

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Postoj veřejnosti k preventivním onkologickým vyšetřením**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D., R.N

Autor:

Bc. Markéta Kaulichová, Dis.

2008

## The Public Attitude towards Preventive Oncology Examinations

The object of this paper is to find out how laic and health professional public uses the potential of preventive oncology examinations and to uncover the barriers in use of these programs from the point of view of the laic and professional public.

The public attitude towards preventive oncology examinations is more important these days as the incidence of oncology diseases is growing. Prevention is considered the principal in modern medicine, also from an economic point of view. The attitude of society towards its health is one of problematic public health areas, the attitude of self-responsibility and the underestimated meaning of primary prevention. Moreover, there is a psychological problem related to oncology diseases: the fear of positive findings and the fear of the disease itself which is traditionally connected with incurability, cruel pain and inevitable death. This notion is no longer true. A dictatorial doctor's approach to patients in the past has been replaced with cooperative and more equal relation, where the patient takes part in decision making. However, doctors are too busy to find the proper way and proper extent of informing the patient or these doctors often underestimate the importance of a good way of giving this kind of information.

This thesis presents current preventive care offered in the Czech Republic and it shows the negative bias towards cancer which is a stumbling block to a more successful fight against oncology diseases. This research was undertaken amongst laic and health public. Quantitative data collection was used in the form of questionnaires. The research file is made up of men and women over 18 years, with or without health occupation.

The hypothesis was not proven that laic public use preventive oncology examinations more than health public. The laics use these programs less mostly due to lack of awareness about them. One of the most common obstacles in using preventive programs is the misunderstanding of prevention itself, when people contact a doctor only when they have problems. The results have also shown that laics are not satisfied with the activity of doctors in informing them and that laic public search for information is done less actively.

This thesis can be used as a foundation for further discussion about problems of informing the public about preventive programs and for future education of health personnel within oncology matters.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Postoj veřejnosti k preventivním onkologickým vyšetřením vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citovaných zdrojů.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním diplomové práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 5.5. 2008

.....  
Markéta Kaulichová

### **Poděkování**

Děkuji Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D., R.N. za odborné vedení diplomové práce, MUDr. Agnes Vargové, MUDr. Haně Belošovičové a rodině za pomoc s distribucí dotazníků a MUDr. Liborovi Zahradníčkovi za podporu, pomoc a věcné připomínky.

## Obsah

Úvod.....	7
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Onkologické onemocnění.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 Epidemiologie nádorů.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3 Prevence.....</b>	<b>11</b>
1.3.1 Prevence primární, sekundární, terciární.....	12
1.3.2 Prevence v onkologii.....	12
1.3.3 Význam preventivních prohlídek.....	15
1.3.4 Legislativa upravující zdravotní prevenci v ČR.....	16
1.3.5 Program preventivních onkologických prohlídek v ČR.....	19
1.3.6 Screeningové programy a jejich dostupnost.....	20
1.3.7 Národní onkologický program České republiky.....	22
1.3.8 Národní onkologický registr.....	23
1.3.9 Úskalí nádorové prevence v České republice.....	23
1.3.10 Role praktického lékaře v prevenci v rámci primární péče.....	26
<b>1.4 Psychologická problematika.....</b>	<b>28</b>
1.4.1 Vztah lékař a pacient.....	28
1.4.2 Typy pacientů dle představy o zdraví dle P. Tatea.....	30
1.4.3 Problém odpovědnosti za své zdraví a aktivního přístupu.....	32
1.4.4 Rozhodování jít či nejít k lékaři.....	34
1.4.5 Obávaná nemoc a slovo „rakovina“.....	36
1.4.6 Reálný postoj k nádorovému onemocnění.....	38
<b>1.5 Role zdravotně sociálního pracovníka v problematice onkologické prevence.....</b>	<b>40</b>
<b>2. Cíle práce a hypotézy.....</b>	<b>42</b>
<b>2.1 Cíle práce.....</b>	<b>42</b>

2.2	<i>Hypotézy</i> .....	42
3.	<b>Metodika</b> .....	43
3.1	<i>Použité metody a techniky sběru dat</i> .....	43
3.2	<i>Charakteristika cílové populace</i> .....	43
4.	<b>Výsledky</b> .....	44
5.	<b>Diskuse</b> .....	99
6.	<b>Závěr</b> .....	109
7.	<b>Seznam použitých zdrojů</b> .....	111
8.	<b>Klíčová slova</b> .....	115
9.	<b>Přílohy</b> .....	116

## Úvod

Téma mé diplomové práce „Postoj veřejnosti k preventivním onkologickým vyšetřením“ jsem zvolila na základě nabytých vědomostí a zkušeností z předchozích studijních prací, v kterých jsem se věnovala problematice onkologických pacientů. Vycházím také ze zkušeností s pacienty v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci, kde jsem absolvovala několik stáží, a z informací o této problematice, které jsem získala v rámci ošetrovatelských praxí v nemocnicích.

Postoj veřejnosti k preventivním onkologickým prohlídkám nabývá na významu v souvislosti s nárůstem incidence onkologických onemocnění, ke kterému v současné době dochází.

Problém nesprávného přístupu k preventivním onkologickým vyšetřením, problém malé míry účasti na nich pramení z několika příčin. Jednou z nich je psychologická problematika, strach z pozitivního nálezu a strach z nemoci, která s sebou již po několik desítek let nese nejistý průběh onemocnění a hrozbu konce života. A to navzdory tomu, že současná moderní medicína argumentuje novými léčebnými metodami, přesvědčuje o stále úspěšnějších operativních zákrocích a slibuje tak reálnou šanci na úplné vyléčení. V každém případě odmítá beznaděj s odkazem na paliativní medicínu.

Dalším úskalím je vztah společnosti ke svému zdraví, přístup k odpovědnosti k sobě samému obecně. V minulosti paternalistický přístup lékaře k nemocnému byl nahrazen snahou o kooperativní a rovnocenný vztah. Poměrně rychlá změna v chování lidí, kterou přinesl téměř neomezený přístup k nejrůznějším informacím a právo na srozumitelné a pravdivé informace o zdravotním stavu nemocného, se však příliš nedotkla smýšlení lidí o vlastním zdraví a uvědomování si zodpovědnosti za něj tak, aby je vedla ke zdravému způsobu života včetně preventivního chování.

Cílem práce je zjistit postoj laické i odborné veřejnosti k preventivním onkologickým vyšetřením a najít překážky, které brání ve využívání možností preventivních onkologických prohlídek, a porovnat výsledky ze strany odborné zdravotnické veřejnosti s výsledky ze strany laické veřejnosti.

V teoretické části je popisována problematika onkologického onemocnění v kontextu primární, sekundární a terciární prevence a problematika aktivního postoje lidí ke svému zdraví a k nádorovému onemocnění z pohledu historických souvislostí a psychologie. Jsou zde uvedena legislativní opatření týkající se preventivních onkologických prohlídek hrazených ze zdravotního pojištění.

Na základě prostudování literatury a realizování výzkumu mezi laickou a odbornou zdravotnickou veřejností jsou mapovány nejčastější příčiny, které brání ve využívání možností preventivního onkologického programu ČR.

Výsledky práce lze využít jako podklady pro diskuse o problému dostatečné informovanosti o preventivních vyšetřeních a o zakořeněnosti zastaralých představ o nádorovém onemocnění jako o nemoci bez šance na vyléčení, a pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků, kterých se zmíněná tematika týká.



## **1. Současný stav**

Zdravotnictví dnes umožňuje rakovinu úspěšně léčit a ve většině případů vyléčit, ale lidé na ni přesto stále umírají. Žijí nezdravě, nesledují signály svého těla, bojí se jít k lékaři (6).

Výskyt onemocnění zhoubným nádorem neustále stoupá a podle Světové zdravotnické organizace (WHO) onemocní na počátku třetího tisíciletí během života zhoubným nádorem každý třetí obyvatel naší planety. Česká republika patří mezi jedno z předních míst ve výskytu zhoubných nádorů na světě. V několika druzích dokonce na první místo. Zhoubné nádory jsou na druhém místě příčin úmrtí v ekonomicky vyspělých zemích. Čím dříve se odhalí zhoubný nádor (tedy v časném stádiu onemocnění), tím je léčba úspěšnější, jednodušší, kratší, levnější a s menšími vedlejšími nežádoucími účinky, a tím je větší naděje na úplné uzdravení a návrat do normálního života. Více než dvě třetiny zhoubných nádorů si člověk „způsobí sám“, „vypěstuje“ nevhodnou stravou, zlovyky a návyky (kouřením, alkoholem, nadužíváním léků bez doporučení lékaře – zejména léků proti bolestem) a nevhodným životním stylem. Rakovinu lze vyléčit (záleží ovšem na druhu a na stádiu onemocnění a na stavu nemocného) nebo léčit jako každé jiné chronické onemocnění (42).

Hodně lidí má zafixovanou představu, že nádor je rakovina, a to, že je termín pro nevyléčitelnou zhoubnou chorobu. Rakovina je nejběžnějším, ale nepřesným, lidovým výrazem pro celou škálu onemocnění, odborně nazývaných nádorová či onkologická onemocnění, zhoubná bujení nebo zhoubné nádory (27).

### **1.1 Onkologické onemocnění**

Onkologické onemocnění je obecný název pro 200 různých onemocnění, pro které je společné nekontrolovatelné buněčné dělení. To může vést buď k bujení benignímu (nezhoubnému) nebo k malignímu (zhoubnému). Benigní nádory na rozdíl od maligních nemají schopnost metastazovat, tj. nerozšiřují se do jiných částí těla.

Nádor neboli tumor či neoplazma (novotvar) je abnormální tkáň v mnohobuněčném organismu, která v tomto organismu nemá fyziologickou funkci a roste neregulovaným způsobem (10). Toto onemocnění může vznikat v kterékoliv tkáni (orgánu) člověka, ale též všech živočichů i rostlin. Nádorová tkáň nejen že nectí pravidla vnitřního rádu lidského organismu, ale na rozdíl od jiných zdravých buněk je schopna rozrušovat okolní zdravou tkáň a pronikat do ní (42).

Vznik maligního onemocnění má komplexní příčiny. Část z nich je zděděná po rodičích, část z nich tkví v okolním světě. Vnější příčiny lze však ovlivňovat, tj. zvyšovat či snižovat riziko vzniku onemocnění (39). Mezi tyto zevní vlivy podmiňující vznik nádorů se řadí kouření, výživové faktory, pohybová aktivita, infekce, ionizující a UV záření, chemické škodliviny a reprodukční faktory (10). Každé nádorové onemocnění je zároveň způsobeno genetickými změnami na buněčné úrovni, které způsobí buď zmiňované zevní faktory a nebo se na jeho vzniku podílí vrozené mutace, kterou jsou přítomny ve všech buňkách organismu a vytvářejí vysokou predispozici ke vzniku nádoru (39).

Onkologické onemocnění může způsobovat dušnost, nauzeu a zvracení, zácpu, střevní obstrukci, svědění, patologické zlomeniny, metabolické komplikace, zvýšené riziko infekce, nádorovou kachexii, chronickou patologickou únavu a další symptomatické příznaky typické pro určitý druh nádoru a jeho lokalizaci (1).

Lidové označení „rakovina“ pochází od slavného lékaře Hippokrata (460-377 př. n. l.), kterému obraz pokročilého nádoru připomínal klepeta kraba. Posléze však došlo k záměně kraba za jiného vodního živočicha, totiž raka a tím pádem se později vyvodilo a postupem času vžilo pojmenování „rakovina“ (17). Více viz kap. 1.4.5.

## ***1.2 Epidemiologie nádorů***

Úkolem epidemiologie nádorů je mapovat výskyt onkologických nemocí a analyzovat možné souvislosti vzniku těchto chorob se způsobem výživy, kontaktu s různými toxickými látkami, druhem práce apod.

V průběhu života postihne maligní onemocnění každého třetího obyvatele naší republiky. Každý čtvrtý obywatel České republiky zemře na zhoubné onemocnění (39). Úmrtnost na nádory je v ČR na druhém místě (u mužů 25 % za rok a u žen 23 %), následuje za úmrtností na nemoci oběhové soustavy (u mužů 53 %, u žen 57%). Ročně umírá v České republice 28 000 osob na nádorová onemocnění. Do invalidního důchodu odchází přibližně 3 000 onkologických nemocných ročně (6).

Vývoj četnosti nádorů v České republice vypadá následovně: klesá incidence a roste prevalence u nádorů žaludku; u žen je zvýšená incidence nádorů plic (u mužů pokles); vyšší nárůst incidence i velké zvýšení prevalence u nádorů ledvin, kůže, kolorekta, močového měchýře, prsu, rodidel, prostaty, varlat, melanomu; vyšší nárůst incidence a malé zvýšení prevalence u nádorů jater, žlučníku, slinivky. Na průměrném ročním přírůstku u obou pohlaví se nejvíce podílejí maligní nádory vylučovacích cest, kolorekta, kůže, prostaty, prsu a plic (ženy) a melanom. Ve shodě s většinou evropské populace meziročně klesá v ČR incidence karcinomů žaludku a narůstá u karcinomů kolorekta (39). Obecně se výskyt nádorových onemocnění v České republice významně neliší od situace v ostatním vyspělých průmyslových zemích. Ročně se diagnostikuje na 1 milión obyvatel přes 5000 nových onkologických onemocnění. Vyléčitelnost nádorových pacientů v průměru lze předpokládat u více než poloviny, to přesvědčivě poukazuje na potřebu zintenzivnění nádorové prevence (6).

### **1.3 Prevence**

Prevence znamená předcházení nemoci. Je nejúčinnějším a nejlevnějším opatřením proti onkologickým chorobám. Prevence obsahuje činnosti, které informují veřejnost o rizicích vzniku onemocnění a změnách životního stylu, jež snižují výskyt daného onemocnění. S prevencí je třeba začít dříve, než člověk onemocní, během pravidelných preventivních prohlídek u rodinního nebo praktického lékaře. Prevence by tedy měla začínat v ordinaci každého praktického lékaře, gynekologa i ostatních lékařů specialistů. Prevenci rozlišujeme na prevenci primární, sekundární a terciární (15).

### ***1.3.1 Prevence primární, sekundární, terciární***

Primární prevence je zaměřena na zdravou populaci. Cílem je především předejít onemocněním. Součástí primární prevence je také zlepšování zdravotního stavu a zdravého životního stylu, posilování zdraví, ovlivňování špatných návyků, jako je kouření tabáku, nadměrné slunění, stravovací návyky, sexuální chování, nadměrné požívání alkoholu a jiné.

Sekundární prevence je zaměřena na včasné zjištění onemocnění. Jejím hlavním úkolem je zabránit rozvoji již vzniklého onemocnění (4).

Terciární prevence je zaměřena na lidi, u nichž již nelze vzniku onemocnění zabránit a nemoc propukla, je třeba výchova nemocných i rodinných příslušníků k tomu, jak co nejvíce využít stávajících možností zdravého žití a jak se vyhnout zbytečným komplikacím a problémům (15).

### ***1.3.2 Prevence v onkologii***

Prevence v onkologii vychází ze současných vědeckých poznatků lékařské vědy a výzkumu o vlivu různých rizikových faktorů, které přímo nebo nepřímo ovlivňují vznik nádorového onemocnění. Postupně přibývá informací o tom, které vlivy usnadňují vznik maligního (zhoubného) nádorového bujení. Odstranění těchto vlivů může u daného jedince snížit pravděpodobnost vzniku nádorového bujení.

Veřejnost je třeba pravdivě informovat, že snížení úmrtnosti na zhoubné nádory nepomohou nové léky a zázračné metody, nýbrž pouze systematická primární a sekundární onkologická prevence.

Primární prevence znamená odstraňovat ze životního stylu a prostředí rizikové faktory, prokazatelně vedoucí ke zvýšenému výskytu zhoubných nádorů. Jde především o boj proti kouření, alkoholismu, nezdravé výživě, některým virovým infekcím, kontaminaci životního a pracovního prostředí kancerogenními látkami, a to spolu se zvyšováním odpovědnosti za vlastní zdraví (26).

Při současné úrovni poznání je zapotřebí se konkrétně zaměřovat na tyto oblasti: boj proti kouření, zejména v mladších věkových skupinách a u žen; programy pro odvykání kouření a léčbu závislosti na tabáku; boj s alkoholismem, zejména chronickým pijáctvím destilátů; ochranu kůže před neúměrnou expozicí slunečního záření; eradikaci infekcí žaludku *Helicobacterem pylori*; vakcinace proti hepatitidám; vakcinace proti papilomavirům; výchovu ke zdravé výživě a zdravému životnímu stylu, a to již na školách; analýzy a hodnocení komerčních produktů z hlediska možné kancerogenity; analýzy stavu životního prostředí z hlediska kancerogenity, hlavně pak vodních zdrojů (34).

Neumí-li dosud současná medicína nádorovým onemocněním účinně předcházet u každého jednotlivce zvláště, lze mu nabídnout alespoň účinnou sekundární prevenci, tedy časný záchyt nádorového onemocnění preventivními onkologickými vyšetřeními. V onkologii platí, že čím časněji je nádorové onemocnění zachyceno, tím lepší jsou výsledky a tím nižší náklady na léčbu i náročnost pro nemocného (26).

Indikátory úrovně sekundární prevence je poměr lokalizovaných stádií nádorů k ostatním pokročilejším stádiím a vývoj úmrtnosti na zhoubné nádory. V současné době je třeba podporovat nebo lépe propracovat: screening rakoviny prsu; screening rakoviny hrdla děložního, screening rakoviny tlustého střeva a konečníku; kampaně pro záchyt zvrhávajících se melanotických forem, zejména po letní sezóně; dispenzarizaci jedinců se zvýšeným dědičným rizikem vzniku nádoru na základě rodinné anamnézy, ontogenetické prohlídky zohledňující věkově specifická onkologická rizika; oborově specifické depistáže prekanceróz a časných nádorů ve stomatologii, ORL, pneumologii, gastroenterologii, gynekologii, urologii či hematologii; pilotní a cílené studie zaměřené na metodologii časného záchytu rakoviny prostaty; pilotní a cílené studie zaměřené na metodologii časného záchytu rakoviny plic u rizikových skupin; pilotní studie zaměřené na časnou diagnostiku nádorů jater, žlučových cest, pankreatu a ledvin; pilotní studie zaměřené na časnou diagnostiku nádorů u seniorů jako specifické skupiny s vysokým onkologickým rizikem a limitovanými možnostmi kombinované léčby (34).

Terciární prevence znamená sledování nemocných s vyléčeným nádorovým onemocněním, s cílem včas odhalit recidivu (návrat nemoci, která již byla vyléčena

nebo u které již vymizely příznaky) nebo relaps (opětovné objevení se příznaků nemoci, která již byla v klidovém stadiu – remisi) onemocnění (4).

V rámci terciární prevence, s využitím spíše ekonomických nástrojů zdravotních pojišťoven než pouze administrativních příkazů, je třeba podporovat: povinnost označit zdravotnické zařízení a lékaře odpovědné za dispenzarizaci onkologicky nemocného po primární léčbě; povinnost konzultace každého případu návratu nádorového onemocnění v jednom z 18 garantovaných onkologických center, ať již je očekávaný postup jakýkoli; poskytovat onkologicky nemocným dispenzarizovaným s jedním typem nádoru preventivní vyšetření také pro časný záchyt jiných typů nádorů čili sekundární prevenci, a to s vědomím zvýšeného rizika duplicitních nebo triplicitních nádorových onemocnění u těchto geneticky či provedenou léčbou stigmatizovaných jedinců.

Indikátorem kvality terciární prevence je především doba celkového přežití nemocných s nádory primárně diagnostikovanými v 1.- 3. klinickém stádiu (34).

Onkopreventivní opatření lze kromě zmiňovaných tří kategorií strukturovat ještě do jedné kategorie. Jedná se o rozšíření této struktury o kvarterní prevenci.

Kvartérní prevence znamená předvídání a předcházení důsledkům progredujícího a nevléčitelného nádorového onemocnění, které mohou zkracovat zbytek života nebo snižovat jeho kvalitu. Jakkoli lidé nejsou zvyklí hovořit o prevenci u pokročilých a nevléčitelných případů nádorových onemocnění, je zapotřebí preventivního myšlení i preventivních postupů také zde, a to v somatické, psychické i sociální oblasti.

Na zajištění a trvalou dostupnost analgetické léčby a odborné algeziologické péče je třeba myslet ještě dříve než se bolest plně rozvine. Různé derivační výkony endoskopickým stentováním či operačně je třeba indikovat a provést dříve než dojde k akutním stavům neprůchodnosti. Podobně je třeba myslet na stabilitu skeletu a zachování mobility nemocného u kostních metastáz, ať již včas provedenou cílenou radioterapií či dokonce ortopedickými intervencemi. Je třeba předvídat a včas řešit výživová opatření, psychologickou podporu i sociální zázemí při omezené soběstačnosti.

Pro zajištění kvartérní prevence je třeba: akceptovat, že preventivní myšlení a postupy se týkají i pokročilých případů nádorových onemocnění, pouze mají jiné organizační a léčebné nástroje než je tomu u výše uvedených prevencí u zdravých a úspěšně léčených; zajistit všem onkologicky nemocným s nevléčitelným nádorovým onemocněním včas možnost odborné konzultace algeziologa a onkologa s orientací na paliativní medicínu; zajistit podle potřeb nemocného včas psychologickou, duchovní a sociální podporu. Indikátorem kvality kvartérní prevence je především soustavné vyhodnocování dotazníků kvality života, přizpůsobených danému typu onemocnění. Ty však musejí být nejprve zavedeny a pravidelně vyhodnocovány (34).

### ***1.3.3 Význam preventivních prohlídek***

Význam preventivních prohlídek spočívá ve včasném záchytu nádorových onemocnění. Prostřednictvím preventivních prohlídek je cílem nádorové prevence zvýšení podílu vyléčitelných stádií zhoubných nádorů, snížení úmrtnosti na nádorová onemocnění a redukce individuálního onkologického rizika každého, kdo projeví zájem.

První stadia zhoubných nádorů jsou prakticky vždy vyléčitelná, poslední, čtvrtá stadia již obvykle vyléčit nelze. Kromě některých velmi zákeřných forem rakoviny lze ve většině případů nádorové onemocnění odhalit v méně pokročilých fázích podle řady klinických příznaků nebo dokonce ve velmi časných stádiích cílenými preventivními vyšetřeními. Donedávna se za tzv. preventabilní nádory, tedy nádory poměrně snadno zjištělné běžnými nezatěžujícími vyšetřeními, pokládaly pouze nádory kůže, prsu, plic, tlustého střeva, čípku děložního u žen a prostaty u mužů. Moderní ultrazvukové, endoskopické a laboratorní metody umožňují spektrum časně zachytitelných nádorů rozšířit i na další časté lokalizace. Je ovšem třeba respektovat individuální a věkově specifická rizika (26).

Od určitého věku by se měl každý podrobovat pravidelným preventivním lékařským prohlídkám. Preventivní prohlídku by měl provádět vždy stejný lékař nebo alespoň stejné pracoviště, kde bude uložena dokumentace vyšetřovaného. Význam má

dlouhodobé sledování ukazatelů zdravotního stavu a okamžitá reakce na případné změny (6).

Kromě léčitelnosti časně zachycených nádorových onemocnění jsou zde další důvody, které ukazují na význam preventivních prohlídek: při léčbě časných fází solidních nádorů převládají prosté lokální chirurgické metody; léčba časně nádorové choroby neinvalidizuje, nezmrzačuje, nemá dlouhodobé důsledky; léčba časných stádií je mnohem méně finančně nákladná.

Rakovina je onemocněním z poruch genomu. Nelze ji proto ze života eliminovat. Jako bytosti trvale spjaté s informačním kódem DNA, k jehož podstatě patří také chyby a změny, není jiná možnost, než buňky přeměněné na nádorové včas lokalizovat a likvidovat.

Podle platných vyhlášek jsou zatím nabízena dílčí preventivní onkologická vyšetření hrazená ze zdravotního pojištění. Jde o vyšetření pohledem a pohmatem, a to kůže, konečníku, prsu, varlat, gynekologické vyšetření a vyšetření dutiny ústní. Tato vyšetření jsou však pro časný záchyt většiny nádorů nedostatečná: dvouletý interval může být v některých případech příliš dlouhý; vyšetření pohmatem nemůže vyloučit přítomnost nehmatného ložiska; rozsah preventivního vyšetření je třeba upřesnit s ohledem na věk a rizika; preventivně vyšetřeným není obvykle poskytována žádná informace o míře jistoty, která byla prohlídkou získána, ani informace o trvajících rizicích, která nebyla v prohlídce vůbec podchycena; není doceněn význam rodinné onkologické anamnézy; chybí komplexní pohled (4).

Preventivní prohlídky jsou jednak všeobecné, jednak specializované. Všeobecná prohlídka je v podstatě interní vyšetření, laboratorní rozbor moče, krve rentgenový snímek hrudníku. Specializovaná prohlídka je u ženy mykologické, gynekologické, u obou pohlaví urologické, gastroenterologické, neurologické apod. vyšetření (6).

#### ***1.3.4 Legislativa upravující zdravotní prevenci v ČR***

Mezi legislativu upravující zdravotní prevenci v České republice se řadí zejména zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a vyhláška Ministerstva



zdravotnictví ČR č. 56/1997 Sb. a její novely č. 183/2000 Sb. a 372/2002 Sb., kterými se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění upravuje, jaký druh zdravotní péče je pojištěnci hrazen ze zdravotního pojištění. Cílem je obecně zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce a mezi péčí hrazenou ze zdravotního pojištění se řadí právě i preventivní péče. Ze zdravotního pojištění se nehradí vyšetření, prohlídky, léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických (právnických) osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce (32).

V § 29 tohoto zákona se hovoří, jaké druhy preventivních prohlídek se v rámci hrazené péče u pojištěnců provádějí, co je jejich účelem a kdo je provádí. Účelem preventivních prohlídek je včasné zjištění ohrožení nebo poruch zdraví. Preventivní prohlídky provádí registrující lékař, není-li ze zdravotnické dokumentace pojištěnce zřejmé, že prohlídka byla provedena nebo že pojištěnec byl v dále uvedených lhůtách v požadovaném rozsahu preventivní prohlídky vyšetřen.

V prvním roce života se preventivní prohlídka provádí devětkrát do roka, z toho minimálně šestkrát v prvním půlroce života a z toho minimálně třikrát v prvních třech měsících života, pokud jim není poskytována dispenzární péče, další prohlídky následují v 18 měsících věku, ve třech letech a dále vždy jedenkrát za dva roky.

V oboru stomatologie se u dětí a dorostu ve věku do 18 let provádí preventivní prohlídka dvakrát ročně, u těhotných žen dvakrát v průběhu těhotenství a u dospělých jedenkrát ročně.

V oboru gynekologie se provádí preventivní prohlídka při ukončení povinné školní docházky a dále počínaje patnáctým rokem věku jedenkrát ročně (32).

Obsah těchto preventivních prohlídek je zjištění údajů nutných pro posouzení zdravotního stavu a zdravotních rizik pojištěnce, součástí je tedy i podrobné klinické vyšetření a zajištění potřebných laboratorních vyšetření. Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou (32).

Jedná se o vyhlášku č. 56/1997 Sb. a její novely č. 183/2000 Sb. a 372/2002 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek. Podle této vyhlášky

jsou veřejnosti zatím nabízena dílčí preventivní onkologická vyšetření hrazená ze zdravotního pojištění u praktického lékaře, stomatologa a gynekologa. Jde o vyšetření kůže, konečníku, prsu, varlat, gynekologické vyšetření a vyšetření dutiny ústní (30).

Podle této vyhlášky se preventivní prohlídka v oboru praktický lékař pro dospělé provádí od doby dovršení 18 let věku vždy jednou za dva roky, nejdříve však 23 měsíce po provedení poslední preventivní prohlídky. Obsahem této prohlídky je doplnění anamnézy se zaměřením na změny, rizikové faktory a profesní rizika. V rodinné anamnéze je zvláštní důraz kladen na výskyt kardiovaskulárních onemocnění, výskyt hypertenze, diabetes mellitus, poruchy metabolismu tuků a nádorových onemocnění. Dále je obsahem kontrola očkování proti tetanu a kompletní fyzikální vyšetření interního charakteru, včetně orientačního vyšetření zraku a sluchu, změření krevního tlaku a změření hmotnosti. Povinnou součástí této preventivní prohlídky je také onkologická prevence, včetně vyšetření kůže, vyšetření per rectum a vyšetření testes a prsou spolu s poučením o nutnosti a způsobu samovyšetřování. Vyšetření EKG se provádí u osob od 40 let věku ve čtyřletých intervalech a vždy se provádí při zjištění hypertenze, pro kterou není pacient dispenzarizován. Další součástí jsou laboratorní vyšetření. Jedná se o orientační chemické vyšetření moče a vyšetření plasmatického cholesterolu celkového a plasmatických lipoproteinů včetně triacylglycerolů (LDL + HDL). V rámci první preventivní prohlídky by se u praktického lékaře mělo toto vyšetření provést v 18 letech a dále ve 40, 50, 60 letech věku. Z dalších vyšetření se počítá s vyšetřením glykemie od 45 let věku ve dvouletých intervalech. Se stanovením okultního krvácení ve stolici standardizovaným testem Hemokult se začíná u osob od 50 let věku ve dvouletých intervalech (30).

Obsahem preventivních prohlídek u dospělých v oboru stomatologie, které se provádějí jedenkrát ročně je vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní. Součástí stomatologické prohlídky je prevence onkologická zaměřená na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech i kolem čelistních měkkých tkání. Dále je sem zařazena instruktáž o dodržování správné hygieny dutiny ústní (30).

V oboru gynekologie a porodnictví se preventivní prohlídky provádějí v 15 letech věku dětským gynekologem a dále jedenkrát ročně. Do její náplně se řadí rodinná, osobní a pracovní anamnéza a aktualizace této anamnézy se zřetelem na známé rizikové faktory. Dále sem patří aspexe kůže; vyšetření prsů (aspexe, palpační vyšetření prsů a regionálních mízních uzlin); vyšetření v zrcadlech, kolposkopické vyšetření (neprovádí se u virgo žen); odběr materiálu z děložního čípku k cytologickému a bakteriologickému vyšetření, eventuelně i k virologickému vyšetření (neprovádí se u virgo žen); palpační bimanuální vyšetření; vyšetření per rektum; poučení o významu preventivní protirakovinné prohlídky; nácvik samovyšetřování prsu; vyplnění průvodky k cytologickému vyšetření a průvodky k bakteriologickému, případně virologickému vyšetření a předání doporučení k provedení mamografického vyšetření u žen od 45 do 69 let věku ve dvouletých intervalech, jehož výsledek zasílá lékař radiodiagnostického oboru odesílajícímu lékaři. V případě, že žena již vyšetření v období kratším než dva roky absolvovala a je k dispozici výsledek, vyšetření se nezajišťuje. U dispenzarizovaných žen je preventivní prohlídka v oboru gynekologie a porodnictví součástí dispenzární péče (30).

### ***1.3.5 Program preventivních onkologických prohlídek v ČR***

Každý občan České republiky má podle současné legislativní úpravy (kap. 1.3.4) nárok na dílčí preventivní onkologická vyšetření hrazená ze zdravotního pojištění, které slouží k včasnému zachytu nádorových onemocnění.

Od 18 let jednou za dva roky - preventivní prohlídka u praktického lékaře; její součástí je onkologická prevence, včetně vyšetření kůže a konečníku. U mužů varlat a u žen prsou spolu s poučením o nutnosti a způsobu samovyšetřování.

Od 50 let věku jednou za dva roky - standardizovaný test na krvácení ve stolici Hemokult.

Ženy od 15 let věku každý rok - gynekologická prevence; její součástí je onkologická prevence kůže, vyšetření prsů pohmatem, vyšetření regionálních mízních

uzlin, vyšetření v zrcadlech, kolposkopické vyšetření, odběr materiálu z děložního čípku k cytologickému vyšetření, palpační bimanuální vyšetření.

Ženy od 45 do 69 let jednou za dva roky - preventivní mamografické vyšetření mléčné žlázy; je určené pro ženy bez potíží a příznaků nemoci.

Od 18 let každý rok - stomatologické preventivní prohlídky; součástí je i onkologická prevence zaměřená na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech i kolem čelistních měkkých tkání.

Muži nad 50 let - by měli dále absolvovat vyšetření prostaty; vyšetření prostaty však není součástí státem organizovaného skríningu (29).

### ***1.3.6 Screeningové programy a jejich dostupnost***

Pojem screening do češtiny přepisovaný jako skrínig je převzat z anglosaské odborné literatury a znamená celoplošné vyhledávání různých druhů nádorových onemocnění.

Screening vyžaduje promyšlenou přípravu akce, její organizační a finanční zabezpečení. Je většinou řízen z jednoho centra a předchází mu systematická instruktáž zúčastněných odborníků až po jejich přezkoušení při vyhodnocování např. rentgenových snímků nebo testaci laboratorních přístrojů (6).

Mamografický screening v ČR je celostátní zdravotnický program, spočívá v pravidelných opakovaných lékařských prohlídkách, v rentgenovém a ultrazvukovém zobrazení prsů a na doporučení lékaře sledování nádorových markerů (6). Plošný mamografický screening byl v České republice oficiálně zahájen v září roku 2002. V současnosti je program provozován na 56 pracovištích, která prošla procesem akreditace a jejichž činnost je průběžně monitorována a kontrolována podle transparentních pravidel. Průběh programu, dodržování stanovených pravidel a vědecký rozvoj projektu je v České republice garantován dvěmi nezávislými komisemi a to Komisí pro screening nádorů prsu MZ ČR a Komisí odborníků pro mamární diagnostiku (KOMD) (20).

Screening děložního čípku je nejsnadnější prevencí nádorového onemocnění vůbec, předpokládá gynekologické vyšetření v pravidelných intervalech. Provádí se Pap test, tj. stěr z čípku děložního k posouzení jeho epitelu v cytologickém obraze. Frekvence vyšetření závisí na výši rizika ženy. Mezi rizikové faktory patří časný věk prvního pohlavního styku (pod 16 let), sexuální promiskuita, onemocnění genitálu papilomaviry, mnohočetné porody, dlouhodobý nedostatek vitamínu A a C (6). Na toto vyšetření má bezplatný nárok 1x ročně každá česká žena. Screening však není v ČR organizovaný, proto záleží na každé ženě, jestli této možnosti využije. Ideální je kombinace screeningu s nově zaváděným očkováním proti virům HPV, které jsou příčinou tohoto onemocnění. Bylo totiž prokázáno, že rakovinu děložního čípku způsobuje přetrvávající virová infekce HPV virem (Human Papilloma Virus). Vakcinace může zabránit opakování infekce a tím snížit pravděpodobnost vzniku přednádorových lézí a rakoviny (9).

Kolorektální screening - v současnosti je k dispozici pět různých technik screeningu: Test na okultní krvácení ve stolici s následným diagnostickým (kolonoskopickým) programem u pozitivních jedinců; flexibilní sigmoideoskopie; kombinace testu na okultní krvácení a flexibilní sigmoideoskopie; kolonoskopie; virtuální holografie.

Využití testu na okultní krvácení jako úvodní a nepřímé metody bylo poprvé použito již počátkem 70. let a právě tato metoda dosáhla v celosvětovém měřítku největší popularity. Program se zahajuje u asymptomatických jedinců ve věku 50 let a opakuje se každoročně, nebo alespoň ve dvouletém intervalu (44).

Prostatický screening – v současné době není celosvětový konsensus screeningu karcinomu prostaty. PSA test je test prostatického specifického antigenu, který se nalézá v cytoplasmě buněk prostaty. Je přítomen také v benigních i maligních buňkách a je možno jej detekovat a kvantifikovat v séru. Je to tedy nejsenzitivnější marker karcinomu prostaty. Vzhledem k nedostatečnému významu rutinního digitálního vyšetření per rektum jako efektivní screeningové metody k detekci karcinomu prostaty u asymptomatických mužů není organizovaný screening doporučován. Vyšetření hladin prostatického specifického antigenu v séru a transrektální sonografie nejsou doporučeny

jako rutinní screeningové postupy. Doporučuje se vyšetření per rektum v intervalu 2 roky u mužů ve věku 50-70 let a fakultativně vyšetření PSA (34).

### ***1.3.7 Národní onkologický program České republiky***

Národní onkologický program ČR (NOP) byl zpracován na základě podmínek a potřeb České republiky a v souladu se závěry Světové zdravotnické organizace (WHO) přijatých ke kontrole nádorových onemocnění. Cíle Národního onkologického programu České republiky (NOP) směřují ke snižování výskytu a úmrtnosti nádorových onemocnění, ke zlepšování kvality života onkologicky nemocných a k racionalizaci nákladů na diagnostiku a léčbu nádorových onemocnění v ČR (22).

Zpracování NOP – Czech National Cancer Control Program proběhlo ve dnech 25. – 28. 11. 2003 v Ženevě zástupci České onkologické společnosti, Ligy proti rakovině a Ministerstva zdravotnictví (v souladu se závěry WHO Consultation on Strategies to Improve and Strengthen Cancer Control Programmes in Europe). Program byl schválen a doporučen k realizaci Výborem České onkologické společnosti a Vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví.

Z jednání WHO vyplynulo, že Česká republika sice obsazuje již řadu let nelichotivé přední pozice z hlediska incidence a mortality vybraných typů zhoubných nádorů, nicméně dostupnost a kvalita onkologické péče snese srovnání s ostatními vyspělými zeměmi. V ČR však chyběl oficiálně formulovaný a schválený ucelený program pro boj se zhoubnými nádory.

Je zřejmé, že česká populace stárne a problematika zhoubných nádorů vystoupí v nejbližších dekádách do popředí ještě více. Proto je třeba naznačit komplex opatření či úkolů, které nárůst zmírní, zadrží a případně u některých nádorových diagnóz obrátí v trend klesající. Národní onkologický program je i nástrojem, jak zlepšit informovanost ostatních zemí o způsobu provádění onkologického servisu v České republice, jak zviditelnit naši onkologii ve světě (24).

Program je pod garancí České onkologické společnosti rozesílán celé řadě institucí, které mohou mít na plnění kteréhokoliv bodu sebemenší vliv. Instituce jsou vyzývány k podpisu programu a ke spoluodpovědnosti za jeho plnění (21).

Znění NOP viz Příloha č. 2.

### ***1.3.8 Národní onkologický registr***

Národní onkologický registr (NOR) je celoplošným populačním registrem. Evidence zhoubných nádorových onemocnění byla u nás zavedena již v roce 1951. NOR byl ustanoven v roce 1976. Od té doby se systém NOR neustále po odborné i technologické stránce zdokonaluje. Národní onkologický registr České republiky obsahuje údaje zhruba o 1 milionu osob, u kterých byl diagnostikován novotvar jiný než nezhoubný. Z celkového počtu asi 1/3 osob žije.

Změna technologie znamená především přenesení dat z 90 lokálních databází (okresních a regionálních pracovišť NOR) do jedné centrální databáze NOR na Koordinačním středisku pro resortní zdravotnické informační systémy (23).

### ***1.3.9 Úskalí nádorové prevence v České republice***

Prevalence a incidence onkologických onemocnění stoupá. Primární prevence je nedostatečná a navíc je otázkou dlouhodobé intervence, převážně v populaci dětské a dorostové (změna životního stylu). Sekundární prevence je nesystematická a neujasněná. Systematicky je zatím prováděn pouze kolorektální screening, mammografický screening a screening karcinomu děložního hrdla.

Vysoké procento záchytu pozdních stádií nádorových onemocnění významně negativně ovlivňuje léčbu, přežívání, prognosu a letalitu na nádorové onemocnění. Zásadní změnou v postojích k onkologickému onemocnění již není jen délka přežití s onkologickou diagnosou, ale také kvalita života. Hlavním ukazatelem léčby nádorového onemocnění je zjištění včasného stádia, úplné vyléčení a snížení mortality.

Příčiny pozdního nálezu nádoru jsou na straně pacienta i lékaře (strach, nedůvěra, nepoučenost) (34).

Stále častěji diskutovaným tématem je odpovědnost každého jednotlivce za vlastní zdraví. Za chabou prevencí a opožděnou diagnostiku nádorů může fakt, že nemalá část dotazovaných pokládá preventivní prohlídky za výlučnou odpovědnost lékaře a nikoli občana samotného. A protože skutečné zdravotní pojištění jako řešení zdravotních rizik a pojistných událostí u nás prakticky neexistuje a zdravotní pojišťovny pouze distribuují povinnou zdravotní daň, chybí i tento motivační nástroj.

Ve skutečnosti však Česká republika disponuje kapacitami, institucemi, méně již ucelenými programy pro boj se zhoubnými nádory, které by snesly srovnání i s vyspělým zahraničím (45).

Úsilí o sekundární prevenci může dosáhnout dobrých výsledků jen za předpokladu provádění datového auditu parametrizovaných záznamů. Za screening lze pak prohlásit pouze takový program sekundární prevence, který má kromě datového auditu také kódově a platbami odlišená vyšetření asymptomatických jedinců.

V ČR existuje dosud pouze screening nádorů prsu, v němž je každoročně na více než padesáti akreditovaných mammodiagnostických jednotkách zachyceno přes tisíc časných případů rakoviny prsu. Ty pak mají naději na úplné vyléčení. Patří k paradoxům ČR, že tento jediný úspěšný screeningový program musí být opakovaně zdola hájen zejména vůči vedení resortu zdravotnictví. Podle údajů NOR<sup>1</sup> se v uplynulých letech výrazně zvýšil podíl prvních stádií a mortalita na rakovinu prsu klesá i při dosud trvajícím nárůstu incidence. Podíl prvních stádií nádorů kolorekta a nádorů hrdla děložního se dosud bohužel nemění.

Úsilí o organizovaný časný záchyt obou těchto typů nádorů má zatím četné organizační slabiny. Chybí datový audit i oddělení kódů screeningových vyšetření. U nádorů hrdla děložního chybí zatím konsensus také o metodice, preventivní vyšetření jsou gynekology prováděna a účtována výrazně častěji, avšak s nižší efektivitou, než je tomu v referenčních zemích, kde incidence i mortalita jsou ve srovnání s ČR podstatně nižší.

---

<sup>1</sup> Národní onkologický registr



Bez podpory vedení resortu i zdravotních pojišťoven zůstává snaha praktiků věnovat více pozornosti preventivním onkologickým prohlídkám. Vyhláška o preventivních prohlídkách je zastaralá, celým svým pojetím špatná a proto jen málo respektovaná. Prakticky bez odezvy zůstává návrh koncepce věkově specifických onkopreventivních prohlídek jak je na základě věkové distribuce nádorů v NOR navrhl již před několika lety resortní onkologický ústav MOÚ<sup>2</sup>.

Centrální a dlouhodobě koncepční podpora specifickým pilotním projektům pro rozšiřování možností časného zachytu nádorů je zatím vlažná a ani grantové agentury nevnímají tuto oblast organizace preventivní zdravotní péče jako dostatečně "vědeckou". Zčásti je to způsobeno absencí soustavné a kvalifikované diskuse na toto téma a nízké informovanosti rychle se střídajících vedoucích garnitur (34).

V terciární prevenci je nejdůležitější stanovení odpovědnosti za nemocného, odbourání nesystémového disperzního vyšetřování nemocného mnoha lékaři na různých místech. To vede ke zpoždění diagnostiky nádorové rekurence, ke špatné interpretaci provedených vyšetření a případně k nesprávnému posouzení dalších léčebných možností. Každý případ rekurence onkologického onemocnění by se měl povinně konzultovat v garantovaných onkologických centrech (40).

Cesta ke zlepšení zde nevede přes nové capacity, nové laboratorní či zobrazovací metody, ale především přes lepší organizaci dispenzární péče a lepší komunikaci mezi odbornými specialisty a praktiky. Název zdravotnického zařízení a jméno lékaře odpovědného za dispenzarizaci daného onkologicky nemocného se musí stát součástí diagnosticko léčebného algoritmu každého případu nádorového onemocnění. Dispenzarizující lékař samozřejmě využívá více vyšetřovacích metod a spolupráce s dalšími odborníky, ale informace integruje v jeden závěr, za který nese odpovědnost a k němuž navrhuje nemocnému řešení. Měla by platit zásada, že o každém onkologicky nemocném by měl existovat v případě návratu jeho onemocnění konziliární zápis odborného onkologického pracoviště s návrhem postupu, a to i v případech, kdy s vyléčením nemocného již nelze počítat a půjde třeba jen o terapii symptomatickou. Mnoha nemocným s návratem nádorového onemocnění se totiž

---

<sup>2</sup> Masarykův onkologický ústav

nedostává aktivní léčby, která by je mohla zachránit nebo aspoň prodloužit jejich život či zlepšit jeho kvalitu.

Další slabinou je dosud sekundární prevence u onkologicky nemocných, respektive časný záchyt jiných nádorů než je ten, pro který je onkologický pacient dispenzarizován. Dispenzární vyšetření bývají i po celá léta soustředěna na dříve léčený orgán a nejčastější místa metastazování, pacientovi se však nezdá nedostává ostatních preventivních vyšetření. Ženám po léčbě karcinomu tlustého střeva tak nezdá po mnoho let chybějí preventivní mammografie, mužům po léčbě karcinomu prostaty vyšetření na okultní krvácení ve stolici a podobně. Tím mají mnozí onkologicky nemocní ve skutečnosti zajištěn menší rozsah preventivní onkologické péče než dosud zdraví jedinci, byť riziko vzniku dalšího nádoru jiné provenience je u nich zpravidla výrazně vyšší než v běžné populaci (34).

V kvarterní prevenci, tedy při předvídání a předcházení důsledků progredujícího a nevléčitelného nádorového onemocnění, máme stále velké dluhy. Postupně se ale zlepšují znalosti paliativní medicíny, i když například financování hospiců a vůbec celé paliativní medicíny pojišťovny je zcela neuspokojivé. Zajištění dobré kvality života nevléčitelně nemocných by mělo být jednou z priorit medicíny (40).

### ***1.3.10 Role praktického lékaře v prevenci v rámci primární péče***

Základy primární péče byly stanoveny WHO (Světovou zdravotnickou organizací) na konferenci v Alma-Atě, jejímž výstupem bylo usnesení „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Nejen se závěry této konference, ale i s principy Lublaňské charty pak koresponduje následující definice. Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší vlastním sociálním prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby (5).

Postavení praktických lékařů je z pohledu poskytování preventivních služeb prostřednictvím působení na registrované pacienty ideální. Pro provádění preventivních výkonů mohou využívat i jejich návštěv z jiných důvodů. Rovněž pacient je přístupnější akceptovat doporučení lékaře, který pečuje kontinuálně o jeho zdraví, a tento ošetřující lékař může do určité míry využít pro svoji argumentaci dlouhodobou znalost pacienta vedoucí k jeho vyšší motivaci, k léčbě i k zájmu o jeho aktuální stav. Praktický lékař má nejlepší předpoklady a příležitosti být klíčovým zprostředkovatelem individualizované prevence a podpory zdraví. Praktický lékař by měl pacientům poskytovat informace v rámci zdravotní výchovy, motivovat je ke zdravému způsobu života a vést k tzv. sebeděči. Informovaná sebeděče je termín, který vyjadřuje pozitivní odpovědný postoj a aktivity k vlastní osobě, v oblasti somatické i psychické, zahrnující ochranu a podporu zdraví, cílenou prevenci, obezřetnost k varovným známkám nemoci, aktivní podíl na včasné diagnostice, léčbě a rehabilitaci (33).

Kvalitní poskytování služeb vycházející z praxe praktického lékaře má šanci výrazně ovlivňovat postoj lidí k preventivním onkologickým prohlídkám. Praktický lékař se podílí na zvyšování informovanosti o možnostech nádorové prevence, sám ji zajišťuje, pacienta zná a včas odhaluje jeho zdravotní rizika a jak už bylo řečeno, vede pacienta k vyššímu zdravotnímu uvědomění a sebeděči (18). Navíc vzhledem ke stupňující se odborné specializaci zdravotní péče vyvstává klíčový problém zajištění integrace a návaznosti péče o pacienta. Nabídka služeb se stává nepřehlednou a pacient potřebuje svého „průvodce“ soustavou zdravotnictví, který rozumí této složité zdravotnické soustavě, ale který má současně zodpovědnost za zdraví svých přihlášených občanů a v jejich zájmu pragmaticky koordinuje jejich pohyb celým systémem (35).

V rámci primární péče jsou tak na vztah lékaře a pacienta kladeny velmi vysoké nároky. Praktický lékař musí být z velké části své role psychologem, měl by věnovat náležitou pozornost sociálním faktorům, které předurčují pacientovo chování, a musí ke svým pacientům uplatňovat citlivý, humánní a zodpovědný přístup. To, co všem oblastem vztahu lékaře a pacienta dominuje, je schopnost lékaře kvalitní komunikace.

Její podoba působí v oblasti vzájemného očekávání, osobních postojů a názorů, participace pacienta na konzultaci, míry jeho spolupráce při léčbě apod.

Praktický lékař je často prvním článkem v kontaktu člověka se zdravotnickým systémem a pocit, jaký v pacientovi vyvolá se spolupodílí na pacientově dalším putování ostatními složkami systému. Má tedy v rukou moc ovlivnit pacientův budoucí přístup ke zdraví, ke zdravotnickému systému jako celku včetně postoje k preventivním službám a v podstatě tak ovlivnit i výstupy léčení (18).

#### ***1.4 Psychologická problematika***

Většina lidí považuje rakovinu za velmi vážnou nemoc, a někteří, pokud mají podezření, se bojí jít k lékaři (36). Slovo „rakovina“ obklopuje po staletí přenášený mýtus o zmaru a i když to, co byla kdysi pravda, už dlouho neplatí, stále se nedaří přesvědčit širokou veřejnost k pozitivnímu náhledu na nádorová onemocnění a k aktivnímu odstraňování příčin jejich vzniku, tedy k prevenci (17).

##### ***1.4.1 Vztah lékař a pacient***

Po dlouhá staletí se vytvářela role lékaře podobně jako role pacienta. Výsledkem tohoto spleteného procesu je ustálený u nás dodnes přežívající model praktického paternalismu lékaře vůči nemocným. V tradičním vztahu lékař a pacient měl lékař zcela výjimečné postavení. Byl nositelem nejen vzdělanosti odborné, ale i všeobecné. Lékař měl logicky nespornou převahu a tato skutečnost se výrazně vryla do pojetí, ale také sebepojetí role lékaře a přetrvává dodnes. Pacient se lékaři svěřil a očekával, že lékař rozhodne podle svého nejlepšího vědomí a svědomí v jeho prospěch. Pacient tak přesunul nejen právní, ale i praktickou odpovědnost na lékaře a stanovisko lékaře bezvýhradně přijímal. Lékař si byl vědom své odpovědnosti, ujímal se otcovské, dominantní role a neočekával žádnou korekci svých doporučení a rad (12).

V konkrétní klinické praxi jistě i paternalistický vztah obsahoval četná úskalí, nicméně dlouhou dobu vyhovoval a přestože se podmínky změnilly, určitá míra paternalismu přežívá dodnes. Lékař chce dostát tradičním požadavkům kladeným na svou roli a pěstuje nadále svou dominantní image, zároveň si však uvědomuje, že je třeba hledat nejlepší řešení společně s pacientem.

Pacient moderní doby se nachází rovněž v ambivalentní situaci – je svobodným člověkem, který převzal plnou odpovědnost za svůj život, a tedy i za své každé jednotlivé rozhodnutí. Ví, že by měl pečovat o své zdraví a spolupracovat s lékařem v době své nemoci. Poznává, jak je nesnadné jednoznačně se rozhodnout v otázkách týkajících se např. souhlasu s návrhem určitého diagnostického vyšetření nebo léčby.

Z Všeobecné listiny práv a svobod a z etického kodexu práv pacientů vychází právo na svobodné rozhodnutí a právo rovného postavení. Je evidentní, že pacient musí a většinou chce v celém procesu nemoci hrát aktivní roli, která je v paternalistickém vztahu předem odepřena.

Druhá polovina minulého století přinesla do vztahu lékaře a pacienta další komplikace. Medicína se stala technicky vyspělou, bojující o ohrožený život člověka, specializovanou a také odlidštěnou. Fenomén léčitelnosti a vyléčitelnosti vyplnil oboustranně důvěrný vztah lékaře s pacientem, nemocní sice oceňují pokroky v medicíně a jsou vděční za záchranu života, ale současně kritizují technokratickou atmosféru a sníženou empatii lékařů. A lékař touží dostát své historické image jako člověka moudrého a přijímaného a zároveň touží po vítězství nad nemocí a nad smrtí.

Rozčarování z technické medicíny, tzv. terapeutický nihilismus a fenomén tabuizované smrti vystřídaly diskuse o psychologizaci medicíny v souvislosti s prožíváním příchodu a rozvoje dlouhodobé, popřípadě nevyléčitelné nemoci. Začalo být přijímáno, že psychologické i jiné nelékařské dovednosti nemohou být nadstavbou, ale musí se stát opět integrální součástí moderní lékařské péče (12).

Vztah lékaře s pacientem ovlivňují další faktory, které přinesly současné zdravotnické systémy. Dnes zpravidla nerozhoduje o nemocném jeden lékař v klasickém dyadickém vztahu, ale větší počet nejen lékařů, ale i odborníků dalších

profesí. Později začal být do tohoto týmu přijímán i sám pacient jako rovnocenný člen s právem vyjádřit se k situaci.

Nemocný, na jehož názor má být lékařem či ošetřujícím týmem brán ohled, má nejen oprávněný pocit vlády nad svým životem, ale také s porozuměním přijímá výsledná doporučení i rady profesionálů. Realizaci takto ideálně vypadajícího partnerského pojetí vztahu brání představy o pojetí a sebepojetí role lékaře, právě tak jako nemocného (12).

Transformace tradičního modelu je obtížná, protože každý dlouhodobě trvajícím model přežívá se značnou setrvačností, a to dokonce tehdy, když je zčásti nebo plně nefunkční. Přežívání je pochopitelné u zejména starších doktorů, kteří značnou část své lékařské praxe realizovali za standardního paternalismu – setrvávají v obvyklých vzorcích jednání, přestože racionálně uznávají nutnost partnerství. V některých situacích lidé nadále očekávají plný nebo částečný paternalistický přístup lékařů a v některých situacích je jistá míra paternalismu na místě (z mravních a psychologických důvodů). Navíc laická veřejnost ví o partnerství velmi málo, osvěta je v této věci naprosto nedostatečná; mnozí pacienti nejsou ochotni převzít „osud do svých rukou“ a rozhodovat nebo spolupracovat sami za sebe; příbuzní jsou nejistí a zpravidla nevědí, co mohou od lékařů očekávat za současných změněných podmínek. Informovaný souhlas se stal důležitým nástrojem pro poskytování informací pacientům a má nyní předepsanou formu i zřetelně vymezený obsah, nové způsoby informování pacientů však nejsou ustáleny.

Důležitou skutečností je, že partnerství lékaře a nemocného není a nemůže být faktické (nemohlo být prověřeno v běžných zátěžových situacích), ale musí být důsledně profesionální (11).

#### ***1.4.2 Typy pacientů dle představy o zdraví dle P. Tatea***

Pacienti jsou lidé různí, systém představ každého člověka je samozřejmě jedinečný, ale je silně ovlivněn rasou, kulturou, náboženstvím a nejbližší společností. Existují velké rozdíly mezi lidmi z různých vrstev společnosti, ale také mezi lidmi ze

stejně sociální skupiny. Model představ o zdraví ukazuje, jak se lidé pokoušejí pochopit, co se děje a co by se mohlo stát. Dobře prozkoumané a ověřené názory pacientů na zdraví mají pět hlavních elementů.

Prvním z nich je velmi různý zájem lidí o jejich vlastní zdraví a stupeň jejich motivace něco změnit.

Když lidé přemýšlejí o specifických zdravotních problémech, jejich představy o možnosti, že onemocní, se velmi liší. Záleží, jestli si myslí, že mají nějaké riziko onemocnět danou chorobu, a záleží, jestli pacient již nějaké zdravotní problémy má.

Pacienti se různí v názoru na to, jak vážné budou následky onemocnění určitou chorobou či její neléčení, jde o pocíťovanou závažnost onemocnění.

Dalším z elementů jsou pocíťované náklady a užitek. To znamená, že pacient posuzuje výhody a nevýhody každého svého jednání, přičemž nemusí nutně zvážit všechny důležité údaje, ale stejně provádí hodnocení. Zvažuje, jaká jsou rizika léčby, jestli např. kvůli radiaci nebude moci otěhotnět apod.

Poslední důležitou skutečností je, že pacientovy představy neexistují v nějaké předem připravené formě, ale jsou výsledkem množství podnětů a faktorů jako je např. momentální fyzický pocit, co bylo v televizi apod.

Použijeme-li tyto elementy jako jakási kritéria, lze celou společnost rozdělit na tři typy lidí.

Prvním z nich je tzv. „vnitřní kontrolor“. Tento typ věří, že je za své budoucí zdraví absolutně zodpovědný. Jedná se o pečlivé povahy, vědomé si odpovědnosti za své jednání. Díky snaze o dokonale zdravý životní styl, sledování novinek o zdravé výživě a úzkostnému vyhýbání se všemu nezdravému, dochází u nich často k velkému rozhořčení, když onemocní. Tento typ vyžaduje od lékaře řádná vysvětlení a účast na rozhodování o svém zdraví (36).

Druhým typem je opačný extrém, tzv. „vnější kontrolor“. Jedná se o fatalistu, který nepřisuzuje snaze o zdravý životní styl žádný význam a lékařem doporučené diety, cvičení a omezení kouření a alkoholu považuje za hlouposti. V diskusi s lékařem je pasivním partnerem, chce, aby mu bylo řečeno, co má dělat, a pak toto doporučení bude či nebude ignorovat (zasahují další okolnosti). O zdravotní témata se nezajímá.

Výzkum v této oblasti ukázal, že lidé s vnějším způsobem kontroly budou spíše ovlivněni rozsáhlou a jednoduchou plakátovou kampaní.

Třetím typem jsou tzv. „ostatní mocní“. Tito lidé nevěří, že mají kontrolu nad svým zdravím, ani nejsou fatalisti. Věří, že jejich lékař má kontrolu nad jejich zdravím. Tito lidé jsou nejšťastnější s autoritativními lékaři, kteří jim uleví od jejich jakékoliv zodpovědnosti o své zdraví. Není lehké je vzdělávat, a pokud se jejich zájmy nebudou shodovat se zájmy lékaře, nebudou lékařovu radu dodržovat. Tito pacienti představují obtížný problém, svými zájmy jsou si u lékaře jisti a nechtějí být zahrnuti do rozhodnutí o léčbě (36).

### ***1.4.3 Problém odpovědnosti za své zdraví a aktivního přístupu***

Aktivní účast veřejnosti na péči o zdraví znamená zejména to, že občané chrání a posilují vlastní zdraví uplatněním zásad zdravého způsobu života a práce, pečují o sebe při vlastním onemocnění a o nemocné v rodině, podílejí se na pečovatelské službě a na svépomocných aktivitách postižených, podporují iniciativy v péči o životní prostředí a sami je chrání, podporují fondy zřizované pro podporu zdravotní a sociální péče a pomoci a účastní se veřejné kontroly při zabezpečování zdravotní péče. Občané svou účastí na uvedených aktivitách zvyšují rovněž své zdravotnické znalosti a zdravotní uvědomění i sociální citění. Správně informovaný občan také lépe spolupracuje se zdravotnickými pracovníky i v případě vlastního onemocnění (43).

Moderní medicína vidí pacienta jako racionální, samostatně myslící bytost s vlastním systémem hodnot, která je schopna uvažovat svobodně a má plné právo sama o sobě rozhodovat (37). Pojem „pacient“ je někdy nahrazován termínem klient nebo zákazník, tento posun v terminologii naznačuje nejen vnímání pacienta jako trpící osoby, ale jako příjemce určité služby. Cílem zdravotnické služby je poskytnout klientovi službu, která bude vycházet z porozumění pacientovi a ze správné komunikace, aby mu nabízela to, co klient chce a co mu vyhovuje. Proti nazývání pacienta klientem existují mezi odbornou veřejností výhrady a to z toho důvodu, že nemoc zasahuje do života jedince tím, že ho omezuje v normálních aktivitách



a znemožňuje mu být klientem v pravém slova smyslu. Je-li pacient alespoň do určité míry vnímán v dnešní době jako klient, je nutné též změnit jeho vnímání od pasivního příjemce zbaveného zodpovědnosti směrem k jeho zodpovědnosti za vlastní zdraví. V takto vnímaném vztahu musí pacient získat větší podíl a kontrolu nad rozhodnutími nebo rozhodováním týkající se jeho zdraví, s čímž souvisí oprávněný požadavek zvýšené míry povinností a odpovědnosti na jeho straně (16). V praxi se však ukazuje, že pacienti sice volají po autonomii, ale ani omylem nevolají po odpovědnosti (13). Většinou vyjadřují zájem o více informací a větší zapojení do léčebného procesu, ale odmítají převzít svůj podíl zodpovědnosti za způsob léčení a za jeho výsledný efekt. Lékaři naopak očekávají samostatně myslícího a zodpovědného pacienta, avšak neposkytují mu potřebné informační zázemí a potřebný čas, aby se pacient mohl na tuto změnu požadavků a na novou roli aktivního přístupu participanta adaptovat (18). Jako jeden z možných nástrojů posílení pacientovy zodpovědnosti je tzv. léčebná smlouva. Jejím smyslem je vymezit podíl lékaře a pacienta na společném postupu a minimalizovat tak nedorozumění a zklamání vyplývající na jedné straně z nerealistických očekávání a na druhé straně z nežádoucí pasivity nebo naopak aktivity pacienta. Lékař do vztahu vkládá svou profesionalitu a svou ochotu pomoci, pacient vkládá svou míru odpovědnosti, ochotu akceptovat lékaře a ochotu spolupracovat. Nemocná osoba musí přijmout léčení jako svůj závazek, nikoli jako rozkaz (14).

Je tedy zapotřebí posílit komunikační strategie lékařské profese, aby byla efektivní ve zvyšování tendence lidí starat se o své zdraví a být za ně zodpovědný. U těch skupin lidí, kteří na tento přístup nebyli dosud zvyklí a kteří nemají snahu, bude zapotřebí přesvědčování, viz předchozí kapitola 1.4.2. Problémem však mohou být komunikační schopnosti lékařů, kteří musí ke každému pacientovi uplatňovat jiný přístup a to podle zájmů pacienta a jeho povahy (36).

Obvykle bude pacient spolupracovat, pokud rozumí a věří vysvětlení. Někteří pacienti budou spolupracovat pouze proto, že jim to řekl lékař. Většina bude spolupracovat, pokud jejich vlastní porozumění bude podobné lékařovu a pokud se jejich zájmy budou shodovat. Sdílené porozumění pacientů a lékařů by mělo být hlavním profesionálním cílem.

Pacienti se liší ve své chuti zapojit se do rozhodování, záleží to na představeném problému. Společné rozhodování je preferováno pro psychologické problémy, ale když se nemoc stane vážnější a tělesnější, více pacientů si přeje direktivní přístup. Vyšší sociální vrstvy a vzdělanější populace si přejí být více zahrnuty do rozhodování. Pro lékaře je zásadně důležité, aby se u každého pacienta individuálně určilo, jak moc chce být zapojen do rozhodování.

Ochota spolupracovat se v medicínské terminologii nazývá slovem „compliance“. Samotné slovo předpokládá podřízený vztah. Mnoho expertů se nyní přimlouvá za používání slova „konkordance“ (shoda) a někteří preferují slovo „dodržování“ (36).

#### ***1.4.4 Rozhodování jít či nejít k lékaři***

Mezi zjištěním existence určitých příznaků negativně změněného zdravotního stavu daného člověka a jeho příchodem a odevzdáním se do rukou lékaře se něco odehrává v pacientově psychice. Záleží, do jaké míry je daný člověk znepokojen příznakem, jaké povahy a kvality je tento příznak, do jaké míry tento příznak ohrožuje vzájemný vztah daného člověka s ostatními lidmi, do jaké míry objevení zdravotního problému překáží v uskutečnění zamýšlených činností, jaké sociální sankce stojí v pozadí dané situace, jakou má člověk představu doby léčby, představu o tom, jaké budou následky léčby apod. Ukazuje se, že pacientovy představy o tom, co mu je, ovlivňují daného člověka při jeho vnímání jeho vlastního zdravotního stavu a zároveň ho i ovlivňují při jeho interpretaci toho, jak na tom zdravotně je a co se s ním ze zdravotního hlediska děje (19).

Existují velké rozdíly mezi lidmi v tom, jak kdo vnímá, co se s ním děje. Záleží na typu osobnosti – někteří lidé mnohé věci přecházejí jako nepodstatné a nedůležité a na druhé straně existují lidé mimořádně citliví, kterým nic neujde. Mezi faktory, které ovlivňují vnímání svého zdravotního stavu a postoj ke svému zdraví, lze řadit míru neuroticismu, přítomnost negativně emocionálního stavu (deprese, stres, úzkost), typ obranných mechanismů, který daný jedinec uplatňuje (potlačení), momentální náladu,

extroverze a introverze, aktuální situační faktory, přísun informací (sdělovací prostředky), předchozí zkušenost s onemocněním, očekávání apod (19).

Většina lidí pociťuje některé příznaky zhoubného onemocnění ještě předtím, než je jejich onemocnění diagnostikováno a podezřívají „rakovinu“ jako příčinu, především tehdy, lze-li symptomy snadno přiřadit k široce publikovaným varovným signálům rakoviny.

Jak už bylo řečeno, lidé se velmi liší, jak se svým podezřením zacházejí. Mnozí hledají medicínské potvrzení, jiní čekají. Určité oddálení, zpoždění je normální součástí schopnosti nemocného adaptovat se na stresovou situaci.

Pro mnohé je příčinou jejich opoždění strach. Když nemocný zjistí první příznak nemoci, začne ihned předjímat, co se mu stane během léčby. Toto předjímaní je založeno na obecně děsivých názorech, které lidé o rakovině a zhoubných nádorech mají. Pravdivé poznání symptomů může často způsobit takovou akutní úzkost, že nemocný odloží návštěvu lékaře.

Nemocní často nedokáží slovně vyjádřit čeho, nebo proč se bojí. Namísto toho vytvářejí celou řadu racionalizací nebo se uchylují k myšlence, že přehlížení nebo odmítnutí symptomu bude nějak oslabovat jeho následky. Navíc existuje sociální stigma rakoviny vytvářející strach člověka, že bude považován za nečistého, nakažlivého, budícího soucit, anebo umírajícího.

Ať je příčina zpoždění jakákoli, prakticky každý nemocný nakonec vyhledá lékaře, aby příznaky vyšetřil. Příčinou, proč tomu dojde může být změna charakteru, pociťování dosud neurčené rakoviny, přemlouvání rodinou, novinky v onkologické problematice, a nebo smrt příbuzného či přítele.

Oddalování končí, když nemocný potřebuje znát pravdu, když potřebuje úlevu od příznaků. Vzniká prostor pro rekapitulaci svého jednání a pocit viny z oddálení, který by se měl zdravotnický personál pokusit zmírnit a tím si vytvořit dobrý vztah v průběhu následné léčby (38).

#### **1.4.5 Obávaná nemoc a slovo „rakovina“**

Jednou z otázek, kterou zkoumali psychologové, bylo, co laici na rozdíl od odborníků vědí a soudí o rakovině - jak o jejím vzniku, rizikových faktorech atp., tak o možnostech prevence rakoviny a úmrtnosti na rakovinu.

Na jedné straně panuje mezi lidmi všeobecný strach a negativní předsudky o rakovině (viz také kap. 1.4.4.) a na druhé straně se mezi lidmi objevuje značná optimistická předpojatost týkající se toho, jak lidé sami u sebe odhadují riziko vzniku tohoto onemocnění. Např. u kuřáku se zjišťovalo, jak vnímají vztah mezi kouřením a rakovinou a rakovinné riziko v jejich případě. Kuřáci se domnívají, že v jejich osobním případě je riziko rakoviny podstatně menší než u dané populace, tedy ostatních lidí kolem nich. Ale v takovém případě jde o jejich falešnou představu, tzv. kladný sebeklam (19).

Nejčastější představy lidí o nádorech jsou představy lidí kdysi snad opodstatněné, ale v současné době už zastaralé a neplatné, představy o nádorech jako chorobách zásadně nevyléčitelných, proti kterým je veškeré úsilí nicotné. Jsou to představy, které dodnes vyvolávají v myslích lidí celého vzdělaného světa strach, přetrvávají dlouhou dobu, v lidském myšlení zakořeňují a dědí se z generace na generaci.

Tento hromadný výskyt strachu postihující obyvatelstvo téměř v pandemickém měřítku je jednou z největších překážek úspěšného boje proti nádorovým chorobám. Zakořeněný strach dává vzniknout mýtům vedoucí k pocitům poraženectví, nedostatku sebedůvěry, ke ztrátě víry v úspěch nebo vítězství. Z něho potom pramení nihilismus, negativní vztah k hodnotám – věcným, znalostním i etickým, kterými jsou v současné onkologii četné dokonalé diagnostické a terapeutické metody. Překonat mýtus o rakovině v myslích laiků je velmi obtížné. Je ovšem zarážející, že je zapotřebí ještě stále ho překonávat i v přesvědčení některých lékařů (17).

Jedním z argumentů hovořícím proti „nadměrnému“ strachu je skutečnost, že choroby, které jsou ještě častější než nádory a které způsobují mnohem více úmrtí, svůj mýtus nemají. U dospělých jsou to např. choroby oběhové soustavy a u dětí úrazy.

Stejná situace je u onemocnění, která jsou sice výskytem méně častá, ale prakticky nevyléčitelná, ale přesto podobnými mýty obklopena nejsou. Jedná se např. o onemocnění jako je roztroušená skleróza, jaterní cirhóza, degenerativní onemocnění mozku, některé vrozené vady imunity aj (17).

Běžné podvědomí posuzuje nemocné s rakovinou jako lidi, kteří brzy umřou a život s rakovinou je chápán jako příprava na umírání a smrt. Vyrovnaný život s rakovinou však předpokládá možnost akceptace smrti jako konečného stádia onkologického onemocnění. Vědomí bezprostřednějšího ohrožení smrtí se při profesionálním vedení nemocného může stát důležitou motivací pro uplatnění adaptačních snah. Současná medicína totiž navrácí stále více potenciálně vyléčitelných lidí zpět do jejich původního místa ve společnosti, kdy není ani nutné, aby nemocný v průběhu nemoci musel měnit své pracovní a rodinné aktivity. Pokročilé medicínské technologie pomáhají nemocným žít v jejich známém a zvyklém prostředí při současné protinádorové léčbě. Nemocní, kteří jsou vyléčeni, ale i ti, jejichž onemocnění se stane chronickým, se mohou radovat ze života v rodině, chodit do práce, do školy, nacházet smysl svého života v práci apod (38).

Zásadní překážkou bránící v přijetí těchto povzbudivých a přitom racionálních argumentů v dnešní postmoderní době může být tradiční používání samotného slova „rakovina“. V současnosti je tento mezi lidmi zakořeněný pojem považován za nešťastný a nesmyslný. Jako nešťastný je vnímám proto, že je odedávna spojován s představou nevyléčitelnosti, krutých bolestí a neodvratné smrti, a přitom již tato skutečnost dlouhou dobu neplatí. Nesmyslný je pak tento obecný název, protože v sobě zahrnuje několik set onemocnění, která se svými vlastnostmi a svým dopadem na osudy nemocných zásadně liší. Příkladem může být např. srovnání tzv. bazocelulárního karcinomu, který je v 99% vyléčitelný prostým vyříznutím, a to i vícekrát za život, a velice zhoubného melanomu kůže. Oba nádory jsou z několika hledisek výrazně odlišné, ale shrnují se pod společný termín „rakovina“. V důsledku toho může být psychický dopad na pacienta, tedy těžký stres, shodný, ačkoli onemocnění a výhled na jeho vyléčení jsou naprosto rozdílné. Třetím důvodem ukazujícím na nevhodnost užívání slova „rakovina“ jako označení pro onemocnění je symbolický námět použitý

pro vznik jeho pojmenování. Prvním, kdo použil termín „karcinóma“, byl slavný řecký lékař Hippokrates, v jehož pojetí se jednalo o velmi široký klinický pojem označující zhoubnost vůbec. Vynikající český patolog profesor Ferdinand Škorpil se domníval, že tento pojem vystihoval obraz pokročilého nádoru (karcinomu) prsu, v němž zatvrdlá, nádorovou tkání prorostlá mléčná žláza a mizní cévy kůže, připomíná kraba. Zde tedy dochází k závažné nesrovnalosti, protože označení „rakovina“ vychází od slova „rak“ (říčního živočicha) a nikoliv od slova „krab“ (mořského živočicha). Silueta kraba se vyskytuje i v písemnictví odborném, tak populárně vědeckém a v propagačním tisku. Je možné, že Hippokratovi, který žil při Středozezemním moři, připomínal krab, který požírá kusadly a přidržuje klepety z moře vyvrženou mršinu, nádorové ložisko, z něhož se právě popsaným obrazem šíří primární nádor do okolí. Krab a rak jsou každý jinou zoologickou jednotkou a jejich záměna či směšování je hrubou chybou.

Ať už jsou předsudky o rakovině a jejím riziku jakékoliv, základní podmínkou boje s alarmující četností výskytu onkologických onemocnění je informovanost lidí o příčinách a léčitelnosti tohoto onemocnění. Potřebná je snaha každého člověka objektivně se o nádorech poučit a falešných představ se zbavit (17).

#### ***1.4.6 Reálný postoj k nádorovému onemocnění***

Osobní záležitostí každého člověka by měla být samozřejmost primární prevence, která vyžaduje znalosti rizikových faktorů a vědomí zodpovědnosti za své zdraví. Je třeba seznámit veřejnost s těmito poznatky a přesvědčit ji, aby je přijala za své a změnila vžitý stereotyp. Sekundární prevence rovněž vyžaduje spolupráci občana, ale pro její uskutečnění je nutné ještě realizovat organizační síť zdravotnických pracovišť a ekonomické zabezpečení screeningových programů (6).

Přáním onkologů je, aby se široká veřejnost zbavila panického strachu z nádorů a aby získala reálné úsudky o léčitelnosti a vyléčitelnosti nádorových onemocnění. Tomu však předchází aktivní úsilí společnosti falešné představy překonat, být otevřen novým informacím a být přístupný k pozitivnímu náhledu na problémy.

V dnešní době nabízející množství nejrůznějších informací si je již většina populace více či méně vědoma, že úspěch léčby zhoubných novotvarů závisí především na zjištění nádorů v co nejranější fázi vzniku. V tom musí spolupracovat i každý jednotlivec od mládí tím, že dbá o své zdraví, sleduje svůj zdravotní stav a pravidelně prohlíží své tělo. Nejde o to, stresovat se a žít v obavě z rakoviny, ale o to, pomoci sám sobě. Lékaře je nutné navštívit při podezřelých potížích co možná nejdříve a neodsouvat své zdravotní potíže na neurčito, natož pak zcela ignorovat (7).

Současná medicína již není medicínou neúspěchu, ale to, co u nádorových onemocnění zůstává, je jejich nevypočitatelný průběh. V onkologii více než v ostatních lékařských disciplínách, dopadne někdy všechno úplně jinak, než se předpokládá. To proto, že ve „hře“ jsou tři nejisté proměnné, které se mohou zachovat jinak, než jak se předpokládalo: nemocný, svrchovaně jedinečný člověk, stejně individuálně se chovající nádor (i jednotlivé části téhož nádoru se mohou chovat odlišně, tím spíše nádory téhož druhu u různých osob) a individuálně reagující léčba – vůči nádoru, ale i vůči jeho nositeli. Vzájemná ovlivnění, neboli interakce, jsou často záhadná. Pozitivních až „záračných“ překvapení je v onkologii podstatně méně než těch opačných se špatným koncem, ale i tak podporují úsilí lékařů a zvyšují naději a víru pacientů (17).

Pro vybudování „zdravého“ postoje k nádorovým onemocněním, takového, kdy každý člověk jako jednotlivec bude uplatňovat aktivní přístup a získá tak skutečně reálný náhled, je potřebná otevřenost ke změně a zvnitřnění několika základních myšlenek. Předně se jedná o přijetí toho, že nádorová nemoc je skutečností, která se dotýká všech, nedá se před ní schovávat, ani předstírat, že ji nevnímáme. Další podmínkou je pochopení emocionálního náboje jako překážky, který s sebou toto onemocnění nese spolu s nešťastnými představami o marném léčebném úsilí. A to, co je zde snad nejdůležitější, je snaha o zmírnění tohoto silného emocionálního náboje. Toho lze dosáhnout přistoupením na fakt, že s nádorem lze prakticky žít stejně jako s cukrovkou nebo s vysokým krevním tlakem, kdy je neméně důležitý zodpovědný přístup k trvalé dispenzarizaci. Neléčitelnost je již minulostí, ale pravdou je také to, že nelze nikdy prohlásit, že pacient je spolehlivě vyléčen a že již nemusí chodit na kontroly. Člověk kromě zodpovědnosti a reálného náhledu potřebuje být také spokojený

a k tomu je nejdůležitější pochopení a přijetí toho, že nádorová nemoc nevylučuje žít hodnotný život, třebaže onkologická bdělost musí být trvalá (17).

### ***1.5 Role zdravotně sociálního pracovníka v problematice onkologické prevence***

Práce zdravotně sociálního pracovníka je nedílnou součástí léčebně preventivní péče. Zabývá se ochranou jedince ve smyslu prevence zdravotně sociálních poruch, psychosociální diagnostikou nemocných klientů a konkrétními opatřeními, které vedou ke zlepšení životní situace osob, jež jsou v důsledku své nemoci, invalidity nebo stáří závislé na pomoci společnosti. V posledních letech význam zdravotně sociální péče trvale vzrůstá, protože prakticky všude tam, kde je poskytována a zjišťována zdravotní péče, je nutné současně zajistit a poskytovat péči sociální (41).

Zdravotně sociální pracovník působí tedy v této problematice především v rámci terciární prevence - bez odborného dohledu a bez indikace provádí sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé životní situaci. Dále provádí sociální šetření u pacientů a posuzuje životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, sestavuje plán psychosociální intervence a ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizuje a napomáhá integraci pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek, do společenského prostředí (31). Cílem práce zdravotně sociálních pracovníků je tedy zjištění okolností dalšího klientova života, tj. zda bude klient po skončení dlouhodobé léčby schopen návratu do původního prostředí. Následně pak zahajují složitý, kontinuální proces zdravotně - sociální rehabilitace, jenž vede nejen k udržení reálně dosažitelné kvality života klienta, ale současně působí jako významný preventivní faktor snižující možnost brzkého návratu klienta zpět do zdravotnického zařízení (25).

Role zdravotně sociálního pracovníka má svůj podíl i v realizování primární a sekundární zdravotní péče, protože její poskytování musí být založeno na



interdisciplinárním přístupem, na kooperaci a týmové spolupráci zdravotnických i nezdravotnických pracovníků ve zdravotnictví, občanů, rodin a společenských skupin i jejich svépomocné činnosti. V tomto smyslu jde především o účast na uskutečňování zdravotní výchovy, která je považována za nejefektivnější preventivní metodu. Zdravotní výchova se realizuje pro zdravé i nemocné osoby (jednotlivce, kolektivy) a musí jí provádět všichni pracovníci pracující ve zdravotnickém zařízení. Úkolem zdravotní výchovy je předat správné vědomosti o způsobu a významu ochrany zdraví, pozitivně ovlivnit chování lidí k osvojení zdravého způsobu života a naučit veřejnost rozpoznávat faktory pozitivně a negativně ovlivňující zdraví. Zdravotní výchova tedy v sobě zahrnuje i problematiku onkologické prevence a v současné době je vzhledem k nepříznivé situaci týkající se počtu nádorových onemocnění velice aktuální. Prevence je považována za jeden z principů moderní medicíny a pro její podporu hovoří důvody ekonomické, etické i kulturní (43).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Vzhledem k výzkumnému problému jsou stanoveny tyto dva hlavní cíle:

- 1) Zjistit, jak laická i odborná zdravotnická veřejnost využívá možnosti preventivních onkologických vyšetření.
- 2) Zjistit bariéry ve využívání možností preventivních onkologických vyšetření z pohledu laické i odborné zdravotnické veřejnosti.

Vzhledem k hlavnímu cíli jsou stanoveny následující dílčí cíle:

- Zjistit postoj laické i odborné zdravotnické veřejnosti k aktivní péči o své zdraví.
- Zjistit informovanost laické i odborné zdravotnické veřejnosti týkající se možností využívání preventivních onkologických prohlídek.
- Porovnat rozdíly ve využívání možností preventivních onkologických vyšetření mezi laickou veřejností a odbornou zdravotnickou veřejností.
- Zjistit informační zdroje týkající se možností využívání preventivních onkologických prohlídek.
- Zjistit spokojenost laické i odborné zdravotnické veřejnosti s poskytováním informací od svých lékařů týkající se možností preventivních vyšetření.

### **2.2 Hypotézy**

Na základě výzkumného problému a výzkumných cílů byly vysloveny tyto hypotézy:

H1: Laická veřejnost využívá možnosti preventivních onkologických vyšetření více než odborná zdravotnická veřejnost.

H2: Nejčastější bariérou ve využívání možností preventivních onkologických vyšetření ze strany odborné zdravotnické veřejnosti je strach z pozitivního nálezu.

H3: Nejčastější bariérou ve využívání preventivních onkologických vyšetření ze strany laické veřejnosti je neinformovanost o těchto možnostech.

### **3. Metodika**

Při sběru dat bylo použito kvantitativního výzkumu – metody dotazování, techniky sběru dat dotazníku. Výzkumný soubor je tvořen laickou i odbornou zdravotnickou veřejností.

#### ***3.1 Použité metody a techniky sběru dat***

Při sběru dat bylo použito metody dotazování, techniky sběru dat dotazníku. Dotazník (viz Příloha č. 1) obsahoval 28 otázek vypracovaných ve formě 13 zavřených otázek s možností výběru a 15 polootevřených otázek s možností doplnění vlastní odpovědí. Některé otázky umožňovaly odpovědět zvolením více možností, u ostatních bylo třeba označit jen jednu odpověď.

Respondenti byli v úvodu dotazníku poučeni o způsobu jeho vyplnění, dále byli seznámeni s výzkumným problémem a ujištěni o anonymitě.

Celkem bylo rozdáno 415 dotazníků během měsíců února a března roku 2008, návratnost odpovídá 95 %.

Pro vyhodnocování bylo použito tabulek a sloupcových a pruhových grafů. Podle počtu jednotlivých odpovědí na otázky je stanoven procentuální podíl z počtu respondentů. V případech, kdy otázka umožňovala odpověď výběrem více možností, se vychází z procentuálního zastoupení jednotlivých odpovědí na danou otázku.

#### ***3.2 Charakteristika cílové populace***

Výzkumný soubor byl tvořen 395 respondenty, z nichž 260 respondentů bylo z řad laické veřejnosti a 135 respondentů ze strany odborné zdravotnické veřejnosti. Dotazníky byly distribuovány mezi dospělou populací, mužům a ženám se zdravotnickou a nezdravotnickou profesí, podmínkou byl pouze věk respondentů, tj. od 18 let a více.

Respondenti byli dle věku rozděleni do těchto věkových kategorií: 18-29, 30-44, 45-59 a 60-75 let.

#### 4. Výsledky

Celkový počet všech respondentů byl 395. Vzhledem k výzkumným cílům porovnat rozdíly ve využívání preventivních onkologických prohlídek mezi laickou veřejností a odbornou zdravotnickou veřejností, byly jednotlivé oblasti výzkumu sledovány zvlášť u laické nezdravotnické veřejnosti a zdravotnické veřejnosti.

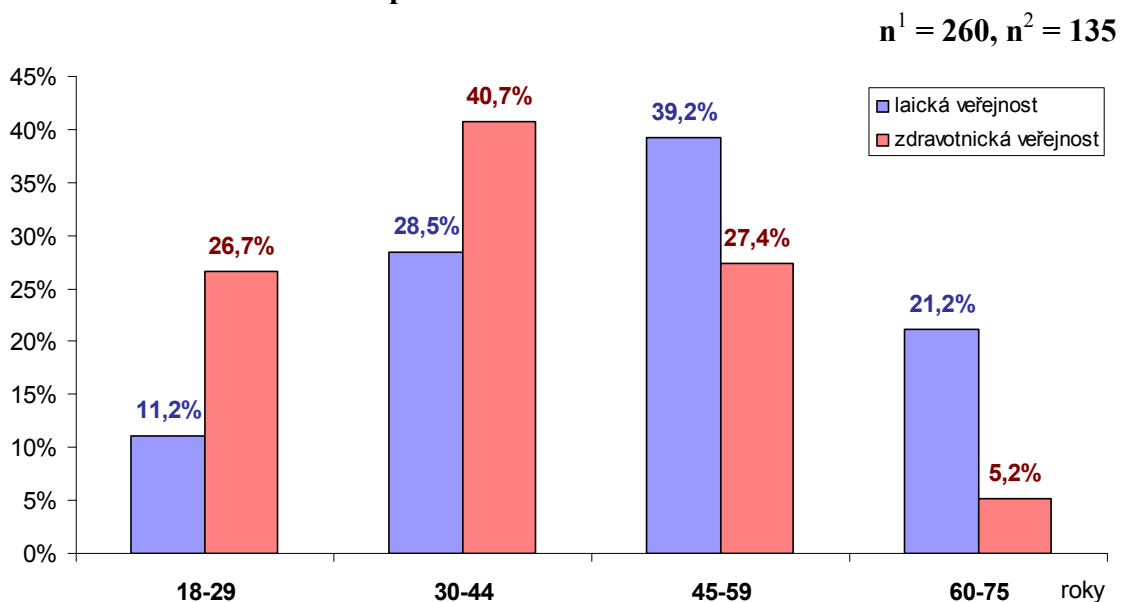
**Tab 1 Profesionální struktura respondentů**

		<b>n = 395</b>
laická veřejnost		<b>260</b>
zdravotnická veřejnost		<b>135</b>
	lékaři	26
	sestry	96
	jiná zdravotnická profese	13
	sanitář	4
	medicínský fyzik	1
	zdravotnický laborant	1
	fyzioterapeut	3
	zdravotně sociální pracovník	2
	mikrobiolog	1
	farmaceutický pracovník	1

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Výzkumný soubor byl tvořen 395 respondenty, z nichž 260 respondentů bylo z řad laické veřejnosti a 135 respondentů ze zdravotnické veřejnosti. Zdravotnickou veřejnost tvořilo 96 sester, 26 lékařů a 13 jiných zdravotnických pracovníků – 4 sanitáři, 3 fyzioterapeuti, 2 zdravotně sociální pracovníci, 1 medicínský fyzik, 1 zdravotnický laborant, 1 mikrobiolog a 1 farmaceutický pracovník.

**Graf 1 Věková struktura respondentů**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

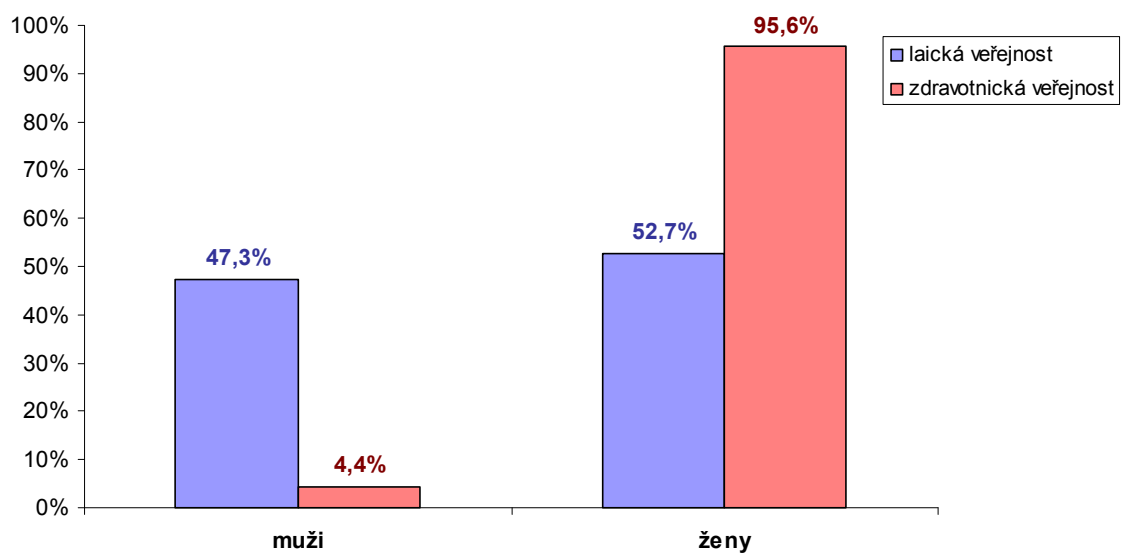
Respondenti byli dle věku zařazeni do těchto věkových kategorií: 18-29, 30-44, 45-59 a 60-75 let.

Z laické veřejnosti bylo v kategorii 18-29 let 11,2 % (29) respondentů, v kategorii 30-44 let 28,5 % (74) respondentů, 45-59 let 39,2 % (102) respondentů a v kategorii 60-75 let 21,2 % (55) respondentů.

Ze zdravotnické veřejnosti bylo v kategorii 18-29 let 26,7 % (36) respondentů, v kategorii 30-44 let 40,7 % (55) respondentů, 45-59 let 27,4 % (37) respondentů a v kategorii 60-75 let 5,2 % (7) respondentů.

**Graf 2 Pohlaví respondentů**

$n^1 = 260, n^2 = 135$

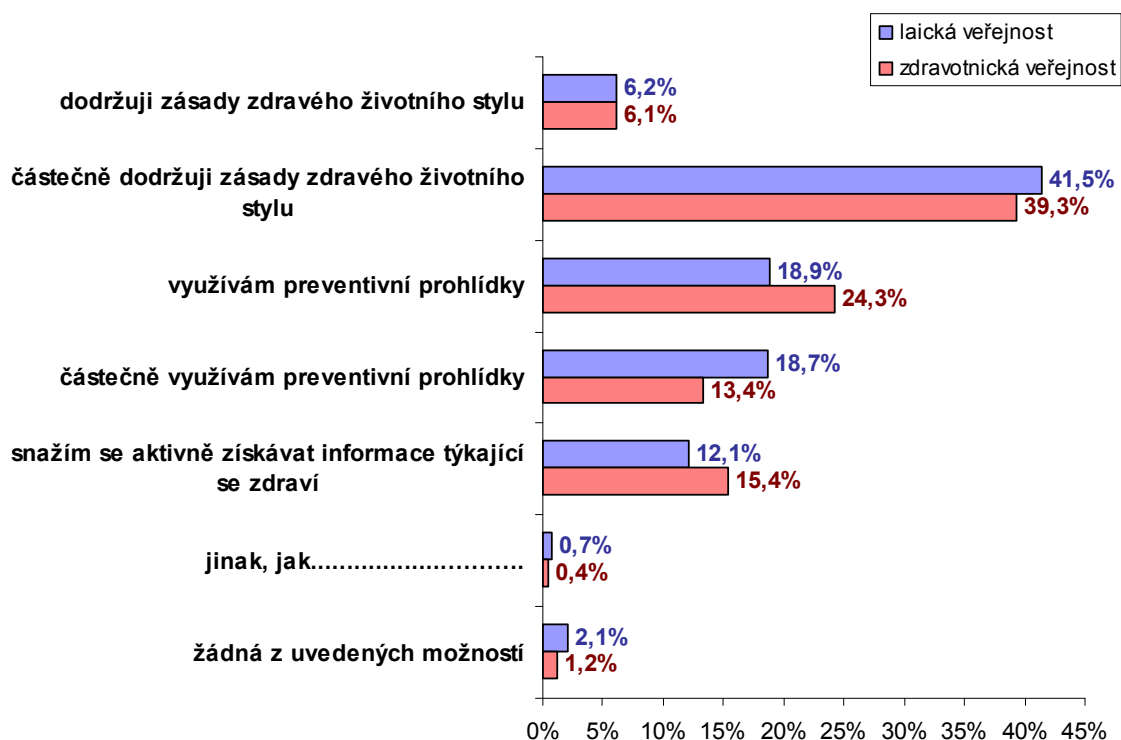


*Zdroj: Vlastní výzkum*

V laické veřejnosti bylo zastoupeno 52,7 % (137) žen a 47,3 % (123) mužů, ve zdravotnické veřejnosti bylo zastoupeno 95,6 % (129) žen a 4,4 % (6) mužů.

**Graf 3 Přístup respondentů ke zdraví (otázka č. 1)**

$n^1 = 260, n^2 = 135$



*Zdroj: Vlastní výzkum*

V otázce bylo možné označit více odpovědí.

Z celkového počtu 439 odpovědí získaných u laické veřejnosti 182 respondentů částečně dodržuje zásady zdravého životního stylu (41,5 % z celkového počtu získaných odpovědí), 83 respondentů využívá preventivní prohlídky (18,9 %), 82 respondentů částečně využívá preventivní prohlídky (18,7 %), 53 respondentů se aktivně snaží získávat informace týkající se zdraví (12,1 %), 27 respondentů dodržuje zásady zdravého životního stylu (6,2 %), 9 respondentů označilo žádnou z uvedených možností (2,1 %) a jinak odpověděli 3 respondenti (0,7 %).

Z celkového počtu 247 odpovědí získaných u zdravotnické veřejnosti 97 respondentů částečně dodržuje zásady zdravého životního stylu (39,3 % z celkového počtu získaných odpovědí), 60 respondentů využívá preventivní prohlídky (24,3 %),

38 respondentů se aktivně snaží získávat informace týkající se zdraví (15,4 %), 33 respondentů částečně využívá preventivní prohlídky (13,4 %), 15 respondentů dodržuje zásady zdravého životního stylu (6,1 %), 3 respondenti označili žádnou z uvedených možností (1,2 %) a jinak odpověděl 1 respondent (0,4 %).

**Tab 2 Jiný přístup ke zdraví (otázka č. 1)**

		$n^1 = 3, n^2 = 1$
<b>laická veřejnost</b>	aktivní člen ve sdružení zabývající se zdravotním stavem	1
	dodržují pravidelný půst	1
	při potížích jdu k lékaři	1
<b>zdravotnická veřejnost</b>	působím na rodinu - vedu ji ke zdravému životnímu stylu	1

*Zdroj: Vlastní výzkum*

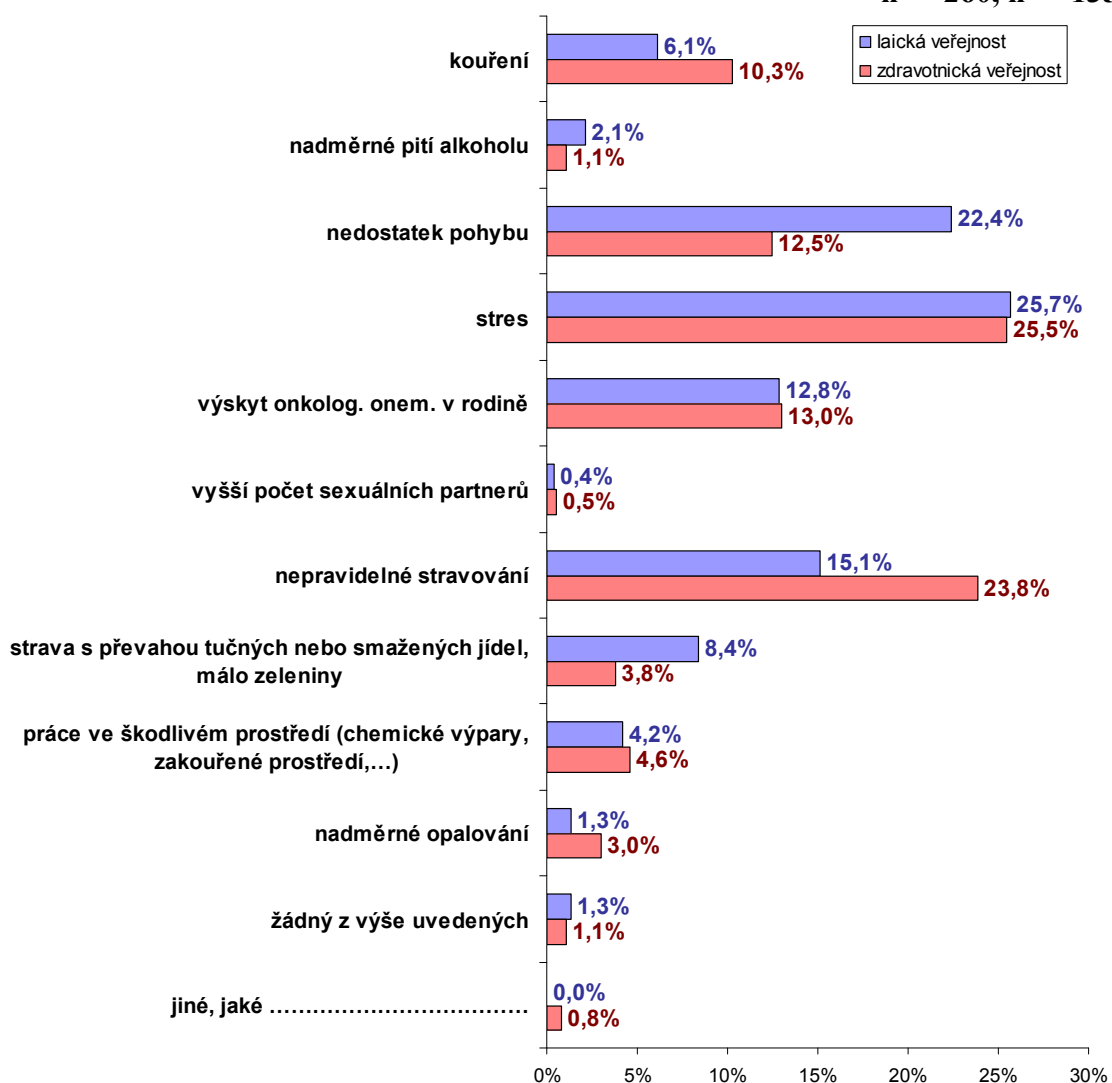
Z celkového počtu 3 respondentů (0,7 %) z laické veřejnosti, kteří v otázce přístupu ke zdraví odpověděli jinak, je 1 respondent aktivním členem ve sdružení zabývající se zdravotním stavem, 1 respondent dodržuje pravidelný půst a 1 respondent jde při potížích k lékaři.

Ze zdravotnické veřejnosti 1 respondent (0,4 %), který v otázce přístupu ke zdraví odpověděl jinak, působí na rodinu - vede ji ke zdravému způsobu života.



**Graf 4 Rizikové faktory ovlivňující zdraví respondentů (otázka č. 2)**

$n^1 = 260, n^2 = 135$



*Zdroj: Vlastní výzkum*

V otázce bylo možné označit více odpovědí.

Z celkového počtu 522 odpovědí získaných u laické veřejnosti se u 134 respondentů jako rizikový faktor ovlivňující zdraví vyskytuje stres (25,7 % z celkového počtu získaných odpovědí), u 117 respondentů nedostatek pohybu (22,4 %), u 79 respondentů nepravidelné stravování (15,1 %), u 67 výskyt

onkologického onemocnění v rodině (12,8 %), u 44 strava s převahou tučných nebo smažených jídel, málo zeleniny (8,4 %), u 32 kouření (6,1 %), u 22 respondentů práce ve škodlivém prostředí (4,2 %), u 11 respondentů nadměrné pití alkoholu (2,1 %), u 7 nadměrné opalování (1,3 %), u 7 respondentů žádný z výše uvedených faktorů (1,3 %) a u 2 respondentů vyšší počet sexuálních partnerů (0,4 %). Jiný rizikový faktor neuvedl žádný z respondentů (0,0 %).

Z celkového počtu 369 odpovědí získaných u zdravotnické veřejnosti se u 94 respondentů jako rizikový faktor ovlivňující zdraví vyskytuje stres (25,5 % z celkového počtu získaných odpovědí), u 88 respondentů nepravidelné stravování (23,8 %), u 48 respondentů výskyt onkologického onemocnění v rodině (13,0 %), u 46 nedostatek pohybu (12,5 %), u 38 kouření (10,3 %), u 17 práce ve škodlivém prostředí (4,6 %), u 14 respondentů strava s převahou tučných nebo smažených jídel, málo zeleniny (3,8 %), u 11 respondentů nadměrné opalování (3,0 %), u 4 nadměrné pití alkoholu (1,1 %), u 4 respondentů žádný z výše uvedených faktorů (1,1 %), u 3 respondentů se vyskytuje jiný rizikový faktor (0,8 %) a u 2 respondentů vyšší počet sexuálních partnerů (0,5 %).

**Tab 3 Jiné rizikové faktory ovlivňující zdraví (otázka č. 2)**

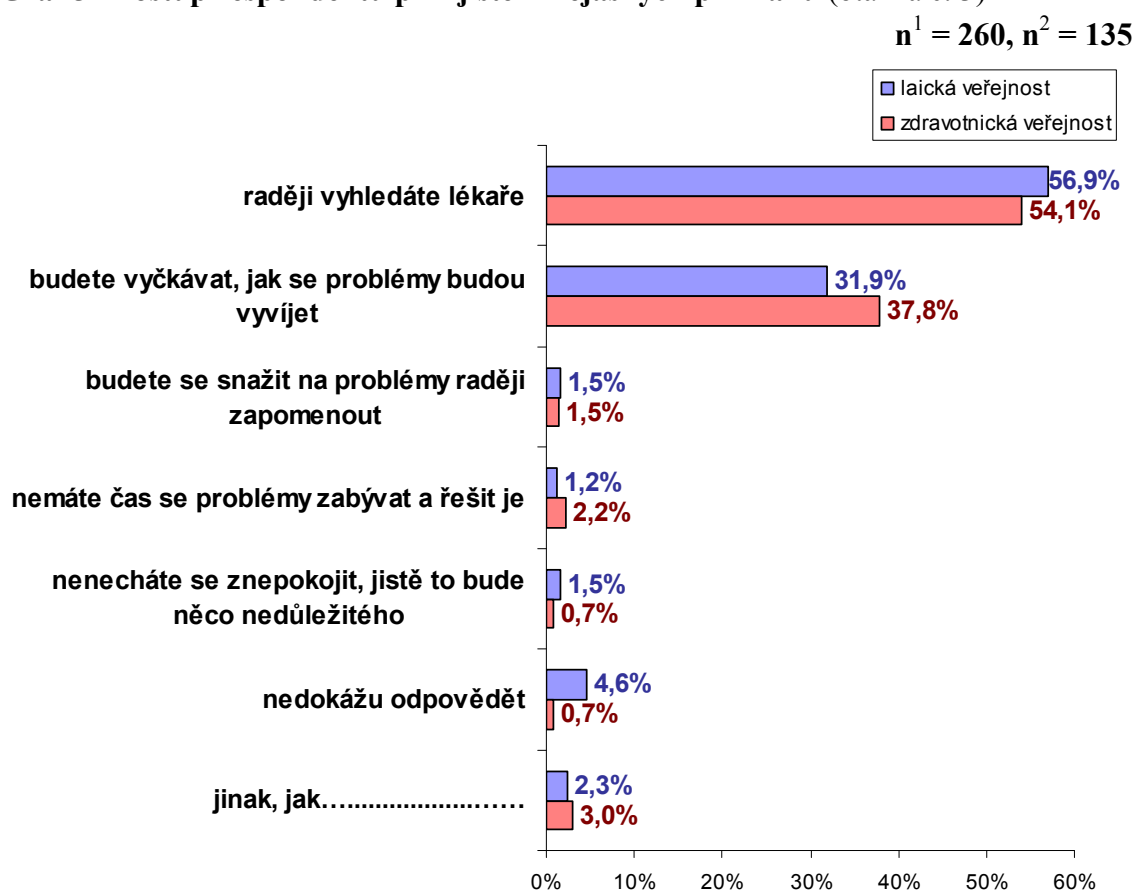
		<b>n<sup>2</sup> = 3</b>
<b>zdravotnická veřejnost</b>	následky aktivního sportu v mládí	1
	spánkové problémy	1
	pasivní kouření	1

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu 3 respondentů (0,8 %) ze zdravotnické veřejnosti, kteří v otázce rizikových faktorů ovlivňující zdraví uvedli jiný rizikový faktor, se

u 1 respondenta vyskytují následky aktivního sportu v mládí, u 1 respondenta spánkové problémy a u 1 respondenta se vykytuje jako rizikový faktor pasivní kouření.

**Graf 5** Postup respondentů při zjištění nejasných příznaků (otázka č. 3)



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů z laické veřejnosti při zjištění nejasných příznaků 56,9 % (148) respondentů raději vyhledá lékaře, 31,9 % (83) respondentů bude vyčkávat, jak se problémy budou vyvíjet, 4,6 % (12) respondentů nedokáže odpovědět,

2,3 % (6) bude postupovat jinak, 1,5 % (4) respondentů se bude snažit na problémy raději zapomenout, 1,5 % (4) se nenechá znepokojit, jistě to bude něco nedůležitého a 1,2 % (3) respondentů nemá čas se problémy zabývat a řešit je.

Z celkového počtu respondentů ze zdravotnické veřejnosti při zjištění nejasných příznaků 54,1 % (73) respondentů raději vyhledá lékaře, 37,8 % (51) respondentů bude vyčkávat, jak se problémy budou vyvíjet, 3,0 % (4) bude postupovat jinak, 2,2 % (3) respondentů nemá čas se problémy zabývat a řešit je, 1,5 % (2) respondentů se bude snažit na problémy raději zapomenout, 0,7 % (1) se nenechá znepokojit, jistě to bude něco nedůležitého a 0,7 % (1) respondentů nedokáže odpovědět.

**Tab 4 Jiný postup při zjištění nejasných příznaků (otázka č. 3)**

	$n^1 = 6, n^2 = 4$	
	laická veřejnost	zdravotnická veřejnost
zjišťuji něco o příznacích, poradím se ve svém okolí	3	1
zkusím alternativní medicínu (homeopatie)	3	2
budu částečně vyčkávat ale pak ihned k lékaři		1

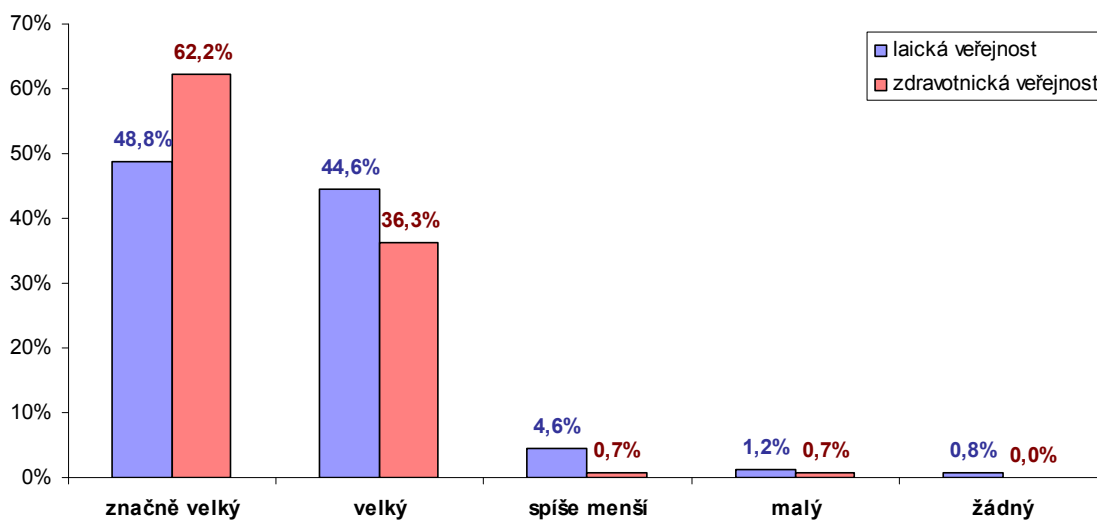
*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu 6 respondentů (2,3 %) z laické veřejnosti, kteří při zjištění nejasných příznaků budou postupovat jinak, 3 respondenti zjišťují něco o příznacích, poradí se ve svém okolí a 3 respondenti zkusí alternativní medicínu (homeopatii).

Z celkového počtu 4 respondentů (3,0 %) ze zdravotnické veřejnosti, kteří při zjištění nejasných příznaků budou postupovat jinak, 2 respondenti zkusí alternativní medicínu (homeopatii), 1 respondent zjišťuje něco o příznacích, poradí se ve svém okolí, a 1 respondent bude částečně vyčkávat, ale pak ihned půjde k lékaři.

**Graf 6 Význam preventivních onkologických prohlídek pro úspěšné vyléčení (otázka č. 4)**

$n^1 = 260, n^2 = 135$



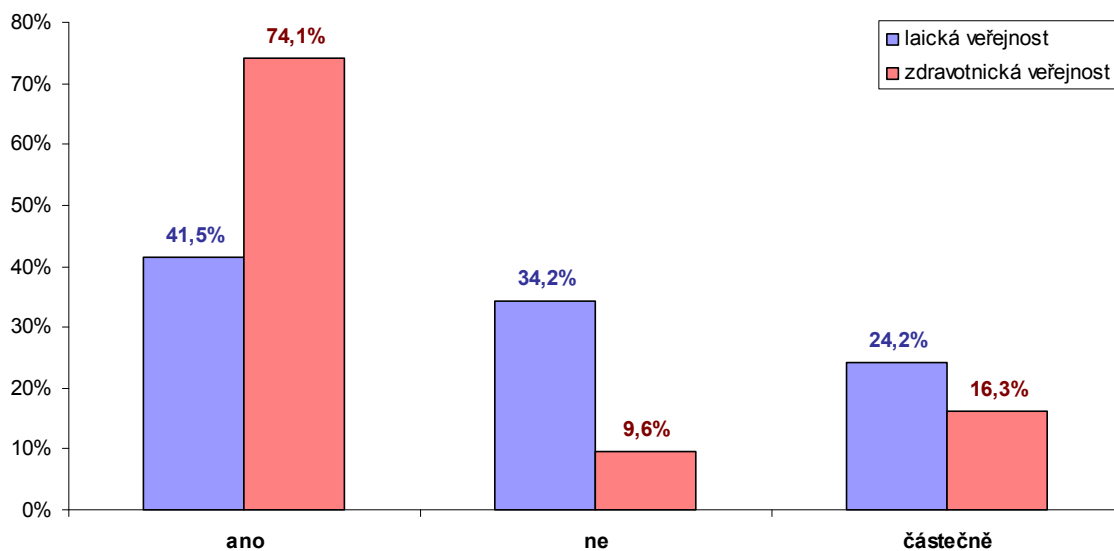
*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů z laické veřejnosti má význam preventivních onkologických prohlídek pro úspěšné vyléčení podle 48,8 % (127) respondentů značně velký, podle 44,6 % (116) velký, podle 4,6 % (12) spíše menší, podle 1,2 % (3) respondentů malý a podle 0,8 % (2) respondentů žádný.

Z celkového počtu respondentů ze zdravotnické veřejnosti má význam preventivních onkologických prohlídek pro úspěšné vyléčení podle 62,2 % (84) respondentů značně velký, podle 36,3 % (49) velký, podle 0,7 % (1) spíše menší, podle 0,7 % (1) respondentů malý a podle 0,0 % (0) respondentů žádný.

**Graf 7 Informovanost respondentů o preventivních onkologických vyšetřeních dle zákona ČR (otázka č. 5)**

$n^1 = 260, n^2 = 135$

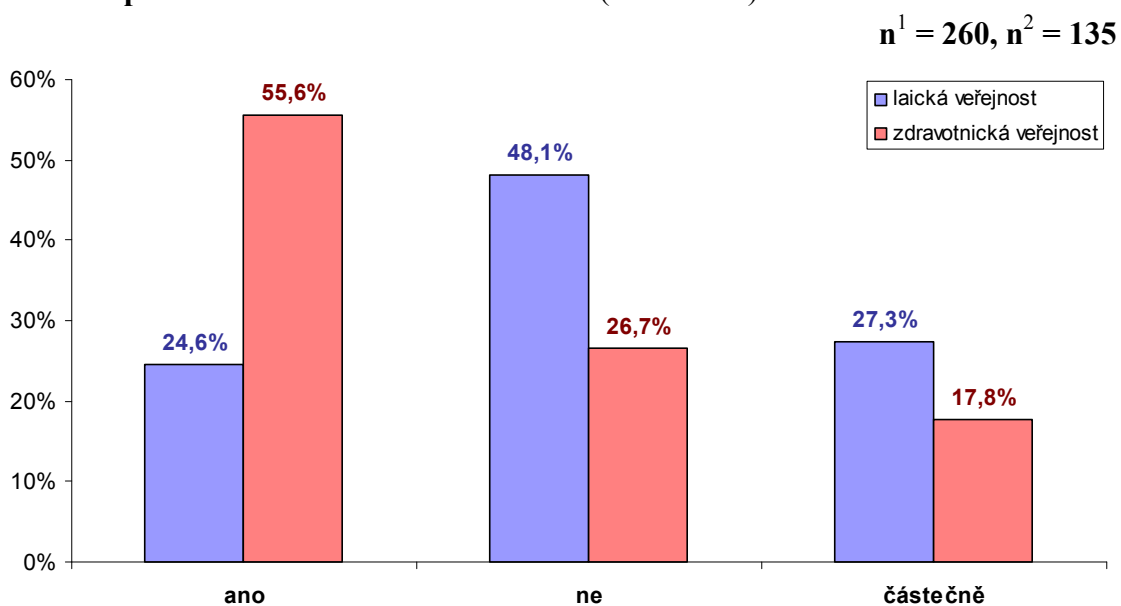


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů z laické veřejnosti je o preventivních onkologických vyšetřeních dle zákona ČR informováno 41,5 % (108) respondentů, není informováno 34,2 % (89) a částečně je informováno 24,2 % (63).

Z celkového počtu respondentů ze zdravotnické veřejnosti je o preventivních onkologických vyšetřeních dle zákona ČR informováno 74,1 % (100) respondentů, částečně je informováno 16,3 % (22) a není informováno 9,6 % (13).

**Graf 8 Informovanost respondentů o preventivních onkologických prohlídkách u praktického lékaře dle zákona ČR (otázka č. 6)**

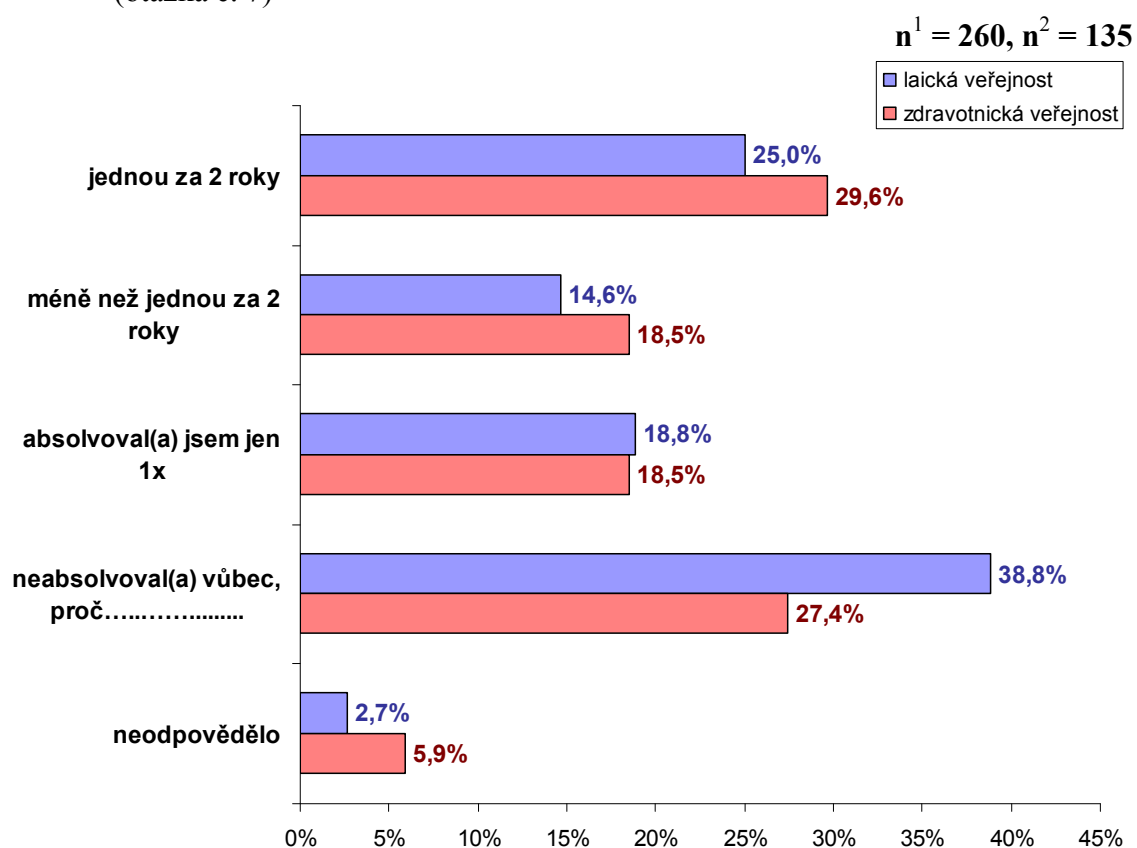


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů z laické veřejnosti není o preventivních onkologických prohlídkách u praktického lékaře dle zákona ČR informováno 48,1 % (125) respondentů, částečně je informováno 27,3 % (71) a je informováno 24,6 % (64) respondentů.

Z celkového počtu respondentů ze zdravotnické veřejnosti je o preventivních onkologických prohlídkách u praktického lékaře dle zákona ČR informováno 55,6 % (75) respondentů, částečně je informováno 26,7 % (36) a není informováno 17,8 % (24) respondentů.

**Graf 9 Využívání preventivních onkologických prohlídek u praktického lékaře (otázka č. 7)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů z laické veřejnosti neabsolvovalo vůbec preventivní onkologickou prohlídku u praktického lékaře 38,8 % (101) respondentů, 25,0 % (65) využívá tuto prohlídku (některá dílčí vyšetření) jednou za 2 roky, 18,8 % (49) respondentů absolvovalo prohlídku (některá dílčí vyšetření) jen 1x, 14,6 % (38) ji využívá méně než jednou za 2 roky a 2,7 % (7) respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Z celkového počtu respondentů ze zdravotnické veřejnosti využívá tuto prohlídku (některá dílčí vyšetření) 29,6 % (40) respondentů jednou za 2 roky, 27,4 % (37) ji neabsolvovalo vůbec, 18,5 % (25) respondentů ji využívá méně než jednou za



2 roky, 18,5 % (25) ji absolvovalo jen 1x a 5,9 % (8) respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

**Tab 5 Zdůvodnění nevyužívání preventivních onkologických prohlídek u praktického lékaře (otázka č. 7)**

$n^1 = 101, n^2 = 37$

	laická veřejnost	zdravotnická veřejnost
nevím o této možnosti	22	8
nedostatek času	2	
nechci ji absolvovat	2	
lékař mi to nenabídl (neprovedl)	5	3
nízký věk	2	
nepožádala jsem o to	1	
navštěvuji lékaře až při zdravotních problémech	6	3
teprve se chystám	1	
odkládám	1	1
absolvuji u specialisty		1
nejsem v kontaktu s praktickým lékařem		1
vyšetřuji se sám		1
bez uvedení důvodu	59	19

*Zdroj: Vlastní výzkum*

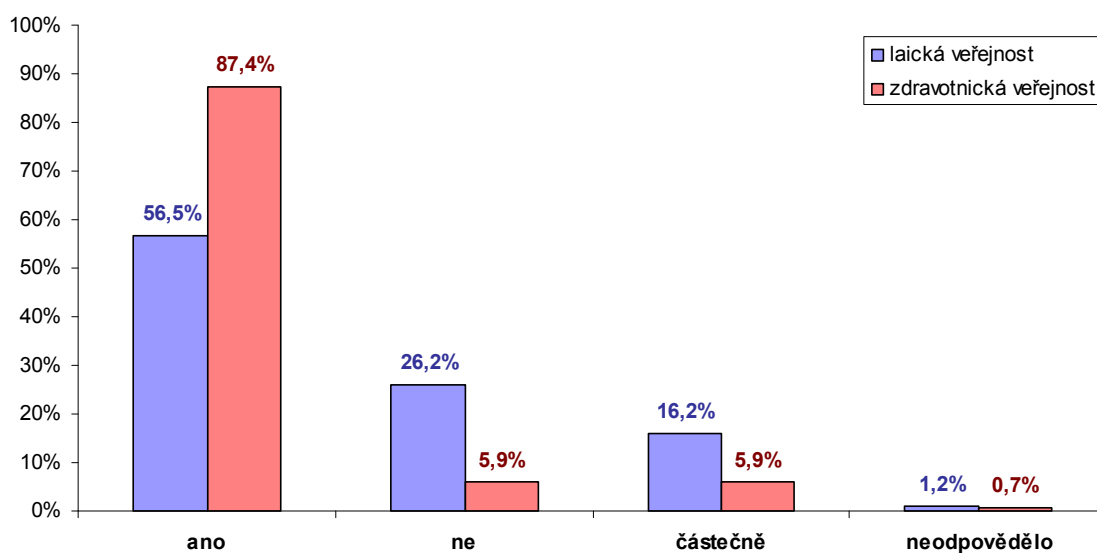
Z celkového počtu 101 respondentů (38,8 %) z laické veřejnosti, kteří preventivní onkologickou prohlídku u praktického lékaře neabsolvovali vůbec, 59 respondentů tuto odpověď nezdůvodnilo, 22 respondentů neví o této možnosti, 5 respondentům lékař vyšetření nenabídl (neprovedl), 6 respondentů navštěvuje lékaře až při zdravotních problémech, z důvodu nedostatku času ji neabsolvují 2 respondenti, nechtějí ji absolvovat 2 respondenti, z důvodu nízkého věku ji neabsolvují

2 respondenti, 1 respondent o prohlídku nepožádal, 1 se teprve chystá a 1 respondent prohlídku odkládá.

Z celkového počtu 37 respondentů (27,4 %) ze zdravotnické veřejnosti, kteří preventivní onkologickou prohlídku u praktického lékaře neabsolvovali vůbec, 19 respondentů tuto odpověď nezdůvodnilo, 8 respondentů neví o této možnosti, 3 respondentům lékař vyšetření nenabídl (neprovedl), 3 respondenti navštěvují lékaře až při zdravotních problémech, 1 respondent prohlídku odkládá, 1 respondent absolvuje vyšetření u specialisty, 1 respondent není v kontaktu s praktickým lékařem a 1 respondent se vyšetřuje sám.

**Graf 10 Informovanost respondentů o screeningovém testu na krvácení ve stolici dle zákona ČR (otázka č. 8)**

$n^1 = 260, n^2 = 135$

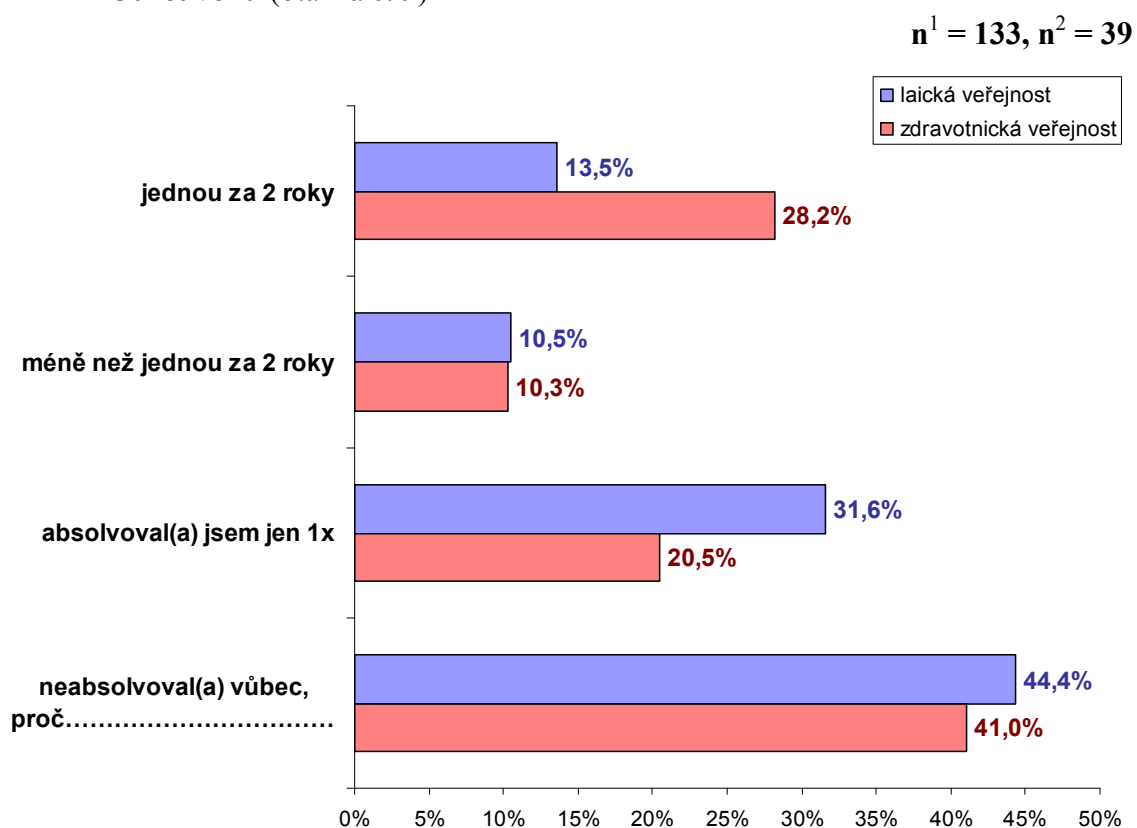


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů z laické veřejnosti je o screeningovém testu na krvácení ve stolici dle zákona ČR informováno 56,5 % (147) respondentů, částečně je informováno 26,2 % (68) a není informováno 16,2 % (42) respondentů. Na tuto otázku neodpovědělo 1,2 % (3) respondentů.

Z celkového počtu respondentů ze zdravotnické veřejnosti je o screeningovém testu na krvácení ve stolici dle zákona ČR informováno 87,4 % (118) respondentů, částečně je informováno 5,9 % (8) a není informováno 5,9 % (8) respondentů. Na tuto otázku neodpovědělo 0,7 % (1) respondentů.

**Graf 11 Využívání screeningového testu na krvácení ve stolici u respondentů nad 50 let věku (otázka č. 9)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů byli vyjmuti respondenti mladší 50ti let, kteří vzhledem k věku nepatří dle zákona ČR do kategorie, pro kterou je screeningový test bezplatný.

Z celkového počtu 133 respondentů starší 50ti let z laické veřejnosti neabsolvovalo vůbec screeningový test na krvácení ve stolici 44,4 % (59) respondentů, 31,6 % (42) respondentů absolvovalo screeningový test jen 1x, 13,5 % (18) využívá tento test jednou za 2 roky a 10,5 % (14) respondentů ho využívá méně než jednou za 2 roky.

Z celkového počtu 39 respondentů starší 50ti let ze zdravotnické veřejnosti neabsolvovalo vůbec screeningový test na krvácení ve stolici 41,0 % (16) respondentů, 28,2 % (11) využívá tento test jednou za 2 roky, 20,5 % (8) respondentů absolvovalo screeningový test jen 1x a 10,3 % (4) respondentů ho využívá méně než jednou za 2 roky.

**Tab 6 Zdůvodnění nevyužívání screeningového testu na krvácení ve stolici u respondentů nad 50 let věku (otázka č. 9)**

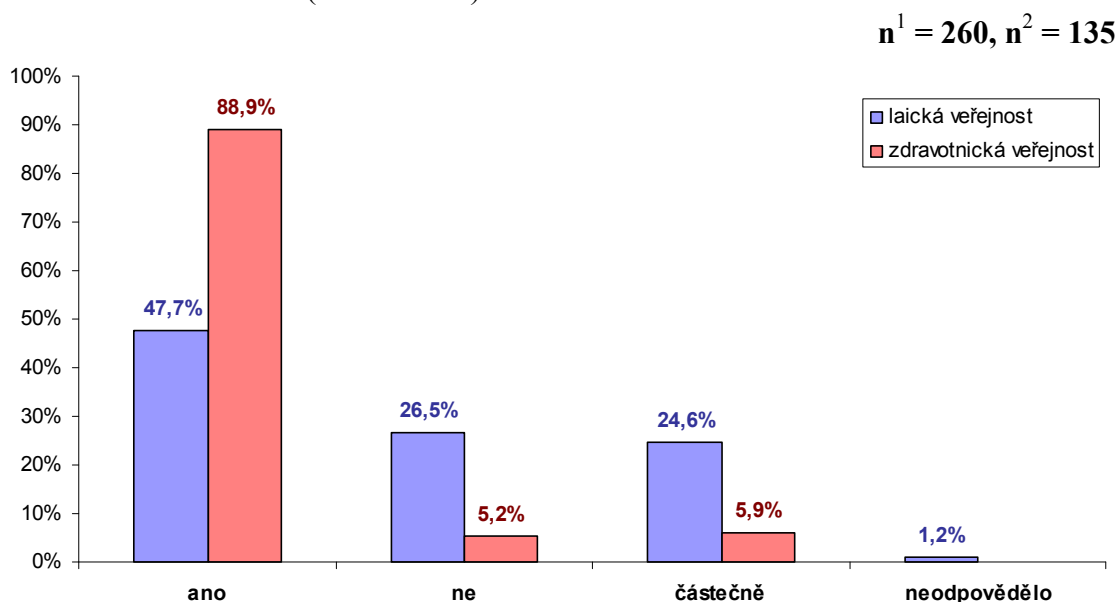
	$n^1 = 59, n^2 = 16$	
	laická veřejnost	zdravotnická veřejnost
nevím o této možnosti	7	1
nedostatek času	2	2
dozvěděl jsem se o tom teprve nedávno	1	
zatím nemám problémy	5	3
odkládám	1	
teprve se chystám	2	2
tato nemoc není v rodině		2
lenost		2
bez uvedení důvodu	41	4

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu 59 respondentů (44,4 %) z laické veřejnosti, kteří screeningový test na krvácení ve stolici neabsolvovali vůbec, 41 respondentů tuto odpověď nezdůvodnilo, 7 respondentů neví o této možnosti, 5 respondentů zatím nemá žádné problémy, 2 respondenti ho neabsolvoují z důvodu nedostatku času, 2 respondenti se teprve chystají, 1 respondent tento test odkládá a 1 respondent se o něm dozvěděl teprve nedávno.

Z celkového počtu 16 respondentů (41,0 %) ze zdravotnické veřejnosti, kteří screeningový test na krvácení ve stolici neabsolvovali vůbec, 4 respondenti tuto odpověď nezdůvodnili, 3 respondenti zatím nemají žádné problémy, 2 respondenti ho neabsolvoují z důvodu nedostatku času, 2 respondenti se teprve chystají, 2 respondenti ho neabsolvoují z důvodu nepřítomnosti onkologického onemocnění v rodině, 2 respondenti z důvodu své lenosti a 1 respondent neví o této možnosti.

**Graf 12 Informovanost respondentů o gynekologických preventivních vyšetřeních dle zákona ČR (otázka č. 10)**

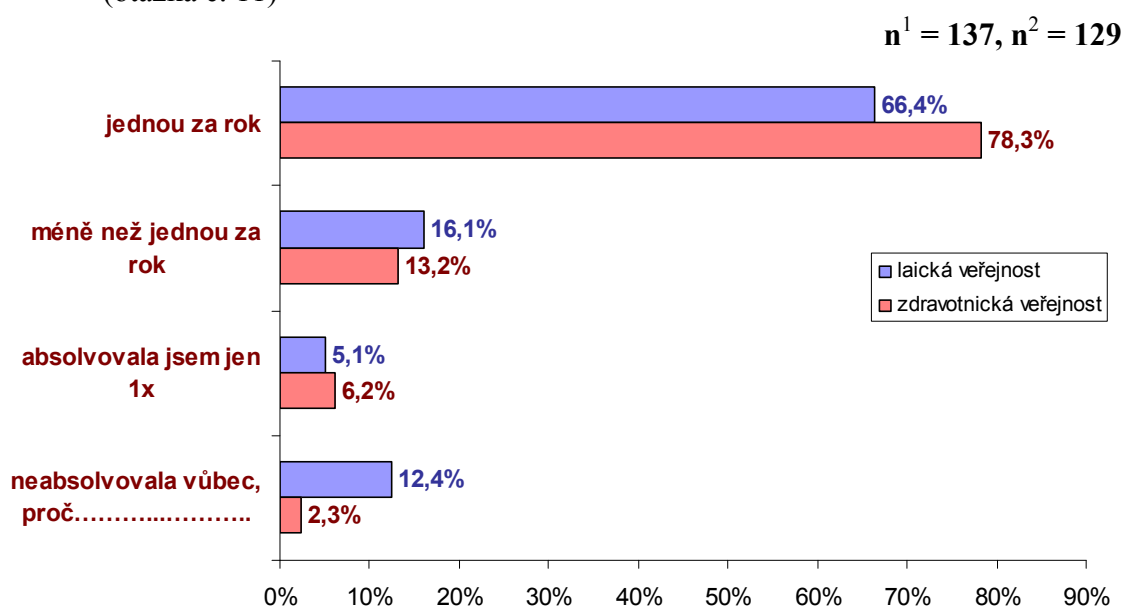


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů z laické veřejnosti je o gynekologických preventivních vyšetřeních dle zákona ČR informováno 47,7 % (124) respondentů, není informováno 26,5 % (69) respondentů a částečně je informováno 24,6 % (64). Na tuto otázku neodpovědělo 1,2 % (3) respondentů.

Z celkového počtu respondentů ze zdravotnické veřejnosti je o gynekologických preventivních vyšetřeních dle zákona ČR informováno 88,9 % (120) respondentů, částečně je informováno 5,9 % (8) a není informováno 5,2 % (7) respondentů.

**Graf 13 Využívání gynekologických preventivních vyšetření u respondentů - ženy**  
(otázka č. 11)



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů byli vyjmuti respondenti - muži, kteří vzhledem k pohlaví neabsolvují gynekologická vyšetření.

Z celkového počtu 137 respondentů - žen z laické veřejnosti absolvuje gynekologické preventivní vyšetření 66,4 % (91) žen jednou za rok, 16,1 % (22) respondentů absolvuje toto vyšetření méně než jednou za rok, 12,4 % (17) žen toto vyšetření neabsolvovalo vůbec a 5,1 % (7) žen ho absolvovalo jen 1x.

Z celkového počtu 129 respondentů - žen ze zdravotnické veřejnosti absolvuje gynekologické preventivní vyšetření 78,3 % (101) žen jednou za rok, 13,2 % (17) respondentů absolvuje toto vyšetření méně než jednou za rok, 6,2 % (8) žen ho absolvovalo jen 1x a 2,3 % (3) žen toto vyšetření neabsolvovalo vůbec.

**Tab 7 Zdůvodnění nevyužívání gynekologických preventivních vyšetření u respondentů - ženy (otázka č. 11)**

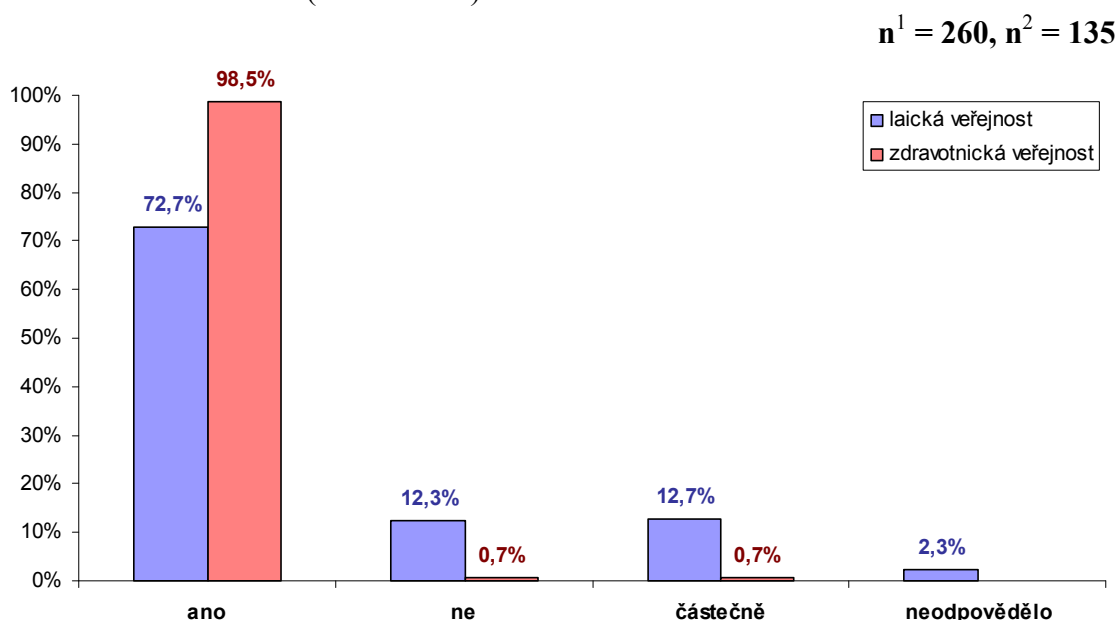
	$n^1 = 17, n^2 = 3$	
	laická veřejnost	zdravotnická veřejnost
nevím o této možnosti	2	1
navštěvuji lékaře až při zdravotních problémech	4	
podstoupila jsem hysterektomii	1	
nejsem v kontaktu s gynekologem		1
odkládám		1
bez uvedení důvodu	10	

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu 17 respondentů - žen (12,4 %) z laické veřejnosti, které gynekologické preventivní vyšetření neabsolvovalo vůbec, 10 respondentů tuto odpověď nezdůvodnilo, 4 respondenti navštěvuji lékaře až při zdravotních problémech, 2 respondenti neví o této možnosti a 1 žena podstoupila hysterektomii.

Z celkového počtu 3 respondentů (2,3 %) - žen ze zdravotnické veřejnosti, které gynekologické preventivní vyšetření neabsolvovalo vůbec, 1 respondent neví o této možnosti, 1 žena není v kontaktu s gynekologem a 1 žena toto vyšetření odkládá.

**Graf 14 Informovanost respondentů o preventivních mamografických vyšetřeních dle zákona ČR (otázka č. 12)**



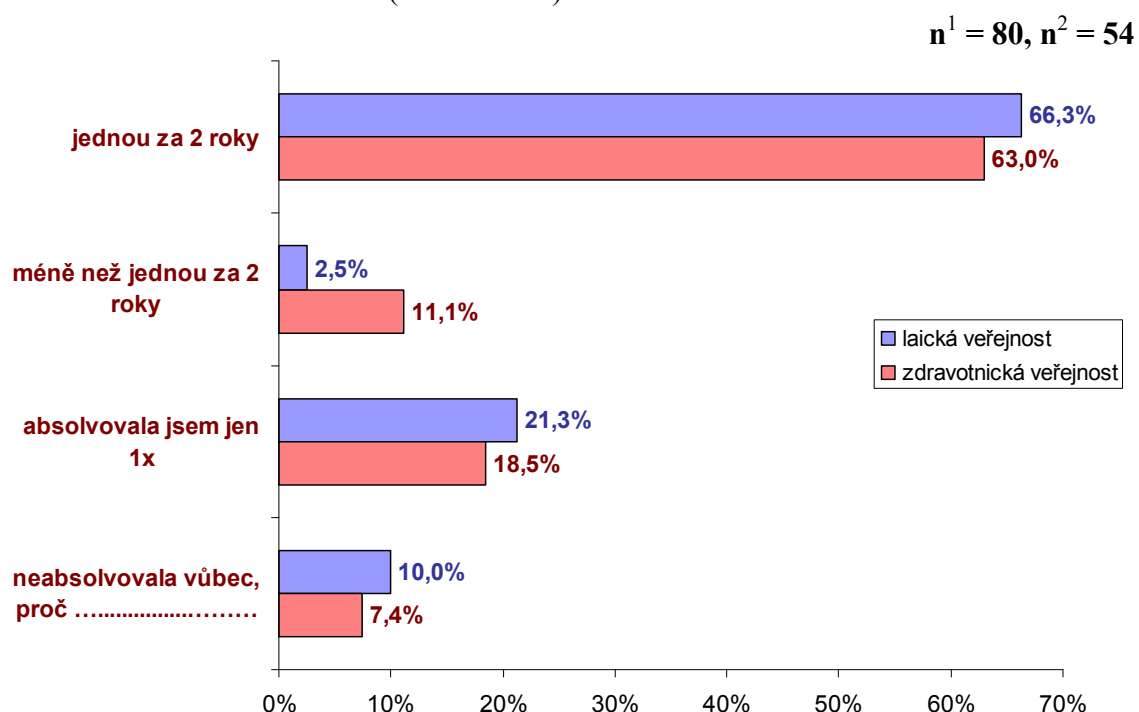
*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů z laické veřejnosti je o preventivních mamografických vyšetřeních dle zákona ČR informováno 72,7 % (189) respondentů, částečně je informováno 12,7 % (33) a není informováno 12,3 % (32) respondentů. Na tuto otázku neodpovědělo 2,3 % (6) respondentů.



Z celkového počtu respondentů ze zdravotnické veřejnosti je o gynekologických preventivních vyšetřeních dle zákona ČR informováno 98,5 % (133) respondentů, částečně je informováno 0,7 % (1) a není informováno 0,7 % (1) respondentů.

**Graf 15 Využívání preventivních mamografických vyšetření u respondentů - žen ve věku 45 až 69 let (otázka č. 13)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů byli vyjmuti respondenti - muži, kteří vzhledem k pohlaví neabsolvuji vyšetření mléčné žlázy, a respondenti – ženy v jiném věku než 45 až 69 let, vzhledem ke kterému nepatří dle zákona ČR do kategorie, pro kterou je preventivní mamografické vyšetření bezplatné.

Z celkového počtu 80 respondentů – žen z laické veřejnosti absolvovalo preventivní mamografické vyšetření jednou za 2 roky 66,3 % (53) žen, 21,3 % (17) respondentů ho absolvovalo jen 1x, vůbec ho neabsolvovalo 10,0 % (8) žen a méně než jednou za 2 roky ho absolvovalo 2,5 % (2) respondentů.

Z celkového počtu 54 respondentů – žen ze zdravotnické veřejnosti absolvovalo preventivní mamografické vyšetření jednou za 2 roky 63,0 % (34) žen, 18,5 % (10) respondentů ho absolvovalo jen 1x, méně než jednou za 2 roky ho absolvovalo 11,1 % (6) respondentů a vůbec ho neabsolvovalo 7,4 % (4) žen.

**Tab 8 Zdůvodnění nevyužívání mamografických vyšetření u respondentů - žen ve věku 45 až 69 let (otázka č. 13)**

		$n^1 = 8, n^2 = 4$
<b>laická veřejnost</b>	navštěvuji lékaře až při zdravotních problémech	1
	bez uvedení důvodu	7
<b>zdravotnická veřejnost</b>	využívám vyšetření mléčné žlázy ultrazvukem	1
	teprve se chystám	1
	lenost	1
	domnívám se, že je rizikové	1

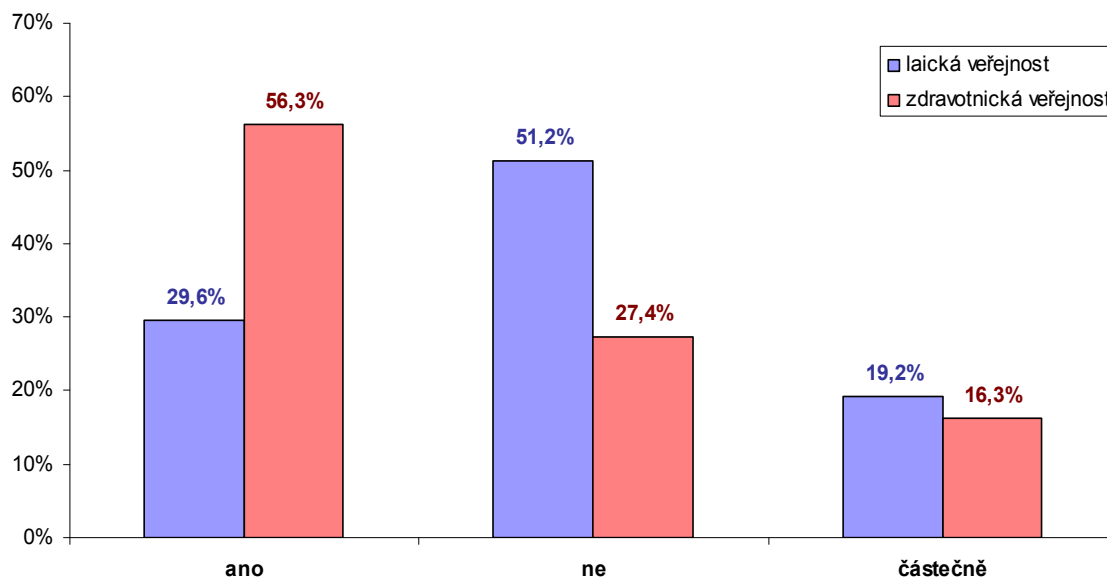
*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu 8 respondentů - žen (10,0 %) z laické veřejnosti, které preventivní mamografické vyšetření neabsolvovalo vůbec, 7 respondentů tuto odpověď nezdůvodnilo a 1 respondent navštěvuje lékaře až při zdravotních problémech.

Z celkového počtu 4 respondentů (7,4 %) - žen ze zdravotnické veřejnosti, které preventivní mamografické vyšetření neabsolvovalo vůbec, 1 respondent využívá vyšetření mléčné žlázy ultrazvukem, 1 žena se teprve chystá, 1 žena ho neabsolvovala z důvodu lenosti a 1 respondent se domnívá, že je rizikové.

**Graf 16 Informovanost respondentů o preventivních stomatologických prohlídkách dle zákona ČR (otázka č. 14)**

$n^1 = 260, n^2 = 135$



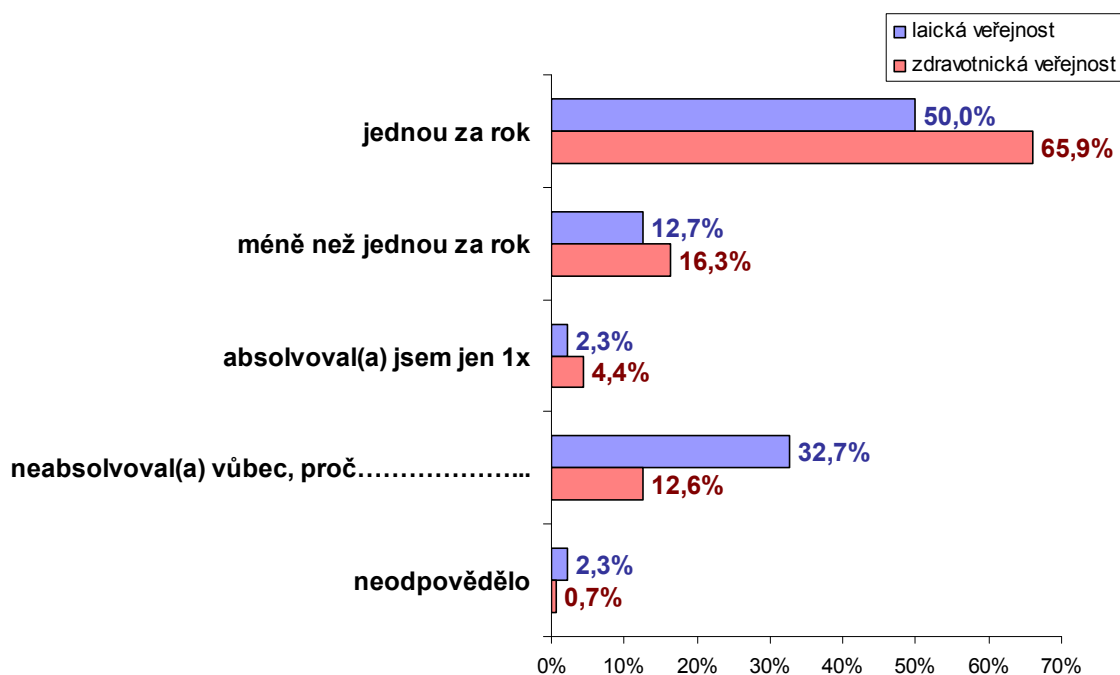
*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů z laické veřejnosti není o preventivních stomatologických prohlídkách dle zákona ČR informováno 51,2 % (133) respondentů, je informováno 29,6 % (77) a částečně je informováno 19,2 % (50) respondentů.

Z celkového počtu respondentů ze zdravotnické veřejnosti je o preventivních stomatologických prohlídkách dle zákona ČR informováno 56,3 % (76) respondentů, není informováno 27,4 % (37) a částečně je informováno 16,3 % (22) respondentů.

**Graf 17 Využívání preventivních stomatologických prohlídek (otázka č. 15)**

$n^1 = 260, n^2 = 135$



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů z laické veřejnosti absolvuje stomatologickou preventivní prohlídku 50,0 % (130) respondentů jednou za rok, 32,7 % (85) respondentů neabsolvovalo tuto prohlídku vůbec, méně než jednou za rok ji absolvuje 12,7 % (33) a 2,3 % (6) respondentů ji absolvovalo jen 1x. Na tuto otázku neodpovědělo 2,3 % (6) respondentů.

Z celkového počtu respondentů ze zdravotnické veřejnosti absolvuje stomatologickou preventivní prohlídku 65,9 % (89) respondentů jednou za rok, méně než jednou za rok ji absolvuje 16,3 % (22) respondentů, 12,6 % (17) respondentů neabsolvovalo tuto prohlídku vůbec a 4,4 % (6) respondentů ji absolvovalo jen 1x. Na tuto otázku neodpovědělo 0,7 % (1) respondentů.

**Tab 9 Zdůvodnění nevyužívání preventivních stomatologických prohlídek (otázka č. 15)**

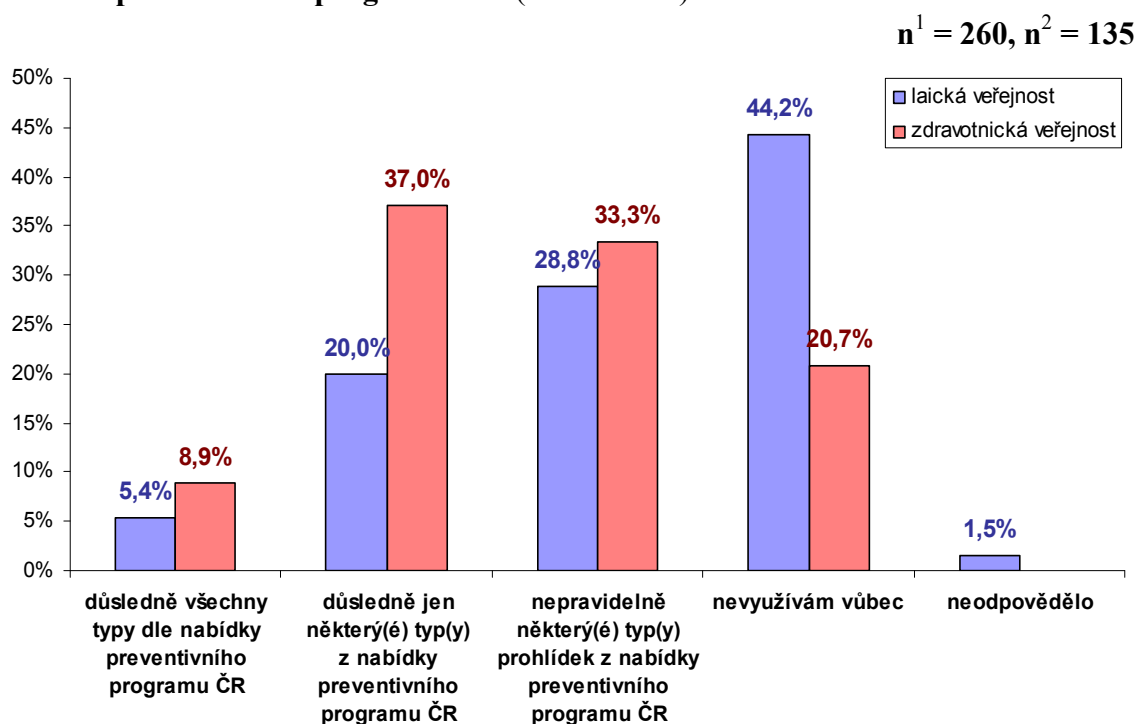
	$n^1 = 85, n^2 = 17$	
	laická veřejnost	zdravotnická veřejnost
nevím o této možnosti	25	7
nechci ji absolvovat	1	
navštěvuji lékaře až při zdravotních problémech	2	1
strach ze zubaře	1	
umělý chrup	2	
odkládám		1
bez uvedení důvodu	54	8

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu 85 respondentů (32,7 %) z laické veřejnosti, kteří stomatologickou preventivní prohlídku neabsolvovalo vůbec, 54 respondentů tuto odpověď nezdůvodnilo, 25 respondentů neví o této možnosti, 2 respondenti navštěvuji lékaře až při zdravotních problémech, 2 respondenti tuto prohlídku neabsolvuji z důvodu umělého chrupu, 1 respondent ji nechce absolvovat a 1 respondent ji neabsolvuje z důvodu strachu ze zubaře.

Z celkového počtu 17 respondentů (12,6 %) ze zdravotnické veřejnosti, kteří stomatologickou preventivní prohlídku neabsolvovalo vůbec, 8 respondentů tuto odpověď nezdůvodnilo, 7 respondentů neví o této možnosti, 1 respondent navštěvuje lékaře až při zdravotních problémech a 1 respondent tuto prohlídku odkládá.

**Graf 18 Využívání preventivních onkologických prohlídek z nabídky preventivního programu ČR (otázka č. 16)**

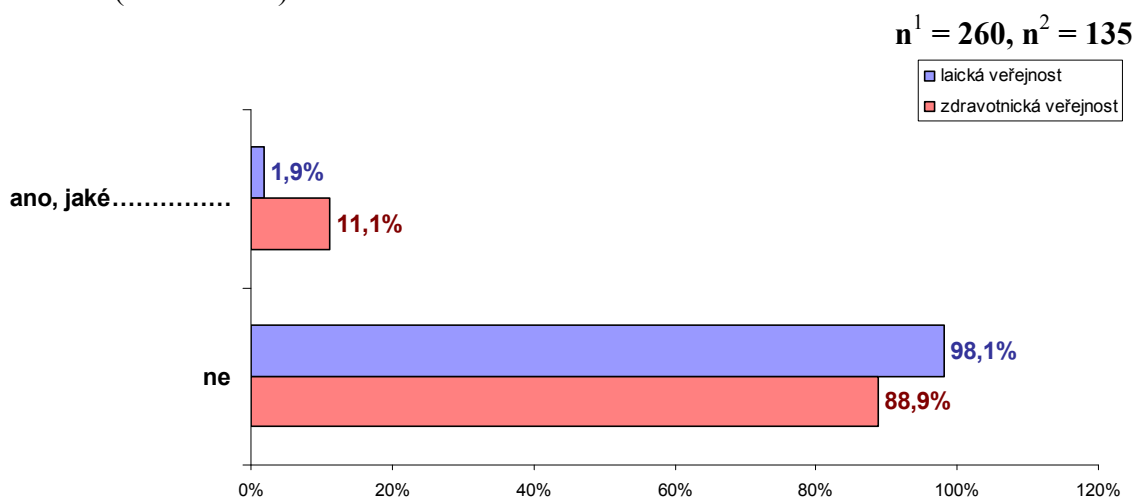


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů z laické veřejnosti nevyužívá možnosti preventivních onkologických prohlídek z nabídky preventivního programu ČR vůbec 44,2 % (115) respondentů, nepravidelně některý(é) typ(y) prohlídek z nabídky preventivního programu ČR 28,8 % (75) respondentů, důsledně jen některý(é) typ(y) 20,0 % (52) a 5,4 % (14) respondentů využívá důsledně všechny typy dle nabídky preventivního programu ČR. Na tuto otázku neodpovědělo 1,5 % (4) respondentů.

Z celkového počtu respondentů ze zdravotnické veřejnosti využívá možnosti preventivních onkologických prohlídek z nabídky preventivního programu ČR důsledně jen některý(é) typ(y) 37,0 % (50) respondentů, nepravidelně některý(é) typ(y) prohlídek 33,3 % (45) respondentů, 20,7 % (28) respondentů je nevyužívá vůbec a 8,9 % (12) respondentů využívá důsledně všechny typy dle nabídky preventivního programu ČR.

**Graf 19 Využívání možností preventivní péče v ČR, které nejsou hrazené státem (otázka č. 17)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů z laické veřejnosti nevyužívá jiné možnosti preventivní péče v ČR, které nejsou hrazené státem, 98,1 % (255) respondentů a využívá 1,9 % (5) respondentů.

Z celkového počtu respondentů ze zdravotnické veřejnosti nevyužívá jiné možnosti preventivní péče v ČR, které nejsou hrazené státem, 88,9 % (120) respondentů a využívá 11,1 % (15) respondentů.

**Tab 10 Jiné možnosti preventivní péče v ČR, které nejsou hrazené státem, využívané respondenty (otázka č. 17)**

	$n^1 = 5, n^2 = 15$	
	laická veřejnost	zdravotnická veřejnost
mamografie (častější využívání)	1	3
mamografie (jiná věková skupina)	1	4
očkování	2	3
denzitometrie	1	1
vyšetření fenotypu		1
ultrazvuk prsou		2
test na okultní krvácení (jiná věková skupina)		1

*Zdroj: Vlastní výzkum*

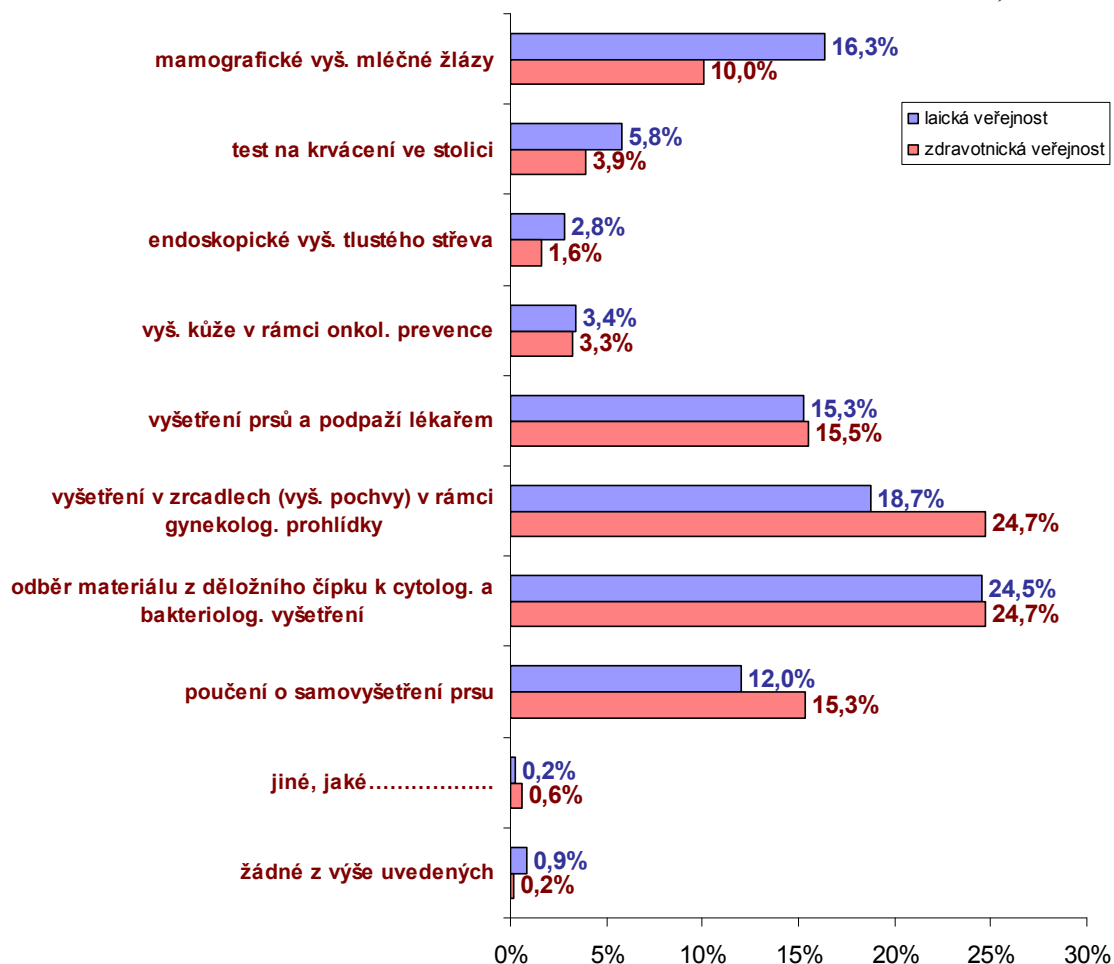
Z celkového počtu 5 respondentů (1,9 %) z laické veřejnosti, kteří využívají jiné možnosti preventivní péče v ČR (které nejsou hrazené státem), 2 respondenti využili možnosti očkování, 1 respondent využívá častěji možnost mamografie než je hrazené státem, 1 respondent využívá možnost mamografie, která v jeho věkové skupině není hrazená státem, a 1 respondent denzitometrii.

Z celkového počtu 15 respondentů (11,1 %) ze zdravotnické veřejnosti, kteří využívají jiné možnosti preventivní péče v ČR (které nejsou hrazené státem), 4 respondenti využívají možnost mamografie, která v jejich věkové skupině není hrazená státem, 3 respondenti využívají častěji možnost mamografie než je hrazené státem, 3 respondenti využili možnosti očkování, 2 respondenti ultrazvuku prsou, 1 respondent denzitometrii, 1 respondent vyšetření fenotypu a 1 respondent využil možnosti testu na okultní krvácení, který v jeho věkové skupině není hrazený státem.



**Graf 20 Druhy preventivních vyšetření nebo poučení absolvované respondenty - ženami (otázka č. 18)**

$n^1 = 137, n^2 = 129$



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů byli vyjmuti respondenti - muži, kteří vzhledem k pohlaví neabsolvuji gynekologická vyšetření, vyšetření mléčné žlázy a poučení o samovyšetření prsu. V otázce bylo možné označit více odpovědí.

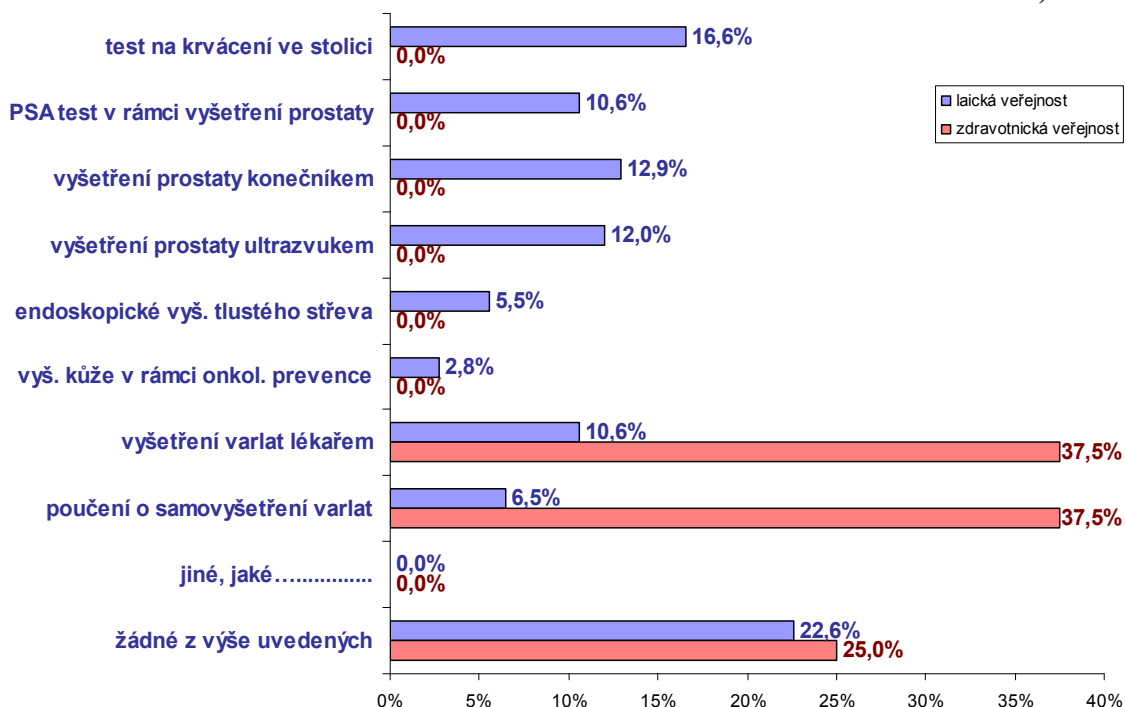
Z celkového počtu 465 odpovědí (od 137 respondentů - žen) získaných u laické veřejnosti již alespoň jednou v životě absolvovalo 114 respondentů – žen odběr materiálu z děložního čípku k cytologickému a bakteriologickému vyšetření (24,5 % z celkového počtu získaných odpovědí), 87 žen vyšetření v zrcadlech (vyšetření

pochvy) v rámci gynekologické prohlídky (18,7 %), 76 respondentů mamografické vyšetření mléčné žlázy (16,3 %), 71 žen vyšetření prsů a podpaží lékařem (15,3 %), 56 žen poučení o samovyšetření prsu (12,0 %), 27 respondentů test na krvácení ve stolici (5,8 %), 16 žen vyšetření kůže v rámci onkologické prevence (3,4 %), 13 žen endoskopické vyšetření tlustého střeva (2,8 %), 4 ženy neabsolvovaly žádné z výše uvedených vyšetření (0,9 %) a 1 žena absolvovala jiný druh vyšetření (0,2 %).

Z celkového počtu 489 odpovědí (od 129 respondentů - žen) získaných u zdravotnické veřejnosti již alespoň jednou v životě absolvovalo 121 respondentů – žen odběr materiálu z děložního čípku k cytologickému a bakteriologickému vyšetření (24,7 % z celkového počtu získaných odpovědí), 121 žen vyšetření v zrcadlech (vyšetření pochvy) v rámci gynekologické prohlídky (24,7 %), 76 žen vyšetření prsů a podpaží lékařem (15,5 %), 75 žen poučení o samovyšetření prsu (15,3 %), 49 respondentů mamografické vyšetření mléčné žlázy (10,0 %), 19 respondentů test na krvácení ve stolici (3,9 %), 16 žen vyšetření kůže v rámci onkologické prevence (3,3 %), 8 žen endoskopické vyšetření tlustého střeva (1,6 %), 3 ženy absolvovaly jiný druh vyšetření (0,6 %) a 1 žena neabsolvovala žádné z výše uvedených vyšetření (0,2 %).

**Graf 21 Druhy preventivních vyšetření nebo poučení absolvované respondenty - muži (otázka č. 18)**

$n^1 = 123, n^2 = 6$



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů byli vyjmuti respondenti - ženy, které vzhledem k pohlaví neabsolvují vyšetření prostaty a varlat a poučení o samovyšetření varlat. V otázce bylo možné označit více odpovědí.

Z celkového počtu 217 odpovědí (od 123 respondentů - mužů) získaných u laické veřejnosti 49 respondentů – mužů ani jednou v životě neabsolvovalo žádné z níže uvedených vyšetření (22,6 % z celkového počtu získaných odpovědí), alespoň jednou v životě absolvovalo 36 mužů test na krvácení ve stolici (16,6 %), 28 mužů vyšetření prostaty konečníkem (12,9 %), 26 respondentů vyšetření prostaty ultrazvukem (12,0 %), 23 mužů PSA test v rámci vyšetření prostaty (10,6 %), 23 mužů vyšetření varlat lékařem (10,6 %), 14 respondentů poučení o samovyšetření varlat (6,5 %),

12 mužů endoskopické vyšetření tlustého střeva (5,5 %), 6 mužů vyšetření kůže v rámci onkologické prevence (2,8 %) a jiný druh vyšetření neabsolvoval žádný z mužů (0,0 %).

Z celkového počtu 8 odpovědí (od 6 respondentů - mužů) získaných u zdravotnické veřejnosti již alespoň jednou v životě absolvovali 3 respondenti – muži vyšetření varlat lékařem (37,5 % z celkového počtu získaných odpovědí), 3 muži poučení o samovyšetření varlat (37,5 %), 2 muži neabsolvovali žádné z výše uvedených vyšetření (25,0 %) a žádný z respondentů neabsolvoval PSA test v rámci vyšetření prostaty, vyšetření prostaty konečníkem, test na krvácení ve stolici, vyšetření prostaty ultrazvukem, endoskopické vyšetření tlustého střeva, vyšetření kůže v rámci onkologické prevence a jiný druh vyšetření (0,0 %).

**Tab 11 Jiné druhy preventivních vyšetření nebo poučení absolvované respondenty (otázka č. 18)**

	$n^1 = 1, n^2 = 3$	
	laická veřejnost	zdravotnická veřejnost
gastroskopie	1	1
ultrazvuk prsou		2

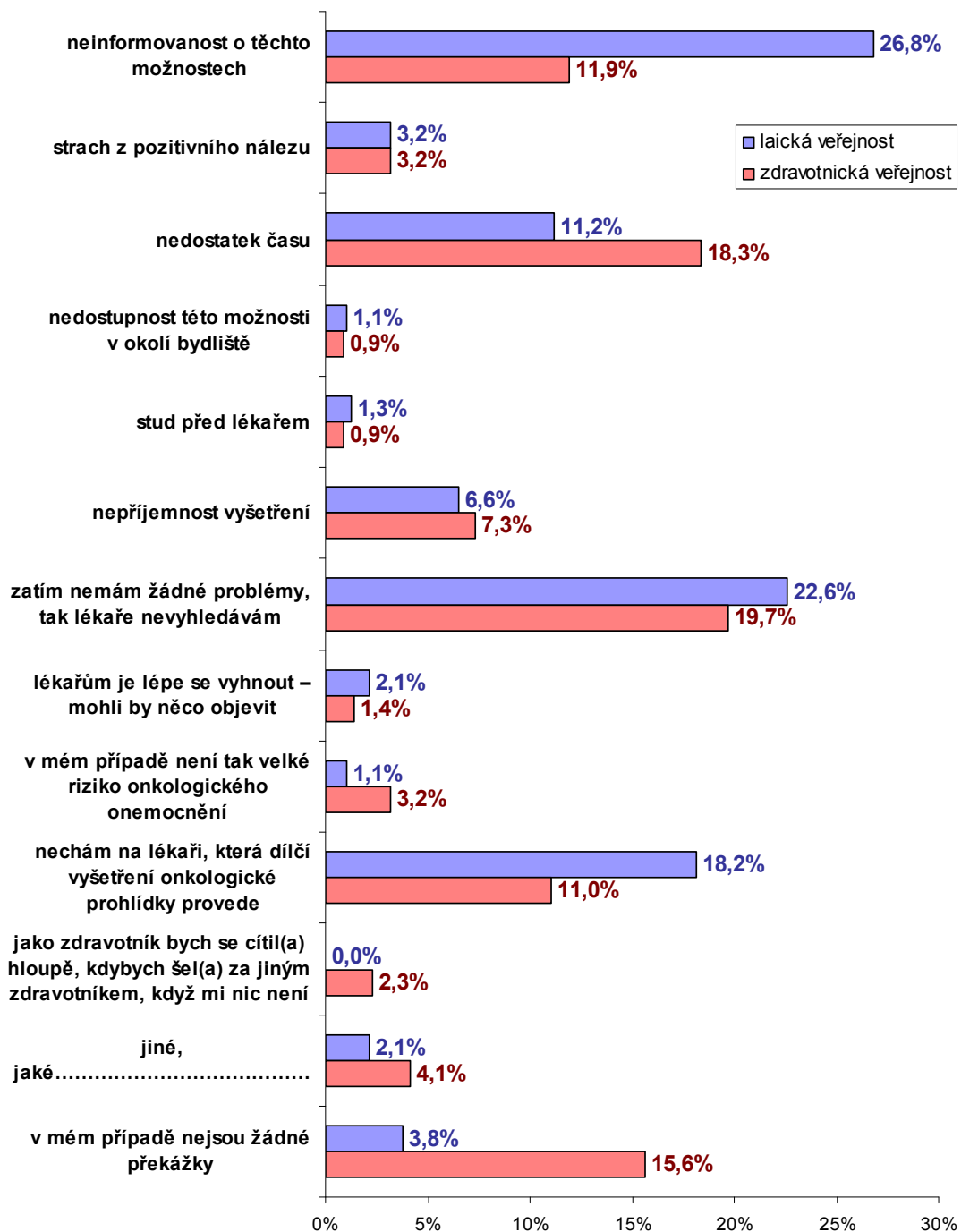
*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z respondentů z laické veřejnosti, kteří absolvovali jiný druh preventivního vyšetření (0,2 %), byl 1 respondent - žena, která absolvovala gastroskopii.

Z celkového počtu 3 respondentů - žen (0,6 %) ze zdravotnické veřejnosti, které absolvovaly jiný druh preventivního vyšetření, absolvovaly 2 ženy ultrazvuk prsou a 1 žena gastroskopii.

**Graf 22 Překážky ve využívání preventivní onkologické prohlídky u praktického lékaře (otázka č. 19)**

$n^1 = 260, n^2 = 135$



Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce bylo možné označit více odpovědí.

Z celkového počtu 473 odpovědí získaných u laické veřejnosti se u 127 respondentů jako překážka ve využívání preventivní onkologické prohlídky (dílních vyšetření) u praktického lékaře vyskytuje neinformovanost o těchto možnostech (26,8 % z celkového počtu získaných odpovědí), 107 respondentů zatím nemá žádné problémy, tak lékaře nevyhledává (22,6 %), 86 respondentů nechá na lékaři, která dílní vyšetření onkologické prohlídky provede (18,2 %), u 53 respondentů se jako překážka vyskytuje nedostatek času (11,2 %), u 31 respondentů nepříjemnost vyšetření (6,6 %), u 18 respondentů nejsou žádné překážky (3,8 %), u 15 je strach z pozitivního nálezu (3,2 %), u 10 respondentů se jako překážka vyskytuje postoj - lékařům je lépe se vyhnout – mohli by něco objevit (2,1 %), 10 respondentů uvedlo jinou překážku (2,1 %), u 6 respondentů se vyskytuje stud před lékařem (1,3 %), u 5 respondentů nedostupnost této možnosti v okolí bydliště (1,1 %), v případě 5 respondentů není tak velké riziko onkologického onemocnění (1,1 %) a postoj „jako zdravotník bych se cítil(a) hloupě, kdybych šel(a) za jiným zdravotníkem, když mi nic není“, nevedl žádný z respondentů (0,0 %).

Z celkového počtu 218 odpovědí získaných u zdravotnické veřejnosti 43 respondentů zatím nemá žádné problémy, tak lékaře nevyhledává (19,7 % z celkového počtu získaných odpovědí), u 40 respondentů se jako překážka ve využívání preventivní onkologické prohlídky (dílních vyšetření) u praktického lékaře vyskytuje nedostatek času (18,3 %), u 34 respondentů nejsou žádné překážky (15,6 %), u 26 respondentů se jako překážka vyskytuje neinformovanost o těchto možnostech (11,9 %), 24 respondentů nechá na lékaři, která dílní vyšetření onkologické prohlídky provede (11,0 %), u 16 respondentů nepříjemnost vyšetření (7,3 %), 9 respondentů uvedlo jinou překážku (4,1 %), u 7 respondentů je strach z pozitivního nálezu (3,2 %), v případě 7 respondentů není tak velké riziko onkologického onemocnění (3,2 %), u 5 respondentů se vyskytuje postoj - jako zdravotník bych se cítil(a) hloupě, kdybych šel(a) za jiným zdravotníkem, když mi nic není (2,3 %), u 3 respondentů postoj - lékařům je lépe se vyhnout – mohli by něco objevit (1,4 %), u 2 respondentů se jako

překážka vyskytuje nedostupnost této možnosti v okolí bydliště (0,9 %) a u 2 respondentů stud před lékařem (0,9 %).

**Tab 12 Jiné překážky ve využívání preventivní onkologické prohlídky u praktického lékaře (otázka č. 19)**

$n^1 = 10, n^2 = 9$

	laická veřejnost	zdravotnická veřejnost
nejsem v kontaktu s praktickým lékařem	1	3
neochota a nezájem praktického lékaře	6	1
přístup praktického lékaře, že vyšetření není potřebné	1	
zatím nechci zatěžovat zdravotnictví	1	
je mi nepříjemné říkat si o vyšetření, když mi ho lékař sám nenabídne	1	1
nemám dobrý vztah se svým lékařem		1
dlouhé čekací doby		1
domnívám se, že člověk nemá myslet příliš na choroby, je nebezpečí, že se bude předem zbytečně obávat (karcinofobie)		1
musím se doprošovat o provedení vyšetření		1

*Zdroj: Vlastní výzkum*

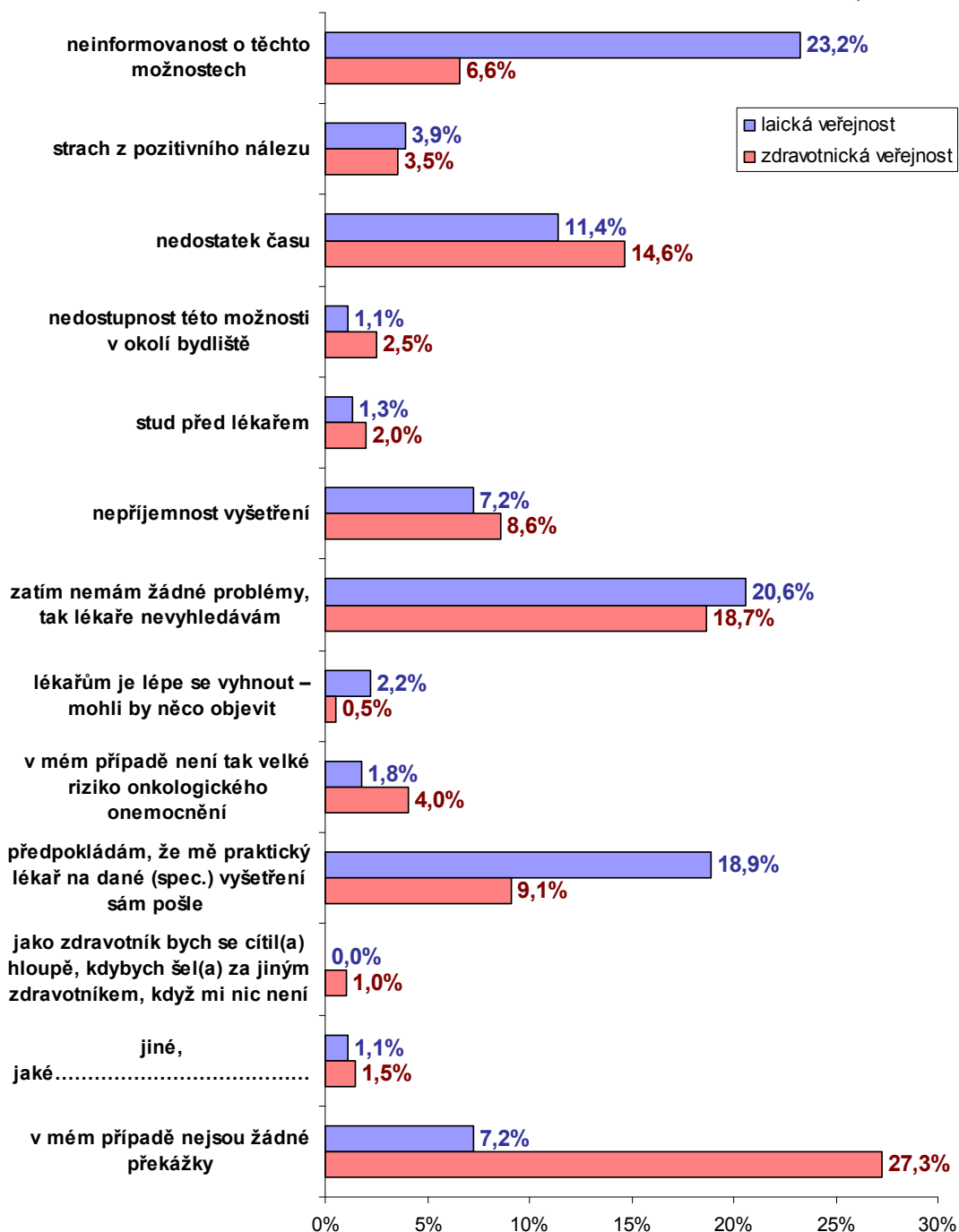
Z celkového počtu 10 respondentů (2,1 %) z laické veřejnosti, kteří uvedli jinou překážku ve využívání preventivní onkologické prohlídky u praktického lékaře, se u 6 respondentů jako překážka vyskytuje neochota a nezájem praktického lékaře, 1 respondent není v kontaktu s praktickým lékařem, u 1 respondenta je překážkou přístup praktického lékaře, že vyšetření není potřebné, 1 respondent zatím nechce zatěžovat zdravotnictví a 1 respondentovi je nepříjemné říkat si o vyšetření, když mu ho lékař sám nenabídne.

Z celkového počtu 9 respondentů (4,1 %) ze zdravotnické veřejnosti, kteří uvedli jinou překážku ve využívání preventivní onkologické prohlídky u praktického lékaře, 3 respondenti nejsou v kontaktu s praktickým lékařem, u 1 respondenta se jako překážka vyskytuje neochota a nezájem praktického lékaře, 1 respondentovi je nepříjemné říkat si o vyšetření, když mu ho lékař sám nenabídne, 1 respondent nemá dobrý vztah se svým lékařem, u 1 respondenta se jako překážka vyskytují dlouhé čekací doby, 1 respondent se domnívá, že člověk nemá myslet příliš na choroby, je nebezpečí, že se bude předem zbytečně obávat (karcinofobie) a 1 respondent se musí domáhat vyšetření.



**Graf 23 Překážky ve využívání preventivních onkologických vyšetření u lékařů - specialistů (otázka č. 20)**

$n^1 = 260, n^2 = 135$



Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce bylo možné označit více odpovědí.

Z celkového počtu 456 odpovědí získaných u laické veřejnosti se u 106 respondentů jako překážka ve využívání preventivních onkologických vyšetření u lékařů - specialistů vyskytuje neinformovanost o těchto možnostech (23,2 % z celkového počtu získaných odpovědí), 94 respondentů zatím nemá žádné problémy, tak lékaře nevyhledává (20,6 %), 86 respondentů předpokládá, že je praktický lékař na dané (spec.) vyšetření sám pošle (18,9 %), u 52 respondentů se jako překážka vyskytuje nedostatek času (11,4 %), u 33 respondentů nepříjemnost vyšetření (7,2 %), u 33 respondentů nejsou žádné překážky (7,2 %), u 18 je strach z pozitivního nálezu (3,9 %), u 10 respondentů se jako překážka vyskytuje postoj - lékařům je lépe se vyhnout – mohli by něco objevit (2,2 %), v případě 8 respondentů není tak velké riziko onkologického onemocnění (1,8 %), u 6 respondentů se vyskytuje stud před lékařem (1,3 %), u 5 respondentů nedostupnost této možnosti v okolí bydliště (1,1 %), 5 respondentů uvedlo jinou překážku (1,1 %) a postoj - jako zdravotník bych se cítil(a) hloupě, kdybych šel(a) za jiným zdravotníkem, když mi nic není, neuvedl žádný z respondentů (0,0 %).

Z celkového počtu 198 odpovědí získaných u zdravotnické veřejnosti u 54 respondentů nejsou žádné překážky (27,3 % z celkového počtu získaných odpovědí), 37 respondentů zatím nemá žádné problémy, tak lékaře nevyhledává (18,7 %), u 29 respondentů se jako překážka ve využívání preventivní onkologické prohlídky (dílčích vyšetření) u praktického lékaře vyskytuje nedostatek času (14,6 %), 18 respondentů předpokládá, že je praktický lékař na dané (spec.) vyšetření sám pošle (9,1 %), u 17 respondentů se jako překážka vyskytuje nepříjemnost vyšetření (8,6 %), u 13 respondentů neinformovanost o těchto možnostech (6,6 %), v případě 8 respondentů není tak velké riziko onkologického onemocnění (4,0 %), u 7 respondentů je strach z pozitivního nálezu (3,5 %), u 5 respondentů se jako překážka vyskytuje nedostupnost této možnosti v okolí bydliště (2,5 %), u 4 respondentů stud před lékařem (2,0 %), 3 respondenti uvedli jinou překážku (1,5 %), u 2 respondentů se vyskytuje postoj - jako zdravotník bych se cítil(a) hloupě, kdybych šel(a) za jiným

zdravotníkem, když mi nic není (1,0 %) a u 1 respondenta postoj - lékařům je lépe se vyhnout – mohli by něco objevit (0,5 %).

**Tab 13 Jiné překážky ve využívání preventivních onkologických vyšetření u lékařů - specialistů (otázka č. 20)**

	$n^1 = 5, n^2 = 3$	
	laická veřejnost	zdravotnická veřejnost
nedůvěra ve zdravotnické metody	1	
je mi nepříjemné říkat si o vyšetření, když mi ho lékař sám nenabídne	1	
přístup - nezáměr gynekologa	1	
zatím nechci zatěžovat zdravotnictví	1	
lenost	1	1
nepříjemné jednání lékaře		1
musím se doprošovat o provedení vyšetření		1

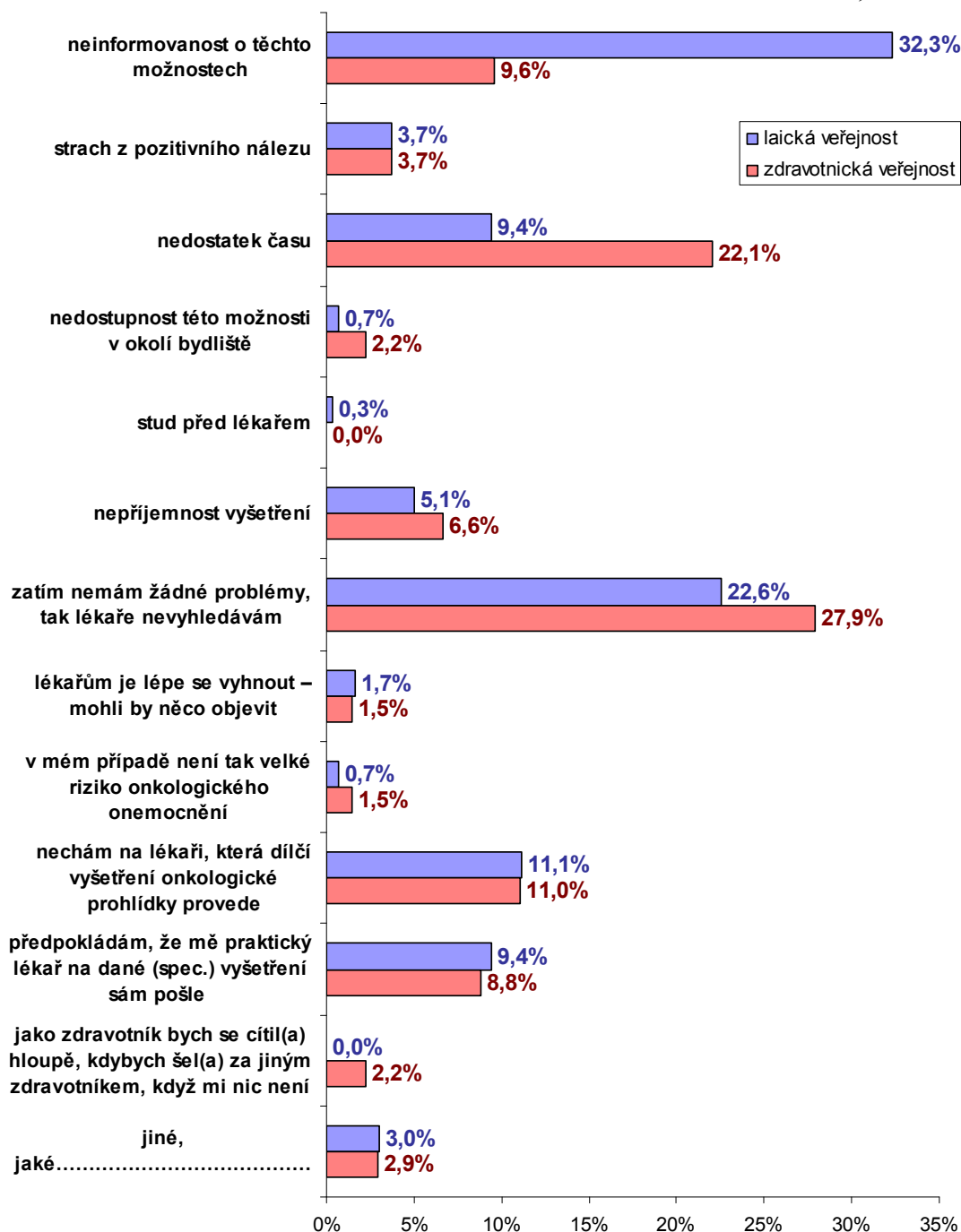
*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu 5 respondentů (1,1 %) z laické veřejnosti, kteří uvedli jinou překážku ve využívání preventivních onkologických vyšetření u lékařů - specialistů, se u 1 respondenta jako překážka vyskytuje nedůvěra ve zdravotnické metody, 1 respondentovi je nepříjemné říkat si o vyšetření, když mu ho lékař sám nenabídne, u 1 respondenta je překážkou přístup – nezáměr gynekologa, 1 respondent zatím nechce zatěžovat zdravotnictví a u 1 respondenta je překážkou lenost.

Z celkového počtu 3 respondentů (1,5 %) ze zdravotnické veřejnosti, kteří uvedli jinou překážku ve využívání preventivních onkologických vyšetření u lékařů - specialistů, se u 1 respondenta jako překážka vyskytuje lenost, u 1 respondenta nepříjemné jednání lékaře a 1 respondent se musí doprošovat o provedení vyšetření.

**Graf 24 Nejvýraznější překážka ve využívání preventivních onkologických prohlídek (vyšetření) (otázka č. 21)**

$n^1 = 260, n^2 = 135$



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Na otázku bylo možné uvést více odpovědí.

Z celkového počtu 297 odpovědí získaných u laické veřejnosti se u 96 respondentů jako nejvýraznější překážka ve využívání preventivních onkologických vyšetření u praktického lékaře a lékařů - specialistů vyskytuje neinformovanost o těchto možnostech (32,3 % z celkového počtu získaných odpovědí), 67 respondentů zatím nemá žádné problémy, tak lékaře nevyhledává (22,6 %), 33 respondentů nechá na lékaři, která dílčí vyšetření onkologické prohlídky provede (11,1 %), u 28 respondentů se jako nejvýraznější překážka vyskytuje nedostatek času (9,4 %), 28 respondentů předpokládá, že je praktický lékař na dané (spec.) vyšetření sám pošle (9,4 %), u 15 respondentů nepříjemnost vyšetření (5,1 %), u 11 je strach z pozitivního nálezu (3,7 %), 9 respondentů uvedlo jako nejvýraznější jinou překážku (3,0 %), u 5 respondentů se jako nejvýraznější překážka vyskytuje postoj - lékařům je lépe se vyhnout – mohli by něco objevit (1,7 %), u 2 respondentů nedostupnost této možnosti v okolí bydliště (0,7 %), v případě 2 respondentů není tak velké riziko onkologického onemocnění (0,7 %), u 1 respondenta se vyskytuje stud před lékařem (0,3 %) a postoj „jako zdravotník bych se cítil(a) hloupě, kdybych šel(a) za jiným zdravotníkem, když mi nic není“, neuvedl žádný z respondentů (0,0 %).

Z celkového počtu 136 odpovědí získaných u zdravotnické veřejnosti se u 38 respondentů jako nejvýraznější překážka ve využívání preventivních onkologických vyšetření u praktického lékaře a lékařů - specialistů vyskytuje postoj - zatím nemám žádné problémy, tak lékaře nevyhledávám (27,9 % z celkového počtu získaných odpovědí), u 30 respondentů nedostatek času (22,1 %), 15 respondentů nechá na lékaři, která dílčí vyšetření onkologické prohlídky provede (11,0 %), u 13 respondentů se jako nejvýraznější překážka vyskytuje neinformovanost o těchto možnostech (9,6 %), 12 respondentů předpokládá, že je praktický lékař na dané (spec.) vyšetření sám pošle (8,8 %), u 9 respondentů se vyskytuje nepříjemnost vyšetření (6,6 %), u 5 respondentů je strach z pozitivního nálezu (3,7 %), 4 respondenti uvedli jinou překážku (2,9 %), u 3 respondentů se jako nejvýraznější překážka vyskytuje nedostupnost této možnosti v okolí bydliště (2,2 %), 3 zdravotníci by se cítili hloupě, kdyby šli za jiným zdravotníkem, když jim nic není (2,2 %), u 2 respondentů se

vyskytuje postoj - lékařům je lépe se vyhnout – mohli by něco objevit (1,5 %), v případě 2 respondentů není tak velké riziko onkologického onemocnění (1,5 %) a stud před lékařem se jako nejvýraznější překážka nevyskytuje u žádného z respondentů (0,0 %).

**Tab 14 Jiná nejvýraznější překážka ve využívání preventivních onkologických prohlídek (vyšetření) (otázka č. 21)**

	$n^1 = 9, n^2 = 4$	
	laická veřejnost	zdravotnická veřejnost
neochota a nezájem praktického lékaře	4	
nedůvěra ve zdravotnické metody	1	
zatím nechci zatěžovat zdravotnictví	1	
lenost	2	1
je mi nepříjemné si říkat o vyšetření, když mi ho lékař sám nenabídne	1	1
nepříjemné jednání lékaře		1
musím se doprošovat o provedení vyšetření		1

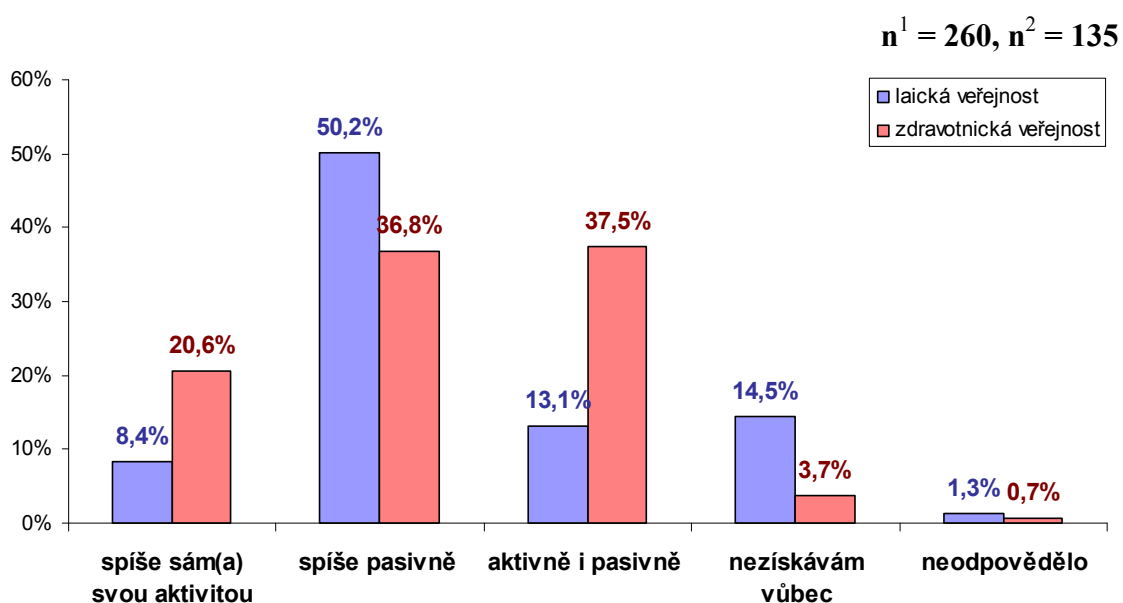
*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu 9 respondentů (3,0 %) z laické veřejnosti, kteří uvedli jinou nejvýraznější překážku ve využívání preventivních onkologických prohlídek (vyšetření) u praktického lékaře a lékařů - specialistů, se u 4 respondentů jako nejvýraznější překážka vyskytuje neochota a nezájem praktického lékaře, u 2 respondentů je nejvýraznější překážkou lenost, 1 respondent nedůvěřuje ve zdravotnické metody, 1 respondent zatím nechce zatěžovat zdravotnictví a 1 respondentovi je nepříjemné říkat si o vyšetření, když mu ho lékař sám nenabídne.

Z celkového počtu 4 respondentů (2,9 %) ze zdravotnické veřejnosti, kteří uvedli jinou nejvýraznější překážku ve využívání preventivních onkologických prohlídek (vyšetření) u praktického lékaře a lékařů - specialistů, se u 1 respondenta vyskytuje jako

nejvýraznější překážka lenost, 1 respondentovi je nepříjemné říkat si o vyšetření, když mu ho lékař sám nenabídne, u 1 respondenta je nejvýraznější překážkou nepříjemné jednání lékaře a 1 respondent se musí doprošovat vyšetření.

**Graf 25 Aktivita respondentů při získávání informací o možnostech využívání preventivních onkologických prohlídek (otázka č. 22)**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

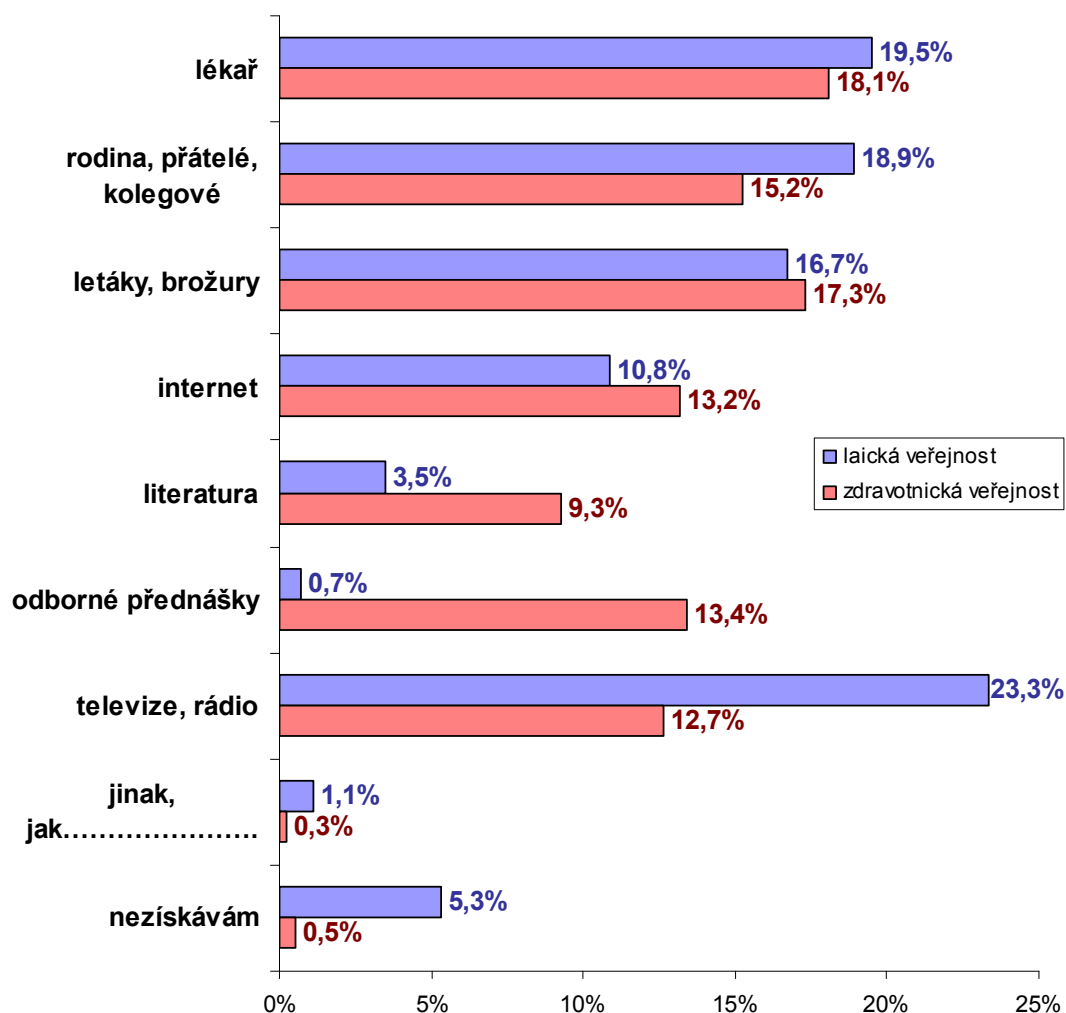
Z celkového počtu respondentů z laické veřejnosti získává 50,2 % (149) respondentů informace o možnostech využívání preventivních onkologických prohlídek spíše pasivně, 14,5 % (43) je nezískává vůbec, 13,1 % (39) respondentů je získává aktivně i pasivně a 8,4 % (25) respondentů je získává spíše samo svou aktivitou. Na tuto otázku neodpovědělo 1,3 % (4) respondentů.

Z celkového počtu respondentů ze zdravotnické veřejnosti získává 37,5 % (51) respondentů informace o možnostech využívání preventivních onkologických prohlídek

aktivně i pasivně, 36,8 % (50) respondentů spíše pasivně, 20,6 % (28) respondentů spíše samo svou aktivitou a 3,7 % (5) je nezískává vůbec. Na tuto otázku neodpovědělo 0,7 % (1) respondentů.

**Graf 26 Zdroje získávání informací o možnostech využívání preventivních onkologických prohlídek (otázka č. 23)**

$n^1 = 260, n^2 = 135$



Zdroj: Vlastní výzkum



V otázce bylo možné označit více odpovědí.

Z celkového počtu 544 odpovědí získaných u laické veřejnosti získává 106 respondentů informace o možnostech využívání preventivních onkologických prohlídek od lékaře (19,5 % z celkového počtu získaných odpovědí), 127 respondentů je získává z televize, rádia (23,3 %), 103 respondentů od rodiny přátel, kolegů (18,9 %), 91 z letáků, brožur (16,7 %), 59 z internetu (10,8 %), 29 respondentů je nezískává (5,3 %), 19 z literatury (3,5 %), 6 respondentů je získává jinak (1,1 %) a 4 respondenti tyto informace získávají z odborných přednášek (0,7 %).

Z celkového počtu 387 odpovědí získaných u zdravotnické veřejnosti získává 70 respondentů informace o možnostech využívání preventivních onkologických prohlídek od lékaře (18,1 % z celkového počtu získaných odpovědí), 67 z letáků, brožur (17,3 %), 59 respondentů od rodiny přátel, kolegů (15,2 %), 52 respondentů získávají tyto informace z odborných přednášek (13,4 %), 51 z internetu (13,2 %), 49 respondentů je získává z televize, rádia (12,7 %), 36 z literatury (9,3 %), 2 respondenti je nezískávají (0,5 %) a 1 respondent je získává jinak (0,3 %).

**Tab 15 Jiné zdroje získávání informací o možnostech využívání preventivních onkologických prohlídek (otázka č. 23)**

	$n^1 = 6, n^2 = 1$	
	laická veřejnost	zdravotnická veřejnost
denní tisk	6	1

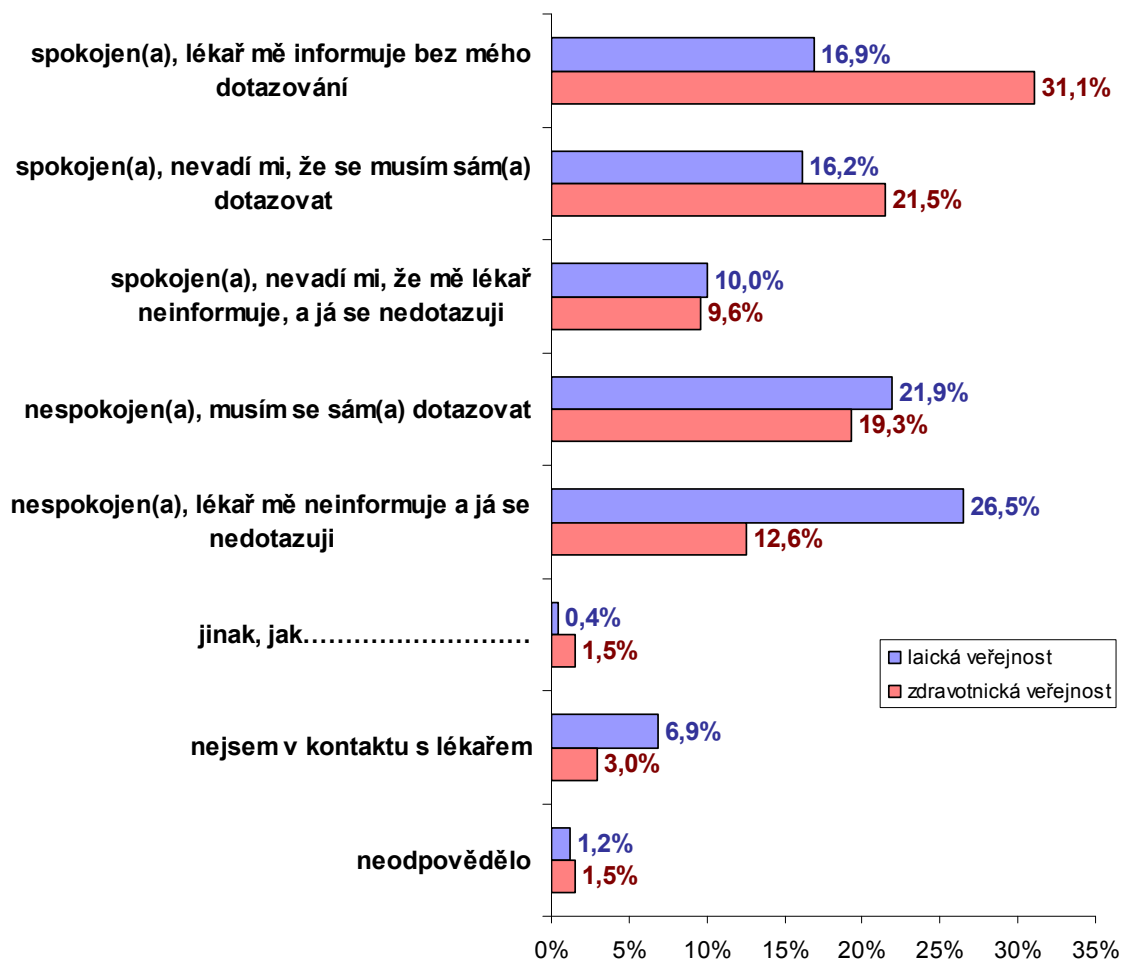
*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z respondentů z laické veřejnosti, kteří získávají informace o možnostech využívání preventivních onkologických prohlídek jinak (1,1 %), bylo 6 respondentů, kteří získávají tyto informace z denního tisku.

Z respondentů ze zdravotnické veřejnosti, kteří získávají informace o možnostech využívání preventivních onkologických prohlídek jinak (0,3 %), je 1 respondent, který získává tyto informace z denního tisku.

**Graf 27 Spokojenost respondentů s aktivitou lékařů týkající se poskytování informací o možnostech preventivních vyšetření (otázka č. 24)**

$n^1 = 260, n^2 = 135$



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů z laické veřejnosti je s aktivitou lékařů týkající se poskytování informací o možnostech preventivních vyšetření 26,5 % (69) respondentů nespokojeno, lékař je neinformuje a oni se nedotazují, 21,9 % (57) nespokojeno, musí se sami dotazovat, 16,9 % (44) respondentů je spokojeno, lékař je informuje bez jejich dotazování, 16,2 % (42) spokojeno, nevadí jim, že se musí sami dotazovat, 10,0 % (26) je spokojeno, nevadí jim, že je lékař neinformuje, oni se nedotazují, 6,9 % (18) respondentů není v kontaktu s lékařem, 1,2 % (3) respondentů na tuto otázku neodpovědělo a 0,4 % (1) odpovědělo jinak.

Z celkového počtu respondentů ze zdravotnické veřejnosti je s aktivitou lékařů týkající se poskytování informací o možnostech preventivních vyšetření 31,1 % (42) respondentů je spokojeno, lékař je informuje bez jejich dotazování, 21,5 % (29) je spokojeno, nevadí jim, že se musí sami dotazovat, 19,3 % (26) respondentů nespokojeno, musí se sami dotazovat, 12,6 % (17) je nespokojeno, lékař je neinformuje a oni se nedotazují, 9,6 % (13) respondentů je spokojeno, nevadí jim, že je lékař neinformuje, oni se nedotazují, 3,0 % (4) respondentů není v kontaktu s lékařem a 1,5 % (2) respondentů odpovědělo jinak. Na tuto otázku neodpovědělo 1,5 % (2) respondentů.

**Tab 16 Jiné odpovědi respondentů ke spokojenosti s aktivitou lékařů týkající se poskytování informací o možnostech preventivních vyšetření (otázka č. 24)**

$n^1 = 1, n^2 = 2$

	laická veřejnost	zdravotnická veřejnost
nedokážu posoudit	1	1
nepotřebuji informace		1

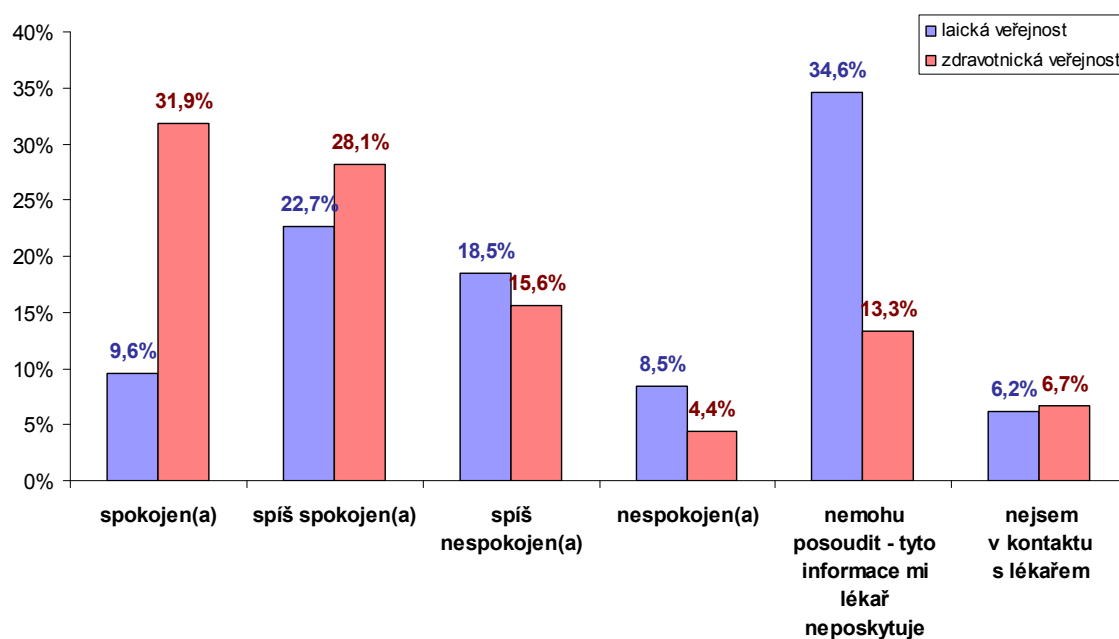
*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z respondentů z laické veřejnosti, kteří v otázce spokojenosti s aktivitou lékařů týkající se poskytování informací o možnostech preventivních vyšetření odpověděli jinak (0,4 %), byl 1 respondent, který nedokáže posoudit.

Z celkového počtu 2 respondentů ze zdravotnické veřejnosti, kteří v otázce spokojenosti s aktivitou lékařů týkající se poskytování informací o možnostech preventivních vyšetření odpověděli jinak (1,5 %), byl 1 respondent, který nedokáže posoudit a 1 respondent informace o možnostech preventivních vyšetření nepotřebuje.

**Graf 28 Spokojenost respondentů s kvalitou poskytování informací od lékařů týkající se možností preventivních vyšetření (otázka č. 25)**

$n^1 = 260, n^2 = 135$

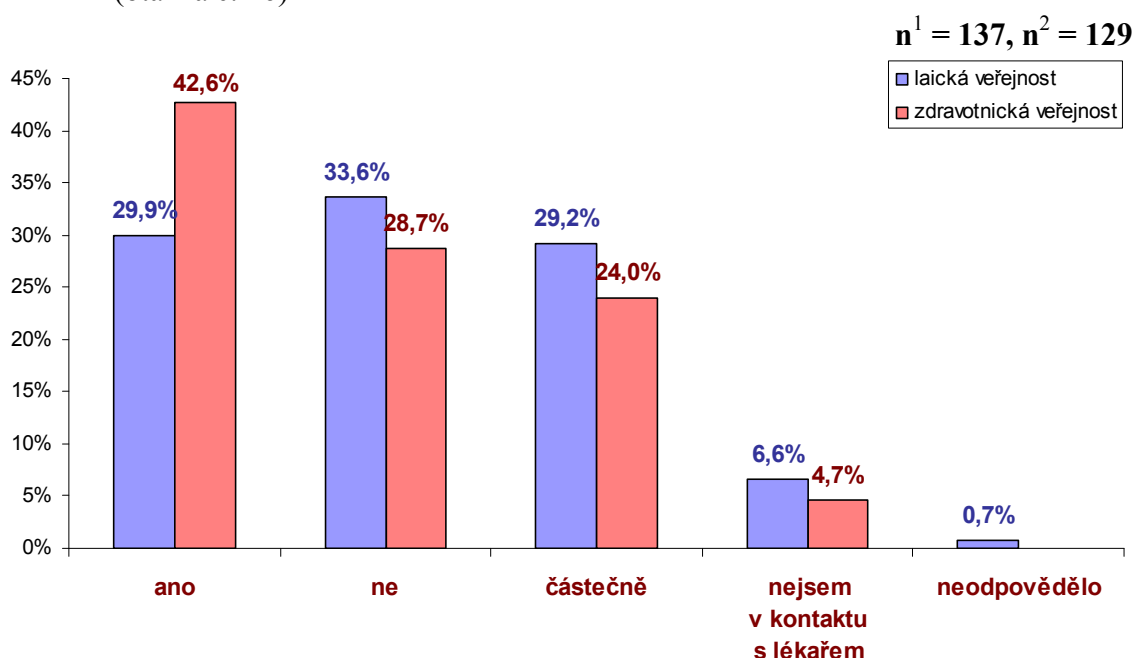


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů z laické veřejnosti 34,6 % (90) respondentů nemůže posoudit kvalitu poskytování informací od lékařů týkající se možností preventivních vyšetření - tyto informace jim lékař neposkytuje, s kvalitou poskytování informací od lékařů je spíše spokojeno 22,7 % (59) respondentů, 18,5 % (48) respondentů je spíš nespokojeno, 9,6 % (25) respondentů spokojeno, 8,5 % (22) respondentů nespokojeno a 6,2 % (16) respondentů není v kontaktu s lékařem.

Z celkového počtu respondentů ze zdravotnické veřejnosti je s kvalitou poskytování informací od lékařů týkající se možností preventivních vyšetření spokojeno 31,9 % (43) respondentů, 28,1 % (38) respondentů je spíš spokojeno, 15,6 % (21) spíš nespokojeno, 13,3 % (18) respondentů nemůže posoudit - tyto informace jim lékař neposkytuje, 6,7 % (9) respondentů není v kontaktu s lékařem a 4,4 % (6) respondentů je s kvalitou informací nespokojeno.

**Graf 29 Získávání informací od lékařů týkající se samovyšetření prsou u žen (otázka č. 26)**

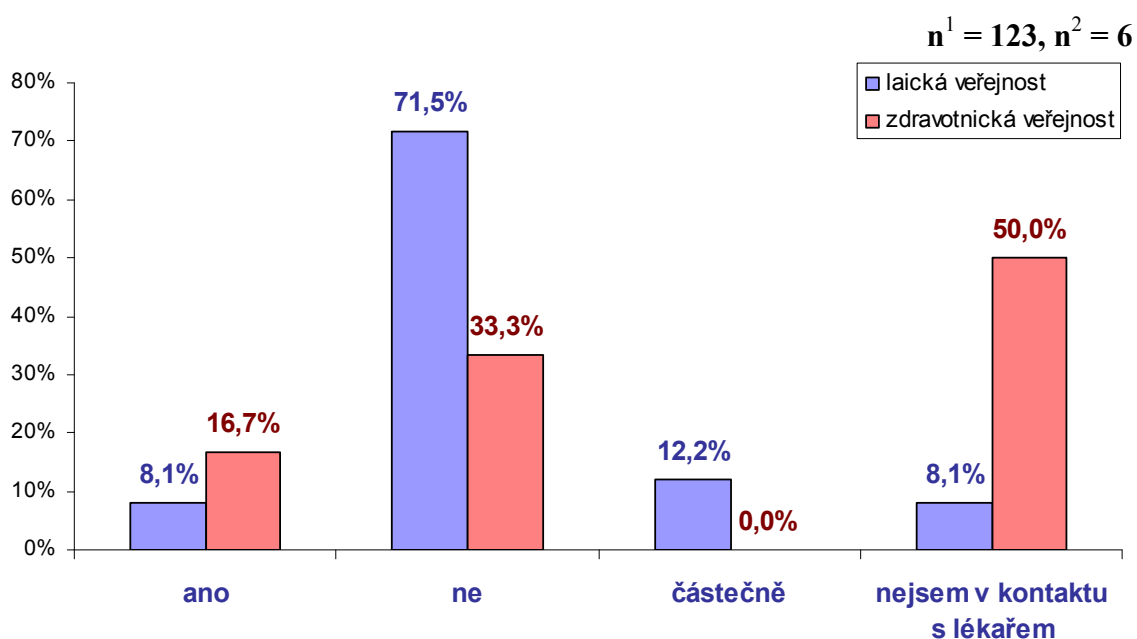


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu 137 respondentů – žen z laické veřejnosti nedostává informace od lékařů týkající se samovyšetření prsou 33,6 % (46) žen, tyto informace dostává 29,9 % (41) respondentů, částečně dostává 29,2 % (40) žen a 6,6 % (9) žen není v kontaktu s lékařem. Na tuto otázku neodpovědělo 0,7 % (1) respondentů.

Z celkového počtu 129 respondentů – žen ze zdravotnické veřejnosti dostává informace od lékařů týkající se samovyšetření prsou 42,6 % (55) respondentů, 28,7 % (37) žen tyto informace nedostává, částečně dostává 24,0 % (31) a 4,7 % (6) žen není v kontaktu s lékařem.

**Graf 30 Získávání informací od lékařů týkající se samovyšetření varlat u mužů**  
(otázka č. 26)



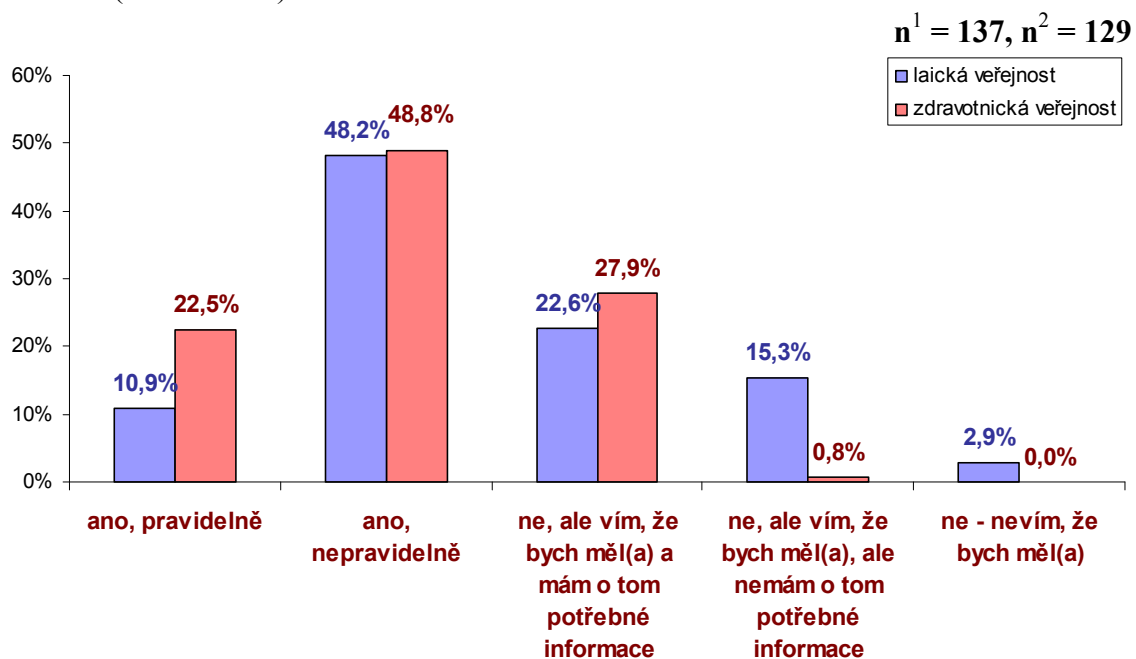
*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu 123 respondentů – mužů z laické veřejnosti nedostává informace od lékařů týkající se samovyšetření 71,5 % (88) mužů, částečně tyto

informace dostává 12,2 % (15) respondentů, dostává 8,1 % (10) mužů a 8,1 % (10) respondentů není v kontaktu s lékařem.

Z celkového počtu 6 respondentů – mužů ze zdravotnické veřejnosti 50,0 % (3) mužů není v kontaktu s lékařem, 33,3 % (2) mužů tyto informace nedostává, 16,7 % (1) mužů dostává a 0,0 % z respondentů je dostává částečně.

**Graf 31 Provádění samovyšetřování prsou v rámci onkologické prevence u žen (otázka č. 27)**



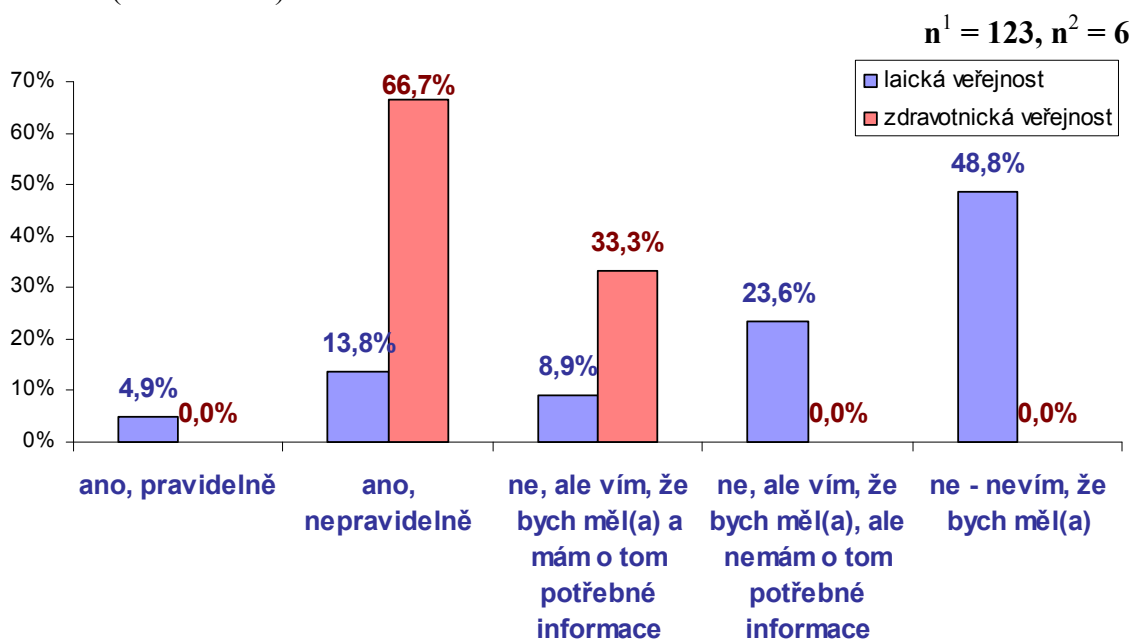
*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z celkového počtu 137 respondentů – žen z laické veřejnosti provádí samovyšetřování prsou v rámci onkologické prevence 48,2 % (66) žen nepravidelně, 22,6 % (31) žen samovyšetření prsou neprovádí, ale ví, že by měly a mají o tom potřebné informace, 15,3 % (21) žen toto samovyšetření neprovádí, ale ví, že by měly,

ale nemají o tom potřebné informace, 10,9 % (15) respondentů samovyšetření provádí pravidelně a 2,9 % (4) žen ho neprovádí - neví, že by měly.

Z celkového počtu 129 respondentů – žen ze zdravotnické veřejnosti provádí samovyšetřování prsou v rámci onkologické prevence 48,8 % (63) nepravidelně, 27,9 % (36) žen samovyšetření neprovádí, ale ví, že by měly a mají o tom potřebné informace, 22,5 % (29) žen ho provádí pravidelně, 0,8 % (1) žen samovyšetření neprovádí, ale ví, že by měly, ale nemají o tom potřebné informace, a žádná z žen nevedla, že samovyšetření neprovádí - neví, že by měla (0,0 %).

**Graf 32 Provádění samovyšetřování varlat v rámci onkologické prevence u mužů**  
(otázka č. 27)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 123 respondentů – mužů z laické veřejnosti samovyšetřování varlat v rámci onkologické prevence neprovádí - neví, že by měli 48,8 % (60) mužů,

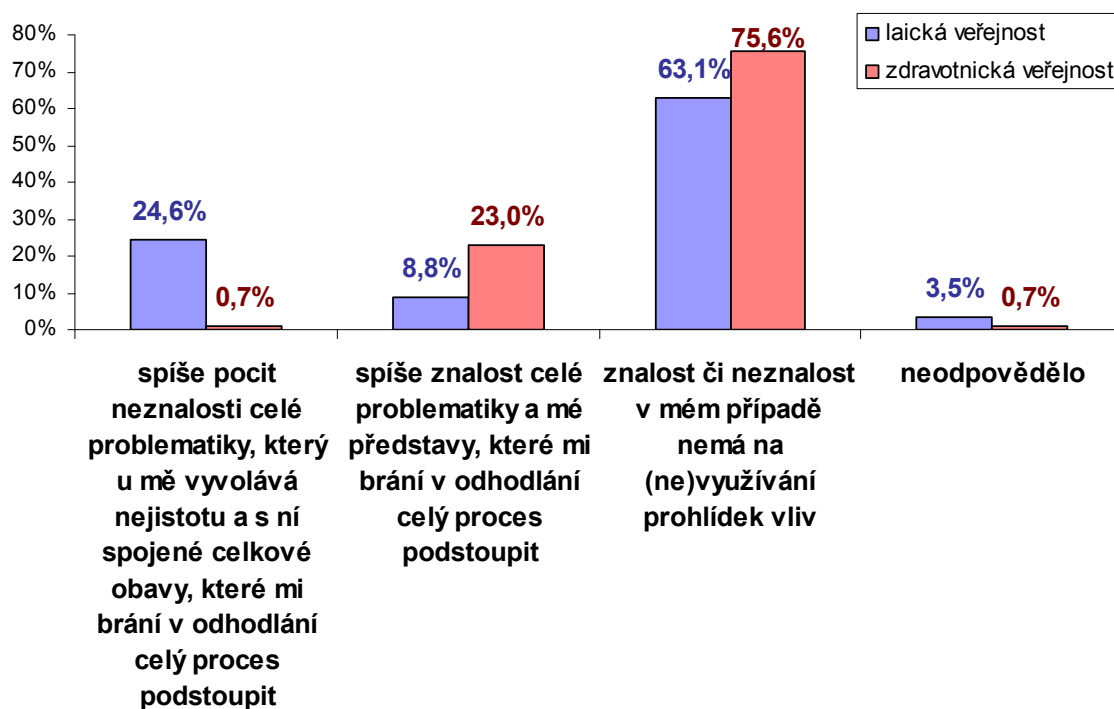


23,6 % (29) respondentů ví, že by měli, ale nemají o tom potřebné informace, 13,8 % (17) ho provádí nepravidelně, 8,9 % (11) ho neprovádí, ale ví, že by měli a mají o tom potřebné informace a 4,9 % (6) mužů toto samovyšetření provádí pravidelně.

Z celkového počtu 6 respondentů – mužů ze zdravotnické veřejnosti 66,7 % (4) mužů provádí samovyšetřování varlat v rámci onkologické prevence nepravidelně a 33,3 % (2) ho neprovádí, ale ví, že by měli a mají o tom potřebné informace. Žádný z respondentů nevedl, že samovyšetření provádí pravidelně, že ho neprovádí, ale ví, že by měl, ale nemá o tom potřebné informace, ani že ho neprovádí – že neví, že by měl (0,0 %).

**Graf 33 Vliv znalosti či neznalosti onkologické problematiky na (ne)využívání preventivních onkologických prohlídek (otázka č. 28)**

$n^1 = 260, n^2 = 135$



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů z laické veřejnosti znalost či neznalost onkologické problematiky nemá na (ne)využívání prohlídek vliv v případě 63,1 % (164) respondentů, u 24,6 % (64) respondentů je překážkou ve využívání prohlídek spíše pocit neznalosti celé problematiky, který u nich vyvolává nejistotu a s ní spojené celkové obavy, které jim brání v odhodlání celý proces podstoupit, a u 8,8 % (23) respondentů je překážkou spíše znalost celé problematiky a jejich představy, které jim brání v odhodlání celý proces podstoupit. Na tuto otázku neodpovědělo 3,5 % (9) respondentů.

Z celkového počtu respondentů ze zdravotnické veřejnosti znalost či neznalost onkologické problematiky nemá na (ne)využívání prohlídek vliv v případě 75,6 % (102) respondentů, u 23,0 % (31) respondentů je překážkou ve využívání prohlídek spíše znalost celé problematiky a jejich představy, které jim brání v odhodlání celý proces podstoupit, a u 0,7 % (1) respondentů je překážkou spíše pocit neznalosti celé problematiky, který u nich vyvolává nejistotu a s ní spojené celkové obavy, které jim brání v odhodlání celý proces podstoupit. Na tuto otázku neodpovědělo 0,7 % (1) respondentů.

## 5. Diskuse

Na základě vyhodnocení odpovědí respondentů na otázky z dotazníku jsem ověřovala stanovené hypotézy týkající se využívání možností preventivních onkologických vyšetření u laické a odborné zdravotnické veřejnosti. Na základě získaných výsledků jsem porovnávala rozdíly ve využívání těchto možností mezi laickou veřejností a odbornou zdravotnickou veřejností a zjistila bariéry ve využívání preventivních onkologických vyšetření u obou těchto skupin.

K první hypotéze, v níž jsem předpokládala, že laická veřejnost využívá možností preventivních onkologických vyšetření více než odborná zdravotnická veřejnost, byly přiřazeny otázky č. 7, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18, a 27. Tato hypotéza se nepotvrdila.

Výše uváděné otázky se dotazovaly respondentů na využívání bezplatných preventivních prohlídek z nabídky preventivního programu dle zákona ČR – u praktického lékaře od 18 let jednou za 2 roky, test na krvácení ve stolici v rámci screeningu karcinomu tlustého střeva od 50 let věku jednou za 2 roky, gynekologické vyšetření pro ženy od 15 let věku každý rok, preventivní mamografické vyšetření mléčné žlázy pro ženy od 45 do 69 let jednou za 2 roky a stomatologická preventivní prohlídka od 18 let každý rok.

Z odpovědí respondentů z řad laické i zdravotnické veřejnosti na tyto otázky jsem zjistila, že laická veřejnost absolvuje výše zmiňovaná vyšetření méně než zdravotnická (tedy opačně vzhledem k původnímu předpokladu) - preventivní onkologická vyšetření u praktického lékaře neabsolvovalo vůbec 38,8 % respondentů z řad laické veřejnosti (27,4 % z řad zdravotnické veřejnosti), test na krvácení ve stolici neabsolvovalo vůbec 44,4 % respondentů z řad laické veřejnosti (41,0 % ze zdravotnické veřejnosti), gynekologické vyšetření 12,4 % žen (ze zdravotnické veřejnosti neabsolvovalo pouze 2,3 % žen), mamografické vyšetření neabsolvovalo z laické veřejnosti 10,0 % žen (7,4 % žen ze zdravotnické) a prohlídku u stomatologa neabsolvovalo vůbec 32,7 % respondentů z řad laické veřejnosti (12,6 % zdravotnických respondentů). Vyšší procento respondentů, kteří nevyužívají možnosti

preventivní péče na straně laické veřejnosti potvrzují i výsledky v otázce č. 16 (graf 18), která zjišťuje důslednost či nepravidelnost ve využívání těchto možností.

Jiné možnosti preventivní péče v ČR, které nejsou hrazené státem nebo které nejsou hrazené státem ve věkové skupině daného respondenta (otázka č. 17), nevyžívá 98,1 % respondentů z laické veřejnosti (88,9 % ze zdravotnické veřejnosti) a samovyšetření prsou u žen a varlat u mužů (otázka č. 27) provádí v menší míře opět respondenti z řad laické veřejnosti (viz Příloha č. 3, Tab 17).

Jak často využívají respondenti jednotlivé možnosti preventivních vyšetření dle zákona ČR, je uvedeno z důvodu lepší přehlednosti v tabulce (viz Příloha č. 3, Tab 18). Z ní je patrné, že respondenti z laické i zdravotnické veřejnosti nejvíce využívají možností gynekologických prohlídek a mamografického vyšetření mléčné žlázy. Totéž se potvrdilo i v otázce č. 18 týkající se jednotlivých druhů vyšetření, které respondenti již alespoň jednou v životě absolvovali – viz graf 20. Nejméně využívají respondenti možnosti screeningového testu na karcinom tlustého střeva (test na krvácení ve stolici) a preventivních onkologických prohlídek u praktického lékaře.

Využívání primární péče poskytované praktickým lékařem zahrnující pochopitelně i onkologickou prevenci je samostatnou problémovou kapitolou veřejného zdraví. V současné době se postavení lékařů primární péče v ČR ukazuje být v porovnání s ostatními zeměmi EU subdominantní, což mimo jiné dokazuje to, že nemocnice a specialisté v České republice stále poskytují řadu služeb a formy péče, které by mohly být poskytnuty v primární péči. Tento současný stav souvisí se vzděláním a kompetencemi praktických lékařů, přístrojovým vybavením ordinací a s organizací a financováním zdravotní péče. Navíc je zřejmé, že zatímco počet ambulantních specialistů narůstá, zajištění primární péče stagnuje a věková struktura praktických lékařů se zhoršuje. Přitom existuje mezinárodní shoda podložená důkazy o tom, že zdravotní systémy založené na primární péči s kvalifikovanými praktickými nebo rodinnými lékaři poskytují nákladově i klinicky péči více efektivní než systémy s malým důrazem na péči primární (33).

Se zvyšující se podporou a důrazem na financování primární péče se podle mého názoru zvyšuje i naděje na zvýšení zájmu lidí o své zdraví a podpory sebepéče.

Zdravotní systém disponuje stimulačními a represivními motivačními možnostmi jako je např. zvýhodněné pojistné těch, kdo pravidelně dochází na preventivní prohlídky, nebo vyšší finanční spoluúčast na léčbě pro kuřáky. Zdravotní systém v ČR však dosud nevyužil žádnou z možných motivačních metod (33).

Poněkud méně jasná je výpověď výsledků týkající se využívání stomatologických prohlídek u laické veřejnosti. Vzhledem k výsledkům u otázky č. 14 zjišťující informovanost respondentů o možnostech využívání stomatologických preventivních prohlídek, jejichž součástí je i onkologická prevence (pátrání po přednádorových změnách na chrupu apod.) lze usuzovat, že někteří respondenti přestože k zubaři chodí pravidelně, odpovídali v následující otázce (č. 15), že stomatologické preventivní vyšetření neabsolvovali vůbec, protože nemají jasnou či žádnou představu, co představuje onkologické stomatologické vyšetření a mají za to, že jejich zubař provádí pouze „běžnou“ prohlídku.

Problematika využívání preventivních onkologických prohlídek se netýká jen toho, do jaké míry lidé nabídku preventivní péče dle zákona využívají, ale jak často by tyto intervaly měly být zákonem určeny. Faktorů, které do tohoto rozhodování vstupují je několik – ochota pacienta podstupovat tato vyšetření, proveditelnost z hlediska zdravotnických zařízení a uhraditelnost ze zdrojů zdravotního pojištění (se zvyšující se frekvencí prohlídek narůstají náklady). Zvažování doporučit screening daného onemocnění či nikoliv se také odvíjí od toho, jestli je nemoc zjištělná v latentní neboli detekovatelné preklinické fázi a musí být prokázáno, že zahájení léčby v této fázi výrazně zlepšuje prognózu. Dále záleží na výsledcích léčby nádorů, zjištěných při preventivních prohlídkách, které musí být příznivější než léčba nádorů zjištěných na základě klinických příznaků (3). Jednou z organizací, které hodnotí výsledky klinických studií a testují preventivní onkologické kontroly, je The American Cancer Society (ACS). Vysoké náklady na preventivní vyšetření mohou být jedním z důvodů, proč jsou u nás kontroly méně časté v porovnání s doporučením např. právě organizace ACS pro země EU. Pro srovnání viz Doporučení ACS pro preventivní kontroly u bezpříznakových osob s průměrným rizikem (viz Příloha č. 4).

Domnívám se, že pokud je základní podmínkou skutečně efektivní naplňování záměrů screeningových metod, potom je ochota lidí podstupovat jednotlivá vyšetření klíčovým faktorem. Je třeba nejprve pracovat na výchově ke zdraví v celém spektru společenských vrstev a dosáhnout posunu myšlení jednotlivců v oblasti sebepečce.

Problematicke preventivních onkologických vyšetření se v ČR věnuje např. Masarykův onkologický ústav v Brně. Vzhledem k tomu, že se ukazuje, že preventivní prohlídky nabízené dle platných vyhlášek nejsou pro časný záchyt nádorů dostatečné, vypracoval podle údajů Národního onkologického registru Masarykův onkologický ústav (MOÚ) koncepci věkově specifických, individualizovaných onkologických prohlídek. Dle MOÚ může být dvouletý interval v některých případech příliš dlouhý; vyšetření pohmatem nemůže vyloučit přítomnost nehmatného ložiska; rozsah preventivního vyšetření je třeba upřesnit s ohledem na věk a rizika; preventivně vyšetřeným není obvykle poskytována žádná informace o míře jistoty, kterou prohlídkou získali, ani informace o trvajících rizicích, která nebyla v prohlídce vůbec podchycena; není doceněn význam rodinné onkologické anamnézy a chybí komplexní pohled (28). Více informací v informační letáku MOÚ (viz Příloha č. 5). Hodnotím velice pozitivně, že zájemce o preventivní prohlídku může zvážit, jak velkou chce mít jistotu, že u něj není přítomno maligní onemocnění a dle jeho přání je u něj provedena příslušná prohlídka. Otázkou však zůstává, kolik zařízení se individuálním prohlídkám nad rozsah screeningových programů uvedených ve vyhlášce (viz kap. 1.3.4) věnuje a do jaké míry je navíc málo informovaná veřejnost může využívat.

K druhé a třetí hypotéze, v nichž jsem předpokládala, že nejčastější bariérou ve využívání možností preventivních onkologických vyšetření ze strany odborné zdravotnické veřejnosti je strach z pozitivního nálezu a ze strany laické veřejnosti neinformovanost o těchto možnostech, byly přiřazeny otázky č. 5, 6, 8, 10, 12, 14, 19, 20, 21, 26, 27, a 28. Druhá hypotéza týkající se zdravotnické veřejnosti se nepotvrdila, třetí hypotéza týkající se laické veřejnosti se potvrdila.

Jednotlivé druhy překážek mohli respondenti uvést v otázkách č. 19 a 20 věnující se využívání vyšetření u praktického lékaře a lékařů – specialistů. Nejčastěji uváděnou překážkou na straně laické veřejnosti byla neinformovanost respondentů

o možnostech onkologické prevence jak v případě praktických lékařů, tak i u lékařů – specialistů. Tento výsledek potvrzují výsledky u otázky č. 21, kde respondenti měli vybrat nejvýraznější překážku v jejich případě, a dále např. otázky č. 7, 9 a 15, kde se nejčastěji objevovalo zdůvodnění (v případě, že respondenti dané vyšetření nikdy neabsolvovali), že o těchto možnostech nevěděli.

Pozitivní výjimkou se ukazuje být u laické veřejnosti relativně vysoká informovanost (56,5 %, částečná 16,2 %) o screeningovém vyšetření na karcinom tlustého střeva, přesto však tento test absolvují velice málo. Vysvětlením je v podstatě jen potvrzení dalších dvou zásadních bariér ve využívání preventivních možností a těmi jsou nenaplněné poslání prevence, kdy lidé chodí k lékaři až při zdravotních problémech a dále málo aktivní přístup laické veřejnosti k získávání informací týkající se zdraví.

S tímto přístupem souvisí i jejich pasivní očekávání toho, zda-li nějaké vyšetření a jaké lékař sám na základě své angažovanosti (ochoty a zájmu o pacienta) provede – viz další nejčastěji uváděné překážky v grafu 22, 23 a 24. Neinformovanost či jen částečnou informovanost laické veřejnosti dokladují výsledky u otázek č. 5, 6, 10, 12, 14 a 26. Výsledky u otázky č. 27 navíc ukazují, že velká část především mužů (u žen méně) z laické veřejnosti neprovádí samovyšetření varlat (prsou), protože k tomu nemají potřebné informace (23,6 % muži, 15,3 % ženy) nebo vůbec neví, že by toto samovyšetření provádět měli (48,8 % muži, 2,9 % ženy).

Situace u zdravotnické veřejnosti se v otázce bariér ve využívání možností preventivní péče ukázala být rozdílná a to vzhledem k mému předpokladu uvedenému v druhé hypotéze, ale také částečně vzhledem k výsledkům (překážkám) u laické veřejnosti. Problémem ve využívání možností preventivních vyšetření u zdravotnických pracovníků není jejich strach z pozitivního nálezu ani neinformovanost o těchto možnostech, ale jejich postoj, v kterém vyjadřují nenaplnění poslání prevence – „zatím nemám žádné problémy, tak lékaře nevyhledávám“ (27,9 %), viz graf 24 – „Nejvýraznější překážka ve využívání preventivních onkologických prohlídek (vyšetření)“.

Tato bariéra byla zmiňována již u laické veřejnosti a vyskytuje se tedy ve výrazném procentuálním zastoupení u obou zkoumaných skupin. U zdravotnické

veřejnosti se dále velice často objevuje faktor nedostatku času (22,1 %). Se strachem z pozitivního nálezu ověřovaným v druhé hypotéze souvisela i otázka č. 28, v níž jsem předpokládala, že se u zdravotníků bude jako překážka velice často objevovat jejich znalost všech souvislostí s případným onemocněním (šance na uzdravení, průběh léčby, zvládání bolesti, apod.), která jim bude bránit v odhodlání proces onkologické prevence podstoupit. Tento předpoklad se nepotvrdil - viz graf 33 (znalost či neznalost celé problematiky nemá na (ne)využívání prohlídek vliv v případě 75,6 % zdravotníků). Překvapivý je výsledek zobrazující graf 23, kde se ukazuje, že téměř polovina zdravotnických respondentů odpověděla, že v jejich případě se žádné překážky ve využívání preventivních onkologických vyšetření u lékařů - specialistů nevyskytují.

Doplňujícími otázkami týkající se přístupu respondentů ke svému zdraví a jejich vztahu k preventivnímu chování a jednání byly otázky č. 1, 2, 3, 4. Otázky č. 22, 23, 24 a 25 mapovaly získávání informací o možnostech využívání preventivních onkologických prohlídek a spokojenost respondentů s poskytováním těchto informací od svých lékařů.

Jak už bylo dříve řečeno, postoj veřejnosti k preventivním onkologickým prohlídkám se odvíjí od postoje veřejnosti k otázkám odpovědnosti za své zdraví, dodržování zdravého životního stylu a aktivitám směřujícím k udržení zdraví. Výsledky v otázce č. 1, kde respondenti popisovali svůj přístup ke zdraví, opět dokladují, že zdravotnická veřejnost ve srovnání s laickou využívá preventivních prohlídek ve větší míře (24,3 %) a v získávání informací týkajících se zdraví je aktivnější. V dodržování zásad zdravého životního stylu se však ukazuje být poněkud více angažovaná laická veřejnost. V rizikových faktorech ovlivňujících zdraví respondentů (otázka č. 2, graf 4) se obě skupiny shodují v nejčastěji uváděném faktoru a to ve stresu (obě skupiny více jak 25 %) a nejvíce se různí v rizikových faktorech nedostatku pohybu (výrazněji se vyskytuje u laické veřejnosti) a nepravidelného stravování (výrazněji se vyskytuje u zdravotníků). Určitý podiv budí vyšší zastoupení odpovědí u rizikového faktoru kouření na straně zdravotníků ve srovnání s laickou veřejností.

Dá se usuzovat, že zdravotníci více využívají možností preventivní péče, ale chovají se méně zodpovědně ve vztahu ke svému zdraví v případech, kdy u sebe zjistí



příznaky, o kterých neví, co znamenají. Zdravotníci budou spíše vyčkávat, jak se problémy budou vyvíjet, než aby raději vyhledali lékaře.

Zajímavé je především srovnání výsledků v otázce (č. 5), jak velký význam připisují obě skupiny respondentů preventivním onkologickým prohlídkám pro úspěšné vyléčení, s tím, jak respondenti nabízené možnosti preventivních onkologických vyšetření využívají. Výsledky totiž ukazují velice příznivý postoj obou skupin k významu preventivních vyšetření (téměř 100 % u obou skupin udává značně velký či velký význam), ale otázkou stále zůstává míra naplňování tohoto preventivního počínání. Domnívám se, že nelze jasně odpovědět, zda veřejnost využívá možností preventivních vyšetření hodně či málo, lze jen srovnávat mezi jednotlivými skupinami dané společnosti a mezi jednotlivými společnostmi v rámci vyspělé části světa. Na druhé straně lze posoudit míru aktivního přístupu lidí k otázkám zdraví a účasti na sebepečí a zjistit, které druhy preventivních vyšetření jsou v porovnání s ostatními využívány nejméně, proč a zda-li je důležité tento stav změnit.

Respondenti z řad zdravotnické veřejnosti mají oproti druhé skupině značnou výhodu v možnostech získávání informací týkající se zdraví včetně informací o využívání preventivní péče. Ve zdravotnické problematice se pochopitelně více orientují a nemají problémy být více aktivní v situacích jako je požadování informací od lékařů a požadování provedení určitých preventivních vyšetření po lékařích.

Problematice získávání informací (aktivního přístupu a zdroje informací) se věnovaly i doplňující otázky č. 22 a 23. Otázka č. 24 ukazuje, že laická veřejnost je s aktivitou lékařů týkající se poskytování informací častěji nespokojena než zdravotnická veřejnost. Tato otázka navíc opět potvrzuje častěji se vyskytující pasivní přístup respondentů z řad laické veřejnosti, kterým vadí, že se musí lékaře dotazovat (21,9 %). Ještě častěji uváděnou odpovědí týkají se nespokojenosti respondentů je ta, že je lékař neinformuje a že oni sami se nedotazují (26,5 %, zdravotníci pouze 12,6 %). Odpovědi v otázce č. 25 dokládají převažující nespokojenost laické veřejnosti i s kvalitou poskytování těchto informací od lékařů.

Ve výzkumu Bártlové (2) týkající se významu osoby lékaře pro spokojenost pacienta se ukázalo, že pokud jsou pacienti spokojeni s mezilidskou dimenzí péče, pak

jsou přesvědčení také o odborné kvalitě této péče. Komunikační schopnosti lékaře se ukazují být jedním ze zásadních terapeutických faktorů, jejich kvalita podmiňuje spolupráci pacienta i jeho angažovanost v aktivitách podporující zdraví. Pacienti si ale často stěžují na nedostatečnou komunikaci ze strany lékaře, na nedostatek času, který jim věnuje, a na málo vstřícnosti. Neochota a nezájem lékaře se také objevovaly v odpovědích respondentů na otázky z mého dotazníku zjišťující překážky ve využívání možností preventivních vyšetření – viz Tab 12, 13 a 14.

Výzkum Dobiášové (8) v otázce spokojenosti respondentů s jednotlivými aspekty péče poskytované praktickým lékařem dokládá v oblasti poskytování informací o prevenci nemocí převažující nespokojenost respondentů (z 54 respondentů – 29 je nespokojeno, 17 spokojeno). V podobné otázce (poskytování informací od praktického lékaře v případě zájmu respondenta) odpovědělo 33 respondentů ne a 15 ano v případě informací o zdravém životním stylu a v případě prevence nemocí 34 respondentů ne a 16 ano. Dobiášová v tomto výzkumu zjišťuje, že čeští lékaři zůstávají orientováni na nemoc a její léčení, které značně dominuje nad rolí praktického lékaře jako rádce v otázkách prevence nemocí a udržování zdraví. Přitom se ukazuje rostoucí zájem české společnosti o zdravý životní styl a zájem lidí o tyto informace (8). Informování pacientů lékařem se dotýká ještě jeden problém – v České republice není neobvyklé, že lékaři spoléhají na to, že pacientovi vše vysvětlí odborník, ke kterému ho lékař poslal. Daný odborník naopak spoléhá na to, že pacient už všechny informace má od praktického lékaře (18).

Na základě poznatků z výzkumu se domnívám, že využívání či nevyužívání možností preventivních vyšetření se odvíjí od věku lidí – čím starší člověk, tím spíše využívá těchto možností. Motivujícím faktorem však bývají zdravotní problémy, které se pochopitelně se zvyšujícím se věkem více objevují. Proto nelze hovořit o sekundární prevenci v pravém slova smyslu u lidí, které k využití „preventivního“ vyšetření vedou pro ně dosud neobvyklé zdravotní problémy, které velice často nádorové onemocnění neznamenají, ale donutí jít postiženého k lékaři. Velké procento lidí se totiž stále drží myšlenky - „zatím žádné problémy nemám, tak lékaře nevyhledávám“. Dále usuzuji, že

dalším významným faktorem je míra informovanosti – čím více informací člověk má, tím více preventivních vyšetření využívá.

Důležitou roli spatřuji v možnostech praktických lékařů, jejichž preventivní prohlídky jsou využívány nejméně. Domnívám se, že ve své praxi by měli věnovat více času na podporování svých pacientů v aktivním přístupu v tom smyslu, že budou pacienty více informovat o možnostech vyšetření a budou je vést k tomu, aby se ve spolupráci s lékařem podíleli na rozhodnutí, jaké vyšetření podstoupí. Tento přístup lékařů by měl zabraňovat tomu, že lidé nechávají právě na lékařích, jaké vyšetření provede či na jaké vyšetření je pošle. Dalším přínosem pak bude větší angažovanost lidí v péči o své zdraví a menší nespokojenost s přístupem lékařů týkající se jejich ochoty a zájmu o pacienta.

Problémem je však velká skupina lidí, která je se svým praktickým lékařem (příp. gynekologem) jen v minimálním kontaktu, protože vzhledem k tomu, že se u nich zatím žádné zdravotní problémy neobjevily, tak lékaře nenavštěvují, a je tedy menší šance na tuto skupinu lidí působit, tj. pozitivně ovlivňovat v rámci zdravotní výchovy. Respondenti z řad laické veřejnosti nejčastěji uvádějí jako zdroj informací média (televize, rádio - 23,3 %). A proto se domnívám, že je potřeba ve vyšší míře zahrnout zdravotní výchovu i do sdělovacích prostředků a v podstatě na bázi „reklamy“ více propagovat preventivní principy.

Dále se domnívám, že je třeba rozšířit počet zdravotnických zařízení, které budou nabízet možnost individuálních prohlídek nad rozsah screeningových programů uvedených v příslušné vyhlášce. Každý člověk by měl primárně získat veškeré informace o preventivních možnostech od svého praktického lékaře včetně informace o těchto zařízeních nabízející program individualizovaných prohlídek (dle onkologického rizika u daného člověka). V případě dalšího zájmu projeveného pacientem by lékař odkazoval své pacienty na tato zařízení, protože vzhledem k náročnosti své praxe, nemůže pochopitelně natolik individualizovanou péči především z časových důvodů poskytnout.

Změny ve smýšlení veřejnosti v otázkách přístupu ke svému zdraví nelze dosáhnout pouze v rámci výuky a osvěty, ale začleněním do systému celospolečenských

hodnot. Je to proces dlouhodobý a vyžaduje ochotu ke změnám jak na straně pacientů, od nichž se očekává větší aktivita, tak na straně lékařů, kteří jim pro jejich novou roli musí poskytnout potřebné informační zázemí a potřebný čas.

## 6. Závěr

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak laická i odborná zdravotnická veřejnost využívá možnosti preventivních onkologických vyšetření a zjistit bariéry ve využívání těchto možností z pohledu laické i odborné zdravotnické veřejnosti. Cíl práce byl splněn.

První hypotéza „Laická veřejnost využívá možnosti preventivních onkologických vyšetření více než odborná zdravotnická veřejnost“ se nepotvrdila. Hypotéza č. 2 „Nejčastější bariérou ve využívání možností preventivních onkologických vyšetření ze strany odborné zdravotnické veřejnosti je strach z pozitivního nálezu“ se také nepotvrdila. Hypotéza č. 3 „Nejčastější bariérou ve využívání preventivních onkologických vyšetření ze strany laické veřejnosti je neinformovanost o těchto možnostech“ se potvrdila.

Otázky zdraví a zdravotního stavu jsou jednou z nejvíce komplikovaných oblastí společenského života. Zdraví je významné pro kvalitu života, ale zároveň je způsobem života determinováno.

Práce seznamuje se současnou nabídkou preventivního programu ČR, poukazuje na negativní předsudky o rakovině (představy nevyléčitelnosti, krutých bolestí a neodvratné smrti) bránící úspěšnějšímu boji v léčbě nádorových onemocnění a zdůrazňuje význam prevence.

Jejím přínosem je především zjištění, že stěžejním faktorem ovlivňujícím využívání preventivních vyšetření je informovanost pacienta o možnostech prevence. Výsledky kvantitativního výzkumu metodou dotazování prokázaly zájem lidí o tyto informace a nespokojenost laické veřejnosti s množstvím poskytovaných informací od svých lékařů. Příčinou této nedostatečné informovanosti a nespokojenosti respondentů je také málo aktivní přístup laické veřejnosti k získávání potřebných informací a málo projevované iniciativy v požadování provedení preventivních vyšetření po lékaři. Respondenti z řad zdravotnické veřejnosti mají oproti druhé skupině v možnostech získávání informací týkajících se zdraví včetně informací o využívání preventivní péče značnou výhodu.

Jak vyplývá, laická veřejnost využívá možnosti preventivních onkologických vyšetření méně než odborná zdravotnická veřejnost a to zejména z důvodu výše zmiňované neinformovanosti o těchto možnostech. Další nejčastější překážkou ve využívání preventivních onkologických vyšetření u obou zkoumaných skupin je nenaplněné poslání prevence, kdy lidé chodí k lékaři až při zdravotních problémech.

Důležitá role je do budoucna spatřována v možnostech praktických lékařů, jejichž preventivní prohlídky jsou využívány nejméně. Od praktických lékařů se očekává, že povedou své pacienty k větší účasti na sebezpečí včetně motivování pacientů k využívání možností preventivních vyšetření. Pro tuto jejich novou roli „aktivního partnera“ namísto „pasivního pacienta“ bude zapotřebí, aby jim lékaři poskytovali dostatečné množství informací, věnovali potřebný čas a správně komunikovali.

Vzhledem k tomu, že změny ve smýšlení veřejnosti v otázkách zodpovědnosti za své zdraví je potřeba začlenit do systému celospolečenských hodnot, bylo by prospěšné zahrnout zdravotní výchovu i do sdělovacích prostředků a ve větší míře touto formou propagovat preventivní principy.

Práci lze využít jako podklady pro diskuse o problému informovanosti o preventivních vyšetřeních veřejnosti a pro další vzdělávání zdravotnických a zdravotně sociálních pracovníků, kterých se zmíněná tematika týká.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. ADAM, Z. et al. Systémové a paraneoplastické projevy maligních onemocnění. In Adam, Z. - Vorlíček, J. - Kostíková, J. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. s. 128-149. ISBN 80-247-0677-6.
2. BÁRTLOVÁ, S. - HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.
3. BEDNAŘÍK, O. et al. Sekundární a primární prevence zhoubných nádorů. In Adam, Z. - Vorlíček, J. - Kostíková, J. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. s. 205-220. ISBN 80-247-0677-6.
4. *Co potřebujete vědět o významu prevence v onkologii* [online]. 2002, [cit. 2007-12-30]. Dostupné z: <[http://www.mou.cz/mou/eshop\\_show.jsp?s=1113|1126](http://www.mou.cz/mou/eshop_show.jsp?s=1113|1126)>.
5. ČELEDOVÁ, L. *Primární péče – postavení a úloha v systému zdravotní péče ČR*. [online]. 1998, [cit. 2008-12-2]. Dostupné z: <[www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=59](http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=59)>.
6. DIENSTBIER, Z. - SKALA, E. *Předcházíme rakovině*. 1. vyd. Praha: Computer Press, 2001. 105 s. ISBN 80-7226-375-7.
7. DIENSTBIER, Z. *Kdy je rakovina léčitelná?* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 96 s. ISBN 80-7169-303-0.
8. DOBIÁŠOVÁ, K. et al. Vliv zdravotnického systému na vztah pacient - lékař: ve vybraných segmentech zdravotní péče v transformující se společnosti v ČR. In *Zdravotní politika a ekonomika*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2001. s. 115-234. Sborník č. 4/2001.
9. *Evropský týden prevence rakoviny děložního čípku varuje také Češky* [online]. 19. 1. 2007, [cit. 2008-1-28]. Dostupné z: <<http://www.cervikalnikarcinom.cz/Aktuality.aspx?news=3>>.
10. FIALA, J. et al. Zevní vlivy podmiňující vznik nádorů nebo ochraňující před jejich vznikem. In Adam, Z. - Vorlíček, J. - Kostíková, J. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. s. 19-40. ISBN 80-247-0677-6.

11. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas: proč a jak?* 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.
12. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
13. HONZÁK, R. – KURZOVÁ, H. První pomoc při psychických traumatech. *Praktický lékař*. Praha: 2001, roč. 81, č. 4, s. 222. ISSN: 0032 – 6739.
14. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
15. HRUBÁ, M. – FORETOVÁ, L. – VORLÍČKOVÁ, H. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vyd. Brno: GAD STUDIO, 2001. 77 s. ISBN 80-238-7618-X.
16. KAPR, J. – KOUKOLA, B. *Pacient: Revoluce v poskytování péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998. 76 s. ISBN 80-85850-49-4.
17. KOUTECKÝ, J. - KONOPÁSEK, B. *Nevhodné slovo rakovina: pověry a skutečnosti o onkologických onemocněních*. 1. vyd. Praha: Makropulos, 1999. 143 s. ISBN 80-86003-29-9.
18. KŘEČKOVÁ TŮMOVÁ, N. Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči. In *Zdravotní politika a ekonomika*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003. 269 s. ISSN 1213-8096. Sborník č. 2/2003.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
20. *Mamografický screening v ČR* [online]. [cit. 2008-1-28]. Dostupné z: <<http://www.mamo.cz/index.php?s=mamograficky-screening&f=mamograficky-screening-v-ceske-republice>>.
21. *Národní onkologický program* [online]. [cit. 2008-1-30]. Dostupné z: <<http://www.onconet.cz/index.php?s=narodni-onkologicky-program>>.
22. *Národní onkologický program České republiky* [online]. 2007, [cit. 2008-1-30]. Dostupné z: <<http://www.linkos.cz/pacienti/prevence.php?t=4>>.
23. *Národní onkologický registr – obecná charakteristika* [online]. [cit. 2008-3-30]. Dostupné z: <[http://www.uzis.cz/info.php?article=18&mnu\\_id=7310](http://www.uzis.cz/info.php?article=18&mnu_id=7310)>.



24. *National Cancer Control Programme* [online]. [cit. 2008-1-30]. Dostupné z: <http://www.onconet.cz/index-en.php?s=national-cancer-control-programme>.
25. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním postižením nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 807178-197-5.
26. *Potřebujeme preventivní onkologii*. [online]. [cit. 2007-12-30]. Dostupné z: [http://www.mou.cz/mou/section\\_show.jsp?s=907|939](http://www.mou.cz/mou/section_show.jsp?s=907|939).
27. *Prevence nádorových onemocnění pro ženy po čtyřicítce*. 3. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2005. 47 s. ISBN 80-238-6227-8.
28. *Preventivní program – preventivní prohlídky MOÚ* [online]. [cit. 2008-3-30]. Dostupné z: <http://www.prevencenadoru.cz/mouprev/CheckUpByAge.jsp?s=906|916>.
29. *Program preventivních prohlídek v ČR* [online]. 2007, [cit. 2008-1-30]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/pacienti/prevence.php?t=2>.
30. *Sbírka zákonů České republiky: Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 372/2002 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, ve znění vyhlášky č. 183/2000 Sb.*
31. *Sbírka zákonů České republiky: Vyhláška MZČR č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění.*
32. *Sbírka zákonů České republiky: Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění.*
33. SEIFERT, B. - BENEŠ, V. *Všeobecné praktické lékařství*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 292 s. ISBN 80-7262-369-9.
34. SKÁLA, B. - ODRÁŽKA, K. - KOMÁREK, K. *Obecné preventivní a vyhledávací postupy u nádorových onemocnění v primární péči: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství, 2005. 18 s. ISBN 80-86998-02-9.

35. ŠTEFLOVÁ, A. *Integrovaná komunitní péče - úloha primární péče v péči komunitní*. [online]. 2000, [cit. 2008-12-2]. Dostupné z: <<http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=136>>.
36. TATE, P. *Příručka komunikace pro lékaře: jak získat důvěru pacienta*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 164 s. ISBN 80-247-0911-2.
37. TSAI, D. F. How should doctors approach patients? *Journal of Medical Ethics*. 2001, vol. 27, s. 44-50. ISSN 0306-6800.
38. VODVÁŘKA, P. *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 1997. 169 s. ISBN 80-7042-314-5.
39. VORLÍČEK, J. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
40. VORLÍČEK, J. *Klademe na prevenci dostatečný důraz?* [online]. 20. 02. 2006, [cit. 2008-1-28]. Dostupné z: <<http://www.medical-tribune.cz/diskuse/7>>.
41. VURM, V. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství pro studující ZSF JU*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2000. 108 s. ISBN 80-7040-411-6.
42. ZÁMEČNÍK, J. *Nemocný se zhoubným nádorem*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2002. 62 s. ISBN 80-7040-556-2.
43. ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 154 s. ISBN 80-246-0467-1.
44. ZAVORAL, M. Screening sporadického kolorektálního karcinomu. *Lékařské listy: Příloha Zdravotnických novin*. Praha: 2007, roč. 56, č. 3, s. 30-31.
45. ŽALOUĐÍK, J. Národní onkologický program – anachronismus či perspektiva? *Klinická onkologie* [online]. 2004, roč. 17, č. 2, s. 72 – 73 [cit. 2008-1-30]. Dostupné z: <[http://www.linkos.cz/vzdelavani/ko\\_zobraz.php?i=2&ID=13&id\[\]=185&Submit=Zobrazit](http://www.linkos.cz/vzdelavani/ko_zobraz.php?i=2&ID=13&id[]=185&Submit=Zobrazit)>.

## **8. Klíčová slova**

Prevence

Onkologické vyšetření

Odpovědnost za zdraví

Rakovina

Informovanost

Role praktického lékaře

## 9. Přílohy

Příloha č. 1: **Dotazník**

Příloha č. 2: **Národní onkologický program ČR**

Příloha č. 3: **Tabulky k diskusi: Tab 17** Provádění samovyšetřování v rámci onkologické prevence a **Tab 18** Využívání možností preventivních vyšetření

Příloha č. 4: **Doporučení The American Cancer Society (ACS)** pro preventivní kontroly u bezpříznakových osob s průměrným rizikem

Příloha č. 5: **Informační leták Masarykova onkologického ústavu** – Preventivní onkologický program

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a ve své diplomové práci se zabývám **postojem laické i odborné zdravotnické veřejnosti k preventivním onkologickým prohlídkám**.

Toto téma je vzhledem ke stále se zvyšujícímu výskytu onkologických onemocnění (lidově zvané rakoviny) velice aktuální, a proto se v této souvislosti obracím na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je **anonymní** a na otázky se odpovídá výběrem z uváděných možností.

Prosím, označte své odpovědi kroužkem, popř. odpovězte svými slovy na místech vyznačených tečkami. Většina otázek umožňuje jen jednu odpověď, u některých otázek je upozornění na možnost zvolení i více odpovědí.

Děkuji za Vaši pomoc s realizováním výzkumu. Markéta Kaulichová

**Věk:** ..... let

**Pohlaví:** a) muž b) žena

**Profese:** zdravotnická: d) nezdravotnická

a) lékař

b) sestra

c) jiná, jaká:.....

---

**1. Jak byste popsal(a) Váš přístup ke zdraví? (možné označit více odpovědí)**

- a) dodržuji zásady zdravého životního stylu
- b) částečně dodržuji zásady zdravého životního stylu
- c) využívám preventivní prohlídky
- d) částečně využívám preventivní prohlídky
- e) snažím se aktivně získávat informace týkající se zdraví
- f) jinak, jak.....
- g) žádná z uvedených možností

**2. Které z rizikových faktorů ovlivňující zdraví se vyskytují ve Vašem životě? (možné označit více odpovědí)**

- a) kouření
- b) nadměrné pití alkoholu
- c) nedostatek pohybu
- d) stres
- e) výskyt onkolog. onem. v rodině
- f) vyšší počet sexuálních partnerů
- g) nepravidelné stravování
- h) strava s převahou tučných nebo smažených jídel, málo zeleniny
- i) práce ve škodlivém prostředí (chemické výpary, zakouřené prostředí,...)
- j) nadměrné opalování
- k) žádný z výše uvedených
- l) jiné, jaké .....

**3. Jak budete postupovat v případě, že u sebe zjistíte příznaky, o kterých nevíte, co znamenají?**

- a) raději vyhledáte lékaře
- b) budete vyčkávat, jak se problémy budou vyvíjet
- c) budete se snažit na problémy raději zapomenout
- d) nemáte čas se problémy zabývat a řešit je
- e) nenecháte se znepokojit, jistě to bude něco nedůležitého
- f) nedokážu odpovědět
- g) jinak, jak.....

**4. Jak velký význam mají podle Vás preventivní onkologické prohlídky pro úspěšné vyléčení?**

- a) značně velký
- b) velký
- c) spíše menší
- d) malý
- e) žádný

5. Setkal(a) jste se s informací, že každý občan ČR má podle zákona nárok na bezplatná preventivní onkologická vyšetření (tj. hrazená ze zdravotního pojištění)?
- ano
  - ne
  - částečně
6. Setkal(a) jste se s informací, že od 18 let jednou za 2 roky můžete dle zákona absolvovat bezplatnou preventivní prohlídku u **praktického lékaře**, jejíž součástí je onkologická prevence (vyšetření kůže, konečníku, u mužů varlat a u žen prsou, poučení o nutnosti a způsobu samovyšetřování)?
- ano
  - ne
  - částečně
7. Jak často tuto prohlídku (z ot. č. 6), příp. jen některá její dílčí vyšetření absolvujete?
- jednou za 2 roky
  - méně než jednou za 2 roky
  - absolvoval(a) jsem jen 1x
  - neabsolvoval(a) vůbec, proč.....
8. Setkal(a) jste se s informací, že od 50 let věku jednou za 2 roky můžete absolvovat bezplatný test na krvácení ve stolici v rámci screeningu karcinomu tlustého střeva?
- ano
  - ne
  - částečně
9. Jak často tento test (z ot. č. 8) absolvujete?
- jednou za 2 roky
  - méně než jednou za 2 roky
  - absolvoval(a) jsem jen 1x
  - neabsolvoval(a) vůbec, proč.....
  - neabsolvuji vůbec – nepatřím do této kategorie (věk méně než 50 let)
10. Setkal(a) jste se s informací, že ženy od 15 let věku mohou absolvovat každý rok bezplatné gynekologické vyšetření, jehož součástí je onkologická prevence (vyšetření kůže, prsou, odběr materiálu z dělož. čípku k cytolog. vyš., poučení o samovyšetřování)?
- ano
  - ne
  - částečně
11. Jak často tuto prohlídku (z ot. č.10), příp. jen některá její dílčí vyšetření absolvujete?
- jednou za rok
  - méně než jednou za rok
  - absolvovala jsem jen 1x
  - neabsolvovala vůbec, proč.....
  - neabsolvuji vůbec – nepatřím do této kategorie (pohlaví)
12. Setkal(a) jste se s informací, že ženy od 45 do 69 let mohou absolvovat jednou za 2 roky preventivní mamografické vyšetření mléčné žlázy?
- ano
  - ne
  - částečně
13. Jak často toto vyšetření (z ot. č. 12) absolvujete?
- jednou za 2 roky
  - méně než jednou za 2 roky
  - absolvovala jsem jen 1x
  - neabsolvovala vůbec, proč .....
  - neabsolvuji vůbec – nepatřím do této kategorie (jiný věk než 45-69 let, pohlaví)
14. Věděl(a) jste, že od 18 let každý rok můžete absolvovat stomatologickou preventivní prohlídku, jejíž součástí je i onkologická prevence (pátrání po přednádor. změnách i nádor. projevech na chrupu, parodontu, čelistech i kolem čelistních měkkých tkání)?
- ano
  - ne
  - částečně
15. Jak často tuto prohlídku (z ot. č.14), příp. jen některá její dílčí vyšetření absolvujete?
- jednou za rok
  - méně než jednou za rok
  - absolvoval(a) jsem jen 1x
  - neabsolvoval(a) vůbec, proč.....
16. Jak využíváte možnosti bezplatných preventivních onkologických prohlídek z nabídky preventivního programu ČR?
- důsledně všechny typy dle nabídky preventivního programu ČR
  - důsledně jen některý(é) typ(y) z nabídky preventivního programu ČR
  - nepravidelně některý(é) typ(y) prohlídek z nabídky preventivního programu ČR
  - nevyžívám vůbec

**17. Využíváte (využil(a) jste) ještě jiné možnosti preventivní péče v ČR, které nejsou hrazené státem nebo které nejsou hrazené státem ve vaší věkové skupině?**

- a) ano, jaké.....
- b) ne

**18. Které z preventivních vyšetření nebo poučení jste již ve svém životě alespoň jednou absolvoval(a)? (možné označit více odpovědí)**

- a) mamografické vyš. mléčné žlázy
- b) test na krvácení ve stolici
- c) PSA test v rámci vyšetření prostaty
- d) vyšetření prostaty konečníkem
- e) vyšetření prostaty ultrazvukem
- f) endoskopické vyš. tlustého střeva
- g) vyš. kůže v rámci onkol. prevence
- h) vyšetření prsů a podpaží lékařem
- i) vyšetření v zrcadlech (vyš. pochvy) v rámci gynekolog. prohlídky
- j) odběr materiálu z děložního čípku k cytolog. a bakteriolog. vyšetření
- k) vyšetření varlat lékařem
- l) poučení o samovyšetření prsu
- m) poučení o samovyšetření varlat
- n) jiné, jaké.....
- o) žádné z výše uvedených

**19. Jaké překážky ve využívání preventivní onkologické prohlídky (dílčích vyšetření) u PRAKTICKÉHO LÉKAŘE se vyskytují ve Vašem případě? (možné označit více odpovědí)**

- a) neinformovanost o těchto možnostech
- b) strach z pozitivního nálezu
- c) nedostatek času
- d) nedostupnost této možnosti v okolí bydliště
- e) stud před lékařem
- f) nepříjemnost vyšetření
- g) zatím nemám žádné problémy, tak lékaře nevyhledávám
- h) lékařům je lépe se vyhnout – mohli by něco objevit
- i) v mém případě není tak velké riziko onkologického onemocnění
- j) nechám na lékaři, která dílčí vyšetření onkologické prohlídky provede
- k) jako zdravotník bych se cítil(a) hloupě, kdybych šel(a) za jiným zdravotníkem, když mi nic není
- l) jiné, jaké.....
- m) v mém případě nejsou žádné překážky

**20. Jaké překážky ve využívání možnosti preventivních onkologických prohlídek (vyšetření) u LÉKAŘŮ-SPECIALISTŮ (vyšetření tl. střeva, plic, urologické, gynekolog., stomatolog.,...) se vyskytují ve Vašem případě? (možné označit více odpovědí)**

- a) neinformovanost o těchto možnostech
- b) strach z pozitivního nálezu
- c) nedostatek času
- d) nedostupnost této možnosti v okolí bydliště
- e) stud před lékařem
- f) nepříjemnost vyšetření
- g) zatím nemám žádné problémy, tak lékaře nevyhledávám
- h) lékařům je lépe se vyhnout – mohli by něco objevit
- i) v mém případě není tak velké riziko onkologického onemocnění
- j) předpokládám, že mě praktický lékař na dané (spec.) vyšetření sám pošle
- k) jako zdravotník bych se cítil(a) hloupě, kdybych šel(a) za jiným zdravotníkem, když mi nic není
- l) jiné, jaké.....
- m) v mém případě nejsou žádné překážky

**21. Která z výše uváděných překážek (ot. č. 19, 20) je ve Vašem případě nejvýraznější?**  
(doplňte) .....

**22. Jak získáváte informace o možnostech využívání preventivních onkologických prohlídek ve Vašem případě?**

- a) spíše sám(a) svou aktivitou (ptáte se, hledáte informační materiály...)
- b) spíše pasivně (o možnostech Vás informuje lékař, okolí, média...)
- c) aktivně i pasivně
- d) nezískávám vůbec

**23. Z jakých zdrojů získáváte informace o možnostech preventivních onkologických prohlídek? (možné označit více odpovědí)**

- a) lékař
- b) rodina, přátelé, kolegové
- c) letáky, brožury
- d) internet
- e) literatura
- f) odborné přednášky
- g) televize, rádio
- h) jinak, jak.....
- i) nezískávám

**24. Jak jste spokojen(á) s aktivitou Vašich lékařů týkající se poskytování informací o možnostech preventivních vyšetření?**

- a) spokojen(a), lékař mě informuje bez mého dotazování
- b) spokojen(a), nevadí mi, že se musím sám(a) dotazovat
- c) spokojen(a), nevadí mi, že mě lékař neinformuje, a já se nedotazuji
- d) nespokojen(a), musím se sám(a) dotazovat
- e) nespokojen(a), lékař mě neinformuje a já se nedotazuji
- f) jinak, jak.....
- g) nejsem v kontaktu s lékařem

**25. Jak jste spokojen(á) s kvalitou poskytování informací od Vašich lékařů týkající se možností preventivních vyšetření?**

- a) spokojen(a)
- b) spíš spokojen(a)
- c) spíš nespokojen(a)
- d) nespokojen(a)
- e) nemohu posoudit - tyto informace mi lékař neposkytuje
- f) nejsem v kontaktu s lékařem

**26. Dostáváte informace od Vašich lékařů týkající se samovyšetření (ženy prsou, muži varlat)?**

- a) ano
- b) ne
- c) částečně
- d) nejsem v kontaktu s lékařem

**27. Provádíte samovyšetřování v rámci onkologické prevence? (ženy prsou, muži varlat)**

- a) ano, pravidelně
- b) ano, nepravidelně
- c) ne, ale vím, že bych měl(a) a mám o tom potřebné informace
- d) ne, ale vím, že bych měl(a), ale nemám o tom potřebné informace
- e) ne - nevím, že bych měl(a)

**28. Jednou z překážek, které brání ve využití preventivní onkologické prohlídky, je znalost či neznalost celé problematiky - všech souvislostí s případným onemocněním (šance na uzdravení, průběh léčby, zvládání bolesti, průvodní symptomy...), jak je tomu u Vás?**

- a) spíše pocit neznalosti celé problematiky, který u mě vyvolává nejistotu a s ní spojené celkové obavy, které mi brání v odhodlání celý proces podstoupit
- b) spíše znalost celé problematiky a mé představy, které mi brání v odhodlání celý proces podstoupit
- c) znalost či neznalost v mém případě nemá na (ne)využívání prohlídek vliv



## Národní onkologický program České republiky

Národní onkologický program ČR (NOP) byl zpracován na základě podmínek a potřeb České republiky a v souladu se závěry Světové zdravotnické organizace (WHO) přijatých ke kontrole nádorových onemocnění. Cíle Národního onkologického programu České republiky směřují ke snižování výskytu a úmrtnosti nádorových onemocnění, ke zlepšování kvality života onkologicky nemocných a k racionalizaci nákladů na diagnostiku a léčbu nádorových onemocnění v ČR.

### Cíle:

- Snižování incidence a mortality nádorových onemocnění.
- Zlepšení kvality života onkologicky nemocných.
- Racionalizace nákladů na diagnostiku a léčbu nádorových onemocnění v ČR.

### Strategie:

- Boj se zhoubnými nádory jako součást celorepublikové i regionální politické agendy.
- Boj se zhoubnými nádory jako životní zájem laické i odborné veřejnosti.
- Mezinárodní kooperace a harmonizace v rámci partnerských struktur EU a WHO.
- Trvalá udržitelnost programu boje s rakovinou kontrolou nákladů.
- Stanovení a průběžné vyhodnocování indikátorů, výstupů (outputs) a výsledků (outcomes), fungování a účinnosti NOP. Každoroční komentář k plnění, případně revize a doplňování.

### Úkoly:

1. Na školách odborná podpora výuky prevence nádorů. Na veřejnosti popularizace primární prevence nádorů. Snižit zejména kouření mládeže a žen. Pomáhat kladným změnám ve výživě a v životním stylu.
2. Zajistit dlouhodobé fungování a audit programů pro skrínění karcinomu prsu, karcinomu hrdla děložního a karcinomu kolorekta. Vyhodnocovat zároveň vliv paraskríníngových vyšetření v populaci.
3. Zlepšit časnou diagnostiku zhoubných nádorů, zejména ve spolupráci s praktickými lékaři. Inovovat náplň preventivních prohlídek, integrujících záchyt onkologických, kardiovaskulárních a metabolických onemocnění.
4. Pojmenovat síť center komplexní diagnostiko-léčebné onkologické péče, akreditovaných ČOS na principu čtyř kompetencí: kvalifikace, vybavení, sebeevaluace a komunikace. Vytvořit Radu onkocenter České republiky jako nástroj pro koordinaci práce.



5. Prosazování ekvity čili pokrytí populace srovnatelnými onkologickými službami a přístupem k informacím o prevenci, diagnostice a léčbě onkologických onemocnění.
6. Zajistit ukotvení a stabilitu zařízení pro paliativní a terminální péči. Podpořit rozvoj domácí péče. Sledovat stav kvality života a léčby bolesti nemocných s pokročilými zhoubnými nádory.
7. Podpora kontinuity, stabilizace, modernizace a praktického využívání databáze Národního onkologického registru ČR pro řízenou preventivní a diagnosticko-léčebnou péči v onkologii.
8. Podpora aplikovaného onkologického výzkumu a inovací. Zavádění principů HTA (health technology assessment) v onkologii. Podpora vzdělávání v onkologii.



Za výbor České onkologické společnosti ČLS JEP

Prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

## Tabulky k diskusi

**Tab 17 Provádění samovyšetřování v rámci onkologické prevence (otázka č. 27)**

		ženy		muži	
		laická veřejnost	zdravot. veřejnost	laická veřejnost	zdravot. veřejnost
ANO	ano, pravidelně	10,9%	22,5%	4,9%	0,0%
	ano, nepravidelně	48,2%	48,8%	13,8%	66,7%
		<b>59,1%</b>	<b>71,3%</b>	<b>18,7%</b>	<b>66,7%</b>
NE	ne, ale vím, že bych měl(a) a mám o tom potřebné informace	22,6%	27,9%	8,9%	33,3%
	ne, ale vím, že bych měl(a), ale nemám o tom potřebné informace	15,3%	0,8%	23,6%	0,0%
	ne - nevím, že bych měl(a)	2,9%	0,0%	48,8%	0,0%
		<b>40,9%</b>	<b>28,7%</b>	<b>81,3%</b>	<b>33,3%</b>

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tab 18 Využívání možností preventivních vyšetření (otázka č. 7, 9, 11, 13, 15, 16)**

	vyš. u praktického l.		test na krvácení ve stolici		gynekolog. vyš.		mamografické vyš.		stomatolog. vyš.	
	laická veřejnost	zdravot. veřejnost	laická veřejnost	zdravot. veřejnost	laická veřejnost	zdravot. veřejnost	laická veřejnost	zdravot. veřejnost	laická veřejnost	zdravot. veřejnost
stejně často jako nabízí zákon	25,0%	29,6%	13,5%	28,2%	66,4%	78,3%	66,3%	63,0%	50,0%	65,9%
méně často	14,6%	18,5%	10,5%	10,3%	16,1%	13,2%	2,5%	11,1%	12,7%	16,3%
absolvovali jen 1x	18,8%	18,5%	31,6%	20,5%	5,1%	6,2%	21,3%	18,5%	2,3%	4,4%
	<b>58,4%</b>	<b>66,7%</b>	<b>55,6%</b>	<b>59,0%</b>	<b>87,6%</b>	<b>97,7%</b>	<b>90,1%</b>	<b>92,6%</b>	<b>65,0%</b>	<b>86,7%</b>

Zdroj: Vlastní výzkum

■ laická veřejnost
■ zdravotnická veřejnost

**Doporučení The American Cancer Society (ACS) pro preventivní kontroly  
u bezpříznakových osob s průměrným rizikem**

<b>Typ nádoru</b>	<b>Doporučená populační skupina pro prev. kontroly</b>	<b>Způsob preventivní kontroly</b>	<b>Intervaly či frekvence kontrol</b>
<b>Karcinom prsu</b>	ženy starší 20 let	samovyšetření prsů	měsíčně od 20 let
		vyšetření prsů lékařem	ve věku 20-39 let v intervalu 3 roky, od 40 let pak v intervalu 1 rok
		mamografie	ročně od 40 let
<b>Karcinom tlustého střeva</b>	muži a ženy starší 50 let	průkaz okultního krvácení a flexibilní sigmoideoskopie, nebo dvoukontrastní irigoskopie, nebo kolonoskopie	vyšetření okultního krvácení v intervalu 1 rok doplněné sigmoideoskopií v 5letých intervalech od 50 let nebo dvoukontrastní irigoskopie v intervalu 5-10 let nebo kolonoskopie v intervalu 10 let od 50. roku života
<b>Karcinom prostaty</b>	muži starší 50 let	digitální vyšetření a vyšetření PSA	doporučováno provádět v ročních intervalech u mužů počínaje 50. rokem věku
<b>Karcinom děložního čípku</b>	ženy od 18. roku života	Papanicalaou (Pap) test a vyšetření pánve	Pro ženy sexuálně aktivní či ženy starší 18 let. První tři prohlídky se provádějí v ročních intervalech, při normálních výsledcích Pap je možné prodloužit intervaly dle zvážení lékaře.
<b>Celková prohlídka orientovaná na detekci maligních chorob</b>	muži a ženy starší 20 let	tato preventivní prohlídka by měla zahrnovat palpační vyšetření štítné žlázy, varlat, vaječníků, lymfatických uzlin, dutiny ústní, kůže a edukaci o vlivu kouření, slunce, jídla a sexuálních aktivit, ale i o vlivu zaměstnání a prostředí na riziko vzniku maligní choroby	vyšetření ve 3letých intervalech ve věku 30-39 let a od 40 let ročně

*Zdroj:*

- BEDNAŘÍK, O. et al. Sekundární a primární prevence zhoubných nádorů. In Adam, Z. - Vorlíček, J. - Kostíková, J. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. s. 207. ISBN 80-247-0677-6.
- údaje z roku 2001 aktualizovány 2008 dle [www.nccn.org](http://www.nccn.org) (web ACS)



# PREVENTIVNÍ ONKOLOGICKÝ PROGRAM

MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV  
Žlutý kopec 7, 656 53 Brno  
direct@mou.cz  
www.mou.cz  
www.prevencenadoru.cz

## PROČ PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY?

- **časné zachycená nádorová onemocnění jsou vyléčitelná**
- **při léčbě časných fází solidních nádorů převládají právě lokální chirurgické metody**
- **léčba časné nádorové choroby neinvalidizuje, nezmrazčuje, nemá dlouhodobé důsledky**
- **léčba časných stadií stojí mnohem méně peněz**

**Rakovina** je onemocněním z poruch genomu. Nelze ji proto ze života eliminovat. Jako bytosti trvale spjaté s informačním kódem DNA, k jehož podstatě patří také chyby a změny, nemáme jinou možnost než buňky přeměněné na nádorové včas lokalizovat a likvidovat.



Podle platných vyhlášek jsou zatím nabízena **dílčí preventivní onkologická vyšetření hrazená ze zdravotního pojištění**. Jde o vyšetření pohledem a pohmatem, a to kůže, konečníku, prsu, varlat, gynekologické vyšetření a vyšetření dutiny ústní. Tato vyšetření **jsou však pro časný záchyt většiny nádorů nedostatečná**:

- dvouletý interval může být v některých případech příliš dlouhý,
- vyšetření pohmatem nemůže vyloučit přítomnost nehmátného ložiska,
- rozsah preventivního vyšetření je třeba upřesnit s ohledem na věk a rizika,
- preventivně vyšetřeným není obvykle poskytována žádná informace o míře jistoty, kterou prohlídkou získali, ani informace o trvajících rizicích, která nebyla v prohlídce vůbec podchycena,
- není doceněn význam rodinné onkologické anamnézy,
- chybí komplexní pohled.

## MÁTE ZÁJEM O PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY V MOŮ?

- k dispozici je telefonní číslo 543 132 450 od pondělí do pátku od 7.00 do 15.30 hodin, kde se dovíte podrobnosti a můžete se domluvit na termínu preventivní prohlídky
- možnost preventivního vyšetření i o víkendu
- možnost komplexního preventivního vyšetření nebo vyšetření zaměřeného pouze na určité orgány
- k dispozici jsou odborníci, kteří se onkologickým onemocněním dlouhodobě zabývají a mají velké zkušenosti

## PREVENTIVNÍ PROGRAM

- vychází z dat Národního onkologického registru
- stanovuje podíl jednotlivých věkových skupin obyvatelstva na celkové nádorové incidenci
- určuje proporcionální riziko výskytu nádorů jednotlivých orgánových lokalizací
- nabízí přehled rizik jednotlivých nádorových onemocnění v závislosti na pohlaví a věku

ORIENTAČNÍ PŘEHLED RIZIK NEJČASTĚJŠÍCH NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ (KROMĚ NÁDORŮ KŮŽE, KTERÉ JSOU VE VELKÉ VĚTŠINĚ NEZHOUBNÉ. OVŠEM V PŘÍPADĚ JAKÝCHKOLIV POZOROVANÝCH ZMĚN VYHLEDEJTE LÉKÁŘE!)

VĚK	ŽENY	MUŽI
15-25 let	nádory krve a uzlin	nádory krve a uzlin
	nádory gynekologické	nádory varlat
	nádory štítné žlázy	nádory mozku
25-35 let	nádory gynekologické	nádory varlat
	nádory krve a uzlin	nádory krve a uzlin
	nádory štítné žlázy	nádory mozku
35-45 let	nádory gynekologické	nádory krve a uzlin
	nádory prsu	nádory varlat
	nádory krve a uzlin	nádory kolorekta*
45-55 let	nádory prsu	nádory plic
	nádory gynekologické	nádory kolorekta
	nádory kolorekta	nádory horního zažívacího traktu**
55-65 let	nádory prsu	nádory plic
	nádory gynekologické	nádory kolorekta
	nádory kolorekta	nádory horního zažívacího traktu
65-75 let	nádory prsu	nádory plic
	nádory kolorekta	nádory kolorekta
	nádory horního zažívacího traktu	nádory prostaty
75 a výše	nádory horního zažívacího traktu	nádory kolorekta
	nádory kolorekta	nádory prostaty
	nádory prsu	nádory horního zažívacího traktu

\* nádory kolorekta = nádory tlustého střeva a konečníku

\*\* nádory horního zažívacího traktu = nádory jícnu, žaludku, tenkého střeva, žlučových cest, jater a slinivky břišní



PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY V MASARYKOVĚ ONKOLOGICKÉM ÚSTAVU NAD RÁMEC  
HRAZENÝ ZDRAVOTNÍMI POJIŠTOVNAMI JSOU URČENY SAMOPLÁTCŮM, AŽ JIŽ  
INDIVIDUÁLNÍM NEBO POOPOROVANÝM ZAMĚSTNAVATELEM

**NEJLÉPE ZHODNOCENOU INVESTICÍ JE INVESTICE DO VLASTNÍHO ZDRAVÍ**

volejte **543 132 450**  
pište **direct@mou.cz**