



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Role sestry v edukaci adolescentů u rizika nádorového
onemocnění plic v rámci primární prevence**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Jiří Beneš

Vedoucí práce: Mgr. Radka Šulistová, Ph.D

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Role sestry v edukaci adolescentů u rizika nádorového onemocnění plic v rámci primární prevence“ jsem vypracoval samostatně, pouze s použitím pramenů 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 podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 20. 4. 2017

.....

Poděkování

Chtěl bych touto formou poděkovat zejména Mgr. Radce Šulistové Ph.D. za vedení mé bakalářské práce, za ochotnou pomoc a množství času, který nad mojí prací strávila.

Role sestry v edukaci adolescentů u rizika nádorového onemocnění plic v rámci primární prevence

Abstrakt

Předkládaná bakalářská práce se věnuje problematice edukace adolescentů u rizika nádorového onemocnění plic v rámci primární prevence. Cílem naší práce bylo zjistit vědomosti adolescentů v souvislosti s prevencí nádorového onemocnění plic. Určit, zda se adolescenti snaží preventivní opatření dodržovat, a také zmapovat edukační proces, podávaný sestrou na plicním oddělení a u praktického lékaře, v souvislosti s nádorovým onemocněním plic. Pro naplnění cílů nám byly nápomocné tři následující výzkumné otázky. Jaké znalosti mají adolescenti o primární prevenci nádorového onemocnění plic? Jak dodržují preventivní opatření nádorového onemocnění plic? Jak probíhá edukační proces, vedený všeobecnou sestrou u praktického lékaře a na plicním oddělení, podávaný adolescentům o nádorovém onemocnění plic?

K realizaci výzkumného šetření jsme zvolili kvalitativní přístup pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný vzorek tvořilo 8 probandů ve věkovém rozmezí 15-21 let. Z toho byli 4 kuřáci a 4 nekuřáci, ženy i muži. Další 4 probandi vykonávali zaměstnání v oboru všeobecná sestra, nebo dětská sestra a pracovali na plicním oddělení nebo u praktického lékaře.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že znalosti a dovednosti v oblasti prevence rakoviny plic jsou v námi osloveném výzkumném vzorku nedostačující. Dále výzkumné šetření odhalilo problém v souvislosti s edukací adolescentů ze strany sester. Sestry provádí edukaci v rámci primární prevence rakoviny plic jen v malém rozsahu a pouze v okamžiku, kdy vyhodnotí, že se jedná o rizikového jedince. Naše výzkumné šetření tak otevírá prostor pro hlubší výzkumy zaměřené na zdravotní gramotnost adolescentů ohledně škodlivosti kouření a postavení sestry v rámci zvyšování této gramotnosti.

Klíčová slova

Rakovina plic; edukace; primární prevence; sestra; adolescenti

The role of a nurse of education of teenagers at the risk of lung cancer within the primary prevention

Abstract

The submitted bachelor thesis deals with the problematics of education of teenagers at the risk of lung cancer within the primary prevention. The goal of our thesis was to determine the knowledge of teenagers related to prevention of lung cancer. To determine whether teenagers try to take precautions and also to chart the educational process provided by a nurse in the pulmonary department and at the practitioner, in connection with lung cancer. To fulfill the goals we have used the help of the three following questions. What knowledge do teenagers have about the primary prevention of lung cancer? How do they take precautions to lung cancer? What does the educational process, led by a nurse at a practitioner and in the pulmonary department of teenagers about lung cancer, look like?

For the execution of the research survey we have chosen the qualitative approach with the help of a semi-structured interview. The research sample consisted of 8 probands aged 15-21 years. 4 of them were smokers and 4 non-smokers, women and men. The other 4 probands were employed in the area of a general nurse or a pediatric nurse and they worked in the pulmonary department or at the practitioner.

Results of the research survey have shown that the knowledge and skills in the area of prevention of lung cancer are deficient in the by us chosen research sample. Furthermore, the research survey has revealed a problem connected to the education of teenagers at the side of nurses. The range of the education carried out by nurses is very narrow and only if they found a person a risky one. Our research survey opens a space for deeper surveys aimed at health education of teenagers regarding the harmful effects of smoking and at the role of a nurse within raising the education.

Key words

Lung cancer; education; primary prevention; nurse; teenagers

Obsah:

Úvod	7
1. Současný stav	8
1.1 Charakteristika rakoviny plic a role sestry při péči o klienta.....	8
1.1.1 Příznaky rakoviny plic.....	10
1.1.2 Diagnostika rakoviny plic.....	11
1.1.3 Léčba a prognóza rakoviny plic	13
1.1.4 Rizikové faktory rakoviny plic	15
1.1.5 Ošetrovatelská péče u klientů s nádorovým onemocněním plic	16
1.2 Role sestry v prevenci rakoviny plic a jejích příčin	18
1.2.1 Role sestry v primární prevenci rakoviny plic a jejích příčin.....	18
1.2.2 Role sestry v sekundární a terciální prevenci rakoviny plic.....	22
1.2.3 Role sestry v edukaci v rámci primární prevence	22
1.2.4 Sestra v roli edukátorky u prevence rakoviny plic	23
2. Cíle práce a výzkumné otázky	26
2.1 Operacionalizace pojmů.....	26
3. Metodika	28
3.1 Použité metody.....	28
3.1.1 Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru	28
3.1.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	29
4. Výsledky výzkumného šetření	32
4.1 Hodnocení dodržování primární prevence nádorového onemocnění plic u adolescentů.....	32
4.2 Hodnocení znalostí adolescentů o primární prevenci nádorového onemocnění plic.....	37
4.3 Vyhodnocení edukace realizované sestrou v oblasti rakoviny plic	41
5. Diskuze	48
6. Závěr	53
7. Seznam literatury	55
8. Seznam příloh	59

Úvod

Téma rakoviny plic jsme si vybrali, protože i když je celkem jasné, že je třeba o tomto problému a jeho prevenci, zvláště u mládeže, více mluvit a je podle toho i mnohdy jednáno, stále nám to nepřijde dostatečné. Každý člověk dnes ví, že kouření škodí zdraví. Ví ale jaká je pravděpodobnost onemocnění rakovinou plic? Jaká je šance na její vyléčení a včasné rozpoznání? Tyto a další otázky byly při výběru tématu často pokládány a nakonec jsme se rozhodli vybrat je jako cíle naší práce. Kouření, jak aktivní, tak pasivní, je mezi mládeží totiž tolik rozšířeno, že je pokládáno za naprosto normální. To, co je “normální“ nám často nepřipadá tolik nebezpečné.

Je tedy třeba poukázat na fakt, že tento nezdravý zvyk normální není a že se kouření a zdraví vzájemně vylučují. Proto je potřebné věnovat více snahy na primární prevenci nebezpečného onemocnění, kterým rakovina plic bezesporu je. Mezi zdravotníky stále panuje přesvědčení o tom, že nápisy na cigaretách jsou stále veřejností pokládány za přehnané. Zvláště pro děti jsou tyto nápisy spíše lákadlo, jak porušit pravidla, která jsou podle nich zbytečná a pouze z opatrnosti přeháněná.

V primární prevenci, stejně jako u sekundární a terciální prevence této choroby, zaujímají podstatnou roli také sestry, které mohou pomocí edukace pozitivně ovlivnit míru vědomostí a chování dospívající populace. Dělalí to ale ve skutečnosti? Tato otázka se také nabízí a zároveň nabádá k ověření. Jedním z cílů naší práce je proto ověřit, jestli zdravotní sestry edukují mládež v této problematice a jaké edukační metody k tomu používají. Vždyť právě vhodnou edukací o této chorobě, její závažnosti, obtížnému průběhu, komplikované léčbě a působení kouření na její vznik můžeme počet vysoce ohrožených mladých lidí podstatně snížit. Vzhledem k vysoké četnosti této nemoci považujeme za nezbytné, aby byla edukační realita prováděna dostatečně a kvalitně.

1. Současný stav

1.1 Charakteristika rakoviny plic a role sestry při péči o klienta

V úvodní kapitole si popíšeme rakovinu plic, její příčiny, příznaky, léčbu, diagnostiku a riziko vzniku této nemoci. Všechny tyto informace jsou zásadní pro naši další práci s tímto tématem, především pak pro edukaci adolescentů o tomto onemocnění, které se bez patřičných teoretických znalostí dané problematiky provádět nedá.

Za rakovinu plic, jinak také plicní karcinom, nebo bronchiální karcinom považujeme nádorové onemocnění v oblasti dýchacích cest. Uvádí se, že se přes 50 % nádorů objevuje v horní části plicních laloků (Oehlrich, 2014). Dle Vorlíčka et al. (2012) jsou za bronchiální karcinom považovány jak nádory v oblasti plicního parenchymu, tak i nádory průdušek. Je velmi těžké je od sebe oddělit, protože karcinom vytvořený v plicích často prorůstá do průdušek a naopak (Vorlíček et al., 2012). Zajímavé je, že se nádor častěji objevuje v pravé plíci. Především v jejím středním laloku. Naneštěstí v době diagnostikování rakoviny plic má již 10 % nemocných metastázy ve spádových lymfatických uzlinách (Horažďovský et al., 2014). Nádory v oblasti plic jsou až z 90 % zhoubné. Zbýlých 10 % tvoří benigní nezhoubné nádory, které jsou ohraničené, nemetastazují a obvykle nerecidivují (Burda, Šolcová., 2016).

Obvykle se karcinom tvoří přímo v plicích z buněk výstelky průdušek. V dalších případech se může jednat o plicní metastázy. Plicní rakovinu dělíme na dva hlavní typy. První z nich je karcinom malobuněčný. Jedná se o velmi agresivní karcinom, který rychle roste a rozšiřuje se krevním a lymfatickým oběhem. Procentuálně je naštěstí zastoupen méně. Je jím postiženo přibližně 20 % nemocných trpících rakovinou plic. Druhým typem je karcinom nemalobuněčný. Vyskytuje se mnohem častěji a zahrnuje adenokarcinomy, které se vytváří ve žlázách, karcinomy dlaždicového epitelu, tvořící se z buněk pokrývající sliznici a také velkobuněčné karcinomy. Tyto nádory rostou a metastazují pomaleji než malobuněčný karcinom. Prognóza je tedy obvykle mnohem příznivější (Oehlrich, 2014).

Rakovina plic se spolu s rakovinou prsu, střev a prostaty řadí mezi nejčastější rakoviny v celosvětovém měřítku. Její výskyt je procentuálně vyšší v zemích, ve kterých se vyskytuje více kuřáků. Každý rok tomuto závažnému onemocnění podlehne přibližně jeden milion lidí. V České republice je zaznamenáno kolem 6000 nově onemocnělých

každý rok. U mužů má výskyt mírně klesající tendenci oproti předchozím rokům. U žen můžeme naneštěstí pozorovat průběžný vzestup. Rakovina plic se nejčastěji objevuje mezi 65–70 lety věku. Každoročně u nás na ni zemře 5500 nemocných, častěji mužů než žen (Žaloudík, 2008). Procentuální zaznamenaná míra přežití nemocných s karcinomem plic ukazuje na velmi nízkou pravděpodobnost jejich vyléčení. Bylo statisticky ověřeno, že pouze 15 % mužů a 18 % žen léčených s karcinomem plic bude naživu po 5 letech od rozpoznání a diagnostikování této nemoci (Thrul et al., 2014). Lehto (2014) uvádí, že výskyt rakoviny plic je třetí nejčastější. Na pomyslném žebříčku je před ní pouze rakovina prostaty a prsu. Je to ale právě karcinom plic, který je příčinou nejvyššího množství úmrtí na rakovinu vůbec.

Vznik plicního nádoru je postupný proces, který je často vyvoláván díky pravidelnému a dlouhodobému vystavování se kancerogenním látkám nacházejících se v zevním prostředí. Hlavní takto nebezpečnou kancerogenní látkou je cigaretový kouř. Nádorové bujení se uskutečňuje díky změně genetické výbavy určité buňky. Tato změna je tak velká, že umožní buňce dělení a dává jí schopnost přežít v hostitelském organismu (Klein, 2006). Podle Oehlricha (2014) můžeme říci, že nádory se mohou tvořit, když se naruší fyziologický buněčný cyklus. Vznik pozměněných, tzv. degenerovaných buněk, je přítomen u všech jedinců. Pokud není narušen imunitní systém člověka, je schopen se s těmito buňkami vypořádat. Problém ovšem nastává při selhání přirozené obrany organismu. V takovém případě se může z nově vniklých degenerovaných buněk začít postupně vytvářet nádor. Příčina toho, proč buňka “neuposlechne rozkazu“, což vede k jejímu pozměnění, není doposud zcela objasněná (Oehlrich, 2014). Celkově lze označit bronchiální karcinom za onemocnění, které má velmi špatnou prognózu a neodmyslitelně k němu patří vysoká mortalita. Ta se vyskytuje v rozvojových i v rozvinutých zemích. Důvodem je především latentnost tohoto onemocnění. Jinými slovy, nemocný obvykle začne mít závažnější zdravotní problémy, se kterými jde k lékaři, až když už je onemocnění v pokročilém stadiu. V porovnání s ostatními nádorovými onemocněními je právě karcinom plic v České republice nejčastějším důvodem smrti u mužů. Za tento nepříznivý fakt je prokazatelně odpovědné zejména častější vdechování cigaretového kouře (Fait et al., 2011).

Rakovina plic se začala zvýšeně vyskytovat během 20. století. Do té doby bychom ji mohli označit jako vzácné onemocnění. Její postupně stále hojnější výskyt byl zaviněn kouřením cigaret, které se v té době začaly průmyslově vyrábět. Tabák byl samozřejmě

kouřen již dříve, ale zdaleka ne v tokové míře. Dále byl v souvislosti s karcinomem plic připisován vliv radonu např. u horníků, kteří se s ním setkávali. Dále se přicházelo na to, že negativní vliv mají také chromany, polycyklické aromatické uhlovodíky, arzen, nikl, azbest a znečištění zevního prostředí, ke kterému neodmyslitelně patří také produkty spalování. Sestra je při charakteristice karcinomu plic nápomocná zejména při provádění nebo asistenci u vyšetřovacích, diagnostických a terapeutických metod a také u rozpoznávání a upozorňování v oblasti rizikových faktorů vztahujících se k rakovině plic (Fait et al., 2011).

1.1.1 Příznaky rakoviny plic

V této kapitole se zaměříme na známé příznaky rakoviny plic, jejichž znalost je zásadní pro včasnou diagnostiku.

Příznaky a projevy rakoviny plic jsou často velmi nejasné a nespecifické. Právě proto je rakovina plic velmi špatně rozpoznatelná, jak ze strany nemocných, tak i z pohledu zdravotníků. Zejména v počátečním, tzv. raném stádiu, nemá postižený žádné obtíže (Tomášek et al., 2015). Odhalení rakoviny v této fázi je tedy velmi často způsobeno zásahem náhody při zobrazovacím rentgenovém vyšetření při úrazu hrudníku. Příznaky karcinomu plic jsou nespecifické. Mnohdy se tedy stává, že jsou chybně přisuzovány jinému onemocnění např. zápalu plic, anebo chronické bronchitidě (Oehlrich, 2014).

Mezi hlavní příznaky patří především urputný, dlouhotrvající kašel, bolest hrudníku, chrapot, bronchitida, vykašlávání hlenu s příměsí krve i bez ní, dušnost, únava, skleslost, výkyvy teploty, otoky krku a obličeje, ochablost, úbytek na váze a nechutenství (Horažďovský et al., 2014). Při vykašlávání krve není vždy snadné na první pohled určit její původ. Nicméně se vždy jedná o závažný příznak, o kterém musí nemocný, případně sestra, která o tomto příznaku ví, ihned informovat lékaře. Pokud se jedná o projev rakoviny plic, nemocný obvykle nepociťuje velkou bolest při vykašlávání (Velemínský et al., 2012). Kašel je přítomen až u 80 % nemocných v době stanovení diagnózy a objevuje se i v případech, že jsou na něj nemocní jedinci léčeni, např. protizánětlivou léčbou (Roth et al., 2008). Vorlíček et al. (2012) uvádí, že právě nevy léčitelný kašel je mnohdy indikací k provedení rentgenového vyšetření hrudníku. Zpočátku bývá suchý a dráždivý. Setkat se můžeme i s hlenovitým a vazkým sputem. Tento příznak je ale spíše výjimečný (Vorlíček et al., 2012).

Vykašlávání krve, tzv. hemoptýza, se objevuje až u 20 % nemocných v době stanovení diagnózy. Tento příznak není už tak nespecifický jako je tomu u kašle, proto se na základě jeho výskytu často indikuje rentgen hrudníku (Fait et al., 2011). Krev je nejčastěji viditelná jako červené nitky ve sputu. Vykašlávání velkého množství krve není obvyklé (Vorlíček et al., 2012). Fait et al. (2011) udává, že dalším příznakem je již výše zmiňovaná bolest na hrudi. Bolest se objevuje při nádechu a kašli. Její charakter je neurčitý a udává ji přes 40 % nemocných. Souvisí s porušením nervových vláken, osteolýzou žeber, nebo s poškozením pohrudniční dutiny. Dušnost udává kolem 30 % nemocných, Ovlivňuje ji růst nádoru, při kterém vzniká pleurální výpotek v důsledku metastáz v pleuře, obstrukcí lymfatických cév nebo prorůstáním nádoru do pohrudniční dutiny. Stridor (pískavý zvuk při nádechu) bývá obvykle přítomen za předpokladu, že se nádor vyskytuje v oblasti průdušnice nebo na jejím rozhraní s průduškami. Další z příznaků, chrapot, vzniká díky poškození zvrtného nervu. U nádoru prorůstajícího až do perikardu nebo myokardu může dojít k poruchám srdečního rytmu nebo až k srdečnímu selhání. Naopak při prorůstání nádoru do oblasti jícnu dochází k obtížím s polykáním. Další projevy rakoviny plic se mohou objevit kvůli následným metastázám. Tyto projevy jsou různé, záleží na tom, jaké orgány jsou metastázami postiženy (Fait et al., 2011).

Bronchogenní karcinom je charakterizován také obecnými příznaky, které jsou typické pro všechna nádorová onemocnění. Mezi ně patří celková únava, zvýšené pocení, odpor k jídlu, ztráta váhy, změny na kostech, hyperkalcemie, hyponatremie, gynekomastie nebo Cushingův syndrom (Fait et al., 2011).

1.1.2 Diagnostika rakoviny plic

Další důležitou kapitolou je diagnostika rakoviny plic, která nám pomáhá při prokázání rakoviny plic a určení jejího typu.

Včasná diagnostika nám umožňuje brzké zahájení léčby. Zejména u rakoviny plic ji proto můžeme označit za nejpodstatnější, protože právě zachycení nemoci v jejím raném stadiu značně zlepšuje prognózu (Oehlrich, 2014). Problémem je, že většina případů této nemoci je rozpoznáno až v pokročilém stádiu, při kterém již není možná chirurgická resekce. Prováděné výzkumy ověřily prospěšnost preventivních screeningových vyšetření za pomoci počítačové tomografie u vysoce rizikových skupin obyvatelstva, pomocí nichž by bylo možné snížit úmrtnost u rakoviny plic (Lehto, 2014). Podle Adama et al. (2011)

se naopak preventivní screeningová vyšetření pomocí rentgenových snímků ani výpočetní tomografie u rizikových skupin dostatečně neosvědčila, a proto se nevyplatí ji používat (Adam et al., 2011).

Při podezření na toto onemocnění se provádí značné množství vyšetření, aby se skutečně potvrdilo, že jde o plicní nádor. Zpočátku je důležité provést sběr anamnézy od nemocného, pomocí které zjistíme, jestli se vystavuje rizikovým faktorům a v jakém prostředí a podmínkách pracuje. Poté je prováděna důkladná tělesná prohlídka. Dále je vhodné odebrat sputum, ze kterého se dají pomocí mikroskopického vyšetření rozpoznat určité změny. Zásadní jsou ale jiná vyšetření. Jedním z nich je zobrazení plic pomocí rentgenových snímků. Toto zobrazovací vyšetření je u rakoviny plic jedno z nejužitečnějších diagnostických vyšetření. Pomocí něj se dají rozeznat nádory, které mohou být v průměru jen půl centimetru velké (Oehlrich, 2014).

Jako další diagnostické vyšetření můžeme jmenovat bronchoskopii. Toto vyšetření, prováděné pomocí bronchoskopu, nám umožní opticky zobrazit dolní cesty dýchací. Bronchoskop je zaváděn dutinou ústní. Poté prochází přes průdušnici až do průdušek. Účinně umožňuje vnitřní vyšetření plic. Pokud je na tkáni dýchacího ústrojí vidět něco neobvyklého, je možné odebrat vzorky tkáně nebo udělat stěr z porušené nebo jinak podezřelé sliznice. Vyšetření odebraných vzorků je prováděno mikroskopicky a dá se jím s určitostí říct, zda se jedná o rakovinu plic, či nikoliv (Oehlrich, 2014).

Definitivní diagnóza se vždy stanovuje právě až na základě histologického vyšetření vzorku podezřelé tkáně. Cytologie k přesnému stanovení diagnózy obvykle nestačí (Horažďovský et al., 2014). Při pozitivním nálezů se provádí množství dalších diagnostických metod, které slouží k zjištění toho, jak se nádorové onemocnění rozšířilo, zda došlo k zasažení lymfatických uzlin a vytvoření metastáz (Oehlrich, 2014). Mezi tyto vyšetření se řadí počítačová tomografie, magnetická rezonance, pozitronová emisní tomografie, ultrazvukové vyšetření, scintigrafie kostry a vyšetření funkčnosti plic (Horažďovský et al., 2014). Mezi další možná vyšetření patří také torakoskopie a transparietální punkční biopsie plic (Roth et al., 2008). Bombardelli a Berns (2016) poukazují na velký rozvoj v oblasti molekulární diagnostiky rakoviny plic, která je velkým příslibem do budoucna.

1.1.3 Léčba a prognóza rakoviny plic

Kapitolu terapie a prognózy jsme se rozhodli zmínit kvůli její důležitosti a špatné informovanosti populace o její náročnosti a mnohdy špatné prognóze.

Zvolení terapie záleží hlavně na druhu nádorového onemocnění, jeho stadiu a velikosti. Jelikož terapie může nepříznivě ovlivnit funkčnost plic, je třeba také brát ohled na to, jaký je celkový stav nemocného, jaký je jeho věk, a také na to, jestli měl v předchozí době nějaké problémy v rámci dýchacího ústrojí (Oehlrich, 2014). Terapii můžeme také rozdělit podle jejího cíle, který záleží na typu a stadiu tohoto onemocnění. Kurativní záměr terapie si dává za cíl nemocného vyléčit. Jako úspěch kurativní léčby se považuje, pokud vyléčenému člověku rakovina nerecidivuje alespoň následujících 5 let. Dalším účelem léčby může být paliativní záměr. Tato léčba si nedává za cíl vyléčit nemocného, ale chce alespoň zpomalit růst nádoru a také zbavit nemocného projevů rakoviny, které mu snižují kvalitu života (Roth et al., 2008).

Symptomatický záměr léčby je určen nemocným, kterým není dávána šance na uzdravení, nebo zastavení rozšiřování onemocnění. Tato terapie si dává za cíl udržet co možná nejlepší kvalitu života nemocného a zbavovat ho bolestí, které onemocnění provázejí (Roth et al., 2008). V případě, že nemocný trpí malobuněčným karcinomem plic, je obvykle hned indikována chemoterapie. Je tak činěno proto, že tento karcinom velmi rychle tvoří tzv. dceřiné buňky. Tato léčebná metoda má tedy za cíl zabránit metastázám. Chirurgické řešení operativní formou, není v tomto případě využíváno, pokud není nádor velmi malé velikosti (Oehlrich, 2014). Avšak otázka chirurgického řešení malobuněčného karcinomu je stále otevřená. Ozařování a chemoterapie totiž obvykle nezabrání recidivě rakoviny. Dříve, když byla prováděna pouze rozsáhlá invazivní resekce, byla u pacientů zaznamenána příliš vysoká mortalita v kratší době, než při využívání chemoterapie a ozařování. Dnes už však chirurgické metody pokročily, proto se případná chirurgická řešení některých malobuněčných karcinomů začínají znovu zvažovat (Horažďovský et al., 2014).

V případě, že karcinom dýchací orgány ohraničuje, je využívána metoda ozařování, která je kombinována s chemoterapií. Problém s léčbou nastává především, pokud karcinom metastazuje do lymfatických uzlin, nebo do jiných orgánů. Jediná používaná metoda je v tomto případě chemoterapie (Oehlrich, 2014). Terapie nemocných s nemalobuněčným karcinomem plic má více možností než léčba předchozího typu nádoru. Odvíjí se od

celkového stavu nemocného a stadia, ve kterém se onemocnění nachází. Pokud to tedy výše zmíněné okolnosti dovolují, přistupuje se k operaci, jejímž cílem je nádor odstranit (Oehlrich, 2014). U chirurgické léčby plicních karcinomů se zpravidla provádí resekce, která dá nemocným šanci na přežití a vyléčení. Před samotným výkonem se provádí přesná diagnostická vyšetření, protože pro tuto terapii je zásadní vědět o nádoru, jeho struktuře, lokalizaci a stádiu vše, co je možné (Horažďovský et al., 2014).

Následně je po operaci využívána chemoterapie. Ta je používána i tehdy, když karcinom vytvoří dceřiné buňky a metastazuje do dalších orgánů nebo pokud u onemocnění dochází k recidivě. Pokud je nádorové onemocnění již v pokročilém stádiu, je po operaci většinou indikována chemoterapie spolu s ozařováním. V terapii je velmi důležitá také následná péče, která je uskutečňována pomocí pravidelných prohlídek. Tyto prohlídky jsou nápomocné při odhalení nádorových novotvarů. V prvních dvou letech bývají uskutečňovány v čtvrtletních intervalech. Po této době se interval prohlídek prodlužuje na půl roku (Oehlrich, 2014).

Určená prognóza má nezanedbatelný vliv při volení účinné léčby. Mezi významné a určující znaky posuzované před určením prognózy patří ztráta hmotnosti nemocného, jeho celkový zdravotní stav a také rychlost rozšiřování onemocnění. Negativně ovlivnit prognózu může především nedostatečné množství hemoglobinu v krvi, různé pooperační infekce nebo zasažení regionálních uzlin. Ve spojitosti s karcinomem plic je zjišťováno a nadále zkoumáno množství dalších prognostických činitelů (Roth et al., 2008). Prognóza je obecně lepší u karcinomu nemalobuněčného, ale pro oba typy platí, že čím dříve je rakovina odhalena, tím je naděje na vyléčení vyšší. Pokud onemocnění pokročí, je léčba mnohem obtížnější a prognóza méně příznivá. Právě proto je vždy důležité v případě obtíží ihned vyhledat lékaře (Oehlrich, 2014).

V roce 2010 byla úspěšně provedena první transplantace umělé průdušnice. I toto nám alespoň do budoucna dává jistou šanci při léčbě rakoviny zasahující oblast průdušnice, která má velmi špatnou prognózu (Oehlrich, 2014). Dle Bombardelliho a Bernse (2016) doznala největšího pokroku v terapii plicního karcinomu především imunoterapie, která dokazuje svoji účinnost zejména při léčbě špatně léčitelného metastazujícího melanomu. Bombardelli a Berns (2016) vidí tuto terapii jako velkou naději do budoucna. Je očekáván také její další rozvoj.

I přes obrovskou úmrtnost a častý výskyt rakoviny plic je financování nových léčebných metod dosti omezené na rozdíl od některých dalších druhů maligních karcinomů. Jedním z důvodů je i nepopiratelný fakt, že příčina jejího vzniku je obvykle podmíněna chováním nemocného, který jejímu rozvoji výrazně přispěl svým životním stylem (Wilson, 2013).

1.1.4 Rizikové faktory rakoviny plic

V následující kapitole se zaměříme na rizikové faktory rakoviny plic, které zásadně ovlivňují výskyt této nemoci. Právě rizikové faktory a jejich vliv je nejdůležitější téma pro edukaci.

Vzniku rakoviny plic přispívají různí činitelé. Určité faktory však riziko zvyšují opravdu masivně. Největším rizikovým faktorem je rozhodně kouření. Dle nynějších objevů můžeme tomuto škodlivému zlozvyku připsat téměř 90 procent případů karcinomu plic u mužské části populace a kolem 60 procent u ženské. Nebezpečí onemocnění rakovinou plic je v případě kuřáků dvacetkrát, až třicetkrát vyšší, než je tomu u lidí, kteří nejsou kuřáky ani nejsou v masivní míře vystaveni cigaretovému kouři. Riziko vždy stoupá s množstvím vykouřených cigaret. Nicméně se vyskytují i případy výskytu rakoviny plic i u nekuřáků a osob, které nejsou tabákovému kouři vystaveny pasivně. Pravděpodobnost výskytu tohoto onemocnění je však u těchto osob výrazně nižší (Stewart, 2010). Udává se, že se velmi zvyšuje po vykouření 150 000 cigarety. Podstatná je také kvalita cigaretového filtru, množství kancerogenních látek u jednotlivých typů cigaret, množství cigaret vykouřených za den a doba kouření udávaná v letech. Doutníky a dýmky jsou údajně o něco méně nebezpečné (Roth et al., 2008).

Je prokázáno, že pokud kuřák přestane užívat cigarety, riziko se postupně snižuje. Proces snižování rizika však začíná probíhat až po pětileté abstinenci. Do té doby je nebezpečí vzniku rakoviny paradoxně vyšší než u lidí, kteří nikdy kouřit nepřestali. Tento zaznamenaný fakt ale ovlivňuje to, že lidé často přestávají kouřit až poté, co mají kvůli svému zlozvyku zdravotní problémy. Dlouhodobá abstinence má rozhodně pozitivní vliv, i přes to však bude riziko vzniku karcinomu plic stále vyšší u bývalých kuřáků než u osob, které nikdy kouřit nezačaly (Fait et al., 2011).

Zejména dospívající jsou ohroženi návykem kouření. Dochází k tomu kvůli touze experimentovat, zapadnout mezi ostatní a často také jako důsledek nedostatečné výchovy nebo neúplné rodiny (Kabíček et al., 2014). Dle Oehlricha (2014) jsou rizika přítomna

také u pasivního kouření. Všechny ostatní faktory jsou méně závažné, nicméně ne zcela zanedbatelné, protože zvláště u kombinace těchto faktorů s kouřením se riziko rakoviny plic maximalizuje (Oehlrich, 2014). Vliv mají i onemocnění dýchacích cest prodělaná v minulosti. Jedná se například o chronickou obstrukční plicní nemoc a také o zánětlivá a fibrotická plicní onemocnění (Fait et al., 2011). Značné riziko nastává při vystavení se různým látkám, př. na pracovišti. Mezi tyto látky patří azbest, arzen, chrom, nikl, oxid křemičitý a aromatické uhlovodíky. Rakovinu plic také podporuje znečištění ovzduší škodlivinami a přírodní radioaktivní plyn radon (Oehlrich, 2014). Negativní vliv mají zřejmě i další látky, jako je formaldehyd, kadmium, beryllium a křemičitý prach. Prozatím ale není jejich záporný účinek s jistotou prokázán a nadále zůstává předmětem zkoumání. Mezi další ohrožující faktory můžeme zařadit také výpary z topení, dlouhodobé pobývání v nevětraných prostorách, nevhodnou přípravu jídel a také špatné složení a nevyváženost přijímané potravy. Ve stravě má v ohledu na rakovinu plic negativní vliv nadměrné přijímání živočišných tuků a nedostatečné přijímání protektivních látek, které jsou obsažené zejména v ovoci a zelenině (Fait et al., 2011). Předpokládá se, že i genetické dispozice hrají u rakoviny plic svoji roli. Zatím však není zcela zjištěné, do jaké míry (Oehlrich, 2014).

Při zjišťování míry rizika vzniku této nemoci je možné použít také odhad s pomocí analytických modelů. Tyto modely berou v potaz kouření, expozici azbestu, genetické dispozice, počet vykouřených cigaret atd. Tyto modely nám mohou pomoci ukázat lidi, kteří jsou vznikem této choroby nejvíce ohroženi. Jejich využití v praxi není však zatím příliš časté (Etzel, Bach., 2011).

1.1.5 Ošetrovatelská péče u klientů s nádorovým onemocněním plic

V této kapitole se zaměříme na péči o klienta s nádorovým onemocněním plic a úlohu sestry, kterou v ní má.

Šafránková a Nejedlá (2006) jmenují nejčastější ošetrovatelské problémy u rakoviny plic. Mezi ně patří neinformovanost klienta o nemoci a její vážnosti, poruchy dýchání, kašel s možným vykašláním krve, únava, poruchy polykání, zvýšená teplota, bolest, úbytek váhy a narušení psychické rovnováhy. Cílem sesterské péče je tedy právě odstranění nebo alespoň snížení úrovně těchto klientových problémů.

Dýchání můžeme podle Vytejškové et al. (2013) klientovi usnadnit za pomoci Fowlerovy nebo ortopnoické polohy klienta v lůžku, podáváním kyslíku za pomoci kyslíkových brýlí nebo masky, nebo odsáváním sekretu z dýchacích cest. Nepříjemný kašel, bolesti a teplotu klienta můžeme tlumit pomocí léků po domluvě s ošetřujícím lékařem. Teplotu lze také tlumit pomocí studených obkladů na čelo, které klientovi uleví od horkosti (Vytejšková et al., 2013). Při poruše polykání se musí klientovi podávat mletá nebo tekutá strava. Je také důležité sledovat klientovu váhu a hodnotit změny dle nutričního screeningu. Při velkých změnách váhy je třeba upozornit nutričního terapeuta, který navrhne pro klienta vhodná výživová opatření (Jirkovský et al., 2012). V případě vážné poruchy polykání je také z důvodu nutnosti dostatečné výživy klienta vhodné zavést po domluvě s lékařem nasogastrickou sondu, která dodává výživu bez nutnosti polykání (Šamánková et al., 2011).

U takto závažné životní situace, kterou klient s touto závažnou nemocí prochází, je povinností sestry také péče o klientovu potřebu bezpečí a jistoty. Je tedy velmi podstatné s klientem komunikovat, nechat ho o své nemoci mluvit, naslouchat mu a být psychickou oporou. V tomto případě je také vhodné informovat klienta o možnosti zajištění návštěvy psychologa nebo kněze. V případě nedostatečné informovanosti klienta je nutné upozornit a požádat lékaře, aby s klientem probral jeho zdravotní stav (Tomagová et al., 2008).

1.2 Role sestry v prevenci rakoviny plic a jejích příčin

1.2.1 Role sestry v primární prevenci rakoviny plic a jejích příčin

V následující kapitole se zaměříme na roli sestry v primární prevenci rakoviny plic. Právě tato část prezentuje hlavní téma a cíl naší práce.

Primární prevence je definována jako oblast činnosti zdravotníků nebo i odborníků jiného profesního zaměření, která směřuje k předcházení vzniku nemoci (Svěráková, 2012). Svěráková (2012) udává, že je tato prevence cílena na širokou veřejnost. V jejím rámci jsou obvykle realizovány široce pojaté projekty, které se snaží bránit rozvoji civilizačních onemocnění v populaci. Nejčastěji jsou tyto projekty zaměřeny na oblast onkologických a kardiovaskulárních onemocnění a jejich rizikových faktorů.

Primární prevenci můžeme v tématu rakoviny plic s jistotou označit za tu vůbec nejdůležitější, protože se pomocí ní předchází tomu, aby se lidé vystavovali rizikovým faktorům, které jim mohou toto závažné onemocnění způsobit. V provádění tohoto typu prevence mají svou roli všichni zdravotničtí pracovníci (Žaloudík, 2008). Primární prevence se věnuje především tomu, aby bylo zachováno nekuřáctví u dospívajících a dalších, kteří ještě kouřit nezačali. Má za cíl zabránit pasivnímu kouření a také docílit toho, aby kuřáci přestávali kouřit dřív, než jim to způsobí zdravotní problémy. Dále se také snaží omezit nebo odstranit vystavování rizikům v pracovním prostředí, snižovat obsah dehtu při výrobě cigaret, zajistit vhodné čisté ovzduší v obydlených částech měst, zdravotní péči zajistit, aby byli lidé s akutními i chronickými nemocemi dostatečně léčeni a ošetřováni, čímž předejdeme vzniku jizevnatých změn plicní tkáně (Fait et al., 2011). Důležitým opatřením je také nabádat ohrožené jedince k omezení příjmu živočišných tuků ve stravě a k dostatečnému příjmu protektivních látek, přítomných v ovoci a zelenině. Studie zveřejněná v roce 2010 prokázala, že zvýšená konzumace listové zeleniny a vitamínů působí jako nezanedbatelný ochranný faktor proti vzniku plicního karcinomu (Belinsky et al., 2010). Příležitostí pro provádění primární prevence rakoviny plic, zaměřené proti kouření, může být v případě sestry a jiných zdravotnických pracovníků každá konzultace s příslušným jedincem. Zvláště u dospívajících jedinců, kteří již mají nějaké problémy s dýcháním, je nutné prevenci provádět, aby byli plně informováni o riziku, které jim kouření nadále může způsobit. Možnost takto pozitivně ovlivňovat budoucí zdraví daného jedince máme jen omezenou, i přesto má svůj význam (Fait et al., 2011).

Součástí kvalitní ošetrovatelské péče by měly být cílené dotazy, které jsou sestrou zaměřeny na kouření a vystavení tabákovému kouří. Můžeme se setkat s nemocnicemi, které se snaží aktivně bojovat proti kouření nejrůznějšími způsoby. Jedním z nich je proškolení personálu v krátkých intervencích využívaných u kuřáků. Organizátorkami těchto proškolení jsou často vrchní sestry, snažící se podporovat a motivovat ostatní zdravotníky. Ti díky tomu mohou získávat informace o správném vyhodnocování kuřácké anamnézy, o hlavních principech při odvykání kouření a správném provádění krátkých intervencí (Felbrová, Kulovaná., 2016). Za efektivní použití zdravotní výchovy na jedince je považováno zejména využití tzv. krátkých intervencí. Tyto krátké a stručné informace týkající se možného zdravotního problému, které jsou vysvětlovány jednoduše, jsou totiž pro edukovaného lehce zapamatovatelné. Skvělou příležitostí k těmto edukačním intervencím jsou pravidelné preventivní prohlídky, nebo rozhovor s hospitalizovaným klientem, jehož zdravotní problém nemusí přímo s předávanou informací souviset. Použití krátkých intervencí mohou sestry a jiní zdravotničtí pracovníci skvěle uplatnit v oblasti boje proti kouření, která je u primární prevence rakoviny plic nejdůležitější. Za důležitou prevenci jsou považovány také samotné pravidelné preventivní prohlídky u lékaře, které mohou pomoci odhalit první náznaky zdravotních problémů. (Fait et al., 2011). Krátké intervence obsahují pět hlavních bodů. Ty zahrnují dotazy týkající se oblasti kouření, klidnou a empatickou radu kuřákům s tím, jak přestat kouřit a zbavit se závislosti, motivování klientů k tomu, aby přestali kouřit, vysvětlování možností terapie a naplánování dalšího postupu (Felbrová, Kulovaná., 2016). K zjištění toho, že jedinec patří do rizikové skupiny, kterou je třeba edukovat, nám v případě klientů nemocničních zařízení nebo praktického lékaře pomůže anamnéza. Zaměřujeme se zde především na osobní, rodinnou a kuřáckou anamnézu. U jedinců, kteří nejsou našimi klienty, můžeme primární prevenci provádět plošně, např. pomocí edukačních materiálů a přednášek na školách, které se budou týkat rakoviny plic a v rámci prevence také boje proti kouření. Za úspěch můžeme vždy považovat, pokud se nám podaří zapojení edukovaného do prevence. Pro to, abychom klienta takto zapojili, je nutná velká dávka trpělivého vysvětlování a také opatrné usměrňování klientových názorů. Právě pochopení toho, že je kouření skutečně tak nebezpečné podpoří zájem edukovaného o sebekvětu (Fait et al., 2011).

Pokud realizujeme primární prevenci rakoviny plic v ordinaci praktického lékaře, je nesmírně důležitá spolupráce mezi lékařem a zdravotní sestrou. Po domluvě s lékařem

může sestra vhodně instruovat pacienty. Podstatná je u obou spolupracujících dostatečná motivace. Edukovat můžeme mnoha způsoby. Do prostorů chodby, čekárny i samotné ordinace můžeme například vyvěsit edukační postery namířené proti kouření a na nádorovou prevenci. Také na policích a stolech můžeme umístit letáky obsahující potřebné informace, které si klienti mohou odnést domů. Dále je možné v rámci zdravotnické osvěty využívat v čekárnách televizní smyčky. Za jednu z nejefektivnějších prováděných metod je považováno využívání vlastního edukačního materiálu ordinace, vytvořeného sestrou, lékařem, nebo nejlépe za spolupráce obou. Materiály podepsané zdravotníky, které klienti znají a důvěřují jim, jsou uvěřitelnější, než např. nápisy na krabičkách od cigaret. Vhodné je také založení internetových stránek ordinace obsahující odkazy na vybrané zdravotně výchovné portály (Fait et al., 2011). Podstatná je také sebek péče, kterou by měl dodržovat každý člověk. Ta zahrnuje ochranu zdraví a podporu zdraví, kterou na sobě populace provádí sama (Žaloudík, 2008).

Dalším vhodným opatřením primární prevence rakoviny plic je zakládání preventivních poraden pro odvykání kouření a prevence proti závislosti na tabáku. Jelikož je kouření tabáku příčinou až 25 % všech nádorových onemocnění a většiny karcinomů plic, je logické, že se je mu v rámci primární prevence nutné věnovat nejzásadněji. Za účinné se při předcházení kouření prokazuje zvyšující se cena cigaret. Vysoká cena odrazuje zejména dospívající od toho, aby si cigarety začali kupovat. Za užitečné se také ukazuje zakázání jakýchkoliv reklam na cigarety, marketingu, zavedení nekuřáckých veřejných prostorů a snižování atraktivity značky, například sjednocenou barvou cigaretových krabiček. Osvědčily se také rozsáhlé profesionální kampaně v médiích. Sporný je pozitivní efekt omezení přístupu k cigaretám. Zákaz prodeje cigaret osobám mladších 18 let není totiž obvykle dodržován. U některých dospívajících může navíc toto omezení vyvolat touhu tento zákaz porušovat a začít kouřit ze vzdoru (Fait et al., 2011).

Dle Velemínského et al. (2012) se v oblasti primární prevence používané na školách začínají uplatňovat programy využívající vlivu vrstevníků tzv. PEER programy. To že je v programu zainteresovaný účastník, který je posluchačem zájmy, věkem a sociálním postavením podobný, má velmi pozitivní vliv na to, jak jsou předávané informace přijímány. Jedná se o velmi důležitý krok v prevenci mládeže. Jejich názor je kladně ovlivňován "jedním z nich", což vede k mnohem pozitivnějším výsledkům. Za zvláště užitečné se ukazuje organizační sestavení malého týmu složeného z proškoleného dospělého edukátora a několika mladistvých, kteří se při realizování projektu zapojují do

edukace posluchačů. Tyto programy se mnohdy zaměřují právě na problematiku kouření, násilí, nebo experimentování s drogami. Sestra je zde uplatnitelná jako členka tohoto týmu (Velemínský et al., 2012). Za účinnou se také prokazuje strategie využívající vyvolání emocí nebo strachu při předávání šokujících informací a výpovědí v souvislosti s rakovinou plic. Tyto výrazné podněty často vedou ke změně nežádoucího rizikového chování, které k rakovině přispívá (Thrul et al., 2014).

Dalším ovlivňujícím činitelem v předcházení kouření je výchova v rodině. Důležité je, aby sami rodiče dávali dětem dobrý příklad a nekouřili. Vhodné je také upozorňovat děti na negativní vlivy kouření (Čeledová, Čevela., 2010). Vždy je ale nutné postupovat opatrně a spíše informovat než zakazovat, protože zákazy mají často nežádoucí efekt. Rodiče by se také měli zajímat o kamarády a zájmy svých dětí, stejně jako o udržování jejich sebevědomí a spokojenosti. I tímto lze velmi účinně zabránit tomu, aby jejich děti podlehly negativním návykům, které neustále vidí v okolní společnosti i u svých vrstevníků. Zásadní je také děti naučit, že cigarety nejsou symbolem dospělosti, ale jenom se tak tváří právě proto, aby získaly mladé zákazníky (Sobotková et al., 2014). Předcházet rakovině plic můžeme také díky realizaci prevence rizikového chování u mladistvých. Na této prevenci se mohou podílet zdravotníci, například při kontrole u praktického lékaře pomocí edukace a psychosociálního screeningu, který se zaměřuje na pokládání otázek týkajících se adaptace ve škole a rizikového chování. Hlavní vliv na mladistvého má však v případě rizikového chování rodina (Kabíček et al., 2014).

Hlavním důvodem k užívání nikotinu nebo jiných návykových látek nebývá u mládeže touha po samotné látce. Chtějí se spíše přiblížit svým vrstevníkům, kteří takto experimentují. Z průzkumů vychází, že až 80 % adolescentů nikdy neužívalo návykové látky osamotě (Sobotková et al., 2014). Většina kuřáků uvádí, že svou první cigaretu zkusili v období dospívání spolu se svými vrstevníky. Tato činnost se často opakovala a vedla následně k jejich závislosti. Můžeme tedy říci, že primární prevenci je třeba věnovat dostatečný prostor právě u této věkové skupiny (Kabíček et al., 2014). Kouření patří mezi zlozvyky, které negativně ovlivňuje náš zdravotní stav po mnoha stránkách. Nehorší dopad na zdraví každého jednotlivce je kombinace několika škodlivých zlozvyků, např. konzumace alkoholu, kouření, nadměrný přísun kalorií atd. (Machová et al., 2015).

U jedinců závislých na nikotinu je podstatné aplikování krátkých intervencí zdravotníky, a to při jakémkoli klinickém kontaktu. Vhodné je edukovat tyto klienty o podpůrných

možnostech léčby této závislosti, která zahrnuje farmakoterapii, nebo je odkázat na specializované centrum pro závislé na tabáku. Sestry mají možnost zaujímat v motivování a edukování klientů velkou úlohu. Mohou se také přímo podílet na práci se závislými ve specializovaných centrech (Fait et al., 2011).

1.2.2 Role sestry v sekundární a terciální prevenci rakoviny plic

V této kapitole si řekneme něco o sekundární a terciální prevenci. Ty jsou velmi nápomocné při následné terapii.

Sekundární prevence, tedy prevence, která se zaměřuje na včasné odhalení již probíhajícího onemocnění, je u rakoviny plic velmi podstatná. Toto odhalení není kvůli již dříve zmiňovaným nejasným příznakům jednoduchou záležitostí (Žaloudík, 2008). U této prevence je tedy hlavní myslet na případný karcinom plic pokaždé, když se u rizikových osob (především kuřáků) objeví příznaky, které by mohly na rakovinu plic ukazovat. K objevení karcinomu plic nám může být velmi nápomocná dobře odebraná kuřácká, rodinná a pracovní anamnéza, jejíž sběr provádí sestra nebo lékař, a důkladné provedení objektivního vyšetření. Podezření nám následně sdělí nález při zobrazovacím vyšetření. Diagnózu s určitostí potvrdí, nebo naopak vyvrátí histologické nebo cytologické vyšetření odebraného vzorku podezřelé tkáně (Fait et al., 2011). Fait et al. (2011) dále uvádí, že v rámci sekundární prevence karcinomu plic by mohl významně pomoci plošný screening, prováděný u osob s rizikovým chováním. Podle Žaloudíka (2008) a Adama et al. (2011) se však tento screening neprokázal jako dostatečně účinný, proto se v České republice prozatím neprovádí.

Terciální prevence se zaměřuje na předcházení komplikacím a dalším poškozením, která by mohla vzniknout v souvislosti s probíhajícím onemocněním nebo jeho terapií. Zahrnuje tedy sledování zdravotního stavu nemocných po terapii, která je u rakoviny plic velmi zatěžující (Žaloudík, 2008). Negativní prognózu sděluje vždy lékař. S rakovinou plic v pozdní fázi souvisí péče o umírajícího. Sestra má za úkol o takového klienta pečovat, sledovat jeho projevy chování, nálady a také jeho celkový zdravotní stav (Vytejková et al., 2013).

1.2.3 Role sestry v edukaci v rámci primární prevence

V této části stati se budeme věnovat roli sestry v edukaci, která je s naší prací úzce provázána a přímo s ní souvisí cíle naší práce.

Edukace je v ošetrovatelství prováděna sestrou a ostatními zdravotníky za pomoci edukačních procesů. Do nich patří všechny činnosti, při kterých se jedna strana učí a druhá strana vyučuje. Edukantem, tedy osobou, která se učí, je v případě zdravotnictví především nemocný nebo zdravý klient. V ošetrovatelství je používáno zejména učení záměrné a přímo řízené, které může probíhat v prostředí nemocnice, u praktického lékaře, v rámci školy a také v domácím prostředí. Jinak se dá uplatnit také v rámci vzdělávacích kurzů pro veřejnost a zdravotní osvěty laické veřejnosti (Bastable, 2008). Edukace v ošetrovatelství se uplatňuje zejména při předcházení nemoci, udržování zdraví nebo jeho navrácení. Jejím cílem je pozitivní ucelené předávání vědomostí, znalostí a schopností. Edukace je vždy zaměřena na klienta, který sám rozhoduje, zda ji přijme a bude mít pozitivní vliv na jeho jednání. Cílem sestry je dosáhnout toho, aby jedinec pochopil, že to, co je mu předáváno, je důležité a také aby byl ochotný se na procesu změny podílet ve prospěch svého zdraví. Opravdu dobrý výsledek je, pokud si klient získané vědomosti a znalosti pamatuje a pozitivně jimi ovlivňuje svůj zdravotní stav dlouhodobě (Šulistová, Trešlová., 2012).

V rámci zdravotní výchovy využívá ošetrovatelství také behaviorální pojetí jejich přístupů. To je důležité zejména v primární prevenci, protože se snaží otočit chování a postoje cílových jedinců směrem ke zdravému životnímu stylu. Při této edukaci je vždy přínosné mít ke každému jedinci individuální přístup (Šulistová, Trešlová., 2012). Efektivní výchova a vzdělávání populace se vždy vyplatí, protože vede ke snížení nákladů na zdravotní péči. Edukovaný jedinec se totiž zpravidla aktivněji zajímá o své zdraví a častěji se vyhýbá rizikovým faktorům než jedinec, který neví, že si díky špatným návykům své zdraví ničí (Svěráková, 2012).

1.2.4 Sestra v roli edukátorky u prevence rakoviny plic

V této kapitole se budeme zabývat důležitostí sesterské role edukátorky při prevenci rakoviny plic, která může hrát zásadní roli ve snaze o snížení výskytu této nemoci.

Role edukátorky je pro sestry velmi náročná. Pro její správné naplnění je totiž nutné mít značné znalosti a schopnosti nejen v oblasti ošetrovatelství, ale také psychologie, pedagogiky a didaktiky. Podstatná je i samotná osobnost dané sestry. Pro správnou edukátorku je zásadní, aby byla schopna samostatného rozhodování, empatického chování a komunikace. Musí se také orientovat v problematice, o které dané jedince

edukuje. Dále by měla být důvěryhodná, schopná v organizaci, dostatečně kompetentní a zodpovědná (Bastable, 2008).

Sestra používá edukační činnost v primární, sekundární i terciální zdravotní péči. V rámci terciální péče je pomocí správné edukace zajišťováno předcházení komplikací nemoci a udržení co možná nejvyšší míry pohody klienta. Obvykle je prováděna ve zdravotnickém zařízení u hospitalizovaného klienta. Sekundární edukace je v případě rakoviny plic prováděna u již nemocných klientů, u kterých se snaží pozitivně předávat vědomosti a postoje, které jsou určené k dodržování léčebného režimu a zabránění komplikací. V primární péči je u karcinomu plic edukace zaměřena především na podporu zdraví klienta a je prováděna hlavně v ambulantních zařízeních nebo v domácím prostředí. Jejím cílem je také výchova ke zdraví celé populace. S ohledem na téma naší práce se domníváme, že výchovná a vzdělávací edukační úloha sester je potřebná hlavně u klientů, kteří nemají dostatečné informace o tom, jak se mají správně starat o své zdraví a snižovat tak pravděpodobnost výskytu rakoviny (Šulistová, Trešlová., 2012). K tomu, aby spolupráce sestry a pacienta správně fungovala, se sestra musí umět dostatečně vcítit do pocitů klienta. Bez dostatečně empatického přístupu ke každému jedinci, je edukace mnohem méně účinná. Pozitivní empatické působení na klienta má za následek vyvolání důvěry ve znalosti a dobré úmysly sestry. K tomu, aby se sestra mohla být empatická, musí pochopit klientovo psychické rozpoložení (Plevová et al., 2011). Pokud je edukace prováděna v primární zdravotní péči, je zásadní pochopit to, na čem klientovi v péči o jeho zdraví záleží. Pokud je prováděna v sekundární nebo terciální zdravotní péči, je potřeba, aby sestra zjistila, v jaké fázi přijetí své nemoci se klient nachází. Zejména při sdělení negativní prognózy, jak u rakoviny plic, tak i jiné vážné nemoci, klient prochází pěti fázemi přijetí nemoci. Těchto pět fází obsahuje šok, popírání, agresi, smlouvání a smíření. U každého jedince je rychlost průchodu jednotlivých fází individuální, proto je zde velmi potřebné umění naslouchat, které by každá sestra měla mít. Pokud se klient například nachází ve fázi popírání, není vhodné ho v tuto dobu edukovat o tom, jak má dále pečovat o své zdraví. Lepší je mu dát čas, aby mohl svůj stav pochopit a vyrovnat se s ním. Až poté bude schopen zaujmout roli edukovaného (Kvapil, 2011).

Efektivní edukace je při onemocnění plicním karcinomem ohrožena vznikem bariér, které proces výuky a výchovy negativně ovlivňují. Sestra by měla být schopna tyto bariéry včas předvídat a umět je odstranit. Tyto překážky mohou vznikat na straně zdravotníků i klientů. Ze strany zdravotníků se jedná například o absenci lidského přístupu, ignorování

klientových potřeb, nevhodné komunikaci s pacientem, negativní vliv prostředí a málo času na edukaci (Kuberová, 2010). Kuberová (2010) dále uvádí, že ze strany klientů může být překážkou stres, nízká motivace, popření potřeby edukace, neschopnost nést odpovědnost a také jazykové, kulturní a etnické bariéry.

Sestra může svých edukačních schopností, cílených v našem případě na primární prevenci rakoviny plic, využít také jako mentorka při vzdělávání studentů ošetřovatelství a při jejich praktické a teoretické výuce na středních a vysokých školách. Může být nápomocna i při vzdělávání sester na odděleních a dalších zařízeních (Šulistová, Trešlová., 2012).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

V této kapitole si ukážeme určené cíle a výzkumné otázky, které jsme si pro naši bakalářskou práci vytyčili.

Cíl 1: Zjistit vědomosti adolescentů v souvislosti s prevencí nádorového onemocnění plic.

Cíl 2: Zjistit, zda se adolescenti snaží preventivní opatření dodržovat.

Cíl 3: Zmapovat edukační proces podávaný všeobecnou sestrou na plicním oddělení a u praktického lékaře v souvislosti s nádorovým onemocněním plic.

V návaznosti na stanovené cíle jsme si určili tyto výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1: Jaké znalosti mají adolescenti o primární prevenci nádorového onemocnění plic?

Výzkumná otázka 2: Jak dodržují preventivní opatření nádorového onemocnění plic?

Výzkumná otázka 3: Jak probíhá edukační proces, vedený všeobecnou sestrou u praktického lékaře a na plicním oddělení, podávaný adolescentům o nádorovém onemocnění plic?

2.1 Operacionalizace pojmů

Tato kapitola slouží k definování pojmů, které jsou použity v cílech a výzkumných otázkách naší práce.

Nejdříve si definujeme pojem adolescent. Adolescence je vývojové období předcházející mladší dospělosti, které probíhá přibližně mezi 10–21 lety věku dospívajícího člověka. Adolescent je tedy mladý člověk v tomto daném vývojovém období (Vágnerová, 2012).

Další pojem, který se vyskytuje v cílech naší práce, je nádorové onemocnění plic. Za nádorové onemocnění plic, jinak také plicní karcinom nebo bronchiální karcinom, považujeme nádorové onemocnění v oblasti dýchacích cest (Oehlrich, 2014). Dle Vorlíčka et al. (2012) jsou za bronchiální karcinom považovány jak nádory v oblasti plicního parenchymu, tak i nádory průdušek.

Pojem, který se také často v našich cílech vyskytuje, je primární prevence. Ta je definována jako oblast činnosti zdravotníků nebo i odborníků jiného profesního zaměření, která směřuje k předcházení vzniku nemoci (Svěráková, 2012). Svěráková (2012) udává, že je tato prevence cílena na širokou veřejnost. V jejím rámci jsou obvykle realizovány široce pojaté projekty, které se snaží bránit rozvoji civilizačních onemocnění v populaci.

Další námi používaný pojem, edukační proces, můžeme definovat jako činnost lidí, při níž se nějaký člověk učí a jiný subjekt ho vyučuje nebo mu toto učení zprostředkovává (Veteška, Tureckiová., 2008).

3. Metodika

Následující kapitola bude zaměřena na metody použité při výzkumném šetření a také na charakteristiku polostrukturovaného rozhovoru a námi vybraného výzkumného vzorku.

3.1 Použité metody

Pro výzkumné šetření naší práce jsme s ohledem na stanovené cíle zvolili kvalitativní přístup. Volbu tohoto přístupu jsme provedli na základě výhod, které nabízí. Hendl (2016) uvádí, že mezi přednosti kvalitativního výzkumu patří například zkoumání fenoménu v jeho přirozeném prostředí, umožnění navrhování teorií a získávání podrobného popisu jedince nebo fenoménu, který je zkoumán. Dle Kutnohorské (2009) je navíc pro výzkumné šetření v ošetrovatelství kvalitativní výzkum vhodnější. Platí to zejména v případech, kdy se snažíme o zjištění klientových pocitů ve vztahu k nemoci.

Ke sběru dat jsme použili metodu polostrukturovaného rozhovoru se sestrami a adolescenty. Cíleně byly vybírány sestry pracující na plicním oddělení a u praktického lékaře. Provedení výzkumného šetření se sestrami bylo uskutečňováno v domácím prostředí. S adolescenty jsme výzkumné šetření obvykle realizovali v místě jejich bydliště. Záznam rozhovorů byl prováděn pomocí počítačového programu. Všichni dotazovaní byli informováni o pořizování záznamu, jeho účelu a také o jejich anonymitě v naší práci. Všechny rozhovory byly prostřednictvím přepisu převedeny ze zvukového záznamu do programu Microsoft Word. S jeho pořízením všichni dotazovaní probandí souhlasili a po technické stránce se při jeho pořizování nevyskytl žádný problém. Informace od každého výzkumného vzorku byly analyzovány s využitím otevřeného kódování. Rozhovory byly pořizovány během ledna a února 2017.

3.1.1 Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru

Výzkumné šetření bylo prováděno pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který jsme zvolili pro jeho názornost, jednoduchost a také možnost dalšího prohlubování dotazů. Měli jsme předem připravenou osnovu otázek na vybrané adolescenty i sestry. Tyto otázky byly polouzavřené, což umožňovalo doplnění dalšími dotazy v případě nejasností nebo změnu jejich pořadí s ohledem na individuálně vyvíjející se rozhovor.

Všechny rozhovory s adolescenty probíhaly v domácím prostředí. Vždy byly předem naplánované a dohodnuté. Rozhovor byl zaznamenáván pomocí notebooku a programu

Audacity. V polovině rozhovoru vyplňovali dospívající probandi krátkou anketu, jejímž cílem bylo ověřit si jejich znalosti týkající se rakoviny plic. Tato anketa byla vytvořena pomocí internetové stránky <http://www.survio.com/cs/>, která slouží k vytváření dotazníků a anket. Odpovědi adolescentů však nebyly nikam odesílány a ihned po dokončení rozhovoru, ve kterém se k nim vracíme, byly zadané informace vymazány. Po vyplnění krátké ankety jsme navazovali další řadou otázek, které měly za cíl zjistit, jestli správné odpovědi ankety probanda překvapily a co si o nich myslí. Rozhovory obvykle trvaly 15–30 minut. Rozhovory s kuřáky probíhaly jednodušeji a trvaly vždy o něco déle, protože měli s daným tématem víc osobních zkušeností. Nekuřáci obvykle odpovídali krátkými větami a bylo o dost náročnější zjistit od nich požadované informace. Odpovědi kuřáků se často shodovaly a obvykle byly v lehkém rozporu s odpověďmi nekuřáků. Jelikož byli všichni vybraní adolescenti podobného věku jako autor práce, je při rozhovorech vždy používáno tykání.

Sběr požadovaných informací od sester byl značně náročnější než od adolescentů. Mohl za to zejména strach ze strany sester, které se obávaly toho, že je budeme během rozhovorů zkoušet z vědomostí, které nebudou vědět. Některým se také nelíbilo pořizování zvukového záznamu, ale poté, co jim byl vysvětlen jeho účel, nakonec všechny souhlasily s jeho pořízením. Rozhovory trvaly 15–30 minut během kterých se nám podařilo získat požadované informace.

3.1.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek se skládá z 8 adolescentů a 4 sester. Celkem nízký počet rozhovorů se sestrami je způsoben shodností odpovědí a také tím, že je pro naši výzkumnou část spíše ověřením nedostačujícího provádění primární prevence, které jsme zjišťovali již od adolescentů.

K výzkumné části jsme použili rozhovory s adolescenty, mezi kterými jsou kuřáci i nekuřáci, abychom zjistili rozdílnost jejich názorů na toto téma. Protože jsme se domnívali, že by bylo vhodné, aby zastoupení probandů bylo genderově vyvážené, pořizovali jsme první polovinu rozhovorů s chlapci a druhou s děvčaty. Mezi probandy jsou zastoupeni studenti odborných učilišť, středních škol a vysokých škol v daném věkovém rozpětí adolescence.

K rozhovorům byly vybrány sestry pracující na plicním oddělení a u praktického lékaře. Díky jejich pracovní rozdílnosti jsme chtěli zjistit, jestli se v náplni jejich práce liší provádění primární prevence nebo zda je alespoň v nějaké míře prováděna.

Pro přehlednost přikládáme tabulky, ve kterých se nachází rozdělení adolescentů a sester. V první tabulce je uvedeno označení probanda, informace o tom, zda je proband kuřák, nebo nekuřák, a také rozdílnost pohlaví. Informace o tom, jaké mají příslušní probandi vzdělání zde uvádíme spíše pro zajímavost, protože se odpovědi těchto adolescentů svým pojetím nelišily tak, jak jsme původně čekali.

Tabulka 1 – Identifikační tabulka adolescentů

Identifikační tabulka adolescentů			
Proband	Označení	Pohlaví	Vzdělání
Adolescent 1 - kuřák	AK 1	žena	Studentka vysoké školy
Adolescent 2 - kuřák	AK 2	muž	Student vysoké školy
Adolescent 3 - kuřák	AK 3	žena	Studentka střední školy
Adolescent 4 - kuřák	AK 4	žena	Studentka střední školy
Adolescent 5 - nekuřák	ANK 5	žena	Studentka odborného učiliště
Adolescent 6 - nekuřák	ANK 6	muž	Student vysoké školy
Adolescent 7 - nekuřák	ANK 7	muž	Student odborného učiliště
Adolescent 8 - nekuřák	ANK 8	muž	Student vysoké školy

Označení AK je vždy užíváno pro adolescenty, kteří byli v době pořizování rozhovoru pravidelnými a také aktivními kuřáky.

Označení ANK je vždy užíváno pro adolescenty, kteří byli v době pořizování rozhovoru nekuřáky.

Adolescent 1 bude v naší práci uváděn jako AK 1. Tento proband je žena a studuje na vysoké škole. Adolescent 2 bude v naší práci uváděn jako AK 2. Tento proband je muž a studuje na vysoké škole. Adolescent 3 bude v naší práci uváděn jako AK 3. Tato proband je žena a studuje na střední škole. Adolescent 4 bude v naší práci uváděn jako AK 4. Tento proband je žena a studuje na střední škole. Adolescent 5 bude v naší práci uváděn jako ANK 5. Tento proband je žena a studuje na odborném učilišti. Adolescent 6 bude v naší práci uváděn jako ANK 6. Tento proband je muž a studuje na vysoké škole. Adolescent 7 bude v naší práci uváděn jako ANK 7. Tento proband je muž a studuje na odborném učilišti. Adolescent 8 bude v naší práci uváděn jako ANK 8. Tento proband je muž a studuje na vysoké škole.

V druhé tabulce uvádíme označení sester.

Tabulka 2 – Identifikační tabulka sester

Identifikační tabulka sester		
Proband	Označení	Pracoviště
Sestra 1	S 1	Pracující u praktického lékaře pro děti a dorost
Sestra 2	S 2	Pracující u praktického lékaře pro dospělé
Sestra 3	S 3	Pracující u praktického lékaře pro děti a dorost
Sestra 4	S 4	Pracující na ambulanci plicního oddělení

Sestra 1 bude v naší práci uváděna jako S 1. Pracuje u praktického lékaře pro děti a dorost. Sestra 2 bude v naší práci uváděna jako S 2. Pracuje u praktického lékaře pro dospělé. Sestra 3 bude v naší práci uváděna jako S 3. Pracuje u praktického lékaře pro děti a dorost. Sestra 4 bude v naší práci uváděna jako S 4. Pracuje na ambulanci plicního oddělení.

4. Výsledky výzkumného šetření

Ve čtvrté kapitole se budeme zabývat výsledky výzkumného šetření. Při jejich vyhodnocování budeme vycházet z informací, které nám poskytli probandi při rozhovorech. Záznamy těchto rozhovorů jsou obsaženy na CD, které je součástí přílohy.

4.1 Hodnocení dodržování primární prevence nádorového onemocnění plic u adolescentů

V dané kapitole se budeme věnovat části rozhovorů s adolescenty, která měla za cíl zjistit informace o dodržování primární prevence rakoviny plic.

První kategorii jsme nazvali **Zkušenosti s kouřením**. Chtěli jsme zjistit, v jakém věku naši probandi poprvé ochutnali cigaretu, co je k tomu vedlo a z jakého důvodu v kouření pokračují, nebo naopak nepokračují. První podkategorii jsme pojmenovali První osobní zkušenost s kouřením.

Tabulka 1 – První osobní zkušenost s kouřením

První osobní zkušenost s kouřením		
V období pubescence	V mladším školním věku	Žádná osobní zkušenost
AK 1,3,4 ANK 5,6,7	AK 2	ANK 8

Téměř všichni dotazovaní jak kuřáci, tak nekuřáci uvedli, že svou první zkušenost s kouřením získali při studiu na základní nebo střední škole v období pubescence, což si uvedeme na příkladech odpovědí některých našich probandů. „*Poprvé nabídli cigaretu kamarádi v 6 letech před školou*“ (AK 2). „*Poprvé ve 13 letech nabídli mi to v partě na základce, tak jsem to zkusila. Kuřáci začínají asi kvůli tomu, že je to zakázané*“ (ANK 5). „*Ve 12 letech s kamarádkou jsme si šli zapálit na pole. Od 14 let jsem kouřila na základce kvůli třídě, protože tam všichni kouřili. Kouřím doted*“ (AK 4). Všichni probandi udávali, že jim cigareta byla nabídnuta. Cigaretu alespoň jednou ochutnali všichni dotazovaní kromě ANK 8. „*Nikdy jsem neochutnal cigaretu. Přijde mi divné kouřit. Pumpovat do sebe nějaký plyn. Vrstevníci kuřáci začali na základce, a pak už jim to zůstalo*“ (ANK 8).

Druhá podkategorie se jmenuje Důvod prvního ochutnání cigarety a je znázorněna ve druhé tabulce.

Tabulka 2 – Důvod prvního ochutnání cigarety

Důvod prvního ochutnání cigarety			
Parta kamarádů	Zvědavost	Jiný důvod	Nikdy neochutnal cigaretu
AK 1,2,3 ANK 5	ANK 6,7	AK 4	ANK 8

Za podnět prvního ochutnání cigarety byla nejčastěji uváděna parta kamarádů, zvědavost nebo kombinace obojího. Pro názornost předkládáme některé odpovědi našich probandů. „Chtěl jsem vědět, jak to chutná a co na tom ti lidé mají. Vrstevníci kouřili, protože jim to přišlo stylové, a kvůli partě a kamarádům“ (ANK 6). „Zajímalo mě, jaké to je“ (ANK 7). Jiný důvod než partu kamarádů a zvědavost uvedla pouze AK 4. „Rodiče kouří. Viděla jsem to od rodičů, kteří mi to zakazovali. Byla to frajeřina“ (AK 4).

Třetí podkategorie se nazývá Důvody pravidelného kouření a je zobrazena ve třetí tabulce.

Tabulka 3 – Důvody pravidelného kouření

Důvody pravidelného kouření			
Parta kamarádů	Návyk	Žádný důvod	Jiný důvod
AK 3	AK 4	AK 1	AK 2

Důvody pravidelného kouření byly u našich probandů různé. Obvykle s odpovědí váhali a nebyli si zcela jistí. Jak například uvedli AK 4 a AK 2: „Dřív mi to chutnalo, ale pak už ani ne, spíš pocit, že dělám něco s rukama, a taky ten vliv společnosti a také to uklidňuje od stresu“ (AK4). „Když si dáš marihuanu a potom cigaretu, tak tě to uzemní“ (AK2). Všichni dotazovaní nekuřáci bez výjimky uvedli, že nekouří kvůli tomu, že je to zbytečné, drahé a nezdravé. ANK 5 a ANK 6 uvedli: „Je to zbytečné vyhazování peněz za něco, co se dřív považovalo za moderní“ (ANK 6). „Smrdí mi to, ničí to zdraví a je to drahé“ (ANK 5).

Druhou kategorii jsme nazvali **Dodržování primární prevence rakoviny plic**. Zajímalo nás, zda je tato prevence dodržována a co si o ní naši probandi myslí. První podkategorii jsme pojmenovali Kuřácké prostředí.

Tabulka 4 – Kuřácké prostředí

Škodlivost pobytu v kuřáckém prostředí		
Vadí jim zakouřené prostory	Nevadí jim zakouřené prostory	Sami doma kouří v uzavřených místnostech
AK 3,4 ANK 7,8	AK 1 ANK 5,6	AK 2

Polovina dotazovaných adolescentů řekla, že jim zakouřené prostory vadí. Zejména v restauracích při jídle je pro ně zakouřené prostředí nepříjemné a snaží se mu vyhýbat. Jak uvedli, například AK 4 a ANK 8: „V restauracích u jídla mi to vadí“ (AK 4). „Vyhýbám se mu. Nelíbí se mi to čouhat“ (ANK 8). Druhé polovině kuřácké prostředí nevadí. AK 1 v rozhovoru uvedla: „Pokud v něm člověk nepobývá furt, tak to asi nic nedělá. To tělo se s tím jako srovná“ (AK 1). Zvláštní je, že zakouřené prostory nevadí polovině nekuřáckých probandů. Zajímavým zjištěním pro nás bylo, že i kuřákům mnohdy vadí kouření v uzavřených prostorách a snaží se takovýmto místům vyhýbat. Jenom jeden proband uvedl, že kouří i doma v uzavřené místnosti. „V hospodě mi to nevadí. Je mi to jedno. Kouřím i doma v místnosti. Mamka kouří a táta dřív kouřil“ (AK 2).

Druhá podkategorie se nazývá Účinnost varovných nápisů na krabičkách od cigaret a je znázorněna v páté tabulce.

Tabulka 5 – Účinnost varovných nápisů na krabičkách od cigaret

Účinnost varovných nápisů na krabičkách od cigaret		
Neúčinné	Účinné	Mírně účinné
AK 1,3 ANK 5,6,7,8		AK 2,4

Probandi naší práce si nemyslí, že by varovné nápisy na cigaretových krabičkách splňovaly svůj účel a byly skutečně účinné. „Myslím, že se tomu spíš zasmějí a neberou to vážně“ (ANK 5). „Dělají si z toho spíš srandu“ (ANK 8). „Nechci se na to koukat a nekoukám se na to. Myslím, že spíš to negativní myšlení způsobuje rakovinu“ (AK 3). Dva z našich probandů připouštějí možnost mírné účinnosti nápisů na některé jednotlivce.

„Možná to účinkuje na lidi, co s tím začínají. Pak už ne“ (AK 2). AK 4 uvedla, že v dětství na ni tato varování skutečně působila. „Účinkují jak na koho. Já je četla jako dítě a pak jsem chodila přemlouvat dědu a rodiče, aby přestali kouřit“ (AK 4).

Třetí podkategorii jsme pojmenovali Pravdivost nápisů na krabičkách od cigaret a je znázorněna v šesté tabulce.

Tabulka 6 – Pravdivost nápisů na krabičkách od cigaret

Pravdivost nápisů na krabičkách od cigaret		
Pravdivé	Přehnané	Nesouvisející a přehnané nápisy
AK 2 ANK 5,6,7,8	AK 1,3	AK 4

Dotazovaní nekuřáci věří v pravdivost varovných nápisů. Kuřáci AK 1 a 3 považují nápisy za přehnané a AK 4 za nesouvisející s rakovinou plic. „Často ani nesouvisí s rakovinou plic. Kvůli obrázkům jsem změnila značku cigaret, pak to dávali už na všechny. Je to přehnané“ (AK 4). „Některý jsou přehnaný“ (AK 1). Jen jeden dotazovaný kuřák považuje varovné nápisy za pravdivé. Zajímavé bylo, že za přehnané nebo nesouvisející považovaly varovné nápisy jenom dotazované ženy. Všichni dotazovaní muži včetně kuřáka AK 2 v pravdivost varovných nápisů věřili, což si názorně ukážeme na příkladech jejich odpovědí. „Nemyslím, že je to přehnaný“ (AK 2). „Nepřipadá mi to přehnané“ (ANK 5). „Já těm nápisům a obrázkům docela věřím“ (ANK 8).

Čtvrtá podkategorie se nazývá Cena tabákových výrobků a je znázorněna v sedmé tabulce.

Tabulka 7 – Cena tabákových výrobků

Cena tabákových výrobků		
Vysoká	Nízká	Přiměřená
AK 1,2,3,4 ANK 5	ANK 7,8	ANK 6

Všichni naši probandi, kteří jsou pravidelnými kuřáky uvedli, že je cena tabákových výrobků příliš vysoká. Jak udává například AK 2 „Mohly by být levnější“ (AK 2). Většina

dotazovaných nekuřáků jsou opačného názoru. ANK 6 v rozhovoru uvedl: „V zahraničí je to dražší. Myslim, že cena je dobrá. Zdražil bych to“ (ANK 6).

Pátá podkategorie se nazývá Odvykání kouření a je znázorněna v osmé tabulce.

Tabulka 8 – Odvykání kouření

Pokusy o abstinenci v užívání tabákových výrobků	
Snažili se přestat kouřit	Nesnažili se přestat kouřit
AK 1,2,3,4	

Probandi naší práce, kteří jsou pravidelnými kuřáky, bez výjimky uvedli, že se pokoušeli přestat kouřit, ale dlouhodobě se jim to nepovedlo. Kvůli názornosti si ukážeme některé odpovědi těchto probandů. „Pořád se snažím přestat. Vadí mi, když ze mě ostatní cítí kouř, a nechci, aby někdy kouřily moje děti. To je asi hlavní důvod přestat kouřit“ (AK 4). „Víckrát, a nikdy to nevyšlo. Proč? Protože pak si jdeš zaběhat a plíce nestačí“ (AK 2). „Skoro každý den přestávám. Když piju, kouřím víc. Chci přestat, protože cítím, že se mi hůře dýchá“ (AK 3). Všichni nekuřáci v rozhovoru tvrdili, že je tento škodlivý zlovyk nikdy nelákal.

Šestá podkategorie se nazývá Realizace primární prevence rakoviny plic a je znázorněna v deváté tabulce.

Tabulka 9 – Realizace primární prevence rakoviny plic

Zkušenost s realizací primární prevence rakoviny plic		
Na škole	U praktického lékaře nebo na plicním oddělení	Nikde
AK 1,4 ANK 5,7,8	ANK 8	AK 2,3 ANK 6

Pět dotazovaných adolescentů se zúčastnilo primární prevence rakoviny plic v rámci preventivního programu na škole. Jenom jeden proband však uvedl, že se ho na kouření a věci s ním související ptali u praktického lékaře. „Ve škole asi ano, bylo jich hodně, ale moc si je nepamatuju. U doktora se mě ptali, když jsem přecházel od dětského

k normálnímu obvodákovi. Myslím, že preventivní programy mají asi efekt třeba na té základní škole“ (ANK 8). Zbytek našich probandů si nevzpomíná na to, že by se s nějakou prevencí rakoviny plic setkávali. Na ukázkou přidáváme některé jejich odpovědi. „Ne, nepamatuji se, že bych se setkal s nějakou prevencí kromě zákazů. S prevencí jsem se nesešel, takže efekt nevidím žádný“ (AK 2). „Ve škole jsme měli preventivní programy často. U doktora, to nevím, to si nepamatuju. Efekt to na mě asi moc nemělo, jsem to moc neřešil, když jsem nekouřil“ (ANK 7).

4.2 Hodnocení znalostí adolescentů o primární prevenci nádorového onemocnění plic

Jedním z cílů naší práce bylo zjistit vědomosti adolescentů o rakovině plic a její prevenci. K zhodnocení jejich znalostí nám pomohla krátká anketa sedmi otázek, na kterých jsme postavili následující kategorii.

Třetí kategorii jsme pojmenovali **Znalosti adolescentů v oblasti rakoviny plic**. Tato kategorie vychází ze sedmi otázek ankety. První podkategorie se nazývá Typické příznaky rakoviny plic. V tabulce číslo deset jsou znázorněny odpovědi adolescentů na otázku, jaké jsou typické příznaky rakoviny plic. Na prvním řádku přiložených tabulek se vždy bude nacházet otázka ankety. Na druhém jsou odpovědi, ze kterých mohli naši probandi vybírat. Třetí řádek tabulky slouží k označení toho, jakou odpověď daní jednotlivci vybrali. Správná odpověď na otázky ankety byla jenom jedna, kromě poslední otázky, kterou bylo nutné vyplnit. Správné odpovědi jsou v přiložených tabulkách znázorněny zeleně.

Tabulka 10 – Typické příznaky rakoviny plic

Co podle Vás patří do typických příznaků rakoviny plic?			
Nevolnost	Vykašlávání hlenu s příměsí krve i bez ní	Otoky dolních končetin	Spavost
AK 2 ANK 7	AK 1,3,4 ANK 5,6,8		

Druhá podkategorie se nazývá Vliv kouření na rakovinu plic. Cílem otázky této podkategorie bylo zjistit, co si adolescenti myslí o míře vlivu kouření na rakovinu plic.

Tabulka 11 – Vliv kouření na rakovinu plic

Kolik procent lidí s rakovinou plic jsou podle Vás kuřáci?			
Asi 54 % mužů a 56 % žen	Asi 60 % mužů a 75 % žen	Asi 78 % mužů a 80 % žen	Asi 90 % mužů a 60 % žen
AK 1,4	AK 2 ANK 6,7	AK 3	ANK 5,8

Třetí podkategorii jsme nazvali Vzhled rakoviny plic. Dotazovaní adolescenti měli za úkol vybrat obrázek, na kterém jsou podle nich plíce zasažené rakovinou.

Tabulka 12 – Vzhled rakoviny plic

Na kterém obrázku jsou plíce zasažené rakovinou?		
Obrázek číslo 1	Obrázek číslo 2	Obrázek číslo 3
ANK 5,6,7		AK 1,2,3,4 ANK 8

Podkategorie s číslem čtyři se nazývá Varovné nápisy na krabičkách od cigaret. Jejím cílem bylo ověřit, zda dotazovaní věnují pozornost varovným nápisům a pamatují si je.

Tabulka 13 – Varovné nápisy na krabičkách od cigaret

Jaký z nápisů se vyskytuje na krabičce od cigaret?			
Kouření může způsobit pomalou a bolestivou smrt	Kouření v době těhotenství zabíjí vaše dítě	Kouření urychluje proces stárnutí	Nekuřte! Chraňte sebe i vaše okolí!
AK 1,3,4	ANK 6,7	ANK 5	AK2 ANK 8

Podkategorie číslo pět se zabývá informovaností dotazovaných o možnostech a účinnosti léčby rakoviny plic a nazývá se Úspěšnost léčby rakoviny plic.

Tabulka 14 – Úspěšnost léčby rakoviny plic

Kolik nemocných s rakovinou plic se "vyléčí" a přežije následujících 5 let po rozpoznání této nemoci?			
Asi 47 % mužů a 42 % žen	Asi 15 % mužů a 18 % žen	Asi 25 % mužů a 32 % žen	Asi 69 % mužů a 74 % žen
AK 1 ANK 5	AK 4	AK 2,3 ANK 6,7,8	

Podkategorii s číslem šest jsme nazvali Příznaky počínající rakoviny plic. Otázka položená v anketě měla za cíl zjistit znalost dotazovaných o projevech této zákeřné nemoci.

Tabulka 15 – Příznaky počínající rakoviny plic

Jak se nejčastěji projevuje rakovina plic v prvotní lépe léčitelné fázi?			
Urputným kašlem	Chrapotem	Nijak	Velkým úbytkem váhy
AK 1,3,4,2 ANK 5,8	ANK 7	ANK 6	

Podkategorii číslo sedm jsme pojmenovali Rizikové faktory rakoviny plic. V anketě je zastoupena jedinou otázkou, kterou měli dotazovaní za úkol napsat, ne pouze vybrat, jako tomu bylo u předchozích otázek.

Tabulka 16 – Rizikové faktory rakoviny plic

Znáte další rizikové faktory pro vznik rakoviny plic kromě kouření? Pokud ano, vyjmenujte je.	
Špatná nebo žádná odpověď	Znečištěné ovzduší, nezdravý životní styl, hornické práce
AK 1,3 ANK 5,8	AK 2,4 ANK 6,7

Anketa nám pomohla odhalit, co si naši probandi myslí o rakovině plic a její závažnosti. Dotazovaní obvykle udávali správnou odpověď u typických příznaků rakoviny plic a také u obrázku plic zničených rakovinou. I při uvádění rizikových faktorů vypsala správnou odpověď polovina našich probandů. Naopak u otázky týkající se vlivu kouření na rakovinu plic nevybral správnou odpověď žádný dotazovaný kuřák. Všichni kuřáci byli

přesvědčení o tom, že kouření nemá na rakovinu plic tak velký vliv. Správnou odpověď na tuto otázku zvolili dva dotazovaní, kteří byli nekuřáci. Anketa pomohla odhalit další námi hledanou informaci o tom, zda kuřáci čtou varovné nápisy na krabičkách cigaret. Tři ze čtyřech dotazovaných kuřáků vybrali správně formulovaný nápis. Probandi nekuřáci správnou odpověď zpravidla typovali, protože cigarety nekupují a nejsou s nimi běžně ve styku. V otázce zaměřující se na úspěšnost léčby rakoviny plic jsme zaznamenali jednu správnou odpověď. Mnozí probandi byli faktem tak nízké úspěšnosti léčby značně překvapeni. Také u následující otázky, která se týkala příznaků počínající rakoviny plic, jsme zaznamenali jen jednu odpověď odpovídající skutečnosti. Otázky s nejmenším počtem správných odpovědí naneštěstí považujeme za zcela zásadní. Celkově pokládáme vědomosti dotazovaných adolescentů, kuřáků i nekuřáků, za nedostačující.

Kategorie číslo čtyři se nazývá **Vliv informací o rakovině plic na probandy**. Jejím cílem bylo zjistit, zda dotazované adolescenty nějak překvapily informace, které se dozvěděli zjištěním správných odpovědí ankety. První podkategorie se nazývá Reakce na správné odpovědi.

Tabulka 17 – Reakce na správné odpovědi

Reakce probandů na správné odpovědi	
Překvapení	Netečnost
AK 1,2,3,4 ANK 5,6,7,8	

Všichni probandi naší práce vyjádřili překvapení nad některou ze správných odpovědí ankety. Nejčastěji byli překvapeni malou šancí na vyléčení rakoviny plic, její počáteční bezpříznakovostí a vzhledem plic napadených rakovinou, což si ukážeme na příkladech jejich reakcí. „*Plice zasažené rakovinou jsem nečekal, že budou vypadat tak hrozně, a ty procenta těch vyléčených*“ (ANK 6). „*To, že je to v té první fázi bezpříznakové*“ (AK 2). Někteří dotazovaní byli překvapeni také hrubostí varovného nápisu na cigaretových krabičkách.

Druhá podkategorie se jmenuje Náhled probandů na správné odpovědi ankety a je znázorněna v osmnácté tabulce.

Tabulka 18 – Náhled probandů na správné odpovědi ankety

Názor probandů na objektivitu správných odpovědí ankety	
Jsou pravdivé	Jsou zkreslené
AK 1,2,4 ANK 5,6,7,8	AK 3

Dotazovaní adolescenti považovali správné odpovědi ankety za objektivní a nezkreslené. „*Myslím, že je to pravdivé*“ (ANK 6). Jedinou výjimkou byla AK 3, která jako jediná uvedla, že informace uvedené v anketě jako správné, nemusí být úplně pravdivé. „*Určitě to může být trochu zkreslené*“ (AK 3).

Třetí podkategorie se jmenuje Vliv informací na probandy a je znázorněna v devatenácté tabulce.

Tabulka 19 – Vliv informací na probandy

Působení informací z rozhovoru na probandy	
Zaujaly	Nezaujaly
AK 4 ANK 5,8	AK 1,2,3 ANK 6,7

Informace, které se probandi během našeho rozhovoru dozvěděli, zaujaly pouze tři z nich. Jak uvádí například ANK 8: „*Utvrđilo mě to v tom, že nebudu kouřit*“ (ANK 8).

Zbytek dotazovaných tyto informace moc nezajímaly ani nezaujaly, což si ukážeme na odpovědích AK 2 a ANK 7. „*Nevím, jako kuřák jsem vůči tomu spíš lhostejný*“ (AK 2). „*Ani ne. Už jsem to tak nějak slyšel*“ (ANK 7).

4.3 Vyhodnocení edukace realizované sestrou v oblasti rakoviny plic

V této kapitole jsme si dali za cíl zmapovat edukační proces podávaný sestrou na plicním oddělení a u praktického lékaře v souvislosti s nádorovým onemocněním plic a také zjistit, zda je nějaká edukace a primární prevence vůbec realizována. Následující kategorie jsme zvolili po provedených rozhovorech a pomohou nám při jejich vyhodnocení.

Kategorii číslo pět jsme se rozhodli nazvat **Pracovní zkušenosti sester s dospívajícími kuřáky**. Naším záměrem bylo zjistit, zda se sestry informují, jestli jsou jejich klienti kuřáci, zda pozorují, vyšší výskyt mladých kuřáků a s ním související zhoršování jejich zdravotního stavu a jestli se při edukaci více zaměřují na rizikové skupiny dospívajících.

První podkategorie se nazývá Informovanost sester o kouřících klientech a je znázorněna ve dvacáté tabulce.

Tabulka 20 – Informovanost sester o kouřících klientech

Informovanost sester o kouřících klientech	
Informují se, zda jsou kuřáci	Neinformují se
S 1,2,3,4	

Všechny dotazované sestry uvedly, že se informují o tom, zda jejich klienti kouří. Jak například uvedla sestra S 2: „*Informuji se a většinou to poznám, protože je to z nich cítit. Především z rukou*“ (S 2). Podobné odpovědi zazněly od všech dotazovaných sester. S1 uvedla: „*Hlavně při preventivních prohlídkách i při kurativě, ale hlavně, když je z nich kouř cítit. Nejčastěji se ptáme, když je jim 15-17 let*“ (S 1).

Druhou podkategorii jsme pojmenovali Zkušenosti sester s mladými kuřáky a jejich nemocností.

Tabulka 21 – Zkušenosti sester s mladými kuřáky a jejich nemocností

Zkušenosti s mladými kuřáky trpícími nemocí, na kterou má jejich zlozvyk negativní dopad	
Vnímá vyšší výskyt jejich zdravotních potíží	Nevnímá vyšší výskyt jejich zdravotních potíží
S 2,4	S 1,3

S negativním dopadem kouření na nemoci kuřáků mají zkušenosti sestry S 2 a S 4, které se ve své práci setkávají s adolescenty staršími 18 let. Udávají, že kouření prodlužuje dobu léčení u onemocnění dýchacích cest. „*Určitě ano, i u těch mladších. Prodlužuje se i doba léčení u kuřáků při běžných dýchacích onemocněních*“ (S 2). „*Ano, přibývá jich a potíže mají od stále nižšího věku. Delší pochřipkové stavy, zhoršení astmatu*“ (S 4). Sestry

S 1 a S 3 se v práci setkávají s adolescenty, kteří jsou mladší 18 let. U nich výše zmíněný jev nepozorují. „*Já si myslím, že ne. Nezaregistrovala jsem to*“ (S 3).

Třetí podkategorie se nazývá Zaměření sester na rizikové skupiny adolescentů a je znázorněna ve dvanácté tabulce.

Tabulka 22 – Zaměření sester na rizikové skupiny adolescentů

Zaměření prevence na rizikové skupiny adolescentů	
Více se na ně zaměřují	Bez rozdílu oproti jiným dospívajícím
S 1,3	S 2,4

Reakce je zde stejně odůvodnitelná jako při předchozí otázce. Na rizikové skupiny se více zaměřují sestry, které se s nimi setkávají, tedy sestry S 1 a S 3, které přicházejí do styku s adolescenty mladšími 18 let, kteří mohou patřit do těchto rizikových skupin. Jak v rozhovoru uvádí S 1: „*Ano, protože u nich je to riziko větší, u dětí z dětských domovů a z neúplných rodin*“ (S 1). Sestry S 2 a S 4 odpověděly, že se na rizikové skupiny více nezaměřují, protože se s nimi v práci nesetkávají. „*Tady určitě ne, protože tady na vesnickém obvodu nikoho takového ani snad nemáme*“ (S 2). S 4 při rozhovoru uvedla: „*Ani ne, my máme až od 18 let, takže to spíš u dětského*“ (S 4).

Kategorii označenou číslem šest jsme pojmenovali **Realizace edukace a primární prevence u dospívajících kuřáků**. Chtěli jsme ověřit, zda sestry provádějí edukaci a primární prevenci rakoviny plic u adolescentů. Jak ji provádějí a na co se zaměřují. První podkategorii jsme nazvali Vyučování dospívajících klientů o rizikosti kouření.

Tabulka 23 – Vyučování dospívajících klientů o rizikosti kouření

Vyučování/informování dospívajících klientů o rizikosti kouření	
Ano	Ne
S 1,2,3,4	

Sestry při našem rozhovoru uvedly, že vyučují dospívající klienty o rizikosti kouření a s ním spojených následcích. „*Myslím si, že ano, ale pokud je už někdo zkušený kuřák, tak*

to nebere vážně“ (S 3). S 2 v rozhovoru uváděla: „Určitě je upozorňuji nejen na rakovinu plic, ale i na onemocnění cév, neuropatii a další“ (S 2).

Druhá podkategorie se nazývá Přítomnost edukačních materiálů týkajících se rakoviny plic v ordinaci. Tato podkategorie je znázorněna ve čtyřiadvacáté tabulce.

Tabulka 24 – Přítomnost edukačních materiálů týkajících se rakoviny plic v ordinaci

Přítomnost edukačních materiálů týkajících se rakoviny plic v ordinaci	
Ano	Ne
S 4	S 1,2,3

Sestry S 1,2,3 v rozhovoru potvrdily informaci, že se na jejich pracovišti edukační materiály vyskytují, ale nesouvisí s kouřením ani rakovinou plic. Obvykle se prý věnují očkování, škodlivostí častého užívání antibiotik a alergiím. Jak například uvádí S 1: „Občas nám nějaké firmy nějaké letáky pošlou, ale není toho tolik. Spíš se zaměřují na alergie, výživu a očkování“ (S 1). Pouze S 4, která pracuje na plicním oddělení, uvedla, že mají v ordinaci edukační materiály, které se přímo věnují problematice kouření a onemocněním, která může podpořit. „Máme tam pro kuřáky, pro astmatiky, pro nemocné s chronickou obstrukční plicní nemocí, ale hodně si to najdou na internetu a my jim to pak vysvětlujeme a dáváme ty letáky. Máme i na odvykání kouření letáky a doporučené přípravky“ (S 4).

Třetí podkategorie se nazývá Metody vyučování/informování dospívajících klientů o rizikivosti kouření a rakovině plic. Tato podkategorie je názorně demonstrována na pětadvacáté tabulce.

Tabulka 25 – Metody vyučování/informování dospívajících klientů o rizikivosti kouření a rakovině plic

Zvolené metody vyučování/informování dospívajících klientů o rizikivosti kouření a rakovině plic	
Pouze verbálním projevem	I jinými metodami
S 1,2	S 3,4

Polovina sester při rozhovoru říkala, že k edukaci využívá pouze verbální projev. Jak uvedla například S 1: „Jenom verbálním projevem, oni si sami najdou na internetu informace, pokud chtějí“ (S 1). Druhá polovina uvedla i používání internetových odkazů, poraden a využívání informativních letáků jako dopomoc při edukaci. S 4 při rozhovoru uvedla: „Já myslím, že edukace se v malé míře provádí, ale nejsme zaměřeni na odvykání, takže je spíš odkážeme do střediska na odvykání kouření v Pardubicích a do poraden“ (S 4).

Čtvrtá podkategorie se nazývá Informování klienta o metodách a zařízeních usnadňujících odvykání kouření a je znázorněna pomocí šestadvacáté tabulky.

Tabulka 26 – Informování klienta o metodách a zařízeních usnadňujících odvykání kouření

Informování klienta o metodách a zařízeních usnadňujících odvykání kouření	
Ano	Ne
S 1,2,4	S 3

Pouze S 3 uvedla, že klienta o metodách usnadňujících odvykání kouření neinformuje. „Asi ne, protože o to moc není moc zájem, pokud má člověk zájem, najde si to sám. Já si ale myslím, že možnosti k usnadnění odvykání nabídne spíš lékař“ (S 3). Ostatní dotazované sestry udávaly, že klienta o metodách nebo centrech pomáhajících a usnadňujících odvykání kouření informují a edukují. S 4 a S 2 v rozhovorech uvedly: „Ano, doporučujeme náplasti, žvýkačky, tabletky. Je toho široká škála, každému vyhovuje něco jiného. Pak když přestanou, tak se zajímáme, co jim v tom pomohlo, ale hlavní je při odvykání vždycky jejich vůle“ (S 4). „Posílali jsme je do poraden a do centra odvykání do Pardubic, ale to spíš u starších klientů“ (S 2).

Kategorie číslo sedm se nazývá **Názor sester na význam edukace dospívajících**. V této kategorii jsme se snažili zjistit názor sester na význam edukace a primární prevence rakoviny plic. Její první podkategorii jsme pojmenovali Účinnost preventivních programů a ostatních realizací prevence.

Tabulka 27 – Účinnost preventivních programů a ostatních realizací prevence

Účinnost preventivních programů a ostatních realizací prevence		
Má značný účinek	Má účinek	Nemá účinek
S 4	S 1,2,3	

Dotazované sestry jsou přesvědčeny o tom, že preventivní programy a prevence celkově má svůj efekt, i když většinou malý. S 1 a S 2 uvedly: „*Já myslím, že trošku ano. Ted' bude i zákon o zákazu kouření v restauracích. To možná taky trochu pomůže*“ (S 1). „*Určitě ano, ale hlavní je rodina a výchova. Prevence efekt má, ale příliš velký asi ne*“ (S 2). S 4 se dokonce domnívá, že má tato prevence značný efekt. „*Mají, myslím, že z více než padesáti procent. Alespoň co mám informace od těch, co ty preventivní programy dělají*“ (S 4).

Druhá podkategorie se nazývá Možnost zapojení sester v preventivních programech a další prevenci. Tato podkategorie je znázorněna pomocí osmadvacáté tabulky.

Tabulka 28 – Možnost zapojení sester v preventivních programech a další prevenci

Možnost sester zapojit se do preventivních programů a ostatní prevence	
Mají ji	Nemají ji
S 1,2,3,4	

Probandi nám při rozhovorech sdělili, že sestry mají dostatečnou možnost zapojit se do preventivních programů i jiné prevence. Zároveň však přiznali, že se nikdy na preventivních programech týkajících se rakoviny plic nebo kouření osobně nepodíleli. Na otázku, jestli mají sestry možnost zapojit se do preventivních programů a další prevence, odpověděli probandi S 2 a S 3 takto: „*Já si myslím, že ano, pokud má chuť a náladu*“ (S 3). „*Určitě, sestra má ke klientům blíže než lékař, takže ano*“ (S 2). Na preventivním programu se podílela pouze S 1, ale tento program se netýkal námi zkoumané problematiky. „*Ano, dělali jsme na základní škole přednášku o antikoncepci, ale o kouření ne*“ (S 1). S 4 uvedla, že se chtěla přímo zapojit do preventivního programu zaměřeného na kouření a rakovinu plic, ale nedošlo k tomu z důvodu nelibosti jejího zaměstnavatele. „*Uvažovala jsem o tom před 5 lety. Byla jsem se i podívat v centru pro*

odvykání. Hodně mě to zajímalo, ale můj zaměstnavatel tomu z nějakého důvodu nebyl příliš nakloněn“ (S 4).

Třetí podkategorii jsme pojmenovali Omezení kouření na doporučení lékaře nebo zdravotníka a je znázorněna pomocí devětadvacáté tabulky.

Tabulka 29 – Omezení kouření na doporučení lékaře nebo zdravotníka

Omezení kouření na doporučení lékaře nebo zdravotníka	
Kuřáci omezí svůj zlozvyk	Kuřáci neomezí svůj zlozvyk
S 1,2,3,4	

Názor dotazovaných sester je, že kuřáci někdy omezí svůj zlozvyk na doporučení lékaře nebo zdravotníka, zvláště pokud již mají kvůli kouření zdravotní problémy. Ukážeme si některá tvrzení našich probandů. S 2 a S 4 uvedly: „Ano, máme tady takové případy. Nabídlí jsme možnosti na odvykání a oni je využívají nebo alespoň sníží počet vykouřených cigaret. Obvykle pokud mají zdravotní problémy“ (S 2). „Spíš si hledají na internetu, ale na doporučení lékaře taky dají, zvláště pokud mají nějaký problém a po ubrání množství cigaret vidí, že se tento problém vytrácí“ (S 4).

5. Diskuze

Cílem této kapitoly bude dát do kontextu výsledky empirické části naší práce s částí teoretickou. Před zahájením výzkumného šetření pro nás bylo nezbytné získat dostatek kvalitních informací z odborné literatury, zabývající se rakovinou plic, rizikovým chováním adolescentů a také primární prevencí a edukací.

Naše výzkumné šetření můžeme rozdělit do dvou částí. První část byla realizována pomocí rozhovorů a ankety s adolescenty. Naším cílem bylo zjistit jaké mají vědomosti o rakovině plic, její primární prevenci a rizikových faktorech, které ji mohou vyvolat. Dalším cílem bylo zjistit, zda se tito mladí lidé snaží dodržovat prevenci rakoviny plic. Z odborné literatury jsme se dozvěděli o tom, že rizikovou skupinu, která je díky kouření a nezdravému životnímu stylu zvýšeně ohrožena rakovinou plic, tvoří především adolescenti z rozpadlých rodin, nebo z rodin, u kterých je kouření na denním pořádku. Z výzkumného šetření Roznerové (2007) vyplývá, že nejčastěji začínají pravidelně kouřit dospívající mezi 13–15 lety věku. Jsme přesvědčeni o pravdivosti tohoto tvrzení a domníváme se proto, že je nutné začínat s prevencí kouření již u malých dětí. Největší vliv na životní styl a rizikové chování má dle Kabíčka et al. (2014) výchova v rodině. S touto informací můžeme po provedení výzkumného šetření souhlasit. Všichni probandi, nekuřáci, uvedli, že jejich nejbližší příbuzní rovněž nekouří. Naopak probandi, kuřáci, byli často z neúplných rodin a všichni kouření viděli i u svých blízkých příbuzných a přátel. Kabíček et al. (2014) dále uvádí, že mladí lidé, kteří začínají kouřit jsou výrazně ovlivněni svými vrstevníky ze školy. Brandýská (2016) ve svém výzkumném šetření zjistila, že většina dospívajících začne kouřit se svými kamarády a vrstevníky, protože před nimi chtějí vypadat dospělejší a touží si tím získat jejich pozornost a obdiv. Tuto zjevnou skutečnost udávali i probandi naší práce. AK 1,2,3,4 a ANK 5,7 taktéž uvedli, že svou první cigaretu vykouřili se svými spolužáky a kamarády na základní nebo střední škole. Tedy zhruba v období školního věku a dospívání. ANK 6 ochutnal svou první cigaretu také v tomto období, jediný rozdíl byl v tom, že ji nevykouřil se svými kamarády, ale se svým dědečkem. Pouze ANK 8 udával, že cigaretu nikdy neochutnal. Informace o tom, že i dotazovaní, kteří jsou v současné době nekuřáci, ochutnali jako mladí cigaretu, nás značně překvapila. Otázkou je, jak tomu předcházet. Myslíme si, že by v těchto případech mohly být nápomocné právě preventivní programy zaměřené na děti a dospívající. Podle Velemínské et al. (2012) se v oblasti primární prevence používané na školách začínají uplatňovat programy využívající vlivu vrstevníků tzv. PEER

programy. To že je v programu zainteresovaný účastník, který je posluchačům zájmy, věkem a sociálním postavením podobný, má velmi pozitivní vliv na to, jak jsou předávané informace přijímány. Jejich názor je kladně ovlivňován “jedním z nich“, což vede k mnohem pozitivnějším výsledkům (Velemínský et al., 2012). Domníváme se, že tyto preventivní programy jsou významným krokem v prevenci mládeže a myslíme si, že i sestry jsou vhodné členky do týmů, které tyto programy vytvářejí a realizují.

Preventivní opatření rakoviny plic je podle nás dodržováno různě. Pomocí výsledků výzkumného šetření můžeme poukázat na to, že prevenci často dodržují nekuřáci především tím, že nekouří a snaží se vyhýbat kuřáckému a znečištěnému prostředí. Probandi ANK 6,7,8 uvedli, že jim kuřácké prostředí vadí a snaží se v něm vyskytovat co možná nejméně. ANK 5 udával, že mu kuřácké prostředí nevadí, i když sám nekouří. Kuřáky tato prevence obvykle příliš nezajímá, přesto probandi AK 3 a AK 4 uváděli, že jim také není příjemné pobývat v příliš zakouřeném prostředí, například v uzavřené místnosti nebo při jídle. Empirická část naší práce však nastínila předpokládanou realitu toho, že kuřáci nevidí důvod dodržovat prevenci rakoviny plic. O tomto onemocnění a vlivu kouření na zvýšení jeho rizika vědí a mají o něm i dostatek informací. Věří však, že se jim tato zákeřná nemoc vyhne. Opak si podle nás příliš nepřipouští nebo špatný vliv kouření zlehčují. Nejčastěji jsme se u kuřáků setkali s názorem, že v dnešní době je všechno nezdravé, tak proč se omezovat právě v kouření. Machová et al. (2015) uvádí, že kouření patří mezi zlovyky, které negativně ovlivňuje náš zdravotní stav po všech stránkách. Nehorší dopad na zdraví každého jednotlivce je kombinace několika škodlivých zlovyků např. konzumace alkoholu, kouření, nadměrný přísun kalorií atd. (Machová et al., 2015). Fakt, že například nezdravé potraviny mnozí z nás také konzumují, a na rozdíl od cigaret na nich nejsou varovné nápisy a není proti nim skoro žádná prevence, se jen těžko popírá. Můžeme argumentovat snad jen tím, že i když se zdraví škodlivým vlivům ať úmyslně nebo neúmyslně někdy nevyhneme, je zbytečné svému tělu škodit zcela bezdůvodně ještě více.

Fait et al. (2011) uvádí, že nejefektivnější opatření zapříčiňující úbytek poptávky po cigaretách je jejich zdražení. Varovné nápisy mají podle něj na poptávku jen minimální efekt. Tato informace se nám ve výzkumném šetření také jevila jako pravdivá. Anketa poukázala na to, že probandi sice znají a pamatují si varovné nápisy na krabičkách cigaret, ale téměř jim nevěnují pozornost. Stejně jako odborná literatura nám však probandi

tvrdili, že kuřáci raději kupují krabičky, na kterých nejsou varovné obrázky. To souhlasí s tvrzením Faita et al. (2011), že jsou obrázky v tomto směru efektivnější než nápisy.

Informovanost zúčastněných adolescentů o rakovině plic byla obvykle nedostačující. Největší rezervy v informovanosti nastínila především anketa, kterou jsme probandům předložili k vyplnění. Neznalost probandů byla naneštěstí detekována právě v nejdůležitějších informacích. Probandi nejčastěji chybovali při otázkách týkajících se úspěšnosti léčby rakoviny plic, u zastoupení tohoto onemocnění u kuřáků a nekuřáků a také u otázky týkající se prvních příznaků rozvíjející se rakoviny plic. Právě tyto otázky považujeme však za zcela zásadní, proto i přes jinak značný počet správně zodpovězených otázek nemůžeme informovanost probandů nazvat dostačující. Vědomosti kuřáckých i nekuřáckých probandů se výrazně nelišily. I přes to, že probandy správné odpovědi ankety překvapovaly, neudělaly na ně obvykle výraznější dojem. AK 4, ANK 5 a ANK 8 udávali, že je některé informace zaujali. AK 1,2,3 a ANK 6,7 zůstali vůči podaným informacím celkem neteční. Po této zkušenosti si myslíme, že je zřejmě vhodnější realizovat prevenci rakoviny plic spíše u mladších dětí, na které by mohla mít větší vliv. Domníváme se, že zkušené kuřáky už téměř nelze zaujmout novými informacemi o škodlivosti kouření. Je to zřejmě způsobeno tím, že mají již od počátku k takovýmto informacím negativní postoj.

Z odborných zdrojů jsme se dozvěděli o možnosti využití edukačních metod při prevenci rakoviny plic a jejich účinnosti. Žaloudík (2008) uvádí, že v realizaci prevence mají svou roli všichni zdravotničtí pracovníci. Probandi naší práce naneštěstí uváděli, že se s primární prevencí rakoviny plic příliš nesebkávají. AK 4, 5 a ANK 7, 8 si vzpomněli na preventivní programy, které proběhly u nich ve škole. Kromě ANK 8 si však žádný z probandů nevzpomíná na to, že by se setkal s touto prevencí od sestry u praktického lékaře. Všechny námi dotazované sestry přitom uváděly, že tuto prevenci v nějaké míře realizují. Myslíme si, že tento rozpor je způsoben netečností dotazovaných adolescentů vůči prevenci nebo nepravdivými odpověďmi ze strany sestry. Všichni probandi, kuřáci, bez výjimky přiznali, že se již několikrát pokoušeli s kouřením přestat. Nakonec se však k němu vždy vrátili. Obvykle kvůli nedostatečné motivaci.

Druhá část našeho výzkumného šetření byla realizována pomocí rozhovorů se sestrami pracujícími na plicním oddělení a u praktického lékaře. Cílem těchto rozhovorů bylo zjistit, jak probíhá edukační proces vedený sestrou u praktického lékaře a na plicním

oddělení. Šafránková, Nejedlá (2006) uvádějí, že cílem ošetrovatelské péče, kterou sestry provádějí je mimo jiné i podávání informací o důležitosti úpravy životosprávy klienta (Šafránková, Nejedlá., 2006). Na pravdivosti tohoto tvrzení se zakládá naše práce a zcela s ním souhlasíme.

V rozhovorech se sestrami nás zajímalo především provádění edukace a primární prevence týkající se nádorového onemocnění plic a zaměřené na adolescenty. Naše očekávání nebylo příliš velké. Původně jsme předpokládali, že sestry žádnou edukaci neprovádí. Rozhovory se sestrami nás však překvapily a nyní si myslíme, že náš předpoklad nebyl zcela správný. U všech dotazovaných sester bylo patrné určité provádění edukace a primární prevence rakoviny plic. Z odborných zdrojů jsme byli informováni o tom, že se sestry mohou realizovat v primární prevenci rakoviny plic a také o vhodných edukačních metodách a jejich zásadách. Kvapil (2011) uvádí, že edukátor musí odhalit emoční naladění klienta. Podle toho by pak měl upravovat edukaci takovým způsobem, aby byla maximálně účinná. Rozhovory nám však ukázaly, že sestry v praxi využívají pouze edukaci pomocí krátkého verbálního poučení. Mají však čas na to edukovat dospívající klienty více a lépe? My se domníváme, že kvůli velké náplni práce na to příliš prostoru nemají. Všechny nicméně uvedly, že se informují, zda jsou jejich klienti kuřáci, a pokud má klient zájem, doporučí mu poradny na odvykání kouření nebo mu poradí metody, které mu jeho odvykání usnadní. Na vedení preventivních programů se podílela pouze jedna z dotazovaných sester. Tento program se však týkal antikoncepce, ne rizikovosti kouření a rakoviny plic. Všechny dotazované sestry byly přesvědčeny, že preventivní programy i veškerá prevence rakoviny plic má svůj význam. V tom, jak velký tento efekt je, se však jejich názory rozcházejí. S 1 a S 3 efekt prevence označily spíše za malý, S 2 za střední a S 4 za značně velký. Informace, že námi dotazované sestry věří v alespoň nějakou účinnost prevence, nás potěšila, protože se v dnešní době můžeme často setkávat s názory, že je prevence neúčinná, stojí hodně peněz a je naprosto zbytečná.

Snažili jsme se také zjistit, zda se v rámci prevence rakoviny plic využívá edukačních materiálů v ordinacích lékařů. Myslíme si, že nějaké edukační materiály týkající se nemocí a jejich prevence jsou v ordinacích velmi často dostupné. Jen u S 4, jsme se ale setkali s materiály, které se přímo týkaly kouření a rakoviny plic.

Výzkumné šetření, které bylo se sestrami realizováno nicméně poodhalilo, že je primární prevence rakoviny plic skutečně aktivně prováděna, přestože obvykle pouze s využitím

poučení ze strany sestry. Pokud má však klient zájem o radu nebo další informace týkající se škodlivosti kouření, rakoviny plic nebo odvykání kouření, jsou jim sestry i lékaři ochotni poradit, případně je odkázat na vhodné zdroje informací. Fait et al (2011) uvádí, že je mnohem účinnější, pokud varování na téma rakoviny plic a škodlivosti kouření, podává konkrétnímu klientovi lékař nebo sestra. Při této prevenci je totiž přístup osobní. Tuto informaci uváděly při rozhovorech i dotazované sestry. Obvykle nám říkaly, že klienti berou vážně slova zdravotníků a lékařů, protože vědí, že tito pracovníci se s danou problematikou setkávají a rozumí jí.

Poté, co jsme dokončili výzkumné šetření, jsme přesvědčeni o tom, že sestry nejsou vůči preventivním opatřením netečné a skutečně je v rámci možností a času, který ve své práci mají, realizují. Naneštěstí se podle nás prevence rakoviny plic neseťkává s příliš velkým ohlasem. Jsme však přesto přesvědčeni o tom, že by se pomocí zvýšení zdravotní gramotnosti dospívajících a dětí, mohl výskyt rakoviny plic výrazně snížit. Jak uvádí Svěráková (2012). Efektivní výchova a vzdělávání populace se vždy vyplatí, protože vede ke snížení nákladů na zdravotní péči. Edukovaný jedinec se totiž zpravidla aktivněji zajímá o své zdraví a častěji se vyhýbá rizikovým faktorům než jedinec, který neví, že si díky špatným návykům své zdraví ničí (Svěráková, 2012).

Celkově se nám informace z odborných zdrojů po dokončení našeho výzkumného šetření zdály pravdivé. V podstatě jsme nenarazili na žádný zásadní rozpor mezi materiály, z kterých jsme vycházeli při psaní teoretické části práce, a informacemi zjištěnými v empirické části práce.

6. Závěr

V dnešní době se setkáváme se stále narůstajícím počtem lidí, kteří mají diagnostikovanou rakovinu plic. Proto se domníváme, že primární prevence tohoto onemocnění zaměřená na dospívající, je aktuálním tématem. V teoretické části této práce jsme shrnuli všechny základní informace o tomto nádorovém onemocnění a také o primární prevenci a edukaci dospívajících, u kterých má podle nás největší význam. Zaměřili jsme se na charakteristiku, příznaky, diagnostiku, rizikové faktory, léčbu a ošetrovatelskou péči o klienta s tímto onemocněním. V empirické části jsme se věnovali vědomostem a informovanosti adolescentů o rakovině plic, škodlivosti kouření a míře jeho vlivu na rozvoj tohoto nádorového onemocnění. Snažili jsme se také zjistit, zda se adolescenti snaží dodržovat preventivní opatření zaměřené na rakovinu plic. Dále jsme se také zajímali o to, zda všeobecné sestry pracující u praktického lékaře nebo na plicním oddělení, edukují dospívající klienty o škodlivosti kouření a rakovině plic, zda se v rámci jejich práce nějaká primární prevence provádí a jestli se vůbec informují o tom, zda jsou jejich klienti kuřáci, či nikoliv. K naplnění cílů nám pomohly výzkumné otázky: Jaké znalosti mají adolescenti o primární prevenci nádorového onemocnění plic? Jak dodržují preventivní opatření nádorového onemocnění plic? Jak probíhá edukační proces, vedený všeobecnou sestrou u praktického lékaře a na plicním oddělení, podávaný adolescentům o nádorovém onemocnění plic? Podle těchto otázek jsme připravili polostrukturované rozhovory pro naše probandy. Po provedení výzkumného šetření bylo patrné, že informovanost, znalosti a vědomosti adolescentů o rakovině plic a škodlivosti kouření byly do značné míry omezené. Především jejich představa o úspěšnosti léčby tohoto vážného onemocnění byla většinou mylná. Výsledky výzkumného šetření dále naznačily, že sestry dospívající klienty skutečně edukují o rakovině plic i škodlivosti kouření a také se informují o tom, zda jsou jejich klienti kuřáci. Realizace primární prevence pomocí edukace je ale často časově omezená a obvykle je prováděna pouze v případě, kdy sestra vyhodnotí daného adolescenta jako rizikového klienta. Skutečnost, že je primární prevence rakoviny plic opravdu nějak realizována v praxi, nás ale mile překvapila, protože jsme to příliš neočekávali. Vzhledem k tomu, že je u nás rakovina plic nejčastější příčinou úmrtí na nádorové onemocnění, domníváme se, že větší důraz na primární prevenci, především u mladých klientů, bude zcela zásadní pro další nárůst nebo úbytek výskytu této nemoci v budoucnosti. Jsme přesvědčeni o tom, že autor této práce využije informace plynoucí z jejích výsledků při seberealizaci ve své profesi a sám se také bude

podílet na realizování primární prevence rakoviny plic. Věříme, že naše práce otevírá prostor pro další zkoumání zdravotní gramotnosti adolescentů v oblasti primární prevence rakoviny plic.

7. Seznam literatury

1. ADAM, Z., KREJČÍ, M., VORLÍČEK, J., 2011. *Obecná onkologie*. Praha: Galén. 394 s. ISBN 978-80-7262-715-8.
2. BASTABLE, S., 2007. *Nurse as Educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. 2nd ed. Sudbury: Jones Bartlett Learning. 667 s. ISBN 978-0-7637-4643-8.
3. BOMBARDELLI, L., BERNIS, A., 2016. The steady progress of targeted therapies, promising advances for lung cancer. *Ecancermedicalscience* [online]. 10(630-650), 1-12 [cit. 2017-02-15]. DOI: 10.3332/ecancer.2016.638. ISSN 17546605.
4. BRANDÝSKÁ, M., 2016. *Motivace ke kouření v období adolescence*. Hradec Králové. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta.
5. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
6. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
7. ETZEL, J., BACH, B., 2011. Estimating Individual Risk for Lung Cancer. *Semin Respir Crit Care Med* [online]. 32(1):3-9 1-12 [cit. 2017-02-15]. DOI: 10.1055/s-0031-1272864.
8. FAIT, T., VRABLÍK, M., ČEŠKA, R., 2011. *Preventivní medicína*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Maxdorf, Jessenius. 770 s. ISBN 978-80-7345-237-7.
9. FELBROVÁ, V., KULOVANÁ, S., 2016. *Krátká intervence sester u kuřáků ve VFN v Praze*. [online]. Tribune., [cit.16.4.2016] Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/39875-kratka-intervence-sester-u-kuraku-ve-vfn-v-praze>
10. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. 408 s. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
11. HORAŽDOVSKÝ, P., ČERNOVSKÁ, M., 2014. *Neuroendokrinní nádory plic a mediastina*. Praha: Maxdorf, Jessenius. 208 s. ISBN 978-80-7345-389-3.

12. JIRKOVSKÝ, D., HLAVÁČOVÁ, M., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3.
13. KABÍČEK, P., CSÉMY, L., HAMANOVÁ, J., 2014. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton. 343 s. ISBN 978-80-7387-793-4.
14. KLEIN, J., 2006. *Chirurgie karcinomu plic*. Praha: Grada. 217 s. ISBN 80-247-1384-5.
15. KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Portál. 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
16. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
17. KVAPIL, M., 2011. *Edukace není možná bez empatie*. [online]. Tribune., [cit.16.4.2016] Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/23239-edukace-neni-moznabez-empatie>
18. LEHTO, R., 2014. Lung cancer screening guidelines: The nurse's role in patient education and advocacy. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. 18(3), 338-342 [cit. 2016-10-20]. DOI: 10.1188/14.CJON.338-342. ISSN 10921095.
19. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, Pedagogika (Grada). 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
20. OEHLRICH, M., 2014. *Jak na rakovinu: prevence a boj s nemocí*. Praha: Reader's Digest. 288 s. ISBN 978-80-7406-261-2.
21. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
22. ROTH, J., COX, J., HONG, W., 2008. *Lung cancer*. 3rd ed. Oxford: Blackwell Pub. 480 p. ISBN 9781405151122.
23. ROZNEROVÁ, J., 2007. *Rizikové chování mládeže*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.

24. SOBOTKOVÁ, V., 2014. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada, Psyché (Grada). 152 s. ISBN 978-80-247-4042-3.
25. STEWART, D., 2010. *Lung cancer: prevention, management, and emerging therapies*. New York: Humana Press, Current clinical oncology (Totowa, N.J.). 538 p. ISBN 978-1-60761-524-8.
26. SVĚŘÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
27. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada. 284 s. ISBN 80-247-1148-6.
28. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
29. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetřovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
30. THRUL, J., BUHLER, A., HERTH, F., 2014. Prevention of teenage smoking through negative information giving, a cluster randomized controlled trial. *Drugs: Education, Prevention* [online]. 21(1), 35-42 [cit. 2016-10-20]. DOI: 10.3109/09687637.2013.798264. ISSN 09687637.
31. TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I., 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 198 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
32. TOMÁŠEK, J., 2015. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ, Asclepius. 448 s. ISBN 978-80-88046-01-1.
33. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum. 536 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
34. VELEMÍNSKÝ, M., 2012. *Klinická propedeutika*. 6. vydání. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 168 s. ISBN 978-807394-360-8.

35. VETEŠKA, J., TURECKIOVÁ, M., 2008. *Kompetence ve vzdělávání*. Praha: Grada, Pedagogika (Grada). 200 s. ISBN 978-80-247-1770-8.
36. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, Sestra (Grada). 452 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
37. VYTEJČKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
38. WILSON, A., 2013. Justice and Lung Cancer. *Journal of Medicine* [online]. 2013, 38(2), 219-234 [cit. 2016-10-20]. DOI: 10.1093/jmp/jht001. ISSN 03605310.
39. ŽALOUDÍK, J., 2008. *Vyhněte se rakovině, aneb, Prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada, Doktor radí. 192 s. ISBN 978-80-247-2307-5.

8. Seznam příloh

Příloha č.1: CD nacházející se na deskách bakalářské práce. Obsahuje audiovizuální záznamy 12 rozhovorů, které byly pořízeny v rámci výzkumného šetření.