

Domácí péče a onkologický pacient

Veronika Rosypalová

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Veronika Rosypalová
Osobní číslo:	H22718
Studijní program:	B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Domácí péče a onkologický pacient

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti domácí péče u onkologického pacienta.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace výzkumu kvantitativního šetření technikou standardizovaného dotazníku PNAP, FIN.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu kvantitativního šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

CHERNY, Nathan et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 6 th ed. Oxford: Oxford University Press, 2022. ISBN 978-01-988-2132-8.
Kolektiv autorů. *Průvodce domácí péčí*. Praha: Cesta domů, 2022. ISBN 978-80-88126-90-4.
MARKOVÁ, Alena a kol. *Hospic do kapsy*. Praha: Cesta domů, 2023. ISBN 978-80-88455-09-7.
SLÁMA, Ondřej; ZÁVADOVÁ Irena; SOCHOR, Marek. *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-204-4223-9.
SOVÁRIOVÁ SOŠSOVÁ, Mária. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3242-3.
TOMÍŠKA, Miroslav. *Výživa onkologických pacientů*. Praha: Mladá fronta, 2019. ISBN 978-80-204-4064-8.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Michaela Schneider, Ph.D., MBA**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku domácí péče o onkologické pacienty, přičemž klade důraz na specifika poskytování péče v domácím prostředí a na komplexní spektrum potřeb nemocných osob.

V teoretické části je podán přehled o onkologických onemocněních, principech domácí péče v České republice a o bio-psycho-socio-spirituálním modelu potřeb onkologického pacienta. Teoretická východiska vycházejí z odborné literatury v oblasti onkologie, ošetrovatelství a paliativní péče.

Praktická část je realizována prostřednictvím kvantitativního šetření technikou standardizovaného dotazníku Posouzení potřeb a asistence pacienta (PNAP), dále jen PNAP. Dotazníky byly rozdány pacientům, kteří absolvovali vyšetření na CT pracovišti Kroměřížské nemocnice a následně vyplněny v domácnostech. Šetření probíhalo v období měsíce února do měsíce dubna 2025 a zaměřovalo se na identifikaci potřeb onkologických pacientů v domácí péči a na subjektivní hodnocení kvality poskytované péče.

Klíčová slova: onkologický pacient, domácí péče, potřeby pacienta, paliativní péče, ošetrovatelská péče

ABSTRACT

This bachelor thesis focuses on the issue of home care for oncology patients, with an emphasis on the specifics of providing care in a home environment and the complex spectrum of patient needs.

The theoretical part provides an overview of oncological diseases, the principles of home care in the Czech Republic, and the bio-psycho-socio-spiritual model of patient needs. The theoretical framework is based on specialized literature from the fields of oncology, nursing, and palliative care.

The practical part is based on quantitative research conducted through a questionnaire survey. The questionnaires were distributed to patients at the CT department of the Kroměříž Hospital and subsequently completed in their homes. The survey was conducted between February and April 2025 and aimed to identify the needs of oncology patients in home care and to assess their subjective perception of the quality of provided care.

Keywords: oncology patient, home care, patient needs, palliative care nursing care

Ráda bych vyjádřila upřímné poděkování vedoucí mé bakalářské práce, PhDr. Michaela Schneider, Ph.D., MBA, která mi byla nejen odbornou oporou, ale i laskavým průvodcem po celou dobu zpracovávání tématu. Děkuji za cenné rady, trpělivost a podporu, která mi pomohla práci dokončit a posunout ji dál.

Z celého srdce také děkuji všem onkologickým pacientům a jejich rodinným příslušníkům, kteří se ochotně zapojili do výzkumu, i přesto, že sami čelí velmi náročné životní situaci. Jejich otevřenost, ochota sdílet své zkušenosti a čas, který mi věnovali, si nesmírně vážím. Právě díky jejich příběhům a upřímným odpovědím mohla tato práce vzniknout a snad i přispět k lepšímu porozumění tomu, co pacienti i jejich blízcí v domácí péči skutečně potřebují.

Děkuji i své rodině a blízkým, kteří mě po celou dobu studia a psaní této práce podporovali, dodávali mi sílu, a nikdy nepřestali věřit, že to zvládnu.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ.....	13
1.1 CHARAKTERISTIKA, VZNIK A ZÁKLADNÍ DĚLENÍ NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ	13
1.2 KLASIFIKACE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ	14
1.3 VYBRANÉ EPIDEMIOLOGICKÉ UKAZATELE.....	15
1.4 PREVENCE A SCREENING NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ	16
1.5 DIAGNOSTIKA NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ	17
1.6 MOŽNOSTI LÉČBY NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ	18
2 DOMÁCÍ PÉČE	20
2.1 VYMEZENÍ POJMU DOMÁCÍ PÉČE	20
2.2 PRÁVNÍ RÁMEC A ORGANIZACE DOMÁCÍ PÉČE	20
2.3 VÝZNAM DOMÁCÍ PÉČE PRO ONKOLOGICKÉHO PACIENTA	22
3 POTŘEBY ONKOLOGICKÉHO PACIENTA V DOMÁCÍ PÉČI.....	24
3.1 BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUÁLNÍ MODEL POTŘEB	24
3.2 FYZICKÉ POTŘEBY PACIENTA	25
3.3 PSYCHICKÉ POTŘEBY PACIENTA	26
3.4 SOCIÁLNÍ A SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY PACIENTA.....	27
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	29
4 METODIKA PRÁCE.....	30
4.1 CÍLE VÝZKUMU	30
4.2 METODA A TECHNIKA VÝZKUMU.....	30
4.3 CHARAKTERISTIKA POLOŽEK	30
4.4 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	31
4.5 ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	32
4.6 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	33
5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	35
5.1 DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE	35
5.2 VYHODNOCENÍ PNAP DOTAZNÍKU – PACIENT	43
5.3 VYHODNOCENÍ PNAP DOTAZNÍKU – RODINNÝ PŘÍSLUŠNÍK	70
6 DISKUSE	84
ZÁVĚR	91
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	93

SEZNAM GRAFŮ	95
SEZNAM TABULEK.....	96
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	98
SEZNAM PŘÍLOH.....	99

ÚVOD

Onkologická onemocnění představují významnou zdravotní, psychickou i sociální zátěž pro pacienta i jeho nejbližší okolí. Výskyt těchto onemocnění celosvětově roste a spolu s tím se zvyšují i nároky na komplexní zdravotní péči, která by měla být efektivní, citlivá a přizpůsobená individuálním potřebám nemocného člověka. Onkologická diagnóza přináší zásadní změnu v životě pacienta – ovlivňuje nejen jeho tělo, ale také psychiku, mezilidské vztahy, životní hodnoty a vnímání budoucnosti.

Téma domácí péče o onkologického pacienta jsem si zvolila na základě svého osobního zájmu o oblast onkologie a paliativní péče, ale také vzhledem ke zkušenostem z praxe, kdy jsem vnímala důležitost domácího prostředí pro kvalitu života pacientů. Domácí péče umožňuje pacientům absolvovat léčbu nebo trávit závěrečnou fázi života ve známém prostředí, s větším pocitem bezpečí, důstojnosti a podpory blízkých osob.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se věnuje charakteristice onkologických onemocnění, problematice domácí péče a komplexnímu pohledu na potřeby onkologického pacienta v domácím prostředí. Praktická část je založena na kvantitativním výzkumu realizovaném formou dotazníkového šetření. Dotazníky byly rozděleny pacientům na CT pracovišti Kroměřížské nemocnice a následně vyplňovány v domácnostech. Výzkum probíhal od února do dubna 2025 a jeho cílem bylo zjistit spektrum potřeb onkologických pacientů v domácí péči a zhodnotit subjektivní vnímání kvality poskytované péče.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Onkologická onemocnění patří mezi nejzávažnější zdravotní problémy současnosti. Jejich výskyt celosvětově narůstá a zasahuje všechny věkové skupiny bez rozdílu. Navzdory moderním pokrokům v diagnostice a léčbě zůstává onkologická diagnóza pro mnoho lidí synonymem obav, nejistoty a zásadní životní změny.

1.1 Charakteristika, vznik a základní dělení nádorových onemocnění

Zhoubné nádory tvoří skupinu onemocnění, pro které je typický autonomní a nekontrolovaný růst buněk. Tyto buňky ztratily schopnost regulovat své dělení, diferenciaci i přirozenou buněčnou smrt – apoptózu (Büchler et al., 2019). Tento proces je důsledkem genetických a epigenetických změn, jež vedou k poruše buněčného cyklu, změně signální transdukce a narušení interakcí s mikropřímědím.

Vznik nádorového onemocnění, označovaný jako karcinogeneze, je komplexní a je komplexní a probíhá v několika fázích. Podle Novotného (2018) začíná karcinogeneze iniciací, kdy dochází ke genetickému poškození buňky, pokračuje promoci – podporou růstu změněných buněk – a končí progresí, kdy se buňky stávají plně maligními a schopnými invazivního růstu a metastázování. Klíčovou roli v tomto procesu hrají aktivace onkogenů, inaktivace tumor supresorových genů, narušení mechanismů opravy DNA a schopnost nádorových buněk vyhnout se imunitnímu systému (Vyzula et al., 2022).

Při transformaci normální buňky na nádorovou dochází k postupnému nahromadění genetických mutací, což vede ke změně chování buněk. Nádorové buňky získávají schopnost neomezeného množení, angiogeneze, invaze do okolních tkání a tvorby metastáz. Kromě genetických změn ovlivňuje karcinogenezi i prostředí nádoru, zejména přítomnost chronického zánětu, hypoxie a změny v extracelulární matrix (Büchler et al., 2019).

Z hlediska biologického chování se nádory rozdělují na:

- Benigní nádory (nezhoubné) – charakterizované pomalým růstem, ohraničením vůči okolní tkáni a absencí schopnosti metastázovat. I benigní nádory však mohou být nebezpečné v závislosti na jejich lokalizaci a tlaku na okolní struktury (Novotný, 2018).
- Maligní nádory (zhoubné) – vyznačují se rychlým, invazivním růstem, destrukcí okolních tkání a schopností šíření do vzdálených orgánů prostřednictvím krevního či lymfatického řečiště (Vyzula et al., 2022).

Podle histogeneze (tkáňového původu) se maligní nádory dále dělí na:

- Karcinomy – nádory pocházející z epiteliálních buněk (kůže, sliznic, žláзовých struktur)
- Sarkomy – nádory vycházející z pojivových tkání (kostí, chrupavek, svalů, tukové tkáně)
- Hematologické malignity – nádory vycházející z krevních a lymfatických buněk (např. leukémie, lymfomy)
- Melanomy – nádory vznikající z melanocytů, nejčastěji lokalizované v kůži, méně často na sliznicích a v oku

Základní rozdělení nádorů má zásadní význam pro volbu terapeutického postupu a predikci prognózy pacienta.

1.2 Klasifikace nádorových onemocnění

Pro správnou diagnostiku, stanovení léčebné strategie a určení prognózy pacientů s nádorovým onemocněním je nezbytné přesné stanovení typu a rozsahu nádoru. K tomu slouží různé klasifikační systémy, jež posuzují biologické chování nádoru, rozsah jeho šíření a stupeň buněčné diferenciaci.

Nejčastěji využívaným systémem je TNM klasifikace, vytvořená Mezinárodní unií proti rakovině (Union for International Cancer Control, UICC) a aktualizovaná Americkým společným výborem pro rakovinu (American Joint Committee on Cancer, AJCC) (Büchler et al., 2019). TNM systém hodnotí velikost primárního nádoru (T), přítomnost postižení regionálních lymfatických uzlin (N) a výskyt vzdálených metastáz (M). Každý z těchto parametrů je vyjádřen číslem, které udává rozsah postižení. Například u velikosti nádoru označuje číslo od T1 do T4 postupné zvětšování a lokální pokročilost, zatímco N0 znamená absenci postižení lymfatických uzlin a N1 až N3 jejich různý rozsah. Přítomnost vzdálených metastáz je vyjádřena hodnotou M0 (bez metastáz) nebo M1 (s přítomnými metastázami) (Novotný, 2018).

Součástí klasifikace je rovněž histopatologické hodnocení stupně diferenciaci nádorových buněk, tzv. grading. Grading hodnotí, do jaké míry se nádorové buňky podobají normálním buňkám. Nádory s nízkým stupněm (G1) jsou dobře diferencované, zatímco nádory s

vysokým stupněm (G3–G4) vykazují špatnou diferenciaci a obvykle mají horší prognózu (Vyzula et al., 2022).

Z hlediska klinické praxe je důležité také rozdělení onkologického onemocnění do klinických stádií (staging). Staging je založen na kombinaci parametrů TNM a umožňuje rozdělit onemocnění do čtyř základních stádií. Stadium I představuje lokalizovaný nádor bez známek šíření, zatímco stadium IV znamená pokročilé onemocnění s přítomností vzdálených metastáz (Büchler et al., 2019).

Pro některé specifické skupiny nádorů existují vlastní klasifikační systémy. Například lymfomy se klasifikují podle systému Ann Arbor, gynekologické nádory podle klasifikace FIGO a karcinom tlustého střeva podle Dukesovy klasifikace. Přesné určení stadia a histopatologického typu nádoru je zásadní nejen pro výběr vhodné terapie, ale i pro odhad prognózy a sledování účinnosti léčby. (Novotný, 2018).

Na základě kombinace těchto složek je určeno klinické stadium onemocnění (stage), které má zásadní význam pro volbu terapie a prognózu. Obecně se nádory dělí do čtyř základních klinických stádií (I–IV), přičemž vyšší stadium značí pokročilejší onemocnění.

1.3 Vybrané epidemiologické ukazatele

Zhoubné nádory patří celosvětově mezi hlavní příčiny nemoci a úmrtnosti. Podle údajů Mezinárodní agentury pro výzkum rakoviny (International Agency for Research on Cancer, IARC) bylo v roce 2020 celosvětově diagnostikováno přibližně 19,3 milionu nových případů zhoubných onemocnění a zaznamenáno přibližně 10 milionů úmrtí v důsledku rakoviny (Büchler et al., 2019).

V České republice se incidence zhoubných nádorů v posledních desetiletích stabilizovala, avšak zůstává jednou z nejvyšších v Evropě. Ročně je v ČR nově diagnostikováno přibližně 85 000 případů zhoubných nádorů, přičemž nejčastějšími diagnózami jsou nádory kůže, prsu, prostaty, plic a kolorekta (Vyzula et al., 2022). Mortalita na zhoubné nádory v České republice mírně klesá díky zlepšené prevenci, včasné diagnostice a pokrokům v léčbě.

Z hlediska pohlaví je incidence vyšší u mužů, a to zejména v případě karcinomu plic, prostaty a kolorekta. U žen převažují nádory prsu, kolorekta a plic. Pozorovaný nárůst je patrný u nádorů spojených se životním stylem, například u karcinomu plic u žen, což je připisováno zvýšené míře kouření v minulých dekádách (Novotný, 2018).

Predikce budoucího vývoje naznačují, že vzhledem ke stárnutí populace a změnám životního stylu bude celosvětový počet onkologických onemocnění nadále narůstat. Epidemiologická data tak zdůrazňují nutnost účinné prevence, časného zachytu a dostupné, kvalitní léčby.

Vznik nádorového onemocnění je výsledkem složitého procesu, při kterém dochází ke kumulaci genetických a epigenetických změn vedoucích k poruše kontroly buněčného cyklu, apoptózy a diferenciace. Tento proces je označován jako karcinogeneze a je podmíněn souhrou genetických predispozic a vlivů vnějšího prostředí (Büchler et al., 2019).

Z genetického hlediska hraje klíčovou roli aktivace onkogenů, které podporují nekontrolovaný růst buněk, a inaktivace tumor supresorových genů, jež za normálních okolností růst buněk inhibují. Porucha reparačních mechanismů DNA dále přispívá k akumulaci mutací a genetické nestabilitě. Výsledkem je vznik buněk schopných nekontrolovaného množení, invazivního růstu a tvorby metastáz (Vyzula et al., 2022).

K hlavním etiologickým faktorům patří jednak faktory vnitřní, jako jsou genetické predispozice, hormonální vlivy a stárnutí organismu, jednak faktory vnější. Mezi vnější faktory se řadí zejména působení chemických karcinogenů (např. tabákový kouř, azbest), fyzikálních karcinogenů (ionizující a ultrafialové záření) a biologických agens, například některých virů (např. virus lidského papilomu, Epstein-Barrové virus, virus hepatitidy B a C) (Novotný, 2018).

Významnou roli v patogenezi nádorů hraje také chronický zánět, který vytváří mikroprostředí podporující mutagenezi, buněčnou proliferaci a angiogenezi. Prokázána je souvislost například mezi chronickým zánětem jater a vznikem hepatocelulárního karcinomu nebo mezi chronickými zánětlivými onemocněními střeva a kolorektálním karcinomem (Büchler et al., 2019).

Celý proces karcinogeneze je tedy výsledkem dlouhodobého působení vnitřních i vnějších faktorů, přičemž genetická predispozice může významně ovlivnit individuální riziko vzniku zhoubného nádoru. Současné poznatky zdůrazňují, že většina nádorových onemocnění je výsledkem komplexní interakce genetických změn a vnějších karcinogenních vlivů.

1.4 Prevence a screening nádorových onemocnění

Prevence onkologických onemocnění představuje je klíčovým prostředkem ke snížení rostoucí incidence a úmrtnosti na tato onemocnění. Primární prevence je zaměřena na eliminaci rizikových faktorů a podporu zdravého životního stylu. K nejvýznamnějším

preventabilním faktorům patří omezení konzumace tabáku a alkoholu, zdravá výživa, pravidelná fyzická aktivita, ochrana proti UV záření a očkování proti karcinogenním infekcím, například infekce lidským papilomavirem (Human Papillomavirus, HPV a virus hepatitidy B (Büchler et al., 2019).

Součástí primární prevence je také edukace populace o rizikových faktorech a o možnostech snižování rizika vzniku zhoubných nádorů. Významnou roli hraje informovanost o důležitosti samovyšetření, například vyšetření prsu u žen či varlat u mužů, což může napomoci včasnému zachycení patologických změn (Vyzula et al., 2022).

Sekundární prevence se zaměřuje na včasný záchyt prekancerózních lézí nebo časných stádií nádorových onemocnění, které ještě nevykazují klinické příznaky. Screeningové programy organizované na národní úrovni se soustředí na nejčastější typy zhoubných nádorů. V České republice jsou zavedeny programy screeningu karcinomu děložního hrdla (cytologické vyšetření), karcinomu prsu (mamografické vyšetření) a kolorektálního karcinomu (okultní krvácení do stolice a kolonoskopie) (Vyzula et al., 2022).

Účinnost screeningových programů je podmíněna jejich dostupností, organizací a edukací populace. Včasný záchyt onemocnění v asymptomatickém stadiu výrazně zvyšuje šanci na úspěšnou léčbu a přežití pacientů. Například v případě karcinomu prsu snižuje pravidelné mamografické vyšetření mortalitu až o 20–30 % u žen ve věku 50–69 let (Novotný, 2018).

Význam prevence v onkologii je v současnosti zdůrazňován epidemiologickými trendy, které ukazují, že velká část nádorových onemocnění je spojena se změnami životního stylu a je tedy potenciálně preventabilní. Podpora zdravého životního stylu, vakcinace a účast na screeningových programech představují základní pilíře efektivní prevence zhoubných nádorů.

1.5 Diagnostika nádorových onemocnění

Správná a včasná diagnostika je zásadním krokem v procesu léčby onkologického onemocnění. Diagnostické postupy slouží nejen k potvrzení přítomnosti nádoru, ale také k určení jeho histologického typu, stadia pokročilosti a biologických charakteristik, které jsou důležité pro volbu vhodné terapie.

Základním nástrojem diagnostiky jsou fyzikální vyšetření a anamnéza, které umožňují identifikovat klinické příznaky onemocnění a rizikové faktory. Laboratorní vyšetření krve

mohou naznačovat přítomnost nádoru, například změny v krevním obraze, zvýšení hladiny některých nádorových markerů (například PSA u karcinomu prostaty nebo CEA u kolorektálního karcinomu) (Novotný, 2018).

Významnou roli v diagnostice hrají zobrazovací metody, které umožňují odhalit nádorové ložisko a posoudit jeho rozsah. Mezi základní techniky patří ultrazvukové vyšetření, rentgenové vyšetření, počítačová tomografie (Computed Tomography, CT), magnetická rezonance (Magnetic Resonance Imaging, MRI) a mamografie. V posledních letech se stále více uplatňuje pozitronová emisní tomografie kombinovaná s výpočetní tomografií (Positron Emission Tomography / Computed Tomography, PET/CT). Tato metoda je zvláště užitečná při diagnostice malignit s vysokou metabolickou aktivitou a pro detekci vzdálených metastáz (Büchler et al., 2019).

Součástí diagnostického procesu je rovněž histologické a cytologické vyšetření vzorku tkáně získané biopsií. Histopatologická analýza poskytuje přesné určení typu nádoru, jeho diferenciaci a prognostických faktorů. V některých případech se využívají imunohistochemické metody k detekci specifických znaků nádorových buněk, které mají význam pro volbu cílené terapie (Vyzula et al., 2022).

Součástí moderní diagnostiky je i molekulárně genetické vyšetření nádorové tkáně, které umožňuje identifikaci specifických genetických mutací nebo změny v expresi genů, které ovlivňují chování nádoru a odpověď na cílenou léčbu. Typickým příkladem je detekce mutace EGFR u nemalobuněčného karcinomu plic nebo stanovení exprese HER2 u karcinomu prsu.

Komplexní diagnostický přístup, který kombinuje klinické, zobrazovací, histologické a molekulární metody, je klíčový pro správné stanovení diagnózy, prognózy a volby optimálního terapeutického postupu.

1.6 Možnosti léčby nádorových onemocnění

Léčba nádorových onemocnění vyžaduje spolupráci více odborností a zahrnuje široké spektrum postupů, v závislosti na typu, stadiu a biologických vlastnostech nádoru, stejně jako na celkovém stavu pacienta. Cílem léčby je dosažení úplné remise onemocnění, prodloužení života a zlepšení jeho kvality.

Základními metodami léčby nádorových onemocnění jsou chirurgie, radioterapie, chemoterapie, biologická léčba a imunoterapie. Ve většině případů je indikována kombinace těchto metod, aby bylo dosaženo co nejlepšího léčebného efektu (Büchler et al., 2019).

Chirurgická léčba představuje nejstarší a stále jednu z nejúčinnějších metod terapie solidních nádorů. Cílem chirurgického zákroku je kompletní odstranění nádoru s dostatečným bezpečnostním lemem zdravé tkáně. V některých případech se operace kombinuje s neoadjuvantní léčbou, tedy s předoperační chemoterapií nebo radioterapií, která má za cíl zmenšit velikost nádoru (Novotný, 2018).

Radioterapie využívá ionizující záření k destrukci nádorových buněk. Je indikována jako kurativní metoda, adjuvantní léčba po chirurgickém zákroku nebo jako paliativní terapie ke zmírnění symptomů pokročilého onemocnění. Moderní techniky, jako je konformní radioterapie nebo protonová terapie, umožňují cílené ozáření nádoru s minimálním poškozením okolních zdravých tkání (Vyzula et al., 2022).

Chemoterapie využívá cytotoxické látky, které zasahují rychle se dělící buňky. Její použití je široké – od adjuvantní terapie ke zničení mikrometastáz po chirurgickém výkonu až po paliativní léčbu u metastatického onemocnění. Nežádoucí účinky chemoterapie vznikají v důsledku jejího působení i na zdravé, rychle se dělící buňky, například v kostní dřeni, trávicím traktu a vlasových folikulech (Novotný, 2018).

Biologická léčba a imunoterapie představují moderní terapeutické přístupy, které využívají cílené zásahy do specifických molekulárních mechanismů nádorových buněk nebo stimulují imunitní systém pacienta k boji proti nádoru. Biologická léčba využívá například monoklonální protilátky, tyrosinkinázové inhibitory nebo antiangiogenní látky tyrosinkinázových inhibitorů nebo antiangiogenních látek. Imunoterapie, zejména inhibitory kontrolních bodů imunitní odpovědi (checkpoint inhibitors), představuje v posledních letech revoluční posun v léčbě některých typů malignit, například melanomu a nemalobuněčného karcinomu plic (Büchler et al., 2019).

V pokročilých stádiích onemocnění hraje zásadní roli paliativní léčba, jejímž cílem je zmírnění symptomů, zlepšení kvality života a podpora pacientů i jejich rodin v procesu vyrovnávání se s nevyléčitelnou nemocí. Paliativní péče je nedílnou součástí onkologické léčby od diagnózy pokročilého onemocnění, neomezuje se pouze na terminální fázi života (Vyzula et al., 2022).

2 DOMÁCÍ PÉČE

Zajištění kvalitní péče o onkologického pacienta v domácím prostředí představuje důležitou součást moderního zdravotnictví. Domácí péče umožňuje pacientům setrvat ve známém prostředí, zachovat si určitou míru autonomie a posilovat psychickou pohodu, která je při závažném onemocnění klíčová.

2.1 Vymezení pojmu domácí péče

Domácí péče je specifickým způsobem podpory, který je pacientům poskytován v jejich domácím prostředí. Tento typ péče zahrnuje nejen odborné zdravotní výkony, ale i pomoc při zvládání každodenních činností, podporu psychické pohody a zajištění základních životních potřeb nemocného člověka (Průvodce domácí péčí, 2022).

V širším pojetí pokrývá domácí péče nejen zdravotnické úkony poskytované kvalifikovanými zdravotníky na indikaci lékaře, ale také pomoc poskytovanou rodinnými příslušníky, sociálními službami nebo neziskovými organizacemi. Tato péče se zaměřuje na podporu soběstačnosti pacienta, asistenci při hygieně, přípravě stravy, zajištění pohybu a orientace v domácím prostředí, ale také na emocionální, sociální a spirituální podporu (Špinková, 2019).

U onkologických pacientů v domácím prostředí je domácí péče zaměřena nejen na zmírnění zdravotních obtíží, ale i na zajištění důstojnosti života a psychické pohody v průběhu nemoci. Významnou roli sehrávají jak profesionální zdravotní a sociální pracovníci, tak rodinní pečovatelé, kteří často poskytují většinu každodenní péče (Marková, 2020).

Domácí péče v tomto smyslu zahrnuje široké spektrum podpůrných aktivit, které mají umožnit pacientovi setrvat v domácím prostředí co nejdéle a při co nejlepší možné kvalitě života.

2.2 Právní rámec a organizace domácí péče

Domácí péče o nemocné, včetně pacientů s onkologickým onemocněním, je v České republice poskytována v souladu s právními předpisy, které definují zdravotnické i sociální aspekty této péče. Domácí zdravotní péče se z právního hlediska řídí zejména zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, a dále souvisejícími vyhláškami a metodickými pokyny Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Podle zákona o zdravotních službách je domácí péče zdravotní službou poskytovanou zdravotnickými pracovníky na základě indikace ošetřujícího lékaře. Tato péče zahrnuje odborné výkony, jako je aplikace injekcí, ošetřování ran, rehabilitace, sledování fyziologických funkcí a edukace pacienta a jeho rodiny. Úhrada domácí zdravotní péče je zajištěna z veřejného zdravotního pojištění, pokud jsou splněny podmínky stanovené zákonem a smluvními vztahy s jednotlivými zdravotními pojišťovnami (Průvodce domácí péčí, 2022).

Vedle zdravotnických služeb existují také sociální služby, jejichž poskytování je upraveno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tyto služby zahrnují například pečovatelskou službu, osobní asistenci, odlehčovací služby a domácí hospicovou péči. Cílem sociálních služeb je podpora soběstačnosti pacienta a umožnění setrvání v domácím prostředí co nejdéle.

Organizace domácí péče v České republice je založena na spolupráci několika subjektů. Praktický lékař nebo ošetřující specialista indikují potřebu domácí zdravotní péče, kterou následně zajišťují agentury domácí péče. Mezi významné poskytovatele domácí péče patří například Agentura domácí péče Zdislava, Charitní ošetřovatelská služba nebo neziskové organizace jako Cesta domů, která poskytuje i specializovanou domácí hospicovou péči (Kolektiv autorů, 2022).

Rodina pacienta přebírá v mnoha případech klíčovou roli při organizaci péče, a to i v případech, kdy je domácí péče zajišťována profesionály. V mnoha případech přebírá hlavní odpovědnost za každodenní péči, a to i v případě, kdy je domácí zdravotní péče poskytována profesionálními zdravotníky. Úspěšná domácí péče tak vyžaduje nejen koordinaci zdravotnických a sociálních služeb, ale také aktivní zapojení a podporu ze strany rodinných příslušníků. Péče o pacienta v domácím prostředí je náročná a často vede k fyzickému a psychickému vyčerpání pečujících osob. Proto je důležité poskytovat podporu i jim, například prostřednictvím edukace, psychologického poradenství nebo odlehčovacích služeb, které umožňují krátkodobé převzetí péče jiným poskytovatelem (Špinková, 2019).

Financování domácí péče vyžaduje orientaci v systému zdravotních a sociálních služeb. Zdravotní výkony jsou hrazeny ze zdravotního pojištění, zatímco některé sociální služby jsou částečně financovány z veřejných zdrojů a částečně hrazeny samotným uživatelem. Klíčem k zajištění kvalitní domácí péče je dobrá komunikace mezi pacientem, rodinou, lékařem, agenturou domácí péče a dalšími poskytovateli služeb.

2.3 Význam domácí péče pro onkologického pacienta

Domácí péče o onkologického pacienta představuje nedílnou součást celkového systému zdravotní a sociální péče. Umožňuje nemocnému zůstat ve známém a bezpečném prostředí, což přispívá k psychické pohodě a celkové kvalitě života. V domácím prostředí má pacient možnost zachovat si alespoň částečnou autonomii a důstojnost, které bývají často narušeny dlouhodobou hospitalizací (Průvodce domácí péčí, 2022).

Význam domácí péče spočívá také v podpoře psychického stavu pacienta. Pobyt v domácím prostředí je spojen s menší mírou stresu, lepší orientací a emocionální stabilitou. Pacient je obklopen blízkými osobami, které mu poskytují nejen fyzickou pomoc, ale také emoční podporu. Přítomnost rodiny a možnost pokračovat v běžném životním rytmu pozitivně ovlivňují schopnost nemocného vyrovnávat se s obtížemi spojenými s onkologickým onemocněním (Špinková, 2019).

Domácí péče umožňuje flexibilnější přístup k individuálním potřebám pacienta. Péče je přizpůsobena aktuálnímu zdravotnímu stavu a měnícím se potřebám nemocného. Součástí domácí péče je také edukace rodiny, která je instruována o specifikách péče, prevenci komplikací a o možnostech podpory pacienta v různých fázích onemocnění. Aktivní zapojení rodiny do péče přispívá k efektivnější spolupráci a snadnějšímu zvládnutí náročné situace. (Kolektiv autorů, 2022).

Zásadní význam má domácí péče zejména v pokročilých stádiích onkologického onemocnění, kdy cílem péče není vyléčení, ale zmírnění symptomů, zajištění komfortu a podpora kvality života. V těchto případech se domácí péče opírá o principy paliativní medicíny, která klade důraz na úlevu od bolesti, kontrolu symptomů a psychickou, sociální i spirituální podporu pacienta a jeho rodiny (Marková, 2020).

Výhodou domácí péče je také snížení potřeby hospitalizací a lepší využití zdravotnických kapacit. Domácí péče je ekonomicky efektivnější a zároveň respektuje přání mnoha pacientů zůstat v prostředí, které považují za svůj domov. Na druhou stranu vyžaduje domácí péče dostatečné materiální a personální zabezpečení, dostupnost odborných služeb a dobrou koordinaci mezi jednotlivými poskytovateli péče. Bez odpovídající podpory může být domácí péče pro rodiny velmi náročná, což podtrhuje potřebu komplexního přístupu k pacientovi i jeho blízkým. Celkově je domácí péče o onkologického pacienta klíčovým prvkem, který nejen zajišťuje medicínské potřeby, ale také naplňuje potřeby emocionální,

sociální a spirituální, a tím významně přispívá ke kvalitě života nemocného člověka v jeho nejtěžších chvílích.

3 POTŘEBY ONKOLOGICKÉHO PACIENTA V DOMÁCÍ PÉČI

Onkologická diagnóza zásadním způsobem ovlivňuje fyzický, psychický, sociální i spirituální stav pacienta. Nemocný se musí vyrovnávat nejen s příznaky samotného onemocnění a vedlejšími účinky léčby, ale také s hlubokými změnami v každodenním životě, v sociálních rolích a ve vnímání budoucnosti. Domácí péče o onkologického pacienta proto vyžaduje komplexní přístup, který respektuje všechny oblasti lidských potřeb a usiluje o zachování co nejvyšší možné kvality života.

3.1 Bio-psycho-socio-spirituální model potřeb

Bio-psycho-socio-spirituální model představuje holistický rámec péče o pacienta, který umožňuje zdravotníkům a pečujícím osobám nahlížet na nemocného nikoli jen jako na nositele nemoci, ale jako na jedinečnou lidskou bytost s individuálními potřebami, hodnotami a životním příběhem. Tento model tvoří základ moderní paliativní péče a je široce uplatňován také v domácím prostředí při péči o nevléčitelně nemocné pacienty. Přístup vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního pohledu usiluje o komplexní vnímání člověka, kde jednotlivé složky potřeb nejsou izolované, ale vzájemně se prolínají a ovlivňují.

Biologická složka zahrnuje všechny fyzické potřeby pacienta, které souvisejí s udržováním základních tělesných funkcí. Patří sem úleva od bolesti, zajištění adekvátní výživy a hydratace, péče o osobní hygienu, eliminaci fyzického diskomfortu a zajištění kvalitního spánku a odpočinku. Důsledné uspokojování biologických je nezbytné pro zachování komfortu pacienta a minimalizaci fyzického utrpení spojeného s onkologickým onemocněním (Kabelka, Sláma, Vorlíček, 2022).

Psychologická složka se zaměřuje na emoční a mentální prožívání pacienta. Zahrnuje schopnost zvládat stres, úzkost, smutek, zlost a nejistotu spojenou s nemocí a její prognózou. Významnou roli hraje také proces přijímání vlastní diagnózy a adaptace na změněnou životní situaci. Poskytování psychologické podpory, umožnění vyjádření emocí a vytvoření prostoru pro otevřenou komunikaci jsou zásadní prvky péče zaměřené na psychické potřeby pacienta.

Sociální složka odráží potřeby pacienta v oblasti mezilidských vztahů a jeho místo ve společnosti. Nemoc často narušuje tradiční role pacienta v rodině, práci a komunitě. Onkologicky nemocní se mohou cítit izolovaní nebo vyloučení. Udržování sociálních vazeb, posilování pocitu sounáležitosti a zajištění adekvátní sociální podpory jsou nezbytné pro

zachování sociální identity a celkového pocitu stability. Rodina a blízcí hrají v této oblasti klíčovou roli a jejich aktivní zapojení do péče má pozitivní dopad na psychickou i fyzickou kondici nemocného.

Spirituální složka reflektuje hlubší existenciální otázky, které nemoc často otevírá. Tato oblast zahrnuje hledání smyslu života, potřebu víry, naděje, smíření, ale také vyrovnání se s otázkami viny, strachu ze smrti a posmrtné existence. Spirituální potřeby jsou vysoce individuální a mohou mít různé formy, od náboženské víry po osobní přesvědčení či životní filozofii. Podpora pacienta v oblasti spirituality vyžaduje citlivý, respektující přístup, který reflektuje jeho osobní přesvědčení a přání.

Jak uvádějí Kabelka, Sláma a Vorlíček (2022), potřeby pacienta nelze posuzovat odděleně, neboť se vzájemně prolínají a ovlivňují. Například bolest, kterou pacient prožívá, může mít nejen fyzický, ale i psychický a spirituální rozměr. Účinná péče proto vyžaduje komplexní a individuální přístup, který respektuje celistvost lidské bytosti a snaží se odpovídat na všechny její dimenze. Bio-psycho-socio-spirituální model tak vytváří pevný základ pro poskytování kvalitní, komplexní a empatické péče o onkologického pacienta v domácím prostředí.

3.2 Fyzické potřeby pacienta

Fyzické potřeby onkologického pacienta zahrnují široké spektrum oblastí, jejichž naplňování hraje důležitou roli v zachování kvality života. Vedle péče o dýchání, vyměšování, mobilitu a spánek je nezbytné věnovat zvýšenou pozornost prevenci a léčbě dekubitů, zvládání bolesti a nutriční podpoře.

Výskyt dekubitů je u onkologických pacientů vyšší, zejména v pokročilých stádiích onemocnění, kdy pacienti bývají imobilní a kachektičtí. Prevence dekubitů je založena na pravidelném polohování pacienta, používání antidekubitních pomůcek, udržování čisté a suché pokožky a adekvátní výživě. Vzniklé dekubity je nutné včas rozpoznat a odborně ošetřovat, aby se zabránilo jejich zhoršení a rozvoji komplikací (Průvodce domácí péčí, 2022).

Bolest je jedním z nejčastějších a nejobtížněji snášených symptomů onkologického onemocnění. Úspěšné zvládnutí bolesti vyžaduje pravidelné hodnocení její intenzity a charakteru a individuální nastavení analgetické léčby. Základem farmakologického zvládnutí bolesti je dodržování principu léčby bolesti podle tzv. analgetického žebříčku Světové

zdravotnické organizace (World Health Organization, WHO), který doporučuje postupné zvyšování intenzity léčby v závislosti na tíži bolesti. Nedílnou součástí péče je také edukace pacienta a rodiny o správném užívání analgetik, sledování vedlejších účinků a využívání nefarmakologických metod, jako jsou relaxační techniky nebo polohování (Kabelka et al., 2022).

Nutriční péče je rovněž podstatnou součástí fyzických potřeb. Onkologičtí pacienti často trpí nechutenstvím, malabsorpcí, kachexií a celkovou ztrátou svalové hmoty. Výživová intervence by měla být zahájena včas a měla by být přizpůsobena individuálním potřebám pacienta. Doporučuje se podávání energeticky a nutričně bohaté stravy, podpora příjmu menších a častějších porcí, a v některých případech i použití enterální či parenterální výživy. Cílem nutriční podpory je zlepšení celkového stavu, zvýšení tolerance léčby a podpora regenerace organismu (Tomíška, 2019).

Komplexní uspokojování fyzických potřeb v domácím prostředí významně přispívá ke zmírnění symptomů onemocnění, zvýšení komfortu pacienta a zachování jeho důstojnosti.

3.3 Psychické potřeby pacienta

Psychické potřeby onkologického pacienta jsou nedílnou součástí celostní péče a mají zásadní vliv na kvalitu života nemocného. Diagnóza zhoubného onemocnění a jeho léčba představují pro pacienta silný emoční nápor, která vyvolává celou škálu emocí – od šoku, strachu a smutku až po hněv, beznaděj a rezignaci. Tyto emoce jsou přirozenou reakcí na ohrožení života a změny, které nemoc přináší (Marková, 2020).

Jednou z hlavních psychických potřeb je potřeba jistoty a bezpečí. Pacient potřebuje vědět, co se s ním děje, co může očekávat a jaká je prognóza jeho onemocnění. Domácí péče v tomto ohledu hraje klíčovou roli – důležitá je otevřená komunikace, podávání pravdivých, ale citlivě formulovaných informací a budování důvěry mezi pacientem, rodinou a pečujícími osobami (Průvodce domácí péčí, 2022).

Strach ze smrti a úzkost z budoucnosti jsou u onkologických pacientů častými jevy. Pacienti se obávají bolesti, ztráty soběstačnosti, odloučení od rodiny a nemožnosti ovlivňovat vlastní život. Úkolem domácí péče je poskytovat psychologickou podporu, posilovat pacientovo sebevědomí a pomáhat mu nalézat způsoby, jak situaci zvládat. Důležitou součástí péče je také vnímavé naslouchání a respektování emocionálních reakcí nemocného (Špinková, 2019).

Další důležitou psychickou potřebou je potřeba smyslu a naděje. Pacienti často hledají nové životní hodnoty, snaží se najít smysl v utrpení a v nemoci samotné. Domácí péče by měla podporovat pozitivní zaměření pacienta, oceňovat malé úspěchy a posilovat jeho motivaci k boji s nemocí. Spirituální podpora, pokud si ji pacient přeje, může sehrát významnou roli při naplňování potřeby smyslu (Kabelka et al., 2022).

Pocit osamělosti a izolace je dalším častým psychickým problémem, zejména u pacientů, kteří mají omezený kontakt s okolím nebo kteří zažívají sociální stigmatizaci v důsledku svého onemocnění. Podpora rodiny a zapojení do komunitních aktivit, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, jsou důležitými nástroji v boji proti izolaci.

Psychická péče o onkologického pacienta v domácím prostředí vyžaduje individuální přístup, empatii a trpělivost. Není vždy nutné, aby péči poskytoval odborný psycholog – často stačí citlivý přístup, lidské porozumění a schopnost být s pacientem v jeho obtížných chvílích. Pokud je však psychická zátěž příliš vysoká, je vhodné zajistit odbornou psychologickou nebo psychiatrickou pomoc (Průvodce domácí péčí, 2022).

3.4 Sociální a spirituální potřeby pacienta

Onkologické onemocnění zasahuje nejen fyzický a psychický stav pacienta, ale výrazně ovlivňuje i sociální vztahy a duchovní oblast jeho života. V domácí péči je nezbytné vnímat pacienta jako celistvou osobnost s potřebou být součástí sociálních vazeb a hledat smysl a hodnoty v životní situaci, do které ho nemoc postavila.

Sociální potřeby onkologického pacienta zahrnují potřebu kontaktu s blízkými osobami, potřebu být přijímán, respektován a mít možnost zachovat si sociální role, které pro něj mají význam. Pacienti často čelí omezení sociálních interakcí v důsledku pokročilého onemocnění, fyzické slabosti nebo obav okolí. V domácím prostředí je proto důležité podporovat pravidelný kontakt pacienta s rodinou, přáteli a komunitou, pokud si to přeje a pokud to jeho zdravotní stav umožňuje (Špinková, 2019).

Rodina v domácí péči neplní jen roli praktického pečovatele, ale je také důležitým zdrojem emocionální podpory. Péče o onkologického pacienta však může být pro rodinné příslušníky fyzicky i psychicky náročná, proto je důležité věnovat pozornost i jejich potřebám a podpoře. Otevřená komunikace, zapojení do plánování péče a možnost využít odbornou pomoc (například odlehčovací služby) mohou významně přispět k udržení dobrých rodinných vztahů a k prevenci syndromu vyhoření (Průvodce domácí péčí, 2022).

Spirituální potřeby jsou v kontextu onkologického onemocnění často zesílené. Pacienti hledají odpovědi na existenciální otázky, snaží se vyrovnat s utrpením, smrtelností a změnou životních hodnot. Spirituální potřeby nemusí být nutně spojeny s náboženskou vírou, ale týkají se hlubších otázek smyslu života, naděje, odpuštění a smíření. Domácí péče by měla respektovat individualitu každého pacienta v oblasti spirituality a být otevřená poskytování podpory, ať už prostřednictvím rodiny, duchovních osob nebo specializovaných služeb (Kabelka et al., 2022).

Dostatečné naplňování těchto potřeb pozitivně ovlivňuje psychický stav pacienta, jeho schopnosti čelit nemoci a zachovat si důstojnost i v pokročilých fázích onemocnění. Domácí prostředí vytváří přirozený rámec pro uspokojení těchto potřeb, a pokud je péče vedena citlivě a s respektem, může být velkým zdrojem podpory pro nemocného i jeho blízké.

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem bylo zmapovat potřeby onkologických pacientů v domácí péči a zhodnotit, do jaké míry jsou tyto potřeby naplňovány. K tomuto cíli byly vytvořeny dva dílčí cíle:

Dílčí cíl 1: Zhodnotit, jak pacienti vnímají kvalitu a dostupnost poskytované domácí péče.

Dílčí cíl 2: Zjistit potřeby a zkušenosti rodinných příslušníků pečujících o onkologického pacienta v domácím prostředí.

4.2 Metoda a technika výzkumu

V praktické části byla zvolena kvantitativní metoda – dotazníkové šetření. Tento přístup byl zvolen pro svou schopnost zachytit názory a potřeby většího počtu respondentů v relativně krátkém čase. Jak uvádí Gavora (2010), dotazník je jednou z nejčastějších metod sběru dat ve společenskovědním výzkumu, a to zejména pro svou efektivitu, strukturovanost a snadnou vyhodnotitelnost.

Nevýhodou této metody může být subjektivita odpovědí a možné zkreslení výsledků. Výzkum byl zaměřen na dvě cílové skupiny – onkologické pacienty a jejich rodinné příslušníky.

4.3 Charakteristika položek

Výzkum byl realizován pomocí dvou dotazníkových sad – jedné určené pro onkologické pacienty a druhé pro jejich rodinné příslušníky. Položky v obou dotaznících byly navrženy tak, aby odpovídaly hlavnímu cíli výzkumu – zmapovat potřeby onkologických pacientů v domácí péči a zhodnotit, do jaké míry jsou tyto potřeby naplňovány.

Dotazník pro onkologické pacienty měl dvě části. Úvodní část byla vlastní konstrukcí, obsahovala uzavřené otázky zaměřené na věk, pohlaví, dosažené vzdělání, délku onemocnění, typ léčby a rodinnou situaci pacienta. Tyto údaje sloužily k popisu základní charakteristiky výzkumného souboru a zároveň umožnily analyzovat případné souvislosti mezi těmito faktory a vnímanými potřebami pacientů. Druhá část dotazníku vycházela ze standardizovaného nástroje PNAP a obsahovala celkem 39 položek. Tyto položky byly rozděleny do čtyř oblastí: fyzické, psychické, sociální a spirituální potřeby. Fyzické potřeby se týkaly například míry bolesti, únavy nebo poruch spánku a jejich zařazení mělo za cíl

identifikovat hlavní tělesné obtíže, které pacienti pocítují. Psychické potřeby byly zaměřeny na přítomnost úzkosti, strachu, deprese a dalších psychických obtíží, a cílem bylo zjistit, jaké psychické zátěže onkologičtí pacienti v domácím prostředí prožívají. Sociální potřeby zahrnovaly otázky týkající se podpory ze strany rodiny a okolí, komunikačních vztahů či pocitu osamělosti, což umožnilo posoudit kvalitu sociálního zázemí. Spirituální potřeby se zaměřovaly na smysl života, víru a existenciální otázky, přičemž jejich sledování mělo za cíl zhodnotit duchovní rozměr péče o pacienta. Každá položka byla hodnocena dvěma pětibodovými Likertovými škálami. První z nich vyjadřovala důležitost dané potřeby, přičemž první škála vyjadřovala důležitost dané potřeby z pohledu pacienta a druhá míru jejího naplnění. Tato forma hodnocení umožnila zachytit nejen potřeby pacientů, ale i míru jejich naplnění.

Dotazník určený rodinným příslušníkům onkologických pacientů, rovněž vycházel z metodiky PNAP a obsahoval 20 položek. Otázky byly zaměřeny na informovanost o zdravotním stavu pacienta, komunikaci se zdravotníky, poskytování emoční podpory a v neposlední řadě i na potřeby samotných pečujících osob. Cílem těchto položek bylo zjistit, zda rodinní příslušníci mají dostatek informací o zdravotním stavu svého blízkého, jak hodnotí spolupráci se zdravotníky, jak se vyrovnávají s psychickou zátěží péče a zda je jim poskytována adekvátní podpora. Stejně jako u dotazníku pro pacienty byla i zde použita pětibodová škála pro hodnocení důležitosti a naplnění jednotlivých potřeb. Tímto způsobem bylo možné získat komplexní pohled na domácí péči – nejen z perspektivy pacienta, ale i z pohledu osoby, která se o něj stará. Použití standardizovaného nástroje PNAP zajistilo vyšší validitu a spolehlivost získaných dat.

Každá položka byla hodnocena ve dvou rovinách – z hlediska důležitosti a z hlediska míry jejího naplnění v rámci domácí péče. Výsledky jsou v analytické části prezentovány formou tabulek, které obsahují absolutní četnost (počet respondentů volících daný stupeň hodnocení) a relativní četnost (v procentech z celkového počtu 122 respondentů, z toho je 74 rodinných příslušníků). Komentáře pod tabulkami rozlišují, kolik respondentů označilo danou potřebu za důležitou (stupeň 4 nebo 5) a kolik ji hodnotilo jako naplněnou (rovněž stupněm 4 nebo 5).

4.4 Charakteristika respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnilo 122 onkologických pacientů (100 % dostupné populace) s diagnostikovaným zhoubným nádorovým onemocněním. Kritérii pro zařazení do výzkumu

byla přítomnost onkologické diagnózy, věk alespoň 18 let, dostatečná úroveň kognitivních funkcí umožňující porozumění pokynům, samostatné rozhodování a vyplnění dotazníku, případně s podporou blízké osoby.

Druhou skupinu respondentů tvořili rodinní příslušníci onkologických pacientů, kteří se podíleli na domácí péči. Do výzkumu se zapojilo 74 osob, což představuje 100 % dostupné cílové skupiny. I u této skupiny byly stanoveny obdobné výběrové podmínky – věk minimálně 18 let, schopnost porozumění a schopnost samostatného posouzení situace, bez přítomnosti zjevných kognitivních poruch. Respondenti této skupiny vyplňovali samostatný dotazník určený pro pečující osoby, který se zaměřoval na jejich zkušenosti, potřeby a vnímání kvality domácí péče.

Sociodemografické údaje obou skupin, jako věk, pohlaví, vzdělání a pracovní situace, byly zjišťovány prostřednictvím úvodní části dotazníků a sloužily k bližší charakteristice respondentů a následné analýze výsledků.

4.5 Organizace šetření

Před zahájením hlavního sběru dat byla provedena pilotní studie, v rámci, které bylo testováno 5 dotazníků. Cílem bylo ověřit jejich srozumitelnost, strukturu a praktickou použitelnost. Během pilotního ověřování nebyly zjištěny žádné podstatné problémy, které by vyžadovaly úpravy znění jednotlivých položek. Z toho důvodu byly pilotní dotazníky následně zahrnuty do hlavního výzkumného souboru.

Sběr dat probíhal v období od měsíce února do měsíce dubna a byl realizován osobně autorkou práce na jejím pracovišti, tedy na CT pracovišti Kroměřížské nemocnice, a.s.

Respondentům, onkologickým pacientům a jejich rodinným příslušníkům, byly dotazníky předány osobně při jejich návštěvě pracoviště nebo během hospitalizace. Před předáním dotazníku byli účastníci seznámeni s cílem výzkumu, informováni o anonymitě a dobrovolnosti účasti a dostali pokyny k vyplnění dotazníku.

Respondenti měli možnost dotazník vyplnit samostatně přímo na místě, nebo si jej odnést a odevzdat později. Ve většině případů byl dotazník vrácen při následující kontrolní návštěvě, zpravidla do jednoho týdne od převzetí. V případech, kdy zdravotní stav pacienta neumožňoval samostatné vyplnění, pomohla s vyplněním blízká osoba.

Všechna získaná data byla shromažďována anonymně a zpracována v souladu s etickými zásadami práce s lidskými subjekty.

Respondenti byli před předáním dotazníku ústně seznámeni s cílem výzkumu, se způsobem vyplnění a s tím, že účast je zcela dobrovolná a anonymní. Vyjádřením ochoty dotazník vyplnit tak poskytli ústní souhlas se zapojením do šetření. Vzhledem k neintervenčnímu charakteru výzkumu nebyl požadován formální písemný informovaný souhlas. Dotazníky vycházely z ověřeného nástroje PNAP a byly doplněny o vlastní úvodní část zaměřenou na základní sociodemografické údaje.

Každému onkologickému pacientovi byly předány dva dotazníky, jeden určený pro něj a druhý pro jeho rodinného příslušníka, který se případně podílel na péči. Pokud pacient pečující osobu neměl nebo se její zapojení do péče neuskutečňovalo, byl dotazník pro rodinného příslušníka vrácen nevyplněný. Přesný počet rozdaných dotazníků nebyl autorkou evidován. K analýze bylo použito 122 dotazníků od pacientů a 74 od jejich blízkých. Žádné z vrácených dotazníků nebyly vyřazeny.

4.6 Zpracování dat

Po ukončení sběru dat byly všechny dotazníky přepsány do elektronické podoby a následně analyzovány pomocí programu Microsoft Excel. Pro každého respondenta byla vytvořena samostatná datová položka, která zahrnovala jak demografické údaje, tak odpovědi na jednotlivé otázky.

Vzhledem ke struktuře dotazníků, které využívají pětibodovou Likertovu škálu, byly odpovědi vyhodnocovány kvantitativně. U každé položky byly nejprve spočítány absolutní četnosti (počet odpovědí) a následně také relativní četnosti, které byly vyjádřeny v procentech. Za 100 % byla vždy považována celková velikost dané výzkumné skupiny, tedy buď 122 onkologických pacientů nebo 74 rodinných příslušníků. Procentuální hodnoty byly zaokrouhlovány na jedno desetinné místo. Kromě toho byly pro jednotlivé položky vypočítány aritmetické průměry, a v případě potřeby také medián a modus, které umožňují přesnější popis rozložení odpovědí.

Data byla zpracována odděleně pro skupinu onkologických pacientů a pro skupinu jejich rodinných příslušníků. Tento postup umožnil porovnání perspektiv obou skupin a identifikaci případných rozdílů v hodnocení potřeb nebo vnímání kvality domácí péče.

Výsledky jsou v následujících kapitolách prezentovány formou tabulek a grafů. Každý graf či tabulka je doplněna stručným komentářem, který shrnuje klíčová zjištění a poukazuje na významné rozdíly nebo souvislosti. Pro zachování přehlednosti byly v grafickém znázornění

upřednostněny sloupcové grafy, které umožňují snadné porovnání dat mezi jednotlivými kategoriemi.

Absolutní a relativní hodnoty byly v tabulkách ponechány v samostatných sloupcích z důvodu zachování přehlednosti a čitelnosti výstupů. Uvedení obou údajů v jednom řádku by vzhledem k rozsahu tabulek ztížilo orientaci v datech, zejména při porovnávání dimenzí důležitosti a naplnění potřeb. Zvolená forma rozdělení zajišťuje lepší přehled a snižuje riziko chybného výkladu.

Celková analýza přinesla cenné poznatky o potřebách onkologických pacientů v domácí péči a o míře jejich naplnění z pohledu samotných pacientů i jejich blízkých. Tyto poznatky jsou dále využity při interpretaci výsledků v další kapitole.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

Dotazník vyplnilo celkem 122 onkologických pacientů. Z jejich blízkých se zapojilo 74 rodinných příslušníků, kteří poskytovali péči a vyplnili samostatný dotazník určený pro pečující osoby. Ne všichni pacienti tedy měli aktivně přítomného neformálního pečovatele, což bylo při interpretaci a porovnávání výsledků zohledněno. Odpovědi obou skupin byly vyhodnoceny samostatně.

Data získaná z dotazníkového šetření byla analyzována kvantitativním způsobem. Pro vyhodnocení odpovědí byly využity základní statistické metody, konkrétně výpočet četností jednotlivých odpovědí, procentuální zastoupení a u vybraných položek i aritmetický průměr. Výsledky byly zpracovány pomocí programu Microsoft Excel a prezentovány formou přehledných tabulek, které umožňují porovnání vnímané důležitosti dané potřeby a jejího skutečného naplnění.

Každá položka dotazníku byla hodnocena samostatně ve dvou dimenzích – „důležitost“ a „naplnění“ – prostřednictvím pětibodové Likertovy škály. Všechny procentuální údaje byly zaokrouhlovány na jedno desetinné místo, aby byla zachována konzistence napříč tabulkami i textem. Jednotlivé odpovědi byly následně agregovány a vyhodnocovány podle typologie potřeb (zdravotní, psychické, sociální), která byla stanovena na základě obsahového zaměření položek.

Analýza byla provedena samostatně pro dvě skupiny respondentů – onkologické pacienty a jejich rodinné příslušníky. Záměrně byly porovnávány i rozdíly v percepci a zkušenostech mezi těmito dvěma skupinami, což umožnilo hlubší pochopení reality domácí péče z různých perspektiv.

5.1 Demografické údaje

Demografické údaje byly získány prostřednictvím první části dotazníku, která se zaměřovala na základní charakteristiky respondentů – věk, pohlaví, dosažené vzdělání, pracovní situaci, délku onkologického onemocnění, typ léčby, místo bydliště, počet osob v domácnosti a přítomnost pomáhající osoby.

Respondenti byli v úvodu dotazníku požádáni, aby uvedli své pohlaví. Tato informace slouží ke zhodnocení zastoupení mužů a žen mezi oslovenými onkologickými pacienty.

Otázka 1. Jaké je vaše pohlaví?

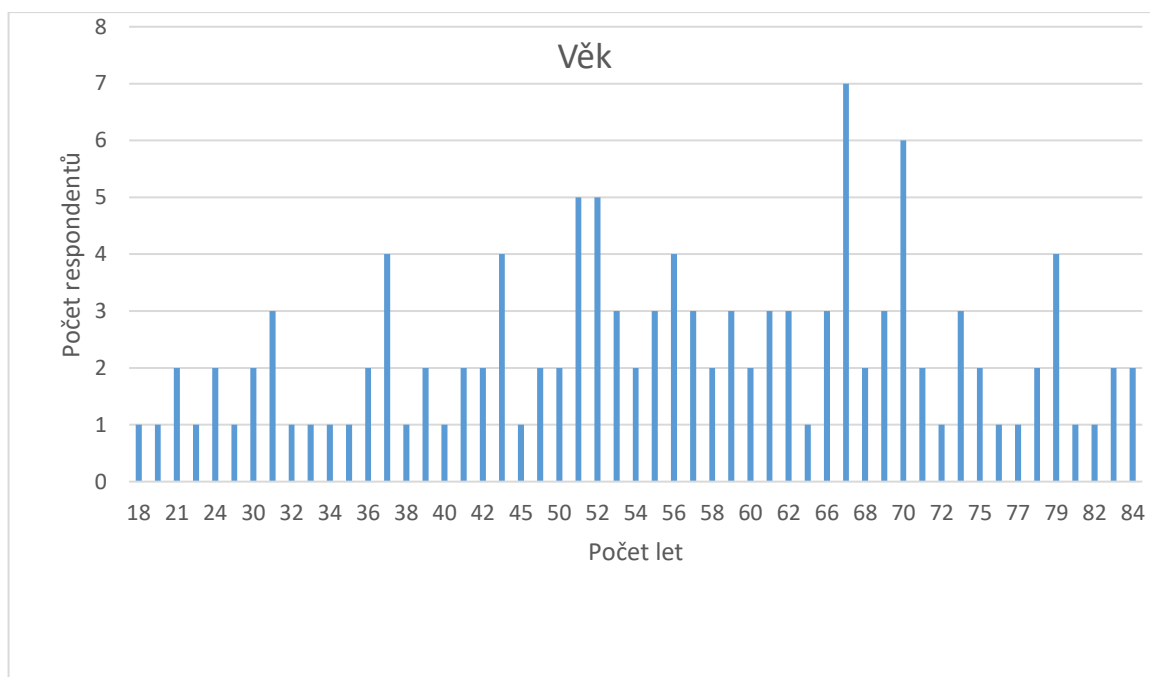
Tabulka 1

Pohlaví	Počet	Podíl (%)
Ženy	85	69,7 %
Muži	37	30,3 %
Celkem	122	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Z celkového počtu 122 respondentů tvořily ženy 69,7 % (85 osob), muži pak 30,3 % (37 osob).

Otázka 2. Kolik je Vám let?

Graf 1: Věk respondentů

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Nejpočetnější skupinu tvořili pacienti ve věku 51 až 70 let (60 osob, 49,2 %), následovanou skupinou 31 až 50 let (30 osob, 24,6 %). Skupina 71 a více let představovala 18,0 % respondentů (22 osob) a věková kategorie 18 až 30 let byla zastoupena z 9,8 % (10 osob).

Poznámka: Věkové kategorie byly vytvořeny autorkou práce na základě otevřených odpovědí respondentů.

Otázka 3: Jaký je váš rodinný stav?

Tabulka 2

Rodinný stav	Počet	Podíl (%)
Ženatý / Vdaná	52	42,6 %
Svobodný/á	28	23,0 %
Rozvedený/á	24	19,7 %
Ovdovělý/á	18	14,8 %
Celkem	122	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Nejčastěji se v souboru vyskytovali pacienti v manželském svazku (52 osob, 42,6 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvořili svobodní (28 osob, 23,0 %), následovali rozvedení (24 osob, 19,7 %) a ovdovělí (18 osob, 14,8 %).

Otázka 4: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 3

Vzdělání	Počet	Podíl (%)
Základní	12	9,8 %
Středoškolské bez maturity	24	19,7 %
Středoškolské s maturitou	50	41,0 %
Vysokoškolské	36	29,5 %
Celkem	122	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Nejčastěji se mezi respondenty vyskytovalo středoškolské vzdělání s maturitou (50 osob, 41,0 %). Vysokoškolské vzdělání uvedlo 36 respondentů (29,5 %), středoškolské bez maturity 24 osob (19,7 %) a základní vzdělání mělo 12 osob (9,8 %).

Otázka 5: Jaká je vaše současná pracovní situace?

Tabulka 4

Pracovní situace	Počet	Podíl (%)
V důchodu	57	46,7 %
Plný úvazek	35	28,7 %
Částečný úvazek	12	9,8 %
Nezaměstnaný/á	10	8,2 %
Student/ka	4	3,3 %
Celkem	122	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Nejčastější pracovní situací byla účast v důchodu (57 osob, 46,7 %). Následovala skupina pracujících na plný úvazek (35 osob, 28,7 %), dále částečný úvazek uvedlo 12 respondentů (9,8 %). Nezaměstnaných bylo 10 (8,2 %) a studium uvedli 4 respondenti (3,3 %).

Otázka 6: Jak dlouho se léčíte s onkologickým onemocněním?

Tabulka 5

Délka léčby	Počet	Podíl (%)
Méně než 1 rok	28	23,0 %
1 až 3 roky	55	45,1 %
4 až 6 let	25	20,5 %
Více než 6 let	14	11,5 %
Celkem	122	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Nejvíce pacientů uvedlo, že se léčí 1 až 3 roky (55 osob, 45,1 %). Délku onemocnění kratší než 1 rok uvedlo 28 respondentů (23,0 %). Další skupiny tvořili pacienti s délkou léčby 4 až 6 let (25 osob, 20,5 %) a více než 6 let (14 osob, 11,5 %).

Poznámka: Délka léčby byla kategorizována již v rámci dotazníku, respondenti vybírali z předem nabízených možností.

Otázka 7: Jaký typ léčby v současnosti podstupujete?

Tabulka 6

Typ léčby	Počet	Podíl (%)
Chemoterapie	50	41,0 %
Radioterapie	28	23,0 %
Biologická léčba	16	13,1 %
Paliativní léčba	12	9,8 %
Jiný typ léčby	16	13,1 %
Celkem	122	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Nejčastěji uváděnou formou léčby byla chemoterapie (50 osob, 41,0 %), následovaná radioterapií (28 osob, 23,0 %). Biologickou léčbu uvedlo 16 pacientů (13,1 %), paliativní léčbu 12 (9,8 %) a jiný typ léčby 16 respondentů (13,1 %).

Otázka 8: Kde žijete?

Tabulka 7

Typ bydliště	Počet	Podíl (%)
Město	68	55,7 %
Vesnice	54	44,3 %
Celkem	122	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Ve městě žilo 68 respondentů (55,7 %), zatímco 54 pacientů (44,3 %) uvedlo jako místo bydliště vesnici.

Otázka 9: Kolik lidí žije ve vaší domácnosti (včetně vás)?

Tabulka 8

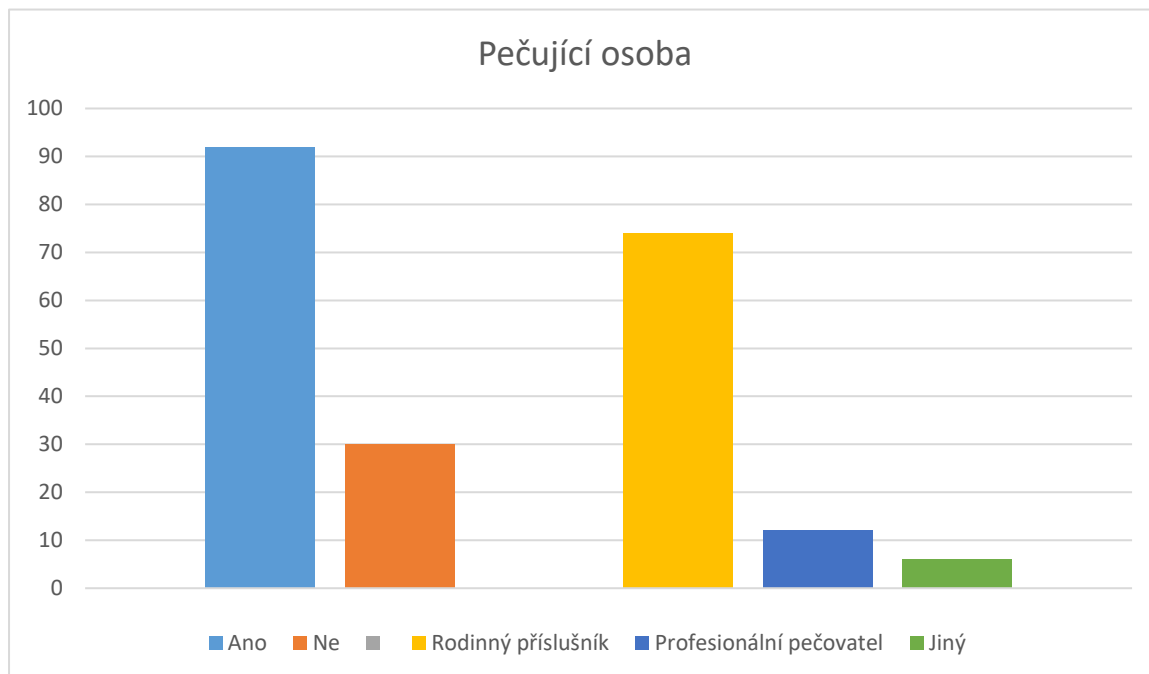
Počet osob v domácnosti	Počet	Podíl (%)
1 osoba	22	18,0 %
2 osoby	38	31,1 %
3 osoby	30	24,6 %
4 osoby	20	16,4 %
5 a více osob	12	9,8 %
Celkem	122	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Nejčastěji respondenti uváděli, že žijí ve dvoučlenné domácnosti (38 osob, 31,1 %). Tříčlennou domácnost uvedlo 30 respondentů (24,6 %), samostatně žilo 22 osob (18,0 %). Ve čtyřčlenné domácnosti žilo 20 pacientů (16,4 %) a v domácnostech s pěti a více členy žilo 12 respondentů (9,8 %).

Otázka 10: Máte ve své domácnosti osobu, která vám pomáhá s péčí (pokud jste onkologický pacient) nebo osobu, o kterou se staráte (jste – li pečující)? Pokud ano, kdo to je?



Graf 2: Pečující osoba

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Otázku č. 10 zodpovědělo všech 122 onkologických pacientů. Pomoc v domácnosti uvedlo 92 respondentů (75,4 % z celkového souboru). Z této skupiny mělo 74 osob (80,4 %) pomoc od rodinného příslušníka, 12 osob (13,0 %) využívalo pomoc profesionálního pečovatele a 6 osob (6,5 %) uvedlo jiný typ pomoci. Zbývajících 30 pacientů (24,6 %) uvedlo, že v domácnosti nemají žádnou pomoc.

5.2 Vyhodnocení PNAP dotazníku – pacient

Tato část se věnuje analýze odpovědí onkologických pacientů získaných prostřednictvím dotazníku PNAP. Dotazník obsahoval celkem 39 položek zaměřených na fyzické, psychické, sociální a spirituální potřeby pacientů. Každá položka byla hodnocena ve dvou rovinách – z hlediska důležitosti dané potřeby a z hlediska jejího naplnění v rámci domácí péče. Pro obě roviny byla použita pětibodová Likertova škála.

Vyhodnocení odpovědí je v této podkapitole provedeno v pořadí jednotlivých položek, jak byly uvedeny v dotazníku. Výsledky jsou prezentovány formou tabulek a doplněny komentářem k frekvenci výskytu jednotlivých odpovědí, zejména důrazu na procento respondentů, kteří danou potřebu označili jako důležitou (stupeň 4 nebo 5) a jako naplněnou (rovněž stupeň 4 nebo 5).

V tabulkách jsou uvedeny zvlášť absolutní a relativní hodnoty. Číselné údaje byly zaokrouhleny na jedno desetinné místo. Struktura tabulek vychází ze snahy o přehledné zobrazení výsledků.

Otázka 1: Mít možnost pečovat o své tělo (umytí, oblékání, jídlo)

Tabulka 9

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	1	5	0,8 %	4,1 %
2	6	7	4,9 %	5,7 %
3	25	26	20,5 %	21,3 %
4	38	50	31,1 %	41,0 %
5 – Velmi	52	34	42,6 %	27,9 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Možnost postarat se o své tělo označilo za důležitou nebo velmi důležitou 73,7 % pacientů (90 osob). Naplnění této potřeby hodnotilo stupněm 4 nebo 5 celkem 68,9 % respondentů (84 osob).

Otázka 2: Být bez bolesti

Tabulka 10

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	9	0,0 %	7,4 %
2	4	12	3,3 %	9,8 %
3	10	18	8,2 %	14,8 %
4	30	52	24,6 %	42,6 %
5 – Velmi	78	31	63,9 %	25,4 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Potřebu být bez bolesti označilo za velmi důležitou 63,9 % respondentů (78 osob). Naplnění této potřeby hodnotilo nejvyšším stupněm 25,4 % pacientů (31 osob).

Otázka 3: Schopnost soustředit se

Tabulka 11

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	2	3	1,6 %	2,5 %
2	6	7	4,9 %	5,7 %
3	26	30	21,3 %	24,6 %
4	41	56	33,6 %	45,9 %
5 – Velmi	47	26	38,5 %	21,3 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Schopnost soustředit se označilo za důležitou nebo velmi důležitou 72,1 % respondentů (88 osob). Naplnění této potřeby hodnotilo stupněm 4 nebo 5 celkem 67,2 % pacientů (82 osob).

Otázka 4: Být bez únavy

Tabulka 12

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	4	0,0 %	3,3 %
2	0	12	0,0 %	9,8 %
3	22	37	18,0 %	30,3 %
4	35	39	28,7 %	32,0 %
5 – Velmi	65	30	53,3 %	24,6 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Potřebu být bez únavy označilo za velmi důležitou 53,3 % respondentů (65 osob). Naplnění této potřeby hodnotilo nejvyšším stupněm 24,6 % pacientů (30 osob).

Otázka 5: Nemít problém se spánkem

Tabulka 13

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	3	8	2,5 %	6,6 %
2	7	22	5,7 %	18,0 %
3	21	25	17,2 %	20,5 %
4	47	44	38,5 %	36,1 %
5 – Velmi	44	23	36,1 %	18,9 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Potřebu nemít problém se spánkem označilo za důležitou nebo velmi důležitou 74,6 % respondentů (91 osob). Naplnění této potřeby hodnotilo nejvyšším stupněm 18,9 % pacientů (23 osob).

Otázka 6: Nemít problém s únikem moči

Tabulka 14

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	3	10	2,5 %	8,2 %
2	4	15	3,3 %	12,3 %
3	19	32	15,6 %	26,2 %
4	51	44	41,8 %	36,1 %
5 – Velmi	45	21	36,9 %	17,2 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Potřebu nemít problém s únikem moči označilo za důležitou nebo velmi důležitou 78,7 % respondentů (96 osob). Naplnění této potřeby hodnotilo stupněm 4 nebo 5 celkem 53,3 % pacientů (65 osob).

Otázka 7: Nemít problém s únikem stolice

Tabulka 15

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	3	9	2,5 %	7,4 %
2	9	12	7,4 %	9,8 %
3	19	41	15,6 %	33,6 %
4	49	32	40,2 %	26,2 %
5 – Velmi	42	28	34,4 %	23,0 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Potřebu nemít problém s únikem stolice označilo za důležitou nebo velmi důležitou 74,6 % respondentů (91 osob). Naplnění této potřeby hodnotilo stupněm 4 nebo 5 celkem 49,2 % dotázaných (60 osob).

Otázka 8: Nebýt dušný

Tabulka 16

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	2	15	1,6 %	12,3 %
2	5	18	4,1 %	14,8 %
3	8	32	6,6 %	26,2 %
4	41	37	33,6 %	30,3 %
5 – Velmi	66	20	54,1 %	16,4 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Dýchací komfort označilo za důležitý nebo velmi důležitý 87,7 % pacientů (107 osob). Uspokojivé naplnění této potřeby (stupeň 4 nebo 5) uvedlo 46,7 % respondentů (57 osob).

Otázka 9: Nemít problém se zácpou

Tabulka 17

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	1	11	0,8 %	9,0 %
2	6	19	4,9 %	15,6 %
3	17	40	13,9 %	32,8 %
4	47	34	38,5 %	27,9 %
5 – Velmi	51	18	41,8 %	14,8 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Důležitost pravidelného vyprazdňování vyjádřilo 80,3 % respondentů (98 osob). Jako dobře naplněnou tuto oblast (stupeň 4 nebo 5) označilo 42,7 % pacientů (52 osob).

Otázka 10: Nemít problém se zvracením

Tabulka 18

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	4	7	3,3 %	5,7 %
2	8	18	6,6 %	14,8 %
3	26	29	21,3 %	23,8 %
4	44	39	36,1 %	32,0 %
5 – Velmi	40	29	32,8 %	23,8 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Nevolnost a zvracení považovalo za důležité nebo velmi důležité 68,9 % dotázaných (84 osob). Vyšší míru zvládnutí tohoto problému (hodnocení stupněm 4 nebo 5) uvedlo 55,8 % respondentů (68 osob).

Otázka 11: Nemít problém s kašlem

Tabulka 19

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	1	11	0,8 %	9,0 %
2	6	19	4,9 %	15,6 %
3	20	34	16,4 %	27,9 %
4	45	35	36,9 %	28,7 %
5 – Velmi	50	23	41,0 %	18,9 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Obtěžující kašel označilo za důležitý nebo velmi důležitý 77,9 % respondentů (95 osob). Uspokojivé zvládnutí této obtíže (stupeň 4 nebo 5) potvrdilo 47,6 % pacientů (58 osob).

Otázka 12: Nemít problém se svěděním

Tabulka 20

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	10	0,0 %	8,2 %
2	9	10	7,4 %	8,2 %
3	26	35	21,3 %	28,7 %
4	45	46	36,9 %	37,7 %
5 – Velmi	42	21	34,4 %	17,2 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Svědění vnímalo jako důležitý nebo velmi důležitý problém 71,3 % pacientů (87 osob). Pozitivní hodnocení úlevy (stupeň 4 nebo 5) uvedlo 54,9 % dotázaných (67 osob).

Otázka 13: Nepociťovat brnění nebo znecitlivění

Tabulka 21

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	3	8	2,5 %	6,6 %
2	5	24	4,1 %	19,7 %
3	29	38	23,8 %	31,1 %
4	38	36	31,1 %	29,5 %
5 – Velmi	47	16	38,5 %	13,1 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Brnění či ztrátu citlivosti vnímalo jako důležité nebo velmi důležité 69,6 % respondentů (85 osob). Účinné zvládnutí této obtíže (hodnocení stupněm 4 nebo 5) potvrdilo 42,6 % z nich (52 osob).

Otázka 14: Netrpět pocením, návaly horka

Tabulka 22

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	1	14	0,8 %	11,5 %
2	7	22	5,7 %	18,0 %
3	14	32	11,5 %	26,2 %
4	51	41	41,8 %	33,6 %
5 – Velmi	49	13	40,2 %	10,7 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Pocení a návaly horka vnímalo jako důležité nebo velmi důležité 82,0 % pacientů (100 osob). Vyšší míru zvládnutí těchto potíží (stupeň 4 nebo 5) potvrdilo 44,3 % respondentů (54 osob).

Otázka 15: Moci pokračovat v obvyklých aktivitách

Tabulka 23

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	10	0,0 %	8,2 %
2	4	20	3,3 %	16,4 %
3	19	36	15,6 %	29,5 %
4	43	31	35,2 %	25,4 %
5 – Velmi	56	25	45,9 %	20,5 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Zachování běžných denních činností považovalo za důležité nebo velmi důležité 81,1 % pacientů (99 osob). Jako dobře naplněnou (hodnocení stupněm 4 nebo 5) tuto oblast vnímalo 45,9 % respondentů (56 osob).

Otázka 16: Být ošetřován s respektem a úctou

Tabulka 24

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	3	0,0 %	2,5 %
2	0	7	0,0 %	5,7 %
3	5	17	4,1 %	13,9 %
4	32	52	26,2 %	42,6 %
5 – Velmi	85	43	69,7 %	35,2 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Respekt a úctu v péči označilo za velmi důležité 95,9 % dotázaných (117 osob). Spokojenost s tímto přístupem (hodnocení stupněm 4 nebo 5) potvrdilo 77,8 % respondentů (95 osob).

Otázka 17: Mít možnost dělat vlastní rozhodnutí

Tabulka 25

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	3	0,0 %	2,5 %
2	6	9	4,9 %	7,4 %
3	15	26	12,3 %	21,3 %
4	37	45	30,3 %	36,9 %
5 – Velmi	64	39	52,5 %	32,0 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Možnost samostatného rozhodování označilo za důležitou nebo velmi důležitou 82,8 % pacientů (101 osob). Jako dobře naplněnou (stupeň 4 nebo 5) tuto potřebu hodnotilo 68,9 % respondentů (84 osob).

Otázka 18: Mít soukromí

Tabulka 26

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	1	0,0 %	0,8 %
2	6	7	4,9 %	5,7 %
3	10	28	8,2 %	23,0 %
4	42	45	34,4 %	36,9 %
5 – Velmi	64	41	52,5 %	33,6 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Soukromí považovalo za důležité nebo velmi důležité 86,9 % pacientů (106 osob). Spokojenost s jeho zajištěním (hodnocení stupněm 4 nebo 5) vyjádřilo 70,5 % respondentů (86 osob).

Otázka 19: Přítomnost někoho blízkého

Tabulka 27

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	2	3	1,6 %	2,5 %
2	7	9	5,7 %	7,4 %
3	4	31	3,3 %	25,4 %
4	40	45	32,8 %	36,9 %
5 – Velmi	69	34	56,6 %	27,9 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Blízkost druhé osoby označilo za důležitou nebo velmi důležitou 89,4 % respondentů (109 osob). Za naplněnou (hodnocení stupněm 4 nebo 5) tuto potřebu označilo 64,8 % pacientů (79 osob).

Otázka 20: Mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou

Tabulka 28

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	2	0,0 %	1,6 %
2	4	6	3,3 %	4,9 %
3	7	27	5,7 %	22,1 %
4	38	45	31,1 %	36,9 %
5 – Velmi	73	42	59,8 %	34,4 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Kvalitní komunikaci s personálem vyzdvihlo jako důležitou nebo velmi důležitou 90,9 % dotázaných (111 osob). Spokojenost v této oblasti (stupeň 4 nebo 5) vyjádřilo 71,3 % pacientů (87 osob).

Otázka 21: Cítit podporu od ošetřujícího personálu

Tabulka 29

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	3	0,0 %	2,5 %
2	6	2	4,9 %	1,6 %
3	12	29	9,8 %	23,8 %
4	35	49	28,7 %	40,2 %
5 – Velmi	69	39	56,6 %	32,0 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Pocit podpory ze strany personálu označilo za důležitý nebo velmi důležitý 85,3 % respondentů (104 osoby). Jako dobře naplněný (hodnocení stupněm 4 nebo 5) jej vnímalo 72,2 % pacientů (88 osob).

Otázka 22: Mít naplněný den nějakou aktivitou

Tabulka 30

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	2	5	1,6 %	4,1 %
2	6	22	4,9 %	18,0 %
3	18	33	14,8 %	27,0 %
4	43	42	35,2 %	34,4 %
5 – Velmi	53	20	43,4 %	16,4 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Smysluplné naplnění dne považovalo za důležité nebo velmi důležité 78,6 % respondentů (96 osob). Pozitivně hodnotilo tuto oblast (stupeň 4 nebo 5) 50,8 % dotázaných (62 osob).

Otázka 23: Mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci

Tabulka 31

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	8	14	6,6 %	11,5 %
2	14	24	11,5 %	19,7 %
3	31	40	25,4 %	32,8 %
4	43	33	35,2 %	27,0 %
5 – Velmi	26	11	21,3 %	9,0 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Možnost sdílení zkušeností s jinými pacienty označilo za důležitou nebo velmi důležitou 56,5 % respondentů (69 osob). Spokojenost v této oblasti (stupeň 4 nebo 5) potvrdilo 36,0 % dotázaných (44 osob).

Otázka 24: Mít možnost hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti

Tabulka 32

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	9	22	7,4 %	18,0 %
2	23	37	18,9 %	30,3 %
3	38	26	31,1 %	21,3 %
4	32	21	26,2 %	17,2 %
5 – Velmi	20	16	16,4 %	13,1 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Otevřený rozhovor o tématech spojených s umíráním a smrtí považovalo za důležitý nebo velmi důležitý 42,6 % respondentů (52 osob). Jako dostatečně naplněnou (stupeň 4 nebo 5) tuto možnost označilo 30,3 % pacientů (37 osob).

Otázka 25: Mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách

Tabulka 33

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	2	11	1,6 %	9,0 %
2	11	15	9,0 %	12,3 %
3	29	34	23,8 %	27,9 %
4	40	35	32,8 %	28,7 %
5 – Velmi	40	27	32,8 %	22,1 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Možnost sdílet své obavy označilo za důležitou nebo velmi důležitou 65,6 % respondentů (80 osob). Spokojenost s touto možností (hodnocení stupněm 4 nebo 5) vyjádřilo 50,8 % pacientů (62 osob).

Otázka 26: Mít kontakt a podporu duchovní služby

Tabulka 34

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	27	26	22,1 %	21,3 %
2	35	26	28,7 %	21,3 %
3	26	27	21,3 %	22,1 %
4	20	28	16,4 %	23,0 %
5 – Velmi	14	15	11,5 %	12,3 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

O duchovní podporu projevilo zájem 27,9 % respondentů (34 osob). Naplnění této potřeby (hodnocení stupněm 4 nebo 5) uvedlo 46,0 % pacientů (56 osob).

Otázka 27: Být účasten na bohoslužbě nebo jiných obřadech

Tabulka 35

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	44	36	36,1 %	29,5 %
2	23	37	18,9 %	30,3 %
3	27	19	22,1 %	15,6 %
4	16	18	13,1 %	14,8 %
5 – Velmi	12	12	9,8 %	9,8 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Možnost účastnit se duchovních obřadů označilo za důležitou nebo velmi důležitou 22,9 % pacientů (28 osob). Spokojenost s naplněním této potřeby (stupeň 4 nebo 5) vyjádřilo 24,6 % respondentů (30 osob).

Otázka 28: Mít pocit, že můj život měl smysl

Tabulka 36

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	1	7	0,8 %	5,7 %
2	8	14	6,6 %	11,5 %
3	14	30	11,5 %	24,6 %
4	51	43	41,8 %	35,2 %
5 – Velmi	48	28	39,3 %	23,0 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Otázku smyslu života označilo za důležitou nebo velmi důležitou 81,1 % respondentů (99 osob). Uspokojivé naplnění v této oblasti (hodnocení stupněm 4 nebo 5) uvedlo 58,2 % pacientů (71 osob).

Otázka 29: Být vyrovnaný s nemocí

Tabulka 37

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	1	8	0,8 %	6,6 %
2	5	13	4,1 %	10,7 %
3	19	33	15,6 %	27,0 %
4	46	45	37,7 %	36,9 %
5 – Velmi	51	23	41,8 %	18,9 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Vnitřní vyrovnání se s nemocí považovalo za důležité nebo velmi důležité 79,5 % pacientů (97 osob). Naplnění této oblasti (hodnocení stupněm 4 nebo 5) uvedlo 55,8 % respondentů (68 osob).

Otázka 30: Nemít strach ze závislosti na pomoci druhých

Tabulka 38

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	2	12	1,6 %	9,8 %
2	4	14	3,3 %	11,5 %
3	27	36	22,1 %	29,5 %
4	32	44	26,2 %	36,1 %
5 – Velmi	57	16	46,7 %	13,1 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Obavu ze závislosti na druhých označilo za důležitou nebo velmi důležitou 72,9 % respondentů (89 osob). Spokojenost s touto oblastí (hodnocení stupněm 4 nebo 5) vyjádřilo 49,2 % dotázaných (60 osob).

Otázka 31: Být naplněn klidem

Tabulka 39

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	8	0,0 %	6,6 %
2	4	14	3,3 %	11,5 %
3	24	27	19,7 %	22,1 %
4	41	40	33,6 %	32,8 %
5 – Velmi	53	33	43,4 %	27,0 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Klid a vnitřní rovnováhu označilo za důležité nebo velmi důležité 77,0 % pacientů (94 osob). Pozitivní hodnocení této oblasti (stupeň 4 nebo 5) uvedlo 59,8 % respondentů (73 osob).

Otázka 32: Být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají

Tabulka 40

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	2	16	1,6 %	13,1 %
2	12	19	9,8 %	15,6 %
3	28	37	23,0 %	30,3 %
4	47	29	38,5 %	23,8 %
5 – Velmi	33	21	27,0 %	17,2 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Přijetí ze strany okolí považovalo za důležité nebo velmi důležité 65,5 % dotázaných (80 osob). Spokojenost s tímto aspektem (hodnocení stupněm 4 nebo 5) vyjádřilo 41,0 % pacientů (50 osob).

Otázka 33: Mít pozitivní náhled na život

Tabulka 41

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	3	7	2,5 %	5,7 %
2	6	8	4,9 %	6,6 %
3	19	36	15,6 %	29,5 %
4	40	39	32,8 %	32,0 %
5 – Velmi	54	32	44,3 %	26,2 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Pozitivní přístup k životu označilo za důležitý nebo velmi důležitý 77,1 % respondentů (94 osob). Naplnění této oblasti (hodnocení stupněm 4 nebo 5) uvedlo 58,2 % pacientů (71 osob).

Otázka 34: Mít pravdivé informace o mém zdravotním stavu

Tabulka 42

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	0	0,0 %	0,0 %
2	4	3	3,3 %	2,5 %
3	10	30	8,2 %	24,6 %
4	32	33	26,2 %	27,0 %
5 – Velmi	76	56	62,3 %	45,9 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Pravdivé a úplné informace o zdravotním stavu požadovalo 88,5 % respondentů (108 osob). Spokojenost s touto oblastí (hodnocení stupněm 4 nebo 5) vyjádřilo 72,9 % pacientů (89 osob).

Otázka 35: Mít informace o ošetrovatelské péči

Tabulka 43

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	2	2	1,6 %	1,6 %
2	5	10	4,1 %	8,2 %
3	24	28	19,7 %	23,0 %
4	30	43	24,6 %	35,2 %
5 – Velmi	61	39	50,0 %	32,0 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Dostatek informací o ošetrovatelské péči považovalo za důležitý nebo velmi důležitý 74,6 % pacientů (91 osob). Spokojenost s jejich dostupností (hodnocení stupněm 4 nebo 5) potvrdilo 67,2 % respondentů (82 osob).

Otázka 36: Mít důvěru v ošetrovatelský personál

Tabulka 44

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	2	0,0 %	1,6 %
2	2	6	1,6 %	4,9 %
3	9	14	7,4 %	11,5 %
4	41	50	33,6 %	41,0 %
5 – Velmi	70	50	57,4 %	41,0 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Důvěru v pečující personál vyjádřilo jako důležitou nebo velmi důležitou 91,0 % respondentů (111 osob). Tuto důvěru hodnotilo pozitivně (hodnocení stupněm 4 nebo 5) 82,0 % pacientů (100 osob).

Otázka 37: Mít přístup k jiným zdrojům informací (internet, knihy, TV,)

Tabulka 45

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	4	7	3,3 %	5,7 %
2	9	6	7,4 %	4,9 %
3	14	32	11,5 %	26,2 %
4	50	34	41,0 %	27,9 %
5 – Velmi	45	43	36,9 %	35,2 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Možnost získávat informace z dalších zdrojů označilo za důležitou nebo velmi důležitou 77,9 % respondentů (95 osob). Spokojenost s touto možností (hodnocení stupněm 4 nebo 5) uvedlo 63,1 % pacientů (77 osob).

Otázka 38: Být finančně zajištěný

Tabulka 46

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	5	9	4,1 %	7,4 %
2	2	22	1,6 %	18,0 %
3	10	33	8,2 %	27,0 %
4	44	37	36,1 %	30,3 %
5 – Velmi	61	21	50,0 %	17,2 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Finanční zajištění označilo za důležité nebo velmi důležité 86,1 % respondentů (105 osob). Jako dostatečně naplněnou tuto oblast (hodnocení stupněm 4 nebo 5) hodnotilo 47,5 % pacientů (58 osob).

Otázka 39: Být v pěkném prostředí

Tabulka 47

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	1	4	0,8 %	3,3 %
2	5	5	4,1 %	4,1 %
3	18	33	14,8 %	27,0 %
4	39	45	32,0 %	36,9 %
5 – Velmi	59	35	48,4 %	28,7 %
Celkem	122	122	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Kvalitu prostředí jako důležitou nebo velmi důležitou označilo 80,4 % pacientů (98 osob). Spokojenost s tímto aspektem (hodnocení stupněm 4 nebo 5) uvedlo 65,6 % respondentů (80 osob).

5.3 Vyhodnocení PNAP dotazníku – rodinný příslušník

Podkapitola se zaměřuje na analýzu odpovědí rodinných příslušníků onkologicky nemocných osob, kteří se zapojují do domácí péče. Použitý dotazník vycházel z metodiky PNAP a obsahoval dvacet položek zaměřených na informovanost o zdravotním stavu pacienta, komunikaci se zdravotníky, vnímanou kvalitu poskytované péče a potřeby pečujících osob.

Jednotlivé položky byly hodnoceny z hlediska důležitosti pomocí pětibodové Likertovy škály. V případech, kdy byla potřeba označena jako důležitá (stupeň 4 nebo 5), hodnotili respondenti také míru jejího naplnění (možnosti: naplněna – částečně – nenaplněna).

Vyhodnocení odpovědí následuje v pořadí, jak byly položky uvedeny v dotazníku. Výsledky jsou zpracovány formou tabulek a doplněny výkladem, který shrnuje četnost odpovědí a klíčová zjištění.

Absolutní a relativní četnosti jsou v tabulkách uvedeny odděleně. Hodnoty byly zaokrouhleny na jedno desetinné místo. Uspořádání bylo zvoleno s ohledem na přehlednost výstupů.

Otázka 1: Dostat na své otázky upřímné odpovědi

Tabulka 48

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	2	0	2,7 %	0,0 %
2	4	1	5,4 %	1,4 %
3	6	14	8,1 %	18,9 %
4	29	32	39,2 %	43,2 %
5 – Velmi	33	27	44,6 %	36,5 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Získání upřímných odpovědí označilo za důležité nebo velmi důležité 81,1 % pečujících (60 osob). Tuto potřebu hodnotilo jako dobře nebo velmi dobře naplněnou 39,2 % respondentů (29 osob).

Otázka 2: Znat konkrétní údaje týkající se prognózy blízkého

Tabulka 49

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	2	0,0 %	2,7 %
2	5	7	6,8 %	9,5 %
3	14	16	18,9 %	21,6 %
4	26	31	35,1 %	41,9 %
5 – Velmi	29	18	39,2 %	24,3 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Znalost prognózy označilo za důležitou nebo velmi důležitou 74,3 % pečujících osob (55 respondentů). Naplnění této potřeby (hodnocení stupněm 4 nebo 5) uvedlo 66,2 % respondentů (49 osob).

Otázka 3: Mít pocit, že se odborníci o blízkého starají dobře

Tabulka 50

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	1	1	1,4 %	1,4 %
2	4	5	5,4 %	6,8 %
3	7	15	9,5 %	20,3 %
4	28	24	37,8 %	32,4 %
5 – Velmi	34	29	45,9 %	39,2 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Péči odborníků hodnotilo jako důležitou nebo velmi důležitou 83,8 % respondentů (62 osob).

Dobré nebo velmi dobré naplnění této potřeby uvedlo 71,6 % pečujících (53 osob).

Otázka 4: Být informován o změnách ve zdravotním stavu blízkého

Tabulka 51

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	0	0,0 %	0,0 %
2	1	1	1,4 %	1,4 %
3	11	19	14,9 %	25,7 %
4	21	35	28,4 %	47,3 %
5 – Velmi	41	19	55,4 %	25,7 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

O informace o změnách zdravotního stavu mělo zájem 83,8 % respondentů (62 osob). Spokojenost v této oblasti (hodnocení stupněm 4 nebo 5) vyjádřilo 73,0 % pečujících osob (54 osob).

Otázka č 5: Vědět přesně, co blízký podstupuje

Tabulka 52

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	1	3	1,4 %	4,1 %
2	4	5	5,4 %	6,8 %
3	7	22	9,5 %	29,7 %
4	27	18	36,5 %	24,3 %
5 – Velmi	35	26	47,3 %	35,1 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Možnost znát přesný průběh péče označilo za důležitou nebo velmi důležitou 83,8 % respondentů (62 osob). Tuto potřebu hodnotilo jako dobře nebo velmi dobře naplněnou 59,4 % pečujících (44 osob).

Otázka 6: Vědět, jaké léčby se blízkému dostává

Tabulka 53

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	6	0,0 %	8,1 %
2	0	3	0,0 %	4,1 %
3	12	15	16,2 %	20,3 %
4	27	23	36,5 %	31,1 %
5 – Velmi	35	27	47,3 %	36,5 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

O průběhu léčby mělo zájem 83,8 % pečujících (62 osob). Jako dobře nebo velmi dobře naplněnou tuto potřebu označilo 67,6 % respondentů (50 osob).

Otázka 7: Dostat vysvětlení, která jsou srozumitelná

Tabulka 54

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	2	0,0 %	2,7 %
2	2	7	2,7 %	9,5 %
3	7	12	9,5 %	16,2 %
4	24	26	32,4 %	35,1 %
5 – Velmi	41	27	55,4 %	36,5 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Srozumitelné vysvětlení označilo za důležité nebo velmi důležité 86,5 % pečujících osob (64 respondentů). Spokojenost v této oblasti (hodnocení stupněm 4 nebo 5) vyjádřilo 63,5 % respondentů (47 osob).

Otázka 8: Být informován o změnách v plánu léčby v okamžiku, kdy k nim dochází

Tabulka 55

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	1	2	1,4 %	2,7 %
2	2	7	2,7 %	9,5 %
3	8	21	10,8 %	28,4 %
4	23	21	31,1 %	28,4 %
5 – Velmi	40	23	54,1 %	31,1 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Informace o změnách v léčebném plánu označilo za důležité nebo velmi důležité 85,2 % respondentů (63 osob). Jako dobře nebo velmi dobře naplněnou tuto potřebu vnímalo 59,5 % pečujících osob (44 osob).

Otázka 9: Cítit, že existuje naděje

Tabulka 56

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	1	6	1,4 %	8,1 %
2	4	5	5,4 %	6,8 %
3	9	20	12,2 %	27,0 %
4	25	24	33,8 %	32,4 %
5 – Velmi	35	19	47,3 %	25,7 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Pocit naděje označilo za důležitý nebo velmi důležitý 81,1 % respondentů (60 osob). Dobré nebo velmi dobré naplnění této potřeby uvedlo 58,1 % pečujících osob (43 osob).

Otázka 10: Být ujistěn, že se blízkému dostává té nejlepší možné péče

Tabulka 57

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	0	0,0 %	0,0 %
2	1	6	1,4 %	8,1 %
3	10	15	13,5 %	20,3 %
4	29	26	39,2 %	35,1 %
5 – Velmi	34	27	45,9 %	36,5 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Tuto potřebu označilo za důležitou nebo velmi důležitou 85,1 % respondentů (63 osob). Dobré nebo velmi dobré naplnění uvedlo 71,6 % pečujících osob (53 osob).

Otázka 11: Znat příznaky, které může léčba či nemoc způsobit

Tabulka 58

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	2	8	2,7 %	10,8 %
2	2	11	2,7 %	14,9 %
3	15	24	20,3 %	32,4 %
4	24	19	32,4 %	25,7 %
5 – Velmi	31	12	41,9 %	16,2 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Znalost možných příznaků označilo za důležitou nebo velmi důležitou 74,3 % respondentů (55 osob). Dobré nebo velmi dobré naplnění této potřeby uvedlo 41,9 % pečujících osob (31 osob).

Otázka 12: Vědět, kdy se dá očekávat výskyt příznaků

Tabulka 59

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	1	7	1,4 %	9,5 %
2	1	4	1,4 %	5,4 %
3	13	16	17,6 %	21,6 %
4	24	25	32,4 %	33,8 %
5 – Velmi	35	22	47,3 %	29,7 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Důležitost této informace uvedlo 79,7 % pečujících osob (59 respondentů). Jako dobře nebo velmi dobře naplněnou tuto potřebu hodnotilo 63,5 % respondentů (47 osob).

Otázka 13: Znat pravděpodobný výsledek nemoci

Tabulka 60

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	1	5	1,4 %	6,8 %
2	4	6	5,4 %	8,1 %
3	13	22	17,6 %	29,7 %
4	28	22	37,8 %	29,7 %
5 – Velmi	28	19	37,8 %	25,7 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Znalost pravděpodobného vývoje onemocnění označilo za důležitou nebo velmi důležitou 75,6 % respondentů (56 osob). Dobré nebo velmi dobré naplnění této potřeby uvedlo 55,4 % pečujících osob (41 osob).

Otázka 14: Vědět, proč se pro blízkého dělá to, či ono

Tabulka 61

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	1	4	1,4 %	5,4 %
2	0	9	0,0 %	12,2 %
3	11	19	14,9 %	25,7 %
4	25	22	33,8 %	29,7 %
5 – Velmi	37	20	50,0 %	27,0 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Za důležité nebo velmi důležité považovalo tuto informaci 83,8 % pečujících (62 osob). Dobré nebo velmi dobré naplnění této potřeby uvedlo 56,7 % respondentů (42 osob).

Otázka 15: Znáť jména zdravotníků, kteří jsou zapojeni do péče o blízkého

Tabulka 62

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	4	4	5,4 %	5,4 %
2	3	6	4,1 %	8,1 %
3	21	19	28,4 %	25,7 %
4	22	25	29,7 %	33,8 %
5 – Velmi	24	20	32,4 %	27,0 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Znalost jmen pečujících zdravotníků považovalo za důležitou nebo velmi důležitou 62,1 % respondentů (46 osob). Dobré nebo velmi dobré naplnění této potřeby uvedlo 60,8 % pečujících osob (45 osob).

Otázka 16: Mít informace o tom, co udělat doma pro blízkého

Tabulka 63

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	2	0,0 %	2,7 %
2	4	7	5,4 %	9,5 %
3	11	9	14,9 %	12,2 %
4	16	29	21,6 %	39,2 %
5 – Velmi	43	27	58,1 %	36,5 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Tuto oblast označilo za důležitou nebo velmi důležitou 79,7 % respondentů (59 osob). Dobré nebo velmi dobré naplnění uvedlo 75,7 % pečujících osob (56 osob).

Otázka 17: Mít pocit přijetí ze strany zdravotnického personálu

Tabulka 64

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	4	0,0 %	5,4 %
2	1	7	1,4 %	9,5 %
3	12	15	16,2 %	20,3 %
4	23	29	31,1 %	39,2 %
5 – Velmi	38	19	51,4 %	25,7 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Přijetí ze strany zdravotnického personálu označilo za důležité nebo velmi důležité 82,4 % respondentů (61 osob). Jako dobře nebo velmi dobře naplněnou tuto potřebu hodnotilo 64,9 % pečujících (48 osob).

Otázka 18: Pomoci s péčí o blízkého

Tabulka 65

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	2	2	2,7 %	2,7 %
2	0	7	0,0 %	9,5 %
3	17	15	23,0 %	20,3 %
4	23	25	31,1 %	33,8 %
5 – Velmi	32	25	43,2 %	33,8 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Tuto potřebu označilo za důležitou nebo velmi důležitou 81,0 % respondentů (60 osob). Jako dobře nebo velmi dobře naplněnou ji hodnotilo 67,6 % pečujících osob (50 osob).

Otázka 19: Mít někoho, kdo by se zajímal o mé zdraví

Tabulka 66

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	1	4	1,4 %	5,4 %
2	3	10	4,1 %	13,5 %
3	20	19	27,0 %	25,7 %
4	21	22	28,4 %	29,7 %
5 – Velmi	29	19	39,2 %	25,7 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Zájem o vlastní zdraví označilo za důležitý nebo velmi důležitý 67,6 % pečujících (50 osob). Dobré nebo velmi dobré naplnění této potřeby uvedlo 55,4 % respondentů (41 osob).

Otázka 20: Být informován o lidech, kteří by pomohli s problémy

Tabulka 67

Hodnocení (1–5)	Důležitost (počet)	Naplnění (počet)	Důležitost (%)	Naplnění (%)
1 – Vůbec ne	0	6	0,0 %	8,1 %
2	6	6	8,1 %	8,1 %
3	7	20	9,5 %	27,0 %
4	23	26	31,1 %	35,1 %
5 – Velmi	38	16	51,4 %	21,6 %
Celkem	74	74	100,0 %	100,0 %

Zdroj: Autorka práce, 2025

Komentář:

Tuto potřebu považuje za důležitou nebo velmi důležitou 82,4 % respondentů (61 osob). Přesto ji jako dobře nebo velmi dobře naplněnou vnímá pouze 56,7 % pečujících (42 osob).

6 DISKUSE

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 122 onkologických pacientů, z nichž 74 mělo rodinného příslušníka, který rovněž vyplnil dotazník. Výsledky přinesly řadu důležitých poznatků. Diskuse je strukturována v souladu se stanovenými dílčími cíli práce a zároveň srovnává zjištění s dostupnou odbornou literaturou. Každé zjištění je zároveň doloženo příklady z tabulek uvedených v analytické části práce, aby byla diskuse pevně ukotvena ve výsledcích výzkumu.

Hlavním cílem bylo zjistit, jaké potřeby onkologičtí pacienti v domácí péči nejčastěji uvádějí. Odpovědi respondentů ukázaly velmi jasné priority, které lze shrnout do několika hlavních okruhů. Na prvním místě byla důstojnost v péči, například potřebu být ošetřován s respektem a úctou označilo za velmi důležitou 69,7 % pacientů, a celkem 95,9 % ji uvedlo jako důležitou až velmi důležitou (tabulka 16). Tato potřeba vysoce koreluje s konceptem lidsky důstojné péče v bio-psycho-socio-spirituálním modelu, jak jej popisují Kabelka, Sláma a Vorlíček (2022).

Z hlediska fyzických potřeb byla nejvíce akcentována potřeba být bez bolesti, kterou označilo za velmi důležitou 63,9 % respondentů a celkem 88 % ji vnímalo jako vysoce důležitou (tabulka 2). Přesto ji jako skutečně naplněnou vnímalo pouze 25,4 % respondentů, což představuje zásadní rozpor mezi tím, co pacienti považují za klíčové, a tím, co skutečně dostávají. Podobný rozdíl byl patrný i u potřeby být bez únavy, je velmi důležitá pro 53,3 % (tabulka 4), ale naplněná jen pro 24,6 %. Podle WHO je právě únava jeden z nejčastějších a nejvíce zatěžujících symptomů onkologických pacientů, přičemž bývá často podceňována a neléčena systematicky (Vyzula et al., 2022).

Neméně důležitou oblastí byly psychické potřeby. Potřebu cítit podporu od ošetřujícího personálu označilo za velmi důležitou 56,6 % pacientů a naplněnou ji vnímalo 72,2 % respondentů (tabulka 21). Tato oblast patřila k těm lépe hodnoceným, a to především díky lidskému přístupu sester a domácích pečovatelek. Přesto je třeba zdůraznit, že 27,8 % pacientů tuto podporu postrádalo, což je významné číslo. Podobně významná je potřeba mít možnost sdílet své obavy a strach, je důležitá pro 65,6 % pacientů, ale dostatečně naplněná jen pro 50,8 % (tabulka 25). Zde narážíme na tradiční bariéry v komunikaci o existenciálních tématech, o kterých píše například Kalvodová (2018), zdravotníci i blízcí často nevědí, jak o takových věcech mluvit, nebo se jim vyhýbají z obavy, že by pacienty rozrušili.

Zajímavým zjištěním je, že potřeby spojené s rozhodováním a autonomií patří mezi ty, které mají pro pacienty velký význam. Například mít možnost dělat vlastní rozhodnutí označilo za velmi důležité 52,5 % pacientů (tabulka 17), ale tuto potřebu považovalo za naplněnou jen 32 %. Stejně tak potřeba být pravdivě informován o zdravotním stavu byla pro 88,5 % velmi důležitá, ale jen 45,9 % pacientů ji vnímalo jako plně naplněnou (tabulka 34). Tato zjištění potvrzují i závěry práce Markové (2020), která upozorňuje, že autonomie pacientů v domácím prostředí je stále podceňována. Částečně kvůli ochrannému přístupům rodiny, ale i kvůli nedostatku komunikace ze strany zdravotníků.

Mezi důležité sociální potřeby patřila přítomnost někoho blízkého, která byla jako velmi důležitá označena 56,6 % respondentů (tabulka 19). Naplnění této potřeby bylo hodnoceno pozitivně ve 64,8 %, což ukazuje, že rodinné prostředí je významným faktorem pro zachování psychické pohody a pocitu bezpečí. Nicméně potřeba mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci byla velmi důležitá jen pro 21,3 % pacientů, a celkově šlo o jednu z méně často naplňovaných potřeb (pouze 36 %). Tento výsledek může odrážet buď nízkou nabídku podpůrných skupin, nebo nízkou ochotu pacientů se sdílet – obojí je výzvou pro další rozvoj psychosociální podpory v komunitě.

Významnou roli hrají i spirituální potřeby, které sice nejsou pro každého pacienta stěžejní, ale pro řadu z nich mají hluboký význam. Potřebu mít pocit, že můj život měl smysl, označilo za důležitou nebo velmi důležitou 81,1 % respondentů (tabulka 28), ale naplnění této potřeby hodnotilo pozitivně pouze 58,2 %. Je zřejmé, že i v domácím prostředí je třeba otevřeně podporovat pacientovo hledání smyslu, ať už skrze víru, filozofii, nebo prostý dialog. Kabelka et al. (2022) upozorňují, že duchovní péče v domácím prostředí zůstává často opomíjená, přestože může výrazně zmírnit úzkost a podpořit vnitřní smíření pacienta.

Z těchto výsledků vyplývá, že potřeby onkologických pacientů v domácí péči jsou velmi různorodé, vzájemně propojené a mají silný subjektivní rozměr. Výzkum potvrdil význam bio-psycho-socio-spirituálního rámce, který je v paliativní a domácí péči zásadní. Na druhé straně však poukázal i na nesoulad mezi důležitostmi a naplněním těchto potřeb, zejména v oblasti fyzického komfortu, autonomie a sdílení obav. Tyto rozdíly je třeba brát vážně a nejen jako ukazatel kvality péče, ale i jako výzvu pro zdravotníky, rodiny a organizace poskytující domácí péči.

Prvním dílčím cílem bakalářské práce bylo zhodnotit, jak pacienti vnímají kvalitu a dostupnost poskytované domácí péče. Výsledky výzkumu ukazují, že většina onkologických pacientů oceňuje možnost zůstat ve známém prostředí svého domova, které je vnímáno jako bezpečné, důvěrné a stabilní. Jak vyplývá z odpovědí, pro pacienty není domácí péče pouze alternativou k hospitalizaci, ale často jedinou přijatelnou cestou, jak čelit onemocnění důstojně a s pocitem jistoty.

V první řadě je třeba poukázat na to, že kvalita domácí péče je pacienty vnímána zejména skrze lidský přístup, respekt, empatii a ochotu naslouchat. Například potřebu být ošetřován s respektem a úctou uvedlo jako velmi důležitou 69,7 % respondentů, přičemž spokojenost s naplněním této potřeby dosáhla 77,8 % (tabulka 16). Podobně vysoká byla i potřeba mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou, důležitá pro 90,9 % a pozitivně naplněná pro 71,3 % pacientů (tabulka 20). Tyto výsledky potvrzují, že kvalita domácí péče není pro pacienty měřitelná jen technickým zajištěním, ale především mezilidskými aspekty.

Výraznou roli hraje rovněž kontinuita péče a komunikace. Potřeba mít pravdivé informace o mém zdravotním stavu byla velmi důležitá pro 62,3 % pacientů, ale jen 45,9 % ji označilo za dostatečně naplněnou (tabulka 34). Tento rozdíl odhaluje, že navzdory deklarovanému respektu k pacientovi zůstává informovanost často nedostatečná. Mnozí pacienti mají omezený přístup k informacím o vývoji nemoci, možnostech léčby nebo o tom, co je v domácím prostředí možné a dostupné. Jak uvádějí Sláma et al. (2019), komunikace v domácí péči by měla být srozumitelná, pravidelná a přizpůsobená schopnostem pacienta i jeho rodiny – přesto právě v této oblasti přetrvávají mezery.

Z hlediska dostupnosti samotné péče hodnotilo 75,4 % pacientů, že v domácnosti mají osobu, která jim pomáhá s péčí, přičemž ve většině případů šlo o rodinného příslušníka (tabulka 10). Tento výsledek ukazuje, že domácí péče je z velké části postavena na neformální podpoře rodiny. U pacientů, kteří takovou podporu nemají, je však dostupnost péče výrazně komplikovanější, například kvůli nedostatečnému zajištění služeb v dané lokalitě, dlouhým čekacím dobám nebo obtížné orientaci v systému. To potvrzuje i studie Markové (2020), která poukazuje na to, že geografická poloha a sociální zázemí pacienta mohou zásadně ovlivnit možnosti využívání domácí péče.

Některé potřeby, které přímo souvisejí s organizací péče, vykazovaly nejnižší míru naplnění. Například potřebu mít den naplněný nějakou aktivitou označilo za důležitou 78,6 % respondentů, ale jen 50,8 % ji považovalo za naplněnou (tabulka 22).

Další oblastí, která přímo souvisí s kvalitou domácí péče, je autonomie pacienta. Potřebu mít možnost dělat vlastní rozhodnutí považovalo za důležitou nebo velmi důležitou 82,8 % pacientů, ale naplněnou ji vnímalo jen 68,9 % (tabulka 17). Podle studie Chernyho et al. (2022) autonomie představuje klíčový ukazatel kvality péče a to pacienty, kteří se aktivně podílejí na rozhodování, častěji pociťují spokojenost, důvěru a bezpečí. Výsledky naznačují, že i když je tento aspekt vnímán jako důležitý, v praxi bývá stále nedoceněn.

V oblasti emocionální podpory byly výsledky různorodé. Například potřebu mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách označilo za důležitou 65,6 % pacientů, ale naplněnou ji vnímalo pouze 50,8 % (tabulka 25). Je zjevné, že psychická pohoda není zajištěna pouze přítomností blízkých, ale vyžaduje aktivní práci s emocemi, ať už formou rozhovoru, terapie nebo podpůrné skupiny. Jak uvádějí Kabelka a Sláma (2022), emoční opora je plnohodnotnou součástí péče, nikoli jejím doplňkem, a vyžaduje cílenou pozornost všech zúčastněných.

V rámci výzkumu se také ukázalo, že přístup k duchovní podpoře je pro část pacientů velmi důležitý (např. 81,1 % respondentů označilo za důležitou potřebu mít pocit, že můj život měl smysl – tabulka 28), ale dostupnost služeb, které by tuto potřebu pomohly naplnit, je často omezená. Pouze 12,3 % respondentů hodnotilo potřebu kontakt a podpora duchovní služby jako velmi dobře naplněnou (tabulka 26), přičemž více než 46 % pacientů ji hodnotilo jako nedostatečnou. To ukazuje na rezervy v oblasti spirituální péče, která přitom může významně ovlivnit celkové vnímání kvality péče.

Celkově lze říct, že kvalitu a dostupnost domácí péče pacienti hodnotí spíše pozitivně, zejména pokud jde o přístup pečujících osob a základní zdravotnickou podporu. Nejvíce oceňují možnost být doma, zachovat si určitou míru kontroly nad svým životem a být obklopeni lidmi, kterým důvěřují. Současně je však patrné, že péče není vždy komplexní a že některé potřeby, zejména v oblasti autonomie, sdílení emocí a informovanosti, zůstávají částečně nebo zcela nenaplněné. Tento rozpor potvrzují i odborné publikace, například Špinková (2019), která zdůrazňuje, že domácí péče má obrovský potenciál, ale zároveň vyžaduje pečlivé plánování, interdisciplinární spolupráci a větší důraz na psychologickou a spirituální rovinu.

Z uvedených skutečností plyne důležitá výzva: zajistit, aby domácí péče nebyla chápána jen jako logistické a organizační řešení, ale jako skutečný prostor pro komplexní, důstojnou a smysluplnou podporu pacientova života v jeho závěru.

Druhým dílčím cílem výzkumu bylo zjistit potřeby a zkušenosti rodinných příslušníků, kteří pečují o onkologického pacienta v domácím prostředí. Výsledky ukázaly, že pečující osoby představují zásadní pilíř domácí péče, často fungující bez odborné přípravy, podpory nebo finančního ocenění. Jejich každodenní realita je naplněna odpovědností, emoční zátěží a častou nejistotou, jak se v dané situaci správně rozhodovat. Přesto bývají potřeby těchto osob v systému domácí péče opomíjené.

Z výzkumu vyplynulo, že mezi nejčastěji uváděné potřeby patří potřeba srozumitelných a pravdivých informací o zdravotním stavu pacienta. Například položku dostat na své otázky upřímné odpovědi označilo za velmi důležitou 44,6 % respondentů a dalších 39,2 % ji označilo za důležitou (tabulka 40). Spokojenost s jejím naplněním vyjádřilo pouze 39,2 % pečujících. Ještě větší rozpor byl patrný u potřeby znát konkrétní údaje týkající se prognózy blízkého, důležitá nebo velmi důležitá byla pro 74,3 % respondentů, ale plně naplněná jen pro 24,3 % (tabulka 41). Tyto výsledky potvrzují, že komunikace směrem k pečujícím bývá často zúžená pouze na základní pokyny nebo technické informace, ale chybí jí hloubka a transparentnost.

Podobně byla hodnocena i potřeba být informován o změnách ve zdravotním stavu blízkého, velmi důležitá pro 55,4 % respondentů, ale jako dostatečně naplněná pouze pro 25,7 % (tabulka 43). Tato nespokojenost pramení často z toho, že rodinní příslušníci se ocitají v pozici jakéhosi prostředníka mezi pacientem a zdravotnickým systémem, aniž by měli jistotu, že mají dostatečné informace k tomu, aby mohli správně reagovat.

Zásadní význam měly i emoční potřeby pečujících – například cítit, že existuje naděje označilo za velmi důležitou 47,3 % respondentů (tabulka 48), ale jako naplněnou tuto potřebu vnímalo jen 25,7 %. Stejně tak potřeba být ujištěn, že se blízkému dostává té nejlepší možné péče byla velmi důležitá pro 45,9 % respondentů, ale jen 36,5 % ji považovalo za naplněnou (tabulka 49). Tento rozdíl může být způsoben nedostatkem přímé zpětné vazby ze strany zdravotníků nebo celkovou nejistotou pečujícího v jeho roli. Pečující často nemají k dispozici nikoho, kdo by jejich obavy vyslechl nebo je ujistil, že postupují správně a tím se jejich nejistota dále prohlubuje.

Kromě informační a emoční podpory se pečující potýkají i s praktickými výzvami. Potřeba mít informace o tom, co udělat doma pro blízkého byla označena jako velmi důležitá 58,1 % respondentů a jako dobře naplněná ji hodnotilo 36,5 % (tabulka 55). Tyto výsledky naznačují, že edukace pečujících není systematicky poskytována, často se spoléhá na ústní instrukce od zdravotníků, případně na vlastní intuici pečující osoby. Přitom odborná

literatura (např. Kopecká et al., 2020) zdůrazňuje, že edukace rodiny je základním nástrojem prevence chyb, přetížení a následné hospitalizace pacienta.

Další významnou oblastí byla podpora vlastního zdraví pečujících. Potřebu mít někoho, kdo by se zajímal o mé zdraví označilo za velmi důležitou 25,7 % respondentů, ale jako dobře naplněnou ji hodnotilo jen 25,7 % (tabulka 58). Tento výsledek potvrzuje tvrzení Kalvodové a Škrobánkové (2018), že pečující osoby jsou tzv. neviditelnými pacienty, kteří sami čelí fyzickému i psychickému vyčerpání, ale málokdy jsou jako cílová skupina odborně podpořeni.

Pečující rovněž postrádají informace o dostupných službách, které by jim mohly pomoci. Například potřebu být informován o lidech, kteří by pomohli s problémy označilo za důležitou 82,4 % respondentů, ale jako dobře naplněnou ji vnímalo jen 21,6 % (tabulka 59). To ukazuje, že povědomí o sociálních službách, odlehčovací péči nebo krizových linkách je nízké. A to i přesto, že tyto nástroje mohou zásadně ulevit pečujícím osobám a zamezit jejich přetížení.

Z výzkumu tedy vyplývá, že rodinní příslušníci mají vysoké nároky na informovanost, podporu a srozumitelnost komunikace, ale systém jim tuto podporu poskytuje jen částečně. To je v rozporu s doporučeními moderní paliativní péče, která rodinu vnímá jako plnohodnotného partnera, nikoli jen jako pasivního pomocníka pacienta (Sláma et al., 2019).

Zkušenosti pečujících osob jsou klíčové pro kvalitu celé domácí péče. Pokud se cítí být zapojeni, informováni a respektováni, dokážou lépe zvládat zátěž a podporovat pacienta i sebe sama. Pokud však zůstávají osamoceni, bez podpory a bez jasných informací, roste u nich riziko syndromu vyhoření, úzkostí nebo zdravotních komplikací, což ve výsledku negativně ovlivňuje i pacienta.

Z uvedených skutečností je zřejmé, že systém domácí péče by měl zahrnovat nejen pacienta, ale i jeho pečující osoby jako samostatnou cílovou skupinu. Podpora pečujících není pouze doplňkovou službou, je to základní předpoklad funkční domácí péče. Proto by měly být zavedeny standardizované programy edukace, možnosti krizové intervence, dostupnost odlehčovacích služeb, a především pravidelná komunikace se zdravotnickým týmem. Pouze za těchto podmínek může domácí péče plně naplňovat svůj potenciál, tedy umožnit důstojný život i důstojné umírání v domácím prostředí, obklopený láskou, respektem a porozuměním.

Na základě výsledků výzkumného šetření a jejich porovnání s odbornou literaturou lze formulovat několik praktických doporučení, která by mohla vést ke zlepšení kvality domácí péče o onkologické pacienty:

1. Zvýšit dostupnost informací a systematickou edukaci pacientů i pečujících osob, a to formou tištěných nebo elektronických materiálů, instruktážních videí či osobních konzultací. Edukace by se měla týkat nejen samotného onemocnění, ale i péče o symptomy, komunikace a zvládání krizových situací.
2. Posílit roli pečujících osob jako partnerů v péči, nejen jako pomocníků, a to prostřednictvím aktivního zapojení do rozhodovacích procesů, respektování jejich názoru a pravidelné zpětné vazby ze strany zdravotnického týmu.
3. Zavést dostupné formy psychické podpory pro pacienty i pečující – například možnost kontaktovat psychologa, účastnit se podpůrné skupiny nebo využít anonymní krizové linky. Emoční stabilita obou skupin je předpokladem úspěšné domácí péče.
4. Zajistit lepší koordinaci mezi zdravotníky, rodinou a agenturou domácí péče, včetně určení takzvané klíčové kontaktní osoby, na kterou se může pacient či pečující obracet s dotazy či obavami.
5. Zajistit důstojné umírání v domácím prostředí skrze včasné napojení na domácí hospicovou péči, která má potenciál naplňovat všechny dimenze potřeb pacienta a současně podporovat rodinu v náročném období.

Tyto návrhy reflektují nejen výpovědi respondentů, ale také doporučení odborných autorit v oblasti paliativní a domácí péče. Zavedení uvedených opatření by mohlo významně přispět k lepšímu naplňování potřeb pacientů i pečujících osob a zvýšit celkovou kvalitu života v domácím prostředí.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou domácí péče o onkologické pacienty. V teoretické části byly popsány základní charakteristiky nádorových onemocnění, principy a specifika domácí péče a potřeby pacientů v bio-psycho-socio-spirituálním kontextu. Byla zdůrazněna důležitost komplexního přístupu k nemocnému, který zohledňuje nejen jeho zdravotní stav, ale i psychickou pohodu, mezilidské vztahy a existenciální otázky.

Praktická část práce byla realizována formou kvantitativního výzkumu. Cílem bylo zmapovat potřeby onkologických pacientů v domácím prostředí, zhodnotit míru jejich naplnění a zároveň zjistit, jaké potřeby a zkušenosti mají jejich rodinní příslušníci. Celkově se do výzkumu zapojilo 122 pacientů a 74 pečujících osob.

Bylo zjištěno, že pacienti nejčastěji uváděli potřeby spojené s důstojností, fyzickým komfortem, autonomií a kvalitní komunikací se zdravotníky. Největší rozdíl mezi důležitostí a skutečným naplněním se ukázal u oblastí jako je bolest, únava, možnost rozhodování nebo sdílení pocitů.

Rodinní příslušníci označili za klíčové zejména dostupnost srozumitelných informací, jistotu v poskytování péče a respekt ze strany zdravotníků. Část z nich ale vnímala nedostatek podpory v oblasti vlastní psychické pohody a edukace. Ukázalo se, že pečující osoby jsou významným pilířem domácí péče, a proto je důležité věnovat jim cílenou pozornost a podporu.

Z výzkumného šetření vyplývá, že všechny stanovené cíle bakalářské práce, hlavní i oba dílčí, byly úspěšně naplněny. Hlavní cíl se zaměřoval na zmapování potřeb onkologických pacientů v domácí péči a jejich míry naplnění, přičemž získaná data jasně ukázala, které potřeby jsou pacienti vnímány jako nejdůležitější a kde dochází k největšímu nesouladu. První dílčí cíl zhodnotil vnímání kvality a dostupnosti domácí péče z pohledu samotných pacientů. Druhý dílčí cíl se soustředil na pečující osoby a jejich zkušenosti, přičemž ukázal na zásadní roli rodiny v péči, ale také na rizika přetížení, nedostatku informací a podpory. Tato zjištění podtrhují význam komplexního přístupu k domácí péči, který musí zahrnovat nejen pacienta, ale i jeho nejbližší.

Na základě zjištěných výsledků lze doporučit posílení mezioborové spolupráce mezi zdravotníky, pacientem a rodinou, systematickou edukaci pečujících osob, rozvoj dostupnosti psychologické a praktické podpory pro rodiny a zlepšení informovanosti o možnostech domácí a paliativní péče. Vzhledem k omezenému rozsahu výzkumného

souboru a regionálnímu zaměření by bylo vhodné v tématu pokračovat formou rozsáhlejšího šetření, případně doplněného o kvalitativní přístup. Takový výzkum by mohl nabídnout hlubší porozumění konkrétním potřebám a zkušenostem onkologicky nemocných i jejich blízkých a přispět tak ke zvyšování kvality domácí péče v České republice.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÜCHLER, Tomáš a kol. *Obecná onkologie*. Praha: Maxdorf, 2019. ISBN 978-80-7345-617-7

CHERNY, Nathan et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 6 th ed. Oxford: Oxford University Press, 2022. ISBN 978-01--988-2132-8.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vydání. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

KABELKA, Ladislav; SLÁMA, Ondřej; VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2022. ISBN 978-80-7492-475-7.

KALVODOVÁ, Libuše; ŠKROBÁNKOVÁ, Alexandra. *Rakovina v rodině v otázkách a odpovědích blízkým*. Brno: Masarykova univerzita, 2018. ISBN 978-80-210-8985-2.

KOL. AUTORŮ. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0247-4.

Kolektiv autorů. *Průvodce domácí péčí*. Praha: Cesta domů, 2022. ISBN 978-80-88126-90-4.

KOPECKÁ, Ilona a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1802-9.

KUDLOVÁ, Pavla; PAVELKOVÁ, Jaroslava. *Metodika ke zpracování závěrečných prací pro vybrané nelékařské zdravotnické obory*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2022. Dostupné také z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/52401>

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2027-5.

MARKOVÁ, Alena a kol. *Hospic do kapsy*. Praha: Cesta domů, 2023. ISBN 978-80-88455-09-7.

MESSER, Barbara. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-1046-7.

NEUŽILOVÁ, Karolína. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015.

NOVOTNÝ, Jan. *Klinická a radiační onkologie pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0624-1.

SLÁMA, Ondřej a kol. *Průvodce pro nevyléčitelně onkologicky nemocné a jejich blízké*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6863-5.

SLÁMA, Ondřej; ZÁVADOVÁ, Irena; SOCHOR, Marek. *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-204-4223-9.

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3242-3.

ŠPINKOVÁ, Martina. *Abeceda domácí paliativní péče*. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-80-88126-13-0.

TOMÁŠEK, Jiří a kol. *Onkologie: minimum pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4487-4.

TOMÍŠKA, Miroslav. *Výživa onkologických pacientů*. Praha: Mladá fronta, 2019. ISBN 978-80-204-4064-8.

VYZULA, Rostislav a kol. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, 2022. ISBN 978-80-7345-544-4.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk respondentů.....	37
Graf 2: Pečující osoba.....	42

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1.....	36
Tabulka 2.....	38
Tabulka 3.....	38
Tabulka 4.....	39
Tabulka 5.....	39
Tabulka 6.....	40
Tabulka 7.....	40
Tabulka 8.....	41
Tabulka 9.....	43
Tabulka 10.....	44
Tabulka 11.....	45
Tabulka 12.....	45
Tabulka 13.....	46
Tabulka 14.....	47
Tabulka 15.....	47
Tabulka 16.....	48
Tabulka 17.....	49
Tabulka 18.....	49
Tabulka 19.....	50
Tabulka 20.....	51
Tabulka 21.....	51
Tabulka 22.....	52
Tabulka 23.....	53
Tabulka 24.....	53
Tabulka 25.....	54
Tabulka 26.....	55
Tabulka 27.....	55
Tabulka 28.....	56
Tabulka 29.....	57
Tabulka 30.....	57
Tabulka 31.....	58
Tabulka 32.....	59
Tabulka 33.....	59
Tabulka 34.....	60

Tabulka 35	61
Tabulka 36	61
Tabulka 37	62
Tabulka 38	63
Tabulka 39	63
Tabulka 40	64
Tabulka 41	65
Tabulka 42	65
Tabulka 43	66
Tabulka 44	67
Tabulka 45	67
Tabulka 46	68
Tabulka 47	69
Tabulka 48	70
Tabulka 49	71
Tabulka 50	72
Tabulka 51	72
Tabulka 52	73
Tabulka 53	74
Tabulka 54	74
Tabulka 55	75
Tabulka 56	76
Tabulka 57	76
Tabulka 58	77
Tabulka 59	78
Tabulka 60	78
Tabulka 61	79
Tabulka 62	80
Tabulka 63	80
Tabulka 64	81
Tabulka 65	82
Tabulka 66	82
Tabulka 67	83

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

PNAP	Posouzení potřeb a asistence pacienta
IARC	Mezinárodní agentury pro výzkum rakoviny
UICC	Mezinárodní unie proti rakovině
AJCC	Americký společný výbor pro rakovinu
IARC	Mezinárodní agentury pro výzkum rakoviny
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
PSA	Prostatický specifický antigen
CEA	Karcinoembryonální antigen
CT	výpočetní tomografie
MRI	Magnetická rezonance
PET/CT	Pozitronová emisní tomografie / výpočetní tomografie
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Průvodní dotazník

Příloha P II: Dotazník k identifikaci potřeb pacienta

Příloha P III: Dotazník k identifikaci potřeb pečujících osob o onkologického pacienta

PŘÍLOHA P I: PRŮVODNÍ DOTAZNÍK

Vážené respondentky, vážení respondenti,

jmenuji se Veronika Rosypalová a jsem studentkou 3. ročníku kombinované formy oboru Všeobecné ošetrovatelství na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Současně pracuji jako praktická sestra na CT pracovišti v Kroměřížské nemocnici, a.s.

Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma Domácí péče a onkologický pacient. Jeho cílem je získat poznatky o potřebách onkologických pacientů v domácí péči a o zkušenostech jejich nejbližší rodiny. Dotazník je rozdělen na dvě části – první část je určena pro pacienty a druhá část je zaměřena na rodinné příslušníky, kteří se o ně starají, popřípadě se podílí na péči o ně.

Vaše odpovědi jsou velmi cenné a přispějí k lepšímu pochopení potřeb pacientů v domácí péči. Všechny informace budou zpracovány anonymně a použity pouze pro účely této práce.

Předem Vám děkuji za Váš čas a spolupráci.

- 1) Jaké je vaše pohlaví?
 - a) Muž
 - b) Žena
 - c) Jiné

- 2) Kolik je Vám let? (vypište prosím)

- 3) Jaký je váš rodinný stav?
 - a) Svobodný/á
 - b) Ženatý/ vdaná
 - c) Rozvedený/á
 - d) Ovdovělý/á
 - e) Jiný (uveďte):

- 4) Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Základní
 - b) Středoškolské bez maturity
 - c) Středoškolské s maturitou
 - d) Vysokoškolské

- 5) Můžete prosím popsat svou současnou pracovní situaci? (Zaměstnán na plný úvazek, částečný,)

- 6) Jak dlouho se léčíte s onkologickým onemocněním?
- a) Méně než 1 rok
 - b) 1-3 roky
 - c) 4-6 let
 - d) Více než 6 let
- 7) Jaký typ léčby v současnosti podstupujete?
- a) Chemoterapie
 - b) Radioterapie
 - c) Biologická léčba
 - d) Paliativní léčba
 - e) Screeningové vyšetření
 - f) Jiné:
- 8) Kde žijete?
- a) Město
 - b) Vesnice
 - c) Jiný typ (uved'te):
- 9) Kolik lidí žije ve vaší domácnosti (včetně vás)?
- 10) Máte ve své domácnosti osobu, která vám pomáhá s péčí (pokud jste onkologický pacient) nebo osobu, o kterou se staráte (jste – li pečující)?
- a) Ano
 - b) Ne
- (a) Pokud ano, kdo to je?
- a. Rodinný příslušník
 - b. Profesionální pečovatel/ka
 - c. Jiný:

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:

Dotazník je dále rozdělen na dvě části podle toho, koho se týká:

*Pokud jste **onkologický pacient**, pokračujte vyplněním **Dotazník pro pacienty**.*

*Pokud jste **rodinný příslušník nebo osoba pečující o pacienta**, pokračujte na **Dotazník pro rodinné příslušníky**.*

Prosím, vyplňte pouze tu část, která odpovídá Vaší roli.

Děkuji za Váš čas a ochotu

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK K IDENTIFIKACI POTŘEB PACIENTA

*Tento dotazník je určen **onkologickým pacientům** a navazuje na předchozí úvodní část.
Prosím, odpovídejte dle svých osobních zkušeností s domácí péčí.*

	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.	Nepociťovat brnění nebo znecitlivění	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14.	Netrpět pocením, návaly horka	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15.	Moci pokračovat v obvyklých aktivitách	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16.	Být ošetřován s respektem a úctou	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17.	Mít možnost dělat vlastní rozhodnutí	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18.	Mít soukromí	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19.	Přítomnost někoho blízkého	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20.	Mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21.	Cítit podporu od ošetřujícího personálu	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22.	Mít naplněný den nějakou aktivitou	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23.	Mít příležitost hovořit s někým v podobné 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 služby	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 naplněn klidem	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32.	Být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
33.	Mít pozitivní náhled na život	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
34.	Mít pravdivé informace o mém zdravotním stavu	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
35.	Mít informace o ošetřovatelské péči	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
36.	Mít důvěru v ošetřovatelský personál	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
37.	Mít přístup k jiným zdrojům informací (internet, knihy, TV,)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
38.	Být finančně zajištěný	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
39.	Být v pěkném prostředí	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK K IDENTIFIKACI POTŘEB PEČUJÍCÍCH OSOB O ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

Tento dotazník je určen rodinným příslušníkům nebo osobám, které se podílejí na péči o onkologického pacienta. Prosím, odpovídejte na jednotlivé položky podle vašich osobních zkušeností a vnímání péče o blízkého. Dotazník navazuje na úvodní část šetření.

	Cítím, že potřebuji:	Hodnocení					Cítím, že je tato oblast v současné době: (pouze u položek zhodnocených hodnotou 4 a 5)
		1 Nedůležité	2	3	4 Velmi důležité	5	
1.	Dostat na své otázky upřímné odpovědi	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna
2.	Znát konkrétní údaje týkající se prognózy blízkého	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna
3.	Mít pocit, že se odborníci o blízkého starají dobře	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna
4.	Být informován o změnách ve zdravotním stavu blízkého	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna
5.	Vědět přesně, co blízký podstupuje	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna
6.	Vědět, jaké léčby se blízkému dostává	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna
7.	Dostat vysvětlení, která jsou srozumitelná	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna
8.	Být informován o změnách v plánu léčby v okamžiku, kdy k nim dochází	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna
9.	Cítit, že existuje naděje	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna
10.	Být ujištěn, že se blízkému dostává té nejlepší možné péče	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna
11.	Znát příznaky, které může léčba či nemoc způsobit	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna
12.	Vědět, kdy se dá očekávat výskyt příznaků	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna
13.	Znát pravděpodobný výsledek nemoci	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna
14.	Vědět, proč se pro blízkého dělá to, či ono	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna
15.	Znát jména zdravotníků, kteří jsou zapojeni do péče o blízkého	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna
16.	Mít informace o tom, co udělat doma pro blízkého	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna
17.	Mít pocit přijetí ze strany zdravotnického personálu	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna
18.	Pomoci s péčí o blízkého	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna
19.	Mít někoho, kdo by se zajímal o mé zdraví	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna
20.	Být informován o lidech, kteří by pomohli s problémy	1	2	3	4	5	Naplněna - částečně - nenaplněna