

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Lenka Burdová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Edukace pacientů o onkologickém onemocnění plic
bakalářská práce

Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

2008

Lenka Burdová

Abstract

Apart from skin cancer, lung cancer has been the most frequent malign tumor diagnosed in the male population in the Czech Republic and its occurrence has been on the rise due to smoking. Worldwide, lung cancer has been the most frequently diagnosed tumor and the most frequent cause of death caused by cancer-related diseases. Although the diagnostics and treatment have improved it remains a malicious attacker. That is why it is essential to pay attention to the prevention and early detection of lung tumors. Awareness, which is a part of prevention of illnesses caused by tumors, is strongly influenced by nurses who should be as close to the client as possible.

The purpose of my bachelor degree thesis was to survey the knowledge of nurses working with general practitioners for adults of how to promote awareness and prevention of lung cancer, to assess the role actually played by the nurses in prevention of lung cancer in surgeries of general practitioners for adults and to identify factors which improve and harm educative activities performed by the nurses working in surgeries of general practitioners for adults in prevention of lung cancer.

5 hypotheses were developed and all of them have been confirmed based on answers provided in a questionnaire. The first hypothesis assumed that nurses working in surgeries of general practitioners for adults had no knowledge of how to educate patients in prevention of lung cancer. The second hypothesis assumed that nurses working in surgeries of general practitioners for adults did not perform educative activities about prevention of lung cancer. The third hypothesis assumed that the actual role played by nurses working in surgeries of general practitioners for adults in prevention of lung cancer was low. The fourth hypothesis assumed that the most frequent factor influencing execution of educative activities in prevention of lung cancer on the side of the nurses was lack of time to perform such activities. The fifth hypothesis assumed that the most frequent factor influencing execution of educative activities in prevention of lung cancer on the side of the clients was lack of their cooperation.

A quantitative approach was used for data collection and processing and the respondents were approached with a questionnaire to collect the data. The questionnaire contained 27 questions in total. Out of the total number of the questions, 4 were open-ended, 6 semi open-ended and 17 closed-ended. Semi open-ended questions were used in order to obtain additional facts or personal opinions of the nurses. The survey was conducted in December 2007 – February 2008 in surgeries of general practitioners in North and South Bohemia.

The surveyed group consisted of nurses working in surgeries of general practitioners for adults in North and South Bohemia. The surveyed group included 71 nurses.

As a part of my thesis I have developed an educative plan about the topic for clients which could, in my opinion, improve the level of awareness of the nurses about the concerned issues.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne

.....

Poděkování

Touto cestou chci velmi poděkovat za dobré připomínky, vzácné rady a trpělivost při odborném vedení mé bakalářské práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D.

Obsah

Úvod

1. Současný stav.....	4
1.1 Anatomie plic.....	4
1.2 Nádory plic.....	5
1.2.1 Benigní nádory plic.....	5
1.2.2 Bronchogenní karcinom.....	6
1.2.2.1 Nematobuněčné karcinomy (NSCL)	6
1.2.2.2 Malobuněčné karcinomy(SCLC)	7
1.2.3 Výskyt bronchogenního karcinomu.....	8
1.2.4 Klinické příznaky bronchogenního karcinomu.....	8
1.2.4.1 Intrathorakální příznaky.....	9
1.2.4.2 Extrathorakální příznaky.....	10
1.2.4.3 Paraneoplastické příznaky.....	10
1.2.5 Rizikové faktory bronchogenního karcinomu.....	10
1.2.6 Všeobecná nádorová prevence.....	11
1.2.6.1 Primární prevence bronchogenního karcinomu.....	11
1.2.6.2 Sekundární prevence bronchogenního karcinomu.....	12
1.2.6.3 Terciární prevence bronchogenního karcinomu.....	12
1.2.6.4 Kvartérní prevence bronchogenního karcinomu.....	13
1.2.7 Časná detekce a diagnostika bronchogenního karcinomu.....	13
1.2.8 Léčba bronchogenního karcinomu.....	15
1.2.9 Radioterapie.....	15
1.2.10 Chemoterapie.....	16
1.3 Kouření.....	17
1.3.1 Primární prevence kouření.....	17
1.3.2 Praktické postupy pro sestry a lékaře v primární péči.....	17
1.3.3 Programy primární prevence kouření.....	18
1.3.4 Léčba kouření.....	19

1.4 Edukace klienta o bronchogenním karcinomu.....	20
1.4.1 Pětiminutová sesterská edukace u souvislostí s prevencí a časnou detekcí bronchogenního karcinomu.....	22
1.4.2 Hodnocení sesterské edukace v souvislosti s bronchogenním karcinomem.....	23
1.5 Role sestry v nádorové prevenci a časně detekci bronchogenního karcinomu.....	24
1.6 Intervence sestry v primární prevenci bronchogenního karcinomu.....	25
1.6.1 Intervence sestry a riziko vzniku bronchogenního karcinomu v souvislosti s věkem.....	25
1.6.2 Intervence sestry a riziko vzniku bronchogenního karcinomu v souvislosti s dědičnými dispozicemi.....	25
1.6.3 Intervence sestry a riziko vzniku bronchogenního karcinomu v souvislosti s kouřením.....	26
1.6.4 Shrnutí základních ošetrovatelských intervencí.....	27
1.7 Bariéry v prevenci bronchogenního karcinomu.....	27
2. Cíle práce a hypotézy.....	28
3. Metodika.....	29
3.1 Metodika práce.....	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	29
4. Výsledky.....	30
5. Diskuse.....	57
6. Závěr.....	64
7. Seznam použité literatury.....	66
8. Klíčová slova.....	69
9. Seznam příloh.....	70

Úvod

Karcinom plic je v České republice vedle nádorů kůže nejčastějším zhoubným nádorem u mužů, jeho výskyt v souvislosti s kouřením stoupá. Celosvětově je nejčastěji vyskytujícím se nádorem a je nejčastější příčinou úmrtí na zhoubný plicní nádor. Incidence karcinomu plic je asi 94 mužů, resp. 21 žen na 100 000 obyvatel. Vyskytuje se častěji u mužů, v posledních letech se incidence u mužů snižuje, ale u žen narůstá.

I přesto mnoho klientů podceňuje riziko vzniku plicního karcinomu. Častou příčinou je kouření a nedostatečná informovanost klienta o klinických příznacích nebo preventivních prohlídkách. Tyto příčiny často vedou k pozdnímu nálezu plicního karcinomu a tím k prodloužení léčby klienta, k vyšším nákladům za hospitalizaci a vysoké psychické a fyzické zátěži pro něho.

Přestože se již zdokonalila diagnostika a léčba, zůstává toto onemocnění zákeřným útočником. Právě proto je nutné věnovat pozornost prevenci a časně detekci nádorového onemocnění plic. V oblasti prevence nádorových onemocnění, do které spadá informovanost klienta, hraje významnou úlohu právě sestra, která by mu měla být nejbližší. Bakalářskou práci jsem si zvolila, protože je to téma, které má mnoho okruhů a jsou velmi zajímavé. Také mě zajímá postavení sestry k provádění edukace klienta a její znalosti o onkologickém onemocnění. Kolik času má na edukaci klienta, zda ji provádí a zasahuje do péče o jeho celkový zdravotní stav nebo jen nemá chuť ani snahu.

At' výzkum prokáže cokoliv, věřím tomu, že jednou nastanou postupné změny v této problematice a čísla týkající se výskytu karcinomu plic budou klesat. Sestry budou věnovat více pozornosti preventivní edukaci klientů v onkologickém onemocnění a budou se nadále vzdělávat, aby měly o problematice onkologických onemocnění co nejvíce informací.

1. Současný stav

1.1 Anatomie plic

Plíce jsou orgány jehlancovitého tvaru, vyplňující část prostoru hrudní dutiny. Vrcholky plic, které přesahují horní okraje klíčních kostí se nazývají plicní hroty. Lehce prohloubené plochy, kterými plíce naléhají na bránici, tvoří báze plic. Cévy a nervy vstupují do plic v tzv. plicních stopkách – v plicních hilech.

Pravá plíce je hlubokými zářezy rozdělena na tři laloky a levá plíce na dva laloky.

Plicní tkáň se skládá z různého typu bronchů, vaziva, cév a nervů. Bronchy se do vstupu plic dělí na lalokové bronchy a ty se dále větví na segmentové bronchy.

Plicní segment je úsek plicní tkáně, který má vlastní průdušku a cévy, a je oddělen od ostatních segmentů vrstvou maziva. Segmentové bronchy se větví až na respirační bronchy, kterými začínají vlastní dýchací odstavce plic, ve kterých již dochází k výměně plynů.

Respirační bronchy (průdušinky) se po krátkém průběhu mírně rozšiřují, a na rozšířené úseky nasedají polokulovité váčky – alveoly.

Plicní alveoly mají stěnu tvořenou sítí jemných vazivových vláken, mezi kterými probíhají bohaté pleteně krevních vlásečnic. Na vnitřní (dutinové) straně sklípků je tenká vrstva respiračního epitelu tvořeného mimořádně plochými buňkami, přes které jsou molekuly transportovány z dutiny alveolu do krve protékající kapilárami a naopak. Respirační bronchy s celým systémem váček a cév, tvoří funkční jednotku plicní tkáně – plicní lalůček, který je v průměru velký asi 1 mm.

Plíce obsahují i velké množství vazivové tkáně, která spojuje jednotlivé větve průduškového kmene. Vytváří se tak velmi pružný a elastický plicní skelet, nutný jako nosná struktura pro krevní a mízní cévy. Pružné vazivo podporuje i dýchací pohyby plic nezbytné pro nasávání a vypuzování vzduchu. Na povrchu plic je jemná blanka srůstající s vazivem uvnitř plic.

Do plicních hilů vstupují plicní tepny, které přivádějí odkysličenou krev z pravé srdeční komory. V plicích se tepny větví podél bronchů a rozpadají se v síť kapilár opřádajících plicní sklípky. Ze sítě alveolárních kapilár se pak zbíhají žíly probíhající ve vazivových přepážkách mezi segmenty.

Plicní žíly odvádějí okysličenou krev z plic do levé srdeční předsíně, odkud je kyslíkem bohatá krev přečerpána levou srdeční komorou do velkého oběhu.

Malý plicní oběh je funkčním oběhem plic. Prostřednictvím malého oběhu se uskutečňuje výměna plynů mezi krví a vdechovaným vzduchem. Vlastní plicní tkáň má samostatné cévní zásobení, které je oddělené od funkčního oběhu plic.(7)

1.2 Nádory plic

Nádory plic mohou vyrůstat z jakékoliv plicní struktury, nejčastěji však z průdušek. Podle biologické povahy se dělí na benigní a maligní. Hranice není zcela ostrá, protože některé histologicky benigní nádory mohou být potenciálně maligní a jejich příznaky a léčbu nelze podceňovat. Proto by každá sestra měla mít základní znalosti o nádorech plic. (1, 16, 29)

1.2.1 Benigní nádory plic

Benigní nádory plic představují 5-8 % všech primárních plicních nádorů. Mohou být klinicky němé a pokud jsou lokalizovány centrálně, nemusí být vidět ani na skiagramech hrudníku. Jsou-li lokalizovány na periferii, jsou zjistitelné na skiagramu jako dobře ohraničený solitární okrouhlý stín.

Z benigních nádorů jsou nejčastější bronchiální adenomy. Vycházejí zpravidla ze sliznice bronchů. Rostou pomalu, ale postupně působí obstrukci postiženého bronchu, která je odpovědná za kašel, hemoptýzu, bronchopneumonii.

Druhým nejčastějším nádorem je karcinoid. Vzniká v bronchiální sliznici z tzv. Kulchitského buněk (jsou to buňky neuroendokrinního původu, produkují aktivní neuroamin a neuropeptid a hlavně serotonin). Nádor je potenciálně maligní. Maligní

formy mají relativně pomalou progresi, metastazují do uzlin, jater a do skeletu. Karcinoidy se vyskytují převážně v trávicím ústrojí.

Hamartomy jsou nádory obsahující peribronchiální plicní tkáň (hladké svalstvo, kolagen) v nekoordinovaném uspořádání. Asi 20 % případů jsou v nádoru přítomné kalcifikace.

Vzácněji se v plicích mohou vyskytnout i další nádory – chondromy, lipiny, fibromy, hemangiomy a teratomy. (1, 16, 29, 31)

1.2.2 Bronchogenní karcinom

Bronchogenní karcinom je v ČR nejčastějším zhoubným nádorem u mužů. Jeho výskyt u žen v souvislosti s kouřením stoupá a v současnosti již zaujímá třetí příčku jejich nejčastějšího onemocnění. Celosvětově je nejrozšířenějším nádorem a tím i nejčastější příčinou úmrtí.

Termínem bronchogenní karcinomy se označují nádory průdušek a nádory, které vznikají v plicním parenchymu. Jejich klinický obraz je velmi podobný a proto je nelze od sebe přesně oddělit.

Bronchogenní karcinomy se dělí podle biologického chování, podle histologického složení a podle lokalizace.

Největší význam dělení bronchogenního karcinomu má na skupiny malobuněčné karcinomy (25-30 %) a skupiny nemalobuněčné karcinomy (přibližně 70-75 %), protože z rozdílných biologických vlastností malobuněčných a nemalobuněčných karcinomů vyplývá i rozdílný přístup k léčbě. (11, 16, 19, 25, 29, 31)

1.2.2.1 Nemalobuněčné karcinomy

Nemalobuněčné karcinomy (NSCLC) mají ve srovnání s malobuněčnými karcinomy nižší růstovou aktivitu a v počátečních stádiích větší tendenci k lokoregionálnímu šíření.

Metastatický potenciál nemalobuněčných karcinomů výrazně narůstá s lokální pokročilostí. Do skupiny nemalobuněčných karcinomů se zařazují 3 hlavní histologické subtypy.

Dlaždicobuněčné karcinomy (epidermoidní, spinocelulární) se více objevují v centrální lokalizaci s tendencí k časnému postižení mediastinálních uzlin. Podle pitevnických nálezů se u 15-30 % těchto karcinomů nevyskytují v době úmrtí vzdálené metastázy.

Adenokarcinomy se vyskytují častěji jako periferně lokalizovaná ložiska, která mohou být delší dobou bez symptomů. Mají vyšší tendenci jak k regionální tak k systémové diseminaci. Variantou adenokarcinomu je bronchoalveolární karcinom, který vzniká víceložiskově v periferních partiích bronchiálního stromu. Byl popsán jeho častější výskyt v patologicky změněné plicní tkáni (plicní fibróza, fibrotizující alveolitida, recidivující pneumonie). Naproti tomu nebyla prokázána jeho souvislost s kouřením.

Velkobuněčné karcinomy jsou nejméně častou variantou. Manifestují se periferními lézemi a mají stejnou tendenci k metastazování jako adenokarcinom. (11, 16, 19, 25, 29, 31)

1.2.2.2 Malobuněčné karcinomy

Skupina malobuněčných karcinomů (SCLC) se vyčleňuje samostatně pro jejich zvlášť agresivní biologické chování, připomínající systémové onemocnění. Histologicky se rozlišují 3 varianty malobuněčných karcinomů.

První variantou je ovískový karcinom s uniformními drobnými buňkami s úzkým lemem cytoplazmy, připomínající lymfocyty. Druhou variantou je intermediární forma (vřetenobuněčná), která je charakterizována buňkami s polygonálním nebo vřetenovým tvarem s hojnější cytoplazmou. Třetí variantou jsou smíšené formy malobuněčných karcinomů obsahující buňky obou druhů. (vnitřní lékařství)

Všechny malobuněčné plicní karcinomy mají krátký zdvojovací čas, vysokou růstovou frakci a tendenci k časnému regionálnímu i vzdálenému metastazování. Záchyt časných stádií je spíše výjimečný. Vzdálené metastázy jsou nejčastěji v CNC, v kostech (kostní dřeni), v játrech, nadledvinách a v kůži. (11, 16, 19, 25, 29, 31)

1.2.3 Výskyt bronchogenního karcinomu

V celosvětovém měřítku zaujímá bronchogenní karcinom druhé místo mezi všemi zhoubnými nádory. V ČR je na prvním místě mezi zhoubnými nádory u mužů a na prvním místě v příčinách úmrtí na zhoubné nádory. Během roku onemocní touto chorobou přibližně jeden muž z tisíce.

Bronchogenní karcinom bývá obvykle diagnostikován ve věku 35-85 let, nejčastější výskyt je mezi 55.-80. rokem života.

Incidence byla v roce 2002 u mužů 91,5 na 100 000 obyvatel (1995- 94,2) a u žen 26,8 na 100 000 (1995- 21,1).

U žen se pozoruje trvale vzestupný trend v počtu nově zjištěných onemocnění. Od roku 1980 do roku 1998 se počet nově zjištěných případů rakoviny plic u žen více než zdvojnásobil (1980- 10,6 na 100 000 obyvatel, 2002- 26,8 na 100 000 obyvatel).

U mužů byl v těchto letech počet nově zjištěných onemocnění trvale na vysoké úrovni (1980- 97,6 na 100 000 obyvatel, 2002- 91,5 na 100 000 obyvatel). Četnost výskytu bronchogenního karcinomu u mužů v České republice odpovídá výskytu tohoto onemocnění ve Velké Británii (100-100 000). (1, 9, 13)

1.2.4 Klinické příznaky bronchogenního karcinomu

Sestra má znát klinické příznaky onemocnění bronchogenního karcinomu, které jsou důležité pro včasnou diagnostiku onemocnění a tím předcházení komplikacím onemocnění. Klinická symptomatologie je obdobná u malobuněčných i nemalobuněčných karcinomů. Příznaky mohou být intrathorakální (lokální), extrathorakální (metastatické) a paraneoplastické. (11, 16)

1.2.4.1 Intrathorakální příznaky

Intrathorakální příznaky závisejí na velikosti a lokalizaci primárního nádoru.

U centrálně rostoucích nádorů je nejčastějším příznakem kašel (u 45 až 75 % nemocných). Zpočátku je většinou suchý, dráždivý, postupně při zánětlivých komplikacích produktivní. Protože většina klientů jsou silní kuřáci trpící kašlem, je důležitým příznakem změna frekvence a charakteru kašle. Proto by každá taková zmiňovaná změna měla být včas hlášena. Hemoptýza se objevuje u 20- 30 % klientů. Zúžením hlavních dýchacích cest vzniká stridor, při obstrukci bronchu se může nádor manifestovat bronchopneumonií. Útlakem zvětšenými mízními uzlinami nebo následkem přímého šíření nádoru vzniká syndrom horní duté žíly s obrazem městnání v její spádové oblasti. Při postižení mediastinálních uzlin nádorovým procesem dochází tlakem na nervus recurrens k paréze hlasových vazů projevující se chrapotem, který může být prvním příznakem patologického procesu v mediastínu. Dušnost se objevuje většinou až v pokročilých stádiích a je způsobena uzávěrem bronchů s rozvojem atelaktázy laloku, někdy i celé plicce. Těžká dušnost provází bronchoalveolární formu karcinomu. Může být i dušnost restriktivní povahy, ne jejímž vzniku se podílí výpotek, často provázející periferní rostoucí nádory. U této lokalizace nádoru je častá bolest na hrudi z pleurálního dráždění nebo z postižení hrudní stěny. Lokální progresse nádoru rostoucího v plicním hrotu (Pancoatův nádor) může způsobit kruté bolesti z infiltrace brachiálního plexu a při postižení sympatické nervové pleteně vede ke vzniku Hornerova syndromu. Regionální progresse může způsobit stenózu průdušnice, kompresi jícnu s polykacími obtížemi, paralýzu nervu. Při prorůstání nádoru do perikardu se mohou objevit poruchy srdečního rytmu, známky srdeční tamponády a srdečního selhání.(11, 16, 31)

1.2.4.2 Extrathorakální příznaky

Extrathorakální příznaky pramení ze vzdálených metastáz. I když bronchogenní karcinom může metastázovat do jakéhokoliv orgánu, nejčastější příznaky metastáz do

CNS (bolesti hlavy, poruchy vizu, neurologické nebo psychické poruchy), z metastáz do kostí (bolesti, patologické fraktury) a z infiltrace kostní dřeně (anémie, leukoerytroblastóza). Metastázy do jater se projeví iktem a další hepatobiliární symptomatologií. (11, 16, 19, 31)

1.2.4.3 Paraneoplastické příznaky

Paraneoplastické příznaky jsou u bronchogenního karcinomu velmi časté a mohou napomoci k včasné diagnóze onemocnění. Endokrinní paraneoplastické syndromy zahrnují hyperkalcémii a hyperfosfatémii při ektopické sekreci parathormonu (časté u epidermoidních karcinomů), hyponatremii při nepřiměřené sekreci ADH (u malobuněčných karcinomů). Hypertrofická osteoartropatie (paličkovité prsty, periostitida) bývá častěji u adenokarcinomů. Mohou se vyskytnout i kožní příznaky (dermatomyozitida), neurologické (periferní neuropatie), svalová myopatie a hematologické příznaky (migrující tromboflebitidy). (11, 16, 19, 31)

1.2.5. Rizikové faktory bronchogenního karcinomu

Zná-li sestra onkologické onemocnění plic, musí znát také rizikové faktory bronchogenního karcinomu, kdy by měla vhodně klienty o problematice rizikových faktorů edukovat.

Existuje jednoznačně prokázaný příčinný vztah ke kouření. 80- 90 % nemocných s bronchogenním karcinomem jsou kuřáci nebo bývalí kuřáci. Riziko vzniku bronchogenního karcinomu zvyšuje i pasivní inhalace cigaretového kouře. Cigaretový kouř obsahuje škodlivé látky, které působí jako kancerogeny. Jako „těžký kuřák“, je definován ten, kdo kouřil nejméně 20 cigaret denně po dobu alespoň 20 let. Těžký kuřák má 10- 15 % pravděpodobnost, že se u něj rozvine plicní karcinom. To sice znamená, že 85- 90 % těžkých kuřáků karcinom plic nedostane, neznamená to však, že nezemřou předčasně – nikoliv vinou karcinomu plic, ale jiných onemocnění, u nichž se kouření uplatňuje jako etiologický faktor (karcinom močového měchýře, hlavy a krku, chronická bronchitida a emphyzém plic

s kardiovaskulárními důsledky- onemocnění periferních cév, ischemická choroba srdeční atd.). Vliv na vznik bronchogenního karcinomu má bohužel také pasivní kouření.

Mezi další rizikové faktory patří vlivy zevního prostředí. Expozice ionizujícím zářením (práce v uranových dolech, zvýšená koncentrace radonu v domácnostech z nevhodných stavebních materiálů) prokazatelně zvyšuje výskyt bronchogenního karcinomu. Z profesionálních škodlivin je uvedeno karcinogenní riziko při práci s některými kovy (arsen, nikl, chrom).

Pokud jde o věk, je důležitý především proto, že výrazný nárůst se objevuje po 45. roce života. (1, 4, 9, 29)

1.2.6 Všeobecná nádorová onemocnění

Jde o prohloubení informací dostupných každému našemu občanovi o rizikových faktorech, které se spolupodílejí na pravděpodobnosti vzniku zhoubného bujení (nádoru) (4)

1.2.6.1 Primární prevence bronchogenního karcinomu

Primární prevence je zaměřena na zdravé jednotlivce. Cílem primární prevence je předcházení zdravotním problémům. Nezabývá se pouze prevencí vzniku bronchogenního karcinomu, ale i pozitivním zlepšováním zdravotního stavu jednotlivců, což vede ke zvyšování kvality života. Snahou primární prevence je především ovlivnit vnější faktory (požívání alkoholu, kouření, pohybová aktivita, dietní návyky, profesionální faktory, ekologické faktory). Primární prevence eliminuje a snaží se o snížení expozice rizikových faktorů bronchogenního karcinomu. Sestra by měla podporovat v rámci primární prevence aktivity vedoucí ke zlepšení životního stylu klientů. (1, 4, 9, 32)

1.2.6.2 Sekundární prevence bronchogenního karcinomu

Sekundární prevence je zaměřena na včasné zjištění již existujícího onemocnění. Má zabránit dalšímu rozvoji choroby a určit diagnózu v době, kdy je onemocnění ještě ve vyléčitelném stádiu. V ČR je bronchogenní karcinom často zjištěn pozdě a to se odráží v úspěšnosti, délce a nákladnosti léčby. Léčba pokročilého onemocnění, která je podstatně méně účinná, stojí mnohem více než léčba časného stádia a přináší klientovi méně nepříjemné komplikace.

Závislost včasné diagnózy na léčebném úspěchu platí pro mnoho druhů nádorů, ale také pro bronchogenní karcinom. Proto se preventivnímu onkologickému vyšetření má vždy věnovat náležitá pozornost při každé návštěvě klienta u lékaře, hlavně praktického, ale také při pobytu v nemocnici na kterémkoli oddělení, ať byl přijat pro jakékoli onemocnění. (1, 4, 9, 32)

1.2.6.3. Terciální prevence bronchogenního karcinomu

Terciální prevence je zaměřena na lidi, u nichž již nelze vzniku onemocnění zabránit a nemoc propukla. Je třeba edukace klientů sestrou, lékařem a také rodinných příslušníků k tomu, jak využít co nejvíce stávajících možností zdravého žití i jak se vyhnout zbytečným komplikacím a problémům onemocnění. (1, 4, 9, 32)

1.2.6.4 Kvartérní prevence bronchogenního karcinomu

Znamená předvídání a předcházení důsledkům progredujícího a nevléčitelného nádorového onemocnění, která mohou zkracovat zbytek života nebo snižovat jeho kvalitu. Lidé nejsou zvyklí hovořit o prevenci u pokročilých a nevléčitelných případů nádorových onemocnění. Proto je zapotřebí preventivního myšlení i preventivních postupů také zde, to znamená v somatické, psychické i sociální oblasti.

Pro zajištění kvartérní prevence je potřeba akceptovat, že preventivní myšlení a postupy se týkají i pokročilých případů nádorových onemocnění, pouze mají jiné organizační a léčebné nástroje než je tomu u výše uvedených prevencí u zdravých a úspěšně léčených; zajistit všem onkologicky nemocným s nevléčitelným nádorovým onemocněním včas možnost odborné konzultace algeziologa a onkologa s orientací na paliativní medicínu; zajistit podle potřeb nemocného včas psychologickou, duchovní a sociální podporu. Indikátorem kvality kvartérní prevence je především soustavné vyhodnocování dotazníků kvality života, přizpůsobených danému typu onemocnění. Tyto dotazníky však musí být nejprve zavedeny a pravidelně vyhodnocovány. (4, 8, 12)

1.2.7 Časná detekce a diagnostika bronchogenního karcinomu

V časně detekci a diagnostice bronchogenního karcinomu zastupuje důležitou úlohu sestra. Hlavní význam časně detekce a diagnostiky spočívá v onkologické preventivní prohlídce, jako součásti komplexních preventivních prohlídek, prováděných praktickým lékařem u svých klientů. Tyto prohlídky jsou stanoveny vyhláškou MZ ČR ze dne 13. března 1997, ve znění vyhlášky č. 183/2000 Sb. Stanoví mimo jiné i rozsah a časové rozmezí preventivních prohlídek u praktického lékaře pro dospělé, ale i u pediatra, stomatologa a gynekologa.

Preventivní prohlídka se provádí od doby dovršení 18 let věku, vždy jednou za 2 roky, nejdříve však za 23 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky. Obsahem preventivní prohlídky je doplnění anamnézy, kterou sbírá také sestra a zaměřuje se na změny, rizikové faktory a profesní rizika (v rodinné anamnéze je kladen důraz na výskyt kardiovaskulárních onemocnění, výskyt hypertenze, diabetu mellitu, zvýšení krevního tlaku a zvážení hmotnosti). Povinnou součástí preventivních prohlídek je i onkologická prevence včetně vyšetření kůže, vyšetření per rektum a vyšetření testes, prsou spolu s poučením o nutnosti a způsobu samovyšetřování, laboratorní vyšetření.

Doporučené intervaly preventivních vyšetření u karcinomu plic jsou ve věku od 35 let do 90 let. U nízkého rizika vzniku karcinomu plic se provádí ambulantní vyšetření u praktického lékaře, vyšetření poslechem, FW, KO, biochemické vyšetření. U vysokého rizika vzniku karcinomu plic se provádí ambulantní vyšetření u praktického lékaře, vyšetření poslechem, FW, KO, biochemické vyšetření, genetické poradenství, RTG plic, CT plic a bronchoskopie. (11, 16, 29)

Po zhodnocení anamnézy a fyzikálního vyšetření může podezření na bronchogenní karcinom potvrdit prostý zadopřední a bočný RTG snímek hrudníku, na toto vyšetření vypravuje a vypisuje žádanku klienta sestra. RTG obraz je pestrý (viz příloha č. 1). V typickém případě se nalezne okrouhlý stín v plicním hilu, často neostrých krajů. Jindy je nádor zakryt stínem pleurálního výpotku nebo dominuje obraz kolapsu plíce (atelektáza) či bronchopneumonie za stenózovaným bronchem. Lokalizaci nádoru může upřesnit tomografie, spolehlivější je však CT nebo MR, která zpřehlední situaci v mediastinu. Velmi užitečnou metodou ke zpřesnění onemocnění je endobrachiální ultrasonografie. PET má význam zejména pro hodnocení mediastinálních uzlin.

Nepostradatelnou diagnostickou metodou je buď klasická (rigidním bronchoskopem či fibroendoskopem) nebo fluorescenční bronchoskopie. Může odhalit nádor nebo stenózu bronchu a umožní cílený odběr vzorku k histopatologickému vyšetření. Bronchoskopicky lze provést výplach bronchu (tzv. kartáčová biopsie k cytologickému vyšetření- obrazu stěny bronchu speciálním kartáčkem).

Pokud se prokáže bronchogenní karcinom, musí pak následovat vyšetření s cílem odhalit případné metastázy. Sonografické vyšetření břišní dutiny a retroperitonea, scintigrafie skeletu. Pokud se uvažuje o operaci, je nutno zjistit funkčním vyšetřením, jak velká resekce plic je vlastně nutná. (11, 16, 29)

1.2.8 Léčba onemocnění

Východiskem pro volbu léčebného postupu je především morfologicky ověřená diagnóza, určení stadia nemoci a výsledky všech vyšetření. Velmi podstatný pro rozhodování o terapii je postoj klienta k nemoci samé i k vyšetřovacím a léčebným postupům (29).

Klient má mít právo na podrobné informace o stavu svého onemocnění, ale i o možnostech a rizicích vyšetřovacího a léčebného plánu. K základním léčebným postupům, které mají samotné nebo v kombinaci pro léčbu plicních karcinomů největší význam jsou: chirurgie (odstranění nádoru), radioterapie (ozařování), chemoterapie.(31, 34)

Principy léčby je možné v podstatě shrnout do stručné věty: v případě, že je možná operace, volí se operační postup. Ten je možný jen u nádorů nevelkého rozsahu bez metastáz. V ostatních případech se používají léčebné postupy, které používají ozařování a chemoterapii. Bronchogenní karcinom, zejména nemalobuněčný, je tak málo senzitivní na léčbu, že ne vždy je podána chemoterapie, ale někdy je pro klienty vhodnější pouze symptomatická léčba.

Léčba chemoterapií a radioterapií je spojena s častými vážnými nežádoucími účinky a je maximálně důležitá pravidelná kontrola a edukace klienta sestrou a lékařem. Spolupráce klienta při léčbě jeho onemocnění tedy výrazně závisí na profesionalitě přístupu nejen lékaře, ale i celého zdravotnického týmu. (20, 29, 31, 34)

1.2.9 Radioterapie

Patří k jedné ze základních metod v léčbě nádorových onemocnění. Dělí se do dvou základních skupin zevní a vnitřní.

U zevní radioterapie je zdroj záření umístěn vně klienta a záření prochází přes kůži, je produkováno lineárními urychlovači a radioizotopovými ozařovači.

U vnitřní radioterapie je zdroj záření v těsné blízkosti klienta nebo uvnitř jeho těla. Zdrojem záření jsou různé radioaktivní prvky produkující elektromagnetické záření.

Při léčbě záření se mohou projevit vedlejší účinky léčby, které by sestra měla znát a klientovi podat dostatek informací, co při komplikacích dělat. Mohou být místní nebo celkové. U místních komplikací může být kůže a jiné sliznice na dotek suchá, citlivá, svědicí a zčervenalá. K celkovým komplikacím patří zvýšená únava, nevolnost, špatný spánek, nechutenství a změny psychického stavu. Obvykle jsou způsobeny tím, že při ozáření chorobného ložiska se ozáří i malá část zdravých tkání a orgánů. (20, 29, 31)

1.2.10 Chemoterapie

Chemoterapie znamená léčbu látkami, tzv. cytostatiky. Cílem chemoterapie je zničení nádorových buněk. V dnešní době existuje celá řada těchto cytostatik, která účinkují různým způsobem a navzájem se kombinují.

Chemoterapie ničí nádorové buňky tak rychle, jako se množí zdravé buňky. Důležitou roli hraje také pozitivní a negativní přístup klienta k chemoterapii. Existuje několik cest vpravení cytostatik. K nejjednodušším a nejméně zatěžujícím cestám jak chemoterapii vpravit do organismu, patří podávání tablet (tzv. perorální cestou). Nejčastější formou podávání cytostatik je do žíly formou injekce nebo infuze.

U některých klientů se do podkoží zavádí podkožní port. Poslední cestou je podání cytostatik do tělesných dutin nebo do dutého orgánu. Provádí se v případě, že se zde prokáží nádorové buňky, které je zapotřebí vystavit přímému vlivu cytostatik. Cytostatika působí na každého klienta jinak a také mají rozdílné nežádoucí vlivy. Sestra by měla být klientovi oporou, znát nežádoucí účinky chemoterapie jako je nevolnost, zvracení, průjem, teplota, vypadávání vlasů a poradit mu co při komplikacích dělat. (11, 20, 29, 31)

1.3 Kouření

Všechny formy spotřeby tabáku tj. kouření cigaret, doutníků, dýmky, žvýkání tabáku nebo šňupání i pasivní vystavení produktům hoření tabáku významně přispívají ke vzniku více než 20 různých nemocí a předčasnému úmrtí na ně. Kouření je závažným zdravotním problémem ve většině evropských zemí. Vyšší prevalence kuřáctví je v mladších věkových skupinách u obou pohlaví. Významný je i rostoucí počet kuřáček v mladších věkových skupinách. Je prokázán vztah výše rizika k vyšší dávky a době trvání pravidelného kouření a proto: „bezpečná cigareta a neškodlivé kouření neexistují.“(3, 8, 15)

1.3.1 Primární prevence kouření

Jedinou efektivní cestou je soustavné omezování epidemie tabakismu. Programy se soustřeďují jednak na primární prevenci proti kouření (zaměřenou na děti a mládež), ale i na odvykání a léčbu závislosti. Účinnost programů se projevuje v epidemiologii poklesem morbidity a mortality za 5-20 let (u působení na dospělé kuřáky), resp. za 30-50 let (u působení na mladistvé kuřáky). Nejdříve nastane snížení výskytu kardiovaskulárních onemocnění (během 2-3 let). U epidemiologie zhoubného bujení je časový horizont o něco delší. Lehce zvýšené riziko odlišuje bývalé kuřáky od těch, kteří nikdy nekouřili i po celý zbytek života. Nicméně šance, že dnes nejfrekventovanější zhoubné nádory by se mohly stát vzácnou raritou, je nereálná. (3, 9)

1.3.2 Praktické postupy pro sestry a lékaře v primární péči

Nejen v ordinacích primární péče, ale i při každém kontaktu je potřeba zjišťovat u všech klientů, zda oni sami nebo někdo v jejich rodině kouří. Zabezpečit, aby zdravotní záznamy obsahovaly informace, zda klient kouří či nekouří. Vyhledávat příležitost hovořit o problému kouření, prodiskutovat názory na kouření a zdraví při jakékoli jeho návštěvě ordinace i při návštěvě v rodině. Důležité je zaměřit se zejména

na dospívající, těhotné ženy, rodiče školních dětí, klienty s hypertenzí, hypercholesterolémií, kardiovaskulárním onemocněním, respiračním onemocněním a osoby, které se mají podrobit operaci. Je zapotřebí poradit všem kuřákům, jak přestat kouřit a jak využít možností substituční léčby. Soustavně zdůrazňovat výhody nekuřáctví, podpořit klientovo odhodlání a připravit ho pro intervenci. Nenutit ty, kteří se ještě nerozhodli přestat kouřit. Podporovat ty, kteří jsou připraveni pokusit se zanechat kouření a pomoci jim naplánovat individuální strategie. Zajistit pravidelnou kontrolu a v případě relapsu povzbudit klienta, aby se pokusil znovu přestat kouřit. Pokud je to nezbytné, doporučit mu návštěvu poradny pro odvykání kouření. (9, 13)

1.3.3 Programy primární prevence kouření

Programy primární prevence kouření musí být komplexní a mít celospolečenský charakter. Děti a mladí lidé musí mít možnost žít v prostředí, které žádné drogy netoleruje, ale nabízí dostatečné alternativní možnosti dosáhnout příjemných až euforických účinků mnohem zdravějším způsobem. Účinnost zefektivnit ztížením dostupnosti kuřiva (omezování místo prodeje, zvyšování cen), zabráněním propagace kouření a rozšiřováním míst zákazu kouření.

V programech pro odvykání kouření a léčbu závislosti hrají velkou úlohu sestra i lékař. Rutinní součástí jejich práce musí být nejen zjišťování kuřácké anamnézy u každého klienta, ale především jednoznačně formulovaná, doporučení proč přestat kouřit. K vytvoření silného motivu, který by klienta ovlivnil, využívá sestra znalostí o klientově rodinné a osobní zdravotní anamnéze a jeho zdravotním stavu: prakticky vždy můžeme nalézt údaj, kterým lze vysvětlit klientovi jeho možnou vyšší vnímavost ke škodlivým následkům kouření. V tomto ohledu je úloha lékaře a sestry naprosto nezastupitelná.

Čeští kuřáci mají v současné době dostatek vhodné literatury, z níž získají informace o zdravotních rizicích kouření, ale i rady, proč a jak přestat. Sestra by měla tyto zdravotně výchovné materiály rámcově znát a kouřícím klientům jejich studium doporučovat. (2, 9, 13)

1.3.4. Léčba kouření

Abstinenční příznaky, které vznikají následkem závislosti na nikotinu i narušením sociálních vazeb kuřáka, je třeba pokládat za příznivý projev eliminace drogy z těla. Nikotin lze dočasně i dlouhodobě doplňovat nikotinovými farmakologickými přípravky (žvýkačky, náplasti, inhalátory, tablety), a to prakticky bez kontraindikací. Vasospastické účiny nikotinu, které pozorujeme při kouření, se při jeho pomalém uvolňování ze žvýkačky či náplasti do krevního oběhu nevyskytují. Lékař po otestování stupně závislosti a okolností kouření doporučí nejvhodnější formu a kombinaci náhradní nikotinové terapie, upozorní na způsob užívání či aplikace. Používáním náhradní nikotinové terapie zmírní příznaky farmakologické závislosti a usnadní kuřákovi změnit způsob dosavadního kuřáckého chování na životní styl nekuřáka. Pokud dominují v abstinenci příznaky stavu deprese, je v terapii kouření doporučován Zyban (bupropion).

Při dalších návštěvách klienta – kuřáka lékař a sestra sledují úspěšnost protikuřáckého působení a posilují jeho úsilí být nekuřákem. V individuálních případech mu doporučí intenzivnější péči v poradně pro odvykání kouření.

Závislost na nikotinu a kuřáckých rituálech je velmi silná. Kouření je řazeno mezi ostatní toxikomanie. Motivaci a přípravu kuřáka na zanechání kouření nelze podceňovat, léčbě závislosti je třeba věnovat adekvátní pozornost. Lékař a sestra by měli být jako zdravotnický personál klientům vzorem.

Problematika kuřáctví a jeho léčby je již součástí curricula pregraduálního studia na všech moderních lékařských fakultách. Pro další vzdělávání lékařů a sester je i dostatek odborné literatury. Lékaři a sestry by si měli být vědomi své etické odpovědnosti a před klienty i před celou veřejností zásadně vystupovat jako nekuřáci.

Je to geniálně prosté, přesvědčivé. Obtížné, ale účinné. Nutné je začít a vytrvat.

(4, 9, 13)

1.4. Edukace klienta o bronchogenním karcinomu sestrou

V poslední době se edukace dostala na správné místo jednoho z naprostých základů celé léčby. Kvalitní edukace radikálně ovlivňuje výsledky ostatních léčebných postupů. Z tohoto důvodu se v poslední době mluví o „ terapeutické edukaci “.

Současná představa sester o kvalitní edukaci je velmi vzdálená původnímu, jednoduchému modelu, kdy zdravotnický personál řekl a tím vlastně „ přikázal “ dodržovat soubor pravidel. K nimž podal jen slabé a suché informace o nemoci a možných následcích. Jedním ze základních kamenů správné edukace zůstává dostatek znalostí. V současnosti se mnohem více využívá poznatků z psychologie, psychiatrie, sociologie, didaktiky atd.

Podmínkou efektivní a dobré terapeutické edukace je výborné zvládnutí tří základních dovedností sestrou edukátorem.

K první základní dovednosti patří výuka klientů prostřednictvím praktického procvičování dovedností a využívání vlastních zkušeností klienta. Do této části může sestra zahrnout poučení klienta o nutnosti sledování kašle, změnu jeho charakteru a příměsí v hlenu. V dnešní době je ověřenou skutečností, že pokud je edukace zahájena a prováděna pomocí instrukcí, které obsahují pouze lékařské termíny, nedovede klient využít těchto znalostí pro svůj život. Je pro něho velice obtížné dávat znalosti získané uvedeným způsobem do souvislosti s jeho vlastními zážitky, zkušenostmi a pozorováním. (1, 9, 18, 24, 32)

K druhé základní dovednosti patří navození pevné vazby mezi znalostmi a dovednostmi nemocných s obecnými i konkrétními cíli léčby. Klient by měl vědět, kam směřují jeho konkrétní úkony, aby přehnané úsilí nebylo nakonec příčinou zhoršení celkového zdravotního stavu. Ke změnám životního stylu by měl přistupovat pomalým způsobem a nikoliv ho změnit náhle. Jedná se hlavně o změnu v několika souběžných škodlivých konzumacích (odvykání kouření, pití alkoholu), z toho vyplývá, aby sestra věnovala zvýšenou pozornost zmíněným faktorům jako prevenci proti náhlému celkovému zhoršení zdravotního stavu klienta.

Ke třetí základní dovednosti edukace patří trvalé pochopení a prohlubování problematiky klientem. U nich by sestra měla vnímat určité limitace dosaženého pochopení problematiky, jako je intelekt, struktura osobnosti, ale také kulturní a sociální zázemí. Čím více dokáže správně pochopit veškeré dovednosti a souvislosti s danou problematikou, tím více se osvobozuje od vztahu k nemoci. V této souvislosti se to týká vlivu rizikových faktorů na jeho celkový zdravotní stav s možností vzniku bronchogenního karcinomu. (1, 9, 18, 24, 32)

Edukace sestrou se provádí po formální stránce dvěma základními způsoby, a to individuálně nebo skupinově.

V individuální edukaci je jednou z výhodných možností navození velice úzké spolupráce mezi sestrou a klientem, možnost přísně individualizovat plán edukace, jeho okamžité přizpůsobení aktuální situaci i vzhledem k jeho zdravotnímu stavu. Důležitou roli hraje také soukromí klienta, kterému by se mohlo ve skupině o dané problematice špatně mluvit a mohl by mít ostych z veřejné prezentace. Nevýhodou individuální edukace je značná časová a ekonomická náročnost. Při skupinové edukaci lze diskutovat nad problémy jednotlivých klientů, využít skupinové diskuse a vlastních zkušeností jednotlivých členů skupiny. Nevýhodou je nemožnost individualizovaného přístupu. Skupinová edukace vyžaduje od sestry edukátora naprosto odlišný přístup proti individuálně prováděné edukaci. Je zde zapotřebí více řídit diskusi, vyrovnávat individuální rozdíly ve schopnosti učit se a problematiku, podporovat aktivitu všech zúčastněných členů a tím odsouvat jejich pocit beznaděje a osamocení.

Edukace je kontinuální proces, který by neměl nikdy přestat, dále pak to, že k jednomu cíli se dá dojít několika cestami. Jejich volba záleží na řadě okolností, včetně kulturních zvyklostí v zemi, na ekonomice a obecné úrovni zdravotnictví. V případě prevence bronchogenního karcinomu je často kontinuální edukace, v souvislosti s rizikovými faktory, přesunuta z ordinací praktických lékařů do specializovaných poraden, kdy sestra s těmito poradnami spolupracuje. Protože edukace je dlouhodobou záležitostí, dělíme ji na tři fáze.

První fáze je úvodní, která nám předává základní informace a uvedení do problematiky (co je bronchogenní karcinom). Druhou je fáze hluboká, která se zabývá

speciálními a specifickými problémy dané problematiky. Ve třetí fázi probíhá reedukace a dlouhodobá edukace. Je důležité stanovit si konkrétní cíle k jednotlivým fázím a dohlédnout, aby s nimi byli všichni zúčastnění srozuměni.

Při dodržování fází sesterské edukace, by se nemělo zapomínat na její správné zásady.

Základním předpokladem účinné a správné edukace je dostatečná motivace klienta. Motivace obsahuje složku vnější a vnitřní, podle emotivního prožitku a tu pak je možné dělit na kladnou a zápornou. Motivace vnitřní vyplývá z vůle něčeho dosáhnout, z osobních rysů a je podmíněna znalostmi a zkušenostmi klienta. Odrážejí se v ní sociální a kulturní vlivy. Motivací vnější je odměna, hrozba nebo nátlak.

Jazyk pro edukaci musí být jednoduchý, srozumitelný, přiměřený intelektu a vzdělání klienta, využívající emotivních výrazových prostředků.

Systém by měl být sestaven od základního k podrobnému, od nejjednoduššího ke složitějšímu a od nejdůležitějšího k podružnějšímu.

Při edukaci sestrou je možné využívat modelových situací, kdy se aktivně řeší problémy klientů, prolínají se informace s jejich vlastními zkušenostmi a dosáhne se tak maximálního efektu řádné edukace. (1, 9, 18, 24, 32)

1.4.1 Pětiminutová sesterská edukace u souvislosti s prevencí a časnou detekcí bronchogenního karcinomu

Na jedné straně stojí optimální podmínky pro edukaci nemocných, které lze vytvořit ve specializovaných centrech. Edukují zde pracovníci kvalitně vyškolení pro tuto práci bez časové tísně. Na druhé straně však edukace za takovýchto podmínek není běžně přístupná, a to nejen v naší zemi. Vychází se ale z principu, že lepší je i malý pokrok než žádný. Poučit průměrného klienta v několika nejzákladnějších dovednostech lze bez větší časové zátěže během běžné návštěvy praktického lékaře. Pokud sestra ví, co má klienta naučit, popř. dovede z celého souboru potenciálně vhodných informací a dovedností vybrat to nezákladnější a nejdůležitější, stačí jí skutečně pouze několik minut pro krátkou, ale důležitou edukaci. S využitím materiálů

letáků, brožur pro tzv. pětiminutovou edukaci jej může sestra skutečně seznámit s naprosto základními informacemi, které mu však v jeho životě mohou velice pomoci.

System pětiminutových edukací je dokladem toho, že tato teorie se snaží zohlednit veškerá úskalí prakticky prováděné edukace a skutečností, že je nedělitelnou součástí primární prevence a časné detekce. (1, 9, 18, 24, 32)

Základním problémem praktické edukace je otázka financování (zřejmě nejenom v ČR). Činnost je to poměrně náročná na důkladné vzdělání, ale i na čas přesto, že na dobré edukaci mnohdy závisí lidský život. Proto správná a častá edukace sestrou bude spíše otázkou profesní cti, přístupu sestry a lékaře k lidskému životu a jejich vlastní snaze a potřebě něco změnit a udělat. (1, 9, 18, 24, 32)

1.4.2 Hodnocení sesterské edukace v souvislosti s bronchogenním karcinomem

Různé metody či jakékoli postupy v medicíně musí být podrobeny analýze z hlediska efektivity, dosažených výsledků a prospěchu pro klienty. Je tomu i v případě edukace. Hodnotí se buď obecně nebo jednotlivé edukační programy speciálně. Obvykle se při těchto hodnoceních zodpovídají otázky, zda bylo dosaženo zlepšení znalostí o bronchogenním karcinomu, o rizikových faktorech pro vznik bronchogenního karcinomu nebo o jeho klinických projevech. Dále pak osvojení dovedností jak má klient sledovat charakter a častost spůta, kvality života, zda se snížila incidence nemoci, jaký byl vliv na počet a délku hospitalizací klientů s bronchogenním karcinomem a jaký je poměr cena : prospěch. Protože dobře a kvalitně prováděná edukace je také výrazně úsporným postupem z hlediska ekonomického. Je samozřejmé, že některé rozměry její kvality provedení nelze financemi vyjádřit. To platí zejména o zlepšení celkové kvality života klienta. Nicméně i tak zůstává neoddiskutovatelnou skutečností, že správně prováděná edukace je ekonomicky výrazně efektivnější. (18, 24, 28)

1.5. Role sestry v nádorové prevenci a časně detekci

Sestra, která je nejbližší spolupracovnicí praktického lékaře, bývá jak s klientem, tak s jeho rodinou v podstatně užším kontaktu.

Odborně vzdělaná sestra nahrazuje u nás často nekvalifikovanou administrativní pracovníci, a to na úkor své vlastní odbornosti. Hlavně v preventivní činnosti, kdy by se měla podílet na informování lékaře o nádorových rizicích u klientů, ale i na jejich edukování, pokud jde o správnou životosprávu a zvládání nevhodných návyků jako je kouření, nedostatek pohybu, pití alkoholu a stres. V její náplni by nemělo chybět ani upozorňování na varovné příznaky vzniku nádorových onemocnění, komplexní preventivní prohlídky, nadále se podílet v rámci své kompetence na potřebném dalším hledání a sledování klientů i na edukaci, která je zaměřená na příznivé ovlivnění jejich zdravotního stavu.

V této části má důležitou pozici i administrativní činnost, která zahrnuje pozvánky k preventivním a kontrolním prohlídkám, sledování termínů a vydávání vhodného informačního materiálu v podobě brožur, letáků. V rámci sekundární prevence sestra upozorňuje lékaře na výskyt varovných známek onkologických onemocnění u klientů nebo členů jejich rodiny a podílí se na zajišťování všech potřebných vyšetření.

Sestra také klientovi podrobně vysvětlí vyšetření, které musí absolvovat. Nejenom to, kde a kdy a jak bude dané vyšetření probíhat, ale také proč, co se tímto vyšetřením zjišťuje, zda se bude klient svlékat, zda smí před vyšetřením jíst a pít a jak dlouho bude na výsledky vyšetření čekat. Sestra totiž nesmí zapomínat na to, že klient prožívá při takovýchto událostech strach a obavy. Obavy o rodinu, o svůj život, ale také strach z bolesti a z výsledků. Musí pamatovat i na to, aby mu vysvětlila, co bude znamenat eventuální negativní a pozitivní výsledek nálezu a zda se vyšetřuje samotná přítomnost malignity nádoru. Měla by umět klientovi sdělit, že pozitivní nález nemusí být 100% potvrzením, že nádor má. (9, 18, 28, 32)

1.6. Intervence sestry v primární prevenci bronchogenního karcinomu

Hlavní funkce sestry v prevenci bronchogenního karcinomu se zabývá odstraněním deficitu znalostí ze strany klienta. K tomu je zapotřebí, aby začlenila informovanost o prevenci do každodenní ošetrovatelské praxe. Měla by s klientem prodiskutovat zdravý způsob života a přístupy, které podporují preventivní aktivity a zdůrazňovat vhodné metody v péči o zdraví. Důležitými informacemi jsou metody prevence a screeningu, které jsou k dispozici. Tyto informace jsou obsaženy v odborných informačních materiálech v podobě letáčků a brožurek. (1, 9, 12, 17, 18, 28)

1.6.1 Intervence sestry a riziko bronchogenního karcinomu v souvislosti s věkem

Nárůst výskytu bronchogenního karcinomu se objevuje mezi 40. a 50. rokem života. Proto je důležité, aby sestra sledovala věk klienta v ordinacích praktických lékařů, upozornila ho na provádění preventivní onkologické prohlídky. Preventivní prohlídku by měl absolvovat jedenkrát za dva roky u svého praktického lékaře. (2, 13, 17)

1.6.2 Intervence sestry a riziko vzniku bronchogenního karcinomu v souvislosti s dědičnými dispozicemi

Sestra musí dbát na záznamy o výskytu nádorových onemocnění v rodině klienta. Aby mohla vyloučit nebo potvrdit možnost dědičné dispozice, měla by důkladně odebrat klientovu anamnézu, s hlavním důrazem na anamnézu rodinnou. V té se zjišťuje, zda klient má nebo nemá nejbližší příbuzné, u kterých se vyskytlo nádorové onemocnění. V takovém případě by totiž mohl mít i on zvýšené riziko vzniku bronchogenního karcinomu. (2, 9, 13, 26)

1.6.3 Intervence sestry a riziko vzniku bronchogenního karcinomu v souvislosti s kouřením

Kouření cigaret vážně poškozuje zdraví, ale nejčastěji plíce. Na následky kouření ve světě umírá každým rokem přibližně 3,5 milionů lidí, v ČR se jedná o 22 tisíc lidí ročně. S cigaretovým kouřem kuřák vdechuje asi 5000 chemických látek, včetně asi 60 karcinogenů. Kouření ovlivňuje negativně všechny orgány a tkáně lidského těla a je jedním z hlavních rizikových faktorů bronchogenního karcinomu. Úloha sestry v oblasti kouření je zcela jasná. Měla by nejen jít klientovi příkladem a nekouřit, ale naopak mu pomáhat zbavit se závislosti na tabáku. V první řadě je důležité se ho zeptat, zda kouří a poté ho vhodně poučit o významu zbavení tohoto zlozvyku. K úspěchu je potřeba poskytnout klientovi potřebné rady a informace, v případě silné závislosti doporučit náhradní léčbu nikotinem. Ke zvládnutí abstinčních příznaků by sestra měla doporučit, aby s kouřením přestal naráz a úplně. Měl by ze svého okolí odstranit popelníky, cigarety a zapalovače, změnit stereotyp dne a najít jiná řešení svých stresových situací než je cigareta. Vhodnou náhradou je sport, procházky, kultura a další aktivity.

V tu chvíli, kdy sestra klientovi doporučí, aby kouření zanechal, musí mu vysvětlit proč. Měla by mu umět popsat příznaky, lokalizaci a rizikové faktory bronchogenního karcinomu a jaký vliv má kouření na jeho vznik. V neposlední řadě by mu měla sdělit několik pozitivních skutečností, které nekuřáctví přináší. K těm patří to, že se klientovi po týdnu bude lépe dýchat, rozšíří se zúžené cévy a začne se snižovat akutní nebezpečí infarktu myokardu, po třech měsících se zvýší funkce plic o 30% a pokožka bude znovu vypadat zdravě. Příznivou zprávou je i to, že po zanechání kouření se zvýšené riziko zhoubného bujení u „ bývalých kuřáků “ postupně snižuje, takže po cca 15ti leté abstinenci mají riziko stejné nebo jen o málo vyšší než nekuřáci.

Pokud se klientovi nepodaří zvládnout odvykání kouření, měla by mu sestra doporučit nekuřáckou poradnu. (2, 3, 9, 10, 25)

1.6.4 Shrnutí základních ošetrovatelských intervencí

Sestra by měla vhodně s klienty diskutovat o problematice rizik nádorového onemocnění. Sleduje, zda mezi 40. a 50. rokem absolvuje minimálně jedenkrát za dva roky preventivní prohlídku u praktického lékaře. Dbá na záznamy o výskytu nádorových onemocnění v rodinách klienta a věnuje zvýšenou pozornost klientům z rizikových skupin (kuřáci, pracující v rizikovém prostředí). Vede si i záznam o počtu jimi vykouřených cigaret a i evidenci pravidelných preventivních prohlídek. Diskutuje s nimi o jejich životním stylu, o kuřáctví a vede je v případě potřeby ke změnám. Sestra hovoří s klienty o nepříznivých vlivech kouření s rizikem vzniku nádorových onemocnění. Zajistí dostatek propagačních materiálů, brožurek a plakátů tak, aby byli všichni dostatečně informováni. (1, 4, 9)

1.7 Bariéry v prevenci bronchogenního karcinomu

I přes vysokou incidenci a prevalenci mnoho klientů podceňuje riziko vzniku bronchogenního karcinomu. K další velké překážce patří podceňování rizika kouření a neochota kouření zanechat. Někteří klienti nezanechají kouření z obavy, že přiberou na hmotnosti. Závažnou překážkou v prevenci proti kouření je i to, že stále převládá vysoká společenská tolerance k tomuto zdravotně nežádoucímu jevu a také snadná dostupnost tabákových výrobků.

Velmi důležitým problémem je i nedisciplinovanost zdravotníků, ale také bariéry, které vznikají ze stran sester a lékařů tím, že je klient nedostatečně informován o možnostech preventivních prohlídek. V edukaci se často jedná spíše o monolog než o dialog, kdy sestra nerespektuje individualitu osobnosti, používá nevhodně zvolenou techniku a používá příliš odborné termíny, kterým klient rozumí špatně nebo vůbec.

(1, 9)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

1) Zjistit znalosti sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro dospělé v problematice edukace o prevenci onkologického onemocnění plic.

2) Zjistit realizovanou úlohu sester v prevenci onkologického onemocnění plic v ordinacích praktických lékařů pro dospělé.

3) Zjistit faktory zkvalitňující a faktory ztěžující edukační činnost sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro dospělé na poli prevence onkologického onemocnění plic.

2.2 Hypotézy

1) Sestry pracující v ordinacích praktických lékařů pro dospělé nemají znalosti o provádění edukace pacientů v oblasti prevence onkologického onemocnění plic.

2) Sestry v ordinacích praktických lékařů pro dospělé neprovádějí edukaci o prevenci onkologického onemocnění plic.

3) Realizovaná úloha sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro dospělé v prevenci nádorového onemocnění plic je nízká.

4) Nejčastějším faktorem ovlivňujícím provádění edukace v prevenci onkologického onemocnění plic ze strany sester je nedostatek času na provádění této činnosti.

5) Nejčastějším faktorem ovlivňujícím provádění edukace v prevenci onkologického onemocnění plic ze strany klientů je jejich nespolupráce.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Při sběru dat i jejich zpracování byl použit kvantitativní přístup, metoda dotazování, jako technika sběru dat byl použit dotazník. Otázek v dotazníku bylo celkem 27. Z těchto otázek byly 4 otázky otevřené, 6 otázek polootevřených a 17 otázek uzavřených. Polootevřené otázky sloužily k doplnění dalších skutečností nebo vlastních názorů sester.

První 3 otázky se týkaly charakteristiky zkoumaného souboru, ostatních 24 otázek se vztahovalo k daným hypotézám. K první hypotéze se vztahují otázky č. 4, 5, 10, 11, 12, 14, 15, 27. K druhé hypotéze se vztahují otázky č. 13, 20, 21. K třetí hypotéze se vztahují otázky č. 6, 18, 19, 25 a 26. Ke čtvrté hypotéze se vztahují otázky č. 22, 23, 24. K páté hypotéze se vztahují otázky č. 7, 8, 9, 16.

Výzkum byl proveden během měsíců prosinec 2007 – únor 2008 v ordinacích praktických lékařů v lokalitě severních a jižních Čech.

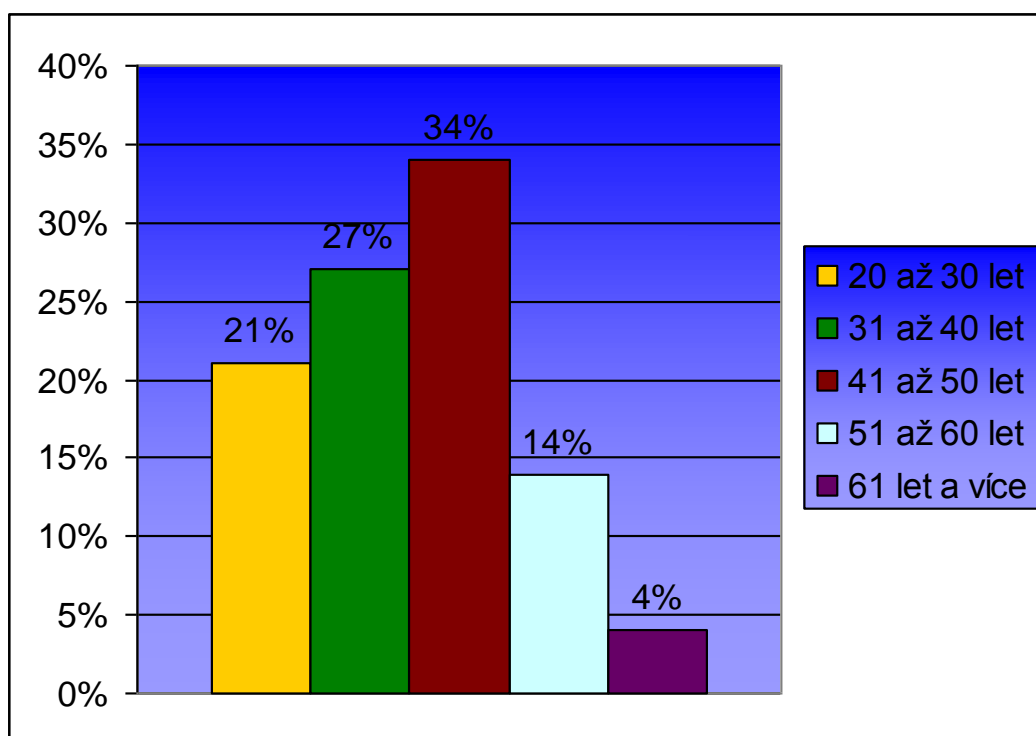
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující v ordinaci praktického lékaře pro dospělé v lokalitě severních a jižních Čech. Do výzkumného souboru bylo zahrnuto 71 sester. Z toho 48 sester z ordinací v severních Čechách a 23 sester z ordinací v jižních Čechách. Celkem bylo osloveno 97 sester. 26 oslovených sester odmítlo spolupracovat na vyplňování dotazníků a 71 sester ke spolupráci přistoupilo.

4. Výsledky

Graf 1 Věk sester pracujících v ordinaci praktického lékaře (otázka č. 1)

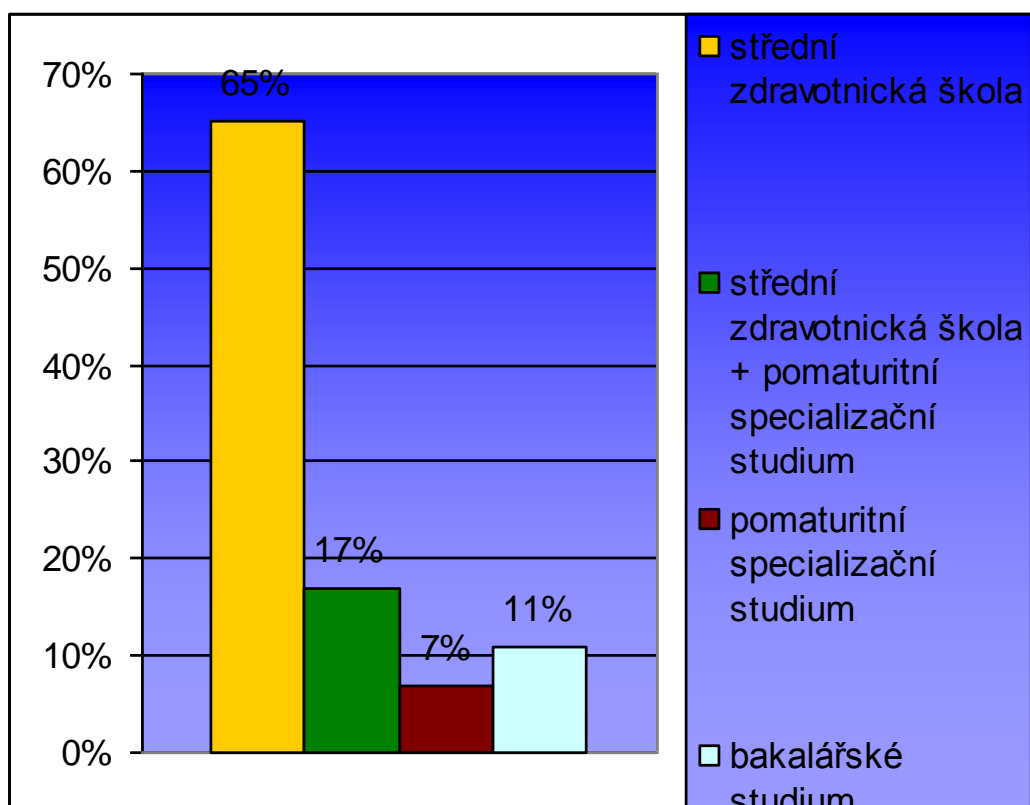
(n = 71)



Z celkového počtu 71 sester (100 %) pracujících v ordinaci praktického lékaře bylo 15 sester (21 %) ve věku od 20 do 30 let, 19 sester (27 %) od 31 do 40 let, 24 sester (34 %) od 41 do 50 let, 10 sester (14 %) od 51 do 60 let, 3 sestry (4 %) od 60 a více let.

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání sester v ordinaci praktického lékaře (otázka č.2)

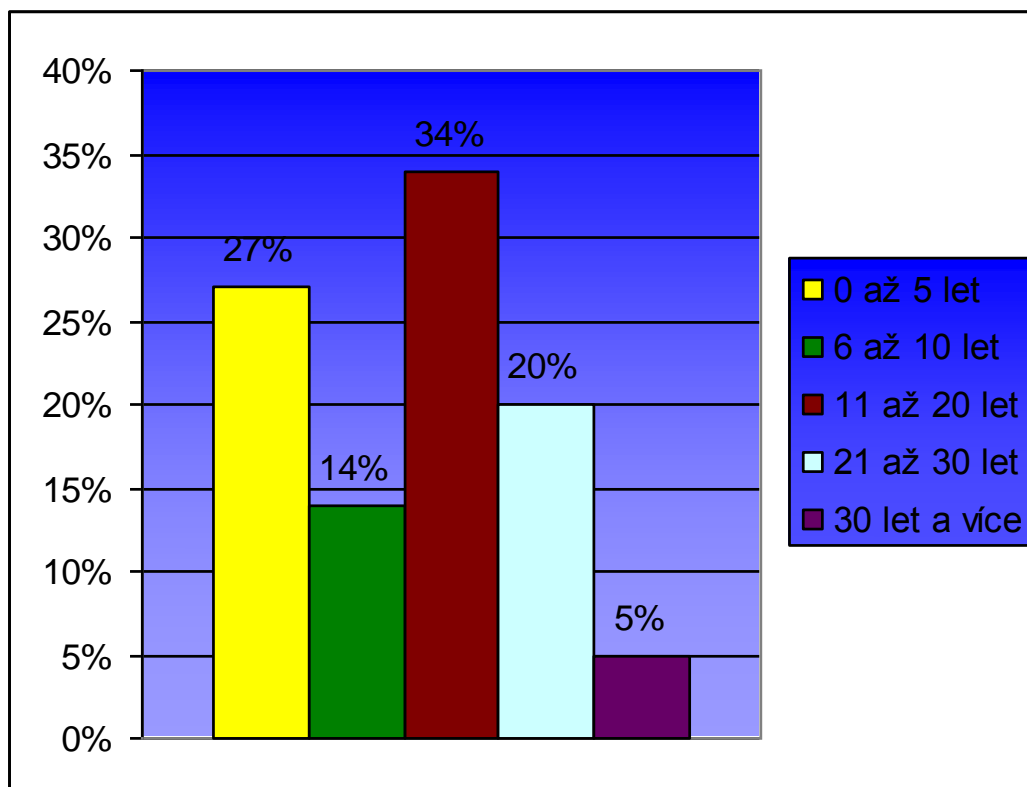
(n = 71)



Z celkového počtu 71 sester (100 %) mělo 46 sester (65 %) dokončenou střední zdravotnickou školu, 12 sester (17 %) střední zdravotnickou školu s pomaturitním specializačním studiem, 5 sester (7 %) střední školu s pomaturitním specializačním studiem a 8 sester (11 %) bakalářské studium.

Graf 3 Délka praxe sestry v ordinaci praktického lékaře (otázka č.3)

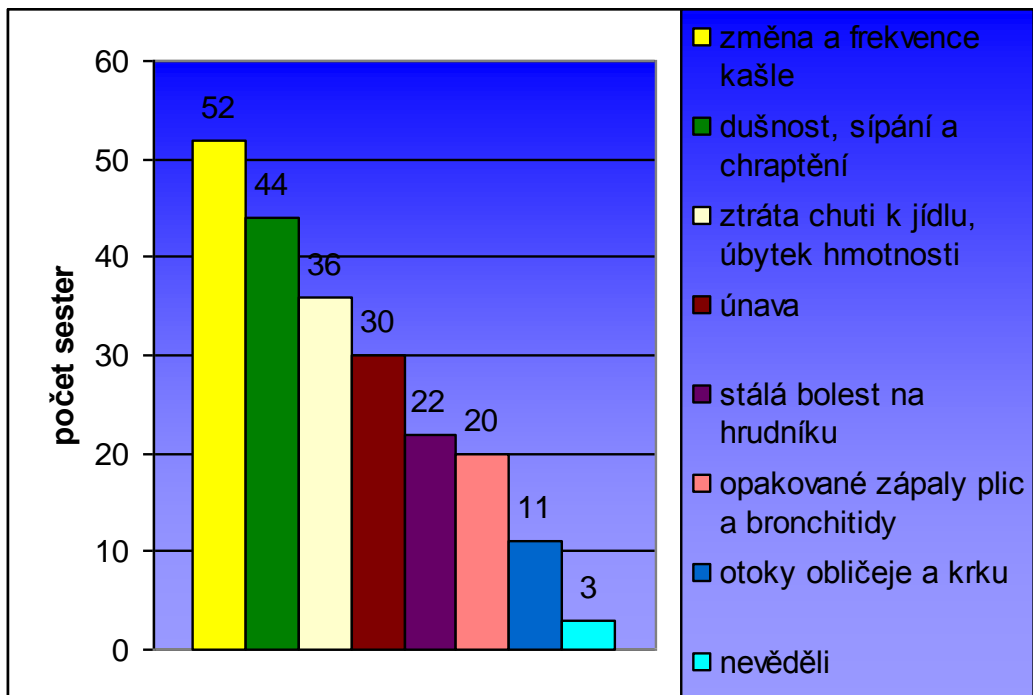
(n = 71)



Z celkového počtu 71 sester (100 %) pracuje 19 sester (27 %) v ordinaci praktického lékaře 0 až 5 let, 11 sester (14 %) 6 až 10 let, 24 sester (34 %) 11 až 20 let, 14 sester (20 %) 21 až 30 let a 4 sestry (5 %) 30 let a více.

Graf 4 Klinické příznaky karcinomu plic podle sester (otázka č. 4)

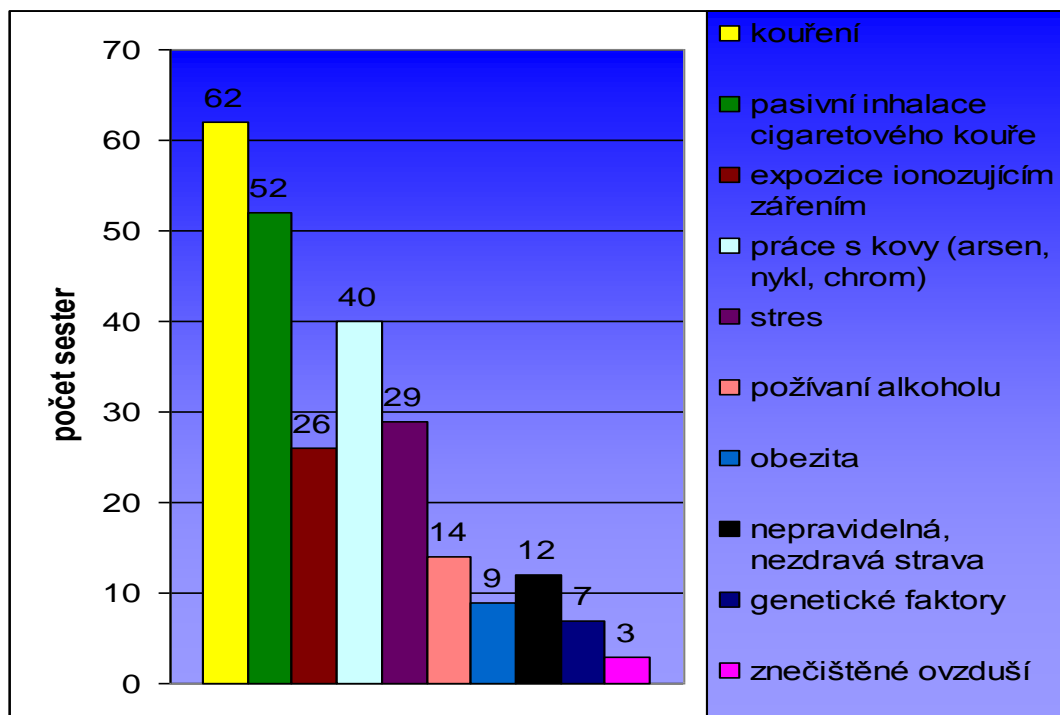
(n = 71)



Z celkového počtu 71 sester, je 68 sester, které znají klinické příznaky plicního karcinomu. 52 sester uvedlo změnu a frekvenci kašle, 44 sester uvedlo dušnost, sípání a chraptění, 36 sester ztrátu chuti k jídlu a úbytek hmotnosti, 30 sester únavu, 22 sester stálou bolest na hrudníku, 20 sester uvedlo opakované zápaly plic a bronchitidy, 11 sester uvedlo otoky obličeje a krku. 3 sestry neznaly klinické příznaky plicního karcinomu

Graf 5 Rizikové faktory pro vznik plicního karcinomu podle sester v ordinacích praktických lékařů (otázka č. 5)

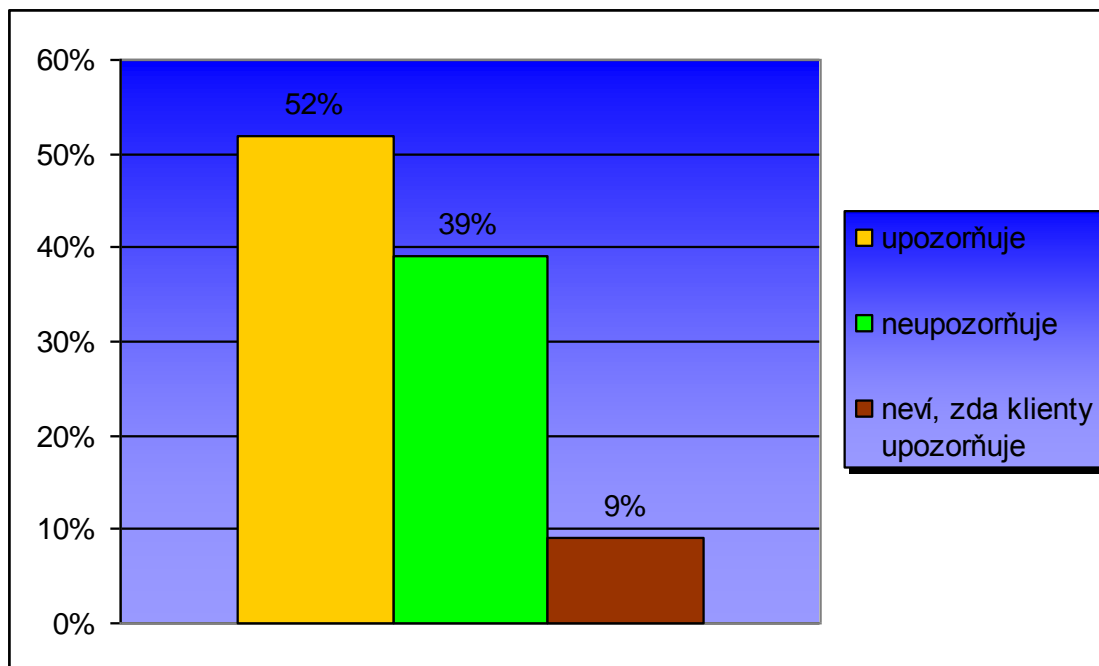
(n = 71)



Z celkového počtu 71 sester, které znají rizikové faktory pro vznik plicního karcinomu, 62 sester uvedlo, že mezi rizikové faktory patří kouření, 52 sester uvedlo pasivní inhalaci cigaretového kouře, 26 sester uvedlo expozici ionizujícím zářením, 40 sester práci s kovy, 29 sester uvedlo stres, 14 sester požívání alkoholu, 9 sester obezitu, 12 sester nepravidelnou a nezdravou stravu, 7 sester uvedlo genetické dispozice a 3 sestry znečištěné ovzduší.

Graf 6 Počet sester upozorňující klienty na rizikové faktory pro vznik plicního karcinomu (otázka č. 6)

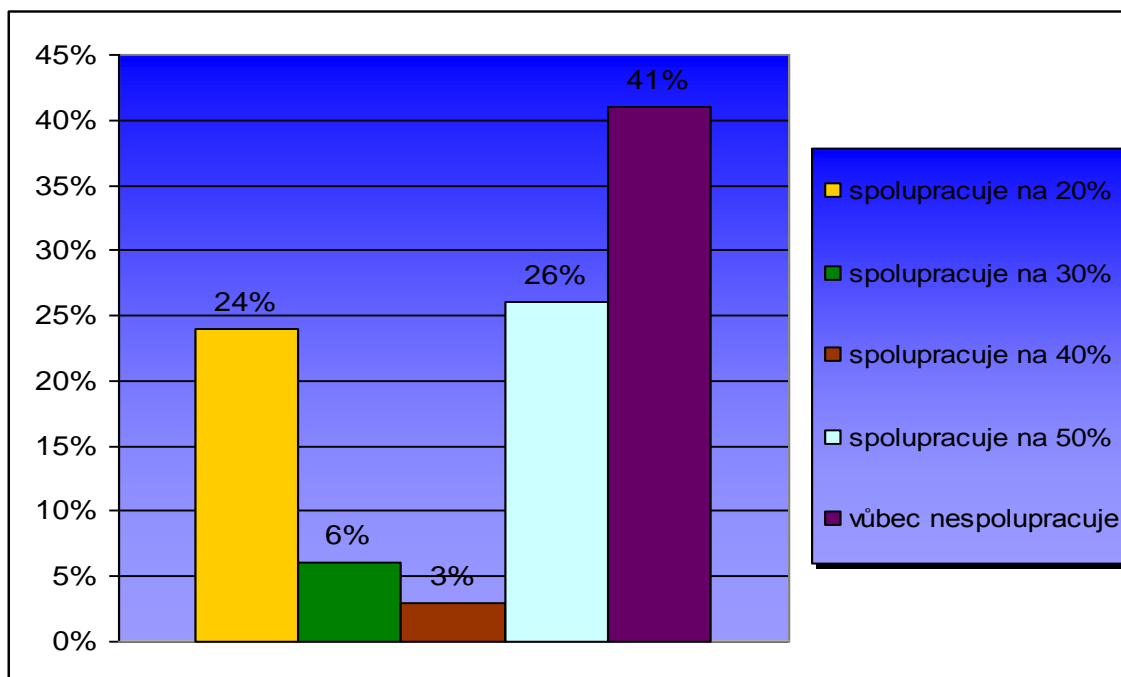
(n = 71)



Z celkového počtu 71 sester (100 %) 37 sester (52 %) upozorňuje klienty na rizikové faktory, které jsou důležité pro vznik plicního karcinomu, 28 sester (39 %) klienty neupozorňuje a 6 sester (9 %) neví, zda klienty upozorňuje na rizikové faktory, které jsou důležité pro vznik plicního karcinomu.

Graf 7 Množství klientů, kteří spolupracují na odstraňování rizikových faktorů pro vznik plicního karcinomu (otázka č. 7)

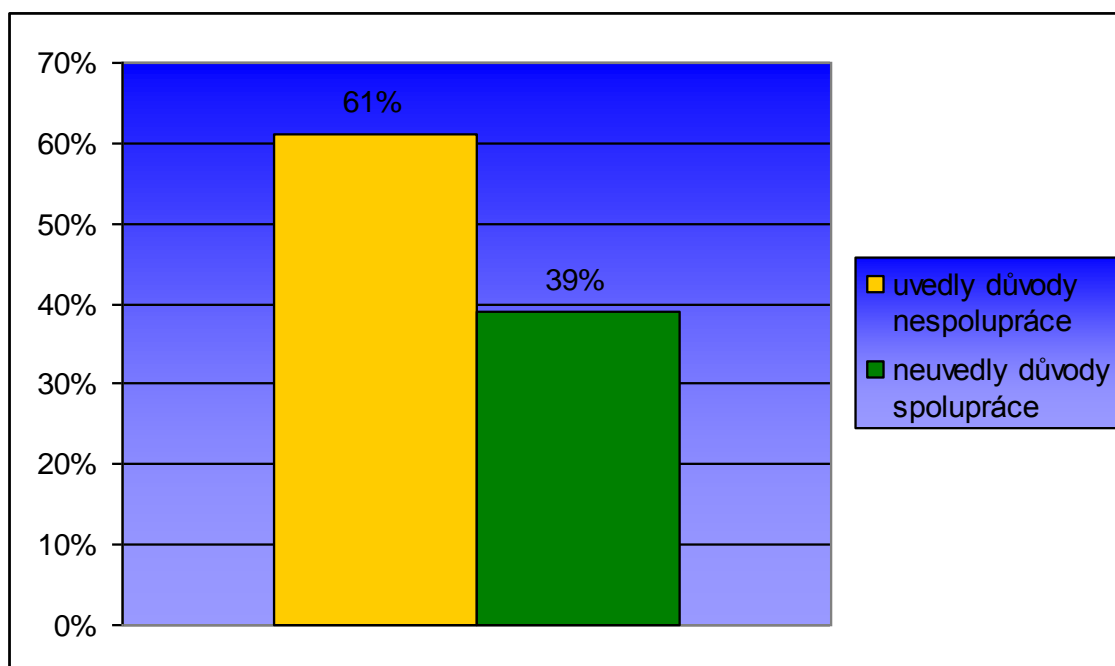
(n = 71)



Z celkového počtu 71 sester (100 %) uvedlo 17 sester (24 %), že klienti spolupracují na 20%, 4 sestry (6 %) uvedly, že klienti spolupracují na 30 %, 2 sestry (3 %) uvedly, že klienti spolupracují na 40 %, 19 sester (26 %) uvedlo, že klienti spolupracují na 50 % a 29 sester (41 %) uvedlo, že klienti nespolupracují vůbec.

Graf 8 Počet sester, které znají důvody klientovy spolupráce (otázka č. 8)

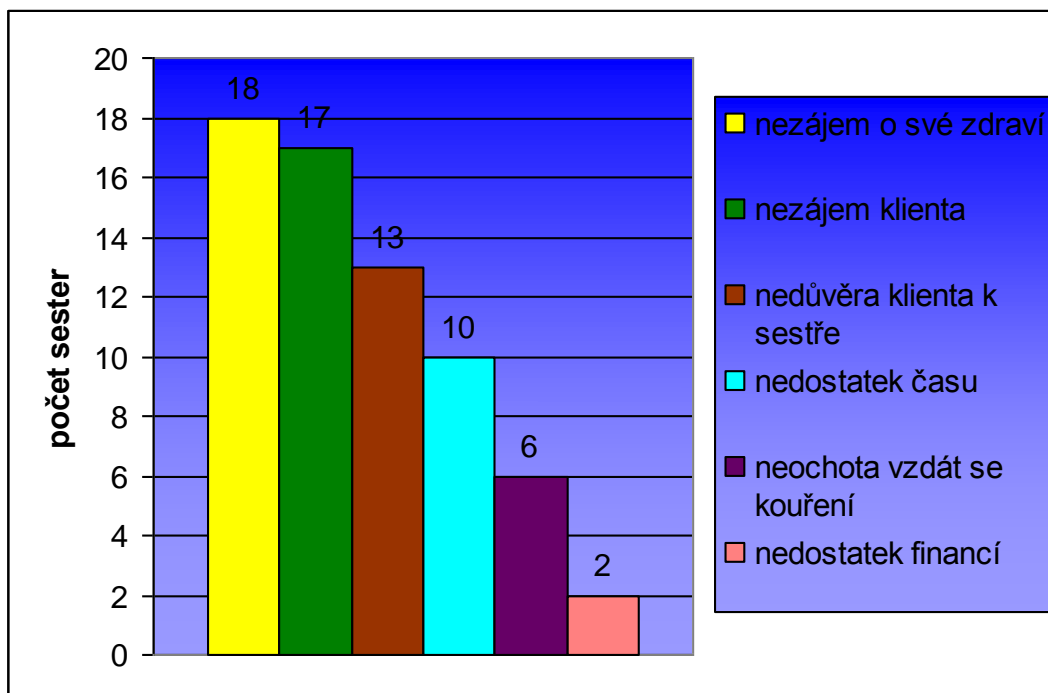
(n= 29)



Z celkového počtu 29 sester (100 %), které uvedly, že klienti nespolutracují, 18 sester (61 %) uvedlo důvody nespolutráce a 11 sester (39 %) důvody nevedlo.

Graf 9 Důvody klientovi nespolupráce (otázka č. 9)

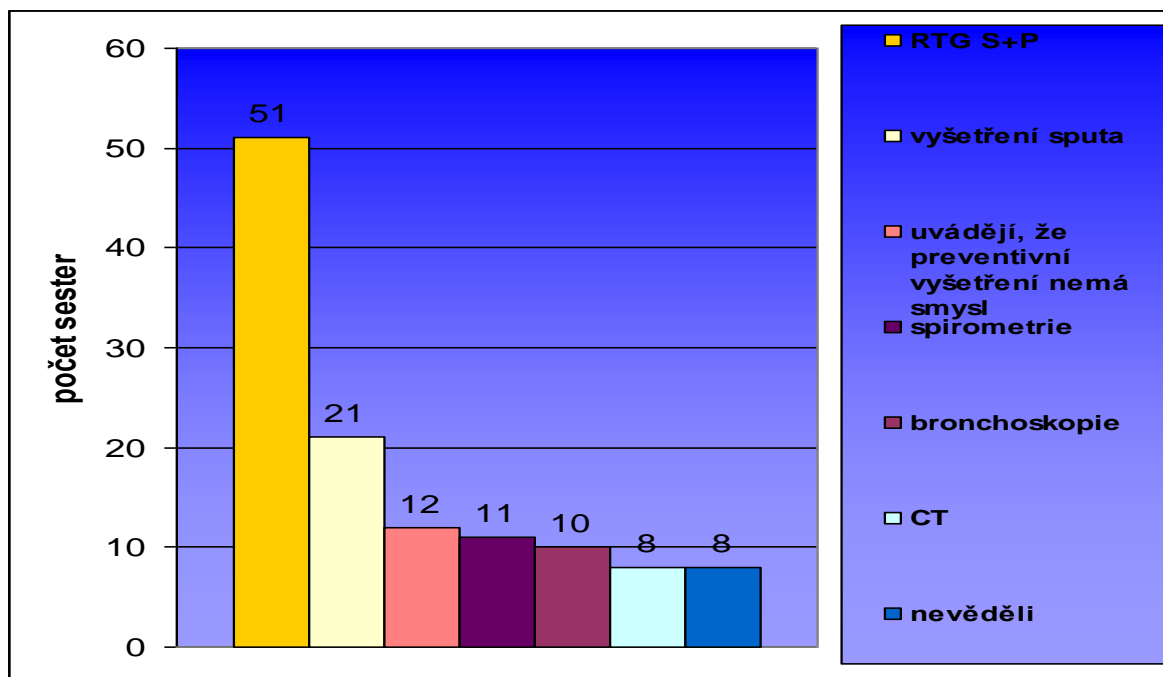
(n = 18)



Z celkového počtu 18 sester (100 %), které uvedly důvody klientovy nespolupráce, 18 sester jako důvody nespolupráce uvedlo nezáměr klienta o své zdraví, 17 sester nezáměr klienta, 13 sester nedůvěru klienta k sestře, 10 sester nedostatek času, 6 sester neochotu vzdát se kouření a 2 sestry uvedly jako důvody nespolupráce nedostatek financí.

Graf 10 Preventivní vyšetření, která se provádějí podle sester v souvislosti s prevencí plicního karcinomu (otázka č. 10)

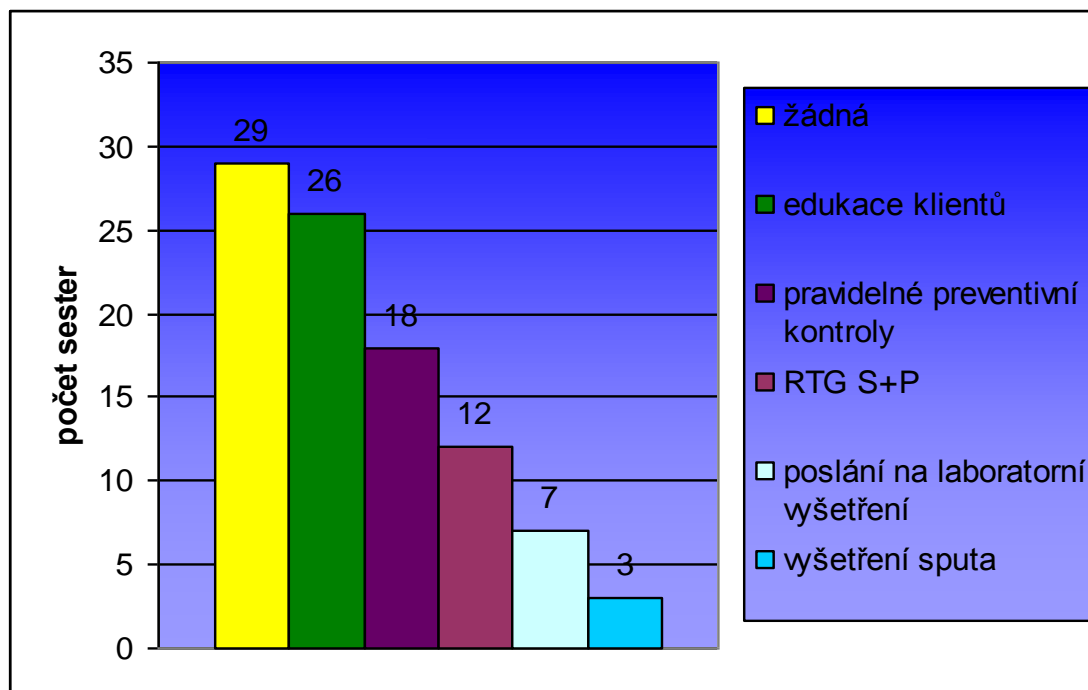
(n = 71)



Z celkového počtu 71 sester uvedlo 51 sester jako preventivní vyšetření, která se provádějí v souvislosti s prevencí plicního karcinomu RTG S+P, 21 sester uvedlo vyšetření sputa, 11 sester uvedlo spirometrii, 10 sester uvedlo bronchoskopii, 8 sester uvedlo CT vyšetření, 12 sester uvedlo, že na základě jejich zkušeností preventivní vyšetření nemá smysl a 8 sester vůbec nevědělo.

Graf 11 Opatření, která se podle sester provádí v souvislosti s prevencí plicního karcinomu (otázka č. 11)

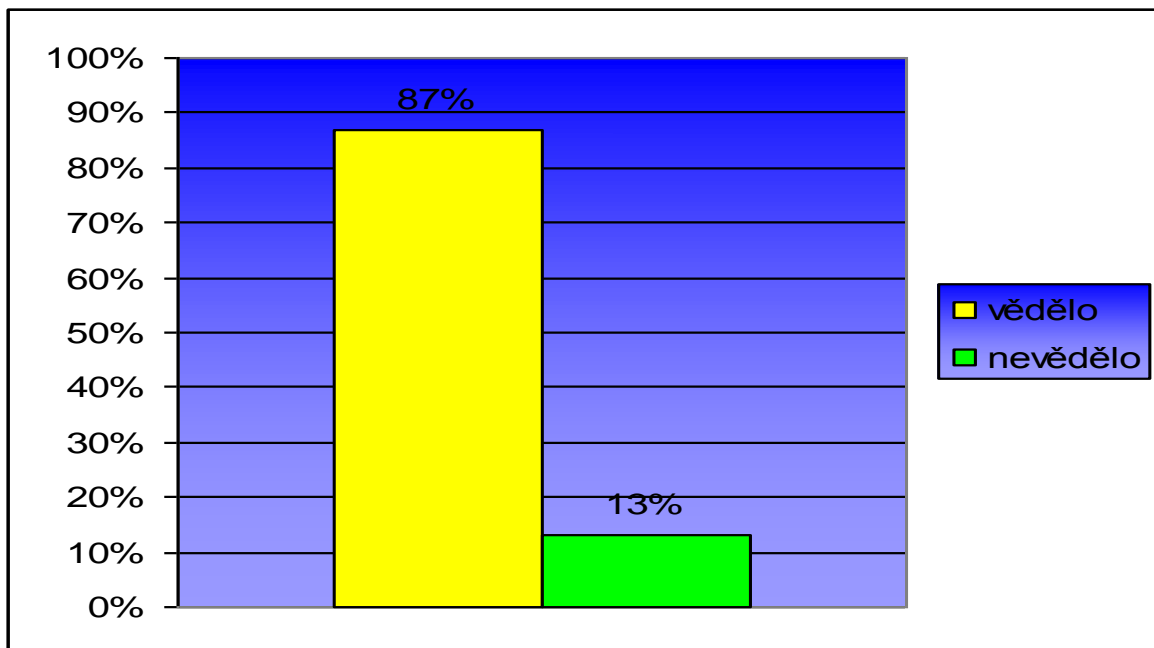
(n = 71)



Z celkového počtu 71 sester uvedlo 29 sester, že neprovádějí opatření, která jsou k dispozici v souvislosti s prevencí plicního karcinomu, 26 sester uvedlo jako opatření edukaci klientů, 18 sester uvedlo pravidelné preventivní kontroly, 12 sester uvedlo jako opatření, která se provádějí v souvislosti s prevencí plicního karcinomu RTG S+P, 7 sester uvedlo poslání na laboratorní vyšetření a 3 sestry uvedly jako opatření vyšetření sputa.

Graf 12 Počet sester, které odpověděly na otázku, co znamená pojem „ edukace“ (otázka č. 12)

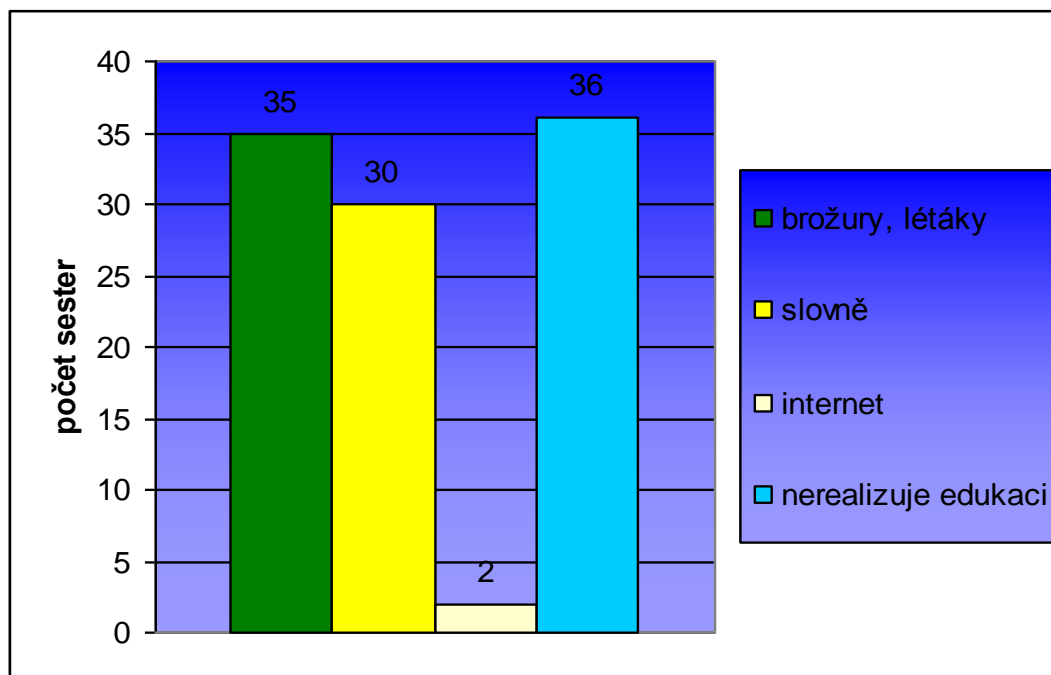
(n = 71)



Z celkového počtu 71 sester (100 %) 62 sester (87 %) vědělo co znamená pojem „ edukace“ a 9 sester (13 %) nevědělo.

Graf 13 Realizace edukace klientů v praxi sestrou o problematice v prevenci plicního karcinomu (otázka č.13)

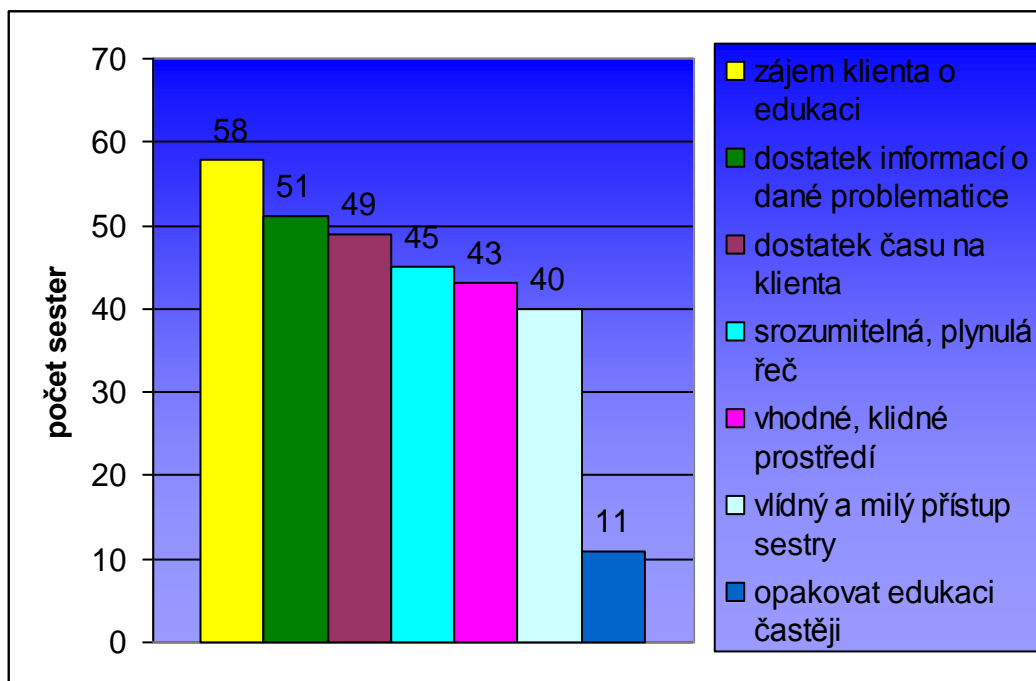
(n = 71)



Z celkového počtu 71 sester (100 %) uvedlo jako realizaci edukace klientů v praxi o problematice v prevenci plicního karcinomu 35 sester brožury a létáky, 30 sester slovní edukaci, 2 sestry internet a 36 sester uvedlo, že nerealizují edukaci klientů o problematice v prevenci plicního karcinomu.

Graf 14 Hlavní zásady kvalitní edukace podle sester pracujících v ordinaci praktického lékaře (otázka č. 14)

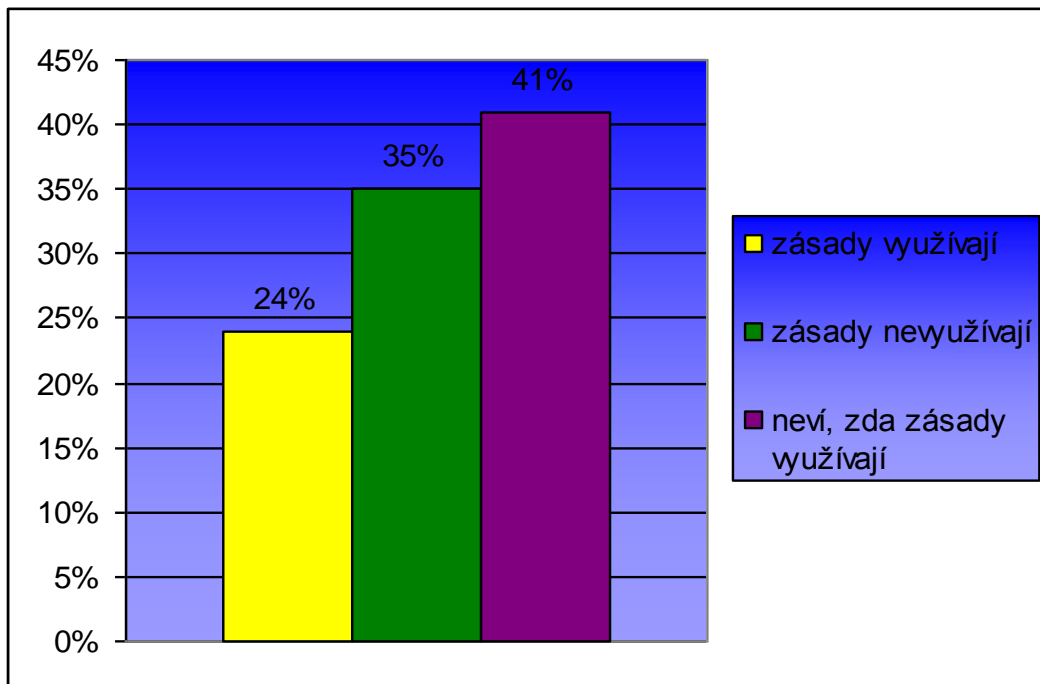
(n =71)



Z celkového počtu 71 sester uvedlo jako hlavní zásady kvalitní edukace 58 sester zájem klienta o edukaci, 51 sester dostatek času, 49 sester dostatek času na klienta, 45 sester srozumitelnou, plynulou řeč, 40 sester vídný a milý přístup sestry a 11 sester uvedlo, že by se edukace měla opakovat častěji.

Graf 15 Počet sester, které využívají hlavní zásady kvalitní edukace (otázka č 15)

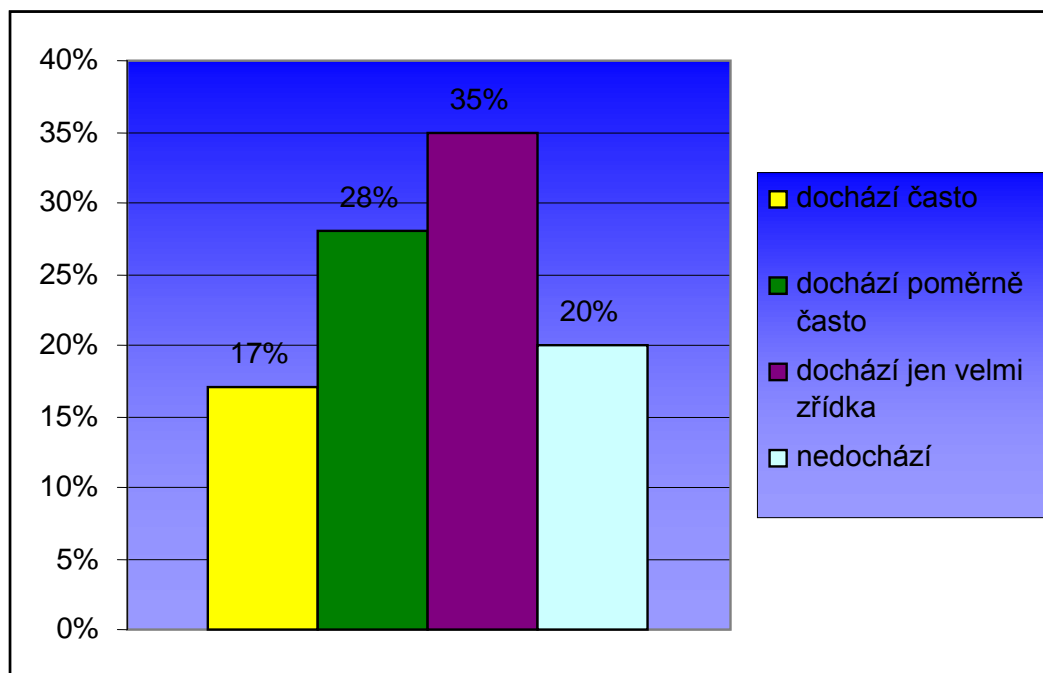
(n = 71)



Z celkového počtu 71 sester (100 %) 17 sester (24 %) využívá hlavní zásady kvalitní edukace, 25 sester (35 %) zásady nevyužívá a 29 sester neví, zda zásady využívají.

Graf 16 Počet klientů, kteří docházejí na preventivní prohlídku k praktickému lékaři (otázka č. 16)

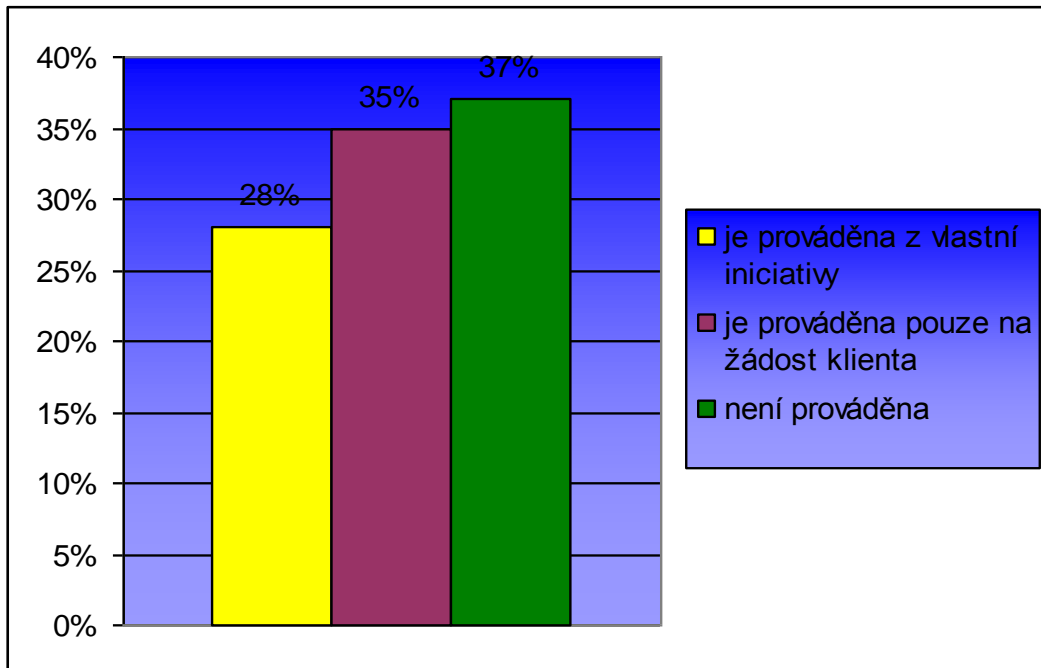
(n = 71)



Z celkového počtu 71 sester (100 %) 12 sester (17 %) uvádí, že klienti na preventivní prohlídku k praktickému lékaři dochází často, 20 sester (28 %), že klienti dochází poměrně často, 25 sester (35 %), že klienti dochází jen zřídka a 14 sester (20 %), že klienti nedochází vůbec.

Graf 17 Počet ordinací, ve kterých je prováděna v rámci preventivních prohlídek onkologická prevence (otázka č. 17)

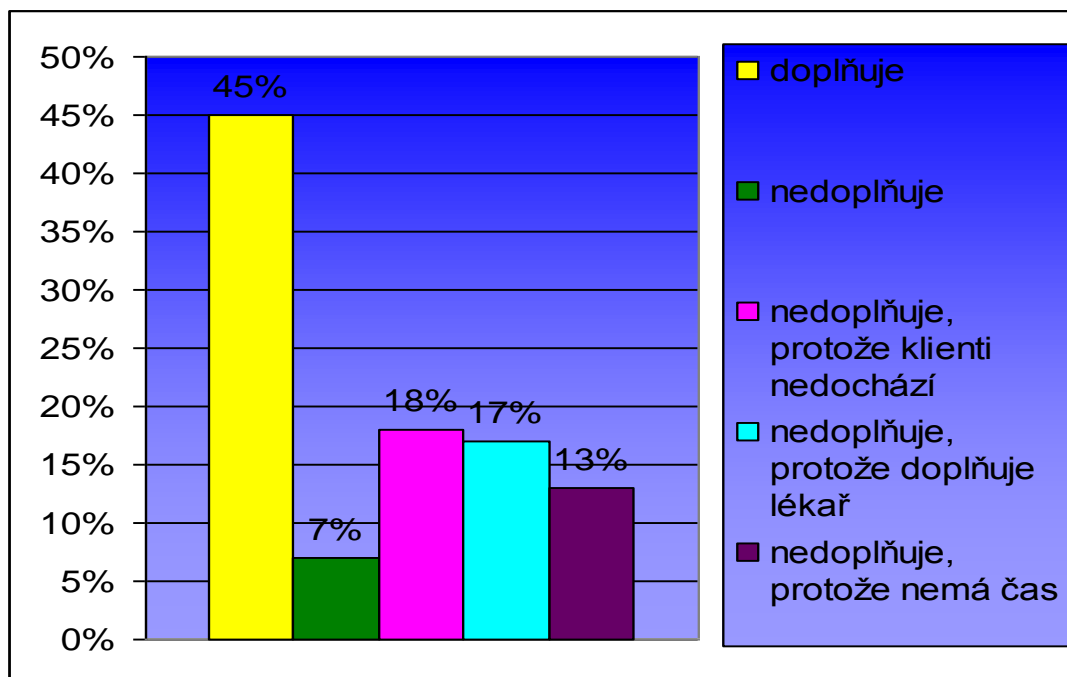
(n = 71)



Z celkového počtu 71 ordinací (100 %) jsou ve 20 ordinacích (28 %) prováděny onkologické preventivní prohlídky z vlastní iniciativy, v 25 ordinacích (35 %) jsou prováděny na žádost klienta a ve 26 ordinacích (37 %) prováděny nejsou.

Graf 18 Počet sester, které doplňují klientovu anamnézu alespoň jednou za dva roky (otázka č. 18)

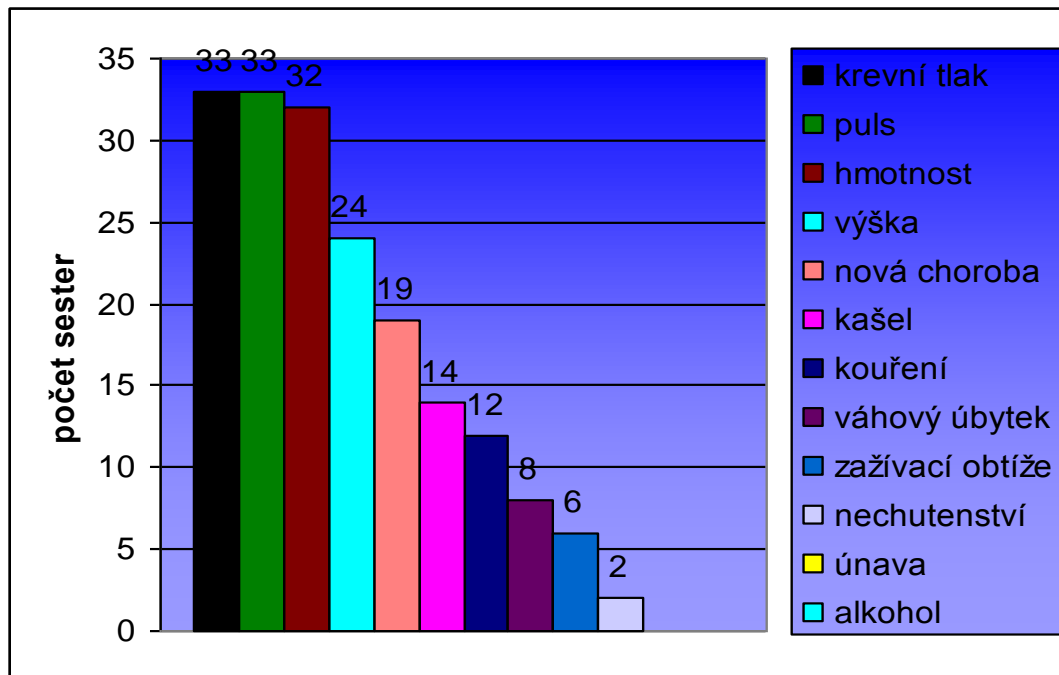
(n = 71)



Z celkového počtu 71 sester (100 %) uvedlo 32 sester (45 %), že doplňují klientovu anamnézu, 6 sester (7 %), že nedoplňují klientovu anamnézu, 13 sester (18 %) uvedlo, že klientovu anamnézu nedoplňují , protože klienti nechodí, 12 sester (17 %) uvedlo, že klientovu anamnézu nedoplňují , protože ji doplňuje lékař a 8 sester (13 %) uvedlo, že klientovu anamnézu nedoplňují, protože nemají čas.

Graf 19 Informace, které sestry doplňují alespoň jednou za dva roky do klientovi anamnézy (otázka č. 19)

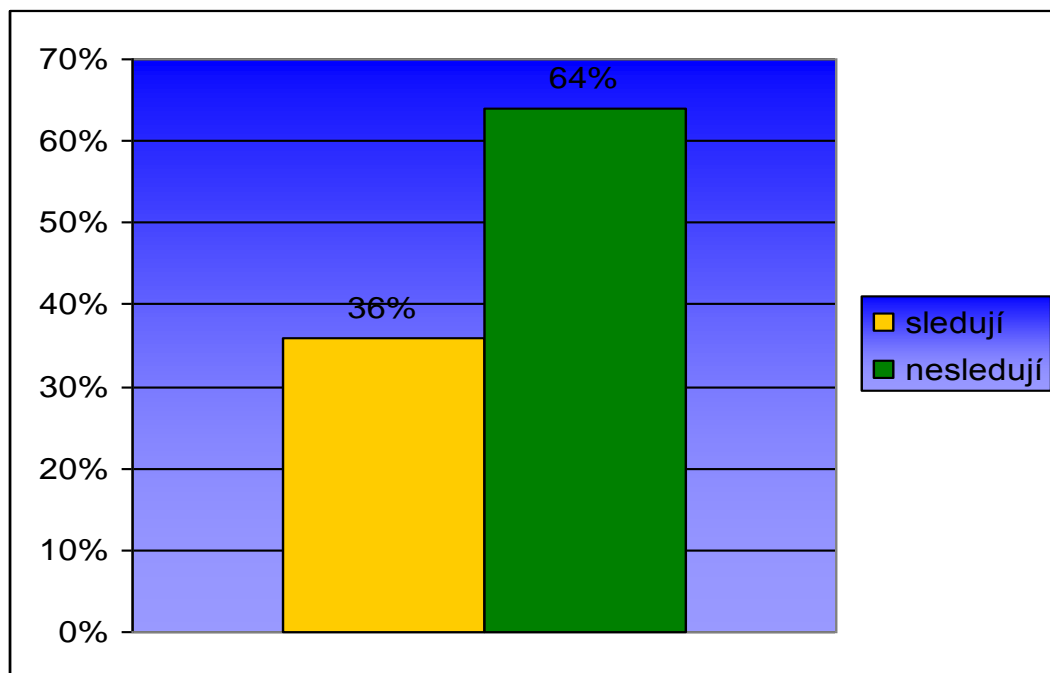
(n = 32)



Z celkového počtu 32 sester, které doplňují klientovu anamnézu uvedlo, 32 sester krevní tlak a puls, 32 sester hmotnost, 24 sester výšku, 19 sester výskyt nové choroby v rodině, 14 sester kašel, 12 sester kouření, 8 sester váhový úbytek, 6 sester zažívací obtíže, 2 sestry uvedly nechutenství, únavu a alkohol nevedl nikdo.

Graf 20 Počet sester, které sledují intervaly preventivních prohlídek u klientů, kteří jsou ohroženi plicním karcinomem (otázka č. 20)

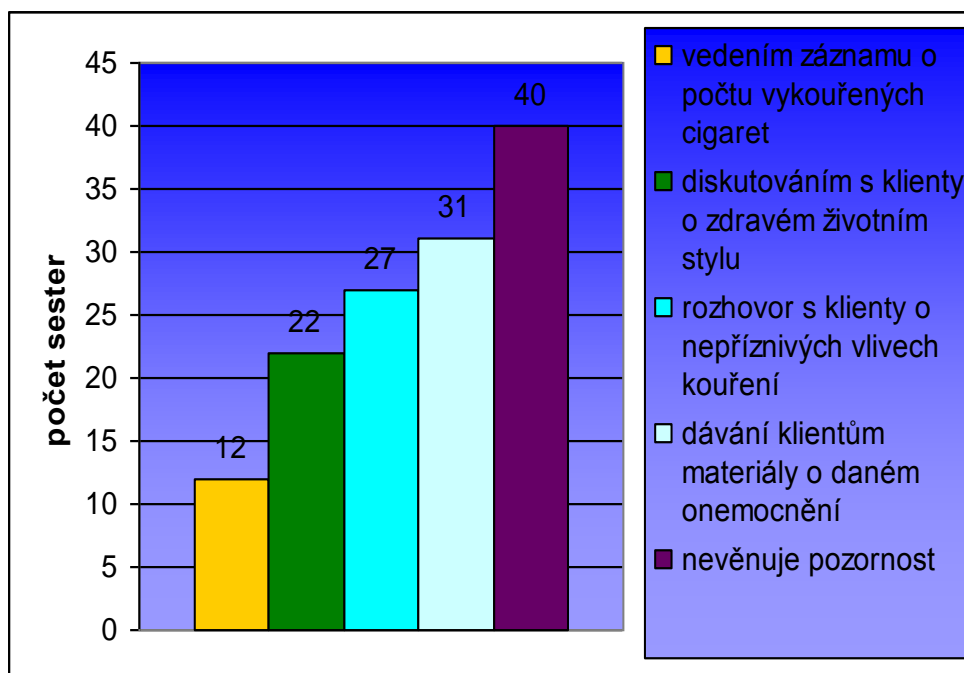
(n = 71)



Z celkového počtu 71 sester (100 %) uvedlo 26 sester (36 %), že sledují intervaly preventivních prohlídek u klientů, kteří jsou ohroženi plicním karcinomem a 45 sester (64 %) nesledují intervaly preventivních prohlídek.

Graf 21 Způsoby, jakým sestry věnují pozornost klientům z rizikových skupin (otázka č. 21)

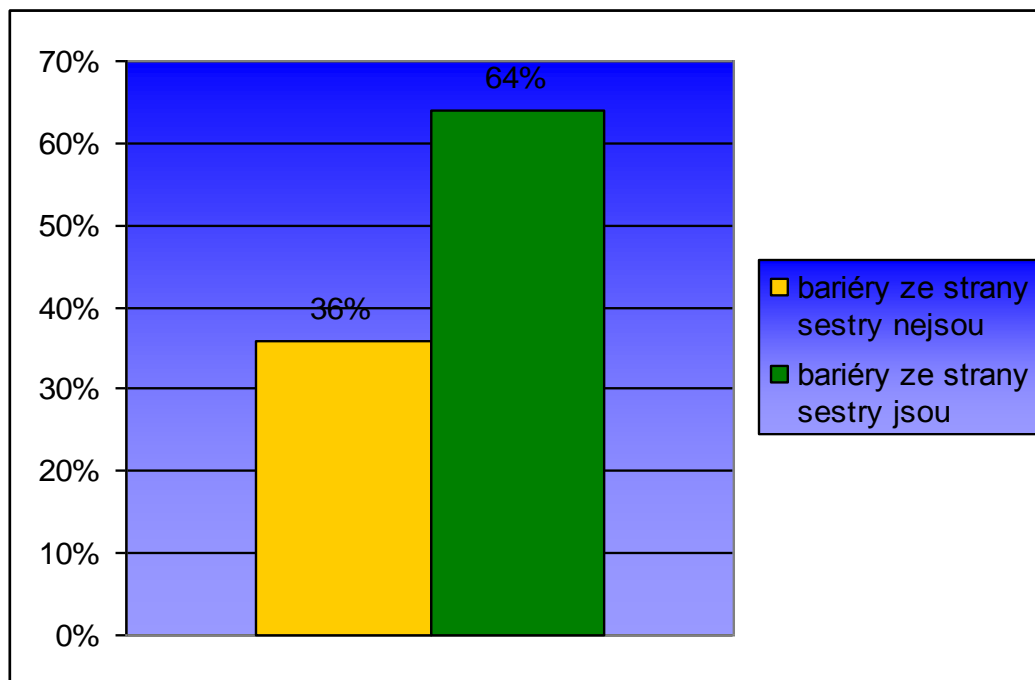
(n = 71)



Z celkového počtu 71 sester uvedlo 12 sester, že věnují pozornost klientům z rizikových skupin vedením záznamu o počtu vykouřených cigaret, 22 sester diskutuje s klienty o zdravém životním stylu, 27 sester provádí rozhovor s klienty o nepříznivých vlivech kouření, 31 sester dává klientům materiály o daném onemocnění a 40 sester nevěnuje pozornost klientům z rizikových skupin.

Graf 22 Existence bariér ze strany sestry v provádění edukace v prevenci plicního karcinomu dle sester (otázka č. 22)

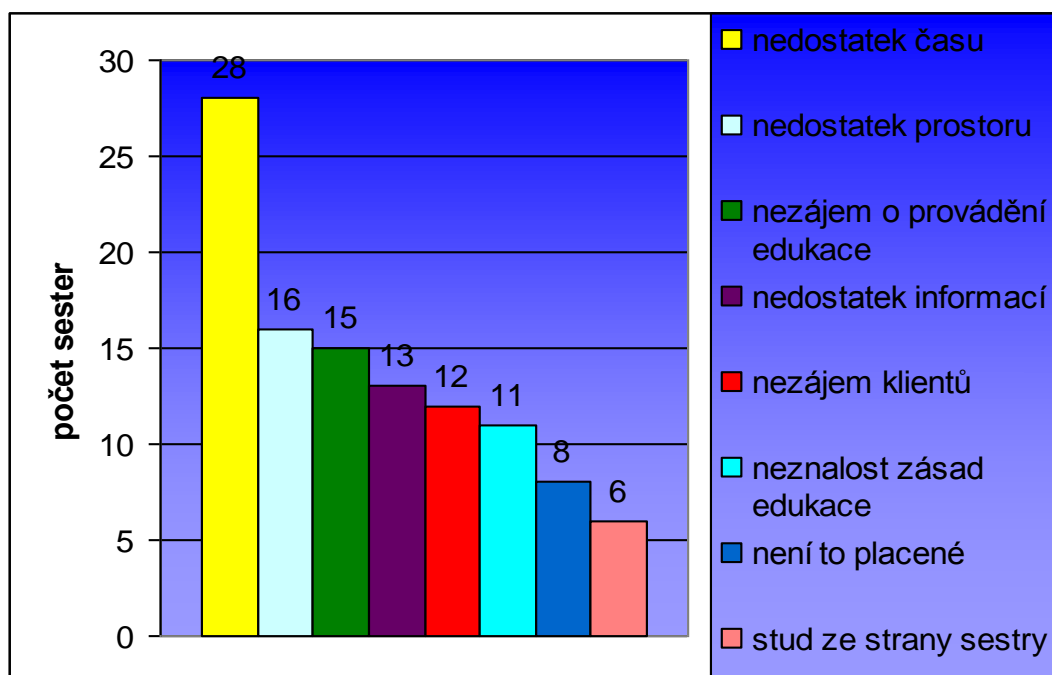
(n = 71)



Z celkového počtu 71 sester (100 %) 26 sester (36 %) uvedlo, že bariéry ze strany sestry v provádění edukace v prevenci plicního karcinomu nejsou a 45 sester (64 %) uvedlo, že bariéry ze strany sestry jsou.

Graf 23 Bariéry ze strany sestry v provádění edukace v prevenci plicního karcinomu dle sester (otázka č. 23)

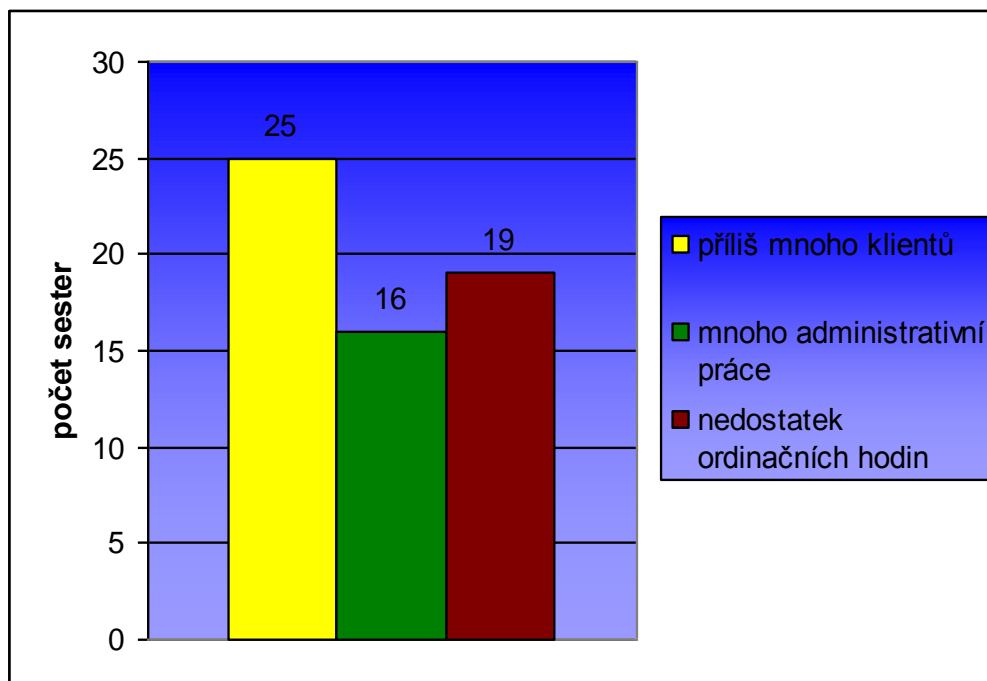
(n = 45)



Z celkového počtu 45 sester, které uvedly, že bariéry ze strany sestry jsou, 28 jich uvedlo jako bariéru ze strany sestry v provádění prevence nedostatek času, 16 sester nedostatek prostoru pro provádění edukace, 15 sester nezájem o provádění edukace, 13 sester nedostatek informací o dané problematice, 12 sester nezájem klientů, 11 sester uvedlo jako bariéru neznalost zásad edukace, 8 sester uvedlo, že tato činnost není placená a 6 sester uvedlo stud ze strany sestry.

Graf 24 Důvody nedostatku času sestry na provádění edukace v prevenci plicního karcinomu (otázka č. 24)

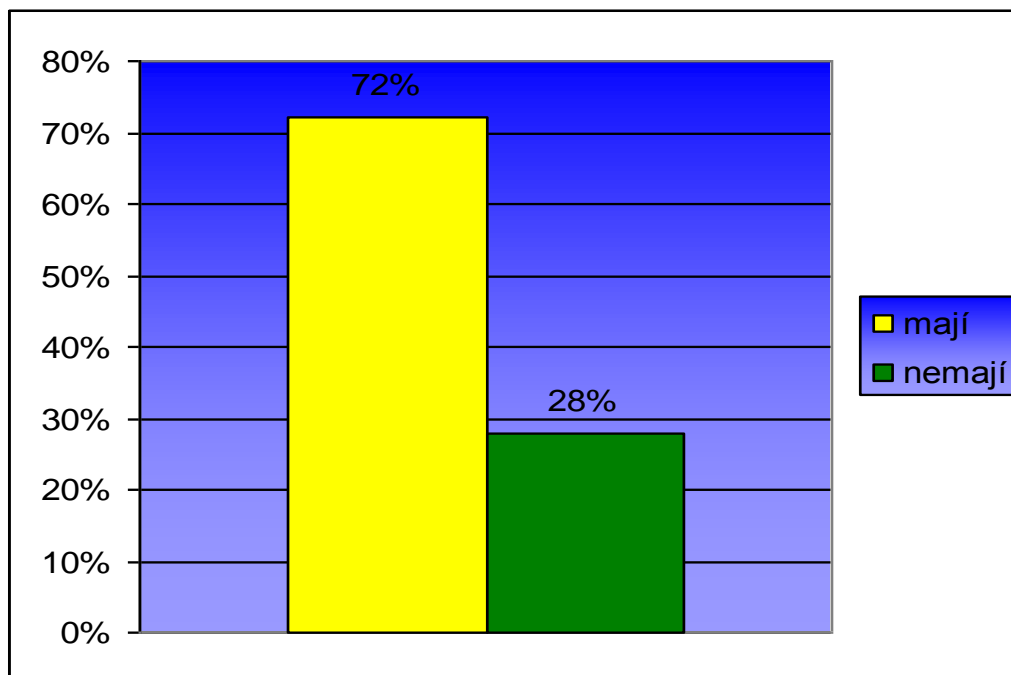
(n = 28)



Z celkového počtu 28 sester, které mají nedostatek času, uvedlo 25 sester jako odůvodnění nedostatku času příliš mnoho klientů, 16 sester uvedlo mnoho administrativní práce a 19 sester uvedlo nedostatek ordinačních hodin.

Graf 25 Počet ordinací, které mají v čekárnách k dispozici edukační materiál týkající se preventivní primární péče- odvykání kouření (otázka č. 25)

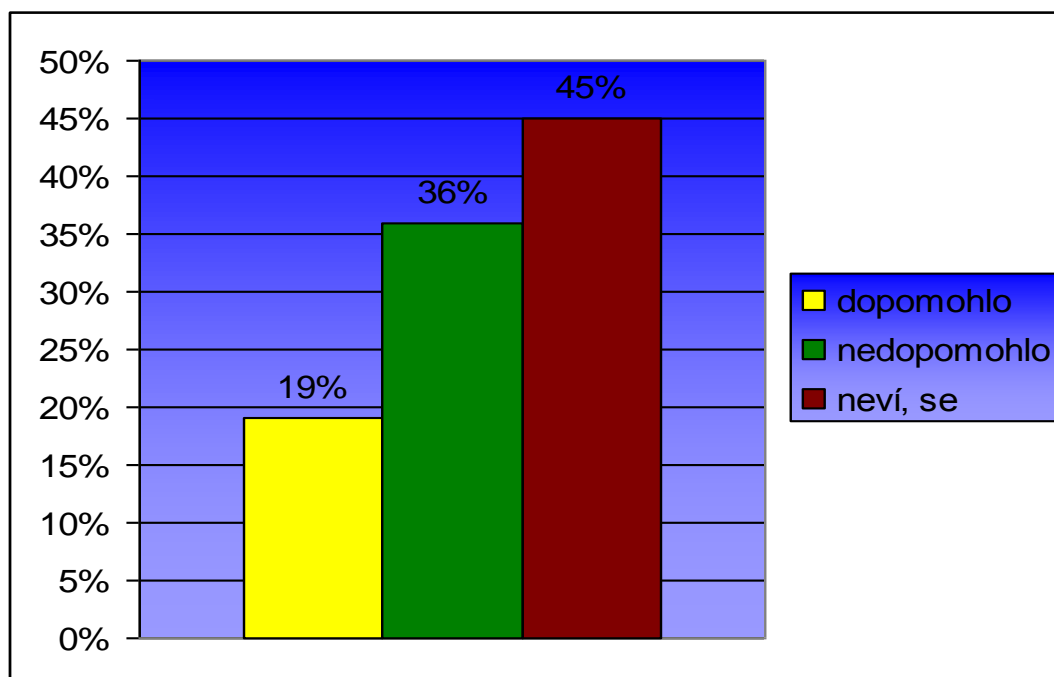
(n = 71)



Z celkového počtu 71 sester (100 %) 51 ordinací (72 %) má v čekárnách k dispozici edukační materiál týkající se preventivní primární péče- odvykání kouření a 20 ordinací (28 %) edukační materiál k dispozici nemá.

Graf 26 Počet ordinací, ve kterých dopomohlo preventivní vyšetření k včasnému zjištění plicního karcinomu (otázka č. 26)

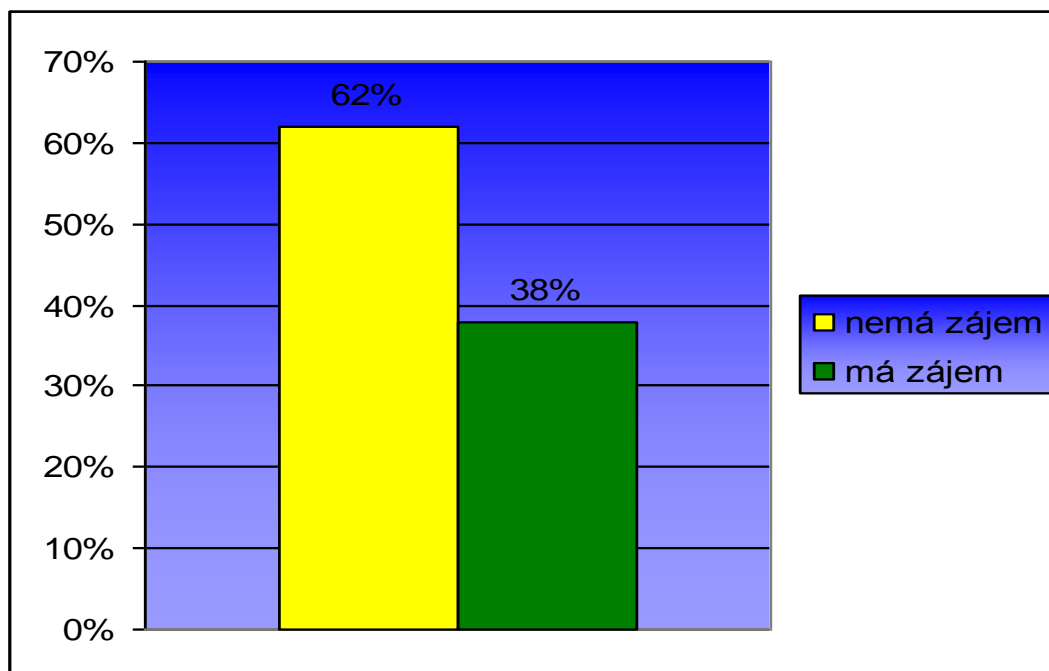
(n =71)



Z celkového počtu 71 sester (100 %) ve 14 ordinacích (19 %) dopomohlo preventivní vyšetření k včasnému zjištění plicního karcinomu, ve 26 ordinacích (36 %) nedopomohla a v 31 ordinacích (45 %) sestra neví, zda tato vyšetření dopomohla k včasnému zjištění plicního karcinomu.

Graf 27 Zájem sester o další vzdělávání v problematice edukace prevence plicního karcinomu (otázka č. 27)

(n = 71)



Z celkového počtu 71 sester (100 %) 44 sester (62 %) nemá zájem o vzdělávání v problematice edukace prevence plicního karcinomu a 27 sester (38 %) má zájem o další vzdělávání.

5. Diskuse

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit znalosti sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro dospělé v problematice edukace o prevenci onkologického onemocnění plic a jejich realizovanou úlohu v prevenci tohoto onkologického onemocnění v uvedeném zdravotnickém zařízení. Dále pak faktory zkvalitňující a faktory ztěžující edukační činnost sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro dospělé na poli prevence onkologického onemocnění plic. Do výzkumného souboru byly zahrnuty sestry pracující v ordinaci praktického lékaře v regionu severních a jižních Čech. Výzkumný soubor tvořilo 71 sester pracujících v ordinacích praktických lékařů. Spolupráce s nimi nebyla moc dobrá, bylo třeba je dlouho přemlouvat, přesto 26 sester zcela odmítlo na výzkumu spolupracovat. Nejčastějším odůvodněním sester bylo, že mají mnoho svých vlastních starostí a hlavně nedostatek času.

Prvním mým zjištěním bylo, že věková hranice sester je v podstatě neomezená. V souboru jsou zahrnuty ty sestry, které mají délku praxe v ordinaci praktického lékaře 5 let a naopak i několik dalších, které pracují v těchto ordinacích přes 30 let (viz graf 3). Toto byl jeden z hlavních důvodů, ve kterém se lišily odpovědi sester na mé otázky v dotazníku. Je totiž zřejmé, že ta, která ukončila střední zdravotnickou školu se zdravotním zaměřením před 30 lety, se bude lišit v názorech a odpovědích od sestry, která ukončila střední zdravotnickou školu před 5ti lety. Sestra, která pracuje v tomto oboru 30 let, má mnoho zkušeností ze své praxe a to je její velká výhoda. Je však evidentní, že nemá motivaci vzdělávat se v dalších oblastech a proto nevyužívá například nové postupy v edukaci klientů. Nedostatek motivace také potvrzuje Hrubá (8) ve své práci Programy primární prevence, ve kterém uvádí, že pro přijetí prevence zdravotníky, musí existovat motivace odborná, profesionální a ekonomická.

Druhým kritériem, které ovlivňovalo odpovědi v dotazníku bylo vzdělání sester. Zjistila jsem, že 65 % sester (46 sester), které pracují v ordinaci praktického lékaře, mají střední zdravotnickou školu bez dalšího pomaturitního specializačního studia (viz graf 2). Znají sice zásady kvalitní edukace, ale jen nízké procento tyto zásady využívá. Ovšem není to jen otázka vzdělání. Příčina spočívá i v tom, že je sestra nedostatečně

využívána lékařem v prevenci plicního karcinomu, protože dělá spíše administrativní práci. To je jedna z příčin absence vyšší motivace k tomu, aby se snažila vzdělávat v předávání informací klientovi. V mé práci je obsažená část o pětiminutové sesterské edukaci a o tom, jak správně klienta edukovat. Právě to považuji za přínos do této problematiky. Na základě dotazníku jsem se dozvěděla, že sestry znají i zásady kvalitní edukace, ale bohužel jen málo z nich edukuje své klienty slovně. Toto zjištění by mělo být podkladem pro to, aby se na edukaci a na její provádění kladl větší důraz při vzdělávání sester na středních i vyšších zdravotnických školách a univerzitách. Sestra s tímto vzděláním by byla schopna více klientovi pomoci, podat mu vhodnou formou dostatek informací o dané problematice a vše mu kvalitně vysvětlit. Edukace je samostatný studijní předmět, není obsažen ve studijním plánu středních zdravotnických škol, ale ani jako součást jiného studijního programu. Z 71 sester 62 sester (87 %) vědělo co znamená pojem „edukace“ a 9 sester (13 %) nevědělo (viz graf 12). Z 71 sester, věděla každá sestra, nějakou hlavní zásadu kvalitní edukace a z toho 58 sester vědělo všechny hlavní zásady kvalitní edukace (viz graf 14). Z 71 sester (100 %) 17 sester (24 %) využívá hlavní zásady kvalitní edukace, 25 sester (35 %) zásady nevyužívá vůbec a 29 (31 %) sester neví, zda zásady využívají (viz graf 15). V otázkách číslo 14 a 15 se projevila znalost zásad kvalitní edukace. V otázce číslo 13 se projevilo, jak sestry realizují edukaci svých klientů, ale také to, že polovina sester své klienty vůbec needukuje (viz graf 13) . V otázkách číslo 22, 23, 24 se projevily bariéry ze strany sestry v provádění edukace v prevenci plicního karcinomu. V těchto otázkách jsem zjišťovala, jaké jsou bariéry ze strany sestry v provádění edukace v prevenci plicního karcinomu. Nejčastější odpovědí byl nedostatek času a nedostatek prostoru na provádění edukace. 11 sester z 45 uvedlo jako bariéru neznalost zásad edukace (viz graf 23), což si myslím, že je dobré zjištění, protože jak uvádí Rosolová a kol. (24), edukace je jedním ze základů celé léčby. Pro zjištění realizované úlohy sestry v prevenci onkologického onemocnění plic, byla vytvořena otázka číslo 17, kterou jsem se dotazovala, kolik ordinací provádí v rámci preventivních prohlídek onkologickou prevencí, tedy se touto oblastí zabývá. Tento výsledek byl spíše neuspokojivý. Preventivní prohlídku totiž vykonává jen 20 ordinací (28 %) z vlastní iniciativy, ve 25

ordinacích (35 %) jsou prováděny na žádost klienta a ve 26 ordinacích (37 %) prováděny nejsou vůbec (viz graf 17). Jak potvrzuje Dolanský (5), důraz na prevenci nádorových onemocnění byl měl být uplatňován také v ordinacích praktických lékařů.

Po zhodnocení všech odpovědí z dotazníku, byly všechny hypotézy potvrzeny.

V první hypotéze jsem předpokládala, že *sestry pracující v ordinacích praktických lékařů pro dospělé nemají znalosti o provádění edukace pacientů v oblasti prevence onkologického onemocnění plic. Tato hypotéza byla potvrzena na základě otázek číslo 4,5, 10, 11,12, 14, 15, 27.* Odpovědi na tyto otázky prokázaly, že 68 sester má vědomosti o klinických příznacích plicního karcinomu, 63 sester o preventivních vyšetřeních týkajících se plicního karcinomu. Na základě vlastních zkušeností, však 12 sester uvedlo, že preventivní vyšetření týkající se plicního karcinomu se neprovádějí žádná, protože preventivní RTG plic jsou zbytečně zatěžujícím vyšetřením. Jsou důkazy o tom, že klient jde na RTG plic, výsledek je negativní, za měsíc jde na RTG znovu a plíce jsou plné nádorových ložisek. Nejčastější rizikové faktory pro vznik plicního karcinomu zná 62 sester (viz graf 5) , a uvedly jako nejdůležitější kouření, pasivní inhalaci cigaretového kouře a práce s kovy (arsen, nykl, chrom). Tyto rizikové faktory jsou uvedeny v informačním materiálu Prevence nádorových onemocnění v primární péči(13). V otázce číslo 14 jsem položila sestřím otázku, jaké jsou zásady kvalitní edukace. Všech 71 dotázaných znalo některé zásady kvalitní edukace, ale bohužel jen 17 sester (25 %) tyto zásady využívá (viz graf 15). Sestry v ordinacích praktických lékařů sice mají znalosti v problematice edukace plicního karcinomu, ale jen malá část sester tyto zásady využívá. Hlavní příčinou je nedostatek času na provádění této činnosti. Skutečnost, že vzdělání sester v oblasti edukace a dostatek informací o provádění edukace jsou nezbytné, potvrzuje práce Světláka (28) Motivace ke změně rizikových vzorců chování.

V druhé hypotéze jsem předpokládala, že *sestry v ordinacích praktických lékařů pro dospělé neprovádějí edukaci o prevenci onkologického onemocnění plic.*

K potvrzení této hypotézy mi dopomohly otázky číslo 13, 20, 21. V otázce číslo 13 jsem se ptala sester, jak realizují v praxi edukaci klientů o problematice v prevenci plicního karcinomu. Z 71 sester uvedlo 35 sester brožury a letáky, 30 sester slovní edukaci, 2

sestry internet a 36 sester uvedlo, že nerealizují edukaci klientů vůbec a to i přesto, že znají hlavní zásady kvalitní edukace. Jak už jsem se zmínila nejčastějším problémem v provádění edukace, je nedostatek času a prostoru z jejich strany. V otázce číslo 20 jsem se ptala, zda sledují intervaly preventivních prohlídek u klientů, kteří jsou ohroženi plicním karcinomem. Na tuto otázku bylo bohužel zjištění smutné, protože jen 26 sester (36 %) sleduje intervaly preventivních prohlídek a 45 sester (64 %) nesledují je vůbec (viz graf 20). Toto negativní číslo je zcela jistě vysoké. Sestra by totiž měla předpokládat, že ne každý klient má možnost získat dostatek informací o daném onemocnění buď ze strany medií nebo přímo od lékaře. V otázce číslo 21 jsem zjišťovala jakým způsobem sestry věnují pozornost klientům z rizikových skupin. Odpovědi na tuto otázku mě velmi překvapily, protože 12 sester uvedlo, že vedou záznam o počtu vykouřených cigaret u klientů. Ráda bych jednou nahlédla do dokumentace, zda je tomu opravdu tak. Jak uvádí Manuál prevence (1), je důležité nejen v ordinacích primární péče, ale i při všech kontaktech je potřeba zjišťovat u všech klientů, zda oni sami nebo někdo v jejich rodině kouří. Zabezpečit, aby zdravotní záznamy obsahovaly informace, zda on sám kouří či nekouří. 22 sester uvedlo, že diskutují s klienty o zdravém životním stylu, 27 sester s nimi hovoří o nepříznivých vlivech kouření. Jak uvádí Manuál prevence (1) je třeba vyhledávat příležitost hovořit o problému kouření, prodiskutovat názory na kouření a zdraví při jakékoliv návštěvě klienta v ordinaci.

Ve třetí hypotéze jsem předpokládala, že *realizovaná úloha sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro dospělé v prevenci nádorového onemocnění plic je nízká. Tato hypotéza byla potvrzena na základě otázek 6, 18, 19, 25 a 26.* Zjistila jsem, že její realizovaná úloha v prevenci je na nízké úrovni. 37 sester (52 %) uvedlo, že upozorňuje klienty na rizikové faktory, které jsou důležité pro vznik plicního karcinomu, 28 sester (39 %) klienty neupozorňuje a 6 sester (9 %) neví, zda klienty upozorňuje na rizikové faktory (viz graf 6). V otázce číslo 18 uvádím dotaz, zda sestra doplňuje alespoň jednou za dva roky klientovu anamnézu na základě zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění, o preventivní péči. Ten ve svém ustanovení uvádí, že obsahem preventivní prohlídky je zjištění údajů nutných pro posouzení zdravotního stavu a rizik

pojištěnce (23). Tento zákon spolu s dalšími vyhláškami uvádí Dolanský a kol.(5) ve své práci Screeningové programy očima revizního lékaře. V tomto případě 32 sester (45 %) uvedlo, že doplňuje klientovu anamnézu, 6 sester (7 %), že nedoplňuje klientovu anamnézu, 13 sester (18 %) uvedlo, že klientovu anamnézu nedoplňuje, protože klienti na prohlídku nechodí, 12 sester (17 %) uvedlo, že klientovu anamnézu nedoplňuje, protože ji doplňuje lékař a 8 sester (13 %) uvedlo, že klientovu anamnézu nedoplňuje, protože nemají čas (viz graf 18). Otázka číslo 25 mě utvrdila v tom, že sestra má dobrý přehled o edukačním materiálu, který má k dispozici. 51 ordinací (72 %) má v čekárnách k dispozici edukační materiál týkající se preventivní primární péče- v odvykání kouření a prevence plicního karcinomu. Ve 20 ordinacích (28 %) edukační materiál k dispozici není (viz graf 25). Během mého čekání v čekárnách ordinací praktických lékařů jsem si prohlížela edukační materiál ve formě letáčků, brožur a plakátů, který v nich byl volně položen na stole, nebo vystaven na stěnách čekáren. Mnoho materiálů se týkalo plicního karcinomu, ale hlavně jednoho z nejhlavnějších rizikových faktorů- kouření. Hrubá a kol. uvádí (9), že velmi důležité je při edukaci dodat klientovi dostatek informací v edukačním materiálu domů, aby klient mohl všechny podané informace vstřebat, ještě jednou si je v klidu přečíst a při další návštěvě lékaře se popřípadě zeptat na další nepochopené informace.

Ve čtvrté hypotéze jsem předpokládala, *že nejčastějším faktorem ovlivňujícím provádění edukace v prevenci onkologického onemocnění plic ze strany sester je nedostatek času na provádění této činnosti. K této hypotéze se vztahovaly otázky číslo 22, 23, 24.* V otázce číslo 22 jsem položila v dotazníku otázku, jaké jsou bariéry ze strany sester v provádění edukace v prevenci plicního karcinomu. 26 sester (36 %) uvedlo, že bariéry ze strany sestry v provádění edukace v prevenci plicního karcinomu nejsou a zbylých 45 sester (64 %) uvedlo, že bariéry ze strany sestry jsou. Mezi nejdůležitější bariéry patří nedostatek času a prostoru (viz graf 23), čímž vlastně potvrdily mou hypotézu, ale zde bych si dovolila pochybovat. Problém nedostatku času bývá u každé sestry, ale nabízejí se tedy otázky, proč některá sestra stihne provést edukaci a jiná ne? Jsem přesvědčená, že se nejedná pouze o nedostatek času, ale i o nezáměr či neochotu sestry edukaci provádět. Někdy může být příčinou

i nedostatek informací o dané problematice. Sestry uvedly další bariéry jako jsou stud ze strany sestry, ale i fakt, že tato činnost není placená. Myslím si, že by toto zjištění stálo za přehodnocení a uvážení. Kdyby to byl opravdu jen nedostatek času na provádění edukace, zmínila bych se zde o publikaci Rosolové a kol. (24). V ní je názorně popsána takzvaná pětiminutová edukace, která je sestavená právě pro případy, kdy je sestra časově zaneprázdněna a potřebuje sdělit maximum informací za minimum času. Je zde popsáno, že nejzákladnější dovednosti a informace je možné dodat bez větší časové zátěže během běžné ambulantní kontroly.

U problému nedostatku prostoru jako bariéru ze strany sestry v provádění edukace, bych se ráda pozastavila, protože v každé druhé ordinaci, ve které jsem byla požádat o vyplnění dotazníku, mě sestra pozvala dovnitř, abych jí celý dotazník ukázala a vysvětlila. Viděla jsem, že má k dispozici sesternu, která je od ordinace lékaře oddělena. Kvůli soukromí klientů je to dnes již běžnou praxí. Skoro pokaždé si sestra pozve klienta do sesterny, připraví si jeho zdravotní dokumentaci s anamnézou a ten zde čeká na přijetí lékařem. Někdy je toto čekání dlouhé i několik minut, což znám ze své vlastní zkušenosti. Myslím si, že po tuto dobu, by sestra měla nahlédnout do zdravotní karty a zkontrolovat, zda klient dochází pravidelně na preventivní prohlídky a zda je jeho anamnéza kompletní. V případě, že by kompletní nebyla, je přece možné si s klientem domluvit nejbližší termín a vše s ním vyřídit.

V páté hypotéze jsem předpokládala, že *nejčastějším faktorem ovlivňujícím provádění edukace v prevenci onkologického onemocnění plic ze strany klientů je jejich nespolupráce. K této hypotéze se vztahovaly otázky číslo 7, 8, 9, 16, které ji potvrdily.* Cílem mé práce bylo zjistit ztěžující faktory ovlivňující provádění edukace o prevenci onkologického onemocnění plic. Jako důležitý faktor uváděly sestry nespolupráci klientů. Sestry byly dotazovány otázkami v dotazníku, zda klienti docházejí na preventivní prohlídku. Z celkového počtu 71 sester (100 %) 12 sester (17 %) odpovědělo, že klienti na preventivní prohlídku k praktickému lékaři docházejí často, 20 sester (28%), že klienti docházejí poměrně často, 25 sester (35 %), že klienti docházejí jen zřídka a 14 sester (20 %), že klienti nedocházejí vůbec (viz graf 16). Když jsem se dotazovala v otázce č. 7 na to, zda klienti spolupracují při odstraňování rizikových

faktorů, byla tato hypotéza potvrzena na základě odpovědí. Z celkového počtu 71 sester (100 %) jich 17 uvedlo (24 %), že klienti spolupracují na 20 %, 4 sestry (6 %), že klienti spolupracují na 30%, 2 sestry (3 %), že klienti spolupracují na 40%, 19 sester (26 %), že klienti spolupracují na 50 % a 29 sester (41 %) uvedlo, že klienti nespolupracují vůbec (viz graf 7). V otázce číslo 8 jsem se dotazovala, zda sestry znají klientovy důvody nespolupráce z jeho strany. Z celkového počtu 29 sester (100 %) uvedlo 18 (61%) důvody nespolupráce a 11 sester (39 %) důvody neuvedlo (viz graf 8). Mezi nejčastější důvody klientovy nespolupráce 18 sester uvádí nezáměr klienta o své zdraví, 17 jeho celkový nezáměr, 13 sester nedůvěru klienta k sestře, 10 sester nedostatek času, 6 sester neochotu vzdát se kouření a 2 sestry uvedly jako důvody nespolupráce nedostatek financí (viz graf 9). Nespolupráce vzniká na základě nedostatku informací a také záleží na samotné povaze klientů a jejich přístupu k vlastnímu zdraví. Ten, který nemá dostatek informací o dané problematice se sestry raději na onemocnění ptát nebude, aby tak neodkryl svůj nedostatek znalostí. Klient, který má dostatek informací, ale jen jim nerozumí, se raději zeptá, aby něco nezanedbal. Myslím si, že každý, by měl mít dostatek informací o dané problematice a projevovat zájem o své zdraví. Protože včasné zachycení daného onemocnění mívá lehčí průběh, větší šanci na úspěšnou léčbu a rovněž předchází dalším komplikacím. Naopak pozdě zjištěná diagnóza je pro klienta daleko náročnější jak po psychické tak i finanční stránce.

6. Závěr

Prvním cílem mé práce bylo zjistit znalosti sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro dospělé v problematice edukace o prevenci onkologického onemocnění plic. K tomuto cíli se vztahovala první hypotéza. V první hypotéze jsem předpokládala, že sestry pracující v ordinacích praktických lékařů pro dospělé nemají znalosti o provádění edukace pacientů v oblasti prevence onkologického onemocnění plic. První hypotéza se potvrdila. První cíl práce byl splněn.

V prvním případě se prokázalo, že sestry mají dobré vzdělání v problematice onkologického onemocnění plic. Sestry znají rizikové faktory pro vznik plicního karcinomu, jeho klinické příznaky, ale i preventivní vyšetření, která se provádějí v souvislosti s plicním karcinomem, ale neumí tyto informace předat klientovi.

Druhým cílem bylo zjistit realizovanou úlohu sester v prevenci onkologického onemocnění plic v ordinacích praktických lékařů pro dospělé. K tomuto cíli se vztahovala druhá a třetí hypotéza. Ve druhé hypotéze jsem předpokládala, že sestry v ordinacích praktických lékařů pro dospělé neprovádějí edukaci o prevenci onkologického onemocnění plic. Tato hypotéza se potvrdila. Ve třetí hypotéze jsem předpokládala, že realizovaná úloha sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro dospělé v prevenci nádorového onemocnění plic je nízká. Tato hypotéza byla potvrzena.

Druhý cíl byl splněn. Zjistila jsem, že sestry základní informace podají, ale spíše jen pomocí letáků a brožurek. Chybí zde slovní edukace a hlubší informace o dané problematice směrem ke klientům. Mezi nimi a sestrou vzniká neviditelná překážka nedostatku času, informací a nezájmu edukace jak ze strany sestry, tak i klienta.

Třetím cílem bylo zjistit faktory zkvalitňující a faktory ztěžující edukační činnost sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro dospělé na poli prevence onkologického onemocnění plic. K tomuto cíli se vztahovala čtvrtá a pátá hypotéza.

Ve čtvrté hypotéze jsem předpokládala, že hlavním faktorem ovlivňujícím provádění edukace o prevenci onkologického onemocnění plic patří nedostatek času ze strany sestry na provádění této činnosti. V páté hypotéze jsem předpokládala, že hlavním faktorem ovlivňujícím provádění edukace o prevenci onkologického onemocnění plic

patří nespolečnosti klientů. Obě hypotézy se potvrdily. Velkým problémem je nespolečnosti klientů a nedostatek času ze strany sestry. Tím, že sestram chybějí informace o nejnovějších postupech v edukaci, že si myslí, že je potřeba na edukaci mnoho času, se o ni ani nepokoušejí a dávají klientům spíše letáky a brožury o dané problematice. Třetí cíl byl splněn.

Při svém výzkumu jsem zjistila, že v ordinacích praktických lékařů jsou prevence a slovní edukace málo běžně praktikovány. Úloha sestry v prevenci nádorového onemocnění plic v České republice u praktických lékařů je na nízké úrovni, proto je stále nutné vyhledávat a odstraňovat vznikající problémy v této oblasti. Odhalila jsem některé z problémů a v hrubých rysech nastínila, jak by bylo třeba je odstranit. Vypracovala jsem pro sestry edukační plán pro klienty v problematice edukace o prevenci onkologického onemocnění plic, což by pro ně mohlo být malým přínosem. Závěrem bych chtěla dodat, že edukovat a vyučovat průměrného klienta v několika nejzákladnějších dovednostech o onkologickém onemocnění plic lze bez větší časové zátěže provádět během běžné návštěvy praktického lékaře. Pokud sestra ví, co má klienta naučit, dovede z celého souboru potenciálně vhodných informací vybrat to nejdůležitější, stačí jí pouze několik minut pro takovou edukaci. S využitím materiálů pro edukaci může seznámit klienta s naprosto základními informacemi, které mu však v jeho životě mohou velmi pomoci.

7. Seznam použité literatury

- 1) BARTOŇKOVÁ, H., et al.. *Manuál prevence a časně detekce nádorových onemocnění*. 1. vyd. Brno : Masarykův onkologický ústav, 2002. 94 s. ISBN 80-238-9513-3.
- 2) BEŇA, F., et al.. *Onkologická rizika*. 1. vyd. Brno : Masarykův onkologický ústav, 2001. 96 s. ISBN 80- 238- 7260- 1.
- 3) CSÉMY, L., SOVINOVÁ, H. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. 1. vydání Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 96 s. ISBN 80-7071-230-9.
- 4) DIENSTBIER, Z., SKALA, E. *Předcházíme rakovině*. 1. vyd. Praha : Computer Press, 2001. 105 s. ISBN 80- 7226- 375- 7.
- 5) DOLANSKÝ, H., et al. Screeningové programy očima revizního lékaře In: VYZULA, R., ŽALOUDNÍK, J. (eds.) *Edukační sborník*. Brno : Masarykův onkologický ústav, 2005, s. 76- 77. ISBN 80- 86793- 05- 2.
- 6) DOSTÁLOVÁ, O. *Jak vzdorovat rakovině*. 1. vyd. Praha : Grada Avicenum 1993.s. 81 ISBN 80- 7169- 040- 6.
- 7) DYLEVSKÝ, I. *Somatologie* 2. vyd. Olomouc : Epava 2000. s. 215-242
ISBN 80-86297-05-5.
- 8) HRUBÁ, D. Programy primární prevence. In: VYZULA, R., ŽALOUDNÍK, J. *Edukační sborník*. Brno : Masarykův onkologický ústav, 2004, s. 20-23.
ISBN 80- 86793- 01- X
- 9) HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H. *Role sestry v prevenci a časně diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vyd. Brno : Masarykův onkologický ústav, 2001. 77 s. ISBN 80-238-7618-X.
- 10) HRUBÁ, D., ŠACHLOVÁ, M. Má onkologický pacient zanechat kouření?. In: VYZULA, R., ŽALOUDNÍK, J. (eds.) *Edukační sborník*. Brno : Masarykův onkologický ústav, 2005, s. 46- 47. ISBN 80- 86793- 05- 2.
- 11) KLENER, P., et al., *Vnitřní lékařství*.3. vyd. Praha: Galén, 2006. s. 407- 412
ISBN 80- 7262- 430- X
- 12) KOL. AUTORŮ. *Co potřebujete vědět o významu prevence v onkologii?*. Brno : Masarykův onkologický ústav, 2002. 36 s.

- 13) KOL. AUTORŮ. *Prevence nádorových onemocnění v primární péči*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2000, s. 7.- 26. 27. ISBN 80- 7071- 155- 8.
- 14) KOL. AUTORŮ. *Na co máte v prevenci nárok podle zákona?* [online]. 21.8. 2002 [cit. 20.3.2008]. Dostupné z : (http://www.prevencenadoru.cz/mouprev/section_show.jsp?s=906/915).
- 15) KRÁLÍKOVÁ, E., *Moderní je nekouřit...a navíc se to vyplatí. Osobní lékař*, 2006, roč. 6, č. 1, s. 28 – 29. ISSN 1213-2470
- 16) KUBEŠOVÁ, H. *Vnitřní lékařství I.: pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vydání Brno: Masarykova univerzita, 2003. 103 s. ISBN 80-210-3138-7
- 17) KUBEŠOVÁ, H. Screeningové onkologické programy v primární péči. In: VYZULA, R., ŽALOUNÍK, J. (eds.) *Edukační sborník*. Brno : Masarykův onkologický ústav, 2005, s. 46- 47. ISBN 80- 86793- 05- 2.
- 18) PETHY, G. *Moderní vyučování*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80- 7178- 681- 0.
- 19) PEŠEK, M. a kol. *Bronchogenní karcinom*, 1 vydání. Praha: Galén, 2002, ISBN 80- 7262-115-7, s. 199-202.
- 20) PETRUŽELKA, L., FIALA, P., PEŠEK, M. *Léčba karcinomu plic*. Postgraduální medicína, 2003, roč. 5, č. 7, s. 803-807.
- 21) PETRUŽELKA, L., ZEMANOVÁ, M., ZATLOUKAL, P. *Paliativní terapie u nemocných s pokročilým nemalobuněčným bronchogenním karcinomem*. Sborník lékařský. Universita Karlova, 1996. č. 4, s. 487-492. ISBN 0036-5327.
- 22) PRCHALOVÁ, E., *Ošetrovatelská péče u pacienta s bronchogenním karcinomem*. Sestra- odborný časopis pro sestry, březen 2003, Praha, s. 28 ISSN 1210-0404.
- 23) RANDULA, A. *Současná legislativa- zdravotní prevence* [online]. [cit. 16.3.2008]. Dostupné z : (http://www.mou.cz/mou/section_show.jsp?s=907/939selIdDoc=310>)
- 24) ROSOLOVÁ, H., et al.. *Trendy soudobé diabetologie*. 1. vyd. Praha : Česká diabetologická společnost, 1999. s. 148 ISBN 80-7262-036-3.
- 25) SKŘIČKOVÁ, J. *Karcinom plic: Nejčastější příčina úmrtí na zhoubné nádory*. Příloha týdeníku Reflex, č. 40, 2006, s. 7-8.

- 26) SOVOVÁ, E., et al.. *100+1 otázek a odpovědí o prevenci nejčastějších onemocněních* 1. vyd. Havlíčkův Brod : Grada Avicenum, 2006, ISBN 987- 80- 247-0952- 9.
- 27) SVOBODOVÁ, Z., HRNČIŘÍKOVÁ, I. Primární a sekundární onkoprevence cílená na kouření , project „ Típní to taky”. In: VYZULA, R., ŽALOUDNÍK, J. (eds.) *Edukační sborník*. Brno : Masarykův onkologický ústav, 2005, s. 146. ISBN 80- 86793-05- 2.
- 28) SVĚTLÁK, M. Motivace pacienta ke změně rizikových vzorců chování. In: VYZULA, R., ŽALOUDNÍK, J. (eds.) *Edukační sborník*. Brno : Masarykův onkologický ústav, 2005, s. 50-52. ISBN 80- 86793- 05- 2.
- 29) VORLÍČEK, J., VORLÍČKOVÁ, H., ARHÁMOVÁ, J. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2006. s. 194 ISBN 80- 247- 1716- 6.
- 30) VORLÍČEK, J., ŽALOUDÍK, J., VYZULA, R. *Boj se zhoubnými nádory v české republice: Vítězství a prohry*. [databáze online], [cit. 19.2.2008], dostupné z :(http://www.linkos.cz/pacienti/Onkominimum_boj.pdf.)
- 31) VOTRUBA, J. *Rakovina plic*.1. vyd. Praha : Liga proti rakovině, 2001,
- 32) WASSERBAUER, S., et al.. *Výchova ke zdraví*. Dotisk 3. upraveného vydání. Jihlava : Zdravotní ústav, 2003. s. 48 ISBN 80- 7071- 172- 8.
- 33) ZÁMEČNÍK, J. *Nemocný se zhoubným nádorem*. JU ČB ZSF, 1. vydání 2002. s. 26 ISBN 80- 7040- 556- 2
- 34) ZATLOUKAL, P., PETRUŽELKA, L. *Karcinom plic*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, ISBN 80-7169-812-9, s. 400

8. Klíčová slova

- edukace
- onkologické
- onemocnění plic
- pacient
- prevence
- role
- sestra

9. Seznam příloh

1. Dotazník pro sestry

Dobrý den

Jsem studentkou Jihočeské university, Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Nyní studuji 3. ročník všeobecné sestry a v rámci své bakalářské práce řeším problematiku na téma - Edukace pacientů o onkologickém onemocněním plic. Touto cestou bych Vás požádala o spolupráci. Vyplňte, prosím, tento dotazník, který je dobrovolný a pro mou práci velice důležitý. Veškeré informace, které mi budou díky Vám poskytnuty, budou zachovány v anonymitě a budou určeny jen pro účel mé bakalářské práce.

Děkuji Vám za pomoc a čas strávený nad dotazníkem.

Přeji příjemný zbytek dne.

Lenka Burdová

Na otázky odpovídejte zakroužkováním dané odpovědi, nebo napište odpověď na danou otázku vlastními slovy. U některých otázek můžete zvolit i více možností odpovědí.

1, Kolik Vám je let?

- a, 20 až 30
- b, 31 až 40
- c, 41 až 50
- d, 51 až 60
- e, 61 a více

2, Jaké je Vaše nejvyšší dosažené- dokončené vzdělání?

- a, střední zdravotnická škola
- b, střední zdravotnická škola + pomaturitní specializační studium
- c, pomaturitní specializační studium
- d, bakalářské studium

3, Na jakém pracovišti pracujete?

- a, plicní ambulance
- b, ordinace praktického lékaře

4, Jaká je Vaše délka praxe v ordinaci praktického lékaře nebo plicní ambulanci?

- a, 0- 5 let
- b, 6- 10 let
- c, 11- 20 let

- d, 21- 30 let
- e, 30 let a více

5, Zaškrtněte klinické příznaky plicního karcinomu.

- a, změna a frekvence kašle
- b, dušnost, sípání a chraptění
- c, stálá bolest na hrudníku
- d, ztráta chuti k jídlu, úbytek hmotnosti
- e, únava
- f, opakované zápaly plic a bronchitidy
- g, otoky obličeje a krku
- h, nevím

6, Jaké jsou rizikové faktory pro vznik plicního karcinomu?

- a, kouření
 - b, obezita
 - c, pasivní inhalace cigaretového kouře
 - d, expozice ionizujícím zářením
 - e, práce s kovy (arsen, nikl, chrom)
 - f, požívání alkoholu
 - g, nepravidelná, nezdravá strava
 - h, stres
 - i, jiné, prosím doplňte
-

7, Vypište rizikové faktory, které podle Vás patří mezi nejdůležitější.
(napište je od nejvíce důležitých po méně důležité)

.....

.....

.....

.....

.....

8, Upozorňujete klienty/pacienty na rizikové faktory, které jsou důležité pro vznik plicního karcinomu?

- a, ano

- b, ne
- c, nevím

9, Spolupracují klienti/pacienti při odstraňování rizikových faktorů pro vznik plicního karcinomu? (pokud odpovíte na tuto otázku „ano“, odpovídejte až na otázku č.11, pokud zaškrtnete odpověď „ne“ pokračujte v nadcházející otázce)

a, ano, na
.....10%.....20%.....30%.....40%.....50%.....60%.....70%.....80%.....90%.....100%
(zaškrtněte odpověď podle toho na kolik % si myslíte, že K/P se snaží spolupracovat)

- b, ne

10, Znáte důvody klientovi/pacientovi nespolupráce?

(pokud odpovíte na tuto otázku „ne“, odpovídejte až na otázku č.12, pokud zaškrtnete odpověď „ano“ pokračujte v nadcházející otázce)

- a, ano
- b, ne

11, Zaškrtněte, prosím, důvody klientovi/pacientovi nespolupráce.

- a, nezájem klienta/pacienta
- b, nedostatek času
- c, nedostatek financí
- d, nedůvěra klienta/pacienta k sestře
- e, nezájem o své zdraví
- f, jiné, prosím, doplňte.....

12, Jaké preventivní vyšetření se podle Vás provádějí v souvislosti s prevencí plicního karcinomu?

.....
.....

.....
.....
.....

13, Jaká opatření provádíte v souvislosti s prevencí plicního karcinomu?

.....
.....
.....
.....

14, Popište svým slovem pojem „edukace“.

.....
.....
.....

15, Jak realizujete v praxi edukaci klientů/pacientů o problematice v prevenci plicního karcinomu?

.....
.....
.....
.....

16, Jaké jsou podle Vás hlavní zásady kvalitní edukace?

(je možno více odpovědí)

- a, srozumitelná, plynulá řeč
- b, dostatek času na klienta/pacienta
- c, vhodné, klidné prostředí
- d, vlídný a milý přístup sester
- e, dostatek informací o dané problematice
- f, zájem klienta/pacienta
- g, jiné, prosím, doplňte.....

17, Využíváte hlavní zásady kvalitní edukace?

- a, ano
- b, ne
- c, nevím, zda zásady využívám

18, Jak k Vám dochází klienti/ pacienti na preventivní prohlídku?

- a, často
- b, poměrně často
- c, jen velmi zřídka
- d, nedochází

19, Provádíte na Vašem pracovišti v rámci preventivních prohlídek onkologickou prevenci?

- a, ano, provádíme z vlastní iniciativy
- b, provádíme jen na žádost klienta/pacienta
- c, ne, neprovádíme

20, Doplnujete klientovu/ pacientovu anamnézu alespoň jednou za dva roky?

(pokud odpovíte na tuto otázku „ne“ (napište z jakého důvodu nedoplňujete klientovu/pacientovu anamnézu) a poté odpovězte až na otázku č.22, pokud zaškrtnete odpověď „ano“ pokračujte v nadcházející otázce

- a, ano, doplňuji
- b, ne, nedoplňuji, protože

21, Jaké informace doplňujete do klientovi/pacientovi anamnézy?

- a, krevní tlak
- b, puls
- c, výška
- d, hmotnost
- e, váhový úbytek
- f, výskyt nové choroby v rodině
- g, zažívací obtíže
- h, nechutenství
- i, kouření
- j, požívání alkoholu
- k, únava bez známé příčiny
- l, kašel(změna frekvence, charakter, příměsí v hlenu)

22. Sledujete intervaly preventivních prohlídek u klientů/pacientů, kteří jsou ohroženi plicním karcinomem?

- a, ano
- b, ne

23. Jakým způsobem věnujete pozornost klientům/pacientům z rizikových skupin?
(je možno zaškrtnout i více možností)

- a, vedu záznam o počtu vykouřených cigaret
- b, diskutuji s klienty/pacienty o zdravém životním stylu
- c, hovořím s klienty/pacienty o nepříznivých vlivech kouření
- d, dávám klientům/pacientům materiály o tomto onemocnění

24. Existují bariéry, které Vám brání v provádění edukace v prevenci plicního karcinomu?

(pokud odpovíte na tuto otázku ne, odpovězte až na otázku č.27, pokud zaškrtnete odpověď „ano“ pokračujte v nadcházející otázce)

- a, ano
- b, ne

25. Jaké bariéry Vám brání v provádění edukace v prevenci plicního karcinomu?

(pokud odpovíte na tuto otázku za „A“ pokračujte v nadcházející otázce, pokud zaškrtnete jiné odpovědi pokračujte otázkou č.27)

- a, nedostatek času
- b, nezáměr o provádění prevence
- c, neznalost zásad edukace
- d, nedostatek prostoru
- e, nedostatek informací
- f, stud ze stran sestry
- g, jiné, prosím, doplňte.....

26. Jaké jsou důvody nedostatku času na provádění edukace v prevenci plicního karcinomu?

- a, příliš mnoho klientů
- b, mnoho administrativní práce

c, nedostatek ordinačních hodin

d, jiné, prosím, doplňte.....

27, Máte ve vaší čekárně pro klienty k dispozici edukační materiál týkající se preventivní primární péče - odvykání kouření?

a, ano

b, ne

28, Dopomohlo preventivní vyšetření ve vaší ambulanci- ordinaci k včasnému zjištění plicního karcinomu?

a, ano

b, ne

c, nevím

29, Máte zájem o další vzdělávání v problematice edukace prevence plicního karcinomu?

a, ano

b, ne

Příloha č. 2 Edukační plán pro klienty o plicním karcinomu

EDUKAČNÍ PLÁN PRO KLIENTY O PLICNÍM KARCINOMU

Hlavní funkce sestry v prevenci plicního karcinomu se zabývá odstraněním deficitu znalostí ze strany klienta. K tomu je zapotřebí, aby sestra začlenila výuku o prevenci do každodenní ošetrovatelské praxe. Měla by také prodiskutovat s klientem zdravý způsob života a přístupy, které podporují preventivní aktivity a vhodné metody v péči o zdraví. Důležitými informacemi pro klienty jsou také metody prevence a screeningu.

I když možnosti diagnostiky a léčby plicního karcinomu jsou v posledních letech posouvány rychlým tempem dopředu a je dobře, že i u nás máme již možnosti tyto metody využívat, držet krok se světovou medicínou, ale zejména posuzováním diagnózy a léčby plicního karcinomu do ranných stádií onemocnění zachraňovat lidské životy, jinak zcela zbytečně zmarněné kuřáckým zlovykem, je také důležitá včasná edukace klienta sestrou v problematice plicního karcinomu.

Ukázka edukace

Téma- Edukace klientů o plicním karcinomu

Edukační diagnóza- *Deficitní znalost v souvislosti s nedostatkem zkušeností s problematikou plicního karcinomu projevující se verbalizací klienta, kouřením a nezdravým životním stylem*

Místo- ordinace praktických lékařů pro dospělé

Délka edukace- cca 15 minut, dle času a potřeby vysvětlení

Organizační forma- individuální

Cílová skupina- rizikový klient, který kouří, pracuje s kobaltem, niklem u kterých je možnost vzniku plicního karcinomu

Cíl- klient bude mít dostatek informací v souvislosti s plicním karcinomem

Výsledná kritéria:

1, AFEKTIVNÍ -

Klient projevuje zájem o edukaci v problematice plicního karcinomu

Klient se aktivně zapojuje do rozhovoru při edukaci o plicním karcinomu

Klient verbalizuje spokojenost a dostatek informací v problematice plicního karcinomu

2.KOGNITIVNÍ-

Klient zná rizikové faktory v souvislosti s plicním karcinomem

Klient zná následky rizikových faktorů v souvislosti s plicním karcinomem

Klient zná zásady zdravého životního stylu v souvislosti s plicním karcinomem

Klient zná přípravky pomáhající při odvykání kouření a poradny pro zanechání kouření

3.PSYCHOMOTORICKÉ- Klient verbalizuje dostatek informací o zdravém životním stylu

Intervence- zjistí úroveň znalostí klienta

- zjistí schopnosti klienta porozumět instrukcím
- vysvětluj vše trpělivě
- používej slovní zásobu a výrazy, kterým klient rozumí

EDUKAČNÍ PROCES

1. fáze posouzení- východiskem je posouzení celkového zdravotního stavu, tělesné zdatnosti, výživy a stravovacích návyků, posouzení rizikových faktorů, životního stylu, uznávaných hodnot a působení stresu na klienta. Při zhodnocení klienta můžeme použít metodu testu, rozhovoru a pozorování, kterým zjistíme všechna východiska zdravotního stavu, rizikových faktorů a životního stylu.

2. fáze diagnostiky- na základě zpracovaných údajů o klientovi stanovíme edukační diagnózy, které se vztahují k potřebám klienta, něco se naučit, patřící do kategorie nedostatku vědomostí.

3. fáze plánování – stanovíme si cíle, kterých má klient dosáhnout a aktivity, pomocí kterých jich dosáhneme. Plány a cíle stanovíme individuálně dle možností klienta.

Příklad: Klient zná příznaky plicního karcinomu.

Klient zná rizikové faktory plicního karcinomu.

Klient zná následky rizikových faktorů plicního karcinomu.

Klient zná zásady zdravého životního stylu.

4. fáze realizace- uplatňujeme učební materiál, využíváme vhodné názorné pomůcky.

Pomůcky např. RTG kuřáka a nekuřáka k porovnání názorně, náhražky kouření, pomocné letáky, brožury, tel. čísla linky pro odvykání kouření atd....

Realizujeme samostatnou edukaci klienta, kdy řekneme ty nejdůležitější a nejzákladnější informace, o problematice plicního karcinomu, musíme zvážit optimální formu a trvání edukace, což závisí na samotném klientovi. Při realizaci musíme brát v úvahu, že edukujeme rizikového klienta, který může být z toho vyděšený, psychicky vyčerpaný a tím nám udrží těžko pozornost.

5. fáze vyhodnocení- hodnotíme celkovou odezvu klienta na edukaci, porozumění edukaci, kterou klient dostal dostatek informací, splnění stanovených cílů. ***Pokud nebyli splněné stanovené cíle, je třeba přehodnotit edukační plán.***

Myšlenkový obsah edukace-

Vysvětlím klientovi- správnou životosprávu, rizikové faktory a následky plicního karcinomu, zdůrazním výhody nekuřáctví

Naučím klienta- zvládání nevhodných návyků jako je kouření, nedostatek pohybu, pití alkoholu a stres, klient by měl ke změnám životního stylu přistupovat pomalým způsobem a ne změnit svůj životní styl na ráz

Upozorním klienta- na varovné příznaky vzniku plicního karcinomu(poučení klienta o nutnosti sledování kašle, změnu charakteru kašle) a příměsy v hlenu, nežádoucí účinky kouření

Doporučím- na tabakismus nikotinové farmakologické přípravky (žvýkačky, náplasti, inhalátory, tablety), programy pro odvykání kouření, letáky, brožury o zdravém životním stylu

Prodiskutuji-s klientem zdravý způsob života a přístupy, které podporují preventivní aktivity a vhodné metody v péči o zdraví(preventivní prohlídky pravidelné, sledování změn charakteru kašle, včasné nahlášení lékaři), možnost dotazů

Je velmi důležité, aby klient si odnesl následně po edukaci edukační materiál, který si v klidu doma pročte a popřípadě při další návštěvě se zeptá na informace, kterým nerozuměl...

A CO ZÁVĚREM

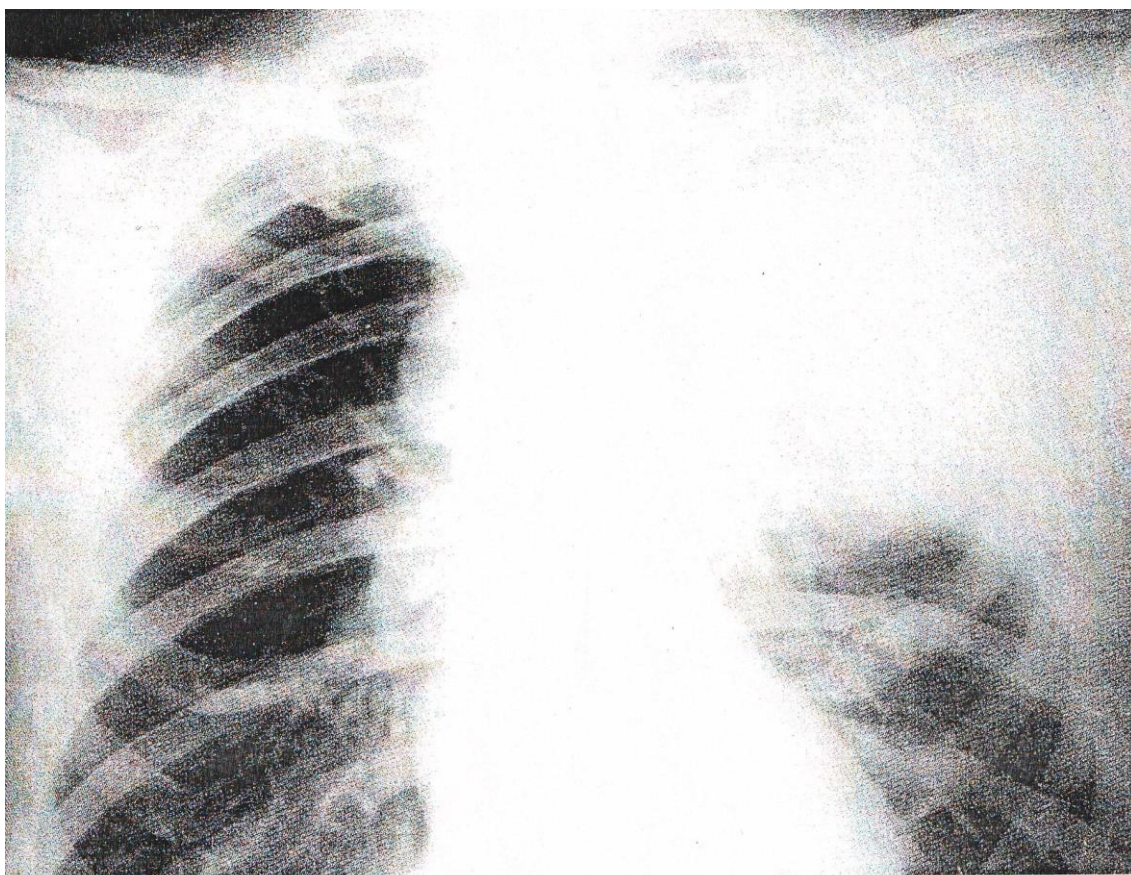
Prevence je základem moderní medicíny, prevence je vlastně základem každé lidské činnosti. Za zdraví odpovídáme sami a lékař je pouze erudovaný pomocník.

Vše, co pro své zdraví uděláme, se nám vrátí. Většinou naše úsilí hodně bolí a máme pocit, že se to odříkání nevyplatí.....Ale není to pravda....

Zkusme se alespoň jednou denně zamyslet, co pro sebe sami můžeme udělat a udělejme to. Ať je to třeba více pohybu, lepší strava, méně stresu, provedení pravidelné kontroly u lékaře. Hlavně se nebát přijít včas!!! Edukace o prevenci se vyplatí.

Závěrem bych chtěla říct, že seznámení klienta s naprosto základními informacemi nebo jen dání brožur, letáčků v problematice plicního karcinomu, mu v jeho životě mohou velmi pomoci. Lepší je alespoň nějaká činnost v edukaci než žádná a lepší je i malý pokrok než žádný.....

Příloha č.3 Obrázková příloha RTG bronchogenní karcinom



BRONCHOGENNÍ KARCINOM

