



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Prevence kolorektálního karcinomu očima laické
veřejnosti v Plzeňském kraji**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Anna Kotábová

Vedoucí práce: Mgr. Věra Hellerová, PhD.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Prevence kolorektálního karcinomu očima laické veřejnosti v Plzeňském kraji*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě 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 bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne2021

.....

Anna Kotábová

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Věře Hellerové, PhD. za její odborné vedení, čas, podporu a poskytnutí cenných rad a informací při zpracování mé bakalářské práce. Mé poděkování patří též mojí rodině a přátelům za jejich trpělivost a psychickou podporu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem informantům, kteří mi věnovali čas při rozhovoru a bez kterých by tato práce nevznikla.

Prevence kolorektálního karcinomu očima laické veřejnosti v Plzeňském kraji

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou informovanosti veřejnosti o onemocnění kolorektálního karcinomu a jeho prevenci. Cílem práce bylo zmapovat znalosti laické veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu v Plzeňském kraji.

Teoretická část práce se zabývá anatomií a fyziologií tlustého střeva a samotným onemocněním. Je zaměřena na projevy nádorového onemocnění, dále pak vyšetřovací metody a možnosti léčby. Velký důraz je kladen na projekty prevence, protože prevence u kolorektálního karcinomu je zcela zásadní.

Výzkumná část byla zpracována metodou kvalitativního výzkumu pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Informanti byli vybráni náhodně metodou sněhové koule (tzv. Snowball Sampling). Rozhovory byly provedeny na základě předem připravených otázek. Výzkumný soubor tvořilo celkem dvacet informantů z Plzeňského kraje. Rozhovory byly nahrávány a následně písemně zpracovány metodou tužka-papír.

Ze získaných informací vyplynulo, že většina informantů zná příčiny, projevy a rizikové faktory, které souvisí se vznikem kolorektálního karcinomu. Nicméně i přesto naši informanti podceňují hlavně primární prevenci. Odpovědi ukazují, že by informanti byli ochotni změnit svůj životní styl až tehdy, když by onemocněl někdo z jejich blízkých. U informantů nad 50 let se ukazuje, že mají dodatečné informace o prevenci kolorektálního karcinomu. Při rozhodování o zapojení do screeningového vyšetření a podstoupení testu na okultní krvácení hraje významnou roli pohlaví informantů. Ženy dle výzkumu přijímají preventivní opatření více než muži. Všichni informanti přikládají prevenci velmi podstatný význam.

Výzkum prokázal potřebu informovat a motivovat pacienty k primární a sekundární prevenci. Výstupem této práce je zpracování návrhu karty, která by mohla být využita v rámci krátké intervence o prevenci kolorektálního karcinomu.

Klíčová slova

kolorektální karcinom; rizikové faktory; sestra; prevence; screeningový program

Prevention of the Colorectal cancer through the view of the public in the Pilsen region

Abstract

This bachelor thesis deals with the issue of public awareness of the colorectal cancer and its prevention. The aim of this work is to map the lay public knowledge of the colorectal cancer prevention in the Pilsen region.

The theoretical part deals with the anatomy and physiology of the large intestine and the disease itself. It's focused on the symptoms of cancer and on the examination methods and treatment options. Big emphasis is put on prevention projects, because with the colorectal cancer prevention is absolutely essential.

The research part was done through the qualitative research method via semi-structured interviews. The respondents were randomly selected with the help of the snowball method (so called Snowball Sampling). The interviews were performed via questions prepared in advance. The research set was composed of twenty respondents from the Pilsen region. The interviews were recorded and then manually transcribed on paper.

It emerged from the collected information that most of the respondents know the causes, symptoms and risk factors related to the cause of the colorectal cancer. Nonetheless our respondents still underestimate primary prevention in large measure. The responses show that the respondents would be willing to change their lifestyle only if somebody close to them got ill. It is shown that the respondents older than 50 years have additional information about the prevention of the colorectal cancer. The gender of the respondents plays an important role in deciding whether to make use of the screening examination and undergo the occult bleeding test. Based on the research, women accept preventative measures more than men. All of the respondents give the prevention great importance.

The research shows the need to inform and motivate the patients to primary and secondary prevention. The result of this work is creating a proposal for a card, which could be used in a short intervention about the prevention of the colorectal cancer.

Key words

colorectal cancer; risk factors; nurse; prevention; screening program

Obsah

Úvod	7
1 Současný stav	8
1.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva a konečníku	9
1.2 Kolorektální karcinom	11
1.2.1 Epidemiologie	11
1.2.2 Etiologie a patogeneze	12
1.2.3 Symptomatologie	14
1.2.4 Diagnostika	15
1.2.5 Léčba.....	16
1.3 Prevence kolorektálního karcinomu.....	21
1.3.1 Primární prevence	22
1.3.2 Sekundární prevence (screening) kolorektálního karcinomu	23
1.3.3 Terciární prevence a kvartérní prevence.....	27
1.3.4 Odpovědnost za prevenci a bariéry v prevenci	29
2 Cíle práce a výzkumné otázky	31
2.1 Cíl práce	31
2.2 Výzkumné otázky.....	31
2.3 Operacionalizace	32
3 Metodika.....	33
3.1 Použité metody.....	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	34
4 Výsledky výzkumného šetření	35
4.1 Struktura výzkumného souboru	35
4.2 Kategorizace získaných dat.....	37
5 Diskuze.....	50
6 Závěr	61
7 Seznam použitých zdrojů.....	62
8 Seznam příloh	69
9 Seznam zkratk.....	86

Úvod

Náš život ovlivňují okamžiky, které jsou veselé a bohužel i smutné. Dokážou nám změnit život a nový pohled na svět z minuty na minutu. Ovlivnit nás může například sňatek, narození dítěte, ale i nečekaná nemoc. Tímto onemocněním může být právě nádorové onemocnění tlustého střeva a konečníku, které může postihnout každého jedince bez rozdílu pohlaví.

Kolorektální karcinom je jedno z nejčastějších zhoubných nádorových onemocnění ve všech vyspělých státech. Česká republika zaujímá ve výskytu karcinomu tlustého střeva a konečníku jedno z předních míst ve světě. Každoročně je v České republice diagnostikováno až 8 200 lidí a téměř 3 500 pacientů umírá. Onemocnění je častější u mužů než u žen. Je druhým nejčastějším onkologickým onemocněním. Výskyt kolorektálního karcinomu stále stoupá, proto je důležité se tomuto onemocnění více věnovat. Kvůli vysoké incidenci vznikl v České republice Národní program screeningu kolorektálního karcinomu pro osoby starší 50 let. Jeho cílem je snížit morbiditu a mortalitu onemocnění. Přesto mnoho lidí nevěnuje prevenci pozornost a přichází k lékaři již v pokročilém stádiu onemocnění.

Bakalářská práce se skládá z části teoretické a části praktické. Teoretická část se zabývá anatomii a fyziologií tlustého střeva a samotným onemocněním. Pozornost je věnována projevům nádorového onemocnění podle lokalizace nádoru, dále pak vyšetřovacím metodám a možnostem léčby kolorektálního karcinomu. Velký důraz je kladen především na prevenci. Výzkumná část se zabývá informovaností široké veřejnosti o znalostech projevů tohoto onemocnění, o rizikových faktorech, o prevenci a možnostech včasné diagnostiky.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila záměrně. Žiji v západočeském kraji, kde je výskyt tohoto onemocnění nejvyšší v rámci celé ČR. Nejdůležitějším faktorem ke snížení výskytu tohoto onemocnění je včasná prevence, která hraje významnou roli při eliminaci rizikových faktorů. Rizikové faktory jsou lidmi velmi často podceňovány nebo nejsou vůbec brány v úvahu. Pod pojmem prevence si představuji celý soubor opatření, jako je například zdravá strava, eliminace stresu, dostatek pohybu, ale i včasná diagnostika ve spolupráci s praktickým či odborným lékařem. V mnoha případech zde hrají roli i genetické předpoklady výskytu nádorového onemocnění v rodinách. Během své praxe v nemocnici, ale i osobním životě jsem měla možnost se setkat s tímto onemocněním v různých stádiích. To mě přimělo, abych se o tuto problematiku zajímala více.

1 Současný stav

Gastrointestinální trakt (GIT) je v Evropě nejčastější systémovou lokalitou nádoru. Rakovina tlustého střeva a konečníku patří v České republice, ale i celosvětově mezi nejčastější nádorová onemocnění a také mezi nejčastější příčiny úmrtí na nádorové onemocnění (ÚZIS, 2020). Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí, že jde také o druhý nejčastější typ rakoviny u žen po rakovině prsu a třetí nejčastější typ rakoviny u mužů po rakovině prostaty a plic (WHO, 2018). Tyto údaje jsou uváděné po vyjmutí kožních nádorů. Kolorektální karcinom představuje velkou zátěž pro populaci i zdravotní systémy z hlediska zhoubného charakteru onemocnění, celkové morbidity, mortality a z hlediska vynaložených nákladů (Seifert, 2015).

Každý rok je toto onemocnění nově zjištěno u 400 tisíc pacientů a 200 pacientů s touto diagnózou zemře. Výskyt kolorektálního karcinomu a nádorů zažívacího traktu obecně je vysoký především v ekonomicky vyspělých oblastech světa, proto je toto onemocnění řazeno k civilizačním chorobám. S tímto problémem bojují i okolní země, jako je Německo, Polsko, Maďarsko a Slovensko. Podle nejnovějších dat Česká republika zaujímá ve výskytu karcinomu tlustého střeva a konečníku jedno z předních míst ve střední a východní Evropě (GLOBCAN, 2018). Alarmující skutečností je bohužel to, že polovina nádorů je zjištěna až v pokročilých klinických stádiích (ÚZIS, NOR ČR, 2017).

Nepříznivé počty nově diagnostikovaných případů a úmrtí na kolorektální karcinom nutí společnost věnovat pozornost tomuto problému. Odborné týmy se zabývají včasnou detekcí a prevencí kolorektálního karcinomu, probíhají desítky studií a diskuse k této problematice. Česká republika k mezinárodní diskuzi významně přispívá kvůli vysoké incidenci a také kvůli zkušenostem se screeningovým programem (Dušek et al., 2015). I přes rozvoj a možnosti diagnostiky a terapie úmrtnost v důsledku karcinomu tlustého střeva a konečníku neklesá. Přitom kolorektální karcinom patří mezi nádory vnitřních orgánů, kterým jde nejlépe přecházet. Nadějí ke zlepšení situace je včasný záchyt onemocnění, kdy ještě nevyvolává příznaky, a především správný přístup k prevenci tohoto onemocnění (Seifert et al., 2015).

1.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva a konečníku

Anatomie tlustého střeva a konečníku

Tlusté střevo (viz Příloha 1) je posledním úsekem trávicí trubice. Je dlouhé asi 1,5 metru. Po stranách a nahoře obkružuje kličky tenkého střeva. Začíná v pravé jámě kyčelní nejobjemnější částí, a to slepým střevem neboli *intestinum caecum*. Slepé střevo je vakovitě rozšířené a dlouhé asi 7 cm. Zleva do něj ústí konečná část tenkého střeva, *ileum*. Na dolním konci slepého střeva odstupuje červovitý výběžek, *appendix vermiformis*, který je dlouhý přibližně 5–10 cm (Hudák et al., 2017). V *appendixu* se nachází velké množství lymfatické tkáně, která je příčinou jeho častých zánětů, *apendicitidy* (Orel, 2019).

Na slepé střevo navazuje vzestupný tračník neboli *colon ascendens*, který probíhá nahoru po pravém okraji břišní stěny pod játra. Vzestupný tračník leží *retroperitoneálně*, přirůstá na zadní stěnu břišní a je dlouhý 15 cm. Zprava doleva kříží dutinu břišní příčný tračník, *colon transversum*, až ke slezině. Je zavěšen na *peritoneálním závěsu* a měří okolo 50–60 cm. Slezinným ohbím poté přechází do tračníku sestupného. Sestupný tračník, *colon descendens*, vede podél levé břišní stěny do levé kyčelní jámy, kde pak pokračuje jako *esovitá klička*. *Colon descendens* je dlouhý 22–30 cm a stejně jako vzestupný tračník je *fixovaný* k zadní stěně dutiny břišní. *Esovitá klička*, *colon sigmoideum*, nám může svým tvarem připomínat ležící písmeno N. Je *pohyblivá* a měří zhruba 30–40 cm. V konečné části vstupuje do malé pánve. Zde na *esovitou kličku* navazuje *konečník* (Čihák, 2013; Hudák et al., 2017).

Sliznice tlustého střeva je *bledá, žlutavá* a *krytá jednovrstevným cylindrickým epitelem*. Obsahuje velké množství *hlenových žlázek*, jejichž produkt chrání povrch střeva při tvorbě a posunu odpadních látek. Ve *sliznici tlustého střeva* *chybějí klky* a *sliznice* je tvořena pouze *poloměsíčitými řasami*. *Svalovinu* tvoří dvě vrstvy, *cirkulární* a *podélná*. Když se *cirkulární vrstva svaloviny smrští*, vznikají *výpuky* neboli *haustra*. Postupují od slepého střeva ke *konečníku* a *posunují střevní obsah*. *Zesílením podélné vrstvy svaloviny* vznikají *bělavé podélné pruhy* neboli *taenie*, které se *táhnou celým tlustým střevem* (Čihák, 2013). *Cévní zásobením tlustého střeva* zajišťuje *arteria mesenterica superior* a *arteria mesenterica inferior*. Ke *konečníku* přichází ještě *větve z vnitřní kyčelní tepny*, *arteria iliaca interna* (Čihák, 2013).

Konečník neboli rectum leží před křížovou kostí. Představuje poslední úsek trávicí trubice. Délka konečníku je asi 12–15 cm. Je složen ze dvou částí. První část se rozšiřuje do 10–12 cm dlouhé ampule a poté se zužuje dolů do análního kanálu. Anální kanál končí řitním otvorem (anus) (Hudák et al., 2017). U mužů se před rektem nachází močový měchýř a prostata. U žen konečník přiléhá zezadu k děloze a pochvě. V zadní části naléhá konečník na kostrč a kost křížovou (Orel, 2019). Sliznice konečníku má stejnou barvu a vzhled jako sliznice v tračniku. Nacházíme v ní typické slizniční řasy a útvary. V ampule rekta se sliznice skládá ze tří příčných řas. Největší je střední řasa Kohlrauschova. Na konci análního kanálu jsou dva svěrače. Vnitřní svěrač je tvořen z hladké svaloviny a zevní z příčně pruhované svaloviny (Čihák, 2013).

Fyziologie tlustého střeva a konečníku

Tlusté střevo vykonává tři pohyby, a to místní neboli haustrace, peristaltické a tzv. velké. Hybnost tlustého střeva je řízena reflexně a humorálně. Hybnost střeva zvyšuje gastrin a cholecystokinin. Naopak sekretin, glukagon a somatostatin hybnost snižují. V první části tlustého střeva se uplatňují první dva pohyby. Ty mísí a předozadně posunují obsah, což podporuje vstřebávání vody, elektrolytů a některých vitaminů. Ve zbylých dvou třetinách střeva je peristaltika velice intenzivní a dochází tedy k posunu obsahu směrem ke konečníku. Díky této peristaltice se tlusté střevo vyprazdňuje. Peristaltika je řízena především reflexně. Podnětem pro zahájení je rozepnutí žaludku přijatou potravou, dvanáctníku tráveninou a tlustého střeva obsahem. Velké pohyby probíhají v krátké sérii a přicházejí obvykle po jídle. Jejich začátek je v příčném tračniku a jsou velmi vydatné. Dochází tak k rychlému posunu do konečníku (Merkunová, 2008).

Trávenina prochází tlustým střevem a přeměňuje se přibližně 10 hodin. Postupným přesunem obsahu z vyšších částí tlustého střeva roste v konečníku tlak, obsah stěnu konečníku roztahuje, což dráždí receptory stěny citlivé na tah. Tyto receptory začnou vysílat vzruchy do defekačního centra v křížové míše. Aktivované centrum pak vyvolá stah hladké svaloviny konečníku, který je provázený pocitem nucení na stolicí a zároveň dochází k ochabnutí vnitřního svěrače. Jedná se o reflexní děj. Při vyprazdňování konečníku povoluje zevní svěrač z příčně pruhované svaloviny a současně se stahují břišní svaly, tím se zvýší nitrobřišní tlak a dojde k odchodu stolice z konečníku. Stolice obsahuje vodu, anorganické látky, nestrávené a nevstřebané složky potravy

a bakterie. Skladba závisí na skladbě potravy a žlučová barviva ovlivňují její barvu (Merkunová, 2008).

Šťáva tlustého střeva obsahuje hlen, jehož funkce je ochrana výstelky tlustého střeva a obaluje stolici. Má slabě zásaditou reakci, což vytváří vhodné podmínky prostředí pro růst prospěšných neboli saprofytických bakteriálních kmenů. Tyto bakterie produkují některé vitaminy skupiny B a vitamin K, které se vstřebávají do krve. Také zkvašují vlákninu a nestravitelnou součást potravy. Při kvašení vznikají plyny, které rozpínají střevo, což podporuje peristaltiku. Při jejich nadbytku odcházejí konečným (Merkunová, 2008).

1.2 Kolorektální karcinom

Bortlík (2007) uvádí, že kolorektální karcinom je zhoubný neboli maligní nádor vycházející z epitelárních buněk sliznice tlustého střeva. Naprostou většinu karcinomu tlustého střeva a konečníku tvoří adenokarcinomy. Jedná se o nádory, které vznikají ze žlázových buněk střevní sliznice (viz Příloha č. 2). V tlustém střevu se vzácně vyskytují i jiné zhoubné nádory, například lymfom nebo karcinoid. Ty se léčí odlišným způsobem než adenokarcinomy a mají často i jiné projevy (Kiss, Tomášek, 2006). Jedná se o nejčastější zhoubný nádor střeva, ale i nejčastější malignitu zažívacího traktu (Suchánek, 2017).

1.2.1 Epidemiologie

Kolorektální karcinom je jedno z nejčastějších zhoubných nádorových onemocnění ve světové populaci. Představuje celosvětově vážný ekonomický a zdravotnický problém (Zavoral, 2018). Státy západní a střední Evropy mají dlouhodobě celosvětově nejvyšší hodnoty incidence i mortality tohoto onemocnění. Pro rok 2018 byla světová incidence odhadnuta celkem na 1 849 518 nově diagnostikovaných nádorů tlustého střeva a konečníku. Z toho 499 667 nádorů kolorekta v Evropě. Dle Seiferta et al. (2015) každý evropský praktický lékař v průběhu roku zachytí v průměru 1–2 pacienty s nově zjištěným kolorektálním karcinomem. Česká republika dlouhá léta zaujímala jak v incidenci, tak v mortalitě 3. místo v Evropě. Podle dat z GLOBCANU v roce 2018 Česká republika klesla na 20. místo v Evropě a na 22. místo ve světě v mortalitě

(GLOBCAN, 2018). Incidence onemocnění mírně klesá a daří se snižovat mortalitu, čímž se zvyšuje prevalence (Petruželka, 2018).

Každoročně je v České republice diagnostikováno přibližně 8 200 lidí s kolorektálním karcinomem a téměř 3 500 pacientů umírá (ÚZIS, NOR ČR, 2020). Onemocnění se více vyskytuje u mužů než u žen a je druhým nejčastějším onkologickým onemocněním. V posledních letech dle dostupných dat Národního onkologického registru incidence a mortalita poklesla, i když v roce 2020 byl zaznamenán lehký nárůst oproti roku 2018. V roce 2020 bylo nově diagnostikováno 8 534 lidí z toho 5 020 mužů a 3 514 žen. Na kolorektální karcinom v roce 2020 zemřelo 3 321 lidí (GLOBCAN, 2020). V roce 2018 bylo v ČR nově diagnostikováno 7 838 lidí. Z toho ten samý rok na kolorektální karcinom zemřelo 3 421 osob (GLOBCAN, 2018). A například v roce 2014 bylo nově diagnostikováno 8 501 pacientů s nádorovým onemocněním tlustého střeva a konečníku a 3 904 osob na tuto diagnózu zemřelo (ÚZIS, NOR ČR, 2014). Výskyt KRK stoupá až po 50. roce života. Věk, který je typický pro českého pacienta se zhoubným onemocněním tlustého střeva a konečníku, se pohybuje mezi 60–80 lety. Velmi výjimečně se vyskytuje do věku 35 let (ÚZIS, NOR ČR, 2017).

1.2.2 Etiologie a patogeneze

Karcinom tlustého střeva a konečníku se dle Kelnera et al. (2006) dělí na formu sporadickou a formu familiární. Přibližně 80–85 % nádorů tlustého střeva je sporadických. Dědičnost se prokáže přibližně u 15–20 % případů (Seifert et al., 2015). Příčinu vzniku kolorektálního karcinomu přesně neznáme, ale na vzniku se podílejí rizikové faktory. Ty se dělí na hereditární a exogenní (Petruželka, 2018). Rizikové faktory se navzájem ovlivňují. Faktory hereditární odpovídají především za dědičný výskyt karcinomů v oblasti céka a vzestupného tračníku. Za výskyt nádorů v sestupném tračníku, esovitě kličce a konečníku odpovídají faktory exogenní (Holubec et al., 2004).

U sporadické formy nelze prokázat dědičný podklad, nicméně jsou známé faktory, které se na vzniku podílejí. Riziko vzniku onemocnění stoupá s věkem, přičemž věk 50 let představuje hranici, od které v ČR strmě narůstá incidence onemocnění (Seifert et al., 2015). Ohrožena jsou obě pohlaví, přičemž dle statistik výskyt převažuje u mužů (ÚZIS, NOR, 2017). Zvýšený výskyt KRK byl prokázán u lidí s idiopatickými střevními záněty,

jako je Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Dále pak u diabetiků a pacientů s metabolickým syndromem (Seifert et al.,2015). Na vzniku sporadické formy karcinomu se uplatňuje vliv vnějšího prostředí. Především se jedná o nevhodné stravovací návyky. Epidemiologické studie prokazují zvýšené riziko tohoto karcinomu u lidí, kteří přijímají stravu s vysokým obsahem živočišného tuku, červeného masa a nízkým obsahem vlákniny, vitaminů a stopových prvků. Obzvláště, je-li strava připravována smažením, grilováním a uzením (Vokurka et al.,2011). Dle Seiferta et al. (2015) nevhodně tepelně upravované živočišné proteiny vedou k tvorbě významného množství látek s potenciálně karcinogenním působením. Významným rizikovým faktorem je kouření, nadměrná konzumace alkoholu, a to zejména piva, stejně tak jako sedavé zaměstnání, snížená fyzická aktivita a nadváha (Hoch et al., 2014).

Karcinom tlustého střeva a konečníku se může vyskytnout i v souvislosti s několika dědičnými onemocněními, která jsou vzácná. U jedinců, jejichž příbuzní onemocněli karcinomem kolorekta či jiným nádorovým onemocněním, je zvýšené riziko vzniku familiárního výskytu KRK (Abrahámová, 2012). Hoch et al. (2014) uvádí dva typy syndromu, které se podílejí na vzniku tohoto karcinomu. Jde o syndrom familiární adenomatózní polypózy a hereditární nepolypózní kolorektální karcinom. U familiární polypózy se v tlustém střevě vyskytují mnohočetné adenomatózní polypy, které mají tendenci měnit se v karcinom. Mezi ni patří Peutzův-Jeghersův syndrom či Turkottův syndrom. Dle Abrahámové je u familiární polypózy riziko karcinogeneze stoprocentní. Naopak u nepolypózního kolorektálního karcinomu, mezi který řadíme Lynchův syndrom, je dle Seiferta et al. (2015) vznik KRK okolo 3–5 %. Zde jsou příčinou poruchy v genech, které jsou zodpovědné za opravy řetězce DNA. Epidemiologické studie prokázaly, že příímí příbuzní nemocných s karcinomem kolorekta mají 3–4x vyšší pravděpodobnost onemocnět kolorektálním karcinomem ve srovnání s ostatní populací přesto, že se u nich nejedná o familiární polypózu či o Lynchův syndrom (Vokurka et al., 2011).

V tlustém střevě se velice často vyskytují nezhoubné nádory ve formě polypů neboli výběžky ze sliznice. Pokud tyto polypy nejsou odstraněny, mohou růst a některé z nich se mohou přeměnit ve zhoubný nádor (Abrahámová, 2012). Zavoral (2018) uvádí, že maligní přeměna polypu v adenokarcinom je dlouhodobý proces, který trvá řádově několik let, obvykle 7 až 10 let. Dle Vokurky et al. (2011) 85 % kolorektálních nádorů vzniká ze střevních polypů a v 90 % se jedná o adenokarcinomy. Nejčastější lokalizace

nádorů je v oblasti sigmoidea, zde je uváděno 25 % výskytu. Ve vzestupném tračniku je lokalizováno 20 % nádorů, 10–15 % se vyskytuje v příčném a sestupném tračniku. Zbytek zaujímá lokalizace v oblasti rekta (Seifert et al., 2015). Nejčastější lokalizace nádorů je znázorněna viz Příloha 3. Nádory rostou zpočátku v místě svého vzniku. Později prorůstají do okolních orgánů a mohou se šířit lymfatickými cestami nebo proniknout do krevního oběhu. Krevním oběhem se šíří do vzdálených orgánů nejčastěji do jater, plic a kostí (Abrahámová, 2012).

1.2.3 Symptomatologie

Klinické příznaky kolorektálního karcinomu jsou v časných stádiích mizivé, proto tak závažné onemocnění uniká pozornosti (Bortlík, 2007). Kolorektální karcinom roste nejméně 5 let bezpříznakově a diagnóza bývá stanovena pouze náhodným vyšetřením (Vokurka et al., 2011). Symptomatologie tedy závisí na lokalizaci a pokročilosti nádoru (Tomášek, Němec, 2011). Karcinomy vznikající ve vzestupném tračniku, kde je střevo prostorné a střevní obsah řídký, jsou často delší dobu bezpříznakové. Nevelké karcinomy v této oblasti se tedy projevují pouze různými dyspeptickými příznaky. Typickým příznakem je vznik sideropenické anemie, hubnutí, slabost a nevolnost. Další známkou může být hmatná rezistence u pokročilého nádoru. Kelner a Jirásek (2012) uvádí, že více než polovina pacientů si stěžuje na bolesti břicha a u jedné pětiny se může objevit meléna neboli natrávená krev ve stolici. Krvácení do stolice nebývá masivní, ale častější je spíše okultní krvácení. Tento příznak pacienti často bagatelizují a přičítají ho k hemeroidům. Drobné krvácení se nemusí projevit změnou barvy stolice a pacient ho proto sám nemusí vůbec zjistit. Avšak přítomnost lze zachytit vyšetřením stolice na okultní krvácení.

Nádory v sestupném tračniku a v esovité kličce se častěji projevují poruchou pasáže už při menší velikosti nádoru, protože tračník v této části je užší a střevní obsah hutnější. Může se objevit zácpa, kterou pacient dříve nemíval, nebo střídání zácpy a průjmu, případně stužkovitá stolice. Časté jsou také kolikovitě bolesti břicha. Nejčastějším příznakem, který dominuje u karcinomu rekta, je rektální syndrom. Jedná se o tenezmy (tj. bolestivé nekompletní vyprázdnění rekta) s následnou defekací krvavého hleny nebo odchod červené krve spolu se stolicí. Při postižení rekta nádorem se také snižuje tonus v této oblasti, a proto se může objevit i příznak v podobě neočekávaného odchodu stolice při odchodu plynu. U pokročilého nádoru může dojít k perforaci střeva a následně

k difuzní peritonitidě. V případě jaterních metastáz bývají bolesti v pravém podžebří, subfebrilie, pocení nebo ascites (Kelner, Jirásek 2012, Vokurka et al., 2011).

1.2.4 Diagnostika

Prvním krokem diagnostiky při podezření na kolorektální karcinom je sestavení anamnézy, včetně anamnézy rodinné. Lékař se ptá, zda se v rodině pacienta vyskytlo nějaké nádorové onemocnění, jaké má potíže a jak dlouho trvají. Dále zjišťuje, zda v posledních měsících nedošlo k náhlému zhubnutí, jestli nemá bolesti břicha, zda se u pacienta neobjevila krev ve stolici, střídání průjmu a zácpy či tenezmy.

Zásadním klinickým vyšetřením je palpace břicha a vyšetření per rectum (digitální vyšetření konečníku), které může odhalit velkou část maligních nádorů konečníku (Vokurka et al., 2011). Tato dvě vyšetření jsou na prvním místě v diagnostickém algoritmu (Kelner, Jirásek, 2012). Diagnosticky je však rozhodující endoskopické vyšetření této části trávicí trubice. Nejpoužívanějším endoskopickým vyšetřením je kolonoskopie, která umožňuje prohlédnout celé střevo snesení polypů nebo odebrat podezřelé útvary tkání (Vokurka et al., 2011). Další používanou vyšetřovací metodou je dvojkontrastní irigografie, používá se především v případě, kdy není možná kolonoskopie. Virtuální kolonoskopie (CT kolonografie) má podobnou indikaci (Tomášek, 2019). Pokud je nutné cíleně vyšetřit rektum, je vhodná rektoskopie (Tomášek, Němec, 2011). Ve většině případů je nutné doplnit CT vyšetření hrudníku, břicha a pánve, sonografické vyšetření břicha k vyloučení jaterních metastáz (Kelner, Jirásek, 2012). U karcinomů rekta se provádí ještě transrektální endosonografie, která dokáže přesně popsat lokální rozsah konečníku. Pomocí magnetické rezonance malé pánve získáme podobnou informaci. Při podezření na recidivu onemocnění nebo metastázy je indikovaná pozitronová emisní tomografie (PET) (Seifert et al., 2015). U žen je vhodné též provést gynekologické vyšetření (Kelner, Jirásek, 2012). Z laboratorních metod se provádí vyšetření krevního obrazu a základní biochemické parametry, které doplňuje vyšetření nádorových markerů CEA a CA 19-9. Vyšetření nádorových markerů se nepoužívá k vyhledávání nádorů u zdravé populace, ale může přispět k diagnóze (Tomášek, Němec, 2011).

Sestra v oblasti diagnostiky kolorektálního karcinomu zajišťuje odběr a odeslání vzorků krve, moče, stolice a ostatního biologického materiálu. Je důležité vysvětlit a prodiskutovat postup odběru s pacientem a zajistit při výkonu soukromí. Při odběru histologického materiálu je povinností sestry připravit nemocného na výkon, popřípadě na celkovou anestezii. Po celkové anestezii sleduje nemocného do úplného probuzení a kontroluje, zda operované místo nekrvácí (Vorlíček, Vorlíčková, 2012).

Cílem histologického vyšetření je zjistit rozsah nádoru, stanovit klinické stádium a následně vybrat optimální léčbu. Ke stanovení klinického stádia se používá TNM klasifikace zhoubných nádorů, kterou pravidelně vydává Unie pro mezinárodní kontrolu rakoviny (The Union for International Cancer Control – UICC). Tato klasifikace určuje anatomický rozsah nádorových onemocnění, který je založen na hodnocení tří kategorií, T= rozsah primárního nádoru, N = situace v oblasti regionálních lymfatických uzlin a M = přítomnost či nepřítomnost vzdáleného metastatického postižení (Brierley et al., 2018). V jednotlivých kategoriích TNM systému je rozsah určován přidáním čísla za písmeno. Čím vyšší číslo je, tím vyšší je rozsah nádoru nebo jeho šíření v dané kategorii (Bednařík, Vorlíček, 2012). Všeobecné definice TNM klasifikace jsou znázorněny v Příloze 4. Vysloužil (2005) poukazuje na klinickou klasifikaci podle Dukese, která navazuje na TNM klasifikaci. Dukeseva klasifikace rozděluje nádory tračnicku a rekta podle rozsahu a infiltrace do jednotlivých vrstev střešní stěny a jejich malignity do lymfatických uzlin. Dělí se na Dukes A, kdy nádor nedosahuje ke svalové vrstvě střeva. Dukes B popisuje nádory, u kterých došlo k prorůstání do svalové vrstvy bez postižení lymfatických uzlin. Klasifikace C popisuje infiltraci nádoru do lymfatických cest a jsou zde přítomny metastázy (Vysloužil, 2005). Klasifikace je stanovena na základě klinického vyšetření, zobrazovacích vyšetřovacích metod, endoskopie, biopsie, chirurgické explorace a dalších příslušných vyšetření ještě před definitivním rozhodnutím o léčbě (Brierley et al., 2018).

1.2.5 Léčba

Diviš et al. (2016) uvádějí, že léčba nádorového onemocnění tlustého střeva a konečníku je multidisciplinární. Vyžaduje tedy spolupráci lékařů z různých oborů. Léčby se účastní gastroenterolog, chirurg, onkolog, patolog, radiolog a radiační onkolog (Zavoral et al., 2016). Zavoral (2018) uvádí, že možnosti léčby kolorektálního karcinomu závisí na

lokalizaci karcinomu, klinickém stádiu onemocnění a také na celkovém stavu pacienta. Léčba může být kurativní nebo paliativní. Cílem kurativní léčby je vyléčení nemocného a úplné odstranění nemoci. Kdežto léčba paliativní je používána jako podpůrná léčba nemocných s pokročilým onemocněním v posledních fázích jejich života, která usnadňuje život pacientům a jejich rodinám (Vorlíček et al., 2012). Cílem paliativní léčby je prodloužení života při zachování jeho kvality (Tomášek, 2019).

Před samotným zahájením léčby by měl proběhnout rozhovor mezi pacientem a lékařem, kde by měl pacient získat veškeré informace o léčebné strategii a možných komplikacích léčby. Pokud pacient chce znát názor na léčbu svého onemocnění od jiného lékaře, může požádat o konzultaci na jiném pracovišti (Suchánek et al., 2012). V léčbě kolorektálního karcinomu se uplatňuje léčba endoskopická, chirurgická, protinádorová terapie, radioterapie a cílená biologická léčba. Často je nutná kombinace těchto metod (Seifert et al., 2015).

V dnešní době se endoskopická léčba využívá u časného kolorektálního karcinomu. Na základě velikosti a charakteru léze se v současnosti využívají tři techniky, a to endoskopická polypektomie, endoskopická muskózní resekce a endoskopická submukózní disekce. Tyto techniky umožňují při kolonoskopii odstranění adenomových polypů, popřípadě i drobných nádorů (Vítek et al., 2012; Zavoral, 2018). Ve výjimečných situacích lze provést operaci malých nádorů konečníku bez nutnosti klasické otevřené operace přístupem přes břišní stěnu (Suchánek, 2012). Endoskopie umožňuje i paliativní léčbu u pokročilých nádorů zavedením stentu u pacientů se střevní neprůchodností. Tím se umožní odchod stolice v případě, že jiný chirurgický výkon není možný. Využívá se pouze v indikovaných případech (Zavoral, 2018).

Pro kolorektální karcinom je základní a nezastupitelná léčba chirurgická (Hoch, 2018). Chirurgické odstranění nádoru dává pacientovi naději na úplné vyléčení nebo na významné prodloužení života (Diviš et al., 2016). Cílem chirurgické léčby je resekce úseku střeva nebo konečníku, který je zasažený nádorem a odstranění regionálních lymfatických uzlin. Spádové lymfatické uzliny je nutné odstranit a následně vyšetřit, a to v počtu minimálně dvanácti uzlin. Na základě jejich histologie lze poté stanovit, jestli se nádor nešíří do okolí lymfatickými cestami (Hoch, 2018; Suchánek et al., 2012). Volba operace a možnosti závisí na lokalizaci a rozsahu nádorového postižení. Podle lokalizace jsou základními výkony na tračníku pravostranná a levostranná hemikolektomie, resekce

transverza a resekce sigmoidea. Nejmenším výkonem je radikální excize, ta lze provést jen u časných nádorů (Prausová, Hoch, 2014). Ve většině případů lze zdravé koncové části střev spojit v anastomózu a obnovit tak průchodnost střeva. Někdy tento výkon není možné provést, a to v případě neoperabilních nebo metastatických nádorů. Zvolí se tedy paliativní chirurgické řešení. Paliativní chirurgické výkony mají zlepšit podmínky pro konzervativní udržovací léčbu a předejít komplikacím. Většinou jde o resekci jaterních a plicních metastáz, paliativní kolostomii (tj. vyvedení střeva ven břišní stěnou) nebo by-passové operce, které nádor obcházejí (Hoch, 2018, Suchánek et al., 2012).

Úlohou sestry v chirurgické léčbě je péče o pacienta před operačním výkonem a po výkonu. Před chirurgickým výkonem by měla sestra poskytnout bezpečnou a účinnou péči. Měla by pacienta zapojit do procesu léčby, poskytnout informace o průběhu operace a následující péči. Předoperační péče zahrnuje přípravu operačního pole a střeva, lačnění, zavedení i.v. kanyly, odstranění umělého chrupu, odložení brýlí, kontaktních čoček nebo jiné protetické pomůcky. Znalosti a dovednosti sestry při poskytování předoperační péče jsou nedocenitelné. Je důležité si uvědomit, že chirurgický výkon je jedna z nejvíce stresujících situací v životě člověka.

V pooperační péči je základní úlohou sestry prevence pooperačních komplikací, případně jejich ošetření. U onkologických pacientů je očekávané pomalejší hojení operační rány, místní a celkové infekční komplikace kvůli oslabené imunitě. Také proto sestra pravidelně hodnotí teplotu, sekreci z rány a drénů, pooperační bolest, otoky končetin či změnu pohyblivosti. Po operacích na zažívacím traktu je třeba sledovat příjem a výdej tekutin vzhledem k častým paralytickým stavům. Sestra by dále měla pacienta všestranně podporovat, zajistit intravenózní výživu, podávání antibiotik, sledovat bilanci tekutin a v případě komplikací připravit pacienta k reoperaci (Coufal, Vorlíčková, Vrtělová, 2012). Pokud je u pacienta v plánu kolostomie, je velmi důležité co nejdříve zahájit psychologickou přípravu, kterou obvykle zajišťuje sestra specializovaná na péči o stomie, tzv. stoma sestra. Tato sestra pacienta navštíví, pohovoří s ním o jeho životním stylu, o stomii a vyrovnání se s její přítomností po operaci (Kocián, 2018). Coufal, Vorlíčková a Vrtělová (2012) uvádí, že pacienti často mají poruchu přijetí vzhledu, sociální interakce či sexuální dysfunkce. Všechny tyto vlivy mají na pacienta negativní dopad. Stydí se za své tělo, nechtějí brát stomii na vědomí, mají obavy, že se jim budou ostatní lidé vyhýbat. Zachová (2010) upozorňuje na bezprostřední pooperační péči, kdy je nutné soustředit se na pomoc nemocnému, přizpůsobit se nové a nezvyklé situaci, psychická podpora

a zaučení pacienta či jeho blízkého příbuzného v péči o stomii. U vývodu je potřeba sledovat barvu, otok, krvácení, konzistenci stolice. Stomická sestra pacienta naučí, jak zacházet se stomickým sáčkem, seznámí ho se zásadami ošetřování stomie, se správnou manipulací s lepícími sáčky a také mu doporučí nejvhodnější typ. Informuje pacienta o nových možnostech, jako například o existenci stomických sáčků nepropouštějící pach. Dále také jak pečovat o kožní kryt v okolí stomie a předcházet tak podráždění až maceraci kůže (Zachová, 2010). Při propuštění do domácí péče by měli být pacienti poučeni o možných komplikacích a dietních opatřeních (Kocián, 2018). Měli bychom také pacienty informovat o tom, že existuje klub kolostomiků, který mohou navštěvovat a kde mohou získávat či předávat nové informace z vlastních zkušeností (Zachová, 2010).

Další možností léčby je chemoterapie. Pod pojmem chemoterapie se rozumí podávání léků s cytotoxickým účinkem, které mají schopnost ničit nádorové buňky. Tyto léky se nazývají cytostatika (Kiss, Tomášek, 2014). Cytostatika jsou obvykle aplikována do žíly infuzí. Existují však i ve formě tablet. Systémovou protinádorovou terapii rozdělujeme na adjuvantní a neadjuvantní. Chemoterapie adjuvantní neboli zajišťovací se podává po úplném chirurgickém odstranění nádoru. Cílem adjuvantní chemoterapie je snížit riziko navrácení onemocnění (Tomášek, 2019). Tato léčba je plně indikována u nemocných po kompletní resekci stádia III, kdy zvyšuje pravděpodobnost přežití přibližně o 30 %. U nemocných II. stádia je vhodná, když pacienti mají vysoké riziko recidivy. Chemoterapie neadjuvantní se podává před operací. Jejím cílem je zmenšení nádoru před další léčbou. Tato terapie se také stala standardní u lokálně pokročilého karcinomu rekta (Vítek et al., 2012).

Úlohou sestry při aplikaci intravenózní chemoterapie je nejčastěji zavedení periferního žilního katétru a následné sledování celého průběhu aplikace. Méně často se cytostatika aplikují do dutin nebo intraarteriálně. U těchto způsobů podání sestra asistuje při výkonu lékaři a sleduje průběh aplikace. Výjimkou je intraarteriální aplikace do portu, který je zavedený do a. hepatica a provádí ji pověřená portová sestra. Při aplikaci se sestra řídí ordinací lékaře a dodržuje časový rozvrh premedikace např. u skupiny taxanů a vlastní aplikace. U krátkých režimů se první aplikuje vezikant a až poté ostatní cytostatická léčba. Při kontinuálním podávání sleduje sestra přenosnou pumpu v pravidelných intervalech. Pokaždé po ukončení aplikace sestra provede proplach žíly fyziologickým roztokem. Po celou dobu aplikace sestra udržuje s pacientem kontakt, komunikuje s ním, sleduje známky počínajících komplikací a reaguje na ně. Nedílnou součástí je i vedení sesterské

dokumentace, kde je zaznamenané zavedení a ošetřování žilních katétrů, aplikace do centrálních venózních a arteriálních katétrů. Sestra také musí provádět likvidaci cytostatického odpadu dle stanovených vyhlášek. Ošetrovatelská péče u pacientů, kteří jsou léčeni chemoterapií, se soustřeďuje především na sledování komplikací způsobených vedlejšími účinky chemoterapie (Krejčí et al., 2012). Přehled nepoužívanějších cytostatik a jejich vedlejší účinky viz Příloha č. 5.

K systémové protinádorové léčbě řadíme také léčbu biologickou cílenými protilátkami (Vítek et al., 2012). Biologická léčba zvyšuje účinnost chemoterapie (Tomášek, 2019). Tato léčba je nově zařazena do léčby kolorektálního karcinomu. Jedná se o léčbu tzv. monoklonálními protilátkami. Monoklonální protilátky jsou schopné vyhledat v organismu nádorové buňky, zastavit jejich růst a různým způsobem je ničit. Cílená biologická léčba je určena pro pacienty s metastázami kolorektálního karcinomu (Kiss, Tomášek, 2014).

Radioterapie je protinádorová léčba, která využívá k ničení buněk ionizující záření (Kelner, 2011). Toto záření předává při průchodu látkovým prostředím svou energii molekulám, které ionizuje a excituje. Nejčastější metodou radioterapie je zevní ozařování neboli teleradioterapie. Pacient je ozařován zdrojem záření, který se nachází v určité vzdálenosti od těla a není s ním v kontaktu. Další metodou je brachyradioterapie. Při brachyradioterapii je zdroj záření umístěn přímo do místa nádoru. Tímto způsobem je nádor ozářen vysokou dávkou (Petera, Šlampa, 2011). Dále dělíme radioterapii na neadjuvantní, adjuvantní a paliativní. Neadjuvantní radioterapie je používána před plánovanou operací, jejímž úkolem je zmenšení nádoru a dosažení jeho operability. Adjuvantní radioterapie znamená pooperační ozáření oblasti, odkud byl nádor vyoperován, nebo ozáření regionálních uzlin. Paliativní radioterapie se užívá k odstranění symptomů a léčbě pokročilého nádoru (Odrážka et al., 2014). Radioterapie má významné místo v terapii nádorů konečníku (Diviš et al., 2016). U karcinomu rekta se aplikuje zejména neadjuvantní léčba (předoperační) s cílem zmenšit nádor a umožnit operační výkon. Radioterapie je často kombinovaná s chemoterapií (radiochemoterapie), s cílenou biologickou léčbou (bioradioterapie) nebo oběma variantami (chemobioradioterapie) (Abrahámová, 2012). Samotné ozařovací časy jsou krátké, trvají několik minut. Ale je nutné je opakovat ve více dávkách, po dobu i několika týdnů (Suchánek et al., 2012).

Sestra by měla pacientovi a jeho blízkým sdělit základní informace ohledně radioterapie. Informuje pacienta, jak dlouho bude ozařování probíhat a také jakým způsobem. Edukuje pacienta i jeho blízké, jak pečovat o kůži v místě ozařování, o úpravě denního režimu, o vyloučení kouření a konzumaci alkoholu, o snížení fyzické námahy a vyloučení stresu. Dále by sestra měla pacienta informovat o následném ošetřování a o tom, jak předcházet časným a pozdním nežádoucím účinkům. Časné nežádoucí účinky se objevují v průběhu radioterapie nebo do 3 měsíců po jejím ukončení. Pozdní změny se objevují po 3 měsících až několika letech po ukončení léčby. Sestra by měla informovat o zvýšeném riziku vzniku časných a pozdních poradiačních změn u pacientů, kteří podstupují chemoterapii, byli dříve ozařováni nebo po předchozím chirurgickém zákroku v dané oblasti. Týká se to též pacientů obézních, s hypertenzí, diabetes mellitus nebo těch, co kouří a konzumují destiláty. Po ozařování sestra zajistí pacientovi klid na lůžku, dostatečný příjem tekutin a vhodnou nedráždivou stravu (Abrahámová, 2012). Přehled nejčastějších nežádoucích účinků radioterapie v oblasti rekta a ošetřovatelský postup viz Příloha č. 6.

Po ukončení protinádorové léčby nelze zaručit, že se nádorové onemocnění znovu nevrátí. Proto je nezbytné, aby byl pacient pravidelně dispenzarizován. Cílem sledování je včasný záchyt případného relapsu a zvýšení šance na jeho radikální léčbu (Tomášek, 2019). V I. klinickém stádiu (T1, T2, N0, M0) je indikované pouze kolonoskopické vyšetření v 1. roce, ve 3. roce a pak každých 5 let. Pokud je zachycený rizikový adenom, tak endoskopické vyšetření opakujeme po roce. U pacientů se IV. klinickým stádiem po odstranění metastáz se doporučuje CT hrudníku, břicha a pánve jedenkrát za 3–6 měsíců 3 roky, pak jednou za 6 měsíců do 5 let. Dále sledování nádorových markerů, protože jejich vzestup může být časným znamením návratu nemoci (Kiss et al., 2020). Po ukončení komplexní protinádorové léčby může mít pacient prospěch z lázeňské léčby. Předpokladem je, že u něj nejsou žádné známky nádorového onemocnění a pacient je tedy v kompletní remisi (Kiss, Tomášek, 2014).

1.3 Prevence kolorektálního karcinomu

Prevence nádorového onemocnění si zaslouží pozornost všech občanů. U většiny nádorových onemocnění platí, že vyléčení je možné pouze v případě jejich diagnostiky v časném stádiu. V pokročilých stádiích nemoci je obvykle šance na vyléčení velmi malá (Bednařík, 2011). V boji s tímto onemocněním je prevence zcela zásadní (Suchánek et

al., 2012). Hoch (2018) uvádí, že na základě dlouhé karcinogeneze kolorektálního karcinomu je dostatek času na přerušení vývoje nádoru a lze mu včas předejít prováděním metod primární a sekundární prevence. V oblasti onkologie rozdělujeme prevenci primární, sekundární, terciální a kvarterní (Žaloudík, 2008).

1.3.1 Primární prevence

Primární prevence je zaměřená na zdravou populaci (Schneiderová, Bencko, 2015). Jedná se o předcházení vzniku onemocnění snížením co největšího počtu zevních rizikových faktorů (Bednařík, 2011). Je prováděná formou osvěty celé populace (Bartoňková, 2002). Mezi faktory, které zvyšují riziko vzniku kolorektálního karcinomu, patří nezdravý životní styl a nevhodné stravovací návyky. Studie prokázaly, že vysoký příjem stravy s vysokým obsahem živočišných tuků, červeného masa, vysoce rafinovaných zrn a škrobů a cukrů souvisí se zvýšeným rizikem karcinomu tlustého střeva a konečníku (Chan, Giovannucci, 2010). Naopak by se měly více konzumovat ryby, drůbeží maso, ovoce a zelenina, luštěniny, mléčné výrobky a potraviny s vyšším obsahem vlákniny. (Abrahámová, 2012). Co se týče zdravého životního stylu, měla by se zvýšit fyzická aktivita, udržovat ideální hmotnost, omezit konzumaci alkoholu, kouření a předcházet nadměrnému stresu. Tyto rizikové faktory přispívají ke vzniku karcinomu tlustého střeva a konečníku (Seifert, 2015). Chan a Giovannucci (2010) uvádějí, že léky, jako je aspirin, nesteroidní protizánětlivé léky a postmenopauzální hormony pro ženy, jsou spojeny se snížením rizika kolorektálního karcinomu. Dle Bednaříka (2011) ani dodržování všech preventivních zásad nevede k úplnému snížení. Rizikových faktorů je v dnešní době poměrně mnoho a nelze se jim zcela vyhnout.

Sestry hrají velmi významnou a nezastupitelnou roli v prevenci onkologického onemocnění. Prevence je nejúčinnějším a zároveň nejlevnějším prostředkem v boji proti nádorovým onemocněním (Adam et al., 2012). V rámci primární prevence kolorektálního karcinomu je hlavním cílem sester informovat pacienty, jejich rodiny a veřejnost o nebezpečí vzniku tohoto onemocnění a cíleně vést pacienty k eliminaci co největšího počtu rizikových faktorů. Pomocí informačních letáků a brožurek v čekárnách praktických lékařů a osvětou mohou výrazně přispět ke zvýšenému zájmu populace o prevenci. Sestry se také mohou podílet na vytváření programů ve výživovém poradenství, v programech na udržení tělesné kondice a v neposlední řadě také na programech na podporu odvykání kouření a nadměrné konzumaci alkoholu (Adam et al.,

2012). Všechny informace týkající se prevence by sestra měla podávat srozumitelně, efektivně, vhodnou a přiměřenou formou vzhledem k osobnosti každého pacienta. Neoddělitelnou součástí základních dovedností všech sester by měla být správná komunikace s pacientem a jeho motivace k účasti a spolupráci na preventivních programech (Adam et al., 2012).

1.3.2 Sekundární prevence (screening) kolorektálního karcinomu

Sekundární prevence je zaměřena na časný záchyt nemoci, tedy ve stadiu, kdy je možné úplné vyléčení, a tak snížení mortality (Seifert, 2015). Mezi formy sekundární prevence kolorektálního karcinomu patří pravidelné preventivní prohlídky, screeningové programy, včasná diagnostika choroby a následná dispenzarizace (Kelner, 2011). Sekundární prevence vyžaduje dobrou spolupráci lékaře a jeho pacienta (Seifert et al., 2015).

Screening je jedna z metod sekundární prevence (Hoch, 2018). Patří do základu prevence kolorektálního karcinomu a je také nejslibnější metodou, která může vést ke snížení incidence a mortality tohoto onemocnění (Bortlík, 2007). Podstatou je rozpoznání nemoci u osob, které nejeví známky zdravotního problému, pomocí testů nebo jiných metod (Seifert, 2015). Cílem onkologického screeningu je identifikace a léčba benigních ložisek a prekanceróz, které mohou být prvopočátkem zhoubného bujení. Odstranění lokalizované maligní nemoci, a tedy zamezení přechodu do diseminované formy (Bednařík, 2011). Dalším cílem je snížení počtu paliativních operací u pokročilých stádií nemoci nebo jiných chirurgických či endoskopických paliativních výkonů u neoperabilních nádorů (Zavoral et al., 2015). Kolorektální screening je určený pro ženy a muže od 50 let věku, kteří nemají žádné příznaky spojené s tímto onemocněním, nikdy se neléčili s polypy či nádory tlustého střeva, stejně tak ani jejich rodiče či sourozenci (Hoch, 2018).

V roce 2000 byl v České republice zavedený Národní program screeningu kolorektálního karcinomu pro osoby starší 50 let (Suchánek et al., 2017). V současné době jsou k dispozici dva hlavní typy screeningových metod. První screeningovou metodou je test na okultní krvácení, který detekuje i malé množství krve. Druhou metodou je kolonoskopické, eventuálně radiologické vyšetření (Vojtěchová et al., 2014). Testy na

okultní krvácení jsou neinvazivní vyšetřovací metodou (Hoch, 2018). Existují dva základní druhy testu na okultní krvácení, a to guajakové testy (gTOKS) na bázi pryskyřice nebo testy imunochemické (FIT). Nejnovější metodou jsou fekální testy DNA, ty zjišťují DNA mutace ve stolici (Seifert, 2015). DNA testy jsou zatím ve stádiu klinických zkoušek a k jejich běžnému užívání brání i mimo jiné vysoká cena (Zavoral, Vojtěchová, Suchánek, 2015). Brenner a Thao (2013) ve své studii uvádějí, že fekální imunochemické testy mají vyšší citlivost ve srovnání s guajakovými testy.

Guajakový test je nejvíce prostudovanou screeningovou metodou. Tento test funguje na principu barevné změny guajakové pryskyřice v důsledku pseudoperoxidové aktivity hemoglobinu, který je obsažen ve stolici (Zavoral, Suchánek, Frič, 2008). Jeho výhodou jsou nízké náklady a také to, že je proveditelný pacientem a vyhodnotitelný přímo v ordinaci lékaře. Mezi nevýhody guajakového testu lze považovat způsob odběru, při kterém musí vyšetřovaný jedinec opakovaně tři dny po sobě manipulovat se stolicí. Test nelze automaticky odečítat a nelze nastavit koncentraci hemoglobinu, při které je vzorek považovaný za pozitivní (tzv. cut off). Vliv na guajakový test mají i dietní omezení, která test zpřesňují, ale zároveň i komplikují (Seifert et al., 2015). Falešně pozitivní test může být při požití většího množství červeného masa, ředkviček, červené řepy či špenátu (Bortlík, 2012). Gregora et al. (2016) dodávají, že naopak falešně negativní test vyjde po užití vitamínu C nebo jiných antioxidantů a při pozdním vyhodnocení.

V rámci screeningového programu v České republice se od ledna roku 2009 začal používat imunochemický test (Seifert et al., 2015). Tento test je v současnosti jediným doporučovaným screeningovým testem na okultní krvácení. Provádí ho jak praktičtí lékaři, tak i gynekologové. Jeho výhodou je vyšší senzitivita, jednoduchá manipulace, nejsou nutná dietní opatření či léková omezení (Hoch, 2018). Funguje na principu stanovení lidského hemoglobinu ve stolici reakcí s protilátkou v testu. V rámci imunochemických testů se rozlišují kvalitativní testy bez použití přístroje, které pracují na bázi imunochromatografie. Výsledky se odečítají na testovacím proužku jako barevná linie. A kvantitativní imunoturbidimetrické testy jsou vyhodnocovány fotometricky pomocí přístroje (Seifert et al., 2015). Dokážou tedy poskytnout aktuální koncentraci hemoglobinu ve vzorku stolice, což umožňuje stanovení hodnoty cut-off (Grega, 2016). Doporučená hodnota v České republice je 75–100 ng/l (Seifert, Korcová, Král, 2015).

Pokud testy na okultní krvácení vyjdou negativní, probíhá další vyšetření u osob ve věku 50–55 let jednou ročně. Od věku 55 let se asymptomatickým jedincům nabízí test jednou za dva roky nebo jako alternativní metoda primární screeningová kolonoskopie, která může být v intervalu 10 let zopakována (Věstník MZ ČR, 2009). Od 1. července 2020 snížilo Ministerstvo zdravotnictví ČR věkovou hranici o 5 let pro kolorektální screening. Lidé tedy mají od 50 let vyšetření formou kolonoskopie zdarma (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020). V případě pozitivního testu na okultní krvácení následuje screeningová kolonoskopie (Věstník MZ ČR, 2009).

Kolonoskopie je endoskopická metoda k vyšetření tlustého střeva od konečníku až po cékum pomocí flexibilního endoskopu (Vokurka, Hugo, 2016). Screeningová kolonoskopie se provádí u asymptomatických jedinců, kteří nesplňují kritéria vysokorizikových skupin (Falt et al., 2016). Kolonoskopie je zlatý standard screeningu. Provádí ji zkušení chirurgové a gastroenterologové v centrech, kde jsou stanoveny jasné podmínky pro kolonoskopický screening (Gill et al., 2010). Před provedením kolonoskopického vyšetření je nutná příprava. Sestra by měla pacienta správně informovat o způsobu přípravy. Kromě slovních instrukcí je nutné každému pacientovi podat také písemné instrukce ve formě informovaného souhlasu (Seifert et al., 2015). Pacient musí přesně dodržet pokyny, jinak může být příprava střev nedostatečná a zobrazení sliznice tlustého střeva zkreslená reziduální stolicí (Vilímovský, 2014). Způsob přípravy je individuální a dle zvyklostí pracoviště. Spočívá v dietním omezení, řádném vyprázdnění, vyšetření krve na srážlivost a krvácivost (Falt et al., 2016). U nemocných užívajících preparáty železa je doporučeno jejich vynechání 7 dní před výkonem (Zádorová, 2018). Den před vyšetřením je vhodný pouze příjem čistých tekutin (Falt et al., 2016). V současnosti je doporučováno rozdělení střevní přípravy na večerní a denní dávku. Roztok by měl být podáván v rozděleném režimu, a to 2 litry večer před výkonem a 2 litry ráno v den výkonu. Podání poslední dávky přípravy je 4 hodiny před vyšetřením a ukončeno nejpozději 2 hodiny před výkonem (Seifert et al., 2015). Nejčastěji používaný je roztok polyethylenglykolu v celkovém objemu 4 l (Fortrans), který by se měl vypít rychlostí 1 litru za hodinu (Falt et al., 2016). Hassan et al. (2019) uvádí, že tento přípravek je možné použít u pacientů se selháním ledvin, střevními záněty, u pacientů připravovaných urgentně pro krvácení a v jiných případech, kdy jsou ostatní přípravky kontraindikovány. Při kolonoskopickém vyšetření může dojít k možným

komplikacím, mezi které patří například perforace střeva způsobená nadměrným tlakem endoskopu na stěnu nebo krvácení po biopsii polypu (Zádorová, 2018).

Národní program screeningu kolorektálního karcinomu prochází kontinuálním vývojem. Díky zavedení cíleného adresného zvaní v roce 2014 došlo ke zvýšení účasti cílové populace na 30,8 %, tím i k prokazatelnému poklesu standardizované incidence a mortality kolorektálního karcinomu. Odesílání pozvánek je koordinováno Ministerstvem zdravotnictví ČR ve spolupráci s plátcí zdravotní péče a odbornými společnostmi (Suchánek, Vojtěchová, Zavoral, 2017). Pojišťovny zvou občany ve věku od 50 do 70 let k účasti screeningu, pokud nebyl léčen pro kolorektální karcinom, neabsolvoval v posledních letech TOKS či kolonoskopii. Jestliže se pojištěnec nezapojil do screeningu, je zvaný opakovaně (Seifert et al., 2015). V budoucnu lze očekávat úpravu programu podle individuálního rizika vzniku karcinomu tlustého střeva a konečníku a zpřístupnění dalších miniinvazivních metod (Suchánek, Vojtěchová, Zavoral, 2017).

Ke zvyšování informovanosti pacientů, ale i široké veřejnosti výrazně napomáhají občanská sdružení a organizace. V problematice kolorektálního karcinomu je nejznámější občanské sdružení působící pod názvem OnkoMaják, které se zaměřuje na poskytnutí informace o možnostech léčby kolorektálního karcinomu a o možnostech včasného zachytu tohoto onemocnění. OnkoMaják dále pořádá kampaň pod názvem Střevo tour, zaměřené na zvýšení povědomí o prevenci a nutnosti včasného odhalení rakoviny tlustého střeva a konečníku (OnkoMaják, 2019). Další aktivitou OnkoMajáku je spolupráce se sdružením českých pacientů se stomií České ILCO, z.s., ze které vznikla kampaň Vy + my proti rakovině, jejímž cílem je motivovat širokou i odbornou veřejnost k diskuzi o problematice onemocnění tlustého střeva a konečníku a klade si za cíl přimět více jedinců k preventivnímu vyšetření (České ILCO, 2020). Další užitečné informační zdroje zaměřené na problematiku kolorektálního karcinomu naleznete v Příloze č. 7.

Úlohou sestry v sekundární prevenci kolorektálního karcinomu je vždy srozumitelně pacientovi vysvětlit, jak správně provést test na okultní krvácení. Pokud není proveden správný postup, nelze výsledek TOKS spolehlivě vyhodnotit. Při guajakovém testu je třeba pacienta poučit o dodržení diety 3 dny před odběrem, kdy by měl vynechat zeleninu s vysokým obsahem železa, syrové maso, vynechat příjem vitamínu C. U žen se test provádí mimo období menstruace (Abrahámová, 2012). Pacient dostane testovací soupravu, která obsahuje tři psaníčka, a odběr stolice si provádí doma sám. Pomocí

špachtle rozestře vzorek stolice do orámovaných polí. Provádí se po dobu tří dnů. Po třetím odběru pacient odnese psaníčka do ordinace svého praktického lékaře, aby test vyhodnotil. Sestra ze zadní strany psaníčka kápne jednu nebo dvě kapky činidla na každý vzorek stolice v testovacím políčku. Každé modré zbarvení vzorku, i na jednom z devíti vzorků stolice je třeba vyhodnotit jako pozitivní. Pokud nedojde k zbarvení ani na jednom ze vzorků, test se vyhodnotí jako negativní (Kocna, 2011). Při odběru na okultní krvácení imunochemickým testem není potřeba dodržovat žádné dietní opatření. Sestra pouze poučí pacienta, jak postupovat při odběru. Pacient otevře lahvičku s roztokem, ve které je na víčku ukotvená tyčinka. Tyčinkou krouživým pohybem odebere vzorek přibližně ze čtyř míst stolice. Tyčinku poté vrátí zpět do lahvičky, uzavře víčko, promíchá vzorek s roztokem a odnese test k vyhodnocení. Imunochemické testy sestra může vyhodnotit na kazetě, na kterou kápne tři kapky z odběrové zkumavky nebo nakapání vzorku do kyvety a vyhodnocení pomocí přístroje (Nejedlá, 2015, Kocna, 2011). Další úlohou sestry je příprava pacienta na kolonoskopii. Před kolonoskopií vysvětlí pacientovi princip vyšetření, přípravu před vyšetřením a jeho průběh (Martínek, Falt, 2015). Sestry také spolupracují i s dalšími zdravotnickými pracovníky na strategiích, které podporují dodržování screeningu onkologického onemocnění u jedinců, kteří jsou tímto onemocněním více ohroženi. Spolupráce zahrnují spolupráci se zdravotními pojišťovnami u osob bez zdravotního pojištění, spolupráci s dietology na úpravách stravy a nutričních potřebách k prevenci nádorového onemocnění. Dále také zlepšení přístupu pacientů ke komunitním zdrojům souvisejících se screeningem (Gray et al., 2017).

1.3.3 Terciární prevence a kvartérní prevence

Terciární prevence je sledování nemocných s vyléčeným nádorovým onemocněním (Kelner, 2011). Cílem terciární prevence dle Skály (2018) je včas zachytit recidivu či relaps nádorového onemocnění po primární léčbě a bezpříznakovém intervalu, ve stále ještě léčitelné podobě. Při dispenzárním vyšetření je důležité se nesoustředit pouze na léčený orgán a častá místa metastazování, ale provádět i další preventivní vyšetření. Protože je třeba si uvědomit také riziko vzniku duplicitních nádorových onemocnění. Nutností je provádění kompletní preventivní péče (Zikán, Cibula, 2009). U žen by se tedy měla provádět mamografie a screening rakoviny děložního hrdla. U mužů zase cílené vyhledávání prekanceróz a časných nádorů v urologii a gastroenterologii (Skála, 2018).

Sestra v terciální prevenci pomáhá pacientovi vyrovnat se se závažnou chorobou. U některých pacientů dochází k vytvoření stomie. V tomto případě je potřeba psychická podpora a také edukace pacienta, jak zvládat péči o stomii. Vytvoření stomie znamená pro pacienta velký zásah do jeho života. Pacient má obavy o svou budoucnost, strach ze ztráty svých blízkých přátel a také z toho, že se nebude moci věnovat svým oblíbeným zálibám. Sestra by všechny tyto problémy neměla podceňovat, ale snažit se je postupně s pacientem vyřešit. Jestliže nebude pacientovým problémům věnována pozornost, hrozí zde ztráta sebevědomí, sebedůvěry až postupné vyhledávání samoty a izolace pacienta od okolí. Adaptovat se na změnu života trvá několik měsíců až let.

Kvarterní prevence dle České lékařské společnosti J. E. Purkyně znamená identifikaci a předcházení důsledků progredujících a nevléčitelných nádorových onemocnění, které mohou zkracovat zbytek života nebo snižovat jeho kvalitu (Skála, Odrážka, Komárek, 2005). Než se bolest u pacienta plně rozvine, je třeba zajistit trvalou a dostupnou analgetickou léčbu a odbornou anesteziologickou péči, řešit výživová opatření a jimi předcházet akutním stavům neprůchodnosti. Vorlíček, Žaloudík, Vyzula (2009) dodávají, že u onkologických pacientů je nutné myslet na stabilitu skeletu a zachování mobility pacientů s diagnostikovanými kostními metastázami, která se řeší radioterapií či pomocí ortopedických intervencí, aby byli co nejvíce soběstační. Jelikož člověk, který má závažné onemocnění, přestává být schopen plnit úkoly, které dříve plnil, je tedy nutné věnovat pozornost psychologické, sociální, spirituální a duchovní péči (Zdeněk et al., 2019).

Úloha sestry v kvarterní prevenci je zaměřená na paliativní péči, jejímž cílem je zlepšit kvalitu života. Sestra se zaměřuje především na tlumení bolesti a dalších nepříjemných příznaků onemocnění, na výživu, zachování sebeobsluhy, uspokojení psychosociálních a spirituálních problémů. Potřebná paliativní péče je poskytována v nemocnicích, lůžkových hospicích nebo formou domácí hospicové péče, kdy je poskytována přímo v domácnosti pacienta (Marková, 2010). Úkolem sestry je poskytovat péči nejen pacientovi, ale i jeho rodině. Měla by se snažit minimalizovat narušení v rodině, pomáhat jim vyrovnat se s umíráním a zármutkem. Pokud členové rodiny nemají uspokojené jejich vlastní potřeby, jsou schopni se méně starat o pacienta a velmi často mají fyzické i psychické problémy (Sláma, 2012).

1.3.4 Odpovědnost za prevenci a bariéry v prevenci

Život a zdraví jsou nejdůležitějšími hodnotami pro většinu z nás. Přejeme si žít dlouho a hlavně ve zdraví. Jistota zdraví přináší pracovní výkonnost, zdravé sebevědomí a v neposlední řadě také životní pohodu. Je důležité si uvědomit, že zdraví každého z nás není samozřejmostí, ale výsledkem dlouhodobé osobní snahy, a proto je důležité o něj pečovat (Adam et al., 2012). Otázkou ale je, zda je za své zdraví a přístup k onkologické prevenci odpovědný každý sám za sebe, nebo spíše odpovědnost závisí na zdravotnících či dokonce politicích, kteří nastavují a ovlivňují fungování celého systému zdravotní péče. Je nám předkládána výhoda zdravotního pojištění na principu solidarity. V praxi to znamená povinný a stálý příspěvek do systému financování zdravotního pojištění od každého, a to již v době, kdy je zatím člověk zcela zdravý. Argumentuje se tím, aby potřební měli zajištěnou zdravotní péči ihned a ti ostatní jistotu, že se jim dostane v okamžiku, kdy ji budou sami potřebovat (Žaloudík, 2008). Žaloudík (2008) dále uvádí, že několikaleté zpoždění v rámci změny některé ze zdravotnických norem nebo koncepcí zdravotnické péče není z hlediska státní politiky mnoho, ale o měsíc či rok zpožděná diagnostika vzniklého karcinomu může a mnohdy i znamená pro pacienta ztrátu veškeré naděje na vyléčení. Postoj k vlastnímu zdraví a k osobní odpovědnosti za zdraví se formuje od útlého věku. Proto je nutné začít prohlubovat znalosti a vědomosti ohledně prevence již od mateřské školy a s postupujícím věkem dítěte.

Jedinec bývá často vystavovaný negativním zdravotním vlivům a také díky společnosti, ve které se nachází. Životní prostředí je permanentně znečišťované průmyslovou výrobou, potraviny jsou kontaminované používáním nadměrného množství chemických látek ve formě zemědělských postřiků. Projevují se také dopady ekologických havárií a zvyšuje se psychická zátěž v důsledku rostoucích požadavků na pracovní výkony. Na druhou stranu má každý přemýšlející člověk možnost některá zdravotní rizika, a to i onkologická, výrazně ovlivnit. Jak bylo již výše několikrát zmíněno, především vyloučení zdraví škodlivých návyků, s přibývajícím věkem zařadit pravidelné preventivní prohlídky a důležité je hlavně získání základního povědomí o varovných příznacích možného nádorového onemocnění. Hlavní je však v každém případě osobní zájem jednotlivce. Bez této motivace nebude ani sebelepší zdravotní systém onkologické prevence prospěšný, jelikož nebude využíván. Na druhé straně je i odpovědností zdravotnických pracovníků vytvořit odborné podmínky, aby rozhodnutí člověka mohlo být naplněno, ať už jde o pomoc v rozhodnutí se nechat celkově vyšetřit po padesátce

nebo v předsevzetí přestat kouřit. Je na každém člověku, jak využije současných příležitostí (Žaloudík, 2008).

Adam et al. (2012) uvádí, že mezi nejvýznamnější bariéry v prevenci patří podceňování onemocnění, neznalost rizik spojených se vznikem nádorových onemocnění. Dalším významným rizikem je povědomý strach z utrpení a pozitivního nálezu, stud spojený s vyšetřením, nedůvěra ke zdravotníkům nebo naopak nedostupnost odborného vyšetření. Studie ukázaly, že existuje řada faktorů, které vedou k pozdním příchodům k lékaři. Jedním z nich je věk pacientů. Staří lidé oddalují návštěvu a vyšetření mnohem déle než například lidé středního věku. S větší prodlevou se také často setkáváme u sociálně slabších jedinců, lidí s nižším stupněm vzdělání a lidí s chabými či problematickými zdravotními návyky (Křivohlavý, 2002). Tito pacienti se velmi často do ordinace lékařů dostanou až se zhoršujícími se symptomy, bolestí nebo na nátlak rodiny či okolí. To bohužel vede k tomu, že mnoho nádorových onemocnění je objeveno až v pokročilém stádiu (Adam et al., 2012).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

Kapitola poskytuje informace o cíli a výzkumných otázkách pro tuto bakalářskou práci.

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zmapovat znalosti laické veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu v Plzeňském kraji.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká je informovanost laické veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu v Plzeňském kraji?
2. Jak přistupuje laická veřejnost k prevenci kolorektálního karcinomu?
3. Jak jsou lidé ve věku od 50 let informováni o prevenci kolorektálního karcinomu?

2.3 Operacionalizace

Základním výzkumným problémem je kolorektální karcinom a jeho prevence.

Kolorektální karcinom

Zhoubné nádorové onemocnění, které vzniká přeměnou cylindrického epitelu tlustého střeva a konečníku (Vokurka et al., 2011).

Rizikový faktor

Činitel jedince, populace či prostředí, jehož přítomnost zvyšuje nebezpečí vzniku, rozvoje nebo nepříznivého průběhu určité nemoci (Vokurka, Hugo, 2016).

Prevence

Soustava opatření bránící vzniku nemoci nebo zpomalení jejího dalšího rozvoje a oddálení jejich projevů. Jedná se o péči, jejímž účelem je včasné vyhledávání faktorů a provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Primární prevence

Prevence vzniku nemoci nebo jiného zdravotního problému prostřednictvím zdravotní výchovy, očkování, zlepšení výživy a zlepšení zdravotního prostředí (Staňková, 2002).

Sekundární prevence

Zastavení chorobného procesu jeho včasným odhalením odpovídající léčbou a ošetrovatelskou péčí. Úkolem je snížit výskyt atak a rozvoj chronického stavu (Staňková, 2002).

Terciální prevence

Předcházení vzniku dalšího rozvoje onemocnění, zabránění opakování jeho projevů, vzniku postižení nebo ztráty soběstačnosti (Staňková, 2002).

Sestra

Osoba, která ukončila základní všeobecné ošetrovatelské vzdělání a je oprávněna na základě souhlasu regulačního orgánu ve své zemi pracovat jako sestra (ICN, 1987).

3 Metodika

3.1 Použité metody

Výzkumná část bakalářské práce na téma Prevence kolorektálního karcinomu očima laické veřejnosti v Plzeňském kraji byla zpracována kvalitativním výzkumným šetřením pomocí polostrukturovaného rozhovoru (viz Příloha č. 8).

Polostrukturovaný rozhovor vyžaduje náročnější technickou přípravu. Základem tohoto rozhovoru je vytvoření specifických okruhů otázek, které jsou účastníkům výzkumu pokládány. Pořadí otázek lze měnit s ohledem na průběh rozhovoru. Aby bylo možné ověřit, zda výzkumník odpovédím správně porozuměl a interpretoval je, umožňuje tento typ pokládat doplňující otázky a téma rozpracovat do hloubky. U polostrukturovaného rozhovoru mají význam vnější okolnosti, jako je například prostředí, ve kterém rozhovor probíhá či doba rozhovoru (Kutnohorská, 2009). Proto je vhodné si v průběhu rozhovoru zapisovat poznámky, spojené s okolnostmi v průběhu rozhovoru.

Rozhovor k bakalářské práci se skládal z 20 otázek. Osnova byla vytvořena na základě prostudování literatury a vlastních zkušeností s danou problematikou. V úvodní části rozhovoru byly zjištěny identifikační údaje respondentů. První část rozhovoru se zabývala všeobecnými otázkami zaměřenými na životní styl, znalosti problematiky kolorektálního karcinomu a na prevenci. Druhá část rozhovoru se věnovala přístupu informantů k prevenci kolorektálního karcinomu.

Rozhovory k bakalářské práci byly uskutečněny na základě předem domluvené schůzky přes mobilní telefon nebo aplikaci Skype a po udělení souhlasu od účastníků výzkumného šetření. Rozhovory proběhly během března a dubna 2021. Výzkumného šetření se zúčastnilo 10 žen a 10 mužů z Plzeňského kraje.

Po představení tazatele došlo k seznámení s názvem a cílem této bakalářské práce. Všichni informanti byli před zahájením rozhovoru informováni a ujištěni o anonymitě rozhovorů. Se souhlasem všech dotazovaných osob byl rozhovor nahráván. Současně byly vedeny poznámky vztahující se k mimoslovním projevům a průběhu rozhovoru. Délka jednoho rozhovoru trvala v průměru asi 30 minut. Nahrávané rozhovory byly následně písemně zpracovány v počítačovém programu Microsoft Word 2010. Poté byla získaná data zpracovávána pomocí kódování, technikou „tužka a papír“. Švaříček a Šed'ová (2014) tuto metodu popisují jako efektivní a univerzální způsob k analýze dat.

Kódování představuje operace, pomocí kterých jsou údaje rozebrány a složeny novým způsobem. Nejdříve byly pojmy v textu barevně odlišeny, analyzovány a vystihující slova zakódována. Následně analýzou otevřeným kódováním byla tato data zpracována do kategorií. Bylo identifikováno šest kategorií a devatenáct podkategorií (viz Příloha č. 9).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výběr respondentů byl náhodný metodou sněhové koule, tzv. Snowball Sampling. Tato metoda je určena k získávání nových případů na základě procesu postupného nominování dalších osob. Samotný proces začíná výběrem jednoho nebo více jedinců, kteří splňují daná kritéria. První oslovení informanti jsou následně požádáni, aby nominovali další osoby, které znají a které rovněž splňují daná kritéria. Výběrový soubor se tak rozrůstá prostřednictvím napojení se na sociální kontakty oslovených osob (Miovský, 2003). Výběrovým kritériem k zařazení byla krajová příslušnost (Plzeňský kraj), věk 40 let a více a souhlas k provedení rozhovoru. Výzkumný soubor tvořila laická veřejnost z Plzeňského kraje. V souboru byla zastoupeno 10 žen a 10 mužů. Věk informantů se pohyboval od 40 let až po 84 let. Informantům za účelem zpracování výzkumu bylo přiděleno fiktivní označení „Ž1–Ž10“ (Ž = ženy) a druhá polovina jako „M1–M10“ (M = muži). Klíč k identifikaci k informantům je uložený u výzkumníka bez možnosti přístupu další osoby.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Struktura výzkumného souboru

Tato kapitola seznamuje s výsledky plynoucími z výzkumného šetření souboru. Soubor je tvořen laickou veřejností z Plzeňského kraje.

Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentů

Proband	Věk	Vzdělání	Bydliště
Ž1	60 let	středoškolské vzdělání	město
Ž2	49 let	středoškolské vzdělání	město
Ž3	68 let	střední odborné vzdělání	město
Ž4	48 let	vysokoškolské vzdělání	vesnice
Ž5	53 let	středoškolské vzdělání	vesnice
Ž6	67 let	středoškolské vzdělání	vesnice
Ž7	77 let	střední odborné vzdělání	město
Ž8	52 let	středoškolské vzdělání	vesnice
Ž9	79 let	základní vzdělání	vesnice
Ž10	45 let	střední odborné vzdělání	vesnice
M1	55 let	vysokoškolské vzdělání	město
M2	40 let	střední odborné vzdělání	město
M3	53 let	střední odborné vzdělání	v přírodě
M4	42 let	vysokoškolské vzdělání	vesnice
M5	84 let	vysokoškolské vzdělání	město
M6	57 let	středoškolské vzdělání	vesnice

M7	58 let	střední odborné vzdělání	vesnice
M8	54 let	střední odborné vzdělání	město
M9	51 let	středoškolské vzdělání	město
M10	63 let	střední odborné vzdělání	vesnice

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 1 znázorňuje identifikační údaje jednotlivých informantů, kteří byli zapojeni do výzkumného šetření. Rozhovory byly provedeny celkem s dvaceti informanty. První polovinu dotazovaných tvořily ženy a druhou muži. Z výpovědí informantů vyplývají níže uvedené informace. Věk informantů se pohyboval od 40 let do 84 let. Jeden z informantů měl základní vzdělání, čtyři informanti měli vysokoškolské vzdělání, sedm informantů středoškolské vzdělání a poslední skupina osmi informantů měla střední odborné vzdělání. Jeden z informantů žil v přírodě, devět informantů ve městě a zbylých deset informantů na vesnici.

4.2 Kategorizace získaných dat

V této části budou uváděny výsledky získané v průběhu rozhovorů. Analýzou rozhovorů metodou otevřeného kódování vzniklo šest kategorií viz Tabulka 2. Podrobný přehled jednotlivých kategorií, podkategorií a kódů naleznete v Příloze č. 9.

Tabulka 2 – Stručný přehled kategorií

Kategorie	Podkategorie	Kategorie	Podkategorie
1. Zaměstnání	Pozice v zaměstnání Charakteristika zaměstnání Rizikové faktory	4. Kolorektální karcinom	Charakteristika onemocnění Příčiny Příznaky Vazba na pohlaví a věk Zdroj informací
2. Životní styl	Stravování Rizikové návyky Pohybová aktivita	5. Prevence	Charakteristika prevence Informace o prevenci Preventivní prohlídky Vyšetření při preventivních prohlídkách Test na okultní krvácení Kolonoskopie
3. Rizikové faktory	Nezdravý životní styl Rodinná zátěž	6. Motivace	

Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie 1 – Zaměstnání

První kategorie je zaměřena na to, jaké zaměstnání informanti vykonávají. Tato specifika byla podrobena analýze dat, ze kterých vznikly tři podkategorie, pozice, charakteristika zaměstnání a rizikové faktory. Do jednotlivých podkategorií byly zakódované výrazy, které nejčastěji informanti uváděli o svém zaměstnání. (Všechna data jsou uvedena v Příloze č. 9). Uvedené kategorie jsou doplněny citováním z výpovědí informantů.

Z rozhovorů vyplynulo, že šest informantů vykonává sedavé zaměstnání. Všichni informanti (Ž1, Ž2, M1, M4, M6, M7) se shodli, že během své pracovní doby většinou jen sedí. Informanti Ž1, Ž4, M1, M4 se věnují administrativní činnosti. A M6 a M7 pracují jako řidiči nákladních vozidel. Informanti Ž1 a M4 zastávají pozici policisty vyšetřovatele. Informantka Ž4 pracuje jako sociální pracovnice a informant M1 jako manager. Informant M1 uvádí: *„Již 15 let pracuji jako manager v jedné firmě. Mé zaměstnání je převážně sedavé a stresově náročné. Ale dalo by se říct, že je to můj koníček.“* Informant M4 zmiňuje: *„Pracuji jako policista vyšetřovatel, většinu svého času pracovní doby prosedím.“* Informantka Ž1 doplňuje, že práce policisty je náročná hlavně na psychiku. Informanti M6 a M7 se jako řidiči shodli, že sedět několik hodin za volantem není vůbec jednoduché. Informant M6 dodává: *„Lidé si myslí, že dělat řidiče je skvělé a pohodové. Ano, to sice je, ale nevidí druhou stránku tohoto povolání. Musíme se soustředit na jízdu, a to hlavně v noci. Klidně 5 hodin v kuse sedíme, někdy i bez přestávky.“* Oproti tomu devět informantů vykonává fyzickou práci. Informantky Ž8 a Ž10 dělají velmi náročné zaměstnání, pracují jako ošetřovatelky prasnic. Informantka Ž8 zmiňuje: *„Pracovat se zvířaty není jednoduché. Musíme být pořád ve střehu, nikdy nevíme, co zvíře udělá. Je to fyzicky náročné. Skoro celý den jsme na nohou, taháme těžká selata, která přendáváme do kotců nebo je naháníme do jiné haly.“* Informant M8 pracuje ve stejném zaměstnání jako informantky Ž8 a Ž10. Dělá nočního porodníka. Jeho povolání je o něco méně fyzicky náročné. Informant M8 doplňuje: *„Mým úkolem v zaměstnání není nic náročného, v noci obcházím haly, kontroluji porody a připravuji krmivo.“* Informanti (Ž2, Ž5 a M9) pracují ve výrobním průmyslu. Informanti (Ž2, M9) jsou mistry výroby v automobilovém průmyslu a v truhlářské firmě. A informantka Ž5 je dělnice ve firmě, kde se vyrábí brýle. Všichni informanti (Ž2, Ž5, M9) se shodli, že mají fyzicky náročné zaměstnání. Informantka Ž5 dodala: *„Pracuji ve firmě, která je zaměřena na výrobu brýlí, skoro celých 8 hodin stojím u výrobního pásu, kde dávám výrobky do krabic a následně je připravuji k transportu.“* Informant M10 pracuje v gastronomii jako

číšník, uvádí, že jeho povolání je velmi fyzicky náročné. Informanti M2 a M3 své zaměstnání vykonávají především venku. Informant M3 je zedník, dělá především výškové práce a hydroizolace. Informant M2 je pracovníkem údržby venkovních ploch a doplňuje: „*Mám na starost hlavně různé zahradnické práce. Někdy se stane, že je to fyzicky náročnější.*“ Informanti Ž3, Ž6, Ž7, Ž9 a M5 jsou ve starobním důchodu. Informantka Ž6 se zmínila o své dřívější práci sekretářky na okresním soudu. Informantka Ž9 vykonávala fyzicky náročnou práci v zemědělství. Nyní se informanti (Ž3, Ž6, Ž7, Ž9, M5) snaží udržovat aktivními i v důchodu. Všichni pracující informanti udali, že svoje zaměstnání vnímají jako stresové. Informant M1 svému povolání věnuje veškerý svůj čas a dodává: „*Manželka mi říká, že jsem workoholik.*“

Na otázku, zda při svém zaměstnání se informanti setkávají se škodlivými látkami, uvedli, že se často dostanou do kontaktu s chemickými látkami v podobě postřiků, barev, impregnací. Informanti Ž8, Ž10 a M8 se v jejich zaměstnání setkávají se čpavkem neboli amoniakem. Informantka Ž10 doplňuje: „*V práci dýcháme čpavek, který vzniká z odpadů zvířat. Chodíme tedy každé dva roky na kontroly s plícemi.*“ Informanti M3, M9 kromě kontaktu s chemickými látkami také pracují ve znečištěném prostředí. Informant M3 uvádí: „*Na stavbách je hodně prachu ze stavebního materiálu, který vdechujeme. Není to pro naše plíce nic zdravého. Někteří starší kolegové z toho mají následky.*“

Kategorie 2 – Životní styl

Druhá kategorie popisuje, jaký mají informanti životní styl. V této kategorii vznikly tři podkategorie: stravování, rizikové návyky a pohybová aktivita. Zdravá strava a pohyb jsou základem prevence. Na podkladě nevhodného stravování a nedostatku pohybové aktivity může vzniknout právě i kolorektální karcinom. Informanti měli možnost popsat, jak se obvykle stravují. Více než jedna polovina informantů se stravuje pravidelně. Informant M2 uvedl, že se obvykle stravuje třikrát denně. „*Ráno snídám, většinou je to houska s máslem, občas se salámem, rajčetem, paprikou a ředkvičkou. K tomu černý čaj. V týdnu mám teplý oběd v práci, bez polévky. Málo kdy mám teplou večeři. Stačí mi houska, bageta s paštikou nebo pomazánkou. Ovoce jím obden, banán, jablko.*“ Informant M4 sdělil, že do svého stravování zařazuje celozrnné pečivo, ovoce a zeleninu. „*Snazím se jíst celozrnné pečivo, ovoce obden a zeleninu jím prakticky denně.*“ Informanti Ž3, Ž7, Ž8, M5, M8 a M10 se taktéž shodli na každodenním zařazení

zeleniny, ovoce a vlákniny do svého jídelníčku. Informantka Ž6 dodala: „*Zeleninu moc nemusím, 3x týdně si dám jablko.*“ A informanti M1 a M3 sdělili, že zeleninu nekonzumují vůbec a ovoce jen výjimečně. Zbytek informantů se snaží alespoň 2x až 4x týdně zařadit ovoce, zeleninu a vlákninu. Informantka Ž2 příležitostně zařazuje i luštěniny. Oproti tomu M1, M3, Ž1, Ž3 se shodli v tom, že jejich stravování je nepravidelné a nezdravé. Informant M1 popisuje: „*No... (zhluboka se nadechl) ... Jím velmi nepravidelně. Ráno moc nesnídám, přes den sním něco málo a větší jídlo si dám až po návratu domů z práce. Přiznám se, že si sem tam dám i tučné jídlo. Zelenina mi nikdy nechutnala, občas si dám trochu ovoce. Při mém zaměstnání se spíše stravuji jídly z restaurace, kdy si ho vyzvednu přes okénko nebo si ho nechám přivést rovnou do práce.*“ Informant M3 uvedl, že stravě nevěnuje dostatečnou pozornost. Konzumuje často smaženou stravu, i přesto, že mu všichni tvrdí, jak je to nezdravé. Informantka Ž5 se stravuje nepravidelně, nicméně snaží se jíst zdravě. „*Pravidelně se nestravuji. Ale na druhou stranu jím minimálně maso, uzeniny jen sporadicky spíše vůbec. Mám ráda jogurty a potraviny, které obsahují vlákninu.*“ Informantka Ž1 udává, že v týdnu se stravuje většinou studenými pokrmy. Jen o víkendu vaří teplá jídla. „*V týdnu každý den ráno snídám kávu a pečivo se sýrem a šunkou. Místo oběda si dám nějakou svačinu. Vařím jen o víkendech. Snažím se jíst denně ovoce i zeleninu. Sladké si dám většinou jen příležitostně.*“ Následující otázka se týkala konzumace smaženého jídla a uzenin. Informanti M1, M3, M9 a M10 uvedli, že konzumují smažené jídlo či uzeniny každý den. Informant M8 uzeniny jí maximálně 3x až 4x do měsíce. Informantka Ž4 sdělila, že uzeniny a smažené jídlo vůbec nekonzumuje. Ostatní informanti se shodli, že konzumují tyto potraviny maximálně 3x v týdnu v malém množství. Informant M4 se smaženému jídlu snaží vyhýbat. „*Co se týká konzumace uzenin a smažených jídel, tak uzeniny, jako je například šunka, párky jím obden. Smaženému jídlu se vyhýbám, jím ho tedy minimálně.*“ Účastníci rozhovorů se zmínili i o tom, kde se obvykle stravují. Informant M4 sdělil: „*Na obědy chodím do závodní jídelny, kterou máme v budově mého zaměstnání.*“ Informanti M2, M7, M8, M9 a Ž8 se také stravují přes týden v závodní jídelně svého zaměstnání. Informantka Ž4 si naopak vaří jídlo pouze doma z vlastních produktů. „*Vařím si domácí jídlo, preferuji bylinky a snažím si vše vypěstovat doma.*“ Informantka Ž6 dodává, že se stravuje společně s manželem a má ráda českou kuchyni. „*Stravujeme se s manželem společně. Vařím českou kuchyni, polévky, omáčky s knedlíkem. V týdnu si s chutí upeču nějaký ten moučnik. Máme to rádi.*“ Informanti Ž3, Ž5 a M5 se též shodli na domácím stravování. Informant M1 se přes týden stravuje

pokrmu z restaurací. „Při mém zaměstnání jím jídla z restaurace. Většinou si ho dojdu vyzvednout přes okénko nebo zavolám a nechám přivést přímo do práce.“

Dále jsme se zajímali o škodlivé návyky informantů. Konkrétněji jsme se bavili o konzumaci alkoholu a kouření. Informanti (Ž7, M2, M6, M10) vůbec alkohol nekonzumují a nekouří. Informantky Ž2 a Ž3 dříve kouřily, alkohol pijí pouze příležitostně. Informantka Ž2 uvedla: „Teď momentálně třičtvrtě roku nekouřím. Alkohol piji jen občas, konkrétně víno, spíše o víkendu.“ Informantka Ž3 dodala: „Nekouřím rok a čtyři měsíce. Přestala jsem, když mi lékař sdělil, že mám podle rentgenů nález na plicích. Naštěstí se zjistilo, že se nejedná o nádorový nález. Znovu bych již nezačala. Pociťuji na sobě lepší dýchání, i při zátěži a chuť do života. S tím jsme měla předtím problém.“ Informanti M1, M3 a M8 jsou kuřáci. Informant M1 uvedl: „Každý den kouřím asi 10 cigaret denně. Alkohol si dám, jednou za den pivo.“ Informant M3 dodal: „Denně vykouřím 40 cigaret a k tomu fajfku.“ Informant M8 vykouří denně 5 až 10 cigaret. Alkohol dříve pil, nyní nemůže z důvodu onemocnění slinivky. „Kouřím kolem 5 až 10 cigaret za den, záleží na situaci. Více kouřit mám tendenci při zvýšeném stresu. Alkohol nepiji kvůli zánětu slinivky, jinak jsem pil.“ Zbytek informantů jsou nekuřáci. Alkohol si dají příležitostně. Informant M4 sdělil: „Nekouřím a nikdy jsem nekouřil. Alkohol piji jen příležitostně, 3-4 piva.“ Informantka Ž1 dodala: „Občas si dám víno, někdy 2 dcl obden, třeba tak 3–5x za sebou. Někdy si zase 2 měsíce nedám nic.“

Z dalších odpovědí vyplynulo, že se někteří z informantů věnují sportovním aktivitám. Informantka Ž6 uvedla: „Pohybu mám dostatek. Chodím často se psem na procházky, minimálně 4x denně. Také cvičím jógu.“ Informanti (M4, M9) se věnují jízdě na kole a běhání. Informantka Ž3 zmínila: „S manželem se snažíme chodit každý den na procházky do parku, který máme před barákem. Pokud je špatné počasí, pořídili jsme si běžecký pás a chodíme alespoň na něm.“ Informanti, kteří mají fyzicky náročné zaměstnání, uvedli, že pohybu mají v práci dostatek a ve volném čase spíše odpočívají. Informant M2 dodal: „Popravdě jsem docela líný, skoro vůbec nesportuji. V práci mám často pohybu dost.“ Zbytek informantů se snaží chodit alespoň na krátké vycházky.

Kategorie 3 – Rizikové faktory

Třetí kategorie se zabývá rizikovými faktory, které se vyskytují u informantů. Rozhovory byly podrobeny analýze dat. Vznikly dvě podkategorie: nezdravý životní styl a rodinná zátěž. Mezi nezdravý životní styl můžeme zařadit nevhodné stravování, přepínání svých sil, nedostatek pohybu či škodlivé návyky v podobě pití alkoholu a kouření. Informant M1 se zmínil o nepravidelném stravování, nesnídá a nejí zeleninu. Každý den vykouří 10 cigaret. Práci věnuje veškerý svůj čas. „*Manželka mi říká, že jsem workoholik.*“ Informant M3 uvedl: „*Nežiji moc zdravě. Piju, kouřím. Jím často smažená jídla. Všichni tvrdí, že je to nezdravé, ale chutná mi to.*“ Informanti M9, M10 se shodli na každodenní konzumaci uzenin či smaženého jídla. Informant M8 udává, že kouří, a informantka Ž5 se stravuje nepravidelně.

Co se týká rodinné zátěže, tak informanti (Ž1, Ž4, Ž5, M3, M4, M7, M10) se zmínili, že se u nich ani v rodině nevyskytlo žádné nádorové onemocnění, ani jiné onemocnění zažívacího traktu. Informant M4 dodal: „*Díky bohu se žádné takové onemocnění u nás nevyskytuje. Nebo o tom alespoň nevím.*“ U informantů (Ž2, Ž6, Ž8, Ž9) z rozhovoru vyplynulo, že se v jejich rodině vyskytuje či vyskytovalo nádorové onemocnění, ale i jiné onemocnění zažívacího traktu. Informantka Ž2 uvedla: „*Babička a strýc z matčiny strany měli rakovinu jícnu a žaludku s metastázami do kostí. Z otcovy strany babička měla nález na děloze a její sestra rakovinu žaludku. Sama mám problémy s hemeroidy.*“ Informantka Ž6 zmínila: „*Otec zemřel na rakovinu žaludku. Já mám problémy s hemeroidy a u sestry byly prokázány polypy.*“ Informantky Ž8 a Ž9 uvedly výskyt nádorového onemocnění u rodinných příbuzných a výskyt Crohnovy choroby. Informantka Ž8 ještě dodala: „*V přímé rodině žádné onemocnění trávicí trubice není. Akorát snacha, které je 30 let, má Crohnovu nemoc.*“ Informant M6 se zmínil o výskytu nádorového onemocnění u příbuzných. On sám má celiakii. U zbylých informantů byl zjištěn rodinný výskyt nádorových onemocnění. Účastník rozhovoru M2 uvedl výskyt nádorového onemocnění u svého otce a mladšího bratra. „*U táty se objevila rakovina prostaty v raném stádiu, úspěšně vyléčena. U mladšího bratra nádor na varlatech s metastázami v páteři, hrudníku, krku. Naštěstí pomohla chemoterapie (povzdechl si) a andělé.*“ Informant M1 zmínil: „*Matce před půl rokem zjistili rakovinu prsu. Nyní je po operaci a dochází na další léčbu.*“ Informant M8 uvedl: „*Ve dvou letech se u dcery objevila leukémie.*“ Informanti Ž3, Ž7 a M5 se shodli na výskytu nádorového onemocnění u jejich partnerů. U informantů Ž3 a Ž5 se jednalo o kolorektální karcinom. Informantka M10 se

zmínila o výskytu kolorektálního karcinomu u strýce, jejího otce bratr. Informant M9 uvedl výskyt nádorového onemocnění v rodině z matčiny strany.

Kategorie 4 – Kolorektální karcinom

Čtvrtá kategorie je zaměřená na to, co si informanti představují pod pojmem kolorektální karcinom a kde se o něm dozvěděli. Rozhovory byly podrobeny analýze dat. V této kategorii vzniklo pět podkategorií: charakteristika kolorektálního karcinomu, příčiny, příznaky, vazba na pohlaví a věk, zdroj informací.

Všichni informanti (Ž1–Ž10, M1–M10 kromě M9) se shodli na tom, že kolorektální karcinom je nádorové onemocnění tlustého střeva a konečníku. Informant M9 se zmínil, že pojem kolorektální karcinom nezná a neslyšel o něm. Informant M8 uvedl: „*Jedná se o zhoubný nádor, který se vyskytuje v tlustém střevě a konečníku.*“ Informant M4 dodal: „*Kolorektální karcinom je rakovina tlustého střeva...asi hrozná nemoc.*“ Informantka Ž4 podotkla: „*Jedná se o civilizační chorobu.*“ Informanti se o kolorektálním karcinomu nejvíce dozvěděli v médiích, zejména z televize. Informantka Ž6 dodala: „*Nějaké informace jsem viděla v televizi, ale kromě televize jsem o tom slyšela i v rádiovém rozhlasu.*“ Účastníci rozhovoru Ž2, Ž3, M3 se o onemocnění dozvěděli v blízkém okolí. Informant M3 uvedl: „*Tímto onemocněním trpí moji přátelé.*“ Informantka Ž2 dodala: „*Přibližně před 15 lety mi na rakovinu střev zemřela známá, takže jsem se o něm dozvěděla od ní.*“ Informanti Ž1 a M8 uvedli jako zdroj informací internet. Informanti Ž3, M1, M5, M10 kromě internetu zmínili i svého praktického lékaře. Informant M9 uvedl: „*O tomto onemocnění jsem se zatím nikde nedozvěděl.*“

Dále jsme se zajímali o to, jaké jsou dle informantů příčiny vzniku kolorektálního karcinomu. Většina informantů se shodla, že nezdravé a nepravidelné stravování, genetické predispozice, kouření, nedostatek pohybu. Informantka Ž1 uvedla: „*Říká se, že základem je zdravá strava. Ta musí projít střevy. Myslím, že je důležité i pravidelné vyprazdňování. Na vzniku se může podílet možná i sedavé zaměstnání a stres.*“ Informant M4 dodal: „*Určitě se na tom podílí nezdravá strava, konzumace velkého množství smaženého jídla, málo ovoce a zeleniny. Také kouření a alkohol v tom hraje velkou roli. Málo pohybu, na podkladě toho vzniká obezita. A myslím si, že se na tom podílí i dědičnost.*“ Informant M3 ještě podotkl: „*Řekl bych, že se na vzniku podílí stres, strava,*

alkohol, ale hlavně psychika. Bydlení v civilizaci, vše je pohodlné jen na otočení vypínače. Teplo, světlo, jídlo...Žít v přírodě je zdravé.“

Na otázku, která se týkala projevů kolorektálního karcinomu, nejčastěji informanti zmiňovali krev ve stolici a vyprazdňovací problémy v podobě dlouhotrvající zácpy nebo průjmu. Informanti Ž2, Ž5, Ž6, Ž10, M1, M2, M3 se shodli, že mezi projevy patří i bolest břicha. Informantka Ž2 dodala: *„Mezi příznaky nejspíše patří krvácení ve stolici, změny stolice v její pravidelnosti, bolesti břicha. Určitě třeba i hubnutí.“* Na tomto příznaku se s informantkou Ž2 shodly i informantky Ž5, Ž4, Ž6. Informanti M4 uvedl: *„Tak mezi příznaky bych zařadil určitě únavu, bolest břicha, krev ve stolici a problémy s vyprazdňováním.“* Únavu jako příznak uvedli informanti Ž4 a M1. Informantka Ž5 mezi příznaky zařadila i nechutenství. Informanti Ž7, M3, M7, M9 se shodli na tom, že neví, jaké by mohly být projevy kolorektálního karcinomu.

Na otázku, která souvisela s výskytem onemocnění ve vazbě na pohlaví a věk, nejčastěji informanti odpovídali, že kolorektální karcinom je více u mužů. Informanti Ž2, Ž3, M1, M5 a M8 se shodli, že kolorektální karcinom se vykytuje u obou pohlaví. Informant M1 uvedl: *„Řekl bych, že u obou pohlaví se vyskytuje v dnešní době v průměru stejně.“* Informantka Ž1 podotkla, že neví, u kterého pohlaví se kolorektální karcinom vyskytuje více. Co se týká věkové skupiny, která je nevíce ohrožena tímto onemocněním, informanti uváděli věk od 50 let. Informantky Ž2 a Ž4 se shodly, že kolorektální karcinom se nejvíce vykytuje u lidí ve věku od 40 let do 60 let. Informant M8 uvedl: *„Podle mě se může vykytovat asi tak od dvacátého věku života.“* Informant M8 je toho názoru, že nejvíce ohrožená je skupina lidí od 60 let. Informantka Ž6 uvedla největší výskyt u lidí nad 70 let. Informantka Ž1 zmínila: *„Nevím, ve kterém věku přesně, ale myslím, že toto onemocnění mají spíše starší.“*

Kategorie 5 – Prevence

Pátá kategorie je zaměřena na prevenci nádorového onemocnění v oblasti trávicího traktu. Prevence si zaslouží pozornost všech občanů. Měl by být na ni kladen velký důraz. Tyto vědomosti informantů byly podrobeny analýze a tím vzniklo šest podkategorií: charakteristika prevence, informace o prevenci, preventivní prohlídky, vyšetření při preventivních kontrolách, test na okultní krvácení a kolonoskopie. Zjišťovali jsme, co si

informanti představují pod pojmem prevence a jaký jí přiřkládají význam. Všichni informanti zmínili, že prevencí je zdravá strava. Informant M1 dále uvedl: „*Prevence je vlastně předcházení nemocem, udržovat si zdraví. Určitě zdravý životní styl. Konkrétně zdravá strava, jíst ovoce, zeleninu, nekouřit, méně se stresovat, sportovat.*“ Informant M1 prevenci přiřkládá velký význam. „*Prevence má určitě velký význam. Například i během preventivních prohlídek se na něco může přijít, například z krve, moče, stolice.*“ Informant M2 podotknul: „*Prevence je žít zdravě, ale to platí u všeho. Jenže co znamená žít zdravě? Zdravě se stravovat, mít dostatečný pohyb, relaxovat.*“ Informant M4 odpověděl následovně: „*Pod tímto pojmem si představuji zdravý životní styl, pravidelné prohlídky a využití nějakých těch testů ze stolice. Význam prevenci přiřkládám určitě důležitý.*“ Informant M10 zmiňuje též pravidelné odběry vzorků stolice na vyšetření jako prevenci. Informantka Ž4 uvedla: „*Prevencí je pravidelná a plnohodnotná strava a s tím spojené vyprazdňování, také chození na preventivní prohlídky.*“ Informantka Ž1 si pod pojmem prevence představuje zdravý životní styl. „*Zdravá strava, ovoce, zelenina, omezit cukr. Jíst spíše čerstvé jídlo. Žádné konzervy a uzeniny. Hodně pít a mít dostatek pohybu. Prevence je důležitá.*“ Účastník rozhovoru M3 uvedl: „*Prevence je životní styl a prostředí. Život v baráku nenahradí přírodu. Spoustu problémů vzniká, když se člověk vzdálí přírodě.*“ Informanti Ž3 a M5 se shodli, že prevence je dodržování životosprávy, dostatečný příjem vitamínů a vlákniny, pohyb na čerstvém vzduchu. Informantky Ž2 a Ž3 si pod pojmem představují například i všeobecnou informovanost. Informantka Ž2 uvedla: „*Prevencí jsou například letáčky a lékař co informuje své pacienty, ale to by na to musel být čas. Více pořadů v televizi. Na internetu je informací hodně, to je dobré.*“ Informantka Ž3 dodala: „*Naše země podle mých informací má vysoké procento výskytu onemocnění tlustého střeva. Určitě dobrá informovanost o prevenci onemocnění je na místě.*“ Informantka Ž7 uvedla, že prevencí kromě zdravé stravy, pohybu i pravidelný spánek. Informant M8 podotknul: „*Pravidelné preventivní prohlídky by se měly dodržovat a nepodceňovat.*“

Dále jsme se ptali, jak často informanti slyšají o prevenci kolorektálního karcinomu a jestli je to pro ně dostatečné. Informanti se shodli, že o prevenci moc často neslyšají. Informant M4 sdělil: „*O prevenci slyším velmi zřídka. Určitě to není dostatečné, alespoň ne pro mě.*“ Informantka Ž1 uvedla: „*Slyším občas v televizi, někdy reklama, letáky u lékaře. Ale na internetu to vyloženě nevyhledávám.*“ Informantka Ž2 podotkla: „*Prevenci kolorektálního karcinomu slyším občas v televizi. Bylo by lepší, aby v televizi*

místo o dopravních nehodách informovali o vážných nemocech. Rozhodně na ně zemře víc lidí.“ Informanti M1, M2, a M8 se shodli, že často o prevenci kolorektálního karcinomu neslyší, ale myslí si, že dostat se dnes k různým informacím není problém. Informant M1 dodal: *„Myslím, že na internetu je informací dostatek, ale člověk si sám od sebe informace nezjišťuje jen tak.“* Informantka Ž5 uvedla: *„Myslím si, že nejsou možnosti se setkat s preventivními opatřeními onemocnění. Ale na druhou stranu, lidé nad 50 let dostávají testy na krvácení do stolice od obvodních lékařů.“* Informanti Ž3, Ž7, M5 a M9 o prevenci neslyší vůbec. Informantka Ž7 dodala: *„V současné době o prevenci neslyším vůbec. Největší pozornost je věnována nemoci Covid a očkování.“* Informant M3 zmínil, že nevidí žádné letáky o prevenci. Informanti Ž8, Ž9, Ž10, M6, M7 a M10 se shodli, že o prevenci kolorektálního karcinomu slyší často a dostatečně. Informantka Ž8 dodala: *„Myslím, že o prevenci slyším dostatečně. Navíc o možnosti testu informuje i zdravotní pojišťovna.“*

V následující otázce jsme se zajímali o to, jak by informanti předcházeli vzniku nádorového onemocnění. Informant M3 odpověděl, že by nedělal nic. *„Asi nijak, nějak už dožiji.“* Informant M9 neví, jak by předcházel tomuto onemocnění. Zbylí informanti by zařadili zdravé stravování. Informanti M6 a M10 uvedli kromě zdravého stravování i pravidelné kontroly u lékaře. Informant M10 doplnil: *„Snažím se jíst zdravě, více zeleniny a méně uzenin.“* Informantka Ž5 odpověděla: *„Nejsem zářivý příklad. Moc nechodím na kontroly ke svému praktikovi. Stravuji se nepravidelně, ale na druhou stranu sportuji. Stres nás provází každého stejně, tomu nejde moc zabránit.“* Informantka Ž1 zmínila: *„Zařadila bych stravu, která obsahuje vlákninu, mělo by to vliv na pravidelné vyprazdňování. Také chodit na preventivní prohlídky.“* Informantka Ž3 odpověděla: *„Omezila bych příjem uzenin a nadměrné grilování, také omezit nadměrné solení pokrmů. Snažím se dodržovat zdravý životní styl.“* Informant M1 uvedl: *„Předcházel bych tomu určitě zdravou stravou, jíst ovoce, zeleninu, nekouřit, méně se stresovat. Chodit na preventivní prohlídky, podstupovat lékařem doporučené vyšetření.“* Informantka Ž1 doplnila: *„Zařadila bych suroviny z domácích zdrojů, vyhýbala se uzeninám, ale to mi moc nejde. Snažila bych se víc pít. Chodím na delší procházky. Testy provádím poctivě, abych se přesvědčila, že jsem zdravá.“* Informant M4 zmínil: *„Zařadil bych více sportu, na který není bohužel moc čas. Změna stravy, jíst více zeleniny, vlákniny. Méně stresu, to je taky problém. Ubrat alkohol.“* Informantka Ž2 uvedla, že se snaží jíst zdravě, doplňuje vitamíny a chodí na prevence. *„Určitě bych ještě*

omezila stres, nepřepínala svoje síly, zařadila bych pohyb, dostatek spánku. S problémem jdu vždy k lékaři, nečekám, až se něco samo spraví.“ Informantka Ž8 dodala: *„Nepodceňovala bych možné příznaky onemocnění.“*

Dále jsme se informantů ptali, jak často chodí na preventivní prohlídky a jaká jsou jim prováděna vyšetření. Zaměřili jsme se hlavně na podstoupení testu na okultní krvácení a kolonoskopii. Účastníci rozhovoru (Ž1, Ž3, Ž4, Ž7, Ž10, M1, M4, M5, M8, M10) se shodli, že na preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři chodí každé dva roky. Informanti Ž2, M7, M9 chodí na kontroly každý rok. Informantka Ž2 dodala: *„Poslední tři roky chodím ke svému praktikovi každý rok. Pravidelně též ke gynekologovi, mamograf a sono prsou.“* Informantka Ž9 uvedla, že na preventivní prohlídky chodí dle pozvánek od lékaře. Informant M3 zmínil: *„Na prevence chodím jednou za 5 let, jinak tam chodím jenom s úrazy.“* Informanti Ž6, M6 se shodli, že chodí k jinému odbornému lékaři. Informant M6 chodí pravidelně na kontroly ke gastroenterologovi kvůli celiakii. Informantka Ž6 uvedla: *„Akorát chodím pravidelně na gynekologické prohlídky, jinak k obvodní lékařce moc nechodím.“* Informantky Ž5, Ž8 chodí na preventivní prohlídky nepravidelně. Informant M2 uvedl, že na kontroly k praktickému lékaři nechodí. *„Na kontroly k obvodákovi nechodím, jsem zcela zdravý. Ale měl bych asi začít chodit na vyšetření prostaty, zatím si nechávám nabírat jen PSA.“* Z odpovědí informantů vyplynulo, že během preventivních prohlídek u praktického lékaře jim jsou nejčastěji prováděné odběry krve a moče, odběr anamnézy, měření tlaku, antropometrické měření, kontrola zraku, EKG. Informantka Ž10 uvedla: *„Většinou jdu před daným termínem na odběr krve. V den prohlídky přinesu ranní moč. Sestřička mi změří tlak, zváží, změří a zkontroluje zrak. Potom jdu k lékaři, který mě poslechne, vyšetří, zeptá se na pár informací, a to je vše.“* Informantům M1, M9 bylo během prohlídky prováděno i vyšetření konečníku per rectum.

Co se týká testů na okultní krvácení, většina informantů nad 50 let tento test od svého praktického lékaře dostala. Deset informantů, kterým je více než 50 let, se zmínilo, že podstoupilo test na okultní krvácení. Informant M1 uvedl: *„Poprvé v padesáti letech jsem dostal v rámci prevence test na krvácení do stolice. Samotný odběr je jednoduchý. Od lékaře jsem dostal pytlíček, kde byl popsán postup, jak provést odběr, a zkumavka se štětičkou. Sestřička v ordinaci mi postup vysvětlila ještě osobně. Pokaždé, když čekám na výsledek, jsem nervózní, abych měl vše v pořádku. Prozatím byl negativní, což jsem rád.“* Informantka Ž8 zmínila: *„Test jsem si vyžádala sama asi ve 47 letech. Vše proběhlo*

bez problémů.“ Informanti Ž3, M5 podotkli, že tento test je jednoduchý a snadno proveditelný doma. Informantka Ž5 test na okultní krvácení dostala, ale nevyžila. *„Nejsem na sebe moc pyšná. Sadu na krvácení do stolice mám doma už tři roky. Zatím jsem neměla odvahu test provést.*“ Informantům M3, Ž6 test na okultní krvácení nebyl nabídnutý. Informantka Ž6 dodala: *„Ani nevím, jestli bych se chtěla otestovat.“*

Na otázku, co si účastníci rozhovoru představují pod pojmem kolonoskopie, se informanti shodli, že se jedná o vyšetření tlustého střeva konečníkem pomocí kamery. Informanti M1, M8 kolonoskopii definovali jako nepříjemné vyšetření střev. Čtyři informanti (Ž2, Ž5, Ž7, M4, M6) kolonoskopické vyšetření podstoupili. Informant M4 uvedl: *„Vím naprosto přesně, o jaké vyšetření jde, absolvoval jsem ji před 6 měsíci. Jedná se o vyšetření střev. Měl jsme nebo mám problém s vnitřními hemeroidy. Kolonoskopie byla v rámci prevence před operací, kterou jsem absolvoval po ní. Měl jsem občas krev ve stolici, jinak střeva čistá, potvrdily se hemeroidy. Dostal jsem podepsat informovaný souhlas. Poučení plynulo hlavně v přípravě k vyšetření střev. Pití velkého množství ne moc dobrého roztoku. No byl to dohromady s operací docela adrenalinový zážitek. Ale co jsem mohl dělat.“* Informantka Ž2 dodala: *„Kolonoskopie je vyšetření střev. Před 8 lety jsem měla ošetřené hemeroidy s částečným vyšetřením střev. Dalo se to v pohodě vydržet. Chvilčkama je to nepříjemné.“* Informantky Ž5, Ž7 kolonoskopické vyšetření střev podstoupily kvůli zažívacím problémům. Informant M6 podstupuje pravidelně vyšetření tlustého střeva a konečníku kvůli celiakii.

Kategorie 6 – Motivace

Poslední kategorie se zabývá motivací informantů k prevenci. Co by je motivovalo k tomu, aby něco změnili. Všichni informanti (Ž1–Ž10, M1–M10) se shodli, že jejich motivací je být zdravý a dožít se vyššího věku. Informant M1 uvedl: *„Mojí motivací je určitě být zdravý, dočkat se vnoučat a užívat si pohodový důchod.“* Informantka Ž10 dodala, že její motivací kromě toho být zdravá je dočkat se důchodu a cestovat. Další otázka byla zaměřena na to, co by informanti dělali, když by onemocněl někdo z jejich příbuzných nebo přátel. A zda by byli ochotni změnit svůj životní styl a motivovat ostatní k prevenci. Informant M8 odpověděl následovně: *„Styl života se mi změnil při akutním zánětu slinivky a část rodiny se podřídila mým dietám. Myslím si, že záleží na člověku, zda je ochoten se něčeho vzdát, upravit si jídelníček a začít se zajímat o svoje tělo. Nikomu*

nelze něco vnucovat, musí to poznat sám.“ Informantka Ž1 uvedla, že by určitě změnila styl života. *„Pokud by na to nemocný přistoupil a stál o to, snažila bych se získat co nejvíce informací o prevenci a léčbě u lékaře, na internetu a řídit se tím.“* Informant M1 podotkl, že by se zajímal o problematiku nádorového onemocnění a předával informace dál. *„Myslím, že bych se zamyslel, nad tím, co dělám špatně. Změnil bych stravování, asi bych přestal i kouřit. Určitě bych motivoval i ostatní, přeci jenom tohle onemocnění není žádná sranda. Zajímal bych se o tuto problematiku a předával informace dál. Taky bych říkal lidem, ať nepodceňují příznaky, preventivní prohlídky a důvěřují lékařům.“* Informantka Ž2 dodala: *„Hlavně bych se bála. Prevence může být i příběh člověka. Určitě bych o tom mluvila. Stejně jako o své tetě, babičce, kamarádce. Tahle rakovina ze začátku nebolí.“* Informant M4 uvedl, že by se zamyslel na důvodem, co daný člověk dělal špatně, a změnil by styl života. *„Nad důvodem bych se zamyslel a dělal něco jiného než on. Tedy změnil bych životní styl ve smyslu stravy, sportu, klidu v rodině. Možná taky pozitivní myšlení, radost z maličkostí. Motivoval bych okolí a své známé motivoval. Ve věku nad 50 let bych se zajímal o možnost preventivní prohlídky střev.“* Informantka Ž5 uvedla, že by byla ochotná změnit svůj styl života a dělala by to, co by ji bylo doporučeno. *„Určitě bych se snažila dotyčného zbavit strachu, dodat energii a chuť bojovat. Ostatní bych nabádala k prevenci, větší osvěta by mohla být.“* Informantka Ž4 by byla příbuznému oporou, vyhledávala by informace a alternativní řešení. Svůj životní styl by neměnila. *„Byla bych svému příbuznému oporou. Vyhledávala bych informace a možná alternativní řešení. Propojení lékařské vědy a přírodní prostředky. Asi bych se více pozorovala, došla na nezbytná vyšetření a svůj styl bych neměnila. Snažím se o přírodní cestu, tak u toho zůstanu. Ostatní bych motivovala, ale vzhledem ke svému věku a zkušenostem vím, že nemá smysl je nutit příliš.“* Informantky Ž8, Ž9 dodaly, že by kladly větší důraz na prevenci. Informantka Ž7 uvedla: *„Asi kdybych znala někoho blízkého s tímto onemocněním, začala bych se zamýšlet co dělám špatně.“* Informanti M2 a M3 se shodli, že by nedělali nic a dělali by to, co teď. Informant M3 zmínil: *„Na rakovinu mi umřela spousta blízkých kamarádů. Lékaři vidí život jinak než lidé, co žijí v realitě.“* Informant M2 dodal: *„Nedělal bych asi nic. Snažím se žít zdravě, pro někoho je to málo pro jiného zase až moc. Otázka je, kdy je to akorát? Bohužel umírají i lidi, co žili zdravě. Není to tak dávno, co nám umřela jedna z kamarádek na rakovinu střev. Bylo jí 52 let. Nekuřačka, maso jedla málo kdy. Dá se říct skoro vegetariánka, alkohol skoro vůbec. A stejně to bylo evidentně málo.“*

5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá prevencí kolorektálního karcinomu. Výzkum probíhal v Plzeňském kraji, kde je statisticky prokázán největší výskyt na území České republiky (ÚZIS, 2018) a odkud také sama pocházím. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit informovanost laické veřejnosti o kolorektálním karcinomu, rizikových faktorech, které napomáhají jeho vzniku, a o možnostech prevence tohoto závažného onkologického onemocnění.

První výzkumná otázka zněla: „*Jaká je informovanost laické veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu v Plzeňském kraji?*“ V rámci výzkumu nás zajímalo, jaké informace mají lidé o kolorektálním karcinomu a jeho prevenci. Vokurka et al. (2011) definuje kolorektální karcinom jako maligní onemocnění, které vzniká přeměnou cylindrického epitelu tlustého střeva a rekta. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že všichni informanti (Ž1–Ž10, M1–M10 kromě M9) definují kolorektální karcinom jako nádorové onemocnění tlustého střeva a konečníku. Informant M9 se zmínil, že pojem kolorektální karcinom nezná a neslyšel o něm. Informant M8 uvedl: „*Jedná se o zhoubný nádor, který se vyskytuje v tlustém střevě a konečníku.*“ Informant M4 dodal: „*Kolorektální karcinom je rakovina tlustého střeva...asi hrozná nemoc.*“ Informantka Ž4 podotkla: „*Jedná se o civilizační chorobu.*“ S tímto tvrzením souhlasí i Zavoral (2018), který uvádí, že se jedná o civilizační onemocnění, které celosvětově představuje vážný zdravotnický a ekonomický problém.

Dále jsme se zajímali o to, jaké jsou dle informantů příčiny vzniku kolorektálního karcinomu. Na vzniku sporadické formy karcinomu se uplatňuje vliv vnějšího prostředí, především nevhodné stravování (Vokurka et al., 2011). Většina dotazovaných se shodla, že nezdravé a nepravidelné stravování, genetické predispozice, kouření, nedostatek pohybu se podílí na vzniku tohoto onemocnění. Informantka Ž1 uvedla: „*Říká se, že základem je zdravá strava. Ta musí projít střevy. Myslím, že je důležité i pravidelné vyprazdňování. Na vzniku se může podílet možná i sedavé zaměstnání a stres.*“ Informant M4 dodal, že na vzniku se podílí konzumace velkého množství smaženého jídla, málo ovoce a zeleniny. „*Také kouření a alkohol v tom hraje velkou roli. Málo pohybu, na podkladě toho vzniká obezita. A myslím si, že se na tom podílí i dědičnost.*“ S tímto názorem souhlasí i Hoch et al. (2014), tvrdí že významným rizikovým faktorem je kouření, nadměrná konzumace alkoholu, a to zejména piva, stejně tak jako sedavé

zaměstnání, snížená fyzická aktivita a nadváha. Informant M3 ještě podotkl, že na vzniku se může podílet i psychika. „*Bydlení v civilizaci, vše je pohodlné jen na otočení vypínače. Teplo, světlo, jídlo. Žít v přírodě je zdravé.*“

Mezi možnými příznaky kolorektálního karcinomu dotazovaní nejčastěji zmiňovali krev ve stolici a vyprazdňovací problémy v podobě dlouhotrvající zácpy nebo průjmu. Tomáš a Němec (2011) uvádí, že příznaky závisí na lokalizaci a pokročilosti nádoru. Podle Kelnera a Jiráska (2012) je typickým příznakem vznik sideropenické anemie, hubnutí, slabost a nevolnost. Pacienti si také stěžují na bolesti břicha. Může se objevit i krev ve stolici. Tento příznak pacienti často bagatelizují a přičítají ho k hemeroidům. Může se objevit zácpa nebo střídání zácpy a průjmu (Vokurka et al., 2011). Informanti Ž2, Ž5, Ž6, Ž10, M1, M2, M3 se shodli, že mezi projevy patří i bolest břicha. Informantka Ž2 dodala: „*Mezi příznaky nejspíše patří krvácení ve stolici, změny stolice v její pravidelnosti, bolesti břicha. Určitě třeba i hubnutí.*“ Informanti M4 uvedl: „*Tak mezi příznaky bych zařadil určitě únavu, bolest břicha, krev ve stolici a problémy s vyprazdňováním.*“ Informantka Ž5 mezi příznaky zařadila i nechutenství. Informanti Ž7, M3, M7, M9 se shodli na tom, že neví, jaké by mohly být projevy kolorektálního karcinomu.

Výskyt kolorektálního karcinomu stoupá až po 50. roce života. Věk, který je typický pro českého pacienta se zhoubným onemocněním tlustého střeva a konečníku, se pohybuje mezi 60–80 lety. Velmi výjimečně se vyskytuje do věku 35 let (ÚZIS, NOR ČR, 2017). Informantky Ž2 a Ž4 se shodly, že kolorektální karcinom se nejvíce vykytuje u lidí ve věku od 40 let do 60 let. Informant M8 uvedl výskyt kolorektálního karcinomu od 20 let věku. Informant M10 je toho názoru, že nejvíce ohrožená je skupina lidí od 60 let. Informantka Ž6 uvedla největší výskyt u lidí nad 70 let. Informantka Ž1 zmínila, že neví, ve kterém věku se vyskytuje přesně. Myslí si, že toto onemocnění mají spíše starší. Ohrožena jsou obě pohlaví, přičemž dle statistik výskyt převažuje u mužů (ÚZIS, NOR ČR, 2017). Z vlastních poznatků během praxe jsem se skutečně setkávala nejvíce s muži okolo 50–60 let, kteří měli kolorektální karcinom. Účastníci rozhovoru odpovídali, že kolorektální karcinom je více u mužů. Informanti Ž2, Ž3, M1, M5 a M8 se shodli, že kolorektální karcinom se vykytuje u obou pohlaví. Informant M1 uvedl: „*Řekl bych, že u obou pohlaví se vykytuje v dnešní době v průměru stejně.*“ Informantka Ž1 podotkla, že neví, u kterého pohlaví se kolorektální karcinom vyskytuje více.

Informanti se o kolorektálním karcinomu nejvíce dozvěděli v médiích, zejména z televize. Informantka Ž6 dodala: „*Nějaké informace jsem viděla v televizi, ale kromě televize jsem o tom slyšela i v rádiovém rozhlasu.*“ Účastníci rozhovoru Ž2, Ž3, M3 se o onemocnění dozvěděli v blízkém okolí. Informant M3 uvedl: „*Tímto onemocněním trpí moji přátelé.*“ Informanti Ž1 a M8 uvedli jako zdroj informací internet. Informanti Ž3, M1, M5, M10 kromě internetu zmínili i svého praktického lékaře. Informant M9 uvedl: „*O tomto onemocnění jsem se zatím nikde nedozvěděl.*“ Do informovanosti veřejnosti by se měla dle mého názoru zapojit, kromě praktického lékaře, i všeobecná sestra. Měla by vést pacienty ke snížení rizikových faktorů, které výskyt onemocnění ovlivňují. Například i pomocí informačních letáků a brožurek v čekárnách. Adam et al. (2012) podotkl, že sestry mohou osvětou výrazně přispět ke zvýšenému zájmu populace o prevenci.

Následně jsme zjišťovali, co si informanti představují pod pojmem prevence. Prevence si zaslouží pozornost všech občanů. Všeobecně rozdělujeme prevenci primární, sekundární, terciální a kvarterní (Žaloudík, 2008). Primární prevence se zaměřuje na předcházení vzniku onemocnění snížením co největšího počtu zevních rizikových faktorů (Bednařík, 2011). Všichni informanti zmínili, že prevencí je zdravá strava. Informant M1 dále uvedl: „*Prevence je vlastně předcházení nemocem, udržovat si zdraví. Určitě zdravý životní styl. Konkrétně zdravá strava, jíst ovoce, zeleninu, nekouřit, méně se stresovat, sportovat.*“ Informantka Ž1 si pod pojmem prevence představuje zdravý životní styl. „*Jíst spíše čerstvé jídlo. Žádné konzervy a uzeniny. Hodně pít a mít dostatek pohybu. Prevence je důležitá.*“ Informantka Ž2 uvedla: „*Prevencí jsou například letáčky a lékař co informuje své pacienty, ale to by na to musel být čas.*“ Informant M4 odpověděl následovně: „*Pod tímto pojmem si představuji zdravý životní styl, pravidelné prohlídky a využití nějakých tech testů ze stolice.*“ S tím souhlasili i zbylí informanti. Informant M8 podotkl: „*Pravidelné preventivní prohlídky by se měly dodržovat a nepodceňovat je.*“ Účastník rozhovoru M3 je tohoto názoru: „*Prevence je životní styl a prostředí. Život v baráku nenahradí přírodu. Spoustu problémů vzniká, když se člověk vzdálí přírodě.*“

Dále jsme se zajímali, jak často informanti slyšají o prevenci kolorektálního karcinomu. Informanti se shodli, že o prevenci moc často neslyšají. Nejčastěji uváděli jako zdroj informací o prevenci televizi, internet, letáky a praktického lékaře. Informant M4 sdělil: „*O prevenci slyším velmi zřídka. Určitě to není dostatečné, alespoň ne pro mě.*“ Informantka Ž1 uvedla: „*Slyším občas v televizi, někdy reklama, letáky u lékaře.*“

Ale na internetu to vyloženě nevyhledávám.“ Informanti Ž3, Ž7, M5 a M9 o prevenci neslychají vůbec. Informanti Ž8, Ž9, Ž10, M6, M7 a M10 se shodli, že o prevenci kolorektálního karcinomu slychají často a dostatečně. Informantka Ž8 dodala: *„Myslím, že o prevenci slyším dostatečně. Navíc o možnosti testu informuje i zdravotní pojišťovna.“*

Na základě výsledků můžeme říci, že informanti z Plzeňského kraje mají dostatečné informace o kolorektálním karcinomu jako takovém. Většina zná možné příčiny, příznaky i rizikové faktory, které se podílejí na vzniku kolorektálního karcinomu. Z výzkumu také vyplývá, že informanti o prevenci kolorektálního karcinomu neslychají vůbec nebo jen velmi zřídka. Je to dle jejich názoru nedostatečné.

Nyní navážeme na druhou výzkumnou otázku, která zní následovně: *„Jak přistupuje laická veřejnost k prevenci kolorektálního karcinomu?“* V následující části se budeme věnovat zaměstnání, které informanti vykonávají a jeho rizikovým faktorům. Dle mého názoru i takové zaměstnání má svá rizika, která mohou souviset s vyšším výskytem rakoviny tlustého střeva a konečníku. Hoch et al. (2014) uvádí, že sedavé zaměstnání je významný rizikový faktor vzniku kolorektálního karcinomu. Z rozhovorů vyplynulo, že šest informantů vykonává sedavé zaměstnání. Informant M1 uvádí: *„Již 15 let pracuji jako manager v jedné firmě. Mé zaměstnání je převážně sedavé a stresově náročné.“* Informanti M6 a M7 se jako řidiči shodli, že sedět několik hodin za volantem není vůbec jednoduché. Informant M6 dodává: *„Lidé si myslí, že dělat řidiče je skvělé a pohodové. Ano, to sice je, ale nevidí druhou stránku tohoto povolání. Musíme se soustředit na jízdu, a to hlavně v noci. Klidně 5 hodin v kuse sedíme, někdy i bez přestávky.“* Naopak devět informantů vykonává fyzicky náročné zaměstnání. Informantka Ž8 popsala, jakou práci ve svém zaměstnání má: *„Pracovat se zvířaty není jednoduché. Musíme být pořád ve střehu, nikdy nevíme, co zvíře udělá. Je to fyzicky náročné. Skoro celý den jsme na nohou, taháme těžká selata, která přendáváme do kotců nebo je naháníme do jiné haly.“* Všichni pracující informanti se shodli, že jejich zaměstnání je stresově náročné. Dle Schneiderové a Bencka (2015) se právě stres též podílí na nárůst u incidence kolorektálního karcinomu. Informant M1 svému zaměstnání věnuje svůj veškerý jeho čas. *„Manželka mi říká, že jsem workoholik.“* To, že informant přepíná svoje síly a tráví v práci většinu času, určitě není zdraví prospěšné. Tuto domněnku potvrzuje i Míček (1988), který podotýká, že jedinci, kteří jsou stále v napětí, mohou mít vážnější zdravotní důsledky. Metastázy a rakovina se u těchto lidí tvoří rychleji. Někteří z informantů se ve svém zaměstnání setkávají se škodlivými látkami,

jako je například čpavek. Informantka Ž10 uvedla: „*V práci dýcháme čpavek, který vzniká z odpadů zvířat. Chodíme tedy každé dva roky na kontroly s plícemi.*“ Čpavek neboli amoniak můžeme považovat za potencionální karcinogen. Ten podle informací Ministerstva životního prostředí (2019) je v určitých dávkách toxický a dráždí především sliznici dýchacích cest a kůži. Informant M3 a M9 pracují ve stavebnictví. Pleclová et al. (2014) zdůrazňuje, že ti, kteří pracují ve stavebnictví, jsou vystaveni během běžných pracovních činností prachu, oxidu křemičitému nebo azbestu. To vysvětluje, proč se rakovina plic projevuje u mužů pracujících ve stavebnictví. Informant M3 dodal: „*Na stavbách je hodně prachu ze stavebního materiálu, který vdechujeme. Není to pro naše plíce nic zdravého. Někteří starší kolegové z toho mají následky.*“

Dále jsme se zajímali o životní styl informantů. Jak se běžně stravují, jestli mají nějaké návyky v podobě kouření a konzumace alkoholu. Právě strava a celkově životní styl ovlivňují vznik kolorektálního karcinomu. Zaměřili jsme se i na to, jakou mají informanti pohybovou aktivitu. Nezdravý životní styl a nezdravé stravovací návyky patří mezi faktory, které ovlivňují vznik kolorektálního karcinomu. Vokurka et al., (2011) uvádí, že lidé, kteří přijímají stravu s vysokým obsahem živočišného tuku, červeného masa a nízkým obsahem vlákniny, vitamínů a stopových prvků mají větší predispozici k tomuto nádorovému onemocnění. Obzvláště, když je strava připravována smažením, grilováním a uzením. Z výzkumu vyplynulo, že někteří z informantů se stravují nepravidelně a nezdravě. Informant M1 popsal: „*Jím velmi nepravidelně. Ráno moc nesnídám, přes den sním něco málo a větší jídlo si dám až po návratu domů z práce. Přiznám se, že si sem tam dám i tučné jídlo. Zelenina mi nikdy nechutnala, občas si dám trochu ovoce. Při mém zaměstnání se spíše stravuji jídly z restaurace, kdy si ho vyzvednu přes okénko nebo si ho nechám přivést rovnou do práce.*“ Informant M3 uvedl, že stravě nevěnuje dostatečnou pozornost. Konzumuje často smaženou stravu. Bylo zjištěno, že čtyři informanti konzumují smažené jídlo a uzeniny každý den. Z odpovědí ostatních informantů vyplynulo, že se snaží konzumaci těchto potravin omezit. Informant M4 podotkl: „*Co se týká konzumace uzenin a smažených jídel, tak uzeniny jako je například šunka, párky jím ob den. Smaženému jídlu se vyhýbám, jím ho tedy minimálně.*“

Abrahámová (2012) poukazuje na to, že by se měly více konzumovat ryby, drůbeží maso, ovoce a zelenina, luštěniny, mléčné výrobky a potraviny s vyšším obsahem vlákniny. Informant M2 sdělil: „*Ráno snídám, většinou je to houska s máslem, občas se salámem, rajčetem paprikou a ředkvičkou. K tomu černý čaj. Ovoce jím obden, banán,*

jablko.“ Informant M4 ještě dodal, že do svého stravování zařazuje celozrnné pečivo. „*Snažím se jíst celozrnné pečivo, ovoce obden a zeleninu jím prakticky denně.*“ Informantka Ž2 příležitostně konzumuje i luštěniny. Dva informanti M1 a M3 se shodli na tom, že naopak zeleninu nekonzumují vůbec. Z odpovědí informantů dále vyplynulo, že se přes týden stravují v závodních jídelnách či jídlem z restaurací. Informant M1 se zmínil: „*Při mém zaměstnání jím jídla z restaurace. Většinou si ho dojdu vyzvednout přes okénko nebo zavolám a nechám přivést přímo do práce.*“ Oproti tomu informanti Ž3, Ž5, Ž6, M5 preferují pouze domácí stravování. Informantka Ž6 uvedla, že se snaží připravovat pokrmy doma z vlastních produktů: „*Vařím si domácí jídlo, preferuji bylinky a snažím si vše vypěstovat doma.*“ Domnívám se, že člověk by se měl stravovat jídlem, které si připraví sám. Pokud si jídlo připravíme sami, víme, jaké suroviny konzumujeme. Kdežto, když se stravujeme v závodních jídelnách či restauracích, nikdy nevíme, za jakých podmínek je strava připravována.

Z našeho výzkumu vyšlo, že pouze tři informanti jsou kuřáci. Toto zjištění mě mile překvapilo, jelikož jsem čekala vyšší počet. Samotné kouření nebo vystavení tabákovému kouří má škodlivý vliv na zdraví člověka. Na jeho podkladě vznikají kardiovaskulární, respirační a nádorová onemocnění. Státní zdravotní ústav (2019) podotknul, že kouření patří mezi nejzávažnější, a přesto preventabilní příčiny úmrtí a chronických neinfekčních onemocnění. Jednou z hlavních příčin nemoci a úmrtnosti v ČR, téměř 20 % celkové úmrtnosti jde na vrub kouření. Informant M3 dodal: „*Denně vykouřím 40 cigaret a k tomu fajfku.*“ Informant M1 uvedl: „*Každý den kouřím asi 10 cigaret denně, záleží na situaci. Více kouřit mám tendenci při zvýšeném stresu.*“ Informant M8 vykouří denně 5 až 10 cigaret. Dvě informantky se shodly, že dříve kouřily, ale přestaly kvůli zdravotním problémům. Zmínily se, že když přestaly kouřit, začaly na sobě pociťovat zlepšení svého dýchání a mají chuť do života. Informantka Ž2 dodala: „*Ted' momentálně třičtvrtě roku nekouřím.*“ A doufá, že jí to vydrží, i když má občas chuť si cigaretu zapálit. Informantka Ž3 dodala: „*Nekouřím rok a čtyři měsíce. Přestala jsem, když mi lékař sdělil, že mám podle rentgenu nález na plicích. Naštěstí se zjistilo, že se nejedná o nádorový nález. Znovu bych již nezačala. Pociťuji na sobě lepší dýchání, i při zátěži a chuť do života. S tím jsem měla předtím problém.*“ Zbylí informanti jsou nekuřáci.

Hoch et al., (2014) uvedl, že mezi významný rizikový faktor pro vznik kolorektálního karcinomu patří i nadměrná konzumace alkoholu, a to zejména piva. S tím souhlasí i organizace United European Gastroenterology, která vydala zprávu s názvem „Alcohol

and Digestive Cancers: Time for Change“. Zpráva poukazuje na alarmující spotřebu alkoholu napříč evropskými zeměmi a na její přímý i nepřímý dopad na epidemiologii zhoubných nádorů trávicího traktu. V této zprávě se uvádí, že lidé, kteří konzumují více než jeden alkoholický nápoj, maximálně čtyři alkoholické nápoje denně, mají zvýšené riziko vzniku kolorektálního karcinomu (United European Gastroenterology, 2017). Čtyři dotazovaní informanti se shodli, že alkohol nekonzumují vůbec. Informant M8 alkohol dříve pil, ale přestal ze zdravotních důvodů. „*Alkohol nepiji kvůli zánětu slinivky, jinak jsem pil.*“ Jeden z informantů uvedl, že skoro každý den konzumuje i tvrdý alkohol. Zbylých čtrnáct dotazovaných pije alkohol příležitostně. Informant M4 dodal: „*Alkohol piji jen příležitostně, 3-4 piva.*“ Informantka Ž1 uvedla: „*Občas si dám víno někdy 2 dcl obden, třeba tak 3–5x za sebou. Někdy si zase 2 měsíce nedám nic.*“

Dále nás zajímalo, jestli se informanti věnují nějaké pohybové aktivitě. Vyhlídal (2017) podotýká, že pravidelná pohybová aktivita je vhodným prostředkem pro celkové zdraví a zlepšení kvality života. Mállokdo ví, že fyzická nečinnost se dnes považuje za rizikový faktor mnoha zhoubných nádorů. V dnešní době je prokázáno, že pohybem se může snížit riziko výskytu nádoru tlustého střeva a konečníku o 40–50 %. Z našeho výzkumu vyplynulo, že všichni informanti vykonávají během dne nějakou fyzickou aktivitu. Ať už mají pohyb v práci, sportují či chodí jen na procházky. Dle mého názoru se každý sebemenší pohyb počítá. Informantka Ž6 uvedla: „*Pohybu mám dostatek. Chodím často se psem na procházky, minimálně 4x denně. Také cvičím jógu.*“ Informantka Ž3 dodala: „*S manželem se snažíme chodit každý den na procházky do parku, který máme před barákem. Pokud je špatné počasí, pořídili jsme si běžecký pás a chodíme alespoň na něm.*“ Informanti, kteří mají fyzicky náročné zaměstnání, uvedli, že pohybu mají v práci dostatek a ve volném čase spíše odpočívají. Zbylí účastníci rozhovoru chodí denně na procházky.

Karcinom tlustého střeva a konečníku se může vyskytnout i v souvislosti s několika dědičnými onemocněními, která jsou vzácná. U jedinců, jejichž příbuzní onemocněli karcinomem kolorekta či jiným nádorovým onemocněním, je zvýšené riziko vzniku familiárního výskytu kolorektálního karcinomu (Abrahámová, 2012). Seifert et al. (2015) zmiňuje, že zvýšený výskyt kolorektálního karcinomu byl prokázán u lidí s idiopatickými střevními záněty, jako je Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. To tvrzení potvrzuje i maďarská studie s názvem „Risk Factors for Ulcerative Colitis–Associated Colorectal Cancer in a Hungarian Cohort of Patients With Ulcerative Colitis: Results of a

Population-based Study“, která prokázala, že kolorektální karcinom se vyskytl o 15 let dříve u lidí s ulcerózní kolitidou ve srovnání se sporadickými pacienty s kolorektálním karcinomem (Lakatos et al., 2006). Proto jsme se účastníků rozhovoru dotazovali na rodinnou zátěž týkající se nádorového onemocnění a jiného onemocnění zažívacího traktu. U informantů (Ž2, Ž6, Ž8, Ž9) z rozhovoru vyplynulo, že se v jejich rodině vyskytuje či vykytovalo nádorové onemocnění, ale i jiné onemocnění zažívacího traktu. Informantka Ž2 uvedla: „*Babička a strýc z matčiny strany měli rakovinu jícnu a žaludku s metastázami do kostí. Z otcovy strany babička měla nález na děloze a její sestra rakovinu žaludku. Sama mám problémy s hemeroidy.*“ Informantka Ž6 zmínila: „*Otec zemřel na rakovinu žaludku. Já mám problémy s hemeroidy a u sestry byly prokázané polypy.*“ Informant M6 se zmínil, že on sám má celiakii. Účastník rozhovoru M2 uvedl výskyt nádorového onemocnění u svého otce a mladšího bratra. „*U táty se objevila rakovina prostaty v raném stádiu, úspěšně vyléčena. U mladšího bratra nádor na varlatech s metastázami v páteři, hrudníku, krku.*“ Informant M1 zmínil: „*Matce před půl rokem zjistili rakovinu prsu. Nyní je po operaci a dochází na další léčbu.*“ Informant M8 uvedl: „*Ve dvou letech se u dcery objevila leukémie.*“ Informantka Ž10 se zmínila o výskytu kolorektálního karcinomu u strýce, jejího otce bratra.

V rozhovorech jsme se dále informantů dotazovali, zda chodí na pravidelné preventivní prohlídky a jak často. Preventivní prohlídky jsou součástí péče o naše zdraví. Přesto, že se lidé cítí zdraví, neměli by zapomínat na preventivní prohlídky a podceňovat je. I na takové běžné preventivní prohlídce se může odhalit závažné onemocnění. Vyhláška č. 317/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, uvádí, že všeobecná preventivní prohlídka se provádí vždy jednou za 2 roky. Účastníci rozhovoru Ž1, Ž3, Ž4, Ž7, Ž10, M1, M4, M5, M8, M10 se shodli, že na preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři chodí každé dva roky. Informanti Ž2, M7, M9 chodí na kontroly každý rok. Informantka Ž2 dodala: „*Poslední tři roky chodím ke svému praktikovi každý rok. Pravidelně též ke gynekologovi, mamograf a sono prsou.*“ Informantka Ž9 uvedla, že na preventivní prohlídky chodí dle pozvánek od lékaře. Informant M3 zmínil: „*Na prevence chodím jednou za 5 let, jinak tam chodím jenom s úrazy.*“ Informanti Ž6, M6 se shodli, že chodí k jinému odbornému lékaři. Informant M6 chodí pravidelně na kontroly ke gastroenterologovi kvůli celiakii. Informantka Ž6 uvedla: „*Akorát chodím pravidelně na gynekologické prohlídky, jinak k obvodní lékařce moc nechodím.*“ Informantky Ž5, Ž8 chodí na preventivní prohlídky

nepravidelně. Informant M2 uvedl, že na kontroly k praktickému lékaři nechodí. „*Na kontroly k obvodákovi nechodím, jsem zcela zdravý. Ale měl bych asi začít chodit na vyšetření prostaty.*“ Obsahem preventivní prohlídky je doplnění anamnézy, kompletní fyzikální vyšetření včetně změření krevního tlaku, zjištění indexu tělesné hmotnosti a orientační vyšetření zraku a sluchu. Dále pak zhodnocení laboratorních výsledků odebraného biologického materiálu a EKG vyšetření. Součástí preventivní prohlídky je v rámci onkologické prevence zhodnocení rizik v rodinné anamnéze, osobní a pracovní. U zjištěného podezření na riziko se provádí i vyšetření per rectum (vyhláška č. 317/2016 Sb.). Na tomto průběhu preventivní prohlídky se shodla většina dotazovaných. Nejčastěji byly uváděny odběry krve a moče, odběr anamnézy, měření tlaku, antropometrické měření, kontrola zraku a EKG. Informantka Ž10 popsala průběh preventivní prohlídky: „*Většinou jdu před daným termínem na odběr krve. V den prohlídky přinesu ranní moč. Sestřička mi změří tlak, zváží, změří a zkontroluje zrak. Potom jdu k lékaři, který mě poslechne, vyšetří, zeptá se na pár informací, a to je vše.*“ Informantům M1 a M9 bylo během prohlídky prováděno i vyšetření konečníku per rectum.

V rozhovorech jsme se dále zajímali o to, jak informanti předcházejí nebo jak by předcházeli vzniku kolorektálního karcinomu. Hoch (2018) uvádí, že na základě dlouhé karcinogeneze kolorektálního karcinomu je dostatek času na přerušení vývoje nádoru a lze mu včas předejít prováděním metod primární a sekundární prevence. Překvapilo mě, že jeden z informantů by nedělal nic a druhý neví, jak by tomuto onemocnění předcházel. Informantka Ž5 také odpověděla, že není dobrým příkladem: „*Moc nechodím na kontroly ke svému praktikovi. Stravuji se nepravidelně, ale na druhou stranu sportuji. Stres nás provází každého stejně, tomu nejde moc zabránit.*“ Informant M10 uvedl: „*Snažím se jíst zdravě, více zeleniny a méně uzenin.*“ Informantka Ž1 zmínila: „*Zařadila bych stravu, která obsahuje vlákninu, mělo by to vliv na pravidelné vyprazdňování. Také chodit na preventivní prohlídky.*“ Informantka Ž3 odpověděla: „*Omezila bych příjem uzenin a nadměrné grilování, také omezit nadměrné solení pokrmů. Snažím se dodržovat zdravý životní styl.*“ Informant M1 uvedl: „*Předcházel bych tomu určitě zdravou stravou, jíst ovoce, zeleninu, nekouřit, méně se stresovat. Chodit na preventivní prohlídky, podstupovat lékařem doporučené vyšetření.*“ Informantka Ž1 doplnila: „*Zařadila bych suroviny z domácích zdrojů, vyhýbala se uzeninám, ale to mi moc nejde. Snažila bych se víc pít. Chodím na delší procházky. Testy provádím poctivě, abych se přesvědčila, že jsem zdravá.*“ Informant M4 zmínil: „*Zařadil bych více sportu, na který není bohužel moc čas.*“

Změna stravy, jíst více zeleniny, vlákniny. Méně stresu, to je taky problém. Ubrat alkohol.“ Informantka Ž2 uvedla, že se snaží jíst zdravě, doplňuje vitamíny a chodí na prevence. *„Určitě bych ještě omezila stres, nepřepínala svoje síly, zařadila bych pohyb, dostatek spánku. S problémem jdu vždy k lékaři, nečekám, až se něco samo spraví.“* Informantka Ž8 dodala: *„Nepodceňovala bych možné příznaky onemocnění.“* Naopak Bednařík (2011) tvrdí, že ani dodržování všech preventivních zásad nevede k úplnému snížení výskytu maligního onemocnění. Rizikových faktorů je v dnešní době poměrně mnoho a nelze se jim zcela vyhnout. Dle mého názoru při dodržování určitých zásad lze nádorovému onemocnění z malé části předejít. Například pravidelnou a vyváženou stravou bohatou na vlákninu, udržováním přiměřené hmotnosti a alespoň půl hodiny denně se věnovat pohybu. Omezit konzumaci červeného masa a uzenin, slanejšího jídla, jídel z fastfoodů, pití slazených nápojů. Také omezit nadměrnou konzumaci alkoholických nápojů a kouření.

Na základě výsledků můžeme říci, že informanti podceňují především primární prevenci. Konzumují málo zeleniny a ovoce, naopak většina informantů konzumuje uzeniny a tučné jídlo. Mile mě překvapilo, že pouze tři informanti byli kuřáci.

Poslední třetí výzkumná otázka se týká toho: *„Jak jsou lidé ve věku od 50 let informováni o prevenci kolorektálního karcinomu?“* V této otázce jsme se zaměřili pouze na informanty, kterým je více než 50 let. Mezi prevenci kolorektálního karcinomu patří i screeningové programy (Kelner, 2011). Screening je určený pro ženy a muže od 50 let věku, které nemají žádné příznaky spojené s tímto onemocněním (Hoch, 2018). Z odpovědí vyplynulo, že 6 informantů ze 14 dotazovaných nad 50 let nebylo informováno o možnostech prevence od svého praktického lékaře. Dva informanti dostali pouze test na okultní krvácení, ale více toto závažné maligní onemocnění neprobírali. První screeningovou metodou je test na okultní krvácení, který detekuje i malé množství krve (Vojtěchová et al., 2014). Deset informantů se zmínilo, že podstoupilo test na okultní krvácení. Informant M1 uvedl: *„Poprvé v padesáti letech jsem dostal v rámci prevence test na krvácení do stolice. Samotný odběr je jednoduchý. Od lékaře jsem dostal pytlíček, kde byl popsán postup, jak provést odběr, a zkumavka se štětičkou. Sestřička v ordinaci mi postup vysvětlila ještě osobně. Pokaždé, když čekám na výsledek, jsem nervózní, abych měl vše v pořádku. Prozatím byl negativní, což jsem rád.“* Abrahámová (2012) podotýká, že úlohou sestry je vždy srozumitelně pacientovi vysvětlit, jak správně provést test na okultní krvácení. Pokud není proveden správný postup, nelze výsledek TOKS spolehlivě

vyhodnotit. Informantka Ž8 zmínila: „*Test jsem si vyžádala sama asi ve 47 letech. Vše proběhlo bez problémů.*“ Informantka Ž5 test na okultní krvácení dostala, ale nevyužila. „*Nejsem na sebe moc pyšná. Sadu na krvácení do stolice mám doma už tři roky. Zatím jsem neměla odvahu test provést.*“ Informantka Ž6 dodala: „*Ani nevím, jestli bych se chtěla otestovat.*“ Po těchto posledních dvou odpovědích jsem si kladla otázku, proč informantky nevyužijí možnost tohoto vyšetření? Dotázala jsem se i jich samotných. Ale informantky mi na to nechtěly odpovědět. Mají strach, že by jim vyšel nepříznivý výsledek či diagnóza? Druhou metodou je kolonoskopické vyšetření (Vojtěchová et al., 2014). Dotazování se shodli, že kolonoskopie je vyšetření tlustého střeva konečníkem pomocí kamery. Dva informanti kolonoskopii definovali jako nepříjemné vyšetření střev. Pět informantů Ž2, Ž5, Ž7, M4, M6 kolonoskopické vyšetření podstoupili. Informant M4 uvedl: „*Vím naprosto přesně, o jaké vyšetření jde, absolvoval jsem ji před 6 měsíci. Jedná se o vyšetření střev. Měl jsme nebo mám problém s vnitřními hemeroidy. Kolonoskopie byla v rámci prevence před operací, kterou jsem absolvoval po ní. Měl jsem občas krev ve stolici, jinak střeva čistá, potvrdily se hemeroidy.*“ Informantka Ž2 dodala: „*Kolonoskopie je vyšetření střev. Před 8 lety jsem měla ošetřené hemeroidy s částečným vyšetřením střev. Dalo se to v pohodě vydržet. Chvilka je to nepříjemné.*“ Informantky Ž5, Ž7 kolonoskopické vyšetření střev podstoupily kvůli zažívacím problémům. Informant M6 podstupuje pravidelně vyšetření tlustého střeva a konečníku kvůli celiakii.

Motivací k prevenci nádorového onemocnění je dle informantů to, aby byli zdraví a užívali si společné chvíle se svou rodinou a přáteli. Svůj přístup ke svému životnímu stylu a prevenci by většina informantů změnila, až když by onemocněl někdo z jejich blízkých. Někteří by nedělali nic. Informant M1 odpověděl: „*Myslím, že bych se zamyslel nad tím, co dělám špatně. Změnil bych stravování, asi bych přestal i kouřit. Určitě bych motivoval i ostatní, přeci jenom tohle onemocnění není žádná sranda. Zajímal bych se o tuto problematiku a předával informace dál. Taky bych říkal lidem, ať nepodceňují příznaky, preventivní prohlídky a důvěřují lékařům.*“

Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že informanti nad 50 let z Plzeňského mají dodatečné informace o prevenci kolorektálního karcinomu. Většina z nich pravidelně podstupuje test na okultní krvácení. Ženy dle výzkumu přijímají preventivní opatření více než muži.

6 Závěr

Rakovina tlustého střeva a konečníku patří mezi jednu z nejčastějších onkologických diagnóz ve všech vyspělých státech. Bakalářská práce poskytuje celistvý pohled na problematiku informovanosti veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu. Této práci se zúčastnili informanti, kteří pocházejí z Plzeňského kraje. Byl stanoven jeden cíl a tři výzkumné otázky. Cílem této práce bylo zmapovat znalosti laické veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu v Plzeňském kraji.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že informovanost laické veřejnosti o kolorektálním karcinomu je podle mého názoru dobrá, ale mohla by být určitě vyšší. Nejvíce je veřejnost informována o kolorektálním karcinomu jako takovém. Aby byla informována co největší část laické veřejnosti, osvěta by měla pokračovat i nadále v podobě informačních letáků, brožurek či televizních pořadů. Mnoho lidí si totiž dost dobře neuvědomuje, že jediné my sami jsme zodpovědní za své zdraví. Záleží jen na nás, jaký životní styl si zvolíme. Souvislosti mezi zdravým životním stylem a výskytem kolorektálního karcinomu lidé podceňují. I přesto, že většina zná možné příčiny, příznaky a rizikové faktory, svůj životní styl by změnily až na popud toho, kdyby jim onemocněl někdo z jejich blízkých. Člověk jako živočišný druh je považován za všežravce. Nelze tedy očekávat, že se budeme živit pouze rostlinnou stravou. Nicméně měli bychom ve výživě dodržovat určitá pravidla, všeho s mírou. Nejmenší informovanost má laická veřejnost o prevenci a o možnostech prevence kolorektálního karcinomu. Prevence je přitom nejefektivnější v předcházení nádorovému onemocnění. V ordinacích praktických lékařů se často zapomíná edukovat pacienty o primární prevenci. Nádorová onemocnění mají dlouhotrvající bezpříznakové období a odhalí se až v pokročilém stádiu. Je proto důležité chodit na pravidelné preventivní prohlídky a podstupovat lékařem nabízené vyšetření v podobě testu na okultní krvácení. Největší problém je u lidí, kteří podceňují chození na preventivní prohlídky nebo nepodstupují pravidelné testy na okultní krvácení. Bez aktivní účasti jsou screeningové programy zbytečné.

Domnívám se, že obyvatelé Plzeňského kraje stále velmi podceňují riziko tohoto závažného onemocnění a v otázkách prevence zaostávají. Máme tedy před sebou nelehký úkol, a to změnit myšlení lidí a motivovat je k větší zodpovědnosti za své vlastní zdraví. Proto je výstupem této bakalářské práce informační karta (viz Příloha č. 10), která by mohla pomoci edukovat pacienty o kolorektálním karcinomu a jeho prevenci.

7 Seznam použitých zdrojů

- ABRAHÁMOVÁ, J., 2012. Kolorektální karcinom. In: VORLÍČEK, J. et al., *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 276–285. ISBN 978-80-247-3742-3.
- ADAM, Z. et al., 2019. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada Publishing. s. 208 ISBN 978-80-271-2539-5.
- ADAM, Z. et al., 2012. Příčiny vzniku (etiologie) nádorů. In: VORLÍČEK, J. et al., *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 33–52. ISBN 978-80-247-3742-3.
- BAJČIOVÁ, V. et al., 2011. *Nádory adolescentů a mladých dospělých*. Praha: Grada Publishing. s. 363. ISBN 978-80-247-3554-2.
- BARTOŇKOVÁ, H. et al. 2002. *Manuál prevence a časně detekce nádorových onemocnění*. Brno: MOÚ, 2002. s. 96. ISBN 80-238-9513-3.
- BEDNAŘÍK, O., 2011. Prevence onkologických onemocnění. In: SOUČEK, M. et al., *Vnitřní lékařství 1. díl*. Praha: Grada Publishing. s. 533–535. ISBN 978-247-2110-1.
- BEDNAŘÍK, O., VOKURKA, J., 2012. Klinická klasifikace zhoubných nádorů. In: VORLÍČEK, J. et al., *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 58. ISBN 978-80-247-3742-3.
- BLANKE, CH. D., RÖDEL, C., TALAMONTI, M. S., 2010. *Gastrointestinal Oncology: A Practical Guide*. Berlin: Springer Science & Business Media. s. 460 ISBN 978-3-642-13305-3.
- BORTLÍK, M., 2007. Kolorektální karcinom. In: LUKÁŠ, K. et al., *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada Publishing, s. 257–265. ISBN 978-80-247-1787-6.
- BRABCOVÁ, I. et al., 2009. Prevence kolorektálního karcinomu. *Onkologie*. *Onkologie* 3(5): 316–318 ISSN 1802-4475.
- BRENNER, H., TAO, S., 2013. Superior diagnostic performance of faecal immunochemical tests for haemoglobin in a head-to-head comparison with guaiac based faecal occult blood test among 2235 participants of screening colonoscopy. *European Journal of Cancer*. 49 (14): 3049-54. DOI: 10.1016 / j.ejca.2013.04.023
- BRIERLEY, J. et al., 2018. *TNM: Classification of Malignant Tumours*. 8th Edition. UK: Wiley-Blackwell. s. 272. ISBN: 978-1-119-26357-9.
- CIBULA, D., PETRUŽELKA, L., 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada Publishing. s. 614. ISBN 978-80-247-2665-6.
- COUFAL, O., VORLÍČKOVÁ, H., VRTĚLOVÁ, P., 2012. Chirurgická léčba zhoubných nádorů. In: VORLÍČEK, J. et al., *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 82-98. ISBN 978-80-247-3742-3.

- CSÉMY, L. et al., 2019. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2018*. [online]. Státní zdravotní ústav. [cit. 2021-04-20]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_alkoholu_cr_2018.pdf
- České ILCO, z.s., Projekt patientské organizace [online]. neuvédno: neuvédno. [cit. 2021-02-15]. Dostupné z: <https://www.ilco.cz/>
- ČIHÁK, R. et al., 2013. *Anatomie 2*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 512. ISBN 978-80-247-4788-0.
- DIVIŠ, P. et al., 2016. Kolorektální karcinom – současný pohled na diagnostiku a léčbu. *Medicína pro praxi*. 13(1): 34-38 ISSN 1803-5310.
- Internacional Council of Nurses, ICN, 1987. *Definition of a Nurse*. [online]. neuvédno: neuvédno [cit. 2020-4-21]. Dostupné z: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
- EPIDEMIOLOGIE ZHOUBNÝCH NÁDORŮ V ČESKÉ REPUBLICĚ, 2018. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice* [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 2020-10-12]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/>
- FALT, P. et al., 2016. *Doporučené postupy České gastroenterologické společnosti ČLS JEP pro diagnostickou a terapeutickou koloskopii*. *Gastroenterologie a hepatologie*. 70(6):523-538. ISSN: 1804-7874.
- FALT, P., URBAN, O., VÍTEK, P., 2015. *Koloskopie*. Praha: Grada Publishing. s. 320 ISBN 978-80-247-5284-6.
- GILL, S., 2010. Colon Cancer. In: BLANKE, CH. D., RÖDEL, C. and TALAMONTI, M. S., 2010. *Gastrointestinal Oncology: A Practical Guide*. Berlin: Springer Science & Business Media. s. 460 ISBN 978-3-642-13305-3.
- GRAY, T. F. et al., 2017. Disparities in Cancer Screening Practices among Minority and Underrepresented Populations. *Seminars in Oncology Nursing*. 33 (2): 184-198. ISSN 0749-2081 <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.02.008>
- GREGA, T. et al., 2016. Současné principy screeningu kolorektálního karcinomu – od oportunního k populačnímu screeningovému programu. *Gastroenterologie a hepatologie*. 70(5): 383–392 ISSN: 1804-7874.
- HASSAN, C. et al., 2019. *Bowel preparation for colonoscopy* [online]. European Society of Gastrointestinal Endocopy (ESGE) Guideline [cit. 2020-12-14]. Dostupné z: <https://www.esge.com/bowel-preparation-for-colonoscopy-esge-guideline-update-2019/>
- HOCH, J., 2018. Kolorektální karcinom – Chirurgická léčba. In: LUKÁŠ, K. et al., *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing. s. 422-425. ISBN 978-80-271-0353-9.
- HOCH, J., PRAUSOVÁ, J., 2014. Nádory tlustého střeva a konečníku. In: KRŠKA, Z. et al., *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada Publishing. s.904. ISBN 978-80-247-4284-7.

- HOLUBEC, L. et al., 2004. *Kolorektální karcinom: současné možnosti diagnostiky a léčby*. Praha: Grada Publishing. s. 194. ISBN 80-247-0636-9.
- HUDÁK, R., KACHLÍK, D., 2017. *Memorix anatomie*. 4. vydání. Praha: Triton. s. 607. ISBN 978-80-7553-420-0.
- CHAN, A.T. and GIOVANNUCCI, E., 2010. Primary Prevention of Colorectal Cancer. *Gastroenterology* 138 (6) doi: 10.1053/j.gastro.2010.01.057
- Internacional Council of Nurses, ICN, 1987. *Definition of a Nurse*. [online]. nevedeno: nevedeno [cit. 2020-4-21]. Dostupné z: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
- JOHN, S., 2019. Co je nového u kolorektálního karcinomu? *Onkologie*. 13 (2): 59-62. ISSN 1802-4475
- KELNER, P., 2011. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén. s. 96. ISBN 978-80-7262-716-5
- KELNER, P. et al., 2011. *Vnitřní lékařství*. 4. vydání. Praha: Galén. s. 1174. ISBN 978-80-726-2705-9
- KELNER, P., JIRÁSEK, V., 2011. Nádory tlustého střeva. In: KELNER, P. et al., 2011. *Vnitřní lékařství*. 4. vydání. Praha: Galén. s.615-620. ISBN 978-80-726-2705-9.
- KISS, I. et al., 2020. *Modrá kniha České onkologické společnosti*. Brno: Masarykův onkologický ústav. s. 295. ISBN: 978-80-86793-49-8.
- KISS, I., TOMÁŠEK, J., 2006. O nádorech tlustého střeva a konečníku. *Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně*. Linkos [online]. nevedeno: nevedeno [cit. 2020-12-20]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/nadory-travici-trubice-jicen-zaludek-tenke-strevo-tluste-strevo-konecnik-rit-c15/o-nadorech-tlusteho-streva-a-konecniku/>
- KOCIÁN, P., 2018. Kolostomie, ileostomie. In: LUKÁŠ, K. et al., 2018. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing. s. 504–510. ISBN 978-80-271-0353-9.
- KOCNA, P., 2011. Průkaz okultního krvácení ve stolici – FOBT – screening KRCA. Kolorektum [online]. nevedeno: nevedeno [cit. 2021-02-15]. Dostupné z: <https://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--e-learning--prukaz-okultniho-krvaceni-ve-stolici-fobt-screening-krca>
- KREJČÍ, M. et al., 2012. Protinádorová farmakologická léčba. In: VORLÍČEK, J. et al., *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. s.119-158. ISBN 978-80-247-3742-3.
- KRŠKA, Z. et al., 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada Publishing. s. 904. ISBN 978-80-247-4284-7.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. s. 198. ISBN 80-247-0179-0.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. s. 175 ISBN 978-80-247-2713-4.

- LAKATOS, L. et al., 2006. Risk Factors for Ulcerative Colitis–Associated Colorectal Cancer in a Hungarian Cohort of Patients With Ulcerative Colitis: Results of a Population-based Study. [online]. *Inflammatory Bowel Diseases*. 12(3). s. 205–211. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/01.MIB.0000217770.21261.ce>
- LUKÁŠ, K. et al., 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. s. 288. ISBN 80-247-1283-0.
- LUKÁŠ, K. et al., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. Praha: Grada Publishing. s. 380. ISBN 978-80-247-1787-6.
- LUKÁŠ, K. et al., 2018. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing. s. 736. ISBN 978-80-271-0353-9.
- MARTÍNEK, J., FALT, P., 2015. Příprava ke koloskopii. In: FALT, P., URBAN, O., VÍTEK, P., *Koloskopie*. Praha: Grada Publishing. s. 320 ISBN 978-80-247-5284-6.
- MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada Publishing. s. 304. ISBN 978-80-247-1521-6.
- Ministerstvo životního prostředí, Integrovaný registr znečišťování – Amoniak. [online]. nevedeno: nevedeno. [cit. 2021-0-20]. Dostupné z: <https://www.irz.cz/irz/latky/amoniak.html>
- MÍČEK, L., 1988. *Sebevýchova a duševní zdraví*. 5. vydání, Praha: SPN, s. 230.
- MIOVSKÝ, M., 2003. *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule (snowball sampling)*. 1. vydání., Praha: Úřad vlády České republiky, 108 s. ISBN 80-867-3408-0.
- NEJEDLÁ, M., 2015. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing. s. 240. ISBN 978-80-247-4402-5.
- ODRÁŽKA, K., DOLEŽAL, M., VAŇÁSEK, J., 2014. Radioterapie a protonová léčba. In: KRŠKA, Z. et al., *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada Publishing. s.105-115. ISBN 978-80-247-4284-7.
- OnkoMaják, z.s., Pomoc onkologickým pacientům [online]. nevedeno: nevedeno. [cit. 2021-02-15]. Dostupné z: <http://www.onkomajak.cz/>
- OREL, M., 2019. *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. Praha: Grada Publishing. s. 448. ISBN 978-80-271-0531-1.
- PETERA, J., ŠLAMPA, P., 2011. Principy radioterapie. In: SOUČEK, M. et al., 2011. *Vnitřní lékařství 1. díl*. Praha: Grada Publishing. s. 554–557. ISBN 978-247-2110-1.
- PLECLOVÁ, D. et al., 2014. *Nemoci z povolání a intoxikace*. 3. dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2597-3
- PETRUŽELKA, L., 2018. *Kolorektální karcinom*. Praha: Farmakon Press, spol. s r.o., Farmakoterapie. ISBN 978-80-906589-7-4.
- SEIFERT, B. et al., 2015. *Screening kolorektálního karcinomu*. 2. vydání. Praha: Maxdorf. s.128. ISBN 978-80-7345-444-9.

- SEIFERT, B., KORCOVÁ, M., KRÁL, N., 2015. Variabilita testů na okultní krvácení používaných praktickými lékaři ve screeningu kolorektálního karcinomu v České republice. *Gastroenterologie a hepatologie*. 69(3): 255–258. ISSN: 1804-7874.
- SCHNEIDEROVÁ, M., BENCKO, V., 2015. Kolorektální karcinom – současný pohled na rizikové a protektivní faktory, možnosti prevence. *Onkologie*. 9 (4): ISSN 1802-4475.
- SKÁLA, B., ODRÁŽKA, K., KOMÁREK, L., 2005. Obecné a vyhledávací postupy u nádorových onemocnění v primární péči [online]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP [cit. 2020-12-20]. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2003-2007/Onkoprevence-v-primarni-peci.pdf>
- SKÁLA, B., 2018. Prevence a screening onkologických onemocnění [online]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP [cit. 2021-1-4]. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy/2017/DP-Onkologie-2018.pdf>
- SLÁMA, O., 2012. Paliativní péče. In: VORLÍČEK, J. et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 218-236. ISBN 978-80-247-3742-3.
- SOUČEK, M. et al., 2011. *Vnitřní lékařství 1. díl*. Praha: Grada Publishing. s. 805. ISBN 978-247-2110-1.
- STAŇKOVÁ, M., 2002. *České ošetrovatelství 11. Sestra, reprezentant profese. Praktická příručka pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
- SUCHÁNEK, Š. et al., 2012. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: prevence zabírá*. Praha: Mladá fronta. s. 31. ISBN 978-80-204-2474-7.
- ŠPIČÁK, J. et al., 2017. *Novinky v Gastroenterologii a hepatologii II*. Praha: Grada Publishing. s. 320. ISBN 978-80-271-0318-8.
- ŠPIČÁK, J. et al., 2015. *Novinky v digestivní endoskopii*. Praha: Grada Publishing. s. 256. ISBN 978-80-247-5283-9.
- ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. s. 384. ISBN 978-80-262-0644-6.
- TOMÁŠEK, J., 2019. Karcinom tlustého střeva a konečníku. *Medicina pro praxi*. (16)3: 186-189. ISSN 1803-5310.
- United European Gastroenterology, 2017. Alcohol and Digestive Cancers: Time for Change. [online]. nevedeno: nevedeno [cit. 2020-4-21]. Dostupné z: <https://www.kolorektum.cz/res/file/aktuality/alcohol-and-digestive-cancers-across-europe-time-for-change.pdf>
- ÚZIS ČR, Národní onkologický registr (NOR) Epidemiologické analýzy [online]. nevedeno: nevedeno [cit. 2020-11-01]. Dostupné z: <https://www.svod.cz/?sec=analyzy>

Věstník MZ ČR č. 01/2009 [online]. Standard při poskytování a vykazování výkonů screeningu nádorů kolorekta v České republice [cit. 2021-01-05].
Dostupné z: <https://www.kolorektum.cz/res/file/legislativa/vestnik-01-09-crca.pdf>

VILÍMOVSKÝ, M., 2014. *Kolonoskopie: podrobný průvodce aneb co od ní čekat?* [online]. Medicler [cit. 2020-12-14]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/395-kolonoskopie-podrobny-pruvodce-aneb-co-od-ni-cekat>

VÍTEK, P. et al., 2012. Kolorektální karcinom – současný stav. *Interní medicína pro praxi*. 14(6 a 7): 250–252 ISSN 1803-5256.

VOKURKA, M., HUGO, J., 2016. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf. s. 450. ISBN 978-80-7345-464-7.

VOKURKA, J. et al., 2011. Zhoubné nádory tlustého střeva. In: SOUČEK, M. et al., 2011. *Vnitřní lékařství 1. díl*. Praha: Grada Publishing. s. 581-584. ISBN 978-247-2110-1

VORLÍČEK, J. et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 450. ISBN 978-80-247-3742-3.

VORLÍČEK, J. et al., 2012. Obecné principy léčby a její plánování. In: VORLÍČEK, J. et al., *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 70-81. ISBN 978-80-247-3742-3.

VORLÍČEK, J., Vorlíčková, H., 2012. Diagnostika nádorových chorob. In: VORLÍČEK, J. et al., *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. s.62-69. ISBN 978-80-247-3742-3.

VORLÍČEK, J., ŽALOUĐÍK, J., VYZULA, R., 2009. Onkoprevence pro Českou republiku. Linkos [online]. nevedeno: nevedeno [cit. 2020-12-20].
Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/prevence-a-skrining/onkoprevence-pro-ceskou-republiku-1/>

VYHLÍDAL, T., 2017. Onkologická prevence – Pohyb. Linkos. [online]. nevedeno: nevedeno [cit. 2020-4-21]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/onkologicka-prevence/zasady-zdraveho-zivotniho-stylu/pohyb/>

VYSLOUŽIL, K., 2005. Klasifikace maligních nádorů rekta. In: VYSLOUŽIL, K., *Komplexní léčba nádorů rekta*. Praha: Grada Publishing, s. 196 (39-40). ISBN 80-247-0628-8.

VYSLOUŽIL, K., 2005. *Komplexní léčba nádorů rekta*. Praha: Grada Publishing. s. 196. ISBN 80-247-0628-8.

WHO, 2018. *Cancer*. [online]. nevedeno: nevedeno [cit. 2020-10-12]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

WHO, 2018. *Cancer Overview*. [online]. nevedeno: nevedeno cit. 2020-10-11]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1

WHO Global Cancer Observatory, 2018. *Cancer today*. [online]. neuvvedeno:neuvvedeno [cit. 2020-10-12]. Dostupné z: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/203-czechia-fact-sheets.pdf>

ZACHOVÁ, V., 2010. *Stomie*. Praha: Grada Publishing. s. 184. ISBN 978-80-247-3256-5.

ZAVORAL, M., 2018. Kolorektální karcinom. In: LUKÁŠ, K. et al., 2018. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing. s. 413-421. ISBN 978-80-271-0353-9.

ZAVORAL, M. et al., 2016. Komplikace léčby kolorektálního karcinomu. *Onkologie* 10(1): 41–47 ISSN 1802-4475.

ZAVORAL, M., VOJTĚCHOVÁ, G., SUCHÁNEK, Š., 2015. Úloha kolonoskopie ve screeningu kolorektálního karcinomu. In: ŠPIČÁK, J. et al., *Novinky v digestivní endoskopii*. Praha: Grada Publishing. s. 119-133. ISBN 978-80-247-5283-9.

ZAVORAL, M., SUCHÁNEK, Š., FRIČ, P., 2008. Využití testů na okultní krvácení do stolice ve screeningu kolorektálního karcinomu. *Medicína pro praxi*. 5(11): 417–419 ISSN 1803-5310.

ZÁDOROVÁ, Z., 2018. Endoskopie. In: LUKÁŠ, K. et al., 2018. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing. s. 736. ISBN 978-80-271-0353-9.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 317/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, 2016. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 124, s. 4837. ISSN 1211-1244.

ŽALOUDEK, J., 2008. *Vyhnete se rakovině, aneb, Prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada Publishing. s. 189. ISBN 978-80-247-2307-5.

ZDENĚK, A. et al., 2019. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada Publishing. s. 208. ISBN 978-80-271-2539-5.

ZIKÁN, M. a CIBULA, D., 2009. Prevence a screening zhoubných nádorů. In: CIBULA, D., PETRUŽELKA, L., 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada Publishing. s. 93-95. ISBN 978-80-247-2665-6.

8 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Anatomie tlustého střeva

Příloha č. 2 – Kolorektální karcinom

Příloha č. 3 – Procentuální rozložení výskytu karcinomu v tlustém střevě a konečniku

Příloha č. 4 – TNM klinická klasifikace kolorektálního karcinomu

Příloha č. 5 – Přehled nepoužívanějších cytostatik v léčbě kolorektálního karcinomu a jejich vedlejší účinky

Příloha č. 6 – Přehled nejčastějších nežádoucích účinků radioterapie v oblasti rekta

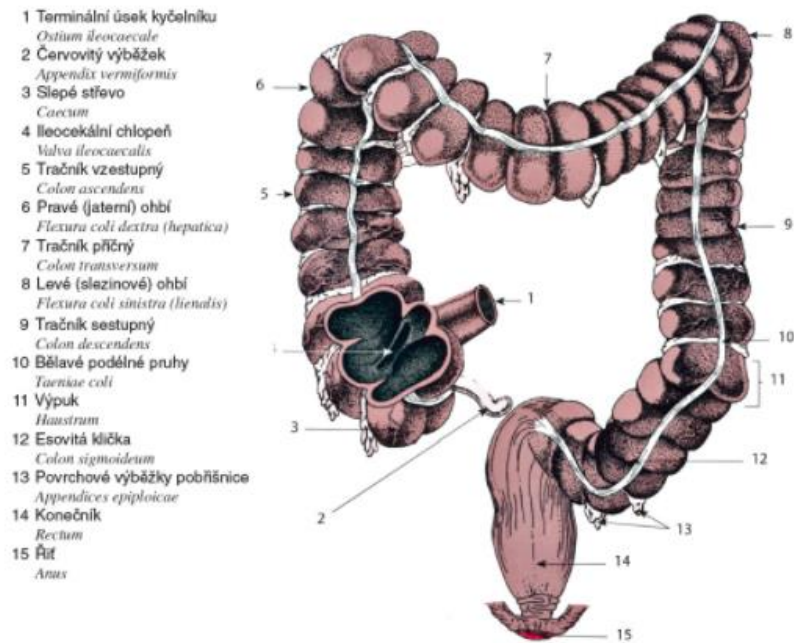
Příloha č. 7 – Informační zdroje zaměřené na problematiku kolorektálního karcinomu

Příloha č. 8 – Polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 9 – Přehled kategorií a kódů

Příloha č. 10 – Informační karta: Co je to kolorektální karcinom?

Příloha č. 1 – Anatomie tlustého střeva

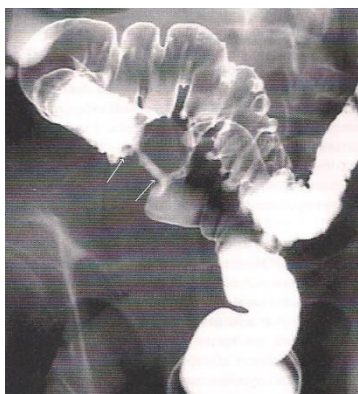


Zdroj:

HANZALOVÁ, J., HEMZA, J. 2013. *Soustava trávicí: Břišní a pánevní část [online].* Základy anatomie soustavy trávicí, žláz s vnitřní sekrecí a soustavy močopohlavní 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita [cit. 2020-11-15].

Dostupné z: https://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/zaklady_anatomie/zakl_anatomie_II/pages/brisni_panevni_cast.html

Příloha č. 2 – Kolorektální karcinom



Obr. 1 Adenokarcinom sigmoideální kličky tlustého střeva

Zdroj:

VOKURKA, J. et al., 2011. Zhoubné nádory tlustého střeva. In: SOUČEK, M. et al., 2011. *Vnitřní lékařství 1. díl*. Praha: Grada Publishing. s. 583 ISBN 978-247-2110-1



Obr. 2 RTG snímek stenózy tračníku způsobené karcinomem

Zdroj:

KELNER, P., JIRÁSEK, V., 2011. Nádory tlustého střeva. In: KELNER, P. et al., 2011. *Vnitřní lékařství*. 4. vydání. Praha: Galén. s. 618. ISBN 978-80-726-2705-9



Obr. 3 Karcinom konečníku

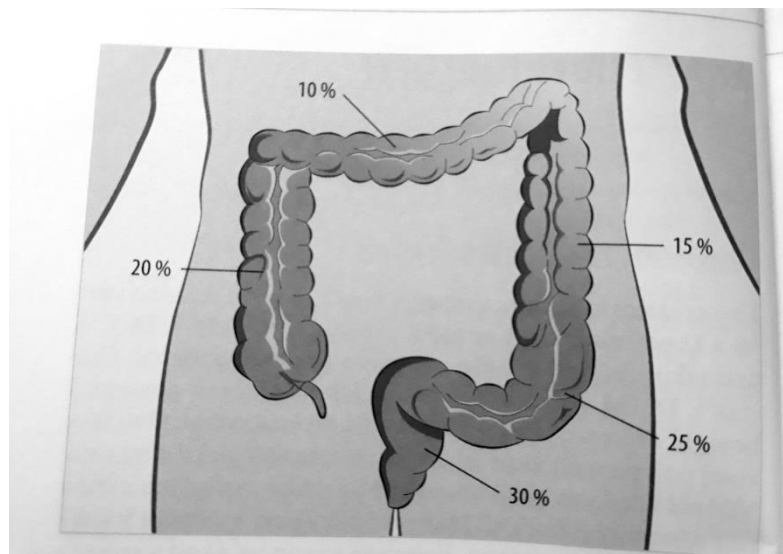


Obr. 4 Karcinom tlustého střeva

Zdroj:

SUCHÁNEK, Š. et al., 2012. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: prevence zabírá*. Praha: Mladá fronta. s. 10. ISBN 978-80-204-2474-7.

Příloha č. 3 – Procentuální rozložení výskytu karcinomu v tlustém střevě a konečníku



Zdroj:

SEIFERT, B et al., 2015. *Screening kolorektálního karcinomu*. 2 vydání. Praha: Maxdorf. s.16. ISBN 978-80-7345-444-9.

Příloha č. 4 – TNM klinická klasifikace kolorektálního karcinomu

T – Primární nádor	
TX	Primární nádor nelze hodnotit
T0	Bez známek primárního nádoru
Tis	Karcinom in situ: intraepitelární nebo invaze do lamina propria mucosae
T1	Nádor postihuje submukózu
T2	Nádor postihuje tunica muscularis propria
T3	Nádor postihuje subserózu nebo se šíří do neperitonealizované perikolické nebo perirektální tkáně
T4	Nádor přímo postihuje jiné orgány či struktury a/nebo prorůstá na viscerální peritoneum

N – Regionální mízní uzliny	
NX	Regionální mízní uzliny nelze hodnotit
N0	Regionální uzliny bez metastáz
N1	Metastázy v 1–3 regionálních mízních uzlinách
N2	Metastázy ve 4 nebo více regionálních mízních uzlinách

M – Vzdálené metastázy	
MX	Vzdálené metastázy nelze hodnotit
M0	Bez vzdálených metastáz
M1	Vzdálené metastázy na jeden orgán nebo metastázy na více než jednom orgánu

Zdroj:

BRIERLEY, J. et al., 2018. *TNM: Classification of Malignant Tumours*. 8th Edition. UK: Wiley-Blackwell. s. 86-89. ISBN: 978-1-119-26357-9.

Příloha č. 5 – Přehled nepoužívanějších cytostatik v léčbě kolorektálního karcinomu a jejich vedlejší účinky

Název	Nežádoucí účinky
Capecitabin	nevolnost, zvracení, hand-foot syndrom, mukozitida, průjem
Fluorouracil	muskozitida, myelosuprese, průjem, anorexie, dermatotoxicita
Irinotekan	myelosuprese, nevolnost, zvracení, mukozitida, stomatitida, alopecie, průjem, anorexie, může způsobit cholinergní syndrom (břišní křeče se zvýšeným tokem slin a slz, poruchou vidění, akutním průjmem a pomalou srdeční akcí)
Raltitrexed	průjem, zvracení, febrilie, muskozitida, anorexie, alergická reakce, nauzea, slabost
Oxaliplatina	periferní senzorická neuropatie, nevolnost, zvracení

Zdroj:

KREJČÍ, M. et al., 2012. Protinádorová farmakologická léčba. In: VORLÍČEK, J. et al., *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 122-134. ISBN 978-80-247-3742-3.

Příloha č. 6 – Přehled nejčastějších nežádoucích účinků radioterapie v oblasti rektu

Nežádoucí účinek	Prevence
<p>Erytém (dermatitis erytematóza) Mokvavá dermatitida (dermatitis bulosa) Akutní vřed (dermatitis necrotica) Suchá dermatitida Poiradiační pigmentace</p>	<ul style="list-style-type: none"> – zvýšený hygienický režim (sprchování vlažnou vodou, sušit jen přiložením ručníku – vhodné jsou sedací koupele s odvarem z řepíku, heřmánku, růžový roztok z hypermanganu – při ozařování nepoužívat toaletní papír, jen vlhčené ubrousky – konečník po stolici sprchovat
<p>Akutní poiradiační proktolitida Chronická poiradiační proktolitida Ulcerace, stenózy, píštěle Poruchy funkce svěračů</p>	<ul style="list-style-type: none"> – léčba ragád, zánětů, divertikulitidy v oblasti tlustého střeva
<p>Akutní cystitida Chronická cystitida Stenóza močovodů</p>	<ul style="list-style-type: none"> – před zahájením léčby vyléčit záněty v močovém měchýři – dodržovat pitný režim (nedráždivé tekutiny) – neprovádět cystoskopické vyšetření v průběhu ozařování nebo drobné chirurgické zákroky na močovém měchýři

Zdroj:

ABRAHÁMOVÁ, J., 2012. Léčba zářením. In: VORLÍČEK, J. et al., *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 100-118. ISBN 978-80-247-3742-3.

Příloha č. 7 – Informační zdroje zaměřené na problematiku kolorektálního karcinomu

České internetové informační zdroje:

www.kolorektum.cz – Stránky poskytují komplexní informace o problematice kolorektálního karcinomu pro širokou veřejnost.

www.strevo-tour.cz – Kampaň, kterou připravuje OnkoMaják. Jejím cílem je zvýšit povědomí o prevenci a nutnosti včasného odhalení kolorektálního karcinomu.

www.rakovina-streva.cz – Kampaň „Nenechám se vyloučit“. Informace o preventivním vyšetření tlustého střeva.

www.rektum.cz – Stránky se zaměřují na nádory konečníku, jsou určeny pro odbornou veřejnost a cílem je odborné vzdělávání vědecko-výzkumných pracovníků.

www.vize.cz – Nadace Dagmar a Václava Havlových VIZE 97, informace o projektu „Včasná diagnóza a prevence rakoviny tlustého střeva a konečníku“.

www.onkomajak.cz – Pomoc onkologickým pacientům. Cílem je zvyšování povědomí široké i odborné veřejnosti o onkologických onemocnění, jejich prevenci, včasné diagnostice a možnostech léčby.

www.svod.cz – Stránky, kde jsou přehledně zpřístupněna epidemiologická data jednotlivých nádorových onemocnění včetně kolorektálního karcinomu.

www.sgo-cls.cz – Společnost pro gastrointestinální onkologii ČLS JEP. Zabývá se problematikou nádorových onemocnění trávicí soustavy.

www.linkos.cz – Česká onkologická společnost ČLS JEP

www.cgs-cls.cz - Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP

www.ilco.cz - České ILCO, z.s. – dobrovolné sdružení stomiků

Zdroj:

SUCHÁNEK, Š. et al., 2012. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: prevence zabírá*. Praha: Mladá fronta. s. 31. ISBN 978-80-204-2474-7.

Zahraniční internetové informační zdroje:

www.cancer.gov – Oficiální webové stránky National Cancer Institute. Přináší řadu informací ohledně karcinomu tlustého střeva a konečníku a také i o dalších onkologických diagnózách.

www.macmillian.co.uk – Nezisková organizace Macmillan, která poskytuje informace o všech onkologických diagnózách, rady pro pacienty a jejich blízké.

www.bowelcanceruk.org.uk – Britská nezisková organizace Bowel Cancer UK. Poskytuje informace o kolorektálním karcinomu, rady pro pacienty a jejich blízké.

Zdroj:

Kolorektum – Program kolorektálního screeningu v České republice, 2016. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: zahraniční internetové stránky* [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 2021-02-20].

Dostupné z: <https://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost--kontakty--dalsi-zdroje-informaci#zkusenosti-pacientu>

Příloha č. 8 – Podklad pro polostrukturovaný rozhovor s informanty

Identifikační údaje:

Pohlaví:

Věk:

Vzdělání:

Bydliště: vesnice/město

Vlastní rozhovor

1. Jaké je vaše zaměstnání, jakou práci při něm vykonáváte?
2. Setkáváte se při výkonu své práce se škodlivými látkami? Popřípadě jakými?
3. Jak se obvykle stravujete?
4. Co podle vás znamená pojem kolorektální karcinom?
5. Vyskytlo se u vás nebo vašich přímých příbuzných zhoubné nádorové onemocnění?
6. Trpíte vy nebo někdo z vašich blízkých příbuzných onemocněním zažívacího traktu?
7. Chodíte na pravidelné preventivní prohlídky k praktickému lékaři? Jak často?
8. Informoval vás váš praktický lékař ohledně prevence kolorektálního karcinomu?
9. Jaké výkony jsou vám prováděné během preventivní prohlídky?
10. Co si představujete pod pojmem kolonoskopie?
11. Podstoupil/a jste někdy kolonoskopické vyšetření? Z jakého důvodu?
12. Co se podle vás může podílet na vzniku rakoviny tlustého střeva a konečníku?
13. Jaké jsou podle vás příznaky kolorektálního karcinomu?
14. U jakého pohlaví se podle vás toto onemocnění vyskytuje?
15. Která věková skupina je nejvíce ohrožena vznikem kolorektálního karcinomu?

16. Co si představujete pod pojmem prevence nádorových onemocnění v oblasti GIT? Jaký ji přikládáte význam?
17. Jak často slýcháte o prevenci kolorektálního karcinomu? Myslíte, že je to dostatečné?
18. Jakým způsobem byste předcházela/a vzniku nádorového onemocnění tlustého střeva a konečníku?
19. Kdyby někdo z vašich příbuzných nebo přátel onemocněl nádorovým onemocněním tlustého střeva a konečníku, byl/a byste ochotný/á změnit svůj styl života? A jak?
20. Motivoval/a byste ostatní k prevenci tohoto onemocnění? A konkrétně v čem?

Příloha č. 9 - Přehled kategorií a kódů

KATEGORIE	PODKATEGORIE	KÓDY
1. ZAMĚSTNÁNÍ	POZICE V ZAMĚSTNÁNÍ	manager sociální pracovníce policista pracovník údržby venkovních ploch mistr výroby v automobilovém průmyslu mistr výroby v truhlářské firmě řidič noční porodník ošetřovatelka prasnic dělník starobní důchodce
	CHARAKTERISTIKA ZAMĚSTNÁNÍ	stresově náročné sedavé fyzicky náročné psychicky náročné výškové práce venkovní práce koníček
	RIZIKOVÉ FAKTORY	škodlivé látky stres
2. ŽIVOTNÍ STYL	STRAVOVÁNÍ	nezdravé stravování pravidelnost konzumace ovoce, zeleniny, uzenin, smaženého jídla druh jídla bylinky česká kuchyně společné stravování úprava jídla místo stravování
	RIZIKOVÉ NÁVYKY	kuřák nekuřák alkohol
	POHYBOVÁ AKTIVITA	jízda na kole procházky jóga
3. RIZIKOVÉ FAKTORY	NEZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL	workoholik nezdravé stravování nedostatek pohybu hemeroidy polypy
	RODINNÁ ŽÁTĚŽ	přímý příbuzní matka otec bratr

		<p>babička strýc bez rodinné zátěže</p> <p>CA prsu CA prostaty CA varlat s metastázami CA jícnu CA žaludku s metastázami CA dělohy celiakie Crohnova choroba</p>
4. KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM	CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	rakovina tlustého střeva a konečníku hrozná nemoc civilizační choroba
	PŘÍČINY	nezdravá strava stres urychlená doba psychika bydlení v civilizaci sedavé zaměstnání obezita dědičnost
	PŘÍZNAKY	problémy s trávením vyprazdňovací problémy bolest břicha únava hubnutí krev ve stolici nechutenství
	VAZBA NA POHLAVÍ A VĚK	obě pohlaví muži nevím, u kterého pohlaví <p>50–60 let i více starší 60 let nad 50 let 40–60 let 70 let a více od 20 let</p>
	ZDROJ INFORMACÍ	masmédia praktický lékař známá osoba přátelé <p>nedostatečné informace nedostatečná propagace</p>
5. PREVENCE	CHARAKTERISTIKA PREVENCE	předcházení nemoci zdravé stravování vhodné prostředí nekouřit nekonsumovat alkohol

		<p>pohybová aktivita dodržování režimu nepřepínání svých sil dostatek spánku odpočinek pocitivé provádění testů pravidelné preventivní prohlídky pravidelné vyprazdňování méně se stresovat pohybová aktivita nepodceňovat příznaky dodržovat kontroly význam prevence</p>
	INFORMACE O PREVENCII	<p>v 50 letech praktický lékař letáky masmédia médi internet nedostatečné informace neinformování nedostatek času velmi zřídka</p>
	PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY	frekvence prevence
	VYŠETŘENÍ PŘI PREVENTIVNÍCH PROHLÍDKÁCH	<p>odběry biologického materiálu EKG měření tlaku antropometrické měření kontrola zraku vyšetření per rectum odběr anamnézy gynekologické vyšetření</p>
	TEST NA OKULTNÍ KRVÁCENÍ	<p>nenabídnutý test po 50. roce nevyužitý test vlastní vyžádání jednoduchý provedení špatné provedení snadná manipulace nervozita při čekání na výsledek obdržel potřebné pomůcky a postup edukace sestrou rychlé vyhodnocení nemožnost vyhodnocení provedení testu v domácím prostředí</p>
	KOLONOSKOPIE	<p>vyšetření střev vyšetření konečníku vyšetření kamerou vyšetření činnosti střev konečníkem nepříjemné vyšetření adrenalinový zážitek příprava vyčištění střev pití velkého množství roztoku</p>

		<p>preference jednoduchého testu před kolonoskopií nezájem podstoupení vyšetření strach</p>
<p>6. MOTIVACE</p>		<p>příběh člověka osvěta strach opora zájem o vlastní zdraví být zdravý možnost cestovat dočkat se vnoučat užít si důchod zdůraznění významu prevence analýza svého chování chuť bojovat nedělal bych nic zájem o preventivní vyšetření střev</p>

Zdroj: Vlastní

Co je kolorektální karcinom?

Kolorektální karcinom je zhoubné nádorové onemocnění tlustého střeva a konečníku.

Vzniká nekontrolovatelným množením buněk sliznice ve střevě. To může ztratit svoji funkci nebo svojí velikostí utlačovat okolí.

Jak tlusté střevo vypadá a jakou má funkci?

Tlusté střevo je dlouhé

1,5 m



Vstřebávání

Vstřebává se v něm voda, minerály a vitamíny.

Vylučování

Vylučuje z těla nestrávenou a nevstřebatelnou potravu, odpadní látky a žluč.

Bakterie

Střevo obsahuje bakterie. Produkují některé vitamíny skupiny B a vitamin K.

Jaké jsou rizikové faktory rakoviny tlustého střeva?

60 let a více

Věk



Stravování



Genetika



Kouření

Jak se kolorektální karcinom projevuje?

Únava Hubnutí Nevolnost	Bolest břicha	Průjmy Zácpy
-------------------------------	---------------	-----------------

Skryté krvácení do stolice 

Jak předejít rakovině tlustého střeva a konečníku?



Jíst dostatek zeleniny, ovoce, luštěnin a potravin s vyšším obsahem vlákniny.



Omezit konzumaci alkoholu, červeného masa, stravy s vysokým obsahem živočišného tuku.



Omezit kouření a konzumaci alkoholu



Chodit na pravidelné preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři + vyšetření TOKS



Rakovina tlustého střeva se nejčastěji objevuje **kolem 50 let.**

Jedná se o **3. nejčastější** typ rakoviny v ČR.

Proto byl založen Národní screeningový program kolorektálního karcinomu pro osoby starší 50 let.

Screening se provádí pomocí testu na okultní krvácení do stolice (TOKS) nebo kolonoskopie.

50 - 55 let
TOKS
1x ročně

Nad 55 let
1x za 2 roky
TOKS
1x za 10 let
kolonoskopie

Zdroj: VOKURKA, J. et al., 2011. Zhoubné nádory tlustého střeva. In: SOUČEK, M. et al., 2011. *Vnitřní lékařství 1. díl*. Praha: Grada Publishing. s. 581-584. ISBN 978-247-2110-1

Věstník MZ ČR č. 01/2009 [online]. Standard při poskytování a vykazování výkonů screeningu nádorů kolorekta v České republice [cit. 2021-04-20].

Dostupné z: <https://www.kolorektum.cz/res/file/legislativa/vestnik-01-09-crca.pdf>

9 Seznam zkratek

a. – arteria

CT – počítačová tomografie

ČR – Česká republika

DNA – deoxyribonukleová kyselina

FIT – fecal immunochemical test (imunochemické testy)

GIT – gastrointestinální trakt

FOBT – fecal occult blood test (test na okultní krvácení)

gFOBT – guaiac fecal occult blood test (guajakové testy)

KRK – kolorektální karcinom

PET – pozitronová emisní tomografie

WHO – Světová zdravotnická organizace