

Univerzita Karlova  
Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Zuzana Bázlerová

**Zdravotní prevence v azylových domech v ČR**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce: Mgr. Vrzáček Petr

Praha 2019

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 10. května 2019

Zuzana Bázlerová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Petru Vrzáčkovi za empatický přístup a cenné rady při zpracování této diplomové práce, Alianci žen s rakovinou prsu, o.p.s. za výbornou spolupráci a podporu při realizaci edukačního projektu.

## Obsah

|   |    |
|---|----|
| Úvod.....   | 8  |
| 1. Sociální služby .....  | 10 |
| 1.1 Azylové domy.....   | 11 |
| 2. Sociální služby vs. zdravotnictví z pohledu financování .....                | 13 |
| 2.1 Systém úhrad .....  | 13 |
| 2.1.1 Legislativa.....  | 14 |
| 2.2 Standardy kvality zdravotní péče .....                                      | 16 |
| 2.3 Sociální vs. zdravotně-sociální pracovník .....                             | 17 |
| 3. Zdraví .....   | 19 |
| 4. Zdravotní prevence.....  | 25 |
| 4.1 Zdravý životní styl.....  | 27 |
| 4.2 Podpora zdraví z hlediska pedagogiky .....                                  | 28 |
| 5. Zdravotní gramotnost v ČR – současný stav.....                               | 30 |
| 5.1 Ústav pro zdravotní gramotnost .....  | 31 |
| 6. Jak se dá zvyšovat zdravotní gramotnost v ČR na základě inspirace z USA..... | 35 |
| 7. Onkologické onemocnění.....  | 37 |
| 7.2 Onkologické onemocnění prsu .....   | 39 |
| 7.2.1 Anatomie prsu .....   | 40 |
| 7.2.2 Samovyšetření prsu.....   | 40 |
| 7.3 Další onemocnění prsu .....   | 41 |
| 7.4 Onkologické onemocnění prsu u mužů – C 50.....                              | 43 |
| 7.5 Léčba rakoviny prsu .....   | 47 |
| 8. Jaký má vliv bezdomovectví na možný zvýšený výskyt onemocnění .....          | 51 |
| 9. Psychosociální aspekty nemoci .....  | 54 |
| 9.1 Psychosociální péče o onkologicky nemocné pacientky .....                   | 56 |
| EMPIRICKÁ ČÁST.....   | 60 |

|   |     |
|---|-----|
| 1. Metodologie .....  | 61  |
| 2. Preprimární, primární a sekundární výuka dle RVP/ŠVP .....                           | 62  |
| 3. Možné způsoby rozvoje zdravotní gramotnosti v azylových domech v ČR.....             | 65  |
| 4. Analýza zkoumaného prostředí .....   | 68  |
| 4. Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s.....   | 74  |
| Cíle Aliance .....  | 74  |
| 5. Projekt .....  | 75  |
| 5.1 Výsledky edukačních setkání .....   | 79  |
| 5.2 Sumarizace získaných dat.....   | 96  |
| 6.3 Doporučení pro azylové domy .....   | 106 |
| 6.4 Popis zkušenosti a mapování zavádění zdravotní prevence v sociálních službách ..... | 108 |
| 6.6 Shrnutí .....   | 111 |
| Závěr.....  | 113 |
| Literatura .....  | 115 |

## **Abstrakt**

Tato práce poukazuje na důležitost zdravotní prevence, konkrétně prevence rakoviny prsu s praktickou realizací edukace samovyšetření prsu v azylových domech v ČR. Azylové domy jsou službou sociální péče a v rámci spolupráce s organizací Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s. jsem chtěla zjistit, jak se dbá na zdravotní prevenci u žen. Aliance je neziskovou organizací s právní formou – obecně prospěšná společnost, pomáhá ženám jak v období nemoci, tak po nemoci, zaštiťuje několik patientských organizací a spolupracuje s řadou odborníků a lékařů. Diplomová práce má praktický a informační charakter, čímž pokrývá dvě důležité složky úspěšného projektu – teoretický základ s praktickým využitím. Výzkum se dotýká prevence z pohledu pracovníků. Odpovídá na otázku, jak azylové domy přistupují k prevenci a jak ji řeší se svými klientkami, a především, jak samy ženy přistupují k zdravotní prevenci a jak jsou informovány. Dále je dílčím cílem ukázat, jak lze docílit prevence ve vybrané organizaci pomocí edukačního projektu, který byl realizován ve třech azylových domech pro ženy a matky s dětmi v různých oblastech ČR.

**Klíčová slova:** nádorové onemocnění, nádorové onemocnění prsu, zdraví, zdravotní prevence, zdravotní gramotnost, azylový dům, samovyšetření prsu.

## **Abstract**

This work describes the importance of health prevention, specifically the prevention of breast cancer with practical implementation of breast self-examination in asylum homes in the Czech Republic. Shelters are a social care service centres and cooperate with the Alliance of Women with Breast Cancer, o.p.s. The main focus of research was woman's health care and prevention. The Alliance is a non-profit organization with a legal form - a charitable organization, helping women in both illness and disease, sponsoring several patient organizations, and working with a number of professionals and doctors. The diploma thesis has a practical and informative character, which covers two important components of a successful project - a theoretical basis with practical use. Research focuses on prevention from the perspective of social care workers. It answers the question of how social care centres approach prevention and how they deal with their clients and, above all, how women approach health prevention and how they are informed. Furthermore, the partial aim is to show how prevention can be achieved in a selected organization by means of an educational project, which was implemented in three shelters for women and mothers with children in various regions of the Czech Republic.

**Keywords:** cancer, breast cancer, health, health prevention, health literacy, shelter, breast examination.

## Úvod

Existuje řada registrovaných zařízení sociálních služeb, kde je poskytována i zdravotní péče, např. léky podává zdravotní sestra, lékař dochází do zařízení a spousta dalších zdravotních úkonů jsou klientům poskytovány přímo v zařízení. Takovou službou je např. domov pro seniory, domov se zvláštním režimem nebo domov pro osoby se zdravotním postižením. Ve všech těchto typech zařízení je současně poskytována zdravotní péče, minimálně v základním rozsahu, jako je pravidelná kontrola lékaře každého pacienta. Kladla jsem si proto otázku, zda je tedy možné zavést zdravotní péči i do jiných typů sociálních služeb (např. azylový dům), alespoň na úrovni edukace. Za účelem hledání odpovědi jsem provedla sociální výzkum.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou, a každá má svůj specifický význam. V teoretické části popisuji důležité oblasti sociální práce, které se vážou na část empirickou a přímo souvisí s provedeným výzkumem. První kapitola uvádí čtenáře do prostředí sociálních služeb. Ve druhé kapitole nalézáme porozumění návaznostem sociálních služeb na služby zdravotní z pohledu financování, což je důležité pochopit vzhledem ke kontextu celé práce. Třetí kapitola nese téma zdraví, neboť celá práce se zdravím týká. Ve čtvrté kapitole se zabývám zdravotní prevencí. Pátá kapitola je o zdravotní gramotnosti, která úzce souvisí s provedeným výzkumem, stejně jako kapitola šestá a sedmá, v nichž se zabývám tématem nádorových onemocnění a aspekty nemoci. V poslední osmé kapitole teoretické části odkazují na další možné způsoby rozvoje zdravotní gramotnosti.

Hlavní myšlenka práce spočívá tedy v úvaze a následně v realizaci edukačního projektu, jehož účelem bylo zjistit, zda je prakticky možné zavést zdravotní prevenci do sociálních služeb. Provedeným výzkumem na tuto otázku odpovídám a nabízím možné řešení na příkladu edukace samovyšetření prsu v azylových domech v oblasti prevence rakoviny prsu. Azylové domy jsou službou pobytovou, preventivní, a v této práci se zabývám azylovými domy a jejich přístupem ke zdravotní prevenci klientů.

Výzkumných metod jsem využila více – kvantitativní i kvalitativní výzkum a analýzu dokumentů. Polostrukturované rozhovory jsem provedla se sociálními pracovníky ve zkoumaném prostředí, absolventkám edukačního projektu jsem rozdala dotazníky vztahující se k danému tématu a analyzovala jsem dokumenty vztahující se k dané problematice (individuální plány klientů). Nutno podotknout, že edukační projekt zaštitila organizace, která pomáhá onkologicky nemocným pacientkám – Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s., a finančně tento projekt podpořil AVON pomocí prodeje prsních hrnků v rámci kampaně Ostře sledovaná



prsa a podkampaně vztahující se k mému projektu – Ostře sledovaná prsa hledají azyl.  
Realizátorem kampaně byla Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s.

# 1. Sociální služby

Sociální služby jsou nástrojem sociální politiky, jejichž cílem je pomoci lidem v nepříznivé sociální situaci, zmírnit riziko ohrožení danou sociální situací, předcházet případnému zdravotnímu ohrožení, ale také podpořit klienty sociálních služeb v jejich soběstačnosti a schopnosti nepříznivé období přežít pomocí vlastních prostředků. Sociální služby rozdělujeme na služby prevence, péče a poradenství. Formy služeb rozlišujeme na pobytové, terénní a ambulantní. Každý typ služby a forma slouží pro jinou cílovou skupinu a jiné nepříznivé sociální situace.

Poskytování sociálních služeb upravuje Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Smyslem tohoto zákona je zabezpečení sociální péče všem osobám, které ji nezbytně potřebují a také náprava deformovaných právních vztahů mezi státem, poskytovatelem sociálních služeb a jejími uživateli (Čámský, 2011, str. 16).

Každá registrovaná sociální služba musí mít dle platné legislativy zpracovány standardy kvality, které zajišťují kvalitu poskytované služby. Volně dostupné obecné standardy nalezneme na <https://www.mpsv.cz/cs/5963>.

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
2. Ochrana práv osob
3. Jednání se zájemcem o sociální službu
4. Smlouva o poskytování sociální služby
5. Individuální plánování průběhu sociální služby
6. Dokumentace o poskytování sociální služby
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje
9. Personální a organizační zajištění sociální služby
10. Profesní rozvoj zaměstnanců
11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
12. Informovanost o poskytované sociální službě

13. Prostředí a podmínky
14. Nouzové a havarijní situace
15. Zvyšování kvality sociální služby

## **1.1 Azylové domy**

Sociální služba typu azylový dům je službou preventivní. Dle § 53 zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. *služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.*

Dle § 57:

*(1) Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení.*

*(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:*

*a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*

*b) poskytnutí ubytování,*

*c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*

Azylový dům (dále jen AD) dále specifikuje poskytování svých služeb. Azylový dům může být zaměřen na tyto sociální skupiny: AD pro matky s dětmi (v AD žijí pouze matky a jejich děti), AD pro rodiny s dětmi (v AD žije celá rodina včetně otce), AD pro jednotlivce (v AD žijí odděleně muži i ženy), AD pro ženy (v AD žijí pouze ženy), AD pro muže (v AD žijí pouze muži). Někdy AD poskytuje své služby i více sociálním skupinám zároveň, objekt je stavebně oddělný, např. matky s dětmi mají svůj vchod a budova je pro ostatní uživatele neprůchozí. Je důležité tato opatření dodržovat, neboť většina AD nemá nulovou toleranci hladiny alkoholu a může se tak stát, že do objektu bude vpuštěn nocležník, který by mohl nevhodně ovlivňovat děti. Pracovníci musí sami vyhodnotit, zda do objektu vpustí podnapilou osobu a do jaké míry. Většinou se jedná o lidi bez domova, kteří si po práci, pokud ji vůbec mají, zajdou na pivo do hospody. Pokud je osoba schopna chůze a artikuluje, je ve většině případů do objektu vpuštěna,

v opačném případě jí je doporučena např. hodinová procházka bez požití alkoholu, pokud se ukáže, že je po hodině stav klienta takový, že zvládne dojít na pokoj a nerušit ostatní uživatele, je do objektu podmíněně vpuštěn, viz provozní řád AD, který je volně přístupný na [http://spmm.cz/kestazeni/Provozni\\_rad\\_AD.pdf](http://spmm.cz/kestazeni/Provozni_rad_AD.pdf).

## 2. Sociální služby vs. zdravotnictví z pohledu financování

Sociální služby mají za cíl pomáhat lidem v tíživé sociální situaci, některé dlouhodobě v řádu několika let (např. domov pro seniory, opakující se pobyty v azylových domech atd.). Úkolem zdravotnictví je pomoci člověku v době, kdy se necítí zdrav, je mu diagnostikována nějaká nemoc nebo potřebuje zdravotní péči, většinou řádově několik dní, či měsíců (např. operace, rehabilitace atd.).

Většinou však nedochází ke střetu, resp. ke spolupráci těchto služeb a klient nebo pacient může vnímat určité mezery v poskytované péči. Napadá mě dlouhodobá hospitalizace, kdy pacient nemůže z hlediska své nemoci dojít na poštu zaplatit složenky, vyzvednout si důchod nebo odeslat tzv. lístek na peníze svému zaměstnavateli. Tím chci říci, že nemusí jít vždy o zdravotní gramotnost člověka, ale mezery jsou i v jiných oblastech prolínání sociálního a zdravotního systému.

Nutnost potřeby propojit sociální a zdravotní oblast zmiňuje např. i Kuzníková (2011).

### 2.1 Systém úhrad

Často se ve své praxi setkávám s lidmi, kteří se z nějakého důvodu zlobí na úředníky, lékaře, pojišťovny a další orgány činné v řízení nebo jiné situaci, v níž je třeba pomoci lidem ve špatné sociální situaci či s nějakým zdravotním problémem. Neorientují se v předpisech, zákonech, nemají přístup k internetu nebo se zkrátka bojí zeptat. Proto jsem se rozhodla zařadit i tuto podkapitolu – systém úhrad s odkazem na korespondující legislativu.

Pro co možná nejlepší a nejjednodušší pochopení systému úhrad sociální a zdravotní péče uvedu několik příkladů dokumentujících, který orgán se podílí na platbách za sociální a zdravotní péči.

- Výjezd ZZS bez lékaře – hrazeno ze systému veřejného zdravotního pojištění
- Operace – většinu hradí zdravotní pojišťovna
- Pobyt v nemocnici – hradí zdravotní pojišťovna
- Pobyt v DS/DZR/DOZP – úhrada je dána legislativou, v roce 2018 je maximální výše úhrady za pobyt a stravu klientem 11 600,-Kč za měsíc. Zbytek jde ze státního rozpočtu, rozpočtu krajů, měst a obcí; soukromá zařízení zřizují např. nadační fondy a často se na úhradě podílí i rodina klienta
- Důchod klienta – ČSSZ

- PnP – ÚP
- Léky – klient hradí doplatky za léky, některé léky hradí celé zdravotní pojišťovna
- Výlohy na rehabilitaci – hradí zdravotní pojišťovna
- Lázně – dle typu úrazu a onemocnění, dle časové využitelnosti – vše posuzuje lékař včetně nároku, pacient může dostat předpis lázní s nulovou nebo částečnou spoluúčastí. Samozřejmostí je, že člověk může, jako samoplátce, odjet do lázní kdykoliv, pokud na to má potřebné finanční prostředky.
- Azylový dům – legislativa opět upravuje, jakou měrou se klient podílí, většina těchto služeb je hrazena státem, a to dle zřizovatele – kraj, obec – a klient doplácí. Dále může využít dávky SSP, popř. HN.

### 2.1.1 Legislativa

#### Sociální služby

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- Stručný průvodce zákonem o sociálních službách,
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- Příloha č. 4 vyhlášky č. 505/2006 Sb., s účinností od 1. 1. 2016
- Registr poskytovatelů sociálních služeb
- Úmluva o právech osob se zdravotním postižením
- Na základě podnětů ze strany poskytovatelů sociálních služeb k problematice řešení §89, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vypracovalo Ministerstvo práce a sociálních věcí „Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí ČR pro používání opatření omezující pohyb osob“.

#### Zdravotní služby

- č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- č. 39/2012 Sb. Vyhláška o dispenzární péči
- č. 56/2012 Sb. Vyhláška o příspěvku na úhradu zaopatření dítěte a jeho průvodce v dětském domově
- č. 70/2012 Sb. Vyhláška o preventivních prohlídkách (viz příloha č. 1)

- č. 92/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče
- č. 98/2012 Sb. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci
- č. 99/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb
- č. 101/2012 Sb. Vyhláška o podrobnostech obsahu traumatologického plánu poskytovatele jednodenní nebo lůžkové zdravotní péče a postupu při jeho zpracování a projednání
- č. 102/2012 Sb. Vyhláška o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče
- č. 297/2012 Sb. Vyhláška o náležitostech Listu o prohlídce zemřelého, způsobu jeho vyplňování a předávání místům určení, a o náležitostech hlášení ukončení těhotenství porodem mrtvého dítěte, o úmrtí dítěte a hlášení o úmrtí matky (vyhláška o Listu o prohlídce zemřelého)
- č. 373/2016 Sb. Vyhláška o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému
- další vyhlášky, které upravují nebo ruší ostatní předpisy.

#### Veřejné zdravotnictví

Hlavním cílem veřejného zdravotnictví je upevňování a obnova zdraví a ochrana lidí před utrpením a nadměrnou zátěží, obecně řečeno ochrana zdraví populace. To upravuje Zákon o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb. Každý člověk má právo na lékaře, zdravotní služby, zdravotní péči, ale také povinnost platit zdravotní pojištění, což upravuje zákon o veřejném zdravotním pojištění Zákon č. 48/1997 Sb., přičemž některé osoby jsou po určité období od platby oproštěny, např. děti povinné školní docházkou. Tento zákon také upravuje podmínky poskytování hrazených služeb, regulaci hrazených léků a síť poskytovatelů zdravotních služeb.

#### Zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění řeší náhodné situace, do budoucna stálé sociální situace, např. nemoc nebo úraz fyzických osob. Podstata spočívá v soustředění peněz v pravidelných částkách a intervalech a následné úhrady případných výloh za zdravotní péči.

Princip zdravotního pojištění:

- solidarita – bohatší přispívají více, chudí méně, zdraví přispívají nemocným;
- princip volného výběru povinných subjektů – pacient si může vybrat zdravotní zařízení nebo službu, zdravotní pojišťovnu i svého lékaře;
- vícezdrojové financování – prostředky veřejného zdravotního pojištění, státní rozpočet, rozpočet obcí a krajů, prostředky zřizovatelů, církve, charita, právnické nebo fyzické osoby – dary, loterie (Tomeš, 2002, str. 180).

Do veřejného zdravotnictví spadají tyto oblasti:

- metodologie – prevence, epidemiologie a vztah mezi veřejným zdravím a populací;
- zábrana infekčních onemocnění – kontrola, opatření, prevence;
- stav životního prostředí – práce, hluk, vibrace, chemikálie, kvalita vody, nakládání s odpady, požadavky na bydlení, komunální hygiena;
- sociální determinanty – kouření, užívání alkoholu a návykových látek, prevence a výchova ke zdraví;
- neinfekční onemocnění a chronické stavy – poznatky o výskytu různých nemocí, nádorových onemocnění, úrazových dějů, sexuální a jiné násilné činy;
- strategické plánování zdravotní péče – soustava zdravotnických zařízení, orgány státní zdravotní politiky, různé programy péče (např. rodičovství, zdraví matky, zdravotně postižení aj.), mezinárodní, vojenské a vězeňské zdravotnictví, krizová medicína (Tomeš, 2002, str. 176–177).

## 2.2 Standardy kvality zdravotní péče

Kvalita zdravotní péče je hodnocena z pohledu klienta – co klienti vyžadují od služeb, tedy jaká mají očekávání a potřeby. Dále je kvalita péče hodnocena z hlediska profesionálního – zda služby naplňují zdravotnické potřeby, zda jsou zdravotnické služby poskytovány v souladu s legislativou a zda služby obsahují techniky a procedury k naplnění potřeb pacientů. Třetí hledisko je řízení – zda je poskytovaná služba efektivní. Hodnotí se ekonomická oblast, produktivita využívání zdrojů či celkové řízení kvality (Maaytová, 2012, str. 81).



Hlavní ukazatele hodnocení zdravotní péče uvádí Maaytová tyto:

- struktura péče,
- proces péče,
- výsledky péče.

## **2.3 Sociální vs. zdravotně-sociální pracovník**

### **Sociální pracovník**

Sociální pracovník je člověk, který je pro výkon této profese vyškolený, měl by mít náležité odborné vzdělání a patřičný rozhled v dané problematice.

Sociální pracovník by měl být psychicky odolný, klidný, vyrovnaný, především empatický a komunikativní člověk s přirozenou důvěryhodností. Měl by se dále vzdělávat, např. dnes jsou rozšířené specializované kurzy pro sociální pracovníky, které mohou trvat i několik let.

V měnící se době se mění i podmínky a nároky na sociální pracovníky. Z hlediska právní úpravy se tyto podmínky mohou negativně i pozitivně odrážet v praxi a ne vždy jsou pracovníci spokojeni s nově nastavenými požadavky.

Dle platné legislativy *sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb*. Dále musí být svéprávný, trestně bezúhonný, zdravotně způsobilý a musí splňovat sociální vzdělání, např. VOŠ nebo VŠ (sociální práce, sociální pedagogika apod.), (zákon 108/2006 Sb.).

### **Zdravotně-sociální pracovník**

V osobnosti sociálního a zdravotně-sociálního pracovníka není rozdíl. Vzdělání zdravotně-sociálního pracovníka podléhá zákonu o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a zákonu o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb. Příkladem je zdravotně-sociální pracovník v nemocnici, který pomáhá klientům stejně jako sociální pracovník v domově seniorů. Podmínkou je pro pracovníka v nemocnici zdravotní vzdělání, např. zdravotní sestra

nebo v oblasti managementu. Dnes již máme k dispozici studijní obor sociální práce nebo zdravotně-sociální pracovník.

Samozřejmostí je pro obě odvětví celoživotní vzdělávání, a to v rozsahu 24 hodin ročně při plném úvazku, do něhož se započítává i případná supervize, na kterou bohužel spousta zaměstnavatelů neklade velký důraz.

Požadavky na osobnost pracovníka ve zdravotnictví

- empatie, autentičnost, vřelost;
- zájem o klienta, lidský vztah, důvěra;
- vymezení hranic, rozlišování kompetencí;
- etické principy sociální práce, dodržování etického kodexu;
- komunikace, pozorování, aj.

Tyto a další vlastnosti by měli mít všichni pracovníci, kteří se ve své profesi setkávají s lidmi.

### 3. Zdraví a nemoc

#### Zdraví

„Zdraví je považováno za jednu ze základních lidských hodnot, která se v průběhu lidského života výrazně mění.“ (Maaytová, 2012, str. 11)

Pojem zdraví je velmi široký. Najdeme několik definic od obecných až po velmi úzce pojaté. Každý člověk má zdraví na různé úrovni svých hodnot. Pro někoho může být zdraví jen pojmem, neboť nikdy nestonal, nezažil vážnou situaci v rodině, pro někoho může zdraví znamenat úplně všechno. Neexistuje tedy právě jediná správná definice ani význam pojmu. Je však důležité zmínit, že právo na zdraví má každý člověk bez ohledu na svůj věk, pohlaví, etnicitu, sociální roli apod.

Definice zdraví byla však upřesňována a doplňována, až se v roce 1977 objevila charakteristika zdraví jako schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. V roce 1999 se vymezuje zdraví jako „snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjištěných nemocí a poruch a nárůst pociťované úrovně zdraví“. Zdraví by však nemělo představovat životní cíl, ale smysluplnost života jako jednu z podmínek (Čeledová, Čevela, 2010, str. 14).

*„Ke zdraví lze přistoupit například jako ke schopnosti adaptace, k ideálu, k metafyzické síle, ale také jako ke zboží. Společným znakem většiny dnešních přístupů je chápání zdraví v širším zorném úhlu – ne jen jako normální fungování těla. Shoda je také v mimořádné hodnotě, za kterou je třeba zdraví považovat.“ (Zvírotsky, 2009)*

Naproti tomu je zdraví Světovou zdravotnickou organizací definováno jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady (WHO, 1946).

Další definice zpracovali např. Václav Břicháček (1999), Bohumil Vašina (1999) nebo Jaro Křivohlavý (2001). Inspiraci také můžeme najít u chorvatské socioložky Gordany Cerjan-Letice (2003).

Čeledová a Čevela (2010, str. 14) definici zdraví chápou jako: *„Optimální stav tělesné, psychické, sociální pohody a duchovní pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopnosti organismu přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí. Individuální hodnota zdraví je spojena s pudem sebezáchovy. Sociální hodnota zdraví vychází z poznávání, že každý populační celek musí věnovat pozornost zdraví lidí, pokud chce přežít.“*

## **Salutogeneze**

Salutogeneze studuje individuální zdroje zdraví, hlavním představitelem v období po holokaustu byl Aaron Antonovsky. Studoval ženy, které holokaust přežily, rozdělil je na dvě skupiny, ty, které se jen těžko adaptovaly na změnu situace, a ty, které po hrozných zážitcích vykazovaly mimořádnou živost a schopnost vyrovnávat se s životními problémy. Antonovsky usuzuje, že právě postoj k životu pomáhá lidem přežít nejrůznější útrapy a úkoly, kterým lidé čelí. Antonovsky popisuje 3 základní aspekty zdroje zdravotní síly:

- smysluplnost (meaningfulness),
- vidění zvládnutelnosti úkolů (manageability),
- schopnost chápat dění (comprehensibility), (Čeledová, Čevela, 2010, str. 15–16).

## **Zdravotní potenciál**

„Tento pojem je užíván spolu s pojmem zdraví v programu „Zdraví 21“ (jedná se o dlouhodobý program na zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR). Je to ta nejvyšší úroveň zdraví, kterou může konkrétní jedinec žijící v dané společnosti dosáhnout. Je podmíněna možnostmi jedince starat se o sebe i o druhé, schopností se samostatně rozhodovat a přijmout svůj díl odpovědnosti za vlastní životní osud. Rozhodující je také, zda společnost, ve které člověk žije, dbá na to, aby všichni její členové mohli dosáhnout plného zdraví. Potenciál zdraví lze rovněž definovat jako schopnost odolávat stresorům. Je dynamická, neustále se mění a je kvantitativně vyjádřitelná, tzn., že ji lze změřit funkčními testy.“ (Čeledová, Čevela, 2010, str. 19)

## **Cesty ke zdraví**

Faktory významné pro podporu zdraví: stres, spánek, osobní hygiena a péče o vzhled, výživa, práce a odpočinek, pohybová aktivita (Zvírotský, 2009).

Existují 4 oblasti, které významně ovlivňují zdraví člověka:

- 50–60 % životní styl,
- 10–15 % genetický základ,
- 20–25 % socioekonomické prostředím životní prostředí
- 10–15 % zdravotní péče (Čeledová, Čevela, 2010, str. 27).

## **„Zdraví 21“**

Jedná se o zdravotní program vytvořený ve 21. století. Program je vytvořen pro Evropu a jednotlivé země ho naplňují dle svých podmínek a potřeb.

Zakládá se na těchto pěti principech: spravedlnost, solidarita, trvalá udržitelnost, vlastní účast, etická volba.

Cílem tohoto programu je zdraví pro všechny. K tomu má přispět ministerstvo školství, zdravotnictví i práce a sociálních věcí. Tento program Do roku 2020 chce přispět ke snížení rozdílů zdravotního stavu mezi členskými státy EU alespoň o jednu třetinu. Má za cíl zlepšit úroveň deprivovaných populačních skupin o jednu čtvrtinu z hlediska socioekonomických skupin. Požaduje, aby všechny narozené děti v EU měly lepší zdravotní start do života. Plánuje vytvořit podmínky pro mladé lidi, aby byli zdravější a schopnější plnit svou roli ve společnosti. Má za cíl lidem nad 65 let věku umožnit plně využívat svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti. Má v plánu zajistit dostupné komplexní služby pro lidi s duševním postižením a zlepšit podmínky pro jejich psychosociální pohodu. Chce realizovat programy na eliminaci nebo zvládnutí infekčních nemocí. Cílí na snížení nemocnosti a předčasné úmrtnosti. Klade důraz na snížení počtu zranění, postižení a úmrtí, které jsou důsledkem nehod a násilných činů. Chce, aby si všichni uvědomili odpovědnost za své zdraví.

Do roku 2015 tento program měl zajistit životní prostředí na takové úrovni, aby splňovalo mezinárodně schválené normy. Chtěl, aby si lidé osvojili zdravý životní styl. Měl za cíl snížit nepříznivé důsledky užívání návykových látek. Požadoval zlepšení podmínek pro zdraví na pracovišti, ve škole, doma i místním společenství. Na zlepšování těchto podmínek se aktivně podílelo ministerstvo zdravotnictví, v jehož resortu se změnilo několik zákonů, např. v roce 2015 nabyt účinnosti zákon č. 267/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Dále pak v roce 2015 nabyt účinnosti vyhláška č. 181/2015 Sb., kterou se mění vyhláška č. 432/2003 Sb., jíž se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, limitní hodnoty ukazatelů biologických expozičních testů, podmínky odběru biologického materiálu pro provádění biologických expozičních testů a náležitosti hlášení prací s azbestem a biologickými činiteli, ve znění vyhlášky č. 107/2013 Sb. (podrobně viz [http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/souhrnna-zprava-o-meziresortnim-naplnovani-strategickych-dokumentu-v-oblasti-och\\_5915\\_1101\\_5.html](http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/souhrnna-zprava-o-meziresortnim-naplnovani-strategickych-dokumentu-v-oblasti-och_5915_1101_5.html)).

Do roku 2010 si tento program kladl za cíl lepší zpřístupnění k základní zdravotní péči. Měl v plánu, aby populační programy a individuální péče o pacienta byly orientovány na výsledek. Požadoval, aby členské státy měly lepší mechanismus financování zdravotnictví. Kladl důraz na to, aby všechny členské státy přijaly a zavedly opatření směřující ke zdraví na všech úrovních. V ČR byla např. roce 2009 provedena novelizace vyhlášek, které se týkají oblasti veřejného zdravotního pojištění a úhrad zdravotní péče, přičemž nejvýznamnější změny se týkaly úpravy ustanovení o regulačních poplatcích a upřesnění ustanovení o poskytnutí očkovacích látek, které jsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění (podrobná zpráva viz [http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/souhrnna-zprava-o-meziresortnim-naplnovani-strategickych-dokumentu-v-oblasti-ochrany-a-podpory-verejneho-zdravi-za-rok\\_4567\\_1101\\_5.html](http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/souhrnna-zprava-o-meziresortnim-naplnovani-strategickych-dokumentu-v-oblasti-ochrany-a-podpory-verejneho-zdravi-za-rok_4567_1101_5.html)).

Do roku 2005 bylo cílem zlepšit informační a komunikační systém, a aby se všichni jednotlivci, skupiny i organizace z veřejného i soukromého sektoru zapojili do realizace strategie zdraví (Machová, 2015), podrobně viz dokument na webu MPSV, [https://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti\\_2461\\_1101\\_5.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html).

## **Zdraví 2020 – národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí**

Jedná se o strategii, kterou připravilo Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Poslaneckou sněmovnou, PČR a vládou ČR. Vychází z programu Světové zdravotnické organizace Zdraví 2020 a navazuje na program „Zdraví 21“.

Tato strategie si klade za cíl především stabilizaci systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace.

Tato strategie je určena celému systému veřejného zdraví se zainteresovanými subjekty na všech úrovních společnosti.

Klíčové pojmy této strategie: zdraví, determinanty zdraví, veřejné zdraví, primární prevence, sekundární prevence nemocí, terciární prevence, kvartérní prevence, podpora zdraví, odolnost komunit.

Dosavadní zkušenosti vyspělých států i ČR ukazují, že prevence nemocí a ochrana a podpora zdraví mají reálný přínos pro zlepšování zdravotního stavu populace a přinášejí významné úspory nákladů na zdravotní služby a další ekonomické přínosy.

## Ochrana veřejného zdraví

Odpovědnost za veřejné zdraví má každý jedinec, rodina, celá společnost i ekonomické subjekty. Úloha státu je v tomto případě tvorba legislativního rámce a příznivých podmínek pro místní, regionální, oborové a jiné aktivity a udržování profesionálnosti zdravotnických zařízení, která přispívají k podpoře a ochraně zdraví (Tomeš, 2000, str. 178).

Dle zákona č. 258/2000 Sb. musí každý zaměstnavatel dbát na životní a pracovní podmínky svých zaměstnanců, více viz příloha č. 2.

## Nemoc

Antonymem pojmu zdraví je pojem nemoc. I nemoc má řadu definic a pohledů.

Čeledová a Čevela (2010, str. 20) uvádějí tyto definice nemoci:

- *„Funkcionalistická definice zdraví a nemoci definuje některé funkce organismu jako správné a jiné už jako patologické, bez ohledu na to, jestli způsobují nějaké subjektivní potíže. Problémem tohoto přístupu je ale stanovení „normálnosti“ funkcí, protože u většiny nemocí je přesun od fyziologických hodnot k patologickým plynulý.“*
- *„Nemoc, obecněji porucha zdraví, je potenciál vlastností organismu, které omezují jeho možnost vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky vnějšího i vnitřního prostředí.“*
- *„Nemoc je porucha adaptace člověka, selhání adaptivních mechanismů na podněty prostředí. Nemoc jako druhý základní pojem je vlastně více než jen negace zdraví, ale představuje poruchu jednoty a celistvosti organismu a prostředí.“*
- *„Každý člověk se v průběhu života neustále pohybuje po pomyslné úsečce od zdraví k nemoci a od nemoci ke zdraví. Existuje tedy řada přechodných forem a pro většinu lidí platí, že jsou „zdraví a nemocní zároveň.“ (Zvírotsky, 2009, str. 28).“*

Klinická stadia nemoci můžeme rozdělit na:

- latentní – nemoc se klinicky nijak neprojevuje;
- prodromální – časná patogeneze; objevují se první, nespecifické příznaky;
- manifestní – rozvinutá patogeneze: jsou přítomné specifické i nespecifické příznaky nemoci;

- rekonvalescence;
- úplné uzdravení;
- neúplné uzdravení;
- přechod do chronicity;
- smrt (Čeledová, Čevela, 2010, str. 21).

Nemoc je protikladem zdraví. Jinak ji může chápat lékař a jinak sám pacient. Pociťování bolesti je také subjektivním faktorem, ale ještě neznamená, že jsme nemocní.

Lze rozlišovat následující pojetí nemoci:

- disease – choroba spíše v objektivním smyslu slova, obvykle určitá diagnóza;
- illness – nemoc spíše jako subjektivně prožívaný pocit;
- sickness – nemoc jako sociální prožitek, stav nepohody;
- handicap – vada, určité znevýhodnění;
- disability – tělesné snížení funkčních schopností;
- impairment – poškození, ztráta nebo abnormalita struktury nebo funkce (Čeledová, Čevela, 2019, str. 22).



## 4. Zdravotní prevence

Součástí podpory zdraví je prevence. Právě činností, jako je prevence, si člověk upevňuje své zdraví, může zabránit vzniku nemocí a především si může prodloužit aktivní část svého života. Prevence se provádí u jedince (např. očkování proti rakovině děložního čípku) nebo na úrovni společnosti (např. soubor povinných očkovaní bez rozlišení pohlaví). Očkování upravuje vyhláška o očkování č. 537/2006 Sb., pro zajímavost očkovací kalendář MZČR 2018 viz příloha č. 3. Prevence může mít dvojí charakter, a to obecný, nespecifický jako součást podpory zdraví nebo specifický jako cílené zaměření na prevenci vzniku nějakého onemocnění popř. jeho následků (Čeledová, Čavela, 2010, str. 35–36).

Prevenici dělíme na 3 druhy podle časového hlediska.

### Prevence primární

V primární prevenci jde o zabránění nemoci, posílení a ochranu zdraví (Čeledová, Čavela, 2010, str. 35).

Primární prevence si klade za cíl pokles výskytu zhoubných nádorů. Jde o snižování až eliminaci rizikových faktorů, které mají prokazatelný a přímý vliv na vznik malignit. Indikátorem úrovně primární prevence je vývoj incidence zhoubných nádorů, která je sledována v Národním onkologickém registru. Do primární prevence patří léčba závislosti na tabáku, boj s alkoholismem, ochrana kůže před neúměrnou expozicí slunečnímu záření, eradikace infekcí žaludku *Helicobacter pylori*, vakcinace proti hepatitidám, papilomavirům a výchova ke zdravé výživě a zdravému životnímu stylu od dětství. Součástí primární prevence je také hodnocení komerčních produktů z hlediska možné kancerogenity a analýza stavu životního prostředí z hlediska kancerogenity ([www.linkos.cz](http://www.linkos.cz)).

### Prevence sekundární

Sekundární prevence má za cíl předcházet následkům nemocí, případným komplikacím, nezvratným změnám a invaliditě (Čeledová, Čavela, 2010, str. 37).

Nejefektivnějšími nástroji sekundární prevence jsou preventivní prohlídky, na které má každý občan právo každé dva roky. Významnou součástí sekundární prevence jsou screeningové programy zaměřené na odhalování změn, které se objevují jako první příznak možného

onemocnění. Významný je screening rakoviny prsu, který umožňuje snížit úmrtnost na tento nádor až o 30 %, screening rakoviny děložního čípku může snížit úmrtnost o 50 % a screening karcinomu rekta a tlustého střeva, který může úmrtnost snížit o 25 % (<https://www.mou.cz/prevence-nadorovych-onemocneni/t3017>).

### **Prevence terciární**

Terciární prevence má za úkol zabránit dalšímu postupu a rozvoji nemoci, zabránit poškození organismu a vzniku trvalých následků nemoci nebo i odvrátit nebezpečí smrti.

Terciární prevence souvisí s komplexní léčbou, a to včetně rekonvalescence a rehabilitace.

Takto široce pojatá prevence, především primární, zasahuje i do jiných resortů, např. školství a sociální péče, proto musí být za každých okolností interdisciplinární (mezioborová) (Klíma, 2016, str. 71).

Prevence se dělí podle poskytovatele:

- zdravotní,
- společenskou,
- osobní.

Dále ji můžeme dělit podle příjemce:

- hromadná,
- selektivní,
- indikativní (Čeledová, Čavela, 2010, str. 47).

### **Dispenzární péče**

Za zmínku jistě stojí i dispenzární péče, ve které jde o aktivní, soustavnou komplexní péči o obyvatelstvo, která spočívá v aktivním vyhledávání osob ohrožených na zdraví – např. při každodenní činnosti lékaře při různých prohlídkách. Smyslem je upevnit, rozvíjet zdraví, prodloužit aktivní věk, zabraňovat negativním důsledkům poruch zdraví a vzniku nesoběstačnosti, invalidity a předčasné smrti (Čeledová, Čavela, 2010, str. 47–48).

## 4.1 Zdravý životní styl

Když řekneme zdravý životní styl nebo zdravá životospráva, téměř každý člověk v dnešní společnosti ví, o čem je řeč. Toto sousloví na nás útočí jako bumerang ze všech stran, reklamy v MHD, reklamy v televizi, diskuze v rádiu apod. Každý víme, jak bychom se měli správně stravovat, neměli bychom kouřit, pít alkohol, měli bychom pravidelně sportovat, jíst hodně zeleniny a ovoce, vyvarovat se stresu atd. Kolik lidí ale tento styl života skutečně dodržuje? Proč je u nás stále více obézních lidí? Proč stále přibývá lidí s kardiovaskulárním onemocněním a onemocněním zažívacího ústrojí?

Podívejme se ale na tento „fenomén“ z odborného hlediska.

### 1) Zdravá výživa

Zdravá výživa a její obecné zásady: častý pobyt na čerstvém vzduchu, dostatek pohybu, střídmost v jídle, jíst spíše častěji a menší porce, jídlo si v průběhu dne vhodně rozdělit, jíst v klidu a v příjemném prostředí, preferovat bílkoviny a vitaminy před sacharidy, nekouřit a nepít větší množství alkoholu. Existují 4 úrovně zdravého stravování, tzv. pyramida zdravé výživy, na jejímž vrcholu jsou sladkosti a tuky, které bychom měli konzumovat nejméně. Na 3. místě při výběru potravin jsou mléčné výrobky a maso, ryby, drůbež a vejce. Na 2. místě bychom měli jíst zeleninu a ovoce a za nejvíce zdravé se považují obilniny, těstoviny, rýže, celozrnné pečivo, luštěniny a ořechy (Čeledová, Čavela, 2010, str. 55–56).

### 2) Tělesná aktivita

Anatomii a proč je pohyb důležitý zde rozebírat nebudu, neboť si myslím, že každý, kdo má k pohybu a cvičení osobně blízko, si informace umí dohledat, případně se poradit s cvičiteli a trenéry. Nás zajímá, jak souvisí pohyb se zdravým životním stylem.

Člověk má od přírody vrozenou dispozici k pohybu, a tak právě jeho nedostatek přivádí tělo do konfliktu. Pokud máme sedavé zaměstnání nebo většinu pracovní doby popř. i volného času trávíme pasivně, tedy vsedě, naše svaly vyvíjí omezenou svalovou činnost a snižuje se tak úroveň pohybové zátěže. Právě pohyb by měl být pravidelnou součástí zdravého životního stylu, protože přispívá k podpoře zdraví (Čeledová, Čavela, 2010, str. 63).

### 3) Duševní hygiena

Nejdůležitějším aspektem duševní hygieny je vědomí, že duševní hygiena může ovlivnit podmínky lidského života. Člověk by měl vědomě předcházet rizikům, která vyvolávají nebo udržují duševní problémy, poruchy a nemoci. Také by měl přijímat všechny činitele, které vyvolávají osobní pohodu, prožitek štěstí, spokojenosti duševní i tělesné odolnosti a výkonnosti. Hlavními činiteli duševní hygieny jsou práce a relaxace, spánek, hospodaření s časem a smysl zdravého života (Čeledová, Čavela, 2010, str. 63–67).

Všeobecná zdravotní pojišťovna a všechny ostatní zdravotní pojišťovny mají na svých webových stránkách zpracovány preventivní programy, ve kterých svým klientům hradí některé druhy prevence, např. ženám v těhotenství přispívá na některá vyšetření nebo vitaminy, dětem na zdravotní pobyty, starším lidem na různá diagnostická vyšetření apod. Dále VZP uvádí přehled zdravotní prevence, na které mají občané ze zákona nárok, viz příloha č. 4.

## 4.2 Podpora zdraví z hlediska pedagogiky

Podpora zdraví se týká všech obyvatel, jak jednotlivců, tak skupin či organizací. Zasahuje do činností politických, ekonomických, technologických i výchovných. Důležitou roli v podpoře zdraví hraje právě žena, která v určité míře ovlivňuje svou rodinu a její přístup k ochraně zdraví. Záleží jak na její vzdělanosti, tak i na hodnotové orientaci (Machová, Kubátová a kol., 2015, str. 13).

### Podpora zdraví ve škole

I ve škole najdeme zdravotní rizika, kterým se ale nedá vyhnout. Je tomu např. při stresových situacích, dlouhodobá poloha vsedě, těsný kontakt dětí a s tím související možnost přenosu nákazy, riziko konfliktů aj. Je nutné tato rizika co nejvíce minimalizovat a potlačovat (Kubátová, 2015, str. 283).

### Hygienické požadavky na práci učitele při ochraně zdraví žáků

- respektovat cirkadiální (denní) biorytmy;
- respektovat délku doby udržení pozornosti při vyučování;

- dodržovat denní pracovní dobu žáka;
- dodržovat délku přestávek mezi vyučováním;
- věnovat zvýšenou péči žákům s přechodně nebo trvale změněným stavem nebo v rekonvalescenci po nemoci;
- každodenně zařazovat relaxační cvičení;
- zamezit neúměrným nárokům a tlakům rodičů na děti ohledně výsledků školní práce;
- zachovávat důstojnost žákovy osobnosti;
- zabránovat a předcházet konfliktům mezi žáky (Kubátová, 2015, str. 284).

### *„Škola podporující zdraví“*

Tak se jmenuje projekt na podporu zdraví ve školách. Je tvořen Skotskou jednotkou ve spolupráci s WHO. Vznikla již v roce 1989 pod názvem „Zdravá škola“. Obsahem programu podpory zdraví jsou tři pilíře:

- pohoda prostředí (věcné, sociální, organizační),
- zdravé učení (smysluplnost, možnost výběru a přiměřenost, spoluúčast a spolupráce, motivující hodnocení),
- otevřené partnerství (demokratické školní společenství, kulturní a vzdělávací středisko obce), (Kubátová, 2015, str. 289).

## 5. Zdravotní gramotnost v ČR – současný stav

Zdravotní gramotnost zahrnuje znalosti lidí, jejich motivace a kompetence získat, porozumět, vyhodnotit a aplikovat adekvátní zdravotní informace tak, aby byli v každodenním životě lidé schopni posoudit a rozhodovat se v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví v zájmu uchování či zlepšení kvality života. Zdravotní gramotnost občanů ovlivňují faktory, jako je vzdělání, věk, pohlaví, místo bydliště a v neposlední řadě také ekonomické podmínky. Postoje lidí k dodržování zdravého životního stylu korespondují s jejich úrovní zdravotní gramotnosti (Belešová, Dvořáčková, 2017).

Provedeným výzkumem k identifikaci zdravotní gramotnosti u osob ohrožených chudobou v Jihočeském kraji bylo zjištěno, že 31,9 % dotazovaných má nedostatečnou zdravotní gramotnost, 34,3 % dotazovaných má problém se zdravotní gramotností a 33,8 % má dostatečnou zdravotní gramotnost. Souhrnně lze tedy konstatovat, že přibližně pouhá třetina dotazovaných se dokáže v běžném životě adekvátně rozhodovat v oblasti zdravotní péče. Bylo by tedy na místě se danou problematikou v této geografické a sociální oblasti zabývat (<https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2017-6/vybrane-aspekty-zivotniho-stylu-a-zdravotni-gramotnost-u-osob-ohrozenych-chudobou-zijicich-v-jihoceskem-kraji-62351>).

V roce 2014 proběhl výzkum zdravotní gramotnosti za účasti Ústavu pro zdravotní gramotnost-Praha, Institutu für Soziologie-Universität Wien a Kanceláře WHO v ČR jako příprava implementační strategie programu Zdraví 2020 v ČR za finanční podpory MZ ČR.

Výzkum proběhl celkem v 9 zemích (Rakousko, Německo, Nizozemsko, Irsko, Řecko, Španělsko, Polsko, Bulharsko a ČR), v každé zemi se jej účastnilo min. 1000 respondentů nad 15 let. Dotazník obsahoval celkem 90 otázek z oblasti zdravotní gramotnosti v rámci zdravotní péče, prevence nemocí, podpory zdraví a zdravotní gramotnosti celkově. Dotazník obsahoval i otázky týkající se socio-ekonomických charakteristik, subjektivních charakteristik a zdravotního chování.

Výsledky:

- 1) Téměř 60 % obyvatel ČR vykazuje celkovou neadekvátní nebo problematickou zdravotní gramotnost, v porovnání s ostatními zkoumanými zeměmi je ČR na 8., předposledním místě. Nejlepší zdravotní gramotnost vykazují občané Nizozemska.
- 2) 49,5 % obyvatel ČR v oblasti zdravotní péče vykazuje sníženou zdravotní gramotnost.

- 3) V oblasti zdravotní prevence nemocí vykazuje 54,1 % obyvatel ČR omezenou zdravotní gramotnost.
- 4) Nejhorší situace je v oblasti podpory zdraví, kdy téměř 2/3 obyvatel, 64,3 %, vykazuje neadekvátní nebo problematickou znalost zdravotní gramotnosti v této oblasti.
- 5) Co se týká úrovně znalosti zdravotní gramotnosti mezi muži a ženami, není zde výrazná odchylka. Avšak stáří jasně ukazuje, že s rostoucím věkem úroveň zdravotní gramotnosti klesá, a to i v ČR, kde je tento jev poměrně četně zastoupen.
- 6) Lze konstatovat, že s úrovní vyšší vzdělanosti roste i úroveň zdravotní gramotnosti.
- 7) Dle subjektivního hodnocení, kdy se občané vidí na vyšší pozici sociálního žebříčku, je jejich zdravotní gramotnost vyšší. Naopak u skupiny vysoce postavených osob je až čtvrtina, která nepovažuje starost o své zdraví za důležitou součást života.
- 8) Zajímavým zjištěným jevem je souvislost mezi finanční situací a zdravotní gramotností populace. Lidé, kteří cítí finanční deprivaci, mají menší úroveň zdravotní gramotnosti.
- 9) Dalším bodem ze zjištěných informací je vztah mezi zdravotní gramotností a subjektivně pocíťovaným zdravotním stavem. Lze konstatovat, že lidé, kteří se cítí spíše zdraví, mají vyšší znalosti v oblasti zdravotní gramotnosti. Avšak lidé, kteří se cítí spíše nemocní nebo jsou nemocní, vykazují zvýšené kompetence při získávání zdravotně relevantních informací.

Shrnutí:

V ČR je zdravotní gramotnost nejvíce ovlivněna věkem, nejméně pohlavím. Zajímavá souvislost je mezi zdravotní gramotností a známou českou vysokou návštěvností lékaře, kdy méně zdravotně gramotní občané častěji navštěvují lékaře. Souhrnně lze však konstatovat, že v ČR není zdravotní gramotnost na dobré úrovni.

## 5.1 Ústav pro zdravotní gramotnost

Ústav pro zdravotní gramotnost byl založen 22. 2. 2016 jako nezisková organizace s právní formou zapsaný ústav. Ústav připravuje dokumenty ohledně rozvoje zdravotní gramotnosti a realizuje:

- výzkumy týkající se zdravotní gramotnosti v různých populačních skupinách;
- organizuje odborné konference, semináře a školení zaměřené na podporu zvyšování zdravotní gramotnosti;

- spolupracuje s orgány státní správy, odbornými institucemi, neziskovými organizacemi a příslušnými mezinárodními organizacemi.

Cílem ústavu je zvyšovat a rozvíjet zdravotní gramotnost obyvatelstva České republiky. Pro výzkum, edukaci, nové poznatky a možnosti najít zlepšení v oblasti zdravotní gramotnosti je tento ústav velkou nadějí, aby do budoucna docházelo ke snižování nemocnosti a zvyšování zdravotního potenciálu obyvatel ČR.

Dne 4. 10. 2017 se uskutečnilo první česko-rakouské kolokvium, kde vystoupili zástupci organizací věnujících se zdravotní gramotnosti.

Výstupem je několik prezentací každého účastníka, které shrnují jejich názory, důležité poznatky a vize budoucnosti, na čem pracovat v oblasti zdravotní gramotnosti. Vybrala jsem 2 zahraniční prezentace, které dle mého názoru nejlépe vystihují danou problematiku.

#### ***A) Proč je zdravotní gramotnost důležitá pro zdravotní politiku?***

Na tuto otázku hledal odpovědi Professor Jürgen M. Pelikan, Ph.D. z Rakouska, který vidí velký význam ve zdravotní gramotnosti pro podporu zdraví a cíle udržitelného rozvoje. S tím souvisí důležitost v oblasti hledání empirických důkazů o významu zdravotní gramotnosti pro veřejné zdraví, zdravotní péči a podporu zdraví. Nicméně každý člověk by si měl položit otázku: „Co lze udělat pro zlepšení zdravotní gramotnosti a zdravotní politiku?“ a „Jak definovat a implementovat zdravotní politiku pro zdravotní gramotnost?“. Ve své prezentaci uvedl několik mezinárodních příkladů dobré praxe, např. v USA, Kolumbii, Austrálii apod. (blíže viz [www.uzg.cz](http://www.uzg.cz)).

S tím ale souvisí další podtéma – proč je zdravotní gramotnost důležitou součástí každodenního života každého člověka bez ohledu na sociální roli. Každý člověk by měl mít přístup k aktuálním informacím, být zodpovědný za svá rozhodnutí, přijímat odpovědnost v každé sociální roli – jako občan, jako pracovník, jako pacient. Účast na veškerém dění v životě ovlivňuje kvalitu našeho zdraví a délku života. Každý člověk by měl mít osobní kompetence k obecné gramotnosti – číst, psát, počítat, IT technologie, mediální gramotnost, zdravotní gramotnost, politická orientace a zdravotní politika (Pelikan, 2017, online).



Výstup pana profesora se týká osobního přístupu k informacím, zodpovědnosti za svá rozhodnutí a také je zde zmiňován program ZDRAVÍ 2020, který je rozveden samostatně ve 3. kapitole této práce.

### ***B) Rozvoj systému zdravotní péče, zlepšení individuálních dovedností a zvýšení informovanosti ve službě a produkce sektoru pro zdravotní gramotnost***

Zkráceně řečeno, proč je zdravotní gramotnost důležitá, tímto tématem se v Rakousku zabývala Mag. Dr. Christina Dietscher. Pozitivní efekt u člověka, který je zdravotně gramotný, vidí v souvislosti s relativním zdravím, které rozhoduje o dění v běžném životě. Je ale nutné zajištění zdravotních služeb, neboť jen tak může mít člověk lepší zdravotní status, tedy méně chronických nemocí. Lepší zdraví je důležité z mnoha důvodů. Jednak může vést k lepším výkonům ve škole, ale také k sociálním inovacím, ekonomické účinnosti a udržitelnému rozvoji (Dietscher, 2017, online).

Je tedy opravdu důležité, podporovat vědu i v oblasti hledání nových poznatků a souvislostí mezi zdravotní gramotností a zdravím obyvatel. Jedině tak se můžeme v oblasti zvyšování zdravotní gramotnosti posouvat dále a zlepšovat zdravotní podmínky celé populace.

### **ADD B) Zdravotní gramotnost – Rakouské impulsy v Evropském kontextu**

Téma zdravotní gramotnosti je velmi rozsáhlé a čím dál více diskutované. Christina Dietscher uvedla několik důležitých kroků k posílení zdravotní gramotnosti obyvatel, které provedl tým odborníků mezi lety 2009–2017.

- 1) V letech 2009–2012 participovalo 8 evropských států na nadnárodním srovnávacím posouzení zdravotní gramotnosti.
- 2) V roce 2016 ministři zdravotnictví Německa, Švýcarska, Lucemburska, Lichtenštejnska a Rakouska zahrnuli zdravotní gramotnost do ročního plánu ve 2 bodech – vznesli požadavek na mezinárodní spolupráci a pravidelné interní průzkumy zdravotní gramotnosti v závěrečné deklaraci meetingu a požadavek na formu zapojení pracovních skupin zdravotní gramotnosti. Byly tedy zahájeny výměnné skupiny agentů zdravotní gramotnosti z Německa, Švýcarska, Rakouska, Lucemburska a Lichtenštejnska včetně zástupců z politiky, zdravotního pojištění, vědy a vzdělávání.

3) Rok 2017 byl ve znamení zahájení pracovní skupiny pro organizace zabývající se zdravotní gramotností v rámci mezinárodní sítě WHO na podporu zdraví v nemocnicích. A dále německy mluvící země společně požadovaly zahrnutí ukazatele zdravotní gramotnosti dle WHO do rámce evropského monitorování a zahájení činnosti akční sítě pro měření zdravotní gramotnosti.

V rámci pracovních skupin byly zpracovány tyto vybrané předpoklady pro zdravotní gramotnost a zdravotní politiku k efektivnímu zvyšování zdravotní gramotnosti populace:

1) Tvorba informací o zdraví a jejich nutná regulace, např. pomocí programu E-zdravotní gramotnost, také s ohledem na to, aby veřejnost nejednala na základě nepřesných informací a na základě své neinformovanosti.

2) Zaměření se na vzdělávací základy a nepostradatelnou zdravotní výchovu, s tím souvisí i komunikace ve vzdělávání, zlepšování svého zdraví a ovlivňování postojů ke zdraví a k získávání informací.

3) Důležitost výzkumu a hodnocení zdravotní gramotnosti, posuzování zdravotní gramotnosti populace je základ. Znat determinanty a jejich působení na zdraví a úloha zdravotní politiky jako investice, ne jako výdaje.

4) Dbát na zdravý vztah mezi lékařem a pacientem, médii, rodinou, přáteli, spolupracovníky, naučit se kulturní komunikaci.

5) Pomocí zdravotní politiky a opatření dojít ke změně zdravotní gramotnosti. Zajímat se o zvyšování zdravotní gramotnosti jako nového typu zdravotní politiky a rozvoje vztahů mezi lidmi a zdravotním systémem.

6) Vytvářet a posilovat zdravotní gramotnost se zaměřením na důležitost přátelského nastavení, např. akce zdravá města; organizace přátelské ke zdravotní gramotnosti; nastavení vzdělávání, pracoviště a zdravotní péče (Dietscher, 2017, online).

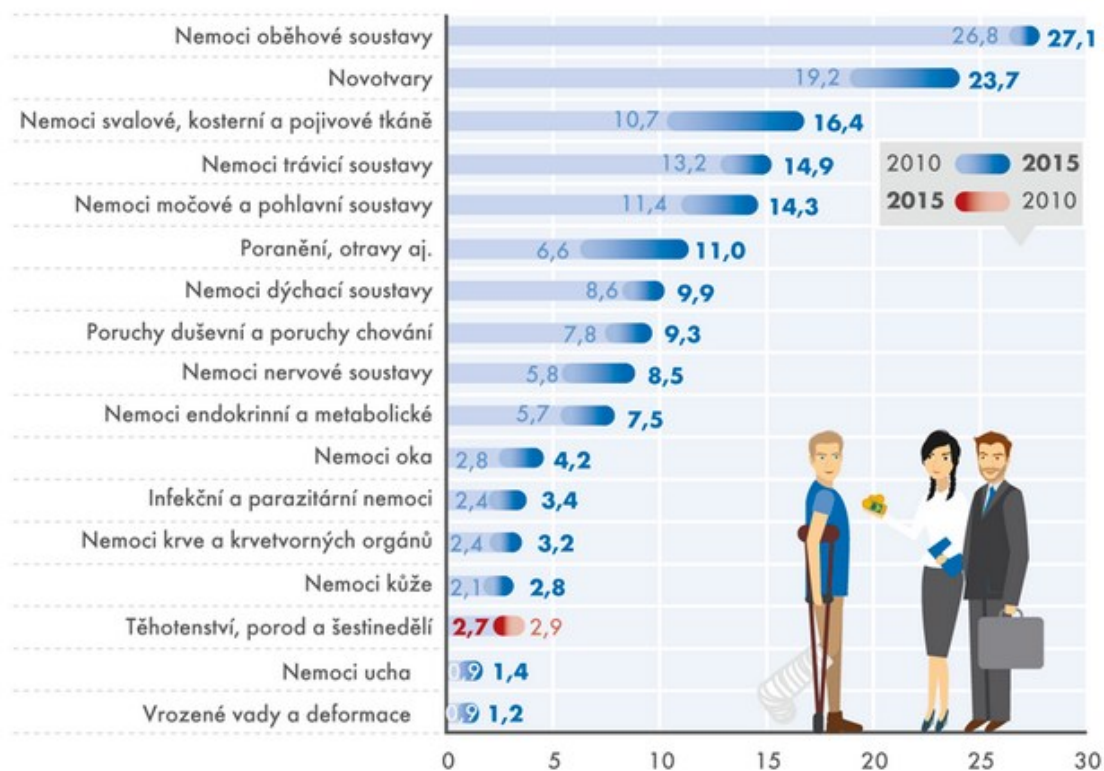
Je důležité vědět, že zvyšování zdravotní gramotnosti má smysl, a že tu jsou instituce, které mají podmínky a opravdový zájem o zdravotní stav populace. Každou takovou organizaci tvoří tým odborníků, který se snaží hledat nové metody, jak efektivitu vzdělávání v oblasti zdravotní gramotnosti posílit. Díky zvyšování zdravotní gramotnosti může v budoucnu dojít k zmenšení počtu pacientů na lékaře, nebudou přeplněné čekárny a bude dostatek zdravotního personálu v nemocnicích. Doposud mi však není známo, že by tento jev v nějaké zemi nastal. Otázkou také zůstává, zda by byl tento stav z různých důvodů žádoucí.

## 6. Jak se dá zvyšovat zdravotní gramotnost v ČR na základě inspirace z USA

Nejprve si pojd'me připomenout několik statistických údajů týkající se rakoviny. Z toho, kolik stojí zdravotní péče o onkologicky nemocné pacienty, vyplývá, že je opravdu důležité se na prevenci a zdravotní gramotnost důkladně zaměřit.

Onkologické onemocnění, neboli také novotvary, patří v ČR ke 2. nejčastější příčině úmrtí. Podle ČSÚ až pětina zemřelých umírá na rakovinu. Na grafu č. 17 můžeme vidět, jak se pohybuje částka v letech 2010 a 2015 vydaná na zdravotní péči v ČR podle diagnóz.

**Graf č. 1 Vývoj výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR podle diagnóz, 2010 a 2015 (v mld. Kč)**



Zdroj: ČSÚ

Zdravotní pojišťovny vydaly v roce 2015 na zdravotní péči 234,7 mld. Kč, tedy 65,6 % z celkových výdajů na zdravotní péči v ČR. Na léčbu nemocí oběhové soustavy šlo celkem 27,1 mld. Kč. Léčba onkologických onemocnění stála téměř 24 mld. Kč, což je zatím historicky nejvyšší částka (ČSÚ, online). Tento údaj zní znepokojivě, ale opak je pravdou. Díky včasnému

podchycení nemoci je zahájena včasná léčba a nemocný má tak vysoké šance na úplné uzdravení, a to je právě ta vysoká částka, která je na léčbu novotvarů poskytována. Pokud by novotvary nebyly včas zachyceny, nebyla by indikována včasná léčba a výdaje na léčbu by nestoupaly.

Barros (2015) tvrdí, že rakovina, jako jedno z nejvíce rozšířených onemocnění na celém světě s vysokou mírou úmrtnosti, je vnímána jako hrozba a představuje psychologické trauma pro mnohé jednotlivce a rodiny. Spolu se svým týmem představují studii, která se zabývá zvyšováním zdravotní gramotnosti v oblasti prevence rakoviny u žáků středních škol.

Americká studie navrhuje inovační model prevence rakoviny zaměřený na potenciál školní komunity jako privilegovaného prostředí pro zdravotní výchovu s efektivním dopadem na chování a sociální změny. Intervenční model byl navržen tak, aby vyhodnotil, zda učitelé středních škol mohou působit jako propagátoři prevence rakoviny. Byl navržen výcvikový program – Rakovina, vzdělávejte se v prevenci. Tento model prevence rakoviny je založen na výchovném a ekologickém přístupu, v němž je důležité uznat relevanci kontextu / prostředí, školy, historie a tradic (výchovný přístup) a vztahů (ekologický přístup) s cílem zlepšit zdravotní výsledky v oblasti prevence rakoviny. Kromě toho je založen na zvlněném efektu, v rámci něhož se různé prvky (učitelé, studenti a další prvky školní komunity) aktivně vzájemně ovlivňují a posilují dopad intervence. Vzhledem k tomu, že tento model je zaměřen na potenciál školního prostředí, nejenže podporuje změny chování jednotlivců jako součásti větší komunity (školy), ale také stimuluje sociální změny, které mohou mít vliv i na rodiny a místní komunity (Barros at al, 2015).

Troufám si říci, že žádný pedagog ZŠ v ČR nemá speciální vzdělání v oblasti zdraví, a tak je zvyšování zdravotní gramotnosti jistě přínosné i v řadách vzdělaných dospělých, kteří díky touze zaujmout své žáky ve výuce naleznou jistě další interaktivní metody, přístupy nebo nová témata, která míru zdravotní gramotnosti u populace mohou ovlivnit.

## 7. Onkologické onemocnění

Breuss (2001) popisuje onkologické onemocnění jako: „Samostatně rostoucí útvar, který ponejvíce vzniká působením tlaku. Když např. někdo trpí po mnoho let žaludeční chorobou a potrava zůstává někdy i mnoho hodin v žaludku, při čemž vykonává na žlázy a žaludeční stěny neobyčejně dlouho trvající tlak, může vzniknout onkologické onemocnění žaludku.“

Mlýnková (2010) uvádí pod pojmem tumor (nádor): „... je neregulovatelný a nekontrolovatelný růst tkáně. Jednoduše řečeno, určitá tkáň v těle roste bez jakékoliv kontroly, omezení či řízení. Např. ve svalovině dělohy vyrostou útvar (nádor) o velikosti dětské hlavičky nebo větší. Růst nádorů v těle může být naprosto neškodný nebo je příčinou smrti člověka. Nádor může vyrůst v jakékoliv tkáni lidského těla“.

Nejčastějším nádorovým onemocněním je u žen i u mužů nádor kůže. Na druhém místě je u mužů zhoubný nádor plic a průdušek. U žen druhé místo zaujímá právě zhoubný nádor prsu. Obě tato onemocnění jsou za posledních deset let na vzestupu (Machová, 2015, str. 222).

Onkologie zná tyto druhy nádorů:

- Benígní (nezhoubné) – mohou, ale nemusí způsobovat problémy v těle, nepoškozují další části těla, mohou, ale nemusí způsobovat bolest, rostou pomalu.
- Maligní (zhoubné) – zakládají další ložiska v těle, těmto ložiskům říkáme metastázy, ty se u nezhoubných nádorů nevyskytují. Rostou rychleji a i po jejich odstranění může vyrůst další nádor.
- Prekancerózy – změny buněk či jakékoliv tkáně, které po nějaké době mohou vést ke vzniku maligních nádorů. Důležitá je prevence, např. slunění (Mlýnková, 2010, str. 271).

### Nádorové onemocnění v číslech

V roce 2000 zemřelo na nádorová onemocnění na celém světě přes 6,2 mil. osob. Ve stejném roce bylo diagnostikováno 10 mil. nových případů onkologického onemocnění (WHO in Machová, 2015, str. 222).

„Se zhoubnými novotvarami, které v ČR zapříčiní každé čtvrté úmrtí, se v roce 2007 léčilo téměř 72 tisíc pacientů s nově diagnostikovaným onemocněním, přičemž meziročně nově diagnostikovaných onemocnění přibývá (Kuzníková, 2011, str. 96).“ Novotvary byly v roce

2013 na 2. místě v počtu zemřelých na toto onemocnění, celkem zemřelo 261,7 lidí na 100 000 obyvatel v ČR (ÚZIS in Machová, 2015, str. 206).

### **Nejčastější příčiny nádorového onemocnění**

Vnitřní faktory – věk, rodová zátěž, nemoci snižující odolnost, hormony (zejména zvýšená hladina estrogenu zvyšuje pravděpodobnost vzniku nádoru prsu, dělohy a vaječníků).

Vnější faktory (též také karcinogenní) – chemické karcinogenní látky (např. těžké kovy), fyzikální karcinogenní působení (např. ultrafialové záření), biologické karcinogenní faktory (např. některé viry).

Na vzniku rakoviny se podílí i rizikové chování, za které považujeme užívání drog, užívání nadměrného množství alkoholu, nadměrné opalování, špatné složení potravy, rizikové sexuální chování a další.

Je prokázáno, že až 43 % kuřáků umírá na nádorová onemocnění právě díky kouření, stravovacím návykům a infekcím (Machová, 2015, str. 221).

### **Příznaky nádorových onemocnění**

- Dlouhodobá bolest neznámé příčiny;
- Hubnutí bez dietních opatření, nechutenství;
- Dlouhodobý pocit slabosti;
- Krvácení bez známé příčiny (krev v moči, ve stolici, ve vykašlaném hlenu);
- Vyšší teploty až horečky bez zjevné příčiny;
- Zvětšené uzliny, které lze nahmatat, např. v podpaží;
- Svědění kůže;

Každé onkologické onemocnění má své specifické příznaky, stejně jako existuje léčba dle účelu a cíle (Mlýnková, 2010. str. 272).

### **Faktory ovlivňující onkologické onemocnění**

- životospráva,
- ztráta milované osoby, mazlíčka,

- rozvod,
- ztráta zaměstnání,
- sexuální aktivita,
- alkohol,
- stres,
- léčebné zákroky, apod.

Tyto aspekty mohou mít vliv na rozvoj onkologického onemocnění až 12x (Northrupová, 2003). Zejména pokud osoba v těžké životní situaci své emoce potlačuje. Osoby, které jsou pasivní a neprosazují své chování, např. se zabývají jen prací nebo rodinou a opomíjí svůj vlastní růst, mohou inklinovat ke vzniku nádorového onemocnění. Tato situace je doprovázena depresí, syndromem bezmoci a beznaděje, pocity osamělosti atd. (Mlčák, 2011, str. 78).

## 7.2 Onkologické onemocnění prsu

„Při onkologickém onemocnění se nekontrolovatelně množí buňky prsní tkáně, které po spojení vytvářejí nádor. Tato nemoc se u každé ženy projevuje odlišným způsobem. V některých případech může zůstat po mnoho let místně ohraničena a v jiných se rozšíří až k lymfatickým uzlinám, a to dokonce ještě před vznikem bulky znatelné na pohmat (Knerová, 2006, str. 224).

### Hlavní rizikové faktory rakoviny prsu

- Pohlaví – u žen je výskyt rakoviny prsu 100x větší než u mužů.
- Věk – 80 % rakoviny prsu je diagnostikováno po 50. roce života.
- Již prodělaná rakovina prsu – pokud se již tato nemoc objevila u jednoho ňadra, je pravděpodobnost 3–4x vyšší, že se objeví i u druhého.
- Genetická dispozice – častěji se objevuje v USA, Kanadě a severní Evropě, nejméně v Asii.
- Rodičovství – bezdětné ženy nebo ženy s prvním těhotenstvím po 35. věku jsou ohroženy častěji.
- Estrogeny – počátek menstruace před 12. rokem života nebo konec po 55. roce představuje zvýšené riziko.
- Rodinná anamnéza – přímé příbuzenstvo zvyšuje riziko 2x, vícenásobné onemocnění v přímé linii až 5x (Knerová, 2006, str. 225).

## **Příznaky rakoviny prsu**

- hmatatelná bulka na prsu nebo v podpaží,
- přítomnost krve na bradavce,
- stažení oblasti bradavky a prsního dvorce,
- změny kůže na prsou: stažení, vznik pomerančové kůže, změny barvy, otoky.

Je důležité zmínit, že ačkoli je rakovina prsu jedním z onemocnění způsobující nejvíce úmrtí žen, v žádném případě by si žena neměla myslet, že jakákoli anomálie, kterou objeví na svých prsou, je již známkou maligního nádoru. Je však důležité, aby s jakoukoli malou anomálií navštívila brzy svého gynekologa, který vyšetří její původ nebo ji pošle za jiným odborníkem (např. onkologem), (Knerová, 2006, str. 223).

### **7. 2. 1 Anatomie prsu**

„Ženské prsy mají poskytovat optimální výživu kojence a zajišťovat sexuální rozkoš ženě samotné. Prsy jsou žláznaté orgány, které jsou velmi citlivé vůči hormonálním změnám v těle; probíhají v nich cyklické změny synchronně s menstruačním cyklem. Těsně jsou spojeny s ženským pohlavním ústrojím. Dráždění bradavek zvyšuje sekreci prolaktinu z hypofýzy. Tento hormon rovněž ovlivňuje dělohu a může způsobit kontrakce. Tkáň mléčné žlázy zasahuje až do podpažní jamky. Lymfatické žlázy, které protkávají tkáň prsů, se rovněž nacházejí i v podpažních jamkách. Když žena porodí a tvoří se jí mléko, může u ní dojít ke značnému napínání v podpaží právě v důsledku zvětšení prsní žlázy. Prsy se vyskytují v mnoha různých velikostech a tvarech, stejně jako bradavky. Většina žen má jeden prs o něco menší než druhý (Northrupová, 2003, str. 323).“

### **7. 2. 2 Samovyšetření prsu**

Samovyšetření prsu by se mělo provádět po skončení menstruace 1x měsíčně (má 5 fází, viz obr. č. 2 v příloze č. 5) a dále při pravidelné prohlídce u gynekologa. Provádí se pohmatem, a pokud najdeme bulku, je čas na další vyšetření (Machová, 2015, str. 223).

Nejjednodušší metodou včasného zachytu karcinomu prsu je právě samovyšetřování prsu. Jak je zřejmé z názvu, vyšetřování si žena provádí sama, a to pravidelně každý měsíc. Ženy, které se samovyšetřováním začínají, by si měly po dobu jednoho měsíce vyšetřovat prsy každý den. Jen tak se naučí znát geografii vlastních prsů. Nejlepší období pro samovyšetřování je druhý nebo třetí den po skončení menstruace, kdy jsou prsy bez napětí. Ale může to být i jakýkoliv



jiný den, který si žena dobře zapamatuje, aby interval samovyšetřování byl vždy stejný. Pro ženy, které nemenstruují, je vhodný kterýkoliv snadno zapamatovatelný den.

### **7. 3 Další onemocnění prsu**

Nejčastější příčinou, proč ženy vyhledávají lékaře, je cysta nebo bulka. Zhoubný nádor prsu patří mezi nejčastější zhoubné nádory u žen. Někdy může být i dědičně podmíněn, ale nejčastěji jde o hormonální vlivy (Machová, 2015, str. 222).

#### **Cystická mastopatie/fybrocystické onemocnění prsu**

Změna struktury prsní tkáně, která ji činí nepravidelnou a hustou; více znatelná je obvykle ve vnějších kvadrantech a mění se s menstruačním cyklem. Je spojena s bolestí a často se projevuje bulkami nebo cystami, které nevyžadují větší ošetření. Jeho příčina není zatím přesně známá, ale zřejmě souvisí s hormony vaječníků, protože bulky obvykle mizí s menopauzou (Knerová, 2006, str. 224).

Na přelomu 70. a 80. let 20. století byla tato diagnóza v Americe sdělena 70 % ženám, což vyvolalo paniku. V roce 1985 výbor státní komise pro rakovinu zjistil, že 70–80 % takto diagnostikovaných žen má zcela normální strukturu prsní tkáně a nemají spojitost se zvýšeným výskytem rakoviny (Northrupová, 2003, str. 328).

#### **Mikrokalcifikace prsu**

Představují sekundární ukládání vápníku při běžných procesech, jako je kojení, následkem zánětů, malých zranění a rozkladu buněk. Je možné je pozorovat při mamografickém vyšetření. U nízkého procenta žen mají mikrokalcifikace zvláštní charakter a jsou podezřením na maligní onemocnění, proto je zapotřebí podrobnějšího vyšetření (Knerová, 2006, str. 224).

#### **Výtok z bradavek**

K výtoku nejčastěji dochází při dráždění nebo při pohlavním styku. Pokud žena kojila, není to nebezpečné, někdy trvá i rok či déle, než se mléčný výtok zcela zastaví. Pokud však má výtok zelenkavou či krvavou barvu, je třeba vyšetření na nádor na hypofýze a rakovinu. Rovněž také

může jít o benigní útvar ve tkáni na mlékovodu v bradavce, což je nezhoubný nádor (Northrupová, 2003, str. 328).

### **Zánět prsu (mastitida)**

Jedná se o infekci neboli zánět prsních žláz, občas spojený s kojením. Prsní žláza se zanítí, to vyvolává bolest, zvětšuje se teplota kůže na prsou i jejich objem a jsou zarudlé (Knerová, 2006, str. 224).

### **Prsní cysty/fibroadenomy**

Může se stát, že si žena nahmatá jakousi bulku nebo útvar. Vždy by o tom měla říci svému lékaři. Pokud ani lékař nepozná, zda se opravdu jedná o cystu, provede ultrazvuk. Pokud ukáže, že je to cysta, po místním znecitlivění ji může vypustit. Pokud se cysta vstřebá, není nutné provádět další léčbu. V případě, že útvar cystou není, je žena odeslána na specializované pracoviště (Northrupová, 2003, str. 328).

### **Úleva od bolesti prsů**

Řada lékařů spojuje bolest prsou se zvýšeným stresem. Může to být však i psychickou újmou z mládí nebo fyzickými změnami na těle. Ke zmírnění bolesti prsou je dobré zjistit, která z níže uvedených možností je tou pravou:

- porada s lékařem a vyloučení rakoviny,
- minimalizovat estrogen (dieta na minimalizaci přijímání tuků),
- omezit mléčné výrobky,
- vyřadit kofein,
- zvýšit progesteron,
- vitaminové a minerální doplňky,
- obklad s ricinovým olejem,
- zvýšit příjem jodu,
- změna podprsenky,
- pozornost na změny na prsou,
- přijmout pomoc (Northrupová, 2003, str. 330).

## 7. 4 Onkologické onemocnění prsu u mužů – C 50

Pro doplnění uvedu i několik podstatných informací ohledně onkologického onemocnění prsu u mužů, nejde však o tak závažný jev jako u žen.

### Základní epidemiologie

Počty nových případů rakoviny prsní žlázy u mužů narůstají. Dokladují to data Národního onkologického registru (NOR), která jsou vedena kontinuálně od roku 1977.

Od počátku registru do roku 2012 bylo do registru zaneseno 1319 případů mužského karcinomu v ČR. Za tuto dobu 593 mužů zemřelo. V 80. a 90. letech 20. století se ročně objevovalo od 20 do 30 případů. Po roce 2000 došlo postupně k nárůstu případů až na 70 případů v roce 2012. Příznivý je však trend úmrtnosti, který je prakticky stejný od 80. let do současné doby. Vývoj křivky incidence (výskytu) a mortality (úmrtnosti) pro karcinom mužů je velmi podobný jako u karcinomu prsu žen.

### Shrnutí problematiky karcinomu prsu mužů

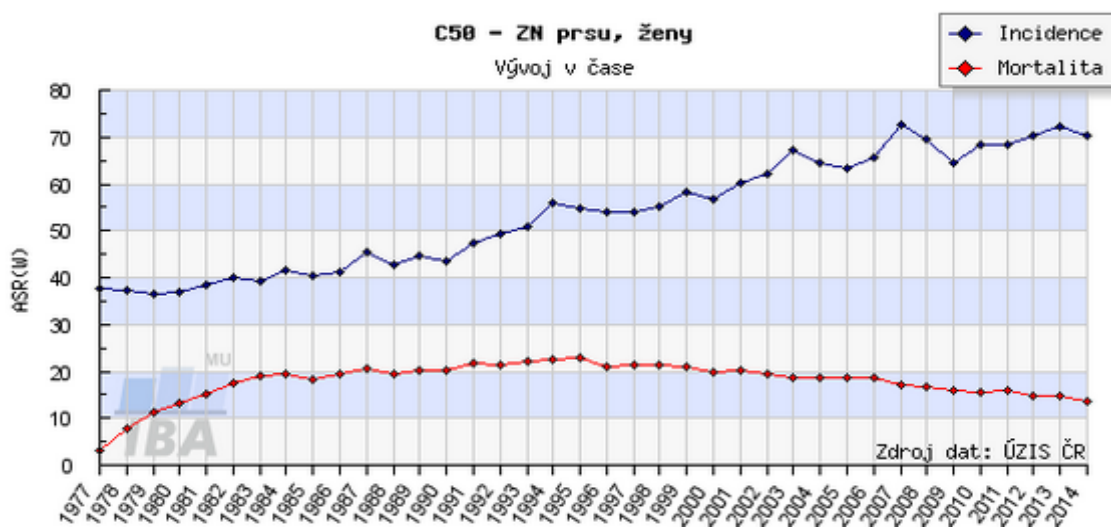
- Nejde o časté onemocnění, proto není možné připravit preventivní program.
- Pravidelná prevence by měla probíhat u mužů s prokázanou mutací BRCA 1,2 genu.
- Každá zatvrdlina pod dvorcem prsu muže, zejména fixující se ke kůži by měla být vyšetřena zobrazovacími metodami.
- Léčba karcinomu prsu mužů je efektivní pokud se léčí v časném stadiu.
- Statistický trend potvrzuje nárůst případů mužského karcinomu prsu.
- Statistiky také potvrzují, že mortalita na C 50 mužů nenarůstá, důvodem je zvyšující se záchyt prvních stadií nemoci.

Více informací na [www.breastcancer.cz/cs/pro-muze-menu/rakovina-prsu-u-muzu-c-50](http://www.breastcancer.cz/cs/pro-muze-menu/rakovina-prsu-u-muzu-c-50).

### Statistický přehled vývoje rakoviny prsu u žen

V posledních letech se mortalita stále snižuje, bohužel však stoupá incidence zhoubných nádorů prsu. Z níže uvedeného grafu vyplývá, že nejvyšší výskyt rakoviny prsu u žen byl v roce 2008. Mortalita dosáhla vrcholu v roce 1996 a pak stále klesá i přes stoupající výskyt zhoubných nádorů prsu.

**Graf. č. 2 Časový vývoj výskytu a mortality nádorů prsu v ČR**



Zdroj: [www.linkos.cz](http://www.linkos.cz)

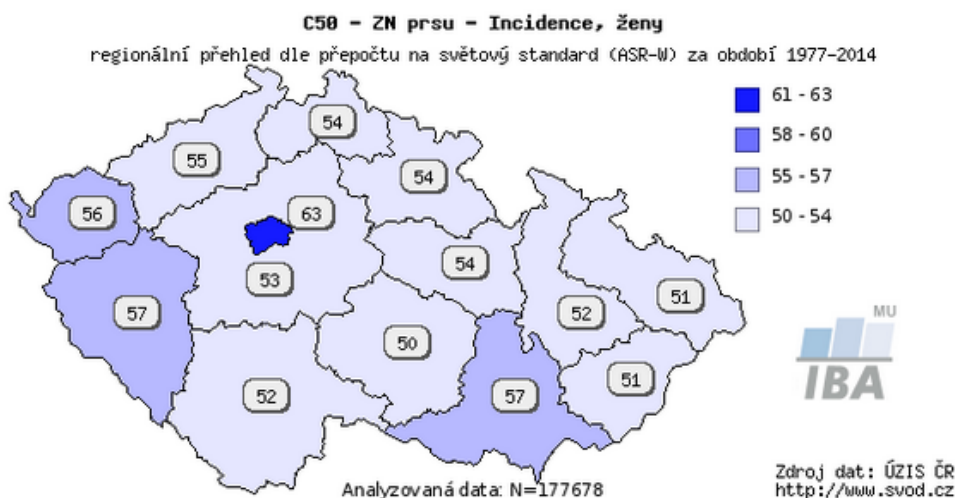
Z analýzy dostupných dat za období 1977–2014 je zřejmé, že největší počet žen s rakovinou prsu se nachází v Praze, což je pochopitelné, neboť v Praze žije přes 1 mil. obyvatel. Kraj Karlovarský, Plzeňský a Jihomoravský odpovídá zvýšenému výskytu žen s rakovinou prsu, ostatní kraje mají výskyt tohoto onemocnění srovnatelně nejmenší. V přepočtu na 100 000 obyvatel se však incidence podstatně liší, což zobrazuje tabulka č. 1.

**Tab. č. 1 Přepočet počtu nemocných žen na 100 000 obyvatel**

| Pořadí    | Kraj                 | Počet nemocných na 100 000 obyvatel |
|-----------|----------------------|-------------------------------------|
| 1.        | Karlovarský          | 18,7                                |
| 2.        | Liberecký            | 13,5                                |
| 3.        | Pardubický           | 10,8                                |
| 4.        | Vysočina             | 10                                  |
| 5.        | Plzeňský             | 9,5                                 |
| 6.        | Královéhradecký      | 9                                   |
| 7. - 8.   | Jihočeský, Olomoucký | 8,7                                 |
| 9.        | Zlínský              | 8,5                                 |
| 10.       | Ústecký              | 6,9                                 |
| 11. - 12. | Praha, Jihomoravský  | 4,8                                 |
| 13.       | Moravskoslezský      | 4,3                                 |
| 14.       | Středočeský          | 4,1                                 |

Zdroj: vlastní zpracování

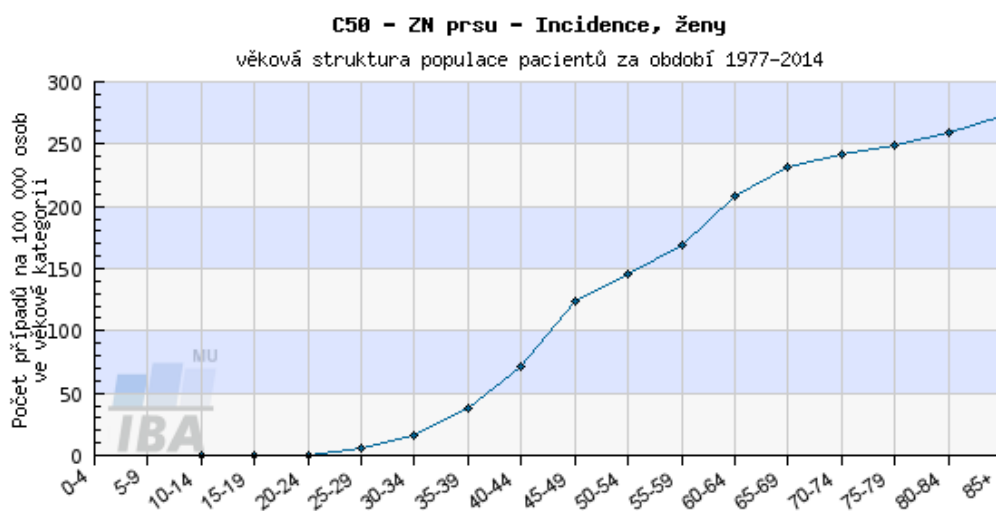
## Obr. č. 2 Výskyt nádorů prsu v jednotlivých krajích v ČR



Zdroj: [www.linkos.cz](http://www.linkos.cz)

Podle dostupných dat za stejné období jako na obrázcích výše se vyskytuje největší počet žen s rakovinou prsu ve věku 85+, a to přibližně 270 žen na 100 000 osob, naopak do roku 2014 nebyl zaznamenán žádný počet žen s tímto onemocněním ve věku do 24 let.

## Graf. č. 3 Výskyt nádorů prsu v jednotlivých věkových skupinách



Zdroj: [www.linkos.cz](http://www.linkos.cz)

V roce 2016 byla zjištěna korelace mezi nově zjištěnými genetickými mutacemi s odhadovaným individuálním rizikem a radiologickými diagnostickými metodami. Vzhledem k novodobé medicíně a novým poznatkům považují za důležité zařadit i níže uvedený odborný

článek, který je volně přístupný na webových stránkách České onkologické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně.

„Karcinom prsu u mladých žen zůstává diagnostickým a terapeutickým problémem. Vysoce riziková skupina žen, zdravých nosiček mutace v genech BRCA1/2, podstupuje specializovanou dispenzarizaci pomocí magnetické rezonance (MRI) od velmi mladého věku. Identifikace zdravých nosiček mutací v populaci vychází z pozitivního testování BRCA1/2 mutací v rodinách, kde byl zaznamenán významný výskyt karcinomu prsu a vaječníků. Vedle BRCA1/2 skupiny pacientek s karcinomem prsu se setkáváme s mladými nemocnými, kteří jsou diagnostikováni za pomoci konvenčních zobrazovacích metod – mamografie a ultrasonografie (MMG + UZ). Rodinná a osobní anamnéza těchto pacientek je různorodá, často nemají zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu. Patogenní genové alterace mohou být nalezeny v následném (postsymptomatickém) molekulárně-genetickém testování. Zobrazovací radiologické metody u žen mladších 40 let vykazují nízkou senzitivitu a efektivitu vyšetření. Proto je karcinom prsu u těchto žen často diagnostikován v pokročilejším stadiu, kdy pacientka již udává symptomy onemocnění. Naopak specializovaná dispenzarizace zdravých nosiček BRCA1/2 mutací zvyšuje pravděpodobnost časně detekce asymptomatického karcinomu prsu. V této práci korelujeme rodinnou a osobní anamnézu mladých pacientek s karcinomem prsu s výsledky molekulárně-genetického testování hlavních predispozičních genů. Dále jsou vyhodnoceny jednotlivé radiologické zobrazovací metody, které vedly ke stanovení diagnózy onemocnění u pacientek s odlišným individuálním rizikem vzniku karcinomu prsu.“ (Zimovjanová a kol., 2016, online)

### **Souvislost mezi rakovinou prsu, hormony a dietou**

Národní ústav pro rakovinu svou studií už v roce 1977 prokázal, že země s vysokým příjmem živočišného tuku mají nejvyšší úmrtnost na rakovinu prsu. Avšak analýza z roku 1996 provedená na 337 000 ženách v 7 studiích uvedla, že neexistuje přímá souvislost mezi konzumací živočišného tuku a rizikem následného rozvinutí rakoviny prsu (Northrupová, 2003, str. 363).

## **7.5 Léčba rakoviny prsu**

Již jsem zmínila, že pokud žena objeví jakékoliv podezření na onemocnění prsu, měla by co nejdříve vyhledat lékaře. Ten by jí měl odeslat na příslušná vyšetření. Některá se však provádí s věkem, a to preventivně, např. mamografický screening po 45. věku u každé ženy v intervalu každé 2 roky. Jak takové vyšetření vypadá, a co se jím opravdu dá zjistit, uvádím níže spolu s příklady léčby, která je pro každou nemocnou ženu indikována individuálně dle rozhodnutí lékaře.

### **Mamog. screening/mamograf/mamografie**

Pomocí přístroje nazývaného mamograf lze rentgenovým zářením zjistit přítomnost onkologického onemocnění prsu v raném stadiu. Samotné vyšetření se jmenuje mamografie. Existují různé názory na to, v kolika letech a jak často je žádoucí preventivní mamografické vyšetření podstupovat. Americké výzkumy uvádějí, že ženy mezi 40 a 50 lety by měly toto vyšetření podstupovat každoročně. Ale každé vyšetření má své meze. V ČR je mamografické vyšetření zdravotní pojišťovnou hrazeno od 45 let věku ženy každé 2 roky. Např. 35leté ženy mohou mít velmi žláznatou tkáň prsů, aby se dal mamogram snadno vyhodnotit.

Ale ani v dnešní době nelze zaručit 100% diagnostickou úspěšnost, až 15 % výskytů není zachyceno (Northrupová, 2003, str. 336).

### **Ultrazvukové vyšetření prsu**

Neboli také doplněk mamografie, někdy její alternativa, je v některých případech vhodnější a přínosnější než mamografie. Ultrazvukový screening mléčné žlázy by se mohl stát metodou zjišťovací invazivního karcinomu, přičemž mamografie by zůstala omezena na lokalizaci karcinomu mlékovodu.

Výsledek vyšetření musí vždy vyhodnocovat kvalifikovaný lékař a při nějaké pochybnosti by měl udělat biopsii pro vyhodnocení, zda se jedná o maligní nebo benigní útvar (Northrupová, 2003, str. 341).

## **Chirurgická léčba**

Má zásadní význam u léčby ohraničených nádorů, které neprorůstají do okolní tkáně nebo nemetastazují. Odstraní se celý nádor, někdy se odstraní i příslušné lymfatické uzliny (Mlýnková, 2010, str. 274).

## **Chemoterapie**

„Aby se lidský organizmus udržel při životě, musí být denně nahrazeny milióny stárnoucích buněk a poškozených buněk. O to, aby se nové buňky tvořily nepřetržitě ve správném množství, druhu a kvalitě, se stará komplikovaný kontrolní mechanismus. Vadné buňky tvoří po celý život. Pomocí tělu vlastní obrany – velice komplikovaného mechanismu – jsou rozpoznány a ničeny. Jestliže však ochranné mechanismy selžou, vzniká nádor. O zhoubném nádoru hovoříme tehdy, pronikají-li nově tvořené buňky do okolních tkání a ničí je. Léky brzdící dělení buněk (asi 30 různých), které shrnujeme pod pojem „chemoterapeutika“, zasahují na nejrůznějších místech rozmnožování nádorových buněk. Vedou nakonec k jejich zničení. Nevýhodou těchto léků je, že poškozují i normální tkáně těla. Postiženy jsou zvláště tkáně s rychlým růstem.“ Tkáněmi s rychlým růstem je myšlena např. kostní dřeň, kůže a kožní adnexa, nervy (Hussainová, 1993, str. 25–26).

Následky chemoterapeutik:

I léčba, která vede k záchraně života nebo jeho prodloužení má svá rizika, úskalí a může mít vedlejší účinky, podobně jako např. u užívaných léků. Každý nemocný reaguje na léky a léčbu individuálně.

Kostní dřeň – centrum krve tvorby, jeho poškození vede k poklesu počtu bílých krvinek a destiček, následkem je zvýšený sklon k infekcím a krvácení.

Kůže a kožní adnexa (např. vlasy) – ztráta vlasů, zanícení dutiny ústní, měchýřů.

Nervy – pocit svrbění rukou a nohou nebo jejich necitlivost (Hussainová, 1993, str. 26).

Pohlavní žlázy – poruchy tvorby vajíček a spermií.

Imunitní systém – snížení odolnosti organismu vůči infekcím (Mlýnková, 2010, str. 275).



Vhodné otázky na lékaře před souhlasem s léčbou chemoterapeutiky jsou:

- Jaké nežádoucí účinky mohu očekávat?
- Jak dlouho bude léčba trvat?
- Budu dostávat tablety, infuze či injekce?

Myslím si, že čím lépe je člověk o možných nežádoucích účincích informován, tím může léčbu lépe snášet.

### **Hormonoterapie**

Hussainová (2003, str. 27) tvrdí: „Doporučí-li vám lékař hormonoterapii, neobávejte se. Zde se může využít skutečnosti, že vaše nádorová tkáň obsahuje dostatečné množství hormonálních receptorů (to jsou místa přijímací hormony v tkáních – buď na povrchu, nebo uvnitř buněk). Hovoříme o nádorech s pozitivními hormonálními receptory. Celosvětově studie ukázaly, že u mnohých žen má doplňující (medicínsky adjuvantní) hormonální terapie příznivý vliv na průběh léčby. Téměř vždy se používá antisteoridní hormon Tamoxifen. Mnoho pacientek snáší tento lék bez jakýchkoli problémů. Jsou nutné počáteční krevní kontroly. Také zde platí: kde je dobrá informovanost, je dobrá i snášenlivost.“

Je důležité zmínit, že zdravotnictví a výzkum léčiv jde značně dopředu a v dnešní době jsou možnosti léčení jistě ještě na vyšší úrovni, než v době vydání tohoto textu.

### **Radioterapie**

Ničí nádorové i zdravé buňky, podobně jako chemoterapie. I tato metoda má své nežádoucí účinky podle místa ozáření, např. sucho v ústech, trhliny sliznic a jazyka, záněty hltanu, ztráta chuti k jídlu, vypadávání vlasů, průjmy, záněty močového měchýře, postižení kůže. To může vést až k nekróze, po ozařování se ztrácí elasticita vlákna kůže a dochází ke změnám pigmentace (Mlýnková, 2010, str. 276).

## **Transplantace kostní dřeně**

„Jde o léčebnou metodu, jejímž cílem je nahradit poškozenou krvetvornou tkáň zdravou tkání. Ze zdravé kostní tkáně vyrůstají nové a zdravé krevní buňky v dostatečném množství (Mlýnková, 2010, str. 276).“<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> V případě potřeby doporučuji knihu Praktický rádce pro ženy po operaci rakoviny prsu, od Dr. med. Marii Hussainové, 2003, nakladatelství Erika. Celá knížka má 150 stran včetně obrázkové ukázky cvičení. Kniha ženy provede od bolesti, přes léčbu, psychickou podporu až po život po léčbě, s konkrétními oblastmi jako je spánek, sport nebo třeba výživa.

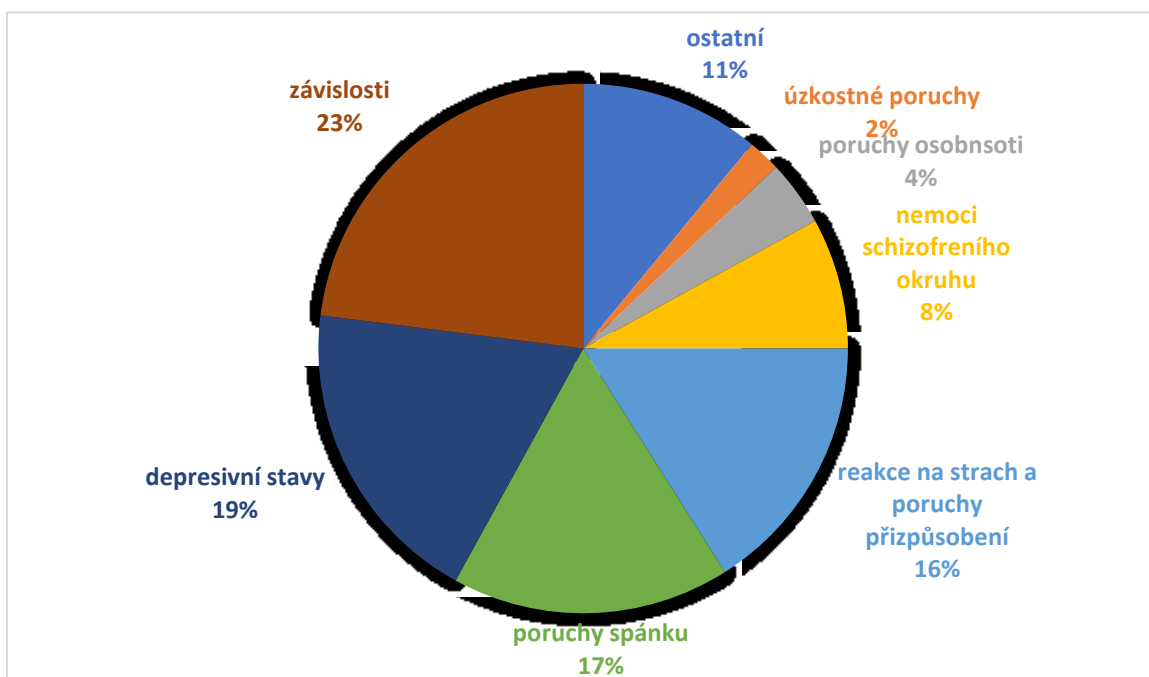
## 8. Jaký má vliv bezdomovectví na možný zvýšený výskyt onemocnění

Pokud se člověk ocitne na ulici bez možnosti vlastního a stálého bydlení, ve většině případů se do této situace dostal díky nějaké osobnostní změně. Většina lidí bez domova trpí nějakou psychickou poruchou, jsou závislí na návykových látkách a odmítají léčbu. Marek (2012, str. 41) tvrdí, že souhrnné studie ukazují, že 40 – 90 % mladých bezdomovců užívá drogy, 15–80 % bezdomovců vykazuje známky deprese a 20 – 80 % bezdomovců vykazuje poruchy osobnosti.

Většina lidí bez domova pociťuje psychické problémy již před situací, kdy se ocitli na ulici (Sovinová in Marek 2012). Většina bezdomovců se ale nechce léčit a každého pomáhajícího vnímají jako nepřítele.

Mezi nejčastější duševní poruchy u bezdomovců (viz graf č. 16) patří závislosti, psychotická onemocnění, depresivní a úzkostné poruchy, posttraumatická stresová porucha, pokusy o sebevraždu, poruchy chování, poruchy osobnosti nebo i komorbilita, tj. kombinace duševních poruch (Sovinová in Marek, 2012, str. 42).

**Graf č. 4 Skladba duševních nemocí u bezdomovců v ordinaci praktického lékaře pro bezdomovce v období 1. 1. 2005 až 31. 5. 2006 (Šupková, 2007)**



Zdroj: Marek, 2012

Podle americké studie patří bezdomovci s vážnou duševní poruchou k neobvykle vysokému zastoupení. Kardiovaskulární nemoci a další léčení i chronická onemocnění přispívají k nadměrné morbiditě a mortalitě u této populace. Vzhledem však k interakci různých systémů zdravotní péče, sociální péče a konkrétních potřeb bezdomovců s chronickým duševním onemocněním se zdá jako dobré řešení spojení lékařské péče a bytové sociální služby. Dojde tak k posílení komunitního rozvoje a celkově k lepšímu zdravotnímu stavu hodnotitelného dle celkové populace (Weinstal at al, 2013).

Zjednodušeně řečeno, na příkladu USA vidíme, že je potřeba zavést lékařskou péči i v azylových domech, neboť jen tak můžeme ovlivnit zdraví obyvatelstva a pracovat na rozvoji zdravotní gramotnosti a uvádět smysluplné statistiky přenesené na celou populaci. Jde o zvýšení pozornosti a zaměření se na primární péči, kterou i bez další podpory jsou azylové domy schopné zvládnout, pokud tomu bude management nakloněn a bude mít zájem na tomto rozvoji pracovat a obohacovat svůj možný rozsah podpory dané cílové skupiny.

Nechci azylový dům přirovnávat k vězení, ale dle americké studie z americké věznice Oregon vězení představuje jedinečnou příležitost, jak zapojit ženy, které nemají dostatečnou zdravotní péči, do preventivních lékařských programů. Jednotlivcům, kteří čekají na soudní řízení nebo krátké tresty, nebo jsou již ve vězení, které je vyhrazeno pro vězně s delšími tresty, mohou být prováděny preventivní prohlídky. Mnoho běžných stresů, jako jsou obavy z nedostupnosti bydlení, užívání drog, výdaje na stravování nebo péče o děti, jsou ve vězení sníženy a vězni mají příležitost soustředit se na své vlastní zdraví. Preventivní zdravotní opatření, která jsou obzvláště důležitá u žen, které jsou v zajetí, zahrnují screening rakoviny (cervikální a prsu), vyšetření infekčních chorob a imunizaci (pohlavně přenosné infekce, hepatitida) a odvykání kouření (Nijhawan at al, 2010). Jedná se tedy o situaci, kdy zařízení, kde je jistý řád, má možnost svým klientům poskytnout informace, pomoci jim ve vyhledání odpovídající lékařské péče a navést své klienty na správné dodržování termínů preventivních prohlídek, které, jak už jsem zmínila na začátku této práce, mohou pomoci včas odhalit případné onemocnění a zahájit včasnou léčbu. Klienti azylových domů mohou tak být nenuceně přiměni k péči o své zdraví, což je pro rozvoj zdravotní gramotnosti nejdůležitější.

Biedrzycki (2018) uvádí, že rakovina je hlavní příčinou úmrtí u bezdomovců v USA, druhá pouze při předávkování drogami (Baggett, Hwang a kol., 2013). Více než třetina úmrtí na rakovinu byla způsobena rakovinou průdušnice, průdušek a plic, přičemž míra úmrtnosti byla dvakrát až třikrát vyšší než u obecné populace (Baggett, Hwang a kol., 2013).

Dalším příkladem zavádění zdravotní prevence je Chicago, kde pracovníci cíleně vyhledávají místa, kde se nejvíce sdružují ženy, např. salony, obchody apod. a informují je o programu zaměřeného na snížení mortality rakoviny prsu a děložního čípku. Intervence je prováděna v komunitních oblastech chudých měst a je zaměřena spíše na afroameričany. Projekt byl navržen tak, aby byl adaptabilní na snahy o kontrolu rakoviny na jiných místech, a pokud se ukáže být účinnou strategií, může sloužit jako model praktických intervencí při kontrole rakoviny v komunitách. Pokud tedy bude intervence opravdu úspěšná, přivede to nejen ženy do tohoto programu, ale posílí i komunitní organizace a jejich vazby na obyvatele (Laycey at al, 1989). Tato studie je staršího vydání, ale slouží jako ukázkový příklad možnosti zvyšování zdravotní gramotnosti u sociálně znevýhodněných skupin obyvatelstva, a proto je stále relevantní.

## 9. Psychosociální aspekty nemoci

Počet klientů s různým onemocněním vzrůstá, a proto i míra zatížení sociálních a zdravotně-sociálních pracovníků. Jedná se především o pacienty se srdečně-cévním onemocněním, metabolickým, onkologickým, pohybovým, závislostmi, demencemi a další. V souvislosti s touto situací přichází pacienti, klienti nebo jejich rodiny za odborníky z řad sociální a psychosociální péče, kde je nutná především psychická podpora a angažovanost (Gojová in Kuzníková 2011, str. 93).

Vývoj výskytu chronických nemocí se nikterak neliší od ostatních vyspělých zemí, až na regionální rozdíly výskytu jednotlivých chorob, což ovlivňuje především životní prostředí. „V celosvětovém měřítku se uvádí, že na chronické nemoci umírá 45 % nemocných a 86 % lidí mladších 70 let je postiženo chronickou chorobou (Kuzníková 2011, str. 95).“

### Sociálně-ekonomické důsledky nemocí

Co, anebo kdo dovede člověka k lékaři, k vyhledání odborné pomoci? Většinou je to starost rodiny, kdy se jeden z jejích členů delší dobu jeví jako nemocný, ale necítí potřebu jít k lékaři.

Ať už jde o nemoc krátkodobou či dlouhodobé onemocnění, vždy nějakým způsobem ovlivní náš život. Legislativní rámec (Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění) ochudí člověka v pracovní neschopnosti o 3 dny příjmu a další doba se vypočítá z procentuálního základu. Každá rodina nebo jednotlivec tak přijde o část příjmů, které pak v rozpočtu chybí. Každý se však také může pro vznik podobné situace pojistit. Čím kratší dobu stonáme, tím je pro nás finanční dopad méně riskantní. Největší zátěž má však dlouhodobá nemoc. Dlouhodobý finanční výpadek může mít až extrémní následky, např. pokud se jedná o jednotlivce, jehož příjem není příliš vysoký a následkem nemoci se ještě sníží, může se dostat opravdu do svízelné situace, kdy se musí rozhodovat, zda zaplatí nájem nebo drahé léky.

V různém věku, v různém sociálním postavení, na různém místě, s různou diagnózou vznikají nové, dosud pro daného člověka nepoznané, sociální situace, kterým musí čelit.

Jedná se o tyto oblasti:

- Specifika při volbě povolání.
- Problematika pracovní neschopnosti a invalidity.

- Školní absence dětí a mládeže.
- Náklady na péči a výživu.
- Výlohy na léčbu, prevenci a lékařské kontroly různorodých onemocnění.
- Informovanost širší společnosti.
- Komunikace a interakce nemocných s jejich sociálním okolím (Kuzníková, 2011, str. 97).

### **Sociálně-patologické důsledky nemoci**

Každý člověk se v běžném životě může dostat do svízelné situace, kdy se snaží odreagovat a své problémy tzv. „hodit za hlavu“. Lidé, kteří však řešení svých problémů odsouvají do pozadí svých hodnot a priorit, se mohou dostat do situace, kdy si svým pasivním chováním vůči vzniklé sociální situaci mohou přivodit vážné onemocnění. Je vědecky dokázáno, že stres může mít vliv na vznik onkologického onemocnění, viz např. <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=4a8d4b0e-615b-4686-87cb-1c964acc0223%40sessionmgr4009>. Člověk, který pocítuje stres příliš často, může svým chováním ubližovat svému okolí, nezáměrně zhoršovat svou sociální situaci a mít i pocit nezvladatelnosti pracovních nebo školních povinností. I ekonomická situace může přispět k nemoci. Často se můžeme setkat i s hypochondrií, předstíráním duševní poruchy nebo zneužíváním lékařské péče, a to napříč všemi sociálními skupinami obyvatel. Dalším aspektem, kdy člověk vyhledá lékaře, je nezodpovědné chování nebo úmyslné poškození zdraví.

Druhou variantou, kdy člověk potřebuje lékařskou péči, je situace, v níž se pomoc poskytuje bez vlastní žádosti. Takovou situací může být klient s poruchou vědomí, péče o dítě či osobu zbavenou svéprávnosti, geriatrický pacient, člověk v abúzu (nadměrné užití návykové látky) nebo osoba při sebevražedném jednání (Beránková in Kuzníková, 2011, str. 99).

### **Psychické důsledky nemocí**

Na psychiku člověka působí každá „nenormální“ nebo „neobvyklá“ změna stavu, a to především stavu zdravotního. Zdravý člověk má spoustu přání – nové auto, veliký dům, hodně peněz, aj. Nemocný člověk si přeje jediné – uzdravit se, a to především pacient s onkologickým onemocněním. Nejistá prognóza a zdlouhavá léčba není zrovna ideální pro podporu psychického stavu. Pocity nemocného mohou nabývat různých kvalit – je třeba si uvědomit, že nemocný člověk je ve skutečně nestandardní situaci oproti tomu, co považuje za „normální“ –

má něco, co nechce mít – nemoc a její projevy, je někde, kde nechce být – ve zdravotnickém zařízení, dělá něco, co nechce – léčebné procedury, a nemůže se chovat zcela přirozeně a dělat vše, na co je zvyklý (Křivohlavý in Kuzníková, 2011, str. 105).

Nemocný se musí vypořádat s pocity bolesti, strachu, úzkosti, hněvu, což se může projevit jako agresivita vůči okolí (personál, rodina, přátelé), duševní krize nebo i deprese. Zde pak důležitou roli hraje vztah k sociálně-zdravotnímu pracovníkovi, který mu může pomoci sám nebo přivolat specialistu – psychologa, psychiatra. Nejtěžší fází, kterou může pacienta i sociálního pracovníka (ať v sociálních službách, nebo v nemocnici) potkat, je sdělení, že pacient je v terminálním stádiu nemoci, není tedy žádná šance na uzdravení a léčba nepřináší ani šanci na prodloužení života.

## **9.1 Psychosociální péče o onkologicky nemocné pacientky**

Každý pracovník, ať lékař, zdravotní sestra, sociální či terapeutický pracovník, by měl ke každému pacientovi/klientovi přistupovat individuálně, přijmout ho takového, jaký je, najít potřebnou míru empatie a porozumění. Někdo se potřebuje ze svého trápení „jen“ vypovídat, někdo hledá podporu, někdo hledá něco, co třeba neumí ani sám pojmenovat. A proto každý odborník ve své profesi by měl do svého přístupu ke klientovi/pacientovi zahrnout i obyčejnou lidskost.

V porodnictví a gynekologii se vždy jedná o vypjaté okamžiky. V těchto situacích žena potřebuje velkou podporu. Ve zlomových okamžicích, kdy lékař sdělí nelítostnou diagnózu, je na místě využít pomoci psychologa, psychoterapeuta, či psychiatra.

Každý odborník by měl navázat se ženou takový kontakt, aby si pacientka získala jeho důvěru, měli by mezi sebou mít pozitivní vztah (např. nebát se zeptat).

Zacharová (2011, str. 178) uvádí tyto body, které by měly vést k dobrému vztahu mezi nevléčitelně nemocnou a pomáhajícím:

- profesionální přístup,
- individuální přístup,
- respekt změny,
- volba vhodné metody komunikace,
- nedirektivní přístup,
- uvádět pravdivé informace,



- respekt naděje,
- neodhadovat čas,
- umožnění okolí kontaktu s nemocným,
- taktní přístup a empatie,
- respekt k prožívání závěru života.

Sociální oporou jako takovou rozumíme činnost, kterou můžeme člověku v tísní ulehčit, poskytujeme ji druhým lidem, kteří se nacházejí v zátěžové situaci. Rozsah pojetí sociální podpory rozlišujeme na makroúroveň, kdy hovoříme o podpoře na celospolečenské úrovni pomoci potřebným, např. při živelných katastrofách. Meziúroveň pomoci nalezneme u určitých skupin obyvatelstva, kdy skupina pomůže jednotlivci, který jinak do pomáhající skupiny nepatří, např. činnost různých organizací. Na mikroúroveň pomoci jsme zvyklí všichni, rodina nám pomůže v nouzi, manžel manželce apod. (Křivohlavý, 2001, str. 94–95).

Pekárková (2015) uvádí: „Nedostatečná prevence a screening onkogynekologických onemocnění v populaci sociálně slabých a vyloučených žen je výrazným sociálně-zdravotním problémem. V České republice dosud není vytvořena koncepce, na rozdíl například od USA, která by umožňovala alespoň elementárně tento problém řešit. To má za následek, že se nemocné ženy bez domova dostávají do péče lékaře většinou až v terminálním stadiu onemocnění.“ To je jistě znepokojující zjištění, které by mělo vnést širší rozměr do sociální práce, a daným problémem by se odborníci měli hlouběji zabývat.

#### Fáze pomoci

V době, kdy se jednatel nebo rodina potýká s tímto závažným onemocněním, je důležité, aby rodina držela pohromadě. V řadě onkologických center je v multidisciplinárním týmu i sociální pracovník, který může pomoci se zabezpečením rodiny a zodpovědět sociální otázky. Slavíková a Nováková (2010) popisují jednotlivé fáze pomoci a uvádějí, co je v jednotlivých fázích nemoci důležité:

##### a) v době zjištění diagnózy

Poskytne sociální pracovník sociální poradenství a pomůže vyřešit problémy, které brání nastoupení pacienta k léčbě. Obvykle to bývá poradenství:

- Finanční – pracovní neschopnost, hmotná nouze
- Bytové – azylová zařízení
- Rodinné – péče o děti, prarodiče
- Sociální – udržení kontaktů

b) v době onkologické léčby

Poradí sociální pracovník se sociálními dávkami a výhodami v konkrétní situaci, jako jsou:

- Průkaz mimořádných výhod TP, ZTP, ZTP/P (hodnotí se mobilita žadatele)
- Příspěvek na provoz motorového vozidla
- Příspěvek na péči (hodnotí se soběstačnost)
- Příspěvek na zvláštní rehabilitační a kompenzační pomůcky
- Doprava pacienta k léčbě
- Pečovatelská služba (úkony pečovatelské služby, obědy, nákupy, pomoc v domácnosti atd.)
- Domácí zdravotní péče (např. odběry krve v domácím prostředí)

c) v době remise a rehabilitace

Sociální pracovník pomůže v těchto oblastech:

- Snaha o zajištění následné rehabilitační péče (rehabilitační kliniky a ústavy)
- Poradenství o postupu při zajištění lázeňské péče
- Sociální rehabilitace (patientské a neziskové organizace)
- Pracovní rehabilitace

d) při recidivě nemoci

- Znovu vše, co platilo u léčby
- Podpora a pomoc rodině, mnohdy vyčerpané dlouhou nemocí rodinného příslušníka
- Zvýšit stupně výhod a příspěvků

e) v terminálním stádiu

- Spolupráce s lékařem
- Rozhovory s rodinou

- Zajištění péče doma, pomoc se zajištěním domácí zdravotní nebo hospicové péče, spolupráce s praktickým lékařem, půjčovny kompenzačních pomůcek
- Zajištění následné péče (Hospic, LDN)

## **EMPIRICKÁ ČÁST**

# 1. Metodologie

V rámci zpracování empirické části této diplomové práce jsem využila 3 metody sběru dat, analýzu dokumentů, kvantitativní výzkum a kvalitativní výzkum.

## 1) Analýza dokumentů

Prostudovala jsem rámcové vzdělávací programy základních škol a středních škol v oblasti zdravotní gramotnosti. Zaměřila jsem se na to, jak jsou RVP nastaveny, jaký je obsah a v jak jsou děti a mládež konkrétně vzdělávány v oblasti zdraví a zdravotní prevence. Z toho může vycházet zdravotní gramotnost obyvatelstva v ČR, neboť to, co se žáci naučí ve škole, by měli využít při dalším vzdělávání a také v praktickém životě.

Dále jsem vyhledala výzkumy na téma rozvoj zdravotní gramotnosti v azylových domech v ČR jako příklad dobré praxe.

## 2) Kvantitativní výzkum

Po realizaci edukačního programu, v konkrétním AD, jsem rozdala edukantkám dotazníky, s jejichž pomocí jsem zkoumala, zda díky edukačnímu setkání získaly nové poznatky a zaměřila jsem se na praktické využití – např. zda vědí, kam se obrátit v případě, že budou o někom vědět, že potřebuje odbornou pomoc, zda ví, jak často preventivní samovyšetření prsu provádět nebo zda ví o preventivních programech, které mohou využít. Dotazník jsem původně získala v rámci spolupráce s Aliancí žen s rakovinou prsu, která během svých aktivit také provádí podobná šetření a upravila ho pro potřeby této diplomové práce.

## 3) Kvalitativní výzkum

Po předchozí domluvě jsem při realizaci edukačního programu v konkrétním AD provedla polostukturovaný rozhovor s pracovnicemi AD na téma, jak v rámci individuálního plánování pracují s klientkami, zda se v individuálních plánech objevuje téma zdraví a zdravotní prevence, popř. jaká zdravotní témata zaznívají a s jakými situacemi se ve vzájemné spolupráci setkávají a jak je řeší. Což je důležité zjištění pro další rozvoj zdravotní prevence v azylových domech.

## 2. Preprimární, primární a sekundární výuka dle RVP/ŠVP

Při zkoumání zdravotní prevence v azylových domech jsem prostudovala rámcové vzdělávací programy a školní vzdělávací programy pro mateřské, základní a střední školy. Zde jsem analyzovala obsah těchto vzdělávacích programů zaměřených jakkoliv na téma zdraví.

### MŠ

Děti se v mateřských školách také učí správným hygienickým návykům a zdravému životnímu stylu, ale s ohledem na věk a vývoj dětí je vzdělávání specifikováno spíše do obecné roviny a vede k pochopení života a jeho základních hodnot. Proto se RVP (rámcovým vzdělávacím programem) na této úrovni vzdělávání nebudu zabývat podrobněji.

### 1. stupeň ZŠ

Na 1. stupni ZŠ se žáci v rámci vzdělávacího programu „Člověk a jeho svět“ učí o péči o své zdraví, kde probírají tato témata: zdravý životní styl, denní režim, správná výživa, výběr a způsoby uchovávání potravin, vhodná skladba stravy, pitný režim; přenosné a nepřenosné nemoci, ochrana před infekcemi přenosnými krví (hepatitida, HIV/AIDS), drobné úrazy a poranění, prevence nemocí a úrazů, první pomoc při drobných poraněních, osobní, intimní a duševní hygiena. Pro první stupeň ZŠ je zpracována také metodika k ŠVP (školní vzdělávací program), kde jsou uvedena průřezová témata, která se později na 2. stupni rozvíjí a dělí na další oblasti péče o tělo, zdraví a další. Tento vzdělávací program je dostupný na webových stránkách Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

### 2. stupeň ZŠ

Vzdělávací program Výchova ke zdraví vede žáky na 2. stupni ZŠ k aktivnímu rozvoji a ochraně zdraví v propojení všech jeho složek (sociální, psychické a fyzické) a učí je být za ně odpovědný. Svým vzdělávacím obsahem navazuje na obsah vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět a prolíná do ostatních vzdělávacích oblastí. Žáci si osvojují zásady zdravého životního stylu a jsou vedeni k jejich uplatňování ve svém životě i k osvojování účelného chování při ohrožení v každodenních rizikových situacích i při mimořádných událostech. Vzhledem k individuálnímu i sociálnímu rozměru zdraví vzdělávací obor dtto Výchova ke zdraví obsahuje výchovu k mezilidským vztahům a je velmi úzce propojen s průřezovým tématem Osobnostní

a sociální výchova. Žáci si rozšiřují a prohlubují poznatky o sobě i vztazích mezi lidmi, partnerských vztazích, manželství a rodině, škole a společenství vrstevníků.

Na druhém stupni ZŠ se žáci učí respektu k opačnému pohlaví, osvojují si preventivní rozhodování, chování a jednání v souvislosti s běžnými, přenosnými a jinými civilizačními chorobami. Žáci jsou podporováni v ochraně svého i veřejného zdraví. Učí se relaxační techniky a sociální dovednosti k regeneraci organismu. Vše je postupně zakomponováno do učiva dle vyspělosti, tzn. 5.–9. třída.

Učivo je rozděleno do 6 oblastí – vztahy mezi lidmi a formy soužití, změny v životě člověka a jejich reflexe, zdravý způsob života a péče o zdraví (zde bych zdůraznila, že již na ZŠ se žáci učí o výživě a zdraví, vlivech vnějšího a vnitřního prostředí na zdraví, tělesné a duševní hygieně, ochraně před přenosnými chorobami a chronickými chorobami a úrazy), rizika ohrožující zdraví a jejich prevence, hodnota a podpora zdraví a osobnostní a sociální rozvoj (podrobně viz příloha č. 6).

Rámcový vzdělávací program obsahuje také zásady pro zpracování, vyhodnocování a úpravy školního vzdělávacího programu. Dále RVP pro ZŠ obsahují upravené plány, aby je zvládli splnit i žáci speciálních tříd (viz příloha č. 7).

#### RVP pro gymnázia

Výchova ke zdraví má ve vzdělávání především praktický a aplikační charakter. V návaznosti na přírodovědné a společenskovední vzdělávání a s využitím specifických informací o zdraví směřuje především k hlubšímu poznávání rizikového a nerizikového chování (v partnerských vztazích, rodičovských rolích, ve styku s návykovými látkami a jinými škodlivinami, při ohrožení bezpečí atd.) a k osvojování praktických postupů vhodných pro všestrannou aktivní podporu nejen osobního, ale i komunitního a globálního zdraví (v běžném životě i při mimořádných událostech).

Učivo pro gymnázia je rozděleno do 5 oblastí – zdravý způsob života a péče o zdraví, vztahy mezi lidmi a formy soužití, změny v životě člověka a jejich reflexe, rizika ohrožující zdraví jejich prevence (zde bych opět zdůraznila obsah učiva v této oblasti – žáci by měli mít osvojené tyto dovednosti: odolnost vůči výzvám k sebepoškozujícímu a rizikovému životnímu stylu, zaujímat odmítavý postoj ke všem formám rizikového chování, vědět o důsledcích a umět je interpretovat v souvislosti s legislativou u návykových látek, kriminality a s tím spojené odpovědnosti, dále umět se rozhodovat v konkrétních situacích podle osvojených modelů

chování v situacích vlastního nebo cizího ohrožení), ochrana člověka za mimořádných událostí (podrobně viz příloha č. 8).

#### Další vzdělávání

Na středních zdravotních školách je problematika zdraví a prevence zpracována individuálně podle zaměřeného vzdělávacího programu, stejně tomu tak je i na univerzitách a vysokých školách, kde si studenti zdravotních škol vybírají své profesní zaměření.

#### Shrnutí:

Již od útlého věku, tedy od vzdělávání v MŠ, se děti učí zdravotní gramotnosti a správným návykům. Základní a střední školy na toto učivo navazují, a tak je pouze na každém člověku, jak nabyté informace později využije. Člověk s vyšším věkem často zapomíná, ale je důležité, aby rodina daného jedince podporovala v seberozvoji a v upevňování získaných zkušeností.

Po prozkoumání vyplněných dotazníků jsem zjistila, že vzdělání klientek nemělo na výsledky velký vliv. Ze subjektivního pohledu usuzuji, že u 5 žen nemělo vzdělání žádnou váhu, u jedné ženy částečně a pouze u jedné ženy předpokládám, že její vzdělání mělo vliv na vyplněný dotazník, neboť na otázky s odborným zaměřením, viz otázka č. 5, odpověděla jako jediná špatně (př. AD č. 1). Z celkového pohledu však 75 % edukovaných žen odpovědělo na tuto otázku správně, což je pro mne více než uspokojivé zjištění.

Pokud bych se někdy v budoucnu k této problematice vracela ať osobním výzkumem, či osobním zájmem o dané téma, vedla bych rozhovory na téma vzdělání v souvislosti se zdravím a zdravotní prevencí.



### **3. Možné způsoby rozvoje zdravotní gramotnosti v azylových domech v ČR**

Zdravotní gramotnost není jen o znalosti odborných informací, naučených frázích a existenci organizací zabývajících se rozvojem zdravotní gramotnosti, ale také o možnostech, které sociální pracovník může na své pozici využít. A těmi jsou např. účast v projektech, motivace klientů, pořádání besed a v souvislosti s tím vyhledávání odborných informací, spolupráce s dalšími zařízeními apod. V předchozích kapitolách jsme si prošli celý systém fungování sociálních a zdravotních služeb s ohledem na zaměření této práce. Nyní si pojdme ukázat jednotlivé příklady, jak rozvoj zdravotní gramotnosti může vypadat v praxi.

Kritérium pro vhodné zařazení vybraných příkladů bylo, aby se výzkum týkal: 1) prostředí sociální práce, 2) aby se jednalo o populaci žen a 3) aby byl výzkum spojen s tématem zdraví/zdravotní prevence.

#### **A) Edukace na téma zdravý životní styl**

Mateřská centra mají za cíl posilovat vztahy mezi rodinou, posilovat mezigenerační vztahy, upevňovat rodinné hodnoty a také právní ochranu a posilování rovných příležitostí pro všechny. Nejedná se o službu pobytovou, ale důležitý je střet žen a dětí, tedy výskyt osob, které potřebují sociální služby a mají zájem na sobě pracovat.

Práce se zabývá problematikou zdravotní gramotnosti a samotným pojmem. Hromková (2016) definuje, jaké znalosti mají samotné koordinátorky mateřských center (konkrétně v mateřském centru Haštalská YMCA Praha) a jaký význam má pro ně a pro řadové členy toto sousloví. Souvisejícího výzkumu provedeného v mateřském centru Haštalská YMCA Praha se zúčastnilo celkem 183 koordinátorů a 91 klientů MC. 49 % koordinátorů pojmu zdravotní gramotnost rozumí (absolvovali školení) u klientů je to 60 %.

Výzkum pojímá široké spektrum otázek a zjištění, která vedou autorku k vypracování edukačních materiálů zdravotní gramotnosti pro klienty MC na základě zjištěných skutečností. Respondentkami byly převážně ženy, jež se nejvíce zajímaly o témata děti, těhotenství a cvičení. Konkrétní témata, která budou prezentována pomocí edukačních materiálů, jsou: cvičení na bolavá záda, cvičení ve vyšším věku, zdravé stravování pro děti, zdravé stravování pro rodiče, psychická podpora, relaxační techniky a informace o složení potravin (Hromková, 2016).

Z provedeného výzkumu vyplývá, že ženy navštěvující mateřská centra mají zájem se dále vzdělávat a prohlubovat si znalosti v oblasti zdravotní gramotnosti, v tomto případě konkrétně ve smyslu zdravějšího životního stylu formou cvičení.

### **B) Edukace na téma prevence nechtěného těhotenství**

Mezi zdravotní gramotnost chtě nechtě patří i informace, jak předejít nechtěnému těhotenství. Výzkumu na toto téma se zúčastnilo 9 klientek AD.

5 klientek uvedlo, že neví, co je to nechtěné těhotenství. Autorka udává, že je možné, že klientky odpověděly s nezájmem o tuto otázku, a tak odpovědi nemusí být zavádějící. Na druhou stranu je překvapující, že o antikoncepční metody mají jejich partneři zájem, přesto všechny ženy uvedly, že žádnou antikoncepční metodu neužívají. Skladba žen v AD byla zajímavá z etiketizačního hlediska. Mohli bychom očekávat, že v AD žijí převážně romské ženy, ale v tomto konkrétním AD tomu tak nebylo, na což studentka též upozorňuje. Ovšem klasický obraz se nemění, všechny romské ženy mají více dětí, než je v dnešní době běžné, a to až 8. Zda studentka zjišťovala etnicitu respondentů, není z dané práce zřejmé, tudíž se domnívám, že šlo o subjektivní posouzení.

Studentka shrnuje, že informovanost klientek o prevenci nechtěného těhotenství je na velmi slabé úrovni, a zabývá se filozofickou otázkou, kdo bude jejich děti informovat. Samy ženy uvedly, že informace, které mají, pocházejí buď ze školy, nebo dokonce od řádových sester (Celerová, 2016).

### **C) Zájem klientek o edukaci obecně**

Výzkum studentka provedla v Domově na skalách v Žamberku (azylový dům pro ženy a matky s dětmi v tísní). Zabývala se možností edukace žen a jejich zájmem o edukaci.

Z provedeného výzkumu vyplynulo, že ženy přicházejí do AD nejčastěji z důvodu ztráty bydlení a mají problém ve financování bydlení. Studentka ke svému výzkumu využila metodu rozhovoru a analýzu dokumentů. Zjištěné informace shrnula do těchto tří bodů:

### 1. Finanční gramotnost

- získání přehledu o možných příjmech
- rozvržení finančního rozpočtu
- sledování výdajů
- splácení dluhů
- odkládání financí jako úspor

### 2. Péče o dítě přiměřená jeho věku a schopnostem

- anamnéza dítěte
- schopnosti a zájmy dítěte
- vzdělávací potenciál rodiny
- podpora dítěte mimo rodinu
- systematická práce s dítětem

### 3. Zvládání vyplňování formulářů a žádostí

- Projednání, jaká žádost je potřebná a jaký formulář je nutný
- Ověření, jak uživatelka ovládá psaní a pravopis
- Stanovení míry podpory při vyplňování (Kopecká, 2015).

## **4. Analýza zkoumaného prostředí**

Než se zaměříme na hodnocení a rozpravy o zdravotní problematice klientek azylových domů, je důležité analyzovat toto prostředí nezaujatě a nezávisle. K tomu nám pomůžou výzkumy, které již byly realizovány v průběhu předešlých let. K poznání dané problematiky jsem vybrala pro mě několik relevantních výzkumů z řad vysokoškolských studentek a studentů (bakalářské, diplomové a disertační práce) a výzkumy z řad univerzitních pedagogů a dalších odborníků. Výzkumníci se zabývají potřebami konkrétních klientek AD: jak své potřeby vnímají, jak vnímají prostředí, ve kterém žijí, a jak vnímají svou situaci, která je zavedla až k pobytu v azylovém domě. Nutno říci, že ač několik výzkumníků použilo třeba stejnou metodu výzkumu, dospěli k odlišným výsledkům, což je jistě ovlivněno lokalitou výzkumu (např. Ostravsko, Ústecko, apod.). Myslím si, že analýza potřeb klientek napříč republikou je důležitým rozcestníkem pro účinnou sociální práci, která se může dále rozvíjet (a to nejen v azylových domech), a také pro užitečnost spolupráce s dalšími organizacemi (např. lékaři, organizace sdružující určitou skupinu lidí apod.).

Výsledky výzkumů, které byly provedeny, nelze jistě zobecnit, ale můžeme je vnímat jako určitý vhled do dané problematiky.

### **Potřeby klientek AD**

Neboť výzkum v této diplomové práci je zaměřený na zavedení zdravotní prevence formou edukace v azylových domech, chtěla jsem nejprve poukázat na okolnosti, které mohou vést k neznalosti zdravotní prevence této skupiny lidí, tedy klientů azylových domů, a to jsou jejich vnímané potřeby.

V ČR žije jedna pětina domácností tvořená jedním rodičem a na něm závislými dětmi. V 90 % případů je osamělým rodičem právě matka (ČSÚ, 2013). V azylových domech pro matky s dětmi ve městě Ostrava je dle informací od místních sociálních pracovníků mezi 98 až 99 % matek samoživitelek (Glumbíková, 2014).

Kritéria pro výběr respondentek byla: znalost zkoumaného prostředí, motivace pro výzkum (nejen dobrovolnost), schopnost náhledu a vhledu do problematiky, dobré komunikační schopnosti, spolehlivost (přičemž ve stati není uvedeno, jak tato kritéria byla zkoumána, zda je klientky opravdu splňují, ale s ohledem na vzdělání a postavení autorek výzkumu si trůfám říci, že výzkum je plauzibilní).

Výsledky výzkumu byly rozřazeny do těchto kategorií: sociální vztahy, přítel, děti, kriminalita, peníze, práce, bydlení, azylový dům, domácí násilí, závislosti, sebedůvěra a stigma.

a) Sociální vztahy

Sociální vztahy tvoří u klientek AD vztahy s rodinou a potřeba přátel. Bohužel v tomto směru jsou klientky často stigmatizovány jako ty, které se neumí postarat o děti a přátele mimo prostředí azylového domu hledají velmi těžko.

b) Přítel (partner, druh)

Přítel je ve většině odpovědí respondentek vnímán jako hlavní důvod pobytu žen v AD. Často je násilníkem, zlodějem nebo nějak závislý.

c) Děti

Potřeba trvalého bydlení je řadou klientek vnímána jako nejdůležitější ve vztahu ke školní docházce dětí. Časté střídání bydlení ať v azylových domech, nebo stěhování se z města do města, vede k výchovným problémům dětí, které odmlouvají, jsou sprosté a nervózní.

d) Kriminalita

Pro rodinu je důležité mít zajištěné příjmy a zároveň ženy vnímají za nutné, aby příjmy nebyly zajištěné krádežemi.

e) Peníze

Nejčastější záležitostí, kterou klientky ve vztahu k financím řeší, jsou dluhy a oddlužení. Při neschopnosti splácet své závazky litují, že se do této situace dostaly, ale z důvodu nízkých příjmů rodiny rezignují na možné řešení.

f) Práce

Nejširší otázkou na toto téma je vnímaná bariéra ze strany klientek – režim azylového domu. Klientky popisují, že nemohou pracovat na směny, protože nezletilé děti nesmí být v AD samy. Nemohou chodit na noční směny, neboť mají vycházky, proto tedy většina žen práci nemá.

g) Bydlení

Klientky mají potřebu bydlet, AD nebo ubytovny shledávají jako pomoc v nouzi. Ztrátou bydlení rozumí i situaci, kdy musí opustit AD (to je po roce od přijetí do AD).

h) Azylový dům

Řada záležitostí v azylovém domě je pro klientky přínosem, ale najdou se i takové, které klientky zatěžují nebo v nich nevidí smysl. Šetření peněz, kterých není nazbyt, je pro klientky za 1 rok pobytu v AD náročné. Tuto možnost vnímají negativně z tohoto pohledu, že rok je příliš krátká doba na našetření určitého obnosu peněz, např. na kauci. Nové klientky AD vidí přínos v aktivitách, které AD nabízí, avšak klientky, které opakovaně potřebují pomoc právě formou bydlení v AD, aktivity nevyhledávají a přijdou jim zbytečné, neboť se stále opakují

(např. kurz vaření), ale potravinové balíčky nebo hygiena je vnímána kladně vždy. Dalším důležitým bodem je důvěra, kterou si tvoří klientka s pracovníci AD. Ne vždy se klientky chtějí svěřit a pomoc SP je tak zdlouhavější. Na druhou stranu klientky vnímají, že SP jim řekne, kdy mají jít k lékaři, kdy mají schůzku na úřadu práce nebo kdy je jaká kulturní akce v okolí. Naproti tomu klientky, které jsou v AD poprvé, vnímají řád a strukturu jako nutnost k získání pocitu bezpečí.

#### i) Sebedůvěra

Často ženy uvádějí, že jsou černé ovce rodiny, což vede k frustraci a jedinou oporu tak vnímají v partnerovi, na kterého se upínají. Potřeba v tomto bodě spočívá v: mít sebedůvěru, nebýt stigmatizován a vyčleňován ze společnosti z důvodu pobytu v azylovém domě.

#### j) Stigma

Ženy vnímají pobyt v azylovém domě jako stigma, neboť okolí (přátelé, známí, učitelky jejich dětí atd.) se na ně dívají jako na nenormální, nesvéprávné osoby, které něco provedly, a proto musí být umístěny v tomto „ústavu“. Potřeba je v tomto ohledu vnímána jako pohled na normální osoby, které se pouze ocitly ve špatné sociální situaci.

Glumbíková a Gojová dále uvádějí několik možných řešení, ale to již není relevantní pro tuto práci. Z tohoto výzkumu vyplývá, že klientky tohoto azylového domu řeší spoustu důležitých záležitostí, které jim umožňují žít pohromadě se svými dětmi, popř. partnery. Důležité je pro ně zázemí, pocit bezpečí, zajištění rodiny jak finančně, tak materiálně. Zdraví, péče o zdraví a prevence je zde zmíněna jen náznakem, a to, že např. dbají o hygienu v rámci hygienických balíčků, které v AD dostávají. Do péče o zdraví lze jistě zařadit i uvědomění si, že závislosti jim nepomohou vyřešit osobní problémy, nebo vědomí, že pro děti musí mít zázemí, dále také páchání domácího násilí, kterému musí čelit, které tak ohrožuje celkové fungování rodiny.

### **Potřeby klientek po odchodu z AD**

1. Biologické – mít kde spát, co jíst, kde uvařit, střechu nad hlavou, aby matkám děti neodebral OSPOD.
2. Psychologické potřeby – mít zajištěné bezpečí pro děti, aby se jim nic nestalo.
3. Sociální potřeby – zabezpečení školní docházky dětí, vztahy v rodině, možnost zaměstnání.
4. Spirituální potřeby – naplnění hodnot, smysl života, rozvoj osobnosti.

Biologické potřeby měly všechny dotázané klientky uspokojené. Nepocit'ovaly žádné nedostatky.

Psychologické potřeby se odvíjely především od spokojenosti dětí. V případě spokojenosti dětí, jsou spokojené klientky, což souvisí i s biologickými potřebami.

Sociální potřeby a jejich uspokojení spatřují klientky především ve školských zařízeních, v práci či jejím hledání. Všechny oslovené klientky (6) jsou registrované na ÚP a mají dobrý přehled o dávkách hmotné nouze, pronajímání bytů a placení nájmu. V případě potřeby se dotazovaly pracovníků ÚP.

Spirituální potřeby byly rozdílné u klientek, které stále žijí v AD, a které mají již vlastní byt. Nejčastěji se jednalo o víru v samu sebe a vidinu pouze současné situace (Zatloukalová, 2014).

### **Porovnání vnímaných potřeb klientkami a pracovníci**

Autorka využila metodu polostrukturovaného rozhovoru s klientkami i pracovníci vybraného AD, které si předem telefonicky domluvila. Rozhovory proběhly v období 10. 1. do 30. 1. 2017, byly nahrávány na diktafon a následně přepisovány a otevřeně (první průchod textem) a axiálně (případné sdružení do kategorií) kódovány. V rámci šetření hledala odpověď na otázku, jaké potřeby mají klientky AD a jaké potřeby identifikují pracovníci při práci s klientkami AD.

Autorka popsala tyto potřeby, identifikované klientkami:

1. Potřeba bezpečí a jistoty – vypořádat se strachem a pocitem ohrožení, potřeba bezpečného místa, potřeba bezpečných vztahů, potřeba nadějně a bezpečné budoucnosti, potřeba klidu a odpočinku, potřeba jistoty.

Respondentka č. 4 uvedla: „*Nebyla jsem dobrá matka, pila jsem hodně. Vzal mi moji holčičku OSPOD. Ted' chci to napravit, stýská se mi. Musím sehnat peníze, a až se mi narodí tahle, tak to musím jinak...aby se to neopakovalo, víte...“*

2. Potřeba materiálních věcí – potřeba mít peníze, potřeba mít vhodné bydlení.

Respondentka č. 5 uvedla: „*Ted' pracuju na tom, abych se naučila hospodařit s penězi. Abych vlastně uměla s nimi vycházet, protože z toho mám největší obavy, že když se ocitnu, sama někde v bytě, abych to zvládala finančně, abych dokázala nakoupit, abych věděla, jak mám uvařit a abych vyšla takhle.“*

3. Potřeba mít vzdělání – když nebudu mít vzdělání, nic nejsem, nebudu mít v budoucnu dobrou práci, motivace studovat, která dříve nebyla.

Respondentka č. 6 uvedla: „*Nevím, jakou budu mít práci, protože vůbec nevím kam, protože mám jen základku. Přemýšlela jsem, že jak tady mají ty kurzy, takže to by mě strašně bavilo, ale nevím, jestli bych to mohla dělat skrze tu malou.*“

4. Potřeba uspokojivých vztahů – potřeba pozitivních vztahových reakcí, potřeba blízkých vztahů, potřeba vztahu s pracovníky a terapeutického vztahu, naplnění vztahových potřeb, potřeba mít spokojené dítě.

Respondentka č. 4 uvedla: „*Jinak bych zůstala tady někde. Tady je takový klid a lepší lidi. Potřebovala bych klidný prostředí pro svůj život. A hlavně dál od těch, co jsem byla před tím. Tam je prostě alkoholik samej. Jsem vyléčená alkoholička. Už jsem se byla léčit, už je to dva roky. Já se teď' těhle lidí straním.*“

Nejčastěji uváděnou potřebou, která je pro klientky AD nejdůležitější z hlediska jejího naplnění, je pocit bezpečí a jistoty.

Naproti tomu mohou pracovnice AD identifikovat potřeby klientek v rámci spolupráce do značné míry odlišně, což je velmi zajímavý jev:

1. Materiální potřeby – některé hodnotí kladně, např. potřeba ubytování. Jiné hodnotí záporně, např. potřeba alkoholu a cigaret.
2. Klientky mají vztahové potřeby – potřeba partnerského vztahu, potřeba vztahu s rodinou, potřeba dobrého vztahu s pracovníky, nemají potřebu citového vztahu k dětem.
3. Mnohé potřeby klientek jsou neuvědomělé – klientky neví, že mají potřebu být přijaty druhými takové, jaké jsou, klientka neví, že má potřebu mít dobré vztahy, klientky neví, že mají spirituální potřeby a otázky po smyslu života.
4. Potřeby klientek se mění podle etnika nebo sociálních skupin – klientky přicházejí z prostředí domácího násilí, klientky romského etnika, klientky ukrajinské národnosti, klientky opakovaně pobývajících v azylových domech.
5. Klientky mají potřebu řešit budoucnost – získat peníze, najít bydlení, naplnit vztahové potřeby.

Pracovnice nejčastěji identifikují biologické potřeby svých klientek, kdy je pro klientky nejdůležitější mít zajištěné bydlení, jídlo a oblečení pro sebe a své děti (Kupčíková, 2017).



Dále bych ráda odkázala na další zajímavé výzkumy, které se týkají prostředí azylových domů. Tím je porovnání vnímaných potřeb muži (Vochozková, 2007) nebo vnímání potřeb mužů a žen dohromady (Hančová, 2017) a na tato zjištění volně navazuje výzkum Paula (2016), který popisuje edukaci matek pro posílení vztahů mezi nimi a jejich dětmi. Čímž dochází k podpoře mé myšlenky, že je důležité, aby rodina podporovala děti v jejich rozvoji a upevňování nabytých zkušeností.

## **4. Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s.**

Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s. byla založena v roce 2002 devatenácti organizacemi onkologických pacientek jako zastřešující celostátní obecně prospěšná společnost.

### Cíle Aliance

- vytvořit informační a edukační centrum pro veřejnost, onkologicky nemocné a jejich organizace
- poskytovat metodickou pomoc organizacím onkologicky nemocných
- koordinovat projekty a kampaně ve prospěch prevence a léčby nádorového onemocnění prsu
- sjednotit snahy patientských organizací i jednotlivců o prosazování práv a rovných podmínek k léčení a rekonvalescenci žen s nádorovým onemocněním prsu
- zastupovat české onkologické pacientky v mezinárodních strukturách
- představení programů, nebo aktuálních priorit, kterým se věnuje.

### **Bellisky**

Bellis je projekt Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s. Zaměřuje se na mladé pacientky (do 45 let věku), které procházejí nebo prošly léčbou spojenou s nádorovým onemocněním prsu. Jejich příběhy, odborné informace a probíhající projekty nalezneme na jejich webových stránkách <http://www.bellisky.cz/>.

## 5. Projekt

### Popis projektu

|   |  |
|---|--|
| <b>Účastníci projektu</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bc. Zuzana Bázlerová – studentka FHS UK Praha</li> <li>• Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s. – zaštitění projektu</li> <li>• AVON – finanční podpora z charitativního prodeje prsních hrnků, jaro 2018</li> <li>• Bellisky, mladé onkologické pacientky – odborná edukační činnost</li> <li>• Azylový dům v České Lípě, v Lochovicích a na Mělníku – klientky</li> </ul>   |
| <b>Název projektu</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventivně zdravotní projekt – edukace samovyšetření prsu</li> </ul>   |
| <b>Realizační období</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leden 2017 – říjen 2018</li> </ul>  |
| <b>Cílová skupina</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Matky s dětmi v AD</li> <li>• Rodiny s dětmi v AD</li> <li>• Ženy jednotlivkyň v AD</li> </ul>  |
| <b>Popis stávající situace cílové skupiny (z čeho projekt vychází, na jakou situaci reaguje...)</b> | <p>Základní myšlenkou tohoto projektu je zdravotní prevence jako součást práce s klientkami, popř. klienty sociálních služeb. V řadě registrovaných sociálních služeb chybí poskytování zdravotních služeb, především preventivního charakteru. Např. domov pro seniory je sociální službou, ale současně je klientům poskytována i služba zdravotní (léky podává zdravotní sestra, lékař dochází do zařízení a spousty dalších zdravotních úkonů jsou klientům poskytovány přímo v domově. Příkladem jedné takové služby, kde zdravotní prevence chybí, je azylový dům.</p> <p>Cílem sociální služby pro ženy v azylových domech je převážně poskytnout bydlení, sociální poradenství a najít práci, případně zajistit finanční prostředky pro běžný život, viz § 57 zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách, kde azylové domy poskytují tyto služby: pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Služba obsahuje tyto činnosti: poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při uplatňování</p> |

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
|                                    | <p>práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Každý azylový dům pak má své činnosti individuálně zpracované.</p> <p>Od roku 2017 spolupracuji s Aliancí žen s rakovinou prsu, o.p.s. a naším cílem je zrealizovat projekt edukace žen v azylových domech v ČR v oblasti zdravotní prevence se zaměřením na prevenci rakoviny prsu. Aliance sdružuje pacientské organizace a spolupracuje s dalšími, které nějakým způsobem pomáhají v oblasti zdraví. Obdobnou organizací je i AVON, který kromě distribuce kosmetiky pořádá i známý AVON pochod, prodej charitativních předmětů atd. Jedním takovým projektem je kampaň Ostře sledovaná prsa, která podpoří realizaci edukace v AD. Výtěžek z prodeje prsních hrnečků půjde na podkampaň „Ostře sledovaná prsa hledají azyl“, kde se finančně podpoří pacientky, pro které je takováto možnost často jediným příjmem.</p> |
| <p><b>Přínos projektu</b></p>      | <p>Tento projekt by mohl přispět k zavedení prevence do sociálních služeb ukotvené v legislativě a popsané ve standardech kvality. Tím, že by prevence byla nějakým způsobem povinná pro všechny sociální služby, by se dalo předejít pozdnímu diagnostikování rakoviny, snížení nákladů na případnou léčbu a možná také ke snížení úmrtnosti na toto záludné onemocnění (popř. nejen této konkrétní nemoci.)</p>   |
| <p><b>Harmonogram projektu</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leden – červen 2017: příprava projektu, zaměření, předpokládaná realizace</li> <li>• Červenec – prosinec 2017: konzultace, sběr informací o zájmu o projekt</li> <li>• Jaro 2018: domluva na konkrétních setkáních v azylových domech, zajištění finančních prostředků</li> <li>• Září – říjen 2018: realizace edukačních setkání</li> <li>• Listopad – prosinec 2018: sepsání výstupů z uskutečněných edukačních setkání</li> </ul>   |

## **Jak edukace probíhala prakticky**

- 1) První kontakt s azylovými domy započal již na jaře roku 2017, kdy jsem vytvořila adresář všech azylových domů v ČR. Těm, které se mi ozvaly se zájmem o spolupráci, jsem odeslala dotazník s informacemi o daném azylovém domě, např. jaká je kapacita, kolik žen se v AD nachází, jaká je procentuální obsazenost během roku atd. Tato data mi posloužila k vyhodnocení nejlepšího výběru období vhodného pro edukaci.
- 2) Oslovení azylových domů, které reagovaly na jaře 2017 na první kontakt ohledně možnosti spolupráce na edukaci samovyšetření prsu.
- 3) Domluva na termínu edukace v daném azylovém domě a zjištění, zda bude zájem ze strany klientek, popř. samotných pracovníc.
- 4) Domluva s Belliskami, jaké termíny jim budou nejlépe vyhovovat, a potvrdit konkrétní datum a čas jednotlivým azylovým domům.
- 5) Schůzka s paní ředitelkou Aliance žen s rakovinou prsu a předání informací. Převzetí edukačních materiálů.
- 6) Výjezd na jednotlivé edukace v azylových domech.
- 7) Edukace klientek a pracovníc, předání edukačních materiálů, poděkování za spolupráci.
- 8) Zpětná vazba k uskutečněné edukaci od pracovníc.

## **Realizace edukačních setkání obecně**

Vždy jsme přijely do AD s předstihem, abychom si připravily místnost a edukační materiály pro edukované ženy. Na začátku setkání jsem seznámila účastnice setkání s projektem, jeho účelem, představila edukátorky a vysvětlila, že dané setkání má i výzkumný význam, a to právě pro tuto práci. Poprosila jsem ženy o podepsání informovaného souhlasu pro případ, že zazní něco zajímavého a bude to případně použito právě v mé DP. Dále jsem vysvětlila, že na konci setkání je poprosím o vyplnění dotazníku, který bude sloužit též pro výzkumné účely DP, ale také pro Alianci a její rozvoj.

Následně jsem předala slovo Belliskám, které ženám vysvětlily, že účelem setkání není je strašit, ale upozornit, že je důležité se samovyšetření prsu věnovat. Bellisky ženám sdělily i svůj osobní příběh, jak u sebe nemoc objevily, jak si prošly léčbou a jak se mají dnes. Sdělení diagnózy – „rakovina“ má na pacientky nesmírně negativní vliv. Je to pro ně rozsudek smrti

a ztráta dosavadního stylu života. Např. Takovéto tvrzení zaznělo z úst Bellisky Radky, která v době zjištění svého onemocnění měla 8letou holčičku<sup>2</sup>. Bellisky také ženám ukázaly, jak správně prsy vyšetřovat. Ženy se zájmem poslouchaly a průběžně se ptaly i na souvislosti s rakovinou nebo jiným možným onemocněním prsů. Bellisky poté na prsním fantomu ukázaly rozdíly mezi zdravými a postiženými prsy – bulku, vpáčenou bradavku, pomerančovou kůži na prsou i podkožní jamku, která také může signalizovat nějaké onemocnění.

Poté jsem ženy poprosila o vyplnění dotazníku, který se skládal ze 13 otázek na téma edukace a 2 demografických otázek – věk a vzdělání.

Následně ženy napadaly další otázky a v každém AD se stalo, že se jedna z žen svěřila s životním příběhem, např. že její teta onemocněla rakovinou a nyní prochází léčbou.

Všechna 3 edukační setkání byla velmi zajímavá, neboť věkové složení klientek AD hrálo zřejmě velkou roli ve smyslu soudržnosti klientek a udržení příjemné atmosféry, ke které se vrátím podrobně níže.

Na konci setkání každá žena obdržela nástěnný kalendář, který nafotily samotné Bellisky. Dále jsme ženám rozdaly deník bojovnice, který je určen jak ženám s onemocněním, tak i těm zdravým, brožuru ohledně mamografického screeningu v evropském kontextu, letáček s návodem samovyšetření prsu a kontakty na pracoviště, která se tímto onemocněním či vyšetřením prsu zabývají, a v neposlední řadě ještě komiks pro děti, který vhodnou formou vysvětluje, co je rakovina prsu. Jednotlivé azylové domy ještě dostaly sáček s balonky a stužku s logem Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s.

Program setkání:

- Uvítání edukantek a představení se
- Vysvětlení důvodu setkání
- Seznámení s průběhem edukace
- Edukace v samovyšetření prsu
- Vyplnění dotazníku
- Diskuze
- Poděkování a rozloučení

---

<sup>2</sup> O jejím životním příběhu se můžeme více dozvědět na <http://www.bellisky.cz/pribehy/radka/>. Kdo jsou Bellisky a proč se zde o nich zmiňuji, naleznete v 5. kapitole praktické části této práce.

Formy edukace:

- Přednáška
- Praktická ukázka samovyšetření prsu (na prsním fantomu)
- Rozdání letáčků a brožur s informacemi a kontakty

## 5.1 Výsledky edukačních setkání

S ohledem na životní situace a zachování bezpečí klientek, nebudu jednotlivé azylové domy konkretizovat, myslím si, že to není důležité, použiji pouze číslování azylového domu pro přehlednost.

### Azylový dům č. 1

Celkem se zúčastnilo 7 žen – 4 klientky a 3 pracovnice na různých pozicích. Všechny odborné informace, které jsou zjišťovány pomocí dotazníku, zazněly na přednášce z úst Bellisek, kromě otázky č. 13.

| Věk žen       | počet žen | Vzdělání žen              | počet žen |
|---------------|-----------|---------------------------|-----------|
| 20–30 let     | 4         | Základní                  | 2         |
| 31–40 let     | 1         | Vyučena                   | 1         |
| 41–50 let     | 2         | Středoškolské s maturitou | 2         |
|               |           | Vysokoškolské             | 2         |
| <b>Celkem</b> | <b>7</b>  | <b>Celkem</b>             | <b>7</b>  |

V AD č. 1 žijí převážně mladší ženy do 30 let s rodinami, tzn., mají partnera a alespoň 1 dítě.

Připravený dotazník obsahoval celkem 13 otázek a v nezměněné formě byl předložen ve všech 3 azylových domech, ve kterém jsme uskutečnily edukační setkání. Samotný dotazník používá Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s. při svých aktivitách, ale má otázek jen 10. Po domluvě s Aliancí jsem dotazník upravila a rozvedla pro potřeby této diplomové práce. Předloženým dotazníkem jsme si chtěli ověřit, zda si účastnice edukačního setkání zapamatovaly obsah sděleného. Neboť se jednalo o pilotáž, zajímala nás mimo jiné efektivita přenosu informací.

V dotazníku zazněly tyto konkrétní otázky a následné odpovědi:

1. Pokud již máte nějaké informace o nádorovém onemocnění prsu, jak jste je získala?

|            |                                      |          |
|------------|--------------------------------------|----------|
| a) z médií | b) vlastní zkušenost (rodina, známá) | c) lékař |
| <b>5</b>   | <b>3</b>                             | <b>1</b> |

2. Navštěvujete pravidelně gynekologa?

|             |             |                 |          |
|-------------|-------------|-----------------|----------|
| a) 1x ročně | b) 2x ročně | c) nepravidelně | d) vůbec |
| <b>5</b>    | <b>1</b>    | <b>1</b>        | <b>0</b> |

3. Rakovinou prsu onemocní v ČR ročně:

|            |             |              |
|------------|-------------|--------------|
| a) 700 žen | b) 7000 žen | c) 70000 žen |
| <b>3</b>   | <b>4</b>    | <b>0</b>     |

4. Které rizikové faktory ovlivňují vznik rakoviny prsu?

|          |          |           |          |              |              |              |
|----------|----------|-----------|----------|--------------|--------------|--------------|
| kouření  | alkohol  | dědičnost | stres    | životní styl | ž. prostředí | nerelevantní |
| <b>2</b> | <b>2</b> | <b>3</b>  | <b>2</b> | <b>5</b>     | <b>1</b>     | <b>3</b>     |

5. Jak často se má provádět samovyšetřování?

|             |                   |               |
|-------------|-------------------|---------------|
| a) 1x ročně | b) 1x za 3 měsíce | c) 1x měsíčně |
| <b>0</b>    | <b>1</b>          | <b>6</b>      |

6. Kdy je nejvhodnější doba pro samovyšetřování?

|                     |                  |             |
|---------------------|------------------|-------------|
| a) během menstruace | b) po menstruaci | c) kdykoliv |
| <b>0</b>            | <b>7</b>         | <b>0</b>    |

7. Provádíte si samovyšetření prsu?

|               |                 |                                |
|---------------|-----------------|--------------------------------|
| a) pravidelně | b) nepravidelně | c) ne (uved'te proč)           |
| <b>1</b>      | <b>3</b>        | <b>3</b>                       |
|               |                 | <b>Nevěděla jsem o tom (2)</b> |
|               |                 | <b>Nenapadlo mě to (1)</b>     |

8. Co je to mamograf?

|          |          |           |
|----------|----------|-----------|
| přístroj | RTG      | Vyšetření |
| <b>5</b> | <b>1</b> | <b>1</b>  |



9. Byla jste informována o možnostech preventivního vyšetření prsu?

|                               |              |               |  |
|-------------------------------|--------------|---------------|--|
| a) ano                        | b) ne        |               |  |
| <b>5</b>                      | <b>2</b>     |               |  |
| Pokud ano, uveďte prosím kým: |              |               |  |
| a) praktický lékař            | b) gynekolog | c) jiný zdroj | d) již jsem podstoupila nebo pravidelně podstupuji |
| <b>0</b>                      | <b>3</b>     | <b>3</b>      | <b>2</b>   |

10. Byly informace podány srozumitelnou formou a splnily vaše očekávání?

|          |                                   |
|----------|-----------------------------------|
| a) ano   | b) ne (uveďte návrhy na zlepšení) |
| <b>7</b> | <b>0</b>                          |

11. Zúčastnila jste se někdy nějaké podobné zdravotní přednášky/besedy?

|                           |          |              |
|---------------------------|----------|--------------|
| a) ano – jaké, kdy a kde? | b) ne    | bez odpovědi |
| <b>0</b>                  | <b>6</b> | <b>1</b>     |

12. Máte v azylovém domě, kde momentálně bydlíte, nějaký informační panel, kde jsou kontakty na zdravotnické služby? (např. nástěnka, letáčky, společné besedy na téma zdraví apod.)

|                |          |              |
|----------------|----------|--------------|
| a) ano – jaké? | b) ne    | bez odpovědi |
| <b>0</b>       | <b>6</b> | <b>1</b>     |

13. Víte, na jaké zdravotní prohlídky máte během kalendářního roku bezplatně nárok?

|                            |              |              |
|----------------------------|--------------|--------------|
| a) ano                     | b) ne, nevím | bez odpovědi |
| <b>3</b>                   | <b>3</b>     | <b>1</b>     |
| Jaké?                      |              |              |
| <b>Gynekolog (3)</b>       |              |              |
| <b>Zubař (2)</b>           |              |              |
| <b>Praktický lékař (1)</b> |              |              |
| <b>Ultrazvuk (1)</b>       |              |              |

Z odpovědí respondentek vyplývá následující:

- Ženy před přednáškou nějaké informace o nádorovém onemocnění prsu měly, převážně z médií. Některé ženy uvedly více odpovědí.

- Všechny dotazované ženy navštěvují gynekologa, převážně 1x za rok. Potěšující zprávou je, že žádná z dotazovaných žen neuvedla, že by gynekologa nenavštěvovala vůbec.
- 4 ženy ze 7 si právně zapamatovaly, že ročně onemocní rakovinou prsu přibližně 7000 žen.
- Každá žena si průměrně vzpomněla alespoň na 2 rizikové faktory ovlivňující vznik rakoviny prsu. Za nerelevantní odpovědi jsem označila ty, které s rizikovými faktory vůbec nesouvisí, např. bulka – není rizikovým faktorem, ale již možná forma anomálie.
- 6 ze 7 žen si zapamatovaly správný interval vyšetřování, tedy 1x měsíčně.
- Všechny edukované ženy v AD č. 1 si zapamatovaly správnou dobu pro samovyšetření prsů, tedy po menstruaci.
- 4 ženy ze 7 si samovyšetření prsu provádí, 3 vůbec ne, protože o tom nevěděly nebo je to nenapadlo.
- Všechny dotazované ženy mají povědomí, že mamograf je přístroj k vyšetření prsu nebo alespoň vědí, že je to nějaký druh vyšetření.
- 5 ze 7 dotazovaných žen bylo informováno o možnostech preventivního vyšetření prsu, některá i z více zdrojů a 2 ženy již vyšetření podstoupily nebo pravidelně podstupují.
- Všechny ženy usuzují, že jim byly informace podány srozumitelnou formou.
- Lze konstatovat, že se ženy podobné zdravotní přednášky ještě nezúčastnily.
- 6 žen uvedlo, že v azylovém domě nemá fyzický přístup k obecným zdravotnickým informacím.
- 3 ze 7 dotazovaných žen má povědomí o bezplatných preventivních prohlídkách, na které má v kalendářním roce nárok.

### **Zhodnocení setkání v AD č. 1**

Toto setkání hodnotím pozitivně, účast sice nebyla plenární, ale je možné, že tato situace byla ovlivněna velikostí a kapacitou AD. Prostředí AD bylo příjemné, klidné, harmonické, klientky projevovaly zájem, měly otázky k přednášce a samy vyvíjely iniciativu při praktické ukázce. Během edukace panoval i stud, ale převažoval zájem. Pracovnice šly klientkám příkladem.

Rušivé momenty – když někdo zazvonil nebo někdo z ostatních klientů něco potřeboval, pracovnice musela jít otevřít a zajistit situaci, čímž mohla přijít o důležité informace, které mohly mít vliv na pozdější vyplňování dotazníku.

Jedna pracovnice se svěřila se svým onemocněním, ale již má za sebou úspěšnou léčbu. Osobně mi připadalo, že byla vůči edukaci samovyšetření prsu zpočátku trochu skeptická, ale následně se ukázalo, že samovyšetření si neprováděla pravidelně, a sama uznala, že onemocnění mohla poznat dříve, kdyby samovyšetření prsu prováděla pravidelně.

Některé klientky i pracovnice uvedly, že v okolí mají lékaře, který jim 1x za půl roku provádí vyšetření prsou pohmatem. Bellisky toto vyšetření hodnotí jako neobvyklé, neboť se domnívají, že lékař si nemůže pamatovat každou pacientku při každé návštěvě, a tedy objektivně hodnotit aktuální zdravotní stav prsů a porovnávat ho s předchozí návštěvou.

### **Přístup AD č. 1 ke zdravotní prevenci obecně v rámci individuálního plánování**

V souvislosti s individuálním plánováním podle zákona č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách jsem se sociální pracovnice ptala na výskyt různých událostí, které zdravotně souvisí s prevencí, a jak je daný AD řeší.

Individuální plánování s klientkami probíhá průběžně, nové individuální plány se tvoří cca 1x měsíčně a 1x týdně probíhají schůzky, na nichž se hodnotí plnění individuálních plánů. Pokud klientky individuální plány neplní nebo se nezúčastní domluvené schůzky bez předchozí omluvy, jsou za to postíženy, což může vést až k vyloučení z azylového domu. Tento postup je zakotven v provozním řádu, se kterým jsou při přijetí klientky seznámeny.

Sociální pracovnice se snaží být ke klientkám přátelsky direktivní, zachovává si profesionální přístup. Snaží se klientkám nabídnout modely řešení, ale konečné rozhodnutí je na samotných klientkách.

Nejčastějšími tématy v individuálních plánech jsou sociální dávky, práce, bydlení a výchova dětí. Sociální pracovnice kontrolují docházku dětí do základní školy a domácí přípravu na výuku, a také pravidelné lékařské prohlídky dětí. Zdravotní stav dospělých řeší pouze v případech, kdy toto téma uvedou jako svůj cíl nebo pokud je zjevné, že daný stav je neodkladný. Např. při výskytu vši či jiných zdravotních komplikací může AD zajistit finanční pomoc na nákup potřebných léčiv.

Nejčastějším problémem klientů/tek AD je předluženost.

Azylový dům cílí na aktivizaci klientů a přebírání jejich zodpovědnosti nad vlastním životem. Chce je podporovat i materiálně, pokud ze strany klientů dochází k aktivnímu podílení se na řešení jejich situace, účastní se aktivit v rámci AD, hospodaří a cíleně odkládají finanční

prostředky na následné bydlení. V tomto směru se pracovnice snaží zpřísnovat podmínky a tento přístup upevňovat.

### **Statistická data**

Kapacita azylového domu č. 1 je 35 osob, průměrné zastoupení žen 17 let a více (pro které bylo setkání určeno) je 10. Zařízení je téměř celoročně zcela obsazeno.

V době edukace bylo v zařízení 8 maminek, ve věku 22–52 let, průměrný věk maminek byl 34,9 let.

Každá maminka měla 1–5 dětí, průměrně tedy 2 děti na jednu maminku.

Děti a nezaopatřená mládež byla ve věku 1–26 let, průměrný věk dětí byl 6,2 roku.

### **Shrnutí č. 1**

I přes to, že v daný den bylo v zařízení ubytovaných celkem 8 žen, na edukaci se dostavily 4 klientky (50 %), což pro úplně první setkání a mou zkušenost bylo dostačující. Cítila jsem se ženami přijímaná a oboustranně plna očekávání.

Při hledání souvislostí mezi vzděláním a uvedenými odpověďmi v dotazníku jsem došla k názoru, že vzdělání dotazovaných žen výsledky šetření neovlivnilo. Určitě by bylo vhodné šetření zopakovat po nějaké době, např. po měsíci, po půl roce a po roce, což je ale s ohledem na možnost poskytované služby z hlediska času nemožné. Azylové domy poskytují ubytování svým klientkám max. na 1 rok, tudíž je velmi pravděpodobné, že v případě opětovného šetření bychom narazili na malé procento klientek, které se zúčastnily edukačního setkání.

Co se týká odpovědí na otázky zaměřené na prevenci rakoviny prsu, shledávám odpovědi klientek velmi pozitivně, neboť za poměrně krátký čas si klientky zapamatovaly většinu důležitých informací, věřím, že i do budoucna užitečných.

Překvapující pro mě bylo zjištění, že většina klientek nemá přístup k informacím týkajících se zdraví, tedy AD nemá dle odpovědí klientek veřejný informační panel, na kterém by byly důležité informace věnující se zdraví a jeho prevenci. SP tuto situaci komentovaly tak, že klientky mají jiné potřeby, AD má jiné priority, anebo také, že dosud tato potřeba nebyla klientkami ani pracovníky AD vnímána.

Pozitivním výsledkem je, že alespoň některé ženy mají povědomí o bezplatných preventivních prohlídkách, na které mají ze zákona během roku nárok. Zároveň že si samovyšetření provádí, a že dochází na lékařskou prohlídku ke gynekologovi.

### Azylový dům č. 2

Celkem se zúčastnilo 13 žen – 12 klientek a 1 pracovnice. Všechny odborné informace, které jsou zjišťovány pomocí dotazníku, zazněly na přednášce z úst Bellisek, kromě otázky č. 13.

| Věk žen       | počet žen | Vzdělání žen                | počet žen |
|---------------|-----------|-----------------------------|-----------|
| 15–19 let     | 2         | Studentka                   | 2         |
| 20–30 let     | 1         | Základní                    | 6         |
| 31–40 let     | 5         | Vyučena                     | 3         |
| 41–50 let     | 1         | Středoškolské s maturitou   | 1         |
| 51–65 let     | 4         | Vysokoškolské/Vyšší odborné | 1         |
|               |           |                             |           |
| <b>Celkem</b> | <b>13</b> | <b>Celkem</b>               | <b>13</b> |

V AD č. 2 žijí převážně ženy nad 30 let s nižším stupněm vzdělání.

V dotazníku zazněly tyto otázky a odpovědi:

1. Pokud již máte nějaké informace o nádorovém onemocnění prsu, jak jste je získala?

| a) z médií | b) vlastní zkušenost (rodina, známá) | c) lékař | Bez odpovědi |
|------------|--------------------------------------|----------|--------------|
| <b>5</b>   | <b>3</b>                             | <b>4</b> | <b>1</b>     |

2. Navštěvujete pravidelně gynekologa?

| a) 1x ročně | b) 2x ročně | c) nepravidelně | d) vůbec | Bez odpovědi |
|-------------|-------------|-----------------|----------|--------------|
| <b>7</b>    | <b>1</b>    | <b>3</b>        | <b>1</b> | <b>1</b>     |

3. Rakovinou prsu onemocní v ČR ročně:

| a) 700 žen | b) 7000 žen | c) 70000 žen |
|------------|-------------|--------------|
| <b>3</b>   | <b>10</b>   | <b>0</b>     |

4. Které rizikové faktory ovlivňují vznik rakoviny prsu?

|         |         |           |       |              |              |                      |                      |                                      |
|---------|---------|-----------|-------|--------------|--------------|----------------------|----------------------|--------------------------------------|
| kouření | alkohol | dědičnost | drogy | životní styl | ž. prostředí | Dlouh<br>é<br>kojení | Nepečování<br>o prsy | Menstruace<br>před 12.<br>rokem věku |
| 7       | 7       | 1         | 2     | 1            | 1            | 1                    | 2                    | 1                                    |

5. Jak často se má provádět samovyšetřování?

|             |                   |               |              |
|-------------|-------------------|---------------|--------------|
| a) 1x ročně | b) 1x za 3 měsíce | c) 1x měsíčně | Bez odpovědi |
| 4           | 1                 | 7             | 1            |

6. Kdy je nejvhodnější doba pro samovyšetřování?

|                     |                  |             |              |
|---------------------|------------------|-------------|--------------|
| a) během menstruace | b) po menstruaci | c) kdykoliv | Bez odpovědi |
| 1                   | 6                | 4           | 2            |

7. Provádíte si samovyšetření prsu?

|               |                 |                      |
|---------------|-----------------|----------------------|
| a) pravidelně | b) nepravidelně | c) ne (uved'te proč) |
| 6             | 4               | 3                    |
|               |                 | <b>Nevím (3)</b>     |

8. Co je to mamograf?

|           |     |           |             |              |
|-----------|-----|-----------|-------------|--------------|
| Ultrazvuk | RTG | Vyšetření | Snímek prsu | Bez odpovědi |
| 2         | 5   | 4         | 1           | 1            |

9. Byla jste informována o možnostech preventivního vyšetření prsu?

|                               |              |               |   |              |
|-------------------------------|--------------|---------------|---|--------------|
| a) ano                        | b) ne        |               |   |              |
| 13                            | 0            |               |   |              |
| Pokud ano, uveďte prosím kým: |              |               |   |              |
| a) praktický lékař            | b) gynekolog | c) jiný zdroj | d) již jsem vyšetření prsu podstoupila nebo pravidelně podstupuji | Bez odpovědi |
| 1                             | 7            | 4             | 1   | 1            |

10. Byly informace podány srozumitelnou formou a splnily vaše očekávání?

|           |                                   |
|-----------|-----------------------------------|
| a) ano    | b) ne (uveďte návrhy na zlepšení) |
| <b>12</b> | <b>1</b>                          |
|           | <b>Nevím</b>                      |

11. Zúčastnila jste se někdy nějaké podobné zdravotní přednášky/besedy?

|   |           |
|---|-----------|
| a) ano – jaké, kdy a kde?   | b) ne     |
| <b>3</b>  | <b>10</b> |
| <b>Nemocnice (1), škola (1), sociální pracovníce Roudnice n. L. (1)</b> |           |

12. Máte v azylovém domě, kde momentálně bydlíte, nějaký informační panel, kde jsou kontakty na zdravotnické služby? (např. nástěnka, letáčky, společné besedy na téma zdraví apod.)

|   |               |              |
|---|---------------|--------------|
| a) ano – jaké?  | b) ne, nemáme | bez odpovědi |
| <b>8</b>  | <b>4</b>      | <b>1</b>     |
| <b>Nástěnka (2), komunita (3), terapie (3), lék. zařízení (1)</b> |               |              |

13. Víte, na jaké zdravotní prohlídky máte během kalendářního roku bezplatně nárok?

|                                  |              |
|----------------------------------|--------------|
| a) ano                           | b) ne, nevím |
| <b>7</b>                         | <b>6</b>     |
| Jaké?                            |              |
| <b>Gynekolog (3)</b>             |              |
| <b>Mamograf (2)</b>              |              |
| <b>Preventivní prohlídka (1)</b> |              |
| <b>Podle svých potřeb (1)</b>    |              |

Z odpovědí respondentek vyplývá následující:

- Ženy před přednáškou nějaké informace o nádorovém onemocnění prsu měly, převážně z médií.
- Většina dotazovaných žen navštěvuje gynekologa, převážně 1x za rok.
- 10 žen ze 13 si zapamatovalo, že ročně onemocní rakovinou prsu přibližně 7000 žen.
- Každá žena si průměrně vzpomněla alespoň na 2 rizikové faktory ovlivňující vznik rakoviny prsu.

- 7 ze 13 dotazovaných žen si zapamatovalo správný interval vyšetřování, tedy 1x měsíčně.
- Většina edukovaných žen si zapamatovala správnou dobu pro samovyšetření prsů, tedy po menstruaci.
- 10 žen ze 13 si samovyšetření prsu provádí, 3 vůbec ne.
- Většina dotazovaných žen má povědomí, že mamograf je přístroj k vyšetření prsu nebo alespoň vědí, že je to nějaký druh vyšetření.
- Všechny dotazované ženy byly informovány o možnostech preventivního vyšetření prsu, 1 žena již vyšetření podstoupila nebo pravidelně podstupuje.
- 12 ze 13 dotazovaných žen usuzuje, že jim byly informace podány srozumitelnou formou.
- Většina žen se ještě podobné zdravotní přednášky nezúčastnila.
- Většina dotázaných žen uvedla, že v AD má přístup k obecným zdravotnickým informacím. Pouze 4 respondentky o existenci panelu nevědí.
- 7 ze 13 dotazovaných žen má povědomí o bezplatných preventivních prohlídkách, na které má v kalendářním roce nárok.

## **Zhodnocení setkání v AD č. 2**

Na tomto setkání jsme vyhověly sociální pracovníci a edukovaly i dvě ženy mladší 17let. Nejsm si úplně jistá, jak tento postup vyhodnotit. Na obou dívkách byly znát rozpaky, zejména v oblasti terminologie – gynekologie, gynekologické vyšetření, vyšetření prsů apod. Chvillemi mi přišel rušivý jejich stydlivý smích, ale myslím si, že na průběh setkání to celkově vliv nemělo. Přesto bych příště zřejmě trvala na dodržení věkové hranice, možná by si matky těchto dívek odnesly více informací, které by dcerám předaly. To ale nelze interpretovat jako holý fakt, nýbrž jako mou osobní domněnku.

Dalším bodem pozorování je zjištění týkající se autority. Pokud hovořila starší Belliska, klientky AD poslouchaly a vnímaly pozorněji, bylo znát jejich zaujetí. Pokud hovořila mladší Belliska, klientky si mezi sebou špitaly a pozornost se trochu ztrácela.

Jako 2. zkušenost lze porovnat, že oproti prvnímu setkání bylo těžší větší skupinku klientek zaujmout a získat jejich pozornost. Což ale následně nastalo poměrně rychle, neboť klientky prostředí znaly z běžných komunitních setkání, které v AD mají nastavené.



Jedna žena se svěřila, že v rodině mají příbuznou s onemocněním prsu, ale sama klientka na vyšetření nebyla, věk byl odhadem 35 let. Více se klientka svěřit nechtěla. Bellisky jí doporučily, aby na vyšetření trvala a nenechala se lékařem odbýt.

### **Přístup AD č. 2 ke zdravotní prevenci obecně v rámci individuálního plánování**

V souvislosti s individuálním plánováním podle zákona č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách jsem se sociální pracovnice ptala na výskyt různých událostí, které mají zdravotní souvislost s prevencí, a jak je daný AD řeší.

Individuální plánování má svá pravidla. První IP se sestaví do měsíce od poskytnutí služby a následně se reviduje jeho plnění, nejdéle však do tří měsíců od jeho sestavení. Pokud klientky IP neplní bez objektivních překážek, je jim služba ukončena, což je ukotveno v ubytovací smlouvě. AD vyžaduje aktivní přístup klientů v plnění individuálních plánů.

Přístup sociální pracovnice ke klientům AD je individuální. Sociální pracovnice navazuje vztah s klientem dle jeho osobnosti. U některých klientů prý stačí přátelské vedení, jiní potřebují k dosažení svého cíle direktivní přístup.

V rámci individuálního plánování se občas vyskytne cíl, který vede ke stabilizaci zdravotního stavu. Opět se jedná o věc individuální (např. Kronova nemoc, DNA, gynekologické obtíže, rizikové těhotenství aj.). I vši jsou taktéž pravidelnou součástí IP, kdy je děti donesou z MŠ či ZŠ, a jelikož je v řádu povinnost informovat o infekčních nemocech, vždy následně informujeme ostatní uživatele o výskytu a zvýšené pozornosti. Taktéž se u nás vyskytla salmonelóza. To vždy spolupracujeme s hygienickou stanicí, která AD kontroluje a stanovuje bezpečnostní opatření.

Nejčastější téma v individuálním plánování je hledání zaměstnání a následného bydlení klientů AD. Je to cíl, který se objevuje u většiny uživatelů služby. Dáno je to zejména tím, že služba se poskytuje zpravidla maximálně na 1 rok.

Nejčastěji se pracovnice AD v rámci IP setkávají u svých klientů se zadlužeností, která posun k lepší sociální situaci rodin i jednotlivců velmi limituje.

Vize AD do budoucna – udržitelnost podpůrné myšlenky azylových domů, a aby i nadále byl podpůrnou součástí osob, které vyžadují tuto službu v krizové situaci.

## **Statistická data AD č. 2**

Kapacita azylového domu č. 2 je 62 osob (muži, ženy, rodiny s dětmi), průměrné zastoupení žen 17 let a více je 50 %. Zařízení je téměř celoročně zcela obsazeno.

V době edukace bylo v zařízení 11 žen (6 maminek s rodinou a 5 žen jednotlivkyň), ve věku 24–65 let, průměrný věk maminek byl 39,6 let.

Každá maminka měla 1–7 dětí, průměrně tedy cca 3 děti na jednu maminku.

Děti byly ve věku 5 měsíců – 16 let, průměrný věk dětí byl 6,6 let.

## **Shrnutí č. 2**

V době edukace bylo v zařízení ubytováno celkem 11 žen a 10 žen se setkání na téma zdravotní prevence zúčastnilo. Pro nás to znamenalo velký úspěch z hlediska organizace ze strany zařízení a zájmu klientek o dané téma.

Z pohledu vzdělání vs. výsledky šetření mohu opět konstatovat, že jsem nezaznamenala souvislost. I zde vnímám jistou míru ovlivnění malým počtem účastnic, což ale není překážkou pro další edukaci v dalších azylových domech.

Pozitivním zjištěním je, že alespoň některé ženy uvádějí, že v rámci AD mají přístup k všeobecným zdravotním informacím, nebo vědí, kde je v zařízení najdou, případně jim jsou poskytnuty v rámci komunity nebo na terapiích.

Přibližně polovina žen má povědomí, na které bezplatné zdravotní prohlídky má během roku nárok. Některé ženy jsou aktivní, a to jak při samovyšetření, tak při pravidelných prohlídkách u gynekologa. Ačkoli situace v azylovém domě vypadá velice optimisticky, neboť většina žen má informace o zdravotní prevenci, není zřejmé, zda informace prakticky využívají. Je dobře, že chodí pravidelně na prohlídky na gynekologii, ale toto odvětví není jediné, na které by se ženy měly soustředit. Proto se domnívám, že další edukace má smysl, neboť je důležité věnovat se i jiným zdravotním tématům.

### Azylový dům č. 3

Celkem se zúčastnilo 8 žen – 7 klientek a 1 pracovnice. Všechny odborné informace, které byly zjišťovány pomocí dotazníku, zazněly na přednášce z úst Bellisek, kromě otázky č. 13.

| Věk žen       | počet žen | Vzdělání žen                | počet žen |
|---------------|-----------|-----------------------------|-----------|
| 20–30 let     | 4         | Základní                    | 4         |
| 31–40 let     | 4         | Vyučena                     | 2         |
| 41–50 let     | 0         | Středoškolské s maturitou   | 1         |
| 51–65 let     | 0         | Vysokoškolské/Vyšší odborné | 1         |
|               |           |                             |           |
| <b>Celkem</b> | <b>8</b>  | <b>Celkem</b>               | <b>8</b>  |

V AD č. 3 žijí převážně mladší ženy se základním vzděláním.

V dotazníku zazněly tyto otázky a odpovědi:

1. Pokud již máte nějaké informace o nádorovém onemocnění prsu, jak jste je získala?

| a) z médií | b) vlastní zkušenost (rodina, známá) | c) lékař | Nemá     |
|------------|--------------------------------------|----------|----------|
| <b>5</b>   | <b>0</b>                             | <b>1</b> | <b>2</b> |

2. Navštěvujete pravidelně gynekologa?

| a) 1x ročně | b) 2x ročně | c) nepravidelně | d) vůbec |
|-------------|-------------|-----------------|----------|
| <b>3</b>    | <b>2</b>    | <b>2</b>        | <b>1</b> |

3. Rakovinou prsu onemocní v ČR ročně:

| a) 700 žen | b) 7000 žen | c) 70000 žen |
|------------|-------------|--------------|
| <b>0</b>   | <b>7</b>    | <b>1</b>     |

4. Které rizikové faktory ovlivňují vznik rakoviny prsu?

| kouření  | alkohol  | dědičnost | stres    | životní styl | nerelevantní |
|----------|----------|-----------|----------|--------------|--------------|
| <b>5</b> | <b>5</b> | <b>2</b>  | <b>1</b> | <b>3</b>     | <b>3</b>     |

5. Jak často se má provádět samovyšetřování?

| a) 1x ročně | b) 1x za 3 měsíce | c) 1x měsíčně |
|-------------|-------------------|---------------|
| <b>0</b>    | <b>0</b>          | <b>8</b>      |

6. Kdy je nejvhodnější doba pro samovyšetřování?

|                     |                  |             |              |
|---------------------|------------------|-------------|--------------|
| a) během menstruace | b) po menstruaci | c) kdykoliv | Bez odpovědi |
| <b>0</b>            | <b>7</b>         | <b>0</b>    | <b>1</b>     |

7. Provádíte si samovyšetření prsu?

|               |                 |                                  |              |
|---------------|-----------------|----------------------------------|--------------|
| a) pravidelně | b) nepravidelně | c) ne (uveďte proč)              | Bez odpovědi |
| <b>3</b>      | <b>3</b>        | <b>2</b>                         | <b>1</b>     |
|               |                 | <b>Nebrala jsem to vážně (1)</b> |              |
|               |                 | <b>Nemám prsa (1)</b>            |              |

8. Co je to mamograf?

|          |          |           |              |              |
|----------|----------|-----------|--------------|--------------|
| přístroj | RTG      | Vyšetření | Bez odpovědi | Nerelevantní |
| <b>1</b> | <b>1</b> | <b>4</b>  | <b>1</b>     | <b>1</b>     |

9. Byla jste informována o možnostech preventivního vyšetření prsu?

|                               |              |               |  |
|-------------------------------|--------------|---------------|--|
| a) ano                        | b) ne        |               |  |
| <b>7</b>                      | <b>1</b>     |               |  |
| Pokud ano, uveďte prosím kým: |              |               |  |
| a) praktický lékař            | b) gynekolog | c) jiný zdroj | d) již jsem podstoupila nebo pravidelně podstupuji |
| <b>2</b>                      | <b>3</b>     | <b>4</b>      | <b>0</b>   |

10. Byly informace podány srozumitelnou formou a splnily vaše očekávání?

|          |                                   |
|----------|-----------------------------------|
| a) ano   | b) ne (uveďte návrhy na zlepšení) |
| <b>8</b> | <b>0</b>                          |

11. Zúčastnila jste se někdy nějaké podobné zdravotní přednášky/besedy?

|  |          |
|--|----------|
| a) ano – jaké, kdy a kde?                | b) ne    |
| <b>1</b>                                 | <b>7</b> |
| <b>Ve škole – přednáška o menstruaci</b> |          |

12. Máte v azylovém domě, kde momentálně bydlíte, nějaký informační panel, kde jsou kontakty na zdravotnické služby? (např. nástěnka, letáčky, společné besedy na téma zdraví apod.)

|                    |          |
|--------------------|----------|
| a) ano – jaké?     | b) ne    |
| <b>3</b>           | <b>5</b> |
| <b>Letáčky (1)</b> |          |

13. Víte, na jaké zdravotní prohlídky máte během kalendářního roku bezplatně nárok?

|  |              |
|--|--------------|
| a) ano   | b) ne, nevím |
| <b>1</b>   | <b>7</b>     |
| Jaké?  |              |
| <b>Preventivní prohlídka + vyšetření prsou (1)</b> |              |

Z odpovědí respondentek vyplývá následující:

- Ženy před přednáškou nějaké informace o nádorovém onemocnění prsu měly, převážně z médií.
- 7 z 8 dotazovaných žen navštěvuje gynekologa, převážně 1x za rok.
- 7 z 8 dotazovaných žen si zapamatovalo, že ročně onemocní rakovinou prsu přibližně 7000 žen.
- Každá žena si průměrně vzpomněla alespoň na 2 rizikové faktory ovlivňující vznik rakoviny prsu. Za nerelevantní odpovědi jsem označila ty, které s rizikovými faktory vůbec nesouvisí, např. pomerančová kůže – není rizikovým faktorem, ale již forma anomálie.
- Všechny dotazované ženy si zapamatovaly správný interval vyšetřování, tedy 1x měsíčně.
- 7 z 8 edukovaných žen si zapamatovalo správnou dobu pro samovyšetření prsů, tedy po menstruaci.
- 6 žen z 8 si samovyšetření prsu provádí, 2 vůbec ne, protože tuto problematiku nebraly vážně a jedna žena uvedla, že nemá prsa (nevíme, zda z důvodu nemoci nebo ze subjektivního pocitu).
- Většina dotazovaných žen má povědomí, že mamograf je přístroj k vyšetření prsu nebo alespoň vědí, že je to nějaký druh vyšetření. Jedna žena odpověď neuvedla a jedna odpověď byla nesmyslná.
- 7 z 8 dotazovaných žen bylo informováno o možnostech preventivního vyšetření prsu, některá i z více zdrojů.

- Všechny ženy usuzují, že jim byly informace podány srozumitelnou formou.
- Většina žen uvedla, že se ještě podobné zdravotní přednášky nezúčastnilo.
- 5 žen uvedlo, že v azylovém domě nemá fyzický přístup k obecným zdravotnickým informacím.
- Pouze jedna z dotazovaných žen má povědomí o bezplatných preventivních prohlídkách, na které má v kalendářním roce nárok, a to velmi omezeně.

### **Zhodnocení setkání v AD č. 3**

Při 3. edukačním setkání nastala malá kolize v čase, kdy po předem domluveném intervalu bylo vedení AD překvapeno, že ještě nejsme na místě (nevíme, jak k tomu došlo), ale ochotně počkaly a setkání se uskutečnilo dle harmonogramu. Pracovnice v sociálních službách hlídala děti klientek, které se účastnily přednášky, a tak setkání nebylo rušené.

Počet osmi žen byl pro nás příjemný. Dokonce padlo několik otázek ze strany klientek AD. Např. – Mohou ženy kojit, pokud mají umělá prsa? Bolí hrudník po operaci? Bolí prsa po vložení implantátů?

Právě zde na posledním setkání jsme zaznamenaly největší zájem o praktickou ukázkou samovyšetření, kdy si klientky chtěly samovyšetření vyzkoušet na prsním fantomu a se zájmem hledaly odlišnosti právě nasimulovaného onemocnění od zdravých prsou.

Jedna klientka sdělila, že jedna žena z příbuzenstva byla na vyšetření prsou kvůli podezření na onemocnění, ale ji samotnou zatím nikdo ke specialistovi neposlal. Bellisky opět pohotově klientce doporučily, aby sama vynaložila iniciativu a pokud má nějaké pochybnosti, aby na vyšetření trvala.

### **Přístup AD č. 3 ke zdravotní prevenci obecně v rámci individuálního plánování**

I ve 3. AD jsem se v souvislosti s individuálním plánováním podle zákona č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách sociální pracovnice ptala na výskyt různých událostí, které mají zdravotní souvislost s prevencí a jak je daný AD řeší.

Individuální plánování zde probíhá v souladu s domovním řádem. Sociální pracovnice spolu s klientkou vytvoří do 14 dní od nástupu do AD individuální plán a poté 1x za 14 dní na něm společně pracují, hodnotí ho a nastavují dále podle potřeb klientek. Mimo osobní schůzky klientky plán plní dle svých individuálních možností.

Sociální pracovníce se snaží v rámci komunitních setkání udržet s klientkami profesionální vztah. Cílem AD je dobré soužití v AD a práce na dobrém soužití. SP není líto, když klientky odchází, těší ji, že se osamostatňují a odchází do vlastního bytu (resp. nájemního, městského apod.). SP hodnotí dobrý vztah mezi klientkami a pracovníci v sociálních službách, které konají 24h službu.

V AD č. 3 se zatím personál nesešel s onkologicky nemocnou klientkou. Co se zdraví týče, řeší běžné problémy – odřená kolena u dětí, klíšťata nebo výjimečně volají RZS, pokud se stane nějaký vážnější úraz.

Na pravidelných komunitních setkáních pracovníce podporují předávání zkušeností maminek maminkám.

1. krokem při přijetí klientky do AD, je zařízení ZŠ a MŠ pro děti, registrace u lékařů, především dětských, vysvětlování klientkám proč a každý musí mít od lékaře potvrzenou bezinfekčnost.

Nejčastěji řešené zdravotní situace jsou v tomto AD bolest zubů, výhody zdravotního pojištění a příspěvky od zdravotní pojišťovny. V roce 2017 v AD proběhla přednáška stomatologa o ústní prevenci, který dětem rozdál i správné zubní kartáčky.

Nejčastějším cílem v individuálním plánování jsou dávky SSP, různé platby, sociální a rodinné vztahy, péče o děti a posilování rodičovských kompetencí nápodobou, bydlení a šetření na kauci, hospodaření s penězi.

Nejčastější problémy, které SP s klientkami řeší, jsou výchovné problémy dětí (např. krádeže, útěky ze školy).

Vize AD do budoucna je úprava okolí AD pro děti, bezpečnost a fungování a rozšiřování působnosti.

### **Statistická data AD č. 3**

Kapacita azylového domu č. 3 je 66 osob (obě pobočky dohromady), průměrné zastoupení žen 17 let a více je do 30 %. Zařízení je téměř celoročně zcela obsazeno, nejvíce pak říjen – leden.

V době edukace bylo v zařízení 8 žen (7 maminek s rodinou), ve věku 24–39 let, průměrný věk maminek byl 30,5 roku.

Každá maminka měla 2–5 dětí, průměrně tedy cca 2 děti na jednu maminku.

Děti byly ve věku 5 měsíců –16 let, průměrný věk dětí byl 4 roky.

### **Shrnutí č. 3**

Na 3. setkání velmi oceňuji, že vedení dokázalo zajistit, aby se přednášky mohly zúčastnit obě pobočky AD na jednom místě. Účast sice nebyla převážná, ale rozhodně dostačující, neboť dle zkušeností Bellisek je menší skupinka cca do 10 edukovaných ideální než velké skupiny, jako např. na středních školách, kde Bellisky také edukaci provádějí.

Ani po 3. vyhodnocení dotazníkového šetření nemohu konstatovat, že by vzdělání mělo vliv na znalosti zdravotní prevence. Myslím si, že ženy jsou vždy plné dojmů a v danou chvíli myslí na spoustu věcí, než by se dokázaly plně soustředit na vyplňování dotazníku pro výzkumné účely. Nicméně s odpověďmi edukovaných žen jsem spíše spokojena, protože si určitě budou o edukaci vzájemně vyprávět a získané poznatky si utřídí.

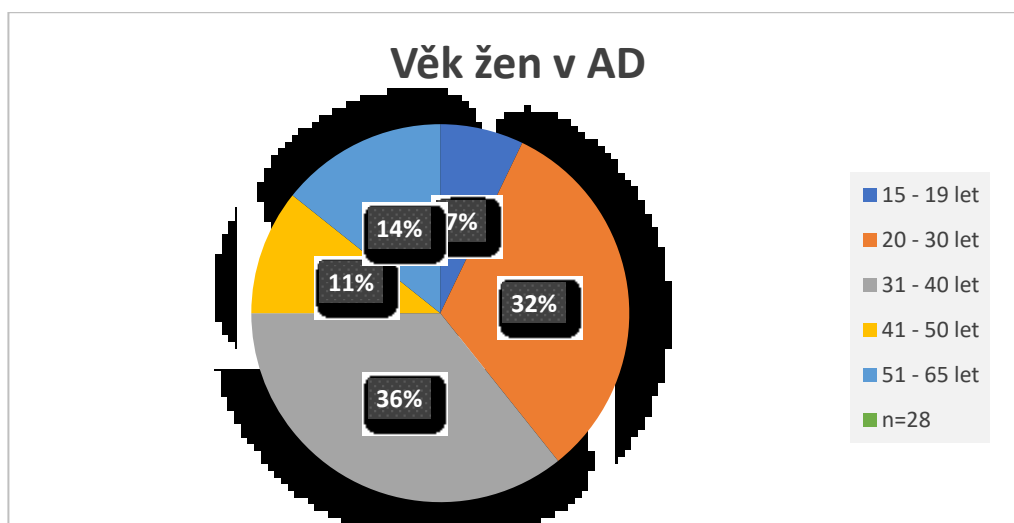
Negativní informací je, že většina žen se ještě nezúčastnilo žádné preventivní přednášky, nemají přístup k obecným informacím o zdraví a ani neví, na která vyšetření mají během roku bezplatně nárok.

## **5.2 Sumarizace získaných dat**

Pilotního projektu na téma zdravotní prevence, edukace samovyšetření prsu v azylových domech se zúčastnilo celkem 28 žen, přičemž je z toho 5 pracovnic, tedy zaměstnankyň azylových domů (pracovnice AD jsem do pilotního projektu zapojila po předchozí domluvě s nimi, aby klientky AD byly motivovanější, a také proto, že o samotnou edukaci měly pracovnice samy zájem). Do pilotního projektu se zapojily právě 3 azylové domy z celkem 186 oslovených. Pro přehlednost uvádím výslednou sumarizaci dat v % pomocí výsečových grafů s komentářem pod grafem. Hlavní otázka je uvedena vždy nad grafem, dílčí otázky jsou součástí komentáře.



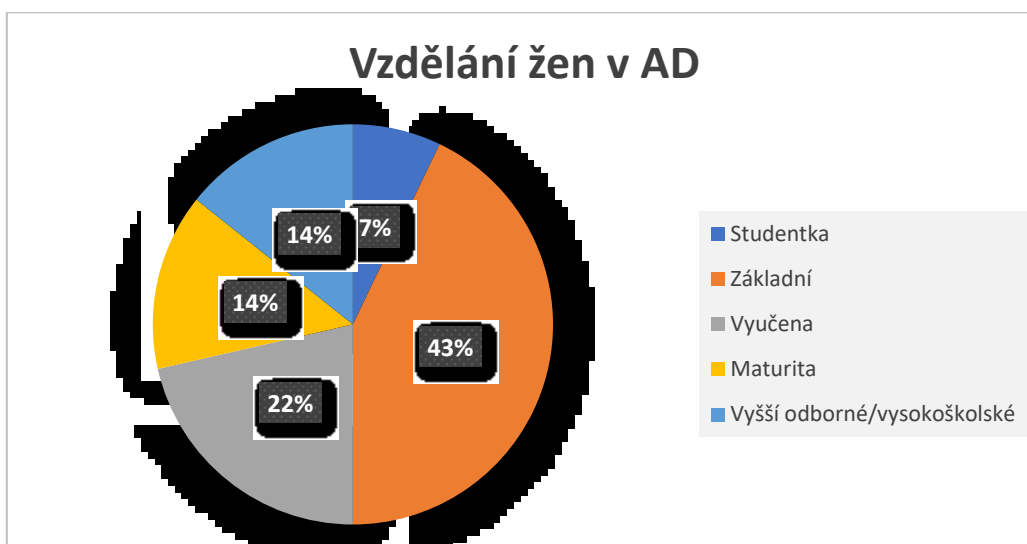
Graf č. 5



Zdroj: Vlastní zpracování

Komentář: 68 % edukovaných žen je ve věku 20–40 let, jde tedy většinou o mladé maminky s dětmi nebo jednotlivé ženy. To nám potvrzuje, že edukace má smysl, protože získané informace mohou ženy předávat svým dětem, tedy dalším generacím, které mají v případě onemocnění větší šanci na vyléčení, neboť již budou vědět, jak o sebe pečovat a na koho se v případě potřeby obrátit.

Graf č. 6



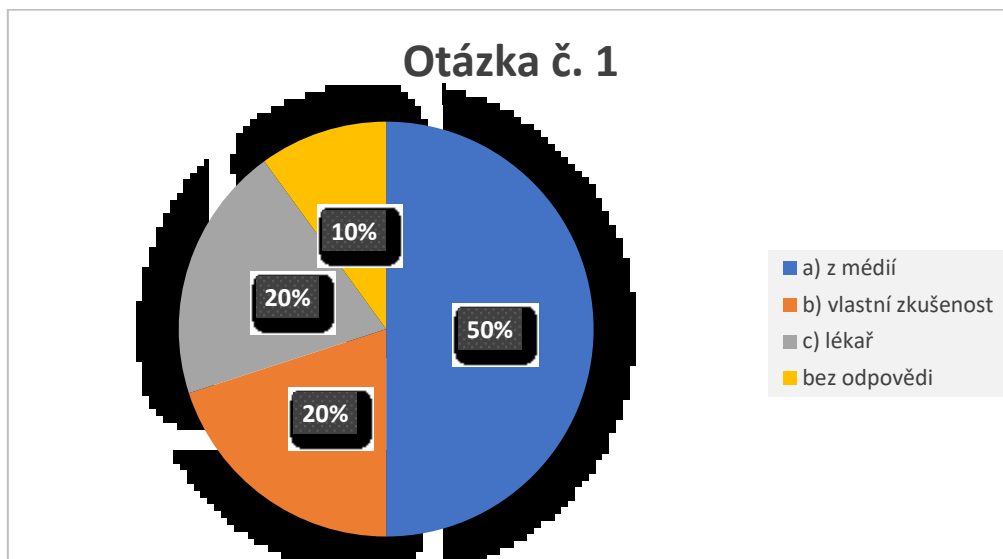
Zdroj: Vlastní zpracování

Komentář: 43 % edukovaných žen má pouze základní vzdělání, ale jak jsem již uvedla v dílčím zpracování dat, myslím si, že vzdělání nemá na smysl edukace ani na výsledné dotazníkové šetření vliv, případně pouze v ojedinělých situacích. Nicméně informuje o klientkách AD.

Dále pro přehlednost uvádím ke každému grafu otázku, která byla zpracována.

1. Pokud již máte nějaké informace o nádorovém onemocnění prsu, jak jste je získala?

**Graf č. 7**

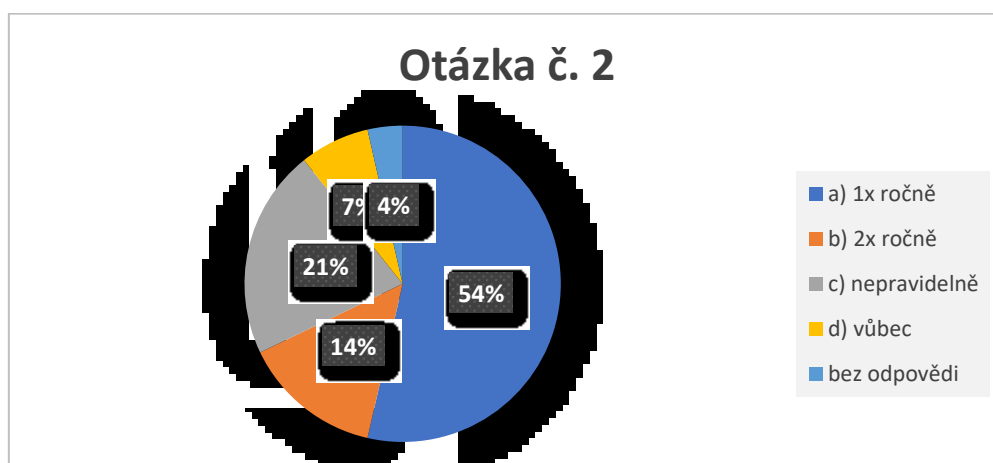


Zdroj: Vlastní zpracování

Komentář: 50 % edukovaných žen uvádí, že povědomí o nádorovém onemocnění prsu mají z medií, ostatní z jiného zdroje, některé ženy uvedly více zdrojů. Pozitivním faktorem je, že ženy, které se nacházejí v tíživé sociální situaci, mají přístup k médiím a vnímají propagované informace.

2. Navštěvujete pravidelně gynekologa?

**Graf č. 8**

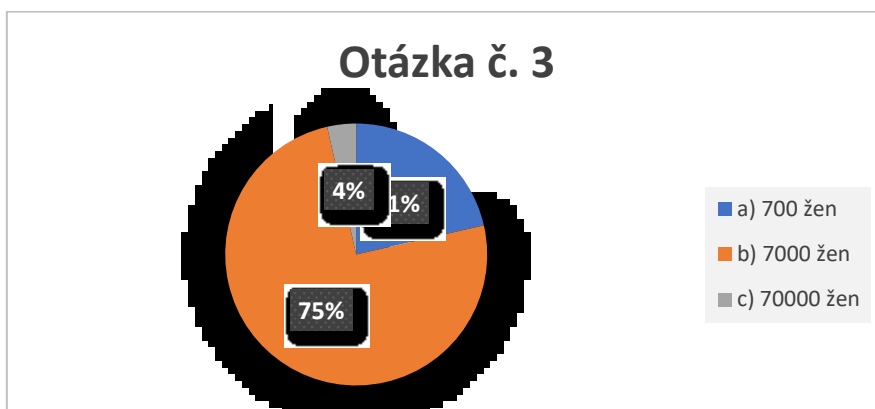


Zdroj: Vlastní zpracování

Komentář: 89 % edukovaných žen navštěvuje gynekologa, z toho 68 % pravidelně 1x nebo 2x ročně. To je dle mého názoru pozitivní informace, neboť nádorové onemocnění není záležitostí jen prsů, na která jsme se zaměřily, ale např. i děložního čípku apod., které může lékař včas odhalit.

### 3. Rakovinou prsu onemocní v ČR ročně:

Graf č. 9

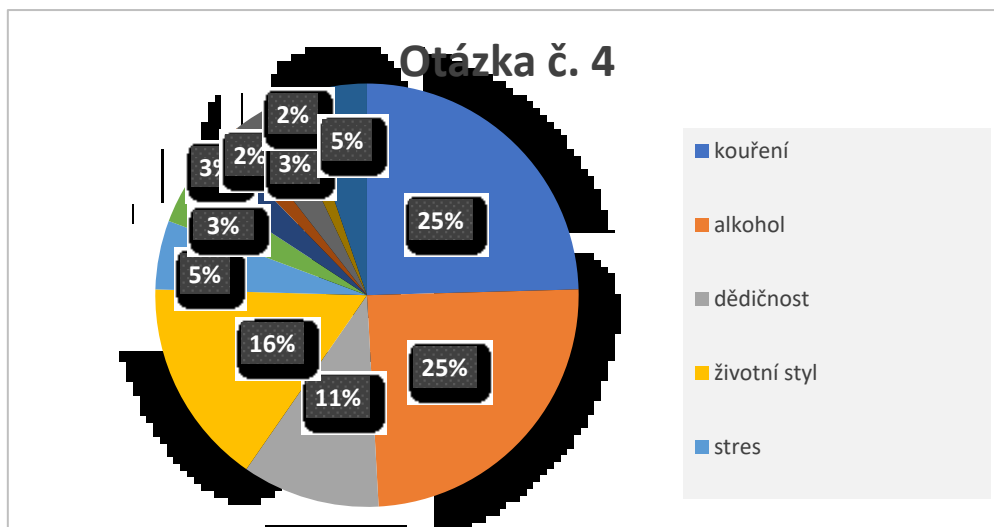


Zdroj: Vlastní zpracování

Komentář: Toto zjištění ukazuje, že si jsou ženy informace podávané během edukace schopny zapamatovat.

### 4. Které rizikové faktory ovlivňují vznik rakoviny prsu?

Graf č. 10

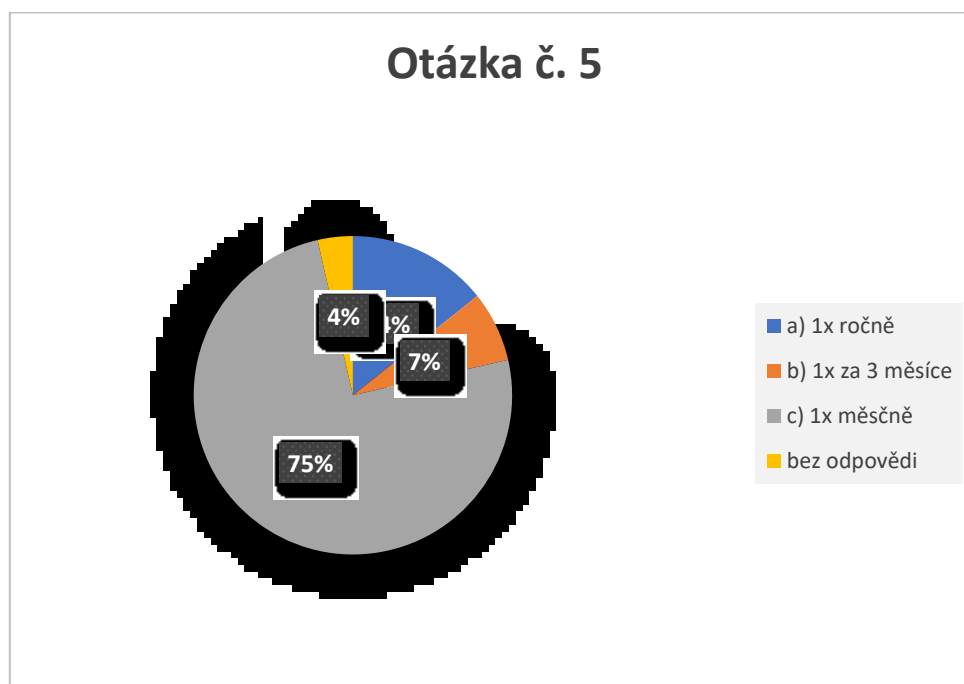


Zdroj: Vlastní zpracování

Komentář: Edukované ženy si vzpomněly na všechny faktory, které při teoretickém výkladu z úst Bellisek zazněly. Nejčteněji je zastoupeno kouření a alkohol, dále pak životní styl a dědičnost. Je otázkou, zda se nad sebou ženy zamyslí, jak žijí a do jaké míry vlastně mohou riziko vzniku nádorového onemocnění ovlivnit a zda ke zdravému životnímu stylu budou vést i své rodiny nebo je edukační program nijak neovlivní. Myslím si, že by bylo dobré toto zjistit navazujícím šetřením. Z důvodu anonymity a mobility klientek však nebude lehké edukované ženy znovu oslovit, a to i z důvodu, že azylový dům poskytuje ubytování max. po dobu jednoho roku.

### 5. Jak často se má provádět samovyšetřování?

**Graf č. 11**

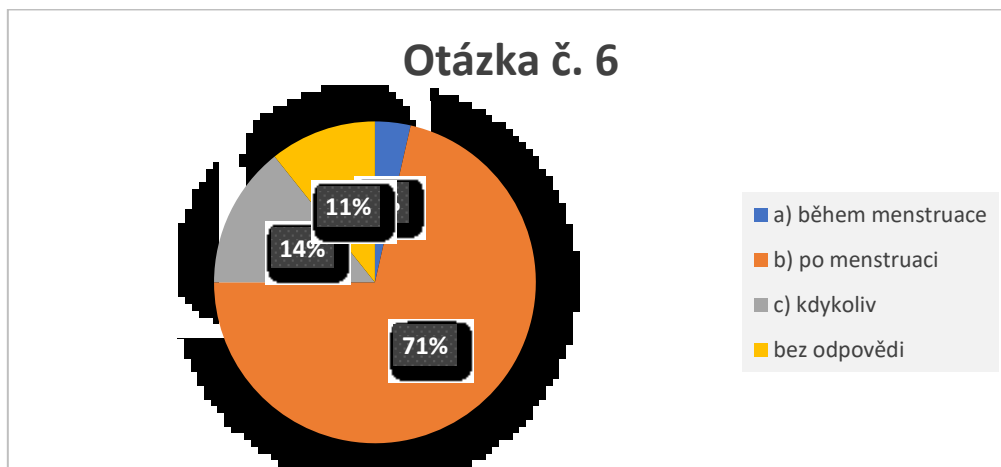


Zdroj: Vlastní zpracování

Komentář: U této otázky bylo zapamatování si správného intervalu obzvlášť důležité, neboť jedině tak má samovyšetřování prsu opravdu smysl. 75 % edukovaných žen si správný interval zapamatovalo.

## 6. Kdy je nejvhodnější doba pro samovyšetřování?

Graf č. 12

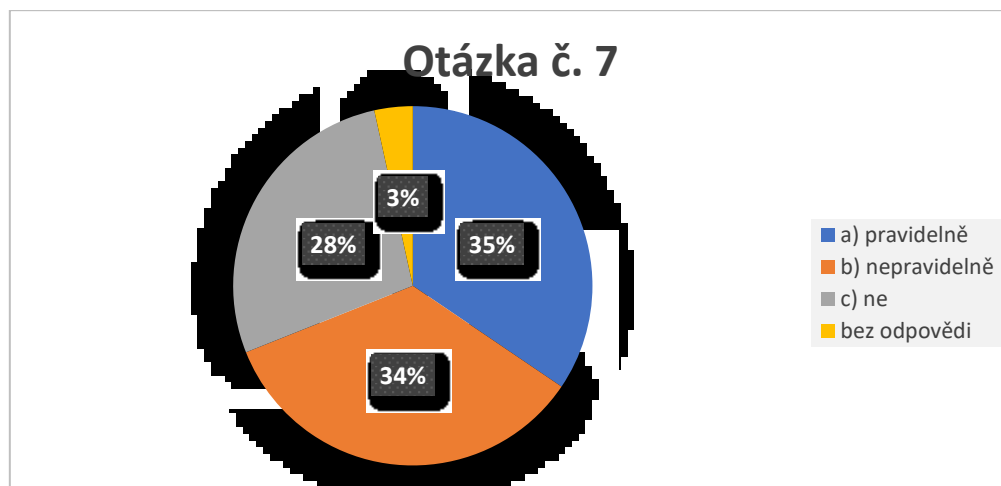


Zdroj: Vlastní zpracování

Komentář: U této otázky Bellisky doporučily interval samovyšetřování po menstruaci a 71 % žen si tuto informaci správně zapamatovalo. Touto otázkou jsem získala pozitivní intuici, že edukační setkání bylo přínosné, a věřím, že ho ženy v případě potřeby využijí.

## 7. Provádíte si samovyšetření prsu?

Graf č. 13



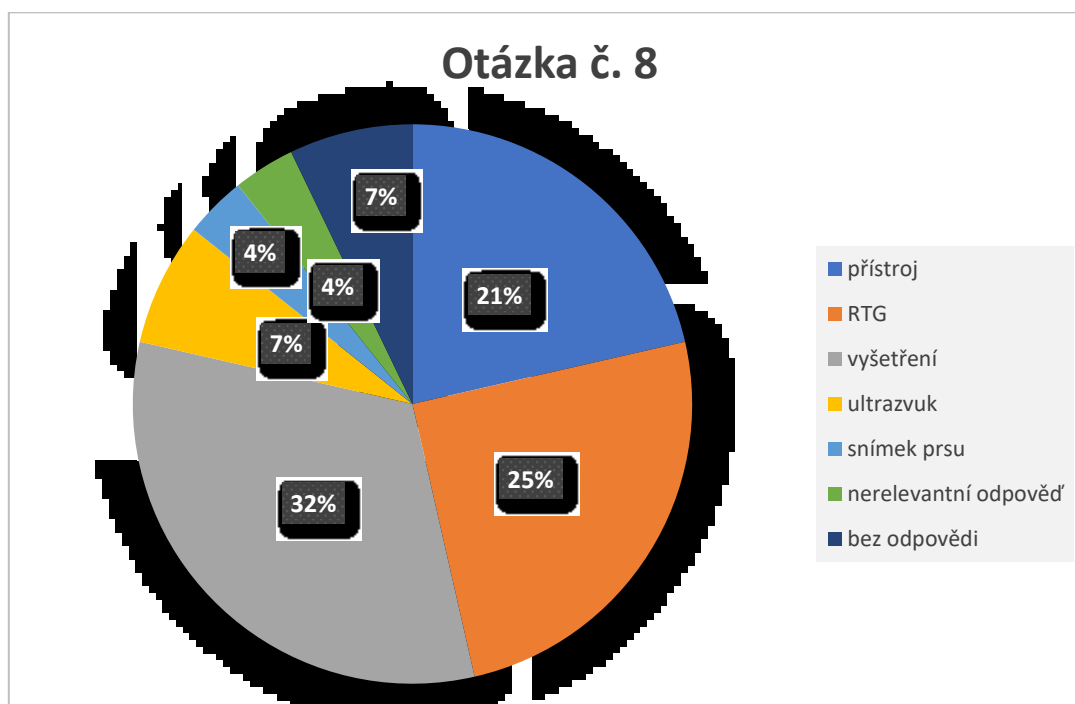
Zdroj: Vlastní zpracování

Komentář: Výsledek u této otázky mě zarazil, neboť jsem nepředpokládala, že bude poměrně vysoké procento žen, které uvedou, že si samovyšetření prsu provádí ať pravidelně, nebo nepravidelně. Zároveň mám určité pochyby, zda si ženy otázku správně přečetly. Ženy, které odpověděly, že si samovyšetření prsu neprovádí, uvádí, že o tom nevěděly, nenapadlo je to nebo

tuto problematiku nebraly vážně. Jedna žena uvedla, že nemá prsa. Zde bych chtěla podotknout, že samovyšetření je důležité u všech velikostí, neboť jak je zmíněno v teoretické části, rakovina prsu může postihnout i muže, ale ti jak je známo, nemají mléčné žlázy.

#### 8. Co je to mamograf?

Graf č. 14

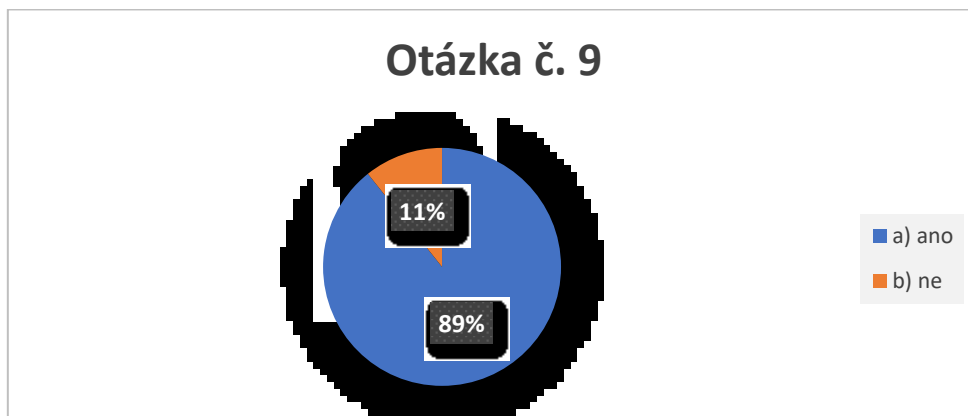


Zdroj: Vlastní zpracování

Komentář: U této otázky jsem čekala 100 % správných odpovědí, ale i 85 % odpovědí, které se týkají správného povědomí o mamografu, je pro mne uspokojující. Pro příští edukační setkání víme, že se na některé pojmy musíme lépe zaměřit.

9. Byla jste informována o možnostech preventivního vyšetření prsu?

Graf č. 15

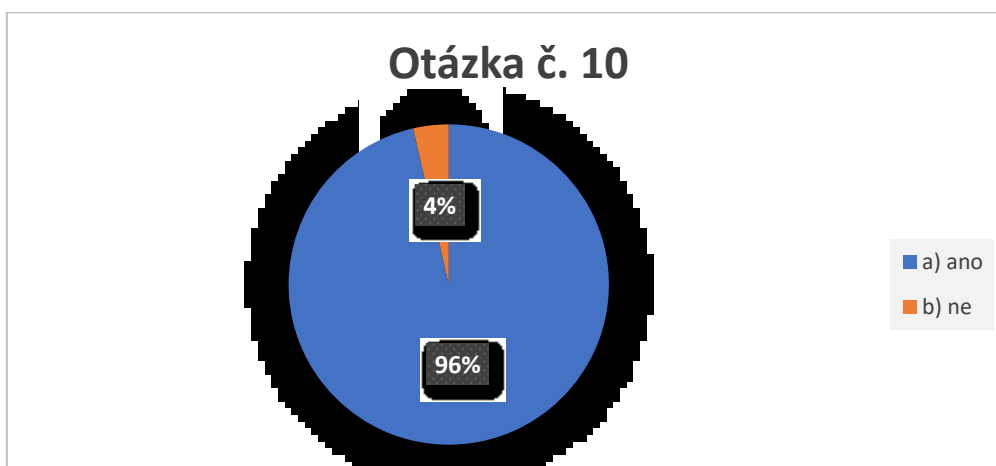


Zdroj: Vlastní zpracování

Komentář: 89 % edukovaných žen již mělo nějaké informace o možnostech preventivního vyšetření prsu. Ženy převážně uvedly od gynekologa nebo z jiného zdroje, dále pak od praktického lékaře a 3 ženy dokonce uvedly, že již na vyšetření byly nebo ho pravidelně podstupují.

10. Byly informace podány srozumitelnou formou a splnily vaše očekávání?

Graf č. 16

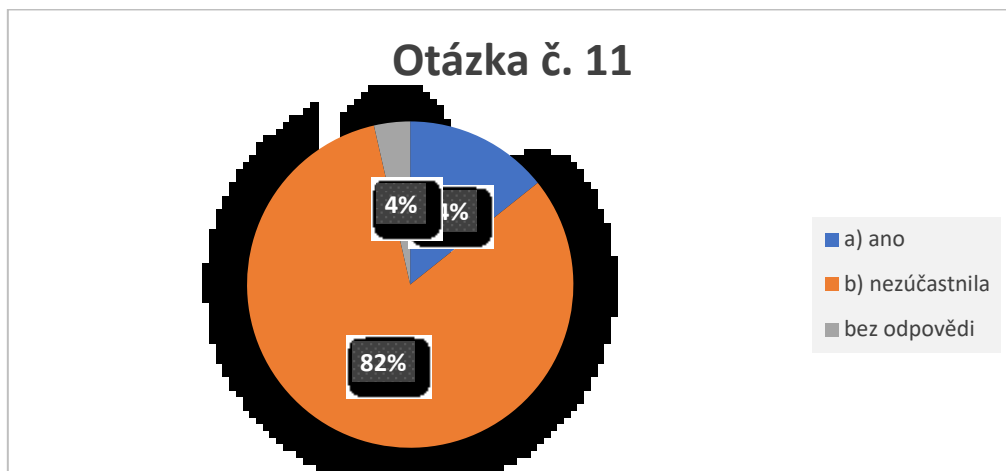


Zdroj: Vlastní zpracování

Komentář: 96 % edukovaných žen hodnotí edukační setkání jako srozumitelné. 1 žena uvedla, že setkání srozumitelné nebylo, ale neví proč.

11. Zúčastnila jste se někdy nějaké podobné zdravotní přednášky/besedy?

Graf č. 17

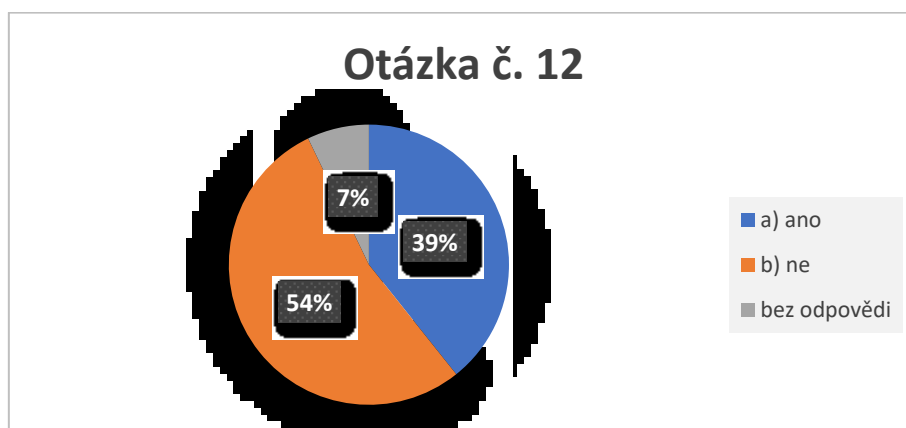


Zdroj: Vlastní zpracování

Komentář: 82 % edukovaných žen nemá zkušenosti s preventivně zdravotními programy. 14 % zkušenosti má, a to z nemocnice, ze školy nebo od sociální pracovníce z jiné organizace. Přesto většina žen má dobré povědomí a návyky. K prevenci rakoviny prsu pak přistupují relativně odpovědně.

12. Máte v azylovém domě, kde momentálně bydlíte, nějaký informační panel, kde jsou kontakty na zdravotnické služby? (např. nástěnka, letáčky, společné besedy na téma zdraví apod.)

Graf č. 18



Zdroj: Vlastní zpracování

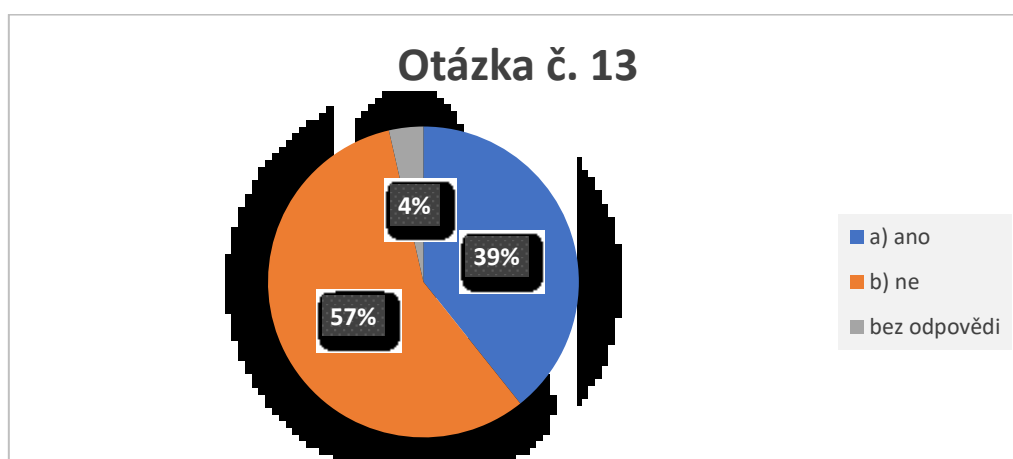
Komentář: Překvapujícím zjištěním je, že 54 % edukovaných žen uvedlo, že v azylovém domě nemají žádný informační panel s informacemi ohledně zdravotní prevence. Pokud azylový dům tento informační panel má, ale klientky o něm nevědí, je zřejmě z nějakého důvodu neúčinný,



např. je umístěn na špatném místě. Ženy, které uvedly, že o informačním panelu vědí, ve svých odpovědích napsaly, že je to nástěnka, komunita, terapie nebo mají k dispozici letáčky. Z nezávazného rozhovoru se sociálními pracovníci vyplynulo, že žádný azylový dům, ve kterém byl výzkum realizován, nemá s podobnou akcí žádné zkušenosti.

### 13. Víte, na jaké zdravotní prohlídky máte během kalendářního roku bezplatně nárok?

**Graf č. 19**



Zdroj: Vlastní zpracování

**Komentář:** 57 % edukovaných žen má povědomí o preventivních zdravotních prohlídkách, na které mají během roku bezplatně nárok (otázkou zůstává, jestli na preventivní prohlídky i prakticky chodí). Ženy uvedly několik příkladů – gynekologická prohlídka, preventivní prohlídka u stomatologa, prohlídka u praktického lékaře, ultrazvuk dle potřeby, mamograf, preventivní prohlídka včetně vyšetření prsu. Vzhledem k počtu edukovaných žen (28) však ženy uvedly jednotlivě jen málo příkladů. Zde vidím možnou realizaci aktivit v AD z hlediska informovanosti klientek sociálními pracovníci o nároku na preventivní zdravotní prohlídky.

**Smysl a přínos testovaných aktivit:**

Klientky azylových domů nejsou zdravotně negramotné. Vzhledem k tomu, že vždy přišla více jak polovina aktuálně ubytovaných žen, bylo vidět, že je tato akce zajímavá. Mají alespoň nějaké povědomí, jak pečovat o své zdraví. Díky jejich vzneseným dotazům a ochotě na toto téma diskutovat soudím, že tato aktivita – praktická edukace – smysl má. Sociální pracovníce se nemusí navíc dále vzdělávat ani vynaložit další čas na shromažďování odborných informací. Pokud by do budoucna vzrostl zájem azylových domů o edukační setkání, muselo by dojít

k ucelenému financování těchto akcí. A to buď ze strany azylového domu, nebo spoluprací se sponzory, např. jako tomu bylo nyní, kdy tuto akci zaštil AVON ve spolupráci s Aliancí žen s rakovinou prsu.

Otázkou však zůstává, zda nabyté informace ženy prakticky využívají, neboť nestačí jen docházet ke gynekologovi, ale je důležité se svému zdraví věnovat širokospektrálně. Jen tak může v budoucnu dojít k menšímu výskytu řady onemocnění, která mohou být právě i smrtelná. Edukace skutečně smysl má, neboť jak řekly Bellisky: „I kdyby měl být zachráněn jen jeden lidský život, je to úspěch.“

### **6.3 Doporučení pro azylové domy**

#### **1) Vstupní konverzace na téma zdravotní prevence**

Každý azylový dům má toto pravidlo: než nastoupí klient/ka nebo rodina s dětmi, všichni musí mít od praktického lékaře potvrzení o bezinfekčnosti, aby jim mohla být služba poskytnuta (lze ověřit na webových stránkách jednotlivých AD, které toto mají upravené ve vnitřních řádech, provozních řádech nebo směrnících). V tomto opatření vidím příležitost k navázání na téma zdravotní prevence – např. zda pravidelně dochází na preventivní prohlídky, jak k praktickému lékaři, tak k zubaři, ženy na gynekologii apod. Ne všechny azylové domy téma lékař/zdravotní prevence/zdraví a zdravý životní styl řeší (viz poznatky od sociálních pracovníků při rozhovorech výše).

#### **2) Prakticky využívat užitečné informace z médií**

Většina žen uvedla, že o prevenci rakoviny prsu již slyšela, a to z médií. Myslím si, že téma zdravotní prevence je možné a vhodné zařadit na komunitní setkání a mělo by být zahrnuto i v individuálních plánech. To, že ženy a vůbec klienti azylových domů své zdraví neřeší, není jejich chybou, protože je to prostě jen nenapadne, neboť řeší aktuální problémy – bydlení, finance, práci, děti atd. Od toho by měl být personál, aby klienty navedl, nebo zkrátka zavedl metodu, jak s klienty/kami pracovat a komunikovat na téma zdraví a zdravotní prevence. Pokud klienti dokáží využívat média a pamatují si, co se z nich dozvěděli, není nic jednoduššího, než se klientů zeptat a o této problematice konverzovat.

### 3) Mít kvalitní informační panel

Chápu, že sociální služba typu azylový dům nespadá pod ministerstvo zdravotnictví, jako tomu je např. u domů pro seniory, kde je automaticky poskytována služba sociální i zdravotní, ale mluvit s člověkem o zdravotní prevenci a vést ho k dbání o své zdraví nemusí být nutně uchopeno v žádném zákoně nebo nařízení. Může to zůstat na individualitě daného zařízení, jak tuto problematiku bude ochotno řešit – pravidelně se zapojovat do preventivně zdravotních programů, organizovat besedy nebo mít třeba jen kvalitně nastavený informační panel, který bude pro klienty daného zařízení opravdu praktický.

### **Vyjádření Bellisek k edukačním setkáním**

Po uskutečněných edukačních setkání jsem Bellisky poprosila o jejich názor a porovnání jejich zkušeností. Nejprve mne zajímal jejich nezaujatý názor na každé zařízení, já už jsem přeci jen byla delší dobu s pracovníci azylových domů v kontaktu a připadalo mi, že bych nebyla zcela objektivní.

*„AD č. 3: Zde jsme bohužel narazily na napjatou atmosféru při edukaci, kdy nám pracovnice, která byť nic neříkala, dala pocítit svými pohledy a chováním, že zřejmě "zdržujeme"? To pro nás bylo velice nepříjemné. Vynahradily nám to ale klientky, které přišly v hojném počtu a hlavně se opravdu ptaly a bylo vidět, že je přednáška velice zajímavá. Z toho máme vždy velkou radost, toto nás vždy namotivuje, že edukace má smysl. Prostředí (až na tu jednu pracovnici) bylo i zde velice příjemné a milé.“*

*„AD č. 1: Pracovnice měly velice milý přístup, byla to první návštěva a nevěděly jsme, co vlastně můžeme očekávat. Překvapením byla malá účast klientek, ale nakonec díky pracovnicím, které se také účastnily, prostředí bylo velmi milé a příjemné, bylo cítit, že jsme tam vítány, proběhlo i poděkování a předání malé pozornosti.“*

*„AD č. 2: I zde byla pracovnice velice příjemná a velice nás potěšila pro nás velká účast klientek, u kterých byl znát zájem o problematiku rakoviny prsu a které se i ptaly na to, co je zajímavé. Prostředí bylo také příjemné, na konci edukace bylo poděkováno, odjížděly jsme s pocitem, že to má smysl.“*

Dále mne zajímal názor Bellisek na případné zlepšení pro případ dalších edukací. Zda by něco udělaly jinak, jinak domluvily pro zefektivnění další edukace, apod.

*„Názor na proběhlé edukace máme takový, že to rozhodně smysl má, nenapadá nás nic, co bychom měnily, myslíme si, že to bylo "uchopeno" správným směrem. Mělo z toho vyplynout, jak je důležité samovyšetření prsu a to se domníváme, že vyplynulo. První návštěva byla tak trochu v obavách, co nás čeká, jak budeme přijaty, zda ženy nevystrašíme nemocí rakoviny prsu, ale opak byl pravdou. S tímto pocitem jsme vždy odjížděly.“*

Bellisky jsem také poprosila o porovnání jejich zkušeností s edukacemi při své běžné činnosti versus prostředí pro lidi, kteří se nachází v tíživé sociální situaci, zda upozorovaly něco neobvyklého, zajímavého nebo nepocítily žádný rozdíl.

*„Prostředí AD je podle nás v rámci finančních možností dobře vybavené. Nikde nás prostředí nepříjemně nepřekvapilo, ale také jsme neměly pocit, že by se tam žilo v "přepychu". Naše další edukace probíhají na školách, na firmách nebo naše osobní při Bellisčích akcích, kde máme své zázemí.“*

Posledním bodem, který mě zajímal, byly postřehy Bellisek, které stojí za zmínku, co považují za důležité ještě zmínit.

*„Myslíme si, že i ženy, které v AD žijí, které mají v životě víceméně jediný cíl, a to mít kde bydlet, mít nějaké peníze na obživu a postarat se o své děti, by měly mít tu možnost uvědomění si, jak je moc důležité "pečovat" i o sebe samé, minimálně v rámci prevence. V našem případě měsíční prevence samovyšetření prsu. Dle reakcí, které se nám dostaly zpět, si myslíme, že jsme toho aspoň v nějakém procentu dosáhly.“*

## **6.4 Popis zkušenosti a mapování zavádění zdravotní prevence v sociálních službách**

Nyní bych ráda popsala zkušenost se zaváděním zdravotní prevence v sociálních službách, konkrétně na příkladu azylových domů, kterých se týká provedený výzkum a uskutečnění pilotního projektu. Pokusím se popsat všechny důležité aspekty, které měly vliv na všechny potřebné kroky k úspěšnému zrealizování.

Prvotní zkušenosti hodnotím pozitivně, byly pro mne nové, velmi zajímavé, přínosné, určitě i neobvyklé, protože jsem průkopnicí jako studentka, nikoli ostřílená profesionálka, která si je jista každým krokem, který musí směřovat k úspěšné realizaci. O to více jsem potěšena, že realizace úspěšná byla. Jsem ráda, že se nám povedlo tento pilotní projekt zrealizovat a můžeme naše zkušenosti předat dále.

Nejtěžší částí bylo vyhledat kontakty na azylové domy v ČR, přičemž jsem plna očekávání dostala pouhých 5 odpovědí a o konkrétní realizaci měla zájem pouze 3 zařízení. Díky pevné vůli a přesvědčení, že nic není nemožné, jsem se vrhla na přípravy realizace a nenechala se odbýt. I díky paní ředitelce Aliance Evě Knapové jsem se čím dál více utvrzovala v tom, že to prostě zkusíme a uvidíme.

Další těžkou zkouškou bylo najít finance na uskutečnění projektu, kdy vypsané dotační programy nebyly pro tuto činnost vhodné a díky mé nezkušenosti téměř nemožné je získat. Opět mě podpořila paní ředitelka, která díky svým kontaktům oslovila zástupkyně AVONU a požádala je o spolupráci, resp. právě finanční podporu. Nestačila jsem se divit, s jakým nadšením se AVON zapojil, a já s vidinou zdárného uskutečnění mohla pokračovat dál v přípravách projektu.

Stále jsem ještě nevěděla, kolik azylových domů se zapojí, jestli 5 nebo 3. Musela jsem tedy znovu zkontaktovat 5 azylových domů a domluvit se na předběžném termínu uskutečnění edukačního setkání. Finální zájem měla 3 zařízení. Občas mě trochu mrzelo, když si mě vedoucí podle jména nepamatovaly a já musela dokola vysvětlovat, kdo jsem, proč volám a že už jsme spolu mluvili. Ani to mě však neodradilo a trpělivě jsem domlouvala ona setkání. Nejdříve jsem požádala vedení azylových domů o návrh alespoň 2 termínů, které byly pro edukaci vhodné, poté jsem informovala Bellisky. Po společném ujednání jsem opět kontaktovala azylové domy a potvrzovala náš výběr termínu, čas příjezdu a program setkání. Vždy jsem se snažila motivovat zařízení k co největší účasti svých klientek. Mohu říci, že každé zařízení mělo zcela jiný přístup jak k dojednání termínu, ke komunikaci se mnou, tak i k samotné edukaci. Na jednom místě byla výborná komunikace, pozitivně naladěné vedení, motivované, ochotné, dokonce i s připraveným pohoštěním a následným drobným poděkováním (sušenky, bonbony atd.), což jsme samozřejmě odmítaly, aby to nechaly dětem. Druhá zkušenost byla pro mne úžasná v tom, že pracovnice se nebály dát účast klientek na edukačním setkání jako povinnost. Prostě to šlo. Ve třetím zařízení jsme se setkali s nedorozuměním v čase, což nám bylo dáno najevo při samotné edukaci. Ale na oplátku byly klientky pozorné, o informace měly zájem a ptaly se na vše možné, co je zajímalo, což bylo nejdůležitější, neboť bez zájmu klientek, s pouze pasivním přijímáním informací, by žádné setkání nemělo smysl.

Co bych příště udělala jinak, aby dojednávání edukace bylo příjemnější? Již na začátku, kdy bych měla jistotu, že dané zařízení má o projekt zájem, bych vedení poprosila, aby si mě uložily do mobilního telefonu, aby každé další spojení bylo příjemnější pro obě strany. Zařízení by vědělo, že volám já a co zřejmě budu chtít a já bych byla v lepší pozici při dojednávání setkání.

Co bych doporučila, pokud by se někdo další pokoušel o podobnou zkušenost – nenechat se odbýt, být trpělivý/á, dopředu si připravit odpověď, pokud by se na druhé straně ozvalo „ale já nevím, o co jde“, určitě doporučuji si všechny důležité informace potvrdit e-mailem a hlavně být stále nadšený/á a přesvědčený/á o svém dobrém úmyslu propagovat dobrou věc, což zdravotní prevence na 100 % je.

## **6.5 Monitoring účasti**

Když se zpětně ohlédnu za účastí klientek azylových domů na edukačním setkání, všude jsme se setkaly se zájmem o danou problematiku, pozorností při výkladu a radostí z edukačních materiálů. Myslím si, že účast jako taková je vždy podmíněna motivací ze strany vedení a nastavením zařízení účastnit se takové akce. To, že azylový dům má možnost se do projektu zapojit a nemusí vynaložit žádné finanční prostředky, nemusí plnit žádné naše požadavky a nic kromě informování klientek pro uskutečnění setkání nemusí udělat, neznamenal, že účast bude dostačující. Na každém setkání jsme trpělivě čekaly, zda ještě někdo dorazí a dle vyjádření Bellisek bylo opravdu mnohem příjemnější, když bylo znát, že vedení je pozitivně nastavené a klientky k účasti motivuje.

Jediný rozdíl mezi edukací v azylových domech a při své běžné činnosti Bellisky zaznamenaly v prostředí, kde edukace probíhá. Prostředí škol nebo firem nabízí místnost, která je takovým projektům uzpůsobená, vědí, s kým se potkají a vědí, že edukanti mají o dané téma zájem. V azylových domech to bylo přesně opačně. Bellisky nevěděly, jaké prostředí je čeká, nevěděly, jak široká je cílová skupina azylového domu, ani jaký bude zájem o danou problematiku.

Vždy jsme však byly mile překvapeny, když se ženy samy ptaly k tématu na nejrůznější souvislosti nebo se svěřily s konkrétním příběhem.

Před posledním edukačním setkáním televize NOVA odvysílala v pořadu VÍKEND reportáž o Belliskách a jejich činnosti. Když jsme se druhý den zeptaly edukantek, zda reportáž viděly, odpověděly, že ne, ale není divu, tento pořad jde pozdě večer a maminky mají na starosti malé děti, které je potřebují. Navedla jsem je tedy, až budou mít čas a přístup k internetu, aby se na reportáž podívaly na webových stránkách. Ženy se zájmem přikyvovaly, že se podívají. V azylovém domě mají přístup k počítači, pokud jde o domácí úkoly dětí, hledání zaměstnání apod. je většinou umožněna delší doba přístupu k PC, než kdyby na něm chtěly pouze trávit volný čas.

Co ještě fungovalo při společném setkání, bylo, když starší z Bellisek vyprávěla svůj životní příběh a popisovala průběh nemoci a pociťované emoce. Starší ženy měly ihned spoustu zajímavých otázek. Naopak, když o průběhu léčby mluvila mladší Belliska, ozývaly se mladší ženy se zajímavými otázkami.

Myslím si, že není rozdíl mezi edukací mladších nebo starších žen, mladých maminek nebo bezdětných žen, všechny, které toto téma zajímá, si z nového poznání vezmou to své a jistě nově nabyté informace v případě potřeby využijí.

Ideální by bylo, kdyby téma zdraví a péče o zdraví bylo ukotveno v legislativě a azylové domy musely tyto akce samy vyhledávat. Myslím si, že nestačí, aby na téma zdraví diskutovali sociální pracovníci bez odborných informací a jen např. doporučili zdravotní prohlídky.

Na základě získaných poznatků z pilotního projektu si myslím, že edukace by měla VŽDY probíhat za účasti odborníků. Domnívám se, že jen tak tuto problematiku budou brát klienti azylových domů vážně.

## **6.6 Shrnutí**

V každém azylovém domě jsme se setkaly s dostatečným počtem žen, a to byl první impuls, který nás přesvědčil, že edukace má smysl, neboť to byla jasná zpětná vazba, že ženy mají o zdravotní prevenci zájem a zajímají se o nové poznání, informace, metody apod.

Edukované ženy měly v každém zařízení několik otázek, které jak Bellisky, tak i mě jako studentku posunuly dále, ať v uvědomění si, jak je zdravotní prevence důležitá, tak i možnost se dozvědět něco nového, naučit se něco nového a poznat jinou cílovou skupinu, než na které jsme zvyklé. Pro Bellisky bylo setkání s klientkami azylových domů úplně novou zkušeností, pro mě méně, neboť jsem v minulosti mohla s touto cílovou skupinou v jednom azylovém domě pracovat.

Po prostudování vyplněných dotazníků jsem zjistila, že vzdělání klientek nemělo na výsledky velký vliv. Ze subjektivního pohledu usuzuji, že u 5 žen nemělo vzdělání žádnou váhu, u jedné ženy částečně a pouze u jedné ženy usuzuji, že její vzdělání mělo vliv na vyplněný dotazník, neboť na otázky s odborným zaměřením, viz otázka č. 5, odpověděla jako jediná špatně (př. AD č. 1). Z celkového pohledu však 75 % edukovaných žen odpovědělo na tuto otázku správně, což je pro mne více než uspokojivé zjištění.

Pokud bych se někdy v budoucnu k této problematice vracela ať osobním výzkumem, či osobním zájmem o dané téma, vedla bych rozhovory na téma vzdělání a souvislost s vědomostmi v oblasti zdraví a zdravotní prevence.

Nemyslím si, že je stěžejní, aby si ženy pamatovaly statistiky nebo mnoho odborných informací, ale určitě je důležité, aby věděly, jak správně samovyšetření prsu provádět, kam se v případě podezření na nějakou anomálii obrátit a hlavně, aby se nenechaly odbýt, zdraví má pro člověka velkou hodnotu v jakékoliv životní fázi.

Bellisky mne velmi potěšily svým lidským přístupem, kdy se během odborného výkladu ujistovaly, že klientky opravdu jen nestraší svými příběhy nebo právě odbornými informacemi a zajímaly je pocity žen. Ochotně jim naslouchaly, pokud se některá z žen chtěla svěřit se svým příběhem o onemocnění, snažily se ženy nasměrovat k opravdu pravidelnému samovyšetřování svých prsů, neboť 15 minut 1x měsíčně a zdarma se může rovnat 1 zachráněnému plnohodnotnému životu.

Díky zjištěným informacím, kdy klienti azylových domů mají na prvním místě jiné priority než své zdraví, se domnívám, že praktická ukázka samovyšetření prsu je nejlepší variantou edukace, byť na internetu najdeme plno instruktážních videí. Videá bych případně následně ukázala a poslala azylovým domům, ale pouze po odborném výběru Bellisek nebo Aliancí.

Co bych udělala příště jinak nebo lépe: Určitě bych připravila materiály, kde budou odborné pojmy jednotlivě vysvětleny a s edukátorkami se lépe zaměřila na vysvětlení některých pojmů, např. mamograf, aby bylo pro všechny ženy jednoznačné, co to mamograf je, neboť z dotazníkového šetření vyplynulo, že ne všechny ženy si tento termín umí vysvětlit správně.

Závěrem mě napadá, že by bylo zajímavé po čase oslovit azylové domy znovu a zeptat se, jak se změnil přístup pracovníků ve vztahu k tomuto tématu a samotným klientkám, jakou mělo odezvu naše edukační setkání, zda se ženy o své zdraví skutečně zajímají apod. Vzhledem k tomu, že pobyt v azylovém domě je časově omezený, je jisté, že ne všechny ženy bude možné později zastihnout.



## Závěr

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, zda je možné zavést zdravotní prevenci do sociálních služeb. Na příkladu realizovaného edukačního projektu a provedeném výzkumu si myslím, že se mi podařilo cíl naplnit. Provedla jsem pilotáž, přičemž edukace vzbudily příznivý ohlas a byly kladně hodnoceny i Belliskami (lektorkami). Nicméně edukační setkání provázal nízký zájem ze strany azylových domů, a také jsem díky dotazníkovému šetření dospěla k závěru, že klientky azylových domů jsou relativně informované, poměrně zdravotně gramotné a pokud odpovídaly skutečně pravdivě, pak i ve více než polovině svědomitě přistupují k prevenci vzniku rakoviny prsu. I přes to doporučuji, aby téma zdraví a zdravotní prevence bylo bráno vážně a azylové domy se svými klienty a klientkami toto téma nepodceňovaly. Myslím si, že pokud by se do budoucna podařilo provést podobný výzkum ve více azylových domech, mohly by být výsledky i značně odlišné. To je ale pouze má subjektivní domněnka.

Každý, kdo se bude aktivně zajímat o své zdraví, se pomocí této práce dozví teoretické poznatky ohledně onkologických onemocnění a nádorového onemocnění prsu. Teoretická část popisuje všechny důležité oblasti, které se k prevenci rakoviny vztahují. Postupně se téma zužuje na oblast prevence onkologického onemocnění prsu.

Pomocí dotazníkového šetření jsem zjistila, jak klientky vnímaly edukační setkání a jak se vyznají v oblasti zdraví a zdravotní prevence, jaké nové informace jim setkání přineslo a zda pro ně bylo přínosné. Rozhovory s pracovníci vnesly do této práce konkrétní pohled na spolupráci mezi personálem a klientkami, jak spolupracují a jaká jsou pro klientky aktuální řešená témata. Ta jsou většinou shodná s dosud již provedenými výzkumy jinými výzkumníky. Analýzou dokumentů jsem zjišťovala, jaké vědomosti by měli mít lidé v oblasti zdravotní gramotnosti, neboť jsem analyzovala vzdělávací programy základních a středních škol. Dále jsem analyzovala výsledky výzkumných šetření v oblasti zdravotní prevence, které byly uskutečněny v předchozích letech.

Co mě asi nejvíce negativně překvapilo, je malý zájem ze strany azylových domů se edukace zúčastnit. Z celé ČR, kde se sociální služby rozrůstají z hlediska počtu organizací, sociální služby jsou státem podporovány, se do pilotního projektu zapojily právě 3 azylové domy, což je opravdu velmi malé číslo.

Za upozornění jistě stojí i finanční stránka takového projektu, kdy je potřeba zaplatit cestu, popř. čas edukátorkám, které tuto činnost dělají v rámci svého volného času a na úkor vlastní rodiny. Bylo by vhodné, aby azylové domy na tuto potřebu do budoucna reagovaly. Azylový

dům může požádat např. zřizovatele o grant (granty jsou každoročně tematicky vypisovány). S tím souvisí i přístup azylových domů k individuálnímu plánování a informování svých klientek v obecné rovině. Zdraví je nejdůležitější záležitostí každého jedince a azylový dům, jakožto služba preventivního charakteru, by měla dbát na informovanost svých klientů. Nejlepší variantou by bylo informování a předání tištěných informací o zdravotní prevenci ihned po nástupu klientů do zařízení. V kreativě se meze nekladou.

Myslím si, že za pomoci organizací, jako je např. právě Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s., je prakticky možné zdravotní prevenci do sociálních služeb zavést, a to nejen na téma rakovina prsu. Každá sociální služba je specifickou pomocí určenou konkrétní cílové skupině. Podle toho by se témata prevence měla sestavovat. Dokáží si představit, že by jednou mohla být zdravotní prevence povinnou součástí spolupráce mezi pracovníky sociálních služeb a jejich klientelou. Např. tato spolupráce by mohla být ukotvena ve standardech kvality při poskytování sociálních služeb. Zatím jde ale jen o ochotu pracovníků, zda se do edukace se svými klienty pustí nebo ne, popř. o potřebu klientů, zda se o své zdraví a zdraví své rodiny budou aktivně zajímat nebo zda potřebují řešit již vzniklý zdravotní problém.

## Literatura

- BREUSS, Rudolf. Rakovina, leukémie a jiné zdánlivě nevléčitelné nemoci, léčitelné přírodními prostředky. Praha: Erika, 2001. ISBN 80-7190-421-X.
- CELEROVÁ, Kateřina. Prevence nechtěného těhotenství u žen v azylových domech: Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016.
- ČÁMSKÝ, Pavel. Sociální služby v ČR v teorii a praxi. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.
- ČELEDOVÁ, Libuše a Čevela Rostislav. Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
- GLUMBÍKOVÁ, Kateřina a GOJOVÁ Alice. Vnímané potřeby klientek azylových domů pro ženy a matky s dětmi. Časopis sociální práce 3/2016.
- HANČOVÁ, Lenka. Potřeby klientů azylových domů: Bakalářská práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2017.
- HUSSAIN, Maria. Praktický rádce pro ženy po operaci rakoviny prsu. Praha: Erika, 1993. ISBN 80-85612-26-7
- HROMOKOVÁ, Renata. Rozvoj zdravotní gramotnosti prostřednictvím mateřských center: Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, 2016.
- JANÁČKOVÁ, Laura. Život je boj - praktický průvodce rakovinou pro nemocné a jejich blízké. Brno: GRIFART, 2014. ISBN 978-80-905337-4-5.
- KLÍMA, Jiří. Pediatrie pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.
- KOPECKÁ, Jana. Edukace matek a žen v azylových domech v Pardubickém kraji: Bakalářská práce. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2015.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KUČÍKOVÁ, Marta. Identifikace potřeb a následná práce s motivací v azylových domech pro matky s dětmi: Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, 2017.
- KUZNÍKOVÁ, Iva. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
- MAAYTOVÁ, Alena. Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivity. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-912-8.
- MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. Výchova ke zdraví. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

- MAREK, Jakub. Bezdomovectví - v kontextu ambulantních sociálních služeb. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0090-1.
- MLČÁK, Zdeněk. Psychologie zdraví a nemoci. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7368-951-3.
- MLÝNKOVÁ, Jana. Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost. 1. díl. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.
- MLÝNKOVÁ, Jana. Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost. 2. díl. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3185-8.
- NORTHROP, Christiane. Žena: tělo a duše: cesta k tělesnému a duševnímu zdraví. Praha: Columbus, 2004. ISBN 80-7249-092-3.
- PAULÓ, Michaela. Aktivity pro matky s dětmi v Azylovém domě Matky Terezy v Novém Jičíně: Bakalářský projekt. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016.
- TOMEŠ, Igor. Sociální správa. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-560-1.
- VÁVROVÁ, Soňa. Doprovázení v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0087-1.
- VIGUÉ, Jordi, ed. Zdraví ženy. Přeložil Hana KNEROVÁ. Čestlice: Rebo, 2006. Knihovna zdraví (Rebo). ISBN 80-7234-534-6.
- VOCHOZKOVÁ, Markéta. Specifika sociální práce v podmínkách azylových domů: Diplomová práce. České Budějovice, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2007.
- ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.*
- ZATLOUKALOVÁ, Ivana. Potřeby klientek azylových domů po jejich odchodu z hlediska sociálního fungování: Bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014.
- Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014. ISBN 978-80-85047-47-9.
- ZVÍROTSKÝ, Michal. Úvod do zdravotní gramotnosti pro pedagogy: učební text pro studenty pedagogických oborů. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2009. ISBN 978-80-7290-431-0.

## Online zdroje

- <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/karcinom-prsu-u-mladych-zen-korelace-nove-zjisteny-geneticky-mutaci-s-odhado/> (cit. 26. 8. 2018).
- <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>
- <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2017-6/vybrane-aspekty-zivotniho-stylu-a-zdravotni-gramotnost-u-osob-ohrozenych-chudobou-zijicich-v-jihoceskem-kraji-62351> (cit. 5. 9. 2018).
- <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2015-1/zanedbani-prevence-onkogynekologickych-onemocneni-u-zen-bez-domova-51894> (cit. 5. 9. 2018).
- <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pomoc-v-nemoci/socialni-pomoc/> (cit. 5. 9. 2018).
- <http://www.uzg.cz/akce.html> (cit. 18. 7. 2018).
- <https://www.zdravaprsa.cz/zdrava-prsa/samovysetreni/> (cit. 11. 9. 2018).
- <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=4a8d4b0e-615b-4686-87cb-1c964acc0223%40sessionmgr4009> (cit. 12. 4. 2019)

## Cizojazyčné zdroje

- Journal Of The American Board Of Family Medicine: JABFM [J Am Board Fam Med] 2013 May-Jun; Vol. 26 (3), pp. 279-87. Dostupné z: <http://www.jabfm.org/content/26/3/279.full.pdf> (cit. 19. 11. 2018).
- Journal Of Women's Health (2002) [J Womens Health (Larchmt)] 2010 Jan; Vol. 19 (1), pp. 17-22. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2828235/> (cit. 22. 11. 2018).
- CLINICAL JOURNAL OF ONCOLOGY NURSING DECEMBER 2018, VOL. 22 NO. 6. Dostupné z: <https://cjon.ons.org/cjon/22/6/homeless-cancer-unrecognized-problem-united-states> (cit. 22. 11. 2018).
- Public Health Rep. 1989 Nov-Dec; 104(6): 536–541. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1580137/> (cit. 22. 11. 2018).
- Journal of Cancer Education is a copyright of Springer, 2016. All Rights Reserved. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=fa95024a-9580-4301-bf74-8336e6971a07%40sessionmgr101> (cit. 22. 11. 2018).

- Journal of School Health May2018, Vol. 88 Issue 5, p350 9p. Dostupné z: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1111/josh.12615> (cit. 23. 11. 2018).