

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Simona Hunčová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Spokojenost seniorů s onkologickou prevencí u praktického lékaře

Simona Hunčová

2021

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2019/2020

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Simona Hunčová**  
Osobní číslo: **Z18253**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Téma práce: **Spokojenost seniorů s onkologickou prevencí u praktického lékaře**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

#### Seznam doporučené literatury:

- FAIT, Tomáš, Michal VRABLÍK a Richard ČEŠKA. *Preventivní medicína*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, Jessenius, 2011. 770 s. ISBN 978-80-7345-237-7.
- KALVACH, Zdeněk et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2012. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- POVÝŠIL, Ctibor a Ivo ŠTEINER. *Obecná patologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 290 s. ISBN 978-80-7262-773-8.
- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. 1.vyd. Praha: Grada, Sociologie, 2012. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
- VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, Sestra (Grada), 2012. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Papršteínová, Ph.D.**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2019**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2021**

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem *Spokojenost seniorů s onkologickou prevencí u praktického lékaře* jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 2. 5. 2021

Simona Hunčová v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Markétě Papršteinové, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce, poskytnutí osobních konzultací a cenné připomínky, jež mi poskytla při psaní této práce. Zároveň děkuji za konzultaci analytikovi Ing. Čěňku Kirchovi. Také bych chtěla moc poděkovat mým rodičům a příteli za podporu během celého studia.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá spokojeností seniorů s onkologickou prevencí u praktického lékaře. Práci tvoří dvě hlavní části: teoretická a průzkumná. Teoretická část se věnuje zejména stáří, prevenci onkologických onemocnění, zejména v souvislosti se stářím a seniory. Stěžejní část práce je věnována zejména tématu preventivních onkologických prohlídek u seniorů. Průzkumná část za pomoci anonymního dotazníkového šetření sleduje zkušenosti seniorů s preventivními onkologickými prohlídkami u praktického lékaře a jejich spokojenost s nimi. Z průzkumného šetření vyplynulo, že přístup seniorů k onkologické prevenci není optimální, stejně jako jejich spokojenost s přístupem praktických lékařů k onkologickým prohlídkám. Vyšší spokojenost s onkologickými prohlídkami vyjadřovali senioři ve věku 60-74 let.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Onkologická prevence, onkologické onemocnění, praktický lékař, senior, stáří.

## **TITLE**

Satisfaction of seniors with oncological prevention at a general practitioner

## **ANNOTATION**

The bachelor's thesis deals with the satisfaction of seniors with cancer prevention at the general practitioner. The work consists of two main parts: theoretical and exploratory. The theoretical part deals mainly with old age, prevention of oncological diseases, especially in connection with old age and the elderly. The main part is paid mainly to the topic of preventive oncological examinations in the elderly. The exploratory part, with the help of an anonymous questionnaire survey, monitors the experience of seniors with preventive oncological examinations at a general practitioner and their satisfaction with them. The exploratory survey showed that the approach of seniors to oncological prevention is not optimal, as well as their satisfaction with the approach of general practitioners to oncological examinations. Seniors aged 60-74 expressed higher satisfaction with oncological examinations.

## **KEYWORDS**

General practitioner, oncological diseases, oncological prevention, old age, senior.

# OBSAH

Úvod.....	10
1 Cíl práce.....	11
2 Teoretická část .....	12
2.1 Onkologická onemocnění ve stáří.....	12
2.1.1 Charakteristika stáří .....	12
2.1.2 Výskyt onkologických onemocnění ve stáří.....	14
2.1.3 Léčba onkologických onemocnění u seniorů.....	18
2.2 Prevence onkologických onemocnění ve stáří .....	19
2.2.1 Charakteristika preventivních onkologických programů pro seniory.....	20
2.2.2 Prevence onkologických onemocnění u seniorů ze strany praktických lékařů ..	24
2.2.3 Přístup seniorů k preventivním onkologickým programům .....	26
3 Průzkumná část .....	30
3.1 Průzkumné otázky .....	30
3.2 Metodika a realizace průzkumu .....	30
3.3 Charakteristika průzkumného vzorku .....	31
3.4 Způsob zpracování získaných dat .....	32
3.5 Analýza a zhodnocení dat .....	34
4 Diskuze .....	68
5 Závěr .....	76
6 Použitá literatura .....	79
7 Přílohy.....	84



## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Pohlaví respondentů .....	34
Obrázek 2: Věk respondentů.....	35
Obrázek 3 Co je to onkologická prevence .....	36
Obrázek 4 Pojem onkologická prevence dle pohlaví.....	37
Obrázek 5 Pojem onkologická prevence dle věku .....	38
Obrázek 6: Způsob informování o termínu prohlídky .....	39
Obrázek 7: Způsob informování o provedení onkologického programu lékařem.....	40
Obrázek 8: Přístup praktického lékaře k prevenci onkologického onemocnění.....	42
Obrázek 9: Představa respondentů o četnosti onkologických preventivních prohlídek .....	44
Obrázek 10: Představa respondentů o náplni onkologických prohlídek.....	45
Obrázek 11: Přístup respondentů k onkologické prevenci .....	47
Obrázek 12: Absolvování onkologické prevence respondenty.....	49
Obrázek 13: Důvody neabsolvování preventivních prohlídek .....	50
Obrázek 14: Spokojenost s informováním o důležitosti onkologické prevence.....	51
Obrázek 15: Spokojenost s informováním o termínech onkologických prohlídek .....	53
Obrázek 16: Spokojenost s vysvětlováním průběhu onkologických prohlídek.....	54
Obrázek 17: Spokojenost se zabýváním se obavami seniorů .....	55
Obrázek 18: Spokojenost s dotazováním se na nezvyklé symptomy .....	56
Obrázek 19: Spokojenost s dostatkem času na případné otázky .....	57
Obrázek 20: Spokojenost s podporou při nepříznivých výsledcích.....	58
Obrázek 21: Celkové ohodnocení přístupu lékaře k onkologickým prohlídkám .....	59
Obrázek 22: Co respondentům vadí u lékaře v kontextu onkologických prohlídek.....	64
Obrázek 23: Jiné zdroje informací při nespokojenosti s praktickým lékařem.....	66
Tabulka 1: Srovnání spokojenosti seniorů s vybranými aspekty onkologických prohlídek dle pohlaví .....	60
Tabulka 2: Srovnání spokojenosti seniorů s vybranými aspekty onkologických prohlídek dle věku.....	62
Tabulka 3: Přístup praktického lékaře k prevenci onkologických onemocnění .....	92
Tabulka 4: Představa respondentů o náplni onkologických prohlídek.....	92
Tabulka 5: Přístup respondentů k onkologické prevenci.....	93

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CGA	Komplexní geriatrické zhodnocení
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
ČR	Česká republika
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
EKG	Elektrokardiografie
ORL	Otorhinolaryngologie, lékařský obor (ušní, nosní, krční)
PSA	Prostatický specifický antigen
TOKS	Test na okultní krvácení do stolice
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna

## ÚVOD

Onkologická onemocnění se vyskytují v každém věku, ovšem s věkem jejich výskyt narůstá. Onkologická onemocnění se tak stávají nemocemi stáří, což znamená, že se nejen vyskytují v populaci seniorů častěji, ale též to, že mívají u seniorů závažnější průběh (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 120).

Ze všech případů v celé české populaci tvoří zhoubné novotvary kůže 79,4 % všech diagnostikovaných případů, u zhoubných nádorů průdušnice, průdušek a plic se jedná o 73,4 % všech případů, u rakoviny prostaty o 70,2 % případů, u rakoviny tlustého střeva a konečníku o 48,9 % všech případů, případů, u rakoviny prsu o 54,1 % všech případů (ÚZIS, 2019).

Jak uvádějí Soumarová, Kubecová a kol. (2019, s. 14), pouze 5 % onkologických onemocnění je dědičných. Více než třetina nádorů je tedy preventabilních, tedy lze jim předejít vhodným stravováním, dostatkem pohybu a pravidelným absolvováním preventivních programů.

Je tedy velmi důležité, aby seniori absolvovali pravidelně všechny preventivní programy, které jsou jim k dispozici, a to zdarma, resp. jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Dle Cibuly (2009, s. 93-94) je u seniorů zapotřebí věnovat pozornost sekundární prevenci, která se soustředí na záchyt prekanceróz (tj. stav předcházející vzniku maligního nádoru, kdy jsou již zřetelné buněčné a tkáňové změny) a zhoubných nádorů v časném stádiu, což je důležité pro úspěšnou léčbu. Velmi cenný je v tomto ohledu screening.

V bakalářské práci je věnována pozornost problematice onkologických preventivních programů u seniorů, se zřetelem ke spokojenosti seniorů s těmito programy. Práci tvoří dvě hlavní části. V teoretické části jsou charakterizovány hlavní pojmy, podána je stručná charakteristika stáří, detailněji je popsáno téma onkologické prevence v populaci seniorů, včetně uvedení výzkumných zjištění z dané oblasti. Druhá část práce je částí průzkumnou. Obsahuje popis a výsledky realizovaného průzkumu, který byl proveden na vzorku 65 seniorů, u nichž byla zjišťována jejich zkušenost a spokojenost s absolvováním preventivních onkologických prohlídek u praktického lékaře. Metodou sběru dat byl dotazník vlastní konstrukce, který vycházel ze stanovených průzkumných otázek a teoretických východisek. Výsledky jsou podány s využitím grafického zobrazení, s doplněním slovního komentáře. Shrnutí výsledků a jejich vztahení k průzkumným otázkám a teoretickým východiskům je podáno v diskusi, která obsahuje i doporučení pro praxi. Hlavní zjištění jsou shrnuta v závěru práce.

# 1 CÍL PRÁCE

## **Hlavní cíl:**

Zjistit zkušenosti a spokojenost seniorů s preventivními onkologickými prohlídkami u praktických lékařů.

## **Dílčí cíle:**

1. Zjistit povědomí seniorů o preventivních onkologických programech.
2. Zjistit, jak probíhá informování seniorů o preventivních onkologických programech.
3. Zjistit přístup praktických lékařů k preventivním onkologickým prohlídkám z hlediska zkušenosti a hodnocení seniorů.
4. Zjistit přístup seniorů k preventivním onkologickým programům.
5. Zjistit spokojenost seniorů s absolvováním onkologických prohlídek u praktického lékaře.
6. Zjistit rozdíly ve spokojenosti seniorů s absolvováním onkologických prohlídek u praktického lékaře dle věku a pohlaví.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Onkologická onemocnění ve stáří

Onkologická onemocnění (nebo též nádorová onemocnění, rakovina) představují poměrně rozsáhlou skupinu dílčích onemocnění, pro kterou je charakteristická abnormální regulace dělení buněk a jejich rozmnožování. Aktuálně je rozlišováno více než sto různých onkologických onemocnění, přičemž etiologie u nich bývá různá (Raudenská a Javůrková, 2011, s. 191).

Nádorová onemocnění se vyskytují v každém věku, nicméně jak uvádějí Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 120), ve stáří jejich výskyt narůstá. Společně s některými dalšími chorobami, jakými jsou záněty dýchacích cest či peptický vřed, se tak onkologická onemocnění stávají nemocemi stáří, tedy chorobami, které souvisí s věkem a které jsou v období stáří onemocněními závažnými a častějšími, než je tomu v mladším věku.

Stáří je přirozenou vývojovou etapou člověka. Lidé v této vývojové etapě, označovaní většinou jako senioři, jsou oproti mladším lidem více zranitelnější, a to v rovině fyzického i psychického zdraví. Onkologická onemocnění, která se ve stáří objevují, však nesouvisí pouze s věkem jedince, ale též s jeho předchozím způsobem života a aktuálním stavem – kvalitou života, způsobem výživy apod. (Müllerová et al., 2014, s. 80).

Kulhánková (2011, s. 2) zmiňuje, že i když jsou mnohá nádorová onemocnění léčitelná, stále si udržují status „*rozsudku smrti*“. Přestože tedy jedinec nemusí nutně zemřít, pakliže je u něj diagnostikováno nádorové onemocnění, dle téhož zdroje platí, že onkologické onemocnění výrazně omezuje životní styl, mění hodnotový systém člověka, často narušuje mezilidské vztahy, vede k zhoršení psychického prožívání.

Je tak velmi důležité riziku vzniku a rozvoje nádorového onemocnění předcházet. To platí i pro seniory, jejichž charakteristika, včetně přiblížení prevalence onkologických onemocnění ve stáří, je podána dále v textu.

#### 2.1.1 Charakteristika stáří

Stáří bývá podle Čevely, Kalvacha a Čeledové (2012, s. 25-26) popisováno nejčastěji ze tří hledisek, kterými jsou hledisko kalendářní, biologické a sociální. Biologické stáří je dáno dosažením určité míry involučních změn. Nastává pokles potenciálu zdraví, tj. zdatnosti, odolnosti a adaptability. Tyto biologické změny jsou nevratné a vedou mimo jiné ke zvýšenému riziku nemocí, funkčních deficitů, smrti. Kalendářní stáří se pojí s věkem jedince. S ohledem

na technologický pokrok, který se promítá i do oblasti zdravotnictví, se spodní hranice stáří neustále zvyšuje. Autoři tak zmiňují jednu z nejnovějších periodizací, kdy jsou lidé ve věku 65-74 označováni za mladé seniory, věk 75-84 let značí staré seniory, od 85 let se užívá pro jedince tohoto věku označení velmi starý senior. Podle Světové zdravotnické organizace je věk 60-74 let označován jako rané stáří, vlastní stáří, tzv. senium, pokrývá období od 75-89 let a od 90 let se již hovoří o tzv. dlouhověkosti. Třetí hledisko, tj. hledisko sociální, se vztahuje především ke změnám v sociální oblasti: mění se sociální role jedince, dochází k poklesu životní úrovně, nezřídka jsou senioři vytlačováni na okraj společnosti.

Stárnutí je nezvratitelný proces a zabývá se jím gerontologie. Tento proces je nutné nahlížet jako na kombinaci faktorů genetických, faktorů vnějšího prostředí a způsobu života jedince, a to po celý jeho život, nikoliv pouze ve stáří (Ondrušová, Krahulcová et al., 2019, s. 16). Způsob života (stravování, zastoupení pohybu apod.) ovlivňuje podle Müllerové et al. (2014, s. 80) kvalitu života ve stáří, včetně výskytu chorob ve stáří, až ze 30 %.

Haškovcová (2010, s. 17) podotýká, že ve srovnání s mládím se jeví stáří jako období nezajímavé, zbytečné, v němž se již nic zajímavého neděje a člověk pouze čeká na smrt. Tento pohled je však dle autorky dán zejména současným ideálem mládí, rychlostí dnešního života. I stáří má své přednosti. K těmto přednostem řadí Sak a Kolesárová (2012, s. 23) např. moudrost. Ve stáří se završuje životní dráha, člověk může zhodnotit své dosavadní, celoživotní učení, nabyté znalosti a zkušenosti. Mnohdy může docházet k naplnění potenciálu a nebývá výjimkou, že až ve stáří mnozí lidé vytvoří své nejlepší dílo či dosáhnou expertnosti ve svém oboru.

Skutečností ovšem zůstává, že se stáří vyznačuje z velké části změnami, které nejsou nahlíženy kladně. Pro účely práce je vhodné zaměřit se zejména na změny v rovině fyzického a psychického zdraví. Jak zdůrazňují Kalvach et al. (2011, s. 19), u seniorů, zejména u křehkých pacientů (se závažným onemocněním, komorbiditami), je důležité nejen soustředit se na rovinu fyzického zdraví, ale též rovinu psychosociální.

Co se týče fyzického zdraví, dochází dle Stoklasové (2011, s. 336-338) ke změně celkového vzhledu. Ubývá tkání, objevují se atrofie, nastává involuce orgánů. Srdeční sval slábne, snižuje se srdeční výkonnost, arterie bývají zasaženy aterosklerotickým procesem. Ve stáří je častá hypertenze, při jejíž léčbě ovšem může nastávat ortostatická hypotenze. Snižuje se výkonnost respiračního systému, zasažen je i gastrointestinální trakt (ztráta chrupu, snížení motility trávicí

trubice). Přítomna bývá anemie, která je způsobena zhoršenou resorpcí železa v žaludku. Snižuje se filtrační a koncentrační schopnost ledvin, kapacita močového měchýře. Zasažen je hepatální systém, kdy se úbytek jaterního parenchymu projevuje mimo jiné prodloužením metabolizace a vylučování léků, kterých senioři často berou velké množství, přičemž léky též zhoršují některé tělesné funkce. Mění se funkce štítné žlázy, regulace tělesné teploty, snižuje se bazální metabolismus, ubývá kostní hmoty, snižuje se pevnost kostí, rizikem jsou tak úrazy, které mohou být pro seniory fatální. Svaly atrofují a bývají nahrazovány tukovou tkání. Patrný je také úbytek neuronů, snižuje se rychlost vedení vzruchů v periferním nervovém systému. Časté bývají také degenerativní změny centrálního nervového systému. Změny v nervovém systému se projevují také např. poruchou chůze, rovnováhy, zhoršením přizpůsobení se na chlad či teplo. Postižen bývá i smyslový systém: oční čočka ztrácí pružnost, zhoršuje se schopnost zaostřit, vnímání barev. U seniorů se často vyskytuje šedý nebo zelený zákal. Narušen je i sluch, objevuje se nedoslýchavost. Mění se i vnímání chuti, zhoršuje se hmat, pouze čich není stářím příliš negativně poznamenán. Jak autorka podotýká, narušení smyslového vnímání mnohdy výrazně zhoršuje kvalitu života jedince.

Co se týče roviny psychického zdraví, Malíková (2011, s. 21) poukazuje na zhoršení kognitivních funkcí (paměť, pozornost, porozumění slyšenému apod.), řeči, výkonnosti intelektových funkcí. Senioři se nezdávkou vyznačují emoční labilitou, mohou měnit své postoje, a to jak v přítomnosti, tak i ve srovnání s dosavadním životním směřováním. Senioři často ztrácejí zájem o to, co je dříve těšilo. Mohou být apatičtí, uzavírat se do sebe, izolovat se od okolního světa. Zvýrazňují se povahované vlastnosti, zejména ty, které jsou vnímány jako negativní. Celkově je také patrné snížená adaptace na změny.

Jednou z významných životních změn je i stanovení diagnózy onkologického onemocnění. Jak již bylo uváděno, v populaci seniorů se lze setkat se zvýšeným výskytem těchto chorob. Jejich prevalence a popis jsou uvedeny dále v textu.

### **2.1.2 Výskyt onkologických onemocnění ve stáří**

Onkologická nebo též nádorová onemocnění vznikají na základě patologického procesu, kterým je růst a šíření zhoubného nebo též maligního nádoru (Machová, 2015, s. 220). Dle Mačáka, Mačákové a Dvořáčkové (2012, s. 119) existuje několik různých pojetí nádorů. Za nádor tak bývá považován shluk buněk, které jsou abnormální a oproti buňkám normálním rostou odlišně. Nádozem se také rozumí nezvratná změna určité tkáně.

Definici, která poměrně komplexně charakterizuje nádor a jeho specifika, uvádějí Eckschlager a Petruželka (2014, s. 19), dle kterých: „*Nádor je onemocnění vyvolané abnormální klonální proliferací buněk, která není v koordinaci s růstem okolních tkání a rovnováhou organismu. Nádorové buňky se vymkly regulačním mechanismům v důsledku genetických změn a nádorová proliferace přetrvává i po odstranění etiologických činitelů podílejících se na vzniku genetických změn.*“

Nádory se dělí na zhoubné a nezahoubné. Nezhoubné, tedy benigní nádory, se vyznačují lokálním a pomalým růstem. Nejsou také schopné vytvářet dceřiná ložiska ve vzdálenějších tkáních (těmto ložiskům se říká metastázy). Oproti tomu nádory zhoubné (maligní) při svém růstu, který bývá často velmi rychlý, prostupují do okolních tkání, blízkých i vzdálenějších. Oba typy nádorů jsou nebezpečné, byť nádory maligní jsou mnohem častěji životu ohrožující. Nádory benigní však mohou utlačovat okolní orgány, čímž zhoršují jejich výživu a výsledkem může být i odumření dané tkáně, tzv. nekróza. Dále způsobují zhoršenou průchodnost orgánů, v nichž se objevují (trávicí trubice, průdušky). Navíc benigní nádory se mohou stát nádory maligními. Maligní nádory a s nimi spojené metastázy výrazně narušují funkce životně důležitých orgánů a nejsou-li včas odhaleny a léčeny, způsobují smrt (Machová, 2016, s. 220). V práci je primárně pojednáno o zhoubných nádorech, byť pochopitelně u seniorů bývají přítomny i nádory nezahoubné. Každý nádor by však měl být zavčas odhalen, prevence onkologických onemocnění se tedy soustředí na odhalení jakýchkoliv nádorových onemocnění. Teprve v návaznosti na odhalení nádorového onemocnění je prováděna diagnostika, na jejíž základě je rozhodnuto, o jaký typ nádoru se jedná a jaká léčba bude zvolena.

Onkologická onemocnění představují v České republice druhou nejčastější příčinu úmrtí, prvenství mají kardiovaskulární choroby. Ve 20. století se výskyt onkologických onemocnění oproti předchozí době zdvojnásobil, což je dáno nejen zlepšením diagnostiky, ale též prodlužováním délky života a nevhodným životním stylem (Machová, 2015, s. 222).

Jak vysvětlují Petera a Dušek (2014, s. 211-216), s věkem se velmi výrazně zvyšuje výskyt nádorových onemocnění, což je dáno zejména dvěma procesy: prvním je narůstání poškození DNA, druhým progresivní snižování obranyschopnosti organismu. V prvním případě je tento proces zapříčiněn expozicí karcinogenů (látka chemické nebo biologické povahy, která napomáhá vzniku a růstu nádoru) v průběhu života. Pokud jsou poškozeny kritické geny, může nastat jejich maligní zvrát. DNA se s vyšším věkem hůře reparuje, navíc s věkem se také snižuje účinnost imunitní reakce na přítomnost nádorových buněk. Po 40. roce dochází dle autorů k výraznému nárůstu různých nádorových onemocnění: jedná se zejména o rakovinu tlustého



střeva a konečníku, rakovinu slinivky, rakovinu postihující systém ORL (oblast oční, ušní a krční) a rakovinu plic. Výskyt nádorových onemocnění kůže, ženského prsu a gynekologické nádory narůstá již po 20. roce, nádorová onemocnění ledvin a žaludku se výrazněji objevují po 30. roce, prevalence rakoviny prostaty je vyšší po 50. roce. Nejvyšší riziko výskytu všech těchto chorob je pak v populaci seniorů, resp. od 65. roku.

K nejčastějším onkologickým onemocněním patří rakovina kůže, rakovina plic, rakovina prsu u žen, rakovina prostaty u mužů. Nejzávažnější kožní chorobou je melanom. Ve vyšším riziku se u tohoto onkologického onemocnění ocitají lidé světlé pleti, se světlými vlasy a světlými očima, tzv. světlý fenotyp. Rizikem je také větší počet mateřských znamének. U rakoviny prsu je menší část případů podmíněna geneticky, častěji jsou však příčinou hormonální změny (vliv má estragon). U tohoto onkologického onemocnění, stejně jako u rakoviny tlustého střeva a konečníku, lze mnoho případů zachytit včasné realizovanou prevencí (Machová, 2015, s. 223-225). Povýšil a Šteiner (2011, s. 144) uvádějí, že se vlivem zlepšení diagnostiky a též osvěty snižuje výskyt rakoviny plic či karcinomu děložního hrdla, ovšem stále je velmi vysoký výskyt kolorektálního karcinomu, a to u žen i mužů.

Detailní a nejaktuálnější přehled o výskytu onkologických onemocnění ve stáří podává Zdravotnická ročenka České republiky 2018, kterou vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky v roce 2019. Data jsou uváděna za rok 2017. Co se týče jednotlivých onkologických onemocnění u mužů ve věku 65 a více let, jedná se nejčastěji o tyto druhy nádorových onemocnění:

- zhoubné novotvary kůže: 11 801 případů ve věku 65 a více let, z celkového počtu 14 870 případů tak byly tyto formy zhoubných nádorů zastoupeny v dané populaci v 79,4 %;
- zhoubné nádory průdušnice, průdušek a plic: 3 113 případů, přičemž největší výskyt byl zaznamenán ve věku 65-69 let, kdy se jednalo o 1 021 případů. Z celkového počtu 4 243 případů těchto druhů nádorových onemocnění tak bylo zastoupeno v populaci 65+ celkem 73,4 % všech případů;
- rakovina prostaty: 5 525 případů, z celkového počtu 7 875 případů se jedná o 70,2 % případů;
- rakovina tlustého střeva, konečníku: 2 153 případů v populaci 65+, z celkového počtu 4 400 případů za rok 2017 se tak jednalo o 48,9 % všech případů (ÚZIS, 2019, s. 40-42).

U žen ve věku 65 a více let byla zjištěna v roce 2017 nejčastěji tato nádorová onemocnění:

- zhoubné nádory kůže: 9 835 případů z celkového počtu 13 046 případů u žen, tj. 75,4 % všech případů;
- rakovina tlustého střeva a konečníku: 2 149 případů z celkového počtu 2 934 případů rakoviny tlustého střeva a konečníku u žen, tj. 73,2 %;
- zhoubné nádory průdušnice, průdušek a plic: 1 695 případů z celkového počtu 2 350 případů, tj. 72,1 %;
- rakovina prsu: 3 801 případů z celkového počtu 7 029 případů, tj. 54,1 % (ÚZIS, 2019).

Jak je tedy patrné, nejčastěji se u seniorů ve věku 65+ objevují zhoubné nádory kůže, a to u obou pohlaví. Na druhém místě jsou u mužů zhoubné nádory průdušnice, průdušek a plic, u žen se jedná o rakovinu tlustého střeva a konečníku. Specifikem u mužů je rakovina prostaty, která je třetím nejčastějším onkologickým onemocněním u mužů v populaci 65+, u žen se objevuje rakovina prsu, a to jako čtvrté nejčastější onkologické onemocnění.

Příčiny onkologických onemocnění mohou být různé. Dělí se do dvou hlavních skupin: první představují zevní faktory, k nimž patří chemické karcinogenní látky (např. těžké kovy, polycyklické aromatické uhlovodíky), dále se jedná o fyzikální karcinogenní působení (ionizační či ultrafialové záření, chronické mechanické dráždění) a třetí velkou skupinu v rámci zevních faktorů zastupují biologické karcinogenní faktory (mykotoxiny, viry). Druhou skupinu tvoří faktory vnitřní. Jedná se o věk, dědičnost, ale též některá onemocnění, která snižují odolnost organismu vůči vzniku a rozvoji nádoru. Velkou roli ovšem mají i tzv. rizikové faktory, které souvisí s nevhodným životním stylem. Jedná se především o kouření, které zapříčiňuje více než 40 % úmrtí na nádorová onemocnění. Z dalších faktorů se jedná o konzumaci alkoholu, zejména piva, špatné stravovací návyky, přejídání, nadměrné opalování, kdy navíc člověk nepoužívá ochranné prostředky proti UV záření. K dalším rizikovým faktorům se řadí promiskuitní sexuální chování a infekce (Machová, 2015, s. 221).

Za pozornost stojí, že dle Soumarové, Kubecové a kol. (2019, s. 14) je pouze 5 % onkologických onemocnění dědičných. Více než třetina nádorů je tedy dle autorek preventabilní, tedy lze jim předejít např. vhodným stravováním, dostatkem pohybu a pravidelným absolvováním preventivních programů. Všechny výše uvedené nádory patří k těm, kterým lze vhodným životním stylem a péčí o zdraví předejít.

Petera a Dušek (2014, s. 214) uvádějí, že mortalita je ve starší populaci též mnohem vyšší, než je tomu u osob mladších. Onkologická onemocnění způsobují 70 % úmrtí u seniorů. Kromě výše uvedených onkologických onemocnění zmiňují u seniorů též větší četnost rakoviny

močového měchýře a pankreatu. Jak uvádějí Vorlíček, Abrahámová a Vorličová (2012, s. 26), v zemích Evropské unie (EU) činí riziko zhoubného nádoru u osob do 75 let 26,41 %, přičemž toto riziko je vyšší u mužů (30,78 %) než u žen (22,57 %). Riziko úmrtí činí v témže věkovém rozpětí 12 %, u mužů je vyšší (15,2 %) než u žen (9,12 %).

### **2.1.3 Léčba onkologických onemocnění u seniorů**

Léčba onkologických onemocnění je podle Vorlíčka, Abrahámové a Vorličové (2012, s. 70) odlišná od léčby jiných onemocnění, a to z důvodu značné zátěže pro pacienta. Léčba není vedena proti cizorodým elementům, jakými jsou např. viry a bakterie. Je vedena proti vlastním buňkám, což také znamená, že často výrazně poškozuje některé tkáně a orgány a má závažnější vedlejší účinky. V důsledku toho se pak může značně snižovat kvalita života, která je již tak mnohdy u seniorů snížena.

Většinou probíhá léčba prostřednictvím operace, dále je volena chemoterapie, radioterapie, možností je i biologická léčba a transplantace kmenových buněk u hematologických maligních nádorů. U seniorů je však zapotřebí velmi dobře zvažovat, jaký typ léčby bude zvolen, resp. zohledňována musí být zátěž pro pacienta (Syrová, 2013, s. 16). Seniori jsou velmi často tzv. křehkými pacienty. Bývají polymorbidní, jsou u nich přítomny kardiovaskulární problémy, mají oslabený energetický metabolismus, malou rezervní vitální kapacitu, která je důležitá pro radikální terapii (např. chemoterapii). Vždy je tak nutné posoudit zisky a ztráty, ve smyslu zhoršení kvality života. Lékař by nikdy neměl pacientovi škodit. Každý senior má právo na důstojné stáří a závěr života, což je nutné reflektovat při zahájení onkologické léčby (Smetana, 2014, s. 382).

Úspěšnost léčby a možnost léčby u seniorů závisí na včasném odhalení. Včasný záchyt se týká zejména melanomu kůže, dále rakoviny ledvin, rakoviny prsu, též rakoviny prostaty, která však bývá nejčastěji zachycena ve stadiu 2. Naopak pozdě pro úspěšnou léčbu přicházejí seniori ve věku 70 a více let s rakovinou slinivky břišní, dále se jedná o rakovinu plic a rakovinu žaludku (Petery a Dušek, 2014, s. 215).

Dle Petery a Duška (2014, s. 214) u seniorů nebývá vždy zahajována kurativní léčba, přestože je indikována a tento postup odpovídá publikovaným doporučením a např. radioaktivní léčba by u nich byla stejně účinná, jako u jedinců mladších. Léčba bývá často volena méně agresivní, radioterapie, pokud je zvolena, bývá prováděna v nižších dávkách, v kratší době. Důvodem tohoto stavu je dle autorů obava lékařů z toxicity léčby, kdy komorbidity mohou snižovat toleranci chirurgické léčby, radioterapie i léčby systémové. Jak však autoři zdůrazňují, nelze se

primárně řídit kalendářním věkem, neboť mnozí senioři mívají velmi dobrou fyzickou i mentální vitalitu i ve velmi vysokém věku. Další příčina spočívá v provádění klinických studií, v nichž jsou testovány nové způsoby léčby. Do těchto studií ovšem bývají jen velmi málo zařazováni senioři, což vede k tomu, že jim následně nelze nabídnout nový typ léčby, který je schválen pro mladší populaci. Následkem této situace je pak stav, kdy se lékaři v případě onkologického onemocnění u seniora rozhodují individuálně, mohou být ovlivněni svým postojem, zkušenostmi, předsudky. Autoři doporučují řídit se v rozhodování o léčbě seniora nikoliv kalendářním věkem, ale výsledkem komplexního geriatrického zhodnocení (komplexní test CGA, který je užíván v onkologii od 90. let minulého století). Na základě této diagnostiky lze pak i seniorům nastavit vhodný plán léčby, z nichž nemusí být vyloučeny agresivnější postupy. Syrová (2013, s. 17) zdůrazňuje, že je navíc u seniorů nutné při rozhodování o optimální léčbě uvažovat také o jeho sociální situaci, tedy jeho samostatnosti, případné závislosti na péči druhé osoby, od čehož se odvíjejí možnosti léčby v domácím prostředí.

Pokud není léčba možná a dospěje do stádia, kdy léky nepomáhají, nádor se nezmenšuje, kvalita života je výrazně negativně zasažena a není prognóza dalšího dobrého vývoje, převažuje zatížení organismu než léčebný efekt. V takovém případě je pak nutné přejít na paliativní léčbu, která je stále léčbou, nikoliv však léčbou kurativní. Soustředí se zejména na udržení a posílení kvality života pacienta. Mírněny jsou symptomy onkologického onemocnění (Pinkasová, 2019, s. 19). Paliativní léčba je zvažována zejména u seniorů s geriatrickými symptomy, s krátkou dobou přežití a vyšším stupněm stařecké křehkosti.

## **2.2 Prevence onkologických onemocnění ve stáří**

Slovo prevence pochází z latinského výrazu *praevenire* a znamená předcházení nežádoucímu jevu. Prevence je součástí lékařské a ošetrovatelské péče a v souvislosti s jejím poskytováním tak značí prevence „*soustavu opatření nebo souhrn činností, které mají předcházet nemocem a dalším nežádoucím jevům*“ (Tóthová, Chloubová a Prokešová, 2019, s. 21).

Holubec a kol. (2004, s. 157) vysvětlují, že v případě onkologických onemocnění jsou možnosti prevence různé, závisí velkou měrou na druhu onkologického onemocnění. Dle toho je také koncipována prevence, která má poměrně široký rozsah, od osvěty až po diagnostiku či dílčí, speciální vyšetření. Prevence může být podle Fajta, Vrablíka a Češky (2011, s. 12) realizována např. praktickým lékařem, a to v rámci k tomuto účelu vyhrazeném čase, nebo může být (a měla by být) součástí každého vyšetření.

Druhá podkapitola teoretických východisek se soustředí na problematiku prevence onkologických onemocnění ve stáří. Nejprve je stručně představena koncepce prevence, její stupně. Dále je již detailněji popsáno, jak je přistupováno k prevenci onkologických onemocnění u seniorů, dílčí preventivní programy jsou popsány. Pozornost je věnována také přístupu seniorů a praktických lékařů k prevenci v seniorském věku.

### **2.2.1 Charakteristika preventivních onkologických programů pro seniory**

Cibula (2009, s. 93-94) vysvětluje, že v případě onkologických onemocnění značí prevence komplexní soubor opatření, která mají za cíl předcházení jak vzniku onkologického onemocnění, tak i případné progresy nebo recidivy zhoubných nádorů. Prevence v tomto ohledu může dle autora probíhat na čtyřech následujících úrovních:

- primární prevence: cílem primární prevence je snížit výskyt zhoubných nádorů. Prevence se soustředí na rizikové faktory, u kterých je přímý a prokazatelný vliv na vznik malignit. Zároveň je primární prevence spojena s identifikováním osob, u kterých existuje vyšší riziko vzniku a rozvoje onkologického onemocnění, a to z důvodu genetické zátěže. Jak autor doplňuje, pakliže je primární prevence úspěšná, dochází v populaci k poklesu incidence zhoubných nádorů. V konkrétní rovině může primární prevence zahrnovat např. boj proti kouření, různé programy na odvykání kouření, vakcinaci proti papilomavirům, což je důležité z hlediska prevence rakoviny děložního čípku. Dále se může jednat o boj proti alkoholismu, obecně osvětu týkající se zdravého životního stylu (racionální stravování, dostatek vhodných pohybových aktivit);
- sekundární prevence: pakliže je primární prevence koncipována široce a týká se v zásadě celé populace, u sekundární prevence již dochází k jejímu většímu zacílení na ohrožené skupiny. Soustředí se na záchyt prekanceróz (tj. stav předcházející vzniku maligního nádoru, kdy jsou již zřetelné buněčné a tkáňové změny) a zhoubných nádorů v časném stádiu, což je důležité pro úspěšnou léčbu. Pakliže je ukazatelem dobře koncipované primární prevence snížení výskytu zhoubných nádorů v populaci, v případě úspěšné sekundární prevence dochází ke snížení mortality. Velmi důležitým nástrojem sekundární prevence je screening, např. karcinomu děložního hrdla, karcinomu prsu. V indikovaných případech může být prováděno genetické testování. Sekundární prevence se soustředí zejména na seniory, u nichž je vyšší riziko vzniku a rozvoje onkologických onemocnění, zároveň jsou omezené možnosti radikální léčby.

Součástí sekundární prevence je též osvěta, která se soustředí na vybraná onkologická onemocnění, je více zacílena na ohroženou skupinu;

- terciární prevence: hlavním cílem terciární prevence je včasné zachycení recidivy nádoru, kdy je tak možné zahájit léčbu ve fázi, v níž lze ještě zvrátit nepříznivý stav, rozvoj nemoci. Základním nástrojem je dispenzární schéma (tj. soustavná odborná lékařská péče, aktivní sledování pacienta s určitým rizikovým faktorem). Preventivní péče však musí být realizována komplexně, neboť pokud by docházelo k dispenzarizaci pouze na detekci recidivy nádoru, mohla by být zanedbána prevence dalších onkologických onemocnění (pochopitelně i jiných chorob). Ukazatelem kvality terciární prevence je délka celkového přežití. V rámci terciární prevence je nutné, aby byla péče soustředěna v jednom zařízení, vedena jedním lékařem, zároveň musí být jasně definovány povinnosti a odpovědnost dalších odborníků. S terciární prevencí musí být souběžně realizována i primární a sekundární prevence malignit;
- kvartérní prevence: tento typ prevence se soustředí na předcházení a předvídání důsledků progredujícího a nevléčitelného nádorového onemocnění, kdy je opět zapotřebí, aby byla péče pojata komplexně: v tomto případě je důležité soustředit se nejen na rovinu somatickou, ale též rovinu psychickou, sociální, spirituální. O efektivitě kvartérní prevence svědčí kvalita života pacienta. Vzhledem k tomu, že je u pacienta přítomno nevléčitelné onkologické onemocnění, pozornost je věnována výživě, léčbě bolesti, poskytování psychosociální podpory.

Hamplová (2020, s. 106) doplňuje, že prevence může být také specifická a nespecifická. Zatímco nespecifická prevence se soustředí na rozvoj zdraví, posílení odpovědnosti člověka za své zdraví, specifická prevence se již zaměřuje na riziko konkrétní nemoci. Zvláštní postavení pak má tzv. screening, kdy se dle autorky jedná o metodu k vyhledávání onemocnění u osob, které se dosud jeví jako zdravé, nicméně nemoc je u nich přítomna, je v časném stádiu, velmi často se nemusí projevovat symptomy. Jak uvádí Cibula (2009, s. 94), screening bývá v praxi laicky nezřídka zaměňován za preventivní prohlídku, ovšem ta nebývá spojena s detekcí konkrétního onemocnění. Kromě podmínek uvedených Hamplovou (2020, s. 106) doplňuje autor také další důležitý faktor, a to existenci screeningového testu, který lze užít v populaci, není příliš drahý a je spolehlivý. Zároveň také musí platit, že se týká onemocnění, které je považováno za závažný zdravotnický problém.

Jak shrnují Adam a kol. (2005, s. 246-249), screening je jen podmnožinou různých vyšetření, která jsou prováděna v rámci onkologických prohlídek. Screening může být prováděn

celoplošně (celorepublikově), nicméně může být realizován i regionálně či v rámci různých center, která mají akreditaci pro screening. Screening má smysl, pokud vede k výraznějšímu posunu v diagnostice onkologického onemocnění do časnějších klinických stádií, kdy je snazší a ve větší míře možné onemocnění léčit, tedy i snížit mortalitu na dané onemocnění. Vycházeno je z národních onkologických registrů. Sledována je ovšem i efektivita screeningu v kontextu jeho finančního hlediska. Jedním z důležitých kritérií je i tzv. lead time, tedy časový interval mezi odhalením zhoubného onemocnění pomocí screeningu a propuknutím symptomů. Tento čas je vždy kratší než průměrný interval detekované preklinické fáze. Frekvence, s jakou je screening prováděn, se odvíjí od dostupných údajů o tom, jaké je riziko určitého onemocnění v konkrétní populaci, tedy např. v určité věkové kohortě. Z tohoto důvodu pak bývají stanoveny frekvence dílčích screeningů odlišně např. u stejného pohlaví, ale v různé věkové skupině. Výstupem screeningového vyšetření mohou být čtyři různé výsledky, a to výsledek skutečně pozitivní, výsledek skutečně negativní, výsledek falešně pozitivní a výsledek falešně negativní. V případě nejistého výsledku je vždy zapotřebí další vyšetření. Chrastina (2009, s. 194) uvádí, že falešná pozitivita u testu na okultní krvácení do stolice může být dána např. vyšší konzumací červeného masa či některé zeleniny, ovoce, u falešné negativity je často příčinou konzumace kyseliny askorbové ve vyšších dávkách. Záleží však také na tom, jaký test byl užit. Dle Čevelové, Čeledy a kol. (2017, s. 387) není v současné době nutné dodržovat dietu před provedením testu, což bylo v minulosti doporučováno.

V práci je primárně věnována pozornost sekundární prevenci onkologických onemocnění u seniorů, zejména screeningu. Screeningová vyšetření jsou prováděna plošně, což se týká i populace seniorů. Některá preventivní vyšetření, resp. screening, jsou soustředěna spíše do druhé poloviny života, což je dáno vyšším rizikem vzniku a rozvoje onemocnění. To může být dáno jak věkem, tak i dalšími faktory, které se pojí s životním stylem, genetikou apod. Vyšší věk tedy ještě nutně neznamená potřebu častějšího screeningu, zohledňováno je riziko onemocnění v daném věkovém intervalu, lead time oproti detekované preklinické fázi apod. (VZP, 2020).

V České republice existují v současné době tři organizované programy screeningu zhoubných nádorů, kterými jsou screening nádorů prsu, screening nádorů tlustého střeva a konečníku a screening nádorů děložního hrdla. Screening nádorů prsu je prováděn prostřednictvím mamografie, a to od 45 let s frekvencí jednou za dva roky. Vyšetření mohou provádět pouze akreditovaná pracoviště. Screening nádorů tlustého střeva a konečníku může mít více podob. Ve věku 50-55 let se provádí jednou ročně, a to prostřednictvím testu na okultní krvácení

do stolice (TOKS). Stejný test je užíván i u osob ve věku 55+, jak však již bylo zmíněno, frekvence je následně delší, a to jednou za dva roky. Variantou je screeningová kolonoskopie, která se provádí jednou za deset let, opět na akreditovaných pracovištích (Čeledová, Čevela a kol., 2017, s. 387).

Intervaly se však pochopitelně mohou lišit. Jako příklad uvádějí Adam a kol. (2005, s. 252) screening nádorů prsu, který je běžně prováděn od 45 let. Jestliže však byla zjištěna dědičná zátěž, mamografie je doporučena v rámci screeningu již od 25 let, a to i přesto, že samotné vyšetření není zcela bez zdravotních rizik. Případné nevýhody však nepřevažují nad riziky – u žen s dědičnou zátěží je 19% pravděpodobnost, že u nich bude diagnostikován zhoubný nádor prsu před dosažením 40 let.

Pacient ve věku 50 a více let se může rozhodnout, jaký typ screeningu podstoupí. TOKS je prováděn jak u praktického lékaře, tak i u gynekologa. Screeningová kolonoskopie je však zajišťována gastroenterologem. Pokud je získán negativní nález prostřednictvím TOKS, testování se opakuje po jednom nebo dvou letech, dle věku pacienta. V případě pozitivního nálezu je však pacient odeslán k provedení screeningové kolonoskopie. Pokud není prvotní pozitivní nález potvrzen, opět se na jedince vztahují stejná kritéria, jaká platí pro zbytek populace, u které nebyly zjištěny žádné symptomy a u nichž také neexistuje genetická zátěž (Kolorektum, 2020).

TOKS byl zaveden v České republice v roce 2000 a v roce 2014 bylo zahájeno adresné zvaní na toto vyšetření (Májek a kol., 2014). Test je zcela bezbolestný a jeho provedení je velmi jednoduché, pacient jej zvládá v domácím prostředí. Nutný je odběr vzorku stolice. Test je povahy imunochemické, tedy vzorek je následně chemicky zpracován tak, že mohou být odhaleny ve stolici stopy krve, které jsou jinak běžně neviditelné (Čeledová, Čeleda a kol., 2017, s. 387). Krev ve stolici může mít více příčin: většinou souvisí s trávicím traktem (jednat se může např. o krvácení z tračníku, ale též např. nespecifický střevní zánět), nicméně příčinou může být i poškození sliznice konečníku nebo je zdrojem krvácení trhlina řitní. Nicméně zejména v pozdějších stádiích nádoru tlustého střeva a konečníku se krev ve stolici objevuje, tedy TOKS umožňuje tuto příčinu vyloučit nebo potvrdit (Kouda, 2020).

Testování pomocí TOKS se dnes značně zjednodušilo. Není nutno zajistit více vzorků, nevádí, pokud pacient užívá různé léky. Pozornost je však zapotřebí věnovat tomu, aby se vzorek umístěný do zkumavky nedostal do kontaktu s vodou. Zkumavka je následně odnesena



do ordinace praktického lékaře, který dokáže určit výsledek do 15 minut. Dle zjištěného výsledku se pak odvíjí další postup (Čevelová, Čeleda a kol., 2017, s. 387).

Lze doplnit, že kromě screeningu prováděného v ordinacích praktických lékařů či gynekologů a který je hrazen z veřejného zdravotního pojištění si mohou senioři sami uhradit nadstandardní prevenci, kterou poskytují onkologická pracoviště. Nutností je více návštěv. Po sejmutí anamnézy a zjištění aktuálního zdravotního stavu je nastaven plán preventivního vyšetření, tj. jaká konkrétní vyšetření budou provedena. Jednat se může o odběr krve, rentgen plic, EKG, vyšetření vybraných nádorových antigenů, u mužů bývá prováděn ultrazvuk varlat a tzv. PSA, kdy je zjišťován prostatický specifický antigen. Prováděn bývá též TOKS, ovšem pouze v případě, že pacient neabsolvoval toto vyšetření v nedávné době. Výsledkem je mimo jiné lékařská zpráva, kterou by měl pacient předat svému praktickému lékaři, který může následně odeslat pacienta k dalším vyšetřením. Toto vyšetření nenahrazuje běžnou prevenci a screening. Zdravotní pojišťovny na takto realizovanou prevenci většinou přispívají, v případě VZP se může jednat až o částku 3 000 Kč (ISPV, 2019). V roce 2011 bylo např. jen v Masarykově onkologickém ústavu v Brně včasně zachyceno 71 případů onkologických onemocnění z celkového počtu 8 000 vyšetřených osob, nejčastěji se jednalo o rakovinu ledvin a prostaty. V tomto zařízení začaly preventivní programy již v roce 1996, tedy ještě předtím, než je začaly výrazněji podporovat i zdravotní pojišťovny. Jedním z prvních projektů byl program Péče onkologů pro seniory, který byl realizován v letech 2004-2005, kdy bylo odhaleno 55 případů onkologických onemocnění z celkového počtu 681 seniorů, tedy téměř u 8 % seniorů se tímto způsobem podařilo zavčas odhalit zhoubné bujení (ČT Brno, 2011).

### **2.2.2 Prevence onkologických onemocnění u seniorů ze strany praktických lékařů**

Praktičtí lékaři mohou přistupovat k prevenci onkologických onemocnění u seniorů různým způsobem. Praktický lékař by měl velmi dobře znát anamnézu seniora, v souvislosti s onkologickým onemocněním je zapotřebí zjišťovat rodinnou zátěž, získat rodinnou anamnézu a v případě pozitivního zjištění by měli praktičtí lékaři věnovat onkologické prevenci u daného seniora zvýšenou pozornost. Prevence by se neměla zaměřovat pouze na uvedený screening. Velmi rizikové jsou např. pigmentové névy, které se objevují poměrně často. Vyšetření není náročné a včasná diagnostika rakovinného bujení může pacientovi zachránit život (Vejevodová, 2020).

Ion (2014) uvádí, že např. v případě záchytu kolorektálního karcinomu mají čeští praktičtí lékaři ve srovnání se zahraničními poměrně silnou pozici, jsou tedy těmi, kteří kromě samotného seniora velmi podstatně ovlivňují výskyt tohoto onkologického onemocnění

v populaci. Nicméně jejich přístup ke screeningu je různý. Užívány jsou odlišné testy, které mohou přinášet odlišné výsledky (více falešných pozitivních nálezů apod.). Při anketním šetření v roce 2014 bylo zjištěno, že 66 % praktických lékařů používá kvalitní imunochemické testy, navíc téměř pětina oslovených praktických lékařů má v ordinaci analyzátor na kvantitativní imunochemický test, mohou tedy pacientovi sdělit v krátké době výsledek. Ovšem zároveň bylo zjištěno, že velká část seniorů používá testy, u kterých je vyšší riziko falešné positivity. To je pak velkou zátěží pro zdravotnický systém, též se však jedná o velmi stresující záležitost pro seniora, neboť na následné indikované kolonoskopické vyšetření pacient nezdřídka čeká čtvrt roku. TOKS mohou provádět i gynekologové, ovšem ti toto testování provádějí spíše minimálně: přibližně 86 % testů je realizováno v ordinacích praktických lékařů. Situace screeningových vyšetření se však liší v rámci krajů, tedy existují kraje, v nichž je onkologický screening prováděn v menší míře.

Beránková (2018) upozorňuje na velmi problematickou situaci, týkající se absolvování preventivních prohlídek u seniorů, kteří jsou imobilní či nemají možnost doprovodu ke svému praktickému lékaři. I když má praktický lékař povinnost navštívit pacienta v jeho přirozeném prostředí, pokud ten není schopen návštěvy lékaře v jeho ordinaci (nejen kvůli plné imobilitě, ale též např. při omezené mobilitě, kdy lékař nemá do ordinace bezbariérový přístup), velmi často se tak neděje a tento přístup praktických lékařů vykazuje setrvalý nárůst. Mezi roky 2009 až 2017 se snížil počet návštěv praktických lékařů u pacientů v jejich přirozeném prostředí o třetinu. Tito pacienti pak nemají možnost absolvovat preventivní prohlídku a pokud potřebují vyšetření s ohledem na přítomné zdravotní potíže, jsou praktickými lékaři odkázáni na volání záchranné služby. Jak autorka doplňuje, praktický lékař musí tyto návštěvy vykonávat, jinak může přijít o smlouvu uzavřenou se zdravotní pojišťovnou. Navíc pokud užívá pacient léky, je praktický lékař též povinen takového pacienta navštívit alespoň jednou za tři měsíce, což se v praxi též neděje a např. příbuzní docházejí do ordinace lékaře takto omezeného seniora v soběstačnosti a mobilitě i několik let pouze pro předpis na recept. Seniori mívají strach stěžovat si, neboť se obávají, že by je již žádný praktický lékař nezaregistroval.

Preventivní prohlídky jsou osobní odpovědností každého pacienta. Praktičtí lékaři nemají povinnost své pacienty na ně zvat. Lidé preventivní prohlídky podceňují, mnohdy ze strachu, který pak pochopitelně naroste, pokud se pacient dostaví k lékaři pozdě a je mu zjištěn zhoubný nádor v pokročilém stádiu. Na preventivní prohlídky dochází jen 38 % populace (Netolický, 2020).

Dle výzkumu Doláka et al. (2017, s. 32-33), kterého se zúčastnilo 12 praktických lékařů s délkou praxe 5-32 let, jsou praktičtí lékaři (resp. oslovení lékaři) většinou spokojeni s tím, jak je nastaven systém preventivních prohlídek. Někteří však uváděli, že toto neplatí pro všechna onemocnění. Kladně byla hodnocena např. koncepce preventivních prohlídek spojených s diabetes mellitus, nicméně absentuje edukace pacientů ze strany praktických lékařů v oblasti samovyšetření prsu, varlat. Lékaři také nemají dostatek času na své pacienty. Nejsou tak schopni vždy pečlivě zhodnotit a vyšetřit zdravotní stav pacienta, což by mohlo mít za následek odhalení počátku onkologického onemocnění. Kladně pak hodnotili někteří lékaři, že jsou pacienti upozorňováni na termín preventivních prohlídek některými zdravotními pojišťovnami, kdy navíc některé z nich pozitivně motivují pojištěnce k návštěvě preventivní prohlídky. Lékaři také přiznávali, že nemají ani čas na edukaci pacientů, kterou tak provádí nezřídka sestra, navíc byla negativně hodnocena úhrada edukace pacienta lékařem ze strany zdravotní pojišťovny. Edukace je však prováděna např. formou letáků od pojišťoven, někteří lékaři vytvářejí vlastní materiály či předávají pacientům seznam vhodných webových stránek, které poskytují veřejnosti pravdivé a cenné informace v oblasti prevence a obecně péče o zdraví. Oslovení praktičtí lékaři též uváděli, že by měl být prováděn TOKS jednou ročně, a to i u pacientů mladších 50 let. Zkušenost s absolvováním preventivních prohlídek ze strany pacientů je u těchto lékařů spíše negativní: jsou to především více vzdělaní pacienti, častěji též ženy, kteří se ptají na možnosti prevence, screeningových vyšetření. Tento přístup lékaři vítají, je však vzácný. Většinou pacienti neabsolvuji preventivní prohlídky, nedodržují zdravý životní styl a lékaře navštíví až v případě symptomů nemoci, často velmi závažných.

### **2.2.3 Přístup seniorů k preventivním onkologickým programům**

V případě seniorů je dle Wittry, Molinares a Maltser (2018, s. 217) zapotřebí, aby se seniorům dostávalo v rámci absolvování preventivních onkologických programů vyšší podpory a opory, než je tomu u mladší populace. Výzkumy mapující zvládání onkologických screeningů u seniorů se dle autorů liší: z některých vyplývá, že senioři nezvládají proces vyšetření nebo i sdělení diagnózy hůře než lidé nižšího věku, resp. získána byla i data o lepším zvládání. Jako možné vysvětlení uvádějí autoři vliv nutné adaptace na stáří: je očekávána vyšší nemocnost, výskyt závažnějších chorob, komorbidita. Vzniká tak určitá předpřipravenost. Ovšem jiné výzkumy prokázaly vyšší výskyt deprese v populaci seniorů v souvislosti s prevencí, ale i léčbou onkologických onemocnění, přičemž významná je v tomto ohledu institucionální péče: pokud senior pobývá např. v domově pro seniory, hůře celou situaci zvládá, což je dáno

zejména nižší podporou ze strany okolí, které se mu dostává. Seniorům by se tak mělo dostávat vyšší podpory, vedoucí i ke zvýšení motivace podstupovat onkologický screening.

Beghe a Balducci (2005, s. 205) uvádějí, že je zapotřebí přistupovat ke každému seniorovi individuálně. Někteří senioři mají z onkologického onemocnění velký strach, dodržují tedy termíny preventivních (screeningových) vyšetření, jiní však patří spíše k těm, kteří screening navštíví až v případě přítomnosti závažných symptomů: jedná se o seniory, kteří častěji a více riskují.

Jaký je konkrétní přístup seniorů k onkologické prevenci lze zjistit z realizovaných výzkumů na toto téma. V České republice však neprobíhají studie s tímto zaměřením. Čerpat však lze s absolventských prací, které v tomto ohledu pomáhají v získávání více informací o podstupování screeningových vyšetření seniory. Šplíchalová (2010, s. 57-70) provedla dotazníkové šetření na vzorku 129 seniorů, převládaly ženy (57 %). Více než polovina respondentů (67 %) bylo ve věku 60-74 let, ostatní senioři byli vyššího věku. Zjištěno bylo, že na preventivní prohlídky dochází pravidelně méně než polovina oslovených seniorů. Mamografické vyšetření nikdy neabsolvovala čtvrtina respondentů, pravidelně jej absolvuje 36 % oslovených seniorů. Vyšetření prostaty absolvovalo 55 % mužů. Co se týče vyšetření na prevenci nádorů tlustého střeva a konečníku, to absolvovalo 40 % respondentů, přičemž celkem 27 % respondentů uvedlo, že toto vyšetření absolvovalo na základě doporučení praktického lékaře, u 13 % respondentů se jednalo o vlastní žádost. Onkologické onemocnění v rodině uvedlo 44 % respondentů a dále 12 % respondentů odpovědělo, že u nich bylo diagnostikováno onkologické onemocnění. Co se týče získávání informací o prevenci onkologických onemocnění, převažovaly informace získávané individuálně, na základě vlastní aktivity (četba, televize, internet), kdy tímto způsobem získává informace o prevenci onkologických onemocnění 32 % respondentů, lékaře uvedlo jen 24 % respondentů. Autorka také využila statistického testování stanovených hypotéz, kdy bylo prokázáno, že ženy vyššího věku (75 a více let) méně často absolvují screening nádoru prsu. Dále bylo prokázáno, že senioři s vyšším vzděláním (vyšším než středoškolské), a to obě pohlaví, častěji absolvují preventivní onkologická vyšetření. Nebyl prokázán vliv pohlaví na absolvování preventivních prohlídek. Za pozornost stojí, že nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi kouřením seniora a absolvováním preventivních prohlídek, nicméně pokud byli zohledněni pouze senioři, kteří přestali kouřit, bylo prokázáno, že tito senioři navštěvují preventivní prohlídky častěji. Za zajímavé a překvapivé lze také považovat zjištění, že zkušenost s onkologickým onemocněním v rodině nemá vliv na četnost absolvování preventivních prohlídek.

Z tohoto výzkumu tedy vyplynulo, že senioři spíše neabsolvuji preventivní prohlídky. Jako problematické se jeví zjištění, že většina respondentů nezískává informace o prevenci onkologických onemocnění od lékařů, tedy především od praktických lékařů. Informace v médiích nemusí být pravdivé, navíc od lékaře, který pacienta zná, lze získat přesnější informace, navíc jejich podání může být spojeno s vyšší motivací k absolvování preventivních vyšetření. Popsaný výzkum také prokázal, že je zapotřebí více se zaměřit na motivaci k těmto vyšetřením u skupiny seniorů s nižším vzděláním.

Další výzkum provedla Příkrylová (2014, s. 51-61), která do výzkumného souboru 162 seniorů, opět převažovaly ženy (59 %) a dále byli nejpočetněji zastoupeni senioři ve věku 60-74 let. Celkem 97 % respondentů uvedlo, že se léčí s nějakým onemocněním, to však nebylo specifikováno. Z tohoto výzkumu vyplynulo, že se na praktického lékaře z důvodu absolvování preventivních prohlídek obrací pouze 21 % respondentů, většina respondentů (80 %) také absolvovala v posledních dvou letech preventivní prohlídku u svého praktického lékaře. Ovšem ne všichni tito senioři se účastnili všech možných (potřebných) vyšetření: vyšetření per rectum uvedlo jen 21 % seniorů, pohmatové vyšetření varlat 7 % seniorů, vyšetření TOKS uvedlo 60 % respondentů, pohmatové vyšetření prsů, včetně edukace, zmínilo jen 9 % respondentů. Doporučení na mamografické vyšetření obdrželo pouze 22 % respondentů, doporučení na vyšetření prostřednictvím kolonoskopie bylo dáno 18 % respondentů. Dále bylo tímto výzkumem zjištěno, že 38 % respondentů absolvovalo v posledních 10 letech kolonoskopii. Pouze polovina respondentů správně uvedla, že mají možnost docházet na pravidelnou preventivní prohlídku k praktickému lékaři jednou za dva roky, navíc jen 65 % respondentů dokázalo uvést, proč je dobré docházet na preventivní prohlídky. Nicméně nebylo statisticky prokázáno, že senioři vyššího věku či senioři s vyšším vzděláním častěji absolvují preventivní prohlídky, vliv nebyl zjištěn ani u pohlaví.

Doležalová (2017, s. 40-50) ve svém výzkumu, kterého se zúčastnilo 80 mužů a žen ve věku 65 a více let, zjistila, že senioři vědí, co je to preventivní prohlídka, ovšem správnou odpověď, že na ni mají nárok jednou za dva roky, uvedlo jen 20 % seniorů. Pravidelné absolvování preventivních prohlídek zmínilo 42,5 % seniorů. Celkem 58,7 % respondentů z těch, kteří preventivní prohlídky neabsolvuji, uvedli, že to nepovažují za důležité, 32,6 % respondentů však nevědělo, že mají na preventivní prohlídky nárok. TOKS podstoupilo 55 % respondentů. Vyšetření prostaty konečníkem uvedlo 55 % mužů. Pouze 17 % žen uvedlo, že bylo poučeno praktickým lékařem o samovyšetření prsou, samovyšetření prsou si ovšem provádí jen 32,5 % oslovených seniorek.

Poněkud odlišné šetření provedla na vzorku 188 polských respondentů ve věku 56 a více let Synowiec-Pilat (2015, s. 291-294), která zkoumala přístup seniorům k preventivním prohlídkám, ve smyslu významu účasti na nich. Dále bylo zjišťováno, zda senioři vnímají, že mají osobní odpovědnost v oblasti předcházení onkologických onemocnění a poslední výzkumná otázka se týkala znalosti etiologie onkologického onemocnění. Celkem 63 % respondentů uvedlo, že je důležité navštěvovat preventivní prohlídky, a to i v případě, že je pacient zcela zdravý a nepociťuje žádné zdravotní obtíže. Ovšem v případě osobní odpovědnosti za vznik a rozvoj onkologického onemocnění uvedlo jen 10 % respondentů, že podíl viny má i pacient. Ostatní respondenti uváděli, že pacient za vznik onkologického onemocnění v žádném případě nemůže. Většina respondentů nesouhlasila s tvrzením, že pokud se onkologické onemocnění vyskytlo v rodině pacienta, dané onemocnění se u něj též rozvine. Zároveň 66 % respondentů uvedlo, že vznik a rozvoj onkologického onemocnění závisí nejvíce na způsobu života jedince.

Synowiec-Pilat (2015, s. 293-295) na základě těchto výsledků uvádí, že je zapotřebí zvýšit osvětu u seniorů, která by měla být zaměřena jak na vysvětlení a zdůraznění významu absolvování preventivních prohlídek, tak i na edukaci seniorů v tom, že je pro vznik onkologického onemocnění velmi důležité, jaký životní styl jedinec vyznává. Autorka také doplňuje, že jsou tato zjištění v souladu s dalšími výzkumy (např. Heidrich et al., 2006; Royer et al., 2009), kdy bylo navíc prokázáno, že senioři mají tendenci připisovat zdravotní obtíže, stejně jako vznik onkologických onemocnění, svému věku. To také vede k tomu, že věnují nedostatečnou pozornost prevenci či symptomům, které svědčí pro přítomnost onkologického onemocnění, které mohou zaměnit za jiné choroby či projevy stáří. Problematické je též nízké uvědomování si vlastní odpovědnosti při vzniku a rozvoji onkologického onemocnění.

## 3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

### 3.1 Průzkumné otázky

1. Jaké je povědomí seniorů o onkologické prevenci?
2. Jak jsou senioři informováni o onkologické prevenci?
3. Jaký je přístup praktických lékařů k onkologické prevenci z hlediska zkušenosti a hodnocení seniorů?
4. Jaký je přístup seniorů k onkologické prevenci?
5. Jaká je spokojenost seniorů s absolvováním preventivních onkologických prohlídek u praktického lékaře?
6. Jak se liší senioři ve spokojenosti s absolvováním onkologických prohlídek u praktického lékaře dle věku a pohlaví?

### 3.2 Metodika a realizace průzkumu

V průzkumné části bakalářské práce byla zjišťována spokojenost seniorů s onkologickou prevencí u praktického lékaře. Průzkum byl koncipován jako kvantitativní. Jako metoda průzkumu byl použit anonymní dotazník vlastní konstrukce.

Konstrukce dotazníku vycházela z odborných poznatků (knihy, odborné články, letáky v ordinacích lékařů). V dostupných pramenech nebyly dohledány obdobné studie, které by se zabývaly přímo spokojeností s onkologickou prevencí v populaci seniorů.

Operacionalizace pojmů:

**Spokojenost** je ve Velkém lékařském slovníku (2021) definována jako: „konzumentovo hodnocení přiměřenosti, účinnosti a přijatelnosti hodnoty poskytovaných zdravotnických služeb ve srovnání s jeho představami, zkušenostmi a očekáváními.“

**Povědomí** definuje ve Slovníku spisovného jazyka českého Havránek (1964, s. 826) jako: „jistý, nižší stupeň uvědomění, uvědomování si něčeho, vědění něčeho, vědomosti o něčem, jistá povšechná znalost něčeho.“

Před vlastní realizací průzkumu byl proveden předvýzkum, a to na vzorku 5 osob seniorského věku (60-83 let). V rámci předvýzkumu bylo ověřováno, zda bude dotazník srozumitelný pro seniory, zda obsahuje všechny relevantní otázky, zejména alternativy odpovědí. Ověřováno také bylo, zda je dotazník pro respondenty čitelný. Na základě zpětné vazby těchto osob byly

doplněny možnosti odpovědí u otázek č. 8, 11 a 15. Zvolena byla také vhodná velikost písma tak, aby mohli senioři bez větších potíží dotazník vyplnit. Osoby, které se zúčastnily předvýzkumu, nebyly dále zařazeny do průzkumného souboru.

Dotazník obsahuje celkem 16 otázek. V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni autorkou dotazníku s cílem realizace průzkumu, způsobem realizace průzkumu a samotného vyplnění dotazníku. Respondenti byli ujisti o tom, že bude zachována jejich anonymita a byli též informováni o tom, že budou data využita pro účely bakalářské práce.

Prostřednictvím prvních dvou otázek bylo ověřováno, zda se respondenti orientují v čase. Další dvě otázky byly identifikační a sloužily k popisu průzkumného souboru. Otázka č. 5 byla formulována jako otevřená. Otázky č. 7, 9, 10 a 16 byly formulovány jako uzavřené, otázky č. 8, 11, 12, 13 a 15 byly formulovány jako polouzavřené. Otázka č. 14 měla podobu tabulky. Každý řádek tabulky obsahoval položku týkající se vybraných aspektů onkologické prevence u praktických lékařů, které oslovení senioři posuzovali na škále s hodnotami 1-5. Hodnota 1 značila vynikající, naprostou spokojenost s daným aspektem onkologické prevence, hodnota 5 značila naprostou nespokojenost.

Průzkum probíhal od 1. ledna roku 2021 do 28. února roku 2021, a to ve třech vybraných ordinacích praktického lékaře v Jihomoravském kraji. Praktičtí lékaři z těchto ordinací podepsali písemný souhlas s realizací průzkumu na Žádost o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce. Zároveň v tomto dokumentu uvedli, že si nepřejí zveřejnění názvu ordinace či jména lékaře v práci. Z tohoto důvodu tak nejsou uvedeny bližší údaje k ordinacím, v nichž průzkum probíhal. Dotazník byl seniorům administrován autorkou práce, která byla přítomna při vyplňování a mohla také poradit respondentům v případě potřeby. Záměrně byl zvolen tento postup, neboť bylo zapotřebí ověřit, že dotazník bude vyplněn seniory, kteří jsou schopni rozumět předkládaným otázkám a podat tak relevantní odpovědi. Od každého z respondentů byl získán ústní souhlas s účastí v průzkumu.

### **3.3 Charakteristika průzkumného vzorku**

Průzkumný vzorek tvořilo 65 seniorů. Kritérii pro výběr respondentů do průzkumného vzorku byl věk jedince, konkrétně tedy 60 a více let, a dále schopnost seniora vyplnit předložený dotazník, kdy byly nejprve autorkou dotazníku vyhodnoceny první dvě otázky, v nichž měli respondenti správně uvést, jaký je den v týdnu a jaký je aktuální čas. Po ověření správnosti odpovědí na první dvě otázky byl respondent požádán, aby pokračoval ve vyplňování dotazníku. Podmínkou bylo též poskytnutí ústního souhlasu respondentem s účastí v průzkumu.



### 3.4 Způsob zpracování získaných dat

Data získaná z jednotlivých dotazníků byla přepsána do programu Microsoft Office, Excel. Data byla analyzována pomocí deskriptivní statistiky. U každé položky byla zjišťována absolutní a relativní četnost odpovědí.

V případě otázky č. 5, která byla otázkou otevřenou, byla k analýze zvolena metoda vytváření trsů. Výroky byly členěny na co nejmenší části, vyjadřující určitý obsah. Posléze byly tyto dílčí odpovědi shlukovány do trsů dle obdobného významu, každý trs byl označen názvem. Následně byla u každého trsu určována opět absolutní a relativní četnost odpovědí. Tuto metodu popisuje Miovský (2006, s. 221), a to jako obdobu otevřeného kódování zakotvené teorie. Dochází při ní k seskupování výroků dle badatelem zvoleného kritéria, kterým může být kromě překryvu obsahového (tematického) také překryv časový, prostorový apod.

Výsledky jsou prezentovány s využitím grafů, s doplněním o slovní komentář. V případě, že respondenti u určité položky vybírali z většího počtu odpovědí, pro větší přehlednost jsou odpovědi rozděleny na správné a nesprávné. V textu je následně detailně uvedeno, jak respondenti odpovídali. V oddílu příloh (Příloha B) je následně podána tabulka s přesným uvedením všech odpovědí na danou položku. Pakliže v rámci položky respondenti určovali z nabízených odpovědí správnou odpověď, její znění je označeno tučně v zadání dané otázky, konkrétně mezi jednotlivými možnými odpověďmi.

U vybraných otázek (č. 5 a 14) bylo též určováno, jaké jsou rozdíly v odpovědích dle charakteristik respondentů, kterými bylo pohlaví a věk respondentů. U takto vyhodnocených otázek je pro každou položku podáno vyhodnocení odpovědí v grafech či tabulkách, s doplněním o slovní komentář.

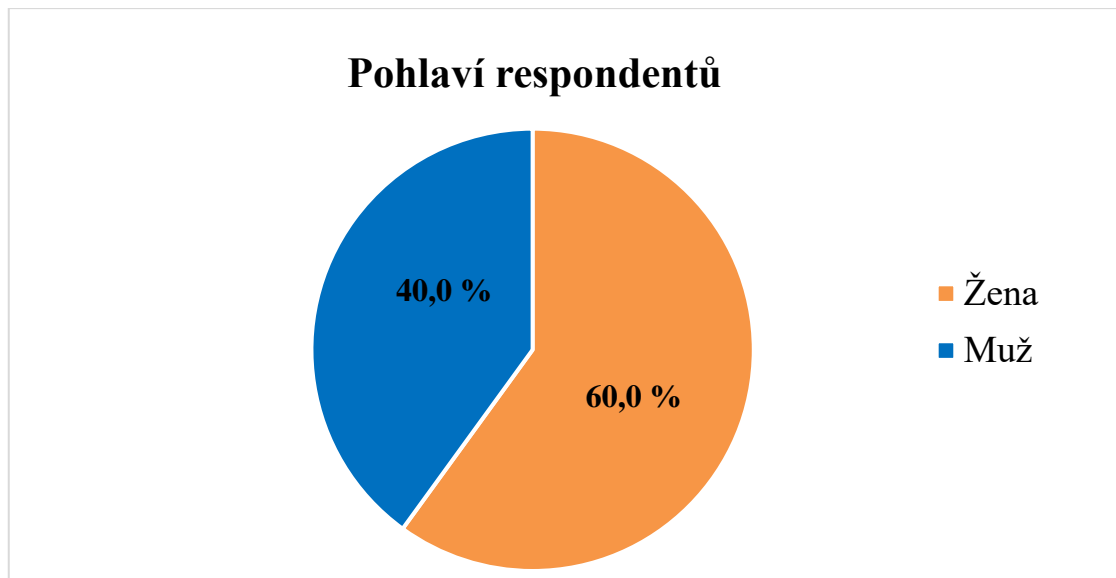
Otázka č. 14 byla vyhodnocena zvlášť pro každou položku, a to s určením počtu odpovědí pro každou hodnotu. Kromě toho však byl určen průměr a směrodatná odchylka v případě zjišťování rozdílů ve spokojenosti seniorů dle pohlaví a věku. Tímto bylo možné následně srovnat spokojenost respondentů s vybranými aspekty onkologické prevence u praktických lékařů, a to dle těchto daných proměnných, čímž také bylo možné zpřesnit získané výsledky, týkající se spokojenosti seniorů s onkologickou prevencí. Výsledky získané u otázky č. 14 byly v diskusi vztaženy k výsledkům z otázky č. 5, neboť jak bylo uváděno v kapitole 3.2, spokojenost se váže k představě či původnímu očekávání, což tedy bylo předmětem zkoumání v rámci otázky č. 5.

První dvě otázky nebyly následně vyhodnocovány. Ověření správnosti odpovědí bylo provedeno autorkou práce a dle toho, zda byla odpověď správná, či nikoliv, bylo přistoupeno k pokračování ve vyplňování dotazníku. Data jsou vyhodnocena od otázky č. 3.

### 3.5 Analýza a zhodnocení dat

Otázka č. 3: *Jaké je Vaše pohlaví?*

- a) Žena
- b) Muž

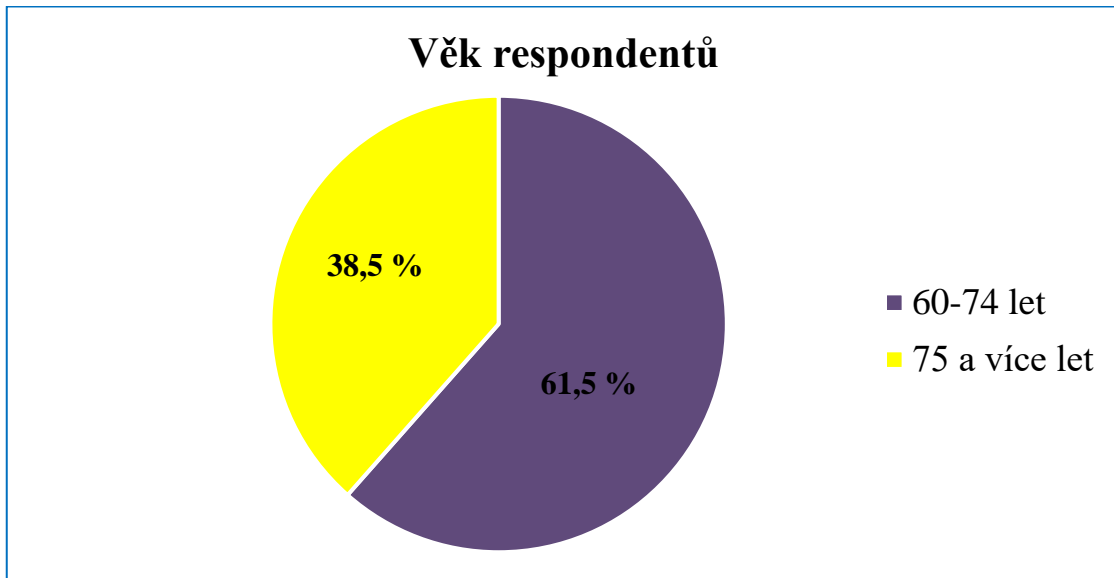


**Obrázek 1: Pohlaví respondentů**

Z obrázku je patrné, že se průzkumného šetření zúčastnilo 39 (60 %) žen, mužů bylo celkem 26 (40 %). Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů.

**Otázka č. 4: Kolik je Vám let?**

- a) 60-74 let
- b) 75 a více let



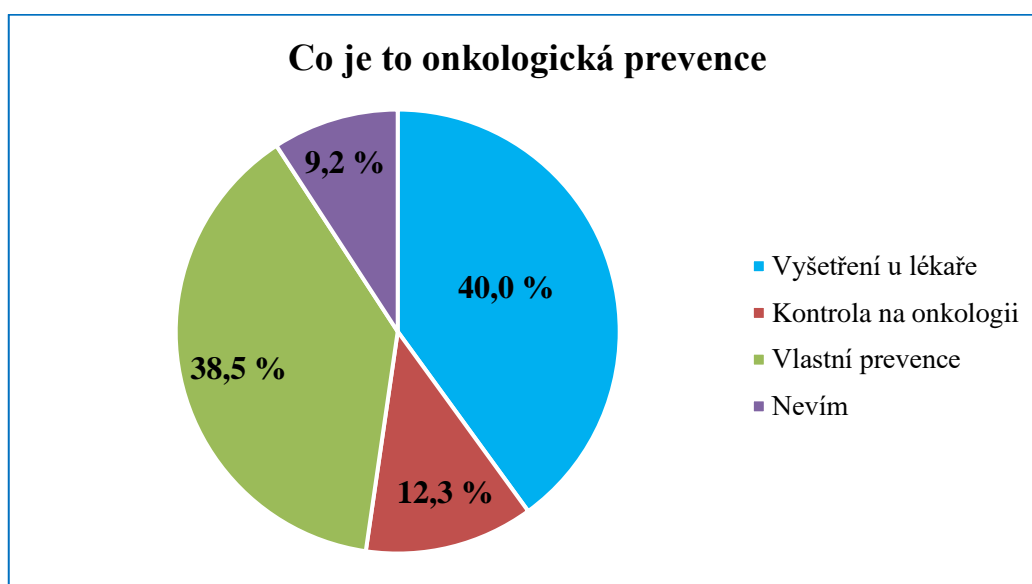
**Obrázek 2: Věk respondentů**

Jak je z obrázku 2 zřejmé, v průzkumném souboru bylo zastoupeno 40 (61,5 %) respondentů ve věku 60-74 let a dále 25 (38,5 %) respondentů ve věku 75 a více let. Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů.

### Otázka č. 5: Co si představujete pod pojmem onkologická prevence?

Otázka byla otevřená. Z volných odpovědí byly vytvořeny následující trsy:

- a) Vyšetření u lékaře
- b) Kontrola na onkologii
- c) Vlastní prevence
- d) Nevím



**Obrázek 3: Co je to onkologická prevence**

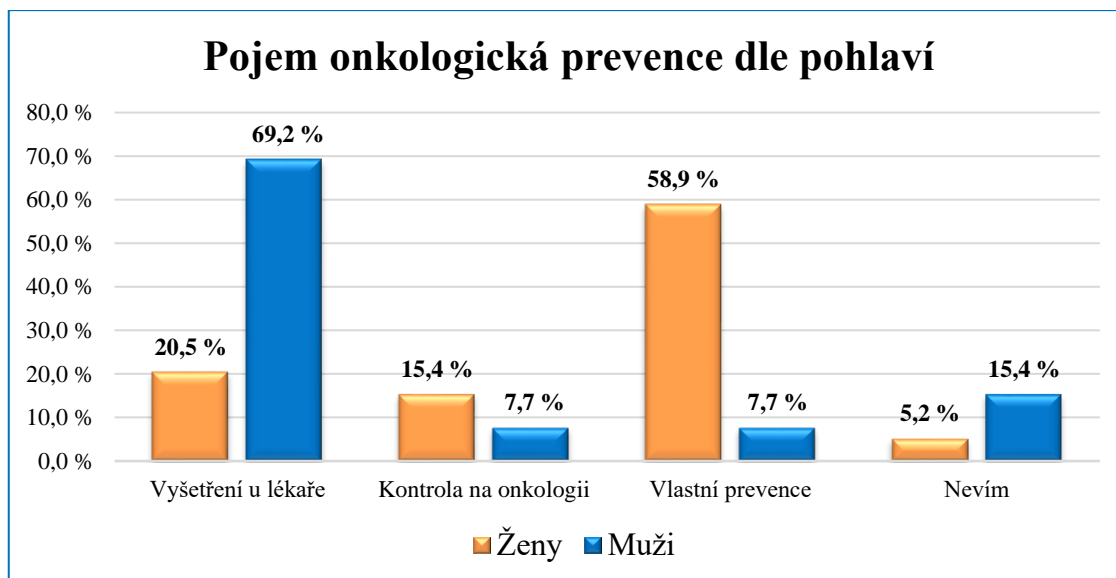
Vytvořeny byly 4 trsy, které lze považovat za správné, byť každý z trsů vyjadřuje jen dílčí část prevence, s výjimkou odpovědi „nevím“, kterou uvedlo 6 (9,2 % respondentů). Za prevenci lze považovat jak vyšetření u lékaře, tak i kontrolu na gynekologii a vlastní prevenci.

Jak je z obrázku 3 patrné, celkem 26 (40 %) respondentů odpovědělo, že onkologická prevence znamená „vyšetření u lékaře“. Do tohoto trsu byly zařazeny kromě takto formulované odpovědi také výroky týkající se dodržování termínů preventivních prohlídek, návštěvu lékaře v souvislosti s preventivními prohlídkami.

Dále 8 (12,3 %) respondentů uvedlo, že se onkologická prevence týká pouze „kontroly na onkologii“.

Dalších 25 (38,5 %) respondentů uvedlo, že onkologická prevence znamená „vlastní prevenci“, tedy péči o zdraví, zdravé stravování, samovyšetření apod.

Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů.



**Obrázek 4: Pojem onkologická prevence dle pohlaví**

Obrázek 4 porovnává odpovědi na otázku, co je to onkologická prevence, dle pohlaví (ženy a muži).

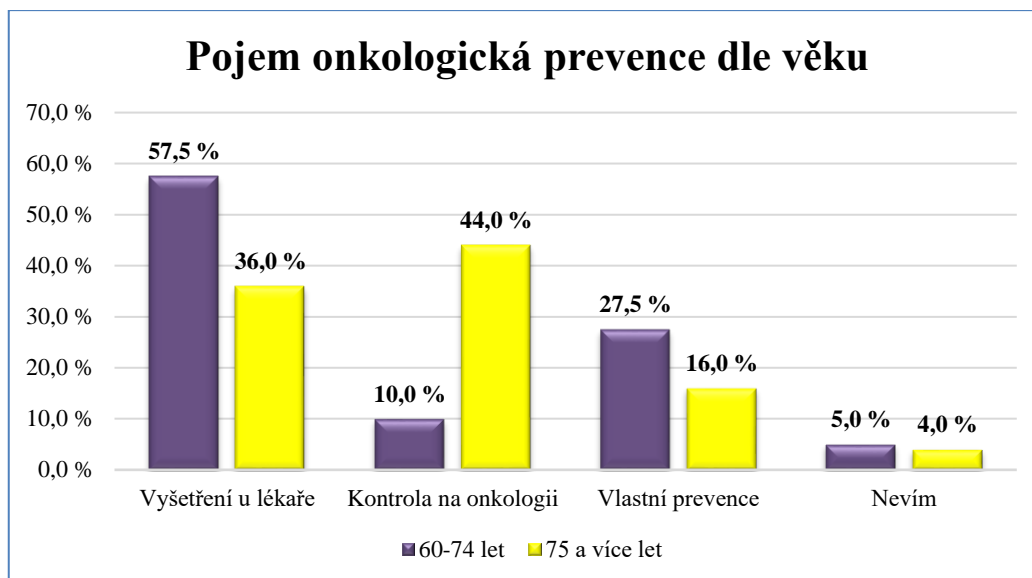
Vyšetření u lékaře uváděli častěji muži: tuto odpověď podalo 18 (69,2 %) mužů a 8 (20,5 %) žen.

Kontrolu na onkologii uvedlo 6 (15,4 %) žen a 2 (7,7 %) mužů.

Z obrázku 4 je též zřejmé, že více odpovědí v trsu Vlastní prevence uvedly ženy. Do tohoto trsu bylo zařazeno 25 (58,9 %) odpovědí žen a 2 (7,7 %) odpovědí mužů

Na otázku neznaly odpověď 2 (5,2 %) ženy a 4 (15,4 %) mužů.

Celkem na otázku odpovědělo 65 respondentů, konkrétně 39 žen a 26 mužů.



**Obrázek 5: Pojem onkologická prevence dle věku**

Na obrázku 5 je znázorněno, že k trsu Vyšetření u lékaře podalo odpověď 23 (57,5 %) seniorů ve věku 60-74 let a 9 (36 %) seniorů ve věku 75 let.

Kontrolu na onkologii uvedli 4 (10 %) seniori ve věku 60-74 let a 11 (44 %) seniorů ve věku 75 a více let.

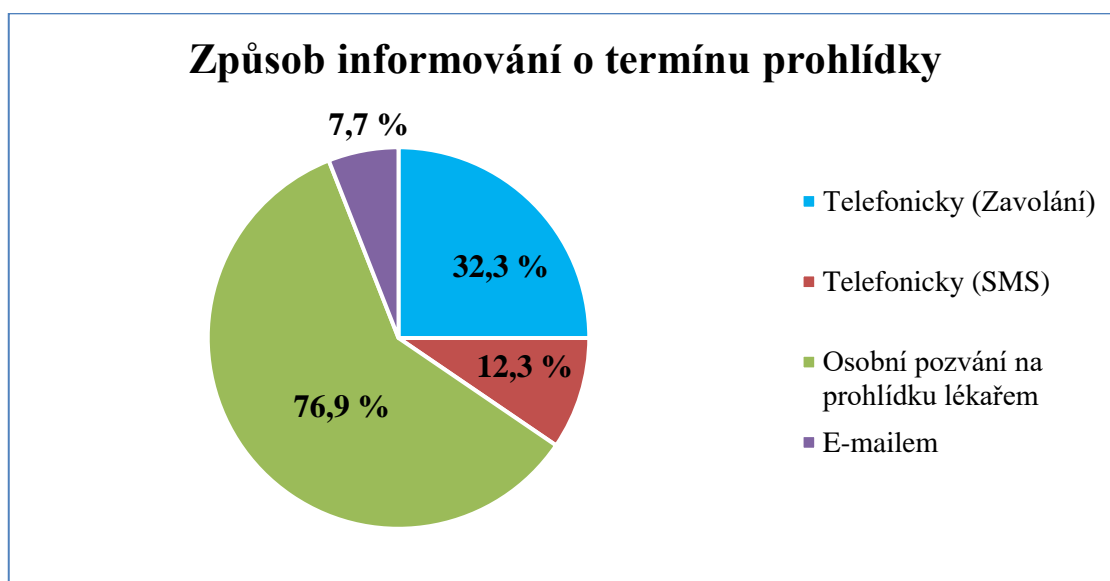
Celkem 11 (27,5 %) seniorů ve věku 60-74 let a 4 (16 %) seniorů ve věku 75 a více let odpovědělo, že onkologická prevence značí vlastní prevence, tj. péči o zdraví, samovyšetření apod.

Odpověď nevěděli 2 (5 %) seniori ve věku 60-74 let a 1 (4 %) seniori ve věku 75 a více let.

Celkem na otázku odpovědělo 65 respondentů, konkrétně 40 respondentů ve věku 60-74 let a 25 respondentů ve věku 75 a více let.

**Otázka č. 6: Jak probíhá informování o termínu prohlídky? (možno označit více odpovědí)**

- a) Telefonicky (Zavolání)
- b) Telefonicky (SMS)
- c) Osobní pozvání na prohlídku lékařem
- d) E-mailem
- e) Jinak (uveďte prosím).....



**Obrázek 6: Způsob informování o termínu prohlídky**

Na obrázku 6 si lze povšimnout, že telefonické informování respondentů prostřednictvím zavolání ze strany zdravotníků uvedlo 21 (32,3 %) respondentů, též telefonické informování, ovšem prostřednictvím SMS, uvedlo 8 (12,3 %) respondentů.

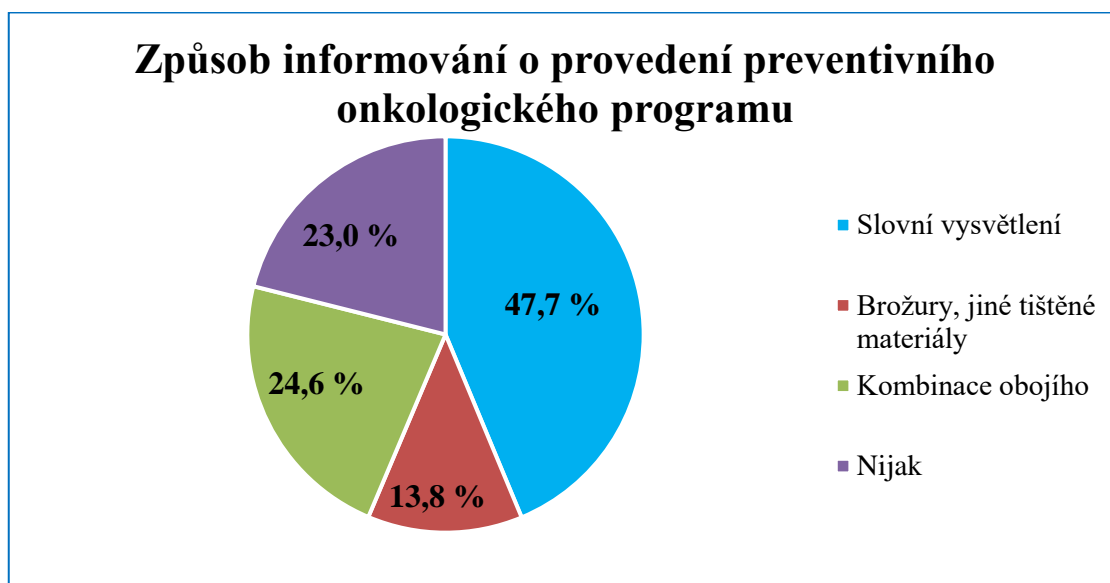
Dále 50 (76,9 %) respondentů má zkušenost s tím, je že lékař zve osobně na prohlídku, informování prostřednictvím e-mailu zmínilo 5 (7,7 %) respondentů. Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů, získáno bylo 84 dílčích odpovědí.

Procenta jsou uváděna ve vztahu k počtu respondentů, nikoliv počtu odpovědí, tedy na obrázku není součet relativních četností 100 %.



**Otázka č. 7: Jak probíhá informování o způsobu provedení preventivních onkologických programech ze strany praktického lékaře? (můžete označit více odpovědí)**

- a) Slovní vysvětlení
- b) Předání brožur a jiných tištěných materiálů
- c) **Kombinace slovního vysvětlení a předání příslušných informačních letáků**
- d) Nijak



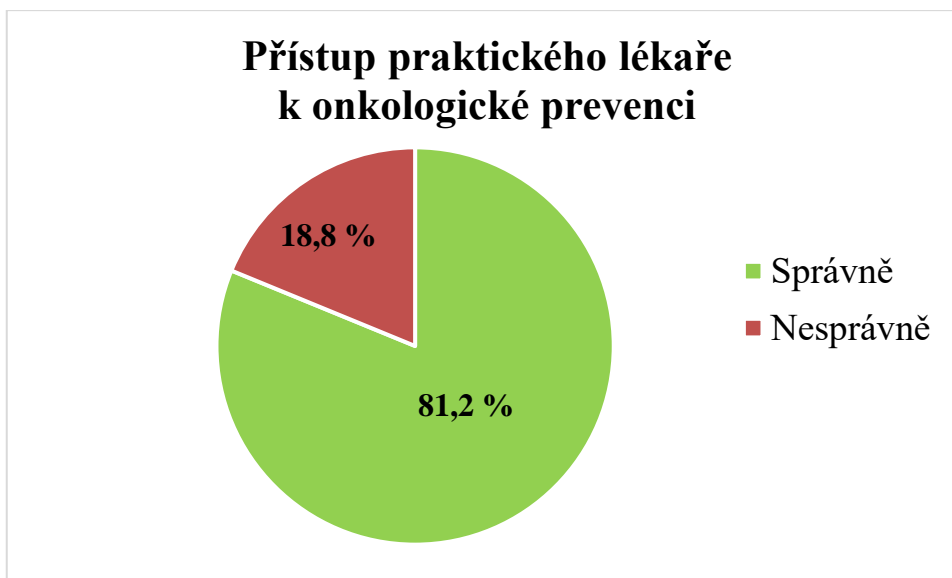
**Obrázek 7: Způsob informování o provedení onkologického programu lékařem**

Celkem bylo získáno 71 odpovědí. Procenta jsou uváděna ve vztahu k počtu respondentů, nikoliv počtu odpovědí, tedy na obrázku není součet relativních četností 100 %.

Nejvhodnějším způsobem informování seniora o realizovaném onkologickém programu je kombinace slovního vysvětlení s předáním brožur, letáků a dalších edukativních materiálů. Jak je z obrázku 5 patrné, tuto odpověď zvolilo jen 16 (24,6 %) respondentů. Dále 31 (47,7 %) uvedlo slovní vysvětlení, což tedy byla nejčastěji uváděná odpověď. Pouhé předání edukativních materiálů uvedlo 9 (13,8 %) respondentům a celkem 15 (23 %) respondentům se nedostává žádného vysvětlení. Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů.

**Otázka č. 8: Jak přistupuje Váš praktický lékař k prevenci onkologických onemocnění?  
(možno označit více odpovědí)**

- a) **Hlídá, na jaké preventivní prohlídky mám nárok, kdy je mám absolvovat, vše mi včas sdělí a vysvětlí a já prohlídky absolvuji**
- b) Hlídá, na jaké preventivní prohlídky mám nárok, kdy je mám absolvovat, moc mi to ale nevysvětlí, ne vše tedy absolvuji (tento přístup mě moc nemotivuje)
- c) Hlídá a vyžaduje účast jen na některých preventivních prohlídkách – napište prosím, jaké preventivní prohlídky nenabízí .....
- d) Moc to nehlídá, musím být sám/sama aktivní, zajímat se, ptát se, vést si evidenci
- e) **Při každé návštěvě zjišťuje stav zdraví, nezvyklé symptomy (potíže ve vyprazdňování stolice, nezvyklé kožní útvary, bolesti, potíže s prostatou atd.)**
- f) **Při každé návštěvě provádí důkladnější vyšetření, orientační prohlídku, nezabývá se jen tím, s čím za lékařem jdu**
- g) **Důsledně vyžaduje, abych absolvoval/a všechny preventivní programy, pokud neabsolvuji nebo nechci, zjišťuje příčiny, vysvětluje význam onkologické prevence**
- h) **Informuje mě o onkologické prevenci (význam, četnost, druhy prohlídek)**
- i) **Provádí screening karcinomu tlustého střeva a konečníku (dá mi test na okultní krvácení do stolice, zašle na kolonoskopii)**
- j) **Zasílá mě jako ženu na screening rakoviny děložního hrdla**
- k) **Zasílá mě jako ženu na mamograf**
- l) **Požaduje po mně výsledky preventivních programů absolvovaných jinde než u praktického lékaře**
- m) Jiné (uveďte prosím).....



**Obrázek 8: Přístup praktického lékaře k prevenci onkologického onemocnění**

Celkem bylo získáno 117 odpovědí. Jak je z obrázku 8 patrné, vyznačených správných odpovědí bylo z celkového počtu 117 (100 %) odpovědí 95 (81,2 %), nesprávně uvedených odpovědí bylo 22 (18,8 %).

Odpověď Hlídá, na jaké preventivní prohlídky mám nárok, kdy je mám absolvovat, vše mi včas sdělí a já prohlídky absolvuji, zvolilo 17 (26,2 %) respondentů. Odpověď Hlídá, na jaké preventivní prohlídky mám nárok, kdy je mám absolvovat, moc mi to ale nevysvětlí, ne vše tedy absolvuji (tento přístup mě moc nemotivuje), zvolili 4 (6,2 %) respondenti.

Dále 8 (12,3 %) respondentů uvedlo, že jejich praktický lékař hlídá a vyžaduje účast jen na některých preventivních prohlídkách. Tito respondenti měli doplnit, jaké preventivní prohlídky respondentům jejich praktický lékař nenabízí. Z celkového počtu 8 odpovědí se celkem 4 odpovědi týkaly mamografu a dále vždy jeden respondent uvedl, že se jedná o TOKS, další respondent zmínil oční vyšetření, další respondent vyšetření prostaty a 1 respondent uvedl, že mu lékař nenabízí v tomto ohledu nic.

Z dalších odpovědí bylo v případě 10 (15,4 %) respondentů zmiňováno, že praktický lékař prevenci onkologického onemocnění moc nehlídá, respondent musí být sám aktivní, tj. zajímat se, ptát se, vést si evidence.

Celkem 12 (18,5 %) respondentů odpovědělo, že praktický lékař při každé návštěvě zjišťuje stav zdraví, nezvyklé symptomy (potíže ve vyprazdňování stolice, nezvyklé kožní útvary, bolesti, potíže s prostatou atd.), dalších 5 (7,7 %) respondentů odpovídalo, že jejich praktický

lékař při každé návštěvě provádí důkladnější vyšetření, orientační prohlídku, nezabývá se pouze tím, s čím respondent za lékařem přijde.

Dále 3 (4,6 %) respondenti zvolili možnost, že lékař důsledně vyžaduje, abych respondent absolvoval všechny preventivní programy. Pokud je respondent neabsolvuje nebo nechce absolvovat, praktický lékař zjišťuje příčiny, vysvětluje význam onkologické prevence.

Celkem 1 (1,5 %) respondent odpověděl, že jej praktický lékař informuje o onkologické prevenci (význam, četnost, druhy prohlídek), 29 (44,6 %) respondentů uvedlo, že praktický lékař provádí screening karcinomu tlustého střeva a konečníku (dá respondentovi test na okultní krvácení do stolice, zašle na kolonoskopii).

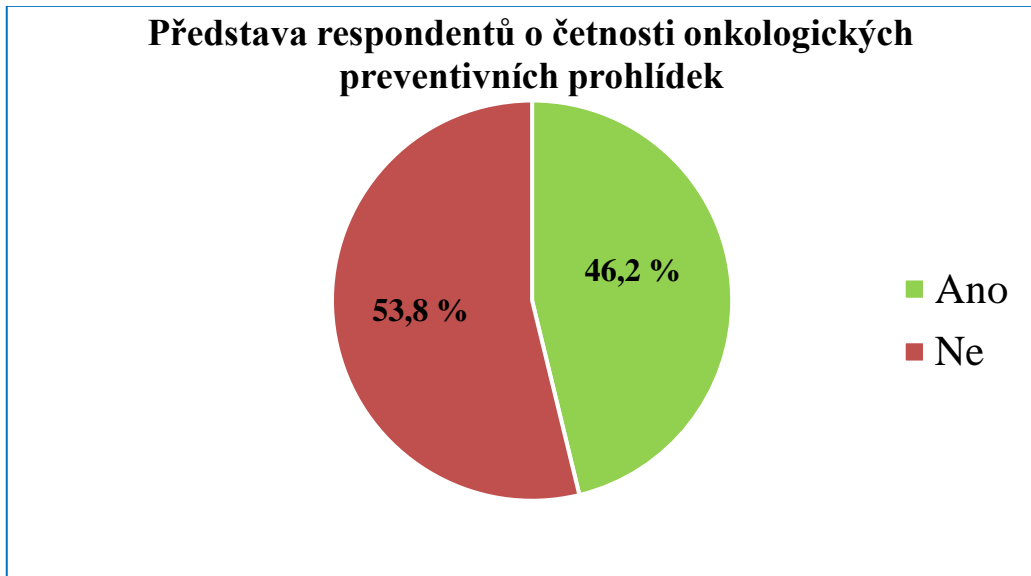
Dalších 5 (7,7 %) respondentů uvedlo, že je praktický lékař zasílá jako ženu na screening rakoviny děložního hrdla, 15 (23,1 %) respondentů uvedlo totéž v případě mamografu. Dalších 6 (9,2 %) respondentů zmiňovalo, že po nich lékař vyžaduje výsledky preventivních programů absolvovaných jinde než u praktického lékaře.

Celkem 2 (3,1 %) respondenti zvolili vlastní odpověď. Tito respondenti odpověděli, že jejich praktický lékař nic z výše uvedeného nedělá.

Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů.

**Otázka č. 9: Máte představu, jak často máte nárok na onkologickou preventivní prohlídku?**

- a) Ano
- b) Ne

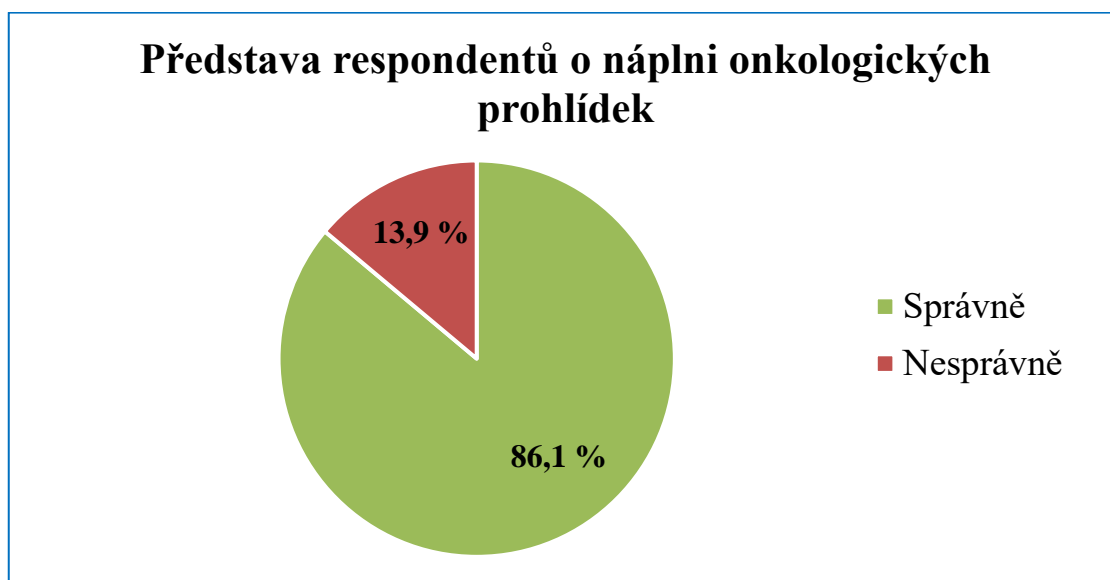


**Obrázek 9: Představa respondentů o četnosti onkologických preventivních prohlídek**

Na obrázku 9 je znázorněno, že 30 (46,2 %) respondentů má představu o tom, jak často mají nárok na absolvování preventivní prohlídky, odpověď ne zvolilo 35 (53,8 %) respondentů. Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů.

**Otázka č. 10: Co by měl praktický lékař v rámci preventivní onkologické prohlídky dělat? (možno označit více odpovědí)**

- a) Poslat mě na rentgen plic
- b) Test na okultní krvácení ze stolice
- c) Celkové vyšetření pohledem a pohmatem
- d) Ultrazvukové vyšetření břicha
- e) Vyšetření prostaty (muži)
- f) Informovat ženu, že by měla absolvovat screening děložního čípku u svého gynekologa
- g) Informovat ženu, že by měla absolvovat screeningové vyšetření prsu na mamografu, nasměrovat na nejbližší akreditované mamografické pracoviště
- h) Ptát se na výskyt onkologického onemocnění v rodině
- i) Žádné z uvedených



**Obrázek 10: Představa respondentů o náplni onkologických prohlídek**

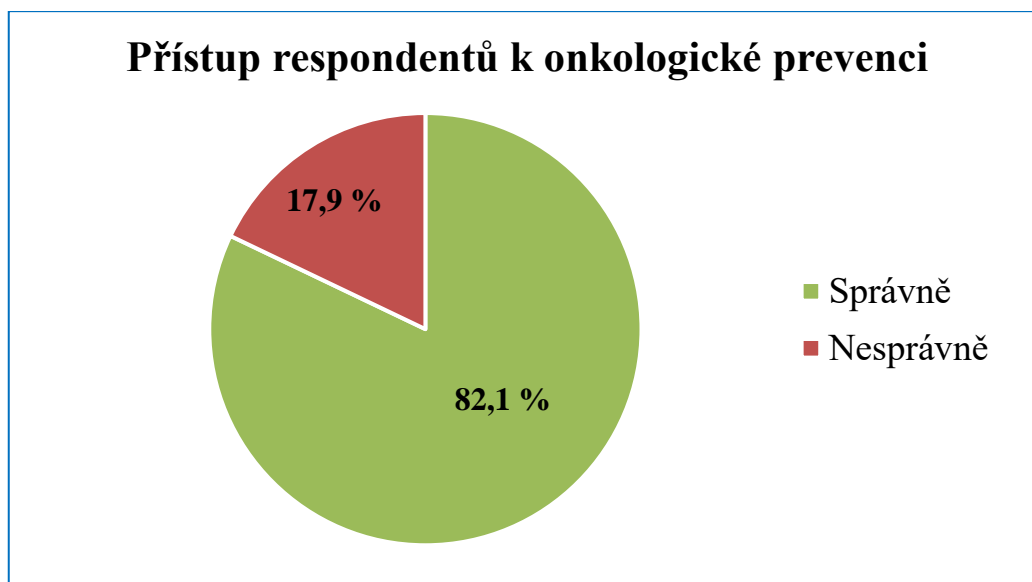
Celkem bylo získáno 158 odpovědí, z nichž 136 (86,1 %) uvedli respondenti správně, dalších 22 (13,9 %) nesprávně.

Celkem 49 (75,4 %) respondentů správně uvedlo, že by měl praktický lékař provádět test na okultní krvácení ze stolice, dále by se měl zaměřit na celkové vyšetření pohledem a pohmatem, což správně uvedlo 22 (33,9 %) respondentů. Vyšetření prostaty v případě mužů uvedlo správně 10 (15,4 %) respondentů, informování ženy o absolvování screeningu děložního čípku u gynekologa uvedlo správně 13 (20 %) respondentů. Obdobně informování ženy o screeningovém vyšetření prsu na mamografu, s nasměrováním na nejbližší mamografické pracoviště, správně uvedlo 21 (32,3 %) respondentů. Lékař by se měl také dotazovat na výskyt onkologického onemocnění v rodině, což vědělo 21 (32,3 %) respondentů.

Z nesprávných odpovědí se jednalo o volbu možnosti Poslat mě na rentgen plic, kterou podalo 10 (15,4 %) respondentů. Praktický lékař také neprovádí ultrazvukové vyšetření břicha, ovšem tuto odpověď uvedlo 11 (16,9 %) respondentů. Nesprávná byla i možnost Žádné z uvedených, kterou zvolil 1 (1,5 %) respondent. Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů.

**Otázka č. 11: Uved'te prosím, jak přistupujete k onkologické prevenci (možno označit více odpovědí)**

- a) Pravidelně chodím na všechny preventivní prohlídky, na které mám nárok, i když nemám žádné zdravotní obtíže
- b) Sám (sama) si hlídám, kdy mám jít na onkologickou prevenci
- c) Absolvuji nejen preventivní prohlídky, na které mám nárok, ale chodím i na prevenci, kterou si hradím sám (sama)
- d) Když mě praktický lékař nikam nepošle nebo neosloví z hlediska preventivní onkologické prohlídky, tak nikam nejdu
- e) Praktický lékař je svědomitý, ze strachu z pozitivních výsledků odmítám veškerá vyšetření
- f) Pravidelně využívám nabídku některých onkologických pracovišť, nabízejících za úhradu balíček preventivního vyšetření dle individuálního posouzení
- g) S každým neobvyklým symptomem, zdravotním úkazem, jdu zavčas k lékaři
- h) Velmi pečlivě dbám na zdravý životní styl
- i) Jiné (uved'te prosím jak.....)



**Obrázek 11: Přístup respondentů k onkologické prevenci**

Na tuto otázku bylo získáno celkem 84 odpovědí a jak je z obrázku 11 zřejmé, celkem 69 (82,1 %) podalo správnou odpověď, nesprávnou odpověď, vyjadřující nevhodný přístup respondenta k onkologické prevenci, podalo 15 (17,9 %) respondentů.



Z nesprávných odpovědí uvedlo 15 (23,1 %) respondentů, že když je praktický lékař nikam nepošle nebo je neosloví z hlediska onkologické preventivní prohlídky, tak senior nikam nejde. Možnost Praktický lékař je svědomitý, ze strachu z pozitivních výsledků odmítám veškerá vyšetření, neuvedl žádný z respondentů.

Co se týče správných odpovědí, reflektujících vhodný přístup seniora k onkologické prevenci, celkem 22 (33,9 %) respondentů odpovědělo, že pravidelně chodí na všechny preventivní prohlídky, na které mají nárok, a to i když nemají zdravotní obtíže. Dále 7 (10,8 %) respondentů uvedlo, že si sami hlídají, kdy mají jít na onkologickou prevenci, 1 (1,5 %) respondent odpověděl, že absolvuje nejen preventivní prohlídky, na které má nárok, ale chodí i na prevenci, kterou si hradí sám.

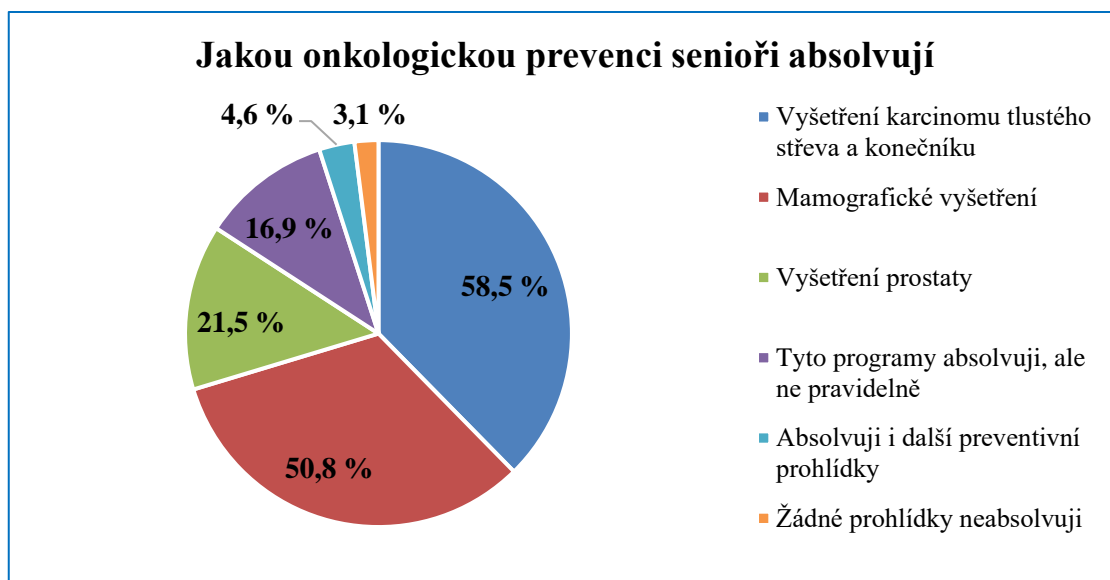
Pravidelně využívají nabídku některých onkologických pracovišť, nabízejících za úhradu balíček preventivních vyšetření dle individuálního posouzení 3 (4,6 %) respondenti, 24 (36,9 %) respondentů jde zavčas k lékaři s každým neobvyklým symptomem nebo zdravotním úkazem. Celkem 10 (15,4 %) respondentů uvedlo, že velmi pečlivě dbají na zdravý životní styl.

Možnost podat vlastní odpověď využili 2 (3,1 %) respondenti. Jeden respondent odpověděl, že na preventivní prohlídky chodí nepravidelně a další respondent uvedl, že jej posílá gynekoložka na mamograf.

Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů.

**Otázka č. 12: Uved'te prosím, jaké screeningové preventivní programy pravidelně absolvujete (možno označit více odpovědí)**

- a) Vyšetření karcinomu tlustého střeva a konečnicku (test na okultní krvácení, kolonoskopie)
- b) Mamografické vyšetření
- c) Vyšetření prostaty
- d) Tyto programy absolvuji, ale ne pravidelně
- e) Absolvuji i další preventivní prohlídky (uved'te prosím) .....
- f) Žádné prohlídky neabsolvuji .....



**Obrázek 12: Absolvování onkologické prevence respondenty**

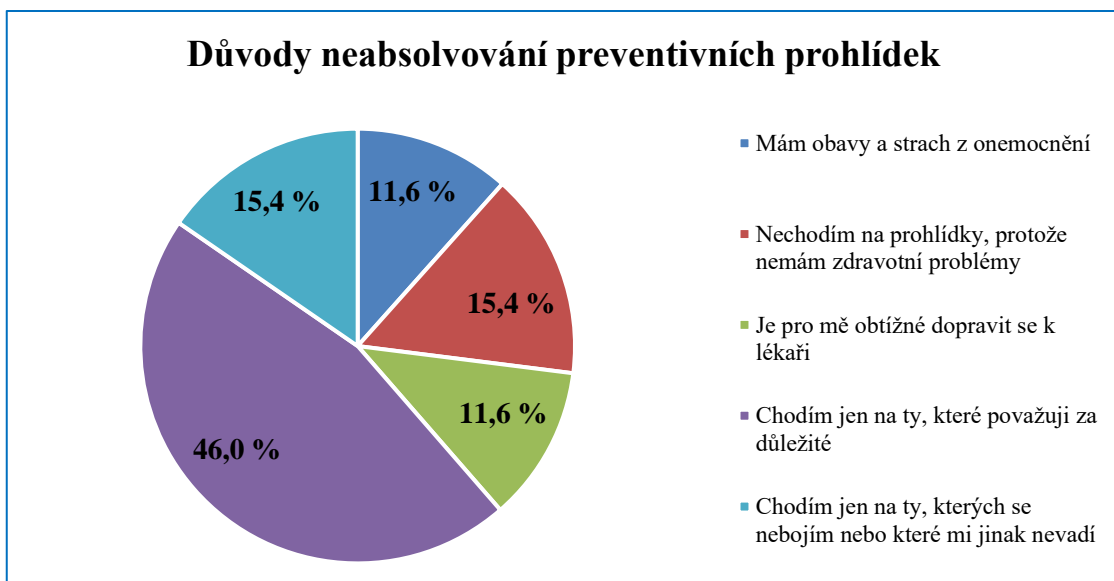
Jak je z obrázku 12 zřejmé, respondenti opět uváděli více možných odpovědí. Celkem bylo získáno 101 odpovědí. Procenta jsou uváděna ve vztahu k počtu respondentů, nikoliv počtu odpovědí, tedy na obrázku není součet relativních četností 100 %.

Vyšetření karcinomu tlustého střeva a konečnicku, ať již formou testu na okultní krvácení nebo formou kolonoskopie, uvedlo 38 (58,5 %) respondentů. Mamografické vyšetření absolvuje 33 (50,8 %) respondentů, vyšetření prostaty 14 (21,5 %) respondentů. Uvedené programy absolvuje, nikoliv však pravidelně, 11 (16,9 %) respondentů a 3 (4,6 %) respondenti odpovídali, že absolvují i další preventivní prohlídky. Tito respondenti doplnili, že absolvují oční vyšetření (2 respondenti), kdy jeden z těchto respondentů navíc uvedl krevní testy a třetí respondent

doplnil jaterní testy. Dále 2 (3,1 %) respondenti uvedli, že neabsolvují žádné preventivní prohlídky. Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů.

**Otázka č. 13: Jestliže nechodíte na preventivní onkologické prohlídky, je to z důvodu (pokud chodíte, nevyplňujte), (možno označit více odpovědí)**

- a) Mám obavy a strach z onemocnění
- b) Nechodím na prohlídky, protože nemám zdravotní problémy
- c) Je pro mě obtížné dopravit se k lékaři
- d) Chodím jen na ty, které považuji za důležité
- e) Chodím jen na ty, kterých se nebojím nebo které mi jinak nevadí
- f) Nevím o možnostech onkologických prohlídek
- g) Nejsem informována praktickým lékařem o možnostech preventivních prohlídek
- h) Jiný důvod – uveďte: .....

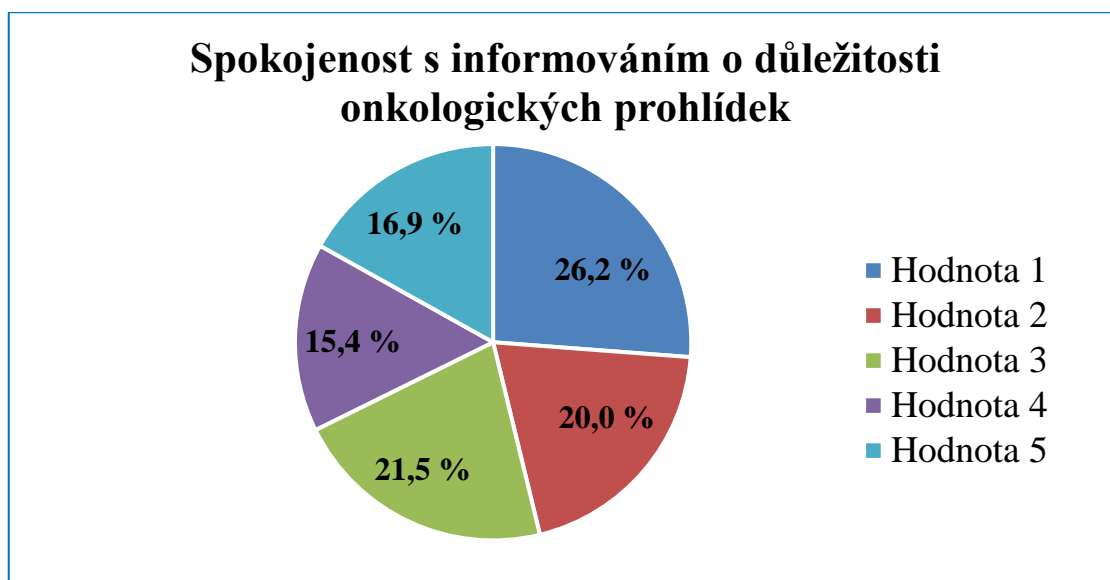


**Obrázek 13: Důvody neabsolvování preventivních prohlídek**

Získáno bylo celkem 26 odpovědí. Z tohoto počtu celkem 3 (11,6 %) odpovědi se týkaly obav z onemocnění, 4 (15,4 %) neabsolvování prohlídek z důvodů absence zdravotních problémů, 3 (11,6 %) odpovědi obsahovaly výpověď, že je pro respondenty obtížné dopravit se k lékaři a 4 (15,4 %) respondenti absolvují pouze takové prohlídky, kterých se nebojí nebo které jim nevadí. Dále se 12 (46 %) odpovědí týkalo skutečnosti, že respondenti chodí jen na prohlídky, které považují za důležité.

**Otázka č. 14: V uvedené tabulce prosím u každé položky označte číslem 1-5 (jako ve škole, tj. 1 = vynikající, 5 = nedostatečné), jak jste spokojen/a s vybranými oblastmi preventivních onkologických prohlídek u praktického lékaře**

- Informování o důležitosti onkologické prevence
- Informování o termínech onkologických preventivních prohlídek
- Vysvětlování průběhu onkologické preventivní prohlídky
- Zabývání se Vašimi obavami, nejistotou apod. (v souvislosti s preventivními onkologickými prohlídkami)
- Dotazování se na nezvyklé symptomy, změny ve zdravotním stavu (lékař se sám ptá, nevyšetřuje pouze to, s čím za ním přijdete)
- Dostatek času na případné otázky, když Vám něco není jasné v souvislosti s onkologickými preventivními prohlídkami
- Podpora při sdělení nepříznivých výsledků (vyslechnutí, uklidnění, informování o dalším postupu apod.)
- Jak byste celkově ohodnotil/a přístup praktického lékaře k preventivním prohlídkám (informování o termínech, vysvětlování, vyšetření)

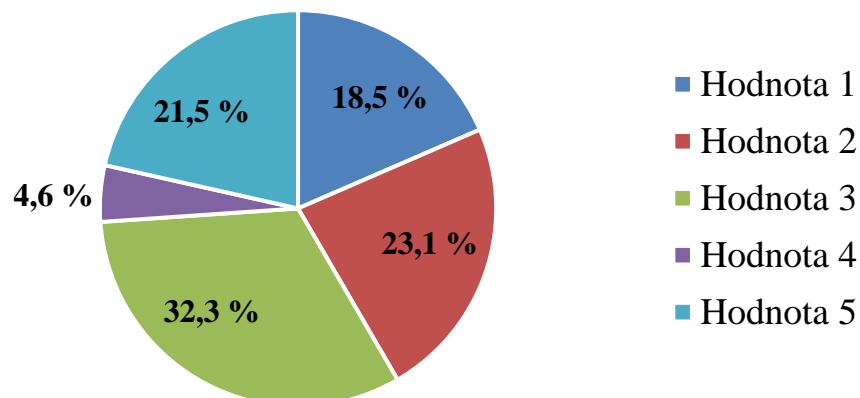


**Obrázek 14: Spokojenost s informováním o důležitosti onkologické prevence**

Z obrázku 14 vyplývá, že vynikající spokojenost s informováním o důležitosti onkologických prohlídek uvedlo 17 (26,2 %) respondentů. Dalších 13 (20 %) respondentů hodnotilo tuto spokojenost jako spíše vynikající, tj. uvedli hodnotu 2, hodnotu 3, tedy hodnotu neutrální,

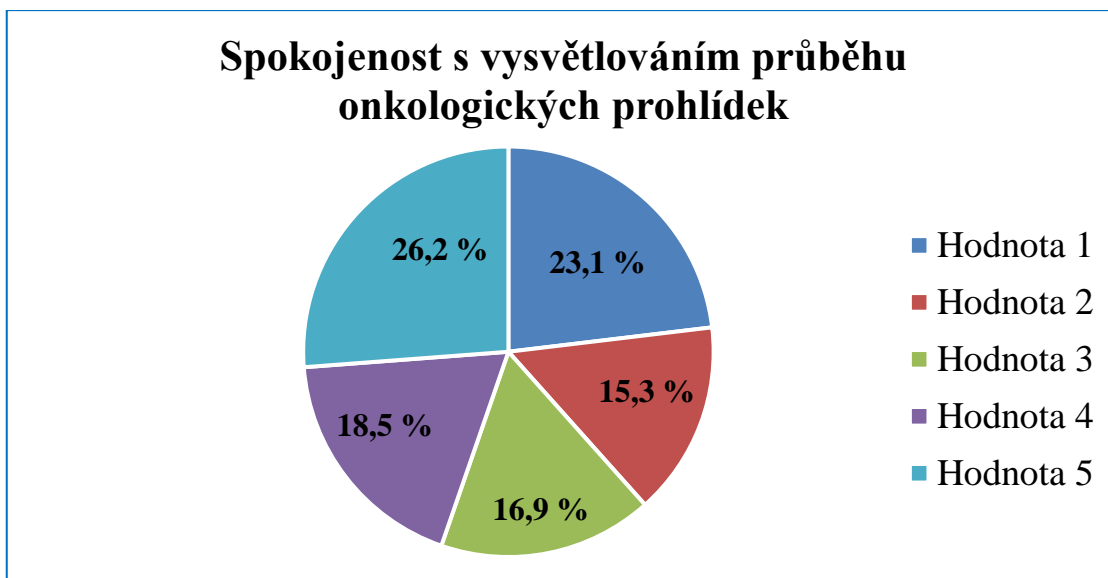
zvolilo 14 (21,5 %) respondentů. Dále 10 (15,4 %) respondentů je s informováním o důležitosti onkologických prohlídek spokojeno spíše nedostatečně a 11 (16,9 %) respondentů ohodnotilo tuto svoji spokojenost jako nedostatečnou. Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů.

### Spokojenost s informováním o termínech onkologických prohlídek



**Obrázek 15: Spokojenost s informováním o termínech onkologických prohlídek**

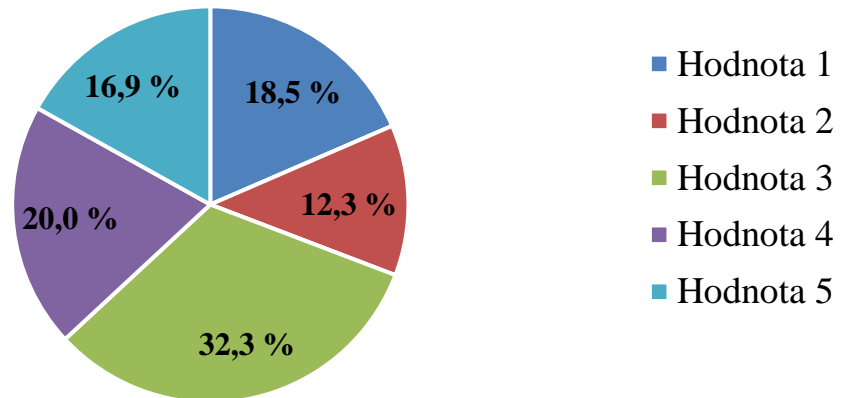
Z obrázku 15 je zřejmé, že vynikající spokojenost s informováním o termínech onkologických prohlídek uvedlo 12 (18,5 %) respondentů. Dalších 15 (23,1 %) respondentů hodnotilo tuto spokojenost jako spíše vynikající, tj. uvedli hodnotu 2, hodnotu 3, tedy hodnotu neutrální, zvolilo 21 (32,3 %) respondentů. Dále 3 (4,6 %) respondentů je s informováním o termínech onkologických prohlídek spokojeno spíše nedostatečně a 14 (21,5 %) respondentů ohodnotilo tuto svoji spokojenost jako nedostatečnou. Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů.



**Obrázek 16: Spokojenost s vysvětlováním průběhu onkologických prohlídek**

Na obrázku 16 si lze povšimnout, že vynikající spokojenost s vysvětlováním průběhu onkologických prohlídek uvedlo 15 (23,1 %) respondentů. Dalších 10 (15,3 %) respondentů hodnotilo tuto spokojenost jako spíše vynikající, tj. uvedli hodnotu 2, hodnotu 3, tedy hodnotu neutrální, zvolilo 11 (16,9 %) respondentů. Dále 12 (18,5 %) respondentů je s vysvětlováním průběhu onkologických prohlídek spokojeno spíše nedostatečně a 17 (26,2 %) respondentů ohodnotilo tuto svoji spokojenost jako nedostatečnou. Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů.

### Spokojenost se zabýváním se obavami seniorů

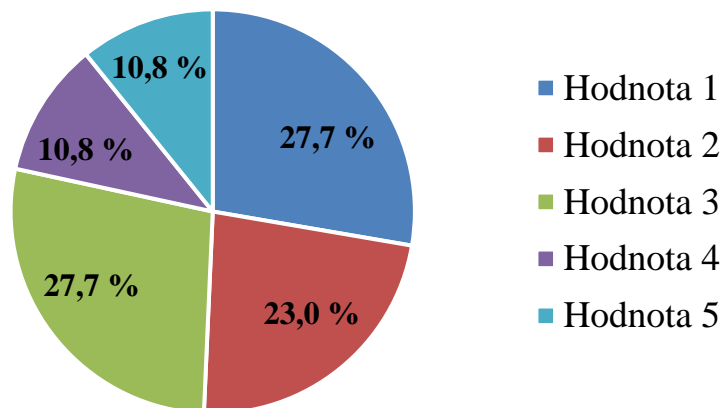


**Obrázek 17: Spokojenost se zabýváním se obavami seniorů**

Jak je z obrázku 17 patrné, vynikající spokojenost se zabýváním se obavami seniorů, nejistotou apod. v souvislosti s preventivními onkologickými prohlídkami uvedlo 12 (18,5 %) respondentů. Dalších 8 (12,3 %) respondentů hodnotilo tuto spokojenost jako spíše vynikající, tj. uvedli hodnotu 2, hodnotu 3, tedy hodnotu neutrální, zvolilo 21 (32,3 %) respondentů. Dále 13 (20 %) respondentů je se zabýváním se obavami seniorů, nejistotou apod. v souvislosti s preventivními onkologickými prohlídkami spokojeno spíše nedostatečně a 11 (16,9 %) respondentů ohodnotilo tuto svoji spokojenost jako nedostatečnou. Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů.



### Spokojenost s dotazováním se na nezvyklé symptomy



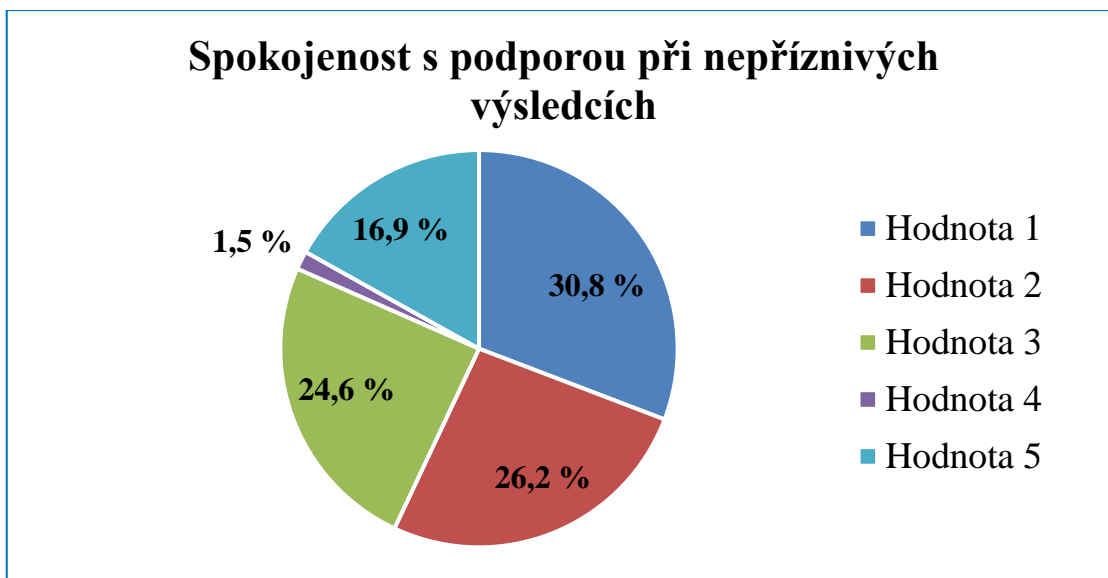
**Obrázek 18: Spokojenost s dotazováním se na nezvyklé symptomy**

Z obrázku 18 je zřejmé, že vynikající spokojenost s dotazováním se na nezvyklé symptomy či změny ve zdravotním stavu uvedlo 18 (27,7 %) respondentů. Dalších 15 (23 %) respondentů hodnotilo tuto spokojenost jako spíše vynikající, tj. uvedli hodnotu 2, hodnotu 3, tedy hodnotu neutrální, zvolilo 18 (27,7 %) respondentů. Dále 7 (10,8 %) respondentů je s dotazováním se na nezvyklé symptomy či změny ve zdravotním stavu spokojeno spíše nedostatečně a též 7 (10,8 %) respondentů ohodnotilo tuto svoji spokojenost jako nedostatečnou. Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů.



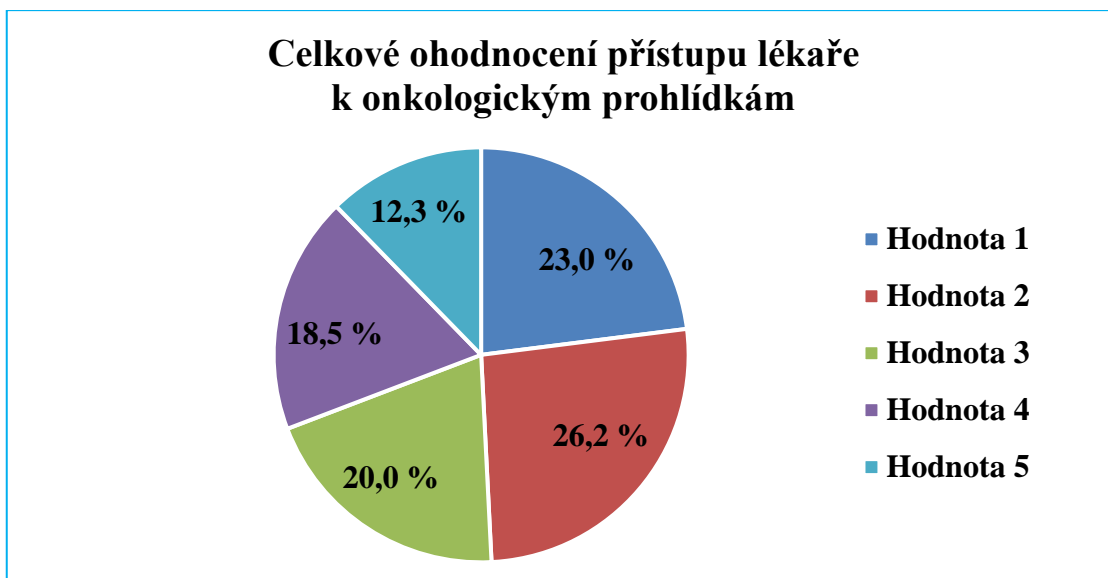
**Obrázek 19: Spokojenost s dostatkem času na případné otázky**

Na obrázku 19 si lze povšimnout, že vynikající spokojenost s dostatkem času na případné otázky, když respondentům není něco jasno v souvislosti s preventivními onkologickými prohlídkami, uvedlo 19 (29,2 %) respondentů. Dalších 11 (16,9 %) respondentů hodnotilo tuto spokojenost jako spíše vynikající, tj. uvedli hodnotu 2, hodnotu 3, tedy hodnotu neutrální, zvolilo 15 (23,1 %) respondentů. Dále 9 (13,9 %) respondentů je s dostatkem času na případné otázky, když respondentům není něco jasno v souvislosti s preventivními onkologickými prohlídkami, spokojeno spíše nedostatečně a 11 (16,9 %) respondentů ohodnotilo tuto svoji spokojenost jako nedostatečnou. Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů.



**Obrázek 20: Spokojenost s podporou při nepříznivých výsledcích**

Z obrázku 20 je zřejmé, že vynikající spokojenost s podporou při sdělování nepříznivých výsledků uvedlo 20 (30,8 %) respondentů. Dalších 17 (26,2 %) respondentů hodnotilo tuto spokojenost jako spíše vynikající, tj. uvedli hodnotu 2, hodnotu 3, tedy hodnotu neutrální, zvolilo 16 (24,6 %) respondentů. Dále 1 (1,5 %) respondent je s informováním o termínech onkologických prohlídek spokojen spíše nedostatečně a 11 (16,9 %) respondentů ohodnotilo tuto svoji spokojenost jako nedostatečnou. Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů.



**Obrázek 21: Celkové ohodnocení přístupu lékaře k onkologickým prohlídkám**

Z obrázku 21 vyplývá, že vynikající spokojenost s celkovým přístupem praktického lékaře k onkologickým prohlídkám uvedlo 15 (23 %) respondentů. Dalších 17 (26,2 %) respondentů hodnotilo tuto spokojenost jako spíše vynikající, tj. uvedli hodnotu 2, hodnotu 3, tedy hodnotu neutrální, zvolilo 13 (23 %) respondentů. Dále 12 (18,5 %) respondentů je s celkovým přístupem praktického lékaře k onkologickým prohlídkám, když respondentům není něco jasno v souvislosti s preventivními onkologickými prohlídkami, spokojeno spíše nedostatečně a 8 (12,3 %) respondentů ohodnotilo tuto svoji spokojenost jako nedostatečnou. Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů.

**Tabulka 1: Srovnání spokojenosti seniorů s vybranými aspekty onkologických prohlídek dle pohlaví**

Aspekty spokojenosti s onkologickými prohlídkami	Ženy		Muži	
	Průměr	Směrodatná odchylka	Průměr	Směrodatná odchylka
Informování o důležitosti onkologické prevence	2,7	1,4	2,9	1,5
Informování o termínech onkologických preventivních prohlídek	2,8	1,3	3,0	1,5
Vysvětlování průběhu onkologické preventivní prohlídky	3,2	1,6	3,0	1,5
Zabývání se vašimi obavami, nejistotou apod. (v souvislosti s preventivními onkologickými prohlídkami)	3,1	1,3	3,0	1,3
Dotazování na nezvyklé symptomy, změny ve zdravotním stavu (lékař se sám ptá, nevyšetřuje pouze to, s čím za ním přijdete)	2,6	1,4	2,5	1,1
Dostatek času na případné otázky, když vám něco není jasné v souvislosti s onkologickými preventivními prohlídkami	2,7	1,5	2,8	1,5
Podpora při sdělení nepříznivých výsledků (vyslechnutí, uklidnění, informování o dalším postupu apod)	2,5	1,4	2,5	1,5
Jak byste celkově ohodnotil/a přístup praktického lékaře k preventivním prohlídkám? (informování o termínech, vysvětlování, vyšetření)	2,7	1,4	2,7	1,3

V tabulce 1 je podáno hodnocení spokojenosti s onkologickou prevencí dle pohlaví seniorů, a to s využitím průměru a směrodatné odchylky.

U informování o důležitosti onkologické prevence vyjadřovali větší spokojenost ženy ( $r = 2,7$ ) než muži ( $r = 2,9$ ).

U informování o termínech onkologických prohlídek vyjadřovali větší spokojenost ženy ( $r = 2,8$ ) než muži ( $r = 3,0$ ).

U vysvětlování průběhu onkologické preventivní prohlídky vyjadřovali větší spokojenost muži ( $r = 3,0$ ) než ženy ( $r = 3,2$ ).

U zabývání se obavami, nejistotou seniorů a dalšími emocemi v souvislosti s preventivními onkologickými prohlídkami vyjadřovali větší spokojenost muži ( $r = 3,0$ ) než ženy ( $r = 3,1$ ).

U dotazování na nezvyklé symptomy, změny ve zdravotním stavu, tedy navíc k tomu, proč senior lékaře navštíví, vyjadřovali větší spokojenost muži ( $r = 2,5$ ) než ženy ( $r = 2,6$ ).

U dostatku času na případné otázky, když seniorovi není něco jasné, vyjadřovali větší spokojenost ženy ( $r = 2,7$ ) než muži ( $r = 2,8$ ).

U podpory při sdělení nepříznivých výsledků byly pro obě pohlaví zjištěny shodné výsledky co se týče průměru odpovědí ( $r = 2,5$ ).

U celkového hodnocení přístupu praktického lékaře k preventivním prohlídkám byly pro obě pohlaví též zjištěny shodné výsledky co se týče průměru odpovědí ( $r = 2,7$ ).

**Tabulka 2: Srovnání spokojenosti seniorů s vybranými aspekty onkologických prohlídek dle věku**

Aspekty spokojenosti s onkologickými prohlídkami	60-74 let		75 a více let	
	Průměr	Směrodatná odchylka	Průměr	Směrodatná odchylka
Informování o důležitosti onkologické prevence	2,5	1,4	3,2	1,4
Informování o termínech onkologických preventivních prohlídek	2,7	1,3	3,2	1,4
Vysvětlování průběhu onkologické preventivní prohlídky	2,8	1,5	3,5	1,5
Zabývání se vašimi obavami, nejistotou apod. (v souvislosti s preventivními onkologickými prohlídkami)	2,8	1,4	3,5	1,2
Dotazování na nezvyklé symptomy, změny ve zdravotním stavu (lékař se sám ptá, nevyšetřuje pouze to, s čím za ním přijdete)	2,3	1,3	2,9	1,2
Dostatek času na případné otázky, když vám něco není jasné v souvislosti s onkologickými preventivními prohlídkami	2,4	1,3	3,2	1,5
Podpora při sdělení nepříznivých výsledků (vyslechnutí, uklidnění, informování o dalším postupu apod)	2,3	1,3	2,8	1,5
Jak byste celkově ohodnotil/a přístup praktického lékaře k preventivním prohlídkám? (informování o termínech, vysvětlování, vyšetření)	2,5	1,3	3,0	1,4

V tabulce 2 je podáno hodnocení spokojenosti s onkologickou prevencí dle věku respondentů (60-74 let a 75 a více let), a to s využitím průměru a směrodatné odchylky.

U informování o důležitosti onkologické prevence vyjadřovali větší spokojenost senioři ve věku 60-74 let ( $r = 2,5$ ) než senioři ve věku 75 a více let ( $r = 3,2$ ).

U informování o termínech onkologických prohlídek vyjadřovali větší spokojenost senioři ve věku 60-74 let ( $r = 2,7$ ) než senioři ve věku 75 a více let ( $r = 3,2$ ).

U vysvětlování průběhu onkologické preventivní prohlídky vyjadřovali větší spokojenost senioři ve věku 60-74 let ( $r = 2,8$ ) než senioři ve věku 75 a více let ( $r = 3,5$ ).

U zabývání se obavami, nejistotou seniorů a dalšími emocemi v souvislosti s preventivními onkologickými prohlídkami vyjadřovali větší spokojenost senioři ve věku 60-74 let ( $r = 2,8$ ) než senioři ve věku 75 a více let ( $r = 3,5$ ).

U dotazování na nezvyklé symptomy, změny ve zdravotním stavu, tedy navíc k tomu, proč senior lékaře navštíví, vyjadřovali větší spokojenost senioři ve věku 60-74 let ( $r = 2,3$ ) než senioři ve věku 75 a více let ( $r = 2,9$ ).

U dostatku času na případné otázky, když seniorovi není něco jasné, vyjadřovali větší spokojenost senioři ve věku 60-74 let ( $r = 2,4$ ) než senioři ve věku 75 a více let ( $r = 3,2$ ).

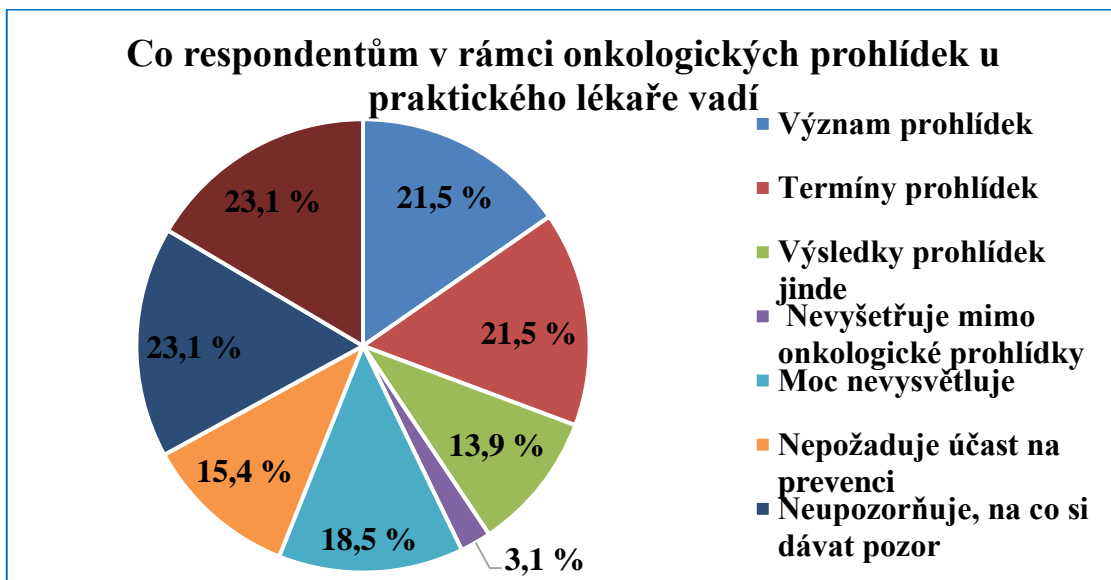
U podpory při sdělení nepříznivých výsledků vyjadřovali větší spokojenost senioři ve věku 60-74 let ( $r = 2,3$ ) než senioři ve věku 75 a více let ( $r = 2,8$ ).

U celkového hodnocení přístupu praktického lékaře vyjadřovali větší spokojenost senioři ve věku 60-74 let ( $r = 2,5$ ) než senioři ve věku 75 a více let ( $r = 3,0$ ).



**Otázka č. 15: Pokud jste nespokojen/a se způsobem provádění preventivních onkologických prohlídek praktickým lékařem, napište prosím, co vám ze strany praktického lékaře v souvislosti s prevencí onkologického onemocnění vadí (pokud jste spokojen, nevyplňujete) (možno označit více odpovědí)**

- a) Neinformuje mě o významu onkologické prevence
- b) Nehlídá, kdy mám na jakou prohlídku jít
- c) Nezajímá se o výsledky preventivních prohlídek absolvovaných jinde
- d) Neprovádí vyšetření, neptá se na symptomy, když jej navštívím kvůli jinému zdravotnímu problému
- e) Moc mi nevysvětluje, jak onkologická prevence probíhá, nedělá osvětu
- f) Nevyžaduje po mně, abych absolvoval/a onkologickou prevenci, nepřesvědčuje mne apod.
- g) Neupozorňuje mě, na jaké nezvyklé projevy si mám dávat pozor
- h) Nevysvětluje mi, jaká jsou u mě rizika onkologického onemocnění v důsledku dědičné zátěže
- i) Jiné (uveďte prosím) .....



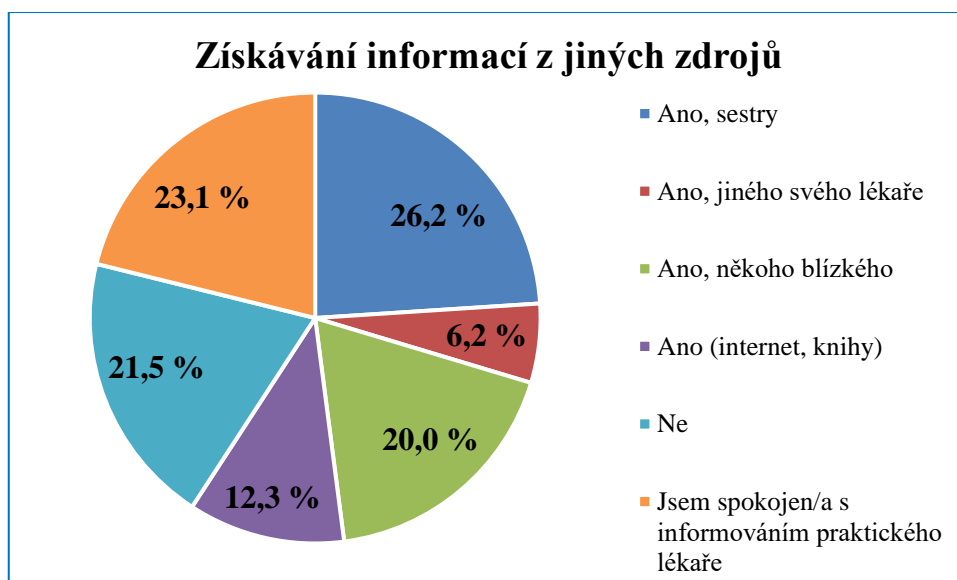
**Obrázek 22: Co respondentům vadí u praktického lékaře v kontextu onkologických prohlídek**

Celkem bylo získáno 91 odpovědí. Procenta jsou uváděna ve vztahu k počtu respondentů, nikoliv počtu odpovědí, tedy na obrázku není součet relativních četností 100 %.

Celkem 14 (21,5 %) respondentů uvedlo, že jim vadí, že je praktický lékař neinformuje o významu onkologické prevence. Nespokojenost s informováním o termínech prohlídek (lékaře nehlídá termíny) uvedlo 14 (21,5 %) respondentů, nezájem lékaře o výsledky preventivních prohlídek absolvovaných jinde zmínilo 9 (13,9 %) respondentů. Celkem 2 (3,1 %) respondenti uvedli, že lékař příliš nevysvětluje, jak onkologická prevence probíhá, lékař nedělá osvětu. Dále 10 (15,4 %) respondentům vadí, že po nich lékař nepožaduje, aby absolvovali onkologickou prevenci, ve smyslu přesvědčování. Celkem 15 (23,1 %) respondentů odpovědělo, že jim vadí, že je lékař neupozorňuje na to, na jaké nezvyklé symptomy si mají dávat pozor, 15 (23,1 %) respondentům vadí, že jim lékař nevysvětluje, jaká jsou u nich rizika onkologického onemocnění v důsledku dědičné zátěže. Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů.

**Otázka č. 16: Pokud nejste spokojen/a se způsobem vysvětlení preventivního onkologického vyšetření praktickým lékařem, informujete se o tomto ještě někde jinde? (možno označit více odpovědí)**

- a) Ano, zeptám se sestry praktického lékaře
- b) Ano, zeptám se jiného svého lékaře
- c) Ano, zeptám se někoho blízkého
- d) Ano, hledám informace na internetu, v knihách apod.
- e) Ne
- f) Jsem spokojen/a, praktický lékař mi vše potřebné sdělí, nepotřebuji se doptávat



**Obrázek 23: Jiné zdroje informací při nespokojenosti s praktickým lékařem**

Celkem bylo získáno 71 odpovědí. Procenta jsou uváděna ve vztahu k počtu respondentů, nikoliv počtu odpovědí, tedy na obrázku není součet relativních četností 100 %. Celkem 17 (26,2 %) respondentů se v případě, kdy nejsou spojeni v rámci preventivních onkologických prohlídek s informovaností ze strany praktického lékaře, obrací na sestru lékaře. Dále 4 (6,2 %) respondenti zmínili jiného svého lékaře, někoho blízkého 13 (20 %) respondentů, informace vyhledává na internetu, v knihách apod. 8 (12,3 %) respondentů a žádné informace nezískává 14 (21,5 %) respondentů, přičemž dalších 15 (23,1 %) respondentů odpovědělo, že je spokojeno

s tím, jak je v této oblasti jejich praktický lékař informuje. Celkem na otázku odpovědělo 65 (100 %) respondentů.

## 4 DISKUZE

Hlavním cílem praktické části bylo zjistit spokojenost seniorů s preventivními onkologickými prohlídkami u praktického lékaře. V následujícím textu jsou zodpovězeny průzkumné otázky. Výsledky jsou komparovány s teoretickými východisky a výzkumy na toto téma, včetně výzkumů a průzkumů závěrečných prací.

### **Průzkumná otázka č. 1: Jaké je povědomí seniorů o onkologické prevenci?**

Průzkumná otázka č. 1 byla vyhodnocena na základě otázek č. 5, 9 a 10. Z průzkumu vyplynulo, že oslovení senioři mají povědomí o onkologické prevenci, ne všichni však zcela přesně. V některých případech senioři zaměňovali onkologickou prevenci s běžnou prevencí, jejich povědomí o četnosti onkologických preventivních prohlídek také nebylo u velké části respondentů zcela optimální. I když např. chybování v odpovědích týkajících se dílčích úkonů, které má praktický lékař v rámci preventivní onkologické prohlídky provádět, nebylo výrazné a týkalo se jen menší části respondentů, tento výsledek nelze hodnotit kladně. Pakliže senior neví, na jaké vyšetření má nárok, jestliže přistupuje k onkologické prevenci pasivně, spoléhá se na lékaře, snižuje se možnost včasného zachytu onkologických onemocnění i úspěšnost případné léčby. Pacient by měl být tím, kdo s lékařem spolupracuje, přichází s otázkami, nepřijímá nekriticky vše, co lékař činí. Dle Nielsen-Bohlman et al. (2004, in Bártlová a kol., 2018, s. 50) je v poslední době stále více požadováno, aby byl pacient aktivním účastníkem v péči o své zdraví, nikoliv pouze pasivním příjemcem. Bylo prokázáno, že zdravotní stav souvisí se zdravotní gramotností. Velkou měrou tak platí přímá úměra, že čím je vyšší zdravotní gramotnost, tím lepší je zdravotní stav pacienta. Dle Petery a Duška (2014, s. 211-216) s věkem narůstá výskyt nádorových onemocnění. O to více je tedy zapotřebí, aby byli senioři dobře obeznámeni s problematikou onkologické prevence.

Cílem otázky č. 5 bylo zjistit, co si respondenti představují pod pojmem onkologická prevence. Otázka byla formulována jako otevřená. Bylo tak možné skutečně zjistit, bez pomoci nabídnutých odpovědí, jaké je povědomí respondentů o tomto pojmu. Žádný z respondentů nepodal vysvětlení, které by bylo možné považovat za zcela vyčerpávající. Uváděny byly dílčí aspekty daného pojmu, přičemž nejčastěji se jednalo o popis konkrétních preventivních aktivit. Celkem 40 % respondentů pouze uvedlo, že se jedná o vyšetření u lékaře, což ovšem zcela optimální odpověď není. Jak uvádí Cibula (2009, s. 93-94), onkologická prevence je komplexní soubor opatření, která mají za cíl předcházení jak vzniku onkologického onemocnění, tak i případné progresy nebo recidivy zhoubných nádorů. Za pozornost stojí, že termín neumělo

vysvětlit 9,2 % respondentů. Z průzkumu Doležalové (2017, s. 42), provedeného na vzorku 80 seniorů, vyplynulo, že celkem 73,7 % respondentů vědělo, co je to onkologická prevence, tedy výsledky získané v tomto průzkumu jsou o něco příznivější, v zásadě se však příliš neliší.

Cílem otázky č. 9 bylo zjistit, zda mají senioři představu o tom, jak často mají nárok na onkologickou preventivní prohlídku. Představu mělo jen 46,2 % respondentů. Toto zjištění není opět optimální, nicméně ve srovnání např. s výzkumem Doležalová (2017) příznivější. Doležalová (2017, s. 40-50) ve svém výzkumu, kterého se zúčastnilo 80 mužů a žen ve věku 65 a více let, zjistila, že jen 20 % seniorů správně vědělo, jak často mají nárok na onkologickou preventivní prohlídku.

Cílem otázky č. 10 bylo zjistit, co by měl praktický lékař v rámci preventivní onkologické prohlídky dělat, tedy jaká vyšetření by měl provádět, co by měl sdělovat seniorům apod. Z průzkumu vyplynulo, že správnou odpověď, ve smyslu uvedení alespoň jednoho vyšetření, které je v rámci onkologické prevence u praktického lékaře prováděno, uvedlo 86,1 % respondentů. Nejčastěji respondenti věděli, že by měl lékař provádět test na okultní krvácení ze stolice (75,4 %), což není překvapující, neboť tomuto druhu prevence je v posledních letech věnována značná pozornost a osvěta. TOKS byl zaveden v České republice v roce 2000 a v roce 2014 bylo zahájeno adresné zvaní na toto vyšetření (Májek a kol., 2014). Test je zcela bezbolestný a jeho provedení je velmi jednoduché, pacient jej může provést i v domácím prostředí (Čevelová, Čeleda a kol., 2017, s. 387). Nesprávné odpovědi v rámci otázky č. 10 se týkaly možnosti Poslat mě na rentgen plic (15,4 %), ultrazvukového vyšetření břicha (16,9 %).

## **Průzkumná otázka č. 2: Jak jsou senioři informováni o onkologické prevenci?**

K této průzkumné otázce se v dotazníku vztahovaly položky č. 6 a 7. Obdobně jako v případě průzkumné otázky č. 1, také v tomto případě byly u některých respondentů zjištěny nedostatky, které se týkaly jak informování seniorů o termínech preventivních prohlídek, tak i jejich samotné realizace.

Cílem otázky č. 6 bylo zjistit, jak probíhá informování seniorů o termínu onkologické prohlídky. Respondenti nejčastěji uváděli, že jsou informováni o termínu preventivní prohlídky při návštěvě lékaře 76,9 %, telefonické zavolání lékařem uvedlo 32,3 % seniorů, dalších 12,3 % seniorů obdrží od praktického lékaře SMS. E-mail je využíván pouze v případě 7,7 % respondentů. Připomenutí termínu preventivní prohlídky je velmi důležité. Senioři by neměli spoléhat pouze na lékaře. Mohou sami zavolat a lékaře se dotázat, případně mohou využívat služeb zdravotních pojišťoven. Kladně lze v tomto ohledu hodnotit přístup České průmyslové

zdravotní pojišťovny, která zavedla prevenci v mobilu. Každý pojištěnec této pojišťovny dostává na uvedené telefonické číslo informace o druhu a termínu preventivní prohlídky (ČMZP, 2016). Je možné doplnit, že zjištěné výsledky nejsou překvapující a jsou do určité míry příznivější, než by bylo možné očekávat či jaké jsou zjištění jiných průzkumů, což lze doložit na výzkumu Šplíchalové (2010, s. 57-70), která na vzorku 129 seniorů zjistila, že jen 24 % respondentů dostává informace o onkologických preventivních prohlídkách.

Cílem otázky č. 7 bylo zjistit, jak probíhá informování o způsobu provedení preventivních onkologických programech ze strany praktického lékaře. Ideálně měli oslovení senioři uvést možnost kombinace slovního vysvětlení a předání edukativních materiálů, jakými jsou brožury, letáky. Tuto odpověď však zvolilo jen 24,6 % respondentů, což je nedostačující s ohledem na skutečnost, že se jedná pouze o necelou pětinu respondentů. V odpovědích respondentů převládalo slovní vysvětlení (47,7 %) a 23 % respondentům se nedostává žádného vysvětlení. Toto zjištění lze doplnit výsledkem výzkumu Šplíchalové (2010, s. 57-70), dle které je jen 24 % seniorů vhodně informováno o onkologických programech svým praktickým lékařem. Senioři nejčastěji čerpají informace z médií nebo od blízkých, což pochopitelně může být problematické, neboť tímto způsobem nemusejí získat pravdivé informace.

### **Průzkumná otázka č. 3: Jaký je přístup praktických lékařů k onkologické prevenci u seniorů?**

Průzkumná otázka č. 3 byla vyhodnocena na základě otázek č. 8 a 15. Z výsledků vztahujících se k této průzkumné otázce vyplynulo, že respondenti nejsou příliš spokojeni s tím, jak jejich praktický lékař přistupuje k onkologické prevenci a tento přístup není dle výpovědí oslovených respondentů velmi často zcela vhodný.

Cílem otázky č. 8 bylo zjistit, jak přistupuje praktický lékař seniorů k prevenci onkologických onemocnění. Vhodný či správný přístup byl zjištěn u 81,2 % respondentů a zahrnoval hlídání preventivních prohlídek, na které má senior nárok, včetně jejich vysvětlení a sdělení termínu (26,2 %), zjišťování stavu zdraví a dotazy na nezvyklé symptomy (18,5 %), realizaci důkladného vyšetření (7,7 %), důraz na absolvování preventivních programů a zjišťování příčin neochoty je absolvovat, se současným vysvětlováním významu preventivních prohlídek (4,6 %), obecné informování o onkologické prevenci (1,5 %), realizaci screeningu karcinomu tlustého střeva a konečníku (44,6 %), zasílání žen na screening rakoviny děložního hrdla (7,7 %), zasílání žen na mamograf (23,1 %), předání výsledků z preventivních onkologických programů absolvovaných v jiných zdravotnických zařízeních (9,2 %). Ve výzkumu Doležalové

(2017, s. 40-50) byly zjištěny příznivější výsledky, kdy např. screening karcinomu tlustého střeva a konečníku absolvovalo 55 % oslovených seniorů, odeslání praktickým lékařem na mamograf uvedlo 35 % respondentů. Přístupy praktických lékařů se tedy mohou lišit, což opět vede k zdůraznění potřeby aktivního přístupu seniorů k péči o své zdraví.

Cílem otázky č. 15 bylo zjistit, s čím nejsou případně spokojeni u praktického lékaře, v souvislosti s onkologickou prevencí. Nespokojenost se týkala zejména nevysvětlování rizika onkologických chorob (23,1 %) a neupozornění na to, čeho by si měl senior všimnout nebo jak by měl v souvislosti s onkologickou prevencí vhodně jednat. Celkem 21,5 % seniorům se nedostává vysvětlování významu preventivních onkologických prohlídek. Jak zdůrazňuje Synowiec-Pilat (2015, s. 293-295), rizikem u seniorů je připisování některých symptomů věku, což je ovšem nebezpečné, neboť ne všechny změny v rovině zdraví souvisí s věkem. Z výzkumu Příkrylové (2014, s. 51-61), provedeném na vzorku 162 seniorů, vyplynulo, že jen 65 % seniorů rozumí významu preventivních onkologických programů.

#### **Průzkumná otázka č. 4: Jaký je přístup seniorů k onkologické prevenci?**

Průzkumná otázka č. 4 byla vyhodnocena na základě otázek č. 11, 12, 13 a 16. Z těchto výsledků vyplynulo, že někteří senioři nevolí vhodný přístup: nedocházejí na preventivní prohlídky či absolvují jen některé z nich, neřídí se tím, co je jim doporučováno, ale hodně dají na svoji intuici a emoce. Jak uvádějí Beghe a Balducci (2005, s. 205), někteří senioři mají z onkologického onemocnění velký strach, dodržují tedy termíny preventivních (screeningových) vyšetření, jiní však patří spíše k těm, kteří screening navštíví až v případě přítomnosti závažných symptomů: jedná se o seniory, kteří častěji a více riskují.

Cílem otázky č. 11 bylo zjistit, jak senioři konkrétně přistupují k onkologické prevenci. Jen 33,9 % respondentů chodí pravidelně na všechny zdravotní prohlídky, a to i tehdy, když nemají zdravotní obtíže. Šplíchalová (2010, s. 57-70) ve svém výzkumu dospěla k obdobným závěrům, více než polovina seniorské populace tyto prohlídky nenavštěvuje, přičemž platí, že četnost návštěv onkologických prohlídek se nezvyšuje ani v případě, že se v rodině seniora vyskytlo onkologické onemocnění. Z popsaného průzkumu dále vyplynulo, že 23,1 % seniorů neabsolvuje onkologické preventivní prohlídky, pokud je k tomu lékař nevyzve. Jak zjistila ve svém výzkumu Příkrylová (2014, s. 51-61), nezáleží na tom, jaké má senior vzdělání nebo věk. Senioři jsou v prevenci onkologických onemocnění často pasivní a je tedy důležité aktivování seniora ze strany praktického lékaře, byť jak zdůrazňuje Synowiec-Pilat (2015, s. 293-295), nutností je zvýšení osvěty v populaci seniorů. V popsaném průzkumu uvedlo jen



36,9 % respondentů, že navštíví zavčas lékaře, pakliže objeví na svém těle nezvyklý zdravotní úkaz či se u nich objeví neznámý symptom.

Cílem otázky č. 12 bylo zjistit, jaké screeningové preventivní programy senioři pravidelně absolvují. Převládalo vyšetření karcinomu tlustého střeva a konečníku (58,5 %), dále se jednalo o mamografické vyšetření (50,8 %) a vyšetření prostaty (21,5 %). Dalších 16,9 % respondentů sice tyto programy navštěvuje, nikoliv však pravidelně. Z výzkumu Šplíchalové (2010, s. 57-70) vyplynulo, že pravidelně absolvuje mamografické vyšetření 36 % seniorů, u prostaty v případě mužů se jednalo o 55 %.

Cílem otázky č. 13 bylo zjistit, jaké jsou důvody neabsolvování těchto prohlídek. Oslovení senioři nejčastěji uváděli, že chodí jen na prohlídky, které považují za důležité (46 %), dalších 15,4 % respondentů absolvuje pouze prohlídky, kterých se nebojí nebo které jim nevadí, což je pochopitelně velmi nevhodný přístup. Kvůli absenci zdravotních problémů je nenavštěvuje 15,4 % respondentů, strach z onemocnění, nepříznivého výsledku uvedlo 11,6 % respondentů. Mnohá vyšetření jsou dnes realizována poměrně komfortně. Dle Ion (2014) navíc mnozí praktičtí lékaři mají v současné době takové vybavení svých ordinací, že mohou sdělit výsledek pacientovi krátce po vyšetření. Celkem 11,6 % respondentů uvedlo, že tyto prohlídky neabsolvuje z důvodu omezené mobility. To by se však stávat nemělo. Jak upozorňuje Beránková (2018), praktický lékař má v těchto případech povinnost svého pacienta navštívit v domácím prostředí.

Cílem otázky č. 16 bylo zjistit, zda se senioři informují i z jiných zdrojů o onkologických vyšetřeních, pakliže jim je jejich lékař dostatečně nevysvětlí. Kladně lze hodnotit zjištění, že se jen 21,5 % respondentů dále nedoptává. Ostatní respondenti informace zjišťují, nejčastěji u sestry lékaře (26,2 %). Nicméně nelze hodnotit kladně získávání informací od blízkých (20 %), tyto informace nemusí být správné. Celkem 23,1 % respondentů uvedlo, že je v tomto ohledu spokojeno a nemusí zjišťovat další informace. Podle Wittry, Molinares a Maltser (2018, s. 217) je zapotřebí, aby se seniorům dostávalo v rámci absolvování preventivních onkologických programů vyšší podpory a opory, je nutné podrobnější vysvětlování, se zohledněním specifik seniorského věku.

### **Průzkumná otázka č. 5: Jaká je spokojenost seniorů s preventivními onkologickými prohlídkami u praktického lékaře?**

Průzkumná otázka č. 5 byla vyhodnocena na základě otázky č. 14. Tuto otázku tvořilo soubor dílčích položek, zjišťujících spokojenost respondentů s vybranými aspekty realizace

onkologických preventivních prohlídek. Pouze v případě dotazování se na nezvyklé symptomy a poskytování psychologické podpory při zjištění nepříznivých výsledků uváděla spokojenost nadpoloviční většina respondentů.

S informováním o důležitosti onkologických prohlídek vyjádřilo spokojenost (tj. zvolilo hodnotu 1 nebo 2 na pětistupňové škále, hodnocení bylo obdobné jako ve škole) 46,2 % respondentů, spokojenost s informováním o termínech onkologických prohlídek uvedlo 41,6 % respondentů, spokojenost s vysvětlováním průběhu onkologických prohlídek uvedlo 38,4 % respondentů, spokojenost se zabýváním se obavami seniorů uvedlo 30,8 % respondentů, spokojenost s dotazováním se na nezvyklé symptomy uvedlo 50,7 % respondentů, spokojenost s dostatkem času na případné otázky seniora uvedlo 46,1 % respondentů, spokojenost s podporou při nepříznivých výsledcích uvedlo 57 % respondentů. Oslovení senioři také měli podat celkové ohodnocení přístupu lékaře k onkologickým prohlídkám. Kladné hodnocení podalo 49,2 % respondentů.

#### **Průzkumná otázka č. 6: Jak se liší senioři ve spokojenosti s absolvováním onkologických prohlídek u praktického lékaře dle věku a pohlaví?**

Průzkumná otázka č. 6 byla vyhodnocena na základě otázky č. 14, která měla v dotazníku podobu tabulky, v níž respondenti hodnotili vybrané aspekty preventivních onkologických prohlídek u praktického lékaře, a to z hlediska jejich spokojenosti.

Nejprve byly zjišťovány rozdíly dle pohlaví respondentů. Muži vyjadřovali vyšší spokojenost s vysvětlováním průběhu onkologické prohlídky, zabýváním se obavami, nejistotou pacienta, dotazováním se na nezvyklé symptomy i mimo to, s čím pacient za lékařem přijde. Ženy vyjadřovali vyšší spokojenost v případě informování o důležitosti onkologické prevence, dále v případě informování o termínech onkologických prohlídek a u dostatku času na kladení otázek, když něco není pacientovi jasné. Shodně vyjadřovali muži i ženy spokojenost s podporou lékaře při sdělování nepříznivých výsledků a s celkovým hodnocením spokojenosti, které ovšem nebylo optimální, tj. v průměru u obou pohlaví 2,7, z maximálního možného ohodnocení číslicí 5.

V případě porovnání výsledků dle věku respondentů byla u všech otázek zjištěna vyšší spokojenost seniorů ve věku 60-74 let.

Jak již bylo uváděno, z dostupné literatury, ani absolventských prací, není známé výzkumné šetření na toto téma, výsledky tedy nelze komparovat s dosud zjištěnými poznatky. Nicméně je

možné alespoň vztáhnout tyto výsledky na výsledky k otázce č. 5, v níž byly zjišťovány rozdíly mezi muži a ženami a seniory dle věku na otázku, co si představí pod pojmem onkologická prevence.

Ženy si pod tímto pojmem představily nejčastěji vlastní prevenci, tedy více se zaměřovaly na to, že se jedinec sám musí věnovat péči o sebe, provádět samovyšetření apod. To pak může vysvětlovat odpovědi žen, které mohou vnímat jednání praktického lékaře, ve smyslu zdůrazňování významu onkologické prevence, termínů prohlídek, jako komplementární k jejich vlastnímu zájmu o zdraví, potvrzení tohoto jejich zájmu. Mohou také vítat možnost klást otázky.

Muži si naopak spojovali onkologickou prevenci s vyšetřením u lékaře, což tedy značí spíše pasivní přístup k prevenci onkologických onemocnění. Jestliže tedy muži vyjadřovali vyšší spokojenost s vysvětlováním průběhu onkologické prohlídky, zabýváním se obavami, nejistotou pacienta, dotazováním se na nezvyklé symptomy i mimo to, s čím pacient za lékařem přijde, může toto vyjádření spokojenosti reflektovat spokojenost mužů s tím, že je o ně lékařem postaráno, že mu mohou důvěřovat v péči o zdraví.

V případě vyšší spokojenosti seniorů ve věku 60-74 let oproti seniorům ve věku 75 a více let lze uvažovat o jiných potřebách seniorů ve věku 75 a více let. Tito senioři mohou potřebovat více času k vysvětlení, porozumění některým aspektům onkologických prohlídek.

Jedná se však ve všech případech pouze o hypotézy, které by měly být potvrzeny navazujícím výzkumem. Nebylo zjišťováno např. doplňujícími otázkami, proč jsou senioři s něčím spokojeni, nebo nespokojeni. Může se tedy jednat jak o zdůraznění oblasti, která je pro ně v souvislosti s onkologickými prohlídkami důležitá, jak bylo naznačeno výše v textu, nebo se mohou tyto odpovědi vztahovat spíše k tomu, jak jedná lékař, přičemž každý lékař pochopitelně jedná odlišným způsobem. Tyto výsledky nelze generalizovat, poukazují však patrně na jiné potřeby seniorů v oblasti onkologické prevence, a to v návaznosti na pohlaví a věk seniora.

V návaznosti na zjištěné výsledky lze formulovat následující doporučení pro praxi:

- důsledněji zvat seniory na preventivní prohlídky: jak vyplynulo z průzkumu, senioři prevenci podceňují. Za lékařem mohou přicházet až v případě potíží, což je pozdě. Snižuje se tak možnost úspěšné léčby. Praktičtí lékaři by měli připomínat termíny preventivních prohlídek při každé návštěvě seniora a dále by jej měli zvat telefonicky, což může zajišťovat sestra;

- informování seniorů: vhodné je, aby se při informování o průběhu onkologické prohlídky dostávalo seniorům nejen slovního vysvětlení, což v odpovědích respondentů zaznívalo, ale spíše kombinace slovního vysvětlení s předáním různých materiálů (letáků apod.);
- edukace seniorů: v kontextu výše uvedeného je zapotřebí při každé návštěvě seniorům zdůrazňovat význam onkologické prevence. Lze užít různé příklady, přibližovat následky podcenění prevence. Jak je též zřejmé, nezbytné je zohledňovat, o jakého seniora se jedná. U seniorů vyššího věku (75 a více let) je nutné věnovat informování více času, být trpělivý, více se doptávat na přítomnost možných symptomů, zabývat se obavami seniorů. V případě obou pohlaví je nutné oceňovat vlastní péči o zdraví, u mužů pak více dbát na připomínání termínů, pakliže si muži více spojují onkologickou prevenci s vyšetřením u lékaře, nikoliv s vlastní prevencí;
- osvěta: téměř polovina respondentů neabsolvuje vyšetření karcinomu tlustého střeva a konečníku, ani v dalších druzích preventivních onkologických vyšetření není situace výrazněji lepší. Osvěta by měla být realizována způsobem, který senioři preferují. Z průzkumu vyplynulo, že je vhodné zaměřit se na média (televize, rozhlas, ale i internet), lze však volit i různé kluby pro seniory, zajistit dostatek vhodných edukativních materiálů v ordinaci různých lékařů. Senioři často čerpají informace od svých blízkých. Je tedy žádoucí zaměřit se na různé poskytovatele volnočasových aktivit pro seniory, kteří mohou edukovat seniory v této oblasti.

## 5 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou spokojenosti seniorů s onkologickou prevencí u praktického lékaře. Onkologická onemocnění jsou chápána jako onemocnění stáří. V seniorském věku je vyšší jejich prevalence, obtížnější bývá jejich léčba (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 120).

Práci tvoří teoretická a praktická část. V teoretické práci je charakterizován seniorský věk, přiblížen je výskyt onkologických onemocnění ve stáří, detailněji je pojednáno o prevenci onkologických onemocnění, jež se vyskytují i ve stáří. Zmíněn je přístup seniorů a praktických lékařů k prevenci onkologických onemocnění.

V průzkumné části byl stanoven jeden hlavní cíl a šest dílčích cílů. Hlavním cílem bylo zjistit zkušenosti a spokojenost seniorů s preventivními onkologickými prohlídkami u praktického lékaře. Dílčími cíli bylo zjistit povědomí seniorů o preventivních onkologických programech, jak probíhá informování seniorů o preventivních onkologických programech, přístup praktických lékařů k preventivním onkologickým prohlídkám z hlediska zkušenosti a hodnocení seniorů, přístup seniorů k preventivním onkologickým programům, spokojenost seniorů s absolvováním onkologických prohlídek u praktického lékaře a posledním dílčím cílem bylo zjistit rozdíly ve spokojenosti seniorů s absolvováním onkologických prohlídek u praktického lékaře dle věku a pohlaví.

Z průzkumného šetření vyplývá, že senioři mají povědomí o onkologické prevenci, ne vždy však dostatečné. Podobně ani nebyla zjištěna plná spokojenost oslovených seniorů s realizací onkologické prevence u praktických lékařů. Žádný z respondentů nedokázal podat komplexní vysvětlení pojmu onkologická prevence. Onkologickou prevencí si oslovení senioři spojovali nejčastěji s konkrétními vyšetřeními a vlastní prevencí. Jen 46,2 % respondentů vědělo, jak často mají nárok na onkologické preventivní prohlídky. Celkem 86,1 % respondentů dokázalo uvést alespoň jedno vyšetření, které je v rámci onkologické prevence prováděno.

Senioři nebývají dostatečně informováni o onkologických prohlídkách, ve smyslu slovního informování a předání letáků, brožur. Tuto optimální formu informovanosti ze strany praktického lékaře uvedlo jen 24,6 % respondentů. Pouze 26,2 % seniorů uvedlo, že praktický lékař hlídá termíny preventivních prohlídek, vysvětluje jim jejich průběh, sděluje termín, kdy se mají na konkrétní onkologickou preventivní prohlídku dostavit. Hlavní nespokojenost s přístupem lékaře se týkala neupozornění na rizika onkologických onemocnění, což uvedlo

23,1 % respondentů. Spokojenost se týkala zejména dotazování se lékaře na nezvyklé symptomy a poskytování psychologické podpory při zjištění nepříznivých výsledků.

Senioři ve věku 60-74 let vyjadřovali vyšší spokojenost se všemi vybranými oblastmi onkologických prohlídek ze strany praktického lékaře oproti seniorům ve věku 75 a více let. V případě komparace žen a mužů byla zjištěna u žen vyšší spokojenost v případě informování o důležitosti onkologické prevence, dále v případě informování o termínech onkologických prohlídek a u dostatku času na kladení otázek, když něco není pacientovi jasné. Shodně vyjadřovali muži i ženy spokojenost s podporou lékaře při sdělování nepříznivých výsledků a s celkovým hodnocením spokojenosti s tím, jak praktický lékař přistupuje k onkologickým prohlídkám.

Pouze 33,9 % seniorů pravidelně absolvuje všechny preventivní onkologické prohlídky, na které mají nárok. Nejčastěji respondenti absolvují vyšetření karcinomu tlustého střeva a konečníku (58,5 %) a mamografické vyšetření (50,8 %). Senioři nejčastěji absolvují prohlídky, které považují za důležité, což uvedlo 46 % respondentů.

Pochopitelně tento přístup je zcela nevhodný. Onkologické onemocnění může mít i po dlouhou dobu skrytý průběh, a právě absolvování preventivní onkologické prohlídky zvyšuje možnost včasného odhalení a zahájení léčby. Tím, že jsou u seniorů často přítomny i jiné choroby, nelze vždy volit léčbu, jaká je standardní u pacientů nižšího věku. To je dalším důvodem, proč by senioři neměli preventivní onkologické prohlídky podceňovat.

Průzkum probíhal v době pandemie covid-19. Jedním z jejích negativních dopadů je snížení četnosti absolvování preventivních prohlídek, včetně prohlídek onkologických. To se týká i seniorů, kteří byli a jsou vyzýváni k tomu, aby co nejméně opouštěli své domovy. Z osobní zkušenosti mohu uvést, že se skutečně snížil počet návštěv seniorů u praktických lékařů.

Distribuce dotazníků mezi vybranými seniory tak umožnila nejen zjistit, jak tato část populace přistupuje k onkologické prevenci a jak ji hodnotí, ale zároveň jsem měla možnost apelovat na všechny seniory, kteří se průzkumu zúčastnili, aby věnovali značnou pozornost svému zdraví, a to nejen v souvislosti s výskytem onemocnění dané virem covid-19, ale právě i v souvislosti s možnými výskytmi symptomů onkologických onemocnění. Velká část respondentů po vyplnění dotazníku naslouchala tomu, co jim sděluji, doptávali se na to, jaké mohou být symptomy některých onemocnění či jak probíhají vybraná vyšetření v rámci onkologické prevence. Mnozí z nich si zároveň domluvili u svého praktického lékaře termín

onkologické preventivní prohlídky, kterou měli v plánu vynechat, neboť ji nepovažovali za důležitou a aktuální u své osoby. Tuto skutečnost považují za jeden z hlavních přínosů této práce, společně s možností zvýšení osvěty v problematice prevence onkologických onemocnění u seniorů.

Limity práce jsou spojeny s nízkým počtem respondentů a nereprezentativním průzkumným souborem. Přesto se domnívám, že je práce přínosná, a to jak z hlediska osvěty, tak i praktického dopadu na samotné respondenty. Považuji za důležité, aby se osvěta zvýšila. Jako hlavní doporučení ke změně stávající praxe považuji vytvoření jednoduchého a přehledného letáku, prostřednictvím kterého budou senioři informováni o termínech preventivních onkologických onemocnění, jejich průběhu, s popisem hlavních symptomů onkologických onemocnění, které je zapotřebí nepodceňovat.

## 6 POUŽITÁ LITERATURA

ADAM, Zdeněk a kol. *Kostní nádorová choroba*. Praha: Grada, 2005. 296 s. ISBN 80-247-1357-8.

BÁRTLOVÁ, Sylva a kol. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatel Jihočeského kraje*. Praha: Grada, 2018. 170 s. ISBN 978-80-271-2201-1.

BEGHE, Claudia and Lodovico BALDUCCI. Biological Bias of Cancer in the Older Person. In BALDUCCI, Lodovico and Martine EXTERMANN (eds.). *Biological Bias of Geriatric Oncology*. Boston: Springer, 2005, pp. 189-222. ISBN 0-387-23961-8.

BERÁNKOVÁ, Tereza. Praktičtí lékaři chodí za pacienty stále méně. Lidem radí zavolat si záchranku, to ale ze zákona nesmí. *Rozhlas* [online] Praha, 2018 [cit. 2020-12-15]. Dostupné z: [https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/prakticti-lekari-zdravotnictvi-pacienti-zachranka\\_1809280600\\_jgr](https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/prakticti-lekari-zdravotnictvi-pacienti-zachranka_1809280600_jgr)

CIBULA, David. *Onkogynekologie*. Praha: Grada, 2009. 614 s. ISBN 978-80-247-2665-6.

ČELEDOVÁ, Libuše, Rostislav ČEVELA a kol. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví i prevence nemoci ve stáří*. Praha: Karolinum, 2017. 511 s. ISBN 978-80-246-3828-7.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

ČMZP, 2016. Na preventivní prohlídky chodí více lidí. Pomáhá i zasílání zpráv do mobilu. *Česká průmyslová zdravotní pojišťovna* [online] 2016 [cit. 2021-04-10]. Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/clanek/4706-0-Na-preventivni-prohlidky-chodi-vice-lidi-Pomaha-i-zasilani-zprav-do-mobilu.html>

ČT BRNO, 2011. Onkologická prohlídka za pár tisíc zachránila život 71 lidem. *Česká televize* [online] 2011 [cit. 2020-12-14]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/zpravodajstvi-brno/zpravy/146959-onkologicka-prohlidka-za-par-tisic-zachranila-zivot-71-lidem/>

DOLÁK, František et al. Přístup pacientů k prevenci z pohledu všeobecných praktických lékařů. *Praktický lékař*. 2017, **97**(1), 31-35. ISSN 0032-6739.

ECKSCHLAGER, Tomáš a Luboš PETRUŽELKA. Patofyziologie nádorového růstu a metastázování. In: KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC, Luboš PETRUŽELKA a kol. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 2014, s. 19-28. ISBN 978-80-247-4284-7.



- FAIT, Tomáš, Michal VRABLÍK a Richard ČEŠKA. *Preventivní medicína. 2., rozš. a přeprac.* vyd. Praha: Maxdorf, Jessenius, 2011. 770 s. ISBN 978-80-7345-237-7.
- HAMPLOVÁ, Lidmila. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro střední zdravotnické školy.* Praha: Grada, 2020. 144 s. ISBN 978-80-247-5562-2.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří.* Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAVRÁNEK, Bohuslav. *Slovník spisovného jazyka českého.* Praha: Nakladatelství Československé akademie věd, 1964. 1196 s. ISBN neuvedeno.
- HOLUBEC, Luboš a kol. *Kolorektální karcinom: současné možnosti diagnostiky a léčby.* Praha: Grada, 2004. 175 s. ISBN 80-247-0636-9.
- ION, 2014. Heterogenita vyšetřování TOKS táhne screening dolů. *Medical Tribune* [online] 2014 [cit. 2020-12-16]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/33194-heterogenita-vysetrovani-toks-tahne-screening-dolu>
- ISPV, 2019. VZP: Jaká konkrétní vyšetření jsou obsahem preventivní onkologické prohlídky a kde ji absolvovat? *Revue pro sociální politiku a výzkum* [online] 2019 [cit. 2020-12-14]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2019/11/vzp-jaka-konkretni-vysetreni-jsou-obsahem-preventivni-onkologicke-prohlidky-a-kde-ji-absolvovat/>
- CHRASTINA, Jan. Principy testů určených k detekci okultního krvácení do stolice a jejich charakteristika. *Interní medicína pro praxi.* 2009, **11**(4), 193-196. ISSN 1212-7299.
- KALVACH, Zdeněk et al. *Křehký pacient a primární péče.* Praha: Grada, 2012. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KOLOREKTUM, 2020. Screeningový proces. *Screening kolorektálního karcinomu* [online] Praha, 2020 [cit. 2020-12-14]. Dostupné z: <https://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--organizace--screeningovy-proces>
- KOUDA, Martin, 2020. Nejčastější příčiny krvácení z konečníku. *Žilní poradna* [online] 2020 [cit. 2020-12-14]. Dostupné z: <https://zilniporadna.cz/clanek/nejcastejsi-priciny-krvaceni-z-konecniku-269>
- KULHÁNKOVÁ, Radka. *Psychologické aspekty nádorových onemocnění: obecné informace pro pacienty.* Praha: Liga proti rakovině Praha, 2011. 20 s. ISBN neuvedeno.

- MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 347 s. ISBN 978-80-247-3530-6.
- MACHOVÁ, Jitka. Nádorová onemocnění a jejich prevence. In: MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ (eds.). *Výchova ke zdraví*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2015, s. 220-227. ISBN 978-80-247-5351-5.
- MÁJEK, Ondřej a kol. Aktuální výsledky a průběh screeningu kolorektálního karcinomu v ČR po zavedení adresného zvaní. *Linkos – lékař a multidisciplinární tým* [online] 2015 [cit. 2020-12-14]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/aktualni-vysledky-a-prubeh-screeningu-kolorektalniho-karcinomu-v-cr-po-zavedeni/>
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MÜLLEROVÁ, Dana et al. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 2014. 254 s. ISBN 978-80-246-2510-2.
- NETOLICKÝ, Karel, 2020. S přibývajícím věkem jsou preventivní prohlídky stále důležitější. Lidé neví, jak často na ně chodit. *Pražský patriot* [online] Praha, 2020 [cit. 2020-12-15]. Dostupné z: <https://www.prazskypatriot.cz/s-pribyvajicim-vekem-jsou-preventivni-prohlidky-stale-dulezitejsi-lide-nevi-jak-casto-na-ne-chodit/>
- PETERA, Jiří a Ladislav DUŠEK. Nádorová onemocnění ve starším věku. *Klinická onkologie*. 2014, **24**(3), 210-218. ISSN 0862-495X.
- PINKASOVÁ, Tereza. *Etické aspekty onkologických onemocnění*. Praha: Liga proti rakovině Praha, 2019. 30 s. ISBN 978-80-87573-39-6.
- POVÝŠIL, Ctibor a Ivo ŠTEINER. *Obecná patologie*. Praha: Galén, 2011. 290 s. ISBN 978-80-7262-773-8.
- RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. 225 s. ISBN 978-80-247-3850-5.

SMETANA, Karel. Dožijeme se epidemie zhoubných onemocnění? In: PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014, s. 379-382. ISBN 978-80-247-5471-0.

SOUMAROVÁ, Renata, Martina KUBECOVÁ a kol. *Onkologie. Učební text pro studenty 3. lékařské fakulty UK*. Praha: Univerzita Karlova, 2019. 208 s. ISBN 978-80-87878-37-8.

STOKLASOVÁ, Radka. Specifika péče o geriatrického pacienta. In: BARTŮNĚK, Petr et al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, 2016, s. 335-339. ISBN 978-80-247-4343-1.

TÓTHOVÁ, Valerie, Ivana CHLOUBOVÁ a Radka PROKEŠOVÁ. *Význam ošetrovatelství v preventivní kardiologii*. Praha: Grada, 2019. 157 s. ISBN 978-80-271-2197-7.

SYNOWIEC-PILAT, Malgorzata. Older people' s beliefs on prevention and etiology of cancer in Poland. Implications for health promotion. *Anthropological Review*. 2015, **78**(3), 289-296. ISSN

SYROVÁ, Dana. Nádorová onemocnění – specifické přístupy u seniorů. *Edukafarm*. 2013, 2, 16-17. ISSN 1214-5017.

ÚZIS, 2019. Zdravotnická ročenka České republiky 2018. *Ústav zdravotnických informací a statistiky 2018* [online] Praha: ÚZIS, 2019 [cit. 2020-11-29]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

VEJVODOVÁ, Markéta, 2020. Preventivní vyšetření hrají zásadní roli v úspěšnosti léčby onkologického onemocnění. *Rozhlas.cz* [online] Praha, 2020 [cit. 2020-12-16]. Dostupné z: <https://region.rozhlas.cz/preventivni-vysetreni-hraji-zasadni-roliv-uspesnosti-lecby-onkologickeho-8153269>

VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK, 2021. *Spokojenost pacientů se zdravotní péčí*. [online] 2021 [cit. 2021-05-01]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/spokojenost-pacientu-se-zdravotni-peci>

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2012. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

VZP, 2020. Preventivní prohlídky. *Pojištěnci* [online] Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna, 2020 [cit. 2020-12-14]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky>

WITTRY, Sarah, Diana MOLINARES and Susan MALTSER. Cancer Rehabilitation in Geriatric Patients. In GATCHEL, Robert J., Izabela Z. SCHULTZ and Christopher T. RAY (eds.). *Handbook of Rehabilitation in Older Adults*. Cham: Springer, 2018, pp. 207-228. ISBN 978-3-030-03915-8.

### **Závěrečné práce**

DOLEŽALOVÁ, Barbora, 2017. *Účast seniorů na preventivních prohlídkách*. Bakalářská práce. 97 s. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Ilona Holubová.

PŘÍKRYLOVÁ, Markéta. *Senioři a preventivní prohlídky v ordinaci praktického lékaře pro dospělé*. Brno, 2014. 110 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce PhDr. Michaela Schneiderová.

ŠPLÍCHALOVÁ, Monika. *Senior a prevence onkologických vyšetření*. Brno, 2010. 117 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce Mgr. Hana Pinkavová.

## **7 PŘÍLOHY**

Příloha A – <i>Dotazník pro respondenty</i> .....	85
Příloha B – <i>Tabulky k výsledkové části (doplnění grafů)</i> .....	92

## **Dotazník - „Spokojenost seniorů s onkologickou prevencí u praktického lékaře“**

Dobrý den,

vážené respondentky, vážení respondenti,

jmenuji se Simona Hunčová a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice oboru všeobecná sestra. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Spokojenost seniorů s onkologickou prevencí u praktického lékaře“. Prosím o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku.

Účast v průzkumu je dobrovolná. Dotazník je zcela anonymní.

Instrukce k vyplnění dotazníku: není-li uvedeno jinak, zvolte prosím vždy u každé otázky jednu odpověď, případně doplňte odpověď vlastní.

Mnohokrát děkuji za Vaši ochotu a čas.

- 1) Označte, jaký je den v týdnu:
  - a) Pondělí
  - b) Úterý
  - c) Středa
  - d) Čtvrtek
  - e) Pátek
  - f) Sobota
  - g) Neděle
  
- 2) Napište, jaký je aktuální čas: .....

3) Jaké je Vaše pohlaví?

a) Žena

b) Muž

4) Kolik je Vám let?

a) 60 - 74 let

b) 75 a více let

5) Co si představujete pod pojmem onkologická prevence?

.....

.....

.....

.....

.....

6) Jak probíhá informování o termínu preventivní prohlídky?  
**(možno označit více odpovědí)**

a) Telefonicky (zavolání)

b) Telefonicky (SMS)

c) Osobní pozvání na prohlídku lékařem

d) E-mailem

e) Jinak (uved'te prosím)

7) Jak probíhá informování o způsobu provedení preventivních onkologických programech ze strany praktického lékaře?  
**(možno označit více odpovědí)**

a) Slovní vysvětlení

b) Předání brožur a jiných tištěných materiálů

c) Kombinace slovního vysvětlení a předání příslušných informačních letáků

d) Nijak

- 8) Jak přistupuje Váš praktický lékař k prevenci onkologických onemocnění? (**možno označit více odpovědí**)
- a) Hlídá, na jaké preventivní prohlídky mám nárok, kdy je mám absolvovat, vše mi včas sdělí a vysvětlí a já prohlídky absolvuji
  - b) Hlídá, na jaké preventivní prohlídky mám nárok, kdy je mám absolvovat, moc mi to ale nevysvětlí, ne vše tedy absolvuji (tento přístup mě moc nemotivuje)
  - c) Hlídá a vyžaduje účast jen na některých preventivních prohlídkách – napište prosím, jaké preventivní prohlídky nenabízí.....
  - d) Moc to nehlídá, musím být sám/sama aktivní, zajímat se, ptát se, vést si evidenci
  - e) Při každé návštěvě zjišťuje stav zdraví, nezvyklé symptomy (potíže ve vyprazdňování stolice, nezvyklé kožní útvary, bolesti, potíže s prostatou atd.)
  - f) Při každé návštěvě provádí důkladnější vyšetření, orientační prohlídku, nezabývá se jen tím, s čím za lékařem jdu
  - g) Důsledně vyžaduje, abych absolvoval/a všechny preventivní programy, pokud neabsolvuji nebo nechci, zjišťuje příčiny, vysvětluje význam onkologické prevence
  - h) Informuje mě o onkologické prevenci (význam, četnost, druhy prohlídek)
  - i) Provádí **screening**<sup>1</sup> karcinomu tlustého střeva a konečníku (dá mi test na okultní krvácení do stolice, zašle na kolonoskopii)
  - j) Zasílá mě jako ženu na screening rakoviny děložního hrdla
  - k) Zasílá mě jako ženu na mamograf
  - l) Požaduje po mně výsledky preventivních programů absolvovaných jinde než u praktického lékaře
  - m) Jiné (uveďte prosím)

---

<sup>1</sup> screening=záchyt onemocnění



- 9) Máte představu, jak často máte nárok na onkologickou preventivní prohlídku?
- a) Ano
  - b) Ne
- 10) Co by měl praktický lékař v rámci preventivní onkologické prohlídky dělat? **(možno označit více odpovědí)**
- a) Poslat mě na rentgen plic
  - b) Test na okultní krvácení ze stolice
  - c) Celkové vyšetření pohledem a pohmatem
  - d) Ultrazvukové vyšetření břicha
  - e) Vyšetření prostaty (muži)
  - f) Informovat ženu, že by měla absolvovat screening děložního čípku u svého gynekologa
  - g) Informovat ženu, že by měla absolvovat screeningové vyšetření prsu na mamografu, nasměrovat na nejbližší akreditované mamografické pracoviště
  - h) Ptát se na výskyt onkologického onemocnění v rodině
  - i) Žádné z uvedených
- 11) Uveďte, prosím, jak přistupujete k onkologické prevenci. **(možno označit více odpovědí)**
- a) Pravidelně chodím na všechny preventivní prohlídky, na které mám nárok, i když nemám zdravotní obtíže
  - b) Sám (sama) si hlídám, kdy mám jít na onkologickou prevenci
  - c) Absolvuji nejen preventivní prohlídky, na které mám nárok, ale chodím i na prevenci, kterou si hradím sám/a
  - d) Když mě praktický lékař nikam nepošle nebo neosloví z hlediska onkologické preventivní prohlídky, tak nikam nejdu
  - e) Praktický lékař je svědomitý, ze strachu z pozitivních výsledků odmítám veškerá vyšetření
  - f) Pravidelně využívám nabídku některých onkologických pracovišť, nabízejících za úhradu balíček preventivního vyšetření dle individuálního posouzení

- g) S každým neobvyklým symptomem, zdravotním úkazem, jdu zavčas k lékaři
  - h) Velmi pečlivě dbám na zdravý životní styl
  - i) Jiné (uveďte, prosím, jak)
- 12) Uveďte prosím, jaké screeningové programy pravidelně absolvujete.  
**(možno označit více odpovědí)**
- a) Vyšetření karcinomu tlustého střeva a konečníku (test na okultní krvácení, kolonoskopie)
  - b) Mamografické vyšetření
  - c) Vyšetření prostaty
  - d) Tyto programy absolvuji, ale ne pravidelně
  - e) Absolvuji i další preventivní prohlídky (uveďte prosím)
  - f) Žádné prohlídky neabsolvuji
- 13) Jestliže nechodíte na preventivní onkologické prohlídky, je to z důvodu:  
**(pokud chodíte, nevyplňujete)**  
**(možno označit více odpovědí)**
- a) Mám obavy a strach z onemocnění
  - b) Nechodím na prohlídky, protože nemám zdravotní problémy
  - c) Je pro mě obtížné dopravit se k lékaři
  - d) Chodím jen na ty, které považuji za důležité
  - e) Chodím jen na ty, kterých se nebojím nebo které mi jinak nevadí
  - f) Nevím o možnostech onkologických prohlídek
  - g) Nejsem informována praktickým lékařem o možnostech preventivních prohlídek
  - h) Jiný důvod – uveďte:

- 14) V uvedené tabulce prosím u každé položky označte číslem 1-5 (jako ve škole, tj. 1 = vynikající, 5 = nedostatečné), jak jste spokojen/a s vybranými oblastmi preventivních onkologických prohlídek u praktického lékaře

<b>Položky</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Informování o důležitosti onkologické prevence					
Informování o termínech onkologických preventivních prohlídek					
Vysvětlování průběhu onkologické preventivní prohlídky					
Zabývání se vašimi obavami, nejistotou apod. (v souvislosti s preventivními onkologickými prohlídkami)					
Dotazování na nezvyklé symptomy, změny ve zdravotním stavu (lékař se sám ptá, nevyšetřuje pouze to, s čím za ním přijdete)					
Dostatek času na případné otázky, když vám něco není jasné v souvislosti s onkologickými preventivními prohlídkami					
Podpora při sdělení nepříznivých výsledků (vyslechnutí, uklidnění, informování o dalším postupu apod.)					
Jak byste celkově ohodnotil/a přístup praktického lékaře k preventivním prohlídkám? (informování o termínech, vysvětlování, vyšetření)					

15) Pokud jste nespokojen/a se způsobem provádění preventivních onkologických prohlídek praktickým lékařem, napište prosím, co vám ze strany praktického lékaře v souvislosti s prevencí onkologického onemocnění vadí:

**(pokud jste spokojen, nevyplňujete)**

**(možno označit více odpovědí)**

- a) Neinformuje mě o významu onkologické prevence
- b) Nehlídá, kdy mám na jakou prohlídku jít
- c) Nezajímá se o výsledky preventivních prohlídek absolvovaných jinde
- d) Neprovádí vyšetření, neptá se na symptomy, když jej navštívím kvůli jinému zdravotnímu problému
- e) Moc mi nevysvětluje, jak onkologická prevence probíhá, nedělá osvětu
- f) Nevyžaduje po mně, abych absolvoval/a onkologickou prevenci, nepřesvědčuje mne apod.
- g) Neupozorňuje mě, na jaké nezvyklé projevy si mám dávat pozor
- h) Nevysvětluje mi, jaká jsou u mě rizika onkologického onemocnění v důsledku dědičné zátěže
- i) Jiné (uved'te prosím)

.....

16) Pokud nejste spokojen/a se způsobem vysvětlení preventivního onkologického vyšetření praktickým lékařem, informujete se o tomto ještě někde jinde? **(možno označit více odpovědí)**

- a) Ano, zeptám se sestry praktického lékaře
- b) Ano, zeptám se jiného svého lékaře
- c) Ano, zeptám se někoho blízkého
- d) Ano, hledám informace na internetu, v knihách apod.
- e) Ne
- f) Jsem spokojen/a, praktický lékař mi vše potřebné sdělí, nepotřebuji se doptávat

**Tabulka 3: Přístup praktického lékaře k prevenci onkologických onemocnění**

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hlídá, na jaké preventivní prohlídky mám nárok, kdy je mám absolvovat, vše mi včas sdělí a vysvětlí a já prohlídky absolvuji	17	26,2 %
Hlídá, na jaké preventivní prohlídky mám nárok, kdy je mám absolvovat, moc mi to ale nevysvětlí, ne vše tedy absolvuji (tento přístup mě moc nemotivuje)	4	6,2 %
Hlídá a vyžaduje účast jen na některých preventivních prohlídkách – napište prosím, jaké preventivní prohlídky nenabízí	8	12,3 %
Moc to nehlídá, musím být sám/sama aktivní, zajímat se, ptát se, vést si evidenci	10	15,4 %
Při každé návštěvě zjišťuje stav zdraví, nezvyklé symptomy (potíže ve vyprazdňování stolice, nezvyklé kožní útvary, bolesti, potíže s prostatou atd.)	12	18,5 %
Při každé návštěvě provádí důkladnější vyšetření, orientační prohlídku, nezabývá se jen tím, s čím za lékařem jdu	5	7,7 %
Důsledně vyžaduje, abych absolvoval/a všechny preventivní programy, pokud neabsolvuji nebo nechci, zjišťuje příčiny, vysvětluje význam onkologické prevence	3	4,6 %
Informuje mě o onkologické prevenci (význam, četnost, druhy prohlídek)	1	1,5 %
Provádí screening karcinomu tlustého střeva a konečníku (dá mi test na okultní krvácení do stolice, zašle na kolonoskopii)	29	44,6 %
Zasílá mě jako ženu na screening rakoviny děložního hrdla	5	7,7 %
Zasílá mě jako ženu na mamograf	15	23,1 %
Požaduje po mně výsledky preventivních programů absolvovaných jinde než u praktického lékaře	6	9,2 %
Jiné (uveďte prosím)	2	3,1 %

**Tabulka 4: Představa respondentů o náplni onkologických prohlídek**

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Poslat mě na rentgen plic	10	15,4 %
Test na okultní krvácení ze stolice	49	75,4 %
Celkové vyšetření pohledem a pohmatem	22	33,9 %
Ultrazvukové vyšetření břicha	11	16,9 %
Vyšetření prostaty (muži)	10	15,4 %
Informovat ženu, že by měla absolvovat screening děložního čípku u svého gynekologa	13	20,0 %
Informovat ženu, že by měla absolvovat screeningové vyšetření prsu na mamografu, nasměrovat na nejbližší akreditované mamografické pracoviště	21	32,3 %
Ptát se na výskyt onkologického onemocnění v rodině	21	32,3 %
Žádné z uvedených	1	1,5 %

**Tabulka 5: Přístup respondentů k onkologické prevenci**

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Pravidelně chodím na všechny preventivní prohlídky, na které mám nárok, i když nemám zdravotní obtíže	22	33,9 %
Sám (sama) si hlídám, kdy mám jít na onkologickou prevenci	7	10,8 %
Absolvuji nejen preventivní prohlídky, na které mám nárok, ale chodím i na prevenci, kterou si hraším sám/a	1	1,5 %
Když mě praktický lékař nikam nepošle nebo neosloví z hlediska onkologické preventivní prohlídky, tak nikam nejdu	15	23,1 %
Praktický lékař je svědomitý, ze strachu z pozitivních výsledků odmítám veškerá vyšetření	0	0,0 %
Pravidelně využívám nabídku některých onkologických pracovišť, nabízejících za úhradu balíčků preventivních vyšetření dle individuálního posouzení	3	4,6 %
S každým neobvyklým symptomem, zdravotním úkazem jdu zavčas k lékaři	24	36,9 %
Velmi pečlivě dbám na zdravý životní styl	10	15,4 %
Jiné (uveďte prosím jak)	2	3,1 %