

Vliv onkologického onemocnění na role pečujících

Natálie Barvíková

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: **Natálie Barvíková**
Osobní číslo: **H22078**
Studijní program: **B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Vliv onkologického onemocnění na role pečujících**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti vliv onkologického onemocnění na role pečujících.
Příprava metodiky přehledové práce.
Formulace rešeršních otázek k tématu práce.
Realizace přehledové studie.
Zpracování, vyhodnocení, a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků přehledové práce, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

ADAM, Zdeněk; KLIMEŠ, Jeroným; POUR, Luděk; KRÁL, Zdeněk; ONDERKOVÁ, Alice et al. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2828-0.

KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyлéčitelné nemocné*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-9107-9.

Support for Caregivers of Cancer Patients, 2023. *National Cancer Institute*. Online. Dostupné z: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/caregiver-support>.

SVOBODA, Marek; HALÁMKOVÁ, Jana et al. *Péče o pacienty po ukončení kurativní onkologické léčby*. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-247-5086-6.

ZHANG, Tian a QI, Xiangxiu. Caregiver Burden in Bladder Cancer Patients with Urinary Diversion Post-Radical Cystectomy and the Need for Comprehensive Nursing Education: A Narrative Literature. Online. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2024, vol. 17, s. 3825-3834. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S476029>.

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 formou literárního přehledu analyzuje odborné zdroje zabývající se dopadem onkologického onemocnění na roli pečujících, zejména v rodinném prostředí. Cílem bylo shromáždit relevantní poznatky o tom, jak onkologické onemocnění ovlivňuje životní situaci pečujících. Odborné zdroje byly vyhledávány v elektronických databázích podle definovaných klíčových slov a kritérií a zpracovány pomocí tematické obsahové analýzy. Práce popisuje změny v každodenním fungování pečujících, dopad na pracovní život, ekonomickou stabilitu i mezilidské vztahy. Dále identifikuje hlavní potřeby pečujících a shrnuje dostupné formy podpory, včetně formální a neformální pomoci. Studie propojuje zdravotnické, sociální a psychologické aspekty problematiky a nabízí komplexní pohled na zátěž spojenou s péčí o onkologicky nemocné.

Klíčová slova: onkologické onemocnění, neformální pečující osoba, rodina, psychosociální zátěž, sociální podpora.

ABSTRACT

This bachelor's thesis, in the form of a literature review, analyzes scholarly sources focusing on the impact of cancer on the role of caregivers, particularly within the family environment. The aim was to collect relevant findings on how cancer affects the life situation of caregivers. Academic sources were searched in electronic databases based on defined keywords and criteria and processed using thematic content analysis. The thesis describes changes in the everyday functioning of caregivers, the impact on employment, financial stability, and interpersonal relationships. It further identifies the main needs of caregivers and summarizes available forms of support, including formal and informal assistance. The study integrates healthcare, social, and psychological aspects of the issue and offers a comprehensive view of the burden associated with caring for cancer patients.

Keywords: cancer, informal caregiver, family, psychosocial burden, social support.

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Michaele Schneider, Ph.D., MBA za odborné vedení, poskytnuté rady a vstřícnost během zpracování práce. Upřímné poděkování patří také mé rodině za jejich neustálou podporu, trpělivost a motivaci po celou dobu studia. Děkuji také svému příteli za psychickou oporu a jeho mamince, která mi jako zdravotník poskytla cenné rady a byla mi zároveň velkou oporou.

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 METODIKA VYHLEDÁVÁNÍ ZDROJŮ.....	12
1.1 CÍLE PRÁCE	12
1.2 POUŽITÉ DATABÁZE	13
1.3 KLÍČOVÁ SLOVA A STRATEGIE VYHLEDÁVÁNÍ.....	13
1.4 KRITÉRIA PRO ZAŘAZENÍ A VYLOUČENÍ.....	14
1.4.1 Výběr studií podle PRISMA	15
1.5 ANALÝZA DAT.....	16
2 AKTUÁLNÍ POZNATKY O NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍCH.....	17
2.1 CHARAKTERISTIKA NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ	17
2.2 ROZDĚLENÍ NÁDORŮ	18
2.3 KLASIFIKACE NÁDORŮ	19
2.4 EPIDEMIOLOGIE A EVIDENCE ONKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ	22
2.4.1 Nádorové registry	23
2.5 MOŽNOSTI LÉČBY	24
2.5.1 Chirurgická léčba	25
2.5.2 Radioterapie	25
2.5.3 Chemoterapie	26
2.5.4 Hormonální léčba	27
2.5.5 Biologická léčba.....	28
2.5.6 Cílená léčba	28
2.5.7 Paliativní léčba	28
3 NEFORMÁLNÍ PÉČE O ONKOLOGICKY NEMOCNÉ – AKTUÁLNÍ POZNATKY	31
3.1 CHARAKTERISTIKA A ROLE NEFORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH.....	31
3.1.1 Rodina a její úloha při péči	32
3.1.2 Právní a ekonomické aspekty péče	33
3.2 AKTUÁLNÍ POZNATKY O VLIVU ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ NA PEČUJÍCÍ	35
3.2.1 Přizpůsobení denního režimu a práce.....	37
3.2.2 Zdravotní a ošetrovatelská podpora	38
3.2.3 Emoční a psychická zátěž pečujících	39
3.2.4 Význam duševní hygieny, prevence přetížení a intervence	41
3.2.5 Změny ve vztazích	43
3.2.6 Potřeby pečujících	47
3.2.7 Možnosti podpory	48
4 DISKUSE	53
ZÁVĚR	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61

SEZNAM TABULEK.....	70
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	72

ÚVOD

Nádorová onemocnění jsou komplexní a rozsáhlou skupinou nemocí s celosvětově narůstajícím výskytem, které zásadně mění život nejen samotného pacienta, ale i jeho rodiny. V kontextu onkologické péče, jejíž značná část probíhá v domácím prostředí, se klíčové role ujímají neformální pečující – rodinní příslušníci a přátelé. Jedinci, často bez předchozích zkušeností či adekvátní podpory, přebírají zodpovědnost za komplexní péči, což vede k zásadní proměně jejich vlastního životního stylu a představuje pro ně značné psychosociální i fyzické zatížení. Role pečujícího může vzniknout náhle a vyžaduje přizpůsobení celého každodenního režimu potřebám nemocného. Taková situace klade vysoké nároky na psychickou odolnost pečujících a může vést k zanedbávání vlastních potřeb. Přehledová studie si klade za cíl systematicky zpracovat dostupné odborné poznatky týkající se vlivu onkologického onemocnění na role pečujících osob, zejména v rodinném a domácím prostředí. Práce se konkrétně zaměřuje na charakteristiku změn v každodenním režimu a sociálním fungování, analýzu dopadu na pracovní a ekonomickou situaci, zhodnocení vlivu na rodinné a partnerské vztahy včetně rizika izolace, identifikaci klíčových potřeb pečujících a shrnutí dostupných forem podpory. K dosažení uvedených dílčích cílů byla využita metoda tematické obsahové analýzy odborné literatury.

1 METODIKA VYHLEDÁVÁNÍ ZDROJŮ

Bakalářská práce je zpracována formou přehledové studie typu literárního přehledu, zaměřujícího se na analýzu odborných zdrojů zabývajících se vlivem onkologického onemocnění na role pečujících osob. Popisovaný typ přehledové studie umožňuje systematickým způsobem zpracovat, analyzovat a interpretovat dostupné informace v odborné literatuře, čímž vytváří komplexní pohled na sledovaný jev. Cílem práce bylo shromáždit relevantní odborné poznatky týkající se vlivu onkologického onemocnění na role pečujících osob, zejména v rodinném a domácím prostředí.

Přehledová studie byla zvolena jako výhodná výzkumná strategie, jelikož umožňuje propojit různé pohledy na problematiku, zahrnující nejen zdravotnické, ale i psychologické, sociální a etické aspekty. Uvedený přístup poskytuje rámec pro další teoretické i praktické využití získaných poznatků. Při sběru dat byly uplatněny základní principy transparentnosti, předem definovaná kritéria výběru a tematická analýza získaných zdrojů.

Sběr dat probíhal prostřednictvím vyhledávání odborných publikací v elektronických databázích, při použití jasně stanovených klíčových slov a výběrových kritérií. Daný postup umožnil zmapovat dosavadní poznatky v dané oblasti, identifikovat hlavní problémy, s nimiž se pečující osoby potýkají, a shrnout doporučení, která z odborné literatury vyplývají. Vzhledem k tomu, že se jedná o přehledovou studii, nebyl prováděn žádný přímý terénní výzkum ani sběr primárních dat.

1.1 Cíle práce

Hlavním cílem práce je prostřednictvím literárního přehledu identifikovat a popsat, jak onkologické onemocnění ovlivňuje životní situaci neformálních pečujících osob, zejména v rámci rodiny a domácího prostředí. Zaměření je kladeno na porozumění souvislostem mezi poskytovanou péčí a proměnami v osobním, pracovním i sociálním životě pečujících, a na objasnění specifických obtíží, kterým čelí v každodenním životě.

V rámci práce bylo stanoveno několik dílčích cílů:

- Charakterizovat změny v každodenním režimu a sociálním fungování pečujících osob
- Analyzovat dopad péče na pracovní uplatnění a ekonomickou stabilitu
- Zhodnotit vliv péče na rodinné a partnerské vztahy, včetně rizika sociální izolace

- Identifikovat klíčové potřeby, které pečující osoby vyjadřují v odborných zdrojích
- Shrnout dostupné formy podpory uváděné v odborné literatuře, jež mohou přispět ke zlepšení kvality života pečujících

1.2 Použité databáze

Pro vyhledávání odborných zdrojů byl využitý vědecké databáze zaměřené na zdravotnictví, ošetrovatelství, psychologii a sociální vědy. Konkrétně byly využity databáze ScienceDirect, PubMed, Scopus a Web Of Science, které poskytují přístup k recenzovaným vědeckým článkům a studiím z relevantních oborů.

Databáze byly voleny s ohledem na multidisciplinární charakter tématu, které spojuje oblast onkologie, péče o blízkého a dopady péče na psychické, sociální i pracovní fungování pečujících osob. ScienceDirect poskytuje přístup k aktuálním odborným článkům z oblasti medicíny, psychologie a sociální práce. PubMed se zaměřuje na biomedicínské a ošetrovatelské publikace, zatímco Scopus a Web Of Science slouží jako rozsáhlé citační databáze umožňující identifikaci vysoce kvalitních recenzovaných prací napříč vědními obory.

Vyhledávání probíhalo systematicky pomocí kombinace klíčových slov, která byla volena tak, aby co nejpřesněji odpovídala tématu bakalářské práce. V některých případech byly rovněž využity filtry podle typu dokumentu, jazyka nebo dostupnosti plného textu, aby byla zajištěna odborná a obsahová relevantnost získaných zdrojů.

1.3 Klíčová slova a strategie vyhledávání

Při vyhledávání odborných zdrojů byla zvolena taková klíčová slova, která reflektují hlavní témata práce, tedy onkologická onemocnění, neformální pečující osoby a dopady péče na jejich životní roli. Klíčová slova byla volena s důrazem na pokrytí jak zdravotnického, tak psychosociálního kontextu. Byla použita jak česká, tak anglická slova, přičemž anglická terminologie byla využívána především při práci se zahraničními databázemi.

Mezi hlavní klíčová slova v českém jazyce patřila: onkologická onemocnění, pečující osoba, psychická zátěž, rodina, sociální dopad, neformální péče, kvalita života pečujících.

Při vyhledávání v anglickém jazyce byla využita následující klíčová slova: cancer, caregiver, informal care, caregiver burden, role changes, quality of life, psychological

impact, family caregiving. Pro zajištění širšího záběru byly jednotlivé termíny kombinovány pomocí Booleovských operátorů AND a OR.

1.4 Kritéria pro zařazení a vyloučení

Pro zařazení odborných studií do přehledové práce byla stanovena jasně definovaná kritéria, která zajišťovala relevantnost, aktuálnost a odbornou kvalitu vybraných publikací. Kritéria pro zařazení zohledňovala tematické zaměření článků, časové rozmezí, jazyk publikace a typ dokumentu.

Kritéria pro zařazení:

- Publikace tematicky zaměřené na vliv onkologického onemocnění na roli neformálních pečujících osob.
- Odborné články publikované v letech 2015-2025, aby byla zajištěna aktuálnost informací.
- Texty v českém nebo anglickém jazyce, přičemž omezení jazykem nebylo stanoveno.
- Pouze recenzované odborné články, případně studie nebo přehledové práce, které splňují standardy vědeckého publikování.
- Dostupnost plného textu.

Kritéria pro vyloučení:

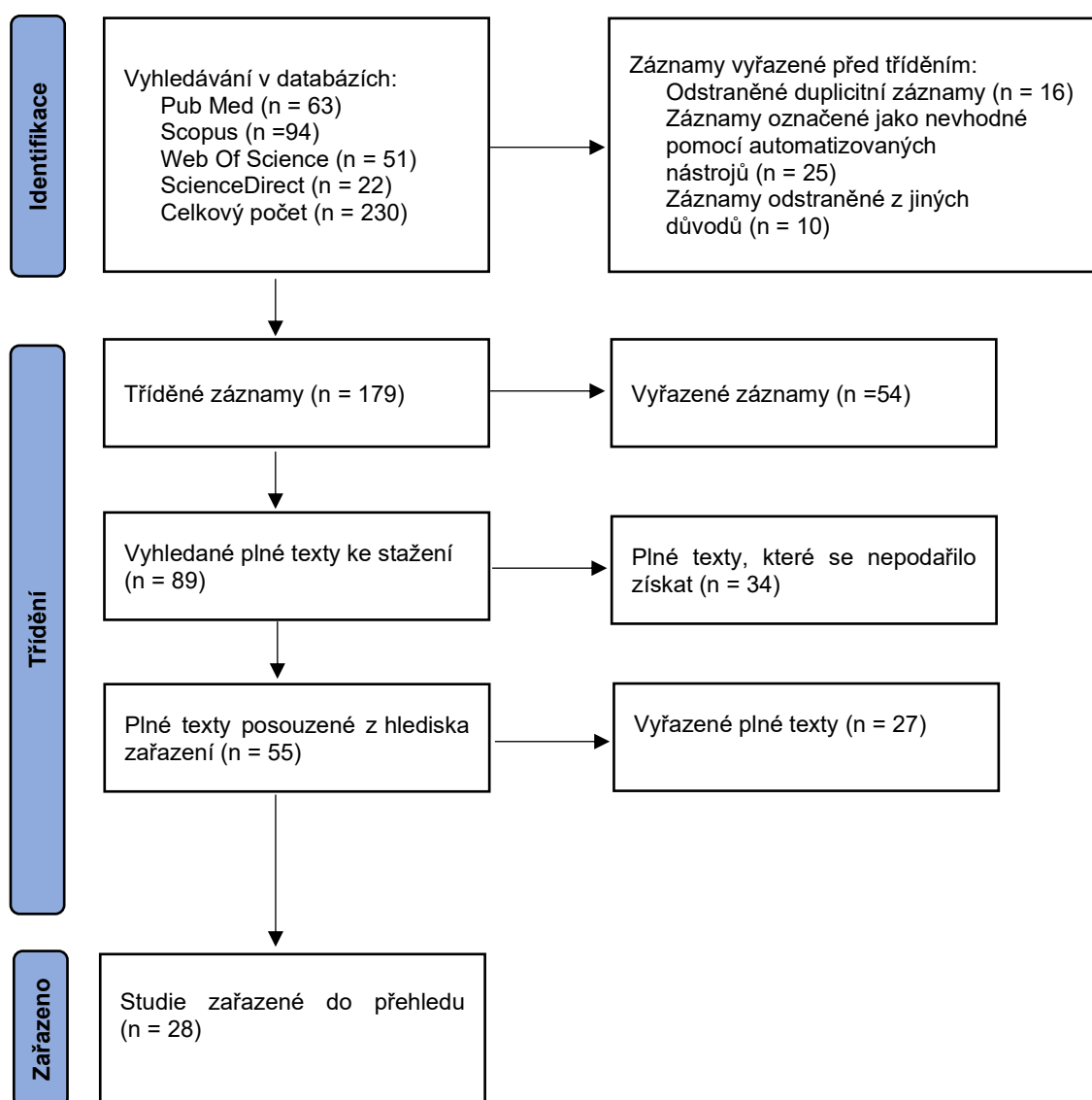
- Publikace, které se primárně zabývají jinými diagnózami než onkologickými onemocněními.
- Texty zaměřené výhradně na profesionální (formální) pečující, nikoliv na neformální pečovatele.
- Studie neobsahující dostatečně konkrétní data o dopadu péče na životní roli pečujících.
- Neodborné články, materiály bez odborné evidence nebo popularizační texty.
- Starší publikace před rokem 2015, které by již nemusely odpovídat aktuálním poznatkům.

Kritéria byla uplatňována systematicky při pročitání titulů, abstraktů i plných textů jednotlivých publikací. Díky tomu bylo možné vybrat relevantní a kvalitní zdroje, které přinášejí komplexní pohled na problematiku vlivu onkologického onemocnění na roli pečujících. Výjimku tvořily 4 odborné studie starší 10 let, které byly do přehledové práce zařazeny z důvodu jejich vysoké relevance k tématu a absence novějších dat v dané oblasti.

1.4.1 Výběr studií podle PRISMA

Následující diagram znázorňuje proces identifikace, zařazení a vyřazení studií podle metodiky PRISMA 2020.

Tabulka 1 PRISMA diagram



Upraveno z PRISMA 2020 Flow Diagram. Dostupné z <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>

1.5 Analýza dat

Analýza vybraných odborných zdrojů byla provedena metodou tematické obsahové analýzy, která umožňuje systematicky identifikovat a interpretovat hlavní významové okruhy obsažené v odborné literatuře. Zvolený přístup byl zvolen s ohledem na komplexnost zkoumané problematiky a potřebu postihnout souvislosti mezi zdravotní, psychologickou, sociální a ekonomickou rovinu péče.

V rámci tematické analýzy byly jednotlivé zdroje podrobeny opakovanému čtení a kategorizaci relevantních informací, přičemž byly sledovány zejména tematické oblasti, které se vztahují k proměnám každodenního života pečujících, jejich psychické a fyzické zátěži, vlivu péče na pracovní a ekonomickou situaci, změnám ve vztazích a sociálním fungování, jakož i dostupnosti podpůrných mechanismů. Identifikovaná témata byla následně tříděna do analytických kategorií, jejichž struktura odráží uspořádání hlavních kapitol práce.

Zdroje byly záměrně vybírány napříč různými výzkumnými přístupy, což umožnilo konfrontovat a doplňovat kvantitativní zjištění o četnosti a míře jednotlivých jevů s kvalitativními vhledy do subjektivního prožívání pečujících osob. Taková kombinace posílila komplexnost a hloubku získaného přehledu a umožnila vytvořit analytický rámec reflektující multidimenzionální charakter zkoumané problematiky.

2 AKTUÁLNÍ POZNATKY O NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍCH

Nádorová onemocnění představují jednu z nejzávažnějších zdravotních výzev současnosti, jejichž výskyt celosvětově narůstá. Pro porozumění dopadu onkologického onemocnění na život pacienta i jeho blízkých je nezbytné znát základní charakteristiky onkologických onemocnění, jejich klasifikaci a léčebné možnosti. Následující kapitola poskytuje přehled klíčových poznatků, které tvoří teoretický rámec pro další části práce.

2.1 Charakteristika nádorového onemocnění

Onkologická onemocnění, často označovaná jako rakovina, zhoubný nádor nebo novotvar, představují souhrnný název pro velmi rozsáhlou skupinu nemocí, které mohou postihnout prakticky jakoukoli část lidského těla. Jedním z klíčových znaků onkologických onemocnění je nekontrolovatelné a rychlé množení abnormálních buněk (Světová zdravotnická organizace, 2023).

Buňky v těle podléhají přirozené cyklické obnově, při níž jsou staré nebo poškozené buňky nahrazovány novými buňkami. Zmíněný proces zahrnuje integraci lokálních, distančních a intracelulárních signálů, které vyhodnocují připravenost mateřské buňky k zahájení buněčného cyklu. Zhoubné nádory však proces narušují, což vede k nekontrolovatelnému dělení buněk (Novotný, 2024).

U zhoubných nádorů často chybí souběh mezi biologickým poškozením orgánu a vnějšími příznaky. Nádor může růst skrytě, bez objektivních projevů nebo subjektivních potíží, což značně ztěžuje včasnou diagnostiku. Proto je kladen důraz na preventivní přístupy, které umožňují odhalit i malé nádory v raném stádiu (Dostálová, 2016).

Příčiny vzniku nádorového bujení nejsou dosud plně objasněny. Podstatou procesu je nekontrolovatelná buněčná proliferace způsobená genetickými abnormalitami. Změny mohou být vyvolány fyzikálními, chemickými nebo biologickými faktory (Klener, 2011). Nádorová onemocnění hrají ve vyspělých společnostech významnou roli faktory životního stylu, jako jsou stravovací návyky, kulturní zvyklosti či typ zaměstnání (Foretová, 2022).

Nádorová onemocnění představují závažný zdravotně-sociální problém s výraznými osobními i ekonomickými dopady. Jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí v České republice hned po srdečně-cévních onemocněních a jejich incidence stále roste. Díky moderním diagnostickým a léčebným metodám je však možné velkou část nádorových

onemocnění úspěšně léčit (Foretová, 2022). Včasná diagnostika zhoubného nádoru výrazně zvyšuje šanci na úplné vyléčení ve srovnání s pokročilým stádiem nemoci (NZIP, 2022).

Výskyt nádorových onemocnění celosvětově stále narůstá. Popisovaný trend je spojen zejména s kumulací rizik během našeho života a snižující se účinností přirozených buněčných opravných mechanismů s přibývajícím věkem. Nádorová onemocnění tak představují nejen zdravotní problém jednotlivců, ale také významnou zátěž pro rodiny i zdravotnické systémy (Světová zdravotnická organizace – WHO, 2023).

2.2 Rozdělení nádorů

Nádory se dají rozdělit na benigní, tedy nezhoubné, a maligní, zhoubné. Existuje víc než 250 různých typů nádorů, přičemž každý se projevuje specifickými symptomy a vyžaduje individuální léčebný postup (Vorlíček, 2012).

Základní charakteristikou maligních nádorů je jejich nekontrolovatelný růst, který nerespektuje výstavbový plán organismu. Konkrétní plán začíná u jednotlivých buněk, které se seskupují do funkčních jednotek tvořících tkáně, z nichž se skládají orgány a orgánové soustavy. Regulaci prezentovaného hierarchického uspořádání zajišťují distančně působící neurohumorální systémy v kombinaci s lokálními signály. Imunitní systém zároveň neustále dohlíží na správnou funkci buněčných komponent v celém organismu (Novotný, 2024).

Benigní nádory

Rostou pomalu a mají tendenci zůstat ohraničené, čímž vyvíjí tlak na okolní tkáň. Nicméně, nepůsobí zhoubně na celý organismus a netvoří metastázy. Po kompletním odstranění se obvykle nevracejí (Slezáková, 2013). Mají omezenou schopnost růstu, drží se na místě svého vzniku a nemají tendenci se šířit do jiných částí těla, obvykle nemají závažný negativní dopad na organismus (Vorlíček, 2012).

Maligní nádory

Růst maligních nádorů je invazivní a destruktivní a mohou vytvářet sekundární nádory, známé jako metastázy. Dokonce i po úplném odstranění se mohou opakovaně objevit. Nádory obvykle rostou rychle, šíří se infiltrativně a destruktivně do okolí a vytvářejí vzdálená ložiska-metastázy. Pokud nejsou včas léčeny, vedou ke smrti organismu (Vorlíček, 2012)

Růst maligních nádorů může být expanzivní, způsobující mechanický tlak a atrofii okolních tkání, infiltrativní, kdy nádorové buňky pronikají mezi buňky okolních tkání bez jejich bezprostředního ničení, a invazivní, což znamená pronikání nádorových buněk do buněk okolních tkání, které jsou poškozovány a ničeny. Invazivní růst je charakteristický pro zhoubné nádory (Vorlíček, 2012). Z morfologického hlediska je nádorový růst typický tím, že nádorové buňky pronikají do okolních tkání, které jsou tím poškozeny a zničeny (Slezáková, 2013).

Metastáza

Představuje sekundární nádor, ložisko, které pravděpodobně vzniklo z jedné nádorové buňky. Metastázy se mohou vyskytovat v různých tkáních, orgánech, tělních dutinách a lymfatických uzlinách. Maligní buňky se mohou šířit prostřednictvím lymfatického systému, krevního oběhu, prorůstáním do okolí a šířením se v anatomicky definovaných prostorech (Slezáková, 2013).

2.3 Klasifikace nádorů

Stanovení rozsahu onemocnění představuje klíčový faktor, který významně ovlivňuje nejen prognózu pacienta, ale rovněž výběr terapeutických postupů. Z tohoto důvodu je správné určení rozsahu onkologického onemocnění nezbytné. V české republice je pro klasifikaci nádorových onemocnění závazně používán systém TNM, který je doporučený Mezinárodní unií proti rakovině (UICC) (Klener, 2011). Nádory jsou podle zmiňovaného systému klasifikovány na základě histologických charakteristik, biologických vlastností a anatomické lokalizace. Mezinárodně uznávaný klasifikační systém slouží k hodnocení rozsahu onemocnění (Vorlíček, 2012).

Určení stádia zhoubného nádoru má zásadní význam pro péči o pacienty, ve výzkumu a v celkovém úsilí o omezení dopadu onemocnění. Pro spolehlivé hodnocení dlouhodobých trendů ve výskytu nádorů je klíčové, aby klasifikace zůstala stabilní. Existuje tak rozpor mezi potřebou aktualizovat klasifikaci tak, aby odrážela nejnovější poznatky medicíny, a současně zachovat její stabilitu pro zajištění dlouhodobé srovnatelnosti dat (Brierley, 2024).

Pro sledování nádorových onemocnění a posouzení onkologické zátěže jsou klíčové informace o anatomickém rozsahu nemoci (stadiu nemoci). Takové informace doplňují

údaje o výskytu a úmrtnosti (Brierley, 2024). Pro určení stádia, tedy anatomickému rozsahu nádorů, se používá klasifikace TNM a je stanoven pro každý orgán zvlášť (Vorlíček, 2012).

TNM klasifikace

Systém TNM slouží k popisu rozsahu nádorového procesu a zakládá se na třech klíčových komponentách:

- T (tumor) označuje velikost a rozsah primárního nádoru. Rozsah je vyjádřen číselnými indexy od T1 do T4, kde vyšší čísla indikují větší rozměr nebo invazivnější charakter nádoru. Specifické indexy zahrnují TX pro případy, kdy nelze primární tumor určit, T0 pro klinicky nedetekovatelný nádor, a TIS (carcinoma in situ), což představuje časné stádium omezené na původní epitel (Soumarová et al., 2019).
- N (noduli) hodnotí přítomnost a rozsah postižení regionálních lymfatických uzlin. Index N0 značí, že uzliny nejsou postiženy, zatímco N1 až N3 označují postupně se zvětšující rozsah nebo počet postižených uzlin. Pokud stav uzlin nelze spolehlivě určit, používá se symbol NX (Soumarová, et al., 2019).
- M (metastázy) popisuje přítomnost vzdálených metastáz. M0 znamená jejich absenci a M1 jejich přítomnost. Pro přesnější určení lokalizace metastáz lze použít specifické zkratky (Soumarová et al., 2019).

Pokud klasifikace nelze určit kvůli nedostatečným vyšetřením, používá se obecně symbol X.

Pro každou lokalizaci nádoru existují 2 různé klasifikace:

- Klinická TNM klasifikace, která se stanoví před zahájením léčby na základě klinických vyšetření, radiologických zobrazovacích metod, endoskopických vyšetření a případných diagnostických chirurgických zákroků (Vorlíček, 2012).
- Histopatologická klasifikace (pTNM), která vychází z klinické klasifikace, ale je upřesněna a doplněna na základě poznatků získaných během operace a histopatologického vyšetření odebrané tkáně (Vorlíček, 2012)

Zavedení klasifikace zhoubných nádorů do skupin podle anatomického rozsahu, známé jako staging, vychází z pozorování, že pacienti s lokalizovaným onemocněním mají vyšší pravděpodobnost přežití ve srovnání s těmi, u nichž se nádor rozšířil mimo původní orgán, vždy je nutné provést přesný záznam informací o anatomickém rozsahu onemocnění pro každou lokalizaci v době stanovení diagnózy, což má zásadní význam pro:

- Plánování optimální léčebné strategie
- Poskytování relevantních informací o prognóze pacienta
- Uspřádání výměny informací mezi různými zdravotnickými zařízeními
- Podporu dalšího výzkumu nádorových onemocnění
- Zefektivnění aktivit zaměřených na boj proti zhoubným nádorům (Brierley, 2024)

Mezinárodní klasifikace nemocí

Diagnostická identifikace solidních nádorů u dospělých v datech Národního onkologického registru (NOR) je primárně založena na kódu onemocnění podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10). Pro přesnější určení typu nádoru se používá morfologický typ, biologické chování nádoru a stupeň diferenciacie podle Mezinárodní klasifikace pro onkologii, 3. verze (MKN-O-3). Rozsah onemocnění je popsán pomocí TNM (Tumor-Node-Metastasis) klasifikace (Státní zdravotní informační a datové centrum – SVOD, 2024). Aktualizovaná verze Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize (MKN-11) pro rok 2025 přináší vylepšení v oblasti interoperability, přesnosti a uživatelské přívětivosti, včetně pokročilých metod kódování založených na zpracování přirozeného jazyka. MKN-11 je navržena jako polyhierarchická struktura, která umožňuje kombinovat kódy a dosáhnout tak vyšší úrovně klinické specifikace (Ústav zdravotnických informací a statistiky – ÚZIS, 2021).

Další klasifikační systémy v onkologii

V onkologii se kromě klasifikačních systémů TNM a MKN uplatňují další mezinárodně uznávaná schémata, která rozšiřují možnosti diagnostiky, stanovení prognózy a volby terapeutického postupu. Světová zdravotnická organizace ve spolupráci s Mezinárodní unií proti rakovině vytvořila soubor klasifikací, jež zohledňují histologický typ nádoru, morfologické vlastnosti, stupeň diferenciacie (grading) a rozsah šíření onemocnění. WHO klasifikace nádorů, publikovaná formou vícetomových odborných publikací podle jednotlivých orgánových systémů, sjednocuje terminologii a zahrnuje rovněž klinické, genetické i zobrazovací charakteristiky (Carbone, 2020).

V posledních letech dochází k zásadnímu posunu směrem k integraci molekulárně-genetických údajů do diagnosticko-klasifikačních postupů. Molekulární profilování umožňuje identifikaci specifických genetických alterací přesahujících tradiční morfologické rozdělení, čímž vytváří prostor pro uplatnění cílené terapie nezávislé na histogenezi nádoru.

Takzvaný „tissue agnostic“ přístup nachází uplatnění zejména u pokročilých či metastatických malignit a vychází z principu léčby zaměřené na konkrétní molekulární aberace. Vývoj směřuje k integraci klasické patologicko-histologické diagnostiky s genomickým profilováním, což přispívá k přesnější stratifikaci nemocných a individualizaci léčby (Carbone, 2020).

2.4 Epidemiologie a evidence onkologických onemocnění

Epidemiologie zhoubných novotvarů se zaměřuje na výskyt, rozložení a příčinné souvislosti nádorových onemocnění v populaci. Mezi hlavní sledované ukazatele patří incidence (počet nově diagnostikovaných případů), mortalita (počet úmrtí), prevalence (počet žijících osob s diagnostikovaným nádorem) a dlouhodobé trendy zachycující vývoj uvedených parametrů v čase (Tuček, 2024).

Zhoubné nádory představují ve většině vyspělých států druhou nejčastější příčinou úmrtí osob ve věku nad 50 let (Tuček, 2024). Z globálního pohledu se jedná o nejčastější příčinu úmrtí, přičemž v roce 2020 zemřelo v důsledku malignity přibližně 10 milionů lidí, tedy zhruba každá šestá osoba. Nejzávažnější komplikací vedoucí k úmrtí bývá pokročilé metastazování (WHO, 2023).

Vznik nádorových onemocnění je výsledkem komplexní interakce genetických predispozic a vnějších faktorů prostředí. Mezi významné zevní karcinogeny patří fyzikální vlivy (ultrafialové a ionizující záření), chemické látky (azbest, složky tabákového kouře, alkohol, arzen), biologické agens (viry, bakterie, parazité), faktory životního stylu (kouření, vysoký index tělesné hmotnosti, nedostatečná pohybová aktivita) a expozice znečištěného ovzduší, které má zvláštní význam pro vznik bronchogenního karcinomu (WHO, 2023). Významným determinantem incidence je rovněž věk, neboť riziko výskytu malignit výrazně roste v pozdějších dekádách života. Analyzovaný jev lze spojit s kumulací rizikových faktorů a sníženou účinností buněčných reparačních mechanismů u starší populace (Tuček, 2024).

Z celosvětového pohledu patřily v roce 2020 mezi nejčastěji diagnostikované nádory karcinomy prsu, plic, kolorekta, prostaty, nemelanomové nádory kůže a žaludku. Nejvyšší mortalita byla zaznamenána u malignit plic, kolorekta, jater, žaludku a prsu (WHO, 2023).

V podmínkách České republiky plní úlohu hlavního nástroje pro sběr dat a analýzu epidemiologických dat o nádorových onemocnění Portál epidemiologie novotvarů

spravovaný Státním zdravotním informačním a datovým centrem (SVOD). Ten je výsledkem spolupráce Ústavu zdravotnických informací a statistiky, Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP). Základní datovou základnu tvoří Národní onkologický registr, doplněný údaji Českého statistického úřadu. Dlouhodobá data z registru ukazují, že se počet diagnostikovaných zhoubných nádorů od roku 1989 téměř zdvojnásobil – z původních přibližně 45 000 na 87 000 případů ročně. Vyšší výskyt je evidován u mužské populace. Hrubá incidence trvale narůstá, avšak mortalita se v posledních dekáдах stabilizuje, případně klesá (26 000-27 000 úmrtí ročně). Vývoj přispívá ke zvýšení prevalence onkologických pacientů v populaci (Foretová, 2022).

Analýza vývoje nádorové zátěže v populaci má zásadní význam pro plánování zdravotnické infrastruktury, hodnocení účinnosti intervenčních opatření a cílenou prevenci (NZIP, 2024). Epidemiologický přístup umožňuje identifikovat hlavní rizikové faktory a napomáhá realizaci opatření směřujících k jejich minimalizaci prostřednictvím primární prevence (Tuček, 2024).

2.4.1 Nádorové registry

Nádorové registry jsou nezbytné pro realizaci epidemiologických studií a zjišťování informací o geografickém a věkovém rozložení nádorů. Populační registr eviduje všechny nově zjištěné případy v dané populaci a slouží jako podklad pro přípravu a vyhodnocování onkologických programů a epidemiologického výzkumu v oblasti nádorů (Tuček, 2024). Národní onkologický registr je celoplošný populační registr, který navazuje na sledování novotvarů v České republice od roku 1976 (ÚZIS, 2021).

Populační onkologické registry sledují obvykle až 50 různých znaků, včetně identifikačních znaků pacienta, charakteristik nádorového onemocnění a rámcových údajů o léčbě. Registry jsou od roku 1966 mezinárodně koordinovány prostřednictvím Mezinárodní agentury pro výzkum rakoviny (IARC) a evropské registry jsou sdruženy v rámci Evropské sítě onkologických registrů (ENCR) (Tuček, 2024).

Nemocniční (klinický) onkologický registr eviduje případy zhoubných nádorů ve zdravotnickém zařízení a slouží ke sledování a vyhodnocování diagnosticky-léčebných postupů. Dále existují účelové onkologické registry, které jsou zakládány z výzkumných důvodů, například při sledování dětských nádorů (Tuček, 2024). Národní onkologický registr je členem IARC a spolupracuje s ENCR (ÚZIS, 2021).

Pro práci každého registru je nezbytné, aby lékaři řádně vyplňovali hlášení o onkologickém onemocnění. Hlášení zhoubných novotvarů bylo na území České republiky (ČR) zavedeno od 1.1. 1951 za účelem:

- zajištění včasné a řádné diagnosticko-léčebné péče u pacienta
- získání statistického přehledu o incidenci zhoubných nádorů

Národní onkologický registr poskytuje souhrnné údaje pro statistické přehledy, jak na národní, tak i mezinárodní úrovni, pro epidemiologické studie a zdravotnický výzkum. Statistická jednotka zajišťování zahrnuje:

- zhoubné novotvary
- novotvary in situ
- novotvary nejistého nebo neznámého chování
- vybrané nezhoubné novotvary (ÚZIS, 2021)

Ve všech kvalitních publikacích, které se zabývají nádory, je vždy uveden údaj o věkové standardizaci. Veškeré údaje musí být standardizovány, aby bylo možné porovnávat výskyt nádorů v různých částech světa (Tuček, 2024).

Hlásí se i případy histologicky nebo cytologicky neověřené, zjištěné klinickým vyšetřením nebo zobrazovacími metodami, a zjištěné u občanů ČR a cizinců s povolením k pobytu (ÚZIS, 2021).

2.5 Možnosti léčby

Současná onkologická léčba představuje komplexní soubor metod, které se dynamicky vyvíjejí v návaznosti na pokrok vědy a medicíny. Zatímco v minulosti byla primární a často jedinou možností léčby nádorů chirurgie, dnešní praxe využívá široké spektrum terapeutických přístupů, mezi které patří chemoterapie, radioterapie, hormonální, biologická či cílená léčba. Tyto metody se často kombinují v rámci multimodální terapie, jejímž cílem je zvýšení efektivity terapie a minimalizace rizika recidivy (Klener, 2009).

Významnou roli v rozvoji protinádorové terapie sehrála molekulární biologie a genetika, díky nimž se otevřela cesta k inovativním přístupům jako jsou imunoterapie, biologická i cílená léčba. Autor rovněž upozorňuje na zásadní změnu v pohledu na nádorové

onemocnění, které se dnes vnímá jako systémová porucha, nikoliv pouze lokální změna buněk (Klener, 2009).

Za posledních 25 let došlo k výraznému pokroku nejen v oblasti léčiv, ale i zavádění moderních přístupů, jakými jsou genová a buněčná terapie. Uvedené inovace vedly ke zlepšení prognózy pacientů a zvýšení pětiletého přežití zejména u hematologických malignit (Klabusay, 2022).

Základ moderní onkologické péče tvoří chirurgická léčba, chemoterapie a radioterapie. V posledních letech však roste význam i dalších léčebných metod, jako je hormonální, cílená a biologická léčba. Nezastupitelnou roli má rovněž paliativní péče a psychologická podpora, které zajišťují komplexní přístup k pacientovi (NZIP, 2023).

2.5.1 Chirurgická léčba

Chirurgie zůstává nedílnou součástí léčby solidních nádorů, a to zejména v případech, kdy je cílem dosažení úplné remise onemocnění. Přístup je efektivní zejména u lokalizovaných nádorů, které lze kompletně odstranit. Chirurgická léčba byla historicky první formou onkologické terapie a její efektivita se postupně zvyšovala s rozvojem anesteziologie a operačních technik (Klener, 2009).

Chirurgické výkony mohou být jak kurativní, tak paliativní. V případě, že nádor nelze kompletně odstranit, přistupuje se k tzv. debulkingu, což je redukce objemu nádoru za účelem zlepšení efektivity následné terapie. Kromě léčby samotné se chirurgie uplatňuje i při diagnostice či při zjišťování rozsahu onemocnění (American Cancer Society – ACS, 2025).

Chirurgický výkon je využíván také v rámci preventivní onkologie a rekonstrukční chirurgie, která má za cíl obnovit anatomické nebo funkční poměry po náročné onkologické léčbě (např. profylaktické odstranění prsní tkáně) (ACS, 2025).

2.5.2 Radioterapie

Radioterapie patří k základním onkologickým metodám a je indikována u přibližně 50 % pacientů s nádorovým onemocněním. Jedná se o metodu využívající ionizující záření k destrukci nádorových buněk, přičemž zdravé buňky jsou současnými technologiemi chráněny co nejvíce. Radioterapie může být indikována samostatně, jako adjuvantní či neadjuvantní léčba, nebo jako součást paliativní péče (ACS, 2025).

Podle Národního zdravotnického informačního portálu se radioterapie dělí na tři hlavní formy:

- **Zevní radioterapie** představuje nejběžnější formu a spočívá v aplikaci záření z vnějšího zdroje, obvykle lineárního urychlovače, který cílí na konkrétní oblast v těle, kde se nachází nádorová masa.
- **Brachyterapie** využívá radioaktivní zdroje umístěné přímo do nádoru nebo v jeho těsné blízkosti. Metoda umožňuje podání vysoké dávky záření do cílové oblasti s minimálním dopadem na okolní zdravé struktury. Je častá zejména u gynekologických nádorů nebo karcinomu prostaty.
- **Systémová radioterapie** je založena na podávání radioaktivních látek do krevního oběhu, přičemž se selektivně hromadí v nádorové tkáni. Typickým příkladem je použití radioaktivního jódu u karcinomu štítné žlázy (ACS, 2021).

V souvislosti s technologickým pokrokem v moderní onkologii se uplatňují nové přístupy, které zvyšují přesnost a bezpečnost léčby. Patří sem například IGRT (image-guided radiotherapy), tedy radioterapie naváděná obrazem, která umožňuje přesné zaměření na nádor i při jeho pohybu (např. v důsledku dýchání). Dále se využívá IMRT (intensity-modulated radiotherapy) nebo SBRT (stereotaktická tělesná radioterapie), které umožňují podání vyšší dávky záření při maximální ochraně okolní zdravé tkáně (NZIP, 2023).

Rozvoj radioterapie je úzce propojen s technologickým pokrokem v oblasti zobrazovacích metod a fyzikálních principů, což umožňuje stále přesnější cílení nádorových ložisek (Klener, 2009).

2.5.3 Chemoterapie

Chemoterapie představuje jednu ze základních modalit systémové protinádorové léčby. Jejím hlavním cílem je ovlivnit rychle se dělící buňky, mezi které patří i buňky nádorové. První pokusy s využitím cytotoxických látek sahají do poloviny 20. století. Od té doby prošla chemoterapie zásadním vývojem a stala se standardní součástí moderní onkologické praxe (Klener, 2009).

Chemoterapie může být zaměřena na různé cíle. V některých případech je snahou dosažení úplného vyléčení, to pak mluvíme o kurativním záměru. Jindy slouží k dlouhodobé kontrole onemocnění, tedy zpomalení nebo zastavení růstu nádoru. U pokročilých případů

se chemoterapie využívá paliativně, především ke zmírnění symptomů a zlepšení kvality života pacienta (ACS, 2025).

Chemoterapie se často kombinuje s jinými léčebnými metodami, jako je chirurgie nebo radioterapie. V rámci tzv. neadjuvantní léčby se podává před operací za účelem zmenšení nádoru, zatímco adjuvantní léčba po operaci má za cíl eliminaci mikrometastáz (ACS, 2025).

V klinické praxi se běžně využívají kombinované chemoterapeutické režimy, které spojují několik typů cytostatik s různým mechanismem účinku. Taková kombinace umožňuje zasáhnout nádorové buňky v různých fázích buněčného cyklu a zároveň snížit riziko vzniku lékové rezistence (ACS, 2025).

Stejně jako ostatní formy onkologické léčby, i chemoterapie je spojena s celou řadou nežádoucích účinků. Mezi nejčastější patří nevolnost, zvracení, únava, útlum kostní dřeně, alopecie nebo zvýšená náchylnost k infekcím. V některých případech dochází i k neurotoxicitě či poruchám chuti. Z uvedených důvodů je chemoterapie často doplňována tzv. podpůrnou léčbou, která zahrnuje podávání antiemetik, hematopoetických růstových faktorů a psychologickou podporu pacientů (NZIP, 2023).

Chemoterapie tak nadále zůstává jedním z klíčových nástrojů onkologické terapie, a to nejen díky své účinnosti, ale i díky širokému spektru možností její kombinace s dalšími léčebnými modalitami (ACS, 2025).

2.5.4 Hormonální léčba

Hormonální léčba představuje systémový přístup využívaný především u nádorů, jejichž růst je závislý na pohlavních hormonech – nejčastěji se jedná o karcinom prsu, prostaty, endometria a v některých případech i nadledvin. Terapie ovlivňuje buď produkci hormonů, nebo blokuje jejich vazbu na receptory nádorových buněk. Hormonální léčba působí celotělově, jelikož hormony cirkulují krevním oběhem a ovlivňují více orgánových systémů (ACS, 2025).

V léčbě hormonálně závislých nádorů se využívají různé skupiny léčiv – například selektivní modulátory estrogenových receptorů, inhibitory aromatázy, antiandrogeny nebo agonisté hormonu ovlivňujícího luteinizační hormon. Hormonální terapie může být podávána perorálně, injekčně nebo může být provedena chirurgicky (např. odstranění

vaječníků). K nejčastějším nežádoucím účinkům patří návaly horka, změny nálad, úbytek kostní hmoty nebo snížení sexuální funkce (ACS, 2025).

2.5.5 Biologická léčba

Biologická léčba představuje specifický typ protinádorové terapie, který využívá tzv. bioléčiva, což jsou většinou speciální protilátky, jež se vážou na určité molekulární struktury v nádorových buňkách. Tyto struktury jsou pro nádor charakteristické a umožňují selektivní zacílení, čímž dochází k přímému ovlivnění růstu či přežití nádorové tkáně (ACS, 2025).

Biologická léčba se uplatňuje nejen u solidních nádorů, ale i u hematologických malignit. Její využití je možné v rámci paliativní medicíny, kde pomáhá kontrolovat růst nádoru a zmírnit symptomy onemocnění (ACS, 2025).

2.5.6 Cílená léčba

Cílená léčba bývá někdy označována také jako precizní či personalizovaná medicína. Jedná se o moderní přístup, který se zaměřuje na konkrétní molekulární struktury, genové mutace nebo receptory přítomné na nádorových buňkách. Na rozdíl od klasické chemoterapie, která působí neselektivně na všechny rychle se dělící buňky, cílená terapie se snaží zasáhnout specifické změny typické pouze pro zhoubné buňky, čímž dochází k šetrnějšímu působení na organismus (ACS, 2025).

Používané léčivé látky lze dělit na malé molekuly, které pronikají do buňky a ovlivňují nitrobuněčné procesy, a na velké molekuly, jako jsou monoklonální protilátky, jež se vážou na receptory na povrchu buněk (ACS, 2025).

Cílená léčba se často kombinuje s dalšími metodami – chirurgií, chemoterapií nebo radioterapií. Výběr konkrétního přípravku se odvíjí od genetického profilu nádoru, který je zpravidla stanoven analýzou vzorku po biopsii nebo operaci (ACS, 2025).

2.5.7 Paliativní léčba

Paliativní péče představuje specifický přístup k pacientům trpícím život ohrožujícím onemocněním a jejich rodinám, jehož hlavním cílem je zlepšení kvality života prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení. V rámci systému zdravotní péče je součástí běžné klinické praxe a je poskytována lékaři různých odborností. Naopak specializovaná paliativní péče je zajišťována týmy odborníků s formálním vzděláním a zkušenostmi v oblasti paliativní medicíny (Kabelka, 2016).

Základní principy paliativního přístupu zahrnují efektivní kontrolu bolesti a dalších tělesných i psychických symptomů, prodloužení života za podmínek přijatelné kvality, respektování autonomních rozhodnutí a hodnot pacienta, a celostní podporu, která zahrnuje také pomoc rodině, jež čelí náročnému období péče a následné ztráty blízkého. Umírání není vnímáno jako selhání léčby, ale jako přirozená fáze života, kterou je třeba provázet s ohledem na lidskou důstojnost (Masarykův onkologický ústav).

Podle dostupných údajů vyžaduje určitou formu specializované paliativní péče přibližně 10 až 20 % umírajících pacientů. V České republice jsou však aktuálně kapacity v této oblasti nedostačující. Jak uvádí MUDr. Ondřej Kopecký, je nezbytné provést systémové změny, které by vedly ke stanovení jasných principů paliativní péče, k jejímu organizačnímu ukotvení a ke vzdělávání dostatečného počtu lékařů, sester a dalších odborníků, včetně sociálních pracovníků. Významné rezervy se nacházejí i v oblasti obecné paliativní péče, kde je potřeba zvýšit úroveň vzdělávání jak u praktických lékařů, tak pečujících osob, zejména v zařízeních sociálních služeb. K dalším problémům patří nízká informovanost pacientů a jejich rodin o dostupných službách a přetrvávající tendence zaměňovat paliativní péči s péčí výhradně určenou pro terminální fázi života (Zafarová, 2022).

Situace, kdy pacient i jeho blízcí čelí nevléčitelnému onemocnění, bývá psychicky, fyzicky i sociálně velmi náročná. Paliativní péče proto využívá multidisciplinární přístup, v jehož rámci spolupracují lékaři, zdravotní sestry, psychologové nebo psychoterapeutové, sociální pracovníci i duchovní. Cílem spolupráce je co nejlépe reagovat na individuální potřeby nemocného a zároveň poskytnout podporu i jeho rodině, a to i v období truchlení po úmrtí pacienta (Centrum paliativní péče, 2023). Péče může být realizována v různých prostředích – v nemocnicích, ambulantně, v zařízeních sociálních služeb nebo v domácím prostředí v nonstop režimu. V posledních letech se daří začleňovat paliativní přístup nejen do závěrečné fáze života, ale i do dřívějších fází onkologické léčby, čímž se zlepšuje orientace pacienta v jeho onemocnění i možnostech péče (Zafarová, 2022).

Zmíněný přístup je u pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním velmi důležitý. Onkologicky nemocní často potřebují podpůrnou péči nejen během aktivní protinádorové terapie, ale i po jejím ukončení. Národní onkologický plán České republiky definuje paliativní péči jako aktivní multidisciplinární přístup, jehož účelem je zachování kvality života po celou dobu trvání onemocnění. Klíčovými složkami této péče jsou individuálně nastavený léčebný plán, kontrola symptomů, psychologická a spirituální

podpora, a také pomoc v oblasti sociálních služeb. Konkrétní prvky musí být vzájemně propojené a reagovat na hodnoty a preference každého jednotlivého pacienta (Sláma, 2022).

Paliativní péče neslouží pouze pacientům, ale zaměřuje se také na jejich blízké osoby, které se často na péči aktivně podílejí. Multidisciplinární tým proto zůstává v kontaktu s rodinou i po úmrtí nemocného, pomáhá s administrativními i praktickými kroky a zajišťuje psychologickou podporu. V některých případech poskytují paliativní týmy také návazné služby ve formě komunitních setkání pozůstalých nebo individuálních konzultací s odborníky (Centrum paliativní péče, 2023).

3 NEFORMÁLNÍ PÉČE O ONKOLOGICKY NEMOCNÉ – AKTUÁLNÍ POZNATKY

V posledních letech je stále více pozornosti věnováno roli neformálních pečujících, zejména v souvislosti s chronickými a onkologickými onemocněními. Jedinci často bez odborného zázemí zajišťují péči o své blízké, čelí přitom značným psychickým, fyzickým i sociálním nárokům, a přesto zůstávají často mimo zorné pole odborné i veřejné diskuse. Kapitola přináší aktuální poznatky o tom, kdo jsou neformální pečující, jaké výzvy jim péče přináší a jaké podpory se jim dostává.

3.1 Charakteristika a role neformálních pečujících

Pečující osoba je obecně chápána jako jedinec, který poskytuje podporu a pomoc osobě, jež v důsledku zdravotního či psychického stavu není schopna si zajistit základní životní potřeby samostatně. Podle Ministerstva práce a sociálních věcí se s rolí pečujícího během života setká téměř každý, a to jako člověk, který péči potřebuje, nebo člověk, který péči poskytuje. V tomto kontextu se zpravidla jedná o tzv. neformální péči, tedy péči mimo rámec profesionálních a institucionálních služeb. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2025). Důležitým aspektem této péče je blízký vztah mezi pečujícím a příjemcem péče, přičemž odměna nebývá finanční, ale může být částečně kompenzovaná formou státních dávek či příspěvků (Jiráková, 2016).

Z pohledu mezinárodního výzkumu je rodinný pečovatel definován jako příbuzný nebo přítel, který bez nároku na odměnu zajišťuje každodenní péči osobě s chronickým či dlouhodobým onemocněním. Výzkumy zároveň ukazují, že velká většina této péče probíhá v domácím prostředí a je zajišťována právě těmito neformálními pečovateli, kteří tak tvoří neviditelnou, avšak nezastupitelnou součást systému péče (Swartz, 2019). Role pečujícího může být přijata různými způsoby, může vzniknout jako důsledek postupně se zhoršujícího zdravotního stavu blízkého, ale i náhle, a to v reakci na nečekanou životní událost. Osoba v této roli často zároveň plní i další životní a pracovní povinnosti, což může vést k vysokému psychickému i fyzickému zatížení (Leblanc, 2021).

Neformální péče tvoří zásadní součást systému dlouhodobé péče, jelikož značnou část této péče zajišťují rodinní příslušníci nebo blízcí. Nejčastěji pečovatelskou roli přebírají ženy ve věku 35-64 let. Kromě ekonomického přínosu má uvedený typ péče i významný společenský dopad, zejména ve formě posilování rodinné soudržnosti a mezigenerační

solidarity (Sociální politika, 2021). Zkušenost s poskytováním neformální péče má významná část české populace. Pečující osoby se vyskytují napříč různými regiony, úrovněmi vzdělání i sociálním postavením. Pouze v nejvyšších příjmových vrstvách bývá role pečujícího zastoupena o něco méně, což může souviset s vyšší dostupností placených služeb (Fryč, 2021).

Podle údajů projektu Neviditelní se jedná až o 800 000 osob, které se kromě samotné péče potýkají s vysokou mírou psychického i fyzického vyčerpání, omezením sociálních kontaktů a závažnými finančními problémy. Péče často vede ke ztrátě zaměstnání nebo nutnosti zkrátit pracovní úvazek a pečující osoby pak obtížně hledají zaměstnání s potřebnou mírou flexibility (Neviditelní, 2025). Příspěvek na péči má přiznaný jen menší část pečovaných osob, přičemž nejčastěji se jedná o péči o osoby s druhým stupněm závislosti. Dlouhodobé poskytování péče má negativní dopad na život pečujících – mnoho z nich zažívá zhoršení finanční situace, omezení pracovní aktivity či zhoršení zdraví a sociálních vztahů (Fryč, 2021).

3.1.1 Rodina a její úloha při péči

Rodina představuje klíčový prvek společenské mikrostruktury a zároveň nejstarší formu základní sociální skupiny. Hraje zásadní roli při formování lidské zkušenosti, utváření osobnosti a v oblasti psychické regulace chování. Přestože rodina nepředstavuje jediné prostředí výchovy, je prvním sociálním kontextem, jehož jsme členy, a má nezastupitelný význam v procesu socializace a výchovy jednotlivce. Její fungování je určováno vzájemnými vztahy, funkcemi a činnostmi, jejichž cílem je naplňování potřeb členů rodiny i společnosti jako celku. Sociologie se jako první vědecká disciplína začala systematicky zabývat rodinou coby sociální institucí. Většina sociologických definic rodinu charakterizuje jako společenství rodičů a dětí, přičemž zdůrazňuje manželské, pokrevní či adoptivní vztahy a společné plnění úkolů (Kurucová, 2016).

Rodina se často ocitá pod tlakem stresových situací a představuje rizikovou skupinu z hlediska schopnosti zvládat zátěž. Jedním z významných stresorů je závažné onemocnění některého člena rodiny, které narušuje běžné fungování a vyžaduje intenzivní péči. Taková situace má dopad nejen na nemocného, ale i na ostatní členy rodiny, kteří čelí fyzickému i psychickému vyčerpání, zvýšeným nárokům na psychickou odolnost a narušení sociálních vztahů (Kurucová, 2016).

V průběhu léčby se často rodinný systém semkne, přičemž běžné problémy ustupují do pozadí a dochází k mobilizaci sil. Pro nemocného představuje rodina bezpečné prostředí, v němž může sdílet své obavy a emoce. Takové prostředí napomáhá psychické úlevě a zvyšuje motivaci k léčbě. Pečující členové rodiny však v důsledku dlouhodobého zatížení často zanedbávají vlastní potřeby, což vede k jejich fyzickému a psychickému vyčerpání (Svoboda et al., 2023). Poskytování péče v domácím prostředí přináší neformálním pečujícím komplikace nejen v oblasti fyzického a psychického zdraví, ale i v rovině sociální a ekonomické. Navzdory těmto výzvám zůstává podpora a uznání potřeb neformálních pečujících v českém zdravotnickém systému stále nedostatečná. I když funkční rodina dokáže zajistit ochranu a péči nemocného, pro pečovatele samotného představuje taková úloha značnou zátěž (Kurucová, 2016).

Rodinné prostředí nelze vždy považovat za funkční a vzájemné vztahy mezi členy rodiny nemusí vykazovat pečující charakter. Onemocnění zasahuje všechny osoby tvořící bezprostřední sociální okruh nemocného, přičemž intenzita dopadu závisí na kvalitě existujících vztahů. Přítomnost závažné choroby zpravidla odhaluje reálnou úroveň soudržnosti rodinného systému, může posílit vzájemnou oporu, ale také odkrýt narušené nebo dysfunkční vztahové vzorce. V určitých situacích se projeví, že rodinný systém není schopen čelit nárokům spojeným s dlouhodobou péčí o nemocného člena, což může vést až k jeho rozpadu (Adam et al., 2019).

Po ukončení léčby se rodina často potýká s novými výzvami a možnými konflikty. Pečující často očekávají návrat k běžnému životnímu stylu, možnost regenerace sil, obnovení vlastních zájmů a vztahových kompetencí. Očekávají také navrácení původních rolí včetně intimního a sexuálního života. Tyto očekávání však mohou narážet na odlišné vnímání situace ze strany pacienta, což může vést ke komunikačním obtížím a nepochopení. Členové rodiny mohou pociťovat přetrvávající obavy z recidivy onemocnění a projevovat nadměrnou ochranu, která brání pacientovi v návratu k autonomii. Pacienti se pak mohou cítit přetížení, nepochopení a vinni za své potřeby, zatímco jim současně chybí empatie a zájem ze strany blízkých. Změny v chování nemocného bývají pro okolí obtížně pochopitelné a těžko přijatelné (Svoboda et al., 2023).

3.1.2 Právní a ekonomické aspekty péče

U pacientů s onkologickým onemocněním bývá v průběhu akutní léčby nárok na příspěvek na péči často zamítnut, jelikož je zdravotní stav vnímán jako dočasný zhoršený v souvislosti

s terapií. Složitější situace nastává v případě paliativní léčby, která může probíhat i několik měsíců až do konce života, a jejímž cílem je stabilizace zdravotního stavu při zvládnutelných vedlejších účincích. U onkologických pacientů nedochází vždy k hospitalizaci, přestože vyžadují celodenní podporu druhé osoby. Paliativní péče se často zajišťuje ambulantně na onkologii, u praktického lékaře či v rámci paliativních ambulancí (Slavíková et al., 2024).

Finanční podpora formou příspěvku na péči je upravena zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zejména zákona 38/2025 Sb. Dávka je určena osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby, přičemž míra závislosti se stanovuje ve čtyřech stupních. K žádosti je nutné přiložit vyplněný formulář o poskytovateli pomoci, v němž žadatel specifikuje konkrétní fyzickou osobu nebo poskytovatele sociálních služeb, který péči zajišťuje. Výše příspěvku se liší dle věku a stupně závislosti a v roce 2025 se pohybuje v rozmezí od 880 Kč do 27 000 Kč měsíčně. Od 1. dubna 2025 přešlo vyřizování žádostí o příspěvek na péči z kompetence obecních úřadů obcí s rozšířenou působností na územní správy sociálního zabezpečení. Úřady nyní rozhodují o přiznání dávky nejpozději do 15 dnů od obdržení posudku o stupni závislosti (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2025).

Na rozdíl od příspěvku na péči, který je určen přímo potřebné osobě, ošetrovné spadá mezi dávky nemocenského pojištění a náleží osobě, která péči poskytuje. Dlouhodobé ošetrovné představuje jednu z dávek nemocenského pojištění. K jejímu přiznání je zapotřebí splnit určité podmínky jak ze strany pečující osoby, tak ze strany pacienta. Zdravotní stav ošetřovaného musí být vážně narušen natolik, že vyžaduje hospitalizaci v délce minimálně sedmi dní. V den propuštění z nemocnice pak musí být lékařem potvrzena nutnost další domácí péče, která bude trvat alespoň 30 kalendářních dní. Zároveň musí být udělen písemný souhlas nemocného se zajištěním péče konkrétní osobou (Slavíková et al., 2024).

Krátkodobé ošetrovné (OČR) je určeno zaměstnancům, kteří se dočasně nemohou účastnit pracovního procesu z důvodu péče o nemocného člena domácnosti. Maximální doba výplaty této dávky činí 9 dnů, v případě osamělých rodičů pečujících o dítě až 16 dnů. Výše ošetrovného odpovídá 60 % denního vyměřovacího základu. Problematické je, že ošetrovné nelze uplatnit v situacích, kdy pečující osoba nežije s nemocným ve společné domácnosti, což se často týká dospělých dětí starajících se o své stárnoucí rodiče (Slavíková et al., 2024).

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, stanovuje, že osoby s trvalým pobytem v České republice mají povinnost být zdravotně pojištěny. V rámci systému veřejného zdravotního pojištění jsou vymezeny skupiny tzv. státních pojištěnců, mezi které

patří mimo jiné také osoby pečující o závislého člověka ve II., III. nebo IV. stupni závislosti. Jestliže je pečovaná osoba hospitalizována po dobu delší než jeden kalendářní měsíc, dochází k pozastavení výplaty příspěvku na péči a zároveň stát přestává hradit zdravotní pojištění pečující osobě (Sociální politika, 2021).

Doba, po kterou fyzická osoba poskytuje péči závislému člověku, se podle platné legislativy považuje za náhradní dobu důchodového pojištění. Doba se tedy započítává stejně jako běžná zaměstnání, a to i přesto, že během péče není vykonávána výdělečná činnost. Podmínkou je, že péče je poskytována buď osobě blízké, nebo osobě, se kterou pečující sdílí domácnost (Sociální politika, 2021).

Po skončení péče má pečující osoba možnost zažádat o podporu v nezaměstnanosti, pokud během předchozích svou let odváděla sociální pojištění alespoň po dobu dvanácti měsíců. Přestože stát během období péče pojištění nehradí, započítává se péče do potřebné doby pojištění pro důchod (Sociální politika, 2021).

Jednou z dalších forem státní pomoci jsou dávky státní sociální podpory (např. příspěvek na bydlení) nebo na dávky hmotné nouze (doplatek na bydlení, příspěvek na živobytí, mimořádná okamžitá pomoc). Tyto možnosti mohou být využívány zejména tehdy, pokud osoba s onkologickým onemocněním nesplňuje podmínky pro přiznání nemocenských dávek ani invalidního důchodu (Slavíková et al., 2024).

V případě, že onkologické onemocnění vede k trvalému snížení pracovní schopnosti, může pacient požádat o invalidní důchod. O nároku rozhoduje posudkový lékař na základě zdravotního stavu, přičemž invalidita se posuzuje ve třech stupních. Pro jeho přiznání je zároveň nutné splnit i podmínky doby účasti na důchodovém pojištění. Výše invalidního důchodu závisí na předchozích příjmech a stupni invalidity. Dávka je často jediným pravidelným příjmem pacienta v pokročilém stádiu nemoci, a proto má zásadní význam pro ekonomickou stabilitu domácnosti (Česká správa sociálního zabezpečení, 2025).

3.2 Aktuální poznatky o vlivu onkologického onemocnění na pečující

Péče o osobu trpící onkologickým onemocněním představuje pro neformální pečující zásadní životní změnu, která výrazně zasahuje do jejich každodenního života. Dopad bývá často hluboký, v některých případech až dramatický. Vzhledem k tomu, že značná část péče o onkologické pacienty probíhá v domácím nebo komunitním prostředí, odpovědnost za poskytování péče nese převážně rodina a blízcí přátelé. Většina pečujících se do této role

dostane z důvodu rodinné či morální povinnosti, často bez reálné možnosti volby. Výsledkem je zásadní proměna jejich životního stylu, jelikož musí přizpůsobit svůj každodenní režim potřebám nemocného. Tyto změny se týkají mnoha aspektů života pečujícího, včetně omezení volného času, narušení sociálních kontaktů a zhoršení pracovní či ekonomické situace. Neformální pečující se tak ocitají v nové, náročné životní roli, která s sebou přináší řadu nových povinností, přičemž jim často chybí jak předchozí zkušenosti, tak adekvátní odborná nebo institucionální podpora (Girgis et al., 2012).

Omezení běžného denního fungování a sociálních kontaktů

Péče o blízkého s onkologickým onemocněním významně omezuje každodenní aktivity neformálních pečujících. Dochází k narušení jejich sociálních kontaktů a zájmových činností, neboť jejich čas a energie jsou primárně směřovány na potřeby pacienta a jeho rekonvalescenci (Girgis et al., 2012). Studie zaměřená na pečující osoby pacientů s rakovinou plic ukázala, že výrazná většina respondentů zaznamenalo alespoň jednu nepříznivou ekonomickou nebo sociální změnu od doby stanovení diagnózy. Mezi nejčastější změny patřilo ukončení nebo výrazné omezení většiny společenských a volnočasových aktivit (Mosher et al., 2013).

V jiné studii zaměřené na australské pečující více než polovina respondentů popsala péči jako faktor s výrazným či zásadním dopadem na jejich životní volby a každodenní fungování. Mezi konkrétní oblasti života, které byly v důsledku péče o onkologicky nemocného negativně ovlivněny, patřily zejména následující:

- Omezené možnosti dovolené a pobytu mimo domov
- Omezení v cestování
- Snížení času věnovaného zálibám
- Omezení společenského života
- Narušení osobních vztahů

Tyto skutečnosti přispívají ke vzniku pocitů sociální izolace a osamění. Téměř polovina dotazovaných pečujících neměla dle studie žádný čas pro sebe (Girgis et al., 2012).

Přestože pečující uváděli potřebu zachovat si alespoň částečně „normální“ způsob života během poskytování péče, mnozí z nich cítili, že k tomu nemají dostatek příležitostí. Potřebu odpočinku od každodenních praktických výkonů spojených s péčí vyjadřuje část

pečujících, přičemž mnozí z nich zároveň uvádějí, že jim k tomu chybí čas i vhodné podmínky (Lund et al., 2014).

Dále se ukazuje, že respektování potřeby soukromí a prostoru pro individuální čas je důležitým, avšak často přehlíženým aspektem péče (ACS, 2023). Pečující osoby rovněž uváděly pocity ztráty a truchlení, jakož i změny ve vztazích s rodinou a dalšími blízkými osobami (Girgis et al., 2012). Vzhledem k množství náročných úkolů a psychosociální zátěži se někteří pečující cítí být přetíženi (ACS, 2023). Nedostatečná sociální podpora pak představuje významný rizikový faktor pro vznik úzkostných a depresivních symptomů (Girgis et al., 2012).

Kromě emocionální a sociální zátěže přebírají pečující také řadu praktických povinností, které nemocný není schopen vykonávat – například úklid domácnosti, praní, nákupy, vyřizování administrativních záležitostí či péče o děti (Canadian Cancer Society, 2025). Mezi další často zmiňované činnosti patří pomoc s běžnými denními aktivitami (ADL), osobní hygienou a poskytování psychické podpory. Tyto úkoly, ať už se jedná o přímou péči či zjištění chodu domácnosti, vyžadují značné množství času a energie, které pečující nemohou věnovat vlastním zájmům a společenskému životu (Lund et al., 2014).

3.2.1 Přizpůsobení denního režimu a práce

Péče o osobu s rakovinou často nabývá charakteru práce na plný úvazek, přičemž jde o činnost neplacenou a mnohdy vysoce náročnou (Lund et al., 2014).

V důsledku časových a organizačních nároků na péči dochází u řady pečujících ke změnám v pracovním životě (Xiang et al., 2022). Výzkumy naznačují, že značná část pečujících osob muselo upravit své pracovní závazky, které zahrnují pracovní dobu, náplň práce, nebo pracovní status (de Moor et al., 2018). V některých studiích zaměřených na zaměstnané pečující o pacienty s rakovinou, byla pozorována vysoká míra úprav pracovního režimu, včetně flexibilizace pracovních rozvrhů či čerpání delšího volna (Hastert et al., 2019).

Změny pracovního režimu úzce souvisely s obtížemi při vyvažování pracovních a pečovatelských povinností, které jsou často zdrojem stresu a mohou být spojeny s výskytem úzkostných a depresivních příznaků (Hastert et al., 2019). Výzkum zaměřený na pečující o pacienty s rakovinou plic ukazuje, že část zaměstnaných pečujících snižuje svůj pracovní úvazek, přičemž v některých případech dochází k úplnému opuštění zaměstnání nebo k zásadním životním změnám ze strany některého z rodinných příslušníků (Mosher et

al., 2013). Ne-primární pečující přitom měli větší potíže se zajištěním volna než pečující hlavní (Lund et al., 2014).

Dále byla popsána snížená produktivita v zaměstnání, tzv. presenteeism, což znamená fyzickou přítomnost v práci při současném poklesu výkonu. Zmiňovaný jev bývá spojen s poklesem efektivity a celkové produktivity v pracovním prostředí. Příčinou jsou únava, starosti o pacienta a nutnost řešit péči i během pracovní doby, například komunikací se zdravotnickými zařízeními, organizací péče nebo doprovodem pacienta na vyšetření. Presenteeism může mít negativní dopady na kariéru – někteří pečující uváděli, že byli přehlíženi při povýšení nebo čelili výtkám ohledně svého pracovního výkonu (Xiang et al., 2022).

Změny pracovního režimu, zejména snížení pracovního úvazku nebo ztráta zaměstnání, často vedou k poklesu příjmu domácnosti. Někteří pečující tak zažívají ztrátu hlavního zdroje rodinného příjmu, a v důsledku nákladů spojených s péčí dochází také k výraznému využití rodinných úspor, a to i přes existenci zdravotního pojištění (Mosher et al., 2013). Další výzkumy potvrzují, že pečující osoby často čelí významným finančním důsledkům souvisejícím s jejich rolí (Lund et al., 2014). Finanční obavy byly zjevné, zejména u pečovatelů s malými dětmi nebo starších pečovatelů (Zhang a Qi, 2024).

Neformální pečující tak přebírají mnoho nových a často komplexních povinností, na které nejsou dostatečně připraveni a nedostává se jim adekvátní podpory. Úkoly zahrnují pomoc s hygienou, oblékáním, stravováním, správou medikace, zvládáním symptomů, ale také koordinaci zdravotní péče a organizaci lékařských vyšetření. Doprovod pacienta na zdravotnické zařízení je častou součástí péče. Povinnosti představují významnou zátěž a vyžadují čas i energii, což dále komplikuje možnost zachování běžného pracovního i osobního života (Lund et al., 2014).

3.2.2 Zdravotní a ošetrovatelská podpora

Neformální pečující osoby se často aktivně podílejí na podávání a správě medikace (Hastert et al., 2019). K efektivní péči je nezbytné, aby měli detailní znalosti o názvu léku, jeho účelu a indikaci, správném dávkování, způsobu a čase užívání, potencionálních nežádoucích účincích (např. ospalost, nevolnost, sucho v ústech) a rovněž o očekávané účinnosti medikace, včetně toho, jak poznat, že lék zabírá, a kdy lze očekávat jeho účinek. Pečující by dále měli být informováni o možných interakcích mezi nově nasazeným lékem a jinými přípravky či doplňky, které pacient již užívá (ACS, 2023). Část pečujících vnímá

příliš vysokou míru odpovědnosti za domácí péči, která zahrnuje například i podávání léků (Lund et al., 2014).

Součástí péče je také monitorování a zvládání symptomů onemocnění a nežádoucích účinků onkologické léčby. Tyto činnosti představují značnou zátěž a mohou negativně ovlivňovat pracovní výkonnost pečujících, což se může projevit opět prezentismem (Lund et al., 2014).

Pečující osoby se často stávají hlavními zástupci pacienta v komunikaci se zdravotnickým personálem (Girgis et al., 2012). K získání podrobných informací o zdravotním stavu pacienta je obvykle zapotřebí jeho písemného souhlasu. Bez něj je přístup k informacím, například o vedlejších účincích chemoterapie, značně omezen, ačkoli samotní pečující mohou poskytovat zdravotníkům informace o pacientově stavu i bez souhlasu (ACS, 2023).

Znalost symptomů, které je nutné nahlásit zdravotnickému týmu, stejně jako přesné určení doby jejich vzniku, je klíčové pro včasnou intervenci. Doporučuje se, aby si pečující před návštěvou lékaře připravili seznam dotazů a problémů. Orientace v léčebném plánu a porozumění výsledkům vyšetření jsou další důležité aspekty. Ke snadnějšímu zapamatování informací mohou pečující využít poznámky či hlasový záznam (pouze se souhlasem lékařského týmu) (ACS, 2023).

Organizace schůzek a léčebných procedur bývá rovněž součástí pečovatelské role, přičemž řada pečujících vnímá částečnou odpovědnost za úkoly spojené s péčí. Doprava pacienta na lékařské vyšetření nebo jiné potřebné lokality tvoří běžnou a časově náročnou aktivitu. Aspekt péče spočívající v organizaci a doprovodu je rovněž identifikován jako jeden z faktorů přispívajících k pracovnímu prezentismu (Lund et al., 2014).

3.2.3 Emoční a psychická zátěž pečujících

Role neformálního pečovatele je často spojena se značnými emocionálními a psychickými nároky, které významně ovlivňují jejich kvalitu života (Cai et al, 2021). Tato kapitola se zaměřuje na různé aspekty psychické zátěže pečujících, včetně úzkosti, deprese, pocitů viny, stresu z nejistoty a rizika vyhoření, ale také na význam psychologické podpory a intervencí.

Péče o blízkého s onkologickým onemocněním představuje pro neformální pečovatele značnou psychickou výzvu, a proto se pečující často potýkají s celou řadou negativních emocí a psychologických obtíží (Soyaslan a Oksuz, 2022).

Úzkost a deprese

Neformální pečovatelé onkologických pacientů vykazují vyšší riziko rozvoje úzkosti a deprese. Výzkumy ukazují, že pečovatelé paliativních pacientů často trpí střední úrovní uvedených symptomů, které jsou standardně měřeny škálami jako Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) nebo Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CESD) (Soyaslan a Oksuz, 2022). Riziko depresivních symptomů je vyšší zejména u manželů a manželek pacientů (Cochrane et al., 2021). Pečující, kteří žijí s pacientem ve společné domácnosti, uvádějí vyšší míru úzkosti a deprese než ti, kteří s pacientem nežijí (Yuen a Wilson, 2022).

Mezi faktory ovlivňující úzkost a depresi patří úroveň sebeúčinnosti, dostupnost sociální podpory, přítomnost bolesti u pacienta, vyšší míra neuroticismu (sklon k negativním emocím), nízká úroveň mindfulness (uvědomělá pozornost k přítomnému okamžiku) a nízká míra sebesoucitu. Věk pečujícího může hrát ochrannou roli, kdy vyšší věk koreluje s nižšími úrovněmi úzkosti a deprese (Taurisano et al., 2022).

Za zásadní je považována dyadická povaha distresu (tj. negativního psychického stavu vyvolaného zátěží, stresem a úzkostí), kdy je psychický stav pacienta a pečující osoby vzájemně propojen a navzájem se ovlivňuje (Taurisano et al., 2022).

Pocity viny a bezmoci

Přestože pocity viny a bezmoci u pečujících nejsou výslovně uvedeny jako samostatné psychické fenomény, jejich výskyt v kontextu péče o pacienty s onkologickým onemocněním je častý a úzce souvisí s pacientovou vlastní vnímanou zátěží (SPB – self-perceived burden). Koncept popisuje nerovnováhu mezi potřebami pacienta a dostupnou péčí, což vede k prožívání viny, psychického distresu a ztráty sebeuvědomění. U pacientů s pokročilými formami onemocnění se často objevuje pocit, že zatěžují své pečující, což může mít za následek úzkost, depresi a celkové zhoršení kvality jejich života. I když je SPB primárně vnímána jako problém pacienta, její důsledky mohou negativně ovlivnit i vztah mezi pacientem a pečujícím, přičemž pocit viny pacienta může zpětně přispět k psychickému distresu pečujícího, včetně prožívání viny nebo pocitu nedostatečnosti v případě, že není schopen adekvátně zmírnit zátěž spojenou s péčí (Chen et al., 2023).

V kontextu dyadického vztahu je rovněž pravděpodobné, že pocity viny prožívané pacientem mohou mít zpětný vliv na psychické zdraví pečujícího. Pečovatelé, často vnímání jako povinní být pevnou oporou, mohou mít tendenci potlačovat vlastní emoce

a nekomunikovat o svých obtížích, obávající se, že by mohli pacienta znepokojit. Nedostatek otevřené komunikace a potlačené frustrace může vést k pocitům izolace a bezmoci. Bezmoc je v tomto kontextu spojována s nízkou mírou kontroly nad situací, která je často umocněna nejistotou týkající se prognózy a průběhu nemoci, čímž se zhoršuje jak psychická pohoda pečujícího, tak i kvalita poskytované péče (Cai et al., 2021).

Strach z budoucnosti a nejistota

Strach z budoucnosti a nejistota představují klíčové faktory, které formují zkušenosti pečujících o pacienty s onkologickým onemocněním, přičemž jsou silně spjaté s progresí nemoci a očekávanou prognózou. Podle kvalitativní studie byla hlavní obavou rodinných pečovatelů postupná degradace zdravotního stavu jejich blízkých. Obava úzce souvisí se strachem z budoucnosti a s nejistotou ohledně dalšího vývoje onemocnění a blížícího se konce života. Stres vyplývající z nejistoty je obecně uznáván jako významný výzva pro pečující, přičemž konkrétní detailní popis tohoto stresu v dostupných zdrojích není podrobně rozvinut. Nicméně, daný aspekt je zahrnut v širší definici psychického distresu a úzkosti, které pečující pravidelně prožívají (Moghaddam et al., 2023).

3.2.4 Význam duševní hygieny, prevence přetížení a intervence

Vzhledem k vysoké psychické zátěži, které pečující osoby čelí, nabývá zásadnímu významu důsledná péče o duševní hygienu, prevence přetížení a cílené terapeutické intervence. Pečující využívají různé copingové strategie ke zvládnutí náročných situací, přičemž mezi klíčové přístupy patří individuální sebeúprava (self-adjustment) a vyhledávání formální i neformální podpory. Výzkumy zároveň ukazují, že pečující často vyjadřují potřebu profesionální psychologické podpory. Odborníci ze zdravotnického sektoru by proto měli přistupovat k volbě podpůrných strategií flexibilně a přizpůsobovat je individuálním potřebám pečujících osob (Cai et al., 2021).

Existuje řada intervencí, které se ukázaly být účinné v redukci přetížení pečujících a zlepšení jejich kvality života. Mezi nejefektivnější patří návštěvy v domácím prostředí a psychoedukační intervence, realizované jak individuálně, tak skupinově (Camarana et al., 2022).

Dalšími ověřenými typy intervencí jsou:

- **Psychoedukace:** Přispívá ke zvýšení znalostí a kompetencí v oblasti poskytované péče, zlepšuje psychické fungování (zejména symptomy deprese, úzkosti a stresu) a snižuje subjektivně vnímanou pečovatelskou zátěž.
- **Řešení problémů a budování dovedností:** Intervence podporuje rozvoj schopností řešit problémy, posiluje sebedůvěru a pocit vlastní účinnosti, zmírňuje depresivní symptomy, úzkost a distres. Také přispívá ke zlepšení zdravotních ukazatelů, jako je únava, a celkově podporuje kvalitu života.
- **Kognitivně behaviorální terapie:** Patří mezi nejčastější intervenční metodu u pacientů v péči na konci života a přináší významné zlepšení psychického stavu, snížení symptomatického břemene onkologického onemocnění, zvýšení sebeúčinnosti a zlepšení kvality života.
- **Rodinná a párová terapie:** Terapie přispívá ke zlepšení partnerských vztahů a manželského fungování, podporuje efektivní komunikaci a snižuje negativní vnímání pečovatelské role. Pozitivní efekty se projevují jak u pečujících, tak u samotných pacientů, včetně snížení deprese, úzkosti a distresu.
- **Interpersonální terapie:** Pomáhá snížit míru deprese a úzkosti, čímž přispívá ke zvýšení kvality života pečujících.
- **Podpůrná terapie:** Zaměřuje se na posílení vnímání sociální podpory a rozšíření znalostí pečujících.
- **Integrativní, alternativní a komplementární terapie:** Mezi tyto metody patří například masáže, které zmírňují depresi, úzkost a únavu, nebo trénink síly, jenž má pozitivní vliv na duševní zdraví. Významný efekt má rovněž program Mindfulness-Based Stress Reduction, (MBSR), který přispívá ke snížení pečovatelské zátěže. (National cancer institute, 2023).

Aktuální poznatky zdůrazňují, že při poskytování péče by pacient a pečující osoba měli být vnímáni jako jednotná dyáda, neboť jejich životy a duševní zdraví jsou vzájemně úzce propojeny. Koncept dyadického zvládání (dyadic coping, DC), který zahrnuje společné řešení problémů a vzájemnou regulaci emocí, přináší prokazatelné snížení stresu a podporu psychické pohody obou členů dyády. Intervence zaměřené na dyadické zvládání, které podporují snižování zátěže a rozvoj pozitivních vzorců zvládání, se ukazují jako vysoce

účinné při zlepšování symptomů úzkosti a deprese pacientů i jejich pečujících (Chen et al., 2023).

Podpora efektivní komunikace a sdílených aktivit mezi pacientem a pečujícím rovněž posiluje vzájemné vztahy a napomáhá vyjadřování emocí (Cai et al., 2021).

Dalšími důležitými faktory ovlivňujícími kvalitu péče a spokojenost pečujících jsou zdravotní gramotnost a komunikační dovednosti. Zvýšení sebeúčinnosti, dosažené prostřednictvím vhodných intervencí, úzce souvisí se zlepšením psychické pohody a snížením distresu. Účast pečujících na návštěvách onkologických zařízeních navíc posiluje vztah mezi jejich informační kompetencí a naplněním potřeb i spokojeností se zdravotní péčí (Moore et al., 2024).

3.2.5 Změny ve vztazích

Onkologické onemocnění je často označováno jako „nemoc-my“, protože jak už bylo zmíněno, nezasahuje pouze samostatného pacienta, ale má dopad na celou rodinu a zásadně ovlivňuje vztahy a dynamiku uvnitř rodinného systému (Li et al., 2020). Studium dyád, tedy dvojic tvořených pacientem a neformálním pečujícím, je klíčové pro hlubší porozumění těmto změnám (Pasek et al., 2023).

Diagnóza onkologického onemocnění a s ní spojená péče zásadně mění každodenní chod domácnosti a vedou k nutnosti přerozdělit tradiční rodinné role. Pečující osoby, nejčastěji partneři, děti nebo jiní blízcí příbuzní, přebírají nové, často velmi náročné povinnosti (Pasek et al., 2023). Dochází k proměně dynamiky domácnosti, kdy je nutné upravit rozdělení odpovědnosti a rozhodovacích pravomocí tak, aby odpovídaly potřebám nemocného člena rodiny. Pečující jsou často nuceni klást potřeby pacienta nad své vlastní. Životní plány pečujících bývají narušeny a jejich čas je převážně vyplněn péčí, návštěvami zdravotnických zařízení a zajišťováním chodu domácnosti, což u mnohých vede k pocitu uvěznění v pomyslném trojúhelníku „domov-lékárna-nemocnice“. Rodiny se snaží změny co nejrychleji zvládnout a obnovit rovnováhu prostřednictvím efektivního sebemanagementu (Rezaei et al., 2024).

Posílení vztahu

Navzdory množství výzev a negativních dopadů může onkologické onemocnění vést také k posílení rodinných a partnerských vztahů, proces péče o nemocného může být provázen pozitivními emocemi, jako jsou empatie, láska a vděčnost (Rezaei et al., 2024).

Výzkumy ukazují, že v některých případech dochází k posílení intimity, soudržnosti a solidarity mezi členy rodiny. Závažná nemoc jednoho člena může přimět ostatní, aby se více semkli, vzájemně podporovali a společně sdíleli pečovatelské povinnosti, čímž se sníží individuální zátěž (Rezaei et al., 2024).

Pečující osoby často získávají nový smysl a účel života prostřednictvím péče, kterou poskytují. Pocit naplnění z toho, že jsou důležitou oporou pro nemocného člena rodiny, jim pomáhá udržovat naději a motivaci pokračovat v péči. Kromě toho může být významným zdrojem vnitřní síly také duchovní růst, víra a hledání útěchy v náboženském prožitku (Rezaei et al., 2024).

Koncept dyadického zvládání (dyadic coping) popisuje vzájemnou podporu partnerů při společném překonávání stresu spojeného s onkologickým onemocněním. Formy podpory, jako je delegace úkolů a společné řešení problémů, mohou výrazně snižovat míru stresu a přispívat k lepší psychické pohodě obou členů dyády (Chen et al., 2023). Vzájemná podpora a koordinace při zvládání nemoci jsou klíčové pro posilování odolnosti celé dyády (Gibbons et al., 2019).

Intervence zaměřené na dyádu pacient-pečující, které pracují s dvojicí jako jednotkou, se ukazují jako efektivnější při snižování stresu a zvyšování schopnosti zvládat náročné situace. Sociální podpora uvnitř dyád je navíc spojena se zlepšením kvality života, naděje a psychické odolnosti jak pacientů, tak pečujících (Pasek et al., 2023). Účinné intervence by měly cílit na redukci zátěže (jak sebepocitování u pacienta, tak pečovatelské u pečujícího) a na rozvoj pozitivních dyadických vztahů založených na aktivním zvládání stresu, což může přispět ke snížení úzkosti a depresivních symptomů u obou partnerů (Chen et al., 2023).

Posun od partnerského vztahu k dynamice pečovatel-pacient

Diagnóza onkologického onemocnění a následná potřeba péče často vedou k zásadní proměně vztahu mezi pacientem a jeho neformálním pečujícím, kterým je nejčastěji životní partner. Proces je charakterizován přesunem od tradičního partnerského vztahu k nové dynamice, kde převažuje funkční rozměr vztahu mezi pečovatelem a pacientem (Pasek et al., 2023). Dochází k předefinování rolí, kdy se z partnera stává pečující osoba odpovědná za řadu úkolů a rozhodovacích procesů, zatímco pacient se ocitá v pozici příjemce péče a jeho míra závislosti na druhém se zvyšuje (Chen et al., 2023).

Jedním z hlavních důsledků této změny je posun v rovnováze moci a závislosti ve vztahu. Pacient se stává více závislým na podpoře pečujícího v oblastech každodenního

života, v doprovodu na léčbu i při správě finančních záležitostí (Chen et al., 2023). Sledovaná rostoucí závislost posiluje roli pečujícího, který přebírá dominantnější postavení v řízení domácnosti a v rozhodovacích procesech týkajících se nemoci a péče (Hudson et al., 2019).

Transformace partnerského vztahu na vztah pečovatelský často vede k narušení či ztrátě intimních a romantických aspektů. Péče má významný dopad na dříve existující vztahové dynamiky. Mezi obavami pečovatelů jsou výslovně zmíněny sexuální problémy, rodinné a manželské konflikty nebo sociální interakce. Téměř každý pečující zaznamená dopad na své vztahy, včetně intimního života. To ukazuje, že se nejedná pouze o psychologický dopad, ale o konkrétní změny a výzvy v základních aspektech partnerského a rodinného života (Zhang a Qi, 2024). Partneři se zaměřují primárně na zvládání náročné situace, čímž intimita a romantika, které dříve tvořily základ jejich vztahu, ustupují do pozadí. Výzkumy zdůrazňují nutnost zkoumání procesů intimity a partnerské adaptace na onkologické onemocnění (Otto et al., 2022). Manželé a manželky v roli pečujících často vykazují sníženou spokojenost ve vztahu, což je spojeno i s pocity nerovnováhy v oblasti dávání a přijímání péče (Applebaum, 2013).

Úspěšné zvládání změn ve vztahu vyžaduje zásadní úpravu komunikace a vzájemných očekávání. Dříve ustálené vzorce interakcí a rozdělení rolí již v podmínkách chronického onemocnění nemusí být funkční. Například frustrace pečujícího z očekávání, že pacient bude i nadále plnit své dřívější role, i přes svou únavu a zdravotní omezení, ukazuje na nutnost nové dohody (Hudson et al., 2019). Otevřená komunikace o potřebách, obavách a emocích je nezbytná, i když může být náročná (Otto et al., 2022). Některé páry se uchylují k tzv. ochrannému tlumení (protective buffering), kdy zadržují negativní emoce a informace, což je však spojeno se zhoršením psychického zdraví a kvality života (Otto et al., 2022). Rozvoj efektivních komunikačních strategií a schopnosti společného zvládání stresu (dyadické zvládání) je klíčový pro udržení psychické pohody a odolnosti vztahu (Treanor et al., 2019). Nedostatečná komunikace pak může vést k rozdílným pohledům na zvládání situace a zvýšení psychické i fyzické zátěže (Chen et al., 2023). Intervence zaměřené na partnerské páry podporují zlepšení vzájemné komunikace, rozvoj schopnosti řešit problémy a posilují dyadické zvládání, což přispívá ke snížení úzkosti a deprese a ke zlepšení kvality partnerského vztahu (Treanor et al., 2019). Je nezbytné, aby páry aktivně upravily své vzájemné očekávání a společně se adaptovaly na novou realitu života s onkologickým onemocněním (Gibbons et al., 2019).

Izolace pečujícího

Péče o onkologicky nemocné často způsobuje výraznou sociální izolaci pečujícího a omezení osobního života. Kvalitativní studie ukazují, že zkoumaný proces zasahuje hluboce do každodenních rutin, sociálních interakcí i možnosti osobní seberealizace pečujících osob (Rezaei et al., 2024).

Jedním z charakteristických rysů této situace je pocit pozastaveného života, kdy pečovatelé vnímají, že jejich vlastní životní plány a běžné denní aktivity musely být odloženy v důsledku neustálých požadavků spojených s péčí. Životní prostor pečujících je omezen a jejich každodenní rutiny se zásadně mění. Popisovaný stav často vede k pocitu uvěznění. Péče rovněž přispívá k zanedbávání vlastních potřeb a k narušení osobního životního plánu, což se projevuje zejména ztrátou zájmů a koníčků, které dříve tvořily podstatnou součást jejich identity a sociálního života. Současně je pro pečující typický stav nepřetržité pohotovosti, popisovaný jako „Stand by“, který dále omezuje jejich schopnost účastnit se spontánních i plánovaných sociálních aktivit (Rezaei et al., 2024).

Dalším významným aspektem je samota, která pečující často provází (Applebaum, 2013). Ačkoliv samota zahrnuje také emocionální rozměr, z hlediska sociální izolace znamená především nedostatek kontaktů a propojení s okolím. Osamělost pečujících je úzce spojena se zvýšenou mírou stresu, celkovou pečovatelskou zátěží a jejich zaměstnaneckým statutem (Ross et al., 2020).

Komunikační bariéry v rámci rodiny rovněž přispívají k prohlubování izolace pečujících. V některých případech se členové rodiny vyhýbají otevřené komunikaci o nemoci nebo dochází k tendenci skrývat své pocity, a to jak ze strany pacienta, tak ostatních členů rodiny. Existuje specifický typ pečovatele označovaný jako „Carrier“, který se zaměřuje primárně na plnění pečovatelských úkolů, vyhýbá se sdílení vlastních emocí a má potíže se žádostí interakcí a zvyšuje vnímání izolace (Wittenber et al., 2019). V důsledku své role se pečovatelé mohou cítit zanedbávaní a neviditelní (Rezaei et al., 2024).

Nedostatek sociální podpory je v literatuře opakovaně identifikován jako klíčový problém pro neformální pečovatele. Naopak adekvátní podpora ze strany rodiny a zvýšené pocitové propojení s blízkými jsou spojeny s lepšími psychosociálními výsledky pečovatelů (Rezaei et al., 2024). Vnímaná sociální propojenost představuje zásadní faktor, který souvisí s mírou sociální interakce, začlenění a subjektivním prožíváním izolace (Pasek et al., 2023).

Psychosociální intervence zaměřené na podporu neformálních pečovatelů onkologických pacientů cílí i na zmírnění sociální izolace a posílení sociální podpory. Tyto intervence mohou zahrnovat například skupinové diskuse mezi vrstevníky nebo speciální podpůrné skupiny pro pečovatele, jejichž cílem je podpořit sociální vazby a umožnit sdílení zkušenosti (Treanor et al., 2019).

Závěrem lze konstatovat, že sociální izolace a omezení osobního života představují zásadní důsledky péče o onkologicky nemocné v neformálním prostředí. Negativní dopady pramení zejména z vysoké náročnosti pečovatelské role, která omezuje běžný život pečovatele, vede ke ztrátě osobních zájmů, pocitu uvěznění a nedostatku sociálních kontaktů a podpory (Rezaei et al., 2024).

3.2.6 Potřeby pečujících

Pečující osoby starající se o onkologicky nemocné čelí širokému spektru potřeb, které lze rozdělit do několika základních kategorií, a to na potřeby informační, psychologické, sociální a prakticko-fyzické. Tyto potřeby se liší v závislosti na charakteristikách onemocnění (např. typu diagnózy) i osobních faktorech (např. demografických charakteristikách či individuálních strategiích zvládání). Porození těchto potřebám je zásadní pro efektivní plánování podpůrných intervencí (Longacre et al., 2013).

Informační potřeby

Informační potřeby jsou často identifikovány jako nejvýznamnější v rámci psychologických, informačních a sociálních potřeb během počáteční fáze onkologického onemocnění, zejména v období stanovení diagnózy a zahájení léčby. Výzkumy naznačují, že po ukončení léčby tyto potřeby obvykle klesají (Wang et al., 2021). Pečující osoby vyžadují objektivní, důvěryhodné a lékařsky validní informace, které jsou prezentovány srozumitelným jazykem přizpůsobeným laickému publiku (Dave et al., 2024). Ačkoliv často dochází k informačnímu přetížení, paradoxně přetrvává potřeba osobního vyhledávání informací s cílem doplnit nebo zpřesnit poznatky získané prostřednictvím klinických zdrojů (Bradley et al., 2020). Významná část pečujících se spoléhá na internetové vyhledávače, které však mohou poskytovat nepřesné, neúplné či neověřené informace. V případě pacientů se vzácnými nádory může být dostupnost informací ještě víc omezena. Situace ukazuje na přetrvávající potřebu vhodných edukačních materiálů a srozumitelných shrnutí relevantních informací, které by napomohly zvýšení zdravotní gramotnosti. Poskytování kvalitních informací představuje jeden z klíčových způsobů podpory pečujících osob (Dave et al., 2024).

Psychologické a psychosociální potřeby

Více než polovina pečujících osob uvádí alespoň jednu informační potřebu související s jejich vlastní psychosociální péčí. Pečující s vyšší objektivní zátěží častěji deklarují zvýšenou psychosociální informační potřebu oproti pečujícím s nižší zátěží. Právě vysoká objektivní zátěž byla jediným faktorem, který vykazoval statisticky významnou souvislost s vyššími psychosociálními potřebami. Konkrétní oblasti, ve kterých byly uvedené potřeby výraznější u pečujících s vyšší zátěží, zahrnovaly potřebu informací o sladění rodinných a pracovních povinností, nalezení prostoru pro osobní čas a zvládání vlastního emočního a fyzického stresu. Pečující z menšinových skupin uváděli častěji maximální počet psychosociálních potřeb. Pečující, kteří žili s příjemcem péče, častěji identifikovali potřebu informací týkajících se zvládání emočního a fyzického stresu. Pečující, kteří využívali placených domácích nebo komunitních služeb, častěji uváděli potřebu informací týkajících se nalezení osobního času (Longacre et al., 2013). Neuspokojené psychosociální potřeby byly spojeny s vyšší mírou subjektivně vnímaného štěstí pečujících (Wang et al., 2021). Psychologické potřeby, jak je identifikuje nástroj CNAT-C (Comprehensive Needs Assessment Tool in Cancer – Caregiver Version), zahrnují podporu při zvládání úzkostí, depresí, negativních emocí, osamělosti, stresu a využití služeb psychologického poradenství (Weeratunga et al., 2024).

Fyzické a praktické potřeby

Pečující s vyšší objektivní zátěží častěji uváděli potřebu informací týkajících se zvládání náročného chování, základních každodenních činností a přesunu či zvedání pacienta. Muži v roli pečujících vykazují vyšší potřebu informací o zvládání náročného chování ve srovnání se ženami. Hlavní (primární) pečující častěji deklarovali potřebu informací o jednoduchých aktivitách oproti sekundárním pečujícím. Pečující, kteří žili s příjemcem péče, častěji uváděli potřebu informací týkajících se zvládání inkontinence nebo problémů s toaletou. Pečující využívající placené služby častěji potřebovali informace o bezpečnosti příjemce péče (Longacre et al., 2013). V rámci nástroje CNAT-C jsou fyzické a praktické potřeby definovány jako potřeba řešení vlastních zdravotních problémů, potřeba domácí ošetrovatelské služby a dostupné léčby v blízkosti domova (Weeratunga et al., 2024).

3.2.7 Možnosti podpory

Cílem veškerých podpůrných opatření pro pečující osoby je snížení míry zátěže, která byla popsána v předchozích kapitolách této práce, a současné zlepšení kvality jejich života.

Kvalita života je v tomto kontextu pojata komplexně a zahrnuje fyzické zdraví, psychickou pohodu, sociální vztahy, spirituální potřeby a enviromentální podmínky (Ugalde et al., 2019). Potřeby pečujících jsou vysoce individuální, proměnlivé v čase a jejich náročnost se zvyšuje v pokročilých stádiích onemocnění a v období péče na konci života (Schutter et al., 2025).

Účinná podpora zahrnuje využívání různorodých zdrojů. Nezastupitelnou roli v této oblasti hraje neformální síť tvořená rodinou a přáteli, kteří představují klíčový zdroj emoční i praktické podpory. Vedle této neformální pomoci je však nezbytné zajistit dostupnost formálních a profesionálních služeb poskytovaných odborníky v oblasti zdravotní a sociální péče (Schutter et al., 2025). Mezi tyto odborníky patří například sociální pracovníci, psychologové a lékaři, kteří se zaměřují na poskytování specializované podpory (Noel et al., 2022).

Spektrum potřeb pacientů s onkologickým onemocněním a jejich pečujících je široké a zahrnuje praktickou pomoc (například asistenci s administrativními záležitostmi či koordinací lékařských schůzek), sociální a emocionální podporu (v podobě poradenství, účasti v podpůrných skupinách nebo rozvíjení sociálních vztahů), ale také poskytování klíčových informací a edukaci zaměřenou na zvládání onemocnění, léčebných postupů, symptomů a orientaci v dostupných podpůrných službách (Schutter et al., 2025). Vzhledem ke komplexnímu dopadu onkologického onemocnění na fyzickou, psychickou, sociální i spirituální oblast života je nezbytné, aby podpora vycházela z biopsychosociálního modelu a byla realizována koordinovaným a mezioborovým přístupem (Sulosaari et al., 2024).

Formy sociální podpory

Podpora poskytovaná pacientům s onkologickým onemocněním a jejich neformálním pečovatelům, jako jsou rodinní příslušníci a přátelé, může nabývat různých forem (Gabriel et al. 2020). Péče o pacienty s rakovinou je často realizována v domácím prostředí, kde významnou roli sehrávají profesionálové ze sociální sféry, označované jako „welfare domain“. Odborníci, mezi které patří sociální pracovníci, pracovníci sociální péče, komunitní pracovníci a koordinátoři dobrovolníků, se zaměřují především na poskytování sociální podpory. Jejich činnost zahrnuje poradenství v oblasti sociálních dávek, zprostředkování kontaktů s dostupnými službami, koordinaci lékařských a sociálních schůzek, poskytování emocionální podpory a praktickou pomoc, včetně administrativních úkonů. Jejich práce je považována za zásadní při překonávání nedostatků v systému sociální péče, přičemž je zdůrazňována potřeba lepší integrace sociálních a zdravotnických služeb.

Posílená spolupráce mezi profesionály v oblasti sociální péče a zdravotnictví může významně přispět ke zlepšení zkušeností pacientů a podpoře rovného přístupu k paliativní péči, zejména u ekonomicky znevýhodněných skupin (Schutter et al., 2025).

V oblasti paliativní péče hrají důležitou roli také hospice, které poskytují denní služby umožňující dospělým pacientům sociální interakci mimo domácí prostředí (Schutter et al., 2025). Klinická zařízení, jako jsou nemocnice a ambulantní centra, rovněž slouží jako místa poskytování péče a realizace různých intervenčních programů. Nedílnou součástí podpory je také koordinace péče a usnadnění přístupu k potřebným službám a zdrojům (Noel et al., 2022).

Vedle profesionálních služeb zůstává nezastupitelnou součástí sociální podpory také komunita a dobrovolníci. Dobrovolníci se často zaměřují na budování osobního vztahu s pacientem a poskytování sociální opory, čímž mohou efektivně propojit profesionální služby s rodinným prostředím. V závěrečných fázích života je možné využít služeb dobrovolníků jako důležitý zdroj podpory. Komunitní organizace, jako jsou církve, zájmové skupiny, komunitní centra či pacientské organizace zaměřené na specifické onemocnění, rovněž přispívají k sociální podpoře a mobilizaci neformálních sítí. Rodinní příslušníci a přátelé jsou přitom nejčastěji vnímáni jako klíčoví poskytovatelé této formy podpory. Praktická pomoc, kterou poskytují sociální pracovníci a dobrovolníci, je v tomto kontextu rovněž významným aspektem péče (Schutter et al., 2025).

Podpůrné skupiny a poradenství

Psychosociální intervence představují klíčovou formu podpory, která je určena pacientům s onkologickým onemocněním a jejich pečovateli (Fu et al., 2017). Tyto intervence jsou definovány jako nefarmakologické přístupy, jejichž cílem je poskytování informací, vzdělání a posilování schopností zvládat náročné životní situace. Mohou být poskytovány formou verbální komunikace zdravotnickými profesionály. Mezi příklady profesionálně vedených psychosociálních intervencí patří psycho-edukační skupiny, podpůrné skupiny a kognitivně-behaviorální terapie. Tyto formy podpory mohou být realizovány individuálně, ve skupinovém uspořádání, zaměřeny výhradně na pečovatele, nebo na dvojice tvořené pacientem a jeho pečovatelem (Treanor et al., 2019).

Většina psychosociálních intervencí se orientuje na psycho-edukaci, často v kombinaci s tréninkem copingových dovedností. Obsah intervencí zahrnuje různé formy podpory, například skupinové diskuse mezi vrstevníky, strukturovanou podporu a telefonické

poradenství. V rámci tréninku copingových dovedností je kladen důraz na rozvoj komunikačních schopností, technik řešení problémů, kognitivních strategií, metod ke snižování stresu, úzkosti a tísně, a dále na zvládání symptomů či rozvoj schopností v oblasti sebepečce (Treanor et al. 2019). Mezi specifické přístupy patří intervenční technika zaměřená na řešení problémů označovaná jako COPE (Creativity, Optimism, Planning and Expert Advice) (Fu et al., 2017).

Existují rovněž psychologické intervence cílené specificky na pečující osoby. Jako forma podpory je uváděna kognitivně-behaviorální terapie, včetně variant nabízených online (Mihosseini et al., 2025). Významnou roli sehrávají také podpůrné skupiny, které jsou součástí denních služeb hospiců a fungují jako zdroj sociální podpory (Schutter et al., 2025). Nedílnou součástí komplexní péče je psychologická podpora a možnost včasného odkázání pacientů a jejich pečovatelů na služby zaměřené na duševní zdraví (Noel et al., 2022). Vzdělávání zdravotnických pracovníků, včetně psychologů a sociálních pracovníků, je v této oblasti zaměřeno na psychosociální onkologii a zvládání emocionálních reakcí spojených s onkologickým onemocněním (Sulosaari et al., 2024).

Online podpora

Šíření informací tvoří zásadní součást mnoha psychosociálních intervencí. Zahrnuje poskytování informací o nádorovém onemocnění, možnostech léčby, jejím vlivu na pacienty a jejich rodiny, doporučených týkajících se životního stylu, zvládání stresu a dostupných podpůrných službách, stejně jako praktických rad včetně informací specifických pro jednotlivá zdravotnická zařízení (Treanor et al., 2019). Nepokrytí informačních potřeb představuje významný problém, který následně ovlivňuje i další oblasti sociální podpory (Schutter et al., 2025).

Rozvoj moderních technologií umožnil rozšíření online zdrojů informací. Pro pacienty s tímto onemocněním a jejich rodinné pečovatele byly vytvořeny přizpůsobené psycho-edukační intervence v online prostředí (Fu et al., 2017). Online vzdělávací programy se ukázaly jako efektivní alternativy, které významně přispívají ke zlepšení znalostí, postojů a přesvědčení souvisejících s mezioborovou a patientsky orientovanou psychosociální onkologickou péčí. Využívány jsou jak online materiály, tak i interaktivní semináře probíhající v reálném čase (Fragner et al., 2024). Mezi další možnosti podpory patří online forma kognitivně-behaviorální terapie určená neformálním pečovatelům (Mirhosseini et al., 2025).

Vedle digitálních zdrojů zůstávají významné také telefonické intervence a poradenství, které se ukazují jako cenná forma podpory (Fu et al., 2017). Informační linky představují důležitý prostředek šíření informací – jako příklad lze uvést americkou linku *Medicare*, která nabízí bezplatné poradenství a informace v různých jazycích s pomocí tlumočnicků. (Medicare, 2025) Přestože se jedná o zahraniční příklad, dobře ilustruje princip využívání informačních linek v rámci podpory pacientů a pečujících. Písemné informační materiály, jako jsou brožury, nejsou sice v literatuře výslovně zdůrazňovány, avšak poskytování písemných informací je uváděno jako běžná součást standardní péče (Treanor et al., 2019).

4 DISKUSE

Během zpracování přehledové bakalářské práce se potvrdilo, jak psychicky, fyzicky, sociálně i ekonomicky náročná je role neformálních pečujících o onkologicky nemocné. Pečující často zastávají pozici „neviditelného člena týmu“, který zajišťuje praktickou a emocionální stránku péče, přesto však zůstává mimo pozornost systému. Práce přinesla vhled do toho, že ačkoliv je pomoc pečujících nenahraditelná, odpovídající podpora jim často chybí. Význam jejich role se tak dostává do rozporu s mírou uznání a systémové podpory, kterou jim společnost nabízí.

Z přehledu dostupných studií vyplynulo, že dopad pečovatelské role není výhradně negativní. Narativní přehledová studie Rezaei et al. (2024) ukazuje, že ačkoliv péče přináší vysokou subjektivní zátěž, může být současně zdrojem hlubokého osobního naplnění a smyslu. Zmíněný paradoxní efekt péče potvrzuje i studie Lund et al. (2014), která popisuje, že pečující vnímají roli jako prostor pro duchovní růst, rozvoj odolnosti a posílení mezilidských vztahů. Pozitivní dopady však byly typicky zaznamenány u pečujících s vyšší psychickou odolností, kvalitní sociální oporou a možností sdílení zkušeností. V opačných případech převažuje vnímání péče jako extrémně vyčerpávajícího závazku, vedoucího až k psychickému nebo fyzickému kolapsu. Zjištěné rozdíly ukazují, že podpora pečujících by měla být individualizována a pružně přizpůsobená jejich potřebám.

Výrazným problémem zůstává ekonomická a profesní zátěž. Girgis et al. (2012) upozorňují, že pečující bývají nuceni k přerušení nebo omezení pracovní činnosti, což má negativní dopady na jejich příjmovou situaci, kariéru a sociální zabezpečení. V českém kontextu lze tuto skutečnost doložit datem, že pouze 43 % pečujících má přiznán příspěvek na péči. Zkušenosti ze studie Lund et al. (2014), kde pouze 9 % respondentů mělo přístup k finanční pomoci, naznačují, že jde o problém nadnárodní povahy. Podporu často nedostávají ani pečující, kteří o ni žádají, a systém je zároveň natolik složitý, že se v něm n neinformovaný člověk může těžko zorientovat. V zahraničních modelech, např. v Kanadě nebo ve Skandinávii, je více běžné poskytování tzv. „odměny za péči“ či flexibilní podpory prostřednictvím daňových úlev, což v České republice dosud chybí.

V práci Pasek et al. (2023) je prokázáno, že dostupnost emoční a sociální podpory výrazně zvyšuje kvalitu života pečujících. Ukazuje se zde, že zatímco pacienti často obdrží multidisciplinární péči včetně psychologické pomoci, jejich pečující okolí tuto možnost

postrádá. V důsledku toho čelí většímu riziku syndromu vyhoření, úzkostným poruchám nebo depresím.

Autoři dále upozorňují na skutečnost, že vnímaná sociální podpora pečujících vysvětlila až 40 % celkové variance v jejich beznaději, zatímco u pacientů to bylo 35 %. Data jasně ilustrují, jak silný vliv má dostupnost podpory na psychický stav pečujících. Zároveň bylo zjištěno, že interakce mezi pacientem a jeho blízkým hraje důležitou roli v přijetí nemoci a vyrovnání se s jejími důsledky, což podtrhuje význam dyadického přístupu v péči. Přestože některé studie potvrzují pozitivní propojení mezi výsledky pacientů a jejich pečujících, jiné naopak dyadický efekt nezaznamenaly, což poukazuje na potřebu důkladnějšího výzkumu ve zmíněné oblasti.

Zvláštní důraz si zaslouží i studie od autorů Chen at al. (2023), která rozvíjí předchozí poznatky o vlivu sociální podpory skrze dyadický model zvládání. Navazuje na zjištění o významném podílu vnímané podpory na míře beznaděje a úzkosti a dále ukazuje, že psychická zátěž jednoho člena dyády se přímo promítá do psychického stavu druhého. Model založený na vzájemném propojení prožívání pacienta a pečujícího potvrzuje, že psychická odolnost a schopnost vyrovnat se s nemocí nejsou individuální, ale sdílené charakteristiky. Výsledky studie podtrhují potřebu nahlížet na proces zvládání nemoci jako na společný úkol, který probíhá v rámci domácího prostředí a mezilidských vztahů. Intervence by neměly být zaměřeny pouze na jednotlivce, ale měly by cíleně podporovat celé pečovatelské dvojice – například prostřednictvím rodinného poradenství, párové terapie nebo společných psychologických konzultací. Přestože přístup nachází své uplatnění jen výjimečně, představuje perspektivní směr pro rozvoj komplexní onkologické péče.

Studie Lund et al. (2014) dále upozorňuje na specifické rozdíly ve vnímání zátěže v závislosti na typu vztahu mezi pacientem a pečujícím. Nejvyšší mírou omezení vykazovali manželé, partneři a rodiče, zatímco u vzdálenějších příbuzných byla zátěž nižší. Rozdíl by měl být zohledněn i v poskytování služeb nebo domácí hospicové péče. Kromě typu vztahu mezi pacientem a pečujícím sehrává významnou roli také charakter a rozsah poskytované péče. Výsledky ukazují, že 53 % pečovatelů poskytovalo nějakou nebo výraznou míru praktické pomoci, 20 % poskytovalo osobní péči a 74 % se zapojovalo do poskytování psychologické podpory. Kromě přímé péče měli pečující často i organizační odpovědnosti. 17 % pečujících se v určité značné míře podílelo na koordinaci vyšetření a léčby, 15 % cítilo, že na ně byla přenesena nadměrná odpovědnost za domácí péči a přibližně polovina pečujících uváděla, že věnovala určitý nebo větší čas přepravě pacienta.

Z hlediska dostupnosti služeb paliativní péče v ČR lze pozorovat pozitivní posun. V posledních letech došlo k rozvoji mobilních paliativních týmů a větší pozornosti k domácí péči. Přesto stále přetrvávají regionální rozdíly a nedostatek informovanosti mezi praktickými lékaři a veřejností. Výsledky práce naznačují, že včasné zapojení paliativního týmu by mohlo zlepšit i situaci pečujících – poskytnout jim poradenství, odlehčení i psychologickou podporu. V praxi se však ukazuje, že k zapojení odborníků dochází často až v pozdních fázích onemocnění.

Za limitaci této práce můžeme považovat omezený přístup k některým plným verzím studií, což mohlo vést k vyloučení relevantních poznatků. Přesto byl výběr literatury realizován pečlivě, se zohledněním kvality, aktuálnosti a přímé relevance k výzkumné otázce.

Návrhy na zlepšení systému podpory neformálních pečujících v ČR:

- Zjednodušení a zpřehlednění procesu žádosti o příspěvek na péči, včetně zkrácení čekací doby na rozhodnutí a zvýšení dostupnosti sociálních pracovníků pro pomoc s vyřízením.
- Zavedení flexibilního modelu podpory, pomocí kombinace finanční kompenzace, odměny za péči, nároku na pracovní volno nebo daňové úlevy, dle typu vztahu k nemocnému a intenzity péče.
- Systematické začleňování pečujících do plánování léčby a péče, včetně pravidelné komunikace s ošetřujícím týmem, edukace a poskytování krizové intervence.
- Vytváření a podpora specializovaných center nebo kontaktních míst pro pečující – například při krajských úřadech, nemocnicích nebo neziskových organizacích, které by nabízely poradenství, psychologickou pomoc i sdílení zkušeností s ostatními pečujícími.
- Zavedení práva na „psychologickou konzultaci“ pro pečující osobu, hrazenou ze zdravotního pojištění, např. v rozsahu 5 sezení ročně, analogicky k jiným preventivním opatřením.
- Podpora výzkumu zaměřeného přímo na pečující – například studie mapující dlouhodobé dopady péče na zdraví, pracovní schopnosti a kvalitu života, případně intervenční studie ověřující účinnost podpůrných programů.

Z pohledu ošetrovatelské praxe by měl být posílen i důraz na edukaci budoucích zdravotníků v oblasti komunikace s rodinou a rozpoznání známek přetížení u pečujících. V běžné praxi totiž stále převažuje zaměření na pacienta samotného, přičemž zátěž jeho okolí zůstává přehlížena. Včasné zachycení signálů vyčerpání by mohlo zabránit vážným dopadům na zdraví pečujících i na celkový průběh domácí péče.

Výše uvedené poznatky jsou doplněny souhrnnými tabulkami, které tvoří přirozenou součást diskuse. Tabulky přehledně shrnují klíčové charakteristiky a zjištění pěti různých studií, jež se věnovaly rozmanitým aspektům problematiky neformální péče o onkologicky nemocné – od psychologických dopadů, přes časovou a fyzickou náročnost péče, až po ekonomické důsledky pro pečující osoby. Tabulky umožňují získat ucelený přehled aktuálních výzkumných poznatků a napomáhají hlubšímu porozumění šíři dopadů, s nimiž se pečující potýkají. Zařazení tabulek podporuje i orientaci v různých výzkumných přístupech i tématech a zdůrazňuje komplexnost celé problematiky.

Tabulka 2 Charakteristika studie Rezaei et al.

Caregiving consequences in cancer family caregivers: a narrative review of qualitative studies. Rezaei et al.	
Typ studie	Narativní přehled kvalitativních studií
Cíl studie	Přezkoumat nedávné kvalitativní studie zkoumající problémy rodinných pečovatelů při péči o nevléčitelně nemocného člena rodiny s rakovinou. Získat komplexní pochopení zkušeností s péčí a následných dopadů.
Hlavní zjištění	Identifikovány pozitivní i negativní důsledky péče.
Účastníci studie	Rodinní pečovatelé onkologických pacientů. Zahrnuto 23 kvalitativních studií s celkem 639 účastníky.
Země	Studie z různých zemí: USA, UK, Kanada, Švédsko, Kolumbie, Brazílie, Írán, Singapur, Vietnam, Jižní Korea, Indonésie, Čína.
Rok publikace	2024

Zdroj: vlastní zpracování na základě Rezaei et al., 2024

Tabulka 3 Charakteristika studie Girgis et al.

Physical, Psychosocial, Relationship, and Economic Burden of Caring for People With Cancer: A Review. Girgis et al.	
Typ studie	Přehledová studie
Cíl studie	Přezkoumat psychickou, fyzickou, psychosociální, vztahovou a ekonomickou zátěž pečovatelů o lidi s rakovinou.
Hlavní zjištění	Identifikována vysoká ekonomická zátěž neformální péče. Rozdílnost podle typu rakoviny. Popsány také vztahové problémy, stabilita manželství.
Účastníci studie	Neformální pečovatelé.
Země	Austrálie, Kanada, USA
Rok publikace	2012

Zdroj: vlastní zpracování na základě Girgis et al.

Tabulka 4 Charakteristika Pasek et al.

Social Support in a Cancer Patient-Informal Caregiver Dyad. Pasek et al.	
Typ studie	Scoping review
Cíl studie	Identifikovat a shrnout vliv sociální podpory na vztah mezi pacientem s rakovinou a neformálním pečovatelem během léčby rakoviny.
Hlavní zjištění	Sociální podpora je často spojena s lepší kvalitou života, nadějí a odolností u pacientů a pečovatelů. Vliv sociální podpory v dyádách není vždy významný u specifických typů rakoviny.
Účastníci studie	Dyáda pacient – neformální pečovatel (nejbližší osoby, členové rodiny). Zahrnuto 13 studií.
Země	Turecko, Polsko, USA, Jižní Korea, Austrálie, Čína, Izrael, Rakousko.
Rok publikace	2023

Zdroj: vlastní zpracování na základě Pasek et al., 2023

Tabulka 5 Charakteristika studie Chen et al.

The impact of self-perceived burden, caregiver burden, and dyadic coping on negative emotions in colorectal cancer patient-spousal caregiver dyads. Chen et al.	
Typ studie	Průřezová studie
Cíl studie	Zkoumat vliv sebezpocit'ované zátěže (pacienta), zátěže pečovatele a dyadického zvládání na negativní emoce v dyádách pacientů s kolorektálním karcinomem a jejich manželských pečovatelů.
Hlavní zjištění	Sebezpocit'ovaná zátěž pacienta a zátěž pečovatele spolu korelují. Modely naznačují významné přímé i nepřímé vlivy zátěže a dyadického zvládání na emoce v rámci dyády.
Účastníci studie	Dyády pacientů s kolorektálním karcinomem a jejich manželských pečovatelů. 200 dospělých (18 +) dyád (párů).
Země	Čína
Rok publikace	2023

Zdroj: vlastní zpracování na základě Chen et al. 2023

Tabulka 6 Charakteristika studie Lund et al.

Cancer caregiving tasks and consequences and their associations with caregiver status and the caregiver's relationship to the patient: a survey. Lund et al.	
Typ studie	Dotazníkové šetření.
Cíl studie	Zkoumat zkušenosti neformálních pečovatelů onkologických pacientů s každodenními úkoly péče a jejími důsledky a analyzovat tyto zkušenosti související se statusem pečovatele a vztahem k pacientovi.
Hlavní zjištění	Velká část pečovatelů pocitovala péči jako velmi zatěžující, a to kvůli rozsahu požadovaných úkolů. Primární pečovatelé hlásili vyšší zátěž a potřebu normálního života.
Účastníci studie	Neformální pečovatelé onkologických pacientů. 590 dospělých primárních i neprimárních pečovatelů.

Země	Dánsko
Rok publikace	2014

Zdroj: vlastní zpracování na základě Lund et al., 2014

ZÁVĚR

Zjištění obsažená v přehledové bakalářské práci dokládají, že onkologické onemocnění zásadním způsobem proměňuje životní situaci nejen pacienta, ale i osob, které mu poskytují každodenní neformální péči. Péče v domácím prostředí je spojena s celou řadou specifických výzev, jež zasahují do fyzické, psychické, sociální i ekonomické oblasti života pečujících. Přestože význam jejich role je v rámci celého systému onkologické péče nezpochybnitelný, odborná i laická veřejnost mu stále nevěnuje dostatečnou pozornost.

Analýza dostupných odborných studií ukázala, že nedostatečná informovanost, absence systematické edukace a omezený přístup ke specializované paliativní péči představují závažné nedostatky, které mohou mít negativní dopad nejen na kvalitu poskytované péče, ale i na duševní a fyzickou kondici samotných pečujících osob. Výsledky současně poukazují na pozitivní tendence, které se v této oblasti začínají prosazovat – jedná se zejména o včasnější začleňování paliativního přístupu a rostoucí snahu o individualizaci podpory v rámci rodinného a domácího prostředí.

Na základě provedeného přehledu literatury vyvstává potřeba několika konkrétních opatření, jejichž zavedení by mohlo výrazně zlepšit podmínky pro neformální pečující osoby. Klíčová je dostupnost paliativní péče bez ohledu na regionální příslušnost pacienta, stejně jako systematická příprava zdravotnických i sociálních pracovníků na komunikaci a spolupráci s pečujícími osobami. Současně je vhodné posílit dostupnost kvalitních edukačních materiálů, které budou zohledňovat jak zdravotnický, tak sociálně-právní rámec domácí péče. V primární péči je žádoucí systematicky identifikovat osoby v pečovatelské roli a aktivně jim nabízet poradenství a psychologickou podporu.

Závěry práce zároveň poukazují na potřebu koordinovaného přístupu všech složek zdravotně-sociálního systému pro efektivní podporu neformálních pečujících. Přehledová práce tak může posloužit jako východisko pro další výzkum zaměřený na specifika domácí péče o onkologicky nemocné v českém prostředí a jako podklad pro vytvoření cílených intervencí, jejichž cílem bude zvýšení kvality života pečujících i udržitelnost péče poskytované v domácím prostředí.

Zkoumání problematiky přispívá nejen k hlubšímu odbornému porozumění tématu, ale i k rozvoji respektu vůči těm, kteří každodenně čelí náročné roli neformálních pečovateli. Taková reflexe může být inspirací pro další odborníky i pro tvorbu efektivních systémových řešení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAM, Zdeněk; KLIMEŠ, Jeroným; POUR, Luděk; KRÁL, Zdeněk; ONDERKOVÁ, Alice et al., 2019. Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2828-0.

AMERICAN CANCER SOCIETY. *What Is a Cancer Caregiver?* 2023. Online. Dostupné z: <https://www.cancer.org/cancer/caregivers/what-a-caregiver-does/who-and-what-are-caregivers.html>. [cit. 2025-02-05].

APPLEBAUM, Allison a BREITBART, William, 2013. Care for the cancer caregiver: A systematic review. Online. *Palliat Support Care*. Vol. 11, no. 3, s. 231–252. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1478951512000594>. [cit. 2025-02-05].

BRIERLEY, James D.; GOSPODAROWICZ, Mary K. a WITTEKIND, Christian, 2024. *TNM klasifikace zhoubných nádorů*. 8. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-7472-185-X.

CAMARENA, Jose; BLANCO, Miguel; SANSANO, Nara; LIUCH, Maria; RAIGAIL-ARAN, Laia et al., 2022. Nursing interventions to reduce the overload on informal caregivers. Systematic review of clinical trials. Online. *Enfermería Global*. Vol. 21, no. 4, s. 572-586. Dostupné z: <https://doi.org/10.6018/eglobal.502351>. [cit. 2025-02-05].

CANADIAN CANCER SOCIETY, 2025. *What caregivers do*. Online. Dostupné z: <https://cancer.ca/en/living-with-cancer/helping-someone-with-cancer/caregiving/what-caregivers-do?>. [cit. 2025-02-05].

CARBONE, Antonino, 2020. Cancer classification at the crossroads. Online. *Cancers*. Vol. 12, no. 4, s. 980. Dostupné z: <https://doi.org/10.2290/cancers12040980>. [cit. 2025-02-05].

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. *Medicare & You*. Online. 2025. Dostupné z: <https://www.medicare.gov/publications/10050-medicare-and-you.pdf>. [cit. 2025-02-05].

CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE, 2023. *Paliativní péče*. Online. 2023 Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>. [cit. 2025-02-05].

COCHRANE, Andy; REID, Olivia; WOODS, Siobhan; GALLAGHER, Pamela a DUNNE, Simon, 2021. Variables associated with distress amongst informal caregivers of people with

lung cancer: A systematic review of the literature. Online. *Psycho-Oncology*. Vol. 30, s. 1241-1261. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/pon.5694>. [cit. 2025-02-05].

ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ, ©2025. *Invalidní důchod*. Online. ©2025. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/web/cz/invalidni-duchod>. [cit. 2025-02-05].

DAVE, Rushi; FRIEDMAN, Sue a MILLER-SONET, Ellen, 2024. Identifying and addressing the needs of caregivers of patients with cancer: evidence on interventions and the role of patient advocacy groups. Online. *Future Oncology*. Vol. 20, no. 33, s. 2589–2602. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/14796694.2024.2387526>. [cit. 2025-02-05].

DE MOOR, Janet; DOWLING, Emily; EKWUEME, Donatus; GUY JR, Gery; RODRIGUEZ, Juan et al., 2017. Employment Implications of Informal Cancer Caregiving. Online. *J Cancer Surviv*. Vol. 11, no. 1, s. 48-57. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0560-5>. [cit. 2025-02-05].

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

FORETOVÁ, Lenka; MACHÁČKOVÁ, Eva; GAILLYOVÁ, Renata et al., 2022. *Hereditární nádorová onemocnění v klinické praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1293-7.

FRAGNER, Tobias; HAMA, Honja; ŠERIFOVIĆ, Adis; KIRCHHEINER, Kathrin; GRABOVAC, Igor, 2024. Patient-centered interprofessional education in cancer care: a systematic scoping review. Online. *BMC Medical Education*. Vol. 24, no. 1, s. 1-19. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06600-x>. [cit. 2025-02-05].

FRYČ, Vladislav; CHMELOVÁ, Martina a ADÁMKOVÁ, Petra, 2021. *Neformální péče v teorii a praxi*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88290-85-8.

FU, Fang; ZHAO, Huaijuan; TONG, Feng a CHI, Iris, 2017. A Systematic Review of Psychosocial Interventions to Cancer Caregivers. Online. *Frontiers*. Vol. 8, s. 1-12. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00834>. [cit. 2025-02-05].

GABRIEL, Israel; CREEDY, Debra a COYNE, Elisabeth, 2020. A systematic review of psychosocial interventions to improve quality of life of people with cancer and their family caregivers. Online. *Nursing Open*. Vol. 7, s. 1299–1312. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nop2.543>. [cit. 2025-02-05].

GIBBONS, Susanne; ROSS, Alyson; WEHRLIN, Leslie; KLAGHOLZ, Stephen; BEVANS, Margaret, 2019. Enhancing the Cancer and Cancer Caregiving Experience: Building Resilience through Role Adjustment and Mutuality. Online. *Eur J Oncol Nurs*. Vol. 43, s. 1-21. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.09.004>. [cit. 2025-02-05].

GIRGIS, Afaf; LAMBERT, Sylvie; JOHNSON, Claire; WALLER, Amy a CURROW, David, 2012. Physical, Psychosocial, Relationship, and Economic Burden of Caring for People With Cancer: A Review. Online. *Journal of Oncology Practice*. Vol. 9, no. 4, s. 197-202. Dostupné z: <https://doi.org/10.1200/JOP.2012.000690>. [cit. 2025-02-05].

HASTERT, Theresa; RUTERBUSCH, Julie; NAIR, Mrudula; NOOR, Mirza; BEEBEDIMMER, Jennifer et al., 2019. Employment Outcomes, Financial Burden, Anxiety, and Depression Among Caregivers of African American Cancer Survivors. Online. *Oncology Practice*. Vol. 16, no. 3, s. 221-233. Dostupné z: <https://doi.org/10.1200/JOP.19.00410>. [cit. 2025-02-05].

HUDSON, Janella; REBLIN, Maija; CLAYTON, Margaret a ELLINGTON, Lee, 2019. Addressing Cancer Patient and Caregiver Role Transitions During Home Hospice Nursing Care. Online. *Palliat Support Care*. Vol. 17, no. 5, s. 523-530. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1478951518000214>. [cit. 2025-02-05].

CHEN, Xuen; WANG, Zhiming; ZHOU, Junrui; LIN, Chunyan; LUO, Huamin et al., 2023. The impact of self-perceived burden, caregiver burden, and dyadic coping on negative emotions in colorectal cancer patient-spousal caregiver dyads: a dyadic analysis. Online. *Frontiers*. Vol. 14, s. 1-9. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1238924>. [cit. 2025-02-05].

INSTITUT PRO SOCIÁLNÍ POLITIKU A VÝZKUM, 2021. *Na co mají nárok pečující osoby?* Online. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2021/01/na-co-maji-pecujici-osoby-narok/>. [cit. 2025-02-05].

JIRÁKOVÁ, Pavlína, 2016. *Kdo je pečující osoba?* Online. Alfabet. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/pece-o-sebe/pece-o-pecujici/kdo-je-pecujici-osoba/>. [cit. 2025-02-05].

KABELKA, Ladislav; SLÁMA, Ondřej a LOUČKA, Martin, 2016. *Paliativní péče v České republice 2016: Situační analýza*. Online. Dostupné z: <https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>. [cit. 2025-02-05].

KLABUSAY, Martin, 2022. Onkologická léčba 21. století a Kaplan-Meierovy křivky. *Časopis klinické onkologie*. Roč. 35, č. 4, s. 255-256. ISSN 1802-5307.

KLENER, Pavel a KLENER, Pavel, 2010. *Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2808-7.

KLENER, Pavel, 2011. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-716-5.

KURUCOVÁ, Radka, 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5707-0.

LEBLANC, Lise, 2021. *Sebepéče pro pečující*. Praha: Alferia. ISBN 978-80-271-1395-8.

LI, Jieyu; LUO, Xingjuan; CAO, Qian; LIN, Yi; LI, Quiping, 2020. Communication Needs of Cancer Patients and/or Caregivers: A Critical Literature Review. Online. *Journal of Oncology*. S. 1-12. Dostupné z: <https://doi.org/10.1155/2020/7432849>. [cit. 2025-02-05].

LONGACRE, Margaret, 2013. Cancer Caregivers Information Needs and Resource Preferences. Online. *J Cancer Edu*. Vol. 28, no. 2, s. 297-305. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s13187-013-0472-2>. [cit. 2025-02-05].

LUND, Line; ROSS, Lone; PETERSON, Morten a GROENVOLD, Mogens, 2014. Cancer caregiving tasks and consequences and their associations with caregiver status and the caregiver's relationship to the patient: a survey. Online. *BMC Cancer*. Vol. 14, s. 1-13. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-541>. [cit. 2025-02-05].

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚD, 2025. *Pečující osoby*. Online. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/pro-klienty/-pecujici-osoby>. [cit. 2025-02-05].

MIRHOSSEINI, Seyedmohammad; PARSA, Fateme; MOGHADAM-ROSHTKHAR, Hasan; AMERI, Malihe; EBRAHIMI, Hossein, 2025. Support based on psychoeducation intervention to address quality of life and care burden among caregivers of patients with cancer: a randomized controlled trial. Online. *Frontiers*. Vol. 16, s. 1-12. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1430371>. [cit. 2025-02-05].

MOGHADDAM, Zhaleh; ROSTAMI, Mina; ZERAATCHI, Alireza; BYTAMAR, Jahangir; SEAD, Omid et al., 2023. Caregiving burden, depression, and anxiety among family caregivers of patients with cancer: An investigation of patient and caregiver factors.

Online. *Frontiers*. Vol. 14, s. 1-17. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1059605>. [cit. 2025-02-05].

MOORE, Chloe; GALLAGHER, Pamela a DUNNE, Simon, 2024. Health literacy, eHealth literacy and their association with burden, distress, and self-efficacy among cancer caregivers. Online. *Frontiers*. Vol. 15, s. 1-15. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1283227>. [cit. 2025-02-05].

MOSHER, Catherine; CHAMPION, Victoria; AZZOLI, Christopher; HANNA, Nasser; JALAL, Shadia et al., 2013. Economic and Social Changes Among Distressed Family Caregivers of Lung Cancer Patients. Online. *Supportive Care in Cancer*. Vol. 21, no. 3, s. 819-826. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1585-6>. [cit. 2025-02-05].

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2022. *Zhoubné nádory: diagnóza a prognóza*. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1165-zhoubne-nadory-diagnoza-a-prognoza>. [cit. 2025-02-05].

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2023. *Zhoubné nádory: léčba*. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1166-zhoubne-nadory-lecba>. [cit. 2025-02-05].

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2024. *SVOD: Epidemiologie zhoubných nádorů v ČR*. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/22-svod-epidemiologie-zhoubnych-nadoru-v-cr>. [cit. 2025-02-05].

NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2023. *Support for Caregivers of Cancer Patients*. Online. Dostupné z: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/caregiver-support>. [cit. 2025-02-05].

NEVIDITELNÍ, 2025. *Neformálně pečující*. Online. Dostupné z: <https://neviditelni.org/neformalne-pecujici>. [cit. 2025-02-05].

NOEL, Lailea; CHEN, Qi; PETRUZZI, Liana; PHILIPS, Farya; GARAY, Ricardo et al., 2022. Interprofessional collaboration between social workers and community health workers to address health and mental health in the United States: A systematised review. Online. *Health Soc Care Community*. Vol. 30, no. 6, s. 6240–6254. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/hsc.14061>. [cit. 2025-02-05].

NOVOTNÝ, Jan; VÍTEK, Pavel a KLEIBL, Zdeněk et al., 2024. *Onkologie v klinické praxi: Standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3918-7.

OTTO, Amy; KETCHER, Dana; HEYMAN, Richard; VADAPARAMPIL, Susan; ELLINGTON, Lee et al., 2022. Communication between Advanced Cancer Patients and Their Family Caregivers: Relationship with Caregiver Burden and Preparedness for Caregiving. Online. *Health Commun.* Roč. 36, č. 6, s. 714-721. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1712039>. [cit. 2025-02-05].

PAPADAKOS, Janet; UGAS, Mohamed a QUARTEY, Naa, 2023. Assessing the Comprehensive Training Needs of Informal Caregivers of Cancer Patients: A Qualitative Study. Online. *Current Oncology*. Vol. 30, s. 3845–3858. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/curroncol30040291>. [cit. 2025-02-05].

PASEK, Małgorzata; GOŹDZIALSKA, Anna; JOCHYMEK, Małgorzata a CARUSO, Rosario, 2023. Social Support in a Cancer Patient-Informal Caregiver Dyad: A Scoping Review. Online. *Cancers*. Vol. 15, s. 1-19. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/cancers15061754>. [cit. 2025-02-05].

PRISMA. *PRISMA 2020 Flow Diagram*. Online. Dostupné z: <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>. [cit. 2025-02-05].

REZAEI, Masoud; SHAHRESTANAKI, Sahar; MOHAMMADZADEH, Razieh; AGHILI, Mohammad; RAJABI, Mohammadzadeh et al., 2024. Caregiving consequences in cancer family caregivers: a narrative review of qualitative studies. Online. *Frontiers*. Vol. 12, s. 1-12. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1334842>. [cit. 2025-02-05].

ROSS, Alyson; PEREZ, Avery; WEHRLIN, Leslie; LEE, Lena; YANG, Li; COX, Robert et al., 2020. Factors influencing loneliness in cancer caregivers: A longitudinal study. Online. *Psychooncology*. Vol. 29, no. 11, s. 1794-1801. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/pon.5477>. [cit. 2025-02-05].

SCHUTTER, Trudy; KOPER, Ian; VISSERS, Kris a HASSELAAR, Jeroen, 2025. Social support sources for people with palliative care needs at home: a scoping review. Online. *BMC Palliative Care*. Vol. 24, no. 34, s. 1-15. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01650-4>. [cit. 2025-02-05].

SLÁMA, Ondřej, 2022. Několik poznámek k organizaci paliativní péče v onkologických centrech podle Národního onkologického plánu ČR 2030. Online. *Onkologie*. Roč. 16, č. 6, s. 287-291. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/xon.2022.061>. [cit. 2025-02-05].

SLAVÍKOVÁ, Šárka; ŠVEJKOVSKÁ, Michaela; MAULENOVÁ, Kristýna; VÁCHOVÁ, Barbora; ASCHERMANNOVÁ, Alexandra et al., 2024. *Průvodce pro nevyléčitelně onkologicky nemocné a jejich blízké*. 2. vyd. Praha: Amelie. Dostupné z: https://www.amelie-zs.cz/wp-content/uploads/PaliativaA5_2024web.pdf. [cit. 2025-02-05].

SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2013. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4341-7.

SOUMAROVÁ, Renata; KUBECOVÁ, Martina et al., 2019. *Onkologie: učební texty pro studenty 3. lékařské fakulty*. 2. zcela přeprac. vyd. Praha. ISBN: 978-80-87878-37-8.

SOYASLAN, Bilge a OKSUZ, Emine, 2022. Investigation of Caregiver Burden, Anxiety, and Depression in Caregivers of the Palliative Patients According to Certain Variables. Online. *International Journal of Caring Sciences*. Vol. 15, no. 1, s. 352-360. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05669-8>. [cit. 2025-02-05].

SULOSAARI, Virpi; DODLEK, Nikolina; BRANDL, Andreas; MUNTER, Johan; ERIKSEN, Jesper et al., 2024. Interprofessional education in cancer care – a scoping review. Online. *BMC Medical Education*. Vol. 24, s. 1-19. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05669-8>. [cit. 2025-02-05].

SVOBODA, Marek; HALÁMKOVÁ, Jana et al., 2023. *Péče o pacienty po ukončení kurativní onkologické léčby*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-5021-2.

SWARTZ, Kristine a COLLINS, Lauren, 2019. Caregiver Care. Online. *American Family Physician*. Vol. 99, no. 11, s. 699-706. [cit. 2025-02-05].

TAURISANO, Paolo; DE FEUDIS, Rossana; GRAZIANO, Giusi; MARZANO, Nicola; CURCI, Antonietta et al., 2022. Patient-caregiver relationship in cancer fatigue and distress. A dyadic approach. Online. *Springer*. Vol. 42, s. 28167-28179. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03860-y>. [cit. 2025-02-05].

TREANOR, Charlene; SANTIN, Olinda; PRUE, Gillian; COLEMAN, Helen; CARDWELL, Chris et al., 2019. Psychosocial interventions for informal caregivers of

people living with cancer. Online. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Vol. 6, s. 1-116. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009912.pub2>. [cit. 2025-02-05].

TUČEK, Milan; SLÁMOVÁ, Alena et al., 2024. *Hygiena a epidemiologie pro bakaláře*. 3. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-5813-1.

UGALDE, Anna; GASKIN, Cadeyrn; RANKIN, Nicole; SCHOFIELD, Penelope; ARANDA, Sanchia et al., 2019. A systematic review of cancer caregiver interventions: Appraising the potential for implementation of evidence into practice. Online. *Psycho-Oncology*. Vol. 28, no. 4, s. 687–701. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/pon.5018>. [cit. 2025-02-05].

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2021. *Mezinárodní klasifikace nemocí pro onkologii*. Online. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-pro-onkologii>. [cit. 2025-02-05].

VORLÍČEK, Jiří; ABRAHÁMOVÁ, Jitka; VORLÍČKOVÁ, Hilda et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.

WANG, Tongyao; MAZANEC, Susan a VOSS, Joachim, 2021. Needs of Informal Caregivers of Patients With Head and Neck Cancer: A Systematic Review. Online. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 48, no. 1, s. 11-29. Dostupné z: <https://doi.org/10.1188/21.ONF.11-29>. [cit. 2025-02-05].

WEERATUNGA, Eranthi; GOONEWARDENA, Sampatha; MEEGODA a Lalitha, 2024. Comprehensive needs assessment tool for informal cancer caregivers (CNAT-ICs): Instrument development and cross-sectional validation study. Online. *International Journal of Nursing Studies Advances*. Vol. 7, s. 1-16. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jinsa.2024.100240>. [cit. 2025-02-05].

WITTENBERG, Elaine; BULLER, Haley; FERRELL, Betty; KOCZYWAS, Marianna a BORNEMAN, Tami, 2017. Understanding Family Caregiver Communication to Provide Family-Centered Cancer Care. Online. *Semin Oncol Nurs*. Vol. 33, no. 5, s. 507-516. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.09.001>. [cit. 2025-02-05].

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023. *Cancer*. Online. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. [cit. 2025-02-05].

XIANG, Ellen; GUZMAN, Patricia; MIMS, Martha a BADR, Hoda, 2022. Balancing Work and Cancer Care: Challenges Faced by Employed Informal Caregivers. Online. *Cancers*. Vol. 14, no. 17, s. 1-13. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/cancers14174146>. [cit. 2025-02-05].

YINGYING, Cai; SIMONS, Alison; TOLAND, Samantha; ZHANG, Junfeng a ZHENG, Kexin, 2021. Informal caregivers' quality of life and management strategies following the transformation of their cancer caregiving role: A qualitative systematic review. Online. *International Journal of Nursing Sciences*. Vol. 8, no. 2, s. 227-236. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.03.006>. [cit. 2025-02-05].

YUEN, Eva a WILSON, Carlene, 2022. The Relationship between Cancer Caregiver Burden and Psychological Outcomes: The Moderating Role of Social Connectedness. Online. *Current Oncology*. Vol. 29, no. 1, s. 14-26. [cit. 2025-02-05].

ZAFAROVÁ, Zuzana, ©2025. *Paliativní péče potřebuje rozšířit*. Online. Dostupné také z: <https://www.onkoplo.cz/paliativni-pece-potrebuje-rozsirit/>.

ZHANG, Tian a QI, Xiangxiu., 2024. Caregiver Burden in Bladder Cancer Patients with Urinary Diversion Post-Radical Cystectomy and the Need for Comprehensive Nursing Education: A Narrative Literature. Online. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. Vol. 17, s. 3825-3834. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S476029>. [cit. 2025-02-05].

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 PRISMA diagram.....	15
Tabulka 2 Charakteristika studie Rezaei et al.	56
Tabulka 3 Charakteristika studie Girgis et al.	57
Tabulka 4 Charakteristika Pasek et al.	57
Tabulka 5 Charakteristika studie Chen et al.	58
Tabulka 6 Charakteristika studie Lund et al.	58

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADL Activities of Daily Living – Aktivita denního života

CESD Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – Dotazník pro zjišťování příznaků deprese v populaci

CNAT-C Comprehensive Needs Assessment Tool in Cancer Caregivers – Nástroj pro hodnocení potřeb pečujících v onkologii

COPE Creativity, Optimism, Planning and Expert Advice – Kreativita, optimismus, plánování a odborné rady

ČR Česká republika

DC Dyadic Coping – Dyadické zvládání stresu

ENCR European Network of Cancer Registries – Evropská síť onkologických registrů

HADS Hospital Anxiety and Depression Scale – Dotazník pro hodnocení úzkosti a deprese u hospitalizovaných pacientů

IARC International Agency for Research on Cancer – Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny

IGRT Image-Guided Radiation Therapy – Radioterapie řízená obrazem

IMRT Intensity-Modulated Radiation Therapy – Radioterapie s modulovanou intenzitou

MBSR Mindfulness-Based Stress Reduction – Program na redukci stresu založený na mindfulness

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí

NOR Národní onkologický registr

OČR Ošetřovné

SBRT Stereotactic Body Radiation Therapy – Stereotaktická tělesná radioterapie

TNM Tumour-Node-Metastasis – Klasifikační systém stadií nádorového onemocnění podle velikosti nádoru, postižení uzlin a přítomnost metastáz

UICC Union for International Cancer Control – Mezinárodní unie pro kontrolu rakoviny