

Přístup veřejnosti k prevenci kolorektálního karcinomu

Ivana Ševelová, DiS.

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Ivana ŠEVELOVÁ, DiS.

Osobní číslo: H10127

Studijní program: B5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Forma studia: kombinovaná

Téma práce: Přístup veřejnosti k prevenci kolorektálního karcinomu

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kolorektálního karcinomu.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu veřejnosti dotazníkovým šetřením.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření a jejich shrnutí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HOLUBEC, Luboš a kol. Kolorektální karcinom: současné možnosti diagnostiky a léčby. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0636-9.

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

KRÁL, Norbert. Screening kolorektálního karcinomu. Medicína & umění, 2011. ISSN 1803-3679.

PROCHOTSKÝ, Augustín. Karcinom hrubého čreva a konečníka. Bratislava: Litera Medica, 2006. ISBN 80-967189-4-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Petr Snopek, DiS.**

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **4. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. května 2013**

Ve Zlíně dne 4. února 2013


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 1.9.2013

Anna Svoboda

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělěčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat náhrady chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku přístupu veřejnosti k prevenci kolorektálního karcinomu. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou.

Teoretická část popisuje anatomii tlustého střeva a konečníku a onkologické onemocnění daných orgánů. Dále se zaměřuje na primární a sekundární prevenci kolorektálního karcinomu. Stěžejní je sekundární prevence, která zahrnuje preventivní vyšetření na okultní krvácení a koloskopii.

Praktická část obsahuje zpracování dotazníkového šetření, které je zaměřeno na veřejnost s cílem zjistit, jak je veřejnost informována ohledně prevence kolorektálního karcinomu.

Klíčová slova: kolorektální karcinom, prevence, veřejnost, edukace

ABSTRACT

The thesis is focused on the issue of public access to prevention of colorectal carcinoma. The work is divided into two parts, theoretical and practical.

Theoretical part describes anatomy of the colon and rectum and oncologic diseases of the organs. Further It focuses on primary and secondary prevention of colorectal carcinoma. Secondary prevention is crucial, which is a preventive screening for occult blood and colonoscopy.

The practical part includes processing the survey, which focuses on public to determine how the public is informed about the prevention of colorectal cancer.

Keywords: colorectal carcinoma, prevention, public, education

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

Děkuji Mgr. Petrovi Snopkovi, DiS., za jeho cenné rady, připomínky a odborné vedení této bakalářské práce.

Velký dík patří také mé rodině a přátelům, kteří mi byli po celou dobu studia velkou psychickou oporou.

OBSAH

ÚVOD.....	12
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM	13
1.1 ANATOMIE TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU	13
1.2 PROBLEMATIKA KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU.....	14
1.2.1 RIZIKOVÉ FAKTORY	14
1.2.2 DIAGNOSTIKA:.....	15
1.2.3 LÉČBA KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	17
1.2.4 PROGNOZA ONEMOCNĚNÍ	18
1.3 EPIDEMIOLOGIE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	20
1.3.1 INCIDENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU, ČESKÁ REPUBLIKA.....	20
1.3.2 INCIDENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU VE SVĚTĚ	20
2 SCREENINGOVÝ PROGRAM KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU V ČESKÉ REPUBLICE.....	21
2.1 SCREENINGOVÝ PROGRAM V LETECH 2000 – 2008	21
2.2 SCREENINGOVÝ PROGRAM OD ROKU 2009	21
2.3 RADA PRO SCREENING KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	22
2.4 CENTRA PRO SCREENINGOVOU KOLONOSKOPII.....	23
2.5 ADRESNÉ ZVANÍ	23
2.6 AKCE STŘEVO TOUR.....	24
2.7 ČESKÝ DEN PROTI RAKOVINĚ 2013	25
3 PREVENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	26
3.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE	26
3.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE	26
3.2.1 TEST OKULTNÍHO KRVÁCENÍ.....	27
3.2.2 KOLONOSKOPIE	27

4 ÚLOHA SESTRY V PREVENTIVNÍ PÉČI U KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU.....	30
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
5 METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	34
5.1 CÍLE PRÁCE	34
6 METODIKA PRÁCE	35
6.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	35
6.2 METODA PRÁCE.....	35
6.3 ORGANIZAČNÍ ŠETŘENÍ.....	36
6.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	36
7 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEHO ANALÝZA	37
7.1 ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKU	37
8 DISKUZE	66
ZÁVĚR	73
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	74
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	76
SEZNAM TABULEK.....	77
SEZNAM GRAFŮ	78
SEZNAM PŘÍLOH.....	79

ÚVOD

Kolorektální karcinom patří v České republice k nejčastějším onkologickým onemocněním u mužů i žen. U mužů zaujímá 1. místo v incidenci nádorů, u žen se to pohybuje kolem 10. místa. Zabývat se tímto problémem a jeho prevencí podrobněji považuji za velmi aktuální

Sama pracuji na komplexním onkologickém centru Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně a vím, kolik lidí přibývá s diagnózou kolorektálního karcinomu, proto jsem se pro toto téma rozhodla. Je potřeba, aby lidé znali možnosti prevence tohoto onkologického onemocnění a byli o ní dostatečně informováni. Je třeba zdůraznit všechny možné metody primární a sekundární prevence. Také by se měla věnovat pozornost cílenému screeningovému programu.

Bakalářská práce se skládá z části teoretické a části praktické. V teoretické části se zabývám nádorovým onemocněním tlustého střeva a konečníku a prevencí tohoto onemocnění. Primární prevence je zaměřena proti vzniku onemocnění, a proto je důležitá znalost rizikových faktorů. Sekundární prevence je stěžejní pro mou práci. Je zaměřena na odhalení nádoru v časně fázi, kdy je naděje na úplné vyléčení.

V praktické části chci formou dotazníkového šetření zjistit, do jaké míry je veřejnost informována o prevenci kolorektálního karcinomu. Tímto šetřením zjišťuji informovanost veřejnosti o testu okultního krvácení, kolonoskopii, rizikových faktorech vedoucích ke vzniku nádorového onemocnění a taky jeho prevenci.

Cílem mé práce je zjistit, jak je veřejnost informována o prevenci rakoviny tlustého střeva a konečníku, tj. kolorektálního karcinomu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

1.1 Anatomie tlustého střeva a konečníku

Tlusté střevo, *intestinum crassum*, je poslední část trávicí trubice, která přijímá z tenkého střeva kašovité až tekutý obsah, z něhož byly v tenkém střevě vstřebány živiny. Tlusté střevo je úsek dlouhý 1,3 – 1,7 m, široký od 7,5 cm asi do 4 cm. Je charakteristické svým větším průsvitem, našedlou tmavší barvou, utvářením povrchu a charakterem sliznice. (Čihák, 2002, s. 96).

Části tlustého střeva:

- Caecum – slepé střevo – je uloženo v pravé jámě kyčelní, s iliocaekálním vyústěním na levém boku slepého střeva, součástí je *apendix vermiformis*, červovitý výběžek, který je připojen na slepě zakončený dolní konec caeka;
- Colon – tračník
 - *Colon ascendens* – tračník vzestupný – navazuje na caecum a po pravé straně břišní dutiny míří kraniálně pod játra. Je dlouhý 12 – 16 cm a užší než caecum;
 - *Colon transversum* – tračník přímý – je dlouhý asi 50 – 60 cm. Vzhledem ke své délce visí *colon transversum* kaudálně prohnuté v girlandu různého tvaru, podle náplně *colon* a náplně kliček *jejunoileum*, s nimiž je ve styku;
 - *Colon descendens* – tračník sestupný – je užší než *colon transversum* a postupně se ještě zužuje. Sestupuje kaudálně při levém okraji břišní dutiny, v délce 22 – 30 cm, od *flexura coli sinistra* do levé jámy kyčelní, kde plynule přechází v *colon sigmoideum*. (Čihák, 2002, s. 103)
 - *Colon sigmoideum* – esovitá klička – přechází z levé jámy kyčelní přes okraj malé pánve před křížovou kost, kde v úrovni obratlů S2 a S3 přechází v konečník. Celé je dlouhý 30 – 40 cm. (Čihák, 2002, s. 106)
- Rectum – konečník je poslední úsek střeva. Je uložen v pánevní dutině, měří 12 – 16 cm a sahá až do výše třetího křížového obratle. Ústí na povrchu těla otvorem zvaným anus, řiť. Konečník dělíme na dvě hlavní části: *ampulla recti* (kraniální a širší část), která přechází v *canalis analis* (je užší část). Stěna konečníku je složena ze čtyř vrstev stejně jako stěna tlustého střeva. Ve sliznici konečníku

jsou typické slizniční řasy. V ampulla recti jsou tři příčné poloměsíčité řasy (plicae transversae recti). Prostřední (Kohlrauschova) řasa se nachází na pravé straně v hloubce 6 – 7 cm od análního otvoru. V canalis analis je sliznice bledší. Prosvítají skrze ni žíly a nacházejí se zde podélné řasy. Zóna haemorrhoidalis je pás sliznice podložený cévní pletení. Zóna je za normálních okolností nenápadná. Vystupuje při přeplnění žil. Podslizniční vazivo konečníku je vysoké a řídké, takže může dojít až k vyhřeznutí sliznice z řitního otvoru (prolaps sliznice). Svalovina konečníku je vybavena svěrači. Vnitřní svěrač (musculus sphincter ani internus) je tvořen zesílenou hladkou svalovinou. Vnější svěrač (musculus sphincter ani externus) je tvořen příčně pruhovanou svalovinou, ovladatelnou vůlí. Povrchovou vrstvu konečníku tvoří peritoneum. (Čihák, 2002, s. 107-109)

1.2 Problematika kolorektálního karcinomu

Kolorektální karcinom je souhrnný název pro karcinom tračnicku a konečníku.

Nejčastějším typem kolorektálního karcinomu bývá adenokarcinom neboli nádor vznikající ze žlaznatých buněk střevní sliznice.

Nejčastější lokalizací bývá colon sigmoideum – esovitý tračník, rektosigmoideální spojení a rektum – konečník.

V časném stádiu onemocnění nemusí člověk pociťovat žádné příznaky. Později mohou nastat určité změny ve střevní činnosti jako je např. zácpa nebo naopak průjem, pocit nedokonalého vyprázdnění, časté bolesti či křeče břicha, pocit plynnosti či nadmutí, pocit na zvracení či přímo zvracení, přítomnost krve ve stolici, stolice, která bývá v průměru tenčí než normálně tzv. „stužkovitá“ stolice. Dané problémy nemusí být přímo příznaky pouze kolorektálního karcinomu, proto je vždy nutné navštívit lékaře a podrobit se dalším vyšetřením.

1.2.1 Rizikové faktory

- Vnější: nadbytek tuků v potravě, nevhodná tepelná úprava stravy, nadměrná exkrece žlučových kyselin do stolice, nedostatek vápníku v potravě (snížená schopnost detoxikace žlučových kyselin ve střevě), kouření a alkohol, nedostatek vlákní-

ny v potravě, nedostatek vitamínů A, C, E a selenu (snížená ochrana před toxickým efektem volných kyslíkových radikálů);

- Vnitřní: věk, pozitivní rodinná anamnéza tzv. hereditární faktory. (Holubec, 2004, s. 19)

1.2.2 Diagnostika:

- Důkladná anamnéza – zaměřená na výskyt nádorových onemocnění v rodině a na možné potíže, které mohou toto onemocnění doprovázet. Patří sem náhlé zhubnutí, bolesti břicha, krev ve stolici nebo nepravidelnosti stolice. Při podezření na dědičnou formu kolorektálního karcinomu je indikováno genetické vyšetření. Na jeho základě pak může být upraven léčebný plán a navrženo podrobnější sledování pro příbuzné;
 - Fyzikální vyšetření - je cíleno na vyšetření břicha a digitální vyšetření konečníku per rectum. Často lze tímto prostým vyšetřením nahmatat nádor konečníku a u mužů také nádor nebo nezhoubné zvětšení prostaty;
 - Laboratorní vyšetření – odběry krve: krevní obrázek, metabolický soubor, přítomnost onkologických markerů v krvi;
 - Test okultního krvácení;
 - Ultrazvuk břicha – jde o metodu obvykle rychle dostupnou a subjektivní;
 - Rentgen hrudníku - je zaměřený na vyhledávání případných metastáz v plicích;
 - CT (počítačová tomografie) břicha a pánve - patří k základnímu stagingovému vyšetření ke zjištění rozsahu onemocnění Kolonoskopie umožňuje prohlédnout celé tlusté střevo a biopsovat podezřelé útvary, možné jsou také výkony terapeutické. (Kolorektum, 2012)
-
- TNM klasifikace:

Přesný klinický popis zhoubných nádorů a histopatologická klasifikace může sloužit řadě společných cílů, zejména pak poskytuje určité údaje o prognóze onemocnění, pomáhá klinikovi při plánování léčby a napomáhá při hodnocení léčebných výsledků.

TNM systém k popisu anatomického rozsahu nemoci je založen na hodnocení tří složek:

T – rozsah primárního nádoru;

N – nepřítomnost či přítomnost a rozsah metastáz v regionálních mízních uzlinách;

M – nepřítomnost či přítomnost vzdálených metastáz. (Sobin, 2011, s. 17-18).

Primární nádor (T)

TX: primární nádor nelze hodnotit;

T0: bez známek primárního nádoru;

Tis: karcinom in situ (intraepiteliální 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 nebo prorůstá na viscerální peritoneum;

Regionální mízní uzliny (N)

NX: regionální uzliny nelze hodnotit;

N0: regionální mízní uzliny bez metastáz;

N1: metastázy v 1 až 3 regionálních mízních uzlinách;

N2: metastázy ve 4 nebo více regionálních mízních uzlinách;

Vzdálené metastázy (M)

MX: vzdálené metastázy nelze hodnotit;

M0: bez vzdálených metastáz;

M1: vzdálené metastázy jsou přítomny. (Sobin a kol., 2011, s. 88-89)

Skupiny stádií:

Stadium 0: Tis, N0, M0;

Stadium I: T1 nebo T2, N0, M0;

Stadium II: T3 nebo T4, N0, M0;

Stadium III: jakékoliv T, N1-3, M0;

Stadium IV: jakékoliv T nebo N, M1. (Holubec, 2004, s. 32)

- Histopatologický grading

Histopatologický stupeň je určen na základě diferenciacie nádoru, tedy schopnosti vytvářet struktury podobné strukturám výchozí tkáně, popř. produkovat látky, které výchozí tkáně produkují. Zpravidla se užívají čtyři stupně.

- GX:** grading nemůže být stanoven;
- G1:** dobře diferencované tumory;
- G2:** středně diferencované tumory;
- G3:** málo diferencované tumory;
- G4:** nediferencované tumory;

Reziduální nádor – zbytkové množství nádoru po předchozí léčbě např. po operaci

- R0:** bez reziduálního nádoru;
- R1:** mikroskopicky reziduální nádor;
- R2:** makroskopicky reziduální nádor. (Holubec, 2004, s. 33)

1.2.3 Léčba kolorektálního karcinomu

K léčbě kolorektálního karcinomu se nejvíce využívá chirurgická léčba, protinádorová chemoterapie, radioterapie, cílená biologická léčba nebo kombinace jednotlivých léčebných metod. Nejobtížnější a zároveň nejnákladnější je léčba metastatického onkologického onemocnění. Účinnost i náklady léčby výrazně zvyšuje použití preparátů z tzv. biologické léčby. (Kolorektum, ©2013a)

- Chirurgické odstranění nádoru

Jedná se velmi často o základní krok léčby, při které je nádor chirurgicky odstraněn. Uplatňuje se především u méně pokročilých stadií rakoviny, nicméně pomáhá i u rozvinutějších forem nemoci, neboť může zlepšit účinnost dalších typů léčby a celkovou kvalitu života pacienta.

- Chemoterapie

Je to jedna ze základních metod protinádorové léčby. Podávají se látky, tzv. cytostatika, které mají schopnost zabíjet buňky a jejichž původ je syntetický, nebo se jedná o deriváty látek získaných z rostlin či plísní. Cílem je zasáhnout a poškodit genetickou informaci nádorové buňky obsažené v DNA.

Chemoterapeutika jsou nasazována jako primární léčba, před operací za účelem zmenšení nádoru a také "preventivně" po chirurgickém odstranění nádoru, aby byly zničeny případné zbylé nádorové buňky.

- Radioterapie

Při radioterapii jsou buňky nádoru ničeny pomocí cíleného ozařování. Využívá se podobně jako chemoterapie: před operací ke zmenšení nádoru i po operaci ke zničení buněk, které se případně nepodařilo odstranit chirurgicky.

- Cílená (biologická) léčba

Principem cílené léčby jsou látky, které jsou schopny selektivně vyhledat nádorové buňky a zastavit jejich rozvoj. V současné době jsou tyto ekonomicky velmi nákladné léky určeny pro pacienty s metastatickým onemocněním a jejich podávání je omezeno na Komplexní onkologická centra. (Kolorektum, ©2013b)

1.2.4 Prognóza onemocnění

Prognostické faktory jsou údaje, které umožňují přibližně stanovit pravděpodobnost recidiv onemocnění, generalizace onemocnění, úmrtí či úplného uzdravení nemocného.

Prognostické faktory lze rozdělit na klasické ukazatele prognózy a prognostické faktory charakterizující biologickou aktivitu nádorového onemocnění. (Holubec, 2004, s. 61)

- Klasické ukazatele prognózy:

a) Staging

Pětileté přežití u pacientů s kolorektálním karcinomem v závislosti na stadiu onemocnění je přibližně následující:

Stadium I – 80%;

Stadium II – 60%;

Stadium III – 30%;

Stadium IV – 5%;

b) Reziduální nádor

R0 – přežití 57%;

R1 – přežití 5%;

R2 – přežití 5%;

c) Histologický nález

U gradingu 3,4 (méně diferencované nádory) je prognóza obecně horší.

d) Lokalizace nádoru

Nádory rekta mají obecně horší prognózu, hlavně nádory lokalizované v distální třetině.

e) Komplikace

Prognózu nepříznivě ovlivňují komplikace, jakými jsou např. perforace, obstrukce. Pacienti s těmito komplikacemi mají obecně horší prognózu. (Holubec, 2004, s. 62)

- Prognostické faktory biologické aktivity nádoru

Jedná se hlavně o hodnoty nádorových markerů v krvi, převážně o hodnoty CEA, dle některých prací i CA 19-9. (Holubec, 2004, str. 62)

CEA je onkofetální antigen, glykoprotein a značně imunogenní antigen. Patří do skupin molekul, které ovlivňují buněčnou adhezi.

CA 19-9 glykoproteinový antigen acinózního typu. Je vylučován výhradně žlučí. (Vyzula, 2007, s. 114)

1.3 Epidemiologie kolorektálního karcinomu

1.3.1 Incidence kolorektálního karcinomu, Česká republika

„Zhoubné novotvary (ZN) jsou v České republice evidovány od konce 50. let. V roce 1976 byl založen Národní onkologický registr, ve kterém byla sledována všechna hlášená onemocnění novotvary v jejich průběhu. Sledování zhoubných novotvarů bylo od roku 1979 rozšířeno o sledování novotvarů in situ a od roku 1987 jsou sledovány i novotvary nejistého nebo neznámého chování.“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012, s. 11)

„Zhoubný novotvar kolorekta je jednou z nejčastějších onkologických diagnóz v ČR. Z evropského i celosvětového pohledu se karcinom kolorech v České republice vyznačuje nadprůměrným výskytem i úmrtností.

V roce 2009 bylo hlášeno 8 205 ZN kolorech. Z toho se 4 839 případů vyskytlo u mužů a 3 366 u žen.

Z hlediska věkového rozložení je většina případů ZN kolorech hlášena u osob starších 60 let, a to téměř čtyři pětiny případů (80%). Průměrný věk při stanovení těchto diagnóz je vyšší

u žen než u mužů. Nejvíce případů bylo u mužů hlášeno ve věku 65-69 let, u žen ve věku 75-79let.“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012, s. 25)

1.3.2 Incidence kolorektálního karcinomu ve světě

V Evropě žije v současnosti kolem 3 milionů osob s kolorektálním karcinomem, což představuje zhruba 60% světové prevalence onemocnění. Roční incidence v Evropě přesahuje 400 000 nových případů a zhruba 200 000 osob na onemocnění kolorektální karcinom zemře. Nejvyšší absolutní počty jsou hlášeny z Německa, Ruska a Itálie. Nejnižší incidence je v Řecku, Rumunsku, Litvě, Lotyšsku a Finsku.

Pět let od diagnózy přežije v průměru 50-60 % pacientů v západní Evropě, zatímco ve východní Evropě o 10-20% méně.

V USA je diagnostikováno 150 000 nových případů kolorektálního karcinomu ročně, zhruba 60 000 pacientů na tohle onemocnění umírá. (Seifert, 2012, s. 22)

2 SCREENINGOVÝ PROGRAM KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU V ČESKÉ REPUBLICE

2.1 Screeningový program v letech 2000 – 2008

Screeningový program byl zahájen 1. 7. 2000. Stát poskytl již před zahájením programu významnou částku na podporu vybavení státních i privátních gastroenterologických pracovišť s předpokladem účasti ve screeningovém programu. Byly vytvořeny a oceněny kódy výkonů testu okultního krvácení a screeningové kolonoskopie.

Praktičtí lékaři zakoupili testovací soupravy na okultní krvácení a při zjištěné pozitivitě předávali pacienty dále na specializované spádové gastroenterologické pracoviště. (Seifert, 2012, s. 71)

Nečekaně nastal problém. Screeningového programu se zúčastnilo málo pacientů. Tato nízká účast nebyla sice nikterak systematicky zkoumána, ale lze předpokládat, že souvisela s postojem většiny populace, která o programech nevěděla nebo o ně neměla zájem, event. měla obavu z odhalení vážného onemocnění. (Seifert, 2012, s. 73)

2.2 Screeningový program od roku 2009

Screening kolorektálního karcinomu v letech 2000 – 2008 přinesl určité výstupy, ale vzhledem k nízké účasti populace nemohl zásadně ovlivnit nepříznivé epidemiologické ukazatele. To bylo důvodem k hledání nových strategií. (Seifert, 2012, s. 74)

Kritika byla snesena na komisi MZ ČR pro kolorektální karcinom, která je tvořena zástupci gastroenterologů, všeobecných praktických lékařů a zdravotních pojišťoven. Od roku 2008 přibyli gynekologové, analytici a od roku 2011 i biochemici. (Seifert, 2012, s. 72)

Standard screeningu nádorů kolorekta v ČR

„ Komise navrhla MZ ČR inovační opatření, později zveřejněná ve Věstníku MZ ČR, částka 01/2009 (str. 20 – 23): Standard při poskytování a vykazování výkonů screeningu nádorů kolorech v České republice:

- *Test okultního krvácení provedený ve věkovém rozmezí 50 – 54 let v jednoročním intervalu, od 55 let ve dvouročním intervalu;*
- *Zapojení registrujících lékařů v oboru gynekologie a porodnictví do screeningu;*

- *Možnost volby primární screeningové kolonoskopie v 55 letech věku, která může být při negativním výsledku v intervalu 10 let zopakována;*
- *Stanovení kritérií pro centra pro screeningovou kolposkopii.*“(Seifert, 2012, s. 72)

Komplexní znění věstníku viz P I.

2.3 Rada pro screening kolorektálního karcinomu

Jde o nezávislý odborný orgán, který sdružuje reprezentanty odborností gastroenterologie, všeobecného lékařství, gynekologie, bioanalytiky a biochemie. (Seifert, 2012, s. 76)

Úkolem rady je zajišťování koordinace screeningového procesu a zajištění jeho evaluace. Dále garantuje dodržování standartů zdravotnických zařízení pro screeningovou kolonoskopii.

Koordinátoři pro Zlínský kraj jsou:

Koordinátor:

MUDr. Jan Roubalík

- Nemocnice Atlas, a.s. - interní oddělení (Zlín);
- Endochirurgie, s.r.o. - MUDr. L. Man (Zlín);
- Kroměřížská nemocnice, a.s. - interní oddělení (Kroměříž);
- Privátní gastroenterolog - MUDr. G. Bubela (Vsetín);
- Nemocnice Valašské Meziříčí, a.s. - gastroenterologická ambulance (Valašské Meziříčí);
- Městská nemocnice s poliklinikou Uherský Brod, s.r.o. - Gastroenterologická ambulance - MUDr. Jiří Šercl (Uherský Brod);

Koordinátor:

MUDr. Vladimír Kojecký

- Krajská nemocnice Tomáše Bati - Centrum digestivní endoskopie (Zlín);

2.4 Centra pro screeningovou kolonoskopii

Pro zajištění vysoké kvality a bezpečnosti screeningových kolonoskopií přijala komise kritéria, na jejichž základě byla vybrána Centra pro screeningovou kolonoskopii pokrývající aktuální potřeby screeningu v České republice.

- Kritéria pro vznik centra pro screeningovou kolonoskopii:
 - Adekvátní technické a personální vybavení;
 - Zavedené principy bezpečné digestivní endoskopie;
 - Smluvně zajištěna 24hodinová endoskopická služba / přísluha;
 - Dostatečný počet provedených výkonů za poslední 3roky: 1 000 endoskopií a 250 endoskopických polypektomií;

Došlo i k posílení datové základny screeningu. Data jsou shromažďována v Národním referenčním centru a následně zpracována a vyhodnocena v Institutu biostatistiky a analýz a dále zpětně předána k využití lékařům. (Seifert, 2012, s. 75)

Seznam center pro screeningovou kolonoskopii viz P II.

2.5 Adresné zvaní

Na Ministerstvu zdravotnictví vznikl v posledních měsících návrh projektu, který se bude zaměřovat na prevenci vybraných nádorových onemocnění v České republice (rakovina děložního čípku, rakovina prsu a kolorektální karcinom). Jeho stěžejním bodem má být adresné zvaní, které budou realizovat zdravotní pojišťovny. Počítá se rovněž s tím, že projekt, který nyní čeká na schválení, bude hrazen z prostředků evropských fondů.

Existují různé způsoby adresného / centrálního zvaní. Obecně se doporučuje provést pilotní studii v dané zemi před jeho zavedením. Významnou roli hrají i ekonomické aspekty.

System adresného zvaní klade zvýšené nároky na všechny odbornosti zúčastněné ve screeningu. Rozhodující je přitom kapacita center pro screeningovou kolonoskopii, kde hrozí prodlužování čekací doby na vyšetření a ztráta osob, které mají pozitivní test okultního krvácení. Roli má i obsah a forma vlastního zvacího dopisu.

Výběr cílové populace k obeslání by proběhl systémově podle daných kritérií, např. 2 roky neprodělané screeningové vyšetření testu okultního krvácení ve věku 50 – 54let, respektive tři roky od 55 let, 5 let od provedené kolonoskopie, vyloučení ze screeningu při těžké komorbiditě.

Před zavedením centrálního zvaní je třeba informovat a edukovat zúčastněné zdravotníky, podpořit mezioborovou spoluprací a zároveň připravit souběžnou mediální kampaň. (Seifert, 2012, s. 90-92)

Aktuálně Ministerstvo zdravotnictví vsadilo na nový projekt, který se zaměřuje na tři druhy rakoviny tj. prsu, děložního čípku a tlustého střeva a konečníku. Projekt se opírá o tzv. adresné zvaní, které má zároveň podpořit celorepubliková informační a vzdělávací kampaň. Vše bude hrazeno z prostředků evropských fondů. Trvání projektu by mělo fungovat mezi lety 2013 a 2015 a zároveň se počítá s jeho pětiletou udržitelností.

Lékaři společně s pojišťovny rozjíždějí tedy cílené zvaní k vyšetření. Lidem nad 50 let do konce roku 2013 začnou chodit pozvánky k návštěvě praktického lékaře, který je otestuje na okultní krvácení. (Euractiv, 2013)

2.6 Akce Střevo tour

Hlavní roli v osvětové kampani cílené na prevenci rakoviny tlustého střeva a konečníku hraje ohromná maketa tlustého střeva. Putovní kampaň ve formě „road show“ postupně navštíví vybraná velká města v České republice. Poprvé bude mít česká veřejnost možnost získat důležité informace o jednom z největších nádorových zabijáků – rakovině tlustého střeva a konečníku – pomocí obří makety tlustého střeva. Maketou o rozměrech 9 x 4 metry se dá procházet jako tunelem a lidé si budou moci prohlédnout, jak tlusté střevo vypadá uvnitř. Uvidí nejen zdravou sliznici, ale názorně také choroby, které tlusté střevo nejčastěji postihují. Nejzávažnější je pochopitelně rakovina tlustého střeva a konečníku. Osvětová kampaň je tedy zaměřena především na včasné odhalení rakoviny tlustého střeva a konečníku a plánována je minimálně na dva roky (začátek projektu je rok 2011). Onkomaják, který tuto akci zajišťuje, proto navázal spoluprací s Nadací VIZE 97, jež se touto problematikou již dlouhá léta rovněž zabývá. (Onkomaják, 2013)

2.7 Český den proti rakovině 2013

Ve středu 15. května se konal již 17. ročník tradiční sbírky Český den proti rakovině. Účelem veřejné sbírky Ligy proti rakovině Praha není jen pouhé získávání prostředků na financování projektů, akce plní rovněž významnou preventivní úlohu. Každý dárci si za minimálně dvacetikorunový příspěvek odnese nejen kytičku měsíčku lékařského s letošní zelenou stužkou, obdrží také leták s podrobnými informacemi o možnostech prevence rakoviny.

Ústředním tématem letošního roku je nádorové onemocnění tlustého střeva a konečníku.

Cílem sbírky je preventivně působit na širokou veřejnost prostřednictvím letáků s informacemi a za nabízené kvítky měsíčku lékařského získat prostředky na boj proti rakovině - na nádorovou prevenci, zlepšení kvality života onkologických pacientů, podporu onkologické výchovy, výzkumu a vybavení onkologických center. (Český den proti rakovině, 2013)

Viz. P VI Leták Český den proti rakovině

3 PREVENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

3.1 Primární prevence

Primární prevence si klade za cíl eliminovat rizikové faktory, které by mohly vést ke vzniku nemoci, v tomto případě nádorového onemocnění. Snaží se tedy o to, aby nádor vůbec nevznikl.

Tyto rizikové faktory můžeme rozdělit do tří skupin:

- Faktory spojené se správným životním stylem – nekouření, pohybová aktivita, pouze limitovaná konzumace alkoholu, dostatek spánku, vyvarovat se působení škodlivých látek a obecně škodlivých a rizikových faktorů;
- Faktory výživové – přiměřená, pestrá a vyvážená strava;
- Faktory chemopreventivní – mluvíme o dlouhodobé aplikaci specifických chemických látek za účelem prevence, inhibice nebo ústupu karcinogeneze. Aplikujeme je u jedinců, kteří jsou relativně zdraví nebo kteří mají vysoké riziko vzniku kolorektálního karcinomu. Chemické látky působí specificky na cílenou tkáň, jejich podání bývá v nízkých dávkách tak, aby nezpůsobily nežádoucí účinky;

3.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence se uplatňuje v situaci, kdy nádor vznikl, ale byl diagnostikován včas a je v léčitelném stádiu.

Jiný název pro sekundární prevenci je kolorektální screening. Screening znamená plošné vyšetřování populace za účelem detekce léčitelného nádorového onemocnění v jeho časných stádiích, kdy pacienti ještě nemají potíže a příznaky. Cílem screeningu je snížit morbiditu (nemocnost) i mortalitu (úmrtnost) na sledované onemocnění.

Kolorektální screening je založen na pravidelných testech okultního krvácení do stolice nebo na koloskopii, což je endoskopické vyšetření tlustého střeva a konečníku.

Doporučení pro provedení kolorektálního screeningu jsou:

- Lidé ve věkovém rozmezí 50 – 54let by si měli 1x ročně provést test okultního krvácení, který je běžně k dostání v lékárně, u praktických lékařů pro dospělé nebo ženy u svých gynekologů;

- Lidé starší 55let se mohou rozhodnout pro primární screeningovou koloskopii, kterou stačí provádět 1x za 10let, nebo mohou zůstat pouze u testu okultního krvácení, což se doporučuje 1x za 2roky – pokud nemají nějaké problémy. (Kolo-rectum, 2009c).

3.2.1 Test okultního krvácení

Jedná se o dostupný a relativně jednoduchý test okultního krvácení do stolice. Je to krvácení, které nemůžeme vidět pouhým okem. Poučení o provedení testu provede lékař, který mu test vydá, nebo zkušená sestra. Test lze koupit i v lékárně, bez předchozí návštěvy lékaře. V tom případě je nutné přečíst si pečlivě příbalový leták a postupovat dle pokynů v něm napsaných. (Jablonská, 2000, s. 346)

Provedení testu okultního krvácení:

Test se provádí doma. Před provedením testu je nutné držet 3dny dietu (v moderních, nových testech to není potřeba). Vyloučí se potraviny bohaté na železo, aby nedošlo ke zkreslení výsledku např. špenát, syrové maso, uzeniny. Dále by se měli omezit i léky, které obsahují železo, pokud není nutné je brát. Pacient by se měl poradit s lékařem. Testovat by se také neměli ženy během menstruace a lidé s průjmovým onemocněním.

Test obsahuje testovací kartu a špachtle. Po třech po sobě jdoucích dnech, myslí se dny, kdy jde člověk na stolicí, jelikož ne všichni chodí pravidelně každý den. Každý den je tedy potřeba na přiloženou špachtli vzít vzorky stolice z různých míst stolice a rozetřít je do okénka na testovací kartě. Jakmile se provedou všechny tři odběry, donese pacient test k lékaři a ten test pošle do laboratoře.

Řekněme, že výhoda a zároveň nevýhoda tohoto vyšetření je, že může vzniknout falešný pozitivní výsledek. Pokud je test pozitivní je potřeba provést další došetření. Nejlepší je provést kolonoskopii.

3.2.2 Kolonoskopie

Kolonoskopie patří mezi endoskopická vyšetření gastrointestinálního traktu. Endoskopický přístroj se zavádí do konečníku a tlustého střeva, jenž je vyšetřeno po celé své délce. Vyšetření lze provést jak ambulantně, tak i za hospitalizace v nemocnici.

Příprava pacienta spočívá ve vysvětlení, jak se na výkon připravit, jak samotný výkon probíhá a co dělat po výkonu. Poučení pacienta by měl provádět lékař.

Příprava pacienta před vyšetřením:

Pacient by den předem neměl jíst a pít jen tekutiny. Měl by se řádně vyprázdnit, k čemuž by mu měl dopomoci i prázdnící roztok. Roztok způsobí silný průjem a tím vyčistí střevo od stolice. Vyčištěné střevo je totiž přehlednější a umožňuje lékaři lepší pozorovatelnost změn ve střevě.

Po domluvě se svým ošetřujícím lékařem by bylo dobré vysadit léky proti srážení krve např. Warfarin. Pokud by se objevil nález a bylo by možné provést odstranění polypu, mohlo by dojít ke krvácení. Vysazení léku by mělo být provedeno 4-5 dní před zákrokem z důvodu delšího poločasu účinku léku.

Těsně před výkonem je podán pacientovi lék na uklidnění.

Princip vyšetření:

Lékař pacientovi zavede tenkou ohebnou hadičku do konečníku a opatrně ji zavádí dál do tlustého střeva. Na konci hadičky je kamera, která snímá obraz konečníku a střeva na obrazovku, kde to vidí lékař. Zobrazení lze vylepšit barvením pomocí tzv. chromoendoskopických metod.

Při vyšetření můžeme provést i odběr materiálu na histologii pomocí použití drobných kleští, které jsou součástí endoskopu.

Kolonoskopie nám může sloužit i k léčebným zákrokům, jelikož nám endoskop používaný při kolonoskopii umožňuje zavedení různých nástrojů. Nejčastějším takovým zákrokem bývá polypektomie neboli odstranění výrůstku sliznice vyrůstající do dutiny střeva.

Komplikace:

Jedná se o jednoduché a skoro bezbolestné vyšetření. Ke komplikacím by tedy nemělo docházet. Vzácným problémem by bylo protržení sliznice střeva a následné krvácení. Další komplikací, tedy spíše nevýhodou je, že kolonoskopie vyšetřuje pouze konečník a tlusté střevo a nezasahuje až do tenkého střeva.

Po vyšetření nejsou žádné zvláštní opatření. Pouze kvůli podání uklidňující látky před vyšetřením by neměl pacient 24hod řídit motorové vozidlo. (Holubec, 2004, s. 89-95)

4 ÚLOHA SESTRY V PREVENTIVNÍ PÉČI U KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

Sestra by měla svým konáním a postojem sloužit jako vzor zdravého životního stylu. Výchovu ke zdraví by měla chápat jako celoživotní proces, který se zaobírá celým člověkem, zahrnuje fyzické, psychické, sociální, emocionální, duchovní a společenské aspekty.

- **Úloha sestry v primární prevenci kolorektálního karcinomu**

Profesní úloha sestry v prevenci kolorektálního karcinomu zahrnuje vzdělávání se v patřičné oblasti, účastnění se seminářů a dalších vzdělávacích akcích, spolupráce s ostatními sestrami a lékaři. Sestra by měla také usilovat o zainteresování dalších zdravotnických pracovníků do prevence kolorektálního karcinomu a podporovat jejich účast na odborných seminářích a konferencích zaměřených na prevenci kolorektálního karcinomu.

Důležitou úlohu hraje i edukační činnost sestry, která spočívá ve vytváření edukačních standardů a edukačních materiálů pro cílové skupiny vycházející z jejich potřeb či předcházejících zkušeností. Měla by vytvářet a být součástí erudovaných edukačních týmů, vypracovávat a realizovat edukační programy na podporu, ochranu zdraví a prevenci kolorektálního karcinomu. Stěžejní náplní by měla být podpora jednotlivce, rodiny i skupiny při upevňování zdravého životního stylu a správné životosprávy, které přispívají k prevenci onemocnění kolorektálního karcinomu.

Sestra by tedy měla znát všechna rizika, která vedou ke vzniku kolorektálního karcinomu a měla by také veřejnost v těchto oblastech správně edukovat.

- **Úloha sestry v sekundární prevenci**

V sekundární prevenci by měla sestra znát problematiku onemocnění kolorektálního karcinomu zejména jeho diagnostiku. Měla by dostatečně edukovat veřejnost,

aby se ve smyslu ochrany svého zdraví zúčastňovala screeningu kolorektálního karcinomu. Především by měla znát test okultního krvácení a kolonoskopii, což jsou vyšetření, týkající se sekundární prevence kolorektálního karcinomu.

Zde sestra plní roli edukátorky ve smyslu ošetrovatelské péče, která souvisí s daným screeninem- edukace pacienta před vyšetřením, po vyšetření apod.

- **Úloha komunitní sestry v prevenci kolorektální karcinomu**

Komunitní sestry, které pracují se svými klienty mimo nemocnici, mohou působit jako významný článek v onkologické prevenci, jelikož občan potřebuje více dostupných seriozních informací o zdravém životním stylu a primární a sekundární prevenci nádorových onemocnění a stejně tak podporu v úsilí učinit některé žádoucí změny ve svém životním stylu. Toto všechno jim mohou poskytnout komunitní sestry, které musí být k této samostatné činnosti dostatečně motivovány a vyškoleny.

Například v roce 2010 byl realizován vzdělávací program s názvem Projekt Onkologické prevence v komunitní péči, který je zaměřen na vzdělávání komunitních sester v oblasti prevence nádorového onemocnění prsu a kolorektálního karcinomu. Koordinátorem tohoto programu byl Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Jeho cílem bylo zlepšit onkologickou prevenci a kvalitu života onkologických pacientů. Dalším cílem bylo větší zapojení sester v onkologické prevenci.

Vzdělávací program onkologické prevence se skládal ze tří modulů, které byly zaměřeny tyto oblasti:

- **1. Modul - Prevence**

Primární, sekundární, terciální, prevence ve vztahu k výživě, pohybové aktivitě a užívání návykových látek (kouření, alkohol), k dalším rizikovým faktorům, zdravý životní styl, screeningové programy v onkologii a hodnocení rizikového profilu.

- **2. Modul – Diagnostika a léčba v onkologii**

Nejnovější diagnostické a léčebné přístupy v onkologii, ošetrovatelská péče, komunikace, edukace, léčba nádorové bolesti.

- **3. Modul - Péče o pacienta ve vlastním prostředí**

Posouzení potřeb pečovatele, posouzení potřeb a řešení nejčastějších somatických, psychických a sociálních potřeb pacienta, podpora pacienta a jeho blízkých v zajištění kvality života u pacienta s onkologickým onemocněním v jeho vlastním prostředí a pomoc blízkým a pečujícím o nemocné. (Communitycare, 2010)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Cíle práce

Hlavní cíl: Zjistit informovanost veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu.

Dílčí cíle:

Cíl 1: Zjistit, jaký je přístup veřejnosti k prevenci kolorektálního karcinomu.

Cíl 2: Zjistit, zda respondentům bylo nabídnuto screeningové vyšetření v rámci preventivních prohlídek a zda ho provedli.

Cíl 3: Zjistit, zda a kým byli respondenti informováni o důležitosti a postupu screeningového vyšetření.

Cíl 4: Zjistit, jakým způsobem veřejnost přistupuje ke koloskopii, rektoskopii.

6 METODIKA PRÁCE

6.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek tvořili muži a ženy ve věkové kategorii 50-60 let různého vzdělání. Respondenty jsem získávala ve svém nejbližším okolí náhodným výběrem. Bakalářskou práci jsem zpracovávala na základě průzkumného šetření prováděného v období od 1. 11. 2012 do 1. 2. 2013, tedy 3 měsíce. Celkem bylo rozdáno 160 dotazníků. Návratnost byla 89%. Zkoumaný vzorek tvoří 88 žen a 55 mužů.

6.2 Metoda práce

V průzkumném šetření byla použita metoda kvantitativního sběru dat - nestandardizovaný dotazník. *„Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Techniku dotazníku charakterizuje nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku, přiměřená znalost šetřeného prostředí a nezbytnost předvýzkumu.“* (Kutnohorská, 2009, s. 41)

Tato metoda je nejrozšířenější, protože umožňuje získat potřebné informace od velkého počtu respondentů za poměrně krátkou dobu.

Dotazník má sedm stran a obsahuje 23 položek. Dotazník uvádím v příloze (viz. P V).

Dotazník použitý při zpracování mé bakalářské práce se skládal z otázek: uzavřených, otevřených a polozavřených.

- Typ uzavřených otázek (dichotomických) zastoupen otázkami: č. 1, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 22, 23.
- Typ otevřených otázek zastoupen otázkami: č. 18, 19, 20.
- Typ polozavřených otázek zastoupen otázkami: č. 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21.

6.3 Organizační šetření

Zahájení průzkumného šetření předcházelo prostudování odborné literatury vztahující se k dané problematice. Dále jsem si vytvořila jednotlivé položky dotazníku dle předem stanovených cílů, které mi následně byly schváleny mým vedoucím práce Mgr. Snopkem. Před zahájením samotného průzkumného šetření byl proveden v říjnu 2012 předvýzkum, který měl odhalit případné nedostatky zkonstruovaného dotazníku. Dotazník byl předložen 3 respondentům. Tito respondenti byli taktéž zařazeni do hlavního průzkumného šetření. Z odevzdaných dotazníků nevyplývaly žádné nesrovnalosti v odpovědích, dotazník tedy nebylo třeba upravovat a všechny položky byly ponechány. Průzkumné šetření probíhalo rozdáním dotazníků veřejnosti. Celkem bylo zpracováno 143 dotazníků. Návratnost byla tedy 89%.

6.4 Zpracování získaných dat

Získaná data jsem zpracovávala v programu Microsoft Excel a uspořádala je do tabulek četností. V každé tabulce je uvedena absolutní četnost (udává počet respondentů, kteří odpovídali na danou otázku stejnou odpovědí) a relativní četnost (udává procentuální zastoupení těchto respondentů). Ke každé otázce jsem vytvořila tabulku odpovědí a graf.

Získaná data byla matematicky zaokrouhlena programem Microsoft Excel.

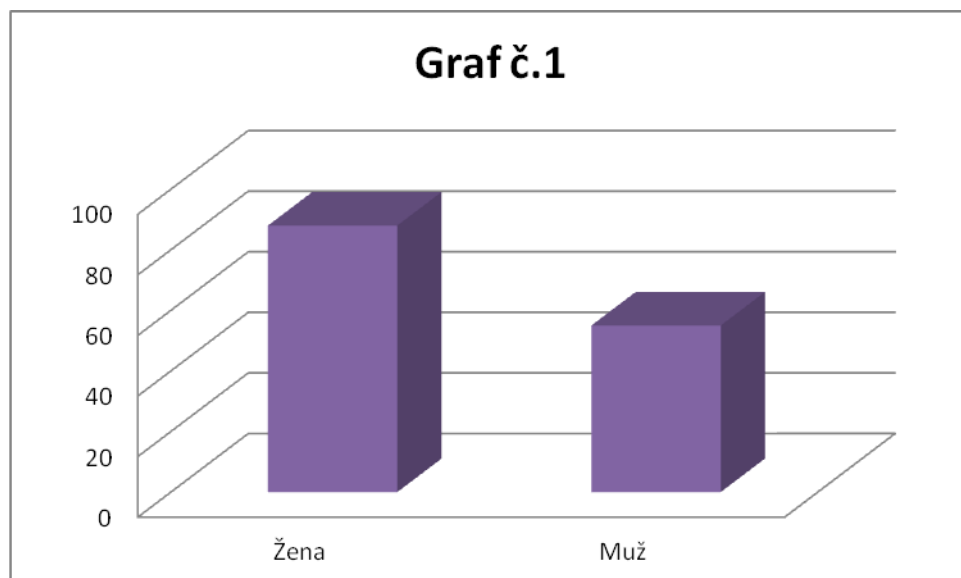
7 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEHO ANALÝZA

7.1 Zpracování dotazníku

Otázka č. 1 Pohlaví

Tabulka č. 1 Pohlaví

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
Žena	88	62%
Muž	55	38%
Celkem	143	100%



Graf č. 1 Pohlaví

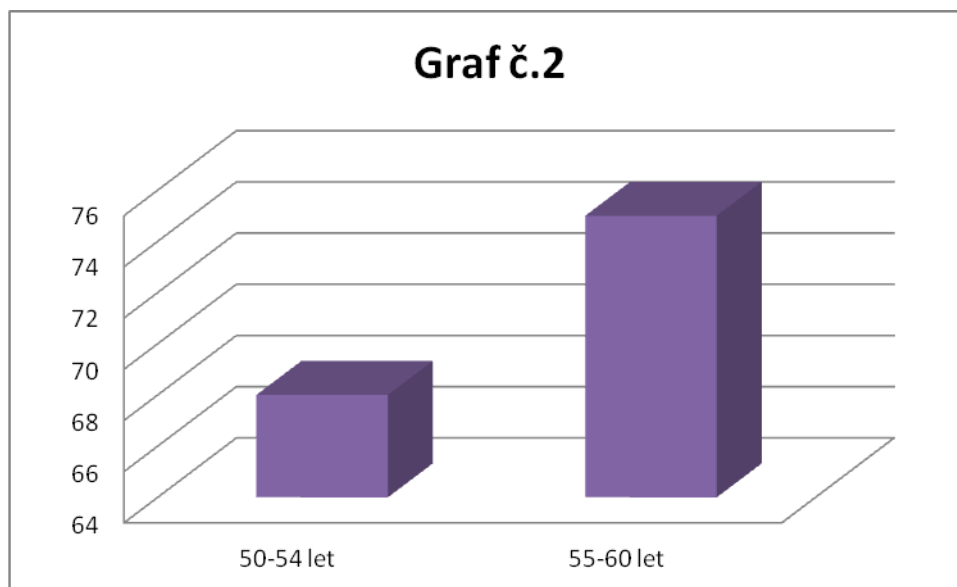
Komentář:

Výzkumného šetření se zúčastnilo 55 mužů (38%) a 88 žen (62%).

Otázka č. 2 Věk

Tabulka č. 2 Věk

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
50-54 let	68	48%
55-60 let	75	52%
Celkem	143	100%



Graf č. 2věk

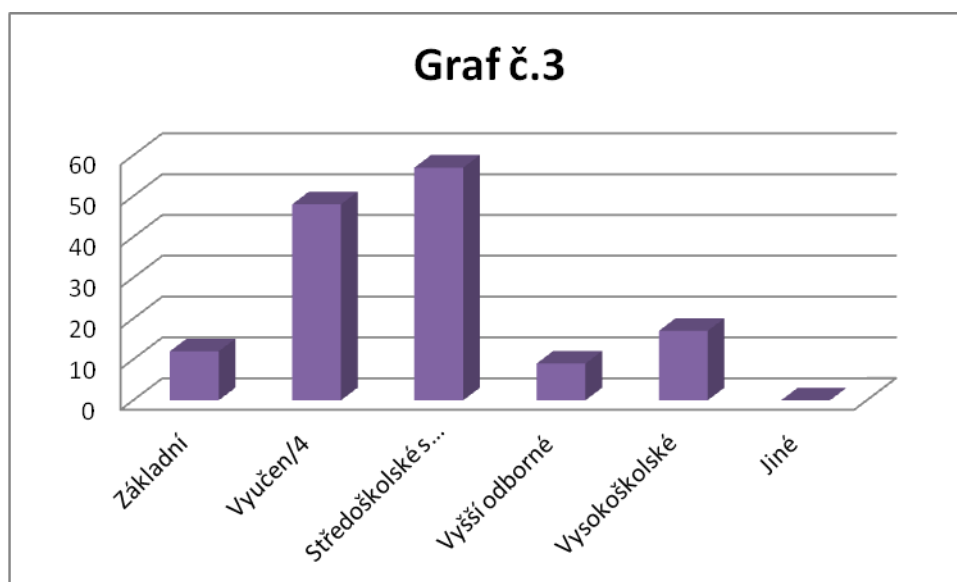
Komentář:

Menší počet respondentů tvoří skupina lidí ve věku 50-54let 68 (48%). Ve věku 55-60let je počet respondentů 75 (52%).

Otázka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 3 Vzdělání

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
Základní	12	8%
Vyučen/a	48	34%
Středoškolské s maturitou	57	40%
Vyšší odborné	9	6%
Vysokoškolské	17	12%
Jiné	0	0%
Celkem	143	100%



Graf č. 3 Vzdělání

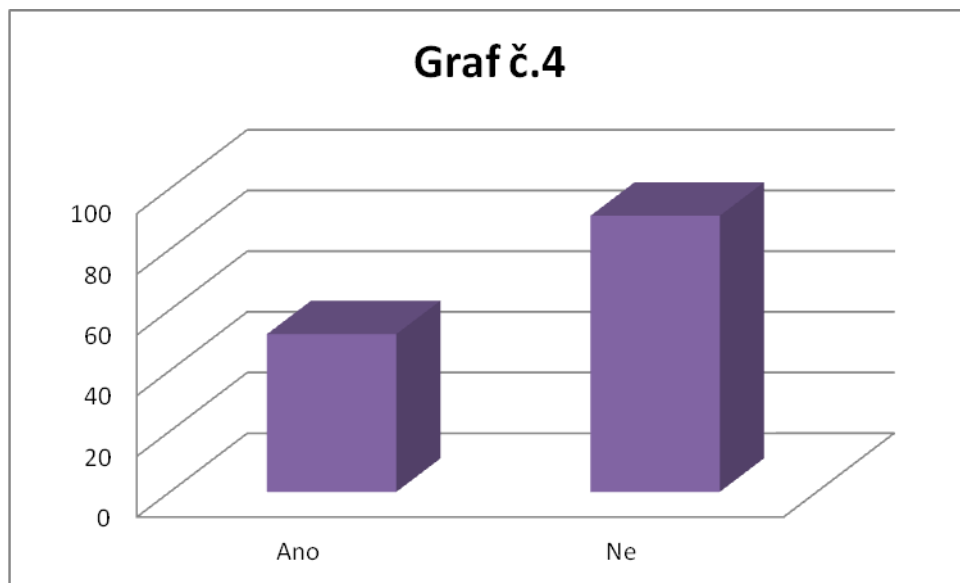
Komentář:

Největší skupinu respondentů tvoří lidé se středoškolským vzděláním - tedy 57(40%). Druhou největší skupinou jsou respondenti s vyučením – 48 (30 %). Další skupiny respondentů jsou vysokoškoláci – 17 (12%), se základním vzděláním – 12 (8%) a vyšší odborné vzdělání má 9 (6%) respondentů.

Otázka č. 4 Je ve Vaší rodině někdo, kdo měl nebo má rakovinu tlustého střeva a konečníku- kolorektální karcinom? (např. rodiče, sourozenci, děti...)

Tabulka č. 4Přítomnost kolorektálního karcinomu v rodině

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
Ano	52	36%
Ne	91	64%
Celkem	143	100%



Graf č. 4Přítomnost kolorektálního karcinomu v rodině

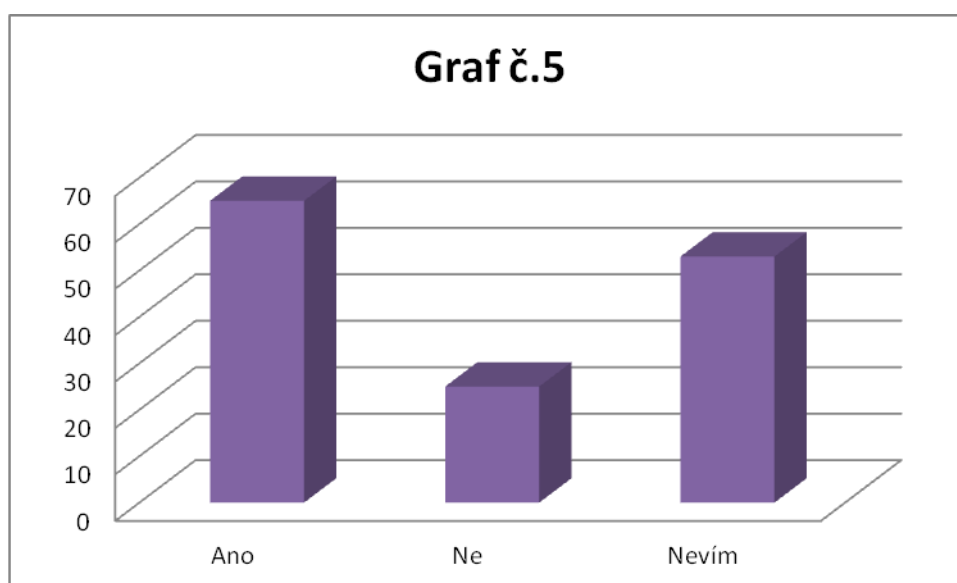
Komentář:

Z celkového počtu respondentů je větší počet těch, u kterých se rakovina tlustého střeva a konečníku nevyskytuje. Jedná se o 91 (64%) respondentů. U 52 (36%) respondentů má rakovinu tlustého střeva a konečníku někdo z rodiny.

Otázka č. 5 Domníváte se, že je prevence v případě rakoviny tlustého střeva a konečníku-kolorektálního karcinomu důležitá?

Tabulka č. 5 Důležitost prevence kolorektálního karcinomu

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
Ano	65	46%
Ne	25	17%
Nevím	53	37%
Celkem	143	100%



Graf č. 5 Důležitost prevence kolorektálního karcinomu

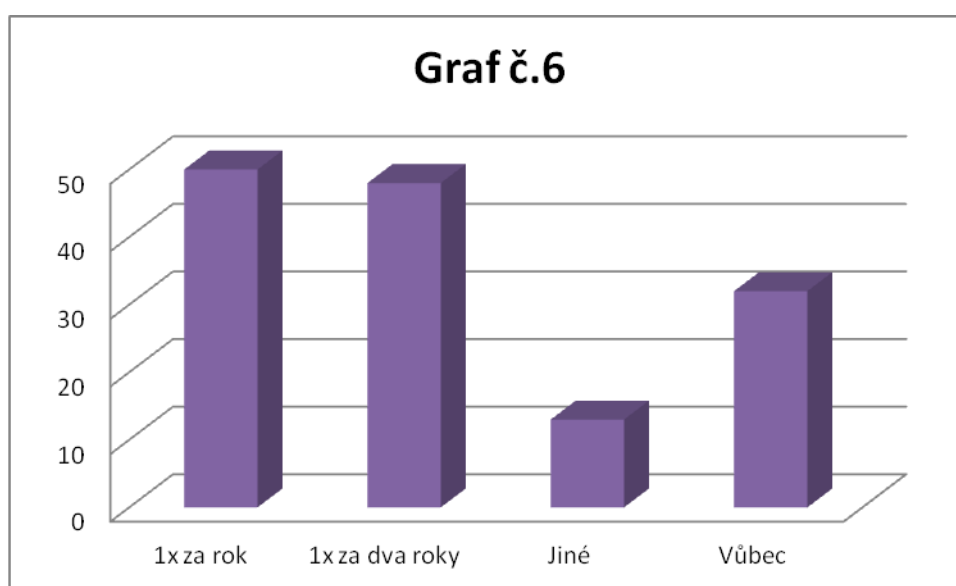
Komentář:

65 (46%) respondentů odpovědělo, že prevence v případě rakoviny tlustého střeva a konečníku je důležitá. 53 (37%) respondentů neví a 25 (17%) respondentů si myslí, že prevence není důležitá.

Otázka č. 6 Jak často navštěvujete za účelem preventivních prohlídek svého praktického lékaře?

Tabulka č. 6 Četnost preventivních prohlídek

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
1x za rok	50	35%
1x za dva roky	48	34%
Jiné	13	9%
Vůbec	32	22%
Celkem	143	100%



Graf č. 6 Četnost preventivních prohlídek

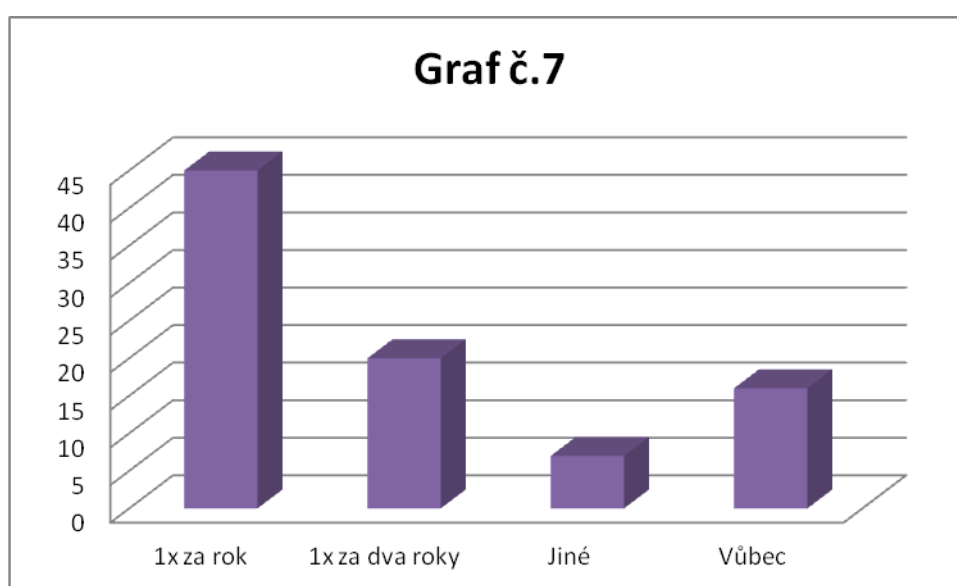
Komentář:

50 (35%) respondentů navštěvuje svého praktického lékaře za účelem preventivních prohlídek 1x za rok, 48 (34%) respondentů 1x za dva roky, 32 (22%) respondentů vůbec a 13 (9%) respondentů odpovědělo jinak – všichni se shodli na odpovědi: jen někdy.

Otázka č. 7 **Vyplní pouze ženy:** Jak často navštěvujete za účelem preventivních prohlídek svého gynekologa?

Tabulka č. 7 Preventivní prohlídky u gynekologa

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
1x za rok	45	51%
1x za dva roky	20	23%
Jiné	7	8%
Vůbec	16	18%
Celkem	88	100%



Graf č. 7 Preventivní prohlídky u gynekologa

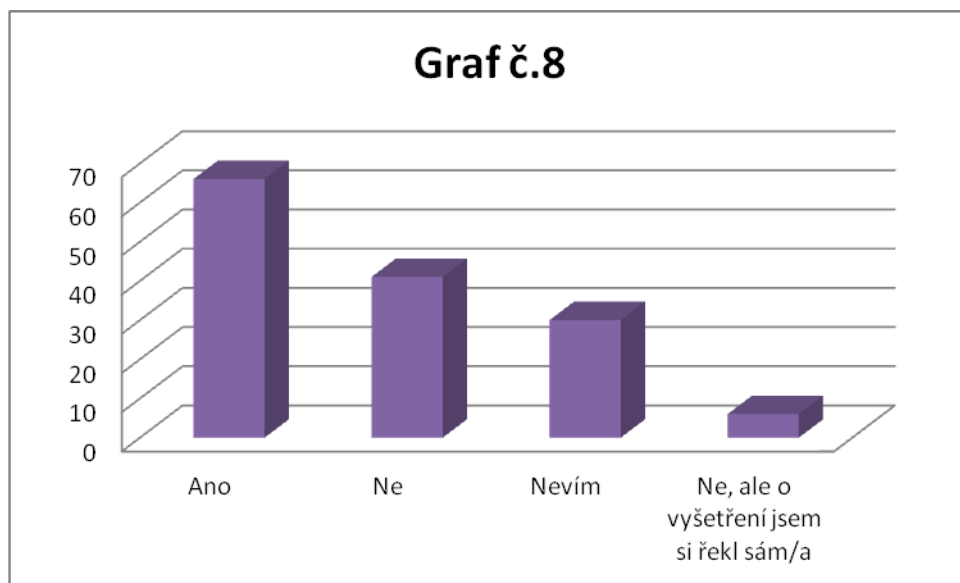
Komentář:

45 (51%) respondentek navštěvuje za účelem preventivních prohlídek svého gynekologa 1x za rok, 20 (23%) respondentek 1x za dva roky, 16 (18%) respondentek vůbec a 7 (8%) respondentek odpovědělo jinak – všechny se shodly na odpovědi: jen někdy.

Otázka č. 8 Bylo Vám při preventivní prohlídce nabídnuto i vyšetření stolice na tzv. okultní (skryté) krvácení?

Tabulka č. 8 Nabídka testu okultního krvácení

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
Ano	66	46%
Ne	41	29%
Nevím	30	21%
Ne, ale o vyšetření jsem si řekl sám/a	6	4%
Celkem	143	100%



Graf č. 8 Nabídka testu okultního krvácení

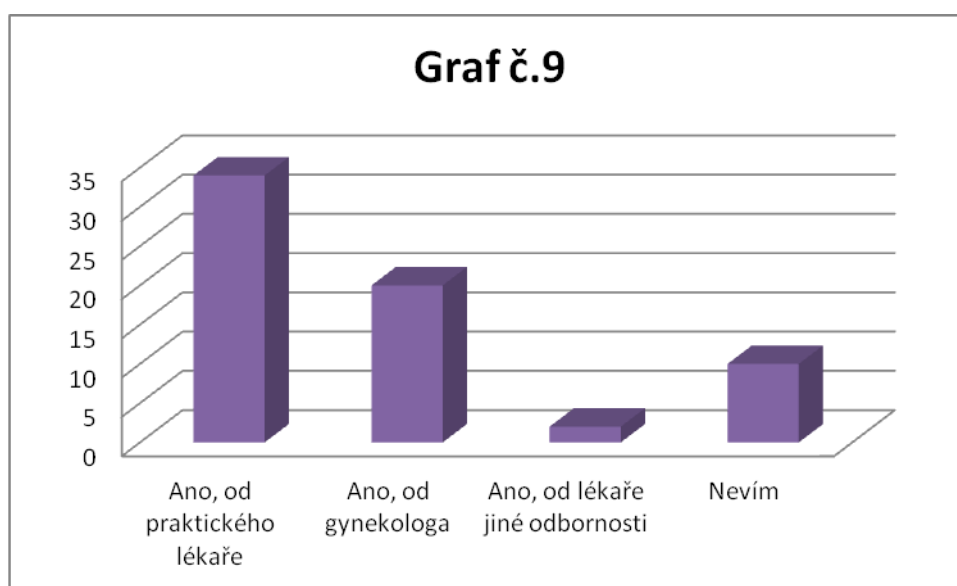
Komentář:

66 (46%) respondentům bylo při preventivní prohlídce nabídnuto vyšetření stolice na okultní krvácení. 41 (29%) respondentů toto vyšetření nabídnuto nebylo. 30 (21%) respondentů neví a 6 (4%) respondentů si o vyšetření samo řekli.

Otázka č. 9 Víte, jakým lékařem Vám bylo toto vyšetření nabídnuto?

Tabulka č. 9 Odbornost lékaře, který nabídl respondentům test okultního krvácení

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
Ano, od praktického lékaře	34	52%
Ano, od gynekologa	20	30%
Ano, od lékaře jiné odbornosti	2	3%
Nevím	10	15%
Celkem	66	100%



Graf č. 9 Odbornost lékaře, který respondentům nabídl test okultního krvácení

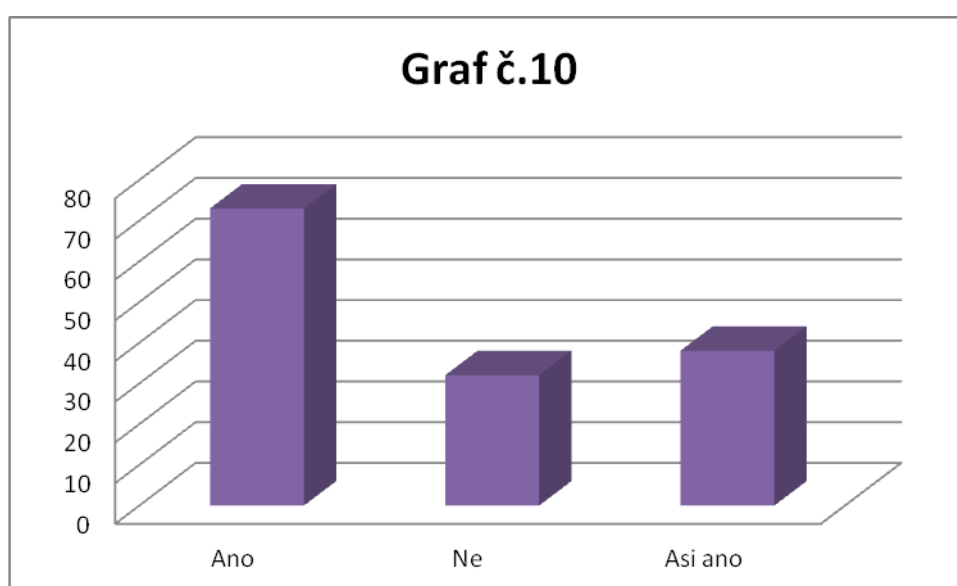
Komentář:

Vyšetření od praktického lékaře bylo nabídnuto 34 (52%) respondentům. 20 (30%) respondentům bylo vyšetření nabídnuto od gynekologa. 10 (15%) respondentů neví a 2 (3%) respondentů bylo vyšetření nabídnuto od lékaře jiné odbornosti – byli to internista (1,5%) a urolog (1,5%).

Otázka č.10 Víte, o jaké vyšetření se jedná?

Tabulka č. 10 Znalost testu okultního krvácení

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
Ano	73	51%
Ne	32	22%
Asi ano	38	27%
Celkem	143	100%



Graf č. 10 Znalost testu okultního krvácení

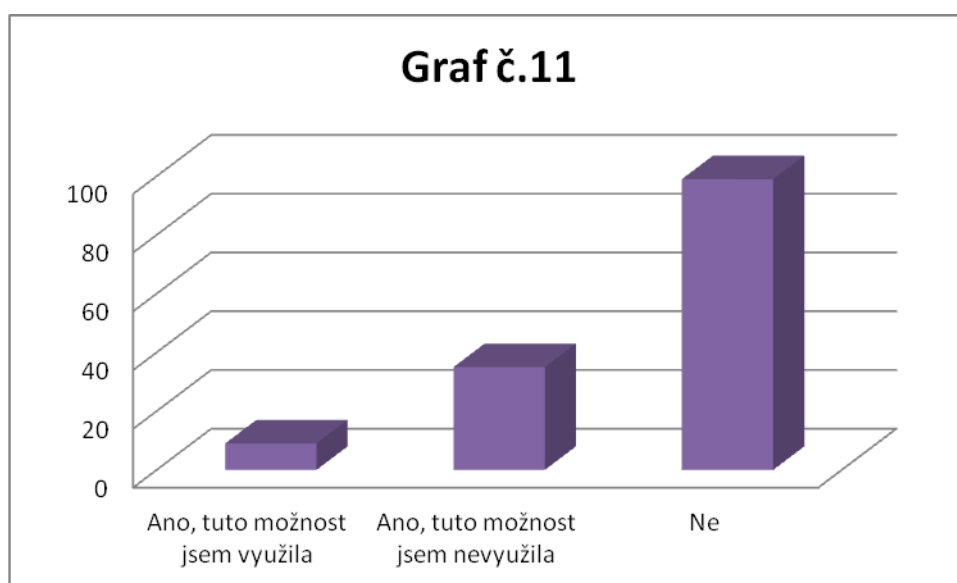
Komentář:

73 (51%) respondentů ví, o jaké vyšetření se jedná, 32 (22%) neví a 38 (27%) asi ví, o jaké vyšetření se jedná.

Otázka č. 11 Víte, že si toto vyšetření můžete zakoupit sami v lékárně, aniž byste museli navštívit lékaře?

Tabulka č. 11 Zakoupení testu okultního krvácení v lékárně

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
Ano, tuto možnost jsem využila	9	6%
Ano, tuto možnost jsem nevyužila	35	24%
Ne	99	70%
Celkem	143	100%



Graf č. 11 Zakoupení testu okultního krvácení v lékárně

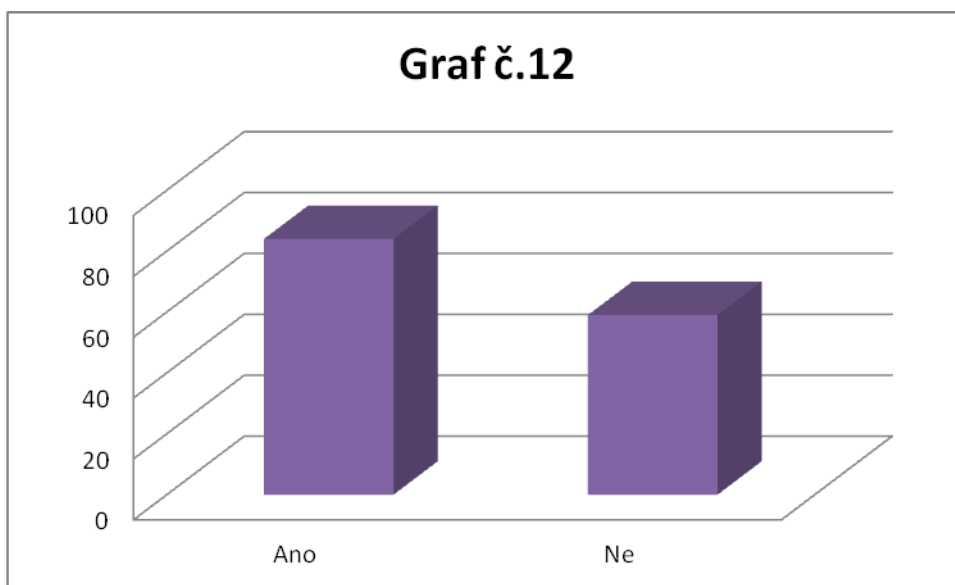
Komentář:

99 (70%) respondentů neví, že si může test zakoupit v lékárně. 35 (24%) respondentů to ví, ale tuto možnost nevyužili. 9 (6%) respondentů to ví a tuto možnost využili.

Otázka č. 12 Informoval Vás někdo o důležitosti vyšetření na tzv. okultní (skryté) krvácení?

Tabulka č. 12 Informovanost o důležitosti okultního krvácení

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
Ano	84	59%
Ne	59	41%
Celkem	143	100%



Graf č. 12 Informovanost o důležitosti okultního krvácení

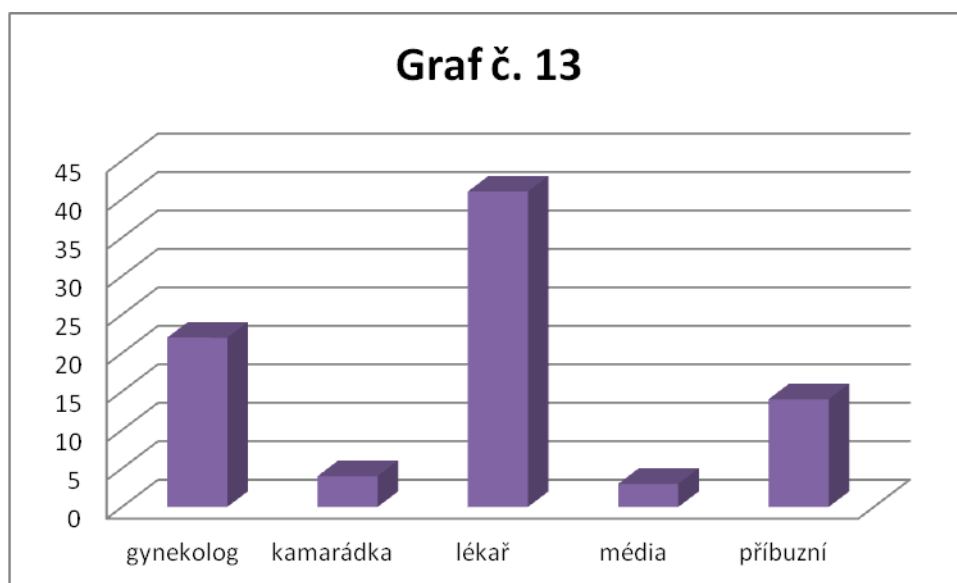
Komentář:

84 (59%) respondentů bylo informováno o důležitosti vyšetření na tzv. okultní (skryté) krvácení. Kým byli informováni, naleznete v tabulce a grafu na další straně.

59 (41%) respondentů nebylo o důležitosti vyšetření informováno.

Tabulka č. 13 Zdroj informovanosti o důležitosti vyšetření na tzv. okultní krvácení

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
gynekolog	22	25%
kamarádka	4	5%
lékař	41	49%
média	3	4%
příbuzní	14	17%
Celkem	84	100%



Graf č. 13 Zdroj informovanosti o důležitosti vyšetření na tzv. okultní krvácení

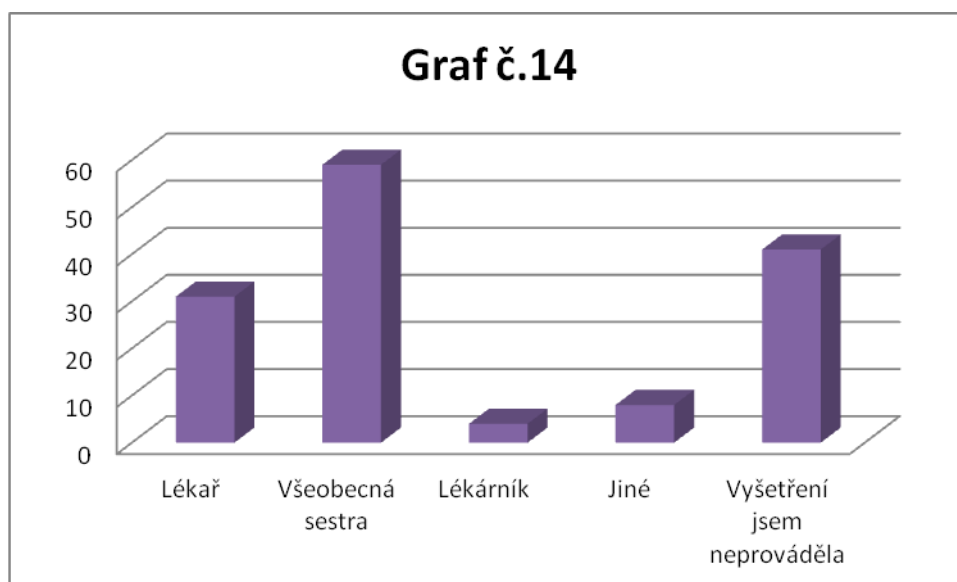
Komentář:

Největší počet respondentů, tedy 41 (49%), bylo informováno svým lékařem. 22 (25%) respondentek svým gynekologem, 14 (17%) svými příbuznými, 4 (5%) kamarádkou či kamarádem a 3 (4%) respondenti uvádějí média.

Otázka č. 13 Pokud Vám tedy bylo nabídnuto toto vyšetření nebo jste si ho sami koupili, kdo Vás poučoval o provedení vyšetření?

Tabulka č. 14 Poučení o provedení vyšetření

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
Lékař	31	21%
Všeobecná sestra	59	41%
Lékárník	4	3%
Jiné	8	6%
Vyšetření jsem neprováděla	41	29%
Celkem	143	100%



Graf č. 14 Poučení o provedení vyšetření

Komentář:

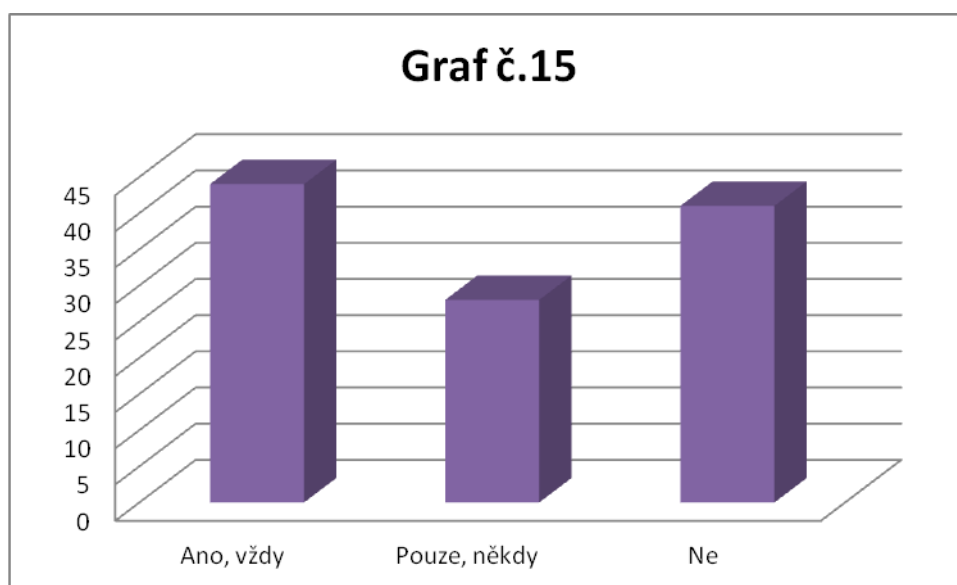
Největší počet respondentů, tedy 59 (41%), bylo poučeno od všeobecné sestry, 31 (21%) od lékaře, 4 (3%) od lékárníka a 8 (6%) respondentů uvedlo jiný zdroj – a zároveň uvedli, že si nepamatují, kdo jim to nabídl.

41 (29%) respondentů si vyšetření neprovádělo.

Otázka č. 14 Provedli jste si toto vyšetření?

Tabulka č. 15 Proveditelnost vyšetření

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
Ano, vždy	44	39%
Pouze, někdy	28	25%
Ne	41	36%
Celkem	113	100%



Graf č. 15 Proveditelnost vyšetření

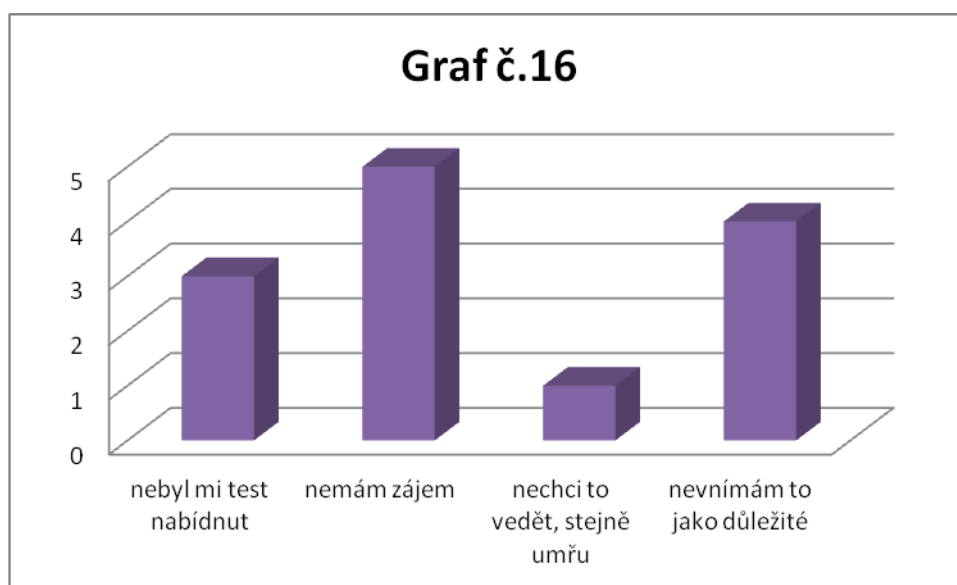
Komentář:

44 (39%) respondentů si provedlo vyšetření vždy, 28 (25%) respondentů pouze někdy a 41 (36%) respondentů nikdy.

U respondentů, kteří odpověděli záporně, jsem se dotazovala na důvod, proč si vyšetření neudělali. Tabulka i graf jsou na další straně.

Tabulka č. 16 Důvod neprovedení testu okultního krvácení

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
nebyl mi test nabídnut	3	23%
nemám zájem	5	38%
nechci to vědět, stejně umřu	1	8%
nevnímám to jako důležité	4	31%
Celkem	13	100%



Graf č. 16 Důvod neprovedení testu okultního krvácení

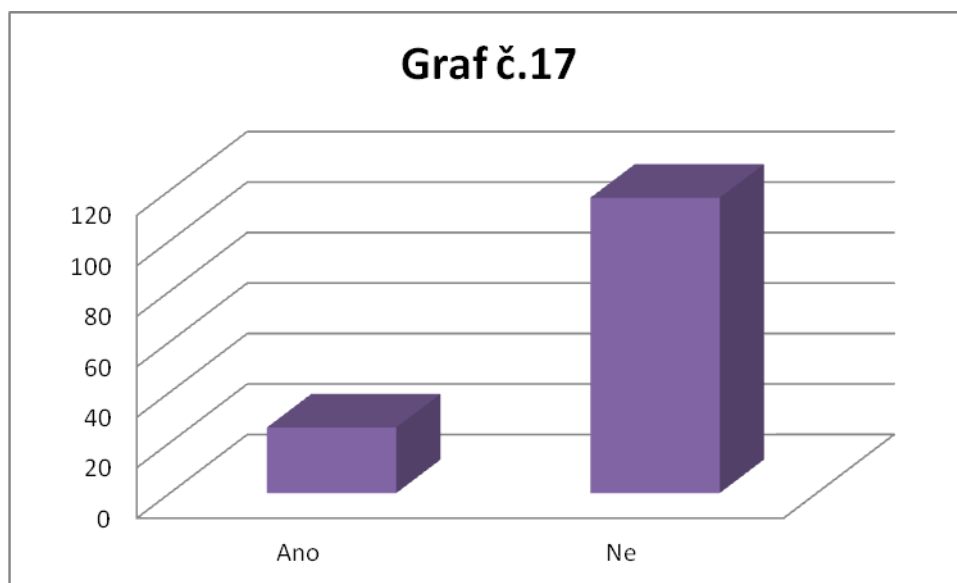
Komentář:

Důvodem proč si respondenti neprovedli vyšetření je u 3 (23%) respondentů to, že jim nebyl test nabídnut. 5 (38%) respondentů nemá o test zájem. 4 (31%) respondenti to vnímají jako nedůležitou věc. A 1 (8%) respondent napsal, že by výsledek nechtěl vědět, protože stejně zemře.

Otázka č. 15. Víte, od kterého věku, i když nemáte žádné obtíže, je nutné provádět toto vyšetření a v jakých intervalech?

Tabulka č. 17 Znalost věku prevence kolorektálního karcinomu

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
Ano	26	18%
Ne	117	82%
Celkem	143	100%



Graf č. 17 Znalost věku prevence kolorektálního karcinomu

Komentář:

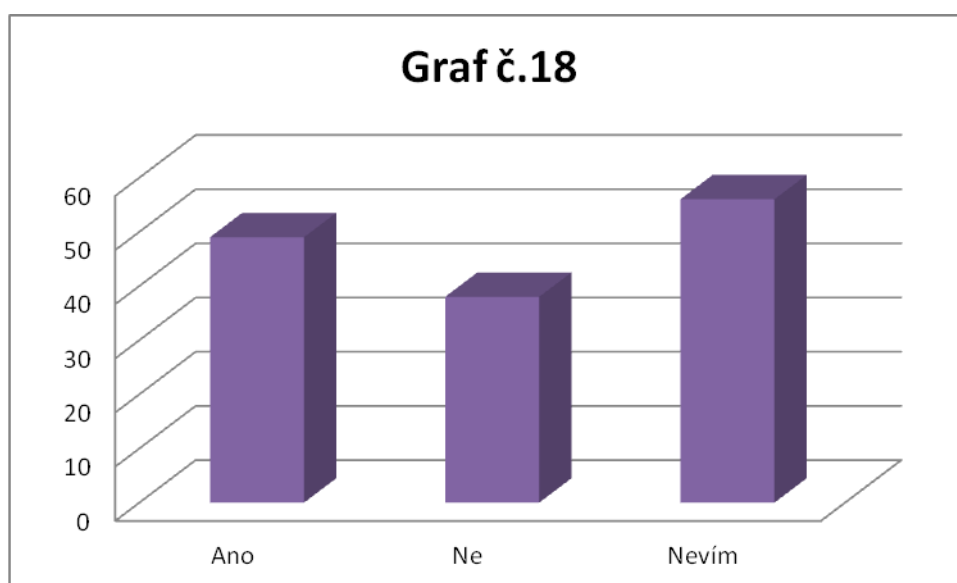
117 (82%) respondentů neví od jakého věku a v jakých intervalech se provádí toto vyšetření.

26 (18%) respondentů to ví a měli volně doplnit konkrétní věk a interval, kdy se vyšetření provádí a všichni odpověděli správně. Vyšetření se provádí od 50roku života a to 1x ročně.

Otázka č. 16 Domníváte se, že máte dostatek informací o prevenci rakoviny tlustého střeva a konečníku, tzv. kolorektálního karcinomu?

Tabulka č. 18 Míra informovanosti o prevenci rakoviny tlustého střeva a konečníku

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
Ano	49	34%
Ne	38	27%
Nevím	56	39%
Celkem	143	100%



Graf č. 18 Míra informovanosti o prevenci rakoviny tlustého střeva a konečníku

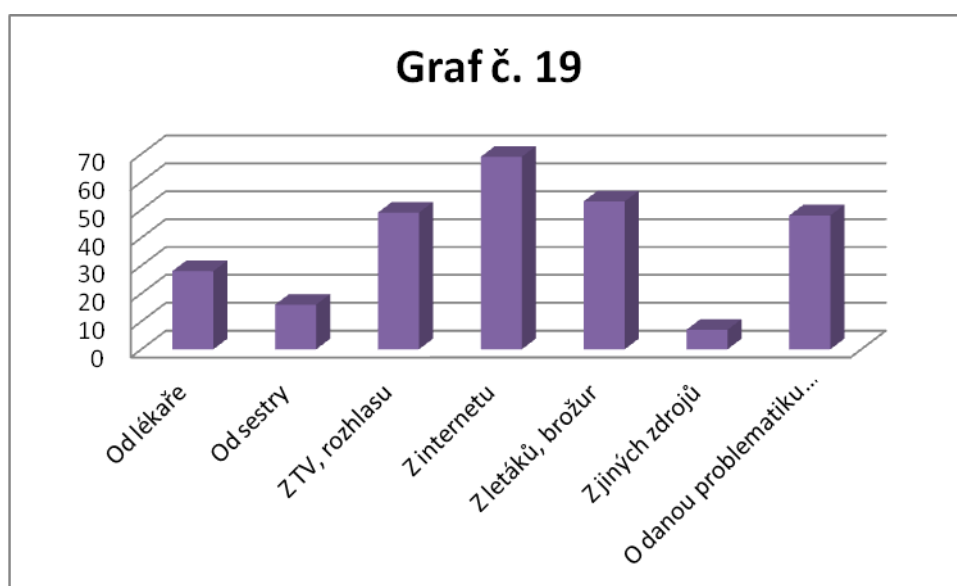
Komentář:

49 (34%) respondentů se domnívá, že má dostatek informací o prevenci rakoviny tlustého střeva a konečníku. 38 (27%) respondentů nemá dostatek informací o prevenci rakoviny tlustého střeva a konečníku. 56 (39%) respondentů neví.

Otázka č. 17 Odkud čerpáte informace o prevenci rakoviny tlustého střeva a konečníku - tzv. kolorektálním karcinomu nebo onkologických onemocnění vůbec? (Můžete uvést i více odpovědí, prosím).

Tabulka č. 19 Čerpání informací o prevenci kolorektálního karcinomu

Odpověď	Abs. četnost	Rel. četnost
Od lékaře	28	10%
Od sestry	16	6%
Z TV, rozhlasu	49	18%
Z internetu	69	26%
Z letáků, brožur	53	20%
Z jiných zdrojů	7	3%
O danou problematiku se nezajímám	48	17%
Celkem	270	100%



Graf č. 19 Čerpání informací o prevenci kolorektálního karcinomu

Komentář:

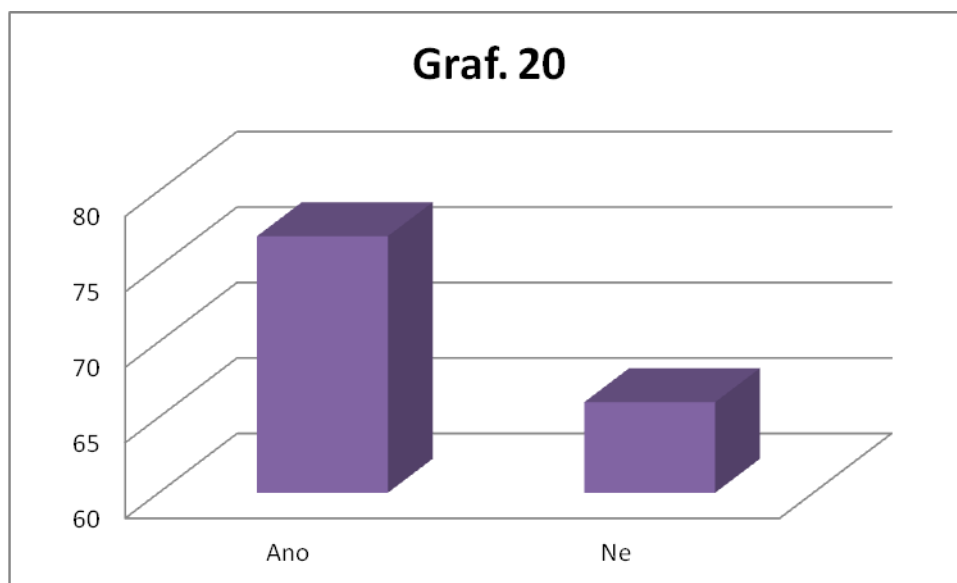
Největší počet odpovědí, tedy 69 (26%), bylo, že zdrojem informací o prevenci kolorektálního karcinomu je internet. 53 (20%) odpovědí je, že respondenti čerpají informace z různých letáků a brožur. 49 (18%) odpovědí znělo televize a rozhlas. Dále se objevilo 28 (10%) odpovědí, že tyto informace získávají respondenti od svého lékaře a v 16ti (6%) případech od sestry. 7 (3%) odpovědí je čerpání z jiných zdrojů – bohužel

nikdo z respondentů nenapsal, z jakých jiných zdrojů informace čerpá. 48 (18%) odpovědí poté znělo, že se o danou problematiku nezajímá a informace nevyhledává.

Otázka č. 18 Znáte některé faktory, které mohou působit jako prevence vzniku rakoviny tlustého střeva a konečníku, tzv. kolorektálního karcinomu?

Tabulka č. 20 Znalost faktorů působících jako prevence kolorektálního karcinomu

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
Ano	77	54%
Ne	66	46%
Celkem	143	100%



Graf č. 20 Znalost faktorů působících jako prevence kolorektálního karcinomu

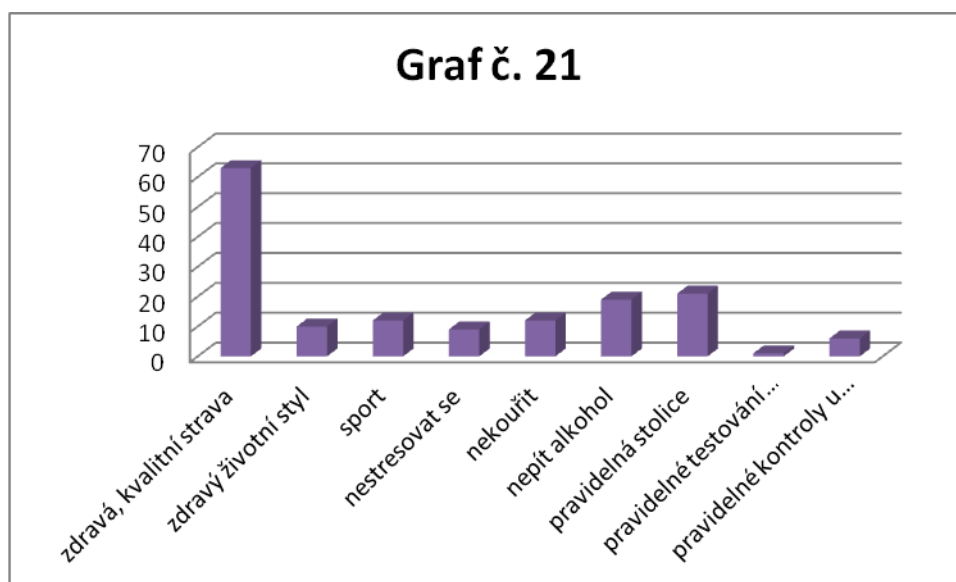
Komentář:

77 (54%) respondentů zná některé faktory, které mohou působit jako prevence vzniku rakoviny tlustého střeva a konečníku, tzv. kolorektálního karcinomu. O jaké faktory se jedná je zobrazeno v tabulce č. 21 a grafu č. 21.

66 (46%) respondentů tyto faktory nezná.

Tabulka č. 21 Faktory působící jako prevence kolorektálního karcinomu

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
zdravá, kvalitní strava	63	41%
zdravý životní styl	10	7%
sport	12	8%
nestresovat se	9	6%
nekouřit	12	8%
nepít alkohol	19	12%
pravidelná stolice	21	14%
pravidelné testování stolice	1	1%
pravidelné kontroly u lékaře	6	3%
Celkem	153	100%



Graf č. 21 Faktory působící jako prevence kolorektálního karcinomu

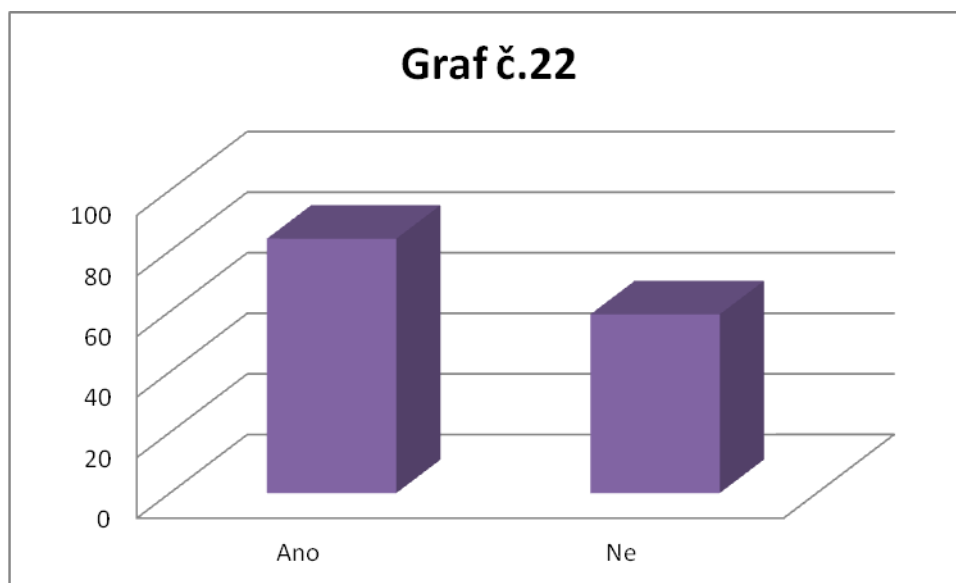
Komentář:

Respondenti v 63 (41%) případech odpověděli, že se jedná o kvalitní a zdravou stravu, v 19 (12%) případech byla odpověď nepít alkohol, ve 21 (14%) odpovědích pravidelná stolice. Shodně po 12 (8%) odpovědích odpověděli respondenti, že jde o sport a nekouřit. 10x (7%) se poté objevila odpověď zdravý životní styl. 9 (6%) odpovědí bylo omezení stresu, 6 (3%) odpovědí znělo pravidelné kontroly u lékaře. Pouze 1 odpověď (1%) je provedení pravidelného testu na vyšetření stolice.

Otázka č. 19. Znáte některé faktory, které mohou být rizikové pro vznik rakoviny tlustého střeva a konečníku, tzv. kolorektálního karcinomu?

Tabulka č. 22 Znalost rizikových faktorů pro vznik kolorektálního karcinomu

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
Ano	84	59%
Ne	59	41%
Celkem	143	100%



Graf č. 22 Znalost rizikových faktorů pro vznik kolorektálního karcinomu

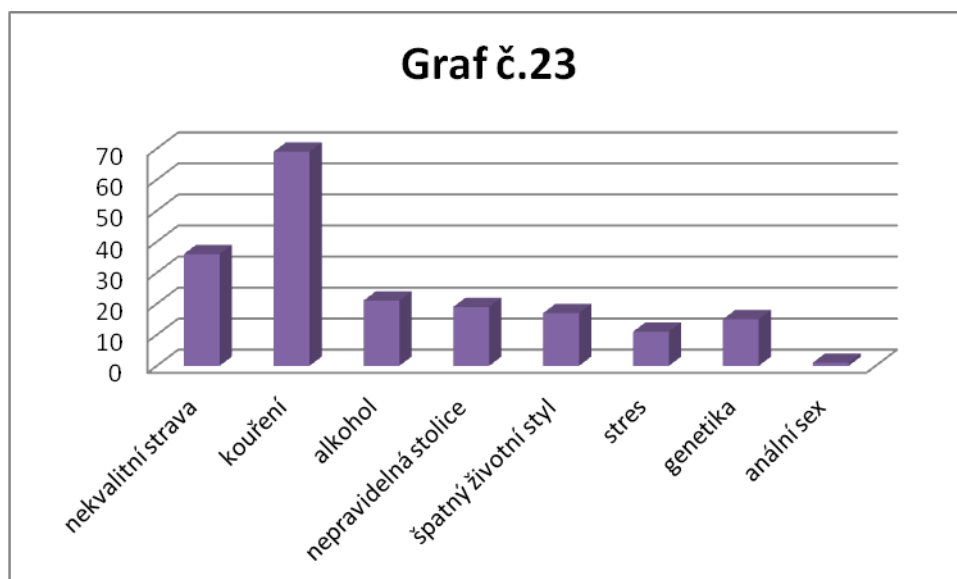
Komentář:

84 (59%) respondentů zná některé faktory, které mohou být rizikové pro vznik rakoviny tlustého střeva a konečníku, tzv. kolorektálního karcinomu. O jaké faktory se jedná je zobrazeno v tabulce č. 23 a grafu č. 23.

59 (41%) respondentů nezná žádné faktory, které mohou být rizikové pro vznik rakoviny tlustého střeva a konečníku, tzv. kolorektálního karcinomu.

Tabulka č. 23 Rizikové faktory pro vznik rakoviny tlustého střeva a konečníku

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
nekvalitní strava	36	19%
kouření	69	37%
alkohol	21	11%
nepravidelná stolice	19	10%
špatný životní styl	17	9%
stres	11	6%
genetika	15	7%
anální sex	1	1%
Celkem	189	100%



Graf č. 23 Rizikové faktory pro vznik rakoviny tlustého střeva a konečníku

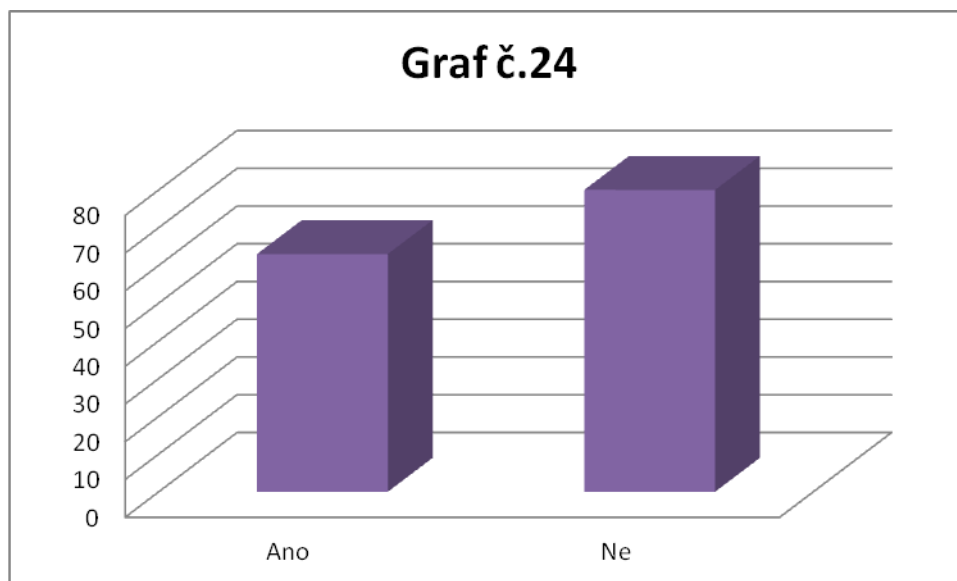
Komentář:

Nejvíce odpovědí, tedy 69 (37%), bylo kouření. 36 (19%) odpovědí byla nekvalitní strava. 21 (11%) odpovědí byl alkohol. 19 (10%) odpovědí byla nepravidelná stolice. 17 (9%) odpovědí byl špatný životní styl. 15 (7%) odpovědí byla genetika. 11 (6%) odpovědí byl stres a 1 (1%) odpověď byl anální sex.

Otázka č. 20 Provádíte Vy sami nějaká preventivní opatření?

Tabulka č. 24 Preventivní opatření

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
Ano	63	45%
Ne	80	55%
Celkem	143	100%



Graf č. 24 Preventivní opatření

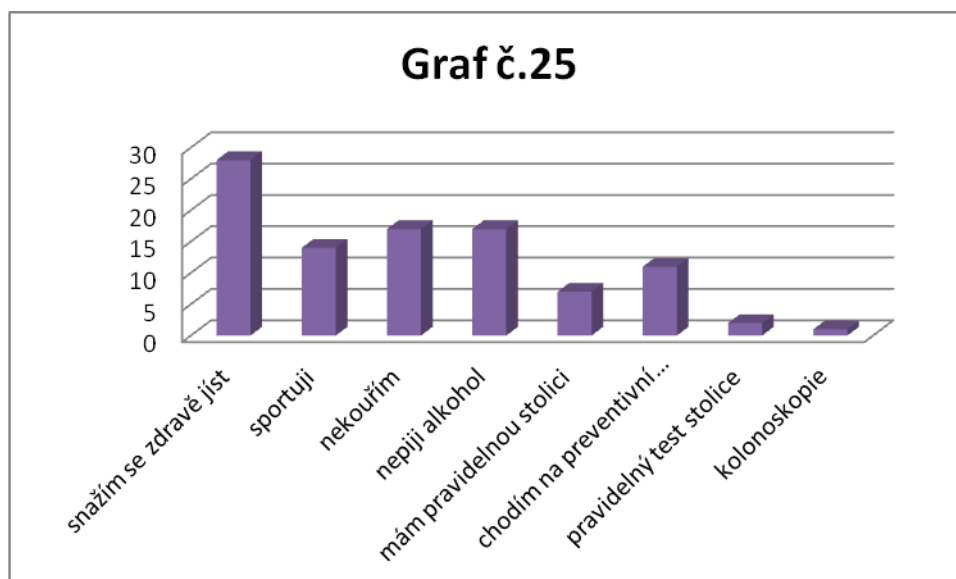
Komentář:

63 (45%) respondentů odpovědělo, že provádí sami některá preventivní opatření a jaká to jsou, naleznete v tabulce č. 25 a grafu č. 25.

80 (55%) respondentů odpovědělo, že neprovádí žádná preventivní opatření.

Tabulka č. 25 Preventivní opatření prováděná respondenty

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
snažím se zdravě jíst	28	29%
sportuji	14	14%
nekouřím	17	18%
nepiji alkohol	17	18%
mám pravidelnou stolicí	7	7%
chodím na preventivní prohlídky	11	11%
pravidelný test stolice	2	2%
kolonoskopie	1	1%
Celkem	97	100%



Graf č. 25 Preventivní opatření prováděná respondenty

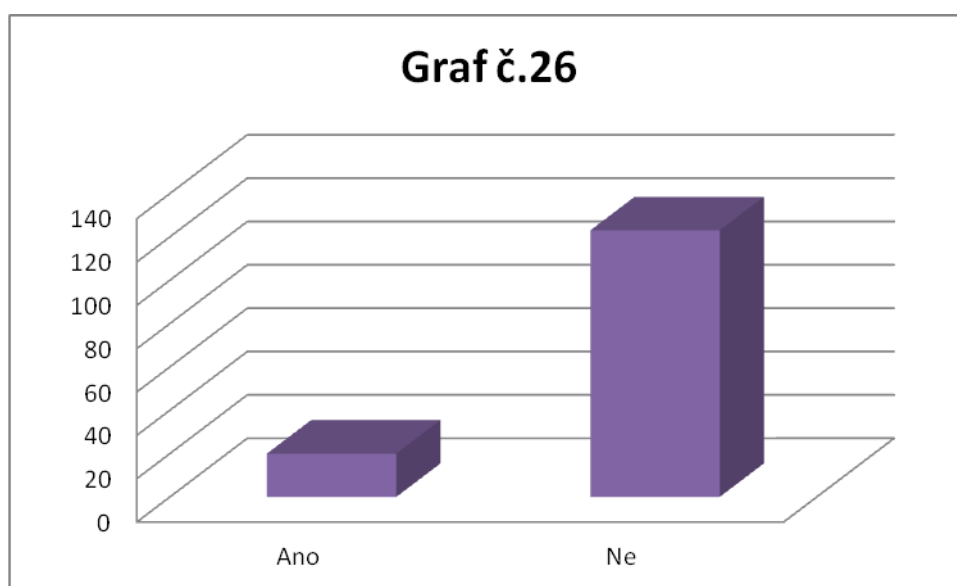
Komentář:

Respondenti v 28 (29%) případech považují za preventivní opatření snahu zdravě jíst, v 7 (18%) případech nekouřit a nepít alkohol. 14x zazněla (14%) odpověď sportování a 11 (11%) odpovědí bylo docházení na pravidelné preventivní prohlídky. 7x (7%) se objevila odpověď zajištění pravidelné stolice. Pouze ve 2 (2%) případech respondenti uvedli jako preventivní opatření pravidelný test stolice a 1 (1%) respondent uvedl jako odpověď kolonoskopii.

Otázka č. 21 Zúčastnil/a jste se nějaké akce, besedy, apod. na téma prevence rakoviny tlustého střeva a konečníku – kolorektální karcinom (např. akce Střevotour – prohlídka nafukovací makety střeva apod.)?

Tabulka č. 26 Účast na akci s tématem prevence rakoviny tlustého střeva a konečníku

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
Ano	20	14%
Ne	123	86%
Celkem	143	100%



Graf č. 26 Účast na akci s tématem prevence rakoviny tlustého střeva a konečníku

Komentář:

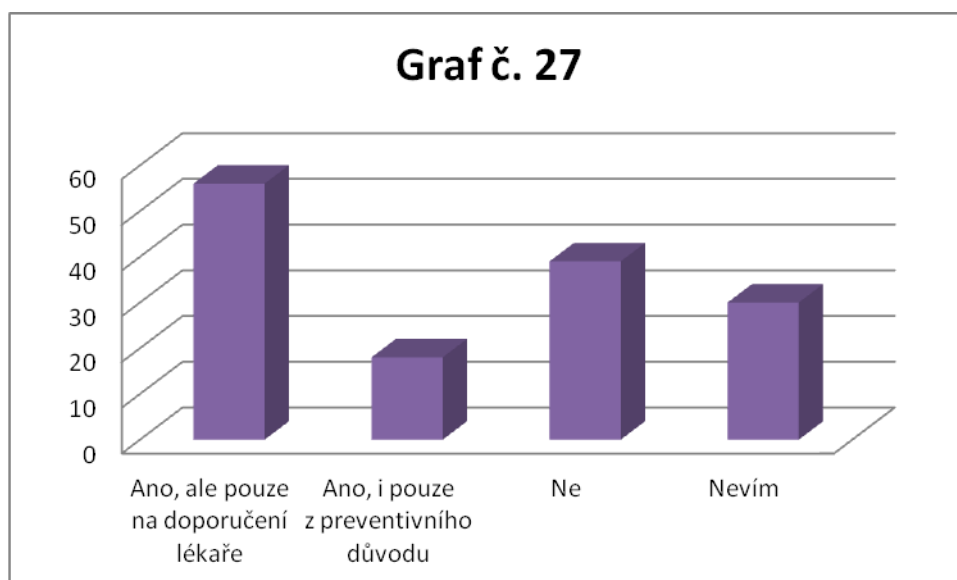
123 (86%) respondentů se nezúčastnilo žádné akce nebo besedy pořádané na téma prevence kolorektálního karcinomu.

20 (14%) respondentů se nějaké akce zúčastnilo, bohužel ani jeden z nich nevedl, kde nebo jaké akce se zúčastnil.

Otázka č. 22 Byl/a byste ochoten/na podstoupit v rámci preventivní prohlídky rakoviny tlustého střeva a konečníku - tzv. kolorektálního karcinomu endoskopické vyšetření tlustého střeva a konečníku – tzv. kolonoskopii?

Tabulka č. 27 Ochota podstoupit kolonoskopii

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
Ano, ale pouze na doporučení lékaře	56	39%
Ano, i pouze z preventivního důvodu	18	13%
Ne	39	27%
Nevím	30	21%
Celkem	143	100%



Graf č. 27 Ochota podstoupit kolonoskopii

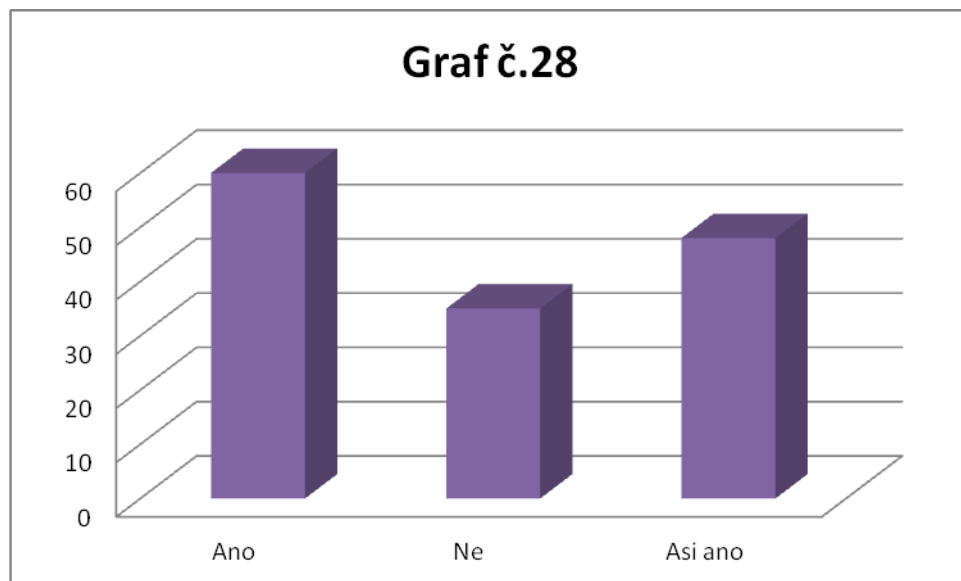
Komentář:

56 (39%) respondentů by bylo ochotno podstoupit kolonoskopii, ale pouze na doporučení lékaře. 18 (13%) respondentů by bylo ochotno podstoupit kolonoskopii i pouze z preventivních důvodů. 30 (21%) respondentů neví. 39 (27%) respondentů není ochotno podstoupit kolonoskopii.

Otázka č. 23 Víte, o jaké vyšetření se jedná?

Tabulka č. 28 Znalost kolonoskopie

Odpověď	Abs.četnost	Rel.četnost
Ano	60	42%
Ne	35	24%
Asi ano	48	34%
Celkem	143	100%



Graf č. 28 Znalost kolonoskopie

Komentář:

60 (42%) respondentů ví, o jaké vyšetření se jedná. 48 (34%) respondentů asi ví, o jaké vyšetření se jedná. 35 (24%) respondentů vůbec neví, o jaké vyšetření se jedná.

8 DISKUZE

Hlavní cíl: Zjistit informovanost veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu.

Cíl 1: Zjistit, jaký je přístup veřejnosti k prevenci kolorektálního karcinomu.

Otázka prevence v rámci onkologického onemocnění střeva a konečníku je zcela zásadní. Je nutné především zdůraznit všechny možné metody primární a sekundární prevence. Od dětství vštěpovat zásady správné životosprávy edukačními programy na všech úrovních vzdělávání obyvatelstva. Důležitý je také screeningový program, který ovšem v tomto případě není vůbec jednoduchý. Screeningový program by měl splňovat zásady jednoduchosti, nenáročnosti na pacienta a měl by být snadno aplikovatelný na většinu obyvatelstva.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 55 mužů (38%) a 88 žen (62%), (viz. Tabulka č. 1, graf č. 1). 75 (52%) respondentů bylo ve věku 55-60 let, ve věku 50-54 let se jednalo o 68 (48%) respondentů. (viz. Tabulka č. 2, graf č. 2). Největší skupinu respondentů tvořili lidé se středoškolským vzděláním - tedy 57 (40%). Druhou největší skupinou byli respondenti s vyučením – 48 (30 %). Dále byli mezi respondenty lidé s ukončeným vysokoškolským vzděláním a to v počtu 17 (12%), vyšší odborné vzdělání mělo ukončeno 9 (6%) respondentů a pouze základní vzdělání celkem 12 (8%) respondentů (viz. Tabulka č. 3, graf č. 3). Závislost vzdělání na přístupu k prevenci se mi nijak v rámci mého šetření nepotvrdila.

I když je kolorektální karcinom v České republice nejčastějším nádorovým onemocněním, tak se u většiny dotazovaných rakovina tlustého střeva a konečníku nevyskytuje. Jedná se o 91 (64%) respondentů. U 52 (36%) respondentů má diagnostikovanou rakovinu tlustého střeva a konečníku někdo z rodiny (viz. Tabulka č. 4, graf č. 4).

Velmi mě překvapilo, že celkem 53 (37%) respondentů uvedlo, že neví, zda je prevence kolorektálního karcinomu důležitá a 25 (17%) respondentů to dokonce za důležité vůbec nepovažuje. Naopak je potěšující, že většina respondentů v počtu 65 (46%) odpověděla, že prevence důležitá je (viz. Tabulka č. 5, graf č. 5).

Z hlediska primární prevence mě zajímalo, zda lidé znají faktory, které mohou působit jako prevence kolorektálního karcinomu a faktory, které mohou naopak přispět ke vzniku onemocnění. Mezi faktory, které působí rizikově, lidé nejčastěji uváděli kouření, nekvalitní

stravu, alkohol, dále nepravidelnou stolicí, celkový špatný životní styl, vliv genetiky a stres. Zazněla dokonce i odpověď anální sex (viz. Tabulka č. 22 a 23, graf č. 22 a 23). Za preventivní opatření považují respondenti snahu zdravě jíst, nekouřit, nepít alkohol, pohyb, sportování, zajištění pravidelné stolice. 11 (11%) odpovědí bylo docházení na pravidelné preventivní prohlídky. Avšak pouze ve 2 (2%) případech respondenti uvedli jako preventivní opatření pravidelný test stolice a 1 (1%) respondent uvedl jako odpověď kolonoskopii (viz. Tabulka č. 20 a 21, graf č. 20 a 21). Myslím si, že povědomí o těchto faktorech respondenti tedy nějaké mají, ale důležité je, jak k nim přistupují. Ve 28 (29%) případech respondenti za preventivní opatření považují snahu zdravě jíst, v 7 (18%) případech nekouřit a nepít alkohol. 14x (14%) zazněla odpověď sportování a 11 (11%) odpovědí bylo docházení na pravidelné preventivní prohlídky. 7 (7%) odpovědí pak bylo zajištění pravidelné stolice. Pouze ve 2 (2%) případech respondenti uvedli jako preventivní opatření pravidelný test stolice na okultní krvácení a 1 (1%) respondent uvedl jako odpověď kolonoskopii (viz. Tabulka č. 24 a 25, graf č. 24 a 25). V rámci výsledku svého šetření jsem dospěla k závěru, že veřejnost je v tomto směru málo informována.

Je to součástí již primární prevence, která si klade za cíl eliminovat rizikové faktory, které by mohly vést ke vzniku nemoci, v tomto případě nádorového onemocnění. Snaží se tedy o to, aby nádor vůbec nevznikl.

V rámci dané problematiky mě velmi zaujal článek prof. Vyzuly, který zde uvádí, že etiopatogenezi kolorektálního karcinomu podporují komplexní, multifaktoriální vlivy, které kromě výše popsaných genetických změn jsou spojeny s genetickými změnami vzniklými na podkladě působení zevního prostředí a životosprávy. Výživové zvyklosti hrají nesporně důležitou roli. Celkový kalorický příjem spojený s obezitou byly v etiopatogenezi podpořeny klinickými studiemi. Nezávislým rizikovým faktorem je i konzumace červeného masa, ale studie neprokázaly, zda úplná abstinence od červeného masa může být protektivním faktorem. Smažené a grilované maso zvyšuje zvláště riziko pro vznik karcinomu rekta. Naopak inverzní vztah byl zaznamenán u konzumace rybího masa. Dlouho se tvrdí, že vysoký příjem vlákniny, zvláště z obilovin, ovoce a zeleniny hraje protektivní roli při vzniku adenomatózních polypů nebo karcinomů. Toto tvrzení bylo stanoveno na základě několika epidemiologických studií. Faktem ovšem je, že existují i výsledky jiných studií, které prokazují, že vláknina nehraje žádnou roli při vzniku karcinomu střeva a konečníku. Antioxidanty z ovoce a zeleniny mohou sice určitou

protektivní roli hrát, nicméně je třeba tento fakt blíže objasnit a prokázat. Pozornost přitahují bioaktivní látky v brokolici a květáku, jako jsou glukosaminofoláty, karotenoidy, indoly aj. Dalšími faktory, zvyšující riziko vzniku kolorektálního karcinomu, mohou být sedavý způsob života a kouření cigaret. V poslední době se prokázalo, že i u žen, středně silných kuřáček, je incidence 2x vyšší než u nekuřáček. Na druhou stranu, jistý mírný projektivní efekt u rektálního karcinomu byl pozorován u mužů při mírném užívání alkoholu. Možné zdůvodnění je přes interferenci s metabolismem folátů. Je ale také prokázáno, že konzumace nejméně 70 g ethanolu denně vede ke zvýšenému riziku. (Vyzula, 2011)

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda respondentům bylo nabídnuto screeningové vyšetření v rámci preventivních prohlídek a zda ho provedli.

Screeningové vyšetření kolorektálního karcinomu obsahuje pravidelné testy okultního krvácení a také screeningové endoskopické vyšetření tlustého střeva a konečníku, kolonoskopii. V první řadě by měl být pacientům v rámci preventivních prohlídek u svého praktického lékaře nebo gynekologa nabídnut test okultního krvácení, který by si lidé ve věkovém rozmezí 50 – 54let měli 1x ročně provést.

Většina respondentů odpověděla, že své praktické lékaře a gynekology navštěvují pravidelně a pravidelně si nechává dělat preventivní prohlídky. 50 (35%) respondentů navštěvuje svého praktického lékaře za účelem preventivních prohlídek 1x za rok, 48 (34%) respondentů 1x za dva roky, 32 (22%) respondentů vůbec a 13 (9%) respondentů odpovědělo jinak – všichni se shodli na odpovědi: jen někdy (viz. Tabulka č. 6, graf č. 6). Celkem 45 (51%) respondentek navštěvuje za účelem preventivních prohlídek svého gynekologa 1x za rok, 20 (23%) respondentek 1x za dva roky, 16 (18%) respondentek vůbec a 7 (8%) respondentek odpovědělo jinak – všechny se shodly na odpovědi: jen někdy (viz. Tabulka č. 7, graf č. 7).

Bohužel znalost věku a intervalů, kdy si klienti mohou udělat test okultního krvácení, nebyla moc příznivá, jelikož 117 (82%) respondentů nevědělo ani jednu odpověď (viz. Tabulka č. 17, graf č. 17).

Zarážející také bylo, že na otázku, zda respondentům bylo v rámci preventivní prohlídky nabídnuto vyšetření na okultní (skryté) krvácení, celkem 41 (29%) dotázaných odpovědělo,

že ne, 30 (21%) respondentů neví. Pozitivní pak naopak bylo, že 6 (4%) respondentů si o toto vyšetření samo řeklo (viz. Tabulka č. 8, graf č. 8). U možnosti této odpovědi bych očekávala ještě menší číslo, jelikož si myslím, že většina lidí se stále obává si o cokoli u svého lékaře říct. Domnívám se, že mezi lidmi, obzvláště mezi těmi staršími, je stále lékař považován za toho nejdůležitějšího a cokoli řekne nebo neřekne, tak se musí plnit, aniž by pacient s doktorem něco konzultoval. Takže pokud jim nenabídne test okulního krvácení, tak si o něj sám pacient ve většině případů neřekne. Velmi mě překvapilo, že jsou ještě lékaři, kteří toto vyšetření automaticky nenabízejí. Test byl tedy 34 (52%) respondentům nabídnut praktickým lékařem, 20 (30%) respondentkám byl test nabídnut gynekologem. 10 (15%) respondentů neví a 2 (3%) respondentů bylo vyšetření nabídnuto od lékaře jiné odbornosti – byli to internista (1,5%) a urolog (1,5%), (viz. Tabulka č. 9, graf č. 9).

Doufám, že se to změní, když již od tohoto roku má fungovat tzv. adresné zvaní, kdy lidem nad 50 let začnou chodit pozvánky k návštěvě praktického lékaře, který je otestuje na okulní krvácení

Zajímalo mě také, zda tedy respondenti vědí, co se skrývá pod názvem vyšetření na okulní (skryté) krvácení. 73 (51%) dotázaných ví, o jaké vyšetření se jedná. Jedná se o polovinu dotázaných. Druhá polovina respondentů je rozdělena na ty, kteří nevědí, o jaké vyšetření se jedná – v počtu 32 (22%) respondentů, a na ty, kteří si myslí, že asi ví. Takto odpovědělo celkem 38 (27%) respondentů (viz. Tabulka č. 10, graf č. 10). Jeví se mi jako nedostačující, že polovina respondentů neví nebo si myslí, že ví, o jaké vyšetření se jedná. Domnívala jsem se, že dnešní informovanost je díky médiím, internetu a jiným preventivním akcím na daleko lepší úrovni. S tím souvisí také to, že 99 (70%) respondentů neví, že si sami mohou zakoupit toto vyšetření v lékárně bez lékařského doporučení (viz. Tabulka č. 11, graf č. 11). Ale i přesto bych jako zcela stěžejní považovala nabízení screeningu v rámci preventivních prohlídek, ať už u praktického lékaře nebo lékaře jiné odbornosti.

Důležité také je, zda si respondenti test na okulní krvácení provedou, i když ho obdrží. Zjistila jsem, že 44 (39%) respondentů si jej udělalo, 28 (25%) respondentů si jen udělalo jen někdy, i když jej dostali nebo si jen zakoupili a 41 (36%) respondentů si dané vyšetření neprovedlo (viz. Tabulka č. 15 a 16, graf č. 15 a 16). Otázkou tedy zůstává, jakým způsobem eliminovat to, že si test někdo neprovede. Myslím si, že zpětná kontrola

lékařem, který test klientovi dal, je velmi jednoduchá, navíc, pokud vyhodnocení provádí v téže ambulanci. Ale zároveň je nutné podotknout, že každý je sám zodpovědný za své zdraví a je jen na něm, na kolik bere celkově tyto screeniny vážně a zda si je vědom toho, jak je zcela zásadní z hlediska léčby, prognózy, když je jakýkoliv nádor diagnostikován včas. Zde bych viděla stále velmi aktuální otázku informovanosti veřejnosti, neustálá edukační činnost na různých úrovních, pokračování v různých kampaních, akcích atd., aby stále byla na tuto oblast prevence kladena velká pozornost.

Tyto výsledky jsou podobné s výsledky bakalářské práce od Bc. Marie Tošovské z Palackého univerzity v Olomouci, kde se uvádí, že 42 (50%) respondentů z celkových 85 si provádí pravidelně test okultního krvácení. Z mého výzkumu vyšlo, že více než polovina respondentů si test aspoň někdy udělala.

V celkovém výsledku mého šetření bych si však dovolila říci, že veřejnost je velmi málo informována v oblasti testu okultního (skrytého) krvácení. Jsou zde nedostatky, které by se měli řešit, jak už to, že jim jejich praktičtí lékaři či gynekologové nenabídnou vyšetření, tak i informovanost veřejnosti o dané problematice. Důležité je, aby se více času věnovalo cílenému screeningovému programu, který ovšem v tomto případě není vůbec jednoduchý. Screeningový program by měl splňovat zásady jednoduchosti, nenáročnosti na pacienta i státní pokladnu a snadno aplikovatelný na velkou část populace, což v této době bohužel není stále možné.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda a kým byli respondenti informováni o důležitosti a postupu screeningového vyšetření.

Informovanost veřejnosti ohledně screeningu kolorektálního karcinomu je dle mých výsledků nedostatečná, jelikož 56 (39%) dotázaných neví, zda má dostatek informací o prevenci rakoviny tlustého střeva a konečníku a 38 (27%) dotázaných si myslí, že nemá dostatek informací. Jedná se tedy o většinu respondentů (viz tabulka č. 18, graf č. 18). Je tedy nutné, aby byla neustálá osvěta populace ohledně nádorového onemocnění tlustého střeva a konečníku. Součástí toho je i informovanost respondentů o důležitosti vyšetření na tzv. okultní (skryté) krvácení. Respondenti také mohli volně doplnit, kdo je informoval, o jakou osobu se jedná. Většina respondentů, v počtu 84 (59%), byla informována o důležitosti screeningového vyšetření. Většinou byli informováni svým lékařem, jedná

se o 41 (49%) respondentů. Chybou ale je, že 59 (41%) respondentů nebylo o důležitosti screeningového vyšetření vůbec informována (viz. Tabulka č. 12 a 13, graf č. 12 a 13).

Co se týká poučení respondentů, jak provést test okultního krvácení, měli respondenti na výběr z více odpovědí a i mohli zaškrtnout více odpovědí. Největší počet respondentů, tedy 59 (41%), bylo poučeno od všeobecné sestry, 31 (21%) od lékaře, 4 (3%) od lékárníka a 8 (6%) respondentů uvedlo jiný zdroj – a zároveň uvedli, že si nepamatují, kdo jim to nabídl (viz. Tabulka č. 14, graf č. 14)

Nacházím tedy nedostatky v kladení důrazu na kvalitní informovanost veřejnosti. Zde by mohla roli edukátorky v rámci screeningového vyšetření kolorektálního karcinomu převzít zdravotní sestra. Je zřejmé, že sestry jsou dobře informovány a poučeny o tom, jak vyšetření provést, tak by měli hrát větší roli ve formě edukace veřejnosti, jelikož pacienti potřebují více dostupných seriózních informací o daném vyšetření a stejně tak potřebují být podporováni v rámci preventivní péče o své zdraví.

V rámci mého výzkumného šetření jsem také zjistila, že je velmi malá informovanost veřejnosti o akcích, které se konají v rámci prevence kolorektálního karcinomu, jako je např. Střevotour. 123 (86%) respondentů se nikdy žádné akce nezúčastnilo (viz. Tabulka č. 26, graf č. 26). Je pravda, že při mém výzkumném šetření jsem skoro nikde nenarazila na nějakou zmínku o takové akci, jen na internetu. I přesto, že 69 (26%) odpovědí od respondentů, bylo, že zdrojem informací o prevenci kolorektálního karcinomu je internet. 53 (20%) odpovědí bylo, že respondenti čerpají informace z různých letáků a brožur a 49 (18%) odpovědí bylo, že respondenti čerpají informace z televize a rozhlasu. Proto si myslím, že by bylo dobré, aby informace o screeningu kolorektálního karcinomu nebyly dostupné jen na internetu, ale více i ve sdělovacích prostředcích. Zde bych zdůraznila, že jsou stále lidé, kteří nemají k dispozici internet, zvláště v daném věku. Co mě ovšem vůbec nepotěšilo, že 48 (18%) dotázaných se o danou problematiku nezajímá a informace nevyhledává (viz. Tabulka č. 19, graf č. 19). Věřím, že časem bude toto číslo klesat a že se lidé budou více zajímat o tyto preventivní programy a prevenci onemocnění vůbec.

Dílčí cíl 4: Zjistit, jakým způsobem veřejnost přistupuje ke koloskopii, rektoskopii.

Kolonoskopie patří mezi endoskopická vyšetření gastrointestinálního traktu. Endoskopický přístroj se zavádí do konečníku a tlustého střeva, jenž je vyšetřeno po celé své délce. Vyšetření lze provést jak ambulantně, tak i za hospitalizace v nemocnici.

Lidé starší 55let se mohou rozhodnout pro primární screeningovou koloskopii, kterou stačí provádět 1x za 10let nebo mohou zůstat pouze u testu okultního krvácení, což se doporučuje 1x za 2roky – pokud tedy nejsou nějaké problémy. Mohou také podstoupit kolonoskopii jako samoplátci, tj. že si to sami zaplatí, kterou zatím provádí pouze Fakultní nemocnice v Brně. Cena se pohybuje kolem 600 Kč.

V rámci ochoty podstoupit toto vyšetření bylo 56 (39%) respondentů, ale pouze na doporučení lékaře. 30 (21%) respondentů neví, 39 (27%) respondentů není ochotno kolonoskopii podstoupit. Celkem 18 (13%) respondentů by bylo ochotno absolvovat kolonoskopii i pouze z preventivních důvodů (viz. Tabulka č. 27, graf č. 27). To je pro mě milé překvapení, jelikož z vlastní zkušenosti z onkologického oddělení vím, že zmiňované vyšetření je pro mnohé velmi nepříjemné, mají z něj strach nebo si ho nechtějí nechat udělat. Domnívala jsem se tedy, že počet lidí, kteří uvedou tuto odpověď, bude minimální. S výsledkem však může souviset i to, že celkem 35 (24%) dotázaných vůbec nevědělo, o jaké vyšetření se jedná a 48 (34%) dotázaných odpovědělo, že to asi ví, což nemusí být tak jasné (viz. Tabulka č. 28, graf č. 28).

Při srovnání s bakalářskou prací od Bc. Barbory Klimkové z Masarykovy univerzity v Brně byly rozdíly v informovanosti veřejnosti v problematice screeningové kolonoskopie. Její výzkum probíhal v r. 2009, kdy screeningová kolonoskopie byla v začátcích a její výsledek byl překvapivý, jelikož 87 (77,68 %) respondentů vědělo, co si pod tímto pojmem představit, 6 (5,36 %) respondentů pojem kolonoskopie slyšelo, ale nevědí, co si pod pojmem představit, a 19 (16,96 %) respondentů o pojmu kolonoskopie nikdy neslyšelo. Kdežto v mém výzkumném šetření byla zjištěna nedostatečná znalost pojmu kolonoskopie.

I z tohoto důvodu jsem se rozhodla, že jako výstup své bakalářské práce vytvořím letáček (viz. PVI), jenž obsahuje základní informace o důležitosti prevence. Chtěla bych jej dát k dispozici na mé pracoviště, což je onkologické centrum v Krajské nemocnici T. Bati a všem respondentům. Dále bych byla ráda, kdyby se stal součástí čekáren praktických lékařů pro dospělé a praktických gynekologů.

ZÁVĚR

Jedním z nejdiskutovanějších témat dnešní doby jsou nádorová onemocnění. Mezi nejčastější nádorová onemocnění patří kolorektální karcinom, rakovina tlustého střeva a konečníku. Postihuje velkou část populace nejen u nás, ale i ve světě. V celosvětovém měřítku je druhou nejčastější malignitou obou pohlaví. V evropské populaci onemocní touto chorobou každý dvacátý člověk. Česká republika bohužel zaujímá první místo ve výskytu tohoto onemocnění na počet obyvatel. A jeho incidence rok od roku stoupá.

Zpracováním této bakalářské práce jsem získala představu o povědomí a osobní účasti respondentů převážně v sekundární prevenci kolorektálního karcinomu. Jedná se o test okultního krvácení a screeningovou kolonoskopii.

Do teoretické části jsem uvedla poznatky, které jsem získala prostudováním odborné literatury a internetových zdrojů. Věnuji se zde nádorovému onemocnění tlustého střeva a konečníku a prevencí tohoto onemocnění, jak prevenci primární, tak i prevenci sekundární.

V praktické části bakalářské práce jsem se zaměřila na zjištění přístupu a informovanosti veřejnosti o sekundární prevenci kolorektálního karcinomu. Na základě dotazníkového šetření jsem dospěla k závěrům, že informovanost i přístup veřejnosti k prevenci nádorového onemocnění tlustého střeva a konečníku jsou průměrné, tedy spíše podprůměrné.

Myslím si, že je nutné zaměřit se na větší osvětu cílové populace, která by mohla následně vést ke snížení incidence a úmrtnosti daného onemocnění. Tuto informovanost by měli podporovat v první řadě lékaři, sestry a také média, jak je tomu v případě karcinomu prsu a karcinomu děložního čípku.

Hovoří se i o problémech týkající se financování screeningu kolorektálního karcinomu. I když byly a jsou prováděny četné studie, které zkoumaly a zkoumají rentabilitu preventivních opatření v naší populaci (modely srovnávající četnost provádění testů na okultní krvácení a kolonoskopických vyšetření), nelze zcela jednoznačně určit, kde je hranice mezi finančními náklady a event. včasnou diagnostikou kolorektálního karcinomu s možností úspěšné léčby.

Doufám, že k lepší prevenci a k časně diagnostice kolorektálního karcinomu přispěje i adresné zvaní, které by mělo fungovat už od letošního roku.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ABRAHÁMOVÁ, Jitka, Ludmila BOUBLÍKOVÁ a Drahomíra KORDÍKOVÁ, 2000. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. Praha: TRITON. ISBN 80-7254-133-1.
- [2] ADAM, Zdenek, Jiří VORLÍČEK a spolupracovníci, 2002. *Speciální onkologie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-2826-2.
- [3] ČESKÝ DEN PROTI RAKOVINĚ, 2013. Liga proti rakovině. Praha, 13. 05. 2013. Tisková zpráva.
- [4] ČÍHÁK, Radomír, 2002. *Anatomie 2 : druhé, upravené a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0143-X.
- [5] HOLUBEC, Luboš a kol, 2004. *Kolorektální karcinom: současné možnosti diagnostiky a léčby*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0636-9.
- [6] HRUBÁ, Marcela, Lenka FORETOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2001. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. Brno: Masarykův onkologický ústav. ISBN 80-238-7618-X.
- [7] JABLONSKÁ, Markéta, 2000. *Kolorektální karcinom: časná diagnóza a prevence*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-777-X.
- [8] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [9] ONKOMAJÁK, 2013. Startuje Střevotour 2013. Opět se zaměří na zabijáka Čechů! Frýdek – Místek, 17. 04. 2013. Tisková zpráva
- [10] PROCHOTSKÝ, Augustín, 2006. *Karcinom hrubého čрева a konečníka*. Bratislava: Litera Medica. ISBN 80-967189-4-0.
- [11] SEIFERT, Bohumil, 2012. *Screening kolorektálního karcinomu*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-306-0.
- [12] SKÁLA, Evžen, 2010. *Rakovina tlustého střeva: obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině. ISBN 978-80-254-9783-8.
- [13] VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ, Hilda VORLÍČKOVÁ a kolektiv, 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1716-6.

[14] VYSLOUŽIL, Karel, 2005. *Komplexní léčba nádoru rekta*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0628-8.

[15] VYZULA, Rostislav a kolektiv, 2007. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: vybrané kapitoly*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-140-0.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

- [1] EURACTIV, 2013. Úspěch adresného zvaní v ČR se bude opírat o odpovědnost pojištěnců. In: *euractiv.cz* [online].[cit. 2013-04-20]. Dostupné z: <http://www.euractiv.cz>
- [2] KOLORECTUM, ©2013a.Léčba kolorektálního karcinomu. In: *kolorectum.cz* [online].[cit. 2012-12-10]. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost--lecba-kolorektalniho-karcinomu>
- [3] KOLORECTUM, ©2013b.Co je kolorektální screening?. In: *kolorectum.cz* [online].[cit. 2012-12-20]. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost--kolorektalni-screening>
- [4] NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNÍCH OBORŮ, [b. r.]. Onkologická prevence v komunitní péči. In: *communitycare.cz* [online]. [cit. 2013 - 01 - 08]. Dostupné z: <http://www.communitycare.cz>. Webové stránky k projektu.
- [5] *Novotvary 2009 ČR*, ©2012. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR ve spolupráci s Národním onkologickým registrem ČR. Zdravotnická statistika. ISBN 978-80-7280-975-2.
- [6] TOMÁŠEK, J, 2012. Diagnostika a léčba kolorektálního karcinomu. In: *kolorectum.cz*[online]. [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--diagnostika-a-lecba-kolorektalniho-karcinomu>
- [7] VYZULA, Rostislav, 2011. Kolorektální karcinom – vedoucí pozice v incidenci na světě, významný zdravotní problém České republiky. In: *Prof. MUDr. Rostislav Vyzula: Vše o rakovině* [online]. 11. 04. 2011 [cit. 2013 – 05 - 06]. Dostupné z: <http://www.vyzula.cz/?p=83>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a.s.	Akciová společnost.
cm	Centimetr.
ČR	Česká republika.
DNA	Deoxyribonukleová kyselina.
m	Metr.
MZ	Ministerstvo zdravotnictví.
Např.	Například.
P	Příloha.
s.r.o.	Společnost s ručením omezeným.
tzv.	Takzvaně.
%	Procenta.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Pohlaví	37
Tabulka č. 2 Věk.....	38
Tabulka č. 3 Vzdělání	39
Tabulka č. 4 Přítomnost kolorektálního karcinomu v rodině	40
Tabulka č. 5 Důležitost prevence kolorektálního karcinomu	41
Tabulka č. 6 Četnost preventivních prohlídek	42
Tabulka č. 7 Preventivní prohlídky u gynekologa	43
Tabulka č. 8 Nabídka testu okultního krvácení	44
Tabulka č. 9 Odbornost lékaře, který nabídl respondentům test okultního krvácení.....	45
Tabulka č. 10 Znalost testu okultního krvácení	46
Tabulka č. 11 Zakoupení testu okultního krvácení v lékárně	47
Tabulka č. 12 Informovanost o důležitosti okultního krvácení	48
Tabulka č. 13 Zdroj informovanosti o důležitosti vyšetření na tzv. okultní krvácení	49
Tabulka č. 14 Poučení o provedení vyšetření	50
Tabulka č. 15 Proveditelnost vyšetření	51
Tabulka č. 16 Důvod neprovedení testu okultního krvácení	52
Tabulka č. 17 Znalost věku prevence kolorektálního karcinomu	53
Tabulka č. 18 Míra informovanosti o prevenci rakoviny tlustého střeva a konečníku	54
Tabulka č. 19 Čerpání informací o prevenci kolorektálního karcinomu	55
Tabulka č. 20 Znalost faktorů působících jako prevence kolorektálního karcinomu	57
Tabulka č. 21 Faktory působící jako prevence kolorektálního karcinomu	58
Tabulka č. 22 Znalost rizikových faktorů pro vznik kolorektálního karcinomu	59
Tabulka č. 23 Rizikové faktory pro vznik rakoviny tlustého střeva a konečníku.....	60
Tabulka č. 24 Preventivní opatření	61
Tabulka č. 25 Preventivní opatření prováděná respondenty	62
Tabulka č. 26 Účast na akci s tématem prevence rakoviny tlustého střeva a konečníku.....	63
Tabulka č. 27 Ochota podstoupit kolonoskopii	64
Tabulka č. 28 Znalost kolonoskopie	65

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví	37
Graf č. 2 Věk.....	38
Graf č. 3 Vzdělání.....	39
Graf č. 4 Přítomnost kolorektálního karcinomu v rodině	40
Graf č. 5 Důležitost prevence kolorektálního karcinomu	41
Graf č. 6 Četnost preventivních prohlídek.....	42
Graf č. 7 Preventivní prohlídky u gynekologa	43
Graf č. 8 Nabídka testu okultního krvácení	44
Graf č. 9 Odbornost lékaře, který respondentům nabídl test okultního krvácení	45
Graf č. 10 Znalost testu okultního krvácení.....	46
Graf č. 11 Zakoupení testu okultního krvácení v lékárně	47
Graf č. 12 Informovanost o důležitosti okultního krvácení	48
Graf č. 13 Zdroj informovanosti o důležitosti vyšetření na tzv. okultní krvácení	49
Graf č. 14 Poučení o provedení vyšetření	50
Graf č. 15 Proveditelnost vyšetření.....	51
Graf č. 16 Důvod neprovedení testu okultního krvácení	52
Graf č. 17 Znalost věku prevence kolorektálního karcinomu.....	53
Graf č. 18 Míra informovanosti o prevenci rakoviny tlustého střeva a konečníku.....	54
Graf č. 19 Čerpání informací o prevenci kolorektálního karcinomu	55
Graf č. 20 Znalost faktorů působících jako prevence kolorektálního karcinomu	57
Graf č. 21 Faktory působící jako prevence kolorektálního karcinomu	58
Graf č. 22 Znalost rizikových faktorů pro vznik kolorektálního karcinomu	59
Graf č. 23 Rizikové faktory pro vznik rakoviny tlustého střeva a konečníku.....	60
Graf č. 24 Preventivní opatření.....	61
Graf č. 25 Preventivní opatření prováděná respondenty.....	62
Graf č. 26 Účast na akci s tématem prevence rakoviny tlustého střeva a konečníku.....	63
Graf č. 27 Ochota podstoupit kolonoskopii	64
Graf č. 28 Znalost kolonoskopie.....	65

SEZNAM PŘÍLOH

P I	Věstník ministerstva zdravotnictví
P II	Centra pro screeningovou kolonoskopii
P III	Incidence a mortalita u kolorektálního karcinomu
P IV	Seznam internetových odkazů pro širokou veřejnost
P V	Dotazník
P VI	Leták – Český den proti rakovině
P VI	Leták

STANDARD PŘI POSKYTOVÁNÍ A VYKAZOVÁNÍ VÝKONŮ SCREENINGU NÁDORŮ KOLOREKTA V ČESKÉ REPUBLICE

Čl. 1

Obecná ustanovení

1. Screeningem kolorektálního karcinomu (KRK) se rozumí organizované, kontinuální a vyhodnocované úsilí o časný záchyt zhoubných nádorů kolorekta prováděním preventivních vyšetření na okultní krvácení ve stolici (TOKS) ve věku od 50 do 54 let v jednoročním intervalu. Od věku 55 let se asymptomatickým jedincům nabízí buď opakovaný test na okultní krvácení ve stolici ve dvouletém intervalu nebo jako alternativní metoda primární screeningová kolonoskopie, která může být v intervalu 10. let zopakována.
2. Záměrem screeningu je zaručit ohrožené populaci v České republice kvalifikované (screeningové) vyšetření, tj. test na okultní krvácení ve stolici (TOKS) a/nebo primární screeningovou kolonoskopii.
3. Cílem screeningu je zvýšení časnosti záchytu zhoubných nádorů kolorekta a přednádorových lézí (tzv. pokročilého adenomu) a zvýšení podílu časných stadií kolorektálního karcinomu na úkor stadií pokročilých, což povede ke snížení úmrtnosti a incidence na toto onemocnění. Dalšími cíli jsou redukce paliativních, nekurativních operací u pokročilých stadií onemocnění a dalších chirurgických či endoskopických paliativních výkonů u neresekabilních nádorů.
4. Screening kolorektálního karcinomu se provádí u populace s běžným rizikem onemocnění ve věku nad 50 let.

Čl. 2

Vstup pracovišť do programu screeningu kolorektálního karcinomu

1. Pravidla pro vstup a účast pracovišť do screeningového programu jsou stanovena dle konsensu členů Komise pro screening kolorektálního karcinomu Ministerstva zdravotnictví a Rady pro screening kolorektálního karcinomu České gastroenterologické společnosti, Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti J. E. Purkyně (dále jen ČLS JEP) a Sdružení praktických lékařů České republiky.
2. Vyšetření TOKS provádějí všichni registrující lékaři v oboru všeobecné praktické lékařství a registrující lékaři v oboru gynekologie a porodnictví. Screeningová a primární screeningová kolonoskopie se soustřeďuje na zdravotnická zařízení splňující podmínky kvality, kontinuity a hodnotitelnosti dosahovaných výsledků. Koordinátorem péče o pojištěnce v rámci screeningového programu je registrující lékař v oboru všeobecné praktické lékařství.
3. Žádost o zařazení endoskopického pracoviště do screeningového programu k provádění screeningu kolorektálního karcinomu podává na formuláři (viz příloha č. 1) statutární orgán zdravotnického zařízení Ministerstvu zdravotnictví. Součástí žádosti je stanovisko České gastroenterologické společnosti ČLS JEP, která určuje podmínky pro vstup zdravotnického zařízení do screeningového programu. Podmínky jsou k dispozici na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví a České gastroenterologické společnosti ČLS JEP.
4. Výsledek projednání žádosti je oznámen písemnou formou.
5. Dodržování stanovených podmínek posuzuje Výbor České gastroenterologické společnosti ČLS JEP, který předkládá své stanovisko Komisi pro screening kolorektálního karcinomu Ministerstva zdravotnictví.
6. Seznam pracovišť splňujících podmínky screeningu kolorektálního karcinomu je průběžně aktualizován na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví.

Čl. 3

Podmínky pro vstup zdravotnického zařízení do programu screeningu kolorektálního karcinomu

- 1) Požadavky na technické vybavení zdravotnického zařízení
Zdravotnické zařízení zabezpečí, aby používané zdravotnické prostředky odpovídaly ustanovením zákona č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích.

2) Požadavky na přístrojové vybavení

- b) Ambulantní pracoviště registrujícího lékaře v oboru všeobecné praktické lékařství a registrujícího lékaře v oboru gynekologie a porodnictví
 - ii) Test na okultní krvácení do stolice (TOKS)
- c) Endoskopické pracoviště
 - i) Kolonoskop
 - ii) Endoskopická věž
 - iii) Odsávací zařízení
 - iv) Elektrochirurgická jednotka
 - v) Akcesoria umožňující provádění odběru biopsií a polypektomií
 - vi) Ruční desinfektor

3) Kritéria pro Centra pro screeningovou kolonoskopii:

Pracoviště pro screeningové kolonoskopie:

- a) má personální vybavení: lékař se specializací v oboru gastroenterologie, chirurgie nebo vnitřního lékařství a všeobecná sestra,
- b) provádí kolonoskopie lege artis, má zavedeny principy bezpečné digestivní endoskopie, (v případě pochybností může být uchazeč o status centra navštíven určenými osobami Rady),
- c) má smluvně zajištěnou 24-hodinovou endoskopickou službu / příslužbu (především k endoskopickému řešení případné komplikace předchozí kolonoskopie, hlavně pozdního krvácení po polypektomií), má možnost pacienta s krvácivou nebo jinou komplikací přijmout na lůžkové oddělení,
- d) má smluvně zajištěnou bezprostřední návaznost na chirurgické pracoviště (k chirurgickému řešení případné komplikace screeningové kolonoskopie).

Zájemce o získání statutu „pracoviště“ předloží:

- a) konkrétní seznam přístrojového vybavení svého pracoviště (včetně roku výroby),
- b) počet všech provedených kolonoskopií za poslední 3 roky,
- c) počet terapeutických výkonů při kolonoskopii za poslední 3 roky (polypektomie, EMR,)
- d) konkrétní program kontroly kvality svého pracoviště.

Pracoviště musí prokázat provedení nejméně 1000 kolonoskopií a 250 endoskopických polypektomií za rok. V případě pracovišť s menším počtem endoskopistů se vychází z počtu kolonoskopií a endoskopických polypektomií na jednoho endoskopistu: minimálním počtem je provedení 200 kolonoskopií a 50 endoskopických polypektomií za rok. Každé pracoviště ročně provede nejméně 50 screeningových nebo primárně screeningových kolonoskopií.

4) Sledování a vyhodnocování činnosti screeningového programu (datový audit)

Screeningové kolonoskopické zdravotnické zařízení sleduje, zaznamenává a elektronickou cestou (formou předdefinovaných formulářů na internetové adrese <http://crca.registry.cz>) odesílá požadované údaje k centrálnímu zpracování.

Mezi požadované údaje patří:

Formulář: Osobní údaje subjektu:

- a) Rodné číslo
- b) Datum narození
- c) Pohlaví
- d) Trvalého bydliště- okres, obec, PSČ
- g) Zdravotní pojišťovna

Formulář: Vyšetření subjektu

- a) Test na okultní krvácení: datum (měsíc, rok), IČZ ordinace, jméno lékaře
- a) Kolonoskopie: datum, jméno lékaře, údaj o totální kolonoskopii
- b) Počty nalezených a odstraněných polypů
- c) Komplikace kolonoskopie: perforace
- d) Komplikace polypektomie: perforace, krvácení

- e) Výsledek vyšetření
- f) Podrobný popis nalezených adenomů
- g) Podrobný popis nalezených karcinomů

Zpracovatel dat (Institut biostatistiky a analýz Masarykovy Univerzity v Brně) zasílá data eviduje, zpracovává a vytváří pravidelné zprávy, které odesílá jednotlivým regionálním koordinátorům, vytváří validační zprávy.

- 5) Evaluaci a koordinaci dat zajišťuje Rada pro screening kolorektálního karcinomu České gastroenterologické společnosti, kterou tvoří 15 regionálních koordinátorů a zástupci Institutu biostatistiky a analýz Masarykovy Univerzity v Brně. Rada se schází v pravidelných intervalech.

Čl. 4

Vstup a účast bezpříznakových mužů a žen v programu screeningu kolorektálního karcinomu

1. Na screening kolorektálního karcinomu mají nárok všichni bezpříznakoví muži a ženy od 50 let. Úvodní screeningovou metodou je test na okultní krvácení ve stolici (TOKS), který se provádí u bezpříznakových jedinců od 50 do 54 let v jednoročním intervalu. V případě pozitivního testu na okultní krvácení následuje kolonoskopické vyšetření. Od věku 55 let se asymptomatickým jedincům nabízí buď opakovaný test na okultní krvácení do stolice ve dvouletém intervalu nebo jako alternativní metoda primární screeningová kolonoskopie, která může být v intervalech 10 let zopakována.
2. Jedinci zahrnutí do screeningu nesmí splňovat kritéria vysokorizikových skupin KRK.
3. Pro osoby s pozitivní osobní nebo rodinnou anamnézou KRK nebo adenomu, osoby se syndromem familiární adenomové polypózy, syndromem hereditárního nepolypózního kolorektálního karcinomu (HNPCC), osoby s dlouholetým nespecifickým střevním zánětem jsou vypracovány jednotlivé dispenzární programy, lišící se dle stupně rizika.
4. Screeningovou kolonoskopií rozumíme vyšetření z indikace pozitivního TOKS. Podmínkou úhrady screeningové kolonoskopie z prostředků veřejného zdravotního pojištění je doporučení registrujícího lékaře v oboru všeobecné praktické lékařství a registrujícího lékaře v oboru gynekologie a porodnictví vydané na základě pozitivního TOKS.
5. Primární screeningová kolonoskopie hrazená z veřejného zdravotního pojištění se provádí v intervalu 10 let od věku 55 let, pokud se jedinec nerozhodl pro screeningový test na okultní krvácení ve dvouletém intervalu. Primární screeningovou kolonoskopií indikuje lékař v oboru všeobecné praktické lékařství nebo lékař endoskopista příslušného centra. V případě, že screeningovou kolonoskopií doporučil endoskopista, je povinen tuto skutečnost nahlásit příslušnému registrujícímu lékaři v oboru všeobecné praktické lékařství.
6. Muž / žena si sám/sama hradí také opakování vyšetření v případě, že nález jednoho zdravotnického zařízení hodlá konzultovat či ověřit na jiném pracovišti stejného typu v intervalu kratším než byl doporučen lékařem nebo screeningovým programem. Vhodnost takových opakovaných vyšetření určuje nově navštívený diagnostik zdravotnického zařízení splňující podmínky kolonoskopického screeningu. Opakování či rozšiřování vyšetření není nárokovatelné.

Čl. 5

Vyšetřovací metody a jejich kombinace

1. Screening se týká asymptomatických jedinců od 50 let věku, kteří nesplňují kritéria vysokorizikových skupin KRK.
2. Úvodní screeningovou metodou je test na okultní krvácení ve stolici (TOKS), který se provádí u bezpříznakových jedinců od 50 do 54 let v jednoročním intervalu. V případě pozitivního testu na okultní krvácení následuje screeningové kolonoskopické vyšetření. Pokud je výsledek kolonoskopického vyšetření negativní, screeningový program je přerušen na 10 let, poté se asymptomatickým jedincům opět nabídne test na okultní krvácení ve stolici v dvouletém intervalu nebo primární screeningová kolonoskopie. Při pozitivním výsledku kolonoskopického vyšetření ve smyslu kolorektální neoplázie se další diagnostický a terapeutický postup řídí dle doporučení pro pacienty s vysokým rizikem tohoto onemocnění.

3. Pokud byl TOKS negativní, pak ve věku 55 let mají tito jedinci možnost volby dalšího screeningového postupu:
 - a) Provedení primární screeningové kolonoskopie nebo
 - b) TOKS v dvouletém intervalu
 Dle výsledku kolonoskopie nebo TOKS se dále postupuje analogicky jako v bodu 2.
4. TOKS je prováděn v ambulanci registrujícího praktického lékaře nebo registrujícího ženského lékaře
5. Kolonoskopické vyšetření provádí endoskopické pracoviště, schválené Komisí pro screening kolorektálního karcinomu Ministerstva zdravotnictví ČR, která garantuje bezpečnost prováděných výkonů. Seznam těchto pracovišť bude zveřejněn a aktualizován na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví. Endoskopická pracoviště mají náležitě vybavení (viz čl. 3 bod 2 b). V případě nálezu kolorektální neoplázie se postupuje jak uvedeno v bodu 2.

Příloha č. 1

Komise pro screening kolorektálního karcinomu Ministerstva zdravotnictví

Žádost o zařazení do programu screeningu kolorektálního karcinomu

Zdravotnické zařízení:	
Úplná adresa:	
IČZ:	
DIČ:	
Statutární orgán:	
telefon:	

Žádám o zařazení do Programu pro screening kolorektálního karcinomu

Svým podpisem na této žádosti potvrzuji, že pracoviště splňuje podmínky stanovené pro zařazení do programu. Dále se zavazuji, že

- umožním na vyžádání zástupcům Ministerstva zdravotnictví a/nebo Rady pro screening KRK ČGS uvezené údaje zkontrolovat,
- zajistím dodržování všech podmínek a kritérií screeningového programu
- v případě zařazení do programu budu dodržovat vedení dokumentace včas odevzdávat hlášení pro potřeby datového auditu všech screeningových pracovišť v České republice.

V dne

Podpis statutárního zástupce a razítko ZZ

Stanovisko Rady pro screening KRK ČGS	
Pracoviště:	
splňuje / nesplňuje (nehodící se škrtněte) podmínky pro zařazení do screeningového programu kolorektálního karcinomu	
Jméno a podpis předsedy	Datum

PŘÍLOHA P II: CENTRA PRO SCREENINGOVOU KOLONOSKOPII

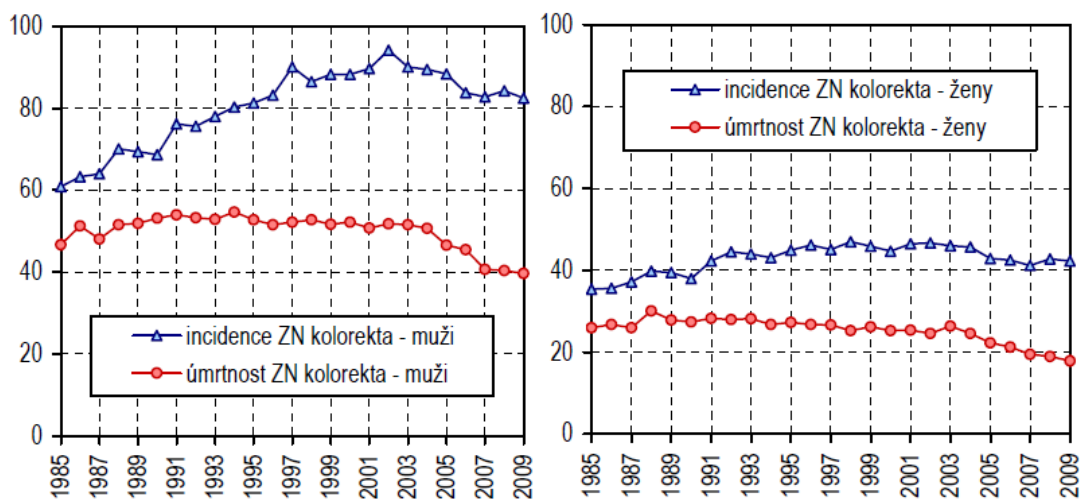
Seznam obsahuje zdravotnická zařízení pro screeningovou kolonoskopii, která se přihlásila do pilotní fáze sběru dat kolorektálního screeningu po vydání Věstníku MZ ČR č. 01/2009. Po uplynutí této pilotní fáze budou tato pracoviště vyzvána k doložení podkladů a po splnění všech podmínek oficiálně doporučena komisí MZ.



Zdroj dat: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost--kolorektalni-screening--centra--seznam>

PŘÍLOHA PIII: INCIDENCE A MORTALITA KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

Vývoj standardizované incidence a úmrtnosti na ZN kolorekta u mužů a žen (na 100 000 mužů/žen, evropský standard).



Zdroj dat: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/novotvary>

PŘÍLOHA P IV: SEZNAM INTERNETOVÝCH ODKAZŮ PRO ŠIROKOU VEŘEJNOST

www.adenokarcinom-zaludku.cz

www.rakovina-streva.cz

www.strevo-tour.cz

www.vize.cz

www.linkos.cz

www.kolorektum.cz

www.klicperovodivadlo.cz/program1.htm

www.mojemedicina.cz

www.onkounie.cz

www.ilco.cz

www.nejsinatosama.cz

PŘÍLOHA P V: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Ivana Ševelová a studuji obor Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci mé bakalářské práce na téma: „Přístup veřejnosti k prevenci kolorektálního karcinomu“ Vám předkládám dotazník, který je součástí výzkumného šetření. Žádám Vás o jeho vyplnění. Informace Vámi sdělené jsou anonymní a budou použity jen pro účel této práce. Děkuji Vám za čas strávený nad dotazníkem, bez něhož bych práci nemohla dokončit.

Ivana Ševelová

Kontakt: ivankasevelova@seznam.cz

Pokyny pro vyplnění:

U vybraných otázek zakroužkujte jednu, nebo více odpovědí. Případně otázku doplňte vlastními slovy dle instrukcí u jednotlivých položek.

1. Jsem:

- a) žena
- b) muž

2. Můj věk je let. (Uveďte, prosím.)

3. Mé nejvyšší dosažené vzdělání je:

- a) základní
- b) vyučen/a
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské
- f) jiné.....

4. Je ve Vaší rodině někdo, kdo měl nebo má rakovinu tlustého střeva a konečníku- kolorektální karcinom? (např. rodiče, sourozenci, děti....)

a) ano

b) ne

5. Domníváte se, že je prevence v případě rakoviny tlustého střeva a konečníku- kolorektálního karcinomu důležitá?

a) ano

b) ne

c) nevím

6. Jak často navštěvujete za účelem preventivních prohlídek svého praktického lékaře?

a) 1x za rok

b) 1x za dva roky

c) jiné (Doplňte, prosím.).....

d) vůbec

7. Vyplní pouze ženy:

Jak často navštěvujete za účelem preventivních prohlídek svého gynekologa?

a) 1x za rok

b) 1x za dva roky

c) jiné (Doplňte, prosím.).....

d) vůbec

8. Bylo Vám při preventivní prohlídce nabídnuto i vyšetření stolice na tzv. okultní (skryté) krvácení?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) ne, ale o vyšetření jsem si řekl/a sám/a

Pokud jste v této otázce odpověděli jinak než ano, pokračujte v otázce č. 10

9. Víte, jakým lékařem Vám bylo toto vyšetření nabídnuto?

- a) ano, od praktického lékaře
- b) ano, od gynekologa
- c) ano, od lékaře jiné odbornosti (Uveďte, prosím.).....
- d) nevím

10. Víte, o jaké vyšetření se jedná?

- a) ano
- b) ne
- c) asi ano

11. Víte, že si toto vyšetření můžete zakoupit sami v lékárně, aniž byste museli navštívit lékaře?

- a) ano, tuto možnost jsem využila
- b) ano, ale tuto možnost jsem nevyužila
- b) ne

12. Informoval Vás někdo o důležitosti vyšetření na tzv. okultní (skryté) krvácení?

a) ano (Uveďte kdo, prosím.).....

b) ne

13. Pokud Vám tedy bylo nabídnuto toto vyšetření nebo jste si ho sami koupili, kdo Vás poučoval o provedení vyšetření?

a) lékař

b) všeobecná sestra

c) lékárník

d) jiné (Uveďte kdo, prosím.).....

e) vyšetření jsem neprováděl/a

14. Provedli jste si toto vyšetření?

a) ano, vždy

b) pouze někdy

c) ne (Uveďte důvod, prosím.).....

15. Víte, od kterého věku, i když nemáte žádné obtíže, je nutné provádět toto vyšetření a v jakých intervalech?

a) ano (Uveďte konkrétní věk a interval, prosím.)

b) ne

16. Domníváte se, že máte dostatek informací o prevenci rakoviny tlustého střeva a koneč-
níku, tzv. kolorektálního karcinomu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17. Odkud čerpáte informace o prevenci rakoviny tlustého střeva a konečnicku - tzv. kolo-
rektálním karcinomu nebo onkologických onemocnění vůbec?

(Můžete uvést i více odpovědí, prosím.)

- a) od lékaře
- b) od sestry
- c) z TV, rozhlasu
- d) z internetu
- e) z letáků, brožur
- f) z jiných zdrojů (Doplňte, prosím.).....
- g) o danou problematiku se nezajímám a informace nevyhledávám

18. Znáte některé faktory, které mohou působit jako prevence vzniku rakoviny tlustého
střeva a konečnicku, tzv. kolorektálního karcinomu?

a) ano (Uveďte je, prosím.)

.....
.....
.....
.....
.....

b) ne

19. Znáte některé faktory, které mohou být rizikové pro vznik rakoviny tlustého střeva a konečníku, tzv. kolorektálního karcinomu?

a) ano (Uveďte je, prosím.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

b) ne

20. Provádíte Vy sami nějaká preventivní opatření?

a) ano (Uveďte je, prosím)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

b) ne

21. Zúčastnil/a jste se nějaké akce, besedy, apod. na téma prevence rakoviny tlustého střeva a konečníku – kolorektální karcinomu (např. akce Střevotour – prohlídka nafukovací makety střeva apod.)?

a) ano (Uveďte, o jakou akci se jednalo a kde se konala, prosím)

.....
.....
.....

b) ne

22. Byl/a byste ochoten/na podstoupit v rámci preventivní prohlídky rakoviny tlustého střeva a konečníku - tzv. kolorektálního karcinomu endoskopické vyšetření tlustého střeva a konečníku – tzv. kolonoskopii?

- a) ano, ale pouze na doporučení lékaře
- b) ano, i pouze z preventivního důvodu
- c) ne
- d) nevím

23. Víte, o jaké vyšetření se jedná?

- a) ano
- b) ne
- c) asi ano

PŘÍLOHA P VI: LETÁK – ČESKÝ DEN PROTI RAKOVINĚ



Liga proti rakovině Praha

Liga proti rakovině Praha
Na Truhlářce 100/60, 180 81 Praha 8
Tel./fax: 224 919 732
E-mail: lpr@lpr.cz, www.lpr.cz
Stálý účet LPR: 8888 88 8888/0300



Posílat dárcovské SMS ve tvaru **DMS KVET** na číslo 87 777 můžete do 30. 9. 2013. Cena jedné DMS je 30 Kč, LPR Praha obdrží 27 Kč. Přispívat na sbírkový účet Českého dne proti rakovině 65 000 65/0300 lze do 31. 12. 2013.

Zakoupením kytičky za minimální cenu 20 Kč, darem na sbírkový účet či odesláním DMS umožníte Lize proti rakovině Praha plnit své poslání: šířit nádorovou prevenci, zlepšovat kvalitu života onkologických pacientů, podporovat onkologický výzkum a přispívat k vybavenosti onkologických pracovišť.



Generální partner:



Hlavní partneři:



Hlavní mediální partneři:



Mediální partneři:



Partneři:

Organizátoři:

Poděkování dalším partnerům a spolupracovníkům:

Bluetech, s. r. o. • Český červený kříž • Český svaz žen • Model Obaly, a. s.
NEWTON Media, a. s. • Sdružení hasičů Čech, Moravy a Slezska
Soleta Signum, s. r. o.

ČESKÝ DEN PROTI RAKOVINĚ 15. května 2013

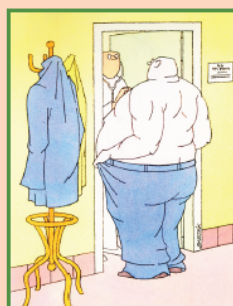


PŘEŠLI Byste FREKVENTOVANOU ULICI SE ZAVŘENÝMA OČIMA? BYLO BY TO O ŽIVOT!

Proč tedy tolik z nás zavírá oči před rizikem ztráty zdraví, ba dokonce života? Ze strachu nebo z lehkomyšlnosti? Chceme vás v těchto řadících varovat před důsledky typicky českého hazardérství: v Evropě neexistuje stát, jehož obyvatelé by tak často – a zbytečně! – umírali na rakovinu tlustého střeva a konečníku. Přitom by stačila jen špetka odpovědnosti vůči sobě samému.

UMÍRÁME ZBYTEČNĚ: PŘÍCHÁZÍME K LÉKAŘI POZDĚ.

V sousedních státech je tzv. kolorektální karcinom (lat. *colon* = tlusté střevo, *rectum* = konečník) vážnou hrozbou. Kolorektální karcinom lze odhalit včas, ještě než se objeví jeho příznaky. Takto časné onemocnění dokáže současná medicína zcela vyléčit u 9 pacientů z 10. V naší zemi je 54 % případů odhaleno až v pokročilém stadiu, kdy už je šance na vyléčení malá.



CO MÁME DĚLAT?

Využijeme dostupná pravidelná preventivní vyšetření. Neboli a od 50 let věku jsou hrazena zdravotní pojišťovnou. Protože rakovina tlustého střeva a konečníku se vyvíjí nenápadně, preventivní vyšetření by měl v letech zralosti podstoupit každý z nás, i když nemá obtíže.

Obezita patří k rizikovým faktorům kolorektálního karcinomu.

NAD 50 LET JE PREVENTIVNÍ VYŠETŘENÍ ZDARMA!

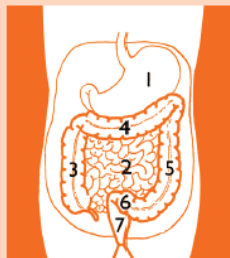


Schéma trávicího ústrojí: 1 – žaludek, 2 – tenké střevo, 3 – vzestupná část tlustého střeva, 4 – příčná část, 5 – sestupná část, 6 – esovitá klička, tzv. sigmoideum, 7 – rektum.

Systém plošného vyhledávání kolorektálního karcinomu je v České republice velmi dobře zorganizován. Jeho základem je test na skryté (okultní) krvácení ze střeva. O testu vás poučí váš praktický lékař. Ve věku 50–54 let má každý občan nárok na bezplatné otestování jednou ročně. Od 55 let věku mají lidé bez příznaků onemocnění na výběr mezi zmíněným testem a skriningovou kolonoskopií. Obě vyšetření jsou schopna zachytit počátky onemocnění ještě v klinicky němém stadiu, takže v případě zjištění kolorektálního karcinomu lze ihned navázat úspěšnou léčbu. Tento skrining je velmi účinnou zbraní proti zákeřné, avšak léčitelné chorobě. Češi ale nabídku preventivního vyšetření laxně ponechávají stranou – přichází jich sotva 40 %. Měli bychom vědět, že ve čtyřech případech z pěti bývají zdrojem kolorektálního karcinomu snadno odstranitelné polypy (adenomy). Pokud ovšem nejsou odstraněny včas...

SITUACE JE VÁŽNÁ...

V České republice onemocní zhubným nádorem tlustého střeva a konečníku přes 8000 lidí ročně (8205 osob v roce 2009) a takřka 5000 jich zemře. Pro více než polovinu pacientů je toto onemocnění osudné. Rakovina tlustého střeva je tak druhou nejčastější onkologickou diagnózou v ČR, hned po karcinomu prostaty u mužů a karcinomu prsu u žen. Kdyby lidé nebrali péči o své zdraví tak lehkovážně, hrozivá čísla výskytu i úmrtnosti by byla o 30 % nižší.



Nenápadně, zcela tiše může títat ve tvém břiše osudová nálož. Běží nám čas – mně i tobě! Tak s tím správně nalož!

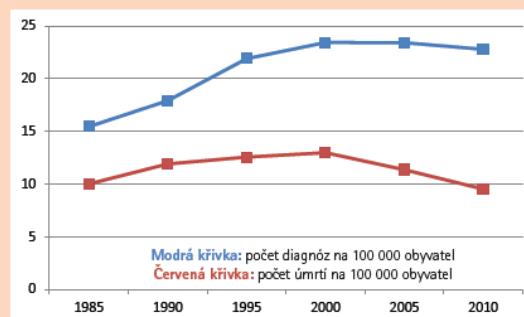
PREVENCE? ŽÁDNÁ VĚDA!

Příčin vzniku kolorektálního karcinomu je celá řada: obezita + nevhodné stravovací návyky + nedostatek pohybu + kouření + alkohol + genetické faktory. Vhodnými zásahy do životasprávy lze rizika onemocnění významně snížit.

Bojujte s nadváhou, dopřejte tělu pravidelnou fyzickou námahu a pohyb, podstatně obohatte stravu o zeleninu, ovoce a vlákninu, uberte maso a tuků živočišného původu, snižte příjem soli, uberte jídel grilovaných, smažených a uzených. S alkoholem opatrně, cigarety zahoďte!

Predevším ale, je-li vám kolem padesátky, neváhejte a podstupte preventivní test na okultní krvácení!

ČASOVÝ VÝVOJ VÝSKYTU A ÚMRTNOSTI U DIAGNÓZY KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU



Kolorektální karcinom postihuje zejména starší osoby. Nejvíce případů výskytu i úmrtí je hlášeno u mužů ve věku 65–69 let, u žen mezi 75–79 lety.

Obracejte se na Nádorovou telefonní linku LPR Praha. Vaše dotazy ochotně zodpoví erudovaní lékaři v pracovních dnech od 9 do 16 h na tel. 224 920 935, písemné otázky můžete poslat na e-mail: birkova@lpr.cz.

JE VÁM 50 LET A VÍCE?

NECHALI JSTE SE VYŠETŘIT V RÁMCI PREVENCE RAKOVINY TLUSTÉHO STŘEVA?

Kolorektální karcinom patří v České republice k nejčastějším onkologickým onemocněním u mužů i žen. Rakovina tlustého střeva a konečníku je jeden z nejlépe prevencí ovlivnitelných nádorů, a pokud se odhalí včas, je i velmi dobře léčitelný!

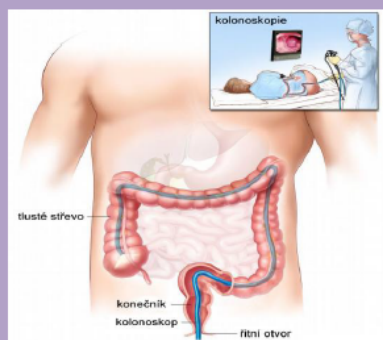
Nejdůležitější je včasná diagnostika!

Je-li Vám 50 – 54 let, měl (a) byste se 1krát ročně nechat otestovat na **okultní (skryté) krvácení do stolice**. Jedná se o dostupný a relativně jednoduchý test okultního krvácení do stolice. Je to krvácení, které nemůžeme vidět pouhým okem.

Vyžádejte si ho u svého **praktického lékaře**, ženy také u svých **gynekologů** – je zcela zdarma. Můžete si ho zakoupit i v lékárně.

Je-li Vám více než 55 let, můžete si vybrat mezi:

1. **testováním stolice na okultní krvácení 1krát za dva roky.**
2. **kolonoskopickým vyšetřením**, které je v případě negativního nálezu opakováno v intervalu 10ti let. Endoskopický přístroj se zavádí do konečníku a tlustého střeva, které je tak vyšetřeno po celé délce.



MYSLETE NA PREVENCI A NECHEJTE SE VČAS VYŠETŘIT!!!