

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2007

IVA ŠAFRÁNKOVÁ

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetřovatelství**

**Navazující magisterské studium
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Prevence rizikových onemocnění u lidí středního věku

2006/2007

IVA ŠAFRÁNKOVÁ

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková

Anotace

Titul a jméno autora: Bc. Iva Šafránková

Instituce: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
Studničkova 5, 121 00 Praha 2

Obor: Navazující magisterské studium oboru učitelství
Zdravotnických předmětů pro střední školy

Název práce: Prevence rizikových onemocnění u lidí středního věku

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková

Počet stran: 104

Počet příloh: 6

Rok obhajoby: 2007

Klíčová slova: prevence, preventivní programy, nádory, hypertenze, infarkt myokardu, volný čas, životní styl

Tato práce si klade za cíl zjistit, jestli lidé ve středním věku znají preventivní opatření pro riziková onemocnění. V teoretické části je uveden přehled 4 zdravotních pojišťoven a jejich preventivní programy. Další část je tvořena rozpracováním vybraných onemocnění. Výzkumná část zjišťuje, jaký přístup mají lidé ve středním věku k prevenci, jak tráví svůj volný čas, pracovní povinnosti a jestli žijí zdravým životním stylem.

Abstract

Author's name: Iva Šafránková

School: Charles University, Prague
1st Faculty of Medicine
Institut of Theory and Practice of Nursing
Studnickova 5, 121 00 Prague

Program: Health Care Administration

Title: The Prevention from Risky Diseases of Middle-aged People.

Consultant: Mgr. Eva Marková

Number of pages: 104

Number of attachments: 6


Year: 2007

Key words: Prevention, Prevention Programmes, Tumours, Hight blood pressure,
Heard attact, Free time, Life styl

The aim of this study is to find whether the middle-aged people know preventive measures in case of risky diseases. Its theoretical part lists health insurance companies and their preventive programmes. The following part describes selected diseases. The third part is focused on research and finds out the approach of middle-aged people to prevention, their way of spending leisure, working duties and lifestyle.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, vycházela jsem ze svých zkušeností a znalostí. Čerpala jsem pouze z pramenů uvedených v seznamu literatury.

Podpis.....

V Praze dne 30. 4. 2007

Děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Evě Markové za odborné vedení a cenné podněty.

V Praze dne 30. 4. 2007

OPONENT: Mgr. Jana MLÝNKOVÁ
OBHAJOBA DIPLOMOVÉ PRÁCE: 11. 6. 2007
HODNOCENÍ: Práce byla obhájena.

Obsah:

1. ÚVOD	6
2. CÍLE A HYPOTÉZY	7
3. TEORETICKÁ ČÁST	8
3.1 Charakteristika středního věku	8
3.2 Klasifikace prevence.....	8
3.3 Přehled preventivních zdravotních programů 4 největších ZP v ČR.....	9
4. KLINICKÁ ČÁST	17
4.1 Epidemiologie nádorů.....	17
4.2 Bronchogenní karcinom.....	18
4.3 Karcinom tlustého střeva a konečníku	24
4.4 Karcinom prsu.....	30
4.5 Karcinom hrdla děložního	38
4.6 Hypertenze	40
4.7 Akutní infarkt myokardu	45
5. EMPIRICKÁ ČÁST	51
5.1 Metodika práce	51
5.2 Dotazníková šetření	51
5.3 Charakteristika souboru	51
5.4 Organizace výzkumu	52
5.5 Zpracování dat	52
5.6 Výsledky	52
6. DISKUZE	100
7. ZÁVĚR	102
8. POUŽITÉ ZDROJE	103
9. POUŽITÉ ZKRATKY	104
10. PŘÍLOHY	105

1. ÚVOD:

Téma diplomové práce Prevence rizikových onemocnění u lidí středního věku jsem si vybrala proto, že pracuji již pátým rokem ve zdravotnictví a zajímalo mě, jestli se lidé zajímají o své zdraví. Proto jsem provedla výzkumnou sondu. Výzkum se týkal lidí ve věku od 40 do 60 let, výzkumný vzorek činil 150 dotázaných lidí různého pohlaví, vzdělání, povolání, bydliště, stavu atd.

Problematika prevence je velmi důležitou otázkou. Vzhledem k tomu, že na jedné straně výrazně vzrůstají možnosti léčby skoro všech onemocnění, na druhé straně se v posledních letech zcela výrazně u části populace zvýšila pracovní aktivita, až za rámec zdravého životního stylu. Zvyšuje se podíl onemocnění civilizačního typu a současně se zvyšuje preventivní screening závažných onemocnění. Zdravotní pojišťovny připravují a nabízejí celou řadu preventivních programů. Reálný zájem pojištěnců, ale nepokrývá nabízené možnosti.

Obsahem práce je zmapování preventivních programů 4 největších zdravotních pojišťoven v České republice, podrobný popis základních rizikových onemocnění a to jejich charakteristiku a symptomy, možnosti preventivních vyšetření a základní možnosti léčby na základě potřebných znalostí zdravotní sestry.

V empirické části se práce zaměřuje na vyhodnocení dotazníků z výzkumné sondy, která se týkala zjištění informací o znalostech a využívání preventivních programů. Výzkum je doplněn znalostmi o životním stylu dotazovaných, které jsou důležitými doplňujícími informacemi k znalostem zájmu obyvatelstva ve věkové struktuře od 40 do 60 let, která je nejvíce ohrožena civilizačními nemocemi a současně může nejvíce pozitivně ovlivnit svůj zdravotní stav péčí o své zdraví a využití preventivních programů.

2. CÍLE A HYPOTÉZY:

Cíl práce:

Zjištění postojů lidí středního věku k nejčtenějším rizikovým onemocněním a zmapováním, jakým způsobem reaguje na zvyšující se počet rizikových onemocnění v ČR Ministerstvo zdravotnictví ČR a čtyři největší Zdravotní pojišťovny.

Úkoly:

1. Popis jednotlivých rizikových onemocnění v ČR (hypertenze a infarkt myokardu, bronchogenní karcinom, kolorektální karcinom, rakovina prsu a děložního čípku).
2. Přehled preventivních zdravotních programů Ministerstva zdravotnictví ČR a čtyř zdravotních pojišťoven.
3. Průzkum postojů lidí středního věku k rizikovým onemocněním a k jejich prevenci.
4. Závěry a doporučení ze získaných poznatků z teorie a z průzkumu.

Hlavní hypotéza: Prevence rizikových onemocnění u lidí ve středním věku je dostatečná a lidé k ní přistupují aktivně.

Vedlejší hypotézy:

1. Zdravotní pojišťovny a Ministerstvo zdravotnictví ČR reagují v rámci preventivních programů na nejčtenější riziková onemocnění.
2. Předpokládám, že 60 % lidí ze zkoumaného vzorku aktivně vyhledává informace o zdravotní prevenci.
3. Domnívám se, že 30 % lidí ze zkoumaného vzorku žije zdravým životním stylem a snaží se předcházet rizikovým onemocněním.
4. Předpokládám, že jedna třetina lidí ze zkoumaného vzorku zná zdravotní preventivní programy.

3. TEORETICKÁ ČÁST

3.1 Charakteristika středního věku

Klasifikace stáří dle SZO:

45 – 59 let – střední věk – též zralý věk

60 – 74 let – vyšší věk – rané stáří

75 – 89 let – stařecký věk – senium

90 – vyšší věk – dlouhověkost

Charakteristika dospělosti:

Dospělost je charakterizována dosažením určité úrovně osobní i společenské odpovědnosti. Věková hranice tohoto období je velice individuální, mezi jednotlivci jsou výrazné rozdíly.

Časná dospělost (20 – 30 let) je charakterizována emocionální nezávislostí na rodičích, hledáním partnera, založením rodiny, odbornou kvalifikací ve zvolené profesi. Narozením dítěte vzniká rodina, děti jim přinášejí mnoho radostí, ale i starostí a konfliktů.

Střední dospělost (30 – 40 let) je období, kdy se upevňuje role dospělého, odpovědnost, ekonomická aktivita, postavení v zaměstnání. Rodiče se věnují výchově dětí. Koncem období přichází někdy *krize středního věku*.

Pozdní dospělost (45 – 60 či 65 let) je obdobím, kdy se člověk již začíná ohlížet za dosavadním životem, hodnotí dosažení vytyčených cílů, přehodnocuje nereálné cíle a postupně se vyrovnává s životní realitou. Objevují se první poklesy výkonnosti, některé příznaky chronických onemocnění, u žen menopauza, blíží se odchod do důchodu. Velkou zátěží je ztráta životního partnera, osamělost je snášena těžce. (3)

3.2 Klasifikace prevence

Primární prevence: je zaměřena na zdravé lidi. Jejím cílem je předcházet zdravotním problémům. Nezabývá se pouze prevencí vzniku chorob, ale také pozitivním zlepšováním zdravotního stavu, což vede ke zvyšování kvality života. Její snahou je především ovlivnit vnější faktory (dietní návyky, požívání alkoholu, kouření, pohyb atd.).

- eliminuje nebo se snaží o snížení expozice rizikových faktorů

- podporuje aktivity vedoucí k pozitivním změnám životního stylu

Sekundární prevence: je zaměřena na včasné zjištění již existujícího onemocnění. Má zabránit rozvoji choroby a určit diagnózu ještě v době, kdy je onemocnění ve vyléčitelném stadiu.

Terciární prevence: je zaměřena na lidi, u nichž již nelze vzniku onemocnění zabránit a nemoc propukla, je třeba výchova nemocných i rodinných příslušníků k tomu, jak využít co nejvíce stávajících možností zdravého žití a jak se vyhnout zbytečným komplikacím a problémům. (4)

3.3 Přehled preventivních zdravotních programů 4 největších zdravotních pojišťoven v ČR

Preventivní zdravotní programy jsou prezentovány na webových stránkách zdravotních pojišťoven následujícím způsobem.

www.vzp.cz

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP)

Preventivní prohlídka je celkovým vyšetřením, na které přicházíte **jedenkrát za dva roky**, a to i když nemáte zdravotní obtíže. Její součástí je **anamnéza**, kdy praktický lékař pro dospělé cílenými dotazy na onemocnění v rodině, na vaše dřívější onemocnění, vaše pracovní zatížení a životní návyky zjišťuje předpokládaná zdravotní rizika. Kontroluje očkování proti tetanu. Dále lékař provádí vlastní **vyšetření** pohledem na kůži a sliznice, např. spojivky. Dívá se na jazyk, do hrdla, pohmatem vyšetří štítnou žlázu a hlavní skupiny uzlin. Poklepem a poslechem vyšetřuje srdce a plíce, spočítá tep a změří krevní tlak, prohmatá břicho, zjišťuje bolestivost v oblasti ledvin, stav žil a tepen na dolních končetinách, zváží vás nebo i změří, orientačně vyšetří sluch a vidění. Povinnou součástí preventivní prohlídky je onkologická prevence. Lékař provede vyšetření moči, konečníku, varlat a prsů, spolu s poučením o nutnosti a způsobu samovyšetřování.

- Od **40 let** věku se provádí vyšetření EKG (v čtyřletých intervalech).
- V **18, 40, 50 a 60 letech** lékař zařídí provedení vyšetření cholesterolu a tukových látek v krvi.

- Od **45 let** se provádí i kontrola hladiny cukru v krvi v dvouletých intervalech.
- Od **50 let** se provádí v intervalu dvou let preventivní vyšetření stolice na přítomnost krve, což může včas odhalit počáteční stadia rakoviny tlustého střeva a konečníku.
- U žen ve věku **od 45 do 69 let** praktický lékař ověřuje, zda bylo v posledních dvou letech provedeno mamografické vyšetření. Pokud se tak nestalo, doporučuje jeho provedení na některém z akreditovaných pracovišť.

Výsledkem preventivní prohlídky jsou konkrétní závěry. **V případě nálezu zajistí lékař poskytnutí potřebné odborné zdravotní péče.** Je samozřejmé, že preventivní prohlídky jsou zaměřeny především na vyhledávání závažných onemocnění, která jsou předmětem zdravotních programů zaměřených např. na onemocnění srdce a cév, nádory, cukrovku, dále pak na onemocnění, která vyžadují zdravotní péči v rámci dispenzární péče a zachycují i nemocné s vzácně se vyskytujícími onemocněními, která vyžadují specializovanou péči.

Preventivní prohlídka u ženského lékaře

Provádí se počínaje **15. rokem věku každý rok**. Jejím účelem je včasné zjištění všech odchylek od normy.

Obsahem preventivního vyšetření je zjištění příslušných osobních i rodinných údajů a vlastní vyšetření. Vyšetření se provádí pohledem, pomocí zrcadel a pohmatem. Podle potřeby se provádí odběr materiálu na mikrobiologické nebo cytologické vyšetření. Výsledkem prohlídky je závěr s návrhem na další postup. Její součástí je též vyšetření prsů, nácvik samovyšetření prsů a u žen ve věku od 45 do 69 let doporučení ve dvouletých intervalech mamografického vyšetření na některém z akreditovaných pracovišť. Nemělo by rovněž chybět poučení o správných hygienických návycích a podle potřeby zajištění dispenzární či další specializované odborné péče. I v rámci těchto prohlídek je vyšetření zaměřeno na vyloučení nebo včasné zjištění onemocnění, která jsou předmětem onkologického programu či dalšího odborného vyšetření a léčení. Při zjištění postižení, které je známkou celkového onemocnění nebo onemocnění patřících do péče jiných odborných lékařů, gynekolog informuje praktického lékaře

nebo předá pojištěnku do příslušné odborné péče. Při zjištění těhotenství je žena svým gynekologem sledována.

Žijeme v době, která s sebou nese rizika, vedoucí k rozvoji tzv. civilizačních chorob, jako jsou obezita, ateroskleróza, cukrovka a další. Tyto nemoci prokazatelně zhoršují naši výkonnost a zkracují náš život. Jednoduchým měřením nebo krevními zkouškami lze působení těchto rizik odhalit a předejít tak vážným následkům.

ČR patří mezi země s nejvyšší úmrtností na kardiovaskulární choroby, mezi něž patří zejména infarkt myokardu a mozkové příhody. Tato onemocnění jsou částečně způsobena metabolickými poruchami, většinou však nezdravou výživou, ve které převládá spotřeba živočišných tuků. Podle údajů odborné lékařské společnosti je v České republice evidováno cca 600 tisíc diabetiků. U dalších cca 200 tisíc osob trpících diabetem onemocnění zatím nebylo zjištěno. (18)

www.ozp.cz

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP)

Preventivní vyšetření prsů

Zhoubné nádory prsu se vyskytují převážně v ženské populaci. Pokud jsou zachyceny včas, existuje vysoká, až 95 % pravděpodobnost vyléčení. Program zahrnuje klinické vyšetření, vyšetření ultrazvukem či speciálním roentgenem mammografií. Mammograf může odhalit i tak malý nádor, který není patrný na pohmat v době, kdy žena ještě nepocítuje žádné obtíže. V případě pozitivního nálezu je zajištěna následná péče. Vyšetření je realizováno ve spolupráci s odbornými pracovišti, vybavenými mammografem.

Podmínky realizace:

- Určeno: ženám ve věku **od 40 let** do dne před dovršením **45 let**, které neabsolvovaly vyšetření ze zdravotní indikace
- Frekvence vyšetření: 1x za 2 roky

- Program lze čerpat: celoročně v tzv. "Dnech prevence s OZP", které jsou u vybraných zdravotnických zařízení stanoveny specificky dle možností daného pracoviště, maximálně však 1 až 2x za měsíc

Jaký význam se přikládá prevenci?

Veškerý důraz se klade na prevenci nádorového onemocnění. Velmi záleží na zodpovědnosti každé ženy, aby ve spolupráci s lékařem případný nádor zachytili včas. Každá žena si sama musí pozorně všimnout podezřelých změn tvaru prsu nebo různých zduření, vtažené bradavky nebo výtoků z ní. Jakékoliv změny jsou důvodem k okamžité návštěvě lékaře. Po **30. roce věku** by měly všechny ženy požádat svého gynekologa o klinické vyšetření prsů a tuto návštěvu opakovat pravidelně každé 3 roky. Po **40. roce věku** se doporučuje mamografické vyšetření 1x ročně nebo 1x za dva roky.

Prevence karcinomu tlustého střeva a konečníku

Program je realizován po konzultaci s odborníky v oboru gastroenterologie. Program je zaměřen na včasné odhalování nádoru tlustého střeva a konečníku v raných stádiích. Toto nádorové onemocnění vzniká mimo jiné i vlivem nesprávné životosprávy či vlivem genetických předpokladů a častěji postihuje muže. Pokud se nádor zachytí včas, naděje na jeho vyléčení je mnohonásobně vyšší. **Od 50 let** věku je toto screeningové vyšetření hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.

Podmínky realizace:

- Určeno všem pojištěncům ve věku **od 40 do 49 let**
- Frekvence vyšetření: 1x ročně
- Program lze čerpat: celoročně v tzv. "Dnech prevence s OZP", které jsou u vybraných zdravotnických zařízení stanoveny specificky dle možností daného pracoviště, maximálně však 1 až 2x za měsíc. (15)

www.vozp.cz

Vojenská zdravotní pojišťovna (VOZP)

Příspěvek na mamografické vyšetření

Pojišťovna poskytne jednou za dva roky (tj. v roce, kdy vyšetření není hrazeno

v rámci preventivního programu z veřejného zdravotního pojištění) příspěvek ve výši **300,- Kč**. Podmínkou je odevzdání výsledku mamografie ošetřujícímu lékaři.

K poskytnutí příspěvku je nutno předložit a splnit tyto podmínky:

- vyplnit žádost o poskytnutí příspěvku
- doklad o zaplacení nákladů na provedené vyšetření spolu s identifikačními údaji žadatelky a potvrzení o odevzdání výsledku mamografie ošetřujícímu lékaři.

Příspěvek na vyšetření okultního krvácení ve stolici

Pojišťovna poskytne příspěvek jedenkrát ročně až do výše **150,- Kč** na screeningové vyšetření k prevenci rakoviny tlustého střeva pomocí Haemoccult testu, případně jiným standardizovaným testem, a to tehdy, pokud v tomto roce není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Příspěvek se poskytne pojištěnci ve věku **od 40 let do 50 let** (pak je již hrazeno z veřejného zdravotního pojištění).

K poskytnutí příspěvku je nutno předložit a splnit tyto podmínky:

- vyplnit žádost o poskytnutí příspěvku
- originál platebního dokladu za provedené vyšetření (doklad musí obsahovat rodné číslo, příjmení, jméno, důvod platby, výše úhrady, razítko a podpis lékaře). (17)

www.mvcr.cz

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky (MVČR)

Preventivní prohlídky provádějí pouze registrující lékaři (praktičtí lékaři, stomatologové, gynekologové) a **povinnost zvát pojištěnce na tyto prohlídky nemají**. Je proto lepší zajímat se o provedení preventivní prohlídky sám. Provedení preventivní prohlídky ve stanovených intervalech je hrazeno ze základního zdravotního pojištění. Pro orientaci uvádíme základní přehled preventivních prohlídek, jak je stanoví zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a vyhláška MZ č. 56/1997.

Praktický lékař pro dospělé

Frekvence: 1x za dva roky, nejdříve však 23 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky

Obsah prohlídky:

- doplnění anamnézy se zaměřením na změny, rizikové faktory a profesní rizika; v rodinné anamnéze je zvláštní důraz kladen na výskyt kardiovaskulárních onemocnění, výskyt hypertenze, diabetes mellitus (cukrovky), poruch metabolismu tuků a nádorových onemocnění,
- kontrola očkování proti tetanu,
- kompletní fyzikální vyšetření interního charakteru, včetně orientačního vyšetření zraku a sluchu, změření krevního tlaku a změření hmotnosti; povinnou součástí preventivní prohlídky je onkologická prevence, včetně vyšetření kůže, vyšetření per rektum (konečníku) a vyšetření testes (varlat) a prsou spolu s poučením o nutnosti a způsobu samovyšetřování; vyšetření EKG se provádí u osob **od 40 let** věku ve čtyřletých intervalech, při zjištění hypertenze (vysokého krevního tlaku), pro kterou není pacient dispenzarizován, vždy,
- laboratorní vyšetření:
 - a) orientační chemické vyšetření moče,
 - b) vyšetření plasmatického cholesterolu celkového a plasmatických lipoproteinů, včetně triacylglycerolů (LDL+HDL) v rámci první preventivní prohlídky u praktického lékaře **v 18 letech** a dále ve **40, 50 a 60 let** věku,
 - c) vyšetření glykémie od 45 let věku ve dvouletých intervalech,
 - d) stanovení okultního krvácení ve stolici standardizovaným testem u osob **od 50 let věku** ve dvouletých intervalech.

Balíček pro ženy

Klientka, která splňuje podmínky pro čerpání příspěvku z fondu prevence, si v rámci balíčku vybere libovolný počet položek, které může čerpat maximálně do výše **500 Kč** za všechny položky souhrnně.

Položky:

1. Mammografický screening - mammografické vyšetření **od 40 do 45 let**.
2. Gynekologický program - screening karcinomu čípku hrdla děložního.

3. Vitaminy nebo odborně vedený kurz pro těhotné ženy.
4. Pomůcky pro kojící matky nebo příspěvek na odborně vedený kurs matek s dětmi.
5. Očkování proti klíšťové encefalitidě - 2. a 3. dávka + revakcinace - **od 18 let.**
6. Očkování proti žloutence typu A - 2. dávka nebo B - 2. a 3. dávka + revakcinace – **do 26 let.**
7. Očkování proti žloutence typu AB - 2. a 3. dávka + revakcinace - **do 26 let.**
8. Očkování proti meningokokovému onemocnění - **do 26 let.**
9. Příspěvek na další očkovací látky (kromě výše uvedených) nehrazené z veřejného zdravotního pojištění (např. očkování proti chřipce).
10. Depistáž aterosklerózy - **od 35 do 44 let.**
11. Screening karcinomu tlustého střeva - vyšetření okultního krvácení ve stolici - **od 40 do 50 let.**
12. Příspěvek na plavání pro neplavce.
13. Vitamíny pro těhotné ženy

Balíček pro muže

Klient, který splňuje podmínky pro čerpání příspěvku z fondu prevence, si v rámci balíčku vybere libovolný počet položek, které může čerpat maximálně do výše **500 Kč** za všechny položky souhrnně.

1. Očkování proti klíšťové encefalitidě - 2. a 3. dávka + revakcinace - **od 18 let.**
2. Očkování proti žloutence typu A - 2. dávka nebo B - 2. a 3. dávka + revakcinace - **do 26 let.**
3. Očkování proti žloutence typu AB - 2. a 3. dávka + revakcinace - **do 26 let.**
4. Očkování proti meningokokovému onemocnění - **do 26 let.**
5. Příspěvek na další očkovací látky (kromě výše uvedených) nehrazené z veřejného zdravotního pojištění (např. očkování proti chřipce).
6. Preventivní prohlídka pro výkonnostní a vrcholové sportovce.
7. Depistáž aterosklerózy - **od 35 do 44 let.**
8. Screening karcinomu tlustého střeva - vyšetření okultního krvácení ve stolici - **od 40 do 50 let.**
9. Příspěvek na plavání pro neplavce. (13)

www.mzcr.cz

Na internetových stránkách **Ministerstva zdravotnictví** je pouze tento odkaz, který se týká prevence onkologického onemocnění. Více informací je uvedeno v příloze číslo 1.

Prevence nádorů (MZCR)

V důsledku stále zvyšujícího se výskytu nádorových onemocnění je hlavní důraz kladen na jejich prevenci. Z tohoto důvodu vznikl i projekt onkologické prevence a webové stránky www.prevencenadoru.cz, kde jsou podrobné informace o této problematice. Projekt si klade za cíl seznámit co nejširší spektrum obyvatel se základními principy primární a sekundární onkologické prevence, poučit je o možných důsledcích rizikového životního stylu, nabídnout jasnou alternativu a informovat o zákonných právech na onkologickou prohlídku. (14)

4. KLINICKÁ ČÁST

V rámci klinické části diplomové práce, v návaznosti na sledovanou problematiku znalosti prevence a preventivních programů zdravotních pojišťoven v České republice u části české populace, se zaměřuji na výklad a rozbor hlavních rizikových onemocnění a to na epidemiologii nádorů, bronchogenní karcinom, karcinom tlustého střeva a konečníku, karcinom prsu, karcinom hrdla děložního, hypertenzi a akutní infarkt myokardu. Tato onemocnění patří v Evropě i v České republice podle statistiky k nejrizikovějším, s velkým počtem onemocnění i vysokou mírou úmrtí, a proto se na ně, jak již bylo uvedeno v předcházející části zaměřuji i preventivní programy zdravotních pojišťoven.

4.1 Epidemiologie nádorů

Epidemiologie nádorových onemocnění studuje především dva ukazatele. Výskyt čili incidenci zhoubných nádorů a úmrtnost čili mortalitu. Popisná epidemiologie zkoumá změny incidence a mortality v čase a zabývá se stanovením dalších epidemiologických ukazatelů (např. prevalence). Analytická epidemiologie studuje souvislosti mezi výskytem nádorů a faktory zevního prostředí. Snaží se koncipovat preventivní opatření směřující k eliminaci škodlivých vlivů přispívajících ke vzniku nádorového bujení.

Předpokladem pro epidemiologické studie je sběr potřebných dat, soustředěných v registru zhoubných novotvarů. Ten se opírá o analýzu tzv. onkologických hlášení. Je proto žádoucí, aby všichni lékaři, kteří diagnostikují nebo léčí nemocné se zhoubnými nádory, věnovali tomuto hlášení náležitou pozornost, jeho význam nepodceňovali a požadované údaje vyplňovali odpovědně a přesně. Hlášení je v našem státě povinné od roku 1953 a od roku 1976 je zavedeno i hlášení kontrolní, zachycující údaje o pacientech v průběhu jejich dispenzarizace, včetně data a příčiny úmrtí. Zpracováním dat registru se pak získávají zmíněné základní epidemiologické ukazatele.

Incidence nádorů je frekvence nově vzniklých onemocnění v dané populaci (okres, region, stát) v určitém časovém období, zpravidla v 1 kalendářním roce.



Vyjadřuje se obvykle poměrem počtu nových onemocnění na 100 000 obyvatel v dané populaci za rok. Údaje se týkají buď celé populace, nebo se vztahují k počtu obyvatel podle pohlaví, podle věku apod. Vyjadřují se pro veškerá nádorová onemocnění nebo pro jednotlivé topografické lokalizace.

Mortalita je analogickým ukazatelem vyjadřujícím počet zemřelých na zhoubné nádory, obvykle opět na 100 000 obyvatel na určitém území v určitém roce.

Prevalence je odhadovaný počet nemocných se zhoubným nádorovým onemocněním žijících k určitému časovému okamžiku v určité populaci, vztažený opět nejčastěji na 100 000 obyvatel. Tento ukazatel klesá s nárůstem mortality a jeho spolehlivost předpokládá dostatečně fungující populační registr.

Aby bylo možné příslušné ukazatele srovnávat i v mezinárodním měřítku, provádí se tzv. **standardizace epidemiologických ukazatelů**. Principem této metody je přepočtení skutečných údajů na teoretický počet, který by dané oblasti příslušel, kdyby mělo obyvatelstvo stejné věkové složení a stejný počet jako zvolený standard. Nejčastěji se používá evropský populační standard, nebo standard světový, vydávaný periodicky Světovou zdravotnickou organizací. (5)

4.2 Bronchogenní karcinom

Definice

Termínem bronchogenní karcinomy se označují jak nádory průdušek, tak nádory, které vznikají v plicním parenchymu. Jejich klinický obraz je velmi podobný, a proto je nelze od sebe přesně oddělit.

Nádory průdušek obvykle později prorůstají do plicního parenchymu nebo průdušky, ve které vznikly, což vede k následným změnám v plicním parenchymu. Nádory, které naopak původně vznikly v plicním parenchymu, často později prorůstají do průdušek. Přesné stanovení, zda nádor pochází z oblasti průdušek nebo z plicního parenchymu, není vždy možné a ani nemá pro další léčbu význam.

Bronchogenní karcinomy dělíme podle biologického chování, podle histologického složení a podle lokalizace. Pro praxi má největší význam dělení na skupinu malobuněčných karcinomů (25-30 %) a skupinu nemalobuněčných karcinomů (přibližně 70-75 %), protože z rozdílných biologických vlastností malobuněčných a nemalobuněčných karcinomů vyplývá i rozdílný přístup k léčbě.

Malobuněčné bronchogenní karcinomy se vyznačují rychlým růstem, výrazným sklonem k časnému metastazování do kostí, jater, centrálního nervového systému, nadledvin. Jsou zpočátku velmi senzitivní na radioterapii a chemoterapii, jejich chemo- a radiosenzitivita však po čase přejde v chemo- a radiorezistenci, takže ač chemoterapie zprvu dosáhne výrazného úspěchu, tumor se časem stane rezistentním a jeho průběh již dále není chemoterapií a radioterapií ovlivnitelný.

Nemalobuněčné bronchogenní karcinomy rostou pomaleji, metastazují později, k radioterapii a protinádorové chemoterapii jsou však málo citlivé.

Epidemiologie

V celosvětovém měřítku zaujímá bronchogenní karcinom druhé místo mezi všemi zhoubnými nádory. V ČR je na prvním místě mezi zhoubnými nádory u mužů a na prvním místě v příčinách úmrtí na zhoubné nádory. Během roku onemocní touto chorobou přibližně jeden muž z tisíce.

Incidence byla v roce 2003 u mužů 92,5/100 000 obyvatel a u žen 26,7/100 000. U žen pozorujeme trvale vzestupný trend v počtu nově zjištěných onemocnění. Od roku 1980 do roku 1998 se počet nově zjištěných případů rakoviny plic u žen více než zdvojnásobil (1980 - 10,6/100 000, 2003 - 26,8/100 000). U mužů byl v těchto letech počet nově zjištěných případů trvale na vysoké úrovni (1980 - 97,6/100 000, 2003 - 92,5). Bronchogenní karcinom bývá obvykle diagnostikován ve věku 35-85 let, nejčastější výskyt je mezi 55.- 80. rokem života.

Etiologické faktory

Hlavní roli nepochybně hrají faktory exogenní: biologické (viry), fyzikální (ionizující záření) a zejména chemické (karcinogeny). Mezi endogenní faktory patří genetická predispozice. (11)

Epidemiologické studie nezvratně prokázaly zvýšené riziko bronchogenního karcinomu u kuřáků. Jako "těžký kuřák" je definován ten, kdo kouřil alespoň 20 cigaret denně po dobu alespoň 20 let, nebo 40 cigaret denně po dobu 10 let. Těžký kuřák má 10-15 % pravděpodobnost, že se u něj rozvine plicní karcinom. Kuřáci, kteří kouřili více než 20 cigaret denně po 20 let, mají 20x vyšší riziko vzniku bronchogenního karcinomu než nekuřáci (riziková hranice je 200 000 vykouřených cigaret); záleží též na způsobu kouření a hloubce inhalace cigaretového kouře. Relativní riziko kuřáků proti nekuřákům je 13,3 (17,4 u mužů, 10,8 u žen). (5)

Příznaky nemoci

Všechny symptomy již znamenají nemoc relativně pokročilou; neexistují časné varovné signály, které by umožnily zachycení choroby v počátečním stadiu. Jakmile se příznaky nemoci objeví, je už karcinom ve stadiu pokročilém. Pro přehlednost dělíme příznaky do tří skupin:

1. Intratorakální neboli lokální plicní příznaky. Jejich výskyt závisí především na lokalizaci nádoru.
2. Extratorakální neboli metastatické.
3. Paraneoplastické. Klasické paraneoplastické syndromy nabývají na významu, protože někdy předcházejí rentgenologickým projevům a nezávisí na metastatickém šíření:
 1. hematologické: anémie, koagulopatie
 2. hypertrofická plicní osteoartropatie patřící mezi kostní abnormality
 3. neuromuskulární syndrom: periferní neuropatie, svalové neuromyopatie, syndrom myastenien
 4. kožní: dermatomyozitida, hyperpigmentace
 5. endokrinní a metabolické syndromy vznikající produkcí řady hormonů: ACTH, parathormon, antidiuretický hormon, gonadotropin, prolaktin,

inzulín, glukagon, kalcitonin s odpovídající manifestací. Některé z těchto ektopických hormonů jsou užitečné jako markery choroby a ke zhodnocení účinnosti léčby. (5)

Počáteční symptomy z lokálního postižení.

Nově vzniklý *dlouhotrvající kašel*. Nejběžnějším symptomem primárního karcinomu plic je kašel. Jde-li o kašel nově vzniklý u osoby netrpící chronickou bronchitidou či jinými respiračními chorobami a přetrvává-li déle než 3 až 4 týdny i přes léčbu bronchitidy, je to indikací k rentgenovému snímku hrudníku.

Kašel bývá zpravidla *suchý*, pouze u bronchioloalveolárního karcinomu se může vyskytovat kašel s expektorací vazkého hlenovitého sputa. V době stanovení diagnózy bronchogenního karcinomu trpí kašlem asi 80 % nemocných.

Dalším symptomem, který zřídka bývá přehlédnut, je *hemoptýza*, k níž dochází, jakmile primární tumor eroduje bronchiální cévu. Hemoptýza se v době stanovení diagnózy vyskytuje asi u 20 % nemocných. Spíše než v masivní podobě přichází hemoptýza v podobě drobných krvavých nitek ve sputu. Obvykle se jedná jen o nepatrné nitky krve ve sputu, nikoliv o masivní vykašlávání krve.

Zápal plic - pneumonie. Běžným příznakem, jímž se plicní karcinom projevuje, je pneumonie, která neregreduje po antibiotické léčbě, nebo má tendenci k obnovování se ve stále stejné lokalizaci. Příčinou je překážka v bronchu. Pneumonie se může projevovat klasickými symptomy - horečkou a kašlem s produkcí purulentního sputa. Proto je důležité u každého dospělého nemocného, byť se již cítí opět zdrav, provést kontrolní snímek plic za několik týdnů po prodělané pneumonii. Jestliže nedochází k přesvědčivé resorpci pneumonického infiltrátu, je zapotřebí podrobného vyšetření s cílem vyloučit bronchogenní karcinom.

Symptomy lokálně pokročilého karcinomu:

- bolesti na hrudníku,
- bolesti způsobené infiltrací nervové pleteně v oblasti nad klíčkovou kostí (plexus brachialis),

- chrapot a syndrom horní duté žíly,
- bolestivé pleurální dráždění,
- kompresivní příznaky (syndrom horní duté žíly a polykací potíže).
- dušnost.

Stanovení diagnózy

Po klasickém klinickém vyšetření přichází na řadu zobrazovací vyšetření plic (snímek hrudníku, při nejasnosti CT). Tato vyšetření mohou zachytit stín, podmíněný nádorem. Pokud však nádor roste do nitra bronchu, je suverénním vyšetřením bronchoskopie. Bronchoskopie umožňuje odběr histologického materiálu k dalšímu vyšetření.

Pokud rentgenové či CT vyšetření identifikuje zastínění a není jasné, zda jde o stín nenádorového původu, či naopak o nádorem podmíněné zastínění, je možné použít PET vyšetření, jehož pozitivita odpovídá maligní tkáni a negativita tkáni nemaligní.

Pokud se prokáže bronchogenní karcinom, musí pak následovat vyšetření s cílem odhalit případné metastázy. Sonografické vyšetření břišní dutiny a retroperitonea, scintigrafie skeletu. Pokud se uvažuje o operaci, je nutno zjistit funkčními vyšetřeními, jak velká resekce plic je vůbec možná.

K posouzení rozsahu se podobně jako u jiných nádorů používá klasifikační systém TNM. V klinické praxi se však více používá dělení na stadia. Jako stadium I se rozumí nádory v rozsahu T1, N0, M0 nebo T2, N0, M0. Nemocní s tímto stadiem mají nejlepší prognózu, u nemalobuněčných karcinomů má chirurgická léčba v tomto stadiu kurativní účinek. Stadium II je charakterizováno postižením uzlin (T1, N1, M0 nebo T2, N1, M0). Stadium III zahrnuje nemocné s rozsáhlým nádorem (T3, N0, M0 nebo T1-3, N2, M0). U těchto nemocných může přicházet v úvahu pneumonektomie. Nemocní klasifikovaní jako T4 s kterýmkoliv N nebo jakékoliv T a N3 se klasifikují jako stadium IIIb a nádor je považován za inoperabilní, stejně jako stadium IV, do něhož se zahrnují nemocní se známkami vzdálených metastáz (jakékoliv T, jakékoliv N, M1). (5)

Léčba malobuněčného a nemalobuněčného bronchogenního karcinomu

Doporučení pro léčbu se odvíjí od klinických stadií. Základními postupy léčby malobuněčného karcinomu je:

- chemoterapie,
- radioterapie cílená na tumor a metastázy,
- preventivní ozáření mozku,
- chirurgické výkony

Léčba by se měla principiálně lišit ve své intenzitě u pacientů se vzdálenými metastázami, kde má jen vysloveně paliativní potenciál, od léčby pacientů s limitovaným onemocněním.

Principy léčby lze v podstatě shrnout do stručné věty: **v případě, že je možná operace, volí se operační postup.** Ten je však možný jenom u nádorů nevelkého rozsahu bez metastáz. V ostatních případech se používají léčebné postupy, které používají ozařování a chemoterapii. Bronchogenní karcinom, zejména nemalobuněčný karcinom, je však tak málo senzitivní na léčbu, že ne vždy je podávána chemoterapie, někdy je pro nemocné vhodnější pouze symptomatická léčba.

Zásadní důležitost má komplexní podpůrná a paliativní léčba.

I když nelze nádor vyléčit, často lze dočasně snížit potíže nemocného klasickou radioterapií. V posledních letech se rozšířily možnosti léčby příznaků, především dušnosti a kašle. V několika centrech v České republice se provádí endobronchiální léčba. K jejímu provedení je nutná bronchoskopie. Bronchoskopie rigidní a flexibilní, pokud se tato léčba provádí v celkové anestezii za užití tryskové ventilace.

Pouze flexibilní bronchoskopie, pokud se provádí v analgosedaci. K základním modalitám, které lze využít při částečném obnovení prostoru v průduškách, patří laser a elektrokauter, pokud se jedná o nádor rostoucí do průdušek. Pro nádory, které tlačí na průdušky zvenčí, je vhodnější brachyradioterapie (radioterapie nakrátko, zavedení zářiče pomocí fibroskopu do bronchu). (11)

4.3 Karcinom tlustého střeva a konečníku

Epidemiologie

Kolorektální karcinom (CRC) je u nás jedním z nejčastějších zhoubných nádorových onemocnění a představuje 13-14 % ze všech onkologických chorob. Během posledních 20 let se jeho četnost takřka zdvojnásobila (7874 nově diagnostikovaných případů v roce 2003 oproti 4210 případů v r. 1970). Co se týče pohlaví, je častější u mužů než u žen a je druhým nejčastějším nádorovým onemocněním (u mužů po bronchogenním karcinomu, u žen po karcinomu mléčné žlázy). Absolutní počty CRC jsou nejvyšší ve věkové kategorii 65-75 let. V celoevropském měřítku jsme ve výskytu CRC u mužů na prvním místě, u žen na místě druhém.

CRC se dělí podle anatomické lokalizace na karcinomy tračníku, nádory rektosigmoideálního spojení a nádory vlastního konečníku a řitní (anální) karcinom. Karcinom tlustého střeva a karcinom konečníku se liší nejen anatomicky, ale i klinicky a biologicky. Úmrtnost na CRC je u nás rovněž na předním místě a tato pozvolna stoupá.

Křivka vzrůstu úmrtnosti není tak strmá jako křivka stoupající incidence. Příčinou je časnější diagnostika a možná i úspěšnější léčba. Přesto však asi 10 % nemocných není léčeno a diagnostika je stanovena až při úmrtí.

Etiologie a rizikové faktory

Vlastní příčiny vzniku nejsou přesně známy. Na rozvoji těchto nádorů se podílí řada faktorů.

a) Dědičná (hereditární) dispozice

Kolorektální karcinom se může vyskytnout v rámci několika dědičných onemocnění, které jsou naštěstí vzácné. Zvýšené riziko vzniku těchto nádorů mohou mít jedinci, u jejichž pokrevních příbuzných se vyskytlo onemocnění zhoubným nádorem tlustého střeva nebo konečníku, případně i další nádory. Jde o syndrom mnohotné familiární adenomatózní polypózy a syndrom familiárního výskytu nepolypózních karcinomů tlustého střeva (tzv. Lynchův syndrom I. a II.). U familiární polypózy jde o výskyt mnohočetných adenomatózních polypů v tlustém střevě, které mají tendenci se měnit v karcinom. Riziko kancerogeneze je takřka stoprocentní.

b) Jiná nezhoubná onemocnění tlustého střeva a konečníku

V tlustém střevě se poměrně často vyskytují nezhoubné nádory ve formě polypů, tj. výběžků sliznice. Tyto polypy, pokud nejsou odstraněny, mohou trvale růst a později se některé z nich mohou přeměnit na zhoubný nádor.

Z ostatních onemocnění střeva a konečníku je častější výskyt kolorektálního karcinomu prokázán u některých vzácných nespecifických střevních zánětlivých onemocnění (Crohnova choroba a ulcerózní kolitida).

c) Faktory zevního prostředí

Tyto faktory jsou hlavní příčinou vysokého výskytu kolorektálního karcinomu v naší populaci. Jsou to především nevhodné stravovací návyky. K faktorům zvyšujícím významně riziko vzniku tohoto nádoru patří úprava masa při vysokých teplotách (smažení, event. pečení, grilování, uzení), nadměrná konzumace tuků, hlavně živočišných, uzenin, nedostatek vlákniny, některých vitaminů a stopových prvků. Další rizikové faktory spojené se zvýšeným výskytem kolorektálního karcinomu jsou nadměrná konzumace alkoholu, především piva a kouření. Tuky, hlavně přepálené, látky vznikající při rozkladu bílkovin masa za vysokých teplot, látky vznikající při uzení, alkohol a cigaretový kouř v sobě obsahují sloučeniny (tzv. kancerogeny), které mohou vyvolat nebo podporovat vznik a rozvoj nádorů střeva a konečníku. Naopak vitaminy a některé stopové prvky a vláknina mohou tyto kancerogeny neutralizovat, vláknina navíc urychluje pasáž zbytků potravy tlustým střevem a zkracuje kontakt rizikových kancerogenů se střevní sliznicí. Obezita, v naší populaci poměrně častá, je rovněž rizikovým faktorem pro vznik CRC.

Patologie

Nádor je nejčastěji lokalizován v oblasti sigmatu (20 %) a ve vzestupném tračníku (15 %). Příčný a sestupný tračník jsou postihovány stejně často (7 %) a zbylá procenta připadají na karcinom rekta. Histologicky se prakticky vždy jedná o adenokarcinom, který bývá buď nemucinózní (85 %, bez tvorby hlenu) nebo mucinózní (15 %, s tvorbou hlenu). Nádory rostou zpočátku v místě svého vzniku ve střevě nebo konečníku. Pak prorůstají stěnou střevní. Později mohou prorůstat do okolních orgánů, šířit se

lymfatickými cestami do spádových uzlin nebo proniknout do krve a krevním oběhem se šířit do vzdálených orgánů, nejčastěji do jater, ale i jinam, jako např. do plic a kostí.

Klinické projevy

Nádor na počátku svého vzniku může růst skrytě, bez zevních projevů. Později se může projevovat místními i celkovými příznaky. Nejčastějšími místními příznaky jsou změny v četosti vyprazdňování a charakteru stolice.

Může se objevit zácpa, průjem, střídání zácpy a průjmu, časté nucení na stolicí s pocitem nedostatečného vyprázdnění. Ve stolici může být přítomna krev nebo hleny. Někdy se mohou objevit bolesti břicha nebo v oblasti konečníku, trvalé nebo přechodné, popř. související s odchodem stolice. Vzácně si pacient sám nahmatá nově vzniklý útvar v břiše nebo podbřišku. K celkovým příznakům patří nechutenství, nevolnost, slabost, únava, hubnutí, bledost nebo žloutenka, narůstající objem břicha, teploty - toto jsou však již příznaky zpravidla pozdní.

Diagnostika

Klíčem k úspěšné léčbě je časná diagnóza. Přes veškerou osvětu a možnosti screeningu (zejména hemokult) není situace u nás nijak uspokojivá. Chirurgicky odstranitelný nádor časných stadií je totiž vyléčitelný bez následné cytostatické léčby. Základem pro další rozhodování o léčbě je stanovení rozsahu choroby prostřednictvím stagingu (určení klinických stadií). V diagnostice CRC musíme rozlišovat dvě následující situace:

1. vyšetření nemocných, kteří mají příznaky, které by mohly svědčit pro karcinom tlustého střeva či konečníku,
2. vyšetření osob, které žádné příznaky nemají, ale jsou v některé rizikové skupině pro toto onemocnění (např. riziko věku, riziko rodinného výskytu atd.).

Vyšetření u lékaře začíná klinickým vyšetřením včetně vyšetření konečníku pohmatem. Dále se provede odběr krve na základní laboratorní vyšetření. Někdy se vyšetřuje i stolice na přítomnost krve. Základní vyšetření umožňující diagnózu kolorektálního karcinomu jsou endoskopická (kolonoskopie, sigmoideoskopie, rektoskopie) a rentgenologická (irigoskopie a irigografie) vyšetření tlustého střeva

a konečníku. Před těmito vyšetřeními je zpravidla nutná příprava, jejíž snahou je vyprázdnění střeva a konečníku. Spočívá v několikadenní dietě s kašovitou nebo tekutou stravou a pití roztoků vyvolávajících průjem, a tak vyprázdnění střeva. Před samotným vyšetřením konečníku většinou stačí jen krátkodobé lačnění.

Endoskopická vyšetření umožňují přehlédnout dutý prostor střeva a odebrat vzorek patologické tkáně k podrobnému histologickému vyšetření. Dalšími nezbytnými vyšetřeními jsou ultrasonografie břicha a jater, dále CT břicha a malé pánve, RTG plic, případně scintigrafie skeletu. Základní panel vyšetření (krevní obraz, moč, sedimentace, biochemické hodnoty v séru) je samozřejmostí. Z nádorových markerů se zjišťuje CEA, popřípadě CA 19-9. Perfektním vyšetřením je virtuální kolonoskopie pomocí CT. Při posouzení šíření tumoru přes stěnu rekta je vhodné použít rektální endosonografii. Určení rozsahu onemocnění je nezbytné pro další léčebnou strategii.

Léčba

U většiny pacientů se chirurgický výkon provádí jako první. Spočívá v resekci, tj. odstranění části střeva nebo konečníku postižených nádorem s bezpečnostním lemlem ve zdravé tkáni spolu s příslušnými lymfatickými uzlinami. V některých případech je možné okamžité spojení - sešití zbylých částí střev nebo konečníku, jindy toto není možné a je nutno provést současně kolostomii, tj. vyústění střeva přední břišní stěnou ven. Tato kolostomie se za nějakou dobu dá u části pacientů dalším operačním výkonem zrušit a obnovit kontinuitu střeva. U pacientů, kde bylo nutné pro nádor odstranit celý konečník, je však kolostomie výkon definitivní. Chirurgicky lze ve vybraných případech odstranit i ojedinělou metastázu, např. v játrech. Radikální resekce postiženého střeva může být u nepokročilých forem výkonem vedoucím k vyléčení.

Radioterapie tlustého střeva.

Neprovádí se, naproti tomu u karcinomu konečníku má tato metoda zcela nezastupitelné místo. Provádí se nejčastěji jako předoperační a v této indikaci si ozáření klade za cíl zmenšení nádoru, zlepšení operability a snížení životaschopnosti nádorových buněk. Touto léčbou se snižuje výskyt lokálních recidiv přibližně o polovinu. Tam, kde z nějakého důvodu předoperační radiace nebyla provedena,

indikuje se tato jako pooperační. Sleduje se tím snížení výskytu lokálních recidiv v oblasti malé pánve. U inoperabilních karcinomů rekta má radioterapie význam paliativní. Své místo v léčbě karcinomu konečníku má i radiochemoterapie.

Chemoterapie kolorektálního karcinomu. Můžeme ji rozdělit do čtyř oblastí:

1. adjuvantní chemoterapie lokálně pokročilého kompletně resektabilního karcinomu (st. II a III),
2. chemoterapie pokročilého a metastatického karcinomu,
3. chemoterapie izolovaných jaterních metastáz,
4. chemoterapie rakoviny konečníku.

Adjuvantní chemoterapií se dosahuje zvýšeného procenta přežití pacientů a snižuje se procento recidiv.

Chemoradioterapie rakoviny konečníku (zejména předoperační) doznala v současnosti velkého rozvoje. Souvisí to s vývojem nových protirakovinných léků.

V budoucnu lze očekávat ještě vyšší léčebný efekt nejen u pokročilého CRC, ale zejména v adjuvanci.

Prognóza

Kolorektální karcinom mívá tendenci poměrně dlouho růst místně, než začne zakládat metastázy. Patří mezi dobře léčitelné nádory, pokud je zachycen v časném stadiu. U pacientů s nepokročilými nádory lze ve velké většině případů dosáhnout trvalého vyléčení. U pokročilých nádorů je léčba obtížnější a náročnější, ale i zde je možné dosáhnout u řady pacientů dlouhodobějšího přežívání bez známek nemoci.

Prevence

Preventivní opatření směřují jednak k zabránění vzniku vlastního nádoru, jednak k včasné diagnóze umožňující jeho trvalé vyléčení. Ve stravě je vhodné omezit nadměrnou spotřebu tuků. Doporučuje se snížit příjem živočišných tuků, z olejů jsou nejlepší rostlinné oleje lisované za studena, ztužené rostlinné tuky, kterých je na trhu řada druhů, je vhodné střídat. Je třeba omezit příjem uzenin. Z mas jsou zdravější druhy s nižším obsahem tuků (ryby, drůbež), z mléčných výrobků je vhodné volit rovněž ty

s nižším obsahem tuků. V přípravě masa je lépe dát přednost vaření, dušení, eventuálně pečení a grilování při nižších teplotách, vyhnout se smažení, zvláště na přepálených tucích za vysokých teplot. V jídelníčku by měly být ve zvýšené míře zastoupeny různé druhy ovoce, zeleniny a obilné vlákniny. Dále je třeba snížit příjem alkoholu, omezit kouření, resp. přestat kouřit.

Vzhledem k vysoké incidenci kolorektálního karcinomu v České republice je každý občan starší 50 let osobou v průměrném riziku a patří do screeningového programu. V běžné populaci by měl být screening CRC zahájen ve věku 50 let. U osob s výskytem CRC v rodině se doporučuje tuto hranici posunout na 40 let. Nejběžnější screeningovou metodou je vyšetření stolice na přítomnost okultního (skrytého) krvácení. Metoda vychází z poznatku, že nádory střeva občas krvácejí a krev se dostává do stolice a je tam v minimálním množství přítomna, i když pacient sám žádnou krev ve své stolici nepozoruje. K dosažení pozitivního výsledku je třeba přibližně 2 ml krve. Test se provádí aplikací stolice na podložku napuštěnou speciální quajakovou pryskyřicí, která v případě přítomnosti krve změní po speciálním laboratorním zpracování barvu. Test se nazývá hemokult a nemocný jej obdrží ve formě "psaníčka". Test spočívá ve vyšetření 3 po sobě jdoucích stolic po 2 vzorcích z každé stolice. Některé potraviny mohou vést k falešně pozitivním výsledkům, tj. výsledkům podobným jako při přítomnosti krve. Vyšetření by proto měla předcházet dieta s vyloučením těchto složek potravy (např. květák, špenát, brokolice, ředkvičky, tuřín, červené maso). Příznivý efekt každoročního testování skrytého krvácení na snížení úmrtnosti CRC činí 15-33 % a byl potvrzen do současné doby třemi velkými studiemi.

Screeningový program pro včasný záchyt CRC se u nás uskutečňuje od roku 2000 a test na okultní krvácení se stal standardní součástí prevence. Nevýhodou testu je, že zjistí jen krvácející afekce. Zhruba 30 % nádorů nekrvácí, nebo krvácí intermitentně. Nelze tedy v žádném případě spoléhat na negativitu testu. Test by se měl provádět periodicky opakovaně (nejlépe každoročně). Tím se zvyšuje pravděpodobnost zjištění skrytého krvácení u dlouhotrvající maligní přeměny. Pozitivitu testu mohou způsobit i zánětlivé změny, krvácení z hemoroidů nebo stravovací chyby během testu. Test je dostupný u každého praktického lékaře. Je-li test pozitivní, musí následovat další

vyšetření směřující k potvrzení nebo vyloučení zhoubného nádoru (zejména kolonoskopie).

Sledování po ukončené léčbě

Každý pacient s kolorektálním karcinomem by měl být i po skončení léčby trvale sledován a zván na pravidelné kontroly (dispenzarizace). Jejich cílem je sledování celkového stavu, léčba případných chronických obtíží souvisejících s předchozím nádorovým onemocněním a jeho terapií, včasná diagnóza a léčba možného relapsu. Součástí tohoto kontrolního vyšetření, kromě běžných vyšetření laboratorních a klinických vyšetření lékařem, je kontrolní kolonoskopie, ultrazvukové vyšetření břicha a RTG plic. (11)

4.4 Karcinom prsu

Epidemiologie

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem žen. Ročně se v celém světě zjišťuje více než 580 000 nových případů této choroby, a to je 20 % všech nádorů u žen. Četnost se zvyšuje v mnoha zemích o 1-2 %. U nás je karcinom prsu rovněž nejčastější, stejně jako na celém světě, a během posledních 20 let se jeho počty zdvojnásobily. Incidence (četnost) karcinomu prsu se zvyšuje s věkem, zdvojuje se každých 10 let až do menopauzy a poté je zvyšování každoročně dramatické.

Nejprudší vzestup je po 50. roce věku. Před 20. rokem je výskyt karcinomu prsu vzácný. U nás se během 28 let pozoruje přesun incidence do mladších věkových kategorií, což začíná být patrné již ve věkové skupině 40 - 44 let. Úmrtnost se rovněž zvyšuje, ale její vzrůst je méně strmý než vzrůst incidence.

Etiopatogeneze a rizikové faktory

Etiopatogeneze karcinomu prsu není zcela jasná. Jsou však známy určité rizikové faktory dávající do souvislosti se vznikem této choroby.

Věk v době menarche a menopauzy

Ženy, které měly časný nástup první menstruace nebo pozdní menopauzu, mají zvýšené riziko, že onemocní rakovinou prsu. Ženy, které nerodily a ženy, které rodily

v pozdním věku, jsou v riziku vzniku karcinomu prsu. Ženy prvorodičky po 35. roce věku jsou vysoce rizikové a mají větší riziko vzniku karcinomu prsu než ženy, které nerodily.

Rodinná historie

Ze studií provedených v západních populacích vyplývá, že karcinom prsu se vyskytuje familiárně (více v některých rodinách) asi v 10 % a genetická predispozice (předpoklad, vloha) se podílí na jeho vzniku v 1-5 %. V mnoha rodinách se současně s karcinomem prsu vyskytují ještě další adenokarcinomy, jako ovariální karcinom, kolorektální karcinom, karcinom prostaty, žaludku či pankreatu. Riziko karcinomu prsu je dvakrát (či vícekrát) vyšší u žen s výskytem této choroby v první příbuzenské linii vertikální či horizontální (matka, sestra, dcera). Riziko je tím větší, čím mladší je věk příbuzných v době diagnózy choroby.

Benigní onemocnění prsu

Ženy s bujícími buňkami výstelky mlékovodů, které ještě nejsou zhoubným nádorem, ale jsou již s malými buněčnými odchylkami (epitelová hyperplazie s buněčnými atypii) mají 4-5krát vyšší riziko vzniku karcinomu prsu než ženy, které nikdy neměly zjištěny žádné podobné změny.

Životní styl

Podle některých studií existuje v populaci přímá úměrnost mezi procentem tuku a incidencí karcinomu prsu, ale skutečný vztah nebyl jasně prokázán. Obezita je spojena s dvojnásobným zvýšením rizika u žen v postmenopauze.

Hormonální substituční léčba v menopauze

Substituční léčba estrogeny v kombinaci s gestageny u žen v přechodu je poměrně běžná a klade si za cíl prevenci osteoporózy, zmírnění klimakterických obtíží, popřípadě prevenci kardiovaskulárních chorob. Na druhé straně se podle řady studií riziko karcinomu prsu při užívání hormonální substituční terapie zvyšuje až o 50 %, ale už po 10 až 15letém užívání. Pravidelné sledování žen se substituční léčbou včetně

mamografie je samozřejmostí. Mamografie je nutná před nasazením léčby a posléze pak v pravidelných intervalech (cca každých 1-2 roků).

Typy karcinomů prsu

Neinvazivní karcinom

Existují dva typy neinvazivního karcinomu, které se nesmějí v žádném případě směřovat, neboť se liší jak co do výskytu, tak co do biologického chování. Duktální karcinom in situ vychází z epitelových buněk mlékovodů (duktů), lobulární karcinom in situ vychází z epitelových buněk mamárních lobulů.

Invazivní karcinom

Invazivní duktální karcinom vychází z duktů (mlékovodů), je nejčastějším typem karcinomu prsu a činí asi 70 % všech případů karcinomu prsu. Invazivní lobulární karcinom (vychází z mléčných lalůček) reprezentuje 10-20 % všech karcinomů prsu. Ostatní méně obvyklé typy invazivního karcinomu tvoří asi 10 %.

Příznaky a vyšetření

Pečlivé klinické vyšetření lékařem je nezbytností a mělo by být samozřejmou součástí klinického vyšetření žen podstupujících gynekologické vyšetření, ale i žen hospitalizovaných z jiných příčin. Zejména lékaři prvního kontaktu by měli techniku klinického vyšetření prsu suverénně znát. Včasné diagnóze karcinomu prsu hrají právě gynekologové a praktiční lékaři klíčovou roli.

Vyšetřovací metody

Rentgenový snímek hrudníku. Je nejjednodušší a poměrně spolehlivou metodou v detekci plicních metastáz. U pacientek v dispenzarizaci se provádí jedenkrát ročně.

Scintigrafie skeletu. Radioizotopová metoda, která prostřednictvím zjišťování rozložení izotopu ^{99}Tc může odhalit metastatický kostní proces v době, kdy ještě není patrný rentgenologicky, nebo dokonce nedělá nemocné žádné potíže. Určí dobře rozsah postižení skeletu.

Ultrasonografie břicha. Dostupné, jednoduché a nezatěžující vyšetření, jehož prostřednictvím se dozvídáme o ložiskových změnách v jaterním parenchymu, o stavu žlučníku, žlučových cest, sleziny, pankreatu a o poměrech v retroperitoneu. Umožňuje

zachytit i malé množství ascitu.

Rentgenový snímek skeletu. Je indikován v případě patologického nálezu při scintigrafii nebo tam, kde by určité symptomy mohly svědčit o přítomnosti metastáz (bolestivost určitých úseků, klinický nález).

CT (výpočetní tomografie). Upřesňuje rozsah a charakter změn zjištěných jinými metodami. Je spolehlivou metodou k detekci mozkových metastáz.

Magnetická rezonance. Je přínosná pro ozřejmění poměrů v páteřním kanálu v zadní jámě lební a při nejednoznačném nálezu na skeletu.

Stav nemocné dokresluje základní vyšetření hematologická a biochemická. Jde především o vyšetření krevního obrazu a krevní sedimentace. Součástí základního vyšetření jsou sérové hodnoty Na, K, Cl, Ca, P, Fe, urey, kreatininu, bilirubinu, ALT, AST, ALP, GMT, LD a event. dalších. Chemické vyšetření moče a močového sedimentu je nezbytností. V séru nemocných se dále zjišťují hodnoty tzv. nádorových markerů. Nejdůležitější jsou markery Ca 15-3 a CEA.

Ostatní speciální vyšetření jsou indikována jen při určitých obtížích (vyšetření gynekologické, neurologické, oční, ORL). Kardiologické vyšetření je důležité s ohledem na léčbu kardiotoxickými látkami. Vyšetření kostní dřeně je indikováno při abnormálním hematologickém nálezu nebo při vysokodávkované chemoterapii. K nepostradatelnému vyšetření patří vyšetření estrogenových a progesteronových receptorů.

Prognostické a prediktivní faktory

Pro další osud nemocné je nezbytné posoudit veškeré faktory, které mohou pomoci v odhadu prognózy a v odhadu možné odpovědi (predikci) na léčbu. V zásadě jsou tři skupiny těchto faktorů:

1. epidemiologické,
2. anatomické a buněčné,
3. molekulárně genetické.

Rámcově lze říci, že nejvýznamnější pro posouzení klinikem je rozsah nádoru, jeho biologický charakter, věk pacientky a její vztah k menopauze, přítomnost či

chybění hormonálních receptorů. Biologický charakter dokreslují informace patologa udávající typ nádoru, stupeň jeho malignity, posouzení okrajů preparátu, šíření do lymfatických a krevních cév. Klinické stadium má jednoznačný vztah k délce přežití.

Věk a ovariální funkce má význam pro predikci odpovědi na hormonální léčbu i snášenlivost chemoterapie. U pacientek před menopauzou a do 1 roku po menopauze, kdy ještě přetrvává sekrece estrogenů, je citlivost k hormonální léčbě nižší než u žen po menopauze.

Hormonální receptory zprostředkovávají odpověď na hormonální léčbu. Nádory s negativními receptory neodpovídají na hormonální léčbu.

Současné možnosti léčby karcinomu prsu

Karcinom prsu je v současné době považován za systémové onemocnění s tím, že je-li zachycen skutečně záhy včasném stadiu, může být lokální léčba za určitých podmínek postačující a s kurativním efektem. Systémová (chemická a hormonální) léčba tohoto onemocnění má naprosto nezastupitelné postavení v likvidaci celkového onemocnění. Podle různých prognostických faktorů lze odhadnout riziko rozvoje choroby ještě před tím, než skutečně nastane, a podle toho se řídí léčebná strategie.

Chirurgická léčba

Chirurgické postupy můžeme rozdělit na diagnostické a terapeutické.

Nejjednodušší **diagnostickou metodou** je punkce tenkou jehlou. Používá se pro odlišení cystického a solidního ložiska ve žláze.

Aspirát se vždy posílá na cytologické vyšetření.

Vlastní histologickou diagnostiku je nejlépe provádět punkcí silnou jehlou. Její použití je obvyklé tam, kde plánujeme předoperační chemoterapii. Nejbezpečnějším diagnostickým postupem je operační biopsie provedená jako exstirpace celého nádoru. Někdy bývá s výhodou provést výkon v celkové anestezii, po vynětí tkáně provést histologické vyšetření ze zmrazeného řezu a v případě prokazaného karcinomu pokračovat v operaci ve smyslu terapeutického chirurgického výkonu. Exstirpace se tak stala peroperační biopsií.

Chirurgické terapeutické postupy. Operační postup je dnes dvojitý: buď parciální (částečný) - prs zachovávající operace, nebo radikální - odstranění celého prsu. Podle rozsahu chirurgického výkonu je potom upravena radioterapie.

U obou chirurgických postupů se zvažuje resekce axilárních uzlin.

Radioterapie

Radioterapie je zařazována ke komplexní léčbě jako po operační, předoperační (např. u inoperabilních tumorů), paliativní (ozařování metastáz, např. do kostí, centrálního nervového systému, při léčbě relapsů). Pooperační radiační léčba má za cíl zničení předpokládaných zbylých nádorových buněk. Provádí se zpravidla na oblast jizvy či ponechané části prsu, podpaží, nadklíčku. V případě většího rozměru původního nádoru v prsu může být operační odstranění obtížné až nemožné. Tehdy se může provést předoperační ozáření prsu s cílem zmenšit rozsáhlý tumor a pak jej odstranit operací.

Chemoterapie

V současné době existuje nejméně čtyřicet cytostatik s prokázanou účinností v léčbě karcinomu prsu. Procento účinnosti jednotlivých cytostatik použitých v monoterapii se pohybuje mezi 20-65 %. Cytostatika působí v různé fázi buněčného cyklu a mají různý mechanismus účinku.

Používá se chemoterapie předoperační, pooperační. Zničení již prokázaných dceřiných nádorových buněk si klade za cíl chemoterapie léčebná.

Hormonální léčba

Patří mezi nejstarší způsob léčby karcinomu prsu. Hormonální léčba je stejně jako chemoterapie léčbou systémovou.

Dispenzarizace

Zhoubný nádor prsu je chronickým onemocněním s možností eventuálních recidiv. Žena je proto zvana k pravidelným kontrolám, při kterých je lékařem klinicky vyšetřena. Ošetřující lékař ordinuje v pravidelných intervalech rentgenový snímek plic, laboratorní rozbor krve a moče, mamografii a scintigrafii skeletu. Je nezbytné, aby pacientka upozornila lékaře na veškeré příznaky a problémy, které zpozoruje. Jsou to

zejména bolestivost, ztráta chuti k jídlu, hubnutí, změny menstruačního cyklu, pokud zůstal zachován, zhoršení dechu, kašel, nepravidelnosti stolice a další.

Prevence

V naší republice je kolem 40 % všech případů karcinomu prsu diagnostikováno ve stadiu III a IV, následkem čehož byla indikována minimálně v 18,1 % léčba pouze paliativní či symptomatická.

Na tomto neutěšeném stavu se podílela zejména nízká úroveň zdravotnické výchovy. V posledních letech se tato situace zlepšuje vlivem zvýšené možnosti navštívit včas mamografii a zejména pak zavedením státem garantovaného screeningu.

Vzhledem k tomu, že primární prevence karcinomu prsu není prakticky možná, je třeba se zaměřit na prevenci sekundární, která směřuje k časnému záchytu a detekci karcinomu a vytypování rizikových skupin žen.

Samovyšetřování

Nejjednodušší metodou včasného záchytu rakoviny prsu bylo donedávna samovyšetřování prsů. Nejlepším obdobím pro samovyšetřování je druhý nebo třetí den po skončení menstruace, kdy jsou prsy bez veškerého napětí. Pro ženy, které nemenstruují, je vhodný kterýkoliv snadno zapamatovatelný den, např. první den v měsíci.

Screening

Cílem screeningu je detekovat karcinom prsu, když je velmi malý a před tím, než má šanci se rozšířit cévním řečištěm.

Screening pomocí mamografie významně snižuje mortalitu způsobenou karcinomem. Úmrtnost se snižuje o více než 40 % u žen, které prošly širokoplošným screeningem a výtěžnost je největší u žen nad 50 let věku.

Detekuje 95 % všech karcinomů v populaci bezpříznakových žen prošlých screeningem. Přesto je toto zatím nejefektivnější způsob pro včasnou detekci karcinomu prsu u bezpříznakových žen a jediná účinná screeningová metoda. Screening je vždy levnější než léčba pozdních stadií karcinomu.

Cíle screeningu jsou:

- snížení úmrtnosti na karcinom prsu ve sledované populaci,
- snížení stagingu (rozsahu onemocnění) v kategoriích T (tumor) a N (uzlina) u screeningové populace oproti ženám mimo screening,
- zvýšené zastoupení Ca in-situ ve stejném porovnání.

Organizovaný screening v České republice

Příprava screeningu v ČR probíhala již řadu let na půdě sekce mamární diagnostiky Radiologické společnosti ČLS JEP. Pro tyto účely byla ustavena Komise pro mamografický screening Ministerstva zdravotnictví ČR.

Od podzimu roku 2002 platí u nás možnost bezplatného mamografického vyšetření pro všechny ženy od 45 let, a to ve dvouletých intervalech. Organizovaný screening se řídí Metodickým opatřením Ministerstva zdravotnictví s názvem Doporučený standard při poskytování a vykazování výkonů screeningu nádorů prsu v České republice. Toto doporučení vyšlo ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky (číslo 11, říjen 2002). V tomto metodickém listě jsou podrobně popsány podmínky, za jakých má právo česká občanka žádat screeningové vyšetření. Kromě věku je to doporučení příslušného praktického lékaře či gynekologa.

Současně se v uvedeném dokumentu stanovují přesné podmínky pro screeningové centrum. Požadavky se týkají přístrojového vybavení, kvalifikace personálu, vedení dokumentace a systému kontrol směřujícímu ke stálému udržení kvality celého screeningového procesu.

Celý systém je veden snahou ochránit vyšetřovanou ženu před možnými riziky a přispět k maximální výtěžnosti screeningu. Jakýkoliv screening obecně má za cíl aktivně vyhledat v populaci určité onemocnění - v našem případě rakovinu prsu. V praxi to znamená, že ženy, které nemají žádné zjevné onemocnění, jsou od určitého věku (u nás od 45 let věku) pozvány k mamografickému vyšetření.

Toto vyšetření rozdělí vyšetřované ženy na dvě nestejně velké skupiny:

1. skupina žen, které s největší pravděpodobností rakovinou prsu netrpí (vyšetření je negativní),
2. skupina žen, která by karcinomem prsu trpět mohla.

Druhá skupina je podstatně menší. Ženy zařazené v této podezřelé skupině se musí podrobit dalším vyšetřením tak, aby diagnóza zhoubného nádoru byla definitivně potvrzena nebo vyloučena. Vlastním cílem vyšetření je zjistit a diagnostikovat karcinom prsu, když je velmi malý a pohmatově sotva zjištělný a před tím, než má šanci se dále rozšířit.

Screening není jednorázový proces, ale cyklicky se opakující vyšetření. U nás určený dvouletý interval však není možné považovat u všech žen za absolutně bezpečný. Žena, která se podrobila vyšetření s negativním výsledkem, nesmí ztratit ostražitost a nesmí podlehnout sebeuspokojení. I během následujících dvou let do dalšího vyšetření je třeba provádět samovyšetřování a v případě podezření je třeba ihned navštívit lékaře i dříve než za dva roky. (11)

4.5 Karcinom hrdla děložního

Epidemiologie

Zhoubné novotvary hrdla děložního (čípku) jsou nejčastějšími maligními nádory ženských pohlavních orgánů. Jejich incidence v rozvinutých zemích v poslední době mírně klesá (na rozdíl od karcinomu těla děložního). Tento jev je zřejmě důsledkem zlepšené prevence a včasným odstraňováním prekanceróz.

Etiologie a rizikové faktory

Jasná příčina vzniku není známá, ale jsou známé rizikové faktory, které jsou dávány do souvislosti s touto chorobou. Je to zejména styl sexuálního života ženy. Patří sem brzký začátek pravidelného pohlavního života (před 17. rokem), sexuální promiskuita. S tím více méně souvisí i socioekonomické zařazení ženy a vztah k virové infekci některým rizikovým papiloma virem (HPV). V nižších socioekonomických skupinách je výskyt karcinomu čípku vyšší a nákaza HPV pravděpodobnější. Dalším prokázaným rizikovým faktorem je kouření. Kancerogeny vdechované při kouření se vylučují do cervikálního hlenu a jsou tak v úzkém kontaktu se sliznicí hrdla.

Patologie

Histologicky je v drtivé většině zjišťován **spinocelulární karcinom**, v malém procentu (5-12 %) se vyskytuje **adenokarcinom**, výjimečně se můžeme setkat s jinými nádory (sarkom). Současně s typem nádoru je nezbytné mít informaci o stupni diferenciaci. Karcinomu čípku většinou předchází prekancerózy ve smyslu intraepitelových změn, které (nejsou-li odstraněny) se postupně transformují v karcinom. Karcinom čípku roste nejprve do okolí (do vagíny, parametrií, děložního těla, močového měchýře, rekta), později metastazuje lymfogenně do pánevních a paraaortálních uzlin. Hematogenní šíření je jev pozdní (zejména plíce).

Klinické projevy

Karcinom čípku nemusí zpočátku činit žádné obtíže. Může se objevit krvácení po styku, někdy bolesti.

Diagnostika

Při každém gynekologickém vyšetření je třeba provádět kolposkopii a cytologii.

Podezření na karcinom potvrdí biopsie. Dalšími nezbytnými vyšetřeními k ozřejmění rozsahu choroby je RTG plic, USG břicha, CT břicha a malé pánve, cystoskopie, rektoskopie, případně vylučovací urografie.

Léčba

Chirurgická léčba je základní terapeutickou metodou u nepokročilých stadií. Velmi malý počínající neinvazivní karcinom se léčí konickým vytětím části čípku - konizací. U invazivních nepokročilých karcinomů se provádí radikální výkon spočívající v hysterektomii, oboustranné adnexetomii, odstranění parametrií a poševní manžety a odstranění příslušných uzlin.

Radioterapie.

Nejčastěji se indikuje jako primární u II. klinického stadia. Používá se kombinace brachyterapie a zevního ozáření. Po operační zevní ozáření se aplikuje u pokročilých nádorů, které byly primárně řešeny chirurgicky. Samostatná radioterapie se provádí

u pokročilejších chirurgicky neřešitelných stadií, opět se kombinuje brachyterapie a zevní ozáření. Perspektivu má nesporně radiochemoterapie.

Chemoterapie.

Karcinom čípku děložního nepatří k chemosenzitivním nádorům.

Chemoterapie se provádí předoperačně u pokročilejších nálezů, čímž se sleduje zlepšení podmínek operability. Jinak se běžně chemoterapie používá jako paliativní.

Prognóza

Sumární přežití nemocných všech stadií je asi 60 %, přičemž neinvazivní karcinom je vyléčitelný ve 100 %. U stadia I je 5leté přežití 82 %, u stadia II 61 %, u stadia III 37 %, u stadia IV jen 12 %.

Prevence

Prevence by se měla ubírat cestou výchovy k nekuřáctví a zdravé sexualitě. Nicméně nejdůležitější je sekundární prevence ve smyslu screeningu. Je důležité okamžité léčení všech předrakovinných stavů a jejich trvalá dispenzarizace.

NOVINKA

V ČR se počátkem prosince 2006 začala k prevenci nádoru děložního hrdla používat vakcína. Tato vakcína by měla být aplikována 3x a to nejčastěji u mladých dívek, které ještě neměly pohlavní styk. U těchto dívek je vakcína nejúčinnější. Samozřejmě se dá aplikovat u žen starších. (11)

4.6 Hypertenze

V dospělosti považujeme za normální hodnoty krevního tlaku do 140 mmHg systolického tlaku a do 90 mmHg diastolického tlaku. Vysokým krevním tlakem nazýváme několikrát po sobě naměřené hodnoty 160/95 mmHg a vyšší. Hodnoty mezi 140-160/90-95 mmHg nazýváme hraniční hypertenzí.

Charakteristika

Hypertenze je nejčastějším z kardiovaskulárních onemocnění a u dospělých se v populaci vyskytuje zhruba ve 20 %. Nejčastější výskyt hypertenze je v páté dekádě. Těžší hypertenzi (diastolickým tlakem nad 105 mm Hg) je postiženo asi 5 % populace. Hypertenze je jednou z masových civilizačních chorob.

Neléčená nebo nedostatečně léčená hypertenze ohrožuje nemocné řadou komplikací, které zaviňují dlouhodobou práce neschopnost opakovaně nebo vedou k invaliditě. Přímým následkem nedostatečně léčeného vysokého tlaku je vznik hypertrofie levé komory, srdečního selhání, mozkového krvácení, ledvinného selhání, krvácení do sítnice oční, případně vznik tzv.maligní (akcelerované) formy hypertenze. Při dokonalé kontrole krevního tlaku se těmito komplikacím dá úplně zabránit. Druhou skupinou jsou komplikace aterosklerotické, ke kterým počítáme vznik ischemické choroby srdeční tedy anginy pectoris, srdečního infarktu a náhlé srdeční smrti, a dále ischemické mozkové cévní příhody a ischemické choroby dolních končetin. Výskyt těchto projevů lze snížit více než o polovinu, zejména léčí-li se i mírné formy hypertenze.

Etiologie a prevence

Hypertenze je syndromem, který nemá jednotnou příčinu.

Dělíme ji na hypertenzi **primární** (či esenciální), a na hypertenze symptomatické čili **sekundární**.

U primární hypertenze příčinu zvýšení krevního tlaku zatím přesně neznáme. Víme však již o řadě faktorů, které se na vzniku vysokého tlaku podílejí. Jsou to genetické faktory, vlivy zevního prostředí (životní styl, psychosomatické faktory a emoční stres), nadměrné požívání soli, alkoholu. Přispívajícími faktory jsou kouření, cukrovka, dna, otylost. Výskyt hypertenze stoupá s věkem, takže u mladých, tzv. juvenilní hypertenze, je vzácná, ve středním a starším věku je naopak častá (přes 20 %).

Ve vysokém věku pak převládá systolická (tzv. pružnicková) hypertenze: vysoký je pouze systolický tlak vlivem sklerózy aorty, diastolický tlak je normální. Primární hypertenze tvoří ze všech hypertenzí 95 %.

Druhotná (sekundární) hypertenze je projevem nějaké jiné základní choroby a vyskytuje se v populaci asi v 5 %. Nejčastěji provází ledvinné choroby a endokrinní choroby (feochromocytom, Cushingův syndrom) a může být vyvolána zevními vlivy, např. užíváním antikoncepčních látek, kortikoidů nebo některých sympatikomimetických látek.

Prevence se orientuje především na esenciální hypertenzi.

Primární prevence spočívá ve snaze zabránit vzniku hypertenze a musí být tedy soustředěna na jedince, v jejichž rodinách se hypertenze vyskytuje. Ve zdravotních informacích je nutno zdůrazňovat nevhodnost nadměrného solení, upozorňovat na škodlivost denního požívání většího množství alkoholu a bojovat proti rizikovým faktorům.

Sekundární prevence má za úkol zabránit vzniku komplikací vysokého tlaku, tedy co nejdříve jej odhalit a správně léčit. Je povinností každého lékaře a sestry při ambulantním vyšetření pro jakýkoliv důvod změřit nemocnému krevní tlak a při zvýšených hodnotách uvědomit praktického lékaře o nutnosti krevní tlak kontrolovat. Přesto je ze světových i našich epidemiologických studií známo, že o své hypertenzi neví třetina hypertoniků. Z nemocných, kteří o vysokém tlaku vědí, se léčí pouze asi polovina, z nichž opět pouze polovina správně.

Klinický obraz

První podmínkou správné péče o hypertonika je rozlišit primární a sekundární hypertenzi. U primární hypertenze je pak nutno stanovit její závažnost, u sekundární hypertenze upřesnit povahu základního onemocnění. Na vyšetřování se podílí též SZP.

Diagnostika i léčení hypertenze je otázkou ambulantní péče.

Nemocný musí být hospitalizován pouze v těchto určitých případech:

- 1) Je-li v základním vyšetření závažná abnormalita, která např. ukazuje na sekundární hypertenzi s nutností komplexního nefrologického nebo endokrinologického vyšetření.
- 2) Je-li diastolický tlak vyšší než 130 mmHg a potřebuje tedy okamžité léčení a vyloučení tzv. maligního zvratu.

- 3) Není-li možno při ambulantní léčbě krevní tlak normalizovat a vzniká tak opět podezření na sekundární hypertenzi.

K základnímu (tj. ambulantnímu) vyšetření hypertonika patří následující vyšetření. V anamnéze je nutno pátrat po rodinné zátěži vysokým krevním tlakem, zjistit rizikové faktory primární hypertenze, zajímat se o problémy v zaměstnání a rodinném životě. U žen se ptát na užívání antikoncepčních látek, na menopauzu, vzít podrobné předchorobí se zaměřením na angíny, onemocnění ledvin, užívání analgetik, kortikoidů a jiných léků, probrat obtíže nemocného a podchytit datum prvního zjištění vysokého tlaku, případně jeho léčení. V objektivním nálezu nás kromě hodnoty tlaku zajímá výška a hmotnost, podkožní tukový polštář, fyzikální nález na srdečně cévním systému a základní vyšetření laboratorní: moč na bílkovinu a cukr, Hamburgerův sediment, hodnoty krevní sedimentace, hemoglobinu, hematokritu a leukocytů, glykémie, cholesterolemie, hladina močoviny, kreatininu a iontů, EKG, případně RTG hrudníku a echokardiografické vyšetření.

Objeví-li se v objektivních nebo laboratorních výsledcích patologický nález, má být další podrobné vyšetření provedeno na lůžkovém oddělení.

Je-li abnormální nález ve vyšetření moče, močoviny nebo kreatininu v séru, musí být provedeno úplné vyšetření ledvin, jejichž onemocnění je nejčastější příčinou sekundární hypertenze.

Ledviny musí být vyšetřeny anatomicky (ultrazvukem) a funkčně (kreatininová clearance, radionuklidová nefrografie). Při podezření na renovaskulární hypertenzi, která je způsobena stenózou ledvinné tepny, a u mladých nemocných může být léčena angioplastikou nebo chirurgicky renálním bypassem, se vyšetřuje plasmatická reninová aktivita a hladina aldosteronu (jsou zvýšeny). Při podezření na feochromocytom (nádor dřeně nadledvinek produkující katecholaminy) vyšetřujeme vylučování kyseliny vanilmandlové v moči nebo deriváty katecholaminů v krvi a moči. Přesná diagnóza je umožněna renální angiografií.

Při změnách v krevním obraze, hladině krevního cukru či cholesterolu musí být zjištěna příčina a v případě potřeby zavedeno příslušné léčení.

Velmi důležitým je zjištění známek hypertrofie kardiovaskulárního aparátu, které vznikají jako přímý následek zatížení srdce a cév vysokým krevním tlakem.

Nejdůležitější je průkaz hypertrofie levé komory srdeční. RTG hrudníku a EKG vyšetření však zachytí pouze asi 60 % srdečních hypertrofií, jsou málo citlivá.

Jednoznačné rozpoznání přináší echokardiografie.

Jediné cévy, které jsou přímo viditelné, jsou cévy na očním pozadí. Ačkoliv jejich změny neodpovídají změnám na periferních cévách, vyšetřujeme oční pozadí u hypertenze vždy.

Na základě vyšetření dělíme primární hypertenzi do třech stadií.

Stadium I - nemocný nemívá žádné obtíže a často o svém zvýšeném tlaku neví. Nebo může mít bolesti hlavy v zátylku, závratě, zadýchává se, je unavený, a to jsou příznaky, které jej vedou obvykle k lékaři. Objektivním vyšetřením se nezjistí žádné změny, zejména nejsou známky hypertrofie levé komory a nejsou změny na očním pozadí. Zvýšený krevní tlak je tedy jedinou objektivní abnormitou.

Stadium II - nemocný nemusí mít subjektivní obtíže nebo má podobné subjektivní obtíže jako ve stadiu I. Objektivně však zjistíme hypertrofii levé komory srdeční. Na očním pozadí jsou změny typické pro hypertonickou angiopatii retinálních cév (spastické tepénky, které při křížení s venulami je stlačují). U starých nemocných může být angioskleróza sítnicových cév (arteriosklerotické změny).

Stadium III - poškození hypertenzí dosáhlo takové míry, že v některém místním oběhu dochází k dekompenzaci. Může jít o selhání levé komory, které se projevuje nočními záchvaty těžkého dechu a zhoršující se námahovou dušností, které mohou vyústit do edému plic. Selhání koronárního oběhu se projevuje vznikem námahové angíny pectoris nebo infarktu myokardu. Selhání mozkového oběhu vede k cévní mozkové příhodě. Na očním pozadí se objevuje hypertonická retinopatie (krvácení do sítnice), dochází ke snižování ledvinných funkcí.

Léčba

Úkolem léčení je snížit krevní tlak na normální hodnoty. Musí být proto léčení všichni hypertonicí.

V první řadě uplatňujeme tzv. nemedikamentózní léčení, se kterým u lehčích hypertenzií vystačíme. Patří sem antiaterogenní dieta s omezením soli (pod 5g NaCl/den), redukce váhy otlýčích, tělesný trénink (alespoň 1 hodina chůze denně do pocitu zahřátí), dostatečný spánek a duševní relaxace, zákaz alkoholu nad 15 g/den (tj. max. 1 drink), zákaz kouření. Jde o změnu životního stylu.

Neuspějeme-li s nemedikamentózní léčbou, tj. zůstává-li diastolický tlak zvýšený, jsou-li subjektivní obtíže, hypertrofie levé komory či orgánové dekompenzace, přikročíme k medikamentóznímu léčení.

U lehkých hypertenzií začínáme vždy jedním lékem (tzv. monoterapie). K monoterapii jsou vhodné beta-blokátory, diuretika, inhibitory kalciového kanálu, nebo inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACEI).

Neuspějeme-li monoterapií, nezvyšujeme dávku léku, ale raději kombinujeme diuretikum s beta-blokátorem nebo diuretikum s vápníkovým antagonistou. Další kombinace jsou možné s léky snižujícími krevní tlak působením na centrální nervový systém.

Další skupinou antihypertensiv jsou léky s přímým periferním vazodilatačním účinkem a látky blokující systém angiotenzin-aldosteron (tzv. inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu, ACEI, např. captopril, enalapril).

Léčba hypertenze má být trvalá a účinná, se snížením TK na normální hodnoty. (2)

4.7 Akutní infarkt myokardu

ICHS zahrnuje všechny projevy akutního nebo chronického poškození myokardu ischémií, která vzniká z omezení nebo zastavení průtoku krve věnčitými tepnami. Nejčastější příčinou je koronární ateroskleróza. Přídavný vliv mohou mít koronární spasmy.

Z klinického hlediska se ICHS dělí na formu akutní (**srdeční infarkt**, nestabilní angina pectoris, náhlá smrt) a chronickou (stavy po infarktu myokardu, chronická námahová angina pectoris, městnavé srdeční selhání, některé arytmie).

Charakteristika:

Koronární ateroskleróza je civilizační chorobou a stojí na jednom z prvních míst mezi příčinami úmrtí v populaci. **Akutní srdeční infarkt** je jejím nejzávažnějším

projevem a je významnou příčinou invalidity jedinců v produktivním věku. Epidemiologické studie ukázaly, že téměř polovina lidí postižena infarktem umírá náhlou smrtí z fibrilace komor v první hodině, tedy dříve, než se dostanou do nemocnice. Nemocniční úmrtnost se při trombolýze pohybuje pod 13 % a z přežívajících každým rokem umírají na komplikace či reinfarkty v průměru 3 % nemocných. Velkým pokrokem v léčení akutního infarktu bylo zřízení Rychlé zdravotnické pomoci (RZP) a Jedinotek intenzivní péče (JIP), vybavených možnostmi monitorování arytmií a hemodynamiky. Na kardioangiologických pracovištích velkých nemocnic je možné uzávěr koronární tepny zrušit přímou katetrizační metodou pomocí balónku zavedeného do koronární tepny, tzv. perkutánní transluminální angioplastikou (PTCA).

Etiologie

Ke vzniku srdečního infarktu dochází, je-li přerušena přítok krve k určité části myokardu úplným uzávěrem tepny. V 80 - 90 % případů se jedná o akutní trombózu sklerotické tepny. Myokard v povodí uzávěru trpí ischemií, buňky nemají dostatek energie pro své životní pochody a odumírají (nekróza). Nekrotická tkáň se během několika týdnů nahradí jizvou.

Klinický obraz

Ve většině případů srdeční infarkt vzniká v klidu, doma. Jen v menšině vzniká během tělesné námahy, případně v zaměstnání.

Bolest nereaguje na nitroglycerin a bývá často provázena pocením, dušností, nevolností, zvracením. Méně často je prvním projevem infarktu vznik bezvědomí z poruchy rytmu, šokový stav nebo edém plic.

Vzhledem k vysokému výskytu komplikací a náhlých smrtí v prvních hodinách po začátku infarktu myokardu je nutné, aby se nemocný co nejdříve dostal do nemocnice na JIP.

Přednemocniční fáze infarktu myokardu je dobou od začátku příznaků do uložení nemocného na intenzivní lůžko a má pro nemocného rozhodující význam. Bývá to **3 - 5 hodin**.

Uložení nemocného na JIP začíná **nemocniční fáze infarktu myokardu**. Je okamžitě ověřena anamnéza a pomocí opakovaných EKG vyšetření a změn

indikátorových enzymů srdeční nekrózy [kreatinkináza (CK), laktátdehydrogenáza (LD), aspartátaminotransferáza (AST) aj.] se diagnóza akutní formy ICHS upřesňuje do několika klinických jednotek.

Typy infarktu myokardu

Transmurální infarkt myokardu (Q - infarkt) je diagnostikován na základě vzniku patologických kmitů Q a vývojových změn úseku ST a vlny T (Pardeeho vlna) na EKG, s pozitivními hodnotami enzymů. Rozvoj transmuralní nekrózy je v 15 - 30 % provázen vznikem suché perikarditidy. Ta se klinicky projeví v menšině případů, a to píchavou bolestí na hrudi, vázanou na dýchání, třecím šelestem při auskultaci, teplotou a někdy též supraventrikulárními poruchami rytmu. Nesmí být zaměněna za pokračující ischemické bolesti srdeční, které jsou obvykle známkou narůstání nekrózy.

Netransmurální infarkt myokardu (non - Q infarkt) má kromě koronární bolesti pouze změny úseku ST a vlny T na EKG a pozitivní enzymy.

Komplikace infarktu myokardu:

Během nemocniční fáze je nemocný infarktem ohrožen komplikacemi, ke kterým patří arytmie, srdeční selhání a strukturální poškození srdce.

Nejčastějšími komplikacemi jsou poruchy rytmu, které se vyskytují u Q infarktů ve více než 90 % případů, u non - Q infarktů a nestabilní anginy naopak vzácněji. Ischemický myokard je elektricky nestabilní: supraventrikulární arytmie mohou být projevem elektrické nestability ischemických síní u spodních infarktů nebo jsou zaviněny jejich roztažením při srdečním selhávání či perikarditidou. Běžným projevem elektrické nestability komor jsou komorové extrasystoly. Jsou-li časté nebo vázané, hrozí přechodem do maligní arytmie, komorové tachykardie nebo fibrilace komor, která se však může též objevit samovolně bez varovných poruch rytmu. Vzniká asi u 10 % hospitalizovaných infarktů, nejčastěji na začátku, vzácněji ve třetím týdnu hospitalizace. Blokády ve vodivé soustavě se vyskytují v 10 - 15 % případů. Z nich nejzávažnější je síňokomorová blokáda III.st., která může vyústit do zástavy komor.

Monitorování EKG signálu se stalo nedílnou součástí koronární péče. Časným léčením, hlavně elektrickým, se potlačila téměř úplně úmrtnost na primární arytmie. Hlavní příčinou časně i pozdní smrti je nyní srdeční selhání, jehož tíže je úměrná ztrátě

kontraktilního myokardu. Je-li infarktem postiženo méně než 10 % objemu svaloviny levé komory, zůstává funkce srdce normální. Výpad mezi 10 - 25 % myokardu levé komory vede k latentnímu selhání, které lze prokázat jedině hemodynamickým vyšetřením. Ztráta nad 25 % se projeví manifestním selháním levé komory. Dosáhne-li 35 %, vzniká edém plic, a dosahuje-li 45 %, rozvíjí se kardiogenní šok. Nad tento rozsah není stav slučitelný se životem. Kardiogenní šok má 80 - 90 % úmrtnost. Edém plic anebo šok vznikají zhruba u 10 - 15 % infarktů.

Protržení mezikomorové přepážky nebo roztržení papilárního svalu mitrální chlopně je provázeno vznikem systolického šelestu a náhlého těžkého selhání srdce s vysokou úmrtností.

Tíži srdečního selhání a strukturálního postižení, jako ischemické poškození pravé komory, protržení přepážky mezi komorami nebo papilárního svalu, tamponádu perikardu a komplikující plicní embolii, diagnostikujeme na základě hemodynamického vyšetření u lůžka pomocí plovoucího balónkového katétru nebo pomocí dvourozměrné echokardiografie. Tyto metody usnadňují léčebné rozhodování a kontrolu úspěšnosti léčby.

Zevní protržení srdce vede rychle k náhlé neočekávané smrti.

Léčba

V přednemocniční fázi je důležitá laická první pomoc, o které by měla být informována celá veřejnost. Nemocný má zůstat v klidu, polosedě, při pocitu na omdlení se položit. Nemá kouřit, jíst, nemá pít alkohol. Vezme 1 tabletu Nitroglycerinu pod jazyk. Může ulevit studený obklad na hrud'.

K pomoci patří také okamžité volání RZP.

Odborná první pomoc směřuje k rychlému zbavení bolesti (analgetika, obvykle Fentanyl i.v.) a úzkosti (diazepam).

Současně se doporučuje podání antiagregačního prostředku (1 tbl. Anopyrinu). Je vhodné také podání Nitroglycerinu pod jazyk, nejlépe ve spreji (rychlejší nástup účinku) k odstranění případného věnčitého spasmu. Při bradykardii pod 50 pulzů/min. podáváme Atropin 0,5 mg i.v., při extrasystolii až 300 mg, tj. 15 ml 2 % Mesocainu i.v., při čerstvě vzniklé fibrilaci síní s rychlou odpovědí komor aplikujeme Digoxin 0,5 mg i.v., při vzniku plicního otoku podáme nitráty ve spreji (např. Maycor nitrospray nebo

Nitromint), Furosemid 40 mg i.v., Morphin 10 mg pomalu i.v. Nitrožilní trombolýza se zkouší, zatím není v přednemocniční fázi jednoznačně doporučována.

Zásadně nepodáváme žádné léky nitrosvalově!!! Dochází totiž ke zhmoždění svalu, což ovlivní hladinu enzymu kreatinkinázy (CK), který v nemocniční fázi pečlivě monitorujeme a výsledky by mohly být zkresleny. Při i.m. aplikaci je rovněž nebezpečí krvácení po následně provedené trombolýze.

V nemocnici jsou léčebná opatření první pomoci zkontrolována a doplněna, zejména co se týče analgésie a anxiolytik. Je zajištěn žilní vstup a může být dána inhalace kyslíku. U nemocných, kteří jsou dovezeni na JIP do 6 hodin (nejdéle do 12 hodin od začátku bolesti, mají bolesti a na EKG Pardeeho vlny), je prováděna trombolytická léčba. V intravenózní infuzi během 60 minut podáme fibrinolytikum (streptokináza 1 500 000 j.). Zprůchodníme tak rozpuštěním koronárního trombu věnčitou tepnu a včasným obnovením průtoku krve zachráníme část ischemického ložiska před znekrotizováním. Snížíme též výskyt infarktových komplikací, především srdečního selhání. Po ukončení trombolýzy dostává nemocný heparin v kontinuální infuzi po několik dnů a pak je převeden na léčbu kyselinou acetylosalicylovou, výjimečně kumariny, (tromboembolická nemoc). Tento způsob léčby má však i své kontraindikace (vnitřní krvácení, podezření na disekující aneurysma, čerstvá cévní mozková příhoda, nitrolební krvácení nebo nádor mozku, nekontrolovaná hypertenze TK nad 200/120 mmHg, krvavé trauma nebo chirurgický zákrok v posledních 3 měsících, aktivní vředová choroba gastroduodena nebo hemoragická proktokolitida, prognosticky závažné celkové onemocnění - nádor, těžké jaterní nebo ledvinné selhání, krvácivé stavy).

Na pracovištích, kde je katetrizační a angiografická jednotka, lze použít k okamžitému zprůchodnění trombem zúžené či uzavřené věnčité tepny perkutánní transluminální angioplastiku (PTCA). Seldingerovou metodou z femorální tepny se zavede katétr opatřený na konci balónkem do zúženého místa koronární tepny, tlakem (5 - 20 atmosfér) se balónek nafoukne, trombus a sklerotické hmoty ve stěně cévní se rozvolní a tepna se tak zprůchodní. Při nebezpečí opakovaného uzávěru tepny se stejnou katetrizační cestou do postiženého místa může zavést cévní výztuž, tzv. stent.

V nemocniční fázi se dále časně podávají zpočátku i.v., později p.o. kardioselektivní beta-blokátory (kontraindikace - bradykardie, bradyarytmie, známky srdečního selhání), které snižují výskyt náhlé smrti. Významným pokrokem je rovněž časné podání inhibitorů angiotenzin konvertujícího enzymu (ACEI) od 3.dne, pokud nejsou kontraindikace (hypotenze - systolický TK pod 90 mmHg, těžké ledvinné selhání). Jejich následné dlouhodobé podávání snižuje výskyt opakovaných infarktů a srdečního selhání.

Následná rehabilitace

Nedílnou součástí léčby nemocného na JIP a intermediární péči je rehabilitace. Definujeme ji jako soubor činností nutných k zajištění nejlepších možných tělesných, duševních a sociálních podmínek nemocného, aby se pomocí vlastních sil znovu začleněním do společnosti. Rehabilitace zabraňuje svalovému katabolismu a dekonkci, předchází svalovým a kloubním bolestem, je prevencí tromboembolických příhod a hypoventilačních komplikací (bronchopneumonie), ekonomizuje využití kyslíku ve tkáních, uklidňuje nemocného a vrací mu sebedůvěru, tlumí úzkost a zabraňuje vzniku psychopatologických reakcí, které mohou velmi hojení infarktu zkomplikovat. Zkracuje celkovou dobu nemocnosti a usnadňuje návrat do pracovního procesu. (2)

5. EMPIRICKÁ ČÁST:

5.1 Metodika práce:

Pro empirickou část diplomové práce k doložení informací o znalostech preventivních programů, jsem zvolila dotazníkové šetření mezi populací ve věku 40 - 60 let, protože ta je nejvíce oslovována preventivními programy zdravotních pojišťoven v rámci preventivního programu Ministerstva zdravotnictví ČR. V průběhu zpracování diplomové práce jsem tedy dotazníkem oslovila 150 lidí v odpovídající věkové struktuře a požádala je o odpovědi na otázky týkající se prevence.

5.2 Dotazníková šetření:

Dotazník je moderní metoda, která se využívá pro zpracování dat, informací při výzkumných šetření. Tato metoda je složitější na přípravu a správný výběr a popsání otázek, ale rychle se data zpracovávají.

Pro svoji výzkumnou sondu jsem si připravila dotazník, který měl celkem 45 otázek. 39 otázek bylo uzavřených, respondenti označili nabídnuté odpovědi. 6 otázek bylo otevřených. Na tyto otázky bylo třeba odpovědět dle znalostí respondenta.

Dotazník je rozdělen do čtyř částí. Část A je tvořena otázkami, které zjišťovaly volný čas dotázaných, protože způsob trávení volného času může ukázat na některé pozitivní i negativní stránky životního způsobu a tím i na zvyklosti, které jsou podporou nebo negativy pro prevenci. Část B je zaměřena na preventivní opatření a znalost preventivních programů. Část C obsahuje otázky, které se týkaly ekonomiky a pracovní činnosti respondenta a část D jsou identifikační údaje respondentů. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků, vráceno bylo 138, 12 dotazníků nebylo vráceno. Celková návratnost tedy činí 92 %.

5.3 Charakteristika souboru:

Výzkumná práce se týká prevence rizikových onemocnění, proto jsem pro svoji práci vybrala respondenty, kteří jsou ve věku od 40 do 60 let. Respondentů bylo osloveno 150. Respondenti byli vybráni tak, aby v souboru byly mezi respondenty

odlišnosti, resp. rozdíly dle věku, vzdělání, pracovního zařazení, bydliště, tzn. města nebo venkovské obce, ve kterém dotázaní žijí. Pokusila jsem se zachytit rozdíly v těchto základních kategoriích z hlediska jejich názorů na prevenci a preventivní programy zdravotních pojišťoven.

5.4 Organizace výzkumu:

Na úvod výzkumné sondy bylo třeba správně sestavit dotazník. Dotazník měl obsahovat otázky, které se nejvíce týkaly daného tématu, ale také otázky, které s tímto tématem souvisí. Další část byla tvořena výběrem vhodných otázek, aby dotazník měli respondenti vyplněný rychle a přesto správně. Dále jsem oslovila určený počet respondentů a dotazník jim ponechala na dobu, kterou budou dle svých možností potřebovat. Měla jsem vypracovaný seznam, kde jsem dotazníky nechala, abych si je poté mohla vyzvednout. Výzkumná sonda trvala od října do listopadu, tedy 2 měsíce. Poté jsem všechny vrácené dotazníky vyhodnotila.

5.5 Zpracování dat:

Data jsem zpracovávala postupně, všechny dotazníky, jejich jednotlivé otázky jsem si zpracovávala do počítačového programu Microsoft Excel. Po ukončení sběru dat jsem ze všech dat vytvořila grafy a tabulky. Snažila jsem se některé otázky porovnat s jinými tak, jak by mohly spolu souviset. Otevřené otázky a odpovědi respondentů jsem vyhodnotila najednou, různé odpovědi jsem si vypsala a poté jsem spočítala kolik bylo stejných odpovědí, které byly nejčastější a ty jsem uvedla do diplomové práce. Ve vyhodnocení používám absolutní čísla i procenta, neboť u některých otázek bylo přehlednější užití procent a u některých absolutních čísel.

5.6 Výsledky

Část B: Prevence

V oblasti prevence jsem se obsahově zaměřila na řadu otázek. Především na znalosti respondentů o preventivních programech, dále na jejich četnost kontaktů s lékaři a na jejich životní styl, zvyky související se zdravím a jeho udržováním.

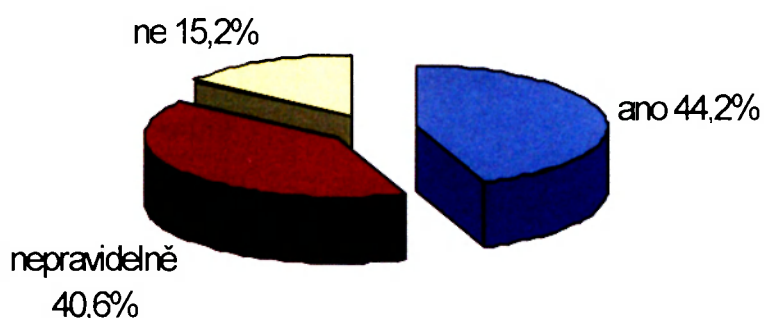


1. Návštěvy lékaře

Tabulka č.1: Navštívujete pravidelně praktického nebo odborného lékaře

Navštívujete pravidelně praktického nebo odborného lékaře?	Abs.č.	%
Ano	61	44,2 %
Nepravidelně, dle potřeby	56	40,6 %
Ne	21	15,2 %
Celkem	138	100 %

Navštívujete pravidelně lékaře?



Graf č. 1: Navštívujete pravidelně lékaře?

Necelá polovina dotázaných navštívuje pravidelně obvodního lékaře, ostatní podle potřeby a malá část, přesto ne nevýznamná, vůbec ne. Takže polovina respondentů pravděpodobně nechodí ani na preventivní prohlídky.

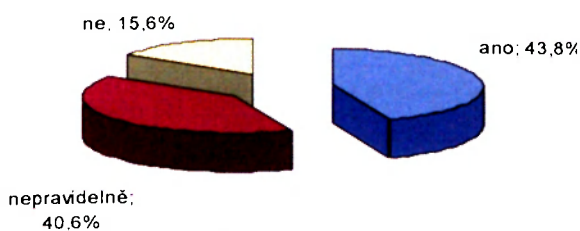
Tabulka č. 2: Návštěva lékaře podle věku

Navštívujete pravidelně lékaře?

	40 - 50 let	50 - 60 let	Celkem
Ano	19	40	59
Nepravidelně	22	35	57
Ne	7	15	22
celkem	48	90	138
Ano	39,6 %	43,8 %	42,4 %
Nepravidelně	45,8 %	40,6 %	42,4 %
Ne	14,6 %	15,6 %	15,3 %
celkem	100 %	100 %	100 %

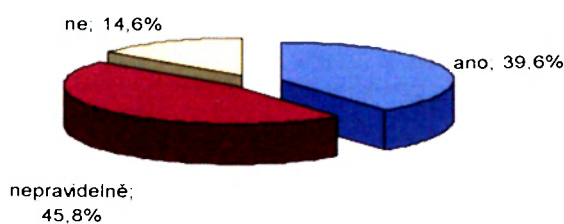
Podle věku se neprokázaly rozdíly v četnosti návštěv lékaře.

**Navštívujete pravidelně lékaře?
(50 - 60 let)**



*Graf č. 2:
Navštívujete pravidelně lékaře?
(50 – 60 let)*

**Navštívujete pravidelně lékaře?
(40 - 50 let)**



*Graf č. 3:
Navštívujete pravidelně lékaře?
(40 – 50 let)*

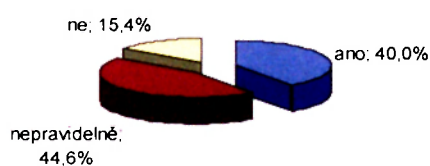
Tabulka č. 3: Návštěva lékaře podle sféry zaměstnání

Navštívujete pravidelně lékaře?

	Nepracující	Státní sféra	Soukromá sféra	Celkem
Ano	3	32	26	61
Nepravidelně	0	27	29	56
Ne	1	10	10	21
celkem	4	69	65	138
Ano	75,0 %	46,4 %	40,0 %	44,2 %
Nepravidelně	0,0 %	39,1 %	44,6 %	40,6 %
Ne	25,0 %	14,5 %	15,4 %	15,2 %
celkem	100 %	100 %	100 %	100 %

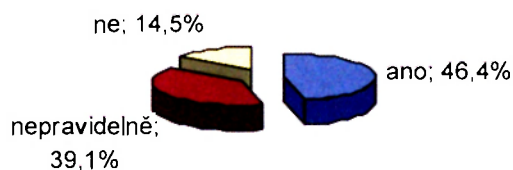
Odlišnosti v návštěvách lékaře podle toho, kde jsou dotázaní zaměstnání, se prokázaly jako statisticky nevýznamné, přesto se určité rozdíly projeví. Lidé zaměstnaní ve státní sféře o něco častěji (rozdíl 6 %) navštívují pravidelně lékaře, než ti, kteří pracují u soukromníků nebo podnikají.

**Navštívujete pravidelně lékaře?
(Soukromá sféra)**



*Graf č. 4:
Navštívujete pravidelně lékaře?
(soukromá sféra)*

**Navštívujete pravidelně lékaře?
(Státní sféra)**



*Graf č. 5:
Navštívujete pravidelně lékaře?
(státní sféra)*

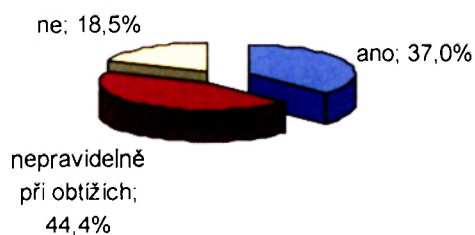
Tabulka č. 4: Návštěva lékaře podle pohlaví

Navštěvujete pravidelně lékaře?

	Podle pohlaví		
	Muži	Zeny	Celkem
Ano	20	42	62
nepravidelně při obtížích	24	31	55
Ne	10	11	21
Celkem	54	84	138
Ano	37,0 %	50,0 %	44,9 %
nepravidelně při obtížích	44,4 %	36,9 %	39,9 %
Ne	18,5 %	13,1 %	15,2 %
Celkem	100 %	100 %	100 %

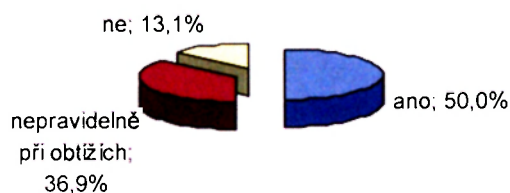
V třídění podle pohlaví se projeví rozdíly mezi muži a ženami. Muži výrazně méně navštěvují lékaře (rozdíl 13 %) než ženy, naopak nepravidelně, až při obtížích chodí muži častěji než ženy. Lze konstatovat, že ženy budou častěji dbát na prevenci onemocnění než muži a současně pravděpodobně o sebe „více zdravotně pečují“ než muži.

Navštěvujete pravidelně lékaře? (Muži)



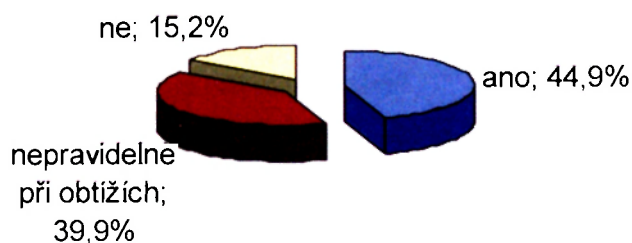
Graf č. 6: Navštěvujete pravidelně lékaře? (muži)

Navštěvujete pravidelně lékaře? (Ženy)



Graf č. 7: Navštěvujete pravidelně lékaře? (ženy)

Navštěvujete pravidelně lékaře - podle pohlaví?



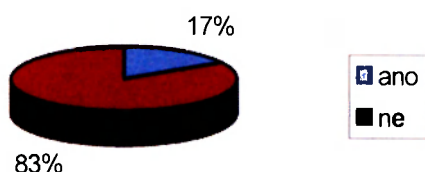
Graf č. 8: Navštěvujete pravidelně lékaře – podle pohlaví

Tabulka č. 5: Navštěvujete pravidelně lékaře? (Dle dosaženého vzdělání)

Navštěvujete pravidelně lékaře?				
	základní	Bez maturity	S maturitou	vysokoškolské
Ano	17 %	49 %	41 %	50 %
Ne	83 %	51 %	59 %	50 %
Celkem	100 %	100 %	100 %	100 %

základní

stř. bez maturity



Graf č. 9:

Návštěvy lékaře a základní vzdělání

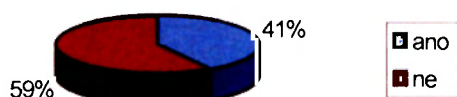


Graf č. 10:

Návštěvy lékaře a vzdělání střední bez maturity

stř. s maturitou

vysokoškolské



Graf č. 11:

Návštěvy lékaře a střední vzdělání s maturitou



Graf č. 12:

Návštěvy lékaře a vysokoškolské vzdělání

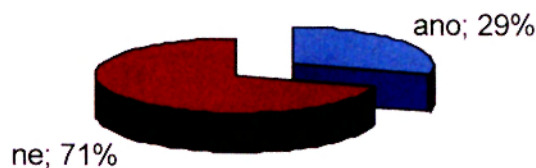
Při porovnání otázek, o pravidelnosti návštěv lékaře a dosaženého vzdělání bylo zjištěno, že dotazovaní se základním vzděláním nenavštěvují pravidelně lékaře z 83 %. U respondentů se vzděláním bez maturity, s maturitou a u absolventů vysokých škol je poměr téměř vyrovnaný (50 % : 50 %).

2. Chronické onemocnění

Tabulka č. 6: Trpíte chronickým onemocněním?

Trpíte chronickým onemocněním?	Abs.č.	%
Ano	40	29 %
Ne	98	71 %
Celkem	138	100 %

Máte chronické onemocnění?



Graf č. 13: Máte chronické onemocnění ?

Tři čtvrtiny dotázaných odpověděli, že netrpí chronickým onemocněním, jedna čtvrtina ano, z toho jako nejčastější chronické onemocnění uvedli hypertenzi, dále diabetes mellitus a alergie.

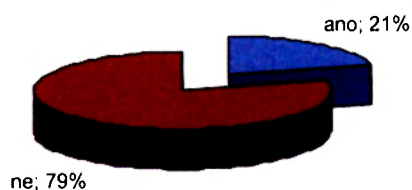
Tabulka č. 7: Chronické onemocnění podle věku

Máte chronické onemocnění?

	Podle věku		Celkem
	40 - 50 let	50 - 60 let	
ano	10	30	40
ne	38	60	98
celkem	48	90	138
ano	21 %	33 %	29 %
Ne	79 %	67 %	71 %
Celkem	100 %	100 %	100 %

Lidé věkově starší uvádějí častěji, že mají chronické onemocnění, rozdíl je skoro 10 %, tzn., že lidé mezi 50-60 lety věku mají více chronických onemocnění.

Máte chronické onemocnění? (40 - 50 let)



Graf č. 14:
Máte chronické onemocnění?
(40 – 50 let)

Máte chronické onemocnění? (50 - 60 let)



Graf č. 15:
Máte chronické onemocnění?
(50 – 60 let)

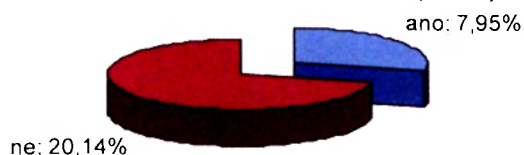
Tabulka č. 8: Chronické onemocnění podle pohlaví

Máte chronické onemocnění?

	Muži	Zeny	Celkem
ano	15	25	40
Ne	39	59	98
Celkem	54	84	138
ano	7,95 %	21,25 %	29,00 %
Ne	20,14 %	51,00 %	71,00 %
Celkem	28,09 %	71,25 %	100 %

Při zjišťování četnosti chronických onemocnění se v průzkumu prokázalo, že dotázaní muži výrazně méně uváděli, že trpí chronickým onemocněním než ženy, rozdíl 12 %.

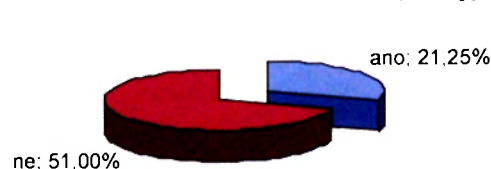
Máte chronické onemocnění? (Muži)



Graf č. 16:

Máte chronické onemocnění? (muži)

Máte chronické onemocnění? (Ženy)



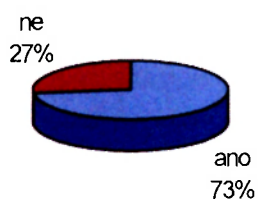
Graf č. 17:

Máte chronické onemocnění? (ženy)

3. Četnost hospitalizace

Tabulka č.9: Byl(a) jste někdy hospitalizován(a)?

Byl(a) jste někdy hospitalizován(a)?	Abs.č.	%
ano	101	73,2 %
Ne	37	26,8 %
Celkem	138	100,0 %



Graf č. 18: Byl(a) jste někdy hospitalizován(a)?

Tři čtvrtiny dotázaných byli již někdy hospitalizováni a jedna čtvrtina uvedla, že ne.

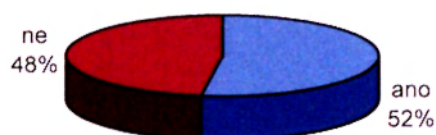
Tabulka č. 10: Počet hospitalizací respondentů.

Počet hospitalizací	Počet respondentů
1	16
2	31
3	26
4	10
5	11
6 a více	7

4. Pravidelné užívání léků a doplňková výživa

Tabulka č.11: Užíváte pravidelně léky?

Užíváte pravidelně léky?	Abs.č.	%
ano	72	52,2 %
Ne	66	47,8 %
Celkem	138	100,0 %



Graf č. 19: Užíváte pravidelně léky?

Více jak polovina dotázaných užívá nějaké léky, v tabulce je uveden počet užívaných léků.

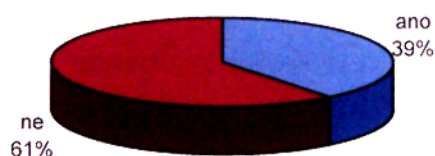
Tabulka č. 12: Počet užívaných léků

Počet užívaných léků	Počet respondentů
1	35
2	16
3	14
4	3
5	2
6	2

Užívání doplňků výživy

Tabulka č. 13: Užíváte nějaké doplňky výživy?

Užíváte nějaké doplňky výživy?	Abs.č.	%
ano	54	39,1 %
Ne	84	60,9 %
Celkem	138	100,0 %



Graf č. 20: Užíváte nějaké doplňky výživy?

Více jak jedna třetina dotázaných užívá doplňky výživy a to většinou jen jeden, max. dva různé doplňky, viz tabulka.

Tabulka č. 14: Počet doplňků

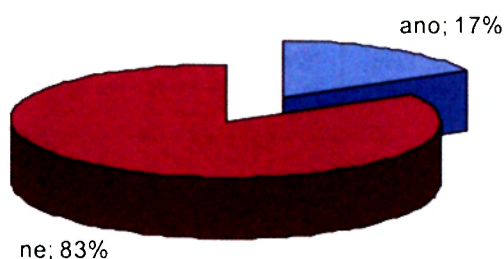
Počet doplňků	Počet respondentů
1	34
2	12
3	4
4	4

5. Informace o preventivních vyšetřeních a jejich aktivní vyhledávání

Tabulka č. 15: Vyhledáváte aktivně informace o preventivních vyšetřeních?

Vyhledáváte aktivně informace o preventivních vyšetřeních?	Abs.č.	%
Ano	23	17 %
Ne	115	83 %
Celkem	138	100 %

Vyhledáváte aktivně informace o prevent. vyšetř.?



Graf č. 21: Vyhledáváte aktivně informace o preventivních vyšetření?

Odpovědi na tuto otázku ukazují, že jen malá část, 17 % dotázaných si aktivně vyhledává informace o preventivních vyšetřeních. V návaznosti na předcházející odpovědi lze konstatovat, že ani ti lidé, kteří mají nějaké zdravotní problémy nevyhledávají prevenci, natož ti, kteří se domnívají, že nemají zdravotní problémy.

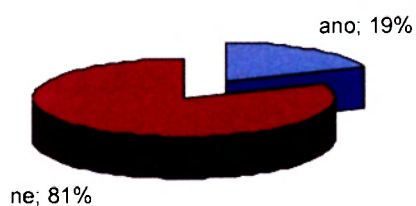
Tabulka č. 16: Aktivní vyhledávání informací podle věku

Vyhledáváte aktivně informace o preventivních vyšetřeních?

	40 - 50 let	50 - 60 let	Celkem
ano	9	14	23
ne	39	76	115
Celkem	48	90	138
ano	19 %	16 %	17 %
ne	81 %	84 %	83 %
Celkem	100 %	100 %	100 %

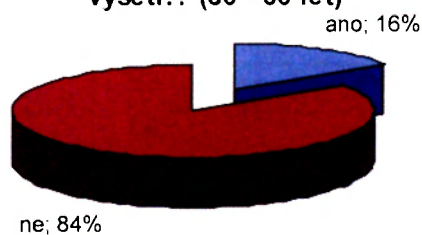
Informace o preventivních vyšetřeních vyhledávají, podle výsledků, stejně lidé mezi 40-50 a 50-60 lety. Neprokázaly se výraznější rozdíly podle věku.

Vyhledáváte aktivně informace o prevent. vyšetř.? (40 - 50 let)



Graf č. 22: Vyhledáváte aktivně informace o preventivních vyšetřeních? (40 – 50 let)

Vyhledáváte aktivně informace o prevent. vyšetř.? (50 - 60 let)



Graf č. 23: Vyhledáváte aktivně informace o preventivních vyšetřeních? (50 – 60 let)

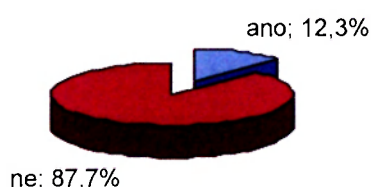
Tabulka č. 17: Aktivní vyhledávání informací podle sféry působení.

Vyhledáváte aktivně informace o preventivním vyšetření?

	Nepracující	Státní sféra	Soukromá sféra	Celkem
ano	1	14	8	23
Ne	3	55	57	115
Celkem	4	69	65	138
ano	25,0 %	20,3 %	12,3 %	16,7 %
Ne	75,0 %	79,7 %	87,7 %	83,3 %
Celkem	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

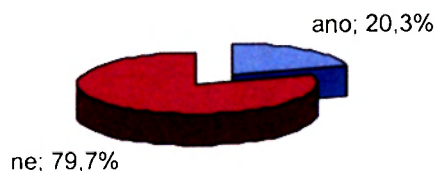
Rozdíl ve vyhledávání informací se prokázal mezi dotázanými podle sféry pracovního působení. O 8 % více lidí ze státní sféry vyhledává aktivně informace. Je pravděpodobné, že lidé ze soukromé sféry nemají čas tyto informace vyhledávat.

Vyhledáváte aktivně informace o prevent. vyšetření? (Soukromá sféra)



Graf č. 24:
Vyhledáváte aktivně informace o preventivních vyšetření? (soukromá sféra)

Vyhledáváte aktivně informace o prevent. vyšetření? (Státní sféra)



Graf č. 25:
Vyhledáváte aktivně informace o preventivních vyšetření? (státní sféra)

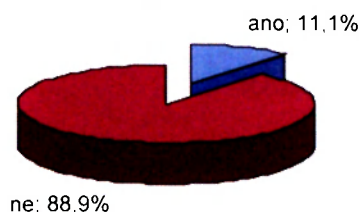
Tabulka č. 18: Aktivní vyhledávání informací podle pohlaví.

Vyhledáváte aktivně informace o prevent. vyš.?

	Muži	Ženy	Celkem
ano	6	17	23
Ne	48	67	115
Celkem	54	84	138
ano	11,1 %	20,2 %	16,7 %
Ne	88,9 %	79,8 %	83,3 %
Celkem	100,0 %	100,0 %	100,0 %

V komparaci výsledků v rámci otázky „jak vyhledávají lidé preventivní programy“ se výrazněji liší muži a ženy. Ženy mnohem více, o 10 % častěji, aktivně vyhledávají informace o prevenci než muži.

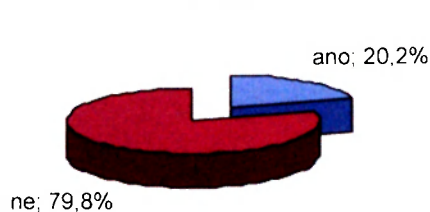
Vyhledáváte aktivně informace o prevent. vyš.? (Muži)



Graf č. 26:

Vyhledáváte aktivně informace o preventivních vyšetření? (muži)

Vyhledáváte aktivně informace o prevent. vyš.? (Ženy)

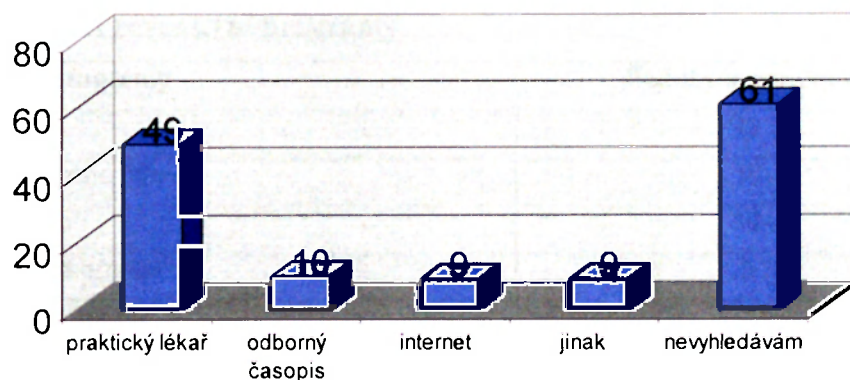


Graf č. 27:

Vyhledáváte aktivně informace o preventivních vyšetření? (ženy)

Tabulka č. 19: Jakým způsobem získáváte informace o preventivních vyšetřeních?

Jakým způsobem získáváte informace o preventivních vyšetřeních?	Abs.č.	%
praktický lékař	49	35,5 %
odborný časopis	10	7,2 %
internet	9	6,5 %
jinak	9	6,5 %
nevyhledávám	61	44,3 %
Celkem	138	100,0 %

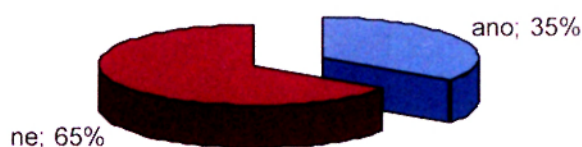


Graf č. 28: Jakým způsobem získáváte informace o preventivních vyšetřeních?

Graf ukazuje, že značná část respondentů informace o prevenci nevyhledává a ti, kteří mají informace, tak především od praktického lékaře. Informace z internetu uvedla jen necelá desetina dotázaných.

Tabulka č. 20: Znalost preventivních zdravotních programů

Znáte preventivní zdravotní programy?	Abs.č.	%
ano	48	35 %
Ne	90	65 %
Celkem	138	100 %

Znáte preventivní programy?*Graf č. 29: Znáte preventivní programy?*

Jedna třetina dotázaných zná preventivní zdravotní programy, ostatní ne. Respondenti vypisovali, jaké preventivní programy znají, podrobnosti jsou uvedeny v tabulce. Nejvíce respondentů, ale ze zkoumaného souboru jen o něco více než desetina, zná mammografii a karcinom tlustého střeva. Zjištění ukazuje, že preventivní programy jsou pravděpodobně mezi populací odpovídající věku velmi málo rozšířeny, což není dobré ani z hlediska prevence, ani z hlediska informovanosti.

Tabulka č. 21: Preventivní programy

Preventivní programy	Počet respondentů
Mammografie	19
Carcinom tlustého střeva	16
Carcinom prsu	10
Gynekologické prohlídky	5
Preventivní prohlídky	4
Obezita	3
Osteoporóza	3
Vyšetření prostaty	2
Zubní vyšetření	2

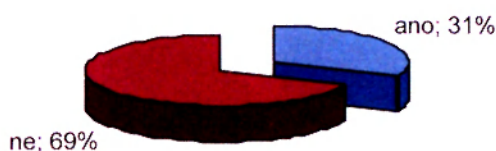
Tabulka č. 22: Znalost preventivních programů podle věku

Znáte preventivní programy?

	40 - 50 let	50 - 60 let	Celkem
ano	15	33	48
Ne	33	57	90
Celkem	48	90	138
ano	31 %	37 %	35 %
Ne	69 %	63 %	65 %
Celkem	100,0 %	100,0 %	100,0 %

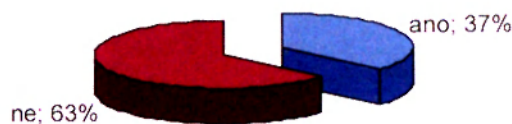
Znalost preventivních programů je stejná mezi respondenty podle věku, statistická odlišnost je relativně malá, jen 6 %.

Znáte preventivní programy? (40 - 50 let)



Graf č. 30: Znáte preventivní programy? (40 - 50 let)

Znáte preventivní programy? (50 - 60 let)



Graf č. 31: Znáte preventivní programy? (50 - 60 let)

Tabulka č. 23: Znalost preventivních programů podle sféry působení

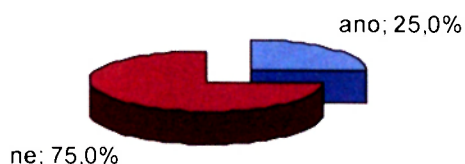
Znáte prevent. zdravot. programy?

	Nepracující	Státní sféra	Soukromá sféra	Celkem
ano	1	30	17	48
ne	3	39	48	90
Celkem	4	69	65	138
ano	25,0 %	43,5 %	26,2 %	34,8 %
ne	75,0 %	56,5 %	73,8 %	65,2 %
Celkem	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Znalost preventivních programů se výrazně liší podle sfér působení. Lidé pracující ve státní sféře znají mnohem více preventivní programy, než lidé pracující v soukromé sféře. Rozdíly jsou výrazné, o 18 %. Jaké jsou důvody, přesně nemůžeme konstatovat,

lze se domnívat, že lidé v soukromé sféře mají méně času, což se projevilo i např. v délce reálné dovolené a počtu odpracovaných hodin.

Znáte prevent. zdravot. programy? (Nepracující)

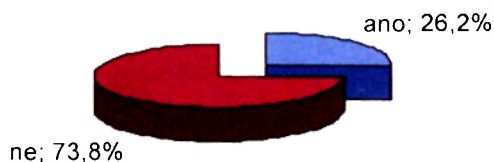


Graf č. 32: Znáte prevent. zdravot. programy? (nepracující)

Znáte prevent. zdravot. programy? (Státní sféra)



Znáte prevent. zdravot. programy? (Soukromá sféra)



Graf č. 33:

Znáte preventivní zdravotní programy? (státní sféra)

Graf č. 34:

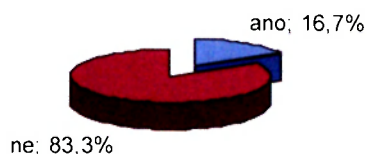
Znáte preventivní zdravotní programy? (soukromá sféra)

Tabulka č.24: Znáte preventivní programy? Podle pohlaví

	Muži	Zeny	Celkem
ano	9	39	48
ne	45	45	90
Celkem	54	84	138
ano	16,7 %	46,4 %	34,8 %
ne	83,3 %	53,6 %	65,2 %
Celkem	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Znalost preventivních programů se také velmi odlišuje podle pohlaví. Odlišnost mužů a žen je 30 % ve prospěch žen. Pouze necelých dvacet procent mužů uvádí, že zná preventivní programy, naopak znalost žen je padesátiprocentní.

Znáte preventivní programy? (Muži)



Graf č. 35: Znáte preventivní programy? (muži)

Znáte preventivní programy? (Ženy)



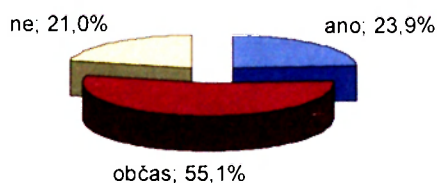
Graf č. 36: Znáte preventivní programy? (ženy)

6. Péče o zdraví

Tabulka č. 25: Péče o zdraví bez lékařského doporučení

Pečujete o své zdraví bez lékařského doporučení?	Abs.č.	%
ano	33	23,9 %
občas	76	55,1 %
ne	29	21,0 %
Celkem	138	100,0 %

Pečujete o své zdraví bez lékař. doporučení?



Graf č. 37: Pečujete o své zdraví bez lékařského doporučení?

Většina dotázaných o své zdraví pečuje občas, nebo vůbec ne, pouze necelá jedna pětina odpověděla, že ano, což je velmi málo v této věkové skupině a opět to ukazuje na problémy péče lidí o své zdraví, tzn. na neodpovědnost za své zdraví a současně na problémy ve výchově a v informovanosti.

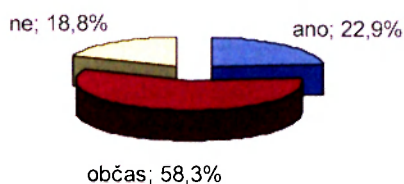
Tabulka č. 26: Pečujete o své zdraví bez lékař. doporučení? Dle věku

	40 - 50 let	50 - 60 let	Celkem
ano	11	22	33
občas	28	48	76
ne	9	20	29
Celkem	48	90	138

	40 - 50 let	50 - 60 let	Celkem
ano	22,9 %	24,4 %	23,9 %
občas	58,3 %	53,3 %	55,1 %
ne	18,8 %	22,2 %	21,0 %
Celkem	100,0 %	100,0 %	100,0 %

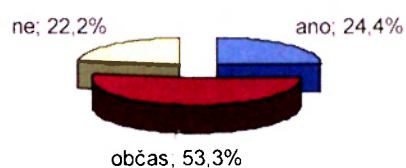
V péči o své zdraví bez lékařského doporučení se neliší lidé podle věku.

Pečujete o své zdraví bez lékař. doporučení?
(40 - 50 let)



Graf č. 38: Pečujete o své zdraví bez lékařského doporučení? (40 – 50 let)

Pečujete o své zdraví bez lékař. doporučení?
(50 - 60 let)



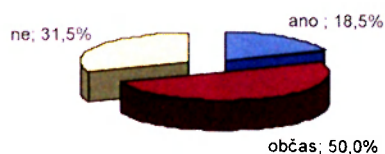
Graf č. 39: Pečujete o své zdraví bez lékařského doporučení? (50 – 60 let)

Tabulka č. 27: Pečujete o své zdraví bez lékařského doporučení? Dle pohlaví

	Muži	Zeny	Celkem
ano	10	23	33
občas	27	49	76
ne	17	12	29
Celkem	54	84	138
ano	18,5 %	27,4 %	23,9 %
občas	50,0 %	58,3 %	55,1 %
ne	31,5 %	14,3 %	21,0 %
Celkem	100,0 %	100,0 %	100,0 %

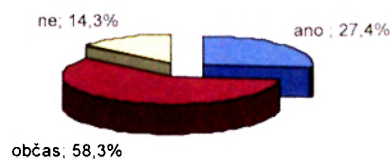
Dotazovaní se výrazněji liší v péči o své zdraví bez lékařského doporučení ve srovnání podle pohlaví. Ženy uváděly o 10 % více (18:29 %), že pečují o své zdraví, muži naopak o své zdraví pečují jen občas a vůbec ne uvedla třetina.

Pečujete o své zdraví bez lékařského doporučení?
(Muži)



Graf č. 40: Pečujete o své zdraví bez lékařského doporučení? (Muži)

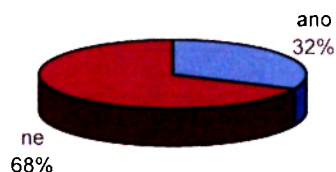
Pečujete o své zdraví bez lékařského doporučení?
(Ženy)



Graf č. 41: Pečujete o své zdraví bez lékařského doporučení? (Ženy)

Tabulka č. 28: Změny stravovacích návyků

Změnily se vaše stravovací návyky?	Abs.č.	%
ano	44	31,9 %
ne	94	68,1 %
Celkem	138	100,0 %

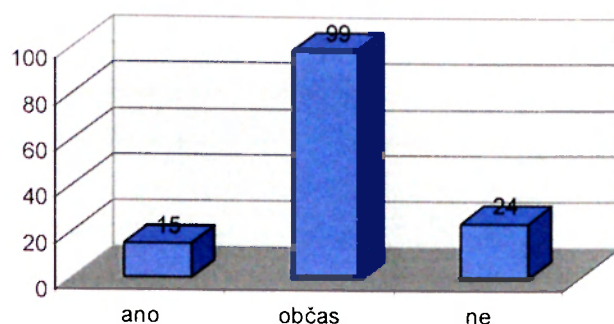


Graf č. 42: Změnily se Vaše stravovací návyky?

V posledních pěti letech z dotázaných osob změnila jedna třetina své stravovací návyky, ostatní ne.

Tabulka č. 29: Dodržování zásad zdravé výživy

Dodržujete zásady zdravé výživy?	Abs.č.	%
ano	15	10,8 %
občas	99	72 %
ne	24	17,2 %
Celkem	138	100,0 %

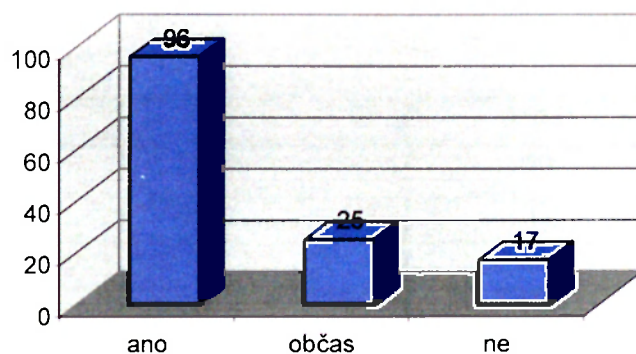


Graf č. 43: Dodržujete zásady zdravé výživy?

Zásady zdravé výživy dodržuje jen jedna desetina dotázaných osob, ostatní je dodržují jen občas a nebo vůbec ne . Jedná se o další negativní zjištění.

Tabulka č. 30: Pití kávy

Pijete kávu?	Abs.č.	%
ano	96	69,5 %
občas	25	18,1 %
ne	17	12,4 %
Celkem	138	100,0 %

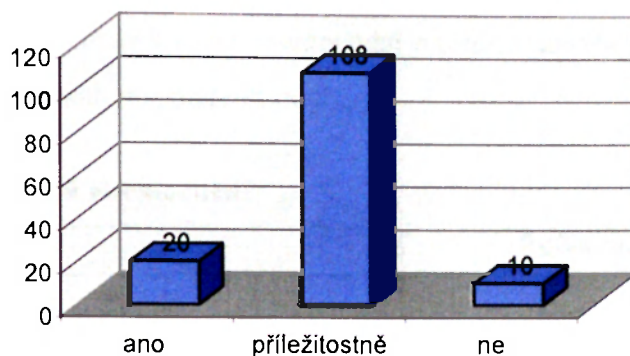


Graf č. 44: Pijete kávu?

Káva patří většinou k nevhodným potravinám, jejichž vyšší konzumace neprospívá dobrému zdraví. Více jak dvě třetiny dotázaných uvedly, že pijí kávu denně, pouze jedna desetina ji nepije vůbec. Nezjišťovala jsem počet šálků denně, pravděpodobně by tato informace ještě zvýšila nepříznivé výsledky.

Tabulka č. 31: Pítí alkoholu

Pijete alkohol?	Abs.č.	%
ano	20	14,5 %
příležitostně	108	78,3 %
nepiji	10	7,2 %
Celkem	138	100,0 %

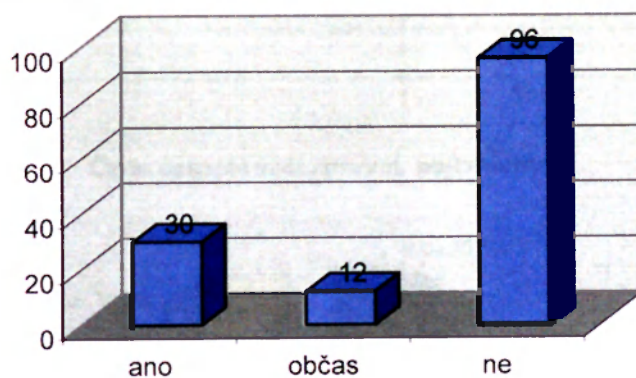


Graf č. 45: Pijete alkohol?

Tři čtvrtiny dotázaných pijí alkohol příležitostně, což odpovídá běžným zvykům v rámci životního stylu v České republice, jedna desetina uvedla, že pije alkohol pravidelně.

Tabulka č. 32: Kouření

Kouříte?	Abs.č.	%
Ano, denně	30	21,7 %
občas	12	8,7 %
ne	96	69,6 %
Celkem	138	100,0 %



Graf č. 46: Kouříte?

Z dotázaných kouří denně jedna pětina a vůbec ne dvě třetiny, což je ve sledovaném souboru jedno z mála pozitivních zjištění.

7. Znalost rizikových onemocnění

Víte, která riziková onemocnění jsou v ČR nejčastější?

Dotázaní uvedli následující onemocnění, viz. tabulka. Nejvíce se ve výpovědích objevily karcinomy, kardiovaskulární onemocnění a infarkt myokardu, takže informace o rizikových onemocněních respondenti mají.

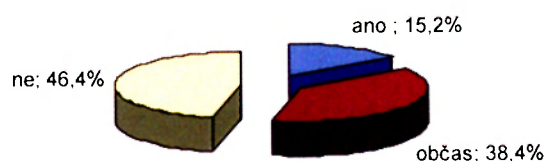
Tabulka č. 33: Riziková onemocnění

Riziková onemocnění	Počet respondentů
Karcinomy – obecně	59
Kardiovaskulární onemocnění	53
Infarkt myokardu	40
Karcinom tlustého střeva	26
Obezita	12
Diabetes mellitus	12
Karcinom prsu	11
Karcinom děložního čípku	4
Karcinom pankreatu	1
Karcinom prostaty	1
Karcinom kůže	1

Tabulka č. 34: Čtení časopisů zdravotních pojišťoven

Čtete časopis vaší Zdravotní pojišťovny?	Abs.č.	%
ano	21	15,2 %
občas	53	38,4 %
ne	64	46,4 %
Celkem	138	100,0 %

Čtete časopis vaší Zdravot. pojišťovny?



Graf č. 47: Čtete časopis vaší Zdravotní pojišťovny?

Všichni pojištěnci dostávají pravidelně od zdravotních pojišťoven informační časopis, většinou jednou ročně. Z dotázaných ho čte pravidelně jen jedna desetina, ta je i pravděpodobně informovaná o preventivních prohlídkách a programech, jak bylo uvedeno výše. Jedna třetina ho čte jen občas a polovina uvedla, že vůbec. Výpovědi svědčí o významném nezájmu o informace týkající se prevence vlastního zdraví.

Tabulka č. 35: Čtete časopis vaší Zdravot. pojišťovny? Dle pohlaví

	Muži	Zeny	Celkem
ano	5	16	21
občas	21	32	53
ne	28	36	64
Celkem	54	84	138
ano	9,3 %	19,0 %	15,2 %
občas	38,9 %	38,1 %	38,4 %
ne	51,9 %	42,9 %	46,4 %
Celkem	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Ve čtení časopisu zdravotní pojišťovny se liší dotazovaní podle pohlaví, o 10 % více žen (9:19 %) čte časopis pravidelně, a nečte vůbec o deset procent mužů méně, než žen. (52:43). Rozdíly v přístupech se prokázaly podle pohlaví.

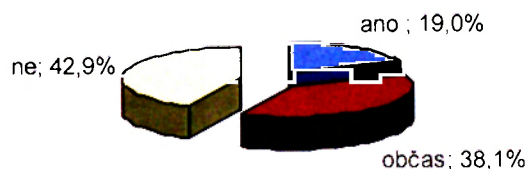
Čtete časopis vaší Zdravot. pojišťovny?
(Muži)



Graf č. 48:

Čtete časopis vaší Zdravotní pojišťovny?
(muži)

Čtete časopis vaší Zdravot. pojišťovny?
(Ženy)



Graf č. 49:

Čtete časopis vaší Zdravotní pojišťovny?
(ženy)

8. Prevence

Tabulka č. 36: Preventivní prohlídky na které máme ze zákona právo

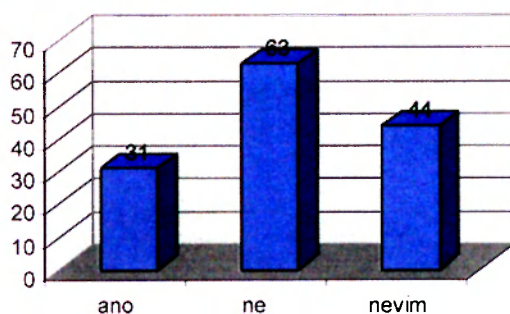
Respondenti uvedli viz. tabulka.

Preventivní vyšetření	Počet respondentů
Mamografické vyšetření	55
Zubní prohlídka	37
Gynekologické vyšetření	29
Vyšetření tlustého střeva- hemokult	22
Preventivní prohlídka u praktického lékaře	14
Vyšetření prostaty	3
Vyšetření osteoporózy	2

Z hlediska preventivních prohlídek ví více, jak jedna třetina, že má nárok na mamografické vyšetření, jedna čtvrtina na zubní prohlídku. Ostatní četnosti jsou menší než jedna čtvrtina.

Tabulka č. 37: Dědičná onemocnění

Máte v rodině dědičné onemocnění?	Abs.č.	%
ano	31	22,5 %
ne	63	45,6 %
nevím	44	31,9 %
Celkem	138	100 %

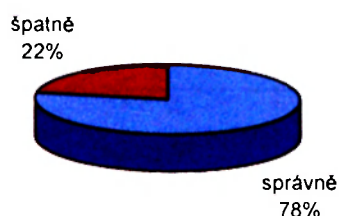


Graf č. 50: Máte v rodině dědičné onemocnění?

Jedna pětina dotázaných uvedla, že mají v rodině dědičné onemocnění, jedna třetina nemá informace.

Tabulka č. 38: Prevence

Víte, co znamená slovo prevence?	Abs.č.	%
správně	107	78 %
špatně	31	22 %
Celkem	138	100 %



Graf č. 51: Víte, co znamená slovo prevence?

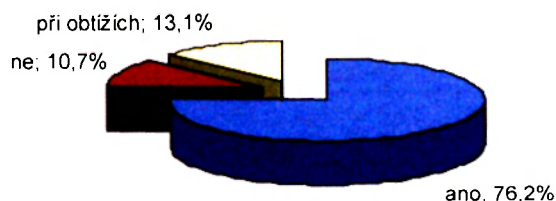
Na tuto otázku správně odpovědělo 107 respondentů a špatně nebo vůbec 31 respondentů

9. Část pro ženy – celek 84 respondentů

Tabulka č. 39: Gynekologické prohlídky

Chodíte pravidelně na prohlídky ke gynekologovi?	Abs.č.	%
ano	64	76,2 %
ne	9	10,7 %
při obtížích	11	13,1 %
Celkem	84	100,0 %

Chodíte pravidelně na gynekologické vyšetření?



Graf č. 52: Chodíte pravidelně na gynekologické vyšetření?

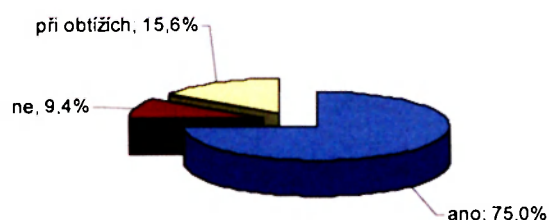
Většina dotázaných žen chodí pravidelně na prohlídky ke gynekologovi, což je pozitivní zjištění.

Tabulka č. 40: Chodíte pravidelně na gynekologické vyšetření?

	Ženy 40 - 50 let	Ženy 50 - 60 let	Celkem
ano	24	40	64
ne	3	6	9
při obtížích	5	6	11
Celkem	32	52	84
ano	75,0 %	76,9 %	76,2 %
ne	9,4 %	11,5 %	10,7 %
při obtížích	15,6 %	11,5 %	13,1 %
Celkem	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Na pravidelné gynekologické prohlídky chodí stejně ženy mezi 40–60 lety, prokázal se jen malý rozdíl mezi ženami podle věku v návštěvě při obtížích (17:12 %).

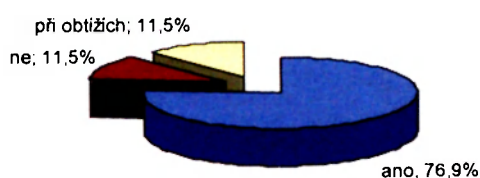
**Chodíte pravidelně na gynekologické vyšetření?
(Ženy 40 - 50 let)**



Graf č. 53:

Chodíte pravidelně na gynekologické vyšetření? (ženy 40 -50 let)

**Chodíte pravidelně na gynekologické vyšetření?
(Ženy 50 - 60 let)**

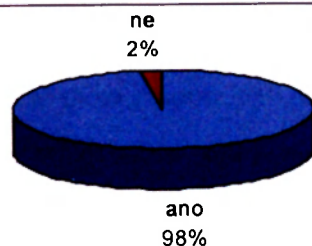


Graf č. 54:

Chodíte pravidelně na gynekologické vyšetření? (ženy 50 - 60 let)

Tabulka č. 41: Samovyšetření prsu

Znáte samovyšetření prsu?	Abs.č.	%
ano	82	97,6 %
ne	2	2,4 %
Celkem	84	100,0 %

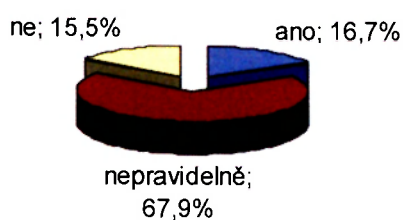


Graf č. 55: Znáte samovyšetření prsu?

Skoro všechny ženy odpověděly, že znají samovyšetření prsu.

Tabulka č. 42: Samovyšetření prsu

Provádíte samovyšetření prsu?	Abs.č.	%
ano	14	16,7 %
nepravidelně	57	67,9 %
vůbec	13	15,5 %
Celkem	84	100,0 %

Provádíte samovyšetření prsu?*Graf č. 56: Provádíte samovyšetření prsu?*

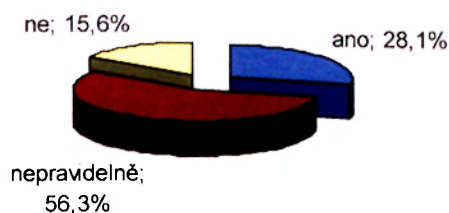
Většina žen, i když zná samovyšetření prsu si ho provádí jen občas, pouze necelá desetina uvedla, že pravidelně. A jedna desetina, že vůbec ne.

Tabulka č. 43: Provádíte samovyšetření prsu?

	Ženy 40 - 50 let	Ženy 50 - 60 let	Celkem
ano	9	5	14
nepravidelně	18	39	57
ne	5	8	13
Celkem	32	52	84
ano	28,1 %	9,6 %	16,7 %
nepravidelně	56,3 %	75,0 %	67,9 %
ne	15,6 %	15,4 %	15,5 %
Celkem	100,0 %	100,0 %	100,0 %

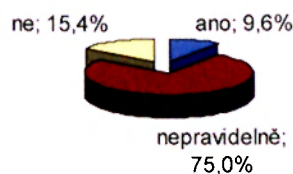
Významný rozdíl se prokázal mezi respondentkami v odpovědích na otázku, jestli si provádí samovyšetření prsu. Pravidelně si samovyšetření prsu provádí jen 28 % žen ve věku mezi 40-50 lety a 10 % žen z věkové struktury 50 –60 let.

**Provádíte samovyšetření prsu?
(Ženy 40 - 50 let)**



*Graf č. 57:
Provádíte samovyšetření prsu?
(ženy 40 – 50 let)*

**Provádíte samovyšetření prsu?
(Ženy 50 - 60 let)**



*Graf č. 58:
Provádíte samovyšetření prsu?
(ženy 50 - 60 let)*

10. Část pro muže – celkem 54 respondentů

Tabulka č. 44: Vyšetření prostaty

Byla Vám někdy vyšetřena prostata?	Abs.č.	%
ano	20	37,0 %
ne	34	63,0 %
Celkem	54	100,0 %

Byla Vám vyšetřena prostata?



Graf č. 59: Byla Vám vyšetřena prostata?

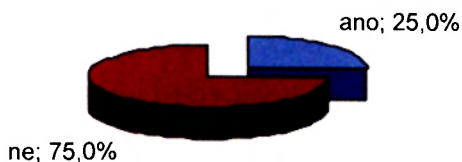
Jedna třetina dotázaných mužů byla na vyšetření prostaty, ostatní nebyli.

Tabulka č. 45: Byla Vám vyšetřena prostata?

	Muži 40 - 50 let	Muži 50 - 60 let	Celkem
ano	4	16	20
ne	12	22	34
Celkem	16	38	54
ano	25,0 %	42,1 %	37,0 %
ne	75,0 %	57,9 %	63,0 %
Celkem	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Skoro polovina mužů si ve věku 50-60 let nechala vyšetřit prostatu. Ve věku mezi 40-50 lety byla na vyšetření prostaty jen jedna čtvrtina dotázaných mužů. V tomto případě se prokázala statisticky významná odlišnost podle věku.

**Byla Vám vyšetřena prostata?
(Muži 40 - 50 let)**



*Graf č. 60:
Byla Vám vyšetřena prostata?
(muži 40 – 50 let)*

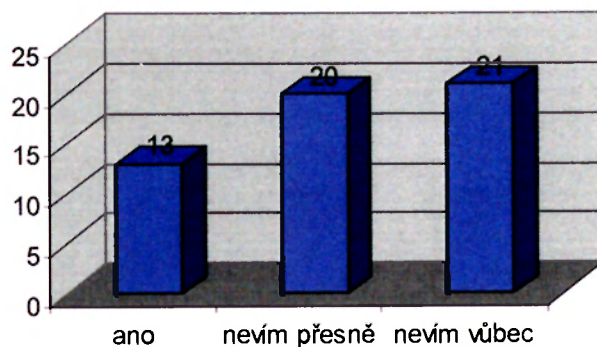
**Byla Vám vyšetřena prostata?
(Muži 50 - 60 let)**



*Graf č. 61:
Byla Vám vyšetřena prostata?
(muži 50 – 60 let)*

Tabulka č. 46: Vyšetření tlustého střeva

Víte, v kolika letech máte absolvovat vyšetření tlustého střeva?	abs.č.	%
ano	13	24,0 %
nevím přesně	20	37,0 %
nevím vůbec	21	39,0 %
Celkem	54	100,0 %



Graf č. 62: Víte, v kolika letech máte absolvovat vyšetření tlustého střeva?

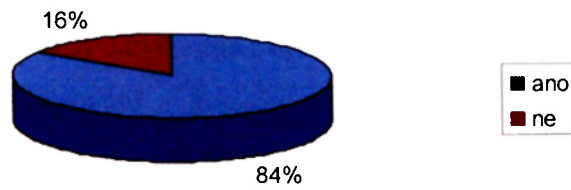
Jedna čtvrtina dotázaných mužů ví, v kolika letech má absolvovat vyšetření hemokult, ostatní nevěděli přesně a nebo vůbec.

Porovnání vybraných otázek:

1. Aktivně tráví svůj volný čas vs. Dodržují zásady zdravé výživy.

94 respondentů

79 respondentů

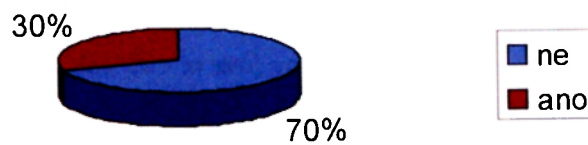


Z 94 respondentů, kteří uvedli, že tráví svůj volný čas aktivně, dodržuje 79 z nich zásady zdravé výživy pravidelně nebo občas.

2. Pasivně tráví svůj volný čas vs. Trpí chronickým onemocněním.

54 respondentů

16 respondentů



Z 54 respondentů, kteří uvedli, že tráví svůj volný čas pasivně trpí chronickým onemocněním 16 respondentů.

Část A: Volný čas

V průzkumu jsem se dotazovala také na trávení volného času, protože aktivní či pasivní relaxační odpočinek, sportování a koníčky jsou, dle mého názoru, důležitou podmínkou zdravého životního stylu. V rámci této oblasti jsem se zaměřila na způsob trávení volného času, na sportování a koníčky a také na čas věnovaný odpočinku v rámci dovolené. V této oblasti se respondenti příliš neliší ani podle věku ani podle pohlaví.

1. Trávení volného času

Tabulka č. 47: Trávení volného času

Jak trávíte svůj volný čas?	Abs.č.	%
aktivně (sportem, manuální prací)	90	65%
pasivně (četbou, sledováním televize, u PC)	48	35%
Celkem	138	100 %

Jak trávíte svůj volný čas?



Graf č. 63: Jak trávíte svůj volný čas?

Dvě třetiny dotázaných tráví svůj volný čas aktivně, tzn. sportem nebo především manuální prací a jedna třetina pasivně, většinou sledováním televize. Týká se to především lidí, kteří manuálně pracují. V tomto případě se dá konstatovat, že trávení volného času odpovídá zvyklostem a není nijak na závalu z hlediska prevence.

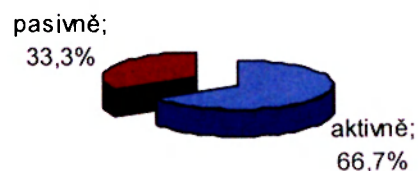
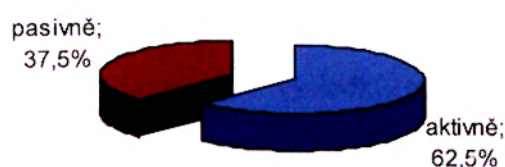
Tabulka č. 48: Trávení volného času podle věku

Jak trávíte svůj volný čas – dle věku			
	40 - 50 let	50 - 60 let	Celkem
aktivně	30	60	90
pasivně	18	30	48
Celkem	48	90	138

Jak trávíte svůj volný čas – dle věku			
	40 - 50 let	50 - 60 let	Celkem
aktivně	62,5 %	66,7 %	65,2 %
pasivně	37,5 %	33,3 %	34,8 %
Celkem	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Jak trávíte svůj volný čas? (40 - 50 let)

Jak trávíte svůj volný čas? (50 - 60 let)



Graf č. 64: Jak trávíte svůj volný čas?
(40 – 50 let)

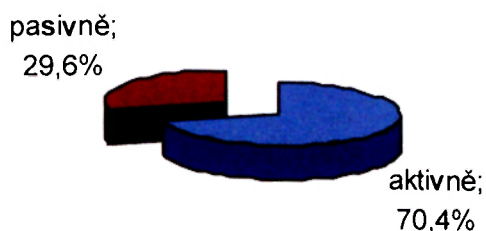
Graf č. 65: Jak trávíte svůj volný čas?
(50 – 60 let)

Při komparaci dle věku nebyly zjištěny výraznější rozdíly v trávení volného času respondentů.

Tabulka č. 49: Trávení volného času podle pohlaví

Jak trávíte svůj volný čas – podle pohlaví			
	Muži	Ženy	Celkem
Aktivně	38	52	90
Pasivně	16	32	48
Celkem	54	84	138
aktivně	70,4 %	61,9 %	65,2 %
pasivně	29,6 %	38,1 %	34,8 %
Celkem	100,0 %	100,0 %	100,0 %

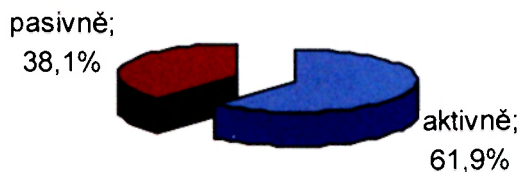
Jak trávíte svůj volný čas? (Muži)



Graf č. 66:

Jak trávíte svůj volný čas? (muži)

Jak trávíte svůj volný čas? (Ženy)



Graf č. 67:

Jak trávíte svůj volný čas? (ženy)

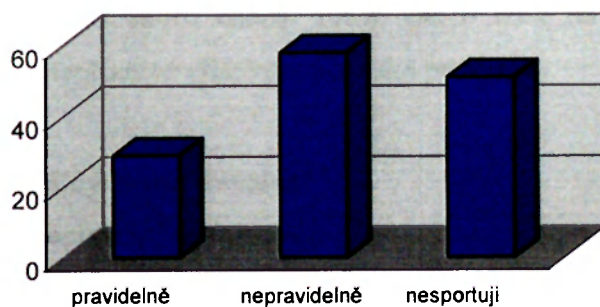
Při komparaci výsledků trávení volného času dle pohlaví byly zjištěny pouze statisticky nevýznamné rozdíly. Data udávají, že muži tráví svůj volný čas spíše aktivně a ženy spíše pasivně.

Na doplňující otázku „Jaké máte záliby, koníčky?“ nejvíce dotázaných uvedlo četbu, zahradu a kulturu (kino, divadlo, hudba), sport.

Tabulka č. 50: Sport

Sportujete?	Abs.č.	%
pravidelně (aspoň jednou týdně)	29	21,0 %
nepřavidelně	58	42,0 %
nesportuji	51	37,0 %
Celkem	138	100,0 %

Sportujete?



Graf č. 68: Sportujete?

Jak je jasně vidět z grafu, sportuje jen malá část dotázaných, a to jedna pětina, ostatní sportují nepřavidelně nebo vůbec. V tomto případě je již vidět problém

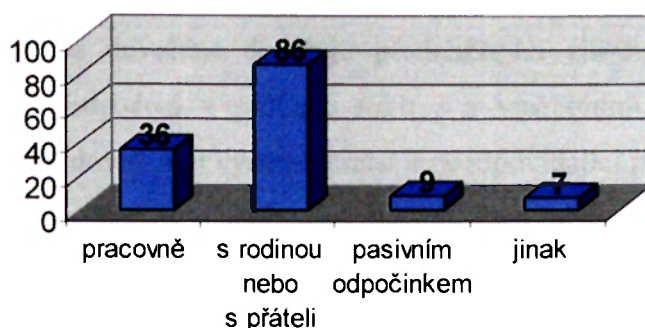
z hlediska péče o zdraví a prevenci nemocí. Rekreační sport patří mezi velmi dobré preventivní činnosti. Na otázku „Jaké sporty preferujete?“ respondenti nejčastěji uvedli kolo, lyžování a turistiku.

2. Víkendy a dovolené

Tabulka č. 51: Trávení víkendů

Jak trávíte vaše víkendy?	Abs. č.	%
pracovně	36	26,0 %
s rodinou nebo s přáteli	86	62,4 %
pasivním odpočinkem	9	6,5 %
jinak	7	5,1 %
Celkem	138	100,0 %

Jak trávíte vaše víkendy



Graf č. 69: Jak trávíte vaše víkendy?

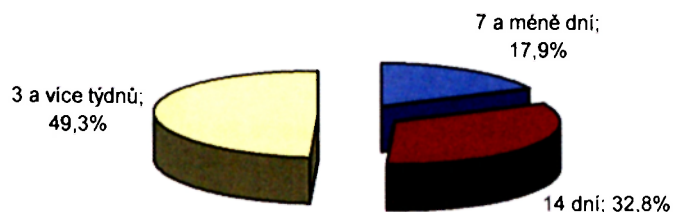
Dvě třetiny dotázaných uvedly, že tráví víkendy s rodinou a nebo s přáteli, což odpovídá životnímu stylu mnohých rodin i jednotlivců v současnosti. Přesto je důležité zjištění, že jedna třetina z dotázaných ve sledované věkové kategorii o víkendech pracuje, takže nemá vlastně skoro žádný volný čas a tedy ani čas na regeneraci organismu, což je velmi nepříznivé zjištění z hlediska prevence.

Tabulka č. 52: Počet reálných dní dovolené

Kolik dní ročně máte „doopravdy“ dovolenou?	Abs.č.	%
7 dní a méně	24	18 %
14 dní	44	33 %
3 týdny a více	66	49 %
Celkem	134	100,0 %

Pozn. Celkový součet respondentů u této otázky je 134 a 4 respondenti jsou nezaměstnaní, nemají dovolenou.

Kolik dní máte za rok dovolenou?



Graf č. 70: Kolik dní máte za rok dovolenou?

Otázka týkající se dovolené doplňuje předcházející zjištění. Pouze polovina dotázaných uvádí, že odpočívá v průběhu roku 3 a více týdnů. Asi jedna třetina dotázaných má reálnou dovolenou výrazně kratší a neodpovídající potřebám odpočinku po práci. Z hlediska prevence je to nepříznivé zjištění. Jako místo dovolené respondenti nejčastěji uvedli cestování, chalupu a doma.

Tabulka č. 53: Délka dovolené podle věku

Kolik dní ročně máte dovolenou? – podle věku

	40 - 50 let	50 - 60 let	Celkem
7 a méně dní	9	15	24
14 dní	12	32	44
3 a více týdnů	27	39	66
Celkem	48	86	134
7 a méně dní	18,8 %	17,8 %	18,1 %
14 dní	25,0 %	36,7 %	32,6 %
3 a více týdnů	56,3 %	45,6 %	49,3 %
Celkem	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Pozn. Celkový součet respondentů u této otázky je 134 a 4 respondenti jsou nezaměstnaní, nemají dovolenou.

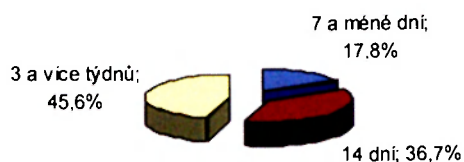
V otázce „Kolik dní v roce máte reálnou dovolenou“ bylo zjištěno, že respondenti se podle věku neliší. Mívají nejčastěji dovolenou 3 a více týdnů.

Kolik dní ročně máte dovolenou? (40 - 50 let)



Graf č. 71: Kolik dní ročně máte dovolenou? (40 – 50 let)

Kolik dní ročně máte dovolenou? (50 - 60 let)



Graf č. 72: Kolik dní ročně máte dovolenou? (50 – 60 let)

Délka dovolené podle sféry zaměstnání

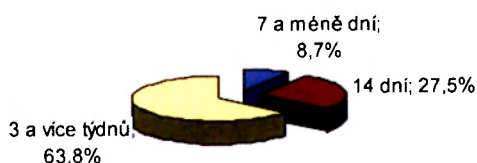
Tabulka č. 54: Kolik dní máte za rok dovolenou?

Kolik dní máte za rok dovolenou? – podle sféry zaměstnání

	Státní sféra	Soukromá sféra	Celkem
7 a méně dní	6	18	24
14 dní	19	25	44
3 a více týdnů	44	22	66
Celkem	69	65	134
7 a méně dní	8,7 %	27,7 %	17,9 %
14 dní	27,5 %	38,5 %	32,8 %
3 a více týdnů	63,8 %	33,8 %	49,3 %
Celkem	100,0 %	100,0 %	100,0 %

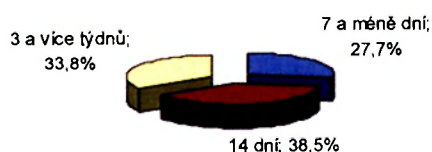
Pozn. Celkový součet respondentů u této otázky je 134 a 4 respondenti jsou nezaměstnaní, nemají dovolenou.

Kolik dní máte za rok dovolenou? (Státní sféra)



Graf č. 73: Kolik dní máte za rok dovolenou? (státní sféra)

Kolik dní máte za rok dovolenou? (Soukromá sféra)



Graf č. 74: Kolik dní máte za rok dovolenou? (soukromá sféra)

Dotázaní se výrazně liší v délce dovolené podle sféry zaměstnání. Lidé, kteří pracují ve „státní“ sféře mají mnohem delší dovolenou než ti, kteří pracují u soukromníků nebo jako samostatní. Rozdíl ve prospěch zaměstnanců mimo soukromníky je 30 %.

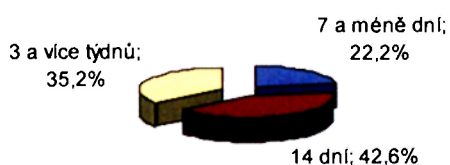
Tabulka č. 55: Kolik dní ročně máte dovolenou?

Kolik dní ročně máte dovolenou? – podle pohlaví

	Muži	Ženy	Celkem
7 a méně dní	14	10	24
14 dní	22	22	44
3 a více týdnů	18	48	66
Celkem	54	80	134
7 a méně dní	22,2 %	15,5 %	18,1 %
14 dní	42,6 %	26,2 %	32,6 %
3 a více týdnů	35,2 %	58,3 %	49,3 %
Celkem	100,0 %	100,0 %	100,0 %

V rozdílech podle pohlaví uvádí ženy poměrně více (skoro 60 % z žen), že mají dovolenou 3 a více týdnů. Muži mají poměrně více pouze 14 dní dovolené za rok.

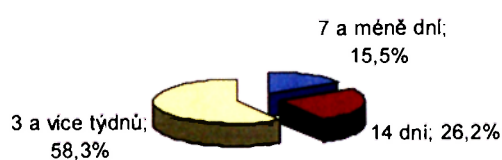
Kolik dní ročně máte dovolenou?
(Muži)



Graf č. 75:

Kolik dní ročně máte dovolenou? (muži)

Kolik dní ročně máte dovolenou?
(Ženy)



Graf č. 76:

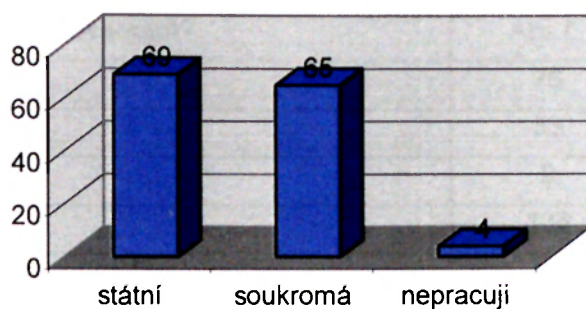
Kolik dní ročně máte dovolenou? (ženy)

Část C: Ekonomická část - práce, zaměstnání

Tabulka č. 56: Pracovní sféra

V jaké sféře pracujete?	Abs.č.	%
státní	69	50,0 %
soukromá	65	47,1 %
nepracuji	4	2,9 %
Celkem	138	100,0 %

V jaké sféře pracujete?



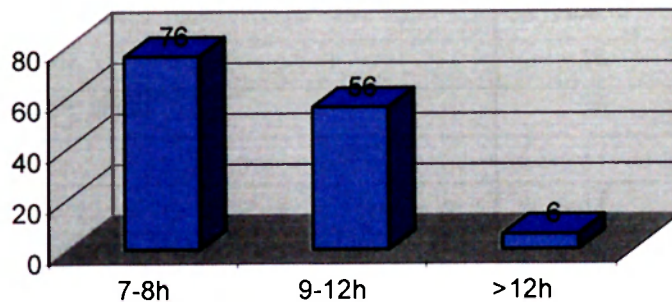
Graf č. 77: V jaké sféře pracujete?

Polovina dotázaných pracuje v státní sféře, polovina v soukromě, 4 z dotázaných nepracují.

Tabulka č. 57: Pracovní doba

Kolik hodin denně pracujete?	abs.č.	%
7- 8h	76	55,0 %
9 – 12h	56	40,6 %
více než 12h	6	4,4 %
Celkem	138	100,0 %

Kolik hodin denně pracujete?



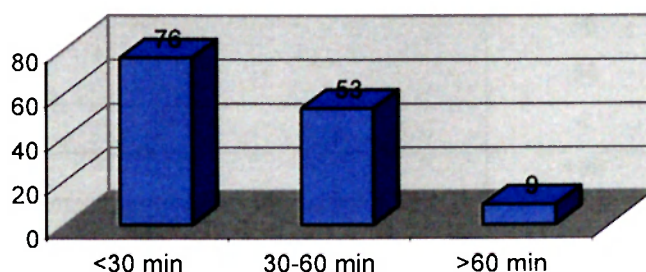
Graf č. 78: Kolik hodin denně pracujete?

Pracovní týden má 40 h dle zákoníku práce. Část lidí pracuje více to buď s ohodnocením jako přesčasy a nebo pouze pro firmu zadarmo. Polovina dotázaných odpověděla, že pracuje denně do 8h, jedna třetina mezi 9 – 12h denně, což je na úkor volného času, ale odpovídá to výše uvedeným odpovědím v otázkách volného času a jedna desetina uvedla práci denně více jak 12h, což je nad rámec správného životního stylu.

Tabulka č. 58: Cestování do zaměstnání

Jak dlouho dojíždíte do zaměstnání?	Abs.č.	%
do 30minut	76	55,0 %
30 – 60 minut	53	38,4 %
více než 60 minut	9	6,6 %
Celkem	138	100,0 %

Jak dlouho dojíždíte do zaměstnání?

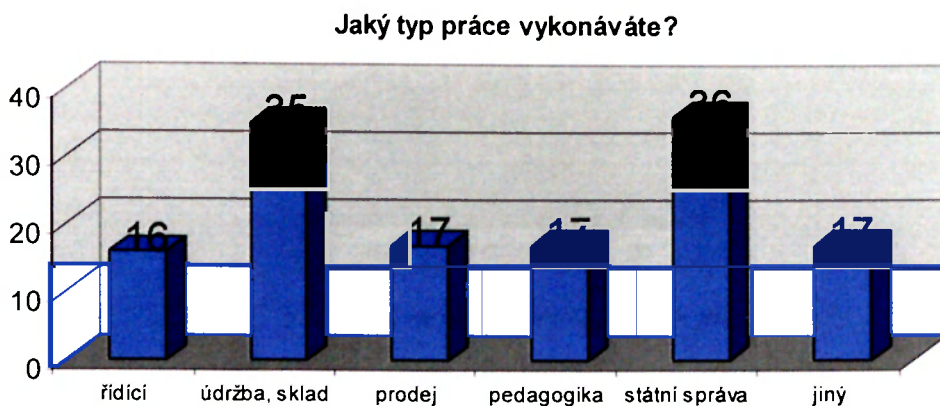


Graf č. 79: Jak dlouho dojíždíte do zaměstnání?

Polovina z dotázaných dojíždí do práce nedéle než půl hodiny a polovina stráví dojížděním více jak půl hodiny.

Tabulka č. 59: Pracovní zařazení

Jaký typ práce vykonáváte?	Abs.č.	%
práce organizační a řídicí	16	11,6 %
práce v provozu a údržbě, sklad	35	25,4 %
obchodní sféra, prodej	17	12,3 %
pedagogická činnost	17	12,3 %
činnost ve správních orgánech, státních institucích	36	26,1 %
jiný	17	12,3 %
Celkem	138	100,0 %



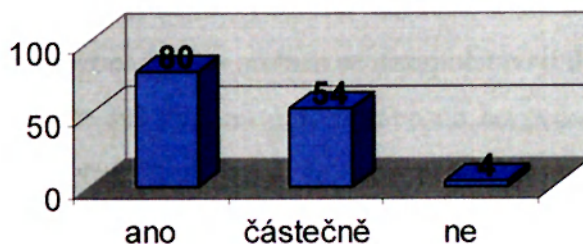
Graf č. 80: Jaký typ práce vykonáváte?

Respondenti vykonávají práce v různých sférách ekonomiky, cílem průzkumu bylo získat odpovědi od lidí, vykonávajících různé profese.

Tabulka č. 60: Spokojenost v zaměstnání

Jste v zaměstnání spokojeni?	Abs.č.	%
ano	80	58,0 %
částečně	54	39,1 %
ne	4	2,9 %
Celkem	138	100,0 %

Jste v zaměstnání spokojeni?

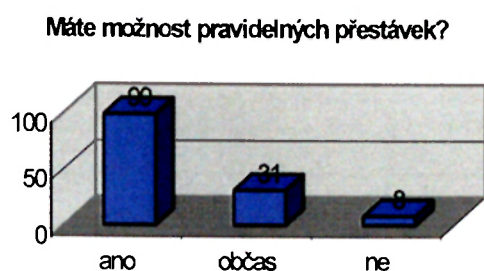


Graf č. 81: Jste v zaměstnání spokojeni?

Většina dotázaných je v zaměstnání spokojena plně nebo částečně.

Tabulka č. 61: Přestávky

Máte možnost pravidelných přestávek?	Abs.č.	%
ano	99	71,7 %
občas	31	22,5 %
ne	8	5,8 %
Celkem	138	100,0 %



Graf č. 82: Máte možnost pravidelných přestávek?

Většina dotázaných má pravidelné přestávky během pracovního dne.

Jako doplnění uvádím přestávky v práci podle Zákoníku práce:

Zákon číslo 262/ 2006 Sb..Zákon ze dne 21.4. 2006, Zákoník práce

HLAVA III PŘESTÁVKA V PRÁCI A BEZPEČNOSTNÍ PŘESTÁVKA,

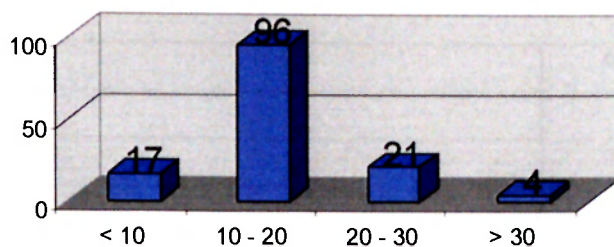
§ 88 (1) Zaměstnavatel je povinen poskytnout zaměstnanci nejdéle po 6 hodinách nepřetržité práce přestávku v práci na jídlo a oddech v trvání nejméně 30 minut; mladistvému zaměstnanci musí být tato přestávka poskytnuta nejdéle po 4,5 hodinách nepřetržité práce. Jde-li o práce, které nemohou být přerušeny, musí být zaměstnanci i bez přerušení provozu nebo práce zajištěna přiměřená doba na oddech a jídlo; tato doba se započítává do pracovní doby. Mladistvému zaměstnanci musí vždy být poskytnuta přestávka na jídlo a oddech podle věty první. (2) Přestávka v práci na jídlo a oddech může být rozdělena do několika částí v trvání nejméně 15 minut. (3) Přestávky v práci na jídlo a oddech se neposkytují na začátku a konci pracovní doby. (4) Poskytnuté přestávky v práci na jídlo a oddech se nezapočítávají do pracovní doby.

§ 89 (1) Má-li zaměstnanec při výkonu práce právo na bezpečnostní přestávku podle zvláštních právních předpisů, započítává se tato přestávka do pracovní doby. (2) Případně-li bezpečnostní přestávka na dobu přestávky v práci na jídlo a oddech, započítá se přestávka v práci na jídlo a oddech do pracovní doby.

Tabulka č. 62: Plat

Jaká je orientační výše vašeho čistého měsíčního příjmu?	Abs.č.	%
do 10 000 Kč	17	12,4 %
10 000 – 20 000 Kč	96	69,5 %
20 000 – 30 000 Kč	21	15,2 %
více než 30 000 Kč	4	2,9 %
Celkem	138	100,0 %

Jaká je orientační výše vašeho platu?



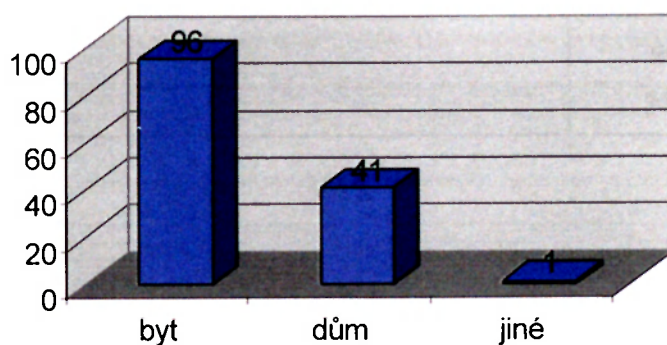
Graf č. 83: Jaká je orientační výše vašeho čistého měsíčního příjmu?
(pozn. v desítkách tisíc)

Většina dotázaných se pohybuje v čistém měsíčním příjmu od deseti do dvaceti tisíc korun českých měsíčně. (průměrný plat v ČR v roce 2007 je cca 21.000)

Tabulka č. 63: Bytové podmínky

Kde bydlíte?	Abs.č.	%
byt	96	69,5 %
rodinný dům	41	29,7 %
jiné	1	0,8 %
Celkem	138	100,0 %

Kde bydlíte?



Graf č. 84: Kde bydlíte?

Tři čtvrtiny dotázaných bydlí v bytě a jedna čtvrtina v rodinném domě, především ti, kteří bydlí ve venkovských obcích.

Část D: Identifikační údaje respondentů

Tabulka č. 64: Pohlaví

Pohlaví	Abs.č.	%
muž	54	39,0 %
žena	84	61,0 %
Celkem	138	100,0 %

Pohlaví



Graf č. 85: pohlaví

V souboru bylo 54 mužů a 84 žen.

Tabulka č. 65: Věk

Věk	Abs.č.	%
40 – 50 let	48	34,8 %
50 - 60 let	90	65,2 %
Celkem	138	100,0 %

Věk

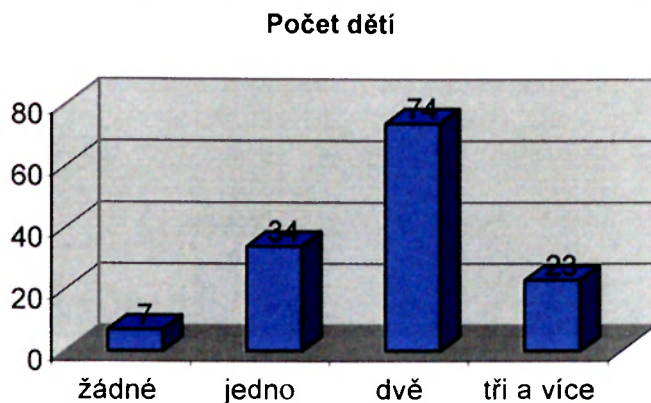


Graf č. 86: Věk

Jedna třetina dotázaných je ve věku mezi 40 až 50 lety, dvě třetiny dotázaných jsou mezi 50 do 60 lety věku.

Tabulka č. 66: Počet dětí

Počet dětí	Abs.č.	%
žádné	7	5,1 %
jedno	34	24,6 %
dvě	74	53,6 %
Tři a více	23	16,7 %
Celkem	138	100,0 %

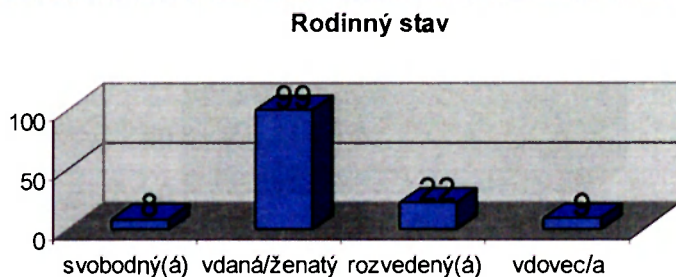


Graf č. 87: Počet dětí

Většina dotázaných má děti.

Tabulka č. 67: Rodinný stav

Rodinný stav	Abs.č.	%
svobodný(á)	8	5,8 %
vdaná/ ženatý	99	71,7 %
rozvedený(á)	22	16,0 %
vdovec/ vdova	9	6,5 %
Celkem	138	100,0 %



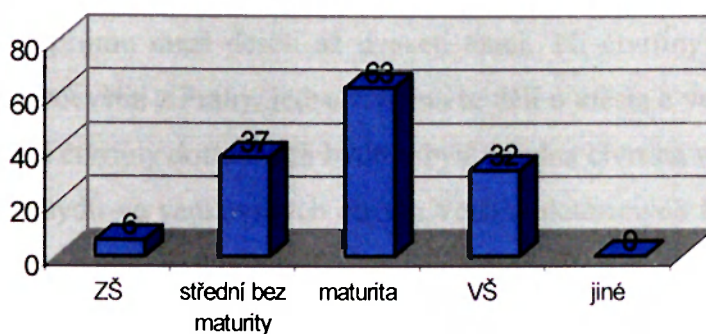
Graf č. 88: Rodinný stav

Většina dotázaných žije v manželství, menší počty respondentů jsou rozvedení, svobodní nebo vdovec, vdova.

Tabulka č. 68:Vzdělání

Vzdělání	Abs.č.	%
základní	6	4,4 %
střední odborné bez maturity	37	26,8 %
střední s maturitou	63	45,7 %
vysokoškolské	32	23,1 %
jiné	0	0 %
Celkem	138	100,0 %

Vzdělání



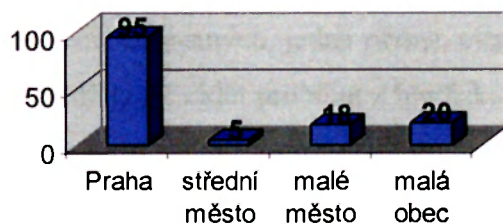
Graf č. 89: Vzdělání

Respondenti mají různé vzdělání, od základního po vysokoškolské, převažuje středoškolské.

Tabulka č. 69: Bydliště

Bydliště	Abs.č.	%
velké město – Praha, Brno	95	68,9 %
střední město do 100 000 obyv.	5	3,6 %
malé město do 20 000 obyv.	18	13,0 %
venkovská obec	20	14,5 %
Celkem	138	100,0 %

Bydliště



Graf č. 90: Bydliště

Tři čtvrtiny dotázaných jsou z velkého města, především z Prahy, jedna čtvrtina respondentů se dělí o města a venkovské obce do 20 000 obyvatel.

Shrnutí výsledků výzkumné sondy.

Základní údaje o výběrovém souboru:

V souboru bylo 54 mužů a 84 žen. Dvě třetiny dotázaných jsou ve věku mezi 50 až 60 lety, jedna třetina mezi 40 až 50 lety věku. Respondenti mají různé vzdělání, od základního po vysokoškolské, převažuje středoškolské. Polovina dotázaných pracuje v státní sféře a polovina v soukromé. Respondenti vykonávají práce v různých sférách ekonomiky, cílem průzkumu bylo získat odpovědi od lidí, vykonávajících různé profese. Většina dotázaných je v zaměstnání spokojena plně nebo částečně a pohybuje se v čistém měsíčním příjmu mezi deseti až dvaceti tisíci. Tři čtvrtiny dotázaných jsou z velkého města, především z Prahy, jedna čtvrtina se dělí o města a venkovské obce do 20 000 obyvatel. Tři čtvrtiny dotázaných bydlí v bytě a jedna čtvrtina v rodinném domě, především ti, kteří bydlí ve venkovských obcích. Většina dotázaných žije v manželství, menší počty jsou rozvedení, svobodní nebo vdovec, vdova. Většina dotázaných má děti.

Způsob života

Polovina dotázaných pracuje denně do 8h, jedna třetina mezi 9 – 12 h denně, což je na úkor volného času a jedna desetina uvedla práci denně více jak 12h, což je nad rámec správného životního stylu. Většina dotázaných má pravidelné přestávky během pracovního dne. Polovina z dotázaných dojíždí do práce do půl hodiny a polovina stráví dojížděním více jak půl hodiny.

Dvě třetiny dotázaných tráví svůj volný čas aktivně, tzn. sportem nebo především manuální prací a jedna třetina pasivně, většinou sledováním televize. Týká se to především lidí, kteří manuálně pracují. V tomto případě se dá konstatovat, že trávení volného času odpovídá zvyklostem a není nijak na závadu z hlediska prevence. Pravidelně sportuje jen malá část dotázaných, jedna pětina, ostatní sportují nepravidelně nebo vůbec ne. V tomto případě je již vidět problém z hlediska péče o zdraví a prevenci nemocí. Rekreační sport patří mezi velmi dobré preventivní činnosti. Dvě třetiny tráví víkendy s rodinou a nebo s přáteli, což odpovídá životnímu stylu mnohých rodin i jednotlivců v současnosti. Přesto je důležité zjištění, že jedna třetina z dotázaných ve sledované věkové kategorii o víkendech pracuje, takže nemá vlastně skoro žádný volný čas a tedy ani čas na regeneraci organismu, což je velmi nepříznivé zjištění z hlediska

prevence. Otázka týkající se dovolené doplňuje předcházející zjištění. Polovina dotázaných uvádí, že odpočívá v průběhu roku 3 a více týdnů. Méně jak polovina má reálnou dovolenou výrazně kratší a neodpovídající potřebám odpočinku po práci. Z hlediska prevence je to nepříznivé zjištění. Méně dovolené mají především muži a lidé pracující v soukromé sféře.

Zvyky související s prevencí

Většina dotázaných o své zdraví pečuje občas, nebo vůbec ne. Pouze necelá jedna pětina odpověděla, že ano, což je velmi málo v této věkové skupině a opět to ukazuje na problémy péče lidí o své zdraví, tzn. na neodpovědnost za své zdraví a současně na problémy ve výchově a v informovanosti. Více o své zdraví pečují ženy a lidé, kteří pracují v tzv. „státní sféře“, tzn. ne u soukromníků a nebo jako podnikatelé

V posledních pěti letech z dotázaných osob změnila jedna třetina své stravovací návyky, ostatní ne. Zásady zdravé výživy dodržuje jen jedna desetina dotázaných osob, ostatní je dodržují jen občas a nebo vůbec ne. Jedná se o další negativní zjištění. Značná část dotázaných uvedla nezdravé návyky a to především pití kávy a konzumaci alkoholu, i když jen příležitostně. Káva patří většinou k nevhodným potravinám, jejichž vyšší konzumace neprospívá dobrému zdraví. Více jak dvě třetiny dotázaných pijí kávu denně, pouze jedna desetina ji nepije vůbec. Nezjišťovala jsem počet šálek denně, pravděpodobně by tato informace ještě zvýšila nepříznivé výsledky. Tři čtvrtiny dotázaných pijí alkohol příležitostně, což odpovídá běžným zvykům v rámci životního stylu v České republice, jedna desetina uvedla, že pije alkohol pravidelně. Z dotázaných kouří denně jedna pětina a vůbec ne dvě třetiny, což je ve sledovaném souboru jedno z mála pozitivních zjištění

Informace o onemocněních a využívání zdravotní péče

Necelá polovina dotázaných navštěvuje pravidelně obvodního lékaře, ostatní podle potřeby a malá část, přesto ne nevýznamná, vůbec. Takže polovina respondentů pravděpodobně nechodí na preventivní prohlídky. Lidé se základním vzděláním výrazně méně navštěvují lékaře než lidé s vyšším vzděláním. Ženy výrazněji více navštěvují pravidelně obvodního lékaře oproti mužům. Rozdíly jsou i mezi typem zaměstnavatele,

ti, kteří pracují v soukromé sféře výrazněji méně navštěvují lékaře než zaměstnanci velkých podniků a škol.

Tři čtvrtiny dotázaných netrpí chronickým onemocněním, jedna čtvrtina ano, z toho jako nejčastější chronické onemocnění uvedli hypertenzi, dále diabetes mellitus a alergie. Jedna čtvrtina dotázaných byla již někdy hospitalizována a tři čtvrtiny ne. Jedna pětina dotázaných uvedla, že mají v rodině dědičné onemocnění, jedna třetina nemá informace.

Preventivní vyšetření

Obsah slova prevence správně vypsalo 107 respondentů a špatně nebo vůbec 31. Jen malá část, 15 % dotázaných si aktivně vyhledává informace o preventivních vyšetřeních. V návaznosti na získané údaje lze konstatovat, že ani ti lidé, kteří mají nějaké zdravotní problémy nevyhledávají prevenci, natož ti, kteří se domnívají, že nemají zdravotní problémy. Značná část respondentů informace o prevenci nevyhledává a ti, kteří mají informace, tak především od praktického lékaře. Výrazněji se o prevenci zajímají ženy a lidé z nesoukromé sféry. Informace z internetu má jen necelá desetina dotázaných. Jedna třetina dotázaných zná preventivní zdravotní programy, ostatní ne. Nejvíce respondentů, ale ze zkoumaného souboru jen o něco více než desetina, zná mammografii a karcinom tlustého střeva. Zjištění ukazuje, že preventivní programy jsou pravděpodobně mezi populací odpovídající věku velmi málo rozšířeny, což není dobré ani z hlediska prevence, ani z hlediska informovanosti. Dotázaní znají nejčastěji riziková onemocnění v ČR. Nejvíce se ve výpovědích objevily karcinomy, kardiovaskulární onemocnění a infarkt myokardu.

Všichni pojištěnci dostávají pravidelně od zdravotních pojišťoven informační časopis, většinou jednou ročně. Z dotázaných ho čte pravidelně jen jedna desetina, ta je i pravděpodobně informovaná o preventivních prohlídkách a programech, jak bylo uvedeno výše. Jedna třetina ho čte jen občas a polovina vůbec ne. Časopis čtou především ženy a lidé pracující v nesoukromé sféře. Výpovědi svědčí o významném nezájmu o informace týkající se prevence vlastního zdraví.

Z hlediska preventivních prohlídek, více jak jedna třetina dotázaných žen má informace o svém nároku na mamografické vyšetření, jedna čtvrtina na zubní prohlídku. Ostatní četnosti jsou menší než jedna čtvrtina. Většina dotázaných žen chodí pravidelně na prohlídky ke gynekologovi, což je pozitivní zjištění. Skoro všechny ženy odpověděly, že znají samovyšetření prsu. Většina žen, i když zná samovyšetření prsu si ho provádí jen občas, pouze necelá desetina uvedla, že pravidelně, jedna desetina, že vůbec ne. Většinou si ho provádějí ženy mladší, ve věku do 50 let, po 50 letech věku minimálně.

Jedna třetina dotázaných mužů byla na vyšetření prostaty, ostatní nebyli. Jedna čtvrtina dotázaných mužů ví, v kolika letech má absolvovat vyšetření hemokult, ostatní nevěděli přesně a nebo vůbec ne. V tomto případě nejsou rozdíly mezi muži podle věku.

6. DISKUSE

Vzhledem k tomu, že tato výzkumná sonda činila pouze 150 oslovených respondentů a vrátilo se 138 vyplněných dotazníků není možné výsledky práce považovat za reprezentativní pro celou českou populaci v uvedených věkových generacích, ani to nebylo v možnostech diplomové práce. Přesto získané výsledky od skoro 150 lidí přinášejí mnoho důležitých informací. Výběrový soubor byl vytvořen tak, aby se v něm projevil rozdíl pohlaví, vzdělání, pracovního zařazení i bydliště, což je pro vyhodnocení důležité.

Proto lze tuto práci vnímat jako základ pro další práce. Diplomová práce na uvedené téma nikdy nebyla na této škole napsána, přesto je sledovaná problematika velký problém nejen v České republice, ale také ve světě.

Hlavní hypotéza **Prevence rizikových onemocnění u lidí ve středním věku je dostatečná a lidé k ní přistupují aktivně** nebyla potvrzena.

Dle výsledků výzkumné sondy bylo zjištěno, že lidé aktivně nepřistupují k prevenci, nevyhledávají informace o prevenci, pouze polovina dotázaných navštěvuje pravidelně praktického lékaře. Dále bylo zjištěno, že 91 dotázaných vůbec nezná preventivní programy a ostatní nejčastěji znají mamografii a vyšetření tlustého střeva. Respondenti také uvedli, že nečtou časopisy, které jim zdarma zasílá zdravotní pojišťovna. Někteří dotázaní znají preventivní prohlídky, ale nevědí jak často se mohou k lékaři dostavit.

Vedlejší hypotézy:

1. Hypotéza „Zdravotní pojišťovny a Ministerstvo zdravotnictví ČR reagují v rámci preventivních programů na nejčtenější riziková onemocnění“ byla potvrzena. Zdravotní pojišťovny i Ministerstvo zdravotnictví má dostatečné informace o preventivních programech, internetové stránky jsou srozumitelné, přehledné a zajímavé. Pouze Vojenská zdravotní pojišťovna nemá uvedeno vše co je pro klienta důležité.
2. Hypotéza „Předpokládám, že 60% lidí ze zkoumaného vzorku aktivně vyhledává informace o zdravotní prevenci“ nebyla potvrzena. Z výsledku výzkumné sondy

vyplývalo, že 83% dotázaných nevyhledává informace o preventivních programech, 17% dotázaných vyhledává preventivní programy.

3. Hypotéza „Domnívám se, že 30% lidí ze zkoumaného vzorku žije zdravým životním stylem a snaží se předcházet rizikovým onemocněním“ nebyla potvrzena. Dle výsledků bylo zjištěno, že počet dotázaných, kteří dodržují zdravý životní styl je méně než 20%. Aktivně sportuje 64%, o své zdraví bez lékaře pečuje občas 54%, zdravou výživu dodržuje občas 72% dotázaných.

4. Hypotéza „Předpokládám, že jedna třetina lidí ze zkoumaného vzorku zná zdravotní preventivní programy“ byla potvrzena. Dle výsledku vyplývá, že přesně 1/3 dotázaných zná preventivní prohlídky a programy. Preventivní programy zná 34% respondentů a nezná 66% dotázaných.

7. ZÁVĚR

V závěru diplomové práce bych uvedla, že problematika prevence je velmi důležitou otázkou dnešní doby. Prevence je na prvním místě při předcházení onemocnění, která se vyskytují v ČR.

Z přehledu 4 největších zdravotních pojišťoven vyplývá, že znají riziková onemocnění a jejich preventivní programy a informace jsou dostatečné a pro obyvatelstvo přehledné. Nejvíce informací je zveřejněno na internetových stránkách. Většina zdravotních pojišťoven má na svých stránkách také popsány jednotlivá onemocnění. Největším překvapením je, že lidé nečtou časopis zdravotní pojišťovny, který dostávají zdarma přímo do schránky.

Při zjišťování informací o rizikových onemocnění, které jsou nejčastější v ČR jsem zjistila, že zatím nejsou k dispozici nové statistické údaje, proto musím vycházet z údajů, které jsou z roku 2003. Pokud bych měla rozdělit onemocnění dle pohlaví, tak u mužů se nejčastěji vyskytuje bronchogenní karcinom a to 92,5/100 000, dále kolorektální karcinom a poté kardiovaskulární onemocnění. U žen se nejčastěji vyskytuje karcinom prsu, poté kolorektální karcinom a karcinom hrdla děložního. U žen nyní také vzrůstá výskyt bronchogenního karcinomu a to 26,7/100 000. Kardiovaskulární onemocnění postihují ženy méně než muže.

Hlavní hypotéza **Prevence rizikových onemocnění u lidí ve středním věku je dostatečná a lidé k ní přistupují aktivně** nebyla potvrzena.

1. Hypotéza „Zdravotní pojišťovny a Ministerstvo zdravotnictví ČR reagují v rámci preventivních programů na nejčastější riziková onemocnění“ byla potvrzena.

2. Hypotéza „Předpokládám, že 60% lidí ze zkoumaného vzorku aktivně vyhledává informace o zdravotní prevenci“ nebyla potvrzena.

3. Hypotéza „Domnívám se, že 30% lidí ze zkoumaného vzorku žije zdravým životním stylem a snaží se předcházet rizikovým onemocněním“ nebyla potvrzena.

4. Hypotéza „Předpokládám, že jedna třetina lidí ze zkoumaného vzorku zná zdravotní preventivní programy“ byla potvrzena.

8. POUŽITÉ ZDROJE

1. Ascherman, M.: Kardiologie. Galén, Praha 2004. ISBN 80-7262-290-0
2. Blaha, M. a kol.: Vnitřní lékařství I. Díl. IDVPZ, Brno 1997. ISBN 80-7013-256-6
3. Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M.: Speciální psychologie. IDVPZ, Brno 1995
4. Hrubá, M., Foretová, L., Vorlíčková, H.: Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění. MOÚ, Brno 2001. ISBN 80-238-7618-X
5. Klener, P. et al.: Vnitřní lékařství. Galén, Praha 2001. ISBN 80-7262-101-7
6. Kolektiv autorů: Onkologická rizika. MOÚ, Brno 2001. ISBN 80-238-7620-1
7. Payne, J. a kol.: Kvalita života a zdraví. Triton, Praha 2005. ISBN 80-7254-657-0
8. Staňková, M.: Základy teorie ošetrovatelství. ÚTPO I.LF UK, Praha 1996. ISBN 80-7184-243-5
9. Špaček, R., Widimský, P.: Infarkt myokardu. Galén, Praha 2003. ISBN 80-7262-197-1
10. Třeška, V.: Propedeutika vybraných klinických oborů. Grada, Praha 2003. ISBN 80-247-0239-8
11. Vorlíček, J., Abrahámová, J., Vorlíčková, H., kolektiv: Klinická onkologie pro sestry. Grada, Praha 2006. ISBN 80-247-1716-6
12. Widimský, J. a kol.: Hypertenze. Triton, Praha 2004. ISBN 80-7254-515-9
13. www.mvcr.cz
14. www.mzcr.cz
15. www.ozp.cz
16. www.szso.cz
17. www.uzis.cz
18. www.vozp.cz
19. www.vzp.cz

9. POUŽITÉ ZKRATKY:

ČR – Česká Republika

EKG - elektrokardiograf

ACTH – adrenokortikotropní hormon

CT – počítačová tomografie

PET – pozitronová emisní tomografie

CRC – kolorektální karcinom

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

HPV – Herpes papiloma virus

RZP – rychlá zdravotnická pomoc

JIP – jednotka intenzivní péče

PTCA – perkutánní transluminární koronární angioplastika

VZP – všeobecná zdravotní pojišťovna

OZP – Odborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

VOZP- -Vojenská zdravotní pojišťovna

MVCR – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra

TNM – Tumor Nodus Metastasi (Nádor, uzlina, metastáza)

Na – sodík

K – draslík

Cl – chlór

Ca – vápník

P – fosfor

Fe – železo

RTG – rentgen

USG – ultrasonografie

ICHS – ischemická choroba srdeční

10. PŘÍLOHY:

Příloha číslo 1: Informace o preventivních programech Ministerstva zdravotnictví

Příloha číslo 2: Přehled preventivních programů Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

Příloha číslo 3: Přehled preventivních programů Všeobecné zdravotní pojišťovny

**Příloha číslo 4: Přehled preventivních programů zdravotní pojišťovny
ministerstva vnitra**

**Příloha číslo 5: Přehled informací o preventivních vyšetřeních vojenské zdravotní
pojišťovny**

Příloha číslo 6: Dotazník

Příloha číslo 1: Informace o preventivních programech Ministerstva zdravotnictví

Na co máte v prevenci nárok podle zákona?

Podle platných vyhlášek (č. 56/1997 Sb. a novel č. 183/2000 Sb. a 372/2002 Sb.) jsou veřejnosti zatím nabízena dílčí preventivní onkologická vyšetření hrazená ze zdravotního pojištění u praktického lékaře, stomatologa a gynekologa. Jde o vyšetření kůže, konečníku, prsu, varlat, gynekologické vyšetření a vyšetření dutiny ústní.

Vyhlášky si můžete v plné podobě stáhnout na stránkách Ministerstva zdravotnictví (č. 56/1997 Sb.) nebo ze Sbírky zákonů na stránkách Ministerstva vnitra.

Preventivní prohlídka v oboru praktický lékař pro dospělé

Preventivní prohlídka se provádí od doby dovršení 18 let věku vždy jednou za dva roky, nejdříve však 23 měsíce po provedení poslední preventivní prohlídky. Obsahem preventivní prohlídky je:

- **Doplnění anamnézy** se zaměřením na změny, rizikové faktory a profesní rizika, v rodinné anamnéze je zvláštní důraz kladen na výskyt kardiovaskulárních chorob, výskyt hypertenze, cukrovky, poruchy metabolismu tuků a nádorových onemocnění.
- Kontrolní očkování proti tetanu
- Komplexní fyzikální vyšetření interního charakteru, včetně orientačního vyšetření zraku a sluchu, změření krevního tlaku a změření hmotnosti, **povinnou součástí preventivní prohlídky je onkologická prevence, včetně vyšetření kůže, vyšetření konečníku a vyšetření varlat u mužů a prsou u žen spolu s poučením o nutnosti a způsobu samovyšetřování.** Vyšetření EKG se provádí u osob od 40 let věku ve čtyřletých intervalech, při zjištění hypertenze, pro kterou není pacient dispenzarizován, vždy.
- **Laboratorní vyšetření:**
 - orientační chemické vyšetření moče,
 - vyšetření plasmatického cholesterolu celkového a plasmatických lipoproteinů včetně triacylglycerolů (LDH + HDL) v rámci první preventivní prohlídky u praktického lékaře v 18 letech a dále ve 40, 50, 60 letech věku.

- vyšetření glykemie od 45 let věku ve dvouletých intervalech
- stanovení okultního krvácení ve stolici standardizovaným testem Hemokult u osob od 50 let věku ve dvouletých intervalech.

Preventivní prohlídka v oboru stomatologie

Obsahem preventivních prohlídek u dospělých, které se provádějí jedenkrát ročně je:

- Vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní
- **Prevence onkologická zaměřená na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech i kolem želistních měkkých tkání**
- Instruktaž o dodržování správné hygieny dutiny ústní

Preventivní prohlídka v oboru gynekologie a porodnictví

Obsahem preventivní prohlídky v oboru gynekologie a porodnictví, které se provádě v 15 letech věku dětským gynekologem a dále jedenkrát ročně je :

- Rodinná, osobní a pracovní anamnéza a aktualizace této anamnézy se zřetelem na známé rizikové faktory
- **Prohlídka kůže**
- **Vyšetření prsů** (pohmatem - palpací a vyšetření regionálních mízních uzlin)
- **Vyšetření v zrcadlech, kolposkopické vyšetření (neprovádí se u virgo žen)**
- **Odběr materiálu z děložního čípku k cytologickému a bakteriologickému vyšetření, eventuelně i k virologickému vyšetření (neprovádí se u virgo žen)**
- **Palpační bimanuální vyšetření**
- Vyplnění průvodky k cytologickému vyšetření a průvodky k bakteriologickému, případně virologickému vyšetření.
- U dispenzarizovaných žen je preventivní prohlídka v oboru gynekologie a porodnictví součástí dispenzární péče.

Mamografický screening, který nově upravuje vyhláška MZ ČR č. 372/2002.

Příloha číslo 2 : Přehled preventivních programů Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

Preventivní vyšetření pigmentových nádorových změn kůže

Preventivní vyšetření prsů

Prevence karcinomu tlustého střeva a konečníku

Včasný záchyt rakoviny (karcinomu) prostaty

Preventivní vyšetření nádorů krku - rakoviny hrtanu

Pro onkologické pacienty poskytuje OZP formou refundace

Prevence osteoporózy

Vitaminy pro dárce krve a dárce kostní dřeně

Očkovací program pro mimořádná očkování vyhlášená hlavním hygienikem ČR

Preventivní vyšetření prsů

Slovo lékaře

Zhoubné nádory prsu se vyskytují převážně v ženské populaci. Pokud jsou zachyceny včas, existuje vysoká, až 95 % pravděpodobnost vyléčení. Program zahrnuje klinické vyšetření, vyšetření ultrazvukem či speciálním roentgenem mammografií. Mammograf může odhalit i tak malý nádor, který není patrný na pohmat v době, kdy žena ještě nepocítuje žádné obtíže. V případě pozitivního nálezu je zajištěna následná péče. Vyšetření je realizováno ve spolupráci s odbornými pracovišti, vybavenými mammografem.

Podmínky realizace:

- Určeno: ženám ve věku od 40 let do dne před dovršením 45 let, které neabsolvovaly vyšetření ze zdravotní indikace
- Frekvence vyšetření: 1x za 2 roky
- Program lze čerpat: celoročně v tzv. "Dnech prevence s OZP", které jsou u vybraných zdravotnických zařízení stanoveny specificky dle možností daného pracoviště, maximálně však 1 až 2x za měsíc

V případě Vašeho zájmu:

- si z dále uvedeného seznamu vyberte Vám vyhovující zdravotnické zařízení
- telefonicky si v tomto zdravotnickém zařízení v rámci "Dnů prevence s OZP" zajistíte termín vyšetření

Upozornění!

Vyšetření je pro pojištěnce OZP zdarma jen v případě, že proběhne ve zdravotnickém zařízení, se kterým má OZP na tento program uzavřený smluvní vztah.

Na základě výsledku provedeného preventivního vyšetření vám bude předána lékařská zpráva, kterou doporučujeme předat svému registrujícímu lékaři.

Prevence karcinomu tlustého střeva a konečníku

Program je realizován po konzultaci s odborníky v oboru gastroenterologie

Slovo lékaře

Program je zaměřen na včasné odhalování nádoru tlustého střeva a konečníku v raných stádiích. Toto nádorové onemocnění vzniká mimo jiné i vlivem nesprávné životosprávy či vlivem genetických předpokladů a častěji postihuje muže. Pokud se nádor zachytí včas, naděje na jeho vyléčení je mnohonásobně vyšší. Od 50 let věku je toto screeningové vyšetření hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.

Podmínky realizace:

- Určeno: všem pojištěncům ve věku od 40 do 49 let
- Frekvence vyšetření: 1x ročně
- Program lze čerpat: celoročně v tzv. "Dnech prevence s OZP", které jsou u vybraných zdravotnických zařízení stanoveny specificky dle možností daného pracoviště, maximálně však 1 až 2x za měsíc

V případě Vašeho zájmu:

- si z dále uvedeného seznamu vyberte Vám vyhovující zdravotnické zařízení

- telefonicky si v tomto zdravotnickém zařízení v rámci "Dnů prevence s OZP" zajistěte termín vyšetření

Upozornění!

Vyšetření je pro pojištěnce OZP zdarma jen v případě, že proběhne ve zdravotnickém zařízení, se kterým má OZP na tento program uzavřený smluvní vztah.

Na základě výsledku provedeného preventivního vyšetření vám bude předána lékařská zpráva, kterou doporučujeme předat svému registrujícímu lékaři.

Příloha číslo 3 : Přehled preventivních programů Všeobecné zdravotní pojišťovny

Prevence civilizačních onemocnění

Bezplatné měření krevního tlaku, hladiny cholesterolu, cukru a tuku.

Žijeme v době, která s sebou nese rizika, vedoucí k rozvoji tzv. civilizačních chorob, jako jsou obezita, ateroskleróza, cukrovka a další. Tyto nemoci prokazatelně zhoršují naši výkonnost a zkracují náš život. Jednoduchým měřením nebo krevními zkouškami lze působení těchto rizik odhalit a předejít tak vážným následkům.

ČR patří mezi země s nejvyšší úmrtností na kardiovaskulární choroby, mezi něž patří zejména infarkt myokardu a mozkové příhody. Tato onemocnění jsou částečně způsobena metabolickými poruchami, většinou však nezdravou výživou, ve které převládá spotřeba živočišných tuků. Podle údajů odborné lékařské společnosti je v České republice evidováno cca 600 tisíc diabetiků. U dalších cca 200 tisíc osob trpících diabetem onemocnění zatím nebylo zjištěno.

Biochemickou hodnotou, která orientačně vypovídá o riziku kardiovaskulárních chorob je úroveň hladiny celkového cholesterolu v krvi, o riziku cukrovky vypovídají zjištěné hodnoty glykémie. Již pouhá orientační vyšetření, octnou-li se mimo obvyklá pásma, by Vás měla vést k dalším krokům (např. k řádné preventivní prohlídce), které mohou výrazně snížit výskyt komplikací, či přímo úmrtí na tato onemocnění. Pro přesnější stanovení rizika aterosklerózy je vhodné vyšetřovat rovněž hladinu triglyceridů.

Přijďte si proto k nám nechat **bezplatně změřit svůj krevní tlak či hladinu cholesterolu**. O konkrétním čase i místě, kde se měření provádí Vás rádi budou informovat pracovníci kterékoliv našeho územního pracoviště.

Preventivní prohlídka je celkovým vyšetřením, na které přicházíte **jedenkrát za dva roky** (nejdříve však 23. měsíc po provedení poslední preventivní prohlídky), a to i když nemáte zdravotní obtíže. Její součástí je **anamnéza**, kdy praktický lékař pro dospělé cílenými dotazy na onemocnění v rodině, na vaše dřívější onemocnění, vaše pracovní zatížení a životní návyky zjišťuje předpokládaná zdravotní rizika. Kontroluje očkování

proti tetanu. Dále lékař provádí vlastní **vyšetření** pohledem na kůži a sliznice, např. spojivky. Dívá se na jazyk, do hrdla, pohmatem vyšetří štítnou žlázu a hlavní skupiny uzlin. Poklepem a poslechem vyšetřuje srdce a plíce, spočítá tep a změří krevní tlak, prohmatá břicho, zjišťuje bolestivost v oblasti ledvin, stav žil a tepen na dolních končetinách, zváží vás nebo i změří, orientačně vyšetří sluch a vidění. Povinnou součástí preventivní prohlídky je onkologická prevence. Lékař provede vyšetření moči, konečníku, varlat a prsů, spolu s poučením o nutnosti a způsobu samovyšetřování.

Od **40 let** se provádí vyšetření EKG (v čtyřletých intervalech).

V **18, 40, 50 a 60 letech** lékař zařídí provedení vyšetření cholesterolu a tukových látek v krvi.

Od **45 let** se provádí i kontrola hladiny cukru v krvi v dvouletých intervalech.

Od **50 let** se provádí v intervalu dvou let preventivní vyšetření stolice na přítomnost krve, což může včas odhalit počáteční stadia rakoviny tlustého střeva a konečníku.

U žen ve věku od **45 do 69 let** praktický lékař ověřuje, zda bylo v posledních dvou letech provedeno mamografické vyšetření. Pokud se tak nestalo, doporučuje jeho provedení na některém z akreditovaných pracovišť.

Výsledkem preventivní prohlídky jsou konkrétní závěry. **V případě nálezu zajistí lékař poskytnutí potřebné odborné zdravotní péče.** Je samozřejmé, že preventivní prohlídky jsou zaměřeny především na vyhledávání závažných onemocnění, která jsou předmětem zdravotních programů zaměřených např. na onemocnění srdce a cév, nádory, cukrovku, dále pak na onemocnění, která vyžadují zdravotní péči v rámci dispenzární péče a zachycují i nemocné s vzácně se vyskytujícími onemocněními, která vyžadují specializovanou péči.

Preventivní prohlídka u zubního lékaře

Obsahem preventivní prohlídky, kterou provádí registrující stomatolog, je opět zjištění anamnézy, vyšetření stavu chrupu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, stanovení závěru, nácvik ústní a zubní hygieny a podle potřeby stanovení léčebného plánu k další stomatologické péči. Navržená péče může být hrazená ze zdravotního pojištění plně, částečně nebo je nehrazená. Stomatologické preventivní prohlídky jsou zaměřeny i na vylučování onemocnění patřících do

dispenzární péče nebo zařazených do zdravotních programů (např. do onkologického). Při zjištění změn v dutině ústní, které jsou projevem celkových onemocnění nebo onemocnění patřících do péče jiných odborností, vás stomatolog s touto skutečností seznámí a předá tyto informace praktickému lékaři nebo příslušným odborníkům. Nezapomeňte alespoň 2x za rok navštívit svého zubaře!

Preventivní prohlídka u ženského lékaře

Provádí se **počínaje 15. rokem věku každý rok**. Jejím účelem je včasné zjištění všech odchylek od normy.

Obsahem preventivního vyšetření je zjištění příslušných osobních i rodinných údajů a vlastní vyšetření (s přihlédnutím k věku a zdravotnímu stavu). Vyšetření se provádí pohledem, pomocí zrcadel a pohmatem. Podle potřeby se provádí odběr materiálu na mikrobiologické nebo cytologické vyšetření. Výsledkem prohlídky je závěr s návrhem na další postup. Její součástí je též vyšetření prsů, návčik samovyšetření prsů a u žen ve věku od 45 do 69 let doporučení ve dvouletých intervalech mamografického vyšetření na některém z akreditovaných pracovišť. Nemělo by rovněž chybět poučení o správných hygienických návycích a podle potřeby zajištění dispenzární či další specializované odborné péče. I v rámci těchto prohlídek je vyšetření zaměřeno na vyloučení nebo včasné zjištění onemocnění, která jsou předmětem onkologického programu či dalšího odborného vyšetření a léčení. Při zjištění postižení, které je známkou celkového onemocnění nebo onemocnění patřících do péče jiných odborných lékařů, gynekolog informuje praktického lékaře nebo předá pojištěnku do příslušné odborné péče. Při zjištění těhotenství je žena svým gynekologem sledována.

Příloha číslo 4 : Přehled preventivních programů zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra

Je lékař povinen zvát na preventivní prohlídky?

Preventivní prohlídky provádějí pouze registrovaní lékaři (praktičtí lékaři, stomatologové, gynekologové) a povinnost zvát pojištěnce na tyto prohlídky nemají. Je proto lepší zajímat se o provedení preventivní prohlídky sám. Provedení preventivní prohlídky ve stanovených intervalech je hrazeno ze základního zdravotního pojištění. Pro orientaci uvádíme základní přehled preventivních prohlídek, jak je stanoví zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a vyhláška MZ č. 56/1997.

Praktický lékař pro dospělé

Frekvence:

1x za dva roky, nejdříve však 23 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky

Obsah prohlídky:

- doplnění anamnézy se zaměřením na změny, rizikové faktory a profesní rizika; v rodinné anamnéze je zvláštní důraz kladen na výskyt kardiovaskulárních onemocnění, výskyt hypertenze, diabetes mellitus (cukrovky), poruch metabolismu tuků a nádorových onemocnění,
- kontrola očkování proti tetanu,
- kompletní fyzikální vyšetření inertního charakteru, včetně orientačního vyšetření zraku a sluchu, změření krevního tlaku a změření hmotnosti; povinnou součástí preventivní prohlídky je onkologická prevence, včetně vyšetření kůže, vyšetření per rectum (konečníku) a vyšetření testes /varlat) a prsou spolu s poučením o nutnosti a způsobu samovyšetřování; vyšetření EKG se provádí u osob od 40 let věku ve čtyřletých intervalech, při zjištění hypertenze /vysokého krevního tlaku), pro kterou není pacient dispenzarizován, vždy,
- laboratorní vyšetření:
 - a) orientační chemické vyšetření moče,
 - b) vyšetření plasmatického cholesterolu celkového a plasmatických lipoproteinů, včetně triacylglycerolů (LDL+HDL) v rámci první preventivní prohlídky u praktického lékaře v 18 letech a dále ve 40, 50 a 60 let věku,
 - c) vyšetření glykemie od 45 let věku ve dvouletých intervalech,

d) stanovení okultního krvácení ve stolici standardizovaným testem u osob od 50 let věku ve dvouletých intervalech.

Balíček pro ženy

Klientka, která splňuje podmínky pro čerpání příspěvku z fondu prevence, si v rámci balíčku vybere libovolný počet položek, které může čerpat maximálně do výše **500 Kč** za všechny položky souhrnně.

Položky:

1. Mammografický screening - mammografické vyšetření **od 40 do 45 let.**
2. Gynekologický program - screening karcinomu čípku hrdla děložního.
3. Vitamíny nebo odborně vedený kurz pro těhotné ženy.
4. Pomůcky pro kojící matky nebo příspěvek na odborně vedený kurs matek s dětmi.
5. Očkování proti klíšťové encefalitidě - 2. a 3. dávka + revakcinace - **od 18 let.**
6. Očkování proti žloutence typu A - 2. dávka nebo B - 2. a 3. dávka + revakcinace – **do 26 let.**
7. Očkování proti žloutence typu AB - 2. a 3. dávka + revakcinace - **do 26 let.**
8. Očkování proti meningokokovému onemocnění - **do 26 let.**
9. Příspěvek na další očkovací látky (kromě výše uvedených) nehrazené z veřejného zdravotního pojištění (např. očkování proti chřipce).
10. Depistáž aterosklerózy - **od 35 do 44 let.**
11. Screening karcinomu tlustého střeva - vyšetření okultního krvácení ve stolici - **od 40 do 50 let.**
12. Příspěvek na plavání pro neplavce.
13. Vitamíny pro těhotné ženy

Specifické podmínky pro uplatnění nároku na příspěvek:

1. U položky mamografické vyšetření se poskytuje příspěvek 1x za 2 roky. Vyšetření je možno realizovat jen na žádost klientky.
2. U položky vitamíny nebo odborně vedený kurz pro těhotné ženy předložit těhotenský průkaz klientky.

3. U položky pomůcky pro kojící matky nebo příspěvek na odborně vedený kurs matek s dětmi, resp. plavání se poskytuje příspěvek na pomůcky pro kojící matky ve smyslu zdravotních pomůcek (např. formovače bradavek, chrániče bradavek, kojící kloboučky, speciální podprsenky pro kojící matky, vložky do těchto podprsenek apod.) nebo příspěvek na odborně vedený kurs cvičení matek s dětmi resp. plavání (vše lze kombinovat). Věk dítěte: do 2 let.
4. U položky depistáž aterosklerózy se příspěvek poskytuje na preventivní screeningové vyšetření základní laboratorní sestavy k odhalení časných stadií poruch lipidového metabolismu. Vyšetření se provádí na vlastní žádost klienta.
5. U položky vyšetření okultního krvácení ve stolici se příspěvek poskytuje 1x za dva roky na screeningové vyšetření - prevence rakoviny tlustého střeva - Haemoccult test. Vyšetření se provádí na vlastní žádost klienta.
6. U položky plavání pro neplavce klient předloží čestné prohlášení, že je neplavec nebo doklad o úhradě kurzu pro neplavce.

Balíček pro muže

Klient, který splňuje podmínky pro čerpání příspěvku z fondu prevence, si v rámci balíčku vybere libovolný počet položek, které může čerpat maximálně do výše **500 Kč** za všechny položky souhrnně.

1. Očkování proti klíšťové encefalitidě - 2. a 3. dávka + revakcinace - **od 18 let.**
2. Očkování proti žloutence typu A - 2. dávka nebo B - 2. a 3. dávka + revakcinace - **do 26 let.**
3. Očkování proti žloutence typu AB - 2. a 3. dávka + revakcinace - **do 26 let.**
4. Očkování proti meningokokovému onemocnění - **do 26 let.**
5. Příspěvek na další očkovací látky (kromě výše uvedených) nehrazené z veřejného zdravotního pojištění (např. očkování proti chřipce).
6. Preventivní prohlídky pro výkonnostní a vrcholové sportovce.
7. Depistáž aterosklerózy - **od 35 do 44 let.**
8. Screening karcinomu tlustého střeva - vyšetření okultního krvácení ve stolici - **od 40 do 50 let.**
9. Příspěvek na plavání pro neplavce.

Specifické podmínky pro uplatnění nároku na příspěvek:

1. U preventivní prohlídky pro výkonnostní a vrcholové sportovce je nutné předložit platný členský průkaz sportovního klubu pojištěnce.
2. U položky depistáž aterosklerózy se příspěvek poskytuje na preventivní screeningové vyšetření základní laboratorní sestavy k odhalení časných stadií poruch lipidového metabolismu. Vyšetření se provádí na vlastní žádost klienta.
3. U položky vyšetření okultního krvácení ve stolici se příspěvek poskytuje 1x za dva roky na screeningové vyšetření - prevence rakoviny tlustého střeva - Haemoccult test. Vyšetření se provádí na vlastní žádost klienta.
4. U položky plavání pro neplavce klient předloží čestné prohlášení, že je neplavec nebo doklad o úhradě kurzu pro neplavce.

Příloha číslo 5 : Přehled informací o preventivních vyšetřeních vojenské zdravotní pojišťovny

Příspěvek na mamografické vyšetření

Pojišťovna poskytne jednou za dva roky (tj. v roce, kdy vyšetření není hrazeno v rámci preventivního programu z veřejného zdravotního pojištění) příspěvek ve výši 300,- Kč. Podmínkou je odevzdání výsledku mamografie ošetřujícímu lékaři.

K poskytnutí příspěvku je nutno předložit následující doklady: žádost o poskytnutí příspěvku, nebo jej možno získat na pobočce VoZP ČR, o doklad o zaplacení nákladů na provedené vyšetření spolu s identifikačními údaji žadatelky a potvrzení o odevzdání výsledku mamografie ošetřujícímu lékaři.

Příspěvek na vyšetření okultního krvácení ve stolici

Pojišťovna poskytne příspěvek jedenkrát ročně až do výše 150,- Kč na screeningové vyšetření k prevenci rakoviny tlustého střeva pomocí Haemoccult testu, případně jiným standardizovaným testem, a to tehdy, pokud v tomto roce není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Příspěvek se poskytne pojištěnci ve věku od 40 let do 50 let (pak je již hrazeno z veřejného zdravotního pojištění)

K poskytnutí příspěvku je nutno předložit následující doklady: žádost o poskytnutí příspěvku, nebo jej možno získat na pobočce VoZP ČR originál platebního dokladu za provedené vyšetření (doklad musí obsahovat rodné číslo, příjmení, jméno, důvod platby, výše úhrady, razítko a podpis lékaře).

Dotazník k diplomové práci

Část A: Volný čas

1. Jak trávíte svůj volný čas?

- a) aktivně (např. sportem, manuální prací apod.)
- b) pasivně (např. četbou, sledováním televize, u PC apod.)

2. Sportujete?

- a) pravidelně (aspoň jednou týdně)
- b) nepravidelně
- c) nesportuji

3. Jaké sporty preferujete? (vypište)

.....

4. Jaké máte záliby, koníčky? (vypište)

.....

5. Jak trávíte vaše víkendy?

- a) pracovně
- b) s rodinou nebo s přáteli
- c) pasivním odpočinkem
- d) jinak (vypište)

6. Kolik dní ročně máte „doopravdy“ dovolenou?

- a) 7 dní a méně
- b) 14 dní
- c) 3 týdny a více

7. Kde trávíte vaši dovolenou? (vypište např. na chatě, chalupě, cestováním)

.....

Část B: Prevence

1. Navštěvujete pravidelně praktického nebo odborného lékaře?

- a) ano
- b) nepravidelně, dle potřeby
- c) ne

2. Trpíte chronickým onemocněním?

- a) ano, vypište jakým.....
- b) ne

3. Byl(a) jste někdy hospitalizován(a)?

- a) ano, kolikrát, vypište.....
- b) ne

4. Užíváte pravidelně léky?

- a) ano, vypište jaké
- b) ne

5. Užíváte nějaké doplňky výživy?

- a) ano, vypište jaké.....
- b) ne

6. Vyhledáváte aktivně informace o preventivních vyšetřeních?

- a) ano
- b) ne

6 a. Jakým způsobem získáváte informace o preventivních vyšetřeních?

- a) od praktického lékaře
- b) z odborného časopisu
- c) z internetu
- d) jinak, vypište.....
- e) nevyhledávám je

7. Znáte preventivní zdravotní programy?

- a) ano, vypište které.....
- b) ne

8. Pečujete o své zdraví bez lékařského doporučení?

- a) ano, vypište jak.....
- b) občas
- c) ne

9. Změnily se vaše stravovací návyky za posledních 5 let?

- a) ano, vypište jakým směrem.....
- b) ne

10. Dodržujete zásady zdravé výživy?

- a) ano, denně
- b) občas
- c) ne

11. Pijete kávu?

- a) ano, denně
- b) občas
- c) ne

12. Pijete alkohol?

- a) ano, pravidelně, každý týden
- b) příležitostně
- c) nepiji

13. Kouříte?

- a) ano, denně
- b) občas
- c) ne

14. Víte, která riziková onemocnění jsou v ČR nejčastější? (vypište)

.....

15. Čtete časopis Vaší zdravotní pojišťovny?

- a) ano
- b) občas
- c) ne

16. Na některé preventivní prohlídky máte ze zákona právo. Vypište na jaké a jak často.

.....

17. Máte v rodině dědičné onemocnění?

- a) ano, jaké vypište
- b) ne
- c) nevím

18. Víte, co znamená slovo prevence? Vypište

.....

Část pro ženy

1. Chodíte pravidelně na prohlídky ke gynekologovi?

- a) ano
- b) ne
- c) pokud mám problémy

2. Znáte samovyšetření prsu?

- a) ano
- b) ne

3. Provádíte samovyšetření prsu?

- a) ano, pravidelně

- b) nepravidelně
- c) vůbec

Část pro muže

1. Byla vám někdy vyšetřena prostata?

- a) ano
- b) ne

2. Víte, v kolika letech máte absolvovat vyšetření na karcinom tlustého střeva (hemokult)?

- a) ano v letech
- b) nevím přesně
- c) nevím vůbec

Část C: Ekonomická část

1. V jaké sféře pracujete?

- a) státní
- b) soukromé
- c) nepracuji, jsem v domácnosti, nezaměstnaný/á, v invalidním důchodu

2. Kolik hodin denně pracujete?

- a) 7- 8h
- b) 9 – 12h
- c) více než 12h

2. Jak dlouho dojíždíte do zaměstnání?

- a) do 30minut
- b) 30 – 60 minut
- c) více než 60 minut

3. Jaký typ práce vykonáváte?

- 1. práce organizační a řídicí (např. v podniku, na stavbě,)

2. práce v provozu a údržbě, sklad apod.
3. obchodní sféra, prodej apod.
4. pedagogická činnost – např. ZŠ, SŠ, VŠ apod.
5. činnost ve správních orgánech, státních institucích, samosprávě
6. jiný druh práce, vypište:

4. Jste v zaměstnání spokojeni?

- a) ano
- b) částečně
- c) ne

5. Máte možnost pravidelných přestávek?

- a) ano
- b) občas
- c) ne

6. Jaká je orientační výše vašeho čistého měsíčního příjmu?

- a) do 10 000 Kč
- b) 10 000 – 20 000 Kč
- c) 20 000 – 30 000 Kč
- d) více než 30 000 Kč

7. Kde bydlíte?

- a) v bytě – panelový, činžovní dům
- b) rodinný dům
- c) jiné

Část D: Identifikační údaje

Pohlaví

- a) muž
- b) žena

Věk

- a) 40 – 50 let
- b) 50- 60 let

Počet dětí

- a) žádné
- b) jedno
- c) dvě
- d) tři a více

Rodinný stav

- a) svobodný(á)
- b) vdaná/ ženatý
- c) rozvedený(á)
- d) vdovec/ vdova

Vzdělání

- a) základní
- b) střední odborné bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vysokoškolské
- e) jiné

Bydliště

- a) velké město – Praha, Brno
- b) střední město do 100 000 obyv.
- c) malé město do 20 000 obyv.
- d) venkovská obec