

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

**Ústav ošetřovatelství**

**Veronika Beranová**

**Sestra a prevence nádorových onemocnění  
v primární péči**

*Bakalářská práce*

Praha 2013

Autor práce: **Veronika Beranová**

Vedoucí práce: **PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA**

Oponent práce: **PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D.**

Datum obhajoby: **10. 6. 2013**

## **Bibliografický záznam**

BERANOVÁ, Veronika. *Sestra a prevence nádorových onemocnění v primární péči*. Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2013. s. 94  
vedoucí bakalářské práce PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

## **Anotace**

Bakalářská práce na téma „Sestra a prevence nádorových onemocnění v primární péči“ je zaměřena na zjištění znalostí a praktického naplňování preventivních postupů u všeobecných sester pracujících v primární péči pro dospělé. Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je zaměřená na vybraná nádorová onemocnění a obsahuje vymezení daného nádorového onemocnění, karcinogenní procesy, rizikové faktory, výskyt novotvarů a následně preventivní postupy u nejčastějších nádorových onemocnění. Empirickou část tvoří průzkumné dotazníkové šetření, které bylo aplikováno u všeobecných sester pracujících v primární péči pro dospělé v Pardubicích, Hradci Králové, Chrudimi a na Praze 6. Získaná data jsou prezentována v tabelárních a v grafických přehledech

## **Annotation**

The Bachelor's thesis on the topic „A nurse and a prevention of neoplastic disease in the primary care" is focused on a detection of knowledge and a practical realization of preventive procedures among nurses working in the primary care for adults. The study is divided into theoretical and empirical part. The theoretical part is focused on the selected neoplastic diseases. In this section, I dedicate to the demarcation of the mentioned types of cancer, carcinogenic processes, high-risk factors, occurrence of neoplasms and subsequently preventive procedures of the most common cancers. The empirical part includes a questionnaire survey which was applied to nurses working in the primary care for adults in Pardubice, Hradec Králové, Chrudim and in Prague 6. The extracted data are presented in the tabular and graphical overviews.

## **Klíčová slova**

Primární prevence, nádorová onemocnění (rizikové faktory, výskyt, prevence).

## **Keywords**

Primary prevention, cancer (risk factors, occurrence, prevention).

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Veronika Beranová**

studijní program: **Ošetřovatelství**

studijní obor: **Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetřovatelství**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Sestra a prevence nádorových onemocnění v primární péči**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana UK 2. LF č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

- 1)SKÁLA, Bohumil, ODRÁŽKA, Karel a KOMÁREK, Lumír. Obecné preventivní a vyhledávací postupy u nádorových onemocnění v primární péči: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. 18 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 80-86998-02-9.
- 2)JANOUT, Vladimír, KOMÁREK, Lumír, ed. a PROVAZNÍK, Kamil, ed. Manuál prevence v lékařské praxi. IX., Hodnocení zdravotního stavu, přístupy klinické epidemiologie. Vyd. 1. Praha: Státní zdravotní ústav v nakl. Fortuna, 2001. 63 s. ISBN 80-7071-194-9.
- 3)PROVAZNÍK, Kamil, ed., CIKRT, Miroslav, ed. a KOMÁREK, Lumír, ed. Manuál prevence v lékařské praxi. VIII., Základy hodnocení zdravotních rizik. Vyd. 1. Praha: Státní zdravotní ústav Praha v

nakl. Fortuna, 2000. 158 s. ISBN 80-7071-161-2.

4)PROVAZNÍK, Kamil, ed. et al. Manuál prevence v lékařské praxi. VII., Doporučené preventivní postupy v primární péči. Vyd. 1. Praha: Fortuna, 1999. 55 s. ISBN 80-7071-135-3.

5)Manuál prevence v lékařské praxi. II., Výživa. Vyd. 1. Praha: Státní zdravotní ústav v nakladatelství Fortuna, 1996. 103 s. ISBN 80-7071-053-5

6)HRUBÁ, Marcela, Lenka FORETOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění. 1. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001, 77 s. ISBN 80-238-7618-X.

7)VYZULA, Rostislav, Jan ŽALOUDÍK a Hilda VORLÍČKOVÁ. Rakovina tlustého střeva a konečníku: vybrané kapitoly. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 287 s. Jessenius. ISBN 978-807-3451-400.

8)ČIHÁK, Radomír, Jan ŽALOUDÍK a Hilda VORLÍČKOVÁ. Anatomie 2: vybrané kapitoly. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 470 s. Jessenius. ISBN 80-247-0143-X.

9)ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a J VORLÍČEK. Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob. Praha: Galen, 2010. ISBN 9788072626489.

10)AUSTOKER, Joan. Cancer prevention in primary care . 1st ed . London : BMJ Publishing Group , 1995 . VIII, 181 s. . ISBN 0-7279-0825-1.

11) ROSENTHAL, Joel W, William J CAREY a Hilda VORLÍČKOVÁ. Prevention of cancer: new research. 2. vyd. New York: Nova Biomedical Books, c2008, xiii, 212 p. Jessenius. ISBN 16-045-6229-3.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. RNDr. Jirkovský Daniel, Ph.D., MBA**

Oponenti: **PhDr. Haluzíková Jana, Ph.D.**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 1.6.2012

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku

  
.....  
Vedoucí katedry

V Praze dne 19.12.2012

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
2. lékařská fakulta  
Ústav ošetrovatelství  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5  
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

  
.....  
Děkan

prof.PaedDr. Pavel KOLÁŘ, Ph.D.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. RNDr. Daniela Jirkovského, Ph.D., MBA, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 12. 4. 2013

Veronika Beranová

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat PhDr. RNDr. Danielu Jirkovskému, Ph.D., MBA za cenné rady a ochotu při zpracování bakalářské práce. Děkuji také své rodině a přátelům, kteří mě za celou dobu studia podporovali.

## Obsah

<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	<b>9</b>
<b>1 ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
1.1 CÍLE PRÁCE .....	11
1.2 PRACOVNÍ HYPOTÉZY .....	11
<b>2 TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE</b> .....	<b>13</b>
2.1 ROLE SESTRY V PRIMÁRNÍ PÉČI.....	14
2.1.1 Rizikové faktory .....	15
2.1.2 Edukace.....	16
2.2 NÁDORY KŮŽE.....	19
2.2.1 Definice Ca a nádorové změny .....	19
2.2.2 Rizikové faktory .....	20
2.2.3 Výskyt .....	20
2.2.4 Prevence .....	21
2.3 KARCINOM PROSTATY.....	21
2.3.1 Definice Ca a nádorové změny .....	21
2.3.2 Rizikové faktory .....	22
2.3.3 Výskyt .....	22
2.3.4 Prevence .....	23
2.4 KARCINOM PRSU.....	23
2.4.1 Definice Ca a nádorové změny .....	23
2.4.2 Rizikové faktory .....	24
2.4.3 Výskyt .....	24
2.4.4 Prevence .....	25
2.5 BRONCHOGENNÍ KARCINOM .....	26
2.5.1 Definice Ca a nádorové změny .....	26
2.5.2 Rizikové faktory .....	26
2.5.3 Výskyt .....	27
2.5.4 Prevence .....	27
2.6 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM.....	28
2.6.1 Definice a nádorové změny .....	28
2.6.2 Výskyt .....	28
2.6.3 Rizikové faktory .....	29
2.6.4 Prevence .....	30
2.7 KARCINOM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU .....	30
2.7.1 Definice a prekancerózní změny.....	30
2.7.2 Rizikové faktory .....	31
2.7.3 Výskyt .....	32
2.7.4 Prevence .....	32
<b>3 EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>34</b>
3.1 CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI PRÁCE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY .....	34
3.2 METODA VLASTNÍHO ŠETŘENÍ .....	35
3.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ A POPIS ZPRACOVÁNÍ DAT .....	35
3.4 CHARAKTERISTIKA A POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU .....	36
3.5 VÝSLEDKY VLASTNÍHO ŠETŘENÍ.....	36
3.6 DISKUZE .....	55
3.6.1 Porovnání výsledků s dříve realizovanými studiemi .....	55
3.6.2 Zhodnocení vlastních výsledků šetření.....	55
3.6.3 Pracovní hypotézy.....	56
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>61</b>
<b>REFERENČNÍ SEZNAM</b> .....	<b>63</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>68</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>70</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>71</b>
<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>72</b>

## SEZNAM ZKRATEK

%	relativní četnost
apod.	a podobně
Ca	karcinom
Ca P	karcinom prostaty
CIN	cervikální intraepiteliální neoplazie
č.	číslo
DCIS	duktální karcinom in situ
HIV	Human imunodeficiency virus
HPV	Human papilloma virus
LCIS	lobulární karcinom in situ
n	absolutní četnost
např.	například
NOR	Národní onkologický registr
Obr.	obrázek
PSA	prostatický specifický antigen
p	pravděpodobnost
s.	strana
tab.	tabulka
tj.	to je
tzv.	tak zvaná
UC	ulcerózní kolitida
UV	ultrafialové záření
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
$\chi^2$	chí kvadrát

# 1 ÚVOD

Nádorové, též karcinogenní, onemocnění je charakteristické pro neregulovaný nárůst buněk v lidském těle. Za fyziologických podmínek je organismus schopen odlišit buňku zdravou, od buňky napadené mutací. Chybnou mutaci opraví, popřípadě mutagenní buňky zničí pomocí buněčné apoptózy. Ročně se incidence i mortalita novotvarů signifikantně zvyšuje. Je důležité eliminovat stále se zvyšující počet nádorových onemocnění, které vedou ke karcinogenním procesům. Eliminaci provádíme pomocí preventivních postupů, a to v rámci primární, sekundární nebo terciární prevence. Tato onemocnění hrají velkou roli na podílu neschopnosti práce obyvatel, a tím se negativně ovlivňuje ekonomika světa.

Hlavním záměrem bakalářské práce na téma „Sestra a prevence nádorových onemocnění v primární péči“ bylo zanalyzovat edukační činnosti sester a jejich praktické naplňování v nádorové prevenci u praktického lékaře pro dospělé. Dalším cílem bylo zjistit míru znalostí všeobecných sester pracujících v tomto odvětví a získané výsledky interpretovat v empirické části.

Domnívám se, že problematika karcinomů je v této době velice aktuální a stále více přibývá osob s nejrůznějšími karcinogenními onemocněními. Je žádoucí, aby si zdravotnický personál v primární péči, ale i populace, uvědomila rizika maligních onemocnění, neboť primární prevence proti karcinogenním procesům je populací stále podceňována.

V teoretické části je pozornost věnována vybraným nádorovým onemocněním, jejich definicím, rizikovým faktorům, výskytu a prevenci vzniku daného nádorového onemocnění. V empirické části jsou uvedeny cíle práce a pracovní hypotézy, dále pak metodika šetření, organizace šetření a popis zpracování dat, charakteristika a popis zkoumaného vzorku. K posouzení míry znalostí všeobecných sester v dané problematice bylo použito průzkumné šetření prostřednictvím strukturovaného dotazníku. Výsledky vlastního šetření jsou prezentovány pomocí tabelárních přehledů a výšečových diagramů. V závěru empirické části se věnuji diskuzi a hodnocení získaných dat prostřednictvím průzkumného šetření.

## 1.1 Cíle práce

Záměrem bakalářské práce je zjištění míry edukačních dovedností všeobecných sester a jejich znalostí v oblasti preventivních postupů nádorových onemocnění v primární péči pro dospělé. K dosažení požadovaného záměru bakalářské práce byly stanoveny následující cíle.

- Přinést základní přehled dosavadních poznatků řešené problematiky publikovaných v českých i zahraničních literárních a časopiseckých zdrojích.
- U vybrané skupiny všeobecných sester provést dotazníkové šetření zaměřené na zjištění míry znalostí týkajících se preventivních postupů u nejčastějších nádorových onemocnění a jejich praktické naplňování na pracovištích primární péče pro dospělé.
- Prostřednictvím dotazníkového šetření zmapovat podíl sester při prevenci nejčastějších nádorových onemocnění v ordinacích praktických lékařů pro dospělé.
- Provést primární a statistickou analýzu získaných dat a zjištěné informace vhodně interpretovat.

## 1.2 Pracovní hypotézy

Na základě výše stanovených cílů byly formulovány pracovní hypotézy, jejichž platnost byla ověřena provedením průzkumného šetření a vyhodnocena v empirické části bakalářské práce.

**Hypotéza č. 1:** Lze předpokládat, že všeobecné sestry, které mají délku dosavadní praxe do 10 let, mají vyšší zájem o další vzdělávání se zaměřením na edukaci v rámci prevence nádorových onemocnění v primární péči, než všeobecné sestry pracující ve zdravotnictví déle jak 11 let (včetně).

**Hypotéza č. 2:** Lze předpokládat, že všeobecné sestry s vyšším vzděláním, než středoškolské s maturitou v rámci edukačních činností se zaměřují více na poskytování informací o rizikových faktorech, které vedou ke vzniku nádoru, než všeobecné sestry, které mají nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou.

**Hypotéza č. 3:** Lze předpokládat, že všeobecné sestry od 18 - 34 let budou více edukovat pacienty pomocí internetových zdrojů, než všeobecné sestry starší 35 let.

**Hypotéza č. 4:** Lze předpokládat, že všeobecné sestry, které neprovádí edukační činnosti o samovyšetření prsu, také neposkytují pacientkám edukační materiál o dané problematice než sestry, které edukaci o samovyšetření prsu provádí.

**Hypotéza č. 5:** Lze očekávat, že všeobecné sestry od 18 do 44 let provádí edukaci pacientů v ordinaci samy nebo společně s lékařem, než všeobecné sestry starší 45 let, u kterých provádí edukační činnost v ordinaci výhradně lékař.

## 2 Teoretická část práce

Intencí teoretické části bakalářské práce bylo prezentovat dostupné informace o prevenci novotvarů v primární péči pro dospělé. Dále teoretická část obsahuje stručnou charakteristiku nejčastějších nádorových onemocnění například (např.) karcinomu (Ca) děložního čípku, nádorů kůže, Ca plic, Ca prostaty, Ca prsu a Ca kolorekta. U každého onemocnění byla pozornost zaměřena na jeho stručnou charakteristiku, na prekancerózní a nádorové změny, rizikové faktory, výskyt a prevenci jednotlivého karcinogenního onemocnění.

Na světě žije okolo 7 miliard obyvatel, každý rok se počet obyvatel zvýší zhruba o 80 miliónů. V současné době žije na celém světě okolo 20 miliónů obyvatel s nádorovým onemocněním. Předpokládá se, že v roce 2015 stoupne počet obyvatel s karcinogenním onemocněním na 30 miliónů. (Hrubá, Foretová, Vorlíčková, 2001)

Nádorová onemocnění můžeme definovat jako: „*Soubor nemocí, jejichž společným znakem je nekontrolovatelný růst buněk, který se vymyká koordinačním dějům v živém organismu*“. Dále můžeme nádorové onemocnění označit jako: „*neregulovaný růst buněk s autonomní povahou dělení spolu se selháním kontrolních mechanismů živého organismu*“ (Skála, Dienstbier, 2007, s. 8-9) Nádory mají často cytogeneticky různé klony, které vyplývají z původní transformované buňky prostřednictvím sekundárních nebo terciárních genetických změn. Tato heterogenita přispívá k rozdílu v klinickém chování a reakce nádorů na léčbu. (Croce, 2008)

Nejúčinnější obranou proti vzniku novotvarů je prevence, a to jak primární, sekundární, tak i terciární. Onkologická primární prevence se zaměřuje na pokles incidence nádorového onemocnění a eliminaci rizikových faktorů, které se mohou podílet na nádorovém bujení v lidském organismu. V knize „*Obecné preventivní a vyhledávací postupy u nádorových onemocnění v primární péči*“, autorů Skály, Odrážky a Komárka, je uvedeno deset kroků primární prevence v následujícím znění: „*Boj proti kouření zejména v mladších věkových skupinách u žen. Programy pro odvykání kouření a léčbu závislosti na tabáku. Boj s alkoholismem, zejména chronickým pijáctvím destilátů. Ochranu kůže před neúměrnou expozicí slunečnímu záření. Eradikaci infekci žaludku *Helicobacterem pylori*. Vakcinace proti hepatitidám a HPV. Výchova ke zdravé výživě a zdravému životnímu stylu. Analýzy a hodnocení produktů z hlediska možné karcinogenity.*“ (Skála, Odrážka, Komárek, 2005, s. 1)

Sekundární prevence v onkologii je zaměřena na včasný záchyt malignit ve stavu, kdy je léčba nádorového onemocnění adekvátní. Sekundární prevence se zaměřuje na preventivní programy Ca prsu, Ca děložního hrdla, Ca tlustého střeva a konečníku a Ca kůže. Sleduje jedince, kteří mají genetické předpoklady pro vznik zhoubných nádorů. (Skála, Odrážka, Komárek, 2005)

Terciární prevence vyhledává lidi s Ca, popřípadě navrácení karcinogenního stavu po prvotní terapii, kdy je karcinom signifikantně vyléčitelný. Důležité pro terciární prevenci je vést kvalitní dispenzarizaci. (Skála, Odrážka, Komárek, 2005)

Karcinomy se častěji vyskytují ve vyšším věku lidského života, což ovšem neznamená, že vznik nádorového onemocnění nemůže postihnout mladší populaci. Díky prevenci dochází k postupné eliminaci a minimalizaci všech známých patogenezi, které způsobují vznik a nekontrolovatelný růst veškerých nádorových buněk. V současné době zatím neexistuje forma preventivní lékařské prohlídky, která by se věnovala pouze nádorové prevenci. V České republice existuje systém preventivních prohlídek pro dospělé, na které má nárok podle zákona 70/2012 Sb. každý občan starší 18- ti let. Za onkologickou prevenci u praktického lékaře považujeme vyšetření prsů, vyšetření prostaty pomocí palpačního vyšetření per rectum a vyšetření konečníku metodou per rectum. Dále mezi preventivní postupy můžeme zařadit i serologické vyšetření krve. Prevence u praktického lékaře by měla být ucelená a komplexně orientována na předchozí prodělaná onemocnění. V dnešní době se zvyšuje riziko vzniku nádorových novotvarů způsobené kouřením. Kouření tabáku může vést ke zvýšení rizika vzniku nádorů plic a též se podílí na úmrtí populace spojené s Ca dutiny ústní, hrtanu, jícnu nebo žaludku. V posledních několika letech se na vzniku Ca jícnu, endometria a kolorekta podílí také nadváha a obezita. (Komárek, 2002; Fait, Vrablík, Čěška, 2008; Skála, Dienstbier, 2007)

## 2.1 Role sestry v primární péči

Prevenčí karcinogenních onemocnění by se neměli zabývat pouze lékaři a všeobecné sestry pracující v oboru onkologie. Edukace pacientů o rizikových faktorech, které mohou vést ke zvýšenému riziku nádorových onemocnění, by mělo být doménou všech zdravotnických pracovníků zaměstnaných ve zdravotnickém zařízení. V primární péči je všeobecná sestra velmi důležitým prostředníkem mezi pacientem

a lékařem. Pacienta zná všeobecná sestra nepochybně více, neboť je s pacientem v bližším kontaktu, než pacient s lékařem. Všeobecná sestra je nejen informovaná o zdravotním stavu pacienta, ale i jeho rodiny, což může být výhodou v rámci preventivních postupů proti nádorovým onemocněním. Všeobecná sestra zaujímá důležitou roli v primární péči, jelikož navazuje první kontakt s pacientem, a tudíž může zaznamenat varovné příznaky, které mohou vést ke karcinogenním procesům. Důležitým cílem primární prevence by měla být edukace pacienta a jeho rodiny o rizikových faktorech, které mohou vést ke vzniku malignit. Všeobecná sestra by měla vyhodnotit rizikové faktory, které jsou spojené se vznikem nádorů. Častý výskyt Ca v rodině by měl směřovat ke genetické indikaci. (Hrubá, Foretová, Vorlíčková, 2001)

Všeobecné sestry pracující v primární prevenci by měly edukovat pacienty o rizikových faktorech a preventivních postupech, které snižují vznik karcinomů. Dále by měly pacienty edukovat a naučit je nejen správné samovyšetřovací techniky (prsu, varlat a kůže), ale také četnost intervalů screeningových postupů na které má pacient podle vyhlášky 70/2012 sb. nárok. Všeobecná sestra by měla s pacientem vést dialog o eliminaci karcinogenních procesů v lidské populaci a to zejména v oblasti životního prostředí se zaměřením na vlivy chemické, fyzikální, biologické a genetické. Další oblast, na kterou by se měli lékaři a všeobecné sestry v primární péči zaměřit, je životní styl pacienta, zejména pak na kouření, dietu a pohyb. (Hrubá, Foretová, Vorlíčková, 2001)

### 2.1.1 Rizikové faktory

#### a) Životní prostředí

- Fyzikální vlivy, které se mohou podílet na vzniku nádorových onemocnění, rozdělujeme na přirozenou a uměle vytvořenou radiaci. Do přirozené radiace, která může negativně ovlivnit zdraví lidského organismu, patří např. radon a sluneční záření. Mezi uměle vyvolané radiace můžeme zařadit radiace pomocí terapeutických a diagnostických přístrojů a v extrémních případech radiaci způsobenou díky vlivu jaderných elektráren nebo dokonce nukleárních zbraní.
- Chemické látky, které nejčastěji ovlivňují zdraví lidského organismu a mohou vést ke zvýšenému potencionálnímu vzniku karcinomů, jsou např. různé aminy,

tetracykliny, nitrosaminy, látky přítomné ve výfukových plynech automobilů a kouři nebo chlorované uhlovodíky a mnoho dalších látek.

- Mezi biologické vlivy, které jsou schopny poškodit lidský organismus, patří např. aflatoxin, který vzniká nejčastěji pro nevhodné skladování potravin. Dále do této skupiny biologických látek můžeme zařadit různé virové a bakteriální infekce.
- Pokud lékař odhalí genetické predispozice k nádorovým onemocněním, zajistí podrobnější dispenzarizaci daného jedince s dědičnou mutací.

#### b) Životní styl

- Kouření poškozuje jak náš organismus, tak organismus lidí v našem okolí. Mezi nádorová onemocnění spojená s kouřením patří nejčastěji bronchogenní karcinom, ale také Ca slinivky břišní nebo dutiny ústní.
- Dieta by měla být s omezením živočišných tuků, měla by zahrnovat dostatečný přísun vlákniny, čerstvé zeleniny a ovoce. Člověk by měl více přijímat bílé maso, jako jsou ryby nebo drůbež a redukovat maso červené. Důležité pro lidský organismus je dostatečný příjem tekutin a vyvážená energetická hodnota.
- Dalším opatřením proti vzniku nádorových onemocnění je včasné zachycení a odstranění prekancerózních stavů, které zatím nejsou postiženy prenádorovými lézemi, ale dle genetického vyšetření představují vysoké riziko vzniku nádoru. Člověk by se měl vyhýbat užívání drog, nadměrné užívání medikamentů, příjmu černé kávy a alkoholu. (Fait, Vrablík, Čěška, 2008)

### 2.1.2 Edukace

Edukační aktivita všeobecné sestry patří mezi důležité činnosti v rámci ošetrovatelských postupů. Za kvalitní edukační činnost se nepovažuje pouze předání informací o dané problematice, zprostředkované pomocí informačních brožur nebo slovním poučením. Edukace pacienta, ať už v jakémkoliv zdravotnickém zařízení, by měla být stručná, jasná a celistvá, aby edukovaný pacient rozuměl daným informacím, které mu lékařský a nelékařský zdravotnický pracovník chtěl sdělit. Před začátkem edukace je podstatné si uvědomit, do jaké míry chceme pacienta edukovat, jakého tématu se bude edukace týkat a jak se bude edukace v následujících shromážděních rozšiřovat. Důležité je si zvolit s pacientem vhodnou dobu, kdy ho hodláme edukovat. Díky tomu se můžeme vyhnout nepříjemným situacím, které

mohou nastat. Mezi nepříjemné situace můžeme zařadit např.: distres nebo zdravotní stav pacienta. Nezbytné je mít pro edukaci vymezenou místnost, ve které bude edukační proces probíhat. Místnost by měla být bez rušivých elementů, které by odváděly pozornost edukované osoby. Edukátor by si měl rozmyslet a připravit metody, jakých psychologických a pedagogických postupů bude daného jedince poučovat. Edukátor se může rozhodnout z několika metod, tj.: ústní sdělení, demonstrace nebo využití informačních materiálů (brožury apod.). Během edukačního procesu zanalyzuje pacienta. Vyhodnotí pacientovo chování a zjistí, zda nemá edukovaný problémy s dorozumíváním nebo se smyslovým vnímáním. Během procesu si edukující osoba ověří, zda edukovaný pacient porozuměl informacím, které mu byly poskytnuty. Na konci edukátor i edukovaná osoba zhodnotí, zda došlo k naplnění předem stanovených cílů a zhodnotí případné nedostatky. Během tohoto procesu je potřebné navázat hodnověrný vztah s pacientem. Někteří nemocní lidé totiž nepocítují potřebu se během své nemoci vzdělávat, někdy se dokonce stanou apatičtí ke své nemoci. Zdravotničtí pracovníci by se měli snažit přesvědčit pacienty, že edukační proces, který podstupují, je pro ně důležitý. (Cetlová, Nováková, 2012, s. 224)

Důležité je si uvědomit, že pro řádně provedenou edukační činnost je podstatné vytvořit si edukační program, na kterém se společně podílí edukátor a pacient. Edukátor a edukovaný by si v edukačním plánu měli uspořádat priority, stanovit si cíle, smysl edukace, harmonogram a zhodnocení edukační činnosti. Edukátor ve zdravotnictví by měl mít dostatečné znalosti, jak v oblasti medicínské, tak i v oblasti pedagogiky, psychologie a etiky. Kniha, *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, jejíž autorkou je Juřeníková, uvádí definici edukace takto: „*Edukace je proces soustavného ovlivňování a chování jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.*“ (Juřeníková, 2010, s. 9)

V edukační činnosti můžeme aplikovat několik typů edukace. Jedním z typů edukace je základní edukace, jež se zabývá prvotním poučením pacienta. Dalším typem edukace je komplexní edukace. Ta se věnuje edukačním přednáškám pro pacienty, kteří budou mít celoživotní omezení. Třetím typem edukace je reedukace, která koriguje a rozvíjí předchozí vědomosti, eventuálně dává potřebné instrukce k měnícím se okolnostem. (Svěráková, 2012)

Zdravotnická ročenka České republiky vydaná Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) v roce 2011 uvádí statistiku zhoubných novotvarů, podle

níž jsou maligní nádory druhou nejčastější příčinou úmrtí dospělé populace po kardiovaskulárním onemocnění. V roce 2009 počet zhoubných novotvarů u mužské populace vzrostl o 3 procenta a u ženské populace naopak klesl o 1 procento, než v předchozím roce 2008. Nejčastějším zhoubným novotvarem u mužské populace je podle Národního onkologického registru (NOR) za rok 2009 nádor kůže, druhé místo zaujímá nádor prostaty, na třetím místě je bronchogenní karcinom a čtvrté místo náleží kolorektálnímu karcinomu. Karcinomy u ženské populace mají podle NOR následující pořadí: nejčastěji se, stejně jako u mužské populace, vyskytuje nádor kůže, na druhém místě je Ca prsu, třetím nejčastěji se vyskytujícím nádorovým onemocněním u žen je Ca tlustého střeva, čtvrté místo patří bronchogennímu karcinomu a na pátém místě je nádorové onemocnění děložního čípku. Údaje v tabulce prezentované NOR jsou za rok 2009. Počet zhoubných novotvarů je seřazen podle absolutního počtu incidence maligních novotvarů dle daného pohlaví. (ÚZIS, 2011)

**Tab. 1: Maligní novotvary**

	Muži	Ženy
Nádory kůže	11 121	10 105
Nádor prostaty	6 154	-
Nádor prsu	38	5 975
Bronchogenní karcinom	4 518	1 917
Kolorektální karcinom	2 700	2 049
Karcinom děložního čípku	-	1 025

Program zdraví 21 aneb Zdraví pro všechny ve 21. století je program Světové zdravotnické organizace, která má stanoveny 21 cílů zaměřených na ochranu zdraví lidské populace a snižuje výskyt nemocí a úrazů.

1. Solidarita ve zdraví v evropském regionu
2. Spravedlnost ve zdraví
3. Zdraví start do života
4. Zdraví mladých
5. Zdravé stárnutí
6. Zlepšení duševního zdraví
7. Prevence infekčních onemocnění
8. Snižování výskytu neinfekčních onemocnění
9. Snižování výskytu poranění způsobených násilím a úrazy
10. Zdravé a bezpečné životní prostředí

11. Zdravější životní styl
12. Zredukovat škody způsobené tabákem drogami a alkoholem
13. Zdravé místní životní podmínky
14. Zdraví, důležité hledisko všech resortů
15. Integrovaný zdravotnický sektor
16. Řízení v zájmu kvality péče
17. Financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů
18. Příprava zdravotnických pracovníků
19. Výzkum a znalosti v zájmu zdraví
20. Mobilizace partnerů pro zdraví
21. Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny  
(Ministerstvo zdravotnictví, 2008)

## 2.2 Nádory kůže

### 2.2.1 Definice Ca a nádorové změny

Prekancerózy kožních projevů jsou na rozhraní mezi benigními a začínajícími maligními nádory (melanomy). Riziko přednádorového stavu, jenž se plně rozvíjí do maligní formy, záleží především na velikosti a na charakteru ložisek. Prekanceróza mívá málokdy metastatický potenciál. Mezi nejčastější přednádorové stavy kožních projevů patří Morbus Bowen, Morbus Paget, leukoplakie nebo solární keratom. V průběhu několika let se zvyšuje incidence maligních melanomů, tato skutečnost je dána úspěšným vyléčením různých typů onemocnění pomocí transplantace. Kožní nádory můžeme rozdělit na nemelanomové a melanomové. Nemelanomové nádory patří mezi nejčastější kožní nádory, které vznikají nádorovou změnou buněk odlišných kožních struktur. Baziliomy a spaliomy se rozvíjí ze základních buněk pokožky, které nazýváme keratinocyty. Léčba nemelanomových kožních nádorů se provádí pomocí chirurgické terapie, kryolizace, fotodynamické terapie či ozařování. (Krajsová, 2011)

Melanom je maligní nádor, který vzniká z nezralých melanocytů a vyskytuje se méně často než spaliomy a baziliomy, ale díky závažnosti malignace je výrazně nebezpečnější. „Zralé melanocyty leží mezi buňkami bazální vrstvy pokožky, případně vytvářejí hnízda melanocytů ve škáře.“ (Mačák, Mačáková, 2004, s. 151) Mateřská znaménka se nacházejí ve škáře v podstatě u většiny populace. Charakteristikou mateřského znaménka je vytváření melaninu. Melanom se nejčastěji objevuje na hlavě,

krku, nehtech, ploskách, dlaních a končetinách. Někdy může melanom vzniknout na kůži bez névu. Jelikož melanocyty vytvářejí spoustu melaninu, tak bývá černé barvy nádor i metastázy. Některé melanomy mohou být specifické a nevytváří žádný pigment nebo vytvářejí pouze jeho malé množství. Pak se tento druh melanomu odborně nazývá amelanotický melanom. Dále se melanom může objevit v oku, nosu, mozkových plenách či sliznici recta, výjimečně se může vyskytnout v jícnu nebo průduškové sliznici. (Mačák, Mačáková, 2004)

### 2.2.2 Rizikové faktory

Časopis Dermatologie pro praxi uvádí, že se rizika vzniku maligního melanomu u lidí se světlým typem pleti zvyšují. Nejvíce je ohrožena populace v oblastech s vysokou hodnotou ultrafialového záření (UV). Maligní melanom se začal objevovat i na trupu těla, a to především z důvodu nadměrného navštěvování solárií u stále mladších jedinců, nepříznivý vliv má také odhalování lidského těla. V prvních dvou dekádách života je riziko vzniku maligního melanomu UV zářením nejvyšší. (Geryk, Sedláková, Konečný, Horváth, 2011, s. 235-238)

U pacientů po transplantaci s imunosupresivní léčbou byl zaznamenán zvýšený výskyt maligních melanomů. Dalšími rizikovými faktory u této skupiny pacientů po transplantaci krevních buněk jsou věk, ozařování celého těla, infekce způsobené lidským papilomavirem a častý pobyt na sluníčku, s nímž také souvisí spálení kůže během života, které je opakované. (Cetkovská, 2010)

### 2.2.3 Výskyt

Výskyt Ca onemocnění kůže má stoupající tendenci. Nejvyšší výskyt a zároveň mortalita jedinců postižených melanomem je v oblasti severní Evropy a Austrálie. U evropské populace nejčastěji dochází ke kožním nádorům, které se jmenují spinocelulární a basocelulární karcinom. Podle studie z roku 2008, kterou uvádí časopis Dermatologie pro praxi, vzniklo 2034 nových onemocnění a 350 lidí na nádorové onemocnění kůže zemřelo. V budoucnosti, okolo roku 2030, se předpokládá vzestup nově vzniklých maligních melanomů v České republice až na 2 500. Studie uvádí vyšší počet onemocnění mužů nad ženami, nejvíce nemocných se vyskytuje v 6. dekádě života. (Skála, Odrážka, Komárek, 2005 s. 5; Geryk, Sedláková, Konečný, Horváth, 2011)

## 2.2.4 Prevence

Nejrizikovějším faktorem vzniku maligního melanomu pro všechny typy kůže je UV záření. Primární strategií prevence vzniku nádorového onemocnění kůže je tedy omezení pobytu na slunci v poledních a odpoledních hodinách. Je velmi důležité, aby si lidé uvědomili, že jim slunce může uškodit, a proto je nezbytné se chránit pomocí dostupných prostředků, např.: použitím ochranného krému s příslušným faktorem před škodlivostí UV záření, užitím pokrývky hlavy a nezbytné je vyhnout se opalování v soláriích. Důležité je edukovat a naučit jedince, správnému samovyšetřování kůže, díky němuž můžeme předejít mnoha maligním melanomům. Cílem primární prevence by mělo být podávání adekvátních a dostatečných informací o slunečním záření a jeho nežádoucích účincích. Lékař společně s všeobecnou sestrou by měli provádět vizuální vyšetření kůže a dostatečně pacienta edukovat o regulérním samovyšetření kůže. (Lin, Eder, Weinmann; Skála, Odrážka, Komárek, 2005)

## 2.3 Karcinom prostaty

### 2.3.1 Definice Ca a nádorové změny

Komárek et al. popisuje karcinom prostaty (CaP) ve své knize, která nese název Podpora zdraví a zdravotní politika v prevenci nádorových onemocnění. Kniha uvádí, že: „*Karcinom prostaty se objevuje v epitelu lalůček posterolaterální periferní a anteromediální přechodné zóny žlázy.*“ (Komárek, Provazník, 1999, s. 47)

CaP se v 70-80% vyskytuje v periuretrální části předstojné žlázy. Při vyšetření předstojné žlázy konečníkem má charakter tvrdé hutnosti. Periferní umístění nádoru není příčinou stenózy neboli zúžení močové trubice (uretry). Při CaP se mohou velmi brzy objevit metastázy do regionálních lymfatických uzlin. V pozdních fázích nádoru dochází k infiltraci na semenné váčky až k periuretální části předstojné žlázy. CaP může metastazovat do močového měchýře a do okolní tkáně předstojné žlázy. (Mačák, Mačáková, 2004)

### 2.3.2 Rizikové faktory

Mezi nejčastější rizikové faktory, které se podílejí na vzniku CaP, patří:

- Rodinná zátěž a genetické faktory - podle studie je dokázáno, že vznik CaP souvisí s narušením genetické informace díky působení celé řady vlivů, např. volnými radikály.
- Věk - vzhledem k prodlužujícímu se věku mužské populace narůstá riziko karcinomu prostaty daleko rychleji, než u jiných nádorových onemocnění. Medián věku při stanovení diagnózy CaP je 67 let. Muž v 70. roce života má 130 krát vyšší riziko vzniku CaP, než muž ve 40. roce života.
- Rasa - vědci zjistili z epidemiologických údajů, že výskyt CaP není u všech ras stejný. Data z USA dokázala, že černošské etnikum má dvakrát vyšší pravděpodobnost ke vzniku CaP, než u jiné etnické skupiny. Pokud bychom tuto informaci chtěli srovnat procentuálně, jedná se zhruba o 40% vyšší riziko než u bělošské populace žijící v USA.
- Vlivem hormonů (Androgenů) - je vědecky dokázáno, že u muže, který byl sterilní před začátkem pubertálního období, nemůže vzniknout CaP.
- Vitamín D působí protektivně proti vzniku CaP – tuto skutečnost dokazuje průzkum v Evropě, vyšší riziko bylo zjištěno u obyvatel severní Evropy (Skandinávie), než u člověka žijícího poblíž Středozemního moře. Důvodem zvýšeného rizika vzniku CaP u severských obyvatel je menší počet slunných dnů v této oblasti.
- K předpokládaným rizikovým faktorům zvyšujícím incidenci CaP je nadměrné množství červeného masa, bílkovin a tuků. (Kolombo, 2008; Hoffman, 2011, s. 2013 - 2019)

### 2.3.3 Výskyt

CaP je, podle zdravotnické ročenky České republiky vydané roku 2011, druhým nejčastějším maligním nádorovým onemocněním a příčinou smrti u mužské populace ve vyspělých zemích. Od roku 1980 výskyt CaP stále narůstá. (Kolombo, 2008; ÚZIS, 2011)

V roce 2009 byl prokázán dvakrát vyšší počet nádorového onemocnění prostaty, než v letech 1990. Sérologické vyšetření krve na prostatický specifický antigen (PSA)

nám napomáhá včasné diagnostikovat karcinogenní procesy prostaty u mužské populace. Zvýšená incidence CaP je odůvodněná stárnutím populace. (ÚZIS, 2012)

### 2.3.4 Prevence

Mužská populace by měla znát problematiku CaP. Měli by být edukováni o preventivních prohlídkách a jeho intervalech. Všeobecné sestry by měly s pacientem diskutovat o jejich životním stylu a zvyklostech ve stravování, jelikož větší konzumace alkoholu a návykových látek vedou ke zrodu Ca. Všeobecná sestra by měla zdůrazňovat mužům důležitost preventivních postupů a diskutovat s nimi o negativním působení promiskuitního chování v oblasti sexuálního života. (Hrubá, Foretová, Vorlíčková, 2001)

Preventivní screeningové opatření u karcinomu prostaty provádí praktický lékař pomocí digitálního vyšetření per rectum. Toto vyšetření se neprovádí rutinně, pouze při podezření na karcinom. Vyšetření hladiny prostatického specifického antigenu se též neprovádí jako rutinní vyšetření, ale pouze u osob, kteří mají zvýšené riziko vzniku CaP. Digitální vyšetření prostaty per rektum pomáhá k výraznému snížení incidence nádorového onemocnění prostaty. Důležité je, aby muži byli včasné edukováni o riziku vzniku CaP a o možnosti preventivních screeningových postupů. Další preventivní postupy proti CaP nejsou v současné době známé. (ÚZIS,2012)

## 2.4 Karcinom prsu

### 2.4.1 Definice Ca a nádorové změny

*„Karcinom prsu vychází z epitelu duktů a lalůček prsní žlázy. Jak lobulární, tak i duktální karcinom mohou být neinvazivní a mohou být považovány za afekci předcházející malignímu bujení.“* (Komárek, Provazník, 1999, s. 49) Ca prsu vzniká 6 až 8 let. Ca prsu můžeme rozdělit na benigní (nezhoubné) nádory a na maligní (zhoubné) nádory. Maligní nádory můžeme dále rozdělit na nádory invazivní a neinvazivní. Pokud hovoříme o benigních nádorech, jedná se o nádory epitelového původu, např. intraduktální adenomy a intraduktální papilomy. Adenomy rozdělujeme na tubulární, apokrinní a laktační. Laktační adenom se objevuje v průběhu laktace. Mezi maligní nádory karcinoma in situ patří intraduktální karcinom in situ (DCIS),

intralobulární karcinom in situ (LCIS). (Komárek, Provazník, 1999; Mačák, Mačáková, 2004)

DCIS v publikaci Patologie, jejímiž autory jsou Mačák a Mačáková, je charakterizován takto: „Dochází k proliferaci nádorových buněk duktálně-lobulárního systému.“ Dále Mačák a Mačáková (2004, s. 289) charakterizují LCIS takto: „Dochází k plynulému přechodu atypické lobulární hyperplazie v LCIS.“ Mezi invazivní Ca prsu můžeme např. zařadit invazivní duktální karcinom a invazivní lobulární karcinom. Invazivní duktální karcinom popisuje ve své knize Mačák, Mačáková (2004, s. 289) následovně: „Je častým nádorem, tvoří 70-80% všech karcinomů. Na pohmat jde o tuhé až tvrdé ložisko, většinou velikosti 1-2 cm. Bývá fixován k okolním strukturám nebo i k hrudní stěně.“ Nejčastěji metastazuje do kosti a do podpažních lymfatických uzlin. „Invazivní lobulární karcinom představuje 5-10% Ca prsu. Na rozdíl od jiných nádorů bývá oboustranný (asi ve 20 % případů). Ve vlastní žláze se vytvářejí multicentrická ložiska. Roste difúzně a je obtížné rozpoznat primární ložisko od metastázy. Šíří se do vzdálenějších míst, např. ovaria, dělohy, kostní dřeň a do mozku.“

#### 2.4.2 Rizikové faktory

Pro vznik Ca prsu jsou určeny čtyři rizikové faktory. Prvním rizikovým faktorem je výskyt Ca prsu v rodině, jedná se tedy o genetickou predispozici. Pokud má některá žena pozitivní rodinnou anamnézu výskytu Ca prsu, má dvakrát vyšší riziko vzniku nádoru prsu než ostatní ženy. Druhým rizikovým faktorem je výskyt Ca prsu v kontralaterální prsní žláze. To znamená zvýšené riziko vzniku malignity u žen, které prodělaly benigní nádorové onemocnění prsu. Třetí rizikový faktor se zaměřuje na menstruační období. Ca prsu stoupá u pozdní menopauzy. Čtvrtý rizikový faktor se týká reprodukčního období. Je dokázáno, že ženy, které porodily své první dítě po 28. roce života, mají zvýšené riziko Ca prsu. Ženy, jež zatím neprodily dítě a neplodné ženy, mají zvýšené riziko Ca prsu. Mezi rizikové faktory můžeme zařadit také užívání hormonální antikoncepce v mladém věku, ženy s nadváhou či pravidelnou konzumaci alkoholu. (Komárek, Provazník, 1999)

#### 2.4.3 Výskyt

Ca prsu zaujímá v celosvětovém měřítku 3. pozici. V Severní Americe a Evropě je Ca prsu nejčastější zhoubný nádor. Jeho výskyt se zvyšuje i v Jižní Americe, Asii

a Austrálii. V Severní Americe a ve většině sledovaných populací po celém světě se výskyt rakoviny prsu zvyšuje o 1% až 2% ročně. Velmi výjimečně se objevuje u žen ve věku 25-30 let. Naopak zvýšené riziko vzniku Ca prsu je u žen mezi 30. až 70. rokem života. Nejmasivnější incidence je okolo 40. roku. Zde je velmi důležité provádět preventivní postupy a sledování žen ve středním věku. Ca prsu se nemusí objevit pouze u žen. S jeho výskytem se lze setkat i u mužů, postihuje přibližně 1% mužské populace. Světová zdravotnická organizace uvádí, že se výskyt Ca prsu za posledních 70. let zvýšil. (Komárek, Provazník, 1999; Carlson, Eisenstat, 1995)

#### 2.4.4 Prevence

Velmi důležitou prevencí proti Ca prsů u žen je jejich samovyšetřování. Samovyšetření prsu je jednoduchá metoda, která ženám pomůže odhalit počáteční stádia nádoru. Lékaři a všeobecné sestry se snaží ženy edukovat a apelovat na ně, aby samovyšetřování prsu nepodceňovaly a prováděly jej jednou za měsíc. Nejúčinnější prevencí je kombinace mamografie a fyzikální vyšetření prsu. (Komárek, Provazník, 1999; Skála, Odrážka, Komárek, 2005)

Mamografie je nejpoužívanější rentgenová diagnostika, která se využívá v gynekologii. Mamografie umožňuje lékaři znázornit prs ženy tak, aby v něm dokázal rozpoznat nejasné léze. Lékař vyšetří mamografem oba prsy ve dvou rovinách. Dále se mamografie používá u rizikových skupin žen, které mají predispozice k Ca prsu. Mamografie se také používá jako kontrolní vyšetření u žen, které postoupily radikální nebo parciální operace prsu. Pojišťovna hradí mamografické vyšetření ženám ve věkovém rozmezí od 45 do 69 let. Ženy žijící v České republice mají nárok na mamografické vyšetření každé dva roky. Mamární screening poskytují specializovaná akreditací pověřená pracoviště, do nichž pacientky odkazuje jejich obvodní lékař nebo gynekolog. (Rob, Martan, Citterbart et al. 2008; Dienstbier, 2004)

Samovyšetření prsu pohmatem je nejjednodušší neinvazivní metoda ke zjištění patologických změn prsu. Žena by si měla vyšetřovat prsa minimálně jednou za měsíc a to nejlépe po ukončení menstruačního cyklu. Pokud některá z žen nemá menstruační cyklus, je vhodné si určit obvyklé datum, kdy žena bude samovyšetřování prsu provádět. Pokud žena podstoupila mastektomii jednoho prsu, neměla by opomínat na prevenci a samovyšetřování zdravého prsu. Profesor Dienstbier (2004, s. 3) ve své publikaci uvádí, že: „*Jedinou prokázanou prevencí proti karcinomu prsu je pravidelná intenzivní pohybová aktivita nejméně tři hodiny týdně.*“ Ideální je si rozdělit tři

hodinový pohyb za týden na třiceti minutový pohyb za den. Prso můžeme vyšetřovat nejlépe vleže na zádech, kdy jedna ruka zaujímá místo pod hlavou a druhá ruka prohmatává prs na podepřené straně. Důležité u prohmatávání prsů je, abychom nevynechali žádné místo. Zaměříme se i na oblast podpaží a prsního dvorce. Následuje výměna podložené ruky za hlavou a stejným způsobem si žena prohmatá i druhý prs, oblast podpažní a prsního dvorce. Pokud žena zjistí mokvání nebo výtok z bradavky, musí být vyšetřena lékařem. Mokvání i ekzém dvorce může být způsoben nádorem, tzv. (tak zvanou) Pagetovou nemocí. Mléčnou sekreci z bradavky mohou způsobovat některé medikamenty, např. antidepressiva nebo některá hormonální antikoncepce. Krvavá sekrece z prsní bradavky vyžaduje kontrolu a léčbu u lékaře. (Dienstbier, 2004)

Pokud všeobecná sestra u praktického lékaře bude poučovat ženu o samovyšetření prsu, měla by ženě poskytnout dostatečné informace o dané metodě. Po nastudování potřebných materiálů by měla umožnit ženě prostor k otázkám, popřípadě položit ženě kontrolní otázku, aby zjistila, zda žena informacím porozuměla. Při samovyšetření prsu je žádoucí, aby všeobecná sestra pomocí demonstrace ukázala ženám správnou metodu a v případě nejasností znovu ženu edukovala.

## **2.5 Bronchogenní karcinom**

### **2.5.1 Definice Ca a nádorové změny**

Karcinom plic je jedním z nejčastějších zhoubných nádorů v lidském těle. Díky své prognóze má za následek vysokou mortalitu.

Svůj název získal podle sliznice, kde se vyskytuje, tudíž bronchogenní karcinom. Histologicky nádory dělíme podle struktury na nemalobuněčné karcinomy, malobuněčné karcinomy a smíšené nádory. (Mačák, Mačáková, 2004; Fait, Vrablík, Čěška, 2008)

### **2.5.2 Rizikové faktory**

Rizikové faktory pro vývoj bronchogenního karcinomu se velmi často spojují s inhalací dioxinů a aromatických uhlovodíků, vdechováním radonu při radiaci či inhalací chemických látek. U pravidelných dlouholetých kuřáků je prevalence vzniku 60krát vyšší. (Mačák, Mačáková, 2004)

### 2.5.3 Výskyt

Podle Národního onkologického registru, který vydal v roce 2009 statistiku novotvarů, bylo nahlášeno téměř 6 500 karcinogenních procesů průdušek, průdušnic a plic. Muži mají stále vyšší výskyt tohoto typu onemocnění než ženy. Podle NOR je incidence plicního karcinomu u ženského pohlaví téměř o polovinu menší než u mužů. Ke snížení incidence a mortality tohoto nádorového onemocnění je bezpodmínečně nutný absolutní zákaz kouření. Nebylo dokázáno, že by cytologické vyšetření sputa a screeningové RTG hrudníku snižovaly mortalitu v populaci. (ÚZIS, 2012)

### 2.5.4 Prevence

Cílem prevence v primární péči u bronchogenního karcinomu je zamezení vzniku patologickému procesu. „*Patologický proces nádorového onemocnění je dlouhodobý, během nichž epitel průdušek postupně prochází stadiem metaplazie, dysplazie a carcinoma in situ.*“ (Pešek, 2002, str. 5)

V primární prevenci by se zdravotnický personál měl zabývat, zda je pacient kuřák, zda kouří cigarety nebo dýmky, kolik cigaret za den vykouří, kolik let kouří, kolik cigareta obsahuje dehtových látek a nikotinu. Poté by měl pacienta edukovat o rizicích vzniku bronchogenního Ca, neboť vznik bronchogenního karcinomu signifikantně snižuje omezení a zanechání kouření. Populace by se měla vyhnout karcinogenním vlivům jako je azbest, ionizující záření, aromatické uhlovodíky, nikl, radioaktivní látky, dále pak nadměrně znečištěnému ovzduší a pasivnímu kouření. (Pešek, 2002)

Preventivní postupy proti bronchogennímu Ca zahrnují seznámení pacientů a jejich osvětlu o daném nádorovém onemocnění. Vést pacienta k nekuřáctví. Edukace pacientů o klinických příznacích. Všeobecná sestra v primární péči by měla vést rozhovor s pacienty o jejich dosavadním životním stylu, popřípadě je poučit o rizikových faktorech, jež mohou vést k maligním onemocněním plic. Měla by motivovat pacienty, kteří kouří, k nekuřáctví a doporučit jim návštěvu specializovaného pracoviště pro odvykání. Nejdůležitější prevencí jakéhokoliv novotvaru je edukace populace. (Hrubá, Foretová, Vorlíčková, 2001)

## 2.6 Kolorektální karcinom

### 2.6.1 Definice a nádorové změny

Kolorektální karcinom vzniká nejčastěji na podkladě malignizace benigního nádorového polypu neboli adenomu. Adenokarcinom je nejčastěji diagnostikován v oblasti rectosigmoidea a pravého tračníku. Tento karcinom se může ovšem vyskytovat i na sliznici, buď ojedinele, nebo v mnohačetných skupinách. Vzniku adenomu předchází dědičná odlišnost sliznice intestina crassum s enzymatickými defekty epitelu. Kolorektální karcinom se vyvíjí ve dvou následujících fázích. První fáze se nazývá Field defect neboli normální epitel. Field defect prezentuje iniciální prenádorovou změnu epitelu intestina crassum, která je charakterizovaná „*proliferací a odchylnou diferenciací epitelu krypt.*“ (Jablonská, 2000, s. 23)

Field defect se vyšetřuje pomocí speciálních histologických metod, které rozpoznají v epitelu defekty. Druhá fáze kolorektálního karcinomu se nazývá aberantní krypta, kdy epitel intestina crassum je cytologicky a strukturálně změněno. (Jablonská, 2000; Holubec a kolektiv, 2004)

Vznik kolorektálního karcinomu můžeme rozdělit do dvou forem. První forma má název sporadická, zaujímá okolo 80% všech kolorektálních nádorů. „*Sporadická forma kolorektálního karcinomu se vyznačuje kompletním vyřazením obou alel důležitého genu z funkce, nicméně k této změně je třeba ještě dvou mutací v somatické buňce.*“ (Holubec a kolektiv, 2004 s. 21) Většina těchto nádorů vzniká až v pokročilých letech života. Na rozdíl od sporadické formy nádoru kolorekta forma hereditární vzniká zárodečnou mutací všech přítomných buněk daného jedince. Kniha Kolorektální karcinom od Holubce a kol. (2004, s. 21) popisuje hereditární kolorektální Ca následovně: „*Druhá alela genu má normální funkci a rozvoj nádorového bujení se projeví až tehdy, když je vyřazena somatickou mutací i druhá kopie identického genu a dojde k poruše regulace buněčného cyklu či opravě chyb deoxyribonukleové kyseliny (DNA).*“ U nádorového onemocnění dědičné formy stačí k vyloučení genu jenom jediná mutace somatické buňky. Dle toho můžeme soudit, že mnohem vyšší riziko malignace je u hereditárních forem než u forem sporadických.

### 2.6.2 Výskyt

Kolorektální karcinom je nádorové onemocnění, které se objevuje na celém světě. Zmíněné nádorové onemocnění patří mezi druhé nejčastější nádorové úmrtí

v západní části Evropy. V České republice na tento typ onemocnění ročně zemře přibližně 5 500 lidí. Nejčastěji se kolorektální karcinom vyskytuje mezi 6. a 7. dekadou života. Počet všech jedinců sledovaných v populaci i úmrtnost v ženské a mužské populaci je téměř stejná. U žen je výskyt nádorového onemocnění rekta a konečníku nejvíce situován do 60. roku života, zatímco u mužů je zvýšené riziko kolorektálního karcinomu až po 6. dekádě. V méně než 20% případů se objevuje před 50. rokem života. (Komárek, Provazník, 1999; Urban, 2008, s. 9-11; Kumar, Abbas, Fausto, Mitchell, 2007)

### 2.6.3 Rizikové faktory

Do rizikových faktorů můžeme zařadit potravu s vysokým zastoupením živočišných tuků a nadměrnou konzumaci červeného masa. Dále pak nízký příjem potravy s vlákninou, konzumaci lihovin, nadváhu jedince, nedostačující příjem vitamínu C a kyseliny listové. (Bartoňková, 2002)

Jak uvádím výše, kolorektální Ca značně ovlivňuje výživa, a to především konzumace tuků. Bylo dokázáno, že je zvýšené riziko tohoto nádorového onemocnění u potravin, které mají vyšší obsah satureovaných mastných kyselin. Živočišný tuk na rozdíl od rostlinného má vyšší zastoupení mastných kyselin. Také zvýšená koncentrace žlučových kyselin je spouštěčem tohoto maligního nádoru. V publikaci Jablonské (2000) jsou uvedeny další rizikové faktory, jež mohou vést ke kolorektální karcinogenezi ve vztahu s determinanty exogenního prostředí zvláště v oblasti nutriční, a které obsahují jak karcinogenní faktory, tak faktory ochranné.

Hereditární faktory, neboli dědičné faktory, mohou být zodpovědné zejména za familiární výskyt karcinomů v oblasti céka a colona ascendens, např. syndrom mohutné adematózní polypózy a syndrom familiárního výskytu nepolypózních Ca tlustého střeva. (Holubec a kolektiv, 2004)

Predisponující změny se velmi často podílejí na vzniku kolorektálního Ca. Mezi predisponující změny patří ulcerózní kolitida (UC), Crohnova choroba a dysplastické léze. U ulcerózní kolitidy je zhoubný zvrát velmi častý. Závisí to pravděpodobně na délce trvání ulcerózní kolitidy, 5% riziko vzniku zhoubného charakteru u osob po 20 letech UC, 12% po 25 letech UC a při zánětlivém zasažení celého střeva riziko vzniku Ca stoupá na 35%. U Morbus Crohn je maligní zvrát mnohem méně častý než u UC. Prenádorovou změnou je u Crohnovy choroby a UC dysplazie. (Holubec a kolektiv, 2004)

## 2.6.4 Prevence

Preventivní screening kolorektálního karcinomu v České republice byl zahájen v roce 2000. Screeningovou metodou nádorového onemocnění byl guajakový test na okultní krvácení ve stolici. V případě pozitivního nálezu byla danému jedinci indikována kolonoskopie. Od roku 2009 bylo v národním programu screeningu kolorektálního karcinomu provedeno několik změn. Screening nádorového onemocnění tlustého střeva a rekta je stejně jako v předchozích letech určen asymptomatickému jedinci ve věku 50 až 54 let, kterému je jako prenádorový screening nabídnut guajakový test na okultní krvácení ve stolici, kolonoskopie a imunochemické testy na okultní krvácení ve stolici jedenkrát do roka. Od 55 věku života pacient může podstoupit guajakový test zaměřen na okultní krvácení ve stolici, kolonoskopii a imunochemické testy na okultní krvácení ve stolici ve dvouletém intervalu nebo může podstoupit primární screeningovou kolonoskopii, která je jednou za deset let zopakována. (Dušek, 2012)

Primární prevence proti nádorovému onemocnění tlustého střeva a rekta zahrnuje edukaci široké veřejnosti o dané problematice, úpravu jídelníčku a životosprávy. Základním kamenem režimových opatření je dostatečný příjem zeleniny, vlákniny a naopak snížení konzumace potravin s vysokým obsahem živočišných tuků, červeného masa, potravin připravovaných fritováním nebo grilováním. Pro snížení rizika vzniku kolorektálního karcinomu je doporučována fyzická aktivita, která by měla být 3 krát týdně po dobu 30 minut. Kouření, konzumace alkoholu nebo snížený příjem vápníku a vitamínu D v potravě značně, podle recentních studií, zvyšuje možnost vzniku kolorektální dysplazie. (Zavoral, Suchánek, Vepřeková, Májek, Gregor, Doušek, 2011)

## 2.7 Karcinom děložního čípku

### 2.7.1 Definice a prekancerózní změny

V odborné literatuře se můžeme setkat s mnoha definicemi, vysvětlujícími pojem karcinom děložního čípku. Uvádím definici z publikace Komárka a Provazníka (1999, s. 42), jež zní takto: „*Karcinom děložního čípku je progresivní onemocnění. Rozvíjí se velmi dlouhou dobu (10 i více let). Některé formy dysplazie vedou k rozvoji carcinoma in situ a v konečné fázi k invazivní lézi.*“ Nejrozšířenějším Ca děložního

čípku je dlaždicobuněčný karcinom, který téměř vždy vzniká z prekuzurových lézí. Prekuzorové léze se nazývají cervikální intraepiteliální neoplázií (CIN). Ovšem ne všechny CIN se mění v invazivní karcinom.

Prekancerózní změny můžeme označovat jako dysplazie. Ty se rozdělují do několika druhů.

- CIN I. typu – představuje mírnou prekancerózní změnu epitelu.
- CIN II. typu – představuje střední prekancerózní změnu epitelu.
- CIN III. typu – představuje těžkou prekancerózní změnu epitelu a zahrnuje i Carcinoma in situ. (Mačák, Mačáková, 2004)

### 2.7.2 Rizikové faktory

Rizikové faktory u Ca děložního čípku prudce stoupají okolo 40. roku života ženy. Signifikantně je nevyšší riziko mezi 45. - 55. rokem. Následně se výskyt karcinomu snižuje.

Epidemiologický výzkum odhalil řadu rizikových faktorů, které se mohou podílet na zrodu dysplazií a invazivních Ca. Mezi nejčastější rizikové faktory děložního čípku a prekanceróz patří:

- Sexuální aktivita ženy
- Kouření
- Imunosuprese
- Nutriční vlivy

Podle epidemiologického výzkumu je nejzávažnějším rizikovým faktorem sexuální aktivita ženy. Tato skutečnost byla potvrzena studiem jeptišek, u kterých nebyly prokázány žádné dysplazie děložního čípku ani dlaždicobuněčné karcinomy. Do nejvíce ohrožené rizikové skupiny patří ženy, které začaly s pohlavním životem velmi časně nebo měly mnoho sexuálních partnerů. Časný věk primipary (prvorodičky) nebo multipary (vícerodičky) také zvyšuje riziko vzniku Ca děložního čípku. Za nejvýraznější rizikový faktor dnešní doby je považována infekce Human papilloma virem (HPV). (Rob, Martan, Citterbart et al. 2008)

Dalším rizikovým faktorem je imunosuprese, kam můžeme zařadit poruchy buněčné imunity nebo Human immunodeficiency virus (HIV). V neposlední řadě může Ca děložního čípku ovlivnit i nutriční vlivy, jako např. vitaminové deficity vitamínu A a C nebo kyseliny listové. (Rob, Martan, Citterbart et al. 2008)

### 2.7.3 Výskyt

Ve světovém měřítku je karcinom děložního čípku druhým nejčastěji se vyskytujícím nádorovým onemocněním u žen. V rozvojových zemích je dokonce na prvním místě. Na evropském kontinentu je pátým až šestým ze všech nádorových onemocnění postihujících ženskou populaci. V současné době bylo zaznamenáno snížení úmrtnosti a pokles incidence zejména díky kvalitě prováděných screeningových programů. Organizovaný screening prováděných cervikálních cytologií se ukázal jako efektivní pro snížení incidence a úmrtnosti žen na Ca děložním čípku. (Komárek, Provazník, 1999 s. 42)

### 2.7.4 Prevence

Jediným způsobem diagnostiky Ca děložního čípku je provedení kolposkopie a cytologie. Kolposkopie znamená „*prohlížení povrchu hrdla speciálně přizpůsobeným zvětšovacíím přístrojem, s následným odběrem stěru z ektocervixu a endocervixu.*“ (Rob, Martan, Citterbart et al. 2008, s. 34)

Účinnou profylaktickou metodou proti rakovině děložního čípku je očkování proti HPV. Preventivní očkování může zabránit vzniku přednádorového stavu a novotvarů na děložním hrdle. Na mezinárodním trhu jsou v prodeji dva typy vakcín proti HPV virům 16 a 18. Cervarix a Silgard jsou profylaktické vakcíny, které chrání ženy a dívky před nádorovými změnami. Důležité je si uvědomit, že vakcinace nezabrání vzniku všech typů novotvarů děložního čípku a prekancerózních procesů vagíny a vulvy. (Mouková, Feranc 2010)

Quadrivalentní vakcína Silgard chrání ženy před čtyřmi typy HPV. HPV typ 16 a 18 jsou ze 70 % příčinou prekancerózních změn na zevním pohlavním orgánu ženy. Dále Silgard chrání ženy před HPV typu 6 a 11, tento typ viru způsobuje z 90 % genitální bradavice. Vakcinace profylaktickou vakcínou s názvem Silgard probíhá ve třech dávkách. 1. dávku vakcíny aplikujeme dívce nebo ženě ve vybraný den, následně druhá dávka vakcíny je aplikován 2. měsíc po první aplikaci a třetí dávka vakcíny se aplikuje 6 měsíců po první dávce Silgard Profylaktická vakcína s názvem Cervarix chrání dívky a ženy proti HPV typu 16 a 18. Aby vakcína byla účinná, je důležité dodržení očkovacího schématu, které je následující: Po aplikaci první dávky následuje druhá dávka za 1 měsíc po první dávce a třetí aplikace profylaktické vakcíny se provádí 6 měsíců po první aplikaci očkování. (GlaxoSmithKline, 2012)

Doporučené preventivní postupy proti vzniku Ca děložního čípku uvádí Komárek a Provazník (1999 s. 43) ve své publikaci takto:

- Ženy ve věkové kategorii mezi 25. – 60. rokem by měly absolvovat v intervalech 3 až 5 let cytologické vyšetření cervikálního stěru. Pacientka by měla být zvaná k pravidelným preventivním prohlídkám.
- Ženy by měly být dostatečně informovány o důležitosti a podstatě screeningu. Zvýšená pozornost by měla být věnována ženám, které se nacházejí v rizikové skupině a ženám, které doposud nepodstoupily žádné vyšetření.
- Kolposkopické vyšetření by mělo být součástí diagnostického postupu.
- Sdělit informace ženám tak, aby ženy rozuměly, co se provádí.
- Tým v primární péči by měl mít tolik zkušeností a dovedností, aby realizoval stěr z děložního čípku správně a vzorek byl reprezentativní. Vzorek měl být odebrán zhruba v polovině menstruačního cyklu. Pokud se u ženy vyskytne zánět, v první řadě je nutné jej vyléčit, až poté lze provést cervikální stěr.
- Gynekolog by měl pro cervikální stěr používat speciální vatový tampón a měl by pracovat tak, aby nedošlo ke krvácení nebo poranění.

Lékař musí fixovat reprezentativní buňky fixačním nátěrem tak, aby nedošlo k jejich vysušení či jinému poškození. (Komárek, Provazník, 1999)

### 3 Empirická část

V tomto oddílu jsou uvedeny cíle a pracovní hypotézy, které se vztahují k průzkumnému šetření bakalářské práce. Empirická část je orientována na popis pracovního postupu, organizaci zkoumaného vzorku, charakteristiku zkoumaného vzorku a analýzu získaných dat. Dále jsou zde prezentovány výsledky vlastního průzkumného šetření získané prostřednictvím strukturovaného dotazníku. Závěr empirické části je věnovaná diskuzi, jež se zabývá získanými výsledky dotazníkového průzkumu.

#### 3.1 Cíle empirické části práce a pracovní hypotézy

Bakalářská práce měla pro empirickou část stanoveny následující cíle a pracovní hypotézy.

Cíl 1: Přinést základní přehled dosavadních poznatků řešené problematiky publikovaných v českých i v zahraničních literárních a v časopiseckých zdrojích.

Cíl 2: U vybrané skupiny všeobecných sester provést dotazníkové šetření zaměřené na zjišťování znalostí preventivních postupů nejčastějších nádorových onemocnění na pracovištích primární péče.

Cíl 3: Prostřednictvím dotazníku zmapovat podíl sester při prevenci nejčastějších nádorových onemocnění v ordinacích praktických lékařů pro dospělé.

Cíl 4: Provést primární a statistickou analýzu získaných dat a zjištěné informace vhodně interpretovat.

#### Pracovní hypotézy:

**Hypotéza č. 1:** Lze předpokládat, že všeobecné sestry mající délku dosavadní praxe do 10 let, mají vyšší zájem o další vzdělávání, které je zaměřeno na edukaci v rámci prevence nádorových onemocnění v primární péči, než všeobecné sestry pracující ve zdravotnictví déle jak 11 let (včetně).

**Hypotéza č. 2:** Lze předpokládat, že všeobecné sestry s vyšším vzděláním, než s maturitním v rámci edukačních činností se zaměřují více na poskytování informací o rizikových faktorech vedoucích ke vzniku nádoru, než všeobecné sestry, které mají nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou

**Hypotéza č. 3:** Lze předpokládat, že všeobecné sestry od 18 - 34 let budou více edukovat pacienty pomocí internetu, než všeobecné sestry starší 35 let.

**Hypotéza č. 4:** Lze předpokládat, že všeobecné sestry neprovádějící edukační činnosti o samovyšetření prsu, také neposkytují pacientkám edukační materiál o dané problematice než sestry, které edukaci o samovyšetření prsu provádí.

**Hypotéza č. 5:** Lze očekávat, že všeobecné sestry od 18 do 44 let provádí edukaci pacientů v ordinaci samy nebo společně s lékařem, než všeobecné sestry starší 45 let, u kterých provádí edukační činnost v ordinaci výhradně lékař.

### **3.2 Metoda vlastního šetření**

K získání požadovaných dat byl použit strukturovaný dotazník. Dotazník byl koncipován tak, aby vedl ke zjištění znalostí všeobecných sester v primární péči pro dospělé týkajících se nádorových onemocnění. Dále pomocí průzkumného šetření zjišťují, zda se všeobecné sestry podílejí na edukaci pacientů v této oblasti. Strukturovaný dotazník je uveden v přílohové části. Dotazník se skládá celkově z 32 otázek, z nichž 31 otázek je uzavřených a respondenti vybírali jednu odpověď. V otázce č. 30 mají respondenti možnost volné odpovědi. U dotazníkových položek č. 21 a 22 je použit polynomický typ otázek.

Prvních 7 otázek dotazníku je zaměřeno na osobní informace o respondentech. Následujících 24 otázek je věnováno preventivním postupům proti vzniku nádorových onemocnění v primární péči. Poslední otázka v dotazníku zjišťuje, zda mají respondenti zájem o další vzdělávání.

Před vlastní distribucí dotazníků bylo nejprve provedeno předvýzkumné šetření k ověření srozumitelnosti jednotlivých otázek. Prostřednictvím pilotního šetření bylo zjištěno, že některé otázky byly nesprávně či nekonkrétně formulované a jsou pro respondenty problematické. Na základě odborné konzultace a doporučení MUDr. Martiny Choceňské byl dotazník upraven do aktuální podoby.

### **3.3 Organizace šetření a popis zpracování dat**

Dotazníkové šetření bylo provedeno v období od prosince roku 2012 do konce února roku 2013. Dotazníky byly distribuovány do ordinací praktických lékařů pro dospělé v oblasti Pardubic, Hradce Králové, Chrudimi a Prahy 6, kde jej vyplňovaly všeobecné sestry daného praktického lékaře pro dospělé. Vyplněné dotazníky byly

následně osobně vyzvednuty ve stanoveném termínu po dohodě s všeobecnou sestrou v primární péči pro dospělé.

K průzkumnému šetření bylo vymezeno celkově 80 dotazníků, jejichž návratnost byla 92,50%. Z 80 distribuovaných dotazníků jich bylo vyplněno 74. Z celkového počtu 74 dotazníků bylo 5 dotazníků vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění údajů. Celkově se tedy průzkumného šetření účastnilo 69 respondentů.

Ke zhodnocení výsledků vlastního šetření byl použit program Microsoft Excel 2010, jehož prostřednictvím byly vytvořeny výšečové diagramy a přehled tabulek.

Výsledky vlastního dotazníkového šetření jsou prezentovány v podkapitole 3.5 Výsledky vlastního šetření.

### **3.4 Charakteristika a popis zkoumaného vzorku**

Pro dotazníkové šetření, které se věnuje problematice „Sestra a prevence nádorových onemocnění v primární péči“, byla oslovena skupina všeobecných sester pracujících v primární péči pro dospělé. Záměrně byly vybrány všeobecné sestry pracující v primární péči pro dospělé, neboť projev malignit v dospělém věku je mnohem častější než ve věku dětském.

### **3.5 Výsledky vlastního šetření**

V této části bakalářské práce analyzuji získaná data prostřednictvím dotazníkového šetření. Výsledky vlastní práce jsou přehledně zobrazeny v tabulkách (tab.) a znázorněny pomocí výšečových diagramů. Výsledky jsou prezentovány postupně dle pořadí jednotlivých otázek v dotazníku.

#### **Otázka č. 1: Jakého jste pohlaví?**

Uvedená položka udává, jaké je procentuální zastoupení mužského a ženského pohlaví mezi účastníky dotazníkového šetření. Z celkového počtu 100,00% (n = 69) respondentů je zastoupeno mužské pohlaví ve 2,90% (n = 2) a ženské pohlaví v 97,10% (n = 67).

Analýzou získaných dat byl zjištěn větší podíl žen mezi respondenty, kteří vyplňovali strukturovaný dotazník.

**Tab. 2: Pohlaví respondentů**

	n	%
Muž	2	2,90%
Žena	67	97,10%
Celkem	69	100,00%

**Otázka č. 2: Kolik je Vám let?**

Uvedená položka vyjadřuje, jaké je zastoupení respondentů podle věku. Z celkového počtu 100,00% (n = 69) respondentů vybralo nejvíce dotazovaných položku 50 a více let, která zaujímá 37,68% (n = 26). Druhou nejčetnější věkovou skupinou bylo rozmezí 35 – 44 let, které dosáhlo celkového procentuálního zastoupení 27,54% (n = 19). Třetí nejčetnější odpovědí byla možnost 18 – 24 let. Tato varianta zaujímala 18,84% (n = 13). Věková skupina 25 – 34 let byla zastoupena ve 14,49% (n = 10) a 1,45% (n = 1) dotazovaných bylo ve věku 45 – 49 let.

Na základně dat v tab. 3 lze říci, že nejvíce početnou věkovou skupinou, jež se zúčastnila dotazníkového šetření, byli respondenti ve věku 50 let a více, a to 37,68% (n = 26).

**Tab. 3: Věk respondentů**

	n	%
18 – 24 let	13	18,84%
25 – 34 let	10	14,49%
35 – 44 let	19	27,54%
45 – 49 let	1	1,45%
50 a více let	26	37,68%
celkem	69	100,00%

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

Položka č. 3 podává informace o nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů. Nejvíce respondentů, tj. 55,07% (n = 38), dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou. Druhou nejčetnější skupinou byli respondenti, kteří absolvovali bakalářské studium, celkově tuto položku vybralo 23,19% (n = 16) respondentů. Magisterské vzdělání uvedlo 14,49% (n = 10) respondentů. Vyšší odbornou školu vybralo 5,80% (n = 4) respondentů. Pouze 1,45% (n = 1) respondentů uvedlo, že absolvovali jiné studium.

Z níže uvedených dat v tab. 4 lze konstatovat, že největší počet respondentů z uvedeného souboru odpovídajících na danou otázku, tj. 55,07% (n = 38), má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou.

**Tab. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání**

	n	%
Středoškolské s maturitou	38	55,07%
Vyšší odborné	4	5,80%
Bakalářské studium	16	23,19%
Magisterské studium	10	14,49%
Jiné studium	1	1,45%
Celkem odpovědělo	69	100,00%

**Otázka č. 4: Máte specializovanou způsobilost, tj. absolvoval/a jste specializační vzdělávání (např. IPVZ / NCO NZO Brno)?**

Údaj č. 4 podává kompletní přehled respondentů se specializovanou způsobilostí. Jen 4,35% (n = 3) respondentů uvedlo, že absolvovalo specializační vzdělávání, a to např.: Ošetrovatelskou péčí o pacienty ve vybraných klinických oborech se zaměřením na ošetrovatelskou péči o pacienta s onemocněním zažívacího traktu, Ošetrovatelskou péčí ve vybraných klinických oborech se zaměřením na ošetrovatelskou péči o pacienty v gerontologii a Ošetrovatelskou péčí ve vybraných klinických oborech se zaměřením na ošetrovatelskou péči o pacienty s onemocněním pohybového aparátu. 95,65% (n = 66) respondentů uvedlo, že neabsolvovalo žádnou specializovanou způsobilost.

Z analyzovaných dat vyplývá, že naprostá většina respondentů nemá specializovanou způsobilost, a to v 95,65% (n = 66) případech.

**Tab. 5: Specializovaná způsobilost respondentů**

	n	%
Ano	3	4,35%
Ne	66	95,65%
Celkem	69	100,00%

**Otázka č. 5: Jak dlouho pracujete v primární péči?**

Položka v dotazníku č. 5 zjišťuje, jak dlouho respondenti pracují v primární péči. Z celkového počtu respondentů 100,00% (n = 69) respondentů pracujících v primární péči uvedlo nejvíce dotazovaných, a to 34,78% (n = 24), interval praxe v primární péči od 0 do 5 let. Druhou nejčetnější skupinu tvořilo 30,43% (n = 21) respondentů s délkou praxe 6 – 11 let, kterou zastupuje 30,43% (n = 21) respondentů. Třetím nejčetnějším intervalem je 24 a více let praxe, který označilo 20,29% (n = 14) respondentů. Shodný

počet respondentů vybralo intervaly 12 – 17 let a 18 – 23 let praxe. Obě možnosti zvolilo 7,25% (n = 5) respondentů.

Z tab. 6 je patrné, že nejvyšší počet respondentů, a to 34,78% (n = 24), uvedlo délku praxe v primární péči 0 – 5 let.

**Tab. 6: Délka praxe v primární péči**

	n	%
0 – 5 let	24	34,78%
6 – 11 let	21	30,43%
12 – 17 let	5	7,25%
18 – 23 let	5	7,25%
24 a více let	14	20,29%
Celkem	69	100,00%

#### **Otázka č. 6: Jaká je Vaše celková délka odborné praxe?**

Údaj č. 6 přináší informace o celkové délce odborné praxe respondentů. Z celkového počtu 100,00 % (n = 69) uvedlo 24,64% (n = 17) dotazovaných celkovou délku odborné praxe 21 – 30 let. Stejný počet respondentů, tj. 24,64% (n = 17), uvedl interval 31 a více let. 20,29% (n = 14) respondentů vybralo interval 0 – 5 let celkové praxe. Stejný počet, tj. 20,29% (n = 14) respondentů, uvedl 11 – 20 let celkové praxe. Nejméně četným intervalem byla varianta od 6 do 10 let, kterou uvedlo 10,14% (n = 7) respondentů.

Z níže uvedené tabulky lze vyčíst, že nejpočetnější skupinou mezi respondenty jsou jedinci s praxí delší než 21 let, a to celkem 49,28% (n = 34).

**Tab. 7: Celková délka odborné praxe**

	n	%
0 – 5 let	14	20,29%
6 – 10 let	7	10,14%
11 – 20 let	14	20,29%
21 – 30 let	17	24,64%
31 a více let	17	24,64%
Celkem	69	100,00%

**Otázka č. 7: Pracoval/a jste i v jiném zdravotnickém segmentu, než v primární péči?** (Pokud odpovíte ano, specifikujte, kde. Vyberte jednu variantu s nejdelším působením Vaší praxe)

Otázka č. 7 je zaměřena na zjištění, zda respondenti pracovali v jiném zdravotnickém segmentu, než v primární péči. Pokud respondenti odpověděli kladně, následně vybrali z daných možností jedno oddělení, na němž působili nejdéle. Mezi nabízenými odpověďmi byly: interní oddělení, chirurgické oddělení, jednotka intenzivní péče, anesteziologicko resuscitační oddělení, ambulance. Pokud se jejich oddělení nenacházelo mezi možnostmi, zvolili možnost jiné a své bývalé pracoviště posléze blíže specifikovali. Z celkového počtu 100,00% (n = 69) účastníků šetření jich 31,88% (n = 22) uvedlo, že doposud nepracovalo v jiném zdravotnickém segmentu kromě primární péče. Zbytek respondentů, tj. 68,12% (n = 47), pracoval i na jiném oddělení. Interní oddělení označilo 36,17% (n = 17) respondentů, dalších 31,90% (n = 15) uvedlo chirurgické oddělení. 17,02% (n = 8) respondentů pracovalo na jednotce intenzivní péče. Anesteziologické oddělení neoznačil žádný respondent. Praxi v ambulanci absolvovalo 12,77% (n = 6) dotazovaných a 2,13% (n = 1) respondentů označilo ranou péči se zaměřením na sociální prevenci.

Pomocí analýzy získaných dat lze vyjádřit, že nejvyšší počet respondentů pracoval v jiném zdravotnickém sektoru než v primární péči. V tab. 8b je dále uvedeno, že nejvíce respondentů pracovalo na standardním oddělení interního typu.

**Tab. 8a: Praxe na jiném oddělení**

	n	%
Ne	22	31,88%
Ano	47	68,12%
Celkem	69	100,00%

**Tab. 8b: Typ oddělení**

	n	%
Standardní oddělení interního typu	17	36,17%
Standardní oddělení chirurgického typu	15	31,91%
Jednotka intenzivní péče	8	17,02%
Anesteziologicko resuscitační oddělení	0	0,00%
Ambulance	6	12,77%
Jiné	1	2,13%
Celkem	47	100,00%

**Otázka č. 8: Charakterizujte, která z uvedených možností nejlépe vystihuje definici primární péče?**

Respondenti měli z následujících odpovědí vybrat jednu možnost, která nejlépe vystihovala pojem primární péče. První variantu odpovědi, tj. primární péče je koordinovaná komplexní zdravotní péče a poskytuje jedinci pravidelné preventivní prohlídky, zvolilo 86,96% (n = 60) respondentů. Druhou možnost, tj. primární péče je poskytována pouze praktickým lékařem, vybralo 13,04% (n = 9) dotazovaných. Třetí variantu, tj. primární péče je péče poskytnutá jedinci v bezprostředním ohrožení zdraví, označilo 0,00% (n = 0) respondentů. Čtvrtou možnost odpovědi, tj. primární péče je poskytnutá jedinci na standardním oddělení, taktéž nezvolil žádný respondent, 0,00% (n = 0).

Z rozboru údajů uvedených v tab. 9 je patrné, že nejpočetnější skupina dotazovaných, tj. 86,96% (n = 60), definovala primární péči jako koordinovanou komplexní zdravotní péči jedinci a poskytování pravidelných preventivních prohlídek.

**Tab. 9: Definice primární péče**

	n	%
Koordinovaná komplexní zdravotní péče jedinci a poskytování pravidelných preventivních prohlídek	60	86,96%
Péče pouze praktickým lékařem	9	13,04%
Péče poskytovaná jedincům v bezprostředním ohrožení	0	0,00%
Péče poskytnutá jedinci na standardním oddělení	0	0,00%

**Otázka č. 9: Vyhledávání praktického lékaře**

Výše uvedená otázka zjišťuje, kdy pacient nejčastěji vyhledává praktického lékaře. Z celkového počtu 100,00% (n = 69) respondentů jich 11,59% (n = 8) uvedlo, že pacient navštěvuje praktického lékaře pouze při zdravotních potížích. 88,41% (n = 61) respondentů odpovědělo, že pacienti navštěvují svého praktického lékaře při pravidelných preventivních prohlídkách a při zdravotních potížích. 0,00% (n = 0) označilo třetí variantu odpovědi, že pacient navštěvuje svého praktického lékaře jen po zaslání pozvánky.

Z tab. 10 lze vyčíst, že pacient vyhledává svého praktického lékaře pouze při zdravotních potížích a pravidelných prohlídkách.

**Tab. 10: Vyhledávání praktického lékaře**

	n	%
Při zdravotních potížích	8	11,59%
Při zdravotních potížích a pravidelných prohlídkách	61	88,41%
Po zaslání pozvánky	0	0,00%
Celkem	69	100,00%

**Otázka č. 10: Pomocí jakých edukačních materiálů nejčastěji edukujete pacienty?**

*(Možnost výběru 2 nejčastějších edukačních materiálů)*

Cílem této položky je zjistit, jakou formou všeobecné sestry nejčastěji edukují pacienty v primární péči pro dospělé. Respondenti měli vybrat dva způsoby. Z celkového počtu 100,00% (n = 138) respondentů jich 48,55% (n = 67) uvedlo, že edukují pacienty hlavně slovní formou. Druhou nejčtenější odpovědí, a to ve 38,41% (n = 53) případech, byla varianta edukace pacientů pomocí brožur. Jako třetí nejčtenější vybrali respondenti edukaci pomocí internetu. Celkově tuto odpověď uvedlo 13,04% (n = 18) dotazovaných. Žádný z respondentů 0,00% (n = 0) neuvedl možnost edukace pacientů pomocí přednášky, reklamy a ani možnost, že edukaci neprovádí.

Získaná data v tab. 11 interpretují dvě nejčastější formy edukace. Nejčtenější odpovědí respondentů byla edukace slovní formou. Tuto variantu uvedlo 48,55% (n = 67) dotazovaných. Druhou nejčastější možnost edukace, pomocí brožur, označilo 38,41% (n = 53).

**Tab. 11: Nejčastější forma edukace**

	n	%
Slovně	67	48,55%
Brožury	53	38,41%
Internet	18	13,04%
Reklama	0	0,00%
Přednáška	0	0,00%
Neprovádím edukaci	0	0,00%
Celkem	138	100,00%

**Otázka č. 11: Domníváte se, že Vaše edukace pomůže pacientovi změnit nebo ovlivnit životní styl a chování?**

Otázka č. 11 je zaměřena na názor respondentů, zda svou edukační činností mohou změnit či ovlivnit životní styl a chování pacienta. Z celkového počtu 100,00% (n = 69) účastníků šetření jich 20,29% (n = 14) uvedlo variantu ano a 36,23% (n = 25)

respondentů variantu spíše ano. Možnost ne označilo 8,70% (n = 6) respondentů a variantu spíše ne 21,74% (n = 15) dotazovaných. 13,04% (n = 9) respondentů odpovědělo nevím.

Z analýzy získaných dat je patrné, že 56,52% (n = 39) respondentů se domnívá, že edukace pacientů má vliv na jejich životní styl a chování.

**Tab. 12: Vliv edukace na životní styl a chování**

	n	%
Ano	14	20,29%
Ne	6	8,70%
Spíše ano	25	36,23%
Spíše ne	15	21,74%
Nevím	9	13,04%
Celkem	69	100,00%

**Otázka č. 12: Poskytujete informace o rizikových faktorech a vzniku nádoru v rámci kompetencí všeobecné sestry?**

Položka č. 12 zjišťuje, zda respondenti poskytují informace o rizikových faktorech a vzniku nádoru v rámci kompetencí všeobecné sestry. Z celkového počtu 100,00 % (n = 69) respondentů uvedlo 30,43% (n = 21) odpověď ano. 8,70% (n = 6) respondentů označilo možnost ne. 40,58% (n = 28) odpovědělo možnost spíše ano. Možnost spíše ne označilo 20,29% (n = 14) respondentů.

Z tab. 13 je zřetelné, že 71,01% (n = 49) respondentů edukuje pacienty o rizikových faktorech a vzniku nádoru.

**Tab. 13: Edukace pacientů o rizikových faktorech**

	n	%
Ano	21	30,43 %
Spíše ano	28	40,58 %
Ne	6	8,70%
Spíše ne	14	20,29%
Celkem	69	100,00%

**Otázka č. 13: Kolikrát do roka a jak často se podle Vás provádí test na okultní krvácení?**

Výše uvedená otázka zjišťuje znalost respondentů v oblasti provádění testů na okultní krvácení ve stolici, tj. jak často a od kterého věku se podle nich daný test provádí. Respondenti měli na výběr ze 6 možností. První možnost, tj. test na okultní

krvácení se provádí jednou za rok ve věkovém rozmezí 50 – 54, označilo 33,33% (n = 23) respondentů. Provádění testu okultního krvácení dvakrát do roka od 50 – 54 let zvolilo 0,00% (n = 0) respondentů. 60,87% (n = 42), účastníků šetření je přesvědčeno, že pacienti ve věku nad 55 let mají nárok na test okultního krvácení ve stolici jednou za 2 roky. Další variantu odpovědi, tj. pacienti nemají nárok na test okultního krvácení bez doporučení specialisty, vybralo 5,80% (n = 4) respondentů. Žádný účastník šetření (0,00%, n = 0) si nemyslí, že pacienti nad 50 let mají nárok na test pouze při podezření na nádor. Variantu, že pacienti mají nárok na test okultního krvácení dvakrát za rok ve věkovém období od 55 let, nezvolil taktéž žádný respondent (0,00%, n = 0).

Z tab. 14 vyplývá, že nejvíce, tj. 60,87% (n = 42), respondentů je přesvědčeno, že se test na okultní krvácení provádí 1 krát za 2 roky od 55 let věku.

**Tab. 14: Test na okultní krvácení**

	n	%
1krát za rok od 50 – 54 let	23	33,33%
2krát do roka od 50 – 54 let	0	0,00%
1krát za dva roky od 55 let	42	60,87%
Žádný nárok bez doporučení specialisty	4	5,80%
Nad 50 let při podezření na nádor	0	0,00%
2 krát za rok od 55 let	0	0,00%
celkem	69	100,00%

**Otázka č. 14: Je důležité pacienta před testem na okultní krvácení upozornit na dietu?**

Položka č. 14 z dotazníkového šetření se zabývá tím, zda je dle respondentů důležité upozornit pacienta na dietní opatření před testem na okultní krvácení. Z celkového počtu 100,00% (n = 69) respondentů uvedlo 26,64% (n = 17) možnost ano. Odpověď spíše ano označilo 0,00% (n = 0) respondentů. Variantu ne, uvedlo v dotazníkovém šetření, 62,32% (n = 43) a variantu spíše ne označilo 13,04% (n = 9) respondentů.

Data v tab. 15 uvádí, že 75,36% (n = 52) respondentů neupozorňuje pacienty na dietní opatření před testem na okultní krvácení ve stolici.

**Tab. 15: Upozornění na dietu**

	n	%
Ano	17	24,64%
Spíše ano	0	0,00%
Ne	43	62,32%
Spíše ne	9	13,04%
Celkem	69	100,00%

**Otázka č. 15: Pokud jste v předchozí otázce odpověděli ano, na co pacienta upozorníte?**

Otázka č. 15 navazuje na předchozí položku č. 14. Pokud respondenti v předchozí otázce vybrali možnosti ano a spíše ano, tj. před testem na okultní krvácení ve stolici je důležité dodržet určitá dietní opatření, v této položce dotazníku měli tato opatření blíže specifikovat. Celkový počet respondentů, kteří odpověděli ano, byl 100,00% (n = 17). Respondenti měli na výběr ze tří možností. Opatření, že pacienti musí jíst tři dny před testem pouze zeleninu (špenát) zvolilo 5,88% (n = 1) respondentů. Druhou možnost, tj. pacienti ze svého jídelníčku vyloučí na 3 dny potraviny, které obsahují vanilku a alkohol, označilo 5,88% (n = 1) respondentů. 88,24% respondentů (n = 15) vybralo třetí možnost, tj. pacient nemůže jíst 3 dny salámy, syrové maso a uzeniny.

Z uvedených výsledků v tab. 16 vyplývá, že více než tři čtvrtiny, tj. 88,24% (n = 15) respondentů, edukují pacienty o vyloučení masité stravy z diety před provedením testu na okultní krvácení ve stolici.

**Tab. 16: Edukace o složení stravy**

	n	%
Konzumace zeleniny (špenát)	1	5,88%
Vyloučení potravin s vanilkou	1	5,88%
Vyloučení masité stravy	15	88,24%
Celkem	17	100,00%

**Otázka č. 16: Jak často má asymptomatický jedinec nárok na kolonoskopii?**

Otázka č. 16 dotazníkového šetření zjišťuje, jak často má podle respondentů asymptomatický jedinec nárok na kolonoskopii. Z celkového počtu 100,00% (n = 69) respondentů uvedlo 11,59% (n = 8) možnost první, tj. asymptomatický jedinec má nárok na kolonoskopii od 40 let věku jednou za 10 let. Druhou možnost označilo 10,14% (n = 7) respondentů, jež se domnívali, že asymptomatický jedinec má nárok

na kolonoskopii od 45 let věku života jednou za 10 let. Nejvíce respondentů, 50,72% (n = 35), vybralo třetí možnost, tj. nárok na kolonoskopii mají bezpříznakoví pacienti od 5. dekády života jednou za 10 let. 27,54% (n = 19) účastníků šetření považovalo čtvrtou možnost za správnou, tj. že jedinec bez symptomů má nárok na kolonoskopii od 55 let věku jednou za 10 let.

Pomocí tab. 17 je zřejmé, že 50,72% (n = 35) respondentů se domnívá, že kolonoskopie se provádí od 5. dekády života jednou za 10 let.

**Tab. 17: Kolonoskopie**

	n	%
Od 40 let jednou za 10 let	8	11,59%
Od 45 let jednou za 10 let	7	10,14%
Od 50 let jednou za 10 let	35	50,72%
Od 55 let jednou za 10 let	19	27,54%
Celkem	69	100,00%

**Otázka č. 17: Edukujete pacienta před kolonoskopií co je vhodné a co nevhodné?**

Dotazníková položka č. 17 se táže respondentů, zda edukují pacienty před kolonoskopií, co je vhodné a co nikoliv. 49,28% (n = 34) respondentů zvolilo možnost ano. 18,84% (n = 13) respondentů vybralo možnost spíše ano. 8,70% (n = 6) respondentů zvolilo variantu spíše ne a 23,19% (n = 16) dotazovaných pacienta needukuje vůbec.

Z uvedených údajů lze konstatovat, že více než polovina dotazovaných, tj. 68,11 % (n = 47), edukuje pacienta před endoskopickým vyšetřením tlustého střeva a rekta.

**Tab. 18 : Edukace před kolonoskopií**

	n	%
Ano	34	49,28%
Spíše ano	13	18,84%
Ne	16	23,19%
Spíše ne	6	8,70%
celkem	69	100,00%

**Otázka č. 18: Edukujete pacientky o samovyšetření prsu?**

Dotazníková položka č. 18 se zaměřila na edukaci pacientek v oblasti samovyšetření prsu všeobecnými sestrami v primární péči. Z celkového počtu 100,00 % (n = 69) respondentů uvedlo možnost ano 27,54% (n = 19) a interval spíše ano označilo

23,19% (n = 16) respondentů. 33,33% (n = 23) respondentů odpovědělo možnost ne a variantu spíše ne vybralo 15,94% (n = 11) dotazovaných.

V tab. 19 jsou zaznamenány četnosti odpovědí strukturovaného dotazníku, z nichž je patrné, že téměř polovina dotazovaných, tj. 49,27 % (n = 34), se nevěnuje edukaci pacientek o samovyšetření prsu.

**Tab. 19: Poskytování edukace o samovyšetření prsu**

	n	%
Ano	19	27,54%
Spíše ano	16	23,19%
Ne	23	33,33%
Spíše ne	11	15,94%
Celkem	69	100,00%

**Otázka č. 19: Dáváte pacientkám k samovyšetření prsu edukační materiál se správným postupem?**

Položka se dotazuje všeobecných sester v primární péči, zda poskytují pacientkám edukační materiál se správným postupem samovyšetření prsu. 17,39% (n = 12) dotazovaných respondentů uvedlo možnost ano. 10,14% (n = 7) tázaných označilo variantu spíše ano. Možnost ne vybralo 47,83% (n = 33) respondentů. Spíše ne uvedlo 24,64% (n = 17) respondentů.

Z analyzovaných dat je patrné, že více než polovina respondentů, tj. 72,47% (n = 50), neposkytuje pacientkám edukační materiály o samovyšetření prsu.

**Tab. 20: Edukační materiál o samovyšetření prsu**

	n	%
Ano	12	17,39%
Spíše ano	7	10,14%
Ne	33	47,83%
Spíše ne	17	24,64%
Celkem	69	100,00%

**Otázka č. 20: Jak často má žena právo na vyšetření mamografem?**

Otázka č. 20 se táže respondentů, jak často mají dle jejich názoru pacientky nárok na mamografické vyšetření. 86,96% (n = 60) dotazovaných se domnívá, že ženy mají právo nechat se vyšetřit na mamografu jednou za dva roky od 45 let věku. 13,04% (n = 9) respondentů zvolilo frekvenci jedenkrát ročně od 45ti let věku. Žádný z dotazovaných nevybral možnost každé dva roky od 35ti let věku, ani možnost jedenkrát za rok od 35ti let věku.

Z uvedených výsledků vyplývá, že většina respondentů, tj. 86,96%, je správně informována v oblasti mamografického screeningu, tzn. každá žena od 45ti let věku má právo nechat se vyšetřit jednou za 2 roky na mamografu.

**Tab. 21: Vyšetření mamografem**

	n	%
Od 45 let jednou za 2 roky	60	86,96%
Od 45 let jednou za rok	9	13,04%
Od 35 let jednou za 2 roky	0	0,00%
Od 35 let jednou za rok	0	0,00%
Celkem	69	100,00%

**Otázka č. 21: Jaké jsou podle Vás dva nejčastější rizikové faktory u karcinomu dutiny ústní?**

Dotazníková položka zjišťovala, které dva hlavní nejčastější rizikové faktory se podle respondentů podílejí v etiopatogenezi karcinomu dutiny ústní. 42,75% (n = 59) dotazovaných přikládá největší význam kouření. Stravu označilo 20,29% (n = 28) respondentů. 24,64% (n = 34) vybralo možnost alkohol a 9,42% (n = 13) respondentů možnost infekce. Významnost pracovnímu prostředí na patogenezi karcinomu dutiny ústní přikládá 2,90% (n = 4) respondentů.

Z tab. 22 je zřejmé, že dle respondentů patří mezi dva nejvýznamnější rizikové faktory vzniku karcinomu dutiny ústní kouření, a to u 42,57% (n = 59) respondentů a alkohol u 24,64% (n = 34) respondentů.

**Tab. 22: Rizikový faktor karcinomu dutiny ústní**

	n	%
Kouření	59	42,75%
Strava	28	20,29%
Alkohol	34	24,64%
Infekce	13	9,42%
Pracovní prostředí	4	2,90%
Celkem	138	100,00%

**Otázka č. 22: Jaké jsou podle Vás dva nejčastější rizikové faktory u karcinomu kůže?**

Dotazovaní respondenti měli vybrat dva nejčastější rizikové faktory, které se podle nich podílejí na vzniku karcinomu kůže. Respondenti měli na výběr z pěti možností. Možnost číslo jedna - imunosupresi označilo 0,00% (n = 0) respondentů. 26,87% (n = 37) respondentů zvolilo genetickou predispozici, coby rizikový faktor pro

vznik karcinomu kůže. Možnost UV B záření bylo nejčtenějším výběrem, označilo ho 36,96% (n = 51) respondentů. 11,59% (n = 16) respondentů se domnívá, že mezi dva nejčastější rizikové faktory patří typ pleti. Variantu UV A označilo 24,64% (n = 34) dotazovaných, tato odpověď byla druhá nejčtenější.

Z dat v tab. 23 je patrné, že respondenti označili jako dva nejvýznamnější rizikové faktory pro vznik karcinomu kůže UV B záření, a to v 36,96% (n = 51), a genetickou predispozici v 26,81% (n = 37).

**Tab. 23: Rizikové faktory karcinomu kůže**

	n	%
Imunosuprese	0	0,00%
Genetická predispozice	37	26,81%
UV B	51	36,96%
Typ pleti	16	11,59%
UV A	34	24,64%
Celkem	138	100,00%

**Otázka č. 23: Podáváte pacientům informace o rizikosti nadměrného slunění a možnostech jak předcházet nádorovému onemocnění kůže?**

Záměrem otázky č. 23 je zjistit, zda respondenti, pracující v primární péči pro dospělé, edukují pacienty o rizikosti nadměrného slunění a o prevenci nádorového onemocnění kůže. Z celkového počtu 100,00% (n = 69) respondentů označilo nejvíce dotazovaných položku spíše ne, a to v 39,13% (n = 27). Druhou nejčtenější odpovědí byla možnost spíše ano, která dosáhla celkového procentuálního zastoupení 33,33% (n = 23). Odpověď ano zaujímala 20,29% (n = 14). Nejméně početná byla varianta ne, která dosáhla 7,25% (n = 5).

Z analyzovaných dat lze říci, že více než polovina dotazovaných, a to 53,62% (n = 37), edukuje pacienty o rizikosti nadměrného slunění.

**Tab. 24: Edukace o rizikosti nadměrného slunění**

	n	%
Ano	14	20,29%
Spíše ano	23	33,33%
Ne	5	7,25%
Spíše ne	27	39,13%
Celkem	69	100,00%

**Otázka č. 24: Jak často se provádí vyšetření hladiny PSA?**

Dotazníková položka zjišťuje znalost všeobecných sester v primární péči o frekvenci vyšetřování hladiny PSA, coby markeru karcinomu prostaty. Z celkového počtu 100,00% (n = 69) respondentů jich 14,49% (n = 10) zvolilo vyšetřovací interval jednou za rok od 45 do 55ti let věku. 27,54% (n = 19) dotazovaných se domnívá, že od 55 do 65ti let věku se PSA vyšetřuje jednou za rok a 11,59% (n = 8) se domnívá, že správná frekvence vyšetření PSA je dvakrát ročně od 55 do 65ti let věku. Možnost, že stanovení PSA nepatří mezi rutinní vyšetření, zvolilo 46,38% (n = 32) respondentů. Žádný z dotazovaných 0,00% (n = 0) nevybral frekvenci vyšetření dvakrát za rok od 45 do 55ti let věku.

Z výsledků v tab. 25 je zřejmé, že většina účastníků dotazníkového šetření, a to 46,38% (n = 32), je toho názoru, že vyšetření hladiny PSA se neprovádí jako rutinní screening u praktického lékaře pro dospělé.

**Tab. 25: Vyšetření hladiny PSA**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Od 45 – 55 let jednou za rok	10	14,49%
Od 45 – 55 let dvakrát za rok	0	0,00%
Od 55 – 65 za rok	19	27,54%
Od 55 – 64 2x za rok	8	11,59%
Neprovádí se rutinně	32	46,38%
Celkem	69	100,00%

**Otázka č. 25: Jak často provádí lékař palpační vyšetření prostaty?**

Údaj dotazníkového šetření se zabývá, jak často provádí praktický lékař palpační vyšetření prostaty. Respondenti měli na výběr z pěti možností. 34,78% (n = 24) respondentů vybralo možnost č. 1, která zněla, že palpační vyšetření prostaty provádí praktický lékař pro dospělé jednou za rok od 50 – 69 let. 13,04% (n = 9) dotazovaných označilo odpověď od 50 – 69 let jednou za dva až tři roky. Možnost jedenkrát za rok od 40 – 50 let a od 40 – 50 let jednou za dva až tři roky vybralo 0,00% (n = 0) respondentů. 52,17% (n = 36) respondentů označilo v dotazníkovém šetření možnost, že se neprovádí jako rutinní screening.

Z daných výsledků z uvedeného souboru můžeme usoudit, že palpační vyšetření prostaty se neprovádí v primární péči pro dospělé rutinně. Tento údaj z celkového počtu uvedlo 52,17% (n = 36) dotazovaných.

**Tab. 26: Palpační vyšetření prostaty**

	n	%
Od 50 – 69 let jedenkrát za rok	24	34,78%
Od 50 – 69 let jednou za 2 - 3 roky	9	13,04%
Od 40 – 50 let jednou za rok	0	0,00%
Od 40 – 50let jednou za 2 - 3 roky	0	0,00%
Neprovádí se rutinně	36	52,17%
Celkem	69	100,00%

**Otázka č. 26: Informujete pacienta, že kouření zvyšuje incidenci karcinomu plic?**

Respondenti v této otázce odpovídali, zda informují pacienty o podílu kouření na zvyšující se incidenci nádoru plic. 50,72% (n = 35) respondentů edukuje své pacienty o zvýšeném riziku karcinomu plic v souvislosti s kouřením. 37,68% (n = 26) respondentů vybralo možnost spíše ano a 11,59% (n = 8) respondentů své pacienty needukuje vůbec. Možnost spíše ne označilo 0,00% (n = 0) respondentů.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že převážná část respondentů, a to 88,40% (n = 61), edukuje své pacienty o rizikovosti kouření, jenž má vliv na zvyšující se incidenci karcinomu plic.

**Tab. 27: Edukace o vlivu kouření**

	n	%
Ano	35	50,72%
Spíše ano	26	37,68%
Ne	8	11,59%
Spíše ne	0	0,00%
Celkem	69	100,00%

**Otázka č. 27: Domníváte se, že pacient, kterého jste edukoval/a o škodlivosti kouření sníží užívání tabáku?**

Otázka č. 27 zjišťuje, jaký efekt má dle názoru všeobecných sester edukace pacientů na eliminaci užívání tabáku. Pouze 5,80% (n = 4) respondentů se domnívá, že pacient po edukaci o škodlivosti kouření sníží užívání tabáku. Možnost spíše ano označilo 0,00% (n = 0) dotazovaných. 37,68% (n = 26) dotazovaných si myslí, že pacient po edukaci o škodlivosti kouření nesníží užívání tabáku vůbec a variantu spíše ne vybralo 56,52% (n = 39) respondentů.

Z analýzy dat v uvedeném souboru můžeme konstatovat, že převážná většina, tj. 94,20% (n = 65) účastníků šetření, si nemyslí, že by edukace pacientů o škodlivosti tabáku příznivě ovlivnila jeho spotřebu ve smyslu úplné abstinence.

**Tab. 28: Pokles užívání tabáku**

	n	%
Ano	4	5,80%
Spíše ano	0	0,00%
Ne	26	37,68%
Spíše ne	39	56,52%
Celkem	69	100,00%

**Otázka č. 28: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, uveďte jaká je podle Vás trvalost omezení užívání tabáku?**

Údaj se vztahuje k předchozí položce č. 27. Pokud respondenti vybrali možnosti ano nebo spíše ano, v této otázce vyjádřili svůj názor na trvalost pacientovy abstinence. Z celkového počtu 100,00% (n = 4) respondentů se jich 100,00% (n = 4) domnívá, že pacient nevydrží abstinovat déle než 1 rok. Ostatní možnosti, tzn. 2 – 5 let, 6 – 10 let a 11 a více let označilo 0,00% (n = 0) dotazovaných.

Tab. 29 vyjadřuje jednotný názor respondentů na délku omezení užívání tabáku, jež podle nich nebude delší než 1 rok.

**Tab. 29: Trvalost omezení tabáku**

	n	%
0 – 1 rok	4	100,00%
2 – 5 let	0	0,00%
6 – 10 let	0	0,00%
11 a více let	0	0,00%
celkem	4	100,00%

**Otázka č. 29: Máte ve Vaší ordinaci k dispozici nějaké standardizované edukační plány?**

Výše uvedená otázka z dotazníkového šetření zjišťuje, zda mají praktičtí lékaři ve svých ordinacích. Z celkového počtu 100,00% (n = 69) dotazovaných jich 27,54% (n = 19) odpovědělo kladně. 72,46% (n = 50) respondentů tvrdí, že se žádné standardizované edukační plány v ordinaci praktického lékaře nenachází.

Z dat v tab. 30 vyplývá, že více než polovina, tj. 72,46% (n = 50) dotazovaných, nemá v ordinaci standardizované edukační plány.

**Tab. 30: Edukační plány v ordinaci**

	n	%
Ano	19	27,54%
Ne	50	72,46%
Celkem	69	100,00%

**Otázka č. 30: Jaká témata Vaše standardizované edukační plány obsahují a na co se zaměřují?**

Dotazníková položka navazuje na otázku č. 29 s cílem specifikovat zaměření standardizovaných edukačních plánů. Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří předchozí otázku zodpověděli kladně. Z celkového počtu 100,00% (n = 19) respondentů jich má 36,84% (n = 7) standardizovaný edukační plán o rizikosti kouření, 26,32% (n = 5) standardizovaný edukační plán zabývající se rizikem kardiovaskulárního onemocnění, 5,26% (n = 1) standardizovaný edukační plán zaměřený na riziko vzniku osteoporózy, 10,53% (n = 2) standardizovaný edukační plán specializovaný na riziko nákazy HPV infekcí, 5,26% (n = 1) standardizovaný edukační plán zabývající se rizikem nákazy virovou hepatitidou a 15,79% (n = 3) standardizovaný edukační plán o problematice rizik spojených se zvýšenou hladinou cholesterolu.

Tab. 31 uvádí zaměření edukačních standardizovaných plánů v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Nejvyšší počet edukačních plánů má standardizovaný edukační plán zabývající se rizikem kouření 36,84% (n = 7).

**Tab. 31: Zaměření edukačních plánů**

	n	%
Rizikost kouření	7	36,84%
Kardiovaskulárního onemocnění	5	26,32%
Riziko osteoporózy	1	5,26%
Riziko HPV infekce	2	10,53%
Zvýšený cholesterol	3	15,79%
Žloutenka	1	5,26%
Celkem	19	100,00%

**Otázka č. 31: Edukace pacientů v prevenci nádorových onemocnění ve Vaší ordinaci provádí?**

Položka č. 31 se táže respondentů, kdo v jejich ordinaci provádí edukaci pacientů v prevenci nádorových onemocnění. Ze souhrnného množství 100,00% (n = 69) respondentů jich 39,1% (n = 27) uvedlo, že pacienty edukuje výhradně lékař.

U 33,33% (n = 23) dotazovaných provádí edukaci především všeobecná sestra. Ve 27,54% (n = 19) ordinací pacienty edukuje lékař společně se sestrou. 0,00% (n = 0) respondentů popřelo, že by se edukaci nevěnoval nikdo.

Níže uvedená tab. 32 znázorňuje, že největší podíl na edukaci pacientů v oblasti prevence nádorových onemocnění má lékař, a to v 39,13% (n = 27) případů.

**Tab. 32: Edukace pacientů v ordinaci provádí**

	n	%
Výhradně lékař	27	39,13%
Lékař společně se sestrou	19	27,54%
Především sestra	23	33,33%
Nikdo	0	0,00%
Celkem	69	100,00%

**Otázka č. 32: Měl/a byste zájem o další vzdělávání zaměřené na edukaci v rámci prevence nádorových onemocnění v primární péči?**

Výše uvedená otázka zjišťuje zájem respondentů o další vzdělávání zaměřené na edukaci v rámci prevence nádorových onemocnění v primární péči. Z celkového počtu 100,00% (n = 69) projevilo zájem o další vzdělávání 27,54% (n = 19) respondentů a 72,46% (n = 50) dotazovaných zájem o další vzdělávání nemá.

V uvedené tab. 33 je zřejmé, že 72,46% (n = 50) dotazovaných respondentů nemá zájem o další vzdělávání s touto tematikou.

**Tab. 33: Zájem o další vzdělávání zaměřené na edukaci**

	n	%
Ano	19	27,54%
Ne	50	72,46%
Celkem	69	100,00%

## 3.6 Diskuze

Tato podkapitola bakalářské práce je věnována diskuzi a porovnání některých otázek z vlastního dotazníkového šetření s dříve realizovanými studii na obdobné téma.

### 3.6.1 Porovnání výsledků s dříve realizovanými studii

Otázku č. 18 vlastního průzkumného šetření, tj. edukujete pacientky o samovyšetření prsu, bylo možné porovnat s výsledky šetření Jany Haičmanové, která v roce 2008 vypracovala bakalářskou práci na téma „Edukace pacientek s karcinomem prsu v Masarykově onkologickém ústavu“. Z výsledků dotazníkového šetření, které uvádí Jana Haičmanová ve své bakalářské práci, lze interpretovat, že z celkového počtu 100,00% (n = 62) dotazovaných všeobecných sester jich 90,30% (n = 56) odpovědělo kladně na otázku, zda edukují pacientky na svém pracovišti o samovyšetření prsu. Zápornou variantu odpovědi vybralo 9,70% (n = 6) respondentek. Jana Haičmanová tedy ve své bakalářské práci prezentuje mnohem uspokojivější výsledky. Otázka č. 18 v mém dotazníkovém šetření zjistila, že 50,73% (n = 35) respondentů edukuje pacientky o samovyšetření prsu a 46,27% (n = 34) dotazovaných neprovádí edukaci pacientek o samovyšetření prsu. Domnívám se, že rozdíl ve výsledcích je způsoben tím, že Haičmanová za respondenty oslovila sestry pracující v Masarykově onkologickém ústavu, které se setkávají mnohem častěji s problematikou Ca prsu a mají s tím tudíž mnohem větší zkušenosti, než skupina všeobecných sester, která se účastnila mého průzkumného šetření k bakalářské práci.

### 3.6.2 Zhodnocení vlastních výsledků šetření

V diskuzi se také věnuji některým výsledkům vlastního dotazníkového šetření, které považuji za zajímavé nebo nečekané. Tab. 14 interpretuje výsledky, které se zabývají, jak často a kolikrát do roka se provádí test na okultní krvácení ve stolici. Záměrně byly v této otázce dvě správné odpovědi, aniž by na ně byli respondenti jakkoliv upozorněni. Zajímalo mě, kterou dotazovanou položku ze strukturovaného dotazníku uvedou nejčastěji. Nejčtenější odpovědí respondentů byla, že test na okultní krvácení ve stolici se provádí jednou za dva roky od 55 let. Tuto variantu uvedlo 60,87% (n = 42) respondentů a variantu jednou za rok od 50 let označilo 33,33% (n = 23) respondentů. Podle vyhlášky 70/2012 sb. O preventivních prohlídkách se test

na okultní krvácení uskutečňuje jednou za rok od 50 let, dále od 55 roku jednou za dva roky. Tento úkon může být nahrazen od 55 let u asymptomatických jedinců kolonoskopií, na kterou mají podle dané vyhlášky O preventivních prohlídkách nárok pacienti jednou za deset let. Domnívám se, že variabilita odpovědí na tuto otázku byla způsobena buď neznalostí nové vyhlášky, která byla vydána na konci února roku 2012, nebo závislostí na pojišťovnách, které nechtějí test na okultní krvácení jednou za rok od 5. dekády života praktickým lékařům proplácet.

Otázka č. 15 se zabývá poučením pacienta o dietě před kolonoskopií. Na uvedenou otázku mě zaujaly dvě odpovědi. Jedna z nich, na kterou odpověděli 5,88% (n = 1) respondentů, byla, že pacient vyloučí tři dny před kolonoskopií potraviny obsahující vanilku. Druhou překvapující odpovědí bylo, že pacient před endoskopickým výkonem konzumuje pouze ovoce a zeleninu. Tyto dvě odpovědi, které uvedli 2 respondenti, bych zhodnotila jako neznalost v dané problematice.

Pomocí otázky č. 20 zjišťuji, jak často má žena právo na vyšetření mamografem. Z celkového počtu 100,00% (n = 69) respondentů jich 86,96% (n = 60) uvedlo správnou odpověď, že žena má nárok na vyšetření mamografem od 45 let jednou za dva roky. 13,04% (n = 9) dotazovaných zvolilo za odpověď, že ženy mají právo na vyšetření mamografem od 45 let jednou za rok. Zde je zajímavé, že nesprávné odpovědi označily ženy různých věkových kategorií. Předpokládám, že hlavním důvodem neuspokojivých výsledků na výše uvedenou otázku byla pouhá nepozornost respondentek.

V otázce č. 32 se účastníků šetření dotazují, zda mají respondenti zájem o další vzdělávání zaměřené na edukaci v rámci prevence nádorových onemocnění v primární péči. Podle mého názoru je zarážející, že pouze 27,54% (n = 19) respondentů má zájem o další vzdělávání v tomto odvětví. Pouze dvě sestry, tj. 15,38%, ve věku 18 – 24 let z celkového počtu 100,00% (n = 13) měly zájem o další vzdělávání v této oblasti. Takové výsledky považuji za velmi alarmující.

### 3.6.3 Pracovní hypotézy

Na základě výsledků vlastního šetření bylo stanoveno pět pracovních hypotéz, které byly pomocí testu nezávislosti, tzv. chí kvadrátu a pomocí kontingenčních (čtyřpólových) tabulek ověřeny, zda lze pracovní hypotézy s odkazem na uvedený soubor přijmout nebo odmítnout.

Markéta Papaková vypracovala v roce 2010 bakalářskou práci na téma „Využití Chí kvadrát testů na příkladech experimentálních dat s využitím Geostatistical Analyst

v softwaru ArcMap“. Papaková definuje chí kvadrát takto: „*Chí kvadrát ( $\chi^2$ ), neboli test nezávislosti, je nejčastější a nejvíce používanou statistikou při rozboru kontingenčních tabulek. Je založen na testu o neznámých parametrech a jeho úkolem je zjistit, zda jsou na sobě dva pozorované jevy závislé či nikoliv*“ (Papaková, 2010, s. 23)

Pro rozhodování o platnosti hypotéz, byla zvolena hladina významnosti  $\alpha = 0,01$ . Kvantil chí kvadrát rozdělení pro  $\alpha = 0,01$  a počet stupňů volnosti 1 je roven 6,635 (po zaokrouhlení na tři desetinná místa). Výsledky byly zadány do (čtyřpolní) kontingenční tabulky, která uspořádala vybraná data ke konkrétní pracovní hypotéze. Pro výpočet pracovních hypotéz byl aplikován následující statistický vzorec, díky němuž postupně byly ověřovány pracovní hypotézy. 
$$\chi^2 = n \cdot \frac{(a.d - b.c)^2}{(a+b).(a+c).(b+d).(c+d)}$$

Knihy Statistika pro ekonomy uvádí, že pro splnění podmínky pro výpočet chí kvadrátu je nutné, aby očekávaná četnost ve všech skupinách, do kterých je soubor roztríděn, musí být pro všechny třídy větší než 5. Po vypočítání očekávaných četností, můžeme konstatovat, že lze na stanovené pracovní hypotézy použít chí kvadrát. (Hindls, 2007)

**Pracovní hypotéza č. 1:** Lze předpokládat, že všeobecné sestry, které mají délku dosavadní praxe do 10 let, mají vyšší zájem o další vzdělávání se zaměřením na edukaci v rámci prevence nádorových onemocnění v primární péči, než všeobecné sestry pracující ve zdravotnictví déle jak 11 let (včetně).

**Nulová hypotéza  $H_0$ :** Všeobecné sestry s délkou praxe do 10 let a nad 11 let mají statisticky nevýznamně odlišný zájem o další vzdělávání.

**Alternativní hypotéza  $H_1$ :** Všeobecné sestry s délkou praxe do 10 let a nad 11 let mají statisticky významně odlišný zájem o další vzdělávání.

Stanovená pracovní hypotéza č. 1 se vztahuje k otázkám č. 6 a č. 32 ve strukturovaném dotazníku. Údaje z těchto dvou otázek byly vloženy do (čtyřpolní) kontingenční tabulky a pomocí vzorce pro výpočet chí kvadrátu byly vypočteny potřebné údaje.

**Tab. 34: Pracovní hypotéza č. 1 (skutečné četnosti)**

Praxe vs. Zájem	Zájem o vzdělávání	Nezájem o vzdělávání	Suma
Praxe 0 - 10let	4	17	21
Praxe 11 let a více	15	33	48
Suma	19	50	69

Vzhledem k tomu, že vypočítaná hodnota  $\chi^2 = 1,090$ , tj. jde o hodnotu nižší, než je kritická hodnota pro stanovenou hladinu významnosti 0,01 ( $\chi^2_{0,01}(1) = 6,635$ ), tak nulovou hypotézu nezamítáme, tj. všeobecné sestry s délkou praxe do 10 let a nad 11 let mají statisticky nevýznamně odlišný zájem o další vzdělávání.

**Pracovní hypotéza č. 2:** Lze předpokládat, že všeobecné sestry s vyšším vzděláním, než středoškolské s maturitou v rámci edukačních činností se zaměřují více na poskytování informací o rizikových faktorech, které vedou ke vzniku nádoru, než všeobecné sestry, které mají nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou.

**Nulová hypotéza  $H_0$ :** Všeobecné sestry se středoškolským nebo vyšším než středoškolským vzděláním, statisticky nevýznamně odlišně edukují pacienty o rizikových faktorech.

**Alternativní hypotéza  $H_1$ :** Všeobecné sestry se středoškolským nebo vyšším než středoškolským vzděláním, statisticky významně odlišně edukují pacienty o rizikových faktorech

Stanovená pracovní hypotéza č. 2 se vztahuje k dotazníkovým položkám č. 3 a 12 z vlastního průzkumného šetření. Pomocí kontingenční tabulky a statistického vzorce pro výpočet testu nezávislosti byla vypočítána data, která mi pomohla stanovit, zda nulovou hypotézu č. 2 lze přijmout nebo nikoliv.

**Tab. 35 : Pracovní hypotéza č. 2 (skutečné četnosti)**

Vzdělání vs. edukace	Kladná odpověď	Záporná odpověď	Suma
Maturitní	29	9	38
Vyšší než maturitní	20	11	31
Suma	49	20	69

Vzhledem k tomu, že vypočítaná hodnota  $\chi^2 = 1,276$ , tj. jde o hodnotu nižší, než je kritická hodnota pro stanovenou hladinu významnosti 0,01 ( $\chi^2_{0,01}(1) = 6,635$ ), tak nulovou hypotézu nezamítáme, tj. všeobecné sestry se středoškolským nebo vyšším než středoškolským vzděláním, statisticky nevýznamně odlišně edukují pacienty o rizikových faktorech.

**Pracovní hypotéza č. 3:** Lze předpokládat, že všeobecné sestry od 18 – 34 let budou více edukovat pacienty pomocí internetových zdrojů, než všeobecné sestry starší 35 let.

**Nulová hypotéza  $H_0$ :** Všeobecné sestry ve věkovém rozmezí 18 - 34 let a nad 35 let mají statisticky nevýznamně odlišně edukační proces pro pacienty pomocí internetových zdrojů.

**Alternativní hypotéza  $H_1$ :** Všeobecné sestry ve věkovém rozmezí 18 - 34 let a nad 35 let mají statisticky významně odlišně edukační proces pro pacienty pomocí internetových zdrojů.

Hypotéza č. 3 je vztažena na otázky č. 2 a 10 ze strukturovaného dotazníku.

**Tab. 36: pracovní hypotéza č. 3**

Věk vs. Internetové zdroje	Ano	Ne	Suma
18 – 34 let	3	20	23
35 a více let	15	31	46
Suma	18	51	69

Vzhledem k tomu, že vypočítaná hodnota  $\chi^2 = 1,276$ , tj. jde o hodnotu nižší, než je kritická hodnota pro stanovenou hladinu 0,01 ( $\chi^2_{0,01}(1) = 6,635$ ), tak nulovou hypotézu nezamítáme, a proto ji ponecháme v platnosti, tj. všeobecné sestry ve věkovém rozmezí 18 - 34 let a nad 35let mají statisticky nevýznamně odlišně edukační proces pro pacienty pomocí internetových zdrojů.

**Pracovní hypotéza č. 4:** Lze předpokládat, že všeobecné sestry, které neprovádí edukační činnosti o samovyšetření prsu, také neposkytují pacientkám edukační materiál o dané problematice tak často jako sestry, které edukaci o samovyšetření prsu provádí.

**Nulová hypotéza  $H_0$ :** Všeobecné sestry neposkytující materiál o samovyšetření prsu podávají statisticky nevýznamně odlišně edukační činnost jako sestry poskytující materiál o samovyšetření prsu.

**Alternativní hypotéza  $H_1$ :** Všeobecné sestry neposkytující materiál o samovyšetření prsu podávají statisticky významně odlišně edukační činnost jako sestry poskytující materiál o samovyšetření prsu.

**Tab. 37: Pracovní hypotéza č. 4**

Edukace Vs. materiál	Ano	Ne	Suma
Ano	8	12	20
Ne	11	38	49
Suma	19	50	69

Vzhledem k tomu, že vypočítaná hodnota  $\chi^2 = 2,192$ , tj. jde o hodnotu nižší, než je kritická hodnota pro stanovenou hladinu významnosti 0,01 ( $\chi^2_{0,01}(1) = 6,635$ ), tak nulovou hypotézu nezamítáme, a proto ji ponecháme v platnosti, tj. všeobecné sestry neposkytující materiál o samovyšetření prsu podávají statisticky nevýznamně odlišně edukační činnosti o samovyšetření prsu.

**Pracovní hypotéza č. 5:** Lze očekávat, že všeobecné sestry od 18 do 44 let provádí edukaci pacientů v ordinaci samy nebo společně s lékařem, zatímco u všeobecných sester starších 45 let provádí edukační činnost v ordinaci výhradně lékař.

**Nulová hypotéza  $H_0$ :** Všeobecné sestry ve věku od 18 - 44 let a nad 45 let mají statisticky nevýznamně odlišnou edukační činnost v ordinaci praktického lékaře pro dospělé.

**Alternativní hypotéza  $H_1$ :** Všeobecné sestry ve věku od 18 - 44 let a nad 45 let mají statisticky významně odlišnou edukační činnost v ordinaci praktického lékaře pro dospělé.

K ověření pracovní hypotézy č. 5 směřují dotazované položky č. 2 a 31 z dotazníkového šetření.

**Tab. 38: Pracovní hypotéza č. 5 (skutečné četnosti)**

Věk vs. Edukace	Edukace lékařem a sestrou	Edukace lékařem	Suma
18 – 44 let	27	5	32
45 a více let	15	12	27
Suma	42	17	59

Vzhledem k tomu, že vypočítaná hodnota  $\chi^2 = 5,929$ , tj. jde o hodnotu nižší, než je kritická hodnota pro stanovenou hladinu významnosti 0,01 ( $\chi^2_{0,01}(1) = 6,635$ ), tak nulovou hypotézu nezamítáme, a proto ji ponecháme v platnosti, tj. všeobecné sestry ve věku od 18 - 44 let a nad 45 let mají statisticky nevýznamně odlišnou edukační činnost v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Avšak na hladině významnosti 0,05 by bylo možné nulovou hypotézu zamítnout, neboť  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,84$  a  $5,929 > 3,841$ .

Závěrem k této podkapitole lze říci, že žádný výsledek chí kvadrátu nepodstoupil pod hladinu významnosti  $\alpha = 0,01$ . S ohledem na provedené šetření chí kvadrátu žádnou z uvedených nulových hypotéz na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  ( $\chi^2_{0,01}(1) = 6,635$ ) nezamítáme, a proto je ponecháváme v platnosti.

## ZÁVĚR

V předkládané bakalářské práci na téma „Sestra a prevence nádorových onemocnění v primární péči“ byly stanoveny následující cíle:

- 1) Přinést základní přehled dosavadních poznatků řešené problematiky publikovaných v českých i zahraničních literárních a časopiseckých zdrojích.
- 2) U vybrané skupiny všeobecných sester provést dotazníkové šetření zaměřené na zjišťování znalostí preventivních postupů nejčastějších nádorových onemocnění a jejich praktické naplňování na pracovištích primární péče pro dospělé.
- 3) Prostřednictvím dotazníku zmapovat podíl sester při prevenci nejčastějších nádorových onemocnění v ordinacích praktických lékařů pro dospělé.
- 4) Provést primární a statistickou analýzu získaných dat a zjištěné informace vhodně interpretovat.

Teoretická část byla zaměřená na vybraná nádorová onemocnění (Ca kůže, CaP, Ca prsu, Ca plic, Ca kolorekta a Ca děložního čípku). Každá klinická jednotka byla stručně definována a nastíněna její epidemiologická situace v České republice. Dále byly popsány nádorové změny a rizikové faktory, jež se podílejí na procesu karcinogeneze. Následně byly popsány preventivní postupy v primární péči pro dospělé.

Empirická část byla zanalyzována pomocí strukturovaných dotazníků, které byly distribuovány v Pardubicích, Hradci Králové, Chrudimi a na Praze 6. Byla provedena primární a statistická analýza dat, která je interpretovaná v podkapitole 3.5 Výsledky vlastní práce. Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na respondenty pracující v primární péči pro dospělé. Prostřednictvím průzkumného šetření analyzují edukační činnost respondentů a jejich znalosti v oblasti preventivních postupů proti vzniku nádorových onemocnění.

Některé výsledky vlastního šetření byly velmi překvapivé, zejména ty, jež poukazují na neznalost všeobecných sester v ordinacích praktických lékařů pro dospělé, v otázkách prevence vzniku nádorových onemocnění. Dalším neuspokojivým výsledkem je nedostačující aktivita všeobecných sester v edukaci pacientů v oblasti rizikových faktorů, jež se podílejí na vzniku onemocnění a nezáměrem absolvovat další vzdělávání k rozšíření teoretických znalostí v dané problematice. Při zpracování bakalářské práce jsem získala informace ohledně preventivních postupů v primární péči

proti nádorovým onemocněním, ale také se mi z dotazníkového šetření prokázala nedostatečná edukace pacientů v dané problematice.

## REFERENČNÍ SEZNAM

- 1) BARTOŇKOVÁ, Helena. *Manuál prevence a časně detekce nádorových onemocnění: prevence nádorových onemocnění ve 21. století; národní program zdraví*. 1. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2002, 94 s. ISBN 80-238-9513-3.
- 2) CARLSON, Karen; EISENSTAT Stephanie. *Primary care of women*: vyd. St. Louis: Mosby, c1995, xvi, 557 p., [1] p. of plates. ISBN 08-016-7677-0.
- 3) CETKOVSKÁ, Petra. Kožní nádory: slovo úvodem. *Onkologie pro praxi* [online]. 2010, č. 4, s. 224 [cit. 2012-12-28]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2010/04/02.pdf>
- 4) CETLOVÁ, Lada; NOVÁKOVÁ, Lada. *Ošetrovatel'stvo a zdravie: Edukace pacientů v nemocničním zařízení*. Fakulta zdravotníctva Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne: Fakulta zdravotníctva, TnUAD 2012, 2012, 260 s. ISBN 978-80-8075-531-7.
- 5) CROCE, Carlo M. Oncogenes and Cancer. DOI: 10.1056/NEJMra072367. Dostupné z: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra072367>
- 6) DIENSTBIER, Zdeněk. *Rakovina prsu u žen: prevence a léčebná péče*. Praha: Liga proti rakovině, 2004, 24 s. ISBN 978-80-239-3625-4.
- 7) DUŠEK, Ladislav a kol. *Epidemiologie, prevence a léčba kolorektálního karcinomu dle dostupných českých a mezinárodních dat*. 1. vyd. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2012. 199 s. ISBN 978-80-87347-07-2.
- 8) FAIT, Tomáš a kol. *Preventivní medicína*. Praha: Maxdorf, 2008. 551 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-160-8.

- 9) GERYK, Edvard, SEDLÁKOVÁ Libuše, KONEČNÝ Milan a HORVÁTH Teodor. Budou dosaženy očekávané počty zhoubného melanomu?. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2011, roč. 2011, č. 4, s. 235-238 [cit. 2012-12-22]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2011/04/16.pdf>
- 10) GLAXOSMITHKLIN. *Cervarix: Spolehlivost ochrany* [online]. 2012, 26. 7. 2012 [cit. 2013-03-16]. Dostupné z: <http://www.cervarix.cz/vakcina-cervarix/spolehlivost-ochrany/>
- 11) GLAXOSMITHKLINE. *Cervarix: Délka ochrany vakcíny* [online]. Praha, 2012, 26. 7. 2012 [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: <http://www.cervarix.cz/vakcina-cervarix/delka-ochrany-vakciny>
- 12) HAIČMANOVÁ, Jana. *Edukace pacientek s karcinomem prsu v Masarykově onkologickém ústavu*. Brno, 2008. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/185154/lf\\_b/Jana\\_Haicmanova\\_-\\_bakalarska\\_prace.pdf](http://is.muni.cz/th/185154/lf_b/Jana_Haicmanova_-_bakalarska_prace.pdf).  
Bakalářská práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce Helena Komínková.
- 13) HINDLS, Richard, Stanislava HRONOVÁ, Jan SEGER a Jakub FISCHER. *Statistika pro ekonomy*. 8. vyd. Praha: Professional Publishing, 2007, 415 s. ISBN 978-80-86946-43-6.
- 14) HOFFMAN, Richard M. Screening for Prostate Cancer. *New England Journal of Medicine*. 2011-11-24, roč. 365, č. 21, s. 2013-2019. ISSN 0028-4793. DOI: 10.1056/NEJMcp1103642. Dostupné z: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMcp1103642>
- 15) HOLUBEC, Luboš a kol. *Kolorektální karcinom: současné možnosti diagnostiky a léčby*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 175 s., [18] s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-0636-9.
- 16) HRUBÁ, Marcela, FORETOVÁ Lenka a VORLÍČKOVÁ Hilda. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001, 77 s. ISBN 80-238-7618-X.

- 17) JABLONSKÁ, Markéta a kol. *Kolorektální karcinom: časná diagnóza a prevence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 454 s., [8] s. obr. příl. ISBN 80-7169-777-X.
- 18) JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 77 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2171-2.
- 19) KOLOMBO, Ivan et al. *Prostata v éře robotických technologií*. Vyd. 1. Praha: Pears Health Cyber, 2008. 322 s. ISBN 978-80-904168-0-2
- 20) KOMÁREK, Lumír et al. *Podpora zdraví a zdravotní politika v prevenci nádorových onemocnění*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. 35 s. Národní program zdraví. Projekty podpory zdraví; 2002. Prevence nádorů; 21. ISBN 80-7071-205-8.
- 21) KRAJSOVÁ, Ivana. *Kožní nádory: typy, příčiny vzniku, léčba a prevence: ilustrovaný průvodce pro každého*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 55 s. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2404-4.
- 22) KUMAR, Vinay a ROBBINS Stanley L. *Robbins basic pathology*. 8th ed. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier, c2007, xiv, 946 p. ISBN 08-089-2366-8.
- 23) LIN, Jennifer S., EDER Michelle a WEINMANN Sheila. Behavioral Counseling to Prevent Skin Cancer: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Dostupné z: <http://www.annals.org>
- 24) MAČÁK, Jiří a MAČÁKOVÁ, Jana. *Patologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. 347 s., [20] s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-0785-3.
- 25) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Zdraví pro všechny ve 21. století: Program zdraví 21* [online]. Praha, 2002, 20. 1. 2008 [cit. 2013-03-31]. Dostupné z: [http://mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti\\_2461\\_1101\\_5.html](http://mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html)

- 26) MOUKOVÁ, Lucie a FERANEC Richard. Lidský papilomavirus z pohledu onkologie. *Onkologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, s.r.o, 2010, č. 4, s. 243-246 [cit. 2013-03-16]. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2010/04/08.pdf>
- 27) Novotvary 2009 ČR [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR ve spolupráci s Národním onkologickým registrem ČR, 2012 [cit. 2013-03-10]. ISBN 978-80-7280-975-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/novotvary>
- 28) PAPA KOVÁ, Markéta. *Využití Chi kvadrát testů na příkladech experimentálních dat s využitím Geostatistical Analyst v softwaru ArcMap*. Olomouc, 2010. Dostupné z: <http://theses.cz/id/v446op/127169-602295379.pdf>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Pavel Tuček.
- 29) PROVAZNÍK, Kamil, KOMÁREK, Lumír. *Manuál prevence v lékařské praxi*. Praha: Fortuna, 1999. 54 s. (Národní program zdraví). ISBN 80-7071-135-3.
- 30) ROB, Lukáš et al. *Gynekologie. 2., dopl. a přeprac. vyd.* Praha: Galén, 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7
- 31) SKÁLA, Bohumil a kol. *Informovaný pacient: o nádorové prevenci a péči praktického lékaře*. Praha: Liga proti rakovině Praha, [2007]. 88 s. ISBN 978-80-254-1556-6.
- 32) SKÁLA, Bohumil, ODRÁŽKA, Karel a KOMÁREK, Lumír. *Obecné preventivní a vyhledávací postupy u nádorových onemocnění v primární péči: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. 18 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 80-86998-02-9.
- 33) SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.

- 34) URBAN, Ondřej. Kolorektální karcinom: Diagnostika kolorektálního karcinomu. *Onkologie* [online]. 2008, roč. 2008, č. 1, s. 9-11 [cit. 2012-09-10]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2008/01/02.pdf>
- 35) ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotnická ročenka České republiky 2011* [online]. Praha, 2011 [cit. 2013-03-11]. ISBN 978-80-7472-024-6. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2011>
- 36) VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Silgard: O vakcíně* [online]. Praha, 2008 [cit. 2013-03-16]. Dostupné z: <http://www.vsecomuzu.cz/jak-se-chranit/o-vaccine>
- 37) ZAVORAL, Miroslav, SUCHÁNEK Štěpán, VEPŘEKOVÁ Gabriela, MÁJEK Ondřej, GREGOR Jakub a DUŠEK Ladislav. Screening a včasný záchyt kolorektálního karcinomu: současný stav v jednotlivých krajích České republiky. *Onkologie* [online]. 2011, roč. 2011, č. 4, s. 5 [cit. 2012-12-02]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2011/04/06.pdf>

## SEZNAM TABULEK

- Tab. 1: Maligní novotvary
- Tab. 2: Pohlaví respondentů
- Tab. 3: Věk respondentů
- Tab. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání
- Tab. 5: Specializovaná způsobilost
- Tab. 6: Délka praxe v primární péči
- Tab. 7: Celková odborná praxe
- Tab. 8: Praxe na jiném oddělení
- Tab. 9: Definice primární péče
- Tab. 10: Vyhledávání praktického lékaře
- Tab. 11: Nejčastější edukační materiály
- Tab. 12: Vliv edukace na životní styl a chování
- Tab. 13: Edukace pacientů o rizikových faktorech
- Tab. 14: Test na okultní krvácení
- Tab. 15: Upozornění na dietu
- Tab. 16 : Edukace na složení stravy
- Tab. 17: Kolonoskopie
- Tab. 18: Edukace před kolonoskopií
- Tab. 19: Edukace o samovyšetření prsu
- Tab. 20: Edukační materiály o samovyšetření prsu
- Tab. 21: Vyšetření mamografem
- Tab. 22: Rizikové faktory o karcinomu dutiny ústní
- Tab. 23: Rizikové faktory o karcinomu kůže
- Tab. 24: Edukace o rizikovosti nadměrného slunění
- Tab. 25: Vyšetření hladiny PSA
- Tab. 26: Palpační vyšetření prostaty
- Tab. 27: Edukace o vlivu kouření
- Tab. 28: Pokles užívání tabáku
- Tab. 29: Trvalost omezení tabáku
- Tab. 30: Edukační plány v ordinaci
- Tab. 31: Zaměření edukačních plánů
- Tab. 32: Edukace pacienta v ordinaci

Tab. 33: Zájem o další vzdělávání

Tab. 34: Pracovní hypotéza č. 1

Tab. 35: Pracovní hypotéza č. 2

Tab. 36: Pracovní hypotéza č. 3

Tab. 37: Pracovní hypotéza č. 4

Tab. 38: Pracovní hypotéza č. 5

## SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obr. 1: Pohlaví respondentů
- Obr. 2: Věk respondentů
- Obr. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání
- Obr. 4: Specializovaná způsobilost
- Obr. 5: Délka praxe v primární péči
- Obr. 6: Celková odborná praxe
- Obr. 7: Praxe na jiném oddělení
- Obr. 8: Definice primární péče
- Obr. 9: Vyhledávání praktického lékaře
- Obr. 10: Nejčastější edukační materiály
- Obr. 11: Vliv edukace na životní styl a chování
- Obr. 12: Edukace pacientů o rizikových faktorech
- Obr. 13: Test na okultní krvácení
- Obr. 14: Upozornění na dietu
- Obr. 15: Edukace na složení stravy
- Obr. 16: Kolonoskopie
- Obr. 17: Edukace před kolonoskopií
- Obr. 18: Edukace o samovyšetření prsu
- Obr. 19: Edukační materiály o samovyšetření prsu
- Obr. 20: Vyšetření mamografem
- Obr. 21: Rizikové faktory o karcinomu dutiny ústní
- Obr. 22: Rizikové faktory o karcinomu kůže
- Obr. 23: Edukace o rizikovosti nadměrného slunění
- Obr. 24: Vyšetření hladiny PSA
- Obr. 25: Palpační vyšetření prostaty
- Obr. 26: Edukace o vlivu kouření
- Obr. 27: Pokles užívání tabáku
- Obr. 28: Trvalost omezení tabáku
- Obr. 29: Edukační plány v ordinaci
- Obr. 30: Zaměření edukačních plánů
- Obr. 31: Edukace pacienta v ordinaci
- Obr. 32: Zájem o další vzdělávání

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Grafické znázornění (obrázky)

## PŘÍLOHY

### Příloha č. 1: Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Veronika Beranová a jsem studentkou 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetřovatelství 2. lékařské fakulty, Univerzity Karlovy v Praze.

Ráda bych Vás požádala o spolupráci při vyplnění tohoto dotazníku. Informace, které jeho prostřednictvím získám, budou použity v bakalářské práci na téma: „*Sestra a prevence nádorových onemocnění v primární péči*“.

Výsledky dotazníkového šetření budou použity pouze k účelu bakalářské práce. Sběr vyplněných dotazníků bude probíhat osobním vyzvednutím nebo zasláním na emailovou adresu: Beranova.nika@seznam.cz. Prostřednictvím dotazníku bych chtěla zmapovat podíl sester při prevenci nejčastějších nádorových onemocnění v ordinacích praktických lékařů pro dospělé. U každé otázky označte jednu odpověď, pokud není v otázce uvedeno jinak. K vyplnění dotazníku budete potřebovat cca 10 -15 minut.

Ze začátku má dotazník otázky zaměřující se na osobní informace, dále se zaměřuje na preventivní postupy nádorových onemocnění v primární péči.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování dotazníku

Veronika Beranová

**1. Jakého jste pohlaví?**

- Muž
- Žena

**2. Kolik je Vám let?**

- 18 – 24 let
- 25 – 34 let
- 35 – 44 let
- 45 – 49 let
- 50 a více let

**3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Bakalářské
- Magisterské
- Jiné

**4. Máte specializovanou způsobilost, tj. absolvoval/a jste specializační vzdělávání?**

(například IPVZ / NCO NZO Brno)

- Ne
- Ano: uveďte

**5. Jak dlouho pracujete v primární péči?**

- 0 – 5 let
- 6 – 11 let
- 12 – 17 let
- 18 – 23 let
- 24 a více let

**6. Jaká je Vaše celková délka odborné praxe?**

- 0 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 20 let
- 21 – 30 let
- 30 a více let

**7. Pracoval/la jste i v jiném zdravotnickém segmentu než v primární péči? (Pokud odpovíte ano, specifikujte kde. Vyberte jednu variantu s nejdelším působením Vaší praxe.)**

- Ne
- Ano:
  - Standardní oddělení interního typu
  - Standardní oddělení chirurgické typu
  - Jednotka intenzivní péče
  - Anesteziologicko resuscitační oddělení
  - Ambulantní pracoviště
  - Jiné (uveďte)

**8. Charakterizujte, která z uvedených možností nejlépe vystihuje primární péči?**

- Koordinovaná komplexní zdravotní péče jedinci a poskytování pravidelných preventivních prohlídek
- Péče poskytovaná pouze praktickým lékařem
- Péče poskytovaná jedincům v bezprostředním ohrožení zdraví
- Péče poskytnutá jedinci na standardním oddělení

**9. V jaké souvislosti dle Vašeho názoru vyhledává pacient svého praktického lékaře?**

- Navštěvuje svého praktického lékaře jen při zdravotních potížích
- Navštěvuje svého praktického lékaře jen při pravidelných prohlídkách a při zdravotních obtížích.
- Navštěvuje svého praktického lékaře jen po zaslání pozvánky

**10. Pomocí jakých materiálů edukujete nejčastěji pacienty? (Možnost výběru 2 odpovědí)**

- |                                |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Brožur   | <input type="radio"/> Reklama   |
| <input type="radio"/> Slovně   | <input type="radio"/> Přednáška |
| <input type="radio"/> Internet | <input type="radio"/> Needukují |

**11. Domníváte se, že Vaše edukace pomůže pacientovi změnit nebo ovlivnit životní styl a chování?**

- |                                 |                             |
|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Ano       | <input type="radio"/> Ne    |
| <input type="radio"/> Spíše ano | <input type="radio"/> Nevím |
| <input type="radio"/> Spíše ne  |                             |

**12. Poskytujete informace o rizikových faktorech a vzniku nádoru v rámci kompetencí všeobecné sestry?**

- |                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Ano       | <input type="radio"/> Spíše ne |
| <input type="radio"/> Spíše ano | <input type="radio"/> Nikdy    |
| <input type="radio"/> Ne        |                                |

**13. Kolikrát do roka a jak často se podle Vás provádí test na okultní krvácení?**

- 1krát za rok ve věkovém období 50 – 54 let
- 2krát za rok ve věkovém období 50 – 54 let
- Pacienti nad 50 let mají nárok na test pouze při podezření na nádor
- Pacienti nad 55 let mají nárok jednou za 2 roky
- 2 krát za rok ve věkovém období 55 let
- Pacienti nemají nárok bez doporučení specialisty

**14. Je důležité pacienta před testem na okultní krvácení upozornit na dietu?**

- Ano
- Ne
- Spíše ano
- Spíše ne

**15. Pokud jste v předchozí otázce odpověděli ano, na co pacienta upozorníte?**

- Pacient musí jíst 3 dny předem pouze zeleninu a ovoce (kedlubny, špenát)
- Pacient ze svého jídelníčku vyloučí na 3 dny potraviny, které obsahují vanilku, sladké potraviny (čokolády, sušenky) a alkohol
- Pacient nesmí jíst 3 dny salámy, syrové maso a uzeniny

**16. Jak často má asymptomatický jedinec nárok na kolonoskopii?**

- Od 40 let jednou za 10 let
- Od 50 let jednou za 10 let
- Od 45 let jednou za 10 let
- Od 55 let jednou za 10 let

**17. Edukujete pacienta před kolonoskopií co je vhodné a nevhodné?**

- Ano
- Ne
- Spíše ano
- Spíše ne

**18. Edukujete pacientky o samovyšetření prsu**

- Ano
- Ne
- Spíše ano
- Spíše ne

**19. Dáváte pacientkám k samovyšetření prsu edukační materiál se správným postupem?**

- Ano
- Ne
- Spíše ano
- Spíše ne

**20. Jak často má žena právo na vyšetření mamografem?**

- Od 45 – neomezeno let každé dva roky
- Od 45 – neomezeno let každý rok
- Od 35 – neomezeno let každé dva roky
- Od 35 – neomezeno let každý rok

**21. Jaké jsou podle Vás nejčastější rizikové faktory u karcinomu dutiny ústní?**

*(Uveďte 2 nejčastější)*

- Kouření
- Strava
- Alkohol
- Infekce
- Pracovní prostředí

**22. Jaké jsou podle Vás dva nejčastější rizikové faktory u karcinomu kůže?**

- Imunosuprese
- Genetická predispozice
- Ultrafialové záření typu B
- Typ pleti
- Ultrafialové záření typu A

**23. Podáváte pacientům informace o rizikovosti nadměrného slunění a jak předcházet nádorovém onemocnění kůže?**

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne

**24. Vyšetření hladiny prostatického specifického antigenu se provádí jak často?**

- Od 45 – 55 jednou za rok
- Od 45 – 55 dvakrát za rok
- Od 55 – 65 jednou za rok
- Od 55 – 65 dvakrát za rok
- Neprovádí se jako rutinní screening

**25. Palpační vyšetření prostaty provádí lékař?**

- Ve věkovém období 50 – 69 let 1 krát za rok
- Ve věkovém období 50 – 69 let jednou za 2 až 3 roky
- Ve věkovém období 40 – 50 let 1 krát za rok
- Ve věkovém období 40 – 50 let jednou za 2 až 3 roky
- Neprovádí se jako rutinní screening

**26. Informujete pacienta, že kouření zvyšuje incidenci rakoviny plic?**

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne

**27. Domníváte se, že pacient, kterého jste edukoval/a o škodlivosti kouření sníží užívání tabáku?**

- |                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Ano       | <input type="radio"/> Ne       |
| <input type="radio"/> Spíše ano | <input type="radio"/> Spíše ne |

**28. Pokud jste v předchozí otázce odpověděli ano a spíše ano, uveďte jaká je podle Vás trvalost u omezení užívání tabáku?**

- |                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> 0 – 1 rok | <input type="radio"/> 6 – 10 let    |
| <input type="radio"/> 2 – 5 let | <input type="radio"/> 11 a více let |

**29. Máte ve Vaší ordinaci k dispozici nějaké standardizované edukační plány?**

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Ano | <input type="radio"/> Ne |
|---------------------------|--------------------------|

**30. Jaká témata Vaše standardizované edukační plány obsahují a na co se zaměřují?**  
(volná odpověď)

- |                             |
|-----------------------------|
| <input type="radio"/> ..... |
| <input type="radio"/> ..... |

**31. Edukaci pacientů v prevenci nádorových onemocnění ve Vaší ordinaci provádí?**

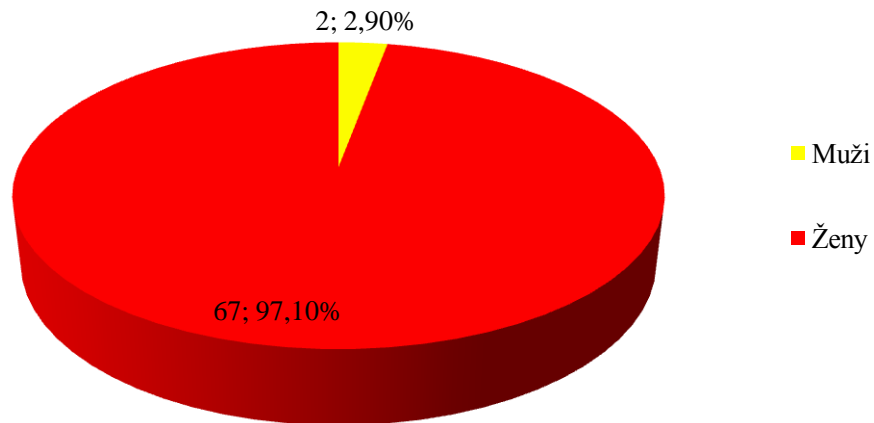
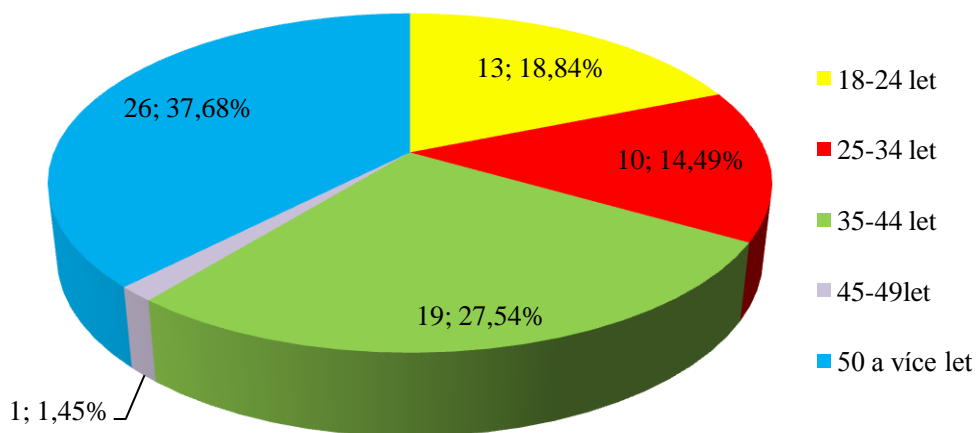
- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Výhradně lékař            | <input type="radio"/> Především sestra |
| <input type="radio"/> Lékař společně se sestrou | <input type="radio"/> Nikdo            |

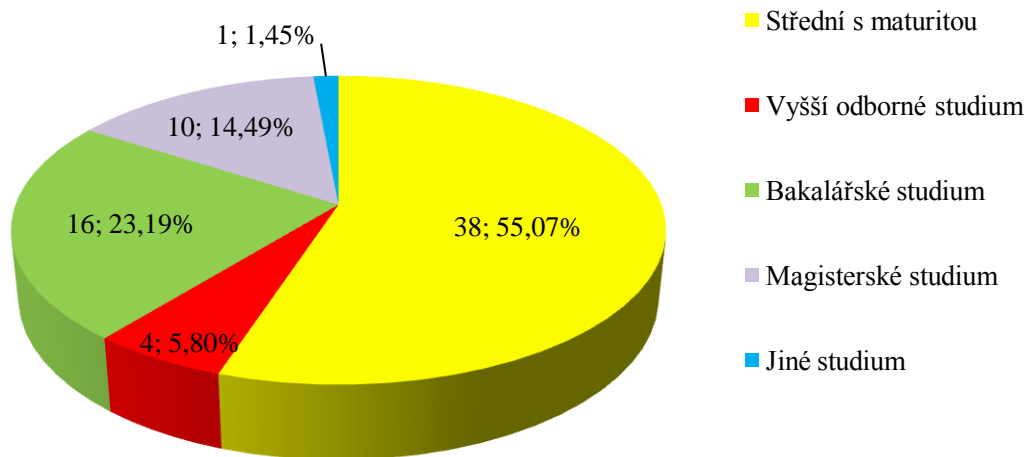
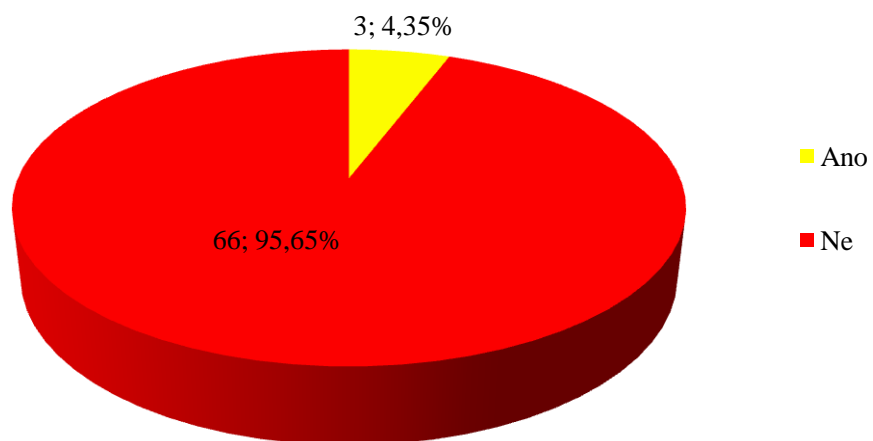
**32. Měl/a byste zájem o další vzdělávání zaměřený na edukaci v rámci prevence nádorových onemocnění v primární péči?**

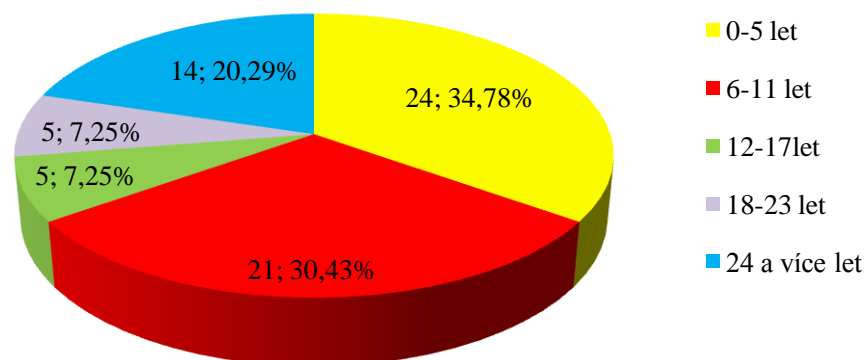
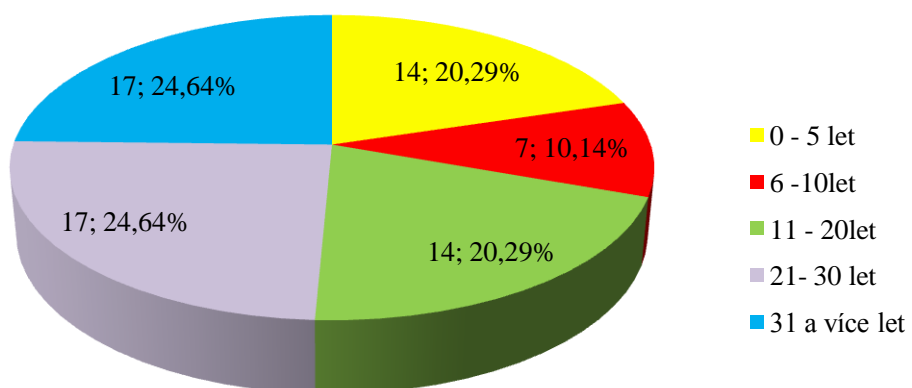
- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Ano | <input type="radio"/> Ne |
|---------------------------|--------------------------|

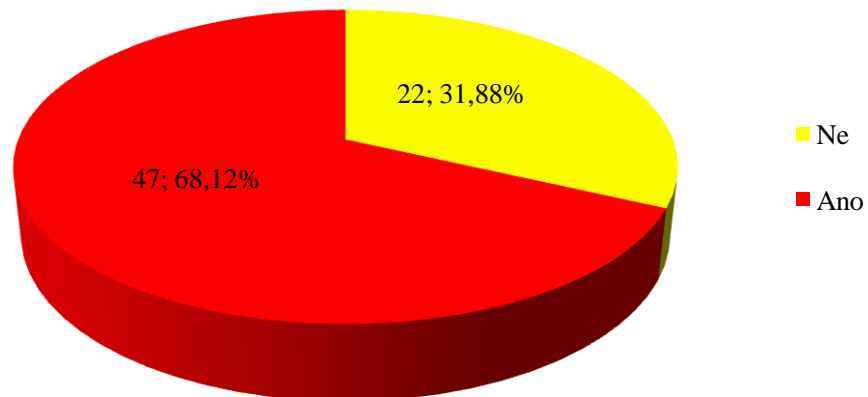
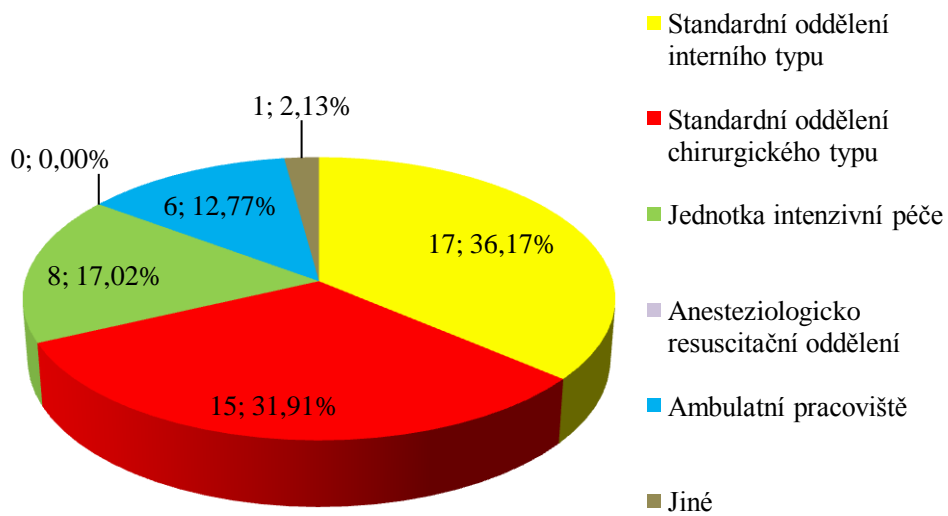
Ráda bych Vám poděkovala za čas a ochotu při vyplňování dotazníku. Výsledky z dotazníkového šetření budou použity pouze v empirické části bakalářské práce.

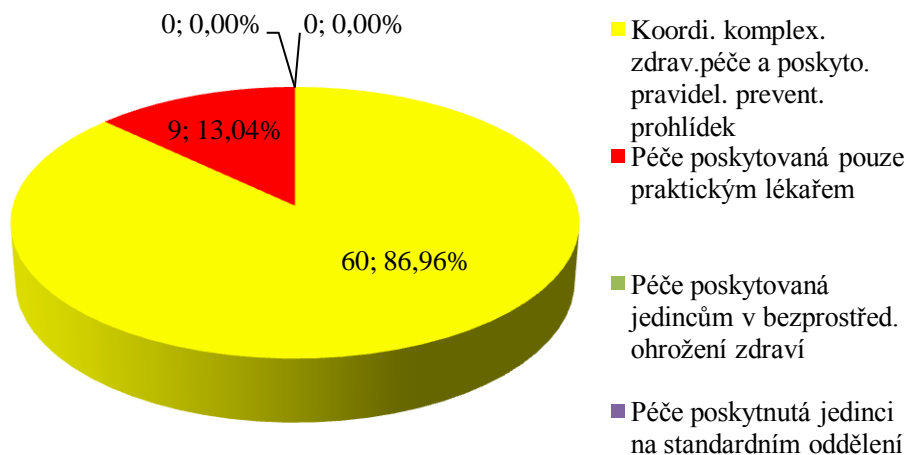
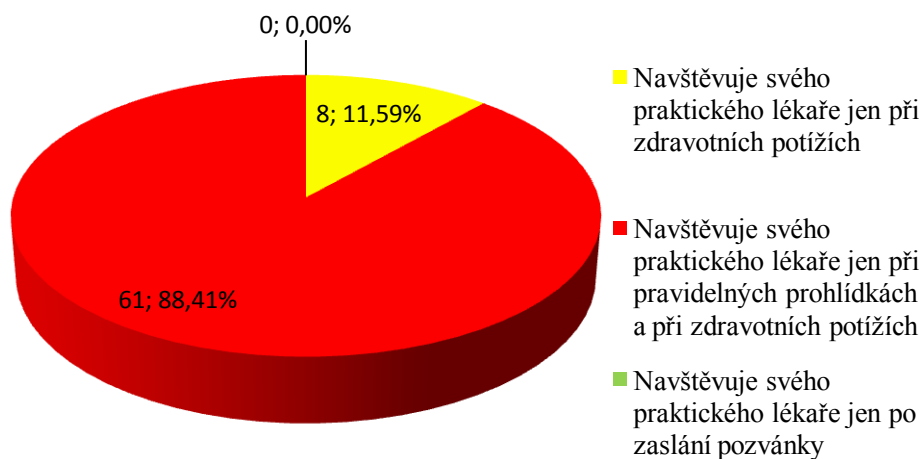
Beranová Veronika, 3. ročník bakalářského studia

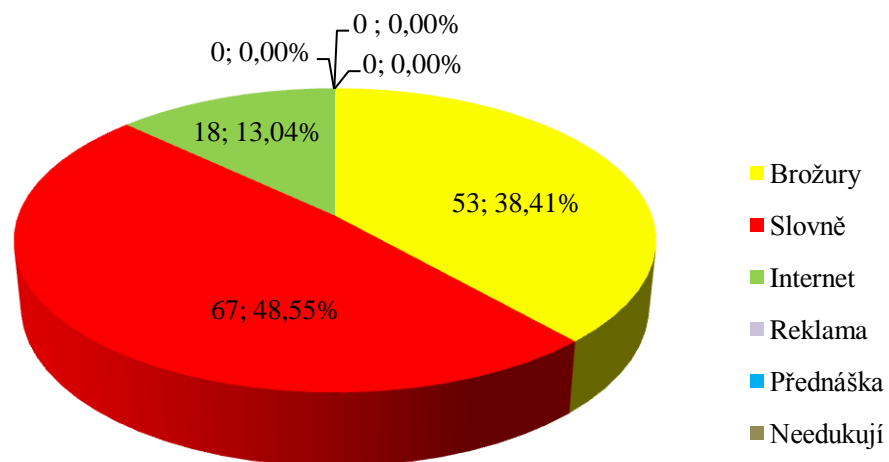
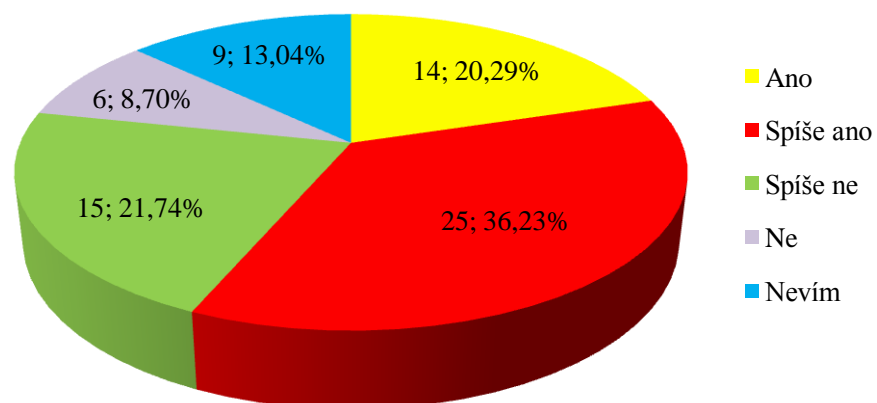
**Příloha č. 2: Grafické zobrazení (obrázky)****Obr. 1: Pohlaví respondentů****Obr. 2: Věk respondentů**

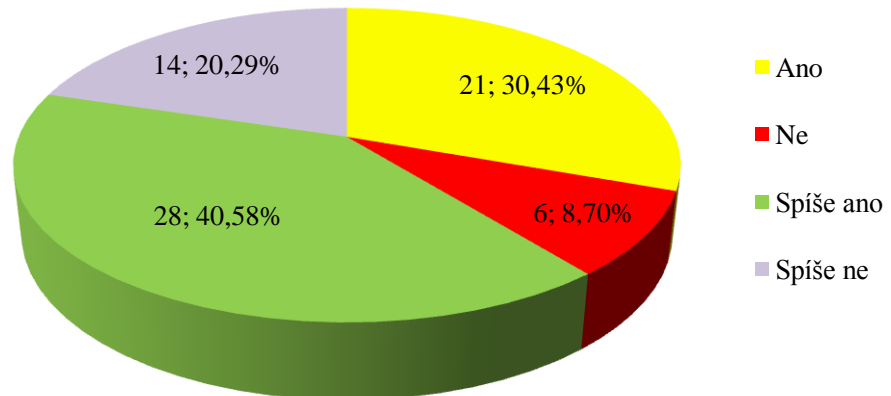
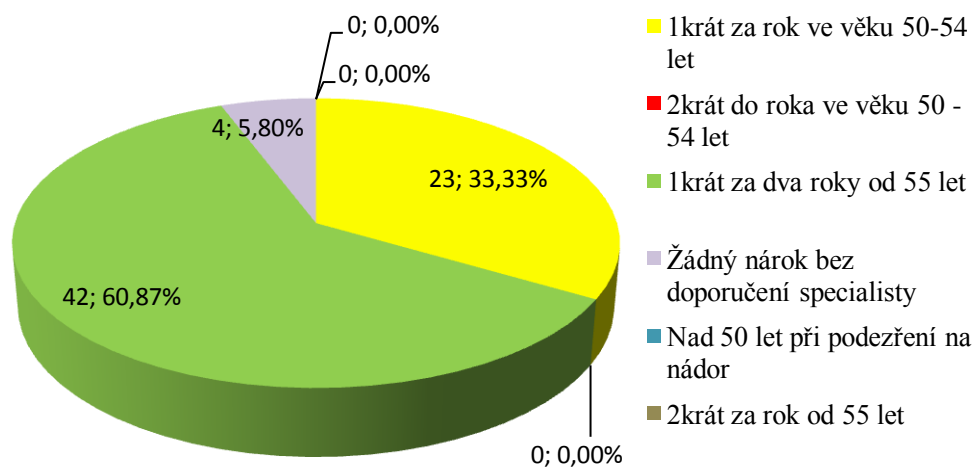
**Obr. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání****Obr. 4: Specializovaná způsobilost**

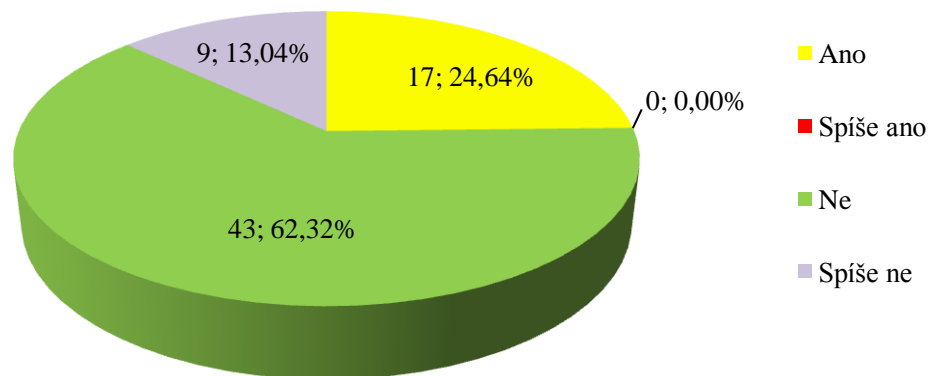
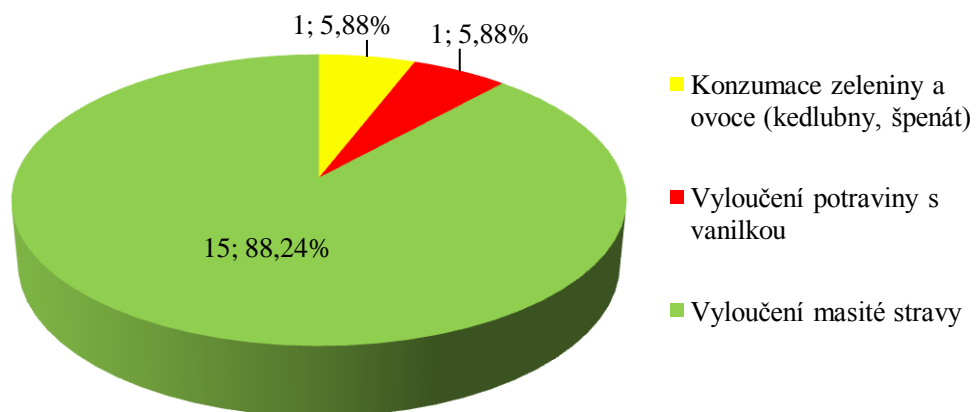
**Obr. 5: Délka praxe v primární péči****Obr. 6: Celková odborná praxe**

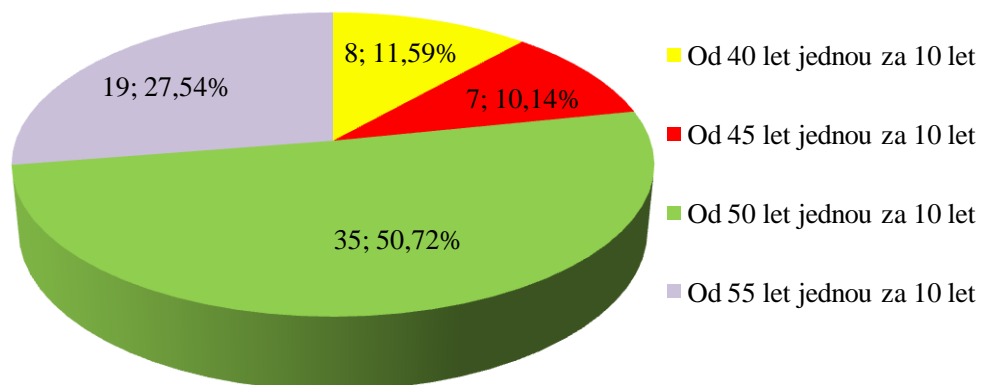
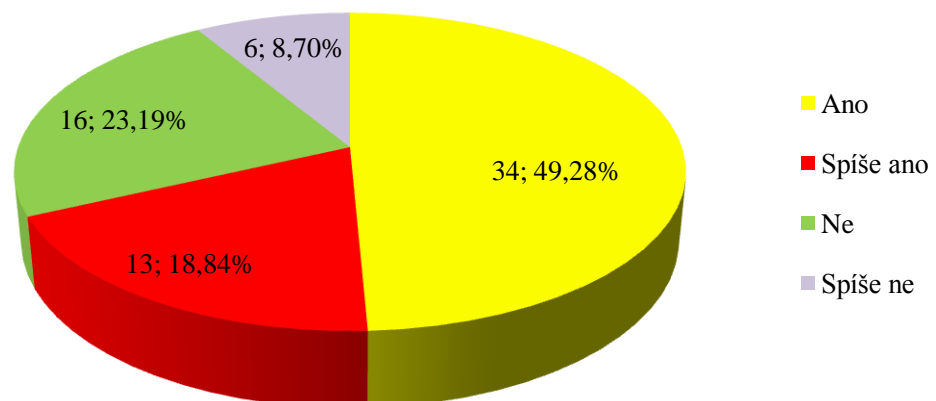
**Obr. 7a: Praxe na jiném oddělení****Obr. 7b: Praxe na jiném oddělení**

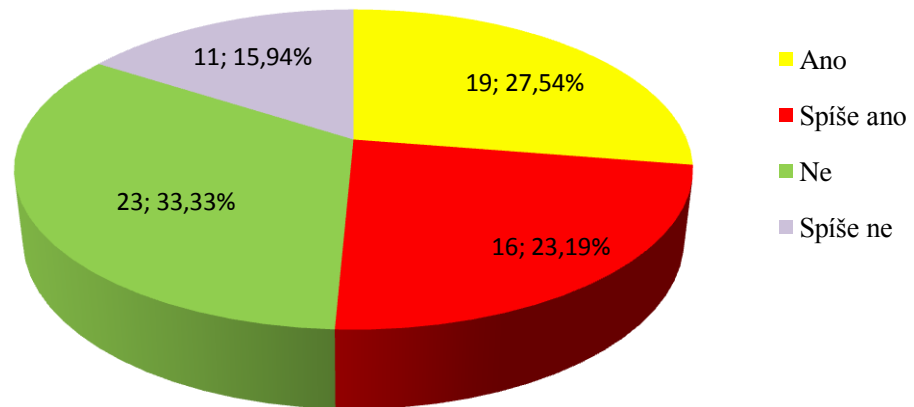
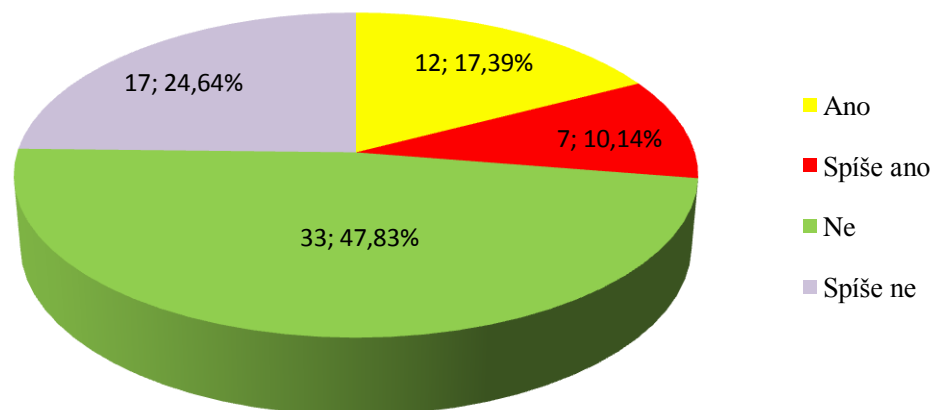
**Obr. 8: Definice primární péče****Obr. 9: Vyhledávání praktického lékaře**

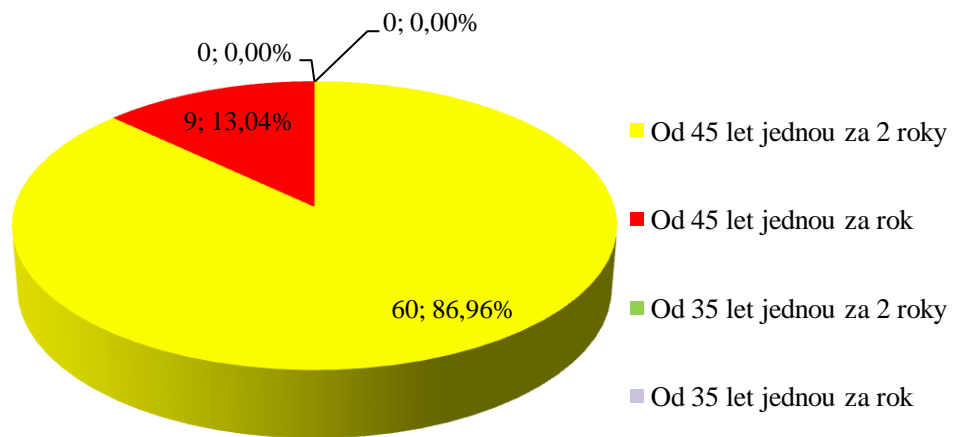
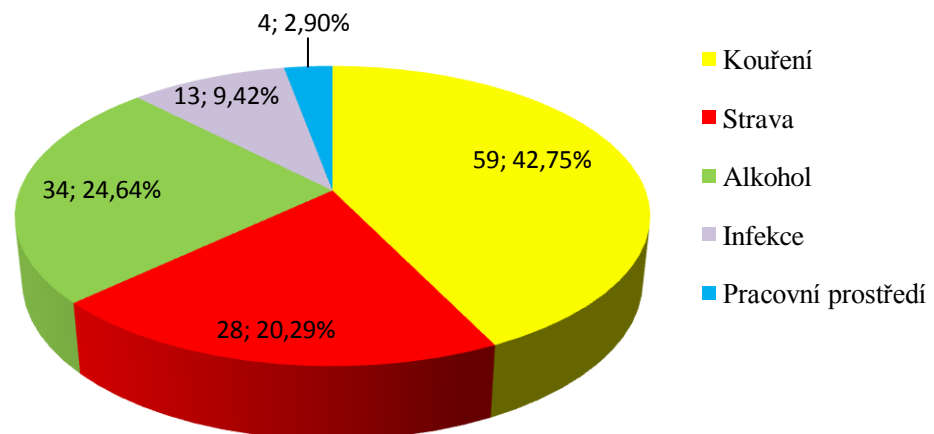
**Obr. 10: Nejčastější forma edukace****Obr. 11: Vliv edukace na životní styl a chování**

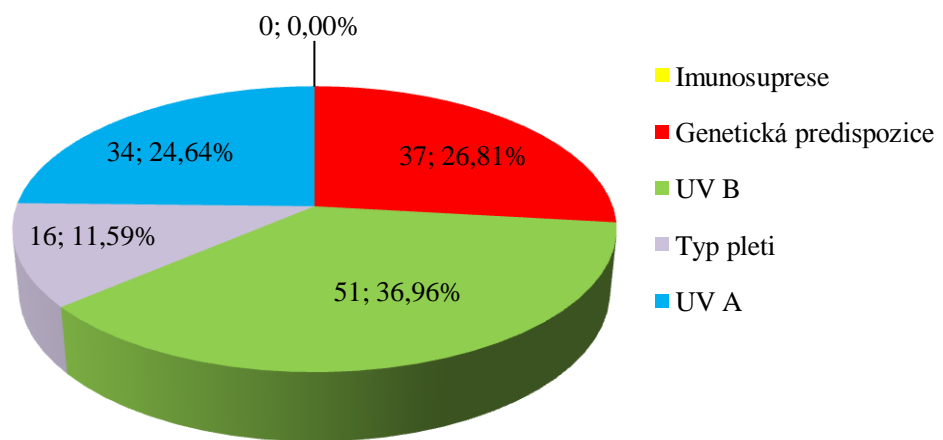
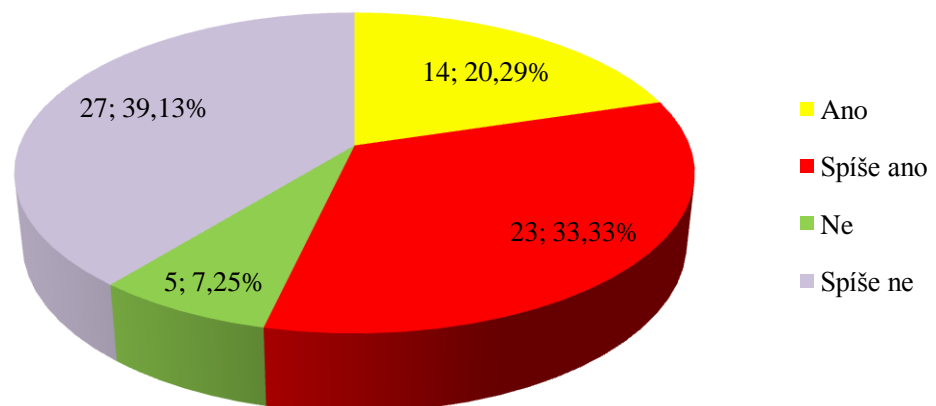
**Obr. 12: Edukace pacientů o rizikových faktorech****Obr. 13: Test na okultní krvácení**

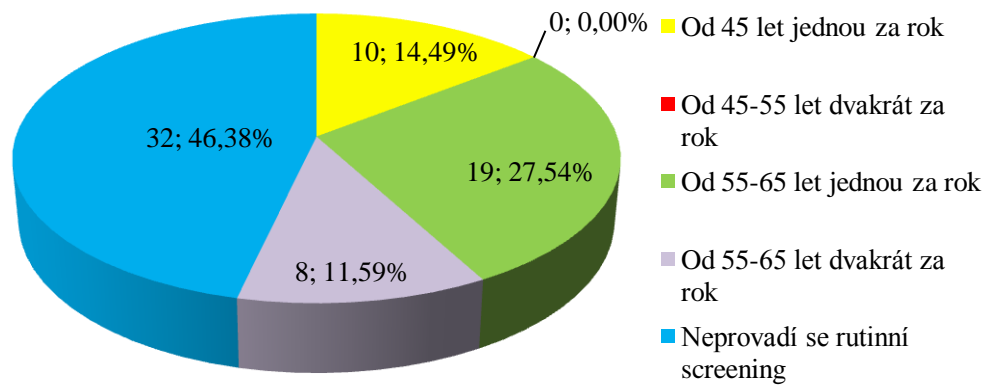
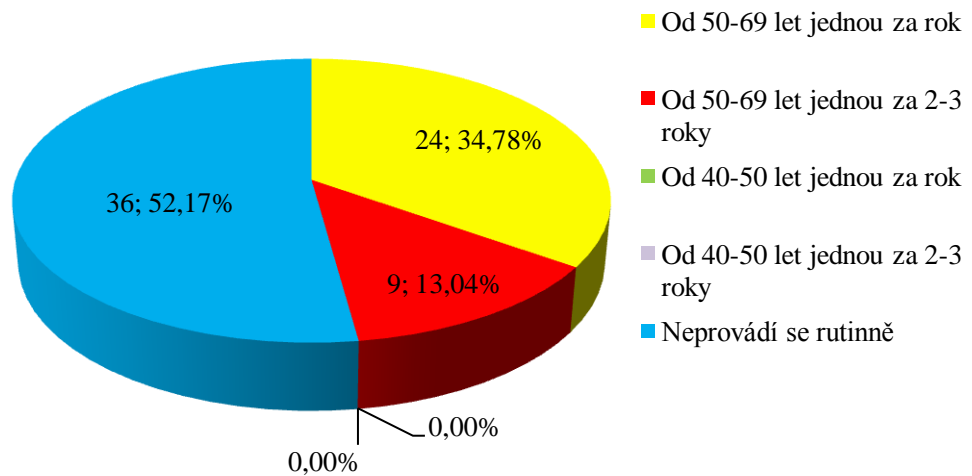
**Obr. 14: Upozornění na dietu pře testem na okultní krvácení****Obr. 15: Edukace o složení výživy**

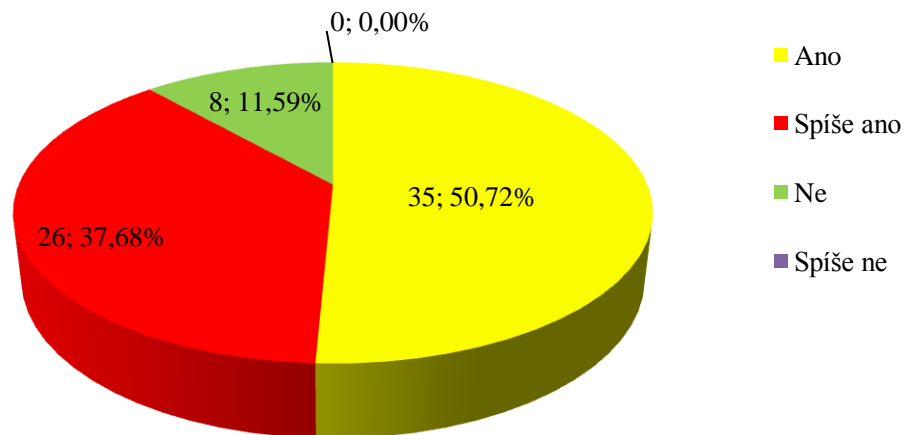
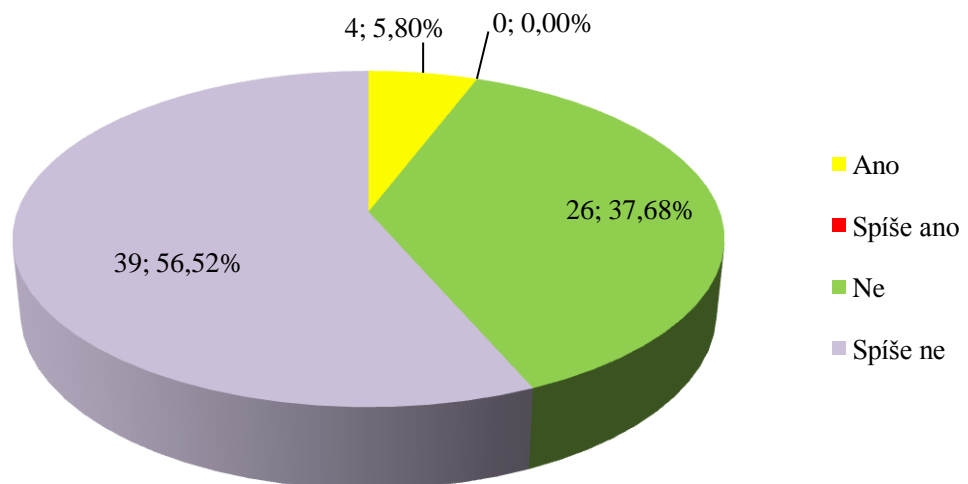
**Obr. 16: Kolonoskopie****Obr. 17: Edukace před kolonoskopií**

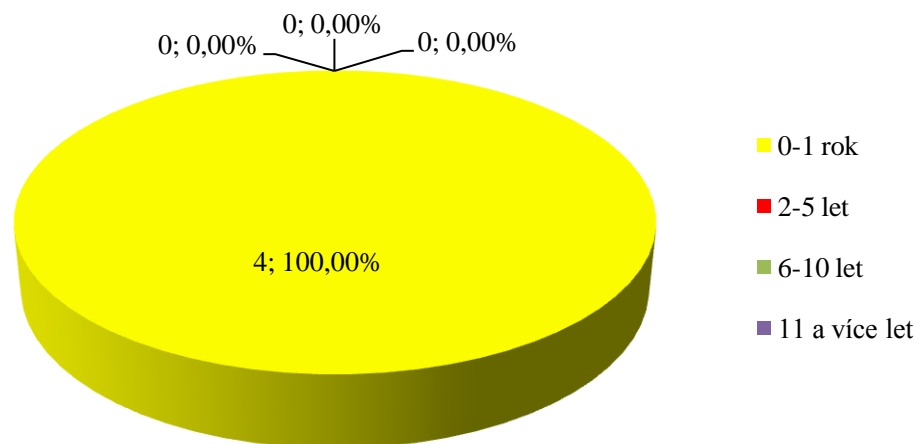
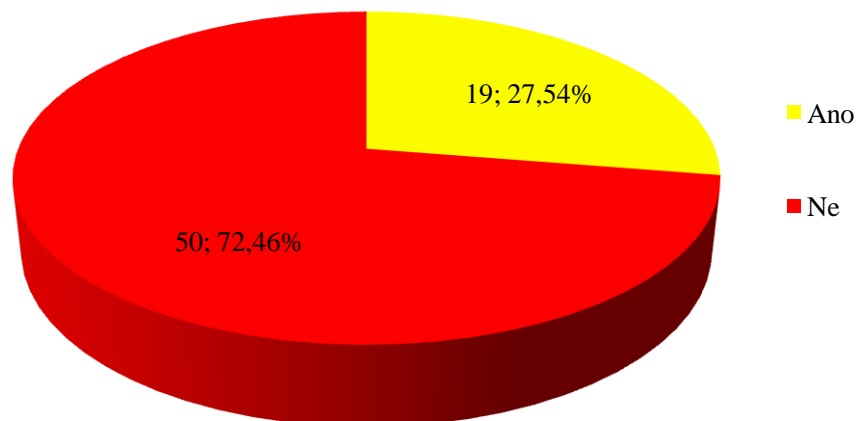
**Obr. 18: Edukace o samovyšetření prsu****Obr. 19: Poskytování edukačního materiálu o samovyšetření prsu**

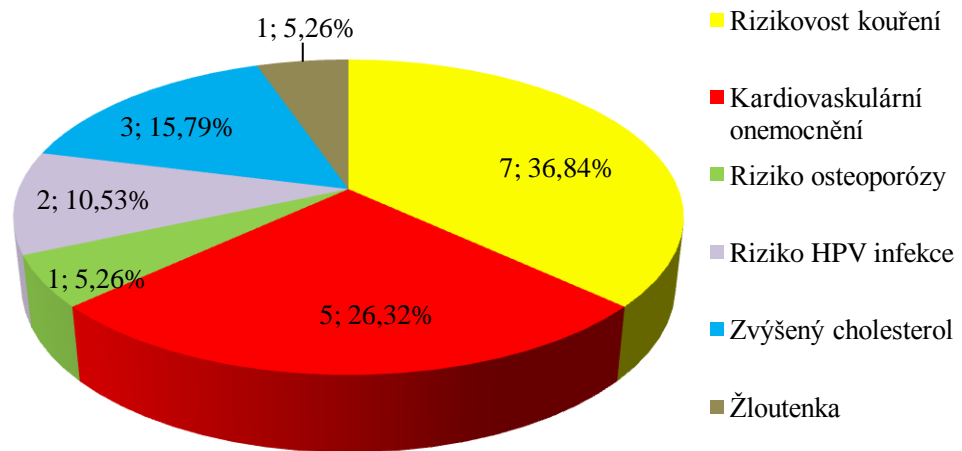
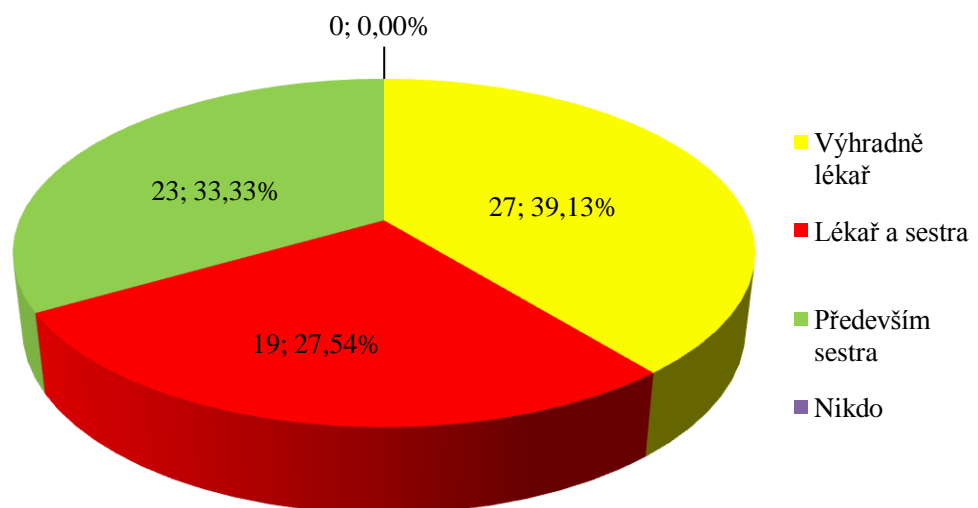
**Obr. 20: Vyšetření mamografem****Obr. 21: Rizikové faktory karcinomu dutiny ústní**

**Obr. 22: Rizikové faktory karcinomu kůže****Obr. 23: Edukace o rizikovosti nadměrného slunění**

**Obr. 24: Vyšetření hladiny PSA****Obr. 25: Palpační vyšetření prostaty**

**Obr. 26: Edukace o vlivu kouření****Obr. 27: Pokles užívání tabáku**

**Obr. 28: Trvalost omezení tabáku****Obr. 29: Edukační plány v ordinaci**

**Obr. 30: Zaměření edukačních plánů v ordinaci****Obr. 31: Edukace pacientu v ordinaci provádí**

**Obr. 32: Zájem o další vzdělávání**