

Informovanost mužů o prevenci nádorového onemocnění tlustého střeva

Lenka Julinová

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka Julinová**

Osobní číslo: **H11621**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Informovanost mužů o prevenci nádorového onemocnění tlustého střeva**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury k danému tématu.

Vymezení pojmů a teoretických východisek: anatomie a fyziologie tlustého střeva a konečníku, prevence kolorektálního karcinomu, screeningové programy v České republice a úloha sestry v prevenci kolorektálního karcinomu.

Příprava metodiky průzkumné části bakalářské práce.

Realizace průzkumu u mužů prostřednictvím dotazníkového šetření.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace dat.

Prezentace výsledků šetření, doporučení pro praxi.

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.

HRUBÁ, Marcela, Lenka FORETOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. **Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění.** Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001. ISBN 80-238-7618-X.

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

SEIFERT, Bohumil. **Screening kolorektálního karcinomu.** Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-306-0.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ, Hilda VORLÍČKOVÁ a kol. **Klinická onkologie pro sestry.** Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1716-6.

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

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Andrea Filová
Ústav zdravotnických věd

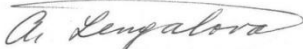
Datum zadání bakalářské práce:

15. ledna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

23. května 2014

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


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




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

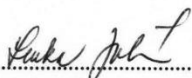
Beru na vědomí, že

- 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 obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít 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 Zlíně14.2.2014.....

..........

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

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit 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 jim 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 ke výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Cíl: Cílem bakalářské práce bylo zjistit do jaké míry je mužská populace informována o prevenci nádorového onemocnění tlustého střeva.

Metodika: V empirické části bakalářské práce byl sestaven nestandardizovaný dotazník, který poskytl údaje o míře informovanosti mužů o prevenci kolorektálního karcinomu. Průzkumný soubor byl tvořen 104 muži. Nejprve byla provedena pilotní studie a na jejím základě byl obsah dotazníku upraven a rozdán mezi klienty stomatologické ordinace a širokou veřejnost. Dotazníkové šetření probíhalo od 15. 1. 2014 do 1. 3. 2014.

Výsledky: Výsledky dotazníkového šetření prokázaly, že informovanost a vlastní zájem mužské populace o problematiku nádorového onemocnění tlustého střeva, screeningová vyšetření a prevenci jsou nízké. Největší zastoupení ve zdrojích informací měla u respondentů odpověď, že se o tuto problematiku nezajímají. Potěšujícím zjištěním naopak bylo, že většina dotazovaných konzumuje zdraví prospěšné potraviny.

Závěr: Kolorektální karcinom je v České republice nejrozšířenější nádorové onemocnění. Chybí zde větší osvěta mužů i široké veřejnosti. Velkým krokem ke zvýšení informovanosti o prevenci kolorektálního karcinomu nejen mužů, ale i široké veřejnosti je „Projekt adresného zvaní na onkologickou prevenci“, vedený pod záštitou Všeobecné zdravotní pojišťovny. Dále je nutné, aby se na propagování zdravého životního stylu, motivaci k prevenci a včasné diagnostice tohoto onemocnění podíleli nejen praktičtí lékaři, ale i všeobecné sestry. Sama bych ráda přispěla ke zvýšení a zkvalitnění informovanosti veřejnosti o problematice tohoto onemocnění. Proto jsem se rozhodla vytvořit informační leták, který poskytne stručné informace o screeningových metodách nádorového onemocnění tlustého střeva.

Klíčová slova:

Prevence, screening, karcinom, informovanost, mužská populace.

ABSTRACT

Goal: The goal of this Bachelor Thesis was to determine to what extent is the male population informed about prevention of colon cancer.

Methods: The empirical part of the thesis was compiled on a non - standardized questionnaire, which provided data on the awareness of men on the prevention of colorectal cancer. The researched sample consisted of 104 men. Firstly, a forerun study has been executed. The final questionnaire, based on its results, has been modified and distributed amongst the dental office and general public. A questionnaire survey had been conducted from January 15th 2014 to March 1st 2014.

Results: Results of the questionnaire investigation have demonstrated that the awareness and interest of the male population on the issues of a tumorous disease of the colon, screening examination and prevention are low. The largest representation in the sources of information were the respondents answer that they are not concerned about this issue. Pleasing to the contrary findings was that the majority of respondents consume wholesome food.

Conclusion: Colorectal cancer is the most prevalent cancer in the Czech Republic. There is no greater public awareness of men and the general public. A major step to increase awareness about the prevention of colorectal cancer not only men, but also to the general public is project "Addressable invitations to cancer prevention", held under the auspices of the General health insurance. It is also necessary, in order to promote a healthy lifestyle, motivation for the prevention and early diagnosis of this disease in not only involved practitioners, but also nurses. I would like to contribute to the increasing and improving public awareness about this disease. That's why I decided to create an information leaflet which will provide brief information on the screening methods of the tumorous disease of the colon.

Keywords:

Prevention, screening, carcinoma, awareness, male population.

Děkuji vedoucí práce Mgr. Andree Filové za odborné vedení bakalářské práce a cenné rady, které mně v průběhu jejího zpracování poskytovala.

Velké poděkování patří také mému manželovi, který mi byl během celého studia a psaní bakalářské práce velkou oporou.

Prohlašuji, že jsem práci s názvem Informovanost mužů o prevenci nádorového onemocnění tlustého střeva vypracovala samostatně a veškeré zdroje informací uvedla v seznamu použité literatury.

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

Motto:

„Zdraví je dobro, o němž nevíme, dokud ho neztratíme.“

Latinské přísloví

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU	13
1.1 ANATOMIE TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU	13
1.2 FYZIOLOGIE TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU.....	15
1.3 KLASIFIKACE STUPŇŮ NÁDORŮ DLE RŮZNÝCH AUTORŮ	16
1.3.1 Staging.....	16
1.4 EPIDEMIOLOGIE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	18
1.5 RIZIKOVÉ FAKTORY KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	19
1.6 PŘÍZNAKY KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	19
1.7 DIAGNOSTIKA KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	20
1.8 LÉČBA KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU.....	21
1.8.1 Léčba chirurgická.....	21
1.8.2 Léčba zářením – radioterapie	21
1.8.3 Chemoterapie	21
1.8.4 Biologická léčba.....	22
1.9 PROGNÓZA KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	22
2 PREVENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	23
2.1 SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION).....	23
2.2 PROGRAM ZDRAVÍ 21	23
2.3 PRIMÁRNÍ PREVENCE.....	23
2.3.1 Doporučení pro prevenci kolorektálního karcinomu	24
2.4 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE.....	25
2.5 TERCÍÁRNÍ PREVENCE	26
2.6 KVARTÉRNÍ PREVENCE	26
2.7 ADRESNÉ ZVANÍ K PREVENCI KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	26
2.8 AKCE STŘEVO TOUR	27
2.9 NADACE VÁCLAVA A DAGMAR HAVLOVÝCH	27
3 SCREENINGOVÝ PROGRAM KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU V ČESKÉ REPUBLICĚ	29
3.1 SCREENING OKULTNÍHO KRVÁCENÍ	29
3.1.1 Guajakový test (gTOKS).....	29
3.1.2 Imunochemický test na okultní krvácení (iTOKS)	30
3.1.3 Screeningová kolonoskopie	30
3.1.4 Primární screeningová kolonoskopie	30
3.1.5 Příprava na kolonoskopii.....	31
3.1.6 Péče po vyšetření.....	31
3.2 CENTRA PRO SCREENINGOVOU KOLONOSKOPII.....	31
4 ROLE SESTRY V PREVENCI KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	33

4.1	ROLE SESTRY V PRIMÁRNÍ PREVENCÍ KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	33
4.2	ROLE SESTRY V SEKUNDÁRNÍ PREVENCÍ KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	33
4.3	ROLE SESTRY V TERCÍÁRNÍ PREVENCÍ KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	34
4.4	ROLE KOMUNITNÍ SESTRY V PREVENCÍ KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU.....	34
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
5	FORMULACE PROBLÉMU.....	36
6	CÍLE PRŮZKUMU.....	37
7	METODIKA PRÁCE.....	38
7.1	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	38
7.2	METODA SBĚRU DAT	38
7.3	ORGANIZACE PRŮZKUMU	38
7.4	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	39
8	VÝSLEDKY.....	40
9	DISKUZE.....	59
	ZÁVĚR	62
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	63
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	68
	SEZNAM GRAFŮ	69
	SEZNAM TABULEK.....	70
	SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

Česká republika má mnohá světová prvenství. Mezi tato prvenství patří i výskyt nádorového onemocnění tlustého střeva a konečníku. Přestože máme poměrně jednoduché a účinné možnosti prevence, mnoho lidí jim často nevěnuje žádnou pozornost a přichází k praktickému lékaři až je nemoc v pokročilém stadiu. Přitom je kolorektální karcinom jedním z nejlépe preventabilních a dobře léčitelných nádorů, ovšem pouze za předpokladu, že je zachycen včas.

Onkologická onemocnění jsou trvalou hrozbou a jejich počet u nás stále narůstá. Na každém občanu naší republiky záleží, jak úspěšně se zhoubnými nádorovými onemocněními bojujeme. Není to tedy zdaleka jen úkol zdravotníků, ale je nutné, aby si tento problém uvědomila i široká veřejnost. Je nutné, aby se problematika nádorového onemocnění stala součástí celonárodního povědomí a sehrávala tak důležitou roli v našem myšlení (Skála, Dienstbier, 2012, s. 3).

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit míru informovanosti mužské populace o prevenci nádorového onemocnění tlustého střeva, screeningových metodách a rizikových faktorech.

V průzkumném šetření bych se chtěla zaměřit na informovanost mužů o prevenci kolorektálního karcinomu a jeho rizikových faktorech. Zda má mužská populace povědomí o tom, jak se před tímto onemocněním mohou chránit, zda se nevyskytlo toto nádorové onemocnění u nich v rodině a v neposlední řadě, zda podstupují preventivní prohlídky u praktického lékaře a zda absolvují screeningové vyšetření testu na okultní krvácení. Do průzkumu jsou začleněna i demografická data, jako je věk mužů a jejich dosažené vzdělání.

Důvodem pro volbu tohoto tématu pro bakalářskou práci byla má zkušenost s úmrtím blízkého člověka na nádorové onemocnění, což mne velmi zasáhlo. Dalším důvodem je skutečnost, že nejčastější příčinou úmrtí na nádorové onemocnění v České republice je právě karcinom tlustého střeva a konečníku.

Výsledky průzkumného šetření by mohly přispět ke zlepšení a zintenzivnění osvěty o důležitosti prevence a včasné diagnostiky nádorového onemocnění tlustého střeva a konečníku.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU

1.1 Anatomie tlustého střeva a konečníku

Tlusté střevo – *intestinum crassum*, je poslední částí trávicí trubice, která je dlouhá 1,3–1,7 m a široká od 7,5 cm do 4 cm. Slepé střevo – *intestinum caecum*, jehož nejširší část je uložena v pravé jámě kyčelní s ileocekálním vyústěním na levém boku slepého střeva. Součástí slepého střeva je červovitý výběžek – *appendix vermiformis*, který vybíhá na dolním konci slepého střeva a nachází se v něm velké množství lymfatické tkáně, jeho průměrná délka bývá asi 6 cm. Na cékum dále navazuje tračník – *colon*, složený z těchto částí: tračník vzestupný – *colon ascendens*, dlouhý 16–20 cm, který pod játry přechází svým ohbím – *flexura coli hepatica* do příčného tračníku – *colon transversum*, který je dlouhý asi 50 cm. *Colon transversum* přechází napříč dutinou peritoneální na levou stranu až ke slezině, ohbím slezinným pokračuje v sestupný tračník – *colon descendens*, dlouhý 20–30 cm. *Colon descendens* sestupuje po levé straně dutiny břišní do jámy kyčelní a tam přechází v esovitý tračník – *colon sigmoideum*, který ve formě písmene S přechází závěsem přes *musculus psoas major* do pánve, kde navazuje na konečník – *rectum*. Konečník je poslední úsek střeva v malé pánvi, který vyústí navenek otvorem zvaným *anus* – řiť (Naňka, Elišková, 2009, s. 159–162; Čihák 2002, s. 96–119).

Na povrchu tlustého střeva jsou tři bělavé podélné pruhy – *taeniae coli* široké 8–10 mm, jsou to ztlustění podélné svaloviny a jdou podél celého střeva. Tah taenií nakrčí střevo, a tím vzniknou zevně vyklenutá místa – *haustra coli* – výpuky. *Appendices epiploicae* jsou povrchové výběžky serózního povlaku tlustého střeva, jsou delší a stopkaté, vyplněné tukovým vazivem (Naňka, Elišková, 2009, s. 159–162; Holibková, Laichman, 2004, s. 74; Čihák 2002, s. 96–119).

Stěna tlustého střeva se skládá ze čtyř vrstev, které jsou charakteristické pro trávicí trubici. První vrstvu tvoří sliznice, která vystýlá povrch trávicí trubice, je bledá, není opatřena klky a je krytá cylindrickým jednovrstevným epitelem. Ve sliznici se nachází četné žlázy – *glandulae intestinales* a Lieberkühnovy krypty. Druhou vrstvu stěny tlustého střeva tvoří podslizniční vazivo, které je řídké a obsahuje cévní a nervové pleteně. Třetí vrstvu stěny tvoří svalovina, která má typickou vnitřní cirkulární vrstvu a vnější longitudinální vrstvu. V některých místech stěny je cirkulární vrstva vyvinutější a tvoří podklad funkčních svěra-

čů. Čtvrtá vrstva seróza – peritoneální povlak, je hladká a lesklá blána (Páč, 2010, s. 43–44).

Konečník – rectum, je uložen v konkavitě křížové kosti, kde tvoří ohbí, které se nazývá flexura sacralis. Tato část rekta se rozšiřuje v ampulla recti. Kaudálně uložený kanál – canalis analis, je opatřen řitním svěračem s bohatou žilní pletení. Konečník ústí na povrch řitním otvorem – anus (Holibková, Laichman, 2004, s. 74).

Stěna konečníku je složena ze čtyř vrstev, stejně jako u tlustého střeva. Na sliznici konečníku nacházíme typické kožní řasy a další útvary. Ze silné sliznice vybíhají v rektu tři poloměsíčitě příčné řasy – plicae transversae. Sliznice v canalis analis vybíhá v podélné řasy – columnae anales, které nad řitním otvorem přecházejí do cirkulárně zesíleného slizničního prstence. Výstelka sliznice je v začátku kanálu tvořena cylindrickým epitelem, při zevním ústí se mění v dlaždicovitý. Zóna haemorrhoidalis je pás sliznice podložený cévní pletení a zesílenou cirkulární hladkou svalovinou. Při dilataci stěny žil v zona haemorrhoidalis externa mohou vznikat zevní hemoroidy. Svalovina rekta je tvořena hladkou vnitřní, cirkulární a silnou zevní, longitudinálně probíhající vrstvou. Obě části svaloviny přecházejí do stěny análního kanálu. Cirkulární složka při zevní části kanálu tvoří hladký cirkulární svěrač – musculus sphincter ani internus. Zevně od cirkulárního svěrače je svalovina hráze, kterou tvoří příčně pruhovaný svěrač – musculus sphincter ani externus, který ovládáme naší vůlí. Zevní vrstvu horní části rekta tvoří peritoneum a dolní část obaluje řidší vazivo. Canalis analis je pokryt tužším vazivem – paraproctium (Naňka, Elišková, 2009, s. 159–162; Čihák 2002, s. 96–119).

Tepennou krev střevo dostává z a. mesenterica superior a inferior, pro kaudální úseky rekta pak ještě z a. iliaca interna. A. mesenterica superior probíhá v mesenteriu do pravé kyčelní jámy a vydává větve pro tenké střevo – aa. jejunales et ilei, pro začátek tlustého střeva je to pak a. ileocolica. A. colica dextra a media zásobuje vzestupný tračník a pravou část příčného tračníku. Zbytek tračníku a colon sigmoideum zásobuje a. mesenterica inferior. Dolní část konečníku zásobuje a. rectalis media a inferior, jsou to větve z a. iliaca interna. Žíly svým průběhem odpovídají tepnám. Venózní krev ze střev odtéká za hlavou pankreatu do vratnicové žíly – vena portae. Mízní cévy tlustého střeva se sbírají ze sítě mízních kapilár ve vrstvách stěny střevní a jdou podél tepen do uzlin (Naňka, Elišková, 2009, s. 159–162; Čihák 2002, s. 96–119).

Nervy tlustého střeva jsou převážně vlákna sympatiku a parasympatiku, jež ke střevu přicházejí v pleteních podél tepen. Parasympatická vlákna do tlustého střeva přicházejí z nervus vagus, nn. splanchnici a z plexus mesentericus inferior. Sympatická přívodná vlákna přicházejí ke colon, hlavně z ganglia coeliaca, z ganglion mesentericus superius a inferius. Sensitivní vlákna pro colon jsou obsažena ve větvích vagových a v nervech sakrálního parasympatiku. Soubor pletení celého střeva se nazývá plexus entericus. Parasympaticus působí na tlusté střevo zvýšenou kontrakcí, zrychlením peristaltiky, také snižuje sekreci střevních žláz. Sympaticus působí na střevo sníženou kontrakcí a zvyšuje sekreci střevních žláz. Sympatická vlákna vyvolávají sevření análního svěrače a parasympatická vlákna způsobí jeho uvolnění (Naňka, Elišková, 2009, s. 159–162; Čihák 2002, s. 96–119).

1.2 Fyziologie tlustého střeva a konečníku

V tlustém střevě se shromažďují nestrávené zbytky stravy a obsah se zde zahušťuje. Pohyby tlustého střeva jsou podobné peristaltickým pohybům stěny tenkého střeva. Trávenina zůstává v tlustém střevě 8–12 hodin. Z obsahu tráveniny se vstřebává hlavně voda, minerály a cukry. Nejvíce vody se vstřebává ve vzestupném tračníku. K zahuštěnému obsahu se přidává hlen, který slepuje nestrávené zbytky potravy. Tyto zbytky pak podléhají kvasným a hnilobným procesům. Před účinkem hnilobných a kvasných produktů chrání sliznici tlustého střeva hlen, který zabraňuje i jejich vstřebávání do krevního oběhu (Dylevský, 2000, s. 284–285).

Pohyby tlustého střeva se dělí na místní – mísící a celkové – peristaltické, které posunují obsah střeva směrem k sigmoideu, dále pak pohyby velké – posunovací, tzv. pohyby Holzknechtovy. Významné jsou některé reflexy, které se projevují typickou střevní motilitou, je to gastrokolický reflex – zvýšená motilita tlustého střeva při naplnění žaludku (Mourek, 2005, s. 94, Rokyta, 2000, s. 139).

Složení stolice je závislé na skladbě potravy. Obsahuje nestravitelné části potravy, vodu, žlučová barviva a odloupané epitelie. Konzistenci stolice ovlivňuje přijaté množství vody, barvu zase množství žlučových barviv (Dylevský, 2000, s. 285).

Defekační reflex, je reflexní děj, ke kterému dochází při naplnění konečníku. Samovolnému odchodu stolice brání dva svěrače – sfinktery. Vnitřní sfinkter je z hladké svaloviny a není vůlí ovlivnitelný. Zevní sfinkter je z příčně pruhované svaloviny a je vůlí ovlivnitelný. Při defekačním reflexu oba svěrače ochabují a zapojují se břišní svaly a bránice, zvět-

šuje se břišní lis. Kontrakce se účastní i hrudní svaly při nádechu a zavřené hlasivkové štěrbině. V závislosti na charakteru potravy se denně vyloučí 100–300 gramů stolice (Dy-levský, 2000, s. 285; Mourek, 2005, s. 94; Rokyta, 2000, s. 139).

1.3 Klasifikace stupňů nádorů dle různých autorů

1.3.1 Staging

Základem stážování nádoru je:

- stupeň penetrace nádoru střešní stěnou,
- stupeň postižení regionálních uzlin,
- přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz (Holubec, 2004, s. 19–20).

Dukesova klasifikace

A: tumor neprorůstá muscularis propria,

B: tumor prorůstá muscularis propria,

C: postižení regionálních lymfatických uzlin,

D: vzdálené metastázy.

Astlerova – Kollerova klasifikace

A: tumor neproniká mukózou karcinoma in situ,

B1: tumor proniká muscularis mucosa, ale ne muscularis propria,

B2: tumor proniká muscularis propria,

C1: stadium B1 s postižením lymfatických uzlin,

C2: stadium B2 s postižením lymfatických uzlin,

D: vzdálené metastázy.

TNM klasifikace

„TNM klasifikace je způsob hodnocení sloužící k jednoduchému popisu rozsahu nádoru a určení stadia onemocnění.: rozsah primárního nádoru = T, postižení mízních uzlin = N a přítomnost vzdálených metastáz = M. Ke každému z písmen se přidává číslo odpovídající konkrétnímu nálezu. Např. T1 N0 M0 značí malý nádor bez postižení mízních uzlin a bez vzdálených metastáz. Pro nádory jednotlivých orgánů existují konkrétní pravidla pro urče-

ní rozsahu nádoru T či pro postižení blízkých či vzdálených uzlin N^c (Mlčoch, © 2013, online)

Primární tumor (T):

TX: primární tumor nemůže být detekován,

T0: primární tumor nenalezen,

Tis: karcinoma in situ neprorůstá mukózou,

T1: tumor proniká submukózou,

T2: tumor proniká muscularis propria,

T3: tumor proniká skrze muscularis propria do subserózy nebo do peritonea,

T4: tumor proniká viscerálním peritoneem nebo přímo do okolních orgánů a struktur (Holubec, 2004, s. 32).

Postižení regionálních lymfatických uzlin (N):

NX: regionální lymfatické uzliny nemohou být posouzeny,

N0: bez metastáz v regionálních lymfatických uzlinách,

N1: 1–3 metastázy v perikolických nebo perirektálních lymfatických uzlinách,

N2: metastázy ve čtyřech nebo více perikolických nebo perirektálních lymfatických uzlinách,

N3: metastázy v lymfatických uzlinách podél cévních struktur (Holubec, 2004, s. 32).

Vzdálené metastázy (M):

MX: přítomnost vzdálených metastáz nemůže být posouzena,

M0: vzdálené metastázy nejsou přítomny,

M1: vzdálené metastázy jsou přítomny (Holubec, 2004, s. 32).

Skupiny stadií:

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:

- je to stupeň diferenciacie nádorových buněk.

GX: grading nemůže být stanoven,

G1: dobře diferencované tumory,

G2: středně diferencované tumory,

G3: málo diferencované tumory,

G4: nediferencované tumory (Holubec, 2004, s. 33).

1.4 Epidemiologie kolorektálního karcinomu

Kolorektální karcinom je jedním z nejčastějších onkologických onemocnění a ve všech vyspělých státech jeho incidence stále narůstá. Česká republika obsazuje přední místa v žebříčku mezinárodního srovnání. Populační zátěž je opravdu vysoká a ročně je v České republice nově diagnostikovaných 7 800–8 100 pacientů s tímto karcinomem a 3 800–4200 pacientů na něj zemře (Dušek, 2012, s. 29).

Typický věk českého pacienta s kolorektálním karcinomem je asi 61–77 let, ale 21 % všech nemocných je mladších 60 let. V posledních letech lze pozorovat náznaky zlepšení, hlavně stabilizaci mortality, která začíná i mírně klesat. Při stále rostoucí incidenci vede však situace ke zvyšování prevalence, tedy počtu žijících osob, u kterých byl v minulosti diagnostikován a léčen kolorektální karcinom. „Prevalence dosáhla v roce 2009 hodnoty 47 371 osob a ve srovnání s rokem 1999 tak vzrostla o 63 %.“ (Dušek, 2012, s. 29). Ve výskytu kolorektálního karcinomu u mužů je Česká republika na prvním místě v Evropě, v kategorii mužů nad 65 let jí patří mezinárodní prvenství (Vyzula, Žaloudík, 2007, s. 29; Dušek, 2012, s. 29–32).

„Epidemiologická situace je výzvou k posílení všech aktivit směřujících k prevenci kolorektálního karcinomu, v první řadě organizovaného screeningu tohoto onemocnění“ (Dušek, 2012, s. 32). V letech 2009–2010 byla schválena primární screeningová kolonoskopie pro občany nad 55 let věku (Dušek, 2012, s. 29–32).

1.5 Rizikové faktory kolorektálního karcinomu

„Na vzniku kolorektálního karcinomu se podílejí faktory hereditární i exogenní“ (Holubec, 2004, s. 19). Hereditární faktory odpovídají především za familiární výskyt karcinomů v oblasti céka a vzestupného tračníku. Exogenní faktory odpovídají především za výskyt nádorů v sestupném tračníku, sigmoideu a konečniku.

Zevní rizikové faktory

Mezi zevní rizikové faktory kolorektálního karcinomu patří zejména strava s vysokým obsahem živočišných tuků, červené maso, nízký obsah vlákniny ve stravě, nadváha, nedostatečný příjem protektivních látek, jako jsou vitamin C, kyselina listová a vápník, nevhodná tepelná úprava stravy, konzumace alkoholu a kouření (Vyzula, Žaloudík, 2007, s. 32; Holubec, 2004, s. 19).

Vnitřní rizikové faktory

Mezi vnitřní rizikové faktory kolorektálního karcinomu patří pozitivní rodinná anamnéza: Familiární adenomatózní polypóza, Lynchův syndrom, Turkottův syndrom a Gardnerův syndrom (Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2010, s. 71).

Predisponující změny

Za tyto změny považujeme: dysplastické léze, Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu (Holubec, 2004, s. 19–20).

1.6 Příznaky kolorektálního karcinomu

Lokální:

- Dlouhodobé změny střevní pasáže, ať už se jedná o průjem, zácpu nebo střídání zácpy a průjmu.
- Krvácení z konečniku nebo krev ve stolici, jasně červená nebo tmavá krev.
- Přítomnost hlenu ve stolici.
- Stučkovitě zúžená stolice a pocit nedostatečného vyprázdnění.
- Pocity neurčité břišní nepohody: pocit plnosti, bolesti břicha, nadměrná plynatost, horší odchod plynů, tenesmy, křeče.

Systémové:

- Ztráta hmotnosti bez zjevného důvodu, nechutenství.
- Vyčerpanost, nevysvětlitelná únava.
- Nevolnost, zvracení.
- Chudokrevnost, žloutenka (Stomici, © 2014, online).

1.7 Diagnostika kolorektálního karcinomu**Před zahájením léčby provádíme tato vyšetření:**

- 1) Anamnéza: Se zaměřením na rodinný výskyt onemocnění (polypy). „Při podezření na dědičnou formu kolorektálního karcinomu je indikováno genetické vyšetření.“ (Kolorektum, © 2012, online). Dále nás zajímá změna frekvence a charakter stolice, enteroragie, úbytek na váze, bolesti břicha, teploty (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2010, s. 72).
- 2) Fyzikální vyšetření: Je cíleno na vyšetření břicha a digitální vyšetření per rectum. „Často lze tímto vyšetřením nahmatat nádor konečníku a u mužů také nádor nebo nezhoubné zvětšení prostaty.“ (Kolorektum, © 2012, online).
- 3) Laboratorní vyšetření: „Vyšetření krevního obrazu a základních biochemických parametrů doplňuje vyšetření nádorových markerů CEA a Ca 19–9. Vyšetření markerů se nepoužívá k vyhledávání nádorů u zdravé populace.“ (Kolorektum, © 2012, online).
- 4) Kolonoskopie umožňuje prohlédnout celé tlusté střevo a případně provést biopsii podezřelých útvarů, možné jsou také výkony terapeutické (polypektomie, mukosektomie). (Kolonoskopie, © 2009–2012, online).
- 5) CT břicha a pánve patří k základnímu stagingovému vyšetření ke zjištění rozsahu onemocnění, především v játrech, plicích, kostech a CNS (Mladá fronta, © 2014, online).
- 6) Ultrazvuk břicha doplňuje v některých případech CT vyšetření, má význam především u zjišťování postižení jater metastázami (Labtests, © 2001–2010, online).
- 7) Endosonografie rektu je důležitá především ke stanovení lokálního stagingu kolorektálního karcinomu (Jablonská a kol., 2000, s. 167).

- 8) Rentgen hrudníku je zaměřený na vyhledávání případných metastáz v plicích (Mladá fronta, © 2014, online).
- 9) PET (pozitronová emisní tomografie) nepatří do běžného algoritmu diagnostických metod kolorektálního karcinomu, vhodné je její zařazení při podezření na diseminaci onemocnění, a pokud se metastázy jinak nedaří prokázat (Kolorektum, © 2013, online).

1.8 Léčba kolorektálního karcinomu

O nejvhodnějším léčebném postupu rozhoduje vždy odborník. Léčebný postup záleží na umístění nádoru, na jeho šíření, velikosti a také na zdravotním stavu samotného pacienta. Při záchytu nádoru v časném stadiu můžeme provést jeho odstranění endoskopickou cestou. Většinou je však indikována chirurgická resekce a to: laparotomická nebo laparoskopická (Seifert, 2012, s. 34; Abrahámová, Boublíková, Kordíková, 2000, s. 13).

1.8.1 Léčba chirurgická

Tato léčba je první volbou u většiny pacientů. Spočívá v odstranění nádorem postižené části střeva a zároveň se provádí odstranění regionálních uzlin. V některých případech je možné provést anastomózu – sešítí zbylých částí střev nebo konečníku. Pokud nejde provést anastomózu, provádí se vyústění střeva ven přední stěnou břišní – kolostomie. Kolostomie může být u některých pacientů dočasná, u některých je tento pooperační stav trvalý (Abrahámová, Boublíková, Kordíková, 2000, s. 14; Adam, Krejčí, Vorlíček, 2010, s. 74).

1.8.2 Léčba zářením – radioterapie

Uplatňuje se především u nádorů rekta a rektosigmoidea. Může být také aplikována jako předoperační terapie, pooperačně nebo i samostatně bez předchozí operace. Často se kombinuje s chemoterapií – konkomitantní chemoradioterapie (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2010, s. 76).

1.8.3 Chemoterapie

Je léčba cytostatiky – jsou to léky s protinádorovým účinkem. V některých případech se léčba cytostatiky kombinuje s léčbou chirurgickou a radioterapií. Léky jsou aplikovány nitrožilně injekcemi nebo infuzemi nebo jsou podávány per os. Léčba probíhá v cyklech, kdy se léky podávají po dobu několika dnů a potom následuje pauza. Léčba cytostatiky může být doprovázena vedlejšími účinky. Celkově u léčby kolorektálního karcinomu je

velmi dobře snášena, a vedlejší účinky se vyskytují jen zřídka (Abrahámová, Boublíková, Kordíková, 2000, s. 16).

1.8.4 Biologická léčba

Je to léčba monoklonálními protilátkami. Tyto protilátky jsou schopny vyhledat po aplikaci do těla pacienta nádorové buňky a zastavit jejich růst. Tato léčba se může používat i v kombinaci s chemoterapií a je určena pro pacienty s metastázami (Onko, © 2009, online).

1.9 Prognóza kolorektálního karcinomu

„Prognostické faktory jsou údaje, které umožňují přibližně stanovit pravděpodobnost recidiv onemocnění, generalizace onemocnění, úmrtí či úplného uzdravení nemocného“ (Holubec, 2004, s. 61).

Kolorektální karcinom mívá tendenci poměrně dlouho růst místně, než začne metastázovat a patří mezi dobře léčitelné nádory, pokud je zachycen včas. U pacientů s nepokročilými nádory lze ve většině případů dosáhnout trvalého vyléčení. U pokročilých nádorů je léčba obtížná a náročná, ale je zde možné dosáhnout u řady pacientů dlouhodobé přežívání bez známek nemoci a v některých případech i trvalého vyléčení (Abrahámová, Boublíková, Kordíková, 2000, s. 17).

2 PREVENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

Prevence a preventivní opatření směřují jednak k zabránění vzniku vlastního nádoru a také k včasné diagnóze umožňující jeho trvalé vyléčení (Abrahámová, Boublíková, Kordíková, 2000, s. 18).

2.1 Světová zdravotnická organizace WHO (World Health Organization)

Hlavní strategické záměry WHO jsou:

- Podpora zdravé životosprávy a omezení zdravotních rizik vyplývajících z ekologických, ekonomických a sociálních podmínek.
- Omezování úmrtnosti a nemocnosti.
- Rozvoj odpovídajících zdravotnických strategií (WHO, © 2011, online).

2.2 Program Zdraví 21

Hlavní strategické záměry programu Zdraví 21 jsou:

- Rozšířit zdravé chování ve výživě a zvýšit tělesnou aktivitu.
- Zlepšit spotřebu potravin snížením příjmu celkové energie, soli, tuků a cukru a zvýšením příjmu zeleniny, ovoce, mléka, luštěnin, ryb a celozrnných obilných výrobků.
- Podpora účinných preventivních programů a podpora osvětových kampaní zaměřených na zvýšení informovanosti široké veřejnosti o rizicích kouření a nadměrného požívání alkoholu (MZČR, © 2010, online).

2.3 Primární prevence

Účelem primární prevence je odstraňování, popřípadě omezování příčin, které se mohou podílet na vzniku nádorového onemocnění. Primární prevence je založena na znalosti etiologie a patogeneze nádorového onemocnění, na výsledcích léčby, stejně tak jako na epidemiologických poznacích. Lze tak objasnit i vztah nádorových onemocnění k zevnímu prostředí (stravovacím návykům, životnímu stylu a socioekonomickým poměrům). Je znám vliv řady rizikových činitelů zevního prostředí, které se jednoznačně podílejí na vzniku nádorového bujení. Obecně lze říci, že mezi ně patří alkohol, kontakt s ionizujícím nebo

slunečním zářením, kouření, nepříznivý vliv biologických a chemických látek (Mladá fronta, © 2014, online).

Nejlepší činností pro prevenci kolorektálního karcinomu jsou systematicky prováděné preventivní prohlídky. Prohlídka musí umožnit rozbor zjištěných skutečností s klientem, vyhodnocení rizik, poskytnutí informací, popřípadě individuální edukaci, identifikaci rizikových faktorů a návrh na jejich ovlivnění (Seifert, 2012, s. 37).

2.3.1 Doporučení pro prevenci kolorektálního karcinomu

- 1) Zvýšení podílu vlákniny ve stravě: bylo prokázáno, že zelenina, ovoce a jiné potraviny obsahující vlákninu (např. celozrnné pečivo nebo luštěniny) mohou chránit před mnoha typy rakoviny, např. před rakovinou tlustého střeva. Zároveň pomáhají předcházet nadváze a obezitě. Konzumace těchto potravin by měla být alespoň 5krát denně (Suchánek, Barkmanová, Frič, 2012, s. 13).
- 2) Omezení podílu živočišných tuků: Takzvané „vysoce energetické“ potraviny obsahující příliš mnoho tuků a cukrů, obsahují jen velmi málo živin. Tyto typy potravin – zvláště jsou-li konzumovány ve velkých porcích – zvyšují riziko obezity, a ta prokazatelně zvyšuje riziko kolorektálního karcinomu. Mezi „vysoce energetické“ potraviny patří především oblíbená jídla z fastfoodů, smažené brambůrky, smažené kuřecí kousky nebo většina druhů pizzy, a také „svačinky“ typu čokolád, křupek nebo sušenek (Kolorektum, © 2013, online).
- 3) Omezení spotřeby červeného masa: Je velmi důležité omezit konzumaci červeného masa (např. hovězí, vepřové a skopové) a vyhýbat se uzeninám (Suchánek, Barkmanová, Frič, 2012, s. 13).
- 4) Omezení konzumace alkoholu: V roce 1997 bylo potvrzeno, že alkoholické nápoje zvyšují riziko vzniku rakoviny, např. prsu a tlustého střeva. Od té doby se hromadí další důkazy o rakovino tvorných účincích alkoholu (Kolorektum, © 2013, online).
- 5) Nekuřáctví: Nejlepší je nekouřit vůbec. I příležitostné zapálení si cigarety, může zvyšovat riziko vzniku některých druhů rakoviny.
- 6) Udržení si optimální tělesné hmotnosti: Vyváženou stravou a pravidelným cvičením si udržíte zdravou hmotnost, výrazně tak snížíte své riziko vzniku rakoviny. Existují pádné důkazy o tom, že fyzické aktivity chrání před mnoha typy zhoub-

ných nádorů. Pravidelný pohyb je navíc nezbytný pro udržení přiměřené hmotnosti (Kolorektum, © 2013, online; Suchánek, Barkmanová, Frič, 2012, s. 12).

2.4 Sekundární prevence

Sekundární prevence je cíleně zaměřena na diagnostiku již vzniklých onemocnění tlustého střeva a konečníku. Je zaměřena na časná stadia jejich vzniku. Spočívá ve vyhledávání a dlouhodobém sledování jedinců, kteří jsou v rizikové skupině nebo v preventivním vyšetření bezpříznakových jedinců (Mladá fronta, © 2013, online).

Součástí sekundární prevence je tzv. kolorektální screening.

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. Hlavním přínosem screeningových testů je zlepšení prognózy onemocnění, možnost méně radikální, a přitom účinnější léčby“ (Kolorektum, © 2013, online).

Kolorektální screening

Kolorektální screening je založen na pravidelných testech okultního krvácení do stolice, anebo na primární screeningové kolonoskopii (Kolorektum, © 2013, online).

Screening kolorektálního karcinomu má v prostředí České republiky velký význam, protože Česká republika má vůbec nejvyšší výskyt nádoru tlustého střeva na světě.

Od roku 2000 je českým občanům k dispozici test na okultní krvácení – TOKS, což je testování vzorků stolice na přítomnost skrytého krvácení. Tento test je určen jedincům starším 50 let každé dva roky (Kolonoskopie, © 2009–2012, online).

Typy screeningu

- 1) Hromadný – populační: Provádí se velký screening celých populačních skupin.
- 2) Výběrový – cílený: Provádí se screening vybrané části populace s vysokým rizikem (Seifert, 2012, s. 42).

2.5 Terciární prevence

„Terciární prevence znamená předcházení dalším škodám v důsledku onemocnění nebo i terapie. V onkologii se terciární prevencí obvykle myslí další sledování pacientů po terapii s cílem včasného záchytu nového vzplanutí choroby, tzv. relapsu.“ (Meditorial, © 2013, online).

2.6 Kvartérní prevence

Znamená předvídání a předcházení důsledkům progredujících a nevléčitelných nádorových chorob, optimalizaci zbytkových funkcí a kvality života (Seifert, 2012, s. 41).

2.7 Adresné zvaní k prevenci kolorektálního karcinomu

Od 1. ledna 2014 bylo v České republice zahájeno adresné zvaní občanů k preventivním vyšetřením na karcinom prsu, tlustého střeva a konečníku a děložního hrdla.

„Cílem projektu adresného zvaní je oslovit ty pojištěnce, kteří nechodí na preventivní prohlídky a neabsolvují příslušná screeningová vyšetření.“ Budou obesláni zvacím dopisem s informací, na která vyšetření mají nárok, včetně konkrétní instrukce, kde a jak mají chybějící vyšetření absolvovat. Zvaní bude probíhat postupně, aby se rovnoměrně obsadila kapacita zdravotnických zařízení, a adresáti budou vybíráni vždy podle data svého narození (VZP ČR, © 2014, online).

„Ministerstvo zdravotnictví proto připravilo projekt „SYSTÉM PODPORY PREVENCE VYBRANÝCH NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ V ČR – SCREENINGOVÉ PROGRAMY“. Projekt se skládá ze dvou základních částí. Již v lednu bylo zahájeno tzv. adresné zvaní, na němž participují všechny zdravotní pojišťovny. Právě ty by měly oslovovat vybrané pojištěnce s výzvou k účasti na preventivním screeningovém vyšetření. Díky adresnému zvaní bude v následujícím roce a půl osloveno přibližně 3,5 milionu pojištěnců s výzvou k návštěvě preventivního vyšetření. Adresné zvaní je podporováno celorepublikovou informační kampaní. Ta upozorňuje pojištěnce na nutnost péče o své zdraví.“ (Kolorektum, © 2013, online).

Pojišťovny zajistí odeslání adresných výzev pojištěncům z cílových skupin formou dopisů. Obesílání vybraných pojištěnců bylo zahájeno 1. ledna 2014 a bude realizováno v pravidelných intervalech – jedenkrát za měsíc. Pokud se pojištěnec na vyšetření po obdržení první výzvy nedostaví, pojišťovna jej osloví opakovaně (VZP ČR, © 2014, online).

Adresné zvaní osob z cílové populace je klíčovou podmínkou populačního screeningu. Cílovou skupinou jsou muži a ženy ve věku od 50 let do 70 let.

Pravidelných preventivních screeningových vyšetření se v České republice neúčastní plošně dostatečné množství obyvatel, kteří představují rizikovou, a tím i cílovou skupinu.

„Screeningu kolorektálního karcinomu se pak v České republice v roce 2008 zúčastnilo za rok 2010 pouze 23 % cílové populace, přičemž za minimální se běžně považuje účast alespoň 50 % cílových pacientů.“ (Kolorektum, © 2013, online).

Cílem projektu je zejména celkové zvýšení návštevnosti screeningových programů.

2.8 Akce střevo tour

Je to putování obří makety tlustého střeva známé jako *Střevo tour*. Kampaň s názvem „Vy a my společně proti rakovině tlustého střeva“ zaměřená na podporu prevence a léčby nemoci.

Maketou tlustého střeva o rozměrech 9 x 4 metry se dá procházet jako tunelem a prohlížet si, jak tlusté střevo vypadá uvnitř. Zde je možné vidět nejen zdravou sliznici, ale názorně je také ukázáno, jaké choroby tlusté střevo postihují nejčastěji. Osvětová kampaň je tedy zaměřena především na včasné odhalení karcinomu tlustého střeva a konečníku. Tato kampaň je plánována minimálně na dva roky (Onkomaják, © 2013, online).

2.9 Nadace Václava a Dagmar Havlových

Nadace Vize 97 působí hlavně v oblasti zdravotnické, sociální, vzdělávací a kulturní, příležitostně organizuje nebo podporuje různé počiny na poli péče o lidská práva a také reaguje na aktuální potřeby společnosti.

Snaha lékařů nestačí a je prokázáno, že preventivní programy nabývají na důvěryhodnosti, pokud je prosazují i osoby z jiného prostředí. Tuto skutečnost si uvědomila i paní Dagmar Havlová a po konzultacích s představiteli České gastroenterologické společnosti byl stanoven společný postup, kdy výsledkem bylo vyhlášení národního programu založeného na vyšetření stolice a koloskopii v roce 2000. Díky úsilí paní Dagmar Havlové se podařilo získat dotaci v celkové částce 300 000 000 Kč, která umožnila vybavení husté sítě endoskopických pracovišť tak, aby mohla dostát vysokým nárokům preventivního programu. Počet vyšetření stolice na okultní krvácení se zvýšil 16x, počet kolonoskopií 1,6x a stal se tak srovnatelným s počty kolonoskopií v USA nebo v Německu. Program tak získal znač-

nou pozornost světové lékařské veřejnosti a odborníci z České gastroenterologické společnosti jej měli možnost opakovaně prezentovat na nejrůznějších vědeckých sympoziích.

Vedle preventivního programu představujícího prevenci sice nesmírně cennou, avšak více méně pasivní, bude prosazovat i zdravý způsob života, znamenající ve svém důsledku skutečný pokles tohoto zlovolného onemocnění. Součástí medializace bude zdůraznění nutnosti aktivního přístupu našich obyvatel k prevenci vůči tomuto onemocnění (Vize 97, © 2007, online).

3 SCREENINGOVÝ PROGRAM KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU V ČESKÉ REPUBLICE

3.1 Screening okultního krvácení

Test na okultní krvácení do stolice – TOKS, je nejpoužívanějším a nejdostupnějším testem. Jde o primární screeningový test, který u asymptomatické populace pomáhá vyhledávat jedince vhodné k diagnostickému programu (Seifert, 2012, s. 48).

Test má nízkou diagnostickou hodnotu. Velkou nevýhodou TOKS je, že přítomnost krve ve stolici nemusí ještě souviset s karcinomem tlustého střeva. Pozitivní výsledek testu může signalizovat pouze přítomnost polypů, Crohnovu nemoc nebo divertikulitidu. Je-li TOKS pozitivní, dostává daný jedinec od svého praktického lékaře doporučení na screeningovou kolonoskopii (Kolorektum, © 2013, online).

3.1.1 Guajakový test (gTOKS)

Principem fungování TOKS byl od začátku založen na detekci hemoglobinu ve stolici. Test je proveditelný doma a vyhodnotitelný v ordinaci praktického lékaře. Je nutné držet nejméně tři dny před vyšetřením dietu s omezením železa ve stravě.

- 1) Jak se gTOKS provádí: Doporučení jsou vždy uvedena na příbalovém letáku testu. Odebírá se vzorek stolice o velikosti čočky ze dvou různých míst papírovými špachtlemi, které jsou součástí balení. Stolice nesmí spadnout do vody toalety. Po odebrání vzorek nanese na testovací pole, tak aby bylo celé nebo téměř celé zakryté. Test se provádí na třech po sobě jdoucích stolicích (Seifert, 2012, s. 52).
- 2) Vyhodnocení testu v ordinaci praktického lékaře: Do obou testovacích polí se kapátkem kápne jedna až dvě kapky vyvolávajícího činidla. Modré zbarvení potvrzuje přítomnost krve ve stolici a je nejvýraznější za 30 vteřin po nakapání. Proto se doporučuje výsledek testu odečíst za 30–60 vteřin (Seifert, 2012, s. 51).
- 3) Falešně pozitivní výsledek: Je důležité dbát na stravu před zahájením testů. Pacienty edukujeme o tom, že by neměli konzumovat potraviny s obsahem zvířecí krve (tlačenka, jelita), tepelně neopracované maso (tatarský biftek), určité druhy zeleniny a ovoce (brokolice, květák, žlutý meloun, ředkvičky) a také preparáty železa, které způsobují černé zbarvení stolice, a ta je pak na testech špatně čitelná a hodnotitelná (Mojemedicina, © 2014, online).

- 4) Falešně negativní výsledek: Falešně negativní výsledek může způsobit příjem vitamínu C ve velkých dávkách, to je více než 1 gram za den (Seifert, 2012, s. 52).
- 5) Nevýhody gTOKS: Nevýhodou tohoto guajakového testu je způsob odběru, kdy musí vyšetřovaný jedinec manipulovat se stolicí. Test nelze automaticky odečíst, dietní opatření, které musí vyšetřovaná osoba dodržovat, test sice zpřesňují, ale zároveň i komplikují (Seifert, 2012, s. 52).

3.1.2 Imunochemický test na okultní krvácení (iTOKS)

Imunochemické testy na okultní krvácení existují v několika různých variantách, mnohé z nich si lidé mohou zakoupit sami. Tyto testy se vyznačují vyšší senzitivitou ve srovnání s testem gTOKS. Mají nízkou senzitivitu ke krvácení z proximální části trávicího traktu. Odběr se provádí bez předchozího dietního a lékového omezení. Test je jednodušší na manipulaci a stačí vzorek z jedné stolice (Medical Tribune, © 2000–2012, online).

„Imunochemický test je založen na principu stanovení lidského hemoglobinu ve stolici reakcí s protilátkou v testu.“ (Seifert, 2012, s. 53).

Hemoglobin přítomný ve vzorku reaguje s mikročásticemi a výsledná změna roztoku se měří fotometricky.

3.1.3 Screeningová kolonoskopie

Kolonoskopie je endoskopická metoda, která se používá k vyšetření trávicí trubice od konečníku až po Bauhinovu chlopeň. Je to nejefektivnější screeningová metoda, protože umožňuje viditelnou kontrolu střeva, odstranění podezřelých tkání a odběr vzorků na histologii. Toto vyšetření se používá ke screeningu, diagnostice a profylaxi v případě polypektomie. Screeningová kolonoskopie je indikována v případě positivity kterékoliv jiné screeningové metody a provádí ji pouze specializovaný gastroenterolog (Seifert, 2012, s. 60).

Kolonoskopie se provádí videoendoskopem. V ohebné hadici přístroje jsou kanály, které slouží k oplachování sliznice i optiky, k odsávání vzduchu a tekutiny a k zavádění nástrojů. Tyto nástroje slouží k odběru tkání, snášení polypů nebo stavění krvácení. Přístroj je ohebný a tenký, je zaváděn v poloze na levém boku a s pokrčenými koleny.

3.1.4 Primární screeningová kolonoskopie

Do českého screeningového programu byla Primární screeningová kolonoskopie uvedena 1. 1. 2009. Nabízena by měla být všem asymptomatickým jedincům nad 55 let věku, kteří

jsou zařazeni do screeningového programu. Tito jedinci však mají možnost volit mezi testem okultního krvácení do stolice, nebo kolonoskopií v intervalu dvou let. Primární screeningová kolonoskopie se provádí na akreditovaných pracovištích (UVN, 2014).

- Lidé ve věku 50–54 let by měli jednou ročně podstoupit test okultního krvácení do stolice (TOKS).
- Lidé starší 55 let mohou buď pokračovat v pravidelných testech okultního krvácení do stolice (doporučováno jednou za dva roky) nebo se mohou rozhodnout pro primární screeningovou kolonoskopii, kterou postačí provést jednou za deset let (Kolo-lorektum, © 2013, online).

3.1.5 Příprava na kolonoskopii

Důležitá je bezezbytková strava a zvýšený příjem tekutin. Pacient je poučen, že má vysadit pět dní před plánovaným výkonem léky obsahující železo, tři dny předem nejíst ovoce a zeleninu, které obsahují drobná zrníčka a slupky a také celozrnné pečivo. Den před výkonem by měla být pouze lehká snídaně a na oběd už pouze tekutiny. Na očistu střeva se nejčastěji používá Fortrans. Pacient si rozpustí jeden sáček v litru vody a vypije ho do jedné hodiny od rozpuštění ve vodě. Potřebné množství k vyprázdnění střeva je potřeba asi 3–4 litry roztoku, během toho je také vhodné popíjení čisté tekutiny nebo minerální vody. Stanovené množství roztoku musí pacient vypít do 3–4 hodin před výkonem. Některá pracoviště mohou vyžadovat i odebrání žilní krve na krevní obraz, koagulační faktory a jiná laboratorní vyšetření, dle stavu vyšetřovaného pacienta (Málková, © 2010, online).

3.1.6 Péče po vyšetření

Není zde speciální ošetřovatelská péče, pouze doporučíme pacientovi, že by měl ležet v klidu asi 30 minut po skončení vyšetření. Jíst a pít se může hned po výkonu. Upozorníme ještě na možné komplikace, jako perforaci střeva nebo krvácení.

3.2 Centra pro screeningovou kolonoskopii

Od roku 2009 byla vybudována celostátní síť endoskopických pracovišť – Centra pro screeningové kolonoskopie, která splňují přísná pravidla kvality pro provádění preventivních kolonoskopií tak, jak je uvedeno ve Věstníku MZ ČR 01/2009. Mezi kritéria kvality patří zejména adekvátní personální i materiální vybavení, dostatečný počet prováděných diagnostických a terapeutických kolonoskopií a zkušenost se screeningovým programem KR-

CA. Takových center je v současné době 163 a jejich geografické rozmístění pokrývá všechny kraje České republiky, takže jsou pro cílovou populaci snadno dostupná. Akreditace center je průběžně hodnocena na základě auditů prováděných MZ ČR (Mladá fronta, © 2013, online).

4 ROLE SESTRY V PREVENCI KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

Role sestry v prevenci nádorových onemocnění je velice důležitá. Sama sestra by měla jít příkladem, co se týče zdravého životního stylu. Výchovu ke zdraví by měla brát jako své poslání a šířit ji dál mezi občany.

4.1 Role sestry v primární prevenci kolorektálního karcinomu

Úloha sestry v primární péči by měla být především informativní. Sestra by měla pacienty informovat o rizicích, která mohou působit na vznik nádorového onemocnění. Měla by si vybudovat úzký vztah k pacientům, kteří spadají do rizikové skupiny a edukovat jak je samotné, tak i jejich rodinné příslušníky.

Sestra by měla:

- Sledovat zda pacienti podstupují screeningová vyšetření.
- Provádět záznamy o výskytu nádorových onemocnění v rodinách pacientů.
- Věnovat zvýšenou pozornost pacientům z rizikových skupin.
- Doporučit možnosti screeningových vyšetření.
- Edukovat pacienty o zdravém životním stylu.
- Vést záznamy o pravidelných preventivních kontrolách.
- Diskutovat o nepříznivých vlivech kouření a požívání alkoholu.
- Zajistit propagační materiály a brožury (Hrubá, Foretová, Vorlíčková, 2001, s. 11–40).

4.2 Role sestry v sekundární prevenci kolorektálního karcinomu

Sestra by měla především znát problematiku nádorového onemocnění tlustého střeva a konečníku. V rámci sekundární prevence by měla upozornit lékaře a poukázat na varovné známky nádorového onemocnění u pacientů samotných nebo členů jejich rodiny. Podílí se na zajišťování potřebných vyšetření. V takovém to případě by měla edukovat pacienty o samotném vyšetření, o tom jak bude vyšetření probíhat, jaká je příprava a ošetrovatelská péče po samotném vyšetření. Měla by řádně vysvětlit důležitost jednotlivých vyšetření (test

na okultní krvácení do stolice a kolonoskopie), zajistit informační materiály o daném vyšetření, případně být psychickou podporou pacientovi.

4.3 Role sestry v terciární prevenci kolorektálního karcinomu

Sestra by měla dbát na „výchovu“ nemocných i jejich rodinných příslušníků. Měla by je informovat o tom, jak nejvíce využít stávajících možností zdravého žití, jak se vyhnout zbytečným problémům a komplikacím (Hrubá, Foretová, Vorlíčková, 2001, s. 6).

4.4 Role komunitní sestry v prevenci kolorektálního karcinomu

Komunitní sestra, která pracuje se svými klienty mimo nemocnici, může působit jako významný článek v onkologické prevenci. K této činnosti musí být komunitní sestry dostatečně vyškoleny a motivovány.

„Pilotní vzdělávací program, realizovaný v rámci projektu, je zaměřen na vzdělávání komunitních sester v oblasti prevence nádorového onemocnění prsu a kolorektálního karcinomu.“ (Communitycare.cz, © 2010, online).

Přidanou hodnotou vzdělávacího programu bylo propojení vzájemné edukace pacient – sestra, sestra – pacient. Zapojení neziskových patientských organizací do vzdělávání sester může přinést vzájemné poznání a pochopení problémů, se kterými se pacient potýká v každodenním životě ze strany zdravotníků. Péče o pacienty se pak stává více efektivní.

Cílem projektu bylo zlepšit onkologickou prevenci a kvalitu života onkologických pacientů s již vzniklým nádorovým onemocněním prsu a kolorektálního karcinomu a jejich rodinných příslušníků cíleným vzděláním sester v oblasti onkologické prevence (Communitycare.cz, © 2010, online).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Karcinom tlustého střeva a konečníku patří mezi nejzávažnější současné zdravotní problémy světa v oblasti nepřenositelných chorob. Problematice včasné detekce a prevence kolorektálního karcinomu se věnují odborné týmy a probíhají desítky studií. Navzdory rozvoji a možnostem diagnostiky a terapie, úmrtnost v důsledku kolorektálního karcinomu neklesá. Přitom nádory tlustého střeva a konečníku jsou nejlépe preventabilní. Klíčem ke zlepšení situace je včasný záchyt onemocnění v době, kdy ještě nejsou patrné symptomy tohoto onemocnění. Dalším velice důležitým faktorem je prevence tohoto onemocnění a celorepubliková osvěta, jak se před touto nemocí chránit (Seifert, 2012, s. 13).

6 CÍLE PRŮZKUMU

Hlavní cíl:

Zjistit informovanost mužů o prevenci nádorového onemocnění tlustého střeva

Dílčí cíle:

Cíl 1:

Zjistit, kým byli muži informováni o prevenci nádorového onemocnění tlustého střeva.

Cíl 2:

Zjistit, zda jsou muži informováni o screeningovém vyšetření nádorového onemocnění tlustého střeva.

Cíl 3:

Zjistit, zda muži absolvují preventivní prohlídky.

Cíl 4:

Zjistit, zda muži podstupují screeningové vyšetření tlustého střeva.

Cíl 5:

Zjistit, zda mužská populace zná rizikové faktory, které mohou ovlivnit vznik nádorového onemocnění tlustého střeva (kouření, konzumace alkoholu, nevhodná strava, genetická predispozice).

7 METODIKA PRÁCE

7.1 Charakteristika souboru

Dotazníkové šetření bylo provedeno pouze u mužské populace, jak vyplývá z názvu bakalářské práce. Nejprve byla provedena pilotní studie, která spočívala v rozdání 10 dotazníků náhodným respondentům. Po vrácení dotazníků byla provedena úprava obsahu dotazníku. Poté bylo rozdáno 120 dotazníků, vráceno bylo 104 kompletně vyplněných dotazníků, které bylo možno dále zpracovat. Návratnost dotazníků činila 86 %. Respondenty jsem získávala ve svém nejbližším okolí a v ordinaci zubního lékaře, kde pracuji. Průzkumný soubor tvořila laická veřejnost, muži starší 18 let. Nejpočetnější skupinu respondentů tvořili muži ve věku 30–49 let. Výběr respondentů byl záměrný. Kritériem výběru byli muži starší 18 let.

7.2 Metoda sběru dat

V bakalářské práci byla použita kvantitativní metoda průzkumu – nestandardizovaný typ dotazníku (viz P IV). Prostřednictvím dotazníkového šetření byly získány informace o povědomí mužské populace o prevenci kolorektálního karcinomu. Byl vytvořen dotazník, který obsahoval 17 položek a skládal se ze tří částí. První část dotazníku zjišťovala demografické údaje. Druhá část dotazníku byla zaměřena na znalost rizikových faktorů a absolvování preventivních prohlídek. Třetí část dotazníku zkoumala životosprávu respondentů. V dotazníku bylo jedenáct uzavřených otázek. Pět otázek polozavřených a jedna otázka otevřená. Respondent měl možnost ve většině otázek označit pouze jednu správnou odpověď a ve dvou položkách byla možnost více odpovědí.

7.3 Organizace průzkumu

Dotazníkové šetření probíhalo nejprve jako pilotní studie ve dnech od 1. 12. 2013 do 20. 12. 2013. Po vrácení kompletně vyplněných dotazníků z pilotní studie, byla provedena úprava obsahu dotazníků. Poté proběhlo průzkumné šetření ve dnech od 15. 1. 2014 do 1. 3. 2014. Část dotazníků byla rozdána přátelům a známým a část dotazníků byla rozdána klientům stomatologické ambulance. Dotazníkové šetření bylo zcela anonymní.

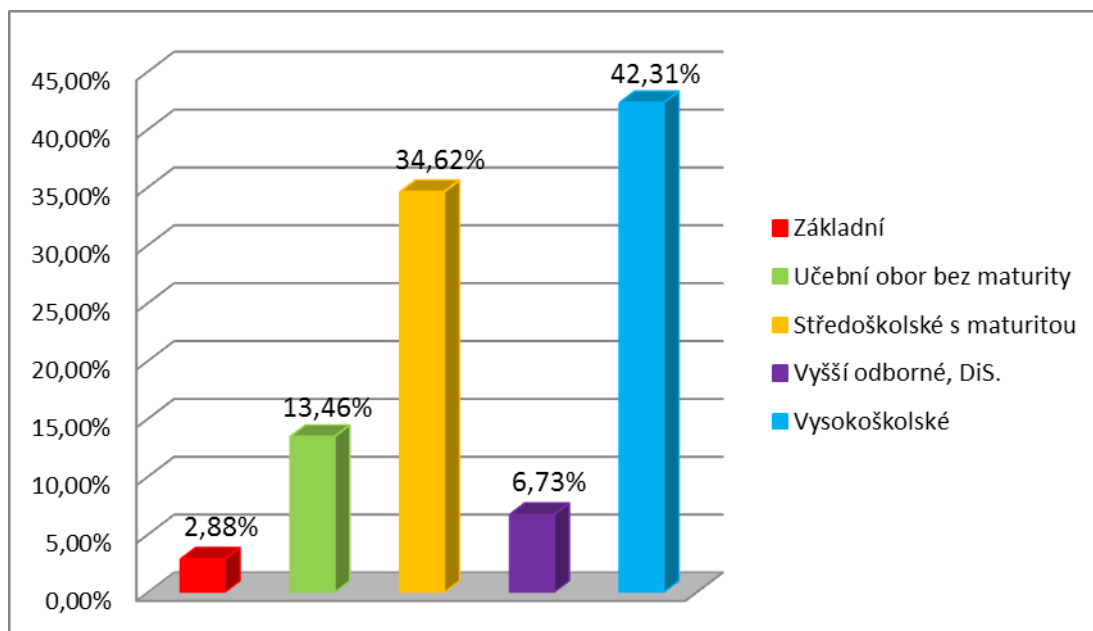
7.4 Zpracování dat

Získané údaje byly vyhodnoceny a zpracovány v podobě grafů a tabulek. K vytvoření jednotlivých grafů a tabulek byl použit program Microsoft Word 2010 a Microsoft Office Excel 2010.

8 VÝSLEDKY

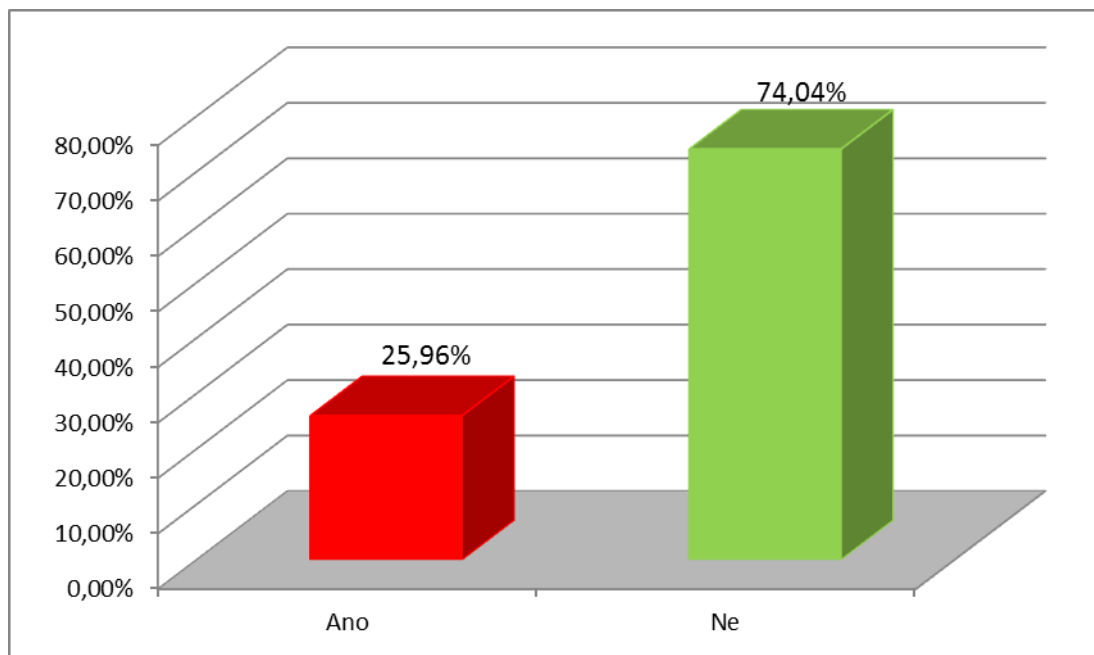
Demografické údaje

Základní demografické údaje, byly získány na základě otázky č. 1 v dotazníku. Na dotazníkovém šetření se podílelo 104 mužů. Průměrný věk mužů je 47 let. Zastoupení v jednotlivých věkových kategoriích: 30–49 let v počtu 34 (32,69 %) mužů. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou respondentů byla věková kategorie 18–29 let v počtu 28 (26,92 %) mužů, třetí skupina dotazovaných byla 50–59 let v počtu 25 (24 %). Nejmenší podíl pak měla skupina mužů věkové skupiny 60 a více let v počtu 17 (16,35 %).



Graf 1 Nejvyšší dosažené vzdělání

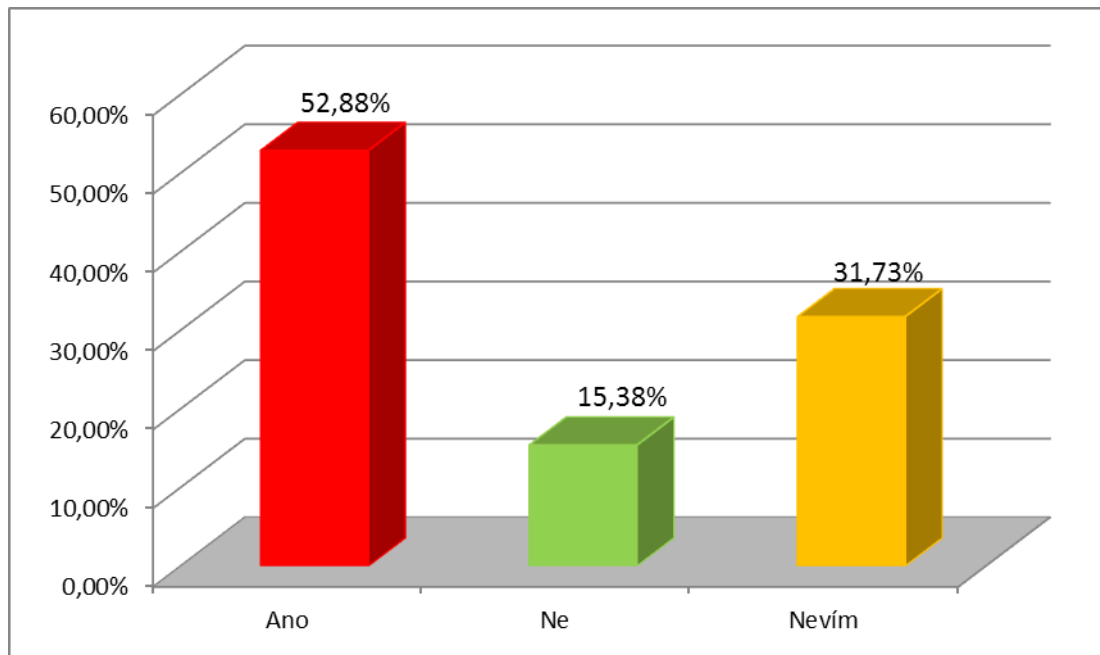
Jak ukazuje graf 1, struktura nejvyššího dosaženého vzdělání je následující: respondenti s vysokoškolským vzděláním v počtu 44 (42,31 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvořili muži středoškolského vzdělání s maturitou v počtu 36 (34,62 %) respondentů, dále pak muži vyučení v oboru bez maturity v počtu 14 (13,46 %). Nejméně zastoupené skupiny byly s vyšším odborným vzděláním v počtu 7 (6,73 %) mužů a se vzděláním základním v počtu 3 (2,88 %) respondentů.



Graf 2 Výskyt kolorektálního karcinomu v rodině

K dílčímu cíli č. 5 *Zjistit, zda mužská populace zná rizikové faktory, které mohou ovlivnit vznik nádorového onemocnění tlustého střeva (kouření, konzumace alkoholu, nevhodná strava, genetická dispozice)* se vážala položka dotazníku č. 3, která zjišťovala, zda se v rodině respondentů vyskytl kolorektální karcinom.

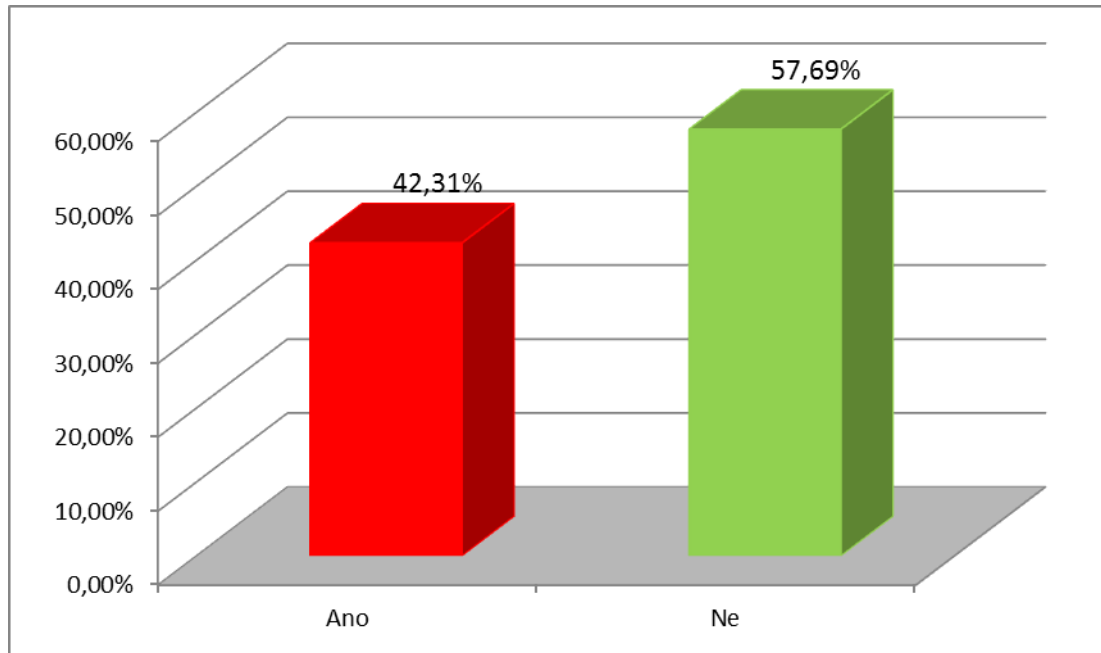
Jak uvádí graf 2, z výsledků vyplynulo, že se u 77 (74,04 %) dotazovaných či jejich příbuzných nádorové onemocnění nevyskytlo. S tímto nádorovým onemocněním se u svých příbuzných setkalo 27 (25,96 %) respondentů.



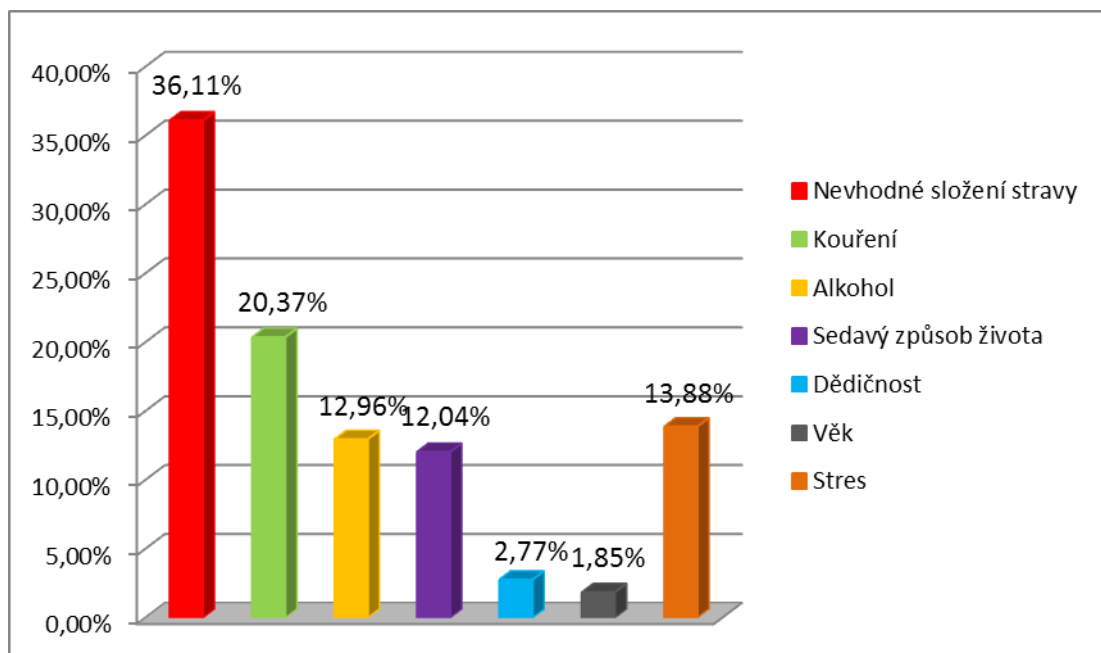
Graf 3 Důležitost prevence nádorového onemocnění tlustého střeva z pohledu mužů

K dílčímu cíli č. 2 *Zjistit, zda jsou muži informováni o screeningovém vyšetření nádorového onemocnění tlustého střeva*, se vztahovala položka v dotazníku č. 4, která zjišťovala, zda muži ví o důležitosti prevence nádorového onemocnění tlustého střeva a konečníku.

Graf 3 znázorňuje, že více než polovina, tj. 55 (52,88 %) mužů, vnímá důležitost prevence v problematice kolorektálního karcinomu. Bohužel 33 (31,73 %) respondentů nezná důležitost prevence a poslední skupinu tvoří 16 (15,38 %) respondentů, pro které prevence kolorektálního karcinomu není důležitá.



Graf 4 Znalost rizikových faktorů



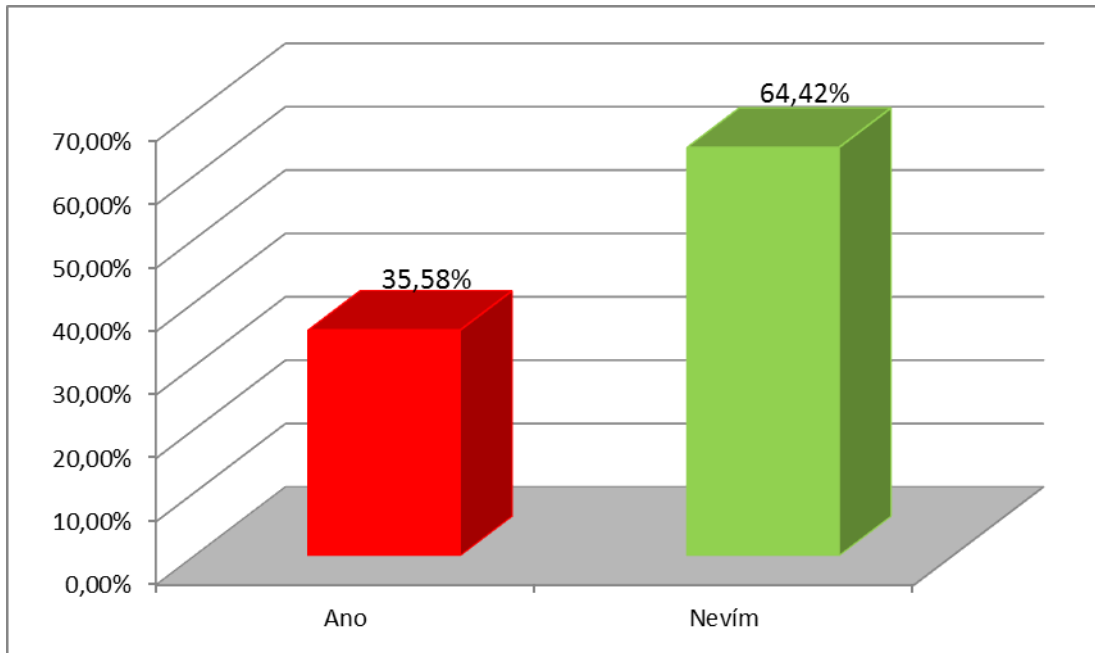
Graf 5 Znalost rizikových faktorů kolorektálního karcinomu

K dílčímu cíli č. 5 Zjistit, zda mužská populace zná rizikové faktory, které mohou ovlivnit vznik nádorového onemocnění tlustého střeva (kouření, konzumace alkoholu, nevhodná

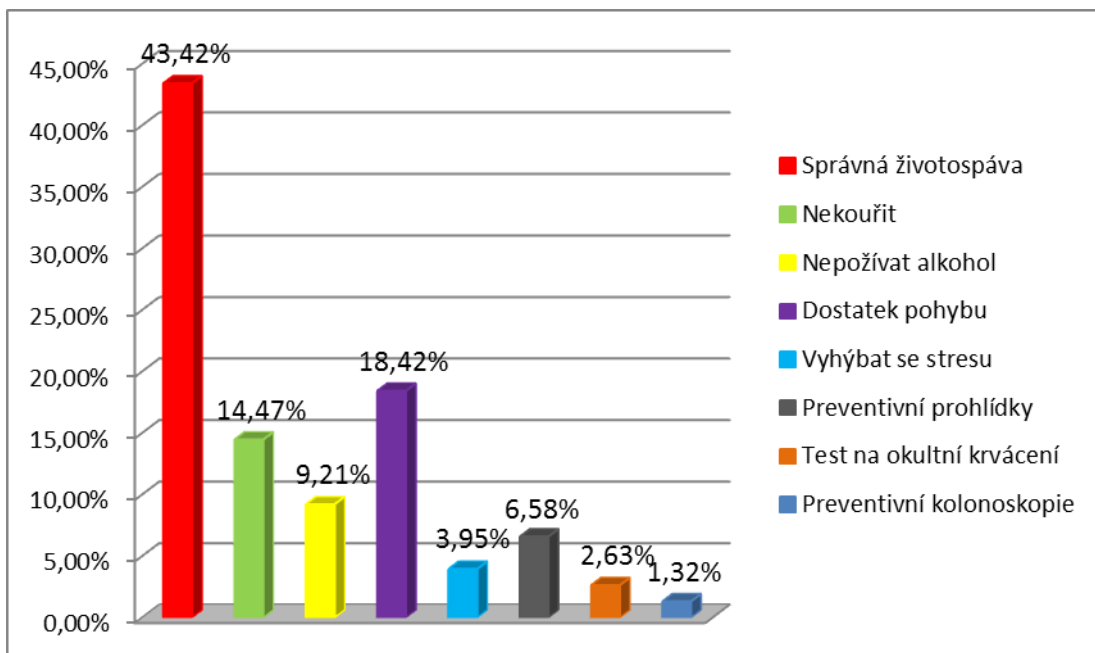
strava, genetická dispozice) se vztahuje položka v dotazníku č. 5, která zjišťuje „znalost“ a „neznalost“ rizikových faktorů způsobujících kolorektální karcinom.

V grafu 4 je zachyceno prosté rozložení vyjádření respondentů k jejich vlastní znalosti rizikových faktorů. Rizikové faktory způsobující toto onemocnění zná 44 (42,31 %) respondentů a 60 (57,69 %) dotazovaných udává, že žádné rizikové faktory způsobující karcinom kolorekta nezná.

V grafu 5 jsou pak znázorněny výsledky nejčastěji uvedených rizikových faktorů, které dotazovaní označili. Za největší rizikový faktor považuje nevhodné složení stravy 39 (36,11 %) mužů, 22 (20,37 %) mužů považuje za významný rizikový faktor kouření, 15 (13,88 %) respondentů se domnívá, že významným rizikovým faktorem je stres, 14 (12,96 %) dotázaných označilo za rizikový faktor alkohol. Sedavý způsob života považuje za rizikový faktor 13 (12,04 %) mužů, dědičnost 3 (2,77 %) respondenti a 2 (1,85 %) dotazovaní považují za rizikový faktor věk.



Graf 6 Znalost protektivních faktorů před nádorovým onemocněním tlustého střeva

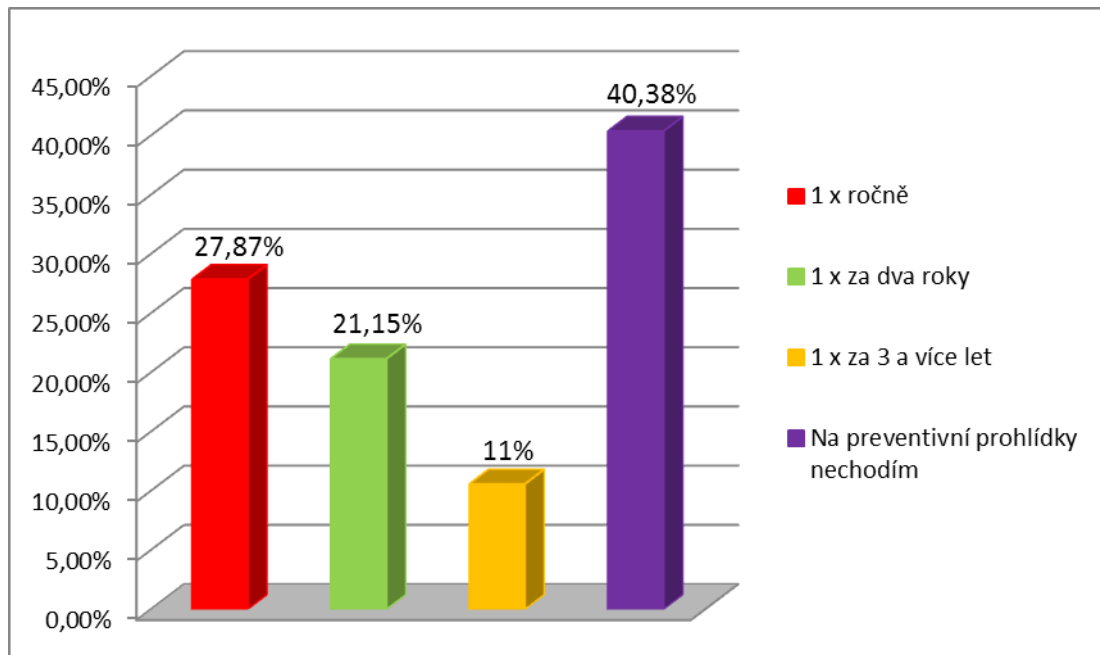


Graf 7 Znalost možností prevence nádorového onemocnění tlustého střeva

K dílčímu cíli č. 2 *Zjistit, zda jsou muži informováni o screeningovém vyšetření nádorového onemocnění tlustého střeva* se vztahuje položka v dotazníku č. 6, která zjišťuje nejen „znalost“ a „neznalost“ ochrany před nádorovým onemocněním tlustého střeva, ale prostřednictvím otevřené otázky také to, co muži považují za hlavní preventivní faktory.

Graf 6 znázorňuje, procentní podíl znalosti a neznalosti preventivních faktorů, kdy 67 (64,42 %), tj. většina dotazovaných neví, jakým způsobem předcházet nádorovému onemocnění tlustého střeva. Pouze 37 (35,58 %) respondentů, se domnívá, že znají způsoby možné ochrany před vznikem kolorektálního karcinomu.

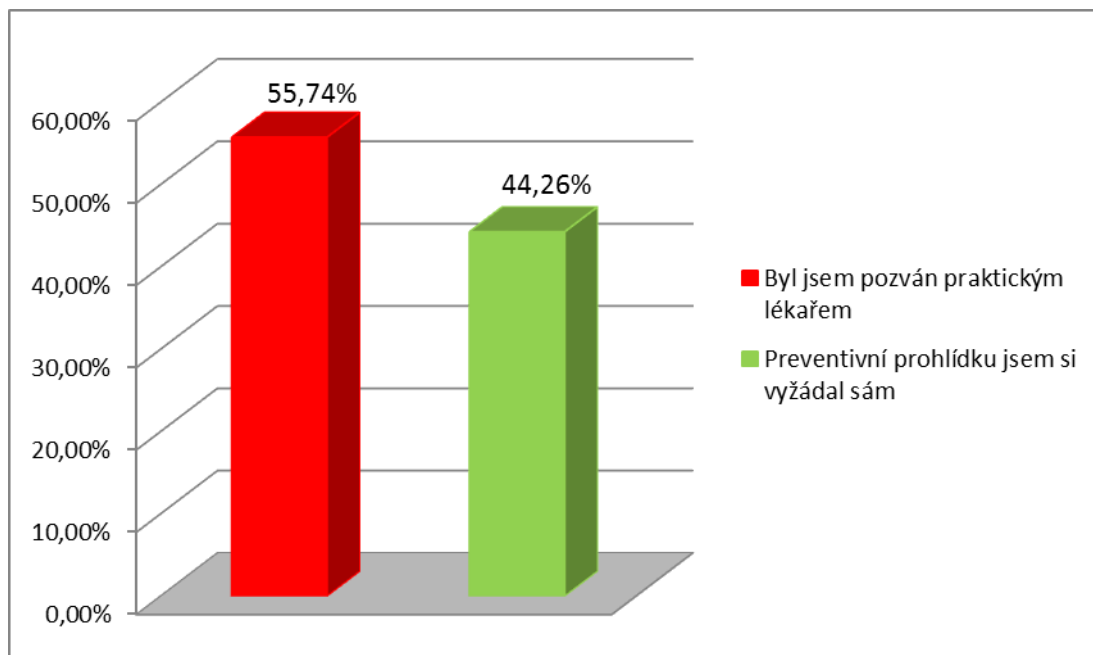
Graf 7 navazuje na předchozí zjištění a znázorňuje výsledky nejčastěji uváděných způsobů, jak se chránit před karcinomem kolorekta. Největší zastoupení měla správná životospráva, kterou uvedlo 33 (43,42 %) respondentů, což koresponduje s hlavním zevním rizikovým faktorem vzniku tohoto onemocnění. Dostatek pohybu považuje za vhodnou prevenci 14 (18,42 %) mužů, 11 (14,47 %) mužů uvedlo „nekouřit“, další položka „nepožívat alkohol“ byla odpovězena 7 (9,21 %) respondenty, 5 (6,58 %) dotazovaných uvedlo, že je důležité absolvovat preventivní prohlídky, 3 (3,95 %) muži napsali vyhýbat se stresu, 2 (2,63 %) respondenti uvedli test na okultní krvácení a pouze 1 (1,32) respondent odpověděl, že je důležité podstoupit screeningovou kolonoskopii.



Graf 8 Četnost preventivních prohlídek u praktického lékaře

K dílčímu cíli č. 3 Zjistit, zda muži absolvují preventivní prohlídky, se vztahuje položka v dotazníku č. 7, která zjišťuje, zda muži podstupují preventivní prohlídky u praktického lékaře a v jakém časovém horizontu je absolvují.

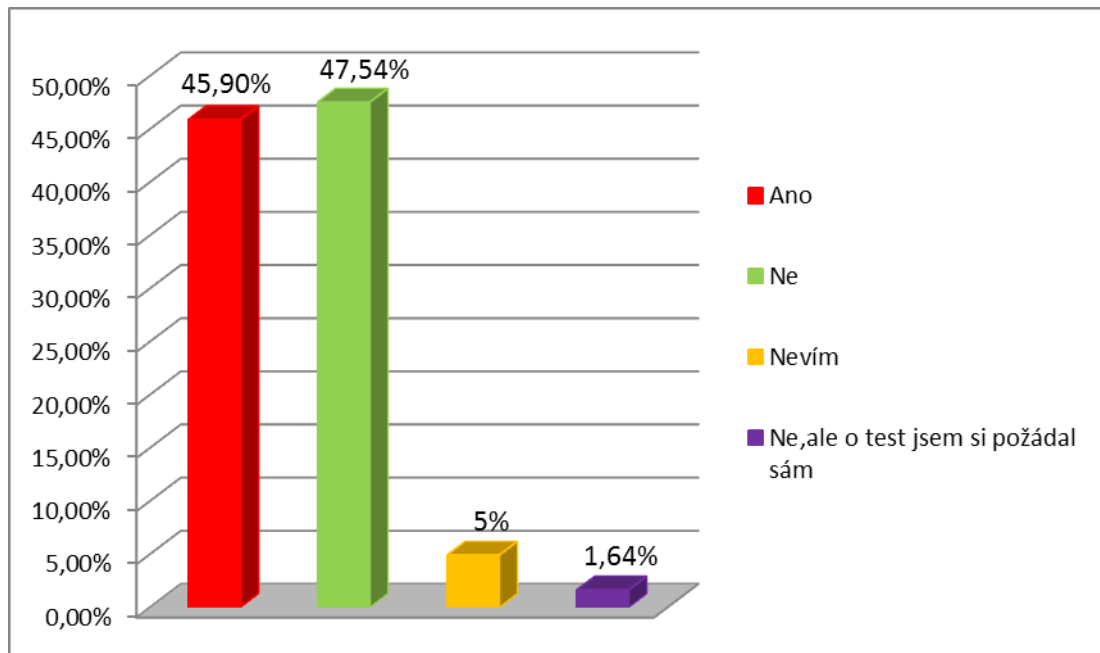
Graf 8 znázorňuje, že preventivní prohlídky neabsolvuje 42 (40,38 %) dotazovaných respondentů, pravidelné preventivní prohlídky 1krát ročně podstupuje 29 (27,87 %) respondentů, preventivní prohlídku absolvuje 1krát za dva roky 22 (21,15 %) mužů a pouze 11 (11 %) respondentů se účastní preventivní prohlídky 1krát za tři a více let.



Graf 9 Účast na preventivních prohlídkách u praktického lékaře

K dílčímu cíli č. 3 Zjistit, zda muži absolvují preventivní prohlídky, se vztahuje položka v dotazníku č. 8, která zjišťuje, zda byli respondenti k preventivní prohlídce vyzváni praktickým lékařem, nebo si ji vyžádali sami.

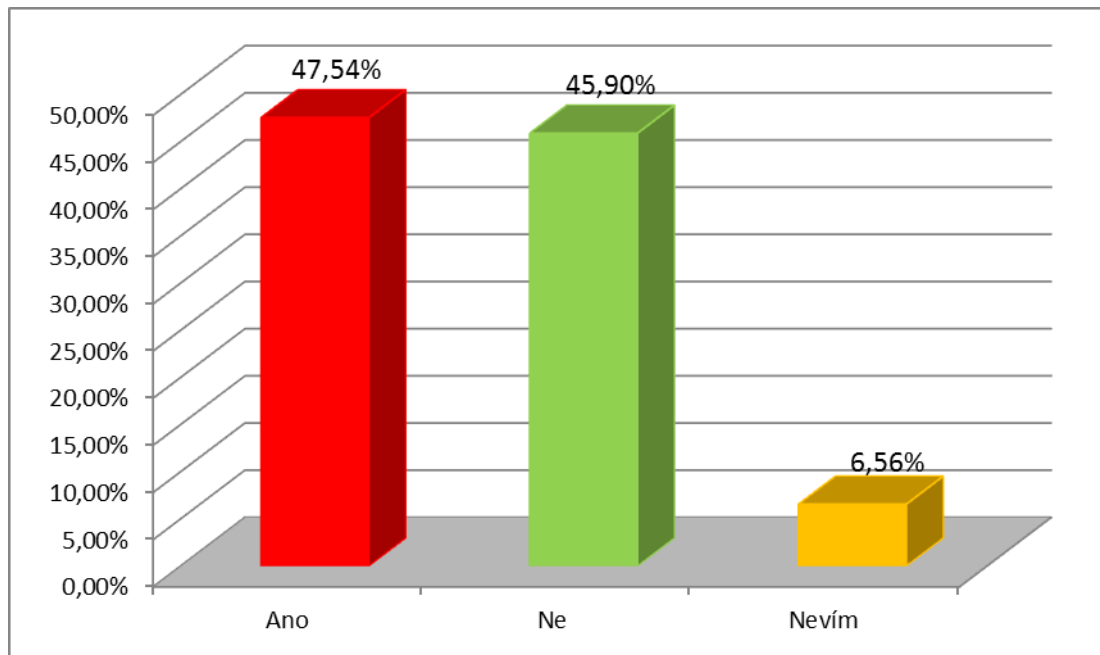
Graf 9 znázorňuje, že 34 (55,74 %) respondentů, bylo pozváno na preventivní prohlídku praktickým lékařem a 27 (44,26 %) dotazovaných si vyžádalo preventivní prohlídku samo.



Graf 10 Nabídnutí testu na okultní krvácení praktickým lékařem

K dílčímu cíli č. 4 *Zjistit zda muži podstupují screeningové vyšetření tlustého střeva*, se vztahuje položka v dotazníku č. 9, která zjišťuje, zda jsou muži informováni o možnosti provedení screeningového vyšetření a zda toto vyšetření (test na okultní krvácení do stolice) podstupují.

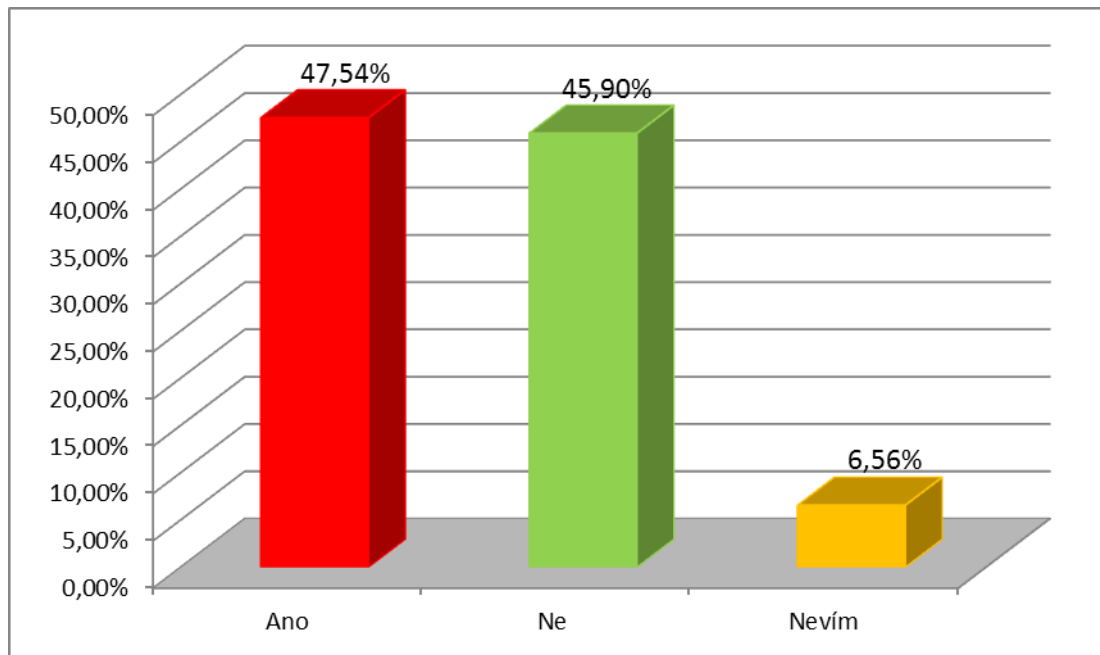
Graf 10 ukazuje, že 29 (47,54 %) respondentů dosud nepodstoupilo test na okultní krvácení a nemá o něm žádné informace, 28 (45,90 %) mužů uvedlo, že podstupuje screeningové vyšetření tlustého střeva. Test na okultní krvácení neznali 3 (5 %) a pouze 1 (1,54 %) respondent si test na okultní krvácení do stolice vyžádal sám.



Graf 11 Znalost testu na okultní krvácení do stolice

K dílčímu cíli č. 2 *Zjistit, zda jsou muži informováni o screeningovém vyšetření nádorového onemocnění tlustého střeva*, se vztahuje položka v dotazníku č. 10, která zjišťuje, zda praktický lékař respondentům vysvětlil, o jaké vyšetření (test na okultní krvácení) se jedná.

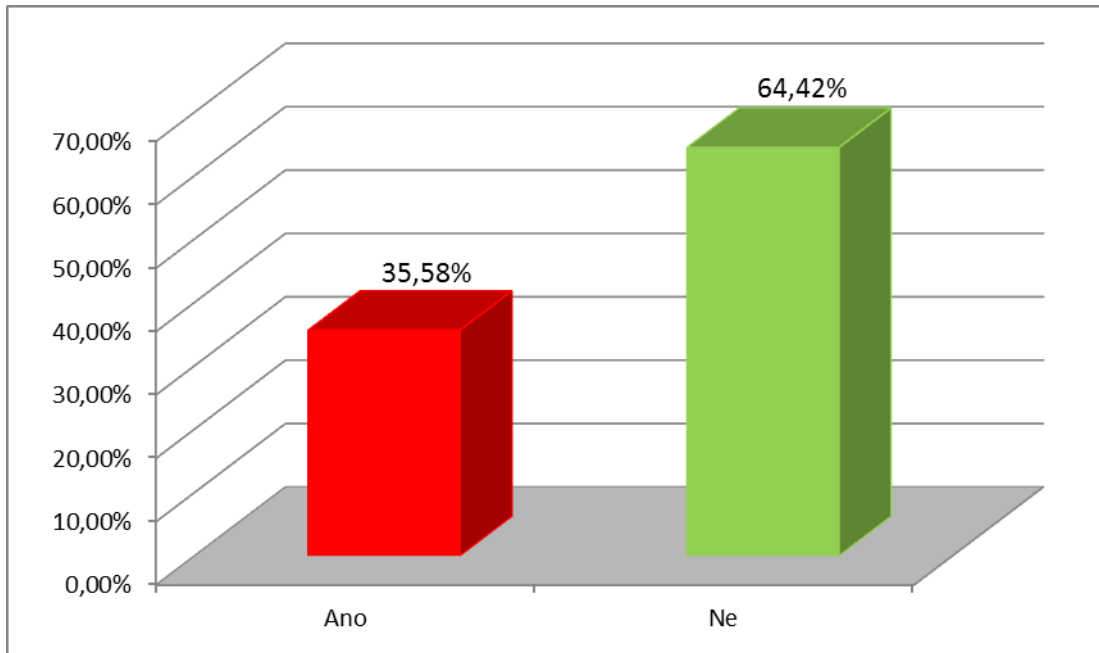
V grafu 11 jsou znázorněny odpovědi respondentů takto: 29 (47,54 %) respondentů bylo svým lékařem poučeno o významu vyšetření. Téměř stejné množství mužů, 28 (45,90 %), lékařem poučeno nebylo a 4 (6,56 %) dotazovaní nevěděli, zda jim praktický lékař vysvětlil, o jakou metodu screeningového vyšetření se jedná.



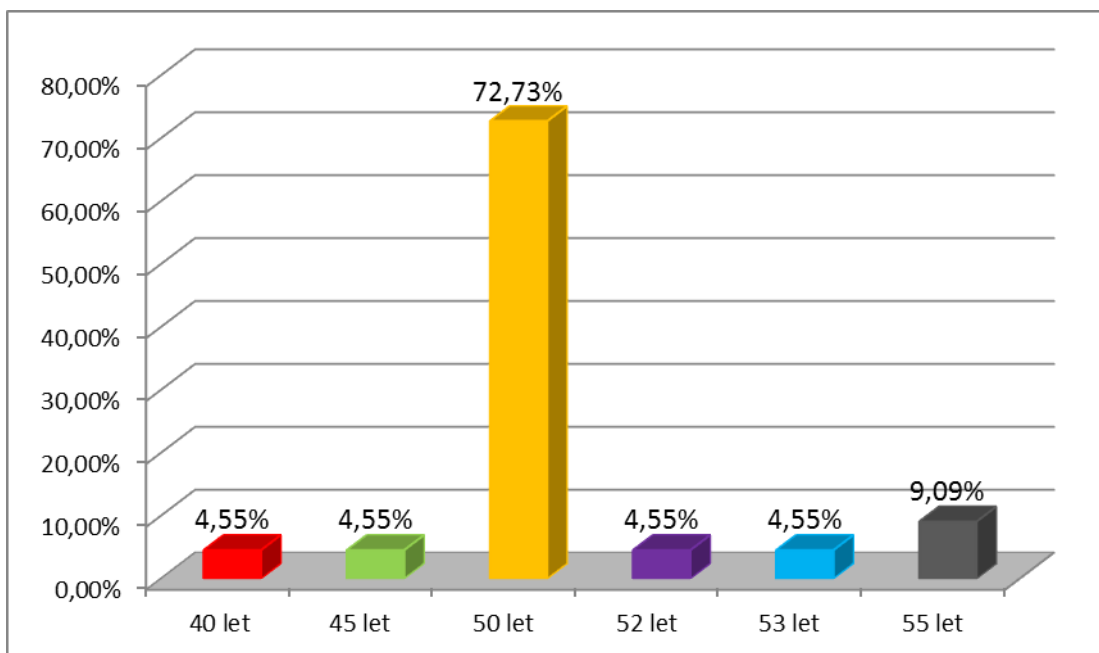
Graf 12 Informovanost o důležitosti testu na okultní krvácení

Položka v dotazníku č. 11 úzce navazuje na předchozí graf č. 11, a stejně tak se váže k dílčímu cíli č. 2 *Zjistit, zda jsou muži informováni o screeningovém vyšetření nádorového onemocnění tlustého střeva*. Prostřednictvím této položky bylo zjišťováno, zda praktický lékař respondentům vysvětlil důležitost a významnost provedení testu na okultní krvácení.

Graf 12 znázorňuje, že 29 (47,54 %) mužů odpovědělo kladně. Záporně odpovědělo 28 (45,90 %) respondentů a 4 (6,56 %) dotazovaní nevěděli, zda jim praktický lékař vysvětlil důležitost testu na okultní krvácení, což jsou vlastně úplně stejné výsledky jako u předchozí otázky.



Graf 13 Znalost věku, od kterého se test na okultní krvácení provádí

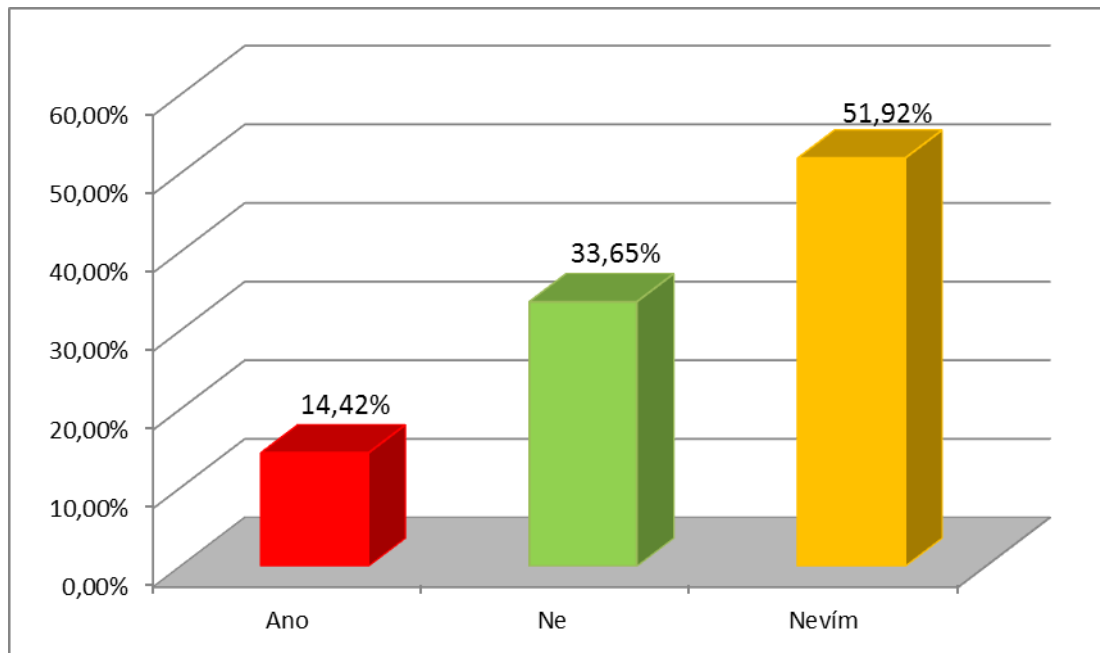


Graf 14 Určení hranice věku respondenty, od které se test na okultní krvácení provádí

K dílčímu cíli č. 2 *Zjistit, zda jsou muži informováni o screeningovém vyšetření nádorového onemocnění tlustého střeva*, se vztahuje položka v dotazníku č. 12, která zjišťuje, zda respondenti vědí, od kterého roku věku se test na okultní krvácení provádí.

Graf 13 znázorňuje názor respondentů na vlastní znalost věkové hranice, od které se test na okultní krvácení provádí. Věkovou hranici pro provedení testu nezná 82 (64,42 %) dotazovaných uvádí, 22 (35,58 %) respondentů se domnívá, že věkovou hranici pro provedení testu na okultní krvácení zná.

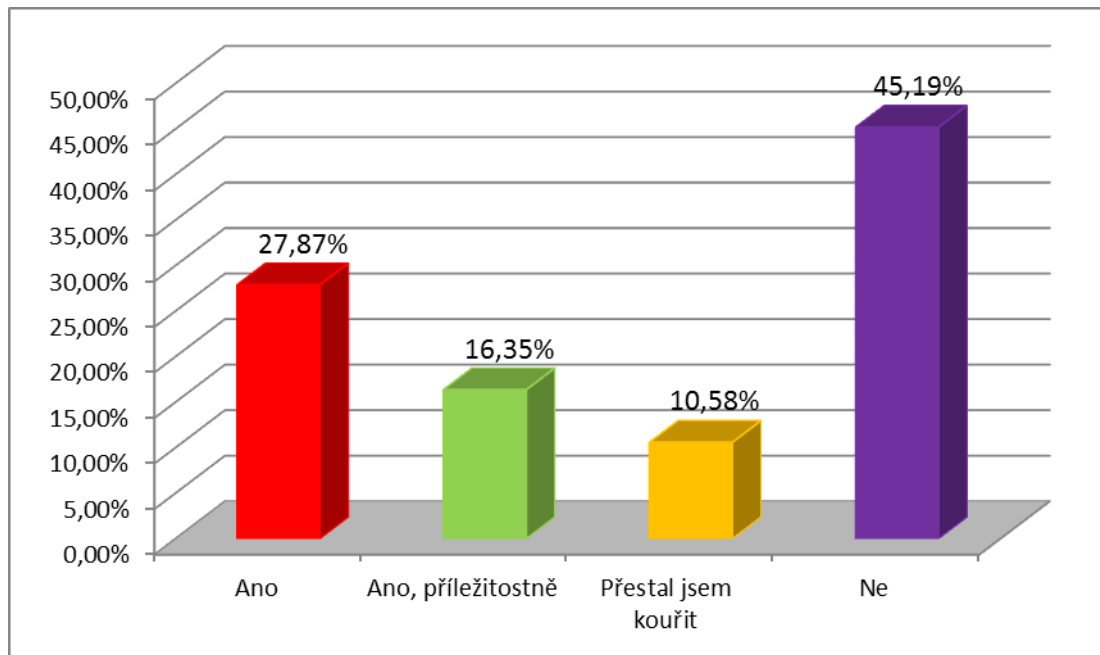
Jak ukazuje graf 14 z těch, co uvedli, že věkovou hranici znají, zná věkovou hranici pro provedení testu (50 let) 16 (72,73 %) dotázaných mužů, 2 (9,09 %) dotazovaní se domnívají, že je to věk 55 let, 1 (4,55 %) respondent si myslí, že 53 let. Dále 1 (4,55 %) muž uvedl 52 let, 1 (4,55 %) dotazovaný napsal 45 let a 1 (4,55 %) respondent uvedl 40 let.



Graf 15 Dostatek informací o prevenci nádorového onemocnění tlustého střeva

K dílčímu cíli č. 2 Zjistit, zda jsou muži informováni o screeningovém vyšetření nádorového onemocnění tlustého střeva, se vztahuje položka v dotazníku č. 13, která zjišťuje názor respondentů na dostupnost a dostatečnost informací o prevenci nádorového onemocnění tlustého střeva.

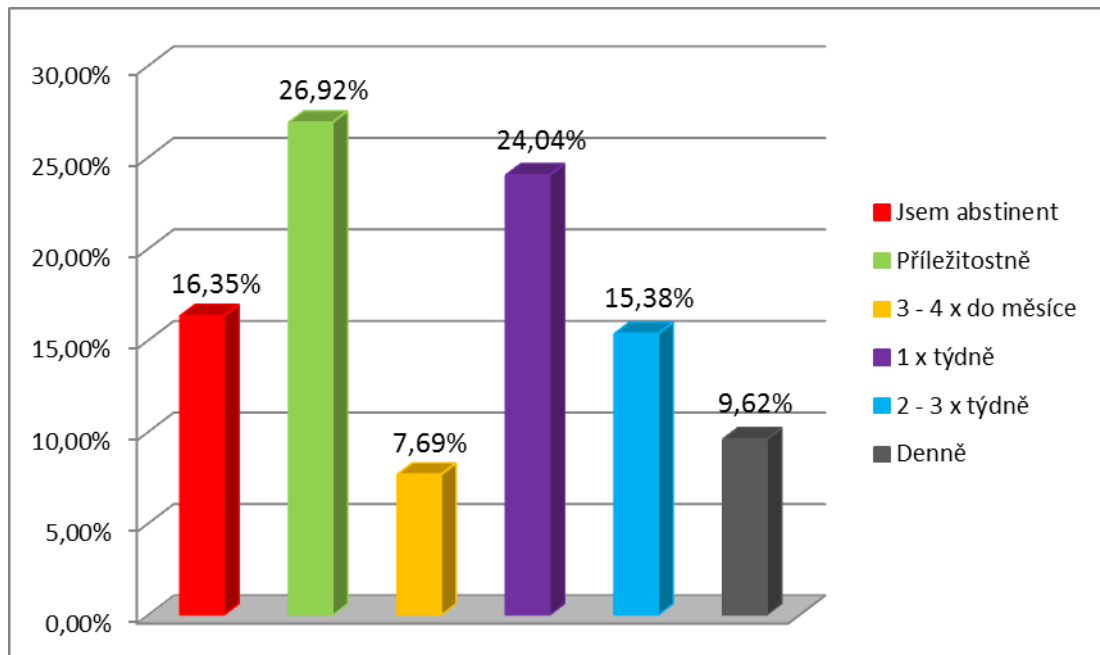
Graf 15 znázorňuje, že větší část respondentů 54 (51,92 %) neví, zda má dostatek informací o prevenci kolorektálního karcinomu. Třetina 35 (33,65 %) dotazovaných, považuje své informace za nedostačující a pouze 15 (14,42 %) respondentů se domnívá, že má dostatek informací o nádorovém onemocnění tlustého střeva.



Graf 16 Užívání tabáku

K dílčímu cíli č. 5 Zjistit, zda mužská populace zná rizikové faktory, které mohou ovlivnit vznik nádorového onemocnění tlustého střeva (kouření, konzumace alkoholu, nevhodná strava, genetická dispozice), se vztahuje položka v dotazníku č. 14, která zjišťuje, zda respondenti kouří, nekouří nebo kouřit přestali.

Graf 16 znázorňuje, že 47 (45,19 %) respondentů nekouří a 29 (27,87 %) respondentů uvedlo, že kouří. Příležitostně kouří 17 (16,35 %) dotazovaných a 11 (10,58 %) mužů kouřit přestalo.



Graf 17 Konzumace alkoholu

K dílčímu cíli č. 5 Zjistit, zda mužská populace zná rizikové faktory, které mohou ovlivnit vznik nádorového onemocnění tlustého střeva (kouření, konzumace alkoholu, nevhodná strava, genetická dispozice), se vztahuje položka v dotazníku č. 15, která je zaměřená na konzumaci alkoholu v mužské populaci.

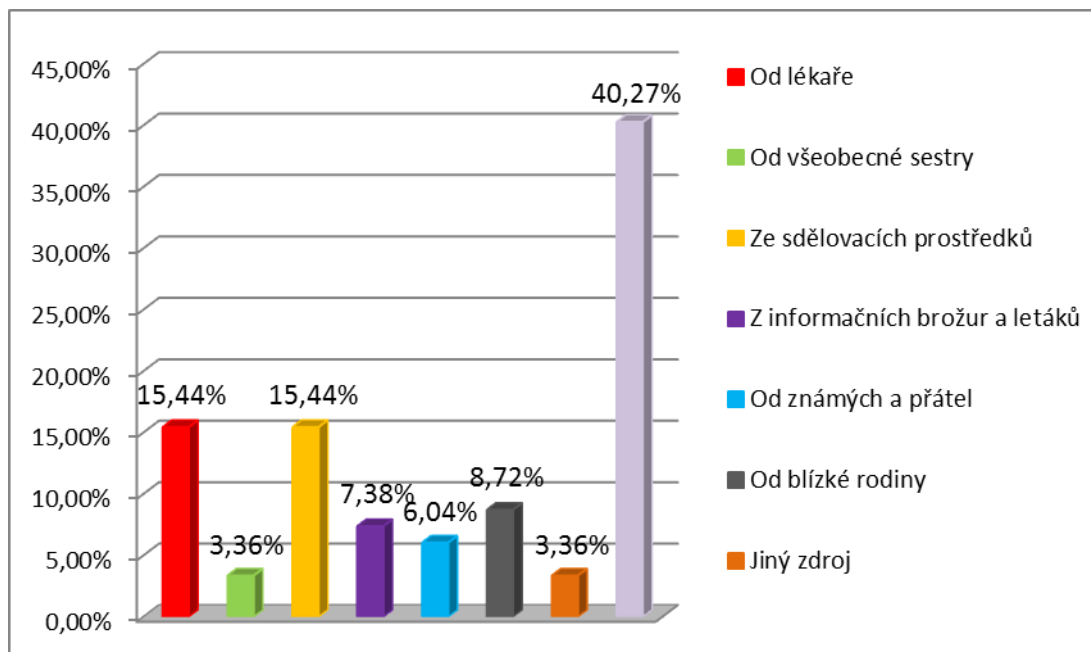
Graf 17 znázorňuje, že 28 (26,92 %) respondentů konzumuje alkohol pouze příležitostně. 25 (24,04 %) dotazovaných udává konzumaci alkoholu 1x týdně a 17 (16,35 %) mužů abstinuje. Alkohol 2–3x týdně požívá 16 (15,38 %) respondentů, 10 (9,62 %) dotazovaných konzumuje alkohol denně a pouze 8 (7,69 %) respondentů konzumuje alkohol 3–4x do měsíce.

Tabulka 1 Konzumace potravin

Potraviny	Denně	5 x týdně	3 x týdně	1 x týdně	Vůbec
Červené maso	0 (0 %)	11 (10,58 %)	37 (35,58 %)	44 (42,31 %)	12 (11,54 %)
Uzeniny	3 (2,88 %)	16 (15,38 %)	48 (46,15 %)	29 (27,88 %)	8 (7,69 %)
Smažená jídla	0 (0 %)	9 (8,65 %)	35 (33,65 %)	51 (49,04 %)	9 (8,65 %)
Tučná jídla	2 (1,9 %)	11 (10,58 %)	40 (38,46 %)	41 (39,42 %)	10 (9,62 %)
Zelenina	19 (18,27 %)	34 (32,69 %)	37 (35,58 %)	11 (10,58 %)	3 (2,88 %)

K dílčímu cíli č. 5 *Zjistit, zda mužská populace zná rizikové faktory, které mohou ovlivnit vznik nádorového onemocnění tlustého střeva (kouření, konzumace alkoholu, nevhodná strava, genetická dispozice)*, se vztahuje položka v dotazníku č. 16, která zjišťovala, jak často, které potraviny a jídlo respondenti uváděli nejvíce.

Podíváme-li se na výše uvedenou tabulku č. 1, můžeme konstatovat, že poměrně vysoké procento respondentů návyky zdravého stravování přijalo za své. Tento závěr můžeme usoudit z následujících údajů: 56 (53,85 %) mužů jí červené maso max. 1x týdně nebo vůbec, u konzumace uzenin to platí pro 37 (35,57 %) mužů. Smažená jídla nejí vůbec nebo max. 1x do týdne 60 (57,69 %) dotázaných mužů a tučná jídla 51 (49,04 %) respondentů. Pravidelnou konzumaci zeleniny, tj. 3–7x týdně, uvádí 90 (86,54 %) dotázaných. Pokud by tyto výsledky bylo možné aplikovat na celou populaci, byly by velmi příznivé a potěšující.



Graf 18 Zdroj informací o prevenci kolorektálního karcinomu

Na poznání zdrojů informací o kolorektálním karcinomu se dotazuje položka v dotazníku č. 17, která se vztahuje k dílčímu cíli č. 1 *Zjistit, kým byli muži informováni o prevenci nádorového onemocnění tlustého střeva.*

Jak vyplývá z grafu 18, o problematiku kolorektálního karcinomu se nezajímá vysoké procento respondentů – 60 (40,27 %). Pouze 23 (15,44 %) dotazovaných získalo informace od svého lékaře a stejný počet respondentů také ze sdělovacích prostředků. Informace od blízké rodiny získalo 13 (8,72 %) mužů, 11 (7,38 %) respondentů z informačních brožur a letáků, 9 (6,04 %) mužů od známých a přátel a 5 (3,36 %) dotazovaných získalo informace z jiných zdrojů a stejný počet respondentů od všeobecné sestry.

9 DISKUZE

Dotazníkové šetření prokázalo rozdíly v informovanosti mužské populace o problematice kolorektálního karcinomu.

Analýzou otázek k dílčímu cíli číslo 1, který zjišťoval, kým byli muži informováni o prevenci nádorového onemocnění tlustého střeva, bylo zjištěno, že většina dotazovaných respondentů neví, jak se mohou chránit před nádorovým onemocněním tlustého střeva, protože nejsou dostatečně informováni. Více než polovina respondentů uvedla, že se o problematiku kolorektálního karcinomu nezajímá. Můžeme konstatovat, že mužská populace má celkově laxnější přístup k vyhledávání informací o tomto onemocnění. Nemají zájem a potřebu hovořit na toto téma s rodinou, kamarády nebo s praktickým lékařem. Můžeme konstatovat, že hlavním důvodem tohoto „nezájmu“ jsou stud, obavy a strach, aby je nádorové onemocnění tlustého střeva také nepostihlo.

Analýzou otázek k dílčímu cíli číslo 2, který zjišťoval informovanost mužské populace o screeningovém vyšetření nádorového onemocnění tlustého střeva, bylo prokázáno, že polovina respondentů si myslí, že prevence kolorektálního karcinomu je důležitá. Z výsledků ale zároveň vyplývá, že polovina dotazovaných mužů nezná nebo neví, jak se před tímto onemocněním chránit. Výsledky ukazují, že velice málo mužů má povědomí o testu na okultní krvácení, o jeho důležitosti a hranici věku, kdy by se tento test měl z preventivních důvodů provádět. Lze konstatovat, že nevědomost o screeningových metodách nádorového onemocnění tlustého střeva pramení z toho, že pouze v malém počtu podstupují muži preventivní prohlídky, a tím pádem se k nim informace o testu na okultní krvácení nebo o screeningové kolonoskopii od lékaře, případně všeobecné sestry, nedostanou.

Ve svém průzkumu dosáhla autorka Ševelová příznivějších zjištění. Více než polovina zkoumaného vzorku byla poučena lékařem či sestrou o screeningovém vyšetření (Testu na okultní krvácení). Vzhledem k tomu, že bylo prováděno dotazníkové šetření ve stejném regionu, je zarážející, že poučení respondentů o správném způsobu provedení testu lékařem či sestrou je tak nízká. Tento významný rozdíl může být způsoben odlišností prostředí, ve kterém byly dotazníky distribuovány. Jak Ševelová uvádí, distribuovala dotazníky i na onkologické klinice.

Analýzou otázek k dílčímu cíli číslo 3, který zjišťoval, zda muži podstupují preventivní prohlídky, a zjištěním, zda je muži absolvují sami, protože mají zájem o své zdraví nebo zda jsou zváni k preventivní prohlídce přímo praktickým lékařem, ukázala, že většina do-

tazovaných mužů nepodstupuje preventivní prohlídky u praktického lékaře. Z těch, kteří preventivní prohlídky pravidelně absolvují, těsná nadpoloviční většina byla k preventivní prohlídce vyzvána praktickým lékařem.

Analýzou otázek k dílčímu cíli číslo 4, který zjišťoval, zda muži podstupují screeningové vyšetření tlustého střeva, bylo prokázáno, že muži nejen že screeningová vyšetření nepodstupují, ale mají i velice málo informací týkajících se této problematiky. Jelikož velký počet mužů nepodstupuje preventivní prohlídky, nemohou být praktickým lékařem informováni o důležitosti tohoto screeningového vyšetření.

Analýzou otázek k dílčímu cíli číslo 5, který zjišťoval, zda mužská populace zná rizikové faktory, které mohou ovlivnit vznik nádorového onemocnění tlustého střeva (kouření, konzumace alkoholu, nevhodná strava, genetická dispozice), bylo zjištěno, že nadpoloviční většina respondentů nezná žádné rizikové faktory způsobující nádorové onemocnění tlustého střeva. Tři čtvrtiny mužů uvedlo, že nemají nebo neměli nikoho v rodině s tímto onemocněním. Z průzkumu vyplývá, že polovina respondentů, kteří odpověděli kladně v otázce výskytu nádorového onemocnění v rodině, je uvědomělejší a aktivnější, co se prevence a absolvování preventivních prohlídek týče. Výsledky ukázaly, že většina dotazovaných mužů jsou nekuřáci, ale jsou v různé míře konzumenty alkoholu. Přesto, že se na základě předchozího zjištění stravuje zdravě poměrně významné procento dotázaných mužů, a konzumaci zeleniny alespoň 3–5x týdně udávají dvě třetiny dotázaných, konzumaci nezdravých potravin a jídla (tučná a smažená jídla, červené maso a uzeniny) přiznává polovina dotazovaných mužů třikrát do týdne. Přitom studie ukazují, že strava s vysokým podílem červeného a zpracovaného masa, sladkostí, dezertů, smažených jídel a rafinovaných obilných výrobků zvyšuje riziko recidivy nádorového onemocnění tlustého střeva a konečnicku. Změnou stravovacích návyků lze zabránit až 80 % případů karcinomu tlustého střeva (Zdravá střeva, © 2014, online).

Z průzkumu Ševelové vyplynula poněkud odlišná zjištění. Za nejvýznamnější rizikový faktor považují respondenti především kouření, na druhém místě nevhodnou stravu a na třetím místě alkohol. Jak uvádí, Vyzula, Žaloudík (2007, s. 33), kouření sice určitou roli při vzniku tohoto onemocnění má, nicméně hlavní příčinou rozvoje nádorového onemocnění kolorekta není. Jak již bylo zmíněno v úvodu, hlavním zevním rizikovým faktorem tohoto onemocnění je nevhodné složení stravy a její nevhodná tepelná úprava. Z průzkumu vyplývá, že jsou respondenti dobře informováni o zdravém životním stylu. Tyto výsledky

průzkumného šetření se však neshodují s průzkumem Ševelové, která dospěla k závěru, že dotazovaní jsou málo informováni v otázce zdravého životního stylu.

Hlavním cílem tohoto průzkumu bylo zjistit informovanost mužů o prevenci nádorového onemocnění tlustého střeva. Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že informovanost a vlastní zájem mužské populace o problematiku tohoto onemocnění jsou velice malé. Toto zjištění dává tedy velký prostor k zamyšlení nad příčinami tak tristního stavu, ale také pro lepší zacílení a zintenzivnění informační kampaně a osvěty pro veřejnost, neboť jak jsem zmínila v úvodu, patří České republice smutné prvenství v úmrtnosti na nádorová onemocnění.

ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce se zabývala problematikou informovanosti mužské populace o prevenci kolorektálního karcinomu. Jedním z velice diskutovaných témat dnešní doby jsou nádorová onemocnění. Mezi ně samozřejmě patří i nádorové onemocnění tlustého střeva a konečníku, které postihuje velkou část naší populace. Každý rok je v České republice zhoubný nádor tlustého střeva nebo konečníku zjištěn asi u 7 800 osob a je v u nás druhým nejčastějším nádorovým onemocněním u mužů i u žen (Linkos, © 2014, online).

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, do jaké míry je mužská populace informována o rizikových faktorech způsobujících toto onemocnění, jak se před tímto onemocněním chránit, jaké potraviny konzumují, zda kouří a konzumují alkohol, zda podstupují preventivní prohlídky a screeningové vyšetření, jako je test na okultní krvácení do stolice. Cíl byl splněn s využitím metody dotazníkového šetření.

Analýza výsledků dotazníkového šetření prokázala, že muži jsou velice málo informováni, chybí osvěta daného onemocnění. Domnívám se, že ke zvýšení informovanosti o problematice tohoto onemocnění by mohly přispět odborné diskuze, reklamní kampaně, v důsledku čehož by se muži (a nejen oni) začali více zajímat o své zdraví a podstupovali preventivní prohlídky v takovém časovém horizontu, který je pro jejich věk daný. Věděli by, že je důležité hlídat si věkovou hranici padesáti let, ve které se začíná provádět test na okultní krvácení do stolice, a tím pádem by se snížila incidence tohoto onemocnění.

Z výsledků vyplývá, že je nutné, aby se nejen praktičtí lékaři, ale i všeobecné sestry aktivněji podíleli na propagování zdravého životního stylu a motivovali klienty k prevenci a včasné diagnostice tohoto onemocnění. Ráda bych sama přispěla ke zvýšení a zkvalitnění informovanosti veřejnosti o problematice nádorového onemocnění kolorekta. Proto jsem se rozhodla vytvořit informační leták (viz P IV), který bude informovat o tom, jaké jsou screeningové metody nádorového onemocnění tlustého střeva a konečníku.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

- [1] ABRAHÁMOVÁ, Jitka, Ludmila BOUBLÍKOVÁ a Drahomíra KORDÍKOVÁ, 2000. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-133-1.
- [2] ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ, Jiří VORLÍČEK et al., 2010. *Speciální onkologie: Příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-648-9.
- [3] ČIHÁK, Radomír, 2013. *Anatomie 2*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4788-0.
- [4] DUŠEK, Ladislav a kol., 2012. *Epidemiologie, prevence a léčba kolorektálního karcinomu dle dostupných českých a mezinárodních dat*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-07-2.
- [5] DYLEVSKÝ, Ivan, 2000. *Somatologie*. Olomouc: Epava. ISBN 80-86297-05-5.
- [6] HOLIBKOVÁ, Alžběta a Stanislav LAICHMAN, 2004. *Přehled anatomie člověka*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0495-8.
- [7] HOLUBEC, Luboš sen. a kol., 2004. *Kolorektální karcinom: Současné možnosti diagnostiky a léčby*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0636-9.
- [8] 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.
- [9] JABLONSKÁ, Markéta a kol., 2000. *Kolorektální karcinom: Včasná diagnóza a prevence*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-777-X.
- [10] MOUREK, Jindřich, 2005. *Fyziologie: Učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1190-7.
- [11] NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ, 2009. *Přehled anatomie*. Galén. ISBN 978-80-7262-612-0.
- [12] PÁČ, Libor, 2010. *Anatomie člověka II*. Brno: Masarykova Univerzita. ISBN 978-80-210-4291-9.
- [13] ROKYTA, Richard a kol., 2000. *Fyziologie*. Praha: ISV. ISBN 80-85466-85-5.
- [14] SEIFERT, Bohumil, 2012. *Screening kolorektálního karcinomu*. Maxdorf. ISBN 978-80-7345-306-0.

- [15] SKÁLA, Bohumil, Zdeněk DIENSTBIER a kol., 2012. *Informovaný pacient o nádorové prevenci a péči praktického lékaře*. Praha: Liga proti rakovině. ISBN 978-80-260-2879-6.
- [16] SUCHÁNEK, Štěpán, Jaroslava BARKMANOVÁ a Přemysl FRIČ, 2012. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: Prevence zabírá*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2474-7.
- [17] VYZULA, Rostislav, Jan ŽALOUĐÍK a kol., 2007. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: Vybrané kapitoly*. Maxdorf. ISBN 978-80-7345-140-0.

Seznam internetových zdrojů

- [18] AMERICAN ASSOCIATION FOR CLINICAL CHEMISTRY, © 2000–2010. Labtestsonline.cz. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. [online] [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: http://www.labtestsonline.cz/condition/Condition_ColonCancer.html?id=4/
- [19] ASP CZECH, © 1999–2009. Zdravá střeva.cz. *Západní typ stravy a vyšší výskyt kolorektálního karcinomu*. [online] [cit. 2014-04-01]. Dostupné z: <http://www.zdravastreva.cz/page/68088.zapadni-typ-stravy-a-vyssi-vyskyt-kolorektalniho-karcinomu/>
- [20] COMMUNITY CARE, © 2010. Onkologická prevence v komunitní péči. *Projekt onkologické prevence v komunitní péči*. [online] [cit. 2013-12-20]. Dostupné z: http://www.communitycare.cz/?q=cs/aktuality_projektu/
- [21] ČOS ČLS JEP, © 2014. Linkos.cz. *O nádorech tlustého střeva a konečníku*. [online] [cit. 2014-04-01]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/nadory-travici-trubice-jicen-zaludek-tenke-strevo-tluste-strevo-konecnik-rit-c15-21/o-nadorech-tlusteho-streva-a-konecniku/>
- [22] INSTITUT BIOSTATISTIKY A ANALÝZ, © 2014. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice*. [online] [cit. 2014-04-04]. ISSN 1802-8861. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#/>
- [23] KOLONOSKOPIE, © 2009–2012. *Screening kolorektálního karcinomu pro populaci s průměrným rizikem*. [online] [cit. 2013-12-21]. Dostupné z: <http://www.kolonoskopie.cz/info-pro-pacienty/screening-kolorektalniho-karcinomu-pro-populaci-s-prumernym-rizikem.aspx/>

- [24] KOLOREKTUM, © 2014. Screening kolorektálního karcinomu. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. [online] [cit. 2013-12-21]. ISSN 1804-0888. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost--kolorektalni-karcinom/>
- [25] KOLOREKTUM, © 2014. Screening kolorektálního karcinomu. *Léčba kolorektálního karcinomu*. [online] [cit. 2013-12-22]. ISSN 1804-0888. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost--lecba-kolorektalniho-karcinomu/>
- [26] LIGA PROTI RAKOVINĚ BRNO, © 2009. Onko.cz. *Jaké jsou možnosti léčby rakoviny tlustého střeva a konečníku?*. [online] [cit. 2014-02-22]. Dostupné z: <http://www.onko.cz/lekar-jake-jsou-moznosti-lecby-tlusteho-streva-a-konecniku/>
- [27] MÁLKOVÁ, Eva, © 2010. *Kolonoskopie*. [online] [cit. 2013-12-12]. Dostupné z: <http://www.evamalkova.cz/zajimavosti/kolonoskopie/>
- [28] MEDICAL TRIBUNE, © 2000–2012. *Nové vyšetřovací metody pro prevenci kolorektálního karcinomu*. [online] [cit. 2014-01-22]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/29223-nove-vysetrovaci-metody-pro-prevenci-kolorektalniho-karcinomu/>
- [29] MEDITORIAL, © 2013. Kolorektální karcinom.cz. *Onkologické minimum*. [online] [cit. 2014-02-01]. Dostupné z: <http://www.kolorektalni-karcinom.cz/onkologicke-minimum/>
- [30] MLADÁ FRONTA, © 2014. Zdraví e15. *Diagnostika kolorektálního karcinomu*. [online] [cit. 2013-12-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/diagnostika-kolorektalniho-karcinomu-151112/>
- [31] MLADÁ FRONTA, © 2014. Zdraví e15. *Kolorektální karcinom*. [online] [cit. 2013-12-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/kolorektalni-karcinom-461042/>
- [32] MLADÁ FRONTA, © 2014. Zdraví e15. *Národní program screeningu sporadického kolorektálního karcinomu (KR-CA): vývoj, současnost, perspektiva*. [online] [cit. 2013-12-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/narodni-program-screeningu-sporadickeho-kolorektalniho-karcinomu-kr-ca-vyvoj-soucasnost-perspektiva-468769/>

- [33] MLADÁ FRONTA, © 2014. Zdraví e15. *Prevence u kolorektálního karcinomu*. [online] [cit. 2013-12-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/prevence-u-kolorektalniho-karcinomu-467572/>
- [34] MLČOCHOVÁ, Eva, © 2000–2014. *TNM klasifikace, FIGO klasifikace – staging nádorů*. [online] [cit. 2013-12-12]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/nemoci-lecba/tnm-klasifikace-figo-klasifikace-staging-nadoru/>
- [35] MOJE MEDICÍNA, © 2014. *Prevence a screening nádorů. Okultní krvácení do stolice*. [online] [cit. 2014-02-12]. Dostupné z: <http://www.mojemedicina.cz/prevence-a-screening-nadoru/okultni-krvaceni-do-stolice/>
- [36] MZČR, © 2010. *Cíle 21. Zdraví pro všechny v 21. století*. [online] [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html/
- [37] ONKOMAJÁK, © 2014. *Akce střevo tour*. [online] [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: <http://www.onkomajak.cz/cz/10/strevotour-201/>
- [38] STOMICI, © 2014. *Příznaky kolorektálního karcinomu*. [online] [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: <http://www.stomici.cz/clanky/priznaky-kolorektalniho-karcinomu-1/>
- [39] ŠEVELOVÁ, Ivana, © 2013. *Přístup veřejnosti k prevenci kolorektálního karcinomu*. [online] [cit. 2014-04-04]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/gf07n4?info=1;isslret=%C5%A0EVELOV%C3%81%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3D%C5%A1evelov%C3%A1%26start%3D1/>
- [40] UVN, 2014. *Centrum pro screeningovou kolonoskopii*. [online] [cit. 2014-03-03]. Dostupné z: http://www.uvn.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=2137&Itemid=1202&lang=cs
- [41] VIZE 97, © 2009. Nadace Dagmar a Václava Havlových. *Poslání nadace*. [online] [cit. 2014-03-03]. Dostupné z: <http://www.vize.cz/poslani-nadace.php/>
- [42] VYZULA, Rostislav, © 2009. *Moje medicína.cz. Kolorektální karcinom*. [online] [cit. 2014-02-22]. Dostupné z: <http://www.mojemedicina.cz/epidemiologie/kolorektalni-karcinom-vedouci-pozice-v-incidenci-na-svete-vyznamny-zdravotni-problem-cr/>

- [43] VZP ČR, © 2014. *Projekt adresného zvaní na onkologickou prevenci*. [online] [cit. 2014-03-03]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/klienti/programy-prevence/projekt-adresneho-zvani-na-onkologickou-prevenci/>
- [44] WORLD HEALTH ORGANIZATION, © 2007. *Hlavní strategické záměry WHO*. [online] [cit. 2014-03-03]. Dostupné z: <http://www.who.cz/zaklinfo.html/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

%	Procento
tj.	to je
č.	Číslo
m	Metr
cm	Centimetr
mm	Milimetr
a.	Arterie
aa.	Arterioly
nn.	Nervii
tzv.	Takzvaný
např.	Například
Kč	Koruna česká
CT	Počítačová tomografie
CNS	Centrální nervový systém
TNM	Tumor, Nodus, Metastáza
CEA	Karcinoembryonální antigen
CA 19-9	Carbohydrate antigen
PET	Pozitronová emisní tomografie
WHO	World Health Organization
TOKS	Test na okultní krvácení do stolice
iTOKS	Imunochemický test na okultní krvácení do stolice
gTOKS	Guajakový test na okultní krvácení do stolice
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
KRCA	Kolorektální karcinom

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 Nejvyšší dosažené vzdělání.....</i>	40
<i>Graf 2 Výskyt kolorektálního karcinomu v rodině.....</i>	41
<i>Graf 3 Důležitost prevence nádorového onemocnění tlustého střeva z pohledu mužů</i>	42
<i>Graf 4 Znalost rizikových faktorů</i>	43
<i>Graf 5 Znalost rizikových faktorů kolorektálního karcinomu</i>	43
<i>Graf 6 Znalost protektivních faktorů před nádorovým onemocněním tlustého střeva</i>	45
<i>Graf 7 Znalost možností prevence nádorového onemocnění tlustého střeva</i>	45
<i>Graf 8 Četnost preventivních prohlídek u praktického lékaře.....</i>	47
<i>Graf 9 Účast na preventivních prohlídkách u praktického lékaře.....</i>	48
<i>Graf 10 Nabídnutí testu na okultní krvácení praktickým lékařem.....</i>	49
<i>Graf 11 Znalost testu na okultní krvácení do stolice</i>	50
<i>Graf 12 Informovanost o důležitosti testu na okultní krvácení.....</i>	51
<i>Graf 13 Znalost věku, od kterého se test na okultní krvácení provádí</i>	52
<i>Graf 14 Určení hranice věku respondenty, od které se test na okultní krvácení provádí.....</i>	52
<i>Graf 15 Dostatek informací o prevenci nádorového onemocnění tlustého střeva</i>	54
<i>Graf 16 Užívání tabáku.....</i>	55
<i>Graf 17 Konzumace alkoholu</i>	56
<i>Graf 18 Zdroj informací o prevenci kolorektálního karcinomu</i>	58

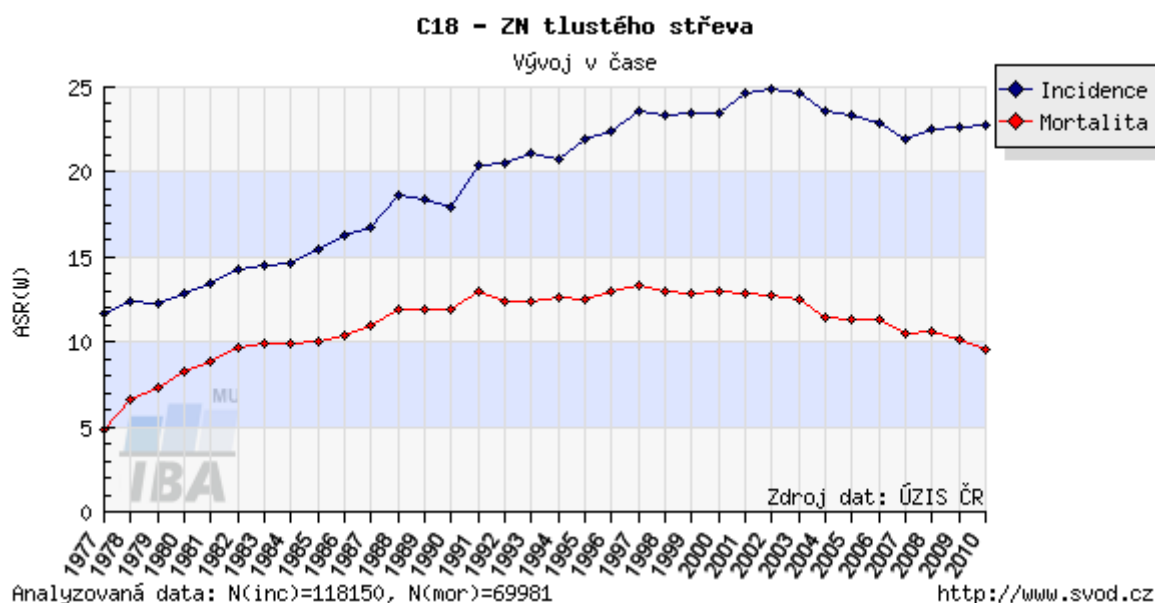
SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 Konzumace potravin</i>	<i>57</i>
---	-----------

SEZNAM PŘÍLOH

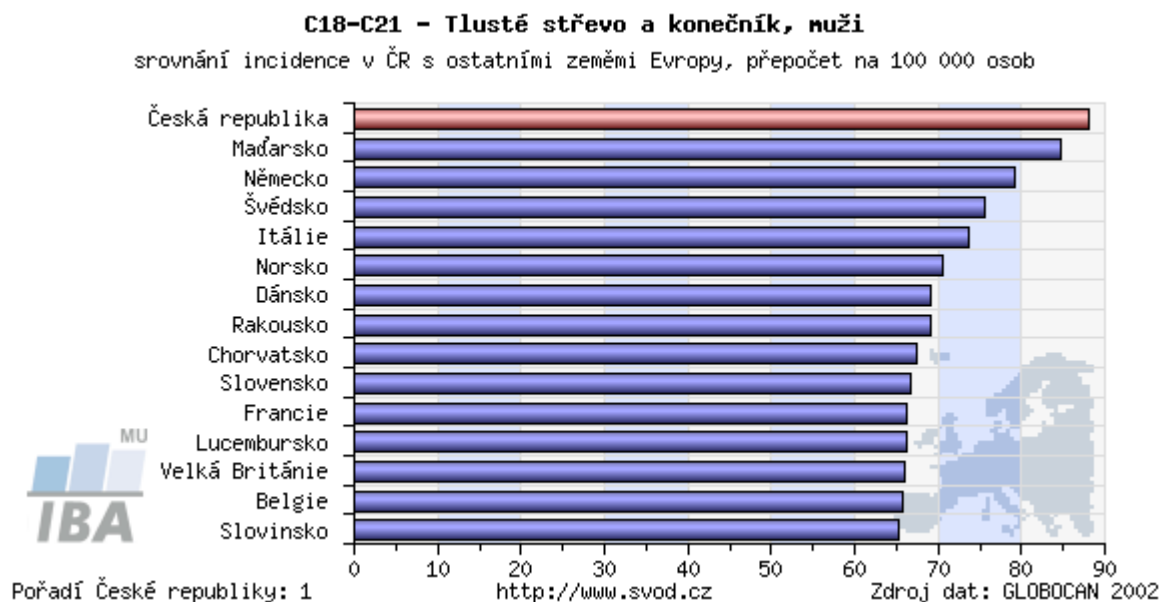
- PŘÍLOHA P I Časový vývoj incidence a mortality nádorového onemocnění tlustého střeva
- PŘÍLOHA P II Předěděte rakovině tlustého střeva a konečníku!
- PŘÍLOHA P III Seznam zdravotnických zařízení pro screeningovou kolonoskopii
- PŘÍLOHA P IV Dotazníkové šetření

PŘÍLOHA P I: ČASOVÝ VÝVOJ INCIDENCE A MORTALITY NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ TLUSTÉHO STŘEVA



Obrázek 1 Časový vývoj zhoubného nádoru tlustého střeva

[Zdroj: SVOD.cz, © 2011, Dostupné z: <http://www.svod.cz/?sec=analyzy>]

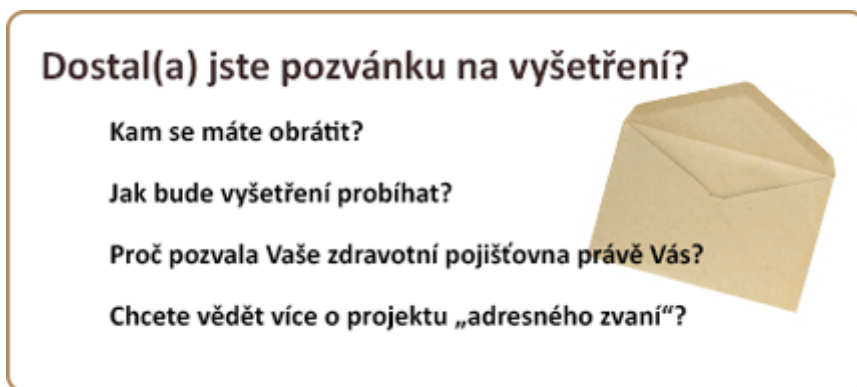


Obrázek 2 Srovnání incidence v ČR a Evropy

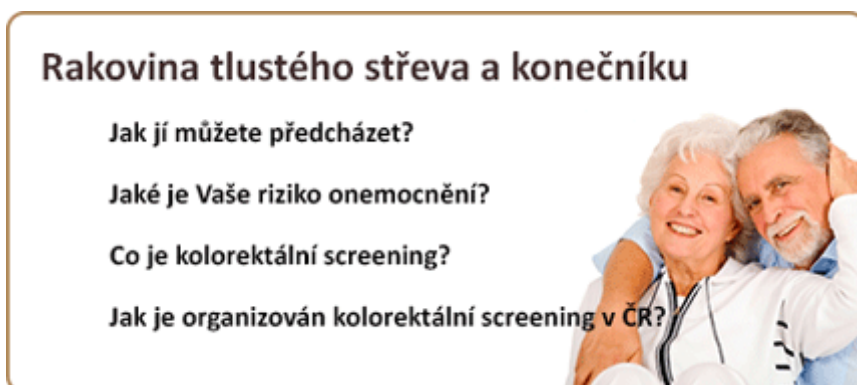
[Zdroj: SVOD.cz, © 2003, Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyzez.php#>]

PŘÍLOHA P II: PŘEDEJDĚTE RAKOVINĚ TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU!

V České republice bylo v lednu 2014 zahájeno adresné zvaní občanů k preventivním vyšetřením na rakovinu tlustého střeva a konečnicku, prsu a děložního hrdla.



Obrázek 3 Pozvánka na vyšetření tlustého střeva a konečnicku



Obrázek 4 Informace o nádorovém onemocnění tlustého střeva a konečnicku

[Zdroj: Kolorektum.cz, © 2014, Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/>]

PŘÍLOHA P IV: DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

DOTAZNÍK

Informovanost mužů o prevenci nádorového onemocnění tlustého střeva

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Julinová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci mé bakalářské práce „Informovanost mužů o prevenci nádorového onemocnění tlustého střeva“ provádím průzkum vztahující se k této problematice. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který je anonymní. Děkuji za Vaš čas.

- Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte prosím jen jednu odpověď.
- U tabulek, prosím, značte křížkem.
- U otázek s volnou odpovědí, prosím dopište dle svého uvážení.

1) Váš věk:

- a) 18 – 29 let
- b) 30 – 49 let
- c) 50 – 59 let
- d) 60 a více

2) Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Základní
- b) Učební obor bez maturity
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné, DiS.
- e) Vysokoškolské

3) Víte o někom z Vaší rodiny kdo má nebo měl nádorové onemocnění tlustého střeva? (např. rodiče, prarodiče, sourozenci)

- a) Ano
- b) Ne

4) Myslíte si, že je prevence nádorového onemocnění tlustého střeva důležitá?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

5) Znáte, některé rizikové faktory způsobující nádorové onemocnění tlustého střeva?

a) Ano – prosím napište, které znáte

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

b) Ne

6) Víte, jak se můžete chránit před nádorovým onemocněním tlustého střeva?

a) Ano – prosím napište, které způsoby znáte

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

b) Nevím

7) Jak často navštěvujete svého praktického lékaře za účelem preventivní prohlídky?

a) 1x ročně

b) 1x za dva roky

c) 1x za 3 a více let

d) Na preventivní prohlídky nechodím

**8) Na preventivní prohlídku se dostavíte sám, nebo jste pozván praktickým lékařem?
(Pokud jste odpověděli v otázce č. 7 za d) Na preventivní prohlídky nechodím, prosím pokračujte až otázkou č. 12)**

a) Byl jsem pozván praktickým lékařem

b) Preventivní prohlídku jsem si vyžádal sám

9) Byl Vám při preventivní prohlídce nabídnut test na vyšetření stolice, tzv. test na okultní (skryté) krvácení?

a) Ano

b) Ne

c) Nevím

d) Ne, ale o test jsem si požádal sám

10) Vysvětlil Vám praktický lékař, o jaké vyšetření se jedná?

a) Ano

b) Ne

c) Nevím

11) Informoval Vás praktický lékař o důležitosti tohoto vyšetření?

a) Ano

- b) Ne
- c) Nevím

12) Víte, od kterého věku, a jak často se test na vyšetření stolice, tzv. test na okultní (skryté) krvácení provádí?

- a) Ano – uveďte prosím.....
- b) Ne

13) Myslíte si, že máte dostatek informací o prevenci nádorového onemocnění tlustého střeva?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

14) Kouříte (cigarety, dýmku, doutníky)?

- a) Ano
- b) Ano, příležitostně
- c) Přestal jsem kouřit
- d) Ne

15) Konzumujete alkohol?

- a) Jsem abstinent
- b) Příležitostně – prosím uveďte množství.....
- c) 3–4x do měsíce – prosím uveďte množství.....
- d) 1x týdně – prosím uveďte množství.....
- e) 2–3x týdně – prosím uveďte množství.....
- f) Denně – prosím uveďte množství.....

16) Zde prosím uveďte, jak často konzumujete tyto potraviny. (Prosím označte křížkem)

Potraviny	Denně	5x týdně	3x týdně	1x týdně	Vůbec
Červené maso					
Uzeniny					

Smažená jídla					
Tučná jídla					
Zeleninu					

17) Kde jste získal informace, týkající se prevence nádorového onemocnění tlustého střeva? (Můžete označit i více odpovědí)

- a) Od lékaře
- b) Od všeobecné sestry
- c) Ze sdělovacích prostředků
- d) Z informačních brožur a letáků
- e) Od přátel a známých
- f) Od blízké rodiny
- g) Jiný zdroj – prosím uveďte jaký.....
- h) O tuto problematiku se nezajímám