky během posledních 3 dnů. Protože do studie bylo zařazeno 100 pacientů, výsledné počty odpovídají procentům. Hodnoty jednotlivých položek IPOS byly sečteny do celkového hrubého skóre v rozmezí od 0 (minimální zátěž) až 68 (maximální zátěž). Více než dvě třetiny pacientů uvedly klinicky relevantní fyzické příznaky, jako je dušnost (74 %), bolestivost v krku nebo sucho v ústech (68 %), špatná pohyblivost (67 %) nebo slabost 62 % respondentů. 49 % pacientů uvedlo klinicky relevantní ospalost, následovanou bolestí, únavou a nechutenstvím (40 %), zácpou (28 %) a zvracením (3 %). Duševní příznaky - více než tři čtvrtiny pacientů uváděly úzkost v rodinně (79 %), následovanou úzkostí pacienta (56 %), depresí (47 %), sdílením pocitů s rodinou nebo přáteli (42 %), dostatkem informací (22 %), pocitem klidu (11 %) a praktickými obavami (10 %). Ve studii 88 % pacientů uvedlo jeden, nebo více závažných nebo zdrcujících příznaků. Průměrné hrubé skóre IPOS bylo celkem 21,45 bodů (rozmezí 1 – 44 bodů). Všichni pacienti odpovídali na otázky týkající se srozumitelnosti a vhodnosti IPOS. 95 pacientů považovalo dotazník za "velmi snadno" srozumitelný a 5 jej hodnotilo jako "ne tak snadný". Žádný z respondentů si nemyslel, že by dotazník byl "těžký" na pochopení. V celku 95 % pacientů považovalo IPOS za velmi dobrý, srozumitelný a 91 % pacientů souhlasilo s tím, že je pro ně, že IPOS se dostatečně zabývá problémy, které se vyskytují v souvislosti se zdravotními problémy. IPOS se používá jako podnět k sebehodnocení pacienta a pomáhá identifikovat a seřadit jejich symptomy, potřeby a obavy, které mohou kontrastovat s vnějším vnímáním péče. Paliativní přístup k pacientům se srdečním selháním je vždy týmový a doporučuje se spolu s běžnou péčí, kdykoli v případě, že je to vhodné. Pacienti se složitějšími paliativními potřebami by měli mít přístup k specializované paliativní péči, zatímco ostatní by měli přijímat obecnou paliativní péči (Roch et al., 2020, s. 704 – 708).

Diabetické vředy na nohou mají silný dopad na kvalitu života pacientů, která ovlivňuje jejich mobilitu, fyzické fungování, míru bolesti, sociální aktivity a vztahy. Pacienti s vředy na diabetických nohách představují větší zhoršení kvality života související se zdravím ve srovnání nejen s běžnou populací, ale také s lidmi s diabetes. Paliativní péče je zaměřena na úlevu od bolesti a jiných nepříjemných symptomů a mají zlepšit kvalitu života pacientů ve fyzické, sociální, psychologické, kulturní a duchovní oblasti. Má se za to, že tento typ péče by měl být poskytován všem lidem na konci jejich života. Nicméně, ačkoli většina výzkumů byla provedena v prostředí, kdy pacienti měli nádorové onemocnění, tito pacienti představují pouze jednu třetinu těch, kteří ve skutečnosti potřebují paliativní péči. Ohledně nenádorových onemocnění to zahrnuje více diskuzí s pacientem o kvalitě života, lepší rozpoznávání symptomů a zvýšený počet doporučení na služby paliativní péče, která by vedla ke zlepšení emocionálního i psychického stavu pacientů. Měřicí nástroj IPOS je používán k identifikaci paliativní potřeby u lidí s pokročilými onemocněními. Cílem studie zabývající se paliativní péčí u diabetických pacientů s vředy na nohách bylo určení potřeb těchto pacientů. Jednalo se o průřezovou studii. Kritéria pro zařazení - pacienti, kteří navštěvovali Hospital Diabetic Foot Clinic v Portugalsku v rozmezí od února do října 2019 a souhlasili i písemně s účastí a byli schopni porozumět portugalskému. Pacienti byli vyloučeni, pokud měli aktivní vředy, které byly způsobené jinými stavy kromě cukrovky, zhoubné stavy, pokud byli upoutáni na lůžko a pokud byly potíže v komunikaci (například kognitivní poruchy, ztráta sluchu nebo neschopnost mluvit portugalsky). Měřicí nástroj IPOS se skládá z 10 stručných a jednoduchých odpovědí na otázky týkající se všech dimenzí života jednotlivce a má i sekci volného textu k identifikování potřeb, které nebyly zvažovány podle stávajících položek. Položky jsou bodovány na pěti bodech stupnice Likertova typu. Portugalská verze měřicího nástroje má dobrou vnitřní konzistenci (Cronbachovo α je 0,66) a velmi dobrou spolehlivost ($> 0,80$). Pro všechny analýzy byla p-hodnota nižší než 0,05 považována za statisticky významné. Studie se účastnilo 62 pacientů. Průměrný věk byl 67 let, účastníci studie byli převážně muži (63 %). Nejčastějšími příznaky (otázka č. 2) byly bolest (55 %), ospalost (53 %), slabost nebo nedostatek energie (44 %) a bolest nebo sucho v ústech (35 %). Nevolnost a zvracení byly popsány méně než 5 % našeho vzorku. Ti, bez aktivních vředů na diabetické noze, udávali výrazně větší dušnost. Zbývající symptomy měly podobnou distribuci mezi oběma skupinami. Většina účastníků pociťovala úzkost nebo obavy z jejich onemocnění nebo léčby (otázka číslo 3).

Největší míra obtíží byla zjištěna u otázky číslo 4: „*Cítil někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?*“, stupeň 4, tj. pořád, odpovědělo 12 pacientů (21 %). Druhá největší míra obtíží byla zjištěna u otázky číslo 5: „*Cítil jste se depresivně?*“, stupeň 4, tj. pořád, odpovědělo 7 pacientů (11 %). Nejmenší míra obtíží byla zjištěna u otázky číslo 2, konkrétně ohledně „*zvracení*“, stupeň 0 zvolilo 60 pacientů (97 %). Na druhém místě nejmenších obav/potíží se umístila stejná otázka, konkrétně „*nevolnost nebo pocit na zvracení*“, stupeň 0 zvolilo 59 pacientů (95 %). Ospalost, zácpa, bolest nebo sucho v ústech byly také často hlášeny. Tyto příznaky jsou v souladu s očekávanou vysokou prevalencí autonomní neuropatie (Mendonca et al. 2022, s. 6 – 8).

Paliativní péče je komplexní péče poskytovaná pacientům s život ohrožujícími chorobnými stavy s cílem zlepšit kvalitu života pacientů a jejich rodinných příslušníků. Zahrnuje tlumení bolesti, léčbu symptomů, emocionální, socioekonomickou, psychologickou a duchovní podporu a zároveň poskytuje pacientům důstojnost a kvalitu života. Posouzení a vyhodnocení potřeb paliativní péče se měří na různých úrovních v průběhu celého procesu péče, včetně struktury, procesu a výsledku. Nejdůležitějším ukazatelem paliativní péče je výsledný stav, měřený prostřednictvím symptomů a atributů kvality života. V poslední době se objevují různé měřicí nástroje k hodnocení paliativní péče. Integrovaná Palliative Care Outcome Scale (IPOS) je jednou z nejpoužívanějších stupnic pro měření výsledků. Tato daná studie hodnotila zátěž symptomů a problémů pomocí IPOS a identifikovala nejčastější symptomy u pacientek s pokročilým karcinomem děložního čípku, které se účastnily radioterapie v Addis Abebě v Etiopii. V této studii byl použit průřezový design k posouzení zátěže symptomů a problémů. Sběr dat probíhal od ledna do června 2019. Účastnice do této studie byly vybrány dle následujících kritérií: histologicky potvrzená diagnóza karcinomu děložního čípku, stadium IIB – IVB, věk vyšší než 18 let, ženy, které byly při vědomí, stabilní a schopné komunikovat a které daly souhlas k účasti na výzkumu. Celkem 385 pacientek s pokročilým karcinomem děložního čípku. Jejich věk se pohyboval od 20 do 80 let, s mediánem 50 let. Největší míra obtíží byla zjištěna u otázky číslo 4: „*Cítil někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?*“, stupeň 2, 3 nebo 4, tj. občas, většinu času nebo pořád, zaškrtno 82,3 % pacientek. Druhá největší míra obtíží byla u otázky číslo 3: „*Cítili jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?*“, stupeň 2, 3 nebo 4, tj. občas, většinu času nebo pořád, zaškrtno 79,7 % pacientek. Na třetím místě byla „*bolest*“ s 77,4 % pacientek. Nejmenší míra obtíží byla u otázky

č. 2, konkrétně ohledně „dušnosti“, stupeň 0 zvolilo 59 % pacientek. „Zvracení“ se umístilo na druhé příčce s 58 %. Celkové hrubé skóre IPOS bylo 28,6 bodů z 68 možných a směrodatná odchylka 12,1 bodů (Kebebew et al., 2021, s. 5 – 6).

Hodnocení symptomů je v paliativní péči zásadní, ale představuje výzvu. Cílem studie bylo zhodnotit hlavní symptomy a problémy pacientů při přijetí na speciální oddělení lůžkové paliativní péče. IPOS vyplnilo 314 z 935 pacientů (33,6 %), kteří byli hospitalizováni v nemocnici v Hamburgu v období mezi srpnem 2016 a zářím 2018. Průměrné celkové hrubé skóre IPOS bylo 32 bodů z 68 (SD 9,0). Pacienti vyplnili IPOS bez pomoci ve 42,4 %, s pomocí rodinného pečovatele ve 44,0 % a s pomocí zdravotnického pracovníka ve 4,8 %. Největší míra obtíží byla zjištěna u otázky číslo 4: „Cítil někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?“, stupeň 2, 3 nebo 4, tj. občas, většinu času nebo pořád, zaškrtno 94,7 % pacientů. „Špatná pohyblivost“ byla jako druhá největší míra obtíží s 91,5 % a „slabost nebo nedostatek energie“ byla na třetím místě s 91,2 % pacientů (Coym et al., 2020, s. 6).

2.3 Potřeby pacientů v paliativní péči v hospicích

V roce 2012 zemřelo v České republice celkem téměř 110 tisíc lidí, pouhých 22 tisíc zemřelo v domácím prostředí, což činí pouze 21 % z celkového počtu (Holmerová a Wija, 2016, s. 44). Výzkum agentur StemMark a Cesty domů, vydaný v roce 2013, ukázal, že 78 % respondentů z celkových 2 tisíc dotázaných, by preferovalo umřít doma (Cesta domů, 2013, s. 20). Dle doporučení České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP a zahraničních studií, by měla jedna skupina mobilní hospicové péče být na 100 000 obyvatel. Tato skupina je schopna v daném okamžiku pečovat až o 15 umírajících (Závadová, 2018, s. 12).

Z aktuální situace vyplývá, že péče o populaci bude v budoucnu zátěží pro celý zdravotní i sociální systém. Vychází to hlavně z faktu, že se jedná o značnou zátěž pro pečující v domácím prostředí vzhledem k dlouhodobému charakteru vývoje nemoci. Pochopitelné vyústění této situace povede k umístění pacientů do institucí. Určitý počet pacientů v těchto institucích umírá při terminální hospitalizaci (Závadová, 2018, s. 12). Klíčové v tomto okamžiku je jednoznačně načasování přesunu pacienta z nemocnice do hospice. Pětina pacientů odeslaných do hospice v Ontariu umírá v nemocničním zařízení v době, kdy jsou na čekací listině k příjmu do hospice. Schůdné řešení není otázkou lepšího přístupu k celostní specializované

paliativní péči prostřednictvím rozšíření hospicových prostor, ale také jejich poskytováním v domácích prostředích, v nemocnicích a v zařízeních dlouhodobé péče (Bainbridge a Seow, 2018, s. 460). Plánem budoucí péče s konkrétně vysvětlenými a vytyčenými cíli by vedl k příjemné péči v závěru života neohledně na umístění pacienta. Avšak je nutné podotknout, že místo úmrtí není jediným indikátorem kvality života a vyváženého ošetrovatelského managementu ke konci života. Kvalitní paliativní péče závisí dále na edukovanosti pečujícího personálu, příbuzných, pečujících a na kooperaci praktického lékaře se službami sociálními, odlehčovacími či s mobilním hospicem. Tato spolupráce v České republice již existuje. Mobilní hospicové týmy se starají a doprovází paliativní pacienty umírající v zařízeních sociálních služeb. V současné době vzniká směrnice spravující právě kooperaci sociálních zařízení a mobilních hospiců. Asociace poskytovatelů sociálních služeb chystá certifikaci paliativní péče. Tyto kroky mohou, na podkladě zkušeností a informací ze zahraničních států, razantně pomoci ke kvalitní péči o umírající tam, kde se cítí nejlépe. Nejvíce se v současné době této problematice věnuje Domov Sue Ryder v Praze (Závadová, 2018, s. 12). Většina terminálně nemocných a paliativních pacientů je v domácím prostředí v péči praktických lékařů. Ordinační doba lékařského i nelékařského personálu a vymezený čas k návštěvě lékaře u pacienta ale nemusí vždy dostačovat tomu, aby pacient mohl i v případě vzniku komplikací či změně zdravotního stavu, umřít doma. Větší část pacientů je poté zcela zbytečně převážena do nemocnice na lůžka akutní péče. Mnoho z těchto pacientů zde také později umírá. Mobilní specializovaná paliativní péče neboli mobilní hospicová péče představuje službu multidisciplinárního týmu. Obsahuje zdravotní složku (lékař/sestra), která je dostupná 24 hodin denně 7 dní v týdnu a která má také potenciál tento trend změnit. Zvyšuje tedy šanci terminálně nemocných na dožití v domácím prostředí, kde se cítí komfortně (Bainbridge a Seow, 2018, s. 458). V případě, že si pacient zvolí variantu mobilního hospice, mají praktičtí lékaři nejdůležitější roli. Jejich úkolem je totiž hodnocení symptomů a následně jejich léčba. Dále musí zajistit neustálou kontinuitu péče napříč všemi směry zdravotního systému. Má v kompetencích například preskripci léků nebo inkontinentních pomůcek, dále má seznam služeb agentur domácí péče, popřípadě nabídne pacientovi služby specializovaných týmů. Ať už se jedná o služby mobilních či lůžkových hospiců. Praktický lékař má vše potřebné k tomu, aby tuto kontinuitu mohl vytvořit, protože zná pacientovo zázemí, zná jeho anamnézu, potíže

a měl by se s pacientem i s jeho rodinou domluvit o budoucím nastavení péče (Závadová, 2018, s. 9 - 10).

Hospic se snaží o to, aby paliativně nemocný netrpěl nesmírnou bolestí a dalšími klinickými projevy nemoci. Jsou zde pacienti v péči zdravotnického personálu, který má zkušenosti s řešením těchto problémů. Dále hospic usiluje o to, aby nemocný cítil respekt ke své jedinečnosti, důstojnosti a měl co nejlepší kvalitu života. Prostředí i provoz by měl být co nejvíce přizpůsoben přání pacienta. Velké nároky jsou kladeny na soukromí. Úmyslem hospicové péče je vidina, že v posledních chvílích života by pacient neměl zůstat sám. Návštěvy by měly mít možnost, po domluvě s personálem, kontaktu 24 hodin denně s terminálně nemocným. Některé hospice poskytují možnost ubytování na přistýlce přímo s nemocným, jiné poskytují ubytování v prostorách hospice. Nemocný má možnost využít i přítomnost kněze, psychologů nebo i dobrovolníků (Sláma a Vorlíček, 2014, s. 1).

Dle studie Bainbridge a Seow (2018, s. 460) vyplývají podstatné rozdíly ve vnímané kvalitě péče poskytované v hospici ve srovnání s ostatními zařízeními, kde byla péče poskytována. Konkrétně, zatímco přibližně 85 % pečujících osob uvedlo, že mají velmi příznivou zkušenost s hospicem, tento podíl dramaticky klesl u péče v domácím prostředí, onkologickém centru anebo v nemocnici. Nejpříznivěji hodnoceným atributem péče ve všech zařízeních byla úleva od fyzické bolesti. Vnímání podpory v posledním týdnu života bylo výrazně lepší u pečovatelů, kteří uvedli hospic jako hlavní prostředí péče. Kromě toho, přestože mnoho pečujících osob uvádělo dobrou kontinuitu péče mezi jednotlivými zařízeními, největší problém viděli jako přechod do nemocnice a následně z nemocnice.

Mobilní hospicová péče není v České republice tak známá. Laická veřejnost v tomto směru není moc edukována. Medián péče České republiky se pohybuje okolo 16 dní. Z údajů vyplývá, že v péči specializovaných týmů mobilních hospiců zemře pouze 1,5 % ze všech zemřelých. Oproti tomu v sousedních zemích jako je Německo či Rakousko, kde zemře v péči mobilních hospiců 10 % (Závadová, 2018. s. 11).

Měření výsledků je nezbytnou součástí hodnocení paliativní péče a měření musí být spolehlivá, platná a přizpůsobená kultuře, ve které se používají. IPOS je široce používaný nástroj pro hodnocení výsledků na osobní úrovni v paliativní péči. Cílem následující studie bylo poskytnout českou verzi IPOS a posoudit její psychometrické

vlastnosti. Osloveni byli pacienti, kterým je poskytována paliativní péče v hospicích nebo nemocnicích. Jednalo se o multicentrickou studii se smíšenou metodou v 6 zdravotnických organizacích v České republice (1 domácí hospic péče, 2 hospicové zařízení a 3 nemocnice). Údaje byly získávány vyškoleným klinickým personálem – všeobecnými sestrami nebo sociálními pracovníci během hospitalizace nebo domácí návštěvy. Zařazovací kritéria byla: být pacientem hospice nebo domácí hospicové péče nebo týmu/oddělení paliativní péče v nemocnici a být schopni dát souhlas k účasti. Vyloučení byli pacienti, kteří měli kognitivní poruchu a kteří nerozuměli českému jazyku. Pacienti vyplnili IPOS a demografický dotazník sami nebo s pomocí personálu. V případě potřeby byli pacienti požádáni, aby IPOS vyplnili dvakrát za účelem testování spolehlivosti. Sběr dat probíhal od listopadu 2017 do srpna 2018 a bylo shromážděno 140 pacientů s průměrným věkem 72 let. Počet pacientů z nemocnice a hospice byl podobný (42,9 % vs. 57,1 %), pouze u 16 % pacientů byla péče poskytována v místě bydliště, domácím hospicem. Ve vzorku bylo o něco více žen (64,3 %) a většina pacientů trpěla onkologickým onemocněním (81 %). Většina pacientů (88,6 %) potřebovala pomoc při vyplnění IPOS. Nejvyšší míra obtíží byla zjištěna u otázky číslo 4, ve znění „*Cítíš někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o Vás?*“. Stupeň 4, tj. pořád, volilo 16,4 % pacientů. Druhá nejvyšší míra obtíží byla zjištěna u otázky číslo 2, konkrétně ohledně „*snížené pohyblivosti*“ a to v 13,6 %. Nejnižší míra obtíží byla zjištěna u otázky číslo 2, konkrétně ohledně „*zvracení*“, kdy stupeň 0 tj. vůbec, zvolilo 74,3 % pacientů. Druhá nejnižší míra problémů byla zjištěna u stejné otázky, konkrétně ohledně „*nevolnosti/pocitu na zvracení*“ a to v 53,6 % pacientů. Dále se umístila otázka číslo 9, zda-li byly řešeny praktické problémy, kdy se odpověď „*pořád*“ vybralo 52,9 % pacientů. Vliv pohlaví, věku a místa péče: celkové skóre IPOS se u mužů a žen nelišilo ($t = -1,537$, $p = 0,127$), ani nekorelovalo s věkem pacientů ($r = 0,141$, $p = 0,096$). Byl zjištěn významný rozdíl v celkovém skóre IPOS při porovnávání pacientů z hospiců a pacientů z nemocnic ($t = -3,613$, $p < 0,001$). Přesněji řečeno, průměrné celkové skóre IPOS u pacientů z hospiců bylo nižší (38,75, SD = 9,11) než průměrné skóre pacientů z nemocnic (44,28, SD = 8,77). Co se týče vlivu místa, věku nebo pohlaví, v tomto vzorku zjistili významné rozdíly v celkovém IPOS podle místa poskytování péče, což bylo také potvrzeno i v jiných zemích pro POS. Toto lze vysvětlit tím, že pacienti v hospicích jsou obvykle v terminálním stadiu onemocnění s dobře zvládnutými příznaky, neboť medián délky pobytu v českých domácích hospicích se pohybuje kolem 10 dnů. Celkové skóre

IPOS se nelišilo podle věku ani pohlaví, což je také v souladu s jinými studii (Vlčková et al., 2020, s. 3 - 4).

Politické systémy zdravotní péče na celém světě čelí výzvám kvůli rostoucímu počtu starších lidí s více nemocemi a rostoucí potřebou paliativní péče. Stále více lidí potřebuje paliativní péči, podle některých odhadů je to více než 40 milionů populace ročně na celém světě. Aby bylo možné čelit současným výzvám, je třeba vysvětlit rozdíly v oblasti kvality zdravotní péče napříč státy. Je potřeba řešit zlepšení výsledků. Toho lze dosáhnout pouze měřením potřeb zaměřených na pacienta a hodnocením kvality života. Pacienty hlášené výsledky jsou validované měřicí nástroje, které měří jejich vnímání a posuzují jejich vlastní zdravotní stav a pohodu. Dostupné měřicí nástroje jsou spíše specifické pro nemoc, než aby zachycovaly běžné obavy u pokročilého onemocnění bez ohledu na diagnózu. Většina se zaměřuje spíše na kontrolu nemocí nebo komplikací než na obavy pacientů. Pro testování zdokonalené verze výsledků měřicího nástroje IPOS se studie zaměřila na vyhodnocení platnosti, spolehlivosti a schopnost reagovat na změny v sebehodnocení pacienta a hodnocení personálem. IPOS zahrnuje pacientovy hlavní obavy/potíže, běžné symptomy, trápení pacienta/rodiny, existenciální pohodu, sdílení pocitů s rodinou nebo přáteli, obdržené informace a praktické obavy, v časovém rámci 3 dnů (pro lůžková zařízení) nebo 7 dnů (pro ambulantní zařízení). Pacienti, kterým je poskytována paliativní péče, byli postupně oslovováni z osmi britských a pěti německých pracovišť: (a) tři britské a jedna německá nemocniční konzultační služba, (b) pět britských a tři německé lůžkové paliativní oddělení a (c) sedm britských a dvě německé komunitní (domácí) paliativní služby. Zaměstnanci, kteří se starají o respondenty, byli také oslovováni. Údaje byly shromažďovány v období od června 2014 do ledna 2016. Kritéria pro zařazení účastníků z řad pacientů byly následující: věk > 18 let, schopnost porozumět písemnému informovaný souhlas a schopnost mluvit/číst anglicky nebo německy. Kritéria k vyloučení pro účastníky z řad pacientů byla následující: příliš špatné zdraví nebo rozrušení, neschopnost porozumět anglickému nebo německému jazyku. Kritériem pro zařazení respondentů z řad zaměstnanců bylo poskytování péče pacientu, který je zapojen taktéž. Účastníci z řad zaměstnanců hodnotili výzkumná opatření nezávisle na odpovědích měřeních účastníků z řad pacientů. Celkem bylo přijato k výzkumnému šetření 376 respondentů. Hospitalizovaných pacientů v nemocnicích bylo v součtu 47,9 % respondentů,

v kamenných hospicích 19,1 % respondentů, v domácím prostředí 30,1 % a 2,9 % respondentů nevedlo. Následující výsledky zahrnují všechny výše zmíněné zdravotnické resorty. Největší míra obtíží byla zjištěna u otázky č. 8, zda-li „*dostávají respondenti dostatek informací*“ a to v 39,1 %, dále v otázce č. 7, zda-li „*byli schopni hovořit se svou rodinou a přáteli o tom, jak se cítí*“, odpovědělo 35,9 % respondentů, že vůbec. Poté 34,6 % respondentů odpovědělo pořád na otázku číslo 4, zda „*cítil někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?*“. Nejmenší míra obtíží byla zjištěna u otázky číslo 2, konkrétně ohledně „*zvracení*“. Stupeň 0, tj. žádné problémy, zvolilo 73,1 % respondentů. Druhá nejmenší míra obtíží byla u stejné otázky, u „*nevolnosti/pocitu na zvracení*“. Odpovědělo 46,5 % respondentů. Na třetím místě se objevila otázka číslo 9, kdy stupeň tj. problémy řešeny/žádné problémy, volilo 42,8 % respondentů. Srovnání hodnocení personálu a pacientů přineslo podobné výsledky s přijatelnou až dobrou shodou. Shoda byla na nejvyšší úrovni u položek „*Bolest*“, „*Dušnost*“, „*Zvracení*“ a „*Zácpa*“. IPOS je validní a reliabilní měřicí nástroj pro použití u lidí s pokročilým onemocněním. Má dobrou strukturální platnost se třemi základními potřebami - fyzickými, emočními a komunikačními/praktickými potřebami. Téměř všechny jednotlivé položky IPOS vykazují dobrou shodu při opakovaném testování u stabilních pacientů. Existuje přijatelná nebo dobrá shoda mezi údaji, které pacient uvedl sám a položkami uváděnými personálem (Murtagh et al., 2019, s. 1046 - 1048).

2.4 Shrnutí teoretických východisek

Významnou předností paliativní péče je důraz na kvalitu života nemocného i jeho rodiny a péče o biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby. Nedostačující uspokojování potřeb zřetelně snižuje kvalitu života paliativně nemocného pacienta, proto je hodnocení saturace potřeb pacientů v paliativní péči žádoucím indikátorem kvality poskytované péče (Bužgová et al., 2013, s. 310).

V zahraničí k posouzení potřeb paliativně nemocných slouží například měřicí nástroje PNI, PNPC a SAQ. Dostupné měřicí nástroje v českém jazyce jsou měřicí nástroje k hodnocení kvality života onkologicky nemocných. Jedním z takových měřících nástrojů je například měřicí nástroj EORTC QLQ – 30. Na základě měřících nástrojů PNI a PNPC byl vytvořen měřicí nástroj PNAP. V České republice se nyní používá, ke komplexnímu zhodnocení paliativní péče, měřicí nástroj IPOS. Měřicí nástroj IPOS se řadí mezi nejvíce používané a nejvíce respektované měřicí nástroje

v paliativní péči po celém světě. Pacienti mohou také uvést své hlavní problémy a obavy a jakékoli další příznaky. IPOS má celkem čtyři verze v českém jazyce: měřicí nástroj IPOS pro pacienty – 7denní, měřicí nástroj IPOS pro personál – 7denní, měřicí nástroj IPOS pro pacienty – 3denní a měřicí nástroj IPOS pro personál – 3denní. Pokud dojde ke změně priorit a potřeb pacienta, pacient může vyplnit nástroj 3denní. Takto reflektuje měřicí nástroj na změnu stavu paliativního pacienta.

Pohlaví pacientů bylo většinou rozděleno rovnoměrně jako například ve studiích péče o pacienty s kardiálním selháváním, kde bylo zastoupení 40 žen a 60 mužů (Roch et al., 2020, s. 704 – 708). Mužská část výzkumu v Nagasaki byla zastoupena 59,0 % a ve Würzburgu 52,8 % (Van Oorschot et al., 2020, s. 1486). V portugalské studii od autorů Mendonca et al. (2022, s. 6 – 8) byli účastníci převážně muži – 63 %. Naopak 64,3 % zastoupení měly ženy v České republice (Vlčková et al., 2020, s. 3 – 4) a 100 % zastoupení žen bylo v Etiopii, kvůli diagnóze týkající se výhradně ženského pohlaví (Kebebew et al., 2021, s. 5 – 6). Ve dvou fakulních nemocnicích v Londýně byly interakční efekty mezi věkem a deprivací statisticky významné pro praktickou subškálu nástroje IPOS a nebyly statisticky významné pro fyzickou a sociální oblast měřicího nástroje. Interakční efekty mezi pohlavím a deprivací nebyly statisticky významné pro žádnou subškálu. Analýza nezkoumala vliv deprivace na jednotlivé položky IPOS, a proto není známo, jaký vliv má deprivace na jednotlivé položky IPOS (Davies et al., 2023, s. 577 – 579). Dle studie Vlčkové et al. (2020, s. 3 – 4) se celkové skóre nelišilo podle věku ani pohlaví. Vliv pohlaví, věku a místa péče: celkové skóre IPOS se u mužů a žen nelišilo ($t = -1,537$; $p = 0,127$), ani nekorelovalo s věkem pacientů ($r = 0,141$; $p = 0,096$).

Byl zjištěn významný rozdíl v celkovém skóre IPOS při porovnávání pacientů z hospiců a pacientů z nemocnic ($t = -3,613$; $p < 0,001$). Přesněji řečeno, průměrné celkové skóre IPOS u pacientů z hospiců bylo nižší (38,75; směrodatná odchylka byla 9,11) než průměrné skóre pacientů z nemocnic (44,28; směrodatná odchylka = 8,77) (Vlčková et al., 2020, s. 3 – 4). Dále se průměrné hrubé skóre měřicího nástroje IPOS pohybovalo okolo 30 bodů, jako například u žen v Etiopii, kde bylo 28,6 bodů z 68 a směrodatná odchylka byla 12,1 bodů (Kebebew et al., 2021, s. 5 – 6). O něco více se pohybovalo v Hamburгу v nemocnici a to 32 bodů a SD byla 9,0 bodů (Coym et al., 2020, s. 6). Nejmenší průměrné hrubé skóre a tím i nejlepší kvalitu života měli pacienti s kardiálním selháváním v nemocnici

ve Würzburgu, jejich skóre bylo 21,45 bodů. Tato nižší hodnota může být spojena s relativně nízkým počtem pacientů (100 pacientů) (Roch et al., 2020, s. 704 – 708).

Mnohdy je péče zaměřená pouze na fyzické potřeby nemocných a nemocný se nebere jako holistická bytost (Bužgová et al., 2014, s. 244). Nejvíce se ve výše uvedených studiích opakovala jako největší míra obtíží/problémů otázka číslo 4 ve znění: „*Cítil někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o Vás?*“. Tuto nenaplněno potřebu udávala většina autorů jako Mendonca et al. (2022, s. 6 – 8), Roch et al. (2020, s. 704 – 708), Van Oorschot et al. (2020, s. 1486), Kebebew et al. (2021, s. 5 – 6), Coym et al. (2020, s. 6) a v neposlední řadě Vlčková et al. (2020, s. 3 – 4). Jenom u studie německých a britských hospiců vyšla jako největší míra potíží otázka číslo 8: „*Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?*“ (Murtagh et al., 2019, s. 1046 - 1048). Nejmenší míra obtíží byla většinou u otázky číslo 2, konkrétně ohledně „*zvracení*“ a „*nevolnosti/pocitu na zvracení*“. Tyto výsledky vyšly autorům Mendonca et al. (2022, s. 6 – 8), Vlčková et al. (2020, s. 3 - 4) a Murtagh et al. (2019, s. 1046 - 1048). Dále se objevovala nízká míra obtíží ohledně řešení praktických problémů - Roch et al. (2020, s. 704 – 708), Vlčková et al. (2020, s. 3 – 4) a Murtagh et al. (2019, s. 1046 - 1048).

S pomocí analýzy dohledaných výzkumných studií došlo k formulaci teoretických hypotéz vztahující se k cílům výzkumného šetření. Byly formulovány teoretické hypotézy. Předpokládáme, že nejvyšší míra obtíží a tudíž nejnižší míra kvality života bude v otázce týkající se úzkosti rodiny pacienta. Nejnižší míru obtíží, tj. největší kvalitu života předpokládáme v položce zvracení. Dále předpokládáme, že kvalita života paliativních pacientů není ovlivněna věkem, pohlavím, ale bude ovlivněna místem péče.

3 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření bylo provedeno formou kvantitativního typu. Ke sběru dat byl použit měřicí nástroj IPOS (Příloha 7). Výzkumné šetření bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (Příloha 1) a Etickou komisí Fakultní nemocnice Olomouc (Příloha 2). Souhlasné stanovisko vyjádřily i hospice – kamenný Hospic na Svatém Kopečku (Příloha 5) a mobilní hospic Nejste sami v Olomouci (Příloha 6).

3.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit kvalitu života paliativních pacientů v nemocnicích a v hospicích. Tento hlavní cíl je níže rozpracován do jednotlivých dílčích cílů.

Cíl 1: Zjistit kvalitu života u pacientů v paliativní péči, měřeno celkovým skóre IPOS.

Statistické hypotézy k cíli 1

Hypotéza H₀1: Kvalita života bude nejnižší v položkách týkajících se úzkosti/obav v rodině.

Hypotéza H_A1: Kvalita života nebude nejnižší v položkách týkajících se úzkosti/obav v rodině.

Cíl 2: Zjistit, zda je kvalita života paliativních pacientů, měřená celkovým skóre IPOS, ovlivněna věkem, pohlavím a místem péče (typem zařízení).

Statistické hypotézy k cíli 2

Ovlivnění míry obtíží věkem pacientů

Hypotéza H₀2: Neexistuje závislost mezi kvalitou života paliativních pacientů a věkem pacientů.

Hypotéza H_A2: Existuje závislost mezi kvalitou života paliativních pacientů a věkem pacientů.

Ovlivnění míry obtíží pohlavím pacientů

Hypotéza H₀₃: Neexistuje závislost mezi kvalitou života paliativních pacientů a pohlavím pacientů.

Hypotéza H_{A3}: Existuje závislost mezi kvalitou života paliativních pacientů a pohlavím pacientů.

Posouzení závislosti mezi mírou obtíží a typem zařízení

Hypotéza H₀₄: Neexistuje závislost mezi kvalitou života paliativních pacientů a místem péče (typem zařízení).

Hypotéza H_{A4}: Existuje závislost mezi kvalitou života paliativních pacientů a místem péče (typem zařízení).

3.2 Charakteristika souboru

Soubor tvoří respondenti, kterým byla ukončena kurativní léčba a je jim poskytována péče paliativní. K zapojení do výzkumného šetření bylo potřeba nastavit určitá kritéria. Zařazovacími kritérii byl stanoven věk nad 18 let, schopnost komunikace, orientace místem, časem, osobou, přečtený a podepsaný informovaný souhlas s výzkumným šetřením, ukončená kurativní léčba. Respondenti museli splnit všechna kritéria. Ti, kteří nespĺnili alespoň jedno z kritérií, nebyli oslovoováni. Odhad rozsahu výběru pro měřicí nástroj IPOS byl vypočten na základě studie autorů Roch et al. (2020, 706, = total score, Tab. 4, 1. řádek) s přesností 95 %, $\Delta = 1,9$;

SD =10, podle vzorce
$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sigma}{\Delta} \right)^2$$
 (Hendl, 2004, s.173)

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sigma}{\Delta} \right)^2 = \left(\frac{1,96 \cdot 10}{1,9} \right)^2 = 106,4$$

Minimální počet respondentů pro práci s měřicím nástrojem IPOS je 107.

Výzkumného šetření se účastnilo celkem 113 paliativních pacientů, z toho bylo 63 pacientů (55,8 %) z Fakultní nemocnice Olomouc (dále jen FNOL), 40 pacientů (35,4 %) z kamenného hospice a 10 pacientů (8,8 %) z mobilního hospice.

3.3 Metoda sběru dat

K získání dat byl využit kvantitativní výzkumný přístup a to formou měřicího nástroje IPOS. Měřicí nástroj se zabývá hodnocením kvality života pacientů v paliativní péči. Původní měřicí nástroj vydal kolektiv autorů v King's College v Londýně v roce 1999 (Vlčková a Loučka, 2020, s. neuvedeno). Česká verze byla validizovaná Centrem paliativní péče v popředí s ředitelem PhDr. Martinem Loučkou, PhD. Ředitel Loučka udělil souhlas s použitím měřicího nástroje IPOS k výzkumnému šetření pro účely této diplomové práce (Příloha 3).

Měřicí nástroj IPOS obsahuje celkem 10 otázek, přičemž v otázce číslo dva - pacienti hodnotí, jak moc je obtěžují některé z deseti základních fyzických symptomů. Otázka číslo 1 se ptá, jaké byly pacientovy hlavní problémy či obtíže v posledních 3 dnech? V poslední otázce se uvádí, zda pacienti vyplnili měřicí nástroj sami či s něčí dopomocí. Pacienti tedy celkově vyplňují 22 položek. Jednotlivé části měřicího nástroje se zabývají fyzickými symptomy, emočními a psychologickými potřebami a také tím, zda má pacient dostatek informací a podpory. Kromě první a poslední otázky, jsou hodnoceny všechny ostatní otázky pětibodovou Likertovou škálou. U otázky číslo 2, která se zabývá obtížemi a popřípadě jejich mírou, značí 0 vůbec (obtěžuje), 1 mírně, 2 středně, 3 silně, 4 nesnesitelně (obtěžuje). Otázky číslo 3 až 5 se věnují úzkostem, obavám a depresím. U těchto otázek značí 0 vůbec, 1 výjimečně, 2 občas, 3 většinu času a 4 pořád. Otázky 6 až 8 se zabývají komunikací a vnitřním klidem, dle Likertovy škály značí 0 pořád, 1 většinu času, 2 občas, 3 zřídka a 4 vůbec. Otázka číslo 9 řeší otázku praktických problémů. Stupeň 0 odpovídá odpovědím, že problémy byly řešeny nebo žádné problémy nebyly, 1 odpovídá problémy většinou řešeny, 2 problémy částečně řešeny, 3 spíše řešeny, 4 vypovídá odpovědím, kde problémy nebyly řešeny. Obecně, u jednotlivých položek měřicího nástroje, skóre nula nebo jedna vyžaduje menší klinickou pozornost než skóre tři nebo čtyři. Z tohoto důvodu byla při zpracování a popisu odpovědí původní škála 0 - 4 zredukována na třístupňovou škálu 0 + 1, 2, 3 + 4 a k jednotlivým položkám měřicího nástroje byl udělán popis distribuce odpovědí na této škále. Pacient

by měl vyplňovat měřicí nástroj sám, pokud toho není schopen, tak s dopomocí personálu. Měřicí nástroj je vhodný pro pacienty v kterékoli fázi onemocnění. Není vhodný pro osoby s významným kognitivním deficitem. V současné době se vytváří samostatná varianta měřicího nástroje pro dětské pacienty.

3.4 Realizace výzkumu

V rámci realizace výzkumu bylo osloveno více pracovišť, vypsáné jsou pouze ta zařízení, která souhlasila se sběrem dat.

- Fakultní nemocnice Olomouc
 - Onkologická klinika – oddělení 42A, 42B
 - Hemato-onkologická klinika – oddělení 5A, 5B
 - II. interní klinika – oddělení 30C, 30M, 30D - JIP
 - III. interní klinika - všeobecné interní lůžkové oddělení - 39A, oddělení revmatologie 39R, oddělení diabetologie a endokrinologie 39B, oddělení nefrologie 39C
 - Oddělení geriatry – oddělení 46, 48 (ODOP – oddělení dlouhodobé ošetrovatelské péče)
 - Klinika plicních nemocí a tuberkulózy – standartní oddělení 25, 26
- Hospic na sv. Kopečku v Olomouci
- Mobilní hospic Nejste sami v Olomouci

Sběr dat pro výzkumné šetření probíhal od 1. června 2022 do 31. ledna 2023. Sběr dat byl realizován po souhlasném stanovisku etické komise nebo po souhlasném stanovisku vyššího managementu jednotlivých zařízení. Ve fakultní nemocnici v Olomouci byly kontaktovány vrchní sestry následujících klinik: onkologická klinika, hemato-onkologická klinika, 2. interní klinika, 3. interní klinika, oddělení geriatry, klinika plicních nemocí a tuberkulózy. Vrchní sestry byly informovány náměstkyní nelékařských oborů Ing. Bc. Andreou Drobiličovou (Příloha 4). V hospici Na sv. Kopečku byl managementem probrán měřicí nástroj se souhlasným stanoviskem. Toto stanovisko bylo sděleno sociální pracovnící Mgr. Martinou Ležákovou (Příloha 5). Dalším pracovištěm, kde byl realizován sběr dat byl Mobilní hospic Nejste sami v Olomouci (Příloha 6). Zde bylo výzkumné šetření schváleno vrchní sestrou Mgr. Janou Vzatkovou.

Potenciální respondenti byli oslovováni řešitelkou výzkumu nebo zprostředkovaně za pomoci personálu (management daného pracoviště, staničními sestrami, všeobecnými či praktickými sestrami) na daném pracovišti. Personál byl proškolen o způsobu administrace měřicího přístroje. Celkem bylo osloveno 180 respondentů. Patnáct respondentů odmítlo účast na měřícím nástroji, jelikož byli unavení a chtěli odpočívat. Pěti respondentům přišel měřicí nástroj dlouhý a nechtěli se účastnit. Ostatní oslovení respondenti se nechtěli účastnit sběru měřicího nástroje, z jiných neuvedených důvodů. Celkový počet respondentů, kteří se účastnili, činil 113. Minimální vzorek vypočítaný statistikem byl 107. Celková návratnost měřicího nástroje IPOS byla 62,8 % (113 z 180 oslovených respondentů). Po přečtení informovaného souhlasu a edukaci ohledně zápisu odpovědí do měřicího nástroje byl respondentům předán měřicí nástroj IPOS k vyplnění. Interval vyplnění byl vypočten na cca 20 minut, dle momentálního stavu respondentů. Po vypsání odpovědí respondentů si pracovníci daného pracoviště či řešitelka převzali tyto vyplněné měřicí nástroje a uložili do obálky. Poté byla obálka zalepena. Pokud se jednalo o variantu, kdy byly obálky uloženy na daném pracovišti, řešitelka si vybírala tyto obálky v pravidelných intervalech a to v období 14 dnů. Obálky byly sbírány a uloženy v přenosném, zamykatelném boxu. Respondenti neuváděli svá jména ani příjmení, pouze pohlaví, tak byla zajištěna jejich anonymita.

3.5 Metody zpracování dat

Data získaná výzkumným šetřením, byla uložena do tabulky v programu MS Excel. Pro každého pacienta byla vypočítána hodnota celkového skóre IPOS. K popisu kvantitativních parametrů (věk pacientů, skóre IPOS) byly použity základní popisné statistiky: průměrná hodnota, směrodatná odchylka (SD), medián hodnot a minimální a maximální hodnota. K popisu kvalitativních parametrů (pohlaví pacientů, typ zařízení poskytované péče, odpovědi na jednotlivé položky měřicího nástroje IPOS) byly použity četnostní tabulky s absolutními četnostmi a relativními četnostmi vyjádřenými v procentech. Distribuce odpovědí na jednotlivé položky měřicího nástroje byla popsána také na modifikované, třístupňové škále odpovědí 0 + 1, 2, 3 + 4, vzhledem k tomu, že skóre nula nebo jedna vyžaduje menší klinickou pozornost než skóre tři nebo čtyři. K ověření platnosti hypotéz byl použit statistický software IBM SPSS Statistics verze 23. K ověření hypotézy o nezávislosti mezi skóre IPOS a věkem pacientů (hypotéza H_02) byla použita Spearmanova korelační analýza.

Byla vypočítána hodnota Spearmanova korelačního koeficientu a byl proveden test významnosti korelačního koeficientu. Spearmanova korelační analýza byla použita kvůli nenormálnímu rozdělení četností hodnot věku. Platnost hypotézy byla dále ověřena na úrovni jednotlivých položek měřícího nástroje IPOS. Ke korelaci odpovědí na položky měřícího nástroje s věkem byla použita Spearmanova korelační analýza. Normalita hodnot byla ověřena pomocí Shapiro-Wilkova testu. K ověření hypotézy o nezávislosti mezi skóre IPOS a pohlavím pacientů (hypotéza H_{03}) byl použit Studentův t-test pro dva výběry. Testem byly porovnány průměrné hodnoty skóre IPOS ve skupině mužů a ve skupině žen. Studentův t-test byl použit kvůli normální distribuci skóre IPOS ve skupině mužů a ve skupině žen. K ověření hypotézy H_{04} o nezávislosti mezi skóre IPOS a typem zařízení poskytující péči (FNOL, hospic) byl použit Studentův t-test pro dva výběry. Studentův t-test byl použit kvůli normální distribuci skóre IPOS ve skupině pacientů FNOL a ve skupině pacientů s hospicovou péčí. Platnost hypotézy byla dále ověřena na úrovni jednotlivých položek měřícího nástroje IPOS. K porovnání odpovědí na položky měřícího nástroje v závislosti na typu zařízení byl použit Mann-Whitney U test. Normalita hodnot skóre v porovnávaných skupinách byla ověřena pomocí Shapiro-Wilkova testu. Všechny testy byly dělány na hladině významnosti 0,05. Pokud se jedná o validitu, Spearmanovy korelace mezi podobnými IPOS měřícími nástroji se položky pohybovaly v rozmezí od 0,61 do 0,94. Pokud jde o reliabilitu, vážené kappa koeficienty se pohybují od 0,53 do 0,81 pro pacienty a od 0,58 do 0,90 pro poskytovatele zdravotní péče. Pro reliabilitu mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče byly vážené koeficienty kappa pro každou položku od 0,05 do 0,42 pro fyzické symptomy, od 0,03 do 0,25 pro emocionální symptomy a od 0,05 do 0,15 pro komunikační/praktické problémy (Ishii et al, 2023, s. 2).

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Dále se kapitola věnuje popisu analýzy výsledků výzkumného šetření. Tyto výsledky jsou prezentovány v následujícím pořadí:

1. charakteristika výzkumného souboru
2. výsledky hodnocení nástroje IPOS
3. ověření platnosti hypotéz

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumného šetření se účastnilo celkem 113 paliativních respondentů, z toho bylo 63 respondentů (55,8 %) z FNOL, 40 respondentů (35,4 %) z kamenného hospice a 10 respondentů (8,8 %) z mobilního hospice. Charakteristiku souboru respondentů popisuje tabulka číslo 2.

Tabulka č. 2: Charakteristika souboru respondentů dle zařízení

	Počet	%
FNOL	63	55,8
Kamenný hospic	40	35,4
Mobilní hospic	10	8,8

FNOL – Fakultní nemocnice Olomouc, % - procenta

Věk a pohlaví respondentů

Ve sledovaném souboru bylo celkem 66 žen (58,4 %) a 47 mužů (41,6 %). Průměrný věk respondentů byl 58,9 let, směrodatná odchylka (dále jen SD) věku byla 17,8 let, medián věku byl 61,0 let. Nejmladší respondent měl 22 let a nejstarší respondent měl 100 let. Tento přehled je v tabulce číslo 3.

Tabulka č. 3: Průměrný věk respondentů

	Průměr	SD	Medián	Minimum	Maximum
Věk	58,9	17,8	61,0	22	100

SD - směrodatná odchylka

Největší zastoupení ročníků narození respondentů bylo mezi léty 1961 – 1970 (celkem 25 respondentů, 12 mužů a 13 žen). Druhé nejvyšší zastoupení respondentů bylo mezi roky narození 1951 – 1960 (celkem 21 respondentů, z toho

6 mužů a 15 žen). Na třetím místě jsou zastoupeni respondenti s ročníkem narození v rozmezí od 1941 do 1950 (celkem 18 respondentů, z toho 11 mužů a 7 žen). Nejméně byla zastoupena skupina s ročníkem narození mezi 1921 až 1930 (celkem 2 respondenti, 0 mužů a 2 ženy). Roky narození popisuje tabulka číslo 4.

Tabulka č. 4: Rok narození

	1921 - 1930	1931 - 1940	1941 - 1950	1951 - 1960	1961 - 1970	1971 - 1980	1981 - 1990	1991 - 2000
Muž	0	7	11	6	12	10	1	0
Žena	2	4	7	15	13	6	9	10
Celkem	2	11	18	21	25	16	10	10

V následující tabulce číslo 5 se udává popisná charakteristika věku pacientů podle zdravotnického zařízení. Nejvyšší průměrný věk byl 63,6 let v mobilním hospici. Na druhé příčce se umístil kamenný hospic s průměrným věkem 60,8 let. V kamenném hospici vyplnil měřicí nástroj nejstarší respondent ze všech, respondent měl přesných 100 let věku. Nejnižší průměrný věk respondentů byl ve FNOL. Činil 56,9 let. Zde byl nejmladší ze všech respondentů, respondent měl 22 let.

Tabulka č. 5: Věk pacientů podle typu zařízení

Věk	Průměr	SD	Medián	Minimum	Maximum
FNOL	56,9	19,2	61,0	22	92
Kamenný hospic	60,8	15,7	59,5	33	100
Mobilní hospic	63,6	16,3	68,5	32	84

SD - směrodatná odchylka, FNOL - Fakultní nemocnice Olomouc

4.2 Výsledky hodnocení nástroje IPOS

Měřicí nástroj IPOS obsahuje celkem 10 otázek se 17 položkami. Do výpočtu celkového hrubého skóre se nepočítá otázka č.1, 2a, 2b, 2c a otázka č. 10. Všechny otázky, které se do skóre započítávají, mají škálu odpovědí od 0 do 4, kde stupeň nula vyjadřuje nejmenší míru obtíží a stupeň 4 vyjadřuje nejvyšší míru obtíží. Celkové skóre celého měřicího nástroje tak může nabývat hodnot od 0 bodů do 68 bodů, přičemž vyšší skóre naznačuje převažující přítomnost problémů/příznaků a potřeb, které nejsou řešeny a snižují kvalitu života.

Nejvyšší míra obtíží, tj. nejvyšší průměrná hodnota celkového hrubého skóre IPOS byla zjištěna u paliativních pacientů ve Fakultní nemocnici Olomouc - průměr byl 31,5 bodů. Dále směrodatná odchylka činila 9,1. Medián 33,0. Minimální celkový počet bodů byl 9 a maximální 50 bodů.

Nejnižší míra obtíží, tj. nejnižší průměrná hodnota hrubého skóre IPOS byla zjištěna u paliativních pacientů v mobilních hospicích. Průměrné skóre bylo 20,3 bodů. Směrodatná odchylka 11,0; medián činil 20,5 bodu. Nejvyšší počet bodů výzkumného šetření v mobilním hospici byl 41,0 bodů, nejnižší pak 8,0 bodů.

U paliativních pacientů v kamenných hospicích byla průměrná hodnota skóre IPOS 23,7 bodů. Směrodatná odchylka činila 8,9, medián dělal 24,0 bodů. Maximální skóre měřicího nástroje u paliativních pacientů v kamenných hospicích se rovnal 47,0 bodům, minimální skóre se rovnalo 8,0 bodům. Vše výše zmíněné ukazuje následující tabulka číslo 6.

Tabulka č. 6: Průměrná hodnota a směrodatná odchylka celkového skóre IPOS u pacientů podle typu zařízení

IPOS celkové skóre	Průměr	SD	Medián	Minimum	Maximum
FNOL	31,5	9,1	33,0	9,0	50,0
Kamenný hospic	23,7	8,9	24,0	8,0	47,0
Mobilní hospic	20,3	11,0	20,5	8,0	41,0

SD - směrodatná odchylka, FNOL - Fakultní nemocnice Olomouc

Zařízení FNOL

U paliativních pacientů ve Fakultní nemocnici Olomouc byla nejvyšší míra obtíží zjištěna u otázky č. 4 „*Cítil někdo z Vaší rodiny úzkost nebo obavy o Vás?*“. Stupeň 3 nebo 4, tj. většinu času nebo pořád, u této položky volilo celkem 46 respondentů (73,0 %). Na druhém a třetím místě podle míry obtíží byla otázka č. 3 „*Cítil jste úzkost nebo obavy z Vaší nemoci nebo léčby?*“. Stupeň 3 nebo 4, tj. většinu času nebo pořád, u této položky volilo celkem 36 respondentů (57,1 %). Stejná míra obtíží (36 respondentů - 57,1 %) byla zjištěna u položky č. 6 „*Pocítujete vnitřní klid?*“.

Nejnižší míra problémů ve FNOL byla zjištěna u otázky č. 2, kde byl uveden seznam obtíží, které mohli respondenti, ale nemuseli, pozorovat během posledního týdne. Nejlépe byla vyhodnocena otázka „*dušnost*“, kdy stupeň 0 nebo 1, tj. vůbec nebo mírně, volilo 46 respondentů (73,0 %). Další nejlépe saturované oblasti se týkaly „*bolestí či sucha v ústech*“ (otázka číslo 2) a dostatku informací (otázka číslo 8, v plném znění „*Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?*“). Stupeň 0 či 1, tj. vůbec nebo mírně, volilo shodně 41 respondentů (65,1 %). Dále 40 respondentů (63,5 %) zvolilo stupeň 0 – 1, tj. vůbec nebo mírně, v otázce číslo 2. Konkrétně u obtíží týkajících se „*zvracení*“ a „*zácpy*“.

Celkový přehled obtíží ve FNOL a jejich stupně, průměr, směrodatná odchylka a medián jsou více popsány v tabulce číslo 7.

Tabulka č. 7: Přehled míry obtíží ve FNOL – modifikovaná škála

FNOL	0 - 1	2	3 - 4	Průměr	SD	Medián
Bolest	42,9 %	25,4 %	31,7 %	1,5	1,3	2,0
Dušnost	73,0 %	19,0 %	7,9 %	0,6	1,1	0,0
Slabost	23,8 %	25,4 %	50,8 %	2,0	1,2	3,0
Nevolnost	47,6 %	20,6 %	31,7 %	1,4	1,4	2,0
Zvracení	63,5 %	7,9 %	28,6 %	1,0	1,4	0,0
Nechutenství	42,9 %	14,3 %	42,9 %	1,6	1,4	2,0
Zácpa	63,5 %	19,0 %	17,5 %	0,9	1,2	0,0
Bolesti či sucho v ústech	65,1 %	19,0 %	15,9 %	0,9	1,2	0,0
Ospalost	28,6 %	30,2 %	41,3 %	1,8	1,2	2,0
Snížená pohyblivost	41,3 %	28,6 %	30,2 %	1,5	1,3	2,0
Úzkost/obavy pacient	20,6 %	22,2 %	57,1 %	2,2	1,2	3,0
Úzkost/obavy v rodině	9,5 %	17,5 %	73,0 %	2,5	0,9	3,0
Deprese	27,0 %	28,6 %	44,4 %	1,9	1,2	2,0
Vnitřní klid	20,6 %	22,2 %	57,1 %	2,2	1,2	3,0
Sdílení pocitů	38,1 %	34,9 %	27,0 %	1,5	1,3	2,0
Dostatek informací	65,1 %	17,5 %	17,5 %	0,9	1,2	0,0
Praktické problémy	47,6 %	34,9 %	17,5 %	1,2	1,2	2,0

SD - směrodatná odchylka, FNOL - Fakultní nemocnice Olomouc

Zařízení kamenný hospic

U paliativních pacientů v kamenných hospicích byla nejvyšší míra obtíží zjištěna u otázky č. 4 „*Cítil někdo z Vaší rodiny úzkost nebo obavy o Vás?*“. Stupeň 3 nebo 4, tj. většinu času nebo pořád, u této položky volilo celkem 22 respondentů (55,0 %). Na druhém místě podle míry obtíží byla otázka č. 2, kde byl uveden seznam obtíží, které mohli respondenti, ale nemuseli, pozorovat během posledního týdne. Konkrétně ovlivnění „*slabostí*“, stupeň 3 nebo 4, tj. silně nebo nesnesitelně, u této položky volilo celkem 13 respondentů (32,5 %). Na třetím místě byla taktéž otázka č. 2, ovlivnění „*bolestí*“, kde stupeň 3 nebo 4, tj. silně nebo nesnesitelně, volilo celkem 11 respondentů (27,5 %).

U paliativních pacientů v kamenných hospicích byla nejnižší míra obtíží zjištěna u otázky č. 2, konkrétně ohledně „*zvracení*“, kde stupeň 0 či 1, tj. vůbec nebo mírně, vybralo 35 respondentů (87,5 %). Druhá nejnižší míra problémů byla u stejné otázky, podotázka týkající se „*bolestí či sucha v ústech*“. Tuto volbu si vybralo 34 respondentů (85,0 %). Na třetím místě se umístila „*dušnost*“ s 33 respondenty (82,5 %).

Celkový přehled obtíží v kamenném hospici a jeho stupně, průměrné hodnoty, směrodatné odchyly a mediány jsou více popsány v tabulce číslo 8.

Tabulka č. 8: Přehled míry obtíží v kamenném hospici – modifikovaná škála

Kamenný hospic	0 - 1	2	3 - 4	Průměr	SD	Medián
Bolest	57,5 %	15,0 %	27,5 %	1,1	1,4	0,0
Dušnost	82,5 %	12,5 %	5,0 %	0,4	0,9	0,0
Slabost	37,5 %	30,0 %	32,5 %	1,6	1,3	2,0
Nevolnost	70,0 %	17,5 %	12,5 %	0,7	1,2	0,0
Zvracení	87,5 %	10,0 %	2,5 %	0,3	0,8	0,0
Nechutenství	60,0 %	22,5 %	17,5 %	1,0	1,3	0,0
Zácpa	67,5 %	20,0 %	12,5 %	0,8	1,2	0,0
Bolesti či sucho v ústech	85,0 %	10,0 %	5,0 %	0,4	0,9	0,0
Ospalost	42,5 %	37,5 %	20,0 %	1,4	1,2	2,0
Snížená pohyblivost	47,5 %	30,0 %	22,5 %	1,3	1,3	2,0
Úzkost/obavy pacient	37,5 %	37,5 %	25,0 %	1,5	1,2	2,0
Úzkost/obavy v rodině	2,5 %	42,5 %	55,0 %	2,5	0,6	3,0
Deprese	55,0 %	25,0 %	20,0 %	1,1	1,3	0,0
Vnitřní klid	47,5 %	30,0 %	22,5 %	1,3	1,3	2,0
Sdílení pocitů	55,0 %	22,5 %	22,5 %	1,1	1,3	0,0
Dostatek informací	57,5 %	22,5 %	20,0 %	1,1	1,3	0,0
Praktické problémy	77,5 %	15,0 %	7,5 %	0,5	1,0	0,0

SD - směrodatná odchylka

Zařízení mobilní hospic

U pacientů v mobilním hospici byla nejvyšší míra obtíží zjištěna u položky č. 4 „*Cítil někdo z Vaší rodiny úzkost nebo obavy o Vás?*“. Stupeň 3 nebo 4, tj. většinu času nebo pořád, u této položky volilo celkem 6 respondentů (60 %). Na druhém místě podle míry obtíží byla položka č. 2 Ovlivnění „*nechutenstvím*“, kde stupeň 3 nebo 4, tj. silně nebo nesnesitelně, volili celkem 3 respondenti (30 %). Na třetím místě podle míry obtíží byla položka č. 6 „*Pocítujete vnitřní klid?*“, kde stupeň 3 nebo 4, tj. zřídka nebo vůbec, volili celkem 2 respondenti (20 %). Stejné procento respondentů (20 %, tj. 2 respondenti) volili u položky č. 2, „*ovlivnění slabostí*“ a u položky č. 3 „*Cítili jste úzkost nebo obavy z Vaší nemoci nebo léčby?*“.

U paliativních pacientů v mobilním hospici byla nejnižší míra obtíží zjištěna u otázky číslo 9, ve znění „*Byly řešeny praktické problémy (finanční, osobní atd.) vyplývající z vašeho onemocnění?*“. Stupeň 0 nebo 1, tj. vůbec nebo mírně, vybralo celkem 10 respondentů (100 %). Další v pořadí s 9 respondenty (90 %) jsou dvě otázky, na které respondenti odpověděli stupněm 0 nebo 1. Otázka číslo 7 „*Byli jste schopni hovořit se svou rodinou a přáteli dostatečně o tom, jak se cítíte?*“ a současně otázka číslo 8 „*Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?*“. Následující v pořadí shodně s 8 respondenty (80 %) se umístily tři položky z otázky číslo 2, kde byl uveden seznam obtíží, které mohli respondenti, ale nemuseli, pozorovat během posledního týdne. Konkrétně ohledně „*nevolností*“, „*zvracení*“ a „*zácpy*“.

Celkový přehled obtíží v mobilním hospici a jeho stupně, průměrné hodnoty, směrodatné odchylky a mediány jsou více popsány v tabulce číslo 9.

Tabulka č. 9: Přehled míry obtíží v mobilním hospici – modifikovaná škála

Mobilní hospic	0 - 1	2	3 - 4	Průměr	SD	Medián
Bolest	60 %	30 %	10 %	0,9	1,2	0,0
Dušnost	60 %	40 %	0 %	0,8	1,0	0,0
Slabost	10 %	70 %	20 %	2,0	0,8	2,0
Nevolnost	80 %	10 %	10 %	0,5	1,1	0,0
Zvracení	80 %	10 %	10 %	0,5	1,1	0,0
Nechutenství	50 %	20 %	30 %	1,3	1,4	1,0
Zácpa	80 %	10 %	10 %	0,5	1,1	0,0
Bolesti či sucho v ústech	70 %	30 %	0 %	0,6	1,0	0,0
Ospalost	10 %	80 %	10 %	1,9	0,7	2,0
Snížená pohyblivost	70 %	30 %	0 %	0,6	1,0	0,0
Úzkost/obavy pacient	60 %	20 %	20 %	1,0	1,3	0,0
Úzkost/obavy v rodině	20 %	20 %	60 %	2,2	1,2	3,0
Deprese	60 %	30 %	10 %	0,9	1,2	0,0
Vnitřní klid	60 %	20 %	20 %	1,0	1,3	0,0
Sdílení pocitů	90 %	10 %	0 %	0,2	0,6	0,0
Dostatek informací	90 %	10 %	0 %	0,3	0,9	0,0
Praktické problémy	100 %	0 %	0 %	0,0	0,0	0,0

SD - směrodatná odchylka

Popis odpovědí na položky měřicího nástroje, které se nezahrnují do výpočtu celkového hrubého skóre

Respondenti odpovídali na otevřenou otázku číslo 1, ve znění: „*Jaké byly Vaše hlavní problémy či obtíže v posledním týdnu?*“ Tato otázka se nezapočítávala do celkového hodnocení skóre. Odpověď na tuto otázku nebyla vždy vyplněna.

V hospicích (v mobilním i kamenném) se na první příčce objevili dvě odpovědi ohledně „*bolestí*“ a „*nechutenství*“. Obě se shodným skóre v počtu 12 respondentů (24 %). Hned za nimi se umístila „*slabost*“ s počtem 7 respondentů (14 %). Naopak problémy, které je trápily nejméně byly následující: úbytek váhy, neklid, dušnost, pálení žáhy, zácpa, otoky, krvácení a deprese. Každá z výše uvedených v počtu 1 respondent (2 %).

Ve Fakultní nemocnici v Olomouci se na prvním místě s počtem 24 respondentů (38,1 %) umístila „*bolest*“, která nejvíce sužovala respondenty. Na druhém místě byla „*únava*“ s 16 respondenty (25,4 %) a na třetím místě „*nechutenství*“ v celkovém počtu 12 paliativně nemocných respondentů (19,0 %) z FNOL. Problémy či obtíže, které byly nejméně udávány v posledním týdnu byly následující: úbytek váhy, nadýmání, ascites, pády, krev ve stolici, hleny ve stolici, nekomfort, deprese, špatný vizus, zapáchající nádor. Každou z výše uvedených uvedl vždy jeden respondent (1,6 %). Celkové hodnocení problémů či obtíží i s počtem respondentů, kteří tak uvedli, dále popisují následující tabulky číslo 10 a 11.

Tabulka č. 10: Popis a počet problémů či obtíží v posledním týdnu v hospicích

HOSPICE	počet
Bolest	12
Nechutenství	12
Slabost	7
Zvracení	6
Únava	4
Snížená pohyblivost	3
Nespavost	3
Komunikace s rodinou	3
Strach	2
Úzkost	2
Průjmy	2
Úbytek váhy	1
Neklid	1
Dušnost	1
Pálení žáhy	1
Zácpa	1
Otok	1
Krvácení	1
Deprese	1

Tabulka č. 11: Popis a počet problémů či obtíží v posledním týdnu ve FNOL:

FNOL	počet
Bolest	24
Únava	16
Nechutenství	12
Slabost	11
Zvracení	10
Nevolnost	9
Průjmy	9
Zácpa	9
Nespavost	7
Otoky	3
Dušnost	3
Snížená pohyblivost	3
Brnění	2
Náladovost	2
Točení hlavy	2
Strach	2
Samota	2
Mdloby	2
Úzkost	2
Úbytek váhy	1
Nadýmání	1
Ascites	1
Pády	1
Krev ve stolici	1
Hleny ve stolici	1
Nekomfort	1
Deprese	1
Špatný vizus	1
Zapáchající nádor	1

FNOL - Fakultní nemocnice Olomouc

Další položkou, která se nezahrnuje do výpočtu celkového hrubého skóre, byla otevřená otázka 2a, 2b a 2c, která byla vyplňována libovolně, dle potřeby respondenta. Pokud obtíž či problém nebyl nabídnut ve výčtu problémů a obtíží v otázce číslo dvě a respondent měl potřebu sdělit jiné obtíže, sloužila v měřícím nástroji IPOS otázka č. 2a, 2b a 2c, ve znění: „*Jiné obtíže, které Vás v posledním týdnu ovlivnily?*“ Dále respondenti tuto jimi zvolenou obtíž zhodnotili na Likertově škále 0 – 4, kdy 0 představovala vůbec, 1 mírně, 2 středně, 3 silně a 4 nesnesitelně. Vcelku vyplnilo 41 respondentů.

Pokud respondenti vyplnili následující otázku, nikdo z tázaných nezvolil intenzitu 0 neboli vůbec. Intenzitu 1 čili mírně zvolili čtyři respondenti. Jeden zvolil ochrnutí, jeden otoky, jeden pálení žáhy a jednoho mírně obtěžovalo pocení. Intenzitu 2 neboli středně obtěžující stav, zvolilo celkem 16 respondentů. Čtyři udávali průjmy, tři nespavost, dva depresi, jeden strach, jeden krvácení, brnění končetin, závratě, polyneuropatie, vyrážku a jeden udával samotu (kvůli pandemii Covid – 19 byly návštěvy zakázány). Intenzitu 3 (střední obtíž) zvolilo celkem 17 respondentů. Tři si vybrali průjmy a stejný počet se potýkal se strachem. Dva respondenty sužovala deprese a dva krvácení. Zbytek respondentů vždy v počtu jeden volil – nespavost, brnění končetin, závratě, úzkost, křeče, nesoběstačnost a stesk po rodině. Čtyři respondenti vybrali intenzitu 4 (nesnesitelná obtíž) u průjmů, úzkostí, ascitu a únavy.

Z celkového hlediska nejvíce trápil respondenty průjem, dohromady osm respondentů (19,5 %) v různé intenzitě. Na druhé příčce se umístila nespavost, strach a deprese. Každá ze zmíněných položek se čtyřmi respondenty (9,8 %). Tři respondenty (7,3 %) trápilo krvácení. Brnění končetin, závratě a úzkost obtěžovaly vždy dva (4,9 %) paliativní respondenty. Detailnější shrnutí je uvedeno v tabulce číslo 12 - ohledně výskytu jiných obtíží a popřípadě jejich intenzity.

Tabulka č. 12: Výskyt jiných obtíží a jejich intenzity

Jiné obtíže	intenzita 1	intenzita 2	intenzita 3	intenzita 4	Počet pacientů
Průjem		4	3	1	8
Nespavost		3	1		4
Strach		1	3		4
Deprese		2	2		4
Krvácení		1	2		3
Brnění končetin		1	1		2
Závratě		1	1		2
Úzkost			1	1	2
Ochrnutí	1				1
Otoky	1				1
Pálení žáhy	1				1
Pocení	1				1
Polyneuropatie		1			1
Křeče			1		1
Ascites				1	1
Vyrážka		1			1
Nesoběstačnost			1		1
Únava				1	1
Samota - covid		1			1
Stesk po rodině			1		1
Celkem	4	16	17	4	41

Poslední odpověď, která se nezahrnuje do výpočtu celkového hrubého skóre měřicího nástroje IPOS je otázka číslo 10, ve znění „*Jak jste vyplnil/a tento dotazník?*“

Více než polovina respondentů vyplnila měřicí nástroj sama (68 respondentů, což činí 60,2 % ze všech zúčastněných), s příbuznými vyplnilo měřicí nástroj celkem 28 respondentů (24,8 %) a s personálem vyplnilo 17 respondentů (15,9 %), jak ukazuje tabulka číslo 13.

Tabulka č. 13: Způsob vyplňování měřicího nástroje

Jak jste vyplnil/a tento dotazník?	počet	procenta
S personálem	17	15,9 %
S příbuznými	28	24,8 %
Sám	68	60,2 %

4.3 Ověření platnosti hypotéz

Cíl 1: Zjistit kvalitu života u pacientů v paliativní péči, měřeno celkovým skóre IPOS.

Statistické hypotézy k cíli 1

Hypotéza H₀1: Kvalita života bude nejnižší v položkách týkajících se úzkosti/obav v rodině.

Hypotéza H_A1: Kvalita života nebude nejnižší v položkách týkajících se úzkosti/obav v rodině.

Průměrné celkové skóre bylo 27,7 bodů, směrodatná odchylka skóre byla 10,1 bodů; medián skóre byl 28,0 bodů. Nejmenší hodnota skóre byla 8 bodů a nejvyšší hodnota skóre nabyla 50 bodů, tak jak níže vypovídá tabulka číslo 14.

Tabulka č. 14: IPOS vyhodnocení celkového skóre

	Průměr	SD	Medián	Minimum	Maximum
IPOS celkové skóre	27,7	10,1	28,0	8,0	50,0

SD - směrodatná odchylka

Následující tabulka číslo 15 uvádí procentuální rozložení odpovědí pacientů na jednotlivé položky měřícího nástroje IPOS. V sloupcích tabulky jsou nejprve uvedeny základní popisné charakteristiky skóre odpovědí na Likertově škále od 0 do 4 pro každou položku. Dále byly doplněny další popisné údaje tj. průměrná hodnota, směrodatná odchylka (SD) a medián. Pokud se hodnotily pouze odpovědi, kdy respondenti jednoznačně mají či nemají obtíže v daných oblastech, pořadí by bylo následující.

Nejvyšší míra obtíží, kdy respondenti volili striktně odpověď 4, tj. pořad, bylo v položce č. 4 „Cítil někdo z Vaší rodiny úzkost nebo obavy o Vás?“. Tuto možnost volilo 29,2 % (33 respondentů ze všech). Na druhém a třetím místě se umístily shodně s 16 respondenty (14,2 %) v otázkách číslo 5 – „Cítil jste se depresivně?“ a 6 – „Pocítujete vnitřní klid?“. Nejnižší míra problémů, kdy respondenti volili striktně odpověď 0, tj. vůbec, byla u položky číslo 2, kdy měli respondenti zhodnotit problémy trápící je posledních 7 dnů. Konkrétně se jednalo o položku „zvracení“ a to v počtu 60 respondentů (53,1 %). Na druhém a třetím místě se umístila, shodně

s 51 respondenty (45,1 %), otázka číslo 2, konkrétně byla dobře saturovaná „dušnost“ a „zácpa“.

Tabulka č. 15: Popis položek měřicího nástroje IPOS, které se zahrnují do výpočtu celkového hrubého skóre

	0	1	2	3	4	Průměr	SD	Medián
Bolest	17,7 %	31,9 %	22,1 %	23,9 %	4,4 %	1,7	1,2	2,0
Dušnost	45,1 %	30,1 %	18,6 %	4,4 %	1,8 %	0,9	1,0	1,0
Slabost	7,1 %	20,4 %	31,0 %	31,9 %	9,7 %	2,2	1,1	2,0
Nevolnost	38,9 %	19,5 %	18,6 %	16,8 %	6,2 %	1,3	1,3	1,0
Zvracení	53,1 %	20,4 %	8,8 %	13,3 %	4,4 %	1,0	1,2	0,0
Nechutenství	23,9 %	25,7 %	17,7 %	23,9 %	8,8 %	1,7	1,3	2,0
Zácpa	45,1 %	21,2 %	18,6 %	6,2 %	8,8 %	1,1	1,3	1,0
Bolesti či sucho v ústech	40,7 %	31,9 %	16,8 %	8,8 %	1,8 %	1,0	1,0	1,0
Ospalost	8,0 %	23,9 %	37,2 %	19,5 %	11,5 %	2,0	1,1	2,0
Snížená pohyblivost	15,0 %	31,0 %	29,2 %	15,9 %	8,8 %	1,7	1,2	2,0
Úzkost/obavy pacient	13,3 %	16,8 %	27,4 %	29,2 %	13,3 %	2,1	1,2	2,0
Úzkost/obavy v rodině	4,4 %	3,5 %	26,5 %	36,3 %	29,2 %	2,8	1,0	3,0
Deprese	15,9 %	23,9 %	27,4 %	18,6 %	14,2 %	1,9	1,3	2,0
Vnitřní klid	9,7 %	23,9 %	24,8 %	27,4 %	14,2 %	2,1	1,2	2,0
Sdílení pocitů	24,8 %	23,9 %	28,3 %	15,9 %	7,1 %	1,6	1,2	2,0
Dostatek informací	28,3 %	36,3 %	17,7 %	10,6 %	7,1 %	1,3	1,2	1,0
Praktické problémy	23,0 %	39,8 %	24,8 %	6,2 %	6,2 %	1,3	1,1	1,0

SD - směrodatná odchylka

Popis položek měřicího nástroje IPOS na modifikované škále

Obecně, u jednotlivých položek měřicího nástroje, skóre nula nebo jedna vyžaduje menší klinickou pozornost než skóre tři nebo čtyři. Z tohoto důvodu byla při zpracování a popisu odpovědí původní škála 0 - 4 zredukována na třístupňovou škálu 0 + 1, 2, 3 + 4 a k jednotlivým položkám měřicího nástroje byl udělán popis distribuce odpovědí na této škále.

Nejvyšší míra obtíží byla zjištěna u otázky č. 4 „*Cítil někdo z Vaší rodiny úzkost nebo obavy o Vás?*“. Stupeň 3 nebo 4, tj. většinu času nebo pořád, u této položky volilo celkem 74 respondentů (65,5 %). Na druhém místě podle míry obtíží byla otázka č. 3 „*Cítil jste úzkost nebo obavy z Vaší nemoci nebo léčby?*“. Stupeň 3 nebo 4, tj. většinu času nebo pořád, u této otázky volilo celkem 48 respondentů (42,5 %). Na třetím místě podle míry obtíží byla otázka č. 2 „*Slabost*“, kde stupeň 3 nebo 4, tj. silná nebo nesnesitelná, zvolilo 47 respondentů (41,6 %). Stejná míra obtíží byla zjištěna u otázky č. 6 „*Pocítujete vnitřní klid?*“, kde stupeň 3 nebo 4, tj. zřídka nebo vůbec, volilo taktéž 47 respondentů (41,6 %).

Nejnižší míra obtíží byla zjištěna u otázky č. 2, kde byl uveden seznam obtíží, které mohli respondenti, ale nemuseli, pozorovat během posledního týdne. Nejlépe byla vyhodnocena otázka „*dušnost*“, kdy stupeň 0 nebo 1, tj. vůbec nebo mírně, volilo celkem 85 respondentů (75,2 %) ze všech zdravotnických zařízení (nemocnice, kamenný hospic, mobilní hospic). Druhá nejnižší míra obtíží byla taktéž zjištěna u otázky č. 2, kde byl uveden seznam obtíží, které mohli respondenti, ale nemuseli, pozorovat během posledního týdne. Respondenti volili stupeň 0 nebo 1 u položky „*zvracení*“ v procentuálním zastoupení 73,5 % (83 respondentů). Třetí nejlépe saturovaná oblast byla u otázky číslo dvě, konkrétně ohledně „*problémů se suchostí či bolestí v ústech*“. Respondenti udávali stupeň 0 či 1 v 72,6 % (82 respondentů). Všechna statistická data k popisu položek měřicího nástroje IPOS, které se zahrnují do výpočtu celkového hrubého skóre, jsou uvedena v následující tabulce číslo 16.

Tabulka 16: Popis položek měřicího nástroje IPOS, které se zahrnují do výpočtu celkového hrubého skóre – modifikovaná škála

	0 - 1	2	3 - 4	Průměr	SD	Medián
Bolest	49,6 %	22,1 %	28,3 %	1,7	1,2	2,0
Dušnost	75,2 %	18,6 %	6,2 %	0,9	1,0	1,0
Slabost	27,4 %	31,0 %	41,6 %	2,2	1,1	2,0
Nevolnost	58,4 %	18,6 %	23,0 %	1,3	1,3	1,0
Zvracení	73,5 %	8,8 %	17,7 %	1,0	1,2	0,0
Nechutenství	49,6 %	17,7 %	32,7 %	1,7	1,3	2,0
Zácpa	66,4 %	18,6 %	15,0 %	1,1	1,3	1,0
Bolesti či sucho v ústech	72,6 %	16,8 %	10,6 %	1,0	1,0	1,0
Ospalost	31,9 %	37,2 %	31,0 %	2,0	1,1	2,0
Snížená pohyblivost	46,0 %	29,2 %	24,8 %	1,7	1,2	2,0
Úzkost/obavy pacient	30,1 %	27,4 %	42,5 %	2,1	1,2	2,0
Úzkost/obavy v rodině	8,0 %	26,5 %	65,5 %	2,8	1,0	3,0
Deprese	39,8 %	27,4 %	32,7 %	1,9	1,3	2,0
Vnitřní klid	33,6 %	24,8 %	41,6 %	2,1	1,2	2,0
Sdílení pocitů	48,7 %	28,3 %	23,0 %	1,6	1,2	2,0
Dostatek informací	64,6 %	17,7 %	17,7 %	1,3	1,2	1,0
Praktické problémy	62,8 %	24,8 %	12,4 %	1,3	1,1	1,0

SD - směrodatná odchylka

Závěr:

Alternativní hypotézu H_{A1} zamítáme ve prospěch nulové hypotézy H_0 , tabulka číslo 15 a i modifikovaná tabulka číslo 16 udává nejvyšší hodnotu a tím nejnižší kvalitu u otázky „úzkost/obavy v rodině“ u stupně 3, popřípadě 3 – 4.

Cíl 2: Zjistit, zda je míra obtíží a potřeb paliativních pacientů, měřená celkovým skóre IPOS, ovlivněna věkem, pohlavím a místem péče (typem zařízení).

Ovlivnění míry obtíží věkem pacientů

Hypotéza H₀2: Neexistuje závislost mezi mírou obtíží a potřeb paliativních pacientů a věkem pacientů.

Hypotéza H_A2: Existuje závislost mezi mírou obtíží a potřeb paliativních pacientů a věkem pacientů.

K ověření platnosti hypotézy H₀2 byla použita Spearmanova korelační analýza. Byla vypočítána hodnota korelačního koeficientu pro vyjádření míry korelace mezi celkovým skóre IPOS a věkem pacientů a bylo posouzeno, zda je korelace významná, tj. zda je hodnota korelačního koeficientu významně nenulová. Spearmanova korelační analýza byla použita vzhledem k nenormální distribuci věku pacientů. V dalším kroku byla provedena podrobnější analýza pro jednotlivé položky měřicího nástroje IPOS. Hodnoty korelačních koeficientů a příslušné p hodnoty byly vypočítány pro korelaci mezi odpověďmi na jednotlivé otázky a věkem pacientů.

Závěr:

Hypotézu H₀2 zamítáme, byla prokázána signifikantní středně silná závislost mezi mírou obtíží v položce deprese, úzkost/obavy a nechutenství a věkem pacientů. Míra obtíží v těchto položkách je vyšší s rostoucím věkem pacientů.

Pro celkové skóre IPOS a ostatní položky nebyla signifikantní závislost na věku prokázána. Příslušné p hodnoty u jednotlivých korelačních koeficientů byly vyšší než hladina signifikance 0,05. Více v tabulce číslo 17.

Tabulka č. 17: Výsledek Spearmanovy korelační analýzy pro korelaci mezi celkovým skóre IPOS a věkem pacientů

		IPOS celkové skóre
Věk	Korelační koeficient	- 0,180
	p	0,056

p - statistická významnost

Následující tabulky číslo 18, 19 a 20 nám vykazují analýzu závislosti mezi jednotlivými položkami IPOS a věkem pacientů. Tučně jsou vyznačeny významně nenulové hodnoty korelačních koeficientů a jim odpovídající p hodnoty. Závislost nastává v položkách „*nechutenství*“, „*úzkost/obavy pacienta*“ a v položce „*deprese*“.

Tabulka č. 18: Analýza závislosti mezi jednotlivými položkami IPOS a věkem pacientů

		Bolest	Dušnost	Slabost	Nevolnost	Zvracení	Nechutenství
Věk	r	- 0,008	0,064	- 0,173	- 0,151	- 0,111	- 0,238*
	p	0,932	0,503	0,067	0,111	0,240	0,011*

* - Tučně jsou vyznačeny významně nenulové hodnoty korelačních koeficientů a jim odpovídající p hodnoty, p - statistická významnost

Tabulka č. 19: Analýza závislosti mezi jednotlivými položkami IPOS a věkem pacientů

		Zácpa	Bolesti či sucho v ústech	Ospalost	Snížená pohyblivost	Úzkost/ obavy pacient	Úzkost/ obavy v rodině
Věk	r	- 0,049	0,063	- 0,095	0,184	- 0,268*	- 0,174
	p	0,609	0,508	0,317	0,051	0,004*	0,065

* - Tučně jsou vyznačeny významně nenulové hodnoty korelačních koeficientů a jim odpovídající p hodnoty, p - statistická významnost

Tabulka č. 20: Analýza závislosti mezi jednotlivými položkami IPOS a věkem pacientů

		Deprese	Vnitřní klid	Sdílení pocitů	Dostatek informací	Praktické problémy
Věk	r	- 0,339*	- 0,150	- 0,041	0,045	0,164
	p	0,0002*	0,112	0,668	0,636	0,083

* - Tučně jsou vyznačeny významně nenulové hodnoty korelačních koeficientů a jim odpovídající p hodnoty, p - statistická významnost

Ovlivnění míry obtíží pohlavím pacientů

Hypotéza H₀₃: Neexistuje závislost mezi mírou obtíží a potřeb paliativních pacientů a pohlavím pacientů.

Hypotéza H_{A3}: Existuje závislost mezi mírou obtíží a potřeb paliativních pacientů a pohlavím pacientů.

K ověření platnosti hypotézy H₀₃ byl použit Studentův t-test pro dva výběry. Testem byly porovnány průměrné hodnoty celkového skóre IPOS ve skupině mužů a ve skupině žen. Studentův t-test byl použit kvůli normální distribuci skóre IPOS v obou porovnávaných skupinách.

Závěr:

Hypotézu H₀₃ nelze zamítnout, nebyl prokázán signifikantní rozdíl mezi muži a ženami v míře obtíží a potřeb vyjádřené celkových skóre IPOS. Více informací v tabulce číslo 21.

Tabulka č. 21: Popisné charakteristiky celkového skóre IPOS ve skupině mužů a žen.

IPOS celkové skóre	Průměr	SD	Medián	Minimum	Maximum	Studentův t-test p
Muži	26,1	9,8	26,0	8,0	48,0	0,147
Ženy	28,9	10,2	29,0	9,0	50,0	

SD - směrodatná odchylka

V posledním sloupci tabulky je uvedena výsledná hodnota signifikance Studentova t-testu pro porovnání skupiny mužů a žen. Hodnota signifikance $p = 0,147$ je vyšší než hladina signifikance 0,05, to znamená, že rozdíl mezi muži a ženami není statisticky významný.

Hypotéza H₀₄: Neexistuje závislost mezi mírou obtíží a potřeb paliativních pacientů a místem péče (typem zařízení).

Hypotéza H_{A4}: Existuje závislost mezi mírou obtíží a potřeb paliativních pacientů a místem péče (typem zařízení).

K ověření platnosti hypotézy H₀₄ byl použit Studentův t-test pro dva výběry. Testem byly porovnány průměrné hodnoty celkového skóre IPOS ve skupině paliativních pacientů ve Fakultní nemocnici Olomouc a ve skupině pacientů v hospicích. Vzhledem k malému počtu pacientů s mobilní hospicovou péčí, nebylo pro účely porovnání rozlišováno, zda jde o péči v kamenném hospici, nebo o mobilní hospicovou péči. Studentův t-test byl použit kvůli normální distribuci skóre IPOS v porovnávaných zařízeních. V dalším kroku byla provedena podrobnější analýza pro jednotlivé položky nástroje IPOS. Pacienti z FNOL a pacienti s hospicovou péčí byli porovnání v odpovědích na jednotlivé položky měřicího nástroje IPOS. K porovnání byl, vzhledem k ordinálnímu charakteru dat, použit Mann-Whitney U test.

Závěr:

Hypotézu H₀₄ zamítáme. Byl prokázán signifikantní rozdíl mezi mírou obtíží a potřeb v závislosti na typu zařízení. Signifikantně vyšší míra obtíží byla zjištěna u paliativních pacientů ve Fakultní nemocnici Olomouc. Hladina signifikance Studentova t-testu byla $p < 0,0001$.

Položková analýza prokázala signifikantně vyšší míru obtíží u paliativních pacientů ve FNOL v následujících položkách: nevolnost, zvracení, nechutenství, bolesti či sucho v ústech, deprese, vnitřní klid, sdílení pocitů, praktické problémy.

V posledním sloupci tabulky č. 22 je uvedena výsledná hodnota signifikance Studentova t-testu pro porovnání skupiny pacientů z FNOL a pacientů s hospicovou péčí. Hodnota signifikance $p < 0,0001$ je nižší než hladina signifikance 0,05, to znamená, že rozdíl mezi porovnávanými skupinami je statisticky významný.

Tabulka č. 22: Popisné charakteristiky celkového skóre IPOS ve skupinách pacientů podle typu péče.

IPOS celkové skóre	Průměr	SD	Medián	Minimum	Maximum	Studentův t-test p
Hospice	23,0	9,3	23,5	8,0	47,0	< 0,0001*
FNOL	31,5	9,1	33,0	9,0	50,0	

*SD - směrodatná odchylka, FNOL - Fakultní nemocnice Olomouc, * - Tučně jsou vyznačeny významně nenulové hodnoty korelačních koeficientů a jim odpovídající p hodnoty.*

V posledním sloupci tabulky číslo 23 je uvedena výsledná hodnota signifikance Mann-Whitney U testu pro porovnání skupiny pacientů z FNOL a pacientů s hospicovou péčí. Hodnota signifikance $p < 0,05$ znamená signifikantní rozdíl mezi porovnávanými skupinami – konkrétně u nevolnosti, zvracení, nechutenství, bolesti či sucha v ústech, úzkosti/obav pacienta, deprese, vnitřního klidu, sdílení pocitů a praktických problémů.

Tabulka 23: Popisné charakteristiky skóre v jednotlivých položkách IPOS ve skupinách pacientů podle typu péče.

	Hospic			FNOL			Mann-Whitney U test p
	Průměr	SD	Medián	Průměr	SD	Medián	
Bolest	1,5	1,1	1,0	1,8	1,2	2,0	0,180
Dušnost	0,8	0,9	0,5	1,0	1,0	1,0	0,326
Slabost	2,0	0,9	2,0	2,3	1,2	3,0	0,058
Nevolnost	0,9	1,1	0,0	1,7	1,4	2,0	0,002*
Zvracení	0,5	0,8	0,0	1,3	1,4	1,0	0,001*
Nechutenství	1,4	1,1	1,0	1,9	1,4	2,0	0,040*
Zácpa	1,1	1,2	1,0	1,2	1,4	1,0	0,924
Bolesti či sucho v ústech	0,7	0,9	0,0	1,2	1,1	1,0	0,011*
Ospalost	1,8	0,9	2,0	2,2	1,2	2,0	0,063
Snížená pohyblivost	1,5	1,1	1,0	1,9	1,2	2,0	0,104
Úzkost/obavy pacient	1,6	1,2	2,0	2,5	1,1	3,0	0,0001*
Úzkost/obavy v rodině	2,7	1,1	3,0	2,9	1,0	3,0	0,193
Deprese	1,4	1,2	1,0	2,3	1,2	2,0	0,0004*
Vnitřní klid	1,6	1,2	1,5	2,5	1,1	3,0	0,0001*
Sdílení pocitů	1,3	1,2	1,0	1,8	1,2	2,0	0,024*
Dostatek informací	1,3	1,3	1,0	1,3	1,1	1,0	0,805
Praktické problémy	0,9	1,0	1,0	1,6	1,1	2,0	0,0002*

SD - směrodatná odchylka, FNOL - Fakultní nemocnice Olomouc, * - Tučně jsou vyznačeny významně nenulové hodnoty korelačních koeficientů a jim odpovídající p hodnoty.

5 DISKUZE

Cílem diplomové práce bylo zjistit kvalitu života paliativních pacientů, skrze hodnocení jejich potřeb v nemocnicích a hospicích. Teoretická část se věnuje deskripci potřeb paliativních pacientů v nemocničních a v hospicových zařízeních. Součástí přehledového oddílu je taktéž stručný výčet měřících nástrojů, validních pro hodnocení potřeb terminálně nemocných. V České republice byl validován k výzkumným účelům, měřící nástroj IPOS, který byl mimo jiné použit v našem výzkumném měření.

Celkem se do výzkumného šetření zapojilo 113 respondentů. Nadpoloviční většina – 63 respondentů (55,8 %) bylo z Fakultní nemocnice Olomouc, 40 respondentů (35,4 %) bylo z kamenného hospice Na Svatém Kopečku u Olomouce a 10 respondentů (8,8 %) bylo z mobilního hospice Nejste sami. Ke srovnání také došlo mezi britskými a německými pacienty v hospicových péčích. Celkem se zúčastnilo 376 respondentů. Hospitalizovaných pacientů v nemocnicích bylo v součtu 47,9 % respondentů, v kamenných hospicích 19,1 % respondentů, v domácím prostředí 30,1 % a 2,9 % respondentů nevedlo (Murtagh et al., 2019, s. 1046 - 1048). V Hamburгу bylo osloveno 935 pacientů a návratnost měřícího nástroje IPOS byla pouze 314 pacientů, což činí 33,6 % (Coym et al., 2020, s. 6). Věkové rozmezí bylo od 22 do 100 let. Průměrný věk byl stanoven 58,9 let, SD věku byla 17,8 let, medián věku byl 61,0 let. V portugalské studii se účastnilo 62 pacientů a průměrný věk byl stanoven na 67 let (Mendonca et al. 2022, s. 6 – 8), kdežto například při porovnávání japonských a německých výsledků se participovalo dohromady 1 263 pacientů, z toho 410 bylo z japonského Nagasaki a 853 bylo sesbíráno v německém Würzburgu. Průměrný věk pacientů z Nagasaki byl 67 let (medián 64,7 let) a ve Würzburgu 69 let (medián 68,4 let) (Van Oorschot et al., 2020, s. 1486). Tentýž rok se ještě také v německém Würzburgu konala jiná studie, zabývající se kardiálním selháváním, se stejným měřícím nástrojem a té účastnilo 100 pacientů, průměrná hodnota roků života pacientů dosahovala míry 78,5 let v rozmezí 23 až 102 roků (Roch et al., 2020, s. 704 – 708). V České republice bylo v nemocnicích a hospicích shromážděno 140 pacientů s průměrem věku 72 let (Vlčková et al., 2020, s. 3 – 4). V Etiopském městě Addis Abeba se průzkumu zúčastnilo 385 pacientek s pokročilým karcinomem děložního čípku. Rozmezí věku u těchto žen se pohybovalo od 20 do 80 let, s mediánem věku 50 let (Kebebew et al., 2021, s. 5 – 6). Ve sledovaném souboru bylo více ženského zastoupení – 66 žen

(58,4 %) než mužského – 47 mužů (41,6 %). ve studiích péče o pacienty s kardiálním selháním, kde bylo zastoupení 40 žen a 60 mužů (Roch et al., 2020, s. 704 – 708). Mužská část výzkumu v Nagasaki byla zastoupena 59,0 % a ve Würzburgu 52,8 % (Van Oorschot et al., 2020, s. 1486). V portugalské studii od autorů Mendonca et al. (2022, s. 6 – 8) byli účastníci převážně muži – 63 %. Naopak 64,3 % zastoupení měly ženy v České republice (Vlčková et al., 2020, s. 3 – 4) a 100 % zastoupení žen bylo v Etiopii, kvůli diagnóze týkající se výhradně ženského pohlaví (Kebebew et al., 2021, s. 5 – 6). Dle studie Vlčkové et al. (2020, s. 3 – 4) se celkové skóre nelišilo podle věku ani pohlaví. Vliv pohlaví, věku a místa péče: celkové skóre IPOS se u mužů a žen nelišilo ($t = - 1,537$; $p = 0,127$), ani nekorelovalo s věkem pacientů ($r = 0,141$; $p = 0,096$). Hlavní cíl šetření byl rozčleněn do 2 dílčích cílů.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit kvalitu života pacientů v paliativní péči v celkovém hrubém skóre měřicího nástroje IPOS. Průměrné celkové skóre této výzkumné studie bylo 27,7 bodů, směrodatná odchylka skóre byla 10,1 bodů; medián skóre byl 28,0 bodů. Nejmenší hodnota skóre byla 8 bodů a nejvyšší hodnota skóre nabyla 50 bodů. Celková návratnost našeho vzorku měřicího nástroje IPOS byla 62,8 % (113 z 180 oslovených respondentů). V Hamburgu bylo osloveno 935 pacientů a návratnost měřicího nástroje IPOS byla pouze 314 pacientů, což činí 33,6 % (Coym et al., 2020, s. 6). Dále se průměrné hrubé skóre měřicího nástroje IPOS pohybovalo okolo 30 bodů, jako například u žen v Etiopii, kde bylo 28,6 bodů z 68 a směrodatná odchylka byla 12,1 bodů (Kebebew et al., 2021, s. 5 – 6). O něco více se pohybovalo v Hamburgu v nemocnici a to 32 bodů a SD byla 9,0 bodů (Coym et al., 2020, s. 6). Nejmenší průměrné hrubé skóre a tím i nejlepší kvalitu života měli pacienti s kardiálním selháním v nemocnici ve Würzburgu, jejich skóre bylo 21,45 bodů. Tato nižší hodnota může být spojena s relativně nízkým počtem pacientů (100 pacientů) (Roch et al., 2020, s. 704 – 708). Nejvyšší míra obtíží byla zjištěna u otázky „Cítil někdo z Vaší rodiny úzkost nebo obavy o Vás?“. Stupeň 3 nebo 4, tj. většinu času nebo pořád, u této položky volilo celkem 74 respondentů (65, 5 %) ze všech zdravotnických zařízení (nemocnice, kamenný hospic, mobilní hospic). Nejnižší míra obtíží byla zjištěna u otázky č. 2, kde byl uveden seznam obtíží, které mohli respondenti, ale nemuseli, pozorovat během posledního týdne. Nejlépe byla vyhodnocena otázka dušnosti, kdy stupeň 0 nebo 1, tj. vůbec nebo mírně, volilo celkem 85 respondentů (75, 2 %) ze všech zdravotnických zařízení (nemocnice, kamenný

hospic, mobilní hospic). Mnohdy je péče zaměřená pouze na fyzické potřeby nemocných a nemocný se nebere jako holistická bytost (Bužgová et al., 2014, s. 244). Nejvíce se ve výše uvedených studiích opakovala jako největší míra obtíží/problémů otázka číslo 4 ve znění: „*Cítil někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o Vás?*“. Tuto nenaplněno potřebu udávala většina autorů jako Mendonca et al. (2022, s. 6 – 8), Roch et al. (2020, s. 704 – 708), Van Oorschot et al. (2020, s. 1486), Kebebew et al. (2021, s. 5 – 6), Coym et al. (2020, s. 6) a v neposlední řadě Vlčková et al. (2020, s. 3 – 4). Jenom u studie německých a britských hospiců vyšla jako největší míra potíží otázka číslo 8: „*Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?*“ (Murtagh et al., 2019, s. 1046 - 1048). Nejmenší míra obtíží byla většinou u otázky číslo 2, konkrétně ohledně „*zvracení*“ a „*nevolnosti/pocitu na zvracení*“. Tyto výsledky vyšly autorům Mendonca et al. (2022, s. 6 – 8), Vlčková et al. (2020, s. 3 - 4) a Murtagh et al. (2019, s. 1046 - 1048). Dále se objevovala nízká míra obtíží ohledně řešení praktických problémů - Roch et al. (2020, s. 704 – 708), Vlčková et al. (2020, s. 3 – 4) a Murtagh et al. (2019, s. 1046 - 1048).

Druhý dílčí cíl měl za úkol zjistit, zda je míra obtíží a potřeb paliativních pacientů, měřená celkovým skóre IPOS, ovlivněna věkem, pohlavím a místem péče (typem zařízení). Jednotlivé podcíle řešily otázky jako ovlivnění míry obtíží věkem pacientů, ovlivnění míry obtíží pohlavím pacientů a v neposlední řadě posouzení závislosti mezi mírou obtíží a typem zařízení, ve kterém byla paliativní péče poskytována. V této diplomové práci byla u prvního podcíle vypočítána hodnota korelačního koeficientu pro vyjádření míry korelace mezi celkovým skóre IPOS a věkem pacientů pomocí Spermanovy korelační analýzy. Byla prokázána signifikantně středně silná závislost mezi mírou obtíží v položce „*deprese*“, „*úzkost/obavy*“ a „*nechutenství*“ a věkem pacientů. Tyto největší míry obtíží vyšly například i v porovnání japonských a německých paliativních pacientů. Druhý podcíl druhého cíle se zabýval ovlivněním míry obtíží pohlavím pacientů a třetím podcílem se zabývalo posouzení závislosti mezi mírou obtíží a typem zařízení. Nadpoloviční většina – 63 respondentů (55,8 %) bylo z Fakultní nemocnice Olomouc, 40 respondentů (35,4 %) bylo z kamenného hospice Na Svatém Kopečku u Olomouce a 10 respondentů (8,8 %) bylo z mobilního hospice Nejste sami. Počet pacientů uvedený ve studii od autorky Vlčkové et al. (2020, s. 3 - 4) z jiné české nemocnice a hospice byl podobný - 42,9 % vs. 57,1 %, pouze u 16 % pacientů byla péče poskytována v místě bydliště, domácím hospicem.

Ve vzorku bylo více žen - 64,3 %. Vliv pohlaví, věku a místa péče: celkové skóre IPOS se u mužů a žen nelišilo ($t = - 1,537$; $p = 0,127$), ani nekorelovalo s věkem pacientů ($r = 0,141$; $p = 0,096$). Dále, ve stejné studii od stejných autorů byl zjištěn významný rozdíl v celkovém skóre IPOS při porovnávání pacientů z hospiců a pacientů z nemocnic ($t = - 3,613$; $p < 0,001$). Přesněji řečeno, průměrné celkové skóre IPOS u pacientů z hospiců bylo nižší (38,75; SD = 9,11) než průměrné skóre pacientů z nemocnic (44,28; SD = 8,77). Co se týče vlivu místa, věku nebo pohlaví, v tomto vzorku zjistili významné rozdíly v celkovém IPOS podle místa poskytování péče, což bylo také potvrzeno i v jiných zemích pro POS. Toto lze vysvětlit tím, že pacienti v hospicích jsou obvykle v terminálním stadiu onemocnění s dobře zvládnutými příznaky, neboť medián délky pobytu v českých domácích hospicích se pohybuje kolem 10 dnů. Celkové skóre IPOS se nelišilo podle věku ani pohlaví, což je také v souladu s jinými studiemi. Téměř stejné výsledky vyšly i v této diplomové práci. Průměrné IPOS skóre hospiců vyšlo 23 bodů se směrodatnou odchylkou 9,3 bodů a mediánem 23,5 bodů. Průměrné IPOS skóre FNOL bylo 31,5 bodů, směrodatná odchylka 9,1 a medián 33,0 bodů. Lepší kvalita života tedy taktéž vyšla v hospicích. V čem se výsledky této diplomové práce neshodovaly s výsledky od výše zmíněné autorky, byla závislost míry obtíží na pohlaví. Vyšla signifikantní středně silná závislost mezi mírou obtíží v položce deprese, úzkost/obavy a nechutenství a věkem pacientů. Míra obtíží v těchto položkách je vyšší s rostoucím věkem pacientů. V londýnské studii autorů Davies et al. (2023, s. 577 – 579) byl pro účely studie měřicí nástroj IPOS rozdělen na tři části – fyzickou, sociální a praktickou. Byly interakční efekty mezi věkem a deprivací statisticky významné pro praktickou subškálu nástroje IPOS a nebyly statisticky významné pro fyzickou a sociální oblast měřicího nástroje. Interakční efekty mezi pohlavím a deprivací nebyly statisticky významné pro žádnou subškálu. Analýza nezkoumala vliv deprivace na jednotlivé položky IPOS, a proto není známo, jaký vliv má deprivace na jednotlivé položky IPOS.

Limity výzkumu

Jedním z limitů výzkumného šetření provedeného řešitelkou výzkumu je malý vzorek respondentů celkově (n = 113) a zvláště mobilního hospice (n = 10 respondentů). Výsledky není možné zobecňovat plošně na území celé České republiky, ale pouze na místa péče, popsaná ve výzkumné části diplomové práce. Jako dalším limitem by se dal považovat aktuální stav pacienta v daném okamžiku vyplňování měřicího nástroje. Náročnost a délku měřicího nástroje lze brát taktéž na zřetel.

Návrhy pro ošetrovatelskou praxi, vzdělávání a ošetrovatelský výzkum

Jako nezbytnou součástí péče o paliativní pacienty by měla být jednoznačně upnuta pozornost na kvalitu života a s tím spojené potřeby pacientů ve všech oblastech. Výsledky by mohly být nápomocné při vzdělávání pracovníků (lékařských i nelékařských), kteří poskytují péči paliativním pacientům. K poskytování kvalitní péče je potřebný individuální přístup, komunikace s pacientem a neustálé hodnocení stavu a potřeb. Věnovat bychom se měli nejen potřebám fyzickým, ale i jiným oblastem (duchovním, spirituálním,..). Pečující by měli vždy poskytovat péči s respektem a úctou k danému člověku, jelikož i to, má významnou roli v kvalitě péče.

Tato práce může být přínosná i pro studenty nelékařských i lékařských oborů během studia, jelikož se již během studií budou setkávat s paliativními pacienty.

Dále by mohly výsledky pomoci k zviditelnění tématu paliativní péče. Konkrétně v České republice je málo dostupných výzkumných studií na dané téma s měřicím nástrojem IPOS. Měřicí nástroj by se mohl více využívat v paliativní péči a dopomoci při identifikaci potřeb, které ovlivňují celkovou kvalitu života.

ZÁVĚR

Paliativní péče je komplexní péče poskytovaná pacientům s život ohrožujícími chorobnými stavy s cílem zlepšit kvalitu života pacientů. Zahrnuje tlumení bolesti, léčbu symptomů, emocionální, socioekonomickou, psychologickou a duchovní podporu a zároveň poskytuje pacientům důstojnost a kvalitu života. Posouzení a vyhodnocení potřeb paliativní péče se měří na různých úrovních v průběhu celého procesu péče, včetně struktury, procesu a výsledku. Cílem diplomové práce bylo zjistit kvalitu života paliativních pacientů, skrze hodnocení jejich potřeb. Byla zjišťována kvalita života s pomocí měřicího nástroje IPOS.

Teoretická část byla zaměřena na kvalitu života a popis potřeb paliativních pacientů prostřednictvím měřicích nástrojů IPOS. Současně byly popsány měřicí nástroje, které slouží k hodnocení potřeb těchto pacientů. V tomto výzkumném šetření byl využit validizovaný měřicí nástroj IPOS. Zapojilo se celkem 113 respondentů.

Prvním dílčím cílem jsme zjišťovali kvalitu života u pacientů v paliativní péči, kdy bylo měřeno celkovým skóre IPOS. Výsledky analýzy ukázaly, že nejnižší kvalita života, tj. největší míra obav/problémů vyšla v otázce týkající se úzkosti/obav rodiny o pacienta. Stupeň 3 nebo 4, tj. většinu času nebo pořád, u této položky volilo celkem 65,5 % respondentů. Na druhém místě podle míry obtíží byla otázka č. 3 „*Cítíte úzkost nebo obavy z Vaší nemoci nebo léčby?*“. Stupeň 3 nebo 4, tj. většinu času nebo pořád, u této otázky volilo celkem 42,5 % respondentů. Na třetím místě podle míry obtíží byla otázka č. 2 „*Slabost*“, kde stupeň 3 nebo 4, tj. silná nebo nesnesitelná, zvolilo 41,6 % respondentů. Stejná míra obtíží byla zjištěna u otázky č. 6 „*Pocítujete vnitřní klid?*“, kde stupeň 3 nebo 4, tj. zřídka nebo vůbec, volilo taktéž 41,6 % respondentů. Nejnižší míra obtíží byla zjištěna u otázky č. 2, kde byl uveden seznam obtíží, které mohli respondenti, ale nemuseli, pozorovat během posledního týdne. Nejlépe byla vyhodnocena otázka „*dušnost*“, kdy stupeň 0 nebo 1, tj. vůbec nebo mírně, volilo celkem 75,2 % respondentů ze všech zdravotnických zařízení (nemocnice, kamenný hospic, mobilní hospic). Druhá nejnižší míra obtíží byla taktéž zjištěna u otázky č. 2, kde byl uveden seznam obtíží, které mohli respondenti, ale nemuseli, pozorovat během posledního týdne. Respondenti volili stupeň 0 nebo 1 u položky „*zvracení*“ v procentuálním zastoupení 73,5 %. Třetí nejlépe saturovaná oblast byla u otázky číslo dvě, konkrétně ohledně „*problémů se suchostí*“

či bolesti v ústech“. Respondenti udávali stupeň 0 či 1 v 72,6 % respondentů celkem. Cíl byl splněn.

Druhým dílčím cílem jsme zjišťovali zda je kvalita života paliativních pacientů ovlivněna věkem, pohlavím a místem péče (typem zařízení). Vyšla signifikantně středně silná závislost mezi mírou obtíží v položce deprese, úzkost/obavy a nechutenství a věkem pacientů. Míra obtíží v těchto položkách je vyšší s rostoucím věkem pacientů a signifikantně byla i prokázána závislost mezi mírou obtíží a typem zařízení poskytované péče. V hospicové péči byla lepší kvalita života než v nemocnici. Mezi mírou obtíží a pohlavím nebyla prokázána souvislost. Cíl práce byl doloženými výsledky splněn.

Paliativní péče v současné době je zaměřená primárně na biologické potřeby. Pacienti v paliativní péči potřebují holistickou péči. Tento měřicí nástroj by mohl zlepšit kvalitu života pacientů tím, že chápe individuální potřeby a problémy. Tento měřicí nástroj je vhodný při využívání v praxi, jelikož vyšel jako srozumitelný v jedné z dohledaných studií.

REFERENČNÍ SEZNAM

BAINBRIDGE, Daryl a Hsien SEOW. Palliative Care Experience in the Last 3 Months of Life: A Quantitative Comparison of Care Provided in Residential Hospices, Hospitals, and the Home From the Perspectives of Bereaved Caregivers. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*® [online]. 2018, **35**(3), 456-463 [cit. 2022-10-26]. ISSN 1049-9091. Dostupné z: doi:10.1177/1049909117713497

BLACK, Anne, Tamsin MCGLINCHEY, Maureen GAMBLES, John ELLERSHAW a Catriona Rachel MAYLAND. The 'lived experience' of palliative care patients in one acute hospital setting – a qualitative study. *BMC Palliative Care* [online]. 2018, **17**(1), 1 - 10 [cit. 2023-04-07]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-018-0345-x

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015, 168 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4

BUŽGOVÁ, Radka, Erika HAJNOVÁ, David FELTL a Milan STOLIČKA. Faktory ovlivňující úzkost a depresi u pacientů v konečném stadiu nemoci při hospitalizaci. *Česká a Slovenská psychiatrie* [online]. 2014, **110**(5), 243 -249 [cit. 2022-09-13]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=981>

BUŽGOVÁ, Radka, Lucie SIKOROVÁ, Radka KOZÁKOVÁ a Darja JAROŠOVÁ. Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči. *Onkologie* [online]. 2013, **7**(6), 310 - 314 [cit. 2023-06-11]. Dostupné z: file:///C:/Users/Adela/Downloads/Solen_xon-201306-0011.pdf

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*. 2012, **3**(2), 404 - 414. ISSN 1804-2740

COYM, Anja, Anneke ULLRICH, Lisa Kathrin HACKSPIEL, Mareike AHRENHOLZ, Carsten BOKEMEYER a Karin OECHSLE. Systematic symptom and problem assessment at admission to the palliative care ward – perspectives and prognostic impacts. *BMC Palliative Care* [online]. 2020, **19**(1), 1 - 11 [cit. 2023-06-12]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-020-00576-3

DAVIES, Joanna M, Katherine E SLEEMAN, Christina RAMSENTHALER, Wendy PRENTICE, Matthew MADDOCKS a Fliss EM MURTAGH. The association between socioeconomic position and the symptoms and concerns of hospital inpatients seen by specialist palliative care: Analysis of routinely collected patient data. *Palliative Medicine* [online]. 2023, **37**(4), 575-585 [cit. 2023-06-22]. ISSN 0269-2163. Dostupné z: doi:10.1177/02692163221115331

DONNELLY, Sarah, Geraldine PRIZEMAN, Diarmuid Ó COIMÍN, Bettina KORN a Geralyn HYNES. Voices that matter: end-of-life care in two acute hospitals from the perspective of bereaved relatives. *BMC Palliative Care* [online]. 2018, **17**(1), 1 - 13 [cit. 2023-05-12]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-018-0365-6

EVANS, Catherine J., Anna E. BONE, Deokhee YI, et al. Community-based short-term integrated palliative and supportive care reduces symptom distress for older people with chronic noncancer conditions compared with usual care: A randomised controlled single-blind mixed method trial. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2021, **120**(103978), 1 - 13 [cit. 2023-05-11]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.103978

FILEJ, Bojana, Kristijan BREZNIK, Boris Miha KAUČIČ a Mojca SAJE. HOLISTIC MODEL OF PALLIATIVE CARE IN HOSPITAL AND COMMUNITY NURSING: THE EXAMPLE OF SOUTH-EASTERN SLOVENIA. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2018, **9**(1), 773-780 [cit. 2022-07-23]. ISSN 23363517. Dostupné z: doi:10.15452/CEJNM.2018.09.0004

HENDL, Jan. 2004. *Přehled statistických metod zpracování dat. Analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-820-1.

HOLMEROVÁ, Iva a Petr WIJA. Péče na konci života v České republice. *Časopis lékařů českých*. 2016, **155**(4), 43 – 47

ISHII, Yoko, Nao ITO, Yuko MATSUMURA, et al. Validity and reliability of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) for non-cancer patients. *Research Square* [online]. 2023, **Version 1**(1), 1 - 12 [cit. 2023-03-09]. Dostupné z: doi:10.21203/rs.3.rs-2426614/v1

KEBEBEW, Tolcha, Azwihangwisi Helen MAVHANDU-MUDZUSI a Annah MOSALO. A cross-sectional assessment of symptom burden among patients with advanced cervical cancer. *BMC Palliative Care* [online]. 2021, **20**(1), 1 - 10 [cit. 2023-06-12]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-021-00883-3

KISVETROVÁ, H., E. JOANOVIČ, J. VÉVODA a D. ŠKOLOUDÍK. Dying Care Nursing Intervention in the Institutional Care of End-of-Life Patients. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2016, **28**(3), 131 - 137. DOI: 10.1111/2047-3095.12128

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9

MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 3. aktualizované vydání. [Praha]: Cesta domů, 2021. ISBN 978-80-88126-77-5

MENDONÇA, Liliane, Bárbara ANTUNES, Joana RIGOR, Daniela MARTINS-MENDES a Matilde MONTEIRO-SOARES. Characterizing palliative care needs in people with or at risk of developing diabetic foot ulcers. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism* [online]. 2022, **13**, 1 - 15 [cit. 2023-06-13]. Dostupné z: doi:10.1177/20420188221136770

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměněné vydání. Praha: Galén, 2011, 363 s. ISBN 978-807-2628-490

SLÁMA, Ondřej a Jiří VORLÍČEK. Paliativní medicína. *Linkos Pacient a rodina* [online]. Brno: Klinika komplexní onkologické péče, 2014 [cit. 2022-05-19]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/paliativni-pece-1/paliativni-medicina/#hospic>

ROCH, Carmen, Johanna PALZER, Teresa ZETZL, Stefan STORK, Stefan FRANTZ a Birgitt van OORSCHOT. Utility of the integrated palliative care outcome scale (IPOS): a cross-sectional study in hospitalised patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* [online]. 2020, **19**(8), 702–710 [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: doi:10.1177/1474515120919386

ROBINSON, Jackie, Merryn GOTT, Clare GARDINER a Christine INGLETON. The 'problematism' of palliative care in hospital: an exploratory review of international palliative care policy in five countries. *BMC Palliative Care*. 2016, **15**(1), 1-8. ISSN 1472-684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-016-0137-0

TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, Alena VOSEČKOVÁ a Ondřej ŠTĚCH. HOME CARE FOR TERMINALLY ILL. In: *Psychology and psychiatry, sociology and healthcare, education (SGEM 2015)*. Sofia: Step92, 2015, s. 567-574. ISBN 978-619-7105-44-5. DOI: [10.5593/SGEMSOCIAL2015/B11/S2.072](https://doi.org/10.5593/SGEMSOCIAL2015/B11/S2.072)

Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné II. *Umírání.cz* [online]. Praha: Cesta domů, z.ú., 2013 (září) [cit. 2022-03-24]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>

VAN OORSCHOT, Birgitt, Koji ISHII, Yuko KUSOMOTO, et al. Anxiety, depression and psychosocial needs are the most frequent concerns reported by patients: preliminary results of a comparative explorative analysis of two hospital-based palliative care teams in Germany and Japan. *Journal of Neural Transmission* [online]. 2020, **127**(11), 1481-1489 [cit. 2023-06-12]. ISSN 0300-9564. Dostupné z: doi:10.1007/s00702-020-02186-y

VLCKOVA, Karolina, Eva HOSCHLOVA, Eva CHROUSTOVA a Martin LOUCKA. Psychometric properties of the Czech Integrated Palliative Outcome Scale: reliability and content validity analysis. *BMC Palliative Care* [online]. 2020, **19**(1), 1 - 8 [cit. 2023-05-20]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-020-00552-x

VLČKOVÁ, Karolína a Martin LOUČKA. Dotazník pro měření kvality života v paliativní péči: Manuál pro použití české verze IPOS. In: *Centrum paliativní péče* [online]. [cit. 2023-05-20]. Dostupné z: https://cdn.paliativnicentrum.cz/sites/default/files/soubory/2020-09/PPP_letak_IPOS_2018_8xA5_WEB_0.pdf

WEBBER, Colleen, Raymond VIOLA, Christine KNOTT, Yingwei PENG a Patti GROOME. Community Palliative Care Initiatives to Reduce End-of-Life Hospital Utilization and In-Hospital Deaths: A Population-Based Observational Study Evaluating Two Home Care Interventions. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2019, **58**(2), 181 – 189

WHO Definition of Palliative Care. World Health Organization [online]. Ženeva [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

WRIGLEY, Anthony. Hope, Dying and Solidarity. *Ethical Theory and Moral Practice* [online]. 2019, **22**(1), 187-204 [cit. 2022-07-03]. ISSN 1386-2820. Dostupné z: doi:10.1007/s10677-019-09985-7

ZÁVADOVÁ, Irena. Péče o nevyléčitelně nemocné a umírající v domácím prostředí. *Journal of Czech Physicians / Časopis Lékařů Českých* [online]. 2018, **157**(1), 9-12 [cit. 2022-08-17]. ISSN 00087335. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2018-1/pece-o-nevylecitelne-nemocne-a-umirajici-v-domacim-prostredi-63249>

Zdravotnická statistika - zemřelí 2017 [online]. 2018. Praha 2: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018 [cit. 2023-06-11]. ISSN 1210-9967. Dostupné z: <https://www.paliativnidata.cz/browser/web/mortalitni-data/misto-umrti/?region=&deathReasonType=1&deathReason=&sex=&ageType=1&ageGroup=&ageFrom=0&ageTo=120&periodFrom=2017&periodTo=2017&deathPlace=&hospitalization=&migration=>


SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

WHO	Světové zdravotnické organizace
VOICES	Měřicí nástroj Views of Informal Carers Evaluation of Services
EORTC-QLQ-C30	Dotazník Evropské organizace pro výzkum a léčbu rakoviny
EORTC QLQ-C15-PAL	Dotazník Evropské organizace pro výzkum a léčbu rakoviny v paliativní péči
SEIQOL-DW	Dotazník The Schedule for the Evaluation of the Individual Quality of Life-Direct Weighting
FNOL	Fakultní nemocnice Olomouc
PNI	Psychosocial Needs Inventory
PNPC	The Problems and Needs in Palliative Care Questionnaire
SAQ	The Self Assessment Questionnaire
IPOS	Integrated Palliative Outcome Scale
POS	Palliative Care Outcome Scale
PNAP	Patient Needs Assessment in Palliative care
SD	Směrodatná odchylka

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 - Souhlasné stanovisko etické komise Fakulty zdravotnických věd
- Příloha 2 – Souhlasné stanovisko etické komise Fakultní nemocnice Olomouc
- Příloha 3 – Souhlas s použitím české verze měřicího nástroje IPOS
- Příloha 4 – Souhlasné stanovisko Fakultní nemocnice Olomouc
- Příloha 5 – Souhlasné stanovisko kamenného hospice na Svatém Kopečku
- Příloha 6 – Souhlasné stanovisko Mobilní hospic Nejste sami v Olomouci
- Příloha 7 - Měřicí nástroj IPOS

Příloha 1 - Souhlasné stanovisko etické komise Fakulty zdravotnických věd



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL - 79761/1070-2022

Vážená paní
Bc. Adéla Kummerová

2022-03-22

Vyjádření Etické komise FZV UP


Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v nemocnicích a v hospicích**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc



Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880
www.fzv.upol.cz

Příloha 2 – Souhlasné stanovisko etické komise Fakultní nemocnice Olomouc



FAKULTNÍ NEMOCNICE*
OLOMOUC

I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc
Tel: 588 441 111, E-mail: info@fnol.cz
IČ: 00096892

Fm-MP-G015-05-ZADOST-001

ODBOR KVALITY

verze č. 1, str. 1/2

Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat

Jméno a příjmení žadatele: Bc. Adéla Kummerová

Datum narození: 12.12.1997 Telefon: 737642399 E-mail: adela.kummerova@seznam.cz

Kontaktní adresa: Synkova 383/6, Olomouc 77900

Přesný název školy/fakulty: Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

Obor studia: Ošetrovatelská péče v interních oborech

Forma studia: prezenční kombinovaná distanční

Téma závěrečné práce:

Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v nemocnicích a v hospicích

Žadatel ve FNOL koná odbornou praxi:

ANO na pracovišti: _____ v termínu od: _____ do: _____
 NE

Žadatel je zaměstnancem FNOL:

ANO na pracovišti: Onkologická klinika, lůžkové oddělení 42B
 NE

Pracoviště FNOL dotčená průzkumem: lůžkové oddělení onkologické kliniky, hemato-onkologická lůžková oddělení, geriatrické oddělení, interní lůžkové oddělení

Účel žádosti:

sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce
 sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte): _____

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlížení do zdr. dokumentace“.

Dotazníková akce pro pacienty FNOL pro zaměstnance FNOL

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: 80 - 100

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: duben 2022 do: leden 2023

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku.

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet: _____

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od: _____ do: _____

Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci: _____

Při nahlížení do zdravotnické dokumentace bude do každé dokumentace vložen formulář Fm-MP-G015-05-NAHLED-001 Záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace pro účely výzkumu/studie.

Ostatní

kazuistika – počet:

vedení rozhovoru s pacientem FNOL – počet pacientů: _____

vedení rozhovoru se zaměstnancem FNOL – počet zaměstnanců: _____ povolání: _____

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek).

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

jiné (specifikujte):

Za které období budou data zjišťována: duben 2022 až leden 2023

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: květen 2022 do: konec ledna 2023

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat: kvalita paliativní péče v nemocnici

Způsob zveřejnění závěrečné/seminární práce: na portálu UPOL

Budete FNOL uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci? ANO NE

Poučení:

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací.

Žadatel (datum podpis): Bc. Kummerová Adéla, 9.2.2022

Schválil (datum podpis): 10.2.2022 

Ing. Bc. Andrea Drobilíková
Naměstkyň lékařských oborů
Fakultní nemocnice Olomouc

Poznámky:

Příloha 3 – Souhlas s použitím české verze měřicího nástroje IPOS

< Zpět Přesunout Označit Spam Smazat Odpovědět Odpovědět všem Přeposlat ^ v

ML Martin Loučka m.loucka@paliativnicentrum.cz 16. 12. 2021, 20:02
Komu: adela.kummerova@seznam.cz
Kopie: office@paliativnicentrum.cz

✉ Re: Použití škály IPOS - Bc. Adéla Kummerová ★

Dobrý den,

děkuji za zprávu, Váš předchozí e-mail se ke mně nedostal, je mi líto, že jste musela čekat na odpověď.

Určitě IPOS můžete použít, [je ke stažení na našem webu](#).

Se srdečným pozdravem,

Martin Loučka

--
PhDr. Martin Loučka, PhD.
Feditel | Centrum paliativní péče
Dykova 15, Praha, 101 00
tel: +420 605 376 107
www.paliativnicentrum.cz | [facebook](#) | [bulletin](#)

Příloha 4 – Souhlasné stanovisko Fakultní nemocnice Olomouc

< Zpět Přesunout Označit Spam Smazat Odpovědět Odpovědět všem Přeposlat ^ v

DA Drobiličová Andrea, Ing. Bc. Andrea.Drobilicova@fnol.cz 11. 2. 2022, 12:07
Komu: adela.kummerova@seznam.cz [Přejít na přílohy](#)
Kopie: Sarka.Rockova@fnol.cz, Monika.Labudikova@fnol.cz, Lenka.Seflova@fnol.cz, Marcela.Bazinkova@fnol.cz, Libuse.Danielova@fnol.cz,
Renata.Zittova@fnol.cz

✉ RE: Poskytnutí informací pro studijní účely Bc. Adéla Kummerová ★

Dobrý den,

souhlasím s provedením dotazníkového šetření na těchto ZdP:
Onkologická klinika, Hemato-onkologická klinika, 2. interní klinika, 3. interní klinika, Oddělení geriatrie, Klinika plicních nemocí a tuberkulózy – domluveno s vrchními sestrami.

Schvální je podmíněno tím, že v dotazníku nebudou pacienti vyplňovat ID (jméno a příjmení) ale pouze muž-žena a dále že nebude zatížen NLZP na výše uvedených pracovištích.

S pozdravem

Ing. Bc. Andrea Drobiličová
náměstkyně nelékařských oborů
ředitel: Úsek nelékařských oborů

Příloha 5 – Souhlasné stanovisko kamenného hospice na Svatém Kopečku

Martina Ležáková martina.lezakova@hospickopecek.charita.cz

18. 2. 2022, 13:34

Komu: adela.kummerova@seznam.cz

✉ RE: Dotazníky Adéla Kummerová



Dobrý den,

poradili jsme se o Vašem dotazníku a nabízíme následující: v tuto chvíli máme u nás pouze 4 klienty, kteří jsou plně orientovaní a splňují Vaše parametry. Pokud je pro Vás přínosem i tak malý počet klientů, oslovíme je, zda souhlasí s účastí ve výzkumu. Může se stát, že z nich bude souhlasit třeba jen jeden nebo dva (nebo žádný). Jestli i toto akceptujete, pak jim formulář i informovaný souhlas předáme. Poté bychom se domluvili na vyzvednutí dotazníků. Kvůli covidu Vás přímý kontakt s klienty neumožníme.

S pozdravem

Mgr. Martinu Ležákovou
sociální pracovníci

Hospic na Svatém Kopečku
nám. Sadové 24
779 00 Olomouc
tel. 585 319 754, 585 100 036, 739 352 131
martina.lezakova@hospickopecek.charita.cz
<http://www.hospickopecek.charita.cz>

*Podpořte prosím naši činnost převodem jakékoliv částky na náš účet č. 43-6322140257/0100 u KB Olomouc.
Děkujeme.*

Příloha 6 – Souhlasné stanovisko Mobilní hospic Nejste sami v Olomouci

Vyjádření pracoviště k realizaci výzkumu

Vážená paní Bc. Kummerová,

souhlasím s provedením sběru dat na našem pracovišti, který poslouží ke sběru výzkumných dat k diplomové práci na téma:

Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v nemocnicích a hospicích.

S pozdravem


Mgr. Vzatková Jana
vrchní sestra

NEJSTE SAMI - mobilní hospic, z.ú.
Wellnerova 20, 779 00 Olomouc
IČO: 04871243

V Olomouci

14.2.2022

IPOS

Formulář pro pacienty

POHLAVÍ:											
Datum: (dd/mm/rrrr)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			/			/				
		/			/						

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

Otázka 1. – Jaké byly vaše hlavní problémy či obtíže v posledním týdnu?

1a.
1b.
1c.

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

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

Zapište, prosím, jakékoliv jiné obtíže neuvedené výše a zaškrtnutím jednoho políčka označte, jak vás tyto obtíže v posledním týdnu ovlivnily.

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

V posledním týdnu:

	Vůbec	Výjimečně	Občas	Většinu času	Pořád
Otázka 3. Cítili jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Otázka 4. Cítil někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Otázka 5. Cítili jste se depresivně?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Pořád	Většinu času	Občas	Zřídka	Vůbec
Otázka 6. Pocítujete vnitřní klid?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Otázka 7. Byli jste schopni hovořit se svou rodinou a přáteli dostatečně o tom, jak se cítíte?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Otázka 8. Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

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

	Sám/a	S pomocí někoho z přátel či příbuzných	S pomocí někoho z ošetřujícího personálu
Otázka 10. Jak jste vyplnil/a tento dotazník?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud ve vás některé z otázek položených v dotazníku vyvolávají obavy, promluvte si, prosím, s někým z lékařů či sester.