

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Hana Gottwaldová

Učitelství sociálních a zdravovědných předmětů pro střední a vyšší odborné
školy

Informovanost dospělé populace v Brně o možnostech
onkologického screeningu

Vedoucí práce: MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.

Olomouc 2014

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu.

V Olomouci dne 5. dubna 2014

Bc. Hana Gottwaldová

Děkuji MUDr. Kateřině Kikalové, Ph.D za odborné vedení, trpělivost, cenné rady při psaní diplomové práce. Dále patří poděkování všem respondentům, kteří se podíleli na výzkumné části diplomové práce.

Obsah

ÚVOD.....	5
1 CÍL PRÁCE.....	7
2 TEORETICKÉ POZNATKY.....	8
2.1 Terminologie a historie.....	8
2.2 Nádor.....	11
2.2.1 Etiologie vzniku nádoru.....	11
2.2.2 Prekanceróza.....	13
2.2.3 Klasifikace nádorových onemocnění.....	14
2.3 Karcinomy.....	15
2.3.1 Karcinom tlustého střeva.....	15
2.3.2 Karcinom děložního čípku.....	17
2.3.3 Karcinom prsu.....	19
2.3.4 Karcinom prostaty.....	20
1.4 Onkologický screening.....	22
1.4.1 Screening nádoru prsu.....	24
1.4.2 Screening nádoru děložního čípku.....	24
1.4.3 Screening kolorektálního karcinomu.....	26
1.4.4 Screening karcinomu prostaty.....	28
3 METODIKA PRÁCE.....	30
3.1 Charakteristika zkoumaného souboru.....	30
3.2 Organizace výzkumu.....	32
3.3 Výzkumná metoda.....	32
4 VÝSLEDKY.....	34
4.1 Informovanost o onkologickém screeningu.....	34
4.2 Dodržování onkologické prevence a onkologického screeningu.....	47
4.3 Zjištěné informační zajímavosti.....	59
5 DISKUZE.....	66
ZÁVĚR.....	70
SOUHRN.....	72

ÚVOD

Tématem diplomové práce je informovanost dospělé populace v Brně o možnostech onkologického screeningu. Téma bylo zvoleno především z důvodu jeho aktuálnosti. Kollárová (2011) uvádí, že nádorová onemocnění představují v současné době druhou nejčastější etiologii úmrtí ve vyspělých zemích. Všechny lékařské disciplíny jsou jistě velice důležité, avšak onkologie patří v této době ke stěžejním. Faktem totiž zůstává, že nemocných onkologickým onemocněním přibývá, dokazují to mnohé studie, literatury a výzkumy.

Onkologie je multidisciplinární lékařský obor, zabývající se léčbou, diagnostikou a prevencí nádorových onemocnění (Slezáková, 2010).

V počtu výskytu některých nádorových onemocnění, jako je například kolorektální karcinom, zaujímá Česká republika, co se týče celosvětového výskytu tohoto onemocnění, 4. místo z hlediska incidence hned za Slovenskem, Maďarskem, Novým Zélandem a Izraelem, u mužů jeto pak 3. místo. Česká republika se pohybuje na vrcholku pomyslného žebříčku nejen co se týče kolorektálního karcinomu, ale i nádorového onemocnění plic a prsu (www.svod.cz).

Tyto statistické údaje jsou alarmující. Je mnoho příčin, které působí na vznik nádorových onemocnění, jistě přispívá stále vyšší výskyt obesity, stresu, životní styl, genetické predispozice, ale i lhostejnost a neinformovanost společnosti k dané problematice. Jedním z faktorů, podílejících se na takto vysokém výskytu nádorových onemocnění, je jistě nedokonalá prevence. Ne nadarmo se říká, že prevence je tím nejlepším lékem.

Diplomová práce se skládá celkem ze dvou hlavních částí, a to z první, teoretické, kde jsou objasněny pojmy, jako je epidemiologie, incidence, prevalence, mortalita, nádor a jeho vznik, prekancerózy, druhy karcinomů, zaměřené právě na prevenci a samotný onkologický screening, možnosti onkologického screening u nás v ČR, dále je v teoretické části zmínka o Národním onkologickém registru a Masarykově onkologickém ústavu v Brně, který se jako první ústav v ČR věnoval léčbě pouze onkologických onemocnění. V teoretické části je také zmíněn Projekt adresovaného zvaní na preventivní screeningová vyšetření, který bude jistě v budoucnu velkým

přínosem pro českou onkologii a onkologickou prevenci. Druhá část diplomové práce, část praktická, je zaměřena na kvantitativní výzkum, přesně na zjišťování informovanosti náhodného vzorku dospělé populace právě ohledně možností onkologického screeningu. V praktické části jsou dotazováni respondenti ve věku od 18 do věkové hranice nad 66 let. Zjištěné informace jsou přehledně graficky zpracovány.

Hlavním cílem práce je zjištění úrovně znalostí dospělé populace v Brně o možnostech onkologického screeningu v závislosti na věku, vzdělání a pohlaví.

1 Cíl práce

Hlavním cílem výzkumu této diplomové práce je zmapovat informovanost dospělé populace ve věku od 18 let o možnostech onkologického screeningu.

Dílčí cíle práce:

1. Zjistit, zda má vliv na informovanost o onkologickém screeningu věk, vzdělání a pohlaví.
2. Zmapovat nejčastější důvody podceňování prevence onkologických onemocnění.

Výzkumné předpoklady:

1. Starší populace vykazuje vyšší informovanost o onkologickém screeningu.
2. Úroveň znalostí o onkologickém screeningu je vyšší u žen.
3. Dospělí s vysokoškolským vzděláním jsou informovanější, než dospělí s nižším stupněm vzděláním, než je vysokoškolské.

2 Teoretické poznatky

Teoretická část diplomové práce je věnována terminologii, historii a dalším důležitým pojmům a poznatkům, týkající se onkologie, onkologického screeningu a výzkumné (praktické) části diplomové práce.

2.1 Terminologie a historie

Maligní nádor jinými slovy rakovina, latinsky cancer, je onemocnění, které postihuje lidstvo již víc než milion let. Některé literatura uvádí, že již v kostrách dinosaurů byly přítomny změny, které souvisí s nádorovým procesem. Zajímavostí také je, že v egyptských mumiích byly objeveny nádory kostí a močového měchýře. Dokonce v nejstarších dochovaných písemných dokladech můžeme vyčíst, že příčinou úmrtí byly právě zhoubné nádory. Hippokrates použil pro nádorová onemocnění jako první označení karkinóma, tento název je odvozen z řeckého karkinos, neboli rak a onkos, neboli krab. Název vyplývá z logického popisu, a to stylem šíření nádoru. Termín „rakovina“ je termínem pouze laickým, odborníci se mu snaží vyhýbat, laická veřejnost totiž míní tímto názvem všechny nádory, tento termín však označuje jen jednu kategorii nádorů zhoubných (Petruželka, 2003).

Epidemiologie

Epidemiologie je oborem vědy, která zkoumá celou populaci z hlediska nemoci. Jejím cílem je mapovat výskyt nemocí a jejich příčiny v oblasti onkologie. V oblasti onkologie jsou monitorovány zejména: incidence nádorové nemoci, potom je to prevalence nádorové nemoci a mortalitu neboli úmrtnost na maligní nemoci. Počet maligních onemocnění, délka léčby, prevalence, úmrtnost, jsou nejdůležitějšími vstupy pro při řízení léčebné péče (Vorlíčková, 2012).

Incidence

„Incidence vyjadřuje frekvenci výskytu nově vzniklých onemocnění v dané populaci v určitém časovém období. Udává se počtem nových případů na 100 000 obyvatel“ (Cibula et al., 2009, s. 83).

Prevalence

„Prevalence je okamžitý ukazatel úrovně nemocnosti ke konkrétnímu datu. Udává počet žijících osob s nádorovým onemocněním například k 31.12. daného roku“ (Cibula et al., 2009, s. 83).

Mortalita

„Mortalita je ukazatel vyjadřující počet zemřelých v dané populaci za rok přepočítávající se na 100 000 obyvatel“ (Cibula et al., 2009, s. 83).

Prognóza

„Prognóza je předpověď průběhu nemoci a výsledky léčení. Často se vyjadřuje jako přežití určitého období podle stadia onemocnění v procentech. Přestože se jedná o velmi nepřesné hodnocení, je to často jediná možnost, jak lze predikovat budoucí vývoj nemoci“ (Cibula et al., 2009, s. 86“).

Národní onkologický registr

Národní onkologický registr, děle jen NOR, je součástí komplexní onkologické péče. Spravuje ho Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. NOR slouží k registru onkologických onemocnění a k sledování jejich dalšího vývoje. NOR je také členem IACR (Mezinárodní asociace onkologických registrů) v Lyonu. (www.uzis.cz/registry-nzis/nor).

NOR byl přijat v roce 1991 do Mezinárodní asociace registrů. Řídícím orgánem NOR je Rada NOR, která má na starost provoz registru, jeho legislativu a finance. Základním předpokladem pro udržení vysoké kvality NOR je především hlášení novotvarů. Toto hlášení má na starost lékař, který diagnózu stanoví, ten odesílá jednotný formulář na okresní pracoviště NOR. Cílem NORu je získaná data třídit, kontrolovat a vyhodnocovat. NOR je velmi cenný, protože data, která uchovává, umožňují formovat další preventivní programy, ukazují, kterým směrem se může vydat výzkum v onkologii (Klener, 2002).

Masarykův onkologický ústav

Prvním ústavem v České Republice, který se zabýval pouze onkologickou léčbou byl Masarykův onkologický ústav v Brně, dříve Masarykův ústav–dům útěchy, který byl otevřen roku 1935 (Slezáková, 2007).

V současné době je Masarykův onkologický ústav specializovaným onkologickým ústavem, sídlící v Brně na Žlutém kopci, který se zabývá léčbou, diagnostikou a výzkumem v oblasti onkologie. Ústav poskytuje konzultační a poradenské služby všem občanům v oblasti onkologie. Ústav má zřízenou Informační onkologické centrum, které má bezplatnou telefonní službu na čísle 800 222 322. Mnohé informace také můžou občané najít na webových stránkách www.mou.cz. nebo na www.prevenenadoru.cz. (Adam, 2004).

Projekt adresovaného zvaní na preventivní screeningová vyšetření

Z důvodu stále narůstajícího počtu onemocnění rakovinou v České republice, připravilo Ministerstvo zdravotnictví projekt „Systém podpory prevence vybraných nádorových onemocnění v ČR–screeningové programy.“ Ministerstvo zdravotnictví vytvořilo tento projekt ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami. Projekt má dvě části. V první části bude zahájeno v lednu 2014 adresné zvaní na preventivní prohlídky. Občané budou zvaní zdravotními pojišťovnami k účasti na screeningovém vyšetření. Celkově (i v případě opakovaného zvaní) může být osloveno až 3,5 milionů lidí. Druhá část projektu je informační kampaň, probíhající v celé republice, propagující se především pomocí televize či rozhlasu. Cílem projektu je zvýšení počtu preventivních prohlídek a tím zvýšení zachytu pokročilých nádorových onemocnění a výskytu karcinomu prsu, děložního hrdla a kolorekta. Dalším cílem projektu je také zvýšení návštěvnosti screeningových programů. V rámci tohoto projektu jsou cílovými skupinami:

- Karcinom prsu–ženy ve věku od 45 let do 70 let
- Karcinom děložního hrdla–ženy ve věku od 25 let do 70 let
- Karcinom kolorekta–muži a ženy ve věku od 50 let do 70 let

Podrobné informace o preventivních vyšetřeních lze najít na webových stránkách:

- www.mamo.cz
- www.cervix.cz
- www.kolorektum.cz (dostupné z www.mzcr.cz).

2.2 Nádor

„Nádor je geneticky podmíněný abnormální přírůstek buněčné tkáňové hmoty klonálního charakteru. Jeho růst není v koordinaci s růstem okolních tkání a rovnovážným stavem organismu. Nádorová proliferace přetrvává i po odstranění základního etiologického momentu“ (Rejthar, Vojtěšek, 2002, s. 16).

„Nádorový proces lze charakterizovat jako neregulovaný růst buněk o autonomní povaze buněčné proliferace spojený s poruchou kontrolních mechanismů a s alterací buněčné diferenciací“ (Klener, 2002, s. 39).

Dle šíření nádoru lze rozdělit nádory na benigní a maligní (Rejthar, Vojtěšek, 2002).

Nádory benigní, neboli nezhoubné, jsou charakteristické tím, že zůstávají ohraničené a lokální, tzn., že na okolí mohou působit jen tlakem. Jejich růst je obvykle pomalý, expanzivní. Benigní nádory bývají často vazivově opouzdřené. Naopak nádory maligní, zhoubné, jsou typické svým agresivním růstem, nepřesným ohraničením a také schopností šíření do blízkých či vzdálených tkání a struktur, tzv. metastazování (Čapov, 2008).

„Metastazováním rozumíme jeho skryté šíření do oblastí anatomicky vzdálených prvotnímu ložisku“ (Klener, 2002, s. 64).

Možnosti šíření nádorů jsou: přímé, tj. po tělesném povrchu nebo tělními dutinami, dale šíření lymfatickým systémem a šíření krevní cestou (Ondruš, 2006).

2.2.1 Etiologie vzniku nádoru

Na vzniku nádorového onemocnění se podílí mnoho faktorů. Častou příčinou vzniku nádorového onemocnění bývá kumulace několika faktorů (multifaktoriální etiologie), ovlivňující vznik této nemoci. Rizikové faktory můžeme rozdělit takto:

- Genetická predispozice
- Životní styl
- Zdravotní stav jedince
- Pracovní expozice

- Faktory životního prostředí
- Demografické faktory (Kollárová, 2011).

Na vzniku onemocnění se podílí výživa, a to výživovými návyky, každodenním příjmem a různými přijímanými látkami ve stravě. Při riziku výživy jsou posuzovány: nutriční složky (tuky, bílkoviny, cukry), energetický přísun (obesita), komplexní složky v potravě, příprava a zpracování potravin. Jako rizikovou složku v potravě považujeme tuky a jejich zvýšený příjem. Zvyšují riziko vzniku především nádoru tlustého střeva a konečníku, prsu, prostaty a dalších. Tuky, zvláště pak ty živočišné, by měly tvořit maximálně 25 % celkového energetického příjmu. Stejně účinky má pak zvýšený příjem cukrů v potravě. Celkový energetický příjem cukrů by se má pohybovat mezi 55–75 %. Bílkoviny pak 10–15 %. O vláknině se mluví jako o protektivním prvku nádorového onemocnění střeva a konečníku, proto by měla být do stravy zahrnuta, a to v množství 30 g denně. Dalšími rizikovými faktory v oblasti výživy jsou: vyšší konzumace alkoholu, červeného masa, některého koření (skořice). Dalším rizikovým faktorem je obesita. Obesita je rizikovým faktorem pro vznik tzv. hormonálně závislé nádory. V České republice je obézních lidí 17 %, 35 % má nadváhu a 52 % má nadváhu. Zvýšené riziko je u jedinců s vyšším abdominálním tukem. Třetím významným faktorem jsou komplexní složky v potravě, tzn., jaké je celkové složení stravy. Nejméně se mají konzumovat sladkosti, alkohol, červené maso a máslo, bílý chléb, střídavě se mají konzumovat mléčné výrobky a vejce, kuřecí maso a ryby, nejprospěšnější je pak konzumace zeleniny, luštěnin a ořechů, celozrnných potravin, ovoce. Toto stravování má být provázeno cvičením a kontrolou tělesné hmotnosti. Při zpracování potravin je nutné se vyhnout smažení a grilování. Velkým rizikovým faktorem je kouření (Kollárová, 2011).

„Kouření způsobuje 90 % úmrtí na karcinom plic u mužů a 75–80 % úmrtí u žen“ (Vorlíčková, 2012, s. 34).

Významnou roli v příčinách vzniku nádorových onemocnění mají infekce. Odhaduje se až 10 %. K častým původcům je řazen *Helicobacter pylori*, virus HIV, HPV (lidský papilomavirus) a některé viry hepatitid. Nádorová onemocnění, s genetickou etiologií tvoří až 10 % všech nádorových onemocnění. Nejčastěji se jedná o kolorektální karcinomy, karcinomy prsu a vaječníku. V rámci sexuálního a reprodukčního chování se dle rizika jedná o pozdní nástup menopauzy a časný nástup menstruace. Jak již bylo uvedeno výše, profesní vlivy mohou zvyšovat riziko vzniku některých nádorových

onemocnění, avšak toto riziko je velmi nízké a je ovlivněno především prostředím. Konzumace vyšší než 20–30 g/den u muže a 10–15 g/den u ženy může zvýšit riziko vzniku nádorového onemocnění, je dokázáno, že se alkohol řadí mezi prokázané lidské kancerogeny. Mezi faktory životního prostředí působení chemických látek, ionizující záření a UV záření. Na vznik nádorových onemocnění mají léky, aditiva a průmyslové výrobky jen malý význam. Dalším významným faktorem je pohyb, pohybová aktivita. Je prokázano, že pravidelný pohyb, snižuje výskyt některých nádorových onemocnění. Pohyb totiž vede ke snížení váhy, která má vliv na další onemocnění, např. na kolorektální karcinom (Kollárová, 2011).

Tabulka 1. Podíl rizikových faktorů na vzniku nádorových onemocnění (Kollárová, 2011)

Výživa	35 %
Kouření	30 %
Infekce	10 %
Genetické faktory	5–10 %
Sexuální a reprodukční chování	7 %
Profesní vlivy	4 %
Alkohol	3 %
Faktory životního prostředí	do 5 %
Léky, aditiva, průmyslové výrobky	1 %
Nízká pohybová aktivita	5 %

2.2.2 Prekanceróza

“Prekanceróza (přednádorový stav) je chorobný stav, který se vyznačuje růstovou aktivitou a proliferací, ale nemá ještě nádorový charakter” (Citterbart et al., 2008, s. 179).

Jde v podstatě o změny, které mohou předcházet vzniku nádoru. Tyto změny jsou počátečními stádii nádorové transformace, kde je přítomná změna oproti normální tkáni (Souček, 2011).

2.2.3 Klasifikace nádorových onemocnění

Klener (2002) uvádí pro určení lokalizace nádoru klasifikaci ICD–O, stupeň poškození (rozsah) určuje klasifikace TNM.

Tabulka 2. Klasifikace ICD–O (Klener, 2002)

C00–C 14 Zhoubné nádory rtu, dutiny ústní a hltanu
C 15–C 28 Zhoubné novotvary trávicího ústrojí
C 30–C 39 Zhoubné novotvary dýchací soustavy a nitrohručních orgánů
C 40–C 41 Zhoubné novotvary kostí a kloubní chrupavky
C 43–C 44 Melanom a jiné zhoubné novotvary kůže
C 45–C 49 Zhoubné novotvary mezoteliální a měkké tkáně
C 50 Zhoubný novotvar prsu
C 51–C 58 Zhoubné novotvary ženských pohlavních orgánů
C 60–C 63 Zhoubné novotvary mužských pohlavních orgánů
C 64–C 68 Zhoubné novotvary močového měchýře
C 69–C 72 Zhoubné novotvary oka, mozku a jiných částí CNS
C 73–C 75 Zhoubný novotvar štítné žlázy a jiných žláz s vnitřní sekrecí
C 76–C 80 Zhoubné novotvary nepřesných, sekundárních a neurčených lokalizací
C 81–C 96 Zhoubné novotvary mízní, krevetvorné a příbuzné tkáně
C 97 Zhoubné novotvary mnohočetných primárních lokalizací
D 00–D 09 Novotvary in situ
D 37–D 48 Novotvary nejistého nebo neznámého chování

TNM klasifikace

Koutecký (2004) ve své knize Klinické onkologie uvádí TNM systém, popisující rozsah nemoci a vymezuující 3 složky:

- T (tumor)–rozsah primárního nádoru
- N (nodes)–přítomnost a rozsah metastáz, nebo jejich absenci
- M (metastases)–přítomnost vzdálených metastáz, nebo jejich absenci

Tabulka 3. TNM klasifikace (Koutecký, 2004)

T–primární nádor
T0–zhoubné onemocnění bez průkazu primárního nádoru
T1, T2, T3, T4–velikost nebo rozsah primárního nádoru, T1 je nejmenší, T4 největší
Tis–karcinom in situ
Tx–primární nádor, jehož rozsah není znám
N–regionální lymfatické uzliny

N0–regionální lymfatické uzliny bez metastáz
N1, N2, N3–rozsah metastatického postižení regionálních lymfatických uzlin
Nx–nález v lymfatických uzlinách nemůžeme posoudit
M–vzdálené metastázy
MO–popis absence vzdálených metastáz
M1–přítomnost vzdálených metastáz
Mx–vzdálené metastázy nemůžeme posoudit

2.3 Karcinomy

Termínem karcinom je označován zhoubný nádor, který vzniká z epitelu. Epitelem jsou pokryty všechny orgány, včetně systému dýchacího, močového, trávicího a pohlavního. Karcinomy jsou u člověka velmi časté, například karcinom prsu, karcinom prostaty, kolorektální karcinom, karcinom děložního hrdla a mnoho dalších (Vokurka, 2009).

2.3.1 Karcinom tlustého střeva

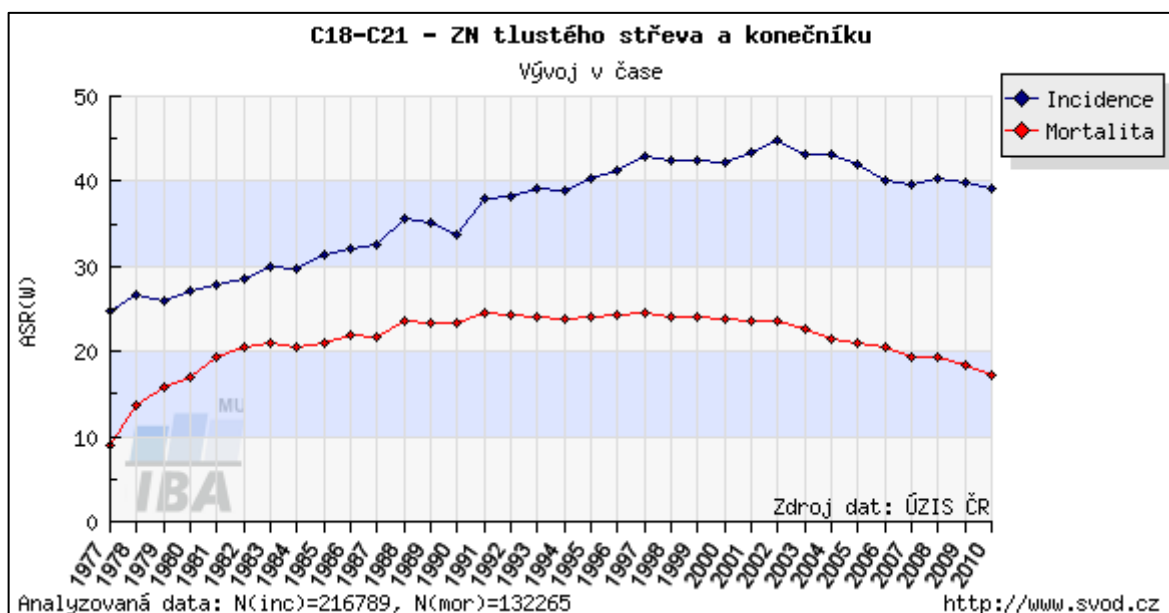
„Termínem kolorektální karcinom se označují maligní onemocnění vznikající maligní transformací cylindrického epitelu tlustého střeva (vzestupný, příčný, sestupný tračník a esovitá klička) a rekta“ (Adam, Krejčí, 2010, str. 71).

Karcinom tlustého střeva a konečníku, jinak kolorektální karcinom, patří ve světě k nejvíce se vyskytujícímu typu nádorového onemocnění. Česká republika zaujímá v četnosti výskytu první místa celosvětového žebříčku. Statistické údaje také hovoří o vyšší četnosti výskytu u mužů (Petruželka, 2003).

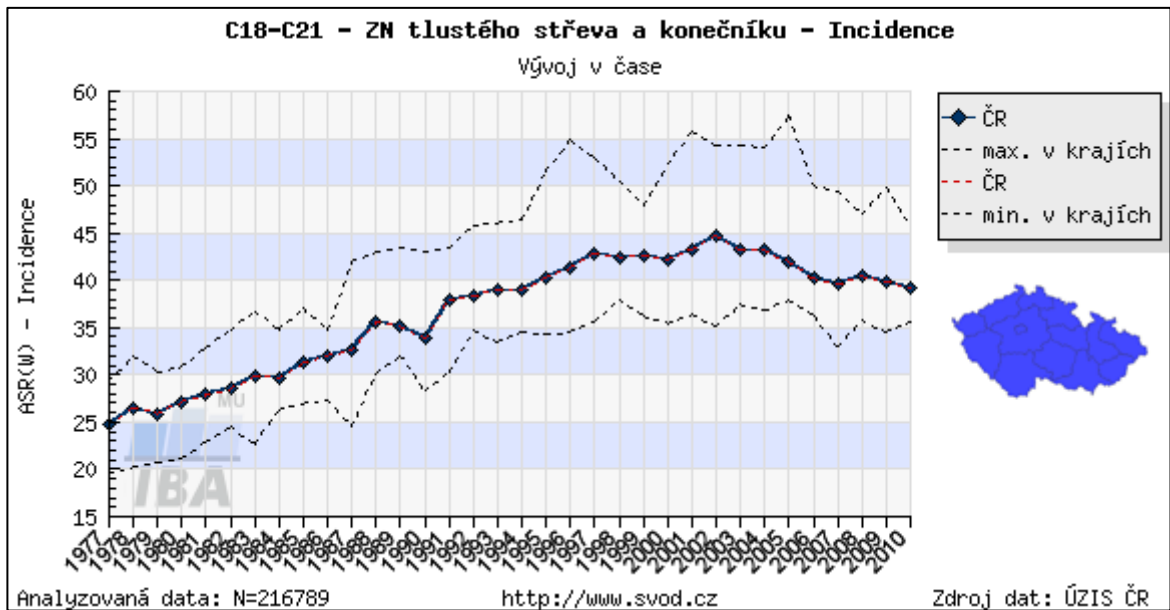
„Klinická manifestace a důsledky kolorektálního karcinomu závisí na lokalizaci, rozsahu a stadiu onemocnění“ (Adam, Krejčí, 2010, str. 72).

Etiologické faktory nemoci můžeme rozdělit na vliv stravy a geneticky podmíněné tumory. Vliv stravy má velký vliv na vznik nemoci, jde především o zvýšenou konzumaci živočišných tuků, červené maso, úpravu pokrmů (smažení, pečení, uzení), strava chudá na vlákninu, snížený příjem tekutin a snížená fyzická aktivita. Mezi geneticky podmíněné tumory řadíme syndrom familiární polypózy tlustého střeva, hereditární nepolypózní karcinom a familiární výskyt karcinomů tlustého střeva. Mezi příznaky kolorektálního karcinomu řadíme různé

dyspeptické potíže, dále to může být krvácené (enteroragie, meléna), tužkovitá stolice, zácpa, střídání zácpy a průjmu, dále tenezmy (bolestivé vyprázdnění rektu) nebo snížený tonus v oblasti rektu. Diagnóza se stanovuje vyšetřením per rektum, dále endoskopickým vyšetřením (rektoskopie, kolonoskopie, sigmoideoskopie), stanovit se můžou také nádorové markery, kde může být zvýšená hladina karcinoembryonálního antigenu (CEA). Terapie kolorektálního karcinomu je závislá od stupně postižení a lokalizace. Základním řešením zůstává chirurgická léčba, resekce samotného nádoru, popř. metastáz, ta bývá většinou doplněná o chemoterapii. Radioterapie je užívána pouze na oblast rektu (Adam, 2004).



Obrázek 1. (<http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>)



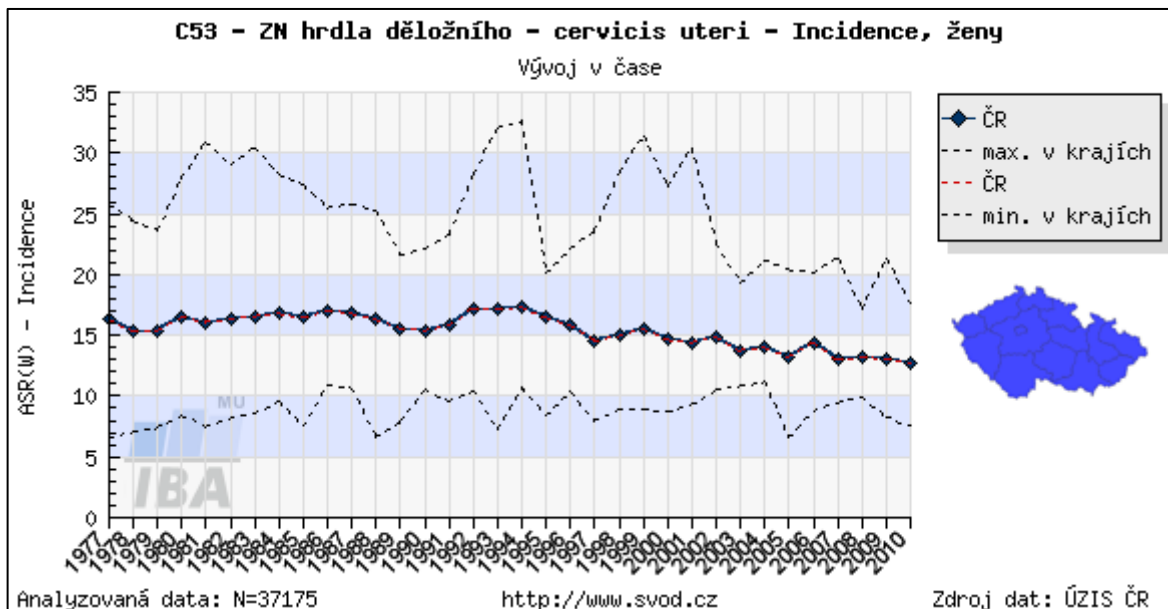
Obrázek 2. (<http://www.svod.cz/analyse.php?modul=srovnacianalyzy#>)

2.3.2 Karcinom děložního čípku

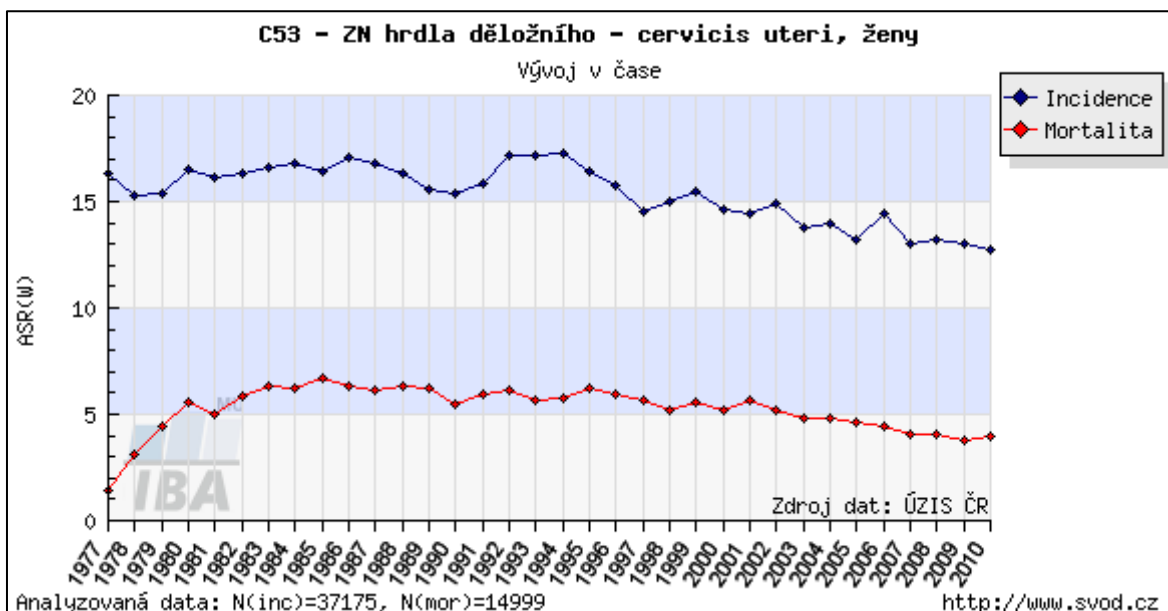
„Karcinom děložního čípku je epitelový nádorový proces vycházející z oblasti povrchového epitelu čípku exocervixu nebo cylindrického epitelu děložního kanálu–endocervixu“ (Adam, 2004, s. 257).

Nejčastější etiologií vzniku karcinomu děložního čípku je infekce HPV (lidským papilomavirem). Mezi další faktory, ovlivňující vznik nemoci je považováno kouření, časný počátek zahájení sexuálního života, promiskuita, sexuálně přenosné infekce, AIDS, vysoký počet porodů nebo potratů a genetické predispozice. Místo vzniku karcinomu je nejčastěji na povrchu děložního čípku, nebo v cervikálním kanále. Pokud dojde k šíření karcinomu do okolí, nejčastěji postihuje: vaginální epitel, parametrium a myometrium krčku a těla děložního, lymfatické uzliny paracervikální. Mezi nejčastější symptomy karcinomu děložního čípku řadíme: výtok (krvavý, vodnatý), metroragie (nepravidelné), krvácení při kontaktu (pohlavní styk), bolesti (lokalizace v podbříšku), v pokročilejších stádiích se můžou objevit i urologické problémy, jako hematurie, dysurie. Diagnostika je zaměřená na komplexní gynekologické vyšetření kolposkopií s onkologickou cytologií, dále může být indikována biopsie, konizace čípku nebo abraze děložního hrdla. Jestliže je potvrzení karcinomu pozitivní, určuje se rozsah nemoci palpačním rektovaginálním vyšetřením, cytoskopií, laboratorní vyšetření, rektoskopií, RTG vyšetřením, popř. CT břicha a pánve. Stanovují se i nádorové merkery SCC, které ale v diagnostice nehrají přílišnou

roli. Léčba karcinomu děložního čípku je závislá od stupně postižení a celkového zdravotního stavu klientky. K základní léčbě čadíme operaci, radioterapii, chemoterapii a podpůrnou léčbu (Adam, 2004).



Obrázek 1 (<http://www.svod.cz/analyse.php?modul=srovnavacianalyzy#>)



Obrázek 2 (<http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>)

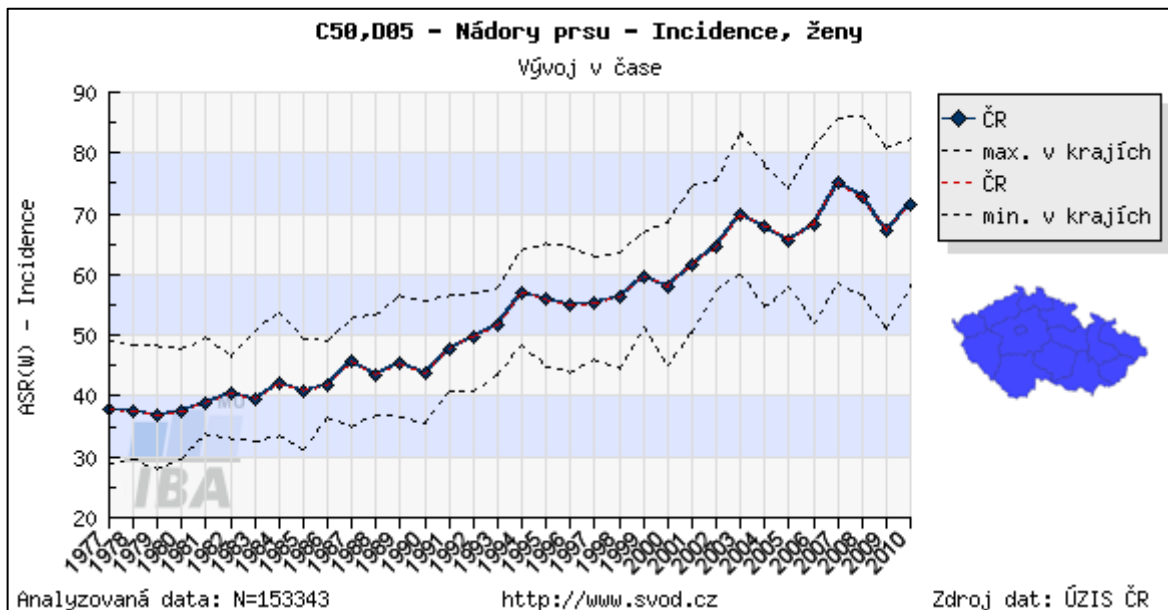
2.3.3 Karcinom prsu

„Termím karcinom prsu jsou označovány různé histologické formy maligních nádorů vznikajících z epitelálních buněk mléčné žlázy“ (Adam, 2004, s. 213).

Karcinom prsu je mezi nádorovým onemocněním u žen nejčastějším. Za rok 2010 byla incidence 130/100 tisíc žen při úmrtnosti 34/100 tisíc žen. Je prokázáno, že screeningové programy napomohly ve zlepšení prognózy a úmrtnosti tohoto onemocnění (Büchler, 2013).

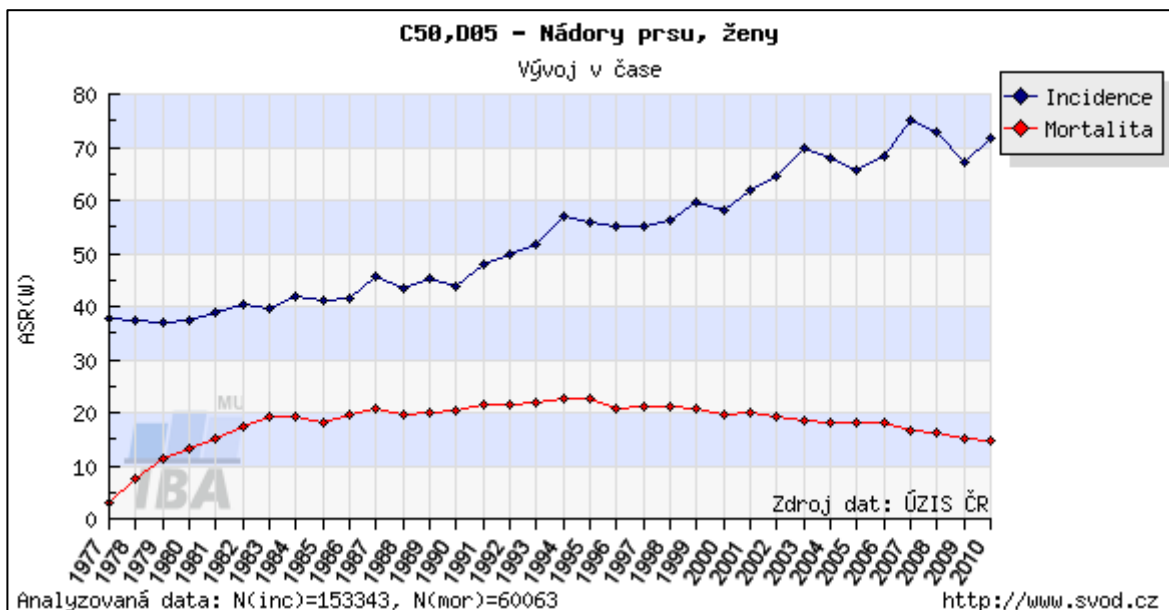
Manišová (2009) uvádí, že rakovina prsu v posledních 30 letech vzrostla až o 120 %. Toto alarmující číslo je nejvyšší ze všech druhů rakoviny. Navíc stále přibývá mladších nemocných dívek a žen tímto onemocněním.

Etiologické faktory karcinomu prsu můžeme rozdělit do skupiny genetických faktorů, hormonálních, dietních a faktorů vnějšího prostředí. Genetické predispozice jsou nejspíše nejčastějším etiologickým faktorem, dochází zde k mutaci supresorových genů BRCA1 a BRCA2 a genu p53, častý je tedy familiární výskyt nemoci. Hormonální faktor může být podmíněn expozicí estrogenů, např. časná menarche, pozdní menopauza, pozdější první gravidita, dlouhé užívání estrogenů. Mezi dietní faktory řadíme především nárůst váhy bez fyzické aktivity, protože vyšší tuková zásoba zvyšuje také plazmatickou koncentraci estrogenů a zvýšený příjem tuků v potravě. Z faktorů zevního prostředí může být rizikem ionizující záření, působení elektromagnetického záření a pesticidy. Mezi základní symptomy nemoci řadíme hmatnou rezistenci prsu nebo v axile, změnu prsu (tvar, velikost), retrakce bradavky nebo kůže, erytém nebo edém kůže, asymetrie bradavky, výtok z bradavky, v pozdějších stádiích bolest prsu. Diagnostika onemocnění je nejčastěji prováděna v rámci self monitoringu, neboli sebe sledování, samovyšetřování. Žena má pravidelně, tj. jednou měsíčně provádět palpační vyšetření prsů i axil. Mezi neinvazivní vyšetření prsu řadíme mamografii, což je rentgenové vyšetření, hodnotící prsní žlázu. Dalším vyšetřením je ultrazvukové vyšetření, může být provedena i MR nebo PET. Mezi intervenční výkony řadíme aspiraci tenkou jehlou (odsávání cyst), core cut biopsie (získání válce tkáně k dalšímu vyhodnocení), otevřená chirurgická biopsie (excise a incise). Váznam v diagnostice mají také nádorové markery, především CEA a CA 15–3. Léčba karcinomu prsu je závislá na TNM klasifikaci a dalších faktorech. Léčba může být chirurgická, kdy je mastektomie částečná nebo radikální, při větším postižení je nutná i disekce axilárních uzlin. Mezi další léčebné metody řadíme radioterapii a chemoterapii, hormonoterapii (Adam, 2004).



Obrázek 3 (<http://www.svod.cz/analyse.php?modul=srovnavacianalyzy#>)

Obrázek 4 (<http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>)

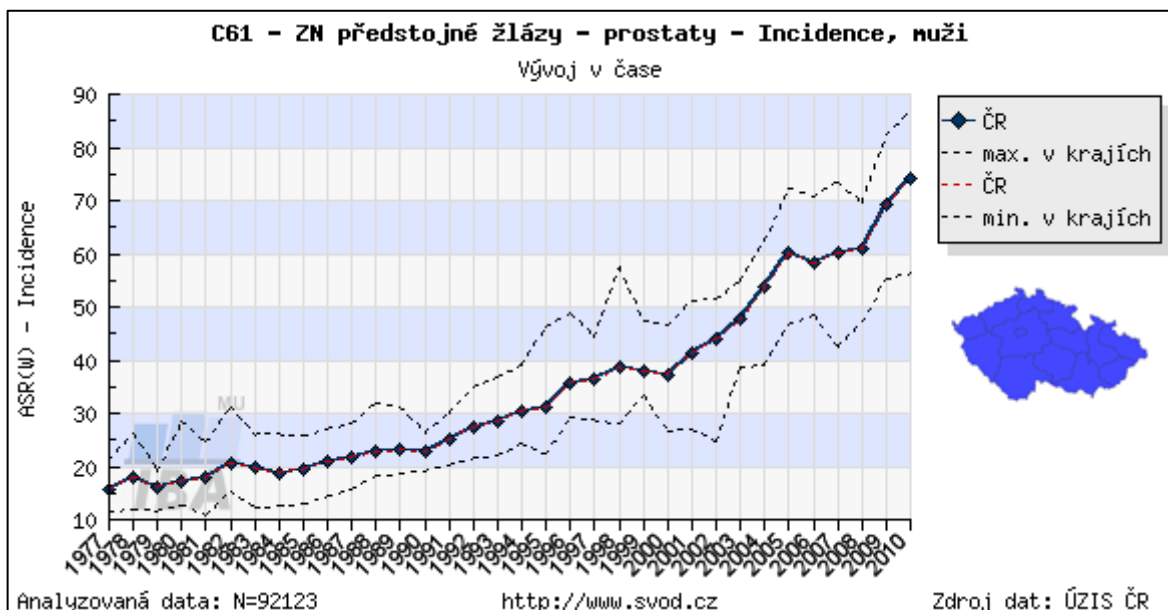


2.3.4 Karcinom prostaty

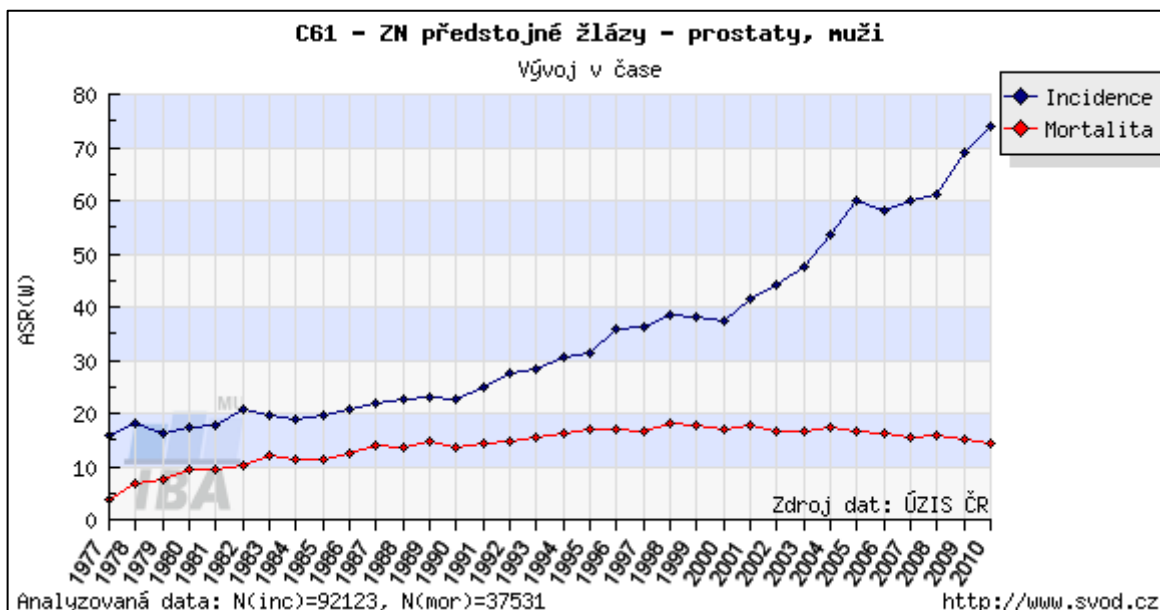
„Jako karcinom prostaty bývá klinicky v širším slova smyslu nejčastěji označován adenokarcinom prostaty, charakterizovaný z patologického–anatomického hlediska abnormálním nekoordinovaným růstem epiteliálních prostatických buněk se ztrátou jejich původní funkce“ (Adam, 2004, s. 169).

Etiologické faktory karcinomu prostaty nejsou zcela objasněny, pravděpodobně se jedná o autozomálně dominantní dědičnost, na vzniku nemoci hraje určitou roli věk, nárůst je v osmém decenniu, vliv může mít také strava, a to vyšší konzumace nasycených

mastných kyselin a nižší konzumací zeleniny. U této nemoci je velký podíl etnika, u Číňanů, Židů a Indiánů je výskyt výrazně nižší. Zajímavostí je, že jedinou profesí, u které bylo prokázáno až dvojnásobné riziko vzniku karcinomu prostaty je farmářství. Není přesně vysvětleno, proč tomu tak je, polemizuje se o přítomnosti pesticidů a umělých hnojiv. Příznaky této nemoci jsou identické s příznaky benigní hyperplazie prostaty, takže se může objevit slabý proud při močení, přerušování proudu, retardace mikce, nykturie, urgentní mikce, inkontinence, močová retence, hemospermie. Diagnostika karcinomu prostaty může být pomocí stanovení hladiny specifického antigenu PSA, dále vyšetření per rektum, kde kde lékař rozpozná změnu v ohraničení žlázy, změny povrchu sliznice, změny v elasticitě. Dále může být provedena TRUS (transrektální ultrasonografie) a biopsie prostaty k potvrzení diagnózy. Léčba karcinomu prostaty je velmi omezená, může se přistoupit k prostatektomii, ozařování prostaty a uzlin, hormonální léčba a paliativní radioterapii. K chemoterapii se přistupuje jen zřídka (Adam, 2004).



Obrázek 5 (<http://www.svod.cz/analyse.php?modul=srovnavacianalyzy#>)



Obrázek 6 (<http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>)

2.4 Onkologický screening

„Onkologický screening je plošné organizování cílených vyšetření zdravé populace. Záměrem je snížit proporci pokročilých stádií u vybrané, relativně časté diagnózy a tím i úmrtnost na tuto diagnózu“ (Adam, 2004, s. 108).

Účinnost screeningových metod

Účinnost screeningových metod má několik parametrů:

- Senzitivita screeningové metody
- Specifičnost screeningové metody

Senzitivita screeningové metody ukazuje na pozitivní či abnormální výsledky screeningových metod za přítomnosti nemoci. Specifičnost screeningové metody udává rozdíl mezi normálními a negativními výsledky za nepřítomnosti nemoci. (Jablonská, 2000).

Prevence a screening hrazený screening v ČR:

- Karcinom prsu–mamografie–od 45. roku věku jednou za dva roky
- Karcinom konečníku a tlustého střeva–test na okultní krvácení ve stolici–od 50 let věku jednou za dva roky u obvodního lékaře a kolonoskopické vyšetření od 50. roku věku u gastroenterologa 1x za 10 let
- Karcinom prostaty–od 50 roku věku vyšetření per rektum u obvodního lékaře nebo urologa

- Karcinom děložního čípku–gynekologické vyšetření od 15. roku věku jednou ročně (cytologické vyšetření, vyšetření v zrcadlech, palpační bimanuální vyšetření) (www.mzcr.cz).

Prevence má význam snížení incidence nádorových onemocnění. Onkologickou prevenci můžeme dělit na primární, která má za cíl omezovat a likvidovat příčiny, které dopomáhají vzniku nádoru. Vekou roli tady samozřejmě hraje přístup každého jedince, jeho životní styl, životní prostředí, volba preventivních opatření. Primární prevence je založena na znalosti faktorů příčin a dostatečné úsilí je omezit nebo odstranit. Další prevencí je prevence sekundární, ta má za úkol kontrolovat a vyhledávat jedince i rizikové skupiny obyvatel, to mohou být například některé profese. Dále tato sekundární prevence sleduje a rozpoznává prekancerózy, což jsou přednádorové stavy, které, pokud je to možné, likviduje, ještě než dojde ke vzniku nádoru. Dalším a hlavním preventivním úkolem je časně odhalení nádorových onemocnění ještě v počátku, ve stádiu, kdy jsou léčitelné. Jako na primární onkologické prevenci mají i u sekundární prevence podíl sami pacienti (laici). Jestliže na sobě objeví pacient tzv. varovná znamení, čili nějaké změny, jejichž příčinou by mohlo být nádorové onemocnění, měli by bez prodlení navštívit svého lékaře. Lékař má potom povinnost s podezřením vyšetřit pacienta v rámci preventivní onkologické prohlídky. Posledním typem onkologické prevence je terciální onkologická prevence, která často nese název dispenzarizace. Praxe je taková, že pacient jakéhokoli věku, který byl nebo je postižen nádorovým onemocněním, by měl být doživotně sledován, čili dispenzarizován z důvodu vzniku recidivy nádoru nebo vzniku dalších komplikací spojených s nemocí nebo léčbou. Úkolem této prevence je také sledování psychických i sociálních problémů u vyléčených pacientů. Do preventivního onkologického vyšetření je potřeba věnovat vyšší pozornost mízním uzlinám, štítné žláze, prsům, kůži, vulvě, varlatům, rektu a anální oblasti, dutině ústní a hrdlu a břichu. Screening, česky skríníng, patří do sekundární prevence. V každé zemi se onkologický screening liší. Úkolem onkologického screeningu je zvýšení šance na vyléčení, dále je to zlepšení prognózy a celkové zlepšení a urychlení léčby. Běžný onkologický screening ve světě se provádí u: prsu, tlustého střeva a konečníku a děložního čípku (Koutecký, 2004).

„Skríníng spočívá v aktivním vyhledávání prekanceróz a nádorů časných stádií, které jsou asymptomatické nebo mají jen minimální, nespecifickou symptomatologii“ (Koutecký, 2004, s. 245).

2.4.1 Screening nádoru prsu

Screening nádoru prsu patří k nejstarším onkologickým screeningům. V České republice začalo postupné zavádění tohoto screening v 90. letech na popud dobrých výsledků screeningových programů ze zahraničí. Prvními vyšetřovanými ženami mamografií byly ženy, užívající hormonální (estrogenovou) terapii, které neměly žádné příznaky nemoci. Tyto ženy byly vyšetřovány na žádost gynekologů. Tento neoficiální program se projevil na incidence po druhé polovině 90. let. Také se zvýšil brzký záchyt karcinomů. Později zaznamenal NOR I změnu v mortalitě tohoto onemocnění. Tímto se potvrdilo, že screeningové vyšetření má smysl. Od roku 2002 je v České republice stanoven mamografický screeningový program. Vyšetření se provádí každoročně mamografií u žen ve věku 45 a výš let, a to ve dvouletých intervalech, které by mělo být doplněno o pravidelné samovyšetření, prováděné palpačně s tím, že při subjektivním podezření na nález by mělo být doplněno o ultrazvukové vyšetření (Koutecký, 2004; Skovajsová, 2012).

Mamografie je řazena mezi nejúčinnější metoda pro detekci karcinomu prsu. Mamografický screening je radiografické vyšetření, které zjišťuje různé abnormality, včetně karcinomu (Adam, 2004).

Ženy a dívky by měly provádět každoměsíční palpační samovyšetření prsu od útlého věku, některé literatury uvádí od nástupu menstruace, jiné od 20. roku. Pokud se chtějí nechat vyšetřit ženy mladší 45 let „odborně“, můžou si za poplatek zaplatit vyšetření ultrazvukové, které je určeno právě mladší ženám a dívkám, u kterých je genetická predispozice k onemocnění, ženám s větším poprsím, u kterých je samovyšetření ztíženo, popř. je vyšetření indikováno při potížích, např. při výtoky z bradavek.

2.4.2 Screening nádoru děložního čípku

Mezi onkologickými screeningy je nejčastějším. Prováděn má být u dívek od 15 let jednou ročně. Vyšetření provádí gynekolog, a to metodou kolposkopického vyšetření děložního čípku a pochvy. Jde o cytologické vyšetření stěru. Toto vyšetření není příliš invazivní, je poměrně ekonomicky nenáročné a je prováděno ve všech vyspělých zemích (Koutecký, 2004). Vyšetření karcinomu děložního čípku lze také vyšetřit na

nádorové markery pro cervikální karcinom SCC (Squamous Cell Carcinoma Antigen) (Adam, 2004).

„Preventivní gynekologické prohlídky jsou v ČR hrazeny zdravotními pojišťovnami jednou ročně od 15 let věku“ (Vorlíček, 2012, s. 23).

Očkování proti viru HPV

Lidský papilomavirus, dále jen HPV, je řazen mezi infekce přenášené sexuálně. V této době je HPV považován za nejvíce se vyskytující pohlavně přenosné onemocnění. HPV je virus, který běžně postihuje muže i ženy. Je známo několik typů tohoto viru, z nichž některé mohou vést ke změnám sliznice hrdla děložního, až k rakovině děložního čípku. Někdy se lidský organismus viru spontánně zbaví, někdy ale HPV přetrvá a právě v tomto případě může dojít časek až ke vzniku karcinomu, proto je důležité dodržovat pravidelnost preventivních prohlídek. Přenos HPV je sexuální, tzn. pohlavním stykem. Preventivní opatření přenosu papilomavirové infekce je vyhnutí se přímému kontaktu, tzn. vyhýbat se promiskuitě, mít stálého sexuálního partnera a používat kondom, ten však nekryje celou plochu genitálu, takže zde není ochrana stoprocentní. Očkování proti HPV je nejúčinnější metodou prevence. V současné době jsou nabízeny dvě vakcíny, a to Silgard a Cervarix. Ideální doba na očkování se uvádí před započatím sexuálního života dívky. Od roku 2012 je očkování hrazeno dívkám ve věku 13 a 14 let pojišťovnou. (Poršová, 2008).

Baslerová (2013) zkoumala ve své diplomové práci znalosti o prevenci karcinomu děložního čípku středoškolské populace na Šumpersku, kde porovnávala znalosti studentek gymnázia a studentek střední zdravotnické školy. Její výzkumné šetření prokázalo, že mají studentky povědomí o výše zmíněné problematice. Zajímavostí je, že u studentek gymnázií byla zjištěna vyšší míra proočkovanosti proti karcinomu děložního čípku s tím, že do budoucna u všech neočkovaných studentek připouští možné očkování 47 %. V rámci preventivních gynekologických prohlídek bylo zjištěno, že 67 % respondentek z řad zdravotnických škol a 44 % studentek gymnázií pravidelně podstupuje gynekologické vyšetření. Stejným tématem se zabývala ve své diplomové práci Čechová (2013), která zjišťovala informovanost středoškolských dívek o prevenci karcinomu děložního čípku. Čechová zvolila jako výzkumnou skupinu studentky zdravotnických škol, gymnázií a střední školou obchodní z Jihočeského kraje a kraje

Vysočina. Z výzkumu vyplynulo, že 22 % ze všech dotázaných respondentek je očkovaných vakcínou proti karcinomu děložního čípku. Čechová na rozdíl od Baslerová zjistila, že je informovanost o dané problematice stále znepokojující. Výsledky dobrých znalostí o problematice vyzazovaly pouze studentky zdravotnických škol. Z výsledků také vyplývá, že informace o prevenci karcinomu děložního čípku získávají studentky nejčastěji od rodiny a z internet, škola v informovanosti zaostává, což je jistě velkým problémem, ale ne neřešitelným.

2.4.3 Screening kolorektálního karcinomu

Screeningovým vyšetřením, které je základní, je indagace per rectum u mužů, protože až 50 % všech kolorektálních karcinomů je hmatatelných právě prstem. Velkým „boomem“ ve screeningu kolorektálního karcinomu bylo zavedení tzv. Haemocultu na průkaz okultního (skrytého) krvácení (Koutecký, 2004).

Test na okultní krvácení do stolice je řazen mezi primární screeningové testy. Test je založen na guajaku. Tento guajakový test je nejpoužívanější metodou, je levný a jednoduchý. Principem guajakového testu je reakce gujakové pryskyřice na aktivitu hemoglobinu. Nevýhodou tohoto testování je dietní omezení, spočívající na omezení potravin obsahující zvířecí krec, např. černá polévka, prejt, dale různé druhy ovoce a zeleniny, např. květák, křen, ředkvičky a také by neměla testovaná osoba užívat preparáty železa a vitamin C a nesteroidní antiflogistika. Postup této metody je následující: testovaná osoba se má více zmíněných potravin a preparátů vyvarovat nejméně 48 hodin před provedením testu, který dostal u obvodního lékaře. Stolice, která bude testována nesmí spasnout do mísy tak, že přijde do kontaktu s vodou v ní, proto se dopočuje toaletu vystal např. papírovým táckem. Odebraný vzorek stolice má mít velikost čocky a odebírá se ze dvou míst stolice přiloženými špachtlemi. Vzorek stolice má být nanesen na políčko testu tak, aby bylo zcela vyplněno. Odběr musí být prováděn 3 krát za sebou (Seifert, 2012).

Tato metoda, známá jako papírková nebo obálková, je běžně dostupná u obvodních lékařů, je však poměrně nepřesná, z důvodu velkého výskytu „falešně“ pozitivních a negativních nálezů. Pokud je nález pozitivní, lékař je povinen indikovat endoskopické vyšetření, nejčastěji je to rektoskopie, nebo kolonoskopie (Koutecký, 2004).

Obdobnou, ale novější metodou, nahrazující guajakový test, je imunochemický test. Tyto testy se vyznačují vyšší citlivostí než předešlé testy a také jsou výhodnější v jednorázovém vyšetření. Další jeho výhodou je to, že nepotřebuje žádné dietní změny a omezení. Tyto testy jsou v České republice používány od roku 2009, je pouze na zvážení lékaře, kterou metodu upřednostní. Imunochemický test je založen na stanovení hemoglobinu v reakci s protilátkou obsaženou v testu. Postup při odběru vzorku je následovný: Odběr stolice je prováděn přiloženou odběrovou tyčinkou, která musí být ponořena do stolice v několika místech. Tyčinka má na svém konci spirál, která musí zachytit vzorek stolice. Po odběru musí být tyčinka vložena do původní lahvičky s roztokem, která se musí promíchat. Takto odebraný vzorek lze vyhodnotit ihned u obvodního lékaře, nemusí být jako gujaková metoda posílán na laboratorní vyšetření (Seifert, 2012).

„Od 1. 1. 2009 ke skríníng kolorektálního karcinomu v ČR hrazen následovně: od 50 do 54 let test na okultní krvácení 1x ročně, od 55 let test na okultní krvácení 1x za 2 roky nebo kolonoskopie 1x za 10 let“ (Vorlíček, 2012, s. 89).

„Kolonoskopie je endoskopické vyšetření trávicí trubice od konečníku až po Bauhinskou chlopeň. Je nejefektivnější screeningovou metodou, protože umožňuje vizuální kontrolu střeva, odstranění podezřelých lézí a odběr vzorků na histologické vyšetření. Je jedinou metodou, která kombinuje screening, diagnostiku i profylaxi“ (Seifert, 2013, s. 60).

Indikací ke kolonoskopii je pozitivní výsledek TOKS vyšetření nebo krvácení z konečníku, břišní obtíže nevysvětlitelného původu, např. bolesti, průjem, zácpa, dále rentgenový nález vyžadující upřesnění a v neposlední řadě dispenzarizace jedinců s vysokým rizikem vzniku onemocnění (Holubec, 2004).

Primární prevence při vzniku kolorektálního karcinomu

Všechny zhoubné nádory řadíme do skupiny tzv. „preventabilních onemocnění“, to znamená, že na jejich vzniku se podílí jak genetika, tak různé vnější faktory. Je prokázáno, že podíl na vzniku kolorektálního karcinomu má strava, která obsahuje živočišné tuky a červené maso, dále má vliv obezita (Vyzula, Žaloudík, 2007).

Mullerová (2009) říká, že je obezita sdružena s častějším výskytem některých nádorových onemocnění, jako je většina gynekologických nádorových onemocnění a karcinom prostaty a zvýšené riziko vzniku nádoru prsu.

Je potvrzeno, že denní konzumace hovězího, vepřového a jehněčího masa zvyšuje riziko. Také nadměrná konzumace uzenin, tučná strava, vyšší konzumace alkoholu, nedostatečný příjem VTM C a malý příjem vlákniny, mají negativní dopad na rozvoj onemocnění. Kouření a celkově návykové látky zvyšují incidenci nádoru. Některé literatury mluví o pozitivním účinku koření (skořice) na kolorektální karcinom. Konzumace zeleniny, ovoce a rybího masa má prokázané pozitivní účinky (Vyzula, Žaloudík, 2007).

Hereditárními karcinomy označujeme ty karcinomy, u kterých je známá genetická abnormalita, která vede k jejich vzniku u nemocných i u příbuzných, kteří nesou tyto rizikové genetické informace. Geneticky podmíněných kolorektálních karcinomů je pouze 5 %. Různé epidemiologické studie ukázaly, že příbuzní nemocných mají vyšší pravděpodobnost vzniku kolorektálního karcinomu. Tato pravděpodobnost je 3 – 4 krát vyšší, než u běžné populace (Adam, Krejčí, 2010).

2.4.4 Screening karcinomu prostaty

Screening karcinomu prostaty by měl být prováděn u obvodního lékaře nebo urologa, a to vyšetřením per rektum od 50. roku věku. Při pozitivním nálezu by mělo být toto vyšetření doplněno o stanovení PSA markeru (Adam, 2004).

„Některé odborné společnosti provádějí vyšetření PSA a prosty per rektum jednou ročně počínajíc 50. rokem života, u mužů s rodinným výskytem karcinomu prostaty od 40. roku života“ (Vorlíček, 2012 s. 62).

Screening karcinomu prostaty je rozšířen do všech vyspělých zemí. Toto vyšetření je u mužů nad 50 let prováděno per rectum, a to za předpokladu poruch mikce. Do tohoto screeningu lze také zařadit odběr krve na onkologický marker PSA, což je prostatický antigen. Dále můžeme do této skupiny zařadit samovyšetřování u maligních melanomů. Při každém podezření nebo změně na kůži je nutné zajít k lékaři (Koutecký, 2004).

Méně časté screeningové programy

Existuje mnoho forem screeningu. Jednou ze skupiny méně častých forem je screening nádoru plic, který se prováděl spíše dříve za účelem zachytu TBC. Vhodnějším je však screening u osob s větším rizikem vzniku bronchogenního karcinomu, například lidé, vykonávající zatěžující povolání, jako jsou horníci, pracovníci v jaderném

průmyslu, nebo i kuřáci starší 45 let. Standardním vyšetřením plic však zůstává RTG vyšetření plic při dlouhodobých potížích, např. při dlouhodobě trvajícím kašli, který má nevysvětlitelný původ.

Dalším méně známým screeningem je screening nádoru močového měchýře. Toto vyšetření se provádí v rámci cytologického vyšetření moči. Běžně by při lékařské prohlídce měl lékař provádět prevenci nádoru otorinolaryngu triviálním prohlédnutím dutiny ústní spolu se sliznicí pod jazykem. V některých zemích je prováděn screening endometriálního hrdla u žen nad 60 let, toto vyšetření je však velmi finančně náročné.

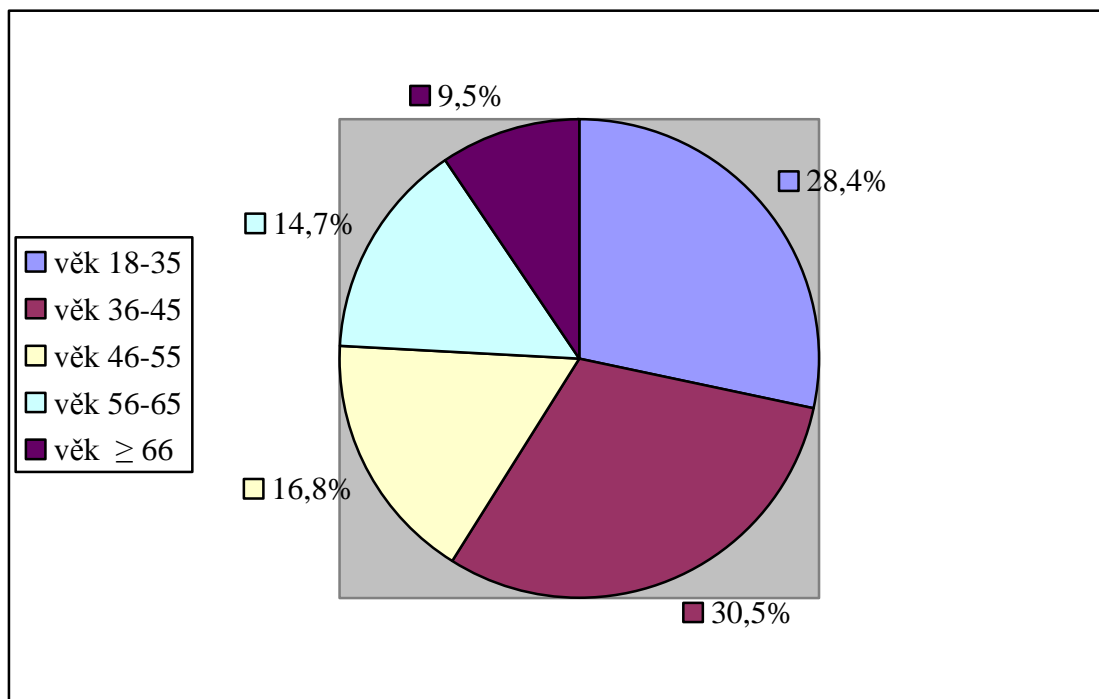
V Japonsku je takto realizován screening nádorů žaludku, z důvodu vysoké incidence. Tímto se výrazně snížila úmrtnost (Koutecký, 2004).

3 Metodika práce

3.1 Charakteristika zkoumaného souboru

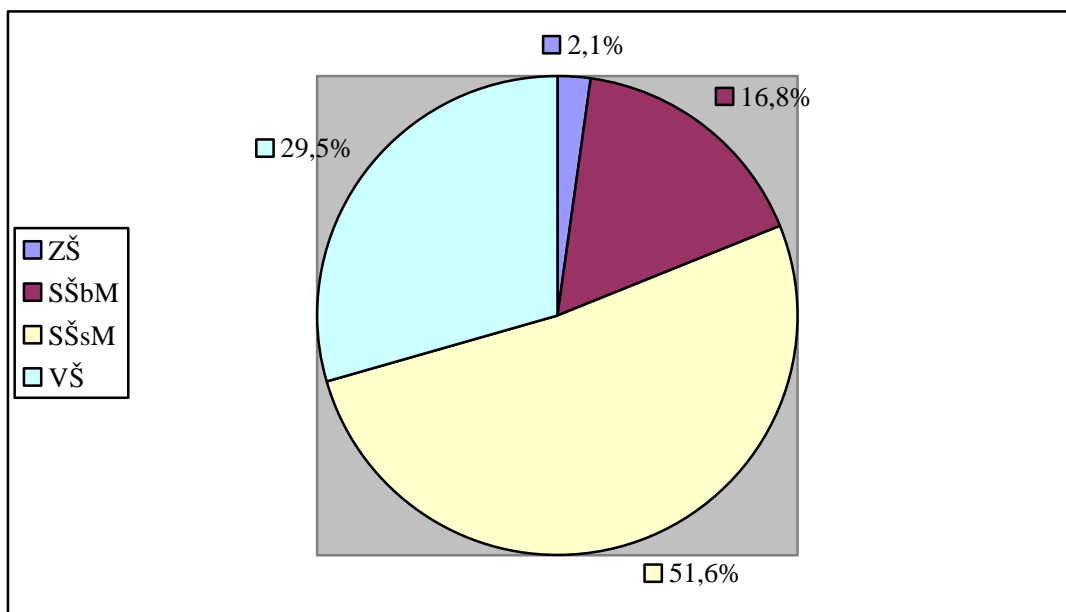
Výzkumné části diplomové práce se zúčastnilo celkem 201 respondentů ve věkové kategorii 18 až 66 a víc let. Respondenti, podílející se na výzkumné části diplomové práce, musí splňovat dvě základní podmínky, a to věk, který je v ontogenetickém vývoji charakterizován jako dospělý a místo bydliště, které je stanoveno jako Brno.

Pohlaví	n	%
Muži	95	47,3
Ženy	106	52,7
Celkem	201	100



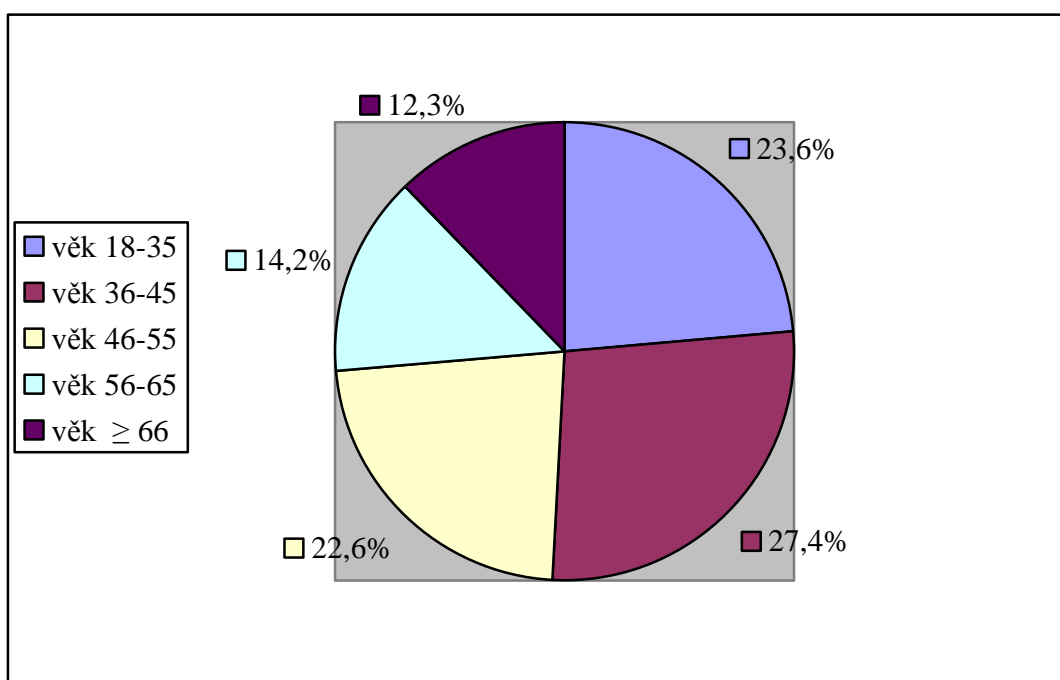
Graf 1–Zastoupení věkových kategorií u mužů

Celkem se výzkumné části diplomové práce zúčastnilo 95 mužů (47,3 %). Dle věkových kategorií to bylo 27 mužů ve věku 18–35 let, 29 mužů ve věku 36–45 let, 16 mužů ve věku 46–55 let, 14 mužů e věku 56–65 let a 9 mužů nad 66 let.



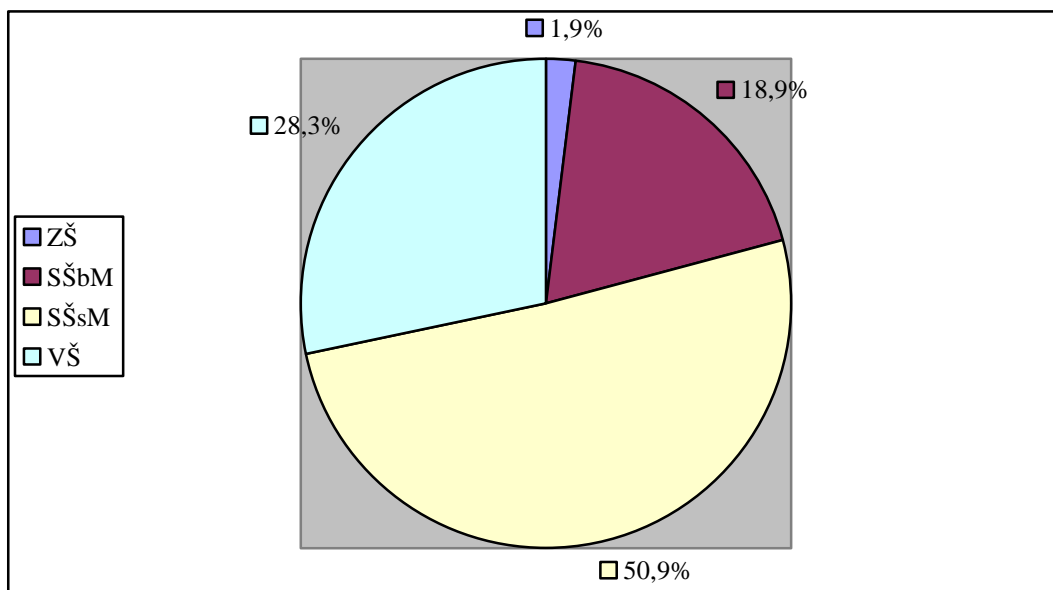
Graf 2–Zastoupení dle dosaženého vzdělání u mužů

Výzkumu se zúčastili dle rozdělení kategorií podle vzdělání: 2 muži se základním vzděláním, 16 mužů se středoškolským vzděláním bez maturity, 49 mužů se středoškolským vzděláním s maturitou a 28 mužů s vysokoškolským vzděláním, včetně vyššího odborného.



Graf 3–Zastoupení věkových kategorií u žen

Celkem se výzkumné části diplomové práce zúčastnilo 106 žen (52,7 %). Dle věkových kategorií to bylo 25 žen ve věku 18–35 let, 29 žen ve věku 36–45 let, 24 žen ve věku 46–55 let, 15 žen ve věku 56–65 let a 13 žen nad 66 let.



Graf 4–Zastoupení dle dosaženého vzdělání u žen

Dle nejvyššího dosaženého vzdělání se zúčastily výzkumu: 2 ženy se základním vzděláním, 20 žen se středoškolským vzděláním bez maturity, 54 žen se středoškolským vzděláním s maturitou a 30 žen s vysokoškolským vzděláním, včetně vyššího odborného.

3.2 Organizace výzkumu

Výzkumné šetření proběhlo v měsíci únoru a březnu 2014. Dotazníky byly rozdány respondentům jak formou elektronickou, tak formou osobního předání dotazníku. Dotazníky byly rozdávány dvěma pověřenými osobami. Celkem bylo rozdáno 227 dotazníků, navraceno bylo 208 dotazníků, z toho platných 201 dotazníků. Neplatné dotazníky byly vyloučeny z výzkumného šetření z důvodu jejich neúplného nebo špatného vyplnění. Dotazníky byly po úplném sběru dat poté přehledně zpracovány do grafů a tabulek a vyhodnoceny.

3.3 Výzkumná metoda

Praktická, neboli výzkumná část diplomové práce je zameřena na informovanost dospělé populace v Brně o možnostech onkologického screening. V diplomové práci byla zvolena jako výzkumná metoda kvantitativní výzkum formou dotazníkového nestandardizovaného šetření. Tato metoda výzkumu byla zvolena z důvodu obsažení velkého počtu respondentů, jeho rychlosti a ekonomičnosti (Chráška, 2007). Dotazník je zcela anonymní. Obsahuje na svém začátku stručný popis cíle dotazníku a popis práce

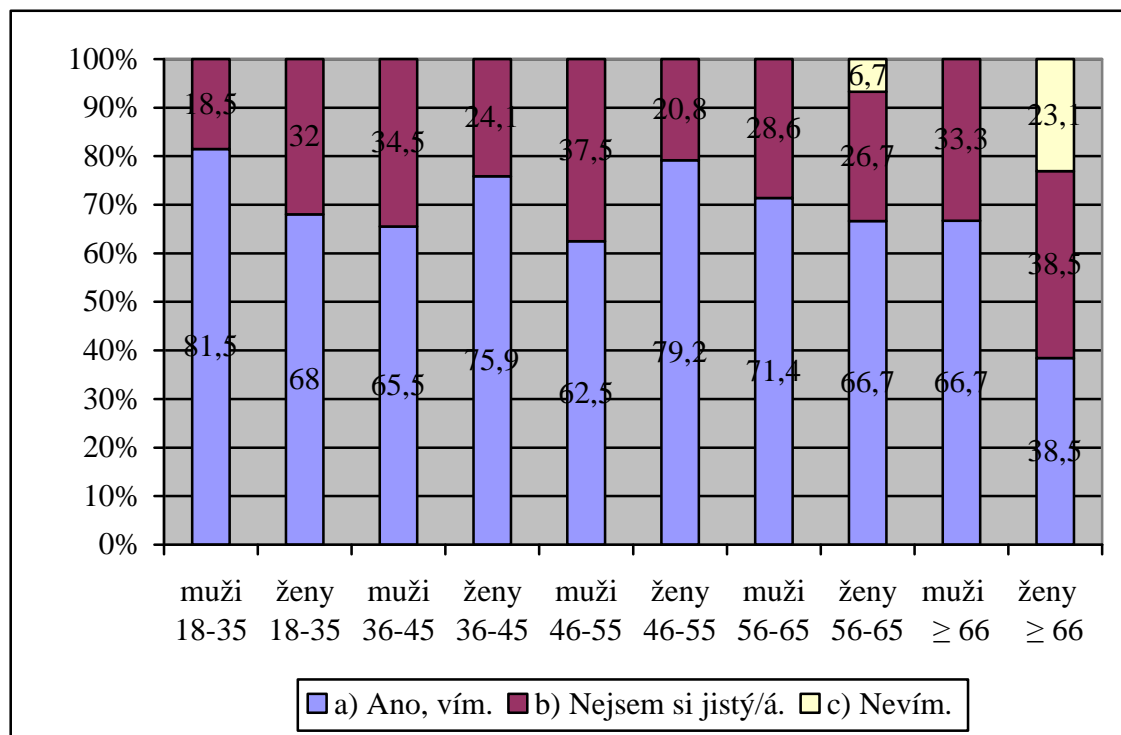
s ním. Dotazník obsahuje celkem 17 otázek, které jsou rozděleny do tří pomyslných celků. První celek otázek zkoumá samotnou informovanost dospělých o možnostech onkologického screeningu, druhý celek je zaměřen na vlastní zkušenosti a dodržování prevence respondentů. Třetí celek je informační, je zaměřen především na postoj respondentů k problematice onkologického screeningu, výskyt zhoubných nádorových onemocnění u samotných respondentů a v jejich rodin. Na konci dotazníku jsou obsaženy nečíslované otázky, týkající se charakteristiky respondentů, a to jejich věku, pohlaví a vzdělání. V dotazníku najdeme otázky uzavřené, polouzavřené a polootevřené.

4 Výsledky

Ve výzkumné části diplomové práce najdeme analýzu výzkumného šetření u vybrané dospělé populace v Brně ohledně tématu informovanosti o onkologickém screeningu. Otázky v dotazníku jsou rozděleny do tří pomyslných celků. První celek se týká samotné informovanosti dospělých o možnostech onkologického screeningu. Druhý celek zjišťuje zkušenosti a dodržování screeningu a onkologické prevence respondentů. Třetí celek je informační, zjišťuje především výskyt zhoubného nádorového onemocnění u respondentů a jejich rodin. Dále poskytování informací obvodními lékaři o možnostech onkologického screeningu, iniciativu respondentů ohledně zjišťování informací tohoto tématu a možné důvody podceňování onkologické prevence.

4.1 Informovanost o onkologickém screeningu

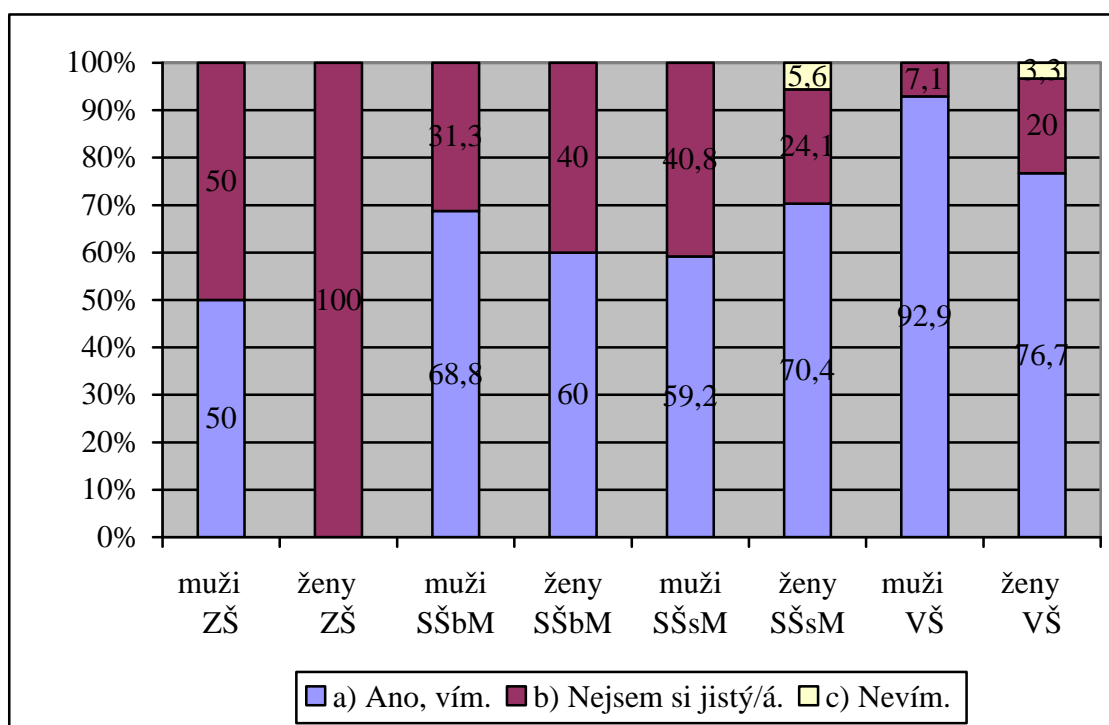
Informovanosti respondentů o možnostech onkologického screeningu se týkají otázky dotazníku č.: 1, 3, 4, 9, 11 a 13. Výsledky šetření jsou následující:



Graf 5—Otázka č. 1 zastoupení všech respondentů dle věkových kategorií

V první otázce, která zjišťuje znalost samotného pojmu “onkologické screeningové vyšetření”, odpovědělo (“Ano, vím”) 68 % žen ve věku 18–35 let, 75,9 % žen ve věku 36–45 let, 79,2 % ve věku 46–55 let, 66,7 % žen ve věku 56–65 let a žen nad 66 let odpovědělo 38,5 %. Stejně odpovědělo 81,5 % mužů ve věku 18–35

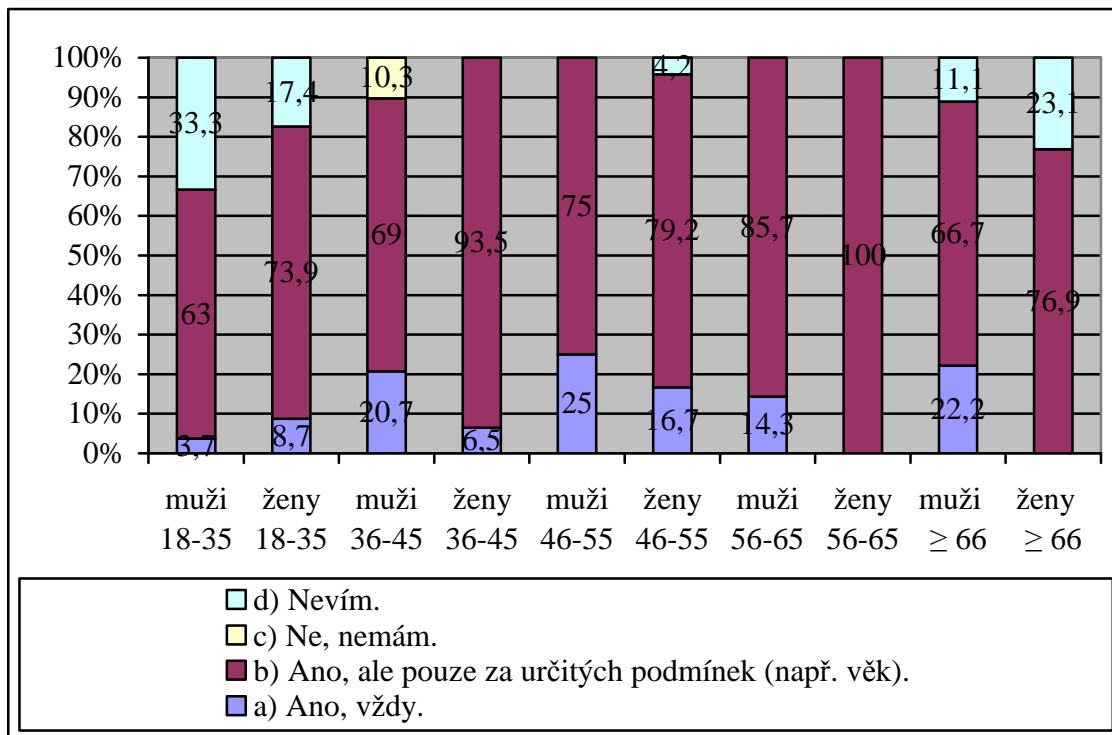
let, 65,5 % ve věku 36–45 let, 62,5 % ve věku 46–55 let, 71,4 % mužů ve věku 56–65 let a 66,7 % ve věku nad 66 let. Na druhou odpověď (“Nejsem si jistý/á”) odpovědělo 32 % žen věku 18–35 let, 24,1 % ve věku 36–45, 20,8 % žen ve věku 46–55 let, ve věku 56–65 let pak 26,7 % a žen nad 66 let 38,5 %. Stejně odpovědělo 18,5 % mužů ve věku 18–35 let, 34,5 % mužů ve věku 36–45 let, 37,5 % mužů ve věku 46–55 let, 28,6 % ve věku 56–65 let a nad 66 let odpovědělo 33,3 % mužů. Na třetí odpověď (“Nevím”) odpovědělo 6,7 % žen věku 56–65 let a 23,1 % žen ve věku nad 66 let.



Graf 6–Otázka č. 1 zastoupení všech respondentů dle dosaženého vzdělání

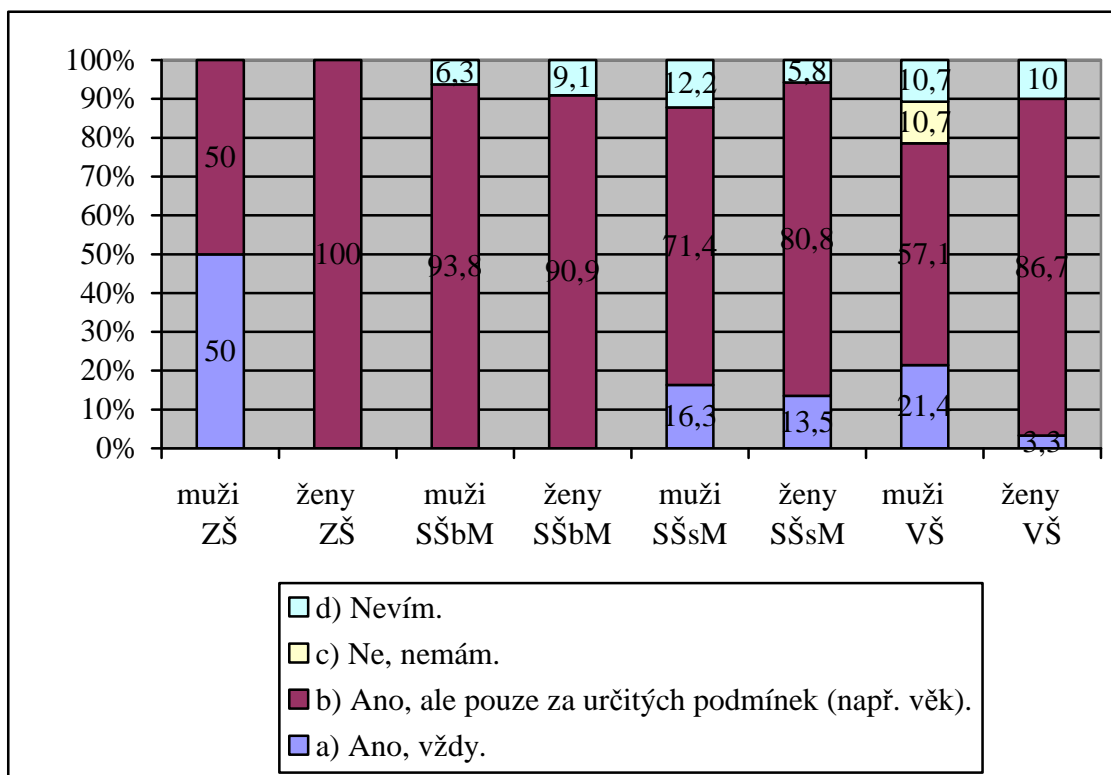
Dle dosaženého vzdělání lze první otázku, zjišťující znalost pojmu “onkologické screeningové vyšetření”, vyhodnotit takto: (“Ano, vím”) zodpovědělo 50 % mužů se základním vzděláním a 0 % žen se stejným vzděláním. Tento výsledek nemá ale vypovídající hodnotu, protože v kategorii ze základním vzděláním bylo pouze minimum respondentů. V kategorii se středním vzděláním bez maturity odpovědělo 68,8 % mužů a 60 % žen, v kategorii se středoškolským vzděláním s maturitou odpovědělo 59,2 % mužů a 70,4 % žen a v kategorii s vysokoškolským vzděláním odpovědělo 92,9 % mužů a 76,7 % žen. Na odpověď (“Nejsem si jistý/á”) odpovědělo 50 % mužů se základním vzděláním, se stejným vzděláním odpovědělo 100 % žen, v kategorii středoškolského vzdělání bez maturity odpovědělo 31,3 % mužů a 40 % žen, kategorie se

středoškolským vzděláním s maturitou dopadla následovně: mužů odpovědělo 40,8 % a žen 24,1 %. Odpověď (“Nevím”) využilo pouze 5,6 % žen středoškolského vzdělání s maturitou a 3,3 % žen s vysokoškolským vzděláním.



Graf 7–Otázka č. 3 zastoupení všech respondentů dle věkových kategorií

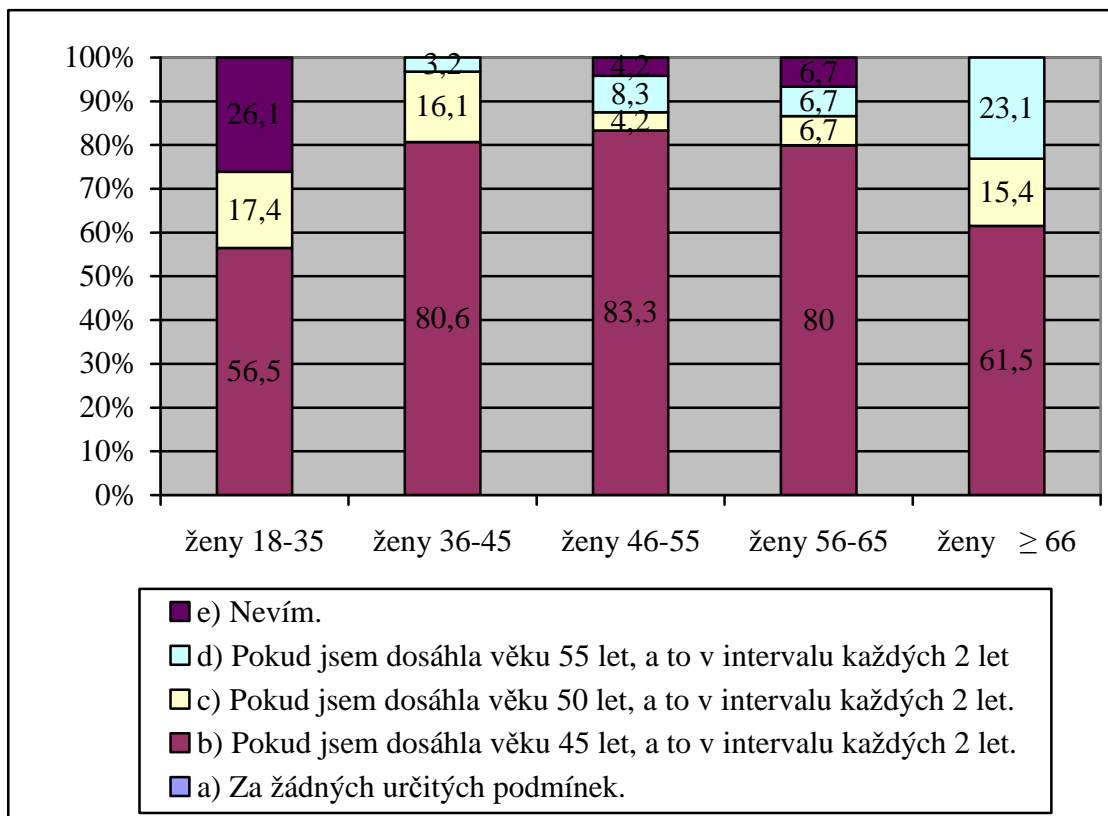
Otázka, zjišťující, zda mají respondenti nárok jako pojištěnci na bezplatné onkologické screeningové vyšetření, odpovědělo (“Ano, vždy”) celkem 3,7 % mužů ve věku 18–35 let, 8,7 % žen téhož věku, 20,7 % mužů ve věku 36–45 let, 6,5 % žen téhož věku, 25 % mužů ve věku 46–55 let, 16,7 % žen stejného věku, 14,3 % mužů ve věku 56–65 let, žen stejného věku pak 0 % a mužů nad 66 let 22,2 % a žen nad 66 let 0 %. Správnou odpovědí (“Ano, ale pouze za určitých podmínek (např. věk”)), odpovědělo ve věku 18–35 let 63 % mužů a 73,9 % žen, ve věku 36–45 let 69 % mužů a 93,5 % žen, ve věkové kategorii 46–55 let pak 75 % mužů a 79,2 % žen, ve věku 56–65 let 85,7 % mužů a 100 % žen, ve věku nad 66 let 66,7 % mužů a 76,9 % žen. Odpověď (“Ne, nemám”) bylo 10,3 % u mužů ve věku 36–45 let. Poslední odpověď (“Nevím”) zodpovědělo 33,3 % mužů ve věku 18–35 let a 17,4 % žen téhož věku, 4,2 % žen věku 46–55 let a v kategorii nad 66 let pak 11,1 % mužů a 23,1 % žen. Nejvíce bylo zodpovězeno správných odpovědí.



Graf 8–Otázka č. 3 zastoupení dle dosaženého vzdělání u všech respondentů

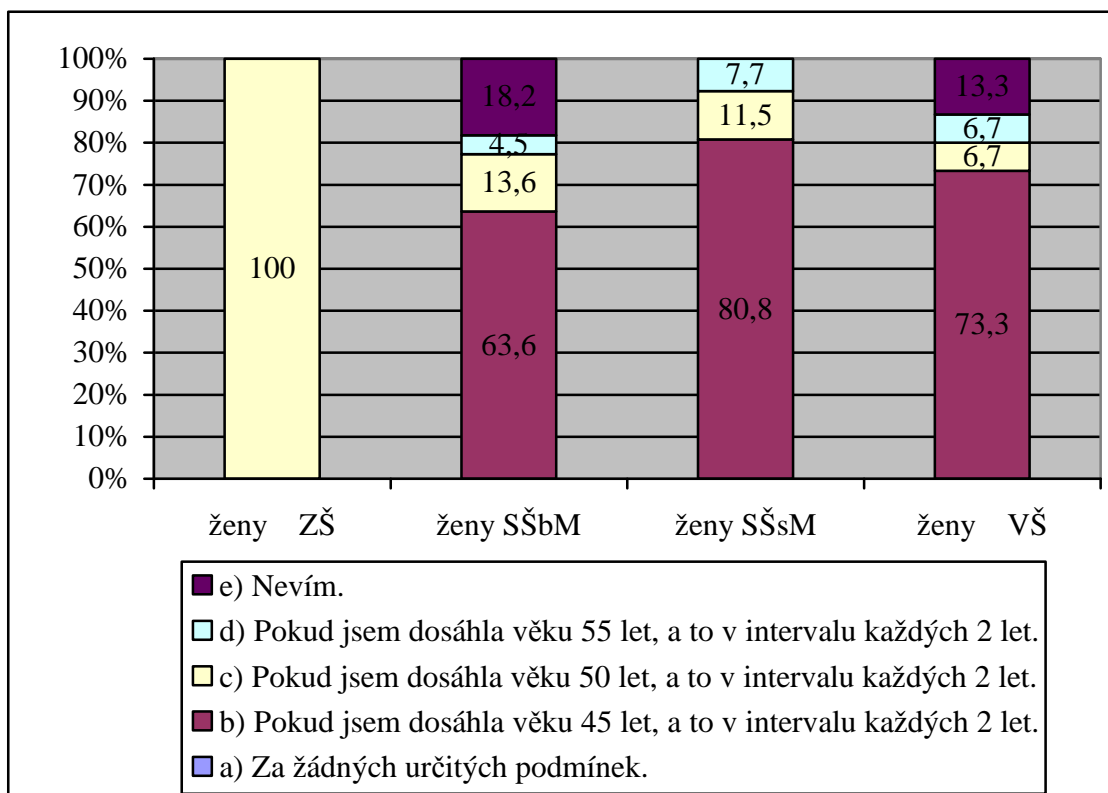
Dle míry dosaženého vzdělání byly výsledky otázky č. 3, která zjišťuje znalost respondentů ohledně nároku na bezplatné onkologické screeningové vyšetření, následující: Odpověď (“Ano, vždy”) zodpovědělo 50 % mužů se základním vzděláním a 0 % žen se základním vzděláním. Tento výsledek však není příliš vypovídající, protože četnost respondentů se základním vzděláním je minimální. Stejnou odpověď zaznamenalo 16,3 % mužů se středoškolským vzděláním s maturitou a 13,5 % žen se stejným vzděláním. S vysokoškolským vzděláním pak 21,4 % u mužů a 3,3 % u žen. Správnou odpověď (“Ano, ale pouze za určitých podmínek (např. věk)”) zaznamenalo 50 % mužů se základním vzděláním a 100 % žen se stejným vzděláním, 93,8 % mužů se středoškolským vzděláním bez maturity a 90,9 % žen se stejným vzděláním. K kategorii středoškolského vzdělání s maturitou to pak bylo 71,4 % mužů a 80,8 % žen, v kategorii se vzděláním vysokoškolským 57,1 % mužů a 86,7 % žen. Odpověď (“Ne, nemám”) byla zaznamenána pouze u mužů s vysokoškolským vzděláním. Poslední odpověď (“Nevím”) se vyskytla u středoškolského vzdělání bez maturity u mužů v 6,3 % a žen v 9,1 %, dále u mužů se středoškolským vzděláním s maturitou v 12,1 % a u žen stejného vzdělání v 5,8 %. U vysokoškolského vzdělání pak u mužů v 10,7 % a u žen v 10 %. Nejvyšší počet správných odpovědí byl zaznamenán u mužů a žen se středoškolským vzděláním bez maturity. 100 % správných

odpovědi se vyskytlo u žen se základním vzděláním, počet respondentek v této kategorii je však pouze 2.



Graf 9–Otázka č. 4 dle věkových kategorií u žen

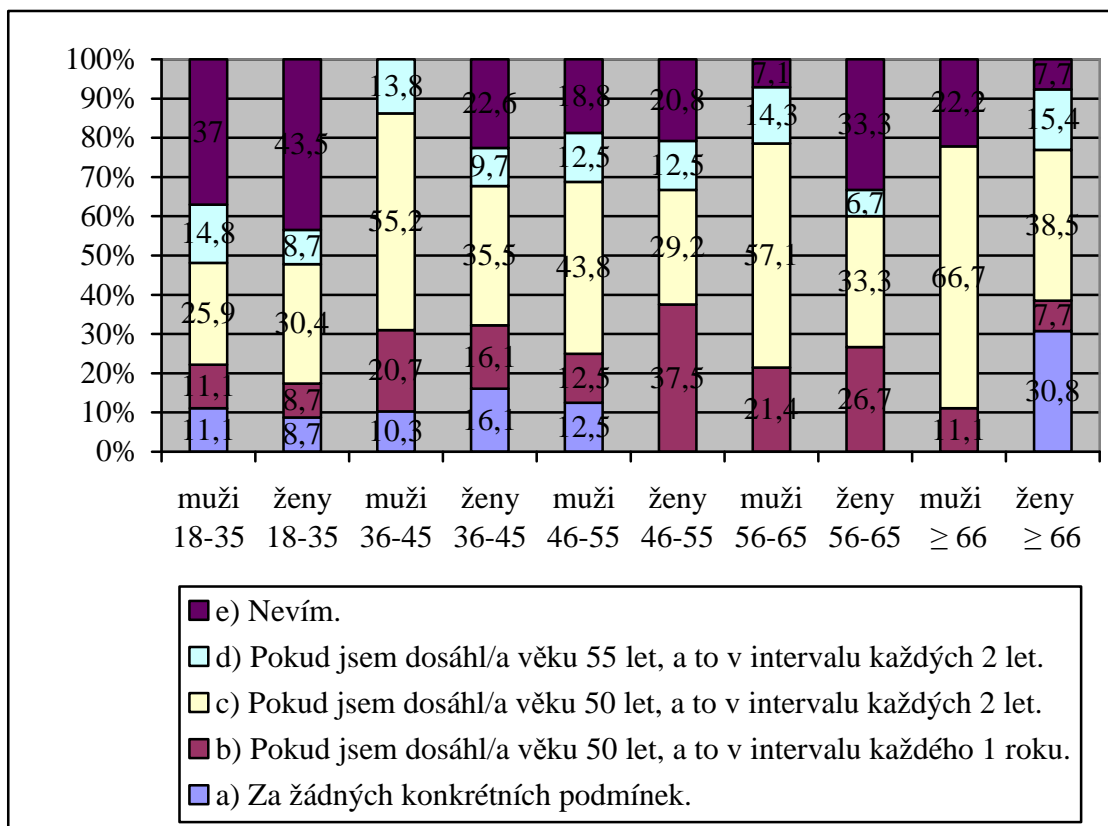
Otázka, určená pouze pro ženy, týkající se na podmínky nároku na bezplatné mamografické vyšetření odpovědělo (“Za žádných určitých podmínek”) 0 % všech dotázaných respondentek. Správnou odpověď (“Pokud jsem dosáhla věku 45 let, a to v intervalu každých 2 let”) uvedlo 56,5 % žen ve věku 18–35 let, 80,6 % žen ve věku 36–45 let, ve věku 46–55 let pak 83,3 % žen, ve věku 56–65 let 80 % žen a nad 66 let 61,5 % žen. Odpověď (“Pokud jsem dosáhla věku 50 let, a to v intervalu každých 2 let.”) zadrželo 17,4 % žen věku 18–35 let, 16,1 % žen ve věku 36–45 let, 4,2 % žen ve věku 46–55 let, 6,7 % žen ve věku 56–65 let a 15,4 % žen nad 66 let. Odpověď (“Nevím”) byla zaznamenána u 26,1 % respondentek věku 18–35, 4,2 % respondentek věku 46–55 let, 6,7 % odpovědí u žen 56–65 let. Nejvyšší zastoupení odpovědí bylo ve správné odpovědi, nejčastěji ve věkové kategorii 36–65 let.



Graf 10–Otázka č. 4 zastoupení dle dosaženého vzdělání u žen

Dle dosaženého vzdělání odpovídaly respondentky na otázku zjišťující podmínky nároku na bezplatné mamografické vyšetření takto: Odpověď (“Za žádných určitých podmínek”) odpovědělo 0 % žen. Správnou odpovědí (“Pokud jsem dosáhla věku 45 let, a to v intervalu každých 2 let”) zaznamenalo 63,6 % žen se středoškolským vzděláním bez maturity, 80,8 % žen se středoškolským vzděláním s maturitou a 73,3 % žen s vysokoškolským vzděláním včetně vyššího odborného vzdělání. Odpověď (“Pokud jsem dosáhla věku 50 let, a to v intervalu každých 2 let”) zaznamenalo 100 % žen se základním vzděláním, avšak hodnota není vypovídající pro nízké zastoupení respondentek v této kategorii. Dále stejně odpovědělo 13,6 % žen se středoškolským vzděláním bez maturity, 11,5 % žen se středoškolským vzděláním s maturitou a 6,7 % žen s vysokoškolským vzděláním. Odpověď (“Pokud jsem dosáhla věku 55 let, a to v intervalu každých 2 let”) zahrlo 4,5 % žen se středoškolským vzděláním bez maturity, 7,7 % žen se středoškolským vzděláním s maturitou a 6,7 % žen s vysokoškolským vzděláním. Odpověď (“Nevím”) zodpovědělo 18,2 % žen se středoškolským vzděláním bez maturity a 13,3 % žen s vysokoškolským vzděláním. Nejvyšší zastoupení odpovědí bylo usprávné odpovědi s mírnou převahou žen se středoškolským vzděláním s maturitou. Druhé místo v počtu správných odpovědí patří

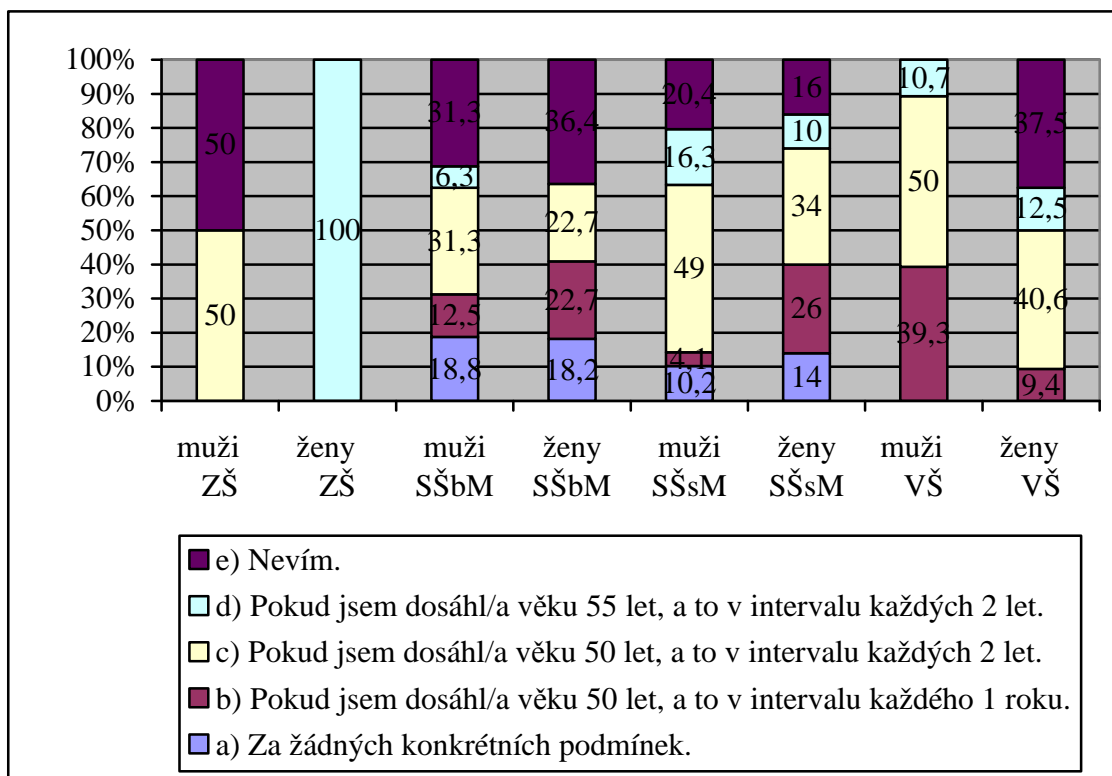
ženám s vysokoškolským vzděláním, další pak ženám se středoškolským vzděláním bez maturity, rozdíly výsledků nejsou však markantní.



Graf 11—Otázka č. 9 zastoupení všech respondentů dle věkových kategorií

Podmínky nároku pojištěnce na bezplatné vyšetření stolice na okultní krvácení zjišťuje otázka č. 9, která po vyhodnocení dopadla následovně: Odpověď (“Za žádných konkrétních podmínek”) odpovědělo 11,1 % mužů ve věku 18–35 let, ve stejném věku odpovědělo 8,7 % žen, ve věku 36–45 let odpovědělo 10,3 % mužů a 16,1 % žen, mezi 46–55 roky odpovědělo 12,5 % mužů. Žen nad 66 let odpovědělo stejně v počtu 30,8 %. Odpověď (“Pokud jsem dosáhl/a věku 50 let, a to v intervalu každého 1 roku”) zaznamenalo 11,1 % mužů ve věku 18–35 let, téhož věku 8,7 % žen, ve věku 36–45 let pak 20,7 % mužů a 16,1 % žen, ve věkové kategorii 46–55 let 12,5 % mužů a 37,5 % žen, ve věku 56–65 let 21,4 % mužů a 26,7 % žen, nad 66 let 11,1 % mužů a 7,7 % žen. Správnou odpověď (“Pokud jsem dosáhl/a věku 50 let, a to v intervalu každých 2 let”) zaznamenalo 25,9 % mužů věku 18–35 a 30,4 % žen téhož věku, 55,2 % mužů věku 36–45 let, 35,5 % žen téhož věku, 43,8 % mužů ve věku 46–55 let, 29,2 % žen ve věku 46–55 let, v kategorii 56–65 let 57,1 % u mužů a 33,3 % u žen, nad 66 let pak 66,7 % u mužů a 38,5 % u žen. Odpověď (“Pokud

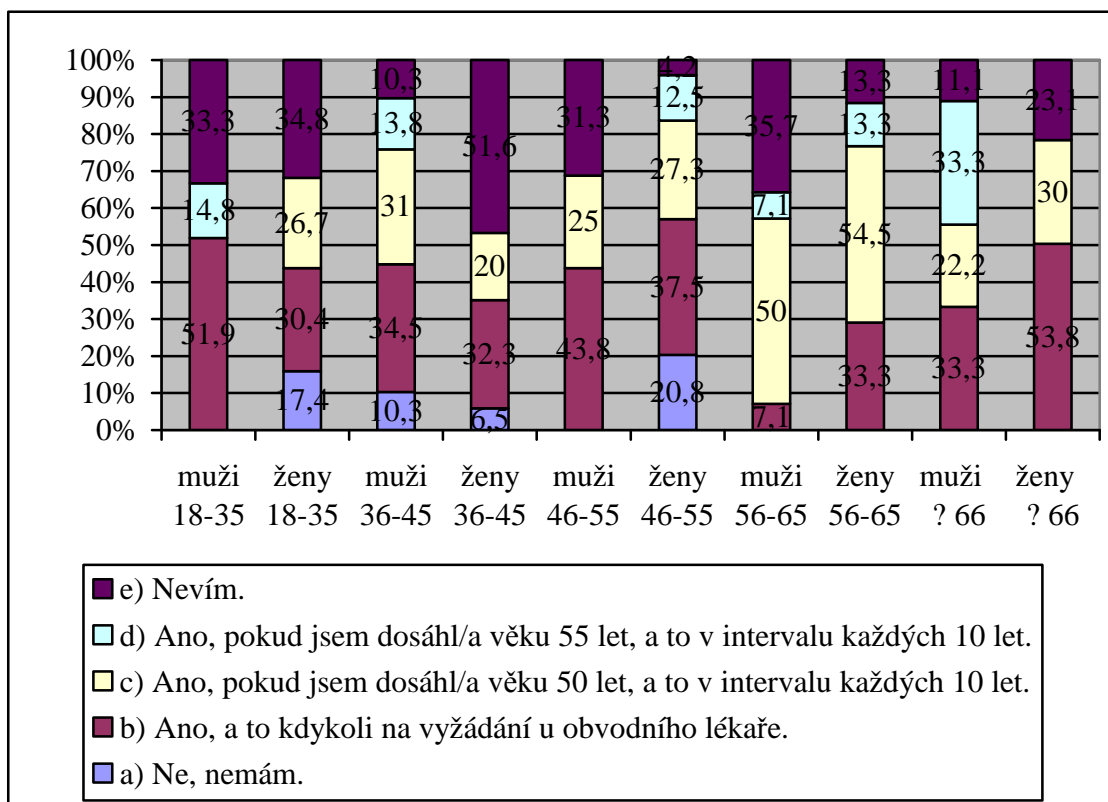
jsem dosáhl/a věku 55 let, a to v intervalu každých 2 let”) zaznamenalo 14,8 % mužů ve věku 18–35 let a 8,7 % žen, ve věku 36–45 13,8 % mužů a 9,7 % žen, ve věku 46–55 let 12,5 % u mužů i u žen, ve věku 56–65 let 6,7 % mužů. U žen nad 66 let je to 15,4 %. Odpověď (“Nevím”) zaznamenalo ve věku 18–35 let 37 % mužů a 43,5 % žen, ve věku 36–45 let 22,6 % žen, ve věkové kategorii 46–55 let 18,8 % mužů a 20,8 % žen, v rozmezí 56–65 let pak 7,1 % mužů a 33,3 % žen, nad 66 let 22,2 % mužů a 7,7 % žen. Z vyhodnocení otázky vyplývá, že správná odpověď (“Pokud jsem dosáhl/a věku 50 let, a to v intervalu každých 2 let”) nebyla vždy nejčastější odpovědí, bylo tomu tak pouze u mužů ve věku 18–35 let, a to v necelých 26 %, dále pak u mužů ve věku 36–45 let v necelých 56 % a v kategorii 46–55 let v necelých 44 %, v kategorii 56–65 let to bylo necelých 58 % a nad 66 let necelých 67 %. Dále u žen mezi 36–45 roky v počtu necelých 36 % a u žen nad 66 let 38,5 %. Z výsledků lze snadno vyčíst vyšší informovanost u mužů.



Graf 12–Otázka č. 9 zastoupení všech respondentů dle dosaženého vzdělání

Pokud posoudíme otázku č. 9, zjišťující informovanost respondentů o podmínkách nároku na bezplatné vyšetření stolice na okultní krvácení, z hlediska vzdělání, budou jsou výsledky následující. Na první odpověď (“Za žádných konkrétních podmínek”) odpovědělo 18,8 % mužů se středoškolským vzděláním bez maturity, ve stejné kategorii 18,2 % žen. Se středoškolským vzděláním odpovědělo stejně 10,2 % mužů

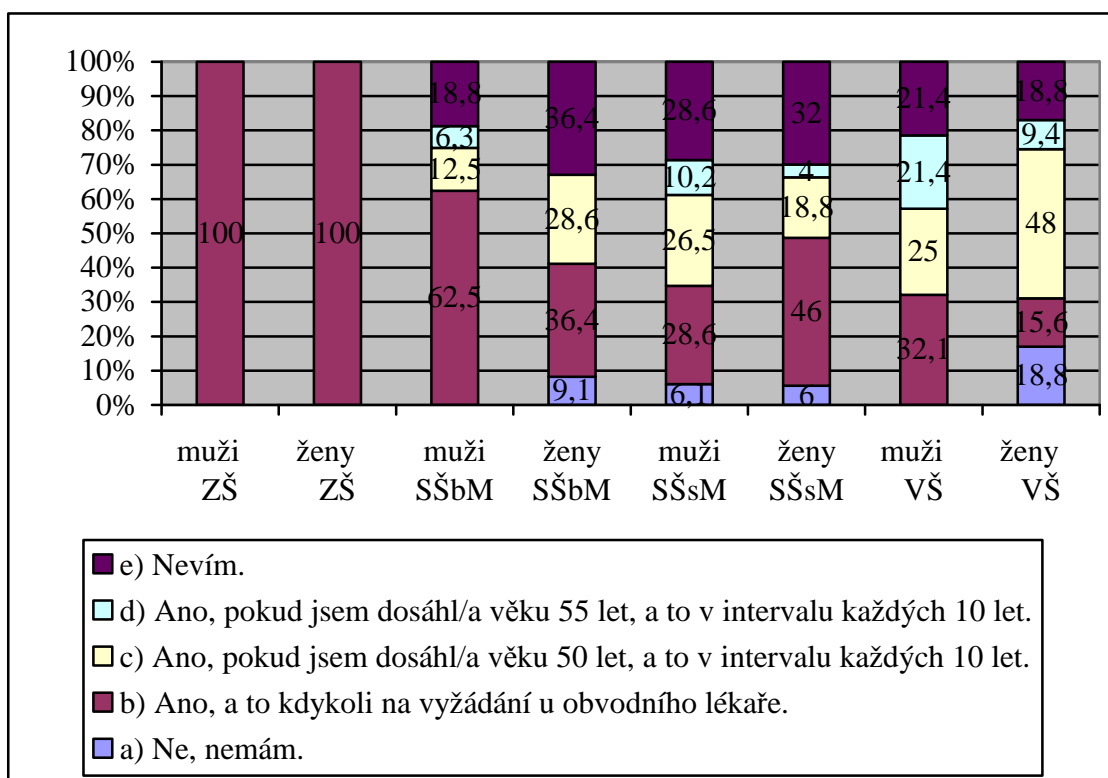
a 14 % žen. Druhou odpověď (“Pokud jsem dosáhl/a věku 50 let, a to v intervalu každého 1 roku”) zaznamenalo 12,5 % mužů středoškolského vzdělání bez maturity a 22,7 % žen téhož vzdělání, se středoškolským vzděláním s maturitou 4,1 % mužů a 26 % žen, s vysokoškolským vzděláním pak 39,3 % mužů a 9,4 % žen. Správnou odpověď (“Pokud jsem dosáhl/a věku 50 let, a to v intervalu každých 2 let”) zaznamenalo 50 % mužů se základním vzděláním, tato hodnota není však vypovídající kvůli nízkému počtu respondentů (2) v této kategorii. Se středoškolským vzděláním bez maturity to je 31,3 % mužů a 22,7 % žen, se středoškolským vzděláním s maturitou je to 49 % mužů a 34 % žen, s vysokoškolským vzděláním 50 % mužů a 40,6 % žen. Odpověď (“Pokud jsem dosáhl/a věku 55 let, a to v intervalu každých 2 let”) zaškrtnulo 100 % žen se základním vzděláním, tato hodnota však stejně jako u mužů se základním vzděláním není vypovídající z hlediska jejich nízké četnosti v této skupině vzdělání. Se středoškolským vzděláním v bez maturity to je u mužů 6,3 % a 16,3 % u mužů se středoškolským vzděláním s maturitou, se stejným vzděláním je to 10 % u žen a s vysokoškolským vzděláním to je 10,7 % u mužů a 12,5 % u žen. Odpověď (“Nevím”) zodpovědělo 50 % mužů se základním vzděláním, 31,3 % mužů se středoškolským vzděláním bez maturity a 36,4 % žen stejného vzdělání. Se středoškolským vzděláním s maturitou u mužů je to 20,4 % a 16 % u žen, s vysokoškolským vzděláním 37,5 % u žen. Z vyhodnocení otázky lze vyčíst, že nejvyšší informovanost vykazují ženy i muži s vysokoškolským vzděláním a muži se středoškolským vzděláním s maturitou.



Graf 13–Otázka č. 11 zastoupení všech respondentů dle věkových kategorií

Otázka č. 11, která zkoumá znalost respondentů o nároku pojištěnce na bezplatné kolonoskopické vyšetření kolorekta byla vyhodnocena následovně: Odpověď (“Ne, nemám”) zaznamenalo 17,4 % žen ve věku 18–35 let, ve věku 36–45 let odpovědělo 10,3 % mužů a 6,5 % žen, věková kategorie 46–55 u žen odpověděla v 20,8 %. Respondenti, kteří si myslí, že mají nárok na bezplatnou kolonoskopii, a to kdykoli na vyžádání u obvodního lékaře odpovídali takto: 51,9 % mužů věku 18–35 let, 30,4 % žen téhož věku, 34,5 % mužů ve věku 36–45 let, 32,3 % žen stejného věku, v kategorii 46–55 let 43,8 % mužů a 37,5 % žen, mezi 56–65 roky 7,1 % mužů a 33,3 % žen, nad 66 let 33,3 % u mužů a 53,8 % u žen. Správnou odpověď (“Ano, pokud jsem dosáhl/a věku 50 let, a to v intervalu každých 10 let”) zaznamenalo 26,7 % žen ve věku 18–35 let, 31 % mužů ve věku 36–45 let a 20 % žen téhož věku, u mužů mezi 46–55 roky je to 25 %, u téže věkové kategorie je to 27,3 % u žen. U věku 56–65 let vyšlo 50 % u mužů a 54,5 % u žen, nad 66 let 22,2 % u mužů a 30 % u žen. Odpovědi (“Ano, pokud jsem dosáhl/a věku 55 let, a to v intervalu každého 10 let”) zodpovědělo 14,8 % mužů věku 18–35 let, dále 13,8 % mužů ve věku 36–45 let, u žen mezi 46–55 roky je to 12,5 %, ve věku 56–65 let je to u mužů 7,1 % a 13,3 % u žen, u věku nad 66 let je výsledek u mužů 33,3 %.

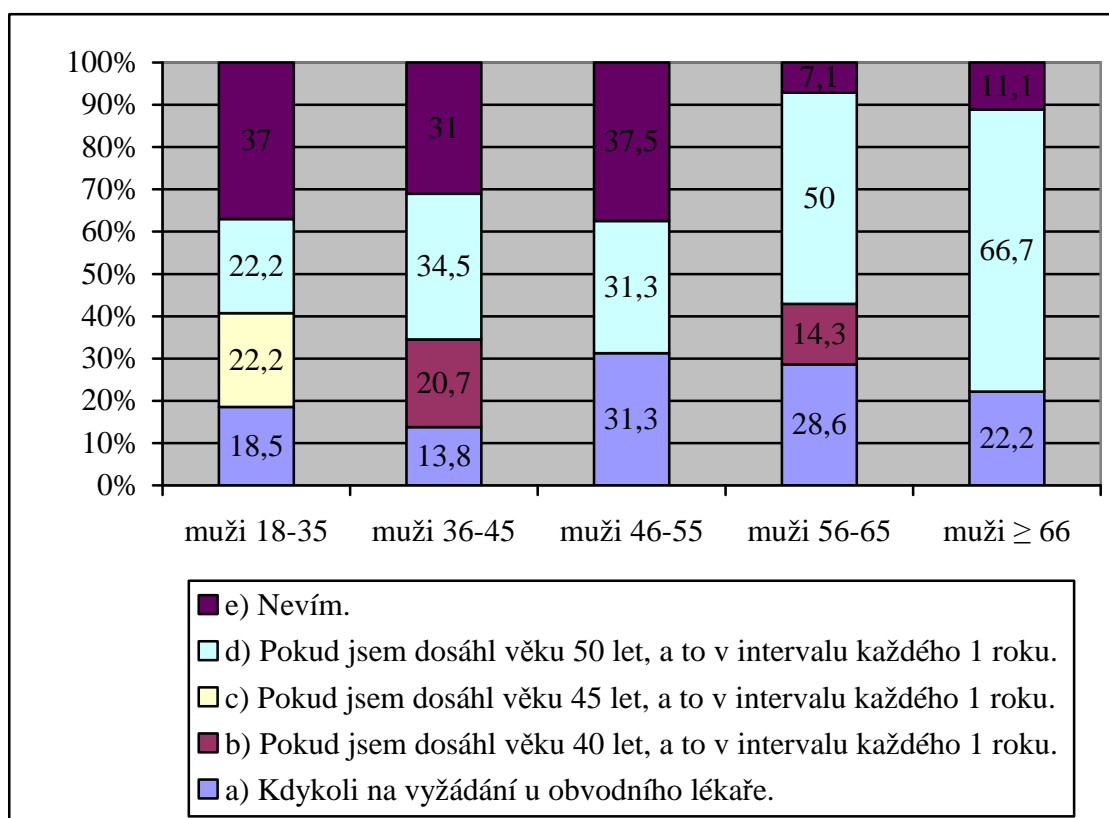
Odpořeř ('Nevím') se vyskytla u mužů ve věku 18–35 v počtu 33,3 % a u řen v počtu 34,8 %, řale ve věkové kategorii 36–45 let u mužů v počtu 10,3 %, u řen 51,6 %, u věku 46–66 let pak 31,3 % u mužů a 4,2 % u řen, u věku 56–65 let je to u mužů 35,7 % a 13,3 % u řen, nad 66 let je to u mužů 11,1 % a u řen 23,1 %. Z vyhodnocené otázky můžeme vyhodnotit, ře znalost této oblasti je zcela nevyhovující. Celkově vyšší věková kategorie vykazuje vyšší znalost, než mladší, tyto znalosti jsou ale nedostačující. Nejvyšší úroveň znalostí vykazují muži ve věku 56–65 a nad 66 let. Také řeny stejných kategorií vykazují vyšší znalost.



Graf 14–Otázka ř. 11 zastoupení všech respondentů dle dosaženého vzdělání

Otázka, zjiřující nárok pojiřtence na bezplatné kolonoskopické vyřetření kolorekta dle vzdělání respondentů, byla vyhodnocena dle vzdělání následovně: Odpořeř ('Ne, nemám') zaznamenalo 9,1 % řen se řredořkolským vzděláním bez maturity a 6,1 % mužů stejného vzdělání a 18,8 % řen s vysokořkolským vzděláním. Odpořeř ('Ano, a to kdykoli na vyřádání u obvodního řeãaře') zaznamenalo 100 % mužů se základním vzděláním, tento údaj však není vypovídající, protože respondetni v této kategorii vzdělání jsou jen dva. Stejný výsledek ve stejné kategorii měly i řeny. Se řredořkolským vzděláním bez maturity odpořeřelo 62,5 % mužů a 36,4 % řen. Se řredořkolským vzděláním s maturitou odpořeřelo 28,6 % mužů a 46 % řen, s vysokořkolským vzděláním 32,1 % mužů a 15,6 % řen. Správnou odpořeř

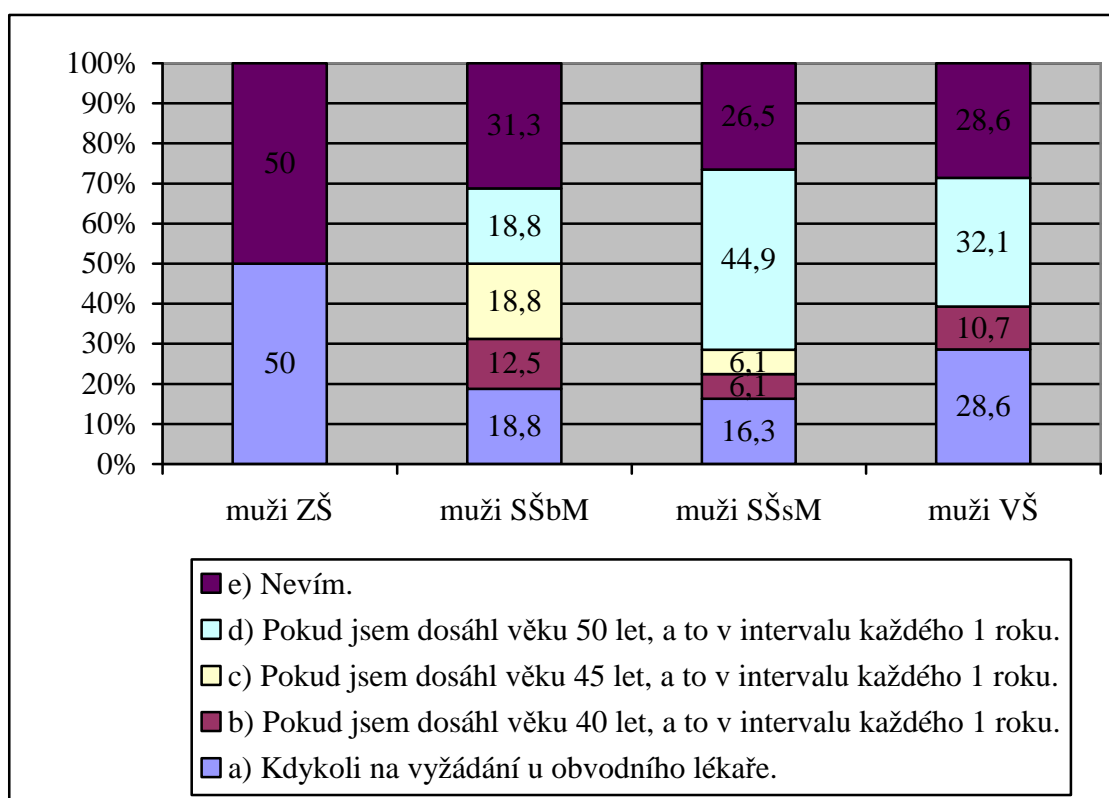
(“Ano, pokud jsem dosáhl/a věku 50 let, a to v intervalu každých 10 let”) zaznamenalo 12,5 % mužů se středoškolským vzděláním bez maturity a 28,6 % žen téhož vzdělání, dále 26,5 % mužů se středoškolským vzděláním s maturitou a 18,8 % žen stejného vzdělání, 25 % mužů a 48 % žen s vysokoškolským vzděláním. Odpověď (“Ano, pokud jsem dosáhl/a věku 55 let, a to v intervalu každého 10 let”) zaznamenalo 6,3 % mužů středoškolského vzdělání bez maturity a 10,2 % s maturitou, u žen se středoškolským vzděláním s maturitou jsou to 4 %, u mužů s vysokoškolským vzděláním je to 21,4 % a 9,4 % u žen. Odpověď (“Nevím”) se vyskytla u mužů se středoškolským vzděláním bez maturity v 18,8 %, u žen 36,4 %, u mužů se středoškolským vzděláním s maturitou v 28,6 % a u žen v 32 %, s vysokoškolským vzděláním pak 21,4 % u mužů a 18,8 % u žen. S grafu lze vyčíst, že nejvíce správných odpovědí se vyskytlo u vysokoškolsky vzdělaných mužů, u mužů s maturitou, dále u žen bez maturity a s vysokoškolským vzděláním.



Graf 15–Otázka č. 13 zastoupení dle věkových kategorií u mužů

Otázka č. 13, určená pouze pro muže, zjišťující jejich znalost o podmínkách pojištěnce na bezplatné digitální vyšetření prostaty dopadla následovně: Odpověď (“Kdykoli na vyžádání u obvodního lékaře”) zaznamenalo 18,5 % mužů věku 18–35 let, 13,8 % mužů věku 36–45 let, 31 % mužů ve věku 46–55 let, muži mezi 56–65 roky

odpověděli v 28,6 % a muži nad 66 let v 22,2 %. Odpověď (“Pokud jsem dosáhl věku 40 let, a to v intervalu každého 1 roku”) zaznamenalo 20,7 % mužů ve věku 36–45 let, 14,3 % mužů ve věku 56–65 roky. Odpověď (“Pokud jsem dosáhl věku 45 let, a to v intervalu každého 1 roku”) byla zaškrtnuta 22,2 % muži ve věku 18–35 let. Správná odpověď (“Pokud jsem dosáhl věku 50 let, a to v intervalu každého 1 roku”) byla zodpovězena 22,2 % muži mezi 18–35 roky, 34,5 % muži mezi 36–45 roky, 31,3 % muži ve věku 56–65 % a 66,7 % muži nad 66 let. Odpověď (“Nevím”) zaškrtnulo 37 % mužů ve věku 18–35 let, 31 % mužů ve věku 36–45 let, 37,5 % mužů ve věku 46–55 let, 7,1 % mužů mezi 56–65 let a muži nad 66 let v 11,1 %. Z výsledku lze vyčíst, že vyšší věková kategorie vykazuje vyšší znalost problematiky. Nejvyšší počet správných odpovědí je u mužů ve věku 56–65 let a nad 66 let.



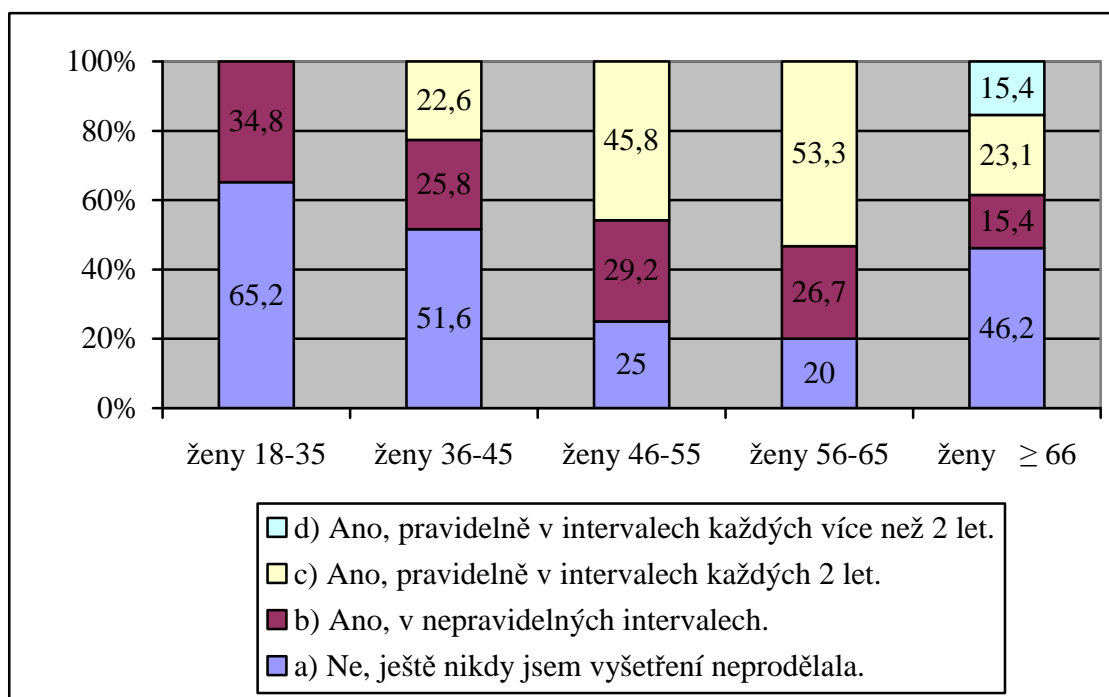
Graf 16–Otázka č. 13 zastoupení dle dosaženého vzdělání u mužů

Dle vzdělání mužů může být otázka, která zkoumá podmínky pojištěnce na bezplatné digitální vyšetření prostaty, vyhodnocena následovně: Odpověď (“Kdykoli na vyžádání u obvodního lékaře”) zaznamenalo 50 % mužů se základním vzděláním, jelikož je v této kategorii nízký počet respondentů (2), není hodnota vypovídající. Muži se středoškolským vzděláním bez maturity odpověděli v 18,8 %, muži se středoškolským vzděláním s maturitou odpověděli v 16,3 % a muži s vysokoškolským vzděláním v 28,6 %. Odpověď (“Pokud jsem dosáhl věku 40

let, a to v intervalu každého 1 roku”) zaznamenalo 12,5 % mužů se středoškolským vzděláním bez maturity, 6,1 % mužů se středoškolským vzděláním s maturitou a 10,7 % mužů s vysokoškolským vzděláním. Odpověď (“Pokud jsem dosáhl věku 45 let, a to v intervalu každého 1 roku”) se vyskutla v 18,8 % u mužů se středoškolským vzděláním bez maturity a v 6,1 % se středoškolským vzděláním s maturitou. Správná odpověď (“Pokud jsem dosáhl věku 50 let, a to v intervalu každého 1 roku”) byla zodpovězena u mužů se středoškolským vzděláním bez maturity u 18,8 %, s maturitou u 44,9 % a u vysokoškoláků v 32,1 %. Odpověď (“Nevím”) zaznamenalo 50 % mužů základního vzdělání, 31,3 % mužů středoškolského vzdělání bez maturity, 26,5 % mužů středoškolského vzdělání s maturitou a 28,6 mužů s vysokoškolským vzděláním. Nejvyšší počet správných odpovědí vykazují muži se středoškolským vzděláním s maturitou, potom muži s vysokoškolským vzděláním.

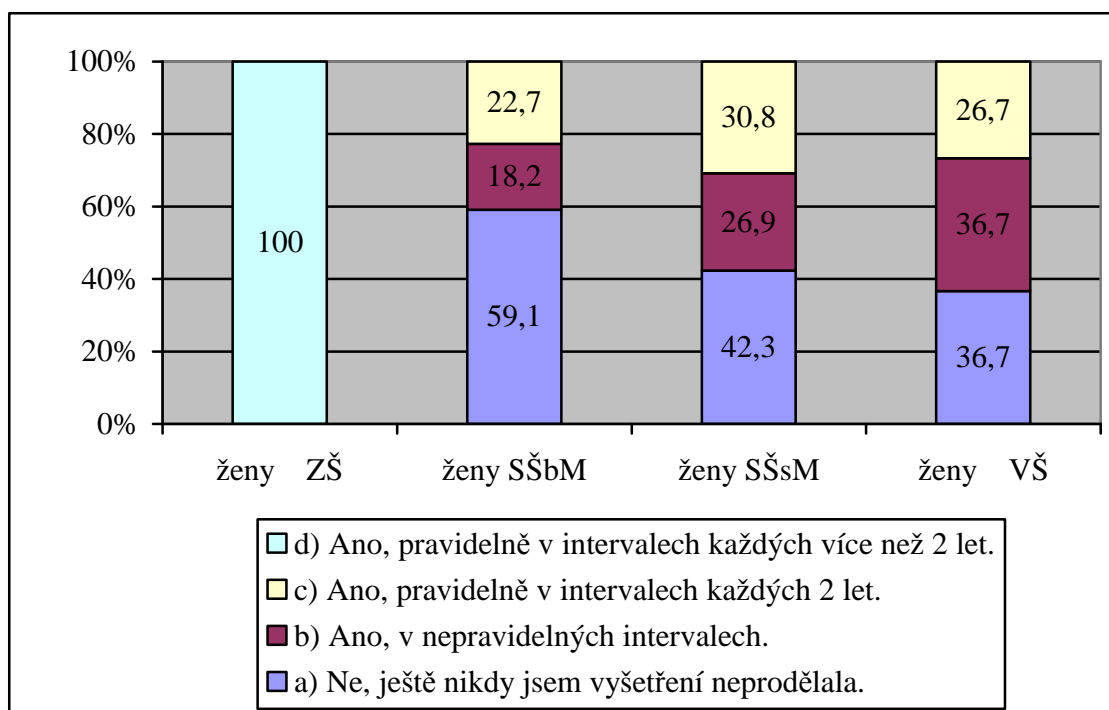
4.2 Dodržování onkologické prevence a onkologického screeningu

Druhý celek otázek zjišťuje zkušenosti a dodržování onkologického screeningu a onkologické prevence respondentů. Jsou to otázky dotazníku č. 5, 6, 7, 8, 10, 12 a 14.



Graf 17–Otázka č. 5 zastoupení dle věkových kategorií u žen

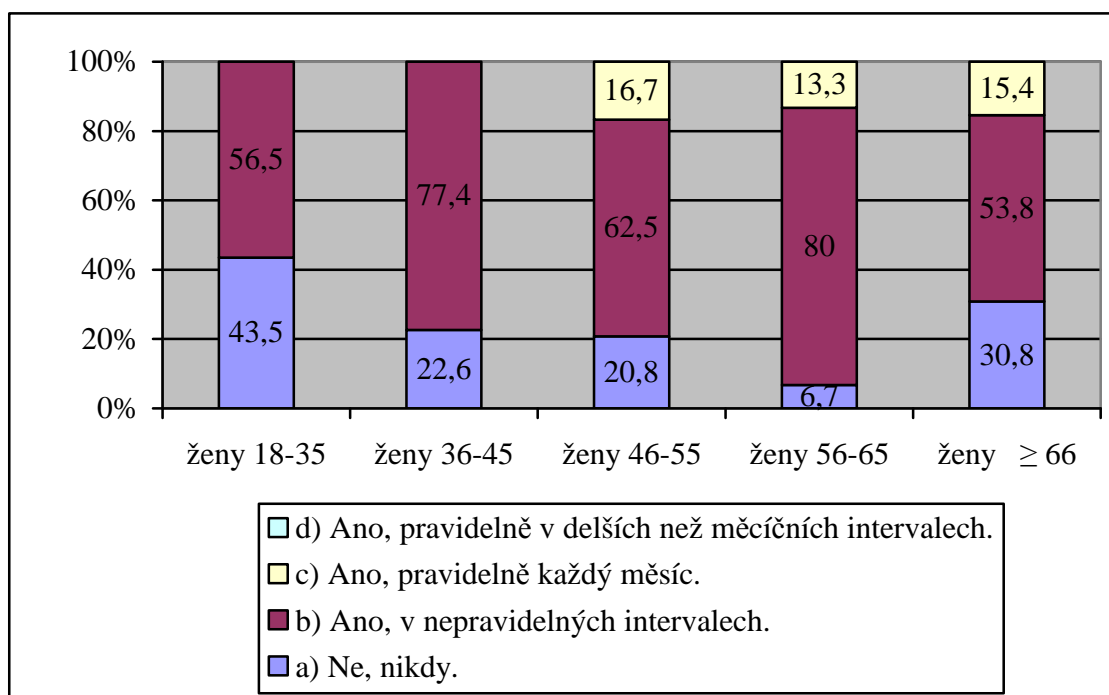
V páté otázce, která je určena pro ženy, byly respondentky dotazovány na to, zda chodí na mamografické vyšetření. První odpověď (“Ne, ještě nikdy jsem vyšetření neprodělala”) zadrželo 65,2 % žen věku 18–35 let, 51,6 % žen ve věku 36–45 let, 25 % žen mezi 46–55 roky, 20 % žen ve věku 56–65 let a 46,2 % žen nad 66 let. Druhou odpověď (“Ano, v nepravidelných intervalech”) zaznamenalo 34,8 % respondentek věku 18–35 let, 25,8 % žen ve věku 36–45 let, 29,2 % žen mezi 46–55 roky, 26,7 % žen ve věku 56–65 let a 15,4 % žen nad 66 let. Ideální (správnou) odpověď (“Ano, pravidelně v intervalech každých 2 let.”) zodpovědělo 22,6 % žen věku 36–45 let, 45,8 % žen věku 46–55 let, 53,3 % žen ve věku 56–65 let a 23,1 % žen nad 66 let. Odpověď (“Ano, pravidelně v intervalech každých více než 2 let”) zaznamenaly pouze ženy ve věku nad 66 let, a to v 15,4 %. Z výsledku otázky vyplývá, že ženy v mladší věkové kategorii 18–35 let téměř v 66 % nikdy nezúčastnily mamografického vyšetření, což je k jejich nízkému věku odpovídající. Podobně vyšla kategorie žen ve věku od 36–45 let. Nejméně “zodpovědnou” věkovou kategorií jsou ženy ve věku nad 66 let, které zodpověděly v téměř 47 %, že ještě nikdy mamografické vyšetření neprodělaly. “Nejzodpovědnější” kategorií se staly pak ženy ve věku 46–65 let. Výsledky však v globále nejsou příliš vyhovující.



Graf 18—Otázka č. 5 zastoupení dle dosaženého vzdělání u žen

Dle nejvyššího dosaženého vzdělání můžeme posoudit otázku č. 5, určenou pro ženy, zjišťující, zda chodí respondentky na mamografické vyšetření, takto:

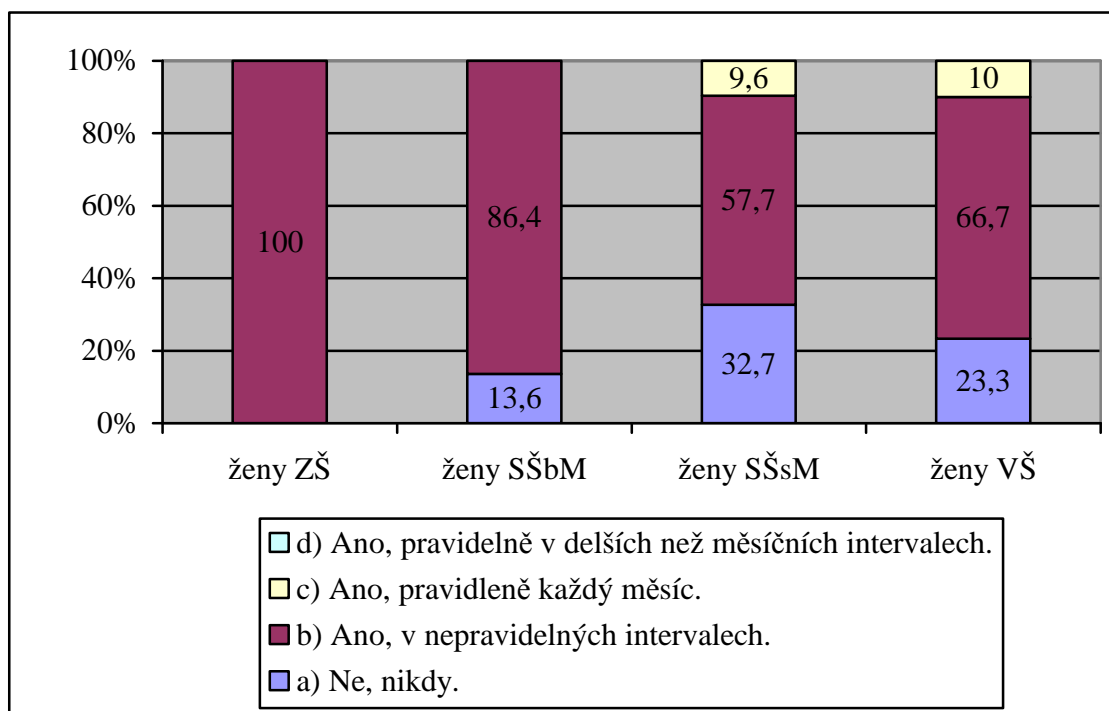
Vyšetření nikdy neprodělalo 59,1 % žen se středoškolským vzděláním bez maturity, 42,3 % žen se středoškolským vzděláním s maturitou a 36,7 % žen s vysokoškolským vzděláním vč. vyššího odborného. V nepravidelných intervalech podstupuje mamografii 18,2 % žen se středoškolským vzděláním bez maturity, 26,9 % žen se středoškolským vzděláním s maturitou a 36,7 % žen s vysokoškolským vzděláním. Ideální (správnou) odpověď (“Ano, pravidelně v intervalech každých 2 let”) zaznamenalo 22,7 % žen se středoškolským vzděláním, 30,8 % žen se středoškolským vzděláním s maturitou a 26,7 % žen s vysokoškolským vzděláním. V delších, než dvouletých intervalech postupuje vyšetření mamografií 100 % respondentek se základním vzděláním. Dle vzdělání jsou nejzodpovědnější skupinou ženy se středoškolským vzděláním s maturitou, hned za nimi jsou to pak ženy s vysokoškolským vzděláním a středoškolským vzděláním bez maturity.



Graf 19–Otázka č. 6 zastoupení dle věkových kategorií u žen

Dle věkových kategorií můžeme otázku určenou pro ženy, tazající se respondentek na to, zda provádí manuální samovyšetření prsů, vyhodnotit takto: Na odpověď (“Ne, nikdy”) odpovědělo 43,5 % žen ve věku 18–35 let, 22,6 % žen ve věku 36–45 let, 20,8 % žen věku 46–55 let, 6,7 % žen ve věku 56–65 let a žen nd 66 let pak 30,8 %. Odpověď (“Ano, v nepravidelných intervalech”) pak zaznamenalo 56,5 % žen mezi 18–35 roky, 77,4 % žen ve věku 36–45 let, ženy věku 46–55 let v 62,5 %,

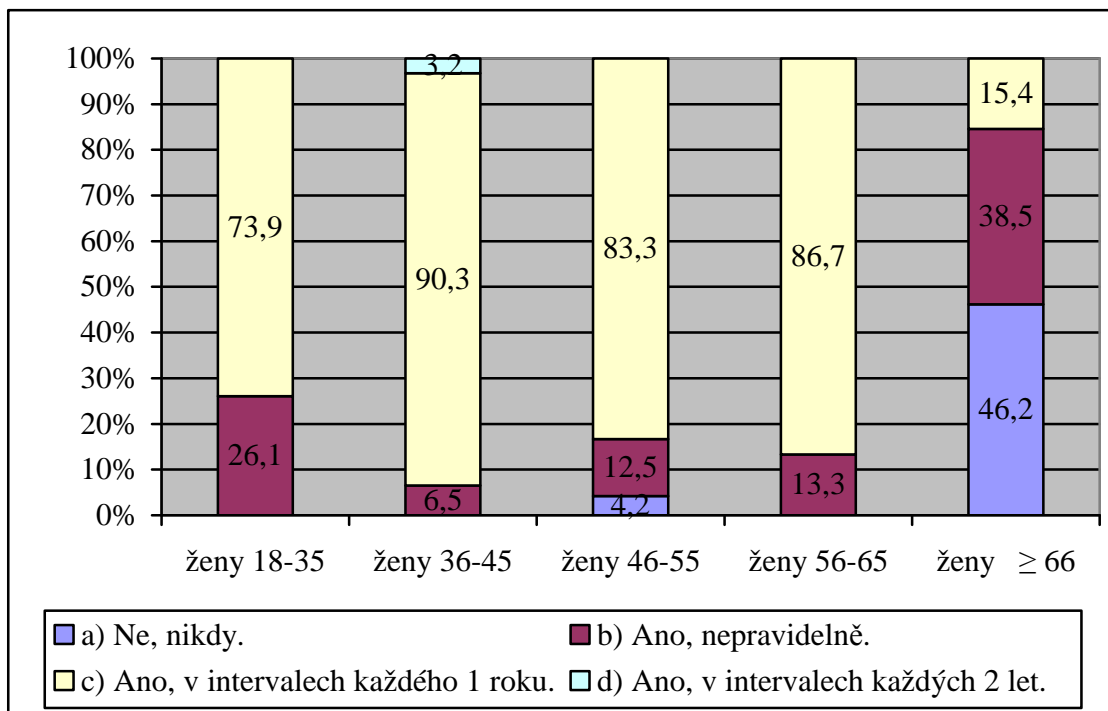
ženy mezi 56–65 roky v 80 % a ženy nad 6 let v 53,8 %. Ideální (správnou) odpověď (“Ano, pravidelně každý měsíc.”) zaznamenalo 16,7 % žen ve věku 46–55 let, 13,3 % žen ve věku 56–65 let a 15,4 % žen nad 66 let. Tyto výsledky jsou alarmující. Výsledek u žen, které se pravidelně v měsíčních intervalech manuálně samovyšetřují, je velmi nízký. Nejvíce odpovědí bylo zaznamenáno u nepravidleného samovyšetřování, a to u všech věkových kategorií. Nejvíce “zodpovědnou” věkovou kategorií jsou ženy ve věku 56–65 let, nejméně pak ženy ve věku 18–35 let, tyto výsledky jsou však k věku velmi těžce posouditelné. Další méně “zodpovědnou” skupinou jsou i ženy ve věku nad 66 let.



Graf 20–Otázka č. 6 zastoupení dle dosaženého vzdělání u žen

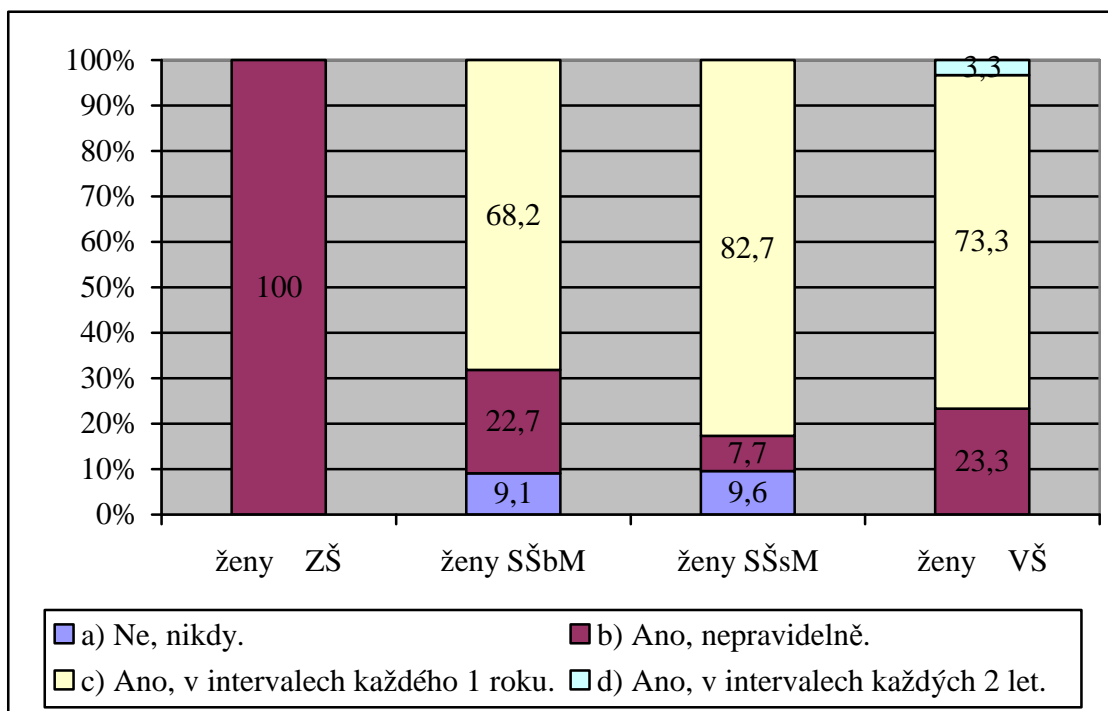
Otázka na manuální samovyšetření prsů u respondentek, posouzenou z hlediska dosaženého vzdělání, můžeme vyhodnotit takto: Na odpověď (“Ne, nikdy”) odpovědělo 13,6 % žen se středoškolským vzděláním bez maturity, 32,7 % žen se středoškolským vzděláním s maturitou a 23,3 % žen s vysokoškolským vzděláním. Odpověď (“Ano, v nepravidelných intervalech”), zadrželo 100 % žen se základním vzděláním, 86,4 % žen se středoškolským vzděláním bez maturity, 57,7 % žen se středoškolským vzděláním s maturitou a 66,7 % žen s vysokoškolským vzděláním. Ideální (správnou) odpověď (“Ano, pravidelně každý měsíc.”) zaznamenalo 9,6 % žen se středoškolským vzděláním s maturitou a 10 % žen s vysokoškolským vzděláním. Dle vzdělání vyšla jako “nejuvědomělejší” kategorie žen se

středoškolským vzděláním bez i s maturitou. Výsledky se však příliš neliší u různých skupin dle vzdělání.



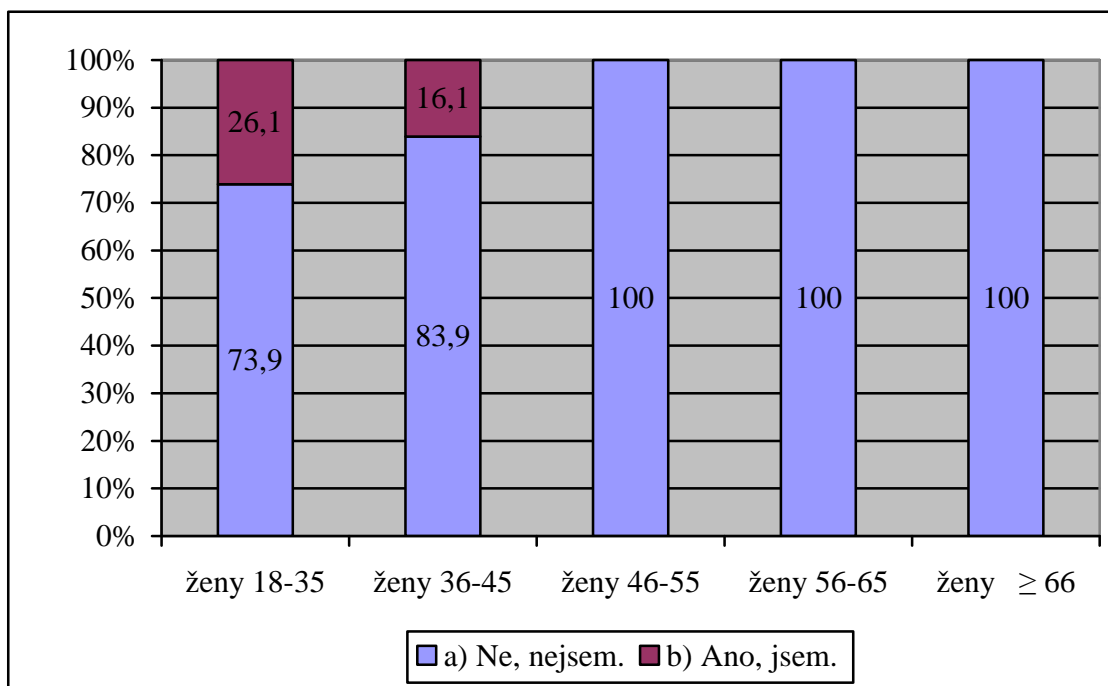
Graf 21–Otázka č. 7 zastoupení dle věkových kategorií u žen

Otázka, určená pro ženy, týkající se pravidelnosti návštěv gynekologických prohlídek, vyšla následovně: Nikdy nepodstoupilo gynekologickou prohlídku 4,2 % žen ve věku 46–55 let a 46,2 % žen věku nad 66 let. Nepravidelně podstupuje gynekologické prohlídky 26,1 % žen ve věku 18–35 let, 6,5 % žen věku 36–45 let, 12,5 % žen ve věku 46–55 let, 13,3 % žen mezi 56–65 roky a 38,5 % žen nad 66 let. Ideální (správná odpověď), a to v intervalu každého jednoho roku, zaznamenalo 73,9 % žen věku 18–35 let, 90,3 % žen ve věku 36–45 let, 83,3 % žen ve věku 46–55 let, 86,7 % žen věku 56–65 let a 15,4 % žen nad 66 let. V intervalech každých 2 let podstupuje gynekologické prohlídky 3,2 % žen věku 36–45 let. Jak můžeme vidět, nejvíce je zastoupena správná (ideální) odpověď, a to ta, že ženy postupují gynekologické prohlídky jednou za rok. Zneklidňující je výsledek u žen nad 66 let, které ve 46,2 % nepodstoupily gynekologické vyšetření vůbec a v intervalu 1 roku chodí na tyto prohlídky pouze 15,4 % žen tohoto věku.



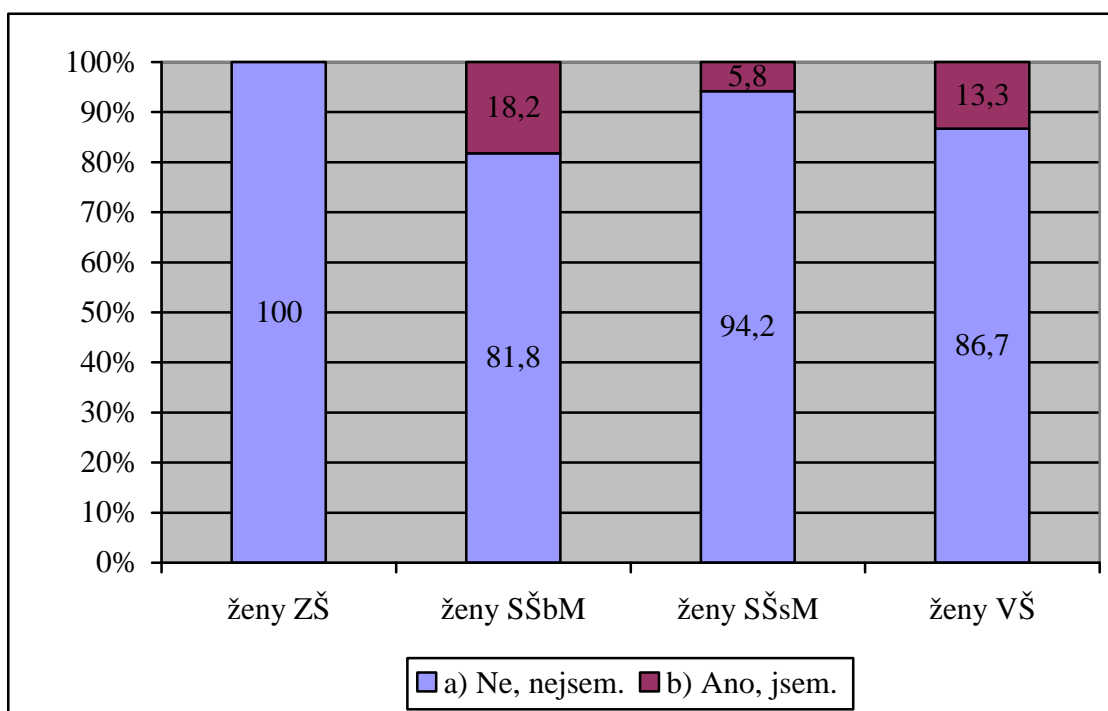
Graf 22–Otázka č. 7 zastoupení dle dosaženého vzdělání u žen

Dle dosaženého vzdělání můžeme otázku, týkající se pravidelnosti návštěv gynekologických prohlídek, posoudit následovně: Nikdy nepodstoupilo gynekologickou prohlídku 9,1 % žen se středoškolským vzděláním bez maturity a 9,6 % se středoškolským vzděláním s maturitou. Nepravidelně postupuje gynekologické prohlídky 100 % žen se základním vzděláním, počet těchto žen v této kategorii jsou však dvě. Dále 22,7 % žen se středoškolským vzděláním bez maturity, 7,7 % žen se středoškolským vzděláním s maturitou a 23,3 % žen s vysokoškolským vzděláním. V intervalu každého jednoho roku podstupuje gynekologické prohlídky 68,2 % žen se středoškolským vzděláním bez maturity, 82,7 % žen se středoškolským vzděláním s maturitou a 73,3 % žen s vysokoškolským vzděláním. V intervalech každých dvou let postupuje gynekologické vyšetření 3,3 % žen s vysokoškolským vzděláním. Z výsledků můžeme vyčíst, že nejvíce respondentek zaznamenalo správnou (ideální) odpověď, a to pravidelné každoroční gynekologické prohlídky. Stále je však vysoké číslo nepravidelných návštěv u gynekologa.



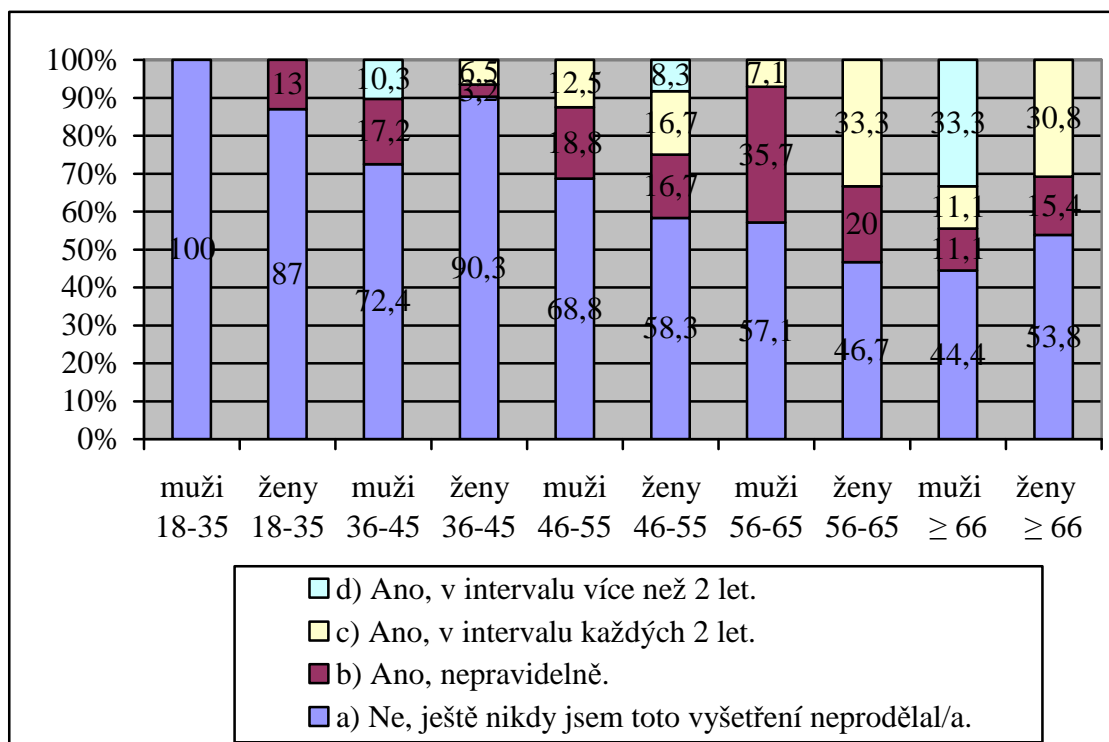
Graf 23–Otázka č. 8 zastoupení dle věkových kategorií u žen

Na otázku, týkající se proočkování respondentek proti viru HPV, odpovídaly ženy následovně: Ženy ve věku 18–35let jsou v 26,1 % proočkovány, ženy ve věkové kategorii 36–45 let jsou proočkovány v 16,1 %, respondentky v dalších věkových kategoriích proočkovány nejsou.



Graf 24–Otázka č. 8 zastoupení dle dosaženého vzdělání u žen

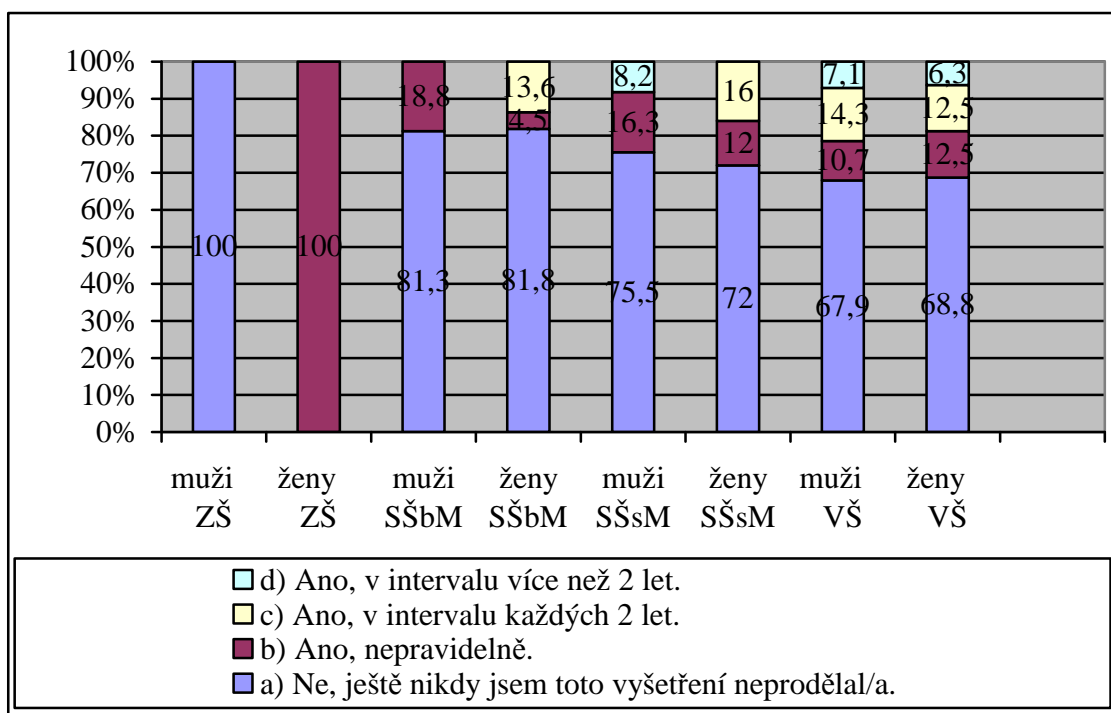
Dle úrovně vzdělání dopadla otázka ohledně proočkovanosti respondentek proti viru HPV následovně: Proočkovaných je 18,2 % dotázaných respondentek se středoškolským vzděláním bez maturity, 5,8 % žen se středoškolským vzděláním s maturitou a 13,3 % žen s vysokoškolským vzděláním. Z výsledků vyplývá, že nejvyšší proočkovanost je u respondentek se středoškolským vzděláním a vysokoškolským vzděláním.



Graf 25–Otázka č. 10 zastoupní všech respondentů dle věkových kategorií

Otázka, týkající se pravidelnosti provádění vyšetření na okultní krvácení ve stolici odpovídali dotázaní respondenti takto: Ještě nikdy toto vyšetření neprodělal 100 % mužů ve věku 18–35 let, ve stejném věku pak 87 % žen, ve věku 36–45 let 72,4 % mužů a 90,3 % žen, ve věkové kategorii 46–55 let 68,8 % mužů a 58,3 % žen, mezi 56 a 65 roky 57,1 % u mužů a 46,7 % žen. U mužů nad 66 let 44,4 % mužů a 53,8 % žen. Odpověď (“Nepravidelně”) byla zaznamenána u 13 % žen ve věku 18–35 let, 17,2 % u mužů a u 3,2 % u žen ve věku 36–45 let, ve věku 46–55 let pak 18,8 % u mužů a 16,7 % u žen, mezi 56–65 rokem 35,7 % u mužů a 20 % u žen. Nad 66 let 1,1 % u mužů a 15,4 % u žen. V pravidlném (ideálním) intervalu, se nechává vyšetřovat 6,5 % žen mezi 36–45 roky, dále muži mezi 46–55 roky, a to v 12,5 %, ženy stejného věku 16,7 %, mezi 56–65 roky pak muži v 7,1 % a ženy v 33,3 %. Nad 66 let je to 11,1 % mužů a 30,8 % žen. V intervalu každých víc než dvou let se

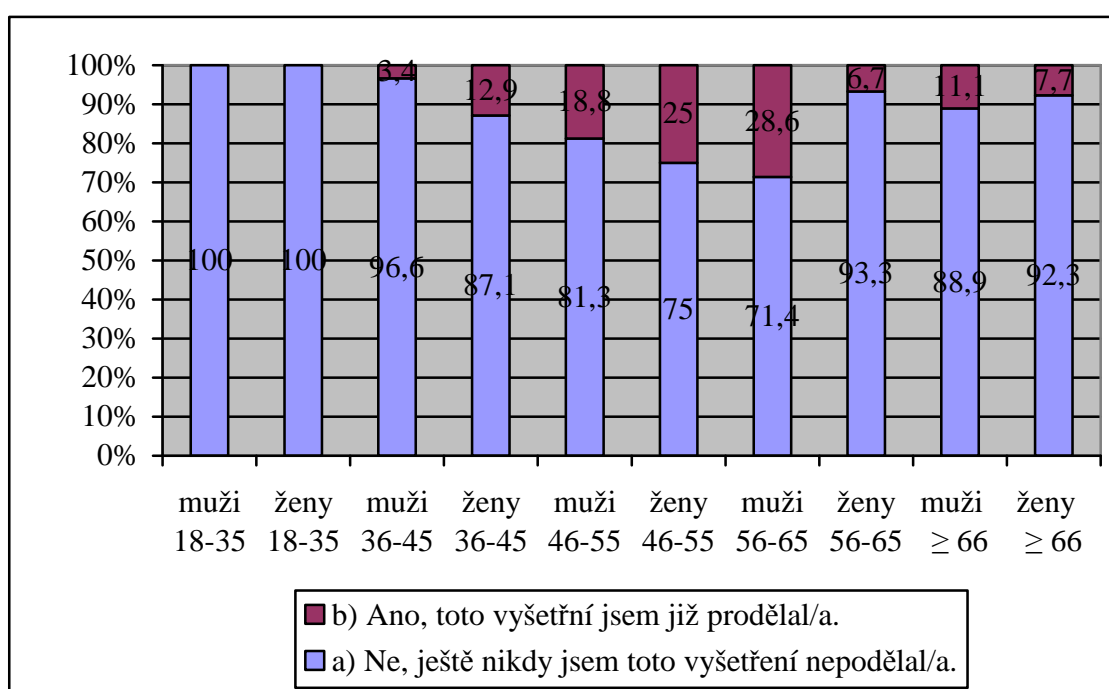
nechává vyšetřovat 10,3 % mužů ve věku 36–45 let, 8,3 % žen ve věku 46–55 let a 33,3 % mužů nad 66 let. Z vyhodnocené otázky plyne, že skupina, na kterou je zaměřen screening, to je skupina respondentů nad 50 let, není příliš zodpovědná. V intervalu každých dvou let si nechává stolicí vyšetřovat na okultní krvácení jen velmi nízký počet respondentů. Nejvyšší počet je zaznamenán u žen mezi 56–65 roky a u žen nad 66 let, avšak i tato čísla jsou velice znepokojivá.



Graf 26–Otázka č. 10 zastoupení všech respondentů dle dosaženého vzdělání

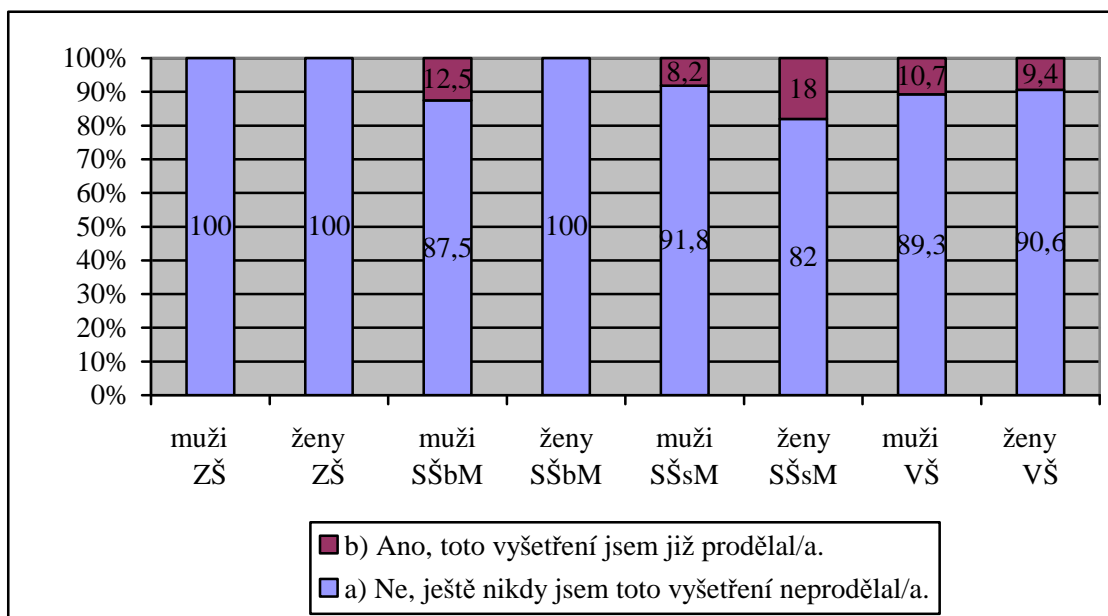
Vyhodnocení otázky, zda respondenti absolvovali vyšetření stolice na okultní krvácení, dle míry dosaženého vzdělání, je následující: Ještě nikdy toto vyšetření nepodstoupilo 100 % mužů se základním vzděláním, 81,3 % mužů se středoškolským vzděláním bez maturity a se stejným vzděláním 81,8 % žen. Se středoškolským vzděláním s maturitou pak 75,5 % mužů a 72 % žen, s vysokoškolským vzděláním 67,9 % mužů a 68,8 % žen. Nepravidelně vyšetření podstupuje: 100 % žen se základním vzděláním, 18,8 % mužů se středoškolským vzděláním bez maturity a 4,5 % žen téhož vzdělání, se středoškolským vzděláním s maturitou 16,3 % mužů a 12 % žen, s vysokoškolským vzděláním 10,7 % mužů a 12,5 % žen. V intervalu každých 2 let se nechává vyšetřovat 13,6 % žen se středoškolským vzděláním bez maturity, 16 % žen se středoškolským vzděláním s maturitou, 14,3 % mužů s vysokoškolským vzděláním a 12,5 % žen stejného vzdělání. V intervalu každých více než dvou let odpovědělo 8,2 % mužů středoškolského vzdělání

s maturitou, 7,1 % mužů s vysokoškolským vzděláním a 6,3 % žen také s vysokoškolským vzděláním. Z vyhodnocené otázky můžeme vyčíst, že nejpravidelněji využívají možnost vyšetření na okultní krvácení ve stolici vysokoškolsky vzdělaní muži, dále vysokoškolsky vzdělané ženy a ženy se středoškolským vzděláním bez maturity. Vyšší počet je také zaznamenán u nepravidelného testování u mužů se středoškolským vzděláním bez maturity a s maturitou, ale i u vysokoškoláků. U vysokoškolsky vzdělaných žen je také výskyt nepravidelného testování vyšší. Nejnižší četnost vyšetření je u žen i mužů se středoškolským vzděláním bez maturity.



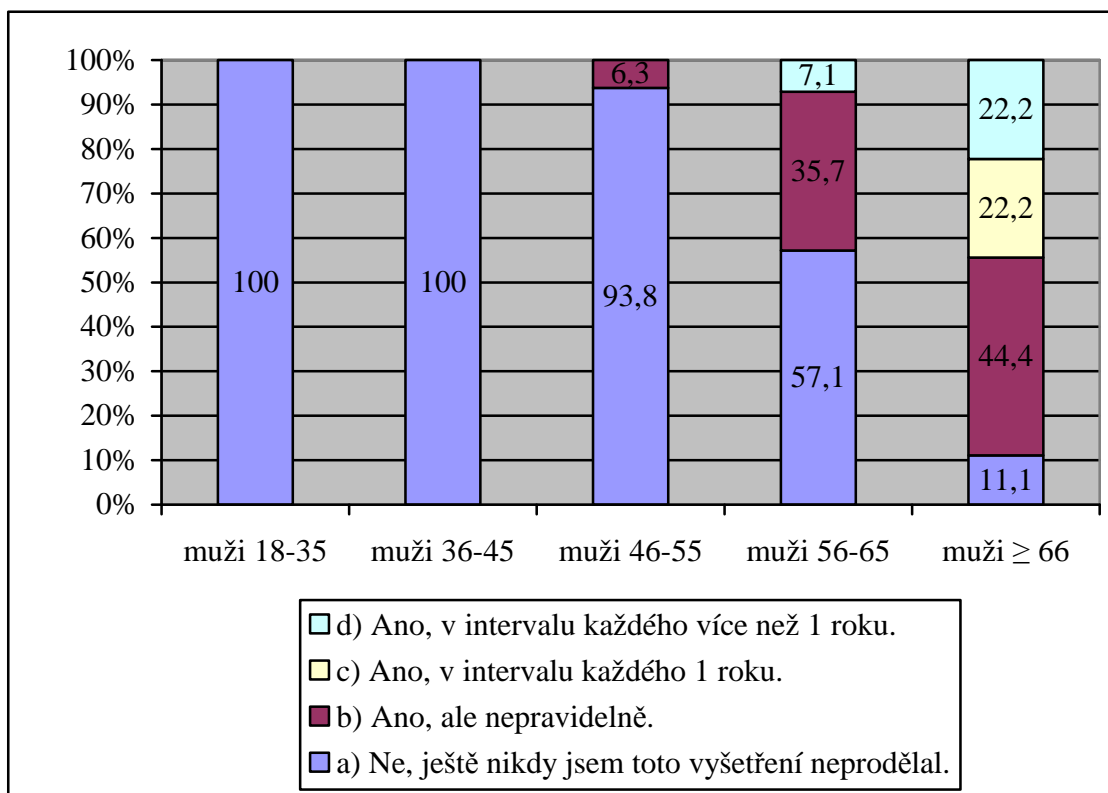
Graf 27–Otázka č. 12 zastoupení u všech respondentů dle věkových kategorií

Otázku, zda li respondenti někdy podstoupili kolonoskopické vyšetření kolorekta odpovídali dle věku takto: Tázání muži ve věku 18–35 let nikdy vyšetření neprodělali, stejně tak ženy téhož věku. Muži ve věku 36–45 let prodělali vyšetření v 3,4 %, ženy stejného věku v 12,9 %. Ve věkové kategorii 46–55 let bylo kolonoskopicky vyšetřeno 18,8 % mužů a 25 % žen. Ve věku 56–65 let vyšetření podstoupilo 28,6 % mužů a 6,7 % žen. Nad 66 let 11,1 % mužů a 7,7 % žen. Z tabulky a grafu lze jasně vyvodit, že nejvíce vyšetřovanou věkovou kategorií je věk nad 36 let až nad kategorii nad 66 let s tím, že nejvíce obsáhlá je kategorie mužů ve věku 56–65 let a další také muži věku 46–55 let, také u žen ve věku 46–55 let.



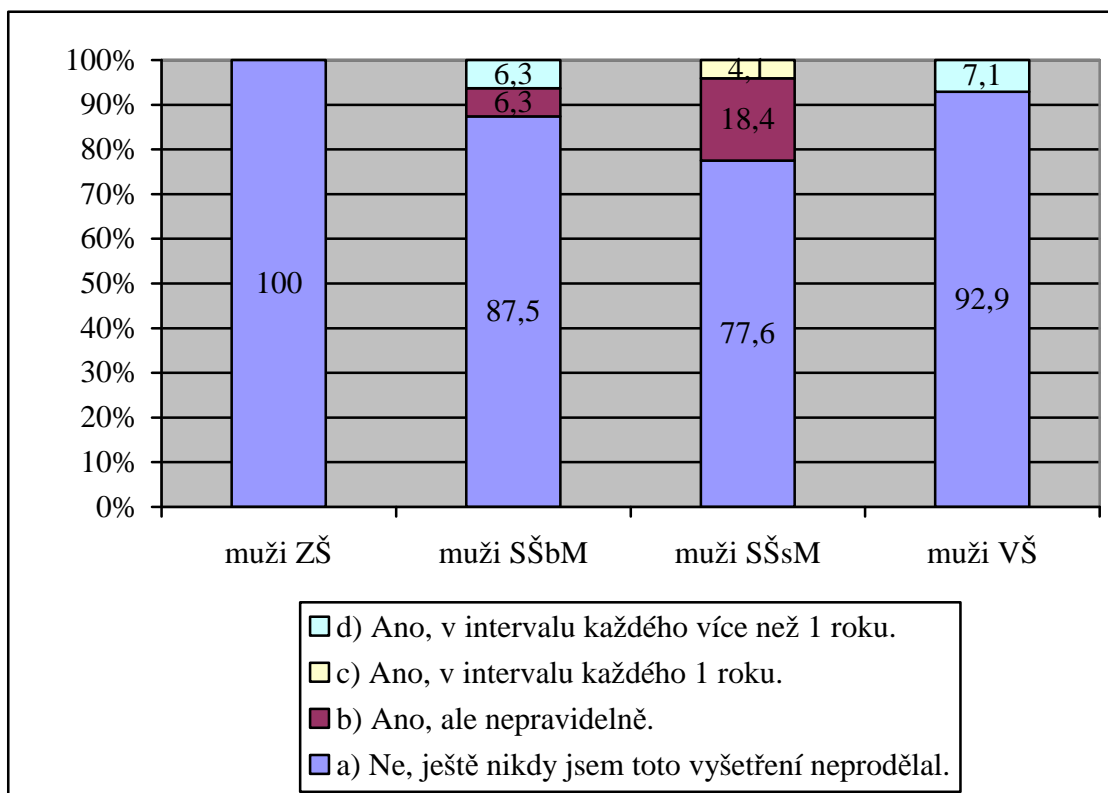
Graf 28–Otázka č. 12 zastoupení všech respondentů dle dosaženého vzdělání

Dle dosaženého vzdělání lze otázku, zjišťující míru prodělanosti kolonoskopického vyšetření u respondentů, vyhodnotit následovně: Kolonoskopické vyšetření prodělalo 12,5 % mužů se středoškolským vzděláním bez maturity, 8,2 % mužů se středoškolským vzděláním s maturitou 18 % žen se středoškolským vzděláním, 10,7 % mužů s vysokoškolským vzděláním a 9,4 % žen se stejným vzděláním. Nejvyšší zastoupení zde má vysokoškolské vzdělání u žen a mužů a také středoškolské vzdělání bez maturity u mužů.



Graf 29–Otázka č. 14 zastoupení dle věkových kategorií u mužů

Otázka, která je určena pouze pro muže, zjišťující, kolik mužů absolvovalo digitální vyšetření prostaty, dopadla následovně: Ještě nikdy vyšetření neprodělali muži ve věku 18–35 let a také muži věku 36–45 let. V nepravidelných intervalech absolvovali vyšetření muži ve věku 46–55 let, a to v 6,3 %, muži mezi 56–65 roky v 35,7 %, muži nad 66 let v 44,4 %. V intervalu každého 1 roku, což je správná a ideální odpověď, odpovědělo kladně 22,2 % mužů ve věku nad 66 let. V intervalu každého více než 1 roku podstupuje vyšetření 7,1 % mužů věku 56–65 let a 22,2 % mužů nad 66 let. Z výsledků můžeme vyčíst, že “nejzodpovědnější” skupinou jsou muži nad 66 let věku, poté muži ve věku 56–65 let, za nimi muži 46–55 let.



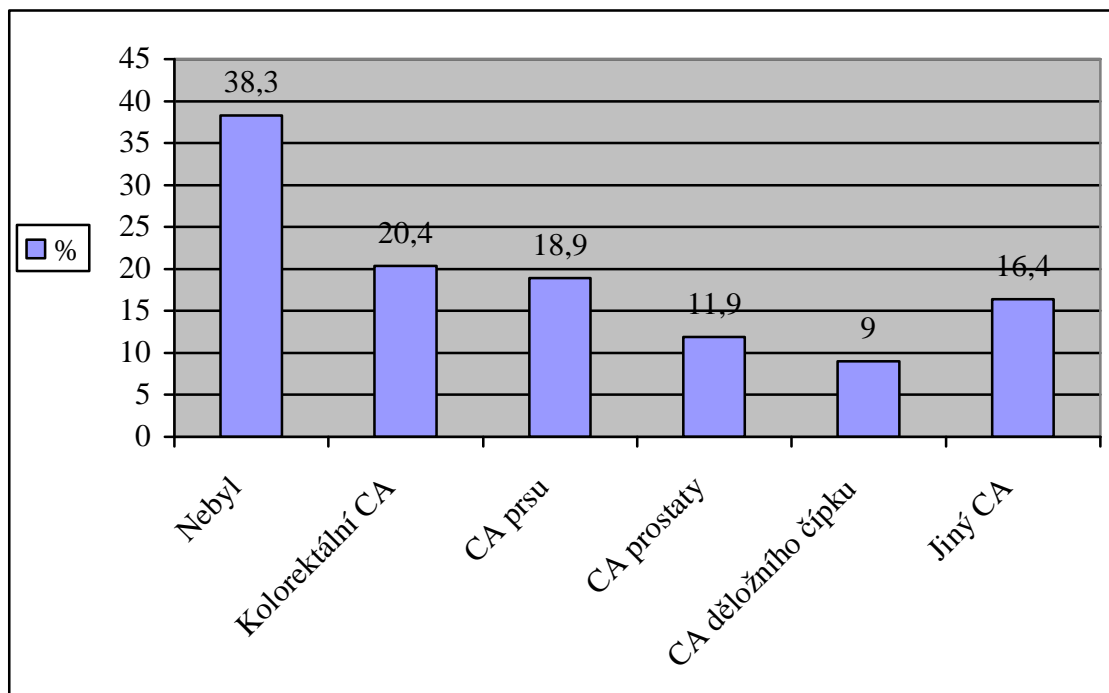
Graf 30–Otázka č. 14 zastoupení dle dosaženého vzdělání u mužů

Dle vzdělání můžeme otázku pro muže, která zjišťuje míru absolvování digitálního vyšetření prostaty, vyhodnotit následovně: Ještě nikdy vyšetření neprodělali muži se základním vzděláním (2 respondenti), muži se středoškolským vzděláním bez maturity 87,5 %, muži se středoškolským vzděláním s maturitou 77,6 % a s vysokoškolským vzděláním 92,9 %. V nepravidelných intervalech prodělávají vyšetření muži se středoškolským vzděláním bez maturity v 6,3 %, muži se středoškolským vzděláním s maturitou v 18,4. V intervalu každého 1 roku, což je správná a ideální odpověď, podstupuje vyšetření jen 4,1 % středoškolsky vzdělaných mužů s maturitou. V intervalu každého více než 1 roku podstupuje vyšetření 6,3 % mužů se středoškolským vzděláním bez maturity a 7,1 % mužů s vysokoškolským vzděláním. Z výsledku můžeme jasně vyčíst, že “nejzodpovědnější” skupinou jsou muži se středoškolským vzděláním s maturitou, avšak toto číslo je velmi nízké.

4.3 Zjištěné informační zajímavosti

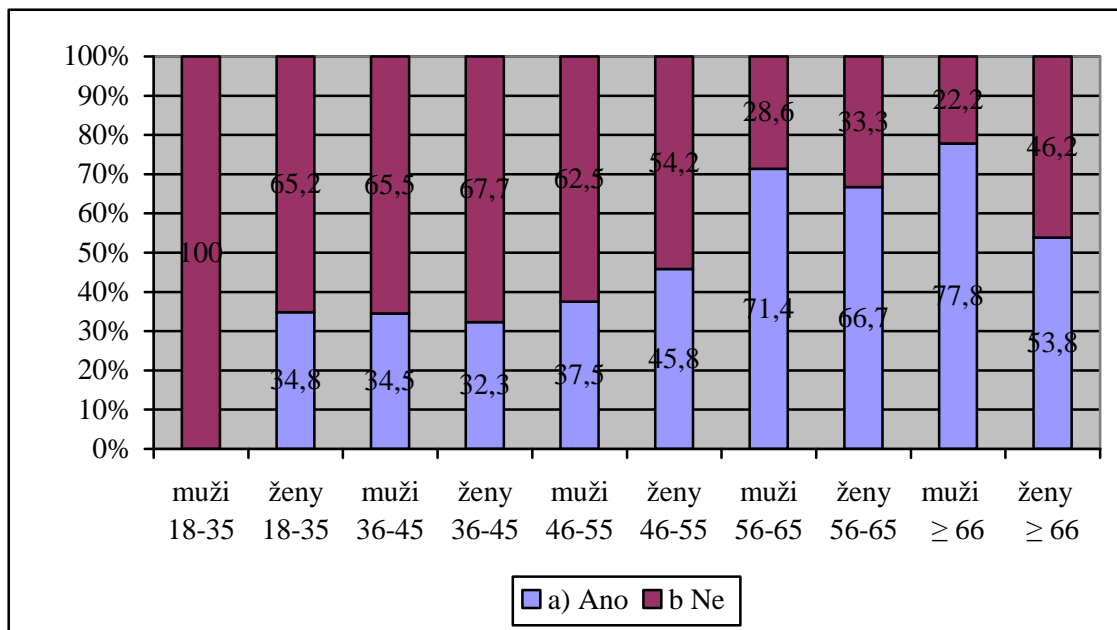
Třetí celek je informační, zjišťuje především výskyt zhoubného nádorového onemocnění u respondentů a jejich rodin. Dále poskytování informací obvodními lékaři o možnostech onkologickém screeningu respondentům, iniciativu respondentů

ohledně zjišťování informací o onkologickém screeningu a možné důvody podceňování onkologické prevence.



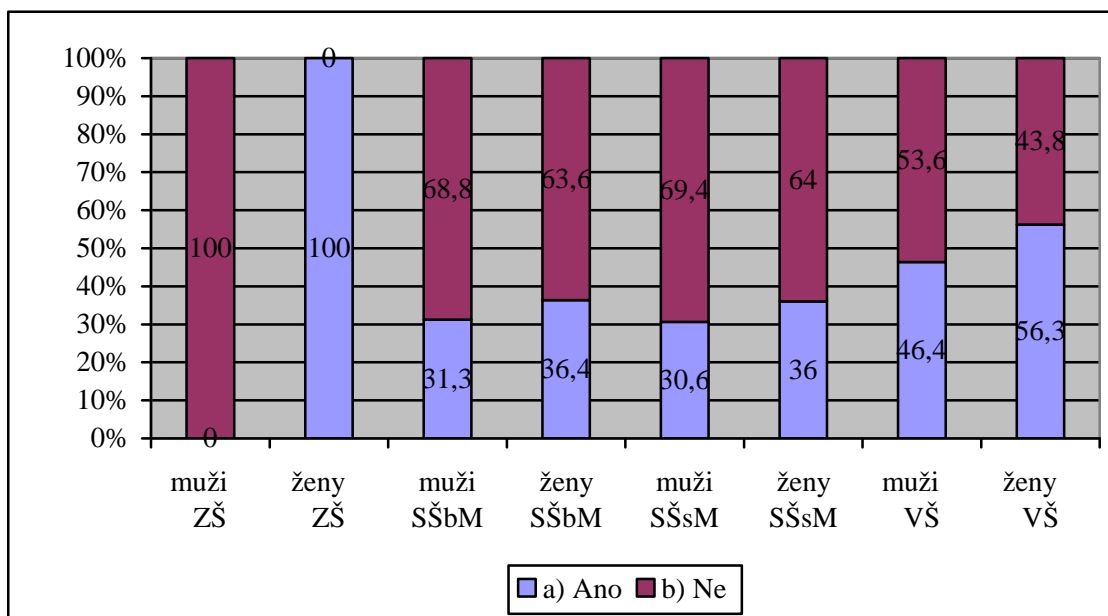
Graf 31–Otázka č. 2–zastoupení všech respondentů

V grafu 31 můžeme vidět výskyt zhoubného nádorového onemocnění u dotazovaných respondentů a jejich rodin. Odpovědělo celkem 38,3 % dotázaných respondentů tak, že se v jejich rodině výskyt zhoubného nádorového onemocnění nevyskytuje. 20,4 % respondentů odpovědělo, že se v jejich rodině vyskytuje kolorektální karcinom, u 18,9 % respondentů je zaznamenán výskyt karcinomu prsu, 11,9 % respondentů zaznamenalo výskyt karcinomu prostaty, 9 % výskyt karcinomu děložního čípku a 16,4 % respondentů uvedlo výskyt jiného karcinomu. Respondenti uváděli: Karcinom vaječníku, karcinom plic, karcinom průdušek, hrtanu, jícnu, rakovina kostí, karcinom žaludku.



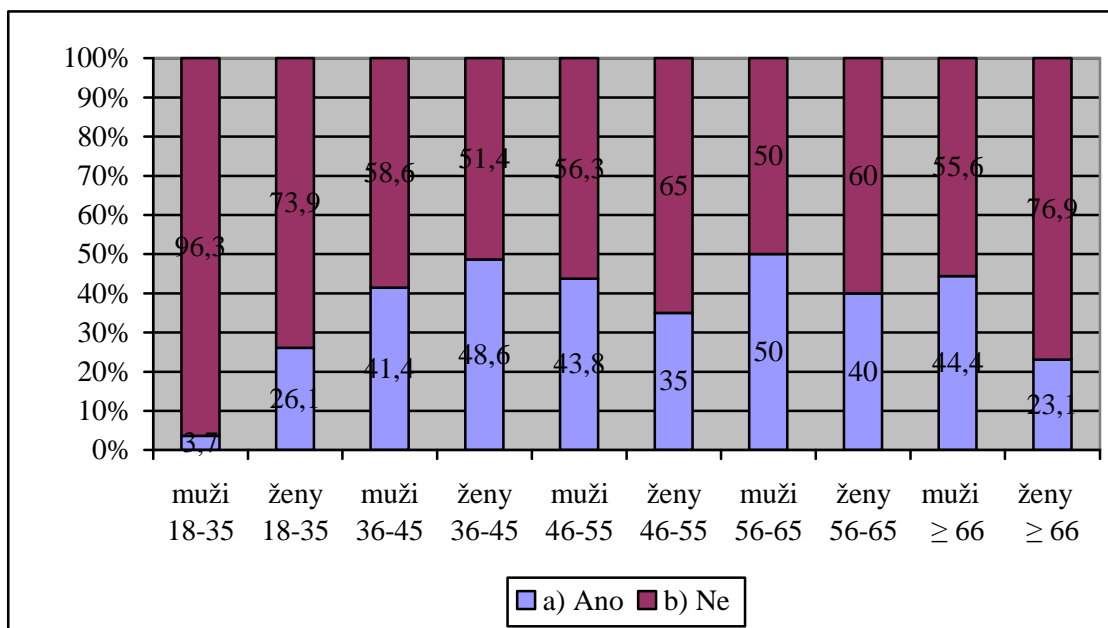
Graf 32–Otázka č. 15 zastoupení všech respondentů dle věkových kategorií

Otázka č. 15 zjišťující, zda-li podal obvodní lékař dotázaným respondentům informace o onkologickém screening, dopadla následovně: Dle věkových kategorií vyšly výsledky následovně: Respondenti, odpovídající, že byli od obvodního lékaře informování o onkologickém screening, jsou v zastoupení: Ženy mezi 18–35 roky v počtu 34,8 %, muži ve věku 36–45 let v počtu 34,5 % a ženy téhož věku 32,3 %. U věkové kategorie 46–55 let to je u mužů 37,5 %, u žen 45,8 %. U věku 56–65 let je to 71,4 % u mužů a 66,7 % u žen, nad 66 let je to 77,8 % u mužů a 53,8 % u žen. Jak můžeme vidět, četnost informovanosti se zvyšuje s věkem u obou pohlaví. Informovanost však pořád nemá vysokou úroveň.



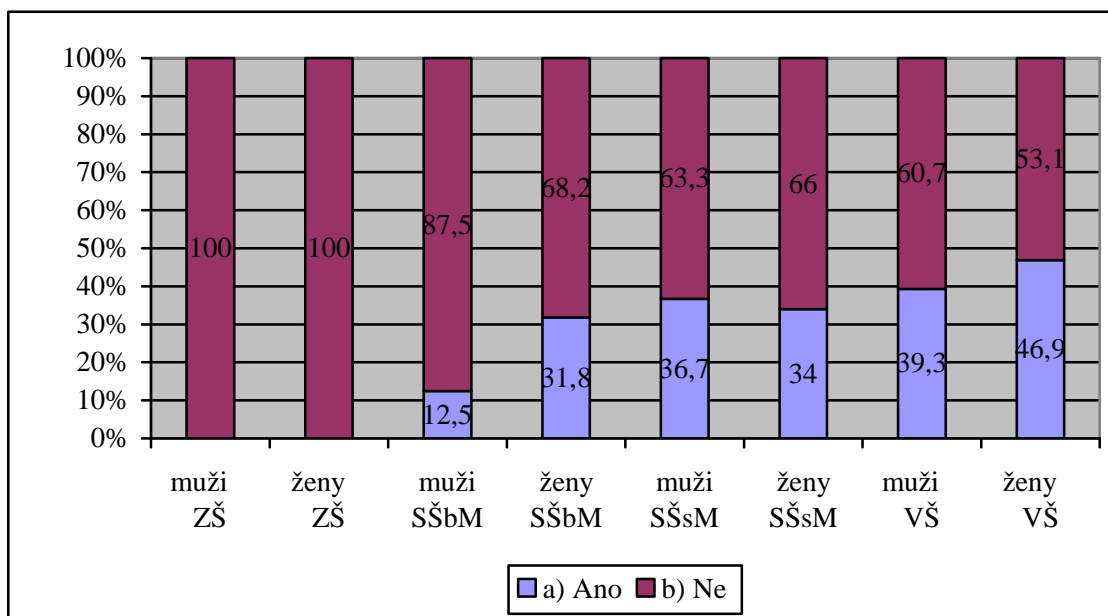
Graf 33–Otázka č. 15 zastoupení všech respondentů dle dosaženého vzdělání

Otázka č. 15 má za úkol zjistit, zda-li podal obvodní lékař dotázaným respondentům informace o onkologickém screeningu. Dle dosaženého vzdělání můžeme výsledky vyhodnotit následovně: Informované ve 100 % jsou ženy se základním vzděláním (2 respondentky), 31,3 % mužů se středoškolským vzděláním bez maturity, 36,4 % žen stejného vzdělání, 30,6 % mužů středoškolského vzdělání s maturitou a 36 % žen také se středoškolským vzděláním s maturitou, 46,4 % mužů s vysokoškolským vzděláním a 56,3 % žen s vysokoškolským vzděláním. Z výsledku můžeme vyčíst, že nejvíce informací bylo poskytnuto vysokoškolsky vzdělaným mužům a ženám.



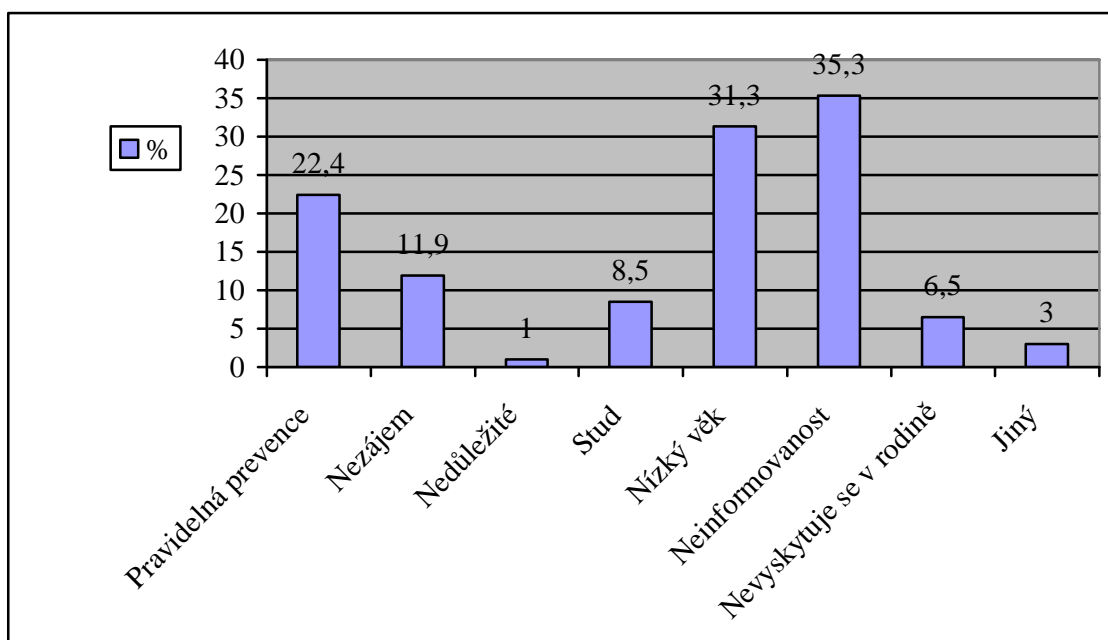
Graf 34–Otázka č. 16 zastoupení všech respondentů dle věkových kategorií

Na otázku, zda-li si dotazovaní respondenti zjišťovali sami ze své iniciativy informace o onkologickém screeningu, odpovídali následovně: Výsledky respondentů, kteří informace zjišťovali, vyšly takto: Muži ve věku 18–35 let v počtu 3,7 %, ženy téhož věku v počtu 26,1 %, muži ve věku 36–45 let v počtu 41,4 %, ženy stejného věku v počtu 48,6 %, ve věku 46–55 let vyšlo mužům 43,8 % a ženám 35 %, věková kategorie 56–65 let pak u mužů 50 % a u žen 40 %. U mužů nad 66 let 44,4 % a u žen 23,1 %. Z výsledků můžeme jasně vidět, že z vlastní iniciativy si respondenti informace o onkologickém screeningu příliš nezjišťují. Nejméně respondentů zjišťuje informace ve věku 18–35 let, což je vzhledem k věku odpovídající. Nejvíce pak ženy mezi 36–45 roky a také muži ve věku 56–65 let.



Graf 35–Otázka č. 16 zastoupení všech respondentů dle dosaženého vzdělání

Dle vzdělání lze otázku č. 16 vyhodnotit následovně: Nejvíce informací o onkologickém screenigu zjišťovaly z vlastní iniciativy vysokoškolsky vzdělané ženy (téměř 47 %), vysokoškolsky vzdělaní muži (téměř 40 %), poté četnost lehce klesá od středoškolského vzdělání s maturitou směrem níž.



Graf 36–Otázka č. 17–zastoupení všech respondentů

Z grafu 36 můžeme vyčíst možné důvody podceňování onkologické prevence u respondentů. 22,4 % tázaných respondentů uvedlo, že prevenci dodržuje pravidelně.

11,9 % uvedlo, že o danou problematiku nejeví zájem. 1 % respondentů považuje tuto problematiku za nedůležitou. 8,5 % respondentů uvádí jako důvod stud. 31,3 % dotázaných uvedlo jako důvod svůj nízký věk. 35,3 % respondentů uvedlo, že neinformovanost o dané problematice je důvodem nedodržování onkologické prevence. 6,5 % dotázaných uvedlo, že se v jejich rodině žádná onkologická onemocnění nevyskytují. 3 % uvedlo jiný, než je uvedený důvod, avšak respondenti neuvedli, jaký přesně. Nejčastějším důvodem podceňování prevence je tedy neinformovanost o dané problematice a nízký věk respondentů.

5 Diskuze

Tato diplomová práce je zaměřena na informovanost dospělé populace v Brně o možnostech onkologického screeningu. Výzkumného šetření diplomové práce se zúčastnili respondenti z města Brna v celkovém počtu 201, z toho 96 mužů a 106 žen ve věkové kategorii 18 až 66 a více let. Celkově bylo rozdáno 227 dotazníků, navraceno bylo 208 dotazníků, z toho platných 201 dotazníků.

Hlavním cílem diplomové práce je zmapování informovanosti dospělé populace o onkologickém screeningu. Prvním dílčím cílem je zjistit, zda má vliv na informovanost o onkologickém screeningu věk, vzdělání a pohlaví. Druhým stanoveným dílčím cílem je zmapování nejčastějších důvodů podceňování prevence onkologických onemocnění. Jako první výzkumný předpoklad je stanoven: Starší populace vykazuje vyšší informovanost o onkologickém screeningu, druhý výzkumný předpoklad je: Úroveň znalostí o onkologickém screeningu je vyšší u žen a třetím výzkumným předpokladem je, že dospělí s VŠ vzděláním jsou informovanější, než dospělí s nižším stupněm vzděláním, než je vysokoškolské.

Dotazníkové šetření a jeho otázky dostatečně saturují oblast základního onkologického screeningu. Výsledky mají vypovídající hodnotu. Na základě vyhodnocení bylo zjištěno, že dospělá populace má informace a povědomí o onkologickém screeningu, avšak výsledky se velmi liší u různých druhů otázek. 68,8 % žen a 70,5 % mužů ví, co je to vůbec pojem “onkologické screeningové vyšetření”. Věk, ani pohlaví neměly na odpovědi vliv. Dle vzdělání můžeme říct, že vysokoškolsky vzdělaní muži i ženy měli lepší výsledky. 92,9 % mužů a 76,7 % žen odpovědělo, že pojem “onkologické screeningové vyšetření” znají. Otázka, týkající se nároku pojištěnců na bezplatné onkologické screeningové vyšetření byla zodpovězena správně u mužů v 70,5 % a u žen v 84,9 %. Tato čísla jsou poměrně vysoká. U této otázky vyšlo, že věk, pohlaví ani vzdělání nemá na odpovědi vliv. Velmi problémová se zdá být prevence týkající se kolorektálního karcinomu. Otázku “Za jakých podmínek má pojištěnec nárok na bezplatné vyšetření stolice na okultní (skryté) krvácení zodpovědělo správně pouze 46,3 % mužů a 39 % žen. Vyšší informovanost vykazují muži. Muži ve věku 46–55 let odpověděli správně v 43,8 %, ženy v 29,2 %. Muži ve věku 56–65 let odpověděli správně v 57,1 %, ženy ve stejné kategorii v 33,3 %. Muži ve věku nad 66 let pak zaškrtnuli správnou odpověď v 66,7 %, ženy v 38,5 %. Co se týče vzdělání, můžeme

vidět, že má u této otázky jakýsi vliv. Správnou odpověď uvedlo 50 % vysokoškolsky vzdělaných mužů a 40,6 % žen, středoškolsky vzdělaných mužů s maturitou to je 49 %, žen 34 %, 31,3 % mužů se středoškolským vzděláním bez maturity a 22,7 % žen se stejným vzděláním. Odpovědi na otázku, zda-li si respondenti nechávají provádět vyšetření stolice na okultní krvácení, jsou velmi neuspokojivé. Pokud vezmeme dotázané muže ve věku 46–55 let, pravidelně podstupují toto vyšetření pouze v 12,5 %, ženy stejného věku v 16,7 %. Muži ve věkové kategorii 56–65 let pak v 7,1 % a ženy v 33,3 %, ve věku nad 66 let pak muži v 11,1 % a ženy v 30,8 %. Ve všech věkových kategoriích můžeme vidět, že častěji si nechávají vyšetření provádět muži, až na kategorii nad 66 let. Vliv vzdělání na tuto problematiku je sporný. Výsledky ukazují, že pravidelně si nechává vyšetření provádět 14,3 % vysokoškolsky vzdělaných mužů a 12,5 % žen stejného vzdělání, dále 13,6 % žen se středoškolským vzděláním bez maturity. Nepravidelně si však toto vyšetření nechává provést větší část středoškolsky vzdělané populace. Další otázka, mířená na prevenci kolorektálního karcinomu je, zda má respondent jako pojištěnec nárok na bezplatné kolonoskopické vyšetření kolorekta. Správnou odpověď vědělo pouze 23,2 % mužů a 20,8 % žen. Pokud vezmeme respondenty nad 50 let věku, můžeme vyhodnotit otázku, zjišťující prodělání preventivního vyšetření kolorekta, můžeme říct, že vyšetření prodělalo 18,8 % mužů ve věku 46–55 let, žen 25 % též věkové kategorie, v rozmezí od 56–65 let u mužů v 28,6 % a v 6,7 % u žen, ve věku nad 66 let pak u mužů v 11,1 % a u žen v 7,7 %. Nejvyšší počet správných odpovědí byl zaznamenán u věkové kategorie 56–65 let jak u mužů, tak u žen. Co se týče vzdělání, nejvyšší počet správných odpovědí vykazují vysokoškolsky vzdělané ženy a středoškolsky vzdělané ženy bez maturity. Jak můžeme vidět, úroveň výsledků všech otázek, zaměřených na prevenci kolorektálního karcinomu, je nízká. O to horší jsou výsledky v tom, že Česká republika zaujímá právě v počtu karcinomů kolorekta u celé populace 5. místo světového žebříčku a u mužů pak 3. místo, co se týče incidence (www.svod.cz). Otázkou je, proč populace nevyužívá bezplatných screeningových programů, na které má nárok od určitého věku. Pokud zhodnotíme otázky určené pouze pro ženy, výsledky byly v některých oblastech poměrně uspokojivé. 73,6 % dotázaných respondentek ví, za jakých podmínek má pojištěnec nárok na bezplatné mamografické vyšetření. Nejvíce správných odpovědí bylo u věkové kategorie 36–65 let. Nejméně informovanou kategorií jsou ženy od 18–35 let, což můžeme přičítat nízkému věku. Nejvíce správných odpovědí najdeme u středoškolsky vzdělaných žen s maturitou. Manišová (2009) ve své diplomové práci

uvádí, že 49 % respondentek vybraných středních škol zná podmínky bezplatného mamografického vyšetření. Tyto výsledky spolu nekorespondují, výsledky výzkumného šetření této diplomové práce jsou znatelně lepší. Otázka, navazující na předchozí a to ta, zda ženy chodí na mamografické vyšetření doadla následovně: Celkem 27,4 % všech dotázaných respondentek využívá pravidelně mamografické vyšetření. Ženy ve věku 46–55 let využívají tohoto vyšetření v 45,8 % pravidelně, nepravidelně v 29,2 %. Ženy ve věkové kategorii 56–65 let pak v 53,3 % v pravidelných intervalech a nepravidelně 26,7 % žen. Ženy nad 66 let chodí na mamografii v 23,1 % pravidelně a v 15,4 % nepravidelně. U této otázky opět nehraje významnou roli vzdělání. Nejčastěji chodí pravidelně na mamografii středoškolsky vzdělané ženy s maturitou (30,8 %). Tyto výsledky nejsou opět příliš uspokojivé. Prevencí karcinomu prsu, kterou se zabývá i otázka, zjišťující, zda-li respondentky provádí manuální samovyšetření prsu dopadla následovně: Každý měsíc provádí samovyšetření pouze 7,5 % žen, nepravidelně vyšetření provádí 67 % žen, tyto výsledky jsou také zneklidňující. Věk ani vzdělání na odpovědi nemají vliv, výsledky jsou u všech kategorií téměř identické. Od roku 1977 se incidence zhobných nádorů prsu prudce zvyšuje, díky kvalitní léčbě a včasnému zachytu pokročilé nemoci se mortalita lehce od roku 1996 lehce snižuje (www.svod). Lepších výsledků bylo dosaženo u prevence karcinomu děložního hrdla. 75,5 % všech respondentek chodí na gynekologické prohlídky pravidelně, a to jednou ročně. Všechny věkové kategorie navštěvují pravidelně gynekologa v průměru 80 %, silně však zaostává kategorie žen nad 66 let, to je pouze 15,4 %, což je velmi nízké číslo. Příčinu můžeme hledat nejspíše v době, dříve se na prevenci tolik nedbalo, proto si tento zvyk nese “starší” generace dál. Statistické údaje však uvádějí, že incidence a mortalita karcinomu hrdla děložního vysoce stoupá s věkem (www.svod). Baslerová (2013) ve své diplomové práci uvádí, že pravidelná návštěvnost gynekologických prohlídek studentek vybraných středních zdravotnických škol je 67 %, (68 studentek) a vybraných gymnázií 44 % (39 studentek). Pokud tyto údaje srovnáme s nejbližší věkovou kategorií žen 18–35 let v této diplomové práci, která navštěvuje pravidelně gynekologické prohlídky v 73,9 %, můžeme říct, že četnost pravidelných gynekologických návštěv je u respondentek v této diplomové práci vyšší. Výsledek však není příliš rozdílný, vezmeme-li v potaz věkové rozpětí a vzdělání respondentek. Proočkovanost proti viru HPV je nízká, je to pouze 26,1 % u žen ve věku 18–35 let a 16,1 % žen ve věku 36–45 let. Tato otázka je však sporná, protože na očkování jsou různé názory a postoje společnosti, navíc doposud nebyla prokázána účinnost očkování, z důvodu

krátké doby očkování. Čechová (2013) ve své diplomové práci zkoumala proočkovanost dívek vybraných středních škol HPV vakcínou. Z počtu 245 respondentek je očkovaných 22,4 % (55) dívek, 70,6 % (173) dívek proočkovaných není. Výsledky jsou srovnatelné, proočkovanost není vysoká.

Pokud se zaměříme na otázky určené pouze pro muže, jedná se o prevenci karcinomu prostaty. Pouze 35,8 % mužů ví, za jakých podmínek mají nárok na bezplatné digitální vyšetření prostaty. Jasně vyšší informovanost vykazují muži staší, ve věkových kategoriích zaznamenalo správnou odpověď 50 % mužů ve věku 56–66 let a 66,7 % mužů nad 66 let, s nižší věkem se informovanost snižuje. Vzdělání na odpovědi vliv nemá, nejvíce vzdělanou skupinou jsou muži se středoškolským vzděláním s maturitou. Otázka, zjišťující, zda již muži prodělali digitální vyšetření prostaty, odpovídali následovně: V intervalu každého jednoho roku se nechávají vyšetřit pouze muži nad 66 let, a to v 22,2 %. Nepravidelně pak nejvíce muži též kategorie ve 44,4 %, poté muži mezi 56–65 roky v 35,7 % a muži mezi 46–55 roky v 6,3 %. Vzdělání opět vliv nemá. Tyto výsledky také nejsou příliš uspokojivé, Tohoto jednoduchého vyšetření nevyužívá příliš mužů. Zarážející jsou pak výsledky vzhledem ke statistickým údajům, které vypovídají o tom, že se v posledních letech incidence zhoubného nádoru prostaty prudce zvyšuje (www.svod).

K zajímavému zjištění v diplomové práci došlo při dotazování respondentů na to, zda-li jim byly poskytnuty informace od obvodního lékaře o onkologickém screeningu. 65,3 % mužů uvedlo, že jim lékař nikdy informace nepodal, ženy uvedly odpověď v 56,6 %. Výsledky se však výrazně liší dle věkových kategorií. Z grafů vyplývá, že nejvíce informovaná byla “starší” generace mužů i žen, směrem k mladší kategorii postupně informovanost klesá. Vliv vzdělání u otázky můžeme vidět. Nejvíce informované jsou ženy s vysokoškolským vzděláním, a to v 56,3 %, dále muži se stejným vzděláním v 46,4 %. Můžeme tvrdit, že informovanost a edukaci o onkologickém screeningu mají ve svých rukou z části i obvodní lékaři. Z výsledků jasně plyne, že by se měla informovanost zvýšit, a to ve všech věkových kategoriích. Málková (2012) uvádí, že 31,2 % respondentů o onemocnění děložního čípku a jeho prevenci dostali informace od gynekologa. Je zářející, že pouze necelých 32 % žen bylo informováno o onkologickém screeningu od svého lékaře, když stěžejním edukátorem a zdrojem informací by měl být právě lékař. Podobných výsledků dosáhla

Manišová (2009), která zjišťovala zdroje informovanosti respondentek vybraných středních škol o samovyšetřování prsů. Z výsledků plyne, že pouze 12 % respondentek získalo informace o samovyšetřování prsu od svého lékaře. Respondenti byli také dotazováni na to, zda sami ze své iniciativy zjišťovali někdy informace o onkologickém screeningu. 32,6 % všech dotazovaných mužů uvedlo, že ano. Stejnou odpověď uvedlo 36,8 % žen. Nejvíce zjišťuje informace kategorie mužů i žen ve věku od 36–45 let, dále muži a ženy mezi 56–65 roky a muži nad 66 let. Patrný je vliv vzdělání. Nejvíce zjišťují informace o onkologickém screeningu vysokoškolsky vzdělané ženy, a to v 46,9 % a muži téhož vzdělání v 39,3 %. Otázka, přímo odpovídající na jeden ze stanovených cílů (zmapování nejčastějších důvodů podceňování prevence onkologických onemocnění), byla vyhodnocena následovně: 22,4 % všech tázaných respondentů uvedlo, že prevenci dodržuje pravidelně. 11,9 % udeslo, že nejeví zájem o danou problematiku. Toto číslo je poměrně vysoké a je vypovídající o předchozích datech, která napovídají o poměrně vysokém podceňování prevence. Pouze 1 % respondentů uvedlo, že dodržování prevence považuje za nedůležité. 8,5 % tázaných uvedlo, že důvodem je stud. 31,3 % uvedlo důvod nízký věk. Co je velmi zajímavý výsledek je, že 35,3 % respondentů zaznamenalo neinformovanost o dané problematice jako důvod. Tato odpověď koresponduje s předchozí otázkou a nízkou informovaností respondentů od obvodních lékařů. 6,6 % mužů a žen uvedlo jako důvod to, že se v jejich rodině onkologická onemocnění nevyskytují. 3 % respondentů uvedla jiný, než uvedený důvod, ten však nekonkretizovali. Zajímavá a doplňující otázka, zjišťující výskyt zhoubných nádorových onemocnění v rodinách respondentů včetně jich samých byla vyhodnocena následovně: 38,3 % respondentů uvedlo, že se v jejich rodině takové onemocnění nevyskytuje. 20,4 % uvedlo výskyt kolorektálního karcinomu. 18,9 % uvedlo karcinom prsu, 11,9 % karcinom prostaty, 9 % karcinom děložního čípku a 16,4 % uvedlo jiný, než je uvedený karcinom. Respondenti uváděli: karcinom vaječníku, karcinom plic, karcinom průdušek, hrtanu, jícnu, rakovina kostí, karcinom žaludku.

Závěr

Diplomová práce se zabývá velmi aktuálním a často řešeným tématem. Jedná se o problematiku onkologického screeningu a informovanosti o jeho možnostech. Prevence je v této oblasti velmi důležitá, avšak jak vyplynulo z výsledků práce, často podceňována.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapování informovanosti dospělé populace o onkologickém screeningu. Celkově je informovanost neuspokojivá. V některých oblastech je poměrně vyhovující, ale u každé otázky, viz. výše, se však výsledky velmi odlišují. Nejméně uspokojivě byly vyhodnoceny výsledky ohledně možností screeningu kolorektálního karcinomu. S tímto také souvisí výsledky o nízké úrovni informovanosti mužů a žen o této problematice u obvodních lékařů. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zda má vliv na informovanost o onkologickém screeningu věk, vzdělání a pohlaví. Bylo zjištěno, že věk a pohlaví vliv příliš neměli, výsledky se velmi lišily u různých otázek. Co se týče vzdělání, vysokoškolsky vzdělaná populace vykazuje pouze v některých otázkách vyšší informovanost a uvědomělost, než populace s nižším, než je vysokoškolské vzdělání. Druhým stanoveným dílčím cílem bylo zmapování nejčastějších důvodů podceňování prevence onkologických onemocnění. Nejčastějšími důvody byly uvedeny neinformovanost o dané problematice a nízký věk, další pak nezájem o problematiku a stud. Výzkumné předpoklady byly stanoveny tyto: Starší populace vykazuje vyšší informovanost o onkologickém screeningu. Tento výzkumný předpoklad byl potvrzen. Téměř ve všech otázkách vykazuje vyšší věková kategorie jak u mužů, tak u žen, vyšší informovanost. Druhým výzkumným předpokladem bylo stanoveno, že úroveň znalostí o onkologickém screeningu je vyšší u žen. Tento předpoklad nebyl potvrzen. Z výsledků vyplývá, že pohlaví nemá vliv na informovanost o možnostech onkologického screeningu. Třetím výzkumným předpokladem je, že dospělí s vysokoškolským vzděláním jsou informovanější, než dospělí s nižším stupněm vzdělání, než je vysokoškolské. Tento předpoklad byl potvrzen. Téměř ve všech otázkách je informovanost a „uvědomělost“ vysokoškolsky vzdělané populace vyšší, tyto rozdíly však nejsou markantní.

Diplomová práce může sloužit jako podklad pro zpracování dalším kvalifikačním pracím, zabývajících se onkologickým screeninem. Práce jistě upozorňuje na nízkou

míru informovanosti populace u obvodních lékařů, může proto sloužit jako ukazatel pro obvodní lékaře, která upozorní na důležitost a včasnost informovanosti.

Souhrn

Název diplomové práce je “Informovanost dospělé populace v Brně o možnostech onkologického screeningu.” Diplomová práce se dělí na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou objasněny pojmy z onkologie, karcinomy a onkologický screening.

Praktická část je formou kvantitativního výzkumu a je zaměřena na zjišťování informovanosti dospělých ohledně onkologického screeningu. Výzkumného šetření se zúčastnilo 201 respondentů v města Brna, z toho 95 mužů a 106 žen ve věkové kategorii 18 až nad 66 let. Dotazníky byly rozdány jak osobně, tak elektronicky. Otázky v dotazníku obsahují tři části. První část zkoumá samotnou informovanost dospělých o onkologickém screeningu. Druhá část je zaměřena na dodržování onkologického screeningu a prevence samotnými respondenty. Poslední série otázek se zaměřuje spíše na zajímavosti z této oblasti. Hlavním cílem diplomové práce je zmapovat celkovou informovanost dospělých o onkologickém screeningu. Dalšími cíli bylo zjistit, zda má na informovanost vliv věk, pohlaví a vzdělání a zjistit nejčastější důvody podceňování prevence onkologických onemocnění. Diplomová práce ukazuje, že úroveň informovanosti dospělé populace v Brně o možnostech onkologického screeningu není příliš vysoká.

Summary

The title of thesis is „Foreknowledge of adults about possibilities of oncology screening in Brno.“ This thesis structured on theoretical and practical part. In theoretical part there are explained concepts of oncology, cancers and oncology screening.

Practical part is made like quantitative questionnaire research which is focused on detecting of foreknowledge of adults about oncology screening. On the research there were took part 201 respondents. There were 95 men and 106 women in age from 18 to 66 years. The questionnaires were given by personally and electronical form. The questions in the questionnaires contens three parts. The first one researchs the foreknowledge of adults about oncology screening. The second part is focused on observance of oncology screening and prevention of the respondents. The final series of the questions is focused on curiosities from this area. The main goal of this thesis is

maps global foreknowledge of adults about oncology screening. The next goal was discover if the age, gender and education have influence on foreknowledge and find out main reasons of underestimating prevention oncology diseases. This thesis shows that level of foreknowledge of adults in Brno about possibilities of oncology screening in Brno isn't so high.

Referenční seznam

- ADAM, Z. a J. VORLÍČEK. 2004. *Obecná onkologie*. Brno: Masarykova univerzita. 440 s. ISBN 80-210-3574-9.
- ADAM, Z. a J. VORLÍČEK. 2002. *Speciální onkologie*. Brno: Masarykova univerzita. 542 s. ISBN 80-210-2826-2.
- ADAM, Z., M. KREJČÍ a J. VORLÍČEK. 2010. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Praha: Galén. 417 s. ISBN 978-80-7262-648-9.
- BASLEROVÁ, M. 2013. *Znalosti o prevenci karcinomu děložního čípku středoškolské populace: diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. 83 s., 8 l. příl. Vedoucí diplomové práce Milada Bezděková.
- BÜCHLER, T. Karcinom prsu. *Onkologie* [online]. 2013, č. 7 [cit. 2014-03-12]. ISSN 1803-5345. Dostupné z <http://onkologiecs.cz/pdfs/xon/2013/05/02.pdf>
- CIBULA, D., L. PETRUŽELKA et al. 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada. 614 s. ISBN 978-80-247-2665-6.
- ČAPOV, I. 2008. *Chirurgie orgánových metastáz*. Praha: Galén. 181s. ISBN 978-80-7262-493-5.
- ČECHOVÁ, P. 2013. *Prevence karcinomu děložního čípku z pohledu dospívajících dívek středních škol: diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. 107 s., 10 l. příl. Vedoucí diplomové práce Jana Majerová.
- ČECHOVÁ, V., A. MELLANOVÁ a H. KUČEROVÁ. 2004. *Psychologie a pedagogika II: pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.
- HOLUBEC, L. 2004. *Kolorektální karcinom: současné možnosti diagnostiky a léčby*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 80-247-0636-9.
- CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JABLONSKÁ, M. 2000. *Kolorektální karcinom: časná diagnóza a prevence*. Praha: Grada. 455 s. ISBN 80-7169-777-x.
- KERLINGER, Fred N. 1972. *Základy výzkumu chování: pedagogický a psychologický výzkum*. Praha: Academia. 705 s. Bez ISBN.
- KLENER, P. 2002. *Klinická onkologie*. Praha: Galén. 686 s. ISBN 80-7262-151-3.
- KOLLÁROVÁ, H. 2011. *Vybrané kapitoly z epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 206 s. ISBN 978-80-244-2715-7.
- KOUTECKÝ, J. 2004. *Klinická onkologie*. Praha: Riopress. 278 s. ISBN 80-86221-77-61.
- MÁLKOVÁ, M. 2012. *Problematika rakoviny děložního čípku pohledem dospívajících dívek na středních školách: bakalářská práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. 63 s. 11 l. příl. Vedoucí bakalářské práce Petr Zemánek.
- MANIŠOVÁ, K. 2009. *Prevence karcinomu prsu a informovanost žákyň vybraných středních škol o tomto onemocnění: diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. 126 s. 27 l. příl. Vedoucí diplomové práce Jitka Tomanová.

MÜLLEROVÁ, D. 2009. *Obezita – prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta. 261 s. ISBN 978-80-204-2146-3.

ONDRUŠ, D. 2006. *Všeobecná a speciální onkologie: pre poslucháčov lekárskech fakúlt*. Bratislava: Vydavateľstvo UK. 281 s. ISBN 80-223-2207-5.

PETRUŽELKA, L. a B. KONOPÁSEK. 2003. *Klinická onkologie*. Praha: Karolinum, 274 s. ISBN 80-246-0395-0.

PORŠOVÁ, M. Lidský papilomavirus. *Medicína pro praxi* [online]. 2008, č. 5 [cit. 2014-03-12]. ISSN 1803-5310. Dostupné z <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/05/10.pdf>

REJTHAR, A. a B. VOJTĚŠEK. 2002. *Obecná patologie nádorového růstu*. Praha: Grada. 206 s. ISBN 80-247-0238-x.

ROB, L., A. MARTAN a K. CITTERBART. 2008. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.

SEIFERT, Bohumil. 2012. *Screening kolorektálního karcinomu*. Praha: Maxdorf. 112 s. ISBN 978-80-7345-309-1.

SEIFERT, B. 2013. *Colorectal cancer screening: manual for general practitioners*. Prague: Maxdorf. 126 s. ISBN 978-80-7345-354-1.

SKOVAJSOVÁ, M. 2012. *Screening nádorů prsu v České republice*. Praha: Maxdorf. 87 s. ISBN 978-80-7345-310-7.

SLEZÁKOVÁ, L. 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. 214 s. ISBN 978-80-247-2270-2.

SLEZÁKOVÁ, L., M. BEZDIČKOVÁ. 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. 300 s. ISBN 978-80-247-3130-8.

SOUČEK, M., J. ŠPINAR a J. VORLÍČEK. 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada. 1788 s. ISBN 978-80-247-2110-1.

VOKURKA, M., J. HUGO. 2009. *Velký lékařský slovník*. 9., akt. vyd. Praha: Maxdorf. 1159 s. ISBN 978-80-7345-202-5.

VORLÍČEK, J. 2012. *Onkologie*. Praha: Triton. 250 s. ISBN 978-80-7387-603-6.

VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ. 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

VYZULA, R. a J. ŽALOUDÍK. 2007. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: vybrané kapitoly*. Praha: Maxdorf. 287 s. ISBN 978-80-7345-140-0.

Internetové zdroje:

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Projekt adresovaného zvaní na preventivní screeningová vyšetření* [online]. [citováno dne 23. 1. 2014]. Dostupné z http://mzcr.cz/obsah/projekt-adresneho-zvani-na-preventivni-screeningova-vysetreni_3024_1.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ A ČESKÉ REPUBLIKY. *Onkologická prevence* [online]. [citováno dne 14. 1. 2014]. Dostupné z <http://www.olecich.cz/onkologickaprevence?highlight Words= O%C4%8Dkov%C3%A1n%C3%AD+HPV>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR [online], [citováno dne 12. 3. 2014]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nor>)

EPIDEMIOLOGIE ZHOUBNÝCH NÁDORŮ V ČESKÉ REPUBLICĚ. *Incidence a mortalita* [online]. [citováno den 21: 2: 2014]. Dostupné z <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>)

EPIDEMIOLOGIE ZHOUBNÝCH NÁDORŮ V ČESKÉ REPUBLICĚ. *Srovnávací analýzy* [online]. [citováno den 21: 2: 2014]. Dostupné z <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=srovnacianalyzy#>)

Seznam zkratek

AIDS—Syndrom získaného imunodeficitu

CEA—Karcinoembryonální antigen

CT—Počítačová tomografie

ČR—Česká republika

HIV—Virus lidského imunodeficitu

HPV—Lidský papilomavirus

MOÚ—Masarykův onkologický ústav

NOR—Národní onkologický registr

MR—Magnetická resonance

PET—Pozitronová emisní tomografie

PSA—Onkologický marker (prostatický antigen)

RTG—Rentgen

TBC—Tuberkulóza

TNM—Tumor Nodus Metastasis (tumor, uzliny, metastázy)

TOKS—Guajakové testy na okultní krvácení ve stolici

UV—Ultrafialové

VTM—Vitamin

ZN—Zhoubný nádor

Seznam obrázků

Obrázek 1. ZN tlustého střeva a konečníku

Obrázek 2. ZN tlustého střeva a konečníku—Incidence

Obrázek 3. ZN hrdla děložního—Incidence

Obrázek 4. ZN hrdla děložního

Obrázek 5. Nádory prsu—Incidence

Obrázek 6. Nádory prsu

Obrázek 7. ZN předstojné žlázy—prostaty—Incidence

Obrázek 8. ZN předstojné žlázy—prostaty

Seznam tabulek

Tabulka 4. Podíl rizikových faktorů na vzniku nádorových onemocnění

Tabulka 5. Klasifikace ICD–O

Tabulka 6. TNM klasifikace

Seznam grafů

Graf 1 Muži Zastoupení věkových kategorií u mužů

Graf 2 Zastoupení dle dosaženého vzdělání u mužů

Graf 3 Zastoupení věkových kategorií u žen

Graf 4 Zastoupení dle dosaženého vzdělání u žen

Graf 5 Otázka č. 1 zastoupení všech respondentů dle věkových kategorií

Graf 6 Otázka č. 1 zastoupení všech respondentů dle dosaženého vzdělání

Graf 7 Otázka č. 3 zastoupení všech respondentů dle věkových kategorií

Graf 8 Otázka č. 3 zastoupení dle dosaženého vzdělání u všech respondentů

Graf 9 Otázka č. 4 dle věkových kategorií u žen

Graf 10 Otázka č. 4 zastoupení dle dosaženého vzdělání u žen

Graf 11 Otázka č. 9 zastoupení všech respondentů dle věkových kategorií

Graf 12 Otázka č. 9 zastoupení všech respondentů dle dosaženého vzdělání

Graf 13 Otázka č. 11 zastoupení všech respondentů dle věkových kategorií

Graf 14 Otázka č. 11 zastoupení všech respondentů dle dosaženého vzdělání

Graf 15 Otázka č. 13 zastoupení dle věkových kategorií u mužů

Graf 16 Otázka č. 13 zastoupení dle dosaženého vzdělání u mužů

Graf 17 Otázka č. 5 zastoupení dle věkových kategorií u žen

Graf 18 Otázka č. 5 zastoupení dle dosaženého vzdělání u žen

Graf 19 Otázka č. 6 zastoupení dle věkových kategorií u žen

Graf 20 Otázka č. 6 zastoupení dle dosaženého vzdělání u žen

Graf 21 Otázka č. 7 zastoupení dle věkových kategorií u žen

Graf 22 Otázka č. 7 zastoupení dle dosaženého vzdělání u žen

Graf 23 Otázka č. 8 zastoupení dle věkových kategorií u žen

Graf 24 Otázka č. 8 zastoupení dle dosaženého vzdělání u žen

Graf 25 Otázka č. 10 zastoupení všech respondentů dle věkových kategorií

Graf 26 Otázka č. 10 zastoupení všech respondentů dle dosaženého vzdělání

Graf 27 Otázky č. 12 zastoupení všech respondentů dle věkových kategorií

Graf 28 Otázka č. 12 zastoupení všech respondentů dle dosaženého vzdělání

Graf 29 Otázka č. 14 zastoupení dle věkových kategorií u mužů

Graf 30 Otázka č. 14 zastoupení dle dosaženého vzdělání u mužů

Graf 31 Otázka č. 2 zastoupení všech respondentů

Graf 32 Otázka č. 15 zastoupení všech respondentů dle věkových kategorií

Graf 33 Otázka č. 15 zastoupení všech respondentů dle dosaženého vzdělání

Graf 34 Otázka 16 zastoupení všech respondentů dle věkových kategorií

Graf 35 Otázka č. 16 zastoupení všech respondentů dle dosaženého vzdělání

Graf 36 Otázka č. 17 zastoupení všech respondentů

Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Onkologické stránky a časopisy

Přílohy

Příloha 1 Dotazník

Vážení,

dovoluji si Vás oslovit a zároveň poprosit o vyplnění následujícího dotazníku, který je zaměřen na informovanost dospělé populace v Brně o onkologickém screeningu. Dotazník je anonymní, získané informace slouží pouze k přípravě diplomové práce. Vámi vybrané odpovědi (jedna až více) zakroužkujte, popř. doplňte.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas při vyplňování dotazníku.

Bc. Hana Gottwaldová, studentka 2. ročníku, Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, obor Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro SŠ a VOŠ.

1) Víte, co znamená pojem onkologické screeningové vyšetření? (jinak preventivní onkologické vyšetření nebo vyšetření na onkologický skrínink)

- a) Ano, vím.
- b) Nejsem si jistá/ý.
- c) Nevím.

2) Byl ve Vaší rodině (včetně Vás) zaznamenán výskyt zhoubného nádorového onemocnění, pokud ano, jakého?

- a) Ne, nebyl.
- b) Kolorektální karcinom (karcinom tlustého střeva, konečníku).
- c) Karcinom prsu.
- d) Karcinom prostaty.
- e) Karcinom děložního čípku (hrdla).
- f) Jiný, doplňte

3) Mám jako pojištěnec nárok na bezplatné onkologické screeningové vyšetření?

- a) Ano, vždy.
- b) Ano, ale pouze za určitých podmínek (např. věk).
- c) Ne, nemám.
- d) Nevím.

Jste-li muž, pokračujte otázkou č. 9.

4) Za jakých podmínek má pojištěnec nárok na bezplatné mamografické vyšetření? (vyšetření prsu pomocí mamografie)

- a) Za žádných určitých podmínek.
- b) Pokud jsem dosáhla věku 45 let, a to v intervalu každých 2 let.
- c) Pokud jsem dosáhla věku 50 let, a to v intervalu každých 2 let.
- d) Pokud jsem dosáhla věku 55 let, a to v intervalu každých 2 let.
- e) Nevím.

5) Chodíte na mamografické vyšetření?

- a) Ne, ještě nikdy jsem vyšetření neprodělala.
- b) Ano, v nepravidelných intervalech.
- c) Ano, pravidelně v intervalech každých 2 let.
- d) Ano, pravidelně v intervalech každých více než 2 let.

6) Provádíte manuální samovyšetření prsů?

- a) Ne, nikdy.
- b) Ano, v nepravidelných intervalech.
- c) Ano, pravidelně každý měsíc.
- d) Ano, pravidelně v delších než měsíčních intervalech.

7) Chodíte pravidelně na gynekologické prohlídky?

- a) Ne, nikdy.
- b) Ano, nepravidelně.
- c) Ano, v intervalech každého 1 roku.
- d) Ano, v intervalech každých 2 let.

8) Jste očkována proti viru HPV (lidskému papilomaviru)?

- a) Ne, nejsem.
- b) Ano, jsem.

9) Za jakých podmínek má pojištěnec nárok na bezplatné vyšetření stolice na okultní (skryté) krvácení? (tzv. papírková metoda, TOS)

- a) Za žádných konkrétních podmínek.
- b) Pokud jsem dosáhl/a věku 50 let, a to v intervalu každého 1 roku.
- c) Pokud jsem dosáhl/a věku 50 let, a to v intervalu každých 2 let.
- d) Pokud jsem dosáhl/a věku 55 let, a to v intervalu každých 2 let.
- e) Nevím.

10) Nechal/a jste si udělat vyšetření stolice na okultní (skryté) krvácení?

- a) Ne, ještě nikdy jsem toto vyšetření neprodělal/a.
- b) Ano, nepravidelně.
- c) Ano, v intervalu každých 2 let.
- d) Ano, intervalu více než 2 let.

11) Mám jako pojištěnec nárok na bezplatné kolonoskopické vyšetření kolorekta? (endoskopické vyšetření tlustého střeva a konečníku)

- a) Ne, nemám.
- b) Ano, a to kdykoli na vyžádání u obvodního lékaře.
- c) Ano, pokud jsem dosáhl/a věku 50 let, a to v intervalu každých 10 let.
- d) Ano, pokud jsem dosáhl/a věku 55 let, a to v intervalu každých 10 let.

- e) Nevím.

12) Prodělal/a jste preventivní kolonoskopické vyšetření kolorekta?

- a) Ne, ještě nikdy jsem toto vyšetření neprodělal/a.
- b) Ano, toto vyšetření jsem již prodělal/a.

Jste-li žena, pokračujte otázkou č. 15.

13) Za jakých podmínek má pojištěnec nárok na bezplatné digitální vyšetření prostaty? (lékař vyšetří pohmatem prostatu v konečníku)

- a) Kdykoli na vyžádání u obvodního lékaře.
- b) Pokud jsem dosáhl věku 40 let, a to v intervalu každého 1 roku.
- c) Pokud jsem dosáhl věku 45 let, a to v intervalu každého 1 roku.
- d) Pokud jsem dosáhl věku 50 let, a to v intervalu každého 1 roku.
- e) Nevím.

14) Prodělal jste digitální vyšetření prostaty?

- a) Ne, ještě nikdy jsem toto vyšetření neprodělal.
- b) Ano, ale nepravidelně.
- c) Ano, v intervalu každého 1 roku.
- d) Ano, v intervalu každého více než 1 roku.

15) Podal Vám někdy Váš obvodní lékař informace ohledně onkologického screeningu? (o mammografickém vyšetření prsu, preventivním gynekologickém vyšetření, vyšetření prostaty, testu na skryté krvácení ve stolici, o kolonoskopickém vyšetření, popř. jiné)

- a) Ano
- b) Ne

16) Zjist'oval/a jste Vy sám/a někdy ze své iniciativy informace o onkologickém screeningu?

- a) Ano
- b) Ne

17) Jaký je možný důvod toho, že jste nikdy neprodělal/a preventivní onkologické vyšetření nebo jej nepodstupujete pravidelně?

- a) Prevenci dodržuji pravidelně.
 - b) Nemám zájem.
 - c) Nepovažuji to za důležité.
 - d) Stud.
 - e) Nízký věk.
 - f) Neinformovanost o dané problematice.
 - g) V naší rodině se onkologická onemocnění nevyskytují.
 - h) Jiný
-

Jste:

- a) Muž
- b) Žena

Váš věk:

- a) 18 – 35 let
- b) 36 – 45 let
- c) 46 – 55 let
- d) 56 – 65 let
- e) 66 a více let

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Středoškolské bez maturity
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vysokoškolské (včetně vyššího odborného)

Příloha 2 Onkologické stránky a časopisy:**České onkologické stránky**

- Univerzitní onkologické centrum (UOC) Brno
<http://www.uoc.muni.cz>
- Masarykův onkologický ústav
<http://www.mou.cz>
- Childhood Leukemia Investigation Prague
<http://www.lf2.cuni.cz/clip>
- Národní onkologický registr
<http://www.uzis.cz/cz/nor/norindx.htm>
- Česká onkologická společnost
<http://www.linkos.cz>

Zahraniční onkologické stránky

- National Comprehensive Cancer Network
<http://www.nccn.org>
- CancerIndex
<http://cancerindex.org>
- Cancer Information Network
<http://www.cancernetwork.com/>

- OncoLink
<http://www.oncolink.upenn.edu>
- Oncology Therapeutics Network
<http://www.lynx2otn.com>
- Association of Cancer Online Resources
<http://www.acor.org>
- American Cancer Society
<http://www.cancer.org>.
- American Society of Clinical Oncology (ASCO)
<http://www.asco.org>
- Medicine Online
<http://www.meds.com>

Onkologické časopisy (volně přístupné)

- <http://freemedicaljournals.com/>
- BMC Cancer
<http://biomedcentral.com/1471-2407/>
- Breast Cancer Research
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/tocrender.fcgi?journal=6>
- Electronic Journal of Oncology
<http://www.elecjoncol.org/>
- Oncologist
<http://theoncologist.alphamedpress.org/> (Adam, 2002).

Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Hana Gottwaldová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Informovanost dospělé populace v Brně o možnostech onkologického screeningu
Název v angličtině:	Foreknowledge of adults about possibilities of oncology screening in Brno
Anotace práce:	Diplomová práce se zaměřuje na celkovou informovanost dospělých o možnostech onkologického screeningu. Diplomová práce se dělí na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou objasněny pojmy z onkologie a onkologický screening. Praktická část je formou kvantitativního výzkumu a je zaměřena na zjišťování informovanosti dospělých ohledně onkologického screeningu. Diplomová práce ukazuje, že úroveň informovanosti dospělé populace v Brně o možnostech onkologického screeningu není příliš vysoká.
Klíčová slova:	Informovanost, onkologický screening, karcinom, prevence.
Anotace v angličtině:	Diploma thesis is directed to global foreknowledge of adults about possibilities of oncology screening. This thesis structured on theoretical and practical part. In theoretical part there are explained concepts of oncology and oncology screening. Practical part is made like quantitative questionnaire research which is focused on detecting of foreknowledge of adults about oncology screening. This thesis shows the level of foreknowledge of adults about possibilities of oncology screening in Brno isn't so high.
Klíčová slova v angličtině:	Foreknowledge, oncology screening, cancer, prevention
Přílohy vázané v práci:	P 1 Dotazník informovanost o onkologickém screeningu. P 2 Onkologické stránky a časopisy
Rozsah práce:	82 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

