



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**  
*Angela Boškin Faculty of Health Care*

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

# **KAJENJE PRI PACIENTIH S PLJUČNIM RAKOM**

## **SMOKING IN PATIENTS WITH LUNG CANCER**

Diplomsko delo

Mentor: doc. dr. Saša Kadivec

Kandidatka: Urša Stanonik

Jesenice, april, 2019

## **ZAHVALA**

Zahvalila bi se mentorici doc. dr. Saši Kadivec, za vso podporo in strokovno pomoč pri pisanju diplomskega dela.

Zahvala gre tudi doc. dr. Ireni Grmek Košnik za recenzijo diplomskega dela, ter Jeri Oražem, dipl. slov. za lektoriranje diplomskega dela.

Za pomoč pri izvajanju intervjujev bi se zahvalila tudi timu oddelka za onkologijo na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik.

Največja zahvala pa gre družini in prijateljem za vso izraženo podporo in razumevanje med celotnim študijem in pisanjem diplomske naloge.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Pljučni rak je v Sloveniji tretji najpogostejši rak pri obeh spolih. Ima pa med vsemi raki najvišjo smrtnost. Opuščanje kajenja je zaradi odvisnosti, ki jo povzroči nikotin, zelo težak proces. Veliko pacientov kadilcev, ki so zboleli za pljučnim rakom, doživlja občutke krivde in negativen odnos zdravstvenih delavcev do njih zaradi kajenja.

**Cilj:** Cilj diplomskega dela je ugotoviti odnos pacientov s pljučnim rakom do kajenja ter njihovo motiviranost pri opuščanju kajenja. Poleg tega pa izvedeti, če so se pacienti kot kadilci v zdravstvenem sistemu kdaj počutili stigmatizirani s strani zdravstvenih delavcev.

**Metoda:** Za metodo raziskovanja smo uporabili kvalitativno raziskavo. Za instrument smo uporabili pol strukturiran intervju. Ciljna populacija naše raziskave je bilo 6 pacientov, ki so še vedno aktivni kadilci in se zdravijo za pljučnim rakom v Univerzitetni Kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Izvedene intervjuje smo prepisali in analizirali podatke. Podatkom smo določili kode in med seboj podobne združili v podkategorije. Katere smo nato povezali in ustvarili glavne kategorije.

**Rezultati:** Z analizo podatkov smo ustvarili 3 glavne kategorije. Prva kategorija je kajenje, ki smo ji določili 4 podkategorije: navade, vzroki in pogled na kajenje, vplivi kajenja na zdravje, pljučni rak in kajenje. Druga kategorija je odvajanje kajenja, ki ima prav tako 4 podkategorije: poskusi odvajanja od kajenja, motivacija za opuščanje, vzroki za ponoven začetek kajenja, pomoč pri odvajanju od kajenja. Tretja kategorija pa je stigma, ki smo ji določili 2 podkategoriji: izkušnje v zdravstvenem sistemu, mnenje o stigmatiziranosti pljučnega raka.

**Razprava:** Z našo raziskavo smo ugotovili, da so razlogi za kajenje pri vseh pacientih zelo podobni. Razloge za nastanek pljučnega raka pa v veliki meri pripisujejo drugim dejavnikom, kot pa kajenju. Večina pacientov je motiviranih za opuščanje kajenja, vendar ne vidijo smisla v vključevanju v programe za opuščanje kajenja. Se pa še vedno večina pacientov počuti zapostavljenih, ko vstopajo v zdravstveni sistem, kot kadilci.

**Ključne besede:** kajenje, razlogi za kajenje, opuščanje kajenja, stigma, označenost

## SUMMARY

**Background:** Lung cancer is the third most common cancer in Slovenia. However, it has the highest mortality rate of all cancers. Smoking cessation is a very difficult process due to nicotine addiction. Lung cancer patients who smoke can experience a strong sense of guilt and are met by negative attitudes from healthcare workers because of smoking.

**Aims:** The aim of the thesis was to establish how lung cancer patients perceive smoking and their determination for smoking cessation. In addition, we tried to find out if patients ever felt stigmatized by healthcare workers because of their smoking status.

**Methods:** A qualitative research design was employed. A semi-structured interview was used to collect the data. The target population were six patients who are active smokers and are hospitalized at the University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases Golnik because of their lung cancer treatment. A transcription and analysis of the data were made following the interviews. Data were grouped into codes, similar codes were grouped into subcategories. These were then connected to yield the main categories.

**Results:** After data analysis, three main categories were revealed. The first is 'Smoking', which has four subcategories: habits, reasons and views on smoking, effect of smoking on health, lung cancer and smoking. The second is 'Smoking Cessation', which also has four subcategories: attempts to quit smoking, motivation for smoking cessation, reasons to start smoking again, help with smoking cessation. The third one is 'Stigma', which has three subcategories: experience with the healthcare system, opinions on lung cancer stigmatization.

**Discussion:** Our study results revealed that reasons for smoking are very similar among patients. Patients believe that smoking did not cause their lung cancer and are searching for causes in other factors. Most patients are motivated for smoking cessation, but they are not interested in programs that help people quit smoking. In addition, we found that most of smoking patients felt stigmatized by healthcare workers because of smoking.

**Key words:** smoking, reasons for smoking, smoking cessation, stigma, label

# KAZALO

<b>1 UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2 TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>5</b>
2.1 KLASIFIKACIJA PLJUČNEGA RAKA.....	5
2.2 POGOSTI SIMPTOMI IN ZNAKI PLJUČNEGA RAKA .....	7
2.3 METODE ZDRAVLJENJA PLJUČNEGA RAKA .....	9
2.4 VZROKI PLJUČNEGA RAKA .....	9
2.5 KAJENJE.....	10
2.6 ODVAJANJE OD KAJENJA.....	12
2.7 STIGMA .....	12
<b>3 EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>18</b>
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....	18
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	18
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	18
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	18
3.3.2 Opis merskega instrumenta .....	19
3.3.3 Opis vzorca.....	19
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	20
3.4 REZULTATI .....	20
3.5 RAZPRAVA .....	31
<b>4 ZAKLJUČEK</b> .....	<b>37</b>
<b>5 LITERATURA</b> .....	<b>38</b>
<b>6 PRILOGA</b> .....	<b>438</b>

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Glavne kategorije in podkategorije .....	21
---	----

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: TNM klasifikacija pljučnega raka .....	6
--	---

## 1 UVOD

V Sloveniji je v obdobju od 2010 do 2014 za rakom zbolelo 13.561 ljudi, zaradi raka pa je v istem časovnem obdobju umrlo 5911 ljudi. Med najpogostejše rake spada pljučni rak. Pri obeh spolih se skupaj z rakom sapnika in sapničic uvršča na tretje mesto. Pljučni rak je glavni razlog smrti, kadar je vzrok rak, saj predstavlja v Sloveniji kar 21,6 % smrti zaradi raka (Zadnik & Primic Žakelj, 2018).

Pljučni rak ni problem samo v Sloveniji. Podatki za Evropo v letu 2010 kažejo naslednje: incidenca pljučnega raka je v evropskem povprečju 41,9/100.000 prebivalcev, umrljivost pa 35,2/100.000 prebivalcev (EUCAN, 2018).

Da ima pljučni rak slabo prognozo, kažejo podatki o petletnem preživetju. V Sloveniji je bilo v letih od 2010 do 2014 povprečno relativno petletno preživetje za moške 13,8 %, za ženske pa 20 % (Zadnik, 2017).

Pljučnega raka po histopatološki klasifikaciji delimo v dve veliki skupini: nedrobnocelični in drobnocelični rak pljuč. Nedrobnoceličnega raka pljuč je 85 %, medtem ko je preostalih 15 % pljučnih rakov drobnoceličnih. Nedrobnoceličnega pljučnega raka delimo še na več podskupin, od katerih sta najpomembnejša ploščatocelični rak (35 % rakov) ter žlezni rak pljuč (40 %), medtem ko so druge podvrste nedrobnoceličnih rakov redkejše, npr. velikocelični rak (15 %) ali mešani tumorji (5 %) (Rajer, 2015).

Pogosti znaki in simptomi pljučnega raka so: kašelj, obstruktivska pljučnica, hemoptize, bolečine v prsnem košu, zadihanost, hripavost, sindrom zgornje votle vene kave, Pancoastov sindrom. Ob razsoju bolezni pa se lahko pojavijo tudi zunajpljučni simptomi, ki pa so odvisni od tega, kateri organ je prizadet (Triller, 2012; Harlander, 2015).

Dejavnikov tveganja in vzrokov za pljučnega raka je veliko, vendar k njegovemu nastanku v največji meri prispeva kajenje (Primic Žakelj & Žagar, 2012).

Kajenje ima škodljiv vpliv na skoraj vse organe v človeškem telesu, s tem škodljivo vpliva na zdravje. Pri nas je tobak najpomembnejši preprečljiv vzrok smrti. V tobačnem dimu je okoli 4000 različnih snovi, 48 od teh je karcinogenih. Te snovi so lahko v obliki delcev, kot sta na primer katran in nikotin, lahko pa kot plin, to je na primer ogljikov monoksid (Čakš, 2012; Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2018).

Pred masovno produkcijo tobaka v poznem 19. stoletju je bil pljučni rak redka bolezen. Pomemben podatek, da kajenje res povzroča pljučnega raka, je ta, da vzorec zbolevanja za pljučni rakom po celem svetu sledi vzorcu pojavnosti kajenja v zamiku treh do štirih desetletij. Poleg kajenja pa je glavni vzrok pljučnega raka pasivno kajenje. Čeprav se je na področju kontrole rabe tobaka storilo že veliko, bo s trenutnimi kadilskimi navadami pljučni rak ostal eden izmed glavnih vzrokov smrti v naslednjih nekaj desetletjih. V prihodnosti se bodo morale protikadilske politike usmeriti predvsem na skupine mlajših žensk (Islami, et al., 2015).

Opuščanje kajenja je velik izziv za vsakega kadilca, saj nikotin povzroča hudo odvisnost. Hitro doseže možgane, sprostita se dopamin in noradrenalin, kar povzroči občutek ugodja. Vendar se po daljši uporabi pojavi toleranca, zaradi katere se količina dnevno pokajenih cigaret poveča. Če pa želi kadilec prenehati s kajenjem, se pojavijo neprijetni odtegnitveni simptomi (Porter, 2013).

Kljub težki poti k prenehanju kajenja pa le ta prinaša veliko koristi. Že po dvajsetih minutah po prenehanju kajenja se krvni pritisk normalizira, po osmih urah se enako zgodi tudi s koncentracijo ogljikovega monoksida. Veliko pa je tudi dolgotrajnih učinkov: po petih letih po prenehanju se možnost za pljučnega raka skoraj razpolovi. Po petnajstih letih pa je možnost srčno-žilne bolezni enaka nekadilcem (Kudari, 2017).

Raziskave kažejo, da ima prenehanje kajenja pozitivne vplive na zdravljenje (Peppone, et al., 2011). Poveča učinkovitost zdravljenja, zmanjša možnost za nastanek sekundarnih tumorjev in drugih bolezni povezanih s kajenjem, podvoji lahko tudi možnost za preživetje. Nadaljevanje s kajenjem tudi med zdravljenjem pljučnega raka pa ima najpogosteje za posledico potencirane stranske učinke zdravljenja (Park, et al., 2012).



Med pacienti, ki še vedno aktivno kadijo po postavitvi diagnoze pljučni rak, pa tudi pri vseh dolgotrajnih kadilcih, velja prepričanje, da je prenehanje kajenja brezsmiselno, saj je škoda že narejena in opustitev kajenja ne bo prinesla nobene koristi (Bobnar, 2012; Porter, 2013).

Pacienti, ki kadijo in zbolijo za pljučnim rakom, se lahko v svojem procesu zdravljenja soočajo z negativnim odnosom zdravstvenih delavcev, saj velja prepričanje, da so si zanj krivi sami. Ta negativen odnos lahko vpliva tudi na potek zdravljenja (Bobnar, 2012).

Protikadilske kampanje se osredotočajo na povečanje zavedanja o negativnih posledicah kajenja na zdravje, s tem promovirajo preventivo kajenja, kadilce pa nagovarjajo k prenehanju oziroma vsaj k zmanjšanju kajenja. Kampanje po navadi izpostavljajo strah vzbujajoča sporočila in osebne zgodbe pacientov, ki so utrpeli hudo zdravstveno škodo zaradi kajenja. Čeprav so se ravno brezkompromisne kampanje izkazale za najbolj učinkovite pri zmanjševanju kajenja, pa so kot negativno posledico povzročile tudi stigmatizacijo tistih pacientov, ki so zboleli za s kajenjem povezano boleznijo (Kristen, et al., 2017).

Vloga medicinske sestre je v prvi vrsti v preventivi kajenja. Pljučni rak spada med tiste rakave bolezni, ki se jih v veliki meri da preprečiti. Pomembno je, da so medicinske sestre in vsi ostali zdravstveni delavci zgled pacientom s tem, da prenehajo ali pa sploh ne začnejo kaditi. Pri kadilcih pa je vloga medicinske sestre, ne glede na to, kje je zaposlena, predvsem v vzpodbudi in podpori pacienta k prenehanju kajenja. Pomembna je poučenost pacienta o škodljivosti kajenja ter nefarmakoloških tehnikah, ki pomagajo pri opustitvi kajenja (Rajer, 2015; Kudari, 2017). Poleg tega pa je naloga medicinskih sester ter tudi ostalih zdravstvenih delavcev, da poskušajo ublažiti stigmo, ki jo javno povzročajo zdravstvene kampanje proti kajenju z empatičnim pristopom do pacienta v procesu zdravljenja za pljučnim rakom in ostalih bolezni, ki so povezane s kajenjem (Kristen, et al., 2017).

V empiričnem delu bomo v skladu s pregledano strokovno literaturo poskušali ugotoviti in predstaviti odnos pacientov, ki se zdravijo za pljučnim rakom, na kajenje. Zanima nas

njihova motivacija za opuščanje kajenja. Raziskati pa želimo tudi odnos, ki ga imajo do teh pacientov zaradi kajenja zdravstveni delavci.

## 2 TEORETIČNI DEL

V Sloveniji je v obdobju od 2010 do 2014 za rakom zbolelo 13.561 ljudi, zaradi raka pa je v istem časovnem obdobju umrlo 5911 ljudi. Med najpogostejše vrste raka spada pljučni rak. Pri obeh spolih se skupaj z rakom sapnika in sapničic uvršča na tretje mesto. Na prvem mestu je pri moških rak prostate, pri ženskah pa rak dojke. Na drugem mestu je pri obeh spolih rak kože (brez melanoma), na četrtem mestu pa rak debelega črevesa. V obdobju od 2010–2014 je v Sloveniji za pljučnim rakom zbolelo 1277 ljudi (870 moških in 407 žensk) (Zadnik & Primic Žakelj, 2018).

Pljučni rak je glavni razlog smrti, kadar je vzrok smrti rak. V obdobju od 2010 do 2014 je v Sloveniji za pljučnim rakom umrlo 1130 ljudi (784 moških in 346 žensk), kar predstavlja kar 21,6 % vseh smrti zaradi raka (pri moških 26,4 %, pri ženskah pa 15,6 %) (Zadnik & Primic Žakelj, 2018).

Pljučni rak pa seveda ni problem samo v Sloveniji. Podatki za Evropo v letu 2010 kažejo naslednje: incidenca pljučnega raka je v evropskem povprečju 41,9/100.000 prebivalcev. Slovenija je (z incidenco 48,7/100.000 prebivalcev) nad evropskim povprečjem in se uvršča na 11. mesto. Umrljivost zaradi pljučnega raka v evropskem povprečju znaša 35,2/100.000 prebivalcev. Slovenija je nad povprečjem (z umrljivostjo 39,3/100.000 prebivalcev) in se uvršča na 10. mesto (EUCAN, 2018).

### 2.1 KLASIFIKACIJA PLJUČNEGA RAKA

Pljučnega raka po histopatološki klasifikaciji delimo v dve veliki skupini: nedrobnocelični in drobnocelični rak pljuč. Nedrobnoceličnega raka pljuč je 85 %, medtem ko je preostalih 15 % pljučnih rakov drobnoceličnih. Nedrobnoceličnega pljučnega raka delimo še na več podskupin, od katerih sta najpomembnejša ploščato celični rak (35 % rakov) ter žlezni rak pljuč (40 %), medtem ko so druge podvrste nedrobnoceličnih rakov redkejše, npr. velikocelični rak (15 %) ali mešani tumorji (5 %) (Rajer, 2015).

Kakor za ostale rake tudi pri pljučnem uporabljamo sistem TNM (T za tumor, N za nodus, kar pomeni bezgavka, M za metastaza, kar pomeni zasevek) za določitev razširjenosti bolezni. Napoved poteka bolezni je pri raku pljuč odvisna od več dejavnikov. Boljšo napoved imajo pacienti z nižjim stadijem bolezni, dobrim splošnim stanjem zmogljivosti, brez večje izgube telesne teže (ne več kot 5 %) in ženske (NCCN guidelines, 2018).

Tabela 1 prikazuje TNM klasifikacijo pljučnega raka.

**Tabela 1: TNM klasifikacija pljučnega raka**

TNM	Opis
TX	Primarnega tumorja ni mogoče določiti, maligne celice so prisotne v izmečku ali bronhialnem izpirku, vendar primarnega tumorja z radiološkimi preiskavami ali bronhoskopijo ni možno najti.
T0	Ni znakov za primarni tumor.
Tis	Carcinoma in situ.
T1	Tumor < 3 cm v največjem premeru, obdan s pljučnim parenhimom ali visceralno plevro, brez vraščanja preko lobarnega bronha.
T1a	Tumor < 2 cm v največjem premeru.
T1b	Tumor > 2 cm, vendar ne večji kakor 3 cm.
T2	Tumor premera med 3 in 7 cm, tumor zajema glavni bronh $\geq 2$ cm od glavne karine, tumor vrašča v visceralno plevro; atelektaza ali obstrukcijski pnevmonitis, ki se širi v pljučni hilus, vendar ne zajema celotnega pljučnega krila.
T2a	Največji premer tumorja med 3 in 5 cm.
T2b	Največji premer tumorja med 5 in 7 cm.
T3	Največji premer tumorja < 7 cm, neposredno vraščanje v steno prsnega koša, prepono, frenični živec, mediastinalno plevro; parietalni perikard ali tumor, ki vrašča v glavni bronh $\geq 2$ cm od glavne karine, a brez vraščanja v karino traheje; atelektaza celotnega pljučnega krila, od tumorja ločen zasevek v istem pljučnem režnju.
T4	Tumor katerekoli velikosti, ki direktno vrašča v mediastinum, srce, velike žile, trahejo, povratni živec, požiralnik, hrbtenico, karino traheje ali zasevek v drugem pljučnem režnju.
NX	Regionalnih bezgavk ni mogoče opredeliti.
N0	Brez zasevkov v regionalnih bezgavkah.
N1	Zasevki v peribronhialnih in/ali istostranskih hilusnih bezgavkah in bezgavkah v pljučnem parenhimu vključno z direktnim vraščanjem tumorja v bezgavke.
N2	Zasevki v istostranskih mediastinalnih in/ali subkarinalnih bezgavkah.
N3	Zasevki v kontralateralnih mediastinalnih, hilusnih, istostranskih ali kontralateralnih skalenskih ali supraklavikularnih bezgavkah.
MX	Oddaljenih zasevkov ni mogoče določiti.
M0	Ni oddaljenih zasevkov.
M1	Prisotni oddaljeni zasevki.
M1a	Zasevki v nasprotnem pljučnem krilu, zasevki na plevri ali perikardu.
M1b	Oddaljeni zasevki v drugih organih.

V registrih raka za opredelitev stadija bolezni večinoma uporabljamo poenostavljeno razvrščanje v eno od treh skupin: omejena bolezen, regionalno razširjena bolezen in oddaljeno razširjena bolezen.

Da ima pljučni rak slabo prognozo, kažejo podatki o petletnem preživetju. V Sloveniji je bilo v letih od 2010 do 2014 povprečno relativno petletno preživetje za moške 13,8 %, za ženske pa 20 % (Zadnik, 2017).

Tudi podatki iz tujine kažejo podobno preživetje. Po podatkih Eurocare-a je bilo relativno petletno preživetje v Evropi v obdobju med leti od 2000 do 2007 za moške 12,6 % za ženske pa 15,6 % (Eurocare, 2018).

Po podatkih iz Velike Britanije je relativno petletno preživetje za paciente, ki so v I. stadiju, 35,33 %, v II. stadiju 20,89 %, v III. stadiju 6,23 %, medtem ko so za IV. stadij zapisali, da zaradi zelo majhnega dvoletnega preživetja podatkov za petletno preživetje ni mogoče izračunati (Cancer Research UK, 2014).

## **2.2 POGOSTI SIMPTOMI IN ZNAKI PLJUČNEGA RAKA**

*Kašelj* se pojavlja pogosto pri tumorjih, ki zajemajo centralne dihalne poti. Produktiven kašelj se pogosto pojavi pri že bolj napredovani obliki bolezni. Pri kadilcu je opozorilni znak za veliko verjetnost raka pljuč kašelj, ki postaja intenzivnejši in se pojavlja preko celega dneva (Triller, 2012; Harlander, 2015).

*Obstruktivska pljučnica*, do katere pride zaradi zapore centralne dihalne poti. Pozorni moramo biti tudi na lobarno/segmentalno pljučnico, ki ne reagira dobro na antibiotično terapijo (Triller, 2012; Harlander, 2015).

*Hemoptize* niso vedno znak pljučnega raka, najpogostejši vzrok le-teh so: vnetje, pljučnica, akutni bronhitis ali vnetje v bronhiektazijah. Pljučni rak je v ozadju pri okoli 20 % pacientov. Vsi pacienti, pri katerih se pojavi izkašljevanje krvi, praviloma

potrebujejo pulmološko obravnavo. Prav tako, kot pri hemoptizah, potrebujejo dodatne preiskave tudi pacienti s plevralnimi izlivi (Triller, 2012; Harlander, 2015).

*Bolečina v prsnem košu* se pogosteje pojavlja pri mlajših pacientih in praviloma boli na strani primarnega tumorja. Bolečina je zbadajoča, perzistentna ali pa je vezana na dihanje in kašelj. Nastane zaradi vraščanja tumorja v plevro ali zaradi plevritisa ob postobstruktivni pljučnici ali pljučni emboliji (Triller, 2012; Harlander, 2015).

*Zadihanost* je pogost simptom napredovane bolezni pri pacientih s pljučnim rakom. Nastane zaradi obstrukcije večjih dihal zaradi tumorske rasti, atelektaze, pnevmotoraksa, obstruktivne pljučnice, plevralnega izliva, perikardnega izliva s tamponado ali pareze prepone zaradi zajetja freničnega živca (Triller, 2012; Harlander, 2015).

*Hripavost* nastane zaradi zajetja povratnega laringealnega živca v tumorsko raščo, ki povzroči parezo glasilke (Triller, 2012; Harlander, 2015).

*Sindrom zgornje votle vene kave* se kaže z otekanjem vratu, glave in zgornjih okončin, pojavijo se tudi poudarjene vratne vene ter venska risba na prsnem košu. Nastane, ko tumorska masa zapre zgornjo votlo veno (Triller, 2012; Harlander, 2015).

*Pancoastov sindrom* je znak tumorja v pljučnem vrhu. Pacient navaja bolečine v rami, redkeje v lopatici, nadlahti ali prstih roke na isti strani. Pojavi se tudi Hornerjev sindrom (ptoza, hemianhidroza, mioza in enoftalmus) (Triller, 2012; Harlander, 2015).

Simptomi in znaki zunajpljučnih zasevkov raka pljuč so odvisni od prizadetega organa. Pljučni rak lahko zaseva kamorkoli. Najpogosteje v jetra, nadledvične žleze, kosti in možgane. Asimptomatski so po navadi zasevki v jetrih in nadledvičnih žlezah oziroma se težave pojavijo šele pozno v poteku bolezni. Zasevki v kosteh povzročajo bolečine na prizadetem delu. Pozornost moramo nameniti tudi morebitnim perifernim nevrološkim izpadom, ki jih lahko povzroči zlom vretenca, ki so najpogosteje prizadeta (Harlander, 2015). Simptomi zasevkov se kažejo z glavoboli, bruhanjem, motnjami vida, pojavijo se tudi hemipareza, okvara možganskih živcev in epileptični napadi (Triller, 2012). Pojav

možganskih metastaz brez izjeme pomeni slabo prognozo s pričakovanim preživetjem nekaj mesecev (Smrdel, 2013).

*Paraneoplastični sindrom* odraža bolezensko povezavo med tumorskimi in gostiteljevimi celicami. Pojavijo se:

- hiperkalcemija, predvsem pri obsežnih kostnih zasevkih;
- sindrom neustreznega izločanja antidiuretičnega hormona (SIADH), pri katerem pade koncentracija natrija, pojavijo se anoreksija, slabost in bruhanje;
- Cushingov sindrom, pri pacientu se kaže kot mišična oslabeledost, hujšanje, arterijska hipertenzija, hirzutizem in osteoporoza;
- dermatozitis in polimiozis: oslabelede so proksimalne mišične skupine, obraz pa je rdeč in zabuhel;
- miastenični sindrom (Lambert-Eatonov sindrom), ki se kaže z oslabeledostjo pacienta, občutkom suhih ust, disfagijo, diplopijo, ptozo in mišičnimi bolečinami (Triller, 2012).

Pojavijo se tudi spremembe v krvni sliki, in sicer anemija, ki lahko prispeva k dispneji, levkocitoza in trombocitoza. Prav tako lahko pride do hiperkoagulabilnosti, katere rezultat je venska tromboza, diseminirana intravaskularna koagulopatija, pljučna embolija in mikroangiopatija (Harlander, 2015).

## **2.3 METODE ZDRAVLJENJA PLJUČNEGA RAKA**

Zdravljenje pljučnega raka večinoma poteka s kombinacijo različnih načinov zdravljenja. Izbira je odvisna od pacientove odločitve, razširjenosti raka, pacientove fizične in psihične kondicije ter pacientovih spremljajočih bolezni. Uporabljajo se: kirurško zdravljenje, obsevanje ali radioterapija, sistemska terapija ter tarčna zdravila. Ne smemo pa pozabiti še na simptomatsko in podporno zdravljenje (Zwitter, 2009).

V zadnjih letih se kot način zdravljenja pljučnega raka pojavlja tudi imunoterapija. Predvsem je uporabna pri zdravljenju nekaterih oblik nedrobnoceličnega raka.

Imunoterapija temelji na uporabi zdravil, ki stimulirajo pacientov imunski sistem tako, da prepozna in bolj učinkovito uniči rakave celice (Massarelli, et al., 2014).

## **2.4 VZROKI PLJUČNEGA RAKA**

Eden izmed vzrokov pljučnega raka je izpostavljenost radonu, ki je plin brez vonja, prisoten je predvsem v rudnikih in zaprtih prostorih. Tveganje za raka pljuč je povezano tudi z nekaterimi poklici, kjer imajo opravka z rakotvornimi snovmi. Ena izmed bolj občutljivih skupin so delavci, ki so delali z azbestom, večje tveganje je tudi v kmetijstvu zaradi nekaterih insekticidov, v rudarstvu, gradbeništvu, ladjedelništvu, kovinski industriji. Na škodo delavcev pa pljučni rak kot poklicna bolezen ni priznan in se ga niti ne odkriva (Rajer, 2015).

Dejavnik tveganja za pljučnega raka so lahko tudi nekatere prejšnje pljučne bolezni, kot so kronična obstruktivna pljučna bolezen, emfizem, kronični bronhitis, pljučnica in tuberkuloza, ki so velik vzrok vnetja v pljučnem tkivu. To lahko privede do sprememb tkiva, ki pa lahko skupaj z drugimi dejavniki tveganja povzročijo pljučnega raka (Brenner, et al., 2011).

Na možnost pljučnega raka lahko vplivajo tudi onesnaženost zraka, dedni dejavniki, imunska neodpornost ter prejšnje zdravljenje z radioterapijo. Navkljub vsem naštetim dejavnikom tveganja in vzrokih za pljučnega raka je globalna razširjenost pljučnega raka povzročena z enim samim vzrokom: kajenjem (Alberg, et al., 2013).

## **2.5 KAJENJE**

Kajenje ima škodljiv vpliv na skoraj vse organe v človeškem telesu, s tem škodljivo vpliva na zdravje. Pri nas je tobak najpomembnejši preprečljiv vzrok smrti (NIJZ, 2018).

Pred masovno produkcijo tobaka v poznem 19. stoletju je bil pljučni rak redka bolezen. Navkljub temu je odstotek smrti povezanih s kajenjem po svetu različen. V Ameriki in Franciji je povezava več kot 80 %, v nekateri azijskih državah je okoli 61 %, v



podсахarski Afriki pa je okoli 40 % smrti zaradi pljučnega raka povzročenih s kajenjem. Kajenje tobaka ostaja najpomembnejši vzrok pljučnega raka. Poleg kajenja je glavni vzrok pljučnega raka pasivno kajenje. Pomemben podatek, da kajenje res povzroča pljučnega raka, je ta, da vzorec zbolevanja za pljučni rakom po celem svetu sledi vzorcu pojavnosti kajenja v zamiku 3-4 desetletij (Islami, et al., 2015).

Čeprav se je na področju kontrole rabe tobaka storilo že veliko, bo s trenutnimi kadilskimi navadami pljučni rak ostal eden izmed glavnih vzrokov smrti v naslednjih nekaj desetletjih. V prihodnosti se bodo morale protikadilske politike usmeriti predvsem na skupine mlajših žensk (Islami, et al., 2015).

Podatki za Slovenijo kažejo, da je bil občuten padec deleža kadilcev po uvedbi prepovedi kajenja v zaprtih javnih in delovnih prostorih. V zadnjih letih opažajo ponoven porast deleža kadilcev, predvsem med ženskami. Dejstvo lahko pripišemo še vedno cenovno dostopnim tobačnim izdelkom ter kampanjam tobačne industrije, ki se je v zadnjih letih usmerila predvsem na dekleta (Ministrstvo za zdravje, 2014).

Cigaretni dim vsebuje več kot 4800 kemikalij, od tega jih je 69 dokazano rakotvornih. Nekatere od teh snovi so:

- Ogljikov monoksid je strupen plin, ki ga povezujejo s srčnimi boleznimi, kapjo in ostalimi srčno-žilnimi boleznimi.
- Katran se nalaga v pljučih z vsakim vdihom cigaretnega dima. Povzroča raka in poškoduje pljuča.
- Benzen je topilo in je znan vzrok raka, povezujejo ga tudi z levkemijo.
- Formaldehid je strup, ki ga uporabljajo v medicini kot konzervans za trupla. Znano je, da povzroča raka, respiratorne probleme in probleme s kožo ter prebavnim traktom.
- Amonijak se uporablja tudi v čistilih.
- Kadmij je strupena kovina, ki se uporablja v baterijah. Povzroča raka ter pušča škodo na ledvicah in možganih.
- Butan se uporablja kot tekočina v vžigalnikih.
- Stearična kislina se uporablja za proizvodnjo voska za sveče.

- Toluen se uporablja kot industrijsko topilo.
- Nikotin se uporablja kot insekticid.
- Metanol se uporablja kot raketno gorivo.
- Arzen je strup za podgane.
- Etanojska kislina se uporablja kot kis.
- Dikloro-difenil-trikloroetan je insekticid.
- Vinilklorid se uporablja v plastičnih materialih.
- Naftalin je uporabljen tudi kot sredstvo proti moljem.
- Aceton je topilo (Kudari, 2017).

## 2.6 ODVAJANJE OD KAJENJA

Nikotin povzroča odvisnost, zato imajo kadilci težave s prenehanjem. Mehanizem odvisnosti je naslednji: Nikotin se absorbira z inhalacijo in doseže možgane v manj kot desetih sekundah. Sprostita se dopamin in noradrenalin, ki povzročita, da kadilec občuti ugodje. Ko so enkrat možgani izpostavljeni dobremu občutku, si želijo več nikotina. Če tega ni, nastopijo neprijetni odtegnitveni simptomi, kot so: tahikardija, glavobol, slabost, anksioznost, tremor, vzkipljivost in diareja. Stopnja psihične odvisnosti se poveča, ko kadilec kajenje kombinira s prijetnimi dejavniki, kot so dober obrok hrane, spolna aktivnost, pitje alkohola. S pogosto uporabo nikotina pa pride tudi do tolerance. Tako mora kadilec pokaditi vedno več, da doseže enak, prijeten učinek (Porter, 2013).

Kljub težavam, s katerimi se kadilci soočajo pri opuščanju kajenja, pa se le-to splača, saj kajenje v povprečju kadilcem skrajša življenje za vsaj 7 let, kar v povprečju znaša pet in pol minute na cigareto. Ima pa prenehanje številne pozitivne učinke:

- Po dvajsetih minutah se krvni pritisk spusti na normalo,
- po osmih urah se koncentracija ogljikovega monoksida spusti na normalo,
- po 48 urah se začnejo živčni končiči obnavljati, s tem se izboljšata vonj in okus,
- v nekaj dnevih se izboljša cirkulacija,
- v obdobju enega do devet mesecev se zmanjšajo kašelj, zamašenost sinusov, utrujenost in težka sapa. Obnovijo se tudi cilie, ki pomagajo pri čiščenju zraka, ki ga vdihamo;

- po petih letih se tveganje za smrt zaradi pljučnega raka zmanjša za skoraj polovico,
- po petnajstih letih se tveganje za srčne bolezni izenači z nekadilci, tveganje za pljučnega raka pa je le še malo višje kot pri nekadilcih (Kudari, 2017).

Med pacienti, ki še vedno aktivno kadijo po postavitvi diagnoze pljučni rak, pa tudi pri večini dolgotrajnih kadilcih, velja prepričanje, da je prenehanje kajenja brezsmiselno, saj je škoda že narejena in opustitev kajenja ne bo prinesla nikakršne koristi (Bobnar, 2012; Porter, 2013). Raziskave pa dokazujejo ravno nasprotno, prenehanje ima pozitivne učinke na zdravljenje pljučnega raka. Poveča učinkovitost zdravljenja, zmanjša možnost za nastanek sekundarnih tumorjev in drugih bolezni povezanih s kajenjem, podvoji lahko tudi možnost za preživetje. Nadaljevanje s kajenjem tudi med zdravljenjem pljučnega raka pa ima najpogosteje za posledico potencirane stranske učinke zdravljenja (Peppone, et al., 2011; Park, et al., 2012).

Pomembno vlogo pri odvajanju od kajenja imajo zdravstveni delavci, predvsem medicinske sestre. Medicinske sestre so po številčnosti največja poklicna skupina v zdravstvu, vpletene so v vse ravni zdravstvene oskrbe in najpogosteje vstopajo v interakcijo s pacientom. To jim da možnost, da v večini primerov najprej zaznajo kadilski status pacienta in imajo s tem priložnost, da mu priporočijo opustitev kajenja. Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri pomoči odvajanja od kajenja pri pacientih. Zdravniki pogosto le omenijo potrebo po prenehanju kajenja, medtem ko je medicinska sestra več časa prisotna ob pacientu in ima s tem večjo možnost svetovanja o opuščanju. Pomembno je, da opuščanje kajenja ponudimo čim več pacientom, saj je vsak pacient, ki kadi in ni dobil informacij o opuščanju, izgubljena priložnost (Porter, 2013; Simonič, 2015; Kudari, 2017).

Simonič (2015) v svojem članku opisuje strukturo kratkega nasveta o opuščanju kajenja, ki ga lahko izvajajo medicinske sestre na vseh ravneh zdravstvene oskrbe.

### **1. korak: VPRAŠAJ**

Pomembno je pridobiti informacije o tem, ali pacient kadi ter koliko pokadi. V tem koraku je potrebno pridobiti tudi informacijo, ali je pacient zainteresiran za opuščanje kajenja. Informacije je potrebno pridobiti nevtrarno in ne obsojajoče (Simonič, 2015).

## **2. korak: SVETUJ**

V tem koraku je potrebno preveriti, da se pacient zaveda škodljivosti kajenja in pozitivnih posledic, ki bi jih opuščanje kajenja imelo na njegovo zdravje. Pomembno je, da informacij ne podajamo na način, ki v pacientu vzbuja strah, da ne moraliziramo in nismo kritični.

Pred naslednjim korakom moramo pacienta pripraviti na to, da se bomo pogovorili o njegovem kajenju, saj moramo spoznati, kako gleda na kajenje (Simonič, 2015).

## **3. korak: OCENI**

V tem koraku preverimo pacientovo motivacijo za opuščanje kajenja. Če je kajenje že poskušal opustiti, se lahko pogovorimo o tem, kako je šlo, kaj je bilo zanj najtežje. Sledijo tri ključna vprašanja, pri katerih si lahko pomagamo z lestvico od 0 do 10.

### *1. »Kako pomembno je za vas ta trenutek, da bi opustili kajenje?«*

S tem preverimo, kako motiviran je pacient, da preneha s kajenjem. Pri večini motivacija niha – običajno narašča in pada. Lahko si pomagamo s podvprašanji: Kaj bi se moralo zgoditi, da bi bila za vas opustitev kajenja bolj pomembna? Kaj bi z opustitvijo pridobili? Da je pacient motiviran, je izrednega pomena, kajti pot opuščanja je že tako težka, brez motivacije pa zagotovo ne bo uspela (Simonič, 2015).

### *2. »Koliko zaupate vase/ste prepričani, da vam bo uspelo?«*

Pacienta moramo podpreti pri zaupanju vase, okrepitvi zaupanja v lastne sposobnosti. To je ključnega pomena predvsem pri pacientih, ki so že večkrat poskušali s prenehanjem. Pomagamo si lahko s podvprašanjema: Kaj vas najbolj skrbi pri prenehanju? Kaj se je nazadnje pri vas najbolj obneslo? Kaj bi pomagalo, da bi bolj zaupali vase? (Simonič, 2015).

### 3. »Kako zelo ste pripravljeni takoj opustiti kajenje?«

Pri tem si pomagamo s prejšnjima vprašanjema in s pacientovim odgovorom. Da pacient ni popolnoma pripravljen prenehati kaditi, je načeloma pričakovano. Pomembno je oceniti pacientovo pripravljenost in pomoč prilagoditi stopnji.

Če ugotovimo, da je pacient nepripravljen na opuščanje kajenja, ga lahko povabimo, da se še oglasi. Dodatne informacije mu ponudimo, če si želi (Simonič, 2015).

Če je pacient negotov, takih je večina, raziskujemo, kaj bi se moralo spremeniti, da bi opuščanje kajenja postalo pomembnejše. Krepimo zaupanje vase pri pacientu. Predstavimo mu različne poti opuščanja ter raziščemo morebitne predhodne neuspešne (Simonič, 2015).

V primeru, da je pacient pripravljen opustiti kajenje, naredimo skupaj z njim natančen plan opuščanja. Poučimo o možnosti recidiva. Pomembno je, da ob neuspehu ne izgubi volje, saj večini kadilcev kajenja ne uspe opustiti v prvem poskusu. Sproti ugotavljamo težave ob opuščanju, poučimo ga o nihanju razpoloženja, pridobivanju teže, odtegnitvenih pojavih. Svetujemo mu z rešitvami drugih kadilcev (Simonič, 2015).

### 4. **korak: POMAGAJ**

Pacientu pomagamo še z uporabnimi nasveti: Določimo datum, kdaj bo opustil kajenje. Obnovimo lahko prejšnje izkušnje z namenom učenja iz njih. Načrtujemo lahko aktivnosti pacienta, za podporo prosimo pacientove svojce.

Informacije lahko dopolnimo tudi s pisnim materialom. Lahko podamo tudi nasvet o farmakološki podpori (smiselno pri pacientih, ki pokadijo več kot 10 cigaret dnevno) (Simonič, 2015).

### 5. **korak: ORGANIZIRAJ SPREMLJANJE**

Povzamemo ugotovitve. Ponudimo mu možnosti podpore tudi po tem, ko bo odpuščen iz bolnišnice. Spremljanje je pomembno zaradi vzdrževanja motivacije. Najboljša možnost je napotitev v specialistične programe za opuščanje kajenja (Simonič, 2015).

V Sloveniji že nekaj let poteka program za odvajanje kajenja »Da, opuščam kajenje!«, ki poteka v zdravstvenih domovih po Sloveniji v obliki brezplačnih skupinskih delavnic ter tudi kot individualna svetovanja za opuščanje kajenja (NIJZ, 2014).

Predvsem pa morajo medicinske sestre razumeti težave pacientov, s katerimi se soočajo pri opuščanju kajenja. Delovati morajo vzpodbudno in jih ne smejo obsojati zaradi morebitnih prejšnjih neuspešnih poskusov opuščanja kajenja (Porter, 2013; Kudari, 2017).

Težko je spregledati dejstvo, da imajo pomembno vlogo pri uspešnosti promocije nekajenja in opuščanja kajenja tudi kadilske navade samih medicinskih sester. S svojim vedenjem naj bi le te delovale kot dober zgled. V Sloveniji kadi malo več kot petina medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic, kar je primerljivo s tujino. Večina kadilcev v tej populaciji začne kaditi v srednji šoli po tem, ko so se že odločili za poklic. Koprivnikar s sodelavci (2013) na podlagi teh ugotovitev predlaga, da bi morali okrepiti vsebine preprečevanja kajenja v srednjih zdravstvenih šolah ter okrepiti programe za opuščanje kajenja v prvih letih zaposlitve (Koprivnikar, et al., 2013).

## **2.7 STIGMA**

Abrams (2016) navaja, da se vsak dolar, ki se vloži v projekte za zmanjševanje kajenja vrne s 2–3 dolarji v prihodnosti. Projekti za zmanjševanje kajenja se osredotočajo na ozaveščanje o škodljivih posledicah kajenja in s tem preprečujejo pričetek kajenja med celotno populacijo, kadilce pa nagovarjajo k prenehanju. Te kampanje po navadi vsebujejo strah vzbujajoča sporočila in osebne zgodbe pacientov, ki so zboleli za pljučnim rakom in ostalimi boleznimi, ki so povezane s kajenjem. Ravno te brezkompromisne kampanje so se izkazale kot najbolj učinkovite za preprečevanje

kajenja, vendar so posledično nenamerno s seboj prinesle tudi stigmatizacijo pacientov, ki so zboleli za boleznimi povezanimi s kajenjem (Kristen, et al., 2017).

Pljučni rak spada med tiste rakave bolezni, ki se jih v veliki meri da preprečiti z zdravim načinom življenja. Ravno iz tega razloga so pacienti s pljučnim rakom, ki so (bivši) kadilci, videni kot odgovorni za svojo bolezen. Družba, vključno z zdravstvenimi delavci, jih lahko vidi, kot da so si bolezen celo zaslužili. Tudi pacientom, ki niso nikoli kadili, družba velikokrat pripiše to dejstvo (Hamann, et al., 2014). To mnenje lahko pripelje do diskriminacije in pri stigmatizirani osebi lahko pripelje do občutkov krivde in strahom pred diskriminacijo. Da bi se izognili tem občutkom, kadilci velikokrat zanemarijo prve znake in simptome, ki nakazujejo na možnost pojava pljučnega raka, in odlašajo z obiskom pri zdravniku. Ravno to pa je lahko usodnega pomena za uspešno nadaljnje zdravljenje (Dunn, et al., 2017).

Poleg krivde za svojo bolezen v družbi o pljučnem raku obstaja še stigma o uspešnosti zdravljenja te bolezni. Tudi ta stigma lahko izhaja iz projektov za zmanjševanje kajenja, saj velikokrat predstavijo pljučnega raka kot skoraj neozdravljivo bolezen s smrtnim izidom. To se pri pacientih lahko izrazi v tem, da zanemarijo znake in simptome bolezni in odlašajo z obiskom pri zdravniku ter kasneje slabše sodelujejo v procesu zdravljenja. Poleg tega pa velikokrat vpliva tudi na zdrav življenjski slog pacienta, ki na primer ne opusti kajenja po diagnozi, saj sklepa, da je škoda že narejena in prenehanje nima smisla (Dunn, et al., 2017).

### **3 EMPIRIČNI DEL**

#### **3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen diplomskega dela je raziskati odnos do kajenja in opuščanja kajenja med pacienti z diagnozo pljučni rak in odnos zdravstvenih delavcev do njih zaradi kajenja.

Cilji diplomskega dela so:

- Ugotoviti stališča in odnos pacientov s pljučnim rakom do kajenja,
- ugotoviti motiviranost pacientov s pljučnim rakom za opuščanje oziroma zmanjšanje kajenja,
- ugotoviti, če so pacienti med svojim zdravljenjem občutili neprimeren odnos zdravstvenih delavcev do njih zaradi kajenja.

#### **3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Na podlagi pregledane tuje in domače literature in na podlagi zastavljenih ciljev smo razvili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšen je odnos pacientov s pljučnim rakom do kajenja?
- Kakšna je motivacija pacientov za opuščanje kajenja?
- Kako pacienti ocenjujejo odnos zdravstvenih delavcev do njih zaradi kajenja?

#### **3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

Raziskava je temeljila na načelih kvalitativnega raziskovanja.

##### **3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov**

Podatki empiričnega dela diplomskega dela so bili zbrani s kvalitativno tehniko zbiranja podatkov, tj. polstrukturiranim intervjujem.

Podatke teoretičnega dela smo zbrali po pregledu strokovne literature. Za iskanje literature v slovenskem jeziku smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS –



in Obzornik zdravstvene nege. Za dostop do tuje literature smo uporabili baze podatkov, kot so Cinahl, PubMed, Google Scholar, SpringerLink idr. Pri iskanju smo uporabili ključne besede v slovenskem jeziku: pljučni rak, kajenje, vzroki za kajenje, vloga zdravstvene nege pri kajenju, stigma. V angleškem jeziku: lung cancer, smoking, tobacco, rule of nursing in quitting smoking, stigma.

### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Podatki za raziskovalni del diplomskega dela so bili pridobljeni s pomočjo polstrukturiranega individualnega intervjuja, ki smo ga opravili med pacienti, ki se zdravijo za pljučnim rakom in še vedno kadijo. Intervju je sestavljen iz šestih glavnih vprašanj in petih podvprašanj, ki smo jim v nadaljevanju intervjujev dodali in prilagodili vprašanja glede na potek posameznega intervjuja. V začetku nas je zanimal sam odnos pacientov do kajenja ter kako oni gledajo na vplive kajenja na zdravje. V nadaljevanju smo se osredotočili na prenehanje kajenja ter na njihovo mnenje o programih za pomoč pri odvijanju od kajenja. V zadnjem delu intervjujev pa nas je zanimalo, če so se kdaj v procesu zdravljenja počutili stigmatizirane zaradi svojega kadilskega statusa s strani zdravstvenih delavcev in družbe. Vprašanja v intervjuju so bila sestavljena na podlagi pregledane strokovne literature (Lehto, 2014; Hamann, et al., 2014; Farley, et al., 2016).

### 3.3.3 Opis vzorca

V raziskovalnem delu diplomskega dela je bil uporabljen namenski vzorec. Za ciljno populacijo smo vzeli šest pacientov, ki se zdravijo zaradi pljučnega raka na oddelku za onkologijo na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik). Pet pacientov je bilo v času izvajanja intervjujev na oddelku hospitaliziranih zaradi prejetja kemoterapije. ena pacientka pa je bila sprejeta zaradi poslabšanja stanja med ciklusoma kemoterapije ob pojavu okužbe. Dva pacienta sta prišla na svojo prvo kemoterapijo, ena na tretjo, eden na četrto, eden pa je zaključeval s ciklusi kemoterapije, in sicer je prišel na šesti krog. Vsi intervjuvanci so bili v času izvajanja intervjujev še vedno aktivni kadilci, bili pa so tudi dolgotrajni kadilci (od 35 do 60 let). Štirje so bili

moški, dve intervjuvanki pa sta bili ženski. Starost pacientov je bila 46, 53, 58, 60, 65 in 68 let.

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskavo smo pričeli s pregledom strokovne literature, na podlagi katere smo tudi zastavili vprašanja za polstrukturiran intervju. Po odobritvi dispozicije diplomskega dela na Komisiji za diplomske zadeve smo v oktobru 2018 pridobili dovoljenje Klinike Golnik za izvedbo raziskave. Nato smo oddali prošnjo za izvedbo raziskave še na Komisijo za medicinsko etiko, ki pa je bila odobrena januarja 2019. Potem smo začeli z izvajanjem intervjujev. Pred vsakim intervjujem je bil potek intervjuja pacientu predstavljen. Če se je pacient prostovoljno strinjal z izvedbo raziskave, je podpisal soglasje o privolitvi po poučitvi. Anonimnost je bila zagotovljena ves čas poteka raziskave in pisanja diplomskega dela. Vsak intervju smo posneli. Posnete intervjuje smo nato dobesedno prepisali in analizirali z vsebinsko analizo kvalitativnega raziskovanja. Urejeno gradivo smo razčlenili na sestavne dele, ki so bili vsebinsko zaokrožene celote, bodisi stavki, odstavki, opisi dogodka in podobno, imenovane enote kodiranja. Enotam kodiranja smo z induktivnim pristopom med analizo besedila določili kode. Kategorije smo določili tako, da smo združili med seboj podobne kode. S pomočjo teh kod in kategorij smo prikazali bistvo pridobljenih podatkov (Vogrinc, 2008; Lamut & Macur, 2012). Vsaki transkripciji smo zaradi anonimnosti in varovanja osebnih podatkov intervjuvancev dodali oznako (P1, P2, P3, P4, P5 in P6).

## 3.4 REZULTATI

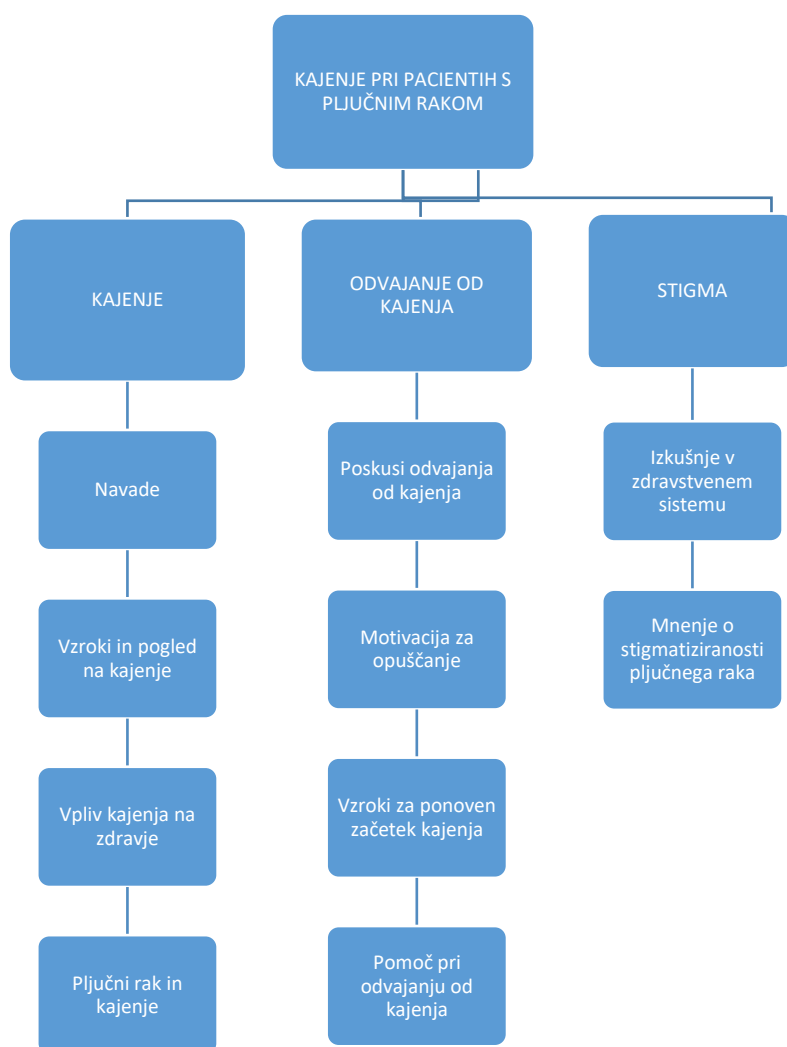
Vsi intervjuvanci so bili pripravljeni sodelovati v raziskavi. Vsi so odgovorili na vsa vprašanja. Intervjuji so potekali brez zapletov.

Glede na opravljene intervjuje smo oblikovali tri različne kategorije. Te kategorije so: kajenje, odvajanje od kajenja in stigma. Glavnim kategorijam smo dodali tudi podkategorije.

Pri kategoriji kajenje so to: navade glede kajenja, vzroki in pogled na kajenje vsakega posameznega pacienta, pogled pacientov na vpliv kajenja na zdravje ter kako gledajo pacienti na povezavo pljučnega raka s kajenjem.

Pri kategoriji odvajanje od kajenja so podkategorije: poskusi odvajanja od kajenja, motivacija pri pacientih za odločitev o prenehanju kajenja, razlogi za ponovni začetek kajenja ter kako gledajo na pomoč pri odvijanju od kajenja.

Pri kategoriji stigma pa smo dodali podkategoriji: izkušnje v zdravstvenem sistemu kot kadilci ter mnenje o stigmatiziranosti bolezni pljučni rak (slika 1).



**Slika 1: Glave kategorije in podkategorije**

## KAJENJE

*Navade:* Najprej nas je na začetku vsakega intervjuja zanimalo nekaj splošnih podatkov o samem pričetku in trajanju kajenja.

P1: Začel sem kaditi pri 15 letih, ko sem začel hoditi v poklicno šolo. Od takrat naprej redno kadim že 43 let. Zdaj približno 10 cigaret na dan, včasih je bilo precej več.

P2: Kadim že od otroštva, zdaj bo že 55 let. Pokadim pa eno do dve škatlici cigaret na dan, odvisno od dneva.

P3: Kadim od konca osnovne šole, 35 let, približno 35 cigaret na dan.

P4: Kadim že od vedno, 40 let, približno 10 cigaret na dan.

P5: Od gimnazije naprej, zdaj bo že 60 let. Trenutno pokadim 10 cigaret na dan, sem jih pa tudi po 3 škatle v najboljših časih.

P6: Kadim, odkar sem začel delati v prvi službi. To bo že 40 let. Približno 15 cigaret na dan.

*Vzroki in pogled na kajenje:* Od pacientov smo skušali izvedeti razlog, zakaj se poslužujejo kajenja in kako oni doživljajo svoje kajenje.

P1: Od začetka, ko sem bil mlad, sem kadil zato, ker si bil nek frajer, ker lahko kadiš. Govorilo se je: »A tebi doma zaradi kajenja nič ne rečejo, mene bi doma iz hlač stresli, če bi to počel«. Nato sem kot vajenec pri 15 letih začel delati po celi Jugoslaviji, delali smo po 15 ur na dan. Moral si imeti nekaj, da si zdržal vse skupaj. Nekaj, kar te je pomirilo. Tudi kasneje, ko sem začel delati pri varnostni službi, je bilo kajenje skoraj obvezno. Delal si vse praznike, vse nedelje in to je bilo večinoma nočno delo. Vzel sem tudi po 2 škatli cigaret na nočno, pa mi je še zmanjkalo.

P2: Moj pogled na kajenje je slab, nihče ne bi smel kaditi. Začel sem kaditi kot otrok in to mi je potem prišlo v kri, v navado in to je to.

P3: Kajenje mi predstavlja neko uteho, pomiri me. Kadim predvsem zaradi tega, ker imam veliko stresa, ki nastane zaradi službe, življenja nasploh.

P4: Kadim, ker sem tako navajena. Je neka potreba, razvada, sprostitev. Kajenje mi je včasih, ko sem bila še v službi, predstavljal neko nagrado. Ko smo veliko naredili v službi, smo si zaslužili odmor za kavo in cigaret. Sprosti te.

P5: Moj odnos do kajenja je dober, zato pa kadim. Prvič, kadim zato, ker mi paše, pa tudi zato, ker ne morem nehati.

P6: Kajenje je slabo. Pri meni je glavni vzrok kajenja definitivno stres, delal sem kot delavec v proizvodnji na več izmen, delo je bilo naporno. Poleg tega pa so kadili tudi vsi okoli mene.

*Vpliv kajenja na zdravje:* Ker so bili vsi pacienti, ki smo jih intervjuvali, dolgoletni kadilci, nas je zanimalo, če so kdaj razmišljali o vplivih kajenja na svoje zdravje oziroma, če se zavedajo posledic kajenja.

P1: Jaz do sedaj nisem imel nikakršnih težav z zdravjem. V službi nisem imel nikoli nobene bolniške. Od vedno sem kadil isto znamko cigaret in nisem nikoli menjal. Potem pa se je šele zdaj, pred nekaj meseci, pojavil ta kašelj. Zanj sva z osebno zdravnico najprej mislila, da gre za pljučnico in sva ga zdravila z antibiotiki, vendar ni pomagalo. Postalo je še slabše.

P2: Sem razmišljal o vplivih kajenja na zdravje. Na vse vpliva. Na kondicijo, na pljuča, na dihanje in na apetit. Vendar to je zame že prepozno.

P3: Ja, seveda sem. Ampak ko si enkrat zasvojen, je težko nehati.

P4: Ja, kajenje ni zdravo. Sem pa vedno rekla, da mi paše kaditi, zato kadim. Če mi ne bi, bi nehala. Sem mnenja, da ima name kajenje seveda tudi negativne vplive, vendar ima predvsem zaradi pomiritve več pozitivnih.

P5: Ja, razmišljal sem, velikokrat, ugotovil pa nisem nič pametnega.

P6: Sem. Kajenje, tako kot vsaka druga razvada, po mojem mnenju negativno vpliva na zdravje.

*Pljučni rak in kajenje:* Zanimalo nas je, kako pacienti gledajo na povezavo pljučnega raka in kajenja.

P1: Ni samo kajenje krivo za mojo bolezen. Dolgo časa sem delal po raznih firmah na tovornih vhodih, kamor pripeljejo tovornjaki. Ko tovornjak spelje, se vse zakadi v tebe in veste, da to ne more biti zdravo. Pa nihče ne ve, kaj vse so včasih točili v tovornjake namesto bencina. Je pa res, da kadim zelo dolgo časa. Nekaj se je pa po vseh teh letih že skoraj moralo pokazati.

P2: Pripomoglo je dosti. Je pa verjetno tudi prehrana, nezdrava prehrana. Zrak, to je sigurno. Tudi pijača, nenormalno spanje, stres, neurejeno življenje.

P3: Po pravici ne vem, zakaj sem bolna, ali sem to od kajenja, ne vem. Možno je. So pa tudi drugi dejavniki dovolj močni, da bi lahko vplivali na to. Pri meni sigurno ni samo kajenje. Kaj pa je, pa ne moremo vedeti.

P4: Povezava med kajenjem in pljučnim rakom obstaja. Mogoče je malo. Sem se pa pogovarjala z ljudmi, ki pridejo na zdravljenje pljučnega raka in niso nikoli kadili, vsi pa imajo stresno življenje. Jaz mislim, da je čedalje več boleznih na podlagi stresa.

P5: Problem je v tem, da vsi kadilci, ne samo jaz, govorimo: »Veš, koliko jih poznam, ki nikoli niso kadili, pa imajo pljučnega raka.« Tako da jaz osebno ne verjamem, da je ravno kajenje povzročilo pljučnega raka. Pripomoglo pa verjetno je. Da bi bilo pa kajenje glavni

razlog, pa ne verjamem. Bistvenega pomena je po mojem mnenju dednost. Moj oče je imel raka na pljučih, pa ni nikoli kadil. Poznam veliko ljudi, ki so prenehali kaditi pred tridesetimi leti, pa imajo raka. Mislim, da nobeno telo ni enako. S sosedom se lahko gibljeva v istih krogih, pa on dobi gripo vsako leto, jaz pa je nisem imel nikoli v življenju. Neko telo je pač podvrženo neki bolezni, drugo ne.

P6: Jaz mislim, da je povezava. Ni pa samo to. Povezano je z onesnaženim zrakom, pesticidi. Ko sem delal v proizvodnji, so bili v zraku prašni delci. Izpostavljen pa sem bil pasivnemu kajenju že kot otrok, ko so vsi kadili okoli mene.

#### ODVAJANJE OD KAJENJA

*Poskusi odvajanja od kajenja:* Ker so bili vsi intervjuvanci še vedno kadilci, nas je zanimalo, če so kdaj poskušali s prenehanjem kajenja oziroma vsaj z zmanjšanjem števila pokajenih cigaret.

P1: Nikoli mi ni za daljši čas uspelo s prenehanjem kajenja, sem parkrat poskušal. Probal sem žvečiti nikorete žvečilne gumije, ampak ko sem jih požvečil, sem šel takoj kakšnega prižgat, da sem si popravil okus, ker so ogabni.

P2: S kajenjem mi je uspelo prekiniti enkrat v življenju za 4 mesece.

P3: Nikoli nisem poskusila s prenehanjem, sem pa v zadnjem času precej zmanjšala, nekaj dni zdaj kadim le približno 5 cigaret na dan.

P4: Enkrat mi je uspelo prenehati za 6 mesecev.

P5: Jaz nisem kadil 9 let.

P6: Pri 42 letih sem opustil kajenje za 3 leta.

*Motivacija za prenehanje/zmanjšanje kajenja:* Zanimalo nas je, kaj je paciente spodbudilo k prenehanju oziroma zmanjšanju kajenja.

P1: Kaj pa vem, zakaj sem poskušal prenehati, najbrž zaradi družbe. Imel sem prijatelje, ki zdaj ne kadijo že 10, 15 let in te vedno po malem nagovarjajo: »Daj nehaj, boš videl, kako je, še koža ti drugače diši in vse je boljše.« Jaz sem jim v hecu vedno odgovoril, da se bodo potem lahko zaprle vse tovarne z dezodoranti, če bo moja koža vedno dišala. Sem pa enkrat popolnoma prekinil za 4 dni. Takrat pa sem bil tako prehlajen, da so mi še cigareti smrdeli.

P2: Prenehal sem kaditi 11. decembra 2017, ker sem imel 12. decembra 2017 operacijo pljuč. Rekel se si: »Na operacijo grem, borim se za življenje, kaj bom kadil, saj nisem mona.«

P3: Zmanjšala sem zdaj, ko me je vročina povsem zdelala.

P4: Prenehala sem kaditi zaradi svoje dobre volje. V življenju sem imela urejene razmere, nisem imela problemov. Ni bilo stresa.

P5: Ni bilo nobenega posebnega vzroka, zakaj sem nehal kaditi, enkrat sem rekel, da ne bom več in sem nehal.

P6: Imel sem težave z zdravjem, kašljal sem, pozimi sem imel dve pljučnici, tudi težave z visokim pritiskom. Kljub zavedanju, da je to dobro za zdravje, je bilo prenehanje težko, uspelo mi je najbrž zaradi močne podpore družine in prijateljev.

*Ponovni začetki kajenja:* Petim pacientom je uspelo prenehati s kajenjem, vendar so nato vsi ponovno začeli kaditi. Zanimali so nas vzroki za to odločitev.

P1: Takoj, ko sem se počutil malo bolje po prehladu, sem pokadil še vse za nazaj.



P2: Ko sem bil v začetku leta 2018 hospitaliziran pri vas (Klinika Golnik), se mi je nekaj v glavi premaknilo, ponoči sem vstal in iskal avto. Zdravniki so me poslali v Psihiatrično bolnišnico Polje. Nikoli nisem imel problemov s psiho. To se je po mojem mnenju takrat zgodilo, ker sem imel preveč antibiotikov hkrati. Ponovno sem začel kaditi prav v psihiatrični bolnišnici. Tam pa kadijo vsi, pacienti in tudi zdravniki. Tam me je spet potegnilo. To se je zgodilo približno 4 mesece po operaciji, od takrat spet kadim neprekinjeno.

P4: To je izgovor, vendar sem začela nazaj kaditi zaradi stresnega dogodka, ki se mi je zgodil v življenju.

P5: V neki družbi sem spet poskusil, kako je, če bi enega prižgal in sem spet začel.

P6: Stres. Razšla sva se s partnerko. Zamenjal sem službo, kjer so vsi sodelavci okoli mene kadili, potem te pa to hitro potegne nazaj.

*Pomoč pri odvajanju od kajenja:* Glede na to, da so vsi intervjuvani pacienti dolgoletni kadilci, nas je zanimalo, če jim je bila kdaj v času kajenja ponujena pomoč pri odvajanju od kajenja.

P1: Pomoč pri odvajanju od kajenja mi ni bila do nekaj dni nazaj nikoli ponujena. Vendar priznam, da je nisem nikoli tudi iskal. Če bi mi jo ponudil na primer moj osebni zdravnik, bi jo sigurno zavrnil. Saj v življenju nikoli nisem imel nobene druge razvade kot pa kajenje. Poleg tega do zdaj nisem imel nobenih težav zaradi kajenja. Prvič v zdravstvenem sistemu mi je bila ponujena pomoč tukaj pri vas (Klinika Golnik). Samo, saj veste, kako je zdaj po 43 letih prenehati kaditi. Saj, ko si človek vse skupaj malo prebere in preuči, vidi, da lahko prenehanje tudi zdaj vpliva na zdravljenje, umiri nekatere simptome. Lahko mi mogoče celo malo podaljša življenje, ne verjamem pa, da bi s prenehanjem zdaj prišlo do kakšne velike spremembe. Dvomim, da bi se lahko tako popravilo, da bi zdaj živel še ne vem koliko časa.

Sem pa slišal v preteklosti, ko sem bil še mlad, da so se ljudje odhajali odvajati od kajenja nekam v Poreč. Tudi moji prijatelji, ki so bili strastni kadilci, so tako prenehali kaditi. Vem samo, da je šlo za neko vrsto hipnoze. Tudi jaz sem prosil za vizitko, še vedno jo imam doma pospravljeno, vendar poklical nisem nikoli.

P2: Pomoč pri odvijanju od kajenja mi je bila ponujena vsaj tisočkrat. Saj veste, vsi ponujajo nekaj. Tablete, rekreacijo, ne vem kaj vse. Sicer mi v okviru zdravstva ni bila nikoli ponujena pomoč, saj drugje kot pri vas sploh nisem bil. Sem pa mnenja, da vse to skupaj ne pomaga nič. To se moraš sam odločiti in prenehati. Ne pomaga ti noben bog, če si ti »mona«.

P3: V kar nekaj bolnicah so mi medicinske sestre ponudile, da mi dajo nasvet za odvijanje od kajenja, nisem pa nikoli sprejela. Nisem se bila pripravljena ukvarjati s tem. Mislim, da mora imeti človek najprej razčiščeno pri sebi, potem pa lahko neha kaditi. Najbrž si, če se obrneš na programe za odvijanje od kajenja, že motiviran in ti lahko pomagajo, brez motivacije pa ne gre.

P4: Nikoli mi ni nihče ponudil pomoči. Slišala sem, da se hodi na neka predavanja. Mislim pa, da ne pomaga prav dosti, dokler nimaš »pošlihtano« pri sebi v glavi.

P5: Nikoli mi ni bila ponujena pomoč. Sem se pa enkrat o tem pogovarjal s svojim osebnim zdravnikom. Smešno je, ker po eni strani pravijo, da naj neham kaditi, po drugi strani ti pa reče, da dolgoletnim kadilcem, kot sem jaz, ne priporoča nehati naenkrat, ampak zmanjšati. Pa to je najtežje v resnici, potem ali kadim ali ne kadim. Nasploh pa sem mnenja, da vsi ti programi za odvijanje od kajenja ne pomagajo prav dosti. Vse je v glavi. Po mojem mnenju je to psihološko.

Sem pa šel enkrat do prijatelja, ki se ukvarja z odvijanjem od kajenja. Nekako mi je masiral ušesa s pomočjo elektrike. To je trajalo 20 min in tisti dan res nisem kadil. Sem pa potem naslednji dan prav hitro spet pričel.

P6: Osebna zdravnica mi je ponudila pomoč. Udeležil sem se programa, vendar mi ni uspelo prenehati s kajenjem takrat. Uspelo mi je pol leta kasneje, samemu. Pomoč je potekala v obliki nekih predavanj. Dobili smo letake, ni bilo prav koristno. Na letakih je bilo napisano isto, kot nam je prebrala medicinska sestra oziroma ne vem, kaj je bila po poklicu tista gospa. Po mojem mnenju moreš biti najprej sam motiviran, potem mogoče lahko na delavnici dobiš kakšen koristen nasvet. Menim pa, da če bi bile te delavnice res učinkovite, bi najbrž lahko medicinske sestre oziroma zdravstveni delavci uspeli prepričati tudi kakšnega od svojih kolegov k prenehanju kajenja. Prepričan sem pa tudi, da so vsi pripravki za pomoč pri odvijanju od kajenja (obliži, žvečilni ...) cenovno predragi.

## STIGMA

*Izkušnje v zdravstvenem sistemu:* V literaturi smo zasledili veliko člankov o tem, da se kadilci, ko vstopajo v zdravstveni sistem, posebej če se zdravijo za boleznijo, ki je povezana s kajenjem, počutijo zapostavljene in drugače obravnavane s strani zdravstvenih delavcev. Glede na prebrano nas je zanimalo, če so tak občutek dobili tudi naši intervjuvanci.

P1: Veste, da ima človek malo občutek, da bi bil drugače obravnavan, če ne bi kadil. Težko bi se zdaj spomnil kakšnega primera, ampak sigurno obstaja. Že to vpliva na človeka, ko pride v bolnico in sliši: »Vi ste se prišli v bolnico zdraviti, ne pa za to, da bi kadil.« To si lahko potem razlagaš kot: »Če ne bi kadil, ne bi bil zdaj meni v napoto, zdaj se moram pa ukvarjati s tabo.«

P2: Mislim, da je odnos zdravstvenih delavcev drugačen. Vsak te vpraša, če kadiš ali si kadil. Mislim, da to ne bi smelo biti tako. Zdravniki so tukaj zato, da ugotovijo, kaj mi je in me pozdravijo. Tukaj sploh nima veze, ali jaz kadim. Velikokrat se tudi sliši poudarjanje, da bodo kadilci bolni. Tudi ko že zbolijo, nadaljujejo z opozarjanjem, da se bo s kajenjem bolezen še slabšala.

P3: Nikoli nisem dobila občutka, da bi me na podlagi mojega kajenja zdravstveni delavci obravnavali kaj drugače.

P4: Odnos zdravstvenih delavcev ni bil nikoli drugačen.

P5: Mislim, da je odnos malo drugačen kot do nekadilcev. Moti me tudi zakonska urejenost glede kajenja. Kadilci hodimo kadit pred vrata bolnišnice. V tem mrazu se lahko zunaj prehladiš. Zdaj, v času gripe, vsi poudarjajo, da naj si nadenemo masko, ko gremo mimo čakalnice sprejemne ambulante. To je pomembno, to, da zunaj piha, pa ni. Vsaka bolnišnica bi morala imeti prostor za kajenje. Zdi se mi diskriminatorno, da je kajenje v zaporih prosto. Zaporniki lahko kadijo tudi v notranjih prostorih. Če pa ti kajenje ne paše, imaš pravico zaprositi, če si lahko v sobi z nekadilci. Torej ima zapornik, ki je pokreten, več možnosti, da kadi. Kot nek pacient, ki je na smrt bolan v postelji ali pa težko hodi.

P6: Ja, zdi se mi, da je odnos drugačen. Velikokrat ko sem prišel k zdravniku zaradi neke težave, na primer poškodbe, so me spraševali o kajenju, čeprav kajenje nima nobene veze s poškodbo kolena. Tudi ko sem šel z izvidi, ki so potrdili diagnozo pljučnega raka, do svoje osebne zdravnice, mi je med vrsticami povedala, da kaj sem pa glede na to, da kadim že 40 let, sploh pričakoval.

*Mnenje o stigmatiziranosti pljučnega raka:* Glede na to, da je večina pacientov navajala občutek drugačne obravnave v zdravstvenem sistemu glede na kadilsko zgodovino, nas je zanimalo, če menijo, da je tudi izven zdravstvenega sistema pljučni rak zaznamovana bolezen.

P1: Nekaterih bolezni je več, drugih manj. Ravno prej sem govoril z nekom, ki je delal v gradbeništvu z azbestnimi kritinami, tako kot sem jaz delal v onesnaženem okolju zaradi izpušnih plinov tovornjakov. Vendar tega nihče ne opazi, vsi poudarjajo samo kajenje.

P2: Tudi kakšno drugo bolezen lahko dobiš zaradi kajenja, ne samo pljučnega raka, vendar se v družbi poudarja le rak. Pljučni rak pri kadilcih se mi zdi primerljiv z boleznimi, ki so povezane z alkoholom.

P3: Meni se pljučni rak ne zdi nič drugačna bolezen kot vse ostale.

P4: Jaz na svoji koži nisem občutila kakršnekoli označenosti glede tega, da imam pljučnega raka in kadim.

P5: Pri nas veliko govorijo o povezavi kajenja in pljučnega raka. Vsa ta opozorila o kajenju, ki so tako brezvezna. V vseh trafikah morajo biti cigarete zakrite. Saj vem, da nisem šel v slaščičarno po tortico, ampak v trafiko po cigarete. Veliko ljudi te vpraša, če kadiš, takoj ko malo zakašljaš. Ma ja, kadim! Ko slišim vse to pretiravanje glede kajenja, mi grejo kar lasje pokonci. Včasih si kar rečem: »Zdaj bom pa nalašč enega pokadil!« V družbi velja mnenje, da bodo vsi kadilci umrli za pljučnim rakom. Pa ne bodo. To je tako, kot pravijo, da je tek koristen za zdravje, potem bi vsi maratonce živel 100 let. Pa kdaj umirajo celo mlajši kot pa tisti, ki s tekom ne pretiravajo.

P6: Pljučni rak se mi zdi močno označena bolezen povsod, v zdravstvenem sistemu in v družbi nasploh. Med svojci, prijatelji, tudi v službi, ko sem povedal za svojo bolezen, je bil prvi odziv: »Ja, logično, saj kadiš kot Turek!« Zaradi vsega poudarjanja v medijih o kajenju in pljučnem raku se mi zdi, da v družbi velja mnenje, da pljučni rak sploh ne more nastati zaradi česarkoli drugega kot pa zgolj in samo od kajenja.

### **3.5 RAZPRAVA**

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšen je odnos pacientov do kajenja. Vsi intervjuvanci so bili dolgoletni kadilci. Začeli so kaditi že v zelo mladih letih, nekateri že v osnovni šoli, najkasneje pa s prvo zaposlitvijo. Da večina kadilcev začne kaditi v rosnih letih, nakazujejo tudi mnoge raziskave (Koprivnikar, et al., 2013; Dunn, et al., 2017), Porter (2013) v svoji raziskavi navaja, da več kot 80 % kadilcev razvije svojo navado pred osemnajstim letom.

Zanimali so nas razlogi, zakaj pacienti kadijo. Dobili smo med seboj zelo podobne odgovore. Večina v kajenju vidi pomiritev, uteho pred stresom, ki nastane zaradi različnih dejavnikov. Nekateri pa so poudarili tudi, da kadijo, ker so pač po toliko letih kajenja na

to povsem navajeni in preprosto ne znajo drugače. Pogledi na kajenje so bili pri intervjuvancih različni. Trije pacienti so navajali, da je kajenje slabo, trije pa na kajenje gledajo kot na nekaj pozitivnega. Podobne deljene ugotovitve glede kajenja navaja tudi Farley, et al. (2016), ki navaja, da si večina aktivnih kadilcev ob diagnozi pljučni rak želi, da ne bi kadili, ampak poudarjajo dejstvo, da so ujeti v konfliktu med željo, da prenehajo kaditi, in med svojimi prepričanji o pozitivni plati kajenja. Najbolj pogosto navedena pozitivna lastnost kajenja pa je pomiritev, ki je potrebna zaradi stresa v posameznikovem življenju.

V nadaljevanju smo paciente povprašali o tem, kaj menijo o vplivih kajenja na zdravje ter povezavi pljučnega raka s kajenjem. Za začetek se nam je zdelo zanimivo, da so imeli trije pacienti težave s tem, da so izgovorili besedno zvezo pljučni rak. Velikokrat so to raje zamenjali za: bolezen, to kar se zdaj dogaja z mano itd. Pacienti so navedli kar nekaj negativnih vplivov kajenja na zdravje, vendar jim niso dajali velikega pomena. Nekateri pa so poudarili tudi dobre lastnosti kajenja, to je pomiritev. Povezave pljučnega raka s kajenjem se zavedajo vsi, vendar so vsi prepričani, da kajenje pri njih ni bil poglavitni vzrok za bolezen. Dva sta navedla kot krivdo delovno okolje. Poudarjali so tudi onesnaženo okolje in stresno življenje. En pacient pa je izpostavil dednost kot vzrok ter dejstvo, da obstajajo ljudje, ki so kadili celo življenje, pa nimajo pljučnega raka in obratno. V raziskavi, ki jo je izvedel Lehto (2014), so dobili podobne odgovore. Izvedli so kvalitativno raziskavo v obliki fokusnih skupin med enajstimi pacienti s pljučnim rakom. Tudi v tej raziskavi je eden od sodelujočih našel krivdo za nastanek pljučnega raka v delovnem okolju, bil je tiskar. Pacienti so poudarjali dejstvo, da ne dobijo vsi kadilci raka, ter navajajo primere znancev, ki so kadili celotno življenje in umrli iz popolnoma drugih razlogov. V nasprotju z našo raziskavo pa je bilo v njihovi kar pet udeležencev, ki so bili prepričani, da kajenje nima nikakršne povezave z njihovo boleznijo. Tudi Wells, et al. (2017) v svoji kvalitativni raziskavi, ki je bila izvedena s pomočjo intervjujev med 29 pacienti s pljučnim rakom, 14 sorodniki pacientov s pljučnim rakom in 24 zdravstvenimi delavci, navaja podobne ugotovitve. Nekaj pacientov je navedlo, da kajenje ni zdravo, ampak so do tega spoznanja prišli prepozno, takrat, ko so že zboleli. O povezavi pljučnega raka s kajenjem pa prav tako dvomijo. Eden od njihovih intervjuvancev je krivdo svoje boleznij pripisal usodi, medtem ko jo druga navedla, da je

imela pred tem raka na vagini, ki zagotovo ni povezan s kajenjem, tako da tudi o pljučnem raku dvomi.

V sklopu drugega raziskovalnega vprašanja, ki se je nanašal na motivacijo pacientov za opuščanje kajenja, so nas najprej zanimali njihovi prejšnji poskusi prenehanja kajenja. Od naših intervjuvancev le ena pacientka ni kajenja nikoli poskušala opustiti, je pa uspela zmanjšati količino pokajenih cigaret. Ostalim petim pa je uspelo za določen čas prenehati s kajenjem. Najkrajše obdobje je bilo pri pacientu, ki je prenehal za štiri dni, za najdlje je prenehal pacient, ki ni kadil devet let. Pri naših pacientih so bili vzroki v prenehanju kajenja lastna močna volja, podpora okolice, urejene razmere ter poslabšanje zdravstvenega stanja. Ker so bili vsi intervjuvanci še vedno aktivni kadilci, nas je zanimalo, kaj jih je ponovno spodbudilo k pričetku kajenja. Zanimivo je bilo, da so vzroki enaki oziroma ravno nasprotni tistim, zakaj so prenehali kaditi: družba, neurejene razmere in spremenjeno zdravstveno stanje. Tudi Farley, et al. (2016) v raziskavi, ki je bila izvedena s pomočjo polstrukturiranega intervjuja med 22 pacienti s pljučnim rakom, ki so bili zdravljeni operabilno in še vedno kadijo, navaja podobne razloge. Ena od pacientk, ki so jo intervjuvali, je prenehala s kajenjem za nekaj mesecev zaradi operacije, vendar je ob konfliktu in smrti v družini ponovno pričela s kajenjem. Tudi Criswell (2016) s sodelavci v kvantitativni raziskavi, ki je bila izvedena s pomočjo vprašalnika na vzorcu 213 pacientov s pljučnim rakom, ugotavlja, da so vsi sodelujoči, ki so ponovno začeli kaditi, navajali kajenje kot orodje za spoprijemanje s stresom, ki nastane tudi zaradi pljučnega raka in procesa zdravljenja. Pacienti pogosto, tako kot pri nas gospa, ki je dodala, da ima kajenje nanjo več pozitivnih kot negativnih učinkov, navajajo, da ne bodo več dolgo živeli, da jih cigareti pomirjajo in da ne vidijo razloga, da bi prenehali s kajenjem zdaj, ko so že zboleli.

Kar 80 % splošne populacije vsako leto vsaj enkrat obiše zdravnika (Simonič, 2015). S tem dobimo zdravstveni delavci priložnost, da kadilcem ponudimo nasvet pri opuščanju kajenja. Zanimalo nas je, koliko od naših pacientov je dobilo s strani zdravstvenega sistema ponujeno pomoč za odvajanje od kajenja. Ugotovili smo, da je bila ponujena trem. Le eden se je udeležil delavnice za opuščanje kajenja, ki jo izvajajo v okviru zdravstvenih domov v organizaciji Nacionalnega inštituta za javno zdravje (»Da,

opuščam kajenje!«) in še ta o njej ni imel pozitivnega mnenje. So se pa vsi strinjali, da vsa ta pomoč ne pomaga prav dosti, če nisi najprej sam motiviran za prenehanje. Tudi v obsežni raziskavi, kjer je bil vzorec 948 pacientov, ki so imeli diagnosticirano bolezen pljučni rak, so odkrili, da je bila pomoč pri odvajanju ponujena le 36 % (Hildebrand & Sastry, 2013). To dokazuje, da veliko kadilcem sploh ni ponujena pomoč pri opuščanju kajenja, na kar lahko gledamo kot na izgubljeno priložnost.

Podobno ugotavlja tudi Wells, et al. (2017), da je večina kadilcev prepričana, da prenehanje kajenja lahko dosežejo le s svojo lastno voljo in ne vidijo potrebe v vključitev v programe za opuščanje kajenja. Pacienti navajajo, da ob nasvetih zdravstvenih delavcev niso slišali nič, česar do tedaj še niso vedeli o kajenju in opuščanju le-tega.

En pacient navaja pozitivno izkušnjo pri opuščanju kajenja, kar bi lahko upoštevali v vseh programih za opuščanje kajenja. Navaja namreč, da je bila njemu ponujena pomoč pri odvajanju s strani medicinske sestre, ki je bila sama bivša kadilka. Pacient poudarja, da je bilo to zelo pozitivno, saj je medicinska sestra točno vedela, čez kaj gre pacient in mu je lahko zato bolj stala ob strani (Hildebrand & Sastry, 2013).

Z zadnjim raziskovalnim vprašanjem smo želeli ugotoviti, ali so pacienti kdaj v procesu zdravljenja občutili drugačen odnos zdravstvenih delavcev do njih zaradi svojega kadilskega statusa. Dva pacienta sta zanikala to trditev, štirje pa so navedli, da se jim zdi, da bi bila obravnava drugačna, če ne bi nikoli kadili. Pacienti se neprijetno počutijo že ob vprašanju, če kadijo, saj se jim zdi to prevečkrat zastavljeno vprašanje. Enako ugotavlja tudi Hamann, et al. (2014), v čigar raziskavi je bil vzorec 42 pacientov s pljučnim rakom, ki so bili intervjuvani v petih fokusnih skupinah. Intervjuvanci navajajo, da je vprašanje: »Ali kadite?« prevečkrat postavljeno preveč direktno in pacienti to dojemajo kot napad. Še posebej pa občutijo neprijetne občutke, ko jih to sprašujejo zdravstveni delavci po tem, ko so že izvedeli za diagnozo pljučnega raka.

Prav tako Hamann, et al. (2014) ugotavlja, da je več kot polovica njegovih intervjuvancev prejela obsojajoče odzive glede kajenja s strani zdravstvenih delavcev v zelo podobni



obliki kot naš pacient, ki mu je bilo povedano, da kaj pa je pričakoval drugega kot pljučnega raka glede na dolgoletno kajenje.

Se pa zdi štirim našim pacientom pljučni rak stigmatizirana bolezen tudi širše, ne samo v zdravstvenem sistemu. Navajajo pretiravanje okoli protikadilskih kampanj. Podobno navaja tudi Wells, et al. (2017), pri katerem pacienti navajajo, da se jim zdi poudarjanje škodljivih vplivov pretirano povsod v družbi. Dovolj imajo ljudi, ki jih nenehno nagovarjajo k prenehanju kajenja. Pacientka navaja: »Prenehala bom, ko bom sama pripravljena, ne pa, ko mi bodo ljudje okoli mene rekli, naj neham.«

V enem izmed naših intervjujev je pacient tudi poudaril, da se mu zdi pljučni rak stigmatizirana bolezen v primerjavi z drugimi. Pljučni rak se mu zdi primerljiv z boleznimi, ki so povezane z alkoholom. Lehto (2014) navaja, da so pacienti v eni izmed fokusnih skupin raziskave primerjali svojo bolezen z rakom na dojkah. Navajali so, da se jim ne zdi pravično, da pacienti s karcinomom dojk dobijo toliko medijske podpore in sočutja ter možnosti preventivnih pregledov. Za pljučnim rakom umre več ljudi kot za rakom dojk, ampak se pljučni rak vseeno nekako vsakič pomete pod preprogo in ne dobi dovolj podpore s strani javnosti in medijev. Večkrat obvelja mnenje, da so si pacienti s pljučnim rakom za bolezen tako ali tako krivi sami. Tudi v raziskavi, ki jo je izvedel Hamann, et al. (2017), pacientka primerja pljučnega raka z rakom dojk. Navedla je, da se ji zdi nepošteno, da dobijo pacientke, ki zbolijo za rakom dojk, v znamenje podpore roza pentljico. Sprašuje se, zakaj za pljučnega raka ne obstaja pentljica kakšne barve oziroma kakšen drug simbol.

Za razliko od tujih raziskav pri nas pacienti niso nič govorili o občutkih krivde za svojo bolezen oziroma jih mi tudi nismo direktno vprašali. V eni od tujih raziskav pacient navaja, da je velikokrat po diagnozi pljučnega raka sedel sam v sobi in se spraševal, kako je bil lahko tako neumen, da je celotno življenje kadil in si povzročil tako hudo trpljenje. Drug pacient poudarja, da o svoji stiski ob boleznih noče govoriti z drugimi, saj si je bolezen povzročil sam in s tem noče obremenjevati drugih (Hamann, et al., 2017). Pacienti opisujejo občutke krivde in žalosti tudi, ko vidijo svojce. Lehto (2014) navaja primer pacienta, ki poudarja, da vsakič, ko vidi svojega očeta jokati zaradi tega, ker se

njemu slabša zdravstveno zdravje, občuti močne občutke krivde ter se sprašuje, kako je lahko to naredil svojim najbližjim.

Zaradi majhnega vzorca ima naša raziskava omejitve. Podatkov ne moremo posplošiti na splošno populacijo. Lahko pa jih uporabimo za boljši vpogled v pacientovo razmišljanje in doživljanje kajenja, odvajanja od kajenja in občutkov stigme. Kot na omejitvah lahko gledamo tudi na to, da smo vse intervjuje izvedli v isti bolnišnici, kjer paciente obravnava isto zdravstveno osebje. Rezultati bi bili lahko morda drugačni, če bi intervjuvali kadilce, ki se zdravijo za pljučnim rakom drugje. Omejeni pa smo bili tudi pri samem izvajanju intervjujev, saj kar nekaj pacientov ni želelo sodelovati pri raziskavi. Možno je, da bi le ti, ki niso želeli sodelovati, imeli drugačen pogled na temo in bi bile ugotovitve raziskave drugačne. Kljub majhnosti vzorca pa smo dobili rezultate, ki so bili v skladu s tujimi raziskavami. Smo pa z našo raziskavo dobili kar nekaj vprašanj o uspešnosti programov za opuščanje kajenja in stigmatiziranosti pljučnega raka, kar je lahko tema naslednjih raziskav.

## 4 ZAKLJUČEK

Pljučni rak je kljub temu, da je zdravljenje vedno bolj uspešno, še vedno glavni vzrok smrti, kadar je vzrok rak. Ne glede na obilico drugih dejavnikov, ki prispevajo k nastanku pljučnega raka, je na prvem mestu še vedno kajenje.

Z raziskavo smo ugotovili, da se pacienti, ki so zboleli za pljučnim rakom, še vedno izogibajo dejstvu, da kajenje povzroča pljučnega raka. Mnenja smo, da kadilci preveč poudarjajo stres kot izgovor za kajenje, saj vedno obstajajo tudi druge alternative spopadanja s stresom kot pa kajenje, le volja mora biti dovolj močna. Prav tako je stres velikokrat izgovor za nastanek bolezni same.

Ugotovili smo, da se kadilci sicer zavedajo negativnih vplivov kajenja, vendar jim ne pripisujejo dovolj velikega pomena. Zdi se nam pozitivno, da smo s pomočjo intervjuja izvedeli, da skoraj vsi kadilci razmišljajo o opustitvi kajenja. Veliko jih tudi poskuša. Tu smo mnenja, da bi jim morali zdravstveni delavci stopiti naproti in jim ponuditi več pomoči. Pred opravljanjem raziskave smo bili mnenja, da se o opuščanju kajenja veliko govori, potem pa smo ugotovili, da kar nekaj dolgoletnim kadilcem pomoč sploh še ni bila ponujena. Začeti bi se, po našem mnenju, morala že na primarnem nivoju zdravstvenega sistema, ko pa je pacient hospitaliziran v bolnišnici, pa se priložnosti samo še povečajo. Menimo tudi, da bi o kratkem nasvetu opuščanja kajenja morali izobraziti več medicinskih sester, ki so stalno ob pacientu in imajo priložnost pogovora z njim.

Na področju stigme smo ugotovili, da še vedno obstaja kar nekaj primerov, ko se pacientom direktno očita kajenje. To se nam zdi nedopustno in bi o tem morali sistemsko ozaveščati zdravstvene delavce. Kar se tiče spraševanja po kadilskem statusu, se nam zdi, da je včasih v zdravstveni obravnavi vprašanje neizogibno. Potrebno pa je paziti, da naše vprašanje ne izpade kot napad na pacienta. Med pisanjem diplomske naloge smo dobili občutek, da to vprašanje zmoti prav tiste paciente, ki imajo, vsaj do neke mere, zaradi kajenja občutek krivde za svojo bolezen.

## 5 LITERATURA

Abrams, S., 2016. A sustainable smoking cessation program for patients with lung cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(4), pp. 106-110.

Alberg, A.J., Brock, M.V., Ford, G.J., Samet, J.M. & Spivack, S.D., 2013. Epidemiology of lung cancer. *Chest*, 134(5), pp. 115-144.

Bobnar, A., 2012. Miti o pljučnem raku. In: M. Matković, ed. *Pacienti in pljučni rak – trendi in novosti. Zreče, 23. marec 2012*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 5-18.

Brenner, D., McLaughlin, J. & Hung, R., 2011. Previous lung diseases and lung cancer risk: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 6(3), pp. 11-20.

Cancer Research UK, 2014. *Lung cancer survival statistics*. [online] Available at: <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/lung-cancer/survival#heading-Three> [Accessed 21 February 2018].

Criswell, K.R., Owen, J.E., Thornton, A.A. & Stanton, A.L., 2016. Personal responsibility, regret, and medical stigma among individuals living with lung cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(2), pp. 241-253.

Čakš, T., 2012. Kontrola rabe tobaka. In: M. Matković, ed. *Pacienti in pljučni rak – trendi in novosti. Zreče, 23. marec 2012*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 32-40.

Dunn, J., Garvey, G., Valery, P.C., Ball, D., Fong, K.M., Vinod, S., O'Connell, D.L. & Chambers, S.K., 2017. Barriers to lung cancer care: health professionals' perspectives. *Support Care Cancer*, 25(2), pp. 497-504.

EUCAN, 2018. *International agency for research on cancer*. [online] Available at: <http://eu-cancer.iarc.fr/EUCAN/Default.aspx> [Accessed 16 February 2018].

Eurocare, 2018. *Survival of cancer patients in Europe*. [online] Available at: <http://www.eurocare.it/> [Accessed 21 February 2018].

Farley, A., Aveyard, P., Kerr, A., Naidu, B. & Dowswell, G., 2016. Surgical lung cancer patients' views about smoking and support to quit after diagnosis: a qualitative study. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(2), pp. 312-319.

Hamann, H.A., Ostroff, J.S., Marks, E.G., Gerber, D.E., Schiller, J.H. & Craddock Lee, S.J., 2014. Stigma among patients with lung cancer: A patient-reported measurement model. *Psycho-Oncology*, 23(1), pp. 81-92.

Harlander, M., 2015. Kdaj k pulmologu. In: V. Kovač & M. Rajer, eds. *Prva šola pljučnega raka. Ljubljana, 10. september 2015*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, pp. 20-26.

Hildebrand, J.R. & Sastry, S., 2013. "Stop smoking!" Do we say it enough? *Journal of Oncology Practice*, 9(5), pp. 230-232.

Islami, F., Torre, A.L. & Jemal, A., 2015. Global trends of lung cancer mortality and smoking prevalence. *Translational lung cancer research*, 4(4), pp. 327-338.

Koprivnikar, H., Zupanič, T., Pucelj, V. & Gabrijelčič Blenkuš, M., 2013. Razširjenost kajenja med medicinskimi sestrami, babcami in zdravstvenimi tehnikami v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo*, 52(1), pp. 39-46.

Kristen, E.R., Ulrich, M.R., Hamann, H.A. & Ostroff, J.S., 2017. Decreasing smoking but increasing stigma? Anti-tobacco campaigns, public health, and cancer care. *AMA Journal of Ethics*, 19(5), pp. 475-485.

Kudari, A., 2017. Smoking kills: help an individual in quit smoking; Nursing consideration. *Nursing Education and Research*, 7(3), pp. 441-446.

Lamut, U. & Macur, M., 2012. *Metodologija družboslovnega raziskovanja od osnove do izvedbe*. Ljubljana: Založba Vega.

Lehto, R.H., 2014. Patient views on smoking, lung cancer, and stigma: A focus group perspective. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(3), pp. 316-322.

Massarelli, E., Papadimitrakopoulou, V., Welsh, J., Tang, C. & Tsao, A., 2014. Immunotherapy in lung cancer. *Translational Lung Cancer Research*, 3(1), pp. 53-63.

Ministrstvo za zdravje, 2014. *Sedem let od prepovedi kajenja v zaprtih javnih in delovnih prostorih: Izpostavljenost tobačnemu dimu se je pomembno zmanjšala*. [online] Available at: [http://www.mz.gov.si/si/medijsko\\_sredisce/novica/6807/](http://www.mz.gov.si/si/medijsko_sredisce/novica/6807/) [Accessed 3 March 2018].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018. *Kajenje* [online] Available at: <http://www.nijz.si/sl/podrocja-dela/moj-zivljenjski-slog/kajenje> [Accessed 1 March 2018].

NCCN guidelines, 2018. *Lung cancer*. [online] Available at: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/lung-nscl/> [Accessed 19 August 2018].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014. *Da, opuščam kajenje!* [online] Available at: <http://www.nijz.si/sl/da-opuscam-kajenje> [Accessed 11 October 2018].

Park, E.R., Japuntich, S.J., Rigotti, N.A., Traeger, L., He, Y., Wallace, R.B., Malin, J.L., Zallen, J.P. & Keating, N.L., 2012. A snapshot of smokers following lung and colorectal cancer diagnosis. *Cancer*, 118(12), pp. 3153-3164.

Peppone, L.J., Mustian, K.M., Morrow, G.R., Dozier, M.A., Ossip, D.J., Janelins, M.C., Sprod, L.K. & McIntosh, S., 2011. The Effect of Cigarette Smoking on Cancer Treatment-Related Side Effects. *The Oncologist*, 16(12), pp. 1784-1792.

Primic Žakelj, M. & Žagar, T., 2012. Razširjenost, preprečevanje in zgodnje odkrivanje pljučnega raka. In: M. Matković, ed. *Pacienti in pljučni rak – trendi in novosti. Zreče, 23. marec 2012*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 19-31.

Porter, A., 2013. The role of the advanced practice nurse in promoting smoking cessation in the adult population. *Medsurg Nursing*, 22(4), pp. 264-268.

Rajer, M., 2015. Epidemiologija in etiologija pljučnega raka. In: V. Kovač & M. Rajer, eds. *Prva šola pljučnega raka. Ljubljana, 10. september 2015*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, pp. 9-19.

Simonič, A., 2015. Kratek nasvet bolniku o opuščanju kajenja. In: M. Košnik, ed. *Zbornik Golniški simpozij 2015. Golnik, Bled 2-3. Oktober 2015*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 104-110.

Smrdel, U., 2013. Stereotaktična radiokirurgija možganskih zasevkov malignega melanoma. *Onkologija*, 17(2), pp. 135-138.

Triller, N., 2012. Rak pljuč, klinični znaki, diagnostika in načini zdravljenja. In: M. Matković, ed. *Pacienti in pljučni rak – trendi in novosti. Zreče, 23. marec 2012*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici

zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 41-59.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Zadnik, V. & Primic Žakelj, M., 2018. *Register raka Republike Slovenije: Slovenija in rak*. [online] Available at: [www.slora.si](http://www.slora.si) [Accessed 16 February 2018].

Zadnik, V., 2017. *Rak v Sloveniji*. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Slovenije.

Zwitter, M., 2009. Tumorji torakalnih organov. In: S. Novaković, M. Hočevar, B. Jezeršek Novaković, P. Strojani & J. Žgajnar, eds. *Onkologija*. Ljubljana: Mladinska knjiga Založba, d.d., pp. 284-293.

Wells, A., Aitchison, P., Harris, F., Gozde, O., Radley, A., Bauld, L., Entwistle, V., Munro, A., Haw, S., Culbard, B. & Williams, B., 2017. Barriers and facilitators to smoking cessation in a cancer context: A qualitative study of patient, family and professional views. *BioMed Central*, 17(348).



## **6 PRILOGE**

### **6.1 INSTRUMENT**

#### **Izjava o prostovoljni privolitvi k sodelovanju v raziskavi**

Spoštovani!

Sem Urša Stanonik, študentka 3. letnika dodiplomskega študija zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Za izvedbo diplomske naloge z naslovom »Kajenje pri pacientih s pljučnim rakom« pod mentorstvom doc. dr. Saša Kadivec, prof. zdr. vzg., bi z Vami želela opraviti intervju z namenom pridobitve pomembnih podatkov. Intervju je polstrukturiran, je anonimen in uporabljen izključno v raziskovalne namene. Pogovor se bo snemal, nato ga bom dobesedno pretipkala. Vaša identiteta bo ves čas pisanja diplomske naloge skrita.

Datum:

Podpis:

### **Vodilna vprašanja za intervju**

1. Kakšen je Vaš odnos do kajenja?
  - Bi lahko našli glavne vzroke za kajenje?
  
2. Ste kdaj razmišljali o vplivih kajenja na zdravje?
  - Kaj menite o povezavi pljučnega raka s kajenjem?
  
3. Ste kdaj poskušali s prenehanjem kajenja?
  - Kaj Vas je spodbudilo k poskusu prenehanja kajenja?
  - Kako Vam je prenehanje/zmanjšanje uspevalo?
  
4. Vam je bila v času kajenja kdaj ponujena pomoč pri odvijanju od kajenja?
  - Kdo jo je izvajal in kako je potekala?
  - Kaj menite o njej?
  
5. Kaj je bilo odločilno za odločitev o prenehanju oz. nadaljevanju kajenja?
  
6. Se Vam je kdaj zdelo, da je bil, ker ste kot kadilec vstopali v proces zdravljenja, odnos zdravstvenih delavcev drugačen?
  - Na kakšen način je bilo to izraženo?
  
7. Se Vam zdi, da je v primerjavi z drugimi boleznimi pljučni rak stigmatizirana bolezen?
  - Če da, zakaj?

### **Zaključek:**

**Za sodelovanje se Vam iskreno zahvaljujem.**