

Edukace pacientů s karcinomem plic

Adámková Denisa

Bakalářská práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Denisa Adámková**
Osobní číslo: **H170422**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Edukace pacientů s karcinomem plic**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti edukace pacientů s karcinomem plic.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

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

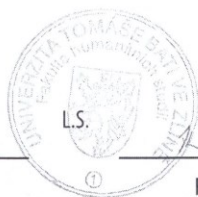
Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- ČEŠKA, R., V. TESAŘ a kol. *Interna*. Praha: Triton, 2010. 855 s. ISBN 978-80-7387-423-0.
JURENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
MAGUROVÁ, D. a L. MAJERNÍKOVÁ. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2009. 154 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
NEWTON, S., M. HICKEY a J. M. BRANT. *Mosby's oncology nursing advisor: a comprehensive guide to clinical practice*. 2nd edition. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2017. 459 s. ISBN 978-0-323-37563-4.
TOMÁŠEK, J. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ, 2015. 448 s. ISBN 978-80-88046-01-1.
VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Miroslava Kubicová, PhD.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

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(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a).
V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 14.5.2021

.....

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 nahlížení 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 nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-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). *Odpírá-li autor takového díla udělit 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 užít 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 výdělku jím dosaženého 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce nese název „Edukace pacientů s karcinomem plic“ a pojednává o tom, do jaké míry jsou pacienti s diagnostikovanou onkologickou plicní nemocí edukováni o vlastním onemocnění a jeho léčbě. Teoretická část se v první řadě zabývá anatomií plic a dýcháním. Dále se věnuje základní charakteristice karcinomu plic, příznakům, rizikovým faktorům, diagnostice a léčbě. V poslední řadě teoretická část obsahuje také samotnou edukaci, její druhy a edukační proces. Výzkumná část provedená pomocí kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření obsahuje odpovědi, které se týkají informovanosti vybraných respondentů s karcinomem plic o vlastním onemocnění, jeho léčbě a také o jejich spokojenosti s edukací.

Klíčová slova: plice, rakovina plic, léčba, edukace, edukační proces

ABSTRACT

The bachelor's thesis is entitled "Education of patients with lung cancer" and discusses the extent to which patients with diagnosed lung cancer are educated about their own disease and its treatment. The theoretical part deals primarily with lung anatomy and respiration. It also deals with the basic characteristics of lung cancer, symptoms, risk factors, diagnosis and treatment. Furthermore, the theoretical part also contains the education itself, the types of education and the educational process. The research part was performed using quantitative research in the form of a questionnaire survey and there are answers which relate to the awareness of selected respondents with lung cancer about their own disease, its treatment but also their satisfaction with education.

Keywords: lungs, lung cancer, treatment, education, educational process

Mé velké díky patří PhDr. Miroslavě Kubicové, Ph.D. za cenné rady, velkou ochotu a odborné vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině a přátelům za obrovskou podporu při studiu a zpracování bakalářské práce. Velké poděkování patří i všem respondentům za jejich čas a ochotu při vyplňování dotazníků obzvlášť v této těžké době.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PLÍCE.....	12
1.1 STAVBA PLIC	12
1.2 DÝCHÁNÍ.....	12
1.3 DÝCHACÍ SVALY.....	13
2 KARCINOM PLIC	14
2.1 CHARAKTERISTIKA KARCINOMU PLIC.....	14
2.2 DĚLENÍ KARCINOMU PLIC	14
2.2.1 Nemaalobuněčný karcinom plic	14
2.2.2 Malobuněčný karcinom plic.....	15
2.3 EPIDEMIOLOGIE KARCINOMU PLIC.....	15
2.4 ETIOLOGIE KARCINOMU PLIC.....	15
2.5 KLINICKÝ OBRAZ KARCINOMU PLIC	16
2.5.1 Intratorakální příznaky	16
2.5.2 Extratorakální příznaky	16
2.5.3 Paraneoplastické příznaky.....	17
2.6 TNM KLASIFIKACE	17
2.7 DIAGNOSTIKA KARCINOMU PLIC	19
2.8 LÉČBA KARCINOMU PLIC	20
2.8.1 Chemoterapie	20
2.8.2 Radioterapie	21
2.8.3 Chirurgická léčba	22
2.8.4 Paliativní léčba	23
2.9 PROGNÓZA KARCINOMU PLIC	23
3 EDUKACE	25
3.1 DRUHY EDUKACE	25
3.2 EDUKAČNÍ PROCES V OŠETŘOVATELSTVÍ	26
3.2.1 Edukační posouzení	26
3.2.2 Edukační diagnostika	26
3.2.3 Plánování edukace.....	26
3.2.4 Realizace edukace	30
3.2.5 Hodnocení edukace	31
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	34
4.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	34
4.2 METODA A TECHNIKA VÝZKUMU.....	34

4.4	ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	35
4.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	35
5	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	36
6	DISKUZE	61
7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	66
	ZÁVĚR	67
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	68
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	71
	SEZNAM OBRÁZKŮ	72
	SEZNAM TABULEK.....	73
	SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

Celosvětově je rakovina plic jedním z velmi častých onkologických onemocnění, tudíž může postihnout kohokoliv z nás. Jedná se o nemoc s velkým počtem nemocných a vysokou úmrtností. Odjakživa byl větší nárůst tohoto onemocnění u mužů, ale v poslední době se začal objevovat často i u žen, avšak incidence u mužů je stále vyšší. Nejčastější příčinou je kouření, ať už aktivní či pasivní. Mezi rizikové faktory pro vznik této nemoci patří také dlouhodobé vdechování karcinogenních látek, jako je azbest a radon. Přestože se kvalita péče stále zvyšuje, je prognóza tohoto onemocnění velmi špatná.

Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu pracovní zkušenosti v hospici, kde jsem se setkávala i s lidmi s nádorovým onemocněním plic. Chtěla jsem zjistit, jestli jsou lidé s touto diagnózou edukováni o svém onemocnění, rizikových faktorech, příčinách či možnostech léčby, protože si myslím, že je edukace velmi důležitou součástí v ošetrovatelství. Dále mě zajímalo, jakým způsobem probíhala edukace a zda byli s edukací spokojeni.

V teoretické části je obecný popis stavby plic, dýchání, dýchací svaly a charakterizována rakovina plic, její příčiny, rizikové faktory, klasifikace, stádia, diagnostika a léčba. Následně je popisována edukace, komunikace v edukačním procesu a samotný edukační proces.

Praktická část je zaměřena na zjištění informovanosti pacientů o rakovině plic, její léčbě a edukaci. Výzkumné šetření probíhalo technikou dotazníků, které byly anonymní.

Cílem práce bude zjistit, do jaké míry jsou pacienti s diagnózou karcinomu plic edukováni o vlastním onemocnění, léčbě a nežádoucích účincích léčby. Snahou této práce je také zjistit spokojenost pacientů s edukací.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PLÍCE

Plíce jsou párový orgán, uložený v dutině hrudní a umožňují nám výměnu plynů mezi krví a vzduchem. Plíce mají tvar kužele a po narození jsou růžové, s věkem se jejich barva mění a dostávají šedavý nádech, někdy až mramorování na povrchu. U dlouholetých kuřáků je barva plic tmavší až černá (Čihák, 2013, s. 223-228; Orel, 2019, s. 202).

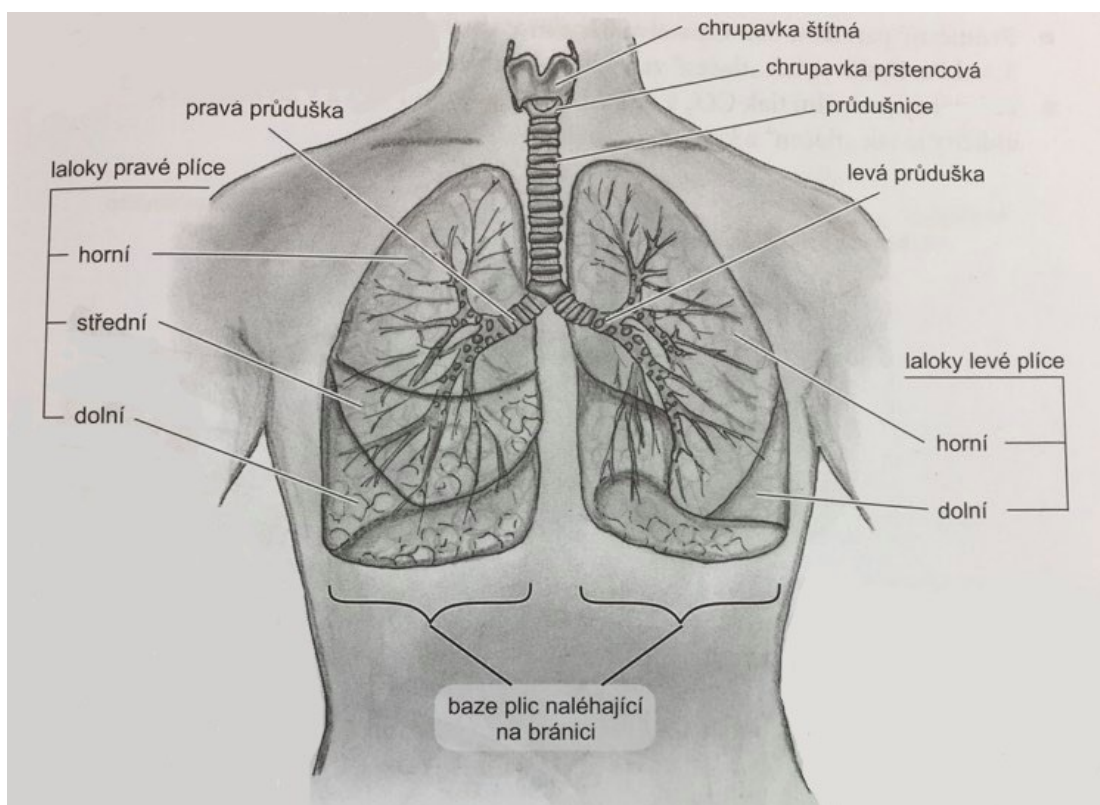
1.1 Stavba plic

Plíce jsou měkké a pružné, jejich tkáň je houbovitá. Zabírají velkou část dutiny hrudní. Jejich báze plic naléhá na bránici a hrot plic vybíhá až nad klíční kost. Pravá plíce se nachází v pravé polovině hrudníku, skládá se ze tří laloků, které popisujeme jako horní, střední a dolní. Laloky se dále dělí na plicní segmenty. Levá plíce se nachází v levé polovině hrudníku a tvoří jí dva laloky, horní a dolní, které se také dělí na plicní segmenty. Tato plíce je menší kvůli uložení srdce, které se také nachází v tomto prostoru. Povrch plic tvoří tenká vazivová blána, která se nazývá poplicnice neboli plicní pleura. Dále máme pohrudnici neboli hrudní pleuru, která je výstelkou vnitřní strany hrudníku. Mezi poplicnicí a pohrudnicí se nachází pleurální dutina, která obsahuje malé množství tekutiny. Do plic nám vstupují průdušky a plicní tepny přes plicní stopku. Průdušky se pak dále větví na průdušinky, na jejichž konci se nachází plicní sklípky, ve kterých probíhá výměna plynů mezi vzduchem a krví. Plicní sklípek je anatomickou a funkční jednotkou plicní tkáně. Jeho stěna je pokryta vrstvou plicního surfaktantu, díky kterému se mění povrchové napětí a tvar plicního sklípku (Čihák, 2013, s. 223-228; Orel, 2019, s. 205).

1.2 Dýchání

Dýchání je funkce, se kterou máme každodenní zkušenost. Dýchací centrum se nachází v prodloužené míše. U dýchání je důležitý stálý přívod a odvod dýchacích plynů, kyslíku (O_2) a oxidu uhličitého (CO_2). Střídá se nádech (inspirium) a výdech (expirium) pomocí nádechových a výdechových svalů. Nádech je děj aktivní a výdech je při klidu děj pasivní. Při nádechu se zvětšuje objem hrudníku, kdy dojde k poklesu bránice a rozšíří se hrudní koš pomocí interkostálních svalů. Rozlišujeme dýchání zevní a vnitřní. Zevní dýchání (plicní ventilace) je výměna O_2 a CO_2 mezi vzduchem a krví. Vnitřní dýchání (tkáňová respirace) je výměna O_2 a CO_2 mezi krví a tkáněmi. Je důležité, aby všechny tyto děje byly v rovnováze (Kittnar, 2011, s. 277-280).

Obrázek 1: Uložení dolních cest dýchacích a plic



Zdroj: Orel, M., 2019. *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*, Praha: Grada.

1.3 Dýchací svaly

Rozdělují se na inspirační (nádechové) a expirační (výdechové). Hlavní inspirační svaly jsou bránice, která rozděluje hrudník od dutiny břišní a zevní mezižeberní svaly, které zdvihají žebra. Pomocné svaly při nádechu jsou skupina svalů krku a zdvihač hlavy. Expirační svaly jsou břišní a vnitřní mezižeberní svaly. Jsou zapojeny i pomocné dýchací svaly při zátěži, díky kterým se mění tvar hrudníku. Dýchací svaly musí zdolávat odpor dýchacích cest plic a hrudníku (Čihák, 2013, s. 252; Rokyta, 2016, s. 100).

2 KARCINOM PLIC

Karcinom plic je nejčastější zhoubný nádor plic. Nádory mohou růst v oblasti průdušnice, velkých průduškách, průdušinkách, plicních sklípcích a plicní tkáni. Často také do plic metastázuji jiné zhoubné nádory. Častější jsou zhoubné nádory plic a průdušek, zatímco méně časté jsou nezhoubné nádory, které také vyrůstají v plicním parenchymu ale i v dýchacích cestách. Mezi hlavní rizikový faktor pro vznik karcinomu plic patří kouření (Tomášek, 2015, s. 172).

2.1 Charakteristika karcinomu plic

Nádory, které vznikají v oblasti průdušek a plicního parenchymu, se nazývají bronchogenní karcinomy. Vyskytují se mezi 55. až 80. rokem života. Když vznikne nádor v průduškách, často začne prorůstat do plicního parenchymu. Pokud nádor vznikne v plicním parenchymu, později začne prorůstat do průdušek. Karcinomy plic bývají často heterogenní, což znamená, že obsahují maligní buňky, které jsou v různém stupni diferenciaci nebo mají odlišný histologický typ. Je důležité rozhodnout, jestli před sebou máme vhodného kandidáta pro onkologickou léčbu, protože se pak musí indikovat rozsáhlé vyšetření ke stanovení morfologické diagnózy a klinického stádia (Češka a kol., 2015, s. 541; Tomášek, 2015, s. 172).

2.2 Dělení karcinomu plic

Karcinomy plic dělíme podle histologického složení, biologického chování a také dle lokalizace. V praxi se nejvíce využívá rozdělení nádorů plic do dvou skupin. Jedna skupina jsou nemalobuněčné bronchogenní karcinomy a druhá skupina jsou malobuněčné bronchogenní karcinomy. Častěji se vyskytuje nemalobuněčný bronchogenní karcinom, který tvoří 80–85 % onemocnění ze všech nemocných s nádorovým onemocněním plic (Češka a kol., 2015, s. 541-542; Tomášek, 2015, s. 172; Vorlíček a kol., 2012, s. 261).

2.2.1 Nemalobuněčný karcinom plic

Jeho růst je obvykle pomalejší, metastázuje později. Pokud se nemalobuněčný karcinom plic (NSCLC) zachytí včas, kdy ještě nevytvořil metastázy, bývá pak chirurgická resekce příznivější možností. Existují tři běžné histologické typy. Prvním typem je adenokarcinom, který je spojen s podrážděnými a zjizvenými oblastmi plicní tkáně. Druhým typem je dlaždicobuněčný karcinom, který je spojen s kouřením a roste pomaleji než adenokarcinom.

Posledním typem je velkobuněčný karcinom, který má nediferencované buňky, a proto je léčba těžší. Citlivost tohoto nádoru k chemoterapii a radioterapii bývá daleko nižší než u malobuněčného bronchogenního karcinomu (Newton, 2017, s. 116; Tomášek, 2015, s. 172; Vorlíček a kol., 2012, s. 261).

2.2.2 Malobuněčný karcinom plic

Růst tohoto typu nádoru je rychlý a mají velký sklon ke vzdálenému metastazování do jater, kostí a nadledvin. U malobuněčného karcinomu plic (SCLC) je možnost výskytu pleurálního výpotku. Dobře reagují na chemoterapii a radioterapii, avšak bohužel po čase začnou být rezistentní, tudíž přestane léčba zabírat. Je zcela obtížné léčit pozdější recidivy této nemoci (Newton, 2017, s. 116; Tomášek, 2015, s. 172; Vorlíček a kol., 2012, s. 261).

2.3 Epidemiologie karcinomu plic

Karcinom plic se řadí mezi velmi časté zhoubné nádorové onemocnění v lidské populaci. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) byla v roce 2018 v ČR celková incidence karcinomu plic 60,8/100 000 a mortalita byla 50,8/100 000. Z toho u mužů byla incidence 79,3/100 000 s mortalitou 67,5/100 000. U žen byla incidence 42,8/100 000 a mortalita 34,6/100 000. Každým rokem se incidence karcinomu plic u žen zvedá, ale pořád tímto onemocněním dle statistik trpí více muži. Celková incidence karcinomu plic ale každým rokem klesá, nikoli stoupá. V roce 2018 je vidět mírný pokles incidence tohoto onemocnění oproti roku 2017 (SVOD report [online]. [cit. 2020-08-12]. Dostupné z: <https://www.svod.cz/report.php?diag=C33,C34>).

2.4 Etiologie karcinomu plic

Etiologii karcinomu plic dělíme dle příčin do dvou skupin. První skupina jsou endogenní příčiny a druhou skupinu tvoří exogenní příčiny.

„Z endogenních příčin byla popsána souvislost se zvýšenou aktivitou cytochromu P450, která způsobuje zvýšenou tvorbu kancerogenů z cigaretového kouře, dále sníženou aktivitou glutathion S-transferázy důležité pro detoxikaci aromatických uhlovodíků a sníženou aktivitou buněčných mechanismů opravujících DNA“ (Češka a kol., 2015, s. 542).

Z exogenních příčin stále zaujímá první místo kouření. Lidé, kteří kouřili více jak 20 cigaret denně po dobu 20 let, mají daleko vyšší riziko vzniku karcinomu plic než lidé, co nekouřili vůbec. Další exogenní příčinou je pasivní kouření a radon, neboť při jeho atomovém rozpadu

vznikají další radioaktivní prvky. Radon může pronikat do obytných domů kvůli nevhodným stavebním materiálům a lidé ho následně vdechují několik let, aniž by něco tušili. Pak je tu azbest, se kterým se setkáme v pracovním prostředí. Nebezpečnou příčinou je také ionizující záření (Češka a kol., 2015, s. 542; Vorlíček a kol., 2012, s. 262).

2.5 Klinický obraz karcinomu plic

Bohužel se první projevy nemoci objeví až v pokročilém stádiu, nikoli v počátečním stádiu nemoci. Aby byly příznaky přehlednější, dělíme je do 3 skupin. Intratorakální (lokální plicní příznaky), extratorakální (metastatické příznaky) a paraneoplastické příznaky neboli vedlejší projevy nádorového růstu.

2.5.1 Intratorakální příznaky

Tyto příznaky závisí na lokalizaci nádoru. Patří sem:

- dlouhotrvající kašel (přetrvávající déle než 3-4 týdny),
- hemoptyza – vykašlávání krve,
- opakované záněty plic,
- stenokardie – bolest na hrudníku,
- syndrom horní duté žíly,
- paréza bránice – obrna bránice,
- stridor – patologický poslechový nález,
- chrapot,
- dysfagie – polykací potíže,
- dyspnoe – dušnost.

2.5.2 Extratorakální příznaky

- neurologické nebo psychické poruchy (metastáze CNS),
- bolest kostí a kloubů, patologické fraktury (metastáze ve skeletu),
- anémie – chudokrevnost (metastáze v kostní dřeni),
- ikterus – žloutenka (metastáze v játrech).

2.5.3 Paraneoplastické příznaky

Bývají velmi časté a mohou být prvními příznaky onemocnění. Patří sem:

- hyperkalcemie – vyšší hladina vápníku v krvi,
- hypofosfatemie – nižší hladina fosforu v krvi,
- hyponatremie – nižší hladina sodíku v krvi,
- dermatomyositis – chronické zánětlivé onemocnění svalů a kůže,
- periferní neuropatie – nervové poškození,
- migrující (stěhovavé) tromboflebitidy – povrchové záněty žil (Češka a kol., 2015, s. 543; Newton, 2017, s. 116).

Dále máme příznaky, řadící se mezi celkové, které většinou doprovází velkou část onkologických onemocnění. Těmito příznaky jsou únava, nechutenství a ztráta hmotnosti. Když se provede fyzikální vyšetření, najdeme zvětšené uzliny v nadklíčku, hepatomegalii a otok krku (Závadová, 2015, s. 223).

2.6 TNM klasifikace

TNM (tumor, nodes, metastases) klasifikace se v onkologii používá k popisu daného rozsahu nádoru a stanovení stádia onemocnění. Vyhodnocují se podle 3 parametrů: T – primární nádor, N – regionální lymfatické uzliny, M – vzdálené metastázy. Tato klasifikace, u které se neustále provádí revize, dovoluje co nejpřesněji popsat nádor, zejména jeho vlastnosti, velikost a šíření.

T – primární nádor

TX nádor nelze hodnotit, nebyl prokázán

T0 bez známek nádoru

Tis karcinom *in situ*

T1 nádor do 3 cm bez známek postižení mimo hlavní bronchus

T1mi minimálně invazivní adenokarcinom

T1a nádor do 1 cm

T1b nádor 1-2 cm

- T1c nádor 2-3 cm
- T2 nádor větší než 3 cm pronikající do pleury či hlavního bronchu dále jak 2 cm od kariny
- T2a nádor 3-4 cm
- T2b nádor 4-5 cm
- T3 nádor o velikosti 5-7 cm postihující hrudní stěnu, bránici, perikard nebo hlavní bronchus
- T4 nádor větší než 7 cm nebo nádor jakékoliv velikosti, který postihuje bránici, mediastinum, srdce, velké cévy, tracheu, obratle, jícen a karinu

N – regionální lymfatické uzliny

- NX uzliny nelze hodnotit
- N0 uzliny bez metastáz
- N1 metastázy ve stejnostranných peribronchiálních, hilových a intrapulmonálních uzlinách
- N2 metastázy ve stejnostranných mediastinálních nebo subkarinálních uzlinách
- N3 metastázy v druhostranných mediastinálních, druhostranných hilových, stejnostranných či druhostranných skalenických nebo supraklavikulárních uzlinách

M – vzdálené metastázy

- MX metastázy nelze hodnotit
- M0 bez vzdálených metastáz
- M1 vzdálené metastázy
- M1a samostatný nádorový uzel v druhostranném laloku, nádor s maligním pleurálním či perikardiálním výpotkem
- M1b solitární extratorakální metastáza v jednom orgánu)
- M1c mnohočetné extratorakální metastázy v jednom nebo více orgánech (Brierley, 2020, s. 121-123; Klein, 2006, s. 29-30).

Rozdělení do stádií

Okultní karcinom – TX N0 M0

Stadium 0 – Tis N0 M0

Stadium IA – T1 N0 M0

Stadium IA₁ – T1mi N0 M0, T1a N0 M0

Stadium IA₂ – T1b N0 M0

Stadium IA₃ – T1c N0 M0

Stadium IB – T2a N0 M0

Stadium IIA – T2b N0 M0

Stadium IIB – T1a-c, T2a,b N1 M0, T3 N0 M0

Stadium IIIA – T1a-c, T2a,b N2 M0, T3 N1 M0, T4 N0, N1 M0

Stadium IIIB – T1a-c, T2a,b N3 M0, T3, T4 N2 M0

Stadium IIIC – T3, T4 N3 M0

Stadium IV – jakékoliv T, jakékoliv N, M1

Stadium IVA – jakékoliv T, jakékoliv N, M1a, M1b

Stadium IVB – jakékoliv T, jakékoliv N, M1c (Brierley, 2020, s. 123).

2.7 Diagnostika karcinomu plic

Karcinom plic se diagnostikuje na základě anamnézy, klinického vyšetření a zobrazovacích metod. Podle těchto vyšetření lékař posoudí, zda se jedná o karcinom plic, avšak definitivní diagnóza bude až po histologickém nebo cytologickém vyšetření. U diagnostiky je nejdůležitější stanovit, zda má pacient zdravotní stav takový, aby se u něj léčba mohla zahájit, protože metody, které musíme použít ke stanovení morfologické diagnózy, mohou být pro pacienta velmi nepříjemné a zatěžující. Začíná se tím, že se odebírá osobní, rodinná, pracovní a sociální anamnéza. Je důležité od pacienta zjistit podrobnosti o kouření a expozici karcinogenům. Další metodou je laboratorní a fyzikální vyšetření. Ve výsledcích laboratorního vyšetření se hledá nespecifické zvýšení nádorových markerů, anémie, zvýšená hladina vápníku nebo snížený obsah kyslíku v krvi. U fyzikálního vyšetření bývá nález často fyziologický. Může být ale také oslabené dýchání a chrůpky. Musí se vyšetřit i lymfatické

uzliny a játra (jestli nejsou zvětšená). Zobrazovací metodou, která hraje důležitou roli v diagnostice karcinomu plic, je počítačová tomografie hrudníku (CT), která ukáže velikost, lokalizaci a vztah patologického ložiska s okolními strukturami. U této metody se ale nezjistí histologie. Magnetická rezonance hrudníku (MR) rozliší nádorové prostoupení od měkkých tkání a ukáže lepší rozsah nádoru. K dalším vyšetřením patří pozitronová emisní tomografie (PET), která zobrazí samotný nádor, postižené uzliny a metastáze. Sonografické vyšetření (SONO) dutiny břišní ke zjištění metastáz. Scintigrafie skeletu ke zjištění kostních metastáz. U malobuněčného karcinomu se dělá CT mozku, které je součástí stagingu, pomocí kterého se zjistí rozsah nádoru podle různých klasifikačních systémů. Dále jsou metody k histologickému nebo cytologickému ověření bronchogenního karcinomu. Nejznámější je bronchoskopie, pomocí které se provádí odběr biologického materiálu, ten se pak posílá na histologické vyšetření. Mediastinoskopie slouží k odebrání vzorků v oblasti mezihrudí, často se odebírají zvětšené mediastinální uzliny. Videoasistovaná torakoskopie se provádí proto, aby se odebral vzorek z pleurální a mediastinální oblasti, a přitom se záběr z kamery zároveň promítal na monitor. Další metodou je cílená transparietální biopsie, která se provádí pod CT nebo rentgenovou kontrolou (RTG). Touto metodou se diagnostikují periferně uložená ložiska (Češka a kol., 2015, s. 544-545; Krška a kol., 2014, s. 344; Newton, 2017, s. 116).

2.8 Léčba karcinomu plic

Léčba karcinomu plic je velmi složitá a zároveň nákladná, v podstatě jako každá léčba nádorového onemocnění. Jsou vysoké nároky na nemocného i na zdravotnický personál. Je důležitý i celkový stav pacienta, jeho věk a přidružené onemocnění, které může komplikovat léčbu. Léčba se odvíjí od rozsahu a povahy karcinomu. Když je karcinom v prvním nebo druhém stádiu, zahájí se chemoterapie nebo radioterapie, aby došlo ke zmenšení tohoto patologického ložiska a dále se mohla provést chirurgická léčba. Chirurgická léčba se volí u nádorů, které nejsou rozsáhlé a nejsou agresivní. Pokud rozsah a povaha nádoru neumožňuje udělat léčbu se záměrem pacienta vyléčit, jsou pak i jiné možnosti jako je paliativní léčba, kdy se pacientovi aspoň prodlouží život. Když vznikne rezistence ke standardní léčbě, uplatňuje se symptomatická léčba, kdy se aspoň pacientovi zmírní projevy onemocnění (Klener, 2011, s. 35).

2.8.1 Chemoterapie

Tato léčba využívá látky chemické struktury, které se podávají pacientovi. Buď jsou to látky přirozeného původu, nebo jsou to látky synteticky připravené. Látky mají cytotoxický

účinek, což znamená, že brání buněčnému dělení a zajišťují zánik buněk. Bohužel tento účinek působí jak na nádorové buňky, tak i na buňky zdravé. Z toho pak vznikají nežádoucí účinky, které doprovázejí každou protinádorovou chemoterapii. U karcinomu plic se využívá chemoterapie, která má 4 až 6 cyklů. U nemalobuněčného karcinomu byla chemoterapie dříve málo účinná, po zavedení nových cytostatik se statisticky výrazně prodloužil život pacientů. V současné době se nejvíce využívá kombinace Cisplatina nebo Karboplatina s Etoposidem či Pemetrexedem. Reakce na tuto léčbu je vysoká. Cytostatika se každému pacientovi vybírají individuálně. Trojkombinace cytostatik se nepoužívají, protože nepřinášejí větší výhody jak dvojkombinace. U chemoterapie se doporučuje držet obecných zásad, aby se poskytla racionální léčba. To znamená, že je vhodné s chemoterapií začít co nejdříve, musí se léčit kombinací cytostatik, které mají správnou a dostatečně vysokou dávku. Léčba by měla probíhat přerušovaně neboli cyklicky, což znamená, že se dělají přestávky mezi cykly. Tyto přestávky slouží jak k regeneraci tkání, tak i k obnově imunitních mechanismů. Dále se musí dodržovat intervaly mezi cykly. Když se začne s nějakým cyklem předčasně, může dojít k tomu, že se poškodí buňky, které se zotavují. Naopak když opožděně, nádorové buňky se znovu zregenerují. Důležité je také léčit, i když je dosaženo klinické remise, tedy vymizení všech známek nádorového onemocnění. Tomu se říká adjuvantní chemoterapie, která doplňuje základní léčebnou metodu. Spočívá v tom, že ničí zbytkovou nádorovou populaci. Bohužel zkušenosti ukázaly, že je málo účinná a má mnoho nežádoucích účinků. Dále je neoadjuvantní chemoterapie, která se dává buď před chirurgickým výkonem, nebo před radioterapií. Tato chemoterapie spočívá v podání cytostatické léčby, která zmenší nádor a usnadní operabilitu. Tato léčba ukáže citlivost nádoru na cytostatika a podávají se minimálně 4 cykly, poté následuje operační výkon (Klener, 2011, s. 38-42; Novotný, 2019, s. 305).

2.8.2 Radioterapie

Radioterapie se dnes považuje v kombinaci s chemoterapií za adekvátní léčebný postup. Jde o léčbu, která využívá ionizující záření. Radioterapie se volí buď po chemoterapii, nebo současně s ní, tzv. chemoradioterapie. Ta bohužel způsobuje více nežádoucích účinků, ale má mnohem lepší výsledky v léčbě, protože ovlivňuje mikrometastázy a dokáže zmenšit nádor celkově. Také záleží na stádiu karcinomu plic. Když má pacient karcinom ve stádiu I, záření se provádí jen tehdy, když odmítnou chirurgickou léčbu nebo na operační výkon nemají dostatečně dobrý celkový zdravotní stav. Dnešní doba umožňuje využívat daleko lepší přístroje, než tomu bylo dříve. U karcinomu plic se využívá také stereotaktická

radioterapie, která podává vysoké dávky ozáření na konkrétní místo, kde je patologické ložisko. Paprsky se kříží z různých směrů a dopadají do společného ohniska, tímto se ušetří zdravé tkáně v okolí a dávka záření se soustředí jen na patologické místo. Tato metoda je dobře tolerována a je velmi efektivní, protože velká část malobuněčných karcinomů je radiosenzitivní. U nemalobuněčného karcinomu se preventivně ozařuje mozek, protože metastázy v mozku jsou prvním příznakem recidivy onemocnění. Toto preventivní ozáření mozku snižuje riziko vzniku metastáz v něm a tím zlepšuje šanci na dobrou kvalitu života. U karcinomu plic, který je v posledním stádiu a není operabilní, se využívá paliativní radioterapie, ve které je důležitý individuální přístup. U malobuněčného karcinomu se provádí kombinace chemoterapie a radioterapie (Češka a kol., 2015, s. 546; Klener, 2011, s. 36-37; Novotný, 2019, s. 326-327).

2.8.3 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba se u karcinomů plic dělá tehdy, kdy je karcinom malého rozsahu a nádorové postižení uzlin je minimální. Tudíž u karcinomu plic v klinickém stádiu I a II se operační výkon provádí. U karcinomu, který je větší, se prvně přistoupí k chemoterapii, kdy je za cíl nádor zmenšit, když se tak stane, přistoupí se k chirurgické léčbě. Je tedy důležité vybrat způsob chirurgické léčby podle stádia onemocnění, u každého je to individuální. Principem chirurgické léčby je odstranit nádor vcelku, nesmí se porušit, aby se nedostaly nádorové buňky do operačního pole. Je také nutné odstranit pulmonální i mediastinální uzliny, do kterých karcinom plic často metastazuje, odstranění slouží ke stanovení přesného rozsahu nádoru. Uzliny se také odstraňují z důvodu metastáz z jiných orgánů. Na plíci se provádějí resekční výkony, které také záleží na lokalizaci nádoru. Resekce, které se z důvodu karcinomu plic dělají, se musí doplnit i odstraněním tuku s mízními uzlinami od bránice, aorty, jícnem a mezi plicním hilem. Když je nádor umístěn v jednom z plicních laloků a je možné ho operovat, provádí se lobektomie, což znamená, že se odstraní celý lalok. Tento výkon se často využívá u nemalobuněčného bronchogenního karcinomu. Pokud se nádor rozšířil z jednoho laloku do druhého, provádí se bilobektomie, kdy se odstraní oba plicní laloky. Tento chirurgický výkon se dělá pouze vpravo, aby jeden lalok zbyl, v podstatě je to stejné jak lobektomie z pohledu taktiky a techniky operace. Pokud jsou plicní metastázy většího rozsahu, tak se vykonává pneumonektomie, při které se odstraní celá plíce, tento výkon se udělá jen tehdy, kdy je jisté, že se nádor odstraní celý a pacient má zdravotní stav takový, aby přežil operaci. Nemalobuněčný plicní karcinom, který je na apexu plíce, je operabilní jen výjimečně. V klinické praxi se tento nádor nazývá Pancoastův tumor, který se

nachází na apexu plicí a doprovází ho neurologické příznaky (Hytych, 2013, s. 170; Krška a kol., 2014, s. 352; Tomášek, 2015, s. 180; Vorlíček a kol., 2012, s. 57).

2.8.4 Paliativní léčba

Tento druh léčby je opakem kurativní léčby, která postupuje k úplnému uzdravení člověka. Paliativní léčba se tedy zvolí u nemocných s nevyлéčitelnou nemocí. U paliativní léčby není naděje na vyléčení. Kdy se buď veškerá radikální léčba zkusila a byla bez výsledků, nebo nelze nasadit léčbu kvůli pokročilosti nádoru či špatného celkového stavu nemocného. Druh této léčby se nejčastěji provádí u pacientů s karcinomem plic kvůli obtížím, které jsou spojeny se syndromem horní duté žíly, maligním pleurálním výpotkem nebo bronchiální obstrukcí. Malobuněčný bronchogenní karcinom se léčí systémovou chemoterapií, nemalobuněčný bronchogenní karcinom se léčí hlavně radioterapií. Před tím, než se zahájí tyto léčby, lze zmírnit potíže pacienta tím, že se provede léčba proti otokům. Podávají se velké dávky Manitolu a diuretika. Plicní výpotek zpomalíme pomocí aplikace cytostatik, často se používá Bleomycin. Tyto cytostatika se aplikují přímo do pleurální dutiny. Dalším řešením může být pleurodéz a pohrudniční dutiny, kdy se aplikují látky jako např. Talek nebo Bleomycin pomocí hrudního drénu do pleurální dutiny. Tyto látky vyvolají zánět a způsobí srůst pleury. Tento uměle vyvolaný zánět pleurální dutiny bývá bolestivý. Pokud se plicní výpotek objevuje i přesto, že se provede tato paliativní léčba, zvažuje se zavedení drénu na delší dobu. U endobronchiálně rostoucího nádoru dojde k obstrukci dýchacích cest. Kvalitu života pacienta zlepší znovu obnovení průchodnosti pomocí laseru nebo elektrokauteru. Pro zajištění dlouhodobého efektu se používá brachyterapie, kdy se zářiče zavedou přímo do bronchiálního stromu. Díky kvalitní paliativní léčbě se dnes už dovede dočasně zlepšit a alespoň prodloužit život nemocného (Češka a kol., 2015, s. 548; Dostálová, 2016, s. 68-69; Tomášek, 2015, s. 182).

2.9 Prognóza karcinomu plic

Prognóza pacientů s tímto onemocněním se odvíjí od stádia a doby, kdy došlo ke stanovení diagnózy. Když je diagnostikován malobuněčný karcinom plic, pozitivní reakce na léčbu chemoterapií bývá u 80-90 % pacientů. Bohužel je tato léčebná reakce jen přechodná, protože se u většiny pacientů karcinom opět objeví. Nejčastěji metastazuje do mozku, plic, kostí a jater. U nemalobuněčného karcinomu závisí prognóza na možnosti operace. Když je ložisko diagnostikováno v prvotním stádiu a provede se resekce nádoru, je pro nemocného prognóza daleko lepší jak u ložiska, které je v pozdních stádiích. I tady u pacientů v remisi

je vysoké riziko vzniku dalšího karcinomu plic nebo nádoru mozku, krku a jícnu (Češka a kol., 2015, s. 548; Vorlíček a kol., 2012, s. 60).

3 EDUKACE

Pod pojmem edukace se rozumí výchova a vzdělávání. Tyto dva pojmy od sebe nelze rozdělit, protože se navzájem prolínají. Podle Mgr. Petry Juřeníkové, Ph.D., 2011, s. 9 je pojem edukace definován jako: „*Proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech*“. Pomocí edukace se celoživotně rozvíjí osobnost člověka působením formální (záměrné) a neformální (mimovolně) edukace. Zaměřuje se na jednotlivce, rodiny, skupiny i celé komunity ve všech životních situacích, pomáhá získat potřebné zručnosti a je důležitou součástí léčby. Edukace je jedna z nejdůležitějších ošetrovatelských intervencí a zároveň velmi náročnou úlohou ošetrovatelství. Je tedy důležité dávat pozor na faktory, které edukaci mohou ovlivnit. Rozdělují se do dvou skupin, do první se řadí faktory, které jsou pomocné edukaci a do druhé patří ty, které nám v učení překážejí. Mezi základní faktory, které edukaci pomáhají jsou ochota, touha po poznání a osvojení si vědomostí, motivace učit se, připravenost, opakování klíčových pojmů a faktů, dobře zpracovaný učební materiál, klidné prostředí a vhodné osvětlení. Do druhé skupiny faktorů, které nám v učení překážejí, patří úzkost, nezáměr, nedůvěra, apatie, deprese, bolest, nevolnost a jazyková bariéra. Důležitý je také pedagogický přístup v edukaci, který zahrnuje několik zásad. Řadí se sem kontinuita, reverzibilita, protože každá edukace musí mít zpětnou vazbu, dále jednoznačnost, kdy je potřeba používat jednoduché a jasné formulace, také přiměřenost, cílevědomost, propojení teorie s praxí, kladné hodnocení, úcta k osobnosti klienta, individuální, a hlavně aktivní přístup. Edukace ve zdravotnictví slouží k předcházení nemoci nebo ke zvýšení kvality života. Zásadní roli hraje v rámci primární, sekundární a terciální prevenci (Juřeníková, 2010, s. 9-11; Magurová & Majerníková, 2009, s. 48-49; Mastiliaková, 2015, s. 28-29).

3.1 Druhy edukace

Edukaci rozdělujeme do 3 skupin, které se nazývají základní, komplexní a reedukační. Základní edukace zahrnuje důležité informace o daném onemocnění. Používá se u lidí s nově diagnostikovanou nemocí, kdy o dané nemoci nemají žádné informace. Předávají se informace v takovém množství, ve kterém jej klient dokáže zpracovat a musí být motivován ke změně postoje. Komplexní edukace poskytuje klientovi a jeho rodině veškeré informace, předává vědomosti a buduje dovednosti a postoje prospěšné ke zdraví. Realizuje se pomocí kurzů, rekondičních pobytů nebo při léčbě v ambulanci. Reedukační edukace navazuje na předchozí vědomosti, dovednosti a postoje klienta. Pomáhá prohloubit již získané

informace. V medicíně často dochází k objasnění nových poznatků a je potřeba tyto poznatky pak předávat dál klientovi (Juřeníková, 2010, s. 11-12; Magurová & Majerníková, 2009, s. 48-49).

3.2 Edukační proces v ošetrovatelství

Edukační proces je logický, systematický a plánovaný, vzájemně se v něm ovlivňují činnosti jako jsou vzdělávání a učení. Tento proces se často porovnával s procesem ošetrovatelským. Ačkoliv mají tyto dva procesy podobné jednotlivé fáze, jejich cíle a záměry jsou odlišné. Prostřednictvím tohoto procesu se vytváří nepřetržitý cyklus, ve kterém se edukátor (zdravotní sestra, učitel) a edukant (klient, rodina) podílejí a vzájemně se ovlivňují. Edukační proces má 5 fází, které na sebe navazují. Každá následující fáze je závislá na fázi předchozí (Nemcová, 2010, s. 25-26).

3.2.1 Edukační posouzení

Je první fáze edukačního procesu v ošetrovatelství. Tato fáze je velmi důležitá, protože na ní závisí úspěch v dalších fázích. Získané informace od edukanta musí být přesné a komplexní. Tyto informace mají subjektivní a objektivní charakter. Informace subjektivní nám poskytne edukant sám, tudíž je edukátor nemůže ověřit měřením či pozorováním. Informace objektivní dokáže edukátor ověřit měřením či pozorováním. Zdrojem veškerých informací, které je nutné získat, může být edukant, doprovod, někdo z rodinných příslušníků nebo zdravotnická dokumentace. Při sbírání informací, které jsou nutné pro stanovení edukačních potřeb, se zaměřujeme na úroveň doposud získaných vědomostí a dovedností, bariéry učení, styl učení, psychický stav a na motivaci edukanta (Juřeníková, 2010, s. 23-25; Nemcová, 2010, s. 26-27).

3.2.2 Edukační diagnostika

Na základě údajů, které se získají pomocí edukačního posouzení, si edukátor stanoví edukační diagnózy. Tyto diagnózy se mohou týkat nedostatků ve znalostech, dovednostech nebo v postojích edukanta. Jakmile si edukátor zjistí nedostatky, může si promyslet plán edukace (Nemcová, 2010, s. 26).

3.2.3 Plánování edukace

Plánování edukace vychází ze stanovení priorit v edukaci. Zásadní je promyslet si, o čem edukanta poučit nejdříve, a co bude předmětem další edukace. Od toho se stanoví, jak bude

edukace strukturovaná, a zda se uskuteční jedna edukační jednotka nebo bude edukace rozdělena do více. Důležité jsou také jasné a měřitelné edukační cíle a výsledná kritéria edukace, které si musí edukátor stanovit. Další podstatnou věcí je zvážit čas a místo, kde bude tato výchova probíhat. Vhodné prostředí je v místnosti bez hluku, se správným osvětlením a v místnosti by měla být vhodná teplota. Rovněž je důležité zvolit si formu edukace, zda se bude edukátor věnovat jen jednomu edukantovi (individuální forma) nebo se bude věnovat více edukantům současně (skupinová forma). Je nutné zvolit si vhodné edukační metody a pomůcky k edukaci. Nesmíme zapomínat ani na vytvoření příjemné atmosféry, toho se docílí pomocí vytvoření důvěry mezi edukátorem a edukantem (Juřeníková, 2010, s. 25; Nemcová, 2010, s. 26).

3.2.3.1 Edukační cíle

Tyto cíle si každý zdravotník, který edukaci provádí, stanoví hned na začátku, aby věděl, čeho pomocí edukace chce docílit. Když se zvolí správně formulované cíle, odrazí se to pak pozitivně při plánování edukace. Edukační cíl je charakterizován jako výsledek, který očekáváme po úspěšné edukaci klienta. Výsledek je pozitivní změna vědomostí, dovedností, postojů a návyků u daného klienta. Tento výsledek edukace, a s ním i edukační cíl, by na konci měl být co nejvíce podobný. Cíle musí být přiměřené, splnitelné, jednoznačné a komplexní, aby byly výsledky pozitivní. Stanoví se cíle, které budou konkrétní a přesné. Ke správnému stanovení cílů pomůže kategorizace cílů pro jednotlivé oblasti, jako jsou kognitivní (vzdělávací), afektivní (postojové) a psychomotorické (praktické cvičení). Používá se nejznámější klasifikace podle B. S. Blouma, tzv. Bloomova taxonomie, která představuje očekávané chování v těchto třech oblastech (Juřeníková, 2010, s. 27-30; Mastiliaková, 2015, s. 124-129).

3.2.3.2 Formy edukace

Při vybírání formy edukace je důležité vždy přihlídnout k cíli, který si edukátor na začátku stanovil, také k obsahu látky, která se bude probírat a v neposlední řadě k připravenosti edukanta. V edukaci rozlišujeme formu individuální, skupinovou a hromadnou.

Individuální edukací můžeme dosahovat cíle ve všech třech doménách učení – kognitivní, afektivní a psychomotorické. Prostřednictvím této formy edukace je úzký osobní kontakt mezi edukátorem a edukantem. Tato forma poskytuje prostor pro aktivní účast. Opakovaná zpětná vazba umožňuje edukantům projevit porozumění informacím, které jim byly předány.

Nevýhodou individuální formy edukace je izolace od jiných edukantů, kteří mají stejné problémy či starosti.

Skupinová forma edukace je vhodná, pokud chceme zajistit podporu mezi edukanty a rodinami. Vhodná je hlavně u onkologicky nemocných, kteří se pak necítí být osamoceni se svým problémem. Pomocí skupinové edukace se podpoří pozitivní postoj k vlastnímu zdraví a péči. Ve skupině by mělo být 3-5 členů, aby byla možnost i nácviku dovedností. Edukanti zde mají možnost výměny zkušeností mezi sebou. Nevýhodou této formy edukace je, že se do skupinové práce nemusí zapojit všichni členové stejnoměrně.

Hromadná forma edukace se používá na větší skupinu osob. Většinou je zvolenou metodou edukace přednáška. Počet účastníků bývá většinou 20-30 osob. Výhodou je sdělení informací skupině s velkým počtem, nevýhodou je však nízká aktivita edukantů a špatná zpětná vazba (Juřeníková, 2010, s. 34-35; Kuberová, 2008, s. 205-206; Nemcová, 2010, s. 163-165; Svěráková, 2012, s. 39).

3.2.3.3 Edukační metody

Metodu neboli způsob lze chápat jako postup, kterým směřujeme k naplnění stanovených edukačních cílů. Prostřednictvím těchto metod aktivizujeme klienta v jeho učení, aby byly edukační cíle efektivně naplněny. U každého klienta se musí individuálně vybrat edukační metoda podle jeho osobnosti, dosavadních vědomostí, dovedností a zkušeností. Dále se přihlíží ke stanoveným cílům a formě edukace. Musíme zohlednit i stav klienta jak zdravotní, tak psychický. Ve zdravotnictví se nejčastěji používají metody, jako jsou rozhovor, přednáška, diskuse, práce s textem, instruktáž a praktické cvičení nebo konzultace. Rozhovor patří k nejčastější edukační metodě klientů a jejich rodin. Probíhá mezi zdravotní sestrou a klientem v podobě otázek a odpovědí na dané vzdělávací téma. Principem rozhovoru je aktivní zapojení klienta nebo jeho rodiny prostřednictvím otázek a odpovědí, které se střídají. Tato metoda se dá použít formou motivačního rozhovoru nebo k ověření dosažené úrovně informací. Otázky je vhodné formulovat tak, aby nebyly těžké a dalo se na ně jednoduše odpovědět. Mohlo by se stát, že si klient bude myslet, že jde o zkoušení a bude se cítit ponížený, když odpověď znát nebude. Tato situace by výrazně zhoršila průběh edukace. Je také důležité, aby měla zdravotní sestra dobré komunikační schopnosti, byla empatická, trpělivá a měla určité dovednosti.

Přednáška je jedna z nejstarších používaných metod, označuje se delším souvislým projevem na dané odborné téma. Tato metoda je časově náročnější a detailnější. Efektivita přednášky spočívá v tom, že díky ní se edukuje více osob najednou. Dá se nahradit i formou

písemných materiálů či videem. Nevýhodou může být délka přednášky, kdy klienti po určitém čase přestanou dávat pozor. Z tohoto důvodu je vhodné dodržovat krátký čas a doplnit přednášku např. videem na dané téma.

Diskuse je metodou, kdy několik klientů provádí rozhovor nad určitým tématem. Záleží zde na tom, aby téma rozebrali ze všech stran a každý pak nakonec řekl svůj argument. Tato metoda je velmi užitečná, dochází při ní k vyměňování názorů, zkušeností ale i pocitů. Vhodný počet je okolo 6-8 klientů. Celou dobu diskuse musí zdravotní sestra kontrolovat průběh a snažit se, aby se neodchýlili od daného tématu. Je nutné, aby sestra zajistila aktivní účast všech klientů, kdy se podpoří rozvoj daných postojů a umožní se rozvíjení učení tím, že se řeší určitý problém nebo nějaká zkušenost.

Práce s textem se provádí prostřednictvím letáků, brožur, plakátů, článků v časopise či knih. Avšak tyto texty by neměly být jediným zdrojem informací pro klienty, musí být doplněny další edukační metodou, jako je konzultace či přednáška.

Instruktaž a praktické cvičení patří k další důležité edukační metodě, která se ve zdravotnictví využívá. Nejprve se klienti seznámí s teorií daného tématu a poté se jim předvede činnost prakticky a procvičují si ji. Praktická ukázka se musí předvést několikrát, nejprve pomalu, kdy to sestra doplní zásadními informacemi, poté rychleji, aby klienti viděli, v jaké rychlosti by činnost měli zvládnout. Závěrem se činnost předvede pomalu a krok po kroku, aby nedošlo k neporozumění ze strany klientů.

Konzultace se využívá ve zdravotnické praxi velmi často. Prostřednictvím konzultace si klienti mohou objasnit a prodiskutovat svůj problém s odborníkem či poradcem. Probíhá v přímém kontaktu a je dobré ji kombinovat s instruktáží (Juřeníková, 2018, s. 76-79; Mastiliaková, 2015, s. 133-134).

3.2.3.4 Učební pomůcky

Jsou to předměty, díky kterým se klientům vysvětlí dané téma, napodobí se realita a tím se usnadní výuka. Používají se při edukaci z toho důvodu, že napomáhají zvýšit efektivitu učení klientů a tím vedou ke splnění edukačních cílů. Učební pomůcky plní několik funkcí jako je motivační, informační, rozšiřující ale také propojení teorie a praxe. Rozdělují se na 5 skupin, první skupinou jsou textové učební pomůcky, kam patří učebnice, brožury, časopisy či letáky, neboť bez těchto pomůcek se v dnešní době už neobejdeme. Dostupnost těchto pomůcek je snadná, jsou přenosné a lze si do nich doplnit svoje vlastní poznámky. Druhou skupinou jsou vizuální učební pomůcky, kam se řadí fotografie, obrazy, modely a trenažéry

nebo zdravotnický materiál. Pomocí vizuální pomůcky se zdokonaluje dovednost klientů. Výhodou těchto pomůcek je, že se dá využít ve větším počtu klientů najednou. Třetí skupinou jsou auditivní učební pomůcky, které se používají méně, ale pomocí nich se zprostředkují sluchové vjemy, příkladem jsou hudební a zvukové záznamy. Čtvrtou skupinou jsou audiovizuální učební pomůcky, kterými se uplatní zrakové a sluchové vjemy. Patří zde televizní pořady nebo filmy. Poslední skupinou jsou počítačové edukační programy a internet, kde se nachází interaktivní učební programy. Tyto všechny pomůcky musí být pro výuku efektivní a musí jich být dostatek. Je důležité pomůcky vybrat tak, aby vedly ke stanovenému cíli a byly přiměřené k obsahu edukace (Juřeniková, 2018, s. 79-80; Mastiliaková, 2015, s. 138-139).

3.2.4 Realizace edukace

Edukace se realizuje na základě edukačních potřeb, které se stanovily pomocí sběru informací o daném edukantovi. Realizace edukace také vychází z plánu edukace. Na realizaci dané edukace je důležité, aby se na ní podílel celý multidisciplinární zdravotní tým, který se skládá z lékařů, všeobecné sestry, nutričního terapeuta, fyzioterapeuta a dalších. Tento tým musí být jednotný a vzájemně spolupracovat, aby byla edukace co nejvíce efektivní. Aby byla edukace co nejúspěšnější, je nutné ve fázi plánování zohlednit řadu faktorů, které mohou edukaci ovlivnit a při samotné realizaci je respektovat. Mezi nejčastější faktory ovlivňující edukaci patří: pohlaví, věk, úroveň soběstačnosti a zdravotní stav, které se řadí mezi fyziologicko-biologické faktory. Dále psychický stav, postoje, schopnosti a dovednosti, návyky a víra, které se zařazují do psychicko-duchovních faktorů, zatímco zaměstnání, vzdělání, rodinné vztahy a ekonomická situace se řadí do sociálně-kulturních faktorů. U realizace je také důležitá příprava. Nejprve příprava zdravotníka, kdy je zapotřebí aby se seznámil s hlavním cílem a plánem dané edukace. Poté příprava edukanta, kdy se mu vysvětlí důvody, proč se u něj musí edukace provést a na závěr je příprava prostředí, které musí vyhovovat jak edukátorovi, tak edukantovi (Juřeniková, 2010, s. 53-56; Nemcová, 2010, s. 178-180).

3.2.4.1 Dokumentace v edukaci

Vedení záznamu o edukaci je součástí zdravotnické dokumentace. Písemná dokumentace je základ pro potvrzení vykonaných intervencí, má význam při komunikaci mezi členy zdravotnického týmu, poskytuje právní zázemí pro poskytovanou péči, ujištění o dodržování standardů a napomáhá upevňování edukace. Edukační záznam musí být pravdivý,

srozumitelný a čitelný, měl by obsahovat údaje, díky kterým se zachová plynulost edukačního procesu.

Údaje, které by měl edukační záznam obsahovat:

- cíle edukace,
- obsah edukace (osnovu),
- úroveň znalostí edukanta (jak na počátku, tak i na konci edukace),
- učební pomůcky,
- reakce na edukaci,
- kdo edukoval, kdy a kde edukace probíhala, koho edukátor edukoval,
- podpis edukátora a edukanta.

Pokud dojde k odmítnutí edukace ze strany edukanta, je potřeba napsat záznam o odmítnutí edukace. Po každé edukaci je nutné provést záznam (Juřeníková, 2010, s. 62-62; Nemcová, 2010, s. 180-181).

3.2.5 Hodnocení edukace

V této poslední fázi edukace se zhodnotí, zda se splnily edukační cíle a výsledky, kterých se mělo v dané edukaci dosáhnout. Vyhodnotí se, jestli byly cíle a výsledky splněné, částečně splněné nebo nesplněné. Takové hodnocení může být buď verbální (písemné, slovní) nebo neverbální (gesta, mimika). Používá se přímé pozorování, zdravotní záznam edukanta, rozhovory, testy či dotazníky. Na základě tohoto hodnocení se pak uvažuje nad tím, zda edukaci ukončit, pokračovat v ní nebo edukanta znova reedukovat. Hodnocení edukace by mělo zahrnovat rozsah splněných cílů, dále pak zda je zapotřebí vysvětlit nebo zopakovat informace, označit cíle, které nejsou jasné, zdokumentovat nedostatky při edukaci a v poslední řadě zjistit bariéry, které edukaci mohly ovlivnit.

Jestliže dojde k nesplnění cílů, které se stanovily, může to mít hned několik příčin:

- Špatně stanovená edukační potřeba.
- Stanovení nereálných cílů.
- Nedostatečná motivace.
- Nevhodně stanovený časový plán.
- Špatná komunikace.

Pokud se tak stane, je nutné znova edukaci přehodnotit, zjistit příčinu a provést edukaci další. Hodnocení se může provádět jak na konci edukace, tak i v jejím průběhu. Pokud se zvolí v průběhu edukace, nazývá se pak formativní. Prostřednictvím tohoto druhu je možné zjistit momentální stav vědomostí, dovedností a návyků edukanta. Pomocí formativního hodnocení se získává okamžitá zpětná vazba, kdy v případě zjištění některých nedostatků je schopný edukátor přizpůsobit edukaci. Sumativní neboli konečné hodnocení je takové, které se dělá po dokončení edukace. V tomto případě je nutné položit si otázky: Co se edukant naučil? Získal požadované vědomosti, dovednosti a postoje, které byly stanovené? V jakém rozsahu byly cíle splněny? Pomocí takového hodnocení se zjistí efektivnost informací, co a jak učit dál. Správné hodnocení má inspirovat, motivovat a poskytnout zpětnou vazbu (Juřeníková, 2010, s. 66-68; Nemcová, 2010, s. 183-187).

3.2.5.1 Kompetence sestry při hodnocení edukace

Edukační kompetence se definují jako schopnost aktivizovat a aplikovat vnitřně osvojený systém znalostí, schopností, odborných, personálních a sociálních dovedností.

Kompetence sestry při hodnocení edukace jsou:

- zahájit hodnocení,
- shrnout zjištění,
- komunikovat o zjištěních s členy týmu (pomocí záznamu edukanta),
- poskytnout zpětnou vazbu edukantovi a jeho rodině,
- plánovat zlepšení edukace,
- navrhnout edukaci, která zajistí dosažení edukačních cílů a výsledků, které se očekávají v případě, kdy nebyly dosaženy.

Pro sestru je hodnocení velkou příležitostí k vyhodnocení neúspěchu v dosahování stanovených edukačních cílů a očekávaných výsledků. Poskytne jí to sebereflexi, kdy si uvědomí své poznatky a zkušenosti z edukační činnosti. Poté je analyzuje, uspořádá a zhodnotí, což využije ke zlepšení edukace edukanta a jeho rodiny (Nemcová, 2010, s.189).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

4.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem práce bylo zjistit, do jaké míry jsou pacienti s diagnózou karcinomu plic edukováni o vlastním onemocnění a jeho léčbě.

Ke splnění hlavního cíle práce byly použity následující dílčí cíle:

1. Zjistit, zda jsou pacienti spokojeni s edukací.
2. Zjistit, jakým způsobem jsou pacienti informováni o léčbě a nežádoucích účincích zdravotním personálem.
3. Zjistit, zda si pacienti s karcinomem plic vyhledávají i sami alespoň základní informace o vlastním onemocnění a léčbě.

4.2 Metoda a technika výzkumu

Pro praktickou část byla zvolena metoda kvantitativního výzkumného šetření, technikou nestandardizovaného dotazníku. Dotazník obsahuje soubor položek, pomocí kterých se získávají potřebné informace. Dotazník (viz příloha č. 1) obsahuje 25 položek, které byly rozdělené do několika částí. Součástí byly obecné otázky, jak otevřené, tak uzavřené. Úvod dotazníku sloužil k seznámení s tématem a účelem vyplnění dotazníku. Na začátku dotazníkového šetření byly zvolené otázky zaměřeny na identifikaci, kouření a okolnosti výskytu onkologického plicního onemocnění u jednotlivých respondentů a jejich rodin, konkrétně otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 a 9. V další části byly otázky zaměřeny na zjištění informací o onemocnění, okolnostech absolvované edukace a spokojenosti respondentů, konkrétně otázky č. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 a 18. V předposlední části byly otázky týkající se informovanosti o léčbě a jejich nežádoucích účincích, konkrétně otázky č. 19, 20, 21 a 22. A v poslední části byly otázky zaměřené na okolnosti navštěvovaného zařízení respondentů v souvislosti s rakovinou plic, konkrétně otázky č. 23, 24 a 25.

4.3 Charakteristika respondentů

Do výzkumu byli zařazeni muži i ženy s onkologickým onemocněním plic. Věková kategorie nebyla omezená, ale museli být orientovaní místem, časem a osobou. Respondenti mohli být buď ambulantní nebo hospitalizovaní pacienti. U několika respondentů jsem byla přítomna u vyplňování dotazníku, protože si to osobně přáli, ale do jejich odpovědí jsem nikterak nezasahovala. Respondenti souhlasili s vyplněním dotazníku, který byl anonymní.

4.4 Organizace výzkumného šetření

Dotazník byl sestaven a konzultován s vedoucím bakalářské práce. Na doporučení vedoucím práce byly některé položky v dotazníku upraveny a poté následovalo konečné schválení. Průzkumu se účastnili pacienti s diagnózou karcinomu plic hospitalizovaní na onkologickém nebo plicním oddělení, pacienti navštěvující onkologickou ambulanci nebo denní stacionář v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. U hospitalizovaných pacientů, jsem byla při vyplňování dotazníku osobně přítomna. Pacientům navštěvujícím onkologické ambulance a onkologický stacionář byly dotazníky rozdány prostřednictvím pracující sestry v těchto zařízeních. Šetření probíhalo v období od 18. 2. do 20. 4. 2021. Bylo rozdáno 100 dotazníků (100 %), 91 dotazníků (91 %) se navrátilo, 10 dotazníků (10 %) bylo vyřazeno a správně vyplněných bylo 81 dotazníků (81 %).

4.5 Zpracování získaných dat

Získaná data byla v programu Microsoft Excel zpracována a pomocí tabulek četností vyhodnocena. Každá otázka byla rozebrána jednotlivě a ke každé tabulce byl připojen komentář. Tabulky obsahují absolutní četnost (n), která zkoumá počet respondentů nebo odpovědí na danou otázku (pokud bylo možných více odpovědí) a relativní četnost (%), která prezentuje procentuální vyjádření této hodnoty. Hodnota relativní četnosti je zaokrouhlena na dvě desetinná místa. Výsledky tohoto výzkumného šetření jsou v následující podkapitole s názvem „Diskuze“ porovnány.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Otázka 1: Vaše pohlaví:

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
muž	55	67,90 %
žena	26	32,10 %
Celkem	81	100,00 %

Výzkumu se zúčastnilo celkem 81 respondentů (100,00 %), z toho bylo 55 mužů (67,90 %) a 26 žen (32,10 %).

Otázka 2: Váš věk:

Tabulka č. 2 Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
50-64 let	19	23,40 %
65-79 let	60	74,10 %
80 a více let	2	2,50 %
Celkem	81	100,00 %

Věkové rozmezí 81 respondentů (100,00 %) bylo pro přehlednost rozděleno do různých kategorií, kdy 19 respondentů (23,40 %) spadalo do rozmezí 50-64 let, dalších 60 respondentů (74,10 %) bylo v rozmezí 65-79 let a v poslední kategorii 80 a více let byli 2 respondenti (2,50 %).

Otázka 3: Kouříte?

Tabulka č. 3 Kouření respondentů

Kuřák	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	50	61,70 %
ne	31	38,30 %
Celkem	81	100,00 %

Z tabulky č. 3 vyplývá, že z celkového počtu 81 respondentů (100,00 %) bylo 50 (61,70 %) kuřáků a 31 (38,30 %) bylo nekuřáků.

Otázka 4: Kolik cigaret denně?

Tabulka č. 4 Počet cigaret, který za den respondenti vykouří

Počet denně vykouřených cigaret	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1-10 cigaret	27	54,00 %
11-20 cigaret	18	36,00 %
21 a více cigaret	6	12,00 %
Celkem odpovědí	50	100,00 %

Tabulka č. 4 ukazuje maximální počet vykouřených cigaret za den u jednotlivých dotázaných respondentů. Z celkového počtu 50 dotázaných respondentů (100,00 %) uvedlo 27 respondentů (54,00 %), že za den vykouří v rozmezí 1-10 cigaret, 18 respondentů (36,00 %) uvedlo rozmezí 11-20 cigaret denně a nejmenší počet respondentů, tedy 6 (12,00 %), uvedl 21 a více cigaret za den.

Otázka 5: Jak dlouho kouříte?

Tabulka č. 5 Jak dlouho respondenti kouří

Délka kouření	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
méně než 5 let	0	0,00 %
5-10 let	0	0,00 %
více než 10 let	50	100,00 %
Celkem	50	100,00 %

Z tabulky č. 5 vyplývá, že z dotázaných 50 (100,00 %) respondentů všichni kouří více než 10 let. Žádný z dotázaných nekouří 5-10 let nebo méně než 5 let.

Otázka 6: Jak Vám bylo nádorové onemocnění zjištěno?

Tabulka č. 6 Zjištění onemocnění u respondentů

Zjištění onemocnění	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
objevily se příznaky	62	76,50 %
náhodné vyšetření	19	23,50 %
Celkem	81	100,00 %

Z celkového počtu 81 respondentů (100,00 %) jich 62 (76,50 %) odpovědělo, že bylo onemocnění zjištěno až s objevením příznaků, 19 respondentů (23,50 %) uvedlo, že byla nemoc zjištěna náhodným vyšetřením.

Otázka 7: Kdo Vám doporučil navštívit praktického lékaře?

Tabulka č. 7 Kdo doporučil respondentům navštívit praktického lékaře

Doporučení k lékaři	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
vlastní rozhodnutí	63	77,80 %
rodina nebo známý	18	22,20 %
Celkem	81	100,00 %

Z tabulky č. 7 vyplývá, že z 81 respondentů (100,00 %) jich 63 (77,80 %) navštívilo praktického lékaře z vlastního rozhodnutí a 18 respondentů (22,20 %) vyhledalo pomoc u lékaře až po doporučení od rodiny nebo známých.

Otázka 8: Objevilo se nádorové onemocnění plic u někoho z vaší rodiny?

Tabulka č. 8 Výskyt nádorového onemocnění plic v rodině

Výskyt rakoviny plic v rodině	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	11	13,60 %
ne	70	86,40 %
Celkem	81	100,00 %

Tabulka č. 8 ukazuje výskyt nádorového onemocnění plic v rodině dotázaných respondentů. Z celkového počtu 81 respondentů (100,00 %) uvedlo 11 respondentů (13,60 %), že se nemoc v rodině vyskytla. Největší počet respondentů, tedy 70 (86,40 %) neuvedlo výskyt této nemoci v rodině.

Otázka 9: Komu z Vaší rodiny bylo nádorové onemocnění plic diagnostikováno?

Tabulka č. 9 U koho z rodiny se nádorové onemocnění plic vyskytlo

U koho z rodiny se karcinom plic vyskytl	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
otec	9	81,80 %
matka	1	9,10 %
syn	1	9,10 %
Celkem odpovědí	11	100,00 %

Z 11 respondentů (100,00 %) jich 9 (81,80 %) uvedlo, že byl onemocněním postižen otec, 1 respondent (9,10 %) uvedl výskyt karcinomu plic u matky a dále 1 respondent (9,10 %) uvedl výskyt této nemoci u syna.

Otázka 10: Snažil(a) jste se získat po sdělení diagnózy lékařem informace ještě z nějakých jiných zdrojů?

Tabulka č. 10 Získávání informací i z jiných zdrojů

Získávání informací i z jiných zdrojů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	58	71,60 %
ne	23	28,40 %
Celkem	81	100,00 %

Z celkového počtu 81 respondentů (100,00 %) uvedlo 58 respondentů (71,60 %), že se snažilo získat po sdělení diagnózy informace i z jiných zdrojů, 23 respondentů (28,40 %) uvedlo, že další informace nevyhledávalo.

Otázka 11: Jakým způsobem získáváte informace o tomto nádorovém onemocnění?

Tabulka č. 11 Způsoby vyhledávání dalších informací

Způsoby vyhledávání dalších informací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
od rodiny	52	39,10 %
od přátel	41	30,80 %
z časopisů, brožur	11	8,30 %
z internetu	22	16,50 %
z televize	7	5,30 %
jiným způsobem	0	0,00 %
Celkem	133	100,00 %

Respondenti u této otázky mohli zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 133 odpovědí (100,00 %) bylo v 52 odpovědí (39,10 %) zvolena rodina jako další zdroj informací, pro zdroj informací od přátel bylo 41 odpovědí (30,80 %), pro vyhledávání informací z časopisů, brožur bylo 11 odpovědí (8,30 %), pro vyhledávání informací z internetu bylo 22 odpovědí (16,50 %) a pro informace z televize bylo 7 odpovědí (5,30 %). Nikdo z dotázaných nezvolil odpověď „jiný způsob vyhledávání dalších informací“.

Otázka 12: Poskytnul Vám informace o onemocnění i někdo další ze zdravotnického personálu?

Tabulka č. 12 Poskytnutí informací od někoho dalšího ze zdravotnického personálu

Poskytnutí informací od někoho dalšího ze zdravotnického personálu	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
všeobecná sestra	49	60,50 %
nikdo	32	39,50 %
jiná osoba	0	0,00 %
Celkem	81	100,00 %

Z celkového počtu 81 respondentů (100,00 %) uvedlo 49 respondentů (60,50 %), že jim další informace poskytla všeobecná sestra, 32 respondentů (39,50 %) uvedlo, že další informace jim nikdo neposkytnul.

Otázka 13: Informace, které Vám byly poskytnuty, se týkaly kterých oblastí?

Tabulka č. 13 Oblasti poskytnutých informací

Oblasti poskytnutých informací		Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
chemoterapie		71	35,90 %
ozařování		52	26,30 %
operace		9	4,50 %
pooperační péče		9	4,50 %
kouření		50	25,30 %
jiných	výživa	7	3,50 %
Celkem		198	100,00 %

U této otázky mohli respondenti uvést více odpovědí. Z celkového počtu 198 odpovědí (100,00 %) uvedlo 71 respondentů (35,90 %), že jim byly poskytnuty informace v oblasti chemoterapie, 52 respondentů (26,30 %) uvedlo ozařování, 9 respondentů (4,50 %) uvedlo jako oblast operaci a stejnému počtu 9 respondentů (4,50 %) byly předány informace v oblasti pooperační péče, 50 respondentů (25,30 %) uvedlo, že bylo oblastí kouření, zbylých 7 respondentů (3,50 %) uvedlo, že jim byly poskytnuty informace v jiné oblasti, kterou byla výživa.

Otázka 14: Jakou formou Vám tyto informace byly předány?

Tabulka č. 14 Forma předaných informací

Forma předání informací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ústně (rozhovor)	81	71,70 %
písemně (leták, brožura)	32	28,30 %
jiná	0	0,00 %
Celkem	113	100,00 %

U této otázky mohli respondenti zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 113 odpovědí (100,00 %) bylo 81 odpovědí (71,70 %) pro předání informací ústní formou pomocí rozhovoru a 32 odpovědí (28,30 %) bylo pro formu písemnou prostřednictvím letáku nebo brožury. Žádný z dotázaných nezvolil jinou formu předání informací.

Otázka 15: Měl(a) jste možnost zeptat se na informace, které Vám nebyly plně srozumitelné?

Tabulka č. 15 Možnost doptání se na ne úplně srozumitelné informace

Možnost doptání se na nesrozumitelné informace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	81	100,00 %
ne	0	0,00 %
Celkem	81	100,00 %

Z tabulky č. 15 vyplývá, že z celkového počtu 81 respondentů (100,00 %) měli všichni možnost doptání se na informace, které jim nebyly srozumitelné.

Otázka 16: Jak jste byl(a) spokojen(a) s podanými informacemi?

Tabulka č. 16 Spokojenost s podanými informacemi

Spokojenost s podanými informacemi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1 - velmi spokojen	44	54,30 %
2 - spíše spokojen	32	39,50 %
3 - spokojen s výhradami	5	6,20 %
4 - spíše nespokojen	0	0,00 %
5 – nespokojen	0	0,00 %
Celkem	81	100,00 %

Odpověď „velmi spokojen s podanými informacemi“ zvolilo 44 respondentů (54,30 %), 32 respondentů (39,50 %) hodnotí podané informace známkou 2 – spíše spokojen, 5 respondentů (6,20 %) zvolilo známkou 3 – spokojen s výhradami. Žádný z dotázaných respondentů nezvolil známkou 4 a 5.

Otázka 17: Ověřil si personál, zda jste rozuměl(a) informacím, které Vám byly sděleny?

Tabulka č. 17 Ověření informací personálem

Ověření informací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	51	63,00 %
ne	30	37,00 %
Celkem	81	100,00 %

Z tabulky č. 17 vyplývá, že z 81 respondentů (100,00 %) zvolilo 51 respondentů (63,00 %), že u nich došlo k ověření sdělených informací ze strany personálu. Zbýlých 30 respondentů (37,00 %) uvedlo, že u nich k žádnému ověření informací nedošlo.

Otázka 18: Jakým způsobem si to personál potvrdil?

Tabulka č. 18 Způsob ověření informací personálem

Způsob ověření informací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
otázky při rozhovoru	47	92,20 %
nepamatuji si	4	7,80 %
Celkem	51	100,00 %

Z celkového počtu 51 dotázaných respondentů (100,00 %), uvedlo 47 respondentů (92,20 %) jako způsob ověření „otázky při rozhovoru“, 4 respondenti (7,80 %) uvedli, že si způsob ověření již nepamatuji.

Otázka 19: Byly Vám poskytnuty informace ohledně léčebných postupů nádorového onemocnění plic lékařem?

Tabulka č. 19 Informace ohledně léčebných postupů nádorového onemocnění plic

Informace o léčebných postupech	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	77	95,10 %
ne	4	4,90 %
Celkem	81	100,00 %

Z tabulky č. 19 vyplývá, že z 81 respondentů (100,00 %) jich 77 (95,10 %) uvedlo, že jim byly poskytnuty informace ohledně léčebných postupů nádorového onemocnění plic, 4 respondenti (4,90 %) uvedli, že jim tyto informace poskytnuté nebyly.

Otázka 20: Kterou léčbu jste z následujících možností podstoupil(a)?

Tabulka č. 20 Podstoupené léčebné metody respondentů

Léčebné metody		Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
chemoterapie		65	47,40 %
radioterapie		51	37,20 %
chirurgická léčba		7	5,10 %
paliativní léčba		5	3,70 %
jiná	imunoterapie	9	6,60 %
Celkem		137	100,00 %

U této otázky mohli respondenti zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 137 odpovědí (100,00 %) bylo 65 odpovědí (47,40 %) pro chemoterapii, 51 odpovědí (37,20 %) pro radioterapii, 7 odpovědí (5,10 %) pro chirurgickou léčbu, 5 odpovědí (3,70 %) pro paliativní léčbu a 9 odpovědí (6,60 %) pro léčbu jinou a uvedena byla imunoterapie.

Otázka 21: Byl(a) jste seznámen(a) s nežádoucími účinky léčby nádoru plic?

Tabulka č. 21 Seznámení s nežádoucími účinky léčby nádorového onemocnění plic

Seznámení s nežádoucími účinky léčby		Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	zvracení, nevolnost, nechutenství k jídlu	33	40,74 %
	vypadávání vlasů	9	11,11 %
	zarudnutá kůže, vyrážka	4	4,94 %
	bolest	3	3,70 %
ne		32	39,51 %
Celkem		81	100,00 %

Z celkového počtu 81 respondentů (100,00 %) uvedlo 33 respondentů (40,74 %), že bylo seznámeno s nežádoucími účinky, jako je zvracení, nevolnost a nechutenství k jídlu, 9 respondentů (11,11 %) uvedlo nežádoucí účinek vypadávání vlasů, 4 respondenti (4,94 %) uvedli zarudnutou kůži a vyrážku a 3 respondenti (3,70 %) uvedli jako nežádoucí účinek bolest. Dalších 32 respondentů (39,51 %) uvedlo, že s žádnými nežádoucími účinky seznámení nebyli.

Otázka 22: Vyhledáváte sám(a) informace ohledně léčby nádorového onemocnění plic?

Tabulka č. 22 Vyhledávání informací o léčbě nádorového onemocnění plic

Vyhledávání informací o léčbě	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	62	76,50 %
ne	19	23,50 %
Celkem	81	100,00 %

Tabulka č. 22 ukazuje, že 62 respondentů (76,50 %) aktivně vyhledává informace ohledně léčby nádorového onemocnění plic, 19 respondentů (23,50 %) uvedlo, že informace o možné léčbě nevyhledávají.

Otázka 23: Uved'te zařízení, které navštěvujete v souvislosti s Vaším onkologickým onemocněním plic?

Tabulka č. 23 Navštěvované zařízení v souvislosti s onkologickým onemocněním plic

Navštěvované zařízení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
onkologická ambulance	46	56,80 %
pneumoonkologická ambulance	7	8,60 %
onkologický stacionář	28	34,60 %
Celkem	81	100,00 %

Z celkového počtu 81 respondentů (100,00 %) uvedlo 46 respondentů (56,80 %), že navštěvují onkologickou ambulanci, 7 respondentů (8,60 %) uvedlo pneumoonkologickou ambulanci a 28 respondentů (34,60 %) uvedlo, že navštěvují onkologický stacionář.

Otázka 24: Máte v daném zařízení dostatek brožur nebo letáků s informacemi o tomto onemocnění?

Tabulka č. 24 Dostupnost brožur nebo letáků v navštěvovaném zařízení

Dostupnost brožur a letáků	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	71	87,70 %
ne	10	12,30 %
Celkem	81	100,00 %

Z tabulky č. 24 vyplývá, že z celkového počtu 81 respondentů (100,00 %) uvedlo 71 respondentů (87,70 %), že mají dostupné brožury nebo letáky s informacemi v navštěvovaném zařízení, zbylých 10 respondentů (12,30 %) zvolilo, že dostupné brožury nebo letáky v zařízení nemají.

Otázka 25: Informace v uvedených brožurách či letáků hodnotíte jako:

Tabulka č. 25 Hodnocení dostupných brožur nebo letáků v navštěvovaném zařízení

Hodnocení brožur a letáků	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
velmi dobré	34	47,90 %
dobré	29	40,80 %
dostačující	8	11,30 %
nedostačující	0	0,00 %
Celkem	71	100,00 %

Z celkového počtu 71 dotázaných respondentů (100,00 %) hodnotilo 34 respondentů (47,90 %) informace v dostupných brožurách nebo letácích jako velmi dobré, 29 respondentů (40,80 %) hodnotilo brožury nebo letáky jako dobré, 8 respondentů (11,30 %) hodnotilo informace v brožurách nebo letácích jako dostačující. Žádný z dotázaných respondentů nehodnotil obsah brožur nebo letáků jako nedostačující.

6 DISKUZE

Tématem bakalářské práce byla edukace pacientů s karcinomem plic a její zaměření bylo na informovanost pacientů s touto onkologickou nemocí o vlastním onemocnění a jeho léčbě. Teoretická část obsahovala obecný popis plic, charakteristiku karcinomu plic a edukaci. Obsah praktické části byl založen na dotazníkovém šetření pomocí navrženého dotazníku. Dotazník obsahoval 25 položek, které byly rozděleny do 4 částí a součástí byly obecné otázky. V první části sloužily otázky k identifikaci respondentů, dále ke zjištění kuřáckého návyku a okolností jejich nemoci, včetně výskytu tohoto onemocnění v rodině dotázaných respondentů. Druhá část sloužila ke zjištění okolností edukace, spokojenosti respondentů s edukací a také zda informace vyhledávají i z vlastních zdrojů. Třetí část obsahovala otázky zaměřené na léčbu a nežádoucí účinky. Čtvrtá, a také poslední část, sloužila ke zjištění navštěvovaného zařízení v souvislosti s onemocněním, dostupností edukačních brožur nebo letáků v daném zařízení a jejich hodnocení. Šetření proběhlo u vybraných respondentů, kteří byli jak ambulantní, tak i hospitalizovaní pacienti v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně ve zvolených zařízeních. Byly to onkologické ambulance, onkologické stacionáře, plicní a onkologické oddělení. Toto šetření probíhalo od 15. 3. do 23. 4. 2021. Pro srovnání práce byl zvolen výzkum z bakalářské práce s tématem Edukace pacientů s bronchogenním karcinomem od Kateřiny Justanové z roku 2007 z Masarykovy univerzity v Brně, vedoucí práce byla Hana Obrová, počet respondentů byl 60.

Otázka č. 1 sloužila ke zjištění pohlaví respondentů. Z dotazovaných respondentů bylo 67,90 % mužského a 32,10 % ženského pohlaví. Kateřina Justanová prováděla výzkum, ve kterém měla 70 % mužského a 30 % ženského pohlaví, tudíž velmi podobné rozložení (Justanová, 2007).

Otázka č. 2 sloužila ke zjištění věku respondentů, pro přehlednost byl věk rozdělen do různých kategorií. Ve věkovém rozmezí 50-64 let se nacházelo 23,40 % respondentů, v rozmezí 65-79 se nacházelo 74,10 % respondentů a v poslední kategorii 80 a více let se nacházelo 2,50 % respondentů. Kateřina Justanová měla ve svém výzkumu také věk rozdělen do kategorií, v kategorii do 40 let se nacházelo 1,70 % respondentů, v rozmezí 41-50 let se nacházelo 23,30 % respondentů, v rozmezí 51-60 let se nacházelo nejvíce 36,70 % respondentů, dále v rozmezí 61-70 let se nacházelo 28,30 % a v kategorii nad 70 let se nacházelo 10 % (Justanová, 2007).

Otázka č. 3 sloužila ke zjištění, zda jsou respondenti kuřáci nebo nekuřáci. Z celkového počtu respondentů bylo 61,70 % kuřáků a zbylých 38,30 % respondentů bylo nekuřáků.

Otázky č. 4 a 5 zjišťovaly maximální denní počet vykouřených cigaret a délku kouření u respondentů. Bylo zjištěno, že 54 % respondentů vykouří v rozmezí 1-10 cigaret za den, 36 % vykouří v rozmezí 11-20 cigaret za den a 12 % respondentů vykouří 21 a více cigaret za den. Délka kouření byla rozdělena do kategorií méně než 5 let, 5-10 let a více než 10 let. V kategorii více než 10 let bylo 100,00 % respondentů. V kategorii méně než 5 let a 5-10 let nebyl žádný respondent.

Otázka č. 6 sloužila ke zjištění nádorového onemocnění plic, kdy se u 76,50 % respondentů objevily příznaky a u 23,50 % respondentů bylo onemocnění zjištěno náhodným vyšetřením.

Otázka č. 7 byla zaměřena na zjištění, kdo respondentům doporučil navštívit praktického lékaře. Pro vlastní rozhodnutí bylo 77,80 % respondentů, zbylých 22,20 % respondentů navštívilo praktického lékaře až na doporučení rodiny nebo známého. Ve výzkumu Kateřiny Justanové bylo pro vlastní rozhodnutí pouze 16,70 % respondentů a 10,00 % bylo pro rodinu nebo známé, tudíž velmi procentuálně rozdílné (Justanová, 2007).

Otázky č. 8 a 9 byly zaměřeny na zjištění výskytu nádorového onemocnění plic v rodině jednotlivých respondentů. Největší počet 86,40 % respondentů uvedl, že se v rodině výskyt této nemoci neobjevil. Zbylých 13,60 % respondentů uvedlo výskyt tohoto onemocnění v rodině, kde většina (81,80 %) respondentů uvedla, že byl tímto onemocněním postižen otec, dále 9,10 % dotázaných uvedlo, že byla postižena matka a zbylých 9,10 % uvedlo, že byl postižen syn.

Otázka č. 10 sloužila ke zjištění, zda respondenti vyhledávali další informace po sdělení diagnózy lékařem. Celkem 71,60 % respondentů další informace vyhledávalo, zatímco 28,40 % už žádné informace nevyhledávalo.

Otázka č. 11 byla zaměřena na zjištění, jakým způsobem respondenti získávají informace o nádorovém onemocnění plic. Pro získávání informací od rodiny bylo 39,10 %, od přátel bylo 30,80 %, z časopisů a brožur bylo 8,30 %, z internetu bylo 16,50 % a pro způsob získávání informací z televize bylo 5,30 % respondentů. Ve výzkumu Kateřiny Justanové bylo naopak zjištěno, že nejčastější způsob získávání informací u respondentů bylo vyhledávání na internetu, dále z brožur a letáků. Bylo také zjištěno, že respondenti nezískávají informace od rodiny či přátel. V jejím výzkumu navíc respondenti čerpali

informace i z odborných knih, což v mém výzkumu neuvedl ani jeden respondent (Justanová, 2007).

Otázka č. 12 sloužila ke zjištění, zda respondentům poskytnul informace i někdo další ze zdravotnického personálu. Všeobecná sestra poskytla další informace většině respondentů (60,50 %) a zbylým 39,50 % dotázaných neposkytnul tyto informace nikdo.

Otázka č. 13 zjišťovala, kterých oblastí se týkaly informace, které byly respondentům poskytnuty. V oblasti chemoterapie byly poskytnuty informace 35,90 % respondentů, v oblasti ozařování byly informace poskytnuty 26,30 % respondentů, v oblasti operace byly informace poskytnuty 4,50 % respondentů, v oblasti pooperační péče byly poskytnuty informace 4,50 % respondentů a v oblasti kouření byly poskytnuty informace 25,30 % respondentů. Poslední možností byla oblast jiná a v ní byla nejčastěji uváděna výživa, informace v této oblasti byly poskytnuty 3,50 % respondentů.

Otázka č. 14 byla zaměřena na zjištění, jakou formou byly respondentům informace předány. Informace ústní formou v podobě rozhovoru byly předány 71,70 % respondentů a formou písemnou pomocí brožur a letáků byly informace předány 28,30 % respondentů. Ve výzkumu Kateřiny Justanové byla možnost na tuto otázku také zvolit více odpovědí. Bylo zjištěno, že z 60 respondentů uvedlo (98,30 %) ústní formu a (48,30 %) uvedlo formu písemnou. Výsledky nejsou procentuálně velmi rozdílné (Justanová, 2007).

Otázka č. 15 sloužila ke zjištění možnosti doptání se na informace, které nebyly respondentům plně srozumitelné. Všechny 100,00 % respondentů mělo tuto možnost.

Otázka č. 16 zjišťovala spokojenost respondentů s podanými informacemi, kdy nejvíce respondentů 54,30 % bylo velmi spokojeno, 39,50 % bylo spíše spokojeno a 6,20 % respondentů bylo spokojeno s výhradami.

K dílčímu cíli č. 1 („Zjistit, zda jsou pacienti spokojeni s edukací“) se vztahovala otázka č. 16. Bylo zjištěno, že více než polovina respondentů byla s edukací velmi spokojena, část respondentů byla spíše spokojena a pár respondentů bylo spokojeno s výhradami. **Dílčí cíl č. 1 byl splněn.**

Otázky č. 17 a 18 byly zaměřeny na zjištění, zda si personál ověřil porozumění respondentů na podané informace a také jakým způsobem probíhalo ověření. U větší části 63,00 % respondentů došlo k ověření porozumění ze strany personálu, kdy nejčastější způsob byl

prostřednictvím otázek při rozhovoru (92,20 %) a 7,80 % respondentů uvedlo, že si způsob již nepamatují. U zbylé části 37,00 % respondentů k ověření porozumění vůbec nedošlo. Ve výzkumu Kateřiny Justanové byl nejčastější způsob ověření také rozhovor, který proběhl u 55,00 % respondentů, u 18,30 % respondentů došlo k ověření pomocí kontrolních otázek. I v jejím výzkumu jsou respondenti, u kterých nedošlo k ověření, ale tento počet také nepřevyšuje množství respondentů, u kterých k ověření došlo (Justanová, 2007).

Otázka č. 19 zjišťovala, jestliže byly respondentům poskytnuty informace o léčebných postupech nádorového onemocnění plic. Bylo zjištěno, že většině respondentů (95,10 %) byly tyto informace poskytnuty, naopak u zbylých 4,90 % respondentů informace o léčebných postupech poskytnuty nebyly, tudíž velká část respondentů je edukována o léčebných postupech tohoto onemocnění.

Otázka č. 20 sloužila ke zjištění, kterou léčbu již respondenti podstoupili, kdy 47,40 % podstoupilo chemoterapii, 37,20 % podstoupilo radioterapii, chirurgickou léčbu podstoupilo 5,10 %, dále paliativní léčbu podstoupilo 3,70 % a léčbu jinou (imunoterapii) podstoupilo 6,60 % respondentů.

Otázka č. 21 byla zaměřena na zjištění, zda byli respondenti seznámeni s nežádoucími účinky léčby nádoru plic. Celkem 40,74 % respondentů potvrdilo, že bylo seznámeno se zvracením, nevolností a nechutenstvím k jídlu. Dalších 11,11 % bylo seznámeno s nežádoucím účinkem, jako je vypadávání vlasů, se zarudnutím kůže a vyrážkou bylo seznámeno 4,94 % respondentů, s bolestí bylo seznámeno 3,70 %. Zbylých 39,51 % respondentů nebylo obeznámeno s žádnými nežádoucími účinky. Ve výzkumu Kateřiny Justanové bylo 88,30 % z 60 respondentů seznámeno s těmito účinky, naopak 11,70 % nebylo obeznámeno vůbec. Tudíž v jejím výzkumu byli respondenti daleko více seznámeni s nežádoucími účinky (Justanová, 2007).

K dílčímu cíli č. 2 („Zjistit, jakým způsobem jsou pacienti informováni o léčbě a nežádoucích účincích zdravotním personálem.“) se vztahovaly otázky č.13, 19, 20 a 21. Bylo zjištěno, že jsou respondenti edukováni alespoň o základních informacích týkajících se léčebných postupů, a to nejčastěji ústní formou, méně pak formou písemnou. Zjištěno bylo také to, že je nutné více edukovat o nežádoucích účincích léčby, jelikož je stále velké procento respondentů, kteří nejsou v této oblasti řádně edukováni. **Dílčí cíl č. 2 byl splněn.**

Otázka č. 22 zjišťovala, jestli respondenti sami aktivně vyhledávají informace ohledně léčby nádorového onemocnění plic, kdy 76,50 % respondentů informace týkající se léčby samo vyhledává, zatímco zbylých 23,50 % tyto informace nevyhledává.

K dílčímu cíli č. 3 („Zjistit, zda si pacienti s karcinomem plic vyhledávají i sami alespoň základní informace o vlastním onemocnění a léčbě“) se vztahovaly otázky č. 10, 11, 12 a 22. Bylo zjištěno, že většina respondentů informace o vlastním onemocnění aktivně vyhledává. To samé platí pro vyhledávání informací ohledně léčby, i přesto je stále malá část respondentů, která tyto informace nevyhledává jak základní informace o onemocnění, tak ani o léčbě. **Dílčí cíl č. 3 byl splněn.**

Otázka č. 23 sloužila ke zjištění, které zařízení respondenti v souvislosti s jejich onkologickým onemocněním plic navštěvují. Onkologickou ambulanci navštěvuje 56,80 %, pneumoonkologickou ambulanci navštěvuje 8,60 % a onkologický stacionář navštěvuje 34,60 % respondentů.

Otázky č. 24 a 25 byly zaměřeny na zjištění dostupnosti brožur nebo letáků s informacemi o nádorovém onemocnění plic v navštěvovaném zařízení a také na hodnocení těchto edukačních materiálů respondenty. Dostupnost brožur nebo letáků mělo 87,70 % respondentů, kdy 47,90 % hodnotilo informace v uvedených edukačních materiálech jako velmi dobré, 40,80 % hodnotilo jako dobré a 11,30 % označilo informace v brožurách a letácích jako dostačující. Zbylých 12,30 % nemělo dostupné žádné materiály v navštěvovaném zařízení.

Hlavní cíl: „Zjistit, do jaké míry jsou pacienti s diagnózou karcinomu plic edukováni o vlastním onemocnění a jeho léčbě“. Všechny otázky, které jsou uvedené výše, se vztahovaly k tomuto hlavnímu cíli. **Hlavní cíl byl splněn.**

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Výzkumné šetření této bakalářské práce bylo zaměřeno na zjištění informovanosti pacientů s karcinomem plic o vlastní nemoci a její léčbě.

Výsledky výzkumu přinesly užitečná zjištění. Z větší části pacienti aktivně vyhledávají informace sami, ale je však zapotřebí se zaměřit v edukaci na léčebné metody a jejich nežádoucí účinky, neboť z výzkumného šetření vyplývá, že jsou v těchto oblastech značné nedostatky.

K tomu, aby byla edukace pacientů s karcinomem plic co nejvíce efektivní, by přispělo:

- Vytvořit edukační plán přizpůsobený ke zjištěným nedostatkům.
- Aktivně nabízet edukační materiály všem pacientům s karcinomem plic při odchodu z ambulancí, denních stacionářů a také při propuštění domů z lůžkových oddělení.
- Zlepšit komunikaci mezi zdravotním personálem, pacientem a jeho příbuznými.
- Doporučovat těmto pacientům, z jakých dalších zdrojů mohou vyhledávat potřebné informace.
- Motivovat i rodinné příslušníky pacientů k tomu, aby také vyhledávali informace, pomocí kterýchlepší edukovanost svého blízkého s tímto onemocněním.

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma edukace pacientů s karcinomem plic byla se zaměřením na zjištění, do jaké míry jsou pacienti s tímto onkologickým onemocněním plic informováni jak o vlastní nemoci, tak i její možné léčbě. Zajímalo mě tedy, zda sami pacienti vyhledávají informace o svém onemocnění a popřípadě z jakých zdrojů. Dále jak jsou informováni o léčbě a nežádoucích účincích ze strany personálu a na závěr mě zajímala spokojenost pacientů s edukací.

Práce se skládala z části teoretické a praktické. Teoretická část obsahovala tři kapitoly, kdy jsem v první kapitole popisovala stavbu plic, mechaniku dýchání a dýchací svaly. V druhé kapitole jsem charakterizovala základní onemocnění, epidemiologii, etiologii, diagnostiku, léčbu a prognózu nádorového onemocnění plic. V třetí kapitole jsem se věnovala edukaci, edukačnímu procesu a jeho jednotlivým fázím.

Část praktická byla zpracována prostřednictvím navrženého dotazníku, formou výzkumného šetření. Dopředu jsem si stanovila hlavní cíl a tři cíle dílčí, poté jsem je v diskuzi zhodnotila. Výsledky byly převážně pozitivní, ale v některých případech i negativní. Z výsledků bylo překvapivé, jaké procento pacientů s onkologickým onemocněním plic není stále dobře edukováno o nežádoucích účincích léčby. Naopak jsem zjistila, že velké procento těchto pacientů samo aktivně vyhledává alespoň základní informace o své nemoci z různých informačních zdrojů. Bohužel je i tak malé procento pacientů, co další informace nevyhledává a má k dané situaci celkově pasivní postoj, což je vzhledem k dané diagnóze pochopitelné, ale i přesto je žádoucí, aby i tito pacienti byli více motivováni k aktivnímu vyhledávání informací. Lze tedy konstatovat, že všechny stanovené cíle v rámci této kvalifikační práce byly splněny.

Zpracováním této bakalářské práce jsem získala informace, které mi byly přínosem. Byla bych ráda, kdyby tyto informace byly využity v praxi pro všeobecné sestry, které byly ve výzkumu uvedeny velmi často jako dalším zdrojem informací u dotázaných. Ráda bych se také o tyto získané informace podělila i s lidmi, co mají ve svém okolí blízkého s tímto nádorovým onemocněním, aby věděli, v jaké oblasti mohou i sami přispět k informovanosti svého blízkého.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BRIERLEY, James D, 2020. *TNM klasifikace zhoubných novotvarů 8. vydání* [online]. Grada [cit. 2020-11-22]. ISBN 978-80-7472-185-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/tnm-klasifikace-zhoubnych-novotvaru-6660/>

ČEŠKA, Richard, TESAŘ, Vladimír, Petr DÍTĚ a Tomáš ŠTULC, ed., 2010. *Interna*. Praha: Triton. ISBN 978-807-3874-230.

ČIHÁK, Radomír, 2013. *Anatomie 2: Třetí, upravené a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4788-0.

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

HYTYCH, Vladislav, 2013. *Minimum z plicní chirurgie: krok za krokem*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-347-3.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2018. *Vybraná perioperační problematika cévněchirurgických pacientů*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-9173-3.

JUSTANOVÁ, Kateřina, 2007. *Edukace pacientů s bronchogenním karcinomem* [online]. Brno [cit. 2021-2-13]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Hana Obrová.

KITTNAR, Otomar, 2011. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4730-684.

KLEIN, Jiří, 2006. *Chirurgie karcinomu plic* [online]. Praha: Grada [cit. 2020-11-27]. ISBN 978-80-247-6349-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/chirurgie-karcinomu-plic-1628/>

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

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

KUBEROVÁ, Helena, 2008. *Didaktika ošetrovatel'stva*. Ružomberok: Katolícka univerzita. ISBN 978-80-8084-386-1.

MAGUROVÁ, Dagmar a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 978-80-8063-326-4.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2015. *Edukace v ošetrovatel'ství: respekt a úcta k lidské důstojnosti*. V Trenčine: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Fakulta zdravotníctva. ISBN978-80-7454-513-9.

NEMCOVÁ, Jana, 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve. Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 11- [32]. ISBN 978-80-8063-321-9.

NEWTON, Susan, Margaret HICKEY a Jeannine M. BRANT, 2017. *Mosby's oncology nursing advisor: a comprehensive guide to clinical practice*. 2nd edition. St. Louis, Missouri: Elsevier. ISBN ISBN978-0-323-37563-4.

NOVOTNÝ, Jan, Pavel VÍTEK a Zdeněk KLEIBL, 2019. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN978-80-204-5103-3.

OREL, Miroslav, 2019. *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0531-1.

ROKYTA, Richard, 2016. *Fyziologie: Třetí, přepracované vydání*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-238-1.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela, HOUDEK, Lubomír, ed., 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Nakladatelství Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

TOMÁŠEK, Jiří, 2015. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ. Asclepius. ISBN 978-80-88046-01-1.

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

ZÁVADOVÁ, Eva, ed., 2015. *Onkologická imunologie*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3756-3.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CNS	Centrální nervový systém
CT	Počítačová tomografie
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
M	Vzdálené metastázy
MR	Magnetická rezonance
N	Metastázy v regionálních mízních uzlinách
NSCLC	Non-small cell lung cancer (nemalobuněčný karcinom plic)
PET	Pozitronová emisní tomografie
RTG	Rentgenové vyšetření
SCLC	Small cell lung cancer (malobuněčný karcinom plic)
SONO	Sonografické vyšetření
T	Rozsah primárního nádoru
TNM	Tumor, Nodes, Metastázy
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Uložení dolních cest dýchacích a plic	13
--	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů	36
Tabulka č. 2 Věk respondentů	37
Tabulka č. 3 Kouření respondentů	38
Tabulka č. 4 Počet cigaret, který za den respondenti vykouří	39
Tabulka č. 5 Jak dlouho respondenti kouří	40
Tabulka č. 6 Zjištění onemocnění u respondentů	41
Tabulka č. 7 Kdo doporučil respondentům navštívit praktického lékaře	42
Tabulka č. 8 Výskyt nádorového onemocnění plic v rodině	43
Tabulka č. 9 U koho z rodiny se nádorové onemocnění plic vyskytlo	44
Tabulka č. 10 Získávání informací i z jiných zdrojů	45
Tabulka č. 11 Způsoby vyhledávání dalších informací	46
Tabulka č. 12 Poskytnutí informací od někoho dalšího ze zdravotnického personálu	47
Tabulka č. 13 Oblasti poskytnutých informací	48
Tabulka č. 14 Forma předaných informací	49
Tabulka č. 15 Možnost doptání se na ne úplně srozumitelné informace	50
Tabulka č. 16 Spokojenost s podanými informacemi	51
Tabulka č. 17 Ověření informací personálem	52
Tabulka č. 18 Způsob ověření informací personálem	53
Tabulka č. 19 Informace ohledně léčebných postupů nádorového onemocnění plic	54
Tabulka č. 20 Podstoupené léčebné metody respondentů	55
Tabulka č. 21 Seznámení s nežádoucími účinky léčby nádorového onemocnění plic	56
Tabulka č. 22 Vyhledávání informací o léčbě nádorového onemocnění plic	57
Tabulka č. 23 Navštěvované zařízení v souvislosti s onkologickým onemocněním plic	58
Tabulka č. 24 Dostupnost brožur nebo letáků v navštěvovaném zařízení	59
Tabulka č. 25 Hodnocení dostupných brožur nebo letáků v navštěvovaném zařízení	60

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník zaměřený na edukaci pacientů s karcinomem plic

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK ZAMĚŘENÝ NA EDUKACI PACIENTŮ S KARCINOMEM PLIC

Vážená paní, vážený pane,
jmenuji se Denisa Adámková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského programu Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra, prezenční formy na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který poslouží k výzkumu mé bakalářské práce s názvem Edukace pacientů s karcinomem plic. Vyplnění dotazníku je dobrovolné a anonymní, proto prosím o pravdivé odpovědi.

Dotazník obsahuje dva druhy otázek: uzavřené, kdy pouze dáte křížek k Vámi zvolené odpovědi a otevřené, kdy vlastními slovy napíšete odpověď na danou otázku. Pokud budete chtít změnit nějakou svou odpověď při uzavřené otázce, stačí ji zakroužkovat a dát křížek na jinou.

Předem děkuji za Váš čas i ochotu při vyplnění tohoto dotazníku.

Adámková Denisa

e-mail: denisa.adamkova1@seznam.cz

1. Vaše pohlaví:

- muž žena

2. Váš věk:

.....

3. Kouříte?

- ano ne (přeskočte otázku č. 4 a 5)

4. Kolik cigaret denně?

.....

5. Jak dlouho kouříte?

- méně než 5 let 5-10 let více než 10 let

6. Jak Vám bylo nádorové onemocnění plic zjištěno?

- objevily se příznaky náhodné vyšetření

7. Kdo Vám doporučil navštívit praktického lékaře?

- vlastní rozhodnutí rodina nebo známý

8. Objevilo se nádorové onemocnění plic u někoho z Vaší rodiny?

- ano ne (neodpovídejte na otázku č. 9)

9. Komu z Vaší rodiny bylo nádorové onemocnění plic diagnostikováno?

.....

10. Snažil(a) jste se získat po sdělení diagnózy lékařem informace ještě z nějakých jiných zdrojů?

- ano ne (neodpovídejte na otázku č. 11)

11. Jakým způsobem získáváte informace o tomto nádorovém onemocnění?

- od rodiny od přátel z časopisů, brožur
 z internetu z televize
 jiným způsobem, uveďte jakým.....

12. Poskytnul Vám informace o onemocnění i někdo další ze zdravotnického personálu?

- všeobecná sestra nikdo
 jiná osoba (uveďte, kdo Vám informace poskytnul)

13. Informace, které Vám byly poskytnuty, se týkaly kterých oblastí? (lze označit více možností)

- chemoterapie ozařování operace
 pooperační péče kouření
 jiných, uveďte jakých.....

14. Jakou formou Vám tyto informace byly předány?

- ústně (rozhovor) písemně (leták, brožura)
 jiná, uveďte jaká.....

15. Měl(a) jste možnost zeptat se na informace, které Vám nebyly plně srozumitelné?

- ano ne

16. Jak jste byl(a) spokojen(a) s podanými informacemi? (Zakroužkujte)

(1 – velmi spokojen, 2 – spíše spokojen, 3 – spokojen s výhradami, 4 – spíše nespokojen, 5 – nespokojen)

1 2 3 4 5

17. Ověřil si personál, zda jste rozuměl(a) informacím, které Vám byly sděleny?

- ano ne (neodpovídejte na otázku č. 18)

18. Jakým způsobem si to personál potvrdil?

.....

19. Byly Vám poskytnuty informace ohledně léčebných postupů nádorového onemocnění plic lékařem?

- ano ne

20. Kterou léčbu jste z následujících možností podstoupil(a)? (lze označit více možností)

- chemoterapie radioterapie chirurgická léčba
 paliativní léčba jiná, uveďte jaká.....

21. Byla(a) jste seznámen(a) s nežádoucími účinky léčby nádoru plic?

- ano, uveďte s jakými

.....

- ne

22. Vyhledáváte sám(a) informace ohledně léčby nádorového onemocnění plic?

- ano ne

23. Uved'te zařízení, které navštěvujete v souvislosti s Vaším onkologickým onemocněním plic?

.....

24. Máte v daném zařízení dostatek brožur nebo letáků s informacemi o tomto onemocnění?

ano

ne (neodpovídejte na otázku č. 25)

25. Informace v uvedených brožurách či letácích hodnotíte jako:

velmi dobré

dobré

dostačující

nedostačující

Děkuji Vám za Váš čas, který jste vyplnění dotazníku věnovaly.