

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**KOLOREKTÁLNÍMU KARCINOMU LZE
PŘEDCHÁZET**

Bakalářská práce

Autor práce: Hana Glancová
Vedoucí práce: Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

2016

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING**

COLORECTAL CANCER CAN BE PREVENTED

Bachelor's thesis

Author: Hana Glancová

Supervisor: Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

2016

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové dne 29.4.2016

(podpis)

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala za odbornou pomoc a cenné rady své vedoucí bakalářské práce Mgr. Evě Vachkové, Ph.D. Poděkování dále patří všem klientům, praktickému lékaři a sestřám v ordinaci za umožnění průzkumu a za spolupráci při sběru dat. Velké díky patří celé mé rodině za trpělivost a podporu v průběhu celého studia.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST	11
1. KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM	11
1.1 Definice.....	11
1.2 Anatomie a fyziologické poznámky	11
1.3 Etiologie a patogeneze	12
1.3.1 Sporadická forma.....	13
1.3.2 Familiární adenomatózní polypóza.....	13
1.3.3 Hereditární nepolypózní kolorektální karcinom	14
2 EPIDEMIOLOGIE	15
2.1 Situace v Evropě a ve světě	15
2.2 Situace v České republice	15
3 DIAGNOSTIKA A LÉČBA KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	17
3.1 Vyšetřovací metody	17
3.2 Klasifikace onemocnění.....	18
3.2.1 TNM klasifikace	18
3.2.2 Grading	19
3.2.3 Klinické projevy onemocnění.....	19
3.3 Léčba.....	20
4 PREVENCE	23
4.1 Primární prevence	23
4.2 Sekundární prevence.....	25
4.2.1 Screening kolorektálního karcinomu	25
4.3 Terciární prevence	27
4.4 Kvartérní prevence.....	27
5 ÚLOHA SESTRY	29
5.1 Edukační činnost sestry	30
6 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST	35
7 EMPIRICKÁ ČÁST	39
7.1 Metodika výzkumu	39

7.2	Charakteristika výzkumného souboru – demografická data souboru	41
7.3	Výsledky výzkumného šetření.....	45
7.4	Vliv demografických proměnných na výsledky	71
7.5	Výsledky kvalitativního výzkumu	90
8	DISKUZE	100
	ZÁVĚR	109
	ANOTACE.....	111
	ANNOTATION	112
	POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY	113
	SEZNAM ZKRATEK.....	115
	SEZNAM TABULEK.....	116
	SEZNAM GRAFŮ.....	118
	SEZNAM PŘÍLOH.....	120
	PŘÍLOHY	121

ÚVOD

Rakovina tlustého střeva a konečníku je téma, kterému jsem se rozhodla věnovat ve své bakalářské práci. Pracuji na částečný úvazek u praktického lékaře pro dospělé a tam se setkávám s klienty, u kterých dochází k potvrzení této diagnózy. Často přicházejí pacienti v pozdějším stádiu onemocnění, nevěnují pozornost varovným příznakům nebo o nich vůbec nevědí. Z hlediska další prognózy a léčby tohoto onemocnění se šance na úplné uzdravení snižují. Při rozhovorech s klienty jsem zjistila, že někteří vůbec nechodí na preventivní prohlídky, na které mají nárok. Dále netuší, co by mělo být obsahem této prohlídky a jak často by na ni měli přijít. Mnoho klientů uvedlo, že se cítí dobře, nemají žádný problém, a tudíž necítí potřebu docházet na preventivní prohlídky.

Rakovina tlustého střeva a konečníku se v České republice vyskytuje mimořádně často. Při srovnání s jinými státy je u nás nejvyšší výskyt tohoto onemocnění. Každý rok je v České republice zhoubný nádor tlustého střeva či konečníku zjištěn asi u 8000 osob a zhruba 4000 pacientů na toto onemocnění v naší zemi každoročně umírá. (Practikus č.5/2014)

V oblasti protinádorové prevence má Česká republika ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi značné rezervy. V mezinárodních statistikách vycházíme navíc jako populace s vysokou prevalencí obezity, která je významným rizikovým faktorem pro vznik nádorových onemocnění. Nadějí na zlepšení této situace je přijetí správných rozhodnutí, vedoucích k rozšíření nejen sekundární prevence a screeningových programů na celou populaci, ale i zdůrazňování významu primárně preventivních opatření zahrnujících programy proti obezitě a kouření. V těchto programech, a pokud by měly pokrýt celou populaci, by vzdělaný, edukovaný nelékařský zdravotnický personál mohl sehrát klíčovou roli. Konkrétní naplnění této role spatřuji v kompetencích sestry zapojené do edukace, screeningu a kontroly dodržování doporučených postupů u každého jednotlivého pacienta. Klíčovou roli sester spatřuji v edukaci pacientů, v porozumění, pochopení a odborném vedení. Každá návštěva může být příležitostí k intervenci ve smyslu primární prevence. Klient by měl mít dostatek informací o možnostech primární prevence a ovlivnění svého zdraví životním stylem.

Osobně si velmi ráda rozšířím své dosavadní vědomosti o tomto onemocnění, získám podrobnější informace o celé problematice a poskytnu kvalitní edukaci všem klientům, kteří přicházejí do ambulance.

Bakalářská práce se skládá z části teoretické, která vysvětluje pojmy jako incidence, mortalita, morbidita, screening. Dále se zaměřuje na poznatky o kolorektálním karcinomu, projevech, léčbě a následcích. Zabývá se problematikou primární, sekundární, terciární, kvartérní prevence a zdravotní gramotností obyvatel.

Empirická část se věnuje zmapování znalostí klientů, které se týkají primární a sekundární prevence kolorektálního karcinomu, zdravého životního stylu, rizikových faktorů. Zjišťuje míru ochoty aktivně se zapojit do prevence kolorektálního karcinomu.

Osobně vidím velký význam v dobrém předání informací cílové populaci a aktivním působení na klienty, kteří přicházejí k praktickému lékaři. Navyšovat informovanost klientů o možnostech prevence, zdůrazňovat důležitost preventivních prohlídek považuji za jednu z nejvýznamnějších činností zdravotníků v rámci primární prevence.

Cíl práce:

Hlavní cíle bakalářské práce jsou:

- Zjistit aktuální informovanost průměrné (obecné) populace o screeningu kolorektálního karcinomu a prozkoumat postoj k tomuto screeningu.
- Zmapovat znalosti zkoumaného populačního souboru o možnostech primární, sekundární prevence kolorektálního karcinomu, o rizikových faktorech.
- Zmapovat zájem o dané téma, motivaci, preferenci hodnot, ochotu změnit rizikové chování, vypracovat na základě zjištěných výsledků edukační materiál (rozšířit edukační činnost sestry v oblasti prevence kolorektálního karcinomu), zvýšit a zlepšit informovanost pacientů o kolorektálním karcinomu a možnostech prevence.

Cíle teoretické části

1. Předložit podrobnější informace o charakteristice kolorektálního karcinomu (patofyziologie onemocnění, etiologie, rizikové faktory, příznaky, léčba).
2. Informovat o incidenci, morbiditě, mortalitě tohoto onemocnění.
3. Seznámit s pojmem screening (screeningový proces), prevence primární, sekundární, terciární, kvartérní.
4. Seznámit s pojmem zdravotní gramotnost.

5. Přiblížit problematiku edukační činnosti sestry.

Cíle empirické části:

1. Zjistit a porovnat informovanost klientů ambulance praktického lékaře pro dospělé o kolorektálním karcinomu.
2. Zmapovat a porovnat informovanost klientů o rizikových faktorech kolorektálního karcinomu.
3. Zjistit informovanost klientů o možnostech primární a sekundární prevence u kolorektálního karcinomu a o pravidelných preventivních prohlídkách.
4. Zmapovat výskyt rizikových faktorů ve sledovaném souboru klientů a zájem o dané téma.
5. Zjistit pohled ze strany lékaře a sestry na prevenci, edukaci a práci s pacienty.
6. S ohledem na výsledky průzkumu připravit edukační program pro klienty v ambulanci praktického lékaře pro dospělé.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

1.1 Definice

„Termínem kolorektální karcinom se označují maligní onemocnění vznikající maligní transformací cylindrického epitelu tlustého střeva /vzestupný, příčný, sestupný tračník a esovitá klička/ a rekta.“ (Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2010, s. 243)

„Civilizační onemocnění s výrazně vyšším výskytem ve vyspělých státech. Kolorektální karcinom je nejčastějším zhoubným nádorem trávicího ústrojí a druhou nejčastější orgánovou lokalizací nádorového bujení u obou pohlaví.“ (Horký et al., 2003, s. 278)

„Kolorektální karcinom patří mezi nejzávažnější současné zdravotní problémy světa v oblasti nepřenositelných chorob, a to s ohledem na svůj zákeřný charakter, epidemiologii i nákladnost.“ (Seifert et al., 2015, s. 13)

„Kolorektální karcinom je jednou z nemocí, jimž se v České republice věnuje značná pozornost, neboť její častost je jednou z nejvyšších a možnosti prevence a terapie mezi zhoubnými nádory z nejlepších.“ (Jablonská et al., 2000, s. 62)

1.2 Anatomie a fyziologické poznámky

Délka tlustého střeva je variabilní /přibližně 1,5m/. Ileocékálním přechodem /Bauhinovou chlopní/ navazuje na tenké střevo. Tlusté střevo /colon/ se skládá z několika částí: slepé střevo /caecum/, vzestupný, příčný a sestupný tračník, esovitá klička tračníku, konečník /rektum/ a konečná část, která se nazývá anální kanál /canalis analis/. Tlusté střevo má šedavou barvu na rozdíl od narůžovělé barvy tenkého střeva. Tenie jsou podélné bělavé pruhy svalovin. Kratší tenie podkasávají stěnu střeva a vytvářejí haustera, což jsou vlastně vyklenutí stěny střeva mezi teniemi. Vznik hauster je možný při ochabnutí cirkulární svaloviny, kde tenie tvoří opěrná místa. Při střídavých kontrakcích dochází ke změně umístění a vzhledu hauster a ta se stávají výrazem funkčních stavů tlustého střeva. Appendices epiploicae jsou stopkaté ploché výběžky serózy vyplněné subserózním tukovým vazivem /tela subseróza/. Stěna tlustého střeva má čtyři vrstvy: sliznice /mukóza/, submukóza, svalovina /vnitřní cirkulární, zevní longitudinální/. Mezi oběma vrstvami svaloviny se nachází nervový plexus myentericus a seróza.

Proximální část /cékum/ je nejprostornější, směrem distálním se lumen zužuje, rektum je však opět prostornější. Sliznice nemá klky, epitelové buňky jsou vybaveny zónou mikroklků, pohárkové buňky jsou přítomny ve velkém počtu a i v tlustém střevě existují endokrinní buňky patřící do difúzního neuroendokrinního systému. Peptidové hormony mají úzký vztah i k nervovému systému; kromě klasické autonomní inervace existuje i peptidergní inervace, kde neurotransmitery jsou peptidové hormony.

Tlusté střevo slouží k transportu stolice a její defekaci, probíhá zde posun střevního obsahu a dále dochází k vyloučení nestrávených zbytků. Motilita je ovládána komplexním, primárně neuromuskulárním mechanismem. V pravém tračníku, který je prostornější, je stolice ještě řídká, takže překážka /např. nádor/ se jen zřídka projeví obstrukcí. Tlusté střevo má současně i schopnost sekreční /voda, hlen, elektrolyty, zejména hydrokarbonáty a kalium/. Dále zajišťuje vytvoření vhodného prostředí pro střevní mikroflóru /za normální situace můžeme v tlustém střevě lokalizovat více než 400 druhů bakterií/ a funkci imunologickou a bariérovou.

Hlavními fyziologickými funkcemi tedy jsou MOTILITA /včetně defekace/, SEKRECE a RESORPCE. (Horáček, Bureš 2003, s. 312-316)

1.3 Etiologie a patogeneze

Kolorektální karcinom (dále jen KRK) vzniká ze slizničních buněk tlustého střeva a konečníku, které jsou změněny genovými defekty nebo vyšší expresí onkogenů. Devět z deseti KRK předchází benigní /nezhoubná/ adenomatózní fáze, která je považována za prekancerózu v závislosti na její velikosti a histologické struktuře. Vilózní adenomy jsou rizikovější z hlediska jejich maligní transformace než tabulární adenomy. V nejčasnějším stádiu se maligní buňky nacházejí pouze na slizniční membráně, ale následně migrují skrz svalovou vrstvu sliznice střeva. Na nitrobuněčné úrovni se odehrává mnohostupňový proces kancerogeneze při kumulaci mutací a dysregulaci v genech řídících buněčný cyklus. Vše vede ke ztrátě kontroly nad vlastní proliferací, nekontrolovanému buněčnému dělení, invazivnímu růstu a metastazování.

Maligní změna v adenokarcinomu je pomalý proces, který trvá 8-10 let. Tato dlouhá doba umožňuje včasnou detekci, profylaxi a léčbu.

70 % KRK je diagnostikováno v sestupném tračníku, esovité kličce (sigmatu) a konečníku. 10 % je v dosahu digitálního palpačního vyšetření. Ve 3 % případů se vyskytuje ještě synchronní karcinom v jiné části tlustého střeva. (Seifert 2013)

Z patogenetického hlediska rozlišujeme několik typů rakoviny kolorekta.

- Sporadická forma (90 %)
- Familiární adenomatózní polypóza (1 %)
- Hereditární nepolypózní kolorektální karcinom (9 %)

1.3.1 Sporadická forma

Tento druh karcinomu nemá ani familiární, ale ani dědičný charakter. Riziko jeho vzniku stoupá s věkem a incidence prudce narůstá u populace nad 50 let věku. Za rizikové faktory se pokládá polyp větší než 1cm, vícečetný výskyt, vilózní struktura a těžký stupeň cytologických a strukturálních nepravidelností. Také byl pozorován vznik karcinomu bez předcházejícího adenomu, tedy *de novo*. Ačkoli tyto nádory jsou většinou menší než 1cm, vykazují již invazi do submukózy. Histologicky je patrný přechod mezi tkání zhoubnou a normální, aniž by byla přítomna adenomová struktura.

1.3.2 Familiární adenomatózní polypóza

Příčinou familiární adenomatózní polypózy (dále jen FAP) jsou v naprosté většině případů mutace v genu APC (adenomatous polyposis coli), který je lokalizován v oblasti 5q21-q22. Familiární adenomatózní polypóza se projevuje rozvojem stovek až tisíců prekancerózních adenomatózních střevních polypů, které se začínají objevovat ve většině případů během puberty postiženého jedince. Kolem 35. roku věku jsou již polypy rozvinuty u 95% jedinců se zárodečnou mutací genu APC a riziko maligního zvrhnutí některého z polypů je obrovské. (Vyzula, Žaloudík et al., 2007, s.42-63)

1.3.3 Hereditární nepolypózní kolorektální karcinom

Hereditární nepolypózní kolorektální karcinom (dále jen HNPCC) je nejčastější formou dědičného kolorektálního karcinomu. Termínem hereditární karcinom označujeme ty případy, kdy je známa genetická abnormalita vedoucí k jeho vzniku a je dostupnými metodami diagnostikovatelná, a to jak u nemocných, tak u příbuzných, kteří jsou nositeli této rizikové genetické informace.

1.3.3.1 Klinická kritéria

Minimální amsterodamská kritéria:

- Alespoň tři příbuzní s nádorem kolorekta, jeden je příbuzný prvního stupně dalších dvou, FAB vyloučena.
- Jsou postiženy alespoň dvě generace.

Alespoň u jednoho z nemocných vznikl nádor před 50. rokem věku. (Vyzula, Žaloudík et al., 2007, s.49)

2 EPIDEMIOLOGIE

2.1 Situace v Evropě a ve světě

V Evropě je gastrointestinální trakt nejčastější systémovou lokalitou nádoru. Kolorektální karcinom je obrovskou zátěží pro populaci i zdravotní systém. Problémem je zhoubný charakter onemocnění, celková morbidita a mortalita, hledisko celkově vynaložených nákladů. „Roční incidence v Evropě přesahuje 400 000 nových případů a zhruba 200 000 osob na onemocnění KRK zemře.“(Seifert et al., 2015, s. 21)

„Nejvyšší absolutní počty nových případů jsou hlášeny z Německa, Ruska a Itálie. Slovensko, Maďarsko, Dánsko, Nizozemsko, Česká republika a Norsko patří mezi evropské země s nejvyšším výskytem nádoru na počet obyvatel. Nejnižší incidence je v Bosně a Hercegovině, Řecku a Albánii. Pět let od diagnózy přežije v průměru 50-65% pacientů v západní Evropě, zatímco ve východní Evropě v průměru o 10% méně. V Evropě a Japonsku je kolorektální karcinom častější u mužů, v USA je výskyt u obou pohlaví vyrovnaný.“ (Seifert et al., 2015, s. 21).

2.2 Situace v České republice

Seifert a kolektiv uvádí: „V České republice na zhoubné nádory (diagnózy C00-C97) umírá přibližně čtvrtina populace (27 % mužů a 22 % žen v roce 2013). Ročně je odhaleno 41 000 nových nádorů u mužů a 36 000 u žen. Z toho počtu 11% připadá na kolorektální karcinom (diagnózy C18-C22). Výskyt nádorů tlustého střeva a konečníku narůstal až do roku 2002, odkdy dochází ke stagnaci.“ (Seifert et al., 2015, s. 30)

Dále pokračuje s daty z roku 2011: „V roce 2011 bylo hlášeno 8176 zhoubných nádorů kolorekta. Z toho bylo 4755 případů u mužů (tj. 92,2 případů na 100 000 mužů) a 3421 případů u žen (tj. 64,0 případů na 100 000 žen).“ (Seifert et al., 2015, s. 31)

V témže roce (2011) na kolorektální karcinom umírá v naší republice 3961 osob, z toho 2323 mužů a 1638 žen. Veškeré výsledky jsou alarmující a potvrzují druhé místo ve výskytu KRK v České republice. Zároveň upozorňují na nutnost zaměřit se ještě více na prevenci tohoto onemocnění.

„Standardizovaná míra incidence a úmrtnosti během poslední dekády zdatně poklesla. Hrubá incidence karcinomu kolorekta v posledních letech nevykazuje dramatický nárůst, ale z důvodu stárnutí populace nelze hovořit ani o jejím poklesu.“ (Seifert et al., 2015, s. 31) Další zajímavá čísla jsou zde uváděna v souvislosti se stagnací incidence a poklesem mortality. Jedná se o nárůst prevalence KKK, kdy v České republice žije bezmála 55 tisíc lidí, u kterých je toto onemocnění diagnostikováno. Seifert hovoří i o výskytu v jednotlivých věkových kategoriích. „Ve věku do 35 let se toto onemocnění vyskytuje vzácně. Výskyt výrazně narůstá až po 50. roce života a nejvyšší počty nádorů jsou ve věkové skupině 65-79 let. Převaha žen v deváté dekádě je dána logicky jejich vyšším podílem v populaci. V páté až osmé dekádě převažuje jasný výskyt mužů. Strmější nástup výskytu kolorektálního karcinomu u mužů je po 45. roce života a vrchol incidence ve věkovém intervalu 65-69 let, zatímco u žen je maximální výskyt v rozmezí 75-79 let. Dle uvedených dat se tento nádor u obou pohlaví stává druhou nejčastější onkologickou diagnózou po karcinomu prostaty u mužů a karcinomu prsu u žen.“ Nakonec vyjmenovává národy s podobně velkým rizikem zátěže.

„Občan České republiky, podobně jako Maďar, Slovák, Dán nebo Holanďan, je vystaven jednomu z nejvyšších rizik onemocnění kolorektálním karcinomem na světě. Kumulativní riziko se blíží 5 % a s věkem narůstá.“ (Seifert et al., 2015, s. 36)

3 DIAGNOSTIKA A LÉČBA KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

3.1 Vyšetřovací metody

Digitálním vyšetřením konečníku může lékař objevit nádor konečníku a u mužů také nádor či nezhoubné bujení prostaty.

Kolonoskopické vyšetření umožňuje lékaři prohlédnout celé tlusté střevo, biopsovat podezřelé útvary, provádět terapeutické výkony, jako je například polypektomie. Není-li možné kolonoskopii provést, zůstává další možností vyšetření virtuální kolonoskopie či dvojkontrastní irigografie. Pokud je nutné cíleně vyšetřit rektum, je vhodnější rektoskopie.

CT vyšetření je řazeno k základnímu stagingovému vyšetření pro zjištění rozsahu onemocnění. Pod kontrolou CT přístroje je možné též biopsovat nejistá ložiska v játrech nebo jinde v těle pacienta. CT vyšetření bývá v některých případech doplněno ultrazvukem břicha. Obvykle je ultrazvukové vyšetření dříve dostupné než CT. Cílené ultrazvukové vyšetření by měl provádět lékař specialista. Endosonografické vyšetření dokáže přesně popsat lokální rozsah karcinomu konečníku. Vyšetřením pánve pomocí magnetické rezonance lze získat podobnou informaci. K přesné diagnostice nádorů konečníku je nutné použít jedno z těchto dvou vyšetření. Záleží také na dostupnosti vyšetřovacích metod.

Screeningové vyšetření okultního krvácení ve stolici k diagnostice kolorektálního karcinomu se zahajuje ve věku 50 let. Do screeningového programu je také zařazena možnost screeningové kolonoskopie. Ve věku od 50 do 54 let je v jednoročním intervalu vyšetřována stolice na okultní krvácení. Tento test je běžně k dostání u praktických lékařů a jeho provedení není náročné. Lidé starší 55 let mají možnost pokračovat v provádění testu na okultní krvácení v doporučeném intervalu dvou let. Další možností pro tyto klienty je primární screeningová kolonoskopie, která se provádí jednou za 10 let. Dále viz kapitola Prevence karcinomu kolorekta č. 4, s. 23.

Z laboratorních metod se provádí vyšetření krevního obrazu, základní biochemické parametry. Vyšetření nádorových markerů CEA a CA 19-9 se nepoužívá k vyhledávání nádorů u zdravých jedinců, ale může pomoci k diferenciální diagnostice, nasměrování dalšího vyšetřování nebo ke sledování dynamiky již známého onemocnění.

Rentgen hrudníku se zaměřuje na vyhledání případných metastáz v plicích. Pozitronová emisní tomografie se zařazuje při podezření na diseminaci onemocnění, a pokud se metastázy jinak nedaří prokázat. (Bajčiarová, Tomášek, Štěrba et al., 2011, s. 155-157)

3.2 Klasifikace onemocnění

Doporučovaným systémem zůstává TNM klasifikace. Dále existují systémy jako Dukes (používaný pro staging kolorektálního karcinomu), Aster-Coller a jiné.

Cílem stagingu je určit míru lokálního šíření tumoru, míru postižení lymfatických uzlin a verifikovat event. přítomnost vzdálených metastáz. V současné době je aktuální sedmé vydání TNM klasifikace od International Union Against Cancer, které je shodné s klasifikací publikovanou American Joint Committee. Totožnost je výsledkem záměru mít pouze jeden standard a odráží to společnou snahu všech národních komisí pro TNM o dosažení jednoty v této oblasti. (Novák, Srb 2011, s. 7-9)

V případě nálezu kolorektálního karcinomu je zcela zásadní provedení stagingu podle aktuálních doporučení, což umožňuje stanovení vhodného léčebného algoritmu tohoto zhoubného onemocnění. (Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2010, s. 71-74)

3.2.1 TNM klasifikace

TNM klasifikace – Motto: „Moudrými jsou nazýváni ti, kteří dávají věcem správné uspořádání.“ Sv. Tomáš Akvinský

T - tumor označuje rozsah nádoru. Jeho velikost nebo vztah k okolním strukturám. N – nodus popisuje postižení regionálních lymfatických uzlin a rozsah tohoto postižení. M – popisuje přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz.

Kombinace různých hodnot T, N a M mají mnoho možností. Z praktických důvodů se volí dělení onemocnění do 5 stádií. Stádium onemocnění je jedním z parametrů, na základě kterých lékař volí nejvhodnější léčbu.

St.0 – carcinoma in situ; bez metastáz

St.1 – malý, invazivní karcinom; bez metastáz

St.2 – větší invazivní karcinom; může být nevelké postižení uzlin

St.3 – rozsáhlý invazivní karcinom; rozsáhlé postižení uzlin

St.4 – vzdálené metastázy při jakémkoli rozsahu primárního nádoru

3.2.2 Grading

Grading je mikroskopické určení stupně vyžralosti nádoru, obvykle platí, že čím je nádor méně diferencovaný, tím je agresivnější, zároveň však citlivější k léčbě.

Gx - (nelze stanovit stupeň diferenciacce)

G1 - (dobře diferencovaný nádor)

G2 - (středně diferencovaný nádor)

G3 - (málo diferencovaný nádor)

G4 - (nediferencovaný nádor)

3.2.3 Klinické projevy onemocnění

Klinická manifestace v důsledku kolorektálního karcinomu závisí na lokalizaci, rozsahu a stádiu onemocnění. Bez příznaků může nádor tlustého střeva a konečníku růst i řadu let. Dále jsou uvedeny příznaky KRK, které se mohou u pacientů vyskytovat.

- Zažívací potíže (nadýmání, pocit plnosti, bolesti a křeče v břiše).
- Změna v pravidelnosti nebo ve frekvenci stolice.
- Střídání zácpy a průjmu.
- Stuhčovitá stolice (odcházející v úzkém proužku).
- Přítomnost krve ve stolici.
- Přítomnost hlenu ve stolici.
- Častý bolestivý odchod větrů.
- Pocit nedokonalého vyprázdnění střeva.
- Bolestivé vyprazdňování a mimovolný únik stolice.
- Krvácení z konečníku (může připomínat hemoroidy).

- Svědění v konečníku.
- Slabost, únava, ztráta hmotnosti.
- Příznak falešného přítele (neočekávaný odchod stolice při odchodu plynu).

Ke ztrátě váhy, malnutrici, anemizaci vedou pokročilé nádory. Hlavní akutní komplikací se stává obstrukce a perforace střeva. Pokud se karcinom vyskytuje v pravé polovině střeva, objevuje se krvácení, ztrátová anémie a ta je obvykle jediným příznakem onemocnění v této oblasti. Karcinom lokalizovaný v levé polovině tračníku ovlivňuje průchodnost střeva. Objevují se defekační poruchy, obstrukce střeva, zácpa, subileus, ileus, bolest. U nádoru rekta můžeme pozorovat krvácení, hlen ve stolici, tenezmy. Též se snižuje tonus v této oblasti a může se objevit příznak „falešného přítele“ (neočekávaný odchod stolice při odchodu plynu).

3.3 Léčba

Léčebná strategie je volena dle klinického stádia a rozsahu onemocnění. Pro kolorektální karcinom je základem léčby chirurgická resekce samotného nádoru a případných solitárních metastáz. Totéž platí i pro léčbu recidivy nádoru. Chemoterapie má místo v adjuvantní a paliativní léčbě. Použití radioterapie je omezeno na oblast rekta. (Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2010, s. 74-80)

Léčba karcinomu rekta a karcinomu kolon má odlišnosti. U lokálně pokročilého karcinomu rekta má významné postavení radioterapie. U metastatického onemocnění jde o léčbu multimodální a postup by měl být stanoven nejlépe multioborovou komisí. Pouze resekce metastáz dává naději na dlouhodobé přežití nebo vyléčení. Kombinací chemoterapie a cílené léčby se zvyšuje procento pacientů, u kterých mohou být metastázy radikálně resekovány s kurativním záměrem. (Bajčiarová, Tomášek, Štěrba et al., 2011, s. 156-160)

Kurativní chirurgická terapie

V dnešní době jsou prováděny resekční operace s ohledem na umístění nádoru. Některé z typů operací jsou resekce transverza, resekce sigmoidea, hemikolektomie pravostranná, levostranná. Regionální lymfadenektomie je prováděna zároveň s resekcí. Uzliny se odstraňují z důvodu přínosu pro pacienta. Mohou se totiž odstranit metastatické uzliny, což jsou maligní

buňky, a dalším histologickým vyšetření těchto uzlin může být stanoveno odpovídající stádium i podána odpovídající léčba. Pokud metastáza nádoru postihne játra a tyto metastázy jsou resekabilní, provádí se resekce současně s primárním tumorem, nebo je možné resekci odložit a provést ji za 6 týdnů od první operace.

Paliativní chirurgická terapie lokalizovaného onemocnění

Tato terapie zahrnuje:

- Ohraničenou resekci nebo paliativní kolostomii při hrozící nebo přítomné obstrukci inkurabilním nádorem.
- Bypassové operace event. s využitím exkludované kličky tenkého střeva.
- Při recidivě nádoru v dutině břišní je na prvním místě pokus o nový radikální výkon. Pokud je recidivující nádor neodstranitelný, pak je u nádorů rekta vhodná endoskopická paliace, u nádorů tračnicku bypassový výkon a stomie jako poslední možné řešení.

Paliativní chirurgická terapie metastatického onemocnění

Tato terapie zahrnuje:

- Resekci solitárních jaterních metastáz u nádoru s nepostiženými regionálními uzlinami. Pětiletého bezpříznakového přežití se touto metodou dosáhne asi u 25% pacientů.
- Resekce solitární plicní metastázy či resekce izolované lokoregionální recidivy.
- Provedení kolostomie či anastomózy, která obchází nádor.

Radioterapie

Radioterapie se používá hlavně u nádorů rekta a rektosigmoidea, kde není tenké střevo a kde jde lépe stanovit cílový objem. Ve většině případů je realizována současně s chemoterapií.

Chemoterapie

Chemoterapie adjuvantní má za cíl zničení mikrometastáz po kurativní chirurgické resekci. Pokud má pacient diagnostikován nádor konečníku, provádí se před operací neoadjuvantní chemoterapie, což zahrnuje kombinaci chemoterapie a radioterapie. Chemoterapie s použitím cytostatik je také využívána v momentě metastatického postižení jater a plic.

V současné době je podávána i perorální chemoterapie. Díky této aplikaci se setkáváme s lepší kvalitou života u ambulantně léčených pacientů.

Biologická léčba

Na rozdíl od cytostatik, která poškozují nukleové kyseliny zdravých i nádorových buněk, jsou tyto preparáty zaměřeny proti molekulám a procesům nádorovým. O podávání a indikaci se rozhoduje v onkologických centrech.

Symptomatická léčba

Symptomatická léčba má za úkol zajistit dostatečnou výživu pacienta, přiměřenou jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu. Dále zajišťuje tlumení pacientovy bolesti a pokud dochází k anémii, tato léčba ji koriguje. (Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2010, s. 74-80)

„Kombinace moderních přístupů jaterní chirurgie, intervenční radiologie, chemoterapie a biologické léčby, individualizované na pacienta, poskytuje šanci na delší přežití i pacientům s dříve inoperabilními metastázami.“ (Seifert et al., 2015, s. 39)

4 PREVENCE

Prevence, praevenire znamená předcházet. „Zhoubné nádory patří mezi tzv. preventabilní onemocnění, to znamená, že kromě určité míry geneticky přenosné individuální vnímavosti ovlivňuje jejich výskyt a průběh řada vnějších faktorů.“ (Vyzula, Žaloudík et al., 2007, s. 40)

Své nezastupitelné místo v prevenci a diagnostice nádorových onemocnění mají lékaři primární péče. Praktičtí lékaři pro dospělé, ambulantní gynekologové, praktičtí lékaři pro děti a dorost. V ambulancích mohou lékaři a sestry uplatnit své znalosti v oblasti primární, sekundární, terciární i kvartérní prevence nádorových onemocnění. Své přístupy uplatňují zdravotníci v rámci poskytované péče i mezioborové spolupráce. Pro prevenci je velmi důležitá a zásadní dobrá spolupráce pacienta, lékaře a sestry.

4.1 Primární prevence

Primární prevence má za cíl předcházet zdravotním problémům. Dále se zabývá zlepšováním zdravotního stavu pacientů a tím i zlepšováním kvality života, která se s dobrým zdravotním stavem zvyšuje. Snaží se eliminovat rizikové faktory pro vznik onemocnění. Zahnuje opatření, která směřují k ochraně životního prostředí, k boji proti kouření, k propagaci zdravého životního stylu.

V této oblasti může zdravotní sestra a lékař primární péče sehrát klíčovou roli. Úloha zdravotníků se může zdát poněkud „omezená“ – poskytují informace. Nicméně dobře propracovaná edukační činnost, která je součástí preventivního procesu, jistě přinese své výsledky. Bezprostřední komunikace přímo v ordinaci s lékařem, všeobecnou sestrou, ale i ostatními odborníky je nenahraditelná. Další informace mohou pacienti získat z internetu, tištěných edukačních materiálů, odborné literatury. Moderně pojatá výchova ke zdraví musí usilovat o změnu postojů a chování pacientů, kteří mají rozhodující slovo. Oni sami si zvolí, jak se v životě budou chovat k sobě a ke svému zdraví. Zamyslet se a změnit alespoň některé své nezdravé návyky určitě není pohodlné, je to však účinné.

„Indikátorem úrovně primární prevence je vývoj incidence zhoubných nádorů.“ (Šachlová 2007, s. 24)

Doporučení pro prevenci kolorektálního karcinomu zní: zvýšení podílu vlákniny ve stravě, omezení podílu živočišných tuků, omezení spotřeby červeného masa, omezení konzumace alkoholu, nekuřáctví, udržování ideální hmotnosti, zavedení režimu pravidelné stolice, pohyb a cvičení. (Řiháčková, Židlický 2009, s. 33-34)

V ambulanci praktického lékaře může sestra i lékař pravidelně, cíleně a systematicky provádět edukaci svých pacientů. Každý pacient, který navštíví praktika, by měl dostat potřebné informace o primární prevenci rakoviny tlustého střeva, neboť vznik tohoto typu nádoru je velmi ovlivnitelný zdravým životním stylem. Důležitým faktorem edukace je klidné prostředí a dostatek času, v primární prevenci i opakování a doplňování získaných informací. Zpětná vazba od pacienta při dalším kontaktu by neměla chybět. Dobře naplánované a systematicky prováděné preventivní prohlídky mohou poskytnout ideální příležitost pro edukaci pacienta.

Již při převzetí pacientů od praktického lékaře pro děti a dorost by mělo být navázáno na pravidelné preventivní prohlídky. „Primární prevence je otázkou dlouhodobé intervence.“ (Skála, Dienstbier et al., Informovaný pacient, s. 19)

Lékař a sestra by měli mít dostatek času na rozbor zjištěných skutečností s pacientem, zhodnotit rizika, rizikové faktory a navrhnout jejich ovlivnění. Vše by mělo být náležitým způsobem zdokumentováno a v pravidelných intervalech vyhodnocováno. Veškerá opatření a pravidelné preventivní prohlídky i edukace mohou být prováděny již u mladších pacientů, kteří nemají žádný zdravotní problém. Tito pacienti, pokud budou ochotni naslouchat radám praktika a naučí se využívat preventivních prohlídek, mohou pak velmi ovlivnit vývoj svého zdravotního stavu. Ideálem by byla změna životního stylu se zaměřením na zdravý životní styl a platná doporučení. V tomto případě je vhodné apelovat na ženy, které se většinou starají o domácnost a jejichž prostřednictvím se veškeré informace mohou lépe zakomponovat do životního stylu rodiny. Muži obecně jsou méně nakloněni preventivním prohlídkám a trávení času u lékaře.

„Předpokladem úspěšné primární prevence je všeobecná znalost etiologických faktorů a náležité úsilí jedinců i společnosti je omezit či odstranit.“ (Koutecký 2004, s. 242)

„Praktik představuje nejsilnější prvek v přesvědčení pacienta o důležitosti preventivního vyšetření.“ (Seifert et al., 2015, s. 7)

4.2 Sekundární prevence

V rámci onkologické sekundární prevence se zdravotníci snaží vyhledávat a kontrolovat rizikové skupiny obyvatel. Rizikové z důvodu vykonávané profese nebo z vrozených či získaných příčin.

Již vzniklým onemocněním, jeho ovlivněním a včasným zachytem se sekundární prevence také zabývá. Pokud se podaří onemocnění včas zachytit, je významně ovlivněna perspektiva nemocného do budoucna. Sekundární prevence má upozornit občany, aby věnovali pozornost varovným známkám onemocnění. „Příčinou pozdního nálezu nádoru jsou na straně pacienta i lékaře – STRACH, NEDŮVĚRA, NEPOUČENOST.“ (Skála, Dienstbier et al., 2012, s. 20)

Varovné známky u kolorektálního karcinomu jsou: nadýmání, pocit plnosti, bolesti a křeče v břiše, střídání zácpy a průjmu, ztráta hmotnosti, slabost, krvácení z konečníku, bolestivé vyprazdňování střeva, mimovolný únik stolice, přítomnost krve a hlenu ve stolici, stolice odcházející v úzkém proužku, častý bolestivý odchod větrů. (Řiháčková, Židlický 2009, s. 33-34)

„Aby byla sekundární prevence laiky pochopena a akceptována, potřebuje silnou osvětu a mediální podporu. Aby byla přijata lékaři, musí existovat motivace odborná, profesionální i ekonomická.“ (Seifert et al., 2015, s. 42)

4.2.1 Screening kolorektálního karcinomu

Screening kolorektálního karcinomu patří do programu WHO, která stanovila své požadavky a ty byly doporučeny Radou Evropské unie (2003/878/EC). V České republice je zahájení programu 1. 7. 2000 spojeno se jmény našich předních gastroenterologů – prof. Přemysl Frič, prof. Miroslav Zavoral. 1. 1. 2014 jsou naplněny požadavky populačního screeningu zavedením adresného zvaní osob z cílové skupiny populace a také mediální kampaní, která celý proces doprovází. Občané ve věku 50-70 let jsou formou dopisu pozváni do ordinací praktických lékařů nebo gynekologů. Lékaři jsou připraveni provést příslušné vyšetření. Praktičtí lékaři díky svému celoživotnímu vzdělávání mohou poskytnout dostatek znalostí, informací o kolorektálním karcinomu a screeningovém procesu.

„Česká republika zavedením populačního screeningu opět zachytila tempo, kterým se v Evropě rozbíhá screening kolorektálního karcinomu, a vrací se na přední místo, které jí náleží.“

„Současné strategie screeningu kolorektálního karcinomu jsou: vyšetření TOKS (test na okultní krvácení do stolice) v 1-2letém intervalu, v případě jeho positivity kolonoskopie (doporučená strategie v Evropském kodexu proti rakovině), kolonoskopie jedenkrát za život nebo v intervalu 10 let (preferovaná strategie Americké gastroenterologické společnosti), vyšetření TOKS jedenkrát ročně a flexibilní sigmoidoskopie každých 5 let (alternativní strategie Americké gastroenterologické společnosti).“ (Seifert et al., 2015, s. 49)

4.2.1.1 Používané metody screeningu

Test na okultní – skryté krvácení do stolice (dále jen TOKS): v současné praxi jsou k dispozici testy imunochemické a na bázi guajakové pryskyřice. Jsou prováděny v pravidelných intervalech jednou za rok /50-55 let/ nebo jednou za dva roky /55let a více/. Pokud je v rodině familiární nebo genetické riziko, začíná se dříve. Testy se používají na celém světě a tvoří základ screeningového programu. „TOKS je testem, který v asymptomatické nízkorizikové populaci pomáhá vyhledávat jedince vhodné k diagnostickému programu. Pozitivní test je indikací k totální kolonoskopii.“ (Seifert et al., 2015, s. 52)

Dalším doporučeným testem se v roce 2008 stalo vyšetření kyseliny deoxyribonukleové /DNA/ ve stolici.

Mezi zobrazovací metody patří kolonoskopie – endoskopické vyšetření konečníku a tlustého střeva, o kolonoskopickém screeningu v intervalech deseti let se předpokládá, že může zabránit úmrtím u 76-90 % nádorů, sigmoidoskopie – endoskopické vyšetření distální části konečníku, v délce 40-50cm od řitního svěrače, kapslová endoskopie – vyšetření tlustého střeva pomocí endoskopické kapsle, podezřelý nebo patologický nález je indikací ke kolonoskopii, virtuální kolografie – využívá počítačovou tomografii nebo magnetickou rezonanci a v tomto případě není možné provádět instrumentální zákroky na střevě.

Provádění vyšetřovacích metod vyžaduje spolupráci pacienta s lékařem, sestrou v ambulantní péči. Zde dochází k potřebné edukaci pacienta. Ta je zaměřena na vědomosti, dovednosti a postoje jedince. (Juřeníková 2010, s. 10-11)

Pacient musí být informován přiměřeně svému věku a chápání, v klidném, ničím nerušeném prostředí. U vyšetření stolice na okultní krvácení dostává domů zkumavku pro odběr materiálu, kterou následně vrací do ambulance. Zkušenosti lékařů s návratností a správným provedením jsou různé. Situace, kdy je nutné test opakovat z důvodu ztráty, zapomenutí, špatného provedení, nejsou výjimečné. Celý proces je dlouhodobý a neustále se opakující soubor intervencí.

4.3 Terciární prevence

Terciární prevence neboli dispenzarizace znamená sledování. Pacienti, kteří jsou nebo byli onkologicky léčeni, musí být doživotně sledováni. Léčba může být úspěšná, a přesto se v určitém procentu objevují recidivy primárního nádoru, pozdní metastázy, pozdní komplikace nebo pozdní následky v podobě sekundárních nádorů. U některých pacientů dochází k založení stomie, což s sebou přináší nutnost psychologické podpory a edukace v péči o stomii. V životě těchto pacientů dochází k velkým změnám a nedílnou součástí prevence je pomoci jim se s těmito změnami vyrovnat. Celý zdravotnický tým pomáhá pacientovi pochopit, že i se stomií se dá žít plnohodnotný život. Terciární prevence dále monitoruje psychosociální problémy vyléčených pacientů a cílem je předcházet škodám, které mohou být způsobeny v důsledku terapie či nádorového onemocnění.

4.4 Kvartérní prevence

„Kvartérní prevence znamená identifikaci a předcházení důsledkům progredujících a nevléčitelných chorob a poruch, optimalizaci zbytkových funkcí a kvality života.“ (Seifert et al., 2015, s. 45)

U pokročilých, nevléčitelných případů nádorových onemocnění se může zdát uvažování o prevenci nezvyklé, ale i zde je na místě preventivní myšlení a preventivní postupy. Vše se uplatňuje jak v somatické, tak i psychické a sociální oblasti. Lidé nevléčitelně nemocní nádorovým procesem mají dostat možnost včasné konzultace s algeziologem a onkologem s orientací na paliativní medicínu. Dle potřeb každého nemocného je nutné zajistit včasnou psychologickou, duchovní či sociální podporu.

Hospice v naší republice přináší komplexní péči o nevléčitelně nemocné a umírající. Přináší formu paliativní péče pro potřebné. „Slovo paliativní lze volně přeložit jako útěšná. Léčí bolest tělesnou, bolest psychickou, bolest sociální i bolest spirituální,“ říká zakladatelka prvního hospice v naší republice Marie Svatošová.

„Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních.“ (Munzarová, 2005, s. 62)

5 ÚLOHA SESTRY

Úlohou sestry je poskytnout pacientovi komplexní ošetrovatelskou péči. Jejím cílem je udržet optimální zdravotní stav pacienta a snaha o zlepšení kvality života zůstává nedílnou součástí práce sestry. Dále svou péči zaměřuje na podporu pacienta v získávání nezávislosti a soběstačnosti. Předává pacientovi vědomosti, velkou míru pochopení a porozumění. Získává si důvěru klientů a jejich blízkých. V případě potřeby zmírňuje utrpení a zabezpečí důstojné umírání. Využívá holistický přístup ke každému pacientovi a jeho rodině. Výsledkem holistického přístupu může být převzetí zodpovědnosti za vlastní zdraví. „Koncepce holismu aplikovaná na klienty a jejich zdraví zdůrazňuje skutečnost, že sestry musí brát na zřetel osobu jako celek v její bio-psycho-sociální jednotě.“ (Trachtová et al., 1998, s. 9)

Role sestry je obrovská a nezastupitelná ve své rozmanitosti. Všeobecná sestra je ošetrovatelkou, nositelkou změn, edukátorkou, poradkyní, obhájkyní, manažerkou, dokáže pacienta vyslechnout a projevit svou účast, působí v oblasti výchovy a vzdělávání pacientů a široké veřejnosti. „Holistické ošetrovatelství klade důraz na holistickou filozofii, ošetrovatelské teorie, výzkum, soběstačnost, komunikaci, léčebné prostředí a edukaci.“ (Magurová, Majerníková, 2009, s. 81)

Pacient je provázen všeobecnou sestrou v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Sem přechází od praktického lékaře pro děti a dorost. Lékař a sestra se tak stávají součástí jeho života a dále jej provází až do jeho smrti. Pacient, sestra a lékař by měli být spojenci na společné cestě. Sestra si získává důvěru pacientů, vytváří klidnou atmosféru v rámci jednotlivých návštěv. Využívá času, který má k dispozici, k edukaci klienta, k poskytování informací, vysvětlování a vzájemnému rozhovoru. Stává se oporou ve chvílích sdělování závažných diagnóz, kdy pacient potřebuje podporu, radu, empatii.

Od praktického lékaře je klient poslán na další vyšetření, která jsou nezbytná ke stanovení konečné diagnózy. Ve specializovaných ambulancích a v nemocničním prostředí se opět klient setkává se všeobecnou sestrou, která ho dále provází a je mu oporou. K pacientům přistupuje s trpělivostí a porozuměním. Mnohdy jsou lidé vystrašení, nevědí, co je čeká, bojí se nemocničního prostředí. Je třeba mít na mysli, že každá nemoc zasahuje nejen do biologické, ale i do sociální a psychologické oblasti člověka a ten přichází jako jedinečná osobnost.

5.1 Edukační činnost sestry

„V posledních desetiletích se výchovně vzdělávací činnosti zdravotníků přikládá velký význam. Ukázalo se, že pokud je pacient, popřípadě členové jeho rodiny, kteří se podílejí na ošetrovatelské péči, informován o svém zdravotním stavu a je obeznámen s léčebným režimem na odpovídající úrovni, je mnohem vyšší pravděpodobnost, že bude léčebný proces efektivní.“
(Svěráková 2012, s. 7)

Na relativně zdravou populaci je směřována primární prevence, kde sestra vzdělává pacienta a výchovně na něj působí. Sekundární a terciární prevence jsou rovněž velkou možností pro sestru v oblasti edukace. Edukaci můžeme chápat jako celoživotní rozvíjení každého jedince, působením zdravotníků, institucí, zájmovým vzděláváním. Cílem všeobecné výchovy je harmonický rozvoj dispozic a vrozených vloh, které jsou člověku dané. Harmonicky rozvinutá osobnost má optimálně nastavenou tělesnou i duševní stránku. Opakem je disharmonie a s ní související disharmonická osobnost. Hlavním cílem edukace je získat pacienta pro aktivní spolupráci, podílení se na prevenci, léčbě, rekonvalescenci a dosáhnout u něj pozitivních změn v myšlení, postojích, životních hodnotách, návycích. „Potřeba učení je motivem a požadavkem na změnu chování a postojů, je mezerou mezi informací, kterou jedinec má, a informací, kterou potřebuje získat. V ošetrovatelství se potřeba učení uspokojuje prostřednictvím edukace.“
(Magurová, Majerníková, 2009, s. 81)

Pojem edukace pochází z latinského slova *educare*, které znamená vést vpřed, vychovávat. Snahou sestry je tedy pacienta správně vést a vychovávat. Poskytnout dostatek informací na adekvátní úrovni, pomoci se v nových pojmech správně zorientovat, pochopit podstatné a zařadit to do každodenního života. Tato pomoc je velice důležitá, neboť se zaváděním nových vyšetřovacích, léčebných a preventivních postupů může být pro pacienta dosti složité se v dané situaci zorientovat. Jak již bylo řečeno, sestra má mnoho rolí, které musí být schopna zastávat. S těmito rolemi a ošetrovatelstvím je spojená etika, která vychází z cílů oboru. Etické normy se vztahují ke všem rolím sestry. Sestra usiluje o uspokojení potřeb pacienta, mezi které patří i informovanost, lidská zkušenost a schopnost tvořivě jednat.

Sestra má přímou zodpovědnost, která je spojená s plněním povinností ve vztahu k pacientovi. Z této zodpovědnosti vychází jeden z etických principů ošetrovatelství. Je to povinnost podporovat zdraví, předcházet nemoci, navracet zdraví a zmírňovat utrpení.

Další principy spojené s etickou povinností sestry jsou například důvěryhodnost, pravdivost, spravedlnost. V rámci ošetřovatelství, a tudíž i edukace, je třeba dodržovat zásady, které souvisí s respektováním, úctou a lidskou důstojností. (Magurová, Majerníková, 2009, s. 77)

Pokud se kdokoli podílí na edukaci, měl by mít nejen komunikační znalosti, ale i dovednosti. Správně vedená komunikace má obrovský vliv na efektivitu celého edukačního procesu. Jednou ze stran zúčastněných v komunikaci je edukátor – mluvčí. Je zdrojem sdělení, které vysílá k edukantovi – posluchači, který zprávu přijímá a nějakým způsobem na ni reaguje, zprávu takzvaně dekóduje. Vše probíhá v určitém prostoru, za určitých podmínek. Není výjimkou, že dojde k takzvaným komunikačním šumům neboli informačním zkreslením. Ty mohou být způsobeny například únavou, nepozorností, bolestí pacienta. Je tedy důležité edukační proces přizpůsobit dané situaci, popřípadě konkrétní edukaci odložit.

Nejčastější dělení komunikace je na verbální (komunikace slovem, písmem a dalšími symboly) a nonverbální (komunikace bez užití slov). Při správně vedené komunikaci s pacientem musíme vědět a dodržovat: *co* chceme říci; rozhodujeme, *kdy* informaci sdělit, měli bychom dobře načasovat vhodnou chvíli; zvolit správné *místo* pro sdělení; musíme se rozhodnout, *jak* nejvhodněji informaci podat; uvědomit si, že informace, které jsou jasné nám, nemusejí být jasné druhému; nekomplikovat své sdělení – mluvit zřetelně a srozumitelně; přizpůsobit tempo a tón řeči pacientovi; sledovat reakce pacienta; bereme v úvahu pocity pacienta; v přiměřené míře udržujeme oční kontakt a kontrolujeme své neverbální projevy; pacient musí dostat možnost dostatečně se vyjádřit; průběžně kontrolujeme, zda pacient informaci přijal, pochopil.

„Jde o *spojení* mezi dvěma či více subjekty. Jsou-li jimi sestra a pacient, pak prvním pravidlem takového spojení je, že nesmí být jednosměrné, že musí probíhat v obou směrech, i když pochopitelně vzhledem k rozmanitosti okolností v různé míře.“ (Honzák 1999, s. 12)

Hlavní principy komunikace každého z nás se sebou samým i s okolím dle Honzáka jsou: vlídnost, otevřenost, tolerance, poctivost, autenticita, nezkreslování informace ani záměrů, jasnost, srozumitelnost a v neposlední řadě i přijetí sebe i druhého jako hodnotné osobnosti. Kromě zkušeností a znalostí z oblasti komunikace sestry v holistickém pojetí ošetřovatelského procesu využívá i poznatky z dalších vědeckých disciplín. Mezi nimi je pedagogika, která nabízí postupy k výchově a vzdělávání pacientů a je základním kamenem edukační činnosti.

Dále pak psychologie a poznatky, že se na procesu učení podílejí psychické funkce, které rozdělujeme na kognitivní (poznávací), emoční (citové, pocity), motivační. Z dalších disciplín je to sociologie a etika. (Honzák 1999, s. 158)

Edukaci dělíme na základní, reedukační (pokračující), komplexní. Základní edukace zahrnuje předání nových informací, vědomostí, dovedností a motivaci klienta. Reedukaci navazujeme na předchozí edukaci a vše dále prohlubujeme. Pokud jedinec dostává ucelené informace v jednotlivých fázích, hovoříme o edukaci komplexní.

Proces edukace se dělí na několik fází: fáze počáteční pedagogické diagnostiky, fáze projektování, fáze realizace, fáze upevňování a prohlubování učiva, fáze zpětné vazby. V první fázi sestra získává od pacienta potřebné informace, které hodnotí, posuzuje, zjišťuje edukační potřeby pacienta. Ve druhé fázi sestra plánuje cíle, musí zvolit nejvhodnější formu a metody edukace. Ve třetí fázi (realizace) je na prvním místě motivace edukanta a jeho aktivní zapojení. Získané vědomosti a dovednosti je nutné dále procvičovat, aby došlo k fixaci učiva. V dalším kroku je vše prověřováno a testováno sestrou, která zjišťuje úroveň získaných vědomostí a dovedností. Pokud došlo k získání vědomostí a dovedností, měl by pacient vše umět náležitě použít. Čtvrtá fáze je nezastupitelnou součástí celého procesu. Zahrnuje opakování a procvičování, abychom dosáhli žádané fixace osvojeného učiva. Ve fázi zpětné vazby hodnotíme výsledky edukovaného pacienta i své vlastní.

Edukační cíle, jejich správné a přesné formulování, přispívají k dobře naplánované edukační činnosti sester. Každý zdravotník by měl přesně vědět, o jakou změnu u pacienta usiluje v oblasti vědomostí, dovedností, hodnotové orientace, návyků a postojů. Cíle dělíme na krátkodobé (etapové), dlouhodobé (finální), nižší a vyšší. Cíle kognitivní zahrnují schopnost pacienta vybavit si pojmy, metody, termíny, porozumět sdělení, proniknout ke struktuře sdělení, skládat jednotlivé prvky, posuzovat dokumenty, výtvary. Afektivní cíle zahrnují oblast vytváření postojů, názorů, hodnot. U edukantů se pozornost zaměřuje na určité podněty, zvyšuje se jejich zájem o daný jev, chování edukantů vykazuje stabilitu. Hodnota, o kterou je usilováno, je edukantem začleňována do systému ostatních hodnot. Pokud k požadovanému chování dojde bez emocionálního podnětu, mluvíme o nejvyšším stupni dané hierarchie. Pomocí psychomotorických cílů dochází k osvojení motorických zručností a návyků. Nejdříve edukant

pozoruje a začíná napodobovat. Postupným zdokonalováním dojde pacient až k samostatnému vykonávání činnosti koordinovanými a přesnými pohyby s minimálním vynaložením energie při maximálním výkonu. Podmínkou správně stanovených cílů je jejich přiměřenost, jednoznačnost, kontrolovatelnost, konzistentnost a komplexnost. (Juřeníková 2010, s. 27-30)

Edukační plán musí obsahovat *stanovení priorit* – sestra dle důležitosti edukačních témat sestaví jejich pořadí, *cíle* ve všech zmíněných oblastech – kognitivní, afektivní a psychomotorické, zvolené *edukační metody* a *obsah edukace, harmonogram, organizaci, pomůcky a vyhodnocení výsledků*.

V rámci edukace sestra dodržuje didaktické zásady. K těm hlavním patří zásada názornosti – edukant by měl mít možnost určité jevy vnímat zrakem a dalšími smysly. „Co slyším, to zapomenu. Co vidím, to si pamatuji. Co si vyzkouším, tomu rozumím.“ (Konfucius)

Zásada spojení teorie s praxí – pokud se edukantovi podaří získané vědomosti a dovednosti uplatnit v praxi, získáváme pozitivní motivační činitele pro další edukaci. Další zásada je poskytovat edukantům informace, které jsou v souladu s nejmodernějšími poznatky. Zásada přiměřenosti – postupujeme od jednoduššího ke složitějšímu. Zásada vědeckosti – edukátoři by se měli ve svém životě soustavně vzdělávat. Zásada aktuálnosti – edukujeme v rámci uspokojení aktuálních edukačních potřeb. Zásada zpětné vazby – v průběhu prováděné edukace získáváme informace o úrovni pochopení, porozumění, zapamatování si, praktických činnostech edukanta. Zásada uvědomělosti a aktivity – edukant by měl sám cítit potřebu aktivně se zapojit. V této zásadě hraje velkou roli vnitřní i vnější motivace. Zásada individuálního přístupu – vždy postupujeme s ohledem na celkový stav pacienta, na individuální potřeby, osobní zkušenosti, sociální prostředí, kulturní odlišnosti. Zásada soustavnosti – vše by mělo probíhat v logické návaznosti. Zásada trvalosti – usilujeme o uchování vědomostí a dovedností v dlouhodobé paměti. Zásada kulturního kontextu – při edukaci je důležité respektovat jednotlivé kultury, sociální skupiny a jejich zvláštnosti.

Edukace může probíhat formou individuální, skupinovou a hromadnou. Edukant s edukátorem mohou být v přímém kontaktu, pak hovoříme o přímé formě edukace. Dále mezi nimi nemusí být přímý kontakt a hovoříme o nepřímé formě. Výhody obou předchozích najdeme u formy smíšené.

Mezi nejčastěji používané metody edukace ve zdravotnictví patří přednáška, vysvětlování, instruktáž a praktické cvičení, rozhovor, diskuze, konzultace, brainstorming a práce s textem. Edukační metodu opět volíme s přihlédnutím k osobnosti, kterou budeme edukovat. Aby zvolená metoda byla dobrým mostem, který nás dovede k vytyčenému cíli, měla by respektovat zdravotní stav pacienta, jeho individualitu a prostředí. Učivo předkládané v názorné podobě splňuje didaktickou zásadu názornosti a materiály k tomuto účelu používané nazýváme didaktickými pomůckami a didaktickou technikou. Jedná se například o textové učební pomůcky, vizuální, auditivní, audiovizuální pomůcky a počítačové edukační programy a internet. Opět při volbě přihlížíme k osobnosti pacienta (zdravotní stav, věk).

Sestra – edukátorka si pro zvýšení kvality své práce provádí sebereflexi. Zhodnotí sama sebe, nastavuje zrcadlo sobě a své práci. Zamýšlí se nad proběhlou edukací, hodnotí své kroky, chyby, problémy a plánuje zlepšení. Z již řečeného je jasné, že edukační činnost je velmi náročná a důležitá oblast práce sestry. Po dobře odvedené práci vzdělané a správně připravené sestry mohou zůstat pacienti, kteří se aktivně podílejí na udržení či zlepšení svého zdraví. Pokud se tímto směrem odvíjí cesta edukační činnosti, zaznamená obrovský přínos jak jednotlivec, tak celá naše společnost.

6 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

Dle Světové zdravotnické organizace zdravotní gramotnost (dále jen ZG) představuje: „ (...) kognitivní a sociální dovednosti, které určují motivaci a schopnost jedinců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je způsobem, který rozvíjí a udržuje zdraví.“ (Holčík 2010, s. 154)

Jednání o této definici probíhalo na páté konferenci světového kongresu. Zúčastnění chtěli definici rozšířit o všechny oblasti sociálního vývoje. Dále chtěli zahrnout do definice dovednosti, které sice mají pozitivní dopad na rozvoj zdraví, ale běžně do oblasti posilování zdraví nejsou přiřazovány. Zároveň vznikl návrh o nahlížení na zdravotní gramotnost jako na důležitý faktor zdraví populace. Výsledkem záměru je definice: „Zdravotní gramotnost je schopnost přijímat správná rozhodnutí mající vztah ke zdraví v kontextu každodenního života – doma, ve společnosti, na pracovišti, ve zdravotnických zařízeních, v obchodě i politice. Je to důležitá metoda zvyšující vliv lidí na své vlastní zdraví a posilující jejich schopnost získávat a využívat informace i přijímat a nést svůj osobní díl odpovědnosti.“ (Holčík 2010, s. 154)

Existují určité modely zdravotní gramotnosti. Díky nim si lépe představíme jednotlivé části. Můžeme si lépe uvědomit některé vazby, možnosti měření a hodnocení ZG. Nutbeamův model z roku 2000 je nejčastěji zmiňovaným modelem. Představuje tři roviny ZG.

Funkční zdravotní gramotnost

Tato ZG má za úkol rozšířit a prohloubit znalosti lidí. Zahrnuje tradiční zdravotnickou výchovu, letáky, brožury. Pacient je veden k přijímání stanovených opatření. Chybí zde posílení samostatnosti osobnosti. Takovéto pojetí je účinné např. při účasti na preventivních prohlídkách, očkování.

Interaktivní zdravotní gramotnost

Posiluje motivaci, odpovědnost a samostatnost. Zdravotníci jsou v roli poradců, kteří naznačují možnost volby. Předkládají přínosy a rizika jednotlivých činností.

Kritická zdravotní gramotnost

Smyslem je rozvinout u jedince takové schopnosti, aby se dokázal podílet na tvorbě zdravotně příznivého sociálního prostředí. Rozvíjí jednotlivé chování, sociálně a politicky zaměřené činnosti. Dochází nejen k poskytování informací, ale i k rozvoji komunikace o zdraví.

Úroveň ZG obyvatel každé země má velký vliv na profit celé společnosti. ZG ovlivňuje zdraví obyvatel, má nesporný vliv na náklady zdravotnického systému státu, nízká ZG může vést k ekonomickým ztrátám.

Získání schopností, dovedností a správných návyků je celoživotní proces. Již v dětském věku dochází k návykům, které jsou součástí chování jedince. Týkají se zdravého životního stylu, pohybové aktivity, potravin a jejich kvality, stravovacích zvyklostí v rodině. Většina návyků z dětství přetrvává do dospělosti a může tak negativně či pozitivně ovlivnit kvalitu zdraví a života každého jedince ve společnosti. Zájem o zdraví lze probudit již v malých dětech, které rodiče povedou k dostatečnému pohybu, kontrole a výběru potravin, zájmu o přírodu, k zájmu o zdravé prostředí kolem nás. Děti získají návyky příznivé pro jejich zdraví a další vývoj.

Kromě rodiny děti získávají informace například o zdravých potravinách již ve školkách a školách. Formou her nebo přednášek, které jsou věkově přizpůsobené. Program „Zdravá škola“ je ideálním příkladem. Jeho zásady jsou všeobecně známé a spousta škol se jimi řídí.

Na základních a středních školách je vyučován předmět - výchova ke zdraví. Důraz je zde kladen na pozitivní motivaci. Dětem nejsou udělovány zákazy a příkazy, ale dostávají informace např. o chutnosti zdravých potravin, o pohybu, který je příjemný, spojený s relaxací, uvolněním a je přirozenou součástí života. Děti se aktivně zapojují svými názory, projekty, hodiny jsou vedeny formou partnerského dialogu. Pedagogové seznamují děti s tím, co bylo ověřeno a co může přispět ke zdraví. Ideálním nástrojem pro výchovu v ruce pedagoga je příklad a opravdový zájem o děti a jejich zdraví.

Ve zdravotnickém systému jsou to lékaři, sestry a ostatní zdravotníci, kteří přispívají k rozvoji ZG. Kvalitní komunikace s pacienty a jejich příbuznými je nezbytnou podmínkou pro úspěšný rozvoj ZG. S komunikací by mělo jít ruku v ruce soustavné vzdělávání zdravotníků v této oblasti. V dorozumívání existují určité principy, při jejichž nesplnění bude vzájemná komunikace váznout. Ale pokud budeme pravidla znát a používat, vzájemná komunikace se nám tím usnadní. (Honzák 1999, s. 9)

„K rozvoji a k plnému využití zdravotní gramotnosti dochází vždy, když zdravotníci a občané /pacienti/ komunikují tak, že tomu obě zúčastněné strany rozumějí.“ (Holčík 2010, s. 153)

Dle Honzáka bychom mohli pravidla /nejen komunikace/ Britské královské společnosti všeobecných lékařů převzít doslovně i v našich podmínkách.

Informují nás o tom, že: „Lékař vytváří v ordinaci klidnou atmosféru umožňující přijmout pacienta a povzbuzuje pacienta k tomu, aby se svobodně vyjadřoval. Lékař aktivně zkoumá pacientův názor na problém a snaží se dosáhnout vysokého stupně souladu a shody mezi jeho pohledem a svým vlastním názorem. Dává najevo, že má o pacienta trvalý zájem. Poskytuje jasné a přiměřeně srozumitelné informace o službách, které je schopen zajistit. Lékař svým přístupem pomáhá pacientovi, aby si ujasnil či upřesnil skutečné důvody a příčiny, které ho přivedly do ordinace, pomáhá mu zvládnout problémy, zajišťuje výchovu v potřebných oblastech a nabízí pacientovi podporu nezbytnou pro zlepšení zdraví v širším slova smyslu.“ (Honzák 1999, s. 11)

S rozvojem zdravotní gramotnosti tedy souvisí rodinné prostředí, vzdělávací zařízení, kterými člověk během života prochází, zdravotnický systém, ale i sociální, kulturní a ekonomické faktory. Podle Holčíka je ZG všestranný pojem zahrnující složitě sociálně podmíněný přístup k poznatkům a údajům. Schopnost informace třídít, pochopit a využít v každodenním životě. Velký význam autor klade na rozvoj schopnosti zájmu a na převzetí určitého dílu odpovědnosti za zdraví své, svých blízkých i spoluobčanů. (Holčík 2010, s. 161)

Profesorka Kicbusch na svých internetových stránkách píše o závěrech rady spotřebitelů ve Velké Británii. Národní rada spotřebitelů zdůraznila nezbytnost přijetí odpovědnosti každého občana za své jednání v oblastech ZG, které rozdělila do tří skupin. Za prvé se jedná o orientaci ve zdravotnickém systému, za druhé je to aktivní péče o vlastní zdraví a do třetice jde o účast na rozhodování. Profesorka Kicbusch je známa po celém světě příspěvky k inovacím ve veřejném zdraví, v podpoře zdraví a zdraví na celosvětové úrovni. Je vyhledávanou mluvčí a poradkyní v politice a strategiích pro podporu zdraví na národní i mezinárodní úrovni. Úspěšně pracovala i v WHO. (www.ilonakicbusch.com, 2009)

Se zdravotní gramotností roste význam zdravotní výchovy, základní zdravotní péče a zdravotní a sociální péče o nemocné. Moderní vyšetřovací a léčebné metody nám dávají možnost pomoci pacientům vážně nemocným, ale smyslem ZG je, aby k onemocnění vůbec nedošlo, popřípadě aby se podařilo jeho propuknutí co nejvíce oddálit. Kniha profesora Žaloudíka *Vyhněte se rakovině aneb Prevence zhoubných nádorů pro každého* a publikace

Informovaný pacient od autorů Skály a Dienstbiera nám jasně dávají najevo, že si lékaři a vědečtí pracovníci uvědomují důležitost informovanosti a předcházení.

„Zdravotní gramotnost je nástrojem, příležitostí i úkolem. Je cestou k posílení role občanů v péči o sebe, o své zdraví i o zdraví svých blízkých. Nabízí možnost převzít větší část odpovědnosti za vlastní životní i zdravotní osud. Základní podmínkou rozvoje každého státu i národa je vychovat z dětí zdravé, odpovědné a vzdělané občany.“ (Holčík 2010, s. 234)

7 EMPIRICKÁ ČÁST

7.1 Metodika výzkumu

V bakalářské práci byl použit smíšený přístup, ve kterém se kombinoval jak kvantitativní výzkum pomocí dotazníku, tak i kvalitativní výzkumná metoda pomocí rozhovoru. V rámci kvantitativního výzkumného šetření byl sestaven jeden dotazník pro muže i ženy různých věkových kategorií (příloha č.6), který obsahuje celkem 29 otázek. Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na problematiku kolorektálního karcinomu - na prevenci, životní styl, informovanost respondentů. Z celkového počtu bylo 21 otázek s výběrem jedné z několika variant (otázka: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28), 4 otázky výčtové s výběrem více možností z různých alternativ odpovědí (7, 10, 11, 23) a 4 polootevřené otázky s možností vlastní odpovědi respondenta (18, 19, 24, 29).

Před vlastním výzkumným šetřením byl proveden pilotní průzkum, který sloužil k ověření srozumitelnosti připravených otázek, posouzení grafické části dotazníku a ke zjištění průměrného času potřebného k vyplnění celého dotazníku. Zkušební vyplňování podstoupilo 10 respondentů z mého okolí. K dalším úpravám nedošlo, neboť k počtu otázek, jejich formulaci ani ke grafické úpravě nebyly ze strany respondentů připomínky. Čas vynaložený na vyplnění dotazníku byl 10 až 15 minut.

Výzkum probíhal se souhlasem praktického lékaře pro dospělé v soukromé ambulanci (leden a únor 2016). Dotazníky měli respondenti k dispozici na internetových stránkách příslušné ambulance. Další možností bylo vyplnění v tištěné podobě. Pacienty jsem osobně seznámila s účelem dotazníkového šetření, zaručila jsem každému anonymitu a zdůraznila dobrovolnost vyplnění. Oslovení pacienti ne vždy byli ochotni cokoli vyplňovat. Některým více vyhovovala elektronická forma, jiní preferovali formu tištěnou. Průměrně každý třetí až čtvrtý pacient nabídku na vyplnění dotazníku přijal. Výsledky byly zpracovány a vyhodnoceny pomocí programu Microsoft Excel v tabulkách a grafech.

Kvalitativní šetření bylo provedeno pomocí rozhovorů s lékařem a se sestrou příslušné ambulance. Cílem tohoto výzkumu bylo především zjistit názor lékaře i sestry na daná témata. Oba byli předem informováni o celém výzkumu a o použití získaných dat. Každý zodpověděl 6

otázek směřujících k prevenci KKK, spolupráci s pacienty, úloze sestry v edukaci a k ambulantní péči, adresnému zvaní pacientů v rámci prevence KKK a dalším nápadům ke zlepšení provozu ambulance. Lékař i sestra s rozhovory souhlasili bez výhrad. Oba se uskutečnily v únoru 2016.

7.2 Charakteristika výzkumného souboru – demografická data souboru

Celý výzkumný soubor byl rozdělen dle demografických charakteristik do několika kategorií.

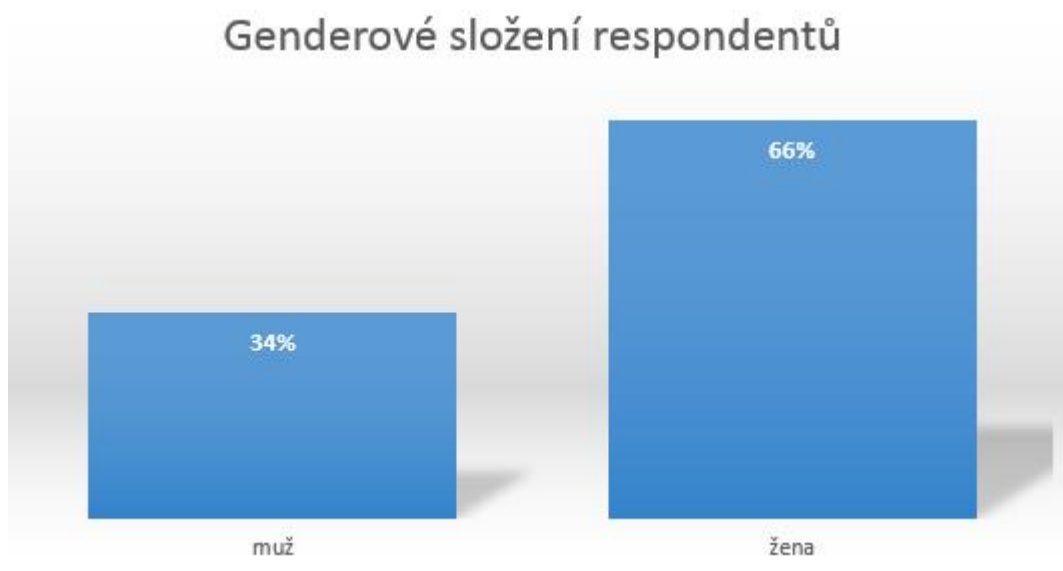
Tento výzkum se vztahoval na muže i ženy věkových kategorií 19-40, 41-60, 61 a více let. Konkrétní zastoupení mužů a žen znázorňuje tabulka a graf č. 1. Věkové zastoupení je vyjádřeno v tabulce a grafu č. 2. Rodinný stav a nejvyšší dosažené vzdělání respondentů znázorňují tabulky a grafy č. 3 a 4.

Otázka č. 1: Pohlaví respondentů

Tab. 1 Genderové složení respondentů

Pohlaví respondenta	Relativní počet	Absolutní počet
muž	34%	36
žena	66%	70
Celkem	100%	106

Graf 1: Genderové složení respondentů



Komentář:

Celkový počet 100 % představuje 106 respondentů. Z toho 34 % (36) mužů a 66 % (70) žen. Celkové zastoupení žen téměř o polovinu převyšovalo zastoupení mužů.

Otázka č. 2: Věk respondentů

Tab. 2: Věk

Věková škála	Relativní počet	Absolutní počet
19-40	32%	34
41-60	32%	34
61 a více	36%	38
Celkem	100%	106

Komentář:

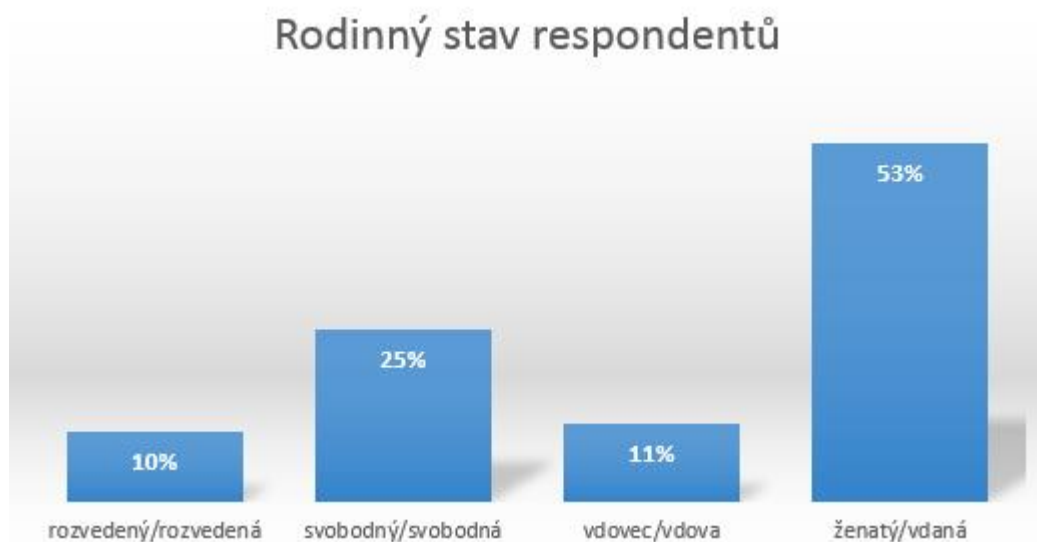
Z celkového počtu bylo ve věkové skupině 19-40 let 32 % (34) respondentů, ve věkové skupině 41-60 let také 32 % (34). Největší počet byl ve skupině 61 a více let, a to 36 % (38) respondentů. Počet respondentů v jednotlivých kategoriích byl velmi vyrovnaný.

Otázka č. 3: Rodinný stav respondentů

Tab. 3: Rodinný stav

Rodinný stav	Relativní počet	Absolutní počet
rozvedený/rozvedená	10%	11
svobodný/svobodná	25%	27
vdovec/vdova	11%	12
žnatý/vdaná	53%	56
Celkem	100%	106

Graf 2: Rodinný stav



Komentář:

Z celkového počtu byla nadpoloviční většina respondentů v kategorii ženatý/vdaná, a to 53 % (56 osob), druhá nejvýše zastoupená kategorie svobodný/svobodná dosáhla 25 % (27 osob) a ve zbývajících kategoriích bylo zastoupení téměř totožné – rozvedený/rozvedená 10 % (11 osob), vdovec/vdova 11 % (12 osob).

Otázka č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání

Tab. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání

Dosažené vzdělání	Relativní počet	Absolutní počet
základní	3%	3
vyučen/vyučena	25%	26
středoškolské s maturitou	39%	41
vyšší odborné	10%	11
vysokoškolské	24%	25
Celkem	100%	106

Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání



Komentář:

Z celkového počtu respondentů uvedlo 39 % (41 osob) nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou. Poměrně vyrovnané v % zastoupení zůstaly kategorie vyučen/vyučena, konkrétně 25 % (26 osob), a nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské uvedlo 24 % (25 osob).

V kategorii vyšší odborné vzdělání se ocitlo 10 % respondentů (11 osob) a se základním vzděláním se do šetření zapojila 3 % z celkového počtu respondentů (3 osoby).

7.3 Výsledky výzkumného šetření

Otázka č. 5: Setkal/a jste se někdy s pojmem rakovina tlustého střeva?

Tab. 5: Znalost pojmu rakovina tlustého střeva.

Setkal/a jste se někdy s pojmem - rakovina tlustého střeva a konečníku?	Absolutní počet	Relativní počet
ano	100	94%
ne	6	6%
Celkem	106	100%

Graf 4: Znalost pojmu rakovina tlustého střeva.



Komentář:

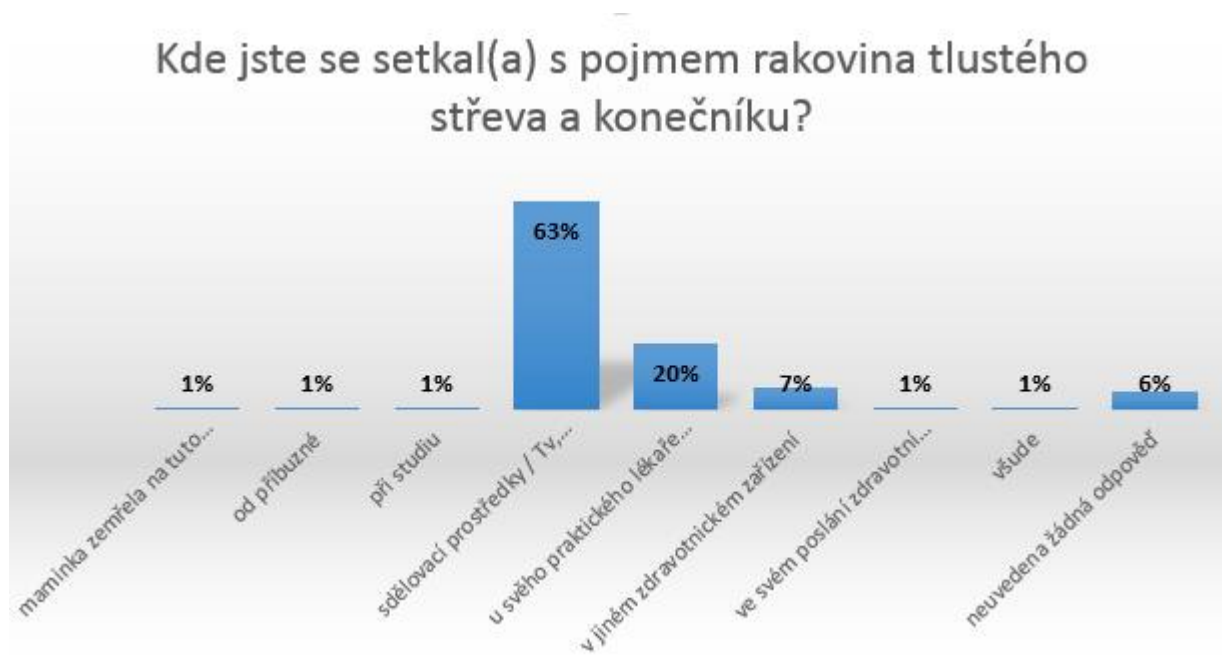
S pojmem rakovina tlustého střeva se setkalo celkem 94 % respondentů (100 osob) a záporně na tuto otázku odpovědělo 6 % respondentů (6 osob).

Otázka č. 6: Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a kladně, uveďte, kde jste se s pojmem rakovina tlustého střeva setkal/a.

Tab. 6: Zdroje informací o KRK

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a kladně, uveďte kde.	Relativní četnost	Absolutní četnost
maminka zemřela na tuto nemoc	1%	1
od příbuzné	1%	1
při studiu	1%	1
sdělovací prostředky / Tv, rádio, noviny/	63%	67
u svého praktického lékaře pro dospělé /lékař, sestra	20%	21
v jiném zdravotnickém zařízení	7%	7
ve svém poslání zdravotní sestry	1%	1
všude	1%	1
neuveдена žádná odpověď	6%	6
Celkem	100%	106

Graf 5: Zdroje informací o KRK



Komentář:

Respondenti, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně, udali v této části zdroj svých informací. Nejvíce zmíněným zdrojem byly sdělovací prostředky - 63 % a praktický lékař pro dospělé - 20 %. Dalším zdrojem bylo jiné zdravotnické zařízení - 7 %. V malém zastoupení to

byli příbuzní - 1 % a studium - 1 %. Ve zbývajícím procentuálním zastoupení odpověď nebyla získána, neboť na předchozí otázku tito respondenti odpověděli záporně.

Otázka č. 7: Označte alespoň dva příznaky, kterými se podle Vás rakovina tlustého střeva a konečníku projevuje.

Tab. 7: Informovanost respondentů o příznacích KRK

Označte alespoň dva příznaky, kterými se podle Vás rakovina tlustého střeva a konečníku projevuje	Relativní četnost	Absolutní četnost
přítomnost krve ve stolici	91%	96
střídání zácpy a průjmu	58%	62
úbytek na tělesné váze	42%	45
přítomnost hlenu ve stolici	31%	33
bolesti v zádech	3%	3
porucha močení	2%	2

Graf 6: Informovanost respondentů o příznacích KRK



Komentář:

V této otázce měli respondenti vybrat z několika nabízených možností alespoň dvě varianty. Většina správně uvedla přítomnost krve ve stolici - 91 % (96 osob), střídání zácpy a průjmu 58 % (62 osob), úbytek na hmotnosti zvolilo 42 % (45 osob) a přítomnost hlenu ve stolici

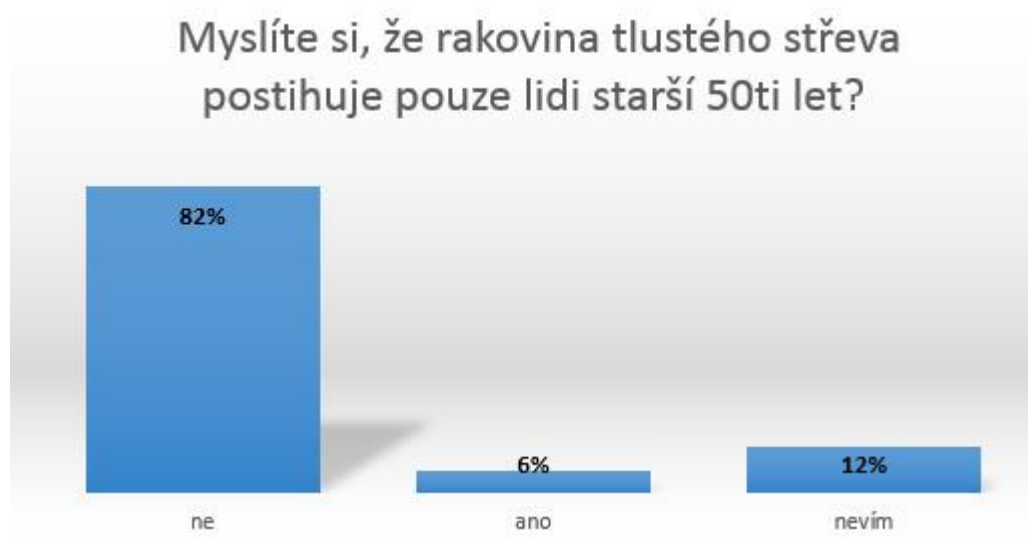
zaškrtno 31 % (33 osob). Malé procento lidí jako příznak rakoviny konečnicku uvedlo i bolesti v zádech, přesněji 3 % (3 osoby) a poruchu močení - 2 % (2 osoby).

Otázka č. 8: Myslíte si, že rakovina tlustého střeva a konečnicku postihuje pouze lidi starší 50 let?

Tab. 8: Informovanost respondentů o věkovém riziku spojeném se vznikem KRK, se zaměřením na pohlaví respondentů

Myslíte si, že rakovina tlustého střeva postihuje pouze lidi starší 50ti let?	Relativní četnost	Absolutní četnost
ne	82%	87
ano	6%	6
nevím	12%	13
Celkem	100%	106

Graf 7: Informovanost respondentů o věkovém riziku spojeném se vznikem KRK, se zaměřením na pohlaví respondentů



Komentář:

V této otázce většina dotazovaných odpověděla záporně - 82 % (87 osob). Rakovina tlustého střeva se podle většiny netýká pouze lidí starších 50 let. Malé procento, 6 % (6 osob), se domnívá, že ANO, a 12 % (13 osob) NEVÍ.

Otázka č. 9: Znáte rizikové faktory, které se podílejí na vzniku rakoviny tlustého střeva

Tab. 9: Informovanost respondentů o rizikových faktorech KRK

Znáte rizikové faktory, které se podílejí na vzniku rakoviny tlustého střeva a konečníku?	Relativní četnost	Absolutní četnost
ne	35%	37
ano	65%	69
Celkem	100%	106

Graf 8: Informovanost respondentů o rizikových faktorech KRK



Komentář:

Na otázku, zda respondenti znají rizikové faktory KRK, odpovědělo 65 % (69 osob) ANO a 35 % (37 osob) NE. Zhruba dvě třetiny dotazovaných uvádějí, že rizikové faktory znají, a zůstává jedna třetina respondentů, kteří o riziku nevědí.

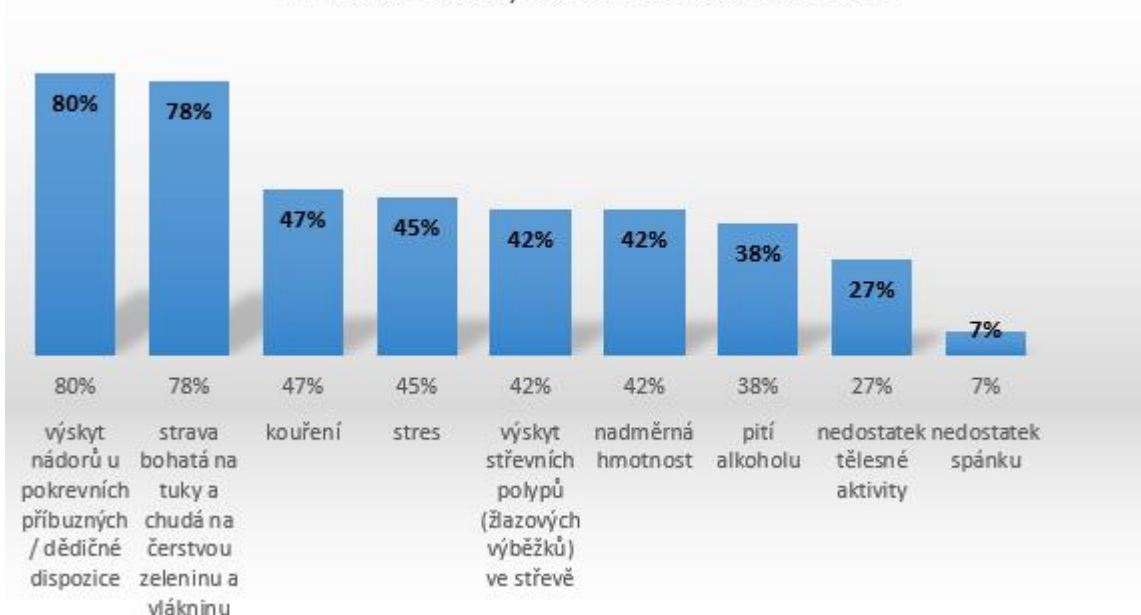
Otázka č. 10: Označte prosím čtyři rizikové faktory, které se podle Vás nejvíce podílejí na vzniku rakoviny tlustého střeva a konečníku.

Tab. 10: Informovanost respondentů o rizikových faktorech KRK

Označte prosím čtyři rizikové faktory, které se podle Vás nejvíce podílejí na vzniku rakoviny tlustého střeva a konečníku.	Relativní četnost	Absolutní četnost
výskyt nádorů u pokrevních příbuzných / dědičné dispozice	80%	85
strava bohatá na tuky a chudá na čerstvou zeleninu a vlákninu	78%	83
kouření	47%	50
stres	45%	48
výskyt střevních polypů (žlázových výběžků) ve střevě	42%	44
nadměrná hmotnost	42%	44
pití alkoholu	38%	40
nedostatek tělesné aktivity	27%	29
nedostatek spánku	7%	7

Graf 9: Informovanost respondentů o rizikových faktorech KRK

Označte prosím čtyři rizikové faktory, které se podle Vás nejvíce podílejí na vzniku rakoviny tlustého střeva a konečníku.



Komentář:

V této otázce měli respondenti označit 4 rizikové faktory KRK. Většina se domnívá, že rizikovými faktory KRK jsou dědičné dispozice, konkrétně 80 % (85 osob), potom následuje strava bohatá na tuky 78 % (83 osob), kouření ... 47 % (50 osob) a stres ... 45 % (48 osob). Dále

si méně než polovina respondentů - 42 % (44 osob) - myslí, že rizikovým faktorem je výskyt střevních polypů a nadměrná hmotnost. Pití alkoholu a nedostatek tělesné aktivity uvedlo kolem 30 % respondentů.

Otázka č. 11: Které z rizikových faktorů lze, podle Vás, ovlivnit životním stylem?

Tab. 11: Informovanost respondentů o možnostech ovlivnění rizikových faktorů

Které z rizikových faktorů lze, podle Vás ovlivnit životním stylem.	Relativní četnost	Absolutní četnost
strava bohatá na tuky a chudá na čerstvou zeleninu a vlákninu	80%	85
kouření	73%	77
pití alkoholu	62%	66
nadměrná hmotnost	60%	64
nedostatek tělesné aktivity	54%	57
stres	52%	55
nedostatek spánku	39%	41
výskyt nádorů u pokrevních příbuzných / dědičné dispozice	5%	5
výskyt střevních polypů /žlázových výběžků ve střevě	4%	4

Graf 10: Informovanost respondentů o možnostech ovlivnění rizikových faktorů



Komentář:

Respondenti měli možnost označit více možností rizikových faktorů, o kterých se domnívají, že je lze ovlivnit životním stylem. Nejvíce zastoupeny byly tyto rizikové faktory – strava bohatá na tuky u 80 % (85 osob), kouření 73 % (77 osob), pití alkoholu 62 % (66 osob), nadměrná hmotnost 60 % (64 osob), nedostatek tělesné aktivity 54 % (57 osob), stres 52 % (55 osob), nedostatek spánku 39 % (41 osob), někteří uvedli jako ovlivnitelné životním stylem i dědičné dispozice 5 % (5 osob) a výskyt střevních polypů 4 % (4 osoby).

Otázka č. 12: Byl/a byste ochoten/tna změnit částečně nebo úplně svůj životní styl, pokud Vám to lékař nebo sestra doporučí?

Tab. 12: Ochota respondentů změnit na doporučení životní styl, se zaměřením na pohlaví a věk

Byl/a byste ochoten/a změnit částečně nebo úplně svůj životní styl? Pokud Vám to lékař či sestra doporučí.	Absolutní počet	Relativní počet
ano	85	80%
nevím	21	20%
Celkem	106	100%

Graf 11: Ochota respondentů změnit na doporučení životní styl, se zaměřením na pohlaví a věk



Komentář:

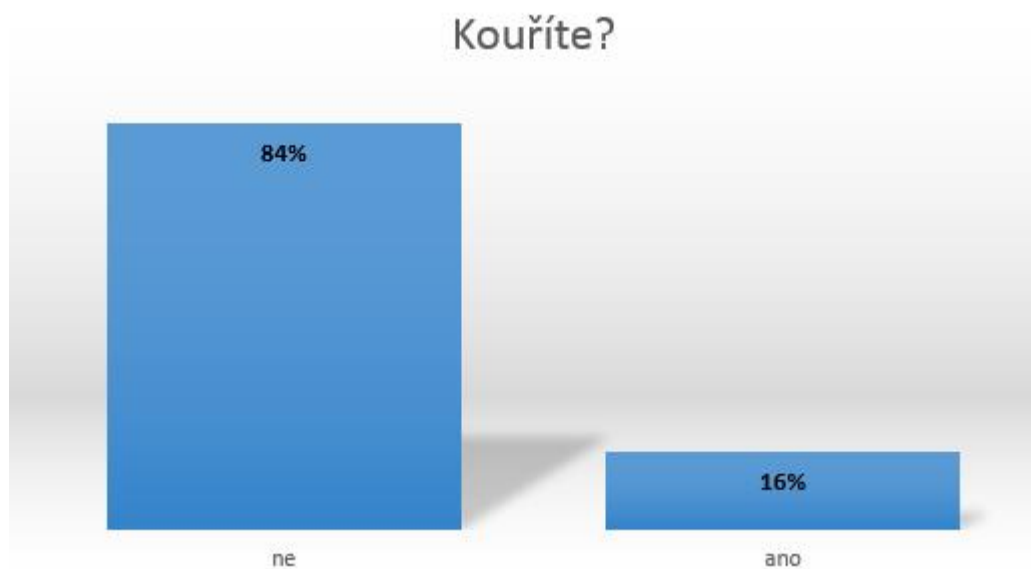
80 % (85 osob) se domnívá, že na doporučení lékaře nebo sestry by byli ochotni změnit svůj životní styl. Z celkového počtu pouze 20 % (21 osob) neví a žádný dotazovaný nevedl striktně NE.

Otázka č. 13: Kouříte?

Tab. 13: Počet kuřáků a nekuřáků

Kuřák/Kuřačka	Relativní počet	Absolutní počet
ne	84%	89
ano	16%	17
Celkem	100%	106

Graf 12: Počet kuřáků a nekuřáků



Komentář:

Většina respondentů na tuto otázku odpověděla záporně 84 % (89 osob). Kladně odpovědělo 16 % (17 osob) z celkového počtu.

Otázka č. 14: Jak často sportujete?

Tab. 14: Tělesná aktivita

Jak často sportujete? Počítá se tělesná aktivita alespoň 20minut.	Relativní počet	Absolutní počet
1krát týdně	23%	24
3krát týdně	22%	23
denně	15%	16
jednou až dvakrát za měsíc	15%	16
vůbec	25%	27
Celkem	100%	106

Graf 13: Tělesná aktivita



Komentář:

Vůbec nesportuje 25 % dotazovaných (27 osob), jednou až dvakrát za měsíc 15 % (16 osob), 1krát týdně 23 % (24 osob), 3krát týdně 22 % (23 osob) a denně 15 % (16 osob) z celkového počtu dotazovaných.

Otázka č. 15: Jak často konzumujete červené maso?

Tab. 15: Konzumace červeného masa

Jak často konzumujete červené maso?	Relativní počet	Absolutní počet
1krát týdně	34%	36
3krát týdně	20%	21
denně	1%	1
jednou až dvakrát za měsíc	36%	38
vůbec	9%	10
Celkem	100%	106

Graf 14: Konzumace červeného masa



Komentář:

Vůbec červené maso nekonzumuje 9 % (10 osob), jednou až dvakrát za měsíc 36 % (38 osob), 1krát týdně 34 % (36 osob), 3krát týdně 20 % (21 osob) a denně 1 % (1 osoba) z celkového počtu dotazovaných osob.

Otázka č. 16: Jak často konzumujete ovoce a zeleninu?

Tab. 16: Konzumace ovoce a zeleniny

Jak často konzumujete ovoce a zeleninu?	Relativní počet	Absolutní počet
denně	73%	77
3krát týdně	21%	22
1krát týdně	4%	4
jednou až dvakrát za měsíc	3%	3
Celkem	100%	106

Graf 15: Konzumace ovoce a zeleniny



Komentář:

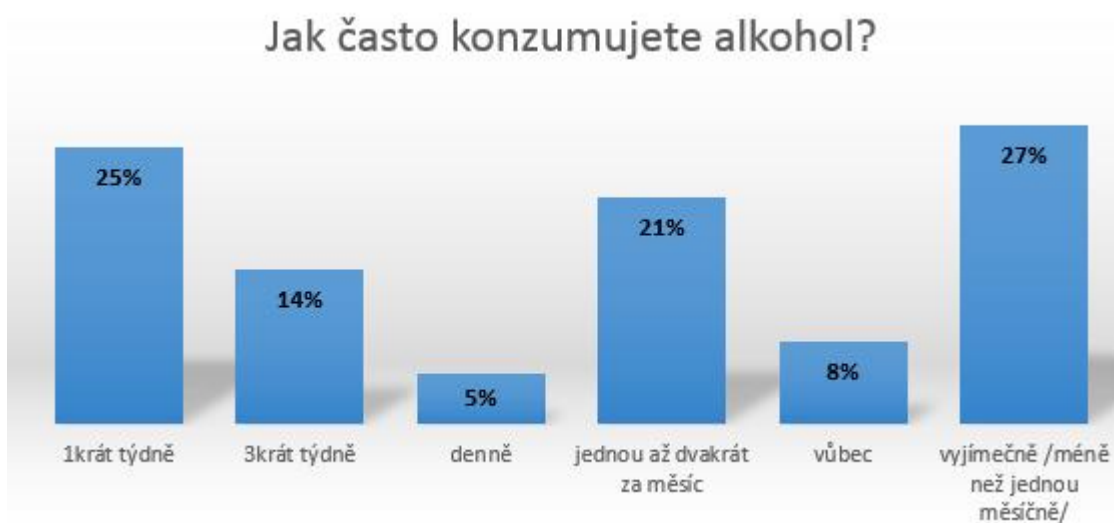
Denně konzumuje ovoce a zeleninu 73 % (77 osob) z celkového počtu respondentů. Za týden 3krát je to 21 % (22 osob), 1krát týdně 4 % (4 osoby) a jednou až dvakrát za měsíc 3 % (3 osoby) z celkového počtu.

Otázka č. 17: Jak často konzumujete alkohol?

Tab. 17: Konzumace alkoholu

Jak často konzumujete alkohol?	Relativní počet	Absolutní počet
1krát týdně	25%	27
3krát týdně	14%	15
denně	5%	5
jednou až dvakrát za měsíc	21%	22
vůbec	8%	8
vyjimečně /méně než jednou měsíčně/	27%	29
Celkem	100%	106

Graf 16: Konzumace alkoholu



Komentář:

Vůbec nekonsumuje alkohol 8 % (8 osob), výjimečně 27 % (29 osob), jednou až dvakrát za měsíc 21 % (22 osob), 1krát týdně 25 % (27 osob), 3krát týdně 14 % (15 osob) a denně 5 % (5 osob) z celkového počtu dotazovaných.

Otázka č. 18: Vypište, prosím, tři potraviny, o kterých se domníváte, že obsahují dostatek vlákniny.

Tab. 18: Informovanost respondentů o potravinách a vláknině

Vypište, prosím, tři potraviny, o kterých se domníváte, že obsahují dostatek vlákniny.	Relativní četnost	Absolutní četnost
ovoce	58%	61
zelenina	53%	56
luštěniny a obiloviny	49%	52
celozrnné výrobky	35%	37
ovesné vločky	17%	18
nevím	13%	14
ořechy	8%	8
mléko	5%	5
bílý jogurt	3%	3
sýry	2%	2
musli	2%	2
psyllium	2%	2
ryby	1%	1
maso	1%	1
Celkem	100%	106

Graf 17: Informovanost respondentů o potravinách a vláknině



Komentář:

V této otázce mohli respondenti uvést jaké potraviny podle nich obsahují dostatek vlákniny. Jako dostatečný zdroj vlákniny uvedlo ovoce 58 % (61 osob) z celkového počtu respondentů. Zeleninu uvedlo 53 % (56 osob), luštěniny a obiloviny 49 % (52 osob), celozrnné

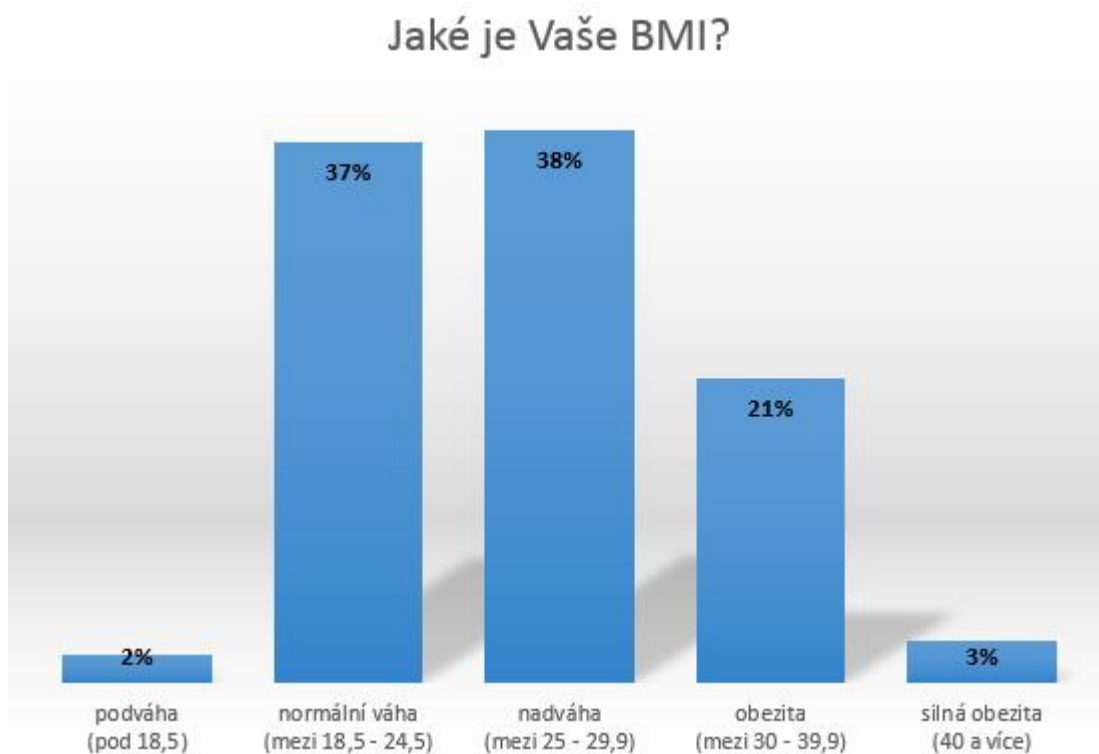
výrobky 35 % (37 osob), ovesné vločky 17 % (18 osob) z celkového počtu dotazovaných. NEVÍM udalo 13 % (14 osob), ořechy 8 % (8 osob), mléko 5 % (5 osob), bílý jogurt 3 % (3 osoby), 2 % (2 osoby) respondentů uvedlo sýry, musli a psyllium a 1 % (1 osoba) respondentů uvedlo jako zdroj vlákniny ryby a maso.

Otázka č. 19: Jaká je Vaše váha, výška? Popřípadě udejte Váš BMI.

Tab. 19: BMI

Jaké je Vaše BMI?	Relativní počet	Absolutní počet
podváha (pod 18,5)	2%	2
normální váha (mezi 18,5 - 24,5)	37%	39
nadváha (mezi 25 - 29,9)	38%	40
obezita (mezi 30 - 39,9)	21%	22
silná obezita (40 a více)	3%	3
Celkem	100%	106

Graf 18: BMI



Komentář:

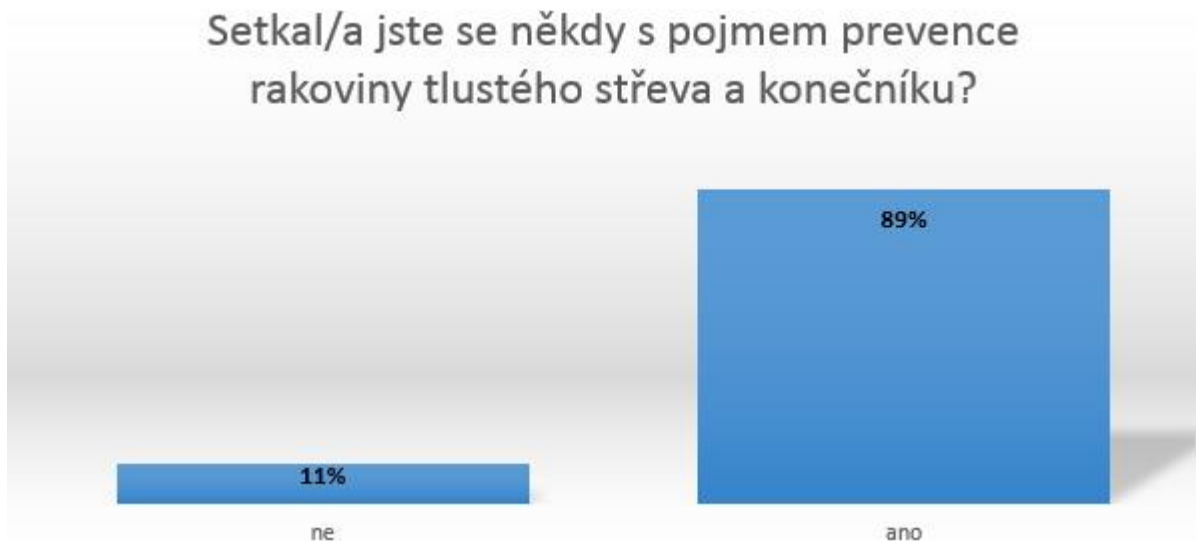
Při zjišťování BMI respondentů zůstala 2 % (2 osoby) v pásmu podváhy. V pásmu normální váhy je 37 % (39 osob), v pásmu nadváhy zůstalo 38 % (40 osob) respondentů. Obézních je 21 % (22 osob) a silně obézních 3 % (3 osoby) z celkového počtu dotazovaných.

Otázka č. 20: Setkal/a jste se někdy s pojmem prevence rakoviny tlustého střeva a konečníku?

Tab. 20: Informovanost respondentů o pojmu prevence KRK

Setkal/a jste se někdy s pojmem prevence rakoviny tlustého střeva a konečníku?	Relativní počet	Absolutní počet
ne	11%	12
ano	89%	94
Celkem	100%	106

Graf 19: Znázornění informovanosti respondentů o pojmu prevence KRK



Komentář:

S pojmem prevence KRK se setkala velká většina respondentů, až 89 % (94 osob) a 11 % (12 osob) respondentů se s tímto pojmem neseťkalo.

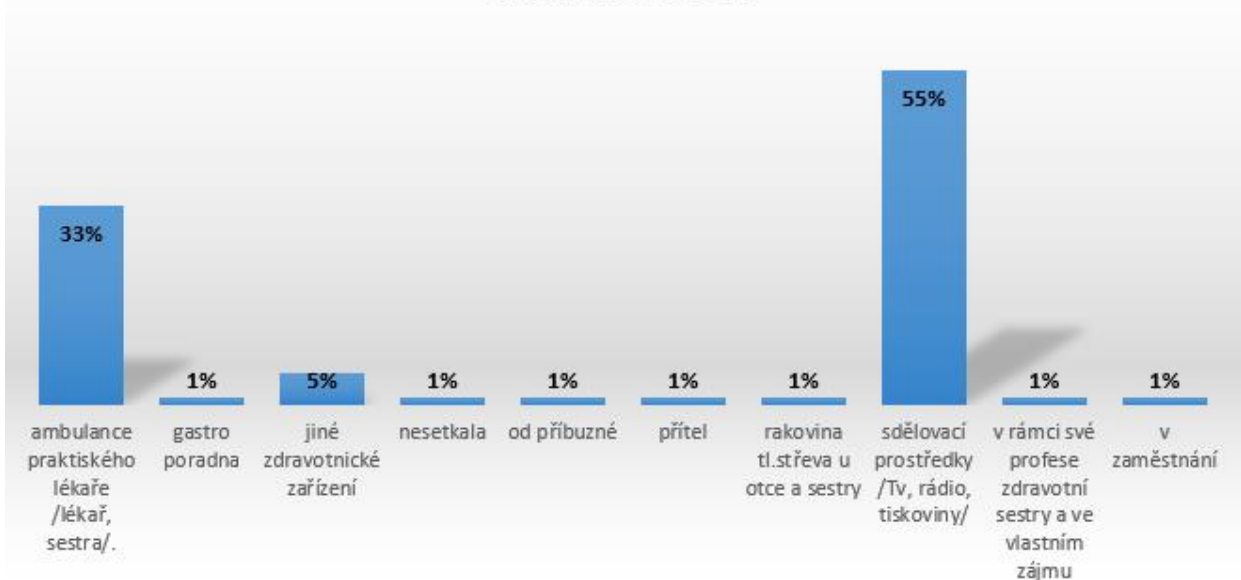
Otázka č. 21: Pokud ano, prosím, napište, kde jste se s pojmem prevence rakoviny tlustého střeva a konečníku setkali.

Tab. 21: Zdroje informací o prevenci KRK

Pokud ano, prosím napište kde.	Relativní četnost	Absolutní četnost
ambulance praktického lékaře /lékař, sestra/.	33%	31
gastro poradna	1%	1
jiné zdravotnické zařízení	5%	5
nesetkala	1%	1
od příbuzné	1%	1
přítel	1%	1
rakovina tl.střeva u otce a sestry	1%	1
sdělovací prostředky /Tv, rádio, tiskoviny/	55%	52
v rámci své profese zdravotní sestry a ve vlastním zájmu	1%	1
v zaměstnání	1%	1
Celkem	100%	95

Graf 20: Zdroje informací o prevenci KRK

Kde se respondent setkal s pojmem prevence rakoviny tlustého střeva



Komentář:

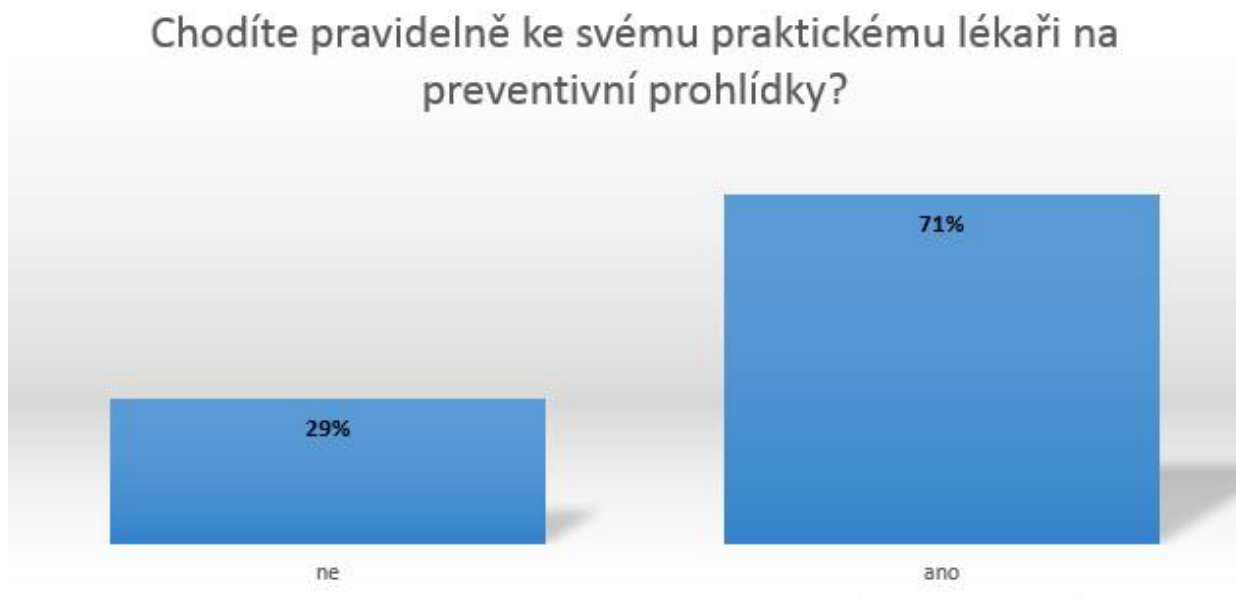
Více jak polovina dotazovaných uvedla jako zdroj informací o prevenci KRK sdělovací prostředky, a to 55 % (52 osob) z počtu 95, protože 11 osob zdroj svých informací neudalo. Ambulanci praktického lékaře uvedlo 33 % (31 osob) a jiné zdravotnické zařízení uvedlo 5 % (5 osob) z počtu 95 respondentů. V zaměstnání, v rámci své profese, od přítele, od příbuzných, v gastro poradně uvedlo 1 % (1 osoba).

Otázka č. 22: Chodíte pravidelně ke svému praktickému lékaři na preventivní prohlídky?

Tab. 22: Pravidelné preventivní prohlídky u praktického lékaře pro dospělé

Chodíte pravidelně ke svému praktickému lékaři na preventivní prohlídky?	Relativní počet	Absolutní počet
ne	29%	31
ano	71%	75
Celkem	100%	106

Graf 21: Pravidelné preventivní prohlídky u praktického lékaře pro dospělé



Komentář:

Na otázku, zda respondenti chodí pravidelně ke svému praktickému lékaři na preventivní prohlídky, 71 % (75 osob) uvedlo, že ANO. Zbývající dotazovaní uvedli NE - 29 % (31 osob) z celkového počtu.

Otázka č. 23: Víte, která vyšetření jsou součástí pravidelné preventivní prohlídky? Označte alespoň 3 možnosti.

Tab. 23: Informovanost respondentů o preventivních prohlídkách

Víte, která vyšetření jsou součástí pravidelné preventivní prohlídky? Označte alespoň 3 možnosti.	Relativní četnost	Absolutní četnost
biochemické vyšetření krve /glukóza cholesterol.../	71%	75
základní vyšetření moče	69%	73
vyšetření stolice na okultní krvácení	50%	53
vyšetření krevního obrazu	46%	49
fyzikální vyšetření lékařem	41%	43
EKG vyšetření	21%	22
vyšetření zraku	19%	20
vyšetření sluchu	14%	15
RTG vyšetření srdce a plic	9%	10
vyšetření pohybového aparátu	7%	7

Graf 22: Informovanost respondentů o preventivních prohlídkách



Komentář:

Za součást pravidelné preventivní prohlídky považuje 71 % (75 osob) respondentů biochemické vyšetření krve, 69 % (73 osob) základní vyšetření moče, 50 % (53 osob) vyšetření stolice na okultní krvácení, 46 % (49 osob) vyšetření krevního obrazu, 41 % (43 osob) fyzikální vyšetření lékařem, 21 % (22 osob) elektrokardiografické vyšetření srdce, 19 % (20 osob) vyšetření zraku, 14 % (15 osob) vyšetření sluchu, 9 % (10 osob) RTG vyšetření srdce a plic a 7 % (7 osob) se domnívá, že součástí pravidelné preventivní prohlídky je vyšetření pohybového aparátu.

Otázka č. 24: Které vyšetření je zaměřené na včasný záchyt nádorů tlustého střeva a konečníku?

Tab. 24: Informovanost respondentů o preventivních vyšetřeních KRK

Které vyšetření je zaměřené na včasný záchyt nádorů tlustého střeva a konečníku?	Relativní četnost	Absolutní četnost
nevím	20%	21
vyšetření stolice na okultní krvácení	72%	76
kolonoskopie	6%	6
základní vyšetření moče a krevního obrazu	1%	1
vyšetření konečníku pohmatem	1%	1
laparoskopie	1%	1
Celkem	100%	106

Graf 23: Informovanost respondentů o preventivních vyšetřeních KRK



Komentář:

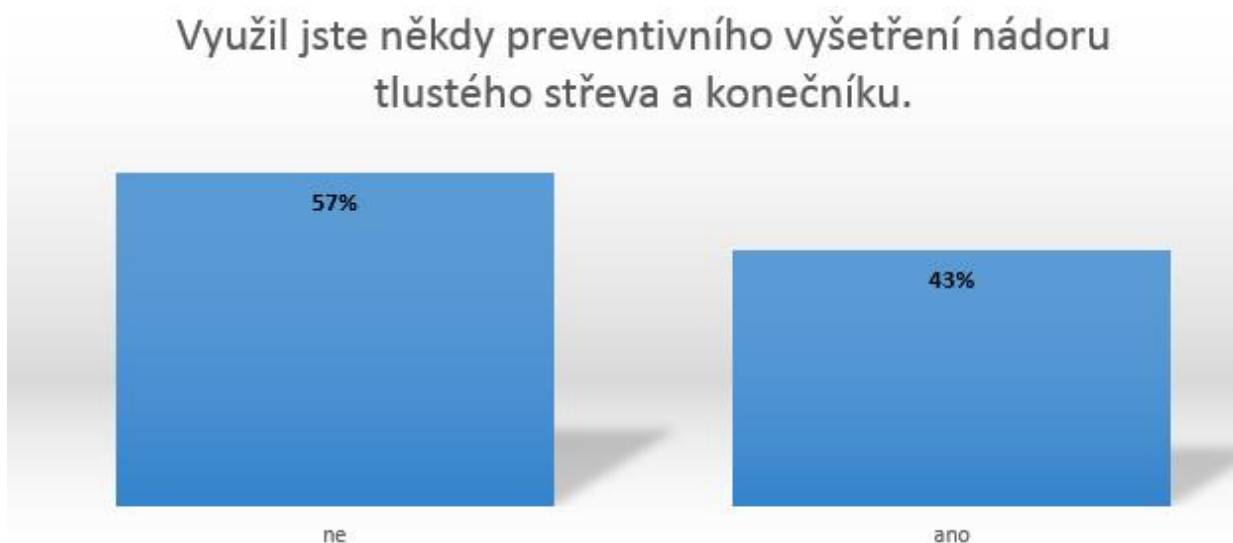
V této otázce měli respondenti prostor na svou vlastní odpověď. Většina 72 % (76 osob) jich správně uvedla vyšetření stolice na okultní krvácení, 20 % (21 osob) nevědělo, 6 % (6 osob) uvedlo kolonoskopické vyšetření. Malé procento respondentů uvedlo vyšetření moče a krevního obrazu, vyšetření konečníku a laparoskopii. Odpověděli všichni dotazovaní.

Otázka č. 25: Využil/a jste někdy preventivního vyšetření nádoru tlustého střeva a konečníku?

Tab. 25: Využití preventivních vyšetření KRK respondenty

Využil jste někdy preventivního vyšetření nádoru tlustého střeva a konečníku.	Relativní počet	Absolutní počet
ne	57%	60
ano	43%	46
Celkem	100%	106

Graf 24: Využití preventivních vyšetření KRK respondenty



Komentář:

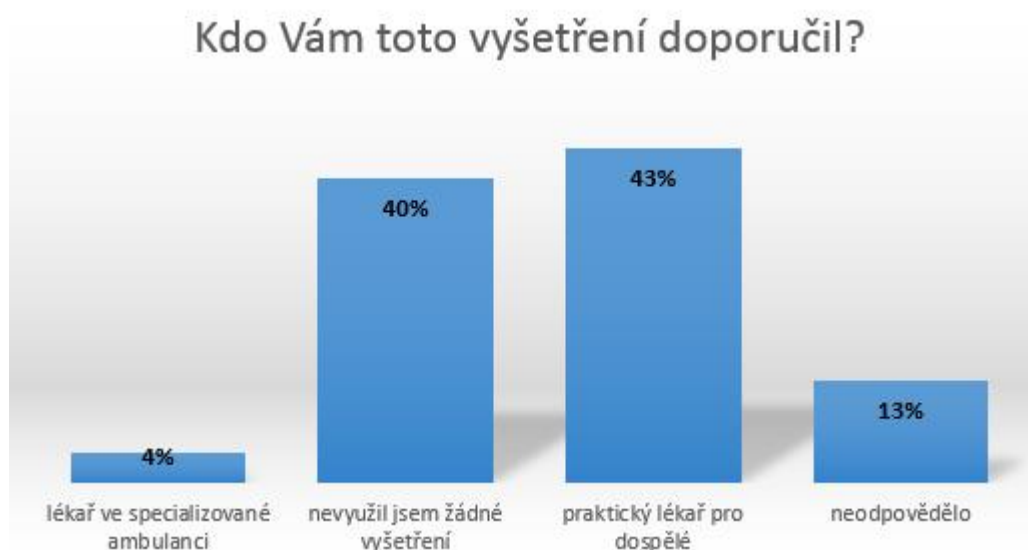
Preventivní vyšetření nádoru tlustého střeva a konečníku využilo 43 % (46 osob) a nevyužilo 57 % (60 osob) z celkového počtu respondentů.

Otázka č. 26: Kdo Vám toto vyšetření doporučil?

Tab. 26: Zdroj doporučeného preventivního vyšetření

Kdo Vám toto vyšetření doporučil?	Relativní četnost	Absolutní četnost
lékař ve specializované ambulanci	4%	4
nevyužil jsem žádné vyšetření	40%	42
praktický lékař pro dospělé	43%	46
neodpovědělo	13%	14
Celkem	100%	106

Graf 25: Zdroj doporučeného preventivního vyšetření



Komentář:

Pokud dotazovaný odpověděl kladně na předchozí otázku, uvedl zde zdroj doporučení tohoto vyšetření. Ve 43 % (46 osob) byl uveden jako zdroj lékař v ambulanci pro dospělé. 40 % (42 osob) respondentů žádné preventivní vyšetření nepostoupilo, 13 % (14 osob) respondentů neodpovědělo vůbec a 4 % (4 osoby) respondentů podstoupila vyšetření na základě doporučení lékaře ve specializované ambulanci.

Otázka č. 27: Myslíte si, že máte dostatek informací o prevenci, rizikových faktorech a vzniku rakoviny tlustého střeva a konečníku?

Tab. 27: Pocit informovanosti o KRK

Myslíte si, že máte dostatek informací o prevenci, rizikových faktorech a vzniku karcinomu tlustého střeva a konečníku?	Relativní počet	Absolutní počet
ne	53%	56
ano	47%	50
Celkem	100%	106

Komentář:

Dostatek informací o rakovině tlustého střeva a konečníku má 47 % (50 osob) a nedostatek 53 % (56 osob) z celkového počtu respondentů.

Otázka č. 28: Pokud budete chtít vědět více o rakovině tlustého střeva /prevence, příznaky.../, od koho?

Tab. 28: Požadovaný zdroj informací v případě potřeby respondentů

Pokud budete chtít vědět více o rakovině tlustého střeva /prevence, příznaky.../, od koho?	Relativní počet	Absolutní počet
internet	6%	6
lékař	72%	76
nemocná kamarádka	1%	1
oba	20%	21
rodinný příslušník prac.v oboru	1%	1
sestra	1%	1
Celkem	100%	106

Graf 26: Požadovaný zdroj informací v případě potřeby respondentů



Komentář:

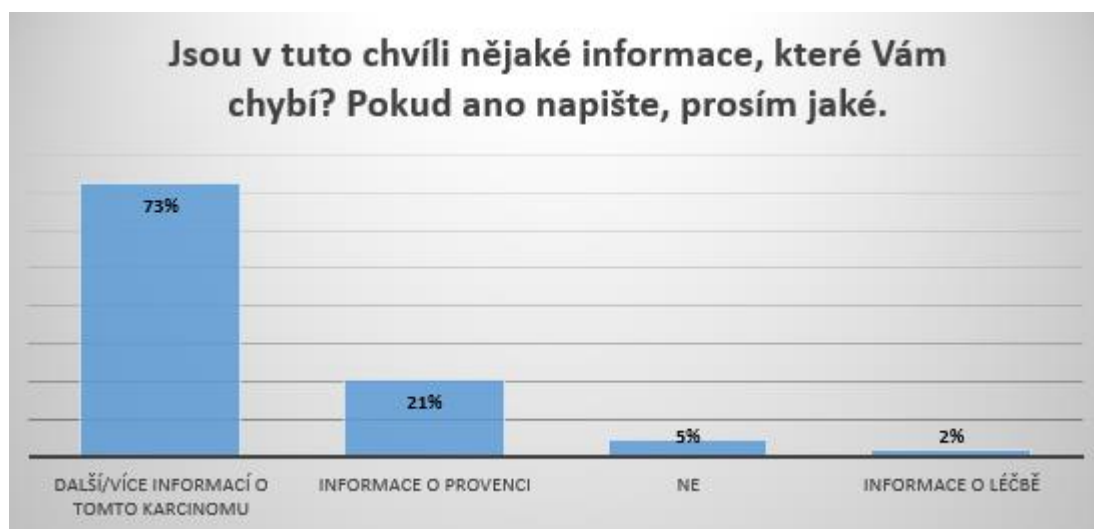
Více o KRK by se respondenti rádi dozvěděli - od svého lékaře 72 % (76 osob), od lékaře i sestry 20 % (21 osob), z internetu 6 % (6 osob) a od nemocné kamarádky, rodiny, sestry 1 % (1 osoba) z celkového počtu respondentů.

Otázka č. 29: Jsou v tuto chvíli nějaké informace, které Vám chybí? Pokud ano, napište prosím jaké.

Tab. 29: Chybějící informace

Jsou v tuto chvíli nějaké informace, které Vám chybí? Pokud ano napište, prosím jaké.	Relativní četnost	Absolutní četnost
další/více informací o tomto karcinomu	73%	77
informace o prevenci	21%	22
ne	5%	5
informace o léčbě	2%	2
Celkem	100%	106

Graf 27: Chybějící informace



Komentář:

V této otázce byl dán prostor respondentům k napsání informací, o kterých se domnívají, že jim v tuto chvíli chybí. Valná většina respondentů by požadovala další informace o KRK - 73 % (77 osob). Menší procento by uvítalo informace o prevenci, a to 21 % (22 osob). 5 % (5 osob) respondentů informace nepostrádá a 2 % (2 osoby) chtějí informace o léčbě.

7.4 Vliv demografických proměnných na výsledky

V této podkapitole empirické části jsem se zaměřila na vliv demografických proměnných na některé položky zodpovězené v dotazníku. Konkrétně se jednalo o otázky č. 5, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 25, 27, 28. Každá tabulka i graf jsou označeny celkovým pořadím v práci a dále je vždy přiřazena otázka, ke které se vztahují.

Otázka č. 5: Setkal/a jste se někdy s pojmem rakovina tlustého střeva?

Tab. 30: Znalost pojmu KRK se zaměřením na dosažené vzdělání

Setkal/a jste se někdy s pojmem - rakovina tlustého střeva a konečníku?	Relativní četnost		Absolutní četnost	
	Ne	Ano	Ne	Ano
základní	17%	2%	1	2
vyučen/vyučena	33%	24%	2	24
středoškolské s maturitou	17%	40%	1	40
vyšší odborné	33%	9%	2	9
vysokoškolské	0%	25%		25
Celkem	100%	100%	6	100

Graf 28: Znalost pojmu KRK se zaměřením na dosažené vzdělání



Komentář:

Tato otázka dotazníku byla směřována na zjištění, zda se respondenti setkali s pojmem KRK. V tabulce a grafu je znázorněn výsledek se zaměřením na nejvyšší dosažené vzdělání. Nejvíce kladných odpovědí se sešlo u respondentů se středoškolským vzděláním, a to 40 % (40 osob), s vysokoškolským vzděláním kladně odpovědělo 25 % (25 osob), ANO zodpovědělo také

24 % (24 osob) vyučených, 9 % (9 osob) s vyšším odborným vzděláním a 2 % (2 osoby) se vzděláním základním.

S tímto pojmem se nesetkalo shodně 33 % (2 osoby) se vzděláním vyšší odborné a vyučen/a z celkového počtu 6 osob, které v této otázce odpověděly záporně. Vyrovnané zůstaly kolonky se středoškolským a základním vzděláním respondentů, a to 17 % (1 osoba) z celkového počtu 6 záporně odpovídajících respondentů. U vysokoškolsky vzdělaných respondentů nikdo neodpověděl na tuto otázku záporně.

Tab. 31: Znalost pojmu KRK se zaměřením na pohlaví a věk respondentů

Věková škála	Relativní četnost				Absolutní četnost			
	Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano
19-40	6%	31%	1%	29%	2	11	1	20
41-60	0%	22%	1%	36%		8	1	25
61 a více	3%	39%	1%	31%	1	14	1	22
Celkem	8%	92%	4%	96%	3	33	3	67

Graf 29: Znalost pojmu KRK se zaměřením na pohlaví a věk respondentů



Komentář:

Tato tabulka a graf znázorňují výsledky u mužů a žen v různých věkových kategoriích. U žen jsou kladné odpovědi v různých věkových kategoriích téměř vyrovnané – 36 % (25 osob) ve věkové skupině 41-60 let, 31 % (22 osob) ve skupině 61 a více, 29 % (20 osob) u 19-40letých

žen. Záporné odpovědi se shodují docela - 1 % (1 osoba) ve všech kategoriích. U mužů kladně odpovědělo nejvíce 39 % (14 osob), a to zástupci z kategorie 61 a více let, 31 % (11 osob) u 19-40letých, a nejméně, tedy 22 % (8 osob) ze skupiny 41-60letých mužů. Záporná odpověď byla pouze u 6 % (2 osoby) v nejmladší kategorii a v nejstarší věkové kategorii u 3 % (1 osoba). V tomto rozdělení nejvíce kladně odpovídali muži nad 61 let a ženy mezi 41- 60 lety.

Otázka č. 6: Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a kladně, uveďte, kde jste se setkal/a s pojmem rakovina tlustého střeva

Tab. 32: Zdroj informací o KRK se zaměřením na pohlaví respondentů

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a kladně, uveďte kde.	Relativní četnost		Absolutní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
maminka zemřela na tuto nemoc	0%	1%		1
od příbuzné	0%	1%		1
při studiu	0%	1%		1
sdělovací prostředky / Tv, rádio, noviny/	79%	61%	26	41
u svého praktického lékaře pro dospělé /lékař, sestra/	12%	25%	4	17
v jiném zdravotnickém zařízení	6%	7%	2	5
ve svém posláni zdravotní sestry	0%	1%		1
všude	3%	0%	1	
Celkem	100%	100%	33	67

Graf 30: Zdroj informací o KRK se zaměřením na pohlaví respondentů



Komentář:

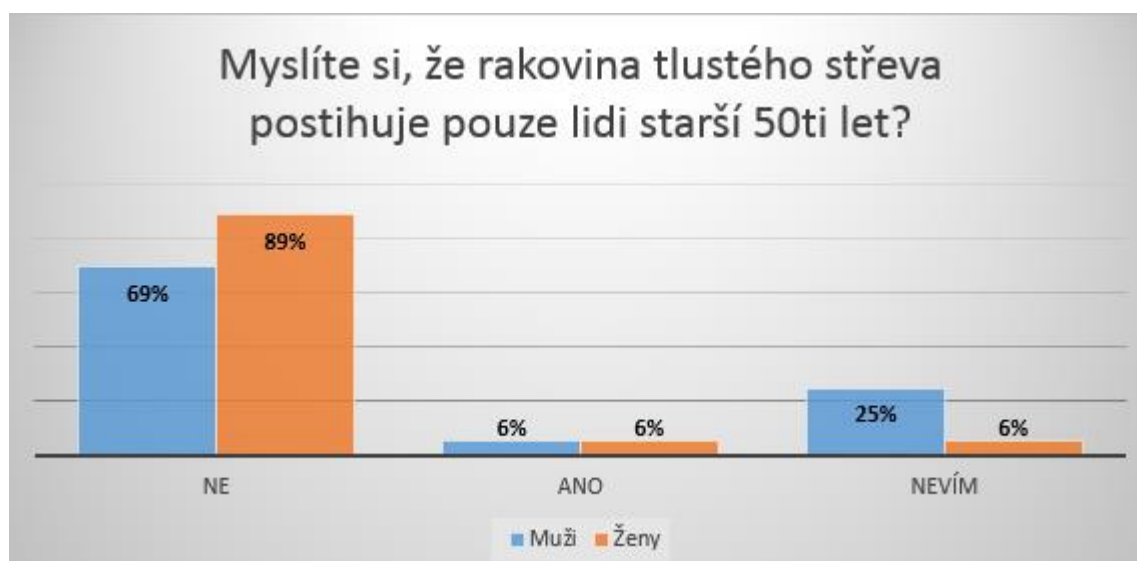
Při rozlišení odpovědí mužů a žen více udávali jako zdroj sdělovací prostředky muži -79 % (26 osob) než ženy - 61 % (41 osob). Ženy zase více jak o polovinu převyšovaly uvedení praktického lékaře jako zdroje informací– ženy 25 % (17 osob), muži 12 % (4 osoby).

Otázka č. 8: Myslíte si, že rakovina tlustého střeva postihuje pouze lidi starší 50 let?

Tab. 33: Informovanost respondentů o věkovém riziku spojeném se vznikem KRK, se zaměřením na pohlaví respondentů

Myslíte si, že rakovina tlustého střeva postihuje pouze lidi starší 50ti let?	Relativní četnost		Absolutní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
ne	69%	89%	25	62
ano	6%	6%	2	4
nevím	25%	6%	9	4
Celkem	100%	100%	36	70

Graf 31: Informovanost respondentů o věkovém riziku spojeném se vznikem KRK, se zaměřením na pohlaví respondentů



Komentář:

V této otázce většina mužů a žen správně označila, že se KRK netýká pouze lidí starších 50 let. Muži - 69 % (25 osob) a ženy - 89 % (62 osob). V kolonce nevím odpovídali čtyřikrát častěji muži - 25 % (9 osob) než ženy - 6 % (4 osoby). Muži a ženy v 6 % označili jako odpověď ANO, když se domnívají, že KRK postihuje pouze lidi starší 50 let.

Otázka č. 9: Znáte rizikové faktory, které se podílejí na vzniku rakoviny tlustého střeva a konečníku?

Tab. 34: Informovanost respondentů o rizikových faktorech KRK se zaměřením na věk a pohlaví respondentů

Věková škála	Relativní četnost				Absolutní četnost			
	Ne		Ano		Ne		Ano	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
19-40	50%	48%	25%	22%	8	10	5	11
41-60	6%	29%	35%	41%	1	6	7	20
61 a více	44%	24%	40%	37%	7	5	8	18
Celkem	100%	100%	100%	100%	16	21	20	49

Graf 32: Informovanost respondentů o rizikových faktorech KRK, se zaměřením na věk a pohlaví respondentů



Komentář:

Ve věkové skupině 19-40 let rizikové faktory zná 25 % mužů (5 osob) a 22 % žen (11 osob). V téže věkové skupině odpovědělo záporně 50 % mužů (8 osob) a 48 % žen (10 osob). Z grafu vyplývá, že v této věkové skupině muži i ženy spíše o rizikových faktorech nevědí. Ve věku 41-60 let odpovědělo na otázku kladně 41 % žen (20 osob) a 35 % mužů (7 osob), záporně pouze 6 % mužů (1 osoba) a 29 % žen (6 osob). V poslední věkové skupině byla kladná odpověď u 37 % žen (18 osob) a 40 % mužů (8 osob) a záporná u 44 % mužů (7 osob) a 24 %

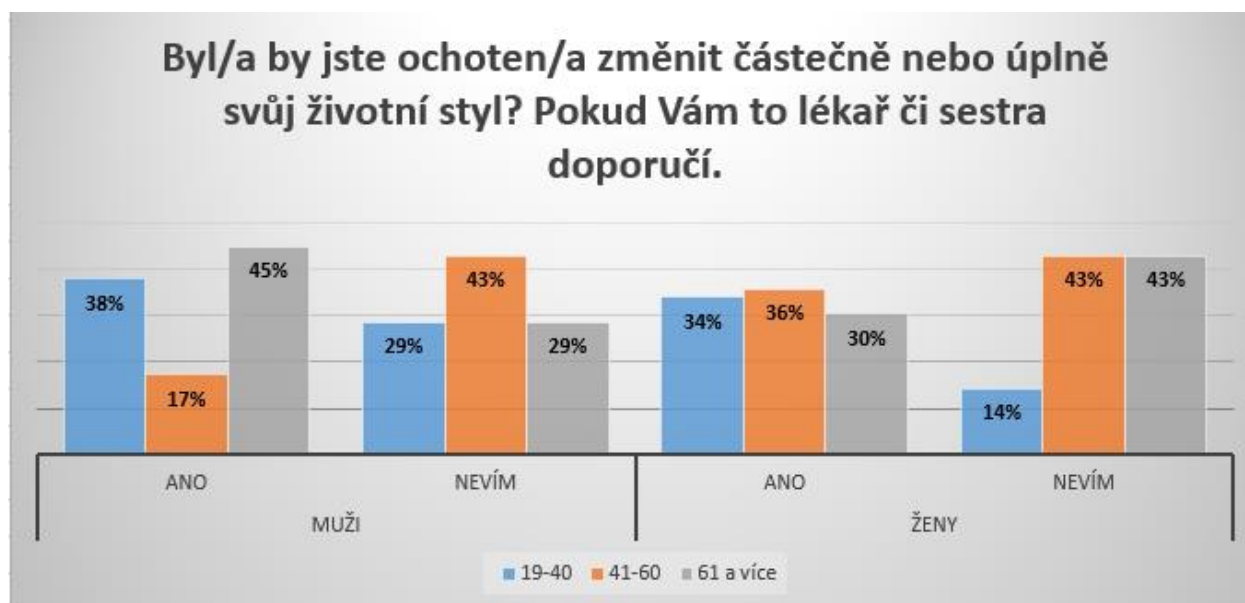
žen (5 osob). Z daných odpovědí vyplývá, že se stoupajícím věkem se informovanost respondentů zvyšuje.

Otázka č. 12: Byl/a byste ochoten/tna změnit částečně nebo úplně svůj životní styl, pokud Vám to lékař nebo sestra doporučí?

Tab. 35: Ochota respondentů změnit na doporučení životní styl, se zaměřením na pohlaví a věk

Byl/a by jste ochoten/a změnit částečně nebo úplně svůj životní styl? Pokud Vám to lékař či sestra doporučí.	Relativní počet				Absolutní počet				Celkem
	Muži		Ženy		Muži		Ženy		
	Ano	Nevím	Ano	Nevím	Ano	Nevím	Ano	Nevím	
19-40	38%	29%	34%	14%	11	2	19	2	34
41-60	17%	43%	36%	43%	5	3	20	6	34
61 a více	45%	29%	30%	43%	13	2	17	6	38
Celkem	100%	100%	100%	100%	29	7	56	14	106

Graf 33: Ochota respondentů změnit na doporučení životní styl, se zaměřením na pohlaví a věk



Komentář:

Na ochotu změnit svůj životní styl dle doporučení se respondenti rozdělili pouze do dvou skupin s odpověďmi ANO a NEVÍM. Nikdo striktně neodmítl, což je velmi pozitivní výsledek vzhledem k edukační činnosti. Svůj životní styl by na doporučení bylo ochotno změnit 45 % mužů (13 osob) a 30 % žen (17 osob) starších 61 let, 17 % mužů (5 osob) a 36 % žen (20 osob) ve věku 41 – 60 let a 38 % mužů (11 osob) a 34 % žen (19 osob) ve věku 19 – 40 let. Odpověď NEVÍM zaškrtno 43 % žen (6 osob) a 29% mužů (2 osoby) starších 61 let, 43 % žen (6 osob)

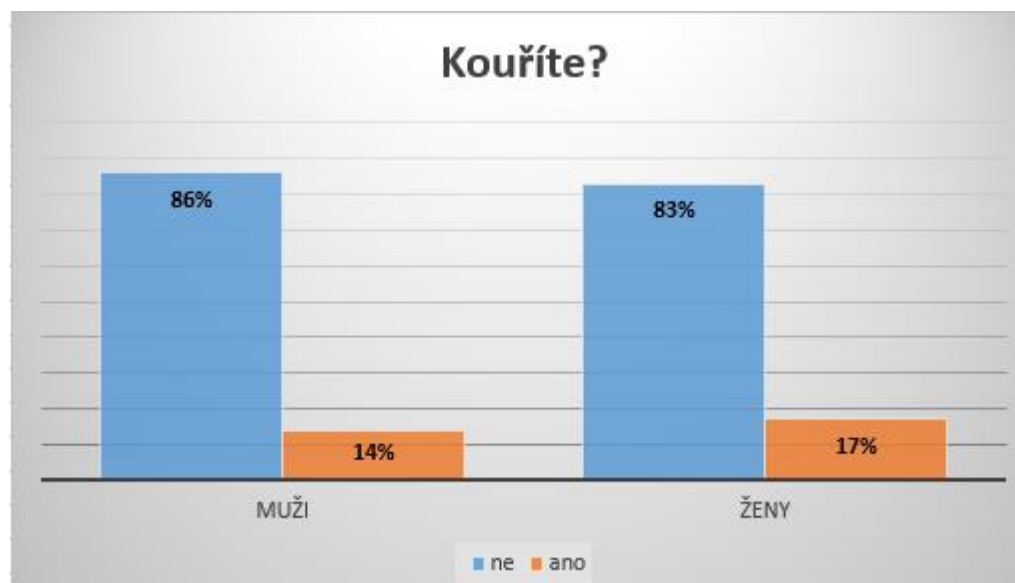
a 43 % mužů (3 osoby) ve věku 41 – 60 let, 14 % žen (2 osoby) a 29 % mužů (2 osoby) ve věku 19 – 40 let.

Otázka č. 13: Kouříte?

Tab. 36: Počet kuřáků a nekuřáků, se zaměřením na pohlaví

Kouříte?	Relativní četnost		Absolutní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
ne	86%	83%	31	58
ano	14%	17%	5	12
Celkem	100%	100%	36	70

Graf 34: Počet kuřáků a nekuřáků, se zaměřením na pohlaví



Komentář:

Rozložení kuřáků a nekuřáků dle pohlaví je bez větších rozdílů vyrovnané. Muži nekuřáci 86 % (31 osob), kuřáci 14 % (5 osob). Ženy nekuřačky 83 % (58 osob) a kuřačky 17 % (12 osob). Z celkového počtu respondentů vyšel výsledek pozitivně ve prospěch nekuřáků.

Otázka č. 14: Jak často sportujete?

Tab. 37: Tělesná aktivita respondentů, se zaměřením na pohlaví

Jak často sportujete? Počítá se tělesná aktivita alespoň 20minut.	Relativní počet		Absolutní počet		
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Celkem
1krát týdně	11%	29%	4	20	24
3krát týdně	33%	16%	12	11	23
denně	17%	14%	6	10	16
jednou až dvakrát za měsíc	14%	16%	5	11	16
vůbec	25%	26%	9	18	27
Celkem	100%	100%	36	70	106

Graf 35: Tělesná aktivita respondentů, se zaměřením na pohlaví



Komentář:

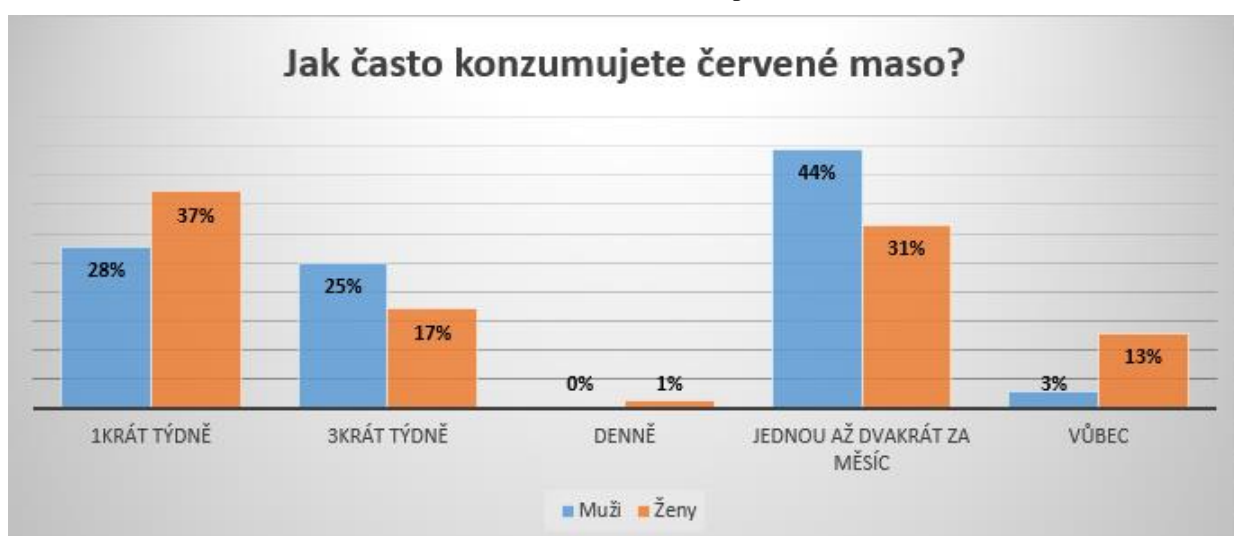
V otázce zaměřené na tělesnou aktivitu 29 % žen (20 osob) sportuje 1krát týdně, 16 % (11 osob) 3krát týdně, 14 % (10 osob) denně, vůbec nesportuje 26 % žen (18 osob) a jednou až dvakrát měsíčně 16 % respondentek (11 osob). Muži vůbec nesportují v 25 % (9 osob), jednou až dvakrát měsíčně 14 % (5 osob), 1krát týdně sportuje 11 % (4 osoby), 3krát týdně 33 % (12 osob) a denně 17 % mužů (6 osob). V kolonce vůbec, jednou za měsíc a denně je procentové zastoupení u mužů a žen vyrovnané. Naproti tomu 1krát týdně sportuje téměř 3krát více žen než mužů a 3krát týdně sportuje dvakrát více mužů než žen.

Otázka č. 15: Jak často konzumujete červené maso?

Tab. 38: Konzumace červeného masa, se zaměřením na pohlaví

Jak často konzumujete červené maso?	Relativní četnost		Absolutní četnost		
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Celkem
1krát týdně	28%	37%	10	26	36
3krát týdně	25%	17%	9	12	21
denně	0%	1%		1	1
jednou až dvakrát za měsíc	44%	31%	16	22	38
vůbec	3%	13%	1	9	10
Celkem	100%	100%	36	70	106

Graf 36: Konzumace červeného masa, se zaměřením na pohlaví



Komentář:

Červené maso nekonzumuje vůbec 13 % žen (9 osob) a 3 % mužů (1 osoba), jednou až dvakrát za měsíc 31 % žen (22 osob) a 44 % mužů (16 osob), 1krát týdně 37 % žen (26 osob) a 28 % mužů (10 osob), 3krát týdně 17 % žen (12 osob) a 25 % mužů (9 osob) a denně konzumuje červené maso 1 % žen (1 osoba) a 0 % mužů. Celkově vychází vyšší konzumace masa na straně mužů. Velmi malé procento žen sice konzumuje červené maso denně, ale více než 4krát více žen nekonzumuje červené maso vůbec.

Otázka č. 16: Jak často konzumujete ovoce a zeleninu?

Tab. 39: Konzumace ovoce a zeleniny, se zaměřením na pohlaví

Jak často konzumujete ovoce a zeleninu?	Relativní četnost		Absolutní četnost		
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Celkem
denně	56%	81%	20	57	77
1krát týdně	11%	0%	4		4
3krát týdně	28%	17%	10	12	22
jednou až dvakrát za měsíc	6%	1%	2	1	3
Celkem	100%	100%	36	70	106

Graf 37: Konzumace ovoce a zeleniny se zaměřením na pohlaví



Komentář:

Konzumace ovoce a zeleniny vyšla velmi pozitivně. Až 81 % žen (57 osob) jí ovoce i zeleninu denně, 56 % mužů (20 osob) též, což je stále nadpoloviční většina respondentů mužského pohlaví. 3krát týdně jí ovoce a zeleninu 17 % žen (12 osob) a 28 % mužů (10 osob), 1krát týdně 11 % mužů (4 osoby) a 0% žen a jednou až dvakrát za měsíc 6 % mužů (2 osoby) a 1 % žen (1 osoba).

Otázka č. 17: Jak často konzumujete alkohol?

Tab. 40: Konzumace alkoholu se zaměřením na pohlaví

Jak často konzumujete alkohol?	Relativní četnost		Absolutní četnost		
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Celkem
1krát týdně	25%	26%	9	18	27
3krát týdně	19%	11%	7	8	15
denně	8%	3%	3	2	5
jednou až dvakrát za měsíc	28%	17%	10	12	22
vůbec	6%	9%	2	6	8
vyjíměčně /méně než jednou měsíčně	14%	34%	5	24	29
Celkem	100%	100%	36	70	106

Graf 38: Konzumace alkoholu se zaměřením na pohlaví



Komentář:

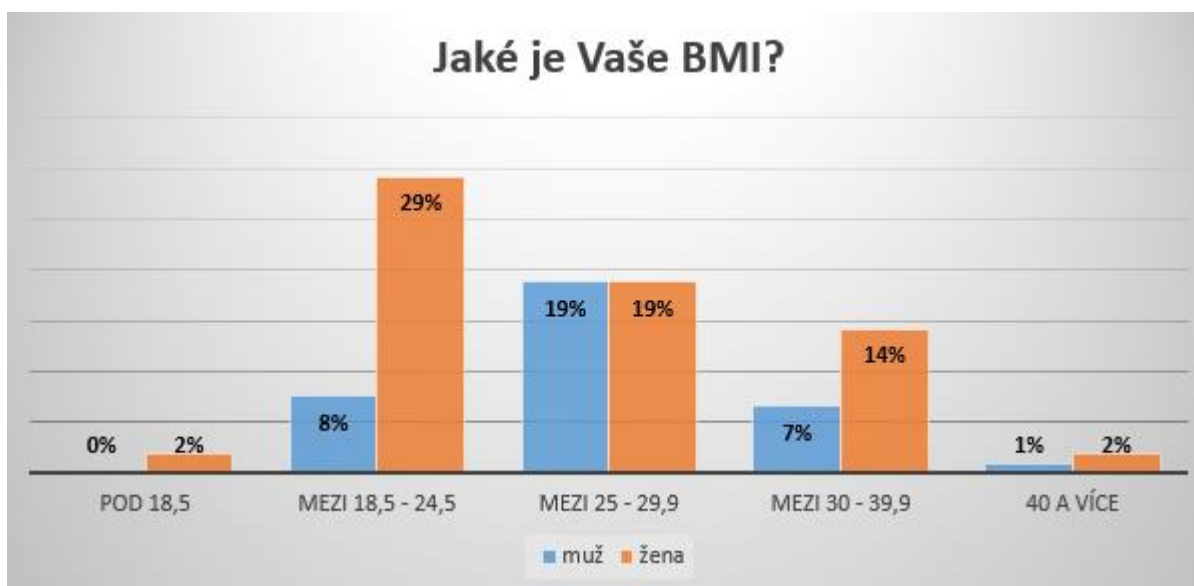
V konzumaci alkoholu vyšlo nejvíce procent u žen, které konzumují alkohol výjíměčně, a to 34 % (24 osob), ve stejné kolonce jsou muži zastoupeni pouze 14 % (5 osob). Jednou až dvakrát za měsíc pije alkohol 28 % mužů (10 osob) a o 11 % méně žen čili 17 % (12 osob). Kolonka 1krát týdně je v zastoupení 26 % ženy (18 osob) a 25 % muži (9 osob). Dále 3krát týdně konzumuje alkohol 19 % mužů (7 osob) a 11 % žen (8 osob). Denně pije alkohol 8 % mužů (3 osoby) a 3 % žen (2 osoby). Vůbec pak nepije alkohol 6 % mužů (2 osoby) a 9 % žen (6 osob).

Otázka č. 19: Jaká je Vaše váha, výška? Popřípadě udejte Váš BMI.

Tab. 41: BMI se zaměřením na pohlaví

Jaké je Vaše BMI?	pod 18,5	mezi 18,5 - 24,5	mezi 25 - 29,9	mezi 30 - 39,9	40 a více	Grand Total
muž	0%	8%	19%	7%	1%	34%
žena	2%	29%	19%	14%	2%	66%
Celkem	2%	37%	38%	21%	3%	100%

Graf 39: BMI se zaměřením na pohlaví



Komentář:

Při zjišťování BMI respondentů zůstala v pásmu podváhy 2 % žen a 0 % mužů. V pásmu normální váhy je 29 % žen a 8 % mužů, což je 3krát méně mužů s normální váhou. V nadváze zůstalo stejné procento mužů i žen – 19 %. Obézních je 14 % žen a 7 % mužů, což znamená naopak dvakrát méně obézních mužů. Silně obézních jsou 2 % žen a 1 % mužů.

Otázka č. 20: Setkal/a jste se někdy s pojmem prevence rakoviny tlustého střeva a konečníku?

Tab. 42: Informovanost respondentů o pojmu prevence KRK, se zaměřením na pohlaví

Setkal/a jste se někdy s pojmem prevence rakoviny tlustého střeva a konečníku?	Relativní četnost		Absolutní četnost		
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Celkem
ne	14%	10%	5	7	12
ano	86%	90%	31	63	94
Celkem	100%	100%	36	70	106

Graf 40: Informovanost respondentů o pojmu prevence KRK, se zaměřením na pohlaví



Komentář:

S pojmem prevence KRK se setkala velká většina respondentů, až 90 % žen (63 osob) a 86 % mužů (31 osob). Pouze 14 % mužů (5 osob) a 10 % žen (7 osob) se s tímto pojmem neseťkalo.

Otázka č.21: Respondenti udávají zdroj informací o prevenci KRK

Tab. 43: Zdroj, od kterého se respondenti dozvěděli o prevenci KRK, se zaměřením na pohlaví

Pokud ano, prosím napište kde.	Relativní četnost		Absolutní četnost		
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Celkem
ambulance praktického lékaře /lékař, sestra/.	23%	38%	7	24	31
gastro poradna	0%	2%		1	1
jiné zdravotnické zařízení	3%	6%	1	4	5
od příbuzné	0%	2%		1	1
přítel	0%	2%		1	1
rakovina tl.střeva u otce a sestry	3%	0%	1		1
sdělovací prostředky /Tv, rádio, tiskoviny/	71%	48%	22	30	52
v rámci své profese zdravotní sestry a ve vlastním zájmu	0%	2%		1	1
v zaměstnání	0%	2%		1	1
Celkem	100%	100%	31	63	94

Graf 41: Zdroj, od kterého se respondenti dozvěděli o prevenci KRK, se zaměřením na pohlaví



Komentář:

Mezi muži a ženami 71 % mužů (22 osob) uvedlo jako zdroj informací sdělovací prostředky oproti 48 % žen (30 osob), u 23 mužů % (7 osob) byl zdrojem lékař nebo sestra v ambulanci praktického lékaře, stejně tomu bylo u 38 % žen (24 osob). Jiné zdravotnické zařízení uvedlo 6 % žen (4 osoby) a 3 % mužů (1 osoba) . Ženy také uváděly jako zdroj informací svou profesi, konkrétně 2%(1 osoba), v zaměstnání 2 % (1 osoba), příbuzné 2 % (1 osoba) a přítele 2 % (1 osoba). Muži uvedli ve 3 % (1 osoba) KRK v rodině.

Otázka č. 22: Chodíte pravidelně ke svému praktickému lékaři na preventivní prohlídky?

Tab. 44: Účast respondentů na preventivních prohlídkách, se zaměřením na věk a pohlaví

Chodíte pravidelně ke svému praktickému lékaři na preventivní prohlídky?	Relativní četnost				Absolutní četnost			
	Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano
19-40	56%	20%	60%	22%	9	4	9	12
41-60	19%	25%	27%	40%	3	5	4	22
61 a více	25%	55%	13%	38%	4	11	2	21
Celkem	100%	100%	100%	100%	16	20	15	55

Graf 42: Účast respondentů na preventivních prohlídkách, se zaměřením na věk a pohlaví



Komentář:

Na otázku, zda dochází respondent k praktickému lékaři na preventivní prohlídky, v mladší věkové kategorii 19 – 40 let odpovědělo 56 % mužů (9 osob) a 60 % žen (9 osob) ZÁPORNĚ. V témže věku ANO odpovědělo 22 % žen (12 osob) a 20 % mužů (4 osoby). Není to mnoho vzhledem k tomu, že zastoupení jednotlivých věkových kategorií v dotazovaném vzorku lidí bylo téměř rovnoměrné. Prostřední věková skupina lidí vykazuje účast na prevenci u žen 40 % (4 osoby) a u mužů 25 % (5 osob). Záporně odpovědělo 27 % žen (4 osoby) a 19 % mužů (3 osoby).

Z občanů starších 61let se na prevenci účastní z mužů 55 % (11 osob) a žen 38 % (21 osob), preventivních prohlídek se pravidelně neúčastní 13 % žen (2 osoby) a 25 % mužů (4 osoby).

Otázka č. 25: Využil/a jste někdy preventivního vyšetření nádoru tlustého střeva a konečníku?

Tab. 45: Využití preventivních vyšetření KRK, se zaměřením na věk a pohlaví

Využil jste někdy preventivního vyšetření nádoru tlustého střeva a konečníku.	Relativní četnost				Absolutní četnost			
	Ne		Ano		Ne		Ano	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
19-40	65%	53%	0%	0%	13	21		
41-60	20%	30%	25%	47%	4	12	4	14
61 a více	15%	18%	75%	53%	3	7	12	16
Celkem	100%	100%	100%	100%	20	40	16	30

Graf 43: Využití preventivních vyšetření KRK, se zaměřením na věk a pohlaví



Komentář:

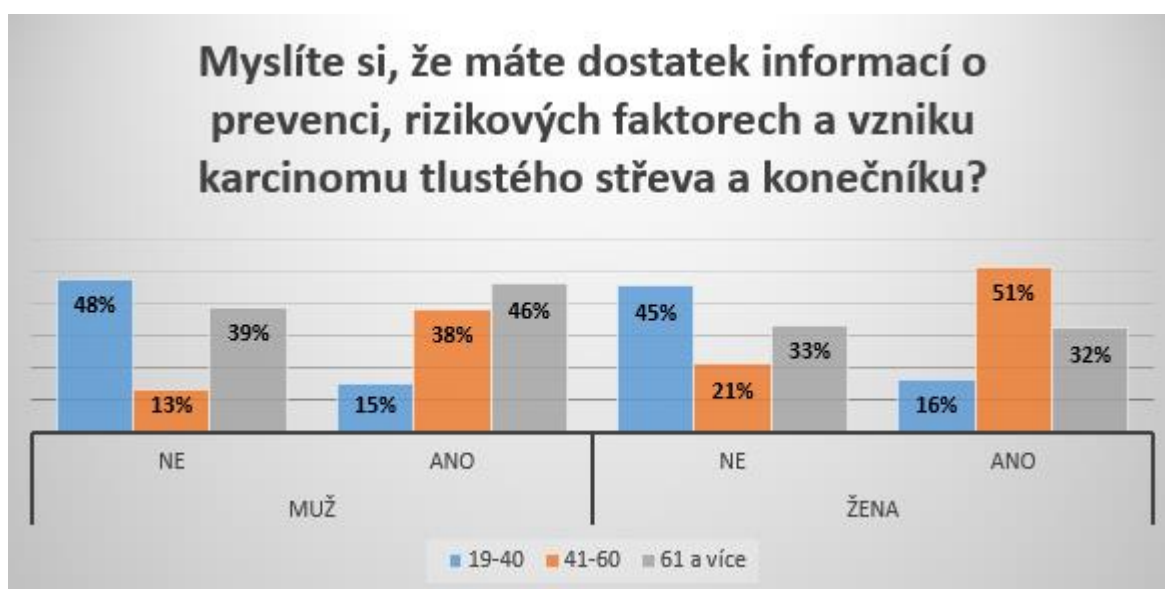
Preventivní vyšetření KRK využili muži v zastoupení 75 % (12 osob) a ženy s 53 % (16 osob) v kategorii starší 61 let, muži s 25 % (4 osoby) a ženy s 47 % (14 osob) ve věku 41-60 let. Muži ani ženy ve věku do 40 let žádné preventivní vyšetření nevyužili.

Otázka č. 27: Myslíte si, že máte dostatek informací o prevenci, rizikových faktorech a vzniku rakoviny tlustého střeva a konečníku?

Tab. 46: Pocit informovanosti o KRK, se zaměřením na pohlaví a věk

Myslíte si, že máte dostatek informací o prevenci, rizikových faktorech a vzniku karcinomu tlustého střeva a konečníku?	Relativní četnost				Absolutní četnost			
	Muž		Žena		Muž		Žena	
	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano
19-40	48%	15%	45%	16%	11	2	15	6
41-60	13%	38%	21%	51%	3	5	7	19
61 a více	39%	46%	33%	32%	9	6	11	12
Celkem	100%	100%	100%	100%	23	13	33	37

Graf 44: Pocit informovanosti o KRK se zaměřením na pohlaví a věk



Komentář:

Dostatek informací o prevenci, rizikových faktorech a vzniku KRK nemají muži v 48 % (11 osob) a ženy v 45 % (15 osob) ve věku 19-40 let. Kladně zde odpovědělo pouze 15 % mužů (2 osoby) a 16 % žen (6 osob). Ve věku 41 – 60 let má dostatek informací 38 % mužů (5 osob) a 51 % žen (19 osob), 21 % žen (7 osob) a 13 % mužů (3 osoby) informace nemá v dostatečné míře. U 61letých a starších osob informace má 32 % žen (12 osob) a 46 % mužů (6 osob) a dostatek informací nemá 33 % žen (11 osob) a 39 % mužů (9 osob). Logicky vzhledem k zaměření screeningu KRK vychází větší informovanost ve vyšších věkových kategoriích.

Otázka č. 28: Pokud budete chtít vědět více o rakovině tlustého střeva /prevence, příznaky.../, od koho?

Tab. 47: Požadovaný zdroj informací v případě potřeby respondentů ,se zaměřením na pohlaví

Pokud budete chtít vědět více o rakovině tlustého střeva /prevence, příznaky.../, od koho?	Relativní četnost		Absolutní četnost		
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Celkem
Internet	8%	4%	3	3	6
Lékař	78%	69%	28	48	76
nemocná kamarádka	0%	1%		1	1
oba	14%	23%	5	16	21
rodinný příslušník prac.v oboru	0%	1%		1	1
sestra	0%	1%		1	1
Celkem	100%	100%	36	70	106

Graf 45: Požadovaný zdroj informací v případě potřeby respondentů, se zaměřením na pohlaví



Komentář:

Více o KRK by se respondenti rádi dozvěděli - od svého lékaře 78 mužů % (28 osob) a 69 % žen (48 osob), od lékaře i sestry 23 % žen (16 osob) a 14 % mužů (5 osob), internet jako postačující zdroj dalších informací uvedlo 8 % mužů (3 osoby) a 4 % žen (3 osoby). Dále byl uveden rodinný příslušník pracující v oboru, kamarádka, sestra- všechny položky 1 % (1 osoba).

7.5 Výsledky kvalitativního výzkumu

Rozhovor s praktickým lékařem pro dospělé

Otázky: 1. Jaký je Váš názor na prevenci (obecně a KRK)?

2. Jak vidíte úlohu sestry v oblasti prevence, edukace a zdravotní gramotnosti pacientů?

3. Prosím o Vaše zkušenosti s adresným zvaním pacientů do programu screeningu zhoubných nádorů.

4. Popište mi, prosím, jak probíhá spolupráce s Vašimi pacienty.

5. Přemýšlíte o nějaké změně v provozu Vaší ambulance?

6. Chtěl byste cokoli dodat či upřesnit?

Jaký je Váš názor na prevenci obecně a na prevenci KRK?

Prevence se stala nedílnou součástí nejen práce zdravotnických pracovníků, ale měla by se stát běžnou součástí života každého z nás. K tomu by měly být vedeny děti od dětského věku a opomíjena by neměla být ani skupina seniorů. Denně hovořím s pacienty ve smyslu primární či sekundární prevence. Obézní, kuřáci, pacienti s vysokým krevním tlakem, diabetici a další přicházejí opakovaně. Všem poskytuji dostatek informací o rizicích spojeným s nevhodnými návyky. Informace mají pacienti i v čekárně ve formě tištěného materiálu kdykoli k dispozici. Přes veškerou snahu není spolupracujících většina. Pacienti chtějí pohodové a rychlé řešení ve formě tabletky, ne držet dietu, nebo se nějak omezovat. Řešení vidím v zavedení systému, kdy si každý ponese následky svého chování sám. Kuřáci a další rizikově se chovající pacienti, kteří jsou prokazatelně opakovaně informováni o rizicích, by mohli platit spoluúčast, kterou jim vyměří zdravotní pojišťovna, do systému zdravotního pojištění. Pokud si pacient úmyslně zdraví poškozuje, mělo by se to odrazit na spoluúčasti v případě léčby. Regulace by tudíž neměla jít pouze za námi zdravotníky, ale i za pacienty. Jako příklad uvádím pacienty, kteří po operaci pro rakovinu plic nadále kouří. Pacienti se středně těžkou až těžkou obezitou by platili do systému zdravotního pojištění určitou částku navíc. Měsíčně a pravidelně. Vybrané prostředky by se použily na edukaci a osvětu. Profesor Fingerland na své přednášce po 70 letech praxe v oboru patologie uvedl: „Znám pouze dvě příčiny nemocí, a těmi jsou kouření a přezírání. Neboť s infekčními nemocemi, které kdysi dominovaly ve statistikách jako příčiny úmrtnosti, si již současná medicína poradila.“ Pan profesor vysvětlil, že svá tvrzení míní s určitým nadhledem, ale

právě tyto dvě příčiny vedou ke společným důsledkům, jakými jsou ateroskleróza, kardiovaskulární onemocnění, cévní mozkové příhody, diabetes a řada onkologických diagnóz, které jsou v současnosti na prvních místech statistik, v příčinách nemoci a úmrtnosti celoevropsky.

Prevence spojená s kolorektálním karcinomem je velmi důležitá. Tato rakovina je preventabilní a při včasném záchytu máme možnosti léčby. Počítačový program mi poskytuje přesné informace, kdo a kdy prošel preventivním vyšetřením a s jakým výsledkem. Pacienty, kteří přijdou z jakéhokoli jiného důvodu a spadají do screeningového programu, upozorňuji a snažím se je získat ke spolupráci v této prevenci. Výsledkem prevencí je každoročně odhalený KRK u jednoho asymptomatického pacienta a cca pět až deset pacientů s prekancerózami (polypy různého histologického obrazu). Dále je zde řada pacientů, kteří přišli již s klinickými příznaky.

V souvislosti s mladší populací, která nespadá do screeningu, pátráme po rizikových faktorech. Jsou to dědičné dispozice, výskyt nádoru zažívacího traktu, kouření, alkohol, stravovací návyky. Každý pacient je pečlivě vyšetřen při preventivní prohlídce. Zda měl či neměl prohlídku provedenou, vidím okamžitě při otevření jeho karty v kolonce důležitá upozornění. V této ambulanci, která má necelých 1700 pacientů, nemělo prevenci více než tři roky 79 pacientů. Toto číslo se mi zdá docela dobré.

Osobní zkušenost mám i s mladšími pacienty, kteří se i přes výrazně pozitivní rodinnou anamnézu a veškerá doporučení odmítají podrobit gastroenterologickému vyšetření. V těchto případech mi nezbyvá než vysvětlovat a poskytovat dostatek informací, protože konečné rozhodnutí má v rukou pacient.

Jak vidíte úlohu sestry v oblasti prevence, edukace a zdravotní gramotnosti pacientů?

Úloha sestry by měla být především legislativně zakotvena. Za provedení edukačního rozhovoru by měl být v číselníku bodů speciální kód, který by se stal jasným signálem, nejen pro zdravotní pojišťovny, že edukace pacientů probíhá. Obsah edukačního rozhovoru lze vymezit. Zdravotníci by měli jistotu v opakovaném informování populace o možnostech současného zdravotnického systému. V naší ambulanci informace o prevenci podávám já i sestra. Někteří pacienti se rozprávají spíše u sestry, jiní u lékaře. Každý je naladěný jinak a já to respektuji. Sestra, která dokáže podat správné informace ve vhodný čas, je velkým přínosem nejen pro

pacienta samotného, ale i pro lékaře a celý zdravotní systém. Jsem velmi rád za každý rozhovor či poskytnutý materiál ze strany sestry k pacientovi. Přesně vypracovaný edukační program nemáme, nicméně mám pocit, že vše funguje správným směrem. Empatická, organizačně nadaná, komunikující, pracovitá sestra je velkým pokladem pro ambulantní péči. V širším pohledu nezapomínejme ani na motivaci zaměstnanců k práci. Nejen finanční ohodnocení, ale dobré zázemí, které se týká oblečení, obutí, obědů a dalšího vzdělávání není zanedbatelné.

Nicméně zpátky ke KRK. V naší ambulanci sestra provádí kvantitativní stanovení přítomnosti lidského hemoglobinu ve stolici na novém přístroji firmy Orion. Jde o vyšetření, kdy je pacient okamžitě seznámen s výsledkem, v čemž spatřuji velký komfort pro pacienta i pro lékaře. V případě pozitivity lze danou situaci ihned řešit. Sestra je tak velmi aktivně zapojena do celého procesu prevence. Jsou na ni kladené nároky ve smyslu neustálého sebevzdělávání, zručnosti, komunikačních dovedností atd... Význam sesterské práce je stěžejní.

Prosím o Vaše zkušenosti s adresným zvaním pacientů do programů screeningu zhoubných nádorů.

Dle mých zkušeností z ambulance na ně reflektuje méně než třetina pacientů. Většina lidí dopis založí. Chybí motivace. Ani testy na okultní krvácení pacienti nevrací. Podle naší statistiky až 20-30 % případů. Na výzvy ze strany Okresní správy sociálního zabezpečení k vyšetření, které se týká posouzení zdravotního stavu pro účely příspěvku na péči, k posouzení invalidity, nebo vydání průkazu osoby se zdravotním postižením, reaguje většina pacientů ještě týž den a k lékaři se dostavuje prakticky okamžitě. Jedinou motivací k tomuto jednání je získání výhod, benefitů a finančního plnění ze strany státu. Výhody, které nabízí obálka s pozváním na prevenci, si pacienti zřejmě neuvědomují, nezajímají je a nevím, proč na ni nereagují. Vysoké procento nádorů je stále zachytáváno v pokročilém klinickém stádiu. Stačí se podívat na stránky kolorektum.cz a všichni si můžeme najít oficiální výsledky a zkušenosti s adresným zvaním. Můžeme se tam například dozvědět, že lépe reagovali starší jedinci. Já tuto informaci z ambulance potvrdit nemohu. Bez ohledu na věk reagoval přibližně každý třetí pacient. Chybí mi prvek motivace pro pacienty. Je to smutné, ale včasné zachycení nádorového bujení, nebo prekanceróz není pro pacienty dostatečnou motivací k tomu, aby se dostavili k lékaři. A znovu se dostáváme ke spoluúčasti, pokud si pacient úmyslně poškozuje své zdraví.

„Nechodíte na prevence, nereagujete na zvací dopisy, ano, máte na takovéto chování právo, ale péče o Vás, v momentě propuknutí choroby, vyjde draž, tudíž se na ní budete více podílet finančně.“ V sousedním Rakousku stát hradí očkování proti klíšťové encefalidě. U pacientů, kteří se nenechají očkovat, pojišťovna případnou léčbu onemocnění nehradí. Každý se rozhodne sám za sebe a zodpovědně přijme rizika spojená se svým chováním.

Screening je prováděn u těch onemocnění, kde máme velké možnosti zásahu při jejich včasném záchytu. Vyšetření na okulní krvácení není pro pacienta ani bolestivé, ani nákladné. Pouze musí vrátit zkumavku, která je mu v ordinaci poskytnuta. Někteří pacienti říkají, že nemají čas. V době, kdy většina je ochotna vystát fronty v marketech, aby si domů zavezli nakoupené zboží, mi tento argument připadá dost nesmyslný. Čas lidé mají, ale zůstává otázkou, jak mají srovnané priority, kterým ho věnují. Zda jsou ochotni naplnit si košík po okraj jídlem a jiným zbožím, nebo věnují svůj čas svému zdraví, například při edukačním rozhovoru v ambulanci s lékařem, nebo sestrou. A ten čas my jim nabízíme formou objednání, kdy většinou nemusí čekat. Lidé nejsou ochotni věnovat půlhodinu plánované schůzce s lékařem nad tématem prevence.

Popište mi, prosím, jak probíhá spolupráce s Vašimi pacienty.

Ve spektru našich pacientů najdete pacienty pečlivé, kteří dodržují termíny, komunikují a aktivně se zajímají o své zdraví. Také ale jedince, kteří zapomínají, a dokonce i nemalou skupinu, kterým jsou naše doporučení lhostejná.

Přemýšlíte o nějaké změně v provozu Vaší ambulance?

Provoz naší ambulance nabízí pětkrát týdně hodiny k objednání se, aby pacienti nemuseli čekat. V ranních hodinách mají lidé možnost přijít s jakýmkoli akutním problémem. Realita je pak taková, že i do objednaných chodí pacienti neobjednaní, a tudíž se prodlužuje čekací doba. Lidé, kteří respektují nastavená pravidla, opravdu nejsou ve většině. Spolupráce na této základní úrovni není valná. Pokud se zaměříme na prevenci rakoviny a zvýšení spolupráce na screeningu, nevidím ze své strany jinou možnost než opakovat a vysvětlovat význam preventivních prohlídek, vyšetření, poskytovat edukační materiály. Konkrétní změnou by mohlo být vybírání zálohy za každou zkumavku na vzorek stolice, která by byla po odevzdání navrácena. Při kontaktu s pacientem a při otevření jeho karty v počítači mě medicínský informační systém

automaticky upozorňuje na pacienty, u kterých nebyla provedena preventivní prohlídka, a také na ty, u kterých nebyl v doporučeném intervalu proveden, nebo zopakován test na okultní krvácení. Systémové nastavení umožňuje toto varování při každém otevření karty pacienta. Já jako lékař mám dokonalý přehled o provedených prevencích a screeningu.

V nejbližší době máme v plánu probrat individuálně karty všech pacientů jak v informačním systému, tak papírové vedení karet. A skupinu lidí, u kterých prohlídka nebyla, aktivně telefonicky vyzveme k dostavení se do ambulance. Úspěchem by bylo 100% pokrytí cílové populace. K tomuhle kroku mi byl inspirací prováděný výzkum v ambulanci. Prevence je důležitá a já si to plně uvědomuji. Uvítám jakoukoli aktivitu, která nám v tomto jednání bude nápomocna.

Chtěl byste cokoli dodat či upřesnit?

Myslím si, že velmi správný byl motivační program VZP, kdy za preventivní prohlídku u praktika lidé dostali razítko a zároveň 500kč od pojišťovny. To byla obrovská motivace pro lidi, kteří nechodí na prevence. Stačilo nabídnout odměnu. Osobně jsem pro odměny za správné a postihy za nevhodné chování, které se týká zdravotního stavu každého jedince. Těch uvědomělých pacientů, kteří mají zodpovědnost za své zdraví a chovají se tak, aby si ho udrželi, je spíše méně. Pokud nastane pozitivní motivace, jsem i pro motivaci negativní, jak již bylo zmíněno v první otázce. Zdravotní pojišťovny by se měly začít chovat komerčně a tržně. Při poškozování vlastního zdraví v důsledku vědomé nedbalosti pojišťovna automaticky účtuje spoluúčast pacienta. Tak bych to viděl já a samozřejmě chápu, že názory se mohou různit.

Rozhovor se sestrou v ordinaci praktického lékaře pro dospělé

Otázky: 1. Jaký je Váš názor na prevenci (obecně a KRK)?

2. Jak vidíte úlohu sestry v oblasti prevence, edukace a zdravotní gramotnosti pacientů?

3. Prosím o Vaše zkušenosti s adresným zvaním pacientů do programu screeningu zhoubných nádorů.

4. Popište mi, prosím, jak probíhá spolupráce s Vašimi pacienty.

5. Přemýšlíte o nějaké změně v provozu ambulance?

6. Chtěla byste cokoli dodat či upřesnit?

Jaký je Váš názor na prevenci (obecně a KRK)?

Sama vnímám prevenci jako důležitou součást každodenního života. Můžeme začít u zdravého životního stylu, pohybu, stravování, přemýšlení o zdravém prostředí kolem nás. PREVENCE nemusí být žádný strašák, každý si musí říci, co je pro něho v životě důležité, čím se bude zabývat a čím ne. Osobně vidím problém ve stravování a pohybu dětí, mládeže i dospělých. Od dětských lékařů k nám přecházejí mladí lidé a nemalé procento má nadváhu, nebo jsou obézní. S tímto spojená rizika jistě nemusím dopodrobna rozebírat. Pacienti si stěžují na bolesti zad a další potíže v dosti mladém věku.

Pacienti s vysokým krevním tlakem nebo diabetem druhého typu požadují spíše tabletky než rozhovor na téma zhubnutí a zvýšení tělesné aktivity. Někteří si dokonce myslí, že cukrovku nemají, pokud jejich hodnoty glykémie jsou v normě díky perorálním antidiabetikům.

Kolem nás je spousta informací, které na člověka doléhají. Je velmi těžké se zorientovat a najít tu správnou cestu. Například reklamy vybízející ke konzumaci smažených jídel v rychlém občerstvení a dalších potravin, které v konečné fázi nemusí být zdravé, jak reklama slibuje. Doporučuji pacientům podrobně si prostudovat složení, více se zajímat o to, co sníme a kolik toho sníme. S pacienty na téma zdravého životního stylu hovoříme prakticky každý den. Mají možnost konzultace s dietní sestrou v blízké nemocnici. Zrovna v této době máme tři pacientky, které od listopadu využívají pravidelných konzultací a zhubly každá 4-5kg. Vzájemně se podporují, pravidelně cvičí a řídí se radami dietní sestry. Osobně mám z takového úspěchu radost. Z tohoto příkladu je vidět, že rozhodnutí je opravdu na každém z nás. Já jako sestra se

snažím poskytovat dostatek informací o zdravém životním stylu a možnostech prevence. K dispozici máme například materiály z odborných přednášek.

KRK je onemocnění, kde známe rizikové faktory. Dědičné dispozice ovlivnit nelze, ale obezita, kouření, málo pohybu, hodně alkoholu a červeného masa, jsou faktory, na které upozorňujeme. Věřím, že pacienti každý sám za sebe, dříve nebo později pochopí důležitost prevence a budou ji považovat za běžnou součást svého života.

Jak vidíte úlohu sestry v oblasti prevence, edukace a zdravotní gramotnosti pacientů?

Trochu jsem Vám odpověděla již v první otázce. Informace poskytuji při každém kontaktu s pacientem. Myslím, že není pacient, který by nepotřeboval vůbec žádnou informaci ohledně prevence. Pokud lidé věkově nespádají do screeningových programů, mohou o nich vědět dopředu a už počítat s tím, že například od 50 let budou procházet screeningem KRK. Přímou v ambulanci provádíme vyšetření stolice na okultní krvácení, které spadá do screeningu. Sestra vše zařizuje naprosto sama bez asistence lékaře. Pacient je poučen o důležitosti vyšetření lékařem i sestrou. Dále dostává informace o způsobu odběru materiálu, uchování a navrácení do ambulance.

Úloha sestry je důležitá. Já i lékař máme každý svou místnost pro práci, což poskytuje možnost soukromí pro případné dotazy pacientů. Někdy se ptají spíše sestry, jindy lékaře. Jsou informace, které podávám já i lékař. Pacient má tak možnost slyšet zásadní věci dvakrát a lépe si je zapamatovat. Bavíme se tady o nikdy nekončící práci, která probíhá neustále dokola. O práci, která má smysl. Jsme na malém městě a spoustu pacientů znám roky osobně nebo od vidění. Přesně pak víte, kdo holduje alkoholu, kdo jídlu, kdo sportu, kdo se rozvádí, víte o rodinných zátěžích, rizikových faktorech. I tyto informace mohou mít a mají svůj význam.

Prosím o Vaše zkušenosti s adresným zvaním pacientů do programu screeningu zhoubných nádorů.

Přesnější údaje Vám určitě poskytne pan doktor. Já mám pocit, že se s obálkou a pozváním dostavuje málo lidí. Pacienty si spíše zveme sami a cíleně je vybíráme. Díky počítačovému programu přesně víme, kdo a kdy měl preventivní vyšetření, kdo odevzdal stolicí na okultní krvácení, u koho byla provedena koloskopie. Dopis lidé založí, ztratí, někteří si zpětně vzpomenou, že možná nějaký dostali.

Popište mi, prosím, jak probíhá spolupráce s Vašimi pacienty.

Spolupráce je pestrobarevná. Máme pacienty, kteří naprosto respektují pravidla provozní i doporučení od lékaře a sestry. Pacienty, kteří nerespektují upozornění na dveřích, ale jsou ochotni naslouchat zdravotníkovi, pokud je řeč o jejich zdravotním stavu. Pacienty, kteří si dělají, co chtějí, narušují provoz ambulance, jsou vulgární na lékaře a s nastaveným léčebným režimem nakládají dle vlastního uvážení. Neodhadnu, kolik je kterých. Každý pacient je jedinečný a každý má jiné možnosti. Jsou rozdíly ve vzdělání, intelektu, sociálním zařazení. Některé věci běžné pro jednoho jsou maximálním výkonem pro druhého. Postupně přesně vím, co od koho čekat. Kdo mi zkusavku se vzorkem stolice přinese dle domluvy, koho budu muset měsíc upomínat a pak mu dát novou, protože tu původní již nemá a ani neví, kde by mohla být. Spolupráce je tedy různorodá. Já se snažím si ke každému pacientovi najít cestu. Někdy to trvá déle, jindy je okamžité souznění a báječná spolupráce.

Přemýšlíte o nějaké změně v provozu ambulance z pohledu sestry?

Ambulance je v provozu tři roky a celou dobu dochází k neustálým změnám. Změny se týkají počítačových systémů, nových diagnostických přístrojů, organizace naší práce. Vše probíhá s cílem zlepšení komfortu a dostupnosti pro pacienty i pro práci zdravotníků. Systém získává pravidelnost a žádné radikální změny mě opravdu nenapadají.

Chtěla byste cokoli dodat či upřesnit?

K prevenci KRK jsem zapomněla zmínit i spolupráci v gynekologických ambulancích. Některé ženy nás informují o preventivním vyšetření KRK provedeném jejich gynekologem. Což vnímám jako pozitivní.

K práci sestry u praktika bych dodala, že je zajímavá a dynamická, aspoň v této ambulanci. Sestra zde odebírá krev, natáčí EKG, provádí vyšetření CRP, stolice na OK, vyšetření moče, hladin INR, pracuje s počítačem a neustále komunikuje s pacienty. Z mého pohledu bych uvítala další vzdělávání v oblasti komunikace, kterou považuji za základ práce sester.

Analýza rozhovorů

Lékař i sestra odpovídali na stejné otázky - viz tab...

V odpovědích na otázku č. 1 je pro oba prioritou vedení k prevenci od dětského věku, prevence je dle obou nedílnou součástí života, pacienti by měli mít dostatek informací o prevenci i rizikových faktorech, každý člověk by měl být zodpovědný za vlastní zdraví a spolupracovat s lékaři, sestrami.

Ve stejné otázce lékař upozorňuje na spoluúčast pacientů na léčbě, pokud nedodrží odborná doporučení a poškozují si dále své zdraví. Sestra vyzdvihuje důležitost neustálé edukace pacientů přicházejících do ambulance.

V odpovědích na otázku č. 2 vidí sestra i lékař přínos v aktivním zapojení sestry do prevence, screeningu a edukace. Lékař vidí výhody nejen pro pacienty, lékaře, ale v konečném důsledku i pro celý zdravotnický systém.

V odpovědích na otázku č. 3 se oba shodují na nízké spolupráci a malé odezvě na adresné zvaní pacientů k preventivnímu vyšetření tlustého střeva. Zdůrazňují nutnost stanovení si priorit v životě každým pacientem a přijetí zodpovědnosti za své zdraví. Lékař opět i zde připomíná spoluúčast pacientů na léčbě v případě poškozování si vlastního zdraví, která souvisí s přijetím zodpovědnosti za své chování. Ještě zde lékař hovoří o důležitosti motivace.

V odpovědích na otázku č. 4 je shoda v názoru na spolupráci s pacienty, kdy oba tvrdí, že je opravdu různorodá, hovoří o spolupracujících, méně spolupracujících, lhostejných až agresivních pacientech. Sestra zde kladně hodnotí individuální přístup k pacientům a jeho důležitost.

V odpovědích na otázku č. 5 by lékař i sestra dále zvyšovali kvalitu poskytované péče a kvalitu dostupnosti stejným způsobem jako dosud. Lékař upozorňuje na spolupráci s pacienty, důležitost edukačního materiálu a přistoupení k ještě důslednějšímu zvaní pacientů na preventivní vyšetření.

V odpovědích na otázku č. 6 lékař opět upozorňuje na přijetí zodpovědnosti, spoluúčasti, hovoří o důležitosti motivace pacientů. Sestra chválí spolupráci s gynekology na screeningu KRK. Popisuje různorodou a zajímavou práci v ambulanci praktického lékaře.

Tab.

OTÁZKA	ODPOVĚĎ-LÉKAŘ	ODPOVĚĎ-SESTRA
1. Jaký je Váš názor na prevenci (obecně a KRK)?	nedílná součást života, vést od dětství, dostatek informací, známá rizika, spolupráce, zodpovědnost za vlastní zdraví, spoluúčast	nedílná součást života, vést od dětství, dostatek informací, známá rizika, spolupráce, zodpovědnost za vlastní zdraví, edukace
2. Jak vidíte úlohu sestry v oblasti prevence, edukace a zdravotní gramotnosti?	velký přínos, stěžejní, zapojení do screeningu, prevence, dobrá edukace	aktivní zapojení do prevence, edukace pacientů, screening,
3. Prosím o Vaše zkušenosti s adresným zvaním pacientů do programu screeningu zhoubných nádorů.	malá odezva, chybí motivace, neuvědomují si výhody, přínos, spoluúčast, zodpovědnost, stanovení si priorit	malá odezva, nízká spolupráce, stanovení si priorit
4. Popište mi, prosím, jak probíhá spolupráce s Vašimi pacienty.	dobrá spolupráce, zapomínání, lhostejnost k doporučením	spolupráce různorodá, zapomínání, lhostejnost, individuální přístup
5. Přemýšlíte o nějaké změně v provozu ambulance?	nabídka možností pro pacienta, spolupráce, edukační materiál, aktivní zvaní - zvýšení účasti na prevencích	zlepšovat komfort, dostupnost služeb, pravidelnost
6. Chtěl/a byste cokoli dodat či upřesnit?	potřeba motivačních programů, zodpovědnost, spoluúčast	chvála spolupráce s gynekologickými ambulancemi na screeningu, práce dynamická a zajímavá

DISKUZE

Výzkumné šetření bylo provedeno v ambulanci praktického lékaře pro dospělé. Kvantitativního výzkumu se zúčastnilo 106 respondentů. Zastoupení žen bylo téměř dvakrát větší než mužů, což dokládá obecnou větší ochotu žen podílet se na spolupráci. Vše uvádí tabulka a graf 1. Podrobnější věkové rozdělení, rodinný stav a nejvyšší dosažené vzdělání ukazují tabulky 2-4 a k nim příslušné grafy. Kvalitativního výzkumu se zúčastnili lékař a sestra téže ambulance. Cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost pacientů o možnostech primární a sekundární prevence KRK, o pravidelných preventivních prohlídkách, zmapovat znalosti rizikových faktorů i příznaků tohoto onemocnění a výskyt rizikových faktorů ve sledovaném souboru pacientů, dále zjistit zájem o dané téma a ochotu změnit svůj životní styl. Analýza výsledků by měla být podkladem pro přípravu a vypracování potřebného edukačního materiálu v časovém termínu, který bude dohodnut s lékařem. Kvalitativní výzkum měl za cíl získat názor lékaře i sestry na prevenci, edukaci, zdravotní gramotnost a názor na úlohu sestry v oblasti prevence i edukace. Dalším cílem rozhovoru s lékařem a sestrou bylo zjistit, jak funguje spolupráce s pacienty v ambulantní péči.

1. Zmapování a porovnání informovanosti respondentů o pojmu KRK. Otázky č. 5, 6, 7, 8 v dotazníku.

Z celkového počtu respondentů se většina 94 % (100 osob) s pojmem KRK setkala (viz tab. 5, graf 4). S přihlédnutím k nejvyššímu dosaženému vzdělání výzkum prokázal, že kladně odpovědělo 40 % středoškoláků, 25 % vysokoškoláků, 24 % vyučených, 9 % s vyšším odborným vzděláním a 2 % se základním vzděláním (viz tab. 30, graf 28). Udané hodnoty mohou být ovlivněny celkovým počtem respondentů v jednotlivých kategoriích vzdělání, neboť kategorie středoškoláků tvoří nejpočetnější skupinu 39 % (41 osob) z celkového počtu respondentů (viz tab. 4, graf 3). Kategorie vyučených a vysokoškoláků jsou z hlediska počtu respondentů vyrovnané. Nelze proto říci, že by středoškoláci byli více informováni o KRK. Je nutné přihlédnout k zastoupení osob v jednotlivých skupinách s nejvyšším dosaženým vzděláním. Záporně neodpověděl ani jeden vysokoškolák a ostatní záporné odpovědi byli rovnoměrně rozděleny ve zbývajících kategoriích.

V souvislosti s věkem a pohlavím respondentů byli kladné odpovědi v jednotlivých věkových kategoriích u žen vyrovnané, kolem 30 % v každé. Výsledek svědčí o tom, že i mladší

ženy se s pojmem KRK setkaly. U mužů nejvíce kladných odpovědí bylo ve věku 61 a více, což může souviset se screeningem KRK zaměřeným na vyšší věkové kategorie. Záporně odpovědělo zanedbatelné procento mužů. V kategorii 41-60 let dokonce žádný, všichni odpověděli kladně (tab. 31, graf 29).

Výzkum prokázal i zdroj informací o KRK. Respondenti se v podstatě rozdělili na dvě hlavní skupiny, kdy jako zdroj informací uvedlo sdělovací prostředky 63 % (67 osob) a praktického lékaře pro dospělé 20 % (21 osob), (tab. 6, graf 5). S přihlédnutím k pohlaví respondentů 79 % mužů a 61 % žen uvedlo jako zdroj sdělovací prostředky. Praktického lékaře uvedlo 12 % mužů a 25 % žen. Mohu se domnívat, že ženy se zeptají spíše u praktika a muži více sledují sdělovací prostředky (tab. 32, graf 30).

Respondenti měli v další otázce označit alespoň dva příznaky KRK. 91 % jich uvedlo přítomnost krve ve stolici, 58 % střídání zácpy a průjmu, 42 % úbytek na váze ... (tab. 7, graf 6). Výsledek ukázal, že z celkového počtu respondentů většina o příznacích KRK informace má.

U českého pacienta je typický věk pro KRK v intervalu 60-79 let, ale skoro 20 % pacientů je mladších 60 let. Informovanost o tomto onemocnění by tedy měla být již v mnohem mladším věku. Dobrá znalost příznaků onemocnění zvyšuje i naději na jeho včasný záchyt a větší možnosti léčby. (kolorektum.cz)

2. Zmapování informovanosti respondentů o rizikových faktorech KRK a ochoty změny životního stylu. Otázky č. 9, 10, 11, 12 v dotazníku.

Rizikové faktory jako obezita, tučná jídla, málo pohybu, kouření a další jsou v populaci poměrně dobře známy. Některá rizika jsou společná i pro vznik jiných onemocnění, jako je např. diabetes, hypertenze nebo novotvary. Otázkou zůstává jejich vyřazení z každodenního života. Jak uvádí Vorlíček a Abrahámová, kromě dědičných dispozic jsou velkým rizikem faktory zevního prostředí. Mezi ně patří nevhodné stravovací návyky, úprava masa při vysokých teplotách (smažení, grilování, uzení), konzumace tuků ve větším množství, málo vlákniny ve stravě, alkohol – zejména pivo ve větším množství, kouření a v neposlední řadě i obezita. (Vorlíček et al., 2012, s. 279)

Dle provedeného výzkumu zná rizikové faktory 65 % (69 osob) a nezná 35 % (37 osob) z celkového počtu respondentů (tab. 9, graf 8). Vliv demografických údajů dopadl následovně – k rozdělení došlo dle pohlaví i věku a o rizicích KRK vědělo nejvíce žen ve věku 41-60 let, a to

41 % (20 osob), a nejméně mužů, tedy 6 % (1 osoba) v téže věkové kategorii (tab. 34, graf 32). Výsledek může být samozřejmě ovlivněn větším zastoupením žen v celkovém počtu respondentů a v jednotlivých věkových kategoriích. I v další otázce ve většině případů došlo ke správnému označení rizikových faktorů (tab. 10, graf 9). Ochotu změnit v případě doporučení životní styl vyjádřilo 80 % (85 osob) a kolonku nevím zaškrtno 20 % (21 osob) respondentů z celkového počtu. V souvislosti s věkem a pohlavím by životní styl změnily ženy ve všech věkových kategoriích v počtu okolo 30 %, což je přibližně 19 žen v každé kategorii. Muži ve středním věkovém pásmu spíše váhali, ale v nejmladším a nejstarším pásmu byli pro změnu životního stylu ve větším počtu (tab. 35, graf 33). V souvislosti s prevencí a edukací je to velmi pozitivní výsledek. Mohu se jen domnívat, na kolik je tento výsledek ovlivněn ochotou vyplnit dotazník, protože pouze každý třetí až čtvrtý oslovený pacient přijal dotazník k vyplnění. Mohla by tu být souvislost mezi ochotou vyplňovat dotazníky a ochotou naslouchat radám zdravotníků o prevenci a změně v životě.

3. Zmapování výskytu rizikových faktorů ve sledovaném souboru pacientů. Otázky č. 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 19.

V tomto případě se jednalo o kouření, pití alkoholu, konzumaci ovoce a zeleniny, červeného masa a pohybového režimu dotazovaných. Nekuřáků vyšlo 84 % (89 osob) ze 106 dotazovaných (tab. 13, graf 12). Z toho ženy kouří v 17 % a muži ve 14 %. Vzhledem k celkovému počtu mužů je to 5 osob z 36 a z celkového počtu žen je to 12 osob ze 70 (tab. 36, graf 34). U sportu výzkum prokázal, že vůbec nesportuje až čtvrtina všech dotazovaných a denně sportuje pouze 15 % (16 osob), 3krát týdně a 1krát týdně sportuje okolo 20 % respondentů (tab. 14, graf 13). Při vlivu demografických proměnných bylo zjištěno, že ženy sportují nejvíce 1krát týdně v 29 %, kdežto muži nejvíce procent získali v kolonce – aktivita 3krát týdně, konkrétně 33 % (tab. 37, graf 35).

Dalším rizikovým faktorem pro KRK je konzumace červeného masa, nadměrný příjem živočišných tuků a uzenin. Negativní vliv pro organismus je nesporný. Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny (dále jen IARC) se zabývala karcinogenními účinky červeného masa a výsledky byly publikovány v časopise The Lancet Oncology. Byly prokázány silné mechanistické důkazy o karcinogenním účinku této skupiny potravin. Na otázku, zda by se lidé

měli zcela vzdát konzumace červeného masa, není lehká odpověď. Doporučení hovoří o vyváženém jídelníčku a nepreferování konkrétní potraviny. Ředitel IARC konstatoval: „Naše závěry by zdravotním úřadům v jednotlivých zemích měly usnadnit posuzování rizik spojených s konzumací červeného masa a masných výrobků. Zodpovědné orgány budou moci lépe vyvážit rizika a přínosy konzumace těchto potravin, aby mohly vydat co možná nejobektivnější výživové doporučení pro populaci konkrétní země.“ (Kolorektum.cz)

Dle výsledků většina dotazovaných konzumuje červené maso 1krát týdně 34 % (36 osob) a jednou až dvakrát za měsíc 36 % (38 osob). Někteří udali konzumaci 3krát týdně - 20 % (21 osob), (tab. 15, graf 14). Nejvíce žen jí červené maso 1krát týdně -37 %, a nejvíce mužů jednou až dvakrát za měsíc - 44 % (tab. 38, graf 36). Pravdou je, že jsem zkoumala konzumaci červeného masa a otázka nebyla zaměřena na uzeniny, jejichž konzumace by pravděpodobně vyšla v jiných číslech. Podle mého názoru ve větších číslech a v neprospěch zdravého životního stylu.

Další otázka byla směřována na ovoce a zeleninu jako zdroj vlákniny a důležité potraviny pro zdravé trávení. Seifert doporučuje pro prevenci KRK dostatek vlákniny ve stravě. Je prokázáno, že ovoce, zelenina a další potraviny obsahující vlákninu chrání před různými typy rakoviny (úst, žaludku, KRK). (Seifert et al., 2015, s. 41)

Ze 106 dotazovaných ovoce a zeleninu jí denně 73 % (77 osob), (tab. 16, graf 15). Výsledek je pozitivní, ale stále zůstávají lidé, kteří konzumují ovoce a zeleninu jednou až 3krát týdně nebo dokonce pouze jednou až dvakrát za měsíc. S přihlédnutím k pohlaví výzkum prokázal, že denně jí ovoce a zeleninu 81 % žen a 56 % mužů. Ze 36 mužů celkem je to 20 osob a ze 70 žen celkem je to 57 osob (tab. 39, graf 37). Čísla dokazují, že stále máme pacienty, kteří konzumují tyto potraviny jednou až 3krát týdně nebo pouze jednou za měsíc.

Další doporučení se týkají konzumace alkoholu. Ten může být v určité míře prospěšný pro kardiovaskulární systém. Poprvé bylo riziko pro vznik rakoviny prsu a KRK v souvislosti s konzumací alkoholu potvrzeno v roce 1997. Další důkazy o rakovinotvorných účincích alkoholu od té doby neustále přibývají. Odborníci doporučují konzumaci dvou sklenek denně pro muže a jedné pro ženy. (www. Kolorektum. cz)

Výzkumné šetření prokázalo každodenní konzumaci alkoholu u 5 % (5 osob), výjimečně alkohol pije 27 % (29 osob), jednou až dvakrát za měsíc 21 % (22 osob), 1krát týdně 25 % (27 osob) z celkového počtu dotazovaných (tab. 17, graf 16). Z celkového počtu žen nejvyšší

procento konzumuje alkohol výjimečně, a to 34 % (24 osob), a pouze 3 % (2 osoby) denně. Z celkového počtu mužů nejvyšší procento konzumuje alkohol jednou až dvakrát měsíčně - 28 % (10 mužů) a 6 % (2 osoby) vůbec. Zbývající počet mužů (24 osob) pije alkohol jednou až 3krát týdně nebo denně (tab. 40, graf 38). V této otázce jsem očekávala větší míru konzumace alkoholu. Mohu se jen domnívat, že respondenti odpovídali podle skutečnosti. Nicméně jak z výzkumu vyplývá, tak se většina respondentů řídí doporučeními pro pití alkoholu.

Při zjišťování BMI se zařadilo 38 % (40 osob) do pásma nadváhy, 21 % (22 osob) do pásma obézních a 3 % (3 osoby) z celkového počtu do pásma silně obézních. Tělesná váha tak zůstává tématem vždy vhodným k edukaci pacientů.

4. Zmapování informovanosti pacientů o možnostech prevence a preventivních prohlídkách. Otázky č. 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26.

Seifert se domnívá, že lékaři primární péče mají stěžejní úlohu v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění. Vyzdvihuje velký význam preventivních prohlídek, které by měly umožnit rozbor zjištěných skutečností s pacientem, poskytnutí informací, vyhodnocení rizik, zajištění potřebné individuální edukace, vymezení rizikových faktorů a návrh jejich ovlivnění. (Seifert et al., 2015, s. 41)

Dotazníkové šetření prokázalo, že se většina respondentů s pojmem prevence setkala - 89 % (94 osob), (tab. 20, graf 19). Jako zdroj svých informací uvedlo 55 % (52 osob) sdělovací prostředky a 33 % pacientů (31 osob) ambulanci praktického lékaře (tab. 21, graf 20). Vliv demografických proměnných ukázal, že muži i ženy se s pojmem prevence setkali v téměř stejném procentuálním zastoupení (tab. 42, graf 40). Muži se s tímto pojmem setkali nejvíce ve sdělovacích prostředcích a na druhém místě uváděli ambulanci praktika. Ženy na prvních místech také uvedly sdělovací prostředky a ambulanci, ale rozdíl v těchto položkách nebyl tak vysoký jako u mužů (tab. 43, graf 41). Výsledek potvrzuje skutečnost o větší komunikaci žen v ambulanci. Muži zřejmě více sledují televizi, poslouchají rádio a čtou tisk. Dále výsledky svědčí pro úspěch probíhajících mediálních kampaní, do nichž jsou zapojeny i známé osobnosti.

Na otázku ohledně preventivního vyšetření, které se týká KRK, 20 % respondentů (21 osob) odpovědělo nevim (tab. 24, graf 23). Výsledek dokládá potřebu neustálé edukace a poskytování informací pacientům o prevenci. Dle dalšího výzkumu bylo prokázáno, že na

preventivní prohlídky chodí spíše ženy a muži po 40 letech věku. Muži pak po 60 letech dokonce účast žen malinko převyšují. Mladí lidé do 40 let spíše na prevence nechodí (tab. 44, graf 42). Seifert tvrdí, že intervencí u ženy můžeme obvykle uvést primární prevenci do života celé rodiny. (Seifert et al., 2015, s. 41)

Osobně s touto myšlenkou souhlasím. Ženy mohou být hnacím motorem, který vede rodinu ke zdravému životnímu stylu. Pokud děti vyrůstají v prostředí, kde se dodržují zásady zdravé výživy, jsou vedeny k pohybu a ochraně životního prostředí, jistě je to dobrý vklad pro jejich budoucnost.

K prevenci sekundární Seifert uvádí, že je screening KRK od roku 2014 nastaven jako populační a usiluje o vyšší účast pacientů, kteří tvoří cílovou skupinu. Zavoral upozorňuje na zahraniční zkušenosti s adresným zvaním k preventivnímu vyšetření, které jsou vesměs kladné, a zároveň vyzdvihuje roli praktických lékařů v českém programu screeningu KRK. (Practicus č.5/2014)

Dle výsledků preventivní vyšetření KRK podstoupilo 43 % pacientů (46 osob) (tab. 25, graf 24). Podle očekávání nejvíce kladných odpovědí bylo v kategorii 61 let a více, zastoupení mužů bylo vyšší než účast žen. V kategorii 41 – 60 let se naopak preventivnímu vyšetření více podrobovaly ženy (tab. 45, graf 43). Respondenti doporučení k příslušnému vyšetření většinou dostali od praktického lékaře, nebo lékaře ve specializované ambulanci.

5. Zmapování potřeby dalších informací k danému tématu – problematice KRK.

Otázky č. 27, 28, 29.

Výzkumné šetření ukázalo, že dostatek informací nemá přibližně polovina lidí a druhá polovina se domnívá, že má (tab. 27). Více informací o KRK by uvítali muži i ženy ve starších věkových kategoriích. Muži i ženy ve věku 19 – 40 let stojí o informace v 15 % (2 osoby) z celkového počtu respondentů v této kategorii (tab. 46, graf 44). Mladší respondenti nemají o prevenci, seznámení s rizikovými faktory KRK apod. větší zájem. Lidé mladší 40 let by informace dostávat měli, tato věková skupina nemá být v rámci prevence opomíjena. Správně vedená edukace pacientů je velkým vkladem do budoucna nejen pro pacienta samotného, ale pro celý zdravotnický systém. Zvláště u tohoto onemocnění, jehož rizikové faktory známe a můžeme ovlivnit. Screening se týká lidí nad 50 let, ale právě primární prevencí mohou jednotlivci příznivě

zasáhnout do rozvoje tohoto onemocnění. Na otázku, od koho by případné informace lidé uvítali, většina uvedla lékaře, nebo lékaře i sestru v ambulanci (tab. 28, graf 26). Muži i ženy upřednostňují podání informací od lékaře, ženy pak ve větším procentu udávaly i sestru v ambulanci (tab. 47, graf 54). Ve většině případů tj. v 73 % (77 osob) by se informace měly týkat všeho o KRK, jen o prevenci by mělo zájem 21 % dotazovaných (22 osob) a v malém počtu lidé nechtějí žádné informace 5 % (5 osob), (tab. 29, graf 27).

6. Získání názoru praktického lékaře a všeobecné sestry na problematiku prevence.

Zdravotníci se aktivně podílejí na zvyšování účasti pacientů v programech screeningu KRK. Praktičtí lékaři mají osobní a individuální přístup k pacientovi. Mohou ovlivňovat postoje jednotlivců k prevenci. U svých registrovaných pacientů kontrolují účast ve screeningu a tím zajišťují sekundární prevenci. Podávají potřebné informace, mají k dispozici testy na okultní krvácení, které i vyhodnocují. V případě potřeby zajišťují nezbytná kolonoskopická a další vyšetření. Seifert vidí roli praktiků v komunikační strategii screeningu jako nenahraditelnou. Základní aspekty zapojení lékařů do screeningu vidí v kompetencích, přístupu ke screeningu, organizaci a finanční motivaci. Zdravotníci mají procházet systémem celoživotního vzdělávání v této oblasti, k pacientovi přistupovat individuálně, zvolit správný způsob komunikace, aby výsledkem bylo porozumění ze strany pacienta. Lékaři by měli pacientovi nabídnout možnost objednání a vyčlenit si čas věnovaný prevenci. Práce lékařů a sester je velice náročná, zodpovědná a přínosná. Měla by být také adekvátně oceněná. Jak říká Seifert: „Angažmá lékaře a sestry ve screeningu zaslouží řádné ocenění. Současné nastavení výkonové odměny za test na okultní krvácení nezohledňuje komplexní roli praktického lékaře ve screeningu a nemá dostatečný motivační efekt.“ (Seifert et al., 2015, s. 108)

Kvalitativní výzkum, provedený v ambulanci praktika, prokázal aktivní účast lékaře i sestry na prevenci a edukaci pacientů. Lékař poukazuje na menší míru spolupráce za strany registrovaných, kteří nejsou mnohdy ochotni cokoli udělat pro své zdraví. Dále klade důraz na převzetí spoluodpovědnosti každého jedince za své zdraví. Řešení vidí v regulaci, která půjde za pacientem. Pokud si tedy kdokoli bude zdraví úmyslně poškozovat, měl by nést i odpovědnost a podílet se finančně na zdravotní péči, která bude následovat. Jako příklad můžeme uvést kuřáky a diabetiky, kteří nedodržují doporučená opatření a nadále si zdraví poškozují. Tito lidé

procházejí diagnostickými metodami, jsou léčeni a v mnohých případech v kouření či nezdravém životním stylu pokračují.

Ze strany sestry je prevence vnímána jako každodenní součást života. Připomíná důležitost primární prevence. Denně se setkává s důsledky nevhodného stravování a nedostatku pohybu. Sama přiznává, že lidé raději spolknou tabletku, než by přemýšleli o snížení hmotnosti nebo ukončení kouření. Z rozhovorů vychází spolupráce s pacienty ne příliš uspokojivě. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu. Tam pacienti ochotu změnit alespoň částečně svůj životní styl projeví v celkem hojném počtu. Jak již bylo zmíněno, může tento postoj souviset s ochotou vyplnit dotazník. Předpokládám, že pokud pacient projevil ochotu spolupracovat ve vyplňování, bude s větší pravděpodobností spolupracovat i v jiných oblastech. Úlohu sestry vidí lékař jako zásadní, klíčovou a pro edukaci i informovanost pacientů nenahraditelnou. Shoduje se tedy s názorem Seiferta, který tvrdí, že pro úspěšnost preventivních programů jsou důležité postoje, angažovanost, způsob edukace a podávání informací od zdravotníků směrem k pacientům. Důležité je zlepšit postoj populace k prevenci a včasnému záchytu KRK.

(Seifert et al., 2015, s. 109)

S adresným zvaním pacientů na preventivní vyšetření KRK se v ambulanci s velkou úspěšností nesečkali. Lékař se spíše spoléhá na cílené vyhledávání a oslovování pacientů, kteří projdou ambulancí a nemají provedenou preventivní prohlídku nebo screening KRK. Právě do adresného zvaní pacientů přední odborníci na problematiku KRK kladou velké naděje. Dle dostupných údajů se z celkového počtu pozvaných dostavilo v první polovině roku 2014 pouze 14,5 % pacientů. Seifert připouští, že pozvaní mohou svá rozhodnutí odkládat. Ale i přes relativně nižší reakci obyvatel lze hovořit o třetinovém nárůstu screeningu, který se promítl do praxe. (Seifert et al., 2015, s. 104)

Dle výzkumu zkušenosti z praxe lékaře dokládají velkou angažovanost pacientů, pokud mají v dosahu nějaký zisk. Může to být příspěvek na lázně, péči atd. a lidé se dostavují k praktikovi téměř okamžitě. Lékař v rozhovoru zmiňuje prvek motivace, který podle něj chybí. Nabídka včasného záchytu případného onemocnění a pozitivní přínos z dodržování zdravého životního stylu nejsou pro většinu občanů dostatečnou motivací. Znovu lékař apeluje na převzetí spoluodpovědnosti každého jedince za své chování. Holčík ve své knize o zdravotní gramotnosti píše o posílení role občanů v péči o sebe, o své zdraví a zdraví svých blízkých. Zdravotní

gramotnost vidí jako nástroj a příležitost, jak tohoto posílení dosáhnout. Jako podmínku dobrého rozvoje státu uvádí výchovu dětí ve zdravé, odpovědné a vzdělané občany.

(Holčík 2010, s. 234)

V rámci provedeného výzkumu pacienti projeví zájem o informace, které se budou týkat KRR. Lékař se sestrou jsou také nakloněni aktivitě, která podpoří preventivní chování pacientů. Na tomto podkladě vypracují materiál, který sestra bude moci použít při své práci k edukaci. Obsahem by mělo být vše o prevenci primární, sekundární a základní informace o KRR. Vše bude zpracováno v PowerPointu a k dispozici bude v ambulanci i tištěná forma. Sestra bude moci s pacientem pohovořit a použít formu prezentace nebo tištěný materiál. V tištěné formě může být materiál poskytnut pacientům k prostudování domů. Prezentaci lze v budoucnu použít i jako přednášku pro větší počet zájemců. Prostory zhruba pro dvacet lidí jsou přímo v budově polikliniky, kde ambulance praktika sídlí.

ZÁVĚR

Téma, kterým jsem se zabývala ve své bakalářské práci, se týkalo zejména prevence rakoviny tlustého střeva a konečníku. Vysoké procento těchto nádorů se daří primárně zachytit v pokročilém klinickém stádiu. Situaci výrazně nemění ani míra účasti na screeningových vyšetřeních, protože se pohybuje okolo 30 %. Pozornost si KRK zasluhuje nejen díky častému výskytu, ale i díky výborným možnostem prevence a léčby mezi zhoubnými nádory. Krom jiného se v práci věnuji především zdravotní gramotnosti, primární a sekundární prevenci.

Výzkum proběhl v rámci privátní praxe praktického lékaře s registrovanými pacienty, s lékařem a všeobecnou sestrou.

V teoretické části se zabývám etiologií, patogenezí, diagnostikou a léčbou KRK. Dále se podrobněji věnuji prevenci a screeningu KRK. Především prevenci primární, která je, nejen pro rakovinu kolorekta, zásadní. Screening má v rámci sekundární prevence obrovský přínos pro pacienty a pro celý zdravotnický systém. Každé onemocnění, které je diagnostikované včas, dává větší šance na úspěšnou léčbu i na další prognózu.

Úloha sestry v prevenci a zdravotní gramotnost uzavírají první část celé práce. Zdravotní gramotnost je rozebrána jako metoda, která zvyšuje vliv lidí na své zdraví a zvyšuje schopnost nést osobní díl odpovědnosti. Prevence a úloha sestry v celém preventivním procesu nejsou opomenuty, neboť formou vhodně zvolené edukace může docházet k systematickému zvyšování zmíněné zdravotní gramotnosti obyvatel.

Empirická část obsahuje výzkum provedený kvantitativní a kvalitativní formou. Zjišťovala jsem míru znalostí respondentů o problematice KRK. Dále jsem zmapovala výskyt rizikových faktorů, ochotu spolupracovat a potřebu dalších informací u zkoumaného vzorku pacientů. Otázky v dotazníku se tedy týkají prevence, rizikových faktorů, zdravého životního stylu a potřeby získávání dalších informací o KRK. Otázky pro lékaře a všeobecnou sestru jsou zaměřeny na prevenci, úlohu sestry v edukaci pacientů a na spolupráci s pacienty v ambulanci.

Provedeného výzkumu se zúčastnilo více žen než mužů. Tento fakt byl dán větší ochotou ze strany žen vyplnit dotazník výzkumného šetření. Dále převyšovalo středoškolské vzdělání dotazovaných nad vysokoškolským vzděláním a učňovskými obory. Výsledky ukázaly celkem dobrou informovanost respondentů o KRK. Byly správně označeny příznaky i rizikové faktory u více jak poloviny dotazovaných. Při srovnání výsledků dle věku a pohlaví riziko znají spíše

starší věkové kategorie. Mezi muži a ženami k většímu rozdílu ve vědomostech nedošlo. S ohledem na výsledek by mladší generace neměla být opomíjena. Lidé mají být seznamováni s riziky onemocnění a možnostmi primární i sekundární prevence pravidelně a systematicky. Zdravým životním stylem a prevencí mohou všichni velmi ovlivnit propuknutí, diagnostiku i léčbu tohoto i jiných onemocnění.

Při mapování výskytu rizikových faktorů v životě jednotlivců jsem zjistila určité procento výskytu tohoto rizika. Lidé by měli dostávat informace o obezitě, stravování, kouření, pití alkoholu... Podáváním správných informací ve vhodnou chvíli se můžeme podílet na zvyšování zdravotní gramotnosti pacientů. Ti se pak mohou lépe rozhodovat ve prospěch preventivního chování a zdravého životního stylu.

Ke spolupráci a k případné změně se nikdo z dotazovaných nevyslovil záporně. Lidé spíše váhali nebo odpověděli kladně. Naopak lékař i sestra hovořili o spolupráci v primární a sekundární prevenci jako o nedostatečné.

Další část dotazníku byla zaměřena na pravidelné preventivní prohlídky. O nich většina respondentů věděla, ale spíše je využívají muži nad 61 let a ženy ve věku 41 až 60 let. Z hlediska primární prevence by bylo vhodné zvýšit preventivní návštěvnost i u mladších věkových kategorií. Respondenti ve věku 19 až 40 let se shodli na tom, že dostatek informací o prevenci nemají. Toto zjištění opět ukazuje na nutnost předávání informací a rozšíření edukační činnosti v oblasti prevence ve všech věkových kategoriích.

Úkolem zdravotníků je zvyšovat informovanost pacientů o dané problematice. Cílem pak zůstává co nejvíce zdravých lidí, kteří přebírají spoluodpovědnost za své zdraví. spolu se snahou o včasný záchyt všech onemocnění, u kterých probíhá screeningové vyšetření.

ANOTACE

Autor: Hana Glancová

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové

Oddělení ošetrovatelství

Název práce: Kolorektálnímu karcinomu lze předcházet

Vedoucí práce: Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

Počet stran: 130

Počet příloh: 7

Rok obhajoby: 2016

Klíčová slova: rakovina tlustého střeva a konečníku, prevence, screening, zdravotní gramotnost, edukace

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku rakoviny tlustého střeva a konečníku. Zabývá se prevencí, především primární a sekundární, rizikovými faktory, informovaností obyvatel o tomto onemocnění a o zdravém životním stylu.

V teoretické části je zmíněna etiologie a patogeneze, epidemiologie, diagnostika a léčba tohoto onemocnění. Další oblastí první části práce je prevence, a to primární, sekundární, terciární a kvartérní. Jsou zde rozebrány možnosti prevence obecně a vzhledem k rakovině tlustého střeva a konečníku. Úloha sestry v prevenci, edukaci, v rozvíjení zdravotní gramotnosti obyvatel a zdravotní gramotnost jsou dvě kapitoly, které zakončují teoretickou část bakalářské práce.

V empirické části je provedeno kvantitativní výzkumné šetření pomocí dotazníků. Cílem bylo získat data o informovanosti obyvatel o rakovině tlustého střeva, včetně prevence a o rizikových faktorech tohoto onemocnění. Další data jsou o zdravém životním stylu a o potřebě respondentů získat informace k danému tématu. Veškeré výsledky jsou znázorněny v přehledných tabulkách a grafech. Součástí empirické části je i kvalitativní výzkum provedený formou dvou rozhovorů. Tento výzkum se týkal lékaře a všeobecné sestry v ambulanci praktického lékaře pro dospělé. Cílem bylo zjistit názory obou zúčastněných na problematiku prevence, edukace a spolupráce s pacienty. Dále v rozhovorech zazněly názory na zdravý životní styl a úlohu sestry v prevenci i edukaci.

ANNOTATION

Name and surname of the author: Hana Glancová

Institution: Charles University in Prague,
Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of
Social Medicine, Department of Nursing

Title of the work: Colorectal cancer is preventable.

Academic advisor: Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

Number of pages: 130

Number of attachments: 7

Year of defense: 2016

Key words: cancer, colon and rectal cancer, prevention, screening, health literacy, education

Bachelor thesis is focused on cancers of the colon and rectum. It deals with prevention, especially primary and secondary, risk factors, awareness of the population about the disease and a healthy lifestyle.

In the theoretical part is mentioned etiology and pathogenesis, epidemiology, diagnosis and treatment of this disease. Another area of thesis is the first part of prevention and primary, secondary, tertiary and quaternary. There are discussed the possibility of prevention and generally due to cancer of the colon and rectum. The role of the nurse in prevention, education, the development of health literacy of the population and health literacy are two chapters, which ends with the theoretical part of the thesis.

In the empirical part the quantitative research using questionnaires. The aim was to obtain data on the public awareness of colon cancer, including prevention and risk factors of the disease. Additional data on healthy lifestyles and the need for respondents to obtain information on the topic. All results are shown in tables and graphs. Part of the empirical part qualitative research was done two interviews. This research involved doctor and nurse in the clinic of general practitioner for adults. The aim was to ascertain the views of both parties to the issue of prevention, education and collaboration with patients. Further talks were opinions on healthy lifestyles and the role of the nurse in prevention and education.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

1. ADAM, Zdeněk; KREJČÍ, Marta a Jiří VORLÍČEK. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, 417 s. ISBN 978-80-7262-648-9.
2. BAJČIOVÁ, Viera; TOMÁŠEK Jiří a Jaroslav ŠTĚRBA. *Nádory adolescentů a mladých dospělých*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 363 s. ISBN 978-80-247-3554-2.
3. HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2., dopl. vyd. Praha: Galén, 1999, 165 s. ISBN 80-726-2032-0.
4. [Http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch/index.php](http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch/index.php) [online].
5. JABLONSKÁ, Markéta. *Kolorektální karcinom: časná diagnóza a prevence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000, 455 s., [6] s. barev. obr. příl. ISBN 80-716-9777-X.
6. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 77 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.
7. KOUTECKÝ, Josef a kolektiv. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Přerov: RIOPRESS, 2004, 278 s. ISBN 80-86221-77-6.
8. KRUPIČKOVÁ - MOTYČKOVÁ, Dagmar. *Příčina mechanismu vzniku a průběhu maligních onemocnění: Podstata prevence a léčby rakoviny*. Hradec Králové, 2001, 71 s.
9. KUBÁČKOVÁ, Kateřina. *Vzácná onemocnění: v kostce*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014, 301 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3149-3.
10. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
11. MAGUROVÁ, Dagmar a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
12. *Onko maják pomoc onkologickým pacientům: co je rakovina tlustého střeva* [online]. 2015 [cit. 2016-02-11]. Dostupné z: <http://www.onkomajak.cz/>
13. Practicus: Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství. Praha: SVL ČSL JEP, 2015, 14(10). ISSN 1213-8711
14. REJTHAR, Aleš a Bořivoj VOJTĚŠEK. *Obecná patologie nádorového růstu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 206 s. ISBN 80-247-0238-X.

15. ŘIHÁČKOVÁ, Petra a David ŽIDLICKÝ. *Osudové příznaky*. 1. vyd. Brno, 2009, 137 s. ISBN 978-80-254-4332-3.
16. *SCREENING KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU: Předejděte rakovině tlustého střeva a konečníku!*[online]. [cit. 2016-02-11]. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/> . ISSN 1804-0888.
17. SEIFERT, Bohumil. *Colorectal cancer screening: manual for general practitioners*. Prague: Maxdorf, 2013, 126 s. ISBN 978-80-7345-354-1.
18. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
19. SVOBODA, Marek. *Edukační sborník: Brněnské onkologické dny a .. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky : Brno, ..* Brno: Masarykův onkologický ústav, 1976, 342 s. ISBN 978-80-86793-17-7.
20. VYZULA, Rostislav a Jan ŽALOUĐÍK. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: vybrané kapitoly*. Praha: Maxdorf, 2007, 287 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-140-0.
21. WITTEKIND, Christian; SOBIN, L. a M. GOSPODAROWICZ (eds.). *TNM Klasifikace zhoubných novotvarů*. 7. vyd. Chichester: Wiley, 2010, 246 s. ISBN 978-80-904259-6-5.
22. ŽALOUĐÍK, Jan. *Vyhňte se rakovině aneb Prevence zhoubných nádorů pro každého*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 189 s. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2307-5.

SEZNAM ZKRATEK

KRK.....	Kolorektální karcinom
FAP.....	Familiární adenomatózní polypóza
HNPCC.....	Hereditární nepolypózní kolorektální karcinom
CEA.....	Karcinoembrionální antigen
CT.....	Počítačová tomografie
TNM.....	Klasifikace zhoubných novotvarů /popisuje tři složky rozsahu onemocnění – tumor, nodus, metastáza/
WHO.....	Světová zdravotnická organizace
TOKS.....	Test na okultní krvácení do stolice
DNA.....	Deoxyribonukleová kyselina
ZG.....	Zdravotní gramotnost
VZP.....	Všeobecná zdravotní pojišťovna
IARC.....	Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Genderové složení respondentů.....	41
Tab. 2: Věk	42
Tab. 3: Rodinný stav	42
Tab. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání.....	43
Tab. 5: Znalost pojmu rakovina tlustého střeva.....	45
Tab. 6: Zdroje informací o KRK	46
Tab. 7: Informovanost respondentů o příznacích KRK.....	47
Tab. 8: Informovanost respondentů o věkovém riziku spojeném se vznikem KRK, se zaměřením na pohlaví respondentů	48
Tab. 9: Informovanost respondentů o rizikových faktorech KRK	49
Tab. 10: Informovanost respondentů o rizikových faktorech KRK	50
Tab. 11: Informovanost respondentů o možnostech ovlivnění rizikových faktorů	51
Tab. 12: Ochota respondentů změnit na doporučení životní styl, se zaměřením na pohlaví a věk.....	52
Tab. 13: Počet kuřáků a nekuřáků	53
Tab. 14: Tělesná aktivita.....	54
Tab. 15: Konzumace červeného masa	55
Tab. 16: Konzumace ovoce a zeleniny	56
Tab. 17: Konzumace alkoholu	57
Tab. 18: Informovanost respondentů o potravinách a vláknině.....	58
Tab. 19: BMI.....	60
Tab. 20: Informovanost respondentů o pojmu prevence KRK.....	61
Tab. 21: Zdroje informací o prevenci KRK.....	62
Tab. 22: Pravidelné preventivní prohlídky u praktického lékaře pro dospělé	63
Tab. 23: Informovanost respondentů o preventivních prohlídkách.....	64
Tab. 24: Informovanost respondentů o preventivních vyšetřeních KRK	65
Tab. 25: Využití preventivních vyšetření KRK respondenty	66
Tab. 26: Zdroj doporučeného preventivního vyšetření.....	67
Tab. 27: Pocit informovanosti o KRK.....	68
Tab. 28: Požadovaný zdroj informací v případě potřeby respondentů	69

Tab. 29: Chybějící informace	70
Tab. 30: Znalost pojmu KRK se zaměřením na dosažené vzdělání	71
Tab. 31: Znalost pojmu KRK se zaměřením na pohlaví a věk respondentů	72
Tab. 32: Zdroj informací o KRK se zaměřením na pohlaví respondentů	74
Tab. 33: Informovanost respondentů o věkovém riziku spojeném se vznikem KRK, se zaměřením na pohlaví respondentů	75
Tab. 34: Informovanost respondentů o rizikových faktorech KRK ,se zaměřením na věk a pohlaví respondentů	76
Tab. 35: Ochota respondentů změnit na doporučení životní styl, se zaměřením na pohlaví a věk	77
Tab. 36: Počet kuřáků a nekuřáků, se zaměřením na pohlaví.....	78
Tab. 37: Tělesná aktivita respondentů, se zaměřením na pohlaví	79
Tab. 38: Konzumace červeného masa, se zaměřením na pohlaví	80
Tab. 39: Konzumace ovoce a zeleniny, se zaměřením na pohlaví	81
Tab. 40: Konzumace alkoholu se zaměřením na pohlaví	82
Tab. 41: BMI se zaměřením na pohlaví.....	83
Tab. 42: Informovanost respondentů o pojmu prevence KRK, se zaměřením na pohlaví.	84
Tab. 43: Zdroj, od kterého se respondenti dozvěděli o prevenci KRK, se zaměřením na pohlaví	85
Tab. 44: Účast respondentů na preventivních prohlídkách, se zaměřením na věk a pohlaví	86
Tab. 45: Využití preventivních vyšetření KRK, se zaměřením na věk a pohlaví.....	87
Tab. 46: Pocit informovanosti o KRK, se zaměřením na pohlaví a věk.....	88
Tab. 47: Požadovaný zdroj informací v případě potřeby respondentů ,se zaměřením na pohlaví	89

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Genderové složení respondentů.....	41
Graf 2: Rodinný stav.....	42
Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání.....	43
Graf 4: Znalost pojmu rakovina tlustého střeva.....	45
Graf 5: Zdroje informací o KRK.....	46
Graf 6: Informovanost respondentů o příznacích KRK.....	47
Graf 7: Informovanost respondentů o věkovém riziku spojeném se vznikem KRK, se zaměřením na pohlaví respondentů.....	48
Graf 8: Informovanost respondentů o rizikových faktorech KRK.....	49
Graf 9: Informovanost respondentů o rizikových faktorech KRK.....	50
Graf 10: Informovanost respondentů o možnostech ovlivnění rizikových faktorů.....	51
Graf 11: Ochota respondentů změnit na doporučení životní styl, se zaměřením na pohlaví a věk.....	52
Graf 12: Počet kuřáků a nekuřáků.....	53
Graf 13: Tělesná aktivita.....	54
Graf 14: Konzumace červeného masa.....	55
Graf 15: Konzumace ovoce a zeleniny.....	56
Graf 16: Konzumace alkoholu.....	57
Graf 17: Informovanost respondentů o potravinách a vláknině.....	58
Graf 18: BMI.....	60
Graf 19: Znázornění informovanosti respondentů o pojmu prevence KRK.....	61
Graf 20: Zdroje informací o prevenci KRK.....	62
Graf 21: Pravidelné preventivní prohlídky u praktického lékaře pro dospělé.....	63
Graf 22: Informovanost respondentů o preventivních prohlídkách.....	64
Graf 23: Informovanost respondentů o preventivních vyšetřeních KRK.....	65
Graf 24: Využití preventivních vyšetření KRK respondenty.....	66
Graf 25: Zdroj doporučeného preventivního vyšetření.....	67
Graf 26: Požadovaný zdroj informací v případě potřeby respondentů.....	69
Graf 27: Chybějící informace.....	70
Graf 28: Znalost pojmu KRK se zaměřením na dosažené vzdělání.....	71

Graf 29: Znalost pojmu KRK se zaměřením na pohlaví a věk respondentů	72
Graf 30: Zdroj informací o KRK se zaměřením na pohlaví respondentů.....	74
Graf 31: Informovanost respondentů o věkovém riziku spojeném se vznikem KRK, se zaměřením na pohlaví respondentů	75
Graf 32: Informovanost respondentů o rizikových faktorech KRK, se zaměřením na věk a pohlaví	76
Graf 33: Ochota respondentů změnit na doporučení životní styl, se zaměřením na pohlaví a věk	77
Graf 34: Počet kuřáků a nekuřáků, se zaměřením na pohlaví	78
Graf 35: Tělesná aktivita respondentů, se zaměřením na pohlaví	79
Graf 36: Konzumace červeného masa, se zaměřením na pohlaví	80
Graf 37: Konzumace ovoce a zeleniny se zaměřením na pohlaví	81
Graf 38: Konzumace alkoholu se zaměřením na pohlaví	82
Graf 39: BMI se zaměřením na pohlaví.....	83
Graf 40: Informovanost respondentů o pojmu prevence KRK, se zaměřením na pohlaví	84
Graf 41: Zdroj, od kterého se respondenti dozvěděli o prevenci KRK, se zaměřením na pohlaví	85
Graf 42: Účast respondentů na preventivních prohlídkách, se zaměřením na věk a pohlaví	86
Graf 43: Využití preventivních vyšetření KRK, se zaměřením na věk a pohlaví	87
Graf 44: Pocit informovanosti o KRK se zaměřením na pohlaví a věk	88
Graf 45: Požadovaný zdroj informací v případě potřeby respondentů, se zaměřením na pohlaví	89

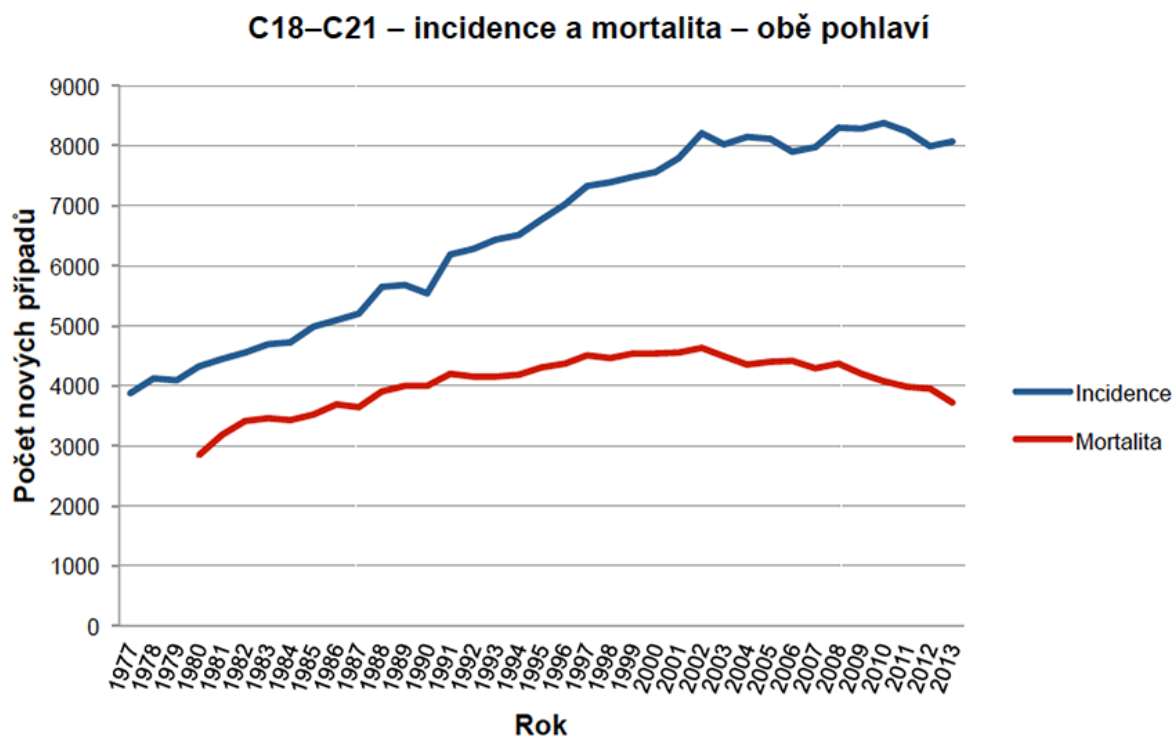
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Výskyt nových případů KRK a úmrtnost v ČR.....	121
Příloha 2 Prevalence KRK v ČR.....	122
Příloha 3 Procentuální podíl klinických stadií	123
Příloha 4 Znázornění screeningového procesu ve věkové skupině 50-54 let.	124
Příloha 5 Znázornění screeningového procesu ve věkové skupině 55 a více let.	125
Příloha 6 Dotazník k výzkumnému šetření.....	126
Příloha 7 Žádost o povolení výzkumného šetření v ambulanci praktického lékaře pro dospělé.	130

PŘÍLOHY

Příloha 1 Výskyt nových případů KRK a úmrtnost v ČR

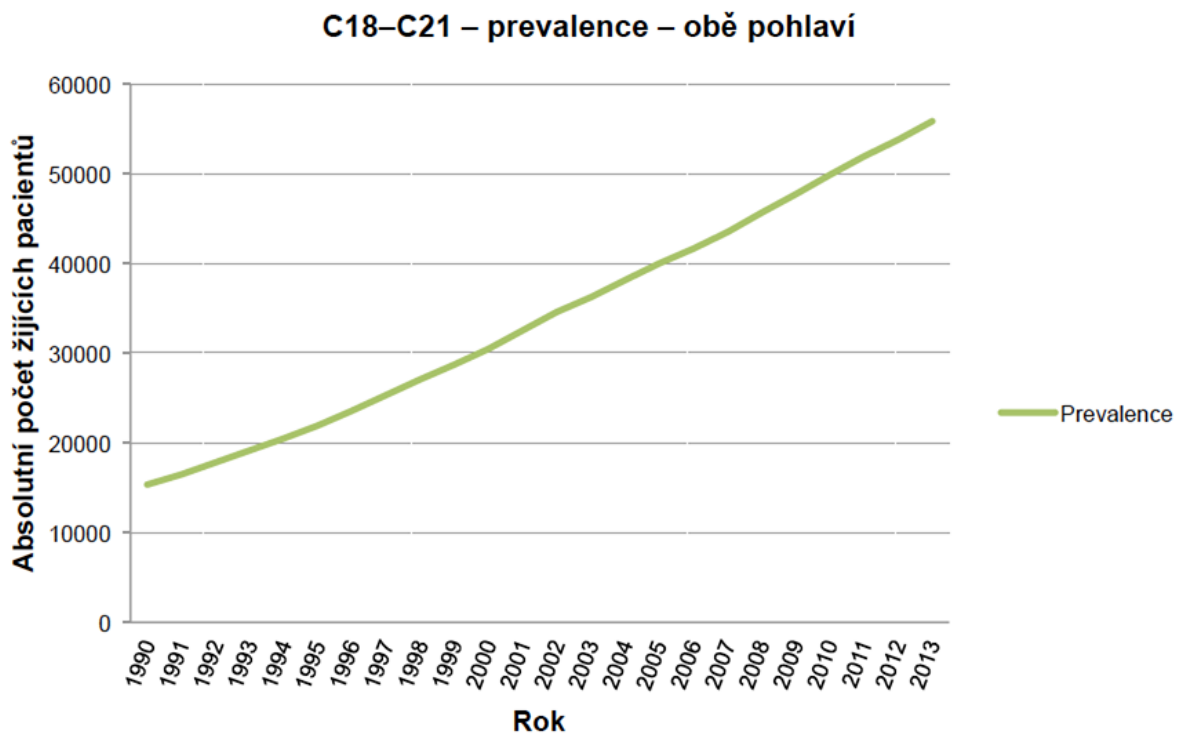
Absolutní počty případů



<http://www.kolorektum.cz/res/image/epidem-cze/001-incid-mort-both-absolute.png>

Příloha 2 Prevalence KRK v ČR

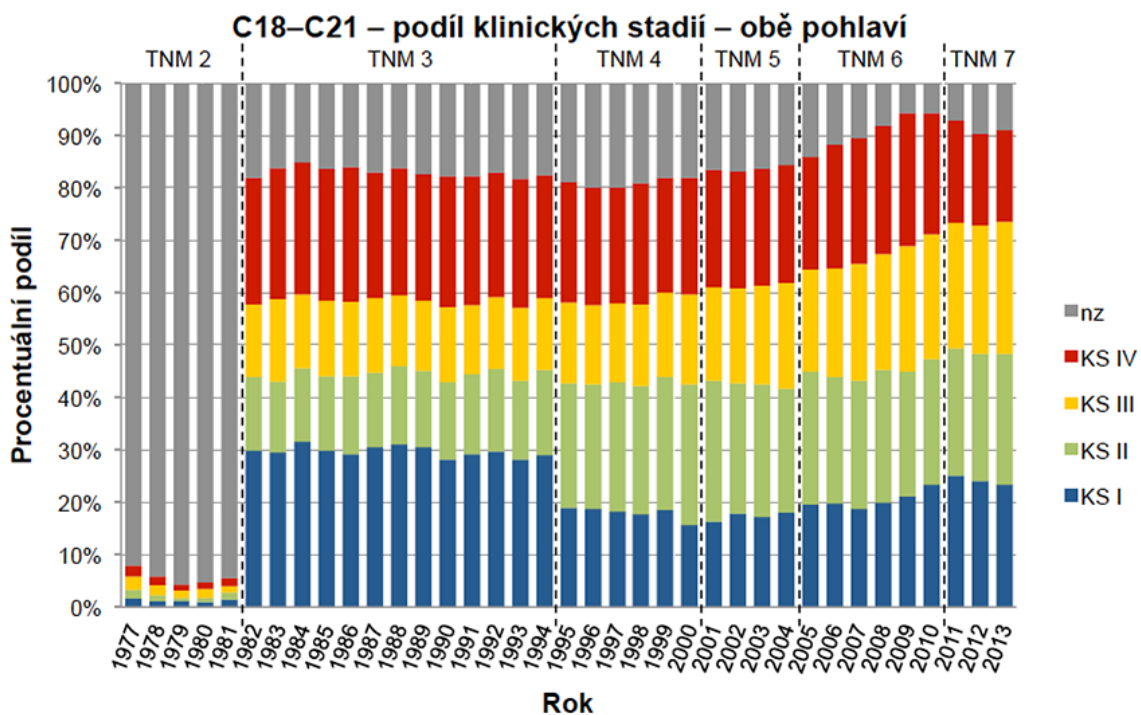
Absolutní počty žijících pacientů



<http://www.kolorektum.cz/res/image/epidem-cze/019-prevalence-both-absolute.png>

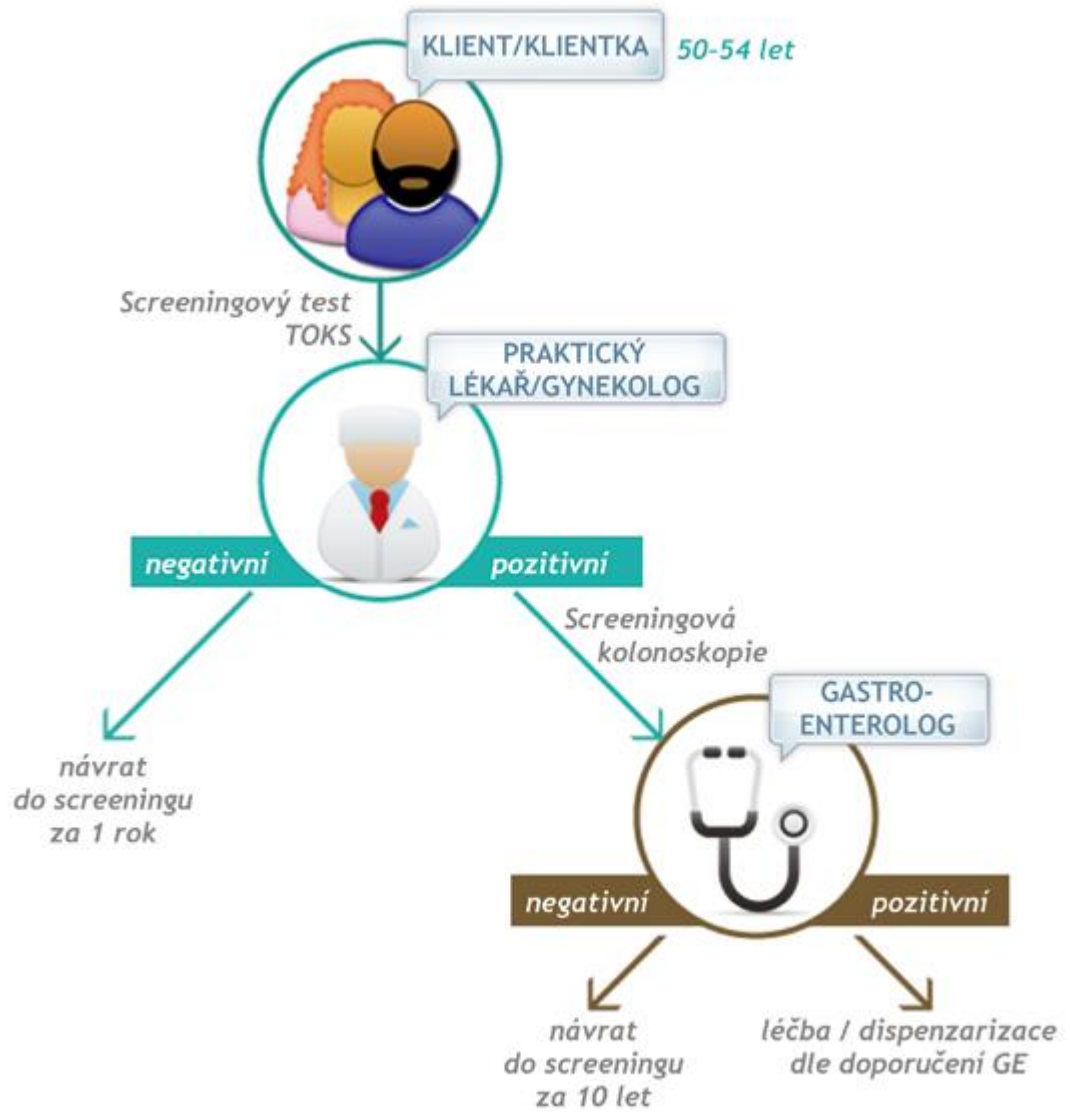
Příloha 3 Procentuální podíl klinických stadií

V ČR je stále velké procento nádorů diagnostikováno v klinickém stádiu III a více.



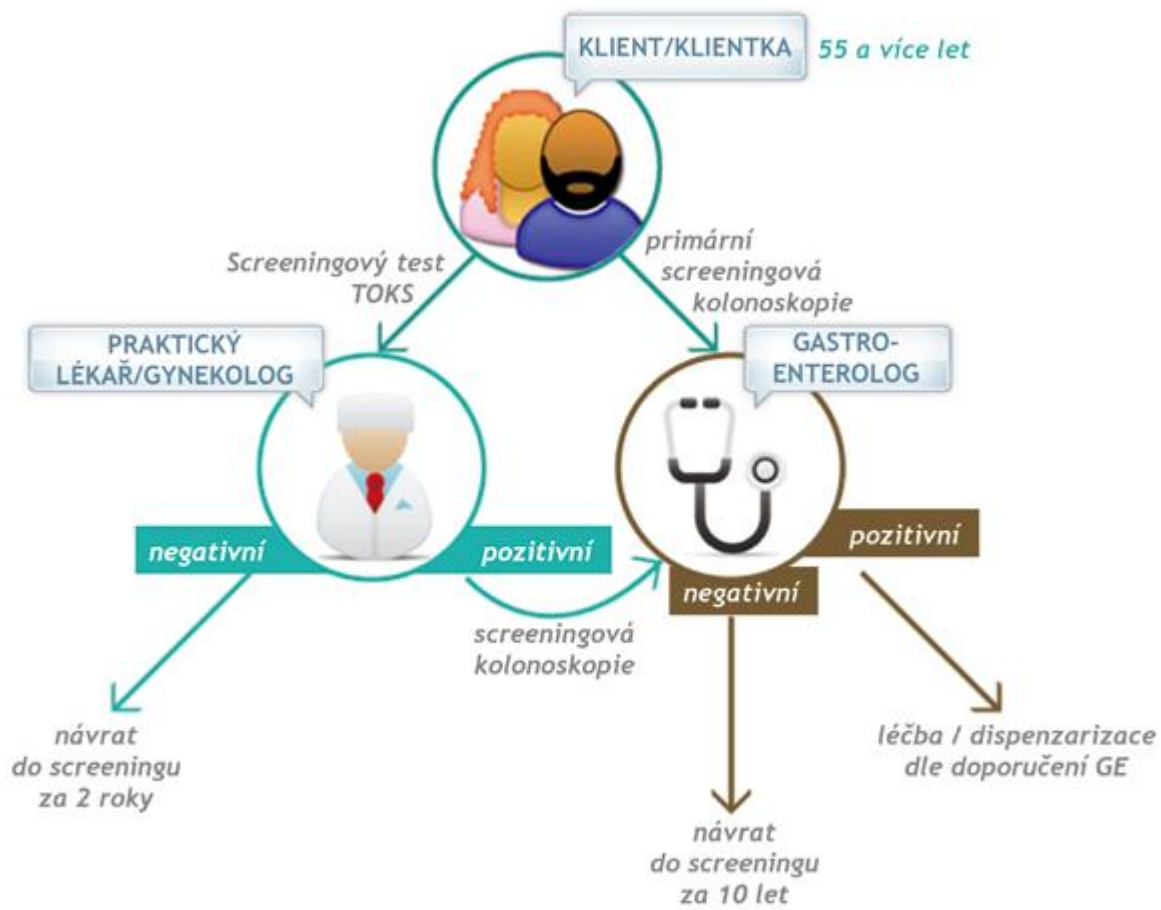
<http://www.kolorektum.cz/res/image/epidem-cze/013-stages-chart-both.png>

Příloha 4 Znárodnění screeningového procesu ve věkové skupině 50-54 let.



<http://www.kolorektum.cz/res/image/professionals/schema50-54.png>

Příloha 5 Znáznornění screeningového procesu ve věkové skupině 55 a více let.



<http://www.kolorektum.cz/res/image/professionals/schema55avice.png>

Příloha 6 Dotazník k výzkumnému šetření

Prevence rakoviny tlustého střeva. Víme o ní?

Dobrý den,

jmenuji se Hana Glancová a jsem studentka třetího ročníku ošetřovatelství. Ráda bych Vás touto formou požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma prevence rakoviny tlustého střeva a konečnicku. Vzhledem k tomu, že 8 z 10 nádorů tlustého střeva a konečnicku je preventabilních /ovlivnitelných včasnou prevencí/, považuji tuto oblast prevence za velmi aktuální a ovlivnitelnou každým jednotlivým člověkem. Cílem dotazníkového šetření je zjistit, ve které oblasti mají pacienti málo informací, jak přistupují k životnímu stylu, zda jsou ochotni něco ve svém životě měnit ... Na základě výsledků této studie vznikne potřebný edukační /vzdělávací/ materiál pro pacienty.

Velmi děkuji za Váš čas,

H.Glancová.

Pokyny pro vyplnění dotazníku: pokud není uvedeno jinak, prosím označte vždy jednu z nabízených odpovědí.

Pohlaví

- muž
- žena

Váš věk

- 19-40
- 41-60
- 61 a více

Rodinný stav

- ženatý/vdaná
- svobodný/svobodná
- rozvedený/rozvedená
- vdovec/vdova

Nejvyšší dosažené vzdělání

- základní
- vyučen/vyučena
- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské
- jiné

Setkal/a jste se někdy s pojmem rakovina tlustého střeva a konečnicku?

- ano
- ne
- nevím

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a kladně, uveďte kde.

- sdělovací prostředky / TV, rádio, noviny/

- u svého praktického lékaře pro dospělé /lékař, sestra/
- v jiném zdravotnickém zařízení
- jiné:

Prosím, označte alespoň dva příznaky, kterými se podle Vás rakovina tlustého střeva a konečniku projevuje.

- přítomnost hlenu ve stolici
- přítomnost krve ve stolici
- otoky dolních končetin
- vyrážka v oblasti břicha
- střídání zácpy a průjmu
- porucha močení
- úbytek na tělesné váze
- bolesti v zádech

Myslíte si, že rakovina tlustého střeva postihuje pouze lidi starší 50 let?

- ano
- ne
- nevím

Znáte rizikové faktory, které se podílejí na vzniku rakoviny tlustého střeva a konečniku?

- ano
- ne

Označte prosím čtyři rizikové faktory, které se podle Vás nejvíce podílejí na vzniku rakoviny tlustého střeva a konečniku.

- výskyt střevních polypů /žlázových výběžků/ ve střevě
- dědičné dispozice, výskyt nádorů u pokrevních příbuzných
- stres
- kouření
- pití alkoholu
- strava bohatá na tuky a chudá na čerstvou zeleninu a vlákninu
- nedostatek spánku
- nadměrná hmotnost
- nedostatek tělesné aktivity

Které z rizikových faktorů lze, podle Vás, ovlivnit životním stylem.

- výskyt střevních polypů /žlázových výběžků/ ve střevě
- dědičné dispozice, výskyt nádorů u pokrevních příbuzných
- stres
- kouření
- pití alkoholu
- strava bohatá na tuky a chudá na čerstvou zeleninu a vlákninu
- nedostatek spánku
- nadměrná hmotnost
- nedostatek tělesné aktivity

Byl/a byste ochoten/tna změnit částečně nebo úplně svůj životní styl, pokud Vám to lékař či sestra doporučí?

- ano
- ne
- nevím

Kouříte?

- ano
- ne

Jak často sportujete? Počítá se tělesná aktivita alespoň 20 minut.

- denně
- 1krát týdně
- 3krát týdně
- jednou až dvakrát za měsíc
- vůbec

Jak často konzumujete červené maso?

- denně
- 1krát týdně
- 3krát týdně
- jednou až dvakrát za měsíc
- vůbec

Jak často konzumujete ovoce a zeleninu?

- denně
- 1krát týdně
- 3krát týdně
- jednou až dvakrát za měsíc
- vůbec

Jak často konzumujete alkohol?

- denně
- 1krát týdně
- 3krát týdně
- jednou až dvakrát za měsíc
- výjimečně /méně než jednou měsíčně/
- vůbec

Vypište prosím tři potraviny, o kterých se domníváte, že obsahují dostatek vlákniny.

Jaká je Vaše váha/výška? Popřípadě prosím udejte Váš BMI / váha v kilogramech dělena výška v metrech na druhou/. Velmi děkuji.

Setkal/a jste se někdy s pojmem prevence rakoviny tlustého střeva a konečníku?

- ano
- ne

Pokud ano, prosím označte kde.

- sdělovací prostředky /Tv, rádio, tiskoviny/

- ambulance praktického lékaře /lékař, sestra/
- jiné zdravotnické zařízení
- jiné:

Chodíte pravidelně ke svému praktickému lékaři na preventivní prohlídky?

- ano
- ne

Víte, která vyšetření jsou součástí pravidelné preventivní prohlídky? Označte alespoň 3 možnosti.

- základní vyšetření moče
- biochemické vyšetření krve /glukóza, cholesterol .../
- vyšetření krevního obrazu
- RTG vyšetření srdce a plic
- EKG vyšetření
- vyšetření zraku, sluchu
- vyšetření pohybového aparátu
- vyšetření stolice na okultní krvácení
- fyzikální vyšetření lékařem

Které vyšetření je zaměřené na včasný záchyt nádorů tlustého střeva a konečníku? Prosím napište odpověď.

Využil/a jste někdy preventivního vyšetření nádoru tlustého střeva a konečníku?

- ano
- ne

Kdo Vám toto vyšetření doporučil?

- praktický lékař pro dospělé
- lékař ve specializované ambulanci
- lékař v nemocnici
- někdo jiný /napište prosím kdo do kolonky jiné/
- nevyužil jsem žádné vyšetření
- jiné:

Myslíte si, že máte dostatek informací o prevenci, rizikových faktorech a vzniku karcinomu tlustého střeva a konečníku?

- ano
- ne

Pokud budete chtít vědět více o rakovině tlustého střeva /prevence, příznaky .../, od koho?

- lékař
- sestra
- oba
- někdo jiný /prosím napište kdo do kolonky jiné/
- jiné:

Jsou v tuto chvíli nějaké informace, které Vám chybí? Pokud ano, napište prosím jaké.

Příloha 7 Žádost o povolení výzkumného šetření v ambulanci praktického lékaře pro dospělé.

Vážený pan
MUDr. Leoš Glanc, praktický lékař pro dospělé
Legií 765
Nová Paka 509 01

v Jičíně 05.01.2016

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v ambulanci praktického lékaře.

Vážený pane doktore,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší ambulanci, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky H.Glancové, narozené 17.9.1976, posluchačky 3.ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit informovanost pacientů o kolorektálním karcinomu, jeho rizikových faktorech a možnostech prevence. Dále zmapovat zájem o dané téma, ochotu změnit rizikové chování a aktivně se podílet na primární a sekundární prevenci a zdravém životním stylu.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr.Evy Vachkové, PhD., vedoucí katedry ošetrovatelství UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rády poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Vedoucí práce:
Mgr.Eva Vachková, PhD.
Vedoucí oddělení ošetrovatelství
Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta UK
Šimkova 870
500 38 Hradec Králové
e-mail: vachkova@lfhk.cuni.cz

Žadatelka:
Hana Glancová
Krátká 232
Jičín 506 01
e-mail: hana.glancova@seznam

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 6.1.2016



Podpis a razítko

