

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Simona Táborská

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

POVĚDOMÍ VEŘEJNOSTI O PREVENCI
KOLOREKTÁLNÍHO KARCIOMU

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Simona Boudová

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. 3. 2013

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Simoně Boudové za odborné vedení práce, cenné rady, její čas, podporu a trpělivost. Děkuji i všem respondentům, kteří se účastnili výzkumného šetření.

Anotace

Příjmení a jméno: Táborská Simona

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Povědomí veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu

Vedoucí práce: Mgr. Simona Boudová

Počet stran: 101 (68 číslovaných, 33 nečíslovaných)

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 36

Klíčová slova: prevence, kolorektální karcinom, rakovina, rizikové faktory, screening, TOKS

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou kolorektálního karcinomu. Cílem mé práce je zjistit úroveň informovanosti veřejnosti o prevenci tohoto zhoubného onemocnění. V teoretické části práce se věnuji anatomii a fyziologii tlustého střeva a konečníku, epidemiologii kolorektálního karcinomu, rizikovým faktorům, symptomatologii, screeningovému programu, prevenci, diagnostice a léčbě nádorů tlustého střeva a konečníku a v neposlední řadě se zde zmiňuji o výživě onkologicky nemocných a o stomích. V praktické části prostřednictvím kvantitativního výzkumu zkoumám úroveň znalostí respondentů o rizikových faktorech a screeningových vyšetření kolorektálního karcinomu. Výstupem z mé práce je edukační materiál, který má napomoci zlepšit informovanost o tomto zhoubném onemocnění.

Annotation

Surname and name: Táborská Simona

Department: Nursing and obsteric

Title of thesis: Public Awareness of Prevention of Colorectal Cancer

Consultant: Mgr. Simona Boudová

Number of pages: 101 (68 numbered, 33 unnumbered)

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 36

Key words: prevention, colorectal cancer, tumor, risk factors, screening, FOBT

Summary: My bachelor thesis is concerned with questions of colorectal cancer. The main objective of this thesis is to determine the level of public awareness about the prevention of this malignant disease. In the theoretical part I devote to anatomy and physiology of colon, epidemiology of colorectal cancer, risk factors, symptomatology, screening program, prevention, diagnosis and treatment of tumors of the colon and rectum and I also mention the diet of patients and stomas. In the practical part I investigate through quantitative research the respondents' level of knowledge about risk factors and screening for colorectal cancer. The result of my thesis is an educational material to help improve awareness about this malignant disease.

OBSAH

ÚVOD	11
1 DEFINICE	13
2 ANATOMIE TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU	13
3 FYZIOLOGIE TLUSTÉHO STŘEVA	14
3.1 Stavba stěny tlustého střeva.....	15
4 EPIDEMIOLOGIE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	15
4.1 Situace v ČR.....	15
5 ETIOLOGIE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	17
5.1 Hereditární faktory	17
5.2 Faktory vnitřní	17
5.3.1 Věk	17
5.3.2 Rodinná anamnéza.....	18
5.3.3 Idiopatické střevní záněty.....	18
5.3 Faktory vnějšího prostředí.....	18
5.3.1 Kouření	18
5.3.2 Výživa.....	19
5.3.3 Tuk v potravě.....	19
5.3.4 Vlákna	19
5.3.5 Energetická bilance, obezita, fyzická aktivita	20
5.3.6 Alkohol	20
5.3.7 Vitaminy, antioxidanty	21
6 SYMPTOMATOLOGIE	21
7 SCREENING KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	22
7.1 Screeningový program v ČR	22
7.2 Provádění testu na okultní krvácení.....	23
5.3.1 Guajakové testy	23
5.3.2 Imunochemické testy.....	24
5.3.3 Dietní opatření při provádění testu na okultní krvácení	24
7.3 Screeningová kolonoskopie.....	24
5.3.1 Příprava před kolonoskopií.....	25
5.3.2 Indikace kolonoskopie.....	25
7.4 Budoucnost screeningu v ČR	25
8 VYŠETŘOVACÍ METODY	26
8.1 Anamnéza	26
8.2 Fyzikální vyšetření	26
8.3 Endoskopie - kolonoskopie	27
8.4 Rentgenologické vyšetření tlustého střeva	27
8.5 Computerová tomografie - CT	28
8.6 Ultrasonografie	28
8.7 Endoskopická ultrasonografie	28
8.8 Magnetická rezonance	28
8.9 Nádorové markery	28
5.3.1 CEA	29
5.3.2 CA 19-9	29
5.3.3 TPA.....	29
8.10 Klinická klasifikace zhoubných nádorů	29
9 TERAPIE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	30
9.1 Chirurgické metody léčby	30
9.2 Radioterapie.....	30

9.3	Chemoterapie.....	31
9.4	Nežádoucí účinky onkologické léčby a možnost jejich ovlivnění	31
10	ONKOLOGICKÁ PREVENCE.....	32
10.1	Primární prevence.....	32
10.2	Sekundární prevence.....	33
10.3	Terciární prevence	33
10.4	Úloha všeobecné sestry v prevenci nádorů.....	33
5.3.1	Cíle sestry v prevenci nádorů	34
11	STOMIE	34
11.1	Úkoly všeobecné sestry v péči o stomika.....	34
11.2	Zásady výživy kolostomiků.....	35
12	VÝŽIVA PŘI NÁDOROVÉM ONEMOCNĚNÍ.....	36
12.1	Strava onkologicky nemocných	36
12.2	Sipping.....	37
12.3	Enterální výživa.....	37
12.4	Parenterální výživa	37
12.5	Dietní doporučení při zácpě.....	37
12.6	Dieta při průjmu	38
13	PROGNÓZA	38
14	DISPENZÁRNÍ PÉČE	38
15	PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY POMOCI ONKOLOGICKY NEMOCNÝM. 39	
15.1	Fáze odezvy na závažná onemocnění	39
	FORMULACE PROBLÉMU.....	41
	CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU	41
	METODIKA	41
	HYPOTÉZY.....	42
	VZOREK RESPONDENTŮ.....	42
	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	43
16	DISKUSE.....	71
	ZÁVĚR	78
	LITERATURA A PRAMENY	
	SEZNAM ZKRATEK	
	SEZNAM TABULEK	
	SEZNAM GRAFŮ	
	SEZNAM PŘÍLOH	
	PŘÍLOHY	

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce zní: Povědomí veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu. Toto téma je velmi aktuální, vzhledem k dostupným datům představuje kolorektální karcinom obrovskou hrozbu. Informace získané ze serveru svod.cz z roku 2008 udávají, že Česká republika zaujímá jednu z prvních příček incidence tohoto zhoubného onemocnění ve světě. ČR je konkrétně na 5. místě (před ní je pouze Slovensko, Maďarsko, Nový Zéland a Izrael). (svod.cz)

Kolorektální karcinom je definován jako zhoubný nádor celosvětového významu a představuje jeden z nejvýznamnějších problémů veřejného zdravotnictví. V civilizovaných zemích patří mezi tři nejčastější karcinomy (mimo CA kůže). Celosvětová incidence představuje přibližně jeden milion nově diagnostikovaných případů ročně a více než 500 000 pacientů ročně na toto onemocnění zemře. (Jablonská, 2000)

Souhrnná zpráva na podporu programu Zdraví 21 uvádí, že nádorová onemocnění jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí v ČR (25 % všech úmrtí). Z analýzy počtu úmrtí dle pohlaví navíc vyplývá, že muži jsou rakovinou postiženi častěji než ženy. V případě kolorektálního karcinomu tomu není jinak. Pokud se lehce poohlédneme do historie, zjistíme, že v 90. letech prudce narůstal výskyt tohoto zhoubného onemocnění, přičemž od roku 2003 pozorujeme jistý sklon ke stabilizaci či zlepšení.

V předcházení tomuto onemocnění je důležité zdůraznit především primární prevenci, která má obrovský význam v samotném výskytu kolorektálního karcinomu. Zejména je nutné cíleně vychovávat populaci ke zdravému životnímu stylu, naučit jedince správně přistupovat ke svému vlastnímu zdraví. V druhé řadě je nezbytné poukázat na určitá technická a organizační opatření, která v tomto případě představují kolorektální screening. S tímto faktem souvisí právě i program zaměřený na dlouhodobé zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR s názvem Zdraví 21, jehož cílem č. 8 je snížení výskytu neinfekčních nemocí (kardiovaskulární choroby, nádorová onemocnění, diabetes mellitus apod.). Tento cíl má být splněn prostřednictvím opatření, která jsou orientovaná na vyhledávání rizikových faktorů a časně odhalování počátečních stádií chorob – tedy screening. Prostřednictvím stanoveného cíle č. 8 má dojít ke snížení úmrtnosti u všech typů nádorových onemocnění u osob mladších 65 let nejméně o 15 %, u CA plic dokonce o 25 %. (www.mzcr.cz)

Ve své práci se zabývám úrovní informovanosti populace o prevenci kolorektálního karcinomu, která je dle mého názoru stále nedostatečná. Podle mého názoru je hlavní

problém jednak nedostatečná edukace ze strany zdravotnických pracovníků, ale i nezájem široké veřejnosti o tyto informace.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE

Zdeněk Adam a kol. ve své knize Speciální onkologie charakterizují kolorektální karcinom jako maligní onemocnění vznikající maligní přestavbou cylindrického epitelu tlustého střeva a rekta. Uvádají, že obvykle vznikne kolorektální karcinom z polypů, na které je nutné hledět jako na prekancerózu.

Národní onkologický registr rozděluje tyto nádory dle jejich anatomické lokalizace na nádory tračnicku (C18), nádory rektosigmoideálního spojení (C19) a vlastní nádory rekta (C20). (Adam et al., 2002; Klener, 2002)

Jak uvádí server rakovinastreva. cz, rakovina tlustého střeva a konečníku mají mnoho společného, proto ji známe pod souhrnným názvem kolorektální karcinom. Existují ovšem mezi nimi kromě společných znaků i jisté odlišnosti, například v léčbě.

Nejčastější formou kolorektálního karcinomu je tzv. adenokarcinom, který je charakteristický tím, že vyrůstá z epitelu střevní sliznice. Méně častým typem je lymfom – je tvořen lymfocyty, nebo například karcinoid, který vzniká z neuroendokrinních buněk. (rakovinastreva.cz)

2 ANATOMIE TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU

Tlusté střevo je asi 1,5 – 1,8 metru dlouhé a 6 – 8 centimetrů široké (šířka je závislá na aktuální náplni střeva). Mezi základní znaky charakterizující tlusté střevo patří: šedavá barva, taenie, haustra a appendices epiploicae. Taenia představují 3 pruhy ztlustělé podélné svaloviny. Haustra (výpuky) jsou charakterizované vyklenutím stěny colonu mezi taeniami, které vznikají ochabnutím cirkulární svaloviny. Posledním charakteristickým znakem jsou appendices epiploicae, které tvoří stopkaté výběžky serózy vyplněné tukem. Podle tvaru a polohy rozlišujeme několik částí.

Slepé střevo (caecum) s červovitým výběžkem (apendix vermiformis), tračník (colon), který se dále dělí, a konečník (rektum). **Slepé střevo** (caecum), které je asi 7 centimetrů dlouhé, je uloženo v pravé jámě kyčelní. Při přechodu tenkého střeva do céka je vytvořena ileocékální chlopeň – tzv. Bauhinská chlopeň. Před tímto ileocekálním přechodem je umístěn červovitý výběžek (apendix vermiformis), který obsahuje hojnou lymfatickou tkáň, a proto je někdy nazýván termínem tonsilla abdominalis. Červovitý přívěsek je častým místem zánětů. Kvůli své variabilní délce může apendix vermiformis zaujímat

vzhledem k céku několik poloh. Nejčastěji je to tzv. positio pelvina, kdy apendix zasahuje do malé pánve.

Další částí tlustého střeva je **tračník** (colon), který má 4 oddíly. **Vzestupný tračník** (colon ascendens) navazuje na horní okraj slepého střeva a zasahuje až ke spodní ploše jater. Pod játry se ohýbá doprava (flexura coli dextra). Zadní část přirůstá ke stěně břišní, přední část je kryta peritoneem. Colon ascendens přechází v **příčný tračník** (colon transversum), který probíhá napříč dutinou břišní až k levému podžebří, kde se otáčí směrem dolů (flexura coli sinistra). Příčný tračník, jehož tvar a pohyblivost jsou ovlivněny délkou jeho závěsu – mesocolon transversum, přirůstá na zadní stěnu břišní a probíhají zde cévy. Třetí částí je **sestupný tračník** (colon descendens), který volně sestupuje do levé jámy kyčelní a kaudálním směrem se postupně zužuje. Poslední částí tračníku je **esovitá klička** (colon sigmoideum), uložená též v levé jámě kyčelní. Její povrch je kryt serózou. Na rozhraní malé a velké pánve přechází v poslední úsek trávicí trubice, a to v **konečník** (rektum).

Konečník je asi 15 centimetrů dlouhý, sestupuje dolů malou pávní, kde končí a otevírá se jako řitní otvor (anus). Má dvě hlavní části. Na esovitou kličku se napojuje první úsek ampulla recti, canalis analis představuje druhou část. Ampulla recti je uložena v konkavitě křížové kosti, jejíž sliznice tvoří tři příčné řasy. Střední řasa tvoří přídatný svěrač a nepodléhá vůli. Další dva svěrače jsou uloženy ve vnějším ústí análního kanálu, kde rektum prostupuje svalovým dnem do pánve. Vnitřní z obou svěračů je z hladké svaloviny, tudíž není vůli ovladatelný. Vnější svěrač je z příčně pruhované svaloviny a dá se ovládat vůli. Tímto svěračem je ovládáno vyprázdnění střeva. V okolí análního kanálu jsou hojné žilní pleteně, které při rozšíření tvoří známé hemoroidy. (Kott, 2009; Grim, 2005)

3 FYZIOLOGIE TLUSTÉHO STŘEVA

Tlusté střevo přebírá nestrávené a nestravitelné zbytky potravy z tenkého střeva. Hlavní funkcí tlustého střeva je resorpce vody. Mezi další funkce patří i kvašení cukrů, hnití bílkovin a produkce vazkého hleny. Nachází se zde hojné mikrobiální osídlení (E. Coli, Bacillus proteus), které umožňuje vytváření vitamínů B a K a výživu celulosou. Toto osídlení může být narušeno, a to např. užíváním antibiotik. Nejvíce vody se vstřebává ve vzestupném tračníku. Probíhá zde zahuštění střevního obsahu, k němuž se přidává hlen, který slepuje nestrávené zbytky potravy. Střevní obsah se dále pomocí střevních mikroorganismů mění na stolici. Množství stolice je závislé na množství přijímané

potravy, obvykle je to 150 – 300 gramů. K vyprázdnění (defekaci) obvykle dochází 1x za 24 hodin. Stolice se hromadí v konečniku, zvyšuje se tlak a napětí stěny, které vyvolá nucení na stolicí. Dále dochází k ochabování svěračů konečniku, smršťují se břišní svaly a bránice, které zvýší tlak na konečný úsek trávicí trubice, který se vyprazdňuje. (Kott, 2009; Grim, 2005)

3.1 Stavba stěny tlustého střeva

Stěna trávicí trubice se skládá ze čtyř vrstev. První vrstvu tvoří sliznice (mukosa), která vystýlá vnitřní povrch tlustého střeva a je složena v řasy. Tato sliznice má na povrchu válcový epitel. Druhou vrstvu tvoří podslizniční vazivo (submukosa), což je vrstva řídkého vaziva, která spojuje sliznici a svalovinu trávicí trubice. V tomto vazivu se vyskytují lymfatické uzlíky mízní tkáně, které mají ochrannou funkci, brání průniku škodlivin do krevního oběhu. Další vrstvou je svalovina (muscularis). Je tvořena převážně hladkým svalstvem. Výjimku tvoří například konečník, kde se nachází příčně pruhovaná svalovina, která podléhá volní inervaci. Svalovina je uspořádána do dvou vrstev – vnitřní kruhové a zevní podélné. Svalovina svými peristaltickými pohyby umožňuje posun přijaté potravy, zároveň dochází k promísení obsahu střeva. Poslední vrstva trávicí trubice je tvořena lesklou blanou – peritoneem. V úsecích, kde trávicí trubice neprochází břišní dutinou, např. pánev, je povrch trubice tvořen vazivovou adventicií. (Dylevský, 2000)

4 EPIDEMIOLOGIE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

Americká onkologická společnost publikuje, že u mužů je až 44,7% celoživotní riziko vzniku malignity a 38% riziko u žen.

Lze formulovat i tzv. **kumulativní riziko**, které představuje celoživotní riziko onemocnění touto chorobou. Vzhledem ke střední délce života se věková hranice stanovila na 0 – 74 let u mužů a 0 – 79 let žen. Kumulativní riziko tvoří u mužů 6,6 % a 4,5 % u žen. (Vorlíček et al., 2006, Vyzula et al., 2007)

4.1 Situace v ČR

Maligní nádory nepředstavují v dnešní době nic výjimečného. Vorlíček et al. ve své knize Klinická onkologie pro sestry uvádějí, že v České republice onemocní malignitou každý třetí jedinec a každý čtvrtý člověk dokonce na maligní onemocnění zemře. V České republice je ročně odhaleno zhruba 32 000 nových nádorů u mužů a 31 000 u žen. Celých

12 % z toho počtu připadá právě na kolorektální karcinom. Dle dostupných dat Národního onkologického registru (NOR) je evidováno ročně 7 800 – 8 100 nově diagnostikovaných nádorů kolorekta, přičemž 3 800 – 4 200 jedinců na toto onemocnění zemře.

Dostupná data z roku 2009 evidují na 8 205 zhoubných nádorů kolorekta – z toho 4 839 těchto nádorů u mužů a 3 366 u žen. V ČR je tento nádor nejčastěji lokalizován v tlustém střevě (dg. C18). Nejčastěji se u nás nádor diagnostikuje ve věkovém rozmezí 65 – 79 let, bohužel 20 % všech nemocných nedovršilo ani 60 let věku.

Populace demograficky stárne, incidence tohoto onemocnění za posledních 30 let vzrostla. Ale v posledních letech se naštěstí objevily i náznaky zlepšení, stabilizovala se mortalita, která začíná dokonce pozvolna klesat. Incidence však stále narůstá, dochází ke zvýšení počtu žijících osob, u kterých byl v minulosti diagnostikován / léčen kolorektální karcinom. Prevalence v roce 2009 dosáhla 47 371 osob. Pro srovnání s rokem 1999 vzrostla o hrozivých 63 %.

Čechům, stejně tak jako Maďarům či Slovákům, stoupá riziko vzniku tohoto nádoru s věkem. Po dosažení 50 let věku narůstá toto riziko až na 6 a více procent.

Kolorektální karcinom představuje jeden z nejčastějších zhoubných nádorů všech vyspělých států a jeho incidence stále roste. Česká republika není výjimkou, ba naopak. V mezinárodním srovnání obsazuje jednu z předních příček. Studie Estimates of the Cancer Incidence and Mortality in Europe z roku 2006 uvádí, že ČR s incidencí 94,4 / 100 000 mužů / rok a 46,0 / 100 000 žen / rok se skutečně řadí na přední příčky. Přesněji mužská populace z České republiky zaujímá 2. místo v Evropě, české ženy jsou na třetím místě v četnosti výskytu tohoto nádoru. Novější studie GLOBOCAN (2008) konstatuje, že čeští muži zaujímají třetí příčku v evropském přehledu (ihned za Slovenskem a Maďarskem), kdežto u žen je to „až“ deváté místo.

(Vorlíček et al., 2006; Seifert, 2012; Jablonská et al., 2000; Vyzula et al., 2007)

Pokud se budeme hlouběji zabývat touto problematikou v jednotlivých regionech České republiky, zjistíme, že v incidenci a mortalitě nejsou výrazné rozdíly – s výjimkou Plzeňského kraje. Zde je incidence 98,4 / 100 000 obyvatel a mortalita 45,5 / 100 000. Plzeňský kraj je dokonce označen jako jedno z nejzatíženějších území Evropy a světa. Tato vysoká čísla jsou pozorována více než 20 let. Hypoteticky se zde předpokládá vliv chronické expozice škodlivých látek a vyšší genetická predispozice. Je známo, že čím dříve se onkologické onemocnění zachytí, tím vzrůstá naděje na úspěšnou léčbu

a dlouhodobé přežití. Bohužel až 50% pacientů v České republice je kolorektální karcinom diagnostikován v klinickém stádiu III a výše. (Dušek, 2012; Vorlíček et al., 2006)

5 ETIOLOGIE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

Kolorektální karcinom lze řadit mezi tzv. preventabilní onemocnění, což lze vysvětlit tak, že na vzniku tohoto nádoru se podílí jednak určitá míra genetické zátěže, ale i řada vnějších faktorů. Hlavní faktory, podílející se na vzniku kolorektálního karcinomu, můžeme rozdělit na faktory hereditární, vnitřní faktory a faktory vnějšího prostředí. (Vyzula et al., 2007)

5.1 Hereditární faktory

Termínem hereditární karcinomy označujeme ty karcinomy, u nichž je známá genetická abnormalita, která vede k jejich vzniku a kterou lze dostupnými metodami diagnostikovat – jak u nemocných, tak u jejich příbuzných, kteří jsou nositeli rizikové genetické malformace. Geneticky podmíněná je pouze malá část kolorektálních karcinomů – asi 5 %. (Adam et al., 2010)

Hereditární formy kolorektálního karcinomu se obvykle kategorizují do dvou skupin:

- S mnohočetnými adenomatózními polypy – tzv. polypózní formy (familiární adenomatózní polypóza a Garnerův syndrom – zde je riziko maligního zvratu téměř 100%, a to již u 20 – 25letých jedinců)
- Bez mnohočetných adenomatózních polypů – tzv. nepolypózní formy (Lynchův syndrom, neboli syndrom HNPCC, který je charakteristický časným začátkem onemocnění (i u osob mladších 40 let). (Holubec et al., 2004; Jablonská et al., 2000)

5.2 Faktory vnitřní

5.2.1 Věk

Věk je považován za neovlivnitelný, velice důležitý rizikový faktor. Až 90 % nemocných je starších 50 let, u mladších nemocných se uplatňuje spíše pozitivní rodinná anamnéza. (Lukáš et al., 2005)

5.2.2 Rodinná anamnéza

Rodinná anamnéza je jedním z významných faktorů ovlivňujících vznik kolorektálního karcinomu. Udává se, že u příbuzných prvního stupně (rodiče – děti, sourozenci) s kolorektálním karcinomem je 3 – 4x vyšší riziko vzniku kolorektálního karcinomu – ve srovnání s ostatní populací. Tento fakt se uplatňuje zejména v oblasti preventivních vyšetření. Termínem familiárně podmíněné karcinomy označujeme případy, kdy je vyšší výskyt karcinomu v rodině, ale současně není prokázána genetická malformace. (Lukáš et al., 2005)

5.2.3 Idiopatické střevní záněty

Idiopatické střevní záněty (hlavně ulcerózní kolitida) jsou spojeny s vyšším výskytem kolorektálního karcinomu. Závisí na délce trvání choroby, rozsahu postižení střeva – nejvíce jsou ohroženi nemocní s postižením celého tračníku. (Lukáš et al., 2005)

5.3 Faktory vnějšího prostředí

K těmto faktorům patří zejména výživa a kouření, které se významně podílejí na vzniku kolorektálního karcinomu. Potěšující je fakt, že se dají však ovlivnit, a to zejména zdravým životním stylem.

5.3.1 Kouření

Výzkumy poukazují na pozitivní vztah kouření a vzniku kolorektálního karcinomu, a to zejména u mužů. Kouření je zodpovědné až za 16 % úmrtí na karcinom tlustého střeva a 22 % úmrtí na karcinom rekta. Je zřejmé, že existuje určitý vztah mezi dávkou a účinkem. Zvýšené riziko se objevuje i u lidí žvýkajících tabák či u kuřáků dýmky. Ukázal se i vzájemný vztah mezi kouřením a vznikem adematózních polypů, tudíž i mezi vznikem kolorektálního karcinomu. Mechanismus vzniku karcinomu není zcela jasný. Při kouření tabáku dochází k tvorbě a polykání specifických karcinogenů jako například arylaminů. Riziko roste úměrně s dávkou, souvisí s intenzitou a délkou kuřáctví, po zanechání kouření se snižuje. Spojitost s kolorektálním karcinomem má i pasivní kouření, které představuje hrozbu hlavně pro děti. Je známo, že kouření má stejný vliv na vznik karcinomu kolorekta i u žen, ovšem má delší dobu latence (minimálně 35 let) . Markéta Jablonská se své knize uvádí zajímavé zjištění, že kouření u starších žen má spíše inverzní

vztah (asi antiestrogenním vlivem). (Vyzula et al., 2007; Jablonská et al., 2000; Joukalová et al., 2007)

5.3.2 Výživa

Vlivu výživových faktorů na celkovou úmrtnost na zhoubné nádory se přikládá až 35% podíl. Celkové shrnutí znalostí o vztahu výživy a nádorového bujení prezentuje obsáhlá zpráva „ Strava, výživa a prevence zhoubných nádorů. Globální perspektiva “ z roku 1997. V této publikaci je vyhodnoceno více než 4 500 studií. To, jakou měrou se podílí výživa na vzniku kolorektálního karcinomu, je vyjádřeno pomocí tzv. preventabilních dietních faktorů. Kolorektální karcinom má uváděnou míru preventability 66 – 75 %. Mezi hlavní rizikové faktory, podílející se na vzniku kolorektálního karcinomu řadíme nadbytek tuků v potravě, nedostatek vlákniny v potravě, nevhodnou tepelnou úpravu stravy, nedostatek vápníku, vitaminů A, C, E a selenu. Jako vysoce rizikové se též jeví již zmíněné kouření a konzumace alkoholu. (Vorlíček et al., 2006; Vyzula et al., 2007; Jablonská et al., 2000)

5.3.3 Tuk v potravě

50% snížení konzumace tuků může vést až k polovičnímu poklesu incidence kolorektálního karcinomu. Riziko vzniku kolorektálního karcinomu značně stoupá při denní konzumaci masa, a to zejména tzv. červeného - hovězího, vepřového a jehněčího. Tento vztah se potvrdil v 54 – 70 % studiích. Jako opačný se jevil vztah vzhledem ke konzumaci rybího masa. Za velice důležitý faktor, uplatňující se v etiologii kolorektálního karcinomu, považujeme úpravu masa. Za vysoce rizikové se považuje smažení, pečení a zejména uzení, které zvyšuje množství mutagenních aminů. Zatímco vysoce riziková je konzumace zejména živočišných tuků, u olejů rostlinného původu, které obsahují vysoké množství polyenových a monoenových kyselin, výsledky poukazují na snížení rizika vzniku kolorektálního karcinomu. (Vorlíček et al., 2006; Vyzula et al., 2007; Adam et al., 2002)

5.3.4 Vlákna

75 % studií poukazuje na to, že vlákna má příznivý efekt na vznik kolorektálního karcinomu. Vlákna, jejímž hlavním zdrojem jsou ovoce, zelenina a málo zpracované (celozrnné) obiloviny, může snižovat riziko vzniku kolorektálního karcinomu tím, že snižuje fekální pH, váže sekundární žlučové kyseliny a některé karcinogeny, zkracuje dobu tranzitu a tím i dobu, po kterou je střevní sliznice vystavena karcinogenům. Dále snižuje

množství hnilobných bakterií a zrychluje střevní pasáž. Účinkem aerobních bakterií vzniká butyrát, který má příznivé účinky na střevní sliznici. Některé další studie tento protektivní efekt vlákniny na střevní stěnu ovšem nepotvrdily. Významnou částí ochranného vlivu výživy na organismus je konzumace dostatečného množství ovoce a zeleniny, protože obsahují důležité látky vedoucí ke snížení škodlivého účinku rakovinotvorných látek. Dostatečný příjem zeleniny a ovoce snižuje riziko vzniku karcinomu až o 20 %. Zdeněk Adam et al. ve své knize Obecná onkologie uvádějí poznatek, že vláknina působí zároveň i jako rizikový faktor, a to působením aflatoxinů, které mohou obiloviny kontaminovat po napadení plísněmi. (Vorlíček et al., 2006; Vyzula et al., 2007, Adam et al., 2011)

5.3.5 Energetická bilance, obezita, fyzická aktivita

Pokud organismus přijímá nadměrné množství potravy a tedy i energie a současně nedostatečně energii produkuje, vzniká nepoměr – obezita. Toto onemocnění výrazně zkracuje délku života a způsobuje závažné choroby, mezi něž patří i výskyt nádorových nemocí. S touto skutečností je spojena i fyzická aktivita, která je brána jako protektivní faktor obezity, ale i kolorektálního karcinomu. Většina studií poukazuje na to, že zvýšená fyzická aktivita (alespoň 30 – 60 minut cvičení denně) snižuje riziko vzniku kolorektálního karcinomu až o 40 %. Redukce karcinomů rekta je méně znatelná. Vysoká hodnota BMI je zřetelně prokázána jako vysoce rizikový faktor pro vznik kolorektálního karcinomu. Pohyb navíc zrychluje střevní pasáž, což je chápáno jako ochranný faktor při vzniku kolorektálního karcinomu. Data uvádí, že 11 % kolorektálních karcinomů vznikne v důsledku vysokého BMI, 13-14 % důsledkem nedostatečné fyzické aktivity. (Vorlíček et al., 2006; Vyzula et al., 2007)

5.3.6 Alkohol

Konzumace alkoholu se značně podílí na vzniku kolorektálního karcinomu. Alkoholické nápoje jsou totiž považovány obecně za karcinogeny I.skupiny = humánní karcinogeny. Zvýšené riziko vzniku nádorů tlustého střeva v souvislosti s pitím alkoholu se prokázalo v 58 % studií. U nádorů rekta je toto procentuální vyjádření ještě vyšší – dokonce 63 %. Podrobnější data poukazují na pozitivní vztah zejména pití piva a karcinomu konečníku. Toto zjištění se potvrdilo obzvláště u mužů, kteří pili nejméně 15 litrů piva měsíčně. Nejrizikověji se ovšem jeví alkohol v kombinaci s kouřením. Alkohol rozpouští ve střevě některé karcinogeny z kouře lépe než voda, a tak karcinogeny snadněji

pronikají ke střevní sliznici. (Vorlíček et al., 2006; Vyzula et al., 2007; Jablonská et al., 2000; Joukalová et al., 2007)

5.3.7 Vitaminy, antioxidanty

Příznivý vliv na vznik karcinomů je evidován u řady vitamínů, zejména u těch s antioxidačním účinkem. U kolorektálního karcinomu se uplatňuje například beta-karoten (prekurzor vitamínu A), vitamin D, vápník, selen a kyselina listová. Nutno podotknout, že tento pozitivní vztah je u vitamínů přijímaných cestou přírodních potravinových zdrojů – zejména prostřednictvím ovoce a zeleniny, nikoliv však cestou farmaceutických přípravků. (Vorlíček et al., 2006; Adam et al., 2003)

6 SYMPTOMATOLOGIE

I přes veškerou snahu screeningových vyšetření odhalit kolorektální karcinom co nejdříve je stále takřka 50 % případů odhaleno pozdě. Kolorektální karcinom roste až 5 let bezpříznakově. Symptomatologie je značně závislá na lokalizaci, rozsahu a stádiu tohoto nádoru. Nádory lokalizované v levém tračníku či v rektu jsou diagnostikovány dříve, neboť je přítomna makroskopická enteroragie a rektální syndrom. Rektální syndrom představuje stav, kdy pacient pociťuje nucení na stolicí, ve které je přítomna příměs krve. Nádory lokalizované v pravém tračníku jsou obvykle diagnostikovány pozdě, mají chudý klinický obraz. Nemocné často k vyšetření přivede až váhový úbytek, známky anémie, či dokonce akutní porucha pasáže střeva. Tyto nádory krvácejí okultně – tudíž je lze odhalit pomocí screeningového testu na okultní krvácení či kolonoskopií. U karcinomů v časných stádiích jsou poměrně často přítomny necharakteristické projevy, například nadýmání, střídání průjmu a zácpy, neurčité pocity v břiše, časté nucení na stolicí s pocitem nedostatečného vyprázdnění, přítomnost hlenu či krve ve stolici, změny v pravidelnosti či ve frekvenci vyprazdňování stolice, stužkovitá stolice (odcházející v úzkém pruhu) či krvácení z konečníku, které může mylně připomínat krvácení z hemoroidů. U nádorů v pokročilejších stádiích jsou přítomny celkové projevy – nechutenství, únava, slabost, subfebrilie, nevysvětlitelná anémie, hubnutí. Tyto příznaky zpravidla signalizují již generalizovaný tumor v pozdním stádiu. (Jirásek et al., 2002; Vorlíček et al., 2006; Řiháčková et al., 2009)

7 SCREENING KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

Termínem kolorektální screening se označuje plošné vyšetřování populace za účelem vyhledávání osob s tímto léčitelným onemocněním v asymptomatickém stádiu – kdy ještě jedinci nemají žádné potíže a příznaky. Cílem je snížit mortalitu i morbiditu tohoto onemocnění, zvýšit časnost záchytu zhoubných nádorů kolorekta a přednádorových lézí, redukce paliativních, nekurativních operací u pokročilých stádií onemocnění. Screening je základem sekundární prevence kolorektálního karcinomu. Vyšetření je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, tato úhrada má však určité podmínky: absolvování preventivní prohlídky a doporučení k vyšetření lékařem – registrujícím (praktickým) lékařem, internistou, chirurgem, onkologem, gastroenterologem, urologem, gynekologem či dokonce lékařem jiné základní odbornosti. (kolorektum.cz; Holubec et al., 2004; Adam et al., 2011)

7.1 Screeningový program v ČR

Screeningový program kolorektálního karcinomu byl v ČR zahájen 1. 7. 2000. Na zahájení screeningového programu měli velký podíl přední čeští gastroenterologové profesor Přemysl Frič a profesor Miroslav Zavoral. Velkou účast měla i nadace Vize 97 pod záštitou manželů Havlových. Původní očekávání 50% účasti populace ve screeningové testování se nenaplnilo. Až do roku 2009 nepřesáhl počet testovaných jedinců 20 % populace. Screeningový program v letech 2000 – 2008 přinesl cenné zkušenosti, ale vzhledem k nízké účasti populace na tomto programu nedošlo k ovlivnění negativních epidemiologických statistik. V roce 2008 proběhlo komplexní zhodnocení screeningového programu Ministerstvem zdravotnictví ČR, které navrhlo inovační opatření zveřejněná ve Věstníku MZ ČR, částka 1/2009. Ministerstvo zdravotnictví ČR zároveň doporučilo používání imunochemických testů v praxi od roku 2009. Do programu kolorektálního screeningu v ČR jsou zařazeny asymptomatické osoby od 50 let věku, které nemají žádné příznaky a ani žádné tzv. rizikové faktory (výskyt onemocnění v rodině, přítomnost polypů v tlustém střevě, apod.) Vychází se ze skutečnosti, že až 80 % kolorektálních karcinomů vzniká po 50. roce života. V České republice se screeningové vyšetření pomocí TOKS hradí zdravotními pojišťovnami od roku 2000. (Holubec et al., 2004, Seifert 2012)

Kolorektální screening je založen na pravidelném provádění testů na okultní (skryté) krvácení (TOKS) nebo na primární screeningové kolonoskopii. Lidé ve věku 50 – 54 let by si měli jednou za rok udělat test na okultní krvácení, který je běžně k dostání

u praktických (registrujících) lékařů. Ženy jej mohou získat i u gynekologů či specialistů – gastroenterologů. Lidem ve věku 55 let a starším je doporučováno buď dále provádět testy na okultní krvácení (doporučený interval je 1x za dva roky) a nebo 1x za deset let podstoupit primární screeningovou kolonoskopii. Pro jedince s pozitivní rodinnou anamnézou kolorektálního karcinomu nebo adenomu, osoby se syndromem familiární adenomové polypózy, syndromem hereditárního nepolypózního kolorektálního karcinomu, a pro osoby, které dlouhodobě trpí nespecifickými střevními záněty, jsou vytvořeny speciální dispenzární programy, které se liší dle stupně rizika. (kolorektum.cz)

7.2 Provádění testu na okultní krvácení

Prakticky se test na okultní krvácení provádí vyšetřením malého vzorku stolice na přítomnost stopového množství krve, a to buď metodami biochemickými (guajakové testy) nebo imunochemickými (imunologické testy). Kromě praktických lékařů může od 1. 1. 2009 provádět TOKS také gynekolog. Při jednorázovém screeningu test odhalí u asymptomatických jedinců přibližně 80 – 90% karcinomů a 50 – 60% adenomů. (Seifert, 2012)

7.2.1 Guajakové testy

Starší guajakové testy, které jsou doposud nejpoužívanější a nejpropracovanější screeningovou metodou, nejsou schopny odlišit lidské krevní barvivo od zvířecího pozřené prostřednictvím potravy, a proto vyšetření musí předcházet určitá dietní opatření. Vzorky stolice se nanášejí na testovací kartičky, které jsou dodány v setu a vloženy v obálce. Senzitivita jednoho testu se pohybuje v rozmezí 19 – 50 %, zvyšuje se však při opakování. Mezi výhody řadíme skutečnosti, že testování pomocí guajakových testů je levné, jednoduché, jednoduše proveditelné pacientem a vyhodnotitelné přímo v ordinaci lékaře. Mezi nevýhody lze zařadit způsob odběru, kdy testovaná osoba musí manipulovat se stolicí, tzn. roztírat stolicí na testovací okénka. Za další nevýhodu lze považovat nutnost dodržování specifických dietních opatření. (Seifert, 2012; Chrastina et al., 2009)

Odběr vzorku stolice se provádí z tří po sobě jdoucích stolic. Pokud jedinec nemá stolicí denně, není nutné přerušovat testování, testovací cyklus se však prodlouží. Vzorek stolice se odebírá z různých míst stolice buď seškrábnutím vzorku stolice z povrchu lopatičkou, vtlačení do stolice apod. (správná technika odběru je vždy popsána v příbalovém letáku daného testu). Ke každému odběru vzorku stolice se používá nová špátle.

7.2.2 Imunochemické testy

Imunochemické testy jsou charakterizovány vyšší senzitivitou. Odběr se provádí bez nutnosti dodržování dietního nebo lékového omezení. Další výhodou je fakt, že odběr postačí pouze z jedné stolice. Imunochemické testování je založeno na principu určení reakce hemoglobinu ve stolici s protilátkou v testu. Odběr vzorku se provádí odběrovou tyčinkou, která se vtiskne na 3 – 6 míst stolice tak, aby vzorek ulpěl na odběrové tyčince. Poté se tyčinka vloží do nádobky s médiem (tekutinou) a protřepe se. Takto odebraný vzorek lze ihned zpracovat, je však použitelný po dobu 5 dnů. Je zapotřebí upozornit vyšetřované osoby na skutečnost, že odebraný vzorek je nutné chránit před přímým slunečním svitem. (Seifert, 2012)

U žen je nutné zdůraznit, aby neodebíraly vzorek stolice v průběhu menstruace (nedoporučuje se však ani tři dny před počátkem a tři dny po skončení menstruace). Testování by se dále nemělo provádět při stavech přítomného krvácení z hemoroidů, či při hematurii. Je žádoucí vysadit léky užívané rektálně – při jejich aplikaci by mohlo dojít ke vzniku poranění v okolí konečníku a ke krvácení. Stolica by měla být formovaná, odběr se neprovádí při průjmovitých onemocněních. Odebrané vzorky se předávají ošetřujícímu lékaři, případně biochemické laboratoři k vyhodnocení. (Chrastina et al., 2009)

7.2.3 Dietní opatření při provádění testu na okultní krvácení

Dodržování dietních opatření je důležitým činitelem ovlivňujícím výsledky testu. Dietní opatření je vždy popsáno v příbalovém letáku daného testu. U guajakových testů se doporučuje konzumace stravy obsahující vlákninu (saláty, ovoce, celozrnné pečivo, ořechy apod.) – vláknina napomáhá případnému krvácení z adenomu nebo karcinomu. Platí zákaz konzumace syrových či nedostatečně tepelně upravených mas a masných výrobků (zákaz konzumace krvavých výrobků). Dále se nedoporučuje užívat nadměrné množství vitamínu C (větší než 1 g), které by mohlo ovlivnit výsledky testování. Jak již bylo popsáno výše, u imunochemických testů jedinec nemusí dodržovat žádná dietní opatření.

(Chrastina et al., 2009; Vyzula et al., 2007; Suchánek et al., 2012)

7.3 Screeningová kolonoskopie

Kolonoskopie je definována jako endoskopické vyšetření trávicí trubice konečníkem až po Bauhinskou chlopeň. Tato vizuální metoda umožňuje obrazovou kontrolu střeva, odstranění podezřelých útvarů a odběr vzorků střevní sliznice na histologické vyšetření.

Kolonoskopie je účinnou metodou, která kombinuje screening, diagnostiku, ale zároveň i prevenci (polypektomie). (Seifert, 2012)

7.3.1 Příprava před kolonoskopií

K provedení kolonoskopického vyšetření je nezbytné dodržování určitých dietních opatření a důkladná očistná příprava střev. Tři dny před samotným vyšetřením je třeba vyvarovat se konzumaci červeného masa, tučného masa, velkého množství ovoce a zeleniny (zejména nevhodné je ovoce a zelenina se zrníčky - hroznové víno, rajčata apod.). Pacientům se doporučuje konzumovat spíše lehká jídla a zvýšit příjem tekutin. Ke kompletnímu vyčistění střev se užívá speciálních roztoků – projímavé fosfátové soli, hořečnaté soli či makrogoly.

V ČR existuje různorodost a určitá odlišnost v požadavcích na přípravu pacienta před tímto vyšetřením. Na některých pracovištích se můžeme setkat s požadavkem na provedení odběru krevního obrazu a na základní koagulační parametry u plánovaných výkonů. Tato pracoviště nutnost odběrů argumentují faktem, že dochází ke snížení rizika vzniku krvácení při endoskopické polypektomii. (Seifert, 2012)

7.3.2 Indikace kolonoskopie

Kolonoskopie je indikována u všech pacientů s jiným pozitivním screeningovým vyšetřením na kolorektální karcinom – např. TOKS.

I přesto, že je kolonoskopie nejefektivnější metodou k odhalení kolorektálního karcinomu, je pro populační screening nepraktická, nákladná a dokonce i potenciálně riziková. Další nevýhodou je, že vyžaduje důkladnou přípravu jedince a že nese s sebou dokonce i jistá rizika – zejména riziko vzniku krvácení a perforace. (Seifert, 2012)

Do českého programu byla primární screeningové kolonoskopie uvedena 1. 9. 2009. Tato metoda je určena všem asymptomatickým osobám, které dosáhly 55 let věku, jako volba mezi TOKS a primární screeningovou kolonoskopií v intervalu 2 let. (Seifert, 2012)

7.4 Budoucnost screeningu v ČR

Profesor Zavoral et al. ve svém článku s názvem Národní program screeningu sporadického kolorektálního karcinomu (KR-CA): vývoj, současnost, perspektiva, který byl publikován ve Zdravotnických novinách v lednu roku 2013, publikují určité zásady, kterých má být v kolorektálním screeningu v roce 2013 dosaženo. Během roku 2013 je

cílem snížit používání guajakových testů na okultní krvácení a přechod na testy modernější – imunochemické. Druhým bodem je zavedení adresného zvaní pomocí celorepublikového projektu a za současné podpory médií. Neméně důležitým cílem je udržet kvalitu prováděných kolonoskopií a zároveň provést reakreditaci zařízení určených pro primární screeningovou kolonoskopii. (Zavoral et al., 2013)

8 VYŠETŘOVACÍ METODY

Předpokladem k úspěšné léčbě je včasná diagnóza. I přes veškerou snahu a cíle screeningových programů není situace v ČR stále uspokojivá.

Vyšetření u lékaře začíná sběrem anamnestických dat a klinickým vyšetřením pacienta. Současně je vhodné provést laboratorní vyšetření krve. Mezi základní vyšetřovací metody užívané v diagnostice kolorektálního karcinomu jsou metody endoskopické (kolonoskopie, sigmoideoskopie, rektoskopie) a metody rentgenologické (irigografie, irigoskopie). Před těmito výkony je většinou nutná příprava pacienta, která má za cíl vyprázdnit střevo.

(Vorlíček et al., 2006)

8.1 Anamnéza

Anamnéza má mimořádný význam v diagnostice kolorektálního karcinomu, zvláště ta rodinná. Pokud se karcinom vyskytl u příbuzných prvního stupně (sourozenci, rodiče), lze pomýšlet na hereditární formu karcinomu, a to zejména u mladších nemocných (před 50. rokem věku). Výskyt tohoto nádorového onemocnění u příbuzných může významně ovlivnit preventivní postupy v celé rodině. Dále je nutné se cíleně ptát na možné symptomy tohoto onemocnění, na užívané léky, pracovní prostředí, stres apod. (Jirásek et al., 2002)

8.2 Fyzikální vyšetření

Samozřejmostí je vyšetření per rektum, kterým lze palpativně detekovat tumory rostoucí v oblasti konečníku. Vyšetřením per rektum lze hmatat asi jen 10 % všech kolorektálních karcinomů a asi 30 – 60 % nádorů konečníků je hmatných tímto vyšetřením. Nesmíme opomenout ani vyšetření břicha – palpačně, které může odhalit rozsáhlé nádory. Zároveň musí lékař vyšetřit i mizní uzliny v dané oblasti.

8.3 Endoskopie - kolonoskopie

Diagnózu kolorektální karcinomu lze nejlépe potvrdit endoskopickým vyšetřením trávicí trubice. U endoskopického vyšetření střeva se používají 3 druhy přístrojů – rigidní rektoskop (slouží k vyšetření konečníku), flexibilní sigmoideoskop (slouží k vyšetření levého tračníku) a kolonoskop (ten slouží k vyšetření celého tračníku). Endoskopické vyšetření umožňuje diagnostikovat patologické léze, ale současně lze provést i terapeutické výkony, například snesení polypů endoskopickou polypektomií, případně lze odebrat tkáň na biotické vyšetření. Další výhodou je, že prakticky neexistují falešně negativní a falešně pozitivní nálezy. Výrazným pokrokem jsou metody endoskopické slizniční resekcce (EMR) a endoskopická submukózní direkce (ESD), kdy lze poměrně jednoduchým způsobem odstranit rozsáhlé plochy neoplazie právě pomocí endoskopie. Donedávna musely být neoplazie řešeny pouze pomocí chirurgických zákroků. Absolutní kontraindikací kolonoskopie je stav, kdy má pacient perforační peritonitidu. Ostatní kontraindikace jsou relativní a je nutno je zohlednit u každého pacienta individuálně. Mezi relativní kontraindikace provedení kolonoskopie řadíme fulminantní zánět tlustého střeva, akutní závažná kardiopulmonální onemocnění – plicní embolie, infarkt myokardu, ale i dobu kratší než 3 týdny po výkonu na tlustém střevě, rozsáhlé aneurysma břišní aorty, třetí trimestr gravidity a samozřejmě nespolupráci či nesouhlas pacienta s provedením samotného vyšetření. Před endoskopickým vyšetřením střeva je nutná určitá příprava pacienta, existují i jisté komplikace.

(Adam et al., 2004; Lukáš et al., 2005)

8.4 Rentgenologické vyšetření tlustého střeva

Jinou variantou endoskopie je rentgenologické vyšetření s aplikací kontrastní látky a vzduchu – tak zvaná metoda dvojího kontrastu. Takto lze vyšetřit i nemocné, u kterých nelze provést endoskopické vyšetření (např. u nemocných se stenózami či při anatomických abnormalitách). Irigografie vyžaduje důkladnou přípravu střeva, adekvátní spolupráci pacienta a samozřejmě zkušeného radiologa. Tato metoda má ovšem i své nezastupitelné místo, a to např. při zavádění kolických stentů užívaných v paliativní medicíně k obnovení střevní průchodnosti. (Adam et al., 2002; Hladík, 2006)

8.5 Computerová tomografie - CT

CT vyšetření břicha se hojně užívá ke zjištění akutních komplikací provázejících kolorektální karcinom. CT s intra venózním podáním kontrastní látky má však největší význam k diagnostickým účelům – k zobrazení případných jaterních metastáz. (Hladík, 2006)

8.6 Ultrasonografie

Význam sonografie je především v předoperační detekci jaterních metastáz, v detekci zvětšených retroperitoneálních uzlin a ovariálních metastáz. K vyšetření kolorektálního karcinomu nemá ultrasonografie velký význam – vzhledem k přítomnosti vzduchu v dutých orgánech dutiny břišní. Ultrasonografické vyšetření má své nezastupitelné místo pro stanovení stagingu karcinomu konečníku. (Hladík, 2006)

8.7 Endoskopická ultrasonografie

Používá se zejména ke stanovení hloubky penetrace karcinomu do stěny tlustého střeva a okolních regionálních uzlin. (Mařatka, 1999)

8.8 Magnetická rezonance

Tato vyšetřovací metoda se vyznačuje velkou schopností diferenciací měkkých tkání, používá se proto hlavně k diagnostice karcinomů rekta. (Hladík, 2006)

8.9 Nádorové markery

Nádorové markery jsou látky vytvářené maligními buňkami v organismu jako odpověď na nádorové bujení. U kolorektálního karcinomu se jedná o metodu doplňkovou, vzhledem k nízké senzitivitě nejsou vhodné pro účely primární ani diferenciatní diagnostiky kolorektálního karcinomu. Nádorové markery hodnotíme z krevního séra. Nabírají se předoperačně, ale i pooperačně. (Holubec et al., 2004)

8.9.1 CEA

U kolorektálního karcinomu bývá zvýšena hladina karcinoembryonálního antigenu (CEA), jeho senzitivita se ale pohybuje mezi 50 – 60%. Tento marker není tedy dostatečně specifický a měl by se používat hlavně k monitorování pacientů po operaci. Jeho zvýšená hladina po operaci obvykle svědčí pro recidivu či metastazování nádoru. (Adam et al., 2002; Hladík, 2006)

8.9.2 CA 19-9

U karcinomů, které CEA neprodukují, je vhodné vyšetřit hladinu nádorového markeru CA 19-9. Při vyšetření markerů CA 19-9 a CEA společně stoupá senzitivita na 70 %. (Hladík, 2006)

8.9.3 TPA

Dalším markerem, který se využívá zejména u málo diferencovaných invazivních nádorů, je TPA (tkáňový polypeptidový antigen). Hladina tohoto markeru je přímo úměrná rychlosti růstu nádoru. Obzvláště významné je sledování markeru během léčby – zvýšená hladina TPA obvykle rychle poklesne při účinné protinádorové terapii. (Vyzula et al., 2007, Holubec et al., 2004)

8.10 Klinická klasifikace zhoubných nádorů

Nádory lze klasifikovat podle buněčného typu, biologických vlastností a jejich anatomické lokalizace. Existuje mezinárodní klasifikační systém, který hodnotí rozsah zhoubného onemocnění – TNM systém. TNM určuje anatomickou lokalizaci nádoru dle tří kategorií:

T- určuje rozsah primárního nádoru

N- posuzuje stav regionálních uzli

M- hodnotí přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz

Rozsah nádorového onemocnění se stanovuje přidáním čísla za dané písmeno. Čím je dané číslo vyšší, tím je rozsah nádoru či jeho šíření vyšší. Pokud nelze klasifikaci stanovit (nebyla provedena všechna potřebná vyšetření), používá se pro stanovení kategorie symbol X. (Vorlíček et al., 2006)

9 TERAPIE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

Léčba kolorektálních karcinomů se předepisuje dle lokalizace nádoru a jeho rozsahu – včetně stádia onemocnění.

9.1 Chirurgické metody léčby

Chirurgické metody léčby jsou nejdůležitější a uplatňují se většinou ve všech stádiích onemocnění. U většiny nemocných se chirurgický výkon provádí jako první. Při kurativní resekci, která je hlavní léčebnou metodou lokalizovaných stádií, se nádor odstraňuje úplně – včetně lymfatických uzlin spolu s příslušnou částí střeva. U nádorů levého tračníku se provádí levostranná hemikolektomie, nádory pravého tračníku se odstraňují pomocí pravostranné hemikolektomie. Nádory konečníku a sigmoideálního spojení jsou odstraňovány obvykle přední resekci. Pokud není možné provést kurativní resekci, provádí se paliativní operace. Paliativní chirurgie má své nezastupitelné místo v léčbě pokročilých a obturujících nádorů. Paliativní chirurgické operace jsou prováděny jako prevence ileózních stavů, nádor se ponechává in situ a dělá se derivační kolostomie. V chirurgické léčbě je nutné zmínit zavádění stentů či modernější laserové techniky. Tyto výkony se řadí mezi lokální paliativní zákroky, které se provádí u nemocných, kteří by nebyli schopni podstoupit výkony v celkové anestezii či mají závažná kardiální onemocnění, které znemožňuje anestezii u takového pacienta provést.

(Vorlíček et al., 2006; Mařatka, 1999; Klener, 2002)

9.2 Radioterapie

Radioterapie se využívá zejména u nádorů rekta, a to zvláště ve formě předoperační radioterapie s cílem zmenšení nádoru, zvýšení operability a snížení životaschopnosti nádorových buněk. U inoperabilních karcinomů konečníku má radioterapie význam paliativní, dnes se již ale nepoužívá.

Cílem radioterapie je zničit nádorové buňky s minimálním postižením buněk zdravých. Radioterapii lze použít samostatně či v kombinaci – například s chemoterapií, chirurgickou léčbou. O adjuvantní léčbě zářením hovoříme tehdy, pokud je nádor odstraněn pomocí chirurgického zákroku, radioterapie se pak používá ke zničení mikroskopických metastáz. Léčbu zářením lze uplatnit i v paliativní péči, záření se používá ke zmenšení bolesti a jiných symptomů. Taková léčba obvykle přináší nemocnému úlevu. (Stáhalová, 2008)

9.3 Chemoterapie

Cytostatická léčba se řadí mezi tzv. systémovou léčbu, což znamená, že působí v celém organismu – na všechny buňky. Chemoterapii lze podávat s cílem adjuvantní léčby, která má za cíl snížit riziko recidivy, nebo za účelem neoadjuvantní léčby, která se podává s cílem zmenšení nádoru a usnadnění operovatelnosti před chirurgickým způsobem léčby.

Chemoterapie je součástí komplexní léčby, a to především adjuvantní chemoterapie, která je považována za součást léčebného standardu stádia III a částečně i stádia II. Chemoterapie může být podávána systémově nebo cestou regionální perfuze, která je nejčastěji aplikována do cévky v oblasti arteria hepatica. Zvláštní skupinu tvoří cytostatika podávaná perorálně v tabletové formě. Základním cytostatikem užívaným k léčbě kolorektálního karcinomu je 5-fluorouracil potencovaný leukovorinem.

Cytostatika jsou látky z přírodních zdrojů nebo uměle připravené, které narušují buněčný cyklus. Následkem toho dojde k zástavě rozmnožování buněk. Aby se dosáhlo zvýšení účinnosti cytostatik, podávají se v kombinacích a podle přesně stanoveného časového programu. (Vorlíček et al., 2006; Mařatka, 1999; Klener, 2002; Skala, 2003)

9.4 Nežádoucí účinky onkologické léčby a možnost jejich ovlivnění

Po chirurgickém zákroku se u pacientů často objevuje únava a slabost. Úlohou všeobecné sestry je pravidelná kontrola hojení operační rány a včasné zachycení případných komplikací – zánětu apod. Sestra dále sleduje a hodnotí bolest a dle ordinace lékaře podává nemocnému analgetika. V pooperačním období se též mohou objevit poruchy defekačního rytmu v důsledku operačního zákroku na tlustém střevě. Nemocný by měl přijímat spíše bezsezbytkovou stravu a sestra by nemocnému měla poskytnout dostatek informací o vhodných a nevhodných potravinách. Úlohou sestry je, aby pacienta edukovala a předávala mu kvalitní informace vhodným způsobem s ohledem na individuální potřeby každého pacienta.

Chemoterapeutika nejčastěji způsobují zažívací obtíže, například nechutenství, nevolnost či zvracení. Může dojít k poškození krvetvorby, a to zejména k poklesu bílých a červených krvinek nebo krevních destiček. Pacient je tedy ohrožen vznikem infekce. Dalším nežádoucím účinkem může být poškození sliznic a tvorba aftů. Obdobně se mohou vysévat afity i na trávicí trubici, což má za následek průjem. U pacientů léčených chemoterapií se může objevit tzv. syndrom ruka – noha, jde o zarudnutí dlaní a plosek nohou, v ojedinělých případech může dojít až ke tvorbě puchýřů. (Suchánek et al., 2012)

10 ONKOLOGICKÁ PREVENCE

Prevenčí nádorových onemocnění se rozumí předcházení vzniku samotného onkologického onemocnění. Je známo, že na zdravotním stavu populace se podílí v 50 % způsob života a životní styl, ve 20 % životní prostředí, 20% podíl se přisuzuje genetickým predispozicím a pouze 10% podíl zdravotní péči. Hlavním cílem prevence je poučit o rizicích daného onemocnění a dát návody na vyloučení těchto rizik. Prevenci lze rozdělit na primární, sekundární, terciální. Všechna preventivní opatření směřují k zabránění vzniku daného nádoru a k jeho případnému včasnému zachytu a časné léčbě. (Vorlíček et al., 2006; Joukalová et al., 2007)

10.1 Primární prevence

Primární prevence zahrnuje postupy, které brání vzniku onemocnění. Klade si za cíl odstranit rizikové faktory, které prokazatelně a přímo působí na vznik zhoubných nádorů. Bere v úvahu i epidemiologické studie včetně nových poznatků o patogenezi daného onemocnění. Vzhledem ke kolorektálnímu karcinomu se doporučuje dodržovat opatření zahrnující zlepšení kvality životního prostředí, změna stravovacích návyků s cílem úpravy životosprávy – stres, pohybová aktivita, konzumace alkoholu a nikotinu, změny týkající se pravidelnosti stravy, složení stravy, zvýšit ve stravě protektivní faktory a eliminovat ty rizikové. Do primární prevence lze zařadit i cílené vyhledávání osob z rodin, kde se již v minulosti kolorektální karcinom vyskytl, které zahrnuje vytvoření stromu probanda, identifikování postižených či jinak rizikových osob, určení typu dědičnosti a odhadnutí míry rizika, že jedinec onemocní. Do primární prevence lze zařadit i metody molekulární genetiky, či metody cytogenetické. Jako indikátor primární prevence může sloužit incidence sledování malignity. (Adámková, 2010)

Kolorektální karcinom je nádor, který vzniká důsledkem vlivu životního prostředí. Velkou roli hraje zdravotnická osvěta všech stupňů v co nejširší populaci. Mezi obecná preventivní opatření zahrnujeme: omezení konzumace živočišných tuků, zvýšení obsahu vlákniny v potravě, zvýšení vápníku, vitaminů C, E a selenu a omezení nevhodné tepelné úpravy stravy – pečení, grilování a smažení. Lze vymezit i speciální preventivní opatření, kam zahrnujeme důsledné odstranění všech adenomů u asymptomatických rizikových osob.

Další možností je chemoprevence. Jde o aplikaci specifických protilátek uplatňujících se v prevenci. V rámci kolorektálního karcinomu jde o preventivní podávání kyseliny acetylsalicylové. Základem účinku je inhibice produkce prostaglandinů cyklooxygenázami. Tento mechanismus zpomaluje růst nádorových buněk. (Holubec, 2004)

10.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence má za cíl vyhledávání rizikových jedinců či skupin obyvatelstva. Hlavní část tvoří preventivní prohlídky, v případě kolorektálního karcinomu hraje nejdůležitější roli screeningový program. Screeningový program, jeho historie, metody aj. jsou podrobně rozebrány v kapitole 7 – screening kolorektálního karcinomu. (viz. str. 23)

10.3 Terciární prevence

Terciální prevence znamená sledování již vyléčených osob s nádorovým onemocněním, které má za cíl včasné odhalit recidivu nebo relaps onemocnění. K zabezpečení terciární prevence napomáhá vyhláška MZ ČR č. 60/1997 Sb. , která ukládá povinnost dispenzarizovat všechny osoby s maligním či potenciálně maligním onemocněním, všechny osoby s prokázanou familiární zátěží k danému zhoubnému onemocnění či osoby s již diagnostikovanou prekancerózou. Vyhláška určuje dané rozmezí pravidelných prohlídek u takto nemocných osob v rozmezí 3 – 12 měsíců. (Klener, 2002)

10.4 Úloha všeobecné sestry v prevenci nádorů

Nejlevnější a neúčinnější metodou v boji proti nádorovým onemocněním je prevence. Významnou roli v prevenci zaujímá všeobecná sestra, která může zaregistrovat první příznaky nádorových onemocnění. Všeobecná sestra by měla být současně schopna vhodnou formou podat kvalitní informace o rizikových faktorech nádorových onemocnění. (Vorlíček et al., 2006)

Sestra by měla intenzivně působit jak v ambulanci, tak u lůžka pacientů a vést je k redukci faktorů, které se podílejí na vzniku nádorových onemocnění (primární prevence). Měla by podporovat edukaci pacientů, snažit se o distribuci edukačních materiálů do čekáren ambulancí, vést a motivovat klienty ke správné změně životního stylu. Nedílnou součástí sesterských aktivit, podílejících se na prevenci nádorových onemocnění, je i správná schopnost komunikace s klienty. Sestra by měla umět doporučit klientům odborné poradenství v potřebných oblastech. Hlavní roli v prevenci onkologických

onemocnění mají sestry v primární péči – u praktických lékařů, obvodních gynekologů apod. (Vorlíček et al., 2006)

10.4.1 Cíle sestry v prevenci nádorů

- zajistit informovanost o prevenci a počátečních symptomech nádorových onemocnění
- podávat hodnotné a detailní informace týkající se předcházení nádorových onemocnění a speciálních poraden
- vzdělávat veřejnost
- podílet se na preventivních programech
- umět analyzovat rodinnou anamnézu a aktuální situaci v rodině pacienta
- vzdělávat se v primární péči

(Vorlíček et al., 2006)

11 STOMIE

Slovo stoma, které pochází z řečtiny, označuje ústa či otvor. Stomie je uměle vytvořený otvor v trávicí trubici, který je vyveden na povrch stěny břišní a který umožňuje vylučování stolice a plynů.

Kolostomie (vyústění tlustého střeva) je nejčastějším druhem vývodu. Lze ji rozdělit dle anatomické lokalizace na sigmoideostomii (vyústění na esovité kličce), transversostomii (vyústění na příčném tračníku) a cékostomii (vyústění na přechodu tenkého a tlustého střeva). Kolostomie je kruhovitého tvaru, jasně červeného zbarvení, které je dáno barvou střevní sliznice, má v průměru 2 – 5 centimetrů. (Marková, 2006)

11.1 Úkoly všeobecné sestry v péči o stomika

Pokud lékař indikuje zavedení stomie, je žádoucí, aby byla co nejdříve zahájena psychologická příprava pacienta. Tato příprava obvykle spadá do práce sestry specializované na práci se stomiky (stoma sestra), která s pacientem promluví, pohovoří s ním o stomii, o životním stylu a vyrovnání se se stomií. Je nutné zdůraznit skutečnost, že pacienti nemusí po operaci měnit svůj životní styl. Diskuze se stoma sestrou se mohou účastnit i blízcí příbuzní nemocného. Většina pacientů má obavy ze snížené kvality života, z partnerského soužití, z vyřazení ze společnosti. Proto je zapotřebí pacientovi předat přesné informace o tom, do jaké míry operace změní jeho život. Sestra pacientovi vysvětlí

změny v oblasti hygieny, oblékání, stravování. Zároveň je vhodné pacientovi ukázat stomické pomůcky již před operací. Edukace o ošetřování stomie je obvykle zahájena v prvních dnech po operaci, do edukace se zapojuje i rodina. Edukace má dva hlavní úkoly: péče o vlastní stomický vývod a pomoc nemocnému přizpůsobit se nové situaci. Důležitá je i edukace o vhodných či nevhodných potravinách a o životním stylu stomiků, o možnosti zařazení jedince do klubu stomiků a dobrovolných sdružení a o možnosti odebírat časopis stomiků - ILCO, RADIM.

(Vorlíček et al., 2006; Lukáš et al., 2005; Marková, 2006)

11.2 Zásady výživy kolostomiků

Doporučuje se vypěstovat si určitý stereotyp vyprazdňování. Za tímto účelem by se měla strava přijímat 3x denně a přibližně ve stejnou dobu. Významnou roli hraje i dostatečný příjem tekutin, který napomáhá určovat konzistenci stolice.

Dieta u pacienta s kolostomií musí obsahovat dostatečné množství bílkovin. Obsah tuku ve stravě může být stejný jako před založením stomie či nižší. Strava zároveň musí obsahovat dostatek jednoduchých a složených sacharidů, minerálních látek a vitamínů. Pokud pacient trpí průjmem, je vhodné do jídelníčku zařadit vařenou rýži, odvar z ovesných vloček, jablko, borůvky a z nápojů například silný černý čaj či šťávu z rybízu. Při zácpě se podávají potraviny obsahující vysoké množství vlákniny, například ovoce, zelenina, celozrnné výrobky, kysané a mléčné výrobky. Pokud pacienty s kolostomií obtěžuje zápach a vyprazdňování plynů, lze tyto potíže do určité míry ovlivnit úpravou jídelníčku, a to vyloučením luštěnin, čerstvého chleba, kynutého pečiva, zelí, kapusty apod.

Pacientům se založenou kolostomií se doporučuje připravovat pokrmy spíše vařením, zapékáním a dušením na vývaru z masa či zeleniny. Jako nevhodné se jeví fritování, nakládání potravin do oleje či pečení s kůrkou.

Mezi potraviny pro tyto pacienty nevhodné patří tučné a příliš kořeněné maso, ochucená pomazánková másla, zrající plísňové sýry, smažené bramborové hranolky či krokety, topinky, kyselé zelí, kapusta a mnohé další. Nedoporučuje se pít slazené limonády, citrusové džusy, alkohol a energetické nápoje.

Naopak vhodné jsou například méně tučná masa, čerstvé máslo, mléčné výrobky dle tolerance každého jedince, rýže, brambory, houskové i bramborové knedlíky. Pečivo se doporučuje konzumovat alespoň jeden den staré. Z ovoce a zeleniny jsou vhodná loupaná

rajčata, špenát, mrkev, preferuje se mladá zelenina bez košťálů – nejlépe v pasírovaném stavu. Vhodné je pít bylinné, ovocné a zelené čaje, ovocné džusy a mošty. (Hlaváčová, 2009)

12 VÝŽIVA PŘI NÁDOROVÉM ONEMOCNĚNÍ

Základním pravidlem napomáhajícím udržet si optimální rovnováhu přijímaných živin je konzumace pestré stravy, tzn. stravy, která obsahuje všechny základní živiny – bílkoviny, sacharidy, lipidy, minerální látky, stopové prvky a vlákninu. Nádorová malnutrice výrazným způsobem ohrožuje pacienty. Čím vyšší je ztráta hmotnosti, tím vyšší je i riziko vzniku komplikací, které mohou v neposlední řadě zhoršit celkový výsledek protinádorové léčby. Následkem nádorové kachexie je svalová slabost, náchylnost k infekcím, zejména k pneumoniím či infekcím močových cest, náchylnost ke vzniku dekubitů a zpomalenému hojení ran. Optimální skladba výživy je jednoduše znázorněna v potravinové pyramidě – viz. příloha č. 4. Pro zachování správné skladby je potřeba do jídelníčku zařadit potraviny z každé skupiny. (Vyzula et al., 2007; Holečková, 2010; Starnovská et al., 2007)

12.1 Strava onkologicky nemocných

Onkologická léčba má mnoho nežádoucích účinků, z nichž některé mohou způsobit zažívací problémy – nechutenství, nevolnost a zvracení, průjem či zácpu. Nejčastějším nežádoucím účinkem onkologické léčby je však nedostatečná výživa a následné hubnutí. Existují obecná doporučení, která se při léčbě onkologických onemocnění osvědčila a která brání nedostatečné výživě:

- Dopřejte si dostatek pestré a rozmanité stravy.
- Jezte v menších dávkách 5 – 6 x denně.
- I nadále konzumujte svá oblíbená jídla, není nutno provádět razantní změny jídelníčku.
- Dbejte, aby jídelníček obsahoval všechny základní živiny.
- Nevyhýbejte se mléčným výrobkům.
- Jezte dostatek ovoce a zeleniny, hlavně v syrovém stavu.
- Omezujte potraviny obsahující zvýšené množství živočišných tuků, dávejte přednost rostlinným olejům.
- Zařazujte do svého jídelníčku potraviny bohaté na bílkoviny.

- Pijte alespoň 2 litry tekutin denně.
- Pro zvýšení chuti jídla, pokud to léčba a stav pacienta dovolí, se doporučuje konzumace malé skleničky piva či vína.

(Starnovská et al., 2007; Holečková, 2010)

12.2 Sipping

Popíjení, tzv. sipping, je klinická výživa vyvinutá pro pacienty se zvýšenou potřebou energie a živin. Popíjení těchto přípravků pomáhá obnovit plnohodnotný příjem energie a živin. Sipping pochází z anglického slova sip – srkat, uskávat. Největší míru využití mají tyto výrobky právě při onkologických onemocněních, která nutriční stav pacienta narušují nejčastěji. Existuje mnoho výrobků, které se využívají za účelem sippingu. Nejznámější je asi NutriDrink, který se vyrábí v mnoha příchutích, z nich si každý pacient může vybrat tu své chuti nejbližší. Nezapomíná se ani na diabetiky, pro něž je určený výrobek s názvem Diasip. Doporučuje se tyto nápoje opravdu jen popíjet, vypití celého obsahu by mohlo nadměrně zatížit žaludek. (Holečková, 2010)

12.3 Enterální výživa

U pacientů, kteří nejsou schopni přijímat stravu perorálně, či mají tuto schopnost omezenou, existuje tzv. enterální výživa. O podání enterální výživy a typu výživy rozhoduje vždy lékař. Enterální výživa se podává nejčastěji pomocí různých typů sond: nazogastrální sondou, perkutánní endoskopickou gastrostomií či jejunostomií. Za tímto účelem se podávají přípravky známé například pod názvem Nutrison, Isosource. (Holečková, 2010)

12.4 Parenterální výživa

Jedná se o výživu podávanou přímo do žíly, nejčastěji prostřednictvím zavedeného centrálního žilního katétru. Své zastoupení má u pacientů, u kterých není vůbec možno využít trávicí trakt vůbec. Nejznámější parenterální výživou jsou vaky all in one. (Holečková, 2010)

12.5 Dietní doporučení při zácpě

Pacientům doporučujeme dostatek tekutin a vlákniny (celozrnné pečivo, syrovou zeleninu a ovoce, vhodné jsou i sušené švestky). Pokud to lze a nedojde k porušení

léčebného režimu, je třeba aktivizovat pacienta k pohybu. Strava se podává pravidelně, nedoporučuje se používat tzv. kontaktní projímadla. Je možné aplikovat glycerinový čípek per rectum. (Starnovská et al., 2007)

12.6 Dieta při průjmu

Doporučujeme stravu chudou na mléko, vlákninu a tuky. Neopomínáme zdůraznit důležitost dostatečného příjmu tekutin, jako vhodný se jeví slabý černý čaj či řídka, netučná polévka. Mezi vhodné potraviny lze zařadit rovněž banány, kompoty, tvaroh, drůbeží maso, rybí maso, vařené brambory, rýži a nudle. Nevhodné jsou tučná, pečená jídla, nadýmavá zelenina, syrové ovoce, mléko a mléčné výrobky, vláknina. Z nápojů se nedoporučují šumivé nápoje. (Starnovská et al., 2008)

13 PROGNÓZA

Knihy diagnostické a terapeutické postupy u maligních chorob (Adam et al., 2004) publikuje následující poznatky:

Pacienti v I. klinickém stádiu dosahují 5letého přežití v 90 %, pacienti ve II. klinickém stádiu v 60 – 80 %, ve III. Stádiu 30 – 60 % a ve IV. jen 5 %. Nejvíce recidiv se vyskytuje u karcinomů rekta, obzvláště v klinickém stádiu T3/T4 a při postižení regionálních uzlin. (Adam et al., 2004)

14 DISPENZÁRNÍ PÉČE

Týká se nemocných se všemi druhy polypózy a jejich rodinných příslušníků, osob majících syndrom familiárního karcinomu, nemocných po operaci kolorektálního karcinomu, a to zejména mladších nemocných, nemocných s polypózními adenomy a nemocných s idiopatickou pankolitidou trvající více než 10 let.

Všichni takto rizikovní jedinci by měli být vyšetřováni kolonoskopicky v pravidelných časových intervalech dle platného screeningového programu. Dispenzarizace nemocných s kolorektálním karcinomem je obdobná jako u jiných onkologických onemocnění – frekvence kontrol je obvykle 1x za 3 měsíce po dobu prvních dvou let, dále obvykle 2x ročně po dobu 5 let od skončení léčby. Kontrola zahrnuje komplementární a klinické vyšetření. (Holubec, 2004)

15 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY POMOCI ONKOLOGICKÝM PACIENTŮM

Dnešní onkologická terapie je zaměřena na chirurgické výkony, radioterapii či ostatní farmakologické postupy. Nutno zdůraznit, že psychické faktory zde hrají velmi důležitou roli, proto je nesmíme opomenout.

Výzkumy hovoří o vlivu osobnostní charakteristiky pacienta, o vlivu sociální opory či kognitivní psychoterapie. Například Goodwin se zabýval vlivem sociální opory u pacientů, jimž byla diagnostikována malignita. Výsledky říkají, že pacienti s pevnějším rodinným zázemím žijí v průměru déle a kvalitnějším životem než pacienti s menší sociální oporou. Zajímavým poznatkem z této studie je vysvětlení důvodů, proč tomu tak je. Uvádí se, že pacienti s dobrým rodinným zázemím navštíví lékaře dříve, takže jsou i dříve diagnostikováni, proto se dostávají dříve do léčebného procesu, tudíž mají větší šanci přežít.

Neméně zajímavým výzkumem se zabýval Siegel, který organizoval skupinová setkání onkologických pacientů. Na těchto setkáních, která probíhala 1x týdně po dobu 90 minut, mohli pacienti ventilovat své pocity a emoce a svobodně se vyjadřovat. Výsledky ukázaly, že účastníci těchto skupinových setkání žili v průměru až o 18 měsíců déle než nemocní, kteří se setkání neúčastnili. V České republice tato setkání organizuje například Liga proti rakovině. (Křivohlavý, 2002)

15.1 Fáze odezvy na závažná onemocnění

V praxi se můžeme setkat s onkologickými pacienty v různých fázích odezvy na jejich závažné onemocnění. Fáze odezvy na závažné zdravotní problémy definuje Elizabeth Kubler- Rossová. Jednotlivé fáze zahrnují:

- **ŠOK** – prvotní, velmi silná negativní reakce na sdělení maligní diagnózy. Nejčastěji se projevuje pláčem, ztíženým dýcháním, neklidem či naopak strnulostí. Pacienti si často pokládají otázky proč se stalo právě jim, proč právě nyní apod.
- **POPŘENÍ** – pacienti se s onkologickou diagnózou nesmiřují, hledají všechny racionální vysvětlení svého problému. Obavy vyjadřují větami: to není pravda, jedná se o omyl, nic mi není. V ojedinělých případech tato fáze popření trvá po celou dobu léčby, značně však pacientův stav ztěžuje.

- AGRESE – pacienti se nacházejí v emočním rozpoložení, mohou mít projevy zlosti vůči druhým (zejména vůči zdravým jedincům), v této fázi mohou nemocní odmítat jakoukoliv pomoc zdravotníků, mohou si stěžovat či se hádat.
- SMLOUVÁNÍ – pacienti se obracejí k Bohu, přírodním či alternativním metodám léčby. Často v jejich komunikaci můžeme zaznamenat věty typu musím dostavit dům, chci se dočkat vnoučat apod.
- DEPRESE – nejtěžší forma psychické odezvy. Pacienti se uchýlí do beznaděje, strachu. Mají projevy psychomotorického neklidu, stahují se do sebe, odmítají pomoc, nespolupracují s druhými. Tato fáze značně zhoršuje celkový stav pacienta, mnohdy je nutné ji zvládnout pomocí psychofarmak.
- SMÍŘENÍ – u pacientů nastává psychické uvolnění, převažuje racionální přístup k samotné nemoci, ale i k léčbě. Pacienti, kteří se nachází v této fázi odezvy, jsou schopni účinně spolupracovat a podílet se na své léčbě.

(Vorlíček et al., 2006)

Výše popsané fáze psychické odezvy se mohou u pacienta opakovat, některé dokonce chybět. Příbuzní nemocných většinou zažívají psychická traumata stejně tak jako pacienti. Prožívají velký strach, pocity úzkosti, beznaděje, kolísají v náladách. Sestra, která o nemocného pečuje, se tak stává jeho velmi blízkou osobou. Pacient sestře svěřuje své vnitřní pocity, emoce a nálady. Sestra musí zvládat veškeré komunikační dovednosti, musí umět pacienta vyslechnout, projevit pochopení, podpořit ho. (Vorlíček et al., 2006)

PRAKTICKÁ ČÁST

FORMULACE PROBLÉMU

Česká republika zaujímá jednu z prvních příček v počtu onemocnění kolorektálním karcinomem. Přesto lze proti tomuto onemocnění úspěšně bojovat a předcházet mu, a to zejména zdravým životním stylem. Kolorektální karcinom negativně ovlivňuje pacientův život, snižuje jeho kvalitu, zkracuje délku života a přináší s sebou řadu nepříjemných komplikací a problémů. Jako problém mé bakalářské práce jsem si stanovila tyto otázky: Je veřejnost dostatečně informována o prevenci kolorektálního karcinomu? Ví, jak lze tomuto onemocnění účinně předcházet?

CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat povědomí veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu a na základě výsledků výzkumného šetření vytvořit edukační materiál, který by napomohl zvýšit úroveň informovanosti populace o tomto zhoubném onemocnění.

1. Zjistit znalost rizikových faktorů ovlivňujících vznik kolorektálního karcinomu
2. Zjistit míru využití screeningových vyšetření detekujících kolorektální karcinom
3. Zjistit ochotu populace změnit svůj životní styl vzhledem k ovlivnitelným rizikovým faktorům tohoto onemocnění
4. Vytvořit edukační materiál o prevenci kolorektálního karcinomu který by přispěl ke zlepšení povědomí veřejnosti o prevenci tohoto onemocnění

METODIKA

Pro mou bakalářskou práci psanou na téma Povědomí veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu pomocí anonymních dotazníků. Dotazníkové šetření jsem zvolila zejména proto, že lze získat data od velkého počtu respondentů za poměrně krátkou dobu. Výzkumné šetření probíhalo v období od prosince roku 2012 do února 2013. Dotazník (příloha č.) byl sestaven na základě 4 stanovených hypotéz a 4 cílů, obsahuje 27 otázek, z nichž první tři jsou tzv. identifikační – dotazují se na pohlaví, vzdělání a věk dotazovaných respondentů. Celkem je v dotazníku použito 18 uzavřených otázek, 6 polootevřených a 3 otevřené, kde respondenti mohli vyjádřit svůj názor.

HYPOTÉZY

1. Předpokládám, že většina respondentů nezná rizikové faktory vzniku kolorektálního karcinomu.

Pro potvrzení první hypotézy jsem si stanovila toto kritérium: většina dotazovaných správně neoznačí 5 z 12 ti nabízených rizikových faktorů.

2. Předpokládám, že většina respondentů nezná screeningové metody užívající se v prevenci kolorektálního karcinomu.

Pro potvrzení druhé hypotézy jsem si stanovila toto kritérium: většina dotazovaných nevyjmenuje ani 1 ze 2 screeningových vyšetření.

3. Předpokládám, že většina respondentů prokazuje alespoň 3 rizikové faktory vzniku kolorektálního karcinomu.

4. Předpokládám, že většina respondentů není ochotna změnit svůj životní styl vzhledem k ovlivnitelným rizikovým faktorům kolorektálního karcinomu.

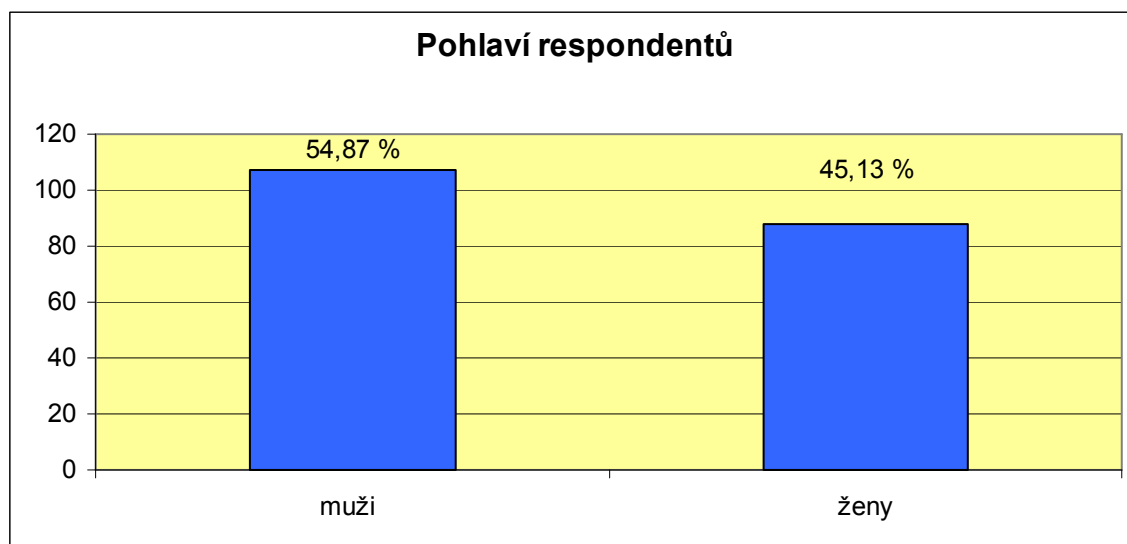
VZOREK RESPONDENTŮ

Během výzkumného šetření bylo celkem rozdáno 215 dotazníků, které vyplňovali náhodně zvolení respondenti. Navraceno bylo 200 dotazníků, z nichž jsem musela 5 vyřadit z důvodu neúplného vyplnění. Konečný součet použitých dotazníků je tedy 195, návratnost tudíž činí 91 %. V počátku výzkumného šetření jsem provedla pilotní studii s 20 dotazníky. Zjistila jsem neporozumění některým otázkám, např. otázka č. 25 v původním znění takto: „*Uveďte prosím alespoň 2 příznaky, kterými se podle Vás může kolorektální karcinom projevovat.*“ Respondenti nedokázali v 18 případech samostatně vyjmenovat ani jeden z příznaků kolorektálního karcinomu. Proto jsem raději zvolila uzavřenou otázku s možností více odpovědí, které jsem respondentům do dotazníku pro snadnější porozumění uvedla.

PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Otázka č. 1: Vaše pohlaví?

Graf 1

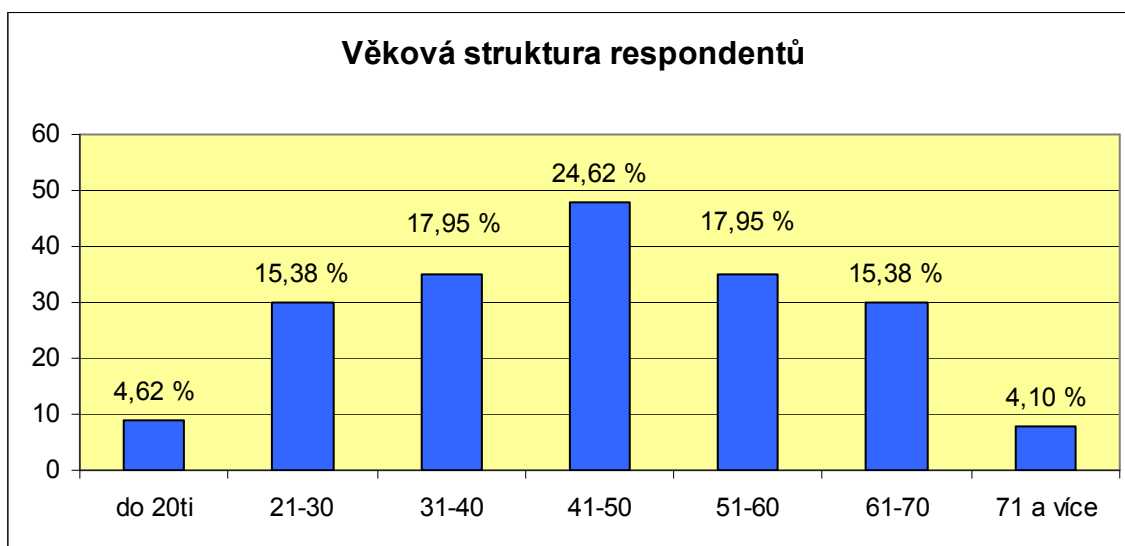


Zdroj: vlastní

Graf 1 znázorňuje odpověď na otázku č. 1, která se dotazovala na pohlaví respondentů. V případě výzkumného šetření projevili větší ochotu k vyplnění dotazníků muži. 54,87 % představovala právě početnější skupina zastoupená muži (tedy 107 respondentů). Ženy tvořily méně početnou skupinu – 88 respondentek (45,13%).

Otázka č. 2: Uveďte prosím Váš věk.

Graf 2

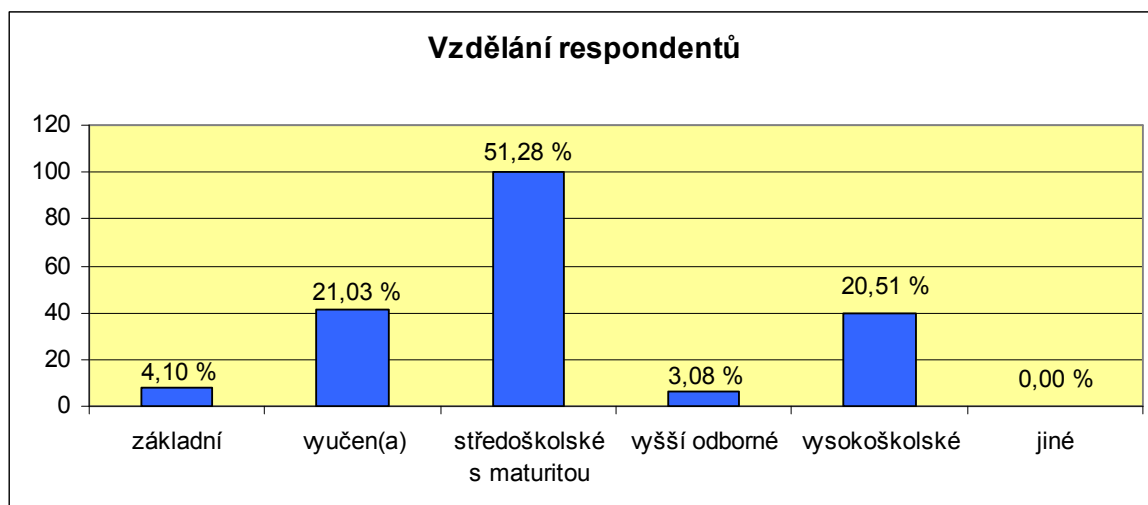


Zdroj: vlastní

Graf 2 se zabývá věkovou strukturou dotazovaných jedinců. Respondenti svůj věk vybírali ze 7 nabízených možností. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věku 41 – 50 let v počtu 48 (24, 62 %). Na druhé příčce se shodně (v počtu 35) vyskytovali respondenti z věkové kategorie 31 – 40 let (17, 95 %) a respondenti ve věku 51 – 60 let (také 17, 95 %). Ve věkové kategorii 21 – 30 let odpovídalo 30 respondentů (15, 38 %), stejně tomu tak je ve věkové kategorii 61 – 70 let. Nejméně početnou skupinu tvořili dotazovaní ve věkové skupině do 20 let – 9 respondentů (4, 62 %) a ve věkové kategorii 71 a více – 8 případů (4, 10 %).

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf 3

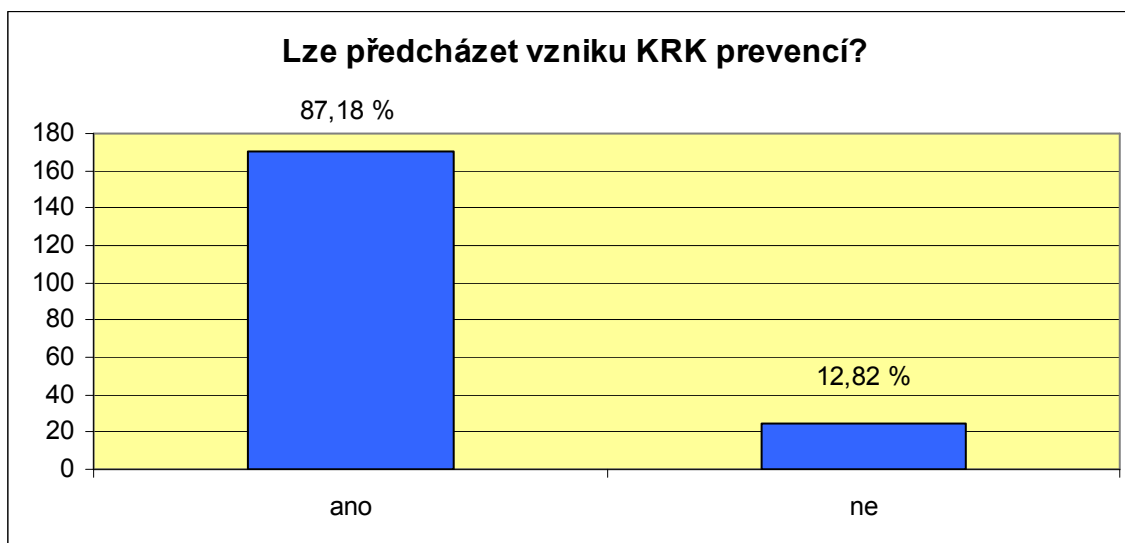


Zdroj: vlastní

Graf 3 zobrazuje rozložení odpovědí na otázku , jakého nejvyššího vzdělání respondenti dosáhli. Ve 100 případech (51,28 %), tedy i nejčastěji, bylo označeno vzdělání středoškolské s maturitou. 41 dotazovaných (21,03 %) zvolilo možnost vyučen(a). 40 respondentů (20,51 %) označilo za nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské. Základní vzdělání vybralo pouze 8 respondentů (4,10 %). Nejméně četnou odpovědí bylo vzdělání vyšší odborné, a to pouze v 6 případech (3,08 %). Žádný z respondentů nezvolil možnost jiné.

Otázka č. 4: Myslíte si, že lze předcházet vzniku kolorektálního karcinomu prevencí?

Graf 4

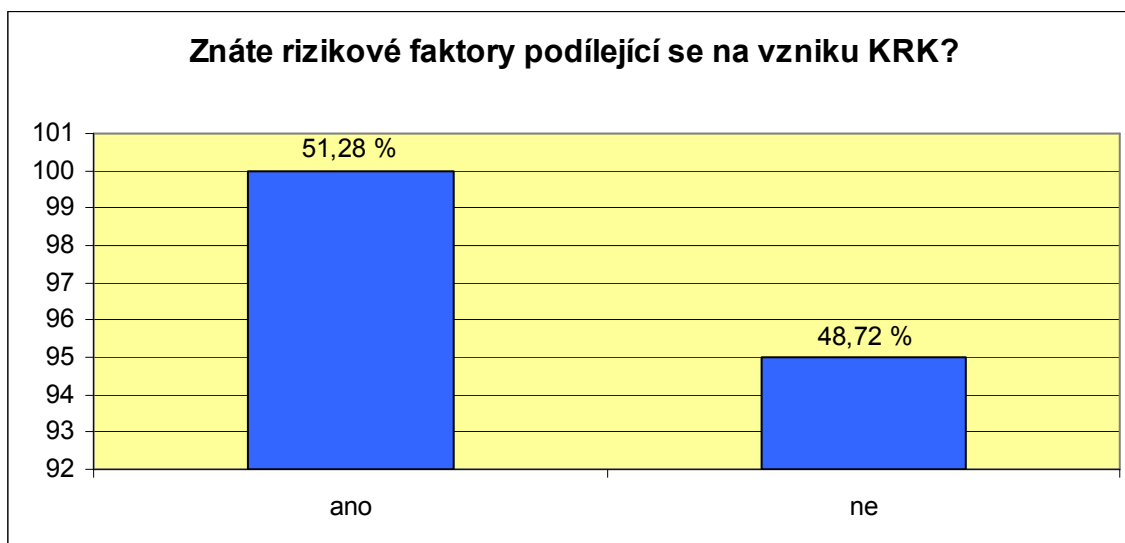


Zdroj: vlastní

Graf 4 prezentuje názor respondentů, zda lze vzniku kolorektálního karcinomu předcházet pomocí preventivních opatření. Celých 170 respondentů (87,18 %) se domnívá, že lze předcházet vzniku kolorektálního karcinomu pomocí preventivních opatření. Pouhých 25 respondentů (12,82 %) si myslí, že nelze předcházet vzniku tohoto karcinomu ani prostřednictvím preventivních opatření.

Otázka č. 5: Znáte rizikové faktory, které se podílejí na vzniku kolorektálního karcinomu?

Graf 5

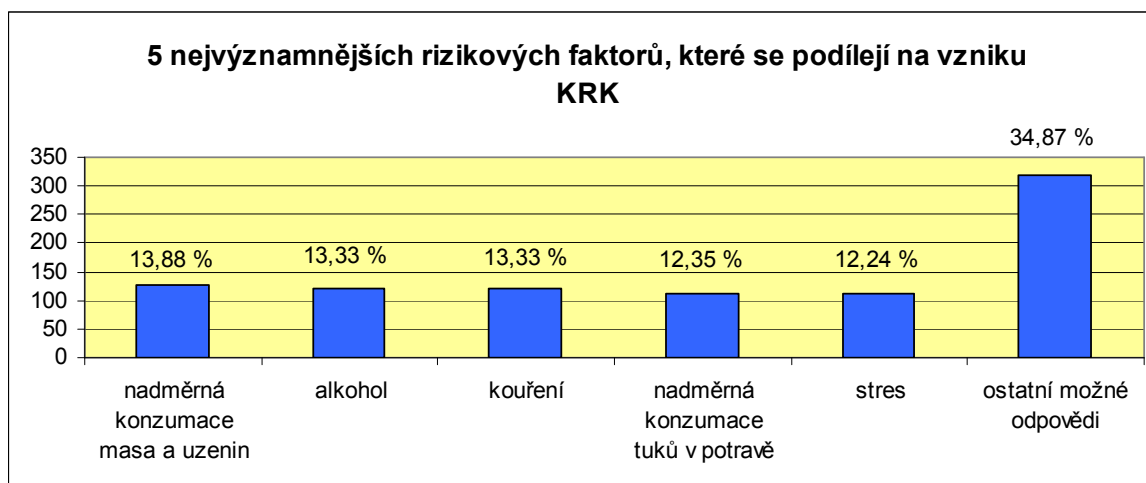


Zdroj: vlastní

Graf 5 zobrazuje odpovědi dotazovaných na otázku, zda znají rizikové faktory vzniku kolorektálního karcinomu. 100 dotazovaných (51,28 %) se domnívá, že rizikové faktory pro vznik kolorektálního karcinomu zná. V 95 případech (48,72 %) byla respondenty označena možnost ne.

Otázka č. 6: Označte 5 nejvýznamnějších rizikových faktorů, které se podle Vás podílejí na vzniku kolorektálního karcinomu.

Graf 6



Zdroj: vlastní

Graf 6 pojednává o konkrétních rizikových faktorech, které se podílejí na vzniku kolorektálního karcinomu. Respondenti měli za úkol označit 5 z 12 nabízených možností, přičemž ti, kteří zvolili možnost nevím, volili odpověď pouze jednu. Celkový počet odpovědí, ze kterého vycházím, je tedy 915 (100 %). Pro přehlednější interpretaci získaných dat jsem do grafu zařadila 5 nejčastěji označovaných odpovědí, zbylé možnosti jsem zařadila pod variantu ostatní možné odpovědi.

Za nejvýznamnější rizikový faktor respondenti volili možnost nadměrná konzumace masa a uzenin, a to ve 127 případech (13,88 % odpovědí). Těsně za tímto počtem se shodně vyskytovaly odpovědi alkohol a kouření, a to shodně po 122 odpovědích (tedy i shodně po 13,33 % ze všech odpovědí). 12,35% skupinu ze všech odpovědí (113 x) tvořila možnost nadměrná konzumace tuků v potravě. 12,24 % odpovědí zaujímá položka stres – byla zvolena 112x. Varianta ostatní možné odpovědi tvoří 34,87 % ze všech odpovědí.

Tabulka 1 Ostatní možné odpovědi

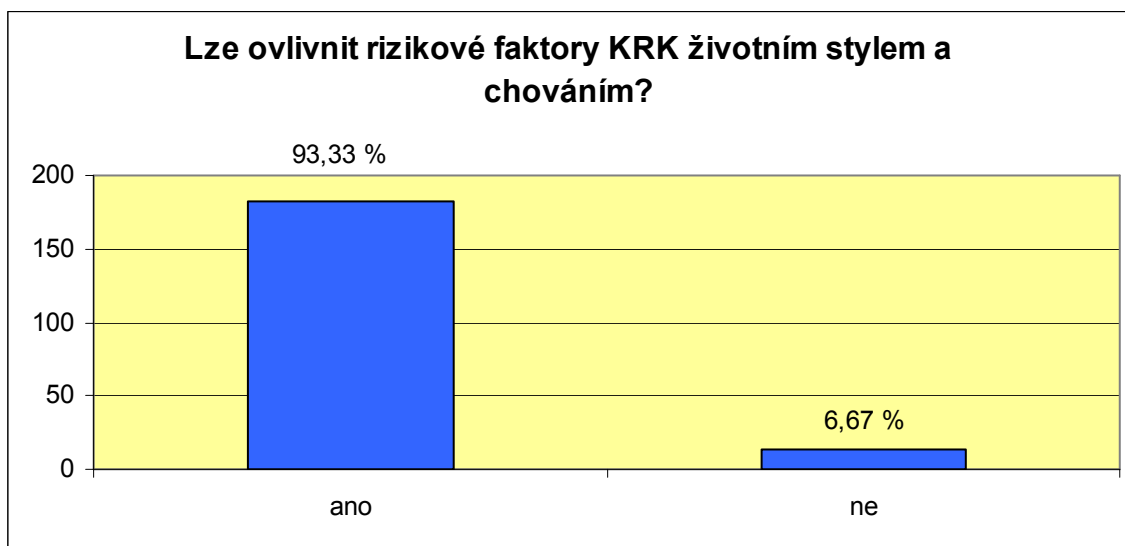
ODPOVĚĎ	nedostatek vlákniny v potravě	Nedostatek pohybové aktivity	zvýšený krevní tlak	nadměrné pití minerálních vod	nevím	užívání hormonální antikoncepce	jiné odpovědi
POČET ODPOVĚDÍ	116	108	43	19	15	13	5
%	12,68 %	11,80 %	4,70 %	2,08 %	1,64 %	1,42 %	0,55 %

Zdroj: vlastní

Tabulka číslo 1 je doplňující ke grafu 6. Tabulka zřehledňuje ostatní možné odpovědi na otázku, jaké nejvýznamnější rizikové faktory se podílejí na vzniku kolorektálního karcinomu. 116 respondentů (12,68 % odpovědí) zvolilo možnost nedostatek vlákniny v potravě. 108 dotazovaných (11,80 % odpovědí) označilo odpověď nedostatek pohybové aktivity. Ostatní možné odpovědi byly méně četné, v procentuelním zastoupení pod 10 %. 4,70 % ze všech odpovědí tvoří možnost zvýšený krevní tlak, označilo ji 43 dotazovaných. 19 respondentů se domnívá, že jedním z rizikových faktorů, který má vliv na vznik kolorektálního karcinomu, je nadměrné pití minerálních vod – 2,08 % všech odpovědí. Možnost nevím zvolilo 15 dotazovaných (1,64 %). Odpověď užívání hormonální antikoncepce byla zvolena 13x (1,42 % odpovědí). Variantu jiné, kam respondenti mohli napsat svůj vlastní názor, využilo pouze 5 z nich (0,55 % odpovědí). Do prostoru pro odpověď jiné uvedli respondenti 2x genetiku, působení karcinogenních látek, životní prostředí a preventivní prohlídky u praktického lékaře.

Otázka č. 7: Myslíte si, že některé rizikové faktory lze ovlivnit životním stylem a chováním?

Graf 7

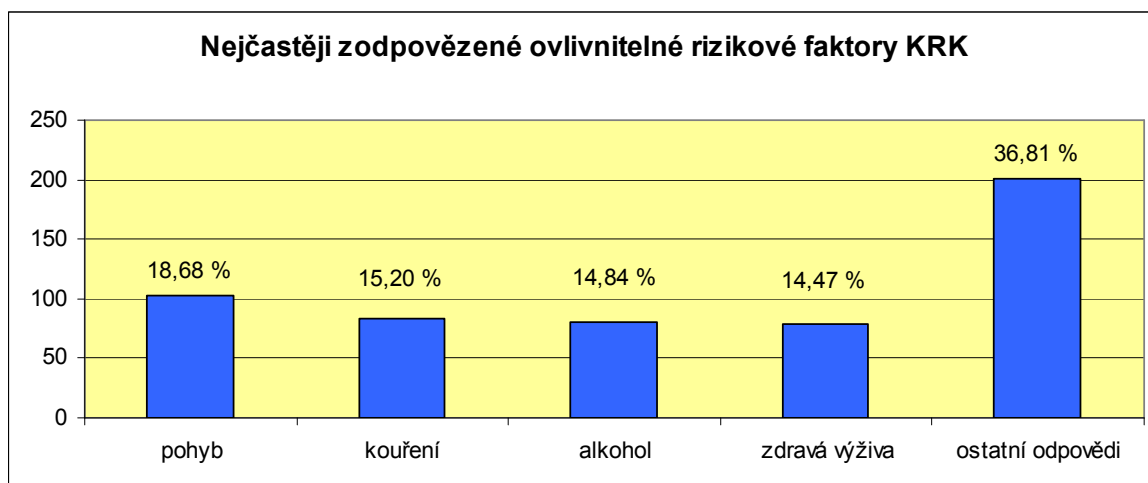


Zdroj: vlastní

Graf 7 zpřehledňuje data získaná z odpovědí na otázku: Myslíte si, že některé rizikové faktory lze ovlivnit životním stylem a chováním? 182 jedinců (93,33 %) označilo možnost ano. Jsou si tedy vědomi skutečnosti, že lze ovlivnit vznik tohoto zhoubného onemocnění prevencí a preventivními opatřeními. Možnost ne zvolilo 13 respondentů (6,67 %).

Otázka č. 8: Pokud jste v předešlé otázce odpověděli ano, vypište alespoň 3 rizikové faktory, které podle Vás lze ovlivnit životním stylem a chováním.

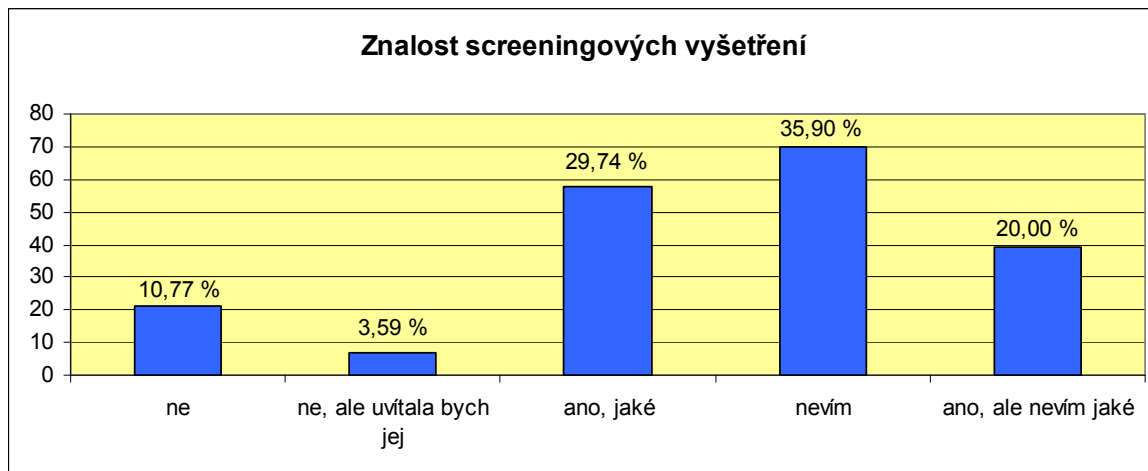
Graf 8



Graf 8 se zabývá odpověďmi respondentů na otázku, jaké ovlivnitelné rizikové faktory se podle nich podílejí na vzniku kolorektálního karcinomu. Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří v předešlé otázce č. 7 zvolili možnost ano. Takových jedinců bylo 182. Každý uvedl 3 rizikové faktory, tudíž celkový počet odpovědí, ze kterých jsem vycházela, byl 546 (100 %). Pro zpřehlednění jsem do grafu zařadila pouze 4 nejčtenější možnosti, zbytek jsem zahrнула pod variantu ostatní odpovědi. Tvořily pouze 36,81 % všech odpovědí. Bylo zde uváděno například nadměrné množství konzumovaných uzenin, nadměrná konzumace tuků, stres a nedostatek odpočinku. Jejich počet ovšem nebyl podstatný. Nejčteněji se vyskytovala odpověď pohyb – 18,68 % všech odpovědí, napsali ji 102 respondenti. Následovala varianta kouření – tu odpovědělo 83 dotazovaných – 15,20 % odpovědí. Téměř shodně respondenti odpovídali možností alkohol – tato odpověď byla zvolena 81x (14,84 %) a odpověď zdravá výživa tvořila 14,47 %, byla označena 79x.

Otázka č. 9: Myslíte si, že v ČR existuje nějaké preventivní vyšetření, které je celorepublikově prováděné a zaměřené na včasný záchyt nádorů tlustého střeva a konečníku?

Graf 9

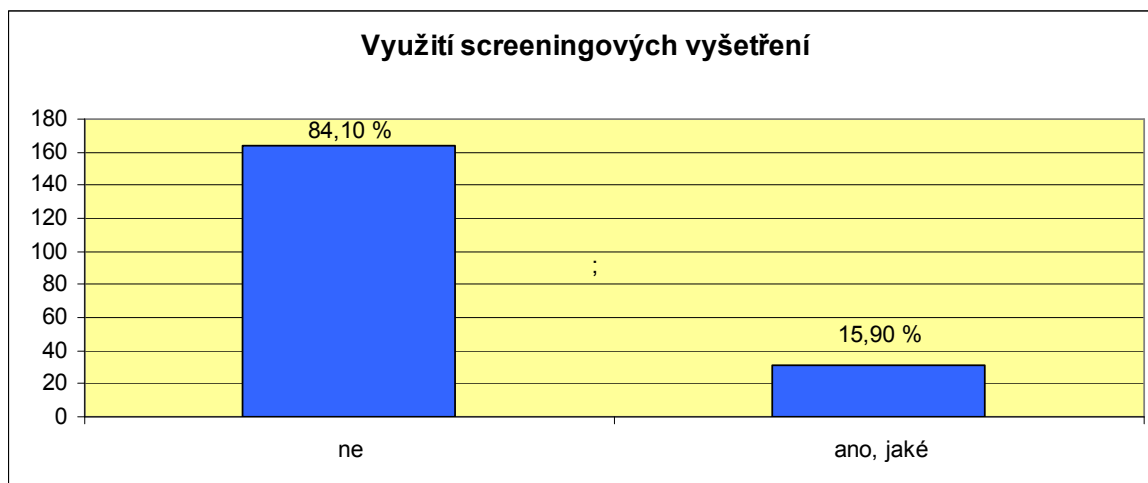


Zdroj: vlastní

Graf 9 vyobrazuje odpovědi respondentů na otázku ohledně znalosti screeningových vyšetření. Konkrétně zkoumá znalost a povědomí respondentů o existenci screeningových vyšetření sloužících ke včasné diagnostice kolorektálního karcinomu. Respondenti mohli zvolit jednu z pěti nabízených odpovědí. Možnost ne označilo 21 respondentů (10,77 %). 7 respondentů (3,59 %) si myslí, že žádné screeningové vyšetření kolorektálního karcinomu není, ale přiznávají, že by toto vyšetření uvítali. 58 respondentů (29,74 %) zvolilo možnost ano, přičemž uvedli přímo i jaké. 39 z nich uvedlo test na okultní krvácení, 19 odpovědělo slovem kolonoskopie. Odpovědi jako např. testovací sada kartiček na vzorek stolice, stolice na kartičky apod. jsem považovala za správné. Znalost samotného názvu test na okultní krvácení nepovažuji za nezbytnou. Nejpočetnější skupinu odpovědí tvořila možnost nevím – 70 dotazovaných (35,90 %). 39 jedinců (20,00 %) přiznává povědomí o screeningových vyšetřeních, ale neznají jejich konkrétní název, či označení.

Otázka č. 10: Využil(a) jste někdy nějaké z těchto vyšetření?

Graf 10

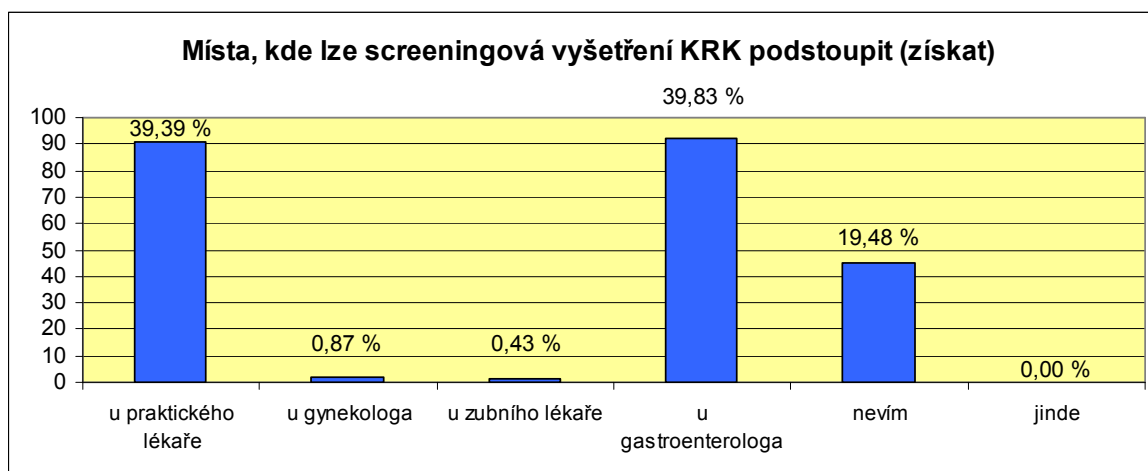


Zdroj: vlastní

Graf 10 interpretuje výsledky zaměřené na četnost využití screeningových vyšetření kolorektálního karcinomu. 164 respondentů (84,10 %) zvolilo možnost ne, tudíž nikdy žádné takové screeningové vyšetření (test na okultní krvácení či kolonoskopii) nevyužili. Ve 31 případech (15,90 %) byla označena možnost ano. Z tohoto počtu 18 jedinců využilo testu na okultní krvácení, kolonoskopii podstoupilo 13 respondentů.

Otázka č. 11: Kde můžete vyšetření sloužící k časnému zachytu kolorektálního karcinomu získat (postoupit)?

Graf 11

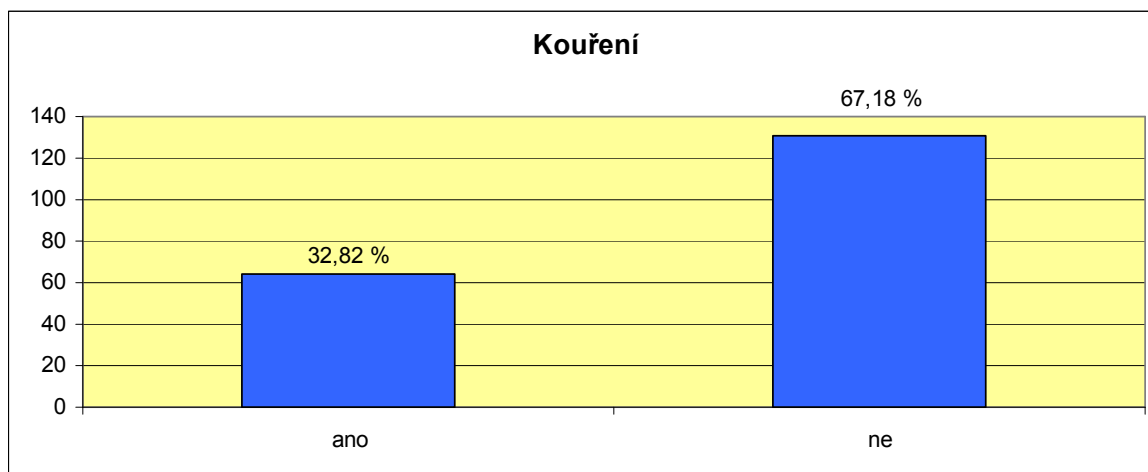


Zdroj: vlastní

Graf 11 se zabývá možnostmi, kde můžeme screeningové vyšetření detekující kolorektální karcinom podstoupit či získat. Respondenti mohli zvolit více odpovědí. Celkový počet odpovědí je 231 (v tomto případě 100 %). Nejčastěji byla zvolena možnost u gastroenterologa – 92 respondentů (39,83 % ze všech odpovědí). Těsně za touto možností se objevila odpověď u praktického lékaře – v 91 případech (39,39 % všech odpovědí). Ostatní nabízené možnosti respondenti volili méně často. Ve 45 případech (19,48 % odpovědí) označili dotazovaní možnost nevím. Zanedbatelná čísla představují ostatní možnosti: u gynekologa – 2 respondenti (0,87 % odpovědí) a možnost u zubního lékaře zvolil pouze 1 respondent (0,43 % odpovědí). Nabízenou možnost jinde ne zvolil žádný z dotazovaných respondentů.

Otázka č. 12: Kouříte?

Graf 12

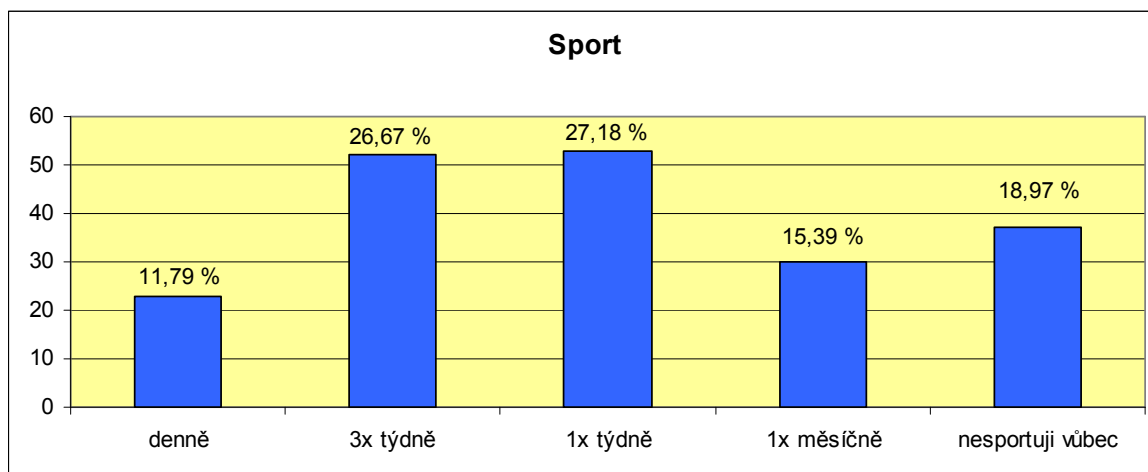


Zdroj: vlastní

Graf 12 vypovídá o počtu kuřáků mezi respondenty. Z celkového počtu 195 respondentů jich 64 odpovědělo ano (32,82 %). Pro mě jistě překvapivým zjištěním byl fakt, že 131 dotazovaných (67,18 %) uvedlo, že nekouří.

Otázka č. 13: Jak často sportujete? (počítá se fyzická aktivita alespoň 20 minut)

Graf 13



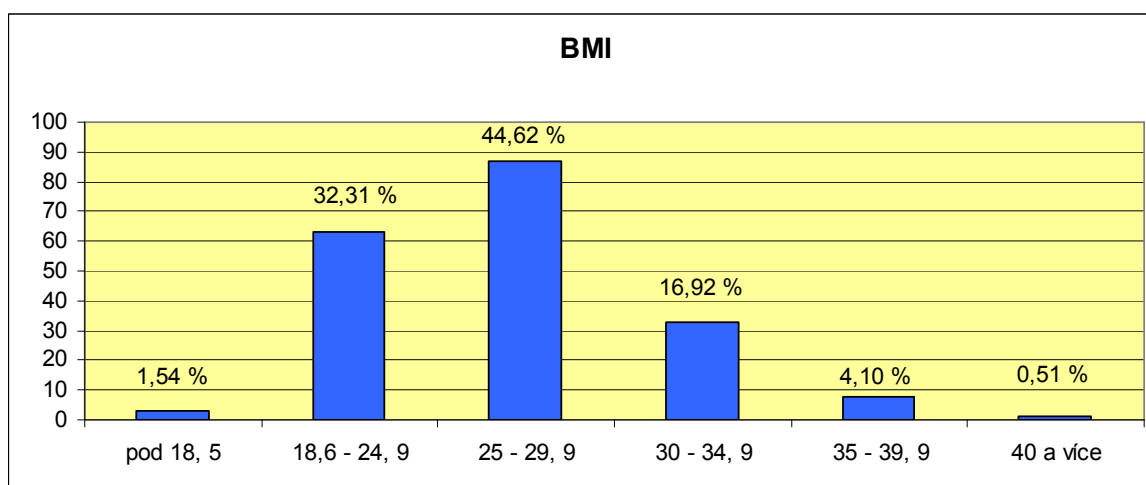
Zdroj: vlastní

Graf 13 se zabývá tím, jak často dotazovaní respondenti sportují. Nastínila jsem 5 možností, ze kterých respondenti vybírali tu, která jejich frekvenci sportování vystihuje nejlépe. V otázce jsem zároveň definovala, co si pod pojmem sport a sportování představuji - fyzickou aktivitu trvající alespoň 20 minut. 53 respondentů (27,18 %) zvolilo možnost 1x týdně. Těsně za touto možností byla odpověď 3x týdně, tu zvolilo 52 dotazovaných (26,67 %). 37 respondentů (18,97 %) uvedlo smutné zjištění, a to že nesportují vůbec. 30 dotazovaných (15,39 %) označilo variantu 1x měsíčně. Denně sportuje pouze 23 respondentů (11,79 %).

Otázka č. 14: Jaká je Vaše výška a váha?

Otázku na výšku a hmotnost jsem sloučila a interpretuji výsledkem BMI.

Graf 14

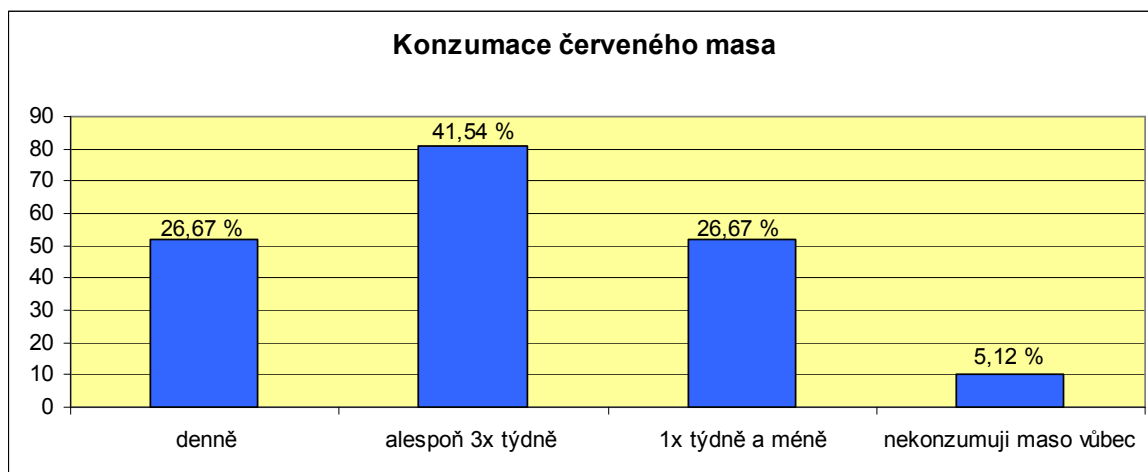


Graf 14 zobrazuje rozřazení respondentů do skupin dle hodnoty body mass indexu (BMI). Respondenti uváděli výšku v centimetrech a hmotnost v kilogramech. Z jednotlivých údajů jsem si vypočítala hodnotu BMI každého dotazovaného. Hodnoty jsem rozřadila do 6ti skupin dle hodnoty zmiňovaného BMI. (viz příloha č. 5)

Nejvíce respondentů, a to 87, jsem dle tabulky zařadila do kategorie 25,0 – 29,9 (44,62 %). Tato hodnota je definována jako nadváha. 63 dotazovaných (32,31 %) spadá do rozmezí 18,6- 24,9 – normální hodnota BMI. 33 respondentů (16,92 %) má dle BMI obezitu 1. stupně (hodnota 30 – 34,9). Obezitu 2. stupně (35 – 39,9) má dle získaných dat 8 respondentů (4,10 %). Těžkou obezitu 3. stupně (hodnota 40 a více) prokazuje jeden respondent – 0,51 %. Oproti tomu podvýživa (BMI pod 18, 5) vyšla u pouhých 3 dotazovaných (1,54 %).

Otázka č. 15: Jak často konzumujete červené maso? (hovězí, jehněčí, vepřové)

Graf 15

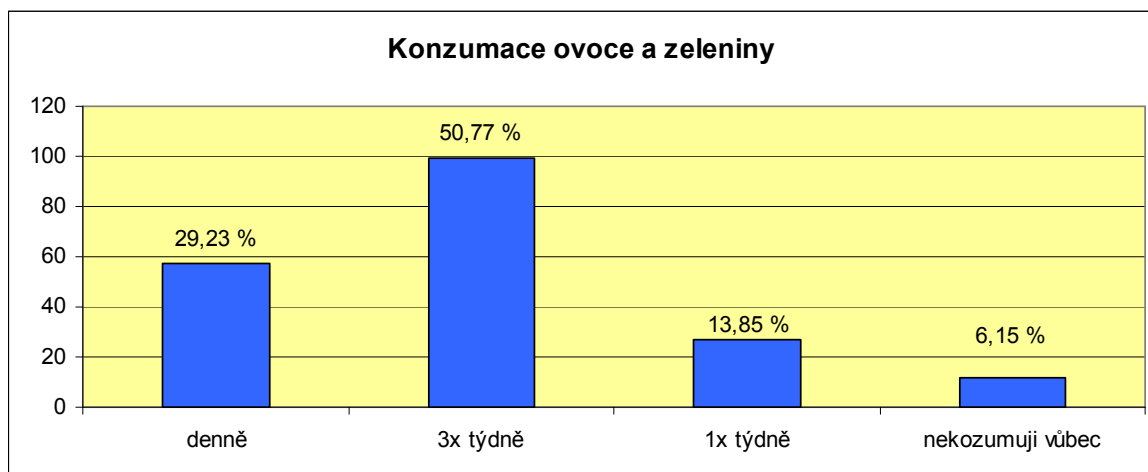


Zdroj: vlastní

Graf 15 se zabývá konzumací červeného masa a jeho frekvencí u dotazovaných respondentů. Respondenti označovali jednu ze čtyř nabízených možností. Denně konzumuje červené maso 52 respondentů (26,67 %). 3x týdně konzumuje červené maso 81 respondentů (41,54 %). Možnost 1x týdně a méně označilo 52 dotazovaných (26,67 %). 10 respondentů (5,12 %) nekonzumuje červené maso vůbec.

Otázka č. 16: Jak často konzumujete ovoce a zeleninu?

Graf 16

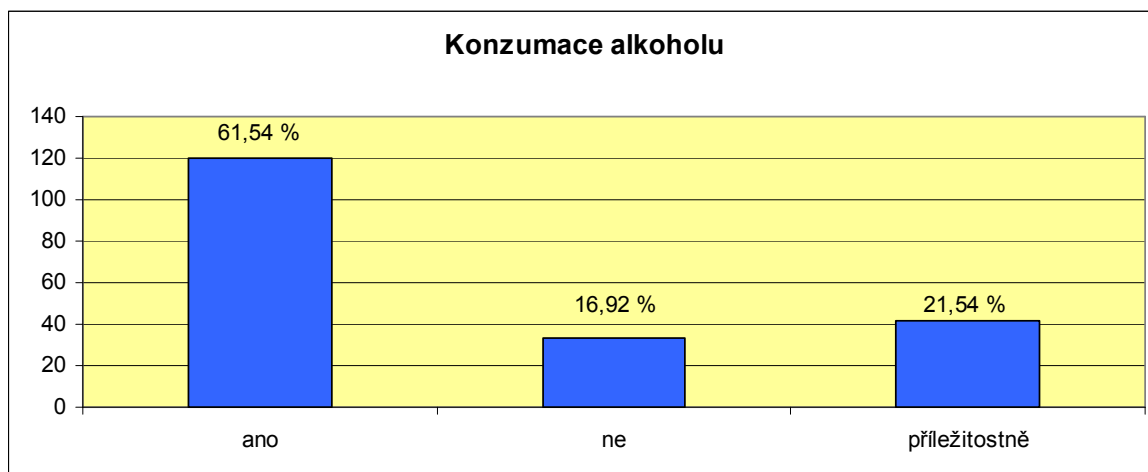


Zdroj: vlastní

Graf 16 zobrazuje, jak často dotazovaní konzumují ovoce a zeleninu. Respondenti opět vybírali ze 4 nabízených možností, z nichž zvolili tu, která jim je nejbližší. Denně konzumuje ovoce a zeleninu 57 respondentů (29,23 %). Variantu 3x týdně označilo 99 dotazovaných (50,77 %). 1x týdně konzumuje zeleninu a ovoce 27 dotazovaných (13,85 %). 12 respondentů (6,15 %) se přiznalo, že ovoce a zeleninu nekonzumují vůbec.

Otázka č. 17: Konzumujete alkohol?

Graf 17

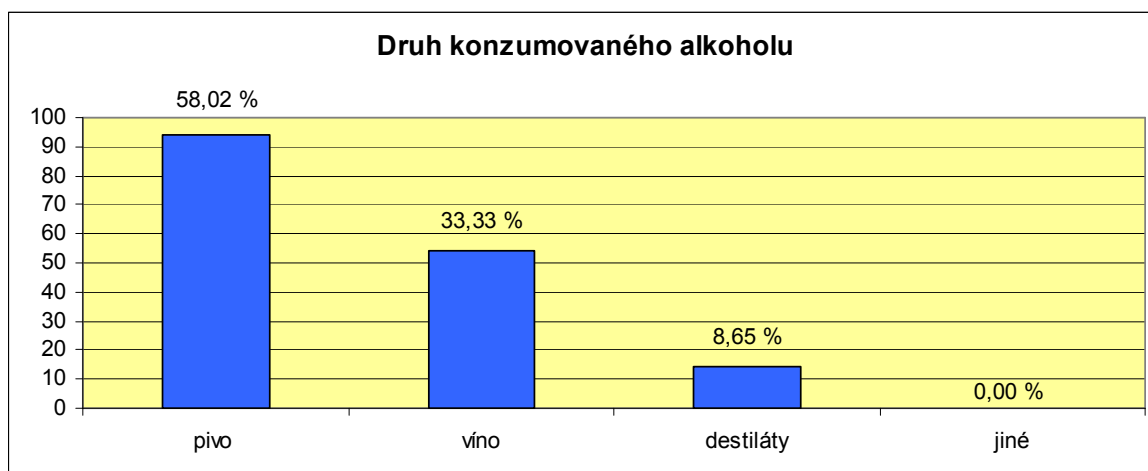


Zdroj: vlastní

Graf 17 vypovídá o konzumaci alkoholu mezi respondenty. Odpověď ano nebo příležitostně označilo hrozivých 162 respondentů (83,10 % všech respondentů). Odpověď ano zvolilo 120 dotazovaných (61,54 %). 42 respondentů (21,54 %) označilo konzumaci alkoholických nápojů za příležitostnou. Pouze 33 respondentů (16,92 %) představuje skupinu abstinentů.

Otázka č. 18: Pokud jste v předešlé otázce odpověděl(a) ano/ pouze příležitostně , uveďte, prosím, jaký druh alkoholu konzumujete nejčastěji?

Graf 18

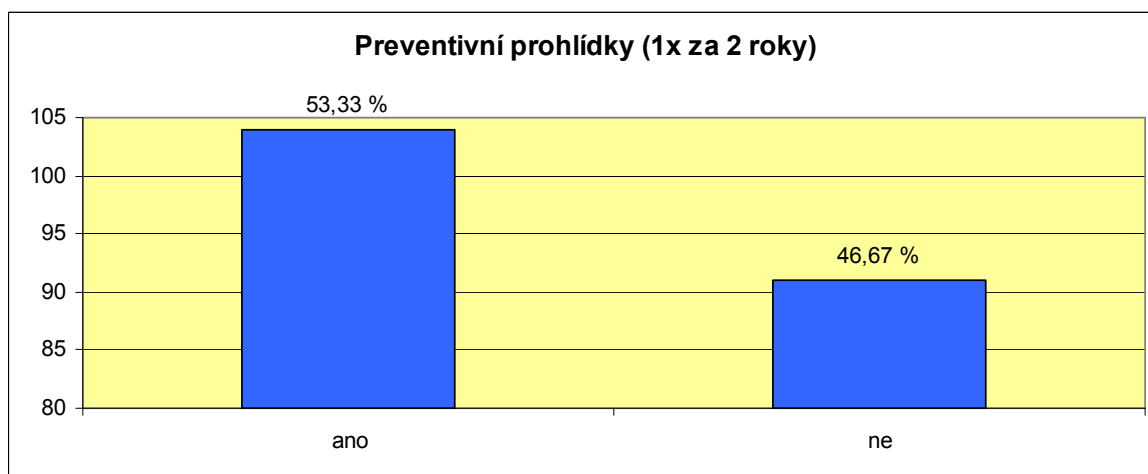


Zdroj: vlastní

V grafu 18 jsem vycházela z počtu 162 konzumentů alkoholu, u kterých jsem zjišťovala druh alkoholu, který konzumují nejčastěji. Číslo 162 jsem se dopracovala z otázky č. 17. Pokud respondent označil v otázce č. 17 možnost ano či příležitostně, započítala jsem ho do celkového počtu konzumentů alkoholu. 94 jedinců (58,02 %) označilo jako nejčastější odpověď konzumaci piva. Druhou příčku zaujímá možnost víno – tu označilo 54 respondentů (33,33 %). Destiláty pije nejčastěji 14 konzumentů alkoholu (8,65 %). Možnost jiné nevyužil žádný z dotazovaných respondentů.

Otázka č. 19: Chodíte pravidelně (1x za dva roky) ke svému praktickému lékaři na preventivní prohlídky?

Graf 19

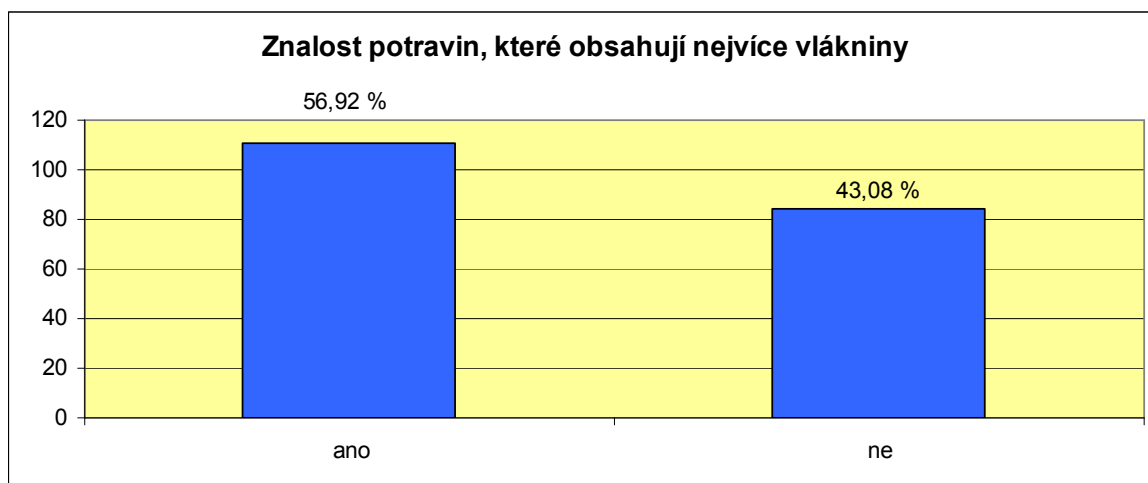


Zdroj: vlastní

Graf 19 ukazuje, zda respondenti pravidelně (1x za dva roky) chodí ke svému praktickému lékaři na preventivní prohlídky. Získaná data mě poměrně překvapila. 104 respondentů (53,33 %) odpovědělo, že se preventivních prohlídek v daném limitu účastní. 91 dotazovaných (46,67 %) na preventivní prohlídky k praktickému lékaři 1x za dva roky nechodí.

Otázka č. 20: Vypište prosím alespoň 2 potraviny či výrobky, které podle Vás obsahují nejvíce vlákniny.

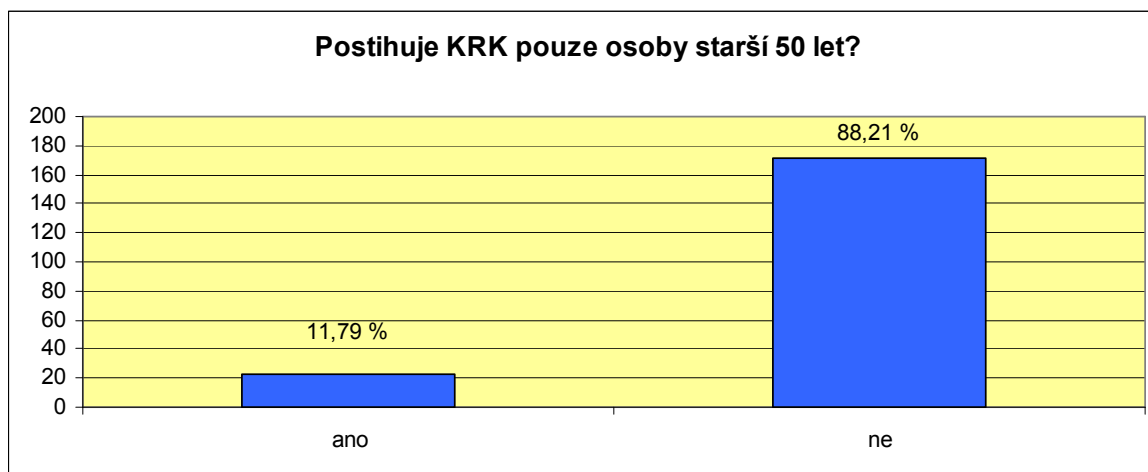
Graf 20



Graf 20 prezentuje odpovědi respondentů na otázku: Vypište prosím alespoň 2 potraviny či výrobky, které podle Vás obsahují nejvíce vlákniny. Pro zřehlednění získaných dat jsem vytvořila graf s možností ano a ne. Pokud respondenti správně uvedli 2 výrobky, které obsahují nejvíce vlákniny, zařadila jsem je do možnosti ano. Respondenti, kteří vypsali nesprávnou potravinu či pouze jednu správnou, byli zařazeni pod možnost ne. K odpovědi ano bylo přiřazeno 111 respondentů (56,92 %). Mezi nejčastěji správně zvolené možnosti patří různé druhy ovoce a zeleniny, ovesné vločky a výrobky z nich či luštěniny. Možnost ne se týká 84 dotazovaných (43,08 %).

Otázka č. 21: Myslíte si, že kolorektální karcinom postihuje pouze osoby starší 50ti let?

Graf 21

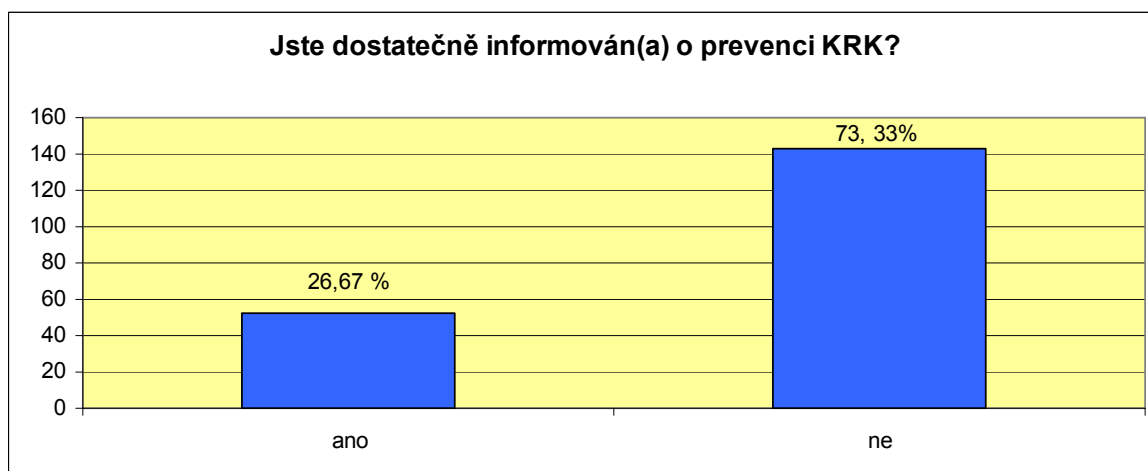


Zdroj: vlastní

Graf 21 popisuje domněnku respondentů o tom, zda kolorektální karcinom postihuje jen osoby starší 50 let. 23 dotazovaných (11,79 %) si myslí, že kolorektální karcinom postihuje pouze osoby starší 50 let. Ve 172 případech (88,21 %) byla zvolena možnost ne.

Otázka č. 22: Myslíte si, že jste dostatečně informován (a) o prevenci kolorektálního karcinomu?

Graf 22

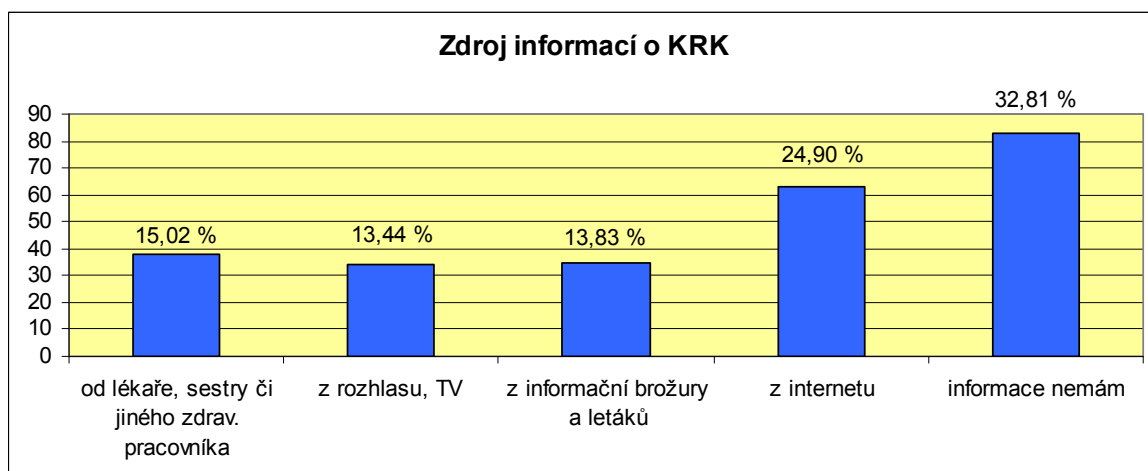


Zdroj: vlastní

Graf 22 prezentuje názor respondentů, zda oni samy si myslí, že jsou dostatečně informováni o prevenci tohoto zhoubného onemocnění. 52 dotazovaných (26,67 %) si myslí, že jejich informace o prevenci kolorektálního karcinomu jsou dostatečné. Většina – 143 respondentů (73,33 %) si myslí, že jejich informovanost není dostatečná.

Otázka č. 23: Kde jste informace týkající se kolorektálního karcinomu a jeho prevence získal (a)? (možnost zvolit více odpovědí)

Graf 23

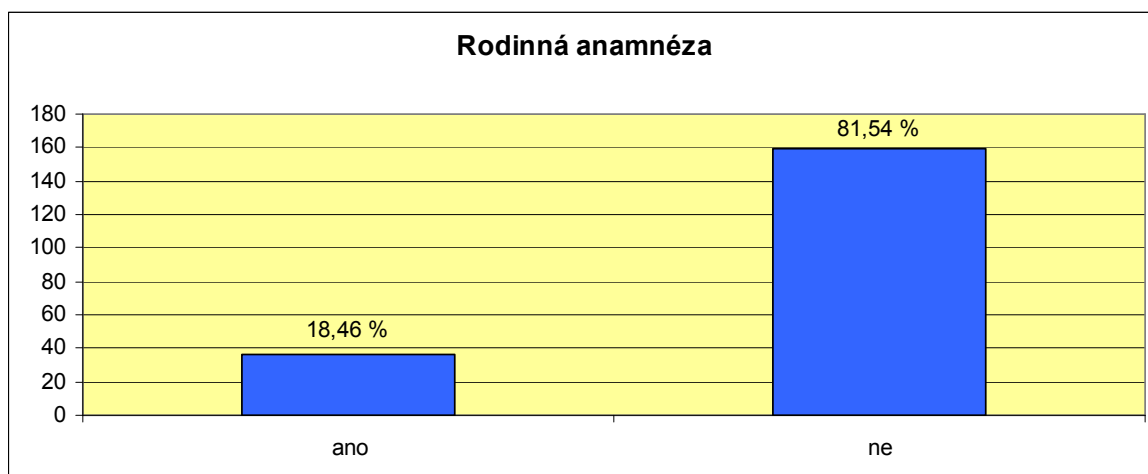


Zdroj: vlastní

Graf 23 popisuje zdroj informací o kolorektálním karcinomu a jeho prevenci, které dotazovaní doposud získali. Účastníci výzkumného šetření mohli označit více možností. Celkový počet odpovědí byl ve finálním součtu 253 (100 % odpovědí). Nejčetnější odpovědí byla možnost informace nemám – v 83 případech (32,81 %). Další příčka patří odpovědi z internetu – označilo ji 63 respondentů (24,90 % odpovědí). Téměř shodně se jeví ostatní 3 možnosti, a to v tomto konkrétním zastoupení: možnost od lékaře, sestry či jiného zdravotnického pracovníka zvolilo pouze 38 respondentů (15,02 % odpovědí). Variantu z televize či rozhlasu zvolilo 34 jedinců (13,44 % odpovědí). Z informační brožury či letáků čerpalo své informace 35 dotazovaných (13,83 % všech odpovědí).

Otázka č. 24: Trpíte Vy, či Vaši příbuzní (sestra, bratr, rodiče, prarodiče) nějakým onemocněním tlustého střeva a konečníku? Pokud ano, uveďte prosím jakým.

Graf 24

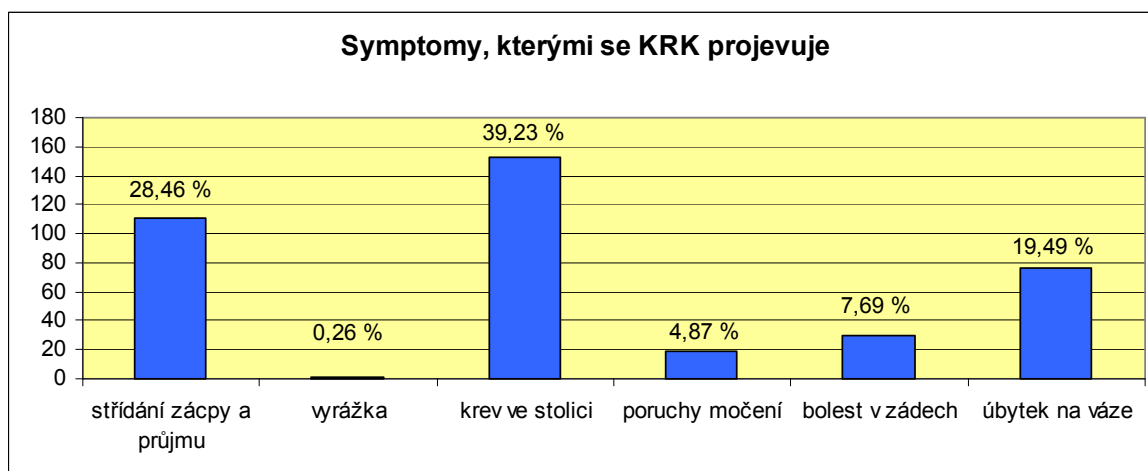


Zdroj: vlastní

Graf 24 je zaměřen na výskyt onemocnění tlustého střeva a konečníku v rodinách dotazovaných. Zaměřila jsem se na přímé příbuzné (sourozenci, rodiče, prarodiče). Tuto skutečnost jsem uvedla přímo i v otázce. 159 jedinců (81,54 %) zvolilo možnost ne, což znamená, že žádné onemocnění postihující tlusté střevo a konečník se v jejich rodině nevyskytuje. 36 dotazovaných (18,46 %) označilo možnost ano. Zároveň jsem ponechala respondentům prostor pro vyjádření konkrétního názvu onemocnění či choroby. Nejčastější odpovědí byl právě kolorektální karcinom – 21x, zánětlivá onemocnění střev (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida) respondenti zvolili 7x, polyp také 7x a možnost hemeroidy byla označena 1x.

Otázka č. 25: Uveďte prosím 2 příznaky, kterými se podle Vás může kolorektální karcinom nejčastěji projevovat?

Graf 25

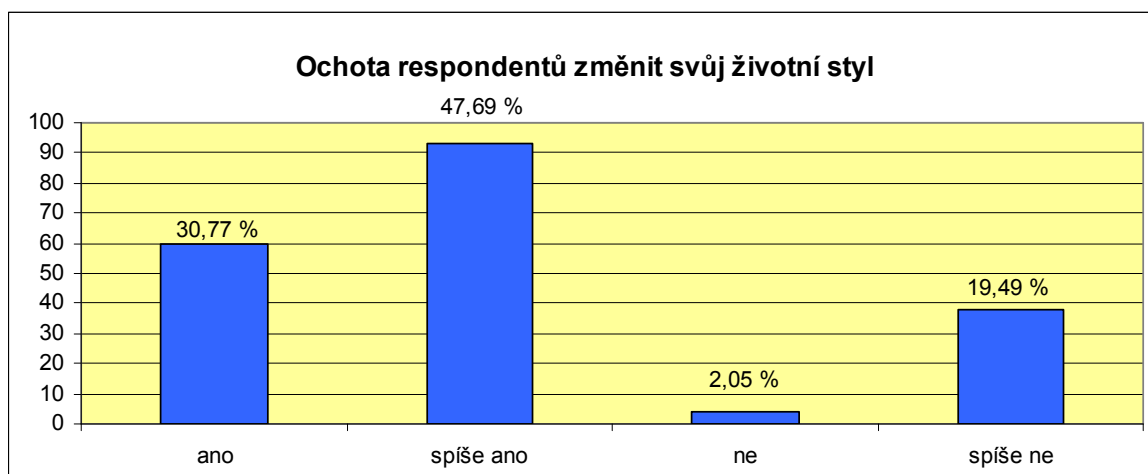


Zdroj: vlastní

Graf 25 podává výsledky o znalosti respondentů ohledně příznaků, kterými se právě kolorektální karcinom nejčastěji projevuje. Respondenti vybírali z předem nabízených odpovědí, označovali 2 možnosti. Nejčastěji byla označena možnost krev ve stolici – ve 153 případech (39,23 %). Střídání zácpy a průjmu bylo označeno 111x (28,46 % odpovědí). Úbytek na váze zvolilo jako správnou odpověď 76 respondentů (19,49 % odpovědí). Ostatní možnosti byly voleny méně. Bolest v zádech 30x (7,69 %), poruchy močení v 19ti případech (4,87 %). Pouze jeden respondent uvedl, že se kolorektální karcinom projevuje vyrážkou (0,26 % odpovědí).

Otázka č. 26: Byli byste/ jste ochotni změnit svůj životní styl? Vzhledem k ovlivnitelným rizikovým faktorům – stravování, kouření, konzumace alkoholu, apod.

Graf 26

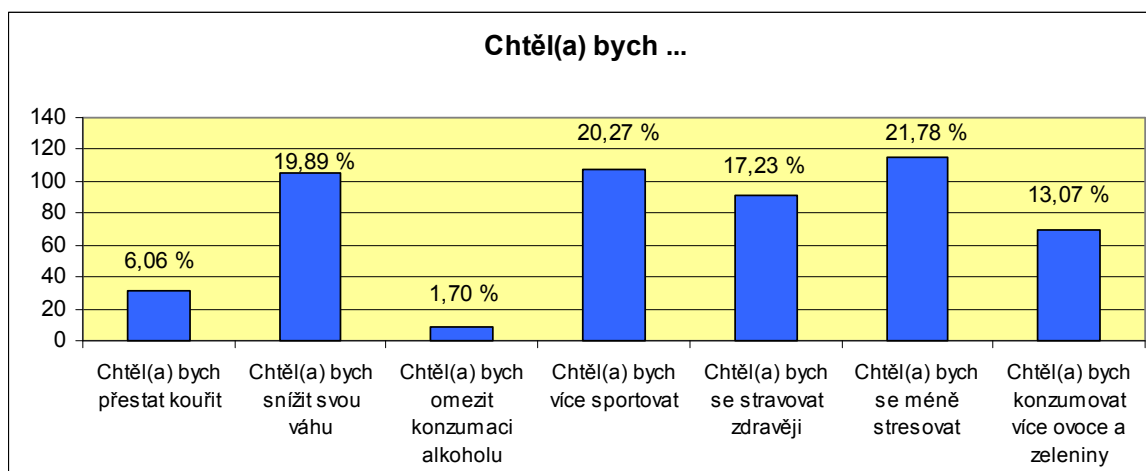


Zdroj: vlastní

Graf 26 publikuje ochotu respondentů změnit svůj životní styl vzhledem k ovlivnitelných rizikovým faktorům kolorektálního karcinomu. Překvapivých 153 respondentů (78,46 %) bylo pro odpověď spíše ano, či ano. Konkrétně 60 respondentů (30,77 %) zvolilo odpověď ano, 93 dotazovaných (47,69 %) označilo možnost spíše ano. 42 respondentů vyjádřilo neochotu ke změně životního stylu. Pouze ve 4 případech (2,05 %) byla zakroužkována odpověď ne. 38 jedinců (19,49 %) stanovilo odpověď spíše ne.

Otázka č. 27: Přečtete si prosím následující tvrzení a pokud jsou některá, která se ztotožňují s Vaším názorem, označte je. (možno zvolit více odpovědí)

Graf 27



Zdroj: vlastní

Graf 27 zobrazuje skutečnou ochotu respondentů změnit svůj životní styl, tedy jejich konkrétní představy, názory a přání. Jelikož dotazovaní mohli zvolit více možných odpovědí, při vyhodnocování jsem vycházela z počtu 528 označených odpovědí. Možnost chtěl(a) bych přestat kouřit zvolilo 32 respondentů (tedy 6,06 % všech odpovědí). Snížit svou váhu by chtělo 105 respondentů (19,89 % odpovědí). Nejméně častou odpovědí byla možnost chtěl(a) bych omezit konzumaci alkoholu. Tuto odpověď označilo pouze 9 respondentů (1,70 % ze všech odpovědí). Překvapivých 107 respondentů (20,27 % odpovědí) by chtělo více sportovat, 91 jedinců (17,23 % odpovědí) by se chtělo zdravěji stravovat. Celých 115 respondentů zvolilo možnost chtěl(a) bych se méně stresovat (v konečném součtu tato odpověď tvořila 21,78 % odpovědí). Více zeleniny a ovoce by dle odpovědí chtělo konzumovat 69 dotazovaných, z celkového počtu toto číslo představuje 13,07 % odpovědí.

16 DISKUSE

V praktické části mé bakalářské práce, která byla realizována prostřednictvím anonymních dotazníků, jsme zjistily, že úroveň znalostí o prevenci kolorektálního karcinomu je různá. Rozdíly v informovanosti se liší dle věku, pohlaví a vzdělání jednotlivých respondentů. Zaměřily jsme se především na znalost screeningových vyšetření a rizikových faktorů daných respondentů, na způsob získání informací o kolorektálním karcinomu a ochotu dotazovaných ke změně životního stylu vzhledem k ovlivnitelným rizikovým faktorům. Dalším okruhem, kterým jsme se zabývaly, byla účast jednotlivých respondentů na preventivních prohlídkách a četnost využití screeningových vyšetření sloužící k časnému zachytu kolorektálního karcinomu. Dotazník byl z velké části zaměřen i na životní styl jednotlivých respondentů.

Pro potvrzení/ vyvrácení první hypotézy (předpokládám, že většina respondentů nezná rizikové faktory vzniku kolorektálního karcinomu) byla stěžejní zejména otázka č. 6, která respondentům dávala za úkol označit 5 nejvýznamnějších rizikových faktorů, které se podle nich podílejí na vzniku kolorektálního karcinomu. Mezi 5 nejčastěji volených odpovědí patřily možnosti nadměrná konzumace masa a uzenin, konzumace alkoholu, kouření, nadměrná konzumace tuků v potravě a stres. Ze 195 dotazníků většina nesplňovala dané kritérium k hypotéze č. 1 (většina dotazovaných správně neoznačí 5 z 12 nabízených rizikových faktorů). V publikaci *Rakovina tlustého střeva a konečníku* (Vyzula et al., 2007) autoři uvádí poznatek, že kouření je odpovědné za 16 % úmrtí na karcinomy tlustého střeva a dokonce 22 % úmrtí na karcinomy rekta. Brožura *Prevence nádorových onemocnění* (Joukalová et al., 2008) kouření považuje dokonce za jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů. Dle autorů neexistuje žádný jiný rizikový faktor, který by měl takto škodlivý účinek. Kouření, jako jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů, bylo v dotazníkovém šetření označeno celkem 122x (13,33 % odpovědí), přičemž ke kuřáctví se přiznalo 64 respondentů (32,82 %). Stejný počet odpovědí 122 (13,33 % všech odpovědí) připadá na alkohol. Joukalová et al, 2008 dále tvrdí, že alkohol není sám o sobě příliš silným karcinogenem, přičemž ve spojení s kuřáctvím se stává značně rizikovým. Alkohol dle autorů rozpouští některé karcinogeny z kouře lépe než voda, a tak usnadňuje pronikání k buňkám. Alkohol konzumuje celkem hrozivých 162 respondentů, přičemž 61,54 % (120) z nich zvolilo možnost ano, 21,54 % (42) respondentů považuje svoji konzumaci alkoholu za příležitostnou. Pouze 33 dotazovaných alkohol nepije vůbec (16,92 %). Ke kouření a současné konzumaci alkoholu se přiznalo 52 jedinců, z celkového

počtu 195 respondentů to činí 26,67 %. Nadměrná konzumace masa a uzenin byla považována za jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů, označena byla celkem 127x (13,88 % všech odpovědí). Vorlíček et al, 2006 publikují, že na vznik kolorektálního karcinomu má značný podíl i konzervační a tepelná úprava potravin. Za značně rizikovou je považována i konzumace masa, a to zejména tzv. červeného masa. Lukáš et al., 2005 dále udávají, že složka HEM, která je obsažena v červeném masu, vede k poškození střevní sliznice a k hyperproliferaci epitelu, a tak pravděpodobně vede ke zvýšenému riziku kolorektálního karcinomu. Tepelná úprava s využitím vysokých teplot (grilování, uzení, smažení) spolu s konzervací masa a masných výrobků značně ovlivňují vznik kolorektálního karcinomu. Otázka č. 15 se zabývala konzumací červeného masa a její četností u respondentů. Vyzula et al., 2007 publikují, že riziko kolorektálního karcinomu značně stoupá při pravidelné denní konzumaci vepřového, jehněčího a hovězího masa, tento vztah byl potvrzen jako pozitivní až v 70% studií. V našem výzkumném šetření vyšlo najevo, že denně konzumuje červené maso 52 dotazovaných, což je 26,67 % z celkového počtu. Pouze 5,12 % (10 respondentů) nekonzumuje červené maso vůbec. V souvislosti se vznikem nádorů se často hovoří i o tzv. oxidačním stresu, kdy v důsledku nadměrně se uvolňujících kyslíkových radikálů dochází k poškození buněk. S přirůstajícím věkem navíc dochází ke snížené schopnosti organismu vyrovnat se s těmito kyslíkovými radikály a v potravě často schází tzv. antioxidační látky, zvyšuje se tak riziko rozvoje nádorového onemocnění. Na otázku, zda se respondenti stresují, jsem se přímo neptala. Ovšem otázka č. 27 respondentům dávala možnost označení toho, co by chtěli na svém životním stylu změnit. 115 jedinců volilo možnost chtěl(a) bych se méně stresovat, odpověď tvořila 21,78 % všech odpovědí. Tento počet odpovědí považuji za značný.

S hypotézou č. 1 souvisely i otázky č. 4 a č. 5. Otázka č. 4 se dotazuje respondentů, zda si myslí, že lze předcházet vzniku kolorektálního karcinomu prevencí. 170 dotazovaných (87,17 %) se domnívá, že tomuto onemocnění lze předcházet pomocí preventivních opatření, uvědomují si tedy fakt, že i oni samy mohou vznik tohoto zhoubného onemocnění z části ovlivnit. 25 respondentů (12,82 %) nikoliv. Přičemž otázka č. 5 se dotazuje respondentů, zda si myslí, že znají rizikové faktory vzniku kolorektálního karcinomu. 51,28 % všech dotazovaných se domnívá, že rizikové faktory zná – konkrétně 100 respondentů. 95 jedinců (48,27 %) se domnívá, že rizikové faktory pro vznik nádorů tlustého střeva a rekta neznají. Po přepočtení získaných dat vychází, že celých 128 respondentů (65,64 %) označilo 5 nejvýznamnějších rizikových faktorů správně, tudíž lze říci, že většina dotazovaných zná rizikové faktory vzniku KRCA a **hypotéza č. 1**

nebyla potvrzena. Zajímavý je fakt, že pouze 48,72 % (95) respondentů si myslí, že rizikové faktory, které se podílejí na vzniku kolorektálního karcinomu nezná. V konečné souvislosti však vyplývá, že 65,64 % (128) dotazovaných rizikové faktory ovšem zná.

Druhá hypotéza (předpokládám, že většina respondentů nezná screeningové metody užívající se v prevenci kolorektálního karcinomu) souvisí s otázkami č. 9, 10 a 11. Otázka č. 9 se zabývá názorem respondentů, zda v ČR existuje nějaké celorepublikově prováděné preventivní vyšetření, které je zaměřené na včasný záchyt kolorektálního karcinomu. Nejčastěji volená odpověď byla možnost nevím, označilo ji 70 (35,90 %) dotazovaných. 39 respondentů (20,00 %) se domnívá, že takové vyšetření existuje, ovšem neumí ho pojmenovat a neznají jeho konkrétní název. 21 dotazovaných (10,77 %) si myslí, že v ČR žádné vyšetření, které by bylo zaměřené na včasný záchyt tohoto zhoubného nádoru, neexistuje. Pouze 7 jedinců (3,59 %) zvolilo variantu, že žádné takové vyšetření není, ovšem přiznávají fakt, že by takové vyšetření rádi uvítali. 29,74 % dotazovaných (58 jedinců) správně uvedlo alespoň jedno ze dvou screeningových vyšetření. Pokud jde o zobrazení v konkrétních číselné podobě, 39 dotazovaných odpovědělo, že screeningovou metodou kolorektálního karcinomu je testování stolice na okultní krvácení. Oproti tomu pouze 19 dotazovaných odpovědělo slovem kolonoskopie. K hypotéze č. 2 se dále vztahovala i otázka č. 10, která se dotazuje, zda respondenti někdy nějaké ze screeningových vyšetření využili. Hrozivých 84,10 % (164) dotazovaných nikdy žádné screeningové vyšetření na kolorektální karcinom nevyužilo. Pouze 15,90 % (31) respondentů uvedlo, že někdy v minulosti využili alespoň jedno ze dvou screeningových vyšetření. Zároveň respondenti měli možnost odpovědět, jaké konkrétní vyšetření postoupili. V 18 případech to bylo testování stolice na okultní krvácení, 13 dotazovaných využilo kolonoskopické vyšetření. Tato data jsou alarmující zejména proto, že dle věkové struktury respondentů má 37,43 % z nich nárok alespoň na jedno ze dvou screeningových vyšetření.

Pavel Dlesk ve své bakalářské práci, která byla zaměřena na výskyt a prevenci kolorektálního karcinomu v Plzeňském kraji uvádí zjištění, že 47 % dotazovaných nezná screeningové metody kolorektálního karcinomu. Alarmující je zejména jeho zjištění, které hovoří o tom, že pouze 30 % respondentů někdy slyšelo o testování stolice na okultní krvácení, zbytek dotazovaných nikdy o testech na okultní krvácení neslyšelo.

Otázka č. 10 zkoumala místa, kde lze některé ze screeningových vyšetření získat (podstoupit). Pro jednodušší interpretaci dat jsme nastínily 6 možností (včetně volné odpovědi jinde), kde lze toto vyšetření postoupit. Dotazovaní mohli volit více možných

odpovědí. Nejčtenější odpovědi byly voleny správně, a to u gastroenterologa – 92x (39,83 %) a u praktického lékaře – 91x (39,39 % všech odpovědí). Překvapila mě četnost odpovědí u gynekologa. Pouze 2 respondentky odpověděly na tuto skutečnost správně. Zarážející je fakt, že celých 45,13 % dotazovaných tvořila skupina žen, u které je větší pravděpodobnost, že zvolí variantu u gynekologa. V procentuelním přepočtení pouze 2,27 % z nich odpovědělo správně. Dle mého názoru je tato neznalost způsobená i tím, že gynekologové byly do screeningového programu kolorektálního karcinomu zařazeny později, a to až v roce 2009. Chybnou odpověď u zubního lékaře zvolil pouze 1 respondent, tento zanedbatelný počet nepovažuji za důležitý. Výsledky výzkumného šetření, které jsem zjistila z otázky č.11 mne až tolik nepřekvapily, je obecně známo, že na kolorektálním screeningu mají největší podíl zejména praktičtí lékaři a sestry v jejich ordinacích. V otázce č. 11 jsem se obávala neporozumění slovu gastroenterolog. Předpokládám, že většina lidí si však dala souvislost mezi vznikem kolorektálního karcinomu a lékařem gastroenterologem. Pro srovnání publikujeme data získaná výzkumným šetřením Moniky Šplíchalové z roku 2006, která psala bakalářskou práci na téma: „Informovanost veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu.“ Data získaná jejím výzkumem poukazují na to, že 50 % respondentů nezná vyšetřovací metody užívající se ke screeningu kolorektálního karcinomu, ovšem 40 % dotazovaných někdy o nějakých screeningových vyšetřeních slyšelo a pouze 10 % dotazovaných nějaké ze screeningových vyšetření podstoupilo.

Po shrnutí výsledků našeho výzkumného šetření lze říci, že **hypotéza č. 2 byla potvrzena.**

Hypotézy č. 3 a č. 4 souvisejí s životním stylem dotazovaných jedinců. Hypotézy byly stanoveny takto: č. 3 „Předpokládám, že většina respondentů prokazuje alespoň 3 rizikové faktory vzniku kolorektálního karcinomu.“ Otázky, které se vztahují k této hypotéze, můžeme najít pod číslem 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 19. Hypotéza č. 4 zní takto: „Předpokládám, že většina respondentů není ochotna změnit svůj životní styl vzhledem k ovlivnitelným rizikovým faktorům kolorektálního karcinomu“ a souvisí s otázkami č. 26 a 27.

Otázka č. 12 zkoumala počet kuřáků. Jak jsem již uvedla výše, pro mě „pouze“ překvapivých 32,82 % kouří (64 dotazovaných). Přičemž 32 z nich zvolilo v otázce č. 27 možnost chtěl(a) bych přestat kouřit (přesně 50 % z nich). Otázka 13 zkoumala fyzickou aktivitu dotazovaných jedinců. Tato otázka byla zařazena i proto, že kniha Rakovina tlustého střeva a konečníku (Vyzula et al., 2007) uvádí právě fyzickou aktivitu jako

protektivní faktor vzniku nádorů tlustého střeva a konečnicku. Jako vhodné se jeví sportování minimálně 3x týdně a více. Tento předpoklad potvrdilo pouze 38,46 % dotazovaných – 75 jedinců. Dokonce 37 respondentů (18,97 %) přiznalo skutečnost, že nesportují vůbec. S fyzickou aktivitou přímo souvisí i hodnota BMI. Jak uvádí výše zmiňovaná publikace Rakovina tlustého střeva a konečnicku, existuje pozitivní vztah mezi energetickým příjmem a vznikem kolorektálního karcinomu. Vysoká hodnota BMI (nadváha a obezita) je prokázána jako rizikový faktor v mnoha studiích. Výsledky našeho výzkumného šetření prokazují děsivá zjištění. Alarmujících 66,15 % dotazovaných (129) prokazuje rizikovou hodnotu BMI (mají nadváhu či jsou obézní). Pokud se zaměříme na rozčlenění rizikových respondentů dle pohlaví, vyplyne, že ze 129 rizikových jedinců celých 98 představuje skupina zastoupená muži. V konečném součtu lze pouze 63 respondentů (32,31 %) zařadit pod označení normální hodnota BMI. Podvýživu oproti tomu prokazují pouze 3 respondenti – 1,54 %. V otázce č. 27 volilo 105 dotazovaných možnost chtěl(a) bych snížit svou váhu (19,89 % odpovědí). Nečekané je zjištění, že tuto odpověď zvolilo více žen než mužů (68 žen), přičemž větší riziko (dle hodnoty BMI) představuje právě skupina zastoupená muži. Jak již bylo popsáno výše, vysoce riziková je i konzumace červeného masa, zvýšená konzumace tuků či masa a uzenin. Tyto rizikové faktory přímo souvisí s odpovědí chtěl(a) bych se stravovat zdravěji. Tuto možnost, která byla součástí otázky č. 27, označilo 91 dotazovaných (17,23 % dotazovaných). Opět se potvrdila skutečnost, že tuto odpověď volily častěji ženy – 51 respondentek. Konzumace zeleniny a ovoce, na kterou se dotazovala otázka č. 16, podává také zajímavé zjištění. I když literatura (Vorlíček et al., 2006) doporučuje dostatečnou konzumaci ovoce a zeleniny (alespoň 400 g denně s různou druhovou rozmanitostí) jako jedno z nejdůležitějších preventivních opatření v prevenci nádorů obecně, výsledky poukazují na fakt, že pouze 57 respondentů (29,23 %) konzumuje ovoce a zeleninu denně. Smutné zjištění vzhledem k tomu, že dostatečný příjem ovoce a zeleniny snižuje riziko vzniku nádorových chorob obecně až o 20 %. 69 dotazovaných by rádo konzumovalo více ovoce a zeleniny – 13,07 % odpovědí. Opět se potvrdil fakt, že tato možnost byla volena častěji ženami. S životním stylem dotazovaných respondentů dále souvisí otázky č. 17 a 18. Zkoumají konzumaci alkoholu u dotazovaných, včetně druhu konzumovaného alkoholu. Alkohol konzumuje (ať už pravidelně nebo příležitostně) 83,08 % dotazovaných – 162, přičemž 116 z dotazovaných tvoří skupina zastoupená muži. Nejčastější odpovědí na otázku týkající se druhu konzumovaného alkoholu byla varianta pivo. Označena byla 94x – 58,02 %, častěji ji volili muži. Vyzula et al., 2007 udávají, že je prokazatelně vyšší riziko

vzniku kolorektálního karcinomu u mužů v souvislosti s konzumací alkoholu. Toto zvýšené riziko, které podmiňuje vznik kolorektálního karcinomu, bylo potvrzeno téměř v 60% studií. Vztah k nádorům rekta byl pozitivní hlavně u mužů, kteří konzumovali nejméně 15 litrů piva měsíčně. Ženy častěji volily možnost víno, která v konečném součtu byla označena 54x a tvořila tedy 33,33 % všech odpovědí. Oproti tomu pouze 9 dotazovaných přiznalo, že by rádo omezilo konzumaci alkoholu (1,70 % odpovědí).

K hypotézám, které se vztahují k životnímu stylu respondentů, lze přiřadit ještě otázku č. 19. Zkoumala, zda dotazovaní navštěvují pravidelně (alespoň 1x za 2 roky) svého praktického lékaře v rámci preventivních prohlídek. 53,33 % dotazovaných (104) na preventivní prohlídky 1x za 2 roky chodí, 46,67 % (91) nikoliv. Tento fakt, který svědčí o tom, že většina dotazovaných chodí na preventivní prohlídky, je potěšující zejména proto, že sekundární prevence (kolorektální screening) vyžaduje dobrou spolupráci lékaře i pacienta a vnější oporu obou z nich. Předpokladem pro správně prováděnou sekundární prevenci je i skutečnost, že jedinci na preventivní prohlídky chodit budou a aktivně budou mít zájem o své zdraví, v tomto případě i o TOKS či kolonoskopii.

Pozitivně hodnotím zjištění, že 153 respondentů v otázce č. 27 zvolilo jednu z kladných odpovědí (ano či spíše ano), v procentuelním zobrazení je to překvapivých 78,46 %. Tudíž lze říci, že 78,46 % dotazovaných by bylo/je ochotno změnit životní styl vzhledem k ovlivnitelným rizikovým faktorům kolorektálního karcinomu. Konkrétně 60 z nich volilo odpověď ano (30,77 %) a 93 z nich (47,69 %) označilo variantu spíše ano. Odpověď spíše ano na mě působí dojmem, že si respondenti se změnou nejsou úplně jisti, ale předpokládají, že by svůj životní styl s ohledem na vznik kolorektálního karcinomu změnili. Tato zpráva je potěšující i proto, že v publikaci Rakovina tlustého střeva a konečníku (Vyzula et. al, 2007) je uvedeno, že kolorektální karcinom má míru preventability 66 - 75 %. V takové míře jsou jedinci schopni ovlivnit svůj životní styl vzhledem ke vzniku kolorektálního karcinomu. Hypotéza č. 3 byla potvrzena, č. 4 nikoliv (nebyla potvrzena).

I když otázky č. 22 a č. 23 nesouvisely přímo s žádnou ze stanovených hypotéz, výsledky mě přesto překvapily. Otázky byly zaměřeny na informace o kolorektálním karcinomu a jejich zdroj. 73,33 % (143) dotazovaných si myslí, že informace týkající se kolorektálního karcinomu nemá. Pokud respondenti přiznali, že nějaké informace ohledně kolorektálního karcinomu mají, nejčastěji označovanou odpovědí byla možnost z internetu – byla zvolena 63x (24,90 % odpovědí). V dnešní „multimediální“ době nic výjimečného. Variantu od lékaře, sestry či jiného zdravotnického pracovníka volilo pouze

38 dotazovaných (15,02 %). Hrozné zjištění, zejména proto, že právě některý ze zdravotnických pracovníků by měl dbát na osvětu a edukaci nejvíce. 83 respondentů (32,81%) uznalo, že jim informace nikdo nepředal a tudíž je nemají.

Otázka č. 24 zkoumala, zda se v rodinách respondentů vyskytují některá z onemocnění tlustého střeva či konečníku. Potěšujícím faktem je, že pouze 18,46 % dotazovaných (36) má pozitivní rodinnou anamnézu. Ve 21 případech se v rodinách respondentů vyskytuje u přímých příbuzných kolorektální karcinom. 7x byla odpovězena možnost polyp, 7x některé ze zánětlivých onemocnění střev a 1x hemeroidy.

Otázka 25 se zabývala znalostí příznaků, kterými se kolorektální karcinom může projevovat. Výsledky prokazují, že respondenti znají tyto příznaky a umí je odhadnout. Nejčastěji byla volena varianta krev ve stolici, kterou se projevuje kolorektální karcinom nejčastěji. Tato skutečnost je zřejmě zapříčiněna tím, že byla volena uzavřená otázka s možností více odpovědí.

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce *Povědomí veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu* zkoumalo úroveň znalostí dotazovaných o tomto zhoubném onemocnění se zaměřením na rizikové faktory, screeningová vyšetření a životní styl dotazovaných jedinců.

Kolorektální karcinom je nebezpečné, často i smrtelné onemocnění, které postihuje stále více a více lidí. Populace je nedostatečně informována o kolorektálním karcinomu a jeho prevenci, jedinci často podcení i první příznaky této choroby a k lékaři přicházejí pozdě. Tudíž jejich šance na vyléčení značně klesá.

Tato práce by měla zlepšit právě povědomí veřejnosti o kolorektálním karcinomu, a to i pomocí dvou edukačních materiálů, které byly na základě výzkumných výsledků vytvořeny. Jedná se o edukační leták, který má za cíl zapůsobit na cílovou populaci jedinců, je zaměřen na včasný záchyt kolorektálního karcinomu. Druhým edukačním materiálem je edukační brožura, která je zaměřena zejména na primární prevenci a zdravý životní styl. Je nutné neustále působit na veřejnost a naučit ji pečovat o to nejcennější – o své zdraví. Jelikož míra preventability nádorových onemocněních obecně je vysoká, osvěta musí probíhat neustále a intenzivně. Zejména zdravotníci by se měli svými silami a svou prací společně podílet na zlepšení zdravotního uvědomění populace v ČR.

K celé práci byly stanoveny čtyři cíle, které byly definovány pomocí 4 hypotéz. Výzkumné šetření probíhalo pomocí anonymních dotazníků. V konečném součtu bylo použito dat ze 195 dotazníků.

Doufáme, že zjištění, která jsme získaly našim výzkumným šetřením, budou přínosná a přispějí k obohacení znalostí o kolorektálním karcinomu celé široké veřejnosti. Z mého pohledu hodnotím velice kladně cíl kolorektálního screeningu pro rok 2013, a to zavedení adresného zvaní jednotlivých respondentů. V souvislosti s osvětou a edukací bych dále navrhovala zlepšit motivovanost všeobecných sester, zajistit pro ně dostatek edukačních materiálů, které by mohly propagovat v jednotlivých ordinacích praktických lékařů a v neposlední řadě je motivovat ke vzdělávání se v oblasti edukace. Jistým krokem vpřed by bylo vytvoření pozice edukační sestry pro tyto účely. Na závěr uvádím citát, který dle mého názoru vystihuje nynější situaci zcela trefně.

„ Je tragickou skutečností, že rakovina tlustého střeva a konečníku působí tak velké ztráty, třebaže je to jeden z nejlépe prevencí ovlivnitelných a léčitelných nádorů, pokud se zjistí v časném stádiu.“

Prof. John H. Bond

LITERATURA A PRAMENY:

- ADAM, Zdeněk a Jiří VORLÍČEK. *Speciální onkologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002. ISBN 80-210-2826-2
- ADAM, Zdeněk, Jiří VORLÍČEK a Jana KOPTÍKOVÁ. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0677-6.
- ADAM, Zdeněk, Jiří VORLÍČEK a Jiří VANÍČEK. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0896-5.
- ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Obecná onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-715-8.
- ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Speciální onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-648-9.
- ADÁMKOVÁ, Věra. *Civilizační choroby - žijeme spolu*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-807-3874-131.
- DLESK, Pavel. *Výskyt a prevence kolorektálního karcinomu v Plzeňském kraji*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. FZS ZČU Plzeň. Vedoucí práce MUDr. Jana Koželuhová.
- DUŠEK, L., ZAVORAL, M., MÁJEK, O., SUCHÁNEK, Š., MUŽÍK, J., PAVLÍK, T., ŠNAJDROVÁ, L., GREGOR, J. Kolorektum.cz – Program kolorektálního screeningu v České republice [online]. Masarykova univerzita, Brno, 2013. [cit. 2013-03-17]. Dostupný z WWW: <http://www.kolorektum.cz>. ISSN 1804-0888.
- DUŠEK, Ladislav. *Epidemiologie, prevence a léčba kolorektálního karcinomu dle dostupných českých a mezinárodních dat*. Vyd. 1. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2012. ISBN 978-80-87347-07-2.

- DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Olomouc: Epava, 2000. ISBN 80-862-9705-5.
- GRIM, Miloš a Rastislav DRUGA. *Základy anatomie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2302-8.
- HLADÍK, Pavel. *Scintigraficky navigované operace kolorektálního karcinomu*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2006. Edice vědeckých monografií. ISBN 80-870-0909-6.
- HLAVÁČOVÁ, Blanka. Dieta pro nemocné s kolostomií. *Sestra*. 2009, č. 3, s. 41-42. ISSN 1210-0404.
- HOLEČKOVÁ, Petra. *Výživa u onkologicky nemocných*. Liga proti rakovině, Praha, 2010.
- HOLUBEC, Luboš a Jiří VORLÍČEK. *Kolorektální karcinom: současné možnosti diagnostiky a léčby*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0636-9.
- CHRASTINA, Jan a Jana MAREČKOVÁ. *Edukace klientů k provádění testů k detekci okultního krvácení do stolice*. [online]. 524 - 526 [cit. 2013-02-13]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/11/14.pdf>
- ILCO. *Rakovina střeva* [online]. 2013 [cit. 2013-02-27]. Dostupné z: www.rakovinastreva.cz
- JABLONSKÁ, Markéta kol. *Kolorektální karcinom: časná diagnóza a prevence*. [1. vyd.]. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-716-9777-X.
- JIRÁSEK, Václav, Zdeněk MAREČEK a Marie BRODANOVÁ. *Vnitřní lékařství*. 1. vyd. Editor Pavel Klener. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0389-6.

- JOUKALOVÁ, Zuzana, Milana ŠACHLOVÁ a Lumír KOMÁREK. *Prevence nádorových onemocnění: Nejčastější nádorová onemocnění*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007. ISBN 978-80-7071-291-7.
- KLENER, Pavel. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-246-0468-X.
- KOTT, Otto a Iveta PETŘÍKOVÁ. *Vybrané kapitoly anatomie gastrointestinálního a respiračního systému*. Vyd. 1. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2009. ISBN 978-80-7043-796-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN: 80-247-0179-0
- LUKÁŠ, Karel. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1283-0.
- MARKOVÁ, Marie. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-701-3434-8.
- MAŘATKA, Zdeněk. *Gastroenterologie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-718-4561-2.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2013 [cit. 2013-02-27]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/>
- SEIFERT, Bohumil. *Screening kolorektálního karcinomu*. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN: 978-80-7345-306-0.
- SKALA, Evžen. *Chemoterapie nádorových onemocnění*. Praha: Liga proti rakovině, 2003. ISBN nevedeno.
- STÁHALOVÁ, Vladimíra. *Léčba zářením a Vy*. Praha: Liga proti rakovině Praha, 2008. ISSN nevedeno.

- STARNOVSKÁ, Tamara, Jaroslava PAVLÍČKOVÁ a Danuše HRBKOVÁ. *Výživa při nádorovém onemocnění: [praktická příručka pro pacienty]*. Praha: Nutricia, 2007. ISBN 978-80-239-9055-3.
- SUCHÁNEK, Štěpán, Jaroslava BARKMANOVÁ a Přemysl FRIČ. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: prevence zabírá*. ISBN 978-80-204-2474-7.
- ŠPLÍCHALOVÁ, Monika. *Informovanost veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu*. Brno, 2006. Bakalářská. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Hana Pinkavová.
- VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada., 2006, Sestra. ISBN 80-247-1716-6.
- VYZULA, Rostislav a Jan ŽALOUĐÍK. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: vybrané kapitoly*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-807-3451-400.
- ZAVORAL, Miroslav, Přemysl FRIČ, Štěpán SUCHÁNEK a Ladislav DUŠEK. *Národní program screeningu sporadického kolorektálního karcinomu (KR- CA): vývoj, současnost, perspektiva. Zdravotnické noviny* [online]. 2013[cit. 2013-02-13]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/narodni-program-screeningu-sporadickeho-kolorektalniho-karcinomu-kr-ca-vyvoj-soucasnost-perspektiva-468769>

SEZNAM ZKRATEK

CA – karcinom

tzv. – tak zvaný

E. coli – Escherichia coli

NOR – Národní onkologický registr

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

ČR – Česká republika

tzn. – to znamená

apod. – a podobně

např. – například

CT – computerová tomografie

CEA – karcinoembryonální antigen

CA 19 – 9 -

TPA – tkáňový polypeptidový antigen

TOKS – test okultního krvácení do stolice

TNM – TNM klasifikace zhoubných nádorů

aj. – a jiné

BMI – body mass index

KR – CA – kolorektální karcinom

EMR – endoskopická slizniční resekce

ESD – endoskopická submukózní direkce

dg. - diagnóza

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 ostatní možné odpovědi

SEZNAM GRAFŮ

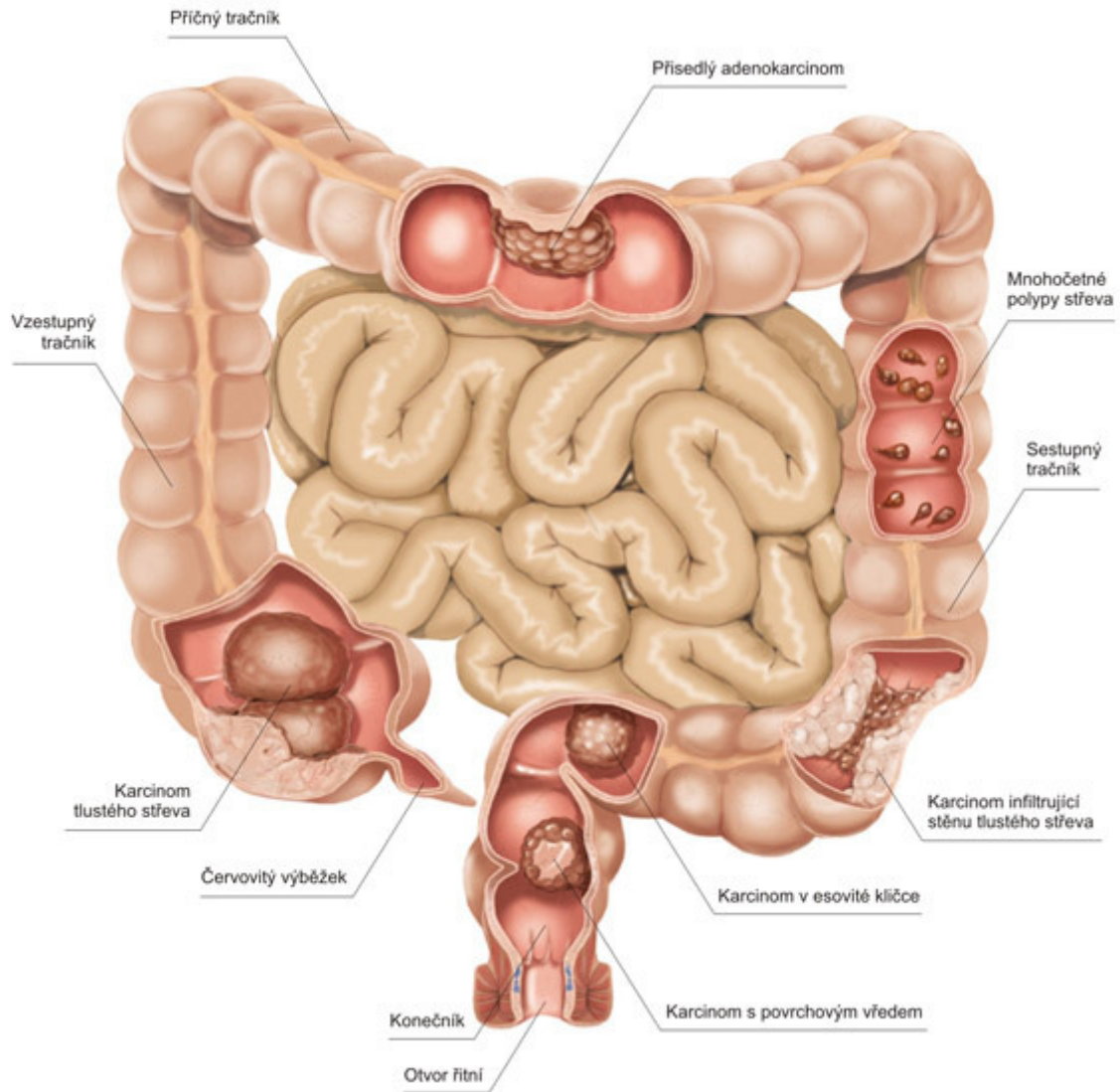
Graf 1	Pohlaví respondentů
Graf 2	Věková struktura respondentů
Graf 3	Vzdělání respondentů
Graf 4	Lze předcházet vzniku KRK prevencí?
Graf 5	Znáte rizikové faktory podílející se na vzniku KRK?
Graf 6	5 nejvýznamnějších rizikových faktorů, které se podílejí na vzniku KRK
Graf 7	Lze ovlivnit rizikové faktory KRK životním stylem a chováním?
Graf 8	Nejčastěji zodpovězené ovlivnitelné rizikové faktory KRK
Graf 9	Znalost screeningových vyšetření
Graf 10	Využití screeningových vyšetření
Graf 11	Místa, kde lze screeningové vyšetření KRK podstoupit (získat)
Graf 12	Kouření
Graf 13	Sport
Graf 14	BMI
Graf 15	Konzumace červeného masa
Graf 16	Konzumace ovoce a zeleniny
Graf 17	Konzumace alkoholu
Graf 18	Druh konzumovaného alkoholu
Graf 19	Preventivní prohlídky (1x za 2 roky)
Graf 20	Znalost potravin, které obsahují nejvíce vlákniny
Graf 21	Postihuje KRK pouze osoby starší 50 let?
Graf 22	Jste dostatečně informován(a) o prevenci KRK?
Graf 23	Zdroj informací o KRK
Graf 24	Rodinná anamnéza
Graf 25	Symptomy, kterými se KRK projevuje
Graf 26	Ochota respondentů změnit svůj životní styl
Graf 27	Chtěl(a) bych...

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Anatomie tlustého střeva a konečníku včetně lokalizace některých nádorů
- Příloha č. 2 Schéma pro screening kolorektálního karcinomu v ČR u asymptomatických jedinců ve věku 50 – 54 let
- Příloha č. 3 Schéma pro screening kolorektálního karcinomu v ČR u asymptomatických jedinců ve věku 55 let a starší
- Příloha č. 4 Potravinová pyramida
- Příloha č. 5 Tabulka BMI
- Příloha č. 6 Evropský kodex proti rakovině
- Příloha č. 7 Dotazník
- Příloha č. 8 Edukační leták
- Příloha č. 9 Edukační brožuru

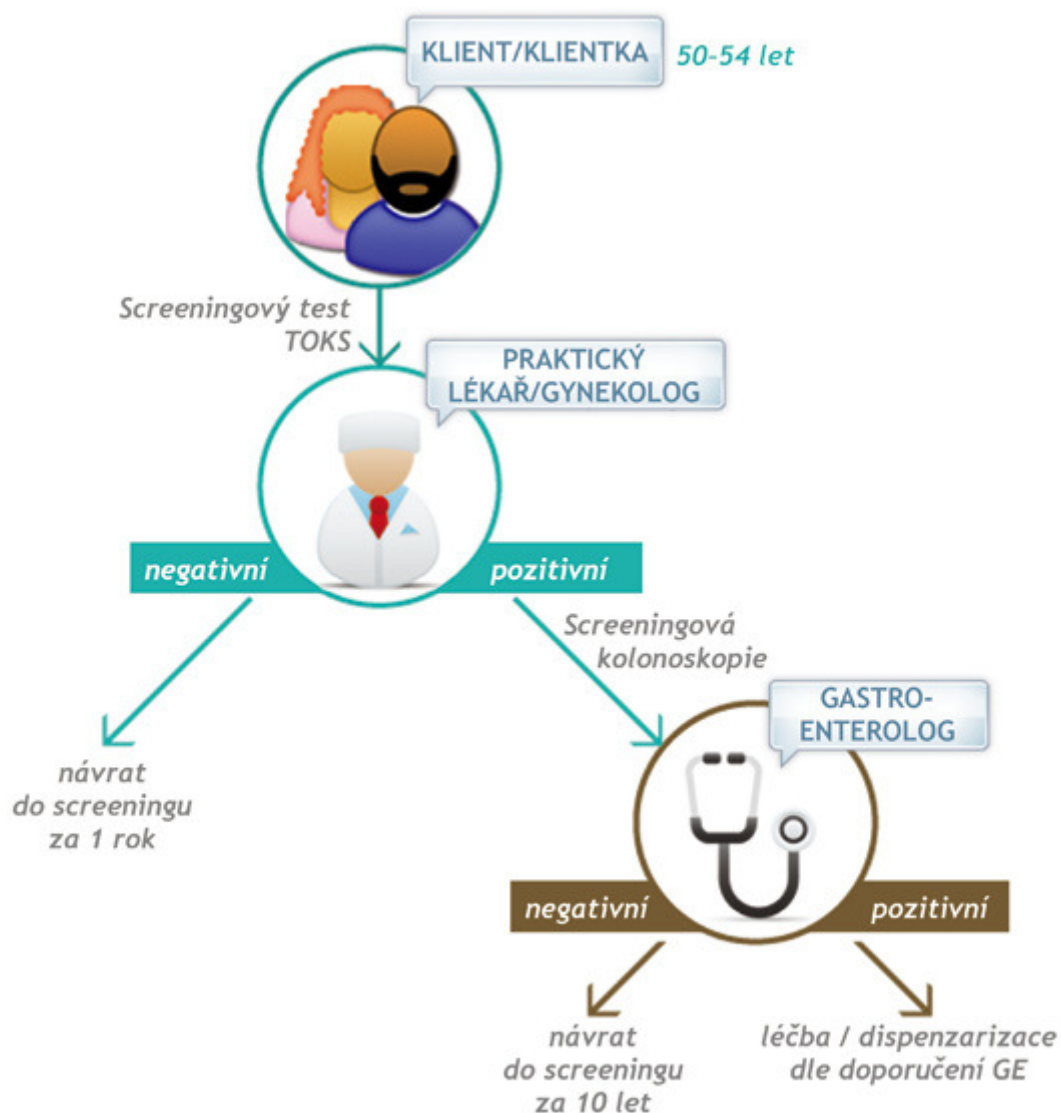
PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Anatomie tlustého střeva a konečníku včetně lokalizace některých nádorů



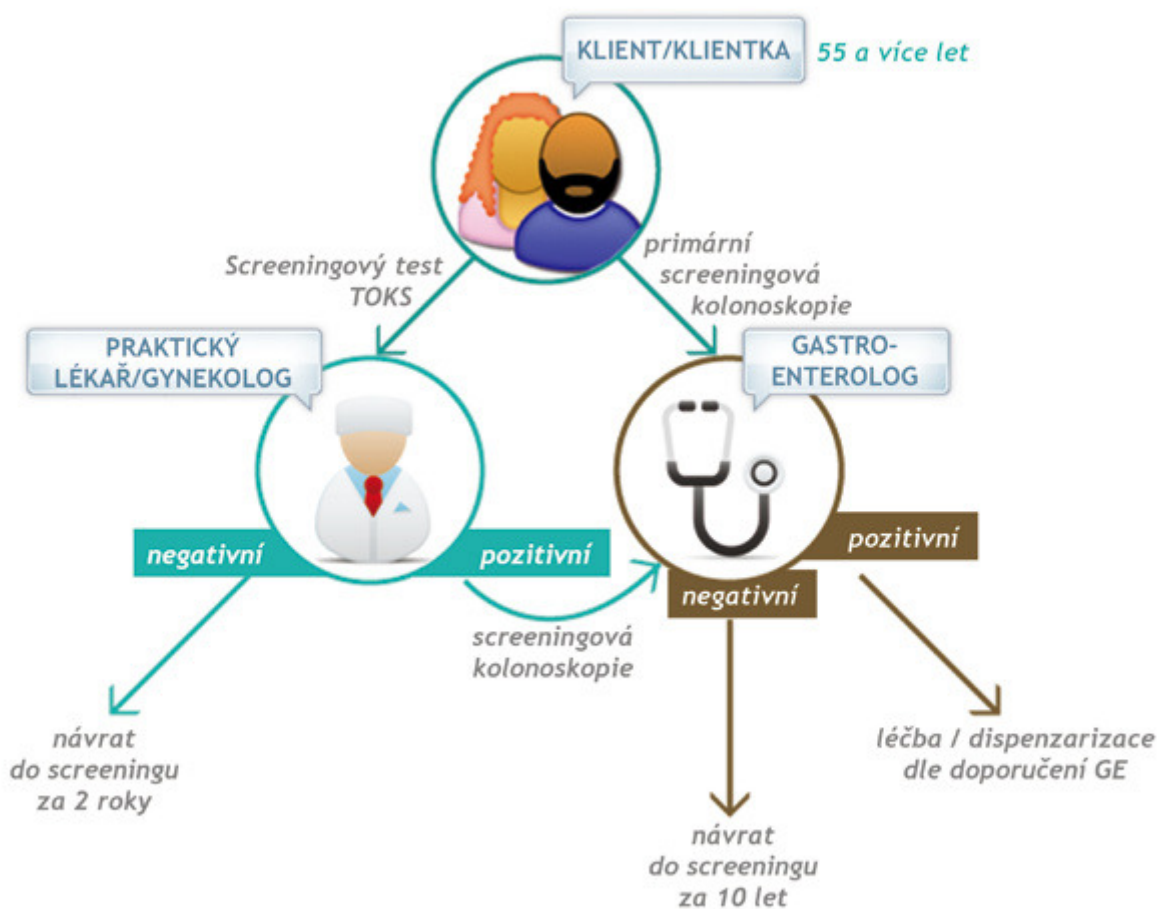
Zdroj: <http://www.rakovinastreva.cz/rakovina-streva/>

Příloha č. 2 – Schéma pro screening kolorektálního karcinomu v ČR u asymptomatických jedinců ve věku 50 – 54 let



Zdroj: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--organizace--screeningovy-proces>

Příloha č.3 Schéma pro screening kolorektálního karcinomu v ČR u asymptomatických jedinců ve věku 55 let a starší



Zdroj: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--organizace--screeningovy-proces>

Příloha č. 4 – Potravinová pyramida



Potravinová pyramida – doporučení ke správné skladbě výživy

Zdroj: <http://www.linkos.cz/doporuceni-pro-vyzivu-v-nemoci/potravinova-pyramida/>

Příloha č. 5 Tabulka BMI

BMI	Kategorie
Méně než 18,5	Podváha
18,5 - 24,9	Norma
25,0 - 29,9	Nadváha
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně (závažná)
40,0 a více	obezita 3. stupně (těžká)

Zdroj: <http://www.vypocet.cz/bmi>

Evropský kodex proti rakovině

1. Nekuřte! Pokud kouříte, přestaňte. Pokud nemůžete přestat, nekuřte v přítomnosti dětí.
2. Vyvarujte se obezitě.
3. Denně vykonávejte nějakou tělesnou činnost.
4. Jezte denně více různých druhů ovoce a zeleniny, alespoň v pěti porcích. Omezte příjem potravin obsahujících živočišné tuky.
5. Jestliže pijete alkohol, ať už pivo, víno nebo koncentráty. Omezte konzumaci na dva nápoje denně /jste-li muž/a na jeden /jste-li žena/.
6. Nevystavujte se nadměrnému slunečnímu záření. Zvláště důležité je chránit děti a mladistvé. Ti, kdo mají sklon se rychle spálit, se musí chránit během celého života.
7. Dodržujte přesně pravidla ochrany před známými rakovinotvornými látkami. Dodržujte všechny zdravotní a bezpečnostní předpisy při styku s látkami, které mohou způsobit rakovinu. Dodržujte směrnice radiační hygienické služby. Programy veřejného zdravotnictví, které mají preventivní význam nebo zvyšují pravděpodobnost jejího vyléčení.
8. Ženy od 25 let by se měly zapojit do skrínungu děložního hrdla v programu se zajištěnou kontrolou kvality v souladu se Směrnicemi Evropské unie.
9. Ženy od 50 let by se měly zapojit do mamárního skrínungu v programu se zajištěnou kontrolou kvality v souladu se Směrnicemi Evropské unie.
10. Ženy a muži od 50 let by se měli zapojit do skrínungu tlustého střeva a konečníku v programech se zajištěnou kontrolou kvality.
11. Účastněte se očkovacích programů proti infekci způsobené virem hepatitidy B.

Doporučení, která jsou obsahem Evropského kodexu proti rakovině, mají za cíl snížit výskyt rakoviny a vést ke zlepšení celkového zdravotního stavu. Každý jedinec má svobodnou vůli změnit svůj životní styl, čímž si může snížit riziko vzniku rakoviny.

Zdroj: <http://www.lpr.cz/index.php/evropsky-kodex>

DOTAZNÍK

Vážený respondente,

jmenuji se Simona Tábořská a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Západočeské univerzitě v Plzni. Zpracovávám bakalářskou práci na téma „**Povědomí veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu**“. Kolorektální karcinom je jiné označení pro rakovinu tlustého střeva a konečníku. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku. Dotazník obsahuje 27 otázek, je anonymní a veškeré informace získané jeho vyplněním budou použity jen ke zpracování mé práce. Vámi zvolené odpovědi zakřížkujte, případně doplňte. Vybírejte prosím jednu odpověď, pouze u otázek, kde to bude přímo uvedeno, je možno zvolit více správných odpovědí.

Děkuji za ochotu a Váš čas.

Simona Tábořská

1. Vaše pohlaví:

- muž žena

2. Uveďte, prosím, Váš věk:

- do 20ti let 21 – 30 let
 31 – 40 let 41 – 50 let
 51 - 60 let 61 – 70 let
 71 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní vyučen (a)
 střední s maturitou vyšší odborné
 vysokoškolské jiné: _____

4. Myslíte si, že lze předcházet vzniku kolorektálního karcinomu prevencí ?

- ano ne

5. Znáte rizikové faktory, které se podílí na vzniku kolorektálního karcinomu?

- ano ne

6. Označte 5 nejvýznamnějších rizikových faktorů, které se podle Vás podílejí na vzniku kolorektálního karcinomu:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nedostatek pohybové aktivity | <input type="checkbox"/> nadměrné pití minerálních vod |
| <input type="checkbox"/> nadměrná konzumace masa a uzenin | <input type="checkbox"/> alkohol |
| <input type="checkbox"/> stres | <input type="checkbox"/> kouření |
| <input type="checkbox"/> nadměrná konzumace tuků v potravě | <input type="checkbox"/> zvýšený krevní tlak |
| <input type="checkbox"/> nedostatek vlákniny v potravě | <input type="checkbox"/> užívání hormonální antikoncepce |
| <input type="checkbox"/> nevím | <input type="checkbox"/> jiné: _____ |

7. Myslíte si, že některé rizikové faktory lze ovlivnit životním stylem či chováním?

- ano ne

8. Pokud jste v předešlé otázce odpověděli ano, vypište alespoň 3 rizikové faktory, které podle Vás lze ovlivnit životním stylem a chováním.

9. Myslíte si, že v ČR existuje nějaké preventivní vyšetření, které je celorepublikově prováděné a zaměřené na včasný záchyt nádorů tlustého střeva a konečníku?

- ne ne, ale uvítal(a) bych je
 ano, jaké: _____
 ano, ale nevím jaké nevím

10. Využil(a) jste někdy nějaké z těchto vyšetření?

- ne ano, jaké: _____

11. Kde můžete vyšetření sloužící k časnému odhalení kolorektálního karcinomu získat (podstoupit)? Můžete zvolit více odpovědí.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> u praktického lékaře | <input type="checkbox"/> u gynekologa |
| <input type="checkbox"/> u zubního lékaře | <input type="checkbox"/> u gastroenterologa |
| <input type="checkbox"/> nevím | <input type="checkbox"/> jinde: _____ |

12. Kouříte?

- ano ne

13. Jak často sportujete? (Počítá se fyzická aktivita alespoň 20 minut)

- denně 3x týdně
- 1 x týdně 1 x měsíčně
- nesportuji vůbec

14. Jaká je Vaše výška a váha?

- výška _____ cm
- váha _____ kg

15. Jak často konzumujete červené maso(hovězí, jehněčí, vepřové)?

- denně alespoň 3x týdně
- 1x týdně a méně nekonzumuji maso vůbec

16. Jak často konzumuje ovoce a zeleninu?

- denně 3x týdně
- 1x týdně nekonzumuji vůbec

17. Konzumujete alkohol?

- ne ano pouze příležitostně

18. Pokud jste v předešlé otázce odpověděl(a) ano, uveďte prosím, jaký druh alkoholu **nejčastěji** konzumujete. Označte jen jednu správnou odpověď.

- pivo víno
- destiláty – tzv. tvrdý alkohol jiný: _____

19. Chodíte pravidelně (1x za 2 roky) ke svému praktickému lékaři na preventivní prohlídky?

- ne ano

20. Vypište prosím alespoň dvě potraviny či výrobky, které podle Vás obsahují nejvíce vlákniny.

21. Myslíte si, že kolorektální karcinom postihuje pouze lidi starší 50 ti let??

- ano ne

22. Myslíte si, že jste dostatečně informován(a) o prevenci kolorektálního karcinomu?

- ano ne

23. Kde jste informace týkající se kolorektálního karcinomu a jeho prevence získal(a)?

Můžete zvolit více odpovědí.

- od lékaře, sestry či jiného zdravotnického pracovníka
 z rozhlasu , televize
 z informační brožury a letáků
 z internetu
 informace nemám

24. Trpíte vy či Vaši příbuzní (sestra, bratr, rodiče, prarodiče) nějakým onemocněním tlustého střeva? Pokud ano, uveďte prosím, jakým.

- ne ano, jakým: _____

25. Uveďte prosím alespoň 2 příznaky, kterými se podle Vás může karcinom tlustého střeva a konečníku projevat.

- střídání zácpy a průjmu vyrážka krev ve stolici
 poruchy močení bolest v zádech úbytek na váze

26. Byli byste/ Jste ochotni změnit svůj životní styl vzhledem k ovlivnitelným rizikovým faktorům, např. stravovacím návykům, kouření, konzumaci alkoholu?

- ano spíše ano ne spíše ne

27. Přečtěte si prosím následující tvrzení, a pokud se některá ztotožňují s Vaším názorem, označte je. Můžete zvolit více odpovědí.

- Chtěl(a) bych přestat kouřit
 Chtěl(a) bych snížit svou váhu
 Chtěl(a) bych omezit konzumaci alkoholu
 Chtěl(a) bych více sportovat
 Chtěl(a) bych se stravovat zdravěji

- Chtěl(a) bych se méně stresovat
- Chtěl(a) bych konzumovat více ovoce a zeleniny

Zdroj: vlastní

RAKOVINA TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU

**Myslíte si, že se Vás to netýká?
Myslíte si, že nejste ohroženi?**

MÝLÍTE SE!

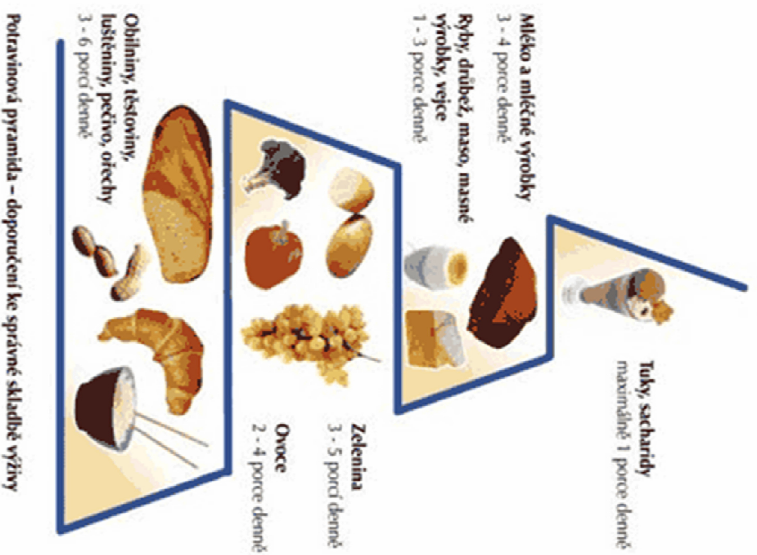
- Jste starší 50 let?
- Máte nadváhu?
- Stravujete se nezdravě?
- Kouříte?
- Pijete alkohol?
- Postihl kolorektální karcinom někoho z Vaší rodiny?
- Objevila se u Vás někdy krev ve stolici?
- Trpíte střídáním zácpy a průjmu?

**ŽÁDEJTE VYŠETŘENÍ STOLICE NA
OKULTNÍ KRVÁCENÍ NEBO
SCREENINGOVOU KOLONOSKOPII U
VAŠEHO LÉKAŘE**

NEZANEDBÁVEJTE PREVENCI!!

Evropský kodex proti rakovině

1. **Nekuřte! Pokud kouříte, přestaňte.**
2. **Vyvarujte se obezitě.**
3. **Denně vykonávejte nějakou tělesnou činnost.**
4. **Omezte živočišné tuky v potravě a jezte více ovoce a zeleniny.**
5. **Omezte konzumaci alkoholu.**
6. **Nevystavujte se nadměrnému slunečnímu záření.**
7. **Dodržujte bezpečnostní pravidla při styku s rakovinotvornými látkami.**
8. **Ženy od 25 let by se měly zapojit do skriningu děložního hrdla.**
9. **Ženy od 50 let by se měly zapojit do mamárního skriningu.**
10. **Ženy a muži od 50 let by se měli zapojit do skriningu tlustého střeva a konečníku.**
11. **Účastněte se očkovacích programů proti infekci způsobené virem hepatitidy B.**



Zdroje:
VYZULA, Rostislav a Jan ŽALOUDEK. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: vybrané kapitoly*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-807-3451-400.
<http://www.lpr.cz/index.php/evropsky-kodex>

Kolorektální karcinom



Simona Táborská

Víte, že...?

- kouření je odpovědné za 20% nádorů KRRK
- nadváha významně zvyšuje riziko vzniku KRRK
- denní konzumace červeného masa se významně podílí na vzniku KRRK
- omezením tuků v potravě o 50% snížíte riziko vzniku KRRK o polovinu
- KRRK postihuje nejčastěji osoby ve věku nad 50 let
- onemocní-li KRRK Váš přímý příbuzný, zvyšuje se Vaše šance na onemocnění 2x—6x

Kolorektální karcinom

- je zhoubný nádor tlustého střeva a konečníku
- celosvětově postihuje 1 000 000 lidí ročně
- z toho 500 000 na toto onemocnění ročně zemře
- ČR je celosvětově na 5. místě ve výskytu KRRK

Příznaky KRRK

- krev ve stolici
- střídání zácpy a průjmu
- nadýmání
- změny v pravidelnosti či frekvenci vyprazdňování stolice
- v pokročilých stádiích úbytek na váze, nechutenství, únava, zvýšená tělesná teplota