

Informovanost studentů o prevenci a léčbě karcinomu plic

Nikola Mozgová

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Nikola Mozgiová**
Osobní číslo: **H13875**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Informovanost studentů o prevenci a léčbě karcinomu plic**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury k tématu bakalářské práce.
Vymezení pojmů, cílů a teoretických východisek v oblasti problematiky karcinomu plic.
Příprava a realizace průzkumu kvantitativní metodou dotazníkového šetření.
Zpracování, vyhodnocení a následná interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

FAIT, Tomáš, Michal VRABLÍK a Richard ČEŠKA. Preventivní medicína. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, c2011. 770 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-237-7.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

KLEIN, Jiří. Chirurgie karcinomu plic. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 220 s. ISBN 80-247-1384-5.

KUMAR, Parveen J. a Michael L. CLARK. Clinical medicine. 7th ed. Edinburg: Saunders, 2009. 1343 p. ISBN 978-0-7020-2993-6.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. Klinická onkologie pro sestry. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Jarmila Verešová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **13. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 16. 2. 2016

..... Hrnčová

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) *Do práva autorského také zasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Opírá-li autor takového díla udelit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jím dosažených v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je Informovanost studentů o prevenci a léčbě karcinomu plic. Práce je členěna na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část obsahuje informace o karcinomu plic, zabývá se projevy onemocnění, diagnostickými metodami, léčebnými metodami a zmíněny jsou i rizikové faktory. Je zde samostatná kapitola zaměřena na ošetrovatelskou péči před operací a po operaci.

Praktická část je formou dotazníkového šetření a výsledky jsou zpracovány pomocí tabulek a grafů s komentáři.

Klíčová slova: karcinom plic, kouření, ošetrovatelská péče, prevence, příznaky

ABSTRACT

The topic of bachelor's thesis is Awareness of Students on Lung Cancer Prevention and Treatment. The project is divided into theoretical and practical parts.

Theoretical part contains information about lung cancer, the project also deals with manifestation of disease, diagnostic methods, treatment methods and it mentions, as well, the risk's factors. There is an episode focused just on nursing care before and after operation.

Practical part is a form of questionnaire survey and results are processed by tables and graphs with comments.

Keywords: lung cancer, smoking, nursing care, prevention, symptoms

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala paní PhDr. Jarmile Verešové za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

PODĚKOVÁNÍ	7
PROHLÁŠENÍ	8
ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 KARCINOM PLIC	13
1.1 CHARAKTERISTIKA KARCINOMU PLIC.....	13
1.2 EPIDEMIOLOGIE KARCINOMU PLIC.....	13
1.3 ROZDĚLENÍ KARCINOMU PLIC.....	14
1.3.1.1 Malobuněčný bronchogenní karcinom	14
1.3.1.2 Nmalobuněčný karcinom plic	14
1.3.2 Dělení dle histologických vlastností	15
1.4 TNM KLASIFIKACE	15
1.5 PŘÍZNAKY KARCINOMU PLIC	16
1.5.1 Projevy lokálního růstu	16
1.5.2 Projevy regionální	16
1.5.3 Projevy metastatické	16
1.5.4 Projevy paraneoplastické	17
1.6 DIAGNOSTICKÉ METODY	17
1.6.1 Zobrazovací metody.....	17
1.6.2 Bronchoskopie.....	18
1.6.3 Transparietální biopsie	19
1.6.4 Chirurgické diagnostické postupy.....	19
1.7 LÉČBA	20
1.7.1 Chirurgická léčba	20
1.7.1.1 Limitované plicní resekce	20
1.7.1.2 Segmentektomie.....	21
1.7.1.3 Lobektomie	21
1.7.1.4 Pneumonektomie	21
1.7.2 Chemoterapie	21
1.7.3 Radioterapie	22
1.8 PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ	22
1.9 RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU ONEMOCNĚNÍ.....	23
1.9.1 Kouření.....	23
1.9.2 Další rizikové faktory.....	24
1.10 PREVENCE	24
2 OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE A JEJÍ SPECIFIKA	26
2.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PŘEDOPERAČNÍM OBDOBÍ	26
2.1.1 Příjem a posouzení stavu pacienta	26
2.1.2 Zlepšení čištění dýchacích cest	27
2.1.3 Zmírnění strachu a úzkosti	27
2.2 INTRAOPERAČNÍ OBDOBÍ	27
2.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V POOPERAČNÍM OBDOBÍ	28
2.3.1 Překlad pacienta	28

2.3.2	Monitorace pacienta po operaci	28
2.3.3	Péče o dýchání.....	28
2.3.4	Sledování bolesti, analgetika.....	29
2.3.5	Péče o operační ránu a drény.....	30
2.3.6	Péče o výživu a vyprazdňování	31
2.3.7	Hygienická péče	32
2.3.8	Prevence komplikací	32
2.3.9	Plánování propuštění	33
3	EDUKACE	34
II	PRAKTICKÁ ČÁST	35
4	METODIKA PRŮZKUMU	36
4.1	CÍLE PRÁCE	36
4.2	VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY	36
4.3	VÝZKUMNÉ METODY A TECHNIKY	36
4.4	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	37
4.5	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK	37
4.6	ORGANIZACE A REALIZACE VÝZKUMU	37
4.7	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	38
5	DISKUZE	71
	ZÁVĚR	77
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	79
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	84
	SEZNAM TABULEK.....	86
	SEZNAM GRAFŮ	87
	SEZNAM PŘÍLOH.....	88

ÚVOD

Česká republika patří mezi země s vysokou incidencí a mortalitou na plicní nádor. Co se týče srovnání incidence s ostatními zeměmi světa patří plicní nádor na 13. místo (Dušek a kol., 2007). Moc potěšující údaj to není, a proto je důležité hledat další pokroky v prevenci, diagnostice a léčbě. Všichni víme, že se takovému onemocnění dá předcházet, a že si za něj ve většině případů můžeme sami. Plicní nádor se může objevit ve velmi pozdním věku, ale i v příliš mladém. Nejčastěji však mezi 65.–69. rokem (Dušek a kol., 2007).

V dnešní době pozorujeme pokles incidence tohoto onemocnění u mužů, které může být dáno snižováním rizikovým zaměstnáním, ale co zvyšování u žen? U žádného jiného onemocnění, nebyl prokázán tak jednoznačný faktor pro vznik onemocnění. Jedná se o kouření, které se u žen rozmohlo později, proto se u nich incidence navyšuje. Dalšími rizikovými faktory je pasivní kouření, genetika, chemické látky, znečištěné ovzduší a mnoho dalších (Skříčková, 2016).

Oproti dřívější době, kdy byla rakovina plic považována za problém, který se nedal ovlivnit léčbou, je dnešní doba posunuta závratně vpřed. Přežití nemocných s pokročilým plicním nádorem se prodloužilo, a pro pacienty, kteří před lety byli nevhodnými kandidáty pro léčbu, se objevily nové možnosti. Velmi smutná zpráva je, že i když léčba pokročila jsou její výsledky stále neuspokojivé a většina nemocných na toto onemocnění umírá. Můžeme tedy říct, že prognóza tohoto nádoru je velmi špatná. Způsobeno je to hlavně tím, že počáteční stádium onemocnění probíhá bezpříznakově, a když se rakovina plic začne prezentovat příznaky jako je vykašlávání krve, bolest na hrudi, dušnost, která může být i klidová, znamená to, že onemocnění je ve stádiu pokročilém, je inoperabilní a někdy ani není možné využít jiné aktivní způsoby léčby. Jak můžeme rakovinu plic odhalit v časných stádiích? Bohužel, ale záchyt nádoru v takovém stádiu, kdy je to ještě věc chirurgů a radioterapeutů nejsme schopni odhalit. Zatím žádné screeningové metody pro brzké odhalení nemáme. Položme si otázku, proč se rakovina plic nevyhledává například jako rakovina děložního čípku, prsu nebo tlustého střeva? Pro vyhledávání rakoviny plic proběhla velká řada studií, dokonce i v České republice, kde se studie jmenovala Kolínská. Tahle studie se zaměřovala na to, aby onemocnění bylo diagnostikováno v časných stádiích. Zachycení onemocnění v časných stádiích studie prokázala, ale neprokázala snížení mortalit (Skříčková, 2016).

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KARCINOM PLIC

Karcinom plic se nejčastěji objevuje mezi 65.–69. rokem života (Dušek a kol., 2007).

Hlavním rizikovým faktorem pro vznik karcinomu plic je kouření. Počáteční stádium je většinou bezpříznakové, ale v dalších stádiích se objevuje únava, dechové obtíže, hemoptýza, schvácenost, anémie a další (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 146).

Vyšetření, které nám stanoví morfológickou diagnózu a klinické stádium podstoupí pouze ti klienti, kteří jsou vhodnými kandidáty pro onkologickou léčbu. Pokud pacient není schopen onkologickou léčbu (chemoterapie, radioterapie, chirurgická léčba) podstoupit, nemá smysl, aby se u něj dělaly vyšetření pro stanovení definitivní diagnózy. Vyšetření ztrácejí smysl, pokud pacient nespolupracuje, nebo pokud léčby není schopen (Češka a kolektiv, 2012, s. 498).

Pro stanovení léčby věk není rozhodující. Kromě chirurgické léčby, chemoterapie a radioterapie se v léčbě nemalobuněčného karcinomu plic v posledních letech užívá i léčba biologická (Češka a kolektiv, 2012, s. 498).

1.1 Charakteristika karcinomu plic

Nádory průdušek a nádory, které vznikají v plicním parenchymu, jsou bronchogenní karcinomy (Richard Češka a kolektiv, 2012, s. 498). Tyto dva typy jsou si svým klinickým obrazem velmi podobné a proto je lze od sebe těžko oddělit. Do plicního parenchymu většinou nádory průdušek prorůstají, nebo uzavírají průdušku, ve které vznikly a následně způsobují změny v plicním parenchymu a naopak (Skřičková, 2014).

1.2 Epidemiologie karcinomu plic

Rakovina plic je velmi častým zhoubným nádorem v lidské populaci a řadí se mezi nádorové onemocnění s velmi vysokou letalitou. Ve světě je na prvním místě v počtu nově diagnostikovaných nádorů za rok, což je 12,8 % všech karcinomů, stejně tak vysoko je na tom i v nádorové letalitě (921 000 úmrtí na nádor/rok, 17,8 % všech úmrtí na nádor) (Klein, 2006, s. 19).

Podle statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky dále jako ÚZIS nejvíce objevených nádorů plic v České republice byly v roce 2009. Tento zhoubný novotvar je nejčastější příčinou úmrtí ze všech nádorů u mužů, u nichž je incidence 87,5/100 000. Incidence u žen, která byla v roce 2009 považována za velký nárůst karcinomu plic byla

35,7/100 000 a nádor posunula už na 3. místo mezi všemi zhoubnými nádory (Skřičková, 2014).

1.3 Rozdělení karcinomu plic

Dle biologických vlastností je to malobuněčný bronchogenní karcinom (SCLC) a nemalobuněčný bronchogenní karcinom (NSCLC) (Češka a kolektiv, 2012, s. 498). Tento karcinom zahrnuje 3 histologické sub-typy (Klener et al., 2006 s. 411).

Stádium rakoviny plic se odvíjí od toho, zda-li metastazuje do lymfatických uzlin, okolních orgánů nebo metastázy netvoří. Ve většině případů se plicní nádor zachytí až ve stádiu pozdějším (Types and Staging of Lung Cancer, © 2016).

Karcinom plic dělíme dle biologických vlastností na malobuněčný a nemalobuněčný.

1.3.1.1 Malobuněčný bronchogenní karcinom

Tento typ nádorů tvoří 20-30 % všech karcinomů plic (Kumar & Clarks's, 2009, s. 881). Jeho největším rizikovým faktorem je kouření. Ve srovnání s nemalobuněčným karcinomem, roste rychleji a rychleji tvoří metastázy. Pozitivně reaguje na radioterapii a chemoterapii (Types and Staging of Lung Cancer, © 2016).

Stádia malobuněčného karcinomu plic

Limitované stádium onemocnění – zasahuje pouze jednu část plic a okolních lymfatických uzlin (Types and Staging of Lung Cancer, © 2016). Léčebný postup u tohoto typu nádoru je chemoterapie v kombinaci s radioterapií (Souček, 2011, s. 570).

Extenzivní stádium onemocnění – v tomto stádiu nádor postihuje více než polovinu hrudníku. Jako základní léčebný postup se používá chemoterapie. Může se indikovat i radioterapie s paliativním záměrem (Souček, 2011, s. 570).

1.3.1.2 Nemalobuněčný karcinom plic

Představuje asi 85 % rakoviny plic (Types and Staging of Lung Cancer, © 2016). Oproti karcinomu malobuněčnému roste pomaleji. Chirurgická resekce je pro něj příznivější, pokud nevytvoří metastatická ložiska. Na chemoterapii a radioterapii oproti malobuněčnému bronchogennímu karcinomu reaguje pomaleji (Češka a kolektiv, 2012, s. 498).

Stádia nemalobuněčného karcinomu plic

1. Stádium – karcinom se nešíří do žádných lymfatických uzlin a je umístěn pouze v plicích.
2. Stádium – nádor je v plicích v blízkosti lymfatických uzlin.
3. Stádium – karcinom se nachází v plicích a v lymfatických uzlinách ve středu hrudníku.

Třetí stádium má dva podtypy:

- IIIA – v případě, že nádor je na stejné straně hrudníku, kde vznikl a rozšířil se pouze do lymfatických uzlin .
 - IIIB – v případě, že se nádor rozšířil do lymfatických uzlin na opačné straně hrudníku, nebo nad klíční kostí.
4. Stádium – v případě, kdy se plicní nádor rozšíří do obou plic, tekutiny kolem plic, na jiné části těla, jako jsou například játra nebo jiné orgány (Souček, 2011, s. 570).

1.3.2 Dělení dle histologických vlastností

Dlaždicobuněčné karcinomy – vedou k postižení mediastinálních uzlin a častěji je můžeme vidět v centrální lokalizaci (Klener et al., 2006 s. 411).

Adenokarcinomy – většinou způsobí ložiska, která jsou lokalizovaná periferně, proto jejich průběh může být delší dobu asymptomatický. Souvislost s kouřením nebyla prokázána (Klener et al., 2006 s. 411).

Velkobuněčné karcinomy – moc často se nevyskytují. Projevy jsou stejné jako u adenokarcinomu (Klener et al., 2006 s. 411).

V příloze P III můžeme vidět rozdělení karcinomu plic do stádií.

1.4 TNM klasifikace

TNM klasifikace nám dovoluje přesně popsat vlastnosti, velikost, šíření nádoru. Používá se i pro odhadnutí předpokládaného průběhu, pro plánování adekvátní léčby a vyhodnocování jejich výsledků (Klein, 2006, s. 29).

Podrobněji je klasifikace bronchogenního karcinomu uvedena v příloze P II.

1.5 Příznaky karcinomu plic

Příznaky, které by nás včas upozornily a varovaly na plicní nádor, neexistují. Když se nějaké symptomy objeví, tak je karcinom většinou už ve stádiu pokročilém (Češka a kolektiv, 2012, s. 499). Karcinom plic může být diagnostikován v raném stádiu, pokud při objevení prvních příznaků ihned navštívíte lékaře (Signs and symptoms of lung cancer, © 2016).

1.5.1 Projevy lokálního růstu

Kašel patří mezi základní a nejčastější projevy lokálního růstu plicního karcinomu a objevuje se asi u 40–70 % nemocných. Pokud kašel trvá déle jak dva týdny, mění charakter a objevuje se spolu s dalšími příznaky, jako je hemoptýza je to pro nás varujícím příznakem (Klein, 2006, s. 26). Většina klientů, kteří jsou postiženi plicním karcinomem jsou kuřáci a kašel chápou pouze jako kuřácký nebo jen přechodně zhoršený. Kuřácký kašel značí něco abnormálního, ale neznamená vždy plicní nádor (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 263).

1.5.2 Projevy regionální

Objevují se v pokročilém stádiu nádoru, který je většinou inoperabilní (Klein, 2006, s. 26–27). Jako nejčastější příznak u regionálních projevů plicního karcinomu je bolest hrudní stěny (Babičková, Skříčková, 2008, s. 1–4). Dalšími typickými příznaky jsou chrapot, dysfagie, pleurální výpotek, syndrom HDŽ, Pancoastův syndrom a mnohé další.

„Syndrom horní duté žíly je soubor příznaků provázející uzávěr horní duté žíly objemnými uzlinami horního mediastina vpravo, přímým růstem nádoru pravého tracheobronchiálního úhlu či kombinací obou příčin“ (Klein, 2006, s. 26–27).

Pancoastův syndrom označuje skupinu příznaků, které vznikají při Pancoastovém nádoru. Jedná se o nádor, který prorůstá do hrotu plíce (Klein, 2006, s. 26–27).

1.5.3 Projevy metastatické

Tyto projevy se většinou objeví v pokročilém stádiu nemoci. Nejčastějšími místy, kde plicní rakovina tvoří metastázy jsou, plíce, játra, nadledviny, CNS a skelet (Klein, 2006, s. 27).

1.5.4 Projevy paraneoplastické

Vyskytují se u 10–20% osob postižených karcinomem plic. Patří sem projevy, které jsou s nádorem v nepřímém vztahu. Jsou to specifické metabolické, endokrinologické, kardiovaskulární, kožní a neuromuskulární projevy (Skřičková, Kadlec, 2014, s. 30–33).

1.6 Diagnostické metody

Když vyšetřujeme pacienta, zajímá nás hlavně rodinná a osobní anamnéza. Je důležité věnovat pozornost výskytu onemocnění v rodině, pracovní anamnéze a příznakům, které pacient uvádí. Co nás zajímá v pracovní anamnéze je riziková profese a pohyb v rizikovém prostředí na pracovišti. Mezi takové můžeme řadit práci v uranových dolech, práce s ionizujícím zářením, s chemickými látkami, jako je azbest a další. Velkou roli zde hraje i fyzikální vyšetření, kde můžeme pozorovat známky bronchiální obstrukce, syndrom HDŽ, postižení podkožních mízních uzlin metastázemi a paraneoplastické příznaky (Pešek, 2009, s. 272–275).

1.6.1 Zobrazovací metody

Skiagram hrudníku

Je vyšetřovací metoda, která se v pneumologii a v pneumoonkologii považuje za základní zobrazovací metodu. Standardní je zadopřední projekce, ale provádí se i projekce boční z důvodu hromadění nádorů, které jsou centrálně uloženy vlevo za srdečním stínem (Klein, 2006, s. 31). Lokalizace nádoru je důležitá před bronchoskopií, nebo před posouzením možné diagnostické transparietální torakální punkce (Češka a kolektiv, 2012, s. 500). V některých případech se dá stanovit jistá diagnóza podle nativního snímku, někdy jen podezření na nádorovou lézi.

„Bohužel, přibližně 4 % nemocných s plicním nádorem mají snímek bez patologie a přibližně u jedné pětiny nemocných s plicním novotvarem bývá léze patrná na snímku přehlédnuta“ (Klein, 2006, s. 31).

Počítačová tomografie (CT)

CT vyšetření nám umožní lepší vidění nádoru a jeho prorůstání do okolních struktur. Jedná se o citlivější metodu, která nám hodnotí postižení mediastinálních uzlin (Zatloukal, 2008, s. 23–27). Pokud uzliny nemají více jak 1 cm, tak jsou nepatologické. Když je uzlina zvětšená, neznamená to vždy, že je infiltrována nádorem. Proto nelze pomocí CT

jednoznačně takové uzliny prokázat. Zvětšení uzlin může znamenat reaktivní hyperplazii, antrakózu či zánět. Mikroskopické metastázy, které postihují uzliny naopak zvětšené být nemusí (Češka a kolektiv, 2012, s. 500).

Magnetická rezonance (MR)

MR nám umožňuje přesněji rozlišit nádorovou infiltraci od měkkých tkání. Pokud není možné při CT vyšetření pacientovi podat kontrastní látku, je lepší zvolit MR, která poskytne přesnější informaci o tumoru plic. Jestliže tumor prorůstá do hrudní stěny, toto vyšetření je nejvhodnější. V plicním hrotu nám může stanovit rozsah nádoru (Pancoastův tumor) (Češka a kolektiv, 2012, s. 500).

Sonografie (SONO)

Na sonografii hrudníku se někdy neoprávněně zapomíná. Důležitou roli hraje v diagnostice výpotků, nebo nitrohručních ohraničených kolekcí. Může nás navigovat při punkcích, drenážích či biopsiích (Klein, 2006, s. 35).

Scintigrafie skeletu

Scintigrafie skeletu se indikuje při zvýšení sérových parametrů (ALP – alkalická fosfatáza, Ca) a u příznaků jako je bolest a hmatná ložiska u pacientů s nemalobuněčným tumorem. U malobuněčných tumorů k vyloučení metastáz v kostech (Klein, 2006, s. 36).

Pozitronová emisní tomografie (PET)

Pozitronová emisní tomografie je radioizotopová zobrazovací metoda (Zatloukal, Petruželka, 2001, s. 60). Kromě jednotlivých anatomických struktur nám pozitronová emisní tomografie s vysokou přesností poukáže na funkční změny orgánů a posoudí aktivitu buněk z metabolické stránky (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 69). Hraje významnou roli při posuzování postižení regionálních uzlin. Co brání většímu využití PET je nízká dostupnost a vysoká cena tohoto vyšetření (Zatloukal, Petruželka, 2001, s. 60).

1.6.2 Bronchoskopie

Bronchoskopie (většinou flexibilní) nám zajistí odběr materiálu na histologické vyšetření. I když by se měl dát přednost histologii před cytologickým odběrem, tak bohužel ne vždy tomu tak je a cytologie se jeví jako jediná možnost endobronchiálního odběru u periferních lézí (Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014, s. 344). Cytologické vyšetření se může provádět

za pomoci speciálního kartáčku, aspirační cévky, bronchiálního výplachu, bronchoalveolární laváže. Histologické vyšetření se provádí speciálními klíšťkami. Co můžeme hodnotit makroskopicky je monitorování průběhu nemoci, provádět terapeutické paliativní zákroky a v bronchiálním stromu můžeme zhodnotit změny (Češka a kolektiv, 2012, s. 500).

1.6.3 Transparietální biopsie

Transparietální biopsie nám umožňuje ověření periferní plicní léze, stejně jako chorobného postižení, které dosahuje mediastina nebo penetruje do stěny hrudní. Jako nejčastější komplikací se uvádí pneumotorax (Klein, 2006, s. 36).

1.6.4 Chirurgické diagnostické postupy

Krční mediastinoskopie

Krční mediastinoskopie je prováděna v celkové anestezii. Slouží k odebrání mediastinálních uzlin k histologickému vyšetření (Zatloukal, Petruželka, 2001, s. 70).

Rozšířená mediastinoskopie

Rozšířená mediastinoskopie slouží k odebrání uzlin aortopulmonálního okénka a před obloukem aorty. Pravidelně tyto uzliny bývají postiženy, pokud je nádor horního plicního laloku vlevo (Klein, 2006, s. 39).

Přední mediastinotomie (Chamberlainova operace)

Přední mediastinotomie se provádí se pokud selžou méně invazivní operace jako je mediastinoskopie, VTS – videotorakoskopie, VATS – videoasistovaná hrudní chirurgie k posouzení lymfadenopatie v aortálním okénku a mediastinálního prorůstání u tumorů horního levého laloku (Klein, 2006, s. 39).

Parasternální mediastinoskopie

Parasternální mediastinoskopie může se provádět interkostálním přístupem kdy se zavede mediastinoskop II. mezižebřím a pod kontrolou optiky se odebere biopsie. Při ověřování hilových uzlin nebo pokud tumor infiltruje do mediastinálních struktur lze mediastinoskop zavést i intrapleulárně (Klein, 2006, s. 40).

Videotorakoskopie

Videotorakoskopie se provádí při nedostupnosti uzlin mediastinoskopií. Dává nám zásadní informace o rozsahu uzlinového postižení, ale také o resektabilitě tumoru, popřípadě jeho generalizaci. Pokud dojde ke kolapsu plic na operované straně, tak je videotorakoskopie podmínkou. Při výkonu se obvykle drénuje pohrudniční dutina (Klein, 2006, s. 40–41).

1.7 Léčba

Léčba by měla být odlišná u pacientů, kteří mají vzdálené metastázy, u kterých má léčba především paliativní potenciál, od těch, kteří mají onemocnění lokalizované. Operační postup se volí v takovém případě, kdy je operace možná. U ostatních případů je to chemoterapie nebo ozařování. Nemocnému můžeme dočasně snížit potíže klasickou radioterapií, i když nádor nelze vyléčit. Léčba se zvažuje s ohledem na souběžná onemocnění a stav výkonnosti. Při rozhodování léčby věk není rozhodujícím faktorem. Důležitou roli hraje i paliativní léčba a komplexní podpůrná (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 265–266).

1.7.1 Chirurgická léčba

Chirurgickou terapii považujeme za nejlépe výslednou v léčbě karcinomu plic. Můžeme ji použít u obou typů nádorů, avšak u každého z nich hraje jinou roli. U nemalobuněčného plicního karcinomu je nejvíce účinná v I. a II. stádiu nemoci. Co se týče karcinomu malobuněčného, tam se vždy chirurgická léčba musí kombinovat s léčbou systémovou. Je účinná pouze v I. stádiu nemoci, kdy se bohužel diagnostikuje jen velmi malý počet nemocných (Zatloukal, Petruželka, 2001, s. 157).

1.7.1.1 *Limitované plicní resekce*

Plicní resekce definuje odstranění tkáně neanatomickým způsobem. Hranice plic, tedy intersegmentální a interlobální nejsou respektovány. Při tomto výkonu se obvykle resekuje objem tkáně menší než jeden segment. Při odstranění většího objemu tkáně se doporučuje segmentektomie. Může sloužit jako diagnosticko-terapeutický výkon ložisek vzniklých z neznámých příčin, a u lidí se závažně omezenou ventilací jako metoda místní kontroly tumoru (Klein, 2006, s. 105).

Klínovitá resekce

Je realizována u klientů, kterým hrozí vysoké operační riziko, tedy u těch, jejichž nádor je periferně lokalizován a je ve stádiu T1 nebo T2 (Zatloukal, Petruželka, 2001, s. 170).

Excize

Využívá se u nemocných s vysokým rizikem. Používá se i pro léze, které jsou hlouběji uložené (Klein, 2006, s. 170).

1.7.1.2 Segmentektomie

„Segmentální resekci rozumíme odstranění jednoho nebo více bronchopulmonálních segmentů na podkladě anatomické disekce v intersegmentálních hranicích po, respektive za selektivního přerušení a uzávěru segmentální tepny, průdušky a intersegmentálních žil“ (Klein, 2006, s. 108).

1.7.1.3 Lobektomie

Pro karcinom plic je lobektomie nejčastěji používaným typem operace (Jiří Klein, 2006, s. 115). Standardní lobektomie je prováděna u pacientů s menším, periferně lokalizovaným nádorem, bez postižení uzlin nebo s maximálním postižením N1 (Zatloukal, Petruželka, 2001, s. 168).

Lobektomie může být přijatelným definitivním řešením nejen pro onkologické případy, ale i pro zánětlivé plicní onemocnění jako je například bronchiektázie (Klein, 2006, s. 115).

1.7.1.4 Pneumonektomie

Standardní pneumonektomie se užívá přibližně u 30–40 % nemocných, kteří jsou pro karcinom plic operováni. Indikuje se pokud jsou postiženy hilové nebo mediastinální lymfatické uzliny a při primárních nádorech, které jsou rozsáhlé nebo centrálně uložené (Zatloukal, Petruželka, 2001, s. 167).

1.7.2 Chemoterapie

Chemoterapie je léčebná metoda pomocí chemických látek, které nazýváme cytostatika. Cytostatiky je zastaveno buněčné dělení a buňky jsou ničeny tak, že cytostatika poškozují jejich genetickou informaci. Jejich nevýhodou je, že mohou způsobovat mnoho nežádoucích účinků. Patří sem útlum krvetvorby a další hematologické nežádoucí účinky, infekční

komplikace, nevolnost, zvracení, poškození sliznic zažívacího traktu s průjmy a zácpou, kardiotoxicita, nefrotoxická, neurotoxické projevy, plicní toxicita, gonadální toxicita, alopecie, bolestivé zarudnutí dlaní a chodidel, onycholýza a mnohé další (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 121–145).

Hlavní využití má u malobuněčného nádoru plic, který je vysoce chemosenzitivní. Zpochybňována byla dlouho dobu u nemalobuněčného nádoru, kde je chemosenzitivita podstatně nižší (Zatloukal, Petruželka, 2001, s. 197).

Obvykle se kombinují chirurgické postupy s chemoterapií a radioterapií, ale v úvahu však nepřipadá tyto metody aplikovat s chirurgií současně. Výjimkou je pouze peroperační radioterapie. Tyto metody můžeme tedy aplikovat pouze před nebo po operaci. Pokud je chemoterapie nebo radioterapie aplikována před operací nazývá se indukční (neoadjuvantní, protoadjuvantní) léčba. Po operaci to je adjuvantní (Klein, 2006, s. 53).

1.7.3 Radioterapie

Je léčba při které se užívá ionizující záření. Jejím principem je, že většina nádorových buněk je na radiaci citlivější, než normální buňky zdravé tkáně (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 100).

Je zde důležitá spolupráce bronchologa a radioterapeuta. U tumoru plic se obvykle zdroj záření umísťuje intrabronchiálně do těsné blízkosti nádorového ložiska (Zatloukal, Petruželka, 2001, s. 175–187).

1.8 Prognóza onemocnění

Jako základní prognostický faktor u plicního karcinomu je stadium onemocnění. Při stanovení diagnózy plicního karcinomu jde u více než 80% pacientů o pokročilé nebo metastazující onemocnění, které má velmi špatnou prognózu. Co často neumožňuje pacientům prodloužit, nebo alespoň zlepšit kvalitu života a zahájit aktivní onkologickou léčbu je celkový stav pacienta a četné komorbidity pacientů (většinou kuřáků) (Vašáková a kol., 2013, s. 118).

U malobuněčného karcinomu další průběh závisí na tom, v jakém stádiu se onemocnění v době stanovení diagnózy nachází. Při léčbě chemoterapií u limitovaného stádia je průměr přežití 12–14 měsíců a 16–20 měsíců při kombinaci chemoterapie a radioterapie. Bez terapie extenzivního stádia je průměr přežití 6 týdnů, s chemoterapií 7–8 měsíců.

U pacientů s malobuněčným karcinomem je dvouleté přežití 5 % (Vašáková a kol., 2013, s. 118).

U nemalobuněčného stádia se prognóza odvíjí dle možnosti radikálního chirurgického výkonu. Pacienti s nejlepší prognózou jsou ti, kteří mají onemocnění ve stádiu T1 N0 M0. U těch je pravděpodobné 5leté přežití větší než 60 %. K relapsu onemocnění většinou dochází do dvou let, i po provedené radikální resekci. To je však u pacientů s pozitivními lymfatickými uzlinami (Vašáková a kol., 2013, s. 118).

1.9 Rizikové faktory vzniku onemocnění

Na vzniku onemocnění karcinomu plic se podílí řada rizikových faktorů. Ty mohou být ovlivnitelné nebo neovlivnitelné. Mezi ovlivnitelné rizikové faktory můžeme zařadit životní styl, do kterého spadá například kouření, které se uvádí jako nejvýznamnější rizikový faktor pro vznik karcinomu plic. Neovlivnitelnými rizikovými faktory může být například genetika.

1.9.1 Kouření

Kouření je nejvíce rizikovým faktorem pro vznik karcinomu plic. Pacienti, kteří jsou tímto nádorem postiženi jsou z 90 % kuřáci. Na celém světě se počet kuřáků odhaduje na 1,3 miliardy a v důsledku kouření se počet úmrtí odhaduje na 4.800.000 lidí. Z celkového počtu kuřáků se nádory plic vyskytují až u 24 % kouřících osob. Pasivním kouřením je způsobeno 30 % rakoviny plic u nekuřáků. V ČR průzkum Eurobarometr uvedl, že kouří asi 2.300.000 lidí (Mlčochová, Mlčoch, ©2016).

U aktivního kuřáka mnohonásobně stoupá riziko vzniku karcinomu plic po vykouření 150 000 cigarety. Důležitou roli hraje taky druh kuřiva, cigaretový filtr a obsah karcinogenních látek. Určitou podstatu má i počet cigaret, který člověk za den vykouří a celková doba kouření (Mlčochová, Mlčoch, © 2016). Uvedenými faktory a dalšími faktory, jako jsou například doba zapálení první cigarety, rozložení kouření během dne apod. můžeme pomocí Fagerströmův test nikotinové závislosti vyhodnotit, jak je člověk na nikotinu závislý.

Fagerströmův test je uveden v příloze P IV.

Složení cigaretového kouře

Kouř z cigaret obsahuje látky, které dráždí oči a dýchací systém, toxické látky (jedy), mutageny (látky, které ovlivňují genetickou informaci DNA chromozomů), karcinogeny (látky, které způsobují rakovinu), reproduktivně toxické látky (látky, zhoršující schopnost početí dítěte). Toxické látky obsažené v tabákovém kouři jsou například amoniak, akrolein, oxid uhelnatý, formaldehyd, kyanid, nikotin, oxidy dusíku, fenol, oxid síry. Alkaloid, který je v tabákovém kouři nejvýznamnější je nikotin a v jedné cigaretě je ho 1–4 mg. Nikotin vyvolává řadu účinků. Řadí se sem zvýšená aktivita trávicího traktu, zvýšení produkce slin, zvýšení produkce trávicích šťáv a vzestup aktivity hladké svaloviny, zvyšuje krevní tlak, zrychluje činnost srdce, způsobuje stažení cév, obsah mastných kyselin v krvi zvyšuje, inhibuje syntézu estrogenu, stoupá produkce potu a může vyvolat stažení zornic (Mlčochová, Mlčoch, ©2016).

1.9.2 Další rizikové faktory

Mezi další rizikové faktory řadíme:

- Znečištěné ovzduší
- Špatná skladba potravin
- Prodělaná fibrotická a zánětlivá plicní onemocnění
- Chemické látky
- Genetika (Rizikové faktory, © 2016).

1.10 Prevence

Prevenci rozdělujeme na primární, sekundární a terciární. Za nejvíce významnou, pro kontrolu rakoviny plic se považuje prevence primární. Do primární prevence spadá stop kouření u kuřáků, zachování nekuřáctví u nekuřáků, vyhnout se pasivnímu kouření, eliminace profesionálních rizik, zajištění čistého ovzduší v obydlích a zevním životním prostředí, pečlivé vyléčení nemocí DC, konzumace ovoce a zeleniny, omezení živočišných tuků (Fait, Vrablík a Češka, 2011, s. 357–360).

Všechny body, které jsou zde uvedeny obsahuje Evropský kodex proti rakovině – hlavní zásady a doporučení, který je uveden v příloze P V.

Sekundární prevence se zaměřuje na včasný záchyt karcinomu plic. U velmi silných kuřáků, kteří mají vysoké riziko pro vznik karcinomu plic, není screening prozatím

považován za efektivní metodu. Jako více účinná metoda se považuje skiagram hrudníku. Při podezření na plicní karcinom se provádí RTG vyšetření, ale jasná diagnóza se stanoví pomocí histologického nebo cytologického vyšetření (Fait, Vrablík a Češka, 2011, s. 357–360).

Terciární prevence má za úkol zjistit šíření míst plicní rakoviny a odhalit recidivu po předchozí léčbě (Žaloudík, 2008, s. 51).

WHO (Světová zdravotnická organizace) vyhláší 31. květen za Světový den bez tabáku. Tento den upozorňuje rizika, které jsou spojena s kouřením a při této příležitosti se koná řada osvětových akcí s protikuřáckou tematikou (World Health Organization, ©2007).

2 OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE A JEJÍ SPECIFIKA

Hlavním úkolem ošetrovatelské péče je zaměření na udržení, podporu a navrácení zdraví pacienta. Sestra uspokojuje biologické, psychické a sociální potřeby pacienta, přičemž se snaží o maximální úroveň sebek péče. Součástí ošetrovatelské péče je i péče o nemocné v terminálním stádium, zmírnění jejich utrpení a zajištění klidného umírání a smrti (Vytejková, Sedlářová, Wirthová, Holubová, 2011, s. 15).

2.1 Ošetrovatelská péče v předoperačním období

Ošetrovatelská péče v předoperačním období zahrnuje péči o pacienty před operací, od jejich příchodu na oddělení a končí předáním pacienta na operační sál. Jedná se o období velmi rozmanité, do kterého spadá příčina vedoucí k operaci a celkový stav pacienta (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 26).

2.1.1 Příjem a posouzení stavu pacienta

Pacient s plicním karcinomem je přijat na standardní chirurgické oddělení. Pokud je vyžadováno více intervencí, tak může být přijat i na JIP. Sestra provádí posouzení subjektivních i objektivních údajů pacienta. Při posuzování stavu pacienta se zvláštní důraz klade na stav dýchacího systému. Co se zaznamenává jsou předešlé respirační problémy a anamnéza kouření, které má na pooperační komplikace velký vliv (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 129). Pokud pacient přestane kouřit, sníží se mu tvorba hlenu a obnoví se řasinkový epitel dýchacích cest (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 128). Nakagawi uvádí, že pacienti, kteří zanechají kouření 5–8 týdnů před operací mají snížené riziko vzniku pooperačních komplikací a u pacientů, kteří nekouří více jak 10 dnů před operací můžeme riziko vzniku pooperačních komplikací srovnat s nekuřáky (Stolz, Pafko a kol., 2010, s. 54). Dále sestra hodnotí nutriční stav a další oblasti, dle kterých stanoví ošetrovatelské diagnózy a plán ošetrovatelské péče. Dalším důležitým bodem je identifikace pacientů se zvýšeným rizikem vzniku perioperačních komplikací a u kterých je snížena kvalita života po plicní resekci (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 129). Posouzení rizik plicní resekce je velmi komplexní proces. Mezi rizika standardní plicní resekce pro bronchogenní karcinom pooperační morbidita, mortalita a kvalita života pacienta po operaci (Stolz, Pafko a kol., 2010, s. 53).

2.1.2 Zlepšení čištění dýchacích cest

U pacienta po operaci je velké riziko vzniku komplikací, které mohou vést až k hypoxii a plicní insuficienci. Proto je nutné udržovat dýchací cesty čisté. Čistých dýchacích cest můžeme dosáhnout pomocí posturální drenáže nebo odsátí dýchacích cest. Z lékových skupin se podávají bronchodilatancia, expektorancia a ATB.

Existuje mnoho způsobů dechové RHB dle kterých se pacient na operaci připravuje. Patří sem nácvik hlubokého dýchání, kašláni a dýchání proti odporu. Za preventivní opatření se považuje edukace a nácvik RHB cviků a brzká mobilizace (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 128). Sestra sleduje charakter a množství sputa, jeho konzistenci a barvu (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 131).

2.1.3 Zmírnění strachu a úzkosti

Pacient může pociťovat strach z mnoha různých příčin. Může to být například z krvácení kvůli krvavému sputu, ze stenokardie a chronického kašle. Může mít obavy i z toho, že bude závislý na ventilátoru a ze smrti, která souvisí s dušností a přidruženými nemocemi. Sestra pacientovi naslouchá a hodnotí jeho obavy a pocity o navrhované léčbě a nemoci. Hodnotí i to, jak je pacient motivovaný k návratu běžných aktivit a svým poučením mu napomáhá zmírnit problémy vyskytující se v pooperačním pooperačním období (Smeltzer, Bare 2000 podle Janíkové, Zeleníkové, 2013, s. 132).

2.2 Intraoperační období

Plicní operace se provádí v celkové anestezii. U hrudních chirurgických má anestezie své zvláštnosti dané pacientovou polohou na boku a technikou jednostranné plicní ventilace. Samostatná poloha na boku při zavřeném hrudníku mění průtok vzduchu a krve v plicích. Plíce, která leží níže je lépe prokrvená, ale za to hůře ventilována. U plíce ležící výše je tomu naopak. Zlatý střed pro plicní chirurgii je anestezie, kdy je ventilována jedna plíce. V dnešní době se používají dvoucestné endotracheální rourky. V praxi se využívá rourka Carlensova pro intubaci levého hlavního bronchu, Whiteova pro pravostrannou intubaci, Bryceova-Smithova pro pravé i levé provedení a rourka Robertshawova typu (Klein, 2006, s. 69).

Na operačním stole je pacient v poloze na boku a na predilekčních místech vypodložen antidekubitárními pomůckami. Zvednutou a zafixovanou končetinu ve zvýšené poloze má pacient na operované straně.

Při operaci se monitorují vitální funkce pacienta, kdy je důraz kladen hlavně na ventilační parametry. Dále se monitoruje EKG, inspirační frakce O₂, koncentrace CO₂ ve vydechované směsi, dechový minutový objem. Centrální venózní tlak, invazivní krevní tlak, opakované analyzování arteriálních krevních plynů, sledování diurézy se provádí u pacientů s rizikem (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 134).

2.3 Ošetrovatelská péče v pooperačním období

Pooperační péče má za úkol převedení pacienta přes nejvíce rizikové období po resekci plic, vyloučit nebo zvládnout komplikace a postupně vrátit pacienta k rutinní životní aktivitě (Klein, 2006, s. 191).

2.3.1 Překlad pacienta

Po hrudní operaci je pacient přivezen sestrou a lékařem na JIP, kde se intenzivně monitoruje a kontroluje jeho pooperační průběh, až do doby, kdy je jeho stav stabilizovaný. Poloha, kterou obvykle pacient po operaci zaujímá je Fowlerova poloha (zvýšená horní část o 30–40 °) (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 135).

2.3.2 Monitorace pacienta po operaci

Na jednotce intenzivní péče se monitorují vitální funkce jako je puls, krevní tlak, dech a tělesná teplota. Dále se měří EKG, SpO₂ a provádí se laboratorní vyšetření (KO, koagulace, biochemické vyšetření – glykémie, minerály, urea, kreatinin, CRP, ABR) (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 135). Sledování CVT, měření arteriálního tlaku invazivně a v některých případech inserce Swanova-Ganzova katétru u obtížných výkonů a rizikových pacientů je na místě (Klein, 2006, s. 191). V prvních dvou hodinách je důležité sledovat varovné signály jako je stav vědomí, hraniční hodnoty vitálních funkcí, prosakování rány, velké množství sekretu v drénu, malou diurézu a nepřiměřenou bolestivost pacienta. Hlavní úlohou sestry je včasné zachycení a zaznamenání odchylek od běžného pooperačního průběhu (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 136).

2.3.3 Péče o dýchání

Někteří pacienti mohou po hrudní operaci vyžadovat UPV. Zda pacient umělou plicní ventilaci bude vyžadovat, závisí na mnoha faktorech jako je například stav pacienta, povaha chirurgického výkonu, operační průběh a hloubka anestezie. U pacienta s UPV je důležitá celková péče, která je zajištěna sestrou. Sestra pečuje o DC, provádí důslednou

hygienickou péči, pečuje o DÚ a nosní sliznici, zvlhčuje dýchací cesty, péče zahrnuje i polohování endotracheální kanyly. Dále sestra pečuje o invazivní vstupy, polohuje pacienta, zajišťuje prevenci NN, sleduje vitální funkce pacienta, klinické projevy a ventilační parametry, 1x za 24 hodin kontroluje tlak v obturační manžetě, za sterilních podmínek odsává DC včetně dutiny ústní a pravidelně vyměňuje uzavřený systém odsávání a ventilační okruh.

U pacienta, který UPV nepotřebuje je zahájena pomocí kyslíkové masky nebo kyslíkových brýlí oxygenoterapie popřípadě nebulizace. Velmi podstatné je i odkašlávání, případně odsávání. V pooperačním období pacient provádí každé 2 hodiny techniky hlubokého dýchání jako prevenci nevdusnosti plic (Smeltzer et al., 2010 podle Janíkové, Zeleníkové, 2013, s. 136–137). Jak má správně všeobecná sestra pacienta polohovat konzultuje s lékařem. Dechová RHB se vždy provádí za pomoci fyzioterapeuta a je u ní možné i použít pomůcky jakou jsou například nádechové trenažery (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 136–137).

2.3.4 Sledování bolesti, analgetika

Tlumení bolesti po operaci plic hraje významnou roli, z důvodu zabránění plicních komplikací, které při neúspěšné léčbě bolesti mohou vzniknout. Torakotomie patří mezi nejbolestivější chirurgické přístupy, po kterém je pro pacienta i hluboký nádech bolestivý (Stolz, Pafko a kol., 2010, s. 90). Pacientova bolest musí být důkladně sledována a dostatečně tlumená. Dle ordinace lékaře sestra podává analgetika a sleduje jejich působení a reakce pacienta (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 137). Existuje mnoho hodnotících škál dle kterých sestra může hodnotit intenzitu bolesti pacienta. Je to například denní záznam bolesti podle Melzacka, jednoduchá deskriptivní škála bolesti, mapa bolesti (M. S. Margoles, 1983), numerická škála bolesti, vizuální analogová škála a mnohé další. Pro ukázkou jsou škály pro hodnocení bolesti uvedeny v příloze P VI a mapa bolesti v příloze P V II.

Pro farmakologické léčení nádorové bolesti je mnoho doporučení, kdy doporučení Světové zdravotnické organizace se považuje za klasické a jeho schematické vyjádření je „analgetický žebříček WHO“.

Pro to, jaké se zvolí analgetikum je základním parametrem intenzita bolesti pacienta. Pro mírnou bolest se indikují neopioidní analgetika jako je například paracetamol, metamizol, kyselina acetylsalicylová, ibuprofen, diklofenak, indometacin. Středně silná

bolest je léčena slabými opioidy jako je kodein, dihydrokodein, tramadol v kombinaci s neopiodními analgetiky. Silné opioidy (morfin, fentanyl, buprenorfin, oxykodon) se někdy v kombinaci s neopiodními analgetiky indikují k léčbě silné bolesti (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 201–206).

2.3.5 Péče o operační ránu a drény

Operační rána se obvykle převazuje za 24–48 hodin, kdy se rána vydezinfikuje a provede se výměna krytí. Vše musí probíhat za sterilních podmínek. Pokud rána i přes opakované přiložení krytí prosakuje, lékař ránu odkryje, zkontroluje a provede se zástava krácení. Vytahování stehů se obvykle provádí 8. den po operaci.

Pacientovi jsou na sále zavedeny 1 až 2 hrudní drény zapojeny na systém hrudní drenáže. Uzavřený drenážní systém hrudníku a hrudní drény nám napomáhají odstranit přebytečný vzduch, tekutinu a krev. Taky slouží na znovurozepnutí plic (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 137). Péči o hrudní drény spadá do kompetencí vyškoleného středního zdravotnického personálu. Do kvalitní péče o hrudní drény spadá prevence všech možných komplikací, které zvyšují morbiditu a prodlužují pobyt v nemocnici (Čapov, Wechsler, 2001, s. 73). Drenážní systém se může využít na jedno použití nebo systém skleněných lahví se speciálními uzávěry o objemu 500, 1000 a 2000 ml (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 137–138). Kvůli určení množství odpadu z drénu jsou lahve naplněné 400 ml sterilního roztoku. Nevýhodou tohoto systému je, že se musí měnit každých 24 hodin (Kapounová, 2007, s. 241). Pokud je přiměřený odpad z drénu, tak jednorázový drenážní set obvykle vystačí asi na 5–7 dní. Zeman, Krška et. al (2011) uvádí, že je drenáž po torakotomii nutná 2–4 dny. Pokud je sekretu více, je možná výměna sběrné komory za novou. Výhoda drenážního systému je i ta, že se při odběru vzorku na vyšetření nemusí drén rozpojovat. Na systém hrudní drenáže jsou hrudní drény napojeny na operačním sále a hned po příjezdu na JIP dle ordinace lékaře je systém napojený na aktivní sání. Pouze u pacientů po pneumonektomii se odsávání neprovádí z důvodu hrozícího nebezpečí oběhového selhání, drény jsou pouze na spád. Lékař určuje jaké bude odsávání hrudních drénů, jestli trvalé nebo přerušované, např. každé 2 hodiny po 2 minutách. Při odsávání drénu se sleduje únik vzduchu, množství a charakter odváděného sekretu. Sestra má za úkol sledovat, aby byl drenážní systém níže, než je místo vstupu drénu do hrudníku a ve svislé poloze. Dále sestra musí sledovat okolí zavedeného drénu a případný vznik komplikací,

bolestivost, funkci odsávacího zařízení, drenážního systému, průchodnost drénu a snaží se, aby nedošlo k rozpojení drénu (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 139).

Hrudní drény se po plicní resekcii odstraňují v závislosti na množství odváděného sekretu a na rozepjatosti plicí 3. až 5. den po operaci. Obvykle se odstraňuje, pokud sekrece z drénu nepřesáhne 100 ml za 24 hodin. Aby při odstranění drénu nedošlo ke vniknutí vzduchu do hrudní dutiny, musí být přiměřeně rychlá (Stolz, Pafko a kol., 2010, s. 75). Jako první se vytahuje, většinou 2.–3. den po operaci horní hrudní drén sloužící k dokonalému rozvinutí plicí a na odvod vzduchu z hrudníku. Jako druhý, přibližně 4. pooperační den se v závislosti na množství odváděného sekretu odstraňuje dolní hrudní drén, který slouží na odvod sekrece. Po odstranění drénu se otvor překryje neprodyšným lepícím krytím a fixuje. Místo kůže po vytažení drénu může být sešito stehem, který se nechává přibližně týden (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 141).

2.3.6 Péče o výživu a vyprazdňování

Po operaci je pacientovi výživa zajištěna parenterálně. Sestra pečuje o žilní vstupy a má za úkol odpovědnou aplikaci všech ordinovaných léků. Pacient přijímá tekutiny nejdříve 4 hodiny po operaci a s tekutou stravou začíná další den, záleží však na jeho stavu. Základní strava je pacientovi podána po obnově střevní peristaltiky (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 141–142).

Může se objevit dočasná paralýza gastrointestinálního traktu se zástavou střevní peristaltiky, což je po intrathorakální operaci běžným projevem. Pacient může trpět zvýšeným nadýmáním, jejímž projevem je vzednuté břicho, které provází pocit tlaku a nevolnost. Občas se mohou objevit i kolikovitě bolesti a zvracení. Funkce střevního oddílu trávicího ústrojí se obvykle upravuje do 48–72 hodin po operaci (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 270). Vertikalizace pacienta po operaci mimo lůžko a časná mobilizace napomáhají pro obnovu střevní činnosti. Pokud pacient nemá možnost pobytu mimo lůžko, tak provádí alespoň dechové cviky, pohyby končetinami, polohování. Měl by dbát na dostatečný příjem tekutin, popřípadě jsou mu podávány medikamenty pro podporu střevní peristaltiky (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 142).

U většího operačního výkonu hrozí ztráta tělesných tekutin z důvodu krvácení z operačního pole, odpařením z obnažených tkání a orgánů, ale i pocením nemocného pod rouškami (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 271). Pacientovi je zavedený PMK. Sestra důsledně sleduje příjem a výdej tekutin pacienta a jeho hodinovou diurézu (Janíková,

Zeleníková, 2013, s. 141–142). Co se dále sleduje je specifická hmotnost moči a hladina iontů v krvi a jejich ztráta moči (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 271).

2.3.7 Hygienická péče

Po operaci je u pacienta omezená hybnost a tím i snížena péče o osobní hygienu. U pacienta se snažíme zachovat maximální soběstačnost, v nutných případech sestra pacientovi poskytne pomoc. Pro to, aby se pacient cítil dobře, provádíme důkladnou péči o čistotu kůže, která je rovněž předpokladem pro prevenci dekubitů (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 142).

2.3.8 Prevence komplikací

Po nitrohručních výkonech se může objevit mnoho komplikací jako je například respirační insuficience, krvácení, pooperační arytmie, bronchopleurální fistula a akutní trauma plic. Mezi ty nejčastější patří pneumonie, plicní atelektáza (Stolz, Pafko a kol. 2010, s. 83–226). Objevují se téměř u 40 % pacientů (Klein, 2006, s. 201).

Pneumonie se vyskytuje asi u 10 až 20 % operovaných a nejčastěji se projeví mezi 3.–7. pooperačním dnem (Klein, 2006, s. 201). Mezi její projevy patří subfebrilie, změna charakteru sputa, zvýšené CRP a leukocytóza. Pro potvrzení diagnózy se provádí skiagram hrudníku (Stolz, Pafko a kol. 2010, s. 99). Pro prevenci pneumonie se používá bronchodilatační, expektorační a nutriční příprava, dobře vedená anestezie a šetrná operační technika (Klein, 2006, s. 202).

Atelektáza se objevuje přibližně u 5–10 % operovaných. Předjít jí můžeme důkladnou toaletou během operace a před extubací, podporou vykašlávání, vhodným mírněním bolestí RHB po operaci. Z medikamentózní léčby se potvrzují mukolytika a expektorancia (Klein, 2006, s. 202).

Respirační insuficience se vyskytuje v průměru 4–5 %. Sestra hledá příznaky respiračního selhání, jako jsou dušnost, neklid, zvýšený TK, tachypnoe a zrychlený puls. Často taky můžeme pozorovat alární dýchání.

Komplikace vyskytující se současně jsou pooperační empyém a bronchopleurální píštěl. Četnost jejich výskytu se pohybuje mezi 3–4 % (Klein, 2006, s. 202).

Mezi další komplikace řadíme vznik TEN, u které jsou důležitá opatření jako je předoperační a pooperační RHB, bandáže DK, kompresivní elastické punčochy časná

mobilizace pacienta po operaci a podávání heparinu. Taky se můžou objevit kardiopulmonální komplikace. Fatální kardiologická komplikace, která se vyskytuje vzácně je herniace srdce, kdy dojde k posunu srdce do volné pleurální dutiny po levostranné pneumonektomii.

Komplikace po operaci jsou relativně časté a na jejich vznik má vliv rozsah, ale taky provedení operačního výkonu (Stolz, Pafko a kol. 2010, s. 67–210).

Do pooperačního režimu by měl pacient zahrnout cvičení ramene pro obnovu jeho pohybu, prevence proti ztuhnutí a zlepšení svalové síly (Smeltzer et al., 2010 podle Janíkové, Zeleníkové, 2013, s. 144).

Kromě cvičení ramene pacient vykonává i dechovou RHB, se kterou by měl začít nejpozději den po operaci (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 144). Napomáhá lepšímu vykašlávání bronchiálního hlenu, čímž brání vzniku plicních komplikací po operaci (Žurková, Skříčková, 2012).

2.3.9 Plánování propuštění

Pokud je pooperační průběh pacienta bez komplikací, je propuštěn za 10 až 14 dnů do domácí péče. Za 6-8 týdnů po operaci je možný návrat k běžným aktivitám (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 142).

3 EDUKACE

V předoperačním období si sestra vyhradí dostatek času na komunikaci s pacientem. Na standardním oddělení a na JIP sestry pacienty edukují, čímž se podílí i na zmírnění strachu a úzkosti (Smeltzer, Bare, 2000 podle Janíkové, Zeleníkové, 2013, s. 131).

Sestra informuje pacienta o potřebě předoperační přípravy, do které spadá předoperační vyšetření, klyzma, příprava kůže a operovaného místa, hygiena, podávání předoperační terapie, zavedení intravenózní kanyly, katetrizace močového měchýře, přiložení bandáží (Mikšová et al., 2006, s. 95).

Dále sestra pacientovi vysvětluje důležitost časté změny polohy na podporu drenáže plicní sekrece a ulehčení vykašlávání. Podstatnou roli před operací hraje i nácvik a seznámení pacienta s pomůckami na podporu dýchání, procvičování bráničního a hrudního dýchání, které pacienta naučí buď sestra nebo fyzioterapeut. Další věc, kterou se pacient před operací musí naučit a která podporuje čištění a odstraňování sekretu z dýchacích cest je technika hlubokého dýchání a správné odkašlávání (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 131).

Důležitým bodem edukace je i manipulace se systémem hrudní drenáže. Pokud má pacient zavedený hrudní drén je nutné, aby s ním všude chodil. Nikdy jej nesmí zvedat nad úroveň hrudníku. Systém hrudní drenáže musí vždy zachovat svislou polohu. Při poloze pacienta v leže je systém hrudní drenáže ve svislé poloze zavěšený na postranici postele (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 140).

Sestra edukuje pacienta i při jeho propuštění do domácí péče. Zdůrazňuje nutnost pokračování dechové RHB, provádění cviků na posílení ramene a postupného zvyšování aktivity. Důležité je aby pacient a jeho rodina byli poučeni o symptomech, které musí být hlášeny lékaři. Mezi ně se řadí zkrácení dechu, tachykardie, změna množství a barva sputa, subfebrilie, únava, psychické změny, sekret z rány a rostoucí bolest hrudníku (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 145).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRŮZKUMU

Problémem výzkumné části bakalářské práce bylo zaměřit se na Informovanost studentů vysokých škol o onemocnění karcinomu plic.

4.1 Cíle práce

Hlavní cíl: Cílem bakalářské práce je zjistit a vyhodnotit Informovanost studentů vysokých škol o onemocnění karcinomu plic.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, jak jsou studenti informováni o základních údajích Ca plic.
2. Zjistit, míru informovanosti studentů vysokých škol o rizikových faktorech vzniku Ca plic.
3. Zjistit, míru informovanosti studentů vysokých škol o prevenci a preventivních opatřeních týkajících se onemocnění Ca plic.

4.2 Výzkumné hypotézy

H1 Předpokládáme, že míra informovanosti studentů vysokých škol o údajích o onemocnění Ca plic bude vyšší u studentů studujících zdravotnické obory nežli u studentů studujících obory jiné (např. technického zaměření).

H2 Předpokládáme, že míra informovanosti studentů vysokých škol o rizikových faktorech vzniku Ca plic bude vyšší u studentů studujících zdravotnické obory nežli u studentů studujících obory jiné (např. technického zaměření).

H3 Předpokládáme že, míra informovanosti studentů vysokých škol o prevenci a preventivních opatřeních týkajících se onemocnění Ca plic bude vyšší u studentů studujících zdravotnické obory nežli u studentů studujících obory jiné (např. technického zaměření).

4.3 Výzkumné metody a techniky

Ke zpracování teoretických východisek jsme použili literární metodu. Prostudování vyhledaných odborných literárních zdrojů umožnilo získat potřebné údaje a informace o onemocnění Ca plic. Dotazníkové šetření obsahovalo celkem 21 otázek, ve kterých byly zastoupeny otázky identifikační, polouzavřené, otevřené, uzavřené a výběrové. Vstupní část tvořilo oslovení respondentů, představení dotazníku, seznámení s danou problematikou, název

bakalářské práce, jednoduchý návod pro práci s dotazníkem a závěrečné poděkování respondentům.

4.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Skupinu respondentů tvořili studenti vysokých škol různého věku i různého pohlaví. Do zkoumaného souboru jsme vybrali dva typy respondentů. Studenty vysokých škol oborů zdravotnických a oborů nezdravotnických jakéhokoliv ročníku. Z oborů zdravotnických se jednalo o respondenty z Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně z Fakulty humanitních studií oborů Všeobecná sestra a Porodní asistentka. Z ostatních oborů byli respondenti z VUT z Brna z fakulty materiálového inženýrství, strojního inženýrství, elektrotechniky a komunikačních technologií a fakulty podnikatelské. Dále z Univerzity Tomáše Bati z fakulty aplikované informatiky a respondenti VŠE z fakulty podnikohospodářské.

4.5 Charakteristika položek

Dotazník se skládal z 21 otázek.

Otázky č. 1, 2, 15, 16, 17, 18, 20, 21 se řadily k informativním – zjišťovaly věk a pohlaví respondentů, zda-li někdy respondenti slyšeli o Ca plic, kdo jim informace poskytl, jestli kouří a důvod kouření.

Otázky č. 3, 4, 6, 7, 19 zjišťovaly úroveň informovanosti respondentů – studentů o obecných informacích Ca plic.

Otázky č. 5, 8, 9, 10, 11 zjišťovaly úroveň informovanosti respondentů – studentů o RF Ca plic.

Otázky č. 12, 13, 14 zjišťovaly úroveň informovanosti respondentů – studentů o prevenci a preventivních opatřeních.

4.6 Organizace a realizace výzkumu

Dotazník byl vytvořen na začátku měsíce prosince 2015. Následně byl konzultován a schválen vedoucí práce. Na konci měsíce prosince byla provedena pilotní studie, kdy bylo rozdáno 5 dotazníků. Zpět se nám vrátily všechny dotazníky, ve kterých respondenti neshledali žádné chyby. V půlce měsíce ledna byl vložen na internetovou stránku www.surveymonkey.com, kde náhodní respondenti z vysokých škol mohli dobrovolně dotazník vy-

plnit. Ze 123 vyplněných dotazníků bylo 9 vyplněných chybně, tudíž bylo k výslednému zpracování použito 114 dotazníků. Průzkumné šetření probíhalo od 15. ledna do 15. března

4.7 Analýza a interpretace výsledků výzkumu

Hodnocena byla data z celkového počtu 114 (100 %) respondentů. Všechny otázky měly charakter kategorických proměnných. Pro základní popis byla použita grafická vyjádření absolutní a relativní četnosti jednotlivých možností odpovědí.

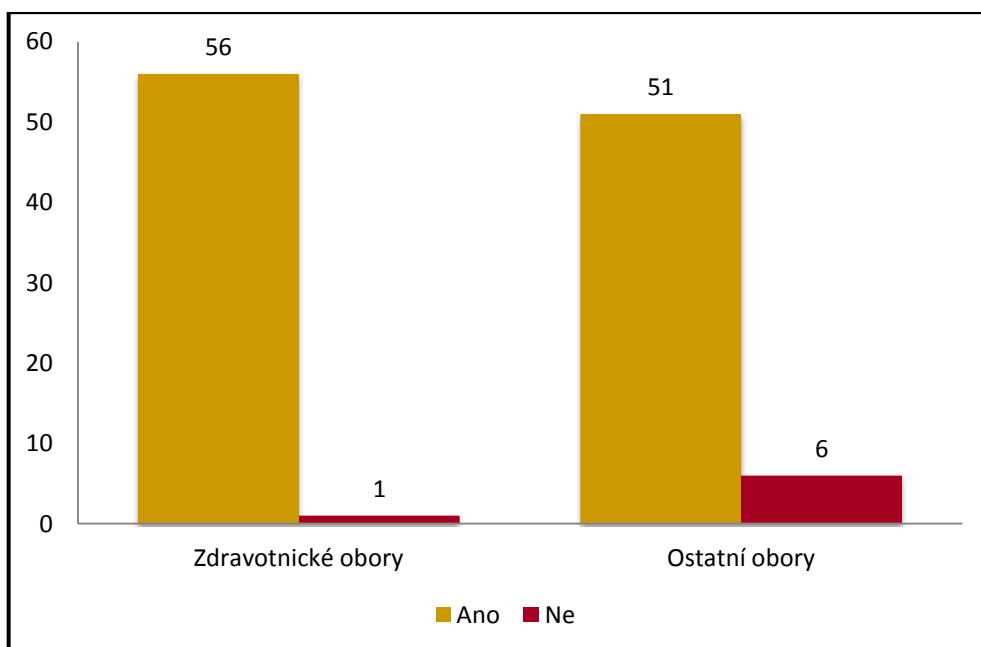
V následujících tabulkách a grafech jsou zpracovány údaje z jednotlivých otázek dotazníku, která byla vyhodnocena čárkovanou metodou. Byly vypracovány zvlášť výsledky pro zdravotnické obory a zvlášť výsledky pro studenty oborů nezdravotnických. Jednotlivé grafy byly zpracovány pomocí programu Microsoft Word a Microsoft Excel.

OTÁZKA Č. 1

1) Měl/a jste někdy možnost se doslechnout o karcinomu plic způsobeného vlivem kouření?

Tabulka 1 Získání informací Ca plic

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
Ano	56	98 %	51	89 %	107	94 %
Ne	1	2 %	6	11 %	7	6 %
Celkem	57	100 %	57	100 %	114	100 %



Graf 1 Získání informací o Ca plic

Komentář:

Co se týká zdravotnických oborů, tak u těch se o Ca plic způsobeného vlivem kouření doslechlo 56 (98 %) respondentů a 1 (2 %) respondent se o této problematice nedoslechl.

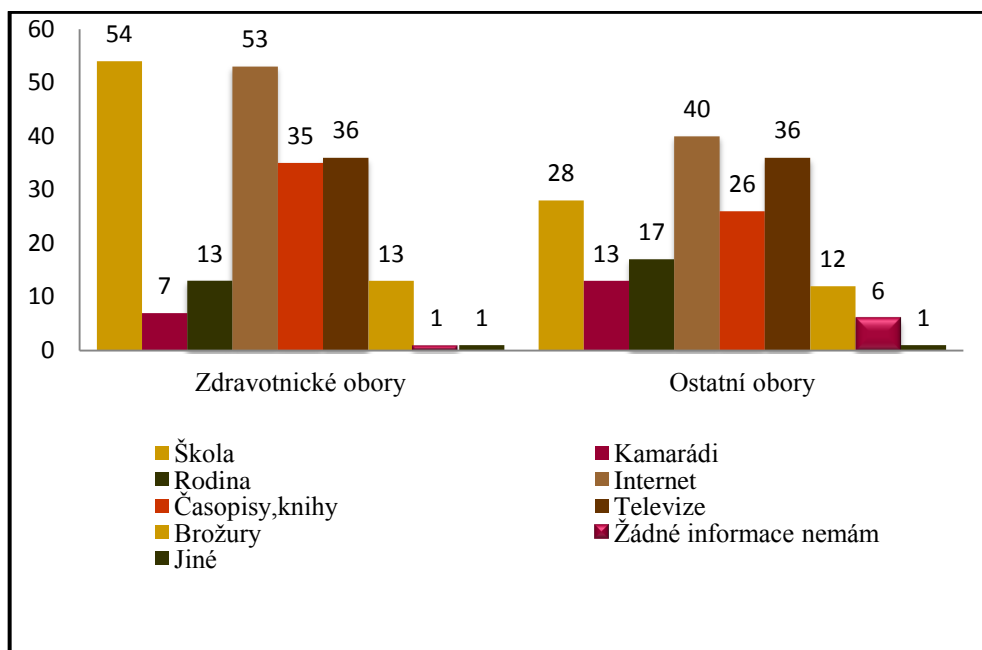
O karcinomu plic vzniklého vlivem kouření se ostatních oborů doslechlo 51 (89 %) respondentů 6 (11 %) dotazovaných se nedoslechl.

OTÁZKA Č. 2

2) Kdo Vám informace poskytl?

Tabulka 2 Zdroj informací o Ca plic

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
Škola	54	25 %	28	16 %	82	21 %
Kamarádi	7	3 %	13	7 %	20	5 %
Rodina	13	6 %	17	9 %	30	8 %
Internet	53	25 %	40	22 %	93	24 %
Časopisy,knihy	35	16 %	26	15 %	61	15%
Televize	36	17 %	36	20 %	72	18 %
Brožury	13	6 %	12	7 %	25	6 %
Žádné informace nemám	1	1 %	6	3 %	7	2 %
Jiné	1	1 %	1	1 %	2	1 %
Celkem	213	100 %	179	100 %	392	100 %



Graf 2 Zdroj informací o Ca-plic

Komentář:

V otázce měli respondenti možnost více odpovědí, proto celkový počet u studentů studujících jiný obor, než zdravotnický činí 179 (100 %) odpovědí. 28 (16 %) respondentů uvedlo, že jim informace poskytla škola, 13 (7 %) studentů uvedlo jako zdroj informací kamarády, 17 (9 %) oslovených uvedlo rodinu poskytovateli informací, 40 (22 %) studentů uvedlo zdrojem informací internet, 26 (15 %) dotazovaných uvedlo časopisy a knihy pramenem informací, televizi zdrojem informací uvedlo 36 (20 %), 12 (7 %) respondentů uvedlo zdrojem informací brožury, 6 (3 %) uvedlo, že informace nedostali nikde, a 1 (1 %) student uvedl zdrojem informací nápisy na krabičkách cigaret.

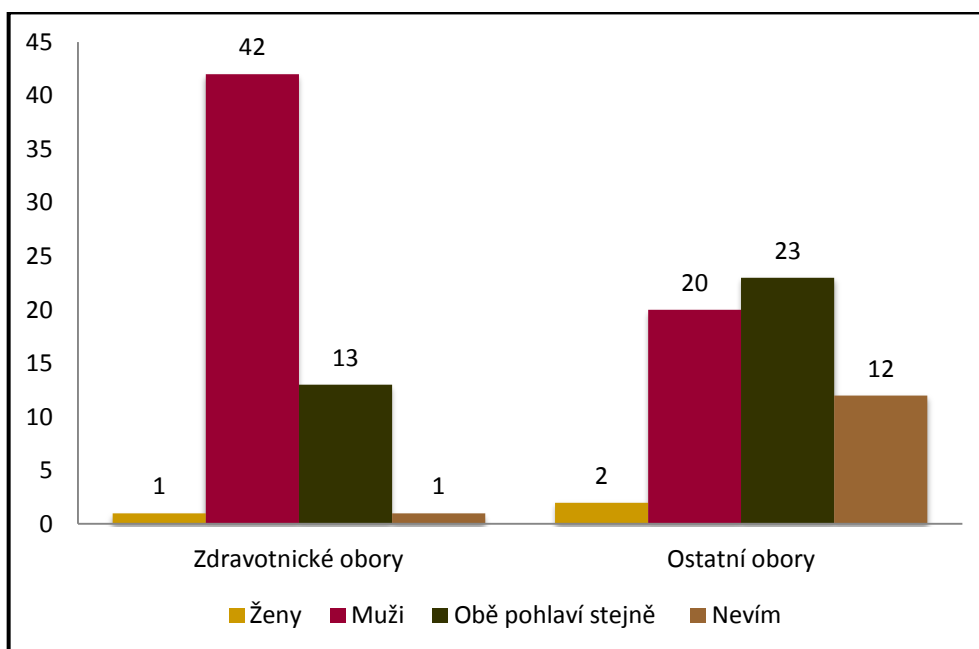
U respondentů oborů zdravotnických je celkový počet 213 (100 %). Že jim informace poskytla škola uvedlo 54 (25 %) studentů, 7 (3 %) uvedli kamaráda, 13 (6 %) rodinu, 53 (25 %) internet, časopisy a knihy zdrojem informací uvedlo 35 (16 %) dotazovaných, 36 (17 %) uvedli televizi, brožuru uvedlo 13 (6 %) studentů, 1 (%) student uvedl, že mu informace nebyly poskytnuty nikde a 1 (1 %) uvedl praxi.

OTÁZKA Č. 3

3) Kdo je podle Vás častěji postižen karcinomem plic?

Tabulka 3 Častěji postižené pohlaví

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
Ženy	1	2 %	2	4 %	3	3 %
Muži	42	73 %	20	35 %	62	54 %
Obě pohl. stejně	13	23 %	23	40 %	36	32 %
Nevím	1	2 %	12	21 %	13	11 %
Celkem	57	100 %	57	100 %	114	100 %



Graf 3 Častěji postižené pohlaví

Komentář:

Z odpovědí na otázku č. 3 je u respondentů studujících zdravotnický obor zřejmé, že 42 (73 %) z nich si myslí že karcinom plic postihuje především muže, 1 (2 %) student si myslí, že ženy, 13 (23 %) dotazovaných uvedlo že obě pohlaví jsou postiženy stejně a 1 (2 %) student neví.

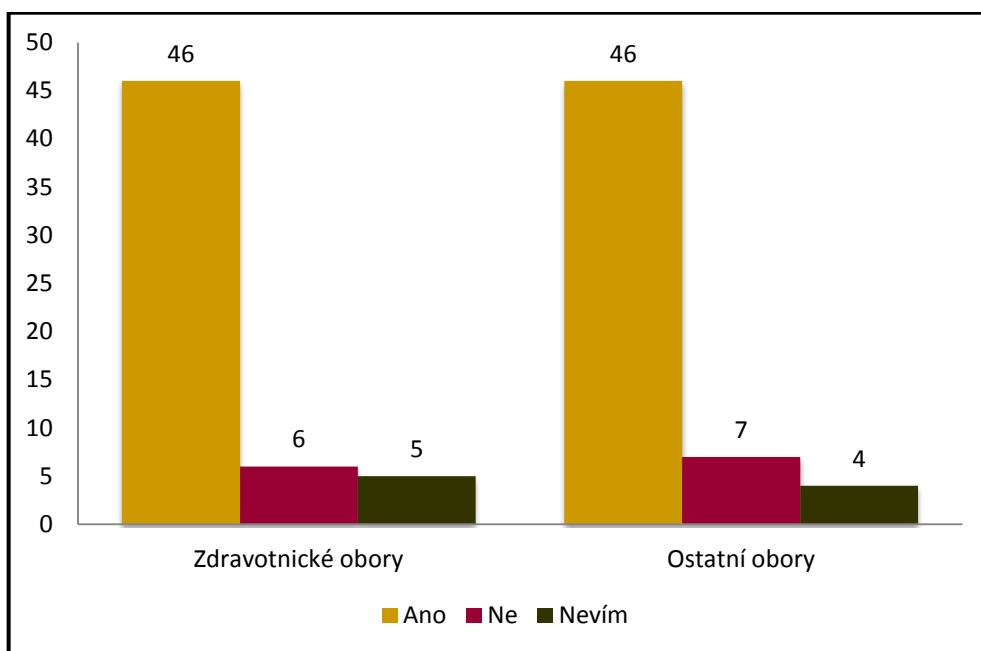
Z respondentů ostatních oborů si 2 (4 %) myslí, že jsou nejčastěji postihnuty Ca plic ženy, 20 (35 %) studentů uvedlo muže, že jsou postihnuty obě pohlaví nastejno uvedlo 23 (40 %) dotazovaných a 12 (21 %) uvedl, že neví.

OTÁZKA Č. 4

4) Myslíte si, že jsou k tomuto onemocnění náchylnější lidé, u kterých se v rodině rakovinové onemocnění již objevilo?

Tabulka 4 Rodinná predispozice Ca plic

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
Ano	46	81 %	46	81 %	92	81 %
Ne	6	10 %	7	12 %	13	11 %
Nevím	5	9	4	7 %	9	8 %
Celkem	57	100 %	57	100 %	114	100 %



Graf 4 Rodinná predispozice Ca plic

Komentář:

Více než polovina respondentů 46 (81 %) zdravotnických oborů si myslí, že jsou k tomuto onemocnění náchylnější lidé u kterých se v rodině rakovinové onemocnění již objevilo, 6 (10 %) dotazovaných si to nemyslí a 5 (9 %) studentů neví.

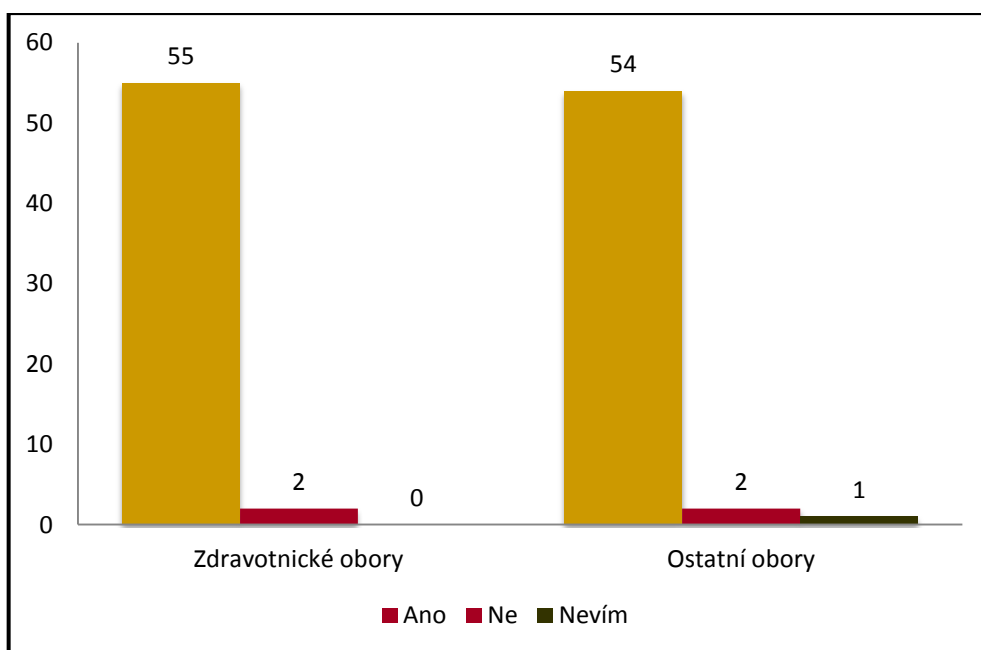
Z 57 (100 %) studentů jiných oborů, než zdravotnických si 46 (81 %) myslí, že k Ca plic jsou náchylnější lidé, u kterých se v rodině rakovinové onemocnění již objevilo, 7 (12 %) respondentů si to nemyslí a 4 (7 %) neví.

OTÁZKA Č. 5

5) Myslíte si, že riziko tohoto onemocnění stoupá s věkem a množstvím vykouřených cigaret?

Tabulka 5 Ovlivňující faktory pro vznik Ca plic

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
Ano	55	96 %	54	95 %	109	96 %
Ne	2	4 %	2	3 %	4	3 %
Nevím	0	0 %	1	2 %	1	1 %
Celkem	57	100 %	57	100 %	114	100 %



Graf 5 Ovlivňující faktory pro vznik Ca plic

Komentář:

Že riziko vzniku Ca plic stoupá s věkem a množstvím vykouřených cigaret si myslí 55 (96 %) studentů zdravotnických oborů, 2 (4 %) studenti si to nemyslí a že neví, nevedl nikdo.

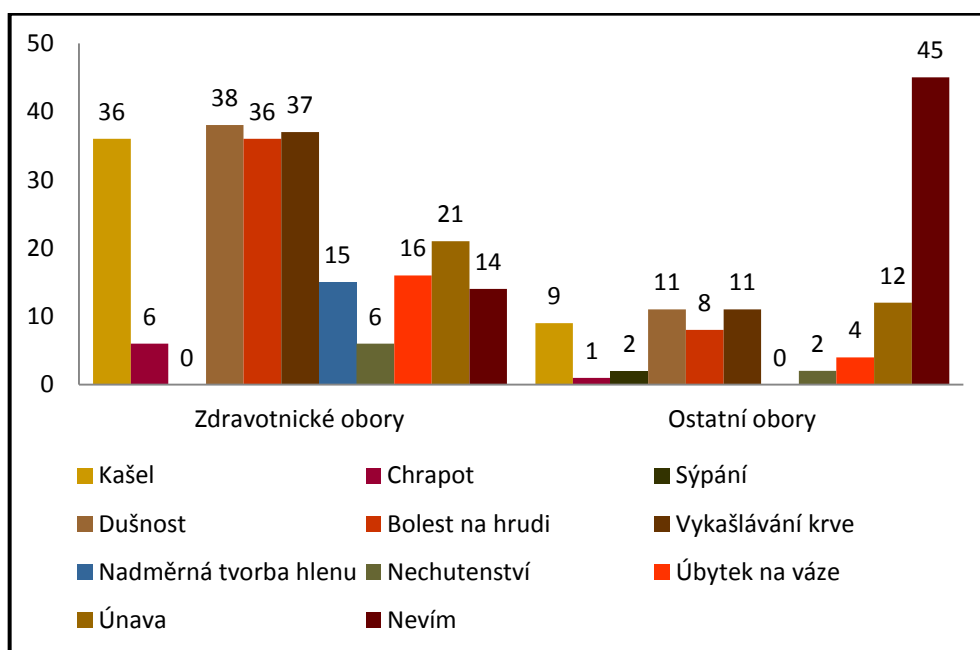
Co se týká studentů z ostatních oborů, kterých je 57 (100 %) si 54 (95 %) myslí, že riziko Ca plic stoupá s věkem a množstvím vykouřených cigaret, 2 (3 %) oslovených si to nemyslí a 1 (2 %) neví.

OTÁZKA Č. 6

6) Vypište prosím, alespoň 5 příznaků karcinomu plic. (Pokud nevíte, proškrtněte)

Tabulka 6 Příznaky Ca plic

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
Kašel	36	16 %	9	9 %	45	14%
Chrapot	6	3 %	1	1 %	7	2%
Sýpání	0	0 %	2	2 %	2	1%
Dušnost	38	17 %	11	10 %	49	15%
Bolest na hrudi	36	16 %	8	8 %	44	13%
Vykašlávání krve	37	16 %	11	10 %	48	14%
Nadměrná tvorba hlenu	15	7 %	0	0 %	15	5 %
Nechutenství	6	3 %	2	2 %	8	2%
Úbytek na váze	16	7 %	4	4 %	20	6%
Únava	21	9 %	12	11 %	33	10%
Nevím	14	6 %	45	43 %	59	18%
Celkem	225	100 %	105	100 %	330	100 %



Graf 6 Příznaky Ca plic

Komentář:

Jelikož měli respondenti napsat nejméně pět příznaků daného onemocnění, tak celkový počet respondentů zdravotnických oborů je 225. 36 (16 %) z nich uvedli příznak kašel, 6 (3 %) chrapot, sypání nevedl nikdo, dušnost napsalo 38 (17 %) studentů, 36 (16 %) uvedli bolest na hrudi, vykašlávání krve uvedlo 37 (16 %) dotazovaných, nadměrnou tvorbu hlenu uvedlo 15 (7 %) respondentů, 6 (3 %) napsali nechutenství, 16 (7 %) úbytek na váze, 21 (9 %) studentů uvedli únavu a neví 14 (6 %) dotázaných.

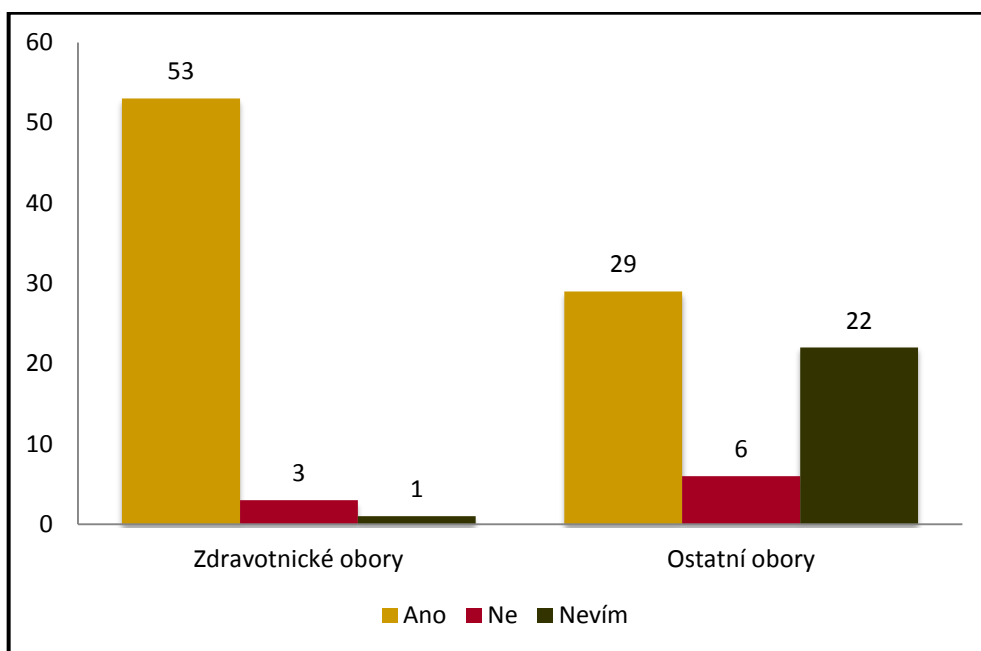
Celkový počet respondentů z ostatních oborů činí 105 (100 %). 9 (9 %) studentů uvedlo kašel, 1 (1 %) napsal příznak chrapot, sypání uvedli respondenti 2 (2 %), 11 (10 %) studentů napsali dušnost, 8 (8 %) bolest na hrudi, 11 (10 %) vykašlávání krve, nadměrnou tvorbu hlenu nevedl žádný student, nechutenství uvedli studenti 2 (2 %), 4 (4 %) napsali úbytek na váze, 12 (11%) únavu a neví 45 (43 %) respondentů.

OTÁZKA Č. 7

7) Myslíte si, že se vyšetření pomocí počítačové tomografie používá pro diagnostiku karcinomu plic?

Tabulka 7 Diagnostika Ca plic

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
Ano	53	93 %	29	51 %	82	72 %
Ne	3	5 %	6	10 %	9	8 %
Nevím	1	2 %	22	39 %	23	20 %
Celkem	57	100 %	57	100 %	114	100 %



Graf 7 Diagnostika Ca plic

Komentář:

Z grafu č. 7 můžeme u studentů studujících obor zdravotnických 57 (100 %) vyčíst, že 53 (93 %) z nich si myslí že se CT používá pro diagnostiku Ca plic, 3 (5 %) si to nemyslí a 1 (2 %) neví.

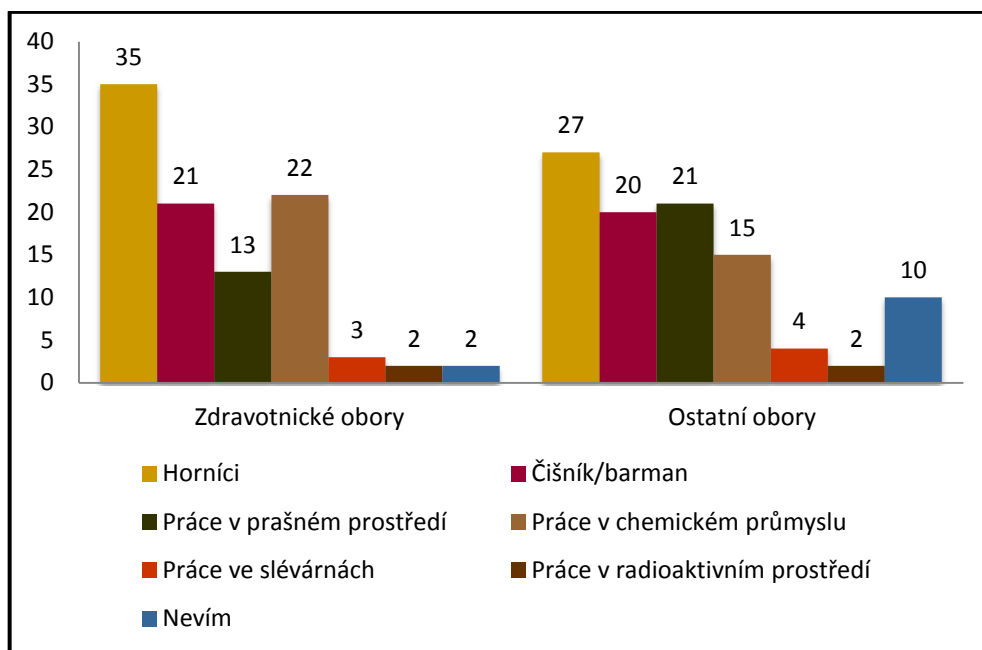
29 (51 %) z 57 (100 %) respondentů z ostatních oborů se domnívá že se CT používá pro diagnostiku Ca plic, 6 (10 %) si myslí, že se CT pro diagnostiku Ca plic nepoužívá a 22 (39 %) oslovených neví.

OTÁZKA Č. 8

8) Jaké povolání podle Vás je rizikové pro vznik karcinomu plic? (Můžete uvést i více odpovědí)

Tabulka 8 Rizikové povolání pro vznik Ca plic

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
V uranových dolech	35	36 %	27	28 %	62	31 %
V zakouřeném prostředí	21	22 %	20	20 %	41	21 %
V praš. prostředí	13	13 %	21	21 %	34	17 %
S chemickými kancerogeny	22	22 %	15	15 %	37	19 %
Ve slévárnách	3	3 %	4	4 %	7	4 %
Zdroj ionizujícího záření	2	2 %	2	2 %	4	2 %
Nevím	2	2 %	10	10 %	12	6 %
Celkem	98	100 %	99	100 %	197	100 %



Graf 8 Rizikové povolání pro vznik Ca plic

Komentář:

U respondentů zdravotnických oborů činí celkový počet 98 (100). Z nich 35 (36 %) uvedli jako rizikové povolání horníka, 21 (22 %) čišníka/barmana, 13 (13 %) dotazovaných napsali práci v prašném prostředí, 22 (22 %) uvedli jako rizikovou práci v chemickém průmyslu, práci ve slévárnách uvedli 3 (3 %) studenti, radioaktivní prostředí napsali studenti 2 (2 %) a že neví uvedli 2 (2 %) respondenti.

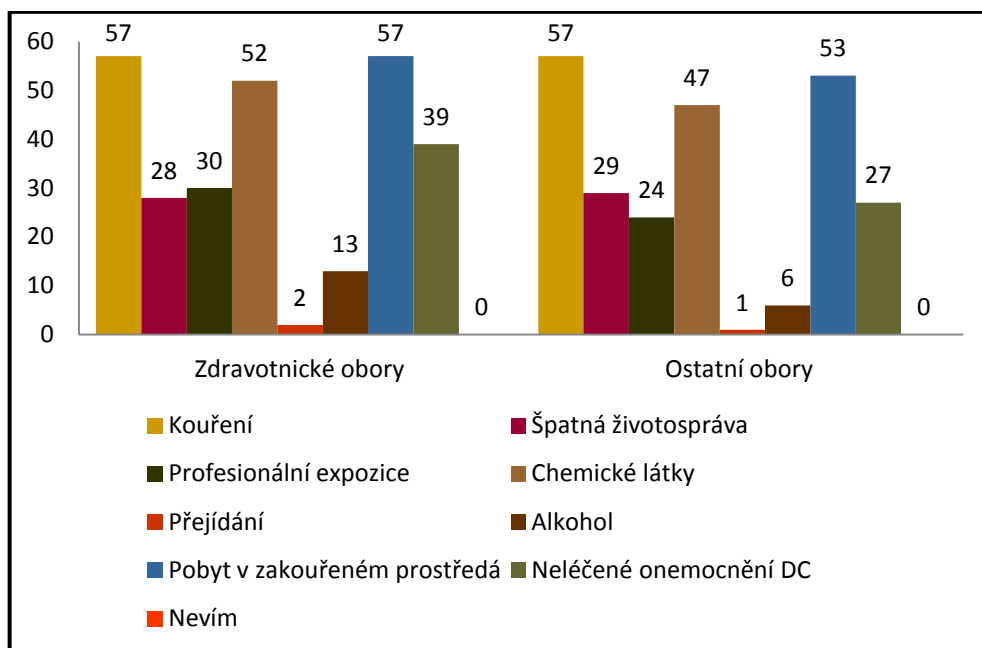
V otázce měli respondenti možnost napsat více odpovědí, proto celkový počet u studentů studujících jiný obor, než zdravotnický činí 99 (100 %). 27 (28 %) respondentů uvedlo rizikovým povoláním pro vznik Ca plic horníka, čišník/barman byl uveden 20 (20 %) respondenty, 21 (21 %) oslovených uvedlo rizikovým povoláním práci v prašném prostředí, 15 (15 %) studentů napsalo práci v chemickém průmyslu, práci ve slévárnách považovalo za rizikové povolání pro vznik Ca plic 4 (4 %) respondentů, 2 (2 %) studenti uvedli rizikovým povoláním práci v radioaktivním prostředí a 10 (10 %) oslovených rizikové povolání nevěděli.

OTÁZKA Č. 9

9) Vyberte prosím rizikové faktory, které si myslíte, že můžou vést ke vzniku karcinomu plic. (Můžete uvést i více odpovědí)

Tabulka 9 Rizikové faktory pro vznik Ca plic

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
Kouření	57	20 %	57	23 %	114	22 %
Špatná životospráva	28	10 %	29	12 %	57	11 %
Profesionální expozice	30	11 %	24	10 %	54	10 %
Chemické látky	52	19 %	47	19 %	99	19 %
Přejídání	2	1 %	1	0 %	3	1 %
Alkohol	13	5 %	6	3 %	19	3 %
Pobyt v zakouřeném prostředí	57	20 %	53	22 %	110	21 %
Neléčené onemocnění DC	39	14 %	27	11 %	66	13 %
Nevím	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	278	100 %	244	100 %	522	100 %



Graf 9 Rizikové faktory pro vznik Ca plic

Komentář:

U této otázky měli respondenti možnost uvést více odpovědí, tedy celkový počet u respondentů zdravotnických oborů činí 278 (100 %). 57 (20 %) uvedli rizikovým faktorem pro vznik Ca plic kouření, 28 (10 %) špatnou životosprávu, 30 (11 %) profesionální expozici, 52 (19 %) chemické látky, přejídání uvedli respondenti 2 (1 %), 13 (5 %) studentů uvedli alkohol, 57 (20 %) pobyt v zakouřeném prostředí, 39 (14 %) neléčené onemocnění DC a že, neví neuvedl nikdo.

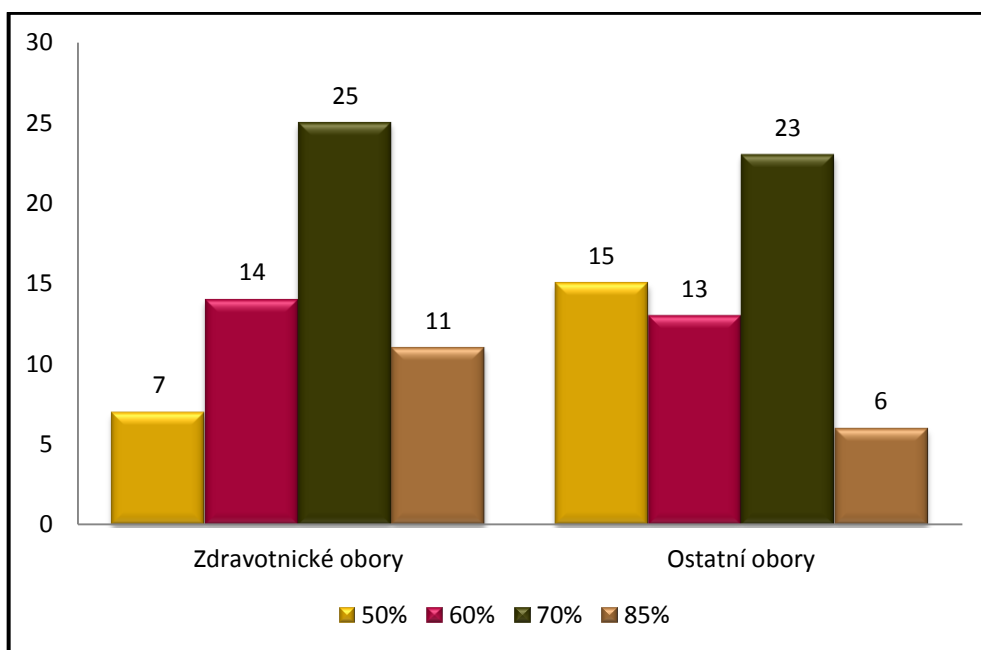
Celkový počet u respondentů z ostatních oborů je 244 (100 %). 57 (23 %) studentů uvedli rizikovým faktorem kouření, 29 (12 %) špatnou životosprávu, 24 (10 %) profesionální expozici, 47 (19 %) chemické látky, 1 (0 %) student uvedl přejídání, alkohol uvedlo studentů 6 (3 %), pobyt v zakouřeném prostředí uvedlo 53 (22 %) dotazovaných, neléčené onemocnění DC jako rizikový faktor pro vznik Ca plic uvedlo 27 (11 %) respondentu a odpověď neví neuvedl nikdo.

OTÁZKA Č. 10

10) Uveďte prosím procentuální podíl kouření pro vznik karcinomu plic dle Vašeho názoru.

Tabulka 10 Podíl kouření cigaret na vzniku Ca plic

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
50 %	7	12 %	15	26 %	22	19 %
60 %	14	25 %	13	23 %	27	24 %
70 %	25	44 %	23	40 %	48	42 %
85 %	11	19 %	6	11 %	17	15 %
Celkem	57	100 %	57	100 %	114	100 %



Graf 10 Podíl kouření cigaret na vzniku Ca plic

Komentář:

Z 57 (100 %) respondentů zdravotnických oborů 7 (12 %) uvedlo, že kouření přispívá pro vznik Ca plic z 50 %, 14 (24 %) uvedlo 60 %, 70 % připsalo kouření 25 (44 %) respondentů a 11 (19 %) dotazovaných uvedlo 80 %.

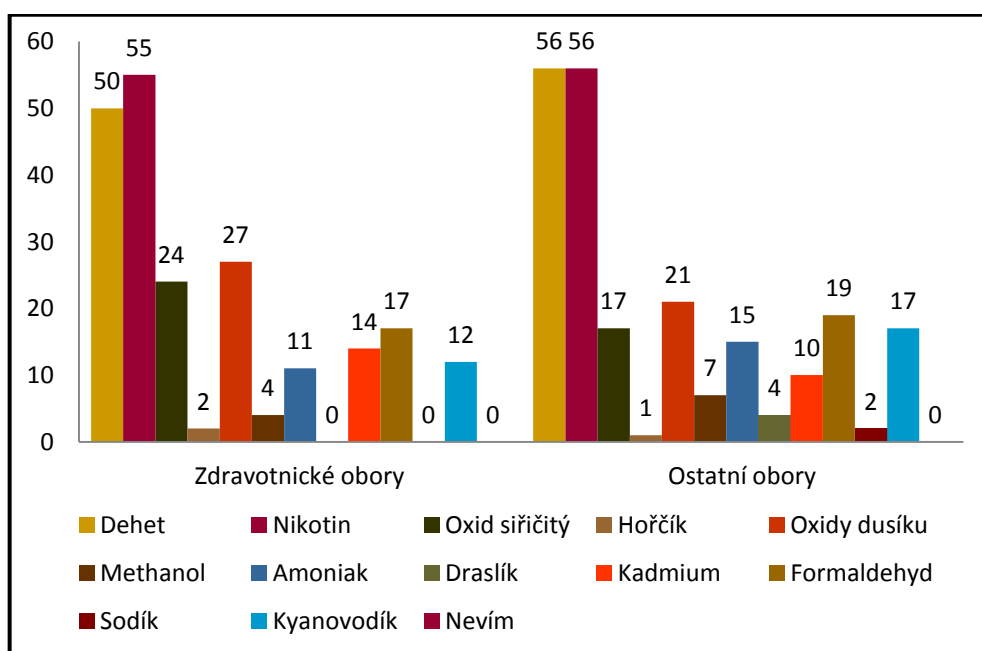
Studentů z ostatních oborů je 57 (100 %). Z nich 15 (26 %) uvedlo že kouření přispívá pro vznik Ca plic z 50 %, 13 (23 %) respondentů z 60 %, 23 (40 %) oslovených uvedlo, že se kouření podílí na vzniku z 75 % a pouhých 6 (11 %) studentů připsalo kouření 85 %.

OTÁZKA Č. 11

11) Které látky jsou podle Vás obsaženy v cigaretách? (Můžete uvést i více odpovědí)

Tabulka 11 Látky obsahující cigarety

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
Dehet	50	23 %	56	25 %	106	24 %
Nikotin	55	25 %	56	25 %	111	25 %
Oxid siřičitý	24	11 %	17	8 %	41	9 %
Hořčík	2	1 %	1	0 %	3	1 %
Oxidy dusíku	27	13 %	21	9 %	48	11 %
Methanol	4	2 %	7	3 %	11	3 %
Amoniak	11	5 %	15	7 %	26	6 %
Draslík	0	0 %	4	2 %	4	1 %
Kadminium	14	6 %	10	4 %	24	5 %
Formaldehyd	17	8 %	19	8 %	36	8 %
Sodík	0	0 %	2	1 %	2	0 %
Kyanovodík	12	6 %	17	8 %	29	7 %
Nevím	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	216	100 %	225	100 %	441	100 %



*Graf 11 Látky obsahující cigarety***Komentář:**

Respondenti měli možnost více odpovědí, tudíž celkový počet u respondentů studujících obor zdravotnický činí 216 (100 %). 50 (23 %) respondentů uvedlo dehet jako látku, která je obsažena v cigaretách, 55 (25 %) uvedlo nikotin, 24 (11 %) oxid siřičitý, 2 (1 %) respondenti uvedli hořčík, 27 (13 %) dotázaných uvedli oxid dusíku, 4 (2 %) methanol, 11 (5 %) amoniak, draslík neuvedl respondent žádný, kadmium uvedlo 14 (6 %) studentů, formaldehyd 17 (8 %), sodík neuvedl nikdo, 12 (6 %) dotázaných uvedlo kyanovodík a odpověď nevím neuvedl ani jeden respondent.

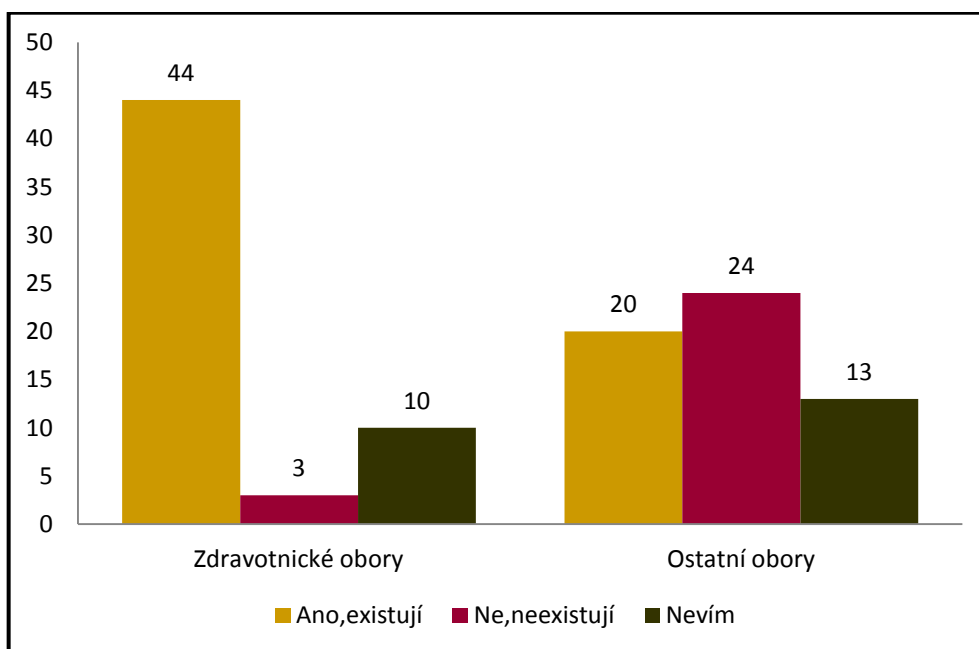
Pro respondenty ostatních oborů činí celkový počet 225 (100 %). Na otázku, které látky jsou obsaženy v cigaretách odpovědělo 56 (25 %) respondentů dehet, 56 (25 %) nikotin, 17 (8 %) oxid siřičitý, 1 (0 %) student uvedl hořčík, 21 (9 %) dotázaných uvedli oxidy dusíku, 7 (3 %) methanol, 15 (7 %) amoniak, 4 (2 %) draslík, kadmium uvedlo dotázaných 10 (4 %), 19 (8 %) respondentů uvedlo formaldehyd, 2 (1 %) sodík, kyanovodík uvedlo respondentů 17 (8 %), nevím uvedlo dotázaných 0 (0%).

OTÁZKA Č. 12

12) Myslíte si, že existují centra pro závislé na tabáku?

Tabulka 12 Centra pro závislé na tabáku

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
Ano, existují	44	77 %	20	35 %	64	56 %
Ne, neexistují	3	5 %	24	42 %	27	24 %
Nevím	10	18 %	13	23 %	23	20 %
Celkem	57	100 %	57	100 %	114	100 %



Graf 12 Centra pro závislé na tabáku

Komentář:

Z odpovědí na otázku č. 12 vyplývá že si 44 (77 %) respondentů z oborů zdravotnických myslí, že centra pro závislé na tabáku existují, 3 (5 %) dotázaní si to nemyslí a 10 (18 %) uvedlo, že neví.

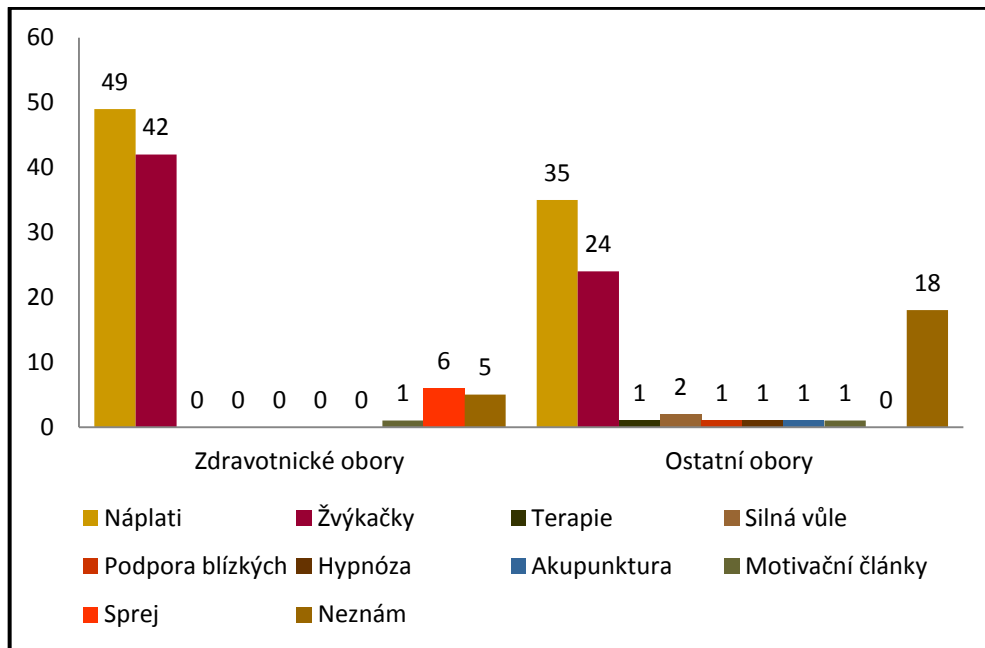
Z 57 (100 %) studentů z ostatních oborů se 20 (35 %) domnívá, že centra pro závislé na tabáku existují, 24 (42 %) respondentů si myslí, že neexistují a 13 (23 %) oslovených neví, zda-li nějaké centra existují.

OTÁZKA Č. 13

13) Znáte nějaké pomůcky, které napomáhají pro odvykání kouření ? (Můžete uvést i více odpovědí)

Tabulka 13 Pomůcky pomáhající při odvykání kouření

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
náplasti	49	47 %	35	42 %	84	44 %
žvýkačky	42	41 %	24	29 %	66	35 %
terapie	0	0 %	1	1 %	1	1 %
silná vůle	0	0 %	2	3 %	2	1 %
podpora bl.	0	0 %	1	1 %	1	1 %
hypnóza	0	0 %	1	1 %	1	1 %
akupunktura	0	0 %	1	1 %	1	1 %
motivační články	1	1 %	1	1 %	2	1 %
sprej	6	6 %	0	0 %	6	3 %
neznám	5	5 %	18	21 %	23	12 %
Celkem	103	100 %	84	100 %	187	100 %



Graf 13 Pomůcky pomáhající při odvykání kouření

Komentář:

Z grafu č. 13 můžeme u respondentů zdravotnických oborů, u kterých celkový počet činí 103 (100 %) vyčíst, že 49 (47 %) z nich uvedlo jako pomůcku pro odvykání kouření náplast, žvýkačky uvedlo respondentů 42 (41 %), terapii, silnou vůli, podporu blízkých, hypnózu, akupunkturu neuvedl ze zdravotnických oborů ani jeden student, motivační články uvedl student 1 (1 %), 6 (6 %) dotázaných uvedlo sprej a 5 (5 %) uvedlo, že žádnou pomůcku nezná.

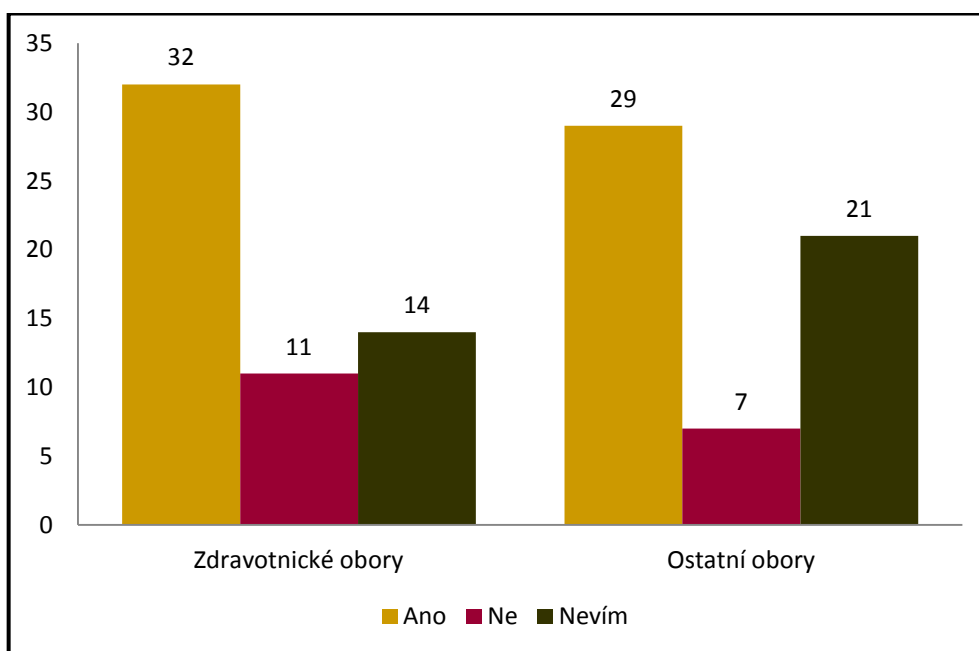
U studentů z oborů ostatních je celkový počet 84 (100 %). 35 (42 %) z nich uvedlo jako pomůcku pro odvykání kouření náplast, 24 (29 %) studentů uvedlo žvýkačky, terapii uvedl respondent 1 (1%), silnou vůli respondenti 2 (3 %), podporu blízkých, hypnózu, akupunkturu, motivační články vždy uvedl respondent 1 (1 %), sprej ze studentů ostatních oborů neuvedl nikdo a že žádnou pomůcku neznají uvedlo respondentů 18 (21 %).

OTÁZKA Č. 14

14) Myslíte si, že u nás existují preventivní vyšetření na záchyt onemocnění karcinomu plic?

Tabulka 14 Preventivní vyšetření na záchyt Ca plic

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
Ano, existují	32	56 %	29	51 %	61	54%
Ne, neexistují	11	19 %	7	12 %	18	16%
Nevím	14	25 %	21	37 %	35	31%
Celkem	57	100 %	57	100 %	114	100 %



Graf 14 Preventivní vyšetření na záchyt Ca plic

Komentář:

32 (56 %) respondentů ze zdravotnických oborů si myslí, že existují preventivní opatření pro záchyt Ca plic, 11 (19 %) si to nemyslí a 14 (25 %) uvedlo, že neví.

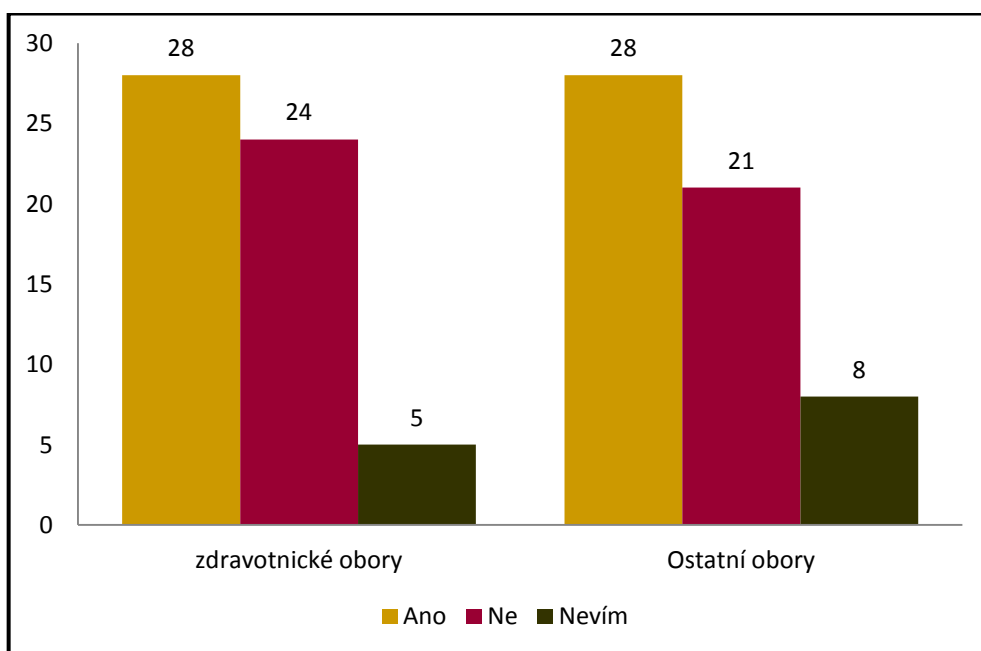
Z 57 (100 %) respondentů ostatních oborů si 29 (51 %) myslí, že u nás existují preventivní opatření na záchyt Ca plic, 7 (12 %) studentů si to nemyslí a 21 (37 %) neví.

OTÁZKA Č. 15

15) *Myslíte si, že je populace o tomto riziku vzniku Ca plic u kuřáka dostatečně informována?*

Tabulka 15 Názor na informovanost populace

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
Ano	28	49 %	28	49 %	56	49 %
Ne	24	42 %	21	37 %	45	40 %
Nevím	5	9 %	8	14 %	13	11 %
Celkem	57	100 %	57	100 %	114	100 %



Graf 15 Názor na informovanost populace

Komentář:

28 (49 %) respondentů ze zdravotnických oborů si myslím, že je populace o tomto riziku vzniku Ca plic dostatečně informována, že není si myslí 24 (42 %) studentů a že neví uvedlo respondentů 5 (9 %).

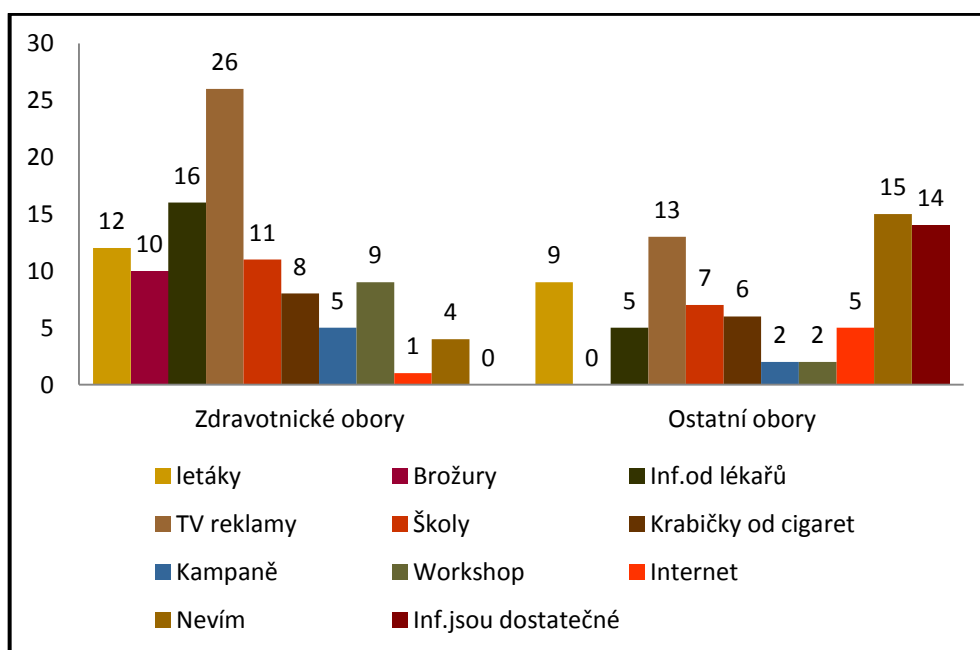
Z odpovědí na otázku č. 15 vyplývá, že z celkové počtu 57 (100 %) si 28 (49 %) respondentů z ostatních oborů myslí, že je populace o tomto riziku vzniku Ca plic dostatečně informována, 21 (37 %) studentů si to nemyslí a 8 (14 %) oslovených uvedlo, že neví.

OTÁZKA Č. 16

16) Uved'te prosím, jakým způsobem by se podle Vás mohla zlepšit informovanost o prevenci karcinomu plic? (Můžete uvést i více odpovědí)

Tabulka 16 Zlepšení informovanosti

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
Letáky	12	12 %	9	11 %	21	12%
Brožury	10	10 %	0	0 %	10	5 %
Informace od lékařů	16	15 %	5	6 %	21	12 %
TV reklamy	26	25 %	13	17 %	39	21 %
Školy MŠ/ZŠ/SŠ	11	11 %	7	9 %	18	10 %
Nápisy na krabičkách cigaret	8	8 %	6	8 %	14	8 %
Kampaně	5	5 %	2	3 %	7	4 %
Workshop	9	9 %	2	3 %	11	6 %
Internet	1	1 %	5	6 %	6	3 %
Nevím	4	4 %	15	19 %	19	11 %
Informace jsou dostatečné	0	0 %	14	18 %	14	8 %
Celkem	102	100 %	78	100 %	180	100 %



Graf 16 Zlepšení informovanosti

Komentář:

Z grafu č. 16 lze vyčíst, že z celkového počtu respondentů 102 (100 %) zdravotnických oborů uvedlo 12 (12 %) z nich, že by se informovanost o prevenci karcinomu plic mohla zlepšit pomocí informačních letáků, 10 (10 %) uvedlo brožuru, 16 (15 %) lékaře, 26 (25 %) TV reklamy, 11 (11 %) respondentů uvedlo pro zlepšení informovanosti školy, 8 (8 %) dotázaných napsalo obaly na krabičkách cigaret, 5 (5 %) propagační akce, 9 (9 %) studentů uvedlo workshopy, 1 (1 %) napsal časopisy/internet a 4 (4 %) respondenti ze zdravotnických oborů napsali, že neví jak by se informovanost mohla zlepšit a že jsou informace dostatečné uvedlo respondentů 0 (0 %).

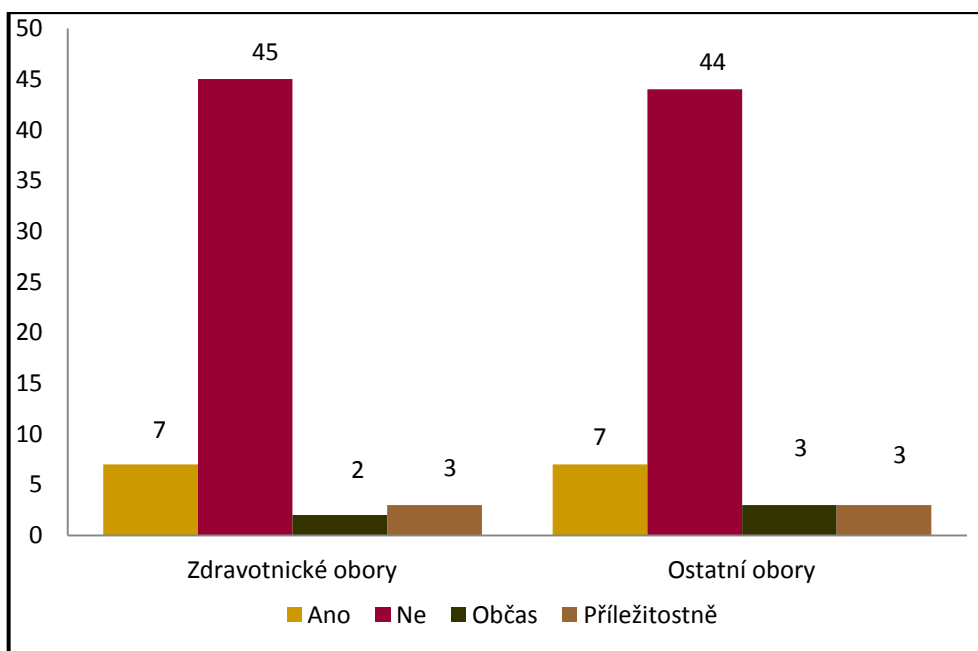
Co se týká respondentů z oborů ostatních, u kterých činí celkový počet 78 (100 %), 9 (11 %) z nich napsalo pro zlepšení informovanosti informační letáky, brožury neuvedl nikdo, informovanost od lékařů uvedlo respondentů 5 (6 %), 13 (17 %) uvedlo TV reklamy, 7 (9 %) uvedlo školy, které by mohly zlepšit informovanost o prevenci daného onemocnění, nápisy na krabičkách uvedlo respondentů 6 (8 %), 2 (3 %) respondenti uvedli propagační akce, 2 (3 %) workshopy, 5 (6 %) časopisy/internet, 15 (19 %) dotázaných napsalo, že neví, jak by se informovanost mohla zlepšit a 14 (18 %) si myslí, že informace jsou dostatečné.

OTÁZKA Č. 17

17. Kouříte?

Tabulka 17 Kouření

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
Ano	7	12%	7	12%	14	12%
Ne	45	79%	44	77%	89	78%
Občas	2	4%	3	6%	5	5%
Příležitostně	3	5%	3	5%	6	5%
Celkem	57	100 %	57	100 %	114	100 %



Graf 17 Kouření

Komentář

Vyhodnocením otázky č. 17 bylo u studentů studujících obor zdravotnický zjištěno, že kouří 7 (12 %) respondentů z 57 (100 %), nekouří 45 (79 %), občas kouří 2 (4 %) a příležitostně kouří 3 (5 %) dotázaných.

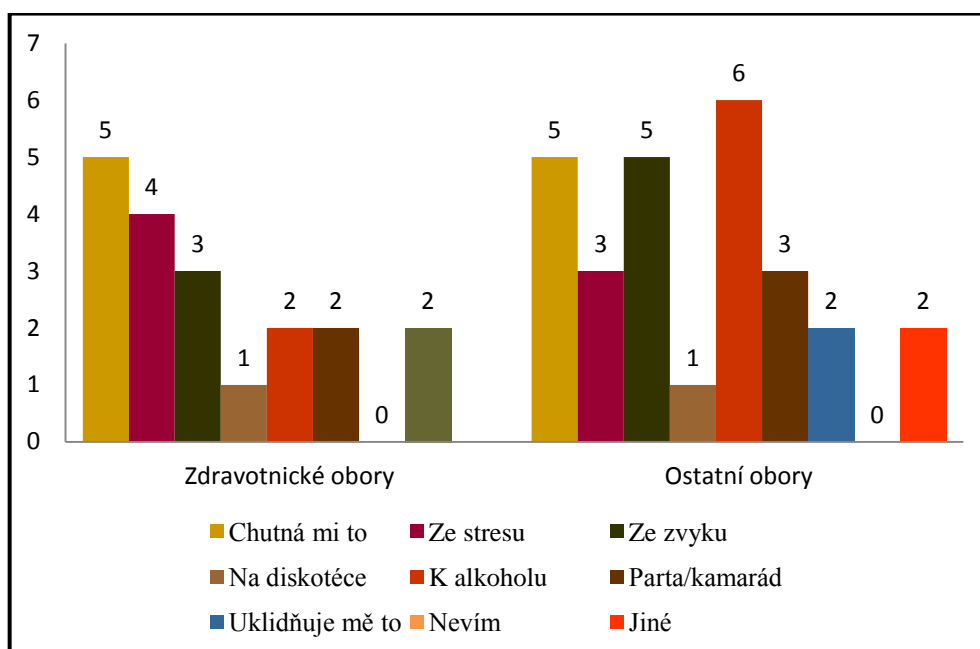
U studentů z ostatních oborů bylo zjištěno, že 7 (12 %) z nich jsou kuřáci, 3 (6 %) kouří občas, 3 (5 %) příležitostně a 44 (77 %) nekouří vůbec.

OTÁZKA Č. 18

18) Uved'te prosím, důvod kouření. (Můžete uvést i více odpovědí)

Tabulka 18 Důvod kouření

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
Chutná mi to	5	26 %	5	19 %	10	22 %
Ze stresu	4	21 %	3	11 %	7	15 %
Zvyk	3	15 %	5	19 %	8	18 %
Na diskotéce	1	5 %	1	4 %	2	4 %
K alkoholu	2	11 %	6	22 %	8	18 %
Parta/kamarád	2	11 %	3	11 %	5	11 %
Uklidňuje mě to	0	0 %	2	7 %	2	4 %
Nevím	2	11 %	0	0 %	2	4 %
Jiné	0	0 %	2	7 %	2	4 %
Celkem	19	100 %	27	100 %	46	100 %



Graf 18 Důvod kouření

Komentář:

Na otázku č. 18 měli odpovídat respondenti pouze ti, kteří kouří, kteří kouří příležitostně i občas, proto celkový počet respondentů zdravotnických oborů je 19 (100 %). 5 (26 %) z nich uvedlo důvodem kouření takový, že jim to chutná, 4 (21 %) uvedli stres, 3 (15 %) zvyk, 1 (5 %) uvedl, že kouří pouze na diskotéce, 2 (11 %) k alkoholu, 2 (11 %) kouří s partou nebo s kamarády, pro uklidnění nekouří respondent žádný, 2 (11 %) uvedli, že neví proč kouří a jiný důvod neuvedl nikdo.

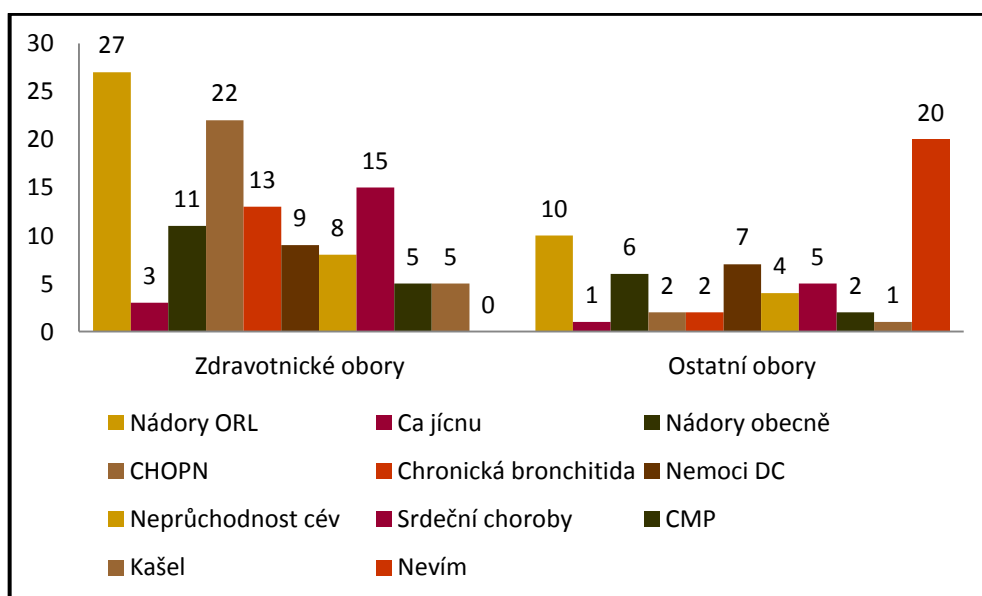
U ostatních oborů je celkový počet 27 (100 %). 5 (19 %) z nich uvedli že kouří, protože jim to chutná, 3 (11 %) kouří ze stresu, 5 (19 %) ze zvyku, 1 (4 %) kouří pouze na diskotéce, že kouří k alkoholu uvedlo respondentů 6 (22 %), 3 (11 %) studenti uvedli, že kouří s partou nebo s kamarády, z důvodu uklidnění uvedli že kouří respondenti 2 (7 %), odpověď nevím neuvedl nikdo a 2 (7 %) uvedli odpověď jiné, kde bylo zahrnuto, že kouří z nudy a z důvodu závislosti.

OTÁZKA Č. 19

19) Uved'te prosím, další onemocnění, která kromě karcinomu plic mohou vlivem kouření vzniknout. (Můžete uvést i více odpovědí)

Tabulka 19 Další nemoci způsobena vlivem kouření

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
Nádory ORL	27	23%	10	17%	37	21%
Ca jícnu	3	2%	1	2%	4	2%
Nádory obecně	11	9%	6	10%	17	10%
CHOPN	22	19%	2	3%	24	14%
Chronická bronchitida	13	11%	2	3%	15	8%
nemoci DC	9	8%	7	12%	16	9%
Neprůchodnost cév	8	7%	4	7%	12	7%
Srdeční choroby	15	13%	5	8%	20	11%
CMP	5	4%	2	3%	7	4%
kašel	5	4%	1	2%	6	3%
Nevím	0	0%	20	33%	20	11%
Celkem	118	100 %	60	100 %	178	100 %



Graf 19 Další nemoci způsobena vlivem kouření

Komentář:

Graf č. 19 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, která další onemocnění mohou vlivem kouření vzniknout. Respondenti mohli uvést i více možnosti, proto celkový počet studentů zdravotnických oborů je 118 (100 %), kdy 27 (23 %) z nich uvedlo ORL nádory, 3 (2 %) uvedli Ca jícnu, 11 (9 %) studentů napsalo nádory obecně, CHOPN uvedlo respondentů 22 (19 %), 13 (11 %) napsalo chronickou bronchitidu, 9 (8 %) obecně nemoci DC, 8 (7 %) nemoci cév, 15 (13 %) nemoci srdce, 5 (4 %) dotázaných uvedlo CMP, 5 (4 %) respondentů napsalo kašel.

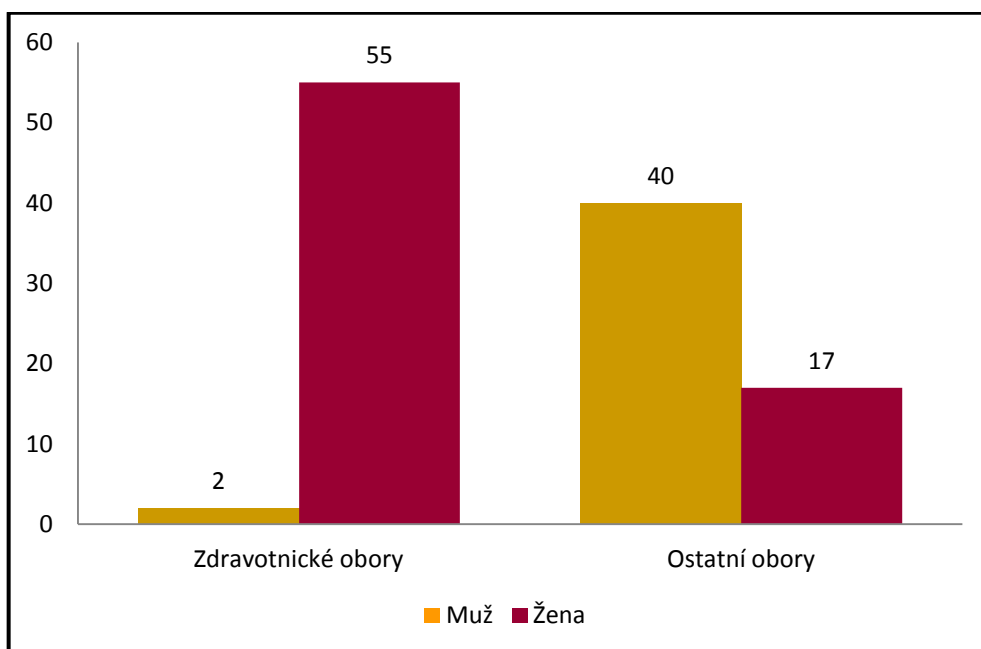
Respondenti z ostatních oborů mohli k otázce č. 19 uvést více odpovědí, proto je jejich celkový počet 60 (100 %). 10 (17 %) respondentů uvedlo, že následkem kouření mimo rakovinu plic můžou vzniknout nádory ORL, pouze 1 (2 %) student uvedl Ca jícnu, vznik nádorů obecně uvedlo 6 (10 %) oslovených, CHOPN uvedli pouze 2 (3 %) studenti, taky bronchitidu uvedli pouze 2 (3 %) studenti, obecně nemoci DC uvedlo 7 (12 %) respondentů, 4 (5 %) studenti uvedli jako následek kouření neprůchodnost cév, vznik srdečních chorob napsalo studentů 5 (8 %), vznik CMP uvedli 2 (3 %) respondenti, kašel uvedl pouze 1 (2 %) student a 20 (33 %) oslovených uvedlo, že neví.

OTÁZKA Č. 20

20) Vaše pohlaví

Tabulka 20 Pohlaví respondentů

	Zdrav.obory		Ostatní obory		Celkem	
	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)	abs. č.	rel. č. (%)
Muž	2	4 %	40	70 %	42	37 %
Žena	55	96 %	17	30 %	72	63 %
Celkem	57	100 %	57	100 %	114	100 %



Graf 20 Pohlaví respondentů

Komentář:

Z grafu č. 20 je patrné že z 57 (100 %) respondentů zdravotnických oborů je 55 (96 %) žen a 2 (4 %) muži.

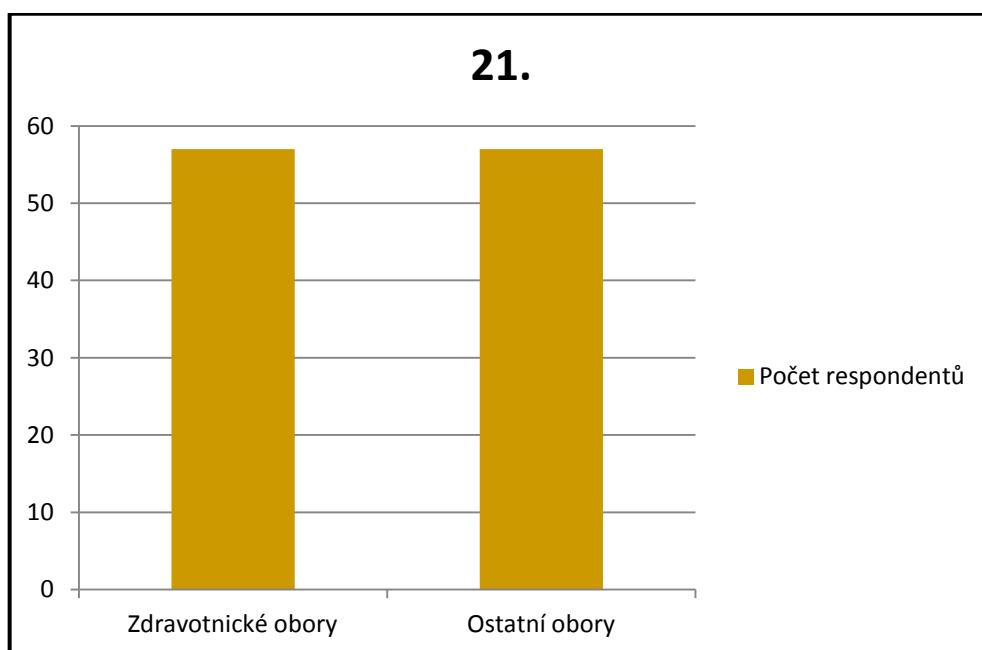
Z respondentů ostatních oborů je 40 (70 %) mužů a 17 (30 %) žen.

OTÁZKA Č. 21

21) Jaký obor studujete?

Tabulka 21 Obor respondentů

	Obor	
	abs. č.	rel. č. (%)
Zdravotnický obor	57	50 %
Ostatní bor	57	50 %
Celkem	114	100 %



Graf 21 Obor respondentů

Komentář:

V grafu č. 21 vidíme, že je stejný počet respondentů zdravotnických i ostatních oborů a to 57 (100 %).

5 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývala informovaností studentů vysokých škol o onemocnění karcinomem plic. Pro získání potřebných dat jsme vytvořili dotazník, který se skládal z 21 položek. Dotazníky byly šířeny elektronickou formou mezi studenty různých vysokých škol, jak oborů zdravotnických, tak oborů jiných. U těchto studentů byla předpokládána určitá míra znalostí, které jsme vyhodnotili pomocí daných cílů, jimiž se v této diskuzi budeme zabývat. Pro lepší porovnání byl počet studentů ze zdravotnických oborů 57 (100 %) a z oborů ostatních také 57 (100 %).

Dotazníkové šetření probíhalo během měsíce ledna až února 2016 a bylo sestaveno tak abychom zjistili cíle dílčí a tím cíl hlavní.

V dotazníku nebyly jen otázky, ve kterých jsme zjišťovali, jak jsou studenti informováni o daném onemocnění Ca plic, ale byly zde zahrnuty i otázky související s tímto onemocněním, které měly informativní charakter. Jedná se o otázky č. 1, 2, 15, 16, 17, 18, 20, 21.

Otázky číslo 1 a 2 nás informovaly o tom, zda - li respondenti o daném onemocnění někdy slyšeli a odkud se informace doslechli. Z celkového počtu respondentů 114 (100 %) bylo zjištěno že 107 (94 %) se o karcinomu plic doslechlo a nejvíce z nich uvedlo zdrojem informací školu a internet. Studenti zdravotnických oborů uváděli nejčastějším zdrojem informací školu 54 (25 %) a studenti oborů ostatních internet 40 (22 %).

Následující otázky měly za úkol od respondentů zjistit, zda-li si myslí, že je populace o tomto riziku vzniku Ca plic dostatečně informována a jak by se informovanost mohla zlepšit. Ani ne polovina respondentů si myslí, že je populace informována dostatečně a způsob, jakým by se informovanost mohla zlepšit nejčastěji uváděli 39 (21 %) TV reklamy.

Potěšujícím výsledkem byl počet studentů nekuřáků, kterých bylo 89, což je 78 %, tedy více než polovina ze všech dotázaných. Překvapivé bylo, že počet nekouřících studentů z oborů nezdravotnických byl stejný, jako u oborů ostatních. Z celkového počtu 114 (100 %) pouhých 14 (12 %) respondentů kouří pravidelně. Výsledky této otázky jsme porovnali s bakalářskou prací Bc. Aleny Svobodové, která má stejně položenou otázku. Její téma bylo „Srovnání informovanosti vysokoškolských studentů o vlivu kouření na organizmus“. Porovnávali jsme četnost kuřáků a nekuřáků. Počet jejich respondentů byl 539, kdy většina 355 jsou nekuřáci a 111 jsou kuřáci. Můžeme tedy říct, že větší převahu mají nekuřáci. Z našeho výzkumu vyplývá, že nejčastějším důvodem kouření respondentů je ten, že jim to

chutná 10 (22 %). Poslední dvě otázky byly zaměřeny na pohlaví respondentů a na jejich studující obor. Z výsledků vidíme, že z 57 respondentů zdravotnických oborů jsou 2 (4 %) muži a 55 (96 %) žen a u oborů nezdravotnických 40 (70 %) mužů a 17 (30 %) žen.

Cíl 1 Zjistit míru informovanosti studentů vysokých škol o základních údajích Ca plic
Vyhodnotit tento cíl nám pomohly otázky č. 3, 4, 6, 7 a 19. U některých odpovědí měli respondenti možnost uvést i více odpovědí.

Vysoký podíl správných odpovědí byl zaznamenán u otázky č. 3, kde respondenti odpovídali na otázku „Kdo je podle Vás častěji postižen Ca plic“. Na tuto otázku odpovědělo správně 62 (54 %) respondentů. 62 respondentů, tedy ví, že jsou tímto onemocněním častěji postiženi muži. Pokud porovnááme zdravotnické obory a ostatní obory, tak můžeme říci, že respondenti ze zdravotnických oborů jsou u této otázky informování lépe, protože 42 (73 %) respondentů zvolilo správnou odpověď, že muži, kdežto z oborů ostatních volilo muže pouze 20 (35 %) respondentů.

Otázka č. 4 měla za úkol zjistit zda-li si respondenti myslí, že jsou ke karcinomu plic náchylnější lidé, u kterých se v rodině rakovinné onemocnění objevilo. Určitou roli zde hraje i genetika, ale ve většině případů si za vznik tohoto onemocnění lidé můžou sami. I přesto 92 (81 %) respondentů si myslí, že ano. Tuto odpověď volilo 46 (81 %) respondentů jak z oborů zdravotnických i z oborů ostatních.

Otázka, která zjišťovala informovanost o příznacích Ca plic byla č. 6, u které pouze 45 (14 %) studentů uvedlo příznak kašel. Nejvyšší zastoupení 59 (18 %) měla odpověď nevim. Spíše tedy respondenti o příznacích nejsou informováni. Při srovnávání oborů zdravotnických a ostatních vidíme u otázky č. 6 znatelný rozdíl. Porovnávali jsme odpovědi kašel, dušnost, bolest na hrudi a vykašlávání krve. Kdy ze zdravotnických oborů uvedlo příznak kašel 36 (16 %) respondentů, dušnost 38 (17 %) respondentů, bolest na hrudi 36 (16 %) studentů a vykašlávání krve respondentů 37 (16 %). Z oborů ostatních tyto příznaky uvádělo méně než polovina respondentů z celkově počtu 57 (100 %).

Znalost respondentů-studentů o vyšetřovacích metodách karcinomu plic zjišťovala otázka č. 7. U této otázky byl zaznamenán vysoký počet správných odpovědí, kterou byla odpověď ano, že se CT vyšetření pro diagnostiku Ca plic používá. Tuto odpověď zvolilo 82 (72 %) respondentů z celkového počtu 114 (100 %). Větší počet správných odpovědí uvedli studenti z oborů zdravotnických 53 (93 %). Z oborů ostatní odpověď ano uvedlo pouze 29 (51 %) respondentů.

U otázky č. 19 studenti měli uvést, jaké další onemocnění může následkem kouření vzniknout. Nejvíce respondentů 37 (21 %) napsalo nádory ORL. Stop kouření online uvádí, že v ČR přibývá lidí s nádory hlavy a krku, za 30 let o 60 % a hlavní příčinou (80 %) vzniku tohoto onemocnění uvádí kouření. Tuhle otázku jsme porovnali i s předešlou studií. Porovnali jsme naše respondenty z ostatních oborů 60 (100 %), kteří byli většinou technického zaměření s respondenty technických oborů z předešlé studie, kdy jejich počet byl 199 (100 %). Z nádorů ORL uvedlo nádory jazyka z předešlé studie 174 (87 %) respondentů a z našich respondentů ostatních oborů 10 (17 %). Dále jsme porovnávali počty odpovědí kardiovaskulárního onemocnění, chronické bronchitidy, CHOPN, neplodnost žen a neplodnost mužů. Z předešlé studie uvedlo 157 (79 %) respondentů kardiovaskulární onemocnění a chronickou bronchitidu 114 (57 %) respondentů. Z respondentů oborů ostatních (technických) v našem výzkumu uvedlo 5 (8 %) kardiovaskulární onemocnění a chronickou bronchitidu pouze 2 (3 %) respondenti. Z předešlé studie ani jeden respondent nevedl CHOPN, ale za to uvedli neplodnost žen a mužů. Z našich výsledků jsou to respondenti 2 (3 %), co uvedli CHOPN, ale za to neplodnost žen a mužů nevedli. Můžeme tedy říct, že informovanost studentů z předešlé studie je na lepší úrovni. Pokud však zmíníme to, že jsou to studenti technických oborů, tak je jejich informovanost na velmi dobré úrovni. Při srovnání studentů z ostatních oborů a zdravotnických oborů jsme zjistili, že jsou na tom lépe studenti oborů zdravotnických.

H1 Předpokládáme, že míra informovanosti studentů vysokých škol o obecných údajích Ca plic bude vyšší u studentů studujících zdravotnické obory nežli u studentů studujících obory jiné.

K vyhodnocení první hypotézy nám pomohly otázky, které patřily i k výsledkům prvního cíle. Můžeme se podívat výše do diskuze, kde vidíme rozdíly daných oborů. Kromě otázky číslo 4, kdy byl výsledek přibližně stejný, na tom byly vždy zdravotnické obory lépe. Ve výsledku tedy můžeme říci, že informovanost studentů oborů zdravotnických o obecných údajích Ca plic je vyšší než u respondentů z oborů ostatních. **Hypotéza se nám potvrdila.**

Cíl 2 Zjistit, míru informovanosti studentů vysokých škol o rizikových faktorech vzniku Ca plic

Ke splnění tohoto cíle nám posloužily otázky dotazníkové šetření č. 5, 8, 9, 10, 11.

Téměř žádná nesprávná odpověď nebyla zaznamenána u otázky č. 5, kde respondenti jak z oborů zdravotnických, tak z ostatních odpovídali správně, že riziko tohoto onemocnění stoupá s věkem a množstvím vykouřených cigaret.

Respondenti odpovídali na otázky týkajících se rizikových faktorů, které přispívají ke vzniku Ca plic. Měli uvést povolání, o kterém si myslí, že přispívá ke vzniku tohoto onemocnění. Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně za rizikové profese považuje práci v uranových dolech, se zdroji ionizujícího záření, s chemickými kancerogeny a azbestem. Práci v dolech uvedlo 62 (31 %) respondentů, 35 (36 %) respondentů ze zdravotnických oborů a 27 (28 %) z oborů ostatních. Práci se zdroji ionizujícího záření uvedli 4 (2 %) respondenti a s chemickými kancerogeny 37 (19 %) respondentů. Respondenti z oborů zdravotnických, až na jednu odpověď mají lepší výsledky. Jsou tedy lépe o rizikových povoláních informováni.

Rizikové faktory nám pomohla zhodnotit otázka č. 9. Kouření, které je RF pro vznik Ca plic uvedli všichni respondenti 114 (22 %). Co se týká všech odpovědí, tak jsou respondenti ze zdravotnických oborů ve srovnání s obory ostatními o rizikových faktorech pro vznik Ca plic lépe informováni. Největší rozdíl můžeme vidět v odpovědi neléčené onemocnění dýchacích cest, kterou uvedlo 39 (14 %) respondentů z oborů zdravotnických a z oborů ostatních 27 (11 %) dotázaných.

V otázce, která nás měla informovat o tom, jak si studenti myslí, že se kouření podílí na vzniku rakoviny plic, nebyli studenti zcela informováni. Většina respondentů uváděla 70 %, ale správnou odpovědí je 85 %, které uvedlo pouze 17 (15 %) z celkového počtu respondentů. Malá informovanost o této skutečnosti je možná jeden z mnoha důvodů, proč stále u nás tolik populace kouří. Správně odpovědělo více respondentů ze zdravotnických oborů.

Smutnou zprávou je malá informovanost studentů o složení cigaretového kouře. Většina z nich uvedla dehet a nikotin, ale u zdravotnických ani ostatních oborů, nebyl těchto dvou odpovědí plný počet. Odpovědi na tuto otázku jsou docela mrzuté, když si připomeneme, že bylo v cigaretách identifikováno více než 4000 chemických látek (Mlčochová, Mlčoch © 2016). Co se týká porovnání studentů zdravotnických oborů s ostatními, tak si na tom překvapivě vedou ostatní obory o něco lépe.

H2 Předpokládáme, že míra informovanosti studentů vysokých škol o rizikových faktorech vzniku Ca plic bude vyšší u studentů studujících zdravotnické obory nežli u studentů studujících obory jiné.

Pokud si přečteme diskuzi k druhému cíli, vidíme, že jsou opět respondenti z oborů zdravotnických informováni lépe. **Hypotéza se nám potvrdila.**

Cíl 3 Zjistit, míru informovanosti studentů vysokých škol o prevenci a preventivních opatřeních týkajících se onemocnění Ca plic.

K tomu, abychom poslední dílčí cíl mohli vyhodnotit nám, pomohly otázky č. 12, 13, 14.

V otázce č. 12 bylo zjišťováno, zda - li jsou respondenti informováni o tom, že existují centra pro závislé na tabáku. Více než polovina 64 (56 %) je informována správně a ví, že centra pro závislé na tabáku existují. 27 (24 %) uvedlo, že neexistují a neví 23 (20 %) respondentů. Výsledek této otázky jsme opět porovnali s bakalářskou prací uvedenou výše, kdy z 539 respondentů 347 uvedlo, že centra pro závislé na tabáku existují. Výsledek je tedy takový, že většina respondentů - studentů je informována, že takové centra existují. Podle tabulky číslo 12 jsme porovnávali odpovědi respondentů z ostatních a zdravotnických oborů, kdy jasně vidíme, že obory zdravotnické jsou o této skutečnosti lépe informovány.

V otázce č. 13, ve které měli respondenti uvést pomůcky, které napomáhají při odvykání kouření byla nejčastější odpověď náplast, kterou uvedlo 84 (44 %) studentů a jako druhá nejčastější odpověď byly žvýkačky, které napsalo respondentů 66 (35 %). Více tyto dvě odpovědi uváděli respondenti z oborů zdravotnických. Z respondentů ostatních oborů jich 18 (21 %) uvedlo, že žádné prostředky neznají. Z respondentů zdravotnických oborů jich bylo pouhých 5 (5 %), co uvedli, že neznají žádný prostředek. Můžeme tedy říci, že studenti ze zdravotnických oborů jsou na tom ze znalosti těchto prostředků lépe.

V následující otázce „Myslíte si, že u nás existují preventivní vyšetření na záchyt onemocnění Karcinomu plic?“ tedy v otázce č. 14 nebyli respondenti dostatečně informováni. Více než polovina respondentů 61 (54 %) si myslí, že existují a pouze 18 (16%) odpovědělo správně, že preventivní vyšetření na záchyt onemocnění Ca plic neexistují. Správně odpovědělo 11 (19 %) studentů ze zdravotnických oborů a 7 (12 %) respondentů z oborů ostatních. Můžeme tedy říci, že zdravotnického obory si vedou v této otázce o něco lépe. Velmi smutnou zprávou je, že si tolik respondentů myslí, že takové vyšetření existuje, ale do Systému podpory prevence vybraných nádorových onemocnění v ČR – screeningové programy není ministerstvem zdravotnictví zařazen. Do programu screeningu jsou zařaze-

ny pouze nádory prsu, děložního hrdla a kolorektální karcinom (O zhoubných nádorech průdušek a plic, © 2016). Na karcinom plic se ve většině případů přijde až v terminálním stádiu, když už nepomáhá žádná léčba, proto je pro nás nevysvětlitelné, proč se do preventivního programu nezařazuje.

H3 V této hypotéze jsme předpokládali že, míra informovanosti studentů vysokých škol o prevenci a preventivních opatřeních týkajících se onemocnění Ca plic bude vyšší u studentů studujících zdravotnické obory nežli u studentů studujících obory jiné. V diskuzi, ve které jsme uvedli výsledky průzkumného cíle č. 3 se můžeme dočíst, že jsou na tom studenti zdravotnických oborů lépe. Značný rozdíl můžeme vidět v tabulce číslo 12. **Hypotéza se nám potvrdila.**

ZÁVĚR

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části jsme se snažili shrnout nejdůležitější informace o Ca plíc. V praktické části jsme analyzovali výsledky průzkumného šetření, které bylo provedeno kvantitativní metodou. Pro vyhodnocení cílů bakalářské práce jsme použili metodu dotazníkového šetření. Průzkum proběhl formou anonymního dotazníku, který vyplnilo 114 respondentů – studentů z různých fakult. Chtěly jsme zjistit, jaká je míra informovanosti studentů vysokých škol o onemocnění Ca plíc. K tomu, abychom jejich míru informovanosti zjistili, jsme si stanovili tři cíle.

V prvním cíli jsme zjišťovali, v jaké míře jsou studenti vysokých škol informováni o obecných údajích. Z výsledků dotazníkového šetření můžeme říct, že míra jejich informovanosti o obecných údajích Ca plíc je celkem na dobré úrovni, především u studentů studujících zdravotnický obor. Otázka, která nám takový fakt potvrzuje je otázka č. 3 *Kdo je podle Vás častěji postihován Ca plíc?* Většina respondentů zvolila správnou odpověď muži. Dále jsme zjistili dobrou informovanost respondentů o příznacích Ca plíc. Můžeme se o tom potvrdit v tabulce č. 6, ve které najdeme i to, že lepší informovanost o příznacích mají respondenti ze zdravotnických oborů.

Druhým cílem jsme zjišťovali informovanost studentů vysokých škol o rizikových faktorech. Informovanost je na dostatečné úrovni, až na jeden nepotěšující údaj, kdy studenti nemají dostatečnou znalost o látkách, které jsou obsaženy v cigaretách.

Třetím cílem jsme zjišťovali míru informovanosti studentů vysokých škol o prevenci a preventivních opatření. U této problematiky si studenti mylí v tom, že si myslí, že existuje preventivní vyšetření na záchyt tohoto onemocnění, ale naopak jsou dostatečně informováni že existují centra pro závislé na tabáku.

Mile překvapující je výsledek otázky, která rozebírá kouření studentů. Z celkové počtu 114 respondentů 25 uvedlo, že kouří, jak pravidelně, příležitostně tak občas. V porovnání s dnešní dobou, kdy kuřáků neustále přibývá je výsledek přijatelný. Ne tak radostnou zprávou je, pokud ale porovnááme dva dané obory, zdravotnické a ostatní, mezi které řadíme většinou obory technického zaměření. Ve výsledku porovnání nám vyšlo, že je počet kuřáků u daných oborů vyrovnaný.

V dnešní době je informovanost studentů o této problematice velmi důležitá. Dostatečná informovanost může člověka vést k tomu, že nezačne vůbec kouřit. Mnoho lidí začne kouřit již v mladém věku. Uvědomují si vůbec, jaké to pro ně může mít v budoucnu riziko? Proto je důležitá informovanost již od brzkého věku, tzn. celkové posílení protikuřáckého

postoje ve společnosti a realizace protikuřáckých kampaní na podporu Světového dne bez tabáku, který každoročně 31. května vyhláší WHO. V roce 2015 se ke Světovému dni bez tabáku přihlásilo Brno a uspořádalo akci v zoo „Zvířátka také nekouří“.

Do takových programů by měla být zařazena celá společnost, ale především zdravotníci, což se v dnešní době neděje. To by mohlo přispět ke snížení počtu kuřáků.

K tématu byla vytvořena informační brožura (uvedena v příloze P VIII), která má upozornit na rizika vzniklá vlivem kouření.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BABIČKOVÁ, Lenka a Jana SKŘIČKOVÁ, 2008. Bronchogenní karcinom. *Onkologická péče* [online]. Česká asociace sester, XII(4), s.1-4 [cit. 2015-12-02]. ISSN 1802–7407 (online). Dostupné z: <http://www.linkos.cz/files/onkologicka-pece/10/98.pdf>
- ČAPOV, Ivan a Jan WECHSLER, 2001. *Drény a jejich využití v chirurgických oborech*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0228-2.
- ČEŠKA, Richard a kol., 2012. *Interna*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-629-6.
- Databáze tuzemských onkologických konferenčních abstrakt, © 2016. *Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. Praha: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickykh-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/4959/>
- DUŠEK, Ladislav a kol., 2007. Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice [online]. Masarykova univerzita [cit. 2016-01-08]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/>
- Evropský kodex proti rakovině – hlavní zásady a doporučení, © 2016. *Český den proti rakovině* [online]. Praha: Liga proti rakovině [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <https://www.denprotirakovine.cz/evropsky-kodex/>
- FAIT, Tomáš, Michal VRABLÍK a Richard ČEŠKA, 2011. *Preventivní medicína*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, 770 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-237-7.
- Hodnotící škály, 2012. *Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče* [online]. Hradec Králové: VOS zdravotnická a Střední zdravotnická škola [cit. 2016-05-09]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. Vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KLEIN, Jiří, 2006. *Chirurgie karcinomu plic*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4713-847.

KLENER, Pavel et. al, 2006. *Vnitřní lékařství*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-807-2624-300.

KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA, 2014. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4284-7.

KUMAR, Parveen J a Michael L CLARK 2009. *Clinical medicine*. 7th ed. London: Saunders. ISBN 978-070-2029-936.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1443-4.

MLČOCHOVÁ, Eva, Zbyněk MLČOCH, © 2003-2016 *Kuřáková plíce* [online]. [cit.2016-05-13]. Dostupné z: http://www.kurakova-plice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/

PEŠEK, Miloš, 2009. Současná situace a pokroky v diagnostice a léčbě bronhogenního karcinomu. *Interní med.* [online]. Olomouc: Solen 11(6), 272-275 [cit. 2015-12-05]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/06/05.pdf>

Rizikové faktory © 2016. *Rakovina plic* [online]. [cit. 2016-01-09]. Dostupné z: <http://rakovinaplic.cz/rizikove-faktory/>

Signs and symptoms of lung cancer, © 2016. *American Cancer Society* [online]. [cit. 2015-12-03]. Dostupné z: <http://www.cancer.org/cancer/lungcancer-non-smallcell/moreinformation/lungcancerpreventionandearlydetection/lung-cancer-prevention-and-early-detection-signs-and-symptoms>

SKŘIČKOVÁ, Jana, © 2016. O zhoubných nádorech průdušek a plic. *Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. Olomouc: Solen [cit. 2016-01-08]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/zhoubne-nadory-prudusek-plic-a-pohrudnice-c33-34/o-zhoubnych-nadorech-prudusek-a-plic/>

SKŘIČKOVÁ, Jana, © 2016. Prevence a časný záchyt nádorů plic - záznam živého přenosu. *Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. Praha: Linkos [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/prevence/prevence-a-casny-zachyt-nadoru-plic-zaznam-ziveho-prenosu/>

SKŘIČKOVÁ, Jana a Bohdan KADLEC, 2014. Příznaky a rizika karcinomu plic. *Medicína pro praxi* [online]. 11(1), 30 - 33 [cit. 2016-05-09]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2014/01/07.pdf>

SOUČEK, Miroslav, Jindřich ŠPINAR a Jiří VORLÍČEK, 2011. *Vnitřní lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2110-1.

STOLZ, Alan J a Pavel PAFKO, 2010. *Komplikace v plicní chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3586-3

SVOBODOVÁ, Alice, 2015. *Srovnání informovanosti vysokoškolských studentů o vlivu kouření na organismus* [online]. Praha [cit. 2016-05-09]. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Alice Strnadová. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/157980/>

Types and Staging of Lung Cancer, © 2016. *A program of cancer care* [online]. [cit. 2015-12-10].

U Lékaře, 2016. Stop-kouření [online]. [cit. 2016-05-09]. Dostupné z: <http://www.stop-koureni.cz/novinky/v-cr-pribyva-lidi-s-nadory-hlavy-a-krku-za-30-let-o-60-procent-167>

VAŠÁKOVÁ, Martina a kol., 2013. *Moderní farmakoterapie v pneumologii*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-351-0.

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

VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

What Are the Medical Consequences of Tobacco Use, 2012. *National Institute on Drug Abuse* [online]. National Institute of Health [cit. 2016-05-14]. Dostupné z: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/tobacco/what-are-medical-consequences-tobacco-use>

What Are the Risk Factors for Lung Cancer, © 2015. *Centers for Disease Control and Prevention* [online]. [cit. 2016-01-09]. Dostupné z: http://www.cdc.gov/cancer/lung/basic_info/risk_factors.htm

ZATLOUKAL, Petr, 2008. Karcinom plic. *Medicína pro praxi* [online]. 5(1), s. 23-27 [cit. 2016-01-08]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/01/06.pdf>

ZATLOUKAL, Petr, Luboš, PETRUŽELKA, 2001. *Karcinom plic*. Praha: Grada. ISBN 978-807-1698-197.

Zdravotní následky kouření, 2014. *Centrum odvykání kouření* [online]. [cit. 2016-05-13]. Dostupné z: <http://www.exnico.com/zdravotni-nasledky-koureni/>

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.

ŽALOUDÍK, Jan, 2008. *Vyhněte se rakovině, aneb, Prevence zhoubných nádorů pro každého*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2307-5.

31. květen-Světový den bez tabáku © 2007. World Health Organization [online]. [cit. 2015-02-27]. Dostupné z: <http://www.who.cz/31-kvetna-svetovy-den-bez-tabaku.html>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ABR	Acidobazická rovnováha
ALP	Alkalická fosfatáza
ATB	Antibiotika
Ca	Karcinom
CNS	Centrální nervová soustava
CO ₂	Oxid uhličitý
CRP	Cereaktivní protein
CT	Computerová tomografie
CVT	Centrální venózní tlak
DK	Dolní končetiny
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
DÚ	Dutina ústní
EKG	Elektroardiografie
HDŽ	Horní dutá žíla
JIP	Jednotka intenzivní péče
KO	Krevní obraz
M	Vzdálené metastázy
MR	Magnetická rezonance
N	Metastázy v regionálních mízních uzlinách
NN	Nozokomiální nákazy
NSCLC	Non-small cell lung cancer (nemalobuněčný bronchogenní karcinom)
O ₂	Kyslík
PET	Pozitronová emisní tomografie
PMK	Permanentní močový katétr

RHB	Rehabilitace
RTG	Rentgen
SONO	Sonografie
SCLC	Small cell lung cancer (malobuněčný plicní karcinom)
SpO2	Saturace krve kyslíkem
T	Rozsah primárního nádoru
TEN	Trombembolická nemoc
TK	Krevní tlak
TNM	Tumor, Nodus, Metastáza
UPV	Umělá plicní ventilace
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VTS	Videotorakoskopie
VATS	Videoasistovaná hrudní chirurgie
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 Získání informací Ca plic</i>	39
<i>Tabulka 2 Zdroj informací o Ca plic</i>	40
<i>Tabulka 3 Častěji postihnuté pohlaví</i>	42
<i>Tabulka 4 Rodinná predispozice Ca plic</i>	44
<i>Tabulka 5 Ovlivňující faktory pro vznik Ca plic</i>	45
<i>Tabulka 6 Příznaky Ca plic</i>	46
<i>Tabulka 7 Diagnostika Ca plic</i>	48
<i>Tabulka 8 Rizikové povolání pro vznik Ca plic</i>	49
<i>Tabulka 9 Rizikové faktory pro vznik Ca plic</i>	51
<i>Tabulka 10 Podíl kouření cigaret na vzniku Ca plic</i>	53
<i>Tabulka 11 Látky obsahující cigarety</i>	55
<i>Tabulka 12 Centra pro závislé na tabáku</i>	57
<i>Tabulka 13 Pomůcky pomáhající při odvykání kouření</i>	58
<i>Tabulka 14 Preventivní vyšetření na záchyt Ca plic</i>	60
<i>Tabulka 15 Názor na informovanost populace</i>	61
<i>Tabulka 16 Zlepšení informovanosti</i>	62
<i>Tabulka 17 Kouření</i>	64
<i>Tabulka 18 Důvod kouření</i>	65
<i>Tabulka 19 Další nemoci způsobena vlivem kouření</i>	67
<i>Tabulka 20 Pohlaví respondentů</i>	69
<i>Tabulka 21 Obor respondentů</i>	70

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 Získání informací o Ca plic</i>	39
<i>Graf 2 Zdroj informací o Ca plic</i>	41
<i>Graf 3 Častěji postihnuté pohlaví</i>	42
<i>Graf 4 Rodinná predispozice Ca plic</i>	44
<i>Graf 5 Ovlivňující faktory pro vznik Ca plic</i>	45
<i>Graf 6 Příznaky Ca plic</i>	46
<i>Graf 7 Diagnostika Ca plic</i>	48
<i>Graf 8 Rizikové povolání pro vznik Ca plic</i>	50
<i>Graf 9 Rizikové faktory pro vznik Ca plic</i>	52
<i>Graf 10 Podíl kouření cigaret na vzniku Ca plic</i>	53
<i>Graf 11 Látky obsahující cigarety</i>	56
<i>Graf 12 Centra pro závislé na tabáku</i>	57
<i>Graf 13 Pomůcky pomáhající při odvykání kouření</i>	59
<i>Graf 14 Preventivní vyšetření na záchyt Ca plic</i>	60
<i>Graf 15 Názor na informovanost populace</i>	61
<i>Graf 16 Zlepšení informovanosti</i>	62
<i>Graf 17 Kouření</i>	64
<i>Graf 18 Důvod kouření</i>	65
<i>Graf 19 Další nemoci způsobena vlivem kouření</i>	67
<i>Graf 20 Pohlaví respondentů</i>	69
<i>Graf 21 Obor respondentů</i>	70

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Dotazník

P II: Klasifikace bronchogenního karcinomu podle TNM (česká verze, 7. vyd., 2011)

P III: Rozdělení karcinomu plic do stádií (česká verze, 7. vyd., 2011)

P IV: Fagerströmův test nikotinové závislosti

P V: Evropský kodex proti rakovině

P VI: Škály pro hodnocení bolesti

P VII: Mapa bolesti

P VIII: Informační brožura

Příloha PI: Dotazník

Milá studentko / milý studente

*Jmenuji se Nikola Mozgová a jsem studentka 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně - program Ošetrovatelství – obor Všeobecná sestra. Jako závěrečnou práci svého studia jsem si zvolila téma: **Informovanost studentů o prevenci a léčbě karcinomu plic**. Chtěla bych Vás **tímto** požádat o pár minut Vašeho drahocenného času k vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je naprosto anonymní a dobrovolný. Cílem následujícího dotazníku je zjištění Vaší informovanosti o dané problematice. Pokud není u otázek s možností výběru uvedeno jinak, zaznačte jen jednu odpověď.*

Děkuji Vám.

1) Měl/a jste někdy možnost se doslechnout o karcinomu plic způsobeného vlivem kouření?

- a) Ano
- b) Ne

2) Kdo Vám informace poskytl? (můžete uvést i více odpovědí)

- a) Škola
- b) Kamarádi
- c) Rodina
- d) Internet
- e) Časopisy, knihy
- f) Televize
- g) Brožury
- h) Jinak, uveďte.....

3) Kdo je podle Vás častěji postihován karcinomem plic?

- a) Ženy
- b) Muži
- c) Obě pohlaví stejně
- d) Nevím

4) Myslíte si, že jsou k tomuto onemocnění náchylnější lidé, u kterých se v rodině rakovinné onemocnění již objevilo?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

5) Myslíte si, že riziko tohoto onemocnění stoupá s věkem a množstvím vykouřených cigaret?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

6) Vypište prosím, alespoň 5 příznaků karcinomu plic (pokud nevíte, proškrtněte)

.....

7) Myslíte si, že se vyšetření pomocí počítačové tomografie používá pro diagnostiku karcinomu plic?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

8) Jaké povolání podle Vás je rizikové pro vznik karcinomu plic? (můžete uvést i více odpovědí)

.....

9) Vyberte prosím rizikové faktory, které si myslíte, že můžou vést ke vzniku karcinomu plic (můžete zvolit i více odpovědí)

- a) Kouření
- b) Špatná životospráva

- c) Profesionální expozice - záření
- d) Látky - azbest, nikl, chrom
- e) Přejídání
- f) Alkohol
- g) Častý pobyt v zakouřeném prostředí
- h) Neléčené onemocnění dýchacích cest
- i) Nevím

10) Uved'te prosím procentuální podíl kouření pro vznik karcinomu plic dle Vašeho názoru

- a) 50%
- b) 60%
- c) 70%
- d) 85%

11) Které látky jsou podle Vás obsaženy v cigaretách (můžete uvést i více odpovědí)

- a) Dehet
- b) Nikotin
- c) Oxid siřičitý
- d) Hořčík
- e) Oxidy dusíku
- f) Methanol
- g) Amoniak
- h) Draslík
- i) Kadminum
- j) Formaldehyd
- k) Sodík
- l) Kyanovodík
- m) Nevím

12) Myslíte si, že existují centra pro závislé na tabáku?

- a) Ano, existují.
- b) Ne, neexistují.
- c) Nevím.

13) Znáte nějaké pomůcky, které napomáhají pro odvykání kouření ?

- a) Ne
- b) Ano, uveďte.....

14) Myslíte si, že u nás existují preventivní vyšetření na záchyt onemocnění Karcinomu plic?

- a) Ano, existují.
- b) Ne, existují.
- c) Nevím.

15) Myslíte si, že je populace o tomto riziku vzniku karcinomu plic u kuřáka, dostatečně informována?

- a) Ano
- b) Ne

16) Uveďte prosím, jakým způsobem by se podle Vás mohla zlepšit informovanost o prevenci karcinomu plic? (Můžete uvést i více odpovědí)

.....

17) Kouříte?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Občas
- d) Příležitostně

18) Uved'te prosím, důvod kouření (odpovídají pouze ti, kteří na předešlou otázku odpověděli ano)

- a) Chutná mi to
- b) Ze stresu
- c) Zvyk
- d) Na diskotéce
- e) K alkoholu
- f) Parta/kamarád
- g) Uklidňuje mě to
- h) Nevím
- i) Jiné, uveďte.....

19) Uved'te prosím, další onemocnění, která kromě karcinomu plic mohou vlivem kouření vzniknout

.....

20) Vaše pohlaví

- a) Muž
- b) Žena

21) Jakou vysokou školu studujete (uveďte fakultu, obor, ročník)

.....

Příloha PII: Klasifikace bronchogenního karcinomu podle TNM (česká verze, 7. vyd., 2011)

T - primární nádor	
TX	primární nádor nelze hodnotit, nebo jako nádor prokázán pouze na základě přítomnosti maligních buněk ve sputu nebo bronchiálním výplachu, ale není viditelný zobrazovacími vyšetřovacími metodami nebo bronchoskopicky
T0	bez známek primárního nádoru
Tis	karcinom in situ
T1	nádor do 3 cm v největším rozměru, obklopený plící nebo viscerální pleurou, bez bronchoskopických známek postižení proximálněji od lobárního bronchu (ne v hlavním bronchu)
T1a	≤ 2 cm
T1b	> 2 a ≤ 3 cm
T2	nádor větší než 3 cm, ne však více než 7 cm; nebo nádor s některou z následujících charakteristik: postihuje hlavní bronchus, 2 cm a distálněji od kariny, šíří se viscerální pleurou, je spojen s atelaktázou nebo obstruktivní pneumonitidou, která se šíří k oblasti hilu, nepostihuje však celou plíc
T2a	> 3 a ≤ 5 cm
T2b	> 5 a ≤ 7 cm
T3	nádor větší než 7 cm nebo přímo postihující některou z následujících struktur: hrudní stěna, bránice, nervus phrenicus, mediastinální pleura, parietální perikard, hlavní bronchus < 2 cm od kariny; přidružená atelaktáza či obstrukční pneumonitida celé plíce, samostatný uzel (uzly) v témže laloku jako primární nádor
T4	nádor jakékoliv velikosti postihující mediastinum, srdce, velké cévy, karina, trachea, nervus laryngeus recurrens, jícn, tělo obratle, karinu nebo samostatný nádorový uzel (uzly) v jiném stejnostranném laloku než pri-

	mární nádor
N - regionální lymfatické uzliny	
NX	regionální lymfatické uzliny nelze hodnotit
N0	regionální lymfatické uzliny bez metastáz
N1	stejnostranné peribronchiální, stejnostranné hilové a uzliny intrapulmonální, včetně postižení přímým šířením
N2	stejnostranné mediastinální, subkarinální
N3	druhostranné mediastinální nebo hilové; stejnostranné či druhostranné skalenické nebo suprakravikulární
M - vzdálené metastázy	
MX	vzdálené metastázy nelze hodnotit
M0	bez vzdálených metastáz
M1	vzdálené metastázy
M1a	samostatný nádorový uzel (uzly) v druhostranném laloku, pleurální uzly nebo maligní pleurální či perikardiální výpotek
M1b	vzdálené metastázy

(Janíková, Zeleníková, 2013, s. 124)

Příloha P III: Rozdělení karcinomu plic do stádií (česká verze, 7. vyd., 2011)

Stadium	T	N	M
okultní karcinom	TX	N0	M0
stadium 0	Tis	N0	M0
stadium IA	T1a,T1b	N0	M0
stadium IB	T2a	N0	M0
stadium IIA	T2b	N0	M0
	T1a, T1b	N1	M0
	T2a	N1	M0
stadium IIB	T2b	N1	M0
	T3	N0	M0
stadium IIIA	T1a, T1b, T2a,T2b	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
	T4	N0, N1	M0
stadium IIIB	T4	N2	M0
	jakékoliv T	N3	M0
stadium	jakékoliv T	jakékoliv N	M1

(Janíková, Zeleníková, 2013, s. 125)

Příloha P IV: Fagerströmův test nikotinové závislosti

Test, který umožňuje zjistit míru závislosti na cigaretách. Podstatnou roli hraje doba od probuzení zapálení si první cigarety, kouření během dne, počet cigaret vykouřených za den.

1) Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?

- do 5 minut (3 body)
- za 630 minut (2 body)
- za 31-30 minut (1 bod)
- po 60 minutách (0 bodů)

2) Je pro vás obtížné nekouřit tam, kde je kouření zakázáno?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

3) Které cigarety byste se nejméně rád vzdal ?

- první ráno (1 bod)
- kterékoliv jiné (0 bodů)

4) Kolik cigaret denně kouříte ?

- 0-10 (0 bodů)
- 11-20 (1 bod)
- 21-30 (2 body)
- 31 a více (3 body)

5) Kouříte víc během dopoledne

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

6) Kouříte i během nemoci, když musíte ležet v posteli ?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

Součet bodů

- 0-1 žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu

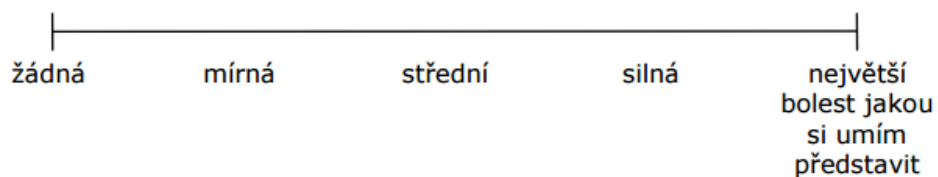
- 2-4 střední závislost
- 5-10 silná závislost na nikotinu (Mlčochová, Mlčoch, © 2016).

Příloha P V: Evropský kodex proti rakovině – hlavní zásady a doporučení:

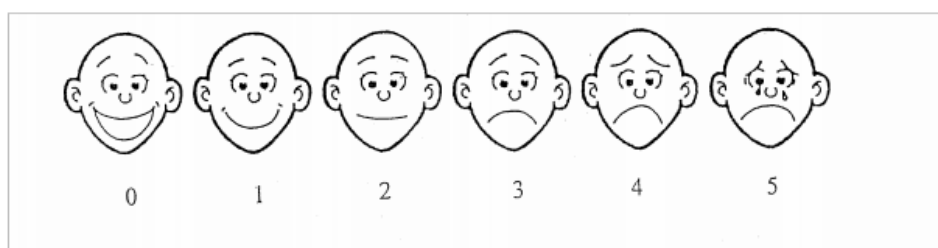
1. Nekuřte! Pokud kouříte, přestaňte. Nejste-li schopni přestat, rozhodně nekuřte v přítomnosti dětí.
2. Vyvarujte se obezity.
3. Denně vykonávejte nějakou tělesnou činnost.
4. Jezte denně více různých druhů ovoce a zeleniny, alespoň v pěti porcích. Omezte příjem potravin obsahujících živočišné tuky.
5. Jestliže pijete alkohol, ať již pivo, víno nebo koncentráty, snižte spotřebu na dva nápoje denně, jste-li muž, a na jeden, jste-li žena.
6. Nevystavujte se nadměrnému slunečnímu záření. Zvláště důležité je chránit děti a mladistvé. Ti, kdo mají sklon se rychle spálit, se musí chránit během celého života.
7. Dodržujte přesně pravidla ochrany před známými rakovinou tvornými látkami. Dodržujte všechny zdravotní a bezpečnostní předpisy při styku s látkami, které mohou způsobit rakovinu. Dodržujte směrnice radiační hygienické služby.
8. Ženy od 25 let by se měly zapojit do screeningu děložního hrdla v programu se zajištěnou kontrolou kvality v souladu se Směrnicemi Evropské unie.
9. Ženy od 45 let by se měly zapojit do mamárního screeningu v programu se zajištěnou kontrolou kvality v souladu se Směrnicemi Evropské unie.
10. Ženy a muži od 50 let by se měli zapojit do screeningu tlustého střeva a konečníku v programech se zajištěnou kontrolou kvality.
11. Účastněte se očkovacích programů proti infekci způsobené virem hepatitidy B.
(Evropský kodex proti rakovině, © 2016)

Příloha P VI: Škály pro hodnocení bolesti

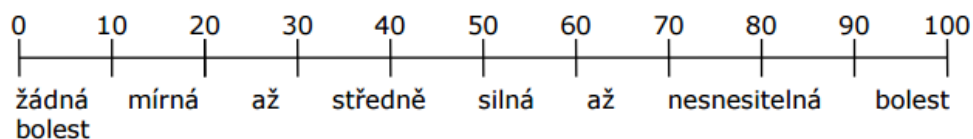
Vizuální analogová škála bolesti



Škála výrazů obličeje pro měření bolesti



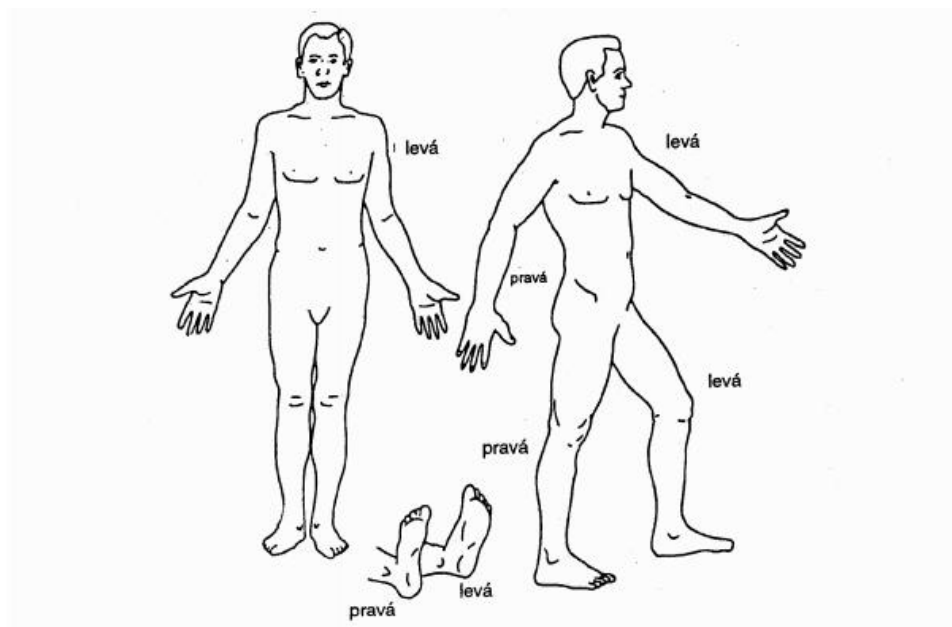
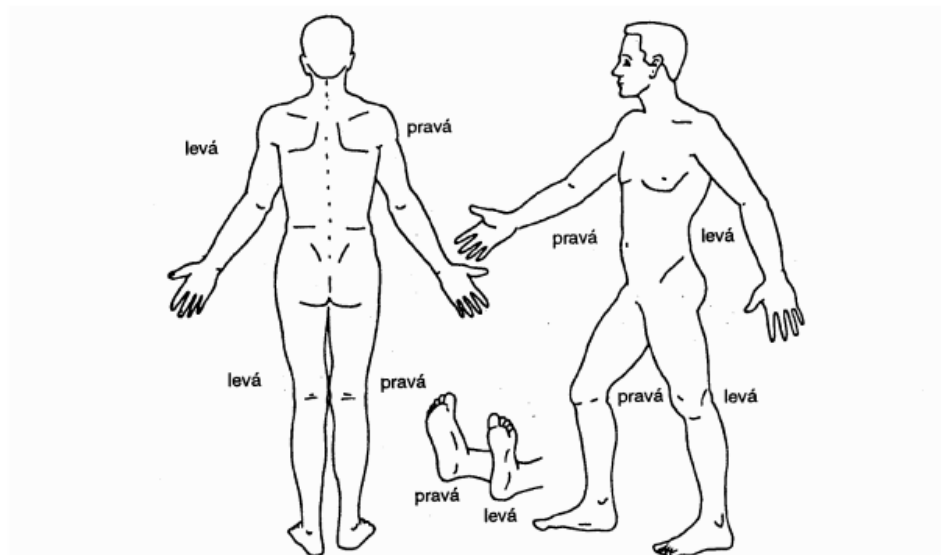
Numerická škála bolesti



(Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče, 2012)

Příloha P VII: Mapa bolesti

Mapa bolesti (M. S. Margoles, 1983)



(Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče, 2012)



Vaše poslední
cigareta..

What Are the Medical Consequences of Tobacco Use, 2012. *National Institute on Drug Abuse* [online]. National Institute of Health [cit. 2016-05-15]. Dostupné z: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/tobacco/what-are-medical-consequences-tobacco-use>

Rizikové faktory © 2016. *Rakovina plic* [online]. [cit. 2016-01-09]. Dostupné z: <http://rakovinaplic.cz/rizikove-faktory>

Zdravotní následky kouření, 2014. *Centrum odvykání kouření* [online]. [cit. 2016-05-15]. Dostupné z: <http://www.centro.com/zdravotni-nasledky-kuření>

MILČOCHOVÁ, Eva; ZEMEK, MI; COCH, © 2003-2016. *Kaňkova plic* [online]. [cit. 2016-05-13]. Dostupné z: http://www.kanckovaplice.cz/koureni_eigaret/zajimavosti-a-statistiky

SKRÍČKOVÁ, Jana © 2016. *O zhoubných nádorech průdušek a plic. Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. Olomouc: Solen [cit. 2016-01-08]. Dostupné z: <http://www.onkoc.cz/zhoubne-nadory-prudusek-a-plic/03334-oz-ohubnych-nadorech-prudusek-a-plic>

Vypracovala:
Nikola Mozgová, © 2016, UTB, FHS,
Všobecná sestra

Kouření a rakovina plic



Healthy Human Lung
Tobacco Smoker's Lung

KOUŘÍTE? PŘESTAŇTE! NEKOUŘÍTE? NEZAČÍNEJTE!

<p style="text-align: center; font-weight: bold;">RAKOVINA PLIC</p> <p>Způsobuje ve světě více jak 1 milion úmrtí ročně. Výskyt tohoto onemocnění se neustále navyšuje. Způsobeno je to hlavně tím, že přibývá počet kuřáků, hlavně žen, u kterých se kouření stalo velkým trendem.</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">RIZIKOVÉ FAKTORY</p> <p>KOUŘENÍ je prvním rizikovým faktorem pro vznik rakoviny plic. Riziko stoupá po vykouření 150 000.</p> <p>Kromě kouření aktivního, se mezi rizikové faktory řadí i kouření pasivní. Ohroženi jsou hlavně osoby pracující v barech a zkouřených kavárnách. Pokud je možnost volby najít si zaměstnání bez takového rizikového faktoru, neváhejte. Aktivní i pasivní kouření jsou faktory ovlivnitelnými, proto záleží na Vás, zda-li se dále budete vystavovat riziku, nebo ne.</p> <p>Významný rizikový faktor pro vznik rakoviny plic je radon. Dále to může být azbest a ionizující záření.</p>	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">VLIV KOUŘENÍ NA TĚLNÍ SYSTÉMY</p> <p>Kouření má vliv nejen na vznik rakoviny plic, ale taky na ostatní orgány v těle. Níže jsou uvedeny nemoci, které kouřením vyvoláváte.</p> <p>Dýchací systém</p> <ul style="list-style-type: none"> • RAKOVINA PLIC • CHRONICKÁ OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOC • NÁDOR HRтанU • RANNÍ KUŘÁCKÝ KAŠEL • DALŠÍ ZHOUBNÉ NÁDORY <p>Kardiovaskulární systém</p> <ul style="list-style-type: none"> • CĚVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA • INFARKT MYOKARDU • VYSOKÝ TLAK <p>Gastrointestinální trakt</p> <ul style="list-style-type: none"> • RAKOVINA ŽALUDKU • VŘEDOVÁ CHOROBA ŽALUDKU A DVANÁCTERNÍKU <p>Snížená imunita, zvýšená srážlivost krve (ženy, které užívají antikoncepci a kouří, mají větší riziko plicní embolie), ovlivnění očí, zubů, vlasů.</p> <p style="color: red; font-weight: bold; text-align: center;">KUŘÁČI! STÁLE BUDETE KOUŘIT ?</p>	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">CO SE DĚJE V ORGANISMU OD VYKOUŘENÍ POSLEDNÍ CIGARETY ?! ČTĚTE!</p> <p>20 MINUT PO – tepová frekvence a krevní tlak se vrací k normálu, zlepšuje se cirkulace v horních i dolních končetinách</p> <p>10 HODIN PO – koncentrace kyslíku v krvi se vrací k normálu, klesá riziko vzniku infarktu myokardu</p> <p>24 HODIN PO – z těla je vyloučen oxid uhelnatý, krev je okysličenější, plicce a dýchací cesty se začínají čistit</p> <p>DO 45 HODIN – tělo již odbouralo veškerý nikotin, zlepšuje se chuť a čich</p> <p>DO 72 HODIN – snazší dýchání, rozššíří se dýchací cesty</p> <p>DO 12 TÝDNŮ – zlepšuje se krevní oběh, chůze a běh je snadnější, méně se zadýcháváte</p> <p>DO 3–9 MĚSÍCŮ – zlepšují se příznaky poškození plic</p> <p>DO 5 LET – riziko srdečního infarktu klesá na polovinu</p> <p>DO 10 LET – riziko vzniku rakoviny plic se zmenšilo na polovinu a riziko vzniku srdečního infarktu je stejné jako u nekuřáka</p>
---	--	--