



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Možnosti uplatnění všeobecné sestry v rámci prevence  
nádorových onemocnění**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program:

**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Bc. Kristýna Dědičová

**Vedoucí práce:** Mgr. Dita Nováková, PhD

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Možnosti uplatnění všeobecné sestry v rámci prevence nádorových onemocnění jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 5. 2017

.....

Bc. Kristýna Dědičová

## **Poděkování**

Za cenné rady, odborné připomínky a citlivý přístup děkuji paní Mgr. Dítě Novákové PhD. Bez její pomoci by nebylo možné tuto práci dokončit na požadované odborné, obsahové a stylistické úrovni. Také bych ráda poděkovala sestřám a vybranému vzorku respondentů za poskytnutí informací potřebné pro výzkumné šetření k této práci. Poděkování patří i mým rodičům za všeobecnou podporu během studia.

# **Možnosti uplatnění všeobecné sestry v rámci prevence nádorových onemocnění**

## **Abstrakt**

Nádorová onemocnění jsou považována za jednu z nejčastějších příčin úmrtí na celém světě. Prevence nádorových onemocnění by měla být součástí života a péče o zdraví u každého člověka.

Teoretická část práce se zabývá klasifikací jednotlivých druhů prevence, ve smyslu jejího rozdělení na primární, sekundární, terciální a kvartérní prevenci.

Empirická část práce řeší dva cíle: Zjistit, jak je populace České republiky informována o prevenci nádorových onemocnění a zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry poskytují informace o prevenci nádorových onemocnění. V diplomové práci byla použita kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření.

Kvantitativní forma výzkumného šetření byla založena na průzkumu mínění vzorku populace České republiky týkajícího se informovanosti o prevenci nádorových onemocnění. V této části šetření byl použit dotazník vlastní konstrukce.

Kvalitativní výzkum měl za cíl zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry poskytují informace o prevenci nádorových onemocnění. Výsledky ukázaly, že většina sester se snaží poskytovat pacientům ucelené informace ať už samostatně nebo ve spolupráci s lékařem. Dále se prokázalo, že sestry za nejdůležitější formu edukace považují verbální komunikaci s pacientem, v jejímž rámci se snaží poskytovat pacientovi pokud možno komplexní informace. Z výzkumného šetření také vyplývá, že informovanost veřejnosti o nutnosti prevence onkologických onemocnění je poměrně vysoká, nicméně je zde ještě prostor ke zlepšení.

Přínos této práce pro praxi je dán jejím výstupem, odborným článkem, který vychází z poznatků získaných výzkumným šetřením, které mohou být přínosem pro sestry, jiný zdravotnický personál a studenty zdravotních škol.

## **Klíčová slova**

prevence; ošetrovatelská péče; zdraví; nádorové onemocnění; životní styl; komunikace

# **Possibilities of the general nurse within a process of the neoplastic diseases' prophylaxis**

## **Abstract**

Neoplastic diseases are considered as one of the most frequented reasons of death among the world population. A prophylaxis of these diseases should be a part of life of each one human.

A theoretical part of this work deals with classification of particular types of prevention in the way of how to divide the prevention into primary, secondary, tertiary and quaternary prevention.

An empiric part of the work addresses two aims: To find how the Czech population is informed about the prevention of cancer diseases and to research how nurses advise their patients on the prophylaxis of those diseases. There was used a combination of a qualitative and a quantitative survey for the dissertation.

The quantitative form of survey was based on an inquiry of sample of Czech Republic's population. This survey was aimed for finding out the knowledge about a prevention of cancer diseases among this population. There, in this part of the survey, was used an originally created questionnaire.

The qualitative survey aimed for finding out how nurses provide the information about a prophylaxis of neoplastic diseases. Results of this inquiry have displayed that the majority of nurses strive to provide their patients with the complex information, either on their own or in the collaboration with a physician. Next, there was proved that nurses consider the most important form of a patient's education is a verbal communication with the patient; under the terms of this kind of education is the patient provided by appropriate information. Results of the inquiry display among others that the public awareness of a neoplastic-diseases' prevention is relatively high, nonetheless, there is still a space for an improvement in this way.

A contribution of this work is characterized through its output – an article. The article involves a summary of knowledge which has been gained using survey of this work. These pieces of knowledge could get contributive for work of nurses, nursing and paramedical staff as well as for student of nurse schools.

**Key words**

prevention; health care; health; neoplastic disease; lifestyle; communication

# Obsah

1 SOUČASNÝ STAV .....	11
1.1 Primární prevence .....	11
1.1.1 Faktory ovlivňující zdraví .....	12
1.1.1.1 Životní styl.....	13
1.1.1.2 Životní prostředí.....	15
1.1.1.3 Genetické předpoklady.....	15
1.1.1.4 Zdravotní péče.....	16
1.1.2 Program Zdraví 21.....	16
1.1.3 Sestra a její činnost v rámci primární prevence .....	17
1.2 Sekundární prevence .....	17
1.2.1 Screeningová vyšetření.....	18
1.2.1.1 Praktický lékař pro dospělé .....	19
1.2.1.2 Praktický lékař pro děti a dorost.....	19
1.2.1.3 Stomatolog.....	20
1.2.1.4 Gynekologie a porodnictví .....	20
1.2.2 Sestra a její činnost v rámci sekundární prevence.....	21
1.2.3 Iniciátoři preventivních činností .....	21
1.3 Terciární prevence.....	23
1.3.1 Sestra a její činnost v rámci terciální prevence .....	23
1.3.2 Terapeutické možnosti nádorových onemocnění.....	24
1.3.3 Vedlejší účinky terapie .....	25
1.3.4 Komunikace sestry s onkologicky nemocným pacientem .....	26
1.4 Kvartérní prevence .....	28
1.4.1 Sestra a její činnost v rámci kvartérní prevence.....	28
1.4.2 Paliativní péče a její význam.....	29
1.4.3 Léčba bolesti .....	30
2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	32
2.1 Cíl práce .....	32
2.2 Výzkumné otázky .....	32
2.3 Hypotézy .....	32
3 OPERACIONALIZACE.....	33
4 METODIKA .....	34
4.1 Použitá metoda výzkumného šetření s běžnou populací.....	34
4.1.1 Postup při analýze dotazníku .....	35

4.1.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru respondentů běžné populace</i> .....	36
4.2	Použitá metoda výzkumného šetření se zdravotnickými pracovníky .....	37
4.2.1	<i>Postup při analýze rozhovoru</i> .....	38
4.2.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru respondentů – zdravotnických pracovníků</i> ....	38
5	VÝSLEDKY .....	40
5.1	Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami .....	40
5.1.1	<i>Preventivní opatření k udržení zdraví</i> .....	40
5.1.2	<i>Preventivní opatření zaměřená na nádorová onemocnění</i> .....	46
5.1.3	<i>Komunikace s onkologicky nemocným</i> .....	48
5.2	Testování hypotéz .....	50
6	DISKUSE.....	61
7	ZÁVĚR .....	71
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	73
	SEZNAM PŘÍLOH .....	80



## ÚVOD

Prevence je činnost, která vede k upevnění zdraví tím, že se snaží, aby bylo zabráněno vzniku nemoci. To znamená, že se jedná o nedílnou a podstatnou část podpory zdraví. Prevencí směřujeme ke zkvalitnění života populace, snížení nákladů a výdajů na zdravotní péči a tím nepřímo i ke zvýšení dostupnosti zdravotní péče.

Prevenci v jakémkoli oboru moderní medicíny je třeba provádět jak u jedince, tak na úrovni celé společnosti. V některých oblastech medicíny, jakou je třeba prevence nádorových onemocnění, zahrnuje prevenční činnost, nesmírně širokou škálu opatření, která je dána variabilitou podstaty a vývoje nádorových onemocnění. U některých nádorových onemocnění, kde jejich léčba vede ke statisticky nevýznamným pozitivním výsledkům, je prevence často považována za jedinou možnost, jak takovému onemocnění zamezit, tedy předejít.

Nádorová onemocnění se řadí mezi nejčastější příčiny úmrtí na celém světě. Léčba takovýchto onemocnění vyžaduje nemalé finanční prostředky. O to důležitější je ucelený systém preventivních opatření. Některé systémy zdravotního pojištění ve vyspělých zemích výrazně akcentují potřebu prevence tím, že pacienti, kteří podstupují časté preventivní prohlídky, jsou významně zvýhodněni při poskytování následné péče, jestliže se u nich objeví inkriminované onemocnění.

Ke zpracování diplomové práce byla použita kombinace kvantitativního a kvalitativního šetření, pro sběr dat byly použity dvě techniky sběru dat; dotazník vlastní konstrukce a polostrukturovaný rozhovor. Výzkumný soubor tvoří zástupci populace České republiky a všeobecné sestry pracující ve vybraných nemocnicích České republiky a v ordinacích praktických lékařů pro dospělé.

Chtěla bych v rámci diplomové práce analyzovat stav a rozvoj preventivní péče, která má přímý vliv na předcházení vzniku onkologických onemocnění a zjistit, zda mohu přispět ke zvýšení úrovně preventivní péče.

Můj osobní život postupně silně ovlivnily tři události, kdy byl někdo z mých blízkých postižen nádorovým onemocněním. I proto jsem se rozhodla zabývat se touto problematikou ve své diplomové práci. Chtěla jsem zjistit, jestli je možné výskyt nádorových onemocnění omezit a případně eliminovat jeho dopady na osobní, rodinný a společenský život. Zaměřila jsem se proto na úlohu zdravotnického personálu, při eliminaci dopadu nádorových onemocnění. Zároveň mě zajímalo, jak se na tomto

procesu může podílet a podílí jedinec, který je potenciálním pacientem a jako takový má ve zmiňovaném procesu rozhodující úlohu.

# 1 SOUČASNÝ STAV

Prevence je souhrn činností, jejímž cílem je předcházet chorobám, v tomto případě onkologickému onemocnění. Preventivní činnost se zabývá především tím, že varuje společnost před možnými riziky vzniku nemoci a následně se věnuje i možnosti eliminace těchto rizik (Fait et al., 2011).

Nádorová onemocnění jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí na světě, proto je potřeba přesvědčit populaci o tom, aby se pravidelně účastnila preventivních prohlídek (Bischofová, et al., 2016). Ekonomická nákladnost se tím nepatrně zvýší, ale náklady na léčbu by byly ekonomicky mnohem nevýhodnější (Strejčková et al., 2007).

V některých zemích se na prevenci klade dokonce takový důraz, že lidé, kteří nedochází na preventivní prohlídky, následně za léčbu platí mnohem víc peněz, než lidé, kteří se preventivních činností účastní (Margaret O'Connor a Sanchia Aranda, 2005). Existují však také rizikové faktory, kterým je třeba předcházet. Většina těchto faktorů se zakládá na stylu života, proto je možné omezit jejich vliv na zdraví člověka (Čeledová a Čevela, 2010).

Onkologické onemocnění je velmi závažné, avšak dnešní medicína umožňuje několik způsobů léčby, které dokáží v mnoha případech nemoc vyléčit, pokud se však onemocnění identifikuje v raném stádiu (Adam et al., 2011).

## 1.1 Primární prevence

Činnosti primární prevence jsou prováděny v období, kdy nemoc ještě nevznikla; ani její symptomy nejsou zatím patrné. Jsou to postupy a činnosti, které vedou k zamezení vzniku nemoci (Čeledová a Čevela, 2010).

Prevence, jako taková se dělí na dva druhy: nespecifickou prevenci – tedy činnosti obecné a prevenci specifickou - činnosti profylaktické (Čeledová a Čevela, 2010). Z obecných preventivních činností v oboru prevence nádorových onemocnění můžeme jako nejvýraznější počín posledních let jmenovat například plošně založenou a velkoryse pojatou kampaň, zaměřenou proti kouření a konzumaci tabákových výrobků (Žaloudík, 2008). Tato kampaň přinesla určité statisticky významné výsledky v předcházení nádorových onemocnění. V korelaci s touto kampaní bezesporu přispívá k prevenci nádorových onemocnění i celková snaha o zvýšení kvality životního prostředí jako celku, zejména máme-li na mysli znečištění ovzduší zplodinami industriální civilizace (Beck, S. et al., 2016).

Zaměříme-li se na profylaktické preventivní činnosti, musíme hovořit o cíleném zaměření na prevenci určité konkrétní choroby, respektive jejich následků. Při tom zjišťujeme, že obecné i profylaktické preventivní činnosti se do značné míry prolínají. Zmínili jsme se o kampani kouření, jako o obecné formě preventivní činnosti (Čeledová a Čevela, 2010). V rámci profylaktické preventivní činnosti však lékař nebo sestra cíleně edukuje konkrétního pacienta, aby v rámci zabránění vzniku konkrétního nádorového onemocnění výrazně změnil životosprávu a mimo jiné, aby striktně ukončil konzumaci tabákových výrobků (Beck, S. et al., 2016). Cílem obecných i specifických preventivních činností je tedy naprosto totéž – zabránění vzniku určitého onemocnění (Čeledová a Čevela, 2010).

Výraznější hranice mezi jednotlivými prevenčními činnostmi sledujeme, dělíme-li z hlediska časového, na primární, sekundární, terciální a kvarterní prevenci. Každá z těchto prevencí je charakterizována vztahem k časovému období průběhu nemoci a vyznačuje se specifickými pravidly (Fait et al., 2011). V přístupu sestry k jednotlivým fázím preventivních činností musí kromě odborných kritérií být patrná i empatie a psychická podpora pacientů a jejich rodin. Sestra by však k pacientovi měla empaticky přistupovat už od prvopočátků preventivních činností (Beck, S. et al., 2016).

Vrátíme-li se k dříve zmíněné problematice kouření, musí si sestra, která je sama nekuřačka dobře uvědomovat, jak silně návyková látka je nikotin a jak těžké je pro pacienta se závislosti na nikotinu zbavit (Beck, S. et al., 2016).

### **1.1.1 Faktory ovlivňující zdraví**

Existuje mnoho faktorů, které mohou ovlivnit zdraví člověka. Jedná se o velmi rozsáhlou škálu vnějších a vnitřních faktorů, které mohou způsobovat různá onemocnění. Zároveň mají vliv na délku života jedince a celkovou duševní pohodu a harmonii člověka. Faktory ovlivňující zdraví člověka jsou životní styl (50 %), životní prostředí (20 %), genetické předpoklady (20 %) a zdravotní péče (10 %) (Strejčková et al., 2007).

Pohlaví, věk a vrozené předpoklady nelze ovlivnit, proto je potřeba s těmito faktory nakládat velice opatrně a přizpůsobit jim životní styl a zdravotní péči. Například lidé, kteří trpí astmatem nebo jinou respirační nemocí by se neměli vyskytovat v místech, která by mohla zhoršit průběh nemoci nebo dokonce vyvolala astmatický záchvat. Záleží tedy na každém člověku, zda bude dodržovat preventivní

opatření nebo ne a podstoupí tak riziko vzniku nějaké komplikace (Strejčková et al., 2007).

#### 1.1.1.1 Životní styl

Ke zdravému životnímu stylu, který s problematikou životního prostředí do značné míry souvisí, přispěl překvapivě celosvětový trend, jehož cílem je péče o vlastní osobu, zejména po tělesné stránce. Lze říci, že v tomto jediném případě preventivní činnost není třeba propagovat v různých kampaních, ale že je dána přirozeným vývojem společnosti, zejména společnosti západní (Müllerová et al., 2014). I tento jinak pozitivní trend ve společnosti má však své negativní stránky. Přehnaná péče o tělesnou stránku osobnosti totiž ve své krajní podobě vede nejenom ke zvýšenému zájmu o sport a tělesné činnosti, ale také ke konzumaci nadměrného množství podpůrných prostředků, jako jsou například anabolika steroidů (Marková, 2011). Stejně tak přehnaná péče o vnější vzhledovou estetiku vede nejenom k tomu, že se lidé lépe starají o zdraví svého zevnějšku, ale bohužel často i k situaci, kdy jsou do lidského těla vpravována cizí tělesa na bázi silikonu, která v krajním případě mohou způsobit vážné zdravotní komplikace, jak se stalo zhruba před deseti lety, kdy došlo k masové aplikaci vadných prsních implantátů. Důsledky těchto operací vyústily v množství soudních sporů, které nejsou dodnes dořešeny (Brawer, 2017.).

Důležitým faktorem v prevenci nádorových onemocnění je i zdravá strava, která má opravdu velký vliv na to, zda člověk onemocní touto nemocí nebo ne (Vorlíček, 2008).

Ze statistik je patrné, že konzumace zeleniny, zejména čeledi brukvovité má protektivní účinky na vznik nádorového onemocnění. Naopak požívání většího množství ovoce má negativní účinky a zvyšuje riziko vzniku tohoto onemocnění. Další potraviny, které mohou vést ke vzniku onkologického onemocnění, jsou červené maso, masné výrobky, alkoholické nápoje a jiné. Naopak k výrobkům, které snižují riziko vzniku onemocnění, patří potraviny, které obsahují vlákninu, dále jsou to česnek, mléko, luštěniny, ořechy a olejnatá semena (Bischofová, et al., 2016).

V souhrnu lze říci, že obecná prevence je nezbytným předstupněm prevence profylaktické: veškeré dosud uvedené faktory působí na celou společnost a je otázkou každého jednotlivce, jak je promítne do svého života, čili jak přistoupí k pochopení nutnosti profylaktické prevence (Strejčková et al., 2007).

Dalším důležitým faktorem zdravého životního stylu je průběžná kontrola kvality potravin a spotřebních předmětů, které se denně dostávají ke koncovému spotřebiteli. Z hlediska kontroly potravin bylo v poslední době dosaženo výrazných změn zejména u uzených výrobků. Některé technologie uzení totiž vedou k prostupu karcinogenních látek do konzumovaných potravin, zejména masa (Čeledová a Čevela, 2010).

Ve spolupráci s ministerstvem životního prostředí, ministerstvem zemědělství a dalšími institucemi, ministerstvo zdravotnictví kontroluje jednotlivé fáze přípravy potravin i ze zahraničí dovážené potraviny, čímž do značné míry eliminuje karcinogenní působení potravin na lidský organismus (Mülerová et al., 2014).

Přibližně od roku 2000 dochází k masovému importu spotřebního zboží z východní a jihovýchodní Asie. Zde je prvotním úkolem ministerstva zdravotnictví, ve spolupráci s dalšími ministerstvy zabezpečit, aby importované spotřební předměty neobsahovaly nepovolené karcinogenní látky (Čeledová a Čevela, 2010). V tomto oboru jejich činnosti se nutně jedná o nepřetržitý proces. Výrobní a obchodní situace v systémech hospodářství východoasijských států je totiž nutně značně nepřehledná, což souvisí s dynamikou vývoje těchto zemí. Často se například stává, že výrobce, který dodával v posledním období spotřební zboží v kvalitě odpovídající požadovaným standardům, změní subdodavatele, a protože východoasijské předpisy nemají tak přísné požadavky na obsah škodlivých látek, mohou se takto zdravotně závadné výrobky dostat až na evropský trh. Je tedy pouze na zodpovědnosti evropských, v našem případě českých obchodních partnerů, jakými způsoby dosáhnou toho, aby zboží bylo pečlivě kontrolováno (Mülerová et al., 2014).

Základní otázkou zůstává, do jaké míry, jsou tito obchodníci motivováni, aby o zdravotní nezávadnost sami usilovali. Na ministerstvu zdravotnictví a dalších zainteresovaných institucích je potom zvážit, jakou kombinaci pozitivních a negativních prostředků vůči těmto obchodníkům zvolit, aby celkový systém preventivních opatření fungoval co nejefektivněji, zejména u tak citlivých obchodních artiklů, jakými jsou dětské oblečení, nádobí, hračky, potraviny a podobně (Machová, 2015). Ve zcela nedávné době byla odhalena škodlivost ftalátů. Evropské předpisy jsou v tomto směru výrazně přísnější, než předpisy asijských zemí, a proto dodnes dochází ke kolizním situacím, kdy Česká obchodní inspekce odhalí, že prodávané zboží obsahuje nepřipustné množství rakovinotvorných látek (Mülerová et al., 2014).

Dalším důležitým aspektem životního stylu je fyzická aktivita, která hraje velkou roli v oblasti prevence nádorových onemocnění (Sovová, 2006). Ze statistik vyplývá, že

u lidí, kteří sportují 8-16krát měsíčně, je až 3krát menší pravděpodobnost, že onemocní touto chorobou, než u lidí, kteří nesportují. Lze tedy říci, že sportem můžeme snížit riziko vzniku nádorového onemocnění až o 5 % (Bischofová, et al., 2016).

#### **1.1.1.2 Životní prostředí**

K dalším základním faktorům preventivní péče patří nezávadné životní prostředí a zdravý životní styl (Machová, 2015). I tyto faktory jsou do značné míry ovlivňovány ministerstvem zdravotnictví a dalšími příbuznými institucemi. Oba zmíněné faktory se výrazně zlepšily po roce 1989. Životní prostředí se stalo citlivým tématem zejména z hlediska efektivity dopravy a průmyslu v kontrastu s požadavky na zdraví obyvatel (Strejčková et al., 2007).

Nejdůležitějším prvkem v oblasti životního prostředí je snížení emisí škodlivých látek do ovzduší, půdy a vodních toků. Z těchto látek mají největší dopad na vznik nádorových onemocnění zplodiny průmyslové výroby a dopravy, jako například oxidy dusíku, síry, saze a polychromované bifenyly (Mülerová et al., 2014). Pouze zprostředkovaně má vliv na rozvoj nádorových onemocnění množství oxidu uhličitého v atmosféře. Oxid uhličitý narušuje ozonovou vrstvu a přispívá tak ke zvýšení množství škodlivého záření, které dopadá na povrch planety Země. Toto záření se ukázalo být rozhodujícím faktorem, obzvláště při výskytu nádorových onemocnění kůže (Machová, 2015). V této oblasti ministerstvo zdravotnictví a další instituce, přispěly ke zlepšení situace inicializací nových norem a zákonů, které výrazně limitují emise škodlivých látek do ovzduší, půdy a vodních toků (Mülerová et al., 2014). Dodnes se ovšem musí řešit pozůstatky z předchozích historických období, kdy péče o životní prostředí byla považována za naprosto okrajovou problematiku. Úkolem státní správy po celá následující desetiletí tak bude lokalizace, neutralizace a likvidace ložisek škodlivých látek a jejich reziduí v místech někdejší průmyslové a zemědělské výroby, vojenských prostorů a dopravních uzlů (Čeledová a Čevela, 2010).

#### **1.1.1.3 Genetické předpoklady**

Genetické faktory ovlivňují zdraví člověka z dvaceti procent. Tyto faktory však nelze nějakým způsobem ovlivnit (Strejčková et al., 2007). Důležité však je si uvědomit, o jaký genetický faktor se jedná a podle něj poté zhodnotit směr životního stylu a zdravotní péče. Například lidé s dědičným onemocněním dýchacích cest by se měli pohybovat v místech s nižší koncentrací různých zplodin v ovzduší a podobně

(Machová, 2015). Určitou naději ovlivnění vrozených předpokladů by mohlo přinést v budoucnu genové inženýrství, které do medicíny přináší nové aspekty (Fait et al., 2011). Důležitou roli zde sehrává anamnéza, která nám odhalí, zda se v rodině pacienta vyskytuje dané onemocnění. Tento fakt může mít velký vliv na to, zda u nositele genetické mutace včas lékaři odhalí v tomto případě onkologické onemocnění (Konopásek et al., 2004).

#### **1.1.1.4 Zdravotní péče**

Zdravotní péče ovlivňuje zdraví člověka z 20 %. Řadíme sem péči preventivní, léčebnou a rehabilitační. Prevence je prováděna v rámci lékařských prohlídek a je i součástí programů, které se snaží podpořit zdraví člověka i celé společnosti. Úkolem léčebné a rehabilitační péče je prodloužit délku života a snížit úmrtnost populace. Důležitým faktorem je také ekonomická a politická stránka státu, která má vliv na kvalitu zdravotní péče (Strejčková et al., 2007).

Zdravotní péče o cizince je zahrnuta v programu integrace cizinců v České republice. Existují speciální zákony, které regulují zdravotní péči o cizince. Zdravotnický personál by tyto zákony měl znát a dodržovat je v praxi. Jedná se o zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (MZČR, 2014).

#### **1.1.2 Program Zdraví 21**

Tento program vznikl, jako strategie WHO v péči o zdraví. Lze ho také pojmenovat, jako Zdraví pro všechny v 21. století (Čeledová a Čevela, 2010). Navazuje na program SZO Zdraví pro všechny do roku 2000. Tento program je založen na několika principech: spravedlnost, solidarita, trvalá udržitelnost, vlastní účast a etická volba. Spravedlnost zdůrazňuje rovnost lidí v rozvoji a udržení svého zdravotního stavu. Solidarita pomáhá lidem, kteří mají omezené prostředky nebo žijí v nepříznivých podmínkách. Trvalá udržitelnost se týká rozšíření principu solidarity o časovou jednotku. Vlastní účast je součástí lidských práv a umožňuje lidem se starat o své zdraví. Etická volba (Machová, 2015).

Hlavním cílem programu Zdraví 21 je dosažení plného zdraví pro všechny během celého života. Program má celkem 21 cílů, které znázorňují potřeby v Evropském regionu a snaží se tím zkvalitnit zdraví člověka a celé populace. Číslo 21 znázorňuje zároveň století, ve kterém je program realizován (Machová, 2015).



### **1.1.3 Sestra a její činnost v rámci primární prevence**

Důležitou součástí primární prevence je edukace pacienta, která musí vycházet ze znalosti společenského a pracovního prostředí, ve kterém tento pacient žije, což znamená v podstatě podrobnou znalost anamnézy pacienta (Fait et al., 2011). Zde je povinností sestry získat důvěru pacienta, aby anamnéza, co nejlépe zachycovala skutečný stav. Sestra by se měla zabývat i nejdůležitějšími aspekty pracovního prostředí, ve kterém se její pacient pohybuje. Na to přímo navazuje povinnost všeobecné sestry z jakéhokoli oddělení či zařízení, edukovat pacienta o důležitosti správného životního stylu, jako součástí primární prevence (Ribeiro et al., 2016).

K primární prevenci lze zařadit nejen edukační činnost sestry poskytovanou přímo na jejím pracovišti, ale i edukační činnost více či méně neformální, kterou všeobecná sestra může aplikovat v souvislosti se svým rodinným a společenským životem (Ribeiro et al., 2016). O zdravém životním stylu může totiž potenciální pacient být přesvědčen i na společenských akcích, jakými jsou třeba pochody, kondiční běhy nebo shromáždění organizovaná kvůli edukačním účelům celé populace za účelem boje proti nádorovým onemocněním (Müllerová et al., 2014). Nejzávažnějšími rizikovými faktory, které se podílejí na "úmrtnosti na zhoubné nádory až v 70 %, jsou nevyvážená strava a kouření" (Bartoňková et al., 2002).

V této oblasti sledujeme pozitivní vývoj zejména v dramatickém omezení reklamy na tabákové výrobky, které je patrné v průběhu posledních 15 let. Bohužel, v určitých sociálních a částečně věkových skupinách je kouření ještě stále považováno za běžnou součást života. Zde je úloha edukující sestry nezastupitelná (Beck, S. et al., 2016).

### **1.2 Sekundární prevence**

Sekundární prevence se zaměřuje na onemocnění, které již vzniklo. Je velmi důležité určit včas správnou diagnózu a zahájit včasnou a účinnou terapii (Čeledová a Čevela, 2010). Dnešní zobrazovací metody a moderní chirurgické techniky umožňují včasnou detekci onemocnění a tím výrazně snižují jeho výskyt (Iwamoto et al., 2012). Zároveň v tomto stádiu nemoci je možné pokusit se určit možné komplikace, které přímo nebo i nepřímo souvisí s tímto onemocněním. Tato prognóza se už v podstatě prolíná s činnostmi terciální prevence (Fait et al., 2011).

Důležitou součástí sekundární prevence jsou běžné preventivní prohlídky. Patří sem zejména prohlídky u praktického všeobecného lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, zubního lékaře a ženského lékaře (Čeledová a Čevela, 2010).

Pacient by neměl podceňovat tuto fázi prevence, protože právě zde se rozhoduje o progresu potenciální choroby. Zde je totiž ještě možné zachytit a často i eliminovat nemoc ve stavu, kdy je ještě vyléčitelná (Adam et al., 2011).

Důležitost sekundární prevence by měla být podtržena účinnou motivací pacienta a to i motivací ekonomickou. Například v systému zdravotního pojištění už některé pojišťovny v České Republice a zejména ve světě, došly k poznatku, že velmi účinnou metodou jsou bonusy zdravotního pojištění pro pacienty, kteří dodržují frekvenci preventivních prohlídek u svých lékařů. Nejjednodušší formou motivace ze strany pojišťoven jsou například dopisy, které upozorňují klienty, aby včas podstoupili vyšetření tlustého střeva (Machová, 2015).

### **1.2.1 Screeningová vyšetření**

Screening je činnost, jejímž cílem je včasná detekce nemocí ve stádiu, kdy příznaky těchto chorob ještě ani nemusí vyjadřovat definitivní diagnózu (Kala, 2008).

*„Onkologický screening je plošné organizování cílených vyšetření zdravé populace.“* (Adam et al., 2011). Záměrem screeningu je identifikace a léčba nezhoubných ložisek a dále odstranění maligní formy nemoci a zabránění jejímu rozšíření (Fait et al., 2011).

Mezi tři základní screeningové programy v České Republice řadíme: mamoc.cz, cervix.cz et alorektum.cz. Iniciátoři těchto stránek upozorňují občany na důležitost screeningu a poskytují jim informace, jak postupovat v situaci, kdy chce člověk screeningové vyšetření podstoupit (Masarykův onkologický ústav Brno). Od roku 2014 bylo zavedeno zasílání pozvánek na preventivní vyšetření nádorového onemocnění prsu, tlustého střeva, konečníku a děložního hrdla. Tyto pozvánky jsou zasílány ze strany pojišťoven, a to od určitého věku občana, podle toho, o jaké konkrétní vyšetření se jedná (VZP ČR).

V současné době se nejvíce diskutuje o screeningu prostaty, protože jde o nádorovou chorobu, jejíž výskyt neustále roste. Riziko vzniku tohoto onemocnění roste s věkem. Významným faktorem pro diagnostiku nádorového onemocnění prostaty je prostatický specifický antigen (PSA) (Fait et al., 2011).

Dalším velmi častým onemocněním je karcinom ovaria, jehož incidence se také zvyšuje. U tohoto typu onemocnění se v diagnostice uplatňuje vyšetření hladiny nádorového markeru Ca 125 (Fait et al., 2011).

#### **1.2.1.1 Praktický lékař pro dospělé**

Screening provádí praktický lékař pro dospělé každé dva roky. Preventivní prohlídka zahrnuje řadu úkonů, na kterých se sestra bezprostředně podílí, někdy rozhodujícím způsobem (Fait et al., 2011). Preventivní prohlídka obsahuje doplnění anamnézy s důrazem na výskyt kardiovaskulárních onemocnění, hypertenze, diabetu mellitus, poruch metabolismu tuků, výskyt nádorových onemocnění a výskyt závislosti. Následuje kontrola očkování proti tetanu, kompletní fyzikální vyšetření, orientační vyšetření zraku a sluchu, onkologická prevence včetně vyšetření kůže, vyšetření per rectum a zhodnocení onkologických rizik (Čeledová a Čevela, 2010). Jestliže to rodinná anamnéza vyžaduje, provádí se u mužů klinické vyšetření varlat, a u žen od 15 let věku klinické vyšetření prsů, jehož součástí je poučení o samovyšetření, kde opět hraje velkou roli edukace sestry (Malek et al., 2013).

Dalšími součástmi preventivní prohlídky je vyšetření EKG, které se provádí od 40 let věku ve čtyřletých intervalech. Následuje laboratorní vyšetření, které obsahuje chemické vyšetření moče, vyšetření celkového plazmatického cholesterolu, plazmatických lipoproteinů a vyšetření glykémie (Vyhláška č. 70/2012 Sb.). Má-li pacient potíže s prostatou, lékař by měl udělat vyšetření na PSA, což je prostatický specifický antigen, který může upozornit na vznik karcinomu prostaty (Gulley, 2011).

U osob od padesátého roku věku se provádí vyšetření na okultní krvácení ve stolici. Toto vyšetření je možné od 55 let nahradit screeningovou kolonoskopií. U žen od 45 let věku praktický lékař doporučuje mamografické vyšetření na specializovaném pracovišti (Pacík, 2007).

#### **1.2.1.2 Praktický lékař pro děti a dorost**

Praktický lékař pro děti a dorost provádí takřka shodné úkony jako lékař pro dospělé. Radíme sem tedy anamnézu a fyzikální vyšetření, která jsou samozřejmě přizpůsobena potřebám věku pacienta (Fait et al., 2011). Lékař vyhodnocuje proporce délky a obvodu hlavy dítěte, vyšetřuje psychomotorický vývoj a provádí cílená vyšetření specifická pro daný věk a zjištění zdravotního rizika včetně rizika týrání, zanedbávání a zneužívání dítěte (Čeledová a Čevela, 2010).

Dalšími činnostmi, které lékař provádí, a při kterých je asistence dětské sestry velmi důležitá, je edukace rodiče o výživě a režimu dítěte a o úrazové prevenci (Machová, 2015).

Specificky v oblasti onkologických onemocnění provádí praktický lékař pro děti a dorost v sedmi, devíti, jedenácti, třinácti a patnácti letech poučení o možnosti očkování proti karcinomu děložního čípku (Čeledová a Čevela, 2010).

### **1.2.1.3 Stomatolog**

Součástí sekundární prevence jsou preventivní prohlídky u stomatologa (Fait et al., 2011). Tato prohlídka se provádí obvykle po šesti měsících a její nedílnou součástí je onkologická prevence neboli zjišťování přednádorových změn a nádorových projevů v dutině ústní, a na měkkých tkáních obličeje a krku (Čeledová a Čevela, 2010). Mezi nejčastější onemocnění v zubní lékařství je postižení parodontu a zubních tkání. Výhodou těchto onemocnění je, že jim lze dobře předcházet. Nevýhodou je však vysoce nákladná léčba pro pacienty i pro zdravotní pojišťovny (Kujan et al., 2006)

Součástí primární prevence zubního lékařství je pravidelná ústní hygiena, která je důležitá pro každého člověka (Vyhláška č. 70/2012 Sb.) Při čištění zubů dochází k odstraňování zubního plaku, který může zubům škodit. Čištění zubů by se mělo provádět dvakrát denně po dobu 2 minut (Drummond et al., 2015). Další součástí primární prevence je správná výživa, protože potrava má velký vliv na zdraví dutiny ústní. Výživa může zabránit vzniku zubního kazu, který způsobují cukry (Tamaki et al., 2009).

Sekundární prevence v zubním lékařství spočívá v diagnostice a následném ošetření dutiny ústní (Puig Silla et al., 2008).

### **1.2.1.4 Gynekologie a porodnictví**

Gynekologické preventivní prohlídky se provádějí od 15 roku věku zpravidla jedenkrát ročně (Čeledová a Čevela, 2010). Základem prohlídek zůstává anamnéza, aktualizovaná zejména s přihlédnutím k rizikovým faktorům (Fait et al., 2011).

Z hlediska nádorových onemocnění je významnou součástí preventivní prohlídky klinické vyšetření prsů v 15 letech. Dále se od 25 let věku toto vyšetření provádí, má-li pacientka pozitivní rodinnou anamnézu na výskyt zhoubného nádoru prsu (Skovajsová, 2012). Provádí se také prohlídka kůže a vyšetření regionálních místních uzlin v oblasti pohlavních orgánů, vyšetření v zrcadlech a kolposkopické vyšetření. Nezbytnou

součástí gynekologického vyšetření je i odběr biologického materiálu z děložního čípku (Sláma, 2007).

Z onkologického hlediska jsou podstatnými úkony: edukace o významu preventivní protirakovinné prohlídky, nácvik samovyšetření prsů, které je dle American Cancer Society doporučeno provádět od 20 let věku, a to jednou za měsíc. U žen od 45 let věku je doporučeno provést screeningové mamografické vyšetření (Fait et al., 2011).

V podstatě shodně s praktickým všeobecným lékařem, může gynekolog provést vyšetření na okultní krvácení ve stolici u žen od 50 do 54 let věku. Od 55 let věku dává gynekolog pravidelná doporučení k provedení screeningové kolonoskopie (Čeledová a Čevela, 2010).

### **1.2.2 Sestra a její činnost v rámci sekundární prevence**

V sekundární prevenci plní sestra nezbytnou roli. Screeningová vyšetření jsou součástí této prevence, proto sestra plní úkony s tím spojené (Vorlíček, 2012). Nejdříve sestra provádí aktualizaci anamnézy, která je důležitá pro získání cenných informací od klienta. Anamnéza nás může upozornit na dědičná onemocnění v rodině nebo jiná významná fakta (Lewis-Patterson et al., 2016).

Dále je úkolem sestry edukovat pacienty o dané problematice a poskytovat jim různé prospekty. Sestra by měla pacienty motivovat nejen k tomu, aby o své zdraví více pečovali, ale také o možných rizicích, které mohou nastat v případě, že své zdraví budou zanedbávat (Machová, 2015). Nezbytné je také, aby sestra pacienta neustále vedla k self-monitoringu, který může mnoha pacientům včas umožnit léčbu a tak zvýšit jejich šanci na vyléčení (King et al., 2012).

V rámci sekundární prevence sestra provádí mnoho dalších úkonů, jako jsou například měření fyziologických funkcí, odběry biologického materiálu, celkové zhodnocení pacienta, zápis údajů do dokumentace a jiné (Šafránková a Nejedlá, 2006).

### **1.2.3 Iničiátoři preventivních činností**

Preventivní činnosti v oblasti nádorových onemocnění jsou v současnosti iniciovány ze dvou hlavních směrů: veřejného zdravotnictví a zdravotních pojišťoven. Veřejné zdravotnictví i zdravotní pojišťovny se zabývají oběma oblastmi preventivní péče. Péčí obecnou a péčí profylaktickou. U obou zmíněných iničiátorů péče můžeme hovořit o komerčních důvodech působení na obyvatelstvo – potenciální pacienty. Problematika léčení nádorových onemocnění totiž odčerpává ze státního rozpočtu

i z finančních prostředků zdravotních pojišťoven významný podíl (Strejčková et al., 2007).

V oboru všeobecné preventivní péče se snaží jak zdravotní pojišťovny, tak ministerstvo zdravotnictví České republiky, informovat většinovou společnost o významu preventivní péče, její struktuře a dostupnosti pro občana České republiky, klienta zdravotní pojišťovny (Fait et al., 2011). Možnosti ministerstva zdravotnictví v oblasti všeobecné preventivní péče spočívají především v mediálně informačních kampaních. Hlavní výhodou těchto kampaní je jejich plošné působení na celou populaci. Bohužel, v dnešní době je převážná část této populace natolik přesycená informačními toky prakticky nekonečného množství informací nejrůznějšího významu, že i nejpůsobivější a nejlépe propracovaná multimediální kampaň má na občany pouze časově omezený dopad (Strejčková et al., 2007).

Preventivní péče přitom musí být vždy považována za dlouhodobý souhrn činností a kontinuální proces (Lewis-Patterson, et al., 2016). Proto se stává, že bezprostředně po spuštění mediální kampaně ministerstvo a jeho jednotlivé instituce zaznamenávají někdy i příkrý vzestup zájmu o prevenci, ale tento zájem po ukončení kampaně stejně rychle upadá. V tomto ohledu vzbuzovat zájem o prevenci znamená jediné, působit častějšími kampaněmi a předpokládat, že tyto kampaně přispějí ke kontinuálnímu zájmu společnosti o problematiku prevence. Otázkou zde je finanční náročnost takovýchto kampaní (Strejčková et al., 2007).

Další formou, jak ministerstvo zdravotnictví výrazně podporuje preventivní činnosti proti nádorovým onemocněním, je právní a kontrolní činnost, stejně jako inicializace příslušných právních norem u zákonodárných orgánů (Fait et al., 2011). V zájmu ministerstva zdravotnictví a celé populace je, aby byly zákonně znemožněny činnosti fyzických i právnických subjektů, které jsou v přímém rozporu s požadavky prevence proti nádorovým onemocněním (Strejčková et al., 2007). Protože je statisticky i medicínsky prokázán rozhodující vliv kouření tabákových výrobků na vznik nádorových onemocnění, dochází už od devadesátých let dvacátého století, k zintenzivňování opatření, která mají za následek výrazné omezení konzumace tabákových výrobků. Tato informační kampaň je v posledních deseti letech doprovázena legislativními opatřeními, která mají chránit nejen kuřáky samotné, ale celou společnost před negativními vlivy kouření (Beck, S. et al., 2016).

### **1.3 Terciální prevence**

Terciální prevence je považována za následnou péči nebo dispenzarizaci pacienta po léčbě onkologického onemocnění (Čeledová a Čevela, 2010). Cílem této prevence je snížit mortalitu nemocných pacientů (Fait et al., 2011).

Tato prevence představuje také rehabilitaci, takzvanou návratnou péči, jejímž cílem je navrátit organizmu ztracené nebo omezené funkce (Čeledová a Čevela, 2010).

#### **1.3.1 Sestra a její činnost v rámci terciální prevence**

Preventivní činnost v této oblasti může znamenat pro některé sestry poměrně velkou psychickou zátěž (Kurucová, 2016). V onkologické prevenci se sestry téměř denně setkávají s pacienty, kteří trpí závažným onemocněním (Vorlíček et al., 2012). Komunikace je součástí ošetrovatelské péče, kterou by měly sestry poskytovat. Zahrnuje verbální i neverbální složku komunikace (Pokorná, 2010). Efektivní komunikace je podstatnou součástí péče o onkologického pacienta, protože zahrnuje předání informací o léčbě, jejich účincích. Cílem efektivní komunikace je vybudovat přátelský a důvěrný vztah mezi sestrou, pacientem a jeho rodinou (Venglářová a Mahrová, 2006). Pokud si ovšem pacient nepřeje, aby jeho rodina byla informována, plně ho respektujeme a zachováváme mlčenlivost (Kutnohorská, 2007). Efektivní komunikace zlepšuje spolupráci pacienta, pomáhá tlumit strach, úzkost, stres a bolest (Venglářová a Mahrová, 2006).

V rámci terciální prevence nádorových nemocí sestra může přijít do kontaktu s chemoterapií. Sestra by měla být předem proškolená, jak manipulovat s látkami, které se používají při chemoterapii, a jakým způsobem je aplikovat (Klener, 2002). Péče o onkologického pacienta zahrnuje i péči o žilní vstupy. Používají se tři typy žilních vstupů: flexila, která patří k těm nejčastějším, Hickmanův katetr a port, které lze využívat šest měsíců až několik let. Sestra by měla od pacienta získat souhlas k zavedení žilního vstupu, implantaci portu nebo Hickmanova katetru. Sestra musí postupovat dle platných ošetrovatelských standardů. Cílem je zabránit komplikacím, udržet intravenózní vstupy neustále průchodné a zajistit maximální dobu, kdy lze vstup používat (Vorlíček et al., 2012).

Aplikace cytostatik patří k velmi náročným ošetrovatelským úkonům. Zde je potřeba, aby sestra měla písemné pověření, že smí tuto činnost vykonávat. Speciální

vstupy, tedy Hickmanův katétr a port zajišťuje portová sestra, která je v této oblasti přírodně proškolená (Vorlíček et al., 2012).

Cytostatika jsou nejčastěji aplikována intravenózní cestou. Dále je možné cytostatika aplikovat per os, lokálně, subkutánně, intramuskulárně, intraarteriálně a intralezionálně, tedy přímo do nádoru. U těchto speciálních podání cytostatik sestra asistuje lékaři při výkonu a kontroluje průběh aplikace (Krška et al., 2014). Během aplikace cytostatik sestra musí dodržovat přesnou ordinaci léků a časové rozmezí. Během aplikace sestra navíc musí pacienta pravidelně kontrolovat a zaznamenávat všechny změny. Po ukončení aplikace je sestra povinna propláchnout žílu fyziologickým roztokem. Nezbytnou součástí práce s cytostatiky je také jejich likvidace. Vše, co by mohlo být znečištěno cytostatiky, vkládáme do speciálně připravených kontejnerů, které se následně vozí do spaloven, kde dochází k likvidaci kontaminovaného materiálu. Vše musí probíhat podle platných norem a vyhlášek (Šafránková a Nejedlá, 2006).

### **1.3.2 Terapeutické možnosti nádorových onemocnění**

Léčba nádorových onemocnění se od léčby jiných nemocí liší tím, že pro pacienta představuje mnohem větší zátěž. Tato léčba způsobuje mnohdy i náhlé zhoršení kvality života pacienta. Proto je během léčby potřeba pohlížet i na tento fakt a snažit se, aby k takovýmto situacím docházelo v co nejmenší možné míře (Adam et al., 2011).

Téměř pro každý typ nádoru existuje specifický léčebný postup (Šafránková a Nejedlá, 2006). Studie prokázala, že u starších pacientů je důležité provést komplexní geriatrické posouzení, aby byla zvolena správná a účinná léčba (Morgan, 2016). Léčba onkologických nemocí se obecně dělí na protinádorovou, podpůrnou a paliativní (Vorlíček et al., 2012).

#### ***Protinádorová léčba***

Protinádorová léčba využívá jednotlivé léčebné postupy. Cílem této léčby je zneškodnit nádorové buňky. Řadíme sem kurativní léčbu; jejím cílem je úplné vyléčení pacienta, jehož charakter onemocnění aplikaci tohoto postupu umožňuje (Vorlíček et al., 2012). Tento léčebný postup je však provázen výrazným zhoršením kvality života během léčby. Nejčastěji se v tomto případě přistupuje k operační léčbě (Krška et al., 2014).



Dalším postupem protinádorové léčby je adjuvantní léčebný postup, který využívá radioterapii a chemoterapii. Cíl této léčby je kurativní (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Neoadjuvantní léčebný postup přispívá ke zlepšení operačního výkonu, protože umožňuje zajistit, aby nedošlo k poškození okolních tkání a orgánů. Tento postup se provádí před operačním výkonem s cílem zmenšit primární nádor (Vorlíček et al., 2012).

Poslední protinádorovou léčbou je nekurativní léčebný postup, kde není možné dosáhnout vyléčení a cílem je ničit nádorové buňky (Vorlíček et al., 2012).

### ***Podpůrná léčba***

Cílem této léčby je co nejvíce zkvalitnit život lidem s nádorovým onemocněním v průběhu léčby. Podpůrná tedy symptomatická léčba zmírňuje komplikace, které vznikly v souvislosti s protinádorovou léčbou. Součástí této léčby je také péče o psychosociální a duševní problémy pacienta, případně i jeho blízké rodiny (Slezáková et al., 2010).

### ***Paliativní léčba***

Paliativní léčba poskytuje komplexní podpůrnou léčbu pacientům s nevléčitelnou nemocí v posledních fázích života (Vorlíček et al., 2012). Paliativní a podpůrná léčba mají stejný cíl, proto je lze považovat za synonyma (Kalvach, 2008). Důležitou roli zde hraje léčba bolesti a jiných symptomů, jejímž cílem je dosažení co nejvyšší kvality života pro pacienta a jeho rodinu (Slezáková et al., 2010).

### **1.3.3 Vedlejší účinky terapie**

Existuje mnoho vedlejších účinků léčby cytostatik. Za jednu z nejčastějších komplikací lze pokládat infekci, která je pro onkologického pacienta velmi nebezpečná a mnohdy i smrtelná. Důležité je, aby lékař, který ordinuje cytostatika, měl dostatek znalostí o účincích chemoterapie a následném zvládnutí infekčních komplikací (Krška et al., 2014). Nejčastějšími infekčními agens jsou *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Hemophilus influenzae* a *Escherichia coli*. Myelosuprese, tedy útlum krvetvorby, je další velmi častou komplikací, která vzniká v důsledku cytostatické léčby. Projevuje se únavou, spavostí, krvácivými projevy, anémií a dalšími příznaky (Vorlíček et al., 2012). Další častou komplikací léčby je nauzea a zvracení. Mukozitida, která může také způsobovat krvavé průjmy zažívacího traktu, vzniká jako

následek poškození slizniční a podslizniční tkáně. Kardiotoxicita může vést ke vzniku arytmií, perikarditid a selhání levé komory srdeční. Dalšími komplikacemi jsou například hepatotoxicita, nefrotoxicita, vaskulární a oční toxicita, alopecie a onycholýza (Marková, 2010).

Radioterapie je léčba zářením, která může způsobit celou řadu nežádoucích účinků (Binarová, 2010). Mezi vedlejší účinky radioterapie řadíme především erytém, který vzniká po určité dávce záření. K ošetření erytému je vhodné použít neslané vepřové sádlo, které je nejbližší k lidské pokožce. Lze také použít olivový nebo slunečnicový olej. Pokožka se musí ošetřovat minimálně jedenkrát denně (Mechl, 2007). Dalšími častými komplikacemi záření jsou změny na kožních adnexech a změny na sliznicích (Šlampa a Petera, 2007).

#### **1.3.4 Komunikace sestry s onkologicky nemocným pacientem**

Onkologické onemocnění je velmi závažné, proto je potřeba, aby sestra, která komunikuje s takto nemocným člověkem, zvolila vhodný způsob komunikace (Kurucová, 2016). Sestra by si nejdříve měla s pacientem a jeho rodinou vytvořit důvěrný vztah. Je třeba si připomínat tvrzení, že s nemocným je nemocná i jeho rodina (Opatrná, 2008). Správná a efektivní komunikace klade důraz na profesionalitu, osobní zralost a autoregulační mechanismy sestry (Kissane, 2010). Komunikace s nevléčitelně nemocným člověkem bývá pro mnoho zdravotníků velmi náročným úkolem (Heřmanová, 2012). Péče o těžce postižené pacienty může vyvolat u některých sester syndrom vyhoření (Špirudová, 2015). Každý zdravotník má tedy možnost navštívit psychologa a možná i s jeho pomocí si uvědomit, zda je pro něj práce s nevléčitelně nemocnými lidmi vhodná (Venglářová a Mahrová, 2006).

Někteří pacienti uvádějí sestru do rozpaků, když chtějí hovořit o závažném a citlivém téma. Sestra má nejčastěji obavy z otázek, které se týkají smrti pacienta (Opatrná, 2008). Doporučuje se použít technika nedirektivního rozhovoru, jehož cílem je podpora pacienta i přesto, že se nachází ve velmi náročné životní situaci. Sestra pacientovi pomáhá přijmout i změny, které během nemoci nastaly. Pacienti často ztrácejí pozitivní myšlení a sebepojetí, zvláště ve společnosti (Venglářová a Mahrová, 2006).

Umět reagovat na některé závažné dotazy pacientů patří k jedné z nejtěžších dovedností sester. Podstatné je, aby sestra akceptovala pacienta se všemi jeho projevy (Bartůněk a Ptáček, 2011).

Dále by sestry neměly kritizovat negativní projevy a chování pacienta. Sestra by měla umět používat vhodné fráze: snažím se vám porozumět; asi bych prožívala totéž; to chápu, mám zkušenost s lidmi v podobné situaci a podobné slovní obraty. Existují ale také sestry, které volí nevhodný způsob komunikace a na některé otázky pacientů reagují nemístně. Patří sem například fráze: nesmíte; musíte; okamžitě si lehněte; takhle se mnou nemluvte; vaše chování je neúnosné a podobně (Venglářová a Mahrová, 2006).

Efektivní komunikace sestra dosáhne tehdy, projeví-li osobní zájem o nemocného, bude-li pacientovi řádně naslouchat a nebude používat manipulativní otázky. Dalším bodem efektivní komunikace je srozumitelnost. Sestra si musí být vždy jistá, že jí pacient v dané věci porozuměl (Bartůněk a Ptáček, 2011). Vhodný výběr komunikace lze také zvolit dle stádia přijetí vážného onemocnění (Venglářová a Mahrová, 2006). V osmdesátých letech Elisabeth Kübler - Rossová popsala jednotlivé fáze přijetí závažné diagnózy (Vorlíček et al., 2004). První fází je šok a popření, kde se dotyčný nechce s danou situací smířit. Sestra si v této fázi musí získat důvěru pacienta. Hněv a vzpoura je fáze, kdy se u lidí projevují vztek a závist. Péče o takové pacienty je náročná, proto by sestra měla pacientovi umožnit odreagování (Kutnohorská, 2007). Vyjednávání a smlouvání s osudem je třetí fáze, ve které pacient hledá naději, že může nějakým způsobem oddálit či odložit smrt. Úkolem sestry je motivovat pacienta k vytrvání léčby a k trpělivosti (Vorlíček et al., 2006). Smutek a deprese je fáze, kdy si pacient začíná uvědomovat jistotu blížící se smrti. Může být proto zamlklý, uzavřený, odmítat návštěvy a trávit většinu času v pláči a truchlení s pocity strachu a úzkosti. Sestra by zde neměla pacienta rozveselovat, ale naopak mu naslouchat a hledat řešení (Kutnohorská, 2007). Smíření je fáze, kde se dotyčný začíná vyrovnávat se svou smrtí či smrtí milovaného. Dochází zde k psychickému uvolnění a pacient je schopný na léčbě spolupracovat a přistupovat k ní s rozumem. Úkolem sestry je být pacientovi nablízku a poskytovat nemocnému a rodině psychickou podporu (Heřmanová, 2012).

## **1.4 Kvartérní prevence**

Kvartérní prevenci lze považovat za terminální péči, která zkvalitňuje život pacientům s nevléčitelnou nemocí (Cibula, 2009). Zatímco některé teorie považují pojem kvartérní prevence za princip aplikovatelný pouze v případě, kdy nemoc pacienta postoupila do fáze, kdy ji nelze vyléčit, jiné zdroje prvek nevléčitelnosti nezdůrazňují (Kurucová, 2016). Shrneme-li však různé definice pojmu kvartérní prevence, dojdeme k názoru, že jejím základním účelem je minimalizovat nebo dokonce eliminovat negativní vlivy léčby onkologických onemocnění, následky léčení a zejména snížit na eticky přijatelnou míru průběh dalších vyšetření a medikace pacienta (Fait, 2011).

Důležitým požadavkem na kvartérní prevenci, je dosažení kompromisu nebo lépe optimalizace korelace mezi nebezpečím recidivy a nebezpečím poškození zdraví následkem jednostranně zaměřené následné lékařské a ošetrovatelské péče (Fait, 2011). Kvartérní prevence se zaměřuje především na léčbu bolesti, psychologickou, duchovní a sociální podporu. V tomto ohledu je důležitá i spolupráce s onkologem, který se zaměřuje na paliativní medicínu (Česká onkologická společnost ČLS JEP).

V oblasti psychologické a duchovní se mohou angažovat nejen specialisté, ale i sestry (Kupka, 2014). Sestra může působení odborníků buď umocnit, nebo v případě necitlivého a neprofesionálního přístupu, naopak výrazně omezit (Venglářová a Mahrová, 2006).

### **1.4.1 Sestra a její činnost v rámci kvartérní prevence**

Kvartérní prevence je úzce spjatá s paliativní péčí. Role je i v tomto případě nezastupitelná a možná více než v kterékoli jiné oblasti péče o pacienta, je zde kladen důraz na nejen profesionální, ale i lidsky empatický přístup k pacientovi (Fait et al., 2011). V kvartérní prevenci je nezbytný holistický přístup k péči o pacienta. Sestra by se měla zaměřit na monitorování bolesti, vyhodnocování celkového stavu pacienta a symptomatologickou léčbu (Vorlíček, 2012). Dále by sestra měla respektovat autonomii a volbu pacienta, a tím zkvalitnit pacientovi poslední fázi jeho života (Kurucová, 2016). Efektivní komunikace je součástí ošetrovatelské péče a sestra by ji měla plně ovládat nejenom při kontaktu s pacientem, ale i s jeho rodinou (Venglářová a Mahrová, 2006).

## 1.4.2 Paliativní péče a její význam

Paliativní péče je péče o pacienty s nevléčitelnou chorobou, zejména v jejím posledním stádiu. Objektem paliativní péče je nejenom sám pacient, ale také jeho příbuzní a blízcí přátelé (Payne et al., 2007). Protože umírání je nutným jevem v jakékoli oblasti medicíny, měla by být každá sestra obeznámena s principy paliativní péče a měla by mít k dispozici informace týkající se této problematiky (Čeledová et al., 2016).

Paliativní péče probíhá buď na běžných odděleních, nebo ve specializovaných zařízeních pro paliativní péči – hospicích. Množství těchto specializovaných zařízení je ale velmi omezené (Bužgová, 2015). Ekonomická náročnost paliativní péče je natolik vysoká, že najít zřizovatele hospicu je obtížné. Tento problém je těžko řešitelný nejenom v České Republice ale i v nejvyspělejších státech, jako je například Austrálie (Margaret O'Connor a Sanchia Aranda, 2005).

Existují tři stupně paliativní péče: základní péče, specializovaná péče a paliativní péče poskytovaná odborníky. Základní péče zahrnuje znalosti a dovednosti, které mohou použít sestry i jiní zdravotníci, kteří pracují s nevléčitelně nemocnými pacienty (Margaret O'Connor a Sanchia Aranda, 2005). Sestry by měly být schopny identifikovat základní příznaky terminálního stádia nemoci (Bužgová, 2015).

Specializovaná péče se týká pacientů, u kterých je potřeba zajistit multidisciplinární péči. Je třeba, aby při této péči spolupracovalo více odborníků. V případě onkologických onemocnění se často jedná o sestru specialistku na hojení ran a paliativní radioterapii (Lutz et al, 2013). Častým členem týmu paliativní péče bývá i portová sestra (Vorlíček et al., 2006).

Specializovaná paliativní péče je poskytovaná odborníky, kteří mají specializované vzdělání (Margaret O'Connor a Sanchia Aranda, 2005). Toto vzdělání bývá doplněno a prohloubeno jejich praxí v hospici (Bužgová, 2015). Specialisté mohou paliativní péči poskytovat sami nebo mohou působit jako poradci pro pracovníky základní péče (Margaret O'Connor a Sanchia Aranda, 2005). Zvláštní potřeba specialisty vyvstává tehdy, pokud je onkologické onemocnění v terminálním stádiu komplikováno mentálním postižením pacienta (Flynn et al., 2015)

### 1.4.3 Léčba bolesti

Bolest je příznak, kterým trpí často pacienti v terminálním stádiu nemoci. Bez léčby by tato bolest provázela pacienty až do samotného konce života (Mcgonigle, 2006). U pacientů s nádorovým onemocněním je bolest zapříčiněna léčbou, samotným nádorem a oslabením organismu. Dnešní doba umožňuje takto nemocným lidem bolest mírnit a zkvalitnit tak život lidem v poslední fázi života (Bužgová, 2015).

Šafránková a Nejedlá (2006) ve své knize uvádějí, že je důležité, aby sestry a jiný zdravotnický personál dodržovali zásadu, že nemocnému vždy věříme, že trpí bolestí a v jaké intenzitě.

K určení intenzity bolesti nám dopomáhá číselná škála „0-10“, kde 0 značí, že pacient netrpí žádnou bolestí a 10 znamená, že pacient trpí nejhorší bolestí. V případě, že pacient nemůže nebo nechce použít číselnou škálu, je možné využít verbální škály, ve které nám pacient sdělí, že nemá například žádnou bolest, mírnou, středně silnou nebo silnou (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Hodnotící škálou charakteru bolesti je verbální odpověď, ve které nám pacient bolest přesně popíše. Toto hodnocení může rozlišit, zda se jedná o bolest somatickou, viscerální a neuropatickou (Margaret O'Connor a Sanchia Aranda, 2005).

Somatická bolest je způsobena drážděním různých tkání mimo tkáň nervové a viscerální (Bužgová, 2015). Viscerální bolest vzniká v hrudních a břišních orgánech, kde působí patologické procesy. Může se projevovat formou křečí a většinou přichází ve vlnách (Mcgonigle, 2006).

Neuropatická bolest je způsobena podrážděním centrálního nebo periferního nervového systému. Tato bolest se může projevovat brněním, pálením nebo vystřelováním do určité části těla (Margaret O'Connor a Sanchia Aranda, 2005).

Důležité je také hodnocení časového faktoru bolesti. Sestra by si měla všimnout, kdy u pacienta bolest přichází, jak dlouho trvá a kdy přestává. Hodnotí se faktory, které bolest vyvolávají, zhoršují či zmírňují (Bužgová, 2015).

Analgetika se dělí na neopioidní, opioidní a adjuvantní. Zástupcem neopioidních analgetik je například Paracetamol nebo Aspirin. Slouží k mírnění slabé bolesti kostí a svalů. Tyto léky by se neměly užívat denně, protože zde existuje riziko poškození jater (Margaret O'Connor a Sanchia Aranda, 2005).

Opioidní analgetika jsou návykové látky, proto je potřeba, aby se s těmito látkami zacházelo podle platné legislativy (Lüllmann, Mohr a Hein, 2012). Ve výběru opiátu se

hodnotí věk pacienta, přidružená onemocnění a předchozí léčba opioidy. Zástupci slabých opioidů jsou například Codein a Korylan (Margaret O'Connor a Sanchia Aranda, 2005).

Mezi silné opioidy řadíme Morfin, Dolsin a Fentanyl, který existuje i ve formě náplasti Durogesic (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Adjuvantní analgetika mají tři základní účinky: eliminují příznaky, které vyvolává bolest, zlepšují charakteristiku působení dalších léků pro větší komfort pacienta a mají analgetický účinek (Margaret O'Connor a Sanchia Aranda, 2005). Zástupci této skupiny léků jsou Antikonvulziva, Kortikosteroidy a Bisfosfonáty (Lüllmann et al., 2012).

Zásada léčby nádorové bolesti je podávat nejdříve slabá neopiátová analgetika a postupně přecházet na silnější opiátová analgetika, dle bolesti pacienta (Šafránková a Nejedlá, 2006).

### ***Vedlejší účinky opiátů***

Léčba pomocí opiátů má kromě pozitiv i své negativní stránky. Nejčastější komplikací je zácpa, které je vhodné předcházet profylaktickým podáváním laxativ (Lüllmann et al., 2012). Dalšími vedlejšími účinky jsou nevolnost, zvracení, útlum, zmatenost a svědění (Margaret O'Connor a Sanchia Aranda, 2005).

## **2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíl práce**

Cíl 1: Zjistit, jak je populace České republiky informována o prevenci nádorových onemocnění.

Cíl 2: Zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry poskytují informace o prevenci nádorových onemocnění.

### **2.2 Výzkumné otázky**

VO 1: Jakým způsobem sestry poskytují informace pacientům o prevenci nádorového onemocnění?

VO 2: Jaké jsou z pohledu sester nejdůležitější informace, které v souvislosti s prevencí nádorového onemocnění pacientům sdělují?

VO 3: Jakou zátěž představuje pro sestry komunikace s onkologicky nemocným pacientem?

### **2.3 Hypotézy**

H 1: Ženy jsou více informovány o důležitosti prevence nádorového onemocnění než muži.

H 2: Generace nad padesát let dbá více na prevenci nádorových onemocnění než mladší ročníky.

H 3: Ženy častěji provádějí samovyšetření prsu, než muži samovyšetření varlat.

H 4: Vysokoškolsky vzdělaní lidé dbají na prevenci nádorových onemocnění více než lidé s nižším vzděláním.



### **3 OPERACIONALIZACE**

#### **Všeobecná sestra**

Všeobecná sestra je zdravotní pracovník, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry. Způsobilost lze získat absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester, nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách a studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Všeobecná sestra se ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí také na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

#### **Prevence**

Prevence je činnost, která vede k upevnění zdraví a její snahou je zabránit vzniku nemoci. Prevence směřuje ke zkvalitnění života populace a zabývá se především tím, že varuje společnost o možných rizicích vzniku nemocí a následně jejich eliminaci.

Prevence nádorových onemocnění by měla být součástí života každého člověka. Stejně jako lékařská věda, i poznatky o prevenci se v čase neustále mění. Proto je třeba, aby tyto poznatky sledoval nejen občan-pacient, ale zejména odborný zdravotnický personál, zejména sestry a lékaři. Tito odborníci navíc musí být schopni předat nově získané informace svým klientům.

#### **Nádorové onemocnění**

Nádorová onemocnění jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí na celém světě. Tumor je soubor abnormálních buněk, které rostou nezávisle na organismu. Nádorové buňky se z biologického aspektu od zdravých liší větší schopností se množit a růst, vyšší odolností a delší životaschopností. Tím vzniká převaha nádorových buněk nad zdravými buňkami.

## **4 METODIKA**

Ke zpracování diplomové práce bylo využito široké spektrum zdrojů, jako jsou odborné knihy a odborné články. Dále byly použity webové stránky a informace získané od institucí, které se zabývají prevencí a léčbou onkologických onemocnění.

Ke zpracování diplomové práce byla zvolena kombinace kvantitativního a kvalitativního šetření. Pro sběr dat byly vybrány dvě techniky; dotazník vlastní konstrukce a polostrukturovaný rozhovor.

Prvním cílem diplomové práce bylo zjistit, jak je populace České republiky informována o prevenci nádorových onemocnění. K dosažení tohoto cíle byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce, který byl určen pro širší veřejnost lidí ze všech krajů České republiky.

Druhý cílem bylo zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry poskytují informace o prevenci nádorových onemocnění. Ke zjištění tohoto cíle byly provedeny polostrukturované rozhovory se sestrami pracujícími na interním a onkologickém oddělení a u praktického lékaře.

Kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření byla vybrána záměrně proto, aby bylo možné určit, zda odpovědi sester souhlasí nebo se liší s odpověďmi vybraného vzorku veřejné populace. Otázky v dotazníku i otázky, určené pro sestry byly sestaveny tak, aby na sebe plynule navazovaly.

### **4.1 Použitá metoda výzkumného šetření s běžnou populací**

V této části diplomové práce bylo aplikováno kvantitativní výzkumné šetření. Jako základní vstup pro získání dat byl použit anonymní dotazník vlastní konstrukce (Příloha 5).

Prvním cílem diplomové práce bylo zjistit, jak je populace České republiky informována o prevenci nádorových onemocnění. K dosažení tohoto cíle byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce, který byl určen širší populaci lidí, ze všech krajů České republiky. V dotazníku bylo použito celkem 21 otázek (Příloha 4), z nichž některé byly doplněny podotázkami, které v některých případech doplňují kvantitativní rozbor o odpovědi kvalitativního charakteru. Dotazníků bylo celkem 683, z nichž bylo 38 vyřazeno pro jejich neúplnost. K výzkumnému šetření bylo tedy použito celkem 645 dotazníků. Dotazník byl distribuován prostřednictvím internetu a tištěné podoby. Větší část dotazníků však byla získána právě pomocí internetu. Před vlastní distribucí

dotazníků byl proveden předvýzkum, který byl veden jako strukturovaný rozhovor s rodinnými příslušníky. Celkem bylo realizováno pět řízených rozhovorů, na jejichž základě došlo následně k upravení otázek, tak aby byly srozumitelné. Na základě předvýzkumu byla část otázek vypuštěna a část otázek doplněna.

Dotazník se skládá ze dvou hlavních částí, z nichž první je zaměřená na získání vstupních dat respondenta a jeho sociálně zdravotních parametrů. Podstatnější skupina otázek, která se nachází v první části dotazníku, je zaměřená na vlastní preventivní péči. Těžištěm je zachycení rámcových parametrů, které vysvětlují postoj respondentů k prevenci s akcentem na přístup respondenta k preventivním prohlídkám. První část dotazníku mapuje podněty a ochotu dotazovaných osob navštěvovat lékaře za účelem prevence nádorových onemocnění nebo tuto prevenci podstoupit v rámci návštěv lékaře za jiným účelem. Je zde zkoumána i role zdravotních pojišťoven v korelaci s ochotou klientů reflektovat na nabídky těchto pojišťoven. Podmnožinou výše uvedených otázek, je skupina dotazů, které směřují ke specifikaci úlohy sestry v preventivní činnosti v porovnání s úlohou lékaře.

Závěrečná skupina otázek první části dotazníku přímo zjišťuje, jestli pacient trpí onkologickým onemocněním, a tedy navrhuje na potřebu sekundární a zejména terciální nebo kvartérní prevence.

Druhá část dotazníku, která se skládá ze sedmi otázek, je zaměřena na životní styl respondentů, přičemž poslední dvě otázky zjišťují, zda a kým byla dotazovaná osoba edukována o zdravém životním stylu.

Jako doplnění k této části výzkumného šetření byla vytvořena anketa (Příloha 6), jejímž cílem bylo zjistit, zda si muži provádějí samovyšetření varlat a zda vědí, jak se toto preventivní vyšetření provádí. Důvodem této ankety bylo zjištění, že prevenci varlat neprovádí 62 % dotazovaných mužů. V anketě bylo osloveno celkem 7 mužů v různé věkové kategorii.

#### **4.1.1 Postup při analýze dotazníku**

Data získaná z internetového formuláře byla stažena do souboru formátu .csv a přenesena do tabulky Microsoft Excel. K získání hrubého přehledu o struktuře prvotních dat byly vytvořeny jednoduché tabulky pomocí základních statistických funkcí.

Dalším krokem byla změna znakové sady v rámci Unicode. Textové řádky byly rozděleny do sloupců s pomocí oddělovačů. Pak bylo potřeba provést nezbytné úpravy,

zejména tam, kde kvantitativní charakter dat nabýval určitých kvalitativních hodnot, například, kde bylo možné vyplnit buď praktický lékař, obvodní lékař nebo spádový lékař, byly tyto textové hodnoty nahrazeny výrazem praktický lékař a podobně. V dalším kroku byl do tabulky přidán sloupec, kde byl věk v rocích převeden do věkových kategorií specifikovaných rozpětím let věku.

Po uvedených úpravách byla data v dalších krocích vždy uspořádána tak, aby bylo podle těchto nově vzniklých tabulek možné graficky znázornit a vyhodnotit získané parametry a následně usoudit, zda byly dané hypotézy potvrzeny. Vyhodnocení hypotéz bylo provedeno testem o shodě dvou relativních četností s pomocí statistika.

#### **4.1.2 Charakteristika výzkumného souboru respondentů běžné populace**

Výzkum v této části diplomové práce je založen na datech získaných od zástupců populace České republiky. Z hlediska věku vzorek populace zahrnuje osoby od 15 do 73 let. Při zpracování dat byly jednotlivé věkové skupiny seřazeny do kategorií 15-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70 a 71 a více. Největší skupinu tvoří vzorek populace v kategorii 21-30 let. V rámci sběru dat však nebylo možné zcela ovlivnit věkové rozložení, protože většina respondentů běžné populace vyplňovala dotazníky pomocí internetu. Na základě tohoto zjištění byly dotazníky distribuovány některým, ze starší populace lidí a to v tištěné podobě. Někteří však dotazníky nevrátili nebo nebyli ochotní je vyplnit. Kladné je zjištění, že o problematiku prevence se zajímá právě nejvíce vzorek populace v rozmezí 21-30 let, kdy je prevence důležitá. V příloze 7 je k dispozici Tabulka 1 Rozložení věku respondentů.

Stejně tak bylo složité ovlivnit rozložení pohlaví respondentů. Dotazníky vyplňovaly spíše ženy, než muži. Proto byl proveden krátký neformální průzkum, při kterém jsem dotazníky cíleně rozeslala vybranému vzorku mužské populace, aby došlo alespoň k částečnému vyrovnání pohlaví. Z poměru 95 % žen k 5 % mužům bylo nakonec dosaženo poměru 89 % žen k 11 % mužů.

Dalším vstupním kritériem, které výzkum sleduje je struktura vzdělání dosaženého jednotlivými respondenty. Vzdělání bylo sledováno zjednodušenou kvantitativní formou. Výzkum nesleduje rozdělení vzdělání na humanitní, přírodovědné, popřípadě technické obory, sleduje výhradně dosažené vzdělání z hlediska výstupní zkoušky. Vzdělání se tedy rozlišilo na základní, učňovské, středoškolské vzdělání s maturitou, vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání (Příloha 8).

Posledním vstupním kritériem je rozdělení respondentů podle místa bydliště, zjednodušeně kategorizované do krajů České republiky (Příloha 9). Vzhledem k tomu, že počty respondentů z jednotlivých krajů jsou nevyvážené, je tento parametr brán jako čistě podpůrný a ve výsledcích výzkumného šetření není k topografickému rozdělení respondentů přihlíženo.

#### **4.2 Použitá metoda výzkumného šetření se zdravotnickými pracovníky**

V této části diplomové práce byla použita kvalitativní forma výzkumného šetření. Jako optimální struktura rozhovoru byla zvolena metoda individuálního hloubkového rozhovoru, která byla adekvátní cílům průzkumu, charakteru jednotlivých informací a technickým možnostem, které bylo třeba získat k dalšímu šetření.

Polostrukturovaný rozhovor je předpokladem k tomu, aby dotazovaná sestra rozvinula svoji odpověď směrem, který považuje za důležitý, nebo který koresponduje s jejím individuálním názorem na zkoumaný problém.

Pro sestry respondentky byl vytvořen souhrn otázek, které byly strukturovány tak, aby odpovědi na ně zaručovaly jednoznačný přenos informace, a přitom aby sestra měla možnost svoji odpověď rozvinout směrem, který ona sama považuje za přínosný pro daný výzkum.

Soubor otázek je členěn do čtyř skupin, které se zaměřují na úzce specifikované oblasti. První část se zaměřuje na všeobecnou prevenci, druhá část na prevenci onkologických onemocnění, těžiště třetí části otázek se týká komunikace sester s onkologicky nemocnými pacienty a poslední, čtvrtá skupina otázek zjišťuje základní osobní data dotazovaných sester. Uvedený soubor otázek je k dispozici v Příloze 4.

Celé výzkumné šetření se uskutečnilo v únoru 2017. Rozhovory u sester onkologického a interního oddělení byly provedeny na denních místnostech sester, kromě jedné výjimky, kdy se rozhovor uskutečnil v domácím prostředí. Rozhovory se sestrami u praktického lékaře se odehrávaly buď přímo na pracovištích, nebo v jednom případě v domácím prostředí a v jednom případě v kavárně.

Otázky sestrám nebyly vždy kladeny ve stejném pořadí, nýbrž docházelo k víceméně neformálnímu rozhovoru, při kterém byly otázky řazeny tak, jak vyplývalo z logiky hovoru. U méně sdílných respondentek pak rozhovor probíhal formou pevně daného pořadí otázek.

V rámci kvalitativního šetření byl veden rozhovor i s MUDr. Královou, která se v rámci rozhovoru se sestrou k některým otázkám také krátce vyjádřila a obohatila tak diplomovou práci svými znalostmi a zkušenostmi.

#### **4.2.1 Postup při analýze rozhovoru**

Pro zpřehlednění souboru respondentek, byly sestry rozděleny podle svých pracovišť a pojmenovány velmi jednoduchými kódy. Kódem P1-P7 jsou označeny sestry pracující u praktického lékaře, kódem O1-O7 jsou označeny sestry z onkologického oddělení a poslední skupina kódů I1-I7 označuje sestry, které pracují na interním oddělení.

K této části výzkumného šetření byla použita metoda otevřeného kódování, která byla kombinována s metodou přímých odpovědí na strukturované otázky. Po tomto kroku byla zvolena technika vyložení karet.

Většina sester, až na některé výjimky spontánně dodržovala strukturu otázek, tak jak bylo předem určeno. K rozboru, konceptualizaci a syntéze odpovědí tak nemuselo docházet, jak je tomu obvykle u metody otevřeného kódování (Švaříček a Šed'ová, 2007).

Informace, které vyplynuly z rozhovorů, byly následně analyzovány a v návaznosti na vyhodnocení rozhovorů byly vytvořeny kategorie a podkategorie, které po dalším zpracování umožnily zpřehlednit výzkum. Celkem byly vytvořeny tři kategorie: Preventivní opatření k udržení zdraví, Preventivní opatření zaměřená na nádorová onemocnění a Komunikace s onkologicky nemocným pacientem.

#### **4.2.2 Charakteristika výzkumného souboru respondentů - zdravotnických pracovníků**

Kvalitativní výzkum byl proveden v nemocnicích Jihočeského kraje a města Prahy. Celkem bylo provedeno 21 rozhovorů se sestrami z různých zařízení (Příloha 12). Rozhovory byly zrealizovány na interním oddělení, onkologickém oddělení a u praktického lékaře. Z každé oblasti bylo provedeno celkem 7 rozhovorů se sestrami. Pro utvoření přehledu byla vytvořena tabulka 4 Vstupní data sester (Příloha 10).

Data sester jsou v tabulce uspořádána v pořadí, podle jednotlivých oddělení. Věkové rozpětí oslovených respondentek se pohybovalo od 23 let do 58 let. Většina sester absolvovala praxi delší než deset let, pouze dvě z oslovených vykonávají svou

práci méně než 5 let. Devět sester, zejména starších ročníků absolvovalo střední zdravotnickou školu, zbytek sester má vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání. U všech oslovených sester byl pozorován vstřícný a pozitivní přístup k zodpovídání kladených otázek, z toho lze předběžně vyvodit závěr, že výsledky výzkumného šetření nebudou ovlivněny osobním negativismem respondentů.

## 5 VÝSLEDKY

### 5.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

Výsledky byly rozděleny do tří hlavních kategorií. V každé z těchto kategorií se vytvořila skupina podkategorií, kde jednotlivé kategorie souvisejí se strukturou otázek a odpovědí. V rámci kategorií a podkategorií jsou informace získané od sester uváděny vždy v jedné stati, tedy ne rozděleně na sestry z onkologického oddělení, interny a sestry u praktického lékaře. Takto bylo umožněno organicky porovnat výpovědi všech sester a zkoumat, jsou-li odpovědi z jednotlivých oddělení souhlasné nebo se liší podle oddělení. U některých kategorií jsou odpovědi překvapivě shodné, u menší části je výsledek závislý na charakteru pracovišti sestry a u poslední skupiny otázek se odpovědi různí pouze podle individuality respondentek.

#### 5.1.1 Preventivní opatření k udržení zdraví

Schéma 1 Preventivní opatření k udržení zdraví (Příloha 1)

První kategorie se nazývá Preventivní opatření k udržení zdraví a je zaměřená na otázky, které přímo souvisejí s přístupem sester k pacientům v oblasti primární a částečně i sekundární prevence. Tato kategorie zahrnuje čtyři podkategorie. První z nich se týká názoru sester na úroveň prevence v České republice. Druhá akcentuje vliv životního stylu na zdraví člověka s přihlédnutím k onkologickým nemocem. Ve třetí podkategorii se sestry zabývaly často diskutovanými oblastmi prevence. Samostatná podkategorie nižšího řádu se zabývá skutečností, jestli pacienti mají zájem o očkování. Toto specifikum je opět viděno z perspektivy oddělení, kde jednotlivé respondentky pracují. Poslední podkategorie zkoumá zájem pacientů o preventivní opatření. Tato podkategorie koresponduje s otázkami 2 a 3 ve strukturovaném rozhovoru, přičemž otázka číslo 3, má spíše kvantitativní charakter, který musí nezbytně být doplněn kvalitativní informací z otázky 2. Nedílnou součástí této podkategorie je zájem o informace týkající se zdravotního stavu ze strany pacientů. Této problematice se dotýkají otázky 4 a 5, které řeší přenos informace mezi sestrou a pacientem.

První podkategorie je nazvána Úroveň prevence v České republice. Všechny sestry z interního oddělení hodnotí celkovou úroveň preventivní péče v ČR kladně. Pozitivně hodnotí lepší přístupnost propagačních materiálů I1, sestra I2 obecně vyzdvihuje přístup lékařů k pacientům, který se podle jejího názoru v poslední době zlepšil, a doslova uvedla, že *„dříve měli lékaři takový strohý přístup k pacientům, a někteří pacienti*



*se lékařů i báli a proto jim o svých problémech neříkali.*“ Sestra I4 uvedla, že doufá, že zlepšující se prevence sníží výskyt nádorových nebo i jiných onemocnění. Sestra I7 uvádí, že významným parametrem zlepšující se prevence je technické vybavení nemocničních zařízení a přála by si, aby se o možnostech prevence a využití uvedených technických vymožeností mohli dovědět i starší lidé, kteří nemají přístup k informačním technologiím. Pouze jediná sestra, I3, se domnívá, že by prevence *“ mohla být na lepší úrovni, než je teď.*“ Stejně jako sestra I7 vidí problém v tom, že občané, zejména ti starší, nemají přístup k internetu. Stejně tak i většina sester z onkologického oddělení si myslí, že kvalita preventivní péče je na dobré úrovni (O1-O4, O6 a O7). Sestra O5 ve své výpovědi uvedla, že „doufá“, že preventivní péče je na dobré úrovni. Zajímavá je odpověď sestry O1, která navíc uvádí: *„Já si osobně myslím, že stav současné prevence je na dobré úrovni, ale na druhou stranu bych jí ještě víc posílila a více informovala lidi o tom, proč je tak důležitá. Na našem oddělení to denně vidím a říkám si, že kdyby někteří lidé přišli na preventivní prohlídku dříve, tak by jejich stav mohl být mnohem lepší a mohli by se dožít více let.*“ Co se týká sester u praktických lékařů, některé z nich tvrdí, že se úroveň péče jednoznačně zlepšila (P1, P2, P4 a P6). Oproti tomu sestra P3 ve své výpovědi uvedla, že by se dalo v tomto směru ještě mnoho zlepšit a přichází s nápadem, že by některá screeningová vyšetření mohla být zákonem nařízena jako povinná, ale zároveň zdůrazňuje: „... že tato vyšetření jsou poměrně nákladná a nakonec i počet pracovišť, kde se tato vyšetření provádí je omezený.“ Sestra P7 tvrdí, že k prevenci přispívají i některé kampaně, jako je například AVON pochod, který je oporou pro ženy, které trpí nádorovým onemocněním prsu.

V rámci druhé podkategorie sestry odpovídají na to, zda poskytují pacientům informace o zdravém životním stylu. Tuto otázku jednoznačně kladně zodpověděly v podstatě všechny sestry I1, I3-I7. Pouze sestra I2 poskytuje informace pacientům až tehdy, projeví-li pacient zájem. U sester z onkologického oddělení lze pozorovat odlišné odpovědi. Tři sestry O1-O3 se shodují na tom, že pacientům informace ohledně životního stylu poskytují při jejich odchodu z oddělení. Sestry O4 a O7 informují pacienty pouze občas. Pozitivní odpověď zazněla od sestry O6, která tvrdí, že: *„Životní styl je součástí léčby o onkologického pacienta.*“ Sestra O5 klade důraz na správnou stravu pacienta, jež umožňuje předejít nežádoucím komplikacím. Sestry P2, P5 a P6, které pracují u praktických lékařů tvrdí, že informace ohledně zdravého životního stylu poskytují pacientům pouze, když na to mají čas, P6 svoji odpověď ještě doplňuje: *“ Využívám toho, že celkově starší pacienti si rádi povídají, tak se vždy v rámci hovoru*

*zmíním o prevenci.*“ Sestra P3 uvedla, že tyto informace pacientům sděluje spolu s lékařem.

Třetí podkategorie se zabývá často diskutovanými oblastmi prevence na daném pracovišti. Tato kategorie vykazuje kvalitativně velký rozptyl oboru prevence, které se liší jak v rámci jednotlivých oddělení, tak i mezi odděleními navzájem. Sestry z interního oddělení spatřují těžiště preventivní činnosti zejména v předcházení kardiovaskulárním chorobám (I1, I4, I6, I7) a těsně následuje prevence proti dekubitům (I6, I5, I7) a obezitě (I1, I4, I5). Tyto tři první oblasti lze považovat za jednoznačně související s problematikou interního oddělení. Některé sestry připomněly i nutnost omezení návykových látek v rámci primární prevence (I4, I6), a zabývaly se i nutností předcházet pádům pacientů na oddělení (I5, I7). Sestra I3 nutnost primární prevence nepovažuje za tak důležitou, jako nutnost sekundární prevence: „... *pacienti jsou u nás hospitalizováni už s nějakým problémem, tudíž primární prevence zde ztrácí svoji funkci.*“ Naproti tomu mírná většina sester z onkologického oddělení (O1,O2, O5-O7) si myslí, že se nejvíce zabývají prevencí vzniku komplikací při nebo po léčbě nádorového onemocnění. Sestra O3 navíc podotýká: „... *Zaměřujeme se na stravu, která je během léčby pro pacienty velmi důležitá, protože spousta pacientů během léčby trpí nechutenstvím.*“ Poslední sestra O4, která se lišila svoji odpovědí, tvrdí, že každého pacienta řeší zcela individuálně. U odpovědí sester praktických lékařů je zajímavé vidět, že se jednotlivé odpovědi sester liší. Každá respondentka odpověděla zcela odlišně. Je to dané možná tím, že praktický lékař řeší s pacienty opravdu širokou škálu onemocnění od prevence až k léčbě. Sestra P1 uvedla, že v rámci primární prevence často řeší s pacienty například očkování a dále běžná vyšetření, jako je odběr biologického materiálu, měření fyziologických funkcí, kontrola zraku a sluchu, poslech plic, anebo nějaká další doplňující vyšetření, jako je třeba RTG plic. Sestra P2 vypověděla, že často řeší prevenci obezity, protože to má vliv i na další onemocnění, jako je hypertenze nebo hypercholesterolemie. Prevencí kouření se zabývá sestra P3, která uvádí: „*Jednoznačně kouření. Moderní nauka o výživě sice spatřuje nebezpečí i v konzumaci některých potravin, uvedu uzeniny, nicméně z mé vlastní zkušenosti kouření má vliv na vznik nádorových onemocnění, jednoznačně nejvíce bezprostřední.*“ Pouze dvě sestry P4 a P6 na otázku, jakou oblast prevence s pacienty nejčastěji řeší, odpověděly, že nejčastěji je u nich přihlíženo na prevenci civilizačních chorob se zaměřením na onkologická onemocnění. Sestra P5 konstatuje, že je podstatné, aby se u praktického lékaře řešil i zdravý životní styl pacienta. Poslední sestra, P7, se domnívá, že u ní na pracovišti řeší

téměř všechny prevence od primární až k terciální. U této kategorie je patrný výrazný rozdíl v odpovědích sester ze všech tří oddělení, který vyplývá z rozdílného charakteru oddělení.

Ze třetí podkategorie je možné vyčlenit samostatnou otázku, která se týká očkování, jako jedné z nejpokročilejších a neúčinnějších variant prevence. Respondentky byly dotázány, mají-li pacienti na jejich odděleních zájem o nepovinná očkování. Podle vyjádření sester z nemocničních oddělení pacienti buď o očkování zájem nemají (I1, I6, I5, I7), nicméně, tyto sestry mají na mysli, že pacienti nevyjadřují zájem o očkování přímo na oddělení. Tuto myšlenku potvrzují, přímo akcentují i všechny ostatní sestry na interním oddělení (I3, I2, I4). V této podkategorii lze tedy názor sester u interního oddělení považovat za jednoznačný a dochází zde k naprosté shodě s názorem sester s onkologického oddělení. Například sestra O5 uvádí: *„O očkování nemají na našem oddělení zájem, alespoň mně se nikdo nezmiňoval. Myslím si, že u nás na to nemají pacienti ani pomyslení. Tato myšlenka je řečena prakticky týmiž slovy, jakými se vyjadřuje sestra I2: „Myslím si, že u nás na oddělení se na tyto informace pacienti neptají. Možná je to i tím, že jsou aktuálně nemocní a nemají vůbec pomyslení na „nějaké“ očkování.“* Naproti tomu sestry u praktických lékařů se většinou shodují (P1-P3, P6 a P7), že pacienti projevují velký zájem o očkování. P1 navíc svoji odpověď doplňuje slovy: *„ ... začíná se zde projevovat i moderní zásada některých lidí, kteří odmítají očkování.“* Sestra P4 tvrdí, že jsou pacienti, kteří mají zájem, ale i pacienti, kteří očkování přímo odmítají. Jediná sestra P5 si myslí, že pacienti o očkování zájem nemají. Zajímavé jsou odpovědi například sester P6 a P7, které uvádějí konkrétní očkování, o které pacienti projevují velký zájem. Jsou to očkování proti rakovině děložního čípku u mladší generace a u starší generace spíše očkování proti chřipce.

Poslední čtvrtá podkategorie se zabývá zájmem pacientů o prevenci a dále opatřeními, která sestra učiní v případě, že pacient zájem nemá. V této podkategorii prakticky nenacházíme podobnost mezi vyjádřením sester na interním oddělení a na onkologii, stejně tak se liší i odpovědi sester u praktických lékařů. Podle informací dostupných z dotazníků je prevence nejvíce akcentována sestrami, které pracují u praktických lékařů. Sestry P1-P5 a P7 se snaží prevenci podporovat tím, že o ní pacienty neustále informují s přihlédnutím k jejich zdravotnímu stavu (P1, P2 a P4) a věku (P1a P3), popřípadě pohlaví (P3). Rozsáhlejší rozbor problematiky sledujeme u sestry P3, která zmiňuje nutnost spolupráce praktických lékařů a sester se zdravotními pojišťovnami. Zmiňuje se také o nutnosti pacienta aktivně spolupracovat

na informačním procesu. Odpověď sestry P7 je značně citově zabarvená a její motivace k poskytování informací o prevenci je ovlivněna rodinnou tragédií: „*Mně osobně na nádorové onemocnění zemřeli oba rodiče, tak vím, jak moc zákeřná nemoc to je.*“

Sestry z onkologického oddělení bez výjimky akcentují výjimečnost situace na tomto oddělení. O primární prevenci se v jejich odpovědích prakticky nedá hovořit. Nejčastěji se setkáváme se sekundární a terciální prevencí, jak uvedly sestry O1, O2, O4-O7. Sestra O3 tyto informace nesdílí: „*Přiznám se, že tyto informace pacientům spíše neposkytuji. Na onkologickém oddělení je to vše těžší, než se zdá. Každý pacient je jiný a trpí jinou chorobou, než ostatní.*“ Stejně jako sestra O3 i sestra O1 zdůrazňuje výjimečnost onkologie v tom smyslu, že velká část pacientů trpí nevléčitelnou nemocí a přístup k nim musí být mimořádně citlivý. Naproti tomu u sester z interního oddělení často slyšíme názor, že na poskytování komplexnějších informací týkající se prevence není na oddělení vyhrazen dostatek času, jak uvedly sestry I2, I3, I6 a částečně I5. U sester I1, I4 - I7 je patrná snaha pacienty o prevenci edukovat. Zajímavou odpověď poskytla sestra I7, která chválí možnost edukace o prevenci prostřednictvím sdělovacích prostředků: „*... Mně se například líbí pořad Doktorka, který vysílá čt 1, tento pořad moderuje lékařka, která vyloženě laicky lidem sděluje důležité informace, jak předcházet nemocem nebo i jiné informace, které se týkají zlepšení zdraví člověka. Na tenhle pořad se dívá určitě dost lidí, proto ho považuji za dost významný pro naši společnost.*“ Vyloženě kritická, ale zajímavá odpověď zazněla od sestry I2, která uvedla: „*U nás na oddělení na to není moc času, neustále se snižuje stav sester, a i když se mi to těžko říká, tak někdy na samotného pacienta a komunikaci s ním prostě nezbývá čas. Proto doufám, že se systém ve zdravotnictví co nejdříve změní k lepšímu a přijmou více sester.*“ V rámci této podkategorie sestry uvádějí, kolik procent pacientů dochází na preventivní prohlídky k lékaři. Zde se liší odpovědi sester z onkologického oddělení oproti jiným oddělením. Sestry z onkologie uvádějí, že průměrně na preventivní, v tomto případě onkologické prohlídky, například po dokončené léčbě, dochází 90-95 % pacientů. Sestra O1 ve své odpovědi uvádí: „*Co se týče tedy té onkologické prevence, tedy docházení na kontroly například během nebo po léčbě, tak si troufnu říci, že kontroly dodržuje 100 % pacientů a to z důvodu strachu, že by mohli znova onemocnět nebo by nádor mohl recidivovat.*“ Podobně odpověděla i sestra O7: „*Záleží na tom, o jaké prohlídky by se jednalo. Pokud jsou to preventivní kontroly po léčbě nádorového onemocnění, jako jsou u nás na oddělení, tak pacientům sděluji, že je to zásadní, aby přišli na kontrolu.*“ Zbytek sester, tedy O2-O6 uvedly své odpovědi pouze

v procentech. Procenta uváděná sestrami z interního oddělení a u praktických lékařů jsou v průměru nižší, než uvádějí sestry z onkologie, nicméně se jedná o počty od 40 % (I3) nebo 50 % (O5), ale častěji od 60 % (I6, I2), až po 90 %, jak uvádí I7. Tyto počty lze považovat za povzbudivé, i když se jedná pouze o hrubý odhad, který sestry vyslovily, bez předchozího studia materiálů. Sestra P3 se pokusila číslo strukturovat: „ ... můžeme mluvit o zhruba 35 % pacientů, kteří se dostavují opravdu pravidelně, dalších 10-20 % pacientů se u nás na preventivní prohlídku zastaví nepravidelně a hrubým odhadem asi tak 7-10 % podstupuje pravidelné prohlídky u některého z odborných lékařů například u diabetologa.“ I z této odpovědi je tedy patrné, že se jedná o více než 60 % pacientů, kteří pravidelně docházejí na preventivní prohlídky.

Z této podkategorie vyvstala potřeba zkoumat, jaký mají pacienti zájem získávat informace o svém zdraví a jak sestry na tento zájem reflektují. Na otázku, zda pacienti mají zájem o informace týkající se jejich zdravotního stavu, odpověděly sestry kladně, v podstatě bez ohledu na oddělení na kterém pracují. Pouze v některých případech, sestra odpověděla ve smyslu varianty „spíše ano“ (P1, P5, P6, P7, I1, I5, I7). Pouze jedna ze sester podotýká, že se se zájmem o zdravotní stav klienta setkává více u pacientů ženského pohlaví, než u mužů, jak uvedly pouze dvě sestry P1 a P3. U žádné z jiných sester nebyla odpověď genderového zaměření zjištěna. Stejně tak věk pacienta ve vztahu zájmu o zdraví a prevenci uvedly pouze dvě z respondentek. Sestra P3: „myslím, že u mladších pacientů a žen je tento zájem vzrůstající, zatímco u starších pacientů, zejména mužů se zájem po dobu mé praxe nezměnil.“ Sestra I6 naproti tomu uvádí, že jsou to většinou starší lidé, kdo mají o předmětné informace zájem. Sestra P1 je také výjimkou mezi dotazovanými, protože se domnívá, že zájem o svůj zdravotní pacienti vyjadřují spíše vůči lékaři. Naprosto nepřekvapivě sledujeme u všech sester z onkologického oddělení, že jejich pacienti se o informace o svém zdravotním stavu zajímají více, než je možné vysledovat na jiných odděleních. Přímo navazující problematika řeší, jak sestry postupují v případě, že pacient podle jejich názoru informace potřebuje získat a akceptovat, a tento pacient přitom příjem informace odmítá. Jak už bylo uvedeno, sestry z onkologického oddělení zaznamenávají vysoký zájem pacientů o jejich zdravotní stav. Pět z onkologických sester (O3, O4, O5, O6, O7) se dosud neseťkalo s tím, že by pacient neprojevil zájem o informace. Stejný jev uvedla pouze jediná I5 ze všech ostatních sester, čili sester z interny a praktických lékařů. Poměrně častou odpovědí bylo, že sestra svěří odpovědnost za informování pacienta

do rukou lékaře, jak uvádějí sestry I1, I3, O4, O5, P1 a P6, popřípadě starší zkušenější sestry (I6): „Většinou poprosím zkušenější sestru o to, aby zkusila s pacientem promluvit. Když pacient vidí mladou sestru, tak může mít pochybnosti, než když mu informace sděluje starší a zkušená sestra.“ Opakování informací popřípadě jejich odložení na později preferují sestry I1, I4, O1, O2, P5, P6 a P7. Z toho dvě sestry O2 a P7 omlouvají pacienty tím, že mohou trpět bolestmi a nemají tedy zájem vnímat informace. Motivaci pacienta nejčastěji vysvětlením důsledků volí sestry P3, P5 a I2. Jak je z uvedeného rozboru odpovědí patrné, u této otázky se odpovědi sester diametrálně liší v souvislosti s charakterem oddělení, kde sestry pracují a kromě onkologického oddělení jsou pozorovatelné výrazné změny i v rámci jednoho každého oddělení.

### **5.1.2 Preventivní opatření zaměřená na nádorová onemocnění**

Schéma 2 Preventivní opatření zaměřená na nádorová onemocnění (Příloha 2)

Druhá kategorie se zabývá důležitými opatřeními zaměřenými na nádorová onemocnění. Zde jsou překvapující odpovědi některých sester, bohužel ve spíše negativním smyslu. Některé totiž na otázku, jakou formou nebo způsobem pacientům poskytují informace týkající se prevence nádorových onemocnění, což je zároveň i první podkategorií, odpověděly, že pacientům nabídnou brožuru nebo letáček, které jsou na daném oddělení k dispozici pro všechny pacienty. Naštěstí téměř většina sester brožury a letáčky vyloženě zavrhuje a považuje to za nevhodný způsob sdělování informací (I4, I7, O1, O2, O4, O5, O6, P1-P3 a P7), pouze dvě však zastupovaly interní oddělení. Sestra I4 svoji odpověď rozvinula a tvrdí, že:“ ... že by edukace pacienta měla být součástí náplně práce sestry. Z letáku nebo z brožury to určitě pro pacienta nejsou dostačující informace.“ Sestry I1, I2, I6, O3, O7, P4-P6 odpověděly, že poskytnou pacientovi informace pomocí brožur nebo letáčků, ale zároveň s tím tuto formu doplní slovním sdělením. Jak už bylo výše zmíněno, velice znepokojující odpovědi přišly od respondentek I3, I5 a I6, které konstatují, že pacientům v souvislosti s poskytováním informací týkající se prevence nádorových onemocnění poskytují pouze formou brožur a letáčků.

Druhá podkategorie se zabývá tím, jaké informace týkající se prevence nádorových onemocnění sestry považují za důležité a jaká doporučení mohou pacientům poskytnout. V této kategorii byly také zaznamenány rozdíly v názorech sester dané různými charakteristikami oddělení. Lišily se zejména odpovědi sester z onkologického

oddělení oproti sestřám z interního oddělení a u praktických lékařů. Podobnost názorů sester u interních a praktických lékařů spočívá v akcentování zdravého životního stylu, zejména pohybu a abstinence kouření. V tomto směru se vyjádřily všechny sestry ze zmíněných oddělení, kromě sestry P4. Sestra P3 má tendenci hájit pacienty, kteří nejsou schopni dodržovat zdravý životní styl: „ ... *musím chápat, že někteří pacienti z určitých důvodů opravdu objektivně nejsou schopni žít podle zásad správné životosprávy. Někdy jim v tom brání pracovní nasazení, někdy charakter jejich práce nebo dokonce rodinná situace. Myslím tím, že žena, která má nižší příjmy a dejme tomu 3 děti a muže na podpoře, není schopná zajistit si takový životní standard, aby mohla žít aktivním zdravým životem.*“ Sestra P4 za nejdůležitější informace považuje důležitost docházení na preventivní prohlídky. Interní sestry (I1-I6) zdůrazňují jednak nutnost absolvovat pravidelná preventivní vyšetření a dodržovat doporučení lékaře. Potřeba redukce obezity také vyplývá z odpovědí skoro všech dotazovaných sester ze dvou uvedených oddělení. Originální odpověď byla zaznamenána u sestry I1, která připomněla možnost, aby klient, který se nachází v těžké životní situaci, neváhal navštívit psychologa. Škodlivost přepálených jídel zmiňují P1 a P3, zatímco P4 připomíná, že někteří pacienti jsou až příliš zodpovědní a domáhají se preventivních vyšetření častěji, než je nutné. Také sestry z onkologie bez výjimky připomínají potřebu zdravého životního stylu. Jejich odpovědi jsou však více zaměřeny na prevenci související s onkologickými onemocněními: „ ... *Ale musím zdůraznit, že primární prevence u nás není bohužel aktuální, řešíme sekundární a terciální prevenci spolu s léčbou. Přijde mi neetické se před těmito lidmi zmiňovat o tom, co měli dříve dodržovat, aby neonemocněli.*“ I pokud sestra (O1) hovoří o zdravé stravě, zmiňuje plísňové sýry a prošlé potraviny, což jsou produkty, jejichž souvislost se vznikem nádorových onemocnění je prokázána. I sestra O2 v tomto smyslu uvádí přepálená, kořeněná a smažená jídla. O stejných potravinách se zmiňuje i sestra O5, která navíc varuje před konzumací tepelně neopracovaného masa, jako je tatarský a krvavý biftek. Ryze medicínské aspekty prevence uvádí sestra O7: „ ... *tak by to bylo asi předcházení vzniku komplikací po záření a po cytostatické léčbě.*“, dále sestry O5, O1 a O2: „*Jednoznačně dodržování léčebného režimu, pravidelné užívání léků a docházení na kontroly.*“

### 5.1.3 Komunikace s onkologicky nemocným

Schéma 3 Komunikace s onkologicky nemocným (Příloha 3)

Třetí a zároveň poslední kategorie se zabývá komunikací s onkologicky nemocným pacientem. Tato kategorie se dělí na tři podkategorie: Zásady komunikace s onkologicky nemocným, Prostředník komunikace a Problémy v komunikaci. Nejvíce sester (I1, I2, I4, I7, O1, O2, O4, P1 a P6) se shodlo, že by k pacientovi měly mít empatický přístup. Sestra I1 svoji odpověď pojala podrobněji: „ ... *Přece jen se pacient nachází v těžké situaci, a tak k němu i musíme přistupovat. Sestra by se určitě neměla vyhýbat komunikaci s takto těžce nemocným pacientem, protože to může mít velký zásah na jeho psychiku.*“ Další častou odpovědí na otázku, jaké zásady by měla dodržovat sestra při komunikaci s onkologicky nemocným bylo, že by sestra měla mít k pacientovi citlivý přístup a projevovat ohleduplnost (I3, I6 a P2). Sestry I5, O7 a P7 považují za důležité, aby sestra zvolila správný způsob komunikace dle individuality pacienta. Zajímavé byly odpovědi respondentek O6 a P4, které tvrdí, že by sestra měla mluvit pravdu, ale pouze do určité míry, O6 přímo konstatuje: „*Pravdomluvnost, ale do určité míry, být vlídná, milá, ochotná a snažit se zlepšit psychický stav pacienta.*“ Překvapivá a zároveň zajímavá odpověď zazněla od sestry P5: „*Měla by se pevně držet odborné terminologie, protože neoborné názvy, jako například rakovina, nádor a podobně pacienty zbytečně děsí. Možná to zní cynicky, ale slova, jako tumor nebo karcinom zní méně hrubě a myslím, že pro pacienta jsou přijatelnější.*“ Další pozoruhodná odpověď přišla od sestry P3: „*Kdysi jsem o tom mnoho slyšela a četla, v praxi ale komunikuji s těmito lidmi naprosto stejně, jako například s pacienty s kožní chorobou nebo se zdravými klienty.*“ Sestra O5 se snažila otázku pojmout z trochu jiné stránky. Ve své odpovědi uvedla, že by sestra měla s pacientem mluvit pomalu, zřetelně a srozumitelně. Jediná sestra O3 tvrdí, že je důležité pacienta vyslechnout.

Druhá podkategorie nazvaná, Prostředník komunikace, se zabývá tím, zda na jejich pracovišti poskytuje informace týkající se prevence nádorových onemocnění spíše sestra nebo lékař. Mírná většina sester (I1-I3, I7, O1, O3, O6, P1, P4-P6) si myslí, že častěji poskytuje tyto informace lékař. Sestra P4 navíc doplnila: „*Vzhledem k velkému množství administrativní činnosti se pacientům nemůžu věnovat úměrně důležitosti tohoto téma, takže s pacienty pracuje spíše lékař.*“ Sestry I4, I6, O2, O4, O5, O7, P3 a P7 jednoznačně konstatují, že informují pacienta spolu s lékařem ve vyváženém poměru. Sestra O5 svoji odpověď doplnila slovy: „ ... *Ty odbornější informace spíše*

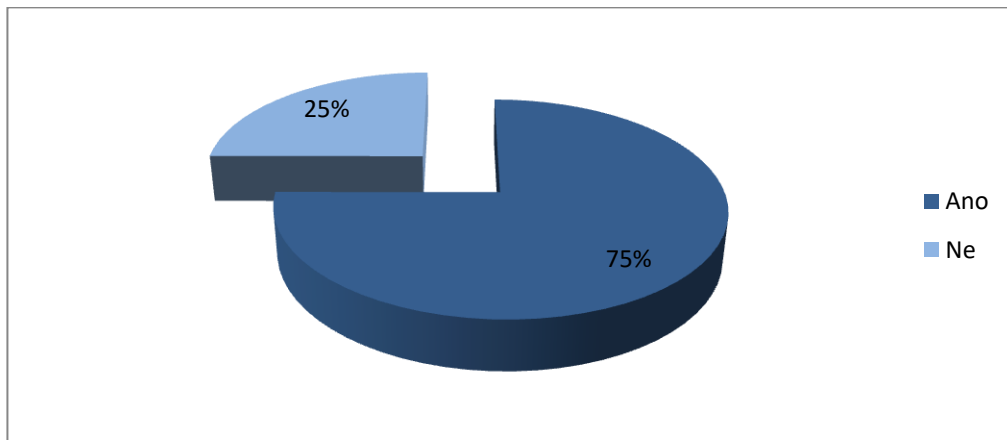


*lékař a sestra se zabývá režimovým opatřením, ale také ne každá sestra pacienty edukuje, je to individuální.“ Pouze dvě sestry (I5 a P2), ze všech respondentek, odpověděly, že informace týkající se prevence nádorových onemocnění pacientům sdělují spíše sestry.*

Poslední podkategorie se zabývá náročností komunikace s onkologicky nemocným pacientem. Velká část sester (I1, I3, I5, O3-O5, P2, P3 a P6) konstatuje, že pro ně komunikace s onkologicky nemocným pacientem není náročná. Sestra O4 svojí odpověď doplnila: „ ... *na našem oddělení už jsme zvyklí a považujeme to už za běžnou denní rutinu.*“ Emotivně zabarvená byla i odpověď sestry P3: „*Bohužel, v mém osobním životě mám velké zkušenosti s onkologicky postiženou osobou, takže komunikaci s takto postiženými lidmi považuji za naprosto přirozenou.*“ Naopak sestry I1, I4, I6, I7, O6, P1, P4 a P5, považují komunikaci s onkologicky nemocným za velice náročnou. Sestra P4 navíc vyslovila: „ ... *každý nese tu svoji nemoc psychicky trošičku jinak, takže je důležité volit slova a být spíše pacientovi takovou podporou a vlastně se mu nesnažit říkat něco, co není pravda, čili utěšovat ho něčím, o čem víme, že je nesplnitelné, ale zase na druhou stranu ho nějakým způsobem podpořit, tak aby měl ještě chuť bojovat a aby s tou nemocí, podle toho samozřejmě v jakém je stádiu ta nemoc, tak aby měl naději.*“ Pouze tři sestry O2, O7 a P7 konstatují, že je pro ně komunikace s onkologicky nemocným pacientem obtížná jen občas. Sestra O2 prohlašuje: „ ... *někteří pacienti jsou na tom v době onemocnění psychicky velice špatně, ale na některých pacientech byste ani nepoznali, kdybyste to předem nevěděli, že trpí tak závažnou nemocí. Sestra to prostě musí vlastní intuicí odhadnout, jak se kterým pacientem hovořit.*“

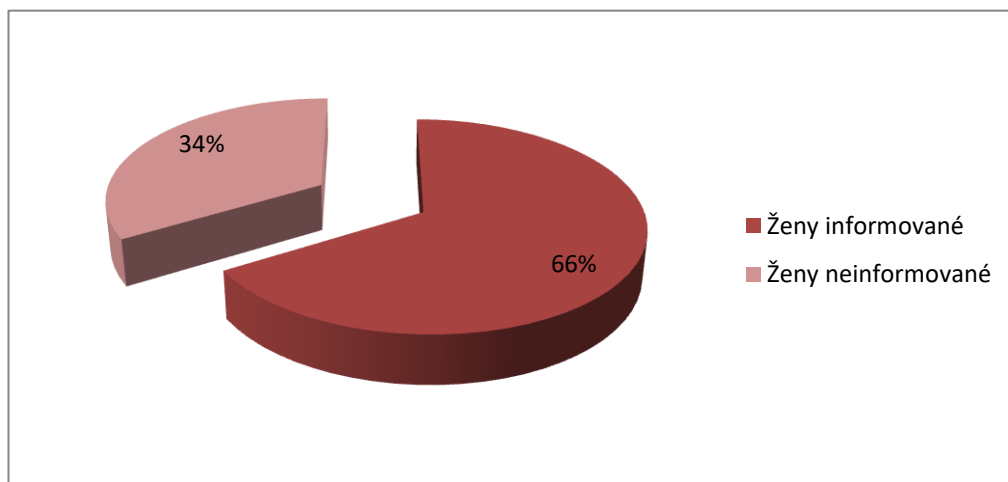
## 5.2 Testování hypotéz

**Graf 1 Docházka na pravidelné preventivní prohlídky (%)**



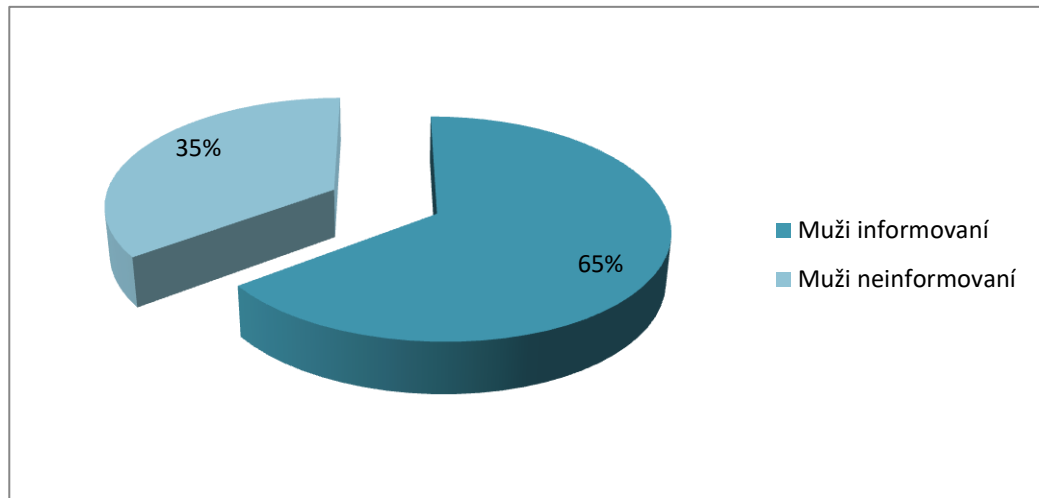
Graf 1 znázorňuje docházku na pravidelné preventivní prohlídky u vybraného vzorku běžné populace lidí. Je zde vidět, že 75 % oslovených obyvatel České republiky pravidelně dochází na preventivní prohlídky. Naopak 25 % lidí na pravidelné preventivní prohlídky nedochází.

**Graf 2 Poměr mezi informovanými a neinformovanými pacienty -ženy (%)**



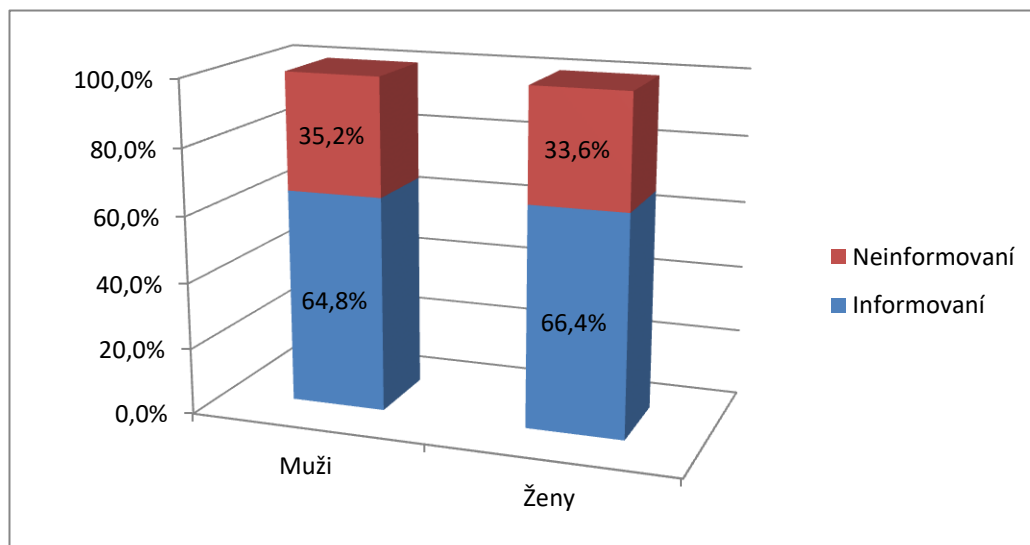
Graf 2 znázorňuje poměr informovaných a neinformovaných žen v procentech oslovených respondentů. O důležitosti prevence nádorového onemocnění bylo určitým, ne přímo kodifikovaným způsobem informováno 66 % žen, a neinformováno bylo 34 % žen. Z grafu je patrné, že podíl informovaných žen je výrazně vyšší, než podíl žen neinformovaných.

**Graf 3 Poměr mezi informovanými a neinformovanými pacienty - muži (%)**



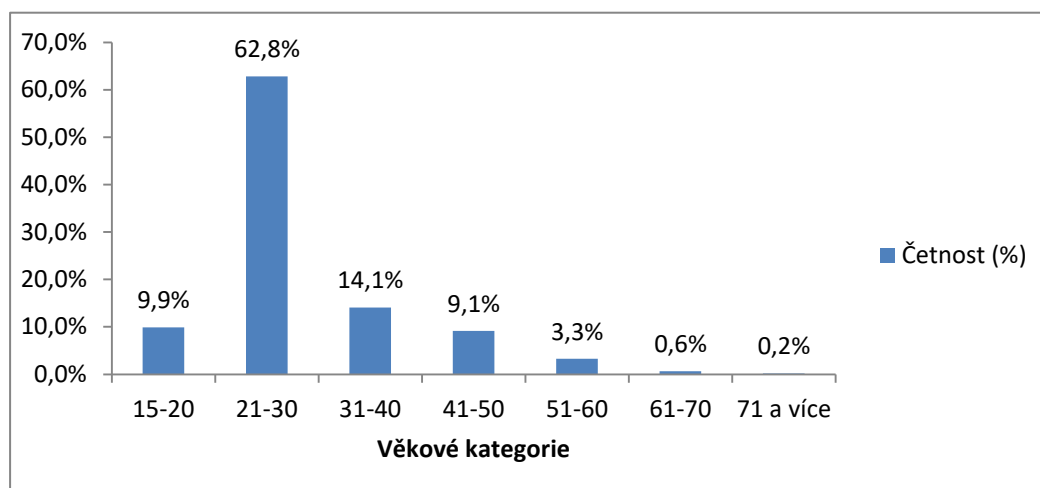
Graf 3, který se vztahuje k hypotéze 1, ukazuje poměr mezi informovanými a neinformovanými pacienty mužského pohlaví. I když byl tento vzorek výrazně menší, než vzorek pacientů ženského pohlaví, konstatujeme, že procentuální rozložení je téměř identické. Informovaných mužů bylo 65 %, zatímco neinformovaných mužů bylo 35 %.

**Graf 4 Vyhodnocení hypotézy 1 o poměru informovanosti z genderového hlediska (%)**



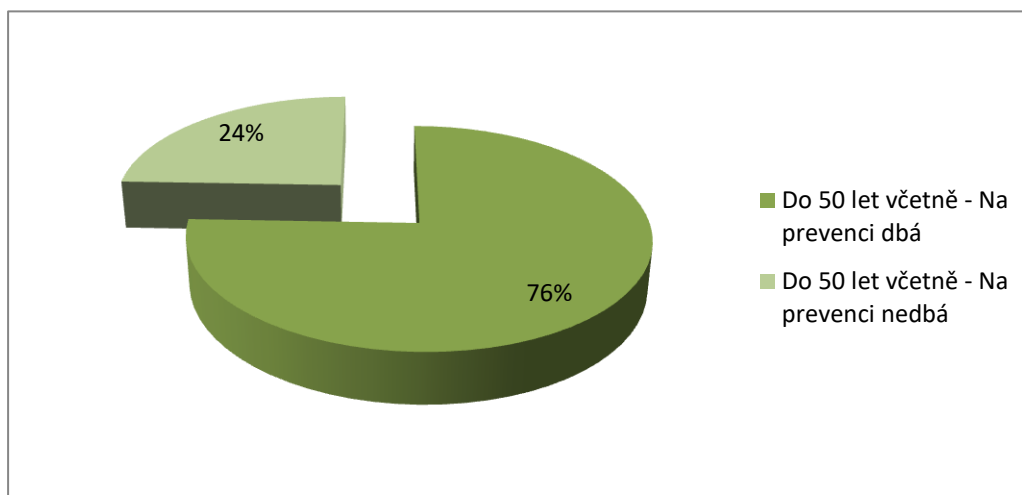
Shrnutí dvou předchozích grafů přináší graf 4. Překvapivě stejný počet procent informovaných a neinformovaných mužů a žen. Informovaných žen je 66,4 %, zatímco informovaných mužů je 64,8 %. Rozdíl v informovanosti o důležitosti prevence nádorového onemocnění je 1,6 % ve prospěch žen. Tento rozdíl je vzhledem k velikosti souboru statisticky natolik nevýznamný, že můžeme považovat počet informovaných žen a mužů za stejný. Pro verifikaci či falzifikaci předem stanovené hypotézy byl využit test o shodě dvou relativních četností.  $P$ -hodnota = 0,787, z čehož vyplývá, že  $P > 0,05 \Rightarrow H_0$ , kdy  $H_0$  vyjadřuje, že muži a ženy jsou informováni stejně. **Hypotéza 1 (Ženy jsou více informovány o důležitosti prevence nádorového onemocnění, než muži) nebyla potvrzena.**

**Graf 5 Rozložení věku respondentů pro hypotézu 2 (%)**



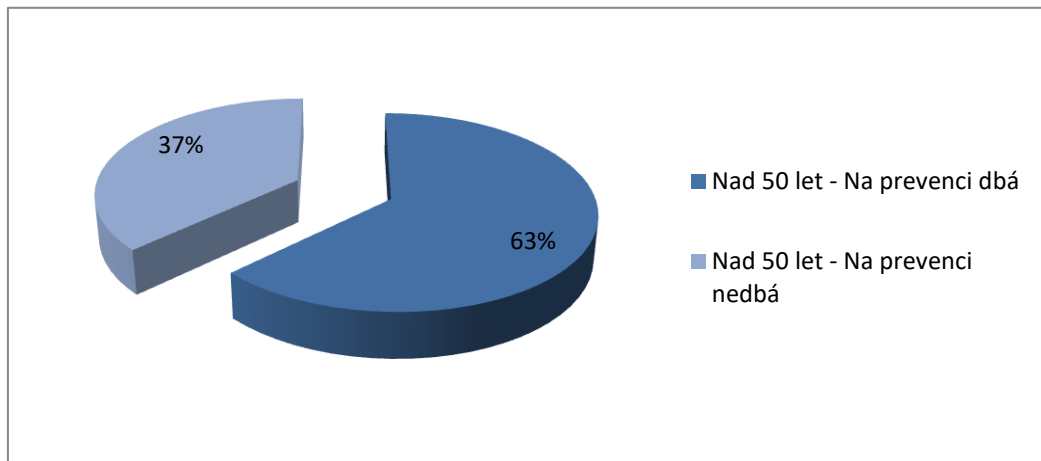
V grafu 5 je zachyceno rozložení věkových skupin respondentů podle věkových dekád. Rozhodující četnost pozorujeme u věkové kategorie 21-30. Rozložení vzdáleně připomíná Gaussovo rozložení, nicméně toto rozložení je asymetrické. Průměrný věk respondenta činí 28,9 zatímco, medián je 26 let.

**Graf 6 Přístup populace do 50 let věku včetně k prevenci nádorových onemocnění (%)**



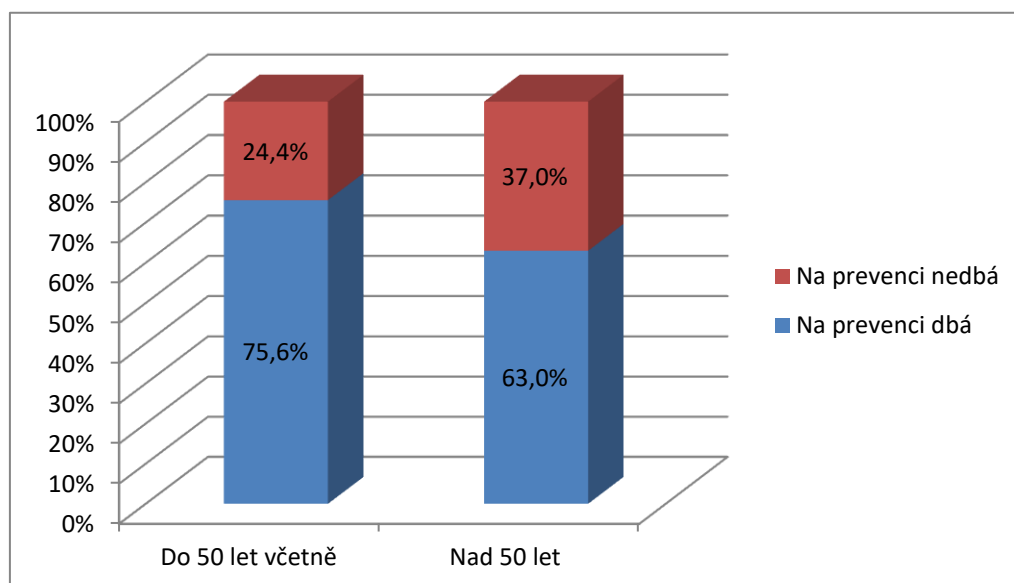
Z grafu 6 je patrný přístup pacientů do 50 let věku včetně, kteří dbají na prevenci nádorových onemocnění. Za ukazatel této veličiny je brána odpověď na dotaz, zdali tito respondenti pravidelně navštěvují preventivní lékařské prohlídky. Z 645 dotázaných rozhodující většina, 76 % tvrdí, že se pravidelných preventivních prohlídek zúčastňuje a 24 % respondentů se preventivních prohlídek neúčastní.

**Graf 7 Přístup populace nad 50 let věku k prevenci nádorových onemocnění (%)**



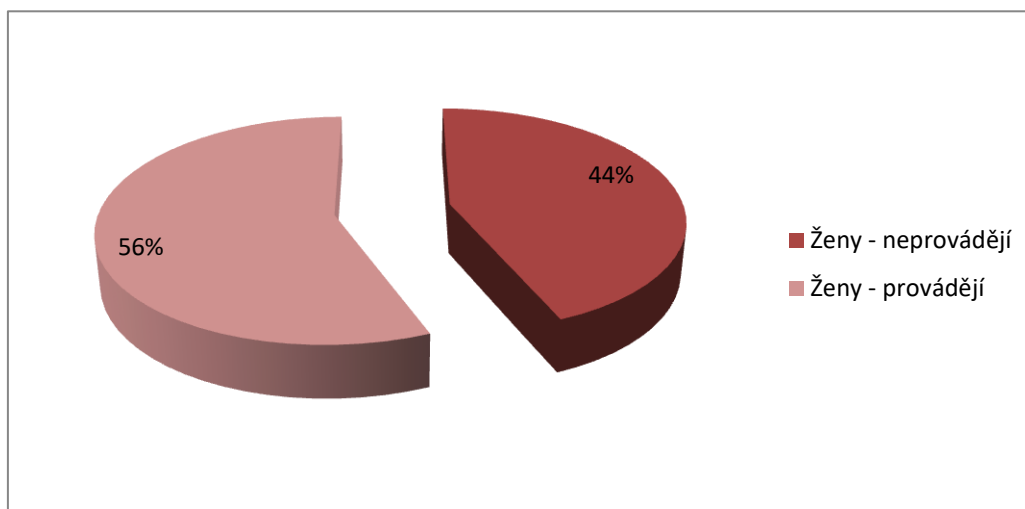
Hypotéza 2 klade otázku, jestli je přístup starší generace k prevenci nádorových onemocnění zodpovědnější, než je tomu u mladších respondentů. Graf znázorňuje, že 63 % respondentů nad 50 let na prevenci dbá, a naopak 37 % respondentů, na prevenci nedbá.

**Graf 8 Statistické zhodnocení hypotézy 2 (%)**



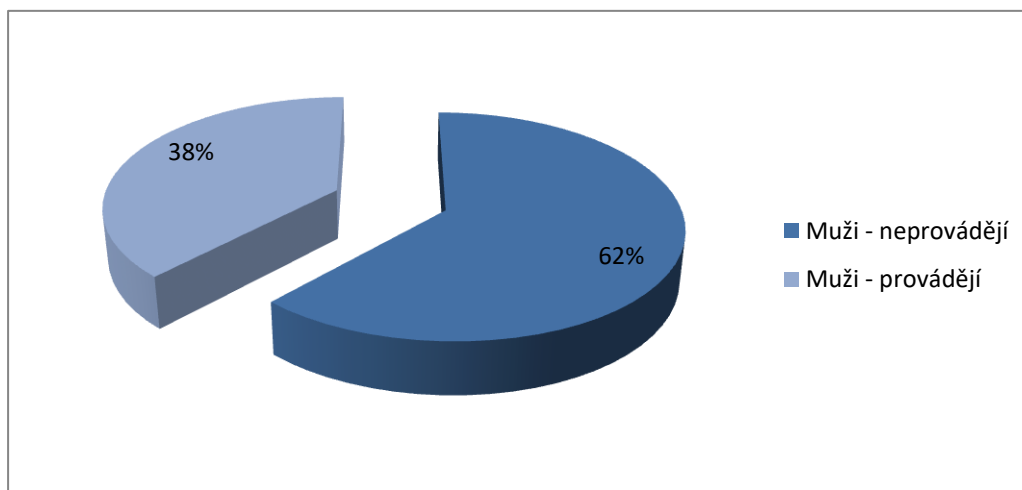
Seskupením dat z grafů 6 a 7 získáváme sloupcový podílový graf číslo 8, ve kterém jsou uspořádány požadované hodnoty. Z grafu vyplývá, že mladší generace, tedy populace do 50 let včetně, na prevenci dbá více. Oproti 75,6 % respondentů do 50 let včetně, totiž pravidelné preventivní prohlídky navštěvuje 63,0 % respondentů nad 50 let věku. Rozdíl tentokrát činí 12,6 procentních bodů. Pro verifikaci či falzifikaci předem stanovené hypotézy byl využit test o shodě dvou relativních četností. P-hodnota = 0,126, z čehož plyne, že  $P > 0,05 \Rightarrow H_0$ , kdy  $H_0$  vyjadřuje, že generace nad 50 let nedbá více na prevenci nádorových onemocnění, než mladší ročníky. **Hypotéza 2 (Generace nad padesát let dbá více na prevenci nádorových onemocnění, než mladší ročníky) nebyla potvrzena.**

**Graf 9 Samovyšetření prsu u žen v daném vzorku populace (%)**



Graf 9 byl zpracován v programu Microsoft Excel pomocí statistika, který ke zpracování dat využil kombinaci několika funkcí. Z grafu 9 lze vypočítat, že 56 % žen z vybraného vzorku populace si provádí samovyšetření prsů. Zbýlých 44 % žen samovyšetření prsů vůbec neprovádí.

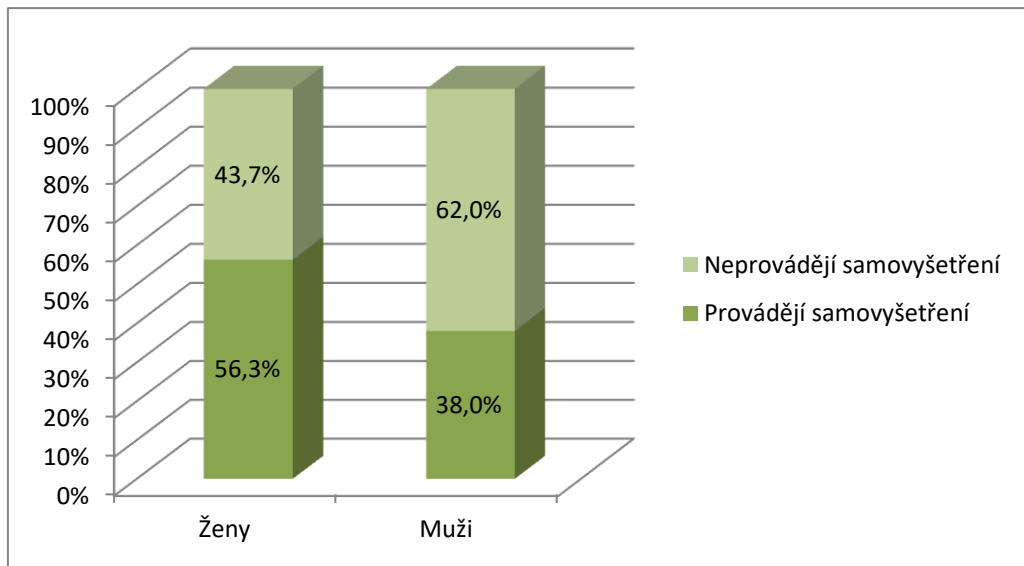
**Graf 10 Samovyšetření varlat u mužů v daném vzorku populace (%)**



Z grafu 10 je patrné, že 38 % mužů ze vzorku populace samovyšetření varlat provádí a naopak více mužů, tedy 62 % samovyšetření varlat vůbec neprovádí.

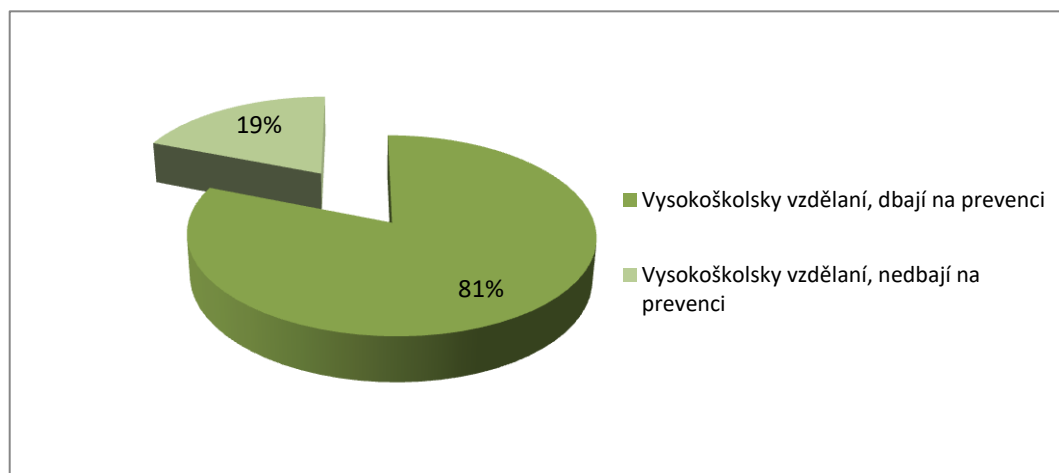


**Graf 11 Statistické zhodnocení hypotézy 3 (%)**



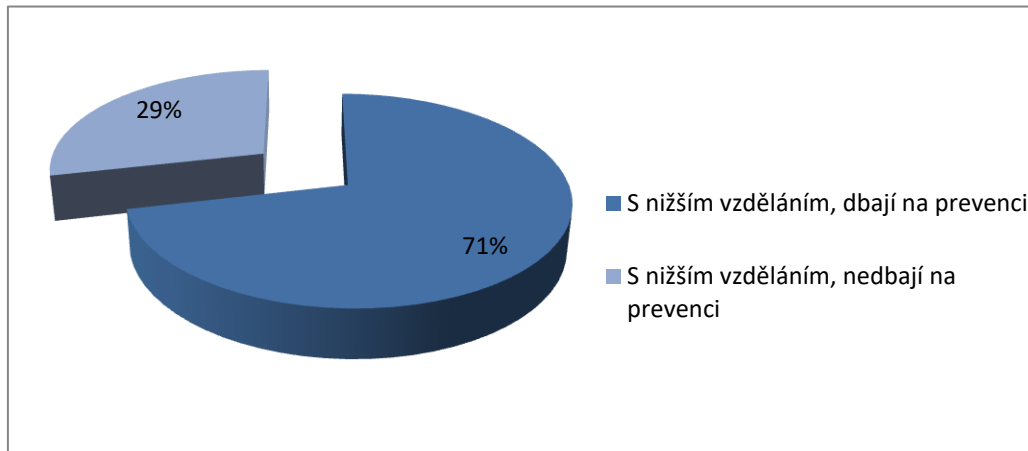
Spojením dvou předchozích grafů 9 a 10 vznikl graf 11, který znázorňuje samovyšetření prsu/varlat dle pohlaví. Graf 11 znázorňuje podíl mezi ženami a muži, kteří provádějí a neprovádějí samovyšetření prsů a varlat. V grafu 11 lze vypožorovat, že samovyšetření prsu (56,3 %), provádějí ženy častěji, než muži vyšetření varlat (38,0 %). Rozdíl mezi samovyšetřením u mužů a u žen činí 18,3 %. Pro verifikaci či falzifikaci předem stanovené hypotézy byl využit test o shodě dvou relativních četností. P-hodnota = 0,004, z čehož plyne, že  $P < 0,05 \Rightarrow H_a$ , kdy  $H_a$  vyjadřuje, že samovyšetření prsu u žen není stejně časté, jako samovyšetření varlat u mužů. **Hypotéza 3 (Ženy častěji provádějí samovyšetření prsu, než muži samovyšetření varlat) byla potvrzena.**

**Graf 12 Pozornost věnovaná prevenci nádorových onemocnění u respondentů s vysokoškolským vzděláním (%)**



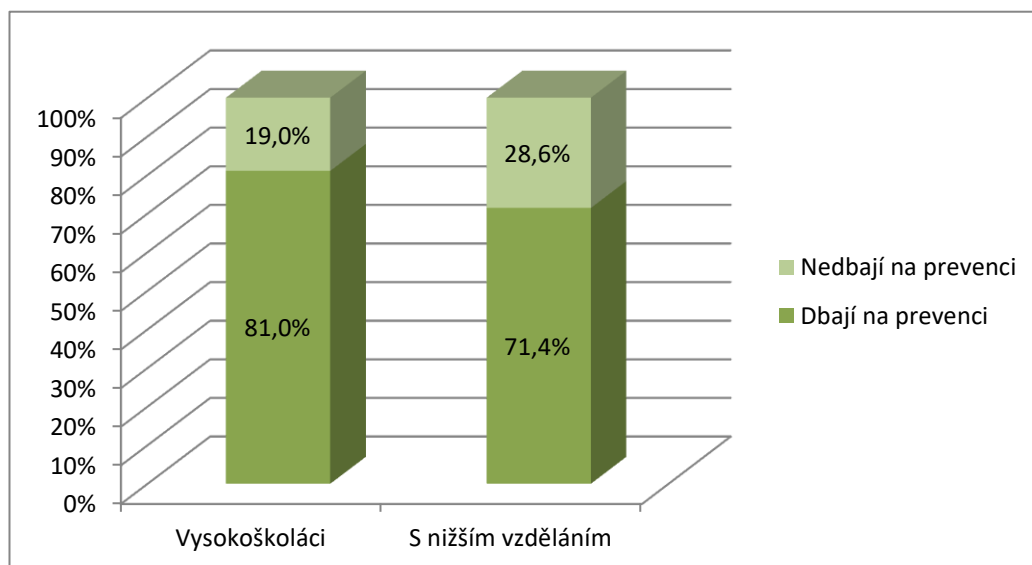
Graf 12 znázorňuje poměr mezi vysokoškolsky vzdělanými lidmi, kteří dbají na prevenci nádorového onemocnění a vysokoškolsky vzdělanými, kteří na prevenci nádorového onemocnění nedbají. Graf 12 vyjadřuje, že 81 % respondentů s vysokoškolským vzděláním dbá na prevenci nádorových onemocnění, tedy dochází na preventivní prohlídky. Zbýlých 19 % dotazovaných, kteří absolvovali vysokoškolské vzdělání, v dotazníku odpověděli, že na prevenci nádorových onemocnění nedbají, tedy, že pravidelně nedocházejí na preventivní prohlídky.

**Graf 13 Pozornost věnovaná prevenci nádorových onemocnění u respondentů s nižším vzděláním, než vysokoškolským (%)**



Graf 13 popisuje vztah mezi respondenty s nižším než vysokoškolským vzděláním, kteří dbají na prevenci nádorových onemocnění a docházejí pravidelně na preventivní prohlídky a respondenty s tímž stupněm vzděláním, kteří na prevenci nádorových onemocnění nedbají, tedy nedocházejí na pravidelné preventivní prohlídky. Výsledek v tomto grafu je, že 71 % respondentů s nižším vzděláním dbá na prevenci nádorových onemocnění a 29 % na prevenci nádorových onemocnění nedbá a nedochází tedy na pravidelné preventivní prohlídky.

**Graf 14 Statistické zhodnocení hypotézy 4 (%)**



Shromážděním dat byl vytvořen graf 14, který vyjadřuje poměr docházky na pravidelné preventivní prohlídky, mezi vysokoškolsky vzdělanými lidmi a lidmi s nižším vzděláním. Z grafu je patrné, že lidé, kteří absolvovali vysokou školu (81,0 %), dbají více na prevenci, než lidé s nižším vzděláním (71,4 %). Z grafu lze také vypočítat, že 19,0 % vysokoškolsky vzdělaných nedbá na prevenci nádorových onemocnění a nechodí tedy na pravidelné preventivní prohlídky. Zbýlých 28,6 % populace tvoří lidé s nižším vzděláním, kteří též nedbají na prevenci nádorových onemocnění. Pro verifikaci či falzifikaci předem stanovené hypotézy byl využit test o shodě dvou relativních četností. P-hodnota = 0,006, z čehož plyne, že  $P < 0,05 \Rightarrow H_a$ , kdy  $H_a$  vyjadřuje, že vysokoškolsky vzdělaní lidé dbají na prevenci nádorových onemocnění více, než lidé s nižším vzděláním. **Hypotéza 4 (Vysokoškolsky vzdělaní lidé dbají na prevenci nádorových onemocnění, více než lidé s nižším vzděláním.) byla potvrzena.**

## 6 DISKUSE

Snahou diplomové práce bylo zjistit, jak je populace České republiky informována o prevenci nádorových onemocnění a zároveň, jakým způsobem sestry informují pacienty o prevenci nádorového onemocnění.

Nádorová onemocnění jsou z medicínského a ošetrovatelského hlediska velice specifickou oblastí z hlediska jejich léčitelnosti. Dnešní medicína se dokáže úspěšně vypořádat s celou řadou nádorových onemocnění, stále však existuje velká skupina nádorových onemocnění, která jsou považována, za velice obtížně léčitelná nebo dokonce za prakticky neléčitelná (Lutz, et al. 2013). Šlampa a Petera (2007) se domnívají, že u nádorových onemocnění, která jsou považována za vcelku vyléčitelná, dochází ve značném procentu případů k recidivám, metastázám a někdy i transformaci nádorových buněk do jiné mnohdy rezistentní formy nádoru. Krška, et al. (2014) konstatuje, že podstatnou složkou nebezpečnosti jakéhokoli nádorového onemocnění je psychika pacienta. Viděno z perspektivy postiženého jedince neexistuje snad onemocnění, které by mělo horší pověst, než nádorová onemocnění. S názorem Kršky, et al. (2014) musím zcela souhlasit, protože nádorové onemocnění je tak závažná nemoc, že může člověku ovlivnit život i v rámci minut. Nádorové onemocnění v rodině, obzvláště onemocnění fatálního charakteru vždy poznamená život celé rodiny. Tento názor sdílí i Kupka (2014), který tvrdí, že závažná nemoc má vliv nejenom na samotného pacienta, ale i na jeho rodinu.

V rámci prvotního zkoumání podkladů k danému tématu, bylo brzy zjištěno, že vzhledem k obtížné léčitelnosti nádorového onemocnění, musí být kladen důraz na prevenci. Tento názor koresponduje i s vyjádřením Faita, et al. (2011), který tvrdí, že prevence by měla být nezbytnou součástí ochrany zdraví každého jedince. Analýza činnosti sestry byla zkoumána kvalitativní metodou, za účelem zjištění, jestli podíl sester na preventivní činnosti ovlivňuje výrazně úroveň prevence nádorových onemocnění. Dalším aspektem kvalitativního průzkumu bylo pokusit se zjistit, zda a kde by sestry mohly svoji činnost zkvalitnit nebo změnit. Na druhou stranu bylo potřeba získat adekvátní množství informací, jak se na prevenci podílí běžná populace lidí v České republice, protože se domnívám, že si běžný občan ne vždy uvědomuje, že sám může do velké míry ovlivnit riziko vzniku nádorového onemocnění. Může nastat i případ, kdy pacient o svůj zdravotní stav zájem projevuje a dochází na preventivní prohlídky, kde však může dojít k situaci, že není správně edukován ať už sestrou nebo

lékařem a celkově preventivní efekt ztrácí svůj význam. Můj názor koresponduje i s Kissanem (2010), který rezolutně považuje efektivní komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým personálem za významnou v další léčebné péči.

Výchozí částí práce bylo kvalitativní výzkumné šetření, ve kterém byla použita forma individuálního hloubkového rozhovoru. Těžištěm rozhovoru byly tři hlavní kategorie; Preventivní opatření k udržení zdraví (Schéma 1), Preventivní opatření zaměřená na nádorová onemocnění (Schéma 2) a Komunikace s onkologicky nemocným (Schéma 3). Tyto kategorie byly následně rozdělené do významových podkategorií. Osloveny byly sestry ze tří různých oblastí medicínské činnosti. Názory nemocničních sester zastupovaly sestry z onkologického a interního oddělení. Jako protiváha byly vybrány sestry z ambulantní oblasti, přesněji sestry u praktických lékařů. Právě v ordinacích praktických lékařů bychom měli očekávat první, často rozhodující podnět k prevenci. Za absolutní protipól vůči sestřím z ordinací praktických lékařů považují sestry z onkologického oddělení, kde už se uplatňuje prevence, která je doplněná léčbou, jak tvrdí většina sester z tohoto oddělení například O3: „ ... *musím zdůraznit, že primární prevence u nás není bohužel aktuální, řešíme sekundární a terciální prevenci spolu s léčbou. Přijde mi neetické se před těmito lidmi zmiňovat o tom, co měli dříve dodržovat, aby neonemocněli.*“ nebo dokonce sestra O1, která uvádí: „ ... *řešit prevenci s pacienty, kteří už bohužel nemocní jsou, tak může být pro některé velice nepřijemné. Tyto informace a poučení jim většinou dávám až po odchodu z nemocnice.*“ Úloha sester z interního oddělení je v případě prevence nádorových onemocnění spíše vedlejší činností ve srovnání s hlavní náplní jejich práce. Sestra I2 shrnuje: „*U nás na oddělení na to není moc času, neustále se snižuje stav sester, a i když se mi to těžko říká, tak někdy na samotného pacienta a komunikaci s ním prostě nezbyvá čas.*“ Některé sestry si v rámci rozhovorů o prevenci vůbec nevzpomněly na prevenci nádorových onemocnění a zjevně akcentovaly prevenci jevů, které významně ovlivňují jejich každodenní rutinu. Sestra I5 například sdělila: „*U nás na interně řešíme docela často prevenci obezity, prevenci pádů a prevenci dekubitů.*“ popřípadě I4, která upozornila i na prevenci kardiovaskulárních chorob a pádů: „*Nejčastěji se u nás na oddělení řeší prevence, která se zaměřuje na kardiovaskulární choroby – redukce obezity, dieta, pohyb, eliminace návykového chování a podobně. Určitě nezbytná je i prevence pádů, protože na interním oddělení jsou převážně starší lidé, kteří toto riziko mají. U nás mají tito lidé i jiný náramek, který nás hned upozorní, že zde hrozí riziko pádu.*“ Ačkoli se nám při analýze může zdát, že význam dekubitů je ve srovnání

s realitou nádorového onemocnění nevýznamný, je třeba si uvědomit, jak právě například dekubity ovlivňují práci sester na interním oddělení.

V první kategorii výzkumného šetření, Preventivní opatření k udržení zdraví (Schéma 1) se setkáváme s vcelku konzistentními názory všech sester, přestože jsou zde patrné určité rozdíly dané osobnostními i odbornými atributy respondentek. Sestry převážně považují úroveň preventivní péče v České republice za dobrou až velmi dobrou, Fait, et al. (2011) dokonce uvádí, že úroveň prevence se za posledních pár let posunula hodně vpřed a je srovnatelná i s jinými, vyspělejšími státy. Tímto je samozřejmě myšlena úroveň prevence z hlediska práce zdravotnických zařízení a institucí. Jediná sestra I3 se domnívá, že by prevence *“ mohla být na lepší úrovni, než je teď. “* a vyjadřuje se tak rezolutně v neprospěch českého zdravotnictví. Tento názor byť ne tak razantně podpořila i Müllerová, et al. (2014), která se domnívá, že v oblastech prevence existuje vždy něco, co lze zdokonalit. Podle očekávání různorodější byly názory sester na přístup pacientů k prevenci, což byla stěžejní část této kategorie. Rozhodující většina sester považuje přístup pacientů za pozitivní. V rámci pracovních náplní sester samozřejmě dochází k odlišnostem, protože přístup relativně zdravých lidí, se kterými se setkávají sestry u praktických lékařů, principiálně kontrastuje s přístupem pacientů zejména onkologického oddělení, kteří jsou často postiženi i těžkými formami nádorového onemocnění. Názory většiny sester na přístup pacientů k prevenci se tedy neliší ani tak v otázce jestli pacient má o prevenci zájem, ale spíše v otázce, zda má v konkrétním případě zájem o prevenci primární, sekundární, terciální nebo kvartérní.

Diametrální rozdíly mezi odpověďmi respondentek jsem zaznamenala v přístupu sester k pacientům, kteří edukaci odmítají. Sestra I4 konstatuje: *„Určitě jim tu informaci sdělím opakovaně. Mohou se nacházet zrovna v situaci, kdy se nechtějí o ničem bavit a chtějí mít klid, tudíž za nimi na pokoj přijdu třeba později. Pokud i poté nemají zájem o informace, tak už je dál netrápím.“* Zde můžeme hovořit o výrazném vlivu osobnosti, zejména temperamentu každé z dotazovaných. Na jedné straně existují sestry, které naprosto nejeví snahu pacienta edukovat, pokud tento klient dává jasně najevo odpor a nepřímá informace. Následuje škála jemných přesvědčovacích a donucovacích prostředků, a na druhém konci spektra najdeme i sestry, které o neochotě pacienta přijímat informace zpraví lékaře, jako například sestra I1: *„Když pacienti nemají zájem, tak nic nenaděláme. Snažím se jim to neustále opakovat, a když*

*i to nepomůže, tak většinou pacienti dají více na rady lékaře a ti jim to většinou ještě jednou a odborněji vysvětlí.“*

Výrazný kontrast mezi odpověďmi sester z lůžkových oddělení na jedné straně a sester praktických lékařů na straně druhé, byl zaznamenán v oblasti zájmu pacientů o očkování v rámci primární prevence. Je přirozené, že pacienti lůžkových oddělení zájem o očkování neprojevují, i když to neznamena, že zájem nemají. Jde pouze o okolnosti, kdy pacient i zdravotnický personál nepovažuje úkony primární prevence za důležité. Proto se se zájmem o očkování rozhodně častěji setkávají sestry z ordinací praktických lékařů. Sestra P6 tvrdí: „*Myslím si, že u nás mají pacienti zájem o očkování, ženy mají často zájem o očkování proti rakovině děložního čípku a starší pacienti, tak 50 a výš mají zájem například o očkování proti chřipce.*“, názor této sestry podporuje i MUDr. Králová, která při rozhovoru pronesla, že považuje uvedená očkování u ní v ordinaci za jedny z nejčastějších.

Druhá kategorie, Preventivní opatření zaměřená na nádorová onemocnění (Schéma 2), se zabývá formou, kterou sestry nejčastěji a nejraději poskytují informace pacientům. Bez ohledu na pracoviště sestry s převahou preferují předávání informací o prevenci a edukaci pacientů formou ústní komunikace. Sestra I4 svoji odpověď rozvinula a tvrdí, že: „*... že by edukace pacienta měla být součástí náplně práce sestry. Z letáku nebo z brožury to určitě pro pacienta nejsou dostačující informace.*“ Mohou tak neprodleně reagovat na otázky pacientů a celkově edukaci přizpůsobit mentalitě, momentálním duševním schopnostem a odborným znalostem edukovaného, s tímž názorem souhlasí i Venglářová a Mahrová (2006), které pokládají komunikaci za velmi důležitou součást péče o pacienta. Náklonnost sester k verbální edukaci považují za jednoznačně pozitivní. Doplnující informace pak některé z nich poskytují formou tištěných materiálů (I1, I2, I6, O3, O7, P4-P6), což Pokorná (2006) zcela nezavrhuje a považuje tuto formu sdělení za vhodný doplněk běžné komunikace. Na první pohled byla překvapivá absence sdělování informací elektronickou formou. Ovšem opravdu jenom na první pohled: v dnešní době, kdy objem informačních toků značně přesahuje možnosti vnímání potenciálních zájemců o informace, se předávání informací elektronickou cestou začíná jevit, jako krajně neefektivní. Uživatelé v podstatě jakoukoli neočekávanou informaci na internetu hodnotí jako spam a zásadně se jí nezabývají. Distribuce edukace pomocí veřejných informačních sítí a virtuálního prostoru je tak sice nejrychlejší ze všech dostupných možností, ale přitom je naprosto neefektivní. Navíc, starší generace pacientů, zejména ročníky 1960 a starší, často sdílení



informací pomocí informačních technologií nechtějí nebo nemohou akceptovat. Tento názor podporuje i Pokorná (2010), která dospěla ve své knize k podobné myšlence. Stejná kategorie řeší i souvislosti, ve kterých jsou pacientům sdělovány informace o prevenci a řešení jejich současného zdravotního stavu. V tomto případě sestry jednoznačně naznačují, že volba souvislostí a načasování přenosu informace zpravidla jenom minimálně závisí na jejich rozhodnutí; je spíše dána okolnostmi a časovými možnostmi sester a v podstatě i lékařů. Stejně jednotné byly sestry v posouzení, jaké informace jsou pro pacienty z hlediska prevence nejdůležitější. Jak jsem očekávala, jednalo se o naprostou preferenci správného zdravého a aktivního životního stylu, což považují za důležité i Machová a Kubátová (2015). Samozřejmě, sestry z onkologického oddělení ve svých závěrech výrazně zohledňují zdravotní stav a možnosti svých pacientů. Tento jev je v zeslabené míře pozorován i u sester z interního oddělení. Velmi pozitivní je zjištění, že 66 % vybraného vzorku obyvatel České republiky na otázku, zda byli někdy informováni o důležitosti prevence nádorového onemocnění, odpovědělo kladně. Zbýlých 34 % se však domnívá, že je nikdo needukoval. Zajímavá také byla odpověď sestry O3, která tvrdí: *„Opatření, která by přímo vedla k prevenci nádorových onemocnění, tak by to bylo asi zdravé stravování, nekouřit, pohyb a celkově zdravý životní styl. Ale musím zdůraznit, že primární prevence u nás není bohužel aktuální, řešíme sekundární a terciální prevenci spolu s léčbou. Přijde mi neetické se před těmito lidmi zmiňovat o tom, co měli dříve dodržovat, aby neonemocněli.“* S výpovědí respondentky se shoduje i názor Ribeira, et al. (2016), který považuje prevenci a s tím spojený i zdravý životní styl za přínosný pro každého jedince.

Poslední, třetí kategorie Komunikace s onkologicky nemocným (Příloha 3) se zaměřuje na komunikaci sester s onkologicky nemocným pacientem. Na otázku, zda je pro sestry komunikace s onkologicky nemocnými náročná, většina sester odpověděla, že pro ně komunikace náročná není. Podle mého názoru se u většiny těchto sester jedná o to, že se na danou situaci po víceleté praxi už adaptovaly. S mým názorem koresponduje i názor Kutnohorské (2007), která tvrdí, že po určité době práce s vážně nemocným pacientem dochází k adaptaci. Práce s onkologicky nemocnými pacienty je pro ně v určitém slova smyslu rutinou. U jedné ze sester onkologického oddělení (O2), jsem při rozhovoru měla pocit, že se jí nesnáze a bolesti pacientů dotýkají hlouběji, než odhalila mně a možná hlouběji, než přiznává sama sobě. *„Jak kdy, občas ano. Záleží hodně na pacientovi, jakou má nemoc, prognózu a jak to psychicky prožívá. Podle toho se snažím uzpůsobit komunikaci.“* Naopak sestry I1, I4, I6, I7, O6, P1, P4 a P5, považují

komunikaci s onkologicky nemocným za velice náročnou, což podporuje i Pokorná (2010). Sestra P4 navíc vyslovila: „ ... každý nese tu svoji nemoc psychicky trošičku jinak, takže je důležité volit slova a být spíše pacientovi takovou podporou a vlastně se mu nesnažit říkat něco, co není pravda, čili utěšovat ho něčím, o čem víme, že je nesplnitelné, ale zase na druhou stranu ho nějakým způsobem podpořit, tak aby měl ještě chuť bojovat a aby s tou nemocí, podle toho samozřejmě v jakém je stádiu ta nemoc, tak aby měl naději. “, což považuje za pozitivní i Heřmanová (2012).

Velice kladně mě překvapily odpovědi sester na otázku, jaké zásady by měla sestra dodržovat při komunikaci s onkologicky nemocným, naprostá většina sester si myslí, že by měla sestra být empatická a ohleduplná a měla by mít citlivý přístup. Zde si pokládám otázku, v jakém poměru k sobě mají být empatie a osobní přístup vůči profesionálnímu jednání komunikace se zákazníkem. Výzkumná práce Ireny Kočibové (2016), která byla zaměřena na prevenci nádorového onemocnění prsu u žen, také prokázala, že sestra by měla v této citlivé problematice přistupovat k nemocným i příbuzným holisticky a především s pochopením pro jejich nemoc. Z hlediska sestry je zřejmě velmi těžké udržet tyto dvě zmíněné hladiny v rovnováze. Řešení lze provést dle Venglářové a Mahrové (2006), které se domnívají, že pacient nesmí mít pocit neosobního přístupu ze strany sestry a naopak, sestra si může uvědomit, že i mírně přehnané empatické emoce, mohou mít za následek, že pacient získá dojem, že se s ním děje něco špatného a sestra se to snaží kompenzovat svým soucitem. Tento názor považuji za velmi důležitý a přínosný v oblasti komunikace s vážně nemocným pacientem.

Poslední podkategorií výzkumného šetření je doplňující informace, zda pacienta o prevenci nádorových onemocnění informuje spíše sestra nebo lékař. Je překvapivé, že většina sester zastává názor, že tyto informace poskytuje spíše lékař. V tomto případě se výpovědi sester a vybraného vzorku populace shodují, protože na otázku, kým byli informováni o prevenci nádorového onemocnění, odpovědělo 57 % respondentů, že je edukuje lékař a 43 % vybrané populace informuje sestra. To lze zdůvodnit jednak skutečností, že lékař je si lépe vědom komplexních potřeb konkrétního pacienta v souvislosti s léčebnými procesy a fyziologickými dispozicemi. Navíc zde přistupuje další aspekt: sestry jsou více zatížené činnostmi denní rutiny: u sester obvodních lékařů se jedná o administrativu a organizaci, u sester z lůžkových oddělení o úkony celodenní péče o pacienta a příslušnou administrativu. Lékař má ve srovnání se sestrami větší možnost věnovat se pacientovi v naprostém klidu.

Druhá část výzkumného šetření byla vytvořena na základě dotazníku vlastní konstrukce, který byl určen pro běžnou populaci lidí. Případlo mi zajímavé zjistit, do jaké míry je zájem o prevenci nádorových onemocnění záležitostí určitých konkrétních a definovatelných skupin obyvatelstva. Nejobvyklejší rozdělení obyvatelstva do kvalitativně odlišných skupin zpravidla sleduje následující schéma: rozdělení podle pohlaví, podle věku, podle vzdělání a podle geograficky populačních hledisek. Základní otázka, na níž byly postavené jednotlivé hypotézy, se pokouší zjistit, jestli výše uvedené rozdělení obyvatel na specifické skupiny je v korelaci s přístupem těchto skupin k prevenci nádorových onemocnění. Stereotypy v myšlení navozují, že muži budou mít laxnější přístup k prevenci, než ženy. Toto je dáno jejich genetickou výbavou a předpokládaným sociálním postavením ve společnosti i v rodině, což potvrdil i King, et al. (2012). Z podobných důvodů jsem předpokládala, že lidé s vyšším vzděláním budou mít příznivější náhled na prevenci nádorových onemocnění, než ostatní skupiny obyvatelstva. Poměrně nejistá jsem si byla při odhadu výsledků odpovědí na otázku, která se týkala přístupu k prevenci v souvislosti s věkem respondentů. Geograficky populační hledisko rozdělení obyvatelstva, tedy bydlí-li respondent ve městě nebo na venkově nebo žije-li v jižních Čechách nebo na severní Moravě, jsem nebrala v úvahu, protože nepředpokládám, že bych zde našla výrazné rozdíly u jednotlivých příslušných skupin obyvatelstva. I přesto jsem samozřejmě dotazníky distribuovala do všech krajů České republiky.

Celkem byly stanoveny čtyři hypotézy, které se na základě odpovědí testovaly a vyhodnocovaly. Hypotéza H1 se zaměřuje na informovanost populace o prevenci nádorových onemocnění z hlediska pohlaví. Můj osobní předpoklad vycházel ze skutečnosti, že se můžeme domnívat, že ženy mají k prevenci zodpovědnější přístup než muži. Za předpoklad této hypotézy mi sloužil jednak předběžný průzkum v okruhu rodiny a nejbližších přátel a za druhé, vnímání mediálních kampaní, které jsou primárně zaměřeny na ženy, zejména v souvislosti s nebezpečím rakoviny prsu a nezbytností prevence tohoto nádorového onemocnění. Gulley (2011), se navíc domnívá, že muži vzhledem k jejich psychickému založení mají často tendenci neřešit příliš důsledně jejich zdravotní stav jako celek, obzvlášť pokud se jedná o prevenci chorob, čili zabývání se chorobami, které dosud nepropukly a možná se ani nevyskytnou. Tuto hypotézu můžeme po statistickém zpracování považovat za nepotvrzenou. I přes nepoměr počtu mužů a žen v celkovém počtu 645 respondentů, výsledek ukázal, že procento žen i mužů, kteří jsou informováni o důležitosti prevence nádorového

onemocnění, je prakticky stejné, respektive ve prospěch žen zde hovoří rozdíl pouhého 1,6 procentního bodu. Z rozhovorů se sestrami bylo ale patrné, že většinou ženy mají větší zájem o prevenci a o informace, než muži. Sestra P1 tvrdí, že: „*Tyto informace pacienti probírají spíše s lékařem, ale myslím si, že celkově spíše mají zájem o informace, které by mohly vést ke zlepšení jejich zdravotního stavu. Zájem mají spíše ženy, než muži.*“

Hypotéza H3 zkoumá, zda ženy častěji provádí samovyšetření prsu než muži samovyšetření varlat. Tyto diagnózy byly vybrány záměrně, protože jsou častými onkologickými onemocněními u žen a u mužů.

Hypotéza H2 testovala, zda na prevenci nádorových onemocnění dbá spíše generace lidí nad 50 let nebo mladší generace, občané do 50 let věku včetně. Předpokládala jsem, že starší respondenti, tedy generace nad 50 let, budou projevovat větší zájem o prevenci, než mladší lidé, protože zodpovědnost bývá často spojována s vyšším věkem, a navíc si myslím, že starší lidé většinou prodělali více chorob a úrazů, a proto se budou více zajímat o to, jak podobným nepříjemným událostem v životě předcházet. Podobný názor zazněl i u sestry I 6, která se domnívá: „... *že celkově mají zájem o svůj zdravotní stav, zejména ta starší generace*“. Výsledek průzkumu ale ukázal, že prevence je populárnější u mladší věkové skupiny, a to o celých 13 procentních bodů. Při zpětném posouzení lze vystopovat určitou logiku tohoto jevu. Mladší generace zřejmě častěji čerpá informace pomocí vyspělých informačních technologií, kde jsou zdroje o nutnosti prevence poměrně časté a kvalifikované. Navíc ve prospěch mladší generace hovoří v tomto směru i fakt, že v moderní společnosti je poměrně často vyzdvihován kult zdraví a zdravého těla. K tomuto názoru se přiklání i Strejčková (2007), která považuje zdravý životní styl za nezbytnou součást prevence.

Hypotéza 3, která byla potvrzena, může nepřímo podpořit nebo částečně popřít závěry hypotézy 1. Za nezbytnou součást prevence totiž považují, zda se člověk zabývá samovyšetřením prsu nebo varlat, které jsou snadno postižitelné nádorovým onemocněním. I zde jsem předpokládala, že zodpovědnost žen v tomto směru bude výrazně vyšší, než je tomu u mužů. Důvody jsou podobné, jako v případě hypotézy 1: vyšší informovanost žen díky mediálními kampaním, průměrně celkově zodpovědnější přístup žen k životu, a v neposlední řadě i fakt, že většina žen považuje své hrudní partie za atraktivní a nezbytnou součást své osobnosti, což potvrzuje i ve své publikaci Etické problémy v onkologii Opatrná (2008). Na rozdíl od hypotézy H1, tato

hypotéza se poměrně přesvědčivě potvrdila rozdílem 18,3 %, přesněji řečeno, zatímco samovyšetření prsu provádí 56,3 % respondentek, samovyšetření varlat provádí pouze 38,0 % respondentů. Zajímavé je ale zjištění, že průzkum v roce 2016, který vytvořila v rámci diplomové práce Bc. Aneta Procházková, prokázal, že samovyšetření prsu provádí celkem 62 % dotázaných žen.

Krátkou neformální anketou u několika mužů bylo návazně zjištěno, že nikdo z takto dotázaných ani netušil, jak se samovyšetření provádí, a že by ho měl vůbec provádět. Ke stejným závěrům došla i Markéta Pospíšilová (2014), která ve své bakalářské práci uvádí, že dotázaným mužům chybí nejenom dostatek informací o této problematice, ale i informace o tom, jak se samovyšetření varlat provádí. Jako řešení tohoto problému, bych navrhovala informovat muže nebo i jejich partnerky či manželky o tom, že existují různé kampaně (AVON pochod) nebo i webové stránky (prsakoule.cz), které edukují populaci o tom, jak samovyšetření provádět.

Poslední hypotéza, H4, se snaží obhájit myšlenku, že na prevenci nádorových onemocnění více dbají lidé s vysokoškolským vzděláním, než je tomu u občanů se vzděláním nižším. V tomto případě jsem předpokládala, že přístup vysokoškoláků bude pozitivnější, což znamená zodpovědnější. Za vysokoškolské vzdělání lze považovat vzdělání, kterého bylo dosaženo na vysoké škole, a po jeho dokončení byl respondentovi udělen akademický titul. Za nižší vzdělání je považováno základní vzdělání, vyučen, středoškolské vzdělání s maturitou a vyšší odborné vzdělání. I přesto, že vzdělání bylo při sběru dat u respondentů nevyvážené, tak výzkum potvrdil, že vysokoškolsky vzdělaní respondenti dbají na prevenci nádorových onemocnění více, než respondenti se středoškolským vzděláním, vyučným listem nebo se základním vzděláním. Velmi pozitivní je, že výsledky Českého statistického úřadu ukazují na zcela totožný poměr vzdělání občanů České republiky s poměrem vzdělání vybraného vzorku obyvatel v této práci. Statistické zpracování potvrdilo, že zájem vysokoškoláků o prevenci je vyšší o jednu desetinu (9,6 %). Kladným jevem ale zůstává, že u obou skupin sledovaného vzorku obyvatelstva je to vždy výrazně nadpoloviční většina (71,4 % u ne-VŠ, respektive 81,0 % u VŠ), pro kterou je prevence nádorových onemocnění důležitá.

Z celého výzkumného šetření vyplývá, že informovanost veřejnosti o nutnosti prevence onkologických onemocnění je poměrně vysoká, nicméně je zde ještě prostor ke zlepšení. Důležitou roli sehrávají hlavně zdravotničtí pracovníci, v tomto případě sestry, které by měly věnovat více času tomu, aby pacienty informovaly o prevenci

nádorových onemocnění. Výzkum prokázal, že většina sester považuje za nejdůležitější verbální komunikaci, což je pozitivní zjištění, protože touto formou se pacient dozví nejvíce informací a má možnost se sestry na některé otázky ještě dotázat. Sestry, hlavně u praktických lékařů, by měly pacienty více informovat o tom, že zdravý životní styl má velký vliv na vznik nádorového onemocnění. Výzkum totiž prokázal, že u sester praktického lékaře tyto informace poskytuje spíše lékař. Myslím si, že by se na prevenci nádorových onemocnění měl klást větší důraz, protože právě včasným zjištěním lze předejít u mnoha případů předčasnému úmrtí pacienta.

## 7 ZÁVĚR

Výzkumné cíle pro tuto diplomovou práci byly zvoleny s ohledem na charakteristiku nádorových onemocnění. Některé typy nádorových onemocnění jsou prakticky nevyléčitelné, a proto za podstatnou složku ochrany obyvatelstva musíme považovat prevenci nádorových onemocnění.

V diplomové práci byla použita kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření. Pro kvalitativní formu byly zvoleny polostrukturované rozhovory se sestrami. Kvantitativní forma byla naopak zaměřena na běžnou populaci lidí České republiky.

Prvním cílem bylo zjistit, jak je populace České republiky informována o prevenci nádorových onemocnění. Ke zjištění cíle byly stanoveny 4 hypotézy, ke kterým byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce.

První hypotéza; Ženy jsou více informovány o důležitosti prevence nádorového onemocnění, než muži, nebyla potvrzena.

Hypotéza H2, která, testuje, zda generace nad 50 let dbá více na prevenci nádorových onemocnění než mladší ročníky, nebyla potvrzena. Překvapivě byl zaznamenán větší počet mladých respondentů, kteří dbají na prevenci nádorových onemocnění, než tomu bylo u generace nad 50 let.

Třetí hypotéza; Ženy častěji provádějí samovyšetření prsu, než muži samovyšetření varlat, byla potvrzena. Za hlavní důvod potvrzení hypotézy lze považovat daleko širěji a důsledněji pojatou propagaci a edukaci o samovyšetření prsu, než je tomu u samovyšetření varlat. Navíc, objektivně vzato, zatímco drtivá většina žen pravidelně navštěvuje gynekologa, návštěvy mužů u urologa zpravidla následují až po zjištění subjektivních obtíží.

Poslední, čtvrtá hypotéza, která, mapuje, zda vysokoškolsky vzdělaní lidé dbají na prevenci nádorových onemocnění, více než lidé s nižším vzděláním, byla potvrzena. Vysokoškolsky vzdělaní lidé mívají obvykle pozitivnější přístup k informačním technologiím, což jim umožňuje mimo jiné sledovat trendy moderního způsobu života.

Druhým cílem diplomové práce bylo, zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry poskytují informace o prevenci nádorových onemocnění. V této části diplomové práce byla použita kvalitativní forma výzkumného šetření, při které byly využity výsledky polostrukturovaných rozhovorů se sestrami. Sestry z ordinací praktických lékařů,

z interního a onkologického oddělení odpověděly na otázky, které směřovaly k řešení výzkumných otázek.

První výzkumná otázka; Jakým způsobem sestry poskytují informace pacientům o prevenci nádorového onemocnění, byla syntetizována z otázek zaměřených na způsob komunikace sester a jejich sociální schopnosti obecně. Výsledky ukázaly, že většina sester se snaží poskytovat pacientům ucelené informace ať už samostatně nebo ve spolupráci s lékařem. Zajímavé je zjištění, že sestry z lůžkových oddělení komunikují na dané téma častěji, než sestry u praktických lékařů, které v tomto směru více spoléhají na lékaře. Sestry z onkologického oddělení navíc své odpovědi specifikují ve smyslu, že těžiště edukace pacienta přesouvají na dobu jeho odchodu, kdy ho mimo jiné edukují o prevenci vzniku komplikací během léčby nebo po ní.

Druhá výzkumná otázka; Jaké jsou z pohledu sester nejdůležitější informace, které v souvislosti s prevencí nádorového onemocnění pacientům sdělují, mapuje obsah sdělení v rámci edukace pacientů. Odpovědi sester se v tomto případě výrazně lišily podle příslušnosti sester na jednotlivá oddělení. Sestry z ordinací praktických lékařů akcentují zdravý životní styl jako celek, sestry z onkologického oddělení naopak upozorňují pacienty na zdravou stravu, která je vyhovující při léčbě nádorových onemocnění, zatímco internistky překvapivě často hovořily více o prevenci dekubitů, pádů a prevenci kardiovaskulárních chorob, přičemž prevenci nádorových onemocnění prakticky neupřednostňovaly.

Ve třetí výzkumné otázce; Jakou zátěž představuje pro sestry komunikace s onkologicky nemocným pacientem, došlo až na nepatrné výjimky ke vzácné shodě. Rozdíly byly dány zejména skutečností, že zatímco pro sestry na onkologickém oddělení je komunikace s onkologicky nemocnými denním jevem, pro sestry z interny a ordinací praktických lékařů je komunikace tohoto charakteru těžší.

Výstupem této diplomové práce je článek, který bude uveřejněn v odborném časopise. V článku budou shrnuty a analyzovány výsledky obou částí výzkumného šetření.

Přínosem pro praxi je oboustranný náhled na potřebu prevence a to jak z hlediska laické veřejnosti, tak i z hlediska zdravotnického personálu. Diplomová práce by tedy mohla sloužit, jako podpůrný materiál pro doplnění informací pro sestry, popřípadě studenty zdravotnických oborů, kteří chtějí edukovat pacienty o prevenci nádorových onemocnění. Tyto sestry zde mohou najít nástin návodu, jak edukaci provádět a mohou se seznámit i s očekávatelnými reakcemi pacientů na případnou edukaci.



## 8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADAM, Z., et al., 2011. *Obecná onkologie*. Praha: Grada. 394 s. ISBN 978-80-7262-715-8.
2. BARTOŇKOVÁ, H., 2002. *Manuál prevence a časně detekce nádorových onemocnění*. Brno: Masarykův onkologický ústav. 94 s. ISBN 80-238-9513-3.
3. BARTŮNĚK, P., PTÁČEK R., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
4. BECK, S. et al., 2016. The International Society of Nurses in Cancer Care: Position Statements Can Aid Nurses to Think Globally and Act Locally [databáze]. *Oncology Nursing Society* [cit. 2016-05-24]. Dostupné z: <https://onf.ons.org/onf/43/2/international-society-nurses-cancer-care-position-statements-can-aid-nurses-think-globally>.
5. BINAROVÁ, A., 2010. *Radioterapie*. Ostrava: Ostravská Univerzita v Ostravě. 252 s. ISBN 978-80-7368-701-4.
6. BISCHOFOVÁ, S., BŘEZKOVÁ, V., ŠACHLOVÁ, M., SLABÝ, O., HORÁČEK, M., 2016. Výživové faktory a faktory životního stylu ve vztahu ke kolorektálnímu karcinomu. *Výživa a potraviny*. 71(4), 100-104. ISSN 1211-846X.
7. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
8. BRAWER, E., 2017. *Destiny rides again: the reappearance of silicone gel-filled breast implant toxicity*. [online].[cit. 2017-02-04]. Dostupné z: <http://1url.cz/XtFrc>.
9. CIBULA, D., et al., 2010. *Onkogynekologie*. Praha: Grada. 614 s. ISBN 978-80-247-2665-6.

10. ČELEDOVÁ, L., et al., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
11. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
12. DRUMMOND, B., et al., 2015. *Planning and Care for Children and Adolescents with Dental Enamel Defects*. New York: Springer. 279 p. ISBN 978-3-662-44800-7.
13. FAIT, T., et al., 2011. *Preventivní medicína*. 2. vydání. Praha: Maxdorf. 770 s. ISBN 978-80-7345-237-7.
14. FLYNN, S. et al., 2015. Caring for Cancer Patients with an Intellectual Disability: Attitudes and Care Perceptions of UK Oncology Nurses [databáze]. *European Journal of Oncology Nursing* [cit. 2016-05-24]. Dostupné z: [1url.cz/UtsYc](http://1url.cz/UtsYc)
15. GULLEY, J., 2011. *Prostate Cancer*. New York: Demos Medical. 618 p. ISBN 978-1-936-287-46-8.
16. HEŘMANOVÁ, J., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
17. IWAMOTO, R., et al., 2012. *Manual for radiation oncology nursing practice and education*. Pittsburgh: Oncology Nursing Society. 425 p. ISBN 9781461915652.
18. KUJAN, O., et al., 2006. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer [databáze]. *University Dental Hospital of Manchester* [cit. 2016-11-12]. Dostupné z: <http://1url.cz/RtFtw>.
19. KALA, Z., 2008. Kolorektální karcinom. [online]. *Onkologická péče* [cit. 2016-05-24]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/files/onkologicka-pece/9.pdf>.
20. KALVACH, Z., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

21. KING, C., et al., 2012. *Quality of life: from nursing and patient perspectives: theory, research, practice*. 3. issue. Sudbury: Jones & Bartlett Learning. 570 s. ISBN 978-0-7637-4943-9.
22. KISSANE, D., 2010. *Handbook of communication in oncology and palliative care*. Oxford: Oxford University Press. 748 p. ISBN 978-0-19-923836-1.
23. KLENER, P., 2002. *Klinická onkologie*. Praha: Galén. 686 s. ISBN 80-7262-151-3.
24. KOČÍBOVÁ, I., 2016. *Primární a sekundární prevence rakoviny prsu u žen*. Olomouc. Bakalářská práce. FVZ UP.
25. KONOPÁSEK et al., 2004. *Onkologie pro praktické lékaře*. Praha: Galén. 179 s. ISBN 978-80-7262-2.
26. KRŠKA et al., 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. 872 s. ISBN 978-80-247-4284-7.
27. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
28. KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.
29. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
30. LEWIS-PATTERSON, P., et al., 2016. Cancer Prevention in the Survivorship Setting [online]. *Semin Oncol Nurs* [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: <http://1url.cz/wtFrA>.
31. LUTZ, S., CHOW E., HOSKIN P., 2013. *Radiation Oncology in Palliative Cancer Care*. New York: Wiley. 410 p. ISBN 9781118607152.

32. LÜLLMANN, H., HEIN L., MOHR K., 2007. *Barevný atlas farmakologie*. 3. vydání. Praha: Grada. 372 s. ISBN 978-80-247-1672-5.
33. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ D., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
34. MALEK, A., TCHERNITSA O., 2013. *Ovarian Cancer: Methods and Protocols*. New York: Humana Press. 515 p. ISBN 978-1-62703-546-0.
35. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
36. MARKOVÁ, M., 2011. Onkologická prevence v komunitní péči. *Sestra*. 21 (4) s. 16 ISSN 1210-0404.
37. MCGONIGLE B., et al., 2006. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada. 355 s. ISBN 80-247-1720-4.
38. MECHL, Z., 2007. Současné možnosti biologické terapie [online]. *Onkologická péče* [cit. 2016-05-24]. Praha: Česká asociace sester, sekce onkologická. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/files/onkologicka-pece/4.pdf>
39. MORGAN, B., TARBI E., 2016. The Role of the Advanced Practice Nurse in Geriatric Oncology Care [online]. *Seminars in Oncology Nursing* [cit. 2016-05-26]. Dostupné z: [1url.cz/ltsYv](http://url.cz/ltsYv)
40. MÜLLEROVÁ, D., et al., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. 252 s. ISBN 978-80-246-2510-2.
41. O'CONNOR, M., ARANDA S., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
42. OPATRNÁ, M., 2008. *Etické problémy v onkologii*. Praha: Mladá fronta. 114 s. ISBN 978-80-204-1876-0.

43. PACÍK, D., 2007. Smysl a možnosti diagnostiky karcinomu prostaty v časném stadiu [online]. *Onkologická péče* [cit. 2016-05-23]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/files/onkologicka-pece/1.pdf>
44. PAYNE, S., et al., 2007. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
45. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
46. POSPÍŠILOVÁ, M., 2014. *Informovanost mužů o problematice rakoviny varlat*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
47. PROCHÁZKOVÁ, A., 2016. *Problematika prevence karcinomu prsu ve výchově ke zdraví*. Brno. Diplomová práce. PED MU.
48. PUIG SILLA et al., 2008. Use of chlorhexidine varnishes in preventing and treating periodontal disease. A review of the literature [online]. *Faculty of Medicine and Dentistry* [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <http://1url.cz/4tFtq>.
49. RIBEIRO et al., 2016. Work related musculoskeletal disorders in primary health care nurses [online]. *Community Nurse Specialist* [cit. 2016-08-27]. Dostupné z: <http://1url.cz/StFrX>.
50. SKOVAJSOVÁ, M., 2012. Screening nádorů prsu v České republice potřebuje součinnost chirurgů. *Rozhledy v chirurgii*. (91)3, 121 -131. ISSN 0035-9351.
51. SLÁMA, J., 2007. Cervarix - další krok v prevenci karcinomu děložního hrdla. *Zdravotnické noviny příloha Lékařských listů*. (56)21, 10 - 12. ISSN 1805-2355.
52. SOVOVÁ, E., 2006. *100+1 otázek a odpovědí o prevenci nejčastějších onemocnění: nádory, obezita, kouření, fyzická onemocnění, psychická onemocnění*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 80-247-0952-X.

53. STREJČKOVÁ, A., 2007. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. Praha: Fortuna. 110 s. ISBN 978-80-7168-943-0.
54. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ M., 2006. *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 211 s. ISBN 80-247-1777-8.
55. ŠLAMPA, P., PETERA J., 2007. *Radiační onkologie*. Praha: Galén. 457 s. ISBN 978-80-7262-469-0.
56. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 143 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
57. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
58. TAMAKI, Y., et al., 2009. Construction of a dental caries prediction model by data mining [online]. *National Institute of Public Health* [cit. 2016-11-12]. Dostupné z: <http://1url.cz/ytFrO>.
59. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
60. VORLÍČEK, J. et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
61. VORLÍČEK, J., 2008. Aktivity České onkologické společnosti ČLS JEP v prevenci onkologických onemocnění [online]. *Onkologická péče* [cit. 2016-05-23]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/files/onkologicka-pece/5.pdf>.
62. VORLÍČEK, J., et al., 2004. *Paliativní medicína*. 2. vydání. Praha: Grada. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
63. Vyhláška č. 70/2012 Sb., o Preventivních prohlídkách, 2012. [online]. [cit. 2016-05-20]. Dostupné z: [1url.cz/4tsnt](http://1url.cz/4tsnt)

64. ŽALOUDÍK, J., 2008. *Vyhnete se rakovině aneb prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-2307-5.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 Schéma 1 Preventivní opatření k udržení zdraví

Příloha 2 Schéma 2 Preventivní opatření zaměřená na nádorová onemocnění

Příloha 3 Schéma 3 Komunikace s onkologicky nemocným

Příloha 4 Otázky k rozhovorům se zdravotnickými pracovníky - sestrami

Příloha 5 Dotazník vlastní konstrukce určený pro veřejnou populaci lidí

Příloha 6 Anketa

Příloha 7 Tabulka 1 Rozložení věku respondentů

Příloha 8 Tabulka 2 Struktura vzdělání respondentů

Příloha 9 Tabulka 3 Rozdělení respondentů podle krajů ČR

Příloha 10 Tabulka 4 Vstupní data sester

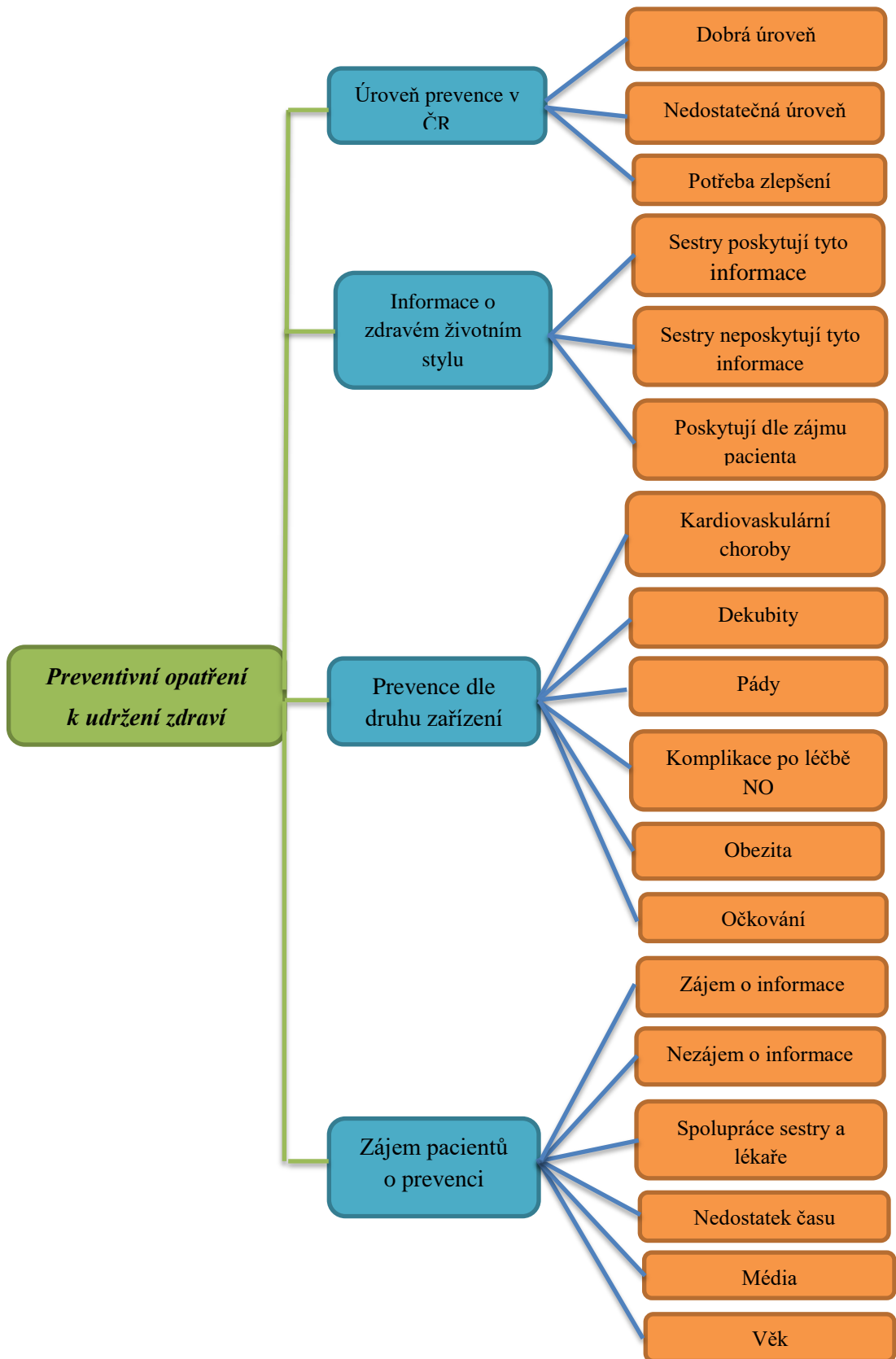
Příloha 11 Doplnující informace k výzkumnému šetření (grafy)

Příloha 12 CD s přepsanými rozhovory sester



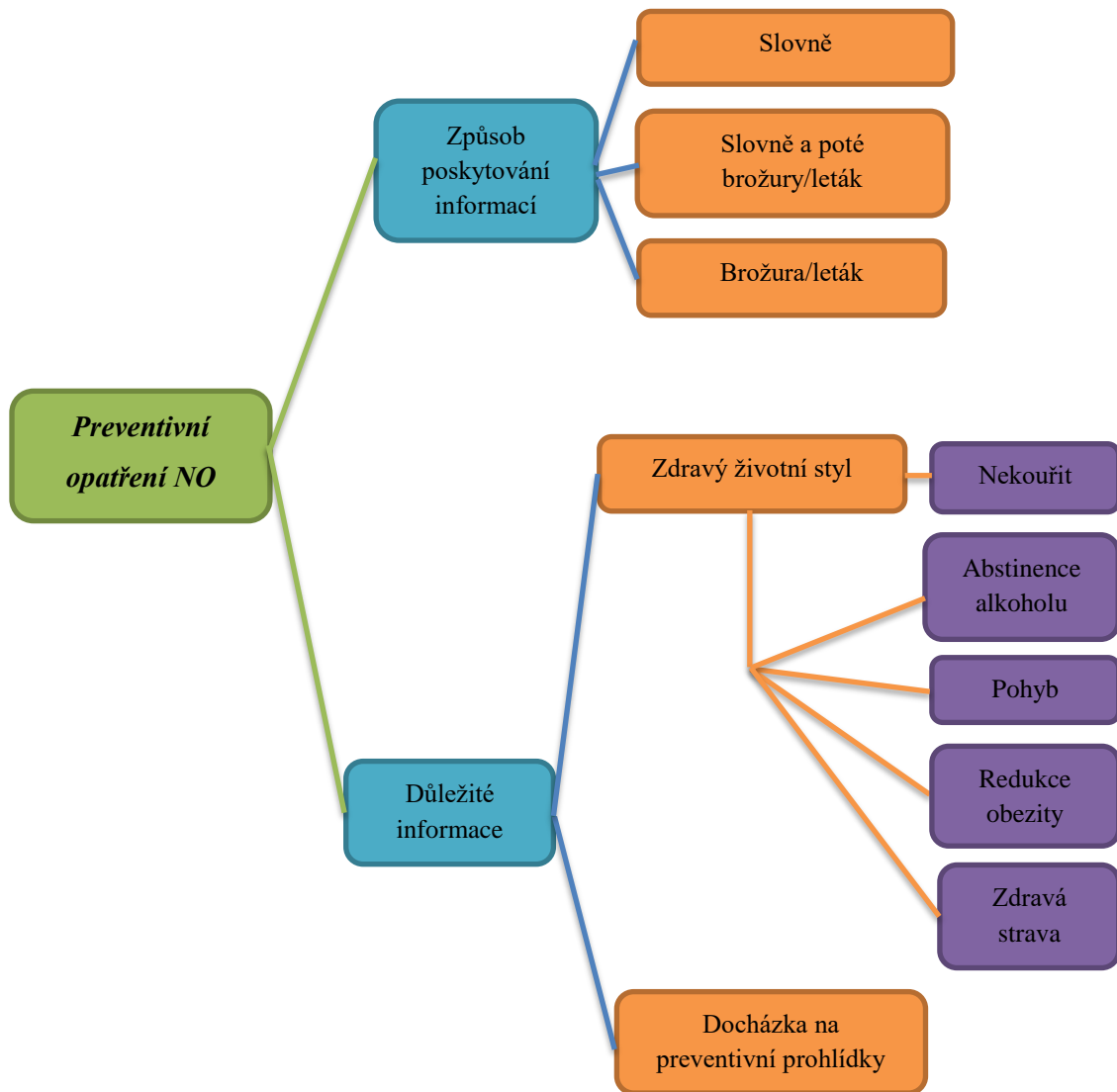
## Příloha 1

Schéma 1 Preventivní opatření k udržení zdraví



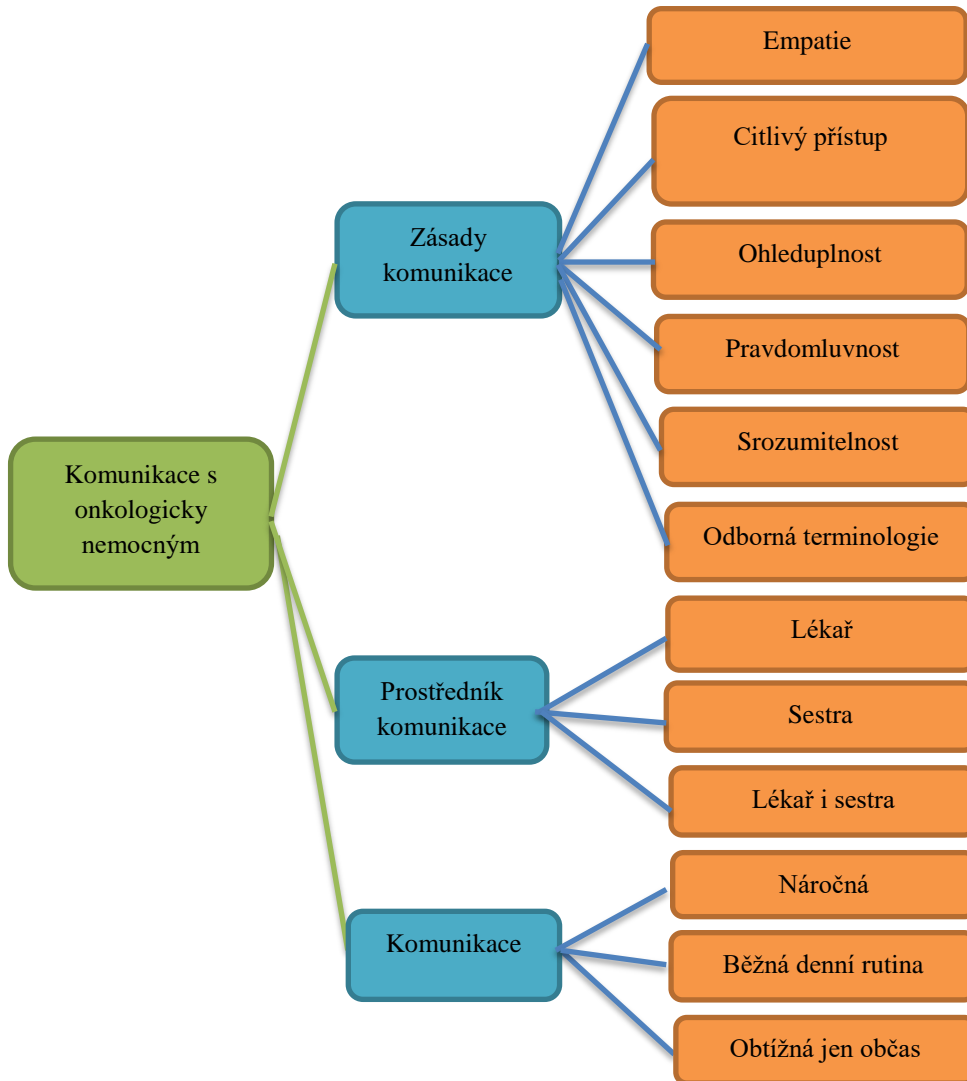
## Příloha 2

Schéma 2 Preventivní opatření zaměřená na nádorová onemocnění



### Příloha 3

Schéma 3 Komunikace s onkologicky nemocným



## **Příloha 4**

### Otázky k rozhovorům se zdravotnickými pracovníky - sestrami

1. Jaký názor máte na současný stav preventivní péče v České Republice?
2. Jak často informujete pacienty o důležitosti docházení na pravidelné preventivní prohlídky?
3. Kolik % pacientů z vašeho pohledu pravidelně dochází na preventivní prohlídky?
4. Mají pacienti zájem o informace týkající se jejich zdravotního stavu? Pokud ano, proč? Pokud ne, proč?
5. Jestliže pacienti nemají zájem o informace, které jim ohledně prevence sdělujete, jak tuto situaci řešíte?
6. Jakou oblast prevence s pacienty nejčastěji řešíte?
7. Jakou formou/způsobem pacientům sdělujete informace týkající se prevence nádorových onemocnění? (slovně, brožura, zprávou či jinou formou)
8. V jaké souvislosti pacientům sdělujete informace týkající se prevence nádorových onemocnění? (v rámci preventivních prohlídek, v rámci hospitalizace či jiné souvislosti)
9. Jaké jsou z Vašeho pohledu nejdůležitější informace, které v souvislosti s prevencí nádorového onemocnění pacientům sdělujete?
10. Kdybyste pacientovi mohla doporučit nějaká opatření, která by vedla k prevenci nádorových onemocnění, která doporučení byste zvolila?
11. Sdělují informace týkající se prevence nádorových onemocnění ve vašem zařízení/oddělení spíše sestra nebo lékař?
12. Je pro Vás komunikace s onkologicky nemocným pacientem obtížná? Pokud ano, proč?
13. Jaké zásady by podle vás měla dodržovat sestra, při komunikaci s onkologicky nemocným pacientem?
14. Kolik je Vám let?
15. Jaká je Vaše délka praxe?
16. Jaké je vaše nejdéle dosažené vzdělání?
17. Poskytujete pacientům informace o zdravém životním stylu?
18. Mají pacienti zájem o nepovinná očkování?

Zdroj: vlastní

## **Příloha 5**

Dotazník vlastní konstrukce určený pro veřejnou populaci lidí

### **1. část - Prevence a její uplatnění u běžné populace**

**1) Pohlaví**

- muž
- žena

**2) Kolik je vám let?**

.....

**3) Z jakého kraje České Republiky pocházíte?**

- Hlavní město Praha
- Středočeský kraj
- Jihočeský kraj
- Plzeňský kraj
- Karlovarský kraj
- Ústecký kraj
- Liberecký kraj
- Královéhradecký kraj
- Pardubický kraj
- Kraj Vysočina
- Jihomoravský kraj
- Olomoucký kraj
- Zlínský kraj
- Moravskoslezský kraj

**4) Jaké je vaše nejvýše dosažené vzdělání?**

- základní vzdělání
- vyučen
- středoškolské vzdělání s maturitou
- vyšší odborné vzdělání
- vysokoškolské vzdělání

**5) Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky?**

- ano
- ne

**6) Jestliže nechodíte pravidelně na preventivní prohlídky, jaký máte důvod?**

- Nezajímám se o svůj zdravotní stav
- Nemám možnost se dopravit na preventivní prohlídky
- Nerad navštěvuji lékaře
- Bojím se
- Jiné

**7) Absolvoval/a jste někdy screeningové vyšetření?**

- ano
- ne

**8) Jestliže jste někdy absolvoval/a screeningové vyšetření, jaké?**

- Screening prsu (mamografie / sonografie)
- Screening děložního čípku
- Screening prostaty
- Screening tlustého střeva (kolonoskopie)
- jiné

**9) Jestliže jste nikdy neabsolvoval/a screeningové vyšetření, jaký jste měl/a důvod?**

- Nezajímám se o svůj zdravotní stav
- Nemám možnost se dopravit na screeningová vyšetření
- Nerad navštěvuji lékaře
- Mám obavu z pozitivního nálezu
- jiný důvod

**10) Obdržel/a jste někdy pozvánku od pojišťovny na nějaké screeningové vyšetření?**

- ano
- ne

**11) Pokud jste obdržel/a pozvánku, absolvoval/a jste dané vyšetření?**

- ano
- ne

**12) Jestliže jste obdržel/a pozvánku a dané vyšetření neabsolvoval/a, jaký jste měl/a důvod?**

- Nezajímám se o svůj zdravotní stav
- Nemám možnost se dopravit na preventivní prohlídky
- Nerad navštěvuji lékaře
- Bojím se
- jiný důvod

**13) Provádíte doma nějaké samovyšetření?**

- ano
- ne

**14) Pokud provádíte samovyšetření, jaké?**

- Samovyšetření prsu
- Samovyšetření varlat
- jiné

**15) Je pro vás prevence důležitá?**

- ano
- ne

**16) Pokud pro vás prevence není důležitá, jaký máte důvod?**

.....

**17) Víte na koho nebo kam se obrátit, máte-li nějaký zdravotní problém?**

- ano vím
- ne nevím

**18) Pokud víte, na koho se v případě zdravotního problému obrátíte?**

.....

**19) Hovořila s vámi někdy sestra o prevenci nádorových onemocnění?**

- Ano, sdělila mi, jak předcházet takové nemoci
- Ne, o takové problematice se mnou nehovoří
- Tyto informace mi sděluje pouze lékař

**20) Docházíte pravidelně k obvodnímu nebo jinému lékaři?**

- ano
- ne

**21) Pokud pravidelně docházíte k lékaři, informovala vás sestra o dané problematice?**

- ano
- ne

**22) Pokud s Vámi sestra hovořila o dané problematice, porozuměl/a jste všemu, co vám sdělila?**

- ano rozuměl/a
- ne nerozuměl/a

**23) Byl/a jste někdy onkologickým pacientem?**

- ano
- ne

**24) Jestliže jste byl nebo jste onkologickým pacientem, o jaké onemocnění se jednalo?**

.....

**25) Vyskytuje se ve vaší rodině nádorové onemocnění?**

- ano
- ne

**26) Jestliže se u vás v rodině vyskytuje nádorové onemocnění, jaké?**

.....

**27) Byl/a jste někdy informován/a o důležitosti prevence nádorového onemocnění?**

- ano
- ne

**28) Pokud ano, kdo Vás informoval?**

- Sestra
- Lékař
- Rodina
- jiné

## **2. část - Životní styl**

**29) Kouříte?**

- ano
- ne

**30) Konzumujete alkohol?**

- ne
- ano
- jen příležitostně

**31) Užíváte drogy?**

- ano
- ne



**32) Sportujete?**

- ano
- ne
- občas

**33) Kolikrát týdně konzumujete ovoce a zeleninu?**

- 1x týdně
- 3x týdně
- 5x týdně
- nekonzumuji vůbec

Zdroj: vlastní

## Příloha 6

### Anketa

- 1) Prováděl jste si někdy samovyšetření varlat?
- 2) Víte, jak se samovyšetření varlat provádí?
- 3) Víte, k čemu slouží samovyšetření varlat?
- 4) Informoval vás někdo o možnosti samovyšetření varlat?

## Příloha 7

Tabulka 1 Rozložení věku respondentů

VĚK RESPONDENTŮ		
Kategorie	Počet respondentů	Procenta
15-20	64	10 %
21-30	405	63 %
31-40	91	14 %
41-50	59	9 %
51-60	21	3 %
61-70	4	1 %
71 a více	1	0 %
<b>Celkem</b>	<b>645</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

## Příloha 8

Tabulka 2 Struktura vzdělání respondentů

NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ		
Kategorie	Počet	Procenta
Základní vzdělání	33	5 %
Vyučen	49	8 %
Středoškolské vzdělání s maturitou	283	44 %
Vyšší odborné vzdělání	27	4 %
Vysokoškolské vzdělání	253	39 %
<b>Celkem</b>	<b>645</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

## Příloha 9

Tabulka 3 Rozdělení respondentů podle krajů ČR

<b>KRAJE ČESKÉ REPUBLIKY – RESPONDENTI</b>		
<b>Kategorie</b>	<b>Počet</b>	<b>Procenta</b>
Jihočeský	272	42 %
Středočeský	80	12 %
Vysočina	43	7 %
Moravskoslezský	41	6 %
Jihomoravský	39	6 %
Plzeňský	38	6 %
Karlovarský	27	4 %
Ústecký	18	3 %
Zlínský	17	3 %
Královehradecký	16	2 %
Praha	16	2 %
Liberecký	13	2 %
Pardubický	13	2 %
Olomoucký	12	2 %
<b>Celkem</b>	<b>645</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

## Příloha 10

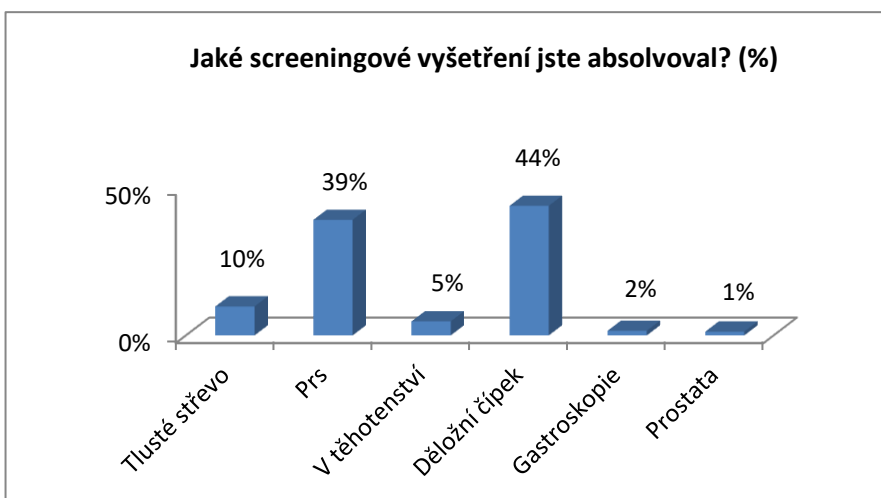
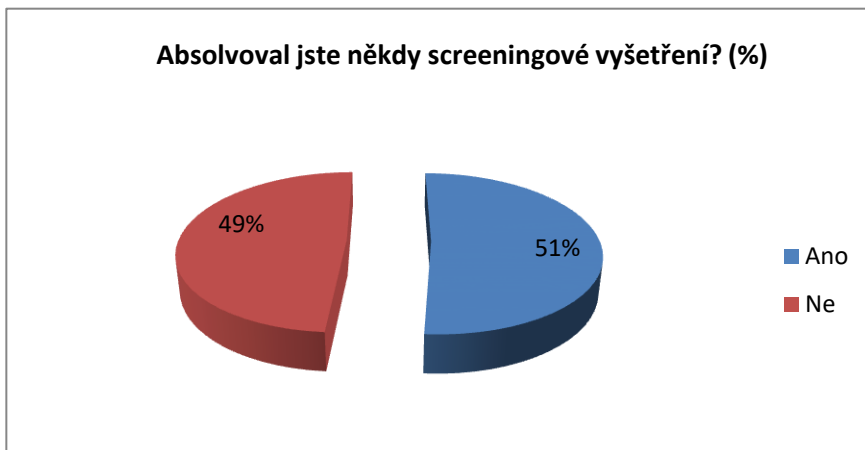
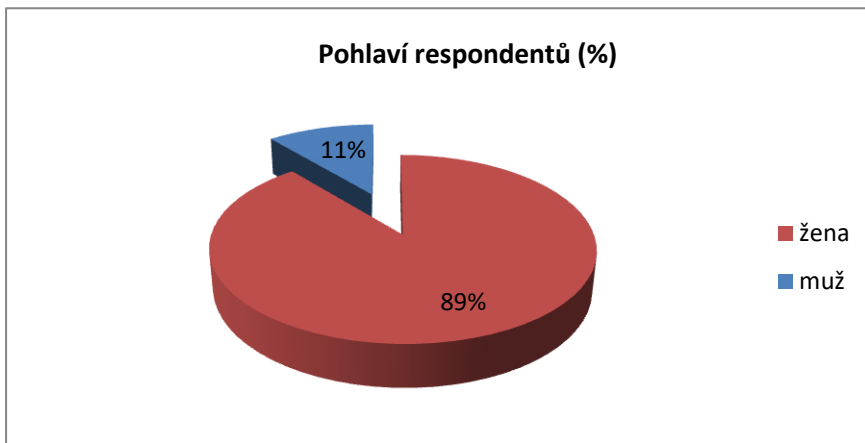
Tabulka 4 Vstupní data sester

Sestra	Oddělení	Věk	Délka praxe	Vzdělání
P1	Praktický lékař	45	26	SZŠ
P2	Praktický lékař	58	40	SZŠ
P3	Praktický lékař	46	14	Bc
P4	Praktický lékař	48	29	SZŠ
P5	Praktický lékař	52	32	SZŠ
P6	Praktický lékař	42	23	DiS
P7	Praktický lékař	39	15	SZŠ
O1	Onkologie	41	22	SZŠ
O2	Onkologie	35	16	Mgr
O3	Onkologie	28	7	Bc
O4	Onkologie	38	20	DiS
O5	Onkologie	40	20	SZŠ
O6	Onkologie	27	8	Bc
O7	Onkologie	31	11	Bc
I1	Interna	27	3,5	Bc
I2	Interna	41	23	Bc
I3	Interna	29	11	DiS
I4	Interna	39	20	SZŠ
I5	Interna	30	11	Bc
I6	Interna	23	1	Bc
I7	Interna	45	26	SZŠ

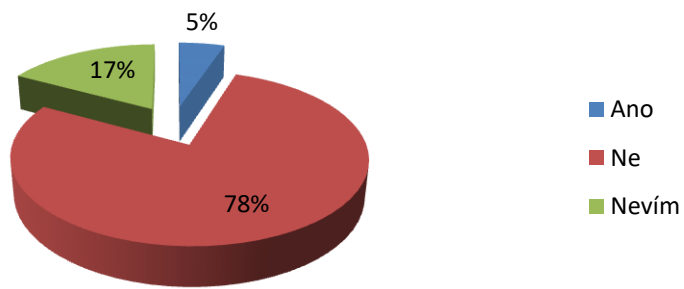
Zdroj: vlastní

## Příloha 11

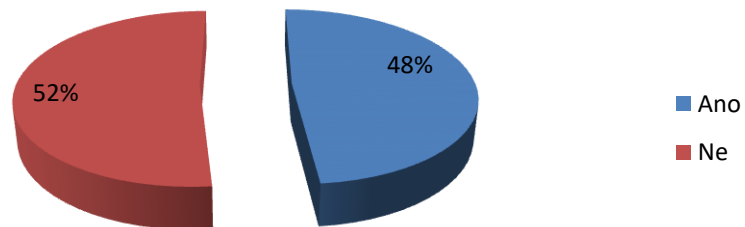
Doplňující informace k výzkumnému šetření (grafy)



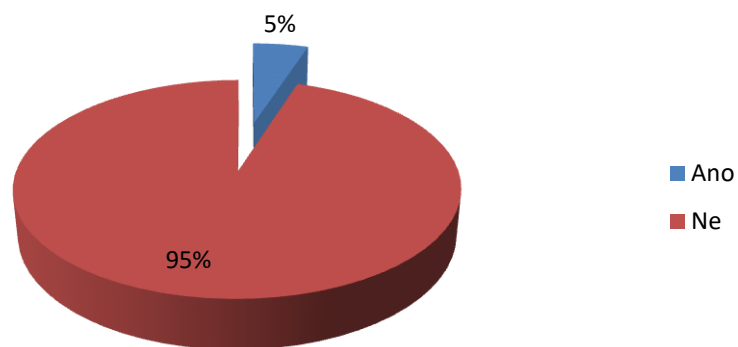
**Obdržel jste někdy pozvánku od pojišťovny na nějaké screeningové vyšetření? (%)**



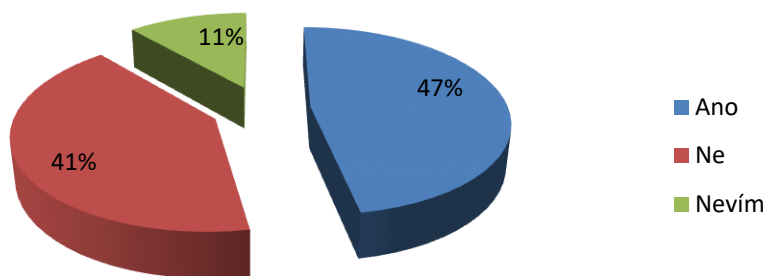
**Pokud jste obdržel pozvánku, absolvoval jste dané vyšetření? (%)**



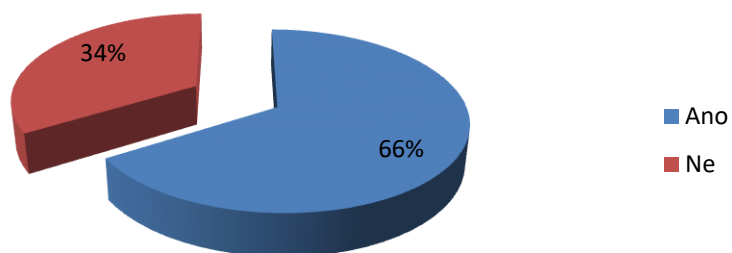
**Byl jste někdy onkologickým pacientem? (%)**



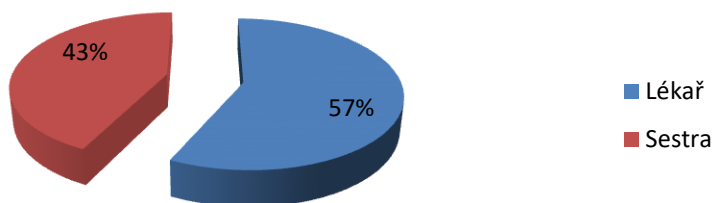
Vyskytuje se ve vaší rodině nádorové onemocnění? (%)



Byl jste někdy informován o důležitosti prevence nádorového onemocnění? (%)



Kdo Vás informoval důležitosti prevence nádorového onemocnění? (%)



Zdroj: vlastní



## **Seznam použitých zkratk**

WHO	World Health Organization / Světová zdravotnická organizace
EKG	elektrokardiografie
PSA	prostatický specifický antigen
I 1-7	sestry 1-7 z interního oddělení
O 1-7	sestry 1-7 z onkologického oddělení
P 1-7	sestry 1-7 od praktického lékaře