

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Bc. Nicol Urbanová, DiS.

**HODNOCENÍ POTŘEB PACIENTŮ NA
ODDĚLENÍCH OBECNÉ A SPECIALIZOVANÉ
PALIATIVNÍ PÉČE**

Diplomová práce

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

Olomouc 2022

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

Olomouc 1. července 2022

.....

podpis

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Identifikace a hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči

Název práce v ČJ: Hodnocení potřeb pacientů na odděleních obecné a specializované paliativní péče

Název práce v AJ: Patients Needs Assessment in Standard Wards and Specialized Palliative Care

Datum zadání: 2019-01-31

Datum odevzdání: 2022-07-08

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Bc. Urbanová Nicol, DiS.

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

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Cílem diplomové práce je zjistit důležitost a naplněnost bio-psychosociálních a spirituálních potřeb u pacientů v paliativní péči na odděleních standardní a specializované paliativní péče. Teoretická část pojednává o dohledaných a nejčastěji používaných měřících nástrojích pro hodnocení potřeb u pacientů v paliativní péči. Dále rozebírá potřeby z oblasti biologické, psychosociální a spirituální jednak u pacientů standardní paliativní péče a dále u pacientů specializované paliativní péče. Výzkumná část diplomové práce byla provedena kvantitativní průřezovou korelační studií za pomoci měřícího nástroje Patients Needs Assessment in Palliative Care (PNAP). Výzkumný soubor tvořilo 80 respondentů z nemocnic a hospiců. Z výzkumného šetření vyplývá, že nejvíce důležité a zároveň naplněné potřeby jsou z oblasti respektu a podpory zdravotnickým personálem pro pacienty standardní paliativní péče i pro pacienty specializované paliativní péče. Mezi nejméně důležité patřili potřeby ze spirituální oblasti pro obě paliativní péče.

Abstrakt v AJ: The aim of the diploma thesis was to determine the importance and repletion of bio- psychosocial and spiritual needs of patients in palliative care at the standard departments and at specialized palliative care. The theoretical part deals with the most frequently used measuring tools for assessing the needs of patients in palliative care. It also discusses the needs in the field of biological, psychosocial and spiritual in patients of standard palliative care and in patients of specialized palliative care. The research part of the diploma thesis wa performed by quantitative cross-cutting correlation study with the measuring tool Patients Need Assessment in Palliative Care (PNAP). The research group consisted of 80 respondents from hospitals and hospices. The research shows that the most important and at the same time fulfilled needs mentioned by patients are in the domain of respect and suport by medical staff for patients from standard and specialized palliative care. Among the least important needs were spiritual needs for both type f palliative care.

Klíčová slova v ČJ: paliativní péče, potřeby, měřící nástroje, Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči, pacient

Klíčová slova v AJ: palliative care, needs, scales, Patients Needs Assessment in Palliative Care, patient

Rozsah práce: 75 stran/ 8 příloh

OBSAH

ANOTACE.....	9
ÚVOD.....	7
1 POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE.....	9
2 MĚŘÍCÍ NÁSTROJE K HODNOCENÍ POTŘEB PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI	11
3 POTŘEBY PACIENTŮ V OBECNÉ PALIATIVNÍ PÉČI.....	23
3.1 Biologické potřeby.....	23
3.2 Psychosociální potřeby	24
3.3 Spirituální potřeby	26
4 POTŘEBY PACIENTŮ VE SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČI.....	27
4.1 Biologické potřeby.....	27
4.2 Psychosociální potřeby	29
4.3 Spirituální potřeby	30
4.4 Shmutí teoretických východisek.....	31
5 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	34
5.1 Cíle výzkumu a hypotézy.....	34
5.2 Charakteristika respondentů.....	36
5.3 Metoda sběru dat.....	36
5.4 Realizace výzkumu	37
5.5 Zpracování dat	38
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU	39
6.1 Charakteristika souboru respondentů.....	39
6.2 Výsledky důležitosti a naplnění potřeb.....	40
6.3 Ověření platnosti hypotéz	47
7 DISKUZE	59
ZÁVĚR.....	63
REFERENČNÍ SEZNAM	64
SEZNAM ZKRATEK	71
SEZNAM TABULEK	72
SEZNAM GRAFŮ	74
SEZNAM PŘÍLOH	75
PŘÍLOHY	76

ÚVOD

Paliativní péče je péče komplexní poskytovaná pacientovi s nevléčitelnou nemocí v pokročilém nebo terminálním stavu (Sláma et al., 2016, s. 446). Vzhledem k tomu, že doposud nebyl ustálen jednotný tvar definice „paliativní péče“, je hned několik druhů vymezení tohoto pojmu. Všechna vymezení však obsahují důraz na kvalitu života, zaměřují se na příjemce paliativní péče a na řešení symptomů u nevléčitelně nemocných (Sláma et al., 2016, s. 446). Nejnovější definice Světové zdravotnické organizace definuje paliativní péči jako: *„přístup, jenž usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a jejich rodin, a to prevencí a zmírňováním utrpení, včasným rozpoznáním a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních“* (WHO, 2018, s. neuvedena). Pacienti zařazení do paliativní péče se často musí vyrovnávat nejen s omezenou délkou života, ale také mnohdy se strachem z nenaplnění pro ně důležitých potřeb a z utrpení (Dakessian et al., 2018, s. 1-10).

Prioritou paliativní péče se stává otázka hodnocení bio- psycho- sociálních a spirituálních potřeb pacientů a také její návaznosti na kvalitu života. Důležitým aspektem při hodnocení saturace potřeb jsou vytvořené měřicí nástroje. V zahraničních zdrojích jsou nejčastěji zmiňované následující: Screen for Palliative and End-of-Life Care Needs in the Emergency Department, Needs at the End-of-Life Screening Tool, Problems and Needs in Palliative Care questionnaire, Needs Evaluation Questionnaire, Cancer Rehabilitation Evaluation System, Supportive care needs survey a Patient needs assessment tool. Měřicí nástroj Patients Needs Assessment in Palliative Care je jako jediný nástroj vytvořený pro Českou republiku na podkladě vědeckých důkazů a validní k dalšímu výzkumnému využití (Bužgová et al. 2013, s. 310-314).

Na podkladě těchto informací je možné položit si otázku: Jaké jsou aktuální dohledané publikované poznatky o hodnocení potřeb na oddělení obecné a specializované paliativní péče?

Diplomová práce má za cíl zjistit důležitost a naplněnost bio-psychosociálních a spirituálních potřeb u pacientů v paliativní péči na odděleních standardní a specializované paliativní péče v České republice. Hlavní cíl byl dále rozpracován do dílčích cílů. Dílčí cíle zjišťovali závislost mezi pohlavím a místem poskytování paliativní péče a také důležitost a

naplněnost potřeb umírajících pacientů jak na odděleních standardní, tak specializované paliativní péče.

Před vypracováním diplomové práce byly prostudovány a využity vstupní tituly:

BUŽGOVÁ, Radka a Renáta ZELENÍKOVÁ. 2012. Vytvoření měřicího nástroje pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života: hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (PNAP). *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 3(2), 404-414 [cit. 2022-02-14]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-02/6_buzgova.pdf

BUŽGOVÁ, Radka, Lucie SIKOROVÁ, Radka KOZÁKOVÁ a Darja JAROŠOVÁ. Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči. *Onkologie*. 2013, 7(6), 310-314. ISSN 1802-4475. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2013/06/11.pdf>

DAKESSIAN SAILIAN, Silva, Huda Abu-Saad HUIJER, Suzanne DHAINI a Marina ADRA. 2018. Palliative Care Assessment Tools for Older Adults: *Review Article*. *Archives of Palliative Care and Medicine* [online]. 1 (1), 1 - 10 [cit. 2022-01-04]. DOI: 10.29011/. Dostupné z: https://scholar.google.cz/scholar?hl=cs&as_sdt=0%2C5&as_vis=1&q=palliative+care+assessment+tools+for+older+adults+review+dakessian&btnG=

MIKŠOVÁ, Zdeňka, 2019. Závěrečná diplomová práce – praktická příručka pro tvorbu diplomové práce na Fakultě zdravotnických věd [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [cit. 2022-02-04]. ISBN 978-80-244-5629-4. DOI: 10.5507/fzv.19.24456294

1 POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Postup rešeršní strategie byl použit k dohledání aktuálně validních a relevantních poznatků o tématu práce, které byly následně využity pro tvorbu této diplomové práce, a který popisuje následující text.

VYHLEDÁVAJÍCÍ KRITÉRIA

Klíčová slova v ČJ: paliativní péče, potřeby, měřicí nástroje, Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči, pacient

Klíčová slova v AJ: palliative care needs, assessment tools, Patients Needs Assessment in Palliative Care, patient

Jazyk: český jazyk, anglický jazyk

Období: 2000-2020

Další kritéria: recenzované články



DATABÁZE

Medvik, Bibliographia medica Českoslovaca (BMČ), PubMed, Medline, Google Scholar, CINAHL, EBSCO Host, Wiley Online Library



Nalezeno 147 vědeckých článků.



VYŘAZOVACÍ KRITÉRIA

kvalifikační práce

duplicitní články

články nesplňující zařazovací kritéria



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

Medvik: 8 článků

Bibliographia medica Českoslovaca (BMČ): 3 články

PubMed: 21 článků

Medline: 1 článek

Google Scholar: 4 články

CINAHL: 1 článek

EBSCO: 2 články

Wiley Online Library: 3 články



SUMARIZACE VYUŽITÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Zahraniční periodika a dokumenty:

American Family Physician (1), Annals of Oncology (1), Annals of Palliative Medicine (1), BMJ Supportive&Palliative Care (2), BMC Palliative Care (1), Cor et Vasa (1), European Journal of Oncology Nursing (1), Indian Journal of Palliative Care (1), Journal of Clinical Oncology (1), Journal of Community Medicine and Public Health (2), Journal of Evaluation in Clinical Practice (1), Journal of Pain and Symptom Management (1), Journal Palliative Medicine (2), Family Physician Essentials (1), National Library of Medicine (1), Nurse Health Science (1), Pain Practice (1), Palliative care (2), Palliative Medicine (3), Plos One (1), PsychoOncology (2), Review Article Archives of Palliative Care and Medicine (1), Sage Journals (1), Support Care Cancer (2), Support Palliative Care (1)

Česká periodika a dokumenty:

Bolest (1), Cesta k modernímu ošetřovatelství (1), Časopis lékařů českých (3), Klinická onkologie (1), Ošetřovatelství a porodní asistence (2), Onkologie (1), Praktický lékař (1)



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 43 článků.

Mimo zdrojů dohledaných rešeršní činností byly pro tvorbu práce použity také 5 knižních zdrojů a 3 elektronické dokumenty včetně 2 standardu a 1 manuálu.

2 MĚŘÍCÍ NÁSTROJE K HODNOCENÍ POTŘEB PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI

Nejnovější definice Světové zdravotnické organizace označuje paliativní péči jako: „přístup, jenž usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a jejich rodin, a to prevencí a zmírňováním utrpení, včasným rozpoznáním a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních“ (WHO, 2018, s. neuvedena). Na základě všech vymezení paliativní péče je zapotřebí identifikovat a uspokojovat potřeby pacientů v paliativní péči, které rozpoznáváme pomocí měřících nástrojů. Přehledový článek autorky Bužgové a kol. (2013, s. 310) analyzuje 12 měřících nástrojů dohledaných prostřednictvím elektronických databází používaných v zahraničí ke zhodnocení potřeb pacientů v paliativní péči. Autorský kolektiv uvádí 8 nástrojů pro hodnocení potřeb onkologických pacientů a čtyři pouze pro geriatrické pacienty. Novější zahraniční přehledový článek autorů Tian et al. (2019, s. 1-20) porovnává 20 nástrojů pro hodnocení potřeb pacientů s onkologickým onemocněním. Cílem všech měřících nástrojů je identifikovat aktuální či potencionální problémy pacientů, zjistit priority a preference pacienta a pozorovat změny v jednotlivých symptomech a schopnostech. V důsledku zjištění aktuálních potřeb pacienta, lze péči individualizovat a specializovat na dané potřeby, které mohou dále přispívat ke zlepšení kvality života. Oproti zahraničním měřícím nástrojům byl v České republice vytvořen pouze jeden měřící nástroj k hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v rámci projektu IGA Ministerstva zdravotnictví ČR. Dále budou rozebrány měřící nástroje dohledané v zahraničních studiích:

- Screen for Palliative and End-of-Life Care Needs in the Emergency Department (dále jen SPEED)
- Needs at the End-of-Life Screening Tool (dále jen NEST)
- Problems and Needs in Palliative Care questionnaire (dále jen PNPC)
- Needs Evaluation Questionnaire (dále jen NEQ)
- Cancer Rehabilitation Evaluation System (dále jen CARES)
- Supportive care needs survey (dále jen SCNS)
- Sheffield Profile for Assessment and Referral for Care (dále jen SPARC)
- Patient needs assessment tool (dále jen PNAT)
- Oncology Clinic Patient Checklist (dále jen OCPC)
- Psychosocial Need Inventory (dále jen PNI)

- Cancer Patients Need Survey (dále jen CPNS)
- Needs Based Biopsychosocial Distress Instrument for Cancer Patients (dále jen CANDI)
- Cancer survivors' unmet needs measure (dále jen CaSUN)
- Survivors unmet needs survey (dále jen SUNS)
- Needs assessment for advanced cancer patients (dále jen NA-ACP)
- Needs assessment for advanced lung cancer patients (dále jen NA-ALCP)
- Three-Levels-of-Needs questionnaire (dále jen 3LNQ)
- Simple screening tool for identifying unmet palliative care needs (dále jen SST-IUPCN)
- Patients Needs Assessment in Palliative Care (dále jen PNAP)

Všechny dohledané měřicí nástroje včetně českého budou rozebrány níže.

Prvním z komplexních měřících nástrojů vyvinutých speciálně pro oddělení urgentních příjmů se nazývá **Screen for Palliative and End-of-Life Care Needs in the Emergency Department** neboli zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči na pohotovosti. Tento měřicí nástroj vyvinut odborníky na urgentní a paliativní péči obsahuje 13 otázek rozdělených do 5 domén. Cronbachův koeficient alfa pro jednotlivé položky činí rozmezí od 0,716 do 0,991, z čehož vyplývá jeho vysoká spolehlivost. Měřicí nástroj SPEED je krátký, komplexní měřicí nástroj pro hodnocení potřeb a navržený zejména tak, aby byl zároveň rychlý při hodnocení jednotlivých potřeb pacientů zařazených v paliativní péči na odděleních urgentního příjmu. Přesto se však mohou vyskytnout obtíže vzhledem ke zdravotním problémům pacientů s efektivní komunikací, problémy spojenými s akutním stresem a časovému omezení ze strany poskytovatele péče. (Richards et al., 2011). Jednotlivé položky měřicího nástroje SPEED uvedeny v tabulce 1.

Tabulka 1 Struktura měřicího nástroje SPEED

Doména	Položka
Sociální doména	Jaké obtíže máte se svými léčivými? (např. Jak léky získat, jak a kdy je užívat, znalost nežádoucích účinků léčiv)
	Jaké obtíže máte ve spojitosti s ambulantním sledováním? (např. zajištění dopravy, domluvení další návštěvy lékaře)
	Do jaké míry je pro Vás obtížné uspokojování svých potřeb v domácím prostředí? (např. koupání, oblékání, zajištění stravy)

Terapeutická doména	Jak velké potíže máte s komunikací s ošetřujícími lékaři o svých preferencích léčby?
	Jak velké potíže máte s poskytovanou péčí ošetřujícím personálem?
	Jak moc je obtížné sehnat lékařskou péči dle Vašich preferencí?
Doména fyzických potřeb	Trpíte často bolestí?
	Trpíte často dušností?
	Máte často jiné tělesné příznaky?
Doména psychických potřeb	Trpíte úzkostí?
	Jak často trpíte depresí?
	Jak často trpíte pocitem přetížení?
Doména duchovních potřeb	Jaký smysl v životě má pro Vás Vaše nemoc?

(Richards et al., 2011)

S hodnocením potřeb pacientů na pohotovostních odděleních také úzce souvisí **Needs at the End-of-Life Screening Tool**, v českém překladu dotazník pro měření subjektivní zkušenosti pacienta s péčí na konci života, určeného pro pacienty v terminálním stádiu, vyvinut ve Spojených státech amerických. Rovněž tento nástroj obsahuje 13 položek ve 4 doménách zaměřených na potřeby pacientů zařazených do paliativní péče na urgentních příjmech (tab. 2). Cronbachův alfa koeficient pro NEST je stanoven na 0,64 až 0,89 (Richards et al., 2011). Jednotlivé položky hodnotí pacienti na stupnici od 0 do 10 a měřící nástroj je určen zejména pro pacienty s prognózou přežití do šesti měsíců (Dakessian Sailian et al., 2017, s. 8).

Tabulka 2 Struktura měřícího nástroje NEST

Doména	Položka
Sociální doména	Do jaké míry je pro Vás a Vaši rodinu nemoc finančně zatěžující?
	Jak obtížná je přístupnost k lékařské péči, kterou potřebujete?
	Jak často se můžete někomu svěřit?
	Do jaké míry potřebujete pomoc s jídlom nebo cestou k lékaři?
Terapeutická doména	Jak moc si myslíte, že si Vás zdravotní personál váží jako jedince?

	Jak dostačující jsou informace o Vašem zdravotním stavu od zdravotního personálu?
	Do jaké míry splňuje poskytovaná péče Vaše očekávání?
Doména důležitosti symptomů	Jak často trpíte příznaky, jako jsou bolest, dušnost, únava, střevní obtíže nebo problémy s močením?
	Jak často pociťujete úzkost, zmatenost nebo depresi?
Doména existenciálních potřeb	Do jaké míry tato nemoc ovlivňuje Váš postoj ke smyslnosti?
	Jak moc ovlivňuje smysl života Vaše víra nebo duchovní život?
	Jak dostatečně jste si urovnali Vaše vztahy s blízkými?

(Richards et al., 2011)

Pro pacienty s pokročilým nádorovým onemocněním je určen měřicí nástroj **Problémy pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním v paliativní péči** neboli **Problems and Needs in Palliative Care questionnaire** (dále jen PNP). První verze dotazníku PNP byla vytvořena v holanštině v roce 2004 a vznikla na základě potřeby jasně identifikovat specifické potřeby pacientů paliativní péče. Původní verzi tvořilo 90 položek, od roku 2007 nástroj tvoří 33 položek, označovaných za kratší verzi (dále jen PNP-sv) pro lepší proveditelnost. Spolehlivost nástroje určuje Cronbachova konstanta alfa $>0,70$. Pacient hodnotí každou položku dvojí formou odpovědi. První odpověď, zdali se daný problém vyskytuje a hodnotí se pomocí Likertové stupnice ano/někdy/ne. Druhá odpověď je, zdali potřebuje pacient s daným problémem pomoci. Jednotlivé domény se věnují zpočátku fyzickým symptomům, jako jsou bolest, dušnost, nauzea a zvracení, nechutenství, zácpa, potíže se spánkem a únava. Dále pacient odpovídá na otázky z oblasti psychologické, které zahrnují zvládnání a přijetí nemoci, úzkost, deprese, srovnání s dosavadním životem a zdali potřebuje péči psychologa. Otázky ohledně rodinných vztahů, zaměstnání, sociální podpora se věnuje doména sociálních problémů. Mimo jiné může pacient pomocí měřicího nástroje hodnotit kvalitu poskytované péče, oblast autonomie a duchovní záležitosti (Ahmed et al., 2014, s. 243). PNP při studii rovněž prokázala konvergentní platnost s měřítky kvality života Evropské organizace pro výzkum a léčbu rakoviny (dále jen EORTC). Jednotlivé domény a počet konkrétních položek u PNP jsou uvedeny níže (tab. 3) (Wang, 2019, str. 4).

Tabulka 3 Struktura měřicího nástroje PNPC

Doména	Počet položek
Aktivity každodenního života a Instrumentální aktivity každodenního života (ADL, IADL)	7
Fyzické příznaky	18
Životní role	4
Finanční a administrativní záležitosti	5
Sociální problémy	15
Psychologické problémy	15
Duchovní záležitosti	5
Autonomie	9
Aspekty kvality péče	12

(Bužgová et al., 2013, s. 311 – 313)

Needs Evaluation Questionnaire byl nástroj vyvinutý autory Tamburini et al. v roce 2000 jak pro klinickou praxi, tak pro výzkumné účely. Nástroj je zaměřen na měření informačních a psychosociálních potřeb u hospitalizovaných pacientů s onkologickým onemocněním. Nástroj obsahuje 23 položek rozdělených do 4 domén (tab. 4) a je především určen po pacienty s nádorovým onemocněním. Vyplnění dotazníku také ulehčuje formát odpovědi „ano, ne“. Cronbachův alfa koeficient pro NEQ byl určen na 0,63-0,76 (Bonacchi et al., 2016, str. 3507).

Tabulka 4 Struktura měřicího nástroje NEQ

Doména	Položky
Symptomy, fyzické a kognitivní funkce	Symptomy celkově, ADL
Potřeba informací a kvalita poskytované péče	Participace na péči, přístup zdravotníků, kvalita služeb
Sociální potřeby	Vztahy v rodině, Sociální podpora a finance
Psychologické a spirituální aspekty	Zvládání, přijetí nemoci, emoce; kontakt psychologa, náboženské potřeby

(Annunziata et al., 2009, s. 551; Bužgová et al., 2013, s. 311-313)

Dále **Cancer Rehabilitation Evaluation System** a jeho zkrácená verze **Cancer Rehabilitation Evaluation System- Short Form**, dotazník sloužící k posouzení kvality

života a rehabilitačních potřeb onkologických pacientů. Měřicí nástroj je považován za komplexní, spolehlivý, nenákladný a relevantní vzhledem ke kvalitě života pacientů (Kumar et al., 2014, s. 243-244). CARES vznikl v 90. letech 20. století v USA pod záštitou autorů Anne Coscarelli Schag a Ricarrda L. Heinricha a do roku 2012 byl velmi málo používán z důvodu jeho zpoplatnění kvůli autorským právům (Schouten et al., 2017, s. 600). Měřicí nástroj CARES je složený z 6 domén obsahujících 139 položek (tab. 5). Domény jsou rozděleny na oblast fyzickou, zdravotní, psychosociální, sexuální, celkovou péči a vztahy. Reliabilitu nástroje určuje Cronbachova alfa 0,87- 0,94. Pacient hodnotí svoje problémy na Likertově stupnici od nuly do čtyř, přičemž nula znamená nepřítomnost problému a číslo čtyři znamená velmi závažný problém v dané oblasti (Kumar et al., 2014, s. 243 - 244).

Tabulka 5 Struktura měřicího nástroje CARES

Doména	Charakter položek
Fyzické funkce	Bolest, symptomy onemocnění, úbytek na váze, příjem stravy, činnosti každodenního života, odpočinek a relaxace
Vztahy mezi pacientem a zdravotníky	Vzájemná komunikace (např. Lékaři nevysvětlují, co dělat), Četnost kontrol lékařem
Vztah mezi pacientem a partnerem/rodinnými příslušníky	Zanedbávání rodiny, problémy v komunikaci a vztazích
Psychosociální doména	Kognitivní problémy, strach, úzkost, deprese, narušený obraz těla, sebeúcta a zvládání nemoci, problémy s pamětí a soustředěním
Sexualita	Dyskomfort a dysfunkce
Rozmanité potřeby	Finance, dodržování léčebného režimu, problémy s chemoterapií či radioterapií, problémy s návštěvou lékaře

(Schouten et al., 2017, s. 601)

Rovněž měřicí nástroj **Cancer Patients Need Questionnaire** je o pěti doménách zaměřující se na nenaplněné potřeby onkologických pacientů. CPNQ se skládá ze 71 položek rozdělených do pěti domén (tab. 6) hodnocených 5 bodovou škálou na Likertové stupnici. Číslo jedna Likertové stupnice značí nepotřebu pomoc s problémem, číslo pět pak velkou

potřebu pomoci. Do pěti domén řadíme symptomy nemoci a fyzické funkce, dále psychologickou a sociální doménu, doménu související s poskytovanou péčí a personálem a v neposlední řadě doména o informovanosti pacienta. Cronbachova konstanta alfa je stanovena na 0,78 - 0,90, což značí dobrou reliabilitu (Bužgová et al., 2013, s. 311).

Tabulka 6 Struktura měřicího nástroje CPNQ

Doména	Položky
Symptomy nemoci a fyzické funkce	Bolest, ostatní symptomy, ADL, IADL
Psychologické potřeby	Neuvedeno
Sociální potřeby	Finance a jiné
Poskytovaná péče	Péče a podpora
Informace o diagnóze	Informace

(Bužgová et al., 2013, s. 311)

Další nástroj je zaměřený na hodnocení vnímaných potřeb pacientů s nádorovým onemocněním zvaný **Supportive Care Needs Survey** a také jeho zkrácená verze SCNS-SF. Originální plná verze obsahuje 59 položek a 6 domén. Zkrácená verze obsahuje 34 otázek členěných do 5 domén – fyzická, psychická a sexuální oblast, péče o pacienty, zdravotní systém a informace (tab. 7). Cronbachova alfa pro SCNS je stanovena v rozmezí od 0,87 až 0,97. SCNS byl vytvořen v Austrálii a jako jeden z mnoha má nejvíce mezikulturních adaptací. Mimo originální angličtiny má například francouzský, německý, japonský, španělský, mandarínský, nizozemský a čínský překlad (Tian et al., 2019, s. 1-20, Bužgová et al., 2013, s. 311).

Tabulka 7 Struktura měřicího nástroje SCNS

Domény SCNS	Položky
Fyzické potřeby	Bolest (1), únava, spánek (1), nauzea a zvracení (2), ostatní symptomy (1)
Participace na péči a kvalita služeb	Spolurozhodování o péči (3), informace o diagnóze (8), soukromí (1), přístup zdravotníků (8), kvalita služeb (3)
Psychické potřeby	Úzkost, deprese (3), strach (6), přijetí nemoci, emoce (5), kontakt psychologa (1)
Spirituální potřeby	Smysl života (3), záležitosti kolem smrti (1)
Sociální potřeby	Rodinné vztahy (3), zapojení do aktivit (2), sociální podpora (4),

	finance (1)
Kognitivní funkce	IADL (2)

(Bužgová et al., 2013, s. 311)

Sheffield Profile for Assessment and Referral for Care originál z roku 2004 vytvořen ve Velké Británii má za cíl měření distresu souvisejícího s terminálním stádiem onemocnění. Pomocí tohoto nástroje identifikujeme problémy a příznaky pacientů s pokročilým stádiem nemoci pro specializovanou péči. Nástroj obsahuje 45 položek členěných do 9 domén (tab. 8). Domény zahrnují komunikaci a získávání informací, psychické, fyzické, náboženské a spirituální potřeby, rodina a komunita, léčba a osobní problémy, nezávislost a aktivity (Tian et al., 2019, s. 1-20). V konečné části měřicího nástroje má pacient možnost sdělit tři další problémy, které by chtěl řešit. U otázek 1, 43, 44 a 45 je volba odpovědi ano či ne. Všechny ostatní otázky jsou hodnoceny odpovědi: vůbec ne, trochu, trochu více a hodně na čtyřbodové Likertové stupnici (Leppert et al., 2012, s. 918). Polská studie z roku 2011 autorů Leppert et al. (2012, s. 918) použila měřicí nástroj SPARC u 58 respondentů s pokročilým nádorovým onemocněním ke zjištění užitečnosti tohoto měřicího nástroje. Z celkového počtu pacientů bylo 25 z oddělení paliativní péče, 18 pacientů v domácí péči a 15 pacientů navštěvovalo denní stacionář. Z výsledků vyplynula spolehlivost a validita měřicího nástroje stanovením vnitřní konzistence pomocí Cronbachových koeficientů alfa. Pro oblast fyzických symptomů byla hodnocena Cronbachova konstanta 0,68, pro psychologické problémy 0,86, pro náboženské a duchovní problémy 0,65, pro nezávislost a aktivitu 0,77, pro rodinné a sociální problémy 0,80 a pro problémy s léčbou 0,62. Mezi nejčastější onemocnění patřili: primární nádory plic, tlustého střeva, prostaty a prsu, ledvin, štítné žlázy, vaječnicků, hrtanu a děložního čípku a pacienti uváděli věk v rozmezí od 40 do 85 let. Polská studie v závěru doporučuje měřicí nástroj SPARC pro hodnocení potřeb a symptomů u pacientů s onkologickým onemocněním v terminální fázi pro jeho validitu a reliabilitu.

Tabulka 8 Struktura měřicího nástroje SPARC

Doména	Položky
Komunikační a informační problémy	1 Informace o diagnóze
Fyzické symptomy	2 až 22 Bolest, únava, spánek, dušnost, nechutenství, nauzea,

	zvracení, zácpa, ostatní symptomy
Psychické problémy	23 až 31 Úzkost, deprese, životní spokojenost
Náboženské a duchovní problémy	32 a 33 Náboženské pocity, záležitosti kolem smrti
Nezávislost a aktivita	34 až 36 ADL, IADL, Zapojení do aktivit, podpora péče
Rodinné a sociální otázky	37 až 40 Rodinné vztahy, sexuální potřeby
Otázky léčby	41 a 42 Spolurozhodování o péči, Informace o diagnóze, dostupnost péče
Osobní záležitosti	43 až 45 Paměť koncentrace

(Leppert et al., 2012, s. 918; Bužgová et al., 2013, s. 311)

Fyzickou, psychologickou a funkční oblast zkoumá měřicí nástroj **Patient needs assessment tool**. PNAT se skládá pouze z 16 položek s Cronbachovou alfa konstantou 0,85-0,94. Hodnocení položek probíhá na Likertové stupnici od 0 do 5, kdy nula znamená žádný problém a pět značí velký problém. Společně například s dotazníkem NEQ nejméně pokrývá oblast psychosociálních potřeb (Bužgová et al., 2013, s. 311-313). Dělení měřicího nástroje PNAT znázorněno v tab. 9 s počtem jednotlivých otázek v závorkách.

Tabulka 9 Struktura měřicího nástroje PNAT

Doména	Položky
Fyzické funkce	Pohyblivost (1), ADL (3), IADL (1), paměť (1), koncentrace (1), celkové zdraví (1)
Psychologické potřeby	Úzkost, deprese (3) a zvládání, přijetí nemoci, emoce (2)
Funkční oblasti	Rodinné vztahy (1), finance (1), dostupnost péče (1)

(Bužgová et al., 2013, s. 311-313)

Pro pacienty v ambulantní léčbě byl vytvořen měřicí nástroj OCPC – **Oncology Clinic Patient Checklist**. Nástroj sestavený v USA se pyšní rozmanitostí 15 domén o 86 položkách. Pacient vybírá z uvedených možností nebo odpovídá na otevřené otázky (např. další problémy, o kterých by chtěl hovořit, nebo vedlejší účinky chemoterapie). Vnitřní

konzistence nástroje nebyla dohledána. Jako jeden z uvedených nástrojů nejlépe hodnotí fyzickou oblast podobně jako nástroje CARES, SPARC, PNPC a také český dotazník PNAP.

Dále mezi měřící nástroje soustřeďující se na potřeby pacienta patří **Psychosocial Need Inventory** vyvinutý v roce 2001 Thomasem et al., zaměřující se na psychosociální potřeby onkologických pacientů. PNI se skládá ze 48 položek členěných do sedmi domén (tab. 10). Pacienti hodnotí položky pomocí dvou Likertových stupnic a to v rámci důležitosti a naplněnosti potřeby (Bužgová et al., 2013, s. 311-312). Pro dobrou vnitřní konzistenci PNI slouží hodnota Cronbachova koeficientu alfa v rozmezí od 0,77 do 0,91, což také dokazuje reliabilitu a validitu měřícího nástroje (Yi et al., 2014, s. 550).

Tabulka 10 Struktura měřícího nástroje PNI

Doména	Položky
Informace o zdravotním stavu, léčbě	5
Vztahy a spolupráce mezi pacientem a zdravotníky	9
Sociální oblast	5
Emoce a spiritualita	15
Identita pacienta	5
Péče o děti	1
Sociální, pracovní a finanční potřeby (Praktické záležitosti)	8

(Yi et al., 2014, s. 550)

Také **Cancer Patients Need Survey** s 51 položkami hodnotí naplněnost a důležitost potřeb (Bužgová et al., 2013, s. 311-312).

Mezi již výše uvedených 12 měřících nástrojů je zapotřebí zmínit novější verze hodnotících nástrojů vzniklých po roce 2011 uvedené v přehledovém článku autorů Tian et al. (2019, s. 1-20). Hodnotící nástroj **Needs Based Biopsychosocial Distress Instrument for Cancer Patients** z roku 2012 se ukázal jako vhodným doplňujícím nástrojem k hodnocení potřeb a péče o onkologické pacienty. CANDI je členěn do 7 domén – deprese, úzkost, emoce, zdravotní péče, sociální, fyzické a smíšené potřeby (Lowery et al., 2011, s. neuvedeno).

Spolehlivě a se silnými důkazy o vnitřní konzistenci vystupuje měřící nástroj **Cancer Survivors' Unmet Needs Measure** a jeho nová verze z roku 2018 soustřeďující se na získávání informací, poskytovanou péči, psychické, fyzické a komunikační potřeby pacientů

v ambulantní péči. Obdobně nástroj **Survivors Unmet Needs Survey** je učený pro ambulantní pacienty rovněž jako jeho zkrácená verze SUNS-SF. SUNS vznikl v Kanadě v roce 2011 a zaměřuje se spíše na sociální složku v oblastech finanční problémy, poskytované informace, přístup a celistvost péče, vztahy a emocionální zdraví (Tian et al., 2019, s. 1-20).

Sedm zahraničních nástrojů bylo speciálně vyvinuto pro hodnocení potřeb pacientů s pokročilým karcinomem. A to **Needs Assessment for Advanced Cancer Patients, Needs Assessment for Advanced Lung Cancer Patients, Three-Levels-of-Needs Questionnaire, Simple Screening Tool for Identifying Unmet Palliative Care Needs** včetně již zmíněných SPARC, SPEED a PNPC. Z toho SST-IUPCN je nejvíce využívaný jednoduchý screeningový nástroj díky jeho malému počtu otázek a menší zátěži pro dotazovaného. 3LNQ vznikl v Dánsku v roce 2011 a jako jediný neobsahuje domény spojené se zdravotním stavem ani zdravotní péčí. Soustřeďuje své tři domény pouze na intenzitu problému, zátěž problému a pocitování potřeby. Ze všech zkoumaných nástrojů vyšel jako nejspolehlivější a nejpoužívanější SCNS-SF (Tian et al., 2019, s. 1-20).

Autorka Bužgová et al. (2013, s. 310-314) v roce 2012 v Ostravě v České Republice vytvořila první měřicí nástroj pro hodnocení potřeb pacientů zařazených v paliativní péči v českém jazyce. Již výše zmíněné měřicí nástroje jsou ve většině případech přístupné pouze v anglickém jazyce, což omezuje jejich použití v České Republice a na základě toho autorka Bužgová et. al sestavila českou verzi dotazníku Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči neboli **Patient Needs Assessment in Palliative Care**.

Dotazník obsahuje 42 položek seskupených do 5 domén (tab. 11). Položky jsou rozděleny mezi doménu fyzických potřeb, psychických potřeb, autonomie, sociálních a spirituálních potřeb. K hodnocení jednotlivých položek slouží dvě Likertové stupnice. První stupnice určuje důležitost potřeby a druhá stupnice určuje její naplněnost. Při rozhodování o důležitosti respondent volí hodnotu na škále 1 (vůbec ne) až 5 (velmi důležitá). Poté hodnotí u jednotlivých položek na druhé Likertové stupnici naplněnost od 1 (vůbec ne) do 5 (ano, velmi). Nenaplněné potřeby vznikají tehdy, pokud respondent označí důležitost potřeby hodnotou 4-5 a její naplněnost hodnotou 1-2. Dobrou vnitřní konzistenci značí hodnota více než 0,80 Cronbachovy konstanty alfa. Testování dotazníku probíhalo v letech 2012- 2015 v rámci projektu IGA Ministerstva zdravotnictví České Republiky: Identifikace potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života. Testování

absolvovalo 52 pacientů onkologické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava, kteří byli zařazeni do paliativní terapie z důvodu ukončené léčby kurativní. Kritérii pro zařazení do výzkumného šetření byli: orientace osobou, místem a časem, věk >18, ukončená kurativní terapie onkologického onemocnění a Karnofského skóre <50. Data byla následně vyhodnocena pomocí programu Stata v. 10. V rámci testování tvořilo výzkumný soubor 60 % mužů a 40 % žen. Z výsledků vyplývá, že nejvíce důležité pro pacienty jsou potřeby z oblasti fyzických potřeb a autonomie. Nejvíce důležité potřeby z oblasti fyzické byli: bolest, únava, dušnost a únik stolice a z nich nedostatečně saturované potřeby únavy, bolesti a péče o tělo. Z oblasti psychických potřeb 98% respondentů uvedlo vyrovnávání se s nemocí za důležitou nebo velmi důležitou potřebu. Méně pak důležité byli pro pacienty potřeby hovořit o pocitech z umírání a hovořit o strachu a obavách. Všech 52 pacientů uvedlo za důležité komunikovat se zdravotnickým personálem. Měřicí nástroj PNAP splňuje požadavky na měření potřeb v paliativní péči na základě vědeckých důkazů a dle doporučení ze směrnic pro měření potřeb v paliativní péči (Bužgová et al., 2013, s. 628- 633).

Tabulka 11 Struktura měřicího nástroje PNAP

Doména	Položky	Počet otázek
Fyzické potřeby	Péče o své tělo, bolest, únava, spánek, únik moči, únik stolice, zácpa, svědění, dušnost	13
Autonomie	Možnost rozhodovat se, respekt a úcta, soukromí, informace o zdravotním stavu a ošetrovatelské péči	7
Psychické potřeby	Schopnost soustředit se, vyrovnávání se s nemocí strach ze závislosti	7
Sociální potřeby	Komunikace, podpora a důvěra ve zdravotnický personál, přítomnost blízké osoby	9
Duchovní potřeby	Smysl života, pozitivní náhled na život	6

3 POTŘEBY PACIENTŮ V OBECNÉ PALIATIVNÍ PÉČI

Základem poskytování paliativní péče tkví v uspokojování bio-psycho-socio-spirituálních potřeb pacienta ve smyslu zachování kvality života v největší možné míře. Pacienti trpí v terminální fázi různými nemocemi s velkou rozmanitostí symptomů. Podle typu onemocnění se mohou lišit i potřeby pacientů proměnlivých v průběhu onemocnění. U pacienta tedy neřešíme pouze základní diagnózu nemoci, ale pohlížíme na člověka jako bytost, která potřebuje zachovat svoji důstojnost a dořešit si vlastní problémy (Bužgová, Macháčková, 2012, s. 112). Celkově v popředí u pacienta převládají potřeby eliminace bolesti, nepřítomnost dušnosti, eliminace utrpení, klidné a empatické prostředí a přítomnost blízkých osob. Ne vždy je pacient schopen určit nebo projevit svoje obtíže, a v té chvíli je nutné bedlivě sledovat projevy a změny v jeho stavu a chování k určení potřeb (Balogová, Bramušková, 2018, s. 106). Definice pojmu „potřeba“ nalezneme několik, ale všechny v podstatě věci znamenají určitý nedostatek něčeho, co je potřeba odstranit. Multidisciplinární tým má za úkol rozpoznat všechny vytyčené problémy pacienta a následně pomocí intervencí se je snažit vyřešit. Existuje několik vědeckých důkazů o tom, že například podle McDowella et al. (2010, s. 508-516) se v nemocnici vyskytuje mnohem více pacientů s úzkostí a depresí v souvislosti s mírou nenaplnění potřeb. Na počátku zařazení do paliativní péče většinou pacienti upřednostňují uspokojení biologických potřeb, v konečných fázích se spíše obracejí na potřeby spirituální (Bužgová, Havelková, 2012, s. 190). V následujícím textu budou popsány potřeby pacientů v obecné paliativní péči. Potřeby budou rozděleny do tří oblastí: biologické, psychosociální a spirituální.

3.1 Biologické potřeby

Tělesné - biologické potřeby získávají ve značné míře velkou pozornost zdravotnických pracovníků, a proto bývají většinou dobře saturovány. Mezi nejčastější tělesné problémy pacienta v paliativní péči patří bolest, inkontinence, dušnost, únava, svědění, pocení, nauzea, zvracení a brnění. Údaje z roku 2010 ukazují, že pro pacienty je nejdůležitější být bez bolesti a inkontinencí moči a stolice (Bužgová, Havelková, 2012, s. 191- 192). Bolest bývá jedním z nejčastějších symptomů onkologického nebo chronického onemocnění a pozornost jí věnuje i mnoho zahraničních výzkumných studií.

Ve výzkumné studii autorů Wilcock et al. (2019, s. 1-6) bylo za cíl identifikovat nejčastější potřeby vzniklé včasné po stanovení diagnózy rakoviny prostřednictvím měřicího nástroje SPARC. Šetření probíhalo po dobu 26 měsíců v rámci rehabilitací v nemocnici

během tří až šesti týdnů od stanovení diagnózy. Výzkumného šetření se zúčastnilo 738 respondentů. Ve výzkumném šetření měly větší váhu potřeby způsobující úzkost nebo fyzickou újmu, pocit únavy, dušnost, kašel, pocit ospalosti během dne a výkyvy hmotnosti a to u 68 %-80 % pacientů, kterým byl předložen měřící nástroj.

Systematický přehled autorů Wang et al. (2018, s. 2-19) přispěl k názoru, že rovněž jako u předchozí studie výrazně vedly v žebříčku potřeb emoční podpora a únava. Cílem systematického přehledu bylo identifikovat nenaplněné potřeby u pacientů s rakovinou v terminální fázi a shrnout přehled používaných měřících nástrojů pro hodnocení potřeb. Do přehledu bylo zahrnuto 50 studií. Jako nejvýznamnější oblasti pro pacienty byly fyzické, psychologické oblasti a zdravotnické služby a informace.

Za zajímavou můžeme považovat studii v Indonésii a Nizozemí, kde autoři Effendy et al. (2015, s. 433-440) zkoumali nenaplněné potřeby v zemi s nižším ekonomickým statusem než v ekonomicky silnější zemi pomocí měřícího nástroje PNP zkrácená verze. Pro získání dat byla provedena deskriptivní analýza s Bonferroniho korekcí, kde jednoznačně v naplněnosti potřeb zvítězila nizozemská skupina (<35%) oproti indonéské skupině (>54%). U obou skupin byla prevalence fyzických problémů velice obdobná. Závěrem výzkumné studie bylo zjištění, že ekonomické a kulturní rozdíly v obou zemích neovlivňují zcela fyzické problémy respondentů. Studie však vyvolává otázku pro další zkoumání a to v oblasti kulturních vlivů na nenaplněné potřeby respondentů.

V České republice při pilotním testování dotazníku PNAP autorky Bužgové (2013, s. 628-633) bylo cílem také prezentovat význam bio-psycho-sociálně- duchovních potřeb pacientů s ukončenou onkologickou léčbou. Pilotní testování probíhalo v rámci Onkologické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava a soubor tvořilo 52 pacientů. Nejčastěji uvedlo více než 50 % respondentů potřeby, jako jsou bolest, únava, únik moči a stolice a dušnost za důležité nebo velmi důležité. Méně respondentů poté uvedlo spánek (48%), péče o vlastní tělo (33%), brnění (33%), pocení a návaly horka (27%). Nejčastěji z těchto potřeb uváděli pacienti nutnost řešení bolesti, dušnosti, únavy, a úniku stolice.

3.2 Psychosociální potřeby

Jedním z mnoha indikátorů měření kvality poskytované péče může být právě hodnocení naplnění potřeb pacienta. Přehledový článek autora McIllmurray et al. (2003, s. 265-274) uvádí dělení psychosociálních potřeb do šesti následujících kategorií:

1. potřeby související s profesionály,
2. potřeba dostat informace,
3. potřeba podpory,
4. potřeba nalezení vlastní identity a emocionální potřeby,
5. spirituální potřeby,
6. praktické potřeby.

Přesto, že spirituální potřeby mnohé literatury uvádějí samostatně, někdy je nalezneme v souvislosti s psychosociálními potřebami. Oblast potřeb souvisejících s profesionály obsahuje potřebu být respektován, ošetřován s úctou, mít personál, který naslouchá a mít v něj důvěru a zejména mít možnost rozhodovat o následné péči (Bužgová et al., 2011, s. 267).

Podle priorit pacienta nejvíce převládá potřeba rodinné sounáležitosti, mít dostatek informací, nepřítomnost emočního stresu, být finančně založený a účastnit se sociálního života (Bužgová, 2011, s. 269-271). Potřeby také zkoumali prostřednictvím dotazníku NEQ v roce 2000, kde dokládáme, že mít dostatek informací o svém stavu a diagnóze byli pro 74 % ze 493 dotázaných onkologických pacientů prioritní i nad potřebou promluvit si s psychologem či duchovním (Tamburini et al., 2000, s. 33).

Mezi nejčastější problémy však při paliativní léčbě z oblasti psychosociální spadají úzkost a deprese, které často souvisí zejména s onkologickým onemocněním, jeho léčbou, bolestí nebo následky terapie. Pilotní studie z roku 2012 provedená prostřednictvím grantu IGA MZ ČR zkoumala 93 onkologických pacientů zařazených do paliativní terapie při hospitalizaci, z nichž pak dle škály HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) zjistili, že 33 % pacientů trpělo depresemi a 15 % pacientů úzkostí. Škálu HADS také využil Hotopf v systematickém přehledu 15 studií, kdy přítomnost úzkosti mělo 14- 66 % respondentů. Na pilotní studii také navázal výzkum v roce 2014 s využitím škály HADS ve FN Ostravě. Počet respondentů činil 349 pacientů s chronickým onemocněním v terminální fázi nebo s ukončenou kurativní léčbou onkologického onemocnění. Tato studie potvrdila, že nejčastěji depresí a úzkostí trpí pacienti s onkologickým onemocněním, při výzkumu v počtu 64 % (225) ze všech pacientů. U 158 pacientů byla zjištěna deprese, úzkost byla zjištěna u 111 pacientů. V souvislosti s těmito výsledky byla zjištěna větší míra nenaplněnosti

psychosociálních potřeb. Dle autorky Bužgové et al. (2014, s. 243- 249) se tedy deprese objevila u 45 % dotázaných. Raudenská a Javůrková (2011, s. 12-15) uvádějí zjištění deprese u onkologických pacientů v rozmezí 40- 50 % respondentů a Lloydová- Williamsová (2015, s. 145-154) uvádí 3-50 % respondentů.

3.3 Spirituální potřeby

Již od začátku poskytování paliativní péče by měla být zjištěna duchovní orientace, hodnoty, popřípadě s tím spojené rituály a názory pacienta. Personál poskytující péči by měl být schopen zajistit náboženské rituály dle přání pacienta a jeho rodiny a to i ve spojitosti při umírání a po smrti (Sláma, Skácel, 2011, s. 9). Zdravotnický personál může znejistit při rozhovorech o této tématice, proto je součástí multidisciplinárního týmu duchovní, na kterého může zdravotník „přenést“ tuto povinnost (Gříva a kol., 2015, s. 51). Spirituální potřeby v širším významu slova nezahrnují pouze náboženské vyznání, jsou to i duchovní potřeby v souvislosti s vypořádáním se se smrtí, bolestí, nalezení smyslu života, vyrovnaní vztahů, potřeba odpuštění, otázky lásky a naděje (Balogová, Bramušková, 2018, s. 106).

Autorky Hajnová, Bužgová (2013, s. 708-714) zjišťovali pomocí dotazníku PNAP důležitost a naplněnost spirituálních potřeb u pacientů s onkologickým onemocněním v klinické praxi. V rámci studie bylo osloveno 93 respondentů, pacienti starší 65 let považovali spirituální potřeby za důležitější než mladší pacienti. Může to být z důvodu nevyhnutelnosti a připravenosti na smrt nebo menšího výskytu strachu ze smrti než u mladších pacientů, kteří mají obecně jiné priority v životě. Nejčastěji se mezi důležitými potřebami objevovali duchovní potřeby nenáboženského směru. S největším procentuálním zastoupením to byly potřeby „být naplněn klidem, mít smysl života a mít pozitivní náhled na život a naději“ (95-91 %).

4 POTŘEBY PACIENTŮ VE SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČI

Specializovaná paliativní péče bývá poskytována prostřednictvím hospiců, v rámci nemocnic jakožto jednotek paliativní péče, nebo péči zajišťují týmy paliativní péče, stacionáře při hospicích nebo mobilní hospic. Avšak struktura paliativní péče se může v různých zemích lišit. Specializovaná paliativní péče se vyznačuje přístupem zaměřeným na pacienta společně s jeho biologickými, psychosociálními a spirituálními potřebami (Sandsdalen et al., 2016, s. 79). Předpokládá se, že specializovaná paliativní péče exceluje zejména v hospicové lůžkové péči, doposud však nebyly prokázány jednoznačné důkazy pro tyto domněnky (Grande, 2009, s. 187-189). Všechny tři kategorie potřeb pro specializovanou paliativní péči budou rozebrány v podkapitolách níže.

4.1 Biologické potřeby

Specializovaná paliativní péče poskytovaná v hospicích nebo pomocí hospicové domácí péče je spojena zejména s řešením a úlevou od fyzických symptomů (Tatum, 2020, s. 26-31). Rozpoznáváme několik příznaků naznačujících fázi umírání, které můžeme charakterizovat jako „syndrom hrozícího umírání“. Ten zahrnuje:

- extrémní letargii: progresivní slabosti se sníženou pohyblivostí,
- snížení kognice a vědomí: ospalost, zmatenost až delirium, kóma,
- snížený perorální příjem: snížený příjem tekutin, stravy, medikace,
- změny dýchání: nejčastěji Cheyne-Stokesovo dýchání, časté apnoické pauzy,
- a snížení vitálních funkcí: snížení krevního tlaku, snížení saturace kyslíkem, periferní cyanóza a slabý pulz (Lim, 2016, s. 455-467).

Bolest bývá přítomna i u pacientů v terminální fázi onemocnění v hospicích. Ačkoliv někteří pacienti nejsou v terminálních fázích schopni komunikace, nemělo by se předpokládat, že bolestí již netrpí. Léčba bolesti by proto měla být zajištěna a pokračovat až do terminálních fází (Lim, 2016, s. 455-467). Primárním zájmem pacientů v terminální fázi onemocnění je bolest a kontrola ostatních symptomů nemoci a fyziologické potřeby by tak měly být upřednostňovány. Avšak například ve studii autora Zhu et al. (2021, s. neuvedeny) z Číny uvedlo, že zhruba 41,3 %- 52,9 % pacientů není spokojeno s uspokojováním potřeby „být bez bolesti“. Studie z roku 2021 zahrnovala poznatky z 9 kvantitativních a 9 kvalitativních studií, kdy cílem bylo zkoumat potřeby péče o umírající pacienty a jejich rodinné pečovatele

v hospicové a paliativní péči v pevninské Číně. Za , s. neuspokojení potřeb autoři obviňují nedostatečné znalosti personálu týkající se léčby bolesti anebo omezené používání opioidních analgetik. Jsou tedy doporučovány účinné strategie profesionální kontroly symptomů u pacientů v terminálních fázích onemocnění. Rovněž systematický přehled autorů Cheng a Chen z roku 2019 stanovil kontrolu nad symptomy jako převládající potřebu. Systematický přehled zahrnoval 33 studií z pevninské Číny. Cílem bylo zmapovat výzkum týkající se potřeb péče na konci života v pevninské Číně. Kromě fyziologických potřeb převládaly potřeby jako: laskavé zacházení zdravotnickým personálem, přítomnost rodiny, důstojné umírání a příjemné prostředí.

Autoři Mithrasan a Parsauraman (2017, s. 4145-4150) provedli průřezovou studii v Indii s cílem zjistit problémy a potřeby pacientů v paliativní péči prostřednictvím měřicího nástroje PNPC. Výzkumná studie probíhala pět měsíců v hospici, do níž bylo zapojeno 60 respondentů s onkologickým onemocněním, 70 % respondentů udávalo věkovou skupinu mezi 40 až 59 lety. Při studii všichni pacienti udávali bolest a 56,7 % respondentů mělo jiné závažné problémy. Kromě bolesti se často vyskytovala nespavost (93,3 %), únava (88,3 %), nechutenství (83,3 %) a zácpa (75 %). V rozmezí 30-38,3 % se u nemocných vyskytoval pocit horka, svědění a také kašel. Výzkumná studie ukázala různé fyzické problémy a jejich vnímání u pacientů v paliativní péči.

Další nejčastěji zmiňovaná potřeba z oblasti biologické uváděná z prostředí specializované paliativní péče je únava. Ta bývá dále rozvinuta na obtíže spojené zejména s kvalitou spánku, potížemi s usínáním a únavou po probuzení. Po únavě jsou často zmiňované obtíže: zvracení a zácpa, nevolnost, dušnost, zmatenost a kachexie (Sandsdalen et al., 2016, s. 79). Právě únava byla nejčastěji zmiňována respondenty ve studii v Ostravě z roku 2012 jako nejvíce důležitá, ale zároveň nejméně saturovaná. Studie autorek Bužgové a Macháčkové (2012, s. 111-116) se soustředila celkově na hodnocení potřeb terminálně nemocných v domácí péči v souvislosti s kvalitou života. Soubor respondentů tvořilo 37 pacientů v terminální fázi onemocnění, kterým byla poskytována domácí paliativní péče prostřednictvím šesti agentur. Únavu následovali v žebříčku důležitosti potřeby: problémy se spánkem, bolest, schopnost soustředit se, vyrovnání se s nemocí a se změnami v těle a aktivity během dne. V oblasti fyzických potřeb byla zjištěna souvislost mezi saturací a ovlivněním kvality života. Také v porovnání se zahraničními autory např. Osse et al. (2007, s. 391-399) a Schouten et al. (2017, s. 599-607) mají vliv nedostatečně saturované potřeby na kvalitu života.

4.2 Psychosociální potřeby

Dříve již zmíněný přehledový článek autora McIlmurray et al. (2003, s. 265-274) rozdělil psychosociální potřeby do šesti domén zahrnujících potřeby související s profesionály, potřebu podpory, potřebu mít dostatek informací, nalézt vlastní identitu a emocionální potřeby, spirituální potřeby a praktické potřeby. Důkaz o tom, že personál hraje důležitou roli ve vztahu s pacientem ve specializované paliativní péči, nalezneme také ve výzkumné studii autora Hyde et al. (2011, s. 78). Studie probíhala v letech 2006- 2007 v hospici ve Spojeném království. V rámci ní byla shromážděna kvalitativní data prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s 8 pečovateli a 29 pacienty. Údaje jsou shrnuty pod třemi tématy: kvalita zaměstnanců, smysl pro komunitu a vztahy. Největší význam pro pacienty měly vzájemné vztahy mezi nimi a personálem. Ve studii autora Sandsdalen et al. (2016, s. 79) zkoumali vnímání kvality poskytované péče v jednotlivých zařízeních poskytujících specializovanou paliativní péči a subjektivní důležitost jednotlivých potřeb pro pacienty. Studie probíhala v letech 2013 až 2014 v Norsku v zařízeních lůžkové a denní hospicové péče a na jednotkách paliativní péče v domovech s pečovatelskou službou. Celkem se studie zúčastnilo 191 respondentů. Nejvíce zmiňované položky v hospicích byly: poctivost zdravotnického personálu, respekt a empatie, plánování a spolupráce při péči, lékařská péče a příjemné a bezpečné prostředí. V domácí hospicové péči potom vyčnívaly domény: poctivost, respekt a empatie, smysluplnost, přátelé a příbuzní a lékařská péče. Omezením studie je zahrnutí pouze pacientů s rakovinou, což nesplňuje požadavek reprezentativního vzorku populace. Silnou stránkou studie je malá odlišnost při důležitosti jednotlivých aspektů. Spolehlivost studie určují také hodnoty Cronbachova alfa koeficientu nad úrovní 0,7. Vnímání paliativní péče pacienty může přispět ke zlepšování poskytovaných služeb.

Často zmiňovanou potřebou je potřeba sociálního kontaktu zejména mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Deskriptivní průřezová studie autorky Lazárkové a Mackové (2015, s. 209-215) zjišťovala, jak se mění potřeba sociálního kontaktu v průběhu fáze umírání z pohledu ošetřujícího personálu z hospiců a léčeben pro dlouhodobě nemocné v České republice. Studie probíhala v letech 2013-2014 a soubor respondentů tvořilo 215 zdravotníků, z nichž bylo 198 žen a pouze 17 mužů. Studie mimo jiné dokázala souvislost mezi potřebami dle klasifikace podle A. H. Maslowa (1954) a stádiem nemoci dle E. Kübler-Rossové. Do popředí mimo potřebu sociálního kontaktu vystupuje pocit bezpečí a jistoty v souvislosti se ztrátou soběstačnosti v terminální fázi onemocnění. Nejméně důležitou potřebou pak uvádějí

potřebu seberealizace. Hlavní limitací studie zapříčiňuje subjektivní pohled zdravotnického personálu na potřeby pacientů, omezená komunikace s pacienty v terminální fázi onemocnění a také to, že neexistuje exaktní nástroj pro hodnocení, v jaké fázi umírání se pacient nachází i přes znalosti konceptu E. Kübler-Rossové.

4.3 Spirituální potřeby

Význam spirituality je nedílnou součástí paliativní péče v hospicích. Oproti mnoha zařízením standartní paliativní péče, kde otázka spirituality končí tím, zdali je pacient věřící či nikoliv, se v hospicích zdravotničtí pracovníci zaměřují na řešení a saturaci duchovních potřeb všech pacientů. Spiritualita a duchovní otázky mají vysokou prioritu a mohou být také považovány za základní aspekt psychologického rozpoložení pacienta. V terminálních fázích onemocnění pacienti často nacházejí útěchu a odpovědi na těžké životní otázky prostřednictvím duchovní víry, někteří v rámci náboženství a jiní mimo něj (Hajnová et al., 2015, s. 9-13). Spiritualita jako taková bývá spojována s hledáním smyslu života a hraje důležitou roli po celý život. Je to dynamický, vyvíjející se proces. Proto je zapotřebí zahrnovat spirituální doménu mezi oblasti zjišťování potřeb a mnohdy také využití posouzení a rozhovory s duchovním kaplanem (Delgado-Guay, 2014, s. 308-313). Nejenom že spiritualita a religiozita zahrnují myšlenky o náboženské víře, mohou mít širší význam a to například významu vztahu člověka k přírodě, hudbě, rodině nebo společnosti. Také může spiritualita pacientů v terminální fázi zahrnovat myšlenky o sebeobjevování a spojení s ostatními a světem kolem nás. V Severní Americe a západní Evropě byla péče o pacienty v terminálních fázích onemocnění na bedrech rodiny a církve až do 19. století. Nověji ve 20. století je péče více institucionalizovaná a tato zodpovědnost je přejímána zdravotnickým personálem. Zdravotnický personál by měl napomáhat a podporovat duchovní otázky včetně dodržování rodinných rituálů zejména v terminálních fázích nemoci (Richardson, 2014, s. 150-159). Jak dokládá studie *Coping with Cancer Study*, spiritualitu označilo 89 % Afroameričanů, 79 % Hispánců a 59 % bělochů za velmi důležitou. Studie vznikla v Americe a probíhala v letech 2002 až 2005. Celkový počet respondentů činil 230 s diagnózou pokročilého karcinomu. Téměř 90 % respondentů považovalo náboženství za trochu důležité. Většina odpovědí se týkala opatření k zajištění prodloužení života. Duchovní podpora jak ze strany pečovatелů, tak ze strany náboženských komunit výrazně ovlivňovala kvalitu života pacientů (Balboni et al., 2007, s. 555- 560). Všechny symptomy z oblasti fyzické nebo psychosociální také mohou úzce souviset se spiritualitou. Někteří pacienti, kteří udávají bolest, mohou také trpět ve většině případů úzkostí a duchovní bolestí. Asociace hospicových

a paliativních sester definovala duchovní úzkost tak, že „*duchovní tíseň se týká narušení vlastního přesvědčení o hodnotovém systému, otřesu jeho základních přesvědčení*“, obdobně jako Anandarajah a Hight (2010, s. 546-550) kteří udávají: „*duchovní tíseň a duchovní krize vzniká, když člověk není schopen najít zdroje smyslu, naděje, lásky, míru, útěchy, síly a spojení v životě, nebo když dojde ke konfliktu mezi jeho přesvědčením a tím, co se děje v jejich životě*“.

4.4 Shrnutí teoretických východisek

Pravidelné hodnocení pacientových potřeb přispívá ke zvyšování kvality poskytované péče. Zkoumáním měřicích nástrojů k hodnocení potřeb se zajišťuje větší rozmanitost a použitelnost těchto nástrojů. Je zapotřebí zkoumat potřeby a jejich hodnocení pomocí měřicích nástrojů zejména z pohledu pacienta. V současné době se staví do popředí náhled pacienta na poskytovanou péči a jeho spokojenost s kvalitou této péče.

Potřeby pacientů na odděleních obecné paliativní péče můžeme rozdělit na tři kategorie: oblast fyziologická, oblast psychosociální a oblast spirituální. V oblasti důležitosti potřeb se na prvních pozicích pohybovali nejčastěji potřeby z domény fyzické. Mezi nejčastěji zdůrazňované potřeby patřili: nepřítomnost bolesti a také únava. Bolest v České republice uvádělo největší procento respondentů (Bužgová et al., 2013, s. 630), v zahraničních studiích to byli právě Hasegawa et al. (2016, s. 4761-4764) a Mithrason a Parsauraman (2017, s. 4145), kteří bolest uváděli v největším zastoupení. Naopak Girgis (2006, s. 7) ve svém systematickém přehledu vyzdvihuje spíše únavu a její řešení jako nejčastější problém. Za obdobně důležitou se považuje doména autonomie, kde pacienti preferují zejména otázky ohledně potřeby respektu, úcty, chování při ošetřování, možnosti dělat vlastní závěry a rozhodnutí a také dostávat dostatek pravdivých informací. Proto nepochybně je také právo na sebeurčení zakotveno v Doporučení Rady Evropy č.1418/1999 Sb., O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a také v Úmluvě o lidských právech a biomedicině (Bužgová et al., 2013, s. 628 – 633). Také autor Osse et al. (2007, s. 393) ve svém výzkumu došel k závěru, že pacienti preferovali nejčastěji potřeby z oblasti fyzické a autonomie. Z domény psychosociálních potřeb staví pacienti do popředí potřebu blízkého člověka (Haškovcová, 2007, s. 160-161) a také oporu v ošetřujícím personálu, jak uvedl Daviese Higginson (2005, s. 607-627). Nejčastějšími problémy z této domény jsou úzkost a deprese. Raudenská a Javůrková (2011, s. 12-15) uvádějí ve své studii až 50 % respondentů se zjištěnou depresí podobně jako Lloydová- Williamsová (2015, s. 145-154) a také Bužgová et

al. (2014, s. 243- 249). Spirituální doména zahrnuje jednak náboženské problémy ale také duchovní potřeb a to například ve smyslu vypořádání se se smrtí, s bolestí, vypořádání se s celým životem. Otázku naplnění smyslu života a lásky k bližnímu například vyzdvihují studie od Balogové, Bramuškové, (2018, s. 106) a Gřívý et kol. (2015, s. 51). Autorky Hajnová, Bužgová (2013, s. 708-714) uveřejnili výsledky největšího procentuálního zastoupení při potřebách: „být naplněn klidem, mít smysl života a mít pozitivní náhled na život a naději“.

Potřeby pacientů na odděleních specializované paliativní péče můžeme rozdělit rovněž na tři kategorie obdobně jako u péče standardních oddělení: oblast fyziologická, oblast psychosociální a oblast spirituální. Z domény biologické i ve specializované paliativní péči stojí v popředí potřeby být bez bolesti a mít pod kontrolou další symptomy nemoci. Uspokojování fyzických symptomů vyzdvihuje studie autorů Cheng a Chen (2019, s. neuvedeny) a také autora Zhu et al. (2021, s. neuvedeny). Další potřeba z oblasti biologických potřeb bývá nejčastěji zmiňována únava, jak je již zmiňováno ve studiích autora Sandsdalen et al. (2016, s. 79), autorky Bužgová a Macháčková (2012, s. 111-116) a také Osse et al. (2007, s. 391-399). Mezi další významné fyzické symptomy v žebříčku důležitosti patří zvracení a zácpa, nevolnost, dušnost a zmatenost uváděné například ve studii Sandsdalen et al. (2016, s. 79). Rovněž jako ve standardní paliativní péči hraje důležitou roli vztah pacient – personál z oblasti psychosociálních potřeb. Důkazy o tomto tvrzení nalezneme ve studii autora Hyde et al. (2011, s. 78), autorky Lazárková a Macková (2015, s. 209-215) a také autora Sandsdalen et al. (2016, s. 79). Z této studie je také patrné, že mimo sociální kontakt vyčnívají domény zahrnující poctivost, respekt a empatii, potřebu přítomnosti přátel a příbuzných a smysluplnost života. Spirituální doména potřeb pacientů ve specializované paliativní péči rovněž zahrnuje otázky náboženské a duchovní. Pacienti se více soustřeďují na odbornou duchovní pomoc a smíření se se životem. Dame Cicely Saunders, zakladatelka moderního hospice, zavedla koncept totální bolesti, která zahrnuje fyzickou, psychosociální a spirituální doménu úzkosti. V souladu s tím, neřešené duchovní problémy mohou zabraňovat a ztěžovat řešení ostatních fyzických nebo psychosociálních potřeb a výrazně tím ovlivňovat kvalitu života jak uvádí studie Richardson (2014, s. 150-159). Jak vyplývá ze studie autora Balboni et al. (2007, s. 555-560) spiritualita výrazně ovlivňuje kvalitu života, ať už je poskytována ze strany náboženských komunit nebo ze strany pečovatelských. Studie dále uvádějí úzkou souvislost mezi fyzickými, psychosociálními a spirituálními potřebami (Anandarajah a Hight, 2010, s. 546-550).

V závěru došlo k formulování teoretické hypotézy analýzou z dohledaných výzkumných studií vztahující se k cílům výzkumného šetření. Předpokládáme, že nejvíce budou pro pacienty důležité a zároveň nejvíce naplněné potřeby z domény fyzické jak ve standardní paliativní péči, tak i ve specializované paliativní péči na rozdíl od psychosociálních a spirituálních potřeb.

5 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření bylo provedeno formou kvantitativní průřezovou korelační studií za pomoci měřicího nástroje Patients Needs Assessment in Palliative Care (PNAP). Výzkumné šetření bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnickým věd Univerzity Palackého v Olomouci (Příloha 1).

5.1 Cíle výzkumu a hypotézy

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit důležitost a naplněnost bio-psycho sociálních a spirituálních potřeb u pacientů v paliativní péči na odděleních standardní a specializované paliativní péče. Hlavní cíl je dále rozpracován do následujících dílčích cílů.

Cíl 1: Zjistit důležitost potřeb u pacientů v paliativní péči na odděleních standardní a specializované paliativní péče.

Statistické hypotézy k cíli 1

H₀1: Fyzické potřeby nejsou pro pacienty v obecné paliativní péči nejvíce důležité.

H_A1: Fyzické potřeby jsou pro pacienty v obecné paliativní péči nejvíce důležité.

H₀2: Fyzické potřeby nejsou pro pacienty ve specializované paliativní péči nejvíce důležité.

H_A2: Fyzické potřeby jsou pro pacienty ve specializované paliativní péči nejvíce důležité.

Cíl 2: Zjistit míru naplnění potřeb u pacientů v paliativní péči.

Statistické hypotézy k cíli 2

H₀3: Potřeby v oblastech fyzických nejsou pro pacienty obecné paliativní péče nejvíce naplněné.

H_A3: Potřeby v oblastech fyzických jsou pro pacienty obecné paliativní péče nejvíce naplněné.

H₀4: Potřeby v oblastech fyzických nejsou pro pacienty specializované paliativní péče nejvíce naplněné.

H_{A4}: Potřeby v oblastech fyzických jsou pro pacienty specializované paliativní péče nejvíce naplněné.

Cíl 3: Zjistit, zda důležitost potřeby pacientů závisí na charakteristice pacienta v paliativní péči obecné a specializované.

Statistické hypotézy k cíli 3

H₀₅: Neexistuje závislost mezi poskytovatelem paliativní péče a hodnocením důležitosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.

H_{A5}: Existuje závislost mezi poskytovatelem paliativní péče a hodnocením důležitosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.

H₀₆: Neexistuje závislost mezi pohlavím pacienta a hodnocením důležitosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.

H_{A6}: Existuje závislost mezi pohlavím pacienta a hodnocením důležitosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.

Cíl 4: Zjistit, zda naplnění potřeby pacientů v obecné a specializované paliativní péči závisí na charakteristice pacienta.

Statistické hypotézy k cíli 4

H₀₇: Neexistuje závislost mezi místem poskytování paliativní péče a hodnocením naplněnosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.

H_{A7}: Existuje závislost mezi místem poskytování paliativní péče a hodnocením naplněnosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.

H₀₈: Neexistuje závislost mezi pohlavím pacienta a hodnocením naplněnosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.

H_{A8}: Existuje závislost mezi pohlavím pacienta a hodnocením naplněnosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.

5.2 Charakteristika respondentů

Výzkumný soubor tvořilo 80 respondentů zařazených v paliativní terapii při ukončené kurativní léčbě. Mezi zařazovací kritéria patřili: věk >18 let, onkologické onemocnění, paliativní terapie při ukončené kurativní léčbě, orientace pacienta osobou, místem a časem, podepsaný informovaný souhlas se zařazením do výzkumného šetření, Karnofského skóre ≤ 60 %. Respondenti, kteří nesplňovali zmíněná kritéria, nebyli osloveni. Odhad rozsahu výběru pro dotazník PNAP s přesností 95 %, ($\Delta = 4$; $g^2 = 13,3$) (Hendl, 2004, s. 173) na minimálně 43 respondentů (Příloha 2).

5.3 Metoda sběru dat

Pro získání dat průřezovou korelační studií byl použit měřicí nástroj PNAP. PNAP byl vytvořen v roce 2012 doc. Bužgovou, Ph.D. Souhlas s využitím dotazníku byl udělen (Příloha 3). Dotazník slouží ke komplexnímu hodnocení potřeb, je členěn do 5 domén o 42 položkách (Příloha 4). Domény zahrnují:

- fyzické potřeby,
- psychické potřeby,
- autonomie,
- sociální potřeby
- spirituální potřeby.

Struktura měřicího nástroje je rozebrána v kapitole již dříve. Dotazník potřeb PNAP je vyhodnocen v jednotlivých položkách a také v doménách. Rozpětí škály „důležitost potřeby“ je 1–5, vyšší číslo znamená větší důležitost potřeby. Rozpětí škály „naplněnost potřeby“ je 1–5. Vyšší číslo znamená větší spokojenost s naplněním dané potřeby. Za nenaplněné potřeby (nedostatečně saturované) jsou považovány ty potřeby, které respondent určí jako důležité (číslo 4–5) a současně nenaplněné (1–2). Přehled jednotlivých otázek v doménách je uveden níže:

Doména 1 Fyzické symptomy (2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14)

Doména 2 Sociální oblast (19, 22, 23, 38, 39, 40)

Doména 3 Respekt a podpora ZP (16, 20, 21, 36, 37)

Doména 4 Smysl života a smíření (28, 29, 31, 32, 33, 34)

Doména 5 Autonomie (1, 3, 15, 17, 18, 30, 35)

Doména 6 Možnost sdílení emocí (24, 25)

Doména 7 Religiózní potřeby (26, 27)

Doménové skóre se pohybuje v intervalu 0–100. Vyšší číslo v oblasti důležitosti znamená větší důležitost potřeb v dané doméně. Vyšší číslo v oblasti saturace potřeb znamená větší spokojenost se saturací potřeb v dané doméně. Doménové skóre (DS) je vypočítáno podle vzorce:

$$\text{Doménové skóre DS} = [(HS - 1) / 4] \cdot 100$$

HS (hrubé skóre) = $o_1 + o_2 + o_3 + \dots + o_n / n$; přičemž „o“ jsou jednotlivé otázky dané domény a „n“ je počet otázek v dané doméně. Hrubé skóre je tedy průměr jednotlivých otázek v dané doméně. Do hodnocení jsou zařazeny dotazníky, u kterých chybí méně než 10 % odpovědí (max. 4 otázky) u škály důležitosti potřeb. Pokud chybí jedna položka v doméně, je doména spočítána bez této položky. Pokud chybí více než dvě položky v dané doméně, doménové skóre pro daného pacienta není spočítáno. Tento problém může vzniknout v důsledku pravidla vyplňování dotazníků a to: „V prvním sloupci hodnotí pacient důležitost dané potřeby na škále 1–5. Pokud uvede danou potřebu jako důležitou nebo velmi důležitou, tedy číslo 4 a 5 současně označí v druhém sloupci, zda byla naplněna také na škále 1–5. Pokud označil pacient potřebu jako nedůležitou, tedy číslem 1, 2 a 3, druhý sloupec již nevyplňuje.“ Měřicí nástroj byl při sběru dat rovněž doplněn o záznamový arch s údaji o pohlaví, onemocnění a místu poskytované péče (Příloha 5).

5.4 Realizace výzkumu

V rámci sběru dat byla oslovena následující pracoviště, která souhlasila s realizací výzkumného šetření:

- Fakultní nemocnice v Motole Praha – Onkologická klinika 2. LF UK a FN Motol
- Nemocnice AGEL Podhorská, a.s. – Interní oddělení
- Hospic Frýdek – Místek, p.o.

Výzkumné šetření probíhalo od června 2021 do března 2022. Pro sběr dat muselo každé výše zmíněné pracoviště udělit souhlas s výzkumným šetřením. Ve Fakultní nemocnici v Motole v Praze byla oslovena nejprve vrchní sestra Onkologické kliniky 2. LF UK a souhlas

s realizací následně udělila náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (Příloha 6). Další nemocnice, která udělila souhlas s výzkumným šetřením na interním oddělení a mezioborové JIP byla Nemocnice AGEL Podhorská prostřednictvím vrchní sestry interního oddělení (Příloha 7). Jako jediné pracoviště specializované paliativní péče, které udělilo souhlasné stanovisko byl Hospic Frýdek- Místek, p.o. Zde udělila souhlas s výzkumným šetřením vedoucí zdravotního úseku (Příloha 8).

Řešitelka výzkumného šetření nebo její zprostředkovatelé oslovili následně respondenty výše zmíněných pracovišť. Všichni byli řádně proškoleni o způsobu administrace měřicího nástroje a jeho objasnění. Celkem bylo osloveno 90 respondentů, z nichž 8 respondentů odmítli účast na výzkumném šetření a 2 respondenti byli vyřazeni z důvodu nepochopení instrukcí a neúplného vyplnění dotazníku. Návratnost měřicího nástroje PNAP činila 88,9 %. Před vyplněním samotného dotazníku PNAP bylo zapotřebí podepsat informovaný souhlas a vyplnit záznamový arch obsahující informace o pohlaví, místu poskytování péče a typ onemocnění. Vyplňování dotazníku trvalo respondentům v průměru 20 – 40 minut, po jejich vyplnění byly měřicí nástroje vloženy do obálky a předány jednou měsíčně řešitelce výzkumného šetření nebo jejím zprostředkovatelům.

5.5 Zpracování dat

Zpracování dat bylo uskutečněno nejprve sepsáním do datové matice v programu Microsoft Office Excel pomocí předem stanoveného ID respondenta a následně analyzovány jednotlivé proměnné. Kvalitativní proměnné reprezentovány pomocí relativní četnosti (%) a absolutní četnosti (N). Kvantitativní data byla prezentována skrze směrodatné odchylky (SD), aritmetického průměru, mediánu, modu, minimálních a maximálních hodnot. Normalita kvantitativních dat ověřena pomocí Shapiro-Wilkových testů normality. Dále byly využity dvouvýběrové t-testy a Mann-Whitneyův test. Mann-Whitneyův test pro dva nezávislé výběry byl použit k ověření shodné úrovně dvou malých výběrů z neznámých rozdělení. Pro všechny využití testy byla stanovena statistická významnost $\alpha = 0,05$.

Data byla statisticky zpracována pod vedením Ing. Anety Mazouchové, PhD pomocí statistického software IBM SPSS a částečně v Jamovi.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Následující kapitola analyzuje data získaná z měřicího nástroje PNAP. Výsledky výzkumného šetření budou níže rozděleny do kategorií:

- charakteristika souboru respondentů
- výsledky důležitosti a naplněnosti jednotlivých domén a potřeb
- ověření platnosti hypotéz

6.1 Charakteristika souboru respondentů

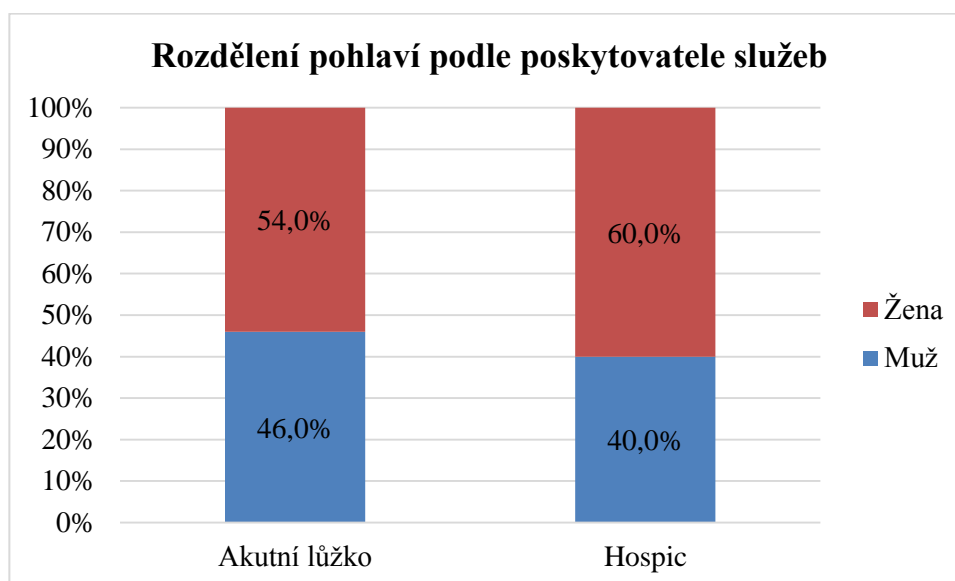
Výzkumného šetření se zúčastnilo 80 pacientů, z toho bylo 62,5 % na lůžkách v nemocnici (50 pacientů) a 37,5 % v hospici (30 pacientů). Celkově bylo v šetření 43,8 % mužů (35 osob) a 56,3 % žen (45 osob), kterým byla poskytnuta standardní nebo specializovaná paliativní péče. Všichni respondenti (100 %) uvedli onkologické onemocnění. Charakteristiku respondentů popisuje tabulka 12.

Tabulka 12 Charakteristika souboru respondentů

Základní informace o pacientech		Počet	Relat. četnost
Pohlaví	Muž	35	43,8%
	Žena	45	56,3%
	Celkem	80	100,0%
Poskytovatel péče	Obecná péče	50	62,5%
	Specializovaná péče	30	37,5%
	Celkem	80	100,0%

Mezi rozdělením pacientů podle poskytovatele paliativní péče a pohlavím neexistuje statisticky významný vztah (χ^2 test nezávislosti v kont. tabulce; $G = 0,274$; p -hodnota = 0,600) (viz graf 1).

Graf 1 Rozdělení pohlaví podle poskytovatele služeb



6.2 Výsledky důležitosti a naplnění potřeb

Důležitost jednotlivých oblastí

V tabulce 13 jsou uvedeny celkové hodnoty jednotlivých oblastí z pohledu důležitosti. V případě důležitosti byly vyplněny všechny hodnoty u všech pacientů. Počet pozorování je proto ve všech doménách 80.

Jelikož vyšší číslo důležitosti znamená větší důležitost potřeb v dané doméně, můžeme tvrdit, že z pohledu průměrné důležitosti jsou nejdůležitější: Respekt a podpora ZP (HS = 4,3; DS = 85,0), další v pořadí jsou fyzické symptomy (HS 4,0; DS = 75,73) a poté autonomie (HS = 3,96; 74,1). Nejméně důležitou oblastí je pro pacienty doména religiózních potřeb (HS = 1,73; DS = 18,3).

Tabulka 13 PNAP – hodnocení důležitosti jednotlivých oblastí

PNAP – důležitost	Počet	Hrubé skóre			Doménové skóre		
		Průměr	Medián	Směr. Odchylka	Průměr	Medián	Směr. Odchylka
D1 – Fyzické symptomy	80	4,0	4,0	0,4	5,7	6,0	9,7
D2 – Sociální oblast	80	3,5	3,5	0,4	1,8	2,5	10,8
D3 – Respekt a podpora ZP	80	4,3	4,4	0,3	3,2	5,0	8,4

D4-Smysl života a smíření	80	3,5	3,3	0,5	2,0	8,3	11,7
D5-Autonomie	80	4,0	4,0	0,4	4,1	5,0	9,1
D6-Možnost sdílení emocí	80	2,9	3,0	0,9	7,2	0,0	21,5
D7-Religiózní potřeby	80	1,7	1,5	0,9	8,3	2,5	22,5

Naplněnost jednotlivých oblastí

V tabulce 14 je znázorněno hodnocení naplněnosti jednotlivých oblastí. Jak bylo již výše uvedeno, naplněnost u dotazníku PNAP se hodnotí a byla spočítána pouze pro ty pacienty, kteří u důležitosti uvedli hodnotu 4 nebo 5. Oblastí s největší naplněností je pro pacienty v paliativní péči oblast respektu a podpory ZP (HS = 4,1; DS = 77,5), na druhém místě je poté oblast fyzických symptomů (HS = 3,8; DS = 69,9).

Tabulka 14 PNAP - hodnocení naplněnosti jednotlivých domén

PNAP - naplněnost	Počet	Hrubé skóre			Doménové skóre		
		Průměr	Medián	Směr. Odchylka	Průměr	Medián	Směr. Odchylka
D1 - Fyzické symptomy	12	3,8	4,0	0,6	69,9	76,0	15,9
D2 - Sociální oblast	10	3,7	3,6	0,3	67,5	65,0	8,2
D3 - Respekt a podpora ZP	73	4,1	4,0	0,4	77,5	75,0	9,5
D4 -Smysl života a smíření	14	3,4	3,4	0,7	61,1	60,0	17,0
D5 –Autonomie	29	3,8	3,9	0,4	69,7	71,4	11,0
D6 - Možnost sdílení emocí	43	3,0	3,0	1,3	48,8	50,0	32,3
D7- Religiózní potřeby	15	2,8	3,0	1,4	45,0	50,0	35,6

Důležitost a naplněnost fyzických potřeb

První doména zjišťována v měřicím nástroji se věnuje fyzickým potřebám. Při výzkumném šetření bylo zjištěno několik fyzických potřeb, které byly pro respondenty důležité (tab. 15). Za nejdůležitější položku považovali všichni respondenti „být bez bolesti“. Za velmi významné můžeme pokládat položky „nemít problém s únikem stolice“ (91,3 %),

dále „nemít problém s únikem moči“, „být bez dušnosti“ a „nemít problém se zvracením“, které označilo 88,8 % všech respondentů. Ostatní položky z domény fyzických potřeb označilo méně než 85 % respondentů za důležité. Celková důležitost pro fyzické symptomy byla hodnocena průměrem 4,0 z možných 5. Položku „nebýt unaven“ a „nemít problém s pocením nebo návaly horka“ označili respondenti za nejméně důležité. Za nejvíce naplněnou položku považujeme „být bez bolesti“, kterou uvedlo 97,5 % respondentů. Nejméně naplněnou položkou byla potřeba „být bez únavy“ (18,8 %). Celková naplněnost byla hodnocena průměrem 3,8 z možných 4,8.

Tabulka 15 Hodnocení potřeb fyzické symptomy

Fyzická potřeba (n=80)		Důležitost					Naplněnost				
Nemít problém s těmito symptomy:		Modus	Min	Max	n*	%*	Modus	Min	Max	n**	%**
2.	Bolest	5,0	4,0	5,0	80	100	4,0	3,0	5,0	78	97,5
4.	Únava	3,0	2,0	5,0	38	47,5	3,0	1,0	5,0	15	18,8
5.	Spánek	5,0	2,0	5,0	56	70,0	4,0	1,0	5,0	36	45,0
6.	únik moči	5,0	2,0	5,0	71	88,8	5,0	2,0	5,0	67	83,8
7.	únik stolice	5,0	2,0	5,0	73	91,3	4,0	2,0	5,0	70	87,5
8.	Dušnost	4,0	2,0	5,0	71	88,8	4,0	2,0	5,0	48	60,0
9.	Zácpa	4,0	2,0	5,0	59	73,8	4,0	2,0	5,0	36	45,0
10.	Zvracení	4,0	2,0	5,0	71	88,8	4,0	2,0	5,0	68	85,0
11.	Kašel	4,0	2,0	5,0	65	81,3	4,0	2,0	5,0	56	70,0
12.	Svědění	3,0	2,0	5,0	43	53,8	4,0	2,0	5,0	32	40,0
13.	brnění nebo znečitlivění	3,0	2,0	5,0	42	52,5	4,0	3,0	5,0	29	36,3
14.	pocení nebo návaly horka	3,0	2,0	5,0	39	48,8	5,0	2,0	5,0	25	31,3
Fyzické potřeby průměr±SD; medián; (min.max)		4,0±0,4; 4,0 (2,3-5,0)					3,8±0,6; 4,0 (2,6-5,0)				

Pozn. *n (%) - počet (procento) respondent, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou nebo velmi důležitou (odpověď 4 a 5)

**n(%) - počet (procento) respondent, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou nebo velmi důležitou (odpověď 4 a 5) a zároveň jako naplněnou či velmi naplněnou (naplněnost – 4 a 5)

Důležitost a naplněnost – sociální oblast

Potřeby ze sociální oblasti znázorňuje tabulka 16. Nejvíce důležitou (91,3 %) a také nejvíce naplněnou (68,8 %) položkou se ukázala „přítomnost někoho blízkého“. Naopak za nejméně důležitou označili respondenti položku „komunikovat s někým v podobné situaci“ (16,3 %). Dále v žebříčku hodnocení v důležitosti s vysokým procentuálním zastoupením byli položky „být v pěkném prostředí“ (88,8 %) a „být finančně zabezpečený“ (65 %). Hodnocení důležitosti bylo hodnoceno průměrem 3,5 z možných 5. Nejméně naplněnou položkou byla potřeba „komunikovat s někým v podobné situaci“ (5 %) a „naplnění dne nějakou aktivitou“ (11,3 %). Naplněnost potřeb byla ohodnocena 3,7 z možných 5.

Tabulka 16 Hodnocení potřeb - sociální oblast

Potřeba (n=80)		Důležitost					Naplněnost				
		Modus	Min	Max	n*	%*	Modus	Min	Max	n**	%**
19.	Přítomnost někoho blízkého	4,0	2,0	5,0	73	91,3	4,0	3,0	5,0	55	68,8
22.	Mít naplněný den nějakou aktivitou	2,0	2,0	5,0	25	31,3	3,0	1,0	5,0	9	11,3
23.	Mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci	1,0	1,0	5,0	13	16,3	2,0	1,0	4,0	4	5,0
38.	Mít přístup k jiným zdrojům informací	3,0	1,0	5,0	32	40	4,0	2,0	5,0	20	25,0
39.	Být finančně zajištěný	4,0	2,0	5,0	52	65	4,0	2,0	5,0	37	46,3
40.	Být v pěkném prostředí	4,0	2,0	5,0	71	88,8	4,0	2,0	5,0	47	58,8
Sociální průměr±SD; medián; (min-max)		3,5±0,4; 3,5 (1,8-4,5)					3,7±0,3; 3,6 (3,4-4,2)				

n (%) – počet (procento) respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou nebo velmi důležitou

n (%) - počet (procento) respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako naplněnou nebo velmi naplněnou

Důležitost a naplněnost – respekt a podpora zdravotnickým personálem

Doménu respekt a podpora zdravotnickým personálem, do které řadíme pět položek, popisuje tabulka 17. Za nejvýznamnější považovali respondenti položku „mít důvěru v ošetrovatelský personál“ a „mít respekt a úctu“ v téměř 100 % v důležitosti a naplněnosti. Nejméně důležitá pro ně byl položka „dostávat informace o ošetrovatelské péči“ (67,5 %).

Celková důležitost v této doméně byla ohodnocena 4,3 z 5 možných. Celková naplněnost potřeb byla hodnocena 4,1 z možných 5.

Tabulka 17 Hodnocení potřeb - respekt a podpora ZP

Potřeba (n=80)		Důležitost					Naplněnost				
		Modus	Min	Max	n*	%*	Modus	Min	Max	n**	%**
16.	Být ošetřován s respektem a úctou	4,0	3,0	5,0	79	98,8	5,0	3,0	5,0	76	95,0
20.	Mít ošetřující personál, který mi naslouchá	4,0	2,0	5,0	70	87,5	4,0	2,0	5,0	47	58,8
21.	Cítit podporu od ošetřujícího personálu	5,0	2,0	5,0	72	90,0	4,0	2,0	5,0	47	58,8
36.	Mít informace o ošetrovatelské péči	4,0	2,0	5,0	54	67,5	4,0	2,0	5,0	40	50,0
37.	Mít důvěru v ošetrovatelský personál	5,0	4,0	5,0	80	100,0	4,0	3,0	5,0	77	96,3
Potřeby průměr±SD; medián; (min-max)		4,3±0,3; 4,4 (3,6-5,0)					4,1±0,4; 4,0 (3,0-5,0)				

n (%) – počet (procento) respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou nebo velmi důležitou

n (%) - počet (procento) respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako naplněnou nebo velmi naplněnou

Důležitost a naplněnost – smysl života a smíření

Smysl života a smíření popisuje tabulka 18. Mezi nejdůležitější položky zařadili respondenti s procentuálním zastoupením >70 položky „být naplněn klidem“, „mít pocit, že můj život měl smysl“ a „být vyrovnaný s nemocí“. Za nejméně důležitou byla považována položka „být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají“ (17,5 %). Průměrem 3,5z možných 5 byla ohodnocena celková důležitost. Nejvíce naplněná položka byla „být vyrovnaný se svou nemocí“ v 46,3 %. Nejméně důležitá položka „být vyrovnaný s tím jak se na mě druzí dívají“, byla také nejméně naplněná (6,3 %). Celková naplněnost potřeb v této doméně byla hodnocena průměrem 4 z 5 možných.

Tabulka 18 Hodnocení potřeb – smysl života a smíření

Položky Smysl života a smíření (n=80)		Důležitost					Naplněnost				
		Modus	Min	Max	n*	%*	Modus	Min	Max	n**	%**
28.	Mít pocit, že můj život měl smysl	4,0	2,0	5,0	57	71,3	3,0	2,0	5,0	27	33,8
29.	Být vyrovnaný s nemocí	4,0	2,0	5,0	56	70,0	4,0	2,0	5,0	37	46,3
31.	Být vyrovnaný se změnami v mém těle	4,0	2,0	5,0	46	57,5	4,0	2,0	5,0	26	32,5
32.	Být naplněn klidem	4,0	2,0	5,0	59	73,8	4,0	2,0	5,0	36	45,0
33.	Být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají	1,0	1,0	5,0	14	17,5	3,0	1,0	5,0	5	6,3
34.	Mít pozitivní náhled na život	3,0	1,0	5,0	34	42,5	4,0	1,0	5,0	17	21,3
	Potřeby průměr±SD; medián; (min-max)	3,5±0,5; 3,3 (2,3-5,0)					4,0±0,4; 4,0 (3,1-5,0)				

*n (%) – počet (procento) respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou nebo velmi důležitou

n () - počet (procento) respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako naplněnou nebo velmi naplněnou

Důležitost a naplněnost – autonomie

Důležitost a naplněnost v doméně autonomie popisuje tabulka 19. Nejvíce důležitou položkou pro respondenty byla potřeba „mít soukromí“ (100 %). Dále za důležitou potřebu z oblasti autonomie považovali respondenti položku „mít informace o svém zdravotním stavu“ (85 %) a „mít možnost pečovat o své tělo“ (81,3 %). Za nejméně důležitou potřebu označili respondenti „mít možnost soustředit se“ v méně než 50 %. Celková důležitost byla ohodnocena průměrem 4,0 z možných 5. Naopak v naplněnosti obstála nejlépe položka „mít možnost pečovat o své tělo“ (73,8 %). Mezi nejméně naplněné položky byli zařazeny „mít

možnost soustředit se“ a „mít možnost pokračovat v obvyklých aktivitách“ v >35 %..
Hodnocení naplněnost bylo vyjádřeno průměrem 3,8 z možných 5.

Tabulka 19 Hodnocení potřeb - autonomie

Položky autonomie (n=80)		Důležitost					Naplněnost				
		Modus	Min	Max	n*	%*	Modus	Min	Max	n**	%**
1.	Mít možnost péče o své tělo	4,0	2,0	5,0	65	81,3	4,0	2,0	5,0	59	73,8
3.	Schopnost soustředit se	4,0	2,0	5,0	37	46,3	4,0	2,0	5,0	27	33,8
15.	Moci pokračovat v obvyklých aktivitách	4,0	2,0	5,0	42	52,5	4,0	1,0	5,0	24	30
17.	Mít možnost dělat vlastní rozhodnutí	4,0	2,0	5,0	58	72,5	4,0	3,0	5,0	43	53,8
18.	Mít soukromí	5,0	4,0	5,0	80	100		1,0	5,0	34	42,5
30.	Nemít strach ze závislosti na pomoci druhých	4,0	2,0	5,0	55	68,8	4,0	2,0	5,0	37	46,3
35.	Mít pravdivé informace o zdravotním stavu	5,0	2,0	5,0	68	85	4,0	3,0	5,0	54	67,5
potřeby průměr±SD; medián; (min-max)		4,0±0,4; 4,0 (3,1 – 5,0)					3,8±0,4; 3,9 (2,9-5,0)				

n (%) – počet (procento) respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou nebo velmi důležitou

n (%) - počet (procento) respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako naplněnou nebo velmi naplněnou

Důležitost a naplněnost – možnost sdílení emocí

Doména číslo 6 obsahuje pouze dvě položky. Důležitost a naplněnost těchto položek znázorňuje tabulka 20. Důležitost položky „mít možnost sdílet pocity z umírání a smrti“ uvedlo 31,3 % respondentů, položku „mít možnost sdílet strach a obavy“ označilo za důležitou 35 %. Naplnění obou položek v této doméně byla okolo 12 %. Celková důležitost položek v této doméně byla ohodnocena průměrem 2,9 z možných 5 a naplněnost činila 3,0 z 5.

Tabulka 20 Hodnocení potřeb - možnost sdílení emocí

Možnost sdílení emocí (n=80)		Důležitost					Naplněnost				
		Modus	Min	Max	n*	%*	Modus	Min	Max	n**	%**
24.	Mít možnost hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti	2,0	1,0	5,0	25	31,3	4,0	2,0	5,0	10	12,5
25.	Mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách	2,0	1,0	5,0	28	35,0	5,0	1,0	5,0	9	11,3
Potřeby průměr±SD; medián; (min-max)		2,9±0,9; 3,0 (1,0-5,0)					3,0±1,3; 3,0 (1,0-5,0)				

n (%) – počet (procento) respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou nebo velmi důležitou

n (*) - počet (procento) respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako naplněnou nebo velmi naplněnou

Důležitost a naplněnost – religiózní potřeby

Potřeby v doméně religiózních potřeb popisuje tabulka 21. Doména hodnotí pouze dvě položky obdobně jako doména šest. Důležitost položky „mít kontakt a podporu duchovního“ byla stanovena v 12,5 %, v 7,5 % to byla položka „být účasten na bohoslužbě“. Celková důležitost byla ohodnocena průměrem 1,7 z možných 5. Položka „mít kontakt a podporu duchovního“ byla naplněna v 5 %. Naplněnost potřeby „být účasten na bohoslužbách“ nebyla vůbec naplněna u respondentů, kteří uvedli tuto potřebu za důležitou. Celková naplněnost byla proto hodnocena průměrem 2,8 z možných 5.

Tabulka 21 Hodnocení potřeb v oblasti religiózních potřeb

Potřeba (n=80)		Důležitost					Naplněnost				
		Modus	Min	Max	n*	%*	Modus	Min	Max	n**	%**
26.	Mít kontakt a podporu duchovního	1,0	1,0	5,0	10	12,5	1,0	1,0	5,0	4	5,0
27.	Být účasten na bohoslužbě	1,0	1,0	5,0	6	7,5	2,0	2,0	3,0	0	0,0
Spirituální potřeby průměr±SD; medián; (min-max)		1,7±0,9; 1,5 (1,0-5,0)					2,8±1,4; 3,0 (1,0-5,0)				

n (%) – počet (procento) respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou nebo velmi důležitou

n (*) - počet (procento) respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako naplněnou nebo velmi naplněnou

6.3 Ověření platnosti hypotéz

Cíl 1: Zjistit důležitost potřeb u pacientů v paliativní péči na odděleních obecné a specializované paliativní péče.

Statistické hypotézy k cíli 1

H₀₁: Fyzické potřeby nejsou pro pacienty ve standardní paliativní péči nejvíce důležité.

H_{A1}: Fyzické potřeby jsou pro pacienty ve standardní paliativní péči nejvíce důležité.

Závěr: Alternativní hypotézu H_{A1} zamítáme ve prospěch nulové hypotézy H₀₁

H₀₂: Fyzické potřeby nejsou pro pacienty ve specializované paliativní péči nejvíce důležité.

H_{A2}: Fyzické potřeby jsou pro pacienty ve specializované paliativní péči nejvíce důležité

Závěr: Alternativní hypotézu H_{A2} zamítáme ve prospěch nulové hypotézy H₀₂.

Fyzické potřeby nejsou pro pacienty v obecné ani ve specializované paliativní péči nejvíce důležité. Nejdůležitější oblastí je oblast respektu a podpory zdravotnického personálu.

V tabulce 22 jsou uvedeny doménové skóre podle typu paliativní péče, tj. standardní péče či péče specializovaná. V obou případech, tj. jak u pacientů ve specializované paliativní péči, tak v péči obecné, má největší důležitost oblastí Respektu a podpory zdravotnického personálu. Fyzické symptomy jsou až na druhém místě důležitosti. Alternativní hypotéza 1, 2 tedy nebyla potvrzena. Zamítáme jí ve prospěch nulových hypotéz 1, 2.

Výsledky uvedené v tabulce 22 ukazují pouze podíl nenaplněných potřeb celkem. Nejvyšší podíl nenaplněných potřeb můžeme vidět v doméně D7 – Religiózní potřeby. V této doméně je v průměru nenaplněno 46,7 % důležitých potřeb. U domény D6 – Možnosti sdílení emocí je tento podíl 41,9 % důležitých potřeb. Je však důležité si uvědomit, že tyto dvě domény, na rozdíl od ostatních jsou tvořeny vždy pouze 2 položkami důležitosti. Třetí oblastí s nejvyšší mírou nenaplněných potřeb je doména D2 – Sociální oblast, kde nebylo v průměru naplněno 12,1 % důležitých položek

Tabulka 22 Důležitost oblastí dotazníku PNAP podle typu péče

PNAP - důležitost (doménové skóre)	Poskytovatel péče							
	Obecná paliativní péče				Specializovaná paliativní péče			
	Počet	Průměr	Medián	Směr. Odchylka	Počet	Průměr	Medián	Směr. Odchylka
D1 - Fyzické symptomy	50	75,8	77,1	11,7	30	75,6	75,0	5,3
D2 - Sociální oblast	50	61,3	62,5	12,1	30	62,5	62,5	8,3
D3 - Respekt a podpora ZP	50	83,1	85,0	8,7	30	83,3	85,0	8,0
D4 -Smysl života a smíření	50	62,3	62,5	13,6	30	61,5	58,3	7,7
D5 -Autonomie	50	73,9	75,0	10,1	30	74,4	75,0	7,4
D6 -Možnost sdílení emocí	50	46,5	43,8	23,6	30	48,3	50,0	17,9
D7 -Religiózní potřeby	50	19,3	12,5	20,2	30	16,7	0,0	26,1

Cíl 2: Zjistit míru naplnění potřeb u pacientů v paliativní péči

Statistické hypotézy k cíli 2

H₀3: Potřeby v oblastech fyzických nejsou pro pacienty obecné paliativní péče nejvíce naplněné.

H_A3: Potřeby v oblastech fyzických jsou pro pacienty obecné paliativní péče nejvíce naplněné.

Závěr: Alternativní hypotézu H_A3 zamítáme ve prospěch nulové hypotézy H₀3.

Statisticky bylo prokázáno, že respondenti obecné paliativní péče hodnotí naplněnost potřeb v oblastech biologické, psychické, sociální, autonomie a spirituální rozlišně. Tabulka 17 ukazuje nejvíce naplněné potřeby pro pacienty obecné paliativní péče v oblasti Respekt a podpora zdravotnickým personálem (medián = 77,5). Po ní následuje v žebříčku naplněnosti oblast fyzických potřeb (medián = 76,0). Třetí naplněná oblast je autonomie (medián = 75,0), čtvrtá oblast je sociální (medián = 65,0) a následně oblasti smíření a smysl života (medián = 60,0), možnost sdílení emocí (medián = 56,3) a religiózní potřeby (medián = 37,5).

H₀4: Potřeby v oblastech fyzických jsou pro pacienty specializované paliativní péče nejvíce naplněné.

H_{A4}: Potřeby v oblastech fyzických nejsou pro pacienty specializované paliativní péče nejvíce naplněné.

Závěr: Alternativní hypotézu H_{A4} zamítáme ve prospěch nulové hypotézy H₀₄.

Rovněž pacienti ve specializované paliativní péči hodnotí naplněnost potřeb rozlišeně v jednotlivých doménách. Z tabulky 23 je patrné, že nejvíce naplněnou oblastí potřeb pro pacienty specializované paliativní péče je rovněž oblast respekt a podpora zdravotnickým personálem (medián = 75,4). Druhou a třetí naplněnou oblastí jsou Fyzické symptomy (medián = 75,0) a sociální oblast (medián = 70,0). Po nich následuje oblast autonomie (medián = 66,7), smysl života a smíření (medián = 60,0) a s nepatrným rozdílem oblasti religiózních potřeb (medián = 50,0) a možnost sdílení emocí (medián = 50,0).

Tabulka 23 Naplněnost oblastí dotazníku PNAP podle typu péče

PNAP - naplněnost (doménové skóre)	Poskytovatel péče							
	Obecná paliativní péče				Specializovaná paliativní péče			
	Počet	Průměr	Medián	Směr. Odchylka	Počet	Průměr	Medián	Směr. Odchylka
D1 - Fyzické symptomy	8	68,3	76,0	19,3	4	73,0	75,0	6,0
D2 - Sociální oblast	7	66,4	65,0	8,0	3	70,0	70,0	10,0
D3 - Respekt a podpora ZP	46	78,7	77,5	10,3	27	75,4	75,0	7,7
D4 -Smysl života a smíření	11	62,8	60,0	18,0	3	55,0	60,0	13,2
D5 - Autonomie	19	71,1	75,0	12,0	10	67,1	66,7	8,7
D6 - Možnost sdílení emocí	26	54,3	56,3	37,7	17	40,4	50,0	19,5
D7- Religiózní potřeby	8	40,6	37,5	29,7	7	50,0	50,0	43,3

Cíl 3: Zjistit, zda důležitost potřeby pacientů závisí na charakteristice pacienta v paliativní péči obecné a specializované.

Statistické hypotézy k cíli 3

H₀₅: Neexistuje závislost mezi poskytovatelem zdravotní péče a hodnocením důležitosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči

H_{A5}: Existuje závislost mezi poskytovatelem zdravotní péče a hodnocením důležitosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči

Závěr: Alternativní hypotézu H_{A5} zamítáme ve prospěch nulové hypotézy H₀₅.

Hypotéza 4 bude vyhodnocena na základě dat z tabulky 16, která sleduje hodnocení důležitosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči podle místa poskytování zdravotní péče. Závislost ověříme pomocí dvouvýběrového testu. Zda použijeme parametrický či neparametrický test je nutné ověřit pomocí testů normality. **Pro výpočet testů použijeme Doménové skóre**, stejných výsledků testů bychom samozřejmě dosáhli v případě hrubého skóre. Z tabulky 24, kde jsou uvedeny výsledky testů normality pro jednotlivé výběry je patrné, že parametrický t-test použijeme pro oblast D2 – Sociální oblast a D5 – Autonomie (obě p-hodnoty u obou domén jsou větší než hladina významnosti $\alpha = 5\%$). Ve všech ostatních oblastech je nutné použít neparametrický Mann Whitneyův test. **Neexistuje závislost mezi místem poskytování zdravotní péče a hodnocením důležitosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči**

Tabulka 24 Testy normality - důležitost podle poskytovatele služeb

Poskytovatel péče		Shapiro-Wilkův test		
		Testové kritérium	Stupně volnosti	P-hodnota
D1 - Fyzické symptomy_DS_důležitost	Obecná	0,939	50	0,013
	Specializovaná	0,951	30	0,182
D2 - Sociální oblast_DS_důležitost	Obecná	0,958	50	0,076
	Specializovaná	0,964	30	0,393
D3- Respekt a podpora ZP_DS_Důležitost	Obecná	0,949	50	0,032
	Specializovaná	0,937	30	0,077
D4-Smysl života a smíření_DS_důležitost	Obecná	0,967	50	0,181
	Specializovaná	0,888	30	0,004
D5-Autonomie_DS_důležitost	Obecná	0,968	50	0,190
	Specializovaná	0,972	30	0,599
D6-Možnost sdílení emocí_DS_důležitost	Obecná	0,948	50	0,028
	Specializovaná	0,953	30	0,203

D7-Religiózní potřeby_DS_důležitost	Obecná	0,776	50	0,000
	Specializovaná	0,697	30	0,000

Pozn.*data pocházejí z jiného než normálního rozdělení

Na základě provedených testů, viz tabulka 25, testovanou hypotézu nezamítáme na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ ani u jedné z oblastí důležitosti. **I když jsou u určitých oblastí rozdíly v hodnocení, tyto rozdíly nejsou dostatečně statisticky významně rozdílné a musíme konstatovat, že neexistuje závislost mezi místem poskytování zdravotní péče a hodnocením důležitosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.**

Tabulka 25 Výsledky dvouvýběrových testů

PNAP - důležitost (doménové skóre)	Testové kritérium	P-hodnota
D1 - Fyzické symptomy	736,500	0,893
D2 - Sociální oblast	-0,466	0,643
D3 - Respekt a podpora ZP	720,500	0,766
D4 -Smysl života a smíření	735,500	0,884
D5 -Autonomie	-0,259	0,796
D6 - Možnost sdílení emocí	702,500	0,632
D7- Religiózní potřeby	571,500	0,064

Pozn. ¹Parametrický dvouvýběrový t-test; ²neparametrický Mann Whitneyův test

H₀₆: Neexistuje závislost mezi pohlavím pacienta a hodnocením důležitosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.

H_{A6}: Existuje závislost mezi pohlavím pacienta a hodnocením důležitosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.

Závěr: Alternativní hypotézu **H_{A6}** zamítáme ve prospěch nulové hypotézy **H₀₆**.

V tabulce 26 jsou uvedeny hodnocení důležitosti jednotlivých oblastí z pohledu jednotlivých pohlaví. Výsledky jsou uvedeny pro doménové skóre. Stejně jako v případě pacientů jednotlivých pracovišť, i v případě pohlaví je pro muže i ženy nejdůležitější respekt a podpora zdravotnického personálu.

Tabulka 26 Důležitost oblastí (doménové skóre) podle pohlaví

PNAP - důležitost (doménové skóre)	Pohlaví	
	Muž	Žena

	Počet	Průměr	Medián	Směr. Odchylka	Počet	Průměr	Medián	Směr. Odchylka
D1 - Fyzické symptomy	35	74,3	75,0	11,3	45	76,9	77,1	8,3
D2 - Sociální oblast	35	61,4	62,5	12,4	45	62,0	62,5	9,5
D3 - Respekt a podpora ZP	35	83,9	85,0	8,3	45	82,7	85,0	8,5
D4 - Smysl života a smíření	35	60,4	58,3	11,5	45	63,2	58,3	11,7
D5 - Autonomie	35	74,1	71,4	10,6	45	74,0	75,0	7,9
D6 - Možnost sdílení emocí	35	49,3	50,0	20,8	45	45,6	37,5	22,2
D7- Religiózní potřeby	35	21,4	12,5	24,5	45	15,8	12,5	20,7

Pro ověření hypotézy o vlivu pohlaví na hodnocení jednotlivých oblastí důležitosti je opět nutné spočítat testy normality. Na základě výsledků, viz tabulka 27, parametrický dvouvýběrový t-test použijeme u oblasti D2 a D6, v ostatních případech použijeme neparametrický dvouvýběrový Mann Whitneyův test.

Tabulka 27 Testy normality - důležitost podle pohlaví

Pohlaví		Shapiro-Wilkův test		
		Testové kritérium	Stupně volnosti	P-hodnota
D1 - Fyzické symptomy_DS_důležitost	Muž	0,898	35	0,004
	Žena	0,948	45	0,042
D2 - Sociální oblast_DS_důležitost	Muž	0,939	35	0,052
	Žena	0,977	45	0,512
D3- Respekt a podpora ZP_DS_Důležitost	Muž	0,955	35	0,161
	Žena	0,941	45	0,024
D4-Smysl života a smíření_DS_důležitost	Muž	0,970	35	0,448
	Žena	0,932	45	0,011
D5-Autonomie_DS_důležitost	Muž	0,970	35	0,454
	Žena	0,945	45	0,032
D6-Možnost sdílení emocí_DS_důležitost	Muž	0,952	35	0,134
	Žena	0,956	45	0,087
D7-Religiózní potřeby_DS_důležitost	Muž	0,776	35	0,000
	Žena	0,761	45	0,000

Pozn. ¹data pocházejí z jiného než normálního rozdělení

Výsledky dvouvýběrových testů jsou uvedeny v tabulce 28. Při porovnání p-hodnot s hladinou významnosti $\alpha = 5 \%$ testovanou hypotézu $H_{6.0}$ na této hladině významnosti

nezamítáme ani pro jednu oblast potřeb. **I když jsou u určitých oblastí rozdíly v hodnocení, tyto rozdíly nejsou dostatečně statisticky významně rozdílné a musíme konstatovat, že neexistuje závislost mezi pohlavím pacienta a hodnocením důležitosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.**

Tabulka 28 Dvouvýběrové testy - vliv pohlaví

PNAP - důležitost (doménové skóre)	Testové kritérium	P-hodnota
D1 - Fyzické symptomy	666,000	0,236
D2 - Sociální oblast	-0,466	0,643
D3 - Respekt a podpora ZP	739,000	0,632
D4 -Smysl života a smíření	688,500	0,331
D5 -Autonomie	782,500	0,961
D6 - Možnost sdílení emocí	-0,393	0,696
D7- Religiózní potřeby	652,500	0,171

Pozn. ¹Parametrický dvouvýběrový t-test; ²neparametrický Mann Whitneyův test

Cíl 4: Zjistit, zda naplnění potřeby pacientů v obecné a specializované paliativní péči závisí na charakteristice pacienta

Statistické hypotézy k cíli 4

H₀₇: Neexistuje závislost mezi místem poskytování zdravotní péče a hodnocením naplněnosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči

H_{A7}: Existuje závislost mezi místem poskytování zdravotní péče a hodnocením naplněnosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči

Závěr: Alternativní hypotézu H_{A7} zamítáme ve prospěch nulové hypotézy H₀₇.

Hodnocení naplněnosti jednotlivých oblastí podle poskytovatele je uvedeno v tabulce 16.

V tabulce 29 jsou uvedeny testy normality, parametrický dvouvýběrový t-test bude proveden pro všechny oblasti potřeb kromě oblasti D5 – Autonomie a D6 – Možnost sdílení emocí. Zde data alespoň v jednom výběru pocházejí z jiného než normálního rozdělení.

Tabulka 29 Testy normality - naplněnost podle poskytovatele

PNAP - naplněnost (doménové skóre)	Shapiro-Wilkův test
------------------------------------	---------------------

		Testové kritérium	Stupně volnosti	P-hodnota
D1 - Fyzické symptomy	Standardní péče	0,910	8	0,354
	Specializovaná péče	0,836	4	0,184
D2 - Sociální oblast	Standardní péče	0,813	7	0,055
	Specializovaná péče	1,000	3	1,000
D3- Respekt a podpora ZP	Standardní péče	0,960	46	0,110
	Specializovaná péče	0,929	27	0,065
D4-Smysl života a smíření	Standardní péče	0,971	11	0,896
	Specializovaná péče	0,893	3	0,363
D5-Autonomie	Standardní péče	0,850	19	0,007
	Specializovaná péče	0,944	10	0,597
D6-Možnost sdílení emocí	Standardní péče	0,880	26	0,006
	Specializovaná péče	0,892	17	0,051
D7-Religiózní potřeby	Standardní péče	0,892	8	0,245
	Specializovaná péče	0,883	7	0,240

Pozn.*data pocházejí z jiného než normálního rozdělení

Jelikož jsou všechny p-hodnoty větší než hladina významnosti $\alpha = 5 \%$ (tabulka 30), testovanou hypotézu na této hladině významnosti nezamítáme ani u jedné oblasti. **I když jsou u určitých oblastí rozdíly v hodnocení, tyto rozdíly nejsou dostatečně statisticky významně rozdílné a musíme konstatovat, že neexistuje závislost mezi poskytovatelem zdravotní péče a hodnocením naplnění jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.**

Tabulka 30 Dvouvýběrové testy - vliv naplnění podle poskytovatele

PNAP - naplnění (doménové skóre)	Testové kritérium	P-hodnota
D1 - Fyzické symptomy	-0,620	0,551
D2 - Sociální oblast	-0,605	0,562
D3 - Respekt a podpora ZP	1,579	0,119
D4 -Smysl života a smíření	0,692	0,502
D5 –Autonomie	64,500	0,159

D6 - Možnost sdílení emocí	170,500	0,203
D7- Religiózní potřeby	-0,495	0,629

Pozn. ¹Parametrický dvouvýběrový t-test; ²neparametrický Mann Whitneyův test

H₀₈: Neexistuje závislost mezi pohlavím pacienta a hodnocením naplněnosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči

H_{A8}: Existuje závislost mezi pohlavím pacienta a hodnocením naplněnosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči

Závěr: Alternativní hypotézu H_{A8} zamítáme ve prospěch nulové hypotézy H₀₈.

Naplněnost oblastí podle pohlaví z pohledu doménového skóre je uvedena v tabulce 31.

Tabulka 31 Naplněnost oblastí (doménového skóre) podle pohlaví

PNAP - naplněnost (doménové skóre)	Pohlaví							
	Muž				Žena			
	Počet	Průměr	Medián	Směr. Odchylka	Počet	Průměr	Medián	Směr. Odchylka
D1 - Fyzické symptomy	6	75,5	77,3	15,9	6	64,3	68,7	15,0
D2 - Sociální oblast	5	66,0	65,0	8,2	5	69,0	70,0	8,9
D3 - Respekt a podpora ZP	33	78,3	75,0	7,8	40	76,8	75,0	10,8
D4 -Smysl života a smíření	4	69,6	63,3	15,1	10	57,8	55,0	17,2
D5 - Autonomie	14	71,0	73,2	9,8	15	68,6	70,8	12,2

D6 - Možnost sdílení emocí	21	50,0	50,0	29,6	22	47,7	43,8	35,3
D7- Religiózní potřeby	7	53,6	50,0	36,6	8	37,5	25,0	35,4

V tabulce 32 jsou uvedeny testy normality pro výběry podle pohlaví. Jelikož jsou všechny p-hodnoty, kromě oblasti D3 a D6, větší než hladina významnosti $\alpha = 5\%$, ve všech případech, kromě této oblasti, použijeme parametrický dvouvýběrový t-test. V případě oblasti D3 – Respekt a podpora ZP a D6 – Možnost sdílení emocí bude použit Mann Whitneyův test.

Tabulka 32 Testy normality - naplněnost podle pohlaví

PNAP - naplněnost (doménové skóre)		Shapiro-Wilkův test		
		Testové kritérium	Stupně volnosti	P-hodnota
D1 - Fyzické symptomy	Muž	0,819	7	0,086
	Žena	0,920	11	0,504
D2 - Sociální oblast	Muž	0,779	5	0,054
	Žena	0,894	5	0,377
D3- Respekt a podpora ZP	Muž	0,926	33	0,027
	Žena	0,984	40	0,817
D4-Smysl života a smíření	Muž	0,769	4	0,058
	Žena	0,983	10	0,979
D5-Autonomie	Muž	0,926	14	0,266
	Žena	0,897	15	0,087
D6-Možnost sdílení emocí	Muž	0,923	21	0,101
	Žena	0,901	22	0,031
D7-Religiózní potřeby	Muž	0,900	7	0,330
	Žena	0,897	8	0,273

Pozn. *data pocházejí z jiného než normálního rozdělení

V tabulce 33 jsou uvedeny výsledky dvouvýběrových testů. Jelikož jsou všechny p-hodnoty větší než hladina významnosti $\alpha = 5\%$, testovanou hypotézu na této hladině významnosti nezamítáme.

I když jsou u určitých oblastí rozdíly v hodnocení, tyto rozdíly nejsou dostatečně statisticky významně rozdílné a musíme konstatovat, že neexistuje závislost mezi pohlavím pacienta a hodnocením naplněnosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči.

Tabulka 33 Dvouvýběrový test -vliv naplněnosti podle pohlaví

PNAP - naplněnost (doménové skóre)	Testové kritérium	P-hodnota
D1 - Fyzické symptomy	1,258	0,237
D2 - Sociální oblast	-0,552	0,596
D3 - Respekt a podpora ZP	609,000	0,568
D4 -Smysl života a smíření	1,200	0,253
D5 –Autonomie	0,569	0,574
D6 - Možnost sdílení emocí	216,500	0,721
D7- Religiózní potřeby	0,864	0,403

Pozn. ¹Parametrický dvouvýběrový t-test; ²neparametrický Mann Whitneyův test

7 DISKUZE

Cílem diplomové práce bylo zjistit důležitost a naplněnost bio-psychosociálních a spirituálních potřeb u pacientů v paliativní péči na odděleních standardní a specializované paliativní péče. Teoretická část popisuje dohledané měřicí nástroje pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči a specifické potřeby pro pacienty jednak v standardní paliativní péči a také v paliativní péči specializované. Výzkumná část využila měřicí nástroj PNAP k provedení kvantitativní průřezové korelační studie s celkovým počtem 80 respondentů. Měřicí nástroj PNAP byl vytvořen jako jediný nástroj k hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči pro Českou republiku.

Větší část výzkumného šetření tvořili respondenti standardní paliativní péče (62,5 %), méně pak respondenti specializované paliativní péče z hospice (37,5 %). Do šetření bylo zapojeno 45 žen a 35 mužů a všichni uvedli v záznamovém archu onkologické onemocnění (100 % respondentů). Obdobně jako ve studii autorky Bužgové et al. (2012, s. 190- 195) kde zastoupení žen bylo v poměru 53 % ku 47 % mužů a také ve studii autorek Lazárkové a Mackové (2015, s. 209-215), kde ženské zastoupení v počtu respondentů činil o 181 více než v počtu mužů.

Hlavní cíl diplomové práce byl následně rozdělen do čtyř dílčích cílů.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit důležitost potřeb u pacientů v paliativní péči na odděleních standardní a specializované paliativní péče. V našem výzkumném šetření nebyly potvrzeny hypotézy stanovené k cíli 1. Jak v paliativní péči standardní, tak péči specializované dosáhly největší důležitosti oblast „respektu a podpory ZP“. Fyzické symptomy byly v našem výzkumném šetření až na druhém místě. Ve výzkumném šetření byli z domény fyzických symptomů nejdůležitější položkou pro respondenty „být bez bolesti“ (100 %). Obdobně výzkumná studie autorky Bužgové et al. (2013, s. 630) ukázala potřebu „být bez bolesti“ jako nejdůležitější. Z domény biologických potřeb autoři Mithrason a Parsauraman (2017, s. 4145-4150) zjistili u všech respondentů (60 pacientů) přítomnost bolesti a jiné závažné problémy z oblasti fyzické domény. Kromě bolesti se často vyskytovala nespavost (93,3 %), únava (88,3 %), nechutenství (83,3 %) a zácpa (75 %). Autor Sandsdalen et al. (2016, s. 79) nejčastěji naopak uvádí únavu, zvracení, zácpu, nevolnost a dušnost z oblasti fyzických potřeb. Únavu jako nejvíce důležitou uvádí také studie autorek Bužgové a Macháčkové (2012, s. 111-116). V naší výzkumné studii byla potřeba „být bez únavy“ jako nejméně důležitá (47,5 %). V žebříčku důležitosti potřeb poté následovali potřeby: spánkové

obtíže, bolest, schopnost soustředit se a aktivity během dne. V oblasti psychosociálních potřeb dle studie autora Hyde et al. (2011, s. 78) byla nejvíce důležitá potřeba vzájemných vztahů mezi pacientem a personálem obdobně jako u studie autora Sandsdalen et al. (2016, s. 79). V naší výzkumné studii považují respondenti obdobně za nejvíce důležité „být ošetřován s respektem a úctou“. Autorky Lazárková a Macková (2015, s. 209-215) uvádí nejčastěji důležitou potřebu sociálního kontaktu a nejméně důležitou potom potřebu seberealizace. V doméně věnující se spiritualitě jsme našli významné rozdíly v důležitosti potřeb v zahraničních studiích. Autor Balboni et al. (2007, s. 555-560) uvádí téměř 90 % respondentů, pro něž jsou potřeby s náboženským charakterem důležité. Naopak autorky Hajnová, Bužgová (2013, s. 708-714) udává nejdůležitějšími potřebami z oblasti spirituální spíše potřeby nenáboženského charakteru. Největší procentuální zastoupení měli potřeby „být naplněn klidem, mít smysl života a naději“.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit míru naplnění potřeb u pacientů v paliativní péči. V našem výzkumném šetření jsou nejvíce naplněny potřeby z oblasti respektu a podpory zdravotnickým personálem u pacientů standardní paliativní péče i pacientů paliativní péče specializované. Nedostatečně saturované potřeby mají vliv na kvalitu života, což dokázali i zahraniční autoři Osse et al. (2007, s. 391-399) a Schouten et al. (2017, s. 599-607). V našem výzkumném šetření je největší podíl nenaplněných potřeb v doméně religiozní potřeby. V průměru je v této doméně nenaplněno 46,7 % důležitých potřeb. Další doménou s nejméně naplněnými potřebami je doména možnosti sdílení emocí (41,9 %) a sociální oblast (12,1 %). U autorek Hajnová, Bužgová (2013, s. 708-714) patřili k nejvíce naplněným potřebám „být naplněn klidem, mít smysl života a mít pozitivní náhled a život a naději“. Naplnění fyzických symptomů vyzdvihují také studie autorů Cheng a Chen (2019, s. nevedeny), autora Zhu et al. (2021, s. nevedeny) a autor Sandsdalen et al. (2016, s. 79). Autorka Bužgová et al. (2013, s. 628-633) uvedla ve studii za nedostatečně saturované potřeby únavu, bolest a péči o tělo obdobně jako autor Zhu et al. (2021, s. nevedeny).

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zda důležitost potřeby pacientů v paliativní péči závisí na charakteristice pacienta. Ve výzkumném šetření nebyla prokázána závislost mezi místem poskytování zdravotní péče a hodnocením důležitosti jednotlivých potřeb pacientů v paliativní péči. Na rozdíl od autora Brumely et al. (2007, s. 993-1000), který poukázal na rozdíly vnímání uspokojování potřeb dle poskytovatele péče. Uváděl, že pacienti v domácím prostředí, jsou více spokojeni s péčí, než pacienti v institucích. Rovněž výzkumné šetření neukázalo signifikantní rozdíl mezi pohlavím a hodnocením důležitosti potřeb. Jednoznačný

rozdíl mezi pohlavím neprokázala ani studie autorek Macháčková, Bužgová (2011, s. 111-116). Naopak autorka Bužgová et al. (2013, s. 630) a autoři Wong et al. (2013, s. 141-143) zmiňovali vliv pohlaví na emoční a psychické potřeby oproti mužům. Naše výzkumné šetření nezkoumalo rozdíly vnímání potřeb podle věku, proto nebude porovnáno s ostatními studii.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, zda naplnění potřeby pacientů v paliativní péči závisí na charakteristice pacienta. Ve výzkumném šetření se neprokázal vliv místa poskytovatele paliativní péče ani pohlaví pacienta na hodnocení naplněnosti potřeb. Výzkumné šetření autorky Bužgová et al. (2013, s. 630-631) ukázala pouze, že ženy byly více spokojené s naplněností psychických potřeb než muži. Oproti tvrzení autora McDowella et al. (2010, s. 508- 516), který udává, že se v nemocnici vyskytuje více pacientů s depresiemi a úzkostmi v souvislosti s nenaplněnými potřebami než u pacientů v domácím prostředí. Naše výzkumné šetření neukázalo významné signifikantní rozdíly u naplnění potřeb ve specializované anebo standardní paliativní péči. Autor Zhu et al. (2021, s. neuvedeny) uvádí ve studii 41,3 %- 52,9 % pacientů, kteří nesou spokojení s uspokojování potřeby „být bez bolesti“ v rámci specializované paliativní péče.

Limity výzkumu

Výsledky výzkumu nelze zobecnit na celou populaci paliativní péče v České republice. Provedení šetření u umírajících pacientů vyhodnotila některá oslovená zařízení jako nevhodné či neetické a z toho důvodu také některá zařízení poskytující paliativní péči zamítla výzkumné šetření. Tudíž lze výzkum zobecnit pouze na místa, v nichž byl výzkum realizovaný. Omezením výzkumného šetření by také mohl být aktuální celkový stav respondentů a náročnost měřicího nástroje. Zahrnutí pouze pacientů s onkologickým onemocněním může být také považováno za limit pro splnění požadavku reprezentativního vzorku populace.

Návrhy pro vzdělávání, ošetrovatelskou praxi a výzkum

Kvalitní ošetrovatelská péče se odráží zejména v samotných pracovnících přímé péče. K pacientům je zapotřebí přistupovat vždy s respektem a úctou, nejenom z důvodu největší důležitosti položky z pohledu respondentů. Zdravotnický pracovník musí mít na paměti holistický přístup k pacientům a uspokojovat všechny jeho potřeby. Uspokojování

potřeb v praxi zjednodušují měřicí nástroje, pomocí kterých lépe identifikujeme a vyhodnocujeme důležité potřeby pro jednotlivce.

Výsledky výzkumu mohou být nápomocny při studiu ošetrovatelství, nebo pomoci vyhodnocovat potřeby paliativních pacientů a umožnit tak jejich rozvoj.

ZÁVĚR

Paliativní péči se dostává či dále větší pozornosti. Cílem diplomové práce bylo zjistit důležitost a naplněnost bio-psychosociálních a spirituálních potřeb u pacientů v paliativní péči na odděleních standardní a specializované paliativní péče.

Teoretická část pojednává o dohledaných měřicích nástrojích pro hodnocení potřeb u pacientů v paliativní péči. V teoretické části práce jsou také rozebrány potřeby pacientů z oblasti biologické, psychosociální a spirituální zvláště u pacientů standardní paliativní péče a zvláště u pacientů péče specializované. Výzkumná část diplomové práce byla provedena kvantitativní studií za pomoci měřicího nástroje PNAP. Výzkumného šetření se zúčastnilo 80 respondentů standardní a specializované paliativní péče.

Analýza výsledků výzkumného šetření prokázala, že nejdůležitější oblastí pro respondenty je respekt a potřeba zdravotnických pracovníků, která je rovněž nejvíce naplněnou doménou. Dále jako důležitá působí oblast fyzických symptomů a autonomie. Nejméně důležitou oblastí byla pro pacienty doména spirituálních potřeb.

Nejvyšší podíl nenaplněných potřeb nalezneme v doméně spirituálních potřeb. Tudíž doménu spirituálních potřeb můžeme označit za nejméně důležitou a zároveň nejméně naplněnou. V průměru bylo u této domény nenaplněno 46,7 %, další nejméně naplněnou doménou byla „možnost sdílení emocí“ (41,9 %) a také „sociální oblast“ (12,1 %).

Výzkumné šetření neprokázalo signifikantní rozdíl mezi pohlavím a poskytovatelem paliativní péče na hodnocení důležitosti a naplněnosti potřeb. Cíl práce byl splněn doloženými výsledky.

Komplexní ošetřování pacientů je jedním z prioritních zaměření paliativní péče, nástroj PNAP by mohl posloužit k lepšímu pochopení potřeb pacientů na jednotkách standardní a specializované paliativní péče.

REFERENČNÍ SEZNAM

AHMED, Nisar, Sam H AHMEDZAI, Karen COLLINS a Bill NOBLE. 2014. Holistic assessment of supportive and palliative care needs: the evidence for routine systematic questioning. *BMJ Supportive & Palliative Care* [online]. 4(3), 238-246 [cit. 2022-01-04]. DOI: 10.1136/bmjspcare-2012-000324. ISSN 2045-435X. Dostupné z: <http://spcare.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjspcare-2012-000324>

ANANDARAJAH G, HIGHT E. 2010. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician*. [online] 63(1):81-9. PMID: 11195773. [cit. 2022-06-30]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11195773/>

ANNUNZIATA, Maria Antonietta, Barbara MUZZATTI a Gianmarco ALTOÈ. 2009. A contribution to the validation of the Needs Evaluation Questionnaire (NEQ): a study in the Italian context. *Psycho-Oncology* [online]. 18(5), 549-553 [cit. 2022-02-14]. DOI: 10.1002/pon.1445. ISSN 10579249. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/pon.1445>

BALBONI TA, VANDERWERKER LC, BLOCK SD, PAULK ME, LATHAN CS, PETEET JR, PRIGERSON HG. 2007. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*. [online], 25(5):555-60. [cit. 2022-06-30]. DOI: 10.1200/JCO.2006.07.9046. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17290065/>

BALOGOVÁ, Eva a Jarmila BRAMUŠKOVÁ. Potreby pacienta v terminálnom štádiu ochorenia. In: *Cesta k modernému ošetrovatelstvu*. 2018, s. 104-108. ISBN 978-80-87347-40-9.

BONACCHO, A., MICCINESI, G., GALLI, S. et al. 2016. Využití dotazníku pro hodnocení potřeb u onkologických ambulantních pacientů. *Support Care Cancer* [online] 24, 3507–3515 [cit. 2022-01-04]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-016-3176-4>

BUŽGOVÁ, Radka a G. MACHÁČKOVÁ. Hodnocení potřeb terminálně nemocných v domácí péči: pilotní studie. *Praktický lékař*. 2012, 92(2), 111-116. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2013/03/06.pdf>

BUŽGOVÁ, Radka a Kateřina HAVELKOVÁ. Zjišťování potřeb terminálně nemocných v hospicové péči. *Časopis lékařů českých*. 2012, 151(4), 190-195. ISSN 0008-7335. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-archiv-cisel>

BUŽGOVÁ, Radka a Renáta ZELENÍKOVÁ. 2012. Vytvoření měřicího nástroje pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života: hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (PNAP). *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 3(2), 404-414 [cit. 2022-02-14]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-02/6_buzgova.pdf

BUŽGOVÁ, Radka, Erika HAJNOVÁ FUKASOVÁ, Lucie SIKOROVÁ a Radka KOZÁKOVÁ. 2013. Pilotní testování dotazníku PNAP „Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči“ na onkologickém oddělení. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 4(3), 628-633 [cit. 2022-02-14]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-03/5_buzgova_kol.pdf

BUŽGOVÁ, Radka, Lucie SIKOROVÁ, Radka KOZÁKOVÁ a Darja JAROŠOVÁ. 2013. Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči. *Onkologie*. 7(6), 310-314. ISSN 1802-4475. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2013/06/11.pdf>

DAKESIAN SAILIAN, Silva, Huda Abu-Saad HUIJER, Suzanne DHAINI a Marina ADRA. 2018. Palliative Care Assessment Tools for Older Adults: *Review Article*. *Archives of Palliative Care and Medicine* [online]. 1 (1), 1 - 10 [cit. 2022-01-04]. DOI: 10.29011/. Dostupné z: https://scholar.google.cz/scholar?hl=cs&as_sdt=0%2C5&as_vis=1&q=palliative+care+assessment+tools+for+older+adults+review+dakessian&btnG=

DAVIES, E., HIGGINSON, I. 2005. Systematic review of specialist palliative day-care for adults with cancer. *Support Care Cancer*. [online]. 13(8), 607–627. [cit. 2022-02-17]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16041463/>

DELGADO-GUAY MO. 2014. Spirituality and religiosity in supportive and palliative care. *Curr Opin Support Palliat Care*. [online]. 8(3):308-13. [cit. 2022-07-01] DOI: 10.1097/SPC.000000000000079. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25029394/>

EFFENDY, Christiane, Kris VISSERS, Bart HP OSSE, Sunaryadi TEJAWIATA, Myrra VEEROOI-DASSEN a Yvone ENGELS. Comparisons of Problems and Unmet Needs of Patients with Advanced Cancer in a European country, and an Asian Country. *Pain Practice* [online]. 2015, 15(5), 433-440 [cit. 2022-02-15]. ISSN: 1533-2500. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/papr.12196>

GIRGIS A, JOHNSON C, CURROW D, WALLER A, KRISTJANSON L, MITCHELL G, YATES P, NEIL A, KELLY B, TATTERSALL M & BOWMAN D (2006). Palliative Care Needs Assessment Guidelines. The Centre for Health Research & Psycho-oncology, Newcastle, NSW.[online]. 1-32. [cit. 2022-02-15]. Dostupné také z: https://scholar.google.cz/scholar?q=GIRGIS,+A.+et+al.+Palliative+Care+Needs+Assessment+Guidelines.&hl=cs&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart

GRANDE G. 2009. Palliative care in hospice and hospital: time to put the spotlight on neglected areas of research. *Palliat Med.* [online]. 23(3), 187-9. [cit. 2022-06-29]. DOI: 10.1177/0269216309102697. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19318458/>

GRŮVA, Martin, Martin LOUČKA a Jiří ŠŤASTNÝ. Paliativní péče v kardiologii. *Cor et vasa.* 2015, **57**(1), 47-52. ISSN 0010-8650. Dostupné také z: <http://www.e-coretvasa.cz/>

HAJNOVÁ FUKASOVÁ E, BUŽGOVÁ R, FELTL D. 2015. Hodnocení duchovních potřeb pacientů v paliativní péči [Assessment of the spiritual needs of patients in palliative care]. *Klin Onkol.* [online]. 28(1), 9-13. [cit. 2022-07-01]. CZECH. DOI: 10.14735/amko201513. PMID: 25692750. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25692750/>

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

HINDLS, Richard, HRONOVÁ, Stanislava, SEGER, Jan, FISCHER, Jakub. Statistika pro ekonomy. 8. vyd. Praha : PROFESSIONAL PUBLISHING, 2007. 417 s. ISBN 978-80-86946-43-6

HYDE V, SKIRTON H, RICHARDSON J. 2011. Palliative day care: a qualitative study of service users' experiences in the United Kingdom. *Nurs Health Sci.* [online]. 13(2):178-83. [cit. 2022-02-20]. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2011.00598. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21595812/>

CHENG G, CHEN C. 2021. End-of-Life Needs of Dying Patients and Their Families in Mainland China: A Systematic Review. *Omega (Westport).* [online] s. nevedeno [cit. 2022-06-29]. DOI: 10.1177/0030222821997340. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33626990/>

KUMAR, P. Senthil, Mariella D'SOUZA, SISODA Vaishali, KURMAR K Vijaya. Cancer Rehabilitation Evaluation System Questionnaire: a Disease-Specific and Treatment-Specific

Measure of Rehabilitation Needs and Self-Reported Quality of Life. *Indian Journal of Palliative Care* [online]. 2014, 20(3), 243-244, [cit. 2019-24-2]. ISSN: 1998-3735. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4154175/>

LAZÁRKOVÁ, Marie a M. MACKOVÁ. 2015. Změny potřeb u pacientů v terminálním stadiu. *Bolest*. **18**(4), 209-213. ISSN 1212-0634. Dostupné také z: <http://www.tigis.cz/>

LEPPERT, Wojciech, Mikolaj MAJKOWICZ a Sam H. AHMEDZAI. 2012. The Adaptation of the Sheffield Profile for Assessment and Referral for Care (SPARC) to the Polish Clinical Setting for Needs Assessment of Advanced Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 44(6), 916-922 [cit. 2022-05-05]. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2011.12.286. ISSN 08853924. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392412002692>

LIM RB. 2016. End-of-life care in patients with advanced lung cancer. *Ther Adv Respir Dis*. [online] 10(5):455-67. [cit. 2022-06-30]. DOI: 10.1177/1753465816660925. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5933619/>

LLOYD-WILLIAMS, M. 2015. The Esence of Palliative and End-of-Life Care. *Research gate*. 10, 145-154. DOI:10.1093/med/9780198703310.003.0016. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/315582969_Mari_Lloyd-Williams-Community_The_Essence_of_Palliative_and_End-of-Life_Care

LOWERY Ae, GREENBERG Ma, FOSTER SI, CLARK K, CASDEN Dr, LOSCALZO M, BARDWELL WA. 2012. Validation of a needs-based biopsychosocial distress instrument for cancer patients. *Psychooncology*. [online]. 21(10):1099-106. [cit. 2022-05-05]. DOI: 10.1002/pon.2008. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21830256/>

MCILLMURRAY MB, FRANCIS B, HARMAN JC, MORRIS SM, SOOTHILL K, THOMAS C. 2003. Psychosocial needs in cancer patients related to religious belief. *Palliative Medicine*, [online]. 17: 49–54 . [cit. 2022-05-05]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12597466/>

MIKŠOVÁ, Zdeňka, 2019. Závěrečná diplomová práce – praktická příručka pro tvorbu diplomové práce na Fakultě zdravotnických věd [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [cit. 2022-02-04]. ISBN 978-80-244-5629-4. DOI: 10.5507/fzv.19.24456294

MITHRASON, Arun a Gomathy PARASURAMAN. 2017. Physical problems and needs of patients in palliative care center. *International Journal of Community Medicine and Public Health* [online]. 2017, 4(11), 4145- 4150 [cit. 2022-02-04]. ISSN: 2394-6040. Dostupné z: <https://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/viewFile/1982/1561>

OSSE, B. et al. 2007. A practical instrument to explore patients' needs in palliative care: the Problems and Needs in Palliative Care questionnaire – short version. *Palliative Medicine*. [online] 21(1), 391–399. [cit. 2022-02-04]. DOI: 10.1177/0269216307078300. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17901098/>

PECÁKOVÁ, Iva. Statistika v terénních průzkumech. 1. vyd. Praha : PROFESSIONAL PUBLISHING, 2008. 231 s. ISBN 978-80-86946-74-0

RAUDENSKÁ J, JAVŮRKOVÁ A. 2011. Diagnostika a zvládání deprese v terminálním stadiu onemocnění. *Paliat Med Liec Bolesti* 2011; 4 (1): 12–15. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/d2f114fecc9033b6551bb94a2599841e.pdf>

RICHARDS ChT, GISONDI MA, CHANG ChH, et al. 2011. Palliative Care Symptom Assessment for Patients with Cancer in the Emergency Department: Validation of the Screen for Palliative and End-of-Life Care Needs in the Emergency Department Instrument. *J Palliat Med* [online]; 14: 757–764. [cit. 2022-05-05]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0456>

RICHARDSON P. 2014. Spirituality, religion and palliative care. *Ann Palliat Med*. [online] 3(3), 150-9. [cit. 2022-06-30]. DOI: 10.3978/j.issn.2224-5820.2014.07.05. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25841692/>

SANDSDALEN Tuva, GRØNDAHL VIGDIS, HOV Reidun, HØYE Sevald, RYSTEDT Ingrid, WILDE-LARSSON Bodil. 2016. Patients' perceptions of palliative care quality in hospice inpatient care, hospice day care, palliative units in nursing homes, and home care: a cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. [online] 15(1), 79. [cit. 2022-06-29]. DOI: 10.1186/s12904-016-0152-1. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27553776/>

SCHOUTEN, Bojoura, Johan HELLINGS, Patrick VANKRUNKELSVEN, Jeroen MEBIS, Paul BULENS, Frank BUNTINX, Dominique VANDIJCK a Elke VAN HOOFF. 2017. Qualitative research on the Belgian Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES): An evaluation of the content validity and feasibility. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*

[online]. 23(3), 599-607 [cit. 2022-05-06]. DOI: 10.1111/jep.12681. ISSN 13561294. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jep.12681>

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Martin LOUČKA. 2016. Paliativní péče v ČR v roce 2016. *Časopis lékařů českých*. **155**(8), 445-450. ISSN 0008-7335. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2016-60048>

Světová zdravotnická organizace. 2018. Integrating Palliative Care and Symptom Relief Into Primary Health Care: a WHO Guide for Planners, Implementers and Managers [online]. Geneva: World Health Organization. [cit. 2022-05-06]. 88 s. ISBN: 978-92-4-151447-7. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?ua=1>

TAMBURINI M, GANGERI L, BRUNELLI C. 2000. Assessment of hospitalized cancer patients' needs by the Needs Evaluation Questionnaire. *Annals of Oncology*, [online]. 11/1: 31–37. [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10690384/>

TATUM PE. 2020. End-of-Life Care: Hospice Care. *FP Essent*. [online] 498, 26-31. [cit. 2022-06-30]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33166104/>

TIAN L, CAO X, FENG X. 2019. Evaluation of psychometric properties of needs assessment tools in cancer patients: A systematic literature review. *Plos one* [online]. 14(1): [cit. 2022-05-06]. Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0210242>

WANG, Tao, Alex MOLASSIOTIS, Betty Pui Man CHUNG a Jing-Yu TAN. 2018. Unmet Care Needs of Advanced Cancer Patients and Their Informal Caregivers: a systematic review. *BMC: Palliative Care*. [online]. 17(96), 2-19 ISSN: 1472-684X. [cit. 2022-06-06] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30037346/>

WILCOCK A, HUSSAIN A, MADDOCKS M. 2019. Holistic Needs of People with Thoracic Cancer Identified by the Sheffield Profile for Assessment and Referral to Care Questionnaire[©]. *J Palliat Med*. [online]. 22(9), 1120-1123. DOI: 10.1089/jpm.2018.0540. PMID: 30848688. [cit. 2022-06-06] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30848688/>

YI, Myungsun, Keeho PARK a Eun Young PARK. 2014. Psychosocial needs of low-income people with cancer in Korea. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 18(6), 549-556

[cit. 2022-02-04]. DOI: 10.1016/j.ejon.2014.07.005. ISSN 14623889. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S146238891400101X>

ZHU Shuqin, ZHU Hanfei, ZHANG Xintong, LIU Kouying, CHEN Zumei, YANG Xiaowen, SUN Changxian, XIE Weiping, XU Qin, LI Weiyong Do9, CUI Yan, WANG Hong. 2021. Care needs of dying patients and their family caregivers in hospice and palliative care in mainland China: a meta-synthesis of qualitative and quantitative studies. *BMJ Open*. [online] 11(11). [cit. 2022-06-30] DOI: 10.1136/bmjopen-2021-051717. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8573656/>

SEZNAM ZKRATEK

3LNQ	Three-Levels-of-Needs questionnaire
ADL	Activity Daily Living
CANDI	Needs Based Biopsychosocial Distress Instrument for Cancer Patients
CARES	Cancer Rehabilitation Evaluation System
CaSUN	Cancer survivors' unmet needs measure
CPNS	Cancer Patients Need Survey
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
IADL	Instrumental Activity Daily Living
IBM SPSS	International Business Machines Statistical Package for the Social Sciences
NA-ACP	Needs assessment for advanced cancer patients
NA-ALCP	Needs assessment for advanced lung cancer patients
NEQ	Needs Evaluation Questionnaire
NEST	Needs at the End-of-Life Screening Tool
OCPC	Oncology Clinic Patient Checklist
PNAP	Patients Needs Assessment in Palliative Care
PNAT	Patient needs assessment tool
PNI	Psychosocial Need Inventory
PNPC	Problems and Needs in Palliative Care questionnaire
SCNS	Supportive care needs survey
SPARC	Sheffield Profile for Assessment and Referral for Care
SPEED	Screen for Palliative and End-of-Life Care Needs in the Emergency Department
SST-IUPCN	Simple screening tool for identifying unmet palliative care needs
SUNS	Survivors unmet needs survey
WHO	World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Struktura měřicího nástroje SPEED	12
Tabulka 2	Struktura měřicího nástroje NEST	13
Tabulka 3	Struktura měřicího nástroje PNPC	15
Tabulka 4	Struktura měřicího nástroje NEQ	15
Tabulka 5	Struktura měřicího nástroje CARES	16
Tabulka 6	Struktura měřicího nástroje CPNQ	17
Tabulka 7	Struktura měřicího nástroje SCNS	17
Tabulka 8	Struktura měřicího nástroje SPARC	18
Tabulka 9	Struktura měřicího nástroje PNAT	19
Tabulka 10	Struktura měřicího nástroje PNI	20
Tabulka 11	Struktura měřicího nástroje PNAP	22
Tabulka 12	Charakteristika souboru respondentů	39
Tabulka 13	PNAP – hodnocení důležitosti jednotlivých oblastí	40
Tabulka 14	PNAP - hodnocení naplněnosti jednotlivých domén	41
Tabulka 15	Hodnocení potřeb fyzické symptomy	42
Tabulka 16	Hodnocení potřeb - sociální oblast	43
Tabulka 17	Hodnocení potřeb - respekt a podpora ZP	44
Tabulka 18	Hodnocení potřeb – smysl života a smíření	45
Tabulka 19	Hodnocení potřeb - autonomie	46
Tabulka 20	Hodnocení potřeb - možnost sdílení emocí	47
Tabulka 21	Hodnocení potřeb v oblasti religiózních potřeb	47
Tabulka 22	Důležitost oblastí dotazníku PNAP podle typu péče	49
Tabulka 23	Naplněnost oblastí dotazníku PNAP podle typu péče	50
Tabulka 24	Testy normality - důležitost podle poskytovatele služeb	51
Tabulka 25	Výsledky dvouvýběrových testů	52
Tabulka 26	Důležitost oblastí (doménové skóre) podle pohlaví	52
Tabulka 27	Testy normality - důležitost podle pohlaví	53
Tabulka 28	Dvouvýběrové testy - vliv pohlaví	54
Tabulka 29	Testy normality - naplněnost podle poskytovatele	54
Tabulka 30	Dvouvýběrové testy - vliv naplněnosti podle poskytovatele	55
Tabulka 31	Naplněnost oblastí (doménového skóre) podle pohlaví	56
Tabulka 32	Testy normality - naplněnost podle pohlaví	57

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Rozdělení pohlaví podle poskytovatele služeb	40
---	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Souhlas etické komise	76
Příloha 2 Statistický výpočet vzorku respondentů do dotazníkového šetření	77
Příloha 3 Souhlas autorky s využitím měřicího nástroje PNAP	78
Příloha 4 Měřicí nástroj PNAP	79
Příloha 5 Záznamový arch	82
Příloha 6 Souhlas s realizací FN v Motole Praha	83
Příloha 7 Souhlas s realizací Nemocnice AGEL Podhorská	84
Příloha 8 Souhlas s realizací Hospic Frýdek-Místek	85

PŘÍLOHY

Příloha 1 Souhlas etické komise



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL - 16935/1070-2022

Vážená paní
Bc. Nikol Urbanová

2022-01-11

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 zasláných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Hodnocení potřeb pacientů v terminální fázi onemocnění na odděleních standardní a specializované paliativní péče**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

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

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

Příloha 2 Statistický výpočet vzorku respondentů do dotazníkového šetření

Odhad rozsahu výběru pro dotazník PNAP s přesností 95 %, $\Delta = 4$; $\sigma = 13,3$ podle vzorce

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

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sigma}{\Delta} \right)^2 = \left(\frac{1,96 \cdot 13,3}{4} \right)^2 = 42,5$$

Minimální počet respondentů pro práci s dotazníkem je 43.

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

Příloha 3 Souhlas autorky s využitím měřicího nástroje PNAP

04.07.22 14:20

Gmail - Žádost



Nicol Urbanová <urbanova.nicol@gmail.com>

Žádost

Radka Bužgová <Radka.Buzgova@osu.cz>
Komu: Nicol Urbanová <urbanova.nicol@gmail.com>

11. listopadu 2020 8:33

Dobrý den,

S použitím dotazníku souhlasím. V příloze zasílám dotazník i manuál pro vyhodnocení.


Přeji ať se vám práce podaří.


S pozdravem,

Radka Bužgová

[Citovaný text byl skryt]

Přílohy: 2

 PNAP - potřeby.pdf
203K

 manual-dotazniku.pdf
645K

HODNOCENÍ POTŘEB PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI (Dotazník PNAP)

Instrukce

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

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

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

Být bez bolesti.

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

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

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

Být bez bolesti.

Je to pro mě důležité?

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

Byla tato položka naplněna?

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

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

Odpovězte laskavě na každou z uvedených položek.

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

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

Příloha 5 Záznamový arch

ZÁZNAMOVÝ ARCH PRO PACIENTA

Prosím o vyplnění nebo zakroužkování Vašich údajů.

Pohlaví:

- A. muž
- B. žena

Typ onemocnění:

- A. onkologické onemocnění
- B. jiné chronické onemocnění

Místo poskytování péče:

- A. Lůžkové oddělení v nemocnici
- B. Lůžkový hospic

Příloha 6 Souhlas s realizací FN v Motole Praha

Bc. Nicol Urbanová, DiS.
Studentka magisterského studijního
programu Ošetrovatelství v interních
oborech
Univerzita Palackého v Olomouci

V Bruntále, dne 3. 3. 2021

VĚC: Žádost o realizaci výzkumu na pracovišti

Vážená Pani náměstkyně,

Dovoluji si Vás požádat o možnost realizace výzkumného šetření ve vaší Fakultní nemocnici MOTOL, které proběhne pomocí standardizovaného měřicího nástroje PNAP. Tento nástroj slouží k hodnocení potřeb u pacientů v paliativní péči.

Získané údaje poslouží k výzkumné části diplomové práce s názvem „Identifikace a hodnocení potřeb v terminální fázi onemocnění na nemocničních lůžkách v porovnání s hospicovou péčí“. Více informací ohledně samotné diplomové práce přikládám v příloze v rámci anotace diplomové práce.

Děkuji za spolupráci, s pozdravem

Bc. Nicol Urbanová, DiS.
Studentka magisterského studijního programu Ošetrovatelství v interních oborech
Univerzita Palackého v Olomouci

SOUHLASÍM x ~~NE~~SOUHLASÍM s realizací výzkumu
(Nehodící se škrtněte)

Datum:

5. 3. 2021

podpis a razítko pracoviště:

Mgr. Jana NOVÁKOVÁ, MBA
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice Motol

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
150 06 Praha 5 - Motol, V Dole 14
zastřehovat per st. páb
IČO: 0004201 DIČ: CZ0004201

Příloha 7 Souhlas s realizací Nemocnice AGEL Podhorská

Bc. Nicol Urbanová, DiS.
Studentka magisterského studijního
programu Ošetřovatelství v interních
oborech
Univerzita Palackého v Olomouci

Vážená Paní,
Veronika Bezručová
Vrchní sestra Interního oddělení
Nemocnice AGEL Podhorská
Homoměstská 549/16, 795 01 Rýmařov
Pracoviště Bruntál

V Bruntále, dne 10. 11. 2021

VĚC: Žádost o realizaci výzkumu na pracovišti

Vážená Paní vrchní sestro,

Dovoluji si Vás požádat o možnost realizace výzkumného šetření ve vaší nemocnici, které proběhne pomocí standardizovaného měřicího nástroje PNAP. Tento nástroj slouží k hodnocení potřeb u pacientů v paliativní péči.

Získané údaje poslouží k výzkumné části diplomové práce s názvem „Identifikace a hodnocení potřeb v terminální fázi onemocnění na nemocničních lůžkách v porovnání s hospicovou péčí“. Více informací ohledně samotné diplomové práce přikládám v příloze v rámci anotace diplomové práce.

Děkuji za spolupráci, s pozdravem

Bc. Nicol Urbanová, DiS.
Studentka magisterského studijního programu Ošetřovatelství v interních oborech
Univerzita Palackého v Olomouci

SOUHLASÍM x ~~NE~~SOUHLASÍM s realizací výzkumu
(Nehodící se škrtněte)

Datum:

10. 11. 2021

podpis a razítko pracoviště:



Příloha 8 Souhlas s realizací Hospic Frýdek-Místek

Bc. Nicol Urbanová, DiS.
Studentka magisterského studijního
programu Ošetřovatelství v interních
oborech
Univerzita Palackého v Olomouci

Vážená Paní,
Mgr. Monika Sikorová,
Vedoucí zdravotního úseku hospic Frýdek Místek, p.o.
I. J. Pešíny 3640, Frýdek- Místek 78 01

V Bruntále dne 11.7. 2021

VĚC: Žádost o realizaci výzkumu na pracovišti

Vážená Paní Magistro,

Dovoluji si Vás požádat o možnost realizace výzkumného šetření ve Vašem středisku, které proběhne pomocí standardizovaného měřicího nástroje PNAP. Tento nástroj slouží k hodnocení potřeb u pacientů v paliativní péči.

Získané údaje poslouží k výzkumné části diplomové práce s názvem „Identifikace a hodnocení potřeb v terminální fázi onemocnění na nemocničních lůžkách v porovnání s hospicovou péčí“.

Děkuji za spolupráci, s pozdravem

Bc. Nicol Urbanová, DiS.
Studentka magisterského studijního programu Ošetřovatelství v interních oborech
Univerzita Palackého v Olomouci

SOUHLASÍM x NESOUHLASÍM s realizací výzkumu
(Nehodící se škrtněte)

Hospic Frýdek-Místek, p.o.
I. J. Pešíny 3640, 738 01 Frýdek-Místek
iČ: 72048546

Datum: 16. 8. 2021

podpis a razítko pracoviště:

