

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

INFORMOVANOST VŠEOBECNÝCH SESTER O
SCREENINGOVÝCH PROGRAMECH NÁDOROVÉHO
ONEMOCNĚNÍ

Bakalářská práce

Autor práce: Tribulová Zdeňka

Vedoucí práce: Mgr. Simona Hájková

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Zdeňka Tribulová**

Studijní program: Ošetrovatelství

Obor: Všeobecná sestra

Garant studijního oboru: doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Název práce: **Informovanost všeobecných sester o screeningových preventivních programech onkologických onemocnění**

Vedoucí práce: Mgr. Simona Hájková

Cíl práce: Zmapovat znalosti všeobecných sester o screeningových preventivních programech.

Abstrakt

Bakalářská práce na téma „Informovanost všeobecných sester o screeningových programech nádorového onemocnění“ se zabývá přehledem onkologických screeningových programů, které jsou dostupné v České republice. Teoretická část zpočátku popisuje formy onkologické prevence a dále navazuje na charakteristiku jednotlivých screeningových programů u vybraných nádorových onemocnění. Součástí je také níže uvedená role sestry v oblasti primární a sekundární prevence.

Pro výzkumnou část byla zvolena metoda kvantitativní za pomoci dotazníkového šetření. Cílem výzkumu je zjistit míru informovanosti sester o primární a sekundární prevenci v onkologii.

Klíčová slova

Screeningový program; nádorová onemocnění; sestra; edukace

Abstract

This bachelor thesis deals with the „Awareness of general nurses about screening programmes for oncological diseases“ deals with an overview of oncology screening programmes that are available in the Czech Republic. The theoretical part describes types of oncological prevention and continues with the characteristics of screening programs for selected cancer diseases. The first part also included the function of a nurse in the primary and secondary prevention.

For the research part, a quantitative method was chosen with using of questionnaire survey. The aim of the research is to find out the level of awareness of nurses about primary and secondary prevention in oncology.

Keywords

Screening programmes; cancer diseases; nurse; education

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 23. dubna 2024

.....

Podpis studentky

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Simoně Hájkové za odborné vedení, cenné rady a ochotu, kterou mi během zpracovávání bakalářské práce věnovala. Děkuji Nemocnici Jihlava za umožnění dotazníkového šetření a všem zúčastněným respondentům. Závěrem děkuji za podporu při studiu svému příteli, kamarádům a rodině.

Obsah

Seznam grafů	8
Seznam zkratk.....	9
Úvod	10
1 Současný stav problematiky.....	12
1.1 Preventivní péče v onkologii	12
1.2 Instituce podporující veřejné zdraví.....	13
1.3 Screeningový program u vybraných nádorových onemocnění	14
1.3.1 Screening karcinomu prsu	14
1.3.2 Screening karcinomu děložního hrdla	16
1.3.3 Screening kolorektálního karcinomu	17
1.3.4 Screening karcinomu plic.....	19
1.3.5 Screening karcinomu prostaty	20
1.4 Role sestry v primární a sekundární prevenci	20
1.4.1 Edukační činnost sestry v oblasti prevence karcinomu prsu.....	23
1.4.2 Edukační činnost sestry v oblasti prevence karcinomu děložního čípku	23
1.4.3 Edukační činnost sestry v oblasti prevence kolorektálního karcinomu.....	24
1.4.4 Edukační činnost sestry v oblasti prevence karcinomu plic	25
2 Výzkumná část	27
2.1 Cíl a výzkumné otázky	27
2.2 Metodika výzkumu.....	27
2.3 Průběh výzkumu	28
2.4 Zpracování získaných dat	28
2.5 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumné prostředí.....	29
2.6 Výsledky výzkumu.....	32
3 Diskuse.....	48
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi	53
Závěr.....	54
Seznam použité literatury.....	55
Přílohy	60

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví respondentů	29
Graf 2: Věk respondentů	30
Graf 3: Vzdělání respondentů	31
Graf 4: Primární prevence	32
Graf 5: Národní screeningové programy	33
Graf 6: Screening rakoviny prsu	34
Graf 7: Prevence rakoviny prsu	35
Graf 8: Screening rakoviny děložního čípku	36
Graf 9: Věková hranice screeningu rakoviny děložního čípku	37
Graf 10: Rizika rakoviny děložního čípku	38
Graf 11: Screening rakoviny tlustého střeva a konečníku	39
Graf 12: Příznaky rakoviny tlustého střeva	40
Graf 13: Screening rakoviny plic	41
Graf 14: Podmínka screeningu rakoviny plic	42
Graf 15: Zdroje informací	43
Graf 16: Umístění informací o prevenci nádorového onemocnění	44
Graf 17: Obsah informací o prevenci nádorového onemocnění	45
Graf 18: Dostatečnost informovanosti	46
Graf 19: Předávání informací	47

Seznam zkratek

CT	Computer tomography (výpočetní tomografie)
ČOS ČLS JEP	Česká onkologická společnost České lékařské komory J. E. Purkyně
ČR	Česká republika
gTOSK	Guajakový test okultního krvácení
HPV	Lidský papilomavirus
iTOSK	Imunochemický test okultního krvácení
KOC	Komplexní onkologické centrum
KRK	Kolorektální karcinom
MR	Magnetická rezonance
NSC	Národní screeningové centrum
NOPL ČR 2030	Národní onkologický plán České republiky 2030
NOP ČR	Národní onkologický program České republiky
PSA	Prostatický specifický antigen
RF	Rizikový faktor
RTG	Rentgen
TOSK	Test okultního krvácení
Tj.	To je
Tzv.	Tak zvaný
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VPL	Všeobecný praktický lékař

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma „Informovanost všeobecných sester o screeningových programech nádorového onemocnění“. Nádorové onemocnění je často mylně považováno za nemoc starších lidí, bohužel je fakt, že každým rokem se častěji objevuje rakovina u osob v mladém věku. Incidence nádorového onemocnění stále narůstá a předpokládá se, že v budoucnu tomu nebude jinak. Prevence je v onkologii považována za nejdůležitější článek léčby, a proto je důležité dbát na dodržování preventivních opatření v každém věku. Primární prevence by měla být součástí každého člověka po celý život. Pro sekundární prevenci byly v České republice vytvořeny screeningové programy, které se zaměřují na nejčastější nádorová onemocnění. Screeningové programy jsou považovány za účinnou prevenci, díky kterým dochází k nárůstu prevalence onemocnění a snížení mortality. Kritickým zjištěním je, že screeningové programy mají nízkou účast, zejména screening rakoviny tlustého střeva. Je tedy důležité se zaměřit na poskytování informací o probíhajících screeningových programech. V poskytování informací sehrávají výraznou roli zdravotníci, kteří mohou pacienty v nemocničním prostředí efektivně motivovat. Proto se chceme v této práci zaměřit na znalosti sester o primární a sekundární prevenci.

Bakalářská práce obsahuje dvě části. První část se věnuje současnému stavu dané problematiky. Z počátku je popsána obecná prevence v onkologii, která se dělí na primární, sekundární, terciární a kvartérní. Následuje kapitola s institucemi podporující veřejné zdraví. Hlavní část bakalářské práce se zaměřuje na jednotlivé screeningové programy nádorového onemocnění a na to, jakou roli v prevenci sehrává sestra.

Výzkumná část sloužila k získání informací pro dosažení cíle. Cílem bakalářské práce je zjistit míru informovanosti sester o primární a sekundární prevenci nádorového onemocnění. Následně byly stanoveny tři výzkumné otázky na jejichž základě byl sestaven výzkumný dotazník pro kvantitativní šetření. Získaná data od respondentů byla poté zpracována do grafů.

Motivace

Obor onkologie mě začal zajímat v momentě, když se rakovina vyskytla u mých blízkých. Často si kladu otázku, co stojí za příčinou tohoto zákeřného onemocnění a jakým způsobem mu lze předcházet. Proto screeningové programy plně podporuji. Ve svém životě se často setkávám s osobami, které o možnostech prevence nádorového onemocnění neví. Zamýšlela jsem se nad tím, kdo by byl schopný informovat veřejnost o prevenci. Došla jsem k závěru, že nejvyšší početní zastoupení ve zdravotnickém personálu tvoří sestry. A právě to byl impuls pro zvolení tématu bakalářské práce „Informovanost všeobecných sester o screeningových programech nádorového onemocnění“.

1 Současný stav problematiky

Onkologická onemocnění jsou v České republice (ČR) druhou nejčastější příčinou úmrtí, a proto je důležité, aby byla populace dostatečně informována o prevenci nádorového onemocnění. Veškeré statistiky o výskytu onemocnění zřizuje epidemiologie. Epidemiologie je vědní obor, který se zabývá monitoringem choroby a analýzou potencionální příčiny vzniku novotvaru. Funkce spočívá v zaznamenávání nově diagnostikovaných onemocnění (incidence), sledování osob žijících s nádorovým onemocněním (prevalence) a úmrtnost v souvislosti s nádorovým onemocněním (mortalita). Tyto údaje se uvádí v přepočtu na 100 000 obyvatel. Nejčastější místa vzniku nádoru jsou plíce, prostata, tlusté střevo, prso a děložní čípek. Pro tyto časté malignity jsou v ČR dostupné screeningové programy, které mají za cíl vyhledávat časná stádia novotvaru. Je to forma sekundární prevence, která je hrazena z financí veřejného zdraví. Dle statistiky uzis.cz je i přesto účast na preventivních programech průměrně poloviční, a proto je potřeba se zaměřit také na znalosti zdravotnického personálu o metodách onkologické prevence a formě předávání informací pacientům (Abrahamová a kol., 2012; Uzis.cz, 2021).

1.1 Preventivní péče v onkologii

„Onkologická prevence znamená předvídání a předcházení nežádoucím událostem, souvisejícím se vznikem a progresí zhoubných nádorů.“ (Skála, 2018, s. 356) Je to souhrn opatření pro časný záchyt nádorů, ale součástí prevence je i léčba a předvídání progresu onemocnění. Prevence se považuje za nejúčinnější a nejlevnější způsob předcházení nádorového onemocnění. V této oblasti má své zastoupení sestra, která je s pacientem nejvíce v kontaktu. Úkolem sestry je edukační činnost, pozorování a vyhledávání příznaků signalizujících nádorové onemocnění. Preventivní péče se rozděluje dle stupně rizika vzniku nádoru na primární, sekundární, terciární a kvartérní (Abrahamová a kol., 2012; Skála, 2018).

Primární prevence se soustředí nejen na nemocné, ale hlavně na zdravé osoby. Cílem je upevňovat zdraví a zabránit vzniku tzv. civilizačních chorobám s vysokým nárůstem incidence a mortality. Poskytování prevence probíhá skrze všeobecné praktické lékaře (VPL) ve spolupráci se sestrami. Jejich činností je informovat pacienty o rizikových faktorech (RF) nejčastějších onemocnění a poskytovat doporučení, která mohou RF ovlivnit. Přítomnost RF lékař zjišťuje díky kvalitně odebrané anamnézy pacienta. Další intervence VPL jsou výchova k podpoře zdraví, očkování proti přenosným chorobám, poradentství, doporučení ke zdravému životnímu stylu. Úlohou lékaře a sestry je efektivní předávání informací pacientům v ústní, písemné či elektronické formě. Na míře efektivního porozumění má zásadní podíl spolupráce s pacientem. Důležité jsou návštěvy u VPL v intervalu každé 2 roky, jejichž součástí je onkologická prevence. VPL provádí prevenci fyzikálním vyšetřením se zaměřením na kůži, prsa, varlata a konečník. Preventivní prohlídka může být doplněna laboratorním vyšetřením krve na hematologii a biochemii. (Seifert, 2021).

Sekundární prevence se zaměřuje již na vybranou skupinu osob, nacházející se v rizikovém věku. Význam sekundární prevence je časný záchyt nádoru či prekanceróz u bezpříznakových pacientů. Úkolem lékaře a sestry je informovat pacienty o dostupných screeningových programech. Na základě toho je lékařem vystavená žádanka k vyšetření do nejbližšího screeningového centra. Brzké rozpoznání nádorového bujení je klíčové pro včasné zahájení léčby. Tím se také zvyšuje

šance na dobrou prognózu. V ČR je k dispozici již 5 screeningových programů pro plošné testování osob a jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se o zaběhlé screeningové programy karcinomu tlustého střeva a konečníku, karcinomu prsu, karcinomu děložního hrdla. Dále jde o nový screening karcinomu plic, který se prozatím nachází v pilotní fázi. Posledním a zároveň nejnověji zavedeným je screening rakoviny prostaty. Pro efektivní sekundární prevenci je zapotřebí široká mediální podpora, aby byla populace dostatečně informována a motivována pro absolvování screeningových programů (Seifert, 2021).

Terciární prevence se týká diagnostikovaných nádorů, u kterých již proběhla úspěšná léčba. Často se u pacientů po léčbě stává, že se časem objeví nádor znovu, není to však pravidlem. Cílem terciární prevence je zachytit případné recidivy či metastázy ve stále dobře léčitelné podobě. Proto je u pacientů po léčbě klade důraz na dlouhodobou dispenzarizaci. Ta je většinou v rukou specializačního pracoviště onkologie, kde byl pacient léčen. Pravidelná dispenzarizace je zaměřena na oblast již léčeného nádoru, ale nesmí se opomenout celková prohlídka, pro případ jinde vznikající nádor. Pokud se nádor v době dispenzarizace objeví znovu, označuje se jako sekundární malignita nebo duplicita. Riziko znovuobjevení roste s pozitivním genetickým předpokladem, vedením životního stylu, a především pozdního objevení nádoru v pokročilejším stádiu (Kiss a kol., 2021; Cvek a kol. 2023).

Kvarterní prevence se zabývá pokročilým a nevléčitelným onemocněním, které výrazně zhoršuje kvalitu života. Pozdní stádium nemoci je provázeno bolestí, proto je nutné zajistit pacientovi trvalou analgetickou léčbu dříve, než se stihne plně rozvinout. V této fázi je důležité předpovídat vývoj stavu nemocného. Účelem je vyhnout se nežádoucím komplikacím. Těm lze předcházet provedením derivačním výkonem, a to buď endoskopicky či operativně. Ani v této fázi života by se nemělo zapomínat na podporu sebepéče a zachování mobility. Podstatné je závčas řešit výživu pacienta a zajistit psychologickou, sociální a duchovní podporu (Skála, 2018).

1.2 Instituce podporující veřejné zdraví

Národní screeningové centrum (NSC) je správní jednotkou Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR). Organice vznikla v roce 2017, původně byla součástí projektu Národní koordinační centrum prevence vážných onemocnění. Činnost NSC spočívá v koordinování onkologických screeningových programů a novorozeneckých screeningů. Hlavními intervencemi je zavádění nových postupů pro včasný záchyt nádorového onemocnění. Zvyšovat dostupnost akreditovaných screeningových center a tím snížit čekací dobu na vyšetření. Dalšími činnostmi je posilování a prohlubování zdravotnické gramotnosti občanů prostřednictvím mediální kampaně (Ncs.uzic.cz, 2017).

Národní onkologický plán ČR 2030 (NOPL ČR 2030) je plán ministerstva zdravotnictví, který byl vládou schválen 22. června 2022. Obsahem dokumentu je zhodnocení současné a budoucí situace v onkologii. Vlivem stárnutí populace a nezdravého životního stylu se do budoucna předpovídá vysoký nárůst onkologického onemocnění s tím i úmrtnost. Cílem NOPL ČR 2030 je „Zajistit každému obyvatele České republiky možnost prevence vzniku onkologického onemocnění a v případě jeho rozvoje zajistit nejvyšší možnou kvalitu péče a života bez ohledu na geografickou polohu či stadium onemocnění.“ (NOPL ČR 2030, str. 19). Plán poskytuje návrhy pro řešení, které jsou formulované do jednotlivých strategií. Základem je spolupráce s laickou

veřejností, která je vedená ke zdravému životnímu stylu, podpoře zdraví a zvyšování zdravotnické gramotnosti (NOPL ČR 2030, 2022).

Národní onkologický program ČR (NOP ČR) zahrnuje veškerá onkologická pracoviště na celém území ČR. Cílem je zajistit a udržovat kvalitní onkologickou péči, a to rovnoměrně ve všech regionech. Záměrem je snížit incidenci a mortalitu nádorového onemocnění. Zároveň také prodlužovat a zvyšovat kvalitu života pacientům. Koncepce NOP ČR byla vydána v roce 2013 výborem České onkologické společnosti České lékařské komory J. E. Purkyně (ČOS ČLS JEP), v roce 2021 došlo k aktualizaci a nyní je již schválená ministerstvem zdravotnictvím. Obsahuje síť komplexních onkologických center (KOC), které zajišťují onkologickým pacientům diagnostiku, léčbu chirurgickou, radiační, farmaceutickou a také paliativní. Smyslem je poskytování správné péče a intenzivní spolupráce mezi jednotlivými KOC (Onkonet.cz, 2021).

1.3 Screeningový program u vybraných nádorových onemocnění

Screening znamená aktivní vyhledávání nádorového onemocnění u rizikové skupiny osob bez přítomných příznaků, a to v pravidelném intervalu. Aby byla riziková skupina osob k preventivnímu vyšetření dostatečně motivována, je podstatné, aby byl test jednoduchý a měl pro člověka minimální zátěž. Test by měl vyjadřovat optimální senzitivitu a specifitu. Hlavní myšlenkou je snížení incidence a mortality na sledované onemocnění. Pro efektivní hodnocení programů je potřebná dostatečná účast populace, proto byl v roce 2014 zrealizován projekt adresného zvaní (Seifert, 2015).

Do adresného zvaní jsou zařazeny osoby, které se nachází v rizikovém věku a dosud se nedostavily na screeningové vyšetření. Záměrem je šířit osvětu o dostupných screeningových programech a tím zvýšit účast v prevenci. Ministerstvo zdravotnictví je hlavním koordinátorem, ale pro realizaci potřebuje spolupráci s jednotlivými zdravotními pojišťovnami a plátcí zdravotní péče. Pozvánky jsou rozesílané ze strany zdravotních pojišťoven, a obsahují výzvu ke screeningovému vyšetření do ordinací VPL či gynekologů. Pokud se vyzvaná osoba na screening nedostaví, pojišťovna jej opakovaně vyzve (Linkos.cz).

1.3.1 Screening karcinomu prsu

Karcinom prsu je nejčastější nádorové onemocnění u žen ve věku 50 až 75 let, ale bohužel se v posledních letech setkáváme s nálezem i v mladší věkové kategorii. Výjimečně se nádor prsu vyskytuje u mužů, jedná se však pouze o necelé 1 % případů. Každý rok se v ČR nově diagnostikuje kolem 7 000 případů a zemře přibližně 1600 žen v přímé či nepřímé souvislosti (Uzis.cz). Z mezinárodní statistiky vyplývá, že rakovina prsu je ve světě vůbec nejčastější onkologická diagnóza. K roku 2020 bylo ve světě zaznamenáno přes 2,2 milionů nových případů. Země s největším výskytem jsou uváděny Belgie, Nizozemsko nebo Francie (Wcrf.org). V ČR se incidence jeví stabilně, za to mortalita se mírně snižuje. Za úspěch léčby se dá považovat zvyšující se prevalence, tj. minimální pětileté přežití od diagnózy. Příznivý vliv na snižování mortality má screeningový program, který u nás byl zavedený v roce 2002. Je určený všem ženám v rizikovém věku od 45 let ve dvouletém intervalu. K vyšetření se používá mamografický přístroj, jehož základem je rentgenové záření. Cílem screeningu je detekce nádoru v časném stádiu in situ, což výrazně zvyšuje naději na vyléčení a dlouhodobé přežití. Jako časná stádium se označuje I. a II. stupeň, kdy u I. stádía lze předpovídat téměř jisté pětileté přežití.

Za to u posledního IV. stádia přežívá pět let od diagnózy jen zhruba čtvrtina žen. Bez ohledu na věk ženy je součástí prevence také samovyšetření prsou a zásady primární prevence (Daneš, 2021).

Mamografie je diagnostická metoda prsou za pomoci speciálního radiologického přístroje mamografu. Přístroj obsahuje rentgenku, která se od běžného RTG liší v převaze fotonů o nízké energii a menšími ohnisky. To umožňuje zachytit velmi malé mikrokalcifikace v prsu. Dalšími rozdíly od běžného RTG přístroje jsou mamografické filmy skládající se ze sloučenin vzácných zemin a jednostranné emulze. Přítomností těchto kombinací se snižuje dávka záření za dostatečného rozlišení. Pro bezpečné snížení ozáření a lepší rozlišení se vyšetření prsou provádí za pomoci kompresních desek. Během vyšetření se každý prs zvlášť stlačí kompresní deskou a probíhá snímkování ve dvou projekcích – kraniokaudálně a mediolaterálně. Vyhodnocení snímků se dělá speciálním negatoskopem za přítomnosti dvou lékařů pro přesnější výsledek. Modernějším typem je digitální mamografie, která pracuje na stejném principu. Je zde pouze rozdíl v ukládání snímků rovnou do počítače, kde má lékař možnost úprav a poskytuje tak přesnější hodnocení (Seidl a kol., 2012).

Při podezření na novotvar se provádí biopsie tkáně k histologickému vyšetření. Patolog zkoumá odebranou tkáň pod mikroskopem a na základě toho vyhodnotí druh, charakter a stupeň (1-3) vyzrálости nádoru tzv. grading. Nejvyšší zastoupení má duktální karcinom, který vyrůstá z vývodu mléčné žlázy. Dalším je nádor vyrůstající z lalůček mléčné žlázy, který se označuje jako lobulární karcinom. Charakter nádoru může být invazivní nebo neinvazivní, označující se jako karcinom in situ. Nejčastěji se vyskytuje invazivní duktální karcinom. Invazivní znamená, že je nádor neohraničený a prostupuje do dalších tkání, kde zakládá metastázy, a to nejčastěji v plicích. Jde o typ nádoru se špatnou prognózou s velkou pravděpodobností relapsu. Dalším nejčastějším nádorem je invazivní lobulární karcinom (Daneš, 2021).

Vzhledem k četnosti výskytu karcinomu prsu se uvádí mnoho RF. Obecně se jedná o faktory ovlivnitelné, kam řadíme nezdravý způsob života. Za velmi výrazný RF se považuje obezita žen po menopauze v kombinaci s kouřením či popíjením alkoholu. Druhou velkou skupinu tvoří faktory neovlivnitelné, kam patří osobní anamnéza ženy. Tím je myšlen věk, chronické choroby a benigní onemocnění prsu, které představuje až pětikrát vyšší riziko vzniku karcinomu. Velkým rizikem se považuje výskyt rakoviny prsu v rodině, jedná se o genetiku familiárního výskytu. Rovněž neovlivnitelnými faktory jsou faktory podmíněné hormonální aktivitou. Riziko se předpokládá u brzkého nástupu menstruačního cyklu, tj. před 10 rokem života dívky. Ale i pozdní menopauza, tj. po 55. roce věku, kdy se riziko vzniku karcinomu zdvojnásobuje, než je tomu u žen s menopauzou před 45. rokem. Své zastoupení má i těhotenství. Riziko se považuje u žen, které nerodily nebo při porodu v pozdním věku, avšak pokud se jedná o prvoroďčku nad 35. let, riziko se ještě o stupeň zvyšuje. Následně se za ochranu ženy před karcinomem prsu považuje kojení (Abrahamová a kol., 2012). Je také nutné zvážit užívání perorální antikoncepce, která má především účel ochrany, ale některé druhy mohou způsobit malignitu. U kombinovaných druhů antikoncepce narůstá riziko karcinomu prsu, děložního čípku a hepatocelulárního karcinomu. Oproti tomu se riziko snižuje u karcinomu ovarií a endometria (Prolekare.cz). Lékař by měl zvážit i substituční terapii estrogeny a gestageny u žen po přechodu, kdy by měl být kladen vyšší důraz na prevenci osteoporózy a kardiovaskulárních chorob. Dle studií se zvyšuje riziko vzniku karcinomu prsu, až při užívání substituční terapie více jak 10 let.

V porovnání rizik je výhodou prevence osteoporózy a kardiovaskulárních chorob před karcinomem prsu. Zohlednit by se měla i rodinná anamnéza ženy (Abrahamová a kol., 2012).

1.3.2 Screening karcinomu děložního hrdla

Karcinom děložního hrdla je maligní nádorové onemocnění, které je také označováno jako karcinom děložního čípku neboli cervikální karcinom. Jedná se o třetí nejčastější onkologické onemocnění, postihující mladé ženy ve věku 20–59 let. Každoročně je v ČR diagnostikováno průměrně 800 nových případů z toho přibližně 300 žen zemře. Mortalita v průběhu několika let klesá a tím dochází ke zvýšení prevalence onemocnění. Za zlepšením epidemiologické situace stojí screeningový program s efektivním zachytem prekanceróz a vakcinace proti lidskému papilomaviru (HPV). Screening byl v ČR zahájen 1. ledna 2008. Je určen všem ženám od 15. roku a je předmětem každoroční gynekologické prohlídky. Součástí screeningu je od roku 2021 test na přítomnost HPV viru, to se týká žen nacházejících se ve věku 35, 45 a 55 let (Cvek a kol., 2023; Cervix.cz, 2021; Nzip.cz).

Komplexní gynekologická prohlídka je základem účinné prevence. Skládá se z několika spolehlivých metod. V první řadě lékař vede s pacientkou rozhovor, kde se cíleně ptá na osobní informace ženy, na nynější onemocnění, sociální a pracovní stav, na výskyt závažných onemocnění v rodině, a především na gynekologickou anamnézu. V té se lékař zaměřuje na menstruační cyklus, na jeho začátek, sílu a pravidelnost. Zaznamenává počet těhotenství, porodů a potratů s přesností na průběh a případné komplikace. Dále se lékař dotazuje na sexuální život ženy, hormonální léčbu a užívání antikoncepce. V druhé části prohlídky se žena uloží na gynekologické křeslo. Lékař přistoupí k pacientce, aby mohl provést vyšetření pohlavních orgánů pohledem, pohmatem a doplňujícím bimanuálním palpačním vyšetřením, tj. kombinace pohmatu jednou rukou zavedenou do pochvy a zároveň druhou rukou přes břišní stěnu. U dívek, které ještě nezačaly se sexuálním životem se vyšetření provádí rektoabdominálně, tj. stejný způsob s rozdílem vyšetření přes konečník. Pro zpřístupnění děložního čípku lékař využívá gynekologická zrcadla. Po jejich zavedení sleduje povrch čípku pomocí mikroskopu – tzv. kolposkopické vyšetření a poté provede cytologický stěr na sklíčko. Pro zobrazení dělohy a vaječníku využívá ultrazvuk s vaginální sondou, kterou zavádí do pochvy pacientky nebo pomocí abdominální sondy přes břicho. Nedílnou součástí prohlídky je vyšetření prsu a edukace o samovyšetření (Slezáková, 2017; Nzip.cz).

Cytologické vyšetření je diagnostická metoda zabývající se zkoumáním buněk. V tomto případě zkoumá buňky z pochvy a děložního čípku. Získaný vzorek se nanáší na podložní sklíčko, které se fixuje alkoholovým prostředkem a spolu se žádankou se odesílá do akreditované cytologické laboratoře. Hodnotí se morfologie buněk se zaměřením na abnormální buňky, které by se později mohly zvrhnout v nádorové bujení. V případě, že je výsledek pozitivní, je nutné vyloučit příčinu zánětu, který by mohl mít vliv na výsledek cytologie. Pokud byl zánět vyloučen, je nutné provést další doplňující vyšetření k objasnění nálezu (Slezáková, 2017). Pokud se podaří včas odhalit změny na děložním čípku může být žena odeslána k malému chirurgickému zákroku – konizace čípku, tj. odstranění části děložního čípku s ložiskovými změnami. Jedná se o metodu terapeutickou a diagnostickou, kdy se během zákroku nabírají vzorky ze sliznice čípku a dutiny děložní pro mikroskopické vyšetření. Obvykle bývá konizace čípku dostačující, a tak žena nemusí podstoupit radikální operaci (Cvek a kol. 2023; Nzip.cz).

Nejznámějším RF pro vznik nádoru děložního čípku je přítomnost HPV viru, který je přenášen nejčastěji pohlavním stykem, ale i intimními doteky. Infikované ženy mají současně zvýšené riziko vzniku karcinomu konečníku a ústní části hltanu. Dle Szu.cz se udává výskyt HPV infekcí ve více než 100 různých podobách. Nejčastější jsou rozděleny do skupiny vysoce rizikových (HPV 16, HPV 18) a nízkorizikových (HPV 6, HPV 11). Vysoce rizikové viry jsou prokázány téměř u 70 % karcinomu děložního čípku a nízkorizikové se projevují jako kondylomata, tj. genitální bradavice (Szu.cz, 2019). Většina infekcí HPV probíhá asymptomaticky, ale její přítomnost způsobuje abnormální změny na sliznici čípku, které vedou k nádorovému bujení. V pozdějším stádiu se projevuje zapáchajícím vaginálním výtokem, krvácením mimo cyklus nebo po pohlavním styku, bolestmi v podbřišku a snížením hmotnosti. Infekce HPV postihuje i muže u nichž způsobuje riziko vzniku karcinomu penisu, konečníku a ústní části hltanu. Infikovaní muži se stávají zdrojem přenosu infekce HPV. V současné době existuje očkování proti HPV a je rovnoměrně významné u obou pohlaví. Očkování řadíme k účinné prevenci před nákazou HPV a jeho vlivem dochází ke snížení výskytu rakoviny děložního čípku. Ačkoliv není součástí screeningového programu, je pro dívky a chlapce ve věku 11 až 14 let hrazeno z veřejného zdravotnictví. Očkování má nejvyšší význam před zahájením sexuálního života (Cvek a kol., 2023; Ockovaniprothpv.cz).

1.3.3 Screening kolorektálního karcinomu

Karcinomy tlustého střeva a konečníku jsou celosvětově třetí nejčastější malignitou trávicího traktu. V dřívějších letech se ČR ve srovnání s ostatními státy pohybovala na prvních příčkách v incidenci i mortalitě. Ve světě se výskyt kolorektálního karcinomu (KRK) pohybuje kolem dvou milionů s nejvyšším výskytem v Maďarsku, Slovensku či Norsku (Wcrf.org). V ČR se každý rok objeví kolem 7700 nových případů v různých stádiích onemocnění, z toho přibližně 3400 pacientů umírá na KRK nebo jeho komplikace. Výskyt KRK je výrazný u obou pohlaví, ale častěji se vyskytuje u mužů. Za rizikovou skupinu se považují osoby od 50 let, ovšem nejvyšší diagnostika se pohybuje ve věkovém rozpětí 65–79 let. Nevýhodou KRK jsou zpočátku nevýrazné příznaky, proto bývá nádor často odhalen až v pokročilém stádiu, kdy se výrazně zhoršuje prognóza léčby. Později se symptomy projevují změnou vyprazdňování, tím je myšleno střídání zácpy a průjmu. Vyprazdňování může být také bolestivé s pocitem nedokonalého vyprázdnění. Alarmujícím příznakem bývá přítomnost krve ve stolici, a to buď jasně červené barvy nebo i stolice s tmavým vzhledem. S KRK je spojena neurčitá bolest břicha s pocitem nafouknutí, výskytem křečí a větší plynatostí. Obecně se pacient cítí slabě, je unaven, nemá zájem o jídlo, a tak dochází k nechtěnému úbytku na váze. Díky probíhajícímu screeningu je sice incidence podobná, ale výrazně se snížila mortalita a pacienti přežívají pět let od diagnózy (Seifert, 2015; Kolorektum.cz, 2022).

KRK vzniká mutací buněk ze sliznice tlustého střeva, které následně prorůstají skrze střevní stěnu. Malignitě většinou předchází výskyt benigních adenomů neboli polypů, tj. výchlípky vyrůstající ze sliznice tlustého střeva. Tento stav se nazývá prekanceróza. Dle histologického vyšetření se nejčastěji jedná o adenokarcinom, karcinoid nebo vzácně o sarkom (Seifert, 2015). Příčina vzniku KRK není přesně jasná. Jsou známy pouze RF, které zvyšují pravděpodobnost vzniku nádoru. Riziko se zvyšuje věkem a také výskytem v rodině. Částečně ovlivnitelné faktory jsou chronická autonomní onemocnění střev a výše zmíněné polypy. Tento stav může být

vhodnou léčbou a dispenzarizací značně ovlivněn. Dále je řada faktorů, které lze vlastní vůlí ovlivnit. Obecně se jedná o způsob vedení života, s důrazem na stravovací návyky (Linkos.cz).

Screeningový program KRK je určen pro rizikovou skupinu lidí od 50 let, u kterých nejsou přítomny příznaky nebo se ještě nestihly projevit. V ČR byl program zaveden v roce 2000, v pořadí se jedná o nejstarší program. V začátku byl screening prováděn testem stolice na okultní krvácení (TOSK), guajakovým testem. Později v roce 2009 došlo k podstatným změnám, kdy byla zavedena primární screeningová metoda kolonoskopie a imunochemické testy na TOSK, které vyjadřují vyšší senzitivitu. V současné době jsou k dispozici tyto 2 metody. Ve věkovém rozpětí 50 až 54 je u mužů a žen prováděn jednou ročně TOSK. Pokud je však test pozitivní, nemusí se nutně jednat o nádor, a proto jsou pacienti odesláni na přesnější kolonoskopii (Tomášek, 2015). Jestliže se nepotvrdí změny na sliznici tlustého střeva, osoba se přesouvá do další věkové kategorie od 55 let a program je na 10 let přerušen. Je to dáno doporučeným intervalem pro screening, který je hrazen z veřejného zdravotnictví (Skála, 2018). Od 55 let si každý může vybrat, zda chce pokračovat ve vyšetření TOSK tentokrát jednou za 2 roky, anebo podstoupit screeningovou kolonoskopii v desetiletém intervalu. Při negativní kolonoskopii je další indikovaná až za dalších 10 let, neboť by toto vyšetření pojišťovna neproplatila. V případě indikace kolonoskopie je pacient odeslán do endoskopického centra, která jsou zapojena do screeningového programu (Tomášek, 2015). Dle informací portálu Kolorektum.cz (2022), je v ČR aktuálně zapojeno 200 screeningových center pro KRK.

Test okultního krvácení stolice (TOSK) je metoda považující se za ekonomicky výhodný screening KRK. Screening lze provádět v ordinaci lékaře, ale díky jednoduchosti je možné provést testování v domácím prostředí. Za předpokladu správně poučeného pacienta, což je úlohou sestry. Testovací sada je k dostání u VPL nebo u některých gynekologů. Principem TOSK je reakce lidského hemoglobinu ve stolici s protilátkou v testu. Výsledek testu se vyjadřuje jako pozitivita nebo negativita. Ve screeningu se musí pomýšlet také na možný falešný výsledek, a proto se TOSK provádí v pravidelném intervalu. K dispozici jsou testy guajakové (gTOSK) a imunochemické (iTOSK). Test guajakový byl využíván na úplném začátku screeningu. Časem se ukázalo, že guajakové testy mají nižší senzitivitu a mají více nevýhod než výhod, a to především v dietním a lékovém omezení. Pravděpodobně těmito nevýhodami docházelo k falešné pozitivitě či k falešné negativitě. Od roku 2009 se zavedly testy imunochemické, které jsou používány do současnosti. Uvádí se spolehlivější senzitivita skrytého krvácení ve stolici, protože imunochemické testy mají sníženou citlivost na krvácení z horní části trávicí trubice, tudíž nedochází k falešnému výsledku. Výhodou je snadný odběr z jedné stolice, bez nutnosti dietního a lékového omezení (Seifert, 2015).

Kolonoskopie je invazivní metoda, která je považována za spolehlivou screeningovou metodu KRK. K vyšetření se využívá endoskop, který je vybaven kamerou, a tak umožní v reálném čase sledovat stav sliznice tlustého střeva. Výhodou je kombinace postupů diagnostických a terapeutických. V endoskopu je několik kanálů, které lékaři umožní provádět terapeutické výkony. Díky těmto kanálům lékař může oplachovat sliznici, vhánět nebo odsávat přebytečný vzduch či tekutiny. Může také zavádět některé nástroje, jako jsou kleště, jehly nebo kličky, které slouží k odběru vzorku tkáně na histologické vyšetření nebo k řešení některých komplikací, například k zástavě krvácení. Pacienti indikováni k endoskopickému vyšetření musí být předem poučeni o důvodu provedení, možných komplikacích a přípravě na vyšetření. V této fázi sehrává

hlavní roli sestra, která pacienta poučí o přípravě před vyšetřením a popíše samotný průběh kolonoskopie (Seifert, 2015).

Během vyšetření tlustého střeva mohou být odhaleny různé patologie, díky dobře vybavenému endoskopu lze některé vyřešit ihned. Nejčastěji se jedná o polypektomii, tj. odstranění výrůstku ze střevní sliznice a následné odeslání na histologické vyšetření. Při tomto nálezu je u pacienta považované vyšší riziko vzniku karcinomu, a proto by měl být sledován na dispenzární kolonoskopii. Na základě množství přítomných adenomových polypů a histologického posudku se rozhodne o míře rizika vzniku KRK. U pacientů, u kterých byl přítomný počet polypů vyšší než 2 ve velikosti do 10 mm nebo byl nalezen jeden polyp o velikosti 10 až 20 mm, je doporučena další kolonoskopie za 3 roky. V případě negativního nálezu při první kontrole je indikována druhá dispenzární kolonoskopie za 5 let. Pokud byl u pacienta odstraněn jeden nebo dva polypy o velikosti menší než 10 mm, jedná se o nízké riziko a tito pacienti jsou zařazeni zpět do screeningového programu, kdy nárok na další screeningovou kolonoskopii mají až za 10 let (Skála, 2018).

1.3.4 Screening karcinomu plic

Karcinom plic je zákeřné onemocnění, které probíhá velmi dlouhou dobu bez příznaků a pacienti tak přichází k lékaři v pozdních stádiích choroby. V ČR je mezi onkologickými diagnózami rakovina plic na prvním místě v úmrtnosti. Ročně se diagnostikuje téměř 6500 nových případů z toho přes 5000 jedinců podlehnou. Dle mezinárodní statistiky rakovina plic v incidenci stojí na druhém místě, avšak v roce 2020 se zaznamenalo více než 2 miliony nových případů na celém světě. Nejhorší situace se uvádí v Maďarsku dále pak v Srbsku, Turecku či Francii (Wcrf.org). Rakovina plic se vyskytuje nejčastěji ve věku 65 až 76 let s mírnou převahou více u mužů. Vzhledem k velmi špatné epidemiologické situaci byl zřízen plošný screeningový program karcinomu plic. Jedná se o nový screeningový program, který byl spuštěn 1. ledna 2022 a jeho cílem je časný záchyt karcinomu ve stádiu, kdy je nádor citlivý na léčbu. Prozatím se program nachází v pětileté pilotní fázi. Na screening karcinomu plic mají nárok aktivní či bývalý kuřáci ve věku od 55 do 74 let. Druhou podmínkou je vykouření 20 „balíčkoroků“, tzn. kouření krabičky cigaret denně po dobu 20 let nebo dvě krabičky cigaret denně po dobu 10 let (Cvek a kol., 2023; Prevenceproplce.cz, 2022).

Screeningový program obnáší plicní vyšetření zahrnující fyzikální a funkční metody – spirometrii, bronchoskopii a radiologické CT vyšetření. Do screeningového programu jsou zapojeni VPL, pneumologové a vybraná akreditovaná radiologická pracoviště. Úkolem VPL je vyhledávat rizikovou skupinu osob a odesílat je na plicní vyšetření. Pneumolog obvykle poslechne plíce pacienta a dle potřeby využívá další funkční vyšetření plic. Poté s pacientem probere anamnézu s důrazem na kuřáckou minulost a nabídne pomoc pro odvykání. Nakonec pacientovi vystaví žádanku pro CT vyšetření. Pokud je výsledek vyšetření negativní, doporučuje se další kontrola za 1 až 2 roky. Při pozitivním nálezů lékař provede doplňující vyšetření a zajistí pacientovi následnou péči (Prevenceproplce.cz, 2022).

Hlavní prokázanou příčinou vzniku karcinomu plic je kouření, a to jak aktivní, tak i pasivní. Mezi další RF pocházející ze zevního prostředí jsou ionizující záření, inhalace radioaktivních látek nebo chemické kancerogeny – azbet, nikl, radon. Za zvýšené riziko se považuje již existující plicní onemocnění – chronické nemoci plic nebo prodělané tuberkulózy (Cvek a kol., 2023). Nádor se z počátku nijak neprojevuje, v případě výskytu obtíží se jedná již o pokročilý nádor.

Obvykle prvním varovným signálem je dlouho trvající kašel, který pacienti často přehlíží. Kašel se postupně stává intenzivnější a může se vyskytnout i s malou příměsí krve. Většinou až v této pozdní fázi pacienti vyhledají lékařskou pomoc. Často se také nádor projevuje pneumonií, která bývá neúčinná na antibiotickou léčbu. U pokročilého stádia nemoci se také objevuje dušnost s bolestí na hrudi (Abrahamová a kol., 2012).

Dle histologického vyšetření se rozlišují 2 typy karcinomu plic. Nejvíce se vyskytující se nazývá nemalobuněčný bronchogenní karcinom. Jeho charakterem je pomalý růst a pozdější zakládání metastáz, ale k protinádorové léčbě je téměř rezistentní. Druhým, méně častým typem, je malobuněčný bronchogenní karcinom. Ten se od nemalobuněčného karcinomu liší v rychlém růstu s následným pronikáním do kostí, jater a nervového systému. Výhodou je vysoká senzitivita na radioterapii a chemoterapii (Abrahamová a kol., 2012).

1.3.5 Screening karcinomu prostaty

Tak jako u žen je výrazná incidence rakoviny prsu, tak i u mužů se v posledních letech sleduje nárůst rakoviny prostaty. Dle statistiky Uzis.cz (2023) se udává, že v ČR ročně onemocní průměrně 8 000 mužů a přibližně 1500 mužů podlehnou na nádor prostaty či jeho komplikacím. Na rapidně se zhoršující incidenci nádorů prostaty reaguje ministerstvo zdravotnictví ČR. Vytváří tak nový populační screening karcinomu prostaty. V pořadí se jedná o pátý screeningový program, který započal 1.1.2024. Do programu jsou zapojeni VPL, urologové, biochemické laboratoře, pracoviště radiologie s magnetickou rezonancí (MR), která je využívána k zobrazení prostaty před plánovanou biopsií, a pracoviště patologie pro případné zpracování biopsie. Screening se týká mužů ve věku od 50 do 69 let a spočívá v odebrání venózní krve pro biochemické vyšetření hladiny prostatického specifického antigenu (PSA). Pokud je výsledek PSA negativní, je vyšetření opakováno za další 2 až 4 roky. V případě, že je naměřená hladina PSA více než 3 µg/l, je muž odeslán na urologickou ambulanci k přesnějšímu došetření – biopsii. Vzhledem k nově zavedenému programu je zapotřebí široká edukace mužů nacházejících se v rizikovém věku (Uzis.cz, 2023; ProstaScreening.cz, 2024).

1.4 Role sestry v primární a sekundární prevenci

Jednou z mnoha kompetencí sestry je pedagogická činnost. Jde o soubor úkonů, kdy hlavní myšlenkou je předcházení nemocí, upevňování zdraví, podporování soběstačnosti, odstraňování nezdravých návyků a naučení se novému chování. Jinými slovy je cílem edukační činnosti nauka kognitivních, afektivních a psychomotorických dovedností. Edukační činností se nerozumí předávání jednotlivých informací, ale jedná se o předem připravený a cílevědomý edukační proces rozdělený do jednotlivých fází. Má v ošetrovatelství zásadní význam, a proto by tato činnost měla být součástí každodenní praxe všech zdravotníků (Krátká, 2016).

V pedagogické činnosti se vymezuje několik pojmů. Osoba, která předává informace druhým a řádně vede edukační proces se nazývá edukátor. Tuto roli zastupuje jakýkoliv zdravotník či poradce, nejvíce však sestra, která je v kontaktu s pacienty nejvíce. Zastávání role edukátora je poměrně náročné, protože pro plnění této činnosti je nutné mít přehled o problematice ošetrovatelství, psychologii ale i základech pedagogiky. Právě proto si edukace klade určité zásady a předpoklady. Podstatné je, aby měla sestra dostatečné vzdělání o problematice, která se stává předmětem edukace. Jelikož je edukační činnost založena na komunikaci,

musí mít edukátor výborné komunikační dovednosti a zároveň schopnost získat si důvěru i spolupráci pacienta. Sestra by měla na pacienta působit empaticky, trpělivě a přistupovat k pacientovi se zájmem o jeho zdraví. Měla by umět adekvátně odpovědět na případné otázky. Předávané informace by měly být logicky upořádané, jednoduché a pro pacienta srozumitelné. V žádném případě by sestra pacientovi neměla nic vyčítat ani vyhrožovat. Pro realizaci edukační činnosti je důležité zajistit klidné prostředí a dostatek vymezeného času. Dalším pojmem je edukant. Roli edukanta tvoří osoba, která se učí něčemu novému. Ve zdravotnictví je v roli edukanta nejčastěji zdravý nebo nemocný pacient. Může jim být však i zdravotník v rámci vzdělávání a přípravy na budoucí povolání. Vlastnosti edukanta jsou různé, neboť je to dáno věkem, úrovní gramotnosti, schopností se učit novým věcem a samozřejmě motivací k lepšímu vedení života (Krátká, 2016).

V ošetrovatelství se edukační proces řadí do ošetrovatelského procesu, kdy základem je vztah mezi sestrou a pacientem. Aby měl edukační proces správnou strukturu, řadí se do jednotlivých fází za pomoci edukačních metod. Jedná se buď o jednotlivé metody mluveného slova, tištěného slova či názorných prostředků. Tištěné metody by zpravidla měly doplňovat mluvené slovo a měly by být nápadné, aby si získaly pozornost uživatelů. Řadíme mezi ně různé brožury, knihy, letáky, časopisy nebo odkazy na internetové stránky. Metoda názorných prostředků je kombinací obou metod a myšlenkou je upoutat pozornost většího počtu osob. Tato metoda využívá veřejný prostor, například nástěnky, tabule, učební panely, kampaně, televize či rádio. V našem případě má tato metoda velký význam pro motivaci osob ke screeningovým programům. Existují také webové odkazy určené laické veřejnosti. Jde o portály: Mammo.cz, Cervix.cz, Koloarektum.cz, Prevenceproplice a Prostascreeing.cz. Zde se veřejnost může dozvědět vše o probíhajících screeningových programech. Jak už bylo výše zmíněno, edukační proces se dělí do jednotlivých fází. První fáze se nazývá *počáteční pedagogická diagnostika*, v této fázi edukátor sbírá veškeré informace o edukantovi. Zjišťuje stav kognitivních funkcí a z toho vyhodnocuje míru schopnosti učit se novým návykům. Zaměřuje se i na vědomostní znalosti pacienta a všímá si jeho odhodlání pro změnu stávajícího životního stylu. Sestra by měla mít schopnost odhalit potřebu edukace, nejčastěji v oblasti deficitu vědomostí, dovedností anebo v nevhodných návycích. Současně se sestra zaměřuje na možné faktory ovlivňující kvalitu edukace. Tím je myšlen věk, pohlaví, mentální úroveň případně jazyková bariéra. Následuje druhá fáze, *projektování*, během této fáze se edukátor snaží předem rozvrhnout vedení edukačního procesu. Stanovuje si priority a cíle. Poté si zvolí vhodnou metodu, formu a celkový obsah vedené edukace. S výhodou lze edukaci doplnit o pomůcky. Zapomínat by edukátor neměl na zajištění vhodného prostředí a dostatek času. Ve třetí fázi, *realizaci*, se aplikuje již naplánovaný edukační plán, který se dělí do několika částí. Velkou část této fáze tvoří motivace pacienta. Teprve poté, co edukátor získá pozornost pacienta, může předávat nové poznatky. Předpokladem je aktivní účast nejen edukátora, ale i samotného edukanta. V dalším postupu se klade důraz na fixaci nových dovedností, a to formou procvičování. Po zvládnutí této části nastává část *ověřovací*, kde se edukátor ujišťuje, zda edukant nové poznatky chápe. Výsledkem těchto postupů je zařazení a využití nových poznatků do svého života. Součástí edukačního procesu je fáze *prohlubování a upevňování učiva*. Jelikož bez procvičování je pacient schopný nové dovednosti do druhého dne zapomenout, je potřeba se zaměřit na systematické a pravidelné trénování. Konečnou fází je *vyhodnocení*, smyslem je ověření teoretických i praktických dovedností. Zjišťuje se, zda je pacient schopný využívat naučené dovednosti v denních činnostech. To probíhá pokládáním ověřujících otázek

a sledováním edukanta při prováděných činnostech. Nakonec se vyhodnotí, do jaké míry byly splněny stanovené cíle (Krátká, 2016).

Doménou edukační činnosti je výchova ke zdraví, která spadá do primární prevence. Dle Hamplové (2019) se na výchově ke zdraví musí podílet každý zdravotník. Domnívá se, že nejvyššího efektu dosáhne sestra, která je v častém kontaktu s pacienty a má dostatečné vzdělání. Smyslem výchovy ke zdraví je pacienta motivovat k odstranění ovlivnitelných faktorů působících závažná onemocnění a zároveň zapojit pacienta ke zvládnutí zdravotních potíží. Vhodným prostředím pro výchovu jsou ambulantní či lůžková zařízení, neboť je to místo, kam pacienta přivádí zdravotní obtíže. V tomto období bývají pacienti ochotní podílet se na zlepšení zdravotního stavu a jsou svolní naučit se samovyšetřovací techniky, přijmout rady a doporučení ve spojení s nemocí. Pro realizaci se používají krátké intervence. Jedná se o postup, spočívající v motivačním rozhovoru mezi zdravotníkem a pacientem. Zahrnuje hledání problémů pacienta, poskytnutí doporučení a motivací pro změnu životního stylu. Mezi hlavní cíle se řadí snížení kuřáků, snížení konzumace alkoholu a uživatelů drog, vyhledávání osob s pohlavně přenosnými chorobami a snižovat nadváhu či obezitu. Intervencí se také považuje informovanost o očkování (Hamplová, 2019).

Jak bylo již výše zmíněno v kapitole primární prevence, jsou známá obecná preventivní opatření nádorového onemocnění. Činností sestry je pacientům poskytovat rady pro vedení zdravého životního stylu. Principem je přijímat vyváženou stravu bohatou na vitamíny a vlákninu v kombinaci s pravidelnou fyzickou aktivitou. Tímto lze předejít nadvaze a obezitě, která má výrazný vliv pro výskyt nejen nádorového onemocnění. Pacienti by měli ze svého jídelníčku vyřadit vysoce energické potraviny obsahující tuky a sacharidy. Tím jsou myšleny fast foody, červené maso, potraviny bohaté na sůl, uzeniny a také ve velké míře příjem sladkých nápojů. Podstatné je, jakým způsobem bývá červené maso připravené. Nevhodnou přípravou se považuje smažení, grilování nebo uzení. Tato nezdravá forma stravování má mimo jiné velmi vysoké riziko pro vznik karcinomu střeva. Jídelníček by naopak měl nejvíce obsahovat zeleninu, ovoce, luštěniny a celozrnné potraviny. Díky vysokému obsahu vlákniny má vliv na snižování cholesterolu a předcházení zácpě. Maso by mělo být preferované bílé a významné zastoupení má rybí maso, které by se mělo přijímat ideálně 2krát za týden. Cílem je vyhnout se smažení a grilování, proto vhodnou metodou přípravy masa je vaření a dušení v páře. Jelikož se živočišné tuky skrytě vyskytují i v garantovaných dietních uzeninách, je potřeba je omezit a případně vyloučit. Strava by měla také obnášet mléčné výrobky, ovšem s omezením plísňových sýrů. Nejvýraznějším RF je konzumace alkoholu ve spojení s kouřením, a proto je nejdůležitější prevencí nekouřit a nepít alkohol. S přesností nelze určit bezpečnou dávku alkoholu, protože se množství alkoholu projevuje u každého člověka jinak. Pro kompletní zdravé stravování je doporučovaný příjem tekutin v množství alespoň 2 litry a v nejlepším případě vybírat nápoje neslazené (Mamo.cz, 2021; Mou.cz).

1.4.1 Edukační činnost sestry v oblasti prevence karcinomu prsu

Vzhledem k četnosti výskytu rakoviny prsu je důležité dbát na edukci pacientek o preventivních opatření. Vyšetření prsou by mělo být součástí gynekologické prohlídky, ale i návštěvy VPL. Nejjednodušší prevencí rakoviny prsu je pravidelné samovyšetření. Samovyšetření vychází z toho, že každá žena zná své tělo nejlépe, a tak může zavčas objevit případné patologické změny. Samovyšetření prsou by se mělo stát součástí života každé ženy po dosažení dospělosti, a to i ženy těhotné, kojící nebo s implantáty. Prsa by se měla vyšetřovat pravidelně každý měsíc, z počátku každý den pro dostatečné poznání struktury prsou. Ideální doba pro vyšetření je doba po skončení menstruace, neboť jsou prsa bez napětí. U žen po menopauze se doporučuje vyšetření provádět také každý měsíc v jeden dobře zapamatovatelný den. Technika samovyšetření není nijak náročná, ale jednotlivé kroky je potřeba se naučit. Prvním krokem se žena postaví před zrcadlo s odhaleným hrudníkem a rukama volně podél těla. Pohledem sleduje symetrii prsou, všímá si případné vtažené kůže, kůže připomínající pomerančovou kůru, vyklenutí místa nebo barevné změny na kůži. Pozornost věnuje také bradavkám, zda nejsou vpáčené nebo zda se nevyskytuje krvavý či jinak neobvyklý sekret. Poté si žena před zrcadlem prohlédne svá prsa s rukama zvednutými nad hlavu. Následně se natočí v bok, aby nepřehlédla žádné části prsou. Dalším krokem je vyšetření pohmatem. Metoda spočívá v použití tří prostředních prstů, kdy bříšky prstů krouživým pohybem postupně prohmatávají prs. Pro přehlednost všech vrstev prsní tkáně se střídá velký, střední a malý tlak prstů. Jednotlivé pohyby prstů by se měly překrývat, aby se neopomnělo žádné místo. Pro nepřehlédnutí žádné části prsa jsou popsány tři schémata vedení pohybů a je na každé ženě, jaký vyhovující způsob si vybere. Jedním z nich je vertikální pohyb, který začíná od oblasti podpaží směrem nahoru a dolů po celé šířce prsu. Druhým způsobem je krouživý pohyb, ten začíná od horního vnitřního kvadrantu prsu spirálovitě po celém prsu a končí u bradavky. Další popsané schéma je klínové, zde se vede pohyb vždy od zevní části prsu k bradavce, a to v návaznosti po celém prsu. Samotné vyšetření pohmatem se nejlépe provádí s jednou rukou zvednutou za hlavu a druhá ruka v určitém schématu vyšetřuje, prohmatává jednotlivé části prsu a věnuje pozornost případnému výskytu bulky či jiné patologické změny. Poté žena mírně stiskne bradavku pro kontrolu případného sekretu. Součástí samovyšetření je i oblast podpaží, kde jsou uloženy lymfatické uzliny, pohmatem žena sleduje jejich velikost nebo případnou bolestivost. Přehlédnout by se neměla ani oblast klíční kosti. Pokud žena odhalí jakékoliv změny v prsech, měla by kontaktovat svého gynekologa či VPL. Na základě této indikace ji lékař odešle k posouzení nálezu na mamografické vyšetření nebo ultrazvuk prsou (Mammohelp.cz).

1.4.2 Edukační činnost sestry v oblasti prevence karcinomu děložního čípku

V oboru gynekologie zastává roli edukátora porodní asistentka eventuelně všeobecná sestra. Jejich činností je poskytovat pacientkám ošetrovatelské činnosti, které zahrnují diagnostické, terapeutické a preventivní postupy. S mírnou převahou se preventivní postupy více aplikují v ambulantní části. Sestra na ambulanci má přístup do kartotéky a práci s dokumentací. Aby sestra zajistila plynulý chod, je její povinností přijímat, objednávat a určovat pořadí pacientek. Její náplní práce je poskytovat ošetrovatelkou péči, vest prenatální poradnu, asistovat lékaři při vyšetření nebo malých chirurgických výkonech. Sestra poskytuje ženám aktuální informace o screeningových programech a doporučuje zásady zdravého životního stylu.

Je důležité, aby sestra kontrolovala docházku žen na preventivní návštěvy, a to minimálně jednou za 12 měsíců. Při zjištěné neúčasti, může pacientky vyzvat k objednání (Slezáková, 2017). Sestra by měla pacientky poučit o pohlavně přenosných chorobách a také upozornit na rizikové sexuální chování. V rámci prevence, nejen rakoviny děložního čípku, je doporučeno používat ochranu při pohlavním styku. Právě jednou z hlavních příčin vzniku rakovinu děložního čípku je vir HPV, který je především přenášen pohlavním stykem. Proto byla vynalezená vakcína proti nákaze HPV. V ČR se jedná o první možné očkování proti onkologické chorobě. Úkolem sestry je poskytnout informace o této bezpečné prevenci a ve spolupráci s lékařem zajistit její následnou aplikaci (Loono.cz).

1.4.3 Edukační činnost sestry v oblasti prevence kolorektálního karcinomu

Role sestry v prevenci KRK je zásadní především v primární prevenci. Sestra by měla pacienty informovat o RF působící vznik nádoru. Úkolem sestry je motivovat pacienty k eliminaci RF. Toho dosáhne pomocí intervencí směřující ke zdravému životnímu stylu. Součástí primární prevence je informovat pacienty o výše zmíněných symptomech KRK. V rámci sekundární prevence má sestra velký význam, především při edukaci pacienta o použití soupravy TOSK. Pacient obdrží testovací sadu u VPL, ženy i u některých gynekologů. V současnosti se využívají sady imunochemické pro domácí použití. Úkolem sestry je pacienta poučit o správném postupu vyšetření stolice. Upozorní pacienta, aby v době vyšetření neměl krvácivé projevy z konečníku, například krvácení z hemeroidů. Obzvláště ženy musí být informovány, aby neprováděly test během menstruačního krvácení. Samotný postup vyšetření je jednoduchý, sestra upozorní pacienta na to, aby stolice nepřišla do kontaktu s vodou a poté odebere speciální tyčinkou vzorky na třech různých místech, následně tyčinku vloží do označené zkumavky a odnese ji zpět lékaři k vyhodnocení (Seifert, 2015; Mou.cz).

Vyšetření tlustého střeva si klade přesné postupy. Zde má opět zastoupení sestra, která musí zajistit, aby byl pacient řádně připraven k plánovanému výkonu. Pro kvalitní vyšetření je důležitá příprava, která je pro pacienty poměrně náročná. Spočívá v dietním omezení a očištění tlustého střeva, která začíná už týden před plánovaným vyšetřením. Pacient musí z jídelníčku vyřadit potraviny, které obsahují semínka, slupky a další potraviny, které jsou těžko stravitelné. Tím jsou obiloviny, celozrnné pečivo, luštěniny, semínka všech podob, ořechy, tuhé maso, ovoce a zelenina obsahující slupku. Dva dny před vyšetřením by měl pacient přijímat kašovitou formu stravy, například mléčné výrobky, pyré či jinou mělkou stravu. Poslední den je pacientovi povoleno přijímat pouze tekutiny a od půlnoci lačnit. Aby bylo tlusté střevo dostatečně vyprázdněno, je nutné užívat projímadlo. Na trhu je více typů projímadel, proto se můžou požadavky na jednotlivých endoskopických pracovištích lišit (Mou.cz). Nejčastěji se však používá Fortrans, alternativami mohou být Picoprep, Eziclen nebo Moviprep. Fortrans je sypká směs připravená zvlášť ve 4 sáčkích. Každý sáček se vysype do 1 litru studené vody a míchá se do rozpuštění. Připravený roztok musí pacient vypít za jednu hodinu. Způsob připravování projímadla je v režimu 2 litry roztoku večer den před vyšetřením a zbylé 2 litry ráno v den vyšetření (Seifert, 2015). Před samotným výkonem pacient vyjadřuje svůj souhlas s vyšetřením podpisem. Začátek vyšetření probíhá opakovaným vysvětlením a zodpovězením pacientových otázek. Účelem je získat spolupráci pacienta. Následně je pacientovi zajištěná žilní linka, do které sestra podává kombinace sedativ a spasmolytik. Nejprve pacient leží na levém boku s pokrčenými dolními končetinami, ale může být během vyšetření vyzván ke změně polohy.

Lékař zavede endoskop, který je zvlhčený anestetickým gelem do konečníku a postupně do celého tlustého střeva. Pro lepší viditelnost a orientaci je do tlustého střeva vháněn vzduch, což může u pacienta vyvolat pocit tlaku a bolesti. Posuzování stavu sliznice se provádí postupně při zavádění, a pak znovu pečlivěji při pomalém vytahování endoskopu. Pokud je nalezena jinak změněná tkáň sliznice, lékař může pomocí kleštíček rovnou odebrat vzorek pro histologické vyšetření. V případě nalezení polypů, lze jej rovněž odstranit pomocí kličky (Nejedlá, 2015). Po výkonu pacient ještě setrvává půl hodiny na ošetřovně a je sledován pro případné komplikace. Po diagnostickém výkonu lze hned jíst a pít. Při terapeutickém výkonu pacient zůstává den hospitalizován pro sledování krvácení a přijímá pouze tekutou stravu. Bez výskytu komplikací, jde další den domů. V případě výskytu silné bolesti nebo krve ve stolici je pacient poučen o nutnosti vyhledat lékaře. Po výkonu pacient nesmí 24 hodin řídit automobil, jelikož mu byla aplikovaná sedativa, a tak by měl mít zajištěný doprovod (Mou.cz).

1.4.4 Edukační činnost sestry v oblasti prevence karcinomu plic

Jedinou možnou prevencí rakoviny plic je nekouřit. Kouření je totiž považováno za největší RF nejen nádorového onemocnění, ale i respiračního či kardiovaskulárního systému. Ve společnosti mají v kouření stále větší zastoupení muži, ale ve srovnání se ženami se jedná pouze o malý rozdíl. Za silné kuřáky jsou považováni ti, kteří kouří dvacet a více cigaret denně, u těchto jedinců lze očekávat v budoucnu výskyt nádorového onemocnění. V současné době se setkáváme s kouřením i u dětí a mládeže, za nejrizikovější období se považuje jedenáctý až patnáctý rok. V tomto věku se ještě nemluví o závislosti, ale obecně lze říct, že se jedná o snahu vyrovnat se dospělým, a tím vypadat ve společnosti svých vrstevníků zajímavěji. Právě proto je jedním z předmětů programu *Zdraví 21*, snížení užívání tabákových výrobků a jiných návykových látek (alkohol, drogy). Tabákový kouř obsahuje látky jako jsou nikotin, dehet, amoniak, oxid uhelnatý a další. Všechny tyto látky působí kancerogenně a některé až jedovatě. Po vdechnutí cigaretového kouře dochází k vyšší sekreci v průduškách a časem vznikají chronické respirační obtíže. Za vznikem závislosti stojí nikotin, který se velmi rychle dostává do krve a následně do mozku. Jelikož se jedná o návykovou látku, působí pro kuřáky líbezně. Avšak v případě poklesu hladiny, dochází k abstinčním příznakům. Nikotin je nejrizikovější v kardiovaskulárním systému, protože v organismu vyvolává hypertenzi, tachykardii a vazokonstrikci cév. Za hlavní příčinu rakoviny plic se považuje usazování dehtu z tabákového kouře v plicích. Dehet je silný kancerogen, který může způsobit nádor i jiného orgánu. Nejčastěji jde o hrtan, dutinu ústní, jícen, slinivku břišní a močový měchýř. Velká část osob je vystavena pasivnímu kouření, jenž vzniká nedobrovolnou inhalací cigaretového kouře v přítomnosti aktivního kuřáka. Nejvíce ohroženi jsou děti a mládež, kdy rodiče bez ohledu na jejich zdraví kouří v jejich přítomnosti. Machová (2016) uvádí, že za jednu hodinu strávenou v zakouřeném prostředí, pojme osoba množství škodlivých látek rovno vykouření patnácti cigaret. Výskyt v tomto prostředí má pro nekuřáky stejná rizika jako aktivní kuřáci (Machová, 2016).

Role sestry v léčbě závislosti na tabáku je nejvýznamnější, protože kouření má vliv na všechna onkologická onemocnění. Předpokladem je, aby sestra nekouřila a šla tak vzorem pacientům. Přestat s kouřením není vůbec jednoduché, většinou to nekončí u prvního pokusu, a proto je důležité mít velkou motivaci a odhodlání. Sestra může pacienty vhodnými intervencemi k léčbě motivovat a především zdůraznit, že nekouřit je to nejlepší, co pacient může pro své

zdraví udělat. Sestra od pacienta zjistí, jak dlouho a v jakém množství kouří, dále se dotazuje na denní režim a kdy obvykle kouří. V rámci motivace sestra pacientovi poskytne výhody nekouřit, zejména se jedná o úsporu financí, dále je pak motivující estetická stránka. Nekouřením docílí lepší kvality pleti, neboť cigaretový kouř má tendenci ucpávat póry a zhoršovat akné. Potlačení zápachu má také motivující význam, protože se kouř dostává do vlasů, nehtů ale také oděvů. V neposlední řadě je nutno zdůraznit zlepšení zdravotního stavu. Tím je myšleno lepší hojení ran, zlepšení chronických respiračních obtíží a samozřejmě prevence onkologických a kardiovaskulárních chorob. Následně sestra poskytne několik rad o tom, jak začít s odvykáním. Ideální je naplánovat si jeden konkrétní den. Před stanoveným dnem je důležité ze svého okolí odstranit vše, co se pojí s kouřením, tj. cigarety, popelníky a zapalovač. Pacientovi doporučí, aby o svém odvykání informoval své přátele a požádal je tak o podporu v jeho rozhodnutí. S odvykáním se pojí abstinenční příznaky, sestra by měla pacientovi doporučit náhradní nikotinovou terapii (ústní spreje, žvýkačky, nikotinové náplasti) volně prodejnou v lékárnách. Nic není však důležitější, než podpora a motivace, proto při každém kontaktu by měla sestra pacienta chválit za jeho snahu o přestání kouření (Linkos.cz).

2 Výzkumná část

Ve výzkumné části se nacházejí veškeré údaje o výzkumném šetření, zahrnující stanovený cíl výzkumu spolu s výzkumnými otázkami, metodiku výzkumu, charakteristiku respondentů a výzkumné prostředí. Je zde také uveden průběh a následné zpracování získaných dat, které jsou posléze prezentovány ve formě grafů. Pro výzkumnou část byly čerpány poznatky z literatury *Základy metodologie výzkumu* od Ludvíka Egera a Dany Egerové (2017).

2.1 Cíl a výzkumné otázky

Cílem bakalářské práce je zmapovat míru znalostí sester o primární a sekundární prevenci nádorového onemocnění. V souvislosti s tímto cílem jsem stanovila výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je znalost sester o primární a sekundární prevenci nádorového onemocnění?

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je informovanost sester o věkovém rozmezí screeningových programů?

Výzkumná otázka č. 3: Jaká je dostupnost informačních zdrojů o preventivních postupech?

2.2 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část bakalářské práce byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda, která byla zrealizována pomocí dotazníkového šetření. Zvolení kvantitativní metody je klíčové pro dosažení stanoveného cíle, kdy záměrem je pojmout velkou část sester. Na tomto podkladě se nám podařilo od velkého množství respondentů zjistit, jaký mají přehled o onkologické prevenci.

Výzkumné šetření probíhalo prostřednictvím polostrukturovaného dotazníku (viz. příloha A), jenž byl určen sestrám v Nemocnici Jihlava.

Dotazník byl složen z 19 otázek, z toho obsahuje 17 otázek uzavřených (č. 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,18,19) a 2 polouzavřené otázky (č. 16,17). U otázek č. 1,2,3,6,11,13,14,18 byla možná volba pouze jedné odpovědi. Více možných odpovědí bylo respondentům nabídnuto v otázkách č. 4,5,7,8,9,10,12,15,16,17,19. V úvodních třech otázkách měli respondenti odpovědět na potřebné statistické údaje, týkající se pohlaví, věku a stupně vzdělání. Následné otázky byly věnovány screeningovým programům a onkologické prevenci, které byly tvořeny v souvislosti s výzkumnými otázkami. První výzkumná otázka zahrnuje otázky č. 4,5,7,8,10,12,14 a měla zjistit, jaké znalosti mají sestry o primární a sekundární prevenci v onkologii. Druhá výzkumná otázka se zabývala otázkami č. 6,9,11,13 a měla poskytnout informaci o znalosti věkovém rozmezí u jednotlivých screeningových programů. Třetí výzkumná otázka měla zjistit dostupnost informačních zdrojů o preventivních postupech pomocí otázek č. 15,16,17,18,19.

Celkem bylo rozdáno 120 (100 %) dotazníku k vyplnění. Návratnost vyplněných dotazníků činila 107 (89,2 %) z toho 2 byly vyplněny neplatně, a tak musely být vyřazeny. Nevyplněných dotazníků bylo 13. Správně vyplněných dotazníků bylo tedy 105 (87,5 %).

2.3 Průběh výzkumu

Dotazníkové šetření probíhalo od ledna 2024 do března 2024 v Nemocnici Jihlava. Před zahájením výzkumného šetření bylo získáno potvrzení o výzkumném šetření v Nemocnici Jihlava (viz. příloha B), schválení poskytla Náměstkyně nelékařských profesí Mgr. Hana Hladíková. Na základě toho byly distribuovány dotazníky v tištěné formě na jednotlivá oddělení. Po uplynutí doby výzkumu, byly dotazníky osobně vybrány.

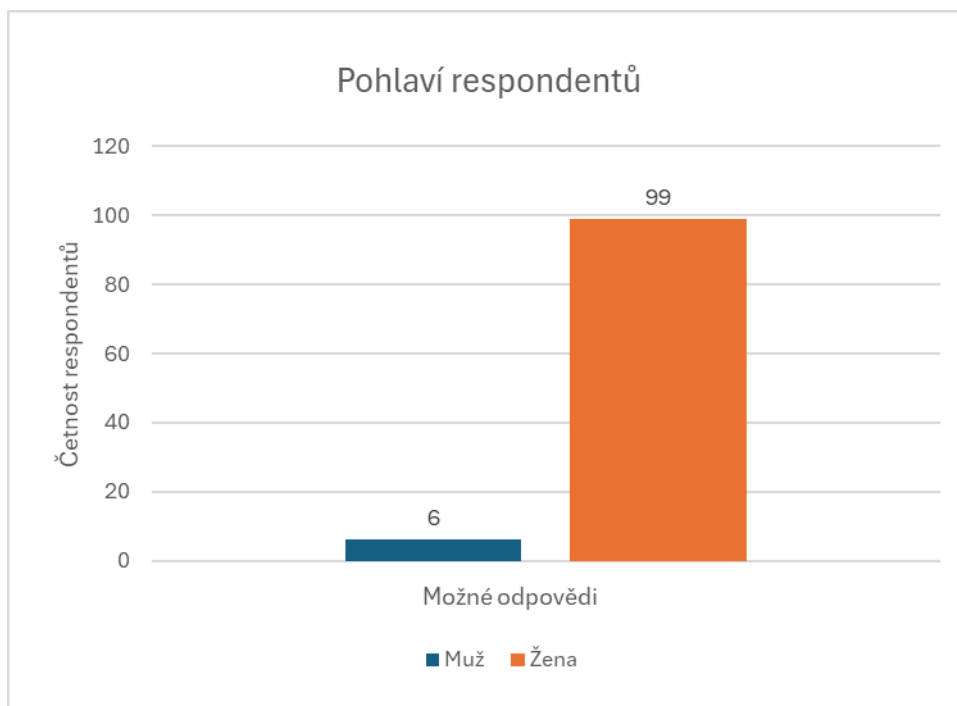
2.4 Zpracování získaných dat

Vyhodnocení dotazníkového šetření bylo provedeno analýzou vyplněných dotazníků a následným zpracováním do grafů za pomoci aplikace Microsoft Office Excel.

2.5 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumné prostředí

Dotazníkové šetření probíhalo v Nemocnici Jihlava na vybraných odděleních. Dotazník byl primárně určen všeobecným sestřím, ale nakonec se šetření zúčastnily i praktické sestry. Výzkumné šetření bylo realizováno na oddělení interny, chirurgie, onkologie, gynekologie a plicního oddělení.

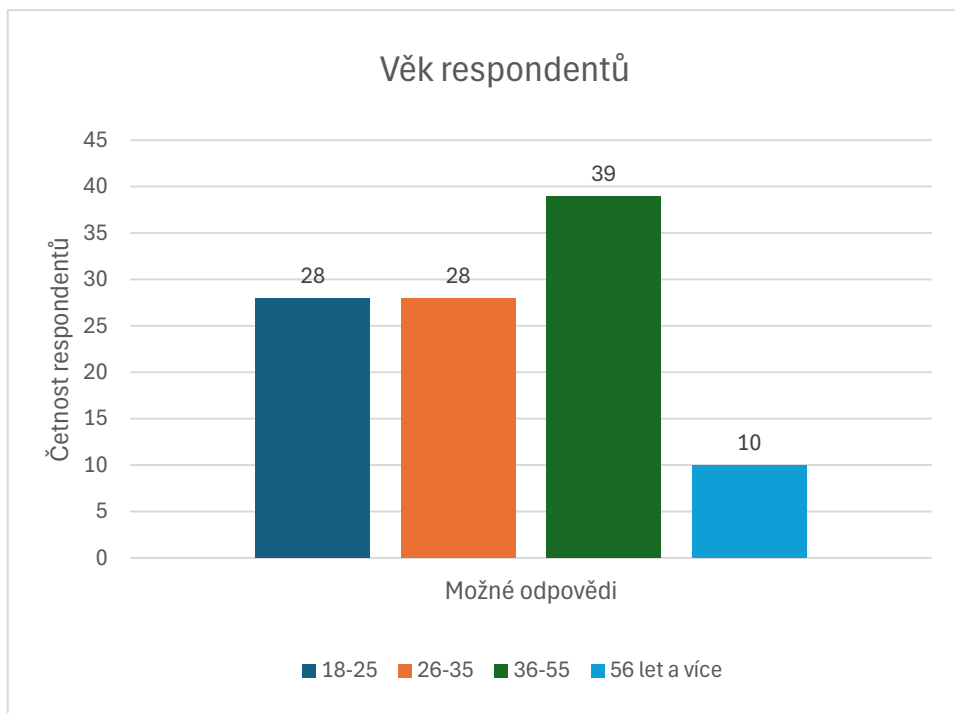
Otázka č. 1: Jaké jste pohlaví?



Graf 1: Pohlaví respondentů

Z grafu č. 1 vyplývá, že ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů je 6 (5,7 %) mužského pohlaví a 99 (94,3 %) ženského pohlaví.

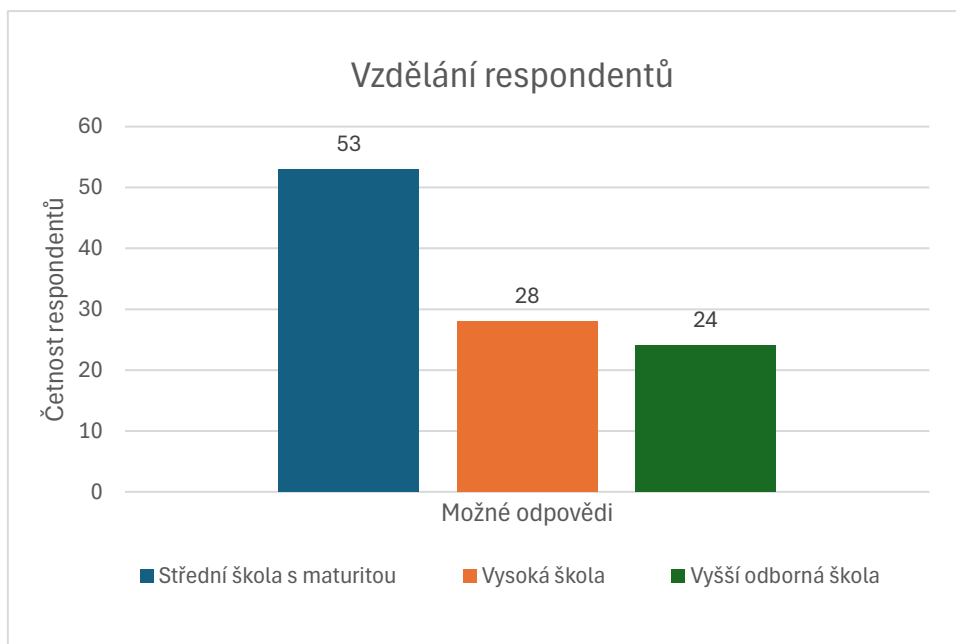
Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?



Graf 2: Věk respondentů

V grafu č. 2 je znázorněný věk respondentů. Z celkového počtu 105 (100 %) respondentů je 28 (26,7 %) sester v letech 18–25. Druhý věkový interval 26-35 označilo rovněž 28 (26,7 %) sester. Nejvyšší zastoupení 39 (37,1 %) sester je ve věkovém intervalu 36-55. Zbývajících 10 (9,5 %) sester se nachází ve věku 56 let a více.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

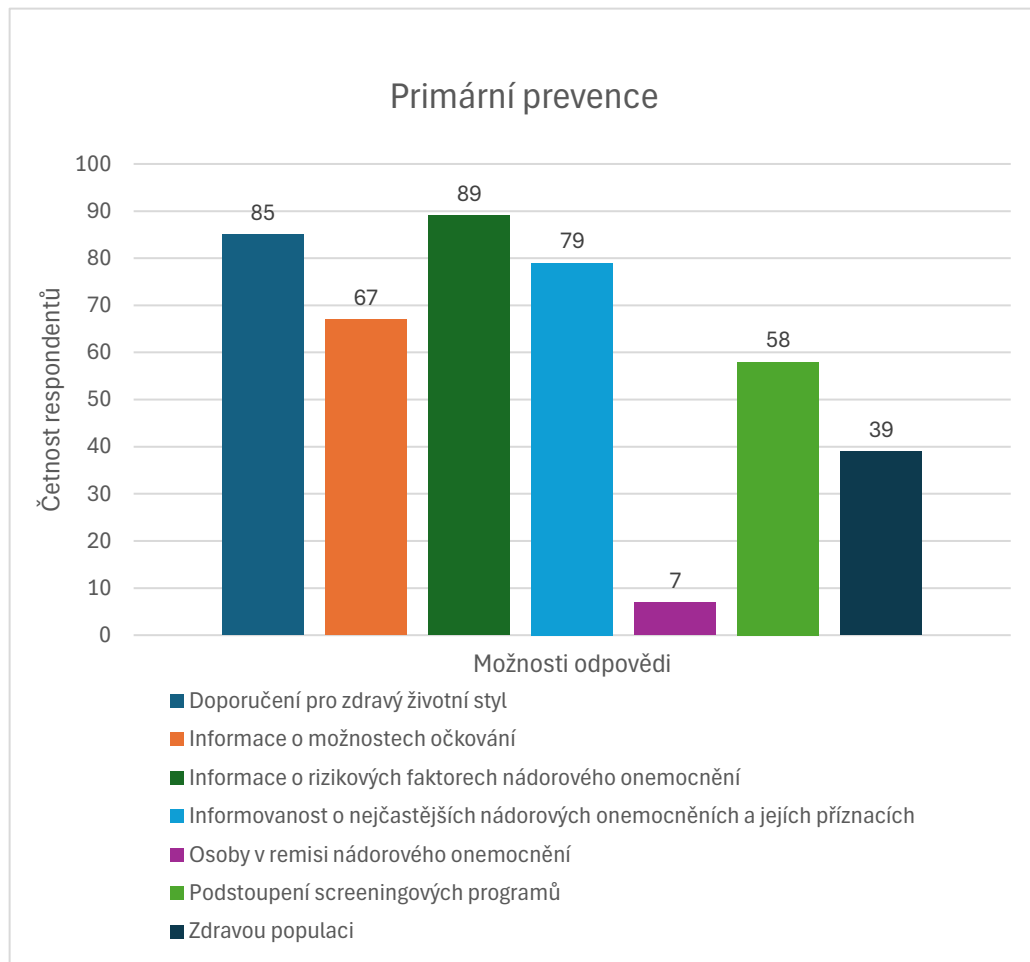


Graf 3: Vzdělání respondentů

Graf č. 3 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z celkového počtu 105 (100 %) má 53 (50,5 %) respondentů nejvyšší dosažené vzdělání střední školu s maturitou. Dále 28 (26,7 %) respondentů dosáhlo vysokoškolského vzdělání a 24 (22,9 %) respondentů ukončilo vyšší odbornou školu.

2.6 Výsledky výzkumu

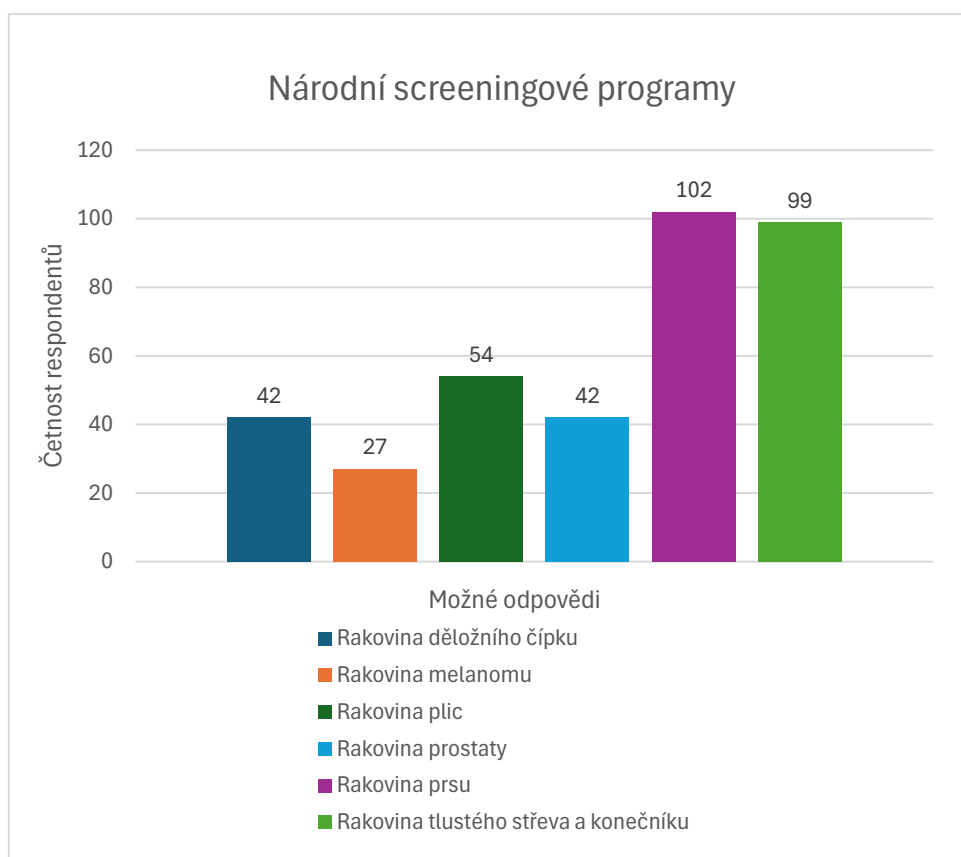
Otázka č. 4: Co zahrnuje primární prevence?



Graf 4: Primární prevence

Graf č. 4 znázorňuje, co vše je součástí primární prevence. Respondenti měli označit více správných odpovědí. Návratnost odpovědí byla 424, z celkového počtu 105 (100 %) respondentů. 85 (81,0 %) respondentů označilo doporučení pro zdravý životní styl. Dále 67 (63,8 %) respondentů označilo odpověď týkající se informací o možnostech očkování, 89 (84,8 %) respondentů označilo odpověď s informacemi o RF nádorového onemocnění. Jednu z možných odpovědí, informovanost o nejčastějších nádorových onemocněních a jejich příznacích, označilo 79 (75,2 %) respondentů. Odpověď, osoby v remisi nádorového onemocnění, označilo 7 (6,7 %) respondentů. 58 (55,2 %) respondentů se domnívá, že podstoupení screeningových programů je součástí primární prevence a 39 (37,1 %) respondentů označilo, že primární prevence se týká zdravé populace.

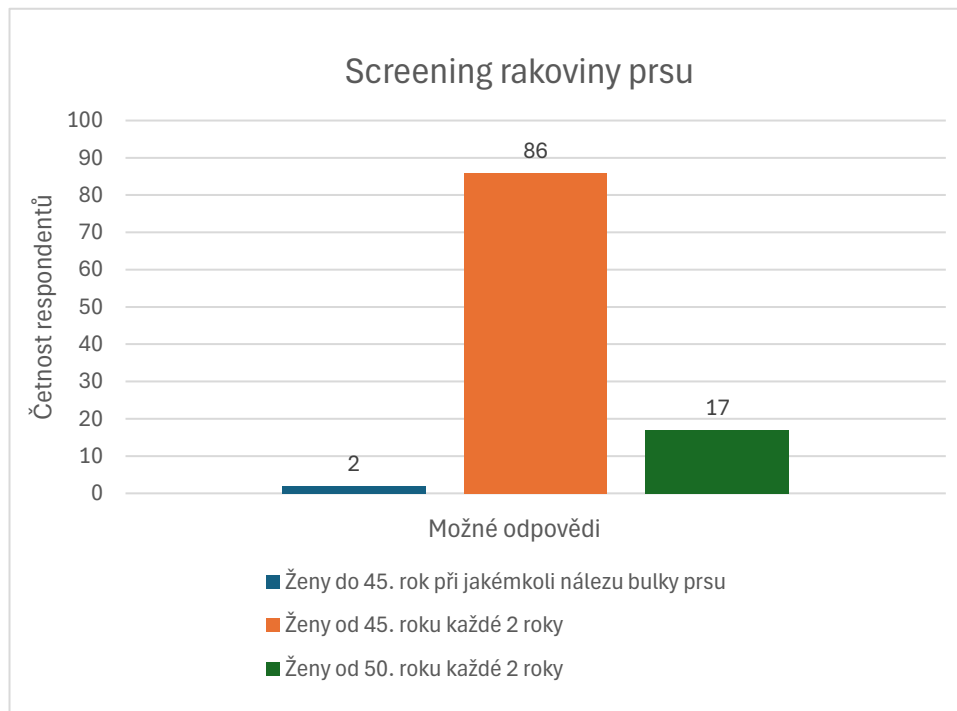
Otázka č. 5: Mezi národní screeningové programy patří:



Graf 5: Národní screeningové programy

Graf č. 5 znázorňuje dostupné screeningové programy. Respondenti měli vybrat více správných odpovědí. Návratnost odpovědí byla 366 z celkového množství 105 (100 %) respondentů. 42 (40,0 %) označilo screening rakoviny děložního čípku. Možnost rakoviny melanomu, označilo 27 (25,7 %) respondentů. Více než polovina respondentů 54 (51,4 %) vybralo odpověď screening rakoviny plic. Screening rakoviny prostaty, uvádí 42 (40,0 %) respondentů. Nejvyšší zastoupení získaly odpovědi, screening rakoviny prsu 102 (97,1 %) a screening rakoviny tlustého střeva a konečníku 99 (94,3 %).

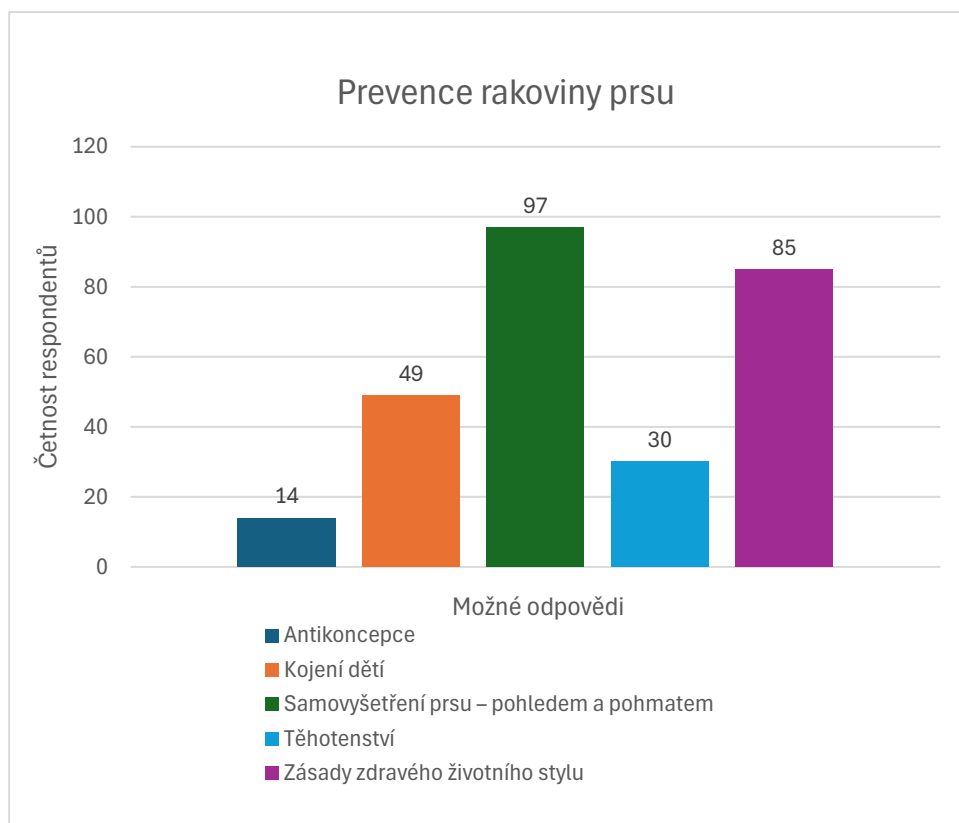
Otázka č. 6: Od jakého věku ženy je mamografický screening hrazený pojišťovnou?



Graf 6: Screening rakoviny prsu

Graf č. 6 zobrazuje zvolené odpovědi na screening rakoviny prsu. Z celkového množství 105 (100 %) respondentů označili 2 (1,9 %) schéma: ženy do 45. roku při jakémkoliv nálezů bulky prsu. Naprostá většina 86 (81,9 %) respondentů uvedlo, že screening rakoviny prsu se týká žen od 45. roku každé 2 roky. Poslední možnost, ženy od 50. roku každé 2 roky, označilo 17 (16,2 %) respondentů.

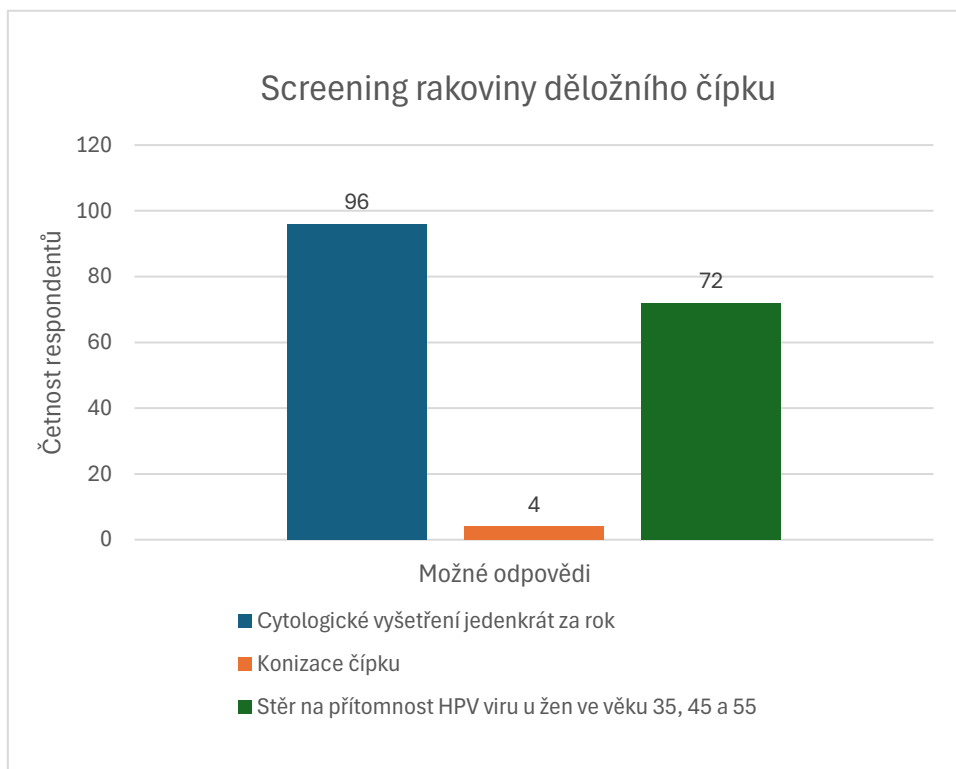
Otázka č. 7: Jaké jsou další možnosti prevence rakoviny prsu?



Graf 7: Prevence rakoviny prsu

Graf č. 7 zobrazuje znalosti prevence rakoviny prsu, respondentům bylo nabídnuto označit více odpovědí. K této otázce se navrátilo 275 odpovědí z celkového množství 105 (100 %) respondentů. 14 (13,3 %) vybralo možnost antikoncepce, 49 (46,7 %) zvolilo možnost kojení dětí. Nejvyšší zastoupení 97 (92,4 %) respondentů označilo možnost samovyšetření prsu. 30 (28,6 %) respondentů se domnívá, že prevencí rakoviny prsu je těhotenství a 85 (81,0 %) označilo odpověď týkající se zásad zdravého životního stylu.

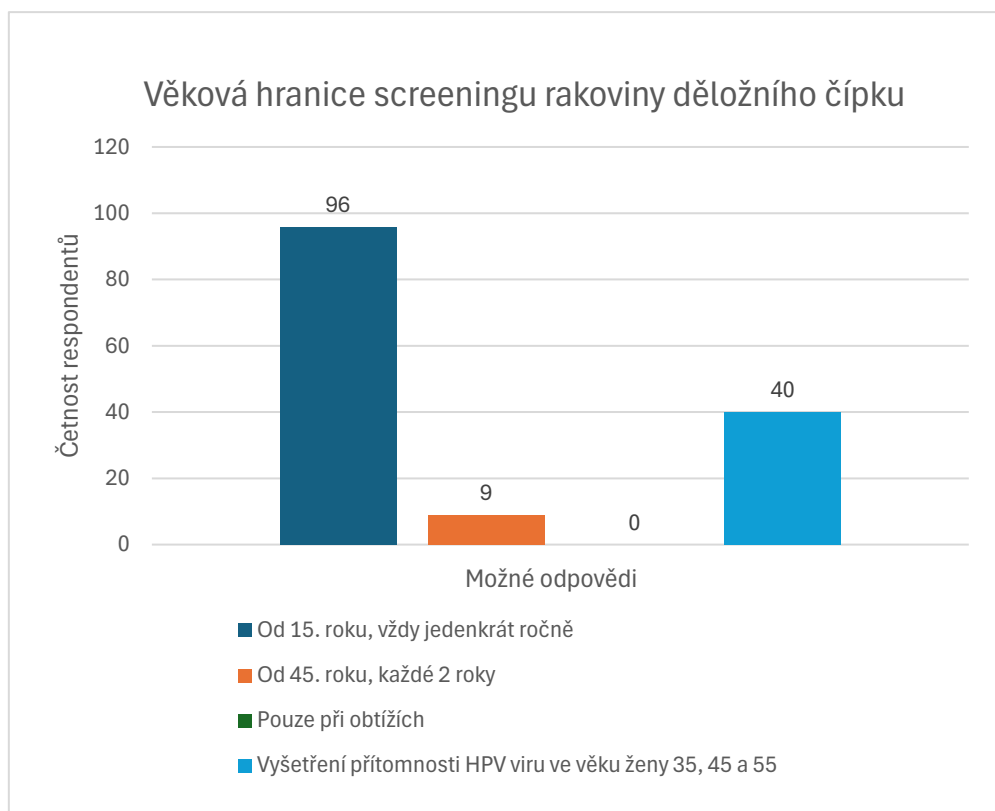
Otázka č. 8: Co obnáší screening karcinomu děložního čípku?



Graf 8: Screening rakoviny děložního čípku

Graf č. 8 znázorňuje znalosti o screeningu rakoviny děložního čípku, respondenti měli zvolit více správných odpovědí. Návratnost byla 172 odpovědí z celkového množství 105 (100 %) respondentů. Naprostá většina 96 (91,4 %) respondentů vybralo možnost cytologické vyšetření jedenkrát za rok. Pouze 4 (3,8 %) označili možnost konizace čípku a 72 (68,6 %) respondentů vybralo stěr na přítomnost HPV viru u žen ve věku 35, 45 a 55.

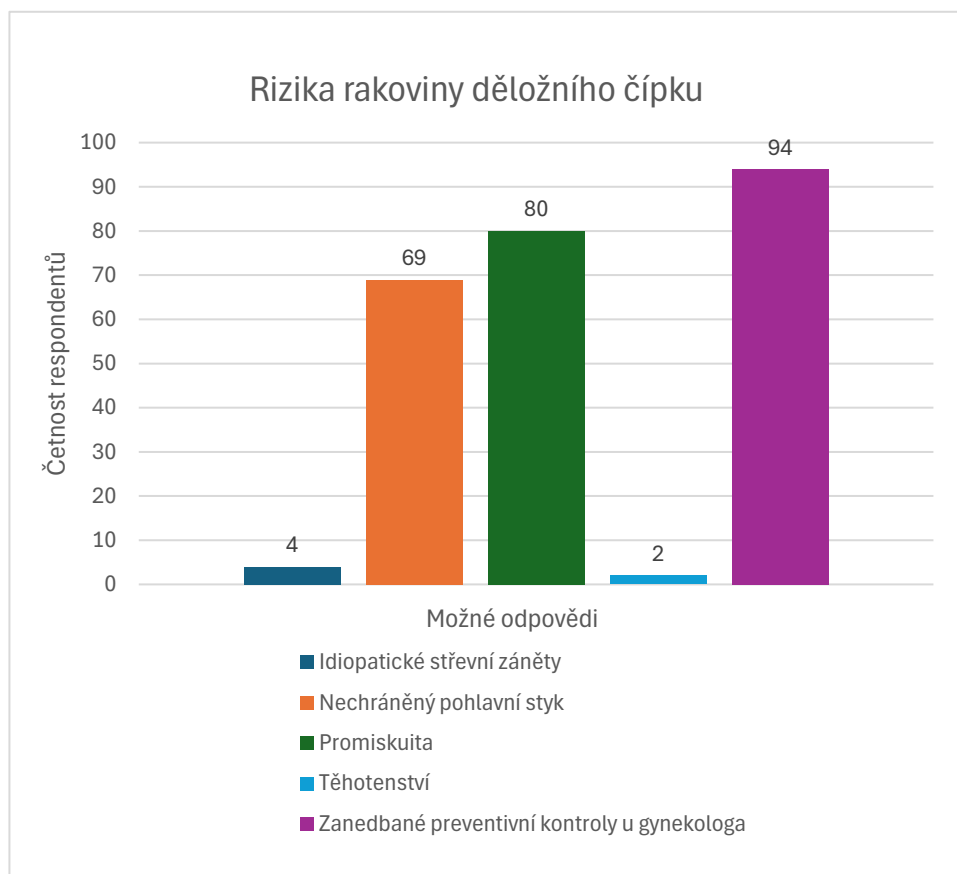
Otázka č. 9: Od kolika let a jak často je ženám standardně při gynekologickém vyšetření prováděn screening děložního čípku?



Graf 9: Věková hranice screeningu rakoviny děložního čípku

Graf č. 9 znázorňuje znalosti o věkové hranici screeningu rakoviny děložního čípku. Opět bylo možné vybrat více správných odpovědí, a tak se k této otázce pojí 145 odpovědí z celkového množství 105 (100 %) respondentů. S výrazným zastoupením označilo 96 (91,4 %) respondentů možnost, od 15. roku, vždy jedenkrát ročně. 9 (8,6 %) zvolilo odpověď od 45. roku, každé 2 roky, nikdo (0 %) neoznačil odpověď pouze při obtížích a 40 (38,1 %) respondentů zvolilo vyšetření přítomnosti HPV viru ve věku ženy 35, 45 a 55.

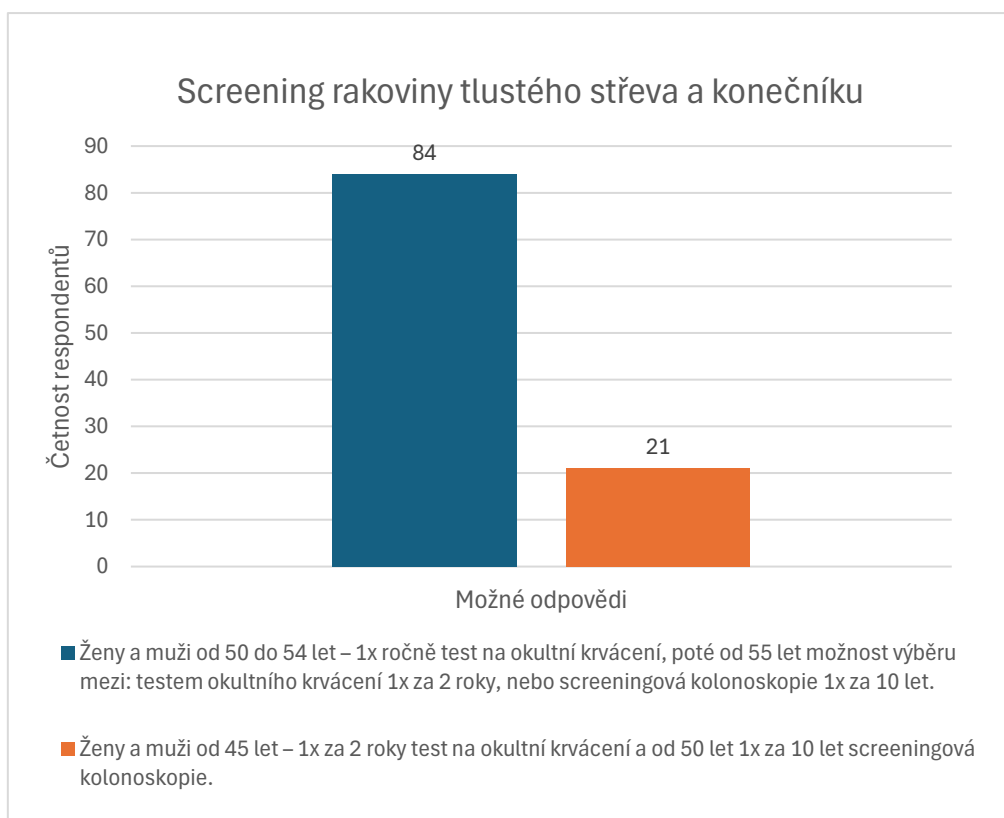
Otázka č. 10: Jaká jsou přímá rizika vzniku karcinomu děložního čípku?



Graf 10: Rizika rakoviny děložního čípku

Graf č. 10 zobrazuje znalosti o RF rakoviny děložního čípku. U této otázky mohli respondenti odpovědět více možnými odpovědi. Navracený počet odpovědí činí 249 z celkového množství 105 (100 %) respondentů. 4 (3,8 %) respondenti označili možnost idiomatických střevních zánětů, 69 (65,7 %) zaškrtnulo jako RF nechráněný pohlavní styk. Většina 80 (76,2 %) respondentů si myslí, že za rakovinou děložního hrdla stojí promiskuita. Jenom 2 (1,9 %) respondenti uvedli možnost těhotenství a nejvíce 94 (89,5 %) respondentů se domnívá, že RF je zanedbání preventivních kontrol u gynekologa.

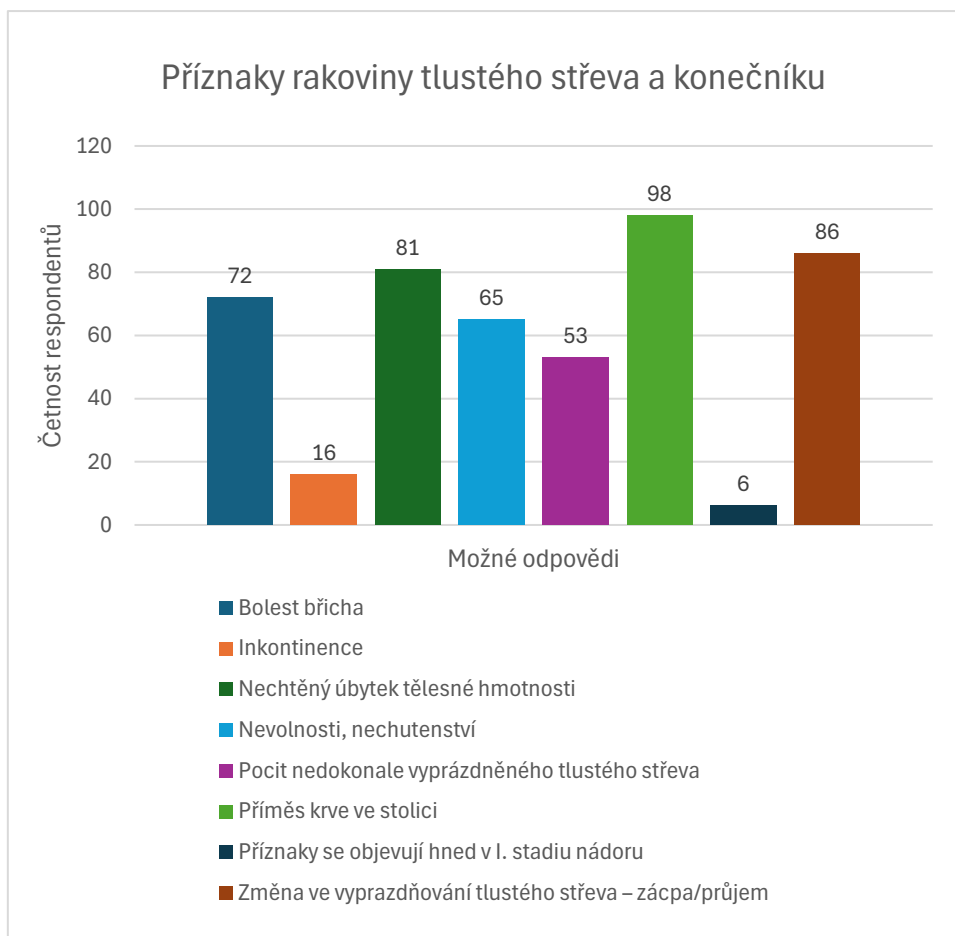
Otázka č. 11: Jaké je schéma kolorektálního screeningu?



Graf 11: Screening rakoviny tlustého střeva a konečníku

Graf č. 11 ukazuje znalost o screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku. Z celkového množství 105 (100 %), označila většina 84 (80,0 %) respondentů schéma odpovědi věnující se ženám a mužům od 50 do 54 let. Druhé schéma se týkalo žen a mužů od 45 let, tuto odpověď uvedlo 21 (20,0 %) respondentů.

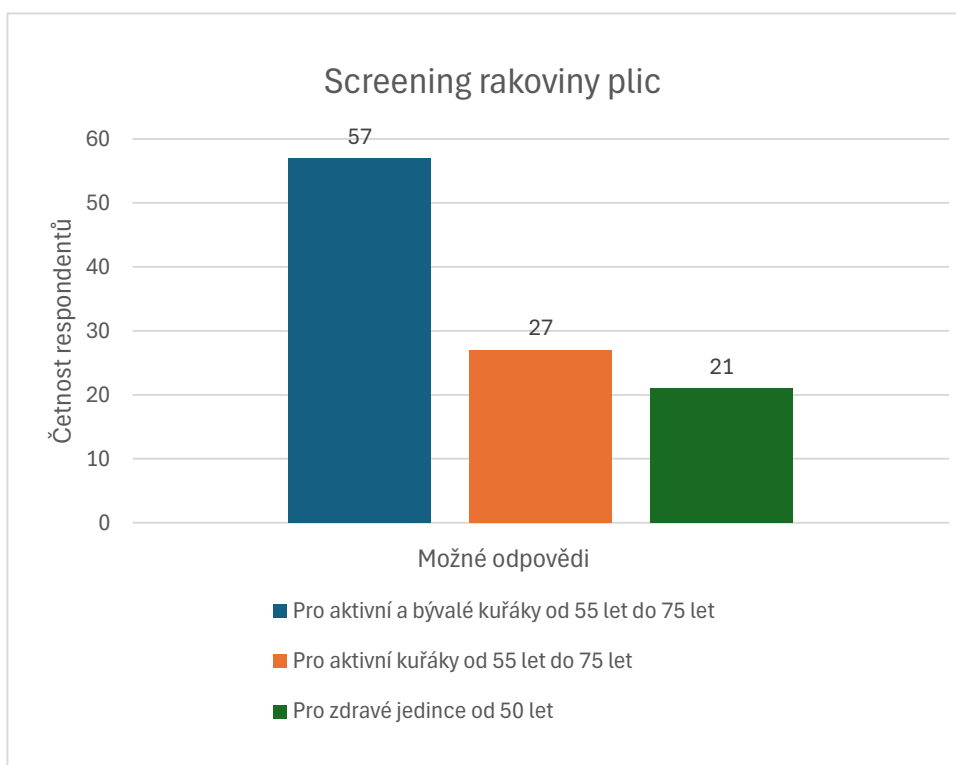
Otázka č. 12: Jaké jsou příznaky kolorektálního karcinomu?



Graf 12: Příznaky rakoviny tlustého střeva

Graf č. 12 zobrazuje znalosti o příznacích rakoviny tlustého střeva a konečníku. V této otázce bylo opět žádáno více možných odpovědí, a proto bylo celkem navraceno 477 odpovědí z celkového počtu 105 (100 %) respondentů. 72 (68,6 %) respondentů označilo bolest břicha, 16 (15,2 %) inkontinenci, 81 (77,1 %) nechtěný úbytek na váze, 65 (61,9 %) nevolnost a zvracení, 53 (50,5 %) pocit nedokonalé vyprázdněného tlustého střeva, naprostá většina 98 (93,3 %) respondentů udává příznak příměs krve ve stolici, pouze 6 (5,7 %) označilo možnost objevení se příznaků v I. klinickém stádiu nádoru a 86 (81,9 %) respondentů uvedlo změnu ve vyprazdňování tlustého střeva.

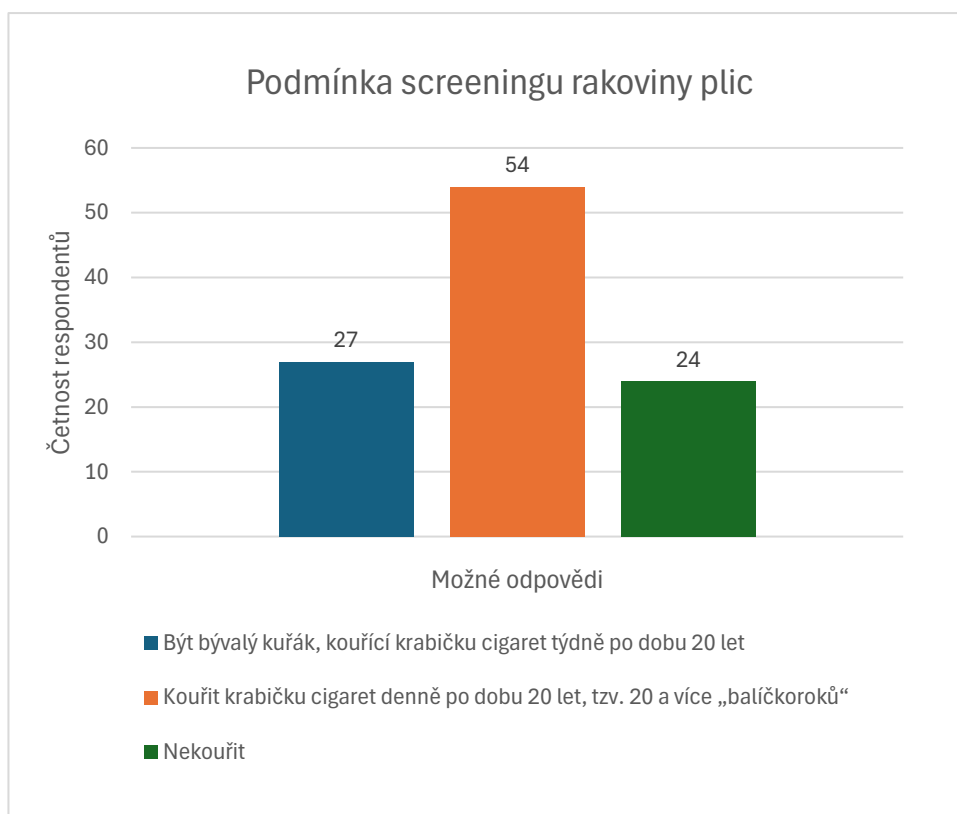
Otázka č. 13: Pro koho je určen screening karcinomu plic a v jaké věkové hranici?



Graf 13: Screening rakoviny plic

Graf č. 13 znázorňuje znalost o screeningu rakoviny plic. Z celkového množství 105 (100 %) respondentů se více než polovina 57 (54,3 %) domnívá, že screening rakoviny plic je dostupný pro aktivní a bývalé kuřáky od 55 let do 75 let. 27 (25,7 %) respondentů si myslí, že se screening týká aktivních kuřáků od 55 let do 75 let a zbylých 21 (20,0 %) označilo možnost týkajících se zdravých osob od 50 let.

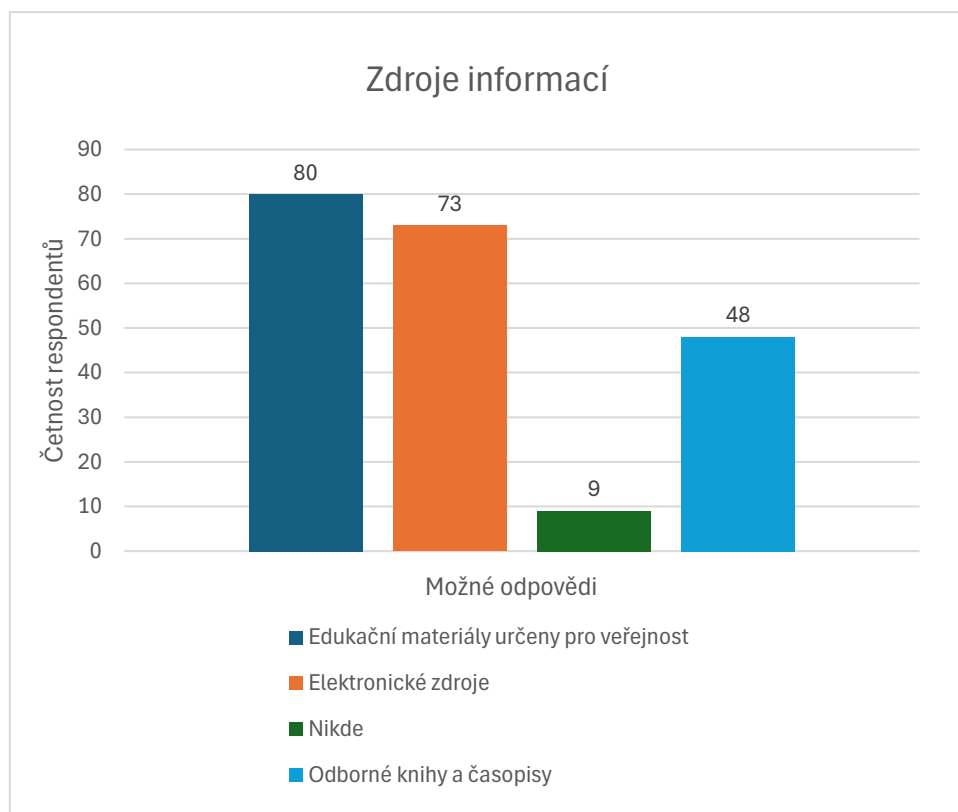
Otázka č. 14: Jaká je podmínka pro screening karcinomu plic?



Graf 14: Podmínka screeningu rakoviny plic

Graf č. 14 zobrazuje podmínku screeningu rakoviny plic. Z celkového množství 105 (100 %) respondentů označilo 27 (25,7 %) odpověď zaměřující se na bývalé kuřáky, kouřící krabičku cigaret týdně. Většina respondentů 54 (51,4 %) uvedla, že podmínkou pro screening rakoviny plic je kouřit krabičku cigaret denně po dobu 20 let a 24 (22,9 %) respondentů se domnívá, že podmínkou je nekouřit.

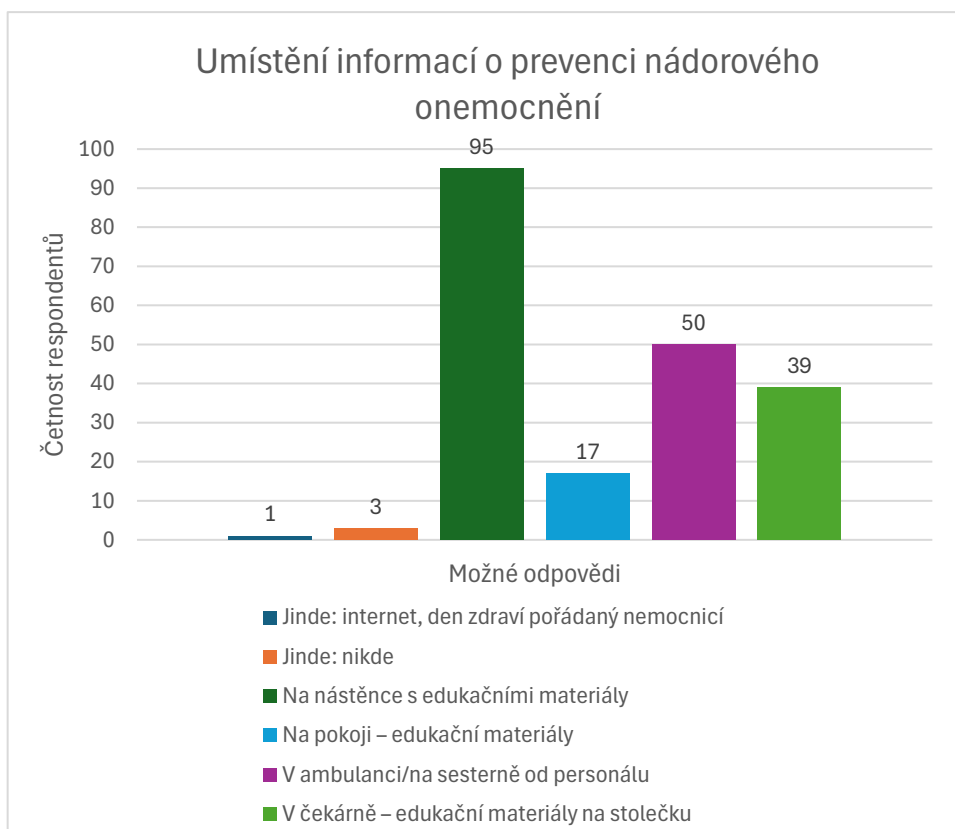
Otázka č. 15: Z kterých zdrojů čerpáte informace o prevenci nádorového onemocnění?



Graf 15: Zdroje informací

Graf č. 15 znázorňuje zdroje informací. Respondenti mohli volit jednu i více odpovědí, a tak se vrátilo 210 odpovědí z celkového množství 105 (100 %) respondentů, 80 (76,2 %) respondentů označilo zdroj v podobě edukačních materiálů určené pro veřejnost, 73 (69,5 %) hledá informace v elektronické podobě, 9 (8,6 %) informace nevyhledává a 48 (45,7 %) respondentů čerpá informace z odborných knih a časopisů.

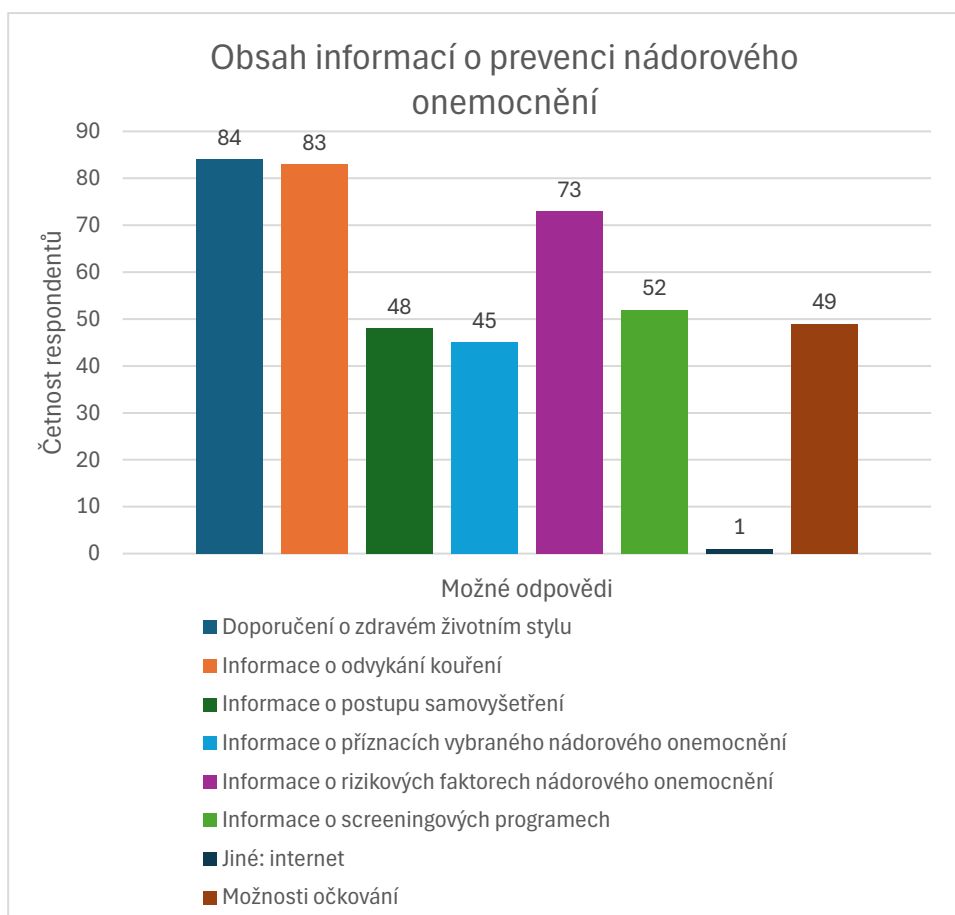
Otázka č. 16: Kde se na vašem pracovišti nacházejí informace o prevenci nádorového onemocnění?



Graf 16: Umístění informací o prevenci nádorového onemocnění

Graf č. 16 zobrazuje, kde se na pracovišti nacházejí informace o prevenci nádorového onemocnění. Zde respondenti mohli označit libovolný počet odpovědí nebo byla možná vlastní odpověď. Návratnost odpovědí byla 205 z celkového množství 105 (100 %) respondentů. 1 (1,0 %) respondent uvedl internet a Den zdraví pořádaný nemocnicí, 3 (2,9 %) respondenti uvedli, že informace nejsou uvedené nikde. Velké množství 95 (90,5 %) respondentů uvedlo, že se informace nacházejí na nástěnce s edukačními materiály, 17 (16,2 %) respondentů má informace k dispozici na pokoji pacientů, 50 (47,6 %) uvádí dostupné informace přímo od personálu a 39 (37,1 %) respondentů označilo, že jsou informace k mání v čekárně.

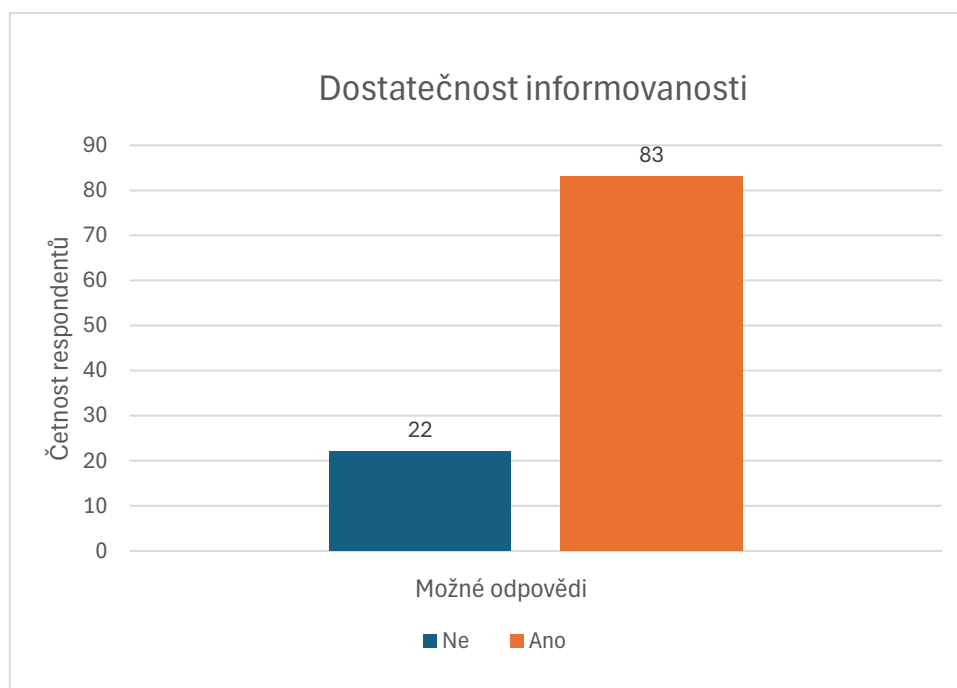
Otázka č. 17: Jaké jsou dostupné informace o prevenci na vašem pracovišti?



Graf 17: Obsah informací o prevenci nádorového onemocnění

Graf č. 17 zobrazuje obsah informací o prevenci nádorového onemocnění. Respondentům bylo opět nabídnuto označení více možných odpovědí a také mohli reagovat vlastním výrokem u otevřené odpovědi. Návratnost odpovědí činila 435 z celkového počtu 105 (100 %) respondentů. 84 (80,0 %) respondentů uvedlo, že se na jejich oddělení nachází doporučení pro zdravý životní styl, 83 (79,0 %) má dostupné informace spojené s odvykáním kouření, 48 (45,7 %) uvedlo znalosti o postupu samovyšetření, 45 (42,9 %) označilo informace o příznacích vybraného nádorového onemocnění, 73 (69,5 %) má přehled o RF nádorového onemocnění, 52 (49,5 %) má dostupné informace o screeningových programech, 1 (1,0 %) respondent uvedl dostupnost informací na internetu a 49 (46,7 %) poskytuje informace o možnostech očkování.

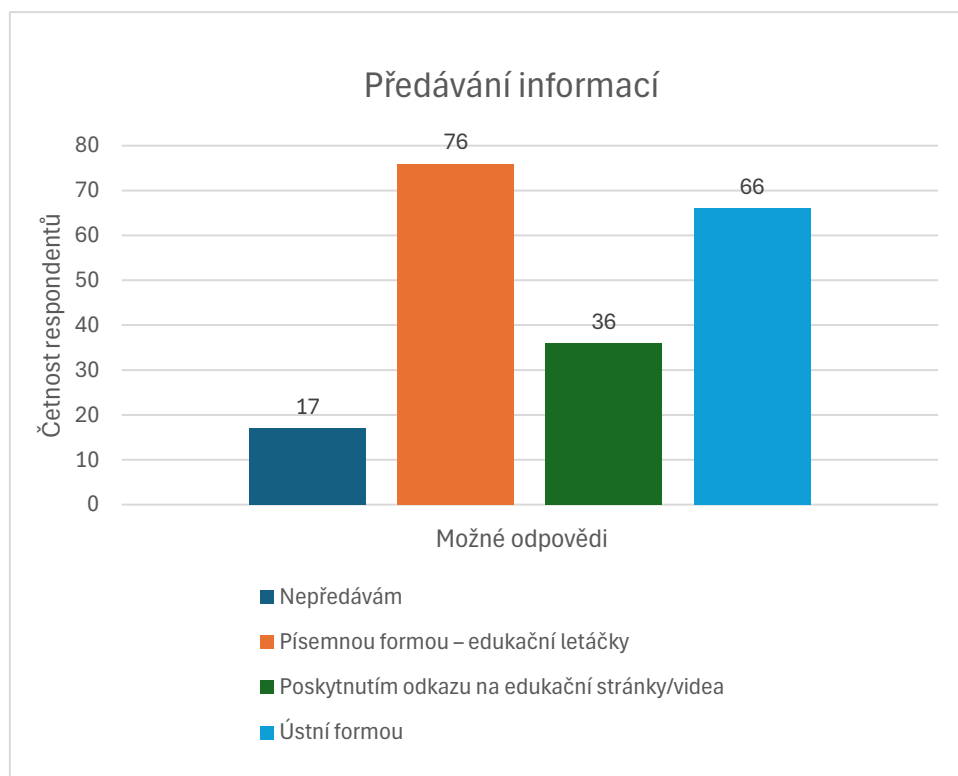
Otázka č. 18: Jsou podle Vás informační materiály dostatečné?



Graf 18: Dostatečnost informovanosti

Graf č. 18 zobrazuje dostatečnost informačních materiálů. Z celkového množství 105 (100 %) respondentů si 22 (21,0 %) myslí, že informovanost není dostatečná a 83 (79,0 %) považují informovanost za dostatečnou.

Otázka č. 19: Jakým způsobem předáváte získané informace o prevenci nádorového onemocnění pacientům?



Graf 19: Předávání informací

Graf č. 19 ukazuje, jakou formou respondenti předávají informace pacientům. I v této otázce respondenti mohli označit více možných odpovědí. Vybraných odpovědí bylo celkem 195 z množství 105 (100 %) respondentů. 17 (16,2 %) respondentů informace nepředává vůbec, 76 (72,4 %) respondentů nejčastěji předává informace písemnou formou, 36 (34,3 %) poskytne odkaz na elektronické zdroje a 66 (62,9 %) předává informace ústní formou.

3 Diskuse

Výzkumná část bakalářské práce si klade za cíl zjistit, jaká je informovanost sester o primární a sekundární prevenci nádorového onemocnění. Pro dosažení hlavního cíle byly stanoveny 3 výzkumné otázky. Následně byl vytvořen výzkumný dotazník, který nám poskytl odpověď na jednotlivé výzkumné otázky, nezbytné k dosažení cíle. Níže budou interpretovány výsledky výzkumného šetření a nato porovnány s odbornými výzkumy zabývající se podobnou problematikou.

Pro srovnání výsledků výzkumného šetření jsem využila poznatky z bakalářské práce Veroniky Beranové (2013) na téma: *Sestra a prevence nádorových onemocnění v primární péči*. Jako zahraniční zdroj jsem zvolila článek autora Joshua Kanaabi Muliira (2016) na téma: *Barriers to colorectal cancer screening in primary care settings: Attitudes and knowledge of nurses and physicians*. Pro porovnání jsem využila statistiku Uzis.cz (2022). Dále jsem využila poznatky z bakalářské práce Terezy Havlíkové (2023) na téma: *Informovanost zdravotníků v oblasti gynekologie o prevenci karcinomu děložního hrdla* a z bakalářské práce Petry Vetešníkové (2022) na téma: *Role sestry v prevenci kolorektálního karcinomu*.

Výzkumná otázka č. 1: **Jaká je znalost sester o primární a sekundární prevenci nádorového onemocnění?**

Tato výzkumná otázka zahrnuje v dotazníku otázky č.4,5,7,8,10,12,14.

V otázce č. 4 měli respondenti vybrat vše, co se zahrnuje do primární prevence. Nejvyšší zastoupení 81,0 % získala odpověď týkající se doporučení pro zdravý životní styl. Rovněž správně odpovědělo 75,2 % respondentů na informace věnující se nejčastějším nádorovým onemocněním s prezentací jejích příznaků. Mezi správnou odpověď zařadilo 63,8 % respondentů informace o RF nádorového onemocnění. Dále si 55,2 % respondentů myslí, že se jedná o podstoupení screeningového vyšetření. Jedná se však o chybnou odpověď, neboť se týká prevence sekundární. Jelikož tuto odpověď zvolilo více než polovina respondentů, domnívám se tak, že došlo k chybnému pochopení otázky. Na odpověď zahrnující zdravou populaci správně odpovědělo pouze 37,1 % respondentů. Zde jsem předpokládala četnější zastoupení, nalézám tak nedostatečný zájem sester o zdravé pacienty, u které je význam primární prevence nejvyšší. Poslední odpověď zvolilo 6,7 % respondentů, kde se mylně domnívají, že se primární prevence věnuje především osobám v remisi nádorového onemocnění. Touto skupinou osob se více zabývá terciární prevence.

Otázka č. 5 byla zaměřená na sekundární prevenci, a to na dostupné screeningové programy nádorového onemocnění. Respondenti měli označit více správných odpovědí. Téměř bezchybně (97,1 %) byl zvolen screening rakoviny prsu a také (94,3 %) screening rakoviny tlustého střeva a konečníku. Jde vidět, že respondenti mají tyto dva screeningové programy dostatečně v podvědomí. Myslím si, že je to dáno tím, že se z časového hlediska jedná o nejstarší programy, které si již získaly velkou mediální podporu. Na screening rakoviny děložního čípku správně odpovědělo pouze 40 % respondentů. Vzhledem k četnosti respondentů ženského pohlaví (94,3 %) se domnívám, že ženy dochází na gynekologické vyšetření, a tak neoznačení této odpovědi hodnotím jako pouhou nepozornost. Doposud nedostupným v ČR je screening melanomu, který označilo 25,7 % dotazovaných. Jedním z nově zavedených programů je screening rakoviny plic, zde reagovalo 51,4 %. Screening rakoviny prostaty byl zavedený

v lednu 2024. Proto v tuto chvíli o jeho průběhu nejsou dostupné studie, ale i přes to má 40,0 % respondentů o screeningu povědomí. Výsledky těchto dvou nových programů hodnotím velice kladně, neboť se jedná o programy, které ještě nezískaly velkou propagaci. Z výsledků vyvozují, že průměrně polovina dotazovaných sester jeví zájem o hledání aktuálních informací spojené s onkologickou prevencí. V případě, že porovnáím získané informace sester se statistikou Uzis.cz (2022), která znázorňuje účast rizikových skupin osob na screeningových programech, zjistím překvapující fakta. V roce 2022 byla účast na screeningu rakoviny prsu 58,5 % žen, na screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku pouze 28,6 % mužů a žen a na screeningu rakoviny děložního čípku 56,5 % žen, zbylé 2 programy se nacházejí v počáteční fázi, a tak prozatím nejsou dostupné statistiky o vývoji. V tomto porovnání lze vidět, že laická veřejnost není pravděpodobně dostatečně informována, a tak by bylo vhodné, aby byly do veřejné informovanosti zapojeny také sestry.

Otázka č. 7 byla zaměřená na znalosti respondentů o prevenci rakoviny prsu. Rovněž měli respondenti volit více správných odpovědí. Nejčastěji (92,4 %) respondenti označili samovyšetření prsu, což jsem předpokládala. Beranová (2013) se ve své výzkumu zaměřila na edukaci pacientek o samovyšetření prsu. Z jejího výzkumného šetření vyplývá, že informace o technice samovyšetření v praxi využívá pouze 50,73 % sester. A proto výsledky našeho šetření naznačují, že by sestry mohly uplatnit své znalosti v edukaci žen o samovyšetření prsu více. Dále 81,0 % respondentů reagovalo na dodržování zásad zdravého životního stylu, očekávala jsem vyšší zastoupení, neboť si myslím, že zdravý životní styl by neměl být opomíjen v žádné prevenci. Jako správnou odpověď považují kojení dětí, kterou označila téměř polovina (46,9 %) respondentů. Na možnost těhotenství odpovědělo pouze 28,6 % respondentů, rovněž se jedná o správné tvrzení. Antikoncepci, jako prevenci rakoviny prsu, označilo 13,3 % respondentů. V tomto případě se jedná o nesprávné tvrzení, jelikož naopak zvyšuje riziko. Z výsledků je patrné, že respondenti mají alespoň základní přehled o prevenci rakoviny prsu. Dle mého názoru by měla být informovanost více zaměřená právě na kojení a těhotenství žen, jenž může být jako prevence rakoviny přehlížena.

Otázka č. 8 se zabývala screeningem rakoviny děložního čípku, respondenti měli vybrat více správných odpovědí. Nejčastěji (91,4 %) respondenti vybrali odpověď cytologické vyšetření jedenkrát za rok. Ke správné odpovědi patřila i odpověď, stěr na přítomnost HPV viru u žen ve věku 35, 45 a 55, kterou označilo 68,6 % sester. Minimum (3,8 %) uvedlo chybnou odpověď konizaci čípku. Stejnou otázku nacházím ve výzkumu Havlíkové (2023), kde zjistila plnou orientaci sekundární prevence rakoviny děložního čípku pouze u 22,9 % a částečnou orientaci uvedlo 68,6 % sester. Oproti tomu zjistila lepší výsledky (85,7 %) v otázce týkající se věkové kategorie pro HPV test. Je zjevné, že téměř všichni respondenti znají postup prevence prováděnou jednou ročně na gynekologii, avšak je zapotřebí, aby měly sestry doplněné informace o HPV testu ve vybraných věkových kategoriích.

V otázce č. 10 měli respondenti vybrat RF rakoviny děložního čípku. Opět bylo respondentům nabídnuto více správných odpovědí. Nejvyšší zastoupení (89,5 %) měla odpověď týkající se zanedbání preventivních kontrol u gynekologa. Dále 76,2 % respondentů zareagovalo na promiskuitu a 65,7 % respondentů označilo za RF nechráněný pohlavní styk. Jde o tři správná tvrzení a výsledky hodnotím velmi příznivě. Obecně lze říct, že respondenti mají přehled o rizikovém chování ženy.

Otázka č. 12 byla zaměřená na znalosti respondentů o příznacích rakoviny tlustého střeva a konečníku. Taktéž měli respondenti zodpovědět více správných odpovědí. Nejvíce (93,3 %) respondentů správně zareagovalo na varovný příznak příměs krve ve stolici. Dále velmi často (81,9 %) respondenti označili příznak ve změně vyprazdňování tlustého střeva. 77,1 % respondentů uvedlo, že jedním z příznaků je nechtěný úbytek na váze. Ve spojitosti s úbytkem váhy se váže příznak nevolnost a nechutenství, který označilo 61,9 % respondentů. Dále 68,6 % respondentů označilo bolest břicha. Polovina (50,5 %) respondentů uvedla příznak spojený s pocitem nedokonalé vyprázdněného tlustého střeva. Všechny tyto odpovědi jsou správně zvolené, ovšem mají poměrně výrazné rozdíly v zastoupení, a tak se domnívám, že respondenti znají dobře dva hlavní příznaky a ostatní většina respondentů opomíjí. Je tedy potřeba zapracovat na jejich ucelení pro následné využití poznatků v praxi.

Otázka č. 14 se zabývala podmínkou screeningu rakoviny plic. Je překvapující, že více než polovina (51,4 %) respondentů správně označila podmínku: kouřit krabičku cigaret denně po dobu 20 let, tzv. 20 a více „balíčkoroků“. Z toho vyplývá, že sestry mají zájem o hledání aktuálních informací.

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je informovanost sester o věkovém rozmezí screeningových programů?

K této výzkumné otázce se v dotazníku pojí otázky č. 6,9,11,13

Otázka č. 6 se věnovala screeningu rakoviny prsu. V této otázce si respondenti vedli dobře, jelikož 81,9 % vybralo správnou odpověď týkající se žen od 45. let každé 2 roky. Zcela podobné výsledky výzkumného šetření zjistila také Bravencová (2013), kdy 86,96 % sester má přehled o screeningu rakoviny prsu. Jak bylo již výše zmíněno, prevence rakoviny prsu má velmi příznivou mediální kampaň a jelikož se jedná o nejčastější nádor u žen, je screening na úrovni.

Otázka č. 9 byla mířená na věkovou hranici pro absolvování screeningu rakoviny děložního čípku. I přesto, že respondenti v otázce č. 5 odpověděli na dostupnost screeningu rakoviny děložního čípku pouze z 40,0 %. Zde můžeme vidět výraznější orientaci, neboť 91,4 % respondentů označilo správnou odpověď, a to zahrnující všechny ženy a dívky od 15. roku v intervalu jedenkrát za rok. Havlíková (2023) se ve svém výzkumu dotazovala sester, kdy by měla jít dívka na první gynekologickou prohlídku, pro správnou odpověď respondenti museli označit dvě odpovědi, a tak zjistila, že 14,3 % sester správně odpovědělo na daná tvrzení a 85,7 % sester odpovědělo pouze částečně správně. Její správná tvrzení byla rozšířená o návštěvu dívky nejpozději po zahájení pohlavního života. S Havlíkovou (2023) se přibližně shodujeme v informovanosti o preventivní kontrole u gynekologa v ročním intervalu, neboť to v jejím šetření uvedlo 97,1 % sester. Respondenti měli označit více správných odpovědí a tak (38,1 %) vybralo rovněž správnou odpověď, vyšetření přítomnosti HPV viru ve věku ženy 35, 45 a 55. Jelikož v otázce č. 8 uvedlo 68,6 % respondentů správné tvrzení o vyšetření HPV viru, domnívám se, že v této otázce část respondentů opomnělo odpověď označit.

V otázce č. 11 byla respondentům nabídnuta 2 schémata screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku. 80,0 % respondentů správně zareagovalo na odpověď ve znění: ženy a muži od 50 do 54 let – 1x ročně test na okultní krvácení, poté od 55 let možnost výběru mezi testem okultního krvácení 1x za 2 roky, nebo screeningová kolonoskopie 1x za 10 let. Zbylých 20,0 % respondentů označilo chybné schéma. Výsledky této otázky jsou příznivé, většina respondentů má dostatečnou znalost, ovšem část respondentů má informace chybné. Výsledky lze porovnat

s kvalitativní metodou výzkumu Vetešníkové (2022), kde se shodujeme, že sestry znají metody a věkové hranice pro screening. Avšak dotazované sestry by preferovaly kolonoskopii, TOSK považují za nedůvěrný. Ve srovnání se studií z Omanu autor Joshua Kanaabi Muliira (2016) uvádí odlišné výsledky, zjistil, že 62,7 % respondentů má přehled o doporučeném věku pro screening, ale více jak 55 % respondentů neznalo frekvenci prováděných screeningových postupů. Muliira také uvádí, že 62 % sester se setkává s dospělými pacienty, kteří jsou způsobilí ke screeningu kolorektálního karcinomu. Znalosti respondentů hodnotí jako nedostatečné. Z toho usuzuji, že v ČR je propagace prevence nádorového onemocnění stále v dobré kvalitě. Zajímavým poznatkem je, že i v arabských státech mají stejná kritéria pro kolorektální screening.

Otázka č. 13 byla mířená na screening rakoviny plic. Opět přes polovinu (54,3 %) respondentů uvedlo správné tvrzení ve znění: určeno aktivním a bývalým kuřákům od 55 do 75 let. Dalších 25,7 % respondentů označilo, že je screening určen pro aktivní kuřáky od 55 do 75 let a zbylých 20,0 % respondentů uvedlo podmínku nekouřit. Když shrnu výsledky z otázky č. 5 a 14, zjistím, že výsledky jsou velmi blízko. Z toho vyplývá, že přibližně polovina dotazovaných sester má dostatečný přehled o probíhajícím screeningu, je tedy nutné se zaměřit na druhou polovinu respondentů a doplnit tak aktuální informace o probíhajícím programu.

Výzkumná otázka č. 3: **Jaká je dostupnost informačních zdrojů o preventivních postupech?**

Výzkumná otázka v dotazníku zahrnuje otázky č. 15,16,17,18,19.

Otázka č. 15 byla zaměřená na zdroje čerpání informací. Respondenti mohli zvolit více odpovědí. Zde byly dvě nejčastější odpovědi, nejvíce (76,2 %) respondentů využívá edukační materiály a následně (69,5 %) respondentů čerpá informace z elektronických zdrojů. Menší polovina (45,7 %) vyhledává informace z odborných knih a časopisů a 8,6 % respondentů informace nehledá nikde. Z těchto výsledků lze vyčíst, že zdravotníci nejvíce čerpají informace z edukačních materiálu, které jsou primárně určené veřejnosti. Dobrým výsledkem také je, že velká část respondentů vyhledává informace na internetu. Z toho plyne poznatek, že edukační materiály se jeví jako vhodná forma nejen pro laiky, ale i pro zdravotníky. V porovnání se studií v Omanu Joshua Kanaabi Muliira (2016) jsou patrné odlišné výsledky, neboť pouze 11 % sester vyhledává informace v literatuře či v jiných mediálních časopisech. Je tedy zjevné, že naši respondenti jeví o onkologickou prevenci větší zájem, než zjistil výzkum Muliira.

Otázka č. 16 se odrážela od předešlé otázky č. 15. Respondenti měli uvést, kde se na jejich pracovišti nacházejí informace o prevenci nádorového onemocnění. Respondenti mohli zvolit více odpovědí a případně dopsat odpověď vlastní. Naprostá většina (90,5 %) zvolila umístění podkladů na nástěnce s edukačními materiály. Zastoupení u této otázky jsem předpokládala. Potvrzuje se má domněnka, že edukační nástěnku má k dispozici skoro každé oddělení. Necelá polovina (47,6 %) respondentů odpověděla, že informace poskytnou v ambulanci či na sesterně. To je zajímavé zjištění, neboť z toho usuzuji, že přes polovinu respondentů nejsou ochotní či schopni poskytnout pacientovi informace o prevenci nádorového onemocnění. Dále 37,1 % respondentů uvedlo dostupnost edukačních materiálu v čekárně a dokonce 16,2 % respondentů uvádí, že mají edukační materiály dostupné přímo na pokoji pacientů. Pokud by se zaměřilo na dostupnost informací i na místech s méně zastoupenými odpovědi, myslím si, že by se informovanost veřejnosti mohla zvýšit o příčku výše.

Otázka č. 17 navázala na předchozí otázky týkajících se edukačních materiálů. Tentokrát měli respondenti uvést, jaké informace o prevenci se na jejich pracovišti nachází. Nejvíce (80,0 %) respondentů uvedlo doporučení o zdravém životním stylu, (79,0 %) má dostupné informace o odvykání kouření, dále má vysoké zastoupení (69,5 %) informace o RF nádorového onemocnění. Polovina (49,5 %) respondentů uvedla dostupnost informací o screeningových programech, 45,7 % respondentů má k dispozici informace o postupech samovyšetření, 42,9 % respondentů uvedlo zastoupení informací o příznacích nádorového onemocnění, informace o možnostech očkování má 46,7 % respondentů. Výsledky nejsou natolik vysoké, jak bych očekávala. Jde vidět, že nejdostupnější jsou informace o primární prevenci, oproti prevenci sekundární, která je označená jen polovinou respondentů. Je však pravděpodobné, že edukační materiály se mohou na jednotlivých odděleních lišit. Proto by bylo vhodné, aby byly dostupné podklady o prevenci nádorového onemocnění na všech odděleních, neboť se to týká všech oborů.

V otázce č. 18 měli respondenti uvést, zda jsou informační materiály dostatečné. Většina (79,0 %) považuje informační materiály za dostatečné a zbylých 21 % si myslí opak. Ačkoliv je většina respondentů spokojená s dostupností, je potřeba se také zaměřit na propagační rezervy, které uvádí část respondentů.

Otázka č. 19 byla zaměřená na to, jakým způsobem respondenti nejčastěji předávají informace. Respondenti mohli označit více odpovědí. Zjistila jsem, že nejvíce (72,4 %) respondentů předává informace písemně, následně (62,9 %) preferují formu ústní, 34,3 % respondentů poskytuje odkaz na elektronické zdroje a 16,2 % respondentů nepředává informace vůbec. Velmi podobné výsledky udává Beranová (2013), která zjistila, že sestry preferují edukaci ústní (48,55 %), písemnou (38,41 %) a elektronické zdroje (13,04 %). Shodnou posloupnost edukace uvedli respondenti prostřednictvím rozhovoru ve výzkumu Vetešníkové (2022). Proto usuzuji, že by ideálním východiskem této problematiky bylo propojit všechny tři formy edukace.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Ve výzkumném šetření bakalářské práce jsme se zaměřili na informovanost sester v oblasti prevence nádorového onemocnění. Myslíme si, že sestry by měly mít o této problematice přehled, neboť vycházíme z toho, že sestra je v nemocnici s pacientem nejvíce v kontaktu, a tak je to vhodná příležitost pro motivaci. V tomto případě si myslíme, že by bylo vhodné doplnit výzkumné šetření a zjistit, v jaké míře se sestry setkávají s pacienty v rizikovém věku.

Z počátku jsme zjistili, že sestry v primární prevenci opomíjejí zdravé pacienty, proto je nutné, aby na to byly sestry upozorněny. Dále jsme zjistili, že dotazované sestry mají přehled o dříve zavedených screeningových programech (screening rakoviny tlustého střeva a konečníku, rakoviny prsu a rakoviny děložního čípku), oproti nově zavedeným (screening rakoviny plic a rakoviny prostaty). Bylo také zjištěno, že respondenti nemají ucelené informace o RF a příznacích vybraných onemocněních. Proto bychom z našeho hlediska nemocnici doporučovali komplexní přednášku o prevenci nádorového onemocnění, určenou všem zdravotnickým profesím. Své poznatky by poté sestry mohly využít nejen ve svém osobním životě, ale i ve své praxi. Proto také předkládáme námět na rozšíření nemocničních akcí, týkajících se veřejného zdraví, se záměrem informovat veřejnost o prevenci nádorového onemocnění.

V závěrečné části šetření jsme se zaměřili na dostupnost edukačních materiálů o prevenci nádorového onemocnění. Zjistili jsme, že většina sester čerpá z materiálů, které jsou určeny především pacientům. Když jsme se ptali, jakou formou předávají informace pacientům, bylo zjištěno, že sestry na prvním místě využívají tištěnou formu. Méně časté formy jsou ústní a poskytnutí elektronických odkazů. Aby bylo dosaženo kombinace těchto tří forem edukace, navrhujeme vlastní edukační leták (viz. příloha C), který obsahuje potřebné informace o všech dostupných screeningových programech. Pro bližší informace mají také uživatelé uveden odkaz na elektronický zdroj. Pokud by tento systém edukace fungoval, mohlo by se předpokládat zvýšení účasti na screeningových programech.

Domnívám se, že kdyby sestry aktivně vyhledávaly pacienty ve věkové kategorii určené pro screeningové programy, mohlo by být dosaženo zvýšené účasti. Došlo by tak k časnému objevení nádoru ve stále dobře léčitelné podobě.

Závěr

Bakalářská práce je zaměřená na informovanost sester o prevenci nádorového onemocnění. První, teoretická část, začíná uvedením do současného stavu problematiky s návazností na komplexní prevenci nádorového onemocnění, kde jsou jednotlivé části prevence dovysvětleny. Práce je zaměřená na prevenci sekundární, a tak následují podkapitoly, věnující se jednotlivým screeningovým programům. V neposlední řadě je popsána role sestry a její intervence v primární a sekundární prevenci.

Druhá, výzkumná část, obsahuje informace o prováděném výzkumném šetření, který nám měl poskytnout informace k dosažení cíle. Zpočátku je stanoven cíl a výzkumné otázky, dále jsou předloženy poznatky o metodice výzkumu, průběhu výzkumu, zpracování získaných dat a poté charakteristika respondentů a výzkumného prostředí. Následně jsou získaná data zpracována do grafů. S výsledky výzkumného šetření jsme se blíže zabývali v části diskuse a nato poskytli návrhy řešení a doporučení pro praxi.

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat znalosti sester o primární a sekundární prevenci nádorového onemocnění. Pro dosažení cíle byly vytvořeny 3 výzkumné otázky a následně vytvořen dotazník určený sestrám.

První výzkumná otázka měla zjistit znalosti sester o primární a sekundární prevenci nádorového onemocnění. Z výsledků je zřejmé, že respondenti mají v této oblasti průměrně dostatečné znalosti, co se týče RF a příznaků vybraných onemocněních.

Druhá výzkumná otázka zkoumala informovanost sester o věkovém rozpětí screeningových programů. Ze získaných dat vyplývá, že většina sester je schopna označit rizikovou skupinu osob způsobilých ke screeningovým programům nádorového onemocnění. Pouze u nově zavedených programů, je znalost poloviční.

Třetí výzkumná otázka měla zjistit odkud sestry čerpají informace o primární a sekundární prevenci. Prostřednictvím nových screeningových programů, se nám podařilo zjistit, že polovina sester má zájem o získávání aktuálních informací. Ze získaných dat vyplývá, že sestry nejvíce čerpají z edukačních materiálů, následně z internetových zdrojů a také z odborné literatury nebo časopisů.

Cíl byl splněn.

Věřím, že výzkumné šetření poskytlo sestrám nové poznatky v oblasti prevence nádorového onemocnění, které budou následně schopny využívat ve své praxi.

Seznam použité literatury

ABRAHAMOVÁ, Jitka; VORLÍČEK, Jiří; VORLÍČKOVÁ, Hilda a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3742-3.

BERANOVÁ, Veronika. *Sestra a prevence nádorových onemocnění v primární péči*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Daniel Jirkovský. Praha: Univerzita Karlova v Praze 2. lékařská fakulta, 2013. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/54535/BPTX_2011_2_11130_0_317546_0_123003.pdf?sequence=1. [cit. 2024-04-03].

CVEK, Jakub; HALÁMKA, Magdalena, BRAVENCOVÁ, Zlata a kolektiv. *Onkologie pro neonkology, pro pregraduální studium a praktické lékaře*. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3090-0.

Czech national cancer control programme. Online. 2021. Dostupné z: <https://www.onconet.cz/index.php?pg=narodni-onkologicky-program>. [cit. 2024-01-29].

DANEŠ, Jan a kolektiv. *Screening a diagnostika karcinomu prsu*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1239-5.

EGER, Ludvík a EGEROVÁ, Dana. *Základy metodologie výzkumu*. 2. přepracované vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017. ISBN 978-80-261-0735-4.

FAIT, Tomáš; VRABLÍK, Michal; ČEŠKA, Richard; SEIFERT, Bohumil a kolektiv. *Preventivní medicína*. 3. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2021. ISBN 978-80-7345-680-1.

HAMPLOVÁ, Lidmila. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0568-7.

HAVLÍKOVÁ, Tereza. *Informovanost zdravotníků v oblasti gynekologie o prevenci karcinomu děložního hrdla*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Jiří Sláma. Praha: Karlova univerzita, 1. lékařská fakulta, 2023. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/181871/130355663.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [cit. 2024-04-09].

CHLOUPKOVÁ, R.; BENÁČEK, P.; NGO, O.; HEJDUK, K. a MÁJEK, O. *Screening karcinomu děložního hrdla – pokrytí cílové populace*. Online. Nsc.uzis.cz. 2022. Dostupné z: <https://nsc-data.uzis.cz/cs/diagnozy/screening-karcinom-delozniho-hrdla-c53/online-analyza/pokryti-cilove-populace/>. [cit. 2024-04-17].

CHLOUPKOVÁ, R.; BENÁČEK, P.; NGO, O.; HEJDUK, K. a MÁJEK, O. *Screening kolorektálního karcinomu – pokrytí cílové populace*. Online. Nsc.uzis.cz. 2022. Dostupné z: <https://nsc-data.uzis.cz/cs/diagnozy/screening-kolorektalni-karcinom-c18-c20/online-analyza/cilova-populace-pokryti/>. [cit. 2024-04-17].

CHLOUPKOVÁ, R.; BENÁČEK, P.; NGO, O.; HEJDUK, K. a MÁJEK, O. *Screening karcinomu prsu – pokrytí cílové populace*. Online. Nsc.uzis.cz. 2022. Dostupné z: <https://nsc-data.uzis.cz/cs/diagnozy/screening-karcinom-prsu-c50/online-analyza/cilova-populace-pokryti/>. [cit. 2024-04-17].

KISS, Igor; DOUBEK, Michael; NĚMEČEK, Radim; VYZULA, Rostislav; ŽALOUDÍK, Jan et al. *Klinická onkologie pro mediky*. Online. 3. přepracované a doplněné vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2021. ISBN 978-80-210-9908-1. Dostupné z: [file:///C:/Users/Zdenka/Downloads/klinicka-onkologie-pro-mediky 2021%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Zdenka/Downloads/klinicka-onkologie-pro-mediky%202021%20(1).pdf). [cit. 2024-01-29].

KRÁTKÁ, Anna. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín, 2016. ISBN 978-80-7454-635-8.

Konizace děložního čípku. Online., Česká gynekologická a porodnická společnost. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1503-konizace-delozniho-cipku>. [cit. 2024-04-17].

KOUDELKOVÁ, M.; ZACHOVAL, R.; FERDA, J. a kol. *Program časného zachytu karcinomu prostaty*. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.prostascreeing.cz/>. [cit. 2024-04-14].

Screening rakoviny děložního čípku. Online. Loono.cz. Dostupné z: <https://www.loono.cz/screening-rakoviny-delozniho-cipku>. [cit. 2024-04-17].

MACHOVÁ, Jitka; KUBÁTOVÁ, Dagmar a kol. *Výchova ke zdraví*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5351-5.

MÁJEK, O.; DVOŘÁK, V.; NGO, O. a kol. *Program cervikálního screeningu v České republice*. Online. 2021. Dostupné z: <https://www.cervix.cz/>. [cit. 2024-04-23].

MÁJEK, O.; KOZIAR VAŠÁKOVÁ, M.; ČIERNA PETEROVÁ, I. a kol. *Program časného zachytu karcinomu plic*. Online. 2022. Dostupné z: <https://www.prevenceproplce.cz/>. [cit. 2024-04-23].

MÁJEK, O.; ZAVORAL, M.; SUCHÁNEK, Š. a kol. *Program kolorektálního screeningu v České republice*. Online. 2022. Dostupné z: <https://www.kolorektum.cz/>. [cit. 2024-04-23].

MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV. *Jak předcházet rakovině*. Online. Dostupné z: <https://www.mou.cz/jak-predchazet-br-rakovine/t1291>. [cit. 2024-04-17].

MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV. *Vyšetření tlustého střeva – kolonoskopie*. Online. [cit. 2024-02-05]. Dostupné z: <https://www.mou.cz/vysetreni-tlusteho-streva-kolonoskopie/t1440>

MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV. *Diagnostika okultního krvácení do stolice*. Online. Dostupné z: <https://www.mou.cz/diagnostika-okultniho-krvaceni-do-stolice/t1373>. [cit. 2024-04-17].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Národní onkologický plán České republiky 2030*. Online. Mzčr.cz. 2022. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2022/06/Narodni-onkologicky-plan-Ceske-republiky-2030.pdf>. [cit. 2024-04-17].

MULIIRA, Joshua Kanaabi. *Barriers to colorectal cancer screening in primary care settings: Attitudes and knowledge of nurses and physicians*. Online. Sciencedirect.com. 2016. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2347562522000439>. [cit. 2024-04-17].

Národní screeningové centrum. Online. 2017. Dostupné z: <https://nsc.uzis.cz/>. [cit. 2024-01-29].

NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4402-5.

Očkování proti HPV. Online. Dostupné z: <https://ockovaniprotihpv.cz/ockovani-proti-hpv/>. [cit. 2024-02-05].

O nádorech tlustého střeva a konečníku. Online. Linkos.cz. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/nadory-travici-trubice-jicen-zaludek-tenke-strevo-tluste-strevo-konecnik-rit-c15/o-nadorech-tlusteho-streva-a-konecniku/>. [cit. 2024-04-17].

Onkologická prevence. Online. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/onkologicka-prevence/screening/adresne-zvani-do-programu-screeningu/>. [cit. 2024-01-29].

Prevence nádorových onemocnění. Online. MÁJEK, O.; DANEŠ, J.; SKOVAJSOVÁ, J., a kol. Mamo.cz. 2014. Dostupné z: <https://www.mamo.cz/news-detail/cs/1-prevence-nadorovych-onemocneni/>. [cit. 2024-04-17].

Program časného zachytu nádoru prostaty – éra v péči o mužské zdraví. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8639>. [cit. 2024-04-08].

PROLÉKAŘE.CZ. *Hormonální antikoncepce a rakovina: Jaká je skutečnost?* Online. ProLékaře.cz. 2017. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/tema/peroralni-antikoncepce/detail/hormonalni-antikoncepce-a-rakovina-jaka-je-skutecnost-7759>. [cit. 2024-04-17].

Rakovina děložního čípku: screeningový program. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/185-rakovina-delozniho-cipku-screeningovy-program>. [cit. 2024-01-29].

Samovyšetření prsu – návod pro ženy. Online. Mammahelp.cz. Dostupné z: <https://www.mammahelp.cz/prevence/samovysetreni-prsu/samovysetreni-prsu-navod-pro-zeny/>. [cit. 2024-04-17].

SEIDL, Zdeněk; BURGETOVÁ, Andrea; HOFFMANOVÁ, Eva a kolektiv. *Radiologie pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 9788024741086.

SEIFERT, Bohumil; KRÁL, Norbert; MÁJEK, Ondřej a SUCHÁNEK, Štěpán. *Screening kolorektálního karcinomu*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-444-9.

SKÁLA, Bohumil. *Prevence a screening onkologických onemocnění (2018)*. In: SEIFERT, Bohumil; BÝMA, Svatopluk a kolektiv. *Všeobecné praktické lékařství*. Třetí přepracované a doplněné vydání. Praha: Galén, 2019, s. 355–381. ISBN 978-80-7492-422-4.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.

SZU.CZ. *HPV – základní informace*. Online. 2019. Dostupné z: https://szu.cz/wp-content/uploads/2023/02/HPV_zakladni_informace.pdf. [cit. 2024-04-14].

TOMÁŠEK, Jiří a kolektiv. *Onkologie minimum pro praxi*. Axonite CZ, 2015. ISBN 978-80-880-460-11.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Online. 2021. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8528>. [cit. 2024-01-29].

Užívání tabáku – krátké intervence sestry v onkologické péči. Online. 2024. Dostupné z: https://www.linkos.cz/files/brozury/220105_DJ_Osetrovatelsko-postupy_koureni-sestra.pdf. [cit. 2024-02-27].

VETEŠNÍKOVÁ, Petra. *Role sestry v prevenci kolorektálního karcinomu*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Hana Ochtinská. Pardubice: Univerzita Pardubice, katedra ošetrovatelství, 2022. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/80418/VetesnikovaP_RoleSestry_HO_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [cit. 2024-04-03].

World Cancer Research Fund international – Lung cancer statistics. Online. Dostupné z: <https://www.wcrf.org/cancer-trends/lung-cancer-statistics/>. [cit. 2024-02-27].

World Cancer Research Fund international – Breast cancer statistics. Online. Dostupné z: <https://www.wcrf.org/cancer-trends/breast-cancer-statistics/>. [cit. 2024-02-27].

World Cancer Research Fund international – Colorectal cancer statistics. Online. Dostupné z: <https://www.wcrf.org/cancer-trends/colorectal-cancer-statistics/>. [cit. 2024-02-27].

Přílohy

Příloha A: Výzkumný dotazník

Příloha B: Žádost o povolení výzkumného šetření

Příloha C: Edukační materiál (zdroj: vlastní zpracování v aplikaci MS PowerPoint Power-user)