

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Marie Temrová

**Prevence karcinomu tlustého střeva u laické populace
se zaměřením na okultní krvácení**

.....

Bakalářská práce

Praha, květen 2024

Autor práce: Marie Temrová

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí práce: Mgr. Václav Kukol

Pracoviště vedoucího práce: Nemocnice Na Homolce – Oddělení
kardioanesteziologie

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má závěrečná práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz a Turnitin za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací.

V Praze dne 2. května 2024

.....

Marie Temrová

Poděkování

Chtěla bych moc poděkovat Mgr. Václavu Kukolovi nejen za vedení má bakalářské práce, ale také za skvělé vedení praxe po celou dobu studia. Mé velké poděkování patří mému příteli a rodině, kteří mě podporovali, motivovali a měli se mnou trpělivost. Děkuji všem, kteří si našli čas vyplnit můj dotazník, díky kterému jsem mohla práci realizovat a zakončit studium.

Obsah

Úvod	7
1. Anatomie a fyziologie tlustého střeva.....	9
2. Rizikové faktory karcinomu tlustého střeva	10
2.1 Vnější rizikové faktory	10
2.2 Vnitřní rizikové faktory	10
3. Prevence	12
3.1 Obecný popis prevence	12
3.2 Vyhláška o preventivních prohlídkách.....	12
3.3 Role pojišťovny v prevenci karcinomu tlustého střeva	13
3.3.1 Hrazení prevence karcinomu tlustého střeva dle pojišťoven.....	13
4. Prevence karcinomu tlustého střeva.....	15
4.1 Role sestry v prevenci karcinomu tlustého střeva	15
4.1.1 Sestra v primární prevenci.....	16
4.1.2 Sestra v sekundární prevenci	16
4.1.3 Sestra v terciární prevenci	16
4.1.4 Sesterská úskalí v prevenci.....	16
5. Screening.....	17
5.1 Co je to screening	17
5.2 Historie screeningu karcinomu tlustého střeva	18
5.3 Moderní screeningové vyšetření	18
6. Okultní krvácení	19
6.1 Test na okultní krvácení	19
7. Kolonoskopie	20
7.1 Úvod do tématu kolonoskopie	20
7.2 Průběh kolonoskopického vyšetření	20
7.2.1 Příprava před kolonoskopií.....	20
7.2.2 Samotné vyšetření	21
7.2.3 Péče po kolonoskopii.....	22

7.3	Komplikace spojené s kolonoskopickým vyšetřením.....	22
7.4	Specifika u pacientů s onemocněním diabetes mellitus.....	23
8.	Kapslová enteroskopie.....	25
8.1	Seznámení s metodou	25
8.2	Využití kapslové enteroskopie pro vyšetření tlustého střeva	25
9.	Septin 9.....	27
10.	Léčba karcinomu tlustého střeva	28
11.	Specifika ošetrovatelské péče.....	29
11.1	Předoperační péče – specifika.....	29
11.2	Pooperační péče	29
	Praktická část.....	30
12.	Kvantitativní výzkum.....	30
13.	Výsledky výzkumného šetření	32
14.	Diskuse.....	55
	Závěr	59
	Seznam použité literatury	60
	Seznam zkratk.....	65
	Seznam grafů	66
	Seznam tabulek.....	67
	Seznam příloh	68
	Přílohy	69

Úvod

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na prevenci karcinomu tlustého střeva, konkrétněji na test okultního krvácení. Dle mého názoru je téma střevních onemocnění dodnes tabuizováno. Praktické drobnosti, jako jsou prevence a provedení testu na okultní krvácení, mohou člověku zajistit budoucnost s menšími nebo žádnými potížemi nebo dokonce zachránit život. Karcinom tlustého střeva se objevil i u nás v rodině a já jsem přesvědčena, že když existuje snadný způsob, jak onemocnění zabránit a mohu se na osvětě podílet, tak je mou povinností přispět k rozšíření informací o tomto onemocnění a o možnostech, jak mu předejít.

Vytvořila jsem dotazník a následně ho rozšířila jsem mezi laickou populaci. Chtěla jsem se zaměřit na běžnou populaci, která se s jeho obsahem v každodenním životě pravděpodobně neseťkává. Dotazník jsem rozesílala elektronickou formou, protože je to v dnešní době nejjednodušší, nejefektivnější a nejrozšířenější způsob dotazníkového šetření. Už jen rozesláním dotazníku mezi lidi a jeho vyplněním se zvedá povědomí a informovanost a veřejnost je tak vyzývána k pátrání po informacích ohledně zdraví střev a prevence jejich onemocnění.

V teoretické části své práce se zabývám základními informacemi o střevě, dále diskutuji rizikové faktory vzniku karcinomu tlustého střeva a hlavně jeho prevenci – zaměřuji se na obecné vysvětlení tohoto pojmu a uvádím také, jaké typy prevence existují. Blíže pak rozepisuji, jaké preventivní kroky jsou k dispozici v rámci onemocnění střev a časného záchytu karcinomu kolorekta. Samozřejmě také definuji úlohu zdravotní sestry v prevenci, především jak svou aktivitou může napomoci pro včasný záchyt tohoto onemocnění v populaci.

V praktické části pomocí dotazníkového šetření zjišťuji, jak je laická populace informována o rizikových faktorech vzniku karcinomu tlustého střeva. Zkoumám, zda lidé podstupují test na okultní krvácení, jak s testem byli spokojeni co do jeho dostupnosti a srozumitelnosti, a jaké měli při jeho absolvování pocity. Také mě zajímalo, proč někteří lidé test odmítli podstoupit. Na závěr dotazníku jsem pomocí otevřené otázky zjišťovala názory laické populace na prevenci karcinomu tlustého střeva, a především na to, jakými metodami potenciálně zvýšit povědomí o testu na okultní krvácení a zájem veřejnosti o podstoupení tohoto jednoduchého, avšak velice užitečného vyšetření.

U dotazníku pro mě byla největší výzva formulovat otázky srozumitelně a pochopitelně pro laickou veřejnost. Ze svého okolí vím, že pojmy, které zdravotníci považují za samozřejmost a běžně je používají, nemusejí být pro nezdravotníky zcela srozumitelné. Snažila jsem se tedy otázky formulovat jednoduše a tak, aby je cílová skupina respondentů jednoznačně pochopila a dokázala odpovědět, tj. vždy jsem pojmy ze zdravotnického prostředí u jednotlivých otázek vysvětlila.

Na základě informací, které jsem v rámci výzkumného šetření k bakalářské práci shromáždila, jsem vytvořila edukativní webové stránky, které mají taktéž sloužit k osvětě v prevenci karcinomu tlustého střeva. Snažila jsem se nejdůležitější informace shrnout do přehledné podoby a prezentovat je na internetu. Chtěla bych, aby lidé, kterým prevence karcinomu tlustého střeva není lhostejná, měli všechny důležité informace dostupné na jednom místě, aby věděli, jaké možnosti v prevenci mají. Na druhou stranu lidé, kteří si informace sami aktivně nevyhledávají, mohou na webové stránky narazit náhodou nebo jim je může někdo poslat. V tu chvíli chci, aby je stránky zaujaly a bylo jim vše jasné.

1. Anatomie a fyziologie tlustého střeva

Tlusté střevo je trubicový orgán, který je koncovou částí trávicího traktu. Je dlouhé přibližně 1,5 m a má tyto části: slepé střevo (*caecum*), vzestupný tračník (*colon ascendens*), příčný tračník (*colon transversum*), sestupný tračník (*colon descendens*), esovitý tračník (*sigmoideum*), konečník (*rectum*) a řiť (*anus*) (Naňka a Elišková 2019).

Tlusté střevo je vystláno sliznicí, která je složená v řasy a tvoří ji válcovitý epitel. Následuje podslizniční vazivo. Ve druhé vrstvě tlustého střeva se nachází hladká svalovina, která končí u dolní části rekta a následně přechází v příčně pruhovanou svalovinu. Poslední vrstvou tlustého střeva je hladká a lesklá blána – *peritoneum* (Dylevský 2019).

Ve sliznici tlustého střeva jsou hojně zastoupené mucinózní buňky, které produkují hlen, jenž chrání sliznici před mechanickým poškozením.

Hlavními funkcemi tlustého střeva jsou motilita, vstřebávání vody a minerálů, zahuštění a formování stolice. Jsou rozlišovány tři varianty motility:

- segmentační kontrakce – napomáhají při míšení střevního obsahu a vstřebávání,
- peristaltické vlny tračníku – posouvají tráveninu blíže ke konečníku,
- propulzivní pohyby – objevují se 3–4x za den a posouvají obsah tračníku směrem do konečníku.

Do tlustého střeva se během dne dostává přibližně 1 500 až 2 000 ml izotonické tráveniny. Následně dochází ke vstřebávání, což vede k výsledným cca 150 až 200 ml polotuhé stolice, která se ve střevě dále zahušťuje a formuje. Mimo vodu také sliznice tlustého střeva vychytává Na^+ a Cl^- a do střeva uvolňuje ionty HCO_3^- a K^+ (Petřek 2019).

Neméně důležité funkce zastává střevní mikrobiom. Střevní mikrobiom má hned několik důležitých rolí: je zásadní při syntéze vitamínů, při metabolismu žlučových kyselin, glukózy a cholesterolu, je důležitý pro udržení homeostázy, pro ochranu sliznice před patogenními kmeny a při vývoji vrozené imunity (Lukáš a Hoch 2018).

2. Rizikové faktory karcinomu tlustého střeva

Karcinom tlustého střeva je v České republice druhým nejčastějším nádorovým onemocněním. Toto onemocnění vzniká z premaligních lézí, kdy nádor roste 7–10 let a vyvíjí se z epitelových buněk sliznice. Vznik karcinomu je podmíněn akumulací genetických změn, predispozicemi pacienta a dalšími rizikovými faktory, především z oblasti životního stylu.

Rizikové faktory pro vznik karcinomu tlustého střeva lze dělit na vnější a vnitřní:

2.1 Vnější rizikové faktory

Tyto faktory lze souhrnně pojmenovat jako nezdravý životní styl. Mezi vnější rizikové faktory patří např. konzumace alkoholu, kouření, obezita, nedostatek pohybu, zvýšená konzumace živočišných tuků a červeného masa aj.

Nezdravý životní styl je faktor ovlivnitelný – každý jedinec o zapojení těchto expozičních rozhoduje sám, a tím pádem se jedná o faktory vysoce preventabilní.

2.2 Vnitřní rizikové faktory

Nejvýznamnějšími vnitřními rizikovými faktory jsou Lynchův syndrom, familiární adenomatózní polypóza a idiopatické záněty (Lukáš a Hoch 2018).

Lynchův syndrom je dědičné onemocnění, které způsobuje 2–3 % všech kolorektálních karcinomů. Jedinci s tímto onemocněním mají také celoživotně zvýšené riziko vzniku karcinomu endometria a jiných orgánů. Při Lynchově syndromu má jedinec souhrnně méně než deset adenomatózních polypů, ale adenomy spolu s tímto syndromem inklinují k nádorové mutaci rychleji než adenomy u běžné populace (Bhattacharya a McHugh 2023).

Familiární adenomatózní polypóza je dědičné onemocnění charakterizované zvýšeným výskytem polypů v tlustém střevě. Za fyziologických podmínek funguje gen označovaný *APC* jako tumor supresorový gen, který podporuje apoptózu epitelových buněk. Pokud dojde k mutaci tohoto genu, dochází k nekontrolovanému růstu buněk a k rozvoji adenomů (Carr a Kasi 2023).

Mezi idiopatické záněty se řadí Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Riziko vzniku kolorektálního karcinomu v souvislosti s idiopatickými záněty roste s délkou onemocnění, jeho rozsahem a agresivitou zánětu (Rivera et al. 2022).

3. Prevence

3.1 Obecný popis prevence

Slovo prevence je odvozeno z latinského *praeventus*, což znamená „zárok předem“. Cílem prevence je zabránit onemocněním či úrazům, nebo alespoň snížit riziko jejich vzniku. Pokud je prevence dodržována, je možné tak zabránit nemoci či ji zachytit v raném stadiu. Bylo opakovaně dokázáno, že prevence je výhodná ve všech směrech, včetně toho ekonomického, jelikož preventivní programy jsou méně nákladné než léčení samotné nemoci.

Správná prevence by měla být prováděna holisticky. Člověk by o sebe měl pečovat jak po stránce fyzické, tak po psychické, sociální, ekonomické či morální.

Preventivní péči lze rozdělit na tři základní úrovně, a to na prevenci primární, sekundární a terciární.

Prevence primární je prevencí nespécifickou a obecnou. Jedná se o první krok v preventivních programech. Do primární prevence lze řadit např. informativní letáky či billboardy, varovné nápisy na cigaretách nebo přednášky a workshopy (tj. edukaci).

Sekundární prevence je prevence zaměřená na určitou skupinu lidí, u kterých hrozí větší riziko vzniku daného onemocnění. Tato prevence je zaměřena na včasnou diagnostiku nemoci, její včasné zachycení a včasné řešení. Jako příklady lze jmenovat např. mamografii nebo screening pro včasný záchyt karcinomu tlustého střeva.

Terciární prevence se dá také nazvat rehabilitací. Jejím záměrem je co nejrychlejší zotavení pacienta po prodělání nemoci a zabránění opakování proběhlé nemoci. S terciární prevencí se začíná včasně, aby došlo co nejrychleji k významnému zlepšení stavu pacienta a následnému udržení pacientova zdraví (Kapr 2017).

3.2 Vyhláška o preventivních prohlídkách

Preventivní prohlídky v České republice upravují vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách a č. 45/2021 Sb., kterou se mění vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách ve znění pozdějších předpisů.

Do preventivních prohlídek u nás v ČR spadá všeobecná preventivní prohlídka dospělých a dětí, zubní preventivní prohlídka a gynekologická preventivní prohlídka.

Všeobecná preventivní prohlídka se opakuje jednou za 2 roky a spadá do ní odběr anamnézy, provedení očkování, fyzikální vyšetření, vyšetření moči, kontrola a vyšetření preventivních opatření či předešlých výsledků. Preventivní prohlídka také zajišťuje u osob starších 50 let prevenci karcinomu tlustého střeva v podobě screeningu na okultní krvácení nebo také doporučení na preventivní kolonoskopii (Vyhláška č. 70/2012 Sb.; Vyhláška č. 45/2021 Sb.).

3.3 Role pojišťovny v prevenci karcinomu tlustého střeva

Prevence karcinomu tlustého střeva je plně hrazena pojišťovnou osobám starším 50 let. Každý pojištěnec ve věku od 50 do 55 let má jednou za rok nárok na provedení preventivního testu na okultní krvácení pro včasnou diagnostiku karcinomu tlustého střeva. U pojištěnců od 55 let je tento test hrazen jednou za dva roky. Pokud má pacient zájem, může si rovnou zažádat o preventivní kolonoskopii. Kolonoskopie je nejvýznamnějším vyšetřením v diagnostice kolorektálního karcinomu, je to ale zároveň invazivní metoda (oproti testu na okultní krvácení, který je neinvazivní a provádí se ze vzorku stolice pacienta).

Test na okultní krvácení i preventivní kolonoskopie jsou hrazeny klientům od 50 let bez horní hranice věku. Pokud pacient nepodstupuje žádnou z těchto metod prevence u svého praktického lékaře, existuje ještě adresné zvaní. To je ale omezeno věkovou hranicí, a to od 50 do 70 let (Všeobecná zdravotní pojišťovna 2020).

3.3.1 Hrazení prevence karcinomu tlustého střeva dle pojišťoven

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky hradí prevenci karcinomu tlustého střeva pojištěncům od 50 let věku. Nemá finanční podporu pro mladší pacienty (Všeobecná zdravotní pojišťovna 2020).

Vojenská zdravotní pojišťovna přispívá 300 Kč všem svým pojištěncům (bez ohledu na věk) na zakoupení testu na okultní krvácení nebo na preventivní zákrok proti karcinomu tlustého střeva provedený ve zdravotnickém zařízení. Pojištěncům od 50 let věku je prevence plně hrazena (Vojenská zdravotní pojišťovna nedatováno).

Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky přispívá 500 Kč na test okultního krvácení pojištěncům ve věku 40–49 let, nebo na vyšetření markeru

Septin 9 (SEPT9) v krvi bez omezení věku. Pojištěncům od 50 let je prevence opět plně hrazena (Zdravotní pojišťovna MV ČR nedatováno).

4. Prevence karcinomu tlustého střeva

Primární prevence karcinomu tlustého střeva

Hlavní složkou primární prevence pro karcinom tlustého střeva je zvýšení pohybové aktivity. Pohybová aktivita je současně prevencí obezity, čímž rovněž napomáhá snížení rizika karcinomu tlustého střeva. S dostatkem pohybu také souvisí zdravé stravovací návyky. Ve stravě by měl být omezen příjem zpracovaného a červeného masa, naopak zvýšen by měl být příjem vlákniny a mléčných výrobků. Omezení kouření a alkoholu je v prevenci samozřejmostí.

Sekundární prevence karcinomu tlustého střeva

Kolorektální karcinom je onemocnění, které vzniká velmi dlouho, čímž se vytváří prostor pro sekundární prevenci. Sekundární prevence v tomto onemocnění představuje využití endoskopických metod (např. kolonoskopie, sigmoideoskopie) nebo testů okultního krvácení (např.: FOBT, FIT). Hlavně díky sekundární prevenci může poklesnout mortalita v důsledku tohoto onemocnění.

Terciární prevence karcinomu tlustého střeva

Terciární prevence spočívá v objasnění výhod zdravého životního stylu pacientovi a v postupném zlepšování životosprávy. Cílem je předcházet recidivě či napomoci uzdravení (Brenner a Chen 2018).

4.1 Role sestry v prevenci karcinomu tlustého střeva

Role zdravotní sestry v prevenci karcinomu tlustého střeva je velmi důležitá. Na prevenci se podílejí jak sestry-specialistky pro onkologické pacienty, tak všeobecné sestry. V onkologickém ošetřovatelství by se mělo promítat těchto devět standardů péče:

- péče individualizovaná a holistická,
- práce s rodinou,
- seburčení pacienta,
- orientace pacienta v péči,
- efektivní koordinace péče,
- vztah s pacientem,
- péče založená na důkazech,

- profesionální péče,
- vedení pacienta s cíli péče (Cummings 2018).

4.1.1 Sestra v primární prevenci

V primární prevenci má sestra důležitou roli edukátora – vzdělává pacienta, jeho rodinu i blízké o prevenci karcinomu tlustého střeva. Zaměřuje se především na rizikové faktory (edukuje o redukci hmotnosti, omezení kouření a alkoholu, o dietě a celkové zdravé životosprávě) a na příznaky onemocnění (Hashemi et al. 2022).

Sestra zajišťuje dostatečnou informovanost v oblasti prevence, má schopnost předávat pacientovi srozumitelné informace. Podílí se na preventivních programech a informuje o prevenci i veřejnost. Nebojí se rozhovoru s pacientem o nádorovém onemocnění (Vorlíček et al. 2012).

4.1.2 Sestra v sekundární prevenci

Nejdůležitější rolí sester v sekundární prevenci je motivace pacienta podstoupit preventivní vyšetření, např. test na okultní krvácení nebo kolonoskopii. Může proběhnout motivační, důvěrný rozhovor mezi sestrou a pacientem, kdy sestra pacientovi vše vysvětlí, aby neměl obavy (Hashemi et al. 2022).

4.1.3 Sestra v terciární prevenci

Terciární prevence je zaměřena na konkrétního pacienta. Sestra se zaměřuje na psychickou podporu pacienta, redukci vedlejších účinků onkologické léčby a rehabilitaci. Sestra se s pacientem snaží promlouvat o změně životního stylu, o rizikových faktorech nebo o podpůrných skupinách (Hashemi et al. 2022).

4.1.4 Sesterská úskalí v prevenci

Sestry se potýkají s negativními faktory, které ovlivňují, až znemožňují jejich preventivní činnost. Hlavním takovým faktorem je nedostatek času. Mezi problémové vlivy také patří jazyková bariéra, postoj pacientů či rodiny k novým informacím nebo kulturní rozdíly. V neposlední řadě může být překážkou také nedostatek znalostí a vzdělání u zdravotních sester v dané problematice k tomu, aby mohla proběhnout kvalitní edukace pacienta (Hashemi et al. 2022).

5. Screening

5.1 Co je to screening

Screeningové vyšetření je takové, které se zaměřuje na rizikovou populaci pro dané onemocnění. Jeho cílem je zachycení nemoci v rané fázi. Screeningové testy neslouží k diagnostice daného onemocnění, nýbrž k pozitivnímu či negativnímu výsledku, tj. přítomnosti určité vlastnosti u vyšetřovaného pacienta. Následně se člověk s pozitivním výsledkem odesílá k podrobnějšímu vyšetření a popř. dochází k diagnostice předpokládaného onemocnění (Maxim et al. 2014).

Screeningovým testem se lékař snaží objevit onemocnění dříve, než se u člověka rozvinou příznaky spojené s danou nemocí.

Screeningová vyšetření zahrnují:

- fyzikální vyšetření a odběr anamnézy,
- laboratorní testy,
- zobrazovací metody,
- genetické testy.

Screening má za úkol snižovat mortalitu a morbiditu lidí s daným onemocněním. Ovšem i screening má své nevýhody. Výsledek testu je buď pozitivní, nebo negativní, ale může se stát, že dojde k falešné pozitivitě nebo k falešné negativitě.

- **Falešně pozitivní výsledek**, tj. pozitivní výsledek testu u zdravého člověka – dochází k podrobnějšímu vyšetření pacienta a k následnému vyloučení onemocnění. V testu na okultní krvácení může být falešně pozitivní výsledek vyvolán např. hemoroidálním krvácením, krvácením polypu, zánětem nebo peptickými vředy.
- **Falešně negativní výsledek**, tj. negativní výsledek u nemocného – pacient se cítí zdravý a léčba není zahájena (National Cancer Institute 2023).

Léčba karcinomu tlustého střeva se odvíjí od stadia onemocnění, ve kterém se pacient právě nachází, a tak je prevence velmi důležitá.

Pro jedince, kteří mají v rodinné anamnéze kolorektální karcinom či jiné genetické predispozice je možnost genetického poradenství. Genetické poradenství určí riziko vzniku onemocnění a popř. nastaví screeningový plán pro pacienta (World Health Organization 2023).

5.2 Historie screeningu karcinomu tlustého střeva

V květnu 1927 Dukes a Lockhart-Mummery dokázali, že rakovina tlustého střeva nevzniká ve střevě nově, ale je následkem již vzniklé abnormality neboli prekancerózního stavu. Následně ve 30. letech 20. století vymysleli první stagingový systém pro kolorektální karcinom a také prokázali výhody časného záchytu a časně diagnostiky onemocnění. Vše bylo prováděno v nemocnici St. Marks Hospital v Londýně.

Tyto objevy napomohly vývoji metod raného záchytu, diagnostiky a prevence. Následně se začaly provádět sigmoidoskopie a vyvinulo se screeningové vyšetření bezpříznakové populace. Sigmoidoskopie byla pro pacienty velmi nepříjemná a pro lékaře velmi náročná.

S vývojem technologií v roce 1967 dr. Greegor vytvořil nový, tzv. guajakový test, který stanovoval okultní krvácení, který bylo možné provést svépomocí doma. Tento test byl zaveden do rutinní praxe a v 70. letech 20. století na tento screening navázalo provedení kolonoskopického vyšetření u pacientů s pozitivním výsledkem (Winawer 2015).

5.3 Moderní screeningové vyšetření

Screening karcinomu tlustého střeva lze rozdělit na screening včasného záchytu a na preventivní screening:

- **screening včasného záchytu** – spočívá v záchytu invazivního karcinomu v raném stadiu; provádí se test na okultní krvácení neboli test na skryté krvácení,
- **preventivní screening** – má za úkol odhalit prekancerózní stavy v tlustém střevě; provádí se nejčastěji kolonoskopie.

Nejdůležitější součástí prevence jsou preventivní prohlídky. Pokud dojde k preventivnímu screeningu a následnému nálezu prekanceróz či karcinomu v raném stadiu, je možné rovnou zahájit léčbu (Helsingen a Kalager 2022).

Jako nové techniky v prevenci karcinomu tlustého střeva se rozvíjejí např. počítačová kolonografie, kapslová endoskopie či laboratorní vyšetření genetických markerů ve stolici nebo v krvi (Li a Yuan 2019).

6. Okultní krvácení

Okultní gastrointestinální krvácení je krvácení, jehož si pacient není vědom. Krvácení může být způsobeno jakoukoliv patologií v zažívacím traktu. Takoví pacienti trpí krvácením do stolice nebo se jedná o pacienty s anémií, kteří zatím nemají určenou příčinu anémie. V těchto případech je vždy indikováno vyšetření na potvrzení či vyvrácení gastrointestinálního krvácení. Pokud dochází k nejasnému okultnímu krvácení, kdy je očividné krvácení bez identifikace příčiny, osvědčila se kapslová endoskopie nebo hloubková enteroskopie. Nejasné krvácení většinou pochází z tenkého střeva (Rockey 2010).

6.1 Test na okultní krvácení

Test na okultní neboli skryté krvácení je test, který si lidé mohou jako prevenci provést doma. Cílem testu je zachycení krve, která pochází z karcinomu. Nádor v rané fázi nekrvácí kontinuálně ani masivně, a proto se test musí opakovat v pravidelných intervalech, ideálně jednou za rok (Helsingen a Kalager 2022).

Identifikaci okultního krvácení lze provést více způsoby. Všechny jsou založeny na odběru malého množství stolice. Existují dva základní typy testů, a to guajakový (gFOBT = guaiia-based fecal occult blood test) a imunochemický (FIT = fecal immunochemical test).

Dříve byl gFOBT velice často využíván pro záchyt kolorektálního karcinomu, nyní jej častěji nahrazuje FIT. Testy gFOBT jsou založeny na detekci hemu ve stolici. Reakce hemu a činidla za oxidace guajaku způsobuje modré zabarvení. Nevýhodou gFOBT je jejich nízká přesnost. K dosažení jednoznačného výsledku je také nutná určitá koncentrace hemu ve stolici, čímž má test nižší citlivost. Další nevýhodou tohoto testování je možné ovlivnění výsledku stravou. Zkreslení výsledku může způsobit např. konzumace červeného masa, a proto musí mít pacient podstupující test nastavenou dietu. Omezení stravy může být demotivující k provedení testu.

Varianta FIT se začala používat v roce 2012. Tento test je schopen identifikovat lidský hemoglobin ve stolici s vyšší přesností. Výsledky testu neovlivňují potraviny ani léky, čímž odpadá nutnost omezení stravy před testováním jako u gFOBT. Důsledkem by mohla být vyšší ochota pacientů test podstoupit. Na druhou stranu může nastat falešná pozitivita díky faktorům uvedeným v kapitole 5 (Li a Yuan 2019).

7. Kolonoskopie

7.1 Úvod do tématu kolonoskopie

Kolonoskopie je endoskopické vyšetření rekta, tlustého střeva a distálního ilea. Tato vyšetřovací metoda je základem v diagnostice karcinomu kolorekta (Latos et al. 2022).

Cílem kolonoskopie je odstranění lézí, které by mohly malignizovat. Podle Špičáka et al. (2015) lze premaligní léze rozdělit do čtyř skupin.

- **Malé polypy** – malé léze, které jsou odstraňovány zaškrcením. Takto lze odstranit léze, které jsou menší než 5 mm. Druhou možností je odstranění léze menší než 10 mm elektrokoagulací.
- **Stopkaté polypy** – jedná se o stopkaté polypy větší než 10 mm, lze je bezpečně odstranit polypektomickou kličkou. Při tomto zákroku hrozí vyšší riziko krvácení, proto se standardně preventivně aplikuje ředěný adrenalin lokálně.
- **Objemné přisedlé kolonické polypy** – jedná se o polypy větší než 20 mm. Odstranění se provádí na specializovaných pracovištích pomocí endoskopické mukózní resekce nebo endoskopické submukózní disekce.
- **Objemné přisedlé rektální polypy** – pro odstranění rektálních polypů se využívají stejné techniky jako u kolonických polypů, převahuje ovšem disekce (jedná o rektum, kde je stěna střeva tlustší).

7.2 Průběh kolonoskopického vyšetření

7.2.1 Příprava před kolonoskopií

Aby pacient mohl podstoupit kolonoskopii, musí splnit požadavky před výkonem v analgosedaci. Mezi požadavky patří potvrzení od praktického lékaře o způsobilosti k výkonu, výsledky laboratorních vyšetření (krevní obraz, základní iontogram, aktivovaný parciální tromboplastinový čas a test srážlivosti krve) a provedené elektrokardiografické vyšetření (Všeobecná fakultní nemocnice nedatováno).

Týden před vyšetřením je pacientovi naordinována bezezbytková dieta, kdy se musí vyhýbat např. celozrnnému pečivu, ovoci, ovesným vločkám či oříškům. Dietu dodržuje celý týden a den před vyšetřením musí být striktní. Den před výkonem si ke snídani může

dát něco lehkého např. pečivo, polévku nebo jiné tekutiny; k obědu pak bujón, samozřejmě bez přidané zeleniny. Tekutiny v podobě vody či čaje jsou během dne neomezené.

Odpoledne se začíná s čištěním střev. Čištění může probíhat různě dle přípravku určeného pro pacienta. Přípravků existuje několik a je důležitá znalost správného užití. U většiny je doporučováno začít s větší částí přípravy den předem v odpoledních hodinách a následně ráno v den výkonu očistu dokončit. Pacient den před výkonem již nevečeří.

Mezi přípravky určené k očištění střev patří např.:

- Fortrans,
- Vistaprep,
- Moviprep,
- Clensia,
- Picoprep,
- Eziclen (Nemocnice Na Homolce nedatováno).

V den vyšetření

Ráno v den vyšetření je potřeba, aby pacient dokončil očistu střev, pokud tak neučinil den před výkonem. Čištění střev je nutné ukončit nejpozději 4 hod před začátkem výkonu. Svou chronickou medikaci si pacient užije dle dohody s lékařem a zapije ji jen malým množstvím vody. Před samotným vyšetřením musí pacient podepsat informovaný souhlas s výkonem, který probíhá v analgosedaci. O následné péči rozhoduje lékař dle průběhu výkonu (Všeobecná fakultní nemocnice nedatováno).

7.2.2 Samotné vyšetření

Při příchodu do vyšetřovací místnosti personál pacienta rovnou uloží na lehátko. Aby pro pacienta vyšetření nebylo významně nepříjemné, ordinuje lékař lehkou analgosedaci. Nejčastěji se začíná v poloze na levém boku. Během vyšetření je možné, že lékař bude potřebovat změnu polohy, aby se lépe dostal v tračníku do míst, kam potřebuje. Lékař pacientovi přes konečník zavádí kolonoskop. Jedná se o dlouhou ohebnou trubici a s její pomocí se celé vyšetření provádí. Kolonoskopem se do střeva může dle potřeby aplikovat plyn, léky, malé nástroje, tepelná sonda, elektrická sonda a jiné pomůcky. Pokud lékař ve střevě objeví jakýkoliv výrůstek či patologii, může provést odběr vzorku a následně odeslat na biopsii (Institut klinické a experimentální medicíny, nedatováno).

7.2.3 Péče po kolonoskopii

Po výkonu je pacient přesunut na dospávací lůžko. Po určité době, o které rozhodne lékař, ale minimálně po hodině, může pacient odejít. Při odchodu pacient dostane propouštěcí zprávu, kterou odevzdá odesílajícímu lékaři. Po vyšetření je důležité, aby byl pacient správně edukován. Pacient musí mít zajištěný doprovod domů, po dobu 24 hod nesmí řídit dopravní prostředek ani pracovat ve výškách. Po dobu jednoho týdne se může potýkat s větší únavou (Všeobecná fakultní nemocnice, nedatováno).

Po vyšetření sestra monitoruje:

- celkový stav pacienta,
- fyziologické funkce,
- vzhled stolice,
- bolest pacienta,
- krvácení (Slezáková et al. 2019).

7.3 Komplikace spojené s kolonoskopickým vyšetřením

Úspěšná kolonoskopie je možná jen v případě správného vyprázdnění pacientova střeva, proto je velmi důležitou součástí tohoto vyšetření. Pokud střevo není dobře vyprázdněné, může dojít k přehlédnutí patologie či zrušení kolonoskopie a nutnosti očistný proces podstoupit znova. Příprava pacienta na kolonoskopické vyšetření může probíhat doma nebo za hospitalizace. Hospitalizovaní pacienti jsou nejčastěji staří, křehcí pacienti, u kterých se vyskytují komorbidity.

Během čištění střev nebo během samotné kolonoskopie můžou nastat různě závažné komplikace.

Při čištění střeva jsou nejčastějšími komplikacemi dyspeptické potíže. Velmi často pacienti popisují nadýmání, bolesti břicha či nevolnost. Může se objevit slabost pacienta, bolest hlavy, krvácení z nosu. Během přípravy na kolonoskopii se ale mohou vyskytnout i vážné komplikace. Jednou z nich je silné zvracení, které může být i s příměsí krve a žádá si intervenci lékaře. Užití laxativ má za následek průjem a v této návaznosti může docházet k náhlému krvácení z hemoroidu. Další závažnou komplikací jsou poruchy rytmu srdce. Někteří pacienti uvádějí v souvislosti s očistnou procedurou dušnost nebo dušnost s retrosternální bolestí. Dochází k bušení srdce až poruchám rytmu či k fibrilaci síní. Jsou

záznamy i o koronárních syndromech v souvislosti s přípravou na kolonoskopii (Latos et al. 2022).

Komplikace během samotné kolonoskopie závisí na mnoha faktorech. Jde o celkový stav pacienta, přidružená onemocnění, užívané léky, edukaci před výkonem i o výkon samotný. Nejčastější nežádoucí událostí je krvácení v důsledku odstranění polypů, manipulace s nástroji či pálením. Existuje krvácení akutní a pozdní. K akutnímu krvácení dochází přímo během výkonu při polypektomii a toto krvácení lékař ihned reviduje. K pozdnímu krvácení dochází do 14 dnů od kolonoskopie a jeho příčinou může být odloučení koagula. K zástavě krvácení dochází většinou samovolně, ale pokud by k tomu nedošlo, řeší se následnou revizí.

Perforace je vzácnou komplikací, ke které ale může docházet. Jedná se o poranění a perforaci stěny střeva polypektomickou kličkou či pálením. Při této komplikaci je nejdůležitější včasná diagnostika a rychlé zahájení řešení. Pokud se o perforaci neví přímo při prováděném výkonu, může dojít k potížím až po ukončení kolonoskopie. Pacient tedy je po kolonoskopii sledován a zdravotnický personál si všímá jeho celkového stavu. Pokud by u pacienta došlo k perforaci, pacient bude mít bolesti břicha, nebudou odcházet plyny, bude mít zvýšenou teplotu a leukocytózu. V tuto chvíli je nutná okamžitá reakce a lékařské vyšetření (Špičák et al. 2015).

Riziko infekce je při kolonoskopii malé. Bakteriémie nicméně může vzniknout přemístěním mikroorganismů ze střeva do krevního řečiště (Coser et al. 2018).

7.4 Specifika u pacientů s onemocněním diabetes mellitus

Onemocnění diabetes mellitus v návaznosti na kolonoskopii přináší typické komplikace. Pacienti před kolonoskopií musí dodržovat určitý dietní režim, což samo o sobě představuje první z rizik. Již od začátku je nutné pamatovat na fakt, že pacienti s diabetem mají větší problém správně vyprázdnit střevo. Tato skutečnost je spojena s diabetickou neuropatií, sníženou motilitou střev a funkcí žaludku.

Další problém nastává s tekutinou určenou pro vyprázdnění střev. Pacienti s diabetem si mohou zvolit tekutinu s nízkým obsahem kalorií, ovšem důsledkem její konzumace může být nerovnováha elektrolytů a potenciální ohrožení pacienta ketoacidózou.

Při přípravě na vyšetření se zvyšuje riziko hypoglykémie a hyperglykémie. Hypoglykémie je závažná situace, při které může být pacient zmatený, může mít poruchu vědomí, a může nastat až hypoglykemické kóma. Všichni pacienti by s tímto rizikem

v souvislosti s očištným procesem měli být seznámeni a měli by být správně edukováni. Někteří pacienti se hypoglykémie bojí natolik, že svou medikaci vysadí příliš brzy a následně se dostávají do opačného stavu hyperglykémie. Chyba může přijít i ze strany lékaře, kdy lékař pacientovi vysadí medikaci dříve, než by měl. V případě hyperglykémie může docházet k dehydrataci pacienta a k metabolické dekompenzaci.

Opatření pro pacienty s DM zahrnují:

- vysazení medikace po domluvě s lékařem,
- edukaci pacienta o riziku hypoglykémie a hyperglykémie,
- správný výběr očištné tekutiny,
- zajištění dostatku tekutin během čištění střev,
- častou monitoraci glykémie – pacienti si glykémii kontrolují po každém jídle, v den výkonu každé 4 hod a také před sedací. Pacienti musejí být motivováni k častějšímu měření glykémie během následujících dní, než opět dojde k úplné rovnováze. Pokud má pacient glukózový senzor s chytrým telefonem, může po dohodě zdravotnický personál měřit snadno glykémii během výkonu. Pokud pacientovi nebyla podána sedace, pacient si glykémii kontroluje sám,
- správné načasování výkonu – doba, kdy pacient výkon podstoupí, je u diabetiků důležitá. Pacient, který výkon podstoupí ráno, má nižší riziko hypoglykémie a hyperglykémie, jelikož dochází k dřívějšímu obnovení klasické stravy pacienta. Procedury v poledních hodinách mohou zajistit dobré načasování poslední očištné dávky tekutiny, která má být podána 4–6 hod před zákrokem. Pacienti vyšetřování v odpoledních hodinách mohou ráno dostat snídani, což je opět výhoda pro pacienta s diabetem (Chirila et al. 2023).

8. Kapslová enteroskopie

8.1 Seznámení s metodou

Kapslová enteroskopie je bezdrátová technika video-zobrazení střev. Nejvýznamněji se uplatňuje k zobrazení tenkého střeva, ale s rostoucím vývojem se využívá také pro zobrazení tlustého střeva a horního trávicího traktu (Tachecí et al. 2008; Stašek et al. 2021).

Nejčastěji se využívá pro nález zánětlivých lézí, krvácení, erozí, ulcerací, polypů, nádorů, zúžení či srůstů. Pokud jsou u pacienta již známé striktury v trávicím traktu, je kapslová enteroskopie kontraindikována. V takovém případě by mohlo dojít k retenci kapsle v trávicím traktu (Spiceland a Lodhia 2018).

Kapslová enteroskopie se rychle uchytila pro diagnostiku tenkého střeva. Nejvíce se využívá pro nejasné krvácení z trávicího traktu. Do tenkého střeva je obtížný přístup pro jakoukoliv diagnostiku a kapslová metoda je proto dobrým řešením (Micic a Semrad 2021).

8.2 Využití kapslové enteroskopie pro vyšetření tlustého střeva

Kolonoskopie je standardním vyšetřením tlustého střeva. Tato metoda může být pacientům nepříjemná, dochází při ní většinou k sedaci a je doprovázena komplikacemi uvedenými výše. Na druhou stranu vyšetření tlustého střeva alternativou, tedy za pomoci kapsle, je neinvazivní – pacient spolkne kapsli, výsledky jsou snímány pomocí speciálního zařízení. Jedna kapsle je na jedno použití a z pacienta vychází přirozenou cestou.

Komplikace u kapslové enteroskopie je jen jedna, a to retence kapsle. Kvůli této komplikaci by pacienti měli být před výkonem vyšetření na striktury a Crohnovu chorobu, dlouhodobě by neměli užívat nesteroidní antirevmatika. Nevýhodou kapslové enteroskopie je také nemožnost odebrat vzorek tkáně či provést zákrok ve střevě. Před aplikací kapsle musí být pacient velmi dobře vyprázdněn – je to důležité pro zobrazení a pro kvalitní snímky z tobolky. Další nevýhodou kapsle je nemožnost očistit část sliznice výplachem či vzduchem, jako to bývá u kolonoskopie.

Pro diagnostiku poruch tlustého střeva se využívá kapsle, která umí pořídít 4–35 snímků za minutu dle peristaltiky střeva a její zorné pole je 360°. Pro pacienty je neinvazivní kapslová metoda často přijatelnější variantou pro vyšetření střev než klasická

kolonoskopie. Ve Velké Británii aktuálně probíhá projekt, který zkoumá zavedení kapslové enteroskopie pro pacienty s pozitivním FIT testem.

Kapsle se jeví jako velmi účinná u pacientů s chronickým zánětem střev, u kterých dochází k častému sledování jejich stavu. U pacientů s Crohnovou chorobou se kapsle využívá k monitoraci stavu sliznice a vznikajících nádorů. U těchto pacientů se využívá specifická tobolka, která nepřináší rizika zmíněná výše (Oka et al. 2022).

9. Septin 9

Krevním testem biomarkeru SEPT9 je možné odhalit kolorektální karcinom. Vyšetření krve se využívá při jeho screeningu a diagnostice. Hlavní funkcí při screeningu je vyloučení nenádorových vzorků, a tím vyloučení pacientů z účasti na kolonoskopii. SEPT9 má omezenou citlivost na záchyt prekancerózních lézí, ovšem pro záchyt včasného i pokročilého stadia nádoru je specifická výhodná (Sun et al. 2020).

Test SEPT9 dokáže diagnostikovat nádor ze všech částí tlustého střeva až po rektum. Vyšetření krve se zdá jako metoda, kterou pacienti nebudou mít problém podstoupit v rámci prevence karcinomu tlustého střeva. Vyšetření nevyžaduje žádnou náročnou přípravu a je pro pacienty pohodlné (Warren et al. 2011).

10. Léčba karcinomu tlustého střeva

Nejvýznamnější léčbou karcinomu tlustého střeva je léčba chirurgická, a to buď radikální, nebo paliativní.

Chirurgická léčba – radikální

Pomocí radikální chirurgické operace dochází k úplnému odstranění postižené části střeva včetně spádových lymfatických odvodů a k vyšití anastomózy. Pomocí anastomózy je zajištěna průchodnost střev. Operace je prováděna dle místa nádoru.

Chirurgická léčba – paliativní

K paliativní péči se přistupuje, pokud není jiná možnost. Provádí se nejčastěji v situacích, jako jsou např. inoperabilní nález, metastázy do jiných orgánů nebo celkově špatný zdravotní stav pacienta.

- **Spojkové operace** – během spojkové operace je proveden obchvat kolem postižené části střeva tak, aby se obnovila pasáž střeva.
- **Kolostomie** – Při této operaci se pacientovi vyvede vývod z tlustého střeva na povrch břišní stěny.

Adjuvantní léčba

Adjuvantní léčba je doplňková léčba zahrnující chemoterapii a imunoterapii (Libová et al. 2019).

11. Specifika ošetrovatelské péče

11.1 Předoperační péče – specifika

V předoperačním období je nejdůležitější zaměřit se na psychickou stránku pacienta a na to, jak celou událost prožívá. Sestra by se měla snažit navázat s ním důvěrný kontakt. Sestra je pro pacienta velkou oporou a měla by zvládat vést rozhovory s pacientem i rodinou o strachu a obavách, které situaci provází. Sestra pacientovi poskytuje informace důležité pro správné a efektivní zotavování po výkonu.

Součástí specifické předoperační přípravy je stomická sestra. Stomická sestra pacientovi sdělí základní informace a uvede ho do tématu stomie. Vede s pacientem rozhovor, který se týká života se stomií, fungování stomie a podílí se na výběru vhodného místa vývodu u konkrétního pacienta.

11.2 Pooperační péče

Sestra po operaci pečuje o celkový stav pacienta. Zajišťuje pro pacienta tepelný komfort a edukuje pacienta o nutných opatřeních, jako jsou např. podpírání břicha při kašli nebo dostatečný příjem tekutin. Sestra pečuje o rány, provádí převazy, dohlíží na režim pacienta. Velmi důležitou součástí péče je aplikace analgezie (Hashemi et al. 2022).

Sestra monitoruje fyziologické funkce, stav vědomí, bolest pacienta, krvácení z rány, střevní peristaltiku a vyprazdňování, odvod a funkčnost drénů. Sestra pečuje o invazivní vstupy a aplikuje infuzní terapii dle ordinace lékaře. Napomáhá pacientovi s hygienickou péčí a provádí edukaci pacienta i rodiny (Libová et al. 2019).

Pokud během operace došlo k založení stomie má stomická sestra po operaci důležitou roli. Musí pacienta nebo jeho rodinu naučit správně pečovat o stomii. Vysvětluje pacientovi důležitost dietních opatření pro správnou funkci stomie. Vybírá s pacientem vhodné pomůcky dle individuální potřeby. Spolu s pacientem se snaží předcházet komplikacím, které jsou spojené s vývodem. Mezi takové komplikace patří píštěle, citlivost okolní kůže nebo infekce. Dále informuje pacienta o komunitních skupinách stomiků. Pacient může být součástí skupiny lidí se stejnými problémy a aktivita ve skupině může pacientovi pomoci s adaptací, při snížení stresu a celkovou sociální pohodu (Hashemi et al. 2022).

Praktická část

12. Kvantitativní výzkum

Pro potřeby své bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní výzkum. Vytvořila jsem dotazník a rozhodla jsem se ho šířit online cestou. Dotazník jsem individuálně rozesílala, byl šířen na sociálních sítích a žádala jsem o šíření dotazníku dále. Dotazník byl zcela anonymní a skládal se z 22 otázek.

Celkem se mi podařilo nashromáždit 173 dotazníků. V dotazníku se nacházejí otázky s uzavřenými odpověďmi s výjimkou poslední otázky – ta byla otevřená v odpovědi a vyplnění bylo dobrovolné. Dotazník je dostupný v příloze 1.

Hlavní cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, zda veřejná laická populace dbá na prevenci karcinomu tlustého střeva a zda pravidelně podstupuje test na okultní krvácení.

Dílčí cíle

- Zjistit, zda laická populace zná alespoň některé ze základních rizikových faktorů pro vznik karcinomu tlustého střeva.
- Zjistit, zda laická populace ví o celostátním screeningu – testu na okultní krvácení.
- Zjistit, zda se praktičtí lékaři podílejí na prevenci karcinomu tlustého střeva u laické populace.
- Zjistit, zda laickou populaci zajímá problematika karcinomu tlustého střeva.
- Osvěta v problematice prevence karcinomu tlustého střeva mezi laickou populací.
- Vytvoření webových stránek s ověřenými informacemi z mé bakalářské práce dostupných na internetu.

Metodika výzkumu

Zvolila jsem kvantitativní výzkum. Pomocí stránky Survio.com byl sestaven anonymní dotazník, který jsem šířila mezi veřejnou laickou populací.

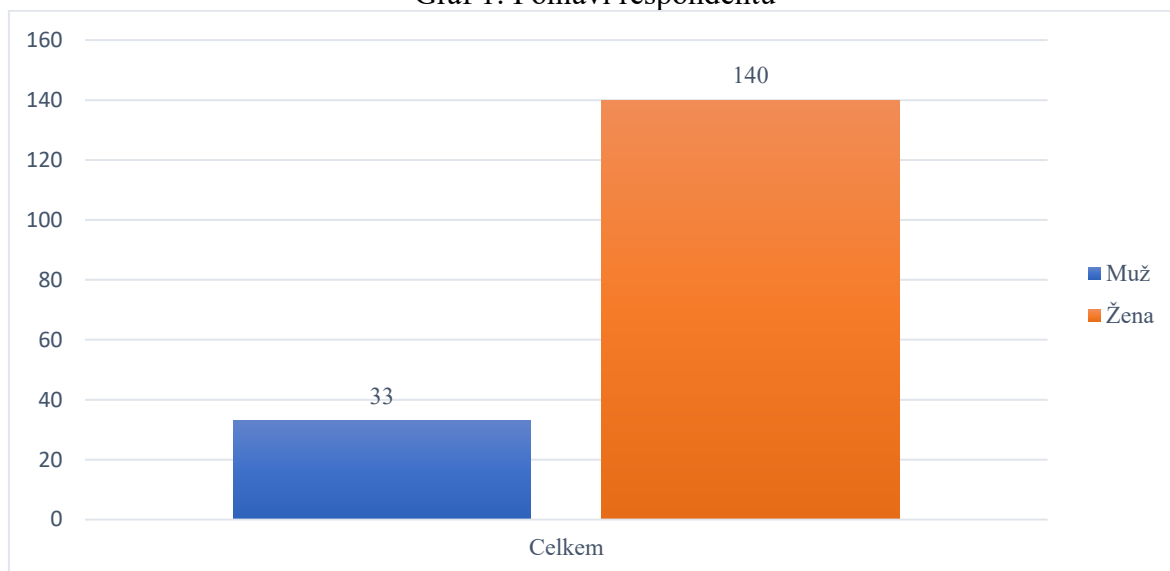
Hlavní výzkumná otázka

Dbá laická populace na prevenci karcinomu tlustého střeva a podstupuje pravidelně test na okultní krvácení?

13. Výsledky výzkumného šetření

Otázka č. 1 – Jaké je Vaše pohlaví?

Graf 1: Pohlaví respondentů

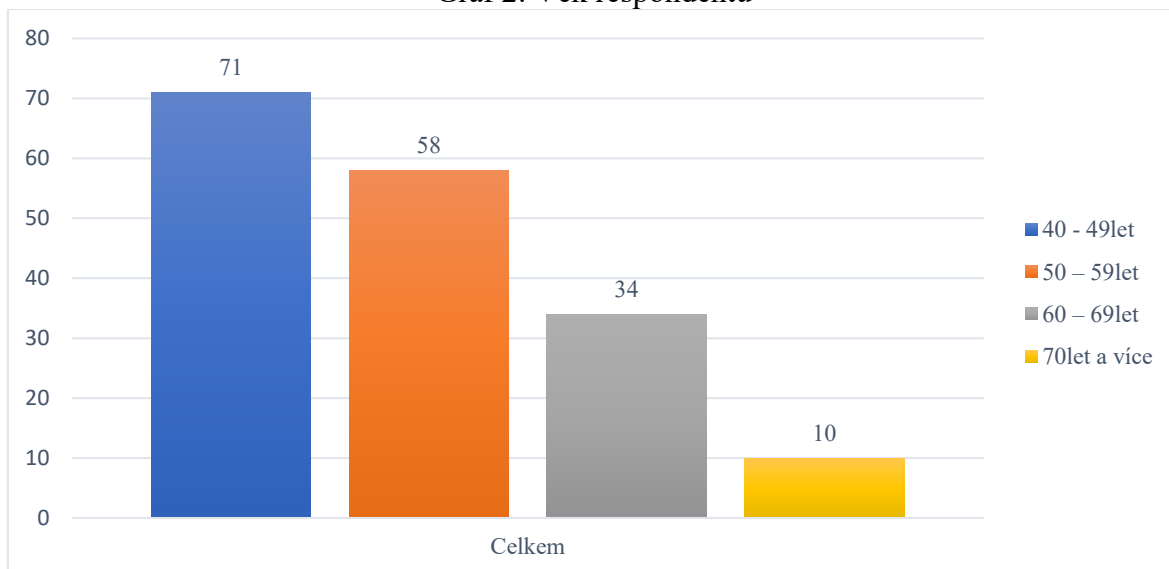


Zdroj: vlastní zpracování

Dotazník byl rozeslán mezi veřejnou laickou populaci – rozhodlo se jej vyplnit 140 žen (80,9 %) a 33 (19,1 %) mužů. V dotazníku převládají odpovědi žen. Rozdíl respondentů mezi ženami a muži činí 107 (61,8 %) respondentů.

Otázka č. 2 – Jaký je Váš věk?

Graf 2: Věk respondentů

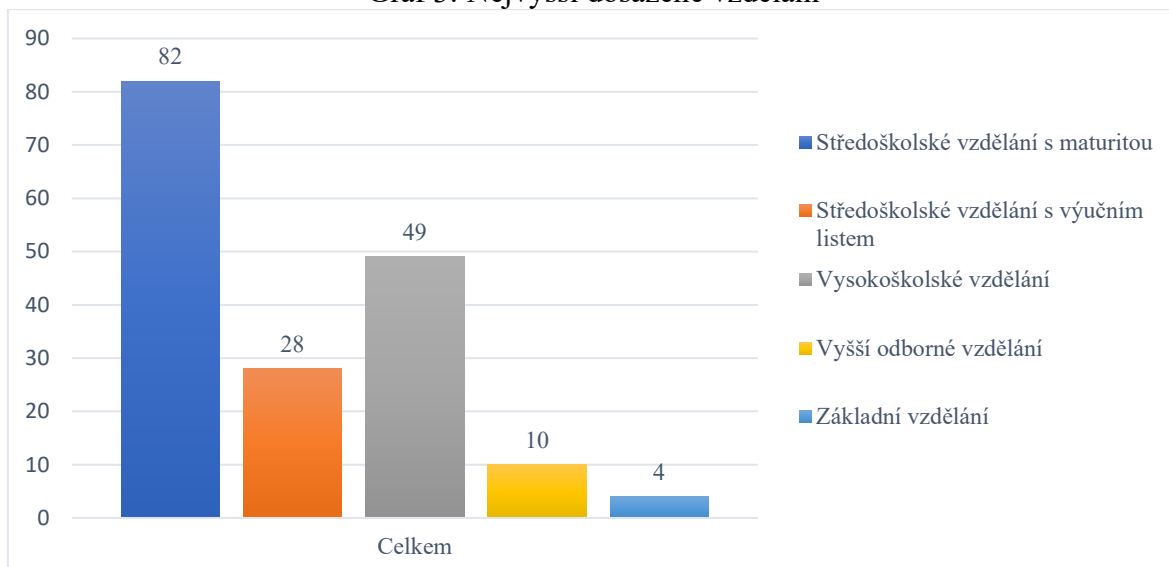


Zdroj: vlastní zpracování

Nejpočetnější skupina respondentů byla tvořena lidmi ve věku 40–49 let, těchto respondentů bylo 71 (41,0 %). Velké množství respondentů bylo také ve věku v rozmezí 50–59 let, konkrétně 58 (33,5 %). Na dotazník odpovědělo také 34 (19,7 %) respondentů ve věku 60–69 let. Na vyplnění dotazníku si čas vyhradilo i 10 (5,8 %) osob ve věkové kategorii 70 let a více. Je patrné, že je dotazník vyplněn spíše mladšími respondenty, ale podařilo se nashromáždit odpovědi od všech věkových kategorií.

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

Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

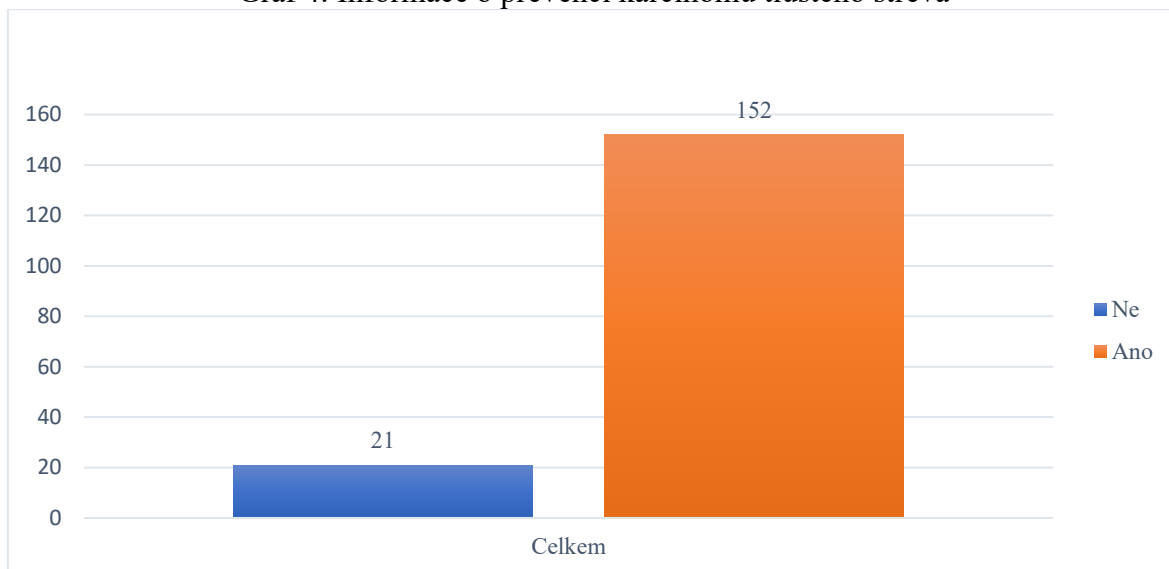


Zdroj: vlastní zpracování

Středoškolské vzdělání s maturitou bylo mezi respondenty nejrozšířenější, vzděláno tak bylo 82 (47,4 %) odpovídajících. Vysokoškolsky vzděláno bylo 49 (28,3 %) respondentů, tj. o 19,1 % méně než středoškolsky vzdělaným s maturitou. Středoškolského vzdělání s výučním listem dosáhlo 28 (16,2 %) respondentů, dalších 10 (5,8 %) osob získalo vyšší odborné vzdělání a 4 (2,3 %) odpovídající získalo vzdělání základní.

Otázka č. 4 – Slyšel/a jste někdy o prevenci karcinomu tlustého střeva?

Graf 4: Informace o prevenci karcinomu tlustého střeva

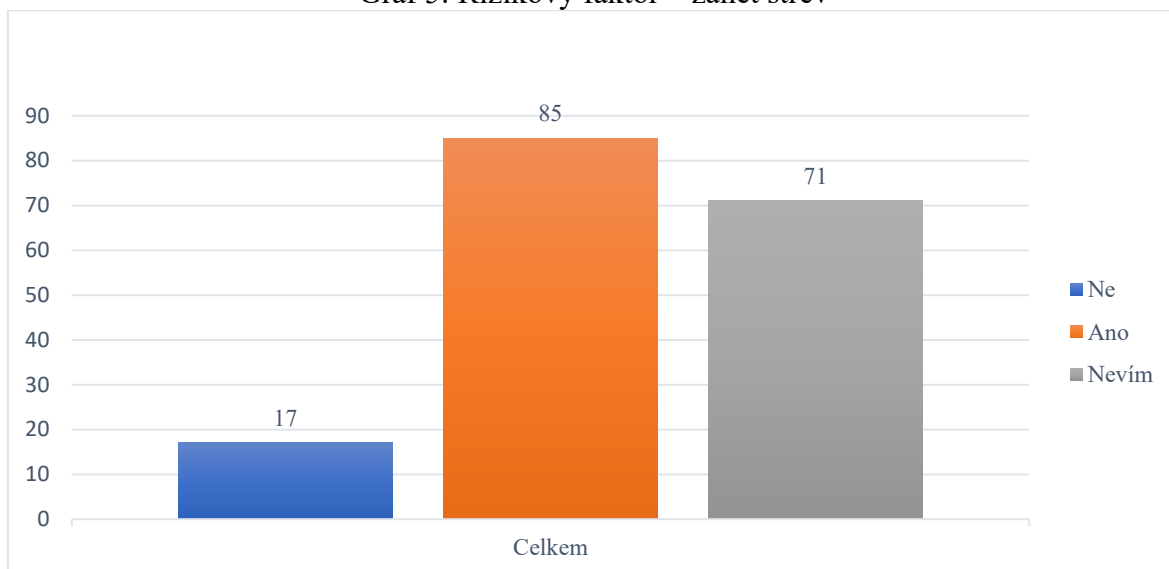


Zdroj: vlastní zpracování

V této otázce mě zajímalo, zda respondenti vyplňující dotazník o karcinomu tlustého střeva již někdy alespoň slyšeli, nebo zda je toto téma pro ně úplně nové a o problematice nemají žádnou znalost. Z celkového počtu respondentů o této problematice již slyšelo 152 (87,9 %) osob. Ostatní respondenti, tj. 21 (12,1 %) osob, o prevenci karcinomu tlustého střeva nikdy neslyšeli.

Otázka č. 5 – Je pro vznik karcinomu tlustého střeva rizikový faktor chronický zánět střev (např.: Crohnova choroba nebo ulcerózní kolitida)?

Graf 5: Rizikový faktor – zánět střev

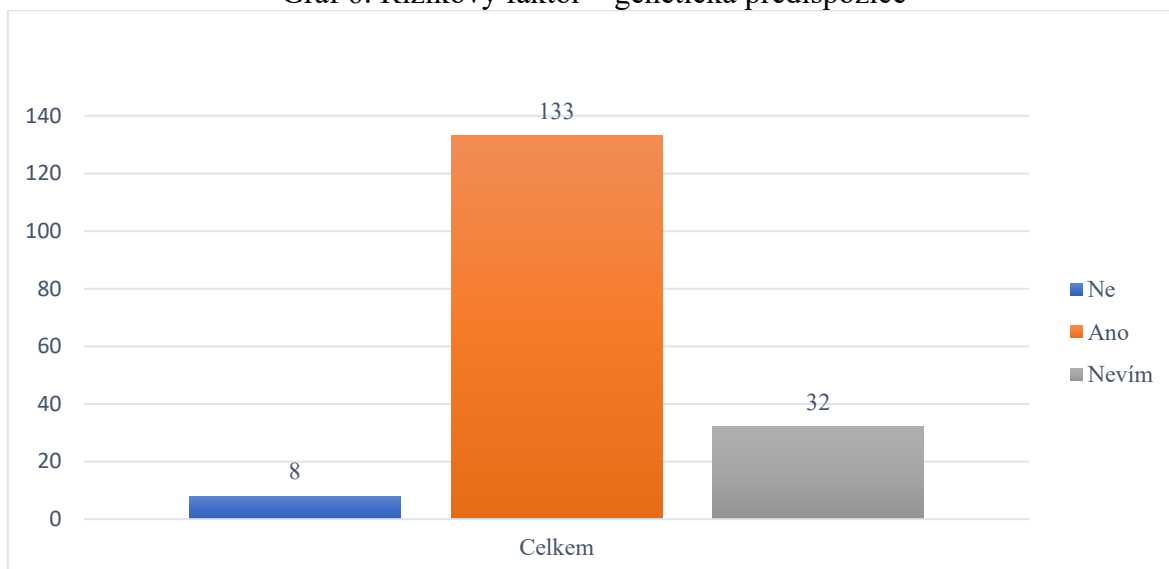


Zdroj: vlastní zpracování

Touto a následujícími třemi otázkami jsem se snažila zjistit, jak jsou respondenti obeznámeni s rizikovými faktory pro vznik karcinomu tlustého střeva. Konkrétně u této otázky, zda je rizikovým faktorem chronický zánět střev, odpovědělo 85 (49,1 %) respondentů správně, tj. ano. Ovšem skoro polovina respondentů, přesněji 71 (41,1 %) osob, na otázku neznala odpověď. Zbýlých 17 (9,8 %) osob chybně odpovědělo, že chronický zánět střev nepředstavuje rizikový faktor pro vznik karcinomu tlustého střeva. Vyhodnocení je, že co se týče znalosti, resp. neznalosti propojení chronického zánětu s karcinomem střev, je informována cca polovina výzkumného souboru.

Otázka č. 6 – Je pro vznik karcinomu tlustého střeva rizikový faktor genetická predispozice?

Graf 6: Rizikový faktor – genetická predispozice

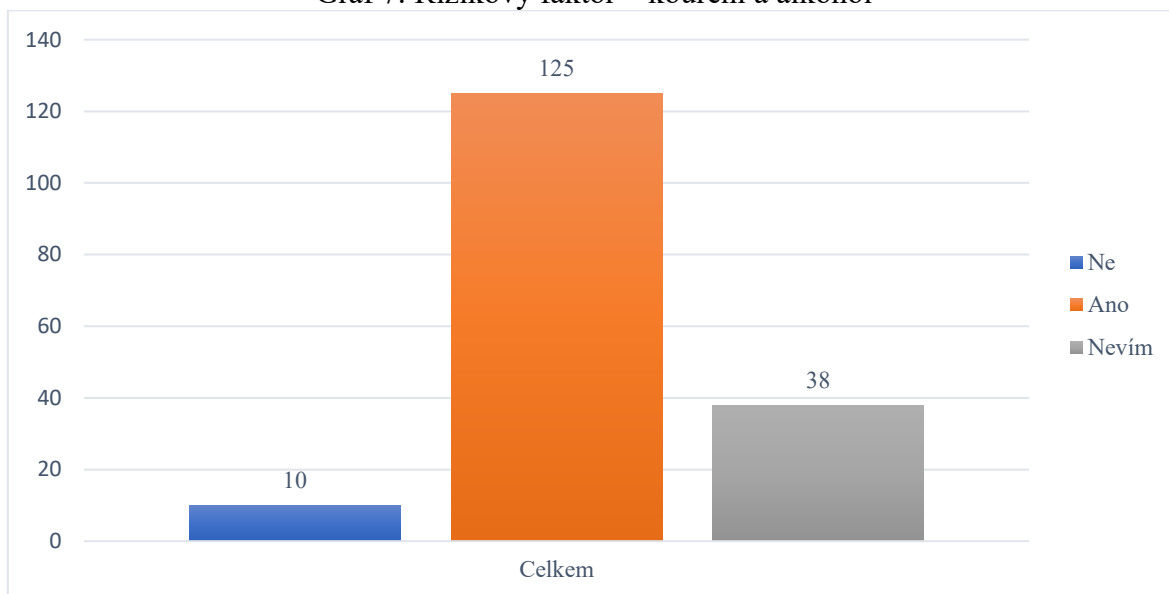


Zdroj: vlastní zpracování

Na rozdíl od předchozí otázky je v tomto případě patrná převaha správných odpovědí. Správně odpovědělo 133 (76,9 %) respondentů; odpověď na otázku vůbec nevědělo 32 (18,5 %) dotázaných a 8 (4,6 %) z nich o genetických predispozicích pro karcinom střeva nevědělo, respektive si myslelo, že to není rizikový faktor.

Otázka č. 7 – Je pro vznik karcinomu tlustého střeva rizikový faktor kouření a alkohol?

Graf 7: Rizikový faktor – kouření a alkohol

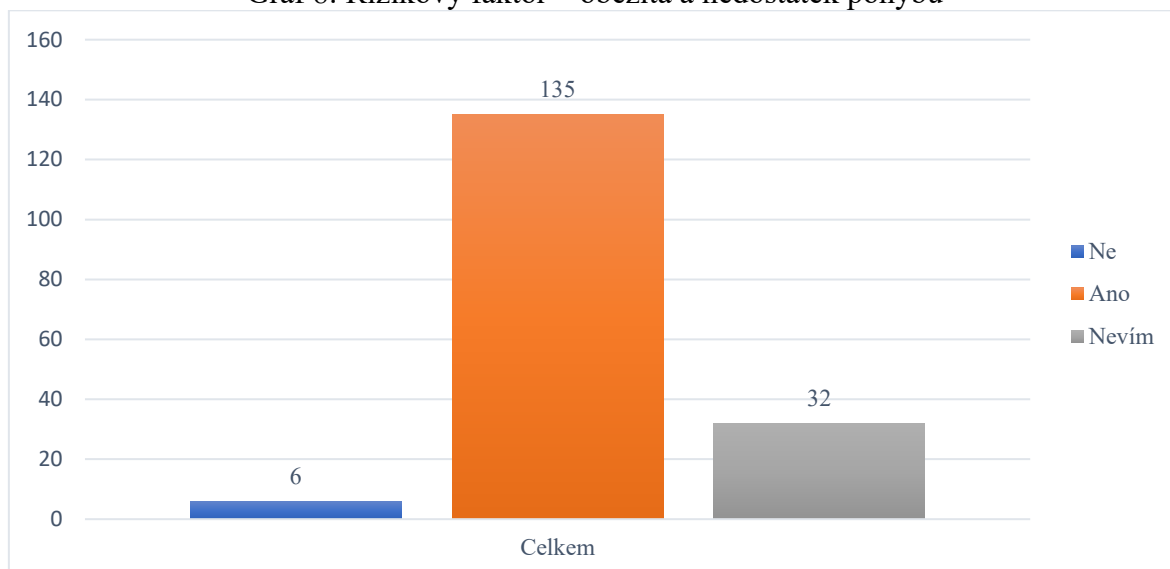


Zdroj: vlastní zpracování

I zde je patrná převaha správných odpovědí, a to celkem 125 (72,2 %). Výsledek poukazuje na to, že prevence a edukace v oblasti těchto zlozvyků jsou částečně efektivní, protože lidé o nich vědí. Na druhou stranu na tuto otázku vůbec neznalo odpověď 38 (22,0 %) respondentů a chybně odpovědělo 10 (5,8 %) respondentů.

Otázka č. 8 – Je pro vznik karcinomu tlustého střeva rizikový faktor obezita a nedostatek pohybu?

Graf 8: Rizikový faktor – obezita a nedostatek pohybu

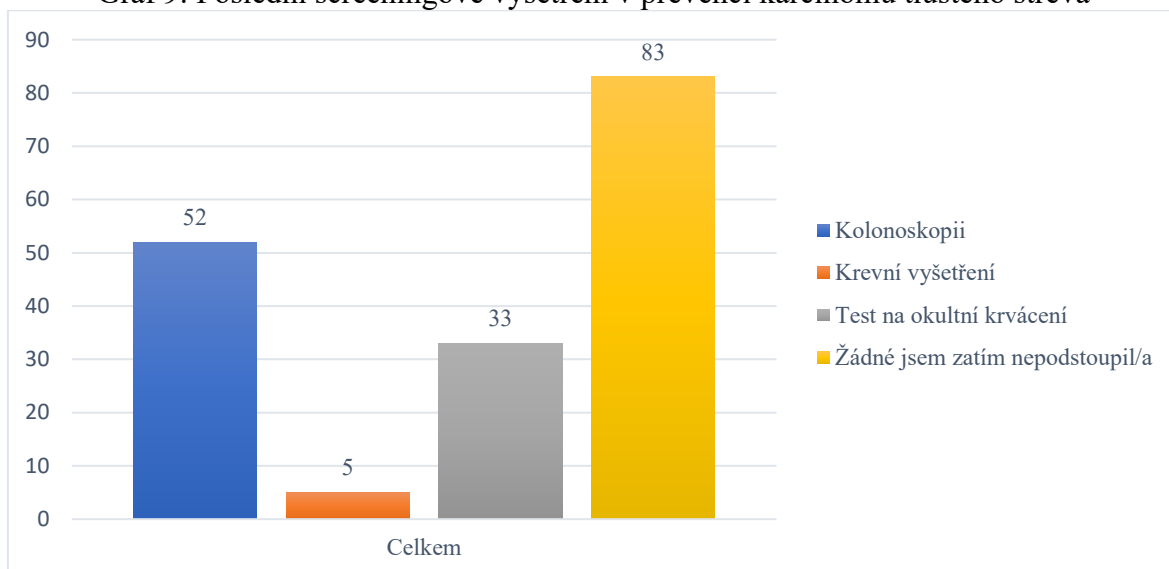


Zdroj: vlastní zpracování

U této poslední otázky na rizikové faktory lze vidět nejlepší výsledek, kdy celých 135 (78,0 %) lidí odpovědělo správně, že obezita a nedostatek pohybu jsou rizikovými faktory pro vznik karcinomu tlustého střeva. Chybnou odpověď označilo pouze 6 (3,5 %) osob, zbylých 32 (18,5 %) respondentů odpověď neznalo.

Otázka č. 9 – Které ze screeningových vyšetření v prevenci karcinomu tlustého střeva jste absolvoval/a naposledy?

Graf 9: Poslední screeningové vyšetření v prevenci karcinomu tlustého střeva

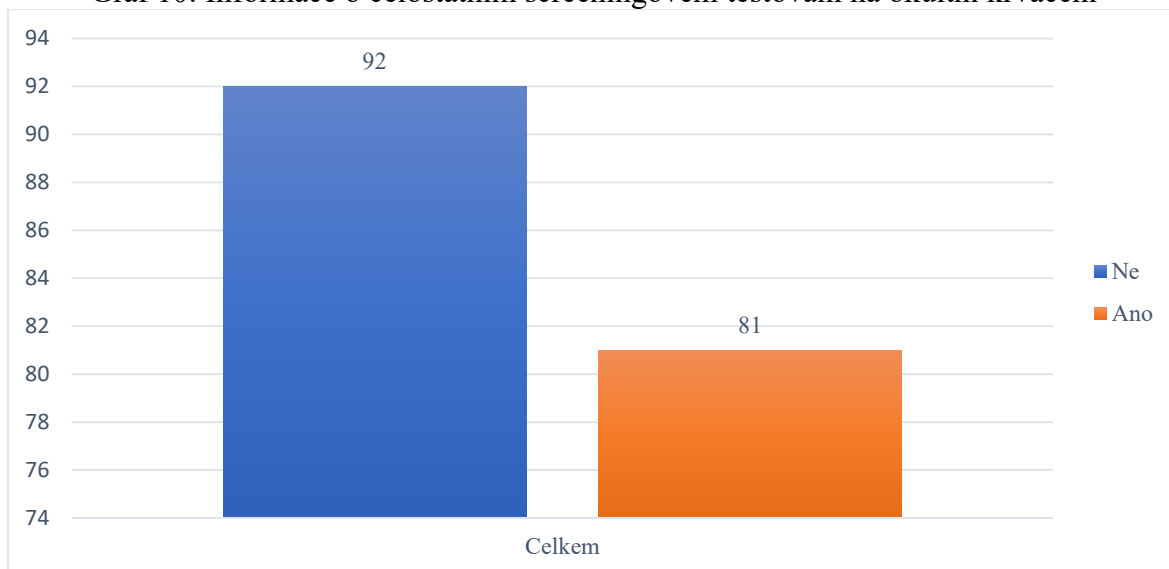


Zdroj: vlastní zpracování

V této otázce mě zajímalo, které z uvedených vyšetření respondenti naposledy absolvovali. Necelá polovina 83 (48,0 %) respondentů zatím žádné vyšetření v prevenci karcinomu tlustého střeva nepodstoupila. Tento výsledek může být způsoben tím, že nejvíce respondentů dotazníku byly osoby ve věku 40–49 let, kterých se prevence hrazená zdravotními pojišťovnami prozatím netýká. Vyšší počet lidí podstoupilo kolonoskopii (konkrétně 52 osob), oproti těm, kteří podstoupili test na okultní krvácení (tj. 33 osob). Celkem 5 (2,9 %) respondentů absolvovalo jako krok v prevenci karcinomu tlustého střeva krevní vyšetření.

Otázka č. 10 – Víte o celostátním screeningovém testování na okultní krvácení?

Graf 10: Informace o celostátním screeningovém testování na okultní krvácení

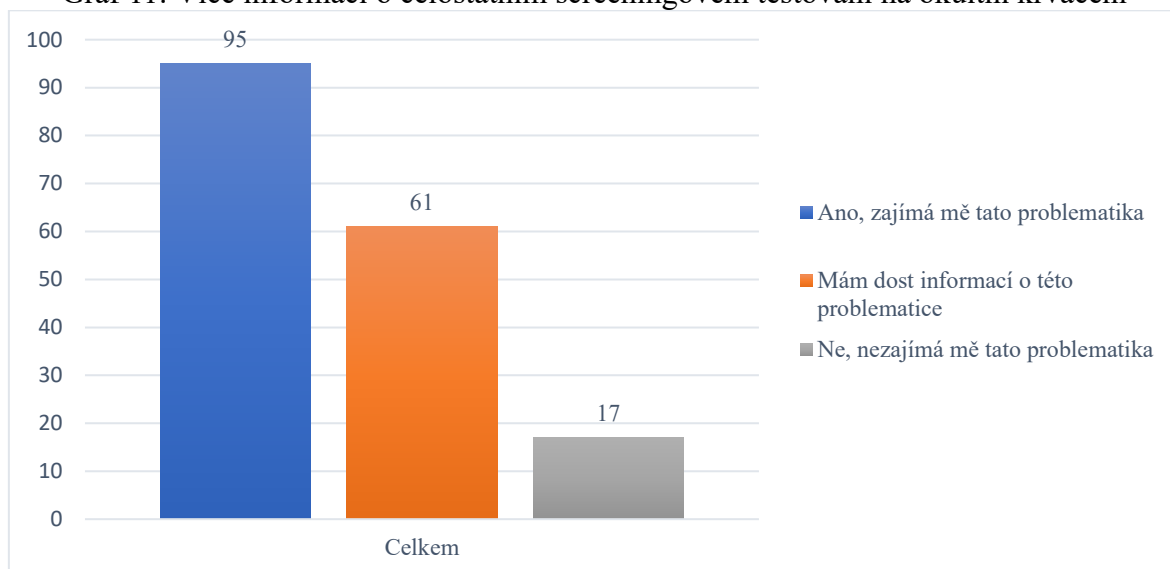


Zdroj: vlastní zpracování

Na tomto grafu můžeme vidět, že 92 (53,2 %) respondentů vůbec neví, že probíhá celostátní screening test na okultní krvácení. Ačkoliv se jedná pouze o malý vzorek populace, je toto číslo příliš vysoké, protože znamená, že více než polovina dotazovaných neví o tomto důležitém preventivním vyšetření k zachycení karcinomu tlustého střeva. Naopak celostátní screeningový program zná 81 (46,8 %) respondentů.

Otázka č. 11 – Chtěl/a byste se o prevenci karcinomu tlustého střeva a celostátním screeningu dozvědět více?

Graf 11: Více informací o celostátním screeningovém testování na okultní krvácení

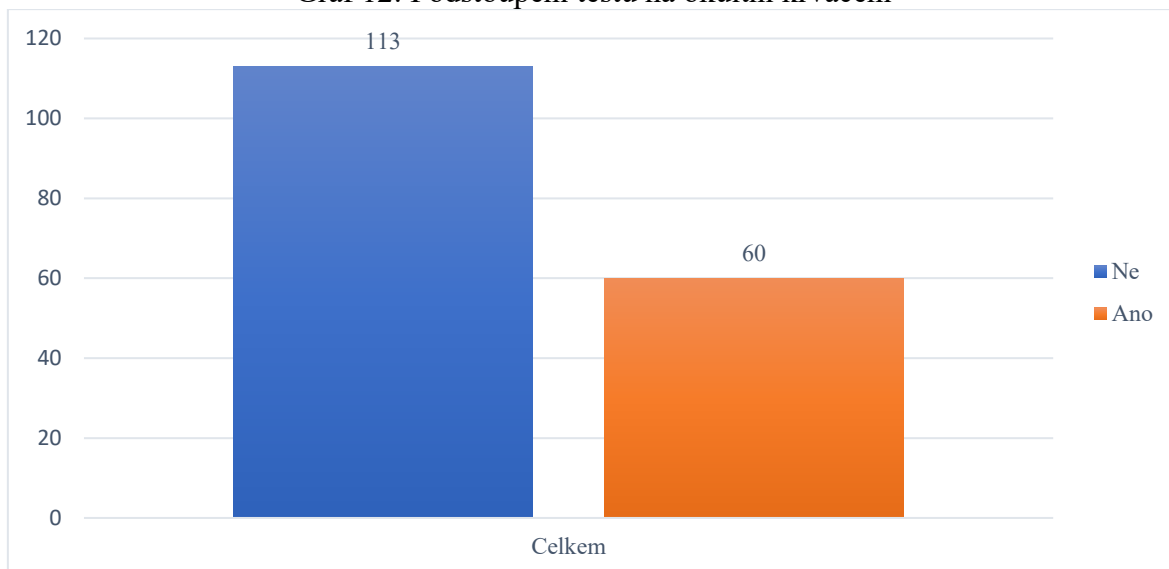


Zdroj: vlastní zpracování

V této otázce jsem se chtěla dozvědět, zda má veřejná populace zájem o problematiku prevence karcinomu tlustého střeva, či ne. Je zřejmé, že pouze 17 (9,8 %) lidí prevence karcinomu tlustého střeva vůbec nezajímá. Jedná se o pozitivní zjištění, jelikož toto procento není závratně vysoké. Ostatní respondenty buď téma karcinomu tlustého střeva zajímá (95 respondentů, tj. 54,9 %), nebo o něm již ví dost informací, a tím pádem další nepotřebují (61 respondentů, tj. 35,3 %).

Otázka č. 12 – Podstoupil/a jste test na okultní krvácení?

Graf 12: Podstoupení testu na okultní krvácení

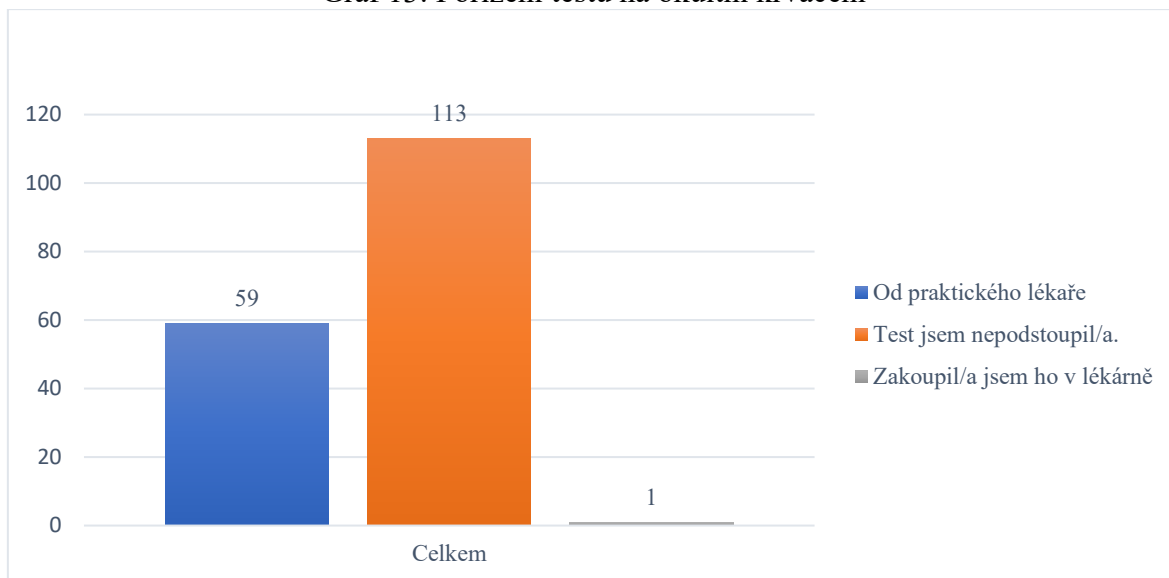


Zdroj: vlastní zpracování

Celkový počet respondentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, je 173 lidí, z nichž 102 je starších 50 let. Při pohledu na vyhodnocení otázky č. 12 je patrné, že test na okultní krvácení podstoupilo pouhých 60 (34,7 %) respondentů. Test na okultní krvácení nepodstoupilo 113 (65,3 %) respondentů. Je patrné, že osvěta ohledně těchto preventivních metod je stále zapotřebí, tj. informace je třeba stále propagovat a společnost edukovat.

Otázka č. 13 – Pokud ano, kde jste test na okultní krvácení získal/a?

Graf 13: Pořízení testu na okultní krvácení

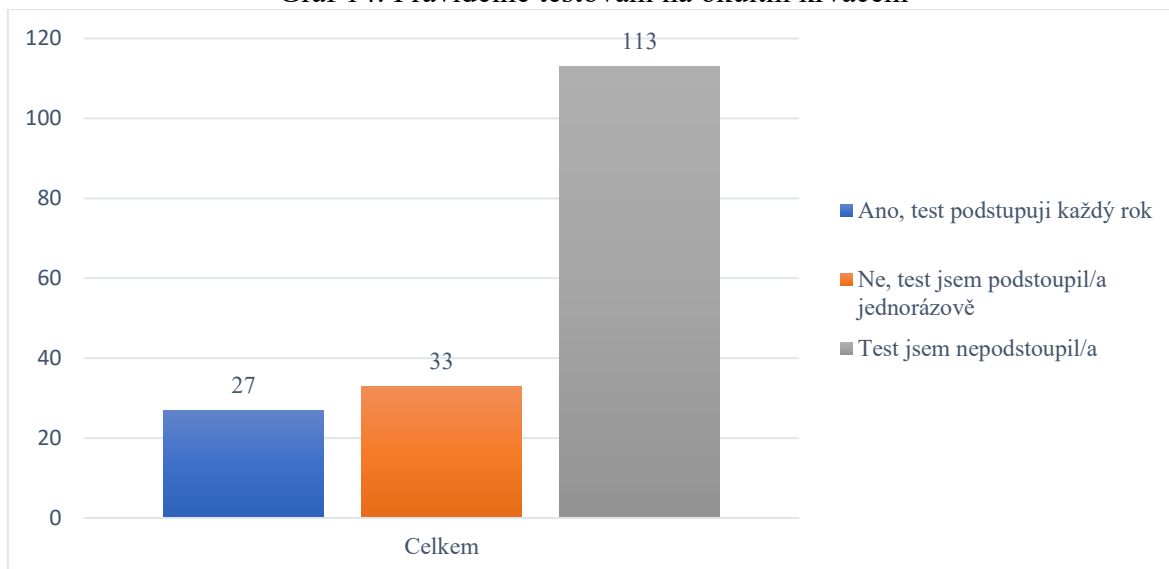


Zdroj: vlastní zpracování

Pomocí této otázky jsem chtěla zjistit, kde nejčastěji lidé test na okultní krvácení získávají. Zde můžeme vidět, že největší zásluhu na testování mají praktičtí lékaři. Drtivé většině, tj. 59 (34,1 %) respondentům poskytl test na okultní krvácení jejich praktický lékař; pouze jeden z nich (0,6 %) si test zakoupil sám v lékárně. Ostatních 113 (65,3 %) respondentů test nepodstoupilo vůbec. V odpovědích byla na výběr i možnost, že lidem přišel test poštou, ovšem tuto možnost nikdo nevedl.

Otázka č. 14 – Podstupujete test na okultní krvácení pravidelně?

Graf 14: Pravidelné testování na okultní krvácení

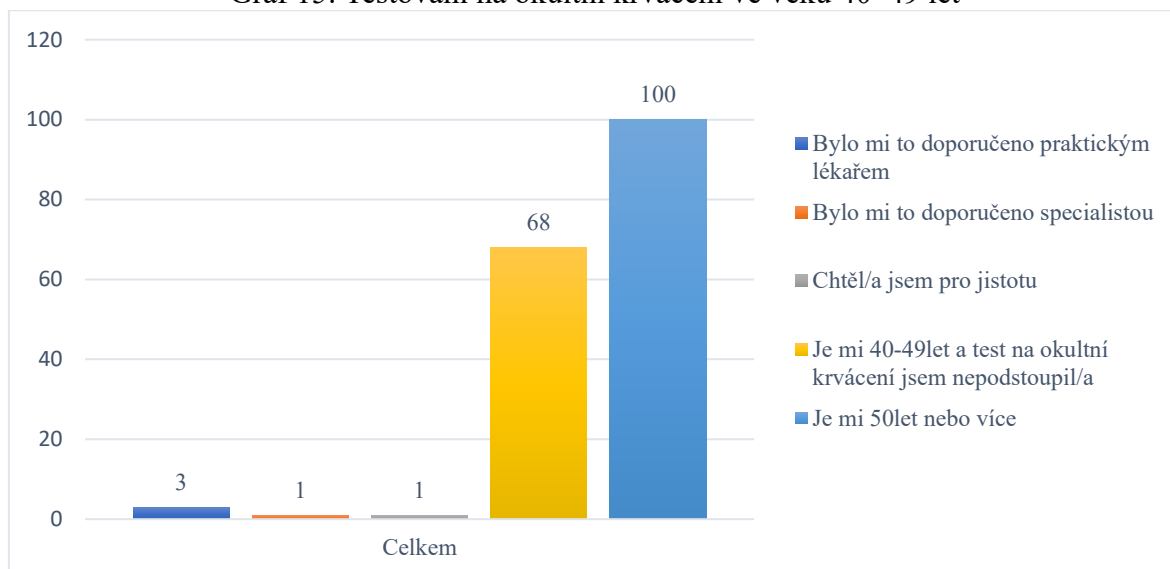


Zdroj: vlastní zpracování

Výsledek zkoumání ukazuje, že 27 (15,6 %) respondentů test podstupuje pravidelně a dalších 33 (19,1 %) osob test podstoupilo jednorázově. Zbýlých 113 (65,3 %) respondentů test nepodstoupilo. V tomto případě může nastat problém, jelikož test na okultní krvácení může vykázat i falešnou negativitu – je tedy nutné test podstupovat pravidelně.

Otázka č. 15 – Pokud je Vám 40–49 let a absolvoval/a jste test na okultní krvácení, která z uvedených možností je nejbližže Vašemu důvodu k provedení testu?

Graf 15: Testování na okultní krvácení ve věku 40–49 let

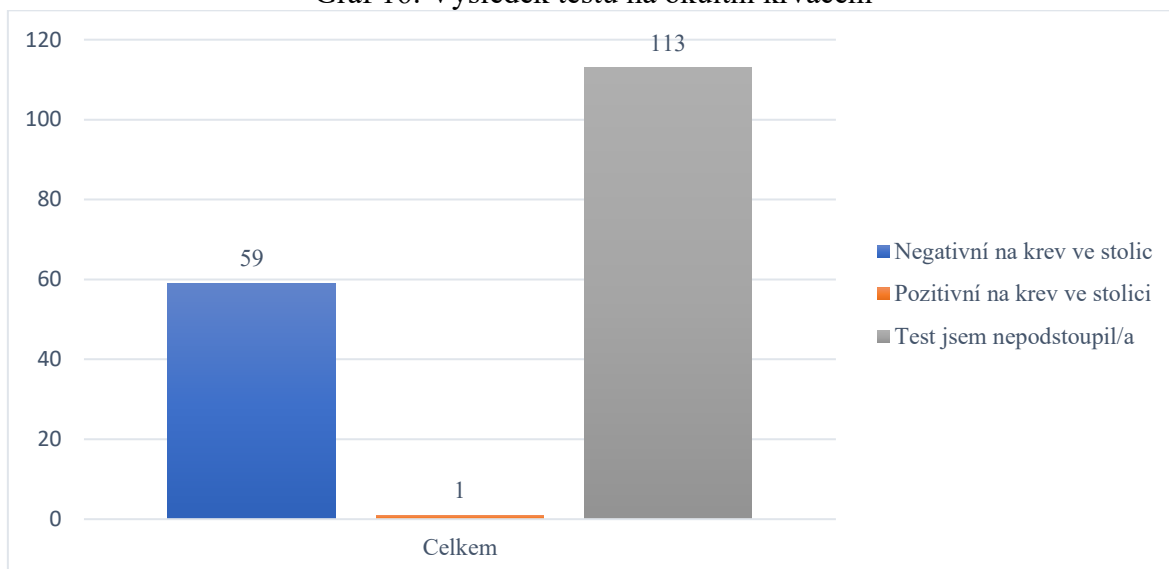


Zdroj: vlastní zpracování

Chtěla jsem zjistit, jaká byla motivace pacientů ve věku 40–49 let podstoupit test na okultní krvácení, ačkoliv nejsou cílovou skupinou screeningových programů. V dotazníku odpovědělo 5 (2,9 %) respondentů v určeném věku, kteří test podstoupili. Nejčastější motivací pro vyplnění testu bylo doporučení od praktického lékaře. Tímto způsobem byli otestováni konkrétně 3 (1,7 %) respondenti. Jednomu (0,6 %) respondentovi vyšetření doporučil specialista a jeden (0,6 %) respondent si test zakoupil sám ze svého zájmu. I když jsou čísla malá, vidíme zde opět největší zapojení praktického lékaře. Zbýlých 68 (39,3 %) respondentů ve věku 40–49 let test zatím nepodstoupilo a 100 (57,8 %) respondentů bylo ve věku 50 let a více.

Otázka č. 16 – Pokud jste test na okultní krvácení podstoupil/a, jaký byl výsledek testu?

Graf 16: Výsledek testu na okultní krvácení

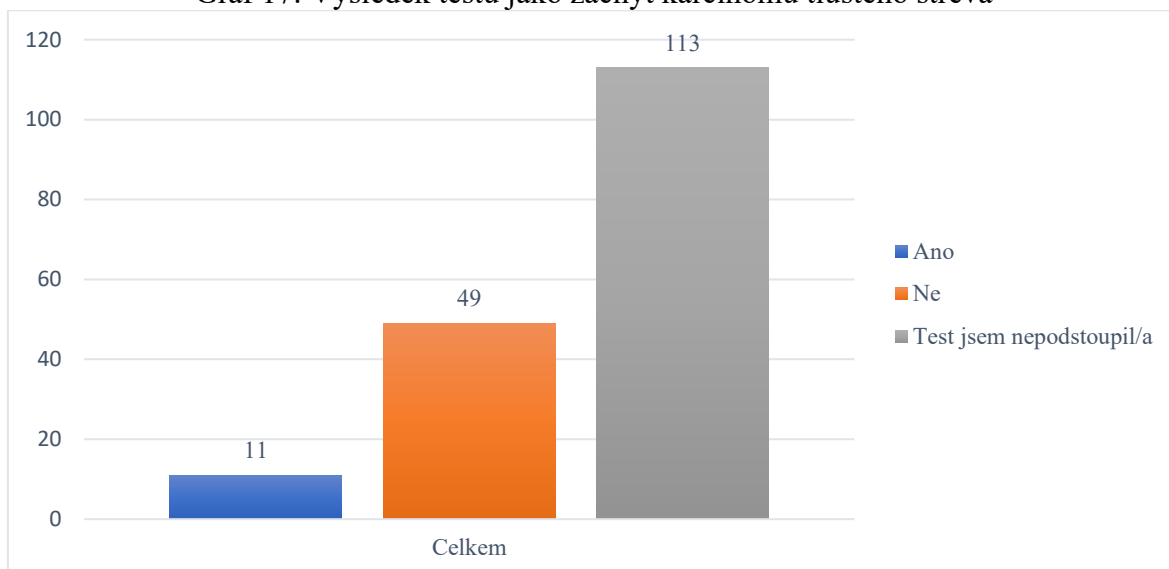


Zdroj: vlastní zpracování

Zajímalo mě, kolik osob z 60 respondentů, kteří test na okultní krvácení již podstoupili, mělo pozitivní výsledek na krev ve stolici. Pozitivní výsledek měl pouze jeden (0,6 %) respondent, ostatních 59 (34,1 %) lidí mělo negativní výsledek testu. Test nepodstoupilo 113 (65,3 %) respondentů.

Otázka č. 17 – Napomohl Vám test na okultní krvácení k záchytu karcinomu tlustého střeva?

Graf 17: Výsledek testu jako záchyt karcinomu tlustého střeva

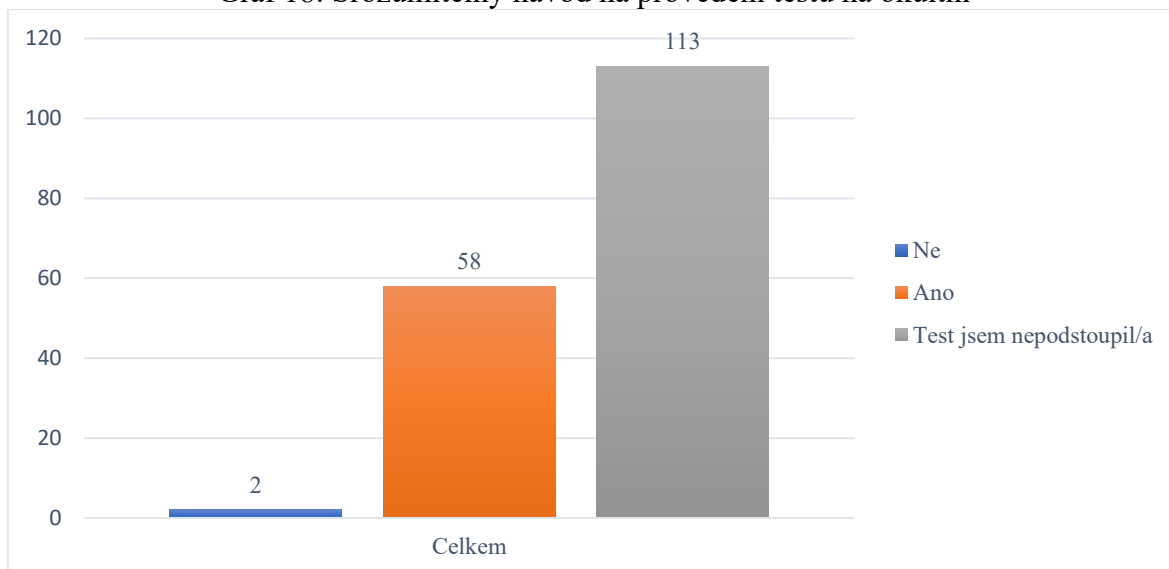


Zdroj: vlastní zpracování

Výsledek vyhodnocení odpovědí u této otázky je ve vztahu k předchozí otázce poměrně překvapující. Zjišťovala jsem, zda některému z respondentů napomohl test okultního krvácení k záchytu karcinomu tlustého střeva. Z grafu vyplývá, že 11 (6,4 %) osobám test na okultní krvácení napomohl, ovšem v předchozím grafu uvedl pouze jeden respondent, že měl pozitivní výsledek vyšetření krve ve stolici. Každopádně se dá říct, že test na okultní krvácení pomohl 11 lidem. V záchytu karcinomu tlustého střeva test na okultní krvácení zatím nenapomohl 49 (28,3 %) lidem a 113 (65,3 %) respondentů test nepodstoupilo.

Otázka č. 18 – Byl návod na provedení testu na okultní krvácení srozumitelný?

Graf 18: Srozumitelný návod na provedení testu na okultní

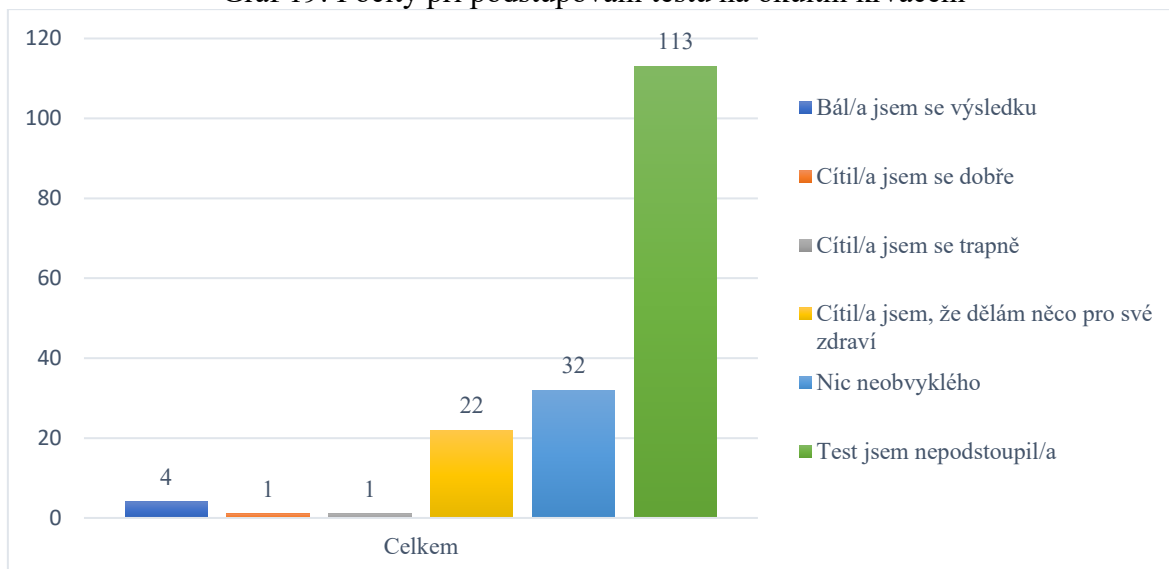


Zdroj: vlastní zpracování

Po zhodnocení grafu můžeme říct, že návod na test okultního krvácení je dostatečně srozumitelný. Pochopitelný se zdál 58 (33,5 %) respondentům a pouhým 2 (1,2 %) respondentům v návodu něco nebylo jasné. Ostatních 113 (65,3 %) respondentů test na okultní krvácení doposud nepodstoupilo.

Otázka č. 19 – Jaké pocity jste při podstupování testu na okultní krvácení měl/a?

Graf 19: Pocity při podstupování testu na okultní krvácení

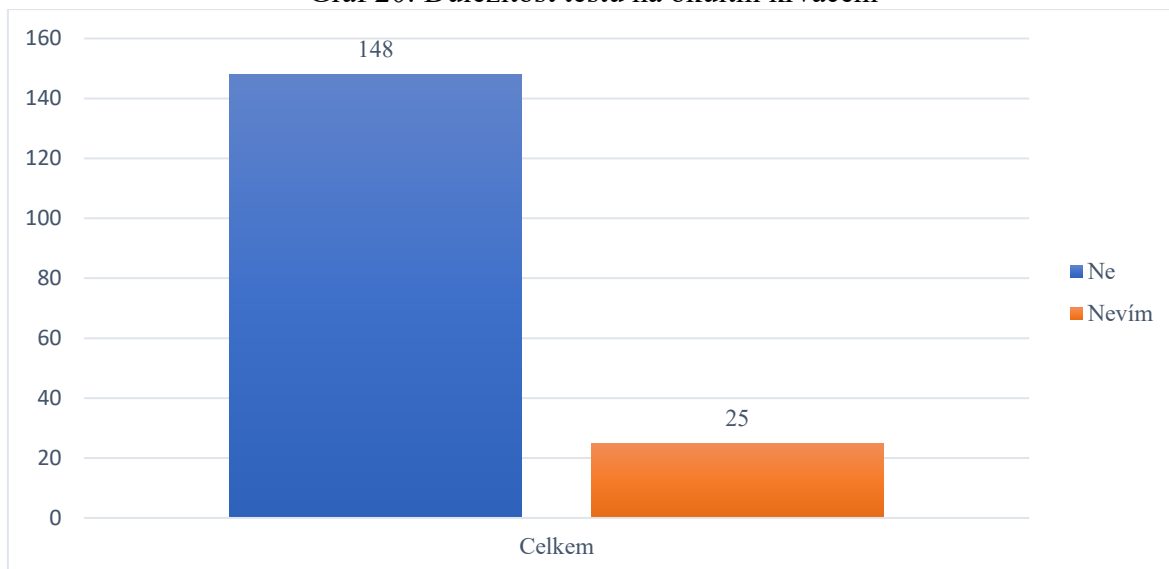


Zdroj: vlastní zpracování

V otázce č. 19 mě zajímalo, jaké pocity provází veřejnou populaci při testu na okultní krvácení. Nejvíce respondentů, tj. 32 (18,5 %), kteří test na okultní krvácení podstoupili, při testu nezakoušelo žádné výjimečné pocity. Dalších 22 (12,7 %) osob cítilo, že dělá něco pro své zdraví. Další 4 (2,3 %) respondenti měli strach z výsledku, jeden (0,6 %) respondent se při vyplňování testu cítil dobře a jeden (0,6 %) respondent měl pocit trapnosti. Test zatím nepodstoupilo 113 (65,3 %) respondentů. Pozitivním zjištěním z této otázky je fakt, že pouze malá část respondentů zažívala nějaké negativní pocity při testu na okultní krvácení. Lze tedy motivovat další osoby, že nemusí pociťovat obavy při podstupování testu.

Otázka č. 20 – Přejde Vám test na okultní krvácení zbytečný?

Graf 20: Důležitost testu na okultní krvácení

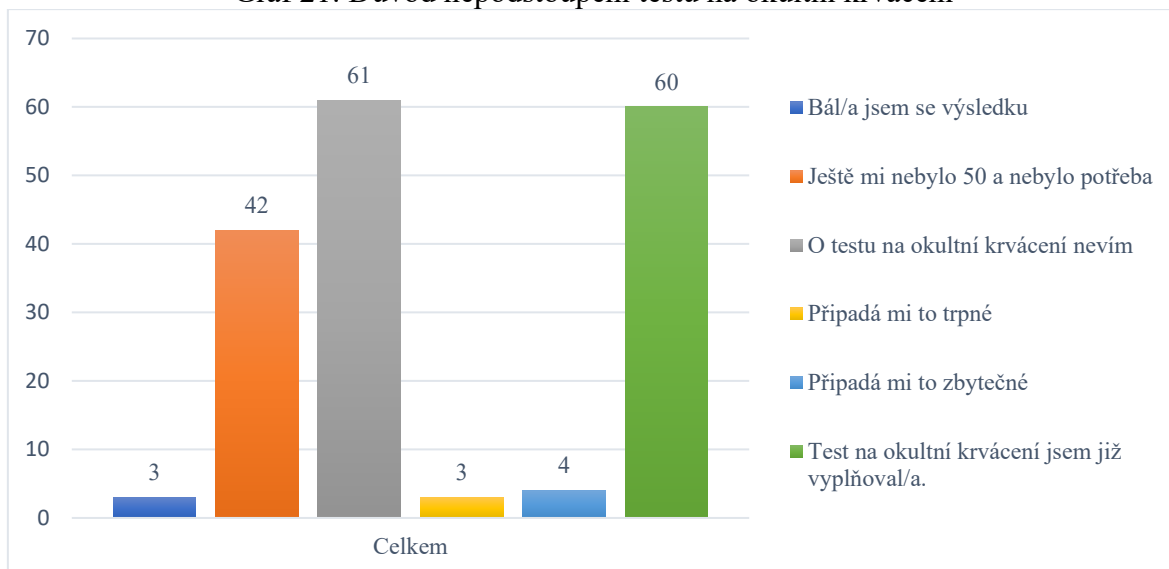


Zdroj: vlastní zpracování

V dotazníku jsem se ptala, zda respondentům test na okultní krvácení přijde zbytečný. Většina dotazovaných, celkem 148 (85,5 %) osob, jej rozhodně za zbytečný nepovažuje a zbylých 25 (14,5 %) respondentů neví, nebo nedokáží užitečnost testu posoudit. Ani jeden respondent nevedl, že by test považoval za zbytečný.

Otázka č. 21 – Pokud jste test na okultní krvácení nepodstoupil/a, jaký byl důvod?

Graf 21: Důvod nepodstoupení testu na okultní krvácení



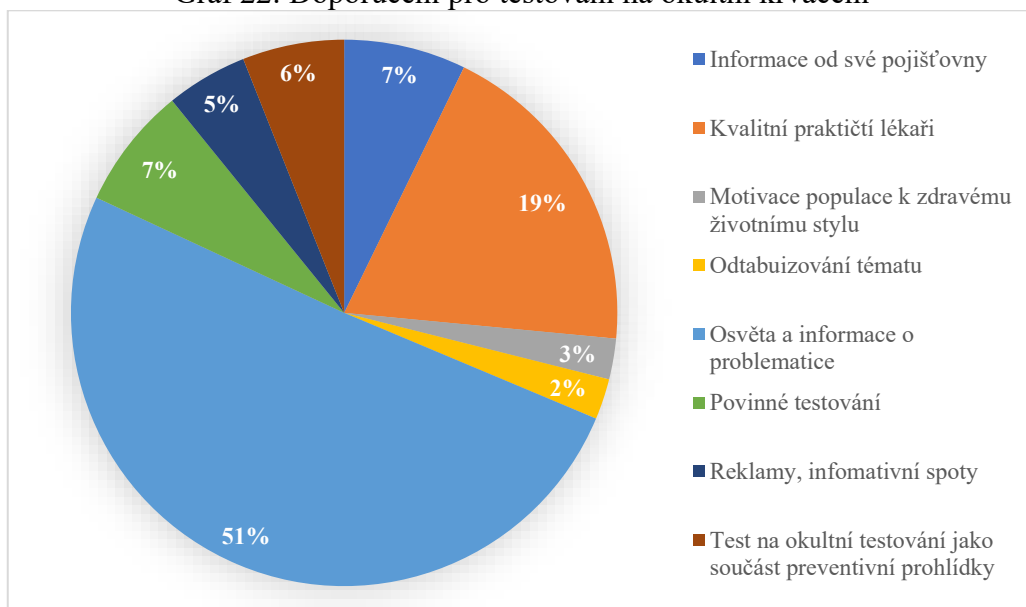
Zdroj: vlastní zpracování

Tento graf považuji za velice důležitý – zajímalo mě, proč lidé test na okultní krvácení doposud nepodstoupili. Otázka se netýkala 60 (34,7 %) respondentů, kterým test již byl proveden. Opět je v této části na místě zmínit, že je potřeba šířit toto téma ve společnosti, jelikož v rámci tohoto dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 61 (35,3 %) respondentů o testu na okultní krvácení vůbec neví.

Z osob, kterým ještě nebylo 50 let a nebylo u nich třeba vyšetření podstupovat, odpovědělo 42 (24,3 %) respondentů, z nichž 3 (1,7 %) test nepodstoupili z důvodu strachu z výsledku. Dalším 3 (1,7 %) respondentům podstupování testu připadá trapné. Další 4 (2,3 %) respondenti uvádí, že jim testování připadá zbytečné. Jelikož u předchozí otázky nikdo neuvádí, že jim celkově test přijde zbytečný, chápu tyto odpovědi tak, že pro ně samotné je podstupování testu zbytečné (individuálně, nikoliv obecně, populačně).

Otázka č. 22 – Co byste doporučil/a, aby test na okultní krvácení podstupovalo více lidí?

Graf 22: Doporučení pro testování na okultní krvácení



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 1: Doporučení pro testování na okultní krvácení

Informace od své pojišťovny	6
Kvalitní praktičtí lékaři	16
Motivace populace k zdravému životnímu stylu	2
Odtabuizování tématu	2
Osvěta a informace o problematice	42
Povinné testování	6
Reklamy, informativní spoty	4
Test na okultní testování jako součást preventivní prohlídky	5
Celkový počet odpovědí	83

Zdroj: vlastní zpracování

Na dobrovolnou otázku odpovědělo 83 respondentů. V tabulce 1 uvádím odpovědi respondentů, které by měly napomoci testování na okultní krvácení. Nejčastější rada byla osvěta a informovanost o problematice. Tuto odpověď uvedlo 42 lidí. Často se

v odpovědích opakoval důraz na kvalitní praktické lékaře, zmíněno to bylo 16 respondenty. Další zajímavé rady se týkaly obdržení informací od své pojišťovny, povinné testování nebo test na okultní krvácení jako součást preventivní prohlídky. Dále bylo například zmíněno zařazení více reklamy, motivace populace ke zdravému životnímu stylu či odtabuizování tématu.

14. Diskuse

Na začátku praktické části této práce uvádím hlavní výzkumný cíl a dílčí cíle. V této diskusi bych se chtěla k těmto cílům vrátit a zhodnotit jejich splnění. V diskusi také uvedu svůj názor na získaná data a také porovnam výsledky s výsledky práce Ševelové (2013).

Hlavní cíl výzkumu – Zjistit, zda veřejná laická populace dbá na prevenci karcinomu tlustého střeva a zda pravidelně podstupuje test na okultní krvácení.

Nelze jednoznačně tvrdit, že laická populace dbá na prevenci karcinomu tlustého střeva. V rámci provedeného šetření test na okultní krvácení podstoupilo 60 respondentů z celkových 173. Dále je z vyhodnocení otázky č. 14. patrné, že pouhých 27 respondentů podstupuje test na okultní krvácení pravidelně. Tato zjištění rozhodně nejsou optimální. Na druhou stranu pozitivní zjištění přineslo vyhodnocení otázky 9, kdy velká část oslovených potvrdila, že podstoupila preventivní kolonoskopii. Dále z šetření vyplynulo, že 90 (52,0 %) respondentů podstoupilo jednu z forem prevence karcinomu tlustého střeva. Zmíním zde ještě výsledky z vyhodnocení otázky č. 10, kde 92 respondentů odpovědělo, že o celostátním screeningovém testování na okultní krvácení vůbec neví. Z dat, která zde uvádím, lze konstatovat, že na prevenci karcinomu tlustého střeva dbá veřejná populace, pokud je o prevenci dobře informována. Test na okultní krvácení pravidelně provádí minimální počet respondentů.

Dílčí cíl 1 – Zjistit zda, laická populace zná alespoň některé ze základních rizikových faktorů pro vznik karcinomu tlustého střeva.

Z výsledků výzkumu je patrné, že veřejná laická populace má určité povědomí o rizikových faktorech. Vypovídají o tom výsledky z vyhodnocení otázek č. 5–8. U žádné odpovědi nebyly výsledky 100% správné, ale správná odpověď ve všech případech převažovala. Informovanost o karcinomu tlustého střeva je vysoká, ale stále není dostatečná a nemělo by se ve snaze o ni polevovat. Dle výsledků mého výzkumu v laické populaci převládá znalost nad neznalostí.

Dílčí cíl 2 – Zjistit zda, laická populace ví o celostátním screeningu – testu na okultní krvácení.

Pro splnění tohoto cíle byla do šetření zapojena otázka č. 10. Vyhodnocení překvapivě ukázalo, že o tomto neinvazivním jednoduchém preventivním screeningovém vyšetření nemá povědomí 53,2 % respondentů. Pouze necelá polovina mých respondentů ví o celostátním screeningu. Myslím, že tento výsledek je nedostačující a v informovanosti veřejnosti jsou značné mezery.

Dílčí cíl 3 – Zjistit, zda se praktičtí lékaři podílejí na prevenci karcinomu tlustého střeva u laické populace.

Praktičtí lékaři zastávají důležitou roli v prevenci karcinomu tlustého střeva. Když se podíváme na vyhodnocení otázek č. 13 a 15, je jasné, že se praktičtí lékaři na prevenci karcinomu tlustého střeva podílejí. Jednak většina respondentů podstupujících test na okultní krvácení test získala od praktického lékaře, jednak byl test indikován respondentům jejich praktiky v rámci prevence.

Dílčí cíl 4 – Zjistit, zda laickou populaci zajímá problematika karcinomu tlustého střeva.

Cílem bylo zjistit, zda laickou populaci zajímá problematika karcinomu tlustého střeva. Z větší části běžnou populaci prevence zajímá a výsledky můžeme vidět konkrétně u otázky č. 11. O problematiku se zajímá 95 respondentů, což je velice pozitivní zjištění.

Dílčí cíl 5 a 6 – Uskutečnit osvětu v problematice prevence karcinomu tlustého střeva mezi laickou populací pomocí vytvoření webových stránek.

Osvětu v této problematice jsem začala již rozesláním dotazníku. Člověk, který můj dotazník vyplňoval, rovnou mohl sám přibližně zjistit, zda jsou jeho informace o prevenci karcinomu tlustého střeva dostačující. Věřím, že se díky dotazníku alespoň někteří z respondentů nad prevencí zamysleli. Zatím mám tuto zpětnou vazbu od jednoho z respondentů, který v poslední otázce uvedl, že díky této anketě test na okultní krvácení určitě podstoupí.

Dále jsem v osvětě pokračovala na svých webových stránkách, kde se lidé mohou dočíst o prevenci karcinomu tlustého střeva. Zjistí, jaké mají možnosti v prevenci a že se není čeho obávat a jak jim v případě nemoci může včasné odhalení pomoci. Umístění na webové stránky nese výhody především v jednoduchém vyhledání na internetu a možnosti

sdílení na sociálních sítích, čímž se zvýší dosah informací a osvěta tak může zasáhnout velké množství čtenářů.

Test na okultní krvácení

Z výsledků mého šetření vyplývá, že návod na test okultního krvácení je napsaný srozumitelně a pochopitelně. Při vyplňování testu se lidé většinou necítí mimořádně špatně či poníženě. Z tohoto šetření je patrné, že se lidé nemusejí testu na okultní krvácení bát. V poslední volné otázce nejčastěji respondenti uváděli, že nejdůležitější je osvěta, kvalitní informace a reklama. Někteří dokonce psali, že o této problematice nemají skoro žádné informace.

Srovnání výzkumů

Svoje výzkumné šetření bych ráda porovнала s prací Ševelové (2013). Práce Ševelové se zabývá přístupem veřejnosti k prevenci kolorektálního karcinomu. Mezi jejím a mým výzkumem dochází ke shodným i odlišným výsledkům. Ve své práci nasbírala 143 respondentů, což je jen o 30 méně než v mé práci, z čehož usuzuji, že je vzorek populace porovnatelný. V práci Ševelové prevenci karcinomu tlustého střeva vidí jako důležitou 46 % respondentů a z mé práce vyplývá, že 85,5 % respondentům test na okultní krvácení nepřijde zbytečný a 54,9 % respondentů zajímá tato problematika. Dnešní běžná populace je otevřenější k tématu prevence karcinomu tlustého střeva a zajímá je jejich zdraví. Shodné výsledky výzkumu vidím ve vyplnění testu na okultní krvácení. V její práci test na okultní krvácení vyplnilo 72 respondentů a v mém 60 respondentů. Ševelová se ve své práci zabývá rizikovými faktory. Nejvíce respondentů označilo jako rizikový faktor nekvalitní stravu, kouření a alkohol. Zde je zajímavé, že dědičnou predispozici označilo pouhých 15 respondentů. V mém výzkumu jsou respondenti dobře informováni o vzniku karcinomu tlustého střeva ve spojitosti s genetickými predispozicemi. Domnívám se, že v dnešní době je veřejná laická populace více informována o vzniku, riziku i prevenci karcinomu tlustého střeva, ale aktivní účast na preventivních vyšetření výrazně nestoupá.

Závěr

Karcinom tlustého střeva je častým onemocněním jak v České republice, tak ve světě. Karcinom ve střevě roste roky, a tak jsou zde možnosti, jak předcházet vzniku či jej rychle odhalit jeho prevencí. Prevence karcinomu tlustého střeva je jednoduchá, ale stále ve společnosti tabuizována. Touto bakalářskou prací jsem chtěla téma karcinomu střev opět dát do popředí a ukázat, že včasná prevence je to nejlepší a nejjednodušší, co pro sebe mohou běžní občané udělat.

V teoretické části se zabývám prevencí, a to jak obecnou (její definicí a úrovněmi), tak i specifickou, zaměřenou na kolorektální karcinom. Kromě možností, jak lze vzniku karcinomu prevencí předcházet, uvádím také roli sestry v prevenci a léčbu karcinomu tlustého střeva, včetně specifik předoperační a pooperační doby.

Praktická část se zaměřovala na vnímání prevence laickou populací. Pomocí dotazníkového online šetření byly postupně naplněny všechny hlavní i dílčí cíle práce. Kromě toho jsem v rámci této práce vytvořila také edukační stránky o prevenci tohoto onemocnění – doufám, že poskytnou informace osobám, které se budou prevencí kolorektálního karcinomu zabývat, a tím jim pomohou k lepšímu zdraví.

Seznam použité literatury

1. BHATTACHARYA, Prianka a Terri W. MCHUGH, 2023. Lynch Syndrome. In: *StatPearls* [online]. Treasure Island: StatPearls Publishing [cit. 25. 4. 2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431096/>.
2. BRENNER, Hermann a Chen CHEN, 2018. The colorectal cancer epidemic: challenges and opportunities for primary, secondary and tertiary prevention. *British Journal of Cancer* [online]. **119**(7), 785–792 [cit. 25. 4. 2024]. ISSN 0007-0920. Dostupné prostřednictvím Medline. DOI: 10.1038/s41416-018-0264-x.
3. CARR, Stephanie a Anup KASI, 2023. Familial Adenomatous Polyposis. In: *StatPearls* [online]. Treasure Island: StatPearls Publishing [cit. 25. 4. 2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538233/>.
4. COSER, Roger B. et al., 2018. Colonoscopy complications: experience with 8968 consecutive patients in a single institution. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* [online]. **45**(4), e1858 [cit. 25. 4. 2024]. ISSN 0100-6991. Dostupné prostřednictvím Scielo Brasil. DOI: 10.1590/0100-6991e-20181858.
5. CUMMINGS, Greta G.; LEE, Sarah D. a Kaitlyn C. TATE, 2018. The evolution of Oncology nursing: Leading the path to change. *Canadian Oncology Nursing Journal* [online]. **28**(4), 314–317 [cit. 25. 4. 2024]. ISSN 2368-8076. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6516934/>
6. DYLEVSKÝ, Ivan, 2019. *Somatologie pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3., přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2111-3.
7. HASHEMI, Narges; BAHRAMI, Masoud; TABESH, Elham a Paul ARBON, 2022. Nurse's Roles in Colorectal Cancer Prevention: A Narrative Review. *Journal of Prevention* [online]. **43**, 759–782 [cit. 25. 4. 2024]. ISSN 2731-5541. Dostupné prostřednictvím Springer. DOI: 10.1007/s10935-022-00694-z.
8. HELSINGEN, Lise M. a Mette Kalager, 2022. Colorectal Cancer Screening — Approach, Evidence, and Future Directions. *New England Journal of Medicine – Evidence* [online]. **1**(1) [cit. 25. 4. 2024]. ISSN 2766-5526. Dostupné prostřednictvím Medline. DOI: 10.1056/EVIDra2100035.
9. CHIRILA, Alexandra; NGUYEN, Mary E.; TINMOUTH, Jill a Ilana J. HALPERIN, 2023. Preparing for Colonoscopy in People with Diabetes: A Review with Suggestions for Clinical Practice. *Journal of the Canadian Association of*

- Gastroenterology* [online]. 6(1), 26–36 [cit. 25. 4. 2024]. ISSN 2515-2092. Dostupné prostřednictvím Oxford Academic. DOI: 10.1093/jcag/gwac035.
10. INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY, bez data. *Kolonoskopie* [online]. ©2024 [cit. 25. 4. 2024]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/transplantcentrum/klinika-hepatogastroenterologie/o-nas/jaka-vysetreni-poskytujeme/kolonoskopie/a-1581/>
11. KAPR, Jaroslav, 2017. Prevence. In: NEŠPOR, Zdeněk (eds.). *Sociologická encyklopedie* [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR [cit. 25. 4. 2024]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Prevence>
12. LATOS, Wojciech; AEBISHER, David; LATOS, Magdalena; KRUPKA-OLEK, Magdalena; DYNAROWICZ, Klaudia; CHODUREK, Ewa; CIEŚLAR, Grzegorz a Aleksandra KAWCZYK-KRUPKA, 2022. Colonoscopy: Preparation and Potential Complications. *Diagnostics* [online]. 12(3), 747 [cit. 25. 4. 2024]. ISSN 2075-4418. Dostupné prostřednictvím MDPI. DOI: 10.3390/diagnostics12030747.
13. LI, Jing Nan a Si Yi YUAN, 2019. Fecal occult blood test in colorectal cancer screening. *Journal of Digestive Diseases* [online]. 20(2), 62–64 [cit. 25. 4. 2024]. ISSN 1751-2980. Dostupné prostřednictvím Wiley. DOI: 10.1111/1751-2980.12712.
14. LIBOVÁ, Ľubica; BALKOVÁ, Hilda a Monika JANKECHOVÁ, 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2466-4.
15. LUKÁŠ, Karel a Jiří HOCH (eds.), 2018. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0353-9.
16. MAXIM, Daniel L.; NIEBO, Ron a Mark J. Utell, 2014. Screening tests: a review with examples. *Inhalation Toxicology* [online]. 26(13), 811–828 [cit. 25. 4. 2024]. ISSN 1091-7691. Dostupné prostřednictvím Medline. DOI: 10.3109/08958378.2014.955932.
17. MICIC, Dejan a Carol E. SEMRAD, 2021. Role of Video Capsule Endoscopy as a Prelude to Deep Enteroscopy. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America* [online]. 31(2), 331–344 [cit. 25. 4. 2024]. ISSN 1052-5157. Dostupné prostřednictvím Science Direct. DOI: 10.1016/j.giec.2020.12.008.
18. NAŇKA, Ondřej a ELIŠKOVÁ Miroslava, 2019. *Přehled anatomie*. 4. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-450-7.

19. NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2023. *Cancer Screening Overview (PDQ®) – Patient Version* [online]. ©2024 [cit. 25. 4. 2024]. Dostupné z: <https://www.cancer.gov/about-cancer/screening/patient-screening-overview-pdq>.
20. NEMOCNICE NA HOMOLCE, bez data. *Kolonoskopie – pokyny pro pacienty* [online]. ©2024 [cit. 25. 4. 2024]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/nase-oddeleni/11635-program-vseobecne-pece/11635-interna-int/gastroenterologie/kolonoskopie-pokyny-pro-pacienty>.
21. OKA, Priya; MCALLIDON, Mark a Reena Sidhu, 2022. Capsule endoscopy – a non-invasive modality to investigate the GI tract: out with the old and in with the new? *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology* [online]. **16**(7), 591–599 [cit. 25. 4. 2024]. ISSN 17474132. Dostupné prostřednictvím Taylor & Francis Online. DOI: 10.1080/17474124.2022.2089113.
22. PETŘEK, Josef, 2019. *Základy fyziologie člověka pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2208-0.
23. RIVERA, Ana P.; MONAR, Gabriela V. F.; ISLAM, Hamza; MADHURIMA, Sri P.; ISLAM, Rabia; KUNDU, Sumana; JHA, Surajkumar B. a Ibrahim SANGE, 2022. Ulcerative Colitis-Induced Colorectal Carcinoma: A Deleterious Concatenation. *Cureus* [online]. **14**(2), e22636 [cit. 25. 4. 2024]. ISSN 2168-8184. Dostupné prostřednictvím Medline. DOI:10.7759/cureus.22636.
24. ROCKEY, Don C., 2010. Occult and obscure gastrointestinal bleeding: causes and clinical management. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology* [online]. **7**, 265–279 [cit. 25. 4. 2024]. ISSN 1759-5053. Dostupné prostřednictvím Nature. DOI: 10.1038/nrgastro.2010.42.
25. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii. 2., přepr. a dopl. vyd.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2900-8.
26. SPICELAND, Clayton M. a Nilesh LODHIA, 2018. Endoscopy in inflammatory bowel disease: Role in diagnosis, management, and treatment. *World Journal of Gastroenterology* [online]. **24**(35), 4014–4020 [cit. 25. 4. 2024]. ISSN 2219-2840. Dostupné prostřednictvím Medline. DOI: 10.3748/wjg.v24.i35.4014.
27. STAŠEK, Martin et al., 2021. *Intraoperační a perioperační endoskopie a kombinované výkony na trávicí trubici*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2290-5.

28. SUN, Jie; ZHENG, Min-Ying; LI, Yu-Wei a Shi-Wu ZHANG, 2020. Structure and function of Septin 9 and its role in human malignant tumors. *World Journal of Gastrointestinal Oncology* [online]. **12**(6), 619–631 [cit. 25. 4. 2024]. ISSN 1948-5204. Dostupné prostřednictvím Medline. DOI: 10.4251/wjgo.v12.i6.619.
29. ŠEVELOVÁ, Ivana, 2013. Přístup veřejnosti k prevenci kolorektálního karcinomu. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Petr SNOPEK.
30. ŠPIČÁK, Julius et al., 2015. *Novinky v digestivní kolonoskopii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5283-9.
31. TACHECÍ, Ilja et al., 2008. *Kapslová endoskopie*. Praha: Nucleus HK. ISBN 978-80-8700-945-1.
32. VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA, bez data. *Prevence kolorektálního karcinomu* [online]. ©2024 [cit. 25. 4. 2024]. Dostupné z: <https://www.vozp.cz/prispevek/prevence-kolorektalniho-karcinomu>
33. VORLÍČEK, Jiří; ABRAHÁMOVÁ, Jitka; VORLÍČKOVÁ, Hilda et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-7768-9.
34. VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE, bez data. *Pokyny pro kolonoskopické vyšetření* [online]. ©2024 [cit. 25. 4. 2024]. Dostupné z: <https://www.vfn.cz/pp/F-4IK-001.pdf>
35. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA, 2020. *Jaké jsou podmínky stanovené pro úhradu prevence karcinomu tlustého střeva* [online]. ©2024 [cit. 25. 4. 2024]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/jake-jsou-podminky-stanovene-pro-uhradu-prevence-karcinomu-tlusteho-streva>.
36. Vyhláška č. 45/2021 Sb., kterou se mění vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, ve znění pozdějších předpisů.
37. Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách.
38. WARREN, Jorja D. et al., 2011. Septin 9 methylated DNA is a sensitive and specific blood test for colorectal cancer. *BMC Medicine* [online]. **9**, e133 [cit. 25. 4. 2024]. ISSN 1741-7015. Dostupné prostřednictvím Springer Nature. DOI: 10.1186/1741-7015-9-133.
39. WINAWER, Sidney J., 2015. The History of Colorectal Cancer Screening: A Personal Perspective. *Digestive Diseases and Science* [online]. **60**, 596–608 [cit. 25.

4. 2024]. ISSN 0163-2116. Dostupné prostřednictvím Springer. DOI: 10.1007/s10620-014-3466-y.
40. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023. *Colorectal cancer* [online]. 11. 7. 2023 [cit. 25. 4. 2024]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>.
41. ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MZ ČR, bez data. *Prevence karcinomu tlustého střeva a konečníku* [online]. ©2024 [cit. 25. 4. 2024]. Dostupné z: <https://www.zpmvcr.cz/pojistenci/prispevky-z-fondu-prevence/prevence-karcinomu-tlusteho-streva-a-konecniku>.

Seznam zkratek

APC – tumor supresorový gen

DM – diabetes mellitus

FIT – fecal immunochemical test

gFOBT – guaia-based fecal occult blood test

SEPT9 – Septin 9

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví respondentů.....	32
Graf 2: Věk respondentů.....	33
Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání.....	34
Graf 4: Informace o prevenci karcinomu tlustého střeva	35
Graf 5: Rizikový faktor – zánět střev	36
Graf 6: Rizikový faktor – genetická predispozice	37
Graf 7: Rizikový faktor – kouření a alkohol.....	38
Graf 8: Rizikový faktor – obezita a nedostatek pohybu	39
Graf 9: Poslední screeningové vyšetření v prevenci karcinomu tlustého střeva	40
Graf 10: Informace o celostátním screeningovém testování na okultní krvácení	41
Graf 11: Více informací o celostátním screeningovém testování na okultní krvácení	42
Graf 12: Podstoupení testu na okultní krvácení.....	43
Graf 13: Pořízení testu na okultní krvácení	44
Graf 14: Pravidelné testování na okultní krvácení	45
Graf 15: Testování na okultní krvácení ve věku 40–49 let.....	46
Graf 16: Výsledek testu na okultní krvácení	47
Graf 17: Výsledek testu jako záchyt karcinomu tlustého střeva	48
Graf 18: Srozumitelný návod na provedení testu na okultní	49
Graf 19: Pocity při podstupování testu na okultní krvácení	50
Graf 20: Důležitost testu na okultní krvácení.....	51
Graf 21: Důvod nepodstoupení testu na okultní krvácení	52

Seznam tabulek

Tabulka 1: Doporučení pro testování na okultní krvácení.....	53
--	----

Seznam příloh

Příloha 1: Výzkumný dotazník.....	69
Příloha 2: Webové stránky.....	74

Přílohy

Příloha 1: Výzkumný dotazník

Příloha: dotazník

Prevence karcinomu tlustého střeva u laické populace se zaměřením na okultní krvácení

Dobrý den,

Jsem studentka 3. lékařské fakulty na Univerzitě Karlově v oboru Všeobecné ošetřovatelství. Jsem ve třetím ročníku a píši bakalářskou práci na téma: Prevence karcinomu tlustého střeva u laické populace se zaměřením na okultní krvácení.

Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění mého dotazníku k této práci. Tento dotazník je určen pro ženy a muže ve věku 40let a více, kteří nepracují ve zdravotnictví.

Výsledkem mé bakalářské práce by měla být osvěta mezi laickou populací v této problematice.

Pokud máte chvíli čas budu Vám velmi vděčná za Vaše odpovědi, díky kterým budu moci své bakalářské studium úspěšně dokončit.

Mnohokrát děkuji za Váš čas.

Temrová Marie

1 Jaké je Vaše pohlaví?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Žena Muž

2 Jaký je Váš věk?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- 40 - 49let 50 - 59let 60 - 69let 70let a více

3 Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Základní vzdělání Středoškolské vzdělání s výučním listem Středoškolské vzdělání s maturitou Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské vzdělání

4 Slyšel/a jste někdy o prevenci karcinomu tlustého střeva?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď (karcinom = zhoubný nádor)*

- Ano Ne

5 Je pro vznik karcinomu tlustého střeva rizikový faktor chronický zánět střev (např.: Crohnova choroba nebo ulcerózní kolitida)?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď (karcinom = zhoubný nádor)*

- Ano Ne Nevím

6 Je pro vznik karcinomu tlustého střeva rizikový faktor genetická predispozice?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď (karcinom = zhoubný nádor)*

- Ano Ne Nevím

7 Je pro vznik karcinomu tlustého střeva rizikový faktor kouření a alkohol?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď (karcinom = zhoubný nádor)*

- Ano Ne Nevím

8 Je pro vznik karcinomu tlustého střeva rizikový faktor obezita a nedostatek pohybu?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď (karcinom = zhoubný nádor)*

- Ano Ne Nevím

9 Které ze screeningových vyšetření v prevenci karcinomu tlustého střeva jste absolvoval/a naposledy?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď (karcinom = zhoubný nádor, okultní krvácení = skryté krvácení, screening = vyšetřování předem definované rizikové skupiny pacientů, kolonoskopie = vyšetřovací a léčebná metoda, která umožňuje prohlédnout dolní část trávicí trubice)*

- Test na okultní krvácení Kolonoskopii Kapslovou kolonoskopii Krevní vyšetření Žádné jsem zatím nepodstoupil/a

10 Víte o celostátním screeningovém testování na okultní krvácení?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď (screening = vyšetřování předem definované rizikové skupiny pacientů, okultní krvácení = skryté krvácení)*

- Ano Ne

11 Chtěl/a byste se o prevenci karcinomu tlustého střeva a celostátním screeningu dozvědět více?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď (karcinom = zhoubný nádor, screening = vyšetřování předem definované rizikové skupiny pacientů)*

- Ano, zajímá mě tato problematika Ne, nezajímá mě tato problematika Mám dost informací o této problematice

12 Podstoupil/a jste test na okultní krvácení?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď (okultní krvácení = skryté krvácení)*

- Ano Ne

13 Pokud ano, kde jste test na okultní krvácení získal/a?

Nápověda k otázce: *Vyber jednu odpověď (okultní krvácení = skryté krvácení)*

- Zakoupil/a jsem ho v lékárně Od praktického lékaře Přišel mi domů poštou Test jsem nepodstoupil/a.

14 Podstupujete test na okultní krvácení pravidelně?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď (okultní krvácení = skryté krvácení)*

- Ano, test podstupuji každý rok Ne, test jsem podstoupil/a jednorázově Test jsem nepodstoupil/a

15 Pokud je Vám 40-49 let a absolvoval/a jste test na okultní krvácení, která z uvedených možností je nejbližší Vašemu důvodu k provedení testu?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď (karcinom = zhoubný nádor, screening = vyšetřování předem definované rizikové skupiny pacientů)*

- Chtěl/a jsem pro jistotu Bylo mi to doporučeno praktickým lékařem Bylo mi to doporučeno specialistou Je mi 40-49let a test na okultní krvácení jsem nepodstoupil/a
- Je mi 50let nebo více

16 Pokud jste test na okultní krvácení podstoupil/a, jaký byl výsledek testu?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď (okultní krvácení = skryté krvácení)*

- Pozitivní na krev ve stolicí Negativní na krev ve stolicí Test jsem nepodstoupil/a

17 Napomohl Vám test na okultní krvácení k záchytu karcinomu tlustého střeva?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď (okultní krvácení = skryté krvácení, karcinom = zhoubný nádor)*

- Ano Ne Test jsem nepodstoupil/a

18 Byl návod na provedení testu na okultní krvácení srozumitelný?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď (okultní krvácení = skryté krvácení)*

- Ano Ne Test jsem nepodstoupil/a

19 Jaké pocity jste při vyplňování testu na okultní krvácení měl/a?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď (okultní krvácení = skryté krvácení)*

- Nic neobvyklého Cítil/a jsem se trapně Cítil/a jsem se ponížene Bá/a jsem se výsledku
 Cítil/a jsem se dobře Cítil/a jsem, že dělám něco pro své zdraví Test jsem nepodstoupil/a

20 Přijde Vám test na okultní krvácení zbytečný?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď (okultní krvácení = skryté krvácení)*

- Ano Ne Nevím

21 Pokud jste test na okultní krvácení nevyplňoval/a jaký byl důvod?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď, která je nejbliže Vašemu důvodu. (okultní krvácení = skryté krvácení)*

- Ještě mi nebylo 50 a nebylo potřeba Bá/a jsem se výsledku Připadá mi to zbytečné Připadá mi to nechutné
 Připadá mi to trpné O testu na okultní krvácení nevím Test na okultní krvácení jsem již vyplňoval/a.

22 Co byste doporučil/a, aby test na okultní krvácení provádělo více lidí?

Nápověda k otázce: *Dobrovolná otázka*

Příloha 2: Webové stránky



Prevence karcinomu tlustého střeva

Karcinom tlustého střeva je v České republice druhým nejčastějším nádorovým onemocněním. Onemocnění vzniká z premaligních lézí. Nádor roste 7–10 let a vyvíjí se z epitelových buněk sliznice střeva.

Rizikové faktory

Preventivní kroky

Okultní krvácení

Léčba

Rizikové faktory

I

Vnější rizikové faktory

Tyto faktory lze souhrnně pojmenovat jako nezdravý životní styl. Mezi vnější rizikové faktory patří např. konzumace alkoholu, kouření, obezita, nedostatek pohybu, zvýšená konzumace živočišných tuků červeného masa aj.

2

Vnitřní rizikové faktory

-Lynchův syndrom je dědičné onemocnění. Při tomto onemocnění střevní polypy inklinují k nádorové mutaci rychleji než polypy u běžné populace.
- Familiární adenomatózní polypóza je dědičné onemocnění charakterizované zvýšeným výskytem polypů v tlustém střevě. Při tomto onemocnění může dojít k nekontrolovanému růstu buněk a k rozvoji adenomů.

3

Vnitřní rizikové faktory

Mezi vnitřní rizikové faktory patří idiopatické záněty (Crohnova choroba a ulcerózní kolitida). Riziko vzniku kolorektálního karcinomu v souvislosti s idiopatickými záněty roste s délkou onemocnění, jeho rozsahem a agresivitou zánětu.

Preventivní kroky

I

Test na okultní krvácení

Test na okultní neboli skryté krvácení je test, který je součástí screeningu karcinomu tlustého střeva a lidé si test mohou jako prevenci provést doma. Test na okultní krvácení je založený na odběru malého množství stolice.

2

Kolonoskopie

Kolonoskopie je endoskopické vyšetření tlustého střeva. Cílem kolonoskopie je odstranění premaligních lézí. Během vyšetření lékař pacientovi přes konečník zavádí kolonoskop. Pokud lékař ve střevě objeví jakýkoliv výrůstek či patologii, může provést odběr vzorku a následně odeslat na biopsii.

3

Kapslová enteroskopie

Kapslová enteroskopie je bezdrátová technika video-zobrazení střev. Vyšetření tlustého střeva probíhá za pomoci kapsle. Tato metoda je neinvazivní, pacient spolkně tobolku a výsledky jsou snímány pomocí speciálního zařízení. Jedna kapsle je na jedno použití a z pacienta vychází přirozenou cestou.

4

Septin 9

Krevním testem biomarkeru SEPT9 je možné odhalit kolorektální karcinom. SEPT9 má omezenou citlivost na záchyt prekancerózních lézí, ovšem pro záchyt včasného i pokročilého stadia nádoru je specifická výhodná. Test SEPT9 dokáže diagnostikovat nádor ze všech částí tlustého střeva.

Okultní krvácení

Okultní gastrointestinální krvácení je krvácení, jehož si pacient není vědom.

Krvácení může být způsobeno jakoukoliv patologií v zažívacím traktu.

Test na okultní neboli skryté krvácení je test, který si lidé mohou jako prevenci provést doma. Cílem testu je zachycení krve, která pochází z karcinomu. Nádor v rané fázi nekrváčí kontinuálně ani masivně, a proto se test musí opakovat v pravidelných intervalech, ideálně jednou za rok. Test je založen na odběru malého množství stolice.

Prevence karcinomu tlustého střeva je plně hrazena pojišťovnou osobám starším 50 let. Každý pojištěnec ve věku od 50 do 55 let má jednou za rok nárok na provedení preventivního testu na okultní krvácení pro včasnou diagnostiku karcinomu tlustého střeva.

Léčba karcinomu tlustého střeva



Nejvýznamnější léčbou karcinomu tlustého střeva je léčba chirurgická. Pomocí radikální chirurgické operace dochází k úplnému odstranění postižené části střeva včetně spádových lymfatických odvodů. Operace je prováděna dle místa nádoru.

Pokud pro pacienta není jiná možnost přistupuje se k paliativní péči. K takové situaci nejčastěji dochází v případech, jako jsou např. inoperabilní nález, metastázy do jiných orgánů nebo celkově špatný zdravotní stav pacienta.

Poděkování

Děkuji všem, kteří jste navštívili moje webové stránky. Více informací se můžete dočíst v mé bakalářské práci.



Bakalářská práce