

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Hana Petrášová

**Sebepéče v rámci sekundární prevence – u kolorektálního
karcinomu**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Machálková, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou použitou literaturu i ostatní zdroje.

Souhlasím současně s užitím práce ke studijním účelům.

V Olomouci dne:

Podpis:

Hana Petrášová

Děkuji PhDr. Lence Machákové, Ph.D. za vedení práce.

Rovněž děkuji Mgr. Zuzaně Krčkové za umožnění výzkumného šetření ve Středomoravské nemocniční a.s. – odštěpném závodu Přerov, dále zástupci primáře chirurgického oddělení panu MUDr. Marcelovi Charvotovi za vstřícnost a podnětné připomínky.

A také děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D. za cenné rady, podněty, komentáře a spolupráci.

ANOTACE

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Název práce v ČJ: Sebevěče v rámci sekundární prevence – u kolorektálního karcinomu

Název práce v AJ: Selfcare In The Secondary Prevention – Of Colorectal Cancer

Datum zadání: 2009-04-01

Datum odevzdání: 2011-07-15

Vysoká škola: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Petrášová Hana

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Machálková, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Abstrakt v ČJ: Tato diplomová práce se zabývá problematikou sebevěče v rámci sekundární prevence u klientů s kolorektálním karcinomem.

Teoretická část práce popsala Teorii deficitu sebevěče, problematiku kolorektálního karcinomu a problematiku prevence kolorektálního karcinomu. První kapitola Teorie deficitu sebevěče představila strukturu vlastního modelu. Druhá kapitola kolorektální karcinom je zaměřena především na vlastní pojem kolorektálního karcinomu, epidemiologii a léčbu, kde jsou popsány hlavní nežádoucí účinky různých druhů léčby, ze kterých pak vychází deficit sebevěče v rámci sekundární prevence u kolorektálního karcinomu. V kapitole prevence kolorektálního karcinomu jsou popsány všechny čtyři druhy možné prevence se zaměřením na sekundární prevenci včetně jejího zákonného ošetření.

Hlavním cílem práce bylo zhodnotit problematiku sebevěče v rámci sekundární prevence u klientů s kolorektálním karcinomem. K dosažení tohoto cíle byl použit anonymní dotazník. Výsledky dotazníkového šetření jsou popsány v praktické části práce.

Abstrakt v AJ: This project deals with self-care in the secondary prevention of colorectal cancer with clients.

The theoretical part of the work described self-care deficit theory, the issue of colorectal cancer and colorectal cancer prevention issues. The first chapter introduced

the self-care deficit theory of the structure of the model itself. The second chapter colorectal cancer is mainly focused on the very concept of colorectal cancer epidemiology and treatment, which are described the main side effects of various treatments, from which it is based on self-care deficit in the secondary prevention of colorectal carcinoma. In Chapter prevention of colorectal cancer are described four types of possible prevention with a focus on secondary prevention, including its legal treatment.

The main goal of this work was to evaluate self-care issues in the secondary prevention of colorectal cancer with clients. To achieve this objective, anonymous questionnaire was used. The results of the survey are described in the practical work.

Klíčová slova v ČJ: PÉČE O SEBE, PREVENCE, KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM, KARCINOM, DOTAZNÍK, NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY, CHEMOTERAPIE, RADIOTRERAPIE, STOMIE.

Klíčová slova v AJ: self care, prevention, colon cancer, carcinoma, questionnaire, side effects, chemotherapy, radiotherapy, stoma.

Rozsah práce: s. 60, 7 příl.

Obsah

ÚVOD	9
1. TEORIE DEFICITU SEBEPÉČE	11
1.1. TEORIE SEBEPÉČE / DEPENDENTNÍ PÉČE	11
2. KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM	13
2.1 POJEM KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM	13
2.2 EPIDEMIOLOGIE	13
2.3 LÉČBA.....	14
2.3.1 <i>Stomie</i>	15
2.3.2 <i>Radioterapie</i>	16
2.3.3 <i>Chemoterapie</i>	17
3. PREVENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	22
3.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	22
3.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	22
3.2.1 <i>Screening</i>	22
3.2.2 <i>Kolonoskopie v případě positivity TOKS</i>	24
<i>Profylaxe</i>	24
3.2.3 <i>Dispenzarizace</i>	25
3.2.4 <i>Zákonná ustanovení</i>	25
3.3 TERCIÁLNÍ PREVENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU.....	26
3.4 KVARTÉRNÍ PREVENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	27
4. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	28
<i>Hlavní cíl</i>	28
<i>Dílčí cíle</i>	28
<i>Hypotézy</i>	28
5. METODIKA PRÁCE	29
5.1 METODIKA SESTAVENÍ SITUAČNÍ POTŘEBY SEBEPÉČE.....	29
5.2 METODIKA DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	29
5.2.1 <i>Užitá metoda výzkumného šetření</i>	29
5.2.2 <i>Charakteristika souboru respondentů</i>	30
5.2.3 <i>Organizace výzkumného šetření</i>	31
5.2.4 <i>Zpracování získaných dat</i>	32
7.3 METODIKA K TVORBĚ EDUKAČNÍHO PROGRAMU	32
6. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	33
6.1 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ K CÍLI Č. 1	33
6.2 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ K CÍLI Č. 2	34
6.3 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ K CÍLI Č. 3	40
6.4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ K CÍLI Č. 4	47
6.5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ K CÍLI Č. 5	49

7. DISKUSE	51
8. ZÁVĚR.....	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	54
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK:.....	57
SEZNAM TABULEK.....	59
SEZNAM GRAFŮ	60
SEZNAM PŘÍLOH.....	61

Úvod

Téma diplomové práce bylo zvoleno po prostudování literatury z knihoven, článků z časopisů a prostudování citací a abstraktů biomedicínských odborných článků přístupných v databázi Medline.

Po zhodnocení a rozmyšlení jsem usoudila, že bych se mohla zaměřit na zkombinování modelu D. E. Oremové, sekundární prevenci a na velmi aktuální zdravotní problém v České republice – kolorektální karcinom.

ČR je špičkou ve výskytu kolorektálního karcinomu ve světě. Nedaří se jeho výskyt eliminovat ani při velmi dobrém organizovaném screeningu. Incidence karcinomu kolorekta se v současnosti pohybuje na hodnotě kolem 80/100 000 obyvatel.

Co se skrývá pod označením sekundární prevence, si můžeme najít například ve slovníku na internetu: sekundární prevence znamená včasné rozpoznání (příp. i vyhledání) sociálních a zdravotních problémů, které již vznikly a jejich odborná léčba, zamezení rozšiřování negativního zdravotního či sociálního jevu (<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/sekundarni-prevence>).

Ale prevence jako taková v oblasti karcinomů má mnohem hlubší význam. Protože i WHO / Evropa pomáhá zemím v evropském regionu WHO, aby vypracovaly vnitrostátní programy pro boj proti rakovině. Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny (IARC) je orgánem WHO, která se specializuje v této oblasti. Koordinuje a provádí výzkum o příčinách a rozvíjí vědecké strategie pro prevenci rakoviny a její kontrolu.

Rakovina způsobuje 20 % úmrtí v evropském regionu. S více než 3 miliony nových případů a 1,7 milionu úmrtí ročně, rakovina je nejdůležitější příčinou úmrtí a nemocností v Evropě, po kardiovaskulárních chorobách.

Přesto se nejzávažnějším následkům rakoviny lze vyhnout včasným odhalením, které zároveň podstatně zvyšuje šanci na vyléčení. Ví se mnoho informací o příčinách, aby se alespoň jedné třetině všech onemocnění zabránilo, a některé nejběžnější druhy – včetně rakoviny prsu, tlustého střeva a rakoviny děložního hrdla – mohou být léčeny, pokud klient přijde včas (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer>).

Zde se chci zastavit u slůvka „včas“, na které poukazuje i Světová zdravotnická organizace. Klient aby mohl přijít včas, musí vědět a znát kroky sebekpěče a provádět ji, což souvisí s určitými nároky na jedince v péči o své zdraví a o sebe sama. Jedině tak lze úspěšně a včas diagnostikovat karcinom.

Proto se teoretickým východiskem práce stala Teorie deficitu sebekpěče, která klade důraz na vědomé jednání člověka a snaží se maximálně využít jeho potenciál v péči o sebe sama. K tomu, aby byl jedinec schopen sebekpěče, je třeba, aby byl schopen odhadnout přiměřené aktivity, rozhodnout o nich a realizovat vybrané činnosti péče. Jedinec musí vědět, proč a jak se má o sebe postarat a co musí udělat. Předpokladem modelu je vrozená schopnost člověka postarat se o sebe, zůstat nezávislým. V životě člověka mohou nastat situace, kdy se zvyšují nároky na péči. Zájmem ošetrovatelství je uspokojovat potřeby jedince tím, že bude motivován a podporován v sebekpěči. Ošetrovatelství pak poskytne profesionální péči jedincům, kteří nejsou schopni uspokojovat vlastní potřeby, nebo v nich nejsou soběstační. Ošetrovatelská péče je tedy logická tehdy, pokud existuje nedostatek nebo vzniká-li stav, kdy jedinec není schopen se o sebe postarat (Bekel, Halmo, 2004, s. 20 - 25, Orem, 1997, s. 123 - 131).

Předkládaná práce by měla být přínosem nejen pro zdravotníky a studenty, ale především pro laickou veřejnost.

1. Teorie deficitu sebedpěče

Model Teorie deficitu sebedpěče Dorothey Elisabeth Oremové řadíme mezi modely humanistické. Tento model je jednou z filozofií ošetrovatelství, objasňuje sebedpěči při uspokojování potřeb jedince. Teorie deficitu sebedpěče je na základě vzájemného spojení tří teorií: Teorie sebedpěče / vzájemné péče, Teorie deficitu sebedpěče a Teorie ošetrovatelských systémů (Bekel, Halmo, 2004, s. 20, Orem, 1997, s. 99) (viz příloha 1, s. 62).

Model D. E. Oremové vznikl na základě poznatku, že lidé, kteří vyžadují péči lékařskou, nemusí vyžadovat i péči ošetrovatelskou. Tuto péči potřebují ti, kteří nejsou schopni průběžně se o sebe postarat v takové míře a kvalitě, jakou si žádá jejich aktuální stav. Proto D. E. Oremová v polovině 60. let 20. století koncipovala vlastní teorii. Zaměřila se na rozšíření koncepce ošetrovatelské péče se zaměřením na rozvoj aktivit sebedpěče. V roce 1973 tuto teorii uvedla do praxe (Orem, 1997, s. 87).

1.1. Teorie sebedpěče / dependentní péče

Teorie sebedpěče je jádro, bez kterého není možné vysvětlit deficit. Nebudeme-li mít vědomosti o SP, nepochopíme TDSP. Když budeme schopni mluvit o deficitu sebedpěče, pak je možné se o pacienta postarat za pomoci správně zvoleného ošetrovatelského systému (Bekel, Halmo, 2004, s. 20) (viz příloha 1, s. 62).

Idea sebedpěče byla základem pro vývoj TDSP. Sebedpěče je chápána jako lidská, řízená funkce, kterou sama osoba vědomě vykonává (nebo nechá vykonávat druhými), aby zajistila a udržela určitý stav materiálních věcí a podmínek, které vedou k zachování vlastního života (Bekel, Halmo, 2004, s. 23, Orem, 1997, s. 91).

K tomu, aby byl jedinec schopen sebedpěče, je třeba, aby byl schopen odhadnout přiměřené aktivity, rozhodnout o nich a realizovat vybrané činnosti péče. Jedinec musí vědět, proč a jak se má o sebe postarat a co musí udělat (Orem, 1997, s. 87) (viz příloha 1, s. 62).

Předpokladem modelu je vrozená schopnost člověka postarat se o sebe, zůstat nezávislým. V životě člověka mohou nastat situace, kdy se zvyšují nároky na péči. Zájmem ošetrovatelství je uspokojovat potřeby jedince tím, že bude motivován, podporován v sebedpěči. Ošetrovatelství pak poskytne profesionální péči jedincům, kteří nejsou schopni uspokojovat vlastní potřeby, nebo v nich nejsou soběstační.

Ošetrovatelská péče je tedy logická tehdy, pokud existuje nedostatek nebo vzniká-li stav, kdy jedinec není schopen se o sebe postarat (Bekel, Halmo, 2004, s. 20 - 25, Orem, 1997, s. 123 - 131) (viz příloha 1, s. 62).

„Je-li kompetence sebeděče v rovnováze s požadavky sebeděče, deficit sebeděče nevzniká.“

„Převyšují-li požadavky sebeděče kompetence sebeděče, deficit sebeděče vzniká.“
(Bekel, Halmo, 2004, s. 30).

Teorie je založena na předpokladu, že člověk má vrozenou schopnost sebeděče, je sebekorigující a nezávislý. Teorie zdůrazňuje individuální odpovědnost jedince, prosazuje prevenci a zdravotní výchovu jako klíčové aspekty ošetrovatelského procesu (Jarošová, 2002, s. 2).

2. Kolorektální karcinom

2.1 Pojem kolorektální karcinom

Termínem kolorektální karcinom se označují maligní onemocnění vznikající maligní transformací cylindrického epitelu tlustého střeva (vzestupný, příčný, sestupný tračník a esovitá klička) a rekta. Kolorektální karcinom obvykle vzniká z polypů, na které je nutno pohlížet jako na prekancerózu (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 95, Holubec et al., 2004, s. 134).

Polyp je každý útvar, který prominuje nad slizniční povrch. Polypy vycházejí ze sliznice nebo hlubších vrstev střevní stěny a mohou mít nádorový nebo nenádorový původ. Jejich rozlišení umožňuje pouze histologické vyšetření (Jablonská et al., 2000, s. 22).

Benigní nádorové polypy se nazývají adenomy. Význam adenomů spočívá v možnosti jejich maligního zvratu. Riziko maligního zvratu ovlivňují velikost adenomu, struktura a stupeň dysplazie. Přibližně 98 % všech karcinomů tlustého střeva jsou adenokarcinomy (Jablonská et al., 2000, s. 22 - 30) (viz příloha 2, s. 65).

2.2 Epidemiologie

MUDr. Zdeněk Beneš, CSc. (2010, s. 23) uvedl v časopisu Florence, kdy vychází z údajů ÚZIS, že: „Incidence kolorektálního karcinomu byla v Československu v šedesátých a sedmdesátých letech podobná jako u karcinomu žaludku, tedy kolem 30/100 000 obyvatel. A zatímco u něj od té doby stagnuje nebo se mírně snižuje, u karcinomu kolorekta prudce stoupá – v současnosti se pohybuje na hodnotě kolem 80/100 000 obyvatel. V tomto ohledu máme bohužel světové prvenství, což je dost alarmující. U nádorového onemocnění kolorekta je důležité nejenom absolutní číslo, ale také trend neustálého zvyšování incidence – nedochází k oploštění růstové křivky. A druhým závažným momentem je fakt, že se tento nádor objevuje i v mladších věkových skupinách. Dříve se říkalo, že může vzniknout v sedmém nebo osmém deceniu, dnes už nejsou výjimkou pacienti čtyřicetiletí nebo i mladší.“

Ročně se u nás nově diagnostikovaných nádorů vyskytne zhruba 8 000 a zemře na ně asi 4 000 až 4 500 pacientů (<http://www.uzis.cz/>).

Typický věk českého pacienta s kolorektálním karcinomem leží v intervalu mezi

65 a 70 lety, ale 23 % všech nemocných je mladších než 60 let. Přesto lze v posledních letech pozorovat náznaky zlepšení, především stabilizaci mortality, která začíná vykazovat i mírný pokles. Při stále rostoucí incidenci ovšem situace vede k postupnému zvyšování prevalence, tedy počtu žijících osob, u kterých byl diagnostikován a léčen kolorektální karcinom. Odhad prevalence přesahuje v celkovém úhrnu 42 000 osob (<http://www.uzis.cz/>).

2.3 Léčba

Klíčem k úspěšné léčbě je časná diagnóza. Přes veškerou osvětu a možnosti screeningu (zejména hemokult test) není situace u nás nijak uspokojivá. Chirurgicky odstranitelný nádor časných stadií (stadium I) je totiž vyléčitelný bez následné cytostatické léčby. Základem pro další rozhodování o léčbě je stanovení rozsahu choroby prostřednictvím stagingu (určení klinických stadií) (viz příloha 2, s. 65).

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 v paliativní léčbě. Použití radioterapie je omezeno na oblast rekta (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 100, Holubec et al., 2004, s. 156-160, Šlampa et al., 2007, s. 34).

Podrobnosti lze shrnout do následujícího doporučení:

I. a II. stadium jen operace,

III. stadium (někdy i II. stadium) operace a adjuvantní léčba,

IV. stadium paliativní léčba zahrnující operační léčbu, chemoterapii celkovou i intraarteriální (Adam, Vorlíček, Koptíková, 2003, s. 100, Petruželka, Konopásek, 2003, s. 151, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 178, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 220, Vomela et al., 1998, s. 98).

U většiny pacientů se chirurgický výkon provádí jako první. Spočívá v resekci, tj. odstranění části střeva nebo konečníku postižených nádorem s bezpečnostním lemem ve zdravé tkáni spolu s příslušnými lymfatickými uzlinami. V některých případech je možné okamžité spojení – sešití zbylých částí střev nebo konečníku, jindy toto není možné a je nutno provést současně kolostomii, tj. vyústění střeva přední břišní stěnou ven. Tato kolostomie se za nějakou dobu dá u části pacientů dalším operačním výkonem zrušit a obnovit kontinuitu střeva. U pacientů, kde bylo nutné

pro nádor odstranit celý konečník, je však kolostomie výkon definitivní, trvalý (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 100, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 209).

Radikální resekce postiženého střeva může být u nepokročilých forem výkonem vedoucím k vyléčení (Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 207).

2.3.1 Stomie

Slovo stoma pochází z řečtiny a znamená ústa, v přeneseném významu pak otvor, vyústění nebo vývod. Jsou tři základní druhy stomií:

- kolostomie – vývod tlustého střeva,
- ileostomie – vývod tenkého střeva a
- urostomie – vývod močovodu.

Z časového hlediska se stomie dělí na:

- dočasnou a
- trvalou (Hradilová, 2010, s. 47, Snášelová, Pokorná, 2009, s. 6, Lukáš et al., 2005, s. 45-67).

Péče o stomii

Na odstranění podložky se používá mastný odstraňovač náplastí, pomocí nímž se pomůcka sejme. Omyje se okolí stomie teplou vodou nebo tělovou pěnou. Oholí se případné ochlupení. Očistí se a vysuší se pokožka. V případě nerovného okolí stomie se používá výplňovou ochranná pasta do kožních nerovností. Nepoškozená pokožka v okolí stomie se potře ochranným filmem, která zvyšuje přilnavost. Poškozená místa se ošetřují zásypovým pudrem. Po vytvarování otvoru se odstraní průhledný zadní kryt a přiloží se podložka na oblast v okolí stomie. Přitiskne se tak, aby manžetka těsně obepínala stomii. Pro kolostomiky je vhodný uzavřený sáček, pro ileostomiky výpustný a pro urostomiky sáček urostomický. Kroužek sáčku se nasadí na kroužek podložky a přitiskne se po celém obvodu kroužku. Lze slyšet zaklapnutí. Po připevnění se jemně zatáhneme za sáček pro kontrolu, zda drží po celé ploše. Při výměně systému se nejdříve sejme sáček a zhodnotí se, zda je nutno vyměnit pouze sáček nebo i podložku (podložku se vyměňuje nejpozději 4. den). V případě problematických stomií nebo jakýchkoliv změn je stomik poučen, aby vyhledal stomickou sestru nebo proktologa (Hradilová, 2010, s. 47, Snášelová, Pokorná, 2009, s. 6, Lukáš et al., 2005, s. 45-67).

Komplikace u stomiků

Časné pooperační komplikace jsou ischémie a nekróza stomie, krvácení, absces, metabolický rozvrat a jsou řešeny během hospitalizace.

Pozdní komplikace

Kožní komplikace, abscesy parastomálním retrakce a stenóza stomie, prolaps stomie, kýly kolem stomie, zácpa (Hradilová, 2010, s. 47, Lukáš et al., 2005, s. 45-67).

2.3.2 Radioterapie

Radioterapie rekta se provádí nejčastěji jako předoperační a v této indikaci si ozáření klade za cíl zmenšení nádoru, zlepšení operability a snížení životaschopnosti nádorových buněk. Touto léčbou se snižuje výskyt lokálních recidiv přibližně o polovinu. Tam, kde z nějakého důvodu předoperační radiace nebyla provedena, indikuje se tato jako pooperační. Sleduje se tím snížení výskytu lokálních recidiv v oblasti malé pánve. U inoperabilních karcinomů rekta má radioterapie význam paliativní. Své místo v léčbě karcinomu konečníku má i radiochemoterapie (Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 207, Šlampa et al., 2007, s. 47) (viz příloha 2, s. 65).

Nežádoucí účinky radioterapie (viz příloha 2, s. 65)

Nejčastější akutní nežádoucí účinky vyplývají z poškození sliznice střev – objevuje se proktitida nebo enteritida. Projevují se častým imperativním nucením na stolici a průjmovitou stolicí. Ve stolici se může objevit hlen nebo krev. Velmi časté je postižení močového traktu vedoucí k cystitidě, se symptomy jako jsou časté a imperativní nucení na močení, dysurie. Při kombinaci s chemoterapií se častěji vyskytuje hematologická toxicita a toxicita spojená s typem aplikovaného cytostatika. Pravidlem bývá také kožní toxicita projevující se erytémem, pigmentací, suchou nebo vlhkou deskvamací, event. s nasedající sekundární mikrobiální infekcí (Šlampa, Petera et al., 2007, s. 161, Holubec et al., 2004, s. 114, Šlampa et al., 2007, s. 89).

Lépe je proto předcházet akutním nežádoucím účinkům, zejména nedráždivou, nenadýmavou, lehce stravitelnou stravou, zvýšeným příjmem tekutin, důkladnou hygienou a péčí o pokožku (Holubec et al., 2004, s. 111, Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 102) (viz příloha 2, s. 65).

Pozdní toxicita se objevuje za tři a více měsíců, event. i za několik let po ukončení radioterapie. Nejčastěji se setkáváme s chronickou proktitidou a enteritidou,

fibrózou močového měchýře, neuralgiemi a neuropatiemi, lymfedémy dolních končetin, azospermií, radiační kastrací u žen ve fertilním věku. Vzácněji se objevují stenózy střev a ureterů, perforace střevních stěn, rektovaginální píštěle, atrofie kůže, poruchy svěračů, postupná paraparéza dolních končetin aj. (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 112, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 161, Holubec et al., 2004, s. 131).

2.3.3 Chemoterapie

Chemoterapii kolorektálního karcinomu můžeme rozdělit do čtyř oblastí:

1. adjuvantní chemoterapie lokálně pokročilého kompletně resektabilního karcinomu (stadium II a III),
2. chemoterapie pokročilého a metastatického karcinomu,
3. chemoterapie izolovaných jaterních metastáz,
4. chemoterapie rakoviny konečníku (Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 207).

Nežádoucí účinky chemoterapie (viz příloha 2, s. 65)

Základní příčinou nežádoucích účinků cytostatik je, že nepůsobí cíleně jenom na buňky nádorové, ale působí i na buňky zdravých tkání, především na tkáně citlivé, které se množí a rychle rostou, jako jsou krve tvorné tkáně – kostní dřev, sliznice trávicího ústrojí, vlasové folikuly, pohlavní buňky. Tyto nežádoucí účinky jsou společné pro většinu cytostatik (Adam, Vorlíček, Koptíková, 2003, s. 100 - 111, Petruželka, Konopásek, 2003, s. 155, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 180, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 220, Vomela et al., 1998, s. 98, Holubec et al., 2004, s. 140).

Nežádoucí účinky se dělí na:

Bezprostřední nežádoucí účinky nastupují řádově v hodinách, maximálně ve dnech od aplikace cytostatické léčby.

Patří sem:

- nevolnost a zvracení,
- reakce v místě vpichu při nitrožilním podání,
- alergická reakce,
- horečka, zimnice, třesavka,
- otoky (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 100).

- Nevolnost a zvracení

Nevolnost a zvracení jsou častým projevem při aplikaci chemoterapie, nastupují

bezprostředně při aplikaci chemoterapie nebo po jejím ukončení a mohou přetrvávat i několik dnů. Proto je nutné tento nežádoucí účinek řešit včas a nejlépe jemu předcházet. Stav nevolnosti a zvracení se nesmí nechat bez kontaktu s lékařem více jak 1 – 2 dny. V současné době jsou dostupné léky proti nevolnosti a zvracení, které jsou velmi účinné. Podávají se preventivně již před zahájením aplikace chemoterapie, opakovaně v jejím průběhu i po ukončení (Petruželka, Konopásek, 2003, s. 155, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 180).

- Reakce v místě vpichu

Pokud je chemoterapie aplikována do periferních žil, může dojít k reakci v okolí vpichu jehly či kanyly. Okolí vpichu je bolestivé, zarudlé, teplejší na pohmat (Adam, Petruželka, Konopásek, 2003, s. 154, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 179, Vomela et al., 1998, s. 98).

- Alergická reakce

Pacient může reagovat hypersenzitivně na podávanou chemoterapii a v ní účinnou látku a vzniká tak alergická reakce, která se může projevit zarudnutím v obličeji, vyrážkou nebo skvrnami po celém těle, svěděním, otokem (Adam, Vorlíček, Koptíková, 2003, s. 100, Petruželka, Konopásek, 2003, s. 151, Vomela et al., 1998, s. 98, Holubec et al., 2004, s. 142).

- Horečka, zimnice a třesavka

V průběhu aplikace chemoterapie nebo v odstupu několika hodin může dojít k bezprostřední reakci pacienta na aplikovanou látku, která je vyvolaná chemickým složením léčiva a reakcí organismu na její přítomnost. Projeví se zimnicí, třesavkou a horečkou nad 38 stupňů Celsia (Šlampa, Petera et al., 2007, s. 178, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 220, Vomela et al., 1998, s. 98).

- Otoky

Po aplikaci cytostatické léčby se mohou objevit otoky v obličeji, nejvíce kolem očí, mohou se objevit i otoky končetin, více na dolních končetinách (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 113).

Časné nežádoucí účinky nastupují ve dnech až týdnech od aplikace a mohou se projevovat jako:

- úbytek počtu bílých krvinek (leukopenie),

- infekce,
- úbytek počtu krevních destiček (trombocytopenie),
- vypadávání vlasů (alopecie),
- záněty sliznice dutiny ústní (stomatitida),
- záněty sliznice střevní s doprovodným průjmem,
- zácpa,
- poškození kůže a nehtů,
- příznak ruka-noha (hand-foot syndrom) (Šlampa, Petera et al., 2007, s. 181, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 222, Vomela et al., 1998, s. 99).

- Úbytek počtu bílých krvinek (leukopenie)

Mezi tkáně, které jsou velmi citlivé na působení cytostatik, patří krvetvorná tkáň – kostní dřeň. Po aplikaci chemoterapie dochází k poklesu počtu bílých krvinek, který dosahuje nejnižších hodnot mezi 7. až 10. dnem po aplikaci léčby, poté se počty bílých krvinek začínají zvyšovat a do další aplikace chemoterapie (do dalšího cyklu léčby) se upraví do normy (Šlampa, Petera et al., 2007, s. 180, Vomela et al., 1998, s. 98).

- Infekce

Pokles bílých krvinek snižuje obranyschopnost nemocného vůči infekční komplikaci, a tak je infekce v průběhu léčby častým problémem. Infekce může být způsobena bakteriemi, viry a plísněmi, nebo i kombinací těchto původců. Projevy infekce mohou být záněty kůže, sliznice dutiny ústní, trávicího ústrojí, vývodných cest močových, horních i dolních dýchacích cest, plic, zánět žil. Virovou infekcí může být i pásový opar. Plísnivá infekce zpravidla postihne sliznici dutiny ústní, krku, trávicího a dýchacího ústrojí (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 111, Petruželka, Konopásek, 2003, s. 155).

- Úbytek počtu krevních destiček (trombocytopenie)

Působením cytostatické léčby dochází k úbytku krevních destiček. Nedostatek krevních destiček může způsobit projevy krvácení. Mohou se objevovat: častější a četnější modřiny na těle pacienta, které se tvoří i po velmi drobném poranění, při větším poklesu destiček se tvoří tzv. petechie. Může se objevit i spontánní krvácení z dutiny nosní, ústní, krev v moči a krvavý výtok z pochvy (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 100, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 178, Vomela et al., 1998, s. 98).

- Vypadávání vlasů (alopecie)

Míra vypadávání vlasů od prořídnutí po úplné vypadání je závislá na typu podaného cytostatika či cytostatické kombinace (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 112, Adam, Vorlíček, Koptíková, 2003, s. 121, Petruželka, Konopásek, 2003, s. 157).

- Záněty sliznice dutiny ústní (stomatitida)

Bolest provázející tuto komplikaci může být natolik silná, že brání příjmu nejprve tuhé a potom i kašovitě potravy (Šlampa, Petera et al., 2007, s. 170, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 219, Vomela et al., 1998, s. 102).

- Zánět sliznice střevní a průjem

Pacient postižený zánětem sliznice střeva má bolesti břicha až křeče, trpí nadýmáním. Odchází malé množství řídké stolice. Stolice může být až vodnatá s příměsí krve (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 99, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 171, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 215).

- Zácpa

Při léčbě chemoterapií je méně častou komplikací zácpa (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004).

- Poškození kůže a nehtů, syndrom ruka-noha (hand-foot syndrom)

Kůže v průběhu léčby cytostatiky může být zarudlá, suchá, mohou se objevit drobná poranění, mohou vznikat až puchýře, vřídky, které mohou hnisat. Kůže může být i zvýšeně pigmentována (Petruželka, Konopásek, 2003, s. 160, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 223, Vomela et al., 1998, s. 103).

Oddálené nežádoucí účinky s nástupem projevů v týdnech až měsících po aplikaci cytostatické léčby:

– úbytek počtu červených krvinek (anemie)

– poškození jaterního parenchymu (hepatopatie)

– poškození plic (pneumopatie) (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 112, Petruželka, Konopásek, 2003, s. 156, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 180, Holubec et al., 2004, s. 152).

- Úbytek počtu červených krvinek (anemie)

Projevy nedostatku červených krvinek spočívají ve slabosti, únavě, bolestech dolních končetin při chůzi, zvláště do schodů, pacient je bledý, dušný při námaze, při prohlubující se anemii i v klidu (Petruželka, Konopásek, 2003, s. 150, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 179, Vomela et al., 1998, s. 99).

- Poškození jaterního parenchymu (hepatopatie)

Cytostatika jsou toxická pro řadu orgánů, kromě jiného i pro jaterní parenchym (Šlampa, Petera et al., 2007, s. 182, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 230, Vomela et al., 1998, s. 104).

- Poškození plic (pneumopatie)

Plicní postižení vzniká jako zánět, který se projeví jako námahová a později klidová dušnost, s kašlem (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 104, Petruželka, Konopásek, 2003, s. 157).

Pozdní nežádoucí účinky, které se dostaví až po více letech od ukončení léčby a patří sem:

- neplodnost (sterilita)

- druhotná zhoubná onemocnění (sekundární malignity) (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 112 - 118, Petruželka, Konopásek, 2003, s. 160, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 180, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 225 - 228, Vomela et al., 1998, s. 78 - 123).

- Neplodnost (sterilita)

Pohlavní žlázy muže i ženy patří také mezi tkáně, které jsou vysoce citlivé na léčbu cytostatiky. U mužů dochází ke snížení počtu spermií a je ovlivněna i jejich funkčnost a pohyblivost. Žena ztrácí menstruaci. Po ukončení léčby se ženě menstruace vrací v určitém odstupu. Možnost početí je však zcela vyloučena (Adam, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 180, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 225, Vomela et al., 1998, s. 112).

- Druhotná zhoubná onemocnění (sekundární malignity)

Cytostatická léčba je účinným prostředkem ke zničení nádorových buněk, ale zároveň může způsobit ve zdravých, zvláště pak velmi citlivých tkáních i proces vzniku rakoviny (Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 225 - 228, Vomela et al., 1998, s. 78 - 123).

3. Prevence kolorektálního karcinomu

3.1 Primární prevence kolorektálního karcinomu

Primární prevence je zaměřena na zdravé lidi, ovlivňuje negativní faktory. Primární prevence kolorektálního karcinomu si klade za cíl snížit incidenci nádorů, a to cestou redukce či eliminace rizikových faktorů, které mají prokazatelný a přímý vliv na vznik malignit. Je prováděna formou osvěty celé populace. Primární prevence je zaměřena na realizaci celoplošných programů, které jsou zaměřeny na změnu životního stylu populace. Mezi zásady snižující riziko vzniku kolorektálního karcinomu patří zvýšení podílu vlákniny, ovoce, zeleniny a antioxidantů ve stravě, omezení podílu živočišných tuků ve stravě, malá spotřeba červeného masa, omezení konzumace alkoholu, nekuřáctví, udržování ideální váhy, zavedení režimu pravidelné stolice (Skála et al., 2005, s. 140 – 145, Bartoňková et al., 2002, s. 67).

3.2 Sekundární prevence kolorektálního karcinomu

Cílem sekundární prevence kolorektálního karcinomu je redukce mortality cestou časného záchytu zhoubného nádoru, který je v plně vyléčitelném stadiu. Jsou sledováni jedinci nebo celé skupiny obyvatel, kteří jsou v riziku vzniku malignity (Skála et al., 2005, s. 142).

Mezi formy sekundární prevence kolorektálního karcinomu patří preventivní prohlídky, depistáž (masový screening), časná diagnostika nádorů prostřednictvím kolonoskopie, profylaxe (endoskopická polypektomie) a následná dispenzarizace (Skála et al., 2005, s. 144).

Kolorektální karcinom poskytuje svou biologii a klinickým průběhem vhodnou příležitost pro screeningovou strategii, jejímž cílem je časná detekce a prevence tumorů se snížením úmrtnosti (Jablonská et al., 2000, s. 344).

3.2.1 Screening

Vzestup incidence kolorektálního karcinomu a stále vysoká úmrtnost v ČR jsou naléhavým důvodem pro uskutečnění screeningového programu, který umožňuje detekci kolorektálního karcinomu ještě v asymptomatickém stadiu, kdy je prognóza podstatně lepší než ve stadiu symptomatickém. Takovou možnost poskytuje testování na okultní krev ve stolici u jedinců s průměrným (jen věkovým) rizikem od 45 – 50 let

života (Jablonská et al., 2000, s. 353, Bartoňková et al., 2002, s. 68).

Screening se provádí testem na okultní krvácení (TOKS) na bázi guajakové pryskyřice.

TOKS je založen na skutečnosti, že většina kolorektálních karcinomů a větších adenomů ztrácí u asymptomatických jedinců intermitentně do stolice malé množství krve, které není zjistitelné pouhým okem, ale lze ho detekovat testem na okultní (skryté) krvácení ve stolici. Vyšetření na okultní krvácení je od července 2000 součástí preventivní prohlídky u praktického lékaře. V současnosti mohou TOKS provádět i gynekologové (Skála et al., 2005, s. 146).

Screeningová kritéria Světové zdravotnické organizace

Z hlediska zdravotní politiky plní kolorektální karcinom kritéria Světové zdravotnické organizace pro vhodnost screeningu z těchto důvodů:

- Jde o závažný zdravotní problém s možností rozpoznávání v časném stadiu a s dobře definovaným průběhem.
- Chirurgická terapie má příznivou prognózu u časných tumorů a může být tím velmi efektivní, detekcí adenomů a endoskopickou polypektomií lze zabránit vzniku malignity.
- K dispozici jsou různé testy, které umožňují detekci časných lézí a jsou přijatelné pro účastníky screeningu.
- Organizační opatření nutná pro realizaci screeningu by nemusela být závažným problémem.
- Opakovaná aplikace screeningu v přiměřených intervalech vyplývá z klinického průběhu onemocnění samotného.
- Dobrým řízením screeningového programu a vhodným přístupem k účastníkům lze minimalizovat psychickou i případnou fyzickou zátěž spojenou s realizací tohoto programu (Jablonská et al., 2000, s. 344, <http://www.who.cz>).

Doc. RNDr. Ladislav Duška, Ph.D. a prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D se vyjádřili k populačnímu screeningu v časopise *Rozhledy v chirurgii* takto: „Kolorektální karcinom patří k nejlépe léčitelným nádorům, pokud se zachytí v časném stadiu. Proto byl v druhé polovině roku 2000 zahájen populační screening

kolorektálního karcinomu v ČR (Národní program screeningu kolorektálního karcinomu). Cílem screeningu je zvýšení časnosti záchytu zhoubných nádorů kolorekta a přednádorových lézí, tzv. pokročilého adenomu (velikost \geq 10 mm, tubulovilózní nebo vilózní charakter polypu a/nebo přítomnost dysplastických změn vysokého stupně) a zvýšení podílu časných stadií kolorektálního karcinomu na úkor stadií pokročilých, což povede ke snížení úmrtnosti a incidenci na toto onemocnění. Dalšími cíli jsou redukce paliativních, nekurativních operací u pokročilých stadií onemocnění a dalších chirurgických či endoskopických paliativních výkonů u neresekabilních nádorů.“

Nový design programu v roce 2009

S cílem zvýšit compliance cílové populace byl vypracován nový design programu, díky němuž se zvýší nabídka screeningových metod. I nadále je zaměřen na asymptomatické jedince. Těm bude ve věku od 50 do 54 let nabídnut TOKS v jednoročním intervalu, který bude v případě positivity následován kolonoskopickým vyšetřením. Od věku 55 let se zavádí možnost volby a to buď opakovaný TOKS ve dvouletém intervalu, nebo jako alternativní metoda primární screeningová kolonoskopie, která může být v intervalu deseti let zopakována. Při přípravě tohoto designu programu, který byl zahájen počátkem roku 2009, bylo vycházeno z recentně publikovaných studií, kde byly vyšetřeny rozsáhlé soubory pacientů, u kterých byla kolonoskopie prvním vyšetřením v rámci screeningu (Skála et al., 2005, s. 140 – 145, Bartoňková et al., 2002, s. 45-70).

3.2.2 Kolonoskopie v případě positivity TOKS

Pacienti s pozitivním výsledkem TOKS jsou pozváni na kolonoskopii. Kolonoskopie je endoskopická metoda k vyšetření tlustého střeva. Koloskop se zavádí konečníkem a umožňuje prohlédnout celou oblast tlustého střeva a eventuálně odebrat vzorky k histologickému vyšetření. Příprava pacienta na kolonoskopii spočívá v dietním omezení, řádném vyprázdnění, vyšetřením krve na srážlivost a krvácivost (Skála et al., 2005, s. 144).

3.2.3 Profylaxe

Většina případů kolorektálního karcinomu vychází z adenomových polypů, které jsou snadno odstranitelné koloskopickou polypektomií. Endoskopické odstranění

polypů tlustého střeva je jedinou prokazatelně účinnou metodou sekundární prevence kolorektálního karcinomu (Skála et al., 2005, s. 148).

3.2.4 Dispenzarizace

Pacienti po polypektomii jsou sledováni v intenzitě dle velikosti a histologie polypu. Do skupiny obyvatel s vysokým rizikem vzniku kolorektálního karcinomu patří například pacienti, u kterých je v anamnéze stanovena rodinná zátěž, polypóza, nespecifický střevní zánět nebo stav po resekci střeva. Tito pacienti by měli být dispenzarizováni na specializovaných gastroenterologických pracovištích (Skála et al., 2005, s. 150, Bartoňková et al., 2002, s. 70).

3.2.5 Zákonná ustanovení

Oblast screeningu kolorektálního karcinomu je ošetřena **vyhláškou č. 3/2010 Sb.**, (viz příloha 3, s. 80), ze dne 17. prosince 2009, o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek, která ruší vyhlášku č. 183/2000 Sb., vyhlášku č. 372/2002 Sb. a vyhlášku č. 56/1997 Sb., kterými se stanovoval obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek (<http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-17-prosince-2009-o-stanoveni-obsahu-a-casoveho-rozmezi-preventivnich-prohlidek-17580.html>).

V § 1, obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru praktický lékař pro dospělé, vyhláše č. 3/2010 Sb. (viz příloha 3, s. 80), o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek, je uvedeno, jak často má dospělý nárok na preventivní prohlídku, jakých oblastí si bude lékař všimnout u pacienta při rozhovoru, je zkontrolováno datum očkování tetanu, jak vlastní preventivní prohlídka bude probíhat, kdy se natáčí EKG, jaká se udělají laboratorní vyšetření, v jakém věku se stanovuje okulní krvácení speciálním testem, což bylo popsáno dopodrobna viz výše, a u žen kontrola, zda byla žena v posledních dvou letech na mamografii, případně předání doporučení k tomuto vyšetření ženě (<http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-17-prosince-2009-o-stanoveni-obsahu-a-casoveho-rozmezi-preventivnich-prohlidek-17580.html>).

V § 4, obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru gynekologie a porodnictví, pod nově přidaným bodem písmena j) je také popsáno, v jakém věku se stanovuje okulní krvácení speciálním testem.

Tato vyhláška nabyla účinnosti dnem 1. února 2010 (<http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-17-prosince-2009-o-stanoveni-obsahu-a-casoveho-rozmezi-preventivnich-prohlidek-17580.html>).

Oblast terciální i sekundární prevence řeší **vyhláška** ministerstva zdravotnictví č. **60/1997 Sb.** (viz příloha 4, s. 87), kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře, která stanovuje i interval kontrolního vyšetření na 3 a 12 měsíců

(http://www.sagit.cz/pages/uztxt.asp?tema_id=37&cd=61&typ=r&det=&levelid=389894&datumakt=1.4.1997&full=y).

V příloze vyhlášky ministerstva zdravotnictví č. **60/1997 Sb.**, kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře, je doporučena dispenzární prohlídka jedenkrát za šest měsíců u pacientů s neobjasněným krvácením do trávicí trubice, pacient spadá do péče gastroenterologa, chirurga nebo internisty, dispenzární prohlídka jedenkrát za 12 měsíců u pacientů s Crohnovou chorobou nebo u pacientů po operačním výkonu na gastrointestinálním traktu, taktéž pacient spadá do péče gastroenterologa, chirurga nebo internisty. Pacienti s familiárním a genetickým výskytem nádoru (přímo je uváděn Lynchův syndrom), s diagnostikovaným přednádorovým stavem a s diagnostikovaným maligním a potencionálně maligním nádorem mají nárok na dispenzární prohlídku jedenkrát za 3-12 měsíců, spadají do péče onkologa nebo odborníka dle postiženého orgánu nebo systému a v péči o pacienty s familiárním a genetickým výskytem nádoru může hrát roli i praktický lékař.

Tato vyhláška je účinná od 1. dubna 1997 (http://www.sagit.cz/pages/uztxt.asp?tema_id=37&cd=61&typ=r&det=&levelid=389894&datumakt=1.4.1997&full=y).

3.3 Terciální prevence kolorektálního karcinomu

Podstatou a hlavním cílem terciární prevence je zachytit, případný návrat nádorového onemocnění po primární léčbě a bezpříznakovém intervalu, ve stále léčitelné podobě. V rámci terciární prevence je třeba uvědomit si zvýšené riziko

duplicitních a triplicitních nádorových onemocnění. Proto je důležité nesoustředit se při dispenzárním vyšetření pouze na léčený orgán a nejčastější místa metastazování, ale provádět další preventivní vyšetření. U žen provádět mamografie, screening rakoviny hrdla děložního. U mužů provádět depistáže prekanceróz a časných nádorů v urologii nebo gastroenterologii (Skála et al., 2005, s. 150, Bartoňková et al., 2002, s. 87).

3.4 Kvartérní prevence kolorektálního karcinomu

Dle Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP kvartérní prevence znamená předvídání a předcházení důsledkům progredujících a nevléčitelných nádorových onemocnění, které mohou zkracovat zbytek života nebo snižovat jeho kvalitu (Skála et al., 2005, s. 150).

Mezi aspekty kvartérní prevence kolorektálního karcinomu patří zajistit pacientům dostupnou a kontinuální analgetickou léčbu, včas řešit výživová opatření, předcházet akutním stavům neprůchodnosti.

Velmi významnou součástí kvartérní prevence je zajistit pacientovi psychologickou, duchovní, spirituální a sociální podporu. Komplexní péči o těžce nemocné a umírající pacienty s nádorovým onemocněním v pokročilém stavu nabízejí hospice. Hospicová péče je forma paliativní péče, jejímž cílem je nabídnout pacientům symptomatickou péči v okamžiku, kdy byly vyčerpány možnosti kauzální léčby. V současné době je o významnou část pacientů v terminální fázi nádorových onemocnění pečováno v domácím prostředí rodinnými příslušníky ve spolupráci s agenturami domácí péče nebo prostřednictvím mobilních hospicových jednotek (Adam, Vorlíček, Kostíková, 2003, s. 67-69).

4. Cíle práce a hypotézy

Hlavní cíl

Zhodnotit problematiku sebepéče v rámci sekundární prevence u klientů s kolorektálním karcinomem.

Dílčí cíle

1. Sestavit situační potřebu sebepéče u klientů se stomií, chemo/radioterapií.
2. Zjistit informovanost respondentů o problematice kolorektálního karcinomu.
3. Zmapovat problematiku sebepéče u jedinců se stomií a kolorektálním karcinomem.
4. Zmapovat problematiku sebepéče u klientů s chemo/radioterapií a kolorektálním karcinomem.
5. Zmapovat, jak své obtíže řeší a kompenzují klienti se stomií, chemo/radioterapií.
6. Tvorba informačního letáku o kolorektálním karcinomu pro širokou populaci.

Hypotézy

H1 Očekáváme, že existuje signifikantní pozitivní vztah mezi mírou informovanosti o kolorektálním karcinomu a věkem respondentů.

5. Metodika práce

5.1 Metodika sestavení situační potřeby sebeděče

Předpokladem sestavení situační potřeby sebeděče byla odborná znalost Teorie deficitu sebeděče (TDSP) včetně jejich dílčích konceptů. Dále pak teoretické poznatky, které byly získány studiem odborné literatury a časopisů z oboru ošetrovatelství, onkologie, gastroenterologie a zdravotnictví obecně včetně legislativy vztahující se k dané problematice. Byly využity také informace z informační sítě internetu.

Poté byla sestavena metodou analýzy, srovnáním a dedukcí situační potřeba sebeděče (SiPoSP), týkající se vědomého jednání člověka, schopnost učinit správná rozhodnutí a opatření a nadefinovat kompetence sebeděče/dependentní péče pro jednotlivé situační problematiky (SIP). Na základě takto rozpracované SiPoSP byl sestaven dotazník (viz příloha 8, s. 99).

5.2 Metodika dotazníkového šetření

5.2.1 Užitá metoda výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo prováděno v proktologické ambulanci Středomoravské nemocniční a.s. – odštěpném závodu Přerov u mužů a žen. U těchto dvou skupin byly porovnávány znalosti o kolorektálním karcinomu, znalosti v oblasti sekundární prevence u kolorektálního karcinomu ve smyslu využitelnosti a nároku na test na okultní krvácení jako prostředku na včasný záchyt tohoto onemocnění.

Dále byli klienti rozděleni do skupin dle toho, s čím se potýkají v oblasti sebeděče, při čemž se dále dotazníkem zabývaly pouze osoby mající buď stomii, chemoterapii nebo radioterapii. Dle toho pak byly vyplněny další otázky týkající se komplikací, které se buď u klientů vyskytovaly či nikoliv a také jak problémy v rámci sebeděče řeší a kompenzují.

K získání potřebných dat byl použit anonymní dotazník, který obsahoval 18 položek.

Předkládaný dotazník obsahoval otázky:

- uzavřené dichotomického typu,
- uzavřené polynomického typu,
- otevřené otázky,

- výčtové otázky a
- stupnicovou položku.

Dotazník byl rozdělen do čtyř částí. Jeho součástí bylo také úvodní slovo pro respondenty, které objasňovalo účel dotazníkového šetření a dále instrukce k vyplnění dotazníku.

Část dotazníku tvořily demografické údaje o pohlaví, věku, vzdělání a stupně karcinomu v době jeho zdiagnostikování (položky č. 1 - 4).

K cíli číslo 2: *Zjistit informovanost jedinců s kolorektálním karcinomem o daném onemocnění*, se vztahovaly položky dotazníku č. 5. – 9., které obsahovaly otázky uzavřené dichotomické a polynomické týkající se etiologie, epidemiologie, příznaků kolorektálního karcinomu a testu na okultní krvácení.

K cíli číslo 3: *Zmapovat problematiku sebepěče u jedinců se stomií a kolorektálním karcinomem*, směřovaly položky v dotazníku č. 11 – 14., které obsahovaly výčet možných komplikací vyskytujících se u stomiků.

K cíli číslo 4: *Zmapovat problematiku sebepěče u klientů s chemo/radioterapií a kolorektálním karcinomem*, se vztahovaly položky dotazníku č. 15 – 16, které obsahovaly výčet možných komplikací vyskytujících se u klientů léčených daným způsobem.

K cíli číslo 5: *Zmapovat, jak své obtíže řeší a kompenzují klienti se stomií, chemo/radioterapií*, se vztahovaly položky č. 17 a 18.

5.2.2 Charakteristika souboru respondentů

Pro účel práce byla zvolena skupina respondentů, muži i ženy. Soubor byl vymezen následujícími charakteristikami:

- vykonávající povolání jiné, než zdravotnické,
- ve věku od 18 let (klient v péči praktického lékaře a ne pediatra),
- navštěvující proktologickou ambulanci Středomoravské nemocniční a.s. – odštěpného závodu Přerov s diagnostikovaným kolorektálním karcinomem,
- mající buď stomii či podstupuje klient chemo/radioterapii.

Interpretace demografických údajů

Pohlaví respondentů

Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, bylo 58 (55,8 %) respondentů mužského pohlaví a 46 (44,2 %) respondentů ženského pohlaví.

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Četnosti	Muži	Ženy	Celkem
Ni	58	46	104
Fi (%)	55,8	44,2	100,0

Věk respondentů

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na klienty od 18 let věku, kdy je člověk již v péči praktického lékaře a dále dalších specialistů a ne pediatra.

Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů, bylo 58 (55,8 %) mužů, u nichž byl průměrný věk 56,1 let věku a 46 (44,2 %) žen, u nichž činil průměrný věk 56,3 let.

Vzdělání respondentů

Z celkového počtu 58 (100 %) mužů dosáhlo 15 (25,7 %) respondentů základního vzdělání, 28 (48,3 %) středoškolského vzdělání a 15 (25,7 %) mužů dosáhlo vysokoškolského vzdělání.

Z celkového počtu 46 (100 %) žen dosáhlo 10 (21,7 %) respondentů ženského pohlaví základního vzdělání, 31 (67,4 %) žen dosáhlo středoškolského vzdělání a 5 (10,9 %) žen dosáhlo vysokoškolského vzdělání.

Tabulka 2 Vzdělání respondentů

Vzdělání	Muži		Ženy	
	Ni	Fi (%)	Ni	Fi (%)
ZŠ	15	25,7	10	21,7
SŠ	28	48,3	31	67,4
VŠ	15	25,7	5	10,9
Celkem	58	100,0	46	100,0

5.2.3 Organizace výzkumného šetření

Před uskutečněním hlavního šetření, bylo provedeno pilotní šetření, při kterém bylo rozdáno 6 dotazníků osobám, které splňovaly charakteristiky souboru. Tyto dotazníky nebyly zařazeny do hlavního výzkumného šetření. Pilotní šetření potvrdilo

srozumitelnost všech položek dotazníku, proto nebyly nutné jeho další úpravy.

Hlavní výzkumné šetření proběhlo v proktologické ambulanci Středomoravské nemocniční a.s. – odštěpném závodu Přerov.

Za účelem šetření bylo vytištěno 130 (100 %) identických dotazníků, které byly vyplňovány klienty samotnými či s mou pomocí, čekající v čekárně proktologické ambulance Středomoravské nemocniční a.s. – odštěpného závodu Přerov.

Bylo rozdáno 130 dotazníků a 104 (80 %) vyplněných dotazníků bylo zpětně vráceno. 26 dotazníků muselo být vyřazeno, protože nebyly či jen částečně zodpovězeny položky č. 6, 9, 13, 14 a 17.

5.2.4 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracována ručně pomocí čárkovací metody. Konečné výsledky byly převedeny do tabulek četností a doplněny o výpočty relativní četnosti. Výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Excel. Jednotlivé položky jsou seřazeny pro přehlednost do tabulek a výsledky znázorněny v grafu.

Četnost v tabulce (ni) udává počet respondentů, kteří odpověděli v položce dotazníku stejnou odpovědí z nabízených možností, s ní koresponduje relativní četnost (fi) vyjádřená v procentech (%). Suma (Σ) udává celkový počet respondentů.

Pro konstrukci grafů bylo využito sloupcových grafů.

Pro potvrzení nebo vyvrácení hypotézy byl využit Pearsonův korelační koeficient.

5.3 Metodika k tvorbě edukačního programu

Na základě získaných informací byly vytvořeny dva edukační materiály. Jeden pro stomiky, který se zabývá přehledem přípravků v péči o kůži v okolí stomie. A druhý o vysvětlení pojmu leukopenie a jejího vztahu ke vzniku možné infekce.

6. Interpretace výsledků

6.1 Interpretace výsledků k cíli č. 1

V rámci sekundární prevence u kolorektálního karcinomu byly stanoveny tyto SIP, které by nemocný měl zvládat. Situační potřeba sebepéče u klientů se stomií, chemo/radioterapií v oblasti sekundární prevence u kolorektálního karcinomu sestává z následujících problematik:

SIP č. 1: Problematika péče o stomii.

SIP č. 2: Problematika sebepéče u klientů podstupujících chemoterapii.

SIP č. 3: Problematika sebepéče u klientů podstupujících radioterapii.

Byla sestavena situační potřeba sebepéče, cíl číslo 1 Sestavit situační potřebu sebepéče u klientů se stomií, chemo/radioterapií byl splněn (viz příloha 5, s. 89).

6.2 Interpretace výsledků k cíli č. 2

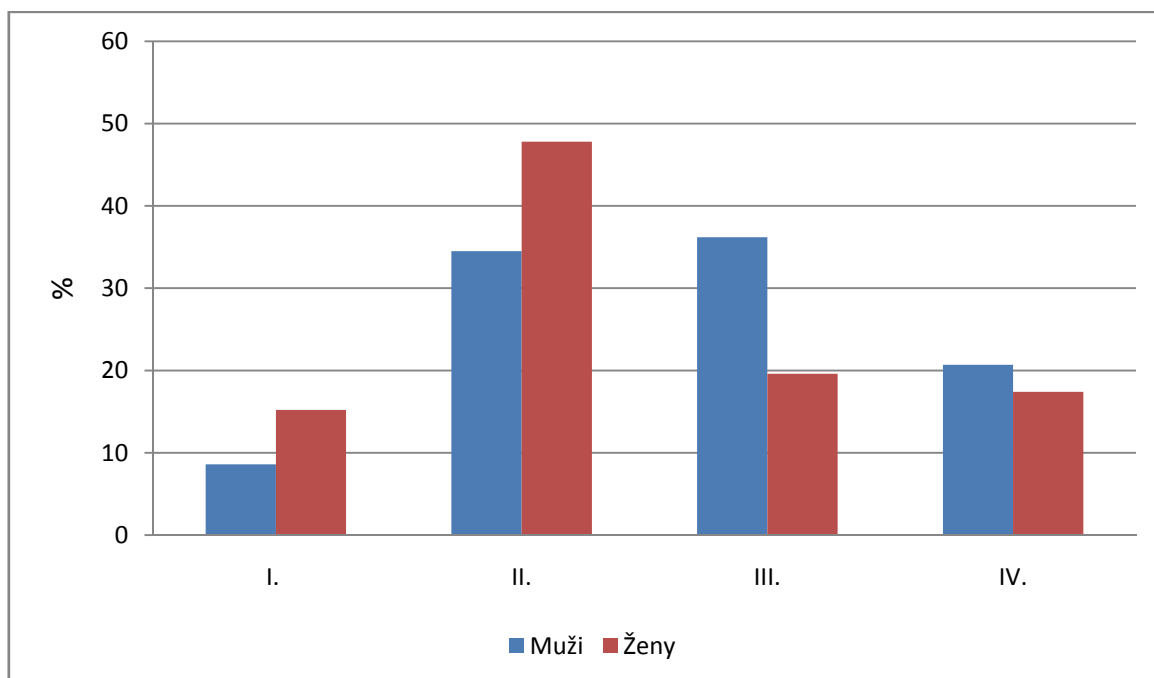
Na položku č. 4: **V jakém stadiu Vám byl kolorektální karcinom diagnostikován?**

Odpovědělo z celkového počtu 58 (100 %) mužů, 5 (8,6 %) mužů v I. stadiu, 20 (34,5 %) mužů uvedlo v II. stadiu, 21 (36,2 %) ve III. stadiu a 12 (20,7 %) mužů ve IV. stadiu. U žen z celkového počtu 46 (100 %) žen odpovědělo 7 (15,2 %) respondentek v I. stadiu, 22 (47,8 %) žen uvedlo v II. stadiu, 9 (19,6 %) respondentek ve III. stadiu a 8 (17,4 %) žen ve IV. stadiu.

Tabulka 3 Rozdělení respondentů dle stadia kolorektálního karcinomu, ve kterém jim byl zdiagnostikován

Stadium	Muži		Ženy	
	Ni	Fi (%)	Ni	Fi (%)
I.	5	8,6	7	15,2
II.	20	34,5	22	47,8
III.	21	36,2	9	19,6
IV.	12	20,7	8	17,4
Celkem	58	100,0	46	100,0

Graf 1 Rozdělení respondentů dle stadia kolorektálního karcinomu, ve kterém jim byl zdiagnostikován



Na položku č. 5: **Trpěl někdo ve Vaší rodině kolorektálním karcinodem?**

Odpovědělo z celkového počtu 58 (100 %) mužů, 9 (15,5 %) ano a 49 (84,5 %) mužů ne. Z celkového počtu 46 (100 %) žen odpovědělo 11 (23,9 %) žen, že některý z členů jejich rodiny měl kolorektální karcinom a 35 (76,1 %) žen, že neměl.

Tabulka 4 Pozitivní rodinná anamnéza na kolorektální karcinom u dotazovaných respondentů

Možnosti	Muži		Ženy	
	Ni	Fi (%)	Ni	Fi (%)
Ano	9	15,5	11	23,9
Ne	49	84,5	35	76,1
Celkem	58	100,0	46	100,0

S výroky v položce č. 6 měli respondenti buďto souhlasit nebo nesouhlasit. U položky **A, Měl/a bych se zajímat o výskyt kolorektálního karcinomu v rodině.** Uvedlo souhlas s tímto výrokiem z celkového počtu 58 (100 %) mužů, 37 (63,8 %) mužů a z celkového počtu 46 (100 %) žen, 30 (65,2 %) žen.

Tabulka 5 Zajímat se o výskyt kolorektálního karcinomu v rodině

Možnosti	Muži		Ženy	
	Ni	Fi (%)	Ni	Fi (%)
Ano	37	63,8	30	65,2
Ne	21	36,2	16	34,8
Celkem	58	100,0	46	100,0

B, Kolorektální karcinom je geneticky podmíněn.

S tímto výrokiem označilo souhlas z celkového počtu 58 (100 %) mužů, 38 (65,5 %) mužů a z celkového počtu 46 (100 %) žen, 20 (43,5 %) žen.

Tabulka 6 Kolorektální karcinom je geneticky podmíněn

Možnosti	Muži		Ženy	
	Ni	Fi (%)	Ni	Fi (%)
Ano	38	65,5	20	43,5
Ne	20	34,5	26	56,5
Celkem	58	100,0	46	100,0

C, kolorektální karcinom je „rakovina tlustého střeva“.

S tímto výrokiem souhlasilo z celkového počtu 58 (100 %) mužů, 53 (91,4 %) mužů

a z celkového počtu 46 (100 %) žen, 45 (97,8 %) žen.

Tabulka 7 Kolorektální karcinom je „rakovina tlustého střeva“

Možnosti	Muži		Ženy	
	Ni	Fi (%)	Ni	Fi (%)
Ano	53	91,4	45	97,8
Ne	5	8,6	1	2,2
Celkem	58	100,0	46	100,0

D, Kolorektální karcinom je nejčastější karcinom, který se vyskytuje v České republice.

U tohoto výroku zaznamenalo ano z celkového počtu 58 (100 %) mužů, 29 (50 %) mužů a z celkového počtu 46 (100 %) žen, 25 (54,4 %) žen.

Tabulka 8 Kolorektální karcinom je nejčastěji vyskytující se karcinom v ČR

Možnosti	Muži		Ženy	
	Ni	Fi (%)	Ni	Fi (%)
Ano	29	50	25	54,4
Ne	29	50	21	45,7
Celkem	58	100,0	46	100,0

Na položku č. 7: **Krev ve stolici je známkou, že ...**

Odpovědělo z celkového počtu 58 (100 %) mužů, 14 (24,1 %) mužů praskla krevní kapilára vyživující hemoroid a nic se neděje, 16 (27,6 %) mužů správně uvedlo, že to může být příznak kolorektálního karcinomu, 12 (17,2 %) mužů uvedlo možnost, že snědl něco „nezdravého“, 10 (17,2 %) mužů uvedlo, že začínají selhávat ledviny a 6 (10,3 %) mužů, že se pořezal toaletním papírem.

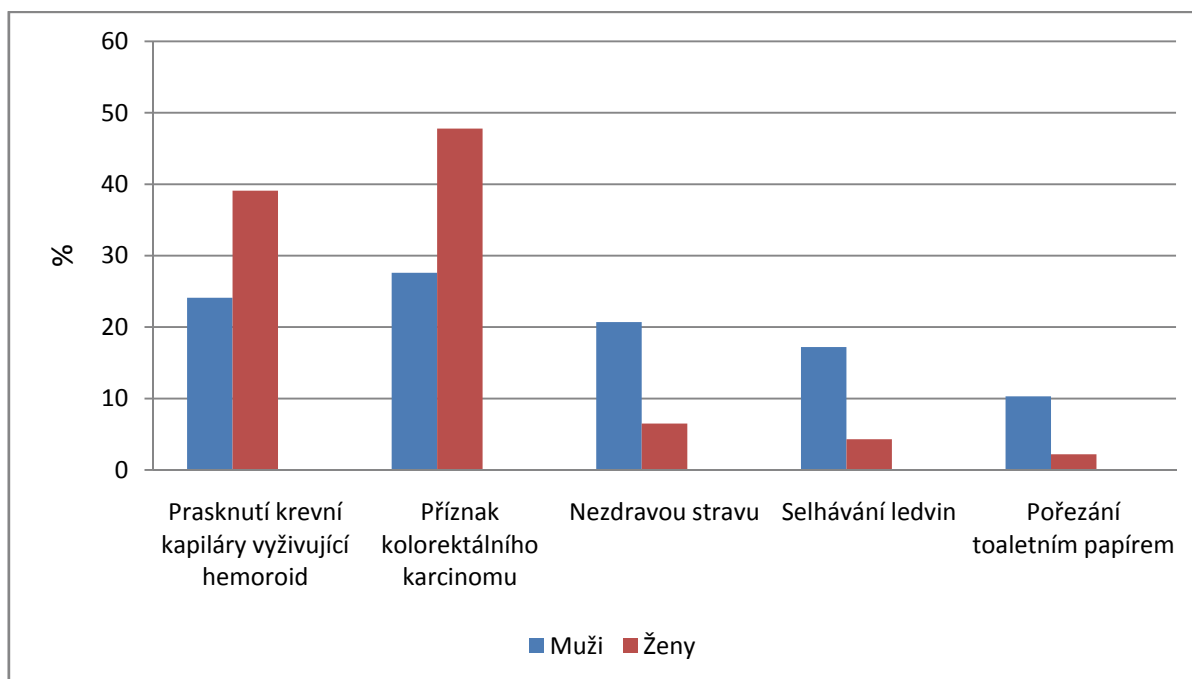
U žen z celkového počtu 46 (100 %) žen odpovědělo 18 (39,1 %) respondentek praskla krevní kapilára vyživující hemoroid a nic se neděje, 22 (47,8 %) žen správně uvedlo, že to může být příznak kolorektálního karcinomu, 3 (17,2 %) ženy uvedly možnost, že snědly něco „nezdravého“, 2 (4,3 %) ženy uvedly, že začínají selhávat ledviny a 1 (2,2 %) žena, že se pořezala toaletním papírem.

Tabulka 9 Krev ve stolici poukazuje na:

Možnosti	Muži		Ženy	
	Ni	Fi (%)	Ni	Fi (%)
Prasknutí krevní kapiláry vyživující hemoroid	14	24,1	18	39,1
Příznak kolorektálního karcinomu	16	27,6	22	47,8
Nezdravou stravu	12	20,7	3	6,5
Selhávání ledvin	10	17,2	2	4,3
Požezání toaletním papírem	6	10,3	1	2,2
Celkem	58	100,0	46	100,0

Správná odpověď je označena žlutou barvou

Graf 2 Krev ve stolici poukazuje na:



Na položku č. 8: Test na okultní (skryté) krvácení je vyšetření:

Z celkového počtu 58 (100 %) mužů zadalo odpověď, že se jedná o vyšetření moče 13 (22,4 %) mužů, správně stolice 39 (67,2 %) mužů, stěru z krku 3 (5,2 %) muži a jinou možnost zatrhl také 3 (5,2 %) muži, z nichž uvedl 1 (1,8 %) muž, že

neexistuje toto vyšetření a 2 (3,4 %) muži, že se jedná o endoskopické vyšetření.

U žen z celkového počtu 46 (100 %) žen odpovědělo, že se jedná o vyšetření moče 7 (15,2 %) respondentek, správně stolice 29 (63 %) žen, 6 (13 %) žen uvedlo stěr z krku a 4 (8,7 %) ženy označily jinou možnost, kde byly vypsány možnosti vyšetření hlenu a kůže jedenkrát a dvakrát vyšetření endoskopické.

Tabulka 10 Test na okultní krvácení je vyšetření

Možnosti	Muži		Ženy	
	Ni	Fi (%)	Ni	Fi (%)
Moče	13	22,4	7	15,2
Stolice	39	67,2	29	63
Stěru z krku	3	5,2	6	13
Jiná možnost	3	5,2	4	8,7
Celkem	58	100,0	46	100,0

Správná odpověď je označena žlutou barvou

U položky č. 9: Na test okultního krvácení máte nárok:

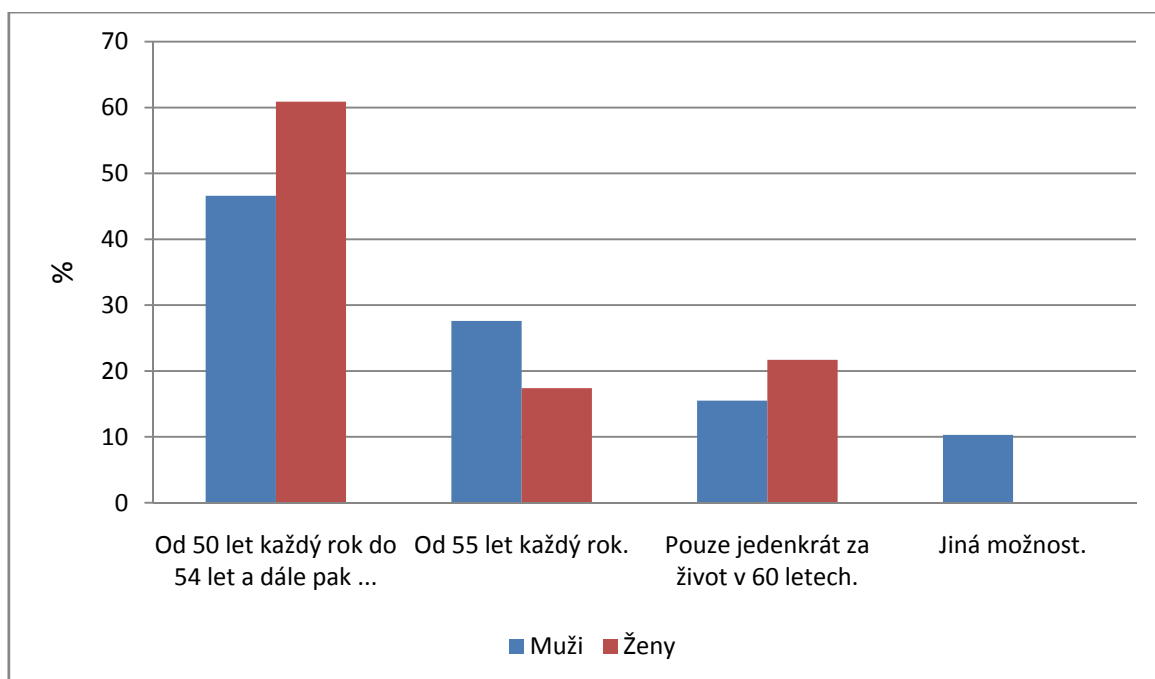
Uvedlo 27 (46,6 %) mužů z celkového počtu 58 (100 %) mužů a 28 (60,9 %) žen z celkového počtu 46 (100 %) respondentek správnou odpověď od 50 let každý rok do 54 let a pak dále od 55 let ve dvouletém intervalu nebo může být nabídnuta možnost primární screeningové kolonoskopie. Odpověď od 55 let každý rok zaznamenalo 16 (27,6 %) respondentů a 8 (17,4 %) respondentek, pouze jedenkrát za život v 60 letech 9 (15,5 %) respondentů a 10 (21,7 %) respondentek a jinou možnost neoznačila žádná žena a 6 (10,3 %) mužů, kteří uvedli možnosti: „když si to zaplatíte“, „od 45 let“, „jedenkrát za rok od 55 let“, „nárok nemáte“.

Tabulka 11 Nárok na bezplatný test okultního krvácení

Možnosti	Muži		Ženy	
	Ni	Fi (%)	Ni	Fi (%)
Od 50 let každý rok do 54 let a dále pak od 55 let ve dvouletém intervalu nebo může být nabídnuta možnost primární screeningové kolonoskopie.	27	46,6	28	60,9
Od 55 let každý rok.	16	27,6	8	17,4
Pouze jedenkrát za život v 60 letech.	9	15,5	10	21,7
Jiná možnost.	6	10,3	0	0
Celkem	58	100,0	46	100,0

Správná odpověď je označena žlutou barvou

Graf 3 Nárok na bezplatný test okultního krvácení



Z předkládaných tabulek lze poznat, že zájem o výskyt kolorektálního karcinomu v rodině měly více ženy než muži, ale více mužů než žen vědělo, že je karcinom kolorekta geneticky podmíněn. Více žen vědělo, že kolorektální karcinom je

synonymum pro rakovinu tlustého střeva, stejně tak více žen než mužů vědělo, že kolorektální karcinom je nejčastější karcinom v ČR, o mnohem více žen než mužů znalo základní příznak kolorektálního karcinomu, stolici s příměsí krve. Více mužů než žen vědělo informace o testu na okultní krvácení, ale více žen než mužů vědělo o nárokovosti na toto vyšetření.

K cíli číslo 2 se vztahuje hypotéza H1 Očekáváme že existuje signifikantní pozitivní vztah mezi mírou informovanosti o kolorektálním karcinomu a věkem respondentů.

Dle hypotézy č. 1 očekáváme, že mezi mírou informovanosti o kolorektálním karcinomu a věkem respondentů existuje signifikantní pozitivní vztah (korelace). Pro porovnání výsledků byl použit Pearsonův korelační koeficient. Výsledné $r = 0,38$. Jelikož r je větší než tabulované $r_{0,01}$, lze konstatovat, že existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou informovanosti o kolorektálním karcinomu a věkem respondentů. Míra informovanosti vzrůstá s věkem respondentů.

Na základě získaných výsledků mohu konstatovat, že **hypotéza č. 1 byla ověřena a byla přijata.**

Cíl číslo 2 zjistit informovanost respondentů o problematice kolorektálního karcinomu byl splněn.

6.3 Interpretace výsledků k cíli č. 3

U položky č. 10 zaznamenali respondenti, s jakou životní situací se potýkají.

6 (5,8 %) respondentů z celkového počtu 104 (100 %) respondentů zaznamenalo odpověď s radioterapií, 42 (40,4 %) respondentů s chemoterapií, 11 (10,6 %) respondentů s kombinací chemoterapie a radioterapie, 32 (30,8 %) respondentů se stomií a 22 (21,2 %) respondentů označilo jinou možnost, kde byla uvedena biologická léčba u 14 (13,4 %) respondentů a docházení na kontroly po chirurgickém odstranění karcinomu u 8 (7,7 %) respondentů.

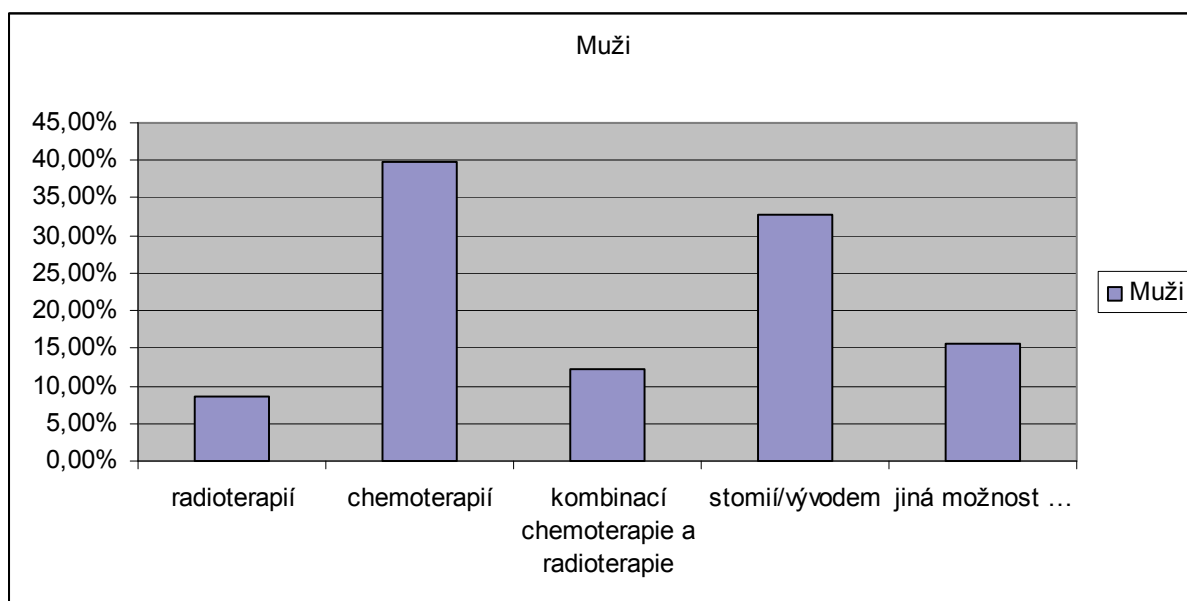
Tabulka 12 Rozdělení respondentů dle jejich nynější životní situace:

Možnosti	Muži		Ženy		Celkem	
	Ni	Fi (%)	Ni	Fi (%)	Ni	Fi (%)
S radioterapií	5	4,8	1	1	6	5,8
S chemoterapií	23	22,1	19	18,3	42	40,4
S kombinací chemo/radioterapie	7	6,7	4	3,8	11	10,6
Se stomií	19	18,3	13	12,5	32	30,8
Jiná možnost	9	8,7	13	12,5	22	21,2

Tabulka 13 Rozdělení mužů dle jejich nynější životní situace:

Možnosti	Muži					
	Vyjádřili se		Nevyjádřili se		Celkem	
	Ni	Fi (%)	Ni	Fi	Ni	Fi (%)
S radioterapií	5	8,6	53	91,4	58	100,0
S chemoterapií	23	39,7	35	60,3	58	100,0
S kombinací chemo/radioterapie	7	12,1	51	88	58	100,0
Se stomií	19	32,8	39	67,2	58	100,0
Jiná možnost	9	15,5	49	84,5	58	100,0

Graf 4 Rozdělení mužů dle jejich nynější životní situace:



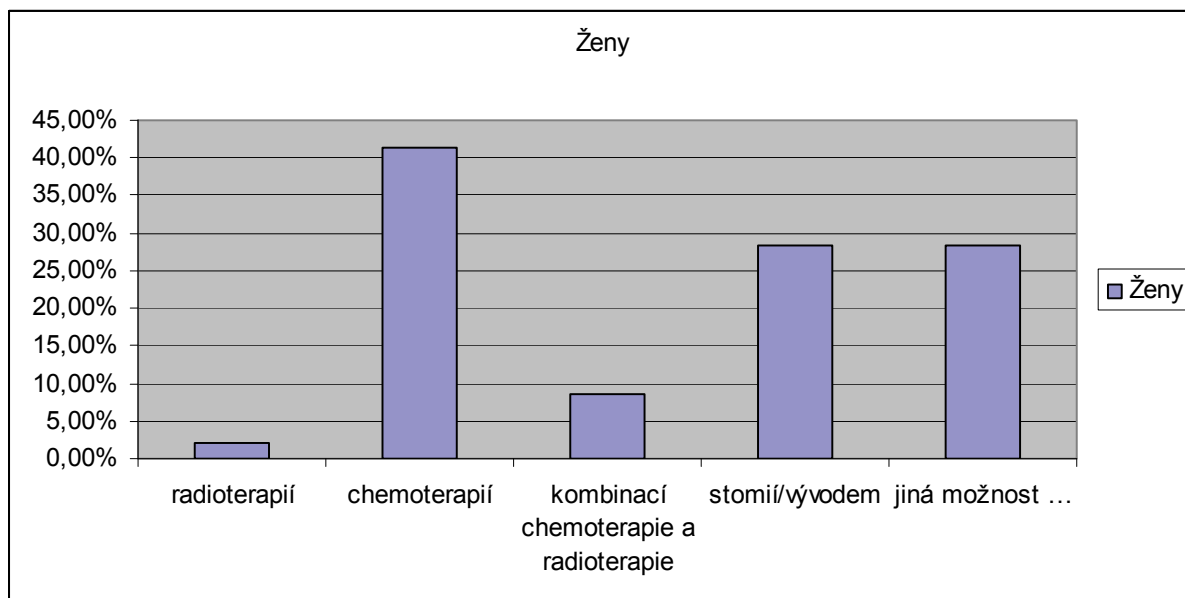
Z celkového počtu 58 (100 %) mužů se vyjádřilo kladně k radioterapii 5 (8,6 %) respondentů, k chemoterapii 23 (39,7 %) respondentů, ke kombinaci chemoterapie s radioterapií 7 (12,1 %) respondentů, ke stomii 19 (32,8 %) respondentů a k jiné možnosti 9 (15,5 %) respondentů.

Z celkového počtu 46 (100 %) žen se vyjádřila kladně k radioterapii 1 (2,2 %) žena, k chemoterapii 19 (41,3 %) žen, ke kombinaci chemoterapie s radioterapií 4 (8,7 %) ženy, ke stomii 13 (28,3 %) žen a k jiné možnosti také 13 (28,3 %) respondentek.

Tabulka 14 Rozdělení žen dle jejich nynější životní situace:

Možnosti	Ženy					
	Vyjádřili se		Nevyjádřili se		Celkem	
	Ni	Fi (%)	Ni	Fi	Ni	Fi (%)
S radioterapií	1	2,2	45	97,8	46	100,0
S chemoterapií	19	41,3	27	58,7	46	100,0
S kombinací chemo/radioterapie	4	8,7	42	91,3	46	100,0
Se stomií	13	28,3	33	71,7	46	100,0
Jiná možnost	13	28,3	33	71,7	46	100,0

Graf 5 Rozdělení žen dle jejich nynější životní situace:

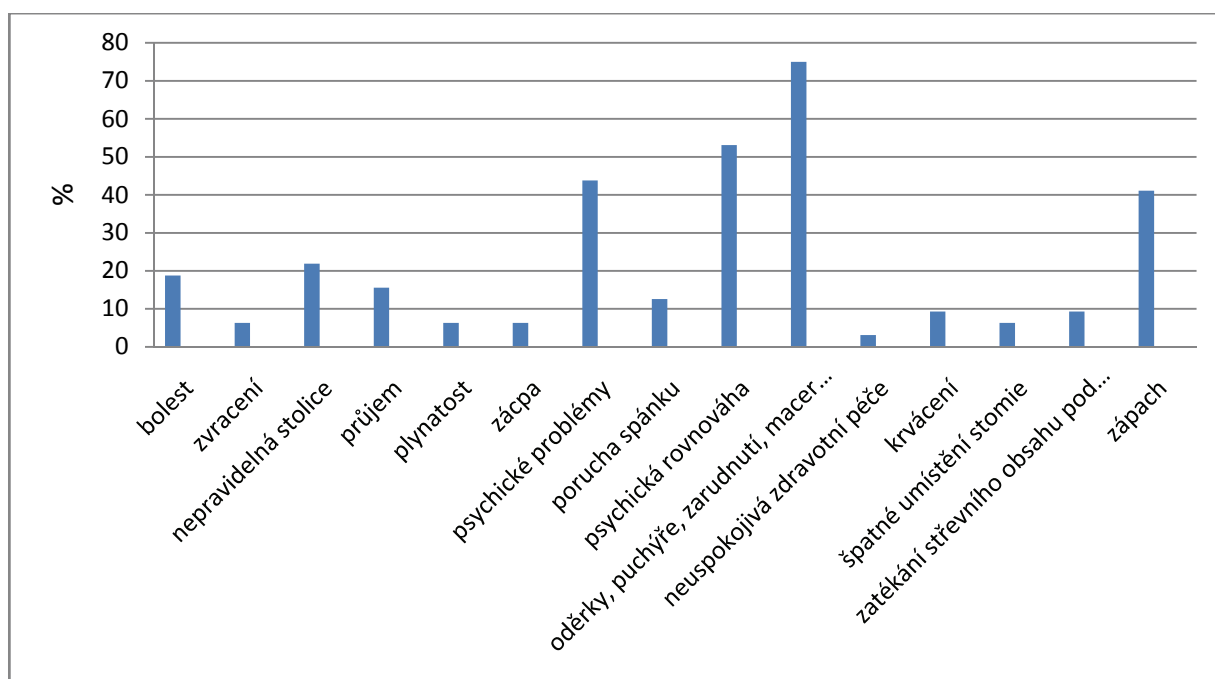


Na položku č. 11 odpovídali stomici. Buď se u nich nabízený příznak a

komplikace neobjevovala nebo ano a buď o uvedeném téma měli informace či nikoliv.

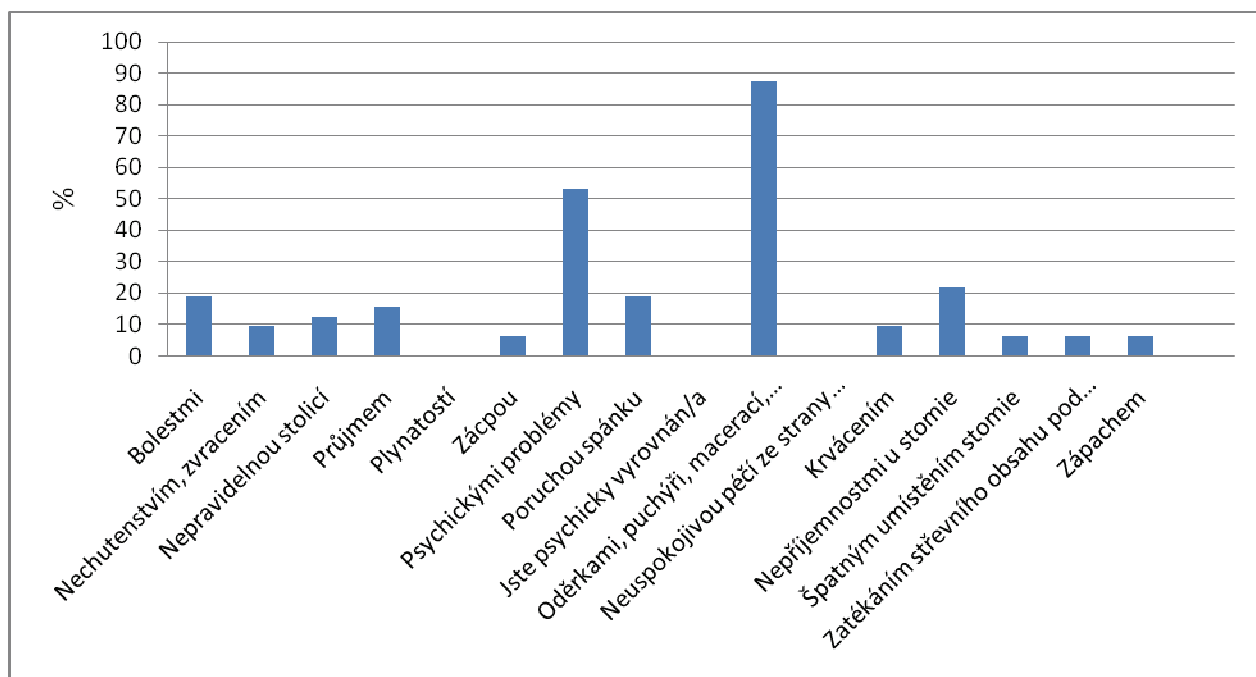
Tři čtvrtiny stomiků, 24 (75 %), z celkového počtu 32 (100 %) stomiků uvedlo za nejčastější problém v péči o stomii oděrky, puchýře, zarudnutí kůže v okolí stomie, 17 (53,1 %) respondentů uvedlo psychickou rovnováhu, 14 (43,8 %) respondentů psychické problémy, 13 (40,1 %) respondentů zápach, 7 (21,9 %) respondentů nepravidelnou stolici, 6 (18,8 %) respondentů bolest, 5 (15,6 %) respondentů průjem, 4 (12,6 %) respondenti poruchu spánku, 3 (7,3 %) respondenti zatékáním střevního obsahu pod podložku, 3 (7,3 %) respondenti krvácení, 2 (6,3 %) respondenti nechutenství a zvracení, 2 (6,3 %) respondenti plynatost, 2 (6,3 %) respondenti zácpa a pouze 1 (3,1 %) respondent uvedl neuspokojivou zdravotní péče.

Graf 6 Vyskytující se komplikace u stomiků



Nejvíce, tedy 28 (87,5 %) respondentů z celkového počtu 32 (100 %) respondentů, se cítilo nedostatečně informováno v oblasti oděrek, puchýřů, macerace, zarudnutí a svědění kůže v oblasti stomie, dále pak v psychických problémech, které byly označeny 17 (53,1 %) respondenty, komplikace jako jsou: retrakce, stenóza, parastomická kýla, prolaps stomie na místě třetím, byly uvedeny 7 (21,9 %) stomiky. Další z možností byly označeny 6 (18,8 %), 5 (15,6 %), 4 (12,5 %), 3 (9,4 %), 2 (6,3 %) nebo žádným respondentem.

Graf 7 Nedostatečná informovanost



Zda problémy vyplývající z péče o stomii vycházejí z nedostatečných informací o dané problematice se snažila zjistit položka v dotazníku č. 14: **Označte, prosím, správný algoritmus při výměně stomického sáčku:**

Uvedli 3 (9,4 %) respondenti z celkového počtu 32 (100 %) respondentů sejmutí použitého sáčku jednou rukou - sejmutí použitého sáčku jednou rukou – očištění stomie suchým hadříkem – použití ochranných prostředků určených k péči o stomii – přiložení nového sáčku a pevné připevnění. 4 (12,5 %) respondenti označili prudké sejmutí použitého sáčku jednou rukou – očištění stomie vlhkým hadříkem namočeným ve vodě a osušení stomie do sucha – použití ochranných prostředků určených k péči o stomii – přiložení nového sáčku a pevné připevnění. Odpověď za c) sejmutí použitého sáčku jednou rukou – očištění stomie vlhkým hadříkem s mýdlem a osušení stomie do sucha– použití ochranných prostředků určených k péči o stomii – přiložení nového sáčku a pevné připevnění zaškrtili také 4 (12,5 %) respondenti a správně za d) sejmutí použitého sáčku oběma rukama – očištění stomie vlhkým hadříkem namočeným pouze ve vodě a osušení stomie do sucha– použití ochranných prostředků určených k péči o stomii – přiložení nového sáčku a pevné připevnění označilo 11 (65,6 %) respondentů.

Pouze 11 (34,4 %) respondentů z celkového počtu 32 (100 %) respondentů odpovědělo správně, jak postupovat při výměně stomického sáčku. Domnívám se tedy,

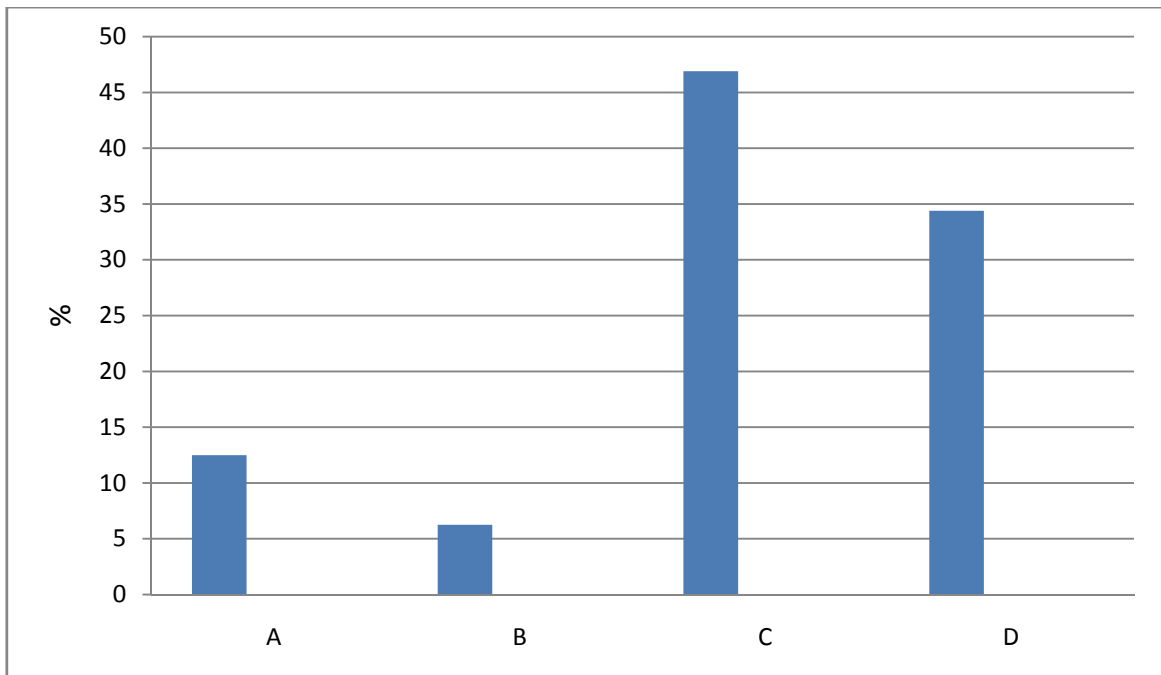
že nedostatečná informovanost v péči a sebe sama v dané problematice – v našem případě péče o kůži v okolí stomie – může zapříčinit oděrky, macerace, zarudnutí či svědění kůže.

Tabulka 15 Správný algoritmus výměny stomického sáčku

Možnosti	Respondenti	
	Ni	Fi (%)
Sejmutí použitého sáčku jednou rukou – očištění stomie suchým hadříkem – použití ochranných prostředků určených k péči o stomii – přiložení nového sáčku a pevné připevnění.	4	12,5
Prudké sejmutí použitého sáčku jednou rukou – očištění stomie vlhkým hadříkem namočeným ve vodě a osušení stomie do sucha – použití ochranných prostředků určených k péči o stomii – přiložení nového sáčku a pevné připevnění.	2	6,25
Sejmutí použitého sáčku jednou rukou – očištění stomie vlhkým hadříkem s mýdlem a osušení stomie do sucha – použití ochranných prostředků určených k péči o stomii – přiložení nového sáčku a pevné připevnění.	15	46,9
Sejmutí použitého sáčku oběma rukama – očištění stomie vlhkým hadříkem namočeným pouze ve vodě a osušení stomie do sucha – použití ochranných prostředků určených k péči o stomii – přiložení nového sáčku a pevné připevnění.	11	34,4
Celkem	32	100,0

Správná odpověď je označena žlutou barvou

Graf 8 Správný algoritmus výměny stomického sáčku



A - sejmutí použitého sáčku jednou rukou – očištění stomie suchým hadříkem – použití ochranných prostředků určených k péči o stomii – přiložení nového sáčku a pevné připevnění.

B - prudké sejmutí použitého sáčku jednou rukou – očištění stomie vlhkým hadříkem namočeným ve vodě a osušení stomie do sucha – použití ochranných prostředků určených k péči o stomii – přiložení nového sáčku a pevné připevnění.

C - sejmutí použitého sáčku jednou rukou – očištění stomie vlhkým hadříkem s mýdlem a osušení stomie do sucha – použití ochranných prostředků určených k péči o stomii – přiložení nového sáčku a pevné připevnění.

D - sejmutí použitého sáčku oběma rukama – očištění stomie vlhkým hadříkem namočeným pouze ve vodě a osušení stomie do sucha – použití ochranných prostředků určených k péči o stomii – přiložení nového sáčku a pevné připevnění.

Cíl číslo 3 zmapovat problematiku sebepěče u jedinců se stomií a kolorektálním karcinomem byl splněn.

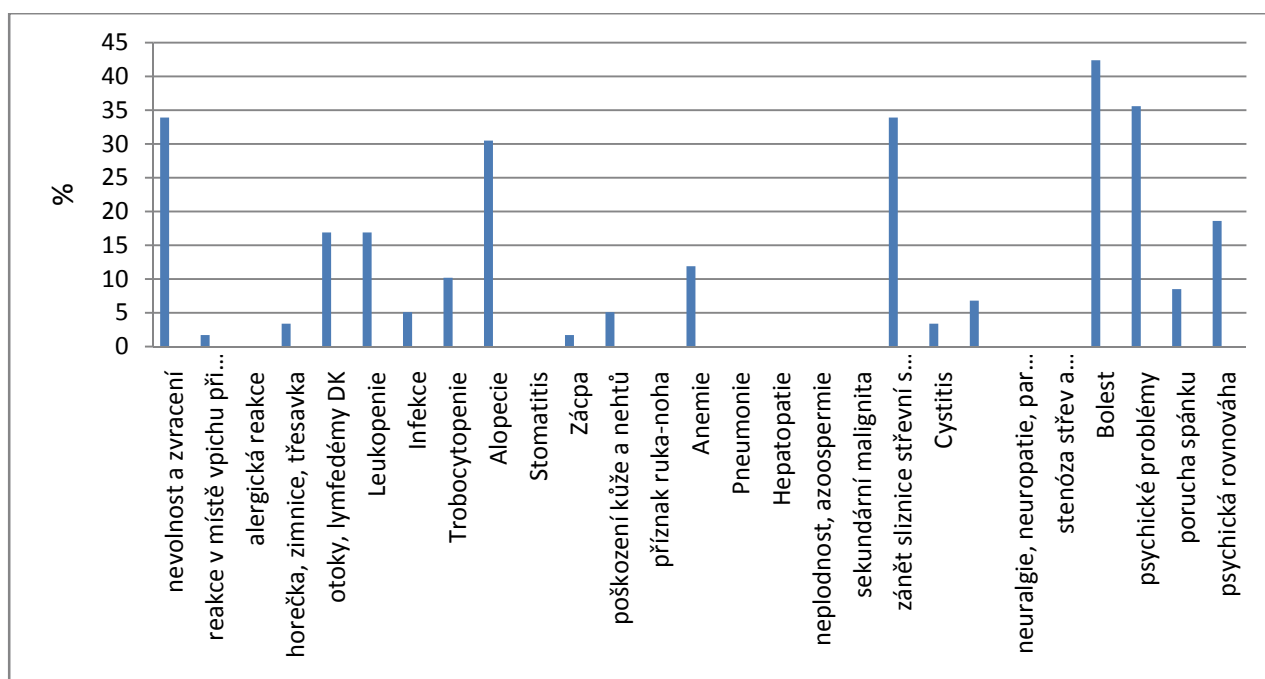
6.4 Interpretace výsledků k cíli č. 4

Na položku dotazníku č. 15 odpovídali respondenti podstupující chemoterapii, radioterapii nebo kombinaci chemoterapie a radioterapie. Buď se u nich nabízený příznak a komplikace neobjevovala nebo ano a buď o uvedeném téma měli informace či nikoliv.

Z celkového počtu 59 (100 %) respondentů podstupující jednu z variant léčby označilo nejvíce respondentů bolest, a to 25 (42,4 %) respondentů, dále psychické problémy byly označeny u 21 (35,6 %) dotazovaných, nevolnost a zvracení u 20 (33,9 %) dotazovaných, stejně jako zánět střevní sliznice s doprovodným průjmem s hlenem nebo krví označilo také 20 (33,9 %) respondentů, alopecii 18 (30,5 %) dotazovaných, zánět močového měchýře 13 (22 %) dotazovaných, psychická rovnováha 11 (18,6 %) dotazovaných, otoky, lymfedémy dolních končetin 10 (16,9 %) dotazovaných, leukopenii také zaznačilo 10 (16,9 %) respondentů, anemii 7 (11,9 %) respondentů, trombocytopenii 6 (10,2 %) respondentů, poruchu spánku 5 (8,5 %) respondentů, zarudlou, pigmentovanou, suchou nebo vlhkou kůži 4 (6,8 %) respondenti, infekci 3 (5,1 %) respondenti, poškození kůže a nehtů také 3 (5,1 %) respondenti, horečku 2 (3,4 %) respondenti, zácpu 1 (1,7 %) respondent a reakci v místě vpichu při nitrožilním podávání také 1 (1,7 %) respondent.

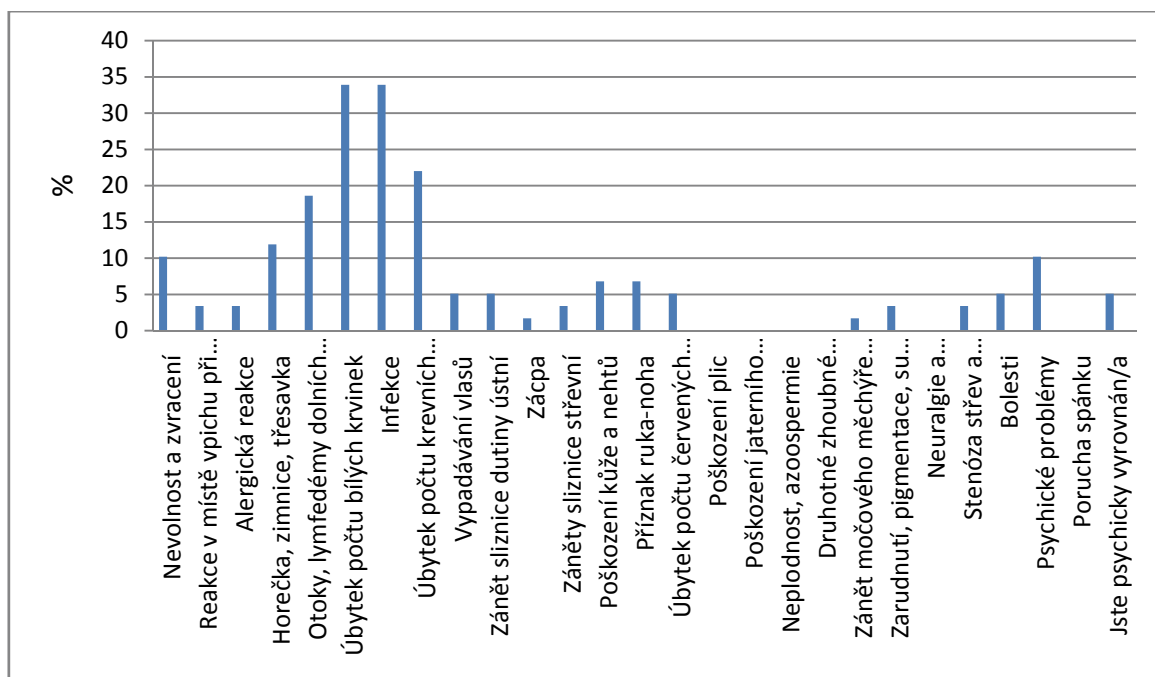
Možnost jako alergická reakce, stomatitis, příznak ruka – noha, pneumopatie, hepatopatie, neplodnost, sekundární malignita, neuralgie, stenóza střev a močovodů nebyla označena ani jedním respondentem (0 %).

Graf 9 Výskyt komplikací u jedinců s chemo/radioterapií



Z celkového počtu 59 (100 %) respondentů se nejvíce cítily respondenti nedostatečně informováni o leukopenii, kterou označilo 20 (33,9 %) respondentů, stejně tak i o infekci, kterou označilo taktéž 20 (33,9 %) respondentů, následovala trombocytopenie označena 13 (22 %) respondenty, otoky, lymfedémy dolních končetin 11 (18,6 %) respondenty, nevolnost a zvracení 6 (10,2 %) respondenty, psychické problémy 6 (10,2 %) respondenty, příznak ruka – noha 4 (6,8 %) respondenty, poškození kůže, nehtů 4 (6,8 %) respondenty, 3 (5,1 %) respondenti neměli dostatečné informace u každé z následujících položek: alopecie, stomatitis, bolest, psychická rovnováha a anémie. Jeden (1,7 %) respondent chtěl vědět více o zácpě a jeden (1,7 %) respondent o zánětu močového měchýře.

Graf 10 Nedostatečná informovanost



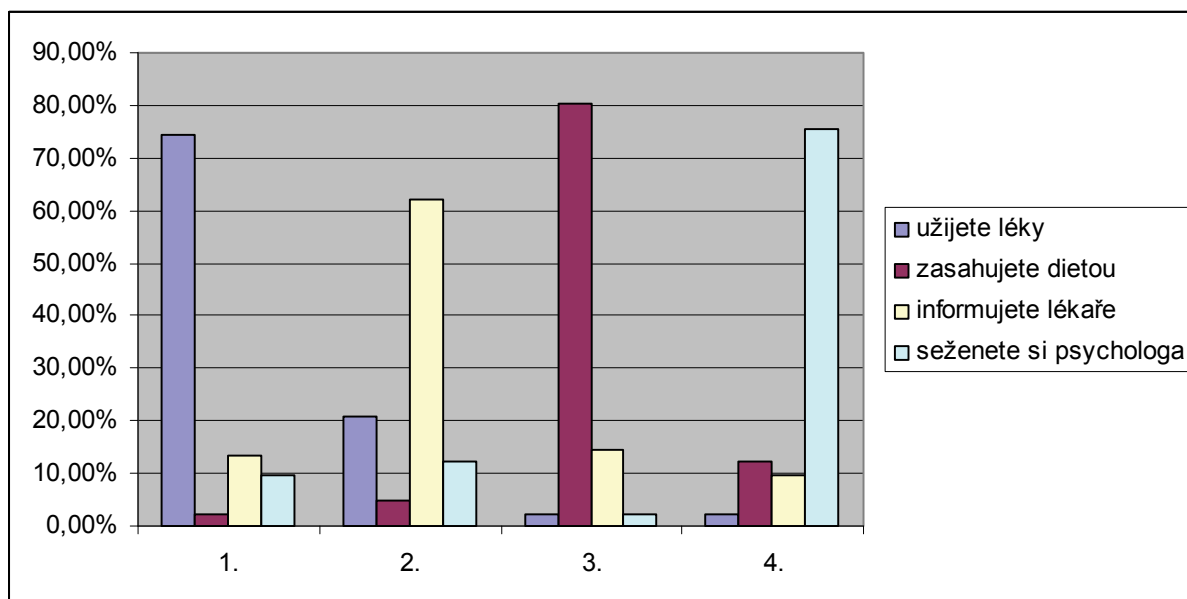
Cíl číslo 4 zmapovat problematiku sebezpečí u klientů s chemo/radioterapií a kolorektálním karcinomem byl splněn.

6.5 Interpretace výsledků k cíli č. 5

U položky dotazníku číslo 17 měli respondenti seřadit možnosti odpovědi dle toho, jak řeší své problémy nebo komplikace při stomii, chemoterapii nebo radioterapii.

Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů podstupujících chemoterapii, radioterapii nebo byli po chirurgickém zákroku, jehož výsledkem byla stomie, zařadilo 61 (74,4 %) respondentů možnost, že užijí léky na první místo, 51 (62,2 %) respondentů označilo na druhém místě, že informují lékaře, 66 (80,5 %) respondentů zařadilo na třetí místo kolonku se zásahem do svého jídelníčku a 62 (75,6 %) respondentů si sežene psychologa jako poslední z možností.

Graf 11 Způsob řešení potíží pacienty



Cíl číslo 5 zmapovat, jak své obtíže řeší a kompenzují klienti se stomií, chemoterapií, radioterapií byl splněn.

7. Diskuse

Prvním cílem práce bylo sestavit situační potřebu sebedpěče (SiPoSP) u klientů se stomií, chemo/radioterapií. V rámci SiPoSP byly nadefinovány kompetence sebedpěče/dependentní péče pro jednotlivé situační problematiky (dále SIP) (viz příloha 5, s. 89). U jednotlivých SIP jsou popsány jejich projevy, druhy požadavku a kompetence sebedpěče, které by měl jedinec znát, aby byl schopen provádět adekvátní prevence, a tím by snížil výskyt onemocnění nebo rozvoj komplikací. Pro prevenci je důležité, aby byl člověk schopen postarat se sám o sebe, vědět co a jak má provádět a také to dodržoval.

Nadefinované a rozpracované SIP:

SIP č. 1: Problematika péče o stomii.

SIP č. 2: Problematika sebedpěče u klientů podstupujících chemoterapii.

SIP č. 3: Problematika sebedpěče u klientů podstupujících radioterapii.

Druhým cílem bylo zjistit informovanost respondentů o problematice kolorektálního karcinomu. Kdy z předkládaných tabulek lze poznat, že zájem o výskyt kolorektálního karcinomu v rodině měly více ženy než muži, ale více mužů než žen vědělo, že je karcinom kolorekta geneticky podmíněn. Více žen vědělo, že kolorektální karcinom je synonymum pro rakovinu tlustého střeva, stejně tak více žen než mužů vědělo, že kolorektální karcinom je nejčastější karcinom v ČR, o mnohem více žen než mužů znalo základní příznak kolorektálního karcinomu, stolici s příměsí krve. Více mužů než žen vědělo informace o testu na okultní krvácení, ale více žen než mužů vědělo o nárokovosti na toto vyšetření.

K cíli číslo 2 se vztahuje hypotéza H1 Očekáváme že existuje signifikantní pozitivní vztah mezi mírou informovanosti o kolorektálním karcinomu a věkem respondentů.

Potvrdil se předpoklad, že míra informovanosti roste s věkem. Tato skutečnost koresponduje s výzkumem Aliance rakoviny tlustého střeva a Quest diagnostiky v USA (<http://www.ge.com/#sclient=psy&hl=cs&site=&source=hp&q>).

Ve výzkumu ve Velké Británii také zjistily rozsáhlou studii, že muži a ženy nad 40 let jsou schopny jmenovat alespoň jeden z příznaků kolorektálního karcinomu nežli mladší respondenti. Toto je velmi povzbuzující obzvláště z toho hlediska, že věk je

rizikovým faktorem

(<http://translate.google.cz/translate?hl=cs&langpair=en%7Ccs&u=http://rx-cancer.blogspot.com/2011/04/low-awareness-of-intestine-in-uk.html>).

Třetím cílem bylo zmapovat problematiku sebepéče u jedinců se stomií a kolorektálním karcinomem. Až tři čtvrtiny stomiků, 24 (75 %), z celkového počtu 32 (100 %) stomiků uvedlo za nejčastější problém v péči o stomii oděrky, puchýře, zarudnutí kůže v okolí stomie. 28 (87,5 %) respondentů z celkového počtu 32 (100 %) respondentů, se cítilo nedostatečně informováno v oblasti oděrek, puchýřů, macerace, zarudnutí a svědění kůže v oblasti stomie.

Pouze 11 (34,4 %) respondentů z celkového počtu 32 (100 %) respondentů odpovědělo správně, jak postupovat při výměně stomického sáčku. Domnívám se tedy, že nedostatečná informovanost v péči a sebe sama v dané problematice – v našem případě péče o kůži v okolí stomie – může zapříčinit oděrky, macerace, zarudnutí či svědění kůže.

Čtvrtým cílem bylo zmapovat problematiku sebepéče u klientů s chemo/radioterapií a kolorektálním karcinomem. Z celkového počtu 59 (100 %) respondentů podstupující jednu z variant léčby označilo nejvíce respondentů bolest. A nedostatečně jsou klienti informováni o leukopenii a infekci.

Pátým cílem bylo zmapovat, jak své obtíže řeší a kompenzují klienti se stomií, chemo/radioterapií. Kdy na položku v dotazníku odpověděli respondenti takto: Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů podstupujících chemoterapii, radioterapii nebo byli po chirurgickém zákroku, jehož výsledkem byla stomie, zařadilo 61 (74,4 %) respondentů možnost, že užijí léky na první místo, 51 (62,2 %) respondentů označilo na druhém místě, že informují lékaře, 66 (80,5 %) respondentů zařadilo na třetí místo kolonku se zásahem do svého jídelníčku a 62 (75,6 %) respondentů si sežene psychologa jako poslední z možností.

Šestým cílem bylo vytvořit informační letáku o kolorektálním karcinomu pro širokou populaci (viz příloha 7, s. 98).

8. Závěr

Hlavním cílem práce bylo zhodnotit problematiku sebeděče v rámci sekundární prevence u klientů s kolorektálním karcinomem. V rámci tohoto cíle byly stanoveny dílčí cíle a jedna hypotéza vztahující se k cíli číslo 2.

Prvním dílčím cílem bylo sestavení situační potřeby sebeděče, s odkazem na přílohu 5, s. 89, byl cíl splněn.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit informovanost respondentů o problematice kolorektálního karcinomu. Kdy o kolorektálním karcinomu mají větší přehled ženy než muži. K cíli číslo 2 se vztahuje hypotéza H1 Očekáváme že existuje signifikantní pozitivní vztah mezi mírou informovanosti o kolorektálním karcinomu a věkem respondentů. Dle porovnání výsledků po použití Pearsonova korelačního koeficientu, lze konstatovat, že existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou informovanosti o kolorektálním karcinomu a věkem respondentů. Míra informovanosti vzrůstá s věkem respondentů.

Na základě získaných výsledků mohu konstatovat, že **hypotéza č. 1 byla ověřena a byla přijata**. Cíl byl splněn.

Třetím cílem bylo zmapovat problematiku sebeděče u jedinců se stomií a kolorektálním karcinomem. Kdy tři čtvrtiny stomiků uvedlo za nejčastější problém v péči o stomii oděrky, puchýře, zarudnutí kůže v okolí stomie. Zároveň v této problematice jsou respondenti málo informovaní. Cíl byl splněn.

Čtvrtým cílem bylo zmapovat problematiku sebeděče u klientů s chemo/radioterapií a kolorektálním karcinomem. Z celkového počtu 59 (100 %) respondentů podstupující jednu z variant léčby označilo nejvíce respondentů bolest. A nedostatečně jsou klienti informováni o leukopenii a infekci. Cíl byl splněn.

Pátým cílem bylo zmapovat, jak své obtíže řeší a kompenzují klienti se stomií, chemo/radioterapií. Kdy respondenti zařadili možnosti v tomto pořadí: 61 (74,4 %) respondentů užije léky při objevení se komplikací, dále 51 (62,2 %) respondentů informuje lékaře, 66 (80,5 %) respondentů následovně změní svůj jídelníček a 62 (75,6 %) respondentů si sežene psychologa jako poslední z možností. Cíl byl splněn.

Šestým cílem bylo vytvořit informační letáku o kolorektálním karcinomu pro širokou populaci (viz příloha 7, s. 98). Cíl byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří, KOPTÍKOVÁ, Jana. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0677-6.
- ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří, VANÍČEK, Jiří et al. *Diagnostika a léčebné postupy u maligních chorob*. Druhé, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0896-5.
- AUTORSKÝ KOLEKTIV. Standardní diagnosticko-léčebné postupy používané v Masarykově onkologickém ústavu. Brno: Glaxo Wellcome, Lachema, 1999. Bez ISBN.
- BARTOŇKOVÁ, Hana et al. *Manuál prevence a časně detekce nádorových onemocnění*, Brno: Masarykův onkologický ústav, 2002. ISBN 80-238-9513-3.
- BEKEL, Gerhard, HALMO, Renata. *Teorie deficitu sebek péče*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0794-9.
- BEŇA, Filip et al. *Onkologická rizika*, Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001. ISBN 80-238-7620-1.
- BENEŠ, Zdeněk. VZP podporuje screeningu kolorektálního karcinomu. *Florence*, 2010. Ročník VI. č. 12. s. 26. ISSN 1801-464X.
- DUŠEK, Ladislav, ZAVORAL, Miroslav. Populační screening kolorektálního karcinomu v České republice. *Rozhledy v chirurgii*, 2009. Ročník LXXXVIII. č. 6. s. 292 - 302. ISSN 0035-9351
- FEGRENDER, House. *Low awareness of intestine in UK*. . [online]. 2009, [cit. 2011-05-10]. Dostupné na WWW: <http://translate.google.cz/translate?hl=cs&langpair=en%7Ccs&u=http://rx-cancer.blogspot.com/2011/04/low-awareness-of-intestine-in-uk.html>
- HALMO, Renata. *Výukové materiály*. 2005. 16 s.
- HOLUBEC, Luboš et al. *Kolorektální karcinom*, Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0636-9.
- HRADILOVÁ, Věra. Chyby a omyly při ošetřování stomií. *Sestra*, 2010. Ročník V. č. 3. s. 47. ISSN 1210-0404.
- IVANOVÁ, Kateřina, JURÍČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2009. ISBN

978-80-244-1832-2.

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

JANGO, Georgo. *Knowledge of colorectal cancer in the USA*. [online]. 2009, [cit. 2011-06-10]. Dostupné na WWW: <http://www.ge.com/#sclient=psy&hl=cs&site=&source=hp&q=>

JAROŠOVÁ, Darja. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. Ostravská univerzita v Ostravě, 2002. ISBN 80-7042-339-0.

LUKÁŠ, Karel et al. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 978-80-247-1787-6.

OREM, D., E.. *Nursing concepts of practise*, Sixth Edition, Mosby, 1997. ISBN 0-323-00-864-X.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1211-6.

PETRUŽELKA, Luboš, KONOPÁSEK, Bohuslav. *Klinická onkologie*, Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0395-0.

Screeningová kritéria Světové zdravotnické organizace [online] [cit. 2011-04-22]. Dostupné na WWW: < <http://www.who.cz> >.

SKÁLA, Bohumil et al. *Obecné preventivní a vyhledávací postupy u nádorových onemocnění v primární péči*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. ISBN 80- 86998-02-9.

SNÁŠELOVÁ, Kamila, POKORNÁ, Jana. *Stomie aneb trocha opakování neškodí. Diagnóza v ošetrovatelství.*, 2009. Ročník V. č. 5. s. 6. ISSN 1801-1349.

Statistické údaje o kolorektálním karcinomu [online] [cit. 2011-04-22]. Dostupné na WWW: < <http://www.uzis.cz/> >.

ŠLAMPA, Pavel et al. *Radiační onkologie v praxi*. Druhé aktualizované vydání. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2007. ISBN 80-357-8765-0.

ŠLAMPA, Pavel, PETERA, Jiří et al. *Radiační onkologie*, Praha: Galén Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1443-4.

VOMELA, Jindřich et al. *Chirurgie pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998. ISBN 80-7013-262-0.

VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka, et al. *Klinická onkologie pro sestry*, Praha:

Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1716-6.

Vyhláška č.60/1997, kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře, Sb. [online] [cit. 2011-04-22]. Dostupné na WWW: <http://www.sagit.cz/pages/uztxt.asp?tema_id=37&cd=61&typ=r&det=&levelid=389894&datumakt=1.4.1997&full=y>.

Vyhláška ze dne 17. prosince 2009 o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek, Sb. [online] [cit. 2011-04-22]. Dostupné na WWW: <<http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-17-prosince-2009-o-stanoveni-obsahu-a-casoveho-rozmezi-preventivnich-prohlidek-17580.html>>.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK:

AJ – anglický jazyk

aj. – a jiné

Angl. – anglicky

atd. – a tak dále

CA 19-9 – tumorový marker

CEA – karcinoembryonální antigen

cm – centimetr

CT – počítačová tomografie

č. – číslo

ČLS JEP - Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

ČSP - činnosti sebekpěče

DK – dolní končetina/y

ev. – eventuálně

fi – relativní četnost

H1 – hypotéza číslo jedna

HK – horní končetina/y

NCCN - National Comprehensive Cancer Network

ni – četnost v tabulce

OPSP - obecné požadavky sebekpěče

PK - potenciální komponenty

PSP - požadavek sebekpěče

RTG – rentgen, rentgenologický

s. - strana

SiPoSP - situační potřeba sebekpěče

SP - sebekpěče

SRN – Spolková republika Německo

Srov. – srovnatelné

SŠ – střední škola

TDSP - teorie deficitu sebekpěče

Tj. – to je

TNM systém – způsob klasifikace zhoubných nádorů hodnotící rozsah primárního nádoru (T), postižení mízních uzlin (N) a přítomnost vzdálených metastáz (M)

TOKS - test okultního krvácení ve stolici

tzn. – to znamená

tzv. – tak zvaný

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VPSP - vývojově podmíněné požadavky sebepéče

VŠ – vysoká škola

ZdaS - základní dispozice a schopnosti

ZPSP - zdravotně podmíněné požadavky sebepéče

ZŠ – základní škola

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 5 Pohlaví respondentů...31
- Tabulka 6 Vzdělání respondentů...31
- Tabulka 7 Rozdělení respondentů dle stadia kolorektálního karcinomu, ve kterém jim byl zdiagnostikován...34
- Tabulka 8 Pozitivní rodinná anamnéza na kolorektální karcinom u dotazovaných respondentů...35
- Tabulka 5 Zajímat se o výskyt kolorektálního karcinomu v rodině...35
- Tabulka 6 Kolorektální karcinom je geneticky podmíněn...35
- Tabulka 7 Kolorektální karcinom je „rakovina tlustého střeva“...36
- Tabulka 8 Kolorektální karcinom je nejčastěji vyskytující se karcinom v ČR...36
- Tabulka 9 Krev ve stolici poukazuje na:...37
- Tabulka 10 Test na okultní krvácení je vyšetření...38
- Tabulka 11 Nárok na bezplatný test okultního krvácení...39
- Tabulka 12 Rozdělení respondentů dle jejich nynější životní situace:...40
- Tabulka 13 Rozdělení mužů dle jejich nynější životní situace:...41
- Tabulka 14 Rozdělení žen dle jejich nynější životní situace:...42
- Tabulka 15 Správný algoritmus výměny stomického sáčku...45

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1 Rozdělení respondentů dle stadia kolorektálního karcinomu, ve kterém jim byl zdiagnostikován...34
- Graf 2 Krev ve stolici poukazuje na:...37
- Graf 3 Nárok na bezplatný test okultního krvácení...38
- Graf 4 Rozdělení mužů dle jejich nynější životní situace:...41
- Graf 5 Rozdělení žen dle jejich nynější životní situace:...42
- Graf 6 Vyskytující se komplikace u stomiků...43
- Graf 7 Nedostatečná informovanost...44
- Graf 81 Správný algoritmus výměny stomického sáčku...45
- Graf 9 Výskyt komplikací u jedinců s chemo/radioterapií...46
- Graf 10 Nedostatečná informovanost...47
- Graf 11 Způsob řešení potíží pacienty...50

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: TDSP...62

Příloha 2: Kolorektální karcinom...65

Příloha 3: Vyhláška ze dne 17. Prosince 2009...80

Příloha 4: vyhláška č. 60/1997 Sb....86

Příloha 5: SIP...87

Příloha 6: Dotazník...91

Příloha 7: Informační letáky...97

D. E. Oremová určila tři druhy požadavků na schopnost sebepéče jedince:

1. Univerzální požadavky sebepéče – požadavky, související se základními životními procesy a funkcemi, jako jsou dostatek vzduchu, stravy, tekutin, správné vylučování, rovnováha aktivity a odpočinku, rovnováha mezi bezpečím a nebezpečím, podpora fyziologicky optimálního stavu (Orem, 1997, s. 245).

2. Vývojové požadavky sebepéče – pojí se s růstem, vývojem a životními obdobími, nynější fáze života, krize a zátěžové situace (Orem, 1997, s. 245).

3. Terapeutické požadavky sebepéče – požadavky při poruše zdraví, následky nemocí, diagnostické, léčebné, rehabilitační výkony, negativní následky péče (Orem, 1997, s. 246).

Strukturu konceptu kompetence sebepéče rozdělila D. E. Oremová do tří dílčích konceptů:

Činnosti sebepéče (ČSP) - představují jednotlivé operace jednání při vykonávání sebepéče.

Činnosti, které jsou směřovány na hodnocení a pochopení situace.

Činnosti, které představují přechodnou fázi (transitivní funkce).

Činnosti, které způsobují přímé praktické provedení (produktivní funkce) (Orem, 1997, s. 133).

Potenciální komponenty (PK) – specifické schopnosti sebepéče, které umožňují provádění činností sebepéče, označuje Oremová jako potenciální komponenty (Orem, 1997, s. 134).

Základní dispozice a schopnosti (ZDaS)

Patří sem:

- schopnost orientace,
- umět zacházet sám se sebou,
- schopnost učení,
- obraz sebe sama / sebepojetí,
- schopnost vnímání,
- paměť,
- kulturní zkušenost (Orem, 1997, s. 135).

Teorie deficitu sebepéče

Tato teorie je důležitým stavebním elementem TDSP, zabývá se formulováním a odhalováním důvodů, proč lidé potřebují péči (Bekel, Halmo, 2004, s. 24).

Důvodem pro poskytnutí ošetrovatelské péče je **deficit sebedpěče**. Nastává v situaci, kdy jsou neadekvátní vztahy mezi působením a požadavky sebedpěče. Tehdy řídí péči sestra, což představuje **ošetrovatelský systém** (Pavlíková, 2006, s. 87).

Teorie ošetrovatelských systémů

D. E. Oremová určila tyto tři systémy:

1. Podpurně-výchovný – uplatněn tehdy, potřebuje-li jedinec podporu a učí se sebedpěči.

2. Částečně kompenzující – sestra i pacient poskytují péči / sebedpěči v určité úrovni (některé činnosti koná pacient sám, jiné sestra).

3. Plně kompenzující – pacient není schopen sebedpěče, je závislý (Orem, 1997, s. 140).

Funkce TDSP

TDSP slouží k:

Výkladu / pochopení člověka v ošetrovatelství.

Popsání specifického jádra / ložiska nebo charakteristického předmětu ošetrovatelství v lidské společnosti.

Představení klíčových konceptů ošetrovatelství, jako vědomostní a praktické oblasti a vytvoření řečového systému (systému symbolů – terminologie).

Vyznačení hranice, stejně jako myšlení a praktické snahy v ošetrovatelské praxi, k organizaci výzkumu, vývoje a profesního vzdělání.

Redukci kognitivní zátěže tím, že budou vytvořena shrnutí nových informací, a tak ulehčí lidem, kteří rozumějí teorii, vytvářet koncepty podobného porozumění znakům konkrétních ošetrovatelských situací.

Umožnění závěrů, které jsou učiněny s ohledem na spojení ošetrovatelství s ostatními obory, stejně tak strukturami denního života jedinců i rodin v komunitě.

Podněcení ošetrovatelského myšlení a komunikačního stylu u ošetrovatelského personálu, stejně jako u studentů ošetrovatelství.

Formování ošetrovatelského personálu jako společenství vědců / vědkyň při kontinuálním vývoji, strukturování a ověření ošetrovatelských vědomostí (Orem, 1997, s. 182).

Užití této teorie je smysluplné z následujících důvodů:

Podporuje jednoznačné pochopení, povahu a dosah profesionálního ošetřovatelství, obzvláště vysvětlení co je ošetřovatelství, co ošetřovatelství není a co by ošetřovatelství mohlo být. Zabývá se shodnými i rozdílnými znaky ošetřovatelských situací. Vysvětluje povahu vztahů mezi profesionálem v ošetřovatelství a konzumentem ošetřovatelské péče. Specifikuje výsledky a cíle ošetřovatelství, tím ukazuje možnosti, jak může být zajištěna efektivita profesionální ošetřovatelské péče a odpovědnost za ošetřovatelské činnosti (Halmo, *Výukové materiály*, s. 2).

Pojem kolorektální karcinom

Klasifikace nádorových, hamartogenních a hyperplastických polypů tlustého střeva vychází z histologického nálezu, doplněného molekulární genetikou. Polypy se vyskytují sporadicky nebo mnohočetně. Přítomnost velkého počtu polypů se nazývá polypóza nebo také syndrom střevní polypózy. Některé z těchto syndromů jsou přesně klinicky, morfologicky a geneticky definovány. Příkladem je familiární adenomatózní polypóza, která představuje vysoké riziko vzniku kolorektálního karcinomu a je provázána závažnými mimostřevními chorobami. Dalším typem je juvenilní polypóza, která ohrožuje nemocné vznikem kolorektálního karcinomu. Naopak vzácnou příčinou karcinomu tlustého střeva jsou Hamartogenní Peutzova-Jeghersova polypóza, podobně jako hyperplastická polypóza a Cronkhiteův-Canadaové syndrom (Jablonská et al., 2000, s. 22 – 23, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 100).

Benigní nádorové polypy se nazývají adenomy. Vznikají v důsledku dysplastické proliferace epitelu a od normální sliznice se liší odchylnou strukturou a cytologickými vlastnostmi. Dysplazie může dosahovat nízkého nebo vysokého stupně. Podle struktury se rozlišují adenomy tubulární, vilózní a smíšené tubulovilózní. Nejčastějším typem jsou adenomy tubulární. V tubulárních adenomech menších než 1 cm vznikají karcinomy velmi vzácně, u široce přisedlých vilózních adenomů větších než 4 cm je riziko kancerizace vysoké.

(Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 198, Jablonská et al., 2000, s. 146).

Histologie

WHO klasifikace primárních karcinomů tlustého střeva:

Adenokarcinom.

Mucinosní adenokarcinom.

Karcinom z prstencových buněk.

Skvamozní karcinom.

Adenoskvamozní karcinom.

Nediferencovaný karcinom.

Neklasifikovatelný karcinom.

Neuroendokrinní karcinom (Autorský kolektiv, 1999, s. 21).

Etiologie

Vlastní příčiny vzniku kolorektálního karcinomu nejsou přesně známy. Na rozvoji těchto nádorů se podílí řada faktorů.

a) Dědičná (hereditární) dispozice

Kolorektální karcinom se může vyskytnout v rámci několika dědičných onemocnění, které jsou naštěstí vzácné. Zvýšené riziko vzniku těchto nádorů mohou mít jedinci, u jejichž pokrevních příbuzných se vyskytlo onemocnění zhoubným nádorem tlustého střeva nebo konečníku, případně i další nádory. Jde o syndrom mnohotné familiární adenomatózní polypózy a syndrom familiárního výskytu nepolypózních karcinomů tlustého střeva (tzv. Lynchův syndrom I. a II.). U familiární polypózy jde o výskyt mnohočetných adenomatózních polypů v tlustém střevě, které mají tendenci se měnit v karcinom. Riziko kancerogeneze je takřka stoprocentní (Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 210 - 215, Adam, Vorlíček, Koptíková, 2003, s. 76, Vomela et al., 1998, s. 89, Beňa et al., 2001, s. 54 - 58).

b) Jiná nezhoubná onemocnění tlustého střeva a konečníku

V tlustém střevě se poměrně často vyskytují nezhoubné nádory ve formě polypů, tj. výběžků sliznice. Tyto polypy, pokud nejsou odstraněny, mohou trvale růst a později se některé z nich mohou přeměnit na zhoubný nádor. Z ostatních onemocnění střeva a konečníku je častější výskyt kolorektálního karcinomu prokázán u některých vzácných nespecifických střevních zánětlivých onemocnění (Crohnova choroba a ulcerózní kolitida) (Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 210 - 215, Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 77, Vomela et al., 1998, s. 92, Beňa et al., 2001, s. 54 - 58).

c) Faktory zevního prostředí

Tyto faktory jsou hlavní příčinou vysokého výskytu kolorektálního karcinomu v naší populaci. Jsou to především nevhodné stravovací návyky. K faktorům zvyšujícím významně riziko vzniku tohoto nádoru patří úprava masa při vysokých teplotách (smažení, event. pečení, grilování, uzení), nadměrná konzumace tuků, hlavně živočišných, „červeného“ masa, uzenin, nedostatek vlákniny, některých vitamínů a stopových prvků. Další rizikové faktory spojené se zvýšeným výskytem kolorektálního karcinomu jsou nadměrná konzumace alkoholu, především piva, a kouření. Tuky, hlavně přepálené, látky vznikající při uzení, alkohol a cigaretový kouř v sobě obsahují sloučeniny (tzv. kancerogeny), které mohou vyvolat nebo podporovat

vznik a rozvoj nádorů střeva a konečníku. Naopak vitamíny a některé stopové prvky a vláknina mohou tyto kancerogeny neutralizovat, vláknina navíc urychluje pasáž zbytků potravy tlustým střevem a zkracuje kontakt rizikových kancerogenů se střevní sliznicí. Obezita, v naší populaci poměrně častá, je rovněž rizikovým faktorem pro vznik kolorektálního karcinomu stejně jako nedostatek tělesné aktivity (Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 210 - 215, Adam, Vorlíček, Vaniček et al., 2004, s. 78, Vomela et al., 1998, s. 93, Beňa et al., 2001, s. 54 - 58).

Patologický nález

Nádor je nejčastěji lokalizován v oblasti sigmatu (a to ve 20 %), ve vzestupném tračniku v 15 %, příčný a sestupný tračník je postižen přibližně stejně asi v 7 %. Zbylá procenta již náleží karcinomu rekta.

Karcinom se šíří zprvu hlavně per kontinuitatem mimo střevo do okolních orgánů a tkání, lymfatickou cestou do spádových uzlin pánve. Hematogenní diseminace je častá do jater, ale možná i na jiná místa jako např. do kostí nebo plic (Petruželka, Konopásek, 2003, s. 146, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 154, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 210 - 215, Adam, Vorlíček, Vaniček et al., 2004, s. 76, Vomela et al., 1998, s. 89).

Diagnostika

V diagnostice kolorektálního karcinomu musíme rozlišovat dvě následující situace:

1. vyšetření nemocných, kteří mají příznaky, které by mohly svědčit pro karcinom tlustého střeva či konečníku,

2. vyšetření osob, které žádné příznaky nemají, ale jsou v některé rizikové skupině pro toto onemocnění (např. riziko věku, riziko rodinného výskytu atd.) (Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 180 - 200, Autorský kolektiv, 1999, s. 20, Adam, Vorlíček, Vaniček et al., 2004, s. 99 – 112, Beňa et al., 2001, s. 68).

Vyšetření u lékaře začíná klinickým vyšetřením včetně vyšetření konečníku pohmatem. Dále se provede odběr krve na základní laboratorní vyšetření. Někdy se vyšetřuje i stolice na přítomnost krve. Základní vyšetření umožňující diagnózu kolorektálního karcinomu jsou endoskopická (kolonoskopie, sigmoideoskopie, rektoskopie) a rentgenologická (irigoskopie a irigografie) vyšetření tlustého střeva a konečníku. Před těmito vyšetřeními je zpravidla nutná příprava, jejíž snahou je

vyprázdnění střeva a konečníku (Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 186).

Endoskopická vyšetření umožňují přehlédnout dutý prostor střeva a odebrat vzorek patologické tkáně k podrobnému histologickému vyšetření. Dalšími nezbytnými vyšetřeními jsou ultrasonografie břicha a jater, dále CT břicha a malé pánve, RTG plic, případně scintigrafie skeletu. Základní panel vyšetření (krevní obraz, moč, sedimentace, biochemické hodnoty v séru) je samozřejmostí. Z nádorových markerů se zjišťuje CEA, popřípadě CA 19-9. Perfektním vyšetřením je virtuální kolonoskopie pomocí CT. Při posouzení šíření tumoru přes stěnu rekta je vhodné použít rektální endosonografii. Určení rozsahu onemocnění je nezbytné pro další léčebnou strategii (Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 180 - 200, Autorský kolektiv, 1999, s. 21, Adam, Vorlíček, Koptíková, 2003, s. 91).

Nutné údaje v základní dokumentaci:

- symptomatologie a její trvání,
- stav pasáže GIT,
- celkový stav,
- fyzikální vyšetření včetně per rectum, u žen gynekologické vyšetření,
- lokalizace nádoru,
- předpokládané klinické stadium,
- způsob verifikace nádoru,
- předchozí abdominální operace nebo radioterapie,
- rodinná a osobní onkologická anamnéza,
- podezření nebo doklad o hereditární formě kolorektálního karcinomu,
- základní laboratorní vyšetření,
- CEA,
- endoskopie event. irigoskopie,
- RTG plic,
- CT břicho a malé pánve (Autorský kolektiv, 1999, s. 22).

Klasifikace

Všechny karcinomy tlustého střeva postupně prorůstají střevní stěnou do okolních struktur a infiltruji lymfatické a krevní cévy (Jablonská et al., 2000, s. 31).

Nejdůležitějším prognostickým faktorem při hodnocení kolorektálního karcinomu je hloubka nádorové invaze v době diagnózy, označována jako **stadium**

(stage) karcinomu. K jeho posouzení se nejčastěji používá **Dukesova klasifikace** (Tabulka 1), jejíž původní verze byla v roce 1954 modifikována Astlerem a Collerem. Klasifikace vychází z histologického vyšetření karcinomu v resekovaném střevě (Jablonská et al., 2000, s. 34 - 40).

Základem pro stupně v TNM (tumor, node, metastatis) klasifikaci (Tabulka 2) jsou jednotlivé vrstvy stěny tlustého střeva a okolní tkáň: submukóza (T1), muscularis propria stěny střevní (T2), subserózní vazivově tuková tkáň nebo peritoneální a mezokolická tuková tkáň (T3) a seróza nebo okolní orgány (T4) (Jablonská et al., 2000, s. 32 – 33, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 156).

Tabulka 1 Modifikovaná Dukesova klasifikace stadia kolorektálního karcinomu

Stadium karcinomu	Hloubka invaze
A	Sliznice
B1	Invaze do muscularis propria bez penetrace v celé tloušťce uzliny bez nádorové infiltrace.
B2	Penetrace m. propria v celé tloušťce uzliny bez nádorové infiltrace.
C1	Invaze do m. propria bez penetrace v celé tloušťce uzliny s nádorovou infiltrací.
C2	Penetrace m. propria v celé tloušťce uzliny s nádorovou infiltrací.
D	Vzdálené metastázy.

Pro určité nedostatky Dukesovy klasifikace je v poslední době doporučován TNM (tumor, node, metastasis) systém.

Tabulka 2 TNM systém pro hodnocení stadia kolorektálního karcinomu

Pt	Mikroskopický popis hloubky primárního nádoru
pTx	Nádor nelze vyloučit.
pTo	Žádný primární nádor.
pTis	In situ karcinom (itraepiteliální nebo s invazí do lamina propria mucosae nebo také do m. mucosae).

pT1	Invaze nádoru přes m. mucosae do submukózy.
pT2	Invaze do m. propria bez infiltrace celé její tloušťky.
pT3	Invaze nádoru přes m. propria do subserózy nebo do perikolické (perirektální) neperitonealizované tkáně.
pT4	Nádor prorůstá přímo do dalších orgánů a struktur a/nebo prorůstá na viscerální peritoneum.
pN	Stav regionálních lymfatických uzlin při mikroskopickém vyšetření
pNx	Malé množství tkáně.
pNo	Žádná metastáza v lymfatických uzlinách.
pN1	Metastázy v 1-3 perikolických nebo perirektálních lymfatických uzlinách.
pN2	Metastázy ve 4 a více perikolických nebo perirektálních lymfatických uzlinách.
pN3	Metastázy v lymfatických uzlinách podél velkých cév (iliokolických, kolických vpravo, ve středu, vlevo, dolních mezenterických, horních rektálních a/nebo podél vnitřních ilických tepen, ale nikoliv sigmoideálních) a/nebo metastázy v lymfatických uzlinách označených chirurgem.
pM	Vzdálené metastázy po definitivní regionální léčbě
pMx	Nelze vyloučit vzdálené metastázy.
pMo	Vzdálené metastázy nenalezeny.
pM1	Vzdálené metastázy prokázané histologickým vyšetřením (včetně zevních nebo společných iliackých lymfatických uzlin).

(Jablonská et al., 2000, s. 32 – 33, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 156).

Hloubka invaze nádoru je v přímém vztahu k metastatickému postižení lymfatických uzlin a vzdálených orgánů. Nádorová infiltrace lymfatických uzlin je označována písmenem N, vzdálené metastázy písmenem M (Jablonská et al., 2000, s. 33, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 156).

Stadium I, II a III v TNM systému odpovídá stagingu A, B a C původní

Dukesovy klasifikace, IV. stadium vyjadřuje diseminovaný (generalizovaný) karcinom (Jablonská et al., 2000, s. 33, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 156).

Rozdělení do stadií

0	Tis	N0	M0
I	T1,2	N0	M0
II	T3,4	N0	M0
III	TX-4	N1,2	M0
IV	TX-4	NX-2	M1

Rozdělení dle Dukese

Dukes A	T1,2	N0	M0
Dukes B	T3,4	N0	M0
Dukes C	TX-4	N1,2	M0
Dukes D	TX-4	NX-2	M1

(Šlampa, Petera et al., 2007, s. 154).

Klinický obraz

Kolorektální karcinom má střední doubling time (čas potřebný ke zdvojnásobení objemu) asi 130 dní. Proto nejméně 5 let roste bezpříznakově. Během bezpříznakové fáze bývá diagnóza stanovena zpravidla pouze náhodným vyšetřením. (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 96).

Karcinom vznikající v colon ascendens roste v prostředí relativně měkkého a poddajného obsahu střeva. Nevelké karcinomy v této oblasti se tedy projevují jen různými dyspeptickými potížemi. Klasickým projevem karcinomů této části je vznik hypochromní hyposideremické anemie. Porucha pasáže vzniká až při velkém objemu nádoru. Krvácení do stolice nebývá masivní, avšak přítomnost krve lze zachytit vyšetřením stolice na okultní krvácení. Negativní výsledek však nevylučuje nádor střeva, který může krevní ztráty způsobovat nepravidelně, takže při náhodném vyšetření se nemusí zachytit (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 96, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 180 - 200).

Karcinomy vznikající v aborální části trávicího traktu se mohou projevit dyspeptickým syndromem, bolestmi v břiše a hypochromní anemií, která způsobuje

slabost a únavu. Poruchy pasáže se však objevují již při menší velikosti nádoru, neboť střevní obsah je v této části již hutnější. Typickými příznaky je tedy postupně vznikající zácpa, kterou pacient dříve nemíval, nebo střídání zácpy a průjmu, případně stužkovitá stolice. Krvácení do stolice je časté, ale zřídka masivní (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 97, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 180 – 200, Jablonská et al, 2000, s. 78, 107 - 110).

Nejčastějším příznakem karcinomu rekta je odchod červené krve spolu se stolicí. Krvácení je obvykle trvalé, může být lehké, nebo i masivní. Krev může nebo nemusí být smíšená se stolicí nebo hlenem. Mohou být přítomny tenezmy (bolestivé nekompletní vyprázdnění rekta) (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 97, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 180 – 200, Jablonská et al, 2000, s. 78, 107 - 110).

Při postižení rekta nádorem se snižuje tonus v této oblasti, a proto se může objevit neočekávaný odchod stolice při odchodu plynů (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 97, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 180 – 200, Jablonská et al, 2000, s. 78, 107 – 110, Bartoňková et al., 2002, s. 32).

Léčba

V minulosti se za jedinou účinnou léčbu zhoubných nádorů považoval chirurgický zákrok. Dnes je zcela jasné, že nejlepších výsledků se dosahuje, pokud je léčba vedena interdisciplinárně – v týmové spolupráci všech zúčastněných odborníků. Chirurgická léčba má zásadní význam u solidních nádorů a má význam i v paliativním léčení. Chirurgicky lze ve vybraných případech odstranit i ojedinělou metastázu, např. v játrech. Radikální resekce postiženého střeva může být u nepokročilých forem výkonem vedoucím k vyléčení (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 100, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 209).

Chemoterapie, hormonální terapie v samostatné léčbě se používá pouze u několika nádorů, ale má velký význam při kombinované léčbě a v paliativní léčbě u mnoha nádorů (Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 180 – 200, Jablonská et al, 2000, s. 78, 107 – 110, Vomela et al., 1998, s. 158).

Podpůrná léčba je neoddelitelnou součástí základní léčby, kterou doplňuje a umožňuje její použití (Vomela et al., 1998, s. 158).

Radioterapie

Radioterapie se u karcinomu tlustého střeva provádí jen výjimečně. NCCN

doporučení z roku 2003 ji indikuje u T4 N0 nebo u T4 N1, zejména pokud tumor perforuje, nebo existuje fistula. Účinná dávka k ovlivnění nádoru střeva je tenkým střevem špatně tolerována, proto radioterapie je používána hlavně v oblasti rekta a rektosigmoidea, kde není tenké střevo a kde lze lépe stanovit cílový objem (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 102).

Nežádoucí účinky radioterapie

Nežádoucí účinky léčby zářením pacientů s karcinomem konečníku jsou vyšší při pooperační radioterapii, při akcelerované předoperační radioterapii a při kombinované léčbě s chemoterapií (Šlampa, Petera et al., 2007, s. 161, Holubec et al., 2004, s. 111).

Výrazné nežádoucí účinky mohou výjimečně vést k přerušení nebo ukončení radioterapie. Tím dochází ke snížení efektu léčby zářením (Šlampa, Petera et al., 2007, s. 161, Holubec et al., 2004, s. 111, Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 102).

Chemoterapie

Adjuvantní chemoterapií se dosahuje zvýšeného procenta přežití pacientů a snižuje se procento recidiv (Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 211).

Chemoterapií pokročilého neresekabilního karcinomu se sleduje zlepšení podmínek přežití, zlepšení kvality přežití (paliativní efekt) a nyní při používání dalších protirakovinných látek i částečné nebo úplné vymizení projevů choroby. V obou typech léčby (adjuvantní i paliativní) nepoužívá týchž léčebných režimů, nejčastěji na podkladě fluorouracilu (Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 212).

Chemoradioterapie rakoviny konečníku (zejména předoperační) doznala v současnosti velkého rozvoje. Souvisí to s vývojem nových protirakovinných léků (Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 207 - 208).

Nežádoucí účinky chemoterapie

Nežádoucí účinky jsou vázány také na chemickou strukturu každého cytostatika, způsob zpracování cytostatika organismem (metabolismus) a jeho vylučování, a mohou tak nepříznivě ovlivnit některý konkrétní orgán (orgánová toxicita) (Adam, Vorlíček, Koptíková, 2003, s. 100 - 111, Petruželka, Konopásek, 2003, s. 155, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 180, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 220, Vomela et al., 1998, s. 98).

Bezprostřední nežádoucí účinky společné pro většinu cytostatik:

Nevolnost a zvracení

Nevolnost a zvracení mohou být samotným projevem přítomnosti nádorového onemocnění. Právě trávicí obtíže mohou přivést nemocného k lékaři a na jejich základě je po vyšetřeních stanovena diagnóza maligního onemocnění v oblasti trávicího ústrojí. Zvracení bývá časté při onemocněních rakovinou jícnu, žaludku i tlustého střeva. U rakoviny tlustého střeva může být známkou poruchy průchodnosti potravy střevem; tento stav patří mezi velmi nebezpečné náhlé příhody břišní, které vyžadují okamžitý zákrok lékaře. Proto se nikdy nesmí tento příznak podceňovat (Petruželka, Konopásek, 2003, s. 155, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 180).

Reakce v místě vpichu

Aplikace protinádorové chemoterapie u kolorektálního karcinomu probíhá většinou nitrožilní infuzí, která může trvat několik hodin až dnů (kontinuálně). V současné době se ukazuje jako optimální, zvláště u režimů s vícedenním podáním chemoterapie, zavést nemocnému tzv. komůrku (nitrožilní port – katetr) (Adam, Petruželka, Konopásek, 2003, s. 154, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 179, Vomela et al., 1998, s. 98).

Alergická reakce

Reakce nemusí vzniknout při první aplikaci, ale až při opakovaném podání. Proto je především u nitrožilního podání pacient sledován ošetřujícím personálem jak při nemocničním, tak i při ambulantním podání. Může dojít až k obtížím s dýcháním, pocitu nedostatku dechu, dušnosti, stav může vyústit až k poruše vědomí (Adam, Vorlíček, Koptíková, 2003, s. 100, Petruželka, Konopásek, 2003, s. 151, Vomela et al., 1998, s. 98, Holubec et al., 2004, s. 142).

Horečka, zimnice a třesavka

Reakce se řeší podáním Paralenu nebo Algifenu, kterými je pacient vybaven do domácího ošetření, nebo jsou podány za pobytu v nemocnici (Šlampa, Petera et al., 2007, s. 178, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 220, Vomela et al., 1998, s. 98).

Otoky

Jsou známkou zadržování tekutin, které může být způsobeno hormonálními změnami v průběhu léčby, nebo v důsledku poruchy činnosti srdce a ledvin při terapii (Adam, Vorlíček, Vaniček et al., 2004, s. 113).

Časné nežádoucí účinky společné pro většinu cytostatik:

Úbytek počtu bílých krvinek (leukopenie)

Cytostatické léčba ničí rychle se množící a rostoucí buňky, kterými jsou buňky nádorové, ale i buňky zdravých tkání. Mezi tkáně, které jsou velmi citlivé na působení cytostatik, patří krvetvorná tkáň – kostní dřeň. Cytostatika ničí bílé krvinky, které jsou v krevním oběhu, ale i krvinky, které tvoří zásobovací rezervu v kostní dřeni a i tzv. kmenové buňky – buňky, ze kterých se postupně zralé bílé krvinky vytvářejí. Pokles bílých krvinek způsobuje vysokou náchylnost k infekčním komplikacím, a proto pokud nemocný mezi cykly léčby v domácí péči zaznamená zvýšení teploty a příznaky infekce, musí se neprodleně spojit s ošetřujícím lékařem a poradit se s ním o svém stavu. Při zanedbání může nemocnému infekční komplikace způsobit smrt (Šlampa, Petera et al., 2007, s. 180, Vomela et al., 1998, s. 98).

Infekce

Příznaky jsou velmi pestré, jsou lokální i celkové. Mohou se objevit bolesti v krku či v dutině ústní, obtížné polykání, chraptot, kašel, rýma, pocit ucpaného nosu, bolesti hlavy, bolesti břicha, nadýmání, průjem, bolesti a pálení při močení, krev v moči, otoky a zarudnutí končetin. Z celkových příznaků jsou to klasické chřipkové příznaky, únava, slabost, pocit těžkých nohou, zimnice, třesavka, pocení, zvýšená teplota i horečka nad 38 stupňů Celsia (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 111, Petruželka, Konopásek, 2003, s. 155).

Úbytek počtu krevních destiček (trombocytopenie)

Krevní destičky jsou ovlivněny stejným způsobem jako bílé krvinky, působením cytostatické léčby dochází k jejich úbytku. Nedostatek krevních destiček může způsobit projevy krvácení (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 100, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 178, Vomela et al., 1998, s. 98).

Vypadávání vlasů (alopecie)

Vypadání vlasů, ale i jiného ochlupení – řasy, obočí, chlupy na nohou je typické zvláště u derivátů platinových a antracyklinových. Je to komplikace nepříjemná, s kosmetickým dopadem jen po dobu probíhající léčby (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 112, Adam, Vorlíček, Koptíková, 2003, s. 121, Petruželka, Konopásek, 2003, s. 157).

Záněty sliznice dutiny ústní (stomatitida)

Mezi velmi citlivé zdravé tkáně lidského organismu vedle kostní dřeně patří sliznice celého trávicího ústrojí. Působením cytostatik může dojít k velmi nepříjemné reakci v oblasti dutiny ústní a jícnu (Šlampa, Petera et al., 2007, s. 170, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 219, Vomela et al., 1998, s. 102).

Zánět sliznice střevní a průjem

Stejně jako sliznice dutiny ústní a jícnu může být postižena i sliznice střevní. Nejvíce je ohrožena při souběžně probíhající léčbě zářením na oblast malé pánve a chemoterapii, jako je tomu při léčbě rakoviny konečníku. Citlivost sliznice střevní je ještě vyšší než v dutině ústní (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 99, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 171, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 215).

Zácpa

Pacient, který má po léčbě cytostatiky zácpu, musí upravit svůj dietní režim, mít dostatek tekutin, pokud možno i pohybu, případně konzultovat s lékařem přidání vhodného projímadla. Doporučuje se hodně vlákniny a dostatek ovoce (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004).

Poškození kůže a nehtů, syndrom ruka-noha (hand-foot syndrom)

Poškození kůže a nehtů není nežádoucím účinkem, který by pacienta ohrožoval z vážného postižení zdraví, způsobuje ale nemocnému horší kvalitu života. Nehty se mohou lámat, lůžka nehtů mohou hnisat nebo se pod nehty může objevit plísňové onemocnění (Petruželka, Konopásek, 2003, s. 160, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 223, Vomela et al., 1998, s. 103).

Oddálené nežádoucí účinky společné pro většinu cytostatik:

Úbytek počtu červených krvinek (anemie)

Červené krvinky jsou z krevních elementů nejodolnější. Přesto i v počtu červených krvinek může dojít k poklesu ve větším odstupu od aplikace, po opakovaných aplikacích a zvláště pak při souběžné aplikaci chemoterapie a léčby zářením (Petruželka, Konopásek, 2003, s. 150, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 179, Vomela et al., 1998, s. 99).

Poškození jaterního parenchymu (hepatopatie)

Léčba cytostatickými kombinacemi je velmi náročná pro celý lidský organismus, cytostatika jsou toxická pro řadu orgánů, kromě jiného i pro jaterní parenchym, kde je většina cytostatik zpracovávána (metabolizována) a mohou zde být vylučovány

zbytkové odpadní látky po zpracování cytostatik. Pokud je pacient léčen opakovanými sledy cytostatik a kombinací cytostatik, jsou játra opakovaně léčbou napadána. To může vyústit až v jejich přechodné či trvalé poškození (Šlampa, Petera et al., 2007, s. 182, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 230, Vomela et al., 1998, s. 104).

Poškození plic (pneumopatie)

Pokud není zánět plic včas léčen, může se změnit v proces tvorby vaziva, které trvale poškodí plicní funkce a pacientovi zapříčiní trvalé dechové obtíže (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 104, Petruželka, Konopásek, 2003, s. 157).

Pozdní nežádoucí účinky společné pro většinu cytostatik:

Neplodnost (sterilita)

Pohlavní žlázy muže i ženy patří také mezi tkáně, které jsou vysoce citlivé na léčbu cytostatiky. Ženské pohlavní žlázy jsou při podávání cytostatické léčby funkčně ovlivněny, je narušena hormonální produkce a žena ztrácí menstruaci. Po ukončení léčby se ženě menstruace vrací v určitém odstupu. Možnost početí je však zcela vyloučena, pokud byla ozářena malá pánev při léčbě rakoviny konečníku (Adam, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 180, Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 225, Vomela et al., 1998, s. 112).

Druhotná zhoubná onemocnění (sekundární malignity)

Tím, že je léčba cytostatiky stále účinnější a daří se nemocné z prvotního onemocnění nádorem vyléčit nebo jim významně prodloužit život, je vyšší riziko vzniku druhotného zhoubného onemocnění v důsledku předchozí onkologické léčby. Nejvíce ohroženou je tkáň kostní dřeně, v níž v odstupu i více jak 10 let mohou vzniknout druhotné malignity – lymfomy a leukémie (Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 225 - 228, Vomela et al., 1998, s. 78 - 123).

Biologická léčba

V posledních letech byla do léčby rakoviny tlustého střeva a konečníku zařazena i biologická (terčová) léčba. Používá se u onemocnění, která již opustila místo svého původního výskytu nádoru v tlustém střevě nebo konečníku a založila další nová ložiska v jiných orgánech a tkáních, tzv. metastázy (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 116 - 120, Petruželka, Konopásek, 2003, s. 170, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 188, Vomela et al., 1998, s. 78 - 123).

Biologická léčba na rozdíl od chemoterapie nepostihuje všechny buňky lidského

organismu, které se rychle množí a rostou, ale je cílena pouze na ty buňky, jež nesou určitý konkrétní cílový terč (receptor) nebo na přesně definovanou bílkovinu v krevní plasmě. Tak je tomu u přípravku bevacizumab. U rakoviny tlustého střeva a konečníku jsou použitelné další dva léky – cetuximab a panitumumab. Tyto léky zablokují terč na buňce, který je odpovědný za buněčný růst, a tím způsobí zástavu růstu, množení buňky a její smrt (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 116, Petruželka, Konopásek, 2003, s. 170, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 188, Vomela et al., 1998, s. 99 - 123).

Nežádoucí účinky biologické léčby

Nežádoucí účinky biologické léčby nejsou tak četné a život ohrožující, jako je tomu u cytostatické léčby. Nejzávažnější komplikací může být alergická reakce na účinnou látku, která může představovat ohrožení života. Nežádoucí účinky se ale nemusí vyskytnout u každého pacienta, mohou být různého stupně závažnosti, některé se vyskytují často, jiné jsou vzácné (Adam, Vorlíček, Koptíková, 2003, s. 116 - 120, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 188, Vomela et al., 1998, s. 78 - 123).

Často pozorovanými nežádoucími účinky jsou únava, průjem a bolesti břicha, pocit necitlivosti nebo brnění v rukou či nohou, snížení počtu krvinek, včetně bílých krvinek, které pomáhají bojovat proti infekcím (což může být doprovázeno horečkou), a krevních destiček, které napomáhají srážení krve. Lékař dále často může řešit problémy se vzniklým vysokým krevním tlakem (hypertenzí) nebo se setkat se zhoršením vysokého tlaku u pacienta, který se pro něj již léčil. A mohou se vyskytnout i problémy s hojením ran. Závažným nežádoucím účinkem, který se velmi vzácně může v souvislosti s biologickou léčbou objevit, je perforace trávicího ústrojí (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 116 - 120, Petruželka, Konopásek, 2003, s. 170, Šlampa, Petera et al., 2007, s. 188, Vomela et al., 1998, s. 78 – 123, Bartoňková et al., 2002, s. 33).

Prognóza

Kolorektální karcinom mívá tendenci poměrně dlouho růst místně, než začne zakládat metastázy. Patří mezi dobře léčitelné nádory, pokud je zachycen v časném stadiu. U pacientů s nepokročilými nádory lze ve velké většině případů dosáhnout trvalého vyléčení. U pokročilých nádorů je léčba obtížnější a náročnější, ale i zde je možné dosáhnout u řady pacientů dlouhodobější přežívání bez známek nemoci

(Vorlíček, Abrahámová, 2006, s. 208).

Pacienti v I. klinickém stadiu dosahují 5letého přežití v 90 %, pacienti ve II. klinickém stadiu v 60 – 80 %, ve III. klinickém stadiu ve 30 – 60 % a ve IV. klinickém stadiu jen v 5 %. Izolované, lokoregionální recidivy se častěji objevují u karcinomu rekta, hlavně v klinickém stadiu T3/T4 a při postižení regionálních uzlin (Adam, Vorlíček, Vaníček et al., 2004, s. 108).

Příloha 3

3

VYHLÁŠKA

ze dne 17. prosince 2009

o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 29 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů:

§ 1

Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru praktický lékař pro dospělé

Preventivní prohlídka se provádí vždy jednou za dva roky, zpravidla po uplynutí 23 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky. Obsahem preventivní prohlídky je

- a) doplnění anamnézy, včetně sociální, se zaměřením na změny, rizikové faktory a profesní rizika; v rodinné anamnéze je zvláštní důraz kladen na výskyt kardiovaskulárních onemocnění, výskyt hypertenze, diabetes mellitus, poruchy metabolismu tuků a nádorových onemocnění, a na výskyt závislostí,
- b) kontrola očkování proti tetanu,
- c) kompletní fyzikální vyšetření včetně změření krevního tlaku, zjištění výškově-hmotnostního poměru a orientačního vyšetření zraku a sluchu; součástí preventivní prohlídky je onkologická prevence, včetně vyšetření kůže, vyšetření per rectum a zhodnocení onkologických rizik; u mužů při pozitivní rodinné anamnéze nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů klinické vyšetření varlat; u žen od 25 let věku při pozitivní rodinné anamnéze na dědičný či familiární výskyt zhoubného nádoru prsu nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů klinické vyšetření prsů, a to spolu s poučením o samovyšetřování,
- d) vyšetření EKG u osob od 40 let věku ve čtyřletých intervalech,
- e) laboratorní vyšetření, jehož obsahem je
 1. orientační chemické vyšetření moče při každé prohlídce,
 - 2 vyšetření plasmatického cholesterolu celkového a plasmatických lipoproteinů včetně triacylglycerolů v 18 letech a dále ve 30, 40, 50 a 60 letech věku,
 3. vyšetření glykemie v 18 letech a od 40 let věku ve dvouletých intervalech,
- f) stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem u osob od 50 let věku; od 55 let možno nahradit doporučením k provedení screeningové kolonoskopie jednou za 10 let; jestliže žena absolvovala vyšetření podle § 4 písm. j) v období kratším než uvedené intervaly a je k dispozici výsledek, vyšetření se nezajišťuje,
- g) u žen od 45 let věku ověření, zda je k dispozici výsledek screeningového mamografického vyšetření z posledních 2 let. Není-li takový výsledek k dispozici, předá lékař doporučení k provedení tohoto vyšetření a nezbytných doplňujících vyšetření.

§ 2

80

Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru praktický lékař pro děti a dorost

(1) Obsahem preventivních prohlídek dětí od narození do 18 měsíců věku je

- a) založení zdravotnické dokumentace při převzetí dítěte do komplexní péče,
- b) anamnéza a zjištění změn zdravotního stavu od poslední kontroly, kontrola očkování dítěte, popřípadě doplnění chybějícího očkování, v rozsahu stanoveném jiným právním předpisem¹⁾,
- c) fyzikální vyšetření, jehož součástí je

1. zjištění hmotnosti, délky dítěte a obvodu jeho hlavy, zhodnocení těchto parametrů podle růs-tových grafů,

2. interní vyšetření,

3. vyšetření psychomotorického vývoje,

4. cílené vyšetření specifické pro daný věk a zjištění zdravotního rizika včetně rizika týrání, zanedbávání a zneužívání dítěte,

- d) diagnostická rozvaha,
- e) závěr a poučení rodiče o výživě a režimu dítěte, včetně úrazové prevence podle specifík pro daný věk,
- f)

§ 4

Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru gynekologie a porodnictví

Obsahem preventivních prohlídek v oboru gynekologie a porodnictví, které se provádějí v 15 letech věku a dále jedenkrát ročně, zpravidla po uplynutí 11 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky je

- a) rodinná, osobní a pracovní anamnéza a aktualizace této anamnézy se zřetelem na známé rizikové faktory,
- b) klinické vyšetření prsů v 15 letech a dále od 25 let věku při pozitivní rodinné anamnéze na dědičný či familiární výskyt zhoubného nádoru prsu nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů,
- c) prohlídka kůže a palpační vyšetření regionálních mízních uzlin v oblasti pohlavních orgánů,
- d) vyšetření v zrcadlech, kolposkopické vyšetření; neprovádí se u virgo žen,
- e) odběr materiálu z děložního čípku k cytologickému, případně bakteriologickému či virologickému vyšetření; neprovádí se u virgo žen,
- f) palpační bimanuální vyšetření,
- g) poučení o významu preventivní protirakovinné prohlídky,
- h) nácvik samovyšetřování prsů při první prohlídce u registrujícího lékaře,
- i)

u žen od 45 let věku předání doporučení k provedení screeningového mamografického vyšetření a nezbytných doplňujících vyšetření ve dvouletých intervalech. Jestliže žena již absolvovala vyšetření podle § 1 písm. g) v období kratším než dva roky a je k dispozici výsledek, vyšetření se nezajišťuje,

j)

stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem u žen od 50 let do 54 let věku, od 55 let věku ve dvouletých intervalech nebo jednou za 10 let doporučení k provedení screeningové kolonoskopie; jestliže žena již absolvovala vyšetření podle § 1 písm. f) v uvedených intervalech a je k dispozici výsledek, vyšetření se nezajišťuje.

§ 5

Zrušovací ustanovení

Zrušuje se:

1. Vyhláška č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek.
2. Vyhláška č. 183/2000 Sb., kterou se mění vyhláška č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek.
3. Vyhláška č. 372/2002 Sb., kterou se mění vyhláška č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, ve znění vyhlášky č. 183/2000 Sb.

§ 6

Účinnost

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. února 2010.

Ministryně:

Jurásková v. r.

Příloha 4

**VYHLÁŠKA
č. 60/1997 Sb.,
kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové
rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace
dispenzarizujícího lékaře**

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 31 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů:

§ 1

Nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře jsou uvedeny v příloze této vyhlášky.

§ 2

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. dubna 1997.

Příloha k vyhlášce č. 60/1997 Sb.

text uvádíme ve formátu pdf

Příloha 5

SIP č. 1: PROBLEMATIKA PÉČE O STOMII

Projevy: Nedodržování zásad správného stravování. Nedostatek informací o zásadách správného stravování. Neznalost komplikací způsobených nesprávnou výživou stomika.

Druh požadavku:

1.1 Klient/rodina ví, jaké jsou zásady správného stravování stomiků a dodržuje je.

KSP/KDP:

1.1 a) Klient/rodina ví, jakým správným způsobem se má stravovat.

1.1 b) Klient/rodina ví, jak často má jíst.

1.1 c) Klient/rodina ví, kde potřebné informace o správném stravování najde.

1.1 d) Klient/rodina zná význam správného stravování.

1.1 e) Klient/rodina dokáže rozhodnout, které potraviny jsou nevhodné a které vhodné pro výživu stomika.

1.1 f) Klient/rodina ví, jaké komplikace si může klient přivodit, nebude-li dodržovat zásady správného stravování.

Druh požadavku:

1.2 Klient/rodina zná příčiny a projevy komplikací způsobených porušením zásad správného stravování stomika.

KSP/KDP:

1.2 a) Klient/rodina zná zásady správného stravování.

1.2 b) Klient/rodina ví, že nejčastější komplikací způsobenou nedodržováním zásad správného stravování je zácpa.

1.2 c) Klient/rodina zná další komplikace způsobené nedodržováním zásad správného stravování

1.2 d). Klient/rodina ví, co má dělat, pokud se u něj některá z komplikací objeví.

Druh požadavku:

1.3 Klient/rodina zná příčiny a projevy komplikací v péči o stomii.

KSP/KDP:

- 1.3 a) Klient/rodina zná pojem stomie.
- 1.3 b) Klient/rodina zná pomůcky pro ošetřování stomie a umí je použít.
- 1.3 c) Klient/rodina ví, jak a kdy se vyměňuje stomická podložka a stomický sáček.
- 1.3 d) Klient/rodina zná nejčastější komplikace u stomie.
- 1.3 e) Klient/rodina zná projevy komplikací stomie a ví, co má v případě jejich objevení dělat.

Druh požadavku:

1.4 Klient/rodina zná nejčastější příčiny a projevy psychických problémů způsobených změnou ve vyprazdňování.

KSP/KDP:

- 1.4 a) Klient/rodina zná pojem psychické problémy a umí jich část vyjmenovat.
- 1.4 b) Klient/rodina zná nejčastější příčinu vzniku psychických potíží.
- 1.4 c) Klient/rodina zná projevy psychických potíží.
- 1.4 d) Klient/rodina zná postup, co dělat při objevení se psychických potíží.
- 1.4 e) Klient/rodina ví, jak stomika psychicky podpořit.

SIP č. 2: PROBLEMATIKA SEBEPÉČE U KLIENTŮ PODSTUPUJÍCÍCH CHEMOTERAPII

Projevy: Nespolupráce s členy zdravotnického týmu při léčbě chemoterapií. Nedodržování léčebného režimu. Nedostatek informací o léčbě a jejich komplikacích a nežádoucích účincích.

Druh požadavku:

2.1 Klient/rodina ví, jaké nežádoucí účinky může mít léčba cytostatiky.

KSP/KDP:

- 2.1 a) Klient/rodina zná pojem cytostatické léčba.
- 2.1 b) Klient/rodina ví, jaké jsou nejčastější nežádoucí účinky chemoterapie.
- 2.1 c) Klient/rodina ví, že se nežádoucí účinky cytostatik dělí na bezprostřední, časně oddálené a pozdní.
- 2.1 d) Klient/rodina zná projevy jednotlivých nežádoucích účinků cytostatik.

Druh požadavku:

2.2 Klient/rodina zná nejčastější nežádoucí účinky cytostatik, jejich příčiny a projevy.

KSP/KDP:

2.2 a) Klient/rodina zná pojem alopecie.

2.2 b) Klient/rodina zná nejčastější příčinu alopecie.

2.2 c) Klient/rodina zná projevy alopecie.

2.2 d) Klient/rodina ví, jak se má chovat při alopecii.

2.2 e) Klient/rodina ví, jaké jsou možnosti zakrytí hlavy a paruk včetně jejich hrazení pojišťovnou.

Druh požadavku:

2.3 Klient/rodina zná nejčastější příčiny a projevy nevolnosti a zvracení jako nežádoucího účinku cytostatik,.

KSP/KDP:

2.3 a) Klient/rodina zná pojem nauzea a vomitus.

2.3 b) Klient/rodina zná příčinu vzniku nauzey.

2.3 c) Klient/rodina zná projevy nauzey.

2.3 d) Klient/rodina ví, jak se má při nevolnosti zachovat.

2.3 e) Klient/rodina zná pojem antiemetika a druhy antiemetik.

2.3 f) Klient/rodina zná význam podání antiemetického přípravku.

SIP č. 3: PROBLEMATIKA SEBEPÉČE U KLIENTŮ PODSTUPUJÍCÍCH RADIOTERAPII

Projevy: Nespolupráce s členy zdravotnického týmu při léčbě radioterapií. Nedodržování léčebného režimu. Nedostatek informací o léčbě a jejich komplikacích.

Druh požadavku:

3.1 Klient/rodina zná význam radioterapie.

KSP/KDP:

3.1 a) Klient/rodina zná pojem radioterapie.

- 3.1 b) Klient/rodina zná nežádoucí účinky a komplikace radioterapie.
- 3.1 c) Klient/rodina zná ví jak a proč pečovat o svůj chrup a provádí to.
- 3.1 d) Klient/rodina zná projevy jednotlivých nežádoucích účinků radioterapie.

Druh požadavku:

- 3.2 Klient/rodina zná nejčastější příčiny a projevy nežádoucích účinků radioterapie.

KSP/KDP:

- 3.2 a) Klient/rodina zná pojem cystitis.
- 3.2 b) Klient/rodina zná příčinu vzniku cystitis.
- 3.2 c) Klient/rodina zná projevy cystitídy.
- 3.2 d) Klient/rodina ví, jak se má při cystitis chovat.

Příloha 6
Dotazník

Vážený pane / paní,
jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studijního programu Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých na UP v Olomouci. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění anonymního dotazníku, který poslouží ke zmapování sebestarčiny v oblasti prevence u klientů s kolorektálním karcinomem. Získané informace budou použity k vytvoření edukačního programu a informačního letáku pro Vás pacienty.
Předem děkuji za čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.

Hana Petrášová

Návod k vyplnění:

1. v případě čtverečků vyplňujte, prosím, křížkem, takto:

- muž
 žena

2. tam, kde jsou tečky, prosím, uveďte slovní odpověď na připravenou linku.

.....

**3. U otázky č. 6 zaznamenejte, prosím, svůj souhlas či nesouhlas s výrokem křížkem do daného sloupce
buď ANO či NE.**

1. Jste:

- a) muž
b) žena

2. Je Vámlet.

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

- a) základní
b) středoškolské
c) vysokoškolské

4. V jakém stadiu Vám byl kolorektální karcinom diagnostikován?

- a) ve stadiu I
b) ve stadiu II
c) ve stadiu III
d) ve stadiu IV

5. Trpí/trpěl někdo ve Vaší rodině kolorektálním karcinomem?

- a) ano
b) ne

6. Uved'te, prosím, svůj souhlas či nesouhlas s výrokem křížkem do sloupce buď ANO (souhlasím) či NE (nesouhlasím).

Výrok	ANO	NE
A, Měl/a bych se zajímat o výskyt kolorektálního karcinomu v rodině.		
B, Kolorektální karcinom je geneticky podmíněn.		
C, Kolorektální karcinom je „rakovina tlustého střeva“.		
D, Kolorektální karcinom je nejčastější karcinom, který se vyskytuje v České republice.		

7. Krev ve stolici je známkou, že ...

- a) praskla krevní kapilára (cévka) vyživující hemoroid a nic se neděje.
- b) to může být příznak kolorektálního karcinomu.
- c) jste snědl/a něco „nezdravého“.
- d) začínají selhávat ledviny.
- e) jste se pořezal/a toaletním papírem.

8. Test na okultní (skryté) krvácení je vyšetření:

- a) moče
- b) stolice
- c) stěru z krku
- d) jiná možnost

9. Na test okultního (skrytého) krvácení máte nárok:

- a) od 50 let každý rok do 54 let a dále pak od 55 let ve dvouletém intervalu nebo může být nabídnuta možnost primární screeningové kolonoskopie (vyšetřovací metody, která umožní lékaři přes kolonoskop zaveden konečným prohlednout dolní část trávicí trubice).
- b) od 55 let každý rok.
- c) pouze jedenkrát za život v 60 letech.
- d) jiná možnost

10. V současné době řešíte svou životní situaci s: (označte i více odpovědí)

- a) radioterapií
- b) chemoterapií
- c) kombinací chemoterapie a radioterapie
- d) stomií/vývodem
- e) jiná možnost

Pokud máte stomii (vývod střeva na povrch dutiny břišní) vyplňte, prosím, otázky číslo 11. – 14 a dále pak otázky číslo 17. a 18.

U otázky číslo 11, zaznamenejte křížkem do sloupce ANO, zda uspokojujete potřeby související s položkami nabízené v tabulce a do sloupce NE, pokud neuspokojujete potřeby související s položkami nabízené v tabulce.

Dále, pokud cítíte, že jste dostatečně informováni o dané oblasti, udělejte, prosím, křížek do sloupce Máte (informace) a pokud ne, tak naopak.

11. V současné době se zabýváte potřebami spojené s:

Nabídka	Vyskytuje se nyní		Informace	
	ANO	NE	Máte	Nemáte
Bolestmi				
Nechutenstvím, zvracením				
Nepravidelnou stolicí				
Průjmem				
Plynatostí				
Zácpou				
Psychickými problémy jako jsou: úzkost, ztráta sebeúcty, jistoty (odmítnutí ze strany přátel, rodiny, člověk se straní okolí), pocit méněcennosti, ztráta identity (člověk se nesžije se svým tělem), agrese, popření, deprese, stres				
Poruchou spánku				
Jste psychicky vyrovnán/a				
Oděrkami, puchýři, macerací (hnisáním), zarudnutím, svěděním kůže v oblasti stomie/vývodu				
Neuspokojivou péčí o svou stomii/vývod ze strany zdravotnického personálu				
Krvácením ze stomie/vývodu či jeho okolí				
Nepříjemnostmi u stomie jako jsou: retrakce (vtažení), stenóza (zúžení), parastomická kýla (vyklenutí oslabené břišní stěny okolo stomie), prolaps (vyhřeznutí) stomie/vývodu				
Špatným umístěním stomie				
Zatékáním střevního obsahu pod podložku				
Zápachem				

12. Jaké řešení navrhuje u položek, které jste zakřížkoval/a?

.....

13. Mezi zásady správného stravování klienta se stomií nepatří:

- a) dostatečný příjem tekutin (minimálně 2 litry tekutin denně).
 b) ne příliš bílkovinná strava. Stolica je pak tuhá.

- c) stravování se: fazolemi, hrachem a ostatní luštěninou, zelím, nevadí ani ostré koření, šumivé nápoje, bramborový salát, pizza, kedlubny, knedlíky, zrající sýry.
- d) vyhýbání se jídlům jako jsou: tučná jídla, cereální pečivo, řepa, okurky, houby, ředkvičky, šlehačka, paprika, česnek, cibule, švestky.

14. Označte, prosím, správný algoritmus při výměně stomického sáčku:

- a) sejmutí použitého sáčku jednou rukou – očištění stomie suchým hadříkem – použití ochranných prostředků určených k péči o stomii – přiložení nového sáčku a pevné připevnění.
- b) prudké sejmutí použitého sáčku jednou rukou – očištění stomie vlhkým hadříkem namočeným ve vodě a osušení stomie do sucha – použití ochranných prostředků určených k péči o stomii – přiložení nového sáčku a pevné připevnění.
- c) sejmutí použitého sáčku jednou rukou – očištění stomie vlhkým hadříkem s mýdlem a osušení stomie do sucha – použití ochranných prostředků určených k péči o stomii – přiložení nového sáčku a pevné připevnění.
- d) sejmutí použitého sáčku oběma rukama – očištění stomie vlhkým hadříkem namočeným pouze ve vodě a osušení stomie do sucha – použití ochranných prostředků určených k péči o stomii – přiložení nového sáčku a pevné připevnění.

Pokud podstupujete radioterapii (léčbu ozařováním), chemoterapii (léčbu dávkami cytostatik) či kombinaci obou, vyplňte, prosím, otázky číslo 15. - 18.

U otázky číslo 15, zaznamenejte křížkem do sloupce ANO, zda uspokojujete potřeby související s položkami nabízené v tabulce a do sloupce NE, pokud neuspokojujete potřeby související s položkami nabízené v tabulce.

Dále, pokud cítíte, že jste dostatečně informováni o dané oblasti, udělejte, prosím, křížek do sloupce Máte (informace) a pokud ne, tak naopak.

15. V současné době se zabýváte potřebami spojené s:

	Vyskytuje se nyní		Informace	
	ANO	NE	Máte	Nemáte
Nevolností a zvracením				
Reakcí v místě vpichu při nitrožilním podávání (projevující se bolestivým, zarudlým, na pohmat teplejším místem na kůži)				
Alergickou reakcí				
Horečkou, zimnicí, třesavkou				
Otoky, lymfedémy dolních končetin				
Úbytkem počtu bílých krvinek (leukopenií)				
Infekcemi				
Úbytkem počtu krevních destiček (trombocytopenií)				
Vypadáváním vlasů (alopecií)				
Záněty sliznice dutiny ústní (stomatitidou)				
Zácpou				
Záněty sliznice střevní s průjmovitou stolicí s hlenem nebo krví				
Poškozením kůže a nehtů				
Příznakem ruka-noha (hand-foot syndrom - zarudlá, suchá kůže na rukou a nohou, vznikají až puchýře, vřídky)				
Úbytkem počtu červených krvinek (anemií)				
Poškozením plic (pneumopatií)				
Poškozením jaterního parenchymu (hepatopatií)				
Neplodností (sterilitou), azospermií (nedostatek spermií)				
Druhotným zhoubným onemocněním (sekundární malignitou)				
Zánětem močového měchýře jako následku ozařování, s tím spojené časté nucení na močení, pápení při močení				
Zarudnutím, pigmentací, suchou nebo vlhkou mokvající kůží event. s nasedající sekundární mikrobiální infekcí				
Neuralgiemi a neuropatiemi (necitlivostí), paraparézou (částečným ochrnutím) dolních končetin				

Stenózou (zúžením) střev a močových proděravěním střevních stěn, poruchami svěračů				
Bolestí				
Psychickými problémy jako jsou: úzkost, ztráta sebeúcty, jistoty (odmítnutí ze strany přátel, rodiny, člověk se straní okolí), pocit méněcennosti, ztráta identity (člověk se nesžije se svým tělem), agrese, popření, deprese, stres				
Poruchou spánku				
Jste psychicky vyrovnan/a				

16. Jaké řešení navrhuje u položek, které jste zakřížkoval/a?

.....
.....

17. Seřad'te, prosím, vzestupně (1 – 4), jak postupujete při objevení se komplikací (např. průjem, deprese, bolesti, plynatost...).

- a)užijete léky
- b)zasahujete dietou
- c)informujete lékaře
- d)seženete si psychologa

18. Vaše náměty a připomínky ke zkoumané problematice.

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

Informačního leták o pomůckách k péči o kůži v okolí stomie

„Přehled přípravků k péči o kůži v okolí stomie“

Co se v letáku dozvíte:

- Informace o pomůckách jednodílného systému
- Informace o pomůckách dvoudílného systému
- Informace o výrobcích pro péči o stomie a také kůži v okolí stomie
- Rozepsané informace o jednotlivých přípravcích na kůži v okolí stomie



Pomůcky jednodílného systému

Jednodílný systém znamená, že lepicí plocha je součástí sáčku, takže se při výměně vždy odlepuje celý sáček a znovu nalepuje jiný. Splňuje všechny potřeby uživatelů bez ohledu na jejich životní styl, věk nebo fyzickou kondici.

Pomůcky dvoudílného systému

Dvoudílný systém znamená, že se skládá z podložky s lepicí vrstvou a sáčku, který se na podložku upíná, buď jsou sáčky s mechanickým upínáním nebo stomické sáčky s adhezivním upínáním. Podložka zůstává nalepená na kůži několik dní a sáček se vyměňuje podle potřeby (obvykle po naplnění do 1/3 objemu sáčku). Průměr upínacího kruhu na základní podložce je 40mm, 50mm, 60mm, (90mm u sáčků s adhezivní upínací technologií). Velikost podložky se určí podle velikosti stomie. K podložce se jednoduchým způsobem připevní sáček (uzavřený, výpustný nebo urostomický), který je označený stejným průměrem jako základní podložka (40mm, 50mm, 60mm a 90mm u sáčků s adhezivní upínací technologií).

Výrobky pro péči o stomie a také o kůži v okolí stomie

Stomický roztok



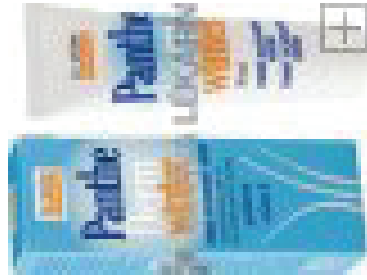
Vynikající náhradou mýdla je stomický roztok, který zjemňuje kůži a zabraňuje jejímu vysoušení a také podporuje hojení poškozené kůže.

Ochranný film



Ochranný film slouží k ochraně kůže kolem stomie.
Vytváří vrstvu, která zvyšuje odolnost kůže, zlepšuje
přilnavost podložky a prodlužuje životnost pomůcky.

Ochranný krém



Ochranný krém je ideálním prostředkem pro
stomické a inkontinentní pacienty se suchou nebo
podrážděnou pokožkou. Udržuje optimální pH kůže
a zároveň ji zjemňuje.

Adhezivní pasta



Adhezivní pasta dokonale chrání před účinky
sířevního obsahu, snižuje riziko podtékání a
prodlužuje životnost podložky. Používá se k
vyrovnaní jizev, kožních záhybů a jiných nerovností
okolo stomii a píštělí.

Stomické destičky

Stomické destičky se používají tam, kde hrozí riziko
nebo již došlo k poškození kůže tělními sekrety.
Jedná se především o okolí stomii zvláště vpadlých
nebo na úrovni kůže, píštělí a drenáží.

Pohlcovač pachu



Pohlcovač pachu je efektivní pohlcovač pachů s
dobou účinku až 8 hodin.

Odkazy:

<http://www.stomie.cz/>

<http://www.google.cz/imgres?imgurl=http://www.convatec.cz/media/images/kolostomie.jpg&imgrefurl=http://www.convatec.cz/stomie&usq>

<http://www.google.cz/imgres?imgurl=http://img.ahao-line.cz/>

**Autor: Hana Petrášová,
Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého
v Olomouci
Ústav ošetrovatelství, 2011**

Informačního leták o nežádoucím účinku chemo/radioterapie – leukopenii.

„Leukopenie“

Co se v letáku dozvíte:

- **Co je to leukopenie**
- **Jaké jsou hodnoty leukocytů v krevním obraze**
- **Jaký vztah má leukopenie ke vzniku infekcí**



Leukopenie

Leukopenie znamená úbytek počtu bílých krvinek.

Mezi tkáně, které jsou velmi citlivé na působení cytostatik, patří krevetvorná tkáň – kostní dřeň. Cytostatika ničí bílé krvinky, které jsou v krevním oběhu, ale i krvinky, které tvoří zásobovací rezervu v kostní dřeni a i tzv. kmenové buňky – buňky, ze kterých se postupně zralé bílé krvinky vytvářejí. Po aplikaci chemoterapie dochází k poklesu počtu bílých krvinek, který dosahuje nejnižších hodnot mezi 7. až 10. dnem po aplikaci léčby, poté se počty bílých krvinek začínají zvyšovat a do další aplikace chemoterapie (do dalšího cyklu léčby) se upraví do normy.

Pokles bílých krvinek způsobuje vysokou náchylnost k infekčním komplikacím, a proto pokud nemocný mezi cykly léčby v domácí péči zaznamená zvýšení teploty a příznaky infekce, musí se neprodleně spojit s ošetřujícím lékařem a poradit se s ním o svém stavu. Při zanedbání může nemocnému infekční komplikace způsobit smrt.

Infekce

Pokles bílých krvinek snižuje obranyschopnost nemocného vůči infekční komplikaci, a tak je infekce v průběhu léčby častým problémem.

Infekce může být způsobena bakteriemi, viry a plísněmi, nebo i kombinací těchto původců. Projevy infekce mohou být záněty kůže, sliznice dutiny ústní, trávícího ústrojí, vývodných cest močových, horních i dolních dýchacích cest, plic, zánět žil. Virovou infekcí může být i pásový opar. Plísňová infekce zpravidla postihne sliznici dutiny ústní, krku, trávícího a dýchacího ústrojí.

Příznaky jsou velmi pestré, jsou lokální i celkové.

Místní příznaky: mohou se objevit bolesti v krku či v dutině ústní, obtížné polykání, chraptot, kašel, rýma, pocit ucpaného nosu, bolesti hlavy, bolesti břicha, nadýmání, průjem, bolesti a pálení při močení, krev v moči, otoky a zarudnutí končetin.

Celkové příznaky: jsou to klasické chřipkové příznaky, únava, slabost, pocit těžkých nohou, zimnice, třesavka, pocení, zvýšená teplota i horečka nad 38 stupňů Celsia.

Hodnoty leukocytů v krevním obraze:

4,5 – 11,0 tisíc/1ml krve

pod 4,5 tisíc/1 ml krve – leukopenie

nad 11,0 tisíc/1ml krve -- leukocytóza

Odkazy:

ŠLAMPA, Pavel et al. *Radiační onkologie v praxi*. Druhé aktualizované vydání. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2007. ISBN 80-357-8765-0.

ŠLAMPA, Pavel, PETERA, Jiří et al. *Radiační onkologie*, Praha: Galén Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1443-4.

<http://www.solen.cz/pdfs/int/2004/05/12.pdf>

**Autor: Hana Petrašová,
Fakulta zdravotnických věd Univerzity
Palackého v Olomouci
Ústav ošetrovatelství, 2011**