



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

**Změny ve stravovacích návycích u pacientů
s kolorektálním karcinomem**

Bakalářská práce

Autor: Zuzana Franková

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

2014



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

University of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Department of Health Education

**Changes in eating habits in patients
with colorectal cancer**

Bachelor Thesis

Author: Zuzana Franková

Study programme: Specialization in Education

Study of Programme: Health Education

Supervisor: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

2014

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Zuzana Franková

Název bakalářské práce: Změny ve stravovacích návycích u pacientů s kolorektálním karcinomem

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2014

Abstrakt:

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. První, teoretická část, obsahuje okruhy teoretických poznatků, stěžejních pro orientaci v problematice. Obsahuje anatomický a fyziologický přehled tlustého střeva a konečníku, problematiku kolorektálního karcinomu jako onemocnění od příčin vzniku, prvních příznaků až po léčbu. Stěžejním tématem práce je výživa ve vztahu k onkologii tlustého střeva a konečníku. Část práce je věnována kolorektálnímu screeningu.

Druhá, empirická část, se zabývá kvalitativním výzkumem. Celkem u šesti respondentů, kteří prodělali onemocnění kolorektálního karcinomu, je formou narativního rozhovoru zjišťováno, jakým způsobem choroba ovlivnila jejich stravovací návyky.

Snahou práce je podpořit pozitivní postoj společnosti k prevenci kolorektálního karcinomu a také umožnit veřejnosti nahlédnout do životních příběhů lidí po prodělaném onkologickém onemocnění tlustého střeva a konečníku.

Klíčová slova:

Tlusté střevo a konečník, stravovací návyky, výživa, kolorektální karcinom.

Abstract:

This Bachelor's thesis is divided into two parts. The first part, a theoretical one, describes theoretical knowledge which are essential for orientation in this issue. It includes anatomical and physiological summary of large intestine and rectum, the issue of colorectal cancer as a disease and it describes the cause of its origin, symptoms and a medical treatment. The thesis will examine eating habits in relation to the oncology of large intestine and rectum. A part of this thesis is devoted to the colorectal screening.

The second part, an empiric one, deals with qualitative research. There are six respondents who suffered a disease of colorectal cancer and they were interviewed in which way the disease influenced their eating habits.

The aim of this thesis is to support a positive approach of society for colorectal cancer prevention and also let the public look into lifestories of people who suffered an oncological disease of large intestine and rectum. Colon and rectum, eating habits, nutrition, colorectal cancer.

Keywords:

Colon and rectum, eating habits, nutrition, colorectal cancer

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, 20. dubna 2014

Zuzana Franková

Poděkování:

Děkuji Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a ochotu v průběhu zpracování mé bakalářské práce.

Obsah

I. Úvod.....	1
II. Teoretická část	2
1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva a konečnicku	2
1.1 Anatomie tlustého střeva a konečnicku	2
1.2 Fyziologie tlustého střeva a konečnicku	3
1.3 Imunitní obrana zažívacího systému	4
1.3.1 Mikroflóra tlustého střeva.....	5
2 Kolorektální karcinom	6
2.1 Definice	6
2.2 Výskyt	6
2.3 Etiologie	7
2.3.1 Faktory zevní:	7
2.3.2 Faktory vnitřní:	8
2.4 Klinický obraz	8
2.5 Diagnostika.....	9
2.5.1 Diagnostika kolorektálního karcinomu u symptomatických pacientů.....	10
2.6 Klasifikace zhoubných nádorů	10
2.7 Léčba	12
2.7.1 Kurativní léčba.....	12
2.7.2 Paliativní léčba.....	13
2.8 Dispenzarizace	14
3 Oblasti prevence a preventivní výživa ve vztahu k onkologii	14
3.1 Oblasti prevence	14
3.1.1 Primární prevence	14
3.1.2 Sekundární prevence.....	15
3.1.2.1 Kolorektální screening.....	15
3.2 Preventivní výživa ve vztahu k onkologii	17
3.3 Chemoprevence v onkologii	18
3.3.1 Složky potravy v prevenci onkologického onemocnění	18
3.3.1.1 Vláknina – polysacharid	18
3.3.1.2 Škrob – polysacharid	19
3.3.2 Mikronutrienty (kalcium, selen, vitamín A, E, C, kyselina listová).....	19
3.3.2.1 Kalcium.....	19
3.3.2.2 Selen	19
3.3.2.3 Vitamín A, prekurzory vitamínu A.....	20
3.3.2.4 Vitamín E.....	20
3.3.2.5 Vitamin C.....	20
3.3.2.6 Kyselina listová	21
3.3.3 Fytochemické látky, Fyto-sloučeniny.....	21
4 Výživa onkologicky nemocného.....	21

4.1	Důvody poruchy příjmu stravy	22
4.2	Nádorová malnutrice (podvýživa).....	22
4.3	Všeobecné zásady, dietní rady u onkologicky nemocných.....	23
III. Empirická část		24
1	Cíl práce a výzkumné otázky	24
1.1	Cíl práce	24
1.2	Výzkumné otázky.....	24
2	Metodika.....	25
2.1	Charakteristika výzkumného souboru	26
2.2	Proces sběru dat.....	26
3	Výsledky.....	27
3.1	Analýza a interpretace rozhovorů	27
3.1.1	Narativní rozhovor 1	28
3.1.2	Narativní rozhovor 2	32
3.1.3	Narativní rozhovor 3	36
3.1.4	Narativní rozhovor 4.....	40
3.1.5	Narativní rozhovor 5	43
3.1.6	Narativní rozhovor 6.....	47
IV. Diskuze.....		51
V. Závěr.....		55
VI. Seznam literatury a pramenů		56

I. Úvod

Téma, jemuž jsem se rozhodla věnovat v mé bakalářské práci, není z těch optimistických a krásných, kterým bychom se rádi oddávali v diskuzích. Patří mezi témata, kterým se asi raději vyhneme, pokud máme možnost tuto variantu zvolit. Přesto se s ním setkáváme velmi často. Už jeho název „Změny ve stravovacích návycích u pacientů s kolorektálním karcinomem“ signalizuje nemalé množství otázek a odpovědí. Je motivem mnohé vydané literatury z různých oborů medicíny, ale hlavně zasahuje do vědomí a podvědomí každého z nás.

Výskytem nádorových onemocnění obecně, a zejména pak rakovinou tlustého střeva a konečníku, obsazujeme prvenství v celosvětových tabulkách. Téměř každý třetí občan naší republiky se stane v průběhu života onkologickým pacientem nebo nádorové onemocnění postihne někoho z jeho rodiny či přátel. Známe jednotlivé složky prevence, nabízí se velmi pokročilé možnosti v diagnostice a v léčbě, a přesto mnoho pacientů na rakovinu střev a konečníku stále umírá. Hlavní roli v této problematice hraje čas. Polovina nádorových onemocnění je zjištěna až v pokročilém, těžce léčitelném stadiu. Tehdy vzniká pro člověka problém. O tom, zda si jej uvědomí, zda přistoupí včas k jeho řešení a zda bude řešení úspěšné a přínosné, rozhoduje mnoho faktorů.

Výživa je jedním z těchto faktorů. Vliv výživy na naše zdraví nezpochybňujeme, a přesto se mnohdy dopouštíme řady stravovacích zlovyků, které v kombinaci s dalšími rizikovými faktory mohou být příčinou vzniku onkologických onemocnění. Zejména problematika kolorektálního karcinomu úzce souvisí s naší stravou. Nejen z uvědomění si těchto závažných a často opomíjených souvislostí vyplynulo téma pro mou bakalářskou práci.

Výběr tématu ovlivnilo i mé profesní zaměření. Jako zdravotní sestra v oboru gastroenterologie považuji za přínosné nahlédnout do životních příběhů pacientů a poznat, jak těžké je pro ně přijmout existenci závažné nemoci.

II. Teoretická část

1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva a konečníku

1.1 Anatomie tlustého střeva a konečníku

Tlusté střevo (*intestinum crassum, colon*) je poslední a konečná část trávicí trubice, která je asi 1,5 m dlouhá. Průměr tlustého střeva je od 7,5 cm do 4 cm, kdy největší průměr je v oblasti slepého střeva a nejmenší v esovité kličce.

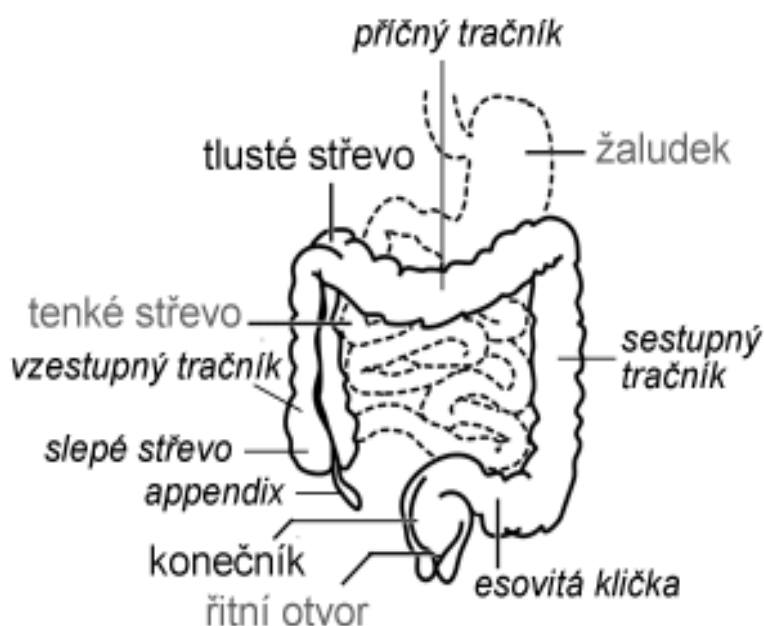
Skládá se ze třech hlavních oddílů:

Slepé střevo (*coecum*), je uloženo v pravé jámě kyčelní. Jeho součástí je červovitý přívěsek (*apendix vermiformis*). Stálou polohu má pouze jeho začátek, který se promítá na přední stěnu břišní k McBurneyovovu bodu. Zmiňovaný bod leží na spojnici pupku a pravého předního trnu kyčelního, asi 6 cm od pravého předního trnu. Délka červovitého přívěsku je okolo 7 až 12 cm, jeho poloha je značně variabilní. Nejčastěji zasahuje do malé pánve, ale může směřovat i k játrům. Jeho průsvit je velmi úzký, neboť sliznice a podslizniční vazivo obsahuje velké množství lymfatické tkáně. Touto stavbou připomíná krční mandli, má podobné funkce a stejně snadno se zanítí (Dylevský, 2000).

Tračník (*colon*), jehož součástí je vzestupný tračník (*colon ascendens*), probíhá podél pravého obvodu dutiny břišní. Příčný tračník (*colon transversum*), kříží dutinu břišní zprava doleva. Sestupný tračník (*colon descendens*), probíhá podél levé stěny dutiny břišní dolů do levé jámy kyčelní. Zde esovitou kličkou (*colon sigmoideum*) vstupuje do pánve (Burnie, 1996).

Konečník (*rektum*) je posledním 10 až 12 cm dlouhým úsekem tlustého střeva. Probíhá před křížovou kostí a ústí na povrch těla řitním (*análním*) otvorem. V jeho ampulovitě rozšířené části se hromadí stolice. V konečníku jsou dva svěrače vnitřní, tvořené hladkou svalovinou čili vůlí neovladatelný (*m. sphincter ani internus*) a zevní, tvořené příčně pruhovanou svalovinou (*m. sphincter ani externus*), vůlí ovladatelný (Křivánková a kol., 2009).

Obr. č. 1. Schematický nákres tlustého střeva a okolních orgánů.



Zdroj: www.Kolorektum.cz

Stěna tlustého střeva je poměrně tenká. Redukována je především její svalová vrstva, a to jak podélná, tak i cirkulární. Tato redukce se projevuje výduťmi stěny tzv. haustrací. Stěna tlustého střeva se skládá ze čtyř vrstev, které jsou charakteristické pro trávicí trubici. První vrstvu tvoří sliznice (*mucosa*). Vystylá vnitřní povrch trávicí trubice, je bledá, žlutavá a nemá klky. Je kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem a má četné žlázy. Sliznice po celé délce trávicího ústrojí obsahuje buňky produkující velké množství hlenu (*mucinu*), jež chrání vnitřní povrch trávicí trubice. Druhou vrstvu tvoří podslizniční vazivo (*submukosa*), které je řídké a obsahuje cévní a nervovou pletěň. Třetí vrstvou je svalovina (*muscularis*), která má vnitřní cirkulární vrstvu zodpovídající za pohyby trávicí trubice a zevní *longitudinální* vrstvu umožňující střevní peristaltiku. Nahromadění cirkulárních snopců je považováno za funkční sfinktery, které regulují pasáž střevem. Čtvrtá vrstva je tvořena hladkou a lesklou blánou – peritoneem (Čihák, 2002; Dylevský, 2000).

1.2 Fyziologie tlustého střeva a konečníku

Vstřebávání vody, nízkomolekulárních iontů a hodnotných živin. Sodné ionty aktivně prostupují ze střeva do krve. Tímto aktivním transportem vznikají osmotické gradienty, na

jejichž základě se voda vstřebává. Nejvíce vody se absorbuje v úseku vzestupného tračníku. Čím více vody v trávenině přichází z tenkého střeva, tím rychlejší je posun střevního obsahu, následně řidší stolice a naopak. Dále se v tlustém střevě vstřebávají plyny (nejrychleji oxid uhličitý), částečně glukóza, vitamíny a další látky. Další z funkcí tlustého střeva je skladování nestravitelných zbytků potravy. V tlustém střevě pobývá trávenina 8 - 12 hodin. K zahuštěnému obsahu se přidává hlen, který slepí nestrávené zbytky potravy. Posouvání střevního obsahu je závislé na kývavých pohybech, jež mísí střevní náplň a peristaltických vlnách, které střevní obsah posouvají. Ty probíhají jen několikrát za den zejména po naplnění žaludku novým jídlem. Motilita tlustého střeva je zprostředkována vzruchy přiváděnými parasympatickými nervovými vlákny. Vlastní vyprázdnění neboli defekace je reflexní děj opakující se v intervalech přibližně za 18 - 48 hodin. Nahromaděním stolice v konečníku se zvýší tlak a napětí stěny vyvolá pocit nucení na stolicí. Svěrač je ovládán vůlí, pouze však jen do určité hodnoty tlaku v konečníku. Množství stolice závisí na množství přijímané potravy. Pohybuje se obvykle od 150 – 300 gramů. Obsahuje zhruba 25 % sušiny, z níž téměř polovina jsou nestrávené zbytky potravy, bakterie, odloupaný střevní epitel a anorganické látky (Čihák, 2002; Machová, 2002).

1.3 Imunitní obrana zažívacího systému

Důležitou funkcí kompletně celého trávicího systému je **imunitní obrana organismu**. Trávicí trakt představuje tu část organismu, která nejvíce přichází do styku s látkami ze zevního prostředí. Musí čelit toxinům, antigenům a alergenům z potravy, bakteriím a virům, které vstupují potravou či jsou součástí střevní flóry. K imunitnímu systému trávicího traktu se řadí lymfatická tkáň, plazmatické buňky (hlavně ve stěně tenkého střeva) a také lymfatické uzliny (Dylevský, 2000). *Základní podmínky obrany proti antigenům jsou neporušená sliznice trávicího traktu. K ní přistupují hlen, lysozomy, fagocyty, pH prostředí a různé humorální faktory. Tyto mechanické, humorální, buněčné, imunitní a neimunitní ochranné faktory střevní sliznice jsou nazývány **slizniční bariéra*** (Lukáš, 2005, str. 39).

1.3.1 Mikroflóra tlustého střeva

Ve střevě se nachází velké množství bakterií, které osidlují jeho povrch. K osídlení střevní sliznice bakteriemi dochází záhy po narození. Numericky se jedná o 10¹⁰ – 10¹² mikroorganismů v 1 ml, které tvoří asi 500 druhů, patřících přibližně do 40 rodů (Čihák, 2002).

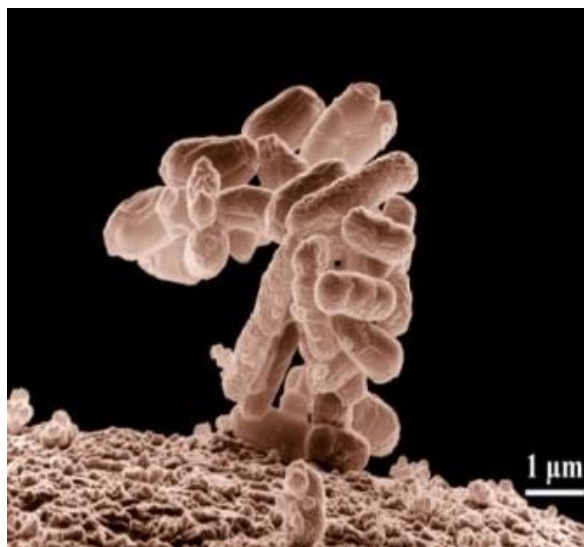
Vcelku střevní mikroflóra tvoří 1/3 obsahu tlustého střeva. Naprostou většinu tvoří bakterie anaerobní, zejména zástupci rodu *Bacteroides*. Pouze 1 % připadá na aerobní typ bakterií, jejichž zástupce je např. *Escherichia coli*. Vzhledem k účinku je možné rozdělit bakterie do dvou skupin (Kittnar, 2011).

Bakterie kvasné štěpí malé množství nestravitelných látek jako je např. pektin či celulóza. Výslednými produkty jsou kyselina mléčná, alkohol, mastné kyseliny, CO₂ a metan. Vzniklé kyseliny snižují pH střevního obsahu a zabraňují tak hnilobným reakcím. Všechny plynné látky zvětšují objem tračníku a aktivují jeho motilitu. Mastné kyseliny s krátkým řetězcem jsou vstřebávány a slouží jako zdroj energie pro růst epitelu tlustého střeva.

Bakterie hnilobné jsou látky z aminokyselin uvolněných trávením bílkovin. Nazývají se „mrtvolné jedy“ (sirovodík, indol, amoniak, methan). Tyto látky jsou u zdravého člověka vychytávány a detoxikovány játry (Machová, 2002).

Všechny mikroorganismy dohromady vytvářejí ucelený rovnovážný systém. Nárazové změny stravovacích návyků tento vyvážený poměr změny a převládne jiný druh mikrobů, jemuž zbylé části potravy vyhovují lépe. Obecně nastanou zdravotní potíže dyspeptického (trávicího) typu (poruchy vyprazdňování, průjem, zácpa, nadýmání, zvýšená plynatost). V případě převahy kvasných pochodů se musí omezit potrava s vysokým obsahem celulosy. A v případě převahy hnilobných pochodů omezit stravu obsahující bílkoviny. Pozitivní účinek střevní mikroflóry lze spatřit ve struktuře těl bakterií. Vnější membrána buněčných těl je složena z hydrofóbních látek (lipid A, fosfolipid, lipoprotein), které jsou schopny na sebe navázat některé škodlivé látky. Tímto spojením zabraňují kontaktu se střevní sliznicí a průniku cizorodých agens. (Kittnar, 2011; Čihák, 2002)

Obr. č. 2. Kolonie Escherichia coli při 10 000 násobném zvětšení elektronovým mikroskopem



Zdroj: www.Wikipedia.cz

2 Kolorektální karcinom

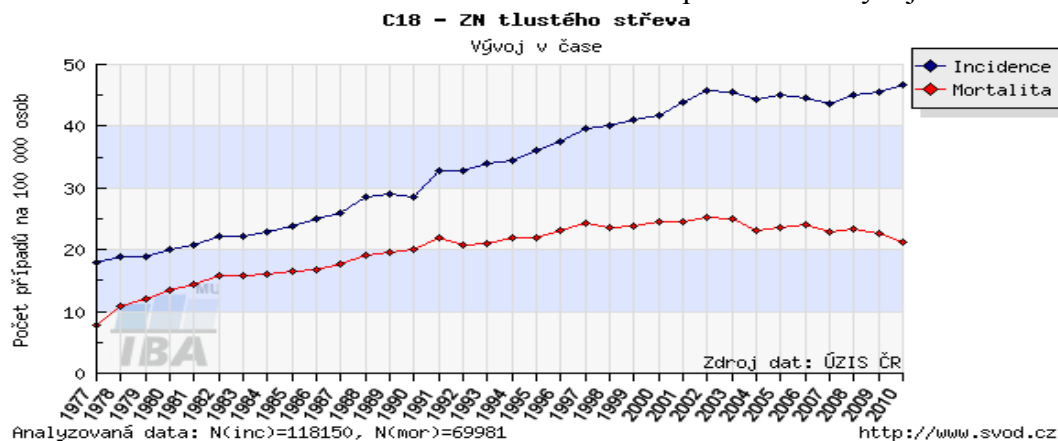
2.1 Definice

Kolorektální karcinom je zhoubný (*maligní*) nádor, který vychází z buněk vystylajících tlusté střevo či konečník. Naprostou většinu nádorů tlustého střeva tvoří adenokarcinomy, tedy nádory žláзовého původu. Vzácněji se mohou vyskytnout i jiné malignity jako je lymfom nebo karcinoid. Rakovina tlustého střeva a konečníku má mnoho společného, což vyskytuje i samotný název „*kolorektální karcinom*“. Jsou mezi nimi ovšem velké rozdíly a odlišnosti, především v přístupu k léčbě (Lukáš a kol., 2005).

2.2 Výskyt

Kolorektální karcinom je jednou z nejčastějších onkologických diagnóz. Navíc jeho incidence (počet nově vzniklých) setrvale narůstá. Z celkových epidemiologických charakteristik kolorektálního karcinomu ve světě a v Evropě zřetelně vyplývá, že česká populace patří mezi nejzatíženější. V incidenci zhoubných nádorů kolorekta stojí česká populace mužů ve světě i v Evropě na 3. místě, u žen obsazujeme místo 15. Nejvyšší hodnoty incidence i následné mortality (úmrtnosti) v celosvětovém měřítku vykazují státy střední a západní Evropy. Česká republika sdílí první tři nejvyšší hodnoty incidence společně s Maďarskem a Slovenskem. V České republice každoročně onemocní asi 7800 osob. Zprostředkovanou zkušenost s rakovinou tlustého střeva a konečníku mají téměř čtyři lidé z deseti (Kolorektum, 2012, online).

Obr. č. 3. Incidence a mortalita kolorektálního karcinomu pro ČR – vývoj v čase.



Zdroj: www.svod.cz

2.3 Etiologie

U většiny nemocných je přesná příčina vzniku kolorektálního karcinomu neznámá. Existuje však celá řada okolních faktorů souvisejících se vznikem kolorektálního karcinomu. Rozdíly ve výskytu kolorektálního karcinomu v různých oblastech světa naznačují význam zevních, především nutričních faktorů na vznik onemocnění. Častější výskyt v některých rodinách dokazuje souvislost s genetickými vlivy. Celkově souhrn příčin je tedy podmíněn interakcí zevních a vnitřních faktorů. (Holubec, 2004)

2.3.1 Faktory zevní:

Míra jakou zevní faktory přispívají ke vzniku maligních chorob, není zanedbatelná. Je nutné tyto zevní příčiny brát vážně a snažit se je co nejvíce minimalizovat.

Složení potravy jednoznačně negativní vliv má nadměrný příjem tuků, červeného masa a uzenin. Riziko se také zvyšuje u častých úprav masa, jako jsou smažení a pečení. Nepřiměřeně vysoký kalorický příjem spojený s obezitou. Velmi rizikovým faktorem je omezený příjem vlákniny v zelenině, ovoci, celozrnném pečivu a luštěninách.

Kouření a alkohol podobně jako řada jiných nádorů i kolorektální karcinom souvisí s nikotinismem a negativními účinky nadměrného požívání alkoholu. Riziko se zvyšuje s celkovou délkou kouření a pití alkoholu.

Životní styl zahrnuje celkový přístup k vlastnímu zdraví. Nejvíce rizikových faktorů v sobě nesou kombinace výše zmíněných zlovyků. Kouření, nevhodná strava, alkohol,

stres, snížená fyzická aktivita, obezita působí na nádorové choroby jako živná půda (Vorlíček a kol., 2006).

2.3.2 Faktory vnitřní:

Dědičné predispozice

Velká část nádorových onemocnění má genetický podklad, který se projevuje jistým předpokladem k určitému typu nádoru. V průběhu celého života se toto tvrzení nemusí projevit. Často se tak ale stane zejména v situaci, kdy se s tímto genetickým podkladem zkombinují rizikové faktory. Vyšší riziko případného výskytu kolorektálního karcinomu je přítomnost této maligní diagnózy v pokrevním příbuzenstvu 1. stupně (rodiče – děti, sourozenci). Pokud se nádorové onemocnění v rodině objevuje už v několika generacích, jedná se o tzv. „nádorové rodiny“. V těchto případech je bohužel popisován komplikovanější průběh onemocnění a léčby. Je tedy zřejmé, že rodinná anamnéza hraje velkou roli v souvislosti s kolorektálním karcinomem. V případech, kdy jsou podezření na dědičná rizika, lze provést genetické vyšetření, které objasní, zda jsou přítomny charakteristické mutace některých genů.

Věk

Kolorektální karcinom vzniká většinou ve věku nad 50 let, výjimkou ale nejsou lidé mladší věkové kategorie. Studie z posledních dob dokazují, že po 35. roce života je strmější vzestup výskytu zhoubných nádorů střev a konečníku a významně častější pozitivní rodinná anamnéza.

Ostatní nezhoubná onemocnění tlustého střeva a konečníku

Dalšími rizikovými faktory pro vznik kolorektálního karcinomu jsou např. chronická střevní zánětlivá onemocnění, jako je zejména ulcerózní kolitida nebo Crohnova choroba. Také některé druhy střevních polypů (výrůstků). Ty se vlivem zanedbání a dlouhé doby pobytu ve střevě mohou přeměnit na karcinom. Je proto zejména vhodná prevence a včasné odstranění těchto *prekanceróz* (Lukáš a kol., 2005; Holubec, 2004).

2.4 Klinický obraz

V časných stádiích, kdy je nádor velmi malý a omezený na sliznici, je šance na úplné vyléčení největší. Bohužel je většina pacientů v této době zcela bez potíží (Kala, 2008, online).

Ani v pozdějších stádiích choroby nebývají potíže nějak typické nebo příliš nápadné. Nejtypičtější příznak bývá přítomnost krve ve stolici. Tato skutečnost je ovšem často podceňována. Krvácení se často přisuzuje přítomným hemoroidálním uzlům či řitním trhlinám. Dále se klinický obraz liší především dle lokalizace nádoru v různých částech tlustého střeva.

Při lokalizaci karcinomu v pravé polovině tlustého střeva převládají symptomy (příznaky) z chronických krevních ztrát. Proto nejvíce pravděpodobným a mnohdy i jediným příznakem je náhodně zjištěná či klinicky symptomatická sideropenní anémie (chudokrevnost z nedostatku železa u opakovaných, drobných krvácení). Viditelná příměs krve ve stolici v orálnějších partiích tlustého střeva nebývá, je možnost krvácení odhalit testem na okultní (skryté) krvácení. Také poruchy pasáže nejsou typické pro nádor v pravé polovině tračnicku. Obstrukce neboli uzavření nádorovou překážkou je známkou již pokročilého stavu onemocnění.

Malignita v levé oblasti tračnicku dominuje náhlými změnami vyprazdňovacího rytmu. Po několika denní zácpě následuje častý odchod průjmových stolic někdy i s krví či hleny. Bývají i neurčité zažívací potíže, břišní dyskomfort, tlaky, nadýmání a v pokročilém stádiu i hmatný útvar v místě tumorózní masy.

V hluboce pokročilých stádiích onemocnění střevním karcinomem nemusí být přítomen žádný ze symptomatologických příznaků. Pacienta k lékaři přivedou až povšechné příznaky nádorového onemocnění s převahujícím váhovým úbytkem až kachexií (vyhublost, celková sešlost organismu), celková únava, slabost, nechutenství, anémie (Lukáš a kol., 2005; Kala, 2008, online).

2.5 Diagnostika

V diagnostice musíme rozlišit následující situace:

1. Vyšetření nemocných s jistými klinickými příznaky a podezřením na kolorektální karcinom.
2. Screeningové vyšetření, které je definováno jako vyšetření asymptomatických (bezpříznakových) osob na přítomnost nádoru ve střevě. (Lukáš a kol., 2005)

2.5.1 Diagnostika kolorektálního karcinomu u symptomatických pacientů

Ke správné diagnostice kolorektálního karcinomu se používá celá škála vyšetřovacích metod. Vyšetřování nemocných by mělo být zahájeno pečlivě odebranou anamnézou, včetně rodinné anamnézy se zaměřením na výskyt kolorektálního nádoru či jiné *malignity* v příbuzenstvu. Následuje fyzikální vyšetření (pohled, poslech, poklep, pohmat), včetně vyšetření per rectum digitálně (vyšetření konečníku prstem). Odběr základní laboratoře jako je krevní obraz a biochemické vyšetření krve. Následuje nutnost vizuálního vyšetření tlustého střeva. K těmto účelům slouží endoskopická metoda, jež umožňuje prohlédnutí vnitřních tělesných dutin tzv. „*koloskopie*“. Koloskopické vyšetření nám zajistí vizuální posouzení nálezu (velikost nádoru, vzhled, stupeň obstrukce střevního lumen neboli vnitřního průsvitu střeva. Provádí se na předem pečlivě vyprázdněném střevě. Tuto přípravu zajistí pitná kúra projímavých solí a tekutin. V případě nalezení nádoru, se v průběhu koloskopie odeberou bioptické vzorky tkání k histologickému vyšetření. Histologické vyšetření zde hraje velkou roli. Kromě toho, že potvrdí či vyvrátí malignitu buněk, nás informuje o přesné lokalizaci a rozsahu postižení. Pro přesné a jednotné zařazení existuje klasifikace hodnocení nádorů.

U diagnózy *maligní kolorektální karcinom* je nutné ještě doplnit vyšetření o ultrazvuk břicha, CT břicha a pánve, RTG plic. Těmito speciálními vyšetřovacími metodami vylučujeme postižení regionálních mízních uzlin a pátráme po metastázách - dceřinných nádorech (Šváb, 2000)

2.6 Klasifikace zhoubných nádorů

Nádory klasifikujeme nejčastěji podle tří jejich vlastností označovaných anglickými slovíčky typing [tajping], staging [stejdžing] a grading [grejding].

Typing

Popisuje typ tkáně, ze které nádor vychází (např. nádor vycházející ze sliznice tlustého střeva z určitého typu buněk). Je určen na základě histologického vyšetření vzorku nádorové hmoty. Jsou známy i případy, že jsou v těle nalezeny metastázy a nikdo není schopen zjistit, kde a jaký původ má nádor.

Grading

Udává vyzrállost nádoru. Čím vyšší má nádor grading, tím méně je podobný tkáni, ze které vychází, a je zhoubnější. Grading určí z histologického a cytologického vyšetření vzorku nádoru.

Klasifikace Grading: GX: Grading nemůže být stanoven

G1: Grading Dobře diferencované tumory

G2: Grading Středně diferencované tumory

G3: Málo diferencované tumory

G4: Nediferencované tumory

Staging

Udává pokročilost nádorového procesu v těle. U klasických nádorů nikoliv leukémií se používá tzv. TNM klasifikace. Doposud je známo i mnoho jiných stagingových systémů, ale žádný z nich není zcela dostačující. Již před 60 lety vznikla nejrozšířenější Dukesova klasifikace. Pro praxi je ale přijat zmiňovaný TNM systém.

Klasifikace Staging:

- Stupeň penetrace (proniknutí) střevní stěnou
- Stupeň postižení regionálních mízních uzlin
- Přítomnost a nepřítomnost vzdálených metastáz (dceřiných nádorů)

TNM klasifikace

Písmeno „T“ znamená „Tumor“ a udává rozsah primárního nádoru (velikost, zda prorůstá a kam). Čím je rozsah nádoru větší, tím vyšší číslo se k písmenu T přiřadí. Maximální údaj je T4. Číslo 0 znamená nepřítomnost nádoru.

Písmeno „N“ znamená „Node“ a určuje, zda a jak moc jsou postiženy metastázami místní lymfatické uzliny. Čím vyšší číslo, tím mohutnější postižení uzlin. Číslo 0 znamená, že v uzlinách nebyl nádor nalezen.

Písmeno „M“ určuje, zda jsou přítomné vzdálené metastázy v játrech, mozku, kostech apod. Hodnota M nabývá hodnoty buď 0 (metastázy nepřítomny) nebo 1 (metastázy přítomny).

Například o nádoru s TNM – T2N0M1 - můžeme konstatovat, že byl nalezen primární nádor o velikosti (T2), místní uzliny nejsou nádorem zasaženy (N0), ale je někde přítomna vzdálená metastáza či metastázy (M1).

Na základě všech získaných údajů z vyšetření je velmi důležité správné zařazení do klasifikačních parametrů. Na tomto širokém komplexu se podílí multidisciplinární tým odborníků, tj. onkolog, onkochirurg, radioterapeut, gastroenterolog, patolog. Teprve na základě všech těchto informací může být pacientovi nabídnuta vhodná léčebná metoda (Sobin, 2011)

2.7 Léčba

V terapii nádorů se zpravidla rozlišují léčebné záměry. Nejvíce směřodaté jsou pokročilost maligního nádoru a celkový stav nemocného.

Léčebné záměry:

- **Kurativní**, kdy je cílem pacienta zcela vyléčit.
- **Paliativní**, který má za úkol nemocného zbavit projevů onemocnění a zastavit nebo zpomalit růst nádoru.
- **Symptomatický**, kdy je nemocný v takovém stavu, že není naděje ani na vyléčení, ani na zastavení postupu onemocnění. Základem lékařské péče je snaha o udržení kvality života. Především je tišena případná bolest a jsou řešeny komplikace růstu nádoru (Sláma a Vorlíček, 2011, online).

2.7.1 Kurativní léčba

Zde je snahou nádorové onemocnění vyléčit, bohužel ne vždy je to možné. Nyní existují 3 základní formy léčby – chirurgie, chemoterapie a ozařování (radioterapie). Kromě těchto tří forem se také prosazuje hormonální terapie a stále více se do popředí zájmu dostává biologická léčba.

Chirurgická léčba

U drtivé většiny nádorů je indikován chirurgický zákrok. Patří do součásti komplexní péče o onkologicky nemocné. Princip spočívá v odstranění nádoru a jisté okolní zdravé tkáně. Patolog následně vyšetřuje okraje odebrané tkáně a zjišťuje, zda byl nádor skutečně odstraněn celý. Chirurgie má význam pouze v případě, že nejsou přítomny vzdálené metastázy. Jsou-li metastázy přítomny, indikuje se chirurgický zákrok spíše paliativně.

Chemoterapie je základem léčby generalizovaných nádorových onemocnění. Často bývá doplňkem chirurgické léčby (operačně se odstraní nádor a chemoterapií se zneškodní mikrometastázy, které žádnými zobrazovacími metodami nevidíme, ale předpokládáme jejich existenci). U krevních nádorů jako jsou lymfomy a leukémie je chemoterapie léčbou první volby. Podstata chemoterapie spočívá v podání do organismu relativně toxické sloučeniny, která poškozují všechny buňky. Přičemž obnova zdravých buněk je rychlejší než regenerace nádorových buněk. Opakováním cyklů podávané chemoterapie dochází k poklesu nádorových buněk, zatímco zdravé tkáně je konstantní množství.

Ozařování se nejčastěji kombinuje s jinou léčebnou metodou (chirurgie, chemoterapie). Ozařování zaměřujeme na konkrétní oblast těla.

Biologická léčba se stále více využívá v léčbě nádorových onemocnění. Funguje na více principech. V zásadě je důsledkem rostoucích vědomostí o fyziologických a patologických dějů v lidském těle. Léčiva biologické terapie jsou speciální sloučeniny, jež různými způsoby stimulují pochody v našem těle v náš prospěch.

Některé látky například blokují schopnost nádorů vyrábět si krevní cévy a tak je připravují o dodávku živin, jiné léky blokují přenos signálů v nádorové buňce, čímž jí brání se dělit a tak bychom mohli pokračovat (Abrahámová a kol., 2001; Sláma a Vorlíček, 2011, online).

2.7.2 Paliativní léčba

Jedním z cílů paliativní léčby je zmírnění potíží, které zhoubné onemocnění působí. Definice dle světové zdravotnické organizace z roku 2002 zní: *Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží* (Radbruch a kol., 2010, online). Možnosti paliativní léčby jsou pestré. Patří sem symptomatická terapie, kdy hlavní záměr je směřován na obtíže nemocného nikoliv vyvolávající příčinu. Jde zejména o léčbu bolesti, zajištění nutričních a hydratačních potřeb. Poměrně časté jsou paliativním zákrokem chirurgické a endoskopické výkony. Konkrétní příklad z gastroenterologické sekce u pacientů s kolorektálním karcinomem je odstranění krátkého úseku střeva, které je významně zúženo či plně uzavřeno. Vnímáme to

totiž jako paliativní léčbu z krátkodobého pohledu život zachraňující zákrok. Pacienta to plně nevyléčí, ale bude jeho život mnohem kvalitnější (Vorlíček a kol., 2004).

2.8 Dispenzarizace

Bohužel nikdy nelze s jistotou zajistit, že se nádorové onemocnění nevrátí. Kvalitně zvolenou léčbou lze toto riziko pouze výrazně omezit. Po ukončení protinádorové léčby je nutné, aby byl pacient pravidelně kontrolován – dispenzarizován. Onemocnění se může navrátit v podobě místní recidivy, to znamená, že nádor vznikne znovu v oblasti, kde byl původně. Nebo v podobě vzdálené metastázy. Znamením návratu nemoci může být laboratorní vzestup nádorových markerů (znaků, typické pro nádorové buňky). Další schémata vyšetření jako jsou koloskopie, ultrazvuk, rentgen aj. určuje onkolog. S postupujícím časem od ukončení onkologické léčby se riziko návratu snižuje, tím se prodlužují intervaly pravidelných kontrol (Holubec, 2004).

3 Oblasti prevence a preventivní výživa ve vztahu k onkologii

3.1 Oblasti prevence

Vzhledem, k prvenství výskytu nádorového onemocnění tlustého střeva právě v naší republice, by se zdálo, že o něm musíme vědět téměř vše. Bohužel, o drtivou většinu chorob se začneme zajímat až v momentě, kdy nás reálně ohrožují. Přitom právě znalosti, informovanost a důkladnost z nich vyplývající nám může pomoci se nádorovému onemocnění vyhnout. Pojem prevence (předcházení) má dalekosáhlý význam.

Rozlišujeme prevenci primárního a sekundárního typu.

3.1.1 Primární prevence

Primární prevence si klade za cíl pokles výskytu zhoubných onemocnění. Z mezinárodních studií vyplývá pozitivní poznatek, že většině nádorů tlustého střeva a konečníku lze účinnou prevencí předejít. Základní atribut primární prevence je eliminace rizikových faktorů, které mají přímý a prokazatelný vliv na vznik zhoubných nádorů. Jedná se především o aspekty nesprávně vedeného životního stylu a negativní vlivy životního prostředí:

- nadváha a obezita,
- malá konzumace čerstvého ovoce a zeleniny,
- nedostatek pohybu,

- kouření,
- alkohol,
- znečištění vzduchu ve městech,
- přítomnost kouře ze spalování pevných paliv v domácnosti,
- UV, ionizující záření, rakovinotvorné chemikálie (Komárek a kol., 1999; Jablonská, 2000).

I přes velké množství informačních zdrojů o zdravém životním stylu nemáme uspokojivé výsledky v mezinárodních studiích. Profesor Dušek uvádí ve své publikaci o kolorektální prevenci tyto údaje. *V mezinárodních statistikách vycházíme jako populace s vysokou prevalencí obezity včetně dětí, vysokým paradoxně narůstajícím podílem kuřáků a s jednou z nejvyšších spotřeb alkoholu na hlavu v Evropě* (Dušek a kol., 2012, str. 6).

3.1.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence je zaměřena na záchyt maligních (zhoubných) onemocnění, ve stadiu které je dobře léčitelné a mnohdy plně vyléčitelné. Základ sekundární prevence spočívá v aktivním vyhledávání nádorových onemocnění plošně v celé populaci, kdy lidé ještě nemají potíže ani příznaky v souvislosti s onemocněním. V případě rakoviny tlustého střeva a konečníku se jedná o tzv. kolorektální *screening* (Žaloudík, 2008).

3.1.2.1 Kolorektální screening

Cílem kolorektálního screeningu je snížit *morbidity* (nemocnost) i *mortality* (úmrtnost). Hlavním přínosem tohoto plošného testování je zlepšení prognózy onemocnění (předpověď průběhu a zakončení nemoci), možnost méně radikální a přitom účinnější léčby a následné plnohodnotné uzdravení (Komárek, a kol., 1999; Žaloudík, 2008).

Sekundární prevence kolorektálního karcinomu zahrnuje dva druhy programů. První je cíleně zaměřen na aktivní vyhledávání (depistáž) bezpříznakové (asymptomatické) populace ve věku nad 50 let. Vychází z faktů, že věk je rizikový faktor sporadického kolorektálního karcinomu. Druhou skupinu tvoří jedinci s pozitivní osobní či rodinnou anamnézou. Představují tak vysokorizikové skupiny pro kolorektální karcinom. U této skupiny ohrožených jedinců jsou vypracovány jednotlivé preventivní programy, kdy způsoby vyšetřování se přizpůsobí míře rizik (Jablonská, 2000).

Postup screeningového programu je možno rozdělit do dvou kategorií dle věkových skupin vyšetřovaných jedinců.

- *Lidé ve věku 50-54 let by si měli jednou ročně udělat test okultního krvácení do stolice (TOKS). Tento test je běžně k dostání u praktických lékařů a jeho provedení je zcela nenáročné.*
- *Lidé starší 55 let mohou buď pokračovat v pravidelných testech okultního krvácení do stolice (doporučováno jednou za dva roky) nebo se mohou rozhodnout pro primární screeningovou kolonoskopii, kterou postačí provést jednou za deset let (Dušek a kol., 2014, online).*

Asymptomatictí jedinci ve věku 50 - 54 let

Vyšetření stolice na skryté krvácení spočívá v tom, že velká část kolorektálních karcinomů, ztrácí již v asymptomatickém období malé množství krve. A právě tuto malou krevní ztrátu test detekuje.

Test na okultní krvácení do stolice (TOKS) se provádí po domluvě s praktickým lékařem nebo ženy ho mohou získat i u svého gynekologa. Testují se 3 po sobě následující stolice vždy po dvou vzorcích. Stolice se odebírá přiloženou lopatkou a vždy z různých míst. Týden před samotným provedením testu je nutné vynechat některé léky obsahující železo, vitamin C a také některé druhy potravin jako jsou červené nebo syrové maso, červená řepa, meloun špenát aby nebyl výsledek testu zkreslen. Zhotovený test se přinese zpět k lékaři, který jej vyhodnotí. V případě negativního výsledku se za dobu jednoho roku vyšetření TOKS zopakuje. *Pozitivní výsledek testu neznamena, že máte rakovinu tlustého střeva. Pro určení této diagnózy jsou potřeba ještě další vyšetření (Zavoral, 2014, online).*

Doplň se tzv. screeningová koloskopie. Jedná se o vyšetření dolní části trávicího traktu. Zejména konečníku, tlustého střeva a koncovou část tenkého střeva. Vyšetření se provádí ohebným endoskopickým přístrojem s kamerovým systémem. Pro pacienta tento výkon vyžaduje značnou dietní přípravu. Celý týden před výkonem vyřadí z jídelníčku vše, co obsahuje hodně železa, slupky, zrníčka, pecičky, jadřince. Z důvodu zanesení optického kanálu a horší přehlednosti ve střevě. Den před výkonem se pije projímavý roztok, aby bylo střevo důkladně vyprázdněné. Vyšetření se zahajuje aplikací nitrožilní analgesie (léky proti bolesti a na celkové zklidnění). Pacient zaujme polohu na levém boku

s pokrčenými koleny. Koloskopické vyšetření je poměrně technicky náročné. Každý ho snáší individuálně. Většina bolestivých reakcí je důvodem složitých vinutých střevních kliček, předchozími úrazy nebo operacemi na břicho. Doba výkonu je proměnlivá, ale trvá cca 15 – 30 min.

Pokud je výsledek kolonoskopického vyšetření negativní, screeningový program je na 10 let přerušen. V případě positivity výsledku kolonoskopického vyšetření ve smyslu střevní neoplazie (novotvorba tkáně) se další diagnostický a terapeutický postup řídí dle doporučení pro pacienty s vysokým rizikem tohoto onemocnění.

Asymptomatictí jedinci ve věku 55 let a starší

U této věkové kategorie osob se postup screeningu nabízí ve dvou podobách.

- *Opakovaný TOKS* při konstantně negativním výsledku ve dvouletém intervalu, nebo možnost provedení primární screeningové koloskopie. V případě pozitivního výsledku (TOKS) je indikována screeningová koloskopie.
- *Primární screeningová koloskopie* je metodou pro ty jedince, kteří si ji svobodně zvolily místo testu na skryté krvácení. Splňují-li tyto kritéria jako je věk a asymptomatologie příznaků je vyšetření hrazeno z veřejného zdravotního pojištění (Kolorektum, 2014, online).

3.2 Preventivní výživa ve vztahu k onkologii

Každý den si volíme výběr přijímané potravy. Víme, že spousta onemocnění je ovlivněna právě přijímanou stravou, jejím složením, množstvím, tepelnou úpravou. K nemocem, které mají prokázaný vztah k výše zmíněným faktorům, řadíme nejenom nadváhu, kardiovaskulární nemoci, diabetes mellitus ale i zhoubná onemocnění (Jablonská, 2000).

Význam výživy vzrůstá zejména z preventivního hlediska. Jsou zachyceny údaje, kdy vyšší příjem přirozené stravy s výrazným zastoupením čerstvého ovoce, zeleniny, luštěnin, obilovin snižuje výskyt řady onemocnění včetně zhoubných novotvarů. Pokud tato strava není sama o sobě kontaminována závadnými látkami. Například v důsledku chybného skladování (Starnovská a kol., 2006).

Dochází zde k jistému paradoxu. Dokonalejším zpracováním, ošetřením a konzervací potravin zamezíme nežádoucí kontaminaci, ale současně se připravujeme o to

nejvhodnější, co se potravinách ukrývá. Proto je tak složité zvolit tu nejvhodnější strategii stravování.

Vzhledem k celkovému počtu onkologicky nemocných, kdy významnou část tvoří lidé aktivního věku, začíná nabývat na váze otázka výběru potravin, které mohou zdravotní stav lidí pozitivně ovlivnit (Wilhelm, 2004).

3.3 Chemoprevence v onkologii

Chemoprevence je definována jako nutriční nebo medikamentózní intervence, jejímž cílem je zabránit nebo oddálit proces nádorové transformace v tlustém střevu (Lukáš a kol., 2005, str. 201). Do skupiny chemopreventivních látek je zařazována skupina vlákniny, některé mikronutrienty i řada zástupců fyto-sloučenin.

3.3.1 Složky potravy v prevenci onkologického onemocnění

3.3.1.1 Vlákna – polysacharid

Vlákna je součástí rostlinné stravy, kromě ovoce a zeleniny se také vyskytuje v cereáliích. Rozlišujeme vlákninu rozpustnou a nerozpustnou. Rozpustná vlákna je hlavním zdrojem potravy pro užitečné střevní bakterie (bifidobakterie, laktobacily). Má schopnost vstřebávat vodu a (bobtnat). Mezi rozpustnou vlákninu se řadí hemicelulózy, pektiny, guar, agar a slizy. Potravinový zástupci rozpustné vlákniny jsou např. kořenová zelenina, řepa, fazolové lusky, broskve, meruňky citrusové plody aj. Předpokládaný pozitivní mechanismus rozpustné vlákniny spočívá ve zvětšení objemu stolice, zředění karcinogenně působících látek a urychlení jejich vyloučení ze střeva (Wilhelm, 2004; Müllerová, 2003).

Nerozpustná vlákna také označována jako hrubá vlákna. Jejimi hlavními zástupci jsou celulóza, lignin a plně nestravitelná hemicelulóza. Jsou obsaženy v otrubách obilovin, brukvovité a kořenové zelenině, řepě, ananasu. Hlavní funkce spočívají ve zvětšení střevního obsahu, urychlení trávení střevním traktem, což zkracuje dobu, po kterou bakterie produkují toxické zplodiny z rozkladu bílkovin. Zkvalitňuje potřebu vyprazdňování a potlačuje zácpu. V žaludku vyvolává pocit sytosti a tím i příjem dalších energetických substrátů (Dienstbier a kol., 2001; Jablonská, 2000).

Vláknina byla vždy a je považována za jeden z nejvýznamnějších ochranných faktorů. Většina epidemiologických studií ukazuje na příznivý efekt zvýšeného příjmu vlákniny na snížení výskytu karcinomu tračnicku a rekta (Lukáš a kol., 2005 str. 196).

3.3.1.2 Škrob – polysacharid

Pozitivní vliv proti rakovině tlustého střeva je popisován také u škrobu. Fermentace (kvašení) škrobu je doprovázena tvorbou bakteriálních bílkovin, které na sebe vážou amoniak. Předchází se tak, poškození slizničních buněk a nutnosti detoxikace amoniaku v játrech. Škrob je významný polysacharid, tvořený až desetitisíci molekul glukózy. Potravinové zdroje s obsahem škrobu jsou brambory, banány, obilniny. Tyto potraviny s obsahem komplexních sacharidů jsou pro náš organismus žádoucí na rozdíl od rafinovaných jednoduchých cukrů, které by se měly v jídelníčku omezovat. Mají v sobě navázan rakovinový uhlovodík zvaný „benzo(a)pyren. Lze tyto sladidla nahradit například medem.

3.3.2 Mikronutrienty (kalcium, selen, vitamín A, vitamín E, vitamín C, kyselina listová)

3.3.2.1 Kalcium

Vápník je nejvíce zastoupeným minerálem v lidském těle. Většina ho je uložena v kostech. Vápník potlačuje tukem způsobený vliv karcinogeneze (zhoubného bujení). Pomáhá fagocytům (fagocytóza - pohlcení cizorodého materiálu) odstraňovat volné vyšší mastné kyseliny tráveniny a snižuje tak škodlivý vliv volných žlučových kyselin. Vápník je zejména prospěšný dějům již na buněčné úrovni. Přispívá celistvosti buněčných membrán a ovlivňuje i fyziologickou buněčnou smrt. Potravinovými zdroji kalcia jsou mléko a mléčné výrobky, luštěniny, kapusta, brokolice, semínka. U skupin lidí s vysokým rizikem kolorektálního karcinomu se vápník považuje za významný chemopreventivní prvek (Jablonská, 2000; Haighová, 2007).

3.3.2.2 Selen

Selen je stopový prvek, nacházející se v různé koncentraci v půdě. Vyznačuje se společně s vitamíny A, C, E jako účinný antioxidant (působící proti oxidativnímu stresu, kyslíkovým radikálům). Selen obsahuje významný enzym zvaný „glutathionperoxidáza“, který odstraňuje z organismu nežádoucí peroxidy. Potravinové zdroje pro selen jsou celozrnné potraviny, luštěniny, rybí maso, vaječný žloutek, tvrdé sýry (Haighová, 2007). *Ve velkém počtu laboratorních studií se zjistilo, že podávání selenu v potravě nebo v pitné*

vodě snižuje výskyt nádorů vznikajících spontánně a nebo pod vlivem různých kancerogenů (Wilhelm, 2004, str. 170).

3.3.2.3 Vitamín A, prekurzory vitaminu A

Vitamín A má mnoho významných funkcí v našem organismu. Je nezbytný pro funkci zraku, pro imunitní bariérovou funkci kůže a sliznic, genovou regulaci v reprodukčních potřebách, růstu a kancerogenezi. Jeho provitamín beta – karoten se v organismu přeměňuje na vitamín A. Ve zdravém lidském organismu se jeho zásoby odhadují na 12 měsíců. Vitamín A společně se svými prekurzory (látka, která předchází tvorbě jiné látky) je považován za velmi účinný antikancerogen. Vitamin A se běžně vyskytuje v potravě v rajčatech, rybím tuku, vaječném žloutku, aj. Zvýšený příjem vitamínu A a jeho prekurzorů má ochranný vliv zejména před nádorovým onemocněním tlustého střeva a konečníku. Z celkového onkologického hlediska jsou mu přidělovány ochranné účinky také před karcinomem plic, močových cest, jícnu a žaludku. Je ovšem důležitá zmínka, že předávkování vitamínem A vede k bolestem kloubů, kostí, významné ochablost svalů a křečím (Dienstbier a kol., 2009).

3.3.2.4 Vitamín E

Vitamín E a jeho mechanismus účinku, kterým zasahuje do procesu kancerogeneze je především v přímé inhibici (potlačení) růstu kancerogenních buněk. Dále svými antioxidačními účinky chrání polyenové mastné kyseliny (nenasyčené, mající dvě a více dvojných vazeb). Vitamin E společně s vitaminem C blokuje reakce v gastrointestinálním (zažívacím) traktu čímž chrání organismus před vznikem nitrosaminů, potencionálních kancerogenů. V neposlední řadě umí blokovat přeměnu kancerogenních látek na epoxidy, které prokazatelně vyvolávají zhoubné bujení. Zdroje potravin, ve kterých je vitamín E přítomen, jsou zejména pšeničné klíčky, rostlinné oleje, ořechy, vaječný žloutek, máslo, aj. proto se jeho nedostatek vyskytuje spíše vzácně (Jablonská, 2000; Wilhelm, 2004).

3.3.2.5 Vitamin C

Vitamin C je především všestranný antioxidant. Chrání před oxidačním poškozením buňky, snadno pohlcuje ozon, peroxidové radikály, superoxydy (reaktivní kyslíkové radikály). Jeho preventivní vliv je popisován zejména u karcinomu konečníku. Potravinovými zdroji vitamínu C jsou především citrusové plody, rajčata, rybíz, kyselé zelí, brambory (Müllerová, 2003).

3.3.2.6 Kyselina listová

Kyselina listová se podílí na tvorbě a opravách nukleových kyselin. Je velmi potřebná do procesu vyžívání buňky. Deficit kyseliny listové je spojován s kardiovaskulárními onemocněními, depresemi, neuropsychiatrickými onemocněními ale také s úmrtím na onkologické onemocnění. Je důležitá především v časně fázi karcinogeneze. Největší účinnost kyseliny listové ve vztahu s kolorektálním karcinomem je u osob, které mají genetickou zátěž tohoto onemocnění. Je obsažena v ovoci, zelenině (nejen listové), v celozrnném chlebu, obilovinách, v drůbeži (Dienstbier a kol., 2009; Passwater, 2002).

3.3.3 Fytochemické látky, Fyto-sloučeniny

Fyto-sloučeniny jsou delší dobou zkoumané látky se zvýšeným zájmem. Hlavním důvodem je, že o řadě z nich už se dneska ví, na jakém působí principu v průběhu karcinogeneze. Samotný mechanismus blahodárných účinků spočívá v potlačování karcinogeneze na cílovou tkáň, stimulují imunitní systém, obsahují antioxidantní látky, zesilují účinky vitamínů. Fytochemické látky se vyskytují v ovoci, zelenině, obilovinách a luštěninách. Molekuly těchto látek umožňují rostlinám obranu před infekcí a jiných nežádoucích vlivů mikroorganismů. Z této teorie vychází i pro lidský organismus příznivý biologický účinek. Jednou z nejrozsáhlejších skupin fyto-sloučenin jsou látky zvané „flavonoidy, isoflavonoidy“. Dosud jich známé už přes jeden tisíc. Vyskytují se zejména v citrusovém ovoci (Wilhelm, 2004).

4 Výživa onkologicky nemocného

Správná výživa je nezbytná pro funkci organismu ve zdraví, ale v nemoci je její vliv ještě významnější. Organismus, který není schopen přijímat dostatečné množství biologicky hodnotné stravy, je nucen začít využívat nejen zásobní tělesné živiny, ale i vlastní stavební látky, zejména svalovou a tukovou tkáň (Tomáška, 2010, online).

Při déletrvajícím nedostatečném příjmu stravy vzniká celkově špatný stav výživy neboli podvýživa. Takový stav se nejspíše projeví jako zjevné hubnutí, nebo ve skryté podobě jako pozvolná ztráta hmotnosti. Tyto váhové úbytky jsou důsledky opakovaných menších výpadků stravy. V plně zdravém lidském organismu nemají podobné výpadky v jídle závažné důsledky, jinak je tomu ale u pacientů s onkologickým onemocněním. Narušení výživy a ztráta hmotnosti komplikuje samotnou léčbu a hlavně zhoršují celkovou kvalitu života. Proto je jedním z mnoha důležitých úkolů nutriční podpory včas reagovat a obrátit

pozornost nemocného i jeho rodiny na pravidelný příjem stravy (Vyzula, 2001; Jablonská, 2000).

4.1 Důvody poruchy příjmu stravy

Důvody pro poruchy stravování u onkologicky nemocných můžeme rozlišit ve dvou liniích.

- U některých onkologicky nemocných je v popředí nechutenství s nízkým příjmem stravy.
- U jiných převažuje ztráta tělesné hmoty ale chuť k jídlu a běžný příjem stravy zůstává stejný.

Narušení výživy, časté výpadky stravy, nechutenství u onkologicky nemocných pacientů většinou souvisí s protinádorovou léčbou. Vlivem nutně podstoupené chemoterapie jsou časně stravovací komplikace, které nemocní popisují jako časnou sytost, kdy po příjmu malého množství stravy nejsou schopni pro tento pocit dále jíst. Další nežádoucím jevem při stravování je porucha vnímání chutí. Dříve oblíbená jídla mohou po chemoterapii chutnat odlišně a nezvykle. Známými problémy chemoterapie a radioterapie jsou nevolnost a zvracení. Mnoho pacientů trpí po podaných cytostaticích (chemoterapeutických látkách), které může přetrvávat i déle než týden po každém cyklu léčby. Averse k jídlu mívá i silnou afektivní podstatu. Například z důvodu hospitalizace v nemocnici mohou být nemocným odmítána všechna servírovaná jídla jako nechutná. Svou roli zde hraje osamělost, úzkost, deprese. Lépe může být přijímáno jídlo přinesené vlastní rodinou (Vyzula, 2001; Gulášová, 2009).

4.2 Nádorová malnutrice (podvýživa)

Ztráta výživy a rozvoj podvýživy u onkologicky nemocných má velmi nepříznivé důsledky. Bez ohledu na typ a velikost nádoru, už tak malá ztráta jako je 5% z původní tělesné hmotnosti má negativní vliv na průměrné dlouhodobé přežívání. Při ztrátě hmotnosti větší než 15% dochází k poruše fyziologických funkcí. A ztráta nad 30% tělesné hmotnosti přímo ohrožuje pacientův život. Kachexie (vyhubnutí) tak může být příčinou smrti i v těch případech, kdy se onkologickou léčbou podařilo zmenšit zhoubný nádor. Celková malnutrice doprovázená hubnutím se označuje jako „protein-energetická podvýživa“. Ze samotného názvu vyplývá, že nemocný strádá nedostatkem energie a bílkovin. Právě ztráta tělesných bílkovin vede k poruchám funkcí mnoha tkání a orgánů.

Z těchto fyziologických principů vychází skutečnost, že i nemocný s nadváhou se poměrně rychle stává podvyživeným (Grofová, 2007; Vyzula, 2001).

4.3 Všeobecné zásady, dietní rady u onkologicky nemocných

Každý pacient zahajující onkologickou léčbu by měl mít založenou nutriční dokumentaci. Tato samostatná složka je součástí zdravotnické dokumentace. Zaznamenávají se zde váhové údaje původní tělesná hmotnost, aktuální tělesná hmotnost, výška pacienta. Hodnotí se zde riziko podvýživy, nutriční stav, přítomnost otoků, které mohou zkreslovat tělesnou hmotnost aj. Všechna výživová rizika jsou v jisté hodnotové škále bodovány a vyhodnocovány. U pacienta s vysokým rizikem podvýživy je založen tzv. „nutriční plán“. Pacientovi je zde doporučena výživná strava, spolu s motivací k udržení tělesné hmotnosti. Vše svou kvalifikovanou odborností zastřešují nutriční terapeut, onkologický lékař a zdravotní sestry.

Základem nutriční podpory u onkologicky nemocného, který ztrácí na váze či už je váhovou ztrátou ohrožen, je dietní rada. Důležitá je informovanost pacienta o správném složení stravy, o množství stravy. Úprava diety je směřována ke zvýšenému příjmu energeticky (kaloricky) bohatých součástí stravy. V malém objemu stravy by měl pacient získat hodně živin. Toto splňují potraviny s vysokým obsahem tuku (smetana, smetanové sýry, rostlinné oleje), potraviny s koncentrovanými cukry (med, kandované ovoce).

U každého onkologicky hubnoucího pacienta, se stává zásadním zvýšit příjem bílkovin ve výživě. Dobrým zdrojem bílkovin je maso, mléčné výrobky zejména podmásli, vejce, luštěniny, cereálie. Biologicky hodnotná strava by se měla ještě doplnit o minerály, vitamíny a stopové prvky. Obecně je nutno ovšem podotknout, že žádné jednotlivé jídlo nezabezpečí dostatečný příjem všech potřebných živin. Znamená to jíst více druhů potravin z každé z hlavních skupin v kombinaci s pestrostí a vyvážeností, pokud možno každý den nebo víckrát týdně (Vyzula, 2001).

III. Empirická část

5 Cíl práce a výzkumné otázky

5.1 Cíl práce

- Cílem bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem ovlivnila choroba stravovací návyky pacientů s kolorektálním karcinomem.
- Cílem bakalářské práce je možnost nahlédnutí veřejnosti do životních příběhů lidí po prodělaném onkologickém onemocnění tlustého střeva.
- Cílem bakalářské práce je podpořit příznivý postoj společnosti k preventivním opatřením před kolorektálním karcinomem.

5.2 Výzkumné otázky

Při sestavování výzkumných otázek bylo čerpáno z poznatků Reichela (2009), který uvádí, že po zadání výzkumného tématu následuje jeho postupná formulace ve výzkumný problém. Tím má na mysli výzkumné otázky nebo celý soubor otázek na které má zkoumání přinést odpověď. Výzkumné otázky napomáhají zpřesňování tématu, aby bylo nakonec zřetelně jasné, co má být zkoumáno. Dále je dle výše zmiňovaného autora možné výzkumný námět dekomponovat, tj. rozložit na dílčí, zpřesňující otázky. Osobně jsem využila této možnosti ve své práci a zpřesňující, doplňující otázky respondentům při rozhovoru položila v tomto znění:

- Jaký je vztah mezi stravováním a onemocněním tlustého střeva?
- Změnil se u respondentů způsob vnímání zdraví před diagnózou a po diagnostice kolorektálního karcinomu?
- Jsou vnímány zásadní změny při stravování celé rodiny po zkušenosti s tímto onemocněním střeva?
- Jaký je vztah mezi onemocněním tlustého střeva a celkovou životosprávou v minulosti?
- Jak jsou vnímány služby odborného poradenství pro zdravou výživu?

6 Metodika

V této kapitole bych ráda přiblížila základní charakteristiku narativního přístupu, která je východiskem i metodou pro praktickou část mé bakalářské práce. Jedná se o přístup, který je využíván v kvalitativním výzkumu a neklade si za cíl vypracování objektivních závěrů založených na potvrzení nebo vyvrácení předem dané domněnky. Naopak cílem hloubkového narativního rozhovoru je pochopení vnitřního světa zkoumaných subjektů. Opěrným pilířem této metody je volné vyprávění životního příběhu či události. Metodologii narativního rozhovoru jsem rozšířila o kladení doplňujících otázek.

Jak uvádí Chrz (2004) narativní přístup se dívá na vyprávění jako na základní způsob, kterým se můžeme od druhých dozvědět, jak rozumí svému životu. Vyprávění tak umožňuje sdělit naši zkušenost celistvě a v kontextu jiných zkušeností, s nimiž je pro nás provázaná. Nezachycuje tedy pouze záznam zkušenosti, ale i to, jaký význam a jaký smysl pro nás tato zkušenost má. Hlavní role výzkumníka je postřehnout toto „dávání významů“, což znamená zaměřit se na konkrétní způsoby narativní strukturace, které jedinec skrze své vyprávění konstruuje. V tomto kontextu je možno chápat narativní výzkum jako *„interpretaci interpretace, jako rekonstrukci rekonstrukce či jako přeuvyprávění vyprávění“* (Chrz, 2004, str. 4).

Pro sběr dat jsem vybrala techniku narativního interview, jak uvádí ve svém modelu Čermák (2002) a Chrz (2004). Oba autoři se shodují, že narativně orientovaný výzkum začíná výzkumnou otázkou. Od té se odvíjí plán narativního rozhovoru, který je jakýmsi vodítkem pro vznik konkrétní strategie vedení rozhovoru. Narativní interview může začít velmi otevřenou formou výzvy k vyprávění. Uvedu příklad z mého rozhovoru s respondentem „Mohl byste mi prosím vyprávět něco o důležitých momentech ve Vašem životě?“ „Vyprávějte mi prosím, jaké události ovlivnily Váš život?“ Nabízí se zde mnoho variací, které lze použít.

Celý průběh interview je nahráván formou audiozáznamu, jenž se vygeneruje v písemný text, a následně je analyzován.

Hendl (2012) mluví o tom, že klíčovým bodem v hloubkovém narativním interview je skutečné vyprávění (od začátku až do konce). Také rozděluje rozhovor na dvě fáze. Fází hlavního vyprávění a dotazovací fázi.

Výše uvedení autoři, jejich konstrukty a modely byly mým vzorem pro metodologii zpracování kvalitativního výzkumu.

6.1 Charakteristika výzkumného souboru

Zvolený výběr respondentů do výzkumného souboru tvořilo celkem šest osob. Z celkového počtu šesti respondentů to byly tři ženy a tři muži. Všichni respondenti prošli stejnou životní zkouškou. Museli čelit diagnóze „karcinom tlustého střeva“. Předem stanovená a schválená podmínka byla, že musí uplynout od onkologické léčby minimálně půl roku.

Výběr respondentů proběhl v ambulantní části gastroenterologické ordinace v Českých Budějovicích. Vzhledem k tomu, že ve zmíněném zařízení osobně pracuji, jako zdravotní sestra jsem měla možnost vybrat vhodné respondenty. Oslovené respondenty jsem požádala o pomoc a spolupráci. Vysvětlila jsem jim, že píši bakalářskou práci a její součástí je praktická část, ve které potřebuji provést několik rozhovorů. Dobrovolnost a ochota byly nejdůležitějšími faktory při výběru respondentů. Velký důraz jsem kladla na celkový zdravotní stav respondentů, zejména psychickou stabilitu. Vyrovnanost a částečné smíření se svým zdravotním stavem. Konkrétně mám na mysli období, kdy už je člověk schopen určité sebereflexe a není zcela zaskočen svou diagnózou. Zpětné poohlédnutí a rozhovor mu neprohloubí smutek či depresi. Proto jsem z výběru předem vyloučila všechny respondenty, kteří se dostali vlivem onkologického onemocnění před svou nezdolatelnou životní překážku.

Všichni mnou oslovení respondenti ochotně přislíbili vzájemnou spolupráci. Skutečnost, že nikdo neodmítl, přisuzuji tomu, že od diagnostiky přes léčbu a následné dispenzární kontroly uplyne dlouhá doba pro navázání kladného, důvěryhodného a přátelského vztahu. Samotné rozhovory byly realizovány ve všech šesti případech v příjemném domácím prostředí. Předcházela tomu vždy vzájemná domluva a shoda obou stran. Zároveň jsem respondentům přislíbila, že respektování etických principů jako jsou anonymita a ochrana osobních údajů považuji za samozřejmé.

6.2 Proces sběru dat

Vlastní rozhovor s respondentem jsem vždy uvedla poněkud neformálně. Považovala jsem za vhodné navodit přátelskou a klidnou atmosféru. Uvařili jsme si s respondentem kávu nebo čaj a povídali si o všedních věcech a až po nějaké chvíli přešli k samotnému

narativnímu rozhovoru. Ověřila jsem si, že respondent souhlasí s nahrávkou rozhovoru na diktafon a utvrdila ho, že všechny informace, které mi poskytne, budou sloužit jen pro účely mé bakalářské práce. Žádné identifikační údaje nebudou nikde zveřejněny ani předány další osobě. Dále jsem respondentovi poděkovala, že si na mě udělal čas, přijal mé pozvání a zároveň byl ochoten se se mnou podělit o svůj životní příběh.

Poprosila jsem respondenta, zda by mohl v úvodu rozhovoru začít vyprávěním pár slovy o sobě. O své osobní a rodinné anamnéze např. uvést věk, stav, genetickou zátěž v rodině atd. Dále jsem klientovi prezentovala název tématu a jeho význam v mé bakalářské práci. Snažila jsem se také objasnit respondentovi mou roli v rozhovoru, že jsem ochotna plně naslouchat a pochopit ale neztotožňovat vyprávěcího s mým vlastním názorem. Tím se mi podařilo respondenta nabudit k volnému vyprávění.

Po tomto úvodu a ujištění, že respondent rozumí, o co v rozhovoru půjde, jsem položila otázku jako výzvu k vyprávění. Např. „Chtěla bych Vás požádat, abyste mi vyprávěla něco o Vašem životě, o důležitých životních momentech, které Vás potkaly a nějakým způsobem ovlivnily?“ Většinou se jednalo, o několika minutový monolog. Tento monolog vždy posloužil jako odrazový můstek k dalšímu rozvíjení rozhovoru. Snažila jsem se pouze více rozvinout, co už bylo v interview nějak přítomné, abych nepodsouvala témata, o kterých respondent mluvit nechtěl. Rozhovor byl ukončen zpřesňujícími či doplňujícími otázkami.

7 Výsledky

7.1 Analýza a interpretace rozhovorů

Vlastní rozbor práce začal přepisováním nahrávek. Prvním úkolem bylo do vyprávěných příběhů vložit určitý řád. Očistit nahrávku od okolních šumů a negativních vjemů. Opakovaným čtením nahrávek jsem se snažila zachytit hlavní témata, které souvisely s odpověďmi na mé výzkumné otázky. V závěru každé interpretace přikládám tabulku shrnutí, kterým vypořádané jevy zdůrazňuji a dávám je do systémového rámce. Text nahrávek jsem přepsala v původním znění. Není podroben jazykové korektuře.

7.1.1 Narativní rozhovor 1

Popis osoby respondenta

„Je mi 77 let. Narodil jsem se v Českých Budějovicích, ale jako dítě jsem žil na vesnici v Čakově. Do Českých Budějovic jsem se vlastně přistěhoval až v roce 1960. V polovině 90. let jsem byl dva roky ve Švýcarsku, kam jsem odjel kvůli práci. Po návratu do Českých Budějovic jsem se pustil do předělání stavení, ve kterém nyní žiji. Patřilo rodičům mé manželky.

Mám dceru, dvě vnučky a tři pravnoučata. Žena mi bohužel zemřela v roce 2007.

Celý život jsem pracoval v Koh-i-nooru, kde jsem se také vyučil. Mým největším koníčkem je myslivost. V této oblasti jsem hodně pracoval - vyučoval jsem střelectví. Mám doma plno trofejí z různých střeleckých soutěží. Ještě vloni jsem byl střílet na soutěži ve slovinském Mariboru. Myslivostí zkrátka žiji! Jsem v lese neustále (úsměv). Také se snažím hodně cvičit. Chodil jsem do jednoho fitcentra, které ale bohužel zkrachovalo... Nikdy jsem nekouřil ani nepil tvrdý alkohol.“

Vyprávění

Nyní bych Vás poprosila, abyste mi vyprávěl, co všechno se Vám v životě přihodilo, o důležitých momentech, které Vás v životě potkaly. Nemusíte spíchat, pro mne jsou důležité i podrobnosti.

„Jako kluk jsem měl jenom úrazy, jak už to tak na vesnicích bývá. V dospělosti jsem byl akorát zraněný, když mě srazilo auto. Tehdy jsem měl tříštivou zlomeninu nohy a těžký otřes mozku. Snažil jsem se maximálně cvičit, abych se dal do pořádku. Mimo jiné jsem hodně plaval. Cvičení ve vodě bylo vůbec nejlepší. Dodnes pravidelně plavu alespoň jednou za měsíc.

Ve 40 letech mi lékaři odoperovali mandle. Hodně jsem totiž trpěl hnisavou angínou. Jakmile přišla změna počasí, už jsem ji měl. Od té doby mám naštěstí klid. V 50 letech jsem se také vyléčil ze žaludečních vředů.

A jak začala rakovina tlustého střeva, která mě postihla vloni? Nejdříve jsem míval stavy, kdy mi bylo hrozné horko, a nemohl jsem dýchat. V noci jsem se budil úplně zpocený. Paní doktorka mi dělala rentgen a různá vyšetření. Nic se ale nenašlo. Měl jsem také teploty, které sice srazil Paralen, ale byl jsem pořád unavený. Zkrátka jsem nebyl ve formě, což mi vadilo. Lékařka mě pak poslala na vyšetření krve ve stolici. Trvalo mi měsíc, než jsem si na

ně došel. Sestra po chvilce přiběhla s tím, že je výsledek pozitivní. A co teď? Nebolel mě žaludek, takže jsem v tu chvíli nechtěl věřit tomu, že by to mělo být nějak vážné. Každopádně jsem se musel objednat na koloskopii. Objednací doba byla tři měsíce! Kdybych neměl štěstí, a nedostal se na toto vyšetření už po týdnu, a to kvůli tomu, že se uvolnil termín, možná bych tady dnes už nebyl. Na koloskopii se zjistilo, že je střevo vážně neprůchodné... Na operaci jsem šel za několik dní. Vzali mi kus tlustého střeva a slezinu.

Když jsem se tehdy dozvěděl, co mi je, už jsem skoro prodával flinty... Byl to opravdu hrozný stres. Už v nemocnici jsem ale začal lehce cvičit. Dělal jsem třeba dřepy... Tím jsem se dostával do lepší kondice. Skutečně jsem cítil, že se to zlepšuje. Pozdější kontroly dopadly dobře, takže jsem nakonec usoudil, že je to asi dobré. Že to musím využít, jak jen to jde!

Operace nakonec byla poslední fází. Nebyla potřeba žádná následná chemoterapie... Psychický zlom přišel vloni v prosinci, kdy se uskutečnil hon, na který jsem se rozhodl, že vyrazím. Chtěl jsem se podívat mezi kamarády. Měl jsem z toho ale strach. Měl jsem pocit, jako bych byl na honu úplně poprvé v životě... Jen tak jsem popocházel, když najednou pes vyhnal dva bažanty. Aniž bych si to uvědomil, měl jsem flintu v ruce a kohouti byli na zemi. V tu chvíli jsem si uvědomil, že se to vážně zlepšuje. Pominul ten obrovský psychický zlom, začal jsem přemýšlet o stravování a příčinách, z čeho jsem tu rakovinu mohl jen dostat.

Přemýšlel jsem o tom na posedu, kde má člověk čas na podobné věci myslet. Říkal jsem si, jestli jsem nejedl něco špatného... Došel jsem k závěru, že nejspíš ne. Jedl jsem pestrkou stravu - zeleninu, libové maso a tak dále. Vyhýbal jsem se kořeněnému jídlu. Stravování bylo pravidelné... Nemyslím si tedy, že to bylo jídlem. I když dneska si člověk už nevybere... Podle mě jsou nebezpečné látky v každých potravinách. Asi to nebude nic neobvyklého. Jen bych dodal, že nyní nemám potřebu příliš jíst. Váhu si držím na 88 kilogramech. Nemyslím si tedy, že patřím do rukou odborníků, co se týká stravování ale, když má někdo problémy s nadváhou tak proč ne? Já si hlídám pravidelnost stravy ale hlavně vyprazdňování. Jsem poučen a nestydím se mluvit o stolici její barvě, konzistenci. Chodím na pravidelné kontroly krve, stolice, spoustu vyšetření. Jsem u lékaře jako doma (smích). To jsem si nikdy nemyslel.“

Upřesňující fáze (kladení doplňujících otázek)

Do jaké míry onemocnění poznamenalo váš život?

„Pomohlo mi! Zjistil jsem, že se bojovat opravdu dá! Asi jsem se dost nutil, abych byl v pořádku. Možná to bylo poučení. Velkou oporou mi je moje rodina a hlavně ty dětičky. Neustále všechny poučuju, aby o sebe víc dbali. Touhle mojí životní zkušeností se o ně víc bojím. Chci si je co nejvíc užít. Kdo ví, jak dlouho budu fit. Jsem optimista, bojuju, ale přeci jen to všude slyším, jak se to umí vrátit. A to by bylo zlé. Naše zdraví není samozřejmostí, musíme o něj usilovat.“

Dá se říct, že si po této zkušenosti život skutečně užíváte?

„Sto procentně! Víc nemůžu dodat, žiju fakt naplno.“

Co byste poradil lidem, které potkalo stejné onemocnění?

„Když to vezmu podle sebe, tak ať nepropadají stresu, jako se to stalo v prvním momentě mně. Bojovat, bojovat, doufat a bojovat.“

Vnímáte nějaké potraviny za rizikové v souvislosti s rakovinou střev?

„Jak už jsem zmínil, myslím si, že nebezpečné látky jsou v každých potravinách. Často varují před uzeninami, párky, salámy ale tohle já vůbec nekupuju. Mám malou zahrádku, kde si pěstuju svoje rajčata, okurky, salát a tak... Ani nekupuju žádné ty sladkosti a řezy. Zkrátka mám pocit, že žiju zdravě. Jsem ta generace co má ráda brambory a podmáslí. Taky rád vařím, ale až teď co už nežije babička. Situace mě k tomu donutila. Vždycky si najdu na internetu nějaký recept a pak to vyzkouším. Často si pochutnám a zabavím se tím.“

Jaký máte názor na zdravotní preventivní prohlídky?

„Tak tato oblast můj názor opravdu, změnila. Vždycky jsem si myslel, že k doktorovi půjdu, když mě něco bude bolet. Všechny ostatní návštěvy u lékařů jsou zbytečný a hlavně oboustranně otravný (smích). Maximálně někdy jsem si nechal změřit tlak nebo cukr. Vždycky jsem měl všechno dobrý. Ale pojem prevence? Tak tímhle směrem jsem opravdu neuvažoval. Škoda. Teď už to vím a tluču to do hlav mých dětí, ať si s ničím nezahrávají a hlídají si zdraví.“

Tabulka č. 1 Shrnutí zásadních informací – Rozhovor č. 1

Liminalita	<ul style="list-style-type: none"> • ztráta plného zdraví • strach z nejisté budoucnosti u onkologického onemocnění • zdravotní problémy (přetrvávající únava, dlouhodobě zvýšená tělesná teplota) • anticipační smutek z důvodu možné imobility a ztráty svých životem vybudovaných koníčků – myslivosti a profesionální střelbě
Souvisí stravování s onemocněním tlustého střeva?	
<p>Ne. Respondent si nemyslí, že to bylo jídlem. Nabyl dojmu, že v jeho případě se nejedná o souvislost onemocnění s nevhodnou stravou. Popisuje své stravovací návyky pozitivně, zdůrazňuje pravidelnost, střídmost, pestrost.</p>	
Objevila se rozdílnost vnímání zdraví před diagnózou a po diagnostice kolorektálního karcinomu?	
<p>Ano. Respondent se vyjádřil, že zdraví není samozřejmostí a musíme o něj usilovat. Dokonce nemoc byla pro respondenta ponaučením. Pomohla mu vážít si maličností, být silnější a bojovat. Také dbát na preventivní prohlídky.</p>	
Nastaly změny ve stravování celé rodiny?	
<p>Ne, respondent žije sám.</p>	
Souvisí onemocnění tlustého střeva se životosprávou v minulosti?	
<p>Ne. Respondent se doposud snažil udržovat zdravou formu, být v kondici, mít koníčky (myslivost, výuka střelectví), pobyt v přírodě, plavání. Byl pravidelným návštěvníkem fitness centra. Nekouří, tělesnou hmotnost koriguje.</p>	
Jsou využívány služby odborného poradenství pro zdravou výživu?	
<p>Ne. Respondent říká, že v této oblasti nebyl v rukou odborníků. Nebyl informovaný o možnosti využití těchto služeb, zejména v oblasti vhodných dietních doporučení po operaci nádoru tlustého střeva.</p>	
Stigma	<ul style="list-style-type: none"> • zdravotní invalidita • změna vnímání zdraví po onemocnění rakovinou • upevnění rodinných vztahů • strach ze stejné diagnózy ve své rodině

7.1.2 Narativní rozhovor 2

Popis osoby respondenta

„Je mi 55 let a jsem narozený z dvojčat. Mám bratra staršího zhruba o jednu minutu. Jsem šťastně ženatý. Se ženou máme dvě děti a jedno vnouče. Prodělal jsem běžné dětské nemoci bez komplikací. Ve věku 25 let jsem měl úraz na lyžích se zlomenou klíční kostí a lehkým otřesem mozku. Všechno se mi v pořádku zahojilo bez následků. V 50 ti letech, když jsem měl běžnou chřipku, tak mi doktorka nabrala kontrolní krev. Vyšla mi z toho výsledku vysoká hladina cholesterolu. Dostal jsem léky, které dodnes užívám, ale dietu jsem nedodržel. Na pravidelné kontroly z odběru krve příliš často nechodil. Často mi nové balení léků přinesla od doktorky manželka. Kouřím asi 20 cigaret denně, alkohol piju jen příležitostně, ale vypiju docela dost kávy. Moji rodiče oba zemřeli na rakovinu. U otce bylo onemocnění tak rychlé, že do jednoho měsíce od prvních příznaků byl po smrti. Maminka umírala půl roku. Ještě dnes na to období nerad vzpomínám. Měla velké bolesti a trápila se.“

Vyprávění

Nyní bych Vás poprosila, abyste mi vyprávěl, co všechno se Vám v životě přihodilo, o důležitých momentech, které Vás v životě potkaly. Nemusíte spíchat, pro mne jsou důležité i podrobnosti.

„Začal bych asi tím, že celý život jsem pracoval, jako řidič. Jezdil jsem kamionem dálkovou dopravu a tomu odpovídala moje životospráva. Pil jsem hodně kávy a energetických nápojů proti únavě. Moje stravování bylo dost nepravidelné. Cestou jsem zastavil u nějaké benzínky nebo v hospodě na oběd. Často jsem se cítil unavenější a přetaženější. Poslední dobou už jsem to těžko snášel. Lékaře jsem nikdy moc nenavštěvoval. Žádné problémy se zažíváním jsem neměl. Když jsem měl volno a byl doma, snažil jsem se odpočívat nebo jsem doháněl domácí práce. Zkrátka takový běžný kolotoč, jak už to v dnešní době bývá.“

Moje žena je můj protiklad. Ta pečlivě a zodpovědně dochází na všechny preventivní kontroly. Od zubaře až po gynekologa. Vždycky jsem se jí hloupě posmíval, že má v kalendáři samé doktory. Tvrdila raději jednou zbytečně než pozdě. Jednoho dne si přinesla od obvodáka test na skrytý krvácení ve stolici. A přinesla i jeden pro mě. V prvním okamžiku jsme se skoro pohádali. Byl jsem strašně naštvanej, že řeší věci za mě, když mě nic není. Žádné problémy se zažíváním ani s vyprazdňováním nemám. Nakonec

pro klid doma jsem ho tedy použil. Zkrátka ženská, když si něco vezme do hlavy, tak to vždycky vyhraje. (smích)

Do týdne byly výsledky. Můj test vyšel pozitivně a její negativně. Byl to pro mě šok. To už jsem byl zase na cestách, ale žena za mě všechno vyřídila. Zavolala na gastro a objednala mi koloskopii. Jenže termín vyšetření nám dali za dva měsíce. Když prý nemam žádné jiné potíže tak to nespěchá. Je to prý běžná čekací doba protože pozitivních testů stále přibývá. Žena tuhle informaci ověřovala i na jiných pracovištích a skutečně to tak bylo. Nezbyvalo než čekat.

Ihned po vyšetření koloskopii mi paní doktorka sdělila výsledek. Máte pozitivní nález, který odpovídá nádoru. Vzala z něj vzorečky na rozbor, ale už odhadovala, že se jedná o rakovinu. I já už to na ní poznal a chtěl jsem slyšet pravdu. Všechno mi vysvětlila a já byl v šoku podruhé. Hlavně se roztočil velký kolotoč. Najednou se mi otočil život o 360 stupňů. Všechny povinnosti a práce, že mam zase odjet kamionem šly najednou úplně stranou. Těch vyšetření bylo hrozně moc: ultrazvuky, rentgeny, krve, onkologický konsilium v nemocnici až samotná operace. Byl to hrozný fojfr. Navenek jsem dělal hrdinu před ženou a dětma jsem se snažil chovat normálně, ale bylo mi fakt hrozně. Dneska už to přiznávám. Cítil jsem smutek, lítost, strach ale taky vztek a výčitky. Nevěděl jsem, co bude dál. Pořád jsem tomu nemohl uvěřit, nic mě nebolelo, žádné potíže a taková děsivá nemoc ve střevě?

No a pak v nemocnici, když jsem se probudil, po operaci za mnou přišel lékař a potvrdil to nejhorší. Řekl, že výsledek je zhoubný nádor tlustého střeva. Navíc při operaci nastaly komplikace a střevo nešlo pro okolní zánět na sebe napojit, tak museli udělat vývod. V duchu mě napadlo, že jsem se neměl raději probudit. Vyhodnotil jsem to jako šok potřetí. Těžko se ty stavy a pocity popisují, kdo to opravdu nezažil, tak netuší, jak člověk zkratkovitě uvažuje. Při velkém vizitě jsem se dozvěděl všechny podrobnosti. Prý za nějaký čas, ta stomie půjde vrátit zpět, až se okolní tkáň uzdraví. Byla to výjimečná situace i pro lékaře, sami tuhle komplikaci nečekali, a vývod prý byl v danou chvíli jediný řešení.

Dále bych zmínil pooperační průběh. Hojil jsem se rychle, nic mě nebolelo. Trochu jsem se začal cítit líp i psychicky. Byl to ten okamžik, kdy jsem začal bojovat. Povzbuzoval jsem se, že to nemůžu vzdát. Už kvůli manželce, dětem a hlavně té vnučce. Taky jsem začal vnímat okolí, na pokoji jsme leželi tři a všichni s tím samým problémem. Zjistil jsem, že na tom nejsem nejhůř jenom já. Řeší tohle spoustu jiných rodin a musí všichni doufat a bojovat.

Hlavně moje žena nevynechala jediný den, aby nepřišla na návštěvu a pořád mě ujišťovala, že to zvládneme a dobře to dopadne. Kladla mi na srdce, od teďka si tě vezmu pod svůj dohled a budeš zdravě jíst a hlavně žít. Zkrátka mi to doslova naplánovala. Dneska ale vím, že mi zachránila život. Jsem ji za to vděčný a snažím se jí to oplácet.

Žil jsem dlouho nezdravě a to se mi stalo osudným. Bylo toho moc kouření, hodně kávy, bagety a všechno z rychlého občerstvení, únava a taky přišel kritický věk. Teď se to dočítám ve všech brožurách.

Pečovat o stomii mě naučila sestra už v nemocnici. Mechanicky to zvládám dobře. Umím ošetřit okolí stomie, vysušit, nalepit nový sáček, ale psychicky s tím pořád vyrovnaný nejsem. Nechci to přiznat okolí, schovávám to pod triko silnější mikinu a tak...

Po propuštění z nemocnice jsem zjistil kolik mám volného času. Začínám si budovat koníčky, mám čas na rodinu, která o mě mimo jiné báječně pečuje. Ještě, že je mám jinak nevím, jak bych dopad. Jediná starost, kterou si teď hlídám je ten zmiňovaný kalendář a další kontrola u lékařů. Chodím k paní doktorce obvodní, zpět do ambulantní gastro ordinace, kde mi dělají kontrolní koloskopie, za stomickou sestrou, která kontroluje okolí stomie a dává pomůcky potřebný k celkovému vyprázdnění na koloskopii takový kolorukáv. Taky mi byla doporučena nutriční terapeutka, která mi radí jak se správně stravovat u mojího typu stomie. Zkrátka jsem v péči samých odborníků. Dneska už vím, že ani to nestačí. Svoje zdraví a budoucnost mám jen a jen ve svých rukách.“

Upřesňující fáze (kladení doplňujících otázek)

Domníváte se, zda Váš způsob stravování mohl ovlivnit nebo je přímo vinen za Vaše onemocnění?

„Určitě z velké části ano. Při zpětném ohlédnutí na mojí životosprávu se fakt nedivím. Znáte, jak se to říká: tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu, až se ucho utrhne... A u mě se bohužel utrhlo. Nezbyvá mi než se ponaučit z předchozích chyb a otočit si své priority tentokrát správným směrem.“

Domníváte se, že ve Vašem případě onkologického onemocnění hrají roli genetické faktory?

„Nad takto položenou otázkou jsem nikdy neuvažoval. V tomhle směru jsem úplný laik. Asi tam nějaká vazba bude, ale nemám ponětí, jak se to dá zjistit eventuálně ovlivnit. Pravdou

je, když o tom takhle mluvíme, že moje babička umřela na rakovinu, rodiče oba taky. Já onemocněl v 54 letech. Už ji máme nějak dost, nemyslíte...?“

Pociťujete zásadní změny ve stravování po prodělaném onemocnění karcinomu tlustého střeva?

„Určitě ano. Největší roli na změně mého stravování paradoxně hraje čas. Jsem doma a mám dostatek času hlavně na přípravu pokrmů. Jsem poučen praktickými radami od nutriční terapeutky. Jsou to jednoduché, ale užitečné rady. Mám seznam potravin, které zvyšují nadýmání a naopak snižují. Potraviny, které se hůř či líp tráví a tak dále... Jsem poučen o pitném režimu nevhodnosti sycených a kofeinových nápojů. Vedu si denní záznam po dobu jednoho týdne, abychom nastavili správný stravovací režim.“

Co byste poradil lidem, které potkalo stejné onemocnění?

„Důkladnost v prevenci. Pokud ze své zkušenosti zhodnotím, je lepší najít si čas a dojit si na vyšetření preventivní, než riskovat že propukne rakovina. V mém případě byla na prvním místě časově náročná práce z toho důvodu špatná životospráva, stres a únava a hlavně milná domněnka, že vážná nemoc to být nemůže, když mě nic nebolí.“

Tabulka č. 2 Shrnutí zásadních informací – Rozhovor č. 2

Liminalita	<ul style="list-style-type: none"> • ztráta plného zdraví • strach z vážného onemocnění (rakoviny, operace) • ztráta životní jistoty (zaměstnání)
Souvisí stravování s onemocněním tlustého střeva?	
<p>Ano. Respondent v rozhovoru uvedl mnoho svých negativních stravovacích návyků a často v kombinaci se zevními rizikovými faktory. Uvádí časté pití kávy a energetických nápojů proti přetrvávající únavě, kouří. Stravování probíhá formou rychlého občerstvení v hostincích nebo u benzínových stanic. Podle respondenta hlavním důvodem pro tento nezdraví a nevyhovující styl je časově zatěžující zaměstnání (řidič dálkové kamionové dopravy).</p>	
Objevila se rozdílnost vnímání zdraví před diagnózou a po diagnostice kolorektálního karcinomu?	
<p>Ano. Po prodělaném onemocnění došlo u respondenta k výrazné změně postoje vůči vlastnímu zdraví. Respondent se také vyjádřil o přehodnocení dosavadních, většinou</p>	

nezdravých životních návyků v poměrně zodpovědný přístup vůči svému tělu po stránce fyzické i psychické.	
Nastaly změny ve stravování celé rodiny?	
Ne. V rodině stabilně převládaly správné stravovací návyky, jen respondent byl často mimo ni z důvodu své pracovní vytíženosti.	
Souvisí onemocnění tlustého střeva se životosprávou v minulosti?	
Ano. Respondent uvádí, že jeho vedený život je toho přímým důkazem. Ze samotného rozhovoru cituji: nepravidelné stravování, časté podceňování únavy a celkového přetažení organismu, zanedbávání preventivních kontrol u lékaře, kouření přes 20 cigaret denně, přímá genetická zátěž.	
Jsou využívány služby odborného poradenství pro zdravou výživu?	
Ano. Z důvodu kolostomie respondent navštěvuje nutriční terapeutku. Kladně oceňuje rady a doporučení o vhodných dietních opatřeních. Pro nastavení správného stravovacího režimu si vede písemné denní záznamy.	
Stigma	<ul style="list-style-type: none"> • změna vnímání tělesného vzhledu (kolostomie) • nejistá budoucnost u onkologického onemocnění • změna sebepojetí • upevnění rodinných vztahů • budování nových zájmů, koníčků

7.1.3 Narativní rozhovor 3

Popis osoby respondenta

„Je mi 58 let. Narodila jsem se v Českém Krumlově, přičemž dětství jsem prožila ve Vyšším Brodě. Po ukončení střední školy jsem zůstala v Českých Budějovicích. Celý život pracuji v administrativě. Jsem 32 let vdaná a mám dvě děti. Momentálně konečně čekám první vnouče, tak už se moc těším!“

Vyprávění

Nyní bych Vás poprosila, abyste mi vyprávěla, co všechno se Vám v životě přihodilo, o důležitých momentech, které Vás v životě potkaly. Nemusíte pospíchat, pro mne jsou důležité i podrobnosti.

„Měla jsem problémy s vyprazdňováním - nechodila jsem na záchod pravidelně. Moc jsem na to ale nehleděla, protože mamka, které je 84 let, má stejné potíže celý život. Na velkou chodí klidně i jednou za týden. Nepřišlo mi to tedy nijak divné. V padesáti letech jsem se ale rozhodla, že si zajdu na běžnou preventivní prohlídku. Vyžádala jsem si tehdy od paní doktorky vzorky na skryté krvácení. Test jsem si udělala hned doma. Vyšel pozitivně, takže jsem se okamžitě objednala na vyšetření. Měla jsem velký strach.

Během deseti dnů jsem šla na koloskopii. Když se ukázalo, že vážně budu muset na operaci, sedla jsem do auta a celou cestu domů brečela. Byl to pro mě šok. Nakonec jsem se ale trochu uklidnila, protože věřím, že co se má stát, se prostě stane a člověk to nijak výrazněji neovlivní. Musím říct, že mi byla rodina okamžitě maximálně nápomocná. Zejména děti, měla jsem v nich oporu!

No a na samotnou operaci jsem dlouho nečekala. Měla jsem ale pocit, že lékaři hodně hledí na věk. Byla tam komise několika doktorů, kteří mi oznámili, že půjdu na sledování. Já měla jít ale na operaci! Nakonec jeden lékař řekl, že jsem mladá a na operaci mě skutečně poslal. Do týdne jsem byla na sále. Nevím, asi jsem jim přišla mladá, i když mi bylo padesát (úsměv). Každopádně jsem za to samozřejmě moc ráda. Operace byla v klidu. Měla jsem pocit, že to dobře dopadne. Nebyla jsem ani ve stresu z operace. Vzali mi 20 centimetrů tlustého střeva, které poslali na rozbor. Zkoumali, jestli se to dostalo dál. Jelikož jsem to podchytila skutečně brzy, bylo všechno v pořádku. Na chemoterapii jsem už poté nemusela. Každý půl rok jsem ale musela docházet na koloskopii a odběr krve. Trvalo to celých pět let. Nakonec jsem chodila jednou za rok. Příští rok jdu opět na vyšetření, ale už jenom na ultrazvuk, protože mám malinkou cystu na játrech. Přesto se vždy bojím výsledku, aby se to nevrátilo.

Celej život jsem se stravovala hodně masem. A to z toho důvodu, že manžel maso jí moc rád. Já ho sice tolik nemusím, ale podřídila jsem se mu. To byla podle mě příčina. Koukala jsem na manžela, ale nekoukala jsem na sebe, že mi to nedělá dobře. Myslím si, že se na tom také podepsaly stresy. Těch jsem neměla málo... A je jasné, že stresy nikdy ničemu nepomohou. Můj manžel, je velký cholerik. Mám to s ním opravdu těžký, ale za ty léta už jsem si zvykla nebo spíš otupěla. Chybou také bylo, že jsem byla zvyklá pít hodně kávy. Pila jsem ji celý den a myslela si, že tekutin mám díky tomu hodně. Teď už vím, že tomu tak nebylo. Snažím se dnes pít už jen dva šálky kávy denně, třeba turka už nepiju vůbec. Odbourala jsem z 80 procent maso. Skoro vůbec nejím vepřové. Snažím se spíš jíst lehčí

maso, a to jen zhruba třikrát týdně. Manžel se to naučil se mnou. Když náhodou chce vepřové, tak ho udělám, ale vezmu si minimum (úsměv). Hodně se také věnuji snídani. Začínám tím, že vypiju půllitr vody s citronem. Jím až za hodinu. Vezmu si třeba ovoce - kiwi a tak dále. Také jím jogurty. No a samozřejmě se snažím celý den maximální pít - vodu, čaje... Celkově hodně jím ovoce a zeleninu. To je asi všechno z mého jídelníčku. Zkrátka uvědomuju si, co tělu prospívá a snažím se o sebe víc starat. Bylo to pro mě velký ponaučení a hlavně varování.

Také jsem se začala hodně procházet. Velmi mi pomohla příroda. Pohyb je skutečně dobrý. Můžu říct, že tato „zkušenost“ mi celkem dost změnila životní návyky. Také se už dnes nenervuji. Dříve jsem si všechno dost brala, ale dnes se nad mnoha problémy povznáším!

Základem jsou podle mě preventivní prohlídky. I když člověku nic není! Podle mě by je lidé neměli podceňovat. Myslím si, že kdybych si na prohlídku nedošla, mohlo to dopadnout skutečně hodně špatně. Pak je důležité se hodně pohybovat, pít a celkově se nepřejídat.“

Upřesňující fáze (kladení doplňujících otázek)

Vnímáte nějaké potraviny za rizikové v souvislosti s rakovinou střev?

„Myslím si, že ano. V mém případě, jak už jsem zmínila to maso. Zkrátka manžel ho vyžadoval skoro denně. Jak nebyl oběd z masa, bylo zle. My všichni jsme si za nějakou dobu zvykli a jedly ho taky. Dneska je to obráceně. Po zkušenosti s mojí nemocí ho jíme všichni minimálně, i manžel.“

Vyhledávala jste někdy služby odborného poradenství pro zdravou výživu?

„Ne nikdy, s tímhle zkušenost nemám. Hodně informací o zdravé stravě jsem si přečetla na internetu. Tím, jak jsem nemusela podstoupit chemoterapii, tak jsem byla ušetřená těch komplikací okolo. Právě to zvracení, nechutenství, hubnutí a tak.... Toho jsem se hodně bála a pak mi to dobře dopadlo, tak se mi ulevilo. Alespoň v něčem (úsměv).“

Změnila jste svou životosprávu po onemocnění rakovinou?

„Naprostě. Začala jsem chodit na procházky, to už jsem asi říkala. Udržuju si váhu okolo 60 kilo. Nepiju už tolik té kávy, nejím tolik toho masa a nestresuju se. Už mi to za to nestojí. Když má manžel tu svoji náladu, odcházím ven a relaxuju v přírodě. Život už mě naučil (smích).“

Tabulka č. 3 Shrnutí zásadních informací – Rozhovor č. 3

<p>Liminalita</p>	<ul style="list-style-type: none"> • stanovení onkologické diagnózy • strach a obavy z vyšetření, plánované operace a jejich následků • zdravotní problémy (poruchy střevní pasáže, nepravidelné vyprazdňování) • narušená funkce rodiny (dlouhodobé působení stresu z ne příliš šťastného manželství a podřizování se)
<p>Souvisí stravování s onemocněním tlustého střeva?</p>	
<p>Ano. Respondentka je v osobním případě přesvědčena o této souvislosti. Myslí si, že nadměrná konzumace masa a masných výrobků byly těmi hlavními příčinami v onemocnění rakovinou střeva. Respondentka uvádí také časté pití kávy (turka) ve spojitosti s příjmem celodenních tekutin.</p>	
<p>Objevila se rozdílnost vnímání zdraví před diagnózou a po diagnostice kolorektálního karcinomu?</p>	
<p>Ano. U respondentky došlo k přehodnocení pohledu na vlastní zdraví. Snaží se o celkové zklidnění a uvědomuje si priority vlastního zdraví. Respondentka dokázala odbourat dlouhodobé zejména nezdravé životní návyky vůči svému dominantnějšímu manželovi. Sama v rozhovoru uvádí, jak velké to pro ni bylo ponaučení a hlavně varování.</p>	
<p>Nastaly změny ve stravování celé rodiny?</p>	
<p>Ano. Respondentka ve své rodině prosadila konkrétní změnu v konzumaci masa. V rozhovoru vyjadřuje, že maso bylo téměř denní surovinou podle manželovo letitých zvyklostí a požadavků. Po zkušenosti s onemocněním a uvědomování si všech rizik spojené se stravováním připravují pokrmy z masa minimálně a s touto změnou se vyrovnal i manžel.</p>	
<p>Souvisí onemocnění tlustého střeva se životosprávou v minulosti?</p>	
<p>Ano. Respondentka si uvědomuje, že v minulosti zanedbávala péči o své zdraví. Vyjadřuje se, že nyní kompenzuje stresové okamžiky vyvolávané cholerickým manželem rezignačním postojem. Údajně už jí tak život naučil. Chodí na procházky do přírody a kompletně změnila stravovací návyky.</p>	

Jsou využívány služby odborného poradenství pro zdravou výživu?

Ne. Respondentka nemá s poradenstvím pro zdravou výživu dosavadní zkušenost. Za informační zdroj o způsobech zdravého stravování považuje internet.

Stigma

- strach z onkologické recidivy
- změna životního stylu
- změna stravovacích návyků
- opora v dětech
- rezignační postoj v manželství

7.1.4 Narativní rozhovor 4

Popis osoby respondenta

„Je mi 80 let. Mám dvě děti, čtyři vnoučata a tři pravnoučata. Když máme nějakou rodinnou oslavu, je to tedy něco (úsměv). Bydlela jsem původně v obci Dasný u Českých Budějovic, ale nyní žiji v Suchém Vrbném. S manželem jsme si tu postavili dům v roce 1972. Je to tady moc pěkné, takže jsem spokojená! Co se týká zaměstnání, tak jsem celý život byla v kanceláři.“

Vyprávění

Nyní bych Vás poprosila, abyste mi vyprávěla, co všechno se Vám v životě přihodilo, o důležitých momentech, které Vás v životě potkaly. Nemusíte pospíchat, pro mne jsou důležité i podrobnosti.

„Zdravotní problémy nastaly u mých rodičů a u bratra. Otec měl rakovinu prostaty, když mu bylo 60 let. Přesto se nakonec dožil 80 let! Matka byla nemocná více - měla nemocné srdce a ledviny. V 80 letech jí byla zjištěna rakovina obou prsů. Léčená sice byla, ale operovaná nikoliv... Ani nedocházela na ozařování. Co se týká bratra, tak ten měl problémy s mateřským znaménkem. Když jsme stavěli dům, tak nám tehdy pomáhal. Během prací jsme si všimli, že se mu v tom znaménku udělala bradavice, která nakonec krvácela. Byl hospitalizován v Brně, kde podstoupil několik operací. Dopadlo to špatně - ochrnl. Protože se v rodině rakovina vyskytovala, docházela jsem na kontroly k lékaři. Nebylo mi ale nic zjištěno... To se však změnilo před pěti lety.

Před pěti lety jsem začala opakovaně pozorovat svoji stolicí. Zjistila jsem, že v ní často mám čerstvou krev. Šla jsem tedy k doktorovi, kterému jsem to oznámila. Okamžitě mě

poslal na vyšetření, na kterém zjistili, že mám asi deset centimetrů od konečníku nádor. Do nemocnice jsem pak šla poměrně rychle. Když přišel výsledek, byla jsem dost otřesená. Vypadalo to totiž, že operace nedopadla úplně nejlépe. Bála jsem se, že dopadnu jako bratr a budu úplně invalidní a ležící. Musela jsem přijít na kontrolu za dalších 14 dní. Řeknu vám, že to byly opravdu dva nejkřutější týdny! Nakonec se ukázalo, že je všechno v pořádku. Část kolem nádoru byla zdravá. Na základě toho jsem tedy nemusela podstoupit žádnou chemoterapii. Každé tři měsíce jsem akorát musela chodit na vyšetření. Bylo to sice náročné, ale vydržet se to dalo. Letos mě čeká poslední kontrola. Snad dobře dopadne. Měla bych pak pět kritických let svého života za sebou. Jsem skutečně moc ráda, že to tak dobře dopadlo. Opravdu moc! Stravovala jsem se vždy pravidelně, střídě a zdravě. Přemyslím, co by mohlo být špatného....Ne to si nemyslím. Podle mě jídlo žádný vliv nemělo... Jelikož jsem to měla v rodině, tak je to genetikou. Dá se říct, že jím všechno. Žádným potravinám se nevyhýbám. Vlastně akorát paprikám, ale to kvůli tomu, že jsem měla problémy se žlučníkem. Nikdy jsem nekouřila, nepila alkohol. Žila jsem rodinným životem, zažila jsem spoustu radostí i starostí, jak už to v životě chodí. Nemůžu si stěžovat. Zkrátka vidím to na tu genetiku. Což já... Já už to nějak vydržím, ale největší obavy mám o rodinu ty dětičky. To je hotové neštěstí, když je něco takovýho potká. Každou chvíli to slyším v televizi. To je asi všechno, jestli ještě něco potřebujete, tak se raději zeptejte. Já už mám tu hlavu starou a děravou...(smích).“

Upřesňující fáze (kladení doplňujících otázek)

Pocítujete zásadní změny ve stravování po prodělaném onemocnění karcinomu tlustého střeva?

„Jak už jsem vám říkala. Nerozlišovala jsem stravu ani před nemocí ani po nemoci. U nás doma se vždycky jedlo střídě a myslím si, že i zdravě. Máme vlastní zahrádku se zeleninou, stromy s ovocem, na podzim nakládáme zelí a tak se snažíme jíst hodně z vlastních zásob a výroby.“

Dá se říct, že si po této zkušenosti život skutečně užíváte?

„To je správná otázka. Já v mém věku mám radost z každého dne. Obzvlášť po takové závažné nemoci. Největší radost jsou ta vnoučátka a pravnoučátka. Když vidím, jak rostou a jsou zdraví, dělá mi to velkou radost a dodává chuť do života. Jinak mam taky hodnýho dědu abych ho taky pochválila. Celej život jsme hodně spolupracovali a rozuměli si...(úsměv).“

Co byste vzkázala lidem? Co je nejlepší prevencí?

„Určitě by měli chodit k lékařům. V žádném případě by to neměli podceňovat. Určitě je dobré si zkusit testy na skryté krvácení! Zdravě se stravovat nebo se s někým o zdravé stravě poradit. Jednou jsem byla u výživového poradce kvůli problémům se žlučníkem. Bylo to docela přínosné. Už je to ale dlouho. Na závěr bych ráda dodala, že mi byla velkou oporou rodina. Hlavně manžel a dcera. Zkrátka všichni.“

Tabulka č. 4 Shrnutí zásadních informací – Rozhovor č. 4

Liminalita	<ul style="list-style-type: none">• opakovaný výskyt čerstvé krve ve stolici• velká genetická zátěž přímé rodiny v souvislosti s onkologií• strach z výhledné budoucnosti• strach z imobilizace a invalidity
Souvisí stravování s onemocněním tlustého střeva?	
Ne. Respondentka si nemyslí, že v jejím případě strava ovlivnila nebo zapříčinila onemocnění kolorektálním karcinomem. Ani tuto souvislost nikterak nepředpokládá. V rozhovoru uvádí své stravovací návyky jako pravidelné, střídme a zdravé. Neuvádí ani potraviny, které by úplně vyloučila ze svého jídelníčku ve spjatosti s onkologickým onemocněním.	
Objevila se rozdílnost vnímání zdraví před diagnózou a po diagnostice kolorektálního karcinomu?	
Ano. Respondentka se vyjadřuje kladným přístupem k vlastnímu zdraví před onemocněním rakovinou střev, tak i po tomto onemocnění. Jen podle jejích slov došlo k vystupňované radosti ze všedních dnů, vnoučat i pravnoučat. Toto konstatování respondentka zahrnuje do všeobecných souvislostí spojené zejména pokročilostí svého věku a zdolání závažné nemoci.	
Nastaly změny ve stravování celé rodiny?	
Ne. Zvyklosti spojené se stravováním zůstávají stejné jak pro respondentku, tak pro celou rodinu.	
Souvisí onemocnění tlustého střeva se životostí v minulosti?	
Ne. Ani zde nenachází respondentka jistou souvislost. Uvádí, že nikdy nekouřila, nepila alkohol, nebyla vystavena velkým stresům. Žila a doposud žije klidným rodinným životem. Celý život upřednostňovala stravování z vlastní domácí výroby a zásob. Celkovou příčinu svého onkologického onemocnění respondentka přikládá genetickému zatížení ze strany své	

přímé rodiny (matka, otec, bratr)	
Jsou využívány služby odborného poradenství pro zdravou výživu?	
Ne. Respondentka má pouze jednorázovou zkušenost s těmito službami. Nikoliv v problematice kolorektálního karcinomu, ale z důvodu opakovaných žlučnickových kolik.	
Stigma	<ul style="list-style-type: none"> • nejistá budoucnost u onkologické anamnézy • strach z výskytu stejné diagnózy ve své rodině zejména u dětí • vystupňovaná radost ze všedních dnů a maličností

7.1.5 Narativní rozhovor 5

Popis osoby respondenta

„Je mi 51 let. Jsem vdaná, mám dvě dospělé děti. Bratra, který je zdravý a rodiče, kteří jsou až na běžné stařecké neduhy taky zdraví. Pracovala jsem jako zdravotní sestra celý život na jednom oddělení a to interně. Teď po nemoci jsem v invalidním důchodu. Bydlíme v malém, ale útulném domečku v Českém Krumlově. Taky nesmím zapomenout na moje chlupatý mazlíky pejska Míšu a kočičku Mínu. Jinak jsem byla zdravý člověk jako dítě úplně bez problémů a v dospělosti asi jen běžný sezónní viróz.“

Vyprávění

Nyní bych Vás poprosila, abyste mi vyprávěla, co všechno se Vám v životě přihodilo, o důležitých momentech, které Vás v životě potkaly. Nemusíte pospíchat, pro mne jsou důležité i podrobnosti.

„Celý můj příběh začal v roce 2008. Tehdáž můj mladší syn nastupoval do prvního ročníku střední školy. Starší dcera už byla ve třetí třídě na obchodce. Pro mě jako ženu to bylo období, kdy jsem měla pocit, že začíná nová etapa života. Konečně i já jsem se chtěla začít věnovat svým léta zanedbávaným koníčkům, taky sama sobě a s manželem jsme plánovali vycestovat. Jenže....

Jednoho dne, když jsem se utírala po stolici, jsem měla papír prosáklý jasně červenou, čerstvou krví. Bleskově mě proběhla hlavou myšlenka, že se mi vrátily hemeroidy. Mívala jsem je po porodu u obou dětí. Situaci jsem vyřešila mastičkou a sedací koupelí. Dál se to neopakovalo, nebyl důvod k panice. Odstupem času jsem začala cítit těžkou únavu, slabost, střídavý chutě se měnily v jistou nechut. Když sem vařila oběd, spousta surovin jsem nemohla cítit. Měla jsem pocit, že je všechno zkažené a starý. A to bylo hodně divný, pořád

jsem si říkala, co se se mnou děje? U nás se vaří poměrně často, máme rádi polévky, hodně vaříme z domácí zeleniny i brambor, které si pěstuju. A najednou tu nebyla ta chuť, nebylo to ono...

Syn začal chodit do tanečních a já se na něj moc těšila, asi jako každá máma... Jenže už jsem se musela natolik přemáhat, že jsem si to ani neužívala. Rodina už si té změny a moji neustále únavy taky všimla. Dcera mě povzbuzovala, ať jdu k doktorce..., marodit... a odpočinu si. Na přechodnou dobu jsem to tak vyřešila. Jenže... Všechno se znovu opakovalo, stejnýma příznakama. To už jsem žádala pani doktorku o nějaké vyšetření. Udělala mi základní vyšetření krve, moči a hned se objevila první stopa. Měla jsem nízký krevní obraz, což se pani doktorce už nezdálo. Dovyšetřila mě tedy ultrazvukem, rentgenem. Všechno bylo s negativním nálezem. Začala tedy pátrat po příčině té krevní ztráty, až padla otázka na vyprazdňování. To mi svitlo s mým údajným hemeroidem. Tenkrát jsme se rozumně domluvily rovnou na koloskopii. Test na skrytý krvácení neměl význam, když mi krvácí hemeroidy, byl by falešně pozitivní.

Objednala jsem se na gastro a dostala termín za dva měsíce. To už jsem začala cítit nervozitu a první známky strachu, co kdyby... Nevydržela jsem to a domluvila si termín z pozice zdravotní sestry, když někdo náhle vypadne z programu, podají mi informaci a já přijdu. Pokyny před vyšetřením jsem znala a pitnou kúru jsem měla připravenou doma v pohotovosti.

Netrvalo to dlouho, asi do týdne zvonil telefon.

V den, kdy mi byl oznámen nález rakoviny střeva, jsem seděla v autě před nemocnicí a brečela manželovi v náručí. V hlavě se mi promítal celý život, život mojí rodiny, dětí i mých rodičů. Cítila jsem hroznou křivdu, proč zrovna já...? To určitě není pravda, to je omyl. Fuj mám z toho husinu...

V práci na našem interním oddělení jsem se setkávala s pacientama, kteří onemocněli zákeřnou rakovinou. Myslím si, že jsem byla vždycky empatická, myslela si, že vím jak jim je, jak se cítí. Mýlila jsem se. Až dneska jsem pochopila, co přesně s touhle zákeřnou nemocí souvisí, až když jsem se s ní setkala tváří v tvář. Teď jsem odbočila od tématu, ale chtěla jsem se vrátit zpátky k tomu, co bylo od té diagnostiky. Začali se dít vážně velké věci a hlavně to vzalo ohromný spád. Čtvrtý den od vyšetření jsem nastoupila do nemocnice k operaci. I když znám zdravotnické prostředí, vůbec jsem nevěděla, co mě čeká. Začala

jsem mít obrovský strach. V hlavě se mi točily myšlenky jedna za druhou. Doktoři stáli nad lůžkem a rozhodovali se, jak rozsáhlý výkon mě čeká. Jestli bude nutný vývod nebo ne.

Nakonec jsem operaci zvládla dobře, žádnéj med to nebyl, ale vydržela jsem to. Stomie nutná nebyla, ale rozsah nádoru prorůstal i mimo střevní stěnu takže kompletní onkologická léčba, jako chemoterapie a ozařování. V průběhu každé fáze léčby jsem měla těžká období. Se slzama v očích jsem se jednoho dne ostříhala na krátko a do týdne si oholila hlavu celou. S manželem jsem si šla pro novou paruku, měla jsem pocit, že si na ni nezvyknu, že po mě lidi koukají a tak...

Měla jsem chemoterapii dost silnou, trpěla jsem jako blázen. Každou chvíli jsem měla přidružený komplikace. Těch bylo tolik, že je ani nechci jmenovat. Vždycky mě na chemošku doprovázel manžel, nikdy nevynechal, byl mojí velkou oporou. I děti se o mě doma pěkně staraly, před nima jsem dělala silnou, nechtěla jsem jim víc ubližovat. Už tohle stačilo. Musím říct, že mi nemoc opravdu hodně psychicky ublížila a spoustu mi toho vzala. Už nemůžu dělat všechno, co bylo předtím naprosto normální. Nemůžu si věci plánovat. Zkrátka žiju ze dne na den a jsem za to ráda. Abych to nějak uzavřela, řídím se heslem: co mě nezabije, to mě posílí. Protože jak asi už z ordinace víte, na poslední kontrole, mi byla diagnostikována metastáza v játrech... Důležitý je, že mam pro koho žít a musím to celé podstoupit znovu. Jinak uvnitř duše mám hroznej strach zase všechno opakovat těch komplikací u chemoterapie, té bolesti a proplakaných nocí...

Když se poohlédnu do života před rakovinou, neuvědomím si jednu jedinou věc, kterou bych dělala špatně. Tyhle myšlenky se mi honí v hlavě pořád, Z čeho? Nekouřím, alkohol nepiju. Nikdy jsem nebyla stresový typ člověka. Tak proč? Nevím... “

Upřesňující fáze (kladení doplňujících otázek)

Domníváte se, zda Váš způsob stravování mohl ovlivnit nebo je přímo vinen za Vaše onemocnění?

„Já si to úplně nemyslím. I když stoprocentně to vědět nemůžu, ale přesvědčená o tom nejsem. Myslím si, že se stravuju tak průměrně. Nezastávám žádnou bio kvalitu, ale zase nekupuju instantní jídla, polotovary a tak... Normálně doma vaříme, lecos si vypěstujeme na zahrádce, jíme dost zeleniny i ovoce. Snažim se už i kvůli rodině aby měli teplý oběd, někdy i večeri...Nezastávám ty stánky s občerstvením, bufety ani jiné. Zkrátka nemyslím si, že doma dělám něco přímo nezdravýho. Dokonce chodím i k nutriční terapeutce. Pani

doktorka mi to doporučila vzhledem k tomu, jak jsem špatně snášela chemoterapii. Začala jsem totiž hodně hubnout a to bylo špatně. Ale chtěla jsem říct, že jsem to s ní taky párkrát probírala tu souvislost se stravováním a na nic jsme nepřišly.“

Do jaké míry onemocnění poznamenalo váš život?

„Do velké. Dalo by se říct, že kompletně mi život na téhle nemoci ztroskotal. Přišla jsem o zdraví, o možnost žít běžnej život. Nemůžu řešit banality jako ostatní třeba jestli si koupím krátký nebo dlouhý kalhoty. Není dne, kdy bych na to nemusela myslet. Přišla jsem o takovou tu běžnou životní jistotu. A tak dále a tak dále...To co mi připadalo před onemocněním normální, ráno vstát a jít do práce tak teď je pro mě naprosto vyloučený. Zkrátka ve zdraví teď když ho nemam, vidim mnohem víc. Daleko větší hodnotu i prioritu.“

Tabulka č. 5 Shrnutí zásadních informací – Rozhovor č. 5

<p>Liminalita</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ztráta plného zdraví • přetrvávající zdravotní problémy (únava, nechutenství, nevolnost) • smutek ze ztráty životní jistoty • přiznání invalidního důchodu • změněné vnímání tělesného vzhledu (následkem chemoterapie, ztráta vlasů) • porucha výživy (operace, chemoterapie, radioterapie) • změna sebepojetí • strach o své zdraví a svůj život • omezení zájmů
<p>Souvisí stravování s onemocněním tlustého střeva?</p>	
<p>Ne. Respondentka není přesvědčena o této spojitosti. Domnívá se, že je průměrným strážníkem. Ve struktuře svého jídelníčku uvádí přítomnost ovoce, zeleniny. Respondentka upřednostňuje domácí přípravu pokrmů, jako jsou teplé obědy, někdy i teplé večeře.</p>	

Objevila se rozdílnost vnímání zdraví před diagnózou a po diagnostice kolorektálního karcinomu?	
Ano. Zde respondentka uvádí, že na základě onemocnění rakovinou, ji kompletně ztroskotal celý život. To co považovala před diagnózou za samozřejmé, je pro ni nyní vyloučené. V pojmu zdraví vidí mnohem víc, větší hodnotu i prioritu.	
Nastaly změny ve stravování celé rodiny?	
Ne. Z rozhovoru není patrná žádná změna pro stravovací úpravy celé rodiny. Respondentka nabíla jistého dojmu, že ani před svým onemocněním nepřipravovala do jídelníčku věci přímo nezdravé.	
Souvisí onemocnění tlustého střeva se životosprávou v minulosti?	
Ne. Respondentka si doposud pokládá otázky typu z čeho? A proč? Ani z narativního rozhovoru nevyplývá jasná odpověď. Není si vědomá, kde by dělala chybu. Svou životosprávu vyjadřuje kladně. Nekouří, nepije alkohol, není stresový typ.	
Jsou využívány služby odborného poradenství pro zdravou výživu?	
Ano. V kompletní protinádorové léčbě (operace, chemoterapie, radioterapie) pomáhá respondentce nutriční terapeutka tlumit nežádoucí účinky, jako jsou hubnutí, nechutenství, nevolnosti.	
Stigma	<ul style="list-style-type: none"> • strach z rozsahu recidivy (metastáza v játrech) • strach z bolesti a zdravotních komplikací z nové onkologické léčby • ztráta důvěry v lepší budoucnost z důvodu metastázy • ztráta životních plánů a iluzí • opora v rodině (mít pro koho žít, opakovaně se podrobit léčbě)

7.1.6 Narativní rozhovor 6

Popis osoby respondenta

„Včera jsem měl narozeniny a oslavil jsem 56 let. Bydlím se svojí rodinou v Dasným, je to kousek za městem. Jsem táta od třech dětí, jsem jednou rozvedenej. Naposledy jsem pracoval jako instalatér v jedné soukromé firmě, teď jsem invalidní důchodce.“

Vyprávění

Nyní bych Vás poprosila, abyste mi vyprávěla, co všechno se Vám v životě přihodilo, o důležitých momentech, které Vás v životě potkaly. Nemusíte spíchat, pro mne jsou důležité i podrobnosti.

„Začal bych asi tímhle... Už hodně let se potýkám s Crohmem. Je to pro mě těžká nemoc, ale naučil jsem se s ní žít. Je to chronická nemoc, zatím bez možnosti úplného vyléčení. U mě to chodí tak, že mam dlouho klid a třeba jednou, dvakrát do roka přijde to rozbourání. Pak často chodim k vám na ty příjemný koloskopie (smích). Odtud se vlastně známe. Mám pocit, že jsem u vás v ordinaci jako doma. Už se vás ani nebojim (smích). Nejhorší je vypít ty čtyři litry na vyprázdnění.

Takže si myslim, že jsem dost pod lékařským dohledem. Léky беру pravidelně a hlavně dodržuju přísnou dietu. Tu jsem si tak by se dalo říct, ušil na míru. Za ty léta vim, co mi dělá dobře a co ne. Opravdu to nikdy neporušim, protože těch bolestí břicha, průjmů a nevolností, jsem zažil tolik, že už jsem ponaučeněj. Před pěti lety jsem byl na operaci, vzali mi půl metru střeva. Byl to prý už hodně postižený úsek a nedalo se nic jinýho dělat. Tenkrát jsem to hůř snášel, zhubnul jsem asi patnáct kilo. Dneska si váhu držim okolo osmdesáti kilo, což je dobrý. Moje rodina je úžasně tolerantní a dodržujou se mnou jistý zásady. U nás doma se jí často a po malých porcích, nejíme žádný uzeniny, salámy, plísňový sýry, nekořenime...Zeleninu manželka dusí v páře, protože v syrovém stavu mě hodně nadýmá. Asi to zní divně, ale už jsme tak leta zvyklí. Vaříme hodně z brambor, těstovin, a když už z masa, tak z libového. Takže si myslím, že čelím dost velkýmu nepříteli...Já si vážim chvílek, kdy je mi dobře a snažim se svoje zdraví hlídat. Nikdy mě nenapadlo, že může být ještě hůř.

Před rokem u vás na koloskopii vzala pani doktorka vzorek z polypu, který už se jí moc nelíbil. Naznačovala už po vyšetření, že to bude na rozhraní mezi zdravýma a nemocnýma buňkama. Musíme počkat na výsledky. Já pod vlivem těch léků na bolest po koloskopii to mam, tak akorát se jít domu prospat. Takže mě vždycky manželka odveze a ten den už jsem k nepoužití. Druhej den se mi všechny ty informace o polypu začali motat v hlavě. Co tím pani doktorka asi myslela? Nedalo mi to a jel jsem tam. To už říkala, že jste mi chtěly volat, protože výsledky už jsou. Údajně jste je nějak urychlovali nebo jak to bylo...

No a přišel moment pravdy. Polyp už byl změněný v zhoubný nádor. Myslel jsem, že to neustojím tu informaci a zhroutím se. Byl jsem strašně zaskočen. Jak je to možný? Vždyť jsem tu dvakrát do roka a přesto... Nádor? Odpověď zněla jasně, ještě že jste tu právě tak často. Nádor jsme zachytily v časné fázi a předpokládá se dobrá léčitelnost. Samozřejmě to byl zase velký šok i pro rodinu ale vzali jsme to a postavili se k tomu čelem. Dneska jsem zase po operaci a dopadlo to, jak říkala vaše pani doktorka. Nádor nikam neprorůstal, byl včas odhalen a odstraněn. Takže žádná další léčba. Naštěstí v neštěstí...Ale přesto zůstává v člověku další nejistota a strach z toho co přijde dál...“

Upřesňující fáze (kladení doplňujících otázek)

Vnímáte nějaké potraviny za rizikové v souvislosti s rakovinou střev?

„Myslím si, že dneska nás varují snad před vším. Počínaje potravin dovezených z Polska až po zdravotně závadné dětské přesnídávky. Při dlouhém sezení v čekárnách si rád pročítám ty reklamní brožury. Často se tam leccemu přiučím. Dočítám se opravdu hodně referencí na červené druhy masa a celkově kolem toho masa je toho dost. Uzeniny, párky, šunky...Já to všechno nejím už léta kvůli tomu Crohnovi a teď jsem rakovinu stejně dostal. Tak nevím, každé to má zkrátka z něčeho jiného.“

Změnil jste svou životosprávu po onemocnění rakovinou?

„Vcelku moc ne. Nevím, konkrétně v čem by ty změny byly. Dietu mám léta nastavenou, váhu si udržuju, jsem pod častým lékařským dohledem, nekouřím... Fakt nevím.“

Vyhledával jste někdy služby odborného poradenství pro zdravou výživu?

„Ne. Já se vždycky radil s vaší pani doktorkou v gastro ordinaci. Často jsme o vhodné a nevhodné výživě mluvily ale vždycky v souvislosti s tím Crohnem. To už je ale dávno, když jsem to neměl ještě všechno vyzkoušený. Dneska už to znám. Jinak jinde jsem se nikdy neradil.“

Tabulka č. 6 Shrnutí zásadních informací – Rozhovor č. 6

Liminalita	<ul style="list-style-type: none"> • stanovení onkologické diagnózy • strach a obavy z důvodu onkologického onemocnění • obtížná fáze přijetí pravdy (pocit na zhroucení, druhá vážná nemoc)
-------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> • strach o své zdraví • kvalitní lékařská informovanost • předpoklad včasné diagnostiky a dobré léčitelnosti.
Souvisí stravování s onemocněním tlustého střeva?	
Ne. Respondent tuto souvislost teoreticky připouští, nikoliv se s ní neztotožňuje ve svém případě. Respondent osobně striktně dodržuje dietní opatření vzhledem k Crohnově chorobě, se kterou leta žije. Vyloučil ze svého jídelníčku uzeniny, plísňové sýry, koření. Respondent se zmiňuje o pravidelnosti, střídmosti a pestrosti stravy.	
Objevila se rozdílnost vnímání zdraví před diagnózou a po diagnostice kolorektálního karcinomu?	
Ano. Přesto, že respondent je leta omezený Crohnovou chorobou a zdraví si považuje, nečekal, že se tento stav může ještě vystupňovat a přijít ještě závažnější onemocnění. Respondent si uvědomuje váhu svého zdraví.	
Nastaly změny ve stravování celé rodiny?	
Ne. Respondent se zmiňuje o rodinné tolerantnosti ve spojitosti s dietním opatření ohledně Crohnovi choroby nikoliv kolorektálního karcinomu.	
Souvisí onemocnění tlustého střeva se životosprávou v minulosti?	
Ne. Respondent si neuvědomuje, čeho by se změny týkali. Zdůrazňuje, že je pod lékařským dohledem, váhu si udržuje, dodržuje dietní opatření.	
Jsou využívány služby odborného poradenství pro zdravou výživu?	
Ne. Respondent nemá zkušenost s těmito službami o poradenství zdravé výživy. Uvádí případné konzultace ohledně stravy s lékařkou z gastroenterologické ordinace.	
Stigma	<ul style="list-style-type: none"> • strach o své zdraví a budoucnost • životní nejistota z důvodu onkologického onemocnění • doživotní dispenzární kontroly (Crohnova choroba, kolorektální karcinom) • chuť do života

IV. Diskuze

Bazální myšlenka, která vedla k realizaci tohoto výzkumného šetření, stojí na faktu častého výskytu kolorektálního karcinomu v naší populaci. V popředí náročné onkologické léčby, se nacházejí složité terapeutické postupy, u kterých se střídá celá řada odborníků. Existují však i méně nápadné, zejména preventivní a léčebné metody, které lidem významně pomáhají. K těmto nevýrazným, ale účinným metodám patří **výživa**. O velkém vlivu výživy na zdraví člověka není pochyb. Nejen, že představuje jednu z našich základních životních potřeb, ale svoji podstatnou měrou nás ovlivňuje od narození až do smrti. Podílí se zejména na naší tělesné a duševní kondici. V období, kdy člověk onkologicky onemocní, je výchozí stav výživy velmi důležitý. Jak uvádí Wilhelm, (2004), špatný stav výživy má u onkologicky nemocného závažné důsledky, které se projevují chátráním organismu. Pacienti hůře snášejí protinádorovou léčbu, mají horší prognózu onemocnění, ale také výrazně omezenou kvalitu života.

Výsledky mého výzkumu prezentují, jakým způsobem ovlivnila choroba stravovací návyky pacientů s kolorektálním karcinomem. Opěrným pilířem pro dosažení cílových hodnot bylo poskytnutí prostoru lidem s kolorektálním karcinomem k vyprávění svých zkušeností, pocitů i názorů.

Pomocí narativních rozhovorů a kladením doplňujících otázek jsem zjišťovala, **jak souvisí stravování s kolorektálním karcinomem**.

Vycházela jsem ze závěrů studie Fialy a kol., (2000, online), kteří uvádějí, že nádory zažívacího traktu, zejména kolorekta jsou dietárními faktory preventabilní až ze 75 %. Největší pozitivní efekt má hojná konzumace zeleniny a ovoce, díky obsahu velkého množství různých přirozených antikarcinogenních látek, kromě obsahu známých vitamínů, minerálů a vlákniny. Naopak riziková je vysoká konzumace tuků, červeného masa, soli, cukru, nadměrná tepelná úprava a konzumace potravin zasažených plísní. Ze souhrnného porovnání odpovědí respondentů však nevyplývala jednoznačná přímá souvislost mezi stravou a nádorovým onemocněním střev. Většina respondentů (č. 1, 4, 5, 6) byla přesvědčena o zdravém způsobu stravování. Popisují vlastní stravovací návyky jako pravidelné, střídavé a pestré. Častou složkou jejich jídelníčku byla zelenina a ovoce. Pouze dva respondenti (č. 2 a č. 3) nabyli přesvědčení, že vzplanutí choroby mělo přímou souvislost s jejich nevhodnými stravovacími návyky. Způsob stravování respondentů však podléhá subjektivnímu hodnocení, které není možné zpětně dále porovnávat. V mém

výzkumu se tak nepotvrdila jednoznačná vědomá souvislost stravovacích návyků respondentů se vznikem kolorektálního karcinomu.

Kvalitativním výzkumem jsem se snažila zmapovat **způsob vnímání zdraví před diagnózou a po diagnostice kolorektálního karcinomu**. Podle známé definice WHO je zdraví chápáno jako stav plné tělesné, psychické a sociální pohody, a ne jen jako nepřítomnost nemoci nebo vady. Zdraví člověka úzce souvisí s kvalitou jeho života. Respondenti před samotným onemocněním zákeřnou rakovinou vnímali zdraví jako něco naprosto běžného, něco co prostě je a bude napořád. Až s příchodem nemoci si uvědomili pravou cenu svého zdraví. Ve výpovědích všech dotazovaných došlo ke shodě.

U výzkumné otázky, zda **nastaly změny ve stravování celé rodiny**, pouze jedna z respondentek (č. 3) uvedla, že ve své rodině dokázala prosadit zásadní změnu. Tato změna spočívala v omezení zejména masa a masných výrobků. Respondentka v rozhovoru sama poukázala na nadměrnou konzumaci živočišných bílkovin, které do té doby byly běžnou každodenní surovinou. Rakovina střev pro ni byla varováním, které vedlo ke změně letitých nezdravých stravovacích návyků celé rodiny. Ostatní dotazovaní nabyli dojmu, že v jejich rodině k žádné změně nedošlo z důvodu uplatňování zásad zdravé výživy již před propuknutím onkologické nemoci.

Dále jsem se zaměřila na možnou **souvislost nádorového onemocnění tlustého střeva s životosprávou v minulosti**. Kočárek (2010) uvádí, že dědičnou dispozici ani věk ovlivnit nelze, ale je možné se vyhnout rizikovým faktorům vyplývajícím z vlivů prostředí a způsobu života. S tímto tvrzením se ztotožňuji. Myslím si, že dnešní uspěchaná doba k tomuto nezdravému způsobu života přímo vybízí. Navzdory tomu, pouze dva respondenti (č. 2 a č. 3) si přímo uvědomují svůj dřívější nezdravý životní styl a s ním úzce související negativní dopad na své zdraví. Jeden z nich (č. 2) odsunul své zdraví do pozadí z důvodu velké pracovní vytíženosti v kombinaci s únavou, stresem, kouřením a stravováním formou rychlého občerstvení. U zmiňovaného respondenta jsem zaznamenala navíc další dva vnitřní faktory, jimiž jsou rizikový věk pro výskyt kolorektálního karcinomu a dědičná predispozice. Dotazovaný uváděl onkologickou pozitivní rodinnou anamnézu u svých rodičů a babičky. Na základě zkušeností z praxe v gastroenterologické ordinaci a na základě poznatků o významné roli genetické predispozice v souvislosti s onemocněním rakovinou střev se otázka prevence dotkla i respondentova bratra.

Posledním tematickým okruhem jsem zjišťovala, **jak jsou využívány služby odborného poradenství pro zdravou výživu** v souvislosti s nádorovým onemocněním střev. Myslím si, že nutriční terapie je pro lidi z oblasti zdravotnictví již běžným tématem, ale u onkologicky nemocné populace vidím jisté mezery. Z osobních výpovědí respondentů jsem získala výsledné informace o nedostatečném využívání těchto služeb. Pouze dva respondenti (č. 2 a č. 5), kteří podstoupili kompletní onkologickou léčbu (operace, chemoterapie, radioterapie) spolupracují s nutričním terapeutem. Tyto služby vnímají jako přínosné a oceňují je. Ostatní respondenti, kteří se podrobili pouze operativní léčbě, nemají zkušenost s dietoterapií. Respondenti často zmiňují, že v této oblasti nepotřebují poradit. Zde se můj názor s respondenty konfrontuje, neboť je otázkou, zda je jejich přesvědčení o svých zdravých stravovacích návycích podloženo adekvátními fakty nebo pouze subjektivním dojmem.

Přesto, že byl výzkumný proces nasměrovaný do oblasti stravování v souvislosti s onemocněním, nemohla jsem nechat bez povšimnutí **duševní zátěž** patrnou u všech šesti respondentů. Jednalo se o psychické prožívání nástupu nemoci. Onkologické onemocnění nepochybně u pacientů zasahuje do bio-psycho-sociálních potřeb. Osobně považuji zmiňovaný zásah onemocnění do psychiky nemocného za stěžejní, a proto bych se k němu v následující části ráda vyjádřila.

V průběhu prožívání nemoci nastane celá řada změn. Psychika nemocného se mění v jednotlivých fázích průběhu nemoci. Nelze to ale popsat u každého stejně. Každý člověk je individuální a i problematiku prožívání nemoci vnímá odlišně. Jsou lidé se silnou psychickou odolností, kteří se s pomocí rodiny nebo vlastní vůlí dokáží s vážným onemocněním vyrovnat. Řada pacientů se s nastalou situací vyrovnává velice těžko a mnohdy se nevyrovná vůbec. Jejich negativní psychický stav je vystupňovaný do takové míry, že i pravděpodobnost úspěšné onkologické léčby výrazně klesá. Z výsledků mé výzkumné práce je patrná shoda s uvedeným tvrzením. Silné rodinné zázemí a celková podpora pacientova okolí se projevila jako zásadní při fázi vyrovnání se s psychickým strádáním. Ve svém výzkumu jsem úmyslně volila různé věkové kategorie respondentů. Nejmladšímu bylo 51 let, nejstaršímu 80 let. Neočekávaným zjištěním pro mne bylo, že mladší respondenti po psychické stránce přijímali vážnost onkologického onemocnění podstatně obtížněji než respondenti starší. Dotazovaní v produktivním věku uváděli, že prudký nástup vážné nemoci silně ovlivnil jejich dosavadní aktivní život jak po stránce pracovní, tak po stránce osobního života.

Důležité a povzbudivé zjištění pro mne bylo, že žádný z respondentů nerezignoval, své nemoci nepodleh a nevzdal se svých životních cílů. Dokonce i z rozhovoru s respondentem č. 5 je patrné, že navzdory diagnostikované recidivě maligního nádoru v játrech svůj boj nevzdává.

Přesto, že prevence a včasný záchyt prvních příznaků nemoci rozhoduje o osudu onkologických pacientů, kvalitativní výzkum i profesní praxe potvrzují, že čekací lhůty na stěžejní koloskopické vyšetření jsou pro kapacitní přetíženost gastroenterologických ordinací dlouhé (i několik měsíců). Tento fakt vidím jako jistý paradox toho, co hlásá odborná veřejnost.

Závěrem bych ráda podotkla, že onemocnění zhoubným nádorem je pro každého osudovou záležitostí, která hluboce poznamená nejen život dotyčného, ale i celé jeho rodiny, blízkých a přátel.

V. Závěr

Prostřednictvím mé bakalářské práce jsem chtěla podpořit poměrně rozšířený názor, že existuje úzké vzájemné propojení mezi způsobem stravování a vznikem nádorového onemocnění tlustého střeva a konečníku.

Předpokládala jsem, že formou kvalitativních rozhovorů s lidmi s tímto onemocněním získám informace, které jako celek úzkou souvislost jednoznačně potvrdí.

Přesto, že bližší a osobnější setkávání s takovými lidmi bylo velmi zajímavé a přínosné pro můj osobní i profesní život, jejich výpovědi nepřinesly očekávané jednoznačné závěry.

Pouze třetina respondentů spatřuje možnou souvislost mezi dřívějším nezdravým způsobem stravování a pozdějším nástupem nemoci. V těchto případech byl ale způsob stravování jakýmsi kompromisem mezi potřebami respondentů a životními okolnostmi. Myslím si, že strava tehdy ustoupila do pozadí před jinými problémy, jež respondenti řešili.

Dvě třetiny respondentů považují své stravování před i po nemoci za zdravé a tělu prospěšné. Nejistili žádné výrazné pochybení ve stravovacích návycích, které by mohlo vést ke vniku nádorového onemocnění.

Jednoznačné propojení mezi způsobem stravování a nástupem nemoci z mého výzkumu nevyplývalo, ale zaznamenala jsem zájem respondentů o oblast stravování jako o možný způsob odvrácení nemoci. Žádný z respondentů nepovažuje stravu ve vztahu k nemoci za nepodstatnou.

Výrazněji mě ale u respondentů zaujala změna v životních postojích. Díky prodělané nemoci přehodnotili svou důležitost ve vztahu k rodině a prostředí, v němž žijí. Uvědomění si tak závažného problému jim dalo motivaci a sílu zajímat se více o své potřeby, včetně způsobu stravování, které před nástupem nemoci často opomíjeli.

VI. Seznam literatury a pramenů

ABRAHÁMOVÁ, J., BOUBÍLKOVÁ, L., KORDÍKOVÁ, D. 2001. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. 2. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-204-4.

BURNIE, D. 1996. *Stručná encyklopedie lidského těla*. České vydání: Talentum spol.s.r.o., 1996. ISBN 80-967-3904-2.

ČERMÁK, I. 2002. *Myslet narativně*. Kvalitativní výzkum „on the road“, Sborník z konference, Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí. Psychologický ústav AV ČR, Brno: Albert 2002.

ČIHÁK, R. 2002. *Anatomie 2*. 2. upravené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0143-X.

DIENSTBIER, Z., SKALA, E. 2001. *Předcházíme rakovině*. 1. Praha: Computer Press, 2001. ISBN 80-7226-375-7.

DIENSTBIER, Z., STÁHALOVÁ, V. 2009. *Onkologie pro laiky*. 1. Praha: Liga proti rakovině, 2009. ISBN 978-80-86031-86-6.

DUŠEK L. A KOLEKTIV, 2012. *Epidemiologie, prevence a léčba kolorektálního karcinomu dle dostupných českých a mezinárodních dat*. 1. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2012. ISBN 978-80-87347-07-2.

DYLEVSKÝ, I. 2000. *Somatologie*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Olomouc: Epava, 2000. ISBN 80-862-9705-5.

GROFOVÁ, Z. 2007. *Nutriční podpora, praktický rádce pro sestry*. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.

GULÁŠOVÁ, I. 2009. *Telesné, psychické, socialne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-806-3305-9.

HAIGHOVÁ, CH. 2007. *100 nej potravin pro imunitu*. Praha: Slovart, 2007. ISBN 978-80-7391-011-2.

HENDL, J. 2012. *Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace*. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-485-4.

HOLUBEC, L. 2004. *Kolorektální karcinom, současné možnosti diagnostiky a léčby*. Praha: Grada, 2004. ISBN 802-47-0636-9.

CHRZ, V. 2004. *Výzkum jako narativní rekonstrukce*. Kvalitativní přístup ve vědách o člověku. Sborník z konference, Kvalitativní přístup a metody. Olomouc: FFUP 2004.

JABLONSKÁ, M. 2000. *Kolorektální karcinom, časná diagnóza a prevence*. 1. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-777-X.

KITTNAR, O. 2011. *Lékařská fyziologie*. 1. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3068-4.

KOČÁREK, E. 2010. *Biologie člověka 2*. 1. Praha: Scientia, 2010. ISBN 978-80-86960-48-7.

KOMÁREK, L., KERNOVÁ, V., KODL, M., KOMÁREK, D. 1999. *Prevence nádorových onemocnění v primární péči*. 1. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. Neprodejně. ISBN 80-7071-134-5.

KŘIVÁNKOVÁ, M., HRADOVÁ, M. 2009. *Somatologie, pracovní sešit pro střední zdravotní školy*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2989-3.

LUKÁŠ, K. A KOLEKTIV, 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. Praha: Avicenum, 2005. ISBN 80-247-1283-0.

MACHOVÁ, J. 2002. *Biologie člověka pro učitele*. 1. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-867-0.

MÜLLEROVÁ, D. 2003. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. 1. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-421-7.

PASSWATER, R. A. 2002. *O antioxidantech*. 1. Praha: Pragma, 2002. ISBN 80-7205-897-5.

REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

SOBIN, L. H. 2011. *TNM klasifikace zhoubných novotvarů. 7.* Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2011. ISBN 978-80-904259-6-5.

STARNOVSKÁ, T., PAVLÍČKOVÁ, J., HRBKOVÁ, D. 2006. *Výživa při nádorovém onemocnění, praktická příručka pro pacienty.* Praha: Výzkumný záměr FNHK MZO, 2006.

ŠVÁB, J. 2000. *Operace tlustého střeva.* 1. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-122-6.

VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. 2006. *Klinická onkologie pro sestry.* 1. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1716-6.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. 2004. *Paliativní medicína.* Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

VYZULA, R. 2001. *Výživa při onkologickém onemocnění.* 1. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-120-3.

WILHELM, Z. 2004. *Výživa v onkologii.* 2. Přepřac. a dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, NCO NZO 76/04, 2004. ISBN 80-7013-410-0.

ŽALOUDÍK, J. 2008. *Vyhnete se rakovině aneb prevence zhoubných nádorů pro každého.* 1. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2307-5.

Internetové zdroje:

DUŠEK, L., ZAVORAL, M., MÁJEK, O., SUCHÁNEK, Š., MUŽÍK, J., PAVLÍK, T., ŠNAJDROVÁ, L., GREGOR, J. 2014. Kolorektum.cz – *Program kolorektálního screeningu v České republice* [Online] 1.6f, 2014. [Cit.: 26. 3. 2014]. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz>. ISSN 1804-0888.

FIALA, J., DERFLEROVÁ BRÁZDOVÁ, Z. 2000. Linkos.cz – *Výživa v prevenci nádorových onemocnění* [Online]. 2000. [Cit.: 25. 3. 2014]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/casopis-klinicka-onkologie/hledani-clanku/skupina/a/zobrazit/ids/1441/>.

KALA, Z. 2008. Linkos.cz – *Kolorektální karcinom, onkologická péče* [Online]. 12, 2008. [Cit.: 15. 12. 2013]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/files/onkologicka-pece/9/86.pdf>.

KOLOREKTUM, 2012. Kolorektum.cz – *Kolorektální karcinom* [Online]. 11, 2012. [Cit.: 2. 2. 2014]. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost--kolorektalni-karcinom>. ISSN 1804-0888.

KOLOREKTUM, 2014. Kolorektum.cz – *Screening kolorektálního karcinomu* [Online]. 3, 2014. [Cit.: 5. 4. 2014]. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost--kolorektalni-screening--co-me-ceka>. ISSN 1804-0888.

RADBRUCH, L., PAYNE, S., SPRÁVNÍ RADA EAPC, 2010. Cesta domu.cz – *Standardy a normy Hospicové a Paliativní péče v Evropě* [Online]. 2010. [Cit.: 10. 4. 2014]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/038/004556.pdf>.

SLÁMA, O., VORLÍČEK, J. 2011. Linkos.cz – *Paliativní léčba* [Online]. 6, 2011. [Cit.: 5. 3. 2014]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/lecba-17/paliativni-lecba/>.

TOMÍŠKA, M. 2010. Linkos.cz – *Výživa onkologicky nemocného* [Online]. 7, 2010. [Cit.: 10. 4. 2014]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/vyziva/vyziva-onkologicky-nemocneho/>.

ZAVORAL, M. 2014. Vize 97.cz – *Prevence rakoviny, Kolorekta* [Online]. 2014. [Cit.: 20. 3. 2014]. Dostupné z: <http://www.vize.cz/kolorektal.php>.