

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA

SCREENINGOVÝ PROGRAM RAKOVINY PRSU Z PERSPEKTIVY
ŽEN
BREAST CANCER SCREENING PROGRAM FROM THE
PERSPECTIVE OF WOMEN

Karolína Vávrová

Olomouc 2023

Bakalářská práce

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ
ANTROPOLOGIE

SCREENINGOVÝ PROGRAM RAKOVINY PRSU Z
PERSPEKTIVY ŽEN
BREAST CANCER SCREENING PROGRAM FROM THE
PERSPECTIVE OF WOMEN

Bakalářská práce

Studijní program: Sociologie/Andragogika

Autor: Karolína Vávrová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma Screeningový program rakoviny prsu z perspektivy žen vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne.

Podpis

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce za cenné rady, vstřícnost a ochotu při konzultování. Taktéž velký vděk patří celému radiologickému centru v Kroměříži za cenné poznámky, ochotu při distribuci dotazníků, angažovanost a skvělý přístup.

Mé rodině a nejbližším bych chtěla poděkovat za podporu a péči, která mi byla věnována, za nespočet krásných slov a lásku, které mě ženou a napomáhají mi k plnění všech mých životních cílů.

Anotace

Jméno a příjmení:	Karolína Vávrová
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Studijní program:	Sociologie ma./Andragogika mi.
Studijní program obhajoby práce:	Sociologie
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Screeningový program rakoviny prsu z perspektivy žen
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá screeningovým programem rakoviny prsu z perspektivy žen. V teoretické části jsou uvedeny základní informace o rakovině prsu a o možnostech preventivního vyšetření spojených s tímto onemocněním, popisuje sociologické pojetí, jak nemoci, tak prevence. Výzkumná část byla realizována pomocí dotazníku, zaměřeném na vnímání významu a účinnosti screeningu a na spokojenost pacientek ve specifickém radiologickém centru.
Klíčová slova:	Rakovina prsu, screening, prevence rakoviny prsu, zdravotní gramotnost, AGIL model
Title of Thesis:	Breast cancer screening program from the perspective of women
Annotation:	The bachelor thesis deals with the breast cancer screening program from the perspective of women. The theoretical part of the thesis provides basic information about breast cancer and the possibilities of preventive screening associated with this disease, describes the sociological concept of both the disease and prevention. The research part was carried out using a questionnaire focused on the perception of the importance and effectiveness of screening and on the satisfaction of patients in a specific radiology centre.
Keywords:	Breast cancer, screening, breast cancer prevention, health literacy, AGIL model
Názvy příloh vázaných v práci:	Dotazník
Počet literatury a zdrojů:	47
Rozsah práce:	64 stran (77 315 znaků s mezerami)

OBSAH

ÚVOD.....	6
I TEORETICKÁ ČÁST	7
1 NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ	8
1.1 ETIOLOGIE RAKOVINY PRSU	9
1.2 FÁZE NEMOCI ZE SOCIOLOGICKÉHO HLEDISKA	10
1.3 VÝSKYT RAKOVINY PRSU V ČESKÉ REPUBLICE	13
2 PREVENCE	16
2.1 TYPY PREVENCE.....	16
2.2 PREVENCE V SOCIOLOGICKÉM KONTEXTU.....	21
2.2.1 Důsledky nemoci pro společnost	24
2.2.2 Agil schéma T. Parsonse a prevence rakoviny prsu.....	25
II PRAKTICKÁ ČÁST	28
3 METODOLOGIE VÝZKUMU	29
3.1 KONSTRUKCE DOTAZNÍKU A PRŮBĚH ŠETŘENÍ.....	31
4 VÝSLEDKY	33
4.1 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU	33
4.2 JAK ŽENY DŮVĚŘUJÍ PREVENCI.....	36
4.3 JAKÁ JE VÝŠE ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI RESPONDENTEK	37
4.4 JAK HODNOTÍ RESPONDENTKY SPECIFICKÉ ZDRAVOTNÍ CENTRUM	42
4.5 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ A DISKUSE	47
4.5.1 Diskuse	51
ZÁVĚR.....	54
SEZNAM GRAFŮ	59
SEZNAM PŘÍLOH.....	60

ÚVOD

Rakovina prsu a povědomí o důležitosti její prevence zažívá momentálně velkou mediální pozornost. Existuje nespočet zdrojů, knih, webových stránek a podcastů věnovaných této problematice. Teoretická část zpracovává sociologickou perspektivu na problematiku nemoci, Parsonsův AGIL model. Dále věnuje prostor nejen zdravotnickým způsobům preventivního vyšetření, ale také možnostem ochrany v každodenním chování, včetně významu zdravotní gramotnosti. Poslední pasáže teoretické části se zabývají důsledky onemocnění pro společnost a dopady na kvalitu života každého z nás.

Praktická část má za hlavní cíl popsat a analyzovat vnímání screeningové prevence v radiologickém centru v Kroměříži pomocí dotazníkového šetření. Dotazník je rozdělen do tří částí, jež zkoumají důvěru v preventivní vyšetření respondentek, zdravotní gramotnost a hodnocení specifického zdravotního centra. Praktická část si klade za cíl propojit jednotlivé odpovědi respondentek a vytvořit ucelené výsledky hodnocení vnímání, které poté mohou sloužit zdravotnickému centru jako zpětná vazba, která vytvoří prostor pro případné změny v komunikaci či prostředí.

Rakovina je nemoc naší doby, podle statistik každý třetí člověk v České republice onemocní za svůj život rakovinou (Linkos, 2023), efektivní preventivní vyšetření se však vztahují zatím jen na několik typů onkologických onemocnění. Je důležité vyhledávat vzájemné nepochopení mezi zdravotnickým personálem a klientem. Pokoušet se mírnit vznik případných třecích ploch mezi zúčastněnými, obzvlášť u onemocnění, jehož dopady na kvalitu života pacientky, mohou být eliminovány včasným zjištěním.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ

Nádor je základem rakoviny prsu, lze jej definovat podle Zámečníka jako „de novo vytvořenou tkáňovou masu, vznikající v důsledku excesivní, nekoordinované a autonomní proliferace transformovaných buněk“ (Zámečník, 2019, str. 181). Podstatou nádorového bujení česky doslovně řečeno je tedy nepřiměřené, neuspořádané a na funkcích těla nezávislé množení změněných buněk. Nádorové onemocnění můžeme rozdělit do tří kategorií podle biologických vlastností tumoru (Cibula, 2009), a to na benigní, intermediární a maligní (Zámečník, 2019).

Benigní nádorové buňky produkují struktury, které jsou v mnoha okolnostech shodné s těmi základními, jsou dobře ohraničeny a také proto se dají snadno operativně odstranit. Mají non toxický charakter, netvoří metastázy a odstranění probíhá pouze jako prevence před útlakem okolních částí, například v mozku či míše, kde je skeletem omezený prostor. Benigní nálezy jsou nejčastější u žen do 30. let a nenesou sebou zvýšené riziko rakoviny, proto se pouze ověřují histologicky a neoperují se. (Daneš, 2001)

Fibroadenom je nejvíce frekventovaným benigním nálezem v prsní oblasti. Z pravidla má tuhou konzistenci, oválný či laločnatý tvar, obvykle nepřesahuje velikost 3 cm a nevyskytuje se většinou ve větším počtu. Fibroadenomy jde rozdělit do dvou základních histologických kategorií. Jedná se o intrakanalikulární a perikanalikulární fibroadenomy. Příkladem v praxi může být laktační fibroadenom, který u žen vzniká během gravidity a laktace. Nádor většinou zvětší svůj objem a je na dotek citlivější. Rozdílem však je, že se riziko maligní transformace nijak nezvyšuje. (Weinberger, 2016)

Benigní papilom prsu je nejčastějším nezhoubným nádorem prsu. Papilomy jsou měkké, křehké útvary vyrůstající ze stěny mlékovodů a mohou vznikat u žen v každém věku, nejčastěji se však vyskytují u žen mezi 40. a 50. rokem života.

V papilomech dochází často k regresivním změnám – k nekróze či fibróze a nádor může být zdrojem krvácení do mlékovodu a následně z bradavky. (Dražan, 2006)

Intermediární novotvary se nacházejí na pomezí mezi benigními a maligními nádory. Tento typ nálezu má oproti maligním novotvarům lepší odhady dalšího vývoje onemocnění, a tak i jednodušší léčbu. Na rozdíl od benigních novotvarů se mohou metastázovat a tvořit opakovaně. (Mačák, 2012)

Maligní nádor prsu se dělí dle chování na invazivní a neinvazivní karcinom. Rozhoduje o tom rozmístění nádorových elementů v prsu. Díky vniknutí ke krevním a lymfatickým cévám mají u invazivního karcinomu nádorové buňky tendence se šířit dále do těla a vytvářet tzv. metastáze, zatímco karcinomy in situ neboli neinvazivní neumožňují šíření. (Daneš, 2001)

In situ můžeme přeložit z latiny jako „v místě“, což znamená, nádor neproniká dále do těla a vyskytuje se pouze v daném orgánu tedy v prsu. Příkladem neinvazivního nádoru je například duktilní karcinom in situ a lobulární karcinom in situ, u kterého nedochází k průniku nádorových buněk přes bazální membránu sliznice. (Zámečník, 2019)

1.1 Etiologie rakoviny prsu

Rizikové faktory směřující ke karcinomu prsu mají různorodé tendence, a ne všechny je schopen jedinec ovlivnit. Etiologie rakoviny prsu je individuální a nelze ji zcela paušalizovat. Potencionální příčiny nemoci dělíme do tří základních kategorií – genetické, hormonální a nutriční. (Momenimovahed, 2019)

Karcinom prsu, jež je zapříčiněn genetickou vadou neboli mutací nazýváme jako hereditární karcinom. Nejčastější a nejznámější mutací způsobující hereditární karcinom prsu je tzv. „breast-cancer“ BRCA-1 a BRCA-2 mutace. U žen s mutací BRCA je pravděpodobnost onemocnění mezi 60-80 procenty tedy 10x více než v běžné populaci. Tato mutace zvyšuje riziko nádoru vaječníků, zažívacího

traktu atd. a většinou se týká žen v mladém věku do 35 let. Tyto ženy tvoří 1-5 % populace. (Zámečník, 2019)

Sporadický karcinom prsu je způsoben hormonálními příčinami a objevuje se u onkologických pacientek až v 75 % (Puchmajerová, 2018). Zásadní roli při vzniku karcinomu tohoto typu hrají estrogény, karcinom je hormonálně závislý a riziko se mění společně s úbytkem či velkou mírou estrogenů v těle. Rizikovými faktory mohou být například neobvykle častá menstruace, zkrácená doba kojení nebo nepřiměřená hormonální substituce v období menopauzy (Daneš, 2001).

Mezi chování rizikové pro vznik rakoviny prsu řadíme kouření, nadměrné požívání alkoholu, vysoký příjem nezdravých tuků, absence příjmu ovoce a zeleniny, nedostatečný pohyb či dlouhodobý stres. (Momenimovahed, 2019)

Všechny tyto jmenované faktory mohou měnit hladinu estrogenu v těle. Významnou součástí je ovšem i prostředí ve kterém jedinec žije. Životní prostředí má významný vliv na respirační, srdeční, vývojové a také onkologické onemocnění. (Ivanová K. , 2018)

1.2 Fáze nemoci ze sociologického hlediska

Fáze nemoci ze sociologického hlediska můžeme rozdělit do tří částí. Navazují na sebe podle vážnosti a trvání onemocnění. „Při popisování jednotlivých fází nemoci vycházíme z psychických procesů, které jsou následkem (nikoliv příčinou) somatických symptomů nemoci“. (Bártlová, 2005, str. 44)

Samoléčba je velmi častým řešením všech primárních symptomů. Pokud je samoléčba účinná a zmizí všechny symptomy nemoci, pak se sociální role nemění a jedinci krátká anabáze nezabraňuje v naplňování sociálních rolích a každodenních činnostech. (Bártlová, 2005) Současně jedinec přebírá část zodpovědnosti za průběh nemoci na sebe. Samomedikace, která popisuje užívání léků bez předpisu a konzultace s lékařem, může ve spoustě případů problém vyřešit úplně nebo jen krátkodobě pozastavit nejvýraznější symptomy nemoci.

Samoléčba, která je při lehčích onemocněních vítanou regulací, aby nedocházelo k přehlcení zdravotního systému, může i při závažnější nemoci oddalovat včasnou diagnostiku a tím jít naproti složitější, zdlouhavější a nepříjemnější léčbě. (Ivanová K. , 2018)

Vyhledání odborné pomoci je stěžejní část při výskytu zdravotního problému, jedinec se stává pacientem a jeho sociální role se mění. Pacient se rozhodne vyhledat odbornou pomoc, jelikož symptomy přicházející s nemocí nabývají svoji intenzitu a cyklus opakování se zvyšuje. Jeho běžný rutinní život je v ohrožení, kvůli nemoci není schopen ho naplňovat. Můžeme pozorovat obranné mechanismy jedince, které se mohou lišit. Setkávat se můžeme s hypochondrií nebo naopak s bagatelizací nemoci (Bury, 1991). Zajímavostí je, že přehnaně úzkostliví lidé nebo neurotici přechází první fázi nemoci, automaticky přijímají svou novou roli téměř ihned a aktivně vyhledávají pomoc u druhých, což patří již do druhé fáze. (Bártlová, 2005)

První fáze nemoci je zaměřená a definována vztahem pacienta k nemoci. Vztahy a přístupy k onemocnění a prevenci se liší psychickou odolností pacienta, sociálními podmínkami, rolí a jsou opřeny o mnoho dalších faktorů jako je inteligence a charakteristika osobnosti. (Dostálová, 2016) Očekávané reakce pacienta na výslednou diagnózu mohou být spojeny se zlehčováním, bagatelizací nemoci ale také s odmítáním. Obrácenou reakcí může být nadměrný strach spojený s hypochondrií nebo nozofilní přístup, kdy si jedinec užívá pozornost a péči spojenou s chorobou. (Křivohlavý, 2002)

Druhá fáze neboli odborná, přichází v momentě, kdy samoléčba není účinná a jedinec je přinucen intenzitou symptomů vyhledat odbornou pomoc. Jedinec vstupuje do situace, která je nová nebo neobvyklá, je doprovázená strachem z vážnosti onemocnění a průběhu léčby. Celý proces je spojen s mnoha psychickými aspekty, přičemž jedním z nejvýraznějších je stres. Pocit zoufalství a úzkost často vyvolávají u pacientů pochyby o správné diagnostice. Dále se mohou

objevovat syndromy spojené s pocitem selhání jako je například syndrom bezmoci, Alexithymický syndrom apod. (Dostálová, 2016)

Osoba v nemoci pak hledá stabilní zázemí a psychickou oporu v rodině a nejbližších. Rodina je primární sociální skupinou a tento status je nadále společností upevňován. Oproti historické funkci rodiny, která byla primárně reprodukční se nadále zesilují funkce sociálně psychologické. Ty jsou spojeny s emocionálními potřebami lásky či ochrany, do kterých bychom mohli zahrnout péči o druhého v případě nemoci. (Křivohlavý, 2002)

Chování jedince ve třetí fázi nemoci je definováno jako smíření se s novým stavem svého tělesného bytí. Mění se vnímání sebe sama a jedinec sám sobě přiznává roli nemocného. (Křivohlavý, 2002) V této fázi se jedinec může okolí jevit jako infantilní. Jedinec při boji s nemocí nemá tendence se socializovat a je primárně zaměřen sám na sebe a svou nemoc. Objevují se prvky emocionální závislosti na druhých nebo hypochondrie a zvýšená senzibilita, která vyplývá z traumat spojených s nemocí. Tato fáze přináší nemocnému úlevu. Jedinec přestává tlačit na rychlé zotavení a nechává léčbě čas, je smířen se svým hendikepem a přestává se porovnávat se zdravými jedinci. Po dobu nemoci pacient nevykonává své běžné povinnosti nebo vykonává, ale s určitým omezením. (Bártlová, 2005)

Poslední fáze popisuje cestu jedince z role pacienta zpět do stavu před nemocí. Tato cesta je spojena s návratem k předchozím sociálním rolím. Některé role se mohou měnit s ohledem na faktory, které nenávratně změnilu mobilitu jedince nebo psychické zdraví. Deprese jsou velmi častým psychickým hendikepem, který si pacient přenáší do období remise onemocnění (Dostálová, 2016). Tuto fázi může doprovázet změna zaměstnání, zvýšení nebo naopak snížení intenzity některých vztahů s okolím. (Bártlová, 2005)

U rakoviny prsu je zásadní fáze včasného zachycení novotvaru, což nejlépe umožňuje mamografický snímek, který je schopen zobrazit ještě nehmatatelné nálezy. Čím dříve je novotvar objeven, tím je léčba jednodušší, kratší a šetrnější. Pokud je žena schopna nahmatat novotvar při samovyšetření, většinou je již větších rozměrů v měřítku nálezů v prsu a léčba může být složitější. (Skovajsová, 2019) Na druhou stranu Dostálová (2016, str. 48) uvádí, že onkologické onemocnění je nejvíce ohrožující právě v tom, že symptomy nemoci se zpočátku neobjevují. Role pacienta se mění podle období zachycení nádoru a plánované léčby (Bártlová, 2005).

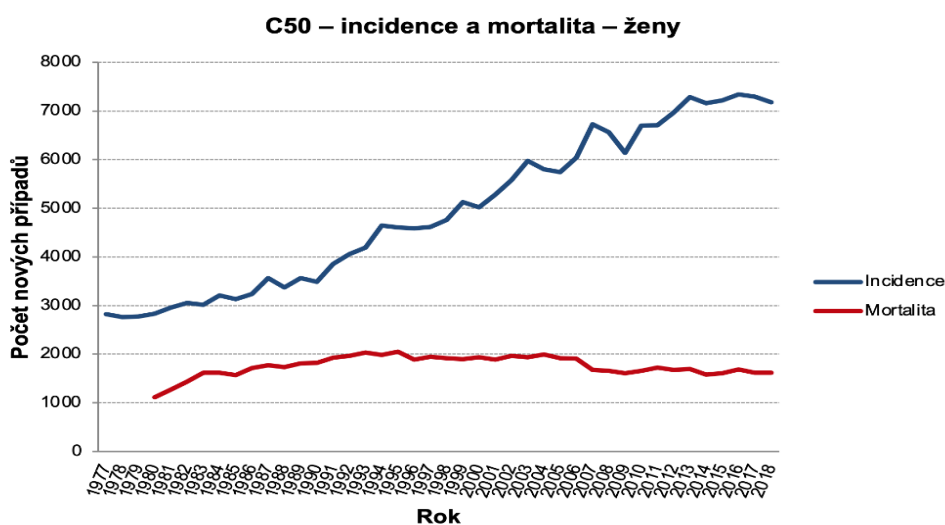
1.3 Výskyt rakoviny prsu v České republice

Onkologická onemocnění jsou velkým problémem hospodářsky vyspělých zemí 21. století, ve kterých se v druhé polovině minulého století významně prodloužil věk dožití. Rakovinou v České republice onemocní za svůj život každý třetí člověk. Ročně mluvíme téměř o 90 000 nových případech, přičemž 30 000 onkologických pacientů ročně na rakovinu umírá. (Linkos, 2023) Jedním z nejvíce zmiňovaných faktorů ovlivňující přibývání případů je právě dlouhověkost (Daneš, 2001). Délka lidského života se mění a odvíjí od kvality a dostupnosti lékařské péče, kterou si každý stát v rámci sociální politiky koriguje sám (Ivanová K. L., 2013). Rakovina prsu je druhým nejčastějším onkologickým onemocněním u nás, nejvyšší počet nových případů nádorových onemocnění u žen vzniká na kůži (Linkos, 2023). Globální závažnost onemocnění je v medicíně měřena vyšší mortality a incidence, prevalence (Cibula, 2009).

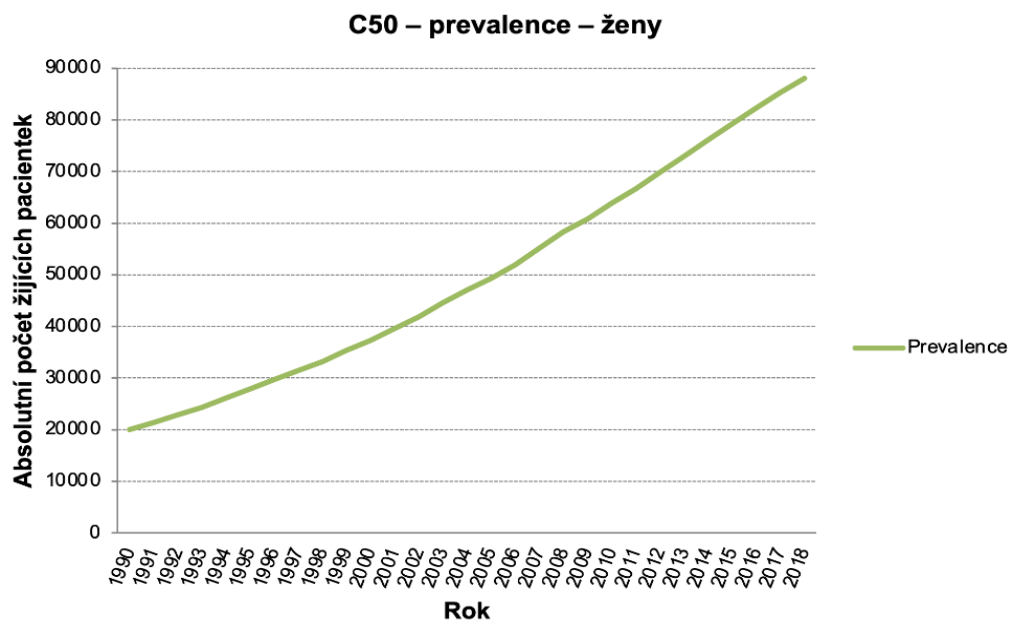
„Mortalita je počet zemřelých na dané onemocnění za určité časové období vztažený na populační jednotku“ (Linkos, 2023). V letech 2000 až 2017 mortalita rakoviny prsu klesla o 31,7 % a to také díky rostoucí incidenci. Díky brzké diagnostice v časných klinických stádiích je menší šance, že pro pacienta bude karcinom prsu smrtelný. Na klesající mortalitu má také pozitivní vliv screening

a inovativní postupy při léčbě. V roce 2018 zemřelo na karcinom prsu 1621 žen, tedy 30 žen na 100 000 obyvatel s mediánem věku 73 let. Vysoký věk je jeden z faktorů, který ovlivňuje postupy léčby. (uzis.cz, 2021) Podle věku a zdravotního stavu (ostatní onemocnění – polymorbidita) pacientky se mění postupy při léčbě. Pokud by chemoterapie způsobila větší komplikace pacientce než rakovina sama, řídí se lékař vždy individuálně prospěchem pacientky a hledá jinou metodu, která může ale být méně účinná, zároveň ale dotyčnou pacientku nepoškodí nebo onkologickou léčebnou metodu vyřadí zcela, hrozí-li významné komplikace. Jde o tzv. „tailoring“ čili šití terapie na míru, která v moderní onkologii jednoznačně dominuje. (Daneš, 2001)

Incidence rakoviny prsu jako taková v České republice roste. „Incidence je počet nových případů onemocnění za určité časové období (nejčastěji za rok) vztahovaný na populační jednotku (nejčastěji 100 000 obyvatel)“. Každý rok se na celém světě diagnostikuje kolem 600 000 případů rakoviny prsu, v České republice je to kolem 7 000 (Linkos, 2023). Nejvíce riziková je skupina žen v intervalu od 60 do 74 let. Od roku 2000 do roku 2017 došlo k nárůstu incidence o 43,3 %. V roce 2018 bylo nově diagnostikovaných patientek s karcinomem prsu 7182, přepočtu 133,1 na 100 000 obyvatel. Medián neboli prostřední hodnota věku při diagnóze byl 65 let. (uzis.cz, 2021)



*Graf 1 - Incidence a mortalita
Absolutní počty případů (svod.cz, 2021)*



*Graf 2 - prevalence rakoviny prsu
Absolutní počty prevalence (svod.cz, 2021)*

„Prevalence je počet pacientů s daným onemocněním v určitém okamžiku. U onkologických onemocnění je to počet žijících pacientů (i vyléčených), u kterých byl diagnostikován daný typ nádoru “ (Linkos, 2023).

Na prevalenci má velký vliv jak incidence, tak mortalita. Díky rostoucí incidenci, a naopak klesající mortalitě je počet žijících onkologických pacientů podstatně vyšší než dříve, tudíž prevalence rakoviny prsu stoupá. (Daneš, 2001) Například pokud srovnáme rok 2007 a 2017, zjistíme, že prevalence stoupla o 54,3 %. V roce 2018 se jednalo o 88 059 žen (1631,9 na 100 000 obyvatel). Medián věku žijících pacientek je 69. (uzis.cz, 2021)

2 PREVENCE

Příčiny onkologického onemocnění prsu jsou multifaktoriální (Daneš, 2001), jsou částečně tvořeny sociálními a biologickými determinanty zdraví, které utváří aktuální zdravotní stav (Ivanová K. , 2018). Preventivní vyšetření slouží k včasné diagnostice onemocnění, která má vliv na typ, délku a náročnost léčby a následně i na kvalitu a délku života pacientek (Daneš, 2001). Prevenci dělíme celkově do tří základních kategorií a to primární, sekundární a terciální (Hamplová, 2019).

2.1 Typy prevence

Primární prevence zahrnuje péči o tělo, klade důraz na životosprávu člověka a vyhýbání se sebedestruktivním návykům jako je nadměrné pití alkoholu či kouření, obezitu, nedostatek pohybu apod. U některých druhů onkologických onemocnění můžeme díky etiologii ovlivnit do jisté míry naši náchylnost k onkologickému onemocnění, a tak riziko nemoci snížit. Ovšem specificky rakovina prsu u žen je způsobena z velké části jen těžko ovlivnitelnými faktory jako je genetika nebo dlouhodobá hormonální disonance, proto některé zdroje uvádějí, že primární prevence u tohoto typu onemocnění nemusí mít vliv. (Cibula, 2009)

Viditelné symptomy karcinomu prsu se u žen objevují až v pozdějších stádiích. Prvotním a nejčastějším ukazatelem na změnu v poprsí je nová rezistence v oblasti poprsí či podpaží, který není nijak ovlivněná menstruačním cyklem. Dalším příznakem může být vtažení bradavky či kůže v oblasti prsu nebo otok a změna vzhledu kůže. Objevit se může jako symptom zánět kožních buněk či výtok z bradavek. Jakoukoliv neobvyklou změnu v prsu by žena měla konzultovat se svým lékařem co nejdříve. (Májek, 2019)

Daneš (2001, str. 24) uvádí, že sekundární prevence u onemocnění rakoviny prsu zásadní. Sekundární prevence zahrnuje samovyšetření a vyšetření prsou zobrazovací metodou, tedy pravidelný mamografický screening. Cílem sekundární

prevence je brzká diagnostika, která se váže na onkologickou léčbu karcinomu v počáteční fázi. (Hamplová, 2019)

Samovyšetření žena provádí každý měsíc v přibližně stejném období cyklu, a to nejlépe již od dosažení pohlavní dospělosti. Je důležité držet se stejného časového období, kdy struktura a pevnost poprsí je každý měsíc stejná. Prsa se během cyklu zvětšují a mění pevnost, což může výsledek a přesnost samovyšetření měnit. Prs je nejméně citlivý na dotek a nejměkčí zhruba deset dní po skončení menstruačního cyklu, žena má v tomto období možnost provést samovyšetření správně a precizně. O správném postupu samovyšetření by měl ženu poučit praktický lékař nebo gynekolog, další možnost jsou pak v edukaci vyškolené zdravotní sestry, porodní asistentky či edukační videa. (Abrahámová, 2019)

Návody k samovyšetření prsou jsou dostupné i na oficiálních stránkách akreditovaných screeningových mamocenter nebo oficiálních webových stránkách odborné mamologické společnosti (Skovajsová, 2010). Samovyšetření jako takové by mělo být součástí měsíční rutiny každé ženy. Pokud žena při samovyšetření nalezne změny, mohou to být také neškodné cysty či jiné hormonálně ovlivněné novotvary, ovšem vždy by měla navštívit lékaře a případné změny konzultovat. Samovyšetření je jedinou možností mladých žen pro odhalení nádoru prsu, pokud se nejedná o ženy se závažnou rodinnou anamnézou. (Abrahámová, 2019)

Samovyšetření prsou je u mladých žen žádoucí preventivní metodou, jeho nevýhodou je ale zachycení hmatných, tedy ne zcela časných stádií nádoru. Ženy nejsou schopny nahmatat útvar menší, než je 15 až 20 milimetrů na rozdíl od zobrazovacích metod, které dokážou odhalit novotvar ve fázi nehmatné, tedy přibližně již od 5 milimetrů (ultrazvuk a mamografie), či nádor zvaný duktální karcinom in situ (dále DCIS), jehož buňky jsou rozptýleny v mlékovodech a nestačily proniknout do okolních tkání prsu a vytvořit kompaktní ložisko (pouze

mamografie). Novotvar, který je žena schopna nalézt pohmatem může být tedy již pokročilém stádiu, pokud se jedná o karcinom (Daneš, 2001).

Sonografie neboli ultrazvukové vyšetření prsu slouží jako preciznější přístrojové vyšetření v oblasti hrudníku. Používá se jako preventivní i diagnostická metoda u mladých žen ve věku do 40. let ještě před tím, než nastane přestavba na starší typ žlázy, u které se uplatní mamograf a jako doplňková metoda při nesrovnalostech na mamografickém snímku. (Skovajsová, 2019) Sonografické vyšetření provádí lékař sondou, kterou přikládá na prs. Na obrazovce se zobrazuje vnitřní struktura části poprsí, kterou sonda snímá a slouží k podrobnější diagnostice případného ložiska. Jedná se o zobrazení měkkých tkání v 2D provedení. Ultrazvukové (sonografické) vyšetření nemůže kvůli změnám ve struktuře žlázy věkem a některým typům rakoviny (DCIS) u žen po 40 roku nahradit vyšetření mamografem. (Cibula, 2009)

Dalším typem sekundární prevence je mamografický screening. „Screeningová metoda musí být jednoduchá, relativně levná, rychlá, vhodná pro opakovaná vyšetřování velkého množství žen, dostupná, spolehlivá, bez podstatných nežádoucích účinků a pro ženy přijatelná“ (Daneš, 2001, str. 23). Zaměřuje se na ženy, které nemají žádné příznaky nemoci. Odhalení nádoru prsu je většinou v prvotních stádiích, což významně určuje léčebný proces, který je v těchto raných fázích nemoci často méně zatěžující pro pacientku, například menším rozsahem chirurgického výkonu či menším množstvím podávané farmakoterapie a zvyšuje pravděpodobnost celkového uzdravení. (Skovajsová, 2019) Tento typ prevence je jasně ohraničen věkem a intervaly mezi jednotlivými vyšetření. Preventivní vyšetření se týká všech žen starších 45. let, kterým vypisuje žádanku praktický lékař nebo gynekolog každé dva roky a je plně hrazen pojišťovny. Ženy mohou chodit i častěji, podle jejich uvážení nebo konzultace s lékařem, ale tyto vyšetření již nejsou hrazeny zdravotní pojišťovnou v rámci screeningového programu. (Daneš, 2001)

Mamografické vyšetření se provádí ve speciálních screeningových centrech. Provádějí ho školené laborantky, pacientka při vyšetření stojí, vyšetření není vzdor kolujícím mýtům bolestivé. Každý prs je snímkován z každé strany, laborant ho při ofocení jemně přitlačí k destičce, aby byly snímky přesně čtivé a měly co největší kvalitu. Poté snímky pozorují dva na sobě nezávislí lékaři a probíhá „dvojí čtení snímků“. Tato část vyšetření se snaží předejít chybám ve čtení snímku. Pokud na snímcích lékaři nic neodhalí, tak je vyšetření ukončeno s tím, že je žena zdravá. Objeví-li se však na snímcích změna, novotvar nebo se lékaři v diagnostice neshodnou, tak žena podstoupí doplňující vyšetření ultrazvukem. Pokud lékaře ani po ultrazvukovém vyšetření neopouští nejistota o zdraví pacientky, volí odběr vzorku přímo z části prsu, kde se novotvar nachází. (Májek, 2019)

„Biopsie představuje jednu ze základních diagnostických metod a v současné době naprosto převažující náplň oboru patologie“ (Daneš, 2001, str. 43). Za cíl tohoto typu prevence je odebrat z novotvaru vzorek tkáně, který patolog zpracuje a určí diagnózu, zda se jedná o maligní či benigní nález. V případě maligního nálezu je to právě patolog, který dalšími testy vzorků a bližší specifikací vlastností konkrétního nádoru určuje další postup léčby. Tento typ sekundární prevence je velmi náročný. Nejprve lékař podle zobrazovacích snímků novotvar změří a určí přesnou polohu, poté z prsu speciální dutou jehlou pod kontrolou ultrazvuku nebo mamografu odebere vzorek, který pošle do laboratoří. Zákrok probíhá ambulantně za sterilních podmínek s asistencí sestry. (Skovajsová, 2009)

Zobrazovací metody sekundární prevence jsou vysoce přesné, ale jako u každé přístrojové metody má i své nízké procento možné chyby (Cibula, 2009). Proto je zásadní, aby žena navštěvovala screeningové centrum, ale zároveň průběžně věnovala svým prsům pozornost v rámci samovyšetření (Abrahámová, 2019).

Speciálním typem sekundární prevence jsou vyšetření žen i mužů s genetickými mutacemi. Po konzultaci rodinné genetické zátěže s praktickým lékařem či gynekologem by měla být žena či muž s rizikovou rodinnou historií po dosažení 25 let odkázána na akreditované mamografické screeningové centrum či přímo akreditované genetické pracoviště. Účast v tomto typu prevence, kde genetické testování je zdrojem citlivých informací je významně podmíněno aktivitou a souhlasem ženy či muže, ne každá/ každý je schopna/schopen se s výsledky vyšetření a z nich plynoucí informací vnitřně vyrovnat a sama/sám musí zvážit, zda má pocit většího bezpečí při intenzivním sledování zdravotního stavu nebo jí/jemu informace o vysokém riziku spíše zhoršuje kvalitu života a tento typ prevence odmítá. Po určení úrovně rizika či přímo typu mutace genetikem lékař s onkologickou specializací ženu/muže kontroluje kombinacemi výše uvedených zobrazovacích metod – mamografie, ultrazvuku, magnetické rezonance, metod laboratorních i klinických vyšetření v rámci tzv. ambulancí onkologické prevence. Vyšetření jsou u těchto pacientů kompletně hrazena pojišťovnou. Jsou jim nabízeny preventivní operace prsou, rovněž hrazené pojišťovnou. (Skovajsová, 2019)

Terciální prevence zahrnuje práci s nemocnými či krátce vyléčenými jedinci. Cílem je pozorování pacienta po předchozí léčbě a včasný záchyt eventuální recidivy nemoci. Zahrnuje pravidelné kontroly rizikové oblasti v období několika let řízené onkologem, které kromě zobrazovacích metod, tedy mamografu, ultrazvuku, magnetické rezonance či laboratorních odběrů zahrnují také klinické vyšetření pacienta onkologickým specialistou. (Cibula, 2009)

2.2 Prevence v sociologickém kontextu

V této kapitole již nemluvíme o preventivním vyšetření jako o pokusu zabránit vzniku určité nemoci na jednotlivci, jedná se o uvažování nad preventivními vyšetřeními, jehož součástí je hodnocení společenského vnímání prevence, včetně důvěry pacientů ve screeningová opatření. Součástí takového hodnocení je měření spokojenosti s konkrétními preventabilními úkony.

Sociální vnímání neboli percepce, podle které my zpracováváme a reagujeme na okolní situace je proměnlivý proces, který je závislý na kulturních zvyklostech společnosti, do kterých se jedinec rodí, dále také na sociálním prostředí a jeho předchozích životních zkušenostech. Tyto aspekty poté ovlivňují reakce, motivace či přístup jedince při jakémkoliv běžném jednání. (Strnadová, 2007)

Sociologicky můžeme prevenci rozřadit do dvou základních kategorií, jedná se o strukturalizovanou a skupinovou prevenci. Strukturalizovaná prevence zahrnuje všechny opatření státu, která jsou zahrnuta v zákonech. Zařadit zde můžeme bezpečnost práce nebo partikulární zákaz kouření například v podnicích. Skupinová a individuální prevence zahrnuje zdravotní výchovu v rámci primární skupiny či vzdělávání, doporučení a konzultace zdravotního stavu s lékařem. (Bártlová, 2005)

Nemoc člověku může bránit nebo komplikovat plnění sociálních rolí. Zároveň omezuje jeho samostatnost a odkazuje ho v extrémních případech na pomoc druhých. Můžeme ji však v některých případech předejít nebo snížit její dopady právě prevencí (Ivanová K. L., 2013). To samé ale platí na společnost jako celek (Bártlová, 2005). Ve společnosti existují různé programy předcházející akutním fázím nemoci, do kterých bychom preventivní vyšetření zařadili. Tato opatření chrání jednotlivé funkce státu a zabraňují vzniku pandemií infekčních chorob či příčinám hromadných úmrtí, kterým společnost v minulosti čelila. Byla jimi například úmrtí související s porodem a šestinedělím, či v důsledku špatných pracovních podmínek.

Nemoci společnost oslabují, ekonomika státu stagnuje nebo padá. (Ivanová K. L., 2013) Proto je důvěra důležitým faktorem fungování společenského života. Jedná se o výsledek společenských vztahů, kde lidé sdílí společné normy a hodnoty. Celkově se poté vytváří očekávání jednotlivce ve vztahu k druhým. Institucionální důvěra propojuje občany státu s jednotlivými institucemi, které mají za úkol společnost chránit či zastupovat. Důvěra je zde zásadní, protože pomáhá věrohodnosti dané instituce. (Daniel Čermák, 2010)

Jednou z preventabilních vlastností je zdravotní gramotnost. „Je definována jako schopnost rozumět na laické úrovni problematice zdraví a přijímat taková rozhodnutí, jež jsou adekvátní zdravotní situaci“ (Křížová, 2018, str. 34). Zdravotní gramotnost se šíří ze začátku primární sociální skupinou a poté se jedinec během vzdělávání setkává s programy pro šíření povědomí o zdraví, prevenci a škodlivých návycích. Vyšší zdravotní gramotnost by měla zjednodušovat komunikaci mezi lékařem a pacientem a motivovat pacienta pečovat o své zdraví, jelikož je obeznámen o rizicích svého počínání. (Holčík, 2010) Systém zdravotnictví je složitý na pochopení, a to spoustu lidí může odradit a vyvolávat v nich stres při správném postupování při vzniku prvních symptomů nebo při diagnostice onemocnění. Zdravotní gramotnost by měla u jednotlivce vyvolat pocit autonomie a napomocť mu k efektivním a společností uznávaným postupům léčby, se kterými i on bude ztotožněn. Bohužel se setkáváme ve spoustě případech s nechtívím pochopit základy zdravotní gramotnosti a buďto slepým následováním lékařských doporučení nebo stagnací a odmítání. (Ivanová K. , 2018)

„Zdravotní gramotnost obecně znamená:

- Schopnost rozumět, co lékař sděluje;
- Schopnost vyhodnotit, zda informace poskytována masovými sdělovacími prostředky je spolehlivá;
- Schopnost obstarat si informace ohledně zvládnutí psychických problémů, jako je stres či deprese;

- Schopnost rozumět informacím na obalech potravin;
- Účast na aktivitách posilující zdraví a pohodu v mezích své obce či jiné komunity.“ (Křížová, 2018, str. 35)

Moderní společnost se snaží v lidech probouzet chuť nemocem předcházet motivačními programy na lékařskou prevenci. Systémy prevence zaevidovaným pacientům posílají pravidelné zvací dopisy v elektronické i písemné formě a obvodní lékaři doporučují při vzniku problému téměř automaticky žádanky ke specialistům. Ovšem lidé velmi často konají iracionálně a vědomě podlamují své zdraví například kouřením, nadměrným užíváním alkoholu, vysokou konzumací cukrů či neaktivním životním stylem. (Bártlová, 2005) Povědomí o faktorech ovlivňující zdraví je velkou součástí sociálního kapitálu, o kterém hovoří Pierre Bourdieu, nízká zdravotní gramotnost vede k ekonomickým ztrátám nejen na bázi jednotlivců, ale oslabuje i stát. Lidé s nižším povědomím o zdraví více zatěžují sociální sektor a méně obohacují ten ekonomický (Šubrt, 2001).

O přístupu ke zdraví nerozhoduje jen ideální představa státních orgánů, ale také kultura společnosti, jejich postoj k péči o zdraví, historické souvislosti a jiné kulturní vzorce či hodnoty příslušníků sociální skupiny nebo státu (Ivanová K. , 2018). Zdravotní gramotnost si za cíl klade zdravou společnost, která je definována podle Holčíka (2010, str. 147) šesti základními body:

- Vysoká střední délka života a stárnutí populace;
- Rychle se rozvíjející zdravotnický systém;
- Rostoucí podíl soukromého sektoru ve službách a výrobě související se zdravím;
- Zdraví a zdravotní péče je důležitým tématem diskuse veřejnosti i politiků;
- Zdraví je důležitým životním cílem;
- Zdraví a zdravotní péče je právem občanů;

2.2.1 Důsledky nemoci pro společnost

Nedostatečná zdravotní gramotnost populace a malá účast v prevenci může mít velký dopad na fungování společnosti v jejich sociálně lékařských aspektech. Tyto aspekty poté negativně zasahují do fungování společenských subsystémů či institucí. Nemocný člověk není většinou schopen plnit úkoly a povinnosti, které ve společnosti má, což celkový systém oslabuje. (Křížová, 2018) „Proto se studium zdraví a nemoci musí zabývat nejen příčinami a podmínkami vzniku a rozvoje nemoci, ale jejich následky“ (Ivanová K. , 2018, str. 27).

Specificky rakovina prsu zasahuje nejčastěji ženy v produktivním věku, kdy kulminuje jejich výkon v zaměstnání i v rámci rodiny. Délka léčby se liší podle stádia zachycení nemoci, čím později novotvar jedinec či lékaři objeví, tím složitější, komplikovanější a dražší léčba bývá. Po větších chirurgických zákrocích v pokročilejších fázích nemoci ženám zůstává místo zásahu více zjizvené nebo může být odstraněn celý prs, hrozí také větší rozsah výkonu na spádových uzlinách v podpaždí, což způsobuje značné psychosociální stigma. (Daneš, 2001) Léčba má pro ženu důsledky v jejím osobním životě a poznamenává ji ve vnímání sama sebe, může být příčinou psychických tenzí. Zároveň poznamenává často ženu i zdravotně s důsledkem omezení v pracovním výkonu a sociální roli. (Pešek, 2020) Léčbu onkologických nemocných hradí zdravotní pojišťovny, čím pokročilejší stádium, tím dražší léčba a menší šance pro pojišťovnu, že se žena vrátí do pracovního procesu a stane se znovu plátcem pojištění, nikoliv pouze jeho konzumentem. (Daneš, 2001)

2.2.2 Agil schéma T. Parsonse a prevence rakoviny prsu

Talcott Parsons byl americký sociolog, který se zabýval fungováním a integrací ve společnosti, která směřovala ke stabilizaci. Snažil se vytvořit obecnou teorii aplikovatelnou na každou sociální skupinu bez ohledu na její velikost. Chápal medicínu jako velmi důležitou část systému, která se podílí z velké části na zachování společnosti jako celku. Ve společnosti plní medicínské obory nejen funkci odborné práce, ale také funkci sociální kontroly. (Šubrt, 2001) Parsons dále charakterizuje roli pacienta a lékaře a poté vztah mezi nimi, proto ho považujeme za zakladatele sociologie medicíny. Vztah lékař – pacient připodobňuje ke vztahu rodič – dítě. (Bártlová, 2005)

V kontextu jeho doby byla sociologie zaměřená na rozbroj mezi holistickým a individualistickým přístupem, čímž je Parsons ovlivněn a přiklání se k holistické sociologii zaměřené na celek (Šubrt, 2006). „Systém vykazuje tendenci k sebezachování a sebeudržování, což je v Parsonsově terminologii vyjadřováno pojmem rovnováha – ekvilibrium. (Šubrt, 2001, str. 52).“ Medicína podle Parsonse vykonává pro společnost sebezáchovnou funkci (Bártlová, 2006).

Aby byla společnost stabilní, musí splňovat základní funkce, které Parsons shrnul do tzv. AGIL schématu. Tyto funkce se naplňují pomocí subsystémů ve společnosti. Parsons tvrdí, že každé jednání ve společnosti je na úkor požadavků jednotlivce, protože ten své požadavky upravuje a mění v rámci systému a spíše upraví své přání a cíle pro skupinu, než že by riskoval odklonění od ní. Jedná se o neustálý boj jednotlivce a jeho projevení sama sebe v kontextu společnosti, ve které žije a jejími pravidly. (Tittenbrun, 2013) Schéma AGIL popisuje čtyři funkce jednání, které probíhá ve stabilním systému mezi dvěma a více účastníky. Název AGIL vznikl pomocí prvních písmen jednotlivých čtyřech částí. (Šubrt, 2001).

Adaptation v českém překladu adaptace, zaštiťuje získávání zdrojů a zohledňuje vlastnost přizpůsobení se, jedná se o část schéma zohledňující biologické faktory jako je například genetická predispozice (Tittenbrun, 2013), která hraje velkou roli při prevenci před rakovinou prsu.

Goal attainment popisuje tendence jednotlivce k dosahování cílů, které jsou nastavené společností a dosahuje je regulovanými společností tolerovanými prostředky. Společnost sama sebe chrání před velkým výskytem nemocí statistikami nemocnosti a popřípadě prevencí v určitých rizikových genderových či věkových skupinách. V tomto případě je cílem zachytit rakovinu prsu, co nejdříve. Screening onkologických chorob je nejvíce efektivní způsob, jak společnost chránit před devastací onkologickými onemocněními. Proto se ve společnosti buduje vztah k jednotlivcům prevenci, zdůrazňuje se zdravotní gramotnost klade se čím dál větší důraz na její dodržování. (Šubrt, 2006) Účast jednotlivce ve společensky akceptovaných či žádaných aktivitách má vliv na jeho sociální status, zároveň atraktivita tolerovaných činností musí být v rámci společnosti podporována danými institucemi (Strnadová, 2007).

Integration definuje vlastnost systému společnosti, která má za cíl korigovat vztahy mezi jednotkami a zároveň zajišťuje správnou komunikaci mezi společností a jednotlivcem (Šubrt, 2001). Medicínský systém ženám nabízí určitý druh prevence, který platí pojišťovna, ale je na každé z nich, zda se stane prevence součástí a využije tak toho, co jí medicínský systém nabízí. Hodnocení je poté otázkou subjektivní. Potřeby jednotlivých pacientů se mění podle diagnózy, sociálních podmínek či představ o průběhu vyšetření. Požadavky se s příchodem nemoci mění nebo přicházejí nové. (Bužgová, 2015)

Latent Pattern zahrnuje kulturu společnosti a její neuvědomované vzorce. Společnost se snaží jednotlivce motivovat k dodržování vzorců a respektování kultury společnosti, které se později předává z generace na generaci. V otázce prevence vidíme, že náš socio-ekonomický vzorec očekává účast pacientky v prevenci. Přístup k očekávání společnosti tvoří částečně její společenský obraz. Systém zdravotní péče tak vytváří nátlak na jednotlivce, aby byli účastníky prevence. (Tittenbrun, 2013)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODOLOGIE VÝZKUMU

Ve výzkumné části bakalářské práce jsou popsány a vysvětleny jednotlivé části dotazníkového šetření. Praktická část byla vztažena na hodnocení zdravotnické péče ve specifickém zdravotnickém centru, vnímání prevence a důvěra ze strany pacientek a zároveň na výši jejich zdravotní gramotnosti.

Empirická část obsahuje metodiku výzkumu, výsledky navazující na jednotlivé hypotézy a popis jednotlivých kroků v rámci plánování a realizace výzkumu. Kvantitativní výzkum umožňuje pracovat s více respondenty (Reichel, 2009) a dává tak možnost shrnout hodnocení centra pacientkami i jejich vnímání prevence. Díky srovnávání a propojování jednotlivých informací v kontextu kvantity jsme byli schopni propojovat a potvrdit hypotézu o určitém chování výzkumného souboru.

V teoretické části byly odhaleny závislosti mezi prevencí a její důležitosti v kontextu zdraví společnosti. Jedná se o aplikovaný a zároveň evaluační typ výzkumu (Hora, 2014), jelikož druhá část dotazníku by měla sloužit zdravotníkům jako nástroj k reflexi úrovně pracoviště z pohledu pacientek, ohodnocení postupů při výkonu preventivního vyšetření a poslední část jako zdroj informací pro zlepšení komunikace mezi zdravotníkem a pacientkami.

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapovat vnímání pacientek screeningové prevence v radiologickém centru v Kroměříži pomocí dotazníkového šetření zkoumat jejich pohled na prevenci, průběh vyšetření a výši jejich zdravotní gramotnosti. Hlavní výzkumná otázka tedy zní:

Jak ženy vnímají screening rakoviny prsu v radiologickém centru v Kroměříži?

S ohledem na specifika zkoumaného tématu se nelze omezit pouze na hlavní výzkumnou otázku. Pro kontext a úplnost odpovědi na tuto otázku byly vytvořeny dvě dílčí výzkumné otázky, které jsou popsány níže, jejichž výsledky se berou v potaz v při výsledné odpovědi.

Dále byly specificky k hlavní výzkumné otázce vytvořeny dvě hypotézy ověřující jednotlivé vztahy mezi otázkami z dotazníku a to:

H3: Čím vyšší je vzdělání respondentek, tím lépe chápe prevenci.

H5: Čím vyšší je vzdělání respondentek, tím větší mají obavy z prevence

První dílčí výzkumná otázka zní: **Jak ženy důvěřují preventivnímu vyšetření rakoviny prsu?**

Vnímání je definováno již v teoretické části. Je to důležitou součástí ve vztahu lékař – pacient (Pramuková, 2014), utváří to poté celkový dojem z vyšetření zahrnující například doptávání se na případné nedorozumění nebo motivaci přijít znovu.

Hypotézy mají za cíl odhalit kauzalitu mezi vzděláním/věkem a důvěrou.

H1: Čím vyšší je vzdělání respondentky, tím více důvěřuje v prevenci.

H2: Čím vyšší je věk respondentek, tím vyšší je jejich důvěra v prevenci.

Druhá dílčí výzkumná otázka zní: **Jaká je výše zdravotní gramotnosti?**

Zdravotní gramotnost pacienta má vliv na jeho očekávání a přístup ke zdraví (Bártlová Sylva, 2018). Kromě otázek z dotazníku zaměřené na zdravotní gramotnost, byly vytvořeny dvě hypotézy ověřující vztah mezi vzděláním/věkem a prevencí.

H3: Čím vyšší je vzdělání respondentek, tím lépe chápe prevenci

H4: Čím vyšší je věk respondentek, tím větší jsou obavy z prevence

Třetí dílčí výzkumná otázka zní: **Jak hodnotí specifické radiologické centrum?**

K této výzkumné otázce byla vytvořena pouze jedna hypotéza, a to zkoumající věk a systém objednávání. Otázky z dotazníku byly u odpovědi na otázku dostačující.

H6: Čím vyšší je věk respondentek, tím složitější je pro ně systém objednávání

3.1 Konstrukce dotazníku a průběh šetření

Při konstrukci dotazníku byla nejdříve vytvořena forma a obsah dotazníku, která se odvíjela od cílů výzkumné části práce. Byly stanoveny hypotézy podložené patřičnou literaturou. Otázky do dotazníku byly tvořeny pomocí pravidla PICOST v návaznosti na teoretickou část práce. PICOST je zkratka, která zahrnuje šest oblastí výzkumu, které byly definovány před tvořením výzkumných otázek – podle Naullyho (2021) ;

- Populace (Population) určuje výzkumný soubor na který dotazník směřuje. Zde tvoří výzkumný soubor specificky ženy od 45 let, navštěvující prevenci v radiologickém centru v Kroměříži
- Intervence (Intervention) neboli záměr zkoumání je věnován vztahu žen k prevenci
- Srovnání (Comparators) vnímání žen prevence podle nejvyššího dosaženého vzdělání, důvěry v prevenci a věku
- Výsledky (Outcomes) nabízí odpověď v otázkách hodnocení a vnímání prevence v radiologickém centru.
- Nastavení (Setting) dotazníku bylo specificky tvořeno na radiologické centrum v Kroměříži.
- Časové rozložení (Timeframe) výzkumu bylo koncipované na tři měsíce, a to specificky od prosince 2022 do konce února 2023.

Pilotní výzkum probíhal před finalizací dotazníku, byl prováděn na třech ženách lišících se věkem i vzděláním. První fáze pilotní části odhalila nedostatky ve srozumitelnosti otázek a velikosti písma. Druhá fáze pilotní části probíhala ve formě konzultace s hlavním lékařem radiologického oddělení, který odhalil faktické nedostatky ve formulaci otázek. Otázky byly změněny tak, aby byly zachovány jednotlivé výstupy podle PICOTS a zároveň se vytvořil kompromis mezi cílem a formou praktické části a zdravotnickým centrem. Poté byl domluven přesný

datum začátku výzkumné části a postup při vyplňování anonymního dotazníku byl konzultován s laborantkou.

Dotazník je částečně inspirován Evropským dotazníkem zdravotní gramotnosti (Kučera, 2016) a dotazníkem důvěry ve zdravotnictví (Pramuková, 2014). V první části dotazníku jsou jednotlivé otázky uvedeny slovy „Definujte, jak snadné či nikoli jsou pro Vás jednotlivé otázky“ a ve druhé části „Vyjádřete, zda s tvrzeními, které následují souhlasíte či nikoli“. Možnosti odpovědí v dotazníku jsou uzavřené, a to hlavně kvůli přehlednosti a dalšímu zpracování. Sudý počet možností na odpověď byl kvůli tendencím volit neutrální odpověď, typy odpovědí byly inspirovány Likertovou škálou (Rod, 2012).

Dotazník je rozdělen na tři části. První část slouží k charakteristice výzkumného souboru. Je zaměřená na demografické otázky jako je věk a vzdělání. Nejnižší věková kategorie je definována 45-55 let, protože screeningová prevence začíná věkem 45 let, nižší kategorie je zbytečná. Druhá část pracuje s otázkami zaměřenými na zdravotní gramotnost respondentek a jejich důvěru v prevenci. Třetí část dotazníku je primárně věnovaná hodnocení konkrétního zdravotního centra a okrajově obsahuje otázky, které je možné vztáhnout i na předchozí dvě kategorie. Části dotazníku odpovídají na dílčí výzkumné otázky: Zda ženy důvěřují prevenci a v jakém měřítku, jak hodnotí zdravotní centrum, které navštěvují a jaká je výše jejich zdravotní gramotnosti.

4 VÝSLEDKY

Celkově bylo rozdáno 80 dotazníků, přičemž 7 z nich byly vyplněny chybně, specificky respondentky vynechaly otázku, či zakroužkovaly více odpovědí, což znamená, že návratnost tvořila 91,3 %. Největším problémem při vyplňování dotazníků byla ochota pacientek, některé ženy laborantku odmítaly a nechtěly s dotazníkem ztrácet čas. Dotazník byl přepsán a dále zpracováván v programu Microsoft Office Excel 2016, přičemž každá z jednotlivých otázek dotazníku má svůj graf. Zpracované odpovědi obsahují modus, medián a absolutní a relativní četnosti, pro popis odpovědí. Každá část zpracování výsledků dat je zaměřená na určitou část výzkumného cíle. Při odpovědích na jednotlivé předem určené hypotézy byla použita matematická statistika, která umožnila ověřit predikovaný vztah mezi jednotlivými proměnnými (Anděl, 2019).

4.1 Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor činí 73 respondentek, což je 100 %. Dotazník je formulovaný pro ženy, přičemž demografické otázky směřované na ně byly pouze dvě, a to věková kategorie, vzdělání. Hlavními důvody pro výběr těchto demografických údajů je ověření, zda existuje vztah mezi těmito proměnnými a vnímáním prevence či výší zdravotní gramotnosti.

1) Srovnání nejvyššího dosaženého vzdělání respondentek



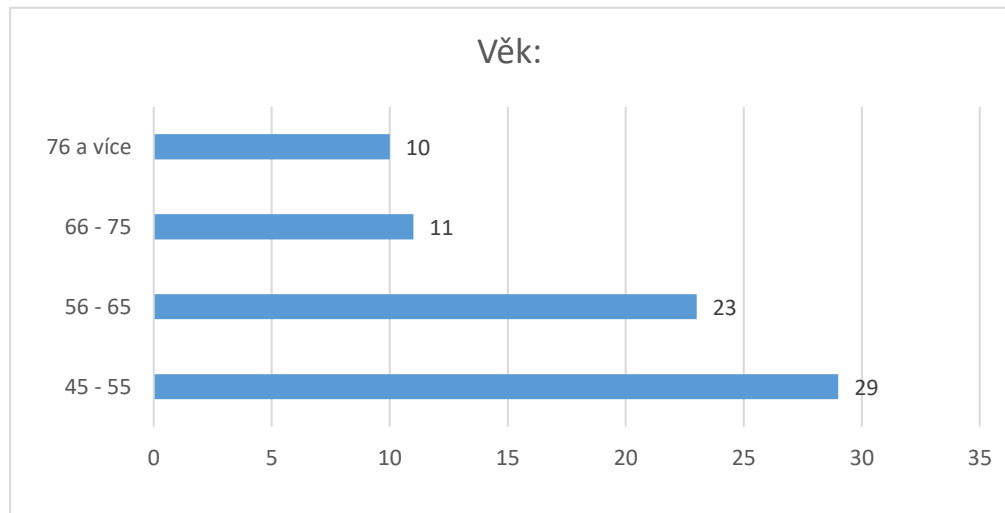
Graf 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání

Modus neboli nejčetnější hodnota tabulky je „střední škola bez maturity“. Hodnota modus je v nejvyšším dosaženém vzdělání 24. Mediánem nejvyššího dosaženého vzdělání je také „střední škola bez maturity“. Modus neboli nejčetnější hodnota odpovědi, což činí 32,9 %. Základní vzdělání ve výši 17,8 kolidovalo s výší vysokoškolského vzdělání.

Procentuální rozpětí jednotlivých četností je následující;

- Základní vzdělání 17,8 %
- Střední bez maturity 32,9 %
- Střední s maturitou 20,5 %
- Vyšší odborná škola 11,0 %
- Vysoká škola 17,8 %

2) Srovnání věkového rozložení výzkumného vzorku



Graf 4 - Věk

Nejčastější věkovou skupinou byly respondentky ve věku od 45-55 let, přičemž 45 je nejnižší věková hranice pro návštěvu prevence rakoviny prsu. Mediánem je věková kategorie 56-65 let, což činí 31,5 %. Tento výsledek se shoduje se s pilotním výzkumem zaměřeným na doporučení a poznatky pro národní screeningové programy, kde průměrný věk napříč zeměmi byl 52,3 let (Guner, 2022).

Z kapitoly věnované výskytu rakoviny prsu lze odvodit, že nižší návštěvnost žen ve vyšším věku může být způsobená komplikovaností případné léčby, například pokud se žena ve vyšším věku onemocní rakovinou prsu, nemusí vždy být fyzicky schopna léčby a je tedy otázkou, zda tyto ženy zůstávají součástí prevence.

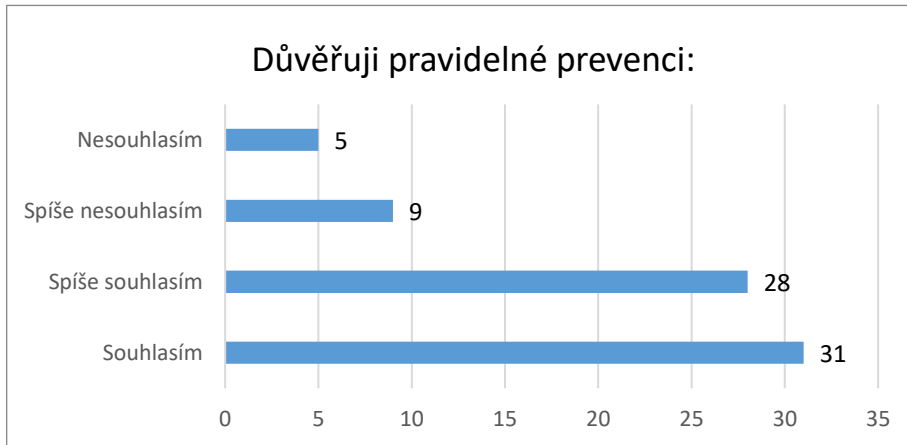
Procentuální rozpětí jednotlivých četností věkových kategorií je následující;

- 45-55 let 39,7 %
- 56-65 let 31,5 %
- 66-75 let 15,1 %
- 76 a více let 13,7 %

4.2 Jak ženy důvěřují prevenci

Část výzkumu navazující výzkumnou otázkou týkající se důvěry v prevenci.

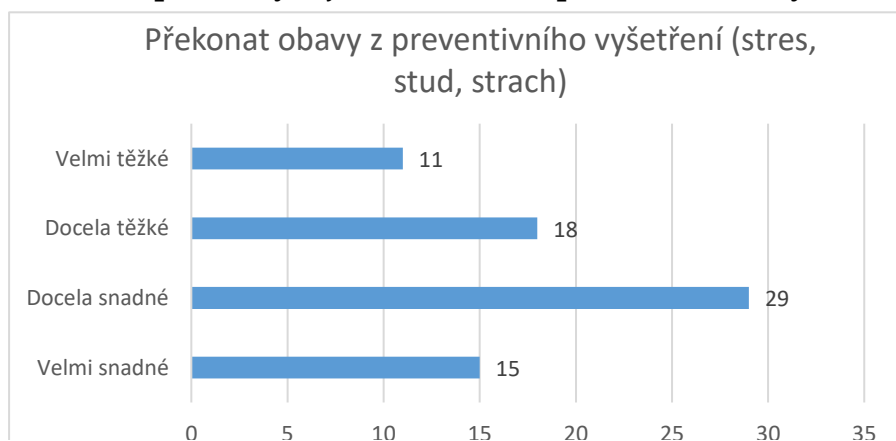
3) Srovnání důvěry v pravidelnou prevenci



Graf 5 - Důvěřuji pravidelné prevenci

Z celkových 73 respondentů více než polovina spíše důvěřuje pravidelným preventivním vyšetřením. Mediánem u otázky směřující na důvěru v prevenci je odpověď „spíše souhlasím“ a nejčtenější odpovědi je podle grafu odpověď „souhlasím“, která činí 42,5 %. Souhlasné odpovědi činí celkově 80,9 %. Absolutní četnost u nesouhlasných odpovědích je 14, což je v relativní četnosti 19,1 %.

4) Srovnání odpovědí týkajících se obav z preventivního vyšetření



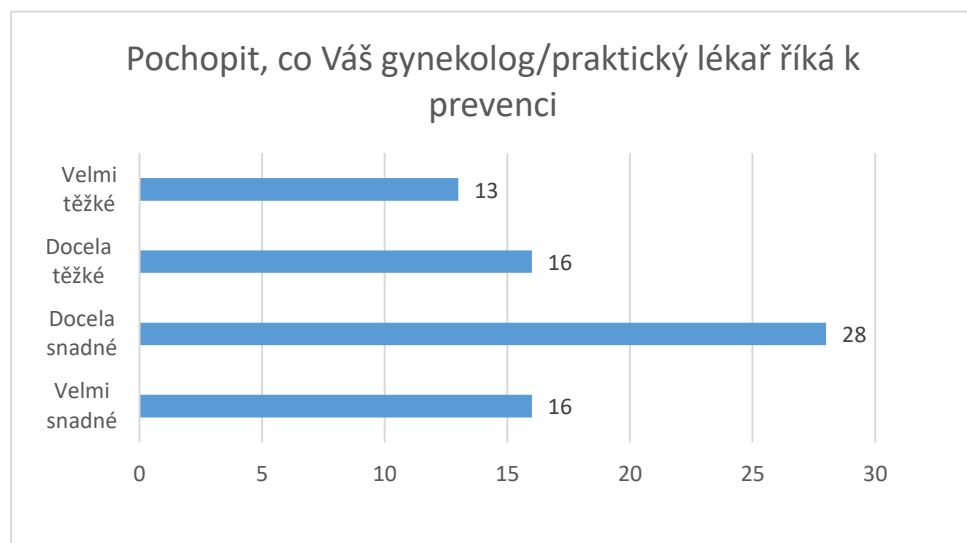
Graf 6 - Překonat obavy z preventivního vyšetření (stres, stud, strach)

Modus u této otázky je odpověď „Docela snadné“, mediánem „Docela snadné“. Tento graf odráží vnímání a pocity pacientek při vyšetření, kdy 60,2 % respondentek hodnotí překonání obav jako snadné a 39,8 % jako těžké.

4.3 Jaká je výše zdravotní gramotnosti respondentek

V této části byly rozpracovány otázky, které se vztahují výzkumné otázce směřující na zdravotní gramotnost respondentek. Otázky byly definovány a utvářeny v kontextu definice zdravotní gramotnosti z teoretické části. Odpovědi byly popsány pomocí procent a absolutních četností z grafů.

5) Srovnání odpovědí týkajících se pochopení komunikace pacientka/lékař

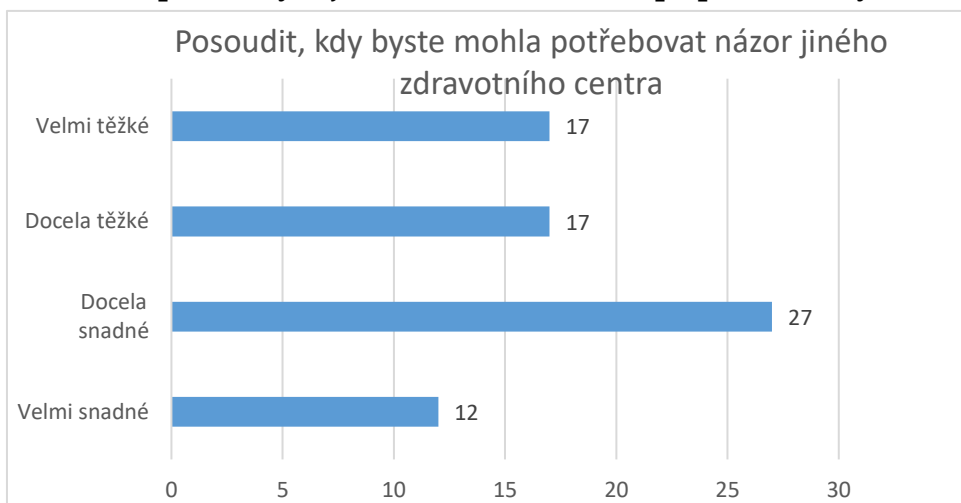


Graf 7 - Pochopit, co Váš gynekolog/praktický lékař říká k prevenci

Modus neboli nejčetnější odpověď a zároveň i Medián u otázky týkající se pochopení instrukcí či doporučení praktického lékaře či gynekologa, je „Docela snadné“. Celkově kladně odpovědělo 60,3 % respondentek. Procentuální rozdělení odpovědí je;

- „Velmi snadné“ odpovědělo 16 respondentek, tedy 21,9 %
- „Docela snadné“ odpovědělo 28 respondentek, tedy 38,4 %
- „Docela těžké“ odpovědělo 16 respondentek, tedy 21,9 %
- „Velmi těžké“ odpovědělo 13 respondentek, tedy 17,8 %

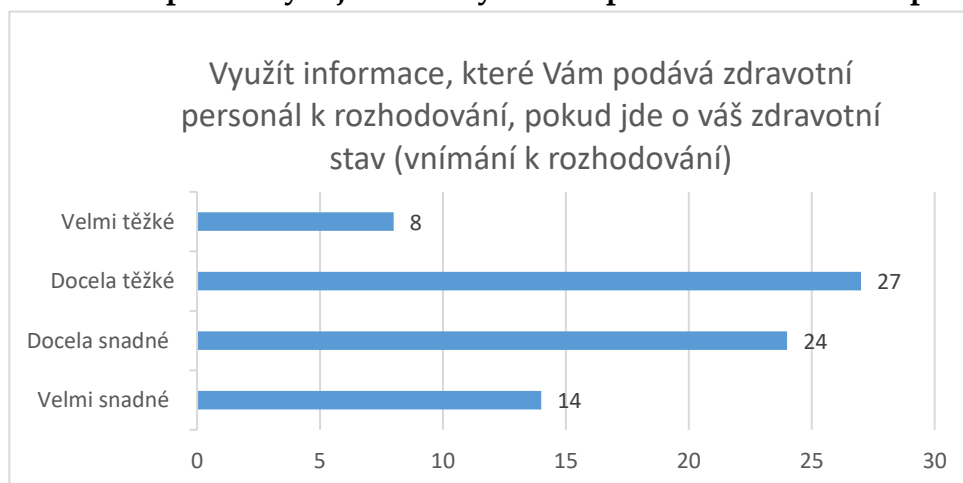
6) Srovnání odpovědí týkajících se rozhodnutí v případě změny lékaře



Graf 8 - Posoudit, kdy byste mohla potřebovat názor jiného zdravotního centra

Nejčastější odpověď „Docela snadné“ zvolilo 27 respondentek, tato možnost odpovědi tvoří zároveň i medián, který se nachází mezi 36. a 37. hodnotou. Celkově odpovědělo 53,4 % respondentek na otázku kladně, tedy, že dokáží posoudit, kdy potřebují názor z jiného zdravotního centra a 46,6 % negativně.

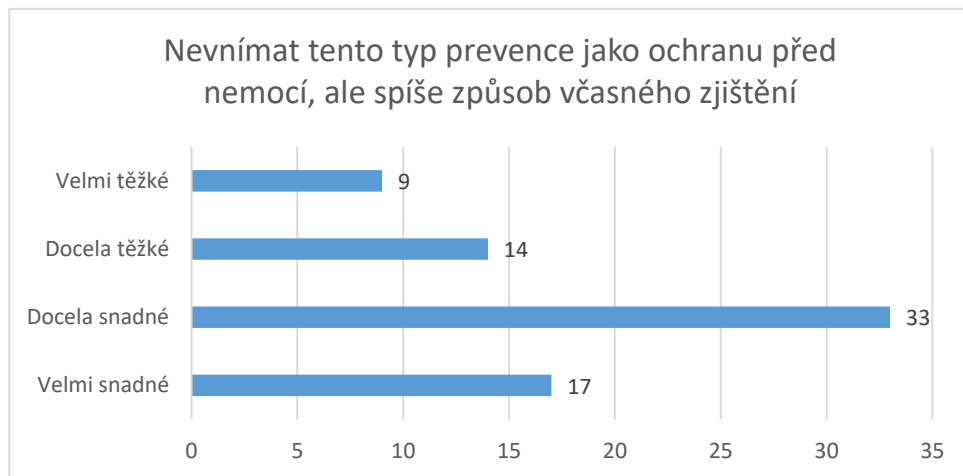
7) Srovnání odpovědí týkajících se využití doporučení lékařského personálu



Graf 9 - Využit informace, které Vám podává zdravotní personál k rozhodování, pokud jde o váš zdravotní stav (vnímání k rozhodování)

Nejčastější odpovědi a zároveň i mediánem na tuto otázku ohledně rozhodování o zdravotního stavu je „docela těžké“ (27 odpovědí). Celkově vnímá jako těžké 48 % respondentek využít informace, které jim podává zdravotní personál k rozhodování a 52 % jako snadné.

8) Srovnání odpovědí týkajících se vnímání screeningové prevence



Graf 10 - Nevnímat tento typ prevence jako ochranu před nemocí, ale spíše způsob včasného zjištění

Nejčastější odpovědí na otázku týkající se vnímání tohoto typu prevence bylo „docela snadné“, tato odpověď zahrnuje i medián. Celkově na tuto otázku odpovědělo 68,5 % respondentek kladně, tedy že chápou princip této prevence a 31 % záporně.

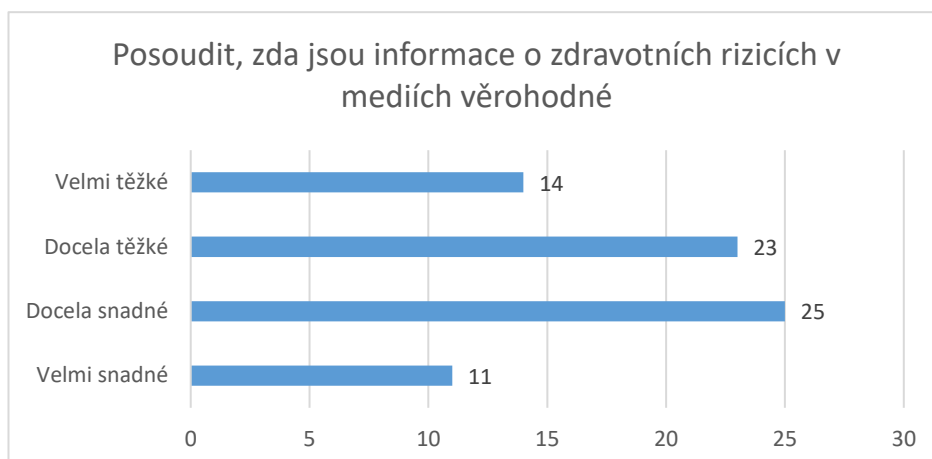
9) Srovnání odpovědí týkajících se pochopení absolvování preventivní prohlídky



Graf 11 - Pochopit, proč potřebujete absolvovat preventivní prohlídky

U této otázky jsou nejčastější odpovědi dvě a to „Docela snadné“ a „Velmi snadné“. Kladné odpovědi v absolutní četnosti tvoří 46 respondentek, což je 63 % a negativní 37 %, což je v absolutní četnosti 27 respondentek.

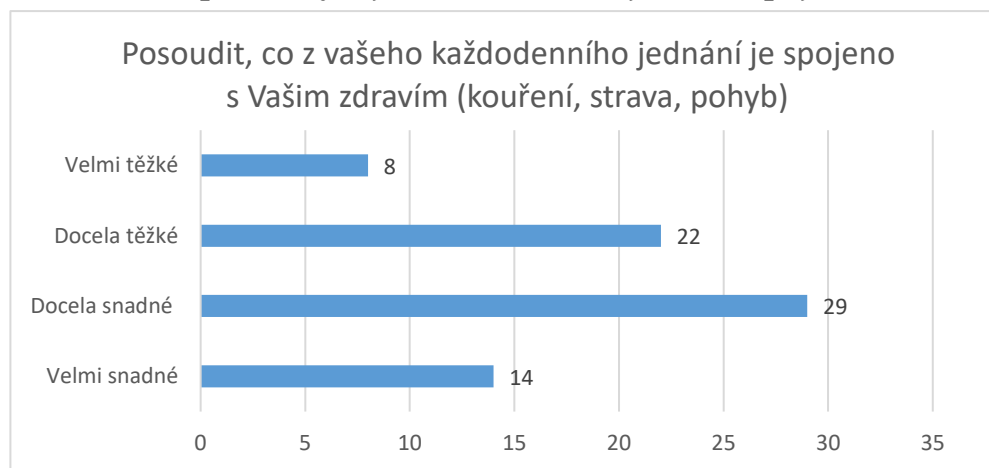
10) Srovnání odpovědí týkajících posouzení informací z médií



Graf 12 - Posoudit, zda jsou informace o zdravotních rizicích v mediích věrohodné

Nejčtenější odpovědí a zároveň i mediánem u otázky směřující na zdravotní gramotnost s ohledem na media je, že ženy považují za „Docela snadné“ určit, které informace jsou věrohodné. Celkově reaguje 49,3 % respondentek kladně a 50,7 % respondentek negativně.

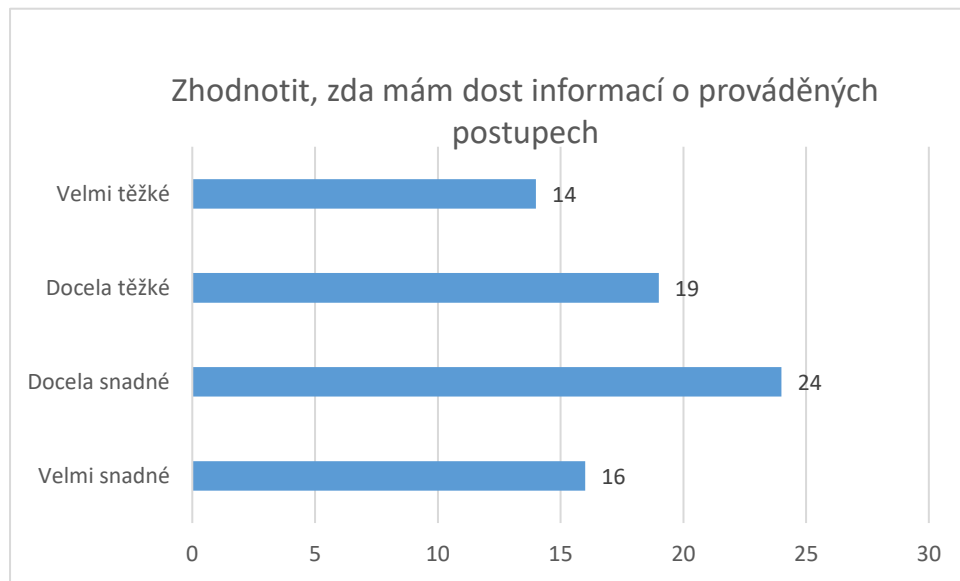
11) Srovnání odpovědí týkajících se denního jednání spojeno se zdravím



Graf 13 - Posoudit, co z vašeho každodenního jednání je spojeno s vaším zdravím (kouření, strava, pohyb)

U otázky směřující na rizikové faktory z každodenního života ovlivňující zdraví respondentek byla nejčastější odpověď a zároveň i medián, že je pro ně „Docela snadné“ posoudit, co je zdravé či ne. Celkově rizikové faktory z každodenního života dokáže identifikovat 58,9 % a pro 41,1 % respondentek je rozpoznávání spíše složité.

12) Srovnání odpovědí týkajících se informovanosti pacientek



Graf 14 - Zhodnotit, zda mám dost informací o prováděných postupech

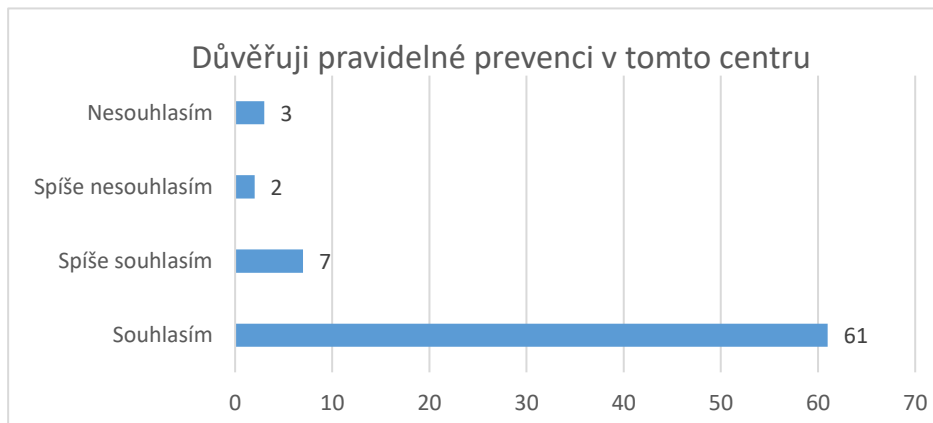
Nejčtenější hodnotou a zároveň i mediánem je „Docela snadné“ s absolutní četností 24. Celkově tvoří kladné odpovědi 54,8 %, což je v absolutních hodnotách 40 respondentek a negativní 45,2 %, což tvoří zbývajících 33 respondentek. Jednotlivé procentuální rozložení je následující;

- „Velmi snadné“ tvoří 21,9 %
- „Docela snadné“ tvoří 32,9 %
- „Docela těžké“ tvoří 26 %
- „Velmi těžké“ tvoří 19,2 %

4.4 Jak hodnotí respondentky specifické zdravotní centrum

Poslední část dotazníku je zaměřená na výzkumnou otázku směřující k hodnocení zdravotního centra, ve kterém byl výzkum prováděn. Slouží jako zpětná vazba zdravotnímu personálu a vedení centra.

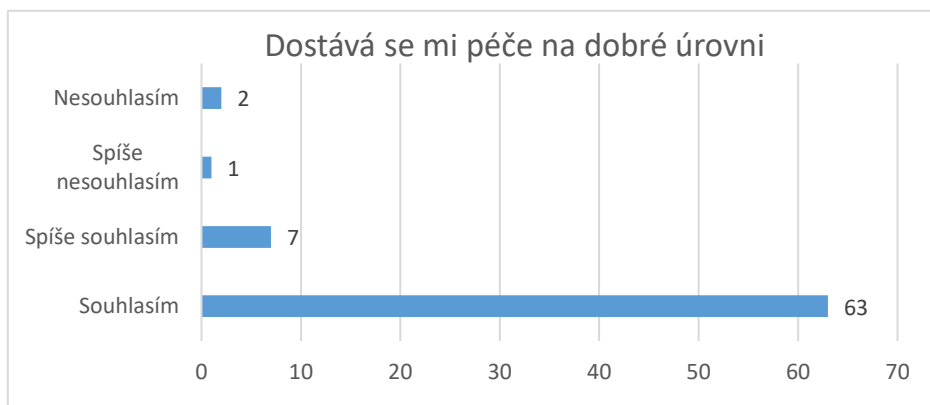
13) Srovnání odpovědí týkajících se důvěry v prevenci ve specifickém centru



Graf 15 - Důvěřuji pravidelné prevenci v tomto centru

Nejčastější odpovědí na otázku důvěry v navštěvovaném centru byla odpověď „Souhlasím“, tato odpověď tvoří medián. Kladné odpovědi tvoří v absolutní četnosti 67 respondentů, což znamená v relativní četnosti 93,2 %.

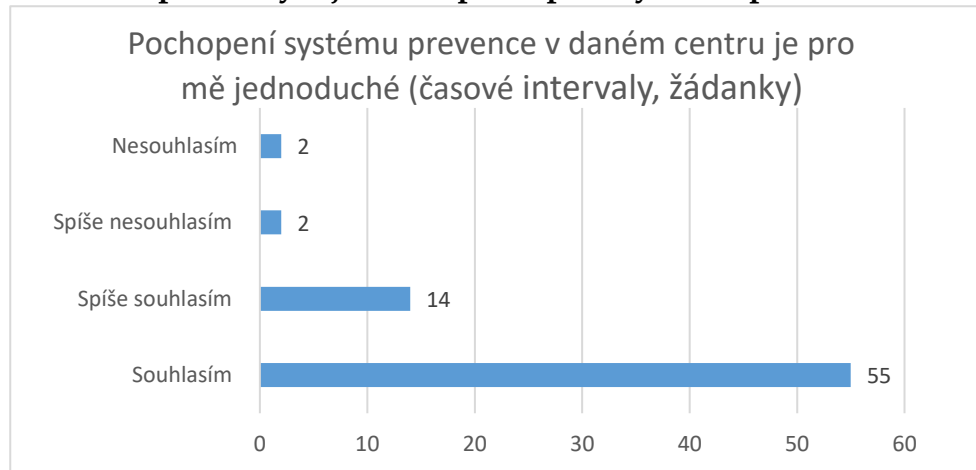
14) Srovnání odpovědí týkajících se hodnocení péče



Graf 16 - Dostává se mi péče na dobré úrovni

Odpověď „Souhlasím“ je opět nejčastější odpovědí, zároveň je hodnotou modusu i mediánu. Kladné odpovědi opět tvoří přes 90 % celku (přesněji 95,9 %). Negativně péči hodnotí pouze 4,1 % pacientek navštěvující zkoumané zdravotnické zařízení.

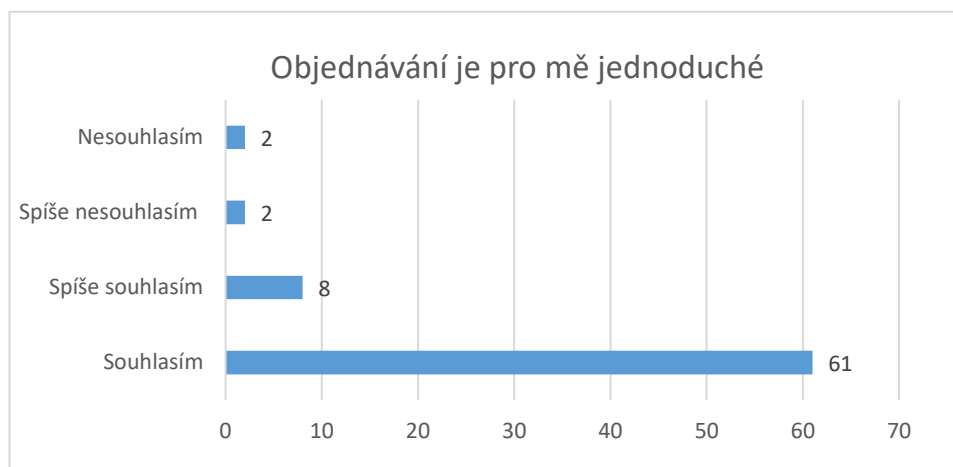
15) Srovnání odpovědí týkajících se pochopení systému prevence



Graf 17 - Pochopení systému prevence v daném centru je pro mě jednoduché (časové intervaly, žádanky)

Ženy při hodnocení systému prevence nejčastěji volily kladné odpovědi, ty celkově tvořily v relativních četnostech 94,5 %, což v absolutních četnostech znamená, že 69 respondentek z celkových 73 chápe systém prevence v daném centru.

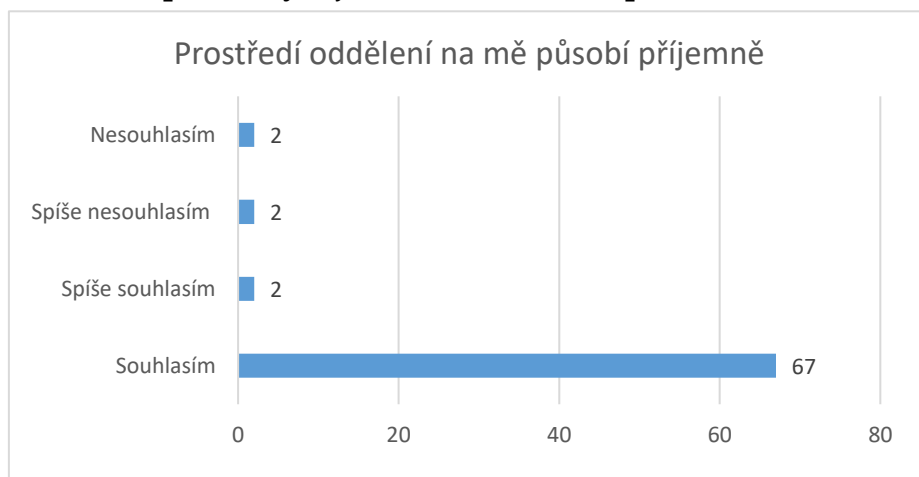
16) Srovnání odpovědí týkajících hodnocení objednávání



Graf 18 - Objednávání je pro mě jednoduché

Respondenty v této otázce měly možnost ohodnotit systém objednávání, přičemž kladné odpovědi tvořily 94,6 % celku.

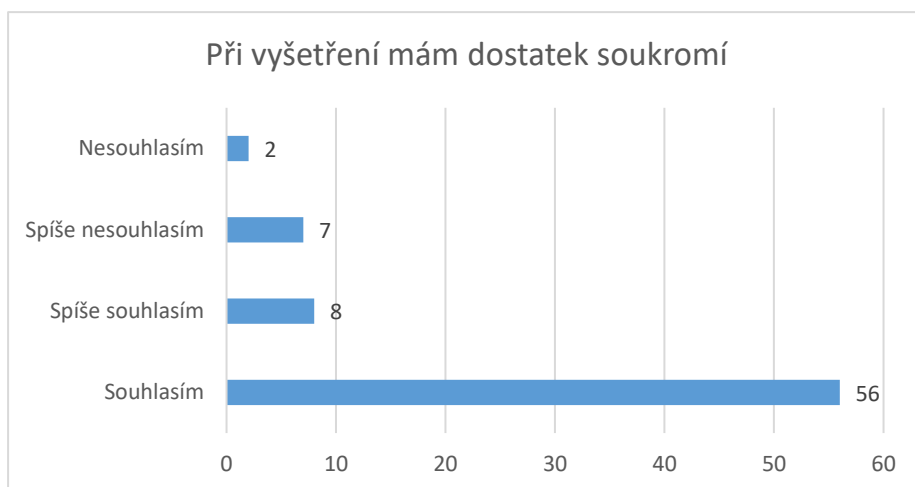
17) Srovnání odpovědí týkajících se hodnocení prostředí oddělení



Graf 19 - Prostředí oddělení na mě působí příjemně

Na více než polovinu respondentek působí prostředí příjemně, u odpovědi „Souhlasím“ je absolutní četnost 67 z celkových 73 zaznamenaných odpovědí. Tato odpověď je hodnotou modusu i mediánu. Kladné odpovědi tvoří 94,52 % celku.

18)



Graf 20 - Při vyšetření mám dostatek soukromí

Více než polovina respondentek má u vyšetření v centru dostatek soukromí. Celkově tvoří kladné odpovědi 87,67 %. Procentuální rozložení odpovědí je následující;

- „Souhlasím“ odpovídá 76,71 %
- „Spíše souhlasím“ odpovídá 10,96 %
- „Spíše nesouhlasím“ odpovídá 9,59 %
- „Nesouhlasím“ odpovídá 2,74 %

19) Srovnání odpovědí týkajících se bolesti při vyšetření

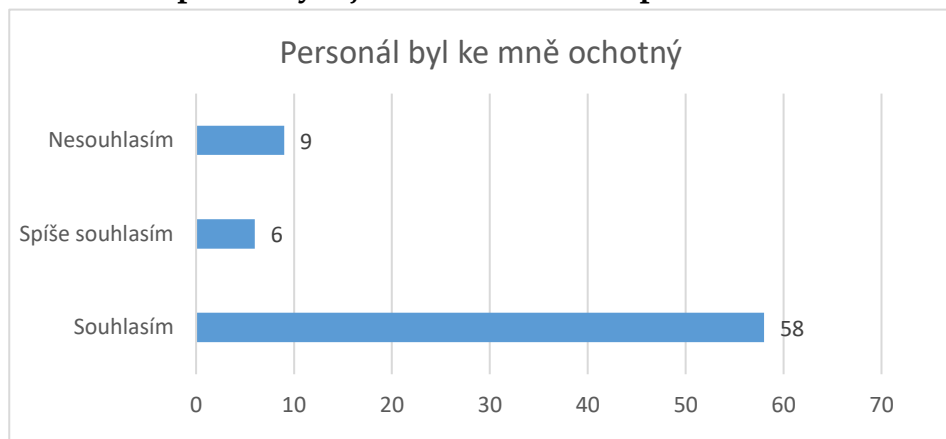


Graf 21- Vyšetření (screeningový snímek) bylo pro mě bezbolestné

Více než polovina respondentek odpověděla, že preventivní vyšetření je pro ně bezbolestné. Kladné odpovědi celkově tvoří 80,82 %. Procentuální rozložení je následující;

- „Souhlasím“ odpovídá 71,23 %
- „Spíše souhlasím“ odpovídá 9,59 %
- „Spíše nesouhlasím“ odpovídá 9,59 %
- „Nesouhlasím“ odpovídá 9,59 %

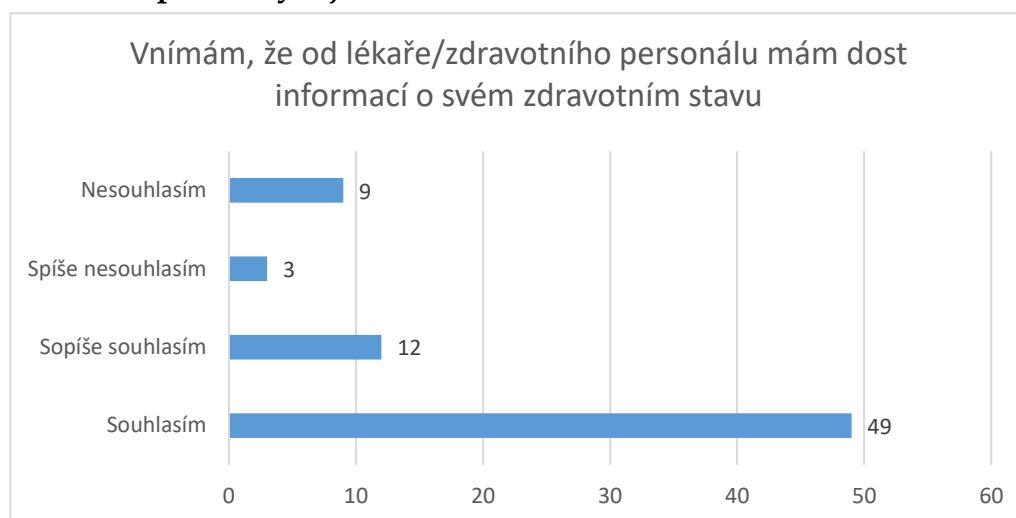
20) Srovnání odpovědí týkajících se hodnocení personálu



Graf 22 - Personál byl ke mně ochotný

Více než polovina respondentek souhlasí s tvrzením, že k nim byl personál ochotný, celkově možnost odpovědi „souhlasím“ tvoří 79,5 %. V grafu chybí možnost odpovědi „Spíše nesouhlasím“, jelikož žádná z respondentek této odpovědi nevyužila.

21) Srovnání odpovědí týkajících se dostatku informací o zdravotním stavu



Graf 23 - Vnímám, že od lékaře/zdravotního personálu mám dost informací o svém zdravotním stavu

Více než polovina respondentek odpověděla, že souhlasí s tvrzením, že od lékařského personálu má dostatek informací o svém zdravotním stavu. Tato možnost odpovědi je modus hodnot, zároveň také mediánem. Celkově kladně reagovalo na tuto otázku 83,56 % respondentek. Procentuální rozložení jednotlivých odpovědí je následující;

- „Souhlasím“ odpovídá 67,12 %
- „Spíše souhlasím“ odpovídá 16,44 %
- „Spíše nesouhlasím“ odpovídá 4,11 %
- „Nesouhlasím“ odpovídá 12,33 %

Poslední část dotazníku byla věnována hodnocení specifického zdravotnického centra, kdy respondenty odpovídaly ve všech otázkách spíše kladně na jednotlivé otázky. Spokojenost a příjemné prostředí je pro pravidelné docházení v prevenci zásadní. Apel na příjemné vystupování zdravotnického personálu a celkové působení prostředí je zjevný.

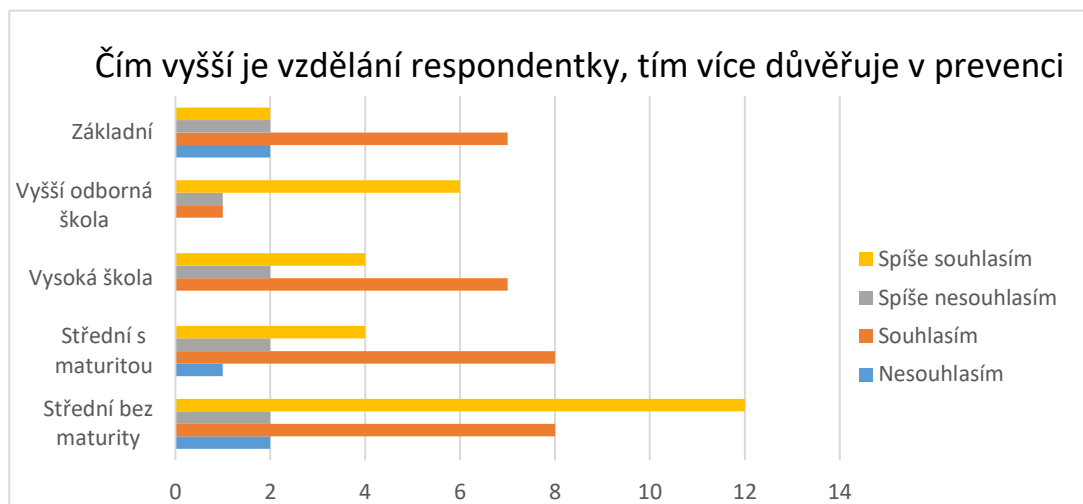
4.5 Vyhodnocení hypotéz a diskuse

Při zpracovávání jednotlivých otázek byl vytvořen dokument v Microsoft Excel, jednotlivé možnosti odpovědí byly zakódovány do čtyř číselných podob podle posloupnosti a poté už se tvořily jednotlivé karty pro porovnávání dvou proměnných. Ke každé alternativní hypotéze byla vytvořena nulová, která nepočítá s žádnou souvislostí. Testování statistických hypotéz byla zvolena hladina významnosti $p = 0,05$. Pro ověření předpokládaných výsledků byl zvolen Pearsonova chí-kvadrát test (Anděl, 2019).

H1: Čím vyšší je vzdělání respondentky, tím více důvěřuje v prevenci

Při ověřování této hypotézy je p hodnota 0,000090, což znamená, že zamítáme H_0 , která nepřipouští vztah mezi jednotlivými proměnnými, ve prospěch H_1 , což znamená, že existuje vztah mezi vzděláním a důvěrou.

22) Srovnání odpovědí na otázky týkající se vzdělání a důvěry v prevenci

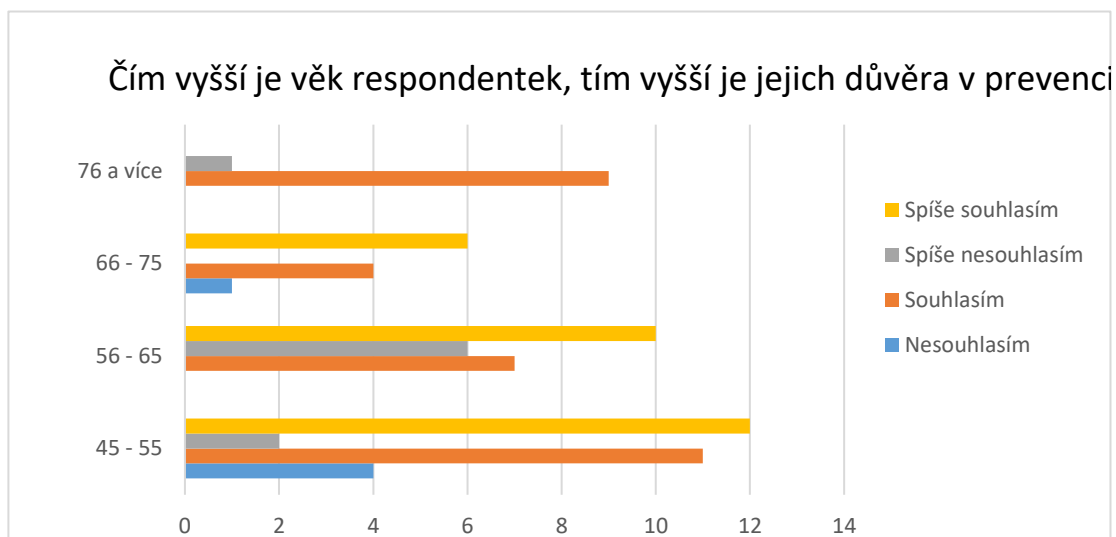


Graf 24 - Čím vyšší je vzdělání respondentky, tím více důvěřuje v prevenci

H2: Čím vyšší je věk respondentek, tím vyšší je jejich důvěra v prevenci

Při ověřování této hypotézy vyšla p hodnota 0,00002571, což znamená, že zamítáme nulovou hypotézu a potvrzujeme H2, jelikož existuje vztah mezi věkem a prevencí.

23) Srovnání odpovědí na otázky týkající se věku a důvěry v prevenci

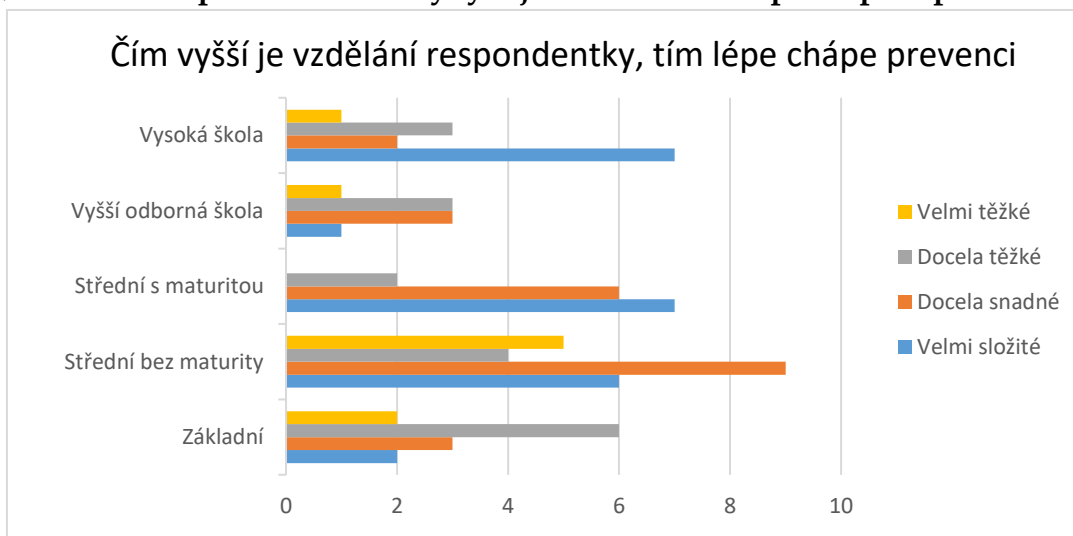


Graf 25 - Čím vyšší je věk respondentek, tím vyšší je jejich důvěra v prevenci

H3: Čím vyšší je vzdělání respondentek, tím lépe chápe prevenci

Hodnota p vyšla 0,088312101, což potvrzuje nulovou hypotézu o neexistenci vztahu mezi pochopením systému prevence a vzděláním.

24) Srovnání odpovědí na otázky týkající se vzdělání a pochopení prevence

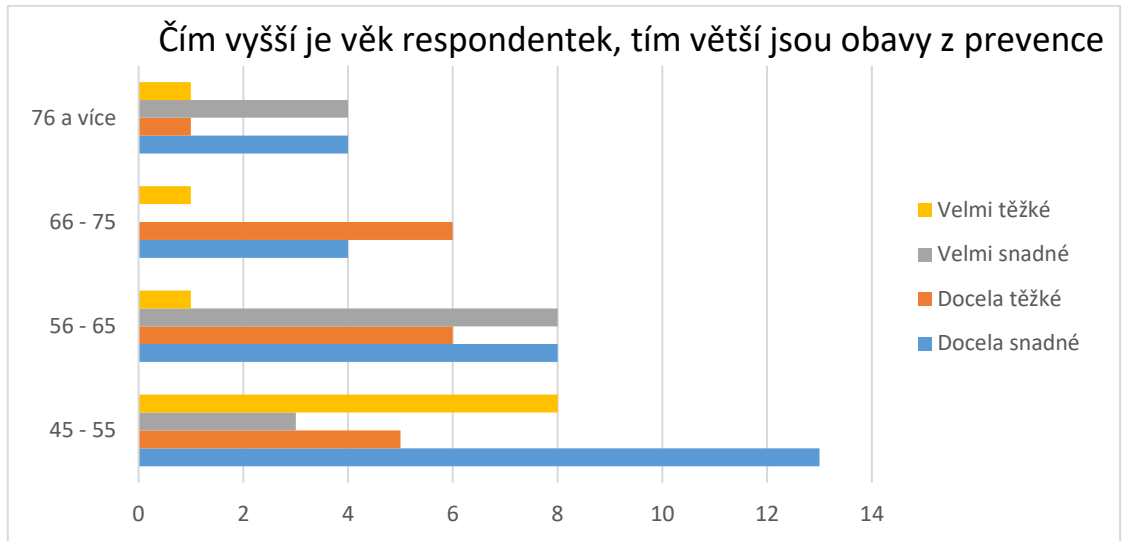


Graf 26 - Čím vyšší je vzdělání, tím lépe chápe prevenci

H4: Čím vyšší je věk respondentek, tím větší jsou obavy z prevence

P hodnota při ověřování této hypotézy vyšla 0,007042334, což znamená, že existuje vztah mezi věkem a důvěrou v prevenci, ale je mnohem menší než u jiných hypotéz.

25) Srovnání odpovědí na otázky týkající se věku a obav z vyšetření

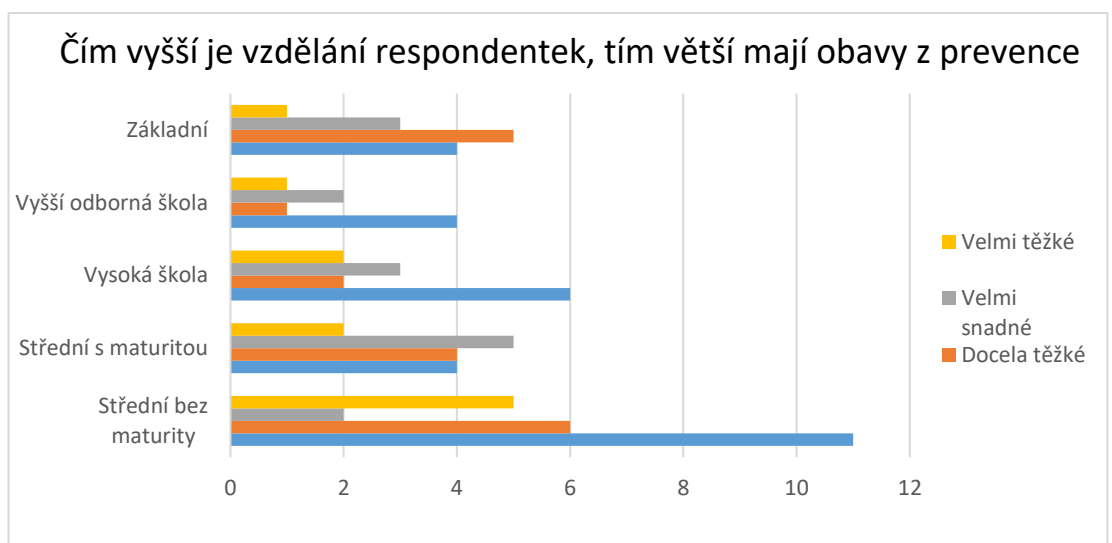


Graf 27 - Čím vyšší je věk respondentek, tím větší jsou obavy z prevence

H5: Čím vyšší je vzdělání respondentek, tím větší mají obavy z prevence

U ověřování této hypotézy vyšla p hodnota 0,139838551, což znamená, že H5 zamítáme a říkáme tím, že vzdělanost nemá vliv na prožívání obav z vyšetření.

26) Srovnání odpovědí na otázky týkající se vzdělání a obav z prevence



Graf 28 - Čím vyšší je vzdělání respondentek, tím větší mají obavy z prevence

4.5.1 Diskuse

Tato část bakalářské práce byla věnována polemice nad výsledky a porovnávání rozdílů mezi jednotlivými možnostmi odpovědi či jinými výzkumy na podobné téma.

Dosažené výsledky zdravotní gramotnosti odpovídaly očekáváním. Podle Ministerstva zdravotnictví (zdraví2030.mzcr, 2018) je zdravotní gramotnost českých občanů nízká. Česká společnost má vyšší úmrtnost na preventabilní onemocnění, než je evropský průměr. Překvapujícím zjištěním bylo, že respondentky dokážou pouze z 58,9 % odhadnout, které faktory z každodenního života mohou být rizikové. O absolutním nepochopení principu prevence psal Prokop (2022), který společně s ostatními autory ve svém výzkumu ověřuje pochopení vyšetření jako možnost včasného zachycení a ne ochranu. Nejčastější odpovědí, na otázku důvodu neúčasti preventivních prohlídek, byla absence symptomů a žádné větší problémy. V našem výzkumu je povědomí o prevenci vyšší, ovšem stále se pohybujeme mezi 30-40 % respondentek, které v otázkách na pochopení prevence nedokážou smysl přesně určit (Graf č.8, Graf č.9). V této části dotazníků byla nejvíce vidět pasivita respondentek ke svému zdravotnímu stavu, respondentky mají při návštěvě centra možnosti zjišťovat informace o prováděných vyšetření, ať už z brožurek, výukových letáček apod. nebo přímo od zdravotního personálu, i přes to 45,2 % respondentek přiznává, že nedokáže zhodnotit, zda je množství znalostí o prováděných postupech dostatečné (Graf č. 12). Zde lze navázat na kritiky Talcotta Parsonse, kteří kritizovali systémovost pro úpadek autonomie člověka (Šubrt, 2006). Je možno předpokládat, že spíše pasivní přístup při vyšetření či nepochopení systému prevence může pramenit právě z přenesení zodpovědnosti na autoritu v podobě zdravotnického centra. Při statistickém ověřování hypotéz bylo zkoumáno, zda existuje souvislost mezi demografickými údaji a zdravotní gramotností, přičemž výsledky ukázali že nejvyšší dosažené vzdělání nemá vliv na pochopení prevence, což je překvapující

výsledek, jelikož Bártlová (2018) uvádí, že vzdělání je jedním z nejpodstatnějších faktorů ovlivňujících hladinu zdravotní gramotnosti. Je důležité však zmínit, že respondentky odpovídaly na otázku vztaženou k pochopení systému prevence a jejich hodnocení tak bylo vždy subjektivní.

Důvěra je ovlivněna velkým množstvím subjektivních faktorů, které jsou velmi těžko ovlivnitelné, zároveň v rámci společnosti mluvíme o citové, hodnotové a názorové jednotě, které důvěru a ucelenost společnosti podporují (Giddens, 2023). Důvěra ve zdravotnictví se může lámat zkreslenou představou o postupech či přístupu zdravotního personálu a reálnými možnostmi. To může způsobit zklamání či negativní zkušenost, která pak zmenší výslednou důvěru ve zdravotnictví. Role pacienta se mění medializací zdravotnictví a možnostmi léčby. Pacient díky množství informací požaduje větší sdílnost ohledně svého zdravotního stavu, kterou vytižený zdravotnický personál nemusí být schopen naplnit (Pramuková, 2014). Kladné odpovědi týkající se důvěry v pravidelnou prevenci dotazovaných respondentek činí v první fázi dotazníku přes 80 %, o to překvapivější bylo, že v části dotazníku zaměřenou na hodnocení centra v otázce směřované na důvěru v prevenci ve specifickém zdravotnickém centru v Kroměříži kladné odpovědi tvořily 93,2 %.

Další otázka ověřující důvěru byla směřována na překonávání obav z preventivního vyšetření jako je například stres, stud či strach. Ve výzkumu o důvodech neúčasti v prevenci se umístily tyto faktory na předních příčkách. Goal attainment navazuje přesně na slučitelnost požadavků společnosti a prostředků, kterými jednotlivci disponuje. Pokud je cílem systému je dbát na preventivní vyšetření a komunita se dokáže přizpůsobit požadavkům, případně tedy jednotlivci popřít své subjektivní preference, tak může vzniknout nový standard společenského chování (Chotim, 2022). Je důležité zmínit, že v tomto výzkumu bylo pracováno s respondentkami, které jsou schopny být součástí prevence i přes obavy. 39,8 % respondentek hodnotilo jako těžké překonat své obavy z preventivního vyšetření, každopádně

v části dotazníku mířící na hodnocení centra, kde byly vztaženy otázky na soukromí, vstřícnost personálu či případnou bolest při vyšetření, kladné odpovědi tvořily minimálně 79,45 % a to u otázky na vstřícnost personálu a maximálně 94,52 % u otázky na prostředí oddělení. Díky tomu můžeme říct, že specifickému radiologickému centru se daří maximalizovat eliminaci negativních faktorů, které by mohly ovlivnit zkušenost pacientů.

Na vnímání důvěry ve zdravotnictví byl proveden výzkum, kde byly respondentkami ženy asijského původu žijící v Americe. Hlavními spouštěči nedůvěry ve zdravotnictví byly prvky diskriminace ze stran personálu, věk, vzdělání a výše měsíčního příjmu. V rámci této práce byla ověřována kauzalita mezi demografickými údaji a důvěrou v prevenci, což můžeme potvrdit u vzdělání a věku, navíc byl odhalen vztah o rostoucích obavách z preventivního vyšetření společně s věkem. (Khan M. Mahmud, 2018) Část AGIL modelu o udržování nebo zdržení vzdoru popisuje fakt, že společenský systém ovlivňuje individuální motivaci jedince. Základní sdílené hodnoty a normy tvoří společenský obraz toho, co je žádoucí či nikoli, tvoří i přetvářejí kulturní vzorce, které jsou podle Parsonse tvůrčími elementy hodnotového rámce společnosti (Chotim, 2022).

Celkové hodnocení centra se ověřovalo pomocí devíti otázek směřovaných přímo na zdravotnický personál, prostředí a systém objednávání. V této fázi výzkumu kladné odpovědi ani u jedné z otázek neklesly pod 79,5 %, zároveň byl vidět velký procentuální rozdíl mezi maximálně kladnou odpovědí a všemi ostatními možnostmi odpovědi. Zkoumala se zde případná kauzalita mezi věkem pacientek a systémem objednávání, která byla v rámci ověřování hypotéz potvrzena.

ZÁVĚR

V teoretické části práce bylo cílem popsat nádorové onemocnění prsu, faktory ovlivňující výskyt tohoto onemocnění u žen a zasvětit čtenáře do tématu preventivního vyšetření nádorů prsu, které bylo pro tuto bakalářskou práci zásadní. Téma prevence bylo rozděleno na tu, kterou je žena schopna naplnit sama svými činy či péčí o sebe sama jako je například životospráva či samovyšetření a na část věnovanou prevenci u lékaře. V práci byly popsány úskalí samovyšetření doma a zároveň úskalí lékařské prevence jako například věkové rozpětí ženské populace, na které se preventivní vyšetření vztahuje. Kapitola týkající se prevence je pak zakončena tématem zdravotní gramotnosti a komplikacemi přicházejícími společně s nemocí jednotlivce pro společnost jako celek, konec teoretické části je věnován AGIL modelu Talcotta Parsonse, kde jsou popsány jednotlivé části a dány do kontextu prevence.

Praktická část byla provedena ve formou dotazníku, věnovanému zdravotní gramotnosti, spokojenosti žen navštěvující prevenci a otázkám důvěry v preventivní vyšetření. Dotazníky byly podávány formou dotazníků v papírové formě a výsledky byly poté přepsány do Microsoft Excel a zpracovány. Všechny cíle bakalářské práce byly naplněny. Zdravotní gramotnost respondentek odpovídá předpokládaným výsledkům, které byly odhadovány na základě rešerše. Zároveň překvapující a frustrující je fakt o sice nadpolovičních, ale stále poměrně nízkých procentech kladných odpovědí u otázek mířících na faktory ovlivňující zdraví v každodenním jednání a základní pochopení prevence, kdy spousta respondentek vnímá vyšetření jako ochranu před onemocněním. Tento výsledek je zásadní v kontextu doby, kdy je onemocnění rakovinou prsu a s ním spojená prevence velmi medializovaným tématem, ale stále existuje ve vztahu mezi zdravotním personálem a pacienty nepochopení v základních otázkách.

Výsledky důvěry v prevenci byly ověřovány pomocí dvou otázek, kdy výsledky hovořily spíše kladně, ovšem otázkou je, zda není kladný výsledek spojen s přenesením zodpovědnosti na autoritu v podobě lékařského zařízení nebo přímo osobu lékaře, protože v kontextu hodnocení zdravotní gramotnosti výsledky nenasvědčují větší autonomii.

Zdravotnické zařízení bylo hodnoceno velmi kladně a výsledky mluví jednoznačně o nadprůměrné spokojenosti respondentek s centrem, které navštěvují. Důležité je zmínit, že při větší nespokojenosti se ženy nestávají součástí prevence v tomto centru, tedy větší množství kritiky bychom mohli najít při zaměření se na ženy, které jsou na první prohlídce. Tato bakalářská práce splňuje všechny cíle, které byly na začátku vytyčeny. Vytvořila námět pro navazující práce s podobnou tematikou. Pro rozšíření by bylo vhodné vést rozhovory s ženami, které jsou dlouhodobě součástí preventivních opatření nebo naopak absolvují svou první screeningovou prevenci. Zároveň by práce mohla být rozšířena o rozhovory se zdravotnickým personálem, kdy předmětem zkoumání by bylo vzájemné pochopení, překonávání komunikačních bariér a eliminace rezignačních postojů ze strany personálu center.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Abrahámová, J. a. (2019). *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada.
- Anděl, J. (2019). *Statistické metody*. Praha: Matfyzpress.
- Bártlová Sylva, a. k. (2018). *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada.
- Bártlová, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Bártlová, S. (2006). Příspěvek T. Parsonse k rozvoji sociologie medicíny a zdravotnictví. *Sociální práce*, 93-99.
- Bury, M. (12 1991). The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of Health and Illness*(13), stránky 451-468.
- Bužgová, R. (2015). *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada.
- Cibula, D. a. (2009). *Onkogynekologie*. Praha: Grada.
- Daneš, J. (2001). *Screening a diagnostika karcinomu prsu: pro každodenní praxi*. Praha: Grada Publishing.
- Daniel Čermák, J. S. (2010). Zdroje institucionální důvěry v České republice. *Sociologický časopis*(46), stránky 683-717.
- Dostálová, O. (2016). *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing.
- Dražan, L. (2006). *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. Praha: Grada.
- Giddens, A. (2023). *Důsledky modernity*. Praha: Karolium.
- Guner, A. E. (2022). A Large-scale Pilot Breast Cancer Screening Program:. Istanbul, Turecko. doi:DOI:10.4274/haseki.galenos.2021.7793
- Hamplová, L. (2019). *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing.
- Holčík, J. (2010). *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD.
- Hora, M. S. (2014). *Evaluační výzkum*. Brno: Masarykova univerzita.
- Chotim, E. R. (28. 4 2022). Talcott Parsons' Sociological Perspective In Viewing Social Change In Society In The New Normal Era. *ijd-demos*.
- Ivanová, K. (2018). *Sociální lékařství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ivanová, K. L. (2013). *Medicína a společnost*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Khan M. Mahmud, L. C. (1. 6 2018). Factors affecting trust in healthcare among middle-aged to older Korean American Women. *BMC Primary Care*, stránky 1-13. doi:10.1186/s12875-022-01832-6
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Křížová, E. (2018). *Zdraví - Kultura - Společnost*. (J. Jindrová, Editor) Praha: Karolium.
- Kučera, P. Š. (2016). Zdravotní gramotnost obyvatel ČR - výsledky komparativního reprezentativního šetření. *Časopis lékaře českých*(5), stránky 233-241. Načteno z Zdravotní gramotnost obyvatel ČR - výsledky komparativního reprezentativního šetření:

- https://is.muni.cz/el/1451/podzim2016/np2424/65256045/zdravotni_gramotnost_clanek.pdf
- Linkos. (2023). Načteno z Česká republika a rakovina v číslech: <https://www.linkos.cz/narodni-onkologicky-program/co-musite-vedet/ceska-republika-a-rakovina-v-cislech/>
- Mačák, J. (2012). *Patologie. 2., dopl. vyd.* Praha: Grada.
- Májek, O. D. (2019). *mamo.cz - program mamografického screeningu v České republice*. Načteno z mamograf vs ultrazvuk: <https://www.mamo.cz/>
- Momenimovahed, S. (11 2019). Epidemiological characteristics of and risk factors. *Dove Medical Press*, stránky 151-159.
- Naully, P. (10 2021). *4 th International Seminar on Global Health*. Načteno z researchgate.com: https://www.researchgate.net/figure/Analysis-of-problems-with-PICOST_tbl1_357824644
- Pešek, M. a. (2020). *Od diagnózy rakoviny k uzdravení*. Liberec: Dialog.
- Pramuková, K. K. (2014). *Dotazník důvěry ve zdravotnictví*. Načteno z dostal.vyzkum-psychologie.cz: https://dostal.vyzkum-psychologie.cz/pmlab/zpravy/zprava0189_2.pdf
- Prokop, D. K. (22. 11 2022). *Prevence rakoviny: Důvod neúčasti a vliv epidemie*. Načteno z www.paqresearch.cz: <https://www.paqresearch.cz/post/prevence-rakoviny-duvody-neucasti>
- Puchmajerová, A. (5 2018). Hereditární formy karcinomu prsu:. (M. M. Čermák, Editor) *Časopis lékařů českých*, stránky 90-95.
- Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Rod, A. (2012). elogs.vse.cz. *E-logos(13)*, stránky 2-14. Načteno z <https://elogs.vse.cz/pdfs/elg/2012/01/13.pdf>
- Skovajsová, M. (2009). *Intervenční výkony v diagnostice nemocí prsní žlázy*. Načteno z Medical Education : <https://www.onkologiecs.cz/>
- Skovajsová, M. (2010). *O rakovině beze strachu*. Praha: Mladá fronta.
- Skovajsová, M. (2019). www.medicinapropraxi.cz. Načteno z Principy péče o ženský prs: <https://www.medicinapropraxi.cz/>
- Skovajsová, M. (2019). *Principy péče o ženský prs*. Načteno z www.medinapropraxi.cz
- Strnadová, V. (1. 9 2007). Sociální vnímání (percepce). *Knihovnicko-informační zpravodaj U Nás(4)*.
- svod.cz. (2021). Načteno z Diagnóza: D05 - Carcinoma in situ prsu: <https://www.svod.cz/>
- Šubrt, J. (2001). *Postavy a problémy soudobé teoretické sociologie*. Praha: ISV.
- Šubrt, J. (2006). *Talcott Parsons a jeho přínos soudobé sociologické teorii*. Praha: Karolinum.
- Tittenbrun, J. (25. 10 2013). Talcott Parsons' economic sociology. *International Letters of Social and Humanistic Sciences*, stránky 20-40.

uzis.cz. (2021). Načteno z Ústav zdravotnických informací a statistiky:
<https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8466>
Weinberger, V. (2016). *Linkos*. doi:10.14735/amko20163S7
Zámečník, k. a. (2019). *Patologie*. Praha: LD Prager Publishing. Získáno 2023
zdravi2030.mzcr. (18. 11 2018). Načteno z Ministerstvo zdravotnictví České
republiky: <https://zdravi2030.mzcr.cz/>

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Incidence a mortalita	14
Graf 2 - prevalence rakoviny prsu	15
Graf 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání.....	34
Graf 4 - Věk	35
Graf 5 - Důvěřuji pravidelné prevenci	36
Graf 6 - Překonat obavy z preventivního vyšetření (stres, stud, strach).....	36
Graf 7 - Pochopit, co Váš gynekolog/praktický lékař říká k prevenci	37
Graf 8 - Posoudit, kdy byste mohla potřebovat názor jiného zdravotního centra.....	38
Graf 9 - Využít informace, které Vám podává zdravotní personál k rozhodování, pokud jde o váš zdravotní stav (vnímání k rozhodování).....	38
Graf 10 - Nevnímat tento typ prevence jako ochranu před nemocí, ale spíše způsob včasného zjištění.....	39
Graf 11 - Pochopit, proč potřebujete absolvovat preventivní prohlídky	39
Graf 12 - Posoudit, zda jsou informace o zdravotních rizicích v médiích věrohodné	40
Graf 13 - Posoudit, co z vašeho každodenního jednání je spojeno s vaším zdravím (kouření, strava, pohyb)	40
Graf 14 - Zhodnotit, zda mám dost informací o prováděných postupech.....	41
Graf 15 - Důvěřuji pravidelné prevenci v tomto centru	42
Graf 16 - Dostává se mi péče na dobré úrovni.....	42
Graf 17 - Pochopení systému prevence v daném centru je pro mě jednoduché (časové intervaly, žádanky).....	43
Graf 18 - Objednávání je pro mě jednoduché	43
Graf 19 - Prostředí oddělení na mě působí příjemně	44
Graf 20 - Při vyšetření mám dostatek soukromí	44
Graf 21- Vyšetření (screeningový snímek) bylo pro mě bezbolestné	45
Graf 22 - Personál byl ke mně ochotný.....	45
Graf 23 - Vnímám, že od lékaře/zdravotního personálu mám dost informací o svém zdravotním stavu	46
Graf 24 - Čím vyšší je vzdělání respondentky, tím více důvěřuje v prevenci	47
Graf 25 - Čím vyšší je věk respondentek, tím vyšší je jejich důvěra v prevenci	48
Graf 26 - Čím vyšší je vzdělání, tím lépe chápe prevenci.....	48
Graf 27 - Čím vyšší je věk respondentek, tím větší jsou obavy z prevence.....	49
Graf 28 - Čím vyšší je vzdělání respondentek, tím větší mají obavy z prevence.....	49
Graf 29 - Čím vyšší je věk respondentek, tím složitější je pro ně systém objednávání	50

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník.....	61
---------------------------	----

Příloha 1: Dotazník

Krásný den, jmenuji se Karolína Vávrová a jsem studentkou na univerzitě Palackého v Olomouci, ve své práci se zabývám prevencí a velmi mě zajímá, jak vnímáte prevenci obecně a také specificky v tomto centru. Vaše odpovědi jsou zcela anonymní, proto se nebojte odpovídat tzv. od srdéčka. Zpracování bude probíhat za celou skupinu žen, které navštíví centru od prosince do února. Přála bych si, aby má práce byla přínosem pro kvalitu péče v centru a tím se vyšetření nebo případný strach z prevence pro Vás stal malicherností. Předem děkuji za vyplnění dotazníku, moc si toho vážím.

Karolína

Nejvyšší dosažené vzdělání:

Základní	Střední bez maturity	Střední s maturitou	Vyšší odborná škola	Vysoká škola
1	2	3	4	5

Věk	45-55 let	56-65 let	66-75 let	86 a více
Důvěřuji pravidelné prevenci:	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	nesouhlasím

I. ČÁST

Definujte, jak snadné či nikoli jsou pro Vás odpovědi na tyto otázky. Přeškrtněte číslici, která odpovídá Vašemu hodnocení dané situace.

Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké
1	2	3	4

1.	Pochopit, co Váš lékař v centru říká	1	2	3	4
2.	Posoudit, kdy byste mohla potřebovat názor jiného lékaře	1	2	3	4
3.	Využít informace, které Vám podává lékař k rozhodování, pokud jde o vaši nemoc (vnímání k rozhodování)	1	2	3	4
4.	Nevnímat tento typ prevence jako ochranu před nemocí, ale spíše způsob včasného zjištění	1	2	3	4
5.	Pochopit, proč potřebujete absolvovat preventivní podmínky	1	2	3	4
6.	Posoudit, zda jsou informace o zdravotních rizicích v médiích věrohodné	1	2	3	4
7.	Posoudit, co z vašeho každodenního jednání je spojeno s Vaším zdravím (kouření, strava, pohyb)	1	2	3	4
8.	Posoudit, co z vašeho každodenního jednání je spojeno s Vaším zdravím	1	2	3	4
9.	Překonat obavy z preventivního vyšetření (stres, stud, strach)	1	2	3	4
10.	Zhodnotit, zda mám dost informací o prováděných postupech	1	2	3	4

II. ČÁST

Vyjádřete, zda s tvrzeními, které následují souhlasíte či nikoliv. Přeškrtněte číslici, která odpovídá míře souhlasu či nesouhlasu s daným tvrzením.

Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
1	2	3	4

11.	Důvěřuji pravidelné prevenci v tomto centru	1	2	3	4
12.	Dostává se mi péče na dobré úrovni	1	2	3	4
13.	Pochopení systému prevence v daném centru je pro mě jednoduché (časové intervaly, žádanky)	1	2	3	4
14.	Objednávání je pro mě jednoduché	1	2	3	4
15.	Prostředí oddělení na mě působí dobře	1	2	3	4
16.	Při vyšetření mám dostatek soukromí	1	2	3	4
17.	Vyšetření (screeningový snímek) bylo pro mě bezbolestné	1	2	3	4
18.	Personál byl ke mně ochotný	1	2	3	4
19.	Vnímám, že od lékaře mám dost informací o svém zdravotním stavu	1	2	3	4