



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Úloha sestry v prevenci kolorektálního karcinomu v ordinaci praktického lékaře pro dospělé

Vypracovala: Hana Tetíková
Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Název: Úloha sestry v prevenci kolorektálního karcinomu v ordinaci praktického lékaře pro dospělé.

Současný stav: Česká republika patří mezi státy s vysokým výskytem kolorektálního karcinomu. Teoretická část práce obsahuje základní informace o karcinomu tlustého střeva a konečníku. Zabývá se jeho příčinami, příznaky i léčbou. Podrobněji je rozpracována prevence kolorektálního karcinomu, primární, sekundární i terciární. Důkladně zpracována je zde i role sestry v této prevenci v ordinaci praktického lékaře pro dospělé.

Cíle: Hlavním záměrem práce bylo zjistit informovanost pacientů o prevenci kolorektálního karcinomu a zároveň zmapovat úlohu sestry v této prevenci v ordinaci praktického lékaře pro dospělé.

Metodika: Byly zvoleny dvě metody výzkumného šetření, kvantitativní a kvalitativní. Sběr dat pro kvantitativní výzkumné šetření probíhal pomocí dotazníku. Získaná data byla dána do datové matice, vyhodnocena pomocí kontingenčních tabulek a pro statistické testování byl zvolen jednovýběrový t test, dvouvýběrový t test a chí kvadrát test. K rozhodujícím otázkám byly přiřazeny grafy, na kterých můžeme vidět odpovědi respondentů rozdělené dle pohlaví i dle bydliště. Druhou použitou metodou výzkumného šetření byl kvalitativní výzkum, kde sběr dat probíhal na základě strukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly písemně zaznamenány. Analýzou rozhovorů metodou otevřeného kódování vznikly čtyři kategorie: Primární prevence kolorektálního karcinomu, Sekundární prevence kolorektálního karcinomu, Imunochemický test na okultní krvácení a Terciární prevence kolorektálního karcinomu.

Výzkumný soubor: První výzkumný soubor se skládal z pacientů, kterým bylo 50 a více let věku. Celkem bylo distribuováno 100 dotazníků v pěti ordinacích praktického lékaře pro dospělé. Vrátilo se a pro výzkum mohlo být použito 86 dotazníků. Druhý výzkumný soubor tvořilo pět sester pracujících v ordinaci praktického lékaře pro dospělé.

Výsledky: Prvním cílem práce bylo zjistit informovanost pacientů o prevenci kolorektálního karcinomu. Pro splnění prvního cíle výzkumné práce byly stanoveny čtyři hypotézy. První hypotéza zněla: „Pacienti jsou informováni o prevenci kolorektálního karcinomu.“ V testu dosažená hladina významnosti byla 48,1 %, tudíž hypotéza 1 byla potvrzena. U informování pacientů o primární prevenci jsme zjistili rezervy. Pacienti jsou informováni hlavně o sekundární prevenci. Výzkum prokázal, že ve screeningu kolorektálního karcinomu nejsou podchyceni pacienti, kteří navštěvují praktického lékaře jen velmi sporadicky. Proto je dobře, že od ledna 2014 se spouští projekt adresného zvaní cílové populace pro screening kolorektálního karcinomu. Druhá hypotéza předpokládala, že „Informovanost respondentů o prevenci kolorektálního karcinomu se neliší podle pohlaví.“ Dosažená hladina významnosti byla 2,2 %, tudíž hypotéza 2 se zamítá a platí, že informovanost respondentů se liší dle pohlaví. Výsledky výzkumu prokázaly lepší informovanost žen než mužů. Například více žen je přesvědčeno, že kouření má vliv na vznik onemocnění kolorektálního karcinomu. Třetí hypotéza měla potvrdit či vyvrátit tvrzení: „Ve městě i na vesnici je stejná informovanost o prevenci kolorektálního karcinomu.“ Dosažená hladina významnosti byla 1,2 %, a proto se hypotéza 3 zamítá. Výzkum prokázal větší informovanost pacientů žijících ve městě. Poslední čtvrtá hypotéza zněla: „Pacienti mají informace o prevenci kolorektálního karcinomu z ordinace praktického lékaře pro dospělé.“ Dosažená hladina významnosti byla 88,6 %, proto výsledky výzkumu nám potvrzují správnost hypotézy 4. Respondenti jsou informováni o prevenci kolorektálního karcinomu v ordinaci praktického lékaře.

Druhým cílem práce bylo zmapovat úlohu sestry v prevenci kolorektálního karcinomu v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Ke splnění cíle jsme si stanovili výzkumnou otázku: „Jakou úlohu má sestra v prevenci kolorektálního karcinomu v ordinaci praktického lékaře pro dospělé?“ Sestra má nezastupitelnou a velmi specifickou úlohu v této prevenci. Účastní se primární, sekundární i terciární prevence kolorektálního karcinomu. Na základě výsledků šetření lze konstatovat, že sestry mají všeobecné znalosti z oblasti prevence kolorektálního karcinomu. Jisté rezervy výzkum prokázal u informování pacientů o primární prevenci. Sestry se soustředí na sekundární

prevenci, především na postup při testu na okultní krvácení. U terciární prevence sestry zmiňují především péči o pacienty s kolostomií.

Závěr: Z výsledků šetření je zřejmé, že sestry mají dostatečný okruh vědomostí o prevenci kolorektálního karcinomu. Přesto se v ordinaci na primární prevenci často zapomíná a pacienti nejsou edukováni o této prevenci. Sestry se soustředí především na prevenci sekundární. Přitom primární prevence kolorektálního karcinomu je prevencí i mnoha jiných nádorových a nenádorových onemocnění. Tato práce by mohla být podnětem pro další výzkum, zda projekt adresného zvaní pacientů zvýší účast cílové populace v kolorektálním screeningu. Výzkum prokázal potřebu motivovat sestry k provádění primární prevence, proto výstupem této práce je zpracování informačního letáku právě o prevenci civilizačních chorob, do které kolorektální karcinom jistě patří.

Klíčová slova: kolorektální karcinom, prevence, sestra, screening

Abstract

Title: The role of nurse in prevention of colorectal carcinoma in general practitioner's office

Current situation: The Czech Republic belongs to countries with high prevalence of colorectal carcinoma (CC). The theoretical part of this thesis includes basic information on carcinoma of the colon and the rectum. It also deals with its causes, symptoms and treatments. Primary, secondary and tertiary prevention of CC is described in detail. Also the role of the nurse in general practitioner's (GP) office in such prevention in adults is thoroughly investigated.

Aims: Main aim of this work was to find the level of patient knowledge about the prevention program on CC and to map the role the nurse in GP office for adults has in this prevention.

Methodology: Both qualitative and quantitative methods were chosen for this research. For the quantitative method data collection was performed using a questionnaire. Obtained data was transferred into data matrix, evaluated using contingency tables and for statistical evaluation the one-sample and the two-sided t tests as well as the chi square test were used. Graphs were added to the decisive questions where the answers of the respondents are divided according to both gender and place of living.

The second method used was qualitative research in the form of structured interview. The interviews were transcribed into text. Through open coding analysis four categories were identified: The primary prevention of CC, The secondary prevention of CC, The immunochemical test for occult blood and The tertiary prevention of CC.

Research group: The first research group consisted of patients aged 50 and above. The total of one hundred questionnaires was distributed in five adult GP offices. 86 were returned and used in the research. The second research group consisted of five nurses working in the GP offices.

Results: The first aim was to establish the level of knowledge in patients about CC. Four hypotheses were stated in order to fulfil the first aim. First hypothesis was:

“Patients are informed about the prevention of CC”. The level of significance for this hypothesis was calculated to 48.1 % and the hypothesis was therefore confirmed. However, reserves were discovered regarding the information on the primary prevention and first information about the secondary prevention is seen to dominate. This means that the research showed that patients that seldom visit the GP office fall through the CC screening. It is therefore very beneficial that a project has started from January 2014 with addressed invitations to the targeted population to such CC screenings. Second hypothesis presumes that “The knowledge of prevention of CC is gender indifferent”. However, the reached level of significance at 2.2 % declines this hypothesis which means that the knowledge does differ based on gender. In fact the results show that women possess deeper knowledge on this subject. For example more women believe that smoking influences the prevalence of CC. The third hypothesis was supposed to either confirm or disprove that people are equally well informed about CC prevention in urban and rural areas. The level of significance of 1.2 % shows that this knowledge is better in urban areas. The last, fourth hypothesis asked whether patients have acquired their knowledge of CC prevention in the GP office. The level of significance for this hypothesis is 88.6 % and confirms the question.

The second aim of this research was to map the role of the nurse in the GP office regarding the prevention of CC. The research question asked was” What role does the nurse have in CC prevention?” The research shows that her role is both irreplaceable and very significant. The nurse takes part in the primary, the secondary and the tertiary prevention steps. It is also possible to conclude that the nurses possess general knowledge in the area of CC prevention. Some reserves were discovered regarding the primary prevention, where the nurses mainly concentrate on the secondary step and particularly on the proceedings of the occult blood test. Ternary prevention is mostly mentioned in connection to patients with colostomy.

Conclusion: The results of this research show that nurses have enough relevant knowledge regarding prevention of CC. However, the primary prevention step is often overlooked in the GP practice and patients have insufficient information about this step. The nurses concentrate mainly on the second prevention step. However, the primary CC

prevention should not be underestimated as it can in reality also point to many other illnesses beside CC. This work could be the basis of future research monitoring whether the project of addressed invitations to the targeted group indeed increases their participation in CC screening. The research has shown the need to motivate the nurses to do the primary prevention step and the output of this research will be the creation of an information leaflet on this particular problem.

Key words: colorectal carcinoma, prevention, nurse, screening

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2014

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Děkuji Mgr. Aleně Machové za odborné vedení a cenné podněty při zpracování bakalářské práce. Zároveň bych chtěla poděkovat i Mgr. Olze Dvořáčkové za její ochotu a cenné rady v oblasti statistiky.

Obsah	10
Seznam použitých zkratk	12
Úvod	13
1 Současný stav	14
1.1 Fyziologie a anatomie tlustého střeva a konečníku	14
1.2 Karcinom tlustého střeva a konečníku	15
1.2.1 Příčiny karcinomu tlustého střeva a konečníku	15
1.2.1.1 Prekancerózy	16
1.2.2 Příznaky karcinomu tlustého střeva a konečníku	17
1.2.3 Léčba karcinomu tlustého střeva a konečníku	18
1.3 Prevence	19
1.3.1 Primární prevence kolorektálního karcinomu	20
1.3.2 Sekundární prevence kolorektálního karcinomu	22
1.3.2.1 Test na okultní krvácení do stolice	22
1.3.2.2 Kolonoskopie	24
1.3.3 Terciární prevence kolorektálního karcinomu	24
1.4 Primární péče ve zdravotnictví	25
1.4.1 Síť zdravotnických služeb	25
1.4.1.1 Prevence v ordinaci praktického lékaře pro dospělé	25
1.4.2 Role sestry v prevenci	28
1.4.2.1 Edukační proces v ošetrovatelství	28
1.4.2.2 Role sestry v primární prevenci kolorektálního karcinomu	30
1.4.2.3 Role sestry v sekundární prevenci kolorektálního karcinomu .	31
1.4.2.4 Role sestry v terciární prevenci kolorektálního karcinomu	33
2 Cíle práce, hypotézy a výzkumná otázka	35
2.1 Cíle práce	35
2.2 Hypotézy	35
2.3 Výzkumná otázka	35

3	Metodika	36
3.1	Použité metody	36
3.2	Charakteristika výzkumných souborů	38
4	Výsledky	39
4.1	Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku pomocí popisné statistiky	39
4.2	Testování hypotéz	53
4.3	Výsledky rozhovorů se sestrami z ordinace praktického lékaře.....	56
5	Diskuze	63
6	Závěr	71
7	Seznam použitých zdrojů	73
8	Přílohy	77
8.1	Seznam příloh	77

Seznam použitých zkratk

aPTT	Aktivovaný parciální tromboplastinový čas
FOBT	Fecal Occult Blood Test
gTOKS	Guajakový test na okultní krvácení do stolice
INR	Quickův test (International Normalized Ratio)
iTOKS	Imunochemický test na okultní krvácení do stolice
qiTOKS	Kvantitativní imunochemický test na okultní krvácení do stolice
KR-CA	Kolorektální karcinom
TOKS	Test na okultní krvácení do stolice

Úvod

Kolorektální karcinom patří v České republice mezi druhé nejčastější onkologické onemocnění. Následující požadavky stanovila Světová zdravotnická organizace jako kritéria pro screening jakékoliv nemoci. Choroba musí být léčitelná, metoda screeningu jednoduchá a levná, cílem screeningu je snížit úmrtnost na screeningové onemocnění. Všechny tyto požadavky splňuje screening kolorektálního karcinomu a v České republice probíhá už od roku 2000. Přesto je stále velmi nízká účast cílové populace v tomto screeningu. Mnohdy bývá karcinom zachycen až v pokročilém stádiu se špatnou prognózou.

Jedním z důvodů, proč jsem si zvolila toto téma, je, že pracuji jako sestra u praktického lékaře pro dospělé a samotnou mě zajímá, jak sestry a pacienti přistupují k prevenci. Vzhledem k tomu, že kolorektální karcinom je do značné míry prevencí dobře ovlivnitelné onemocnění, které lze při včasné diagnostice vyléčit, bylo mým cílem zjistit, zda se sestry prevenci věnují a zda pacienti mají informace o této prevenci.

Sestry by měly pacientům předávat informace o prevenci primární, sekundární i terciární. Jak popisují úlohu sestry v prevenci Král a Seifert (2011), je třeba v pacientovi vzbudit aktivní zájem o prevenci a zdůraznit mu význam dodržování intervalu screeningových metod. Pacienti by se o své zdraví měli aktivně starat a nezanedbávat screeningové vyšetření. Proto je nutné zvýšit povědomí populace o screeningu a nutnosti pravidelně provádět test na okultní krvácení do stolice. Samozřejmě by měla být edukace pacientů o zdravém životním stylu. A právě zde mají významnou roli dobře informované sestry.

V této práci byly vytýčeny dva cíle. Zjistit, jaká je informovanost pacientů o prevenci kolorektálního karcinomu a zároveň zmapovat úlohu sestry v prevenci kolorektálního karcinomu v ordinaci praktického lékaře pro dospělé.

Přestože je realizována prevence kolorektálního karcinomu, současný stav diagnostiky je značně neuspokojivý. Včasná diagnóza je právě u kolorektálního karcinomu poměrně jednoduchá. Je pouze potřeba na ni myslet a nezanedbat screeningové vyšetření, konkrétně vyšetření stolice na skryté krvácení.

1 Současný stav

1.1 Fyziologie a anatomie tlustého střeva a konečnicku

Tlusté střevo (intestinum crassum) je poslední část trávicí trubice. Z tenkého střeva, kde byly vstřebány živiny, přijímá tlusté střevo kašovité až tekutý obsah. V tlustém střevě se vstřebávají elektrolyty, voda a obsah je formován ve stolici. Ta je pak v konečném úseku tlustého střeva vyloučena análním otvorem. Natrávenina v tlustém střevě pobývá 8 až 12 hodin. Na rozkladu střevního obsahu v tlustém střevě se podílí kvasné a hnilobné procesy způsobené mikroorganismy, které jsou součástí střevního obsahu. Hlenové žlázy sliznice produkují hlen, který chrání střevní stěnu před poškozením při těchto procesech. (Čihák a Grim, 2002; Dylevský, 2006)

Tlusté střevo je dlouhé celkem 1,2 až 1,5 m, v průsvitu má 4 až 8 cm a je naředlé barvy. Tlusté střevo má tyto části: slepé střevo (caecum), vzestupný tračník (colon ascendens), příčný tračník (colon transversum), sestupný tračník (colon descendens), esovitou kličku (colon sigmoideum) a konečník (rektum). U tlustého střeva jsou charakteristické tři znaky. Jsou to výchlípky peritonea, které pokrývají střevo a jsou vyplněny tukem. Dále taeniae, to jsou tři bělavé podélné pruhy na povrchu tlustého střeva. Tah taenií nakrčí střevo a tím vzniknou vyklenutá místa, tzv. haustra, třetí poznávací znak tlustého střeva. Haustra dodávají střevu typický vzhled střídavých výdutí a zaškrcení. Jednotlivá vyklenutí jsou oddělena poloměsíčitými řasami, které mění polohu a tvar s peristaltikou. (Čihák a Grim, 2002; Elišková, 2009)

Prvním úsekem tlustého střeva je slepé střevo. Slepé střevo je dlouhé 10 cm a začíná slepě vakem, z jehož vrcholu odstupuje 5 až 10 cm dlouhý appendix vermiformis (červovitý výběžek). Ústí tenkého střeva do slepého je opatřeno kruhovým svěračem, který brání proniknutí obsahu tlustého střeva zpět. Tím zabraňuje průniku kvasných a hnilobných bakterií, které osidlují tlusté střevo. Vyústění tenkého střeva do slepého je místem, kde začíná vzestupný tračník. Jeho délka je 16 až 20 cm. Následuje pravé ohbí (flexura coli dextra) a přechod na příčný tračník o délce 50 cm. Střevo pokračuje dalším ohybem (flexura coli sinistra) a sestupným tračníkem dlouhým 20 až 30 cm. Následuje esovitá klička. Posledním úsekem tlustého střeva je konečník

(rektum). Rektum má dvě hlavní části. Horní a rozšířená část je ampulla recti o délce 10 až 12 cm. Dolní a úzký 2 až 4 cm dlouhý úsek se nazývá canalis analis. Ve stěně konečníku je kruhovitý svěrač, kterým ovládáme vyprazdňování stolice. (Dylevský, 2006; Elišková, 2009)

Stěna tlustého střeva je tenká, pokrytá jednovrstevným cylindrickým epitelem a sliznice nemá klky. Cévní a mízní pleteně jsou těsně pod sliznicí, kde resorbují vodu a minerální látky. Složení stolice je závislé na skladbě potravy. Stolica obsahuje nestravitelné zbytky potravy, vodu a žlučová barviva. Tuhost stolice určuje hlavně množství vody a žlučové barvivo ovlivňuje barvu stolice. Defekace, neboli vyprazdňování stolice, je reflexní děj, který můžeme potlačit vůlí. (Dylevský, 2006)

1.2 Karcinom tlustého střeva a konečníku

Kolorektální karcinom je druhým nejčastějším nádorovým onemocněním (u mužů po bronchogenním karcinomu, u žen po karcinomu prsu). Je častější u mužů než u žen a nejvíce se vyskytuje ve věkové kategorii 65–75 let. Úmrtnost na kolorektální karcinom je u nás na předním místě. Ale křivka vzrůstu úmrtnosti není tak strmá jako stoupající křivka nově hlášených případů onemocnění. Příčinou je jistě časnější diagnostika a úspěšná léčba. Stále však asi 10 % nemocných není léčeno a diagnostika je stanovena až při úmrtí. (Abrahámová, 2006)

1.2.1 Příčiny karcinomu tlustého střeva a konečníku

Kolorektální karcinom se řadí mezi nejrozšířenější zhoubné nádory v populaci a věkem se jeho výskyt zvyšuje. Nejčastěji, až 30 %, bývá postiženo rektum, dále pak pravý tračník 25 %, sigma 20 %, levý tračník 15 % a 10 % transversum. Dle makroskopického rozlišení kolorektálního karcinomu roste jako polyp nebo infiltruje stěnu střeva anebo má charakter vředu, který se rozpadá. (Šafránková a Nejedlá, 2006; Šebor, 2005)

Mezi rizikové faktory, které přispívají ke vzniku kolorektálního karcinomu, patří adenomy, familiární polypóza, ulcerózní kolitida. Zásadní význam pro vznik nádoru mají stravovací návyky, hlavně vysoký podíl živočišných tuků a sacharidů v jídelníčku.

Také konzumace masa zpracovaného smažením, pečením, grilováním či uzením působí velmi nepříznivě. Ke vzniku nádoru přispívá i nedostatek fyzické aktivity, kouření a nadměrné užívání alkoholu (a to i piva, které obsahuje řadu chemických látek působících kancerogenně). (Šafránková a Nejedlá, 2006; Šebor, 2005)

1.2.1.1 Prekancerózy

Mezi nádory tlustého střeva patří polypy, které prominují do lumina střeva. Mohou být benigní i maligní. Nejčastější polypy v tlustém střevě jsou adenomy. Adenomy se řadí mezi prekancerózy. Většina karcinomů pochází z adenomů a platí, že čím větší adenom, tím větší je riziko zvratu v karcinom. U nemocných, kteří trpí familiární adenomatózní polypózou, pokud není odstraněno postižené střevo, se karcinom objevuje již v mladém věku. Polypy se projevují většinou krvácením z rektu. Větší polypy způsobují i poruchy pasáže. Vilózní adenomy produkují velké množství hlenu. Často se však vyskytují asymptomatické malé polypy, které objevíme při kolonoskopickém vyšetření. Právě kolonoskopie je nejlepší metoda v diagnostice polypů tračniku. Zvláště se pak zvyšuje její význam pro možnost provést endoskopické odstranění polypů (endoskopická polypektomie). Léčba je velmi důležitá právě pro prevenci karcinomu tračniku. Menší polypy se odstraňují endoskopicky polypektomií, u větších polypů je odebrána biopsie a následně indikována chirurgická léčba resekcí. U familiární polypózy je doporučena totální kolektomie. Všichni nemocní jsou pak dispenzarizováni a kolonoskopicky sledováni. (Šebor, 2005)

Mezi další prekancerózy rakoviny tlustého střeva patří ulcerózní kolitida. Jedná se o toxicko-zánětlivé onemocnění sliznice tlustého střeva neznámého původu, kdy se tvoří krvácející vředy s následnými septickými komplikacemi. K sepsi dochází tím, že se rozpadem sliznice poruší ochranná střevní bariéra a obsah střev je vstřebáván do krevního oběhu. Mezi příznaky tohoto onemocnění patří průjem s příměsí krve a hlenu, kolikovitě bolesti a zvýšená teplota. Při chronickém onemocnění dochází k dehydrataci, anemizaci a kachektizaci. Komplikací tohoto onemocnění může být těžký septicko-toxický stav s projevy šoku, masivní krvácení do střeva, perforace tlustého střeva či maligní zvrát onemocnění. (Vyhnálek, 2003)

1.2.2 Příznaky karcinomu tlustého střeva a konečníku

U kolorektálního karcinomu jsou klinické příznaky rozdílné dle lokalizace nádoru. U karcinomu pravého tračnicku, kam spadá cékum, colon ascendens a hepatální flexura, převažují celkové příznaky. Například anémie, slabost, hubnutí, subfebrilie a neurčité bolesti v pravé polovině břicha. Karcinom levého tračnicku (colon transversum, lienální flexura, colon descendens, colon sigmoideum) se projevuje střídáním zácpy a průjmu, kolikovitými bolestmi až obstrukčním ileem, krví ve stolici. Příznaky u karcinomu rekta jsou enteroragie (čerstvá krev ve stolici), tenesmy (bolestivé nucení na stolici přetrvávající i po jejím odchodu), střídání průjmu a zácpy. (Šafránková a Nejedlá, 2006; Šebor, 2005)

Rostoucí nádor obturuje lumen střev a vyvolává příznaky stenózy, kdy se střídá zácpa s průjmem a může vyústit až v ileus. Kolorektální karcinom při svém rozpadu krvácí obvykle skrytě, což způsobuje anemii. Vzácně může krvácet i masivně. Nádor tlustého střeva metastazuje do regionálních lymfatických uzlin, cestou vena portae do jater nebo přes pánevní žíly do plic. Vzácnou komplikací bývá perforace do dutiny břišní. (Šafránková a Nejedlá, 2006; Šebor, 2005)

Klinicky hmatný bývá nádor až u pokročilého onemocnění hlavně u pravého tračnicku. Při nádorové obstrukci levého tračnicku jsou přítomny známky ileu. Nádor v rektu je dosažitelný vyšetřením per rectum. (Šebor, 2005)

Laboratorní nálezy nejsou typické, objevuje se leukocytóza a anémie. U nádorového markru CEA (karcinoembryonální antigenu) bývá zvýšená hladina, která není specifická pouze u kolorektálního karcinomu, ale vyskytuje se i u jiných nádorů zažívacího traktu. (Šebor, 2005)

Mezi základní vyšetřovací metody u podezření na kolorektální karcinom patří kolonoskopie. Její výhodou je možnost odběru bioptických vzorků a stanovení přesné diagnózy. Irrigografie se většinou využívá jako doplněk kolonoskopického vyšetření. Nativní RTG snímek břicha je indikován u ileu, RTG plic může prokázat metastázy. K posouzení rozsahu nádorového postižení je indikováno CT vyšetření. Sonografické vyšetření má význam pro zjištění možných jaterních metastáz. (Šebor, 2005)

1.2.3 Léčba karcinomu tlustého střeva a konečníku

Při léčbě karcinomu tlustého střeva a rekta se využívá léčba chirurgická, radioterapie, chemoterapie i biologická léčba. Často se využívá kombinace těchto metod. (Tomášek, 2012) Strategii léčby KR-CA určuje multidisciplinární tým odborníků jako je chirurg, gastroenterolog, onkolog, radiolog a patolog. Optimální léčba pak závisí na lokalizaci a rozsahu nádoru i celkového zdravotního stavu pacienta. (Zavoral a kol., 2013b)

U většiny nemocných se chirurgický výkon provádí jako první. Spočívá v resekci, to znamená odstranění části střeva či konečníku postižených nádorem spolu s bezpečnostním lemlem ve zdravé tkáni a příslušnými lymfatickými uzlinami. V určitých případech je možné okamžitě spojit zbylé části střeva, jindy to není možné, proto je nutné provést kolostomii (vyústění střeva na břišní stěně). U části pacientů se tato kolostomie za nějakou dobu daří dalším operačním výkonem zrušit a obnovit kontinuitu střeva. U nemocných, kde bylo nutné pro nádor odstranit celý konečník, je kolostomie trvalá. U nepokročilých forem kolorektálního karcinomu bývá radikální resekce postiženého střeva výkonem vedoucím k vyléčení. (Abrahámová, 2006)

Radioterapie tlustého střeva se neprovádí. Naproti tomu u karcinomu konečníku má tato metoda nezastupitelné místo. Nejčastěji se provádí jako předoperační. Zde si klade za cíl zmenšení nádoru, snížení životaschopnosti nádorových buněk a zlepšení operability. Až o polovinu se snižuje výskyt lokálních recidiv při použití předoperační radioterapie. Jindy se indikuje až pooperační radioterapie, jejíž snahou je snížit výskyt lokálních recidiv v oblasti malé pánve. Paliativní radioterapie má význam u inoperativních karcinomů rekta. (Abrahámová, 2006)

Při léčbě kolorektálního karcinomu má své místo i chemoterapie. Tu můžeme rozdělit do čtyř oblastí. Podpůrná chemoterapie resektabilního karcinomu, kterou se dosahuje zvýšeného procenta přežití pacientů a snižuje procento recidiv. Za druhé je to chemoterapie pokročilého a metastatického karcinomu. Zde není možná resekce karcinomu, ale chemoterapií sledujeme zlepšení podmínek a kvality přežití (paliativní efekt). Dále se chemoterapie využívá při léčbě izolovaných jaterních metastáz. Čtvrtá

oblast využití chemoterapie je u rakoviny konečníku, především jako předoperační léčba. (Abrahámová, 2006)

Velkou účinnost v léčbě kolorektálního karcinomu má i biologická léčba, která je zaměřena přímo na nádorové buňky. Využívat biologickou léčbu mohou pouze komplexní onkologická centra se zvláštní smlouvou se zdravotní pojišťovnou. (Tomášek, 2012)

Součástí léčby kolorektálního karcinomu je samozřejmě také psychoterapie, nutriční intervence, ale i léčba nádorové bolesti. Teprve vhodná kombinace těchto metod může zajišťovat přijatelnou kvalitu života. (Dítě a kol., 2007)

Kolorektální karcinom patří mezi dobře léčitelné nádory, za podmínky jeho včasného odhalení. Nejčastěji metastazuje do uzlin, jater a plic, méně často pak do kostí. Než začne zakládat metastázy, poměrně dlouho roste místně. Proto lze u pacientů s nepokročilými nádory ve většině dosáhnout trvalého vyléčení. U pokročilých kolorektálních karcinomů je léčba obtížnější a náročnější. (Abrahámová, 2006; Dítě a kol., 2007)

1.3 Prevence

Nejúčinnější a nejlevnější opatření proti nádorovým onemocněním je prevence. Statistické údaje nás usvědčují z lhostejnosti k vlastnímu zdraví. Je třeba si uvědomit, že zdraví není samozřejmostí, ale výsledkem trvalého snažení. Je čas zamyslet se nad stavem životního prostředí, způsobem životního stylu a zvyklostmi každého z nás. (Hrubá, Foretová a Vorlíčková, 2001)

Prevence zahrnuje činnosti, které vedou k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemocí a hlavně k prodloužení aktivní délky života. Prevence se uplatňuje u zdravých i u nemocných lidí. Na preventivních opatřeních se podílí společnost (společenská opatření např. na ochranu životního prostředí), jedinec (např. dodržování správného životního stylu) a zdravotníci. Pod zdravotnickou prevencí spadá například zdravotní výchova, očkování, edukace a různé preventivní akce. Rozlišujeme tři základní typy prevence: primární, sekundární a terciární. Primární prevence vede k zabránění vzniku nemoci. Patří sem především očkování, ale i například jodizace kuchyňské soli

a fluorizace pitné vody. Sekundární prevence spočívá ve včasném vyhledání nemoci a správné diagnostice choroby. Hlavními metodami jsou preventivní prohlídky, dispenzarizace a screeningové metody. Terciární prevence se zaměřuje na odstranění či alespoň zmírnění následků nemoci. Cílem je zabránit vzniku trvalých následků choroby a zlepšit kvalitu života postiženému. Do terciární prevence spadá především rehabilitace. (Vurm a kol., 2007; Zavázalová a kol., 2008)

1.3.1 Primární prevence kolorektálního karcinomu

Primární prevencí se snažíme eliminovat rizikové faktory, které mají přímý vliv na vznik zhoubných nádorů. Zde uvedená doporučení jsou také prevencí pro další nádorová onemocnění, ale mají též efekt proti nenádorovým nemocem, jako jsou nemoci srdce a cév, vysoký krevní tlak, cukrovka a obezita. (Dušek a kol., 2012) V primární prevenci kolorektálního karcinomu je důležité dodržovat zdravý životní styl. Pod pojem zdravý životní styl patří zdravá výživa, tělesná aktivita a duševní hygiena. (Čeledová a Čevela, 2010)

Důležité je udržovat si přiměřenou hmotnost. Nadváha a obezita zvyšují riziko vzniku mnoha typů rakoviny, zejména rakoviny tlustého střeva a prsu. Vyvážená strava a pravidelné cvičení pomáhají udržet přiměřenou hmotnost. (Dušek a kol., 2012)

Je potřeba věnovat se alespoň 30 minut denně fyzickým aktivitám. Pravidelný pohyb by se měl stát součástí každodenního života. Je dokázáno, že fyzická aktivita snižuje riziko vzniku kolorektálního karcinomu. (Dušek a kol., 2012)

Nutné je omezení spotřeby potravin, které obsahují velké množství tuků a sacharidů, vyhýbat se slazeným nápojům. Všeobecně se doporučuje vyhýbat se vysokoenergetickým potravinám, které obsahují velké množství tuků a cukrů, ale jen velmi málo živin. Tyto typy potravin zvyšují riziko obezity a ta prokazatelně zvyšuje riziko rakoviny. Mezi vysoce energetické potraviny se řadí především čokoláda, sušenky, smažené brambůrky, ale také oblíbená jídla z fastfoodů, jako jsou hamburgery. Dále sem řadíme i ořechy, sezamová či slunečnicová semínka a rostlinné oleje. Posledně zmiňované potraviny jsou však významným zdrojem živin, a proto, jsou-li

součástí vyvážené stravy, nezpůsobí přírůstek tělesné hmotnosti. Pozor si musíme dát na slazené nápoje, a to i na šťávy z ovocných koncentrátů. (Dušek a kol., 2012)

Je důležité jíst různé druhy zeleniny, ovoce, celozrnného pečiva a luštěnin. Denně bychom měli konzumovat pět porcí z této skupiny. (Dušek a kol., 2012)

Existují důkazy o tom, že červené maso a uzeniny způsobují rakovinu tlustého střeva, proto je třeba omezit konzumaci červeného masa (hovězí, vepřové a skopové) a samozřejmě se vyhýbat uzeninám. Zatím nebylo přesně stanoveno množství těchto masných výrobků, které lze bezpečně konzumovat bez zvýšeného rizika. (Dušek a kol., 2012)

Také nadměrné požívání alkoholických nápojů člověku neprospívá. Je potřeba omezit užívání alkoholických nápojů. V roce 1997 bylo poprvé potvrzeno, že alkoholické nápoje zvyšují riziko vzniku rakoviny (hlavně tlustého střeva a prsu). I mírná konzumace alkoholu zvyšuje riziko rakoviny, ačkoliv některé studie naznačily, že malé dávky alkoholu mohou do jisté míry chránit před onemocněním kardiovaskulárního systému. Pro muže se doporučuje maximálně dvě skleničky denně, pro ženy jedna sklenička denně. (Dušek a kol., 2012)

Doporučuje se nekouřit. Výskyt nádorů tlustého střeva je u kuřáků v porovnání s nekuřáky dvojnásobný. (Altaner, 2008; Dušek a kol., 2012)

Je dobré omezit konzumaci slaných jídel a potravin konzervovaných pomocí soli. Při ochucování jídel se snažíme používat bylinky a koření. (Dušek a kol., 2012)

Nedoporučuje se používat potravinové doplňky s přesvědčením, že nás ochrání před rakovinou. Výzkumy ukazují, že užívání potravinových doplňků s vysokým obsahem vitamínů může zvyšovat riziko vzniku některých typů rakovin. Proto se doporučuje jíst vyváženou stravu bez vitamínových doplňků, i když pro některé skupiny lidí může být užívání potravinových doplňků vhodné. (Dušek a kol., 2012)

Tato doporučení byla publikována v roce 2007 a jsou založena na závěrech rozsáhlé studie Světového fondu pro výzkum rakoviny (World Cancer Research Fund). (Altaner, 2008; Dušek a kol., 2012)

1.3.2 Sekundární prevence kolorektálního karcinomu

Sekundární prevence je zaměřena na včasný záchyt zhoubných nádorů u bezpříznakových jedinců. V případě kolorektálního karcinomu se jedná o státem podporovanou akci. K odhalení nádoru v časném stádiu slouží poměrně jednoduchá zkouška na okultní krvácení do stolice (TOKS). (Mařatka, 2007)

Na celostátní úrovni se screening provádí již od 1. 7. 2000, kdy byl zahájen Národní program screeningu kolorektálního karcinomu v České republice s využitím guajakového testu na okultní krvácení do stolice. Tím jsme se stali po Německu druhou zemí na světě, kde byl zahájen tento screening. V roce 2007 byl screening kolorektálního karcinomu prováděn již v 19 z 27 zemí Evropské unie. (Zavoral a kol., 2009; Zavoral a kol., 2011)

Počátkem roku 2009 došlo k úpravě programu zavedením screeningové kolonoskopie a imunochemických TOKS. Asymptomatickým jedincům ve věku 50 až 54 let je nabídnut TOKS v jednoročním intervalu. Dále pak od věku 55 let je možnost opakovaný TOKS ve dvouletém intervalu, nebo jako alternativní metoda primární screeningová kolonoskopie, která se v intervalu deseti let opakuje. V případě pozitivivity TOKS je vždy indikována kolonoskopie. (Zavoral a kol., 2011)

Test na okultní krvácení do stolice je vydáván v ordinacích praktického lékaře pro dospělé, ale i u registrujících lékařů v oboru gynekologie a porodnictví. Kolonoskopie je pak prováděna na endoskopických pracovištích v celé České republice. Byla zde vytvořena síť center pro screeningovou kolonoskopii, která splňují kritéria a byla schválena Komisí pro screening kolorektálního karcinomu Ministerstva zdravotnictví. (Zavoral a kol., 2009)

1.3.2.1 Test na okultní krvácení do stolice

Test na okultní krvácení do stolice (TOKS anebo anglicky FOBT) je jednoduchý a zcela bezbolestný. Test na okultní krvácení do stolice je založen na skutečnosti, že většina kolorektálních karcinomů a větších adenomů (nad 1 cm v průměru) ztrácí u asymptomatických jedinců intermitentně do stolice malé množství krve, které lze tímto testem detekovat. (Zavoral a Ladmanová, 2001) V praxi obnáší tento test pouze

odběr vzorku stolice, ve kterém lze následně chemicky odhalit stopy krve, které jsou pouhým okem neviditelné. Test si provádí každý pacient sám doma. TOKS je pak vyhodnocen v laboratoři nebo přímo v ordinaci lékaře. Přítomnost krve ve stolici ještě nemusí prokazovat kolorektální karcinom. Pozitivní výsledek testu může poukazovat také na přítomnost polypů, Crohnovu nemoc či divertikulitidu. (Dušek a kol., 2013)

Existují tři druhy testů na okultní krvácení do stolice. Testy 1. generace, kam patří guajakové testy (gTOKS) tzv. Haemoculty. Toto jsou testy kvalitativní a jejich vyhodnocení je subjektivní, vizuální. Tyto testy, dle rozhodnutí komise pro kolorektální screening, by se již neměly od roku 2013 používat. Testy 2. generace jsou imunochemické testy (iTOKS). Mají dvakrát vyšší citlivost než guajakové testy. V České republice je široká nabídka tzv. rapid testů, které mají velmi rozdílný odběrový systém a tyto testy patří mezi kvalitativní vyšetření. K imunochemickým testům patří také i QuikRead FOB test od firmy Orion. Tento test je semikvantitativní, citlivost testu je nastavena magnetickou kartou. Testy 3. generace (qiTOKS) patří mezi kvantitativní vyšetření a analýza probíhá pomocí automatických moderních analyzátorů v laboratoři. Tyto testy jsou třikrát citlivější než guajakové testy a jsou nejnovější metodou detekce krve ve stolici. (Tomášek, 2012)

Základem guajakového testu je filtrační papír impregnovaný roztokem guajakové pryskyřice. Princip testu spočívá v aktivitě natráveného hemoglobinu, který po aplikaci alkoholového peroxidu vodíku přemění bezbarvou pryskyřici na oxidovanou formu, zbarví se do modra. Pro spolehlivost testu se doporučuje dodržovat určitá režimová opatření. Po tři dny před zahájením testu je nutno nejíst větší množství tmavého a syrového masa, zvláště pak tatarský biftek, jelita, krvavou tlačenu. Dále některé druhy zeleniny jako například květák, zelí, rajčata, křen, brokolici. Falešně pozitivní výsledek může způsobit i užití nesteroidních antirevmatik. Naopak falešně negativní výsledek způsobí větší množství vitamínu C (1g/den). Ten znemožní zmodránání testu, i když stolice krev obsahuje. (Zavoral a Ladmanová, 2001)

Princip fungování TOKS je od počátku založen na detekci hemoglobinu, proto bylo nutné eliminovat možnost falešně pozitivních výsledků, které byly způsobeny přítomností hemoglobinu obsaženého v potravě. Moderní testy typu iTOKS již tento

rozdíl dovedou rozpoznat, proto se u imunologického testu již žádná dieta nemusí držet. (Zavoral a Ladmanová, 2001)

Všeobecně by se testování nemělo provádět při menstruaci, ani při průjmu. Právě test na okultní krvácení ve stolici představuje základní minimum v sekundární prevenci, které pro sebe může každý v tomto směru udělat. (Dušek a kol., 2013)

1.3.2.2 Kolonoskopie

Kolonoskopie patří mezi základní vyšetřovací metody u podezření na kolorektální karcinom. Kolonoskopické vyšetření se provádí buď jako primární screeningová kolonoskopie nebo jako diagnostické opatření při pozitivním TOKS. Jde o endoskopické vyšetření tlustého střeva v celém jeho rozsahu. Při vyšetření se do zcela očištěného střeva zavádí flexibilní kolonoskop a insuluje se plyn. Tím se stává sliznice střeva lépe přehledná. (Mikšová a kol., 2006) Výhodou kolonoskopie je vizuální posouzení nálezu a možnost odběru bioptických vzorků k histologickému vyšetření, ale i možnost okamžitého odstranění polypů metodou endoskopické polypektomie. (Bortlík, 2007)

1.3.3 Terciární prevence kolorektálního karcinomu

Terciární prevence má za cíl zlepšit kvalitu života člověka již postiženého nemocí. U pacientů po radikální resekci kolorektálního karcinomu dochází k recidivě tumoru až ve 40 %. Proto sledování těchto pacientů je velmi důležité a cílem je včasná detekce recidiv. Pacienti jsou tudíž dispenzarizováni. Důležité je periodické sledování kolonoskopií a kontrola markerů (CEA). Ultrasonografií anebo kontrastní počítačovou tomografií se zjišťují metastázy do jater, RTG vyšetřením pak plicní metastázy. (Jablonská a kol., 2004)

Do terciární prevence spadá i psychoterapie, zvláště pak při založení kolostomie. Život nemocných se stomií se změní. Proto již před operací je nutné pacienta dostatečně informovat a připravit na možnost vyústění tlustého střeva na dutině břišní. Nemocnému se stomií je potřeba zdůraznit, že mohou žít dále plnohodnotný život. (Šebor, 2005)

1.4 Primární péče ve zdravotnictví

1.4.1 Síť zdravotnických služeb

Síť zdravotnických služeb je tvořena službami, které můžeme rozdělit na primární, sekundární a terciární. Primární zdravotnická péče je zdravotnická služba prvního kontaktu. Tuto péči poskytují praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, zubní lékaři a gynekologové. Sekundární zdravotnickou péči poskytují odborní lékaři v ambulantních ordinacích. Terciární péče pak představuje ústavní lůžkovou péči v nemocnicích, léčebnách a odborných ústavech. Tato péče vyžaduje vysokou odbornou náročnost diagnostických a terapeutických výkonů. (Janečková a Hnilicová, 2009)

Primární zdravotní péče je přímo dostupná obyvatelstvu. Tuto péči poskytují tzv. registrující lékaři. Každý občan má právo si svobodně vybrat lékaře a zaregistrovat se u něj. Postavení praktických lékařů ve zdravotnickém systému je klíčové. Měli by garantovat celostní přístup k pacientovi, provádět pravidelné preventivní prohlídky, poskytnout péči v případě akutního onemocnění. (Janečková a Hnilicová, 2009)

1.4.1.1 Prevence v ordinaci praktického lékaře pro dospělé

Prevence není zvláštním oborem medicíny, ale je součástí celkové lékařské péče. U poskytované péče praktickým lékařem to znamená, že kromě systematické preventivní činnosti může být každá návštěva příležitostí k prevenci. Při každém rozhovoru lékař hodnotí riziko onemocnění pacienta vztahované k problému, který pacient prezentuje. Jak narůstají možnosti moderní medicíny v léčbě nádorových onemocnění, tak roste odpovědnost sester a lékařů za včasné rozpoznání nádorů a jejich důležitá úloha v sekundární prevenci. Míra efektivity preventivních opatření závisí na postojích a vzájemné spolupráci pacientů a zdravotníků. V současné době zdravotní systém motivuje občany k prevenci tím, že jejich návštěva u lékaře při preventivní prohlídce je osvobozena od regulačních poplatků. (Seifert, 2008)

Pro preventivní prohlídky je potřeba vyhradit si čas v ordinaci a sladit práci lékaře a sestry. Výzvou pro praktické lékaře je skutečnost, že v současné době se preventivními prohlídkami pokrývá pouze 20 – 30 % populace. (Seifert, 2008)

Praktický lékař a sestra znají velmi dobře pacienta, jeho rodinu, anamnézu a prostředí, ve kterém pacient žije, proto mají nejlepší předpoklad pro individualizovanou prevenci a podporu zdraví. Lékař posuzuje rizikové faktory, které se mohou podílet na vzniku onemocnění. Hlavním zdrojem informací o rizikových faktorech je důkladně odebraná anamnéza jak rodinná, osobní, pracovní, kuřácká, alergologická, tak i sexuologická a u žen gynekologická. (Seifert, 2008)

Důležité je zapojení pacienta do prevence. Trpělivé vysvětlování podstaty preventivních opatření zvyšuje jeho ochotu spolupracovat a podporuje zájem o „sebepečí“. Ve zdravotní výchově pacientů je důležitým partnerem lékaře vzdělaná, motivovaná a spolupracující sestra. Sestra, dle požadavků lékaře, instruuje pacienty například o vhodných dietních opatřeních a pitném režimu. Prostor v čekárně lze využít k zavěšení různých edukačních plakátů, zaměřených proti kouření, nadváze i na nádorovou prevenci. Největší vliv na pacienta mají vlastní edukační materiály. Materiály podepsané lékařem a sestrou, kterým důvěřují, znamenají pro pacienta více, než anonymní brožury. (Seifert, 2008)

Praktický lékař a jeho sestra by měli být schopni pacientům vysvětlit význam cílených preventivních činností, například vyšetření kůže, vyšetření konečníku, vyšetření prsů, vyšetření stolice na skryté krvácení, vyšetření moči a jiné. Při preventivních prohlídkách by měli tato vyšetření také provádět. Praktičtí lékaři a sestry by měli informovat své pacienty, aby věnovali pozornost varovným známkám, které mnohdy mohou signalizovat onkologické onemocnění. Mezi takové varovné signály patří: nehojící se eflorescence na kůži, hmatné rezistence, neustupující chrapot či kašel, změny ve vyprazdňování moči nebo stolice, přítomnost krve ve stolici, neobvyklá bolest, nevysvětlitelný váhový úbytek, déletrvající zvýšená teplota, neobvyklé výtoky a poruchy polykání. Při preventivní prohlídce se lékař cíleně zaměřuje na možné projevy karcinomu prsu, kolorektálního karcinomu, karcinomu prostaty, karcinomu dutiny ústní, nádorů kůže, plicního karcinomu, nádoru děložního čípku a nádoru varlat. (Seifert, 2008)

Prevence v primární péči zahrnuje systematickou preventivní činnost, dispenzarizaci pacientů, intervence na podporu zdraví a očkování proti přenosným chorobám. (Seifert, 2008)

Systematickou preventivní činnost provádí praktický lékař formou komplexní preventivní prohlídky dle Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 183/2000 Sb. Tato vyhláška stanovuje obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek. Patří sem například doplnění anamnézy se zaměřením na změny a rizikové faktory. Především se klade důraz na výskyt nádorových onemocnění v rodinné anamnéze. Kontroluje se očkování proti tetanu. Povinnou součástí preventivní prohlídky je i onkologická prevence včetně vyšetření kůže, vyšetření per rektum, vyšetření varlat a prsou spolu s poučením o nutnosti a způsobu samovyšetření. U osob nad 40 let se provádí EKG vyšetření. Z laboratorních vyšetření pak vyšetření moče chemicky, vyšetření cholesterolu a triacylglycerolů, glykémie a u osob nad 50 let stanovení okultního krvácení ve stolici standardizovaným testem. U žen ve věku od 45 do 69 let praktický lékař ověřuje, zda byl v posledních dvou letech proveden mamografický screening. Pokud nebyl, pak indikuje toto vyšetření. (Seifert, 2008)

Dispenzární péče znamená aktivní preventivní vyhledávání, vyšetřování, pravidelné léčení a sledování osob s určitou nemocí nebo rizikovým znakem po dobu trvání nemoci nebo až do jejího vyléčení. Dále pak pravidelný lékařský dohled nad pacientem trpícím určitou chorobou například diabetem, hypertenzí, tuberkulózou, nádorem. Trvalé sledování umožňuje úpravu léčby podle aktuálního stavu a účinnější předcházení komplikacím. Součástí dispenzarizace bývá pravidelné zvaní pacienta na prohlídky. (Vokurka a Hugo, 2008)

V ordinaci lékaře se osvědčily příležitostné a krátké intervence. Jde o stručnou informaci o zdravotním problému, který sestra shledá u daného pacienta. Krátké intervence jsou pro pacienta dobře zapamatovatelné a je vhodné jejich opakování. Takovéto intervence se mohou uplatnit v oblasti boje proti kouření, dietního opatření, v oblasti k ovlivnění pohybové aktivity. O poskytnuté intervenci je důležité udělat záznam do dokumentace. (Seifert, 2008)

Významnou součástí práce praktického lékaře je očkování proti přenosným chorobám. Lékař systematicky kontroluje a provádí očkování proti tetanu, které je hrazeno z veřejných prostředků. Očkování proti chřipce je hrazeno jen u vybraných skupin obyvatelstva. V ordinaci praktického lékaře se provádí i řada jiných očkovaní, například očkování proti klíšťové encefalitidě a očkování proti hepatitidě A, B. (Seifert, 2008)

1.4.2 Role sestry v prevenci

Role sestry se v druhé polovině 20. století výrazně změnila. Vykonávat sesterskou práci dnes neznamená jen zajistit všechny ordinace lékaře a základní ošetrovatelskou péči, ale i pomáhat pacientům dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví. Sestra se tak postupně stala samostatným pracovníkem, který má nezastupitelné místo v péči o zdraví pacienta. Kompetence sester se rozšířily a očekává se od nich větší samostatnost a zodpovědnost. Moderní ošetrovatelství se orientuje na prevenci. Sestra v plánu péče o pacienta očekává i potenciální problémy a včasnou péčí jim předchází. (Prachtová, 2008)

Ve výchově ke zdraví, která je významnou součástí prevence, se sestry mohou mnohdy uplatnit více než lékaři. (Komárek, 2000) Důležitá role sestry je správná komunikace s pacientem. Při poskytování péče je mnoho příležitostí ke komunikaci a proto sestry musí být dobře připraveny odpovídat na otázky pacientů. (Linhartová, 2007)

1.4.2.1 Edukační proces v ošetrovatelství

Sestry zastávají různé role. Kromě ošetrovatelské role plní i úlohu asistentky lékaře, koordinátorky ošetrovatelské péče a v neposlední řadě působí i ve výchově a vzdělávání pacientů. Výchovu a vzdělávání pacientů nazýváme edukací. (Svěráková, 2012)

Edukační práce je důležitou součástí ošetrovatelské a léčebné péče. Významnou roli zde hrají medicínské poznatky, ale i pedagogika. Pedagogika je věda zkoumající podstatu výchovy a vzdělávání. (Svěráková, 2012)

Edukací ve zdravotnictví předcházíme nemoci, udržujeme či navracíme zdraví a přispíváme ke zkvalitnění života jedince. Významnou roli hraje edukace právě v prevenci. Edukace v ošetrovatelství tedy znamená výchovně vzdělávací činnost v rámci primární, sekundární a terciární prevence. (Juřeníková, 2010)

Smyslem edukačního procesu je vedení pacienta k osvojení si dovedností a k vytvoření nových postojů, které vedou k požadované změně chování. V ošetrovatelství jsou využívány poznatky z pedagogiky, psychologie, komunikace i andragogiky. (Svěráková, 2012)

Do základní činnosti zdravotníka spadá i výchova ke zdraví, která je součástí léčebně preventivní péče. Efektivní je pouze tehdy, když jde o činnost soustavnou a systematickou, cílenou na oblast zdravotní, psychologickou a sociální. (Čeledová a Čevela, 2010)

Správně edukovaný pacient přináší snížení nákladů na zdravotní péči, protože má aktivnější přístup k léčbě a lze předpokládat, že léčba bude kratší a úspěšnější. (Svěráková, 2012)

Edukační proces probíhá v pěti etapách. Etapa posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Pro první fázi posuzování je velmi důležitý sběr, třídění a analýza údajů o daném pacientovi. Nejlépe je, když potřeba edukace vychází jako vnitřní potřeba přímo od pacienta. Druhou fází je diagnostika, kdy stanovujeme edukační diagnózu. V primární prevenci se zaměřujeme na zdraví a změněné zdravotní návyky. Hlavním záměrem při třetí fázi plánování je vytvořit si edukační plán. Dle stanoveného cíle dosáhneme upevnění zdraví jedince. Cíle, které si sestra stanoví, nesmí mít formu zákazů, ale spíše doporučení. Ve čtvrté fázi dochází k realizaci učebního plánu. Sestra aplikuje svou teoretickou přípravu a praktické dovednosti. Úspěšná edukace by měla zlepšit pacientům kvalitu života, pomoci být soběstační, získat určité vědomosti a má i rozšířit poznatky pacientů o různých preventivních a léčebných zásadách. Poslední fáze edukačního procesu je vyhodnocení. Sestra hodnotí, jak a zda pacient změnil své chování a jednání. Sestra poskytuje pacientům pozitivní zpětnou vazbu, například pochvalou. Negativní zpětná vazba dokáže člověka od učení odradit. Je velmi důležité, aby si sestra uvědomila, že při péči o zdraví nestačí jen vědět, co nám

škodí, čemu se máme vyhýbat, ale hlavní je se orientovat na správné postoje, hodnoty. Špatně připravená a vedená edukace může mít pro pacienta iatrogenní účinek. Proto je důležité, aby sestra těmto komplikacím předcházela svou důkladnou a odbornou přípravou edukace. (Kuberová, 2010)

Edukační proces v ošetrovatelství je náplní práce všech zdravotníků, tudíž i sester. Tato edukace má zvýšit zdravotní uvědomění lidí. Tím se zlepší i spolupráce pacienta a dodržování režimu jeho léčby. Cílem edukace v ošetrovatelství je připravit jedince tak, aby se uměl správně rozhodnout v situacích, které ovlivňují jeho zdraví. Dále pak, aby si rozšiřoval vědomosti a utvářel si životní postoje. Sestra vždy musí posoudit, zda pacient nové informace a poznatky dobře pochopil. Je důležité lidi přesvědčit, aby převzali za své zdraví odpovědnost. To předpokládá změnu jejich myšlení i jednání. (Kuberová, 2010)

1.4.2.2 Role sestry v primární prevenci kolorektálního karcinomu

Primární prevence je zaměřena na omezení faktorů, které zvyšují riziko rozvoje nádoru. U primární prevence nádorového onemocnění to znamená především boj proti kouření, alkoholismu, znečišťování životního prostředí, dostatečný pohyb a zdravou stravu. (Otradovcová a Kubátová, 2006)

Hlavní rolí sestry v primární prevenci kolorektálního karcinomu je mobilizovat pacienta tak, aby se stal sám aktivním účastníkem v péči o svoje zdraví. (Prachtová, 2008) Výchova ke zdravému způsobu života patří mezi základy v primární prevenci kolorektálního karcinomu. Hlavním úkolem je ovlivnit stravovací návyky. V rozvinutých státech se složení stravy v posledních letech velmi změnilo. Celkově se zvýšil příjem tuků i sacharidů, a naopak se zmenšil podíl vlákniny ve stravě. (Švestka, 2008)

Pacient se má snažit co nejvíce omezit rizikové faktory a zvýšit a udržovat svou fyzickou a psychickou odolnost. To znamená najít si čas pro pravidelné kondiční cvičení, pro přiměřený odpočinek a dbát o zdravou výživu. (Otradovcová a Kubátová, 2006)

Zatím nemáme žádnou speciální dietu, která by bezpečně chránila před nádorovými chorobami, popřípadě aby zhoubný nádor vyléčila. Ale přesto sestra může pacientům uvést některé zásady, které je vhodné při výživě dodržovat. Hlavní zásadou je jíst vyváženou stravu. To znamená denně jíst všechny základní druhy živin (sacharidy, bílkoviny, tuky), dostatek vitamínů, minerálů a vlákniny. Je třeba dbát na dostatek ovoce a zeleniny. Vhodné jsou i ovocné a zeleninové šťávy. Pro prevenci kolorektálního karcinomu má velký význam dostatek vlákniny v potravě. Vláknina zabezpečuje dostatečně rychlý posun střevního obsahu a přitom na sebe váže některé látky, o nichž se domníváme, že přispívají k rozvoji karcinomu. Sestra by měla zdůraznit, že riziko rakoviny tlustého střeva zvyšuje obezita, přejídání cukry, kouření a nadměrná konzumace alkoholu. Naopak velmi prospěšné je pravidelné tělesné cvičení. Nemá se zapomínat ani na pití čisté vody a neslazených bylinkových čajů. (Otradovcová a Kubátová, 2006)

1.4.2.3 Role sestry v sekundární prevenci kolorektálního karcinomu

Screening kolorektálního karcinomu je založen na pravidelných testech okultního krvácení do stolice (TOKS) nebo na primární screeningové kolonoskopii. (Dušek a kol., 2012)

Test na okultní krvácení pacienti běžně dostanou u praktického lékaře pro dospělé a jeho provedení je zcela nenáročné, nebolestivé a neinvazivní. Úlohou sestry v sekundární prevenci kolorektálního karcinomu je vždy řádně vysvětlit pacientovi správné provedení TOKS. Bez správného postupu nelze spolehlivě vyhodnotit výsledek TOKS. (Mikšová a kol., 2006)

Při guajakovém testu (gTOKS) pacient tři dny před odběrem stolice dodržuje dietu. Sestra musí pacienta poučit, aby nejedl stravu, která obsahuje syrové maso a zeleninu s vysokým obsahem železa. Dále je třeba vynechat příjem vitamínu C, salicyláty a barbituráty. Doporučí pacientovi jíst více potravin s vlákninou. U žen se test provádí mimo období menstruace. K tomuto vyšetření slouží testovací souprava Hemocare či Haemoccult, kterou pacient dostane v ordinaci. Ta obsahuje tři psaníčka. Samotný odběr stolice provádí pacient sám doma. (Mikšová a kol., 2006)

Při zahájení vyšetření napíše pacient na zadní stranu psaníčka jméno, příjmení a datum odběru. Pak pacient otevře psaníčko na přední straně. Pomocí špachtle, která je přiložena k soupravě, pacient odebere vzorek stolice velikosti čočky a rozetře jej v levém orámovaném poli. Novou špachtlí pacient odebere z jiného místa druhý vzorek stolice a rozetře ho do prostředního pole. Opět novou špachtlí se nový vzorek stolice rozetře do pole vpravo. Psaníčko se zavře a uchovává se na místě, které je chráněno před světlem a teplem. V následujících dvou dnech (popřípadě při dvou následujících stolicích) pacient postupuje stejně u druhého i třetího psaníčka. Po odběru třetího vzorku pacient vloží všechna tři psaníčka do obálky a bezprostředně je donese do ordinace praktického lékaře k vyhodnocení. Zde sestra otevře psaníčko na zadní straně a kápne 1-2 kapky vyvíjecího činidla na každý vzorek stolice v testovacím políčku impregnovaném guajakem. Výsledek se odečítá po 30 sekundách až 5 minutách. Každé modré zbarvení vzorku nebo jeho okraje, i na jednom z devíti vzorků stolice, je třeba vyhodnotit jako pozitivní test. Nevznikne-li modré zbarvení na vzorku, sestra vyhodnotí test na přítomnost krve ve stolici jako negativní. (Kocna, 2011)

Imunochemickým testem na okultní krvácení (iTOKS) je například QuickRead FOB. Při tomto testu není třeba dodržovat žádnou dietu, úloha sestry spočívá ve vysvětlování postupu odběru stolice. Pacient otevře lahvičku. Krouživým pohybem odebere vzorek ze tří až šesti míst stolice pomocí tyčinky, ukotvené ve víčku lahvičky. Na tyčince musí ulpět vhodné množství stolice (asi velikosti kuličky černého pepře). Tyčinku vsune zpět do lahvičky a pečlivě uzavře víčko. Pak se důkladně promíchá vzorek v lahvičce s roztokem. Poté je třeba lahvičku donést do ordinace praktického lékaře, kde sestra vyhodnotí test. Dávkovačem odměří do kyvety 1 ml pufru a přidá dvě kapky vzorku. Kyvetu zavře víčkem s činidlem a vloží do přístroje pro měření – měří se blank. Poté sestra přidá činidlo, kyvetu vyndá z přístroje a důkladně promíchá. Po zvukovém signálu sestra vloží kyvetu zpět do přístroje. Za dvě minuty se objeví na displeji pozitivní nebo negativní výsledek vzorku. (Dušek a kol., 2013)

Jiné imunochemické testy se vyhodnocují na kazetě, která se vyjme z obalu. Pacient odebere vzorek stolice do odběrové zkumavky se stabilizujícím roztokem. Potom sestra z této zkumavky kápne tři kapky do kruhové jamky na testovací kazetě. Po pěti

minutách se odečítá výsledek. Jeden barevný proužek znamená negativní test, dva barevné proužky znamenají pozitivní test. (Dušek a kol., 2013)

K další roli sestry v ordinaci praktického lékaře v sekundární prevenci kolorektálního karcinomu patří příprava pacientů na kolonoskopii. (Bortlík, 2007)

Před kolonoskopií má sestra důležitý úkol. Musí pacientovi vysvětlit princip vyšetření, přípravu před a postup při vyšetření. Důležitá je i psychologická příprava. Sestra v ordinaci vysvětlí, že se jedná o vyšetření prováděné na specializovaném pracovišti. Kolonoskopie se provádí na levém boku a vyšetření vyžaduje dokonalou očistu tračníku. Nejčastěji se příprava dělá pomocí přípravku Fortrans. Pacient je sestrou poučen, že musí přípravu na kolonoskopii zahájit již týden před vlastním vyšetřením. Ze stravy vysadí potraviny s hrubými zbytky a vlákninou. Pokud užívá preparáty železa či preparáty ovlivňující motoriku trávicího ústrojí, vysadí je. Den před vyšetřením pacient lehce posnídá, k obědu může jen čistý vývar. V předvečer vyšetření musí pacient vypít projímavý nápoj, nejužívanější je Fortrans. Fortrans je prášek pro přípravu perorálního roztoku, je nejšetrnější a chuťově nejpříjemnější. Jeho nevýhodou je, že se ho musí vypít větší množství, přibližně 3 litry za 5 hodin. Je vhodné pacienta upozornit, že od okamžiku, kdy začne užívat laxativa, není dobré opouštět bezpečí domova, střeva se začnou velmi rychle čistit. Před vyšetřením se ještě pacient dostaví do ordinace praktického lékaře k odběru krve na hematologické vyšetření INR, aPTT. Před samotným vyšetřením se často aplikují tlumící léky, proto je nutný doprovod druhé osoby. Po kolonoskopii je pacientům jeden den doporučena šetrná dieta a omezení větší fyzické aktivity. (Mikšová a kol., 2006; Marková, 2006)

1.4.2.4 Role sestry v terciární prevenci kolorektálního karcinomu

Terciární prevence se týká lidí s prokázaným zhoubným nádorem, kteří se již podrobili léčbě. Cílem je obnovení funkce poškozených orgánů, návlek sebeobsluhy a návrat do běžného života. (Otradovcová a Kubátová, 2006)

Role sestry v terciární prevenci v ordinaci praktického lékaře spočívá v pomoci pacientovi porozumět hlavně problematice stomií. Vytvoření stomie představuje velký zásah do života pacienta. Musí se vyrovnat se závažnou chorobou, s operací a navíc

ještě zvládnout péči o stomii. K tomu se přidává obava o budoucnost, strach ze ztráty přátel, z možného omezení věnovat se oblíbeným zálibám a nemožnosti vést život jako před onemocněním. To vše nesmí sestra podceňovat a musí se snažit tyto problémy postupně řešit. Jinak hrozí ztráta sebevědomí, sebedůvěry a může vést až k izolaci, vyhledávání samoty. Nutnost založení stomie zaskočí každého člověka. Role sestry spočívá v tom, že usnadňuje pacientům vyrovnat se s touto skutečností. V dnešní době je možnost bohatého výběru pomůcek, což usnadňuje a zkvalitňuje stomikům život. Zde je důležité, aby sestra pomohla vybrat takové pomůcky, které pacientovi budou nejlépe vyhovovat, vhodná je spolupráce se stomickou sestrou. (Otradovcová a Kubátová, 2006)

Období adaptace na změnu života může trvat několik měsíců až let. Role sestry v terciární prevenci kolorektálního karcinomu spočívá v edukaci pacienta se stomií. Sestra v ordinaci spolupracuje i s rodinou, aby společně pomohli stomikům vrátit se plnohodnotně do života. V současné době lze stomikům zajistit život téměř bez omezení. (Zachová, 2011)

2 Cíle práce, hypotézy a výzkumná otázka

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit informovanost pacientů o prevenci KR-CA.

Cíl 2: Zmapovat úlohu sestry v prevenci KR-CA v ordinaci praktického lékaře pro dospělé.

2.2 Hypotézy

H1: Pacienti jsou informovaní o prevenci KR-CA.

H2: Informovanost respondentů o prevenci KR-CA se neliší podle pohlaví.

H3: Ve městě i na vesnici je stejná informovanost o prevenci KR-CA.

H4: Pacienti mají informace o prevenci KR-CA z ordinace praktického lékaře pro dospělé.

2.3 Výzkumná otázka

Výzkumná otázka: Jakou úlohu má sestra v prevenci KR-CA v ordinaci praktického lékaře pro dospělé?

3 Metodika práce

3.1 Použité metody

Pro zpracování bakalářské práce byly zvoleny dvě metody výzkumného šetření, kvantitativní a kvalitativní.

Sběr dat pro kvantitativní výzkumné šetření probíhal pomocí anonymního dotazníku, který byl určen pro pacienty od 50 let výše (příloha 1). Dotazník obsahoval celkem 16 otázek a byl sestaven na základě stanovených cílů a hypotéz. Čtyři otázky byly sociodemografické. Do dotazníku byly použity dvě otázky polouzavřené, ostatní otázky byly uzavřené.

Bylo rozdáno celkem 100 dotazníků, návratnost byla 95%. 9 dotazníků muselo být vyřazeno pro neúplné vyplnění. Pro výzkumné šetření bylo tedy použito 86 dotazníků, což představuje 100 % pro daný výzkum.

Výzkumné šetření proběhlo v červenci a srpnu 2013.

Pro vyhodnocení dotazníkového šetření byl použit program Microsoft Office Excel. Nejprve byla vytvořena datová matice, kde byly v řádcích zobrazené odpovědi všech 86 respondentů.

V hypotézách 1-3 byla hodnocena informovanost pacientů o prevenci KR-CA v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Míra informovanosti byla stanovena na základě odpovědí v dotazníku na otázky č. 7, 8, 9, 10, 11 a 13. Jednotlivé odpovědi na tyto otázky byly obodovány. Na otázky číslo 7, 8, 10, 11 a 13 při odpovědi ano respondent získal 2 body, spíše ano dostal 1 bod a při ostatních odpovědích nedostal respondent žádný bod. Na otázku číslo 9 při odpovědi ano získal respondent 1 bod, při odpovědi ne nebo odmítl jsem, nezískal respondent žádný bod. Maximální možný počet získaných bodů byl 11 a znamenal nejvyšší informovanost. U tabulek, kde jsou zpracované otázky, dle kterých byla hodnocena informovanost respondentů, jsme pro lepší přehlednost spojili kladné odpovědi (ano, spíše ano) a záporné odpovědi (ne, spíše ne). K těmto otázkám jsou přiřazeny grafy, kde můžeme vidět odpovědi respondentů rozdělené dle pohlaví a dle bydliště.

Zvolená hladina významnosti α byla vždy 5%. V testech výsledná procenta jsou nazývána dosažená hladina významnosti (p , pravděpodobnost).

K ověření hypotézy 1 byl zvolen t test jednovýběrový. Maximum dosažených bodů bylo 11. Námi zvolená hranice pro dostatečnou informovanost respondentů byla 7 bodů.

Pro ověření hypotéz 2 a 3 byl zvolen t test dvouvýběrový. K těmto stanoveným hypotézám se vztahují stejné otázky, které byly použité k ověření hypotézy 1, shodné bylo i jejich bodování. Maximum dosažených bodů bylo 11.

Ke stanovené hypotéze 4 se vztahuje polozavřená otázka číslo 5. U této otázky mohli respondenti označit více odpovědí. Platnost hypotézy byla testována pomocí chí kvadrát testu. Jako dostatečné informování pacientů o prevenci KR-CA v ordinaci praktického lékaře pro dospělé, byla v tomto testu stanovena hranice 90%.

Druhá použitá metoda výzkumného šetření byl kvalitativní výzkum. Sběr dat pro kvalitativní výzkum probíhal na základě strukturovaného rozhovoru (příloha 2), který se písemně zaznamenával. Rozhovory byly vedeny po předchozí domluvě přímo v ordinaci praktického lékaře po ordináční době nebo v soukromí. Respondentky vždy byly seznámeny s tématem bakalářské práce a byly ochotny zúčastnit se výzkumného šetření na dané téma. Rozhovor se skládal z 11 otevřených otázek, z toho čtyři otázky byly sociodemografické. Dvě otázky se zaměřily na primární prevenci KR-CA, dvě na sekundární a jedna na terciární prevenci. Dvě otázky se týkaly všeobecně prevence KR-CA. Výzkumné šetření proběhlo v červenci a srpnu 2013.

Získané údaje byly analyzovány metodou otevřeného kódování, která se také nazývá metoda papír a tužka. Švaříček a Šed'ová (2007) tuto metodu popisují jako univerzální a velmi efektivní způsob, jak analyzovat data. Při této metodě jsou data rozebrána a složena novým způsobem. Nejdříve byly v textu pojmy barevně odlišeny, následně analyzovány a vystihující slova byla zakódována. Seznam kódů je přiložen (příloha 3). Aby se kódy daly zpětně dohledat, jsou řádky analyzovaného textu očíslovány. Například S3/9 znamená, že sestra 3 se zmínila o dané podkategorii na řádku číslo 9.

Analýzou rozhovorů metodou otevřeného kódování vznikly čtyři kategorie. Primární prevence KR-CA, Sekundární prevence KR-CA, Imunochemický test na

okultní krvácení a Terciární prevence KR-CA. Všechny uvedené kategorie jsou podpořeny částečným či plným ocitováním výpovědí dotazovaných sester. Jednotlivé kategorie jsou zpracovány do přehledných schémat.

3.2 Charakteristika výzkumných souborů

Výzkumu se zúčastnily dva soubory respondentů. První výzkumný soubor tvořili pacienti z ordinace praktického lékaře pro dospělé, kterým bylo 50 a více let věku. Ve výzkumném šetření byli osloveni pacienti v pěti ordinacích ve třech městech: Hluboká nad Vltavou, Třeboň a Jindřichův Hradec.

Druhý výzkumný vzorek pro kvalitativní výzkum tvořilo pět sester pracujících v ordinaci praktického lékaře pro dospělé ve městech Hluboká nad Vltavou, Třeboň a Jindřichův Hradec.

Sociodemografické údaje respondentek jsou zaznamenány v tabulce 1.

Tabulka 1: Sociodemografické údaje sester

Respondentka	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5
Věk	39	70	34	46	55
Nejvyšší vzdělání	střední s maturitou	střední s maturitou	střední s maturitou	střední s maturitou	střední s maturitou
Praxe v ordinaci	20 let	32 let	1 rok	15 let	28 let
Celková praxe ve zdravotnictví	22 let	52 let	11 let	25 let	37 let

Věk respondentek se pohyboval od 34 let až po 70 let. Všechny sestry mají vystudovanou střední zdravotnickou školu s maturitou. Od 1 roku až po 32 let se pohybuje praxe respondentek v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Celkovou praxi ve zdravotnictví uvedly respondentky v rozmezí 11 až 52 let.

4 Výsledky

4.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku pomocí popisné statistiky

Čísla tabulek a grafů neodpovídají očíslovaným otázkám v dotaznících

Tabulka 2: Věk respondentů

	Četnosti	Procenta
50 - 59 let	20	23 %
60 - 69 let	30	35 %
70 - 79 let	24	28 %
80 a více let	12	14 %
Celkem	86	100 %

Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů bylo 20 (23 %) ve věku 50-59 let, nejčastěji zastoupená věková kategorie byla ve věku 60-69 let, celkem 30 (35 %) respondentů, 24 (28 %) respondentů bylo ve věku 70-79 a 12 (14 %) respondentů mělo 80 či více let.

Tabulka 3: Pohlaví respondentů

	Četnosti	Procenta
Žena	53	62 %
Muž	33	38 %
Celkem	86	100 %

Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů bylo 53 (62 %) žen a 33 (38 %) mužů.

Tabulka 4: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

	Četnosti	Procenta
Základní	9	10 %
Vyučení	27	32 %
Maturita	22	26 %
Vyšší odborné	9	10 %
Vysokoškolské	19	22 %
Celkem	86	100 %

Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů mělo 9 (10 %) základní vzdělání, 27 (32 %) bylo vyučeno, 22 (26 %) mělo maturitu, vyšší odborné vzdělání mělo 9 (10 %) respondentů a vysokoškolské vzdělání uvedlo 19 (22 %) respondentů.

Tabulka 5: Bydliště respondentů

	Četnosti	Procenta
Město	57	66 %
Vesnice	29	34 %
Celkem	86	100 %

Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů mělo bydliště ve městě 57 (66 %) a 29 (34 %) respondentů mělo bydliště na vesnici.

Tabulka 6: Informace o prevenci KR-CA

	Četnosti
Od praktického lékaře	69
Od sestry z ordinace PL	36
Z letáku z ordinace PL	20
Z internetu	13
Z televize	33
Nemám informace	6
Celkem	177

U této otázky měli respondenti možnost zaškrtnout více odpovědí. Od 86 respondentů jsme získali 177 odpovědí. Nejvíce, 69 respondentů uvedlo, že informace o prevenci KR-CA získali od lékaře v ordinaci. Informace od sestry z ordinace získalo 36 respondentů, z letáku 20, z internetu 13 a z televizního vysílání 33 respondentů. 6 respondentů odpovědělo, že nemají žádné informace o KR-CA.

Tabulka 7: Prevence KR-CA

	Četnosti
Zdravý životní styl	29
TOKS	73
Kolonoskopie	21
Nemám informace	6
Celkem	129

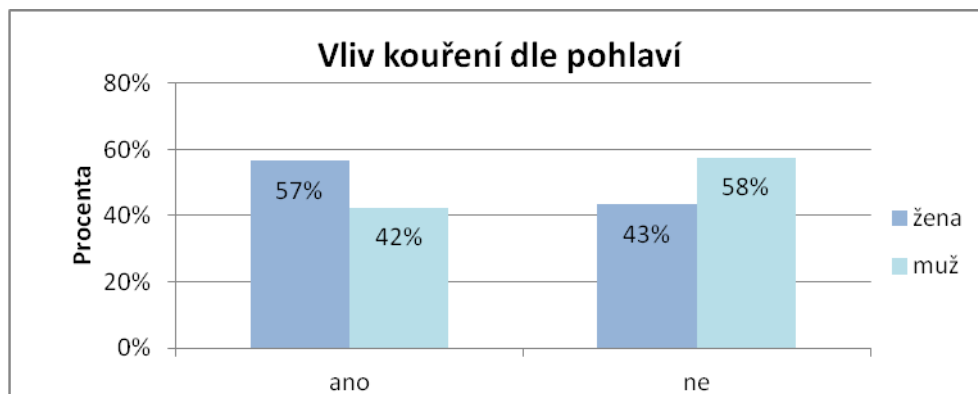
U této otázky měli respondenti možnost zaškrtnout více odpovědí. Z celkového počtu 86 respondentů jsme získali 129 odpovědí. Nejvíce respondentů (73) odpovědělo, že mezi informacemi o prevenci KR-CA byl TOKS, naopak nejméně respondenti byli informováni o kolonoskopii (21). 29 respondentů bylo informováno o zdravém životním stylu. 6 respondentů nedostalo žádné informace.

Tabulka 8: Vliv kouření na onemocnění KR-CA

	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta
ano	14	16 %	44	51 %
spíše ano	30	35 %		
spíše ne	32	37 %	42	49 %
ne	10	12 %		
Celkem	86	100 %	86	100 %

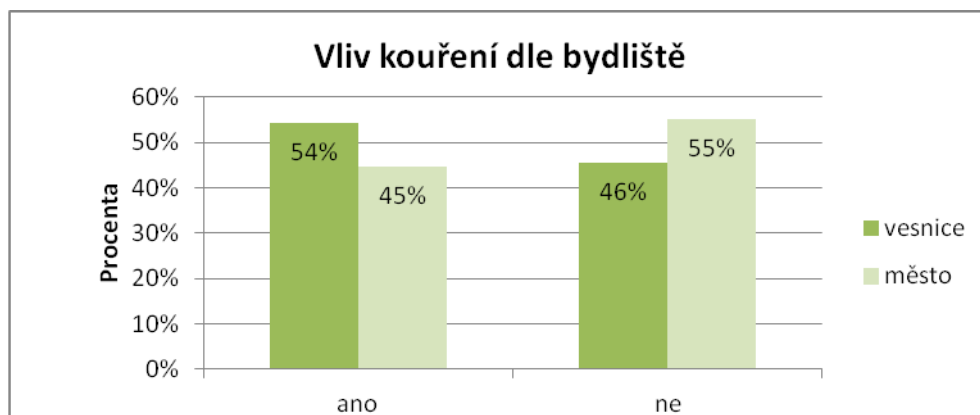
Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů se 14 (16 %) respondentů domnívá, že kouření má vliv na onemocnění KR-CA, spíše ano uvedlo 30 (35 %) respondentů, spíše ne 10 (37 %) respondentů a ne odpovědělo 10 (12 %) respondentů.

Graf 1: Vliv kouření na onemocnění KR-CA - rozdělení dle pohlaví



Graf znázorňuje, že z 53 žen (100 %) je 57 % informováno o vlivu kouření na vznik onemocnění KR-CA a 43 % respondentek se domnívá, že kouření nemá vliv na vznik tohoto onemocnění. Z 33 mužů (100 %) je informováno 42 % a 58 % vyjádřilo názor, že kouření nemá vliv na vznik onemocnění KR-CA.

Graf 2: Vliv kouření na onemocnění KR-CA - rozdělení dle bydliště



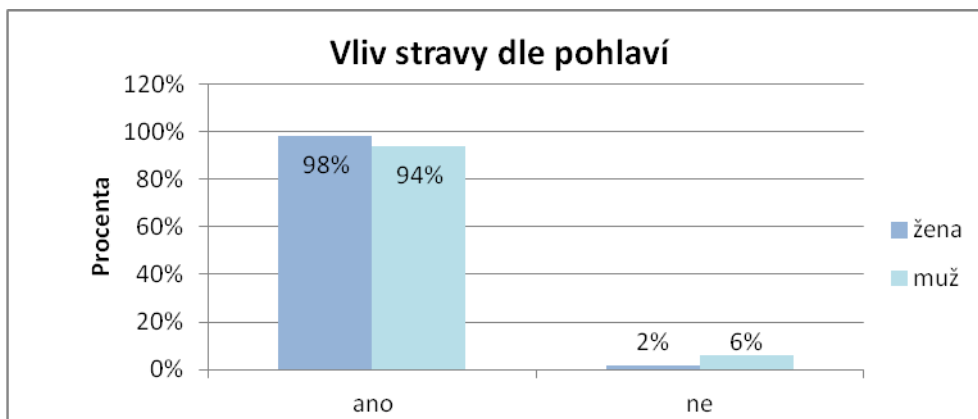
Z grafu vyplývá, že z 29 (100 %) respondentů žijících na vesnici je 54 % názoru, že kouření má vliv na vznik onemocnění KR-CA a 46 % se domnívá, že nikoliv. Z 57 respondentů žijících ve městě uvedlo 45 %, že kouření má vliv na vznik KR-CA a 55 % je opačného názoru.

Tabulka 9: Vliv stravy na onemocnění KR-CA

	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta
ano	59	69 %	83	97 %
spíše ano	24	28 %		
spíše ne	3	3 %	3	3 %
ne	0	0 %		
Celkem	86	100 %	86	100 %

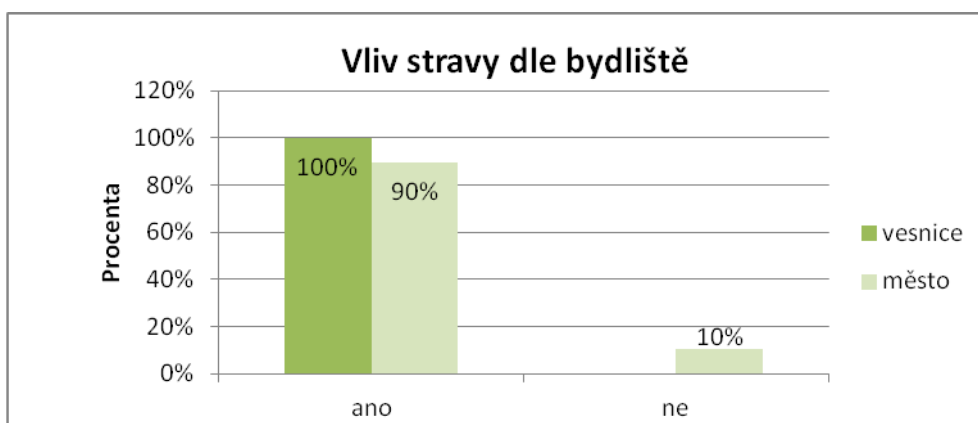
Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů, 59 (69 %) uvedlo, že strava má vliv na onemocnění KR-CA, spíše ano odpovědělo 24 (28 %) respondentů, spíše ne uvedli 3 (3 %) respondenti.

Graf 3: Vliv stravy na onemocnění KR-CA - rozdělení dle pohlaví



Z grafu vyplývá, že z 53 žen (100 %) je 98 % informováno o vlivu stravy na vznik onemocnění KR-CA a 2 % respondentek se domnívá, že strava nemá vliv na vznik tohoto onemocnění. Z 33 mužů (100 %) je informováno 94 % a 6 % vyjádřilo názor, že strava nemá vliv na vznik onemocnění KR-CA.

Graf 4: Vliv stravy na onemocnění KR-CA - rozdělení dle bydliště



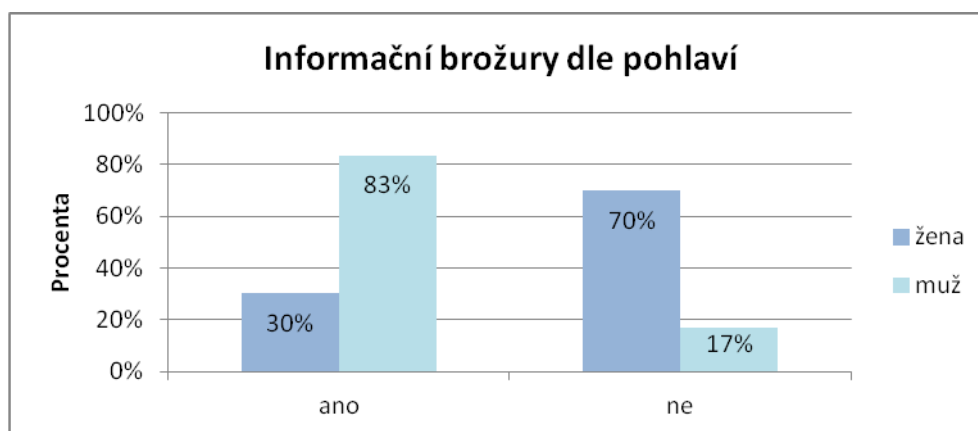
Graf znázorňuje, že všech 29 (100 %) respondentů žijících na vesnici je 100% informováno o vlivu stravy na vznik onemocnění KR-CA. Z 57 (100 %) respondentů žijících ve městě uvedlo 90 %, že strava má vliv na vznik KR-CA a 10 % je opačného názoru.

Tabulka 10: Dostupnost informačních brožur o prevenci KR-CA

	Četnosti	Procenta
Ano	26	30 %
Ne	57	67 %
Odmítl	3	3 %
Celkem	86	100 %

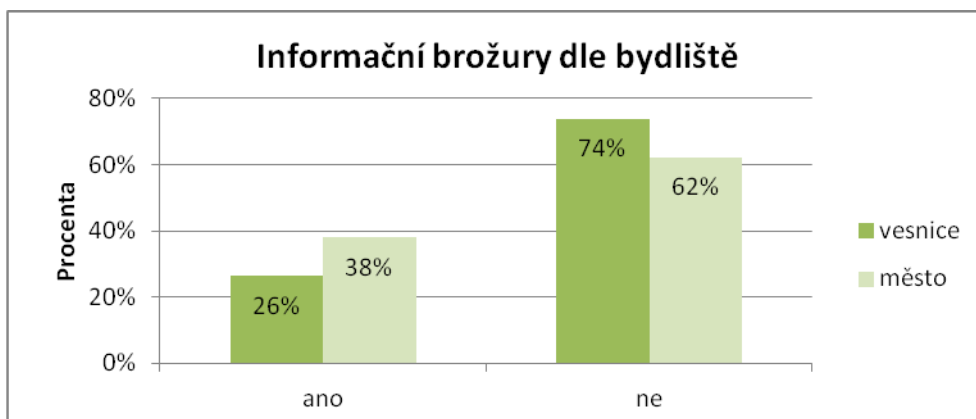
Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů 26 (30 %) odpovědělo, že v ordinaci praktického lékaře dostali letáky a informační brožury o prevenci KR-CA. 57 (67 %) respondentů nedostalo žádné informační brožury o prevenci KR-CA a 3 (3 %) respondenti brožury odmítli.

Graf 5: Dostupnost informačních brožur o prevenci KR-CA - rozdělení dle pohlaví



Tento graf ukazuje, že z 53 žen (100 %) jich 30 % dostalo informační brožury letáky o prevenci KR-CA a 70 % nikoliv. Z 33 mužů (100 %) dostalo informační brožury a letáky o prevenci KR-CA 83 %. Zbylých 17 % mužů tyto letáky nedostalo.

Graf 6: Dostupnost informačních brožur o prevenci KR-CA - rozdělení dle bydliště



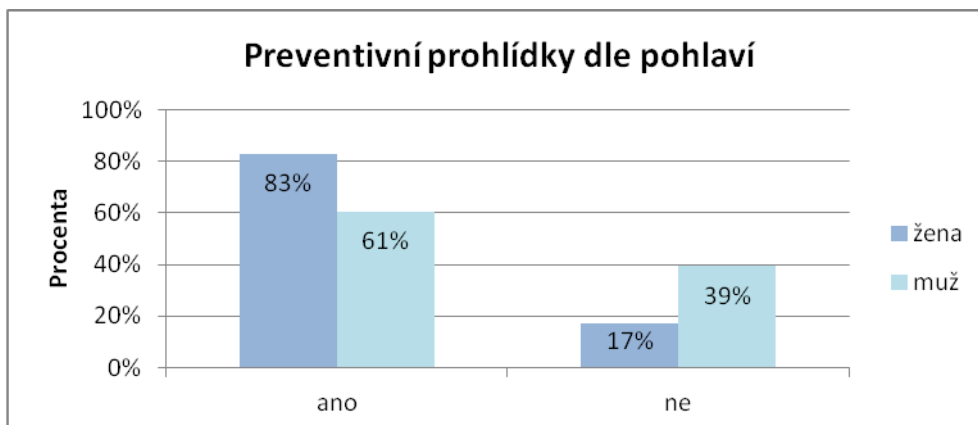
Graf znázorňuje, že z 29 (100 %) respondentů žijících na vesnici jich 26 % dostalo informační brožury a letáky o prevenci KR-CA a 74 % nikoliv. Z 57 (100 %) respondentů žijících ve městě, jich 38 % dostalo informační letáky o prevenci KR-CA 62 % letáky nedostalo.

Tabulka 11: Preventivní prohlídky

	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta
ano	26	30 %	64	74 %
spíše ano	38	44 %		
spíše ne	18	21 %	22	26 %
ne	4	5 %		
celkem	86	100 %	86	100 %

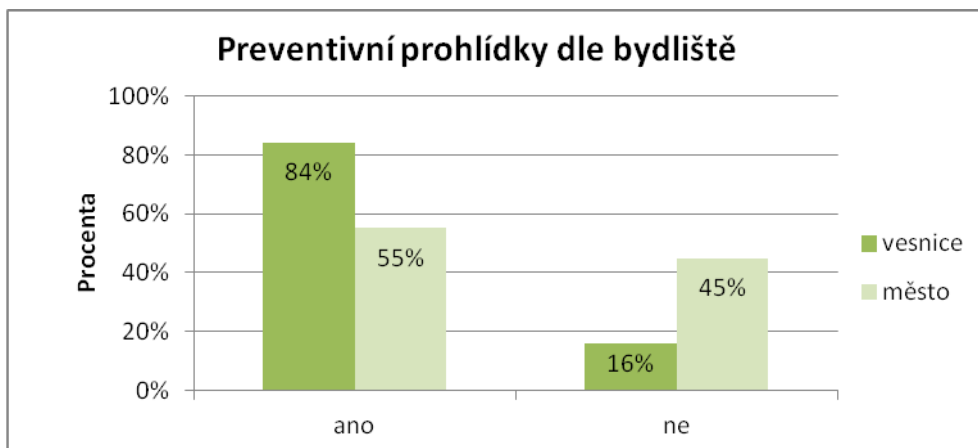
Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů jich 26 (30 %) uvedlo, že chodí na preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři, 38 (44 %) respondentů uvedlo spíše ano, 18 (21 %) respondentů odpovědělo spíše ne a 4 (5 %) respondenti uvedli, že na preventivní prohlídky nechodí.

Graf 7: Preventivní prohlídky - rozdělení dle pohlaví



Z grafu je patrné, že z 53 (100 %) žen chodí na preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři 83 %. Zbývajících 17 % žen na preventivní prohlídky nechodí. Z 33 (100 %) mužů chodí na preventivní prohlídky 61 % a 39 % nikoliv.

Graf 8: Preventivní prohlídky - rozdělení dle bydliště



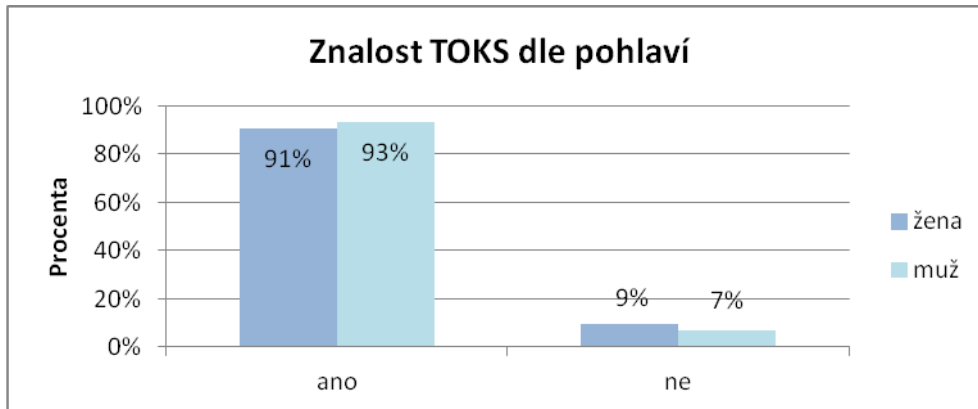
Tento graf nám ukazuje, že z 29 (100 %) respondentů žijících na vesnici chodí na preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři 84 % a 16 % respondentů na prohlídky nechodí. Z 57 (100 %) respondentů, kteří žijí ve městě, jich 55 % chodí na preventivní prohlídky a 45 % nikoliv.

Tabulka 12: Znalost TOKS

	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta
ano	58	67 %	75	87 %
spíše ano	17	20 %		
spíše ne	2	2 %	11	13 %
ne	9	11 %		
celkem	86	100 %	86	100 %

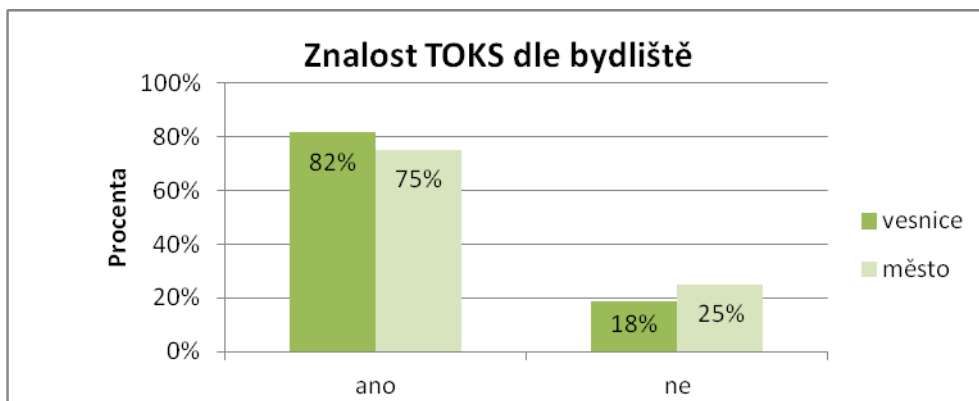
Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů 58 (67 %) respondentů uvedlo, že znají test na okultní krvácení do stolice, 17 (20 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 2 (2 %) uvedli spíše ne a 9 (11 %) respondentů označilo, že tento test nezná.

Graf 9: Znalost TOKS - rozdělení dle pohlaví



Graf znázorňuje, že z počtu 53 (100 %) žen, jich 91 % TOKS zná a 9 % ne. Z celkového počtu 33 (100 %) mužů jich 93 % test na okultní krvácení do stolice zná a 7 % nikoliv.

Graf 10: Znalost TOKS - rozdělení dle bydliště



Tento graf nám ukazuje, že z celkového počtu 29 (100 %) respondentů žijících na vesnici jich 82 % test na okultní krvácení do stolice zná, 18 % nikoliv. Z celkového počtu 57 (100 %) respondentů žijících ve městě uvedlo 75 %, že TOKS zná a 25 % zvolilo odpověď, že nezná TOKS.

Tabulka 13: Proveden TOKS

	Četnosti	Procenta
Ano	70	81 %
Ne	11	13 %
Nevím	5	6 %
Celkem	86	100 %

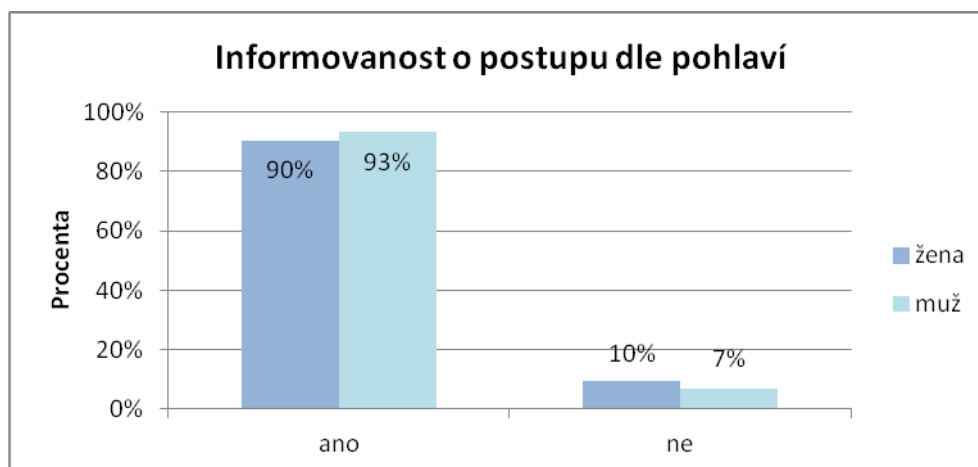
Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů 70 (81 %) uvedlo, že již někdy dělali test na okultní krvácení do stolice, 11 (13 %) respondentů odpovědělo, že ne. 5 (6 %) respondentů označilo odpověď nevím.

Tabulka 14: Informovanost o postupu TOKS

	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta
ano	62	72 %	74	86 %
spíše ano	12	14 %		
spíše ne	0	0 %	8	9 %
ne	8	9 %		
nevím	4	5 %	4	5 %
celkem	86	100 %	86	100 %

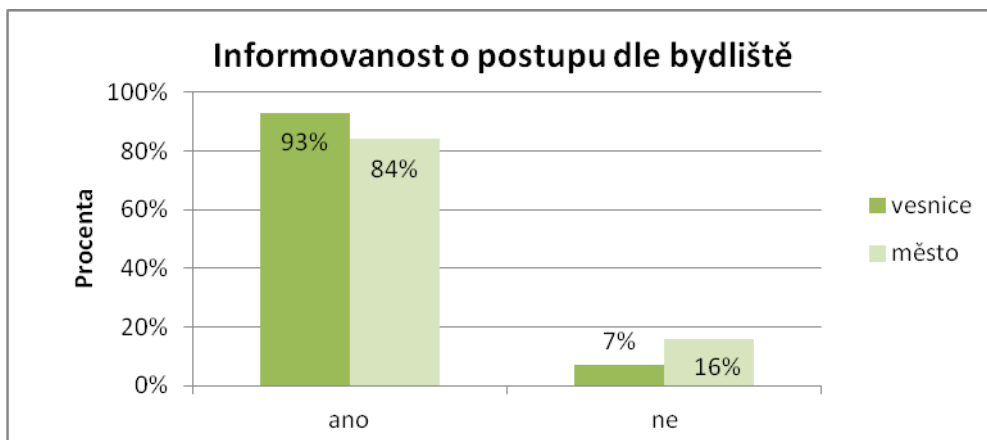
Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů 62 (72 %) bylo informováno o postupu jak provést test na okultní krvácení do stolice, 12 (14 %) odpovědělo spíše ano, 8 (9 %) respondentů uvedlo, že nedostali informace o postupu a 4 (5 %) respondenti nevědí.

Graf 11: Informovanost o postupu TOKS - rozdělení dle pohlaví



Na grafu můžeme vidět, že z celkového počtu 53 (100 %) žen bylo informováno o postupu jak provést TOKS 90 % a 10 % jich informováno nebylo. Z celkového počtu 33 (100 %) mužů jich bylo informováno 93 % a 7 % jich informováno nebylo.

Graf 12: Informovanost o postupu TOKS - rozdělení dle bydliště



Graf znázorňuje, že z celkového počtu 29 respondentů žijících na vesnici jich bylo informováno o postupu TOKS 93 %, 7 % nikoliv. Z celkového počtu 57 (100 %) respondentů žijících ve městě jich 84 % bylo informováno a 16 % respondentů informováno nebylo.

Tabulka 15: Informace o TOKS

	Četnosti	Procenta
Od praktického lékaře	14	16 %
Od sestry o ordinace PL	17	20 %
Od lékaře i sestry	42	49 %
Nevím	6	7 %
Nedostal informace	7	8 %
Celkem	86	100 %

Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů 14 (16 %) odpovědělo, že informace o testu na okultní krvácení do stolice dostali od praktického lékaře, 17 (20 %) uvedlo od sestry, 42 (49 %) tyto informace dostali od lékaře i od sestry, 6 (7 %) respondentů neví, zda informace dostali a 7 (8 %) respondentů odpovědělo, že informace o testu nedostali.

Tabulka 16: Srozumitelnost informací o TOKS

	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta
Ano	45	52 %	74	86 %
Spíše ano	29	34 %		
Spíše ne	1	1 %	2	2 %
Ne	1	1 %		
Nedostal informace o TOKS	10	12 %	10	12 %
Celkem	86	100 %	86	100 %

Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů odpovědělo 45 (52 %), že podané informace o TOKS pro ně byly srozumitelné, 29 (34 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 1 (1 %) označil spíše ne, 1 (1 %) respondent odpověděl ne.

Tabulka 17: Výsledek TOKS

	Četnosti	Procenta
Negativní	57	66 %
Pozitivní	10	12 %
Nevím	6	7 %
Neprováděl TOKS	13	15 %
Celkem	86	100 %

Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů 57 (66 %) uvedlo, že výsledek testu na okultní krvácení do stolice byl negativní, 10 (12 %) respondentů mělo pozitivní výsledek, 6 (7 %) respondentů nevědělo a 13 (15 %) respondentů odpovědělo, že test na okultní krvácení do stolice neprováděli.

4.2 Testování hypotéz

V hypotézách 1-3 byla hodnocena informovanost pacientů o prevenci KR-CA. Míra informovanost byla stanovena na základě odpovědí na otázky č. 7, 8, 9, 10, 11 a 13. Respondenti mohli za správnou variantu odpovědi získat 1 až 2 body, za špatnou 0 bodů. Maximální možný počet získaných bodů (= nejvyšší informovanost) byl 11.

Pro ověření stanovené hypotézy 1, že „Pacienti jsou informovaní o prevenci KR-CA“, byl zvolen t test jednovýběrový. Zvolená hranice pro informovanost respondentů byla stanovena na 7 bodů.

Tabulka 17: Informovanost respondentů o prevenci KR-CA

Informovanost	Průměr	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka	Dosažená hladina významnosti
Celkem	6,8	0	11	2,6	48,1 %

Dle tabulky je zřejmé, že průměrná informovanost respondentů o prevenci KR-CA dosahovala 6,8 bodů. Respondenti dosáhli od 0 bodů až po maximum 11 bodů. Směrodatná odchylka byla 2,6 bodů. V testu dosažená hladina významnosti byla 48,1%, tudíž **hypotéza 1 platí** ($p > 5 \%$), pacienti jsou informovaní o prevenci KR-CA.

Pro ověření hypotézy 2, že „Informovanost respondentů o prevenci KR-CA nezávisí na pohlaví“, byl zvolen t test dvouvýběrový.

Tabulka 18: Informovanost respondentů o prevenci KR-CA podle pohlaví

Informovanost	Průměr	Směrodatná odchylka	Dosažená hladina významnosti
Ženy	7,3	2,2	2,2 %
Muži	6,0	2,9	

Ženy získaly v průměru 7,3 bodů, směrodatná odchylka zde byla 2,2 bodů. Muži získali v průměru 6,0 bodů a směrodatná odchylka zde byla 2,9 bodů. Dosažená hladina významnosti byla 2,2 %, tudíž **hypotéza 2 se zamítá** ($p < 5 \%$). Platí, že informovanost respondentů se liší dle pohlaví. V tabulce můžeme vidět, že více informovány o prevenci KR-CA jsou ženy, které dosáhly v průměru 7,3 bodů z 11 možných.

Pro ověření stanovené hypotézy 3, že „Ve městě i na vesnici je stejná informovanost o prevenci KR-CA“, byl zvolen t test dvouvýběrový. 11 bodů bylo maximum, které respondenti mohli získat.

Tabulka 19: Informovanost respondentů o prevenci KR-CA podle bydliště

Informovanost	Průměr	Směrodatná odchylka	Dosažená hladina významnosti
Město	7,3	2,1	1,2 %
Vesnice	5,8	3,2	

Respondenti žijící ve městě v průměru získali 7,3 bodů a směrodatná odchylka zde byla 2,1 bodů. Respondenti žijící na vesnici získali v průměru 5,8 bodů, směrodatná odchylka zde byla 3,2 bodů. Dosažená hladina významnosti byla 1,2 %, tudíž **hypotéza 3 se zamítá** ($p < 5 \%$). Platí, že informovanost respondentů o prevenci KR-CA se dle bydliště liší. Jak je z tabulky patrné, vyšší informovanost o prevenci KR-CA je ve městě, kde respondenti dosáhli v průměru 7,3 bodů z 11 možných. Vyšší směrodatná odchylka u informovanosti respondentů z vesnice svědčí o větším rozptylu hodnot v porovnání s údaji respondentů z města.

Ke stanovené hypotéze 4 se vztahuje dotazníková otázka číslo 5. Platnost stanovené hypotézy 4, že „Pacienti mají informace o prevenci KR-CA z ordinace praktického lékaře pro dospělé“, byla testována pomocí chí kvadrát testu. Zastoupení respondentů, kteří získali informace v ordinaci, bylo z pohledu hypotézy H4 stanoveno na 90 %.

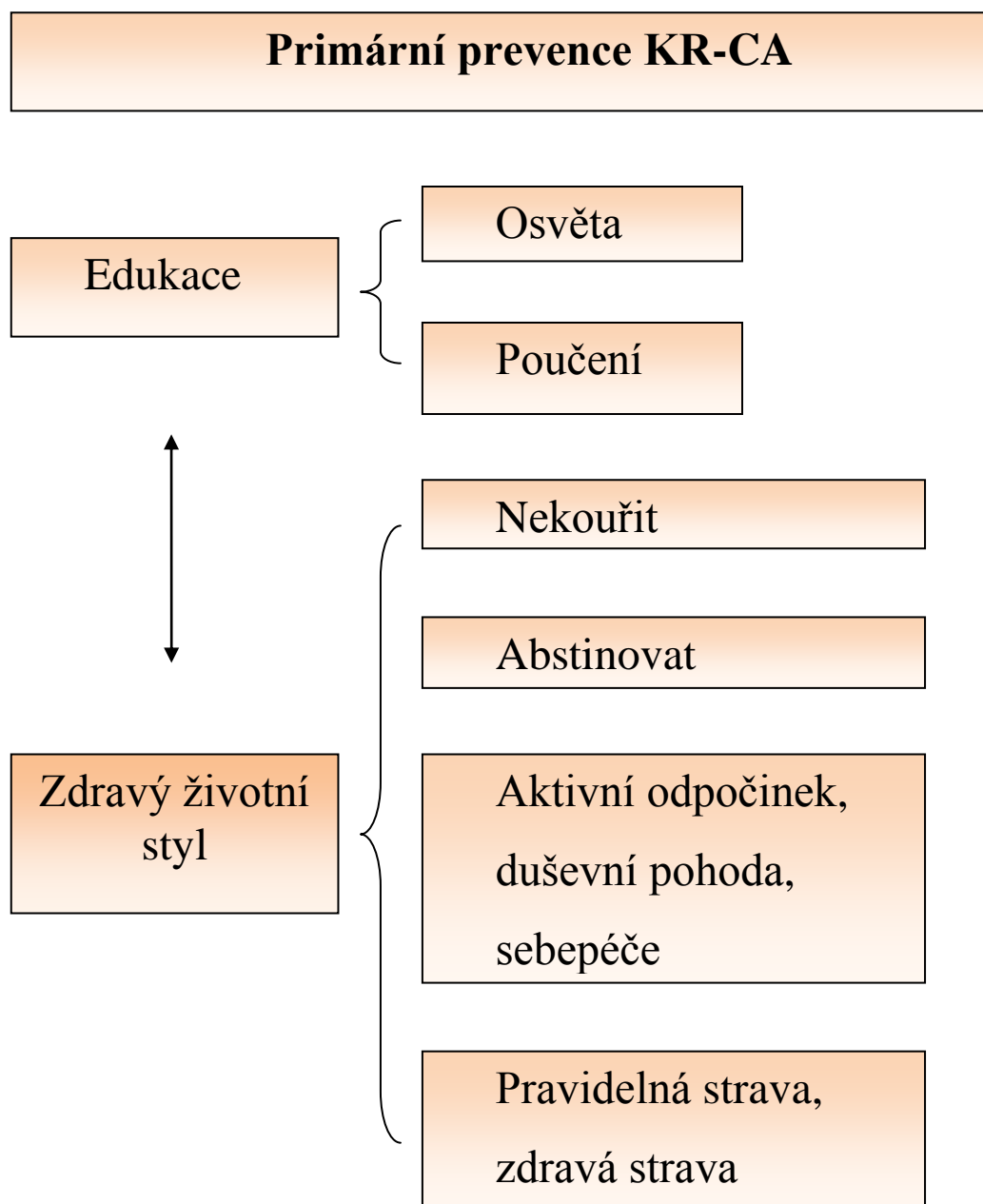
Tabulka 20: Informace z ordinace praktického lékaře pro dospělé

Informace z ordinace	Pozorované		Očekávané		Dosažená hladina významnosti
	četnosti	procenta	Četnosti	procenta	
Ano	77	89,5 %	77,4	90 %	88,6 %
Ne	9	10,5 %	8,6	10 %	
Celkem	86	100,0 %	86	100 %	

77 (89,5 %) respondentů uvedlo, že informace o prevenci KR-CA získalo v ordinaci praktického lékaře, a to buď přímo od lékaře, od sestry nebo z letáků v ordinaci. 9 (10,5 %) respondentů uvádí, že informace o prevenci KR-CA získali z internetu a televize, nebo tyto informace nemají vůbec. V chí kvadrát testu dosažená hladina významnosti byla 88,6 %, tudíž **hypotéza 4 je správná** ($p > 5 \%$), respondenti jsou informováni o prevenci KR-CA v ordinaci praktického lékaře pro dospělé.

4.3 Výsledky rozhovorů se sestrami z ordinace praktického lékaře

Schéma 1: Kategorie Primární prevence KR-CA



První kategorie je zaměřena na znalosti respondentek o primární prevenci kolorektálního karcinomu a její definování samotnými respondentkami. Tyto znalosti

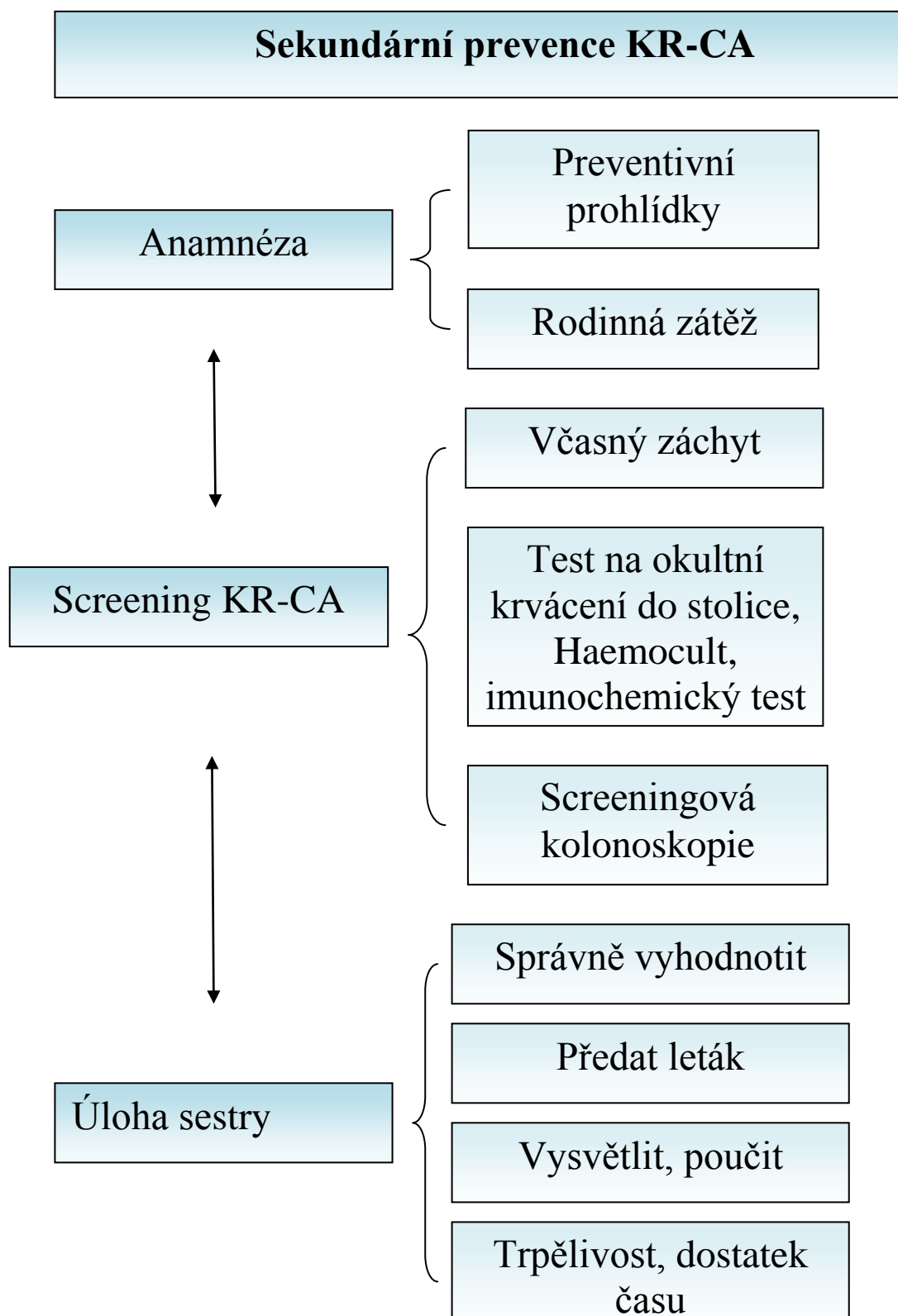
o primární prevenci KR-CA byly podrobeny analýze dat, ze kterých vznikly dvě podkategorie, edukace a zdravý životní styl. Do jednotlivých podkategorií byly zakódovány výrazy, kterými respondentky nejčastěji definovaly primární prevenci KR-CA. Uvedené kategorie jsou podpořeny citováním z výpovědí respondentek. Všechna získaná data jsou přehledně shrnuta do schématu 1.

Z rozhovorů vyplynulo, že respondentky mají všeobecné znalosti o prevenci KR-CA. Všechny respondentky ví, co spadá do zdravého životního stylu. Jen každá z respondentek tuto edukaci o správné životosprávě jinak nazývá: R2 provádí osvětu, R3 pacienty edukuje a R4 poučuje.

R1 uvádí: *„Zdravý životní styl znamená nekouřit, vyhýbat se většímu množství alkoholu, vynechat uzeniny. Naopak jíst více vlákniny a celozrnných potravin“* Pro R2 zdravý životní styl představuje: *„... pravidelná strava, to znamená vícekrát denně menší porce. Nekouřit a abstinovat.“* R3 vysvětluje: *„Zdravý životní styl znamená nekouřit, věnovat se tělocviku a pravidelně jíst menší dávky jídla alespoň 5x denně. Zařadit do jídelníčku hodně ovoce, zeleniny a ryby.“* R4 pohlíží na zdravý životní styl takto: *„... vynechat uzeniny, jíst více ovoce a zeleniny. Přestat kouřit, ale samozřejmě je lepší s tím vůbec nezačít. Více aktivního pohybu, pokud možno každý den.“* R5 definuje zdravý životní styl jako: *„... zdravá strava, pohyb na čerstvém vzduchu, důležitá je i jistá sebeděče. V neposlední řadě i duševní pohoda.“*

R2 zmiňuje v souvislosti se zdravým životním stylem: *„Sestra by měla umět o této prevenci hovořit s pacientem a předat mu i leták. To, aby si pacient vše mohl prostudovat doma v klidu. Stává se mi, že příště se k tomu pacient vrátí a má doplňující otázky.“* R3 vyjádřila názor: *„Zde hodně záleží na tom, kolik času věnujeme pacientovi, protože dobrá edukace nějaký ten čas zabere.“* R4 uvedla o primární prevenci: *„... na to moc času nezbyvá. Možná by to pomohla vyřešit nějaká dobrá brožura.“*

Schéma 2: Kategorie Sekundární prevence KR-CA

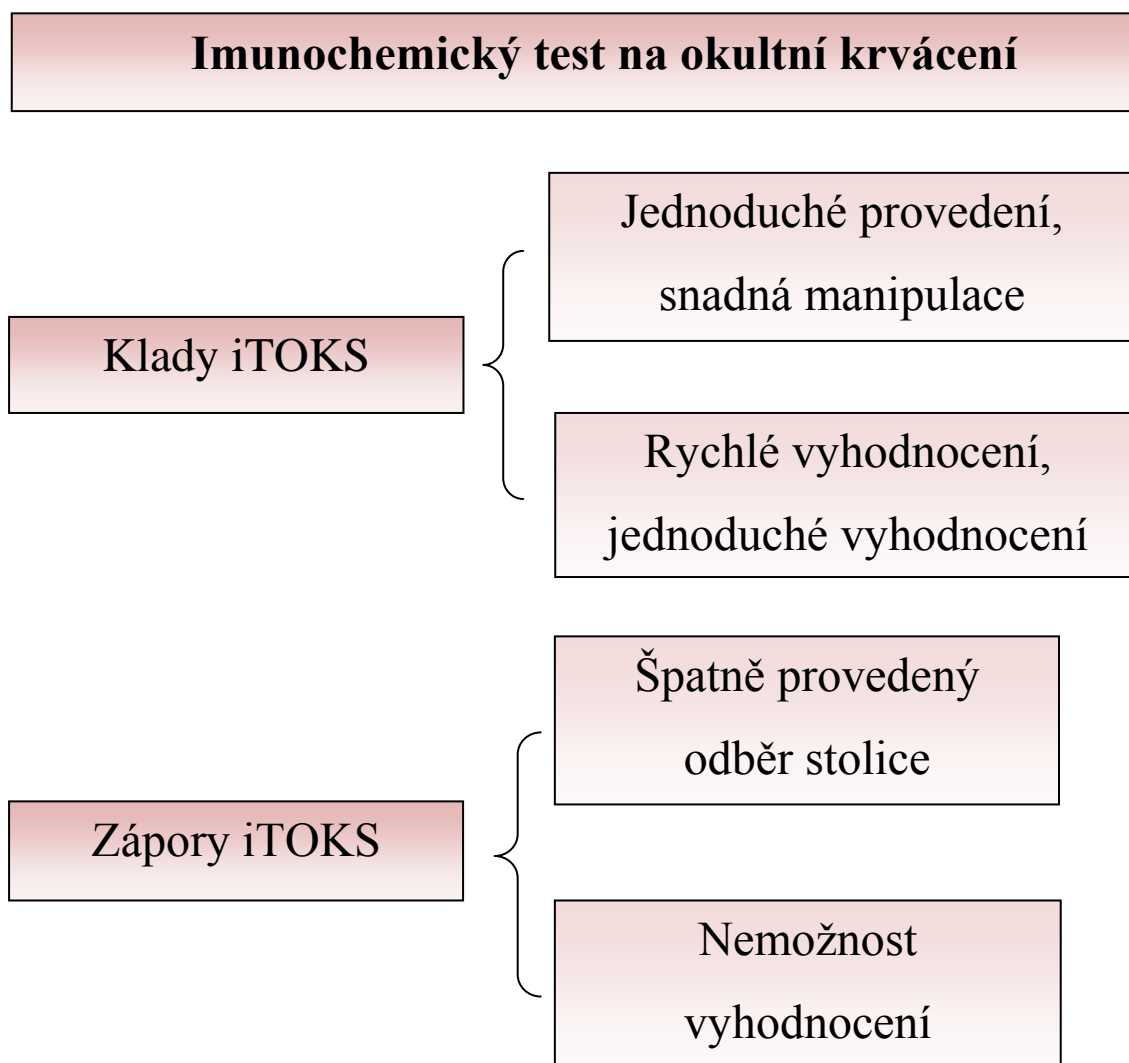


Druhá kategorie sekundární prevence KR-CA se zaměřila na znalosti respondentek v ordinaci praktického lékaře o sekundární prevenci v souvislosti s kolorektálním karcinomem. Tyto vědomosti respondentek byly podrobeny analýze dat a tím vznikly tři podkategorie: anamnéza, screening KR-CA a úloha sestry. K jednotlivým podkategoriím jsou přiřazena dle respondentek klíčová slova, která jsou v textu kódována. Všechna data jsou shrnuta v schématu 2.

Respondentky jsou dobře informovány o sekundární prevenci KR-CA a jejich hlavní úkol spočívá ve vysvětlení testu na okultní krvácení do stolice. Respondentky se shodují v důležitosti správného vysvětlení a vyhodnocení testu na okultní krvácení do stolice.

R1 o sekundární prevenci uvádí: „*Nejdůležitější v této prevenci je ... včasný záchyt onkologického onemocnění a prekanceróz, protože to zvyšuje naději na vyléčení.*“ Dle R2 je důležitá úloha sestry: „*... v důkladném poučení pacienta jak zacházet s testem na okultní krvácení a v pečlivém vyhodnocení testu. Důležité je udělat si čas na pacienta a v klidu mu vysvětlit, jak má tento test provést. To je někdy problém v naší ordinaci, v momentě, kdy se chci věnovat jednomu pacientovi delší dobu, tak klepají jiní pacienti či zvoní telefon.*“ R3 zdůrazňuje: „*Nejdůležitější je chodit pravidelně na preventivní prohlídky, při kterých vydáváme všem pacientům nad 50 let testy na okultní krvácení do stolice.*“ R4 považuje za nejdůležitější: „*U nás upozorňujeme naše pacienty hlavně ... na možnost provádět test na okultní krvácení či preventivní screeningovou kolonoskopii.*“ R5 specifikuje sekundární prevenci KR-CA takto: „*Tento screening spočívá v provedení testu na okultní krvácení či nově i screeningové kolonoskopie.*“

Schéma 3: Kategorie Imunochemický test na okultní krvácení



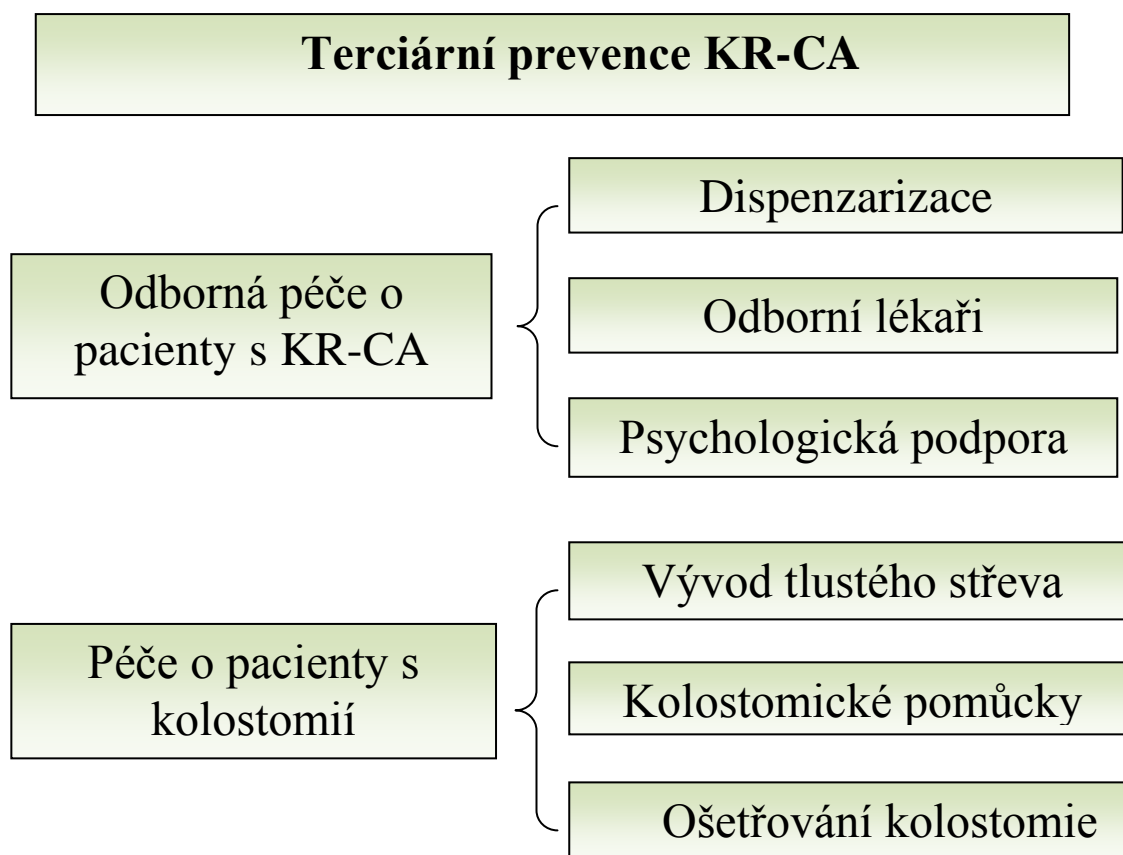
Třetí kategorií je Imunochemický test na okultní krvácení do stolice (iTOKS). Zde respondentky hodnotily imunochemický test na okultní krvácení do stolice, který používají ve své ordinaci z pohledu sestry i pacienta. Vznikly dvě podkategorie: klady iTOKS a zápory iTOKS. K těmto podkategoriím byla přiřazena zakódovaná vyjádření jednotlivých respondentek. Analyzovaná data jsou shrnuta v schématu 3.

Respondentky se zde shodly, že imunochemické testy jsou velmi jednoduché jak pro pacienta na provedení odběru vzorku stolice, tak i pro sestru na vyhodnocení testu.

Respondentky zmiňují, že názorně pacientům předvádějí manipulaci se zkumavkou. I přesto se shodují, že někdy pacient odběr stolice provede špatně a vzorek nelze vyhodnotit.

R1 k testu na okultní krvácení uvádí: „*Pečlivě pacientovi vysvětlím, jak má provést test. Také názorně předvedu manipulaci s tímto testem a předám leták, kde je vše popsáno. Někdy to chce velkou trpělivost, i tak se občas stane, že pacient provede odběr stolice špatně a není možné vzorek vyhodnotit.*“ R4 specifikuje, jak pacientům názorně předvádí manipulaci s testem: „*Máme zde jednu zkumavku na ukázkou, na které ukazují, kde to pacient má rozšroubovat a nabrat vzorek stolice...*“ R5 imunochemický test zhodnotila: „*Velmi snadno se vyhodnocuje a i pro pacienty je jednoduchý. I tak se najdou jedinci, kteří to popletou, pak musíme vydat nový test.*“

Schéma 4: Kategorie Terciární prevence KR-CA



Poslední kategorie Terciární prevence KR-CA je zaměřena na to, jak respondentky vnímají terciární prevenci KR-CA v ordinaci praktického lékaře pro dospělé a co pro ně znamená v praxi. Rozhovory respondentek byly podrobeny analýze dat. Z ní vyplynuly dvě podkategorie. První podkategorie: odborná péče o pacienty s KR-CA a druhá: péče o pacienty s kolostomií. K jednotlivým podkategoriím jsou přiřazena klíčová slova, která jsou v rozhovorech respondentek kódována. Všechna analyzovaná data jsou shrnuta ve Schématu 4.

Všechny respondentky shodně uvádějí, že pacienti s kolorektálním karcinomem jsou dispenzarizováni u odborných lékařů. V ordinaci praktického lékaře pacientům předepisují kolostomické pomůcky.

Na otázku: „V čem spočívá péče o Vaše pacienty s KR-CA“, S1 odpověděla: *„Tito pacienti jsou dispenzarizováni na onkologii a gastroenterologii. My zde píšeme pacientům pomůcky na kolostomii, tedy pokud je přítomna. Z nemocnice jsou již pacienti poučeni o ošetřování kolostomie, ale i zde jim můžeme ještě poradit. K nám přicházejí pravidelně k napsání pomůcek k této péči. To znamená, že předepisujeme sáčky, podložky, ale i pohlcovač zápachu, odstraňovač náplasti či ochrannou pastu a podobně.“* R2 uvádí: *„... tyto pacienty pak předáváme odborným lékařům, tam jsou sledováni.“* R3 zmiňuje: *„...jsou dispenzarizováni u gastroenterologa, kam chodí na pravidelné kontroly. K nám do ordinace chodí častěji ti pacienti, kteří mají udělaný vývod tlustého střeva. Zde jim předepisujeme pomůcky na ošetření stomie.“* R5 vidí terciární prevenci KR-CA takto: *„Naši pacienti s kolorektálním karcinomem jsou dispenzarizováni na onkologii a na gastru. My jim pak předepisujeme kolostomické pomůcky, jsou-li třeba. Vhodná je i psychologická podpora pacienta i rodiny.“*

5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá prevencí kolorektálního karcinomu v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Cílem výzkumné části práce bylo zjistit informovanost pacientů o prevenci KR-CA a zmapovat úlohu sestry v této prevenci v ordinaci praktického lékaře pro dospělé.

Prvním cílem bylo zjistit informovanost pacientů o prevenci KR-CA. Použili jsme kvantitativní výzkumné šetření formou anonymního dotazníku. Dotazník obsahoval celkem 16 otázek a byl určen pro pacienty nad 50 let věku. Pro sběr dat bylo osloveno celkem pět ordinací praktických lékařů pro dospělé. Z rozdaných 100 dotazníků bylo pro výzkumné šetření použito 86 dotazníků.

První čtyři otázky v dotazníku byly sociodemografické (Tabulka 2-5). Nejpočetnější skupinu (35 %) zastupovala kategorie respondentů ve věku 60 až 69 let, naopak nejméně zastoupená věková skupina respondentů byla 80 a více let (14%). Dotazník rozdaný v ordinacích praktického lékaře častěji vyplňovaly ženy (62 %) než muži (38 %). To není překvapující, je všeobecně známo, že ženy více pečují o své zdraví a častěji navštěvují ordinaci lékaře. Jako nejvyšší dosažené vzdělání respondenti nejvíce zmiňovali vyučení (32 %). Ve větší míře byli zastoupeni respondenti bydlící ve městě (66 %) než na vesnici (34 %).

Výzkumné šetření se zabývalo tím, kde respondenti získali informace o prevenci KR-CA (Tabulka 6). 69 respondentů uvedlo, že informace získali od praktického lékaře z ordinace a od sestry z ordinace získalo informace pouze 36 respondentů. Zde se nepotvrdil názor Komárka (2000) který uvádí, že v prevenci se sestry mohou uplatnit více než lékaři. Překvapilo mě, že 33 respondentů získalo informace o prevenci KR-CA z televize. Při zjišťování souvislostí jsem objevila spot, kde vystupují známí herci, a který upozorňuje na prevenci KR-CA. Tento spot připravila Nadace Dagmar a Václava Havlových VIZE 97 a je vysílán Českou televizí. Je patrné, že mezi respondenty je hodně pozorných diváků televizního vysílání.

Dále nás zajímalo, čeho se získané informace o prevenci KR-CA týkaly (Tabulka 7). 73 respondentů zmínilo TOKS a 21 respondentů označilo kolonoskopii. Tyto

výsledky je zajímavé porovnat s délkou trvání screeningu. Celostátní screening KR-CA s využitím TOKS existuje už od roku 2000, ale možnost primární screeningové kolonoskopie mají pacienti až od roku 2009. I přesto bychom očekávali u respondentů daleko větší znalost screeningové kolonoskopie a je škoda, že v ordinaci nejsou pacienti dostatečně poučeni o této možnosti sekundární prevence. Pouze 29 respondentů uvedlo, že byli informováni o zdravém životním stylu. Dle mého názoru je toto číslo velmi nízké. Předpokládala jsem, že primární prevence v ordinacích praktického lékaře funguje lépe. Zde by sestry mohly více informovat pacienty o primární prevenci, do které patří zdravá strava, tělesná aktivita i duševní hygiena. Konopásek (2008, s. 261) o životním stylu říká: „*Jde o preventivní opatření, která již máme plně ve vlastních rukou, a můžeme svobodně rozhodnout a zvolit své chování.*“ Ale aby se pacient mohl rozhodnout, zda bude dodržovat tato preventivní opatření, měl by mít informace o primární prevenci právě z ordinace praktického lékaře.

Je zarážející, že 6 respondentů nemá žádné informace o prevenci KR-CA. Domnívala jsem se, že to budou padesátiletí respondenti, pro které screening KR-CA právě začíná. Ale z dotazníků vyplynulo, že tito neinformovaní respondenti spadají do všech věkových skupin.

Předmětem zájmu byl i názor respondentů, zda kouření má vliv na vznik onemocnění KR-CA (Tabulka 8). Zde byly názory velmi vyrovnané. 51 % respondentů odpovědělo, že kouření vliv má a 49 % respondentů mělo opačný názor. Pokud jsme výsledky rozdělili dle pohlaví (Graf 1), lépe informované byly ženy. 57 % žen je toho názoru, že kouření má vliv na onemocnění KR-CA, u mužů to bylo jen 43 %. Při rozdělení výsledků vlivu kouření dle bydliště (Graf 2), nám o něco lépe vyšli respondenti bydlící na vesnici. 54 % respondentů žijící na vesnici je názoru, že kouření má vliv na vznik KR-CA, ve městě to bylo 46 %. Hurley (2013) v Kalifornii vedla dlouhodobou studii, která měla za úkol prozkoumat riziko kolorektálního karcinomu v souvislosti s kouřením. Výsledkem bylo až o 30 % zvýšené riziko vzniku KR-CA u kuřáků. Dlouhodobé kouření je tedy výrazným rizikovým faktorem pro vznik KR-CA. Mnozí pacienti si tento fakt neuvědomují, či nechtějí uvědomit. Škodlivost kouření mají pacienti možná spíše spojenou s dýchacím ústrojím než se zažívacím traktem. Je

důležité, aby i dlouholetí kuřáci byli informováni o vhodnosti přestat kouřit. Jak Konopásek (2008, s. 261) zmiňuje: „*S délkou nekuřáckého období totiž klesá riziko vzniku nádorové nemoci.*“

Výzkumné šetření nám potvrdilo dobrou informovanost respondentů o vlivu stravy na vznik KR-CA (Tabulka 9). Drtivá většina respondentů (97 %) je přesvědčena, že strava má vliv na vznik KR-CA. Po rozdělení odpovědí dle pohlaví (Graf 3) a bydliště (Graf 4), nebyly zjištěny žádné větší rozdíly. Až 100% informovanost je u respondentů žijících na vesnici. Je dobře, že respondenti jsou náležitě informováni a uvědomují si, že strava má vliv na onemocnění KR-CA. Zde se nabízejí nezodpovězené otázky a to, co si pod zdravou stravou pacienti vlastně představují a jak moc zásady zdravé výživy dodržují. Domnívám se, že většina lidí bude mít správnou představu o zdravé výživě, ale s jejím dodržováním to bude horší.

Předmětem zájmu bylo i to, zda respondenti dostali informační letáky a brožury o prevenci KR-CA v ordinaci praktického lékaře pro dospělé (Tabulka 10). Většina respondentů (67 %) letáky nedostala. Pokud ale respondenty rozdělíme dle pohlaví, zjistíme, že letáky dostalo 83 % mužů (Graf 5). To by naznačovalo, že sestry v ordinaci nabízejí letáky hlavně mužům, popřípadě si muži ochotněji letáky od sester berou. Je otázka, zda si respondenti tyto letáky někdy pročtou. Při rozdělení respondentů dle bydliště (Graf 6) nejsou žádné větší rozdíly.

Dále jsme zjišťovali, zda respondenti dochází na preventivní prohlídky k praktickému lékaři pro dospělé (Tabulka 11). Z výsledků vyplývá, že 74 % respondentů chodí na preventivní prohlídky a 26 % tyto preventivní prohlídky nenavštěvuje. Při rozdělení respondentů dle pohlaví (Graf 7), nám vyšlo, že na preventivní prohlídky chodí více ženy (83 %) než muži (63 %). Pro mne překvapivě absolvují preventivní prohlídky více respondenti bydlící na vesnici (84 %) než ve městě (55 %). Možná to svědčí o větším zaneprázdnění lidí žijících ve městě. Zde by si ale lidé měli uvědomit, co pro ně znamená zdraví. Vždyť prevence je to nejmenší, co pro sebe každý může udělat. Pacienti by se o své zdraví měli aktivně starat a jednou z možností je právě preventivní prohlídka. Preventivní prohlídku u praktického lékaře by měli pacienti absolvovat vždy jednou za dva roky. A to i v případě, když nemají

žádné zdravotní potíže. Preventivní prohlídky mají za cíl včasné zachycení choroby, a tím jistě i úsporu financí za léčbu v pokročilém stádiu. Tyto prohlídky jsou zcela dobrovolné a tak záleží na každém, zda se ke svému praktickému lékaři dostaví či ne.

Také nás zajímalo, zda respondenti znají test na okultní krvácení do stolice. (Tabulka 12). Výsledek byla 87% znalost tohoto testu a výrazné rozdíly nebyly při rozdělení respondentů dle pohlaví (Graf 9) ani dle bydliště (Graf 10).

Při zjišťování, zda respondenti prováděli test na okultní krvácení, 81 % odpovědělo ano (Tabulka 13). To je velice překvapující výsledek v porovnání s celostátním průměrem. Zavoral a kol. (2013a) uvádějí 23% průměrnou účast na screeningu KR-CA (v roce 2010). V našem výzkumu vysoký podíl provedených TOKS je jistě dán tím, že výzkum se prováděl přímo v ordinacích praktických lékařů pro dospělé. Z vlastní zkušenosti sestry u praktického lékaře vím, že lékaře zdaleka nenavštěvují všichni zaregistrovaní pacienti stejně často. Část pacientů navštěvuje praktického lékaře víceméně pravidelně, např. pro chronické onemocnění. Druhá část pacientů nenavštěvuje praktického lékaře vůbec a právě tyto pacienti nejsou podchyceni v screeningu KR-CA. Zde je jistě dobře, že od ledna 2014 funguje institut adresného zvaní pacientů. Hlavním cílem tohoto projektu je zvýšení účasti pacientů ve třech screeningových programech a tím zachytit onemocnění v raném stádiu. Projekt bude ukončen v polovině roku 2015. V České republice se preventivních screeningových vyšetření stále neúčastní dostatek pacientů. Kromě screeningu KR-CA sem patří i screening karcinomu prsu a screening karcinomu děložního hrdla. Dušek (2014) porovnává účast pacientů jednotlivých screeningových vyšetření. Dostupné údaje jsou z roku 2010. Screeningu karcinomu prsu se v České republice zúčastnilo 51 % cílové populace, screeningu rakoviny děložního čípku se zúčastnilo 55 % cílové populace. Ovšem účast pacientů ve screeningu kolorektálního karcinomu je v České republice dle Duška (2014) pouze 23%. Ve státech Evropské unie je však běžná účast na preventivních screeningových programech až 70%. Je otázkou, proč je v České republice tak nízká účast pacientů právě u kolorektálního screeningu. Myslím si, že adresné zvaní pacientů by mohlo vyřešit malou účast cílové populace právě v tomto screeningu. Ale zda tomu tak opravdu bude, na to si budeme muset počkat.

86 % respondentů uvedlo, že byli informováni o postupu TOKS (Tabulka 14). Ani zde nebyly zjištěny výraznější odchylky informovanosti dle pohlaví (Graf 11) ani dle bydliště (Graf 12). Zajímavé je, že právě 86 % respondentů uvedlo, že informace o postupu TOKS byly pro ně srozumitelné (Tabulka 16). To znamená, že pokud sestra či lékař informují o TOKS, tak informují pacienta srozumitelně.

Zajímá nás také výsledek provedeného TOKS, jaký respondenti uvedli v dotazníku (Tabulka 17). 66 % respondentů uvedlo, že mělo TOKS negativní, 12 % zmínilo výsledek TOKS pozitivní. Zde se náš údaj rozchází s celostátním průměrem. Jak Zavoral a kol. (2013a) uvádějí, průměrná pozitivita TOKS je v České republice 6%. Dle mého názoru je velmi důležité, jak pacientům sdělíme pozitivní výsledek testu. Pacientovi je třeba vysvětlit, že pozitivní test ještě neznamena přítomnost nádoru tlustého střeva. Je ale nutné, aby absolvoval kolonoskopické vyšetření, které upřesní zdroj krvácení. Často to bývá polyp, který je ihned endoskopicky odstraněn. Je s podivem, že 6 respondentů neví, jaký byl výsledek TOKS. Můžeme jen odhadovat negativní výsledek, protože po pozitivním TOKS následuje kolonoskopie a dle mého názoru na toto vyšetření pacient jen tak nezapomene. Může to být však způsobeno také vyšší věkovou skladbou respondentů, u kterých může být horší krátkodobá paměť.

Ke splnění prvního cíle, kdy jsme zjišťovali informovanost respondentů o prevenci KR-CA, jsme si stanovili čtyři hypotézy. Hypotéza 1 zněla: Respondenti jsou informováni o prevenci KR-CA. Pro ověření hypotézy 1 byl zvolen t test jednovýběrový. V testu dosažená hladina významnosti byla 48,1 % ($p > 5 \%$), tudíž hypotéza 1 platí, pacienti jsou dostatečně informováni o prevenci KR-CA (Tabulka 18). Informovanost se týká především sekundární prevence, zvláště pak TOKS, kde znalost byla téměř 90%. Ale primární prevence je často opomíjena. Informovanost respondentů o zdravém životním stylu je pouze třetinová.

Pro ověření hypotézy 2, která zní: Informovanost respondentů o prevenci KR-CA nezávisí na pohlaví, byl zvolen t test dvouvýběrový (Tabulka 19). Rozdílné výsledky nám ukazuje například Graf 1, kde vidíme, že ženy jsou více informovány o vlivu kouření na vznik KR-CA než muži. Naopak muži více dostávají informační brožury a letáky o KR-CA (Graf 5). Dosažená hladina významnosti v testu byla 2,2 %, tudíž

hypotéza 2 se zamítá ($p < 5 \%$). Platí, že informovanost respondentů o prevenci KR-CA se liší dle pohlaví, lépe jsou informovány ženy.

Hypotéza 3 zněla: Ve městě i na vesnici je stejná informovanost o prevenci KR-CA a byla opět testována t testem dvouvýběrovým. Dosažená hladina významnosti byla 1,2 %, tudíž se hypotéza 3 zamítá a platí, že informovanost respondentů o prevenci KR-CA se dle bydliště liší (Tabulka 20). Jak je z této tabulky patrné, vyšší informovanost měli respondenti bydlící ve městě. Je zajímavé, že u informovanosti byla vyšší směrodatná odchylka (3,2) u respondentů bydlících na vesnici. To svědčí o větším rozptylu hodnot, v porovnání s údaji respondentů z města.

Platnost stanovené hypotézy 4: Pacienti mají informace o prevenci KR-CA z ordinace praktického lékaře pro dospělé. Hypotéza byla testována pomocí chí kvadrát testu (Tabulka 21). V testu dosažená hladina významnosti byla 88,6 %, tudíž hypotéza 4 je správná ($p > 5 \%$), respondenti jsou informováni o prevenci KR-CA v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Informace dostávají především od praktického lékaře, ale i sestra zde má svou nezastupitelnou roli.

Kvantitativním výzkumem jsme zjistili, že respondenti v ordinaci praktického lékaře jsou informováni o prevenci KR-CA. Informace se týkají hlavně sekundární a terciární prevence. Nízká informovanost respondentů byla odhalena u prevence primární.

Druhým cílem bylo zmapovat úlohu sestry v prevenci KR-CA v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Bylo použito kvalitativní výzkumné šetření formou strukturovaného rozhovoru se sestrami. Pro sběr dat bylo osloveno celkem pět sester z ordinací praktického lékaře pro dospělé.

Věk respondentek se pohyboval od 34 až po 70 let věku. V délce praxe respondentek v ordinaci praktického lékaře byl poměrně velký rozptyl, od 1 roku po 32 let práce v ordinaci.

Analýzou rozhovorů vznikly čtyři kategorie: Primární prevence KR-CA, Sekundární prevence KR-CA, Imunochemický test na okultní krvácení a Terciární prevence KR-CA.

První kategorie Primární prevence KR-CA (Schéma 1) je zaměřena na znalosti respondentek o primární prevenci KR-CA v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že mají všeobecné znalosti o prevenci KR-CA. Vědí, co spadá do zdravého životního stylu, a umějí správnou životosprávu definovat. Každá ze sester uvádí, že informuje pacienty o správné životosprávě, pouze tuto činnost jinak nazývá: S2 provádí osvětu, S3 pacienty edukuje a S4 poučuje. Je ale otázka zda o primární prevenci KR-CA opravdu sestry pacienty edukují. V kvantitativním šetření bylo uvedeno pouze 29 odpovědí (Tabulka 7), že respondenti byli informováni o zdravém životním stylu. Například oproti informování o TOKS (73 odpovědí) je to značný pokles. Je nutné zvážit, zda respondentky odpovídaly pravdivě. Jelikož si sestry často stěžovaly na časovou tíseň při vysvětlování postupu TOKS pacientům, je pravděpodobné, že na edukaci o zdravém životním stylu jim mnohdy příliš času nezbyvá. A to je velká škoda. Například dle Duška (2012) je dobré připomenout pacientům, že primární prevence KR-CA je nejenom prevencí i pro jiná nádorová onemocnění, ale také má efekt proti nenádorovým nemocem, jako jsou nemoci srdce a cév, hypertenze, diabetes či obezita.

Druhá kategorie se nazývá Sekundární prevence KR-CA (Schéma 2). Všechny sestry považují za nejdůležitější v prevenci KR-CA právě prevenci sekundární. Preventivní prohlídky a pravidelné provádění TOKS znamenají včasný záchyt nádorového onemocnění v raném stádiu. A to je velmi důležité, protože dobrá prognóza takového onemocnění je mnohonásobně vyšší, než při zjištění onemocnění v pokročilém stádiu. KR-CA je v České republice druhým nejčastějším maligním onemocněním u mužů i u žen. Postihuje hlavně populaci nad 50 let věku. A proto je screeningový program KR-CA zaměřen právě na tyto pacienty. Trochu opomíjená je screeningová kolonoskopie. V kvantitativním šetření bylo pouze v 21 případech uvedeno, že byli respondenti informováni o této možnosti sekundární prevence KR-CA (Tabulka 7). Zavoral a kol. (2013a) zdůrazňují klíčovou úlohu sester ve screeningu, protože s nimi někteří pacienti navazují kontakt snadněji než s lékařem. A toho je třeba využít. Proto je důležité, aby sestry byly k účasti v screeningu motivovány a edukovány stejně jako lékaři.

Se sekundární prevencí souvisí i třetí kategorie s názvem Imunochemický test na okultní krvácení. Zde respondentky hodnotily TOKS z pohledu sestry, ale i z pohledu pacienta. Respondentky se shodly, že hlavní úloha sestry v prevenci KR-CA spočívá v důkladném poučení pacienta o tom, jak zacházet s testy na okultní krvácení. Připomněly i důležitost správně vyhodnotit vzorek. Dříve používané guajakové testy (gTOKS) se v ordinacích vyměnily za dvakrát citlivější imunochemické testy (iTOKS). Mezi klady iTOKS respondentky řadily jednoduchý postup pro pacienta při odběru stolice, snadnou manipulaci a rychlé vyhodnocení vzorku pro sestry. U záporů iTOKS respondentky zmiňovaly, že někdy pacient provede odběr stolice špatně a pak není možné vzorek správně vyhodnotit. Král a Seifert (2011, s. 36) specifikují úlohu sestry v prevenci takto: *„Pacientovi však nelze jen vydat test na okultní krvácení a vysvětlit mu, co s ním má technicky vzato dělat, ale je třeba v něm vzbudit aktivní zájem o tento způsob prevence a vysvětlit mu význam dodržování intervalu jednotlivých screeningových metod.“* Podle mého názoru se však toto v ordinaci mnohdy neděje. Při rozhovorech jsem nabyla dojmu, že se sestry opravdu snaží pacientům řádně vysvětlit postup provádění TOKS, ale tím jakoby úloha sester v prevenci skončila.

Poslední čtvrtá kategorie Terciární prevence KR-CA je zaměřena na to, jak vnímají tuto prevenci sestry v ordinacích praktického lékaře pro dospělé. Sestry shodně uvádějí, že pacienti s KR-CA jsou dispenzarizováni u odborných lékařů. Práce sester v ordinaci spočívá hlavně v péči o pacienty s kolostomií. Zde se sestry snaží pro pacienty vybrat vhodné stomické pomůcky jako sáčky a podložky, ale i prostředky na čištění, ošetřování a ochranu kůže. Dnes je již možnost velkého výběru stomických pomůcek. Jediným omezením jsou limity od pojišťoven, u kterých právě sestry v ordinaci musí hlídat, aby nebyly překročeny.

Závěrem bych chtěla zdůraznit, že bez aktivní účasti pacientů jsou screeningové programy zbytečné. A proto je důležité vést informační kampaň, která může upozornit každého z nás na nutnost péče o své zdraví.

6 Závěr

KR-CA představuje hlavně ve vyspělých zemích velký zdravotní problém. V České republice je to druhé nejčastější nádorové onemocnění u obou pohlaví. Předcházet KR-CA lze dodržováním zásad zdravé životosprávy a důsledným prováděním sekundární prevence. Rozhodující pro dobrou prognózu tohoto onemocnění je včasné odhalení krvácení do stolice, následné kolonoskopické vyšetření a včas zahájená adekvátní léčba.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost pacientů o prevenci KR-CA. Kvantitativní výzkumné šetření bylo určeno pro pacienty od 50 a více let věku. Pro splnění prvního cíle výzkumné práce jsme si stanovili čtyři hypotézy. První hypotéza zněla: „Pacienti jsou informovaní o prevenci KR-CA.“ Pro ověření této hypotézy byl zvolen t test jednovýběrový. V testu dosažená hladina významnosti byla 48,1 % (Tabulka 18), tudíž hypotéza 1 byla potvrzena ($p > 5 \%$). Pacienti jsou dostatečně informováni o prevenci KR-CA.

Druhá hypotéza předpokládala, že „Informovanost respondentů o prevenci KR-CA se neliší podle pohlaví.“ Pro ověření hypotézy 2 byl zvolen t test dvouvýběrový. Dosažená hladina významnosti byla 2,2 % (Tabulka 19), tudíž hypotéza 2 se zamítá ($p < 5 \%$) a platí, že informovanost respondentů se liší dle pohlaví. Více informované jsou ženy.

Třetí hypotéza měla potvrdit či vyvrátit tvrzení: „Ve městě i na vesnici je stejná informovanost o prevenci KR-CA.“ Pro ověření stanovené hypotézy byl použit t test dvouvýběrový. Dosažená hladina významnosti byla 1,2 % (Tabulka 20), tudíž se hypotéza 3 zamítá ($p < 5 \%$). Výzkum prokázal větší informovanost pacientů žijících ve městě.

Poslední čtvrtá hypotéza zněla: „Pacienti mají informace o prevenci KR-CA z ordinace praktického lékaře pro dospělé.“ Platnost hypotézy 4 byla testována pomocí chí kvadrát testu. Dosažená hladina významnosti byla 88,6 % (Tabulka 21). Výsledky výzkumu nám potvrzují správnost hypotézy 4 ($p > 5 \%$). Respondenti jsou informováni o prevenci KR-CA v ordinaci praktického lékaře, a to buď přímo od lékaře, od sestry nebo z letáků v ordinaci.

Druhým cílem bakalářské práce bylo zmapovat úlohu sestry v prevenci KR-CA v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Použili jsme kvalitativní výzkumné šetření, kterého se zúčastnilo pět sester z ordinací praktického lékaře. Ke splnění cíle jsme si stanovili výzkumnou otázku: „Jakou úlohu má sestra v prevenci KR-CA v ordinaci praktického lékaře pro dospělé?“ Analýzou rozhovorů metodou otevřeného kódování vznikly čtyři kategorie. Primární prevence KR-CA, Sekundární prevence KR-CA, Imunochemický test na okultní krvácení a Terciární prevence KR-CA. Sestra má velmi specifickou a důležitou úlohu v této prevenci. Účastní se primární, sekundární i terciární prevence KR-CA. Na základě výsledků šetření lze konstatovat, že sestry mají všeobecné znalosti z oblasti prevence KR-CA. Jen by tyto vědomosti měly více využívat k edukaci pacientů. Na primární prevenci se v ordinaci praktického lékaře často zapomíná. Přitom tato prevence je prevencí i mnoha jiných onemocnění. Sestry se soustředí na sekundární prevenci, především na TOKS. U terciární prevence sestry zmiňují hlavně péči o pacienty s kolostomií.

Z výzkumu vyplynulo, že ve screeningu KR-CA nejsou podchyceni pacienti, kteří navštěvují praktického lékaře jen velmi sporadicky. Proto je dobře, že se od ledna 2014 spouští projekt adresného zvaní pacientů. Po ukončení projektu adresného zvaní pacientů by tato bakalářská práce mohla být podnětem pro další výzkum zaměřený na účast pacientů v prevenci KR-CA.

Sestry by se měly aktivně zapojovat do prevence KR-CA. Výzkum prokázal potřebu motivovat sestry k provádění primární prevence pacientů, dále pak vytvořit dostatečný časový prostor pro tuto edukační činnost. Proto je výstupem této práce zpracování informačního letáku o primární prevenci civilizačních chorob, do které KR-CA jistě patří.

7 Seznam použitých zdrojů

ABRAHÁMOVÁ, Jitka, 2006. Zhoubné nádory trávicího ústrojí. In: VORLÍČEK, Jiří a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 203-210. ISBN 80-247-1716-6.

ALTANER, Čestmír, 2008. *Buněčná a molekulární biologie rakoviny*. 1. vyd. Praha: Radix, s. 32-33. ISBN 978-80-86031-85-9.

BORTLÍK, Martin, 2007. Kolorektální karcinom. In: LUKÁŠ, Karel, Aleš ŽÁK a kol. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 257-266. ISBN 978-802-4717-876.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 9-63. ISBN 978-802-4732-138.

ČIHÁK, Radomír a Miloš GRIM, 2002. *Anatomie 2*. 2. uprav. a dopl. vyd. Praha: Grada, s. 96-119. ISBN 80-247-0143-X.

DÍTĚ, Petr a kol., 2007. *Vnitřní lékařství: učebnice pro lékařské fakulty*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, s. 285-287. ISBN 978-80-7262-496-6.

DUŠEK, Ladislav a kol., 2012. *Kolorektum.cz – Program kolorektálního screeningu v České republice* [online]. Masarykova univerzita, Brno, [cit. 2012-12-9]. ISSN 1804-0888. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost--kolorektalni-karcinom--moznosti#primarni-prevence>

DUŠEK, Ladislav a kol., 2013. *Kolorektum.cz – Program kolorektálního screeningu v České republice* [online]. Masarykova univerzita, Brno, [cit. 2013-10-9]. ISSN 1804-0888. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--e-learning-prukaz-okultního-krvacení-ve-stolici-fobt-screening-krca>

DUŠEK, Ladislav a kol., 2014. *Kolorektum.cz – Program kolorektálního screeningu v České republice* [online]. Masarykova univerzita, Brno, [cit. 2014-02-14]. ISSN 1804-0888. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky&aid=327>

DYLEVSKÝ, Ivan, 2006. *Základy anatomie*. 1. vyd. Praha: Triton, s. 271. ISBN 80-7254-886-7.

ELIŠKOVÁ, Miloslava, 2009. Střevo – intestinum. In: NAŇKA, Ondřej a kol. *Přehled anatomie*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, s. 157-161. ISBN 978-80-7262-612-0.

HRUBÁ, Marcela, Lenka FORETOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2001. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, s. 5-7. ISBN 80-238-7618-X.

HURLEY, Susan, 2013. Risk of colorectal cancer associated with active smoking among female teachers. IN: *Cancer Causes & Control* [online]. Publisher Springer Netherlands, July 2013, Volume 24, Issue 7, pp 1291-1304, [cit. 2013-11-29]. ISSN 1573-7225. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10552-013-0207-z>

JABLONSKÁ, Markéta a kol., 2004. *Kolorektální karcinom: Časná diagnóza a prevence*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 146-156. ISBN 80-7169-777-X.

JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ, 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1 vyd. Praha: Portál, s. 146-156. ISBN 978-807-3675-929.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 11. ISBN 978-802-4721-712.

KOCNA, Petr, 2011. *Průkaz okultního krvácení ve stolici - FOBT - screening KRCA* [online]. Masarykova univerzita, Brno, [cit. 2013-10-15]. ISSN 1804-0888. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--e-learning--prukaz-okultního-krvacení-ve-stolici-fobt-screening-krca--guajakovy-test-gfobt>

KOMÁREK, Lumír, 2000. *Prevence nádorových onemocnění v primární péči*. 3. rozšířené a upravené vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, s. 1-6. ISBN 80-707-1155-8.

KONOPÁSEK, Bohoslav, 2008. Prevence v onkologii. In: FAIT, Tomáš, Michal VRABLÍK a Richard ČEŠKA a kol. *Preventivní medicína*. Praha: Maxdorf, s. 261. ISBN 978-807-3451-608.

KRÁL, Norbert a Bohumil SEIFERT, 2011. Screening kolorektálního karcinomu po roce 2009. In: *Medicína po promoci*. Praha: Medical tribune. Roč. 12, č. 1. s. 33-36. ISSN 1212-9445.

KUBEROVÁ, Helena, 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vyd. Překlad Dagmar Pilařová. Praha: Portál, s 21-36. ISBN 978-807-3676-841.

LINHARTOVÁ, Věra, 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 127-130. ISBN 978-802-4717-845.

MARKOVÁ, Marie, 2006. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 27. ISBN 80-7013-434-8.

MAŘATKA, Zdeněk, 2007. *Trávicí obtíže v lékařské praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, s. 94. ISBN 978-80-7262-472-0.

MIKŠOVÁ, Zdeňka a kol., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 2*. Aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada, s. 41. ISBN 80-247-1443-4.

OTRADOVCOVÁ, Iva a Lucie KUBÁTOVÁ, 2006. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén, 54 s. ISBN 8072624326.

PRACHTOVÁ, Radana, 2008. Prevence v primární péči. In: FAIT, Tomáš, Michal VRABLÍK a Richard ČEŠKA a kol. *Preventivní medicína*. Praha: Maxdorf, s. 459. ISBN 978-807-3451-608.

SEIFERT, Bohumil, 2008. Prevence v primární péči. In: FAIT, Tomáš, Michal VRABLÍK a Richard ČEŠKA a kol. *Preventivní medicína*. Praha: Maxdorf, s. 12-27. ISBN 978-807-3451-608.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, s. 7-46. ISBN 978-807-2628-452.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 240-244. ISBN 80-247-1148-6.

ŠEBOR, Jindřich, 2005. Chirurgie tlustého střeva a konečníku. In: VALENTA, Jiří, Jindřich ŠEBOR, Jiří MATĚJKA a Václav RUNT. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 2. dotisk 1. vyd. Praha: Karolinum, s. 112-122. ISBN 80-246-0644-5.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠVESTKA, Tomislav, 2008. Prevence v primární péči. In: FAIT, Tomáš, Michal VRABLÍK a Richard ČEŠKA a kol. *Preventivní medicína*. Praha: Maxdorf, s. 328-345. ISBN 978-807-3451-608.

TOMÁŠEK, Jiří, 2012. Diagnostika a léčba kolorektálního karcinomu. In: DUŠEK, Ladislav a kol. *Kolorektum.cz – Program kolorektálního screeningu v České republice* [online]. Masarykova univerzita, Brno, [cit. 2013-10-9]. ISSN 1804-0888. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--diagnostika-a-lecba-kolorektalniho-karcinomu>

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2008. *Velký lékařský slovník*. 8., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, s. 202. ISBN 978-807-3451-660.

VURM, Vladimír a kol., 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví: pro studující ZSF JU*. 1. vyd. Praha: Triton, s. 33. ISBN 978-80-7254-997-9.

VYHNÁLEK, František a kol., 2003. *Chirurgie. II, pro střední zdravotnické školy*. 2. přepracované vydání. Praha: Informatorium, s. 150-151. ISBN 80-7333-007-5.

ZACHOVÁ, Veronika, 2011. Stomik v ordinaci praktického lékaře. In: *Medicina pro praxi*. [online]. Roč. 8, č. 5 [cit. 2013-2-12]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/05/11.pdf>

ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol. 2008. *Inovované dodatky k vybraným kapitolám ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, s. 16-17. ISBN 978-80-246-1569-1.

ZAVORAL, Miroslav a Petra LADMANOVÁ, 2001. Kolorektální karcinom - screening a dispenzarizační programy. In: *Doporučené postupy pro praktické lékaře: Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP* [online]. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, [cit. 2013-02-04]. Dostupné z: <http://www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu>.

ZAVORAL, Miroslav a kol., 2009. *Skreening kolorektálního karcinomu v České republice*. Farmakoterapie [online]. Praha: Farmako Press. Roč. 5., s. 24-26, [cit. 2013-02-04]. ISSN 1801-1209. Dostupné z: <http://www.mojemedicina.cz/zhoubne-nadory-kolorekta/screening-kolorektalniho-karcinomu-v-ceske-republice/>

ZAVORAL, Miroslav, a kol., 2011. Screening, diagnostika a endosonografické vyšetření kolorektálního karcinomu. In: *XVIII. jihočeské onkologické dny, Český Krumlov, 13. - 15. října 2011*. Sborník přednášek: Diagnostika a léčba nádorů jícnu, žaludku a tlustého střeva. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2011, s. 4. ISBN 978-80-260-0192-8.

ZAVORAL, Miroslav, a kol., 2013a. Národní program screeningu sporadického kolorektálního karcinomu (KR-CA): vývoj, současnost, perspektiva. In: *Lékařské listy*. Praha: Ambit Media. Roč. 62, č. 1, s. 16-18. ISSN 0044-1996.

ZAVORAL, Miroslav, a kol., 2013b. Terapie kolorektálního karcinomu – přehledový článek. In: *Lékařské listy*. Praha: Ambit Media. Roč. 62, č. 6, s. 19-21. ISSN 0044-1996.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro pacienty

Příloha 2 Otázky k rozhovoru se sestrami

Příloha 3 CD - přepis rozhovorů se sestrami

Příloha 4 Seznam kódů

Příloha 5 Informační leták: Prevence civilizačních chorob

Příloha 1: Dotazník pro pacienty

Zdroj: vlastní

DOTAZNÍK PRO PACIENTY NAD 50 LET Z ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DOSPĚLÉ

Vážení pacienti,

jmenuji se Hana Tetíková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem „Úloha sestry v prevenci kolorektálního karcinomu v ordinaci praktického lékaře pro dospělé“.

Dotazník je anonymní a veškeré údaje budou použity pouze pro tuto práci. Děkuji Vám za ochotu, čas a poskytnuté informace. Vaše odpovědi, prosím, zaškrtněte.

Hana Tetíková

1. Jaký je Váš věk?
 - a) 50-59
 - b) 60-69
 - c) 70-79
 - d) 80 a více
2. Vaše pohlaví?
 - a) žena
 - b) muž
3. Uveďte, prosím, Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.
 - a) základní
 - b) vyučení bez maturity
 - c) maturita
 - d) vyšší odborné
 - e) vysokoškolské

4. Kde bydlíte?
- a) ve městě
 - b) na vesnici
5. Kde jste získal(a) informace o prevenci rakoviny tlustého střeva a konečníku?
(možno zaškrtnout i více odpovědí):
- a) od praktického lékaře
 - b) od sestry z ordinace praktického lékaře
 - c) z letáků, brožur z ordinace praktického lékaře
 - d) z internetu
 - e) z televize
 - f) jiný zdroj (doplňte)
 - g) nemám informace o této prevenci
6. Tyto informace o prevenci rakoviny tlustého střeva a konečníku se týkaly
(možno zaškrtnout i více odpovědí):
- a) zdravého životního stylu
 - b) testu na skryté krvácení
 - c) endoskopického vyšetření tlustého střeva
 - d) jiné informace (doplňte).....
 - e) žádné informace nemám
7. Domníváte se, že kouření má vliv na onemocnění rakovinou tlustého střeva a konečníku?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
8. Domníváte se, že strava má vliv na onemocnění rakovinou tlustého střeva a konečníku?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne

- d) ne
9. Dostal(a) jste v ordinaci praktického lékaře letáky či informační brožury o prevenci rakoviny tlustého střeva?
- a) ano
 - b) ne
 - c) odmítl(a) jsem
10. Chodíte na preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
11. Znáte test na skryté krvácení do stolice?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
12. Už jste někdy dělal(a) test na skryté krvácení do stolice?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
13. Byl(a) jste informován(a) v ordinaci praktického lékaře o postupu, jak provést test na skryté krvácení?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
 - e) nevím
14. Informace o testu na skryté krvácení do stolice jste dostal(a)
- a) od praktického lékaře
 - b) od sestry z ordinace praktického lékaře

- c) od lékaře i sestry v ordinaci praktického lékaře
- d) nevím
- e) nedostal(a) jsem informace v ordinaci praktického lékaře

15. Byly podané informace pro Vás srozumitelné?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nedostal(a) jsem informace

16. Jaký byl výsledek testu na skryté krvácení do stolice?

- a) negativní
- b) pozitivní
- c) nevím
- d) neprováděl(a) jsem test

Příloha 2: Otázky k rozhovoru se sestrami

Zdroj: vlastní

OTÁZKY PRO SESTRU PRACUJÍCÍ V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DOSPĚLÉ:

Otázky sociodemografické

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete v ordinaci praktického lékaře pro dospělé?
4. Jaká je celková délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

Otázky vztahující se všeobecně k prevenci KR-CA

5. Co považujete za nejdůležitější v prevenci KR-CA?
6. Jaká je úloha sestry v prevenci KR-CA?

Otázky vztahující se k primární prevenci KR-CA

7. Na jaké rizikové faktory KR-CA upozorňujete své pacienty?
8. Co si představujete pod pojmem „zdravý životní styl“ ve vztahu k prevenci KR-CA?

Otázky vztahující se k sekundární prevenci KR-CA

9. Jak vysvětlujete pacientovi test na okultní krvácení do stolice?
10. Jaký test na okultní krvácení používáte, guajakový nebo imunologický?

Otázka vztahující se k terciární prevenci KR-CA

11. V čem spočívá péče o Vaše pacienty s KR-CA?

Příloha 3: CD - přepis rozhovorů se sestrami

Zdroj: vlastní

Příloha 4: Seznam kódů

Zdroj: vlastní

Seznam kódů kategorie Primární prevence KR-CA:

Osvěta: S2/2

Poučení: R2/6, R3/4, R4/9, R5/1

Nekouřit: R1/8, R2/9, R3/10, R4/12

Abstinovat: R1/8, R2/10

Aktivní odpočinek: R2/6, R3/10, R4/12, R5/9, R5/10

Duševní pohoda: R5/10

Sebepéče: R5/10

Pravidelná strava: R2/9, R3/10,

Zdravá strava: R1/9, R2/7, R3/11, R4/11, R5/9

Seznam kódů kategorie Sekundární prevence KR-CA:

Preventivní prohlídky: R3/1

Rodinná zátěž: R1/5

Včasný záchyt: R1/1, R3/9

Test na okultní krvácení: R1/3, R2/1, R3/2, R4/2, R4/5, R4/8, R5/3, R5/5

Haemocult: R2/1, R2/14, R4/17, R5/14

Imunochemický test: R1/13, R2/13, R3/16, R4/17, R5/14

Sreeningová kolonoskopie: R4/8, R5/3

Vysvětlit: R1/10, R3/12, R4/3

Názorně předvést: R1/10, R2/11, R4/14, R5/11

Předat leták: R1/11

Trpělivost: R1/11,

Dostatek času: R4/4, R5/5

Správně vyhodnotit: R1/12, R2/14, R3/17, R4/18, R5/6

Seznam kódů kategorie Imunochemický test na okultní krvácení:

Jednoduché provedení: R2/13, R3/17, R4/15, R5/11, R5/16

Snadná manipulace: R1/14, R4/18

Rychlé vyhodnocení: R1/15, R3/17, R4/18, R5/16

Jednoduché vyhodnocení: R2/14, R3/17, R4/17, R5/16

Špatně provedený odběr stolice: R1/12, R2/12, R4/16

Nemožnost vyhodnocení: R1/12, R5/17

Seznam kódů kategorie Terciární prevence KR-CA:

Dispenzarizace: R1/16, R3/18, R4/21, R5/18

Odborní lékaři: R2/18, R4/19

Psychologické podpora: R5/20

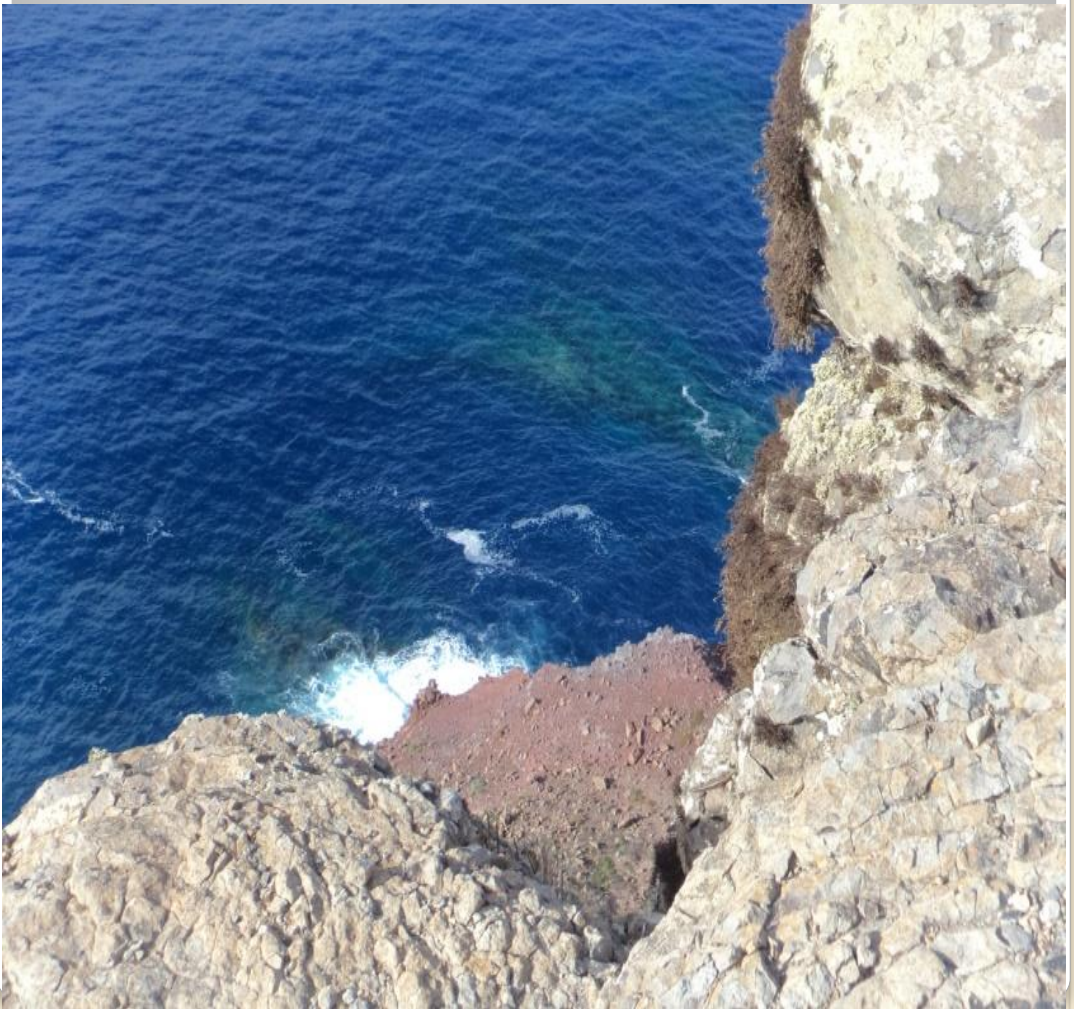
Vývod tlustého střeva: R3/19

Kolostomické pomůcky: R1/17, R1/19, R3/20, R5/19

Ošetřování kolostomie: R1/18

Prevence civilizačních chorob

„Zdravý člověk má mnoho přání, nemocný jen jedno.“
Indické přísloví



Civilizační choroby?

Malý test na začátek

- Jíte nepravdělně? Přejídáte se?
- Často navštěvujete tzv. fast food?
- Málo nebo špatně spíte?
- Máte v práci stres?
- Zelenina a ovoce Vám nechutná?
- Trávíte více než 2 hodiny denně u TV?
- Kouříte? Pijete alkohol?
- Máte nějaké to kilo navíc?

Pokud alespoň na tři otázky jste odpověděli ano, pak čtěte dál. Civilizační choroby mohou potkat také Vás!

Co řadíme mezi civilizační choroby?

- Cukrovka
- Kardiovaskulární onemocnění
- Rakovina
- Zánětlivá revmatická onemocnění
- Předčasné porody a potraty
- Deprese
- Chronický únavový syndrom
- Alzheimerova a Parkinsonova choroba
- Onemocnění kloubů, páteře
- Alergie

Opravdu si myslíte, že tyto nemoci se Vás netýkají? Omyl. V dnešním světě je pravděpodobnost, že člověk onemocní některou z „civilizačních chorob“, opravdu vysoká. Proto by se měl každý zamyslet nad svým životním stylem.

Je to jednoduché! Jako prevence civilizačních chorob se doporučuje zdravý životní styl:

Zdravá výživa

- pravidelná strava
- zvýšit spotřebu zeleniny a ovoce
- konzumace ryb 2x týdně
- dostatečný pitný režim
- vynechat červené maso, uzeniny, hamburgery a smažené pokrmy
- omezit spotřebu cukru
- omezit spotřebu soli

Styl života

- fyzická aktivita 30 minut denně
- dostatek spánku
- vyhýbat se stresu
- nekonsumovat alkohol
- nekouřit