

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**ÚČAST VEŘEJNOSTI NA PREVENTIVNÍCH  
PROHLÍDKÁCH**

*Bakalářská práce*

Autor práce: Monika Kroužilová  
Vedoucí práce: Mgr. Dita Svobodová

2011

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING

**PUBLIC PARTICIPATION IN PREVENTIVE  
EXAMINATIONS**

*Bachelor's thesis*

Author: Monika Kroužilová  
Supervisor: Mgr. Dita Svobodová

2011

**Čestné prohlášení:**

Prohlašuji, že bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové .....

.....

(podpis)

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu práce, paní Mgr. Ditě Svobodové, za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady a maximální podporu při vzniku této práce. Ráda bych poděkovala osloveným respondentům, kteří svou spoluprací umožnili naplnění empirické části práce a všem vyučujícím Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

## OBSAH

ÚVOD.....	8
I TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 ZDRAVÍ.....	9
1.1 Podpora zdraví.....	10
1.1.1 Program pro zdraví „Zdraví pro všechny ve 21 století.....	10
1.1.2 Cíle programu.....	12
1.2 Determinanty zdraví.....	14
1.2.1 Životní styl – základ zdraví.....	16
1.2.2 Prvky životního stylu.....	16
1.3 Hodnoty vypovídající o zdravotním stavu populace.....	17
1.4 Úloha občana v péči o zdraví.....	17
2 PREVENCE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	17
2.1 Rozdělení prevence.....	18
2.2 Prevence v primární péči.....	19
2.2.1 Preventivní prohlídky.....	19
2.3 Dispenzární péče.....	23
2.4 Závodně preventivní péče.....	23
2.4.1 Rozdělení závodně preventivních prohlídek.....	24
2.5 Role zdravotní sestry v primární prevenci.....	24
3 ONKOLOGICKÁ PREVENCE.....	25
3.1 Nejzávažnější příznaky onkologického onemocnění.....	25
3.1.1 Hlavní rizikové faktory, které se účastní na vzniku a rozvoji zhoubných nádorů.....	26
3.1.2 Evropský kodex proti rakovině.....	26
3.2 Rakovina děložního čípku.....	27
3.2.1 Definice.....	27
3.2.2 Rizikové faktory rakoviny děložního čípku.....	27
3.2.3 Preventivní opatření u rakoviny děložního čípku.....	28
3.3 Kolorektální karcinom.....	30
3.3.1 Definice.....	30
3.3.2 Rizikové faktory kolorektálního karcinomu.....	31
3.3.3 Preventivní opatření u kolorektálního karcinomu.....	32

3.4 Karcinom prsu.....	33
3.4.1 Definice.....	33
3.4.2 Rizikové faktory karcinomu prsu.....	34
3.4.3 Preventivní opatření u karcinomu prsu.....	38
II EMPIRICKÁ ČÁST.....	41
1 CÍLE VÝZKUMU.....	41
2 METODA VÝZKUMU.....	41
2.1 Zdroje odborných poznatků.....	41
2.2 Charakteristika souboru respondentů.....	41
2.3 Užitá metoda šetření.....	42
2.4 Realizace výzkumu.....	43
3 INTERPRETACE DAT.....	43
DISKUZE.....	75
ZÁVĚR.....	81
ANOTACE.....	83
LITERATURA A PRAMENY.....	85
SEZNAM GRAFŮ A ILUSTRACÍ.....	90
SEZNAM TABULEK.....	91
SEZNAM PŘÍLOH.....	92



# ÚVOD

*„Zdraví je vzácná věc, je to vpravdě jediná věc, která zaslouží, abychom úsilí o ni obětovali nejen čas, pot, námahu, jmění, ale i život; tím spíše, že bez něho se pro nás život stává trápením a strastí. Není-li zdraví, potemní a vyprchají i rozkoš, moudrost, učenost a ctnost“.*

Michel De Montaigne

Nedostatek času, uspěchaný způsob života a strach z odhalení nemoci, ať jde o nádorové onemocnění či jinou civilizační chorobu a obava z následného utrpení je často důvodem, proč lidé nechodí na pravidelné lékařské prohlídky. To bohužel vede k tomu, že mnohá nádorová onemocnění jsou objevena až v pokročilém stadiu.

Preventivní prohlídky u lékaře by se měly stát samozřejmostí pro každého moderního a určitě i nemoderního člověka. Nezapomeňme na to, že nejenom máme „nárok“ na preventivní vyšetření, ale také máme sami odpovědnost za to, jak žijeme.

Zejména na adolescenty a mladé lidi by se měla orientovat osvěta a využívat i netradičních forem, jak mladé populaci tuto problematiku přiblížit. Výchova člověka ke zdravému způsobu života je nejúčinnější formou prevence nejzávažnějších nemocí, které zkracují lidský život a znamenají jak osobní, rodinné tragédie, tak i ztrátu pro společnost. Programy zaměřené na pozitivní ovlivnění výživy, nekuřáctví, propagaci sportovní aktivity, ovlivňují příčinu řady chorob.

Vážná nemoc je nejen nápor na nervovou soustavu jedince, ale dokáže prudce srazit i příjem rodiny. Využívat peníze, které jsou vloženy do veřejného zdravotního pojištění, ve prospěch vlastního zdraví a na včasné odhalení zdravotního problému ale stále příliš občanů České republiky neumí. Češi jdou většinou k lékaři, až když dá choroba o sobě vědět a začnou mít vážné zdravotní problémy.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit úroveň všeobecné informovanosti obyvatel Berouna a Prahy 9 o preventivních zdravotních prohlídkách. Zjistit, jak dalece se zajímají o své zdraví, koho vnímají odpovědného za své zdraví. Dále bych ráda zmapovala u oslovené veřejnosti znalosti o náplni a časovém rozsahu preventivních prohlídek. Zajímá mě, co by mohlo veřejnost motivovat k prohlídce a zda by ji absolvovali, pokud by jim byly poskytnuty veškeré informace o vyšetření.



# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Zdraví

Zdraví je cennou individuální i sociální hodnotou, která výrazným způsobem ovlivňuje kvalitu života jedince. Dr. Halfdan Mahler, bývalý generální ředitel Světové zdravotnické organizace pronesl: „*Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic.*“ (Gladkij, Koldová, 2005)

Největší rozšíření ve světě doznala oficiální definice Světové zdravotnické organizace z roku 1948: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being) a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady (infirmary).*“ (Gladkij, Strnad, 2002)

V širším vymezení je pod pojmem zdraví chápán takový stav, který člověka neomezuje v dosahování jeho životních cílů, umožňuje mu rozvíjet a udržovat životní rovnováhu. Tato rovnováha pak přispívá ke smysluplnému způsobu života, realizaci vlastních přání a cílů a obecné životní spokojenosti. Hodnota zdraví se u většiny lidí nalézá v jejich hodnotových orientacích na jednom z předních míst (zpravidla prvním).

Zákon o zdraví lidu č. 20/ 1966 Sb. definuje zdraví podobně: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost choroby; je výsledkem vztahů mezi lidským organismem a sociálně-ekonomickými, fyzikálními, chemickými a biologickými faktory životního prostředí, pracovního prostředí a způsobu života.*“ (Ševčíková, 2008)

Mě se nejvíce líbí definice J. Křivohlavého: „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.*“ (Křivohlavý, 2003)

Málokterá profese tak výrazně přispívá ke zdraví jako lékaři a ostatní zdravotníci pracovníci. Neměli bychom však zapomínat na to, že zdraví není kategorií výlučně medicínskou, ale široce humánní. I když k dosažení co nejlepšího zdraví je velmi důležitá prevence, diagnostika, terapie i rehabilitace, zdravotnické služby samy o sobě zdraví nezajistí. Zdraví lidí je podmíněno tím, zda a do jaké míry dokáží k ochraně, udržení a rozvoji svého vlastního zdraví přispět jednotliví občané a jakou oporu najdou u všech ostatních i v celé

společnosti. Zdraví nevzniká v nemocnicích. Tam se povětšinou napravuje to, co se už pokazilo. Základ zdraví spočívá v rodinách, školách a na pracovištích, všude tam, kde lidé žijí. Zdraví vzniká společným úsilím lidí, jejich blízkých a známých a v neposlední řadě činností politiků, náročnou prací zdravotníků i aktivitou pracovníků mnoha dalších resortů. (Gladkij, Koldová, 2005)

Zdraví je základním lidským právem i lidskou potřebou; je nezbytné k prožití plného, plodného a skutečně kvalitního lidského života; je nezbytnou podmínkou ekonomického a sociálního rozvoje.

## **1.1 Podpora zdraví**

Ochrana a podpora veřejného zdraví je v ČR zakotvena v zákoně č. 258/ 2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, který definuje „veřejné zdraví“ jako „*zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin*“ a ochranu a podporu veřejného zdraví jako „*souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek a zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, ohrožení zdraví v souvislosti s vykonávanou prací, vzniku nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví a dozoru nad jejich zachováním.*“ (MZCR, 2010)

Na první mezinárodní konferenci o podpoře zdraví konané roku 1986 v Ottawě, kde byla přijata tzv. Ottawská charta podpory zdraví, byla podpora zdraví vymezena jako „*proces umožňující jedincům zvýšit kontrolu nad determinantami svého zdraví a tím zlepšovat svůj zdravotní stav.*“ (Kebza, 2005)

Podpora zdraví v sobě zahrnuje celou škálu aktivit, k hlavním složkám patří výchova ke zdraví, veřejné zdravotní politiky zaměřené na ochranu a podporu zdraví, prevence a intervenční programy podpory zdraví, jejichž cílem je příznivě ovlivňovat životní podmínky a výchovu ke zdravému způsobu života v rodinách, školách, podnicích, obcích a jiných společenstvích, případně na regionální či celostátní úrovni.

### **1.1.1 Program pro zdraví „ Zdraví pro všechny ve 21. století“**

*„Na 51. světovém zdravotnickém shromáždění v květnu 1998 se členské státy Světové*

*zdravotnické organizace (SZO) usnesly na deklaraci, která formulovala základní politické principy péče o zdraví.“. (MZCR, 2010). Přijetím deklarace bylo zdůraznění a podpoření programu SZO, který se nazývá Zdraví pro všechny ve 21. století.*

Jedná se o ucelenou strategii, jak dosáhnout v prvních dvou desetiletích 21. století podstatného zlepšení zdraví a zdravotního stavu lidí v evropském regionu. Nejedná se o nařízení, ale o doporučení a návod, jak dosáhnout zlepšení úrovně zdraví, zdravotního stavu a zdravotní péče. Základním úkolem je dostat informace o programu mezi lidi, dostatečně informovat řídicí pracovníky, zdravotníky a instituce. Často je program označován jako výzva ke společné cestě ke zdraví a ke společné odpovědnosti za zdraví a tvůrčímu partnerství mezi jednotlivci, skupinami osob, institucemi, resorty a státem. Je důležitá vzájemná spolupráce a komunikace mezi všemi. (Gladkij, Koldová, 2005).

Program WHO pro Evropský region „Zdraví 21“ má jeden stálý záměr, a to je umožnit všem, aby docílili úplného zdravotního potenciálu a dva hlavní cíle pro zlepšení zdraví, které spějí k uskutečnění trvalého plánu:

- ochrana a podpora zdraví lidí celoživotně,
- omezení výskytu hlavních nemocí, úrazů a zmírnění strádání, které lidem tyto nemoci přinášejí.

Základem programu jsou tyto tři základní hodnoty:

- zdraví je základní lidské právo,
- rovnost, solidarita a spravedlnost (ekvita) v oblasti zdraví, a to mezi jednotlivými zeměmi i mezi skupinami lidí uvnitř jednotlivých zemí, mezi muži a ženami, mezi lidmi různých ras, různého náboženství,
- aktivní podíl a spoluúčast jednotlivců, skupin, obcí, organizací a státu v péči o zdraví. (Gladkij, Koldová, 2005)

Mezi hlavní cíle programu „Zdraví 21“, které si SZO stanovila je dlouhodobé vytváření vhodných podmínek pro zlepšování zdraví lidí v evropském regionu. Program je zaměřen na posilování zdraví, jeho ochranu a podporu. Číslo 21 odpovídá století, ve kterém je uskutečňován a také počtu cílů, jež chce dosáhnout. Prevence nemocí a podpora zdraví jsou

výraznou součástí celého programu. (Machová, Kubátová, 2009)

### **1.1.2 Cíle programu**

#### ***Cíl 1 – Solidarita ve zdraví v Evropském regionu***

Do roku 2020 by se měl současný rozdíl ve zdravotním stavu mezi jednotlivými členskými státy evropského regionu snížit alespoň o jednu třetinu

#### ***Cíl 2 – Spravedlnost ve zdraví***

Zmenšování rozdílů uvnitř země

Do roku 2020 snížit zdravotní rozdíly mezi socioekonomickými skupinami nejméně o jednu čtvrtinu zlepšením úrovně deprivovaných populačních skupin

#### ***Cíl 3 – Zdravý start do života***

Do roku 2020 vytvořit podmínky, aby všechny narozené děti a děti předškolního věku měly lepší zdraví, umožňující jim zdravý start do života

#### ***Cíl 4 – Zdraví mladých***

Vytvořit podmínky, aby do roku 2020 mladí lidé byli zdravější a schopnější plnit svoji roli ve společnosti

#### ***Cíl 5 – Zdravé stárnutí***

Do roku 2020 by měli mít lidé nad 65 let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti

#### ***Cíl 6 – Zlepšení duševního zdraví***

Do roku 2020 zlepšit podmínky pro psychosociální pohodu lidí a pro lidi s duševními poruchami zajistit dostupnost komplexních služeb

#### ***Cíl 7 – Snížení výskytu přenosných nemocí***

Do roku 2020 by se měly podstatně snížit nepříznivé důsledky infekčních nemocí prostřednictvím systematicky realizovaných programů na vymýcení, eliminaci nebo zvládnutí infekčních nemocí, které významně ovlivňují zdraví veřejnosti

#### ***Cíl 8 – Snížení výskytu neinfekčních nemocí***

Do roku 2020 by se měla snížit nemocnost, četnost zdravotních následků a předčasná úmrtnost v důsledku hlavních chronických nemocí na nejnižší možnou úroveň

#### ***Cíl 9 – Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy***

Do roku 2020 zajistit, aby počty zranění, postižení a úmrtí, která jsou důsledkem nehod a násilných činů trvale a výrazně poklesly

***Cíl 10 – Zdravé a bezpečné životní prostředí***

Do roku 2020 zajistit lidem bezpečnější životní prostředí, v němž výskyt zdraví nebezpečných látek nebude přesahovat mezinárodně schválené normy

***Cíl 11 – Zdravější životní styl***

Do roku 2015 by si lidé v celé společnosti měli osvojit zdravější životní styl

***Cíl 12 – Snížení škod způsobovaných alkoholem, drogami a tabákem***

Do roku 2020 výrazně snížit nepříznivé důsledky návykových látek, jako je tabák, alkohol a psychoaktivní drogy

***Cíl 13 – Zdravé místní životní podmínky***

Do roku 2020 by obyvatelé evropského regionu měli mít více příležitostí žít ve zdravých sociálních ekonomických životních podmínkách doma, ve škole, na pracovišti i v místním společenství

***Cíl 14 – Společná odpovědnost různých odvětví za zdraví***

Do roku 2020 by si všechna odvětví měla uvědomit a přijmout svoji odpovědnost za zdraví

***Cíl 15 – Integrovaný resort zdravotnictví***

Do roku 2010 zajistit lidem v regionu lepší přístup k základní zdravotní péči, která je orientována na rodinu a na místní společenství a opírá se o flexibilní a vhodně reagující nemocniční systém

***Cíl 16 – Řízení v zájmu kvalitní péče***

Do roku 2020 zajistit, aby řízení resortu zdravotnictví, od zdravotních programů až po individuální péči o pacienta na klinické úrovni, bylo orientováno na výsledek

***Cíl 17 – Financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů***

Do roku 2010 zajistit takový mechanismus financování a rozdělování zdrojů pro zdravotnictví, který bude spočívat na zásadách rovného přístupu, ekvity, solidarity a optimální kvality

***Cíl 18 – Příprava zdravotnických pracovníků***

Do roku 2010 zajistit, aby odborníci ve zdravotnictví i zaměstnanci dalších odvětví získali odpovídající vědomosti, postoje a dovednosti k ochraně a rozvoji zdraví

#### ***Cíl 19 – Výzkum a znalosti pro zdraví***

Do roku 2005 zavést takový zdravotní výzkum a informační i komunikační systém, který umožní využívat a předávat znalosti vedoucí k posilování a rozvoji zdraví všech lidí

#### ***Cíl 20 – Mobilizace partnerů pro zdraví***

Do roku 2005 zapojit do realizace strategie ZDRAVÍ 21 občany, skupiny a organizace, veřejný i soukromý sektor, občanské společnosti a sdružení pro zdraví

#### ***Cíl 21 – Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny***

Do roku 2010 přijmout a zavést postupy směřující k realizaci ZDRAVÍ 21, a to na celostátní, krajské a místní úrovni, které budou podporovány vhodnou institucionální infrastrukturou, řízením a novými metodami vedení

## **1.2 Determinanty zdraví**

Determinanty zdraví jsou faktory, které působí na zdraví člověka a mohou jej pozitivně či negativně ovlivnit.

Dělení dle Machové, Kubátové (2006) do dvou následujících skupin:

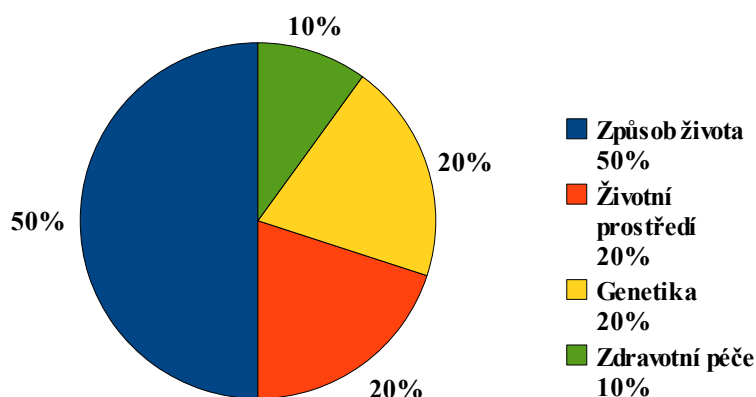
*Vnitřní* – jsou to dědičné faktory

*Zevní* – dělí se dále do tří základních skupin:

- životní styl,
- kvalita životního a pracovního prostředí,
- zdravotnické služby – jejich úroveň a kvalita zdravotní péče.

Autorky dále uvádějí, že z 50% závisí naše zdraví na našem způsobu života, na našem životním stylu, 20% tvoří životní prostředí, z dalších 20% naše zdraví ovlivňuje genetika a z 10% má na naše zdraví vliv zdravotní péče.

## Determinanty zdraví



**Graf č.1:** Determinanty zdraví

Dle Holčíka (2004) je zmíněné procentuální rozdělení až příliš jednoduché. Například v životním způsobu je obsažena celá řada významných faktorů, jako je kouření, obezita, sedavý způsob života, stres, výživa, alkohol, drogy. Autor uvádí, že je také důležitá politická a ekonomická situace, kterou lze zařadit do životního prostředí. Existují i zdravotní rozdíly mezi ženami a muži. Ti se liší v důsledku své společenské role (muži – ženy) svým zdravotním osudem. „Další významnou okolností je kultura, která obsahuje tradice, zvyklosti, hodnoty, historickou zkušenost a řadu dalších faktorů, které ovlivňují zdraví lidí.“ (Holčík, 2004).

Je ale nutné připomenout, že jednotlivé determinanty zdraví působí v návaznosti na mnoho dalších podmínek, například na různých sociálních faktorech jedince. *Zřejmě nejvýraznější determinantou zdraví jsou lidé. Svou činností někdy zdraví ohrožují, ne-li přímo poškozují, ale dokáží i zdraví chránit a obnovovat.*“ (Holčík, 2004)

Z předcházejícího výčtu je tedy jasné, že své zdraví ovlivňujeme až 50% především svým způsobem žití, naším životním stylem.

### 1.2.1 Životní styl – základ zdraví

Není sporu o tom, že zdravý životní styl a správná životospráva přispívá k dobrému zdraví. Zdravý životní styl, to znamená dostatek pohybu, relaxace a vhodná strava, nám pomáhá upevnit své zdraví. Také je i nejlepší prevencí před nádorovými onemocněními. Životní styl je důležitým činitelem, který významně ovlivňuje zdravotní stav jedince. Na mnoha zdravotních problémech mají značný podíl rizikové faktory, jako je například kouření, nedostatek pohybu, obezita, špatné stravovací návyky apod. Existuje řada studií spojujících vznik a rozvoj řady onemocnění (např. kardiovaskulární, nádorová onemocnění apod.) s faktory životního stylu, přičemž se jedná o onemocnění, která představují nejčastější příčiny úmrtí v současné době.

Životní styl je součástí preventivního opatření, které má každý člověk plně ve vlastních rukou, proto se může svobodně rozhodnout a zvolit si své chování. ( Fait, Vrablík, 2008) Machová, Kubátová (2006) definovaly životní styl takto: *„Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí a odmítnout ty, které zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možnosti).“*

### 1.2.2 Prvky životního stylu

- ✓ výživa
- ✓ pohybová aktivita
- ✓ kouření (aktivní i pasivní)
- ✓ konzumace alkoholu (alkoholismus)
- ✓ stress, psychosociální faktory
- ✓ sexuální chování
- ✓ konzumace drog (drogové závislosti)
- ✓ hygienické návyky (vztah k infekčním chorobám)
- ✓ práce a pracovní podmínky
- ✓ relaxace, odpočinek



### 1.3 Hodnoty vypovídající o zdravotním stavu populace

Hodnoty, které vypovídají o zdravotním stavu veřejnosti jsou: nemocnost obyvatelstva, úrazovost, úmrtnost, porodnost, střední délka života, množství a délka hospitalizací ve zdravotnických ústavech, součástí je i počet a délka pracovní neschopnosti, atd. Prevence se může zabývat a orientovat podle současného stavu, který nám určuje přehled nejčastějších a nejvýznamnějších onemocnění. Existuje několik rizikových faktorů, které ovlivňují zdravotní stav jedinců i celé populace přímo či nepřímo.

### 1.4 Úloha občana v péči o zdraví

Každý občan by měl zodpovědně pečovat o své zdraví. Docházet na pravidelné preventivní prohlídky k lékařům, nepodceňovat příznaky onemocnění, chránit svoje zdraví.

Účast občanů v péči o své zdraví je uvedena v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu., *Péče o zdraví a jeho upevňování se musí opírat o zájem a odpovědnost občanů samých. Občané se mohou podílet na péči o zdraví ochranou a posilováním vlastního zdraví, omezením nebo odstraněním osobního rizikového chování vedoucího k poškození vlastního zdraví, sebepéčí a pečovatelským v rodinách, účastí ve svépomocných a charitativních organizacích, uplatňováním svých zájmů v oblasti zdravotní péče prostřednictvím zastupitelských orgánů, péčí o životní prostředí, dodržováním zásad bezpečnosti při práci, v dopravě, při rekreačním sportu, respektováním doporučení lékařů a dalších zdravotnických pracovníků a jednáním podle jejich doporučení v případě nemoci.*“ (Gladkij, Strnad, 2002)

## 2 Prevence ve zdravotnictví

Prevence ( z latinského slova praevenio) znamená předcházení nemoci. Prevence je souhrn opatření, metod a prostředků, které vedou k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemocí a především k prodloužení aktivní délky života. Prevence se provádí u jedince nebo na úrovni celé společnosti. Každý o ní víme, avšak jen malá část populace se jí zabývá a je si vědoma, jak je důležitá pro zachování zdraví. Existuje samostatný lékařský obor „Preventivní lékařství“, jehož cílem je předcházení onemocnění a posilování zdraví. Preventivní lékařství

je rozvíjející se obor, kterým se zabývali lékaři (a nejen oni) již před mnoha tisíci let. O tom svědčí citát ze staré Číny: „Dobry lékař nemocem předchází, průměrný je léčí a špatný se zabývá už jen komplikacemi.“ (Fait, Vrablík, 2008)

Současná legislativa – zdravotní prevence

- Zákon č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví
- Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce

## 2.1 Rozdělení prevence

Prevenici obecně rozdělujeme do tří skupin a to na prevenci primární, sekundární a terciární.

***Prevence primární*** ( prevence první fáze, hygienická prevence)

Předchází chorobám ovlivňováním životních podmínek nebo odolnosti organismu, zabraňuje vzniku nemocí. Její ochranná opatření jsou komplexní, zdravotní a sociální. Primární prevence je založena na aktivitách jedince, na jeho vlastním zájmu ne onemocnět, na jeho životním stylu, postoji, znalosti rizikových faktorů a dostatku pevné vůle ke změnám zažitých stereotypů. Zdravotnictví se podílí především preventivním lékařstvím, opatřeními a činnostmi na úseku ochrany veřejného zdraví a výchovou ke zdraví. Obsahem ochrany veřejného zdraví (hygienické služby) je odborná činnost, která se uplatňuje hlavně v ochraně životního a pracovního prostředí, výživy, dětí a dorostu, práce, zabránění šíření infekčních onemocnění. Hygienici, hygienické stanice vykonávají dozor nad dodržováním norem a epidemiologických požadavků ve všech sférách lidského života. (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009)

***Sekundární prevence***

Cílem sekundární prevence je objevit časné příznaky a zabránit rozvoji nemoci v počátečním presymptomatickém stádiu choroby. Důležitá je včasná a správná diagnostika nemoci a včasná a účinná preventivně zaměřená terapie. Zajišťuje se obvykle aktivním vyhledáváním osob v populaci sériovými preventivními prohlídkami a screeningovými testy,

na které má každý občan právo vždy jednou za dva roky. Je převážně v rukou zdravotníků, ale i zde záleží na chování jedince, jak se ke svému zdravotnímu stavu postaví, a jak pravidelně bude na preventivní prohlídky docházet. (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009)

### ***Terciární prevence***

Cílem terciální prevence je zabránit vzniku komplikací nemoci, zmírnit progresi onemocnění, které by vedlo k imobilizaci a invalidizaci pacienta nebo včas diagnostikovat opětovné objevení nemoci, která již došla do klidového stadia. Zde je jejím úkolem zlepšit nebo alespoň udržet kvalitu zdraví po zbývajícím období života. (Provazník a kol., 2003)

## **2.2 Prevence v primární péči**

### **2.2.1 Preventivní prohlídky**

Od 1. února 2010 začala platit nová vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 3/2010 Sb., stanovující obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek u praktického lékaře pro dospělé, praktického lékaře pro děti a dorost, zubního lékaře a gynekologa. (MZCR, 2010)

*„Systematická preventivní činnost je realizovaná komplexními preventivními prohlídkami, dispenzarizací pacientů s vybranými chorobami, intervencemi na podporu zdraví a proti zjištěným rizikovým faktorům, očkováním proti přenosným chorobám.“* (Fait, Vrablík, 2008)

Za preventivní prohlídku u praktického lékaře pro dospělého hradí pojišťovna lékaři 417 Kč. ( Svět pojištěnce, 2009)

### **Rozdělení preventivních prohlídek**

*Preventivní prohlídka u všeobecného praktického lékaře pro dospělé* hrazená zdravotní pojišťovnou se provádí od doby dovršení věku 18 let, vždy jednou za dva roky, nejdříve však 23 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky.

*Závodně preventivní péče zabezpečuje* ve spolupráci se zaměstnavatelem prevenci včetně ochrany zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání, prevenci úrazu a jiné poškození zdraví vzniklé z práce. (Fait, Vrablík, 2008)

Dále se řadí mezi preventivní prohlídky také *preventivní stomatologická prohlídka a gynekologická preventivní prohlídka u žen.*

*Preventivní prohlídky na vlastní žádost* si klient hradí sám. Jedná se zejména o potvrzení

pro studium, zbrojní pas, prodloužení řidičského průkazu.

### **Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru praktický lékař pro dospělé**

§1 Preventivní prohlídka se provádí vždy jednou za dva roky, zpravidla po uplynutí 23 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky. Obsahem preventivní prohlídky je

a) doplnění anamnézy, včetně sociální, se zaměřením na změny, rizikové faktory a profesní rizika; v rodinné anamnéze je zvláštní důraz kladen na výskyt kardiovaskulárních onemocnění, výskyt hypertenze, diabetes mellitus, poruchy metabolismu tuků a nádorových onemocnění, a na výskyt závislostí,

b) kontrola očkování proti tetanu,

c) kompletní fyzikální vyšetření včetně změření krevního tlaku, zjištění výškově-hmotnostního poměru a orientačního vyšetření zraku a sluchu; součástí preventivní prohlídky je onkologická prevence, včetně vyšetření kůže, vyšetření per rectum a zhodnocení onkologických rizik; u mužů při pozitivní rodinné anamnéze nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů klinické vyšetření varlat; u žen od 25 let věku při pozitivní rodinné anamnéze na dědičný či familiární výskyt zhoubného nádoru prsu nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů klinické vyšetření prsů, a to spolu s poučením o samovyšetřování,

d) vyšetření EKG u osob od 40 let věku ve čtyřletých intervalech,

e) laboratorní vyšetření, jehož obsahem je

1. orientační chemické vyšetření moči při každé prohlídce,

2. vyšetření plasmatického cholesterolu celkového a plasmatických lipoproteinů včetně triacylglycerolů v 18 letech a dále ve 30, 40, 50 a 60 letech věku,

3. vyšetření glykemie v 18 letech a od 40 let věku ve dvouletých intervalech,

f) stanovení okulního krvácení ve stolici speciálním testem u osob od 50 let věku; od 55 let možno nahradit doporučením k provedení screeningové kolonoskopie jednou za 10 let; jestliže žena absolvovala vyšetření podle § 4 písm. j) v období kratším než uvedené intervaly a je k dispozici výsledek, vyšetření se nezajišťuje,

g) u žen od 45 let věku ověření, zda je k dispozici výsledek screeningového mamografického vyšetření z posledních 2 let. Není-li takový výsledek k dispozici, předá lékař doporučení k provedení tohoto vyšetření a nezbytných doplňujících vyšetření.

### **Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru stomatologie**

§3 (2) Obsahem preventivních prohlídek u těhotných žen, které se provádějí dvakrát v průběhu těhotenství, je

- a) vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní,
- b) prevence onkologická zaměřená na pátrání po přednádorových změnách a nádorových projevech na chrupu parodontu, čelistech a měkkých tkání obličeje a krku,
- c) poučení o významu prevence stomatologických onemocnění v průběhu těhotenství u ženy i budoucího dítěte včetně poučení o správné hygieně jejich dutiny ústní, o fluoridové prevenci a nutnosti sanace chrupu před porodem k zamezení přenosu kariogenních mikroorganismů z dutiny ústní matky do dutiny ústní dítěte,
- d) poučení budoucí matky o nutnosti zajistit stomatologické preventivní prohlídky svého dítěte, a to první mezi 6. až 12. měsícem jeho věku.

§3 (3) Obsahem preventivních prohlídek u dospělých, které se provádějí jedenkrát ročně, zpravidla po uplynutí 11 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky je

- a) vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní,
- b) prevence onkologická zaměřená na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkání obličeje a krku,
- c) poučení o správné hygieně dutiny ústní.

### **Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru gynekologie a porodnictví**

§4 Obsahem preventivních prohlídek v oboru gynekologie a porodnictví, které se provádějí v 15 letech věku a dále jedenkrát ročně, zpravidla po uplynutí 11 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky je

- a) rodinná, osobní a pracovní anamnéza a aktualizace této anamnézy se zřetelem na známé rizikové faktory,
- b) klinické vyšetření prsů v 15 letech a dále od 25 let věku při pozitivní rodinné anamnéze na dědičný či familiární výskyt zhoubného nádoru prsu nebo při přítomnosti jiných rizikových

faktorů,

c) prohlídka kůže a palpační vyšetření regionálních mízních uzlin v oblasti pohlavních orgánů,

d) vyšetření v zrcadlech, kolposkopické vyšetření; neprovádí se u virgo žen,

e) odběr materiálu z děložního čípku k cytologickému, případně bakteriologickému či virologickému vyšetření; neprovádí se u virgo žen,

f) palpační bimanuální vyšetření,

g) poučení o významu preventivní protirakovinné prohlídky,

h) nácvik samovyšetřování prsů při první prohlídce u registrujícího lékaře,

i) u žen od 45 let věku předání doporučení k provedení screeningového mamografického vyšetření a nezbytných doplňujících vyšetření ve dvouletých intervalech. Jestliže žena již absolvovala vyšetření podle § 1 písm. g) v období kratším než dva roky a je k dispozici výsledek, vyšetření se nezajišťuje,

j) stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem u žen od 50 let do 54 let věku, od 55 let věku ve dvouletých intervalech nebo jednou za 10 let doporučení k provedení screeningové kolonoskopie; jestliže žena již absolvovala vyšetření podle § 1 písm.f) v uvedených intervalech a je k dispozici výsledek, vyšetření se nezajišťuje. (Macháčková, 2010)

U preventivní prohlídky by nemělo rovněž chybět poučení o správných hygienických návycích a podle potřeby zajištění dispensární či další specializované odborné péče. Výsledkem prohlídky je závěr s návrhem na další postup. Při zjištění postižení, které je známkou celkového onemocnění nebo onemocnění patřících do péče jiných odborných lékařů, praktický lékař, gynekolog či stomatolog předá pacienta do příslušné odborné péče. (VZP, 2010)

Je zřejmé, že preventivní prohlídky slouží ke vyhledávání závažných onemocnění, jako např. choroby srdce a cév, diabetes mellitus, nádorové onemocnění, dále na zachycení vzácně se vyskytujících chorob, které vyžadují specializovanou péči .

Všeobecná zdravotní pojišťovna odměňuje své klienty - členy Klubu pevného zdraví (jeho posláním je propagace prevence a zdravého způsobu života), kteří na preventivní prohlídky

chodí pravidelně. Klienti získávají určité množství bodů za každou preventivní prohlídku u praktického lékaře, u gynekologa a u stomatologa a za absolvování onkologického screeningu. V rámci programu Zdravý život je za stanovených podmínek budou moci proměnit za příspěvky (např. na očkování, pohybové, sportovní, relaxační a rehabilitační aktivity). Dle informací Všeobecné zdravotní pojišťovny na sebe vzalo tento závazek 70 tisíc klientů pojišťovny. (Svět pojištěnce, 2010)

*"V prevenci jsou opravdu značné rezervy. Je to důsledek toho, že náš systém není pojištěním. Pokud bychom mohli s klientem v pojistné smlouvě dohodnout pravidla, dát mu možnost volby a zainteresovat ho finančně na prevenci a spolupráci na léčbě, bylo by nejhorsích případů zanedbaných nemocí méně. A menší by byly i výdaje pojišťovny,"* doplňuje Anna Veverková, ředitelka odboru vnějších vztahů Všeobecné zdravotní pojišťovny. (Svět pojištěnce, 2010)

### **2.3 Dispenzární péče**

Dispenzarizace je aktivní sledování či dohled nad zdravotním stavem pacienta ohroženého nebo již trpícího chronickým onemocněním, které v době zařazení do dispenzární péče nevyžaduje poskytování akutní zdravotní péče. Rozumíme tím léčebnou péči včetně vyšetření v určených časových intervalech, ve kterých si lékař zve pacienty (ohrožené nebo již trpící závažným chronickým onemocněním) ke kontrole. (Fait, Vrablík, 2008)

### **2.4 Závodně preventivní péče**

Zaměstnanci jsou povinni podle zákoníku práce č. 262/ 2006 Sb. v platném znění se podrobit lékařským prohlídkám. Závodně preventivní péče je preventivní prohlídka zaměstnanců, kterou požaduje jejich zaměstnavatel. Zaměstnavatel je povinen zajistit každému zaměstnanci prohlídku, kterou mu provede pověřený lékař.

Pověřený lékař se zabývá i prevencí ochrany zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání a jinými poškozeními zdraví z práce a prevencí úrazů. Závodní preventivní péči upravuje zákon č. 548/1991 Sb. se zpracovaným ustanovením, které vyplývají z úmluvy o závodních zdravotních službách, která u nás byla zveřejněna vyhláškou č. 145/1998 Sb. (Fait, Vrablík, 2008)

Veškeré preventivní prohlídky je nutné dokumentovat se závěrem o způsobilosti k výkonu

práce na daném pracovišti. Cílem je předcházet nemocem, které souvisí s vykonávanou profesí, nebo zhoršujícím se zdravotnímu stavu, předcházet možným úrazům a v neposlední řadě poradenská činnost.

#### **2.4.1 Rozdělení závodně preventivních prohlídek**

*Vstupní prohlídka* – se provádí před zařazením zaměstnance k práci a v případě jeho přeřazení na jinou práci.

*Periodická prohlídka* - se provádí v předem stanovených termínech daných obecně závazným předpisem nebo rozhodnutím orgánu ochrany veřejného zdraví.

*Mimořádná prohlídka* – se provádí v případech nutnosti zkrácení termínu s dopadem na zdraví, když je potřebné zkrátit termín periodické prohlídky nebo když je nařízena příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví.

*Řadová prohlídka* - se provádí jednou za 5 let u zaměstnanců, kteří nemají předepsány periodické prohlídky, u osob starších 50 let je to jednou za 3 roky.

*Výstupní prohlídka* – se provádí vždy při ukončení pracovního poměru nebo při převedení na jinou práci u stejného zaměstnavatele. (Fait, Vrablík, 2008)

### **2.5 Role zdravotní sestry v primární prevenci**

Sestra v primární péči pracuje společně s lékařem, nebo s lékařkou na svém obvodním pracovišti, v ordinaci praktického lékaře. Výhodou práce sestry v ordinaci praktického lékaře je možný úzký kontakt s pacientem a jeho rodinou, znalost pacientova prostředí, v kterém žije. Sestra na takovémto pracovišti zastává v oblasti prevence velmi důležitou roli, roli edukátorky. Edukace je proces vzdělávání nebo výchovy, předávání informací, výchova nových návyků. Cílem je dosáhnout takové úrovně vzdělání, které dovolí přenést na klienta spoluúčast na prevenci nebo léčbě nemoci. (Thóthová, 2006) . Sestra edukuje klienty a jejich rodinné příslušníky o rizicích a možnostech jejich omezování ( například: kouření, nevyvážená strava, stres, nedostatečná pohybová aktivita, rizikové sexuální chování). Spoluúčastní se na instrukcích ohledně samovyšetřování (prsou, kůže, ústní dutiny) a podává informace a edukuje pacienty společně s lékařem o screeningových vyšetřeních. (Skála, 2007)

Vzdělaná, informovaná a dobře spolupracující sestra je neocenitelným partnerem lékaře



ve zdravotní edukaci klientů. Kvalitně prováděná edukace upevňuje vztah mezi pacientem a sestrou.

### **3 Onkologická prevence**

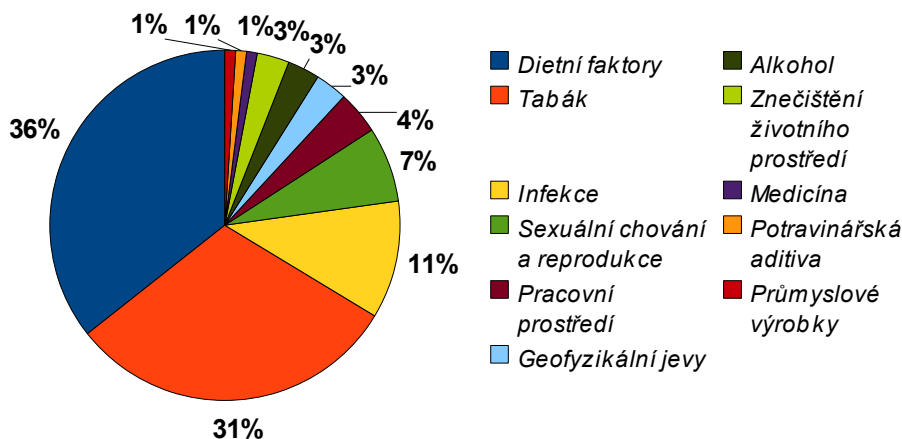
Nejdostupnějším prostředkem ochrany zdraví je prevence. S prevencí nádorových chorob je třeba začít dříve, než člověk onemocní, během pravidelných preventivních prohlídek u rodinného nebo praktického lékaře. Je důležité mít vědomosti o příznacích nádorového onemocnění, vědět, čeho si všímat. Sledování změn a nezavírání očí před varovnými "signály", jsou základní pilíře úspěšné prevence. Je zapotřebí informovat populaci o důležitosti rodinné anamnézy a znát rizikové faktory pro vznik onemocnění.

#### **3.1 Nejzávažnější příznaky onkologického onemocnění (Skála, 2007)**

- změny v dosavadních zvyklostech vyprazdňování stolice a moči
- přetrvávající potíže polykací, žaludeční a střevní
- přítomnost krve v moči, ve zvracích, ve sputu při kašli
- nehojící se rána na kůži nebo sliznici
- změny mateřských znamének - jejich svědění, změna barvy, velikosti, tvaru
- zduření mízních uzlin
- přetrvávající kašel, chraptot, změna hlasu
- zduření nebo zatvrdnutí v prsu, deformace či výtok z prsní bradavky
- nepravidelná menstruace, krvácení po pohlavním styku, výtok z rodidel
- jakákoliv jiná déle trvající a nevysvětlitelná změna organismu

### 3.1.1 Hlavní rizikové faktory, které se účastní na vzniku a rozvoji zhoubných nádorů

( Fait, Vrablík, 2008)



**Graf č. 2:** Procentuální podíl rizikových faktorů na kancerogenezi ( Fait, Vrablík, 2008)

### 3.1.2 Evropský kodex proti rakovině

Doporučení, v deseti bodech, která jsou obsahem Evropského kodexu proti rakovině, upozorňují na nejčastější rizika, která se spolupodílí na vzniku rakoviny a lze je doporučit každému jedinci, jako návod jak dbát a zlepšovat péči o své zdraví. ( Dienstbier, Skala, 2001)

1. Nekuřte
2. Mírněte se v konzumaci alkoholických nápojů
3. Vyhněte se nadměrnému slunění
4. Dodržujte zdravotní a bezpečnostní pokyny při práci s nebezpečnými látkami
5. Jezte často čerstvé ovoce a zeleninu i obiloviny
6. Vyvarujte se vzniku nadváhy a omezte konzumaci tučných jídel
7. Navštivte lékaře, objevíte-li kdekoli na těle bulku, pozorujete-li změny pigmentového znaménka nebo zjistíte-li krvácení bez známé příčiny
8. Navštivte lékaře, pokud máte přetrvávající potíže, jako jsou kašel, chrapot,

nepravidelná stolice nebo hubnete bez známé příčiny

9. Ženy, chod'te pravidelně na gynekologické prohlídky a žádejte vyšetření stěru z děložního hrdla
10. Ženy kontrolujte si pravidelně prsy samovyšetřováním, po dosažení 45 let chod'te na mamografické vyšetření ( Dienstbier, Skala, 2001)

Každý jedinec je zodpovědný za své zdraví a má svobodnou vůli změnit svůj životní styl a tak se pokusit snížit riziko vzniku rakoviny.

## **3.2 Rakovina děložního čípku**

### **3.2.1 Definice**

V České republice je každý rok diagnostikováno přes 1000 nových případů a asi 400 žen tomuto typu nádoru ročně podlehnou. Dle statistických údajů se výskyt nádoru děložního čípku u žen zvyšuje již od 29. roku věku ženy a vrcholu dosahuje u žen ve věku 45–55 let. ( Program cervikálního screeningu v České republice, 2010)

Na přechodu sliznice kanálu děložního hrdla a sliznice na povrchu čípku vznikají buněčné změny, ze kterých pravděpodobně vlivem infekce lidským papilomavirem (HPV) může vzniknout rakovinné bujení. Jde o zhoubné nádorové onemocnění, kdy se povrchové buňky děložního čípku začnou nekontrolovatelně množit. Samotnému nádoru předcházejí přednádorové změny buněk, tzv. prekancerózy, se kterými se organismus někdy sám vypořádá. Prekancerózy se neprojevují žádnými zdravotními obtížemi a lze je odhalit jedinec specializovaným cytologickým vyšetřením. Pokud jsou časné objevené, lze je úspěšně vyléčit. Čím později jsou přednádorové stavy zachyceny, tím je léčba náročnější a bohužel i méně úspěšná. Rakovina děložního čípku je přibližně v 70 % způsobena rakovinotvorným typem lidského papilomaviru HPV typ 16 a 18. Jde o sexuálně přenosnou infekci, která postihuje muže i ženy. Muži ale nejsou ohroženi na životě, fungují spíše jako přenašeči viru. (MOU, 2010)

### **3.2.2 Rizikové faktory rakoviny děložního čípku**

Jak již bylo řečeno, infekce virem HPV se přenáší nechráněným pohlavním stykem.

Nejdůležitějším rizikovým faktorem a podmínkou vzniku nádoru je tedy infekce rizikovým typem HPV. Dalšími rizikovými faktory jsou nízký věk začátku sexuálního života, střídání sexuálních partnerů a nechráněný pohlavní styk. Jako v případě rozvoje jiných typů nádorů byl i u karcinomu děložního hrdla prokázán negativní vliv kouření. Podíl používání hormonální antikoncepce zatím nebyl dostatečně prokázán. V případě, že žena nepodstupuje pravidelné každoroční gynekologické vyšetření včetně odběrů pro cytologické vyšetření, je prakticky nemožné zachytit vznik nádoru děložního hrdla v časném stadiu. Doba mezi nákazou a vznikem nádoru je totiž až 20 let. Příznaky jako výtok z pochvy, špinění nebo krvácení mimo menstruaci, bolesti při styku, bolesti v podbřišku, nebo dokonce poruchy vyprazdňování stolice a moči, jsou alarmující a svědčí spíše pro pokročilé nádorové onemocnění. ( Program cervikálního screeningu v České republice, 2010)

### **3.2.3 Preventivní opatření u rakoviny děložního čípku**

#### **a) Bezpečný sex**

V současné době existují dva způsoby, jak předejít HPV infekci a rozvoji přednádorových změn děložního hrdla. Prvním z nich je sexuální abstinence, což je situace těžko představitelná až neúnosná pro naprostou většinu populace. Snížit rizika přenosu HPV infekce pak lze odpovědným přístupem k sexualitě. Přiměřený věk vstupu do sexuálního života, chráněný styk, stejně jako stálý sexuální partner jsou parametry zdravého sexuálního života.

#### **b) Pravidelné gynekologické prohlídky**

V dnešní době mají lékaři velmi dobré možnosti pro odhalování a snižování výskytu zhoubných nádorů děložního hrdla. Je to však právě a jen prevence, která záleží na zodpovědnosti každé ženy za své vlastní zdraví. Pravidelné gynekologické prohlídky prováděné 1 x ročně s cytologickým vyšetřením, obecně označované jako „prevence“, vlastně představují včasný záchyt abnormálních změn sliznice děložního hrdla.

#### **c) Screening cervikálního karcinomu**

Je nejmladším celorepublikovým screeningovým programem v České republice, jehož zavedení umožnil až tým ministra MUDr. Tomáše Julínka. Hlavním záměrem ministerstva je nabídnout ženám kvalifikovaná preventivní vyšetření děložního čípku v akreditovaných laboratořích, která splňují daná kritéria moderní diagnostiky. Screening pro prevenci

karcinomu děložního čípku má objevit časná stádia změněných buněk, které lze jednoduše odstranit a zabránit tak vzniku karcinomu. V současnosti je screening založen na vyšetření cytologického stěru z děložního čípku, stěr se provádí při pravidelné preventivní prohlídce 1 x ročně. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2006)

#### **d) Očkování**

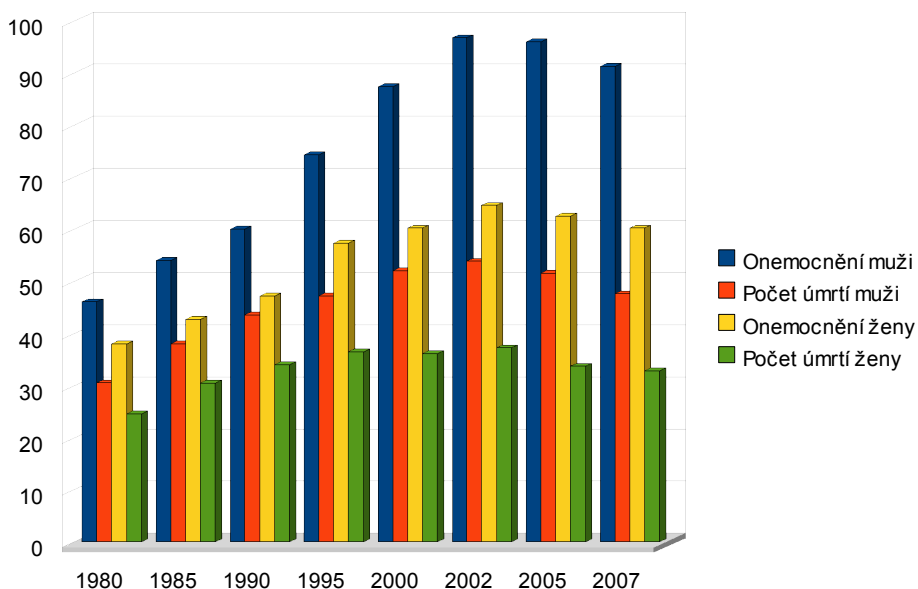
Zcela novým přístupem v prevenci rakoviny děložního čípku je od prosince roku 2006 možnost očkování. Očkování proti lidskému papilomaviru je určeno dívkám a ženám od 9 do 26 let pro prevenci karcinomu děložního hrdla (HPV 16 a 18), bradavic zevního genitálu (HPV 6 a 11) a přednádorových změn (prekancerózních a dysplastických lézí). Nejvyšší imunitní odpověď a tedy účinnost (100%) je doložena při očkování před zahájením sexuálního života. I pro sexuálně aktivní ženy je vakcinace prospěšná, pokud doposud nebyly nakazeny žádným z typů HPV viru obsažených v očkovací látce a následuje po gynekologickém vyšetření. V tomto případě se udává účinnost vakciny až 80% (Program cervikálního screeningu v České republice, 2010). V České republice jsou dostupné pro očkování vakcíny Silgard (proti lidskému papilomaviru typ 6, 11, 16, 18) a Cervarix (proti lidskému papilomaviru typ 16, 18), některé zdravotní pojišťovny na očkování přispívají, ale většinu ceny si musí žena uhradit sama. Vloni v květnu odstartovala Všeobecná zdravotní pojišťovna projekt „Třetí dávka zdarma“ a projekt trval do konce roku. Pojišťovna poskytovala v rámci programu všem dívkám a ženám ve věku 10–25 let zdarma třetí dávku očkování. Třetí dávku pojišťovna proplácela na základě voucheru, který si klientky vyzvedávaly na pobočkách pojišťovny. Díky tomu vzrostl zájem o očkování proti rakovině děložního hrdla v průběhu měsíce června 2010 o více než 150%. Vedoucí projektu Třetí dávka zdarma, MUDr. Milan Štěpánek, k tomu dodává: „K 15. září jsme v rámci programu rozdali 15 964 ks voucherů. Všichni, kdo zatím nestihli akce využít, mají ještě možnost do konce roku.“ (VZP, 2010)

Nyní máme již dostupnou vakcínu, která sníží riziko vzniku karcinomu děložního čípku, ale neodstraní nutnost pokračování ve screeningu. Vakcinace a screening společně poskytnou nejúčinnější ochranu proti karcinomu děložního čípku.

### 3.3 Kolorektální karcinom

#### 3.3.1 Definice kolorektálního karcinomu

Kolorektální karcinom je nejčastějším nádorem GIT a druhé nejčastější nádorové onemocnění u mužů i žen. Označení kolorektální je odvozeno z řeckého kolon (tračník) a latinského rectum ( konečník). Z toho je patrné, že se nádor může vyskytovat v kterékoliv části tlustého střeva a konečníku. Dle Jablonské patří „kolorektální karcinom mezi onemocnění s dlouhým prodromálním obdobím, s biologii tumoru a potenciálem pro časnou diagnózu, prevenci a případně eradikaci“.( Jablonská a kol., 2000). Ačkoliv se věnuje v České republice velká pozornost prevenci tohoto onemocnění, je i přesto neustálý vzrůstající trend výskytu kolorektálního karcinomu, který trvá už několik desítek let a dostali jsme se na jedno z prvních míst v incidenci nově diagnostikovaných onemocnění ve světě (znázorněno v grafu č.3). I když kolorektální karcinom je dobře přístupný vyšetření, tak většina pacientů přichází v pokročilých stádiích onemocnění s postižením lymfatických uzlin a vzdálenými metastázami, následná léčba je podstatně složitější a naděje na uzdravení velice malá. Výrazné zlepšení lze očekávat pouze od metod primární a sekundární prevence.



**Graf č. 3** Časový vývoj incidence a úmrtí na kolorektální karcinom ( C18 - C21) u mužů a žen, počet případů na 100 000 osob (zdroj dat: www. svod.cz)

### 3.3.2 Rizikové faktory kolorektálního karcinomu

Na vzniku kolorektálního karcinomu se podílejí jak faktory dědičné, tak i faktory zevní (viz. tabulka. č. 1)

**Tabulka č. 1:** Rizikové faktory vzniku kolorektálního karcinomu (Holubec, 2004)

<b>Zevní faktory</b>	nadbytek tuků v potravě
	nedostatek vlákniny v potravě
	kouření, alkohol
	nedostatek pohybu
	nedostatek CA, vitamínu A,C,E,selenu
<b>Neovlivnitelné faktory</b>	věk
	dědičná predispozice
	střevní polypy
	chronická zánětlivá onemocnění

Mezi dědičné faktory patří syndrom adenomatózní polypózy, kde riziko maligního zvratu je podle Holubce až 100 % a to už ve věku 20-25 let, a syndrom familiárního výskytu nepolypózních karcinomů tlustého střeva, kde je charakteristický časný začátek onemocnění u osob mladších 40 let. Většinou se kolorektální karcinom diagnostikuje ve věku nad 50 let, ale nejsou výjimkou i mladší pacienti. „Efektivní léčebněpreventivní péči dělíme sekundární prevencí kolorektálního karcinomu obyvatel na 2 skupiny - populaci středního rizika a populaci vysokého rizika vzniku kolorektálního karcinomu.“ (Holubec, 2004)

Velmi důležitým rizikovým faktorem, který může každý jednatlivec ovlivnit, je složení přijímané potravy. Jednoznačně negativní vliv má nadměrný příjem živočišných tuků, uzenin, červeného masa. Riziko se zvyšuje ještě více konzumací masa upraveného smažením či pečením. S větším rizikem vzniku onemocnění je samozřejmě spojena obezita a nepřiměřeně vysoký kalorický příjem potravy. Dalším rizikovým faktorem je nízký příjem vlákniny v zelenině, ovoci, celozrnném pečivu a luštěninách a nedostatek pohybu. Rakovina konečníku se častěji vyskytuje u konzumentů piva. (Jablonská a kol., 2000)

Souvislost mezi kouřením a kolorektální karcinomem byla zjištěna u všech typů kuřáků (cigaret, doutníků i dýmek), ale mechanismus vzniku není zcela jasný.

Vnější vlivy působí interakci nejen mezi sebou navzájem, ale i s faktory dědičnými.

Ovlivňování zevních vlivů má pro prevenci zásadní význam.

### 3.3.3 Preventivní opatření u kolorektálního karcinomu

Obecná:

- ✓ Omezit množství červeného masa, dát přednost masu bílému a rybám.
- ✓ Vyhnout se časté úpravě masa pečením, smažením, grilováním a uzením.
- ✓ Snižit v potravě množství tuků a to hlavně živočišných.
- ✓ Snižit nadměrný příjem stravy a vyhnout se tak obezitě, velmi vhodné je zvýšení fyzické zátěže, nejlépe pravidelným cvičením, rekreačním sportem.
- ✓ Je nutné podporovat nekuřáctví, omezovat nadměrné pití alkoholu.
- ✓ Zvýšit v potravě množství vlákniny (zelenina, ovoce, luštěniny, celozrnné výrobky)

Speciální:

- ✓ Důsledné odstranění všech adenomů u asymptomatických a rizikových osob ( následné kontroly)
- ✓ Chemoprevence
- ✓ Dispenzarizace speciálních rizikových skupin (Holubec, 2004)

### Screening kolorektálního karcinomu

Od začátku roku 2009 zahájilo Ministerstvo zdravotnictví ČR celorepublikový screeningový program zaměřený na včasný záchyt kolorektálního karcinomu. Časná diagnostika kolorektálního karcinomu je založena na vyhledávání možných pacientů, kteří jsou zatím bez jakýchkoliv patrných příznaků onemocnění. Vyšetření stolice na okultní krvácení je nyní v České republice součástí preventivní prohlídky praktického lékaře, která je plně hrazena. Provádí se u osob ve věku od 50 let do 54 let věku vyšetřením stolice testem na přítomnost okultního krvácení ve stolici (TOKS) v jednoročním intervalu. Od věku 55 let se osobám, které nemají žádné příznaky onemocnění nabízí buď opakovaný test na okultní krvácení ve stolici ve dvouletém intervalu nebo jako alternativní metoda primární screeningová kolonoskopie, která může být v intervalu 10 let zopakována. (Komárek, 2002).

Největší šance na úplné uzdravení je v případě záchytu karcinomu ve velmi časném stádiu, kdy ale člověk většinou ještě nemá žádné potíže. Tento časný karcinom může



způsobovat velmi malé krvácení do stolice, které nemusí být zrakem nijak patrné. I malé množství krve však lze prokázat testem stolice na skryté (okultní) krvácení. V případě zvýšeného rizika vzniku kolorektálního karcinomu je možné vyšetření stolice na okultní krvácení i v mladším věku a lékař by měl rozhodnout o případných dalších vyšetřeních.

Vyšetření stolice na okultní krvácení je založeno na tom, že převážná většina kolorektálních karcinomů a větších adenomů velikostí nad 1 cm obvykle ztrácí do stolice malé množství krve, které lze testem prokázat. Testují se 3 po sobě následující stolice. Jako standardní souprava se používá Haemoccult test, který má vysokou specifitu, je stabilní a standardizovaný, dává málo falešně pozitivních výsledků a dovoluje srovnání výsledků v jednotlivých národních programech. V době provádění testu je důležité vyloučit ze stravy složky, které by mohly výsledek ovlivnit, jak ve smyslu falešně pozitivním nebo falešně negativním. Je proto zakázáno jíst tmavé maso, listovou zeleninu. Všem osobám, které mají pozitivní test na okultní krvácení je nutné provést endoskopické vyšetření tzv. kolonoskopii. Pokud z nějakých vážných důvodů je kolonoskopie neproveditelná, nahrazuje se rektoskopií a irigografií ve dvojím kontrastu.( Holubec, 2004)

## **3.4 Karcinom prsu**

### **3.4.1 Definice**

Karcinom prsu není onemocněním moderní doby, jde o onemocnění se starobytlou historií. První popis karcinomu prsu byl zaznamenán v Egyptě 1600 let před Kristem. Galén ve starověkém Římě jej přirovnal ke krabím nohám, pro svoje šíření lymfatickou a krevní cestou a od té doby pochází název „cancer“. Až v polovině 20. století byla Virchowem vyslovena teorie o vzniku nádoru z epitelových buněk prsu. Do té doby bylo onemocnění chápáno jako lokální a jako metoda léčby byla volena především radikální mastektomie. Teprve od 30. let minulého století je nemoc chápána jako onemocnění systémové s postižením regionálních lymfatických uzlin.( Strnad, 2010)

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorovým onemocněním u žen v naší zemi. Svými následky zasahuje do všech oblastí života žen, jejich rodin, a tím i vlastně do celé společnosti. Dle statistických údajů na portále epidemiologie zhoubných nádorů dostupných na [www.svod.cz](http://www.svod.cz) má incidence, počet nově hlášených případů na 100 000 obyvatel za rok, stoupající tendenci, ale úmrtnost trvale klesá nejen u nás, ale i v ostatních zemích. V roce

2007 ve věkové skupině 40-69 let byl počet nově nahlášených 4486 onemocnění u žen, což představuje 218 nádorů na 100 tisíc žen. Nejvíce jsou ohroženy ženy ve věku 50 až 70 let, tzn. po menopauze, ale v posledních letech stoupá i počet nemocných v mnohem mladším věku. Je proto velmi důležité, aby si všechny ženy uvědomily, že při včasném záchytu je prognóza onemocnění velmi dobrá.

### **3.4.2 Rizikové faktory karcinomu prsu**

Rakovina prsu patří k nemocem, u nichž pravá příčina vypuknutí nebyla dostatečně vysvětlena. „*Rizikovými faktory pro vznik rakoviny prsu rozumíme určité události v životě ženy (např. věk při prvním porodu apod.), které zvyšují nebo naopak snižují pravděpodobnost rozvoje onemocnění v průběhu života. Snížení počtu žen, které každoročně onemocní karcinomem prsu, nebo zemřou v souvislosti s tímto onemocněním, může být dosaženo jen prostřednictvím vhodné prevence a úspěšnější léčby*“ (Abrahámová, Dušek, 2003). V centru zájmu mnoha odborníků je studium rizikových faktorů.

Rizikové faktory můžeme i zde dělit na faktory, které jsou neovlivnitelné, tzv. dispoziční, a na faktory, které jsou ovlivnitelné změnou životního stylu ženy (viz. tabulka č. 2). Tyto faktory se dále mohou dělit na faktory s vysokým, středním a jasně neprokázaným rizikem (viz. tabulka č.3).

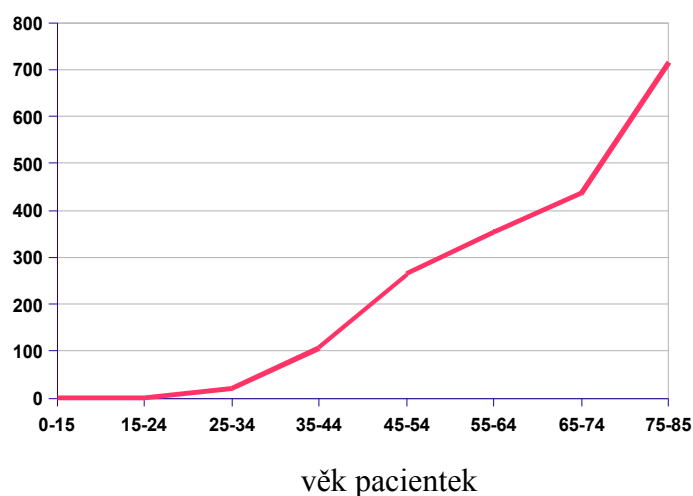
**Tabulka č. 2:** Nejvýznamnější rizikové faktory karcinomu prsu. (Abrahámová, Dušek, 2003)

<b>Ovlivnitelné faktory</b>	<b>Fyzická aktivita</b>	<b>pohyb</b>
		<b>denní režim</b>
		<b>obezita</b>
	<b>Návyky</b>	<b>kouření</b>
		<b>alkohol</b>
		<b>strava</b>
	<b>Ostatní</b>	<b>životní prostředí</b>
		<b>vzdělání</b>
		<b>bydliště</b>
<b>psychologické aspekty</b>		
<b>Dispoziční faktory</b>	<b>Osobní anamnéza</b>	<b>věk</b>
		<b>tělesná výška</b>
		<b>krevní tlak</b>
		<b>nezhoubn on.prsu</b>
	<b>Hormonální a gynekologické</b>	<b>menarché</b>
		<b>menopauza</b>
		<b>první porod</b>
		<b>počet porodů</b>
		<b>kojení</b>
		<b>gynekologické operace</b>
		<b>HAK</b>
	<b>Genetické faktory</b>	<b>hormonální léčba</b>
		<b>nádorové onemocnění v rodině</b>

**Tabulka č. 3:** Rizikové faktory podle stupně rizika vzniku karcinomu prsu (Abrahámová, Dušek, 2003)

<b>1. Vysoké riziko</b>	Věk	ženy starší 50 let
	Geografická oblast	vyspělé země Severní Ameriky, severní Evropy
	Osobní historie karcinomu prsu	karcinom prsu na jedné straně
	Rodinná historie karcinomu prsu	karcinom prsu v 1. příbuzenské linii
<b>2. Střední riziko</b>	Věk první menstruace	první menstruace před 11 rokem
	Věk menopauzy	menopauza po 54. roce věku
	Věk první gravidity	dokončená gravidita po 30.-35. roce věku
	Socioekonomická situace	ženy vyšší socioekonomické a sociální vrstvy
	Obezita v postmenopauze	index tělesné hmotnosti 35 a více
	Expozice ionizujícího záření	abnormální expozice po 10. roce věku
<b>3. Neprokázaná rizika</b>	Konzumace alkoholu	
	Kouření	

Největším rizikem vzniku onemocnění je jednoduše být ženou. Muži mohou také onemocnět zhoubným nádorem prsu, ale je to velmi vzácné. Hlavním rizikovým faktorem vzniku onemocnění je věk. U žen nad 50 let věku je zjištěno podstatně vyšší riziko vzniku karcinomu prsu. Věk patří mezi základní populační rizikové faktory, protože riziko vzniku nádoru prsu narůstá s věkem. Toto zjištění dokládá graf č. 4.



**Graf č. 4:** Incidence nádorů prsů u žen, věková struktura pacientek, počet případů na 100 000 obyvatel ( období 1977-2007) (zdroj dat:www.svod.cz)

Začátek menstruace před 12 rokem života ženy patří mezi rizikové faktory, které byly opakovanými výzkumy prokázány. Stejně tak i vyšší věk menopauzy, kdy je organismus déle vystaven působení estrogenů a je tak prokazatelným prediktivním rizikovým faktorem.

Výrazně se zvyšuje riziko vzniku karcinomu prsu u žen, které nikdy nerodily nebo první těhotenství bylo po 30. roce života ženy, což se vysvětluje absencí nebo opožděnou diferenciací prsní tkáně. Je zajímavé, že u žen s vyšším počtem dětí je pozorován nižší výskyt rakoviny prsu, je to vysvětlováno tím, že žena je kratší dobu vystavena působení estrogenů. To má i souvislost s dobou kojení, protože délka doby kojení a celý akt kojení přímo ovlivňuje hladinu estrogenů v krvi.

Hormonální terapie má také vliv na vznik karcinomu. Tyto prostředky účinně řeší problémy s menopauzou, ale mohou vyvolat řadu dalších nemocí. Bylo zjištěno, že riziko vzniku rakoviny prsu stoupá u žen, které podstupují hormonální substituční terapii, až dvojnásobně než u žen, jenž ji neužívají. Velmi podstatný je věk ženy při užívání a délka doby užívání. Řada studií prokázala zvýšené riziko i u žen, které užívají hormonální antikoncepci. Do 10 let od ukončení užívání hormonální antikoncepce je u žen prokázáno stále zvýšené riziko vzniku onemocnění.

Riziko zhoubného nádoru prsu je větší mezi ženami, jejichž pokrevní příbuzné onemocněly touto nemocí. Příbuzní mohou být z matčiny, ale i otcovy strany. Pokud má zhoubný nádor prsu matka, sestra či dcera, je riziko onemocnění skoro dvojnásobné než u ostatní populace. Dnes jsou genetici schopni vyšetřit známé predispoziční geny BRCA -1 a BRCA-2 a odhalit případnou poruchu jejich funkce. Dle Abrahámové: *„Tyto geny patří do skupiny tumor supresorových genů a nosičství zárodečné mutace u ženy znamená vysoké riziko onemocnění karcinomem prsu během života. Podle studií geneticky podmíněných nádorů bylo stanoveno přibližné celoživotní riziko možného onemocnění karcinomem prsu až 85 %, tj. až 10krát vyšší než má ostatní populace.“* (Abrahámová, Dušek, 2003).

Riziko vývoje karcinomu prsu je u různých etnických skupin rozdílné. Bělošky jsou nádorem ohroženy více, ale u černošské populace je vyšší mortalita. Ženy hispánského a asijského původu mají riziko zhoubného nádoru nejmenší.

Mezi faktory životního stylu, které můžeme ovlivnit sami, patří stravovací návyky. Podle

Müllerové je důležité, aby byl do jídelníčku zařazen dostatek zeleniny a ovoce a naopak se omezil příjem tuků. Také energetická hodnota potravy má vliv na energetický metabolismus a ten na produkci steroidních hormonů.(Mullerová, 2003). Obezita je rizikovým faktorem, zvláště objeví-li se po menopauze - riziko se zvyšuje asi o jednu třetinu oproti osobám s normální váhou. Podle Strnada je mezi obezitou a hormonálním prostředím velmi úzký vztah. Obezita a dieta tzv. západního typu (kaloricky bohatá strava s vysokým obsahem tuků, sladkých jídel, s minimem složek nízkokalorických s nestravitelnými zbytky a velkým množstvím soli) vzájemně souvisí se zvýšením hladiny triglyceridů a s poklesem hladiny transportního globulinu a toto vede k vyšším koncentracím volného estradiolu. (Strnad, Daneš, 2001).

Fyzická aktivita je významný protektivní faktor karcinomu prsu.

Kouření se většinou za významný rizikový faktor neuvádí. Přesto je dle Abrahámové stále nutné zdůrazňovat, že kouření celkově poškozuje zdraví a zvyšuje riziko vzniku mnoho jiných zhoubných nádorů a srdečních onemocnění. Různé studie ukázaly nepříznivý vliv zvýšené konzumace alkoholu na riziko vzniku karcinomu prsu. Vysvětluje se to tím, že mechanismus účinku alkoholu na zvýšení rizika je dán tím, že ovlivňuje hladinu estrogenů v ženském organismu. ( Abrahámová a kol., 2009)

### **3.4.3 Preventivní opatření u karcinomu prsu**

Zhoubný nádor prsu je nejčastějším zhoubným nádorovým onemocněním žen v České republice. Výskyt zhoubných nádorů prsu v České republice neustále stoupá, snižuje se však mortalita (počet zemřelých). To znamená, že díky zavedení pravidelného vyšetřování žen a lepších léčebných možností umírá méně žen, které onemocněly zhoubným nádorem prsu. Včasná diagnóza, záchyt onemocnění v jeho I. až II. stádiu, představuje až 90% šanci na vyléčení a to se zárukou té nejlepší možné kvality života.

Základem prevence je dodržování vhodné životosprávy a k včasnému a úspěšnému vyléčení velmi významně přispívá samovyšetřování prsu a pravidelné preventivní prohlídky.

#### **a) Mamografický screening**

je pravidelné preventivní vyšetřování mléčné žlázy žen bez jakýchkoli příznaků onemocnění s cílem zvýšit četnost záchytu zhoubných nádorů prsů a přednádorových stavů, v co nejčasnějším stadiu, tím snížit úmrtnost na rakovinu prsu v České republice. Princip

fungování mamografického screeningu vychází z předpokladu, že onemocnění zachycené v časně fázi je snáze léčitelné a vede k vyšší kvalitě a vyšší délce života pacientek. Screeningový preventivní program je v České republice dobře zorganizován a je dostupný všem ženám, které o něj projeví zájem. Mamografický screening se provádí v dvouletých intervalech. V České republice je 67 akreditovaných mamografických center. (Kříž, 2010)

Národní program mamografického screeningu probíhá v České republice již od roku 2002 a je hrazen z prostředků zdravotního pojištění podle právních předpisů. Od jeho zahájení bylo vyšetřeno celkem 1 067 836 žen. Podmínkou pro hrazení tohoto vyšetření zdravotními pojišťovnami je odeslání pacientky praktickým lékařem nebo gynekologem v zájmu zajištění co nejvyšší účasti žen určeného věku a komplexního přístupu k preventivní péči. (Kříž, 2010) Novinkou je, že zdravotní pojišťovny hradí od 1. února 2010 screeningové mamografické vyšetření i ženám nad 69 let věku. (Macháčková, 2010)

### **b) Samovyšetřování prsů**

Součástí prevence zhoubného nádoru prsu, která nás nic nestojí a je velmi důležitá, by mělo být i samovyšetřování prsů (příloha č. 1). Všechny ženy po 20. roce života by si měly pravidelně 1x za měsíc po menstruaci vyšetřovat prsa. Nejlepší doba k samovyšetření prsů je týden po skončení menstruace, kdy prsy nejsou oteklé nebo bolestivé. Ženy, které nemají pravidelný menstruační cyklus, si mohou provádět samovyšetření prsů kterýkoliv snadno pro ně zapamatovatelný den v měsíci. Ženy, které se samovyšetřováním začínají, by si měly po dobu jednoho měsíce vyšetřovat prsy každý den, aby se naučily znát geografii vlastních prsů. Samovyšetření prsů může upozornit na nejrůznější abnormality, které se následně dovyšetřují. Vyšetření prsou patří a mělo by být součástí pravidelného gynekologického vyšetření. Dostupné jsou i instruktážní videokazety s podrobným vysvětlením základních pojmů, které by bylo vhodné promítat v čekárnách gynekologických ordinací či v mamologických poradnách. Poučené ženy, dobře a pravidelně vyšetřující si prsy, přicházejí k dovyšetření s menšími nálezy. (Abrahámová, Dušek, 2003)

### **c) Osvětové akce**

Velmi významnou roli v boji proti rakovině prsu mají různé kampaně, které informují ženy o možné prevenci. Nejznámější a nejrozšířenější je kampaň firmy Avon, která je do tohoto projektu zapojena již od roku 1997. Prostředky na konto „Avon proti rakovině prsu“

společnost získává prodejem symbolů s růžovou stužkou, které prodávají distributoři výrobků firmy Avon bez nároků na provizi. Výtěžky z tohoto prodeje jsou věnovány na projekty spojené s prevencí a bojem proti rakovině prsu. Další prostředky jsou získávány z každoročního „Avon Pochodu proti rakovině prsu“ hlavním městem, který se konal vloni 5. června a byl jubilejní 10. v pořadí. Vstupenkou k pochodu v hlavním městem bylo speciální růžové tričko. ( Avon, 2010)

Významně přispěl i pilotní projekt Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky zvaní žen na mamografický screening, uskutečněný ve spolupráci s Asociací mamodiagnostiků ČR. Více než 105 tisíc žen, zareagovalo na adresnou pozvánku VZP a od července 2007 do března 2008 podstoupilo vyšetření v některém z 67 mamografických akreditovaných center po celé ČR. Pozvánky byly rozeslány ženám, které déle než tři roky toto vyšetření neabsolvovaly a jsou ve věkové kategorii 45–69 let a 70–75 let. Prof. MUDr. Jan Daneš z Asociace mamodiagnostiků ČR představil výsledky projektu zvaní žen: „*Mezi ženami, které přišly na základě pozvánky, zachytili lékaři téměř 850 karcinomů. Z tohoto počtu celých 800 nálezů bylo u žen, které byly na mamografickém vyšetření vůbec poprvé*“. Díky zachycení karcinomu v časném stadiu se tak s největší pravděpodobností podařilo zachránit nejméně pět set žen.“ (VZP, 2010)



## II EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části jsou nejprve stanoveny výzkumné cíle. Následuje popis užití metody výzkumu a jeho realizace. Po interpretaci získaných dat jsou tyto v diskuzi podrobněji okomentovány společně s vyhodnocením jednotlivých cílů výzkumu.

### 1 CÍLE VÝZKUMU

**Cíl č. 1 :** Zmapovat ochotu veřejnosti spolupodílet se na vlastním zdraví

**Cíl č. 2 :** Zjistit jaké má veřejnost znalosti o preventivních prohlídkách

**Cíl č.3 :** Zjistit jaké zdroje informují respondenty o možnosti absolvování preventivních prohlídek ( popřípadě jaké by měly)

### 2 METODA VÝZKUMU

Výzkum byl prováděn kvantitativní metodou pomocí nestandardizovaného dotazníku.

#### 2.1 Zdroje odborných poznatků

Odborné údaje a poznatky potřebné k vypracování dotazníku byly získány prostudováním odborné literatury, internetových zdrojů, prací zaměřených na podobnou problematiku a z vlastních zkušeností.

#### 2.2 Charakteristika souboru respondentů

Soubor zkoumaných osob tvořili náhodně vybraní obyvatelé města Beroun a Prahy 9, kteří byli ochotni věnovat svůj čas k vyplnění dotazníku. V každém městě jsem oslovila 30 osob starších 18 let. Dotazníkového šetření (viz příloha č. 2) se zúčastnil stejný počet mužů i žen.

## 2.3 Užitá metoda šetření

Pro výzkumné šetření bylo v této práci užito kvantitativního výzkumu. Jako výzkumná metoda pro získání dat byl zvolen nestandardizovaný dotazník. Dotazník obsahuje soustavu otázek, které slouží k získání specifických údajů, které byly potřebné pro výzkumné šetření. Dotazník byl anonymní a jeho vyplnění dobrovolné. V dotazníku byly použity otázky:

**1. Uzavřené**, které nabízejí předem formulované odpovědi, ze kterých respondent vybere jednu nejvíce se blížící jeho názoru( 13 otázek).

**2. Polouzavřené** jsou kombinací uzavřené a otevřené otázky, respondent má možnost doplnění vlastní odpovědi v uvedené variantě „jiné“(1 otázka).

**3. Polytomické**, kdy respondent má možnost vybrat jednu nebo více variant ( 6 otázek). (Kutnohorská, 2009)

V dotazníku byly většinou použity otázky uzavřené se strukturovanou odpovědí. Dotazník byl vytvořen ve spolupráci s Mgr. Ditou Svobodovou a po prostudování zdrojů odborných poznatků. V rámci pilotního šetření byli o vyplnění dotazníku požádáni 4 obyvatelé města Berouna. Protože nebyly shledány žádné nesrovnalosti v kladených otázkách, byl dotazník použit k výzkumnému šetření. Dotazník byl koncipován s vědomím, že respondenti vyplňují dotazník dobrovolně, ve spolupráci s tazatelem a nemají důvod odpovídat nepravdivě. Dotazník proto neobsahuje žádné verifikační otázky nebo skryté duplicity.

Dotazníková studie sestává z celkem 20 otázek, první 4 jsou demografické, rozlišující respondenty podle věku, pohlaví, ukončeného vzdělání, bydliště, dalších 16 je obsahových, zjišťující vlastní předmětné informace.

K popisu každé jednotlivé otázky je přiložena grafická ilustrace, obsahující informace o variantách odpovědí, počtech účastnících se respondentů a získaných odpovědí a detailní strukturu výsledků. Na všechny otázky odpovídal stále stejný počet respondentů – toho bylo dosaženo osobní přítomností tazatele při vyplňování dotazníků. Počty odpovědí se mohou lišit, jelikož u některých otázek je povolena více než jedna odpověď. U takových otázek není v rámci ilustrace zobrazen koláčový graf – součet procentuálního zastoupení jednotlivých odpovědí překračuje totiž logicky 100% a nemůže být tudíž formou koláčového grafu zobrazen.

Ke zpracování zaznamenaných výsledků dotazníkového průzkumu byl použit speciální

software QInterpreter, vytvořený k analýze dat tohoto typu. Všechny použité ilustrace jsou grafickými výstupy z tohoto programu.( Jandera, 2010)

## **2.4 Realizace výzkumu**

Výzkum byl prováděn v časovém období leden – březen 2010, kdy jsem oslovila náhodně vybrané obyvatele města Beroun a Prahy 9. Z každého města se výzkumu zúčastnilo 30 osob.

Kritériem k výběru byla spodní věková hranice 18 let, horní nebyla stanovena.. Zastoupení mužů a žen je záměrně rovnoměrné. Věkové kategorie jsou zastoupeny nerovnoměrně, nejmenší skupinu tvoří věková kategorie nad 61 let a více( 16 osob, z 60 respondentů).

Celkem jsem rozdala 60 dotazníků, osobně jsem u vyplňování dotazníků byla přítomna a mohla jsem odpovídat na dotazy. Žádný z oslovených obyvatel účast na výzkumu neodmítl. Návratnost dotazníků byla tedy 100%.

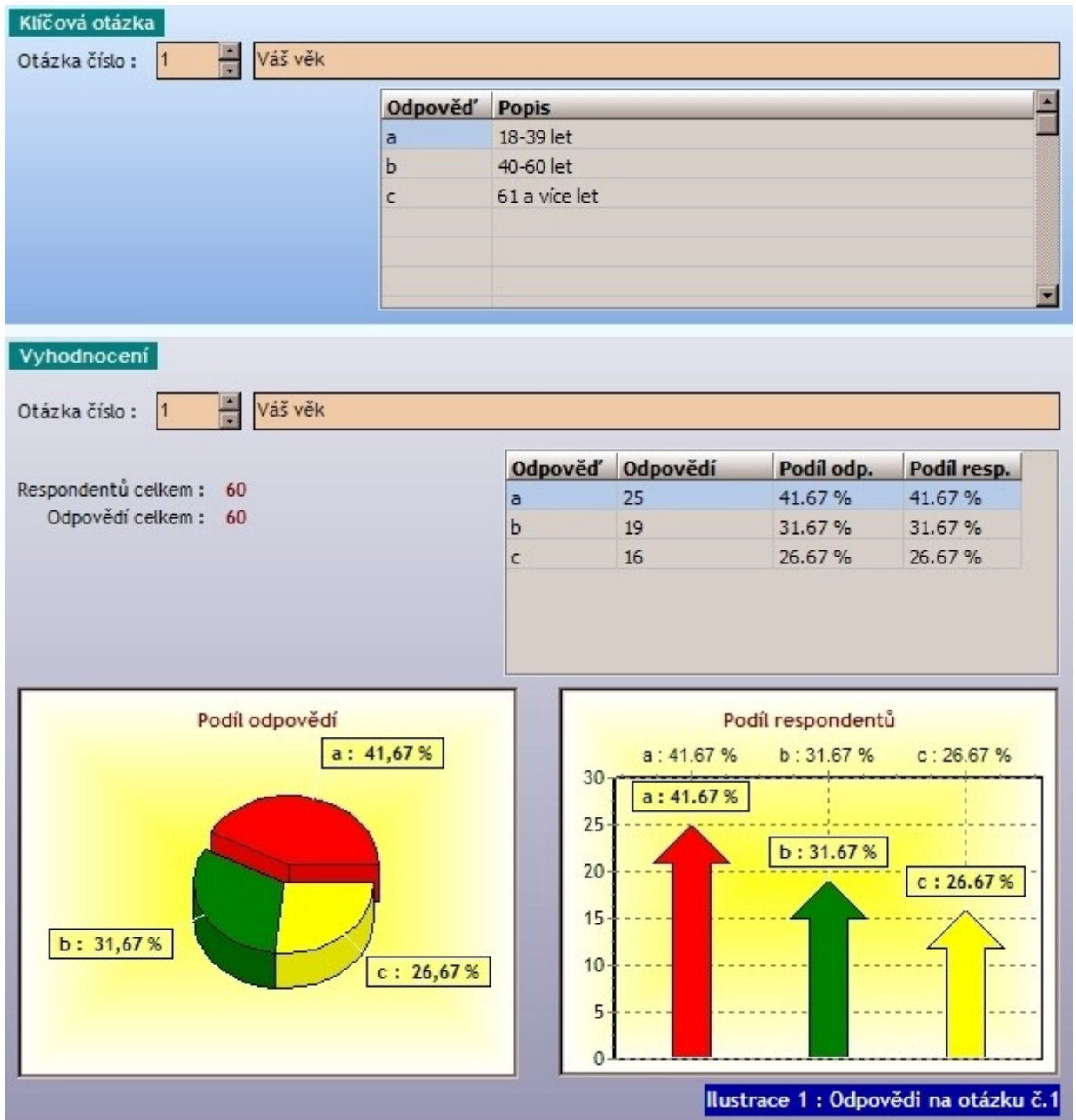
## **3 INTERPRETACE DAT**

Výzkumného šetření se zúčastnilo 60 respondentů (30 respondentů z města Beroun a 30 respondentů z Prahy 9). Všechna data, která byla zjištěna dotazníkovým šetřením, byla analyzována a zde je uvedena jejich interpretace.

Ke zpracování zaznamenaných výsledků dotazníkového průzkumu byl použit speciální software QInterpreter, vytvořený k analýze dat tohoto typu. Všechny použité ilustrace jsou grafickými výstupy z tohoto programu.

## Otázka č.1, **Váš věk**

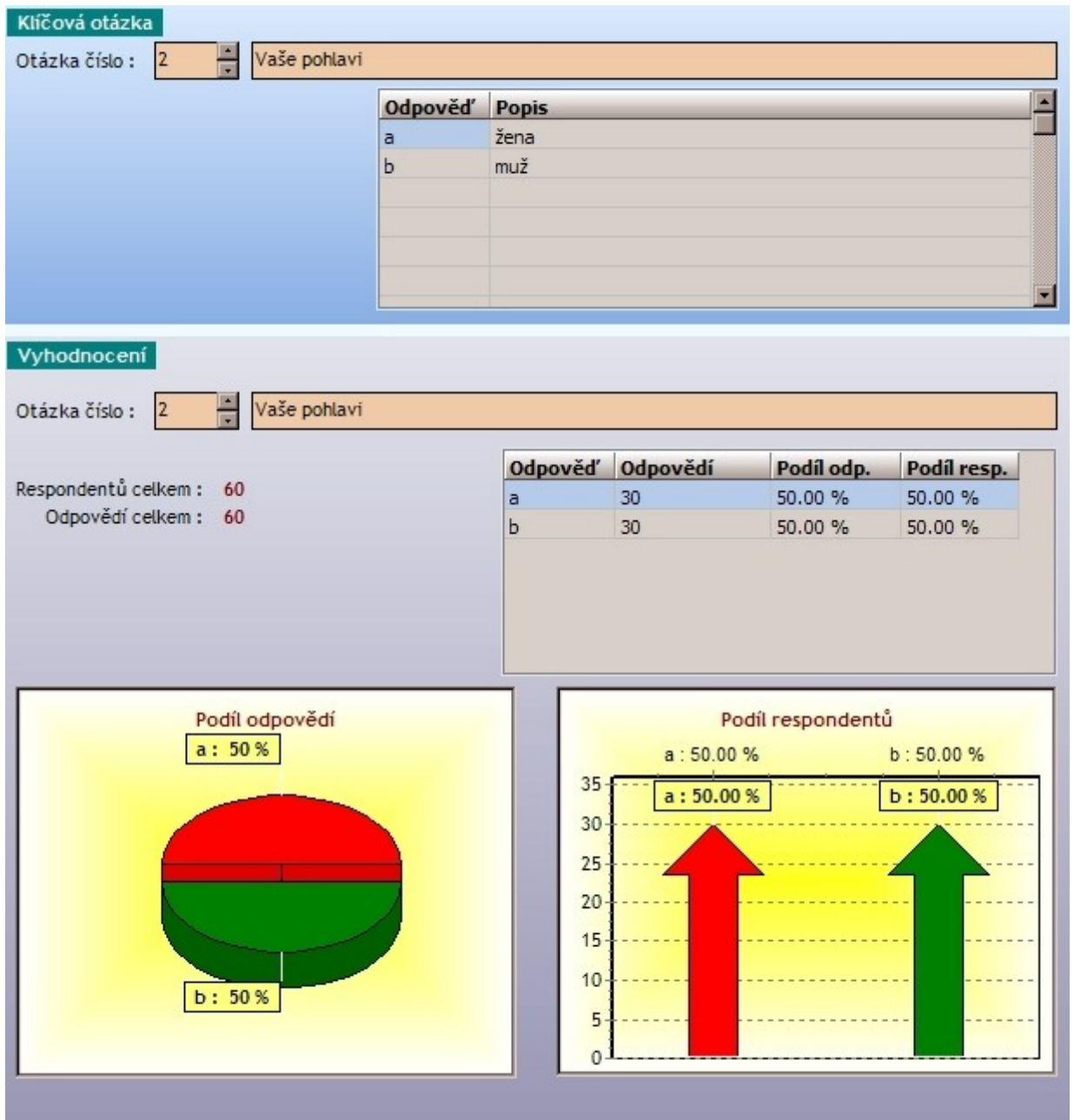
První demografická otázka, pomocí které budeme dále v textu analyzovat získaná data.



**Ilustrace č. 1:** Věk respondentů

## Otázka č.2, Vaše pohlaví

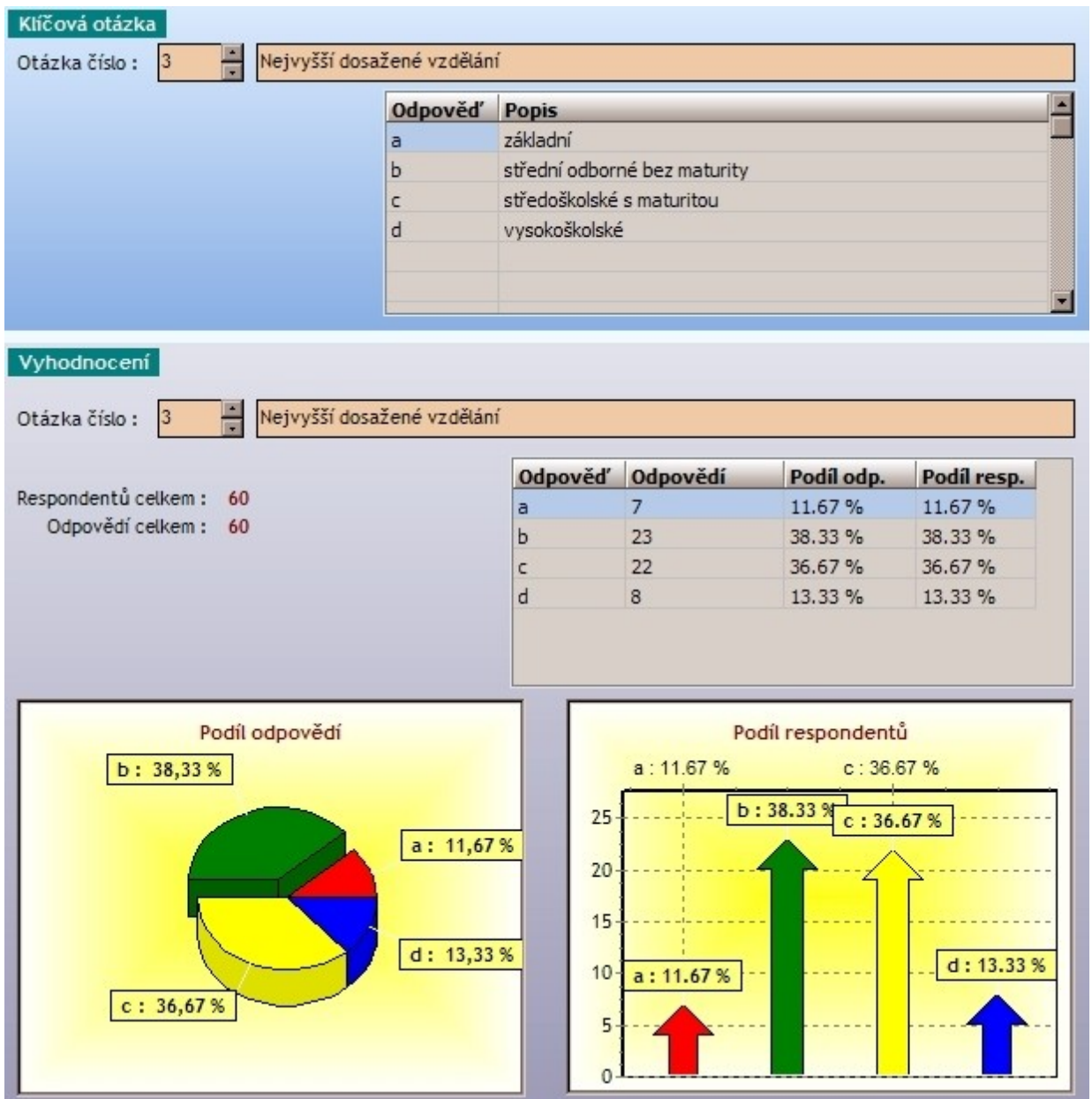
Druhá demografická otázka určená pro umožnění následné analýzy a zjištění anomálií. Záměrně byla vybrána skupina složená tak, aby byl poměr žen a mužů rovnoměrný.



Ilustrace č. 2: Pohlaví

### Otázka č.3, Nejvyšší dosažené vzdělání

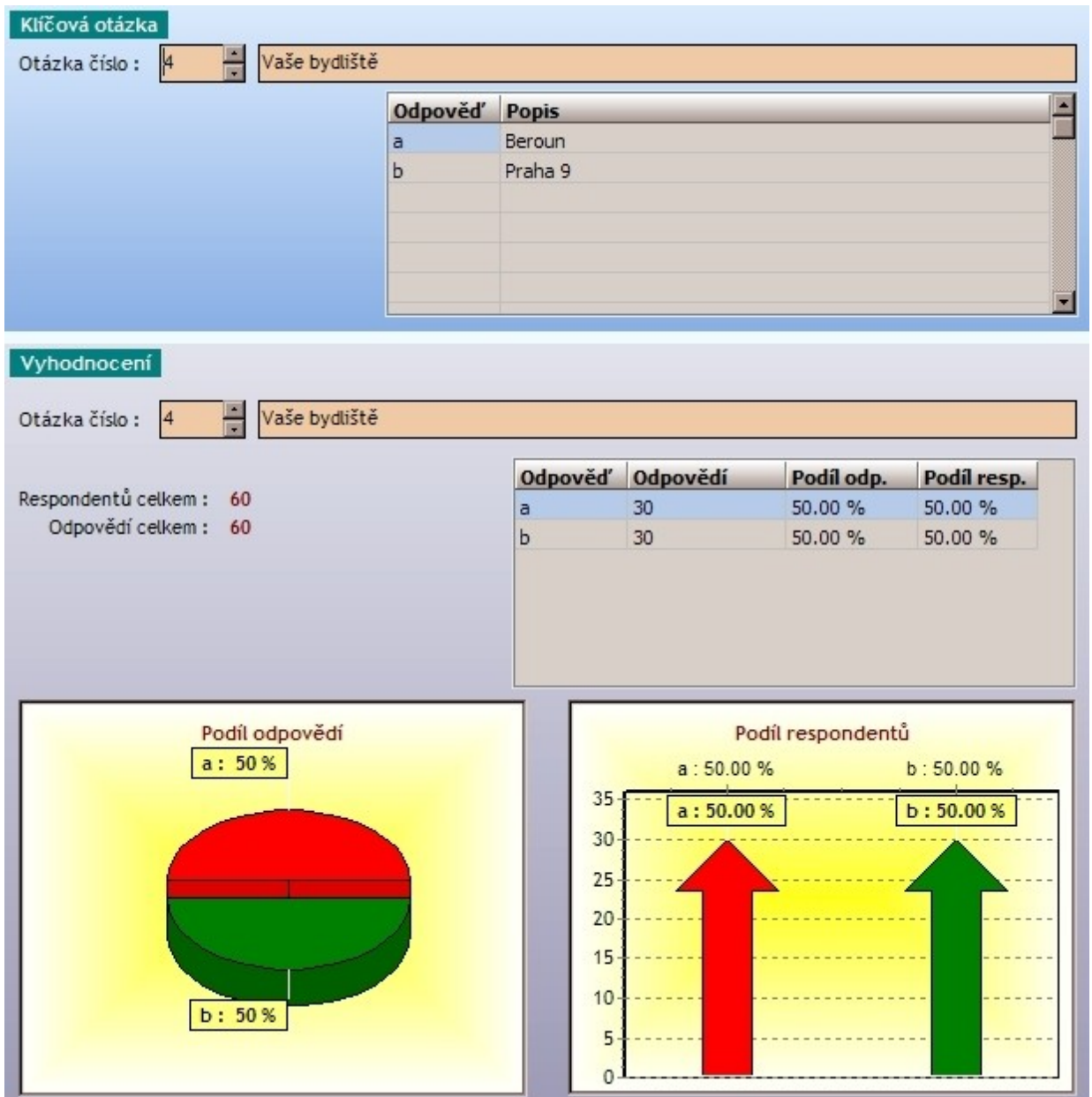
Třetí demografická otázka. Tato otázka se ukázala v průběhu rozboru výsledků dotazníkové studie jako nejzajímavější a často se k ní vrátím. Zastoupení tazatelů napříč úrovněmi vzdělání není rovnoměrné, ale zcela dle očekávání odpovídá gaussovskému rozložení s tím, že většina tazatelů má střední úroveň vzdělání.



Ilustrace č. 3: Vzdělání

#### Otázka č.4, Vaše bydliště

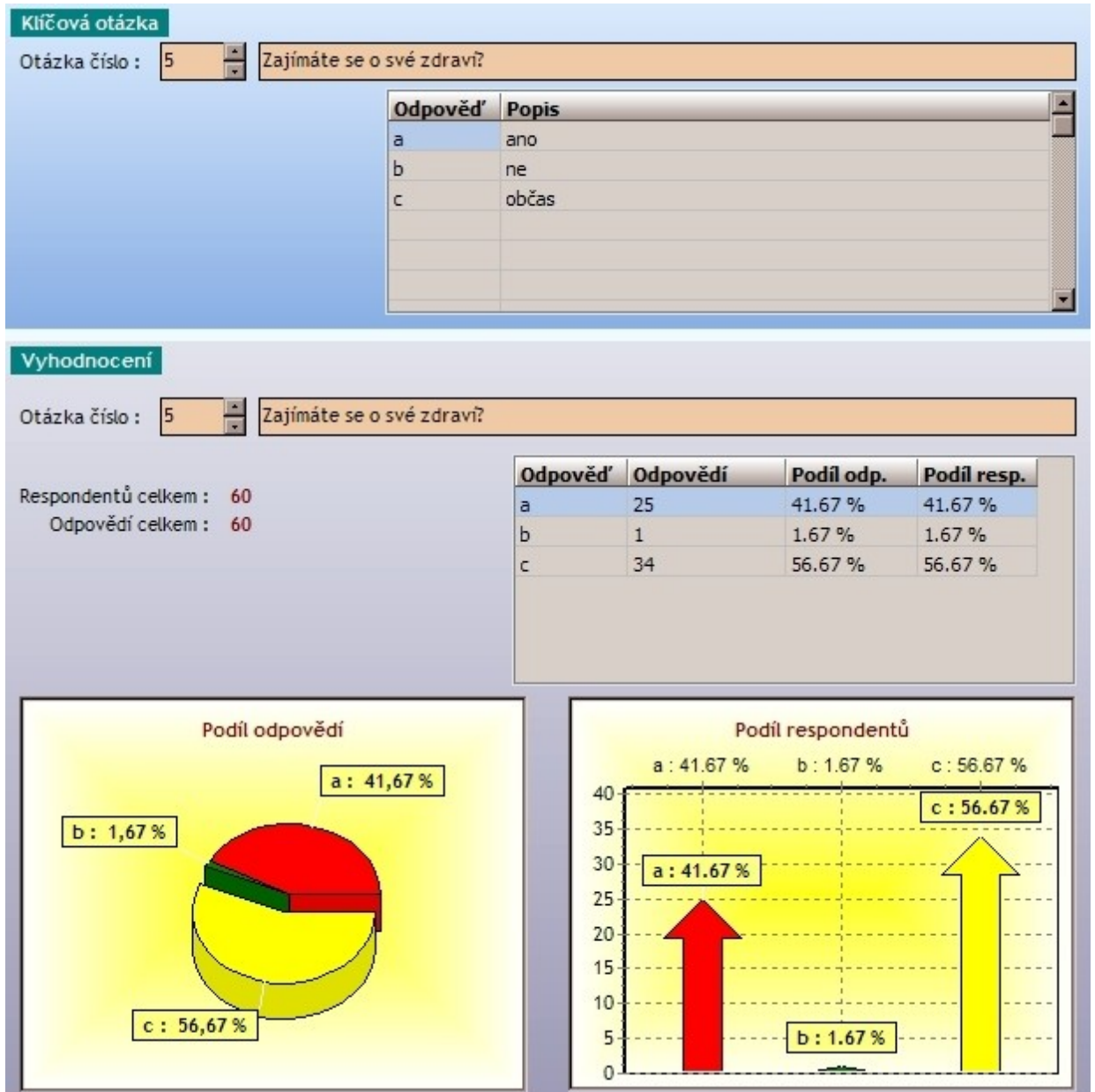
Poslední ze čtyř demografických otázek. Tato otázka se ukázala jako nejméně zajímavá, rozdílů podle bydliště bylo minimum a navíc je je možno přiznat spíše dalším skutečností (vzdělání). V rámci primárního směřování práce byli respondenti vybráni tak, aby byli rovnoměrně rozloženi mezi obě obce.



Ilustrace č. 4: Bydliště

### Otázka č.5, **Zajímáte se o své zdraví ?**

První obsahová otázka. Slouží k ověření, zda-li respondent projevuje vůbec nějaký zájem o sledovanou problematiku.



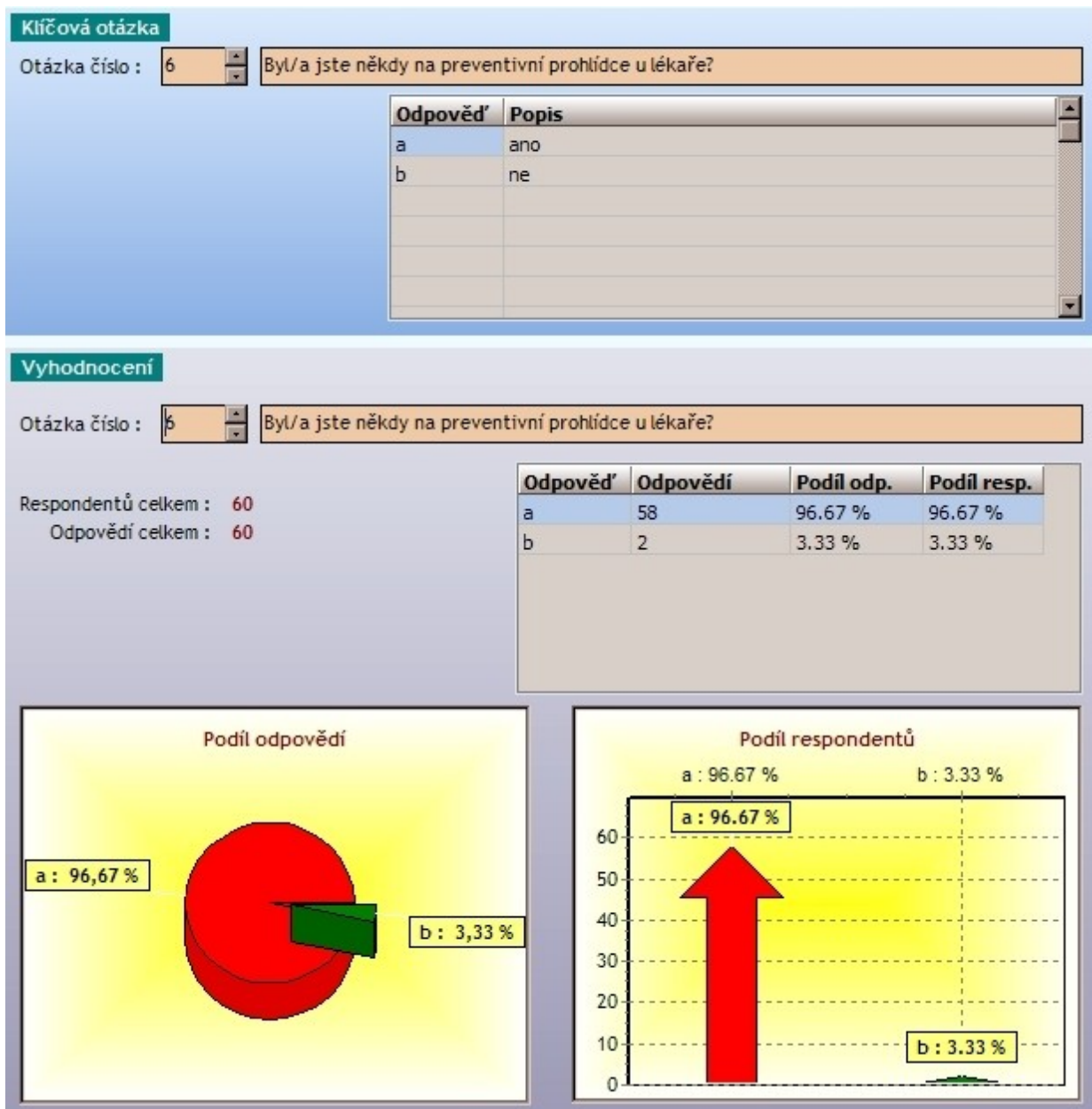
### **Ilustrace č.5: Zájem o zdraví**

Pozitivním zjištěním je fakt, že naprostá většina respondentů projevuje větší či menší zájem o svůj zdravotní stav a lze se tudíž domnívat, že mají nebo by případně mohli mít zájem o preventivní zdravotní prohlídky nebo alespoň o informace o nich. Zároveň to ukazuje vhodný výběr respondentů – s respondenty bez zájmu o jejich zdravotní stav by nemělo smysl průzkum provádět.



## Otázka č.6, Byl/a jste někdy na preventivní prohlídce u lékaře ?

Druhá obsahová otázka.



### Ilustrace č. 6: Účast na preventivní prohlídce

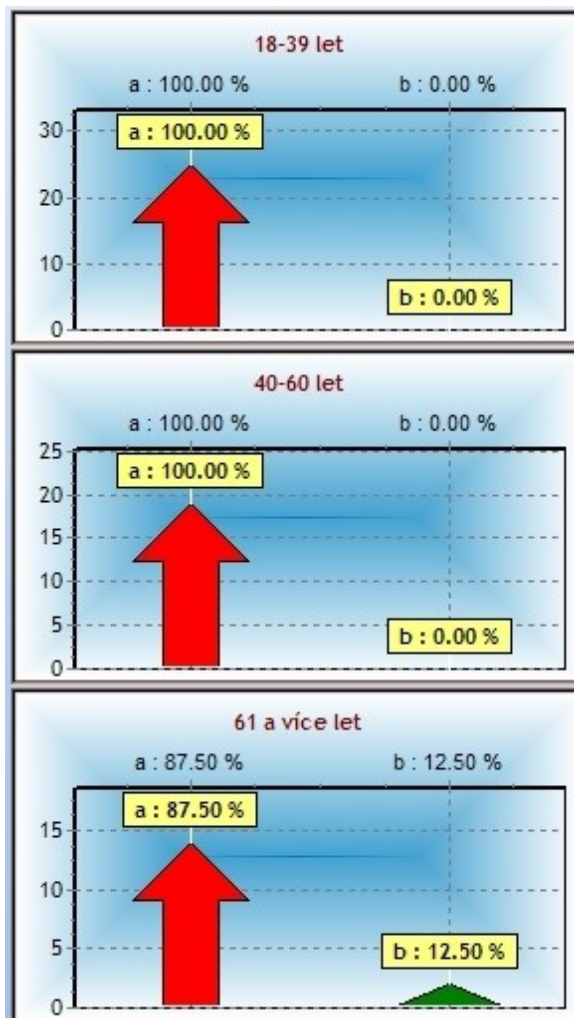
Drtivá většina respondentů byla alespoň jednou na nějaké preventivní zdravotní prohlídce, což dokládá povědomí obyvatelstva o tom, že preventivní zdravotní prohlídky existují. Faktem je, že v rámci školní výuky jsou tyto prohlídky povinné, takže více než cokoliv jiného lze z výsledků této otázky dedukovat, že 2 respondenti s odpovědí „ne“ si spíše dříve absolvované prohlídky nepamatují.

Tato úvaha má oporu i v demografickém rozkladu, který ukazuje, že odpovědi „ne“ jsou

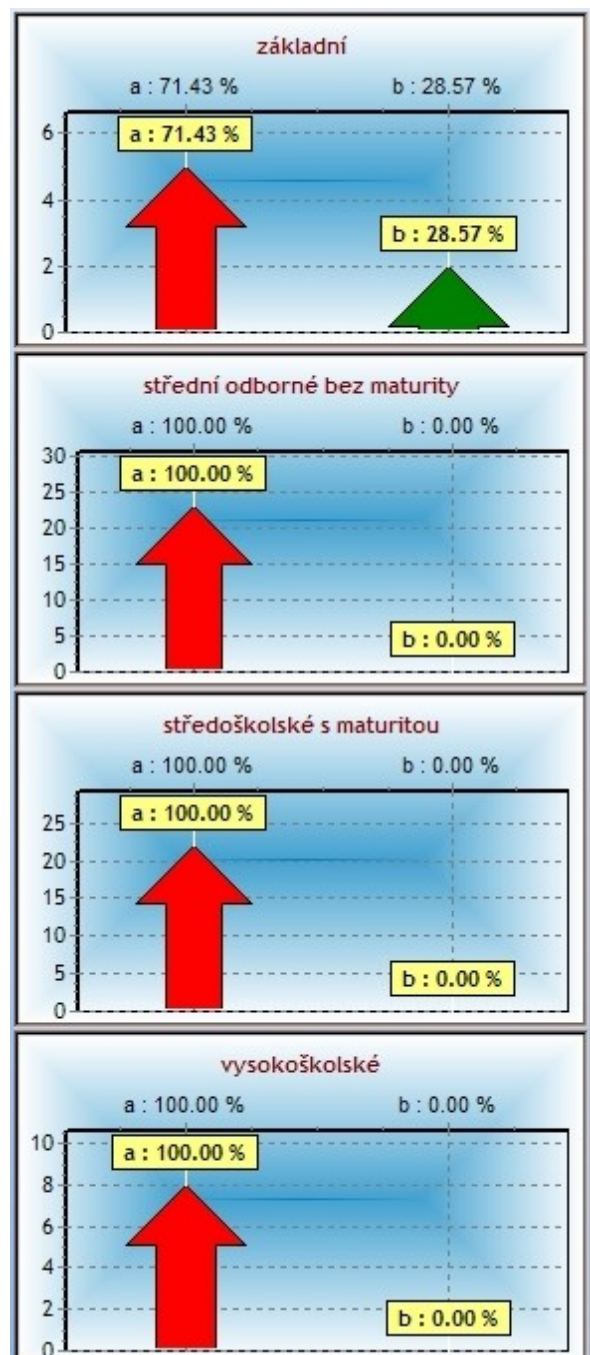
situovány mezi nejstarší respondenty s nejnižším dosaženým vzděláním.

### Otázka č.6, demografické rozdělení :

#### Odpovědi podle věku :



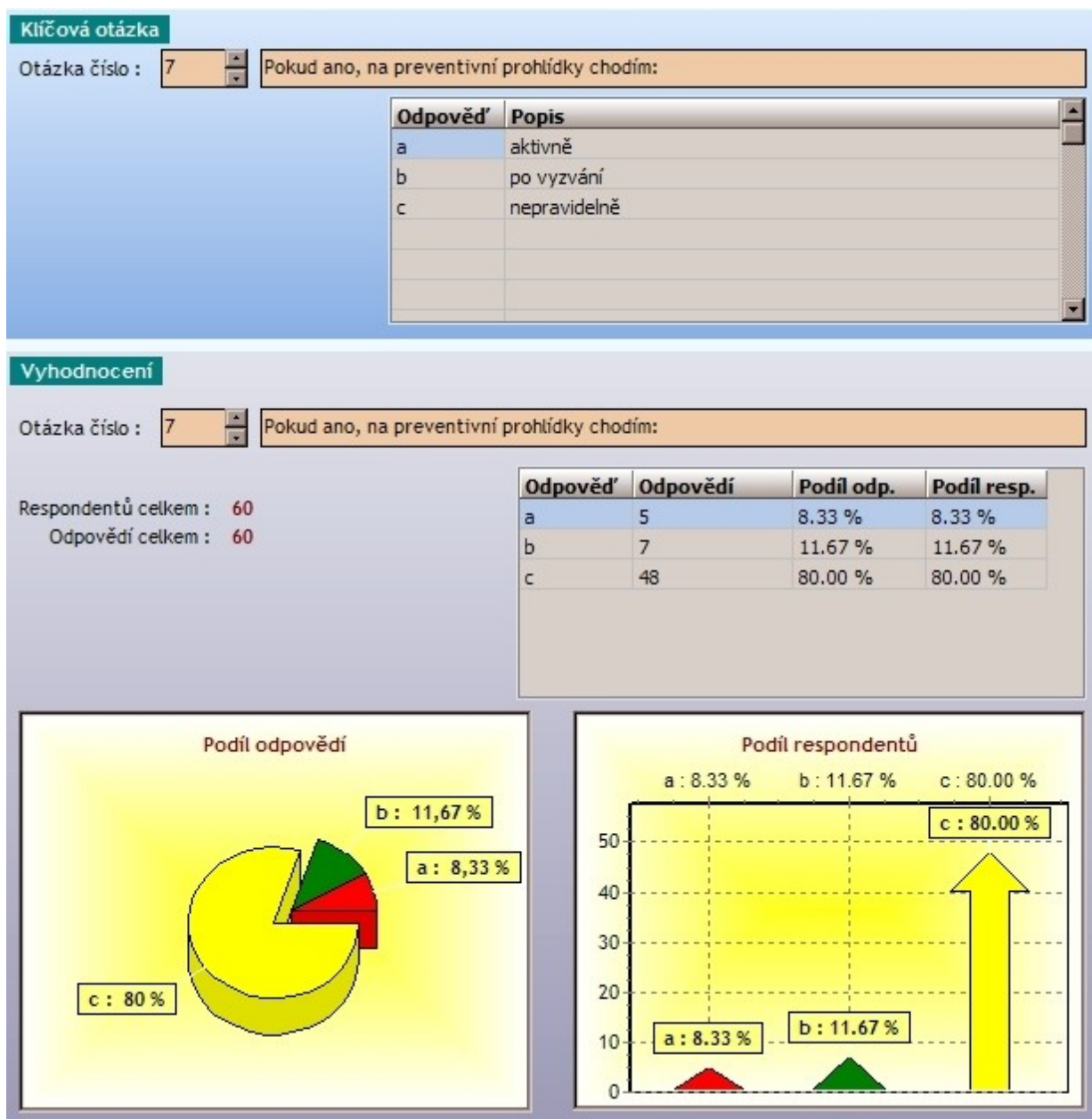
#### Odpovědi podle vzdělání :



Ilustrace č. 7: Demografické rozdělení k otázce č. 6

**Otázka č.7, Pokud ano, na preventivní prohlídky chodím ... (pravidelnost, vlastní aktivita)**

Otázka podmíněná kladnou odpovědí na předchozí otázku. Zjišťuje zejména, jestli respondent chápe preventivní prohlídky jako pravidelnou aktivitu.



**Ilustrace č. 8:** Absolvování prohlídky

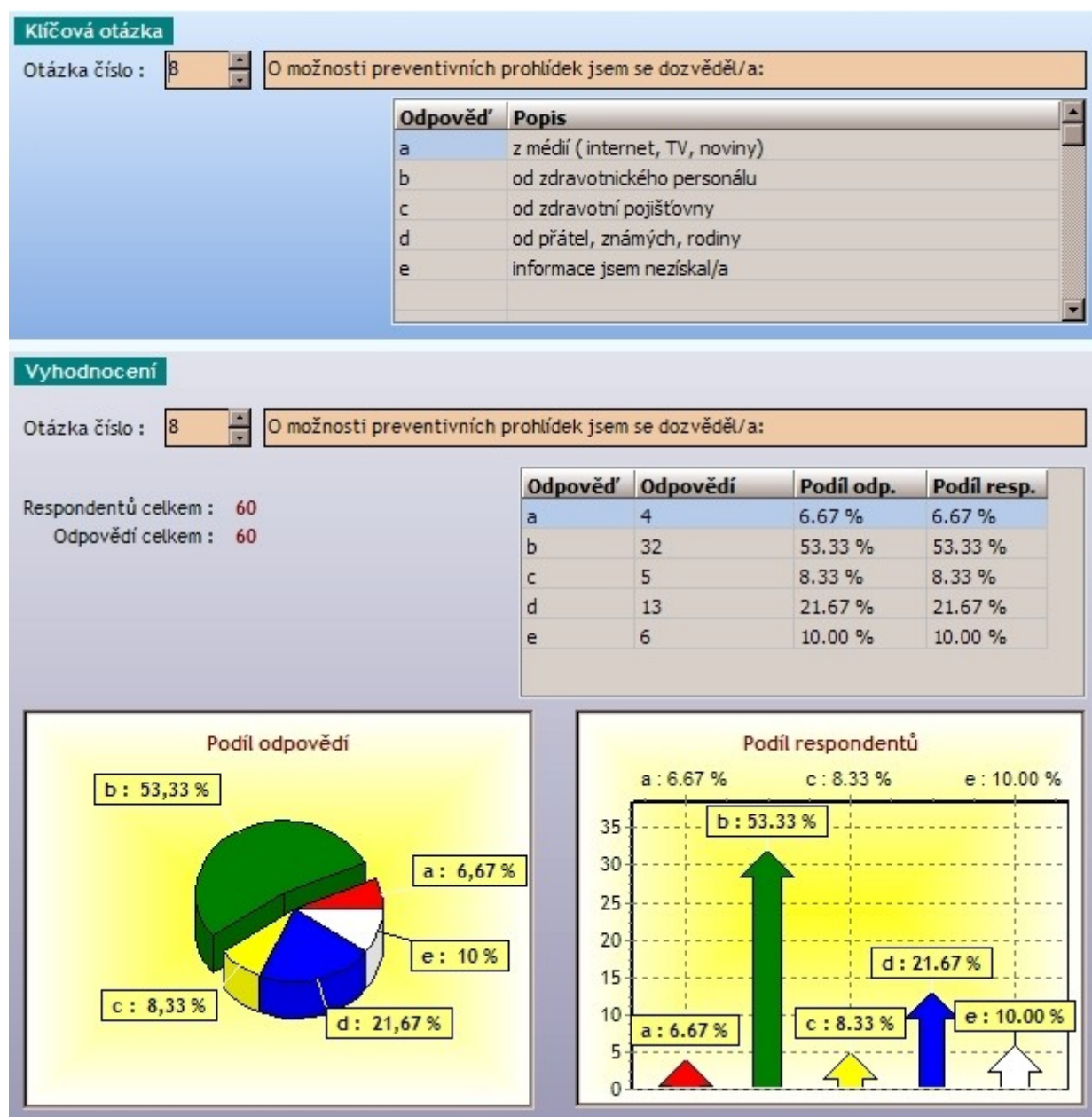
Dle očekávání zásadní většina respondentů preventivní prohlídky sice absolvuje, ale nepravidelně na příležitostné bázi. Je zde tudíž evidentně prostor pro zlepšení.

Demografická analýza ukázala, že všechny skupiny (ve členění podle věku, vzdělání, pohlaví

i bydliště) jsou z hlediska odpovědí na tuto otázku vyrovnané a není mezi nimi žádný významný rozdíl či anomálie.

**Otázka č.8, O možnosti preventivních prohlídek jsem se dozvěděl/a ... (informační zdroje)**

Otázka zjišťuje, které informační kanály mají na povědomí o preventivních prohlídkách největší vliv.



**Ilustrace č. 9:** Informační zdroje o preventivních prohlídkách



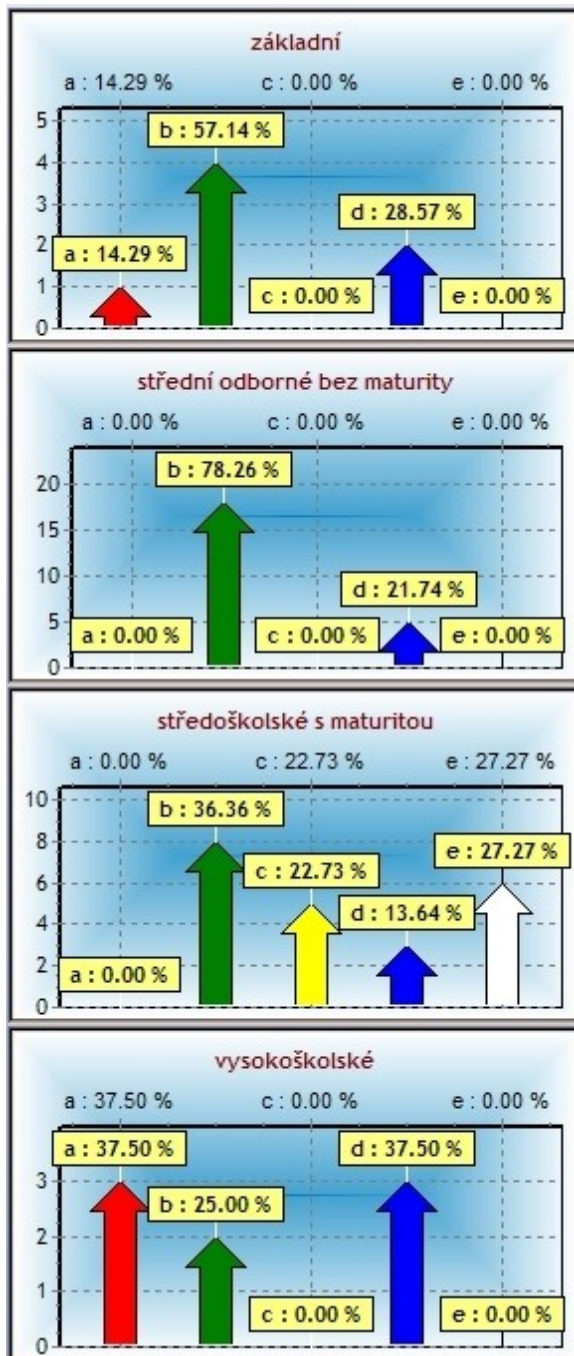
Dle odpovědi se nadpoloviční většina respondentů dozvídá o možnostech preventivních prohlídek primárně od zdravotnického personálu.

### Otázka č.8, demografické rozdělení

**Ilustrace č. 10:** Demografické rozdělení k otázce č. 8

#### Odpovědi podle vzdělání :

Pozoruhodné je demografické členění respondentů podle dosaženého vzdělání, kde výrazně vybočuje skupina vysokoškoláků, která má jako primární informační zdroje vyrovnaně média a přátele, přičemž zdravotnický personál je výrazně minoritní. Žádná jiná demografická skupina nijak výrazně nevybočuje



**Otázka č.9, Kdy jsem naposledy absolvoval/a preventivní prohlídku ? U kterého lékaře ?**

Souvisí s otázkou č.7, detekuje pravidelnost v chování respondenta vzhledem k preventivním prohlídkám.

**Ilustrace č. 11:** Absolvování preventivní prohlídky

**Klíčová otázka**

Otázka číslo : 9 Kdy jste naposledy absolvoval/a preventivní prohlídku?

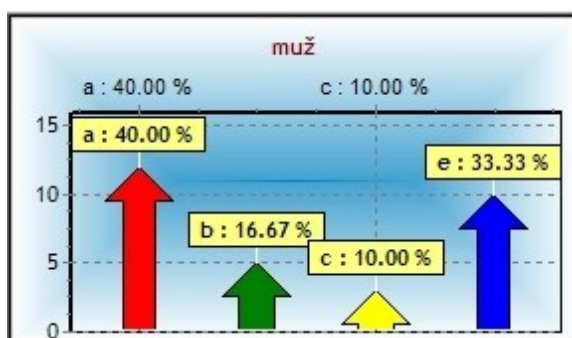
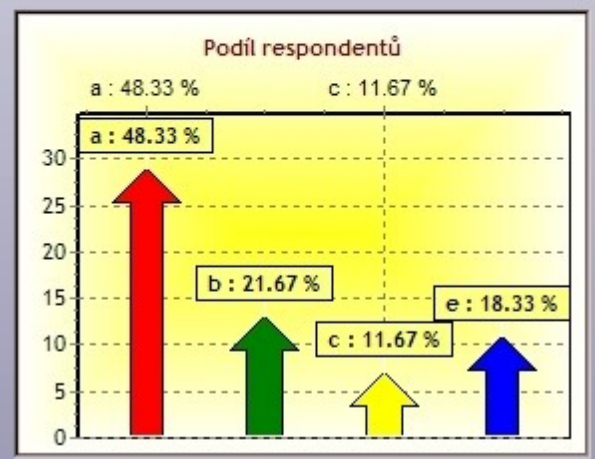
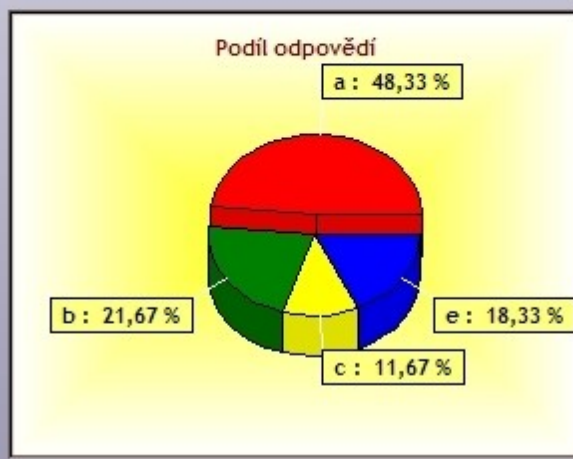
Odpověď	Popis
a	2009
b	2008
c	2007
d	2006
e	nepamatuji se

**Vyhodnocení**

Otázka číslo : 9 Kdy jste naposledy absolvoval/a preventivní prohlídku?

Respondentů celkem : 60  
Odpovědí celkem : 60

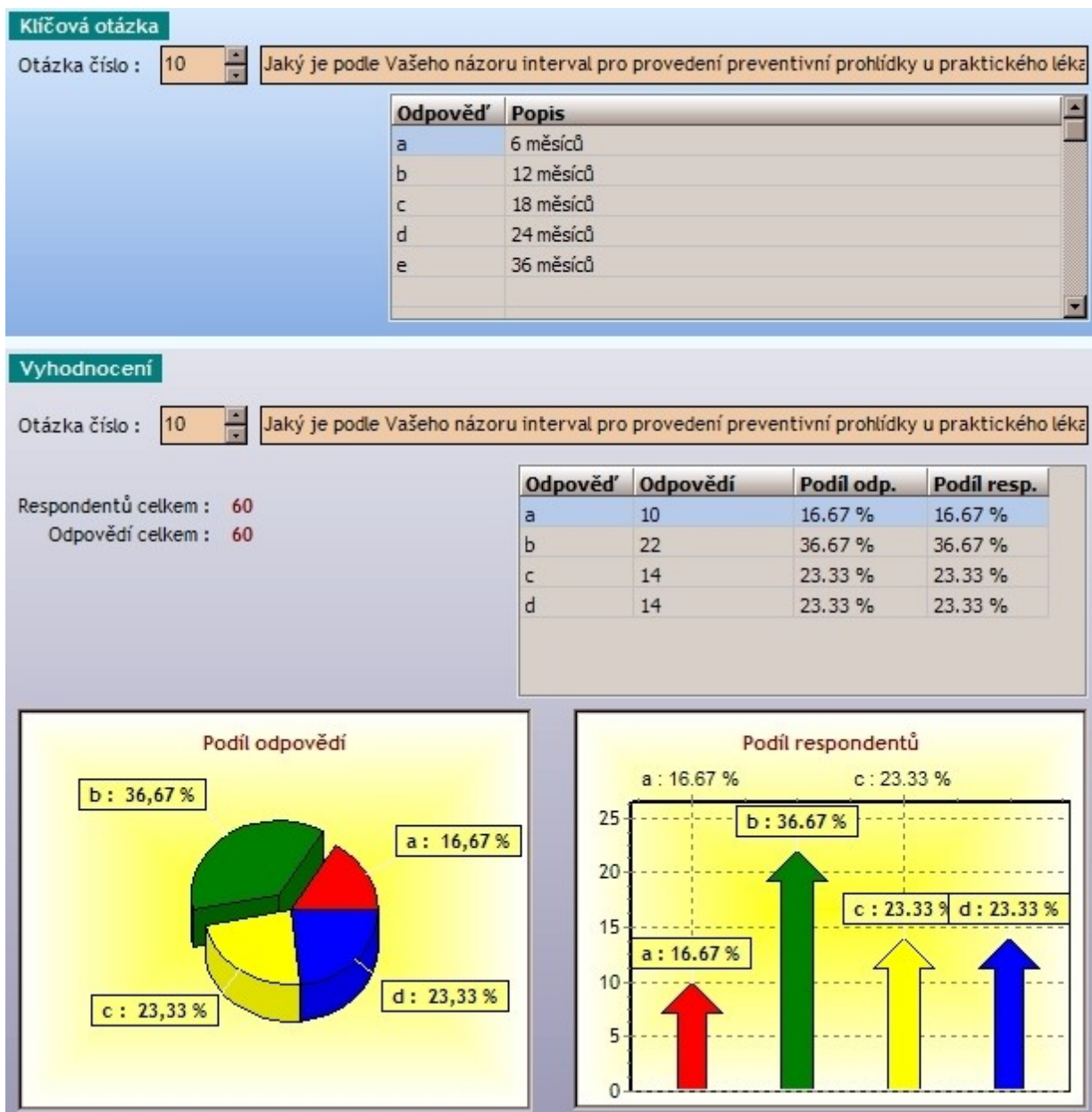
Odpověď	Odpovědí	Podíl odp.	Podíl resp.
a	29	48.33 %	48.33 %
b	13	21.67 %	21.67 %
c	7	11.67 %	11.67 %
e	11	18.33 %	18.33 %



Minoritně převažující odpovědí je „v roce 2009“, což je poměrně pozitivně překvapující, ukazuje to na fakt, že významná část respondentů v poslední době možnost preventivní prohlídky využila. Původně jsem se domnívala, že může jít o vliv návštěv u gynekologa, ale rozložení je obdobné jak pro ženy, tak pro muže. Doplnující informace o typu navštíveného lékaře (která není součástí ilustrace) se ukázala jako nevýznamná, protože rozložení bylo rámcově rovnoměrné.

## Otázka č.10, Jaký je podle Vašeho názoru interval pro provedení preventivní prohlídky u praktického lékaře ?

První otázka ze série, která si klade za cíl zjistit stav faktické informovanosti respondentů o preventivních prohlídkách.



**Ilustrace č. 12:** Interval provedení preventivní prohlídky u praktického lékaře

Správnou odpovědí na tuto otázku je varianta „d“ (24 měsíců). Pozoruhodné je téměř rovnoměrné rozložení odpovědí s tím, že období 6 měsíců je logicky málo pravděpodobné (příliš často) a období 1 roku psychologicky přitažlivé. Sumární výsledky proto odpovídají



teorii, že respondenti odpovědi většinou jen hádali, bez vlastní znalosti faktů.

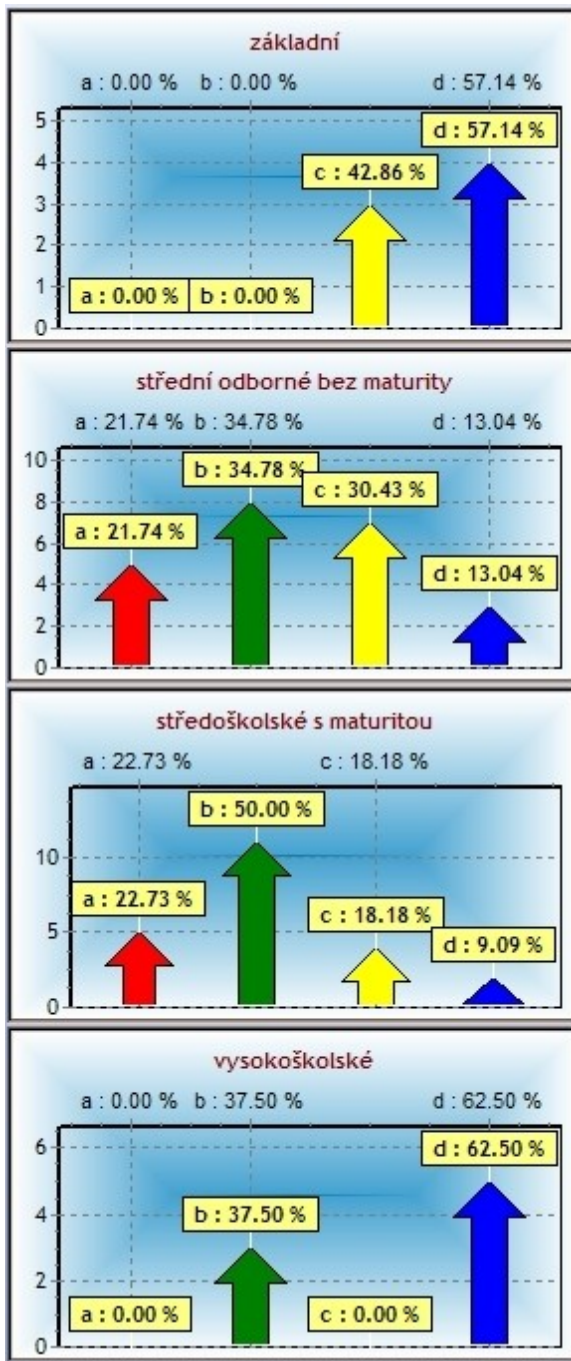
Zajímavý je i demografický rozklad podle pohlaví a dosaženého vzdělání, přičemž interpretace tohoto rozložení není zřejmá – ukazuje na předpoklad, že paradoxně lepší informovanost je u méně vzdělané skupiny než u osob se středním vzděláním, což může souviset s tím, že tato skupina obecně častěji navštěvuje lékaře, takže fakta prostě „ví“, zatímco středoškoláci fakta jen „hádají“ a mají větší důvěru v úsudek, než paměť.

Rozdíly mezi pohlavími jsou sice také výrazné, ale obě skupiny „hádají“ obdobně špatně, i když každá jinak špatně.

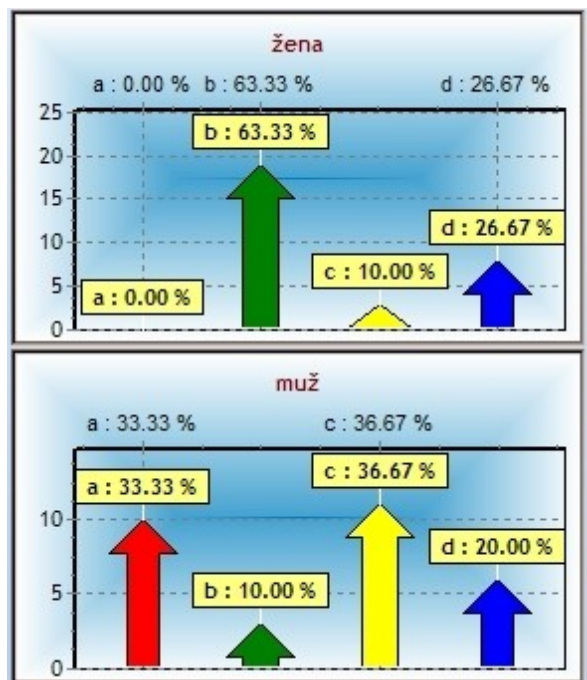
## Otázka č.10, demografické rozdělení

Ilustrace č. 13: Demografické rozdělení k otázce č. 10

Odpovědi podle vzdělání :

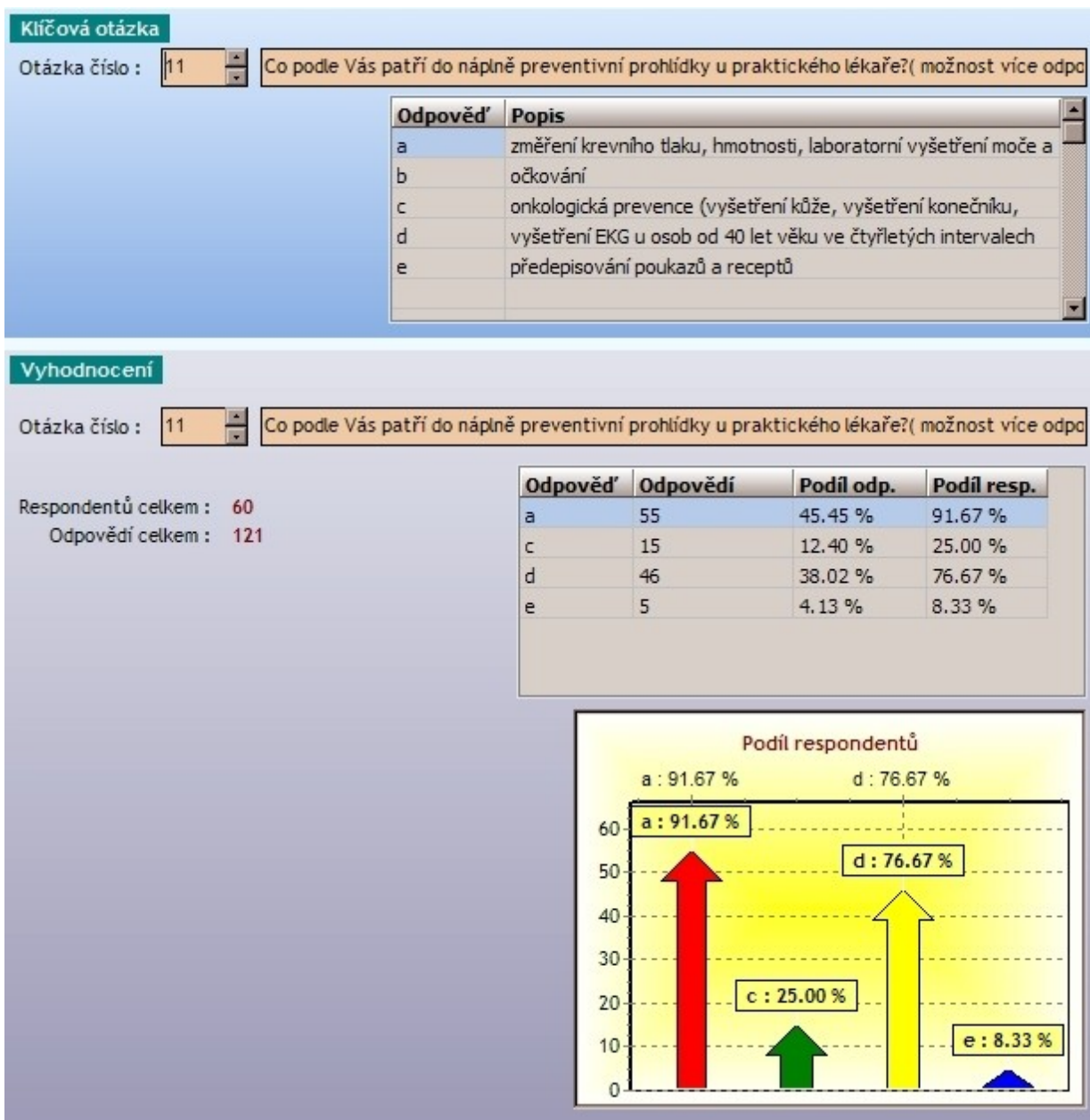


Odpovědi podle pohlaví :



### Otázka č.11, Co podle Vás patří do náplně preventivní prohlídky u praktického lékaře ?

Další otázka ze série, mapujících znalosti respondentů o obsahu preventivních prohlídek.



**Ilustrace č. 14:** Obsah preventivní prohlídky u praktického lékaře

U této otázky bylo možno (a žádoucí) vybrat více odpovědí, počet odpovědí proto převyšuje počet respondentů a nezobrazujeme koláčový graf, ale jen graf sloupcový, který odráží skutečnost, kolik procent respondentů zaškrtnlo tu kterou z nabízených odpovědí jako správnou. Správné odpovědi jsou „a“, „c“ a „d“, naopak chybné jsou „b“ a „e“.

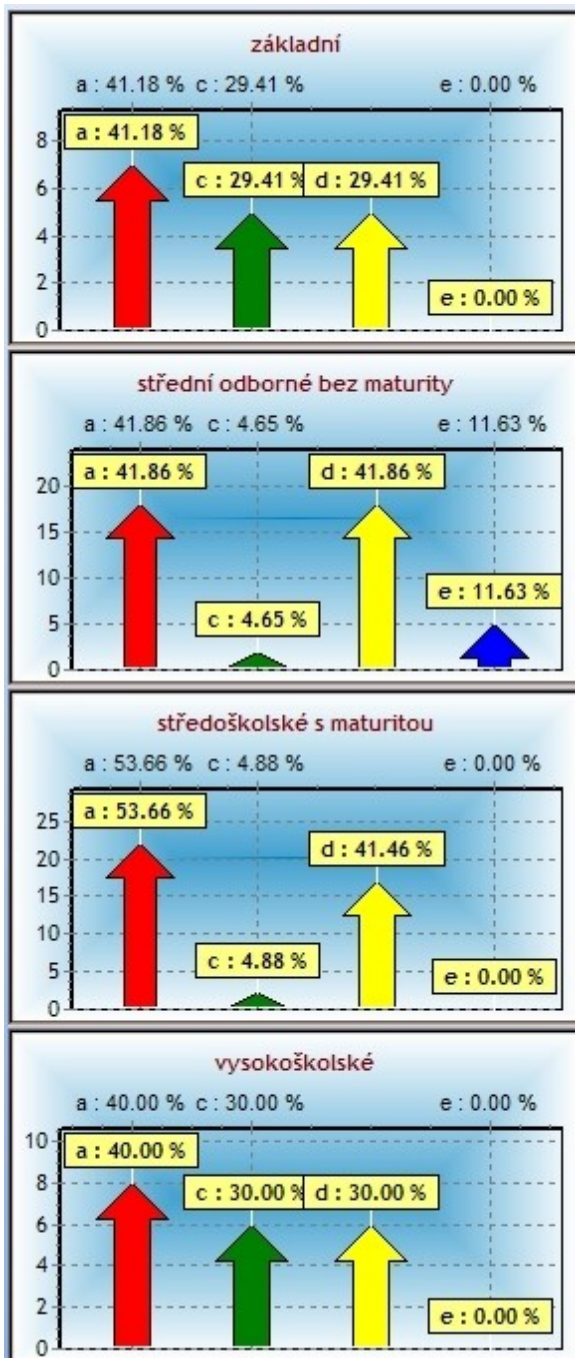
Většina respondentů správně nevybrala chybné možnosti, ale zajímavé je, že správnou odpověď „c“ vybralo jen 25% z nich, přestože se jedná o onkologickou prevenci, což je ve společnosti poměrně široce diskutované téma.

Z demografického hlediska je zde zajímavé opět již opakující se zjištění, že nejnižší úroveň znalostí je u osob se středním vzděláním, naopak osoby jen se základním nebo naopak s vysokoškolským vzděláním jsou informovány významně lépe.

### Otázka č.11, demografické rozdělení

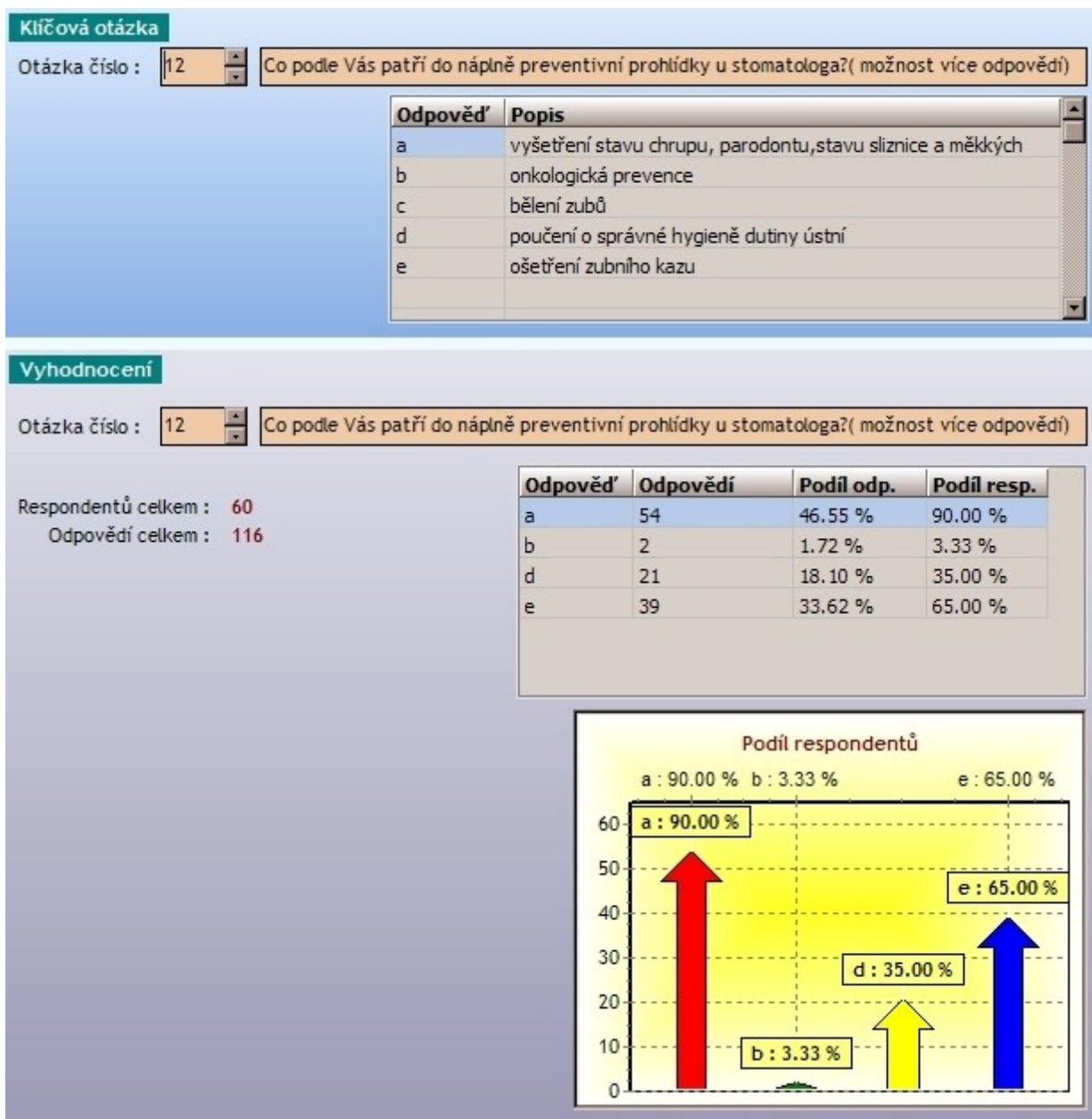
Ilustrace č. 15: Demografické rozdělení k otázce č. 11

Odpovědi podle vzdělání :



### Otázka č.12, Co podle Vás patří do náplně preventivní prohlídky u stomatologa ?

Otázka týkající se stomatologické péče, zajímavá zejména v souvislosti s faktem, že pravidelná péče o chrup je obecně akceptovanou normou.



**Ilustrace č. 16:** Obsah preventivní prohlídky u stomatologa

Opět otázka s možností výběru více odpovědí. Správné odpovědi jsou tentokrát „a“, „b“ a „d“, nesprávnou odpověď „c“ a „e“. Zde drtivá většina sice správně zaškrtnla možnost „a“, ale jinak je výsledek velmi špatný, překvapující je 65% chybných odpovědí „e“ a jen 2 správné



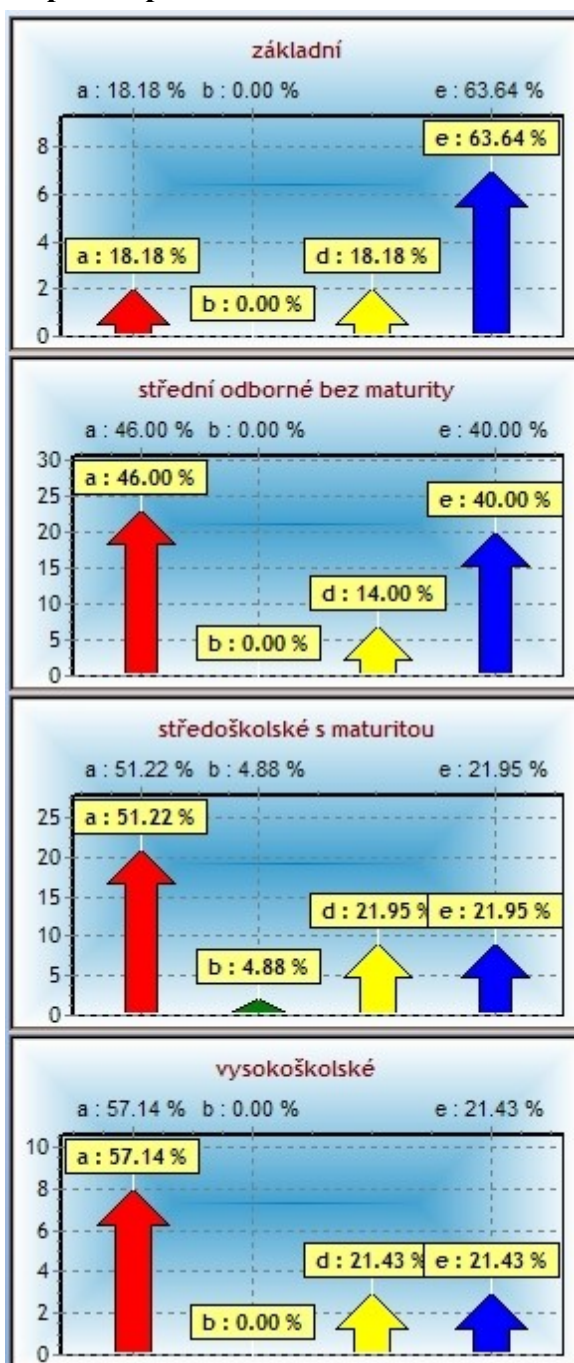
odpovědi „b“. Opět narážíme na minimální informovanost o onkologické prevenci (odpověď „b“) a nově i směšování preventivní péče s léčbou již propuknutého onemocnění (odpověď „e“). Dílčím pozitivem je, že žádný z respondentů neočekává, že by součástí preventivních prohlídek byla čistě kosmetická péče (odpověď „c“, bělení zubů).

Z demografického hlediska je znovu zajímavé rozdělení podle dosaženého vzdělání, tentokrát ovšem zcela propadli lidé s nejnižším vzděláním a úroveň správné informovanosti roste průběžně s dosaženým vzděláním respondenta.

### Otázka č.12, demografické rozdělení

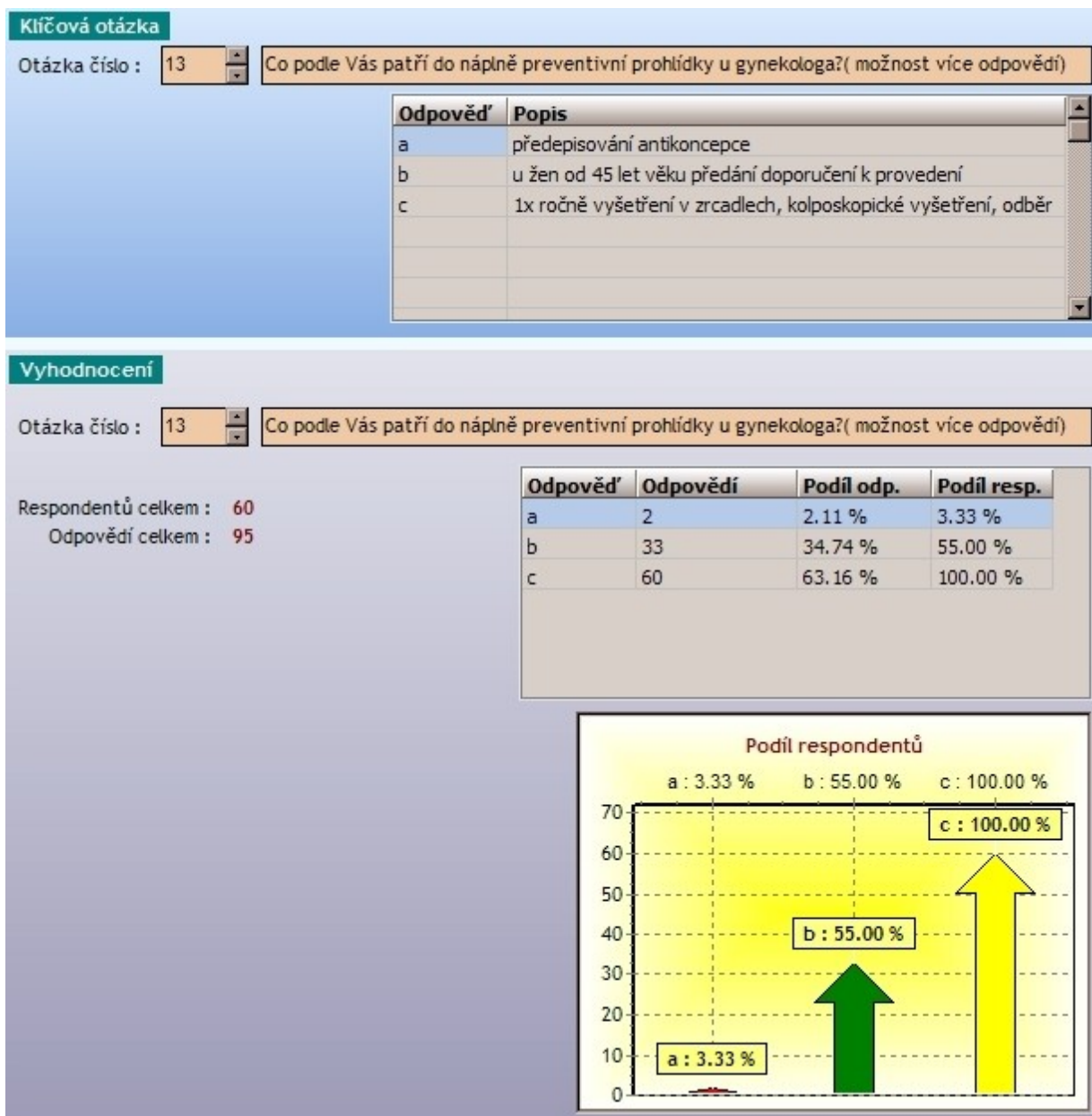
Ilustrace č. 17: Demografické rozdělení k otázce č. 12

#### Odpovědi podle vzdělání :



### Otázka č.13, Co podle Vás patří do náplně preventivní prohlídky u gynekologa ?

Specifická otázka, kde by mohl být jasný a pochopitelný rozdíl mezi informovaností mužů a žen. Poslední ze série otázek o faktické informovanosti o obsahu prohlídek.



**Ilustrace č. 18:** Obsah preventivní prohlídky u gynekologa

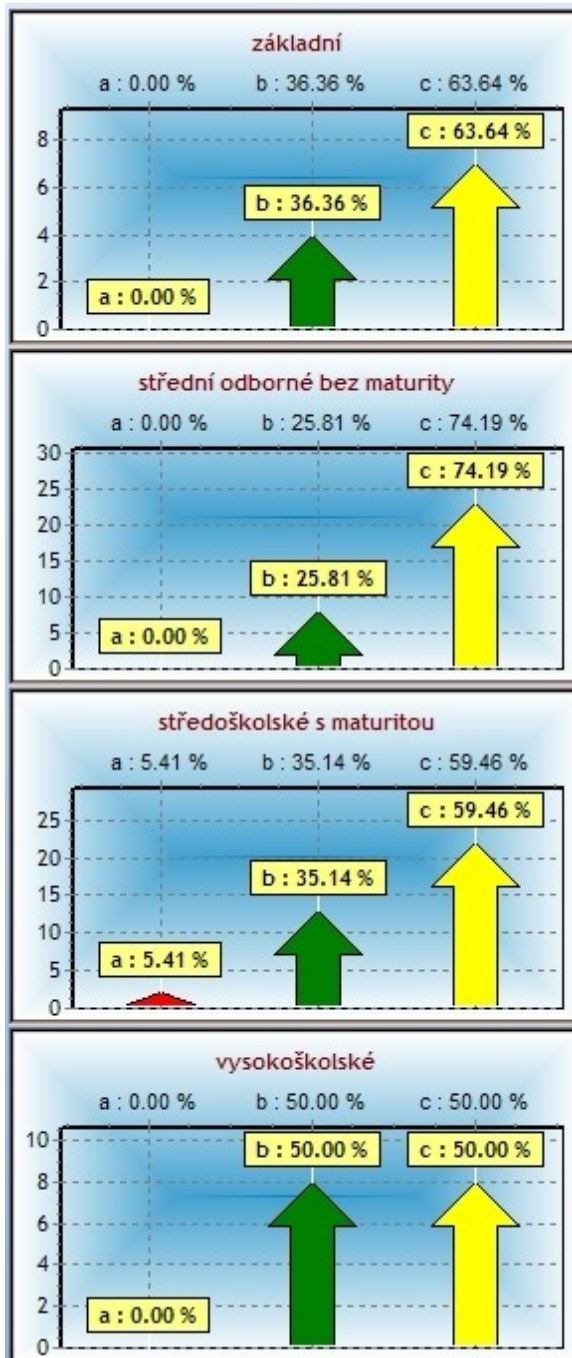
U této otázky byly správné odpovědi „b“ a „c“, nesprávná pak byla odpověď „a“. Odpovědi ukázaly vysokou obecnou úroveň informovanosti s tím, že opět pokulhává úroveň znalostí o oknologické prevenci (odpověď „b“). Za úvahu ovšem rozhodně stojí fakt, že u této otázky

nebyly prakticky žádné rozdíly mezi žádnými demografickými skupinami, tzn. dokonce informovanost mužů byla stejná, jako informovanost žen ! Lze se jen domnívat, že muži při odpovídání na tuto otázku vycházeli z logických úvah a zaškrtnli to, co jim přišlo úsudkem rozumné a pochopitelné.

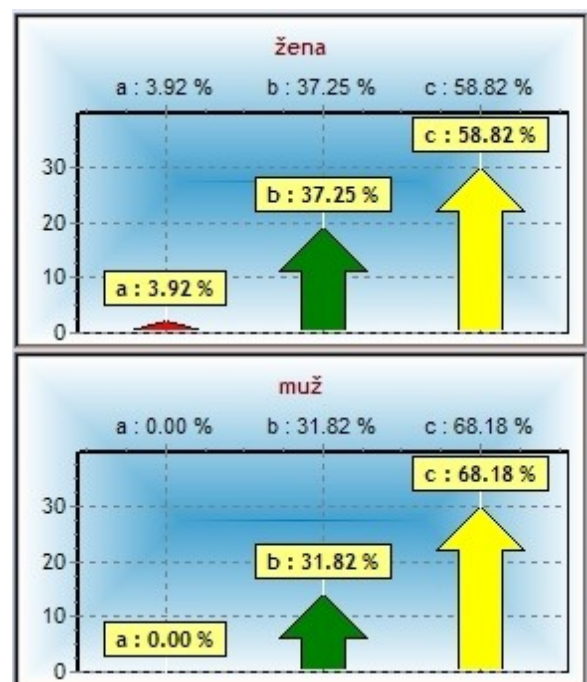
### Otázka č.13, demografické rozdělení

Ilustrace č. 19: Demografické rozdělení k otázce č. 13

#### Odpovědi podle vzdělání :



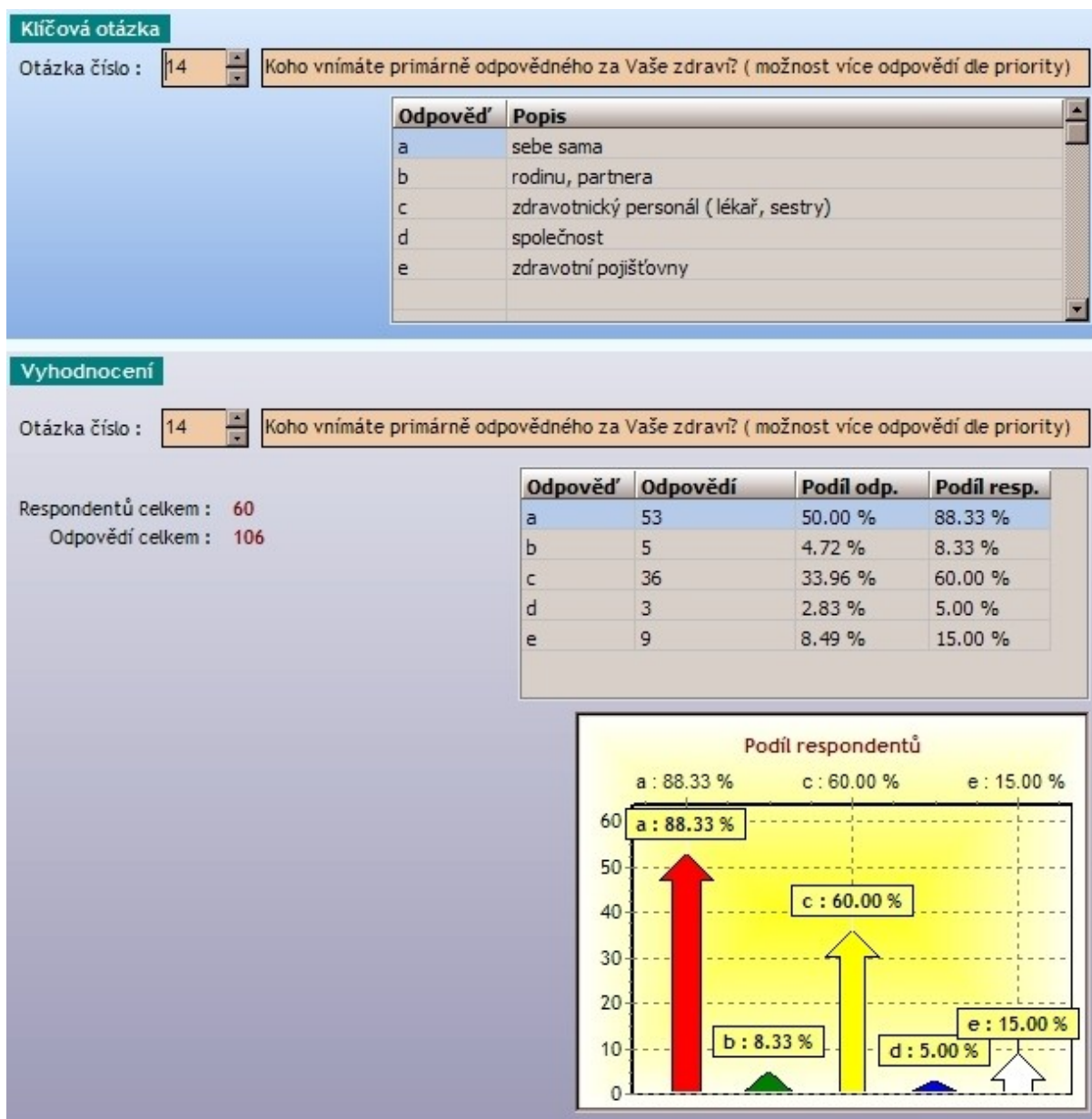
#### Odpovědi podle pohlaví :





### Otázka č.14, **Koho vnímáte primárně jako odpovědného za Vaše zdraví ?**

První ze další série otázek, tentokrát zaměřené na subjektivní vnímání záležitostí okolo zdravotní prevence jako takové. Cílem těchto otázek bylo mj. zjištění, jakým směrem by se měla vést případná osvětová kampaň o možnostech preventivní zdravotní péče.



**Ilustrace č. 20:** Primární odpovědnost za zdraví

Pozitivním zjištěním je, že naprostá většina respondentů nepřenáší odpovědnost za své zdraví na anonymní obecné instituce (společnost, pojišťovny), ani na své bezprostřední okolí (rodina), ale je si vědoma odpovědnosti vlastní, přičemž předpokládá i související kvalitní

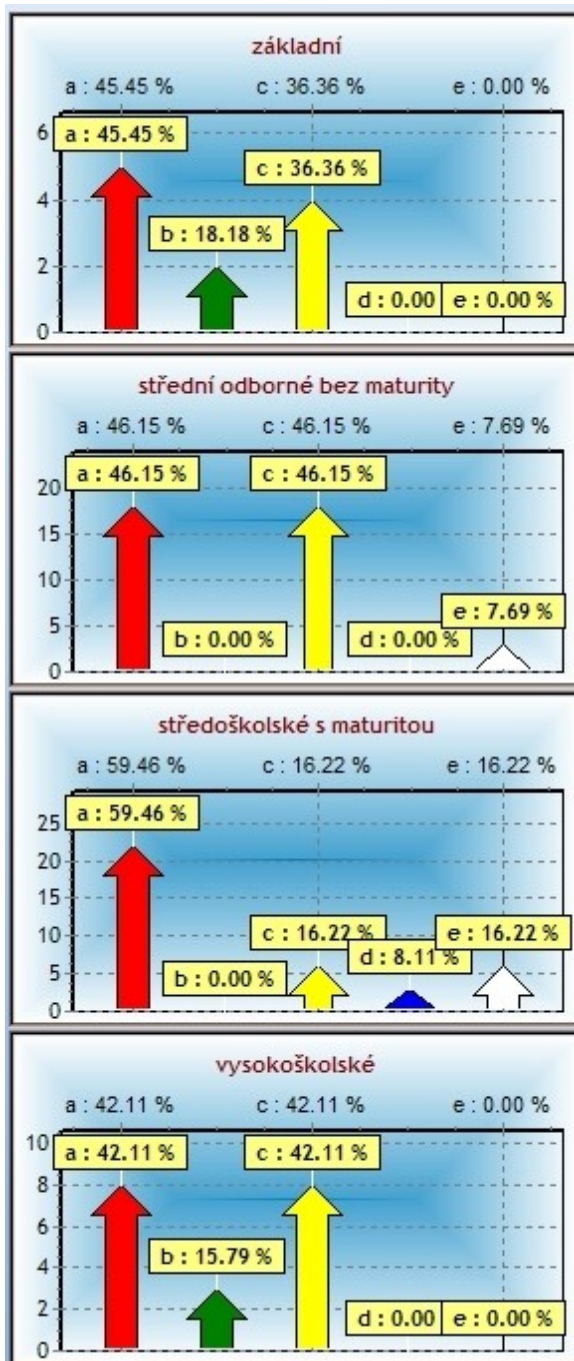
péči ze strany zdravotnického personálu.

Z demografického hlediska je zajímavý výpadek odpovědi „c“ (zdravotnický personál) u skupiny středoškoláků s maturitou, jehož interpretace mi není zřejmá.

### Otázka č.14, demografické rozdělení

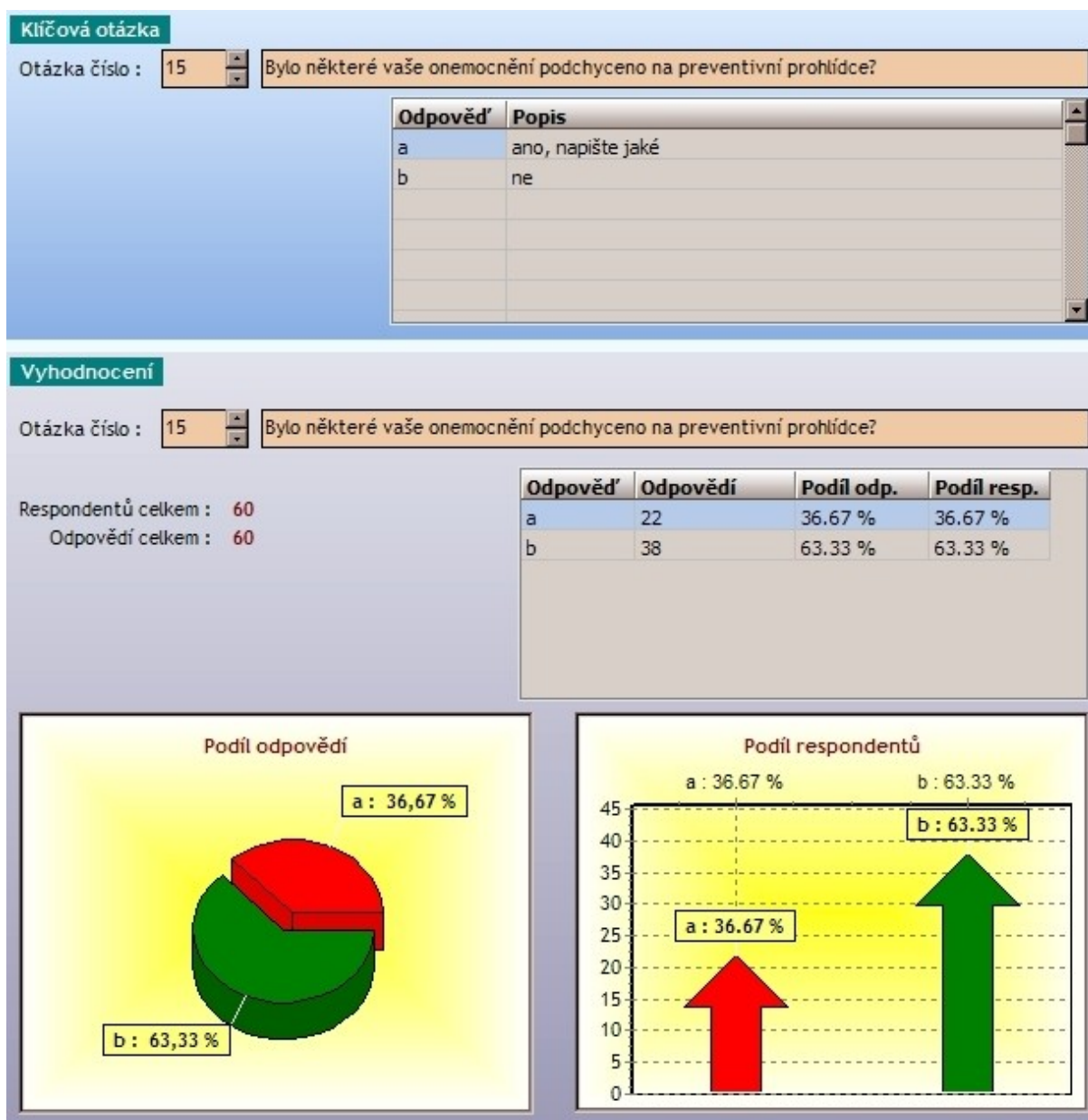
Ilustrace č. 21: Demografické rozdělení k otázce č. 14

Odpovědi podle vzdělání :



### Otázka č.15, **Bylo některé Vaše onemocnění podchyceno na preventivní prohlídce ?**

Otázka směřující k zjištění, jak respondenti vnímají efektivitu prevence.



**Ilustrace č. 22:** Záchyt onemocnění na preventivní prohlídce

Přestože většina respondentů odpověděla negativně, je vysoké procento pozitivních odpovědí dokladem, že lidé si spojují preventivní péči se včasným odhalením zdravotních problémů i na vlastních příkladech. Lze logicky očekávat, že většina odpoví negativně, protože většina prostě žádným onemocněním netrpí (takže ani nemohlo být odhaleno) a právě proto je množství pozitivních odpovědí dokladem, že uvědomění si dopadu preventivních prohlídek je

vysoké.

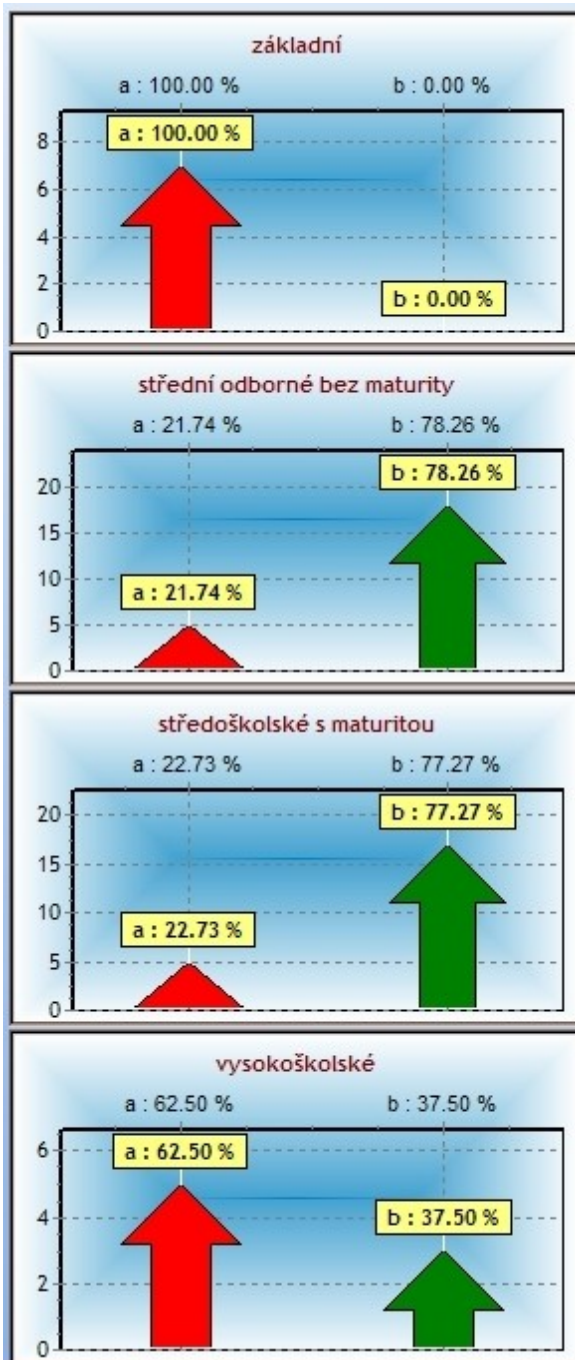
Z demografického hlediska je charakteristické rozložení odpovědí podle věku respondentů, kdy v nejmladší skupině dochází málokdy k odhalení nového onemocnění – interpretace je jednoduchá, u mladších ročníků je obecně výskyt onemocnění nižší.

Dalším zajímavým výkyvem je nula odpovědí „b“ (ne) u skupiny se základním vzděláním.

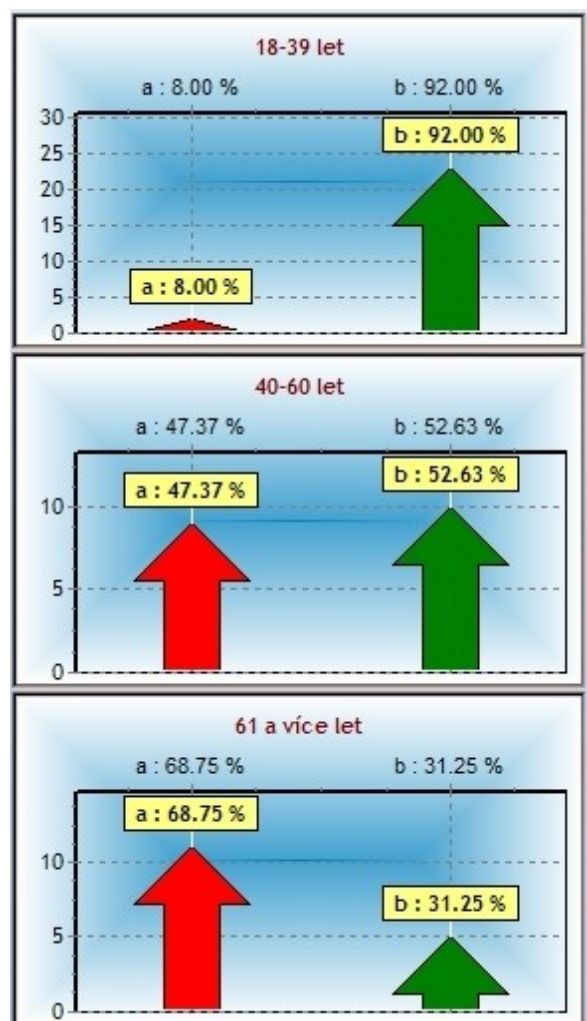
### Otázka č.15, demografické rozdělení

Ilustrace č. 23: Demografické rozdělení k otázce č. 15

#### Odpovědi podle vzdělání :



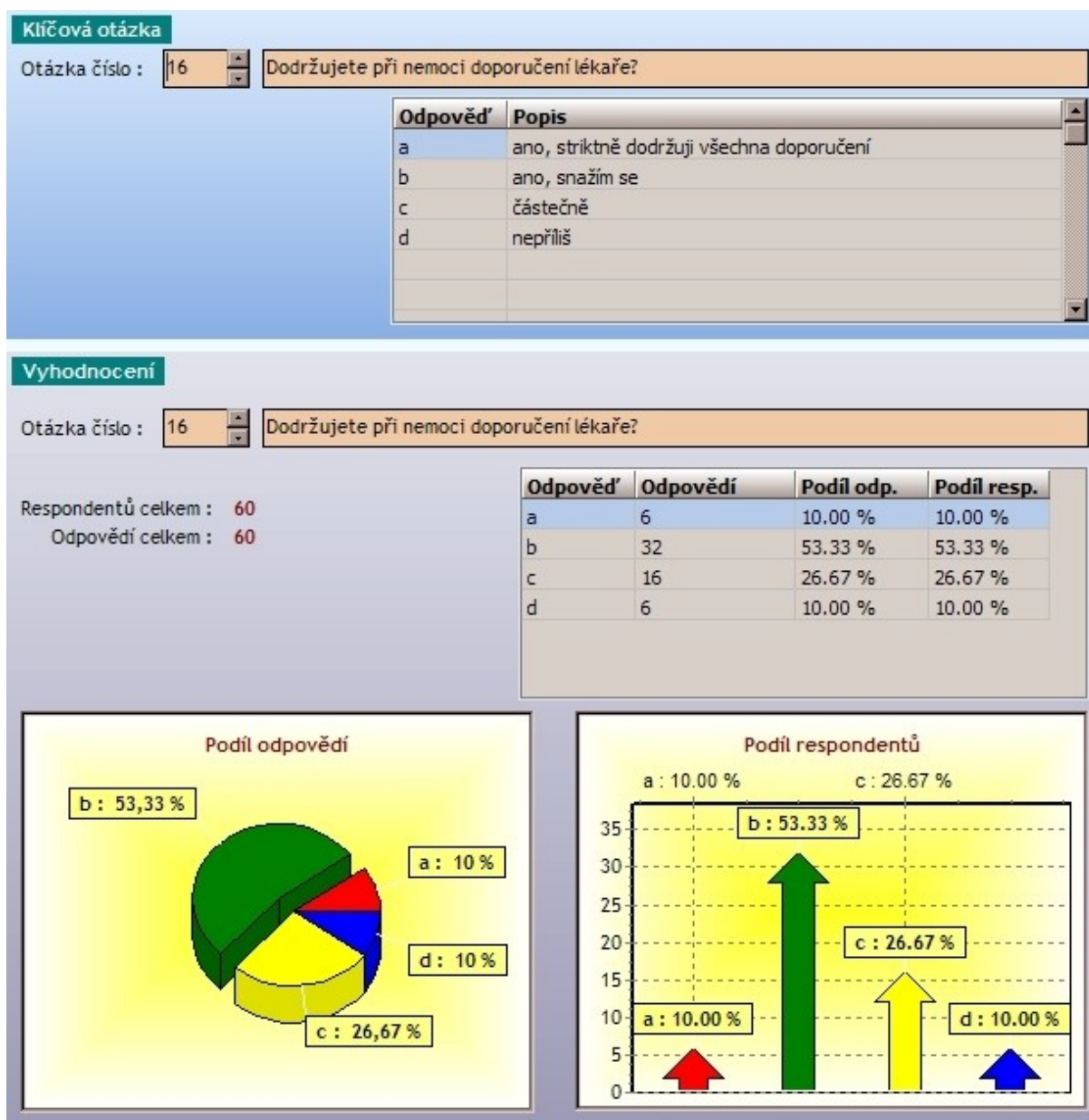
#### Odpovědi podle věku :





### Otázka č.16, **Dodržujete při nemoci doporučení lékaře ?**

Odpovědi na tuto otázku byly zformulovány záměrně měkkce, aby si mohl každý respondent najít variantu, se kterou nebude mít problém se ztotožnit – obecně se jedná o citlovou otázku, protože málokdo je ochoten přiznávat, že se chová vědomě v rozporu s doporučeními.



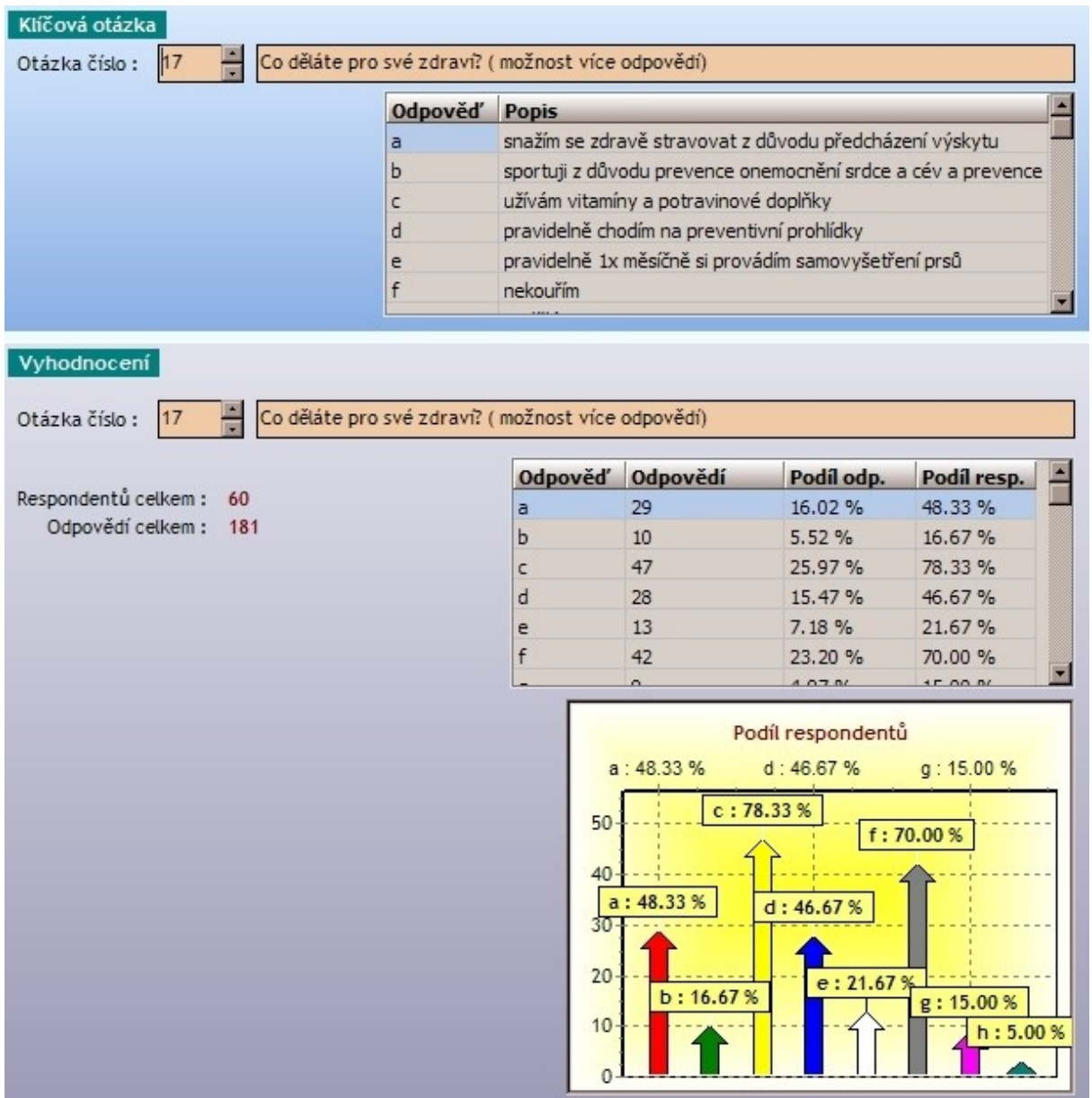
**Ilustrace č. 24:** Dodržování doporučení lékaře

Dle očekávání je většinová odpověď mírně pozitivní, s dokladováním existence snahy. Většina respondentů chápe potřebu řídit se doporučeními lékařů, ale mají s plněním těchto doporučení obtíže. Jen naprosté minimum respondentů doporučení lékařů zcela ignoruje – zajímavým faktorem je skutečnost, že více lidí ignoruje lékaře než přímo své zdraví – to lze

přisoudit špatným osobním zkušenostem.

**Otázka č.17, Co děláte pro své zdraví ?**

Otázka s možností individuálního výběru z více nabízených možností, nejsou správné a špatné odpovědi, zajímavá je sada vybraných možností.



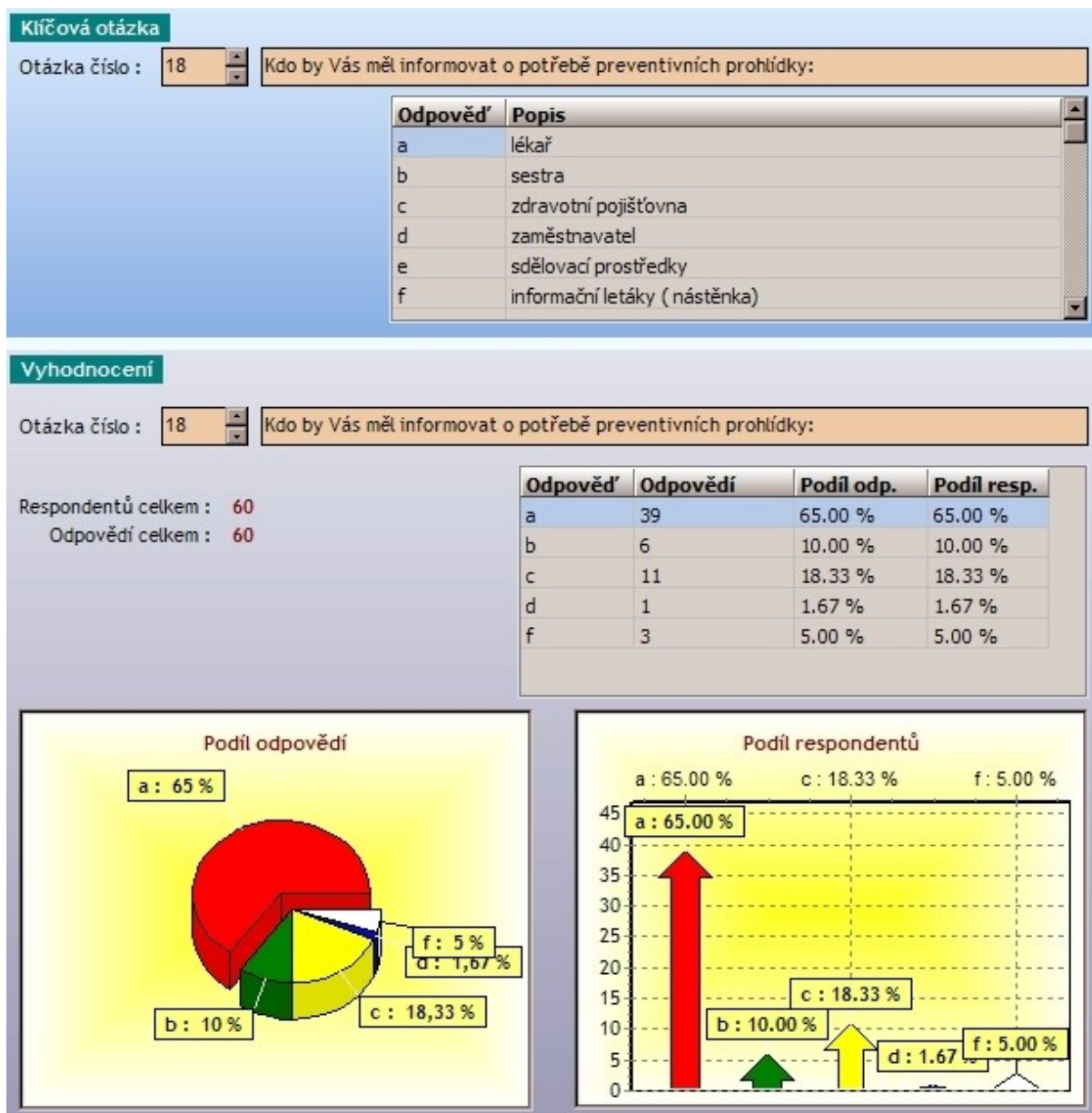
**Ilustrace č. 25:** Vlastní aktivita v péči o zdraví

Mezi odpověďmi jednoznačně zvítězily varianty, které nevyžadují od respondentů vlastní aktivitu (nekouření a konzumace vitamínů) a módní aktivita zdravého stravování. Nicméně pozitivní je i velké množství odpovědí „d“ o pravidelném docházení na preventivní prohlídky. Zajímavé je, že výrazně větší procento lidí se domnívá, že chodí „pravidelně“ na preventivní

prohlídky, než tuší, jaký interval preventivní prohlídky mají – z čehož lze usuzovat, že lidé mají tendenci „přilepšovat si“ vlastní pohled na sebe oproti reálné skutečnosti.

### Otázka č.18, Kdo by Vás měl informovat o potřebě preventivní prohlídky ?

Otázka, směřující ke zjištění, odkud respondenti očekávají, že k nim informace o preventivní péči přijdou. Z tohoto směru je pak vhodné i směřovat případnou osvětovou kampaň. Otázka úzce souvisí s otázkou číslo 8 (odkud máte informace).



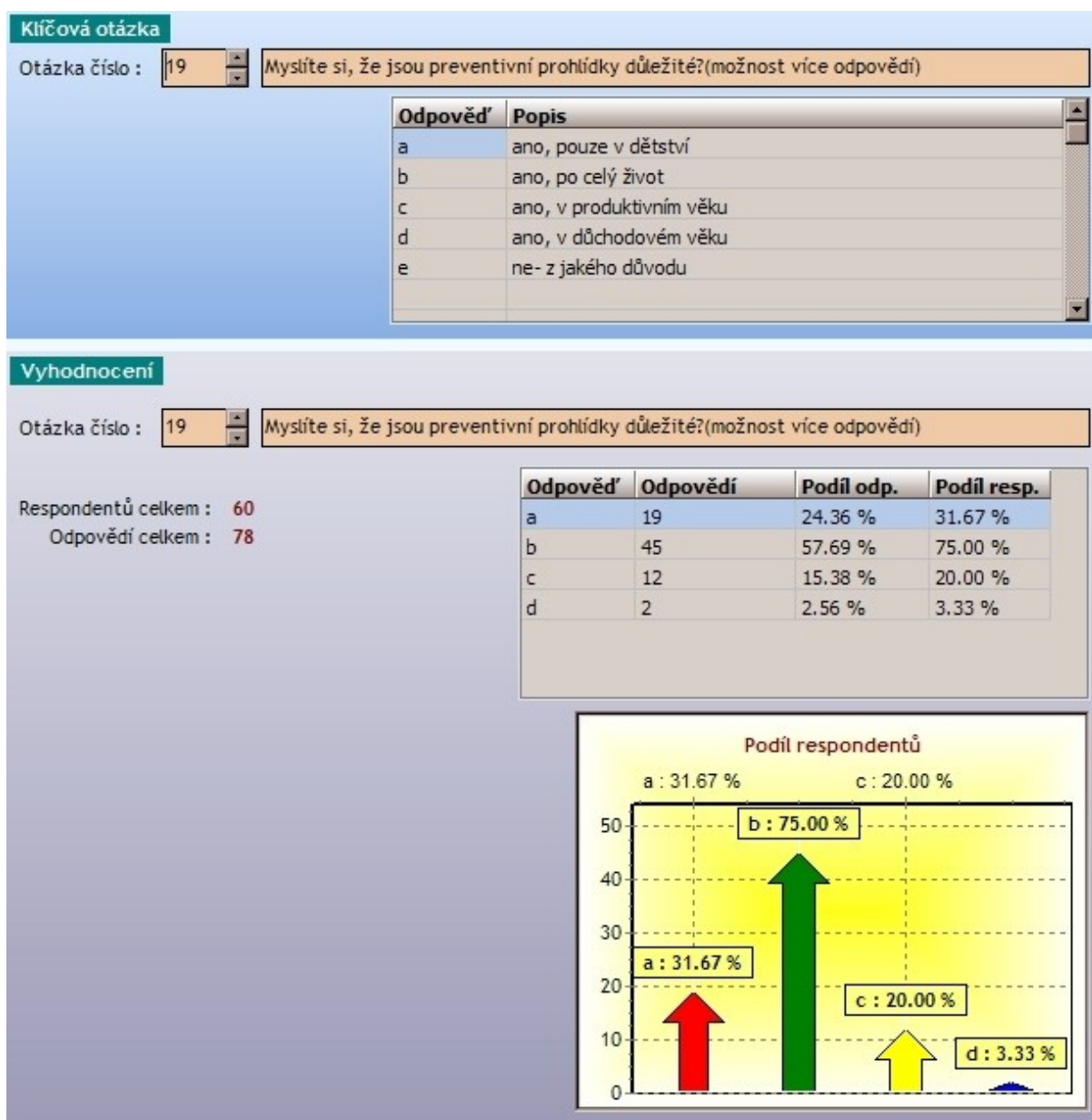
**Ilustrace č. 26:** Poskytování informací o preventivní prohlídce

Obdobně jako u otázky č.8 většina lidí očekává informace o možnostech prevence od svého

ošetřujícího lékaře nebo sestry, okrajová minorita očekává aktivitu ze strany zdravotních pojišťoven. Překvapivým zjištěním je, že vůbec nikdo neočekává, že by o prevenci měly informovat sdělovací prostředky.

### Otázka č.19, **Myslíte si, že jsou preventivní prohlídky důležité ?**

Otázka úzce související s otázkou č.14, monitorující názor respondentů na efekt preventivní péče jako takové. Bylo povoleno vybrat více možností i přesto, že se některé možnosti navzájem vylučují.



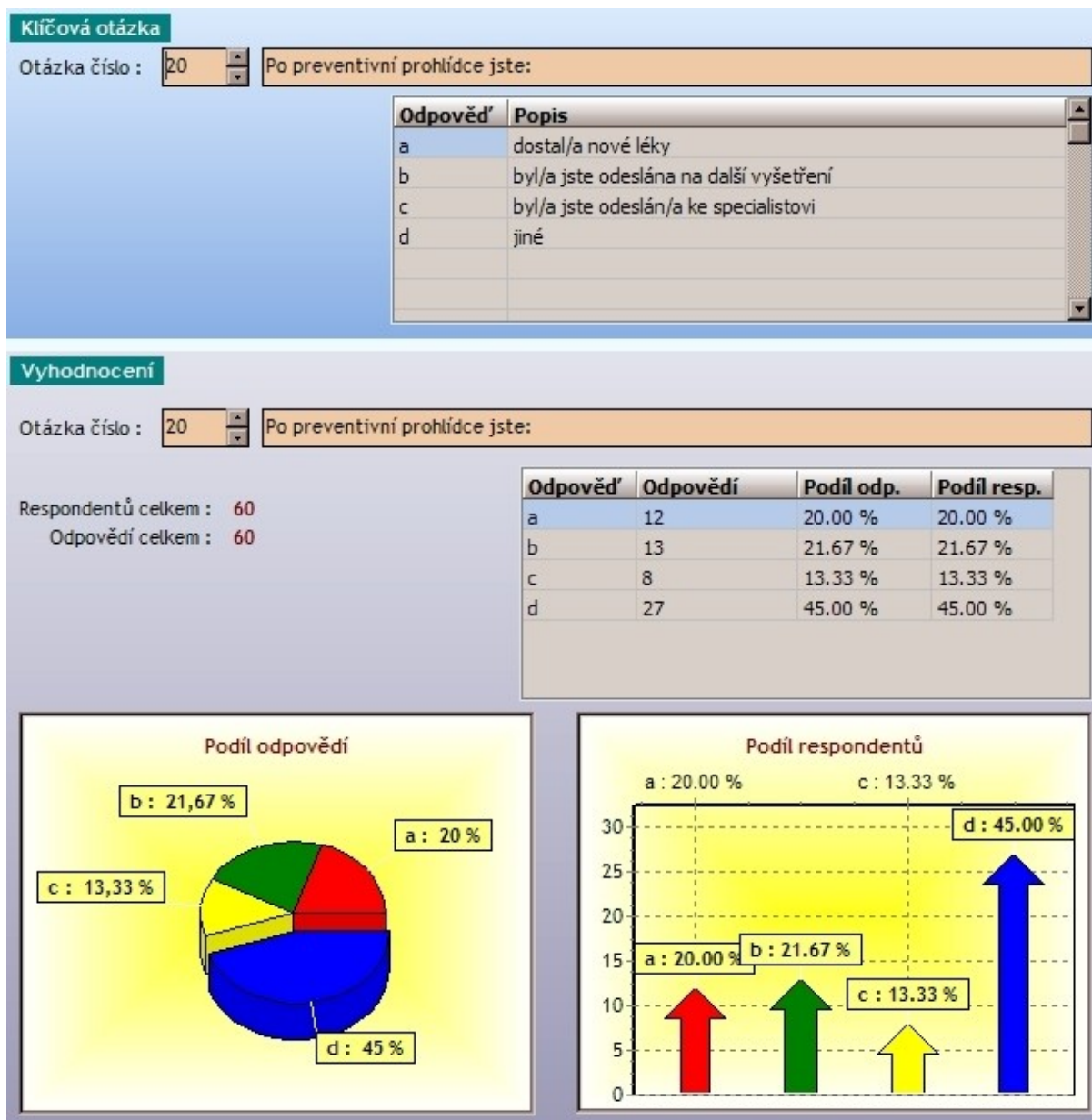
**Ilustrace č. 27:** Důležitost preventivních prohlídek



Ukazuje se, že princip preventivních prohlídek je respondenty vnímán v totální většině kladně a navíc po celý život.

### Otázka č.20, Po preventivní prohlídce jste... (dopady preventivní prohlídky)

K seznamu povolených odpovědí pro tuto otázku je třeba dodat, že nejfrekventovanější doplňkovou odpovědí pro variantu „d“ bylo : nebyla potřeba žádná léčba nebo nebylo potřeba žádných změn.



**Ilustrace č. 28:** Dopady preventivní prohlídky

Z výsledků vyplývá, že pro nadpoloviční většinu respondentů znamenala preventivní

prohlídka změnu v léčbě (20%) nebo potřebu dalších vyšetření (35%). Zarážející je druhé číslo, které nutně vede k úvaze, jestli nejsou prováděná vyšetření příliš obecná nebo specialisté zbytečně zatěžováni.

## DISKUZE

Téma bakalářské práce „Účast veřejnosti na preventivních prohlídkách“ jsem si vybrala proto, že jsem chtěla zjistit, jak dalece je oslovená veřejnost ochotna spolupodílet se na vlastním zdraví, jaké má znalosti v oblasti preventivních prohlídek a hlavně zda se aktivně preventivních prohlídek účastní. Jedním z cílů bylo i zjištění, odkud jedinci získávají informace o možnosti preventivních prohlídek. Tyto prohlídky jsou součástí prevence, mnoho lidí je zanedbává. K tomuto tématu mě i vedla osobní zkušenost z mého nejbližšího okolí, kde jsem zjistila, že informace o preventivních prohlídkách jsou nedostačující. Během empirické části bakalářské práce jsem se nesetkala s žádnými výraznými překážkami. Žádný oslovený respondent účast na výzkumu neodmítl. Po prostudování odborné literatury, zpracování teoretické a empirické části mě napadla další témata v této oblasti, která by byla zajímavá pro další možné výzkumy – například využívání testu na OK u osob nad 50 let, zmapovat zájem a využívání očkování proti chřipce, hepatitidě, klíšťové encefalitidě v rámci prevence, zmonitorovat účast žen na mamografickém vyšetření, zmapovat, kolik žen provádí pravidelně samovyšetřování prsů, jak zvýšit počet občanů, kteří budou pravidelně docházet na preventivní prohlídky, čím motivovat veřejnost k lepší péči o své zdraví. Pro první práci jsem zvolila několik témat, které byly pro mě důležité. Svůj průzkum jsem prováděla formou dotazníku, rozdaným mezi občany města Berouna a Prahy 9. Dotazník obsahoval 20 otázek zaměřených na zájem o vlastní zdraví a znalost preventivních prohlídek. Dotazník jsem rozdala 60 respondentům, záměrně stejnému počtu mužů a žen.

### **Cíl č. 1 : Zmapovat ochotu veřejnosti spolupodílet se na vlastním zdraví**

Pro tento cíl byly použity otázky v dotazníku č. 5, 6, 7, 9, 14, 15, 16, 17, 19, 20.

Odpovědi na otázku č. 5 byly pro mě pozitivním zjištěním, 59 respondentů (98,34 %) uvedlo, že projevuje větší či menší zájem o svůj zdravotní stav a mohu se tudíž domnívat, že mají nebo by případně mohli mít zájem o preventivní zdravotní prohlídky nebo alespoň o informace o nich. Výsledek dokazuje i vhodný výběr respondentů – s respondenty bez zájmu o jejich zdravotní stav by nemělo smysl průzkum provádět.

Na preventivní zdravotní prohlídce bylo alespoň jednou 96,67 % respondentů, což

dokládá povědomí obyvatelstva o tom, že preventivní zdravotní prohlídky existují. Pouze 2 respondenti odpověděli záporně, lze se ale domnívat, že si spíše na dříve absolvované prohlídky nepamatují a nyní neprojevuji o pravidelné prohlídce zájem. Tato moje úvaha má oporu i v demografickém rozkladu, který ukazuje, že odpovědi „ne“ jsou situovány mezi nejstarší respondenty s nejnižším dosaženým vzděláním.

Autoři knihy „Preventivní medicína“ Tomáš Fait, Michal Vrablík, Richard Češka uvádí, že preventivními prohlídkami se daří pokrýt v současné době jen asi 20 - 30 % populace. Autoři mluví o celé populaci, já jsem provedla průzkum u 60 lidí a zjistila jsem, že 58 lidí (96.67 %) alespoň jedenkrát prohlídku absolvovalo. Napadá mě otázka, zda je možné, aby se změnil přístup k preventivním prohlídkám a lidé si konečně uvědomili podstatu tohoto vyšetření? Ráda bych tento názor kladně přijala, ale osobně se domnívám, že spíše veřejnost své odpovědi vylepšila nepravdivě.

Otázka č.7 je podmíněná kladnou odpovědí na předchozí otázku. Zjišťuje zejména, jestli respondent chápe preventivní prohlídky jako pravidelnou vlastní aktivitu. Dle očekávání 80 % respondentů preventivní prohlídky sice absolvuje, ale velmi nepravidelně na příležitostné bázi. Je zde tudíž evidentně prostor pro zlepšení. Demografická analýza ukázala, že všechny skupiny (ve členění podle věku, vzdělání, pohlaví i bydliště) jsou z hlediska odpovědí na tuto otázku vyrovnané a není mezi nimi žádný významný rozdíl.

Dle výsledků z předcházející otázky se sice respondenti účastní preventivních prohlídek dle očekávání nepravidelně na příležitostné bázi, ale na dotaz, kdy naposledy (v kterém roce) absolvovali prohlídku uvedlo 48,33% respondentů „rok 2009“. Což je pro mě poměrně pozitivní překvapení, které ukazuje na fakt, že významná část respondentů v poslední době možnost preventivní prohlídky využila. Původně jsem se domnívala, že může jít o vliv návštěv u gynekologa, ale rozložení je obdobné jak pro ženy, tak pro muže.

Zajímavým poznatkem pro mě byla odpověď respondentů na otázku: „Koho vnímáte primárně jako odpovědného za Vaše zdraví?“ Ikdyž jsem předpokládala odpovědi typu „rodina/ partner“, „společnost“, tuto odpověď k mému překvapení nikdo nevyužil. Naprostá většina respondentů nepřenáší odpovědnost za své zdraví na anonymní obecné instituce (společnost, pojišťovny), ani na své bezprostřední okolí (rodina), ale je si vědoma odpovědnosti vlastní ( 88,33 % respondentů), přičemž předpokládá i související kvalitní péči ze strany zdravotnického personálu. Cílem této otázky bylo mj. zjištění, jakým směrem by se měla vést případná osvětová kampaň o možnostech preventivní zdravotní péče. S touto

otázkou úzce souvisí i otázka č. 19, monitorující názor respondentů na efekt preventivní péče jako takové. Bylo povoleno vybrat více možností i přesto, že se některé možnosti navzájem vylučují. Ukazuje se, že princip preventivních prohlídek je respondenty vnímán v totální většině kladně a navíc po celý život.

Otázka č. 16: Dodržujete při nemoci doporučení lékaře? Varianty odpovědí na tuto otázku jsem zformulovala záměrně měkče, aby si mohl každý respondent najít variantu, se kterou nebude mít problém se ztotožnit – obecně se jedná o citlivou otázku, protože málokdo je ochoten přiznat, že se chová vědomě v rozporu s doporučeními. 32 odpovědí ( 53,33 %) je mírně pozitivních, s dokladováním existence snahy. Většina respondentů chápe potřebu řídit se doporučeními lékařů, ale mají s plněním těchto doporučení obtíže. Jen naprosté minimum (10 %) respondentů doporučení lékařů zcela ignoruje – zajímavým faktorem je skutečnost, že více lidí ignoruje lékaře než přímo své zdraví – to lze přisoudit špatným osobním zkušenostem.

Otázka č. 17: Co děláte pro své zdraví? Zde měli respondenti možnost individuálního výběru z více nabízených odpovědí, nejsou zde správné a špatné odpovědi. Mezi odpověďmi jednoznačně zvítězily varianty, které nevyžadují od respondentů vlastní aktivitu. „Nekouření“ uvedlo 70 % respondentů, „konzumaci vitamínů a potravinových doplňků“ uvedlo 78,33 % dotazovaných, stále preferovaná módní aktivita zdravého stravování byla uvedena ve 48,33 %. Dobrým výsledkem i varianta odpovědi „o pravidelném docházení na preventivní prohlídky“, tuto variantu zvolilo 46,67 % respondentů. Zajímavé je na tom, že výrazně větší procento lidí se domnívá, že chodí „pravidelně“ na preventivní prohlídky, než tuší, jaký interval preventivní prohlídky mají. Bohužel se mi zde potvrzuje názor, že lidé mají tendenci „přilepšovat si“ vlastní pohled na sebe oproti reálné skutečnosti .

Provedená preventivní prohlídka znamenala změnu v léčbě pro 20% respondentů, potřebu dalších vyšetření, návštěva specialisty byla uvedena 35 % respondentů. Zarážející je druhé číslo, které nutně vede k úvaze, jestli nejsou prováděná vyšetření příliš obecná nebo specialisté zbytečně zatěžováni. Nejvíce však byla zastoupena odpověď: nebyla potřeba žádná léčba či nebylo potřeba žádných změn.

Na závěr při vyplňování dotazníku jsem respondentům ještě položila doplňující otázku: „Jaký důvod by Vás přesvědčil k účasti na pravidelných preventivních prohlídkách?“ Na tuto položenou otázku neodpověděli všichni respondenti, proto není zařazena v dotazníku. Často

se opakujícím názorem byl strach o sebe sama z důvodu náhle zhoršeného stavu. Oslovené ženy uváděly za příklad nalezení bulky v prsu a výskyt rakoviny prsu v jejich blízkém okolí. Zajímavý názor měla oslovená veřejnost v produktivním věku, která by za motivaci k pravidelné účasti na preventivních prohlídkách považovala slevy na zdravotním pojištění či daňové úlevy a také možnost objednání času preventivní prohlídky. Zde se dostává do popředí důležitost vyhrazení času v ordinaci pouze na preventivní prohlídky. Některé ordinace vyhrazený čas již mají, většina bohužel stále ne. Důležité je, aby o možnosti objednání k preventivní prohlídce byli pacienti dostatečně informováni. Skupina respondentů nad 61 let věku by za motivaci považovala možnost odměny (vitamínové balíčky, slevy na očkování).

## **Cíl č. 2 : Zjistit jaké má veřejnost znalosti o preventivních prohlídkách**

Pro tento cíl byly použity otázky v dotazníku č. 10, 11, 12, 13.

První otázka, otázka č. 10 : Jaký je interval pro provedení preventivní prohlídky u praktického lékaře? Tato otázka si klade za cíl zjistit stav informovanosti respondentů o preventivních prohlídkách. Správnou odpovědí je „jedenkrát za 2 roky (nejdříve za 23 měsíců)“. Správně odpovědělo pouze 14 respondentů (23,33 %). Zde jsem očekávala větší zastoupení správné odpovědi. Pozoruhodné je rozložení špatných odpovědí s tím, že „období 6 měsíců“, které je logicky málo pravděpodobné (příliš často), zvolilo 10 respondentů (16,67 %) a opticky přitažlivé „období 1 roku“ 22 respondentů (36,67 %), „období 18 měsíců“, což je patrně již dlouhý interval, pak 14 respondentů (23,33 %). Ze zjištěných výsledků lze usuzovat, že respondenti odpovědi většinou jen hádali, bez vlastní znalosti faktů. Výsledky ukazují na předpoklad, že lepší informovanost je u méně vzdělané skupiny než u osob se středním vzděláním, což může souviset s tím, že tato skupina obecně častěji navštěvuje lékaře, intervaly prohlídek zná, zatímco středoškoláci fakta jen „hádají“ a mají větší důvěru v úsudek, než paměť. Rozdíly mezi pohlavími jsou sice také výrazné, ale obě skupiny „hádají“ obdobně špatně, i když každá jinak špatně.

Druhá otázka mapuje znalosti respondentů o obsahu preventivní prohlídky u praktického lékaře. Respondenti měli možnost vybrat více odpovědí. Správnými odpověďmi o náplni preventivní prohlídky u praktického lékaře byly varianty „změření krevního tlaku“, „hmotnosti“, „laboratorní vyšetření krve a moče“, „onkologická prevence“, „vyšetření EKG u osob od 40 let věku“, špatnými odpověďmi byly varianty „očkování“, „předepisování

poukazů a receptů“. Většina respondentů správně nevybrala chybné možnosti, ale zajímavé je, že správnou odpověď o onkologické prevenci vybralo jen 25% z nich, přestože se jedná o téma, o kterém se ve společnosti poměrně široce diskutuje. I zde se mi z demografického hlediska potvrdilo, že nejnižší úroveň znalostí je u osob se středním vzděláním, naopak osoby jen se základním nebo naopak s vysokoškolským vzděláním jsou informovány významně lépe. Při vyplňování dotazníků se mi opakovaně stalo, že se respondenti zmiňovali o onkologické prevenci jako o vyšetření, které jim bohužel jejich praktický lékař zatím nikdy neudělal, ani se o možnosti onkologické prevence nezmiňoval. Zde se nabízí otázka, jestli praktičtí lékaři provádí preventivní prohlídky dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 3/ 2010 Sb., nebo je provádí jen částečně? Pak může být preventivní prohlídka provedena o očích veřejnosti neodborně, tedy bohužel s negativním vlivem na pacienta. Dle mého názoru i tato skutečnost může vést veřejnost k přesvědčení, že preventivní prohlídky nejsou důležité.

I u otázky týkající se náplně preventivní prohlídky u stomatologa opět narážíme na minimální informovanost o onkologické prevenci - možnost správné odpovědi zvolili pouze 2 respondenti (3,33 %) a nově se objevuje směšování preventivní péče s léčbou již propuknutého onemocnění (ošetření zubního kazu). Dílčím pozitivem je, že žádný z respondentů neočekává, že by součástí preventivních prohlídek byla čistě kosmetická péče (bělení zubů). Z demografického hlediska je znovu zajímavé rozdělení podle dosaženého vzdělání, tentokrát ovšem zcela propadli lidé s nejnižším vzděláním a úroveň správné informovanosti roste průběžně s dosaženým vzděláním respondenta.

Poslední otázka mapuje znalosti o preventivní prohlídce u gynekologa, kde jsem očekávala pochopitelné rozdíly mezi informovaností mužů a žen. Za úvahu ovšem rozhodně stojí fakt, že u této otázky nebyly prakticky žádné rozdíly mezi žádnými demografickými skupinami, dokonce informovanost mužů byla stejná, jako informovanost žen! Lze se jen domnívat, že muži při odpovídání na tuto otázku vycházeli z logických úvah a zaškrtnli to, co jim přišlo úsudkem rozumné a pochopitelné. Odpovědi ukázaly vysokou obecnou úroveň informovanosti s tím, že opět pokulhává úroveň znalostí o onkologické prevenci.

Celkovým výstupem je zjištění, že o sledované problematice se sice začíná více diskutovat, ale bohužel znalosti oslovené veřejnosti o časovém období a náplni preventivních prohlídek nejsou dostačující.

### **Cíl č. 3: Zjistit jaké zdroje informují respondenty o možnosti absolvování preventivních prohlídek ( popřípadě jaké by měly)**

Pro tento cíl byly použity otázky v dotazníku č. 8, 18.

Zde jsem se pokusila zjistit, které informační zdroje o preventivních prohlídkách mají na podvědomí veřejnosti největší vliv. 32 respondentů ( 53,33 %) se dozvídá o možnosti preventivních prohlídek od zdravotnického personálu. Zajímavé je demografické členění respondentů podle dosaženého vzdělání, kde výrazně vybočuje skupina vysokoškoláků, která uvádí jako primární informační zdroje vyrovnaně média a přátele, naopak zdravotnický personál nebyl skupinou vysokoškoláků zvolen vůbec. Nadpoloviční většina oslovených respondentů (65 %) očekává informace o potřebě preventivní prohlídky od svého ošetřujícího lékaře, ze strany zdravotních pojišťoven očekává informace 18,33 % respondentů. Překvapivým zjištěním je, že vůbec nikdo neočekává, že by o prevenci měly informovat sdělovací prostředky.

**Cíle práce byly splněny.**



## ZÁVĚR

Na závěr této práce bych chtěla shrnout výše uvedené interpretované výsledky výzkumného šetření a zhodnotit, zda stanovené cíle na začátku práce byly dosaženy.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část bakalářské práce je rozdělena na tři kapitoly. V první kapitole se zabývám pojmem zdraví, programem „Zdraví 21“ a také životním stylem. Druhá kapitola je zaměřena na prevenci ve zdravotnictví, podrobně jsou zde rozvedeny preventivní prohlídky. Třetí kapitolu teoretické části jsem věnovala onkologické prevenci. Podkladem pro empirickou část byl dotazník, který jsem rozdala oslovené veřejnosti a byla přítomna u jeho vyplňování. Dotazník byl sestaven na základě získaných znalostí z teoretické části a také díky spolupráci s vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Dítou Svobodovou.

Na začátku jsem si stanovila tři cíle. Všechny cíle byly splněny. Prvním cílem bakalářské práce bylo zmapovat ochotu veřejnosti spolupodílet se na vlastním zdraví. Respondenti se o vlastní zdraví zajímají, alespoň jedenkrát se preventivní prohlídky účastnili všichni dotazovaní. Oslovení respondenti jsou ochotni spolupodílet se na péči o zdraví, ale jen do té míry, kdy není vyžadovaná vlastní aktivita. Dalším cílem bylo pokusit se zjistit, jaké má veřejnost znalosti o preventivních prohlídkách. Bohužel se mi potvrdilo, že znalosti o intervalu, obsahu preventivních prohlídek jsou neuspokojivé. Třetím cílem bylo zjistit zdroje informací. Respondenti mají nejvíce informací od zdravotnického personálu, ale zřejmě jsou tyto informace neúplné. Skupina vysokoškoláků uvádí za informační zdroje nejvíce média a známé. Patně z toho důvodu, že nemají ve zdravotnictví příliš velkou důvěru.

### **Doporučení na závěr**

Na základě výsledků empirické části jsem dospěla k několika doporučením. Je nutné a žádoucí poskytovat veřejnosti více informací o preventivních prohlídkách například formou článku v tisku, upozornit zde na zdravotní rizika způsobená negativním přístupem ke zdraví. Praktickým lékařům bych doporučila vymezit si čas v ordinaci době pouze pro preventivní prohlídky a důsledně provádět preventivní prohlídky dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 3/2010 Sb, dále kvalitněji provádět edukaci pacientů o onkologické

prevenci ( samovyšetřování prsů, testu stolice na OK, kontrola kůže...).Domnívám se, že dostatek poskytnutých informací, edukace, profesionální přístup zdravotnického personálu a pěkné prostředí působí příznivě na všechny pacienty. Je nutné podporovat pacienty v péči o vlastní zdraví.

## ANOTACE

- Autor:** Kroužilová Monika
- Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové  
Oddělení ošetrovatelství
- Název práce:** Účast veřejnosti na preventivních prohlídkách
- Vedoucí práce:** Mgr. Svobodová Dita
- Počet stran:**
- Počet příloh:**
- Rok obhajoby:** 2011
- Klíčová slova:** zdraví, životní styl, preventivní prohlídky, onkologická prevence, screening

Bakalářská práce se zabývá účastí veřejnosti na pravidelných preventivních prohlídkách u lékaře a mapuje znalosti a zájem veřejnosti o danou problematiku. Teoretická část je rozdělena na tři kapitoly. V první kapitole teoretické části objasňují pojmy zdraví, determinanty zdraví, životní styl, v druhé kapitole se zabývám prevencí ve zdravotnictví, ve třetí kapitole se věnuji onkologické prevenci. Část praktická prezentuje kvantitativní výzkum, při kterém byla použita metoda dotazníkového šetření. Zkoumaný vzorek tvořilo 30 žen a 30 mužů. Získané informace jsou prezentovány pomocí ilustrací, některé otázky i ilustrací dle demografického rozdělení. Cílem práce bylo zjistit jaká je informovanost veřejnosti o preventivních prohlídkách a zda má veřejnost zájem o tyto prohlídky.

## ANNOTATION

- Author:** Kroužilová Monika
- Institution:** Institute of Social Medicine LF UK in Hradec Králové, Department of Nursing
- Title of work:** Public participation in preventive examinations
- Supervisor:** Mgr. Svobodová Dita
- Number of pages:**
- Number of attachments:**
- Year of the defence:** 2011
- Keywords:** Health, Lifestyle, Preventive examinations, Cancer prevention, Screening

Bachelor's thesis is about participation of public on preventive medical examinations and trying to map knowledge and concerns of public about given theme. Theoretical part is divided to three chapters. In first chapter is author describing used nomenclature, health determinants, impact of lifestyle. In second chapter is analyzed status of preventive examinations in medical care, third chapter is aimed for oncology prevention.

Practical part represents quantitative research, for which method of questionnaires was used. Examined sample contains 30 women and 30 mens. Gathered informations are presented using graphical illustrations, sometimes including graphs by demographical values. Goal of thesis was to find out, how well is public informed about preventive examination options and if is public interested in them at all.

## LITERATURA A PRAMENY

ABRAHÁMOVÁ, J. a kol.: *Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu*. Praha: Grada, 2003. 228 s. ISBN 80-247-0499-4

ABRAHÁMOVÁ, J. a kol.: *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 144 s. ISBN 978-80-247-3063-9

DIENSTBIER, Z., SKALA, E.: *Předcházíme rakovině*. 1.vyd. Praha: Computer Press, 2001. 105 s. ISBN 80-7226-375-7

FAIT, T., VRABLÍK, M., ČEŠKA, R. a kol.: *Preventivní medicína*. Praha: Maxdorf s.r.o, 2008. 551 s. ISBN 978-80-7345-160-8

GLADKIJ, I., KOLDOVÁ, Z.: *Propedeutika sociálního lékařství*. 3.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. ISBN 80-244-1120-2

GLADKIJ, I., STRNAD, L.: *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 111s. ISBN 80-244-0500-8

HOLČÍK, J.: *Zdraví 21: výklad základních pojmů*. 1 vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2004. 160s. ISBN 80-85047-33-0

HOLUBEC, L., sen., a kol.: *Kolorektální karcinom – současné možnosti diagnostiky a léčby*. 1.vyd Praha: Grada, 2004. 194 s. ISBN 80-247-0636

HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H.: *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vyd.. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001. ISBN 80-238-7618-X. Dostupné na :[www.mou.cz](http://www.mou.cz) staženo 02.2011)

IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L.: *Písemná práce na vysokých školách se zdravotnickým*

*zaměřením*. 1. vyd.. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 98 s. ISBN 80-244-0992-5

JABLONSKÁ, M. a kol.: *Kolorektální karcinom – časná diagnóza a prevence*. 1. vyd.. Praha: Grada, 2000. 455 s. ISBN 80-7169-777-X

JOUKALOVÁ, Z.: *Prevence jako nejsilnější zbraň v boji proti onkologickým onemocněním*. Klinická onkologie, roč. 19. č. 5 (2006), str. 283-284. ISSN 0862-495X

JUŘENÍNOVÁ, P.: *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 82s. ISBN 978-80-247-2171-2

KEBZA, V.: *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5

KISS, I., TOMÁŠEK, J. :*Rakovina tlustého střeva a konečníku (nechtěné prvenství)*. Moje zdraví, roč. 4, č. 3 (2006), str. 16-17. ISSN 1214-3871

KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2

KUTNOHORSKÁ, J.: *Výzkum v ošetrovatelství* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4

KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha : Portál, 2003. 279s. ISBN 80-7178-774-4

KŘÍŽ, R.,: *Nebojte se mamografu .SVĚT POJIŠTĚNCE*. Časopis Všeobecné zdravotní pojišťovny. vyd. ORA print, jaro 2010

MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D.: *Výchova ke zdraví*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2009. 291s. ISBN 978-80-247-2715-8

MACHÁČKOVÁ, L.: *Obsah preventivních prohlídek rozšířen*, Zdravotnické noviny, Infoservis, Praha, vyd. Ambit Media, roc. 1, 2010, c. 3, s. 1.

MULLEROVÁ, D.: *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. Praha: Triton, 2003. 100 s. ISBN 80-7254-421-7

SKÁLA, B., DIENSTBIER, Z.a kolektiv: *Informovaný pacient o nádorové prevenci a péči praktického lékaře*, příručka, Liga proti rakovině, str. 25

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA, kolektiv autorů. : *Manuál prevence v lékařské praxi, VII. Doporučené preventivní postupy v primární péči*, 1. vyd. SZÚ- Praha, 1999, 56 s. ISBN 80-7071-135-3

STRNAD, P., DANĚŠ J.: *Nemoci prsu pro gynekology*. Praha: Grada, 2001. 324 s. ISBN 80-7169-714-1

ŠEDÁ, O.: *Výživa a rakovina – prevence pro každého*. vyd. Pavla Momčilová, 1991. 32 str. ISBN 80-900140-7-0

TÓTHOVÁ, V.: *Ošetřovatelství*. 1. vydání JČU v Českých Budějovicích, 2006. 293s. ISBN 80-7040-454-x.

VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H.: *Klinická onkologie pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 328s. ISBN 80-247-1716-6

ŽAMPACHOVÁ, M.: *Edukace pacienta před plánovanou cholecystektomií: bakalářská práce*. Hradec Králové: Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2010. 100s. 30s. Příloh. Vedoucí bakalářské práce Mgr. M. Schneiderová.

## Internetové zdroje

Avon pochod: Klíčové slovo: zdravá prsa [online]. [staženo 05.12.2010]  
dostupné z :<<http://www.zdravaprsa.cz/pochod.php?pochod=2010>>

KOMÁREK, L. a kol.: *Podpora zdraví a zdravotní politika v prevenci nádorových onemocnění*. Server Státní zdravotní ústav. Klíčové slovo: Prevence nádorových onemocnění [online]. [staženo 02.2011] dostupné z :<<http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/publik.pdf>>

Sever Česká onkologická společnost ČLS JEP: Klíčové slovo: onkologická prevence [online]. [staženo 01.2011] dostupné z :<<http://www.linkos.cz/pacienti/prs.php>>

Server Ministerstva zdravotnictví České republiky. Klíčové slovo: Zdraví 21 [online]. [staženo 12.2010] dostupné z :<[http://www.mzcr.cz/unie/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti\\_2461\\_1101\\_5.html](http://www.mzcr.cz/unie/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html)>

Server Ministerstva zdravotnictví České republiky. Klíčové slovo: Preventivní prohlídky [online]. [staženo 02.2011] dostupné z :<[http://www.mzcr.cz/dokumenty/az-procent-dospelych-ignoruje-kontroly-u-lekare\\_1605\\_1608\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/az-procent-dospelych-ignoruje-kontroly-u-lekare_1605_1608_1.html)>

Server Masarykův onkologický ústav: Klíčové slovo: Rakovina děložního čípku- prevence [online]. [staženo 05.12.2010] dostupné z :<<http://www.mou.cz/cz/rakovina-delozniho-cipku--prevence-a-ockovani/article.html?id=1>>

Server Liga proti rakovině. Klíčové slovo: Rakovina prsu, Rakovina tlustého střeva [online]. [staženo 05.09.2010] dostupné z :<[http://www.lpr.cz/index.php/ke-stazeni/cat\\_view/41-publikace](http://www.lpr.cz/index.php/ke-stazeni/cat_view/41-publikace)>



Server Všeobecné zdravotní pojišťovny. Klíčové slovo: Preventivní prohlídky [online]. [staženo 10.02.2011] dostupné z: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-praxi/Infoservis/infoservis3-2010.pdf>>

Server oficiálních stránek projektu s názvem : *Program cervikálního screeningu v České republice*: Klíčové slovo: Cervikální screening [online]. [staženo 05.12..2010] dostupné z : <<http://www.cervix.cz/index.php?pg=pro-lekare--epidemiologie-karcinomu-hrdla-delozniho>>

STRNAD, P.: *Karcinom prsu*. Senologická společnost. Klíčové slovo: Karcinom prsu [online]. [staženo 10.12.2010] dostupné z : <<http://www.senologie.cz/cinnost/karcinom-prsu.php>>

Ševčíková, J.: *Ošetřovatelsví- blog :Zdraví, definice, modely. 2008* . Klíčové slovo: Zdraví [online]. [staženo 02.12.2010] dostupné z : <<http://osetrovatelstvi.blog.cz/0810/zdravi-definice-modely>>

## SEZNAM GRAFŮ A ILUSTRACÍ

Graf č. 1:	Determinanty zdraví.....	15
Graf č. 2:	Procentuální podíl rizikových faktorů.....	26
Graf č. 3:	Vývoj incidence a úmrtí na kolorektální karcinom.....	30
Graf č. 4:	Incidence nádorů prsů u žen, věková struktura.....	36
Ilustrace č. 1:	Věk respondentů.....	44.
Ilustrace č. 2:	Pohlaví.....	45
Ilustrace č. 3:	Vzdělání.....	46
Ilustrace č. 4:	Bydliště.....	47
Ilustrace č. 5:	Zájem o zdraví.....	48
Ilustrace č. 6:	Účast na preventivní prohlídce.....	49
Ilustrace č. 7:	Demografické rozdělení k otázce č. 6.....	50
Ilustrace č. 8:	Absolvování prohlídky.....	51
Ilustrace č. 9:	Informační zdroje o preventivních prohlídkách.....	52
Ilustrace č. 10:	Demografické rozdělení k otázce č. 8.....	53
Ilustrace č. 11:	Absolvování preventivní prohlídky.....	54
Ilustrace č. 12:	Interval provedení preventivní prohlídky u praktického lékaře.....	56
Ilustrace č. 13:	Demografické rozdělení k otázce č. 10.....	58
Ilustrace č. 14:	Obsah preventivní prohlídky u praktického lékaře.....	59
Ilustrace č. 15:	Demografické rozdělení k otázce č. 11.....	60
Ilustrace č. 16:	Obsah preventivní prohlídky u stomatologa.....	61
Ilustrace č. 17:	Demografické rozdělení k otázce č. 12.....	62
Ilustrace č. 18:	Obsah preventivní prohlídky u gynekologa .....	63

Ilustrace č. 19: Demografické rozdělení k otázce č. 13.....	64
Ilustrace č. 20: Primární odpovědnost za zdraví.....	65
Ilustrace č. 21: Demografické rozdělení k otázce č. 14.....	66
Ilustrace č. 22: Záchyt onemocnění na preventivní prohlídce.....	67
Ilustrace č. 23: Demografické rozdělení k otázce č. 15.....	68
Ilustrace č. 24: Dodržování doporučení lékaře.....	69
Ilustrace č. 25: Vlastní aktivita v péči o zdraví.....	70
Ilustrace č. 26: Poskytování informací o preventivní prohlídce.....	71
Ilustrace č. 27: Důležitost preventivních prohlídek.....	72
Ilustrace č. 28: Dopady preventivní prohlídky .....	73

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1: Rizikové faktory vzniku kolorektálního karcinomu.....	31
Tabulka č. 2: Rizikové faktory karcinomu prsu.....	35
Tabulka č. 3: Rizikové faktory podle stupně rizika vzniku karcinomu.....	36

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 Samovyšetření prsů

Příloha č. 2 Dotazník

## **PŘÍLOHY**

### **Příloha č.1: Samovyšetřování prsů**

#### ***SAMOvyŠETŘENÍ PRSŮ***

Pro každou ženu od 20 let věku by mělo být samozřejmostí pravidelné samovyšetřování prsu, a to jedenkrát měsíčně. Jde totiž o nejjednodušší metodu včasného záchytu zhoubného nádoru.

#### ***DŮLEŽITÉ ZÁSADY PŘI SAMOVYŠETŘOVÁNÍ***

Nejvhodnější doba k samovyšetření je týden po skončení menstruace. Nemá-li žena pravidelnou periodu, je třeba provádět samovyšetření vždy ve stejný den v měsíci.

#### ***POSTUP:***

1. Postavte se zepředu před zrcadlo se spuštěnými pažemi, prohlédněte oba prsy a zjistěte, zda nejsou důlky v kůži, nebo naopak vyklenutí, změny na bradavkách, zarudnutí nebo otok, a je třeba sledovat i symetrii. Řada žen může mít trvale jeden prs menší a jeden větší. Toto prohlédnutí pak proveďte ještě z pravého i levého boku a dále při vzpažených rukou nad hlavou a se založenými pažemi za hlavou. Lehněte si s polštářem pod svým pravým ramenem a pravou paži si založte za hlavu. Bříšky tří prostředních prstů levé ruky prohmatejte pravý prs, zda nenajdete bulku.
2. Tlačte dostatečně pevně. Pokud si nejste jista, jak silně přitlačit, promluvte se svým lékařem. Pohybujte se po prsu v kruzích nahoru dolů a celý ho vyšetřte. Dělejte to pravidelně vždy stejným způsobem. Tak budete svá prsa dokonale znát. Musíte si všimnout hlavně případných změn v prsou proti minulému vyšetření.
3. Podobně opakujte vyšetření u levého prsu. Pokud naleznete jakékoliv změny, ihned se spojte se svým lékařem. Opakujte vyšetření obou prsou vstoje, s jednou rukou za hlavou. Správná pozice ulehčí vyšetření vrchní vnější části prsu (směrem k podpažní jamce). Zde se objeví asi polovina zhoubných nádorů prsu. Vyšetření můžete provést také ve sprše. Některé změny v prsou se snadněji najdou, když je kůže mokrá a kluzká.

<http://www.mou.cz/cz/publikace-pro-odborniky/article.html?id=109>

## **Příloha č. 2: Dotazník**

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Monika Kroužilová, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra - Ošetřovatelství, kombinované formy na Lékařské fakultě v Hradci Králové Univerzity Karlovy v Praze.

Závěrečnou bakalářskou práci píšete na téma: „**Účast veřejnosti na preventivních prohlídkách**“.

Ráda bych Vás požádala o spolupráci při vyplňování dotazníku. Vyplnění dotazníku je zcela anonymní a dobrovolné. Vámi vybrané odpovědi prosím zakroužkujte.

Předem Vám velice děkuji za vyplnění dotazníku.

### **1. Váš věk vzdělání**

- a) 18-39 let
- b) 40-60 let
- c) 61 a více let

### **2. Vaše pohlaví**

- a) žena
- b) muž

### **3. Nejvyšší dosažené**

- a) základní
- b) střední odborné bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vysokoškolské

### **4. Vaše bydliště**

- a) Beroun
- b) Praha 9

### **5. Zajímáte se o své zdraví?**

- a) ano
- b) ne
- c) občas

### **6. Byl/a jste někdy na preventivní prohlídce u lékaře?**

- a) ano
- b) ne

### **7. Pokud ano, na preventivní prohlídky chodím:**

- a) aktivně
- b) po vyzvání
- c) nepravidelně

**8. O možnosti preventivních prohlídek jsem se dozvěděl/a:**

- a) z médií (internet, TV, noviny)
- b) od zdravotnického personálu
- c) od zdravotní pojišťovny
- d) od přátel, známých, rodiny
- e) informace jsem nezískal/a

**9. Kdy jste naposledy absolvoval/a preventivní prohlídku, u kterého lékaře?**

- a) 2009  praktický lékař  stomatolog  gynekolog  jiný .....
- b) 2008  praktický lékař  stomatolog  gynekolog  jiný .....
- c) 2007  praktický lékař  stomatolog  gynekolog  jiný .....
- d) 2006  praktický lékař  stomatolog  gynekolog  jiný .....
- e) nepamatuji se

**10. Jaký je podle Vaše názoru interval pro provedení preventivní prohlídky u praktického lékaře:**

- a) 6 měsíců
- b) 12 měsíců
- c) 18 měsíců
- d) 24 měsíců
- d) 36 měsíců

**11. Co podle Vás patří do náplně preventivní prohlídky u praktického lékaře?**

*(možnost označit i více odpovědí)*

- a) změření krevního tlaku, hmotnosti, laboratorní vyšetření moče a krve
- b) očkování
- c) onkologická prevence (vyšetření kůže, vyšetření konečníku, zhodnocení onkologických rizik)
- d) vyšetření EKG u osob od 40 let věku ve čtyřletých intervalech
- e) předepisování poukazů a receptů

**12. Co podle Vás patří do náplně preventivní prohlídky u stomatologa**

*(možnost označit i více odpovědí)*

- a) vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní
- b) onkologická prevence
- c) bělení zubů
- d) poučení o správné hygieně dutiny ústní
- e) ošetření zubního kazu

**13. Co podle Vás patří do náplně preventivní prohlídky u gynekologa?**

*(možnost označit i více odpovědí)*

- a) předepisování antikoncepce
- b) u žen od 45 let věku předání doporučení k provedení screeningového mamografického vyšetření
- c) 1 x ročně vyšetření v zrcadlech, kolposkopické vyšetření, odběr materiálu z děložního čípku k cytologickému vyšetření

**14. Koho vnímáte primárně jako odpovědného za Vaše zdraví?**

*(možnost označit i více odpovědí dle priority)*

- a) sebe sama
- b) rodinu, partnera
- c) zdravotnický personál (lékař, sestry)
- d) společnost
- e) zdravotní pojišťovny

***Napište pořadí důležitosti.....***

**15. Bylo některé vaše onemocnění podchyceno na preventivní prohlídce?**

- a) ano - napište jaké.....
- b) ne



**16. Dodržujete při nemoci doporučení lékaře?**

- a) ano, striktně dodržuji všechna doporučení
- b) ano, snažím se
- c) částečně
- d) nepříliš

**17. Co děláte pro své zdraví?**

*(možnost označit i více odpovědí)*

- a) snažím se zdravě stravovat z důvodu předcházení výskytu kolorektálního karcinomu (nádoru tlustého střeva)
- b) sportuji z důvodu prevence onemocnění srdce a cév a prevence obezity
- c) užívám vitamíny a potravinové doplňky
- d) pravidelně chodím na preventivní prohlídky k:
  - praktickému lékaři
  - gynekologovi
  - stomatologovi
- e) pravidelně 1 x měsíčně si provádím samovyšetření prsů
- f) nekouřím
- g) nedělám nic
- h) jiné *(doplňte co konkrétně)*.....

**18. Kdo by Vás měl informovat o potřebě preventivní prohlídky:**

- a) lékař
- b) sestra
- c) zdravotní pojišťovna
- d) zaměstnavatel
- e) sdělovací prostředky
- f) informační letáky ( nástěnka)

**19. Myslíte si, že jsou preventivní prohlídky důležité?**

*(možnost označit i více odpovědí)*

- a) ano, pouze v dětství
- b) ano, po celý život
- c) ano, v produktivním věku
- d) ano, v důchodovém věku
- e) ne – z jakého důvodu (*uved'te*).....

**20. Po preventivní prohlídce jste:**

- a) dostal/a nové léky
- b) byl/a jste odeslán/a na další vyšetření
- c) byl/a jste odeslána ke specialistovi
- d) jiné.....

Děkuji za Vaší spolupráci