

INFORMOVANOST VEŘEJNOSTI O ONEMOCNĚNÍ
KARCINOMEM TLUSTÉHO STŘEVA

Bakalářská práce

MICHAELA KAŠPAROVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.

PhDr. Veronika Blažková

Stupeň kvalifikace. Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

PRAHA 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

V Praze dne 30. 3. 2009

.....

ABSTRAKT

KAŠPAROVÁ, Michaela. *Informovanost veřejnosti o onemocnění karcinomem tlustého střeva*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Bakalář všeobecná sestra. Školitel: PhDr. Veronika Blažková.

Název mé bakalářské práce je „Informovanost veřejnosti o onemocnění karcinomem tlustého střeva“. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou.

V první části práce jsou obsažena teoretická východiska, která se vztahují k problematice obecné onkologie, onkologii tlustého střeva, a k psychice nemocného s onkologickým onemocněním.

Podkladem výzkumné části práce je dotazník, ve kterém jsou všeobecné otázky o problematice rakoviny tlustého střeva a její prevence. Průzkum byl prováděn v měsících červen až říjen roku 2008. Dotazníky vyplňovala laická veřejnost, náhodně vybraná v mém okolí a pacienti MUDr. Sedláčkové v její neurologické ordinaci Ústí nad Orlicí. Dotazník vyplnilo 85 lidí, ale plně vyplněných bylo 55. Průzkum zjišťuje zda lidé z laické veřejnosti mají dostatek informací o onemocnění karcinomem tlustého střeva a především o její prevenci.

Klíčová slova: Karcinom. Rakovina. Průzkum. Onemocnění. Informovanost.

ABSTRACT v Anglickém jazyce

KAŠPAROVÁ, Michaela. *The knowledge of public about disease of colon cancer*. Prague, 2009. Bachelor's work. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Bakalář všeobecná sestra. Školitel: PhDr. Veronika Blažková

Name of my bachelor's work is. The knowledge of public about disease of colon cancer The work is divided into two parts: theoretical and practical.

First part of the work covers theoretical base related to general oncology, oncology of the large intestine and psychology of patient with oncological illness.

Basis of the practical part of the work lies in the questionnaire that includes the general questions about the cancer of the large intestine and its prevention. Survey was conducted from June to October 2008. Questionnaires were filled in by laic audience that was randomly selected and the patients of the neurology consulting room of MUDr. Sedláčková from Ústí nad Orlicí. More than 80 people filled in the questionnaire, 55 of them answered all questions. The survey investigates if the general public has enough information about the cancer of the large intestine and its prevention.

Key words: Karcinom. Cancer. Study. Illness. Awareness.

PŘEDMLUVA

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se na laickou veřejnost, její informovanost a postoj k prevenci rakoviny tlustého střeva.

Výběr tématu byl ovlivněn výskytem nemoci v mé rodině, a také zájmem dozvědět se něco více o daném tématu. Podklady jsem čerpala jak z odborných knih, tak časopisů, internetu. V praktické části z vyplněných dotazníků od respondentů.

Práce je určena pro studenty ošetrovatelství, pracovníky ve zdravotnictví, ale také pro laickou veřejnost k získání informací o možné prevenci rakoviny tlustého střeva.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí mé práce PhDr. Veronice Blažkové za odborné vedení, cenné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala MUDr. Sedláčkové za pomoc při rozdávání dotazníků respondentům a poděkování si zaslouží i má rodina za podporu při celém studiu.

OBSAH

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 8 |
| TEORETICKÁ ČÁST..... | 9 |
| 1 Obecná onkologie..... | 9 |
| 1. 1 Vznik a vývoj nádoru..... | 9 |
| 1. 1. 1 Terminologie..... | 9 |
| 1. 1. 2 Definice nádorového onemocnění..... | 9 |
| 1. 1. 3 Metastazování..... | 9 |
| 1. 2 Kancerogeneze..... | 10 |
| 1. 2. 1 Základní fáze vzniku onemocnění..... | 10 |
| 1. 2. 2 Kancerogenní faktory..... | 10 |
| 1. 3 Základy klasifikace nádoru..... | 10 |
| 1. 3. 1 Prekancerózy..... | 10 |
| 1. 3. 2 Typizace, typing..... | 11 |
| 1. 3. 3 Vyžívání nádorů, grading..... | 12 |
| 1. 3. 4 Rozsah nádoru, staging..... | 12 |
| 1. 4 Primární prevence..... | 13 |
| 1. 5 Sekundární prevence..... | 14 |
| 2 Onkologie tlustého střeva..... | 15 |
| 2. 1 Etiologie..... | 15 |
| 2. 2 Rizikové faktory..... | 15 |
| 2. 3 Klinická symptomatologie..... | 16 |
| 2. 4 Diagnostika..... | 16 |
| 2. 4. 1 Cíle a průběh diagnostiky..... | 17 |
| 2. 4. 2 Diagnostické postupy..... | 17 |
| 2. 5 Léčba..... | 18 |
| 2. 6 Prognóza..... | 19 |
| 2. 7 Primární prevence..... | 19 |
| 2. 8 Sekundární prevence..... | 19 |
| 2. 9 Statistické údaje k problematice karcinomu tlustého střeva..... | 20 |
| 2. 9. 1 Rakovina tlustého střeva z pohledu OIC rok 2005..... | 20 |

| | |
|--|----|
| 3 Psychosomatika..... | 21 |
| 3. 1 Jak na nás rakovina působí?..... | 21 |
| 3. 2 Teorie Dr. Simontona NLP..... | 22 |
| 3. 3 Alternativní medicína..... | 23 |
| 3. 3. 1 Paradoxní jmelí a rakovina..... | 23 |
| 3. 3. 2 Čaj Co D..... | 24 |
| 3. 3. 3 Ukrain | 25 |
| 3. 3. 4 Tradiční čínská medicína..... | 25 |
| 3. 3. 5 Akupunktura | 25 |
| 3. 3. 6 Bachova květová terapie | 26 |
| 3. 3. 7 Ozonová terapie..... | 26 |
| EMPIRICKÁ ČÁST..... | 27 |
| 4 Metodika..... | 27 |
| 4. 1 Průzkumný problém, cíle,hypotézy..... | 27 |
| 4. 2 Technika průzkumu..... | 28 |
| 4. 3 Časový harmonogram..... | 28 |
| 4. 4 Průzkumný soubor..... | 28 |
| 4. 5 Interpretace výsledků dotazníku..... | 29 |
| 4. 6 Závěr průzkumu..... | 39 |
| 4. 7 Diskuze..... | 41 |
| Závěr..... | 42 |
| Seznam literatury..... | 43 |
| Přílohy..... | 44 |

Úvod

Karcinom tlustého střeva je na počátku 21. století v České republice nejčastějším nádorovým onemocněním obou pohlaví. V Evropě jsme ve výskytu kolorektálního karcinomu na prvním místě u mužů a na šestém místě u žen. Ve výskytu kolorektálního karcinomu jsme dokonce na prvním místě ve světě.

Příčinou vysoké úmrtnosti je především to, že většina nádorů je diagnostikována až v pokročilém stádiu. Důsledkem je řada lidských tragédií, ale také významná ekonomická ztráta pro celou společnost.

Výrazné zlepšení lze očekávat pouze od metod primární a sekundární prevence. Časně zachycená onemocnění mají větší šanci na vyléčení, a v léčbě převládají prosté endoskopické nebo menší chirurgické metody.

Měli bychom tedy využít všech možných prostředků ke zlepšení informovanosti veřejnosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Obecná onkologie

1.1 Vznik a vývoj nádorů

1.1.1 Terminologie

Maligní nádory nejsou novým onemocněním, ale byly přítomny již před miliony let. O zhoubných nádorech jako příčině smrti je možné se dočíst v nejstarších dochovaných písemných dokladech kulturního dědictví lidstva.

Název nemoci je odvozen od raka nebo kraba (řecké slovo karkinos = rak nebo onkos = krab, latinsky cancer = rak). Řecký lékař Hippokrates první použil pro nádorové onemocnění termín karcinóma. Vysvětlení pro toto pojmenování vyplývá z popisu šíření nádorů, které svými dlouhými výběžky podobajícími se račím nohám pronikají do zdravých tkání (4)

1.1.2 Definice nádorového onemocnění

Zhoubné nádorové onemocnění je chorobný stav charakterizovaný nekoordinovaným růstem abnormálních buněk s postupným šířením do okolních tkání, průnikem do mízního a krevního systému a postižením vzdálených orgánů (4)

1.1.3 Metastazování

Metastazování je schopnost zhoubného nádoru šířit se do dalších oblastí lidského organismu. Ta je úzce spjata se schopností nádorových buněk invazivně růst do okolních tkání. Nádor se šíří per continuitatem, prorůstáním do okolí, tak metastazováním, kdy se nádorové buňky šíří buď lymfogenní nebo hematogenní cestou (4)

1.2 Kancerogeneze

1.2.1 Základní fáze vzniku nádorového onemocnění:

Kancerogeneze je proces vzniku nádoru. Vznik a vývoj nádorového onemocnění má tři hlavní fáze: iniciaci, promoci a progresi. Ve fázích iniciace a promoce jsou buňky zdravých tkání vystaveny působením různých kancerogenních stimulů. Poruchu buněčné funkce nepůsobí jedna změna, ale vysoce nepravděpodobná koincidence několika změn, které by samy o sobě nebyly škodlivé.

Iniciace, zahájení – první genetická změna, která se přenáší na další a další potomstvo původní změněné buňky může dát podklad k nádorové transformaci. Pod promoci si lze představit sérii dalších změn kancerogenně iniciovaných buněk, které pak vyústí ve vznik nekontrolovatelně se množícího buněčného klonu. Fáze progresu je výsledkem genetické nestability a aktivace dalších genů vedoucí ke zhoubnému neregulovanému chování transformovatelných buněk a plnému rozvoji nádorového onemocnění (1)

1.2.2 Kancerogenní faktory

Jako kancerogen se označuje látka nebo faktor vyvolávající zhoubné bujení. Na vzniku nádorového onemocnění se může podílet celá řada faktorů zevního prostředí. Exogenní faktory můžeme rozdělit podle jejich vlastností na fyzikální, chemické a biologické.

Mezi fyzikální kancerogeny patří především ionizující a neionizující záření. Záření, ionizující a ultrafialové, je přirozenou součástí našeho životního prostředí. Přirozené radiační pozadí má svůj původ jednak v zemském podloží, kde trvale dochází k radioaktivnímu rozpadu. Patří sem i člověkem vytvářené zdroje záření, nukleární zbraně, jaderné elektrárny, RTG (Radioizotopový termoelektrický generátor) nebo izotopové diagnostické metody.

V dnešní době je známo více než 3000 chemických kancerogenních látek. Z nejnebezpečnější skupiny můžeme považovat polycyklické aromatické uhlovodíky mezi které patří kancerogenní složky dehtu .

Druhou nejdůležitější skupinou chemických kancerogenů jsou nitrosaminy, které jsou obsaženy v uzeninách, případně i smažených potravinách.

Příkladem biologické látky s kancerogenním potenciálem je aflatoxin (produkt plísně *Aspergillus flavus*). Plísně vznikají při špatném uložení potravin v teple a vlhku. V kontaminované potravě obsažené aflatoxiny jsou zodpovědné za vznik nádorů jater (1, 4)

1.3 Základy klasifikace nádorů

1.3.1 Prekancerózy

Diagnostika a léčba maligních nádorů v časném stádiu vede k nejlepším léčebným výsledkům. Rozpoznání časných nádorů zahrnuje i hledání prekanceróz. Prekancerózy jsou klinicky nebo anamnesticky definovány jako stavy, kde se zvýšenou pravděpodobností dochází k malignímu zvratu. Pod pojmem prekanceróza se rozumí histopatologické změny tkáně, ze kterých se ve srovnání s normálními tkáněmi častěji tvoří maligní nádory.

Moderní klasifikace nádorů vychází i histopatologického popisu nádoru (typing, grading), za stanovení anatomického rozšíření (staging) před léčbou. (1, 4)

1.3.2 Typizace, typing

Nádory se nejprve dělí podle tkáně, ze které vycházejí.

Maligní nádory se rozdělují do 7 skupin:

1. mezenchymové nádory – vycházejí z mezodermu, z kterého diferencují veškeré pojivové tkáně. Např. fibrosarkom, liposarkom atd.
2. epitelové nádory – vznikají jednak z povrchového epitelu, jednak z epitelu žlazového. Jde o karcinomy, které se vyskytují nejčastěji. Např. adenokarcinom, hepatocelulární karcinom atd.
3. neuroektodermové nádory – vznikají z různých buněk centrální i periferní nervové soustavy. Např. maligní melanom apod.
4. smíšené nádory – nádory složené ze dvou nebo více druhů tkání.
5. germinální nádory – vycházejí ze zárodečných buněk. Vyskytují se především v pohlavních orgánech.

6. choriokarcinom – samotný nádor vycházející z tkáně placenty.

7. mezoteliom – samotná nádorová jednotka. Např. mezoteliom pleury/perikardu.

1.3.3 Vyhrávání nádoru, grading

Kromě určení anatomického rozsahu nádorového onemocnění je terapeuticky důležitou a prognosticky významnou veličinou stupeň diferenciaci.

Rozlišujeme 4 stupně diferenciaci:

G1 – dobře diferencovaný

G2 – středně diferencovaný

G3 – špatně diferencovaný

G4 – nediferencovaný

Nádory vykazující menší diferenciaci jsou většinou sensitivní k chemické i radiační terapii, ale jejich chování je často velmi agresivní a ohrožuje pacientův život v krátké budoucnosti.

1.3.4 Rozsah nádoru, staging

Nejpoužívanějším systémem je TNM (Tumor, Nodus, Metastáza). TNM slouží ke klasifikaci maligních nádorů, byl vypracován P. Denoxem v letech 1943 – 1952.

Popis rozsahu primárního nádoru (T), nepřítomnost nebo přítomnost a rozsah regionálních metastáz lymfatických uzlin (N) a vzdálených metastáz (M) se uvádí v kategoriích.

TX – primární nádor nelze posoudit

T0 – bez známek primárního nádoru

Tis – preinvazivní karcinom

T1, T2, T3, T4 – narůstající velikost nádoru anebo lokální šíření primárního nádoru

NX – nález na regionálních mízních uzlinách nelze posoudit

N0 – metastázy regionálních uzlin nejsou přítomny

N1, N2, N3 – narůstající postižení regionálních mízních uzlin

MX – přítomnost vzdálených metastázy nelze posoudit

M0 -vzdálené metastázy nejsou přítomny

M1 – vzdálené metastázy jsou přítomny

Je možná bližší specifikace – PUL (plicní), OSS (kostní), HEP (jaterní), BRA (mozkové), LYM (uzlinové), MAR (kostní dřeně), PLE (pohrudniční), PER (pobřišniční), SKI (kožní), ADR (nadledvinové), OTH (jiné). (1)

1.4 Primární prevence

Primární prevence se snaží o omezení vzniku nádorových chorob. Cílem je vytvořit takové životní podmínky, které by redukovaly četnost jejich výskytu. Objektem je celá společnost a její životní prostředí, eliminace rizikových faktorů nebo alespoň oslabení jejich negativních dopadů.

Zvýšené riziko můžeme hledat:

1. v genetické oblasti
2. v životním prostředí
3. v životním stylu

Typická dědičnost se objevuje méně často a je vázána na změny genomu a ten se pak může přenést na potomky. Tuto oblast současně nedokážeme zásadněji ovlivňovat.

Negativní vliv nezdravého životního prostředí se dlouho podceňoval. Rizika spojená s naší jakoukoliv činností, prací i odpočinkem, jsou nejrůznějšího charakteru. Bohužel, jen některých se můžeme vyvarovat, oslabit jejich špatný vliv. Když už je nezbytné přicházet do styku s rizikovými faktory, hlavně v pracovním procesu, měli bychom důsledně používat ochranné pracovní pomůcky, dodržovat doporučený pracovní režim a postupovat všechny doporučené preventivní prohlídky.

Životní styl je nesporně nejzávažnější oblastí, kterou může každý jednotlivec výrazně ovlivnit.

Kouření patří k zbytečným návykům, které se dnes již bez jakéhokoliv zpochybnění, uvádějí jako příčina řady nádorových nemocí. Jednoznačná souvislost je nádor plicní, nádor slinivky břišní a nádor močového měchýře.

Když se vezme v úvahu podíl kouření i na dalších závažných civilizačních nemocech, stává se boj proti kuřáctví prioritou primární prevence.

Výživa se vedle kouření podílí na vzniku malignit nejvyšší mírou. To znamená nevhodná skladba potravy – množství bílkovin, živočišných tuků, nadbytek cholesterolu, nedostatek vlákniny, chybění vitamínů v čerstvém ovoci a zelenině, některých stopových prvků, zbytečné solení a přeslazení, nedostatečné pití vody apod.

Špatná úprava stravy – smažení, grilování, nevhodné konzervování.

Špatné stravovací návyky – nepravidelnost, jídlo ve spěchu, hlavní příjem potravy až ve večerních hodinách.

Nadměrný příjem potravy.

Tělesný pohyb – nejde pouze o sport 1x týdně, ale každodenní pohybové aktivity.

K životnímu stylu však můžeme řadit další rizikové faktory – denní režim, střídání duševní a manuální práce, odpočinek, spánek, stresy, doba zahájení pravidelného sexuálního života, promiskuita, alkohol, drogy a jiné. (4)

1.5 Sekundární prevence

Sekundární prevence sleduje přednádorové stavy, nebo se snaží detekovat co nejčastěji nádor, kdy jeho počáteční stádium má největší naději na léčení, případně vyléčení. Snaží se tedy ovlivnit mortalitu nádorové nemoci. Měl by se na ní podílet nejen zdravotník, ale každý jednotlivec.

Jedním z úkolů sekundární prevence je zlepšit správné povědomí veřejnosti o nádorových chorobách, jejich průběhu, léčbě a terapeutických možnostech a úspěších. Sekundární prevence spočívá i ve screeningu. Screening je metodou velkoplošného vyšetřování zdravé populace s cílem zachytit jak přednádorové stavy, tak počáteční formy maligního onemocnění. Např. screening kolorektálního karcinomu je založen na provádění testu na okultní krvácení ve stolici v jednoročních intervalech od 50 - ti let věku. (1, 4)

2 Karcinom tlustého střeva

Kolorektální karcinomy jsou ve světě třetím nejčastějším druhem zhoubných nádorů. Nejčastěji se kolorektální karcinom vyskytuje v západních průmyslových zemích. Česká republika, Skotsko, Nový Zéland jsou na prvních třech místech, Německo na osmém a např. USA na 21. místě. (1)

2.1 Etiologie

Dílčí „spouštěcí faktory“, jako např. kouření u karcinomu plic, nelze u kolorektálního karcinomu určit. Životní styl a stravovací návyky v západních zemích vzniku nádorů patrně napomáhají. „U kolorektálních karcinomů jsou známé předstupně onemocnění – prekancerózy (dysplazie sliznice, např. adenomy), jejichž léčba může vzniku karcinomu zabránit“. (1, str. 457)

2.2 Rizikové faktory

Adenomy jsou formou dysplazie, z níž se mohou vyvinout kolorektální karcinomy. Na adenomy musíme proto pohlížet jako na předstupně karcinomů. Pro výskyt adenomů je uváděna celá řada rizikových faktorů: konzumace nikotinu, kávy, alkoholu, nadváha a dysregulace žlučových kyselin s jejich zvýšenou koncentrací ve stolici. Důkazy pro tyto údaje však neexistují. V tlustém střevě se setkáváme s různým výskytem adenomů. Nejčastější lokalizací s více než 50 % adenomů je colon sigmoideum a colon descendens, následuje colon ascendens a colon transversum (po 15 %). Adenomy se vyskytují rovnoměrně u obou pohlaví a jejich výskyt stoupá s rostoucím věkem.

Rodinná zátěž – příbuzní pacientů prvního stupně se sporadickým kolorektálním karcinomem mají riziko, že onemocní tímto karcinomem, téměř dvojnásobné. Pokud se u pacienta vyvinul karcinom před 60. rokem života nebo je-li postižen více než jeden příbuzný prvního stupně, stoupá riziko o další 3-4násobek. Nárůst rizika u příbuzných druhého či třetího stupně již není tak značný.

Stravovací a životní návyky – nasycené tuky a množství spotřebovaného masa, zvláště červeného, představují možné rizikové faktory.

Vliv konzumace alkoholu je hodnocen nejednotně. Tělesný pohyb patrně riziko kolorektálního karcinomu snižuje, sedavý životní styl a nadváha jsou považovány za rizikové faktory. Je nejasné, zda je zvýšení rizika podmíněno nadváhou, zvýšeným příjmem kalorií nebo nedostatkem tělesné aktivity.

Chronická zánětlivá onemocnění střev – Colitis ulcerosa a Crohnova nemoc mohou ovlivnit vznik kolorektálního karcinomu, zvláště při podcenění jejich léčby a výskytu před 30. rokem. (1)

2.3 Klinická symptomatologie

Symptomatologie nemocných s karcinomem je spíše nespecifická. Zvláště pacienti s lokalizací nádoru v proximální části střeva nemají po dlouhou dobu specifické potíže. Na prvním místě jsou změny návyků spojených s vyměšováním stolice, nadýmání, příměs slizu a krve ve stolici. Krvácení z konečníku má při postižení levé poloviny tlustého střeva tmavě červené zbarvení, při lokalizaci v pravé části spíše hnědočerné zbarvení. Krvácení menšího stupně lze prokázat pomocí testování stolice homokultem. Chronická ztráta krve může vést k anemii, nedostatku železa a ke zvýšené únavě. Ztráta hmotnosti a pokles výkonnosti jsou dalšími nespecifickými znaky pokročilého onemocnění.

Pokročilé nádory mohou mechanickou obstrukcí vyvolat akutní ileózní stav s bolestmi a zvracením. Perforace se mohou vyskytovat jak v oblasti nádoru, tak i v proximální části střeva nad nádorem. (1, 4)

2.4 Diagnostika

2.4.1 Cíle a průběh diagnostiky

S výjimkou náhodných nálezů, které jsou zjištěny v rámci vyšetření jiných onemocnění nebo preventivních prohlídek, jsou vyšetření zaměřena nejprve na objasnění potíží pacienta. V případě klinických symptomů musí být nejdříve vyloučeno nebo eventuálně potvrzeno podezření na onemocnění tlustého střeva. Vlastním průkazem karcinomu tlustého střeva je samotná biopsie z primárního nádoru s histopatologickým vyšetřením a potvrzením diagnózy.

2.4.2 Diagnostické postupy

Anamnéza a klinické vyšetření – při odběru rodinné anamnézy je třeba zjistit, zda se onemocnění už v rodině někdy vyskytlo. Při vlastní anamnéze se pozornost zaměří zvláště na: změnu zvyklostí při vyprazdňování stolice, snadnou únavu, změnu tělesné hmotnosti. Při klinickém vyšetření stojí v popředí rektální vyšetření s pečlivou palpací malé pánve.

Endoskopie – u podezřelých nálezů se provádí koloskopie s biopsií nebo rentgenové vyšetření s dvojitým kontrastem a s rektoskopií a biopsie.

Standardním postupem k detekci karcinomu tlustého střeva je totální koloskopie. Vyznačuje se nejvyšší citlivostí pro rozpoznání karcinomů a jejich prekurzorů. U 95 % vyšetření by mělo být dosaženo cékum, za předpokladu, že na stěvě nejsou neprostupné striktury. Koloskopie nabízí k vizuální a biopticko-histologické diagnostice dále možnost terapeutických polypektomií u adenomu a raného karcinomu. Pokud se provádí koloskopie bez předchozí rektoskopie, je nutno dbát na zvláště pečlivé vyšetření dolní části rekta.

Po koloskopii, která je předoperačně z technických důvodů nedokonalá, musí následovat rentgenové vyšetření tlustého střeva technikou dvojího kontrastu. Pokud by nebylo možné u karcinomu tlustého střeva provést totální koloskopii, měla by být provedena intraoperačně nebo během tří měsíců po operaci.

Ultrazvuk – perkutánní sonografie je prvním diagnostickým postupem poskytujícím informaci o přítomnosti metastáz do jater při primárním předoperačním vyšetřením, diagnostice recidiv a v následné péči.

U sonografického průkazu suspektních ložisek je však nezbytná podrobnější diagnostika pomocí CT (počítačová tomografie) nebo MR (magnetická rezonance).

Rentgen hrudníku ve dvou projekcích – vedle základní kardiopulmonální diagnostiky slouží toto vyšetření k vyloučení metastáz do plic.

Laboratorní vyšetření – krevní obraz, elektrolyty, jaterní a ledvinové testy jsou základním předoperačním vyšetřením, dále nádorový marker CEA (karcinoembryonální antigen) může být v pozitivním případě využit pro sledování v průběhu následné péče.

Kontrastní nálev tlustého střeva – diagnostické vyšetření pro znázornění polypů a karcinomu tlustého střeva. (1) (příloha 4, 5)

2.5 Léčba

Léčení je operační, ve snaze odstranit část střeva v dostatečné šířce spolu s regionálními uzlinami.

Laparoskopické operace – všechny běžné resekce střeva jsou z technického hlediska proveditelné laparoskopicky. Z dosavadních údajů vyplývá, že výhody laparoskopie proti konvenčnímu přístupu jsou omezeny na prvních šest týdnů (menší pooperační bolesti, kratší hospitalizace, dřívější obnovení funkce žaludku a střeva, rychlejší počátek každodenní aktivity).

Standardním operačním postupem u karcinomu tlustého střeva je elektivní radiální resekce úseku střeva s nádorem za současného systematického odstranění lymfatického povodí a primární anastomóza. Hranici resekce střeva neurčuje velikost karcinomu, nýbrž potřebný rozsah disekce lymfatických uzlin.

Radioterapie – ozařování tlustého střeva se neprovádí, neboť v cílovém objemu by se nacházelo vysoce radiosenzitivní tenké střevo. Jinak se dá radioterapie užít čistě jako paliativní postup u nádorů inoperabilních.

Chemoterapie – může být indikována jako: 1. adjukce – ordinuje se u nádorů se zvýšeným rizikem generalizace po operačním výkonu. Její trvání je většinou ½ roku. 2. chemoterapie lokálně pokročilého, nebo metastatického karcinomu. Výběr kombinace závisí na stupni pokročilosti a lokalizaci nádorového procesu. Trvá po dobu léčebné odpovědnosti při dostatečném zachování kvality života. (4)

2.6 Prognóza

Frekvence recidiv po kurativních operacích závisí na stadiu primárního nádoru a pohybuje se mezi 30 - 40 %. Totéž platí pro přežívání, přičemž vzhledem k vyššímu věku nemocných s karcinomem tlustého střeva se při věkové korektuře ukazují znatelně příznivější hodnoty.

Asi polovina všech recidiv se objeví během prvního roku, více než dvě třetiny během prvních dvou let a do tří let se vyvine 85 % všech regionálních recidiv. Existuje zde závislost na kvalitě chirurgické léčby a případně adjuvantní péče. (1)

2.7 Primární prevence

Důležité poznatky o prevenci karcinomu vhodnou stravou pocházejí z epidemiologických studií, které zkoumaly konzumaci zeleniny a plodů bohatých na karoten. Pozitivní efekt se zde vysvětluje antioxidanty obsaženými v tomto ovoci a plodech.

2.8 Sekundární prevence

Zatímco primární prevence má za cíl vyloučit faktory, které podporují vznik onemocnění, sekundární prevence je definována jako rozpoznání a terapie rizikových faktorů a prekanceróz. U kolorektálního karcinomu se to v první řadě týká vyhledávání adenomů, protože asi 90% karcinomů se vyvíjí z těchto forem dysplazie.

Preventivní vyšetření kolorekta jsou zaměřena jak na sekundární prevenci, tak i na včasné rozpoznání nádoru.

Test na okultní krvácení ve stolici – Hlavní screeningové vyšetření. Hemokultový test je určen k rozpoznání minimálního krvácení z gastrointestinálního traktu u asymptomatických osob. Vyšetřovány jsou tři vzorky stolice, již při jednorázově pozitivním výsledku by mělo být provedeno kompletní endoskopické vyšetření. (1)

2.9 Statistické údaje k problematice karcinomu tlustého střeva

Masarykův onkologický ústav (dále MOÚ) – vzhledem ke svému výjimečnému postavení v síti zdravotnických zařízení, zřídil na konci roku 2001 Onkologické informační centrum (dále OIC). Kromě péče o onkologické pacienty se zaměřuje právě na širokou veřejnost a na prevenci. Aby jeho služby byly k dispozici všem zájemcům, nejen těm, kteří mohou OIC navštívit, rozšířilo nabídku o bezplatnou nádorovou telefonní linku – 800 222 322 a v roce 2003 o internetovou on-line poradnu.

2.9.1 Rakovina tlustého střeva z pohledu OIC rok 2005

Počet telefonátů, které se týkaly rakoviny tlustého střeva – 126 z celkového počtu dotazů 1330. Volalo 70 žen a 56 mužů. Z toho 58 volajících se ptalo na možnost vyšetření v MOÚ, 32 žádalo o konzultaci o správné léčbě, 22 telefonátů se týkalo výživy a dietního režimu, 5 alternativní léčby a homeopatik, 6 pomůcek pro stomiky, 2 oblasti sexu.

Klienti žádali informace ke své diagnóze, zároveň měli potřebu promluvit si o svých problémech a očekávali psychickou podporu. Asi čtvrtina volajících požadovala zaslání informačních materiálů o onkologických onemocněních. Klienti volají z celé České republiky. (7). (příloha 3)

3 Psychosomatika

Rakovina – slovo, diagnóza, noční můra. Šokující jistota zasáhne naši duši náhle, bez nějakého upozornění. Odděluje tušení od vědění, pochybnosti od jistoty, dosavadní život od budoucího.

V naší době snad neexistuje jiná diagnóza, která by budila větší děs a strach. Rakovina je stále ještě považována za metlu lidstva, kterou se nedaří vymýtit, a zdá se být synonymem smrti, dlouhého utrpení, postupného chřadnutí těla a bolestivé smrti.

Dnes je již obecně známo, že rakovina nemá pouze jednu příčinu vzniku. Ale do jaké míry hrají psychické faktory na vznik nemoci? Přichází a odchází rakovina s těžkou psychickou zátěží?

Konvenční medicína zatím rakovinu mezi psychosomatická onemocnění nezařadila, psychologové se na to však dívají jinak. Hovoří o „rakovině osobnosti“, čímž mají na mysli určitý soubor charakterových rysů, které mají předpoklad vyšší náchylnosti k onemocnění rakovinou.

První, kdo se začal zabývat rakovinou a psychikou nebo chováním člověka ukazuje na Galéna. Ten se domníval, že pokud se u někoho projevila rakovina, nemohl mít v pořádku „životní šťávy“. Všiml si totiž, že lidé se sklonem k melancholii bývají touto nemocí postiženi častěji než lidé veselí a optimističtí. (3)

3.1 Jak na nás rakovina působí?

V prvních dnech po stanovení neblahé diagnózy má postižený člověk hlavu plnou emocí, obav a nejčernějších myšlenek. Připadá si, jako by mu do těla pronikl jed, u někoho snad i ďábel. Klade si otázky typu - Jak k tomu mohlo dojít? Proč já? Pochybnosti o sobě samém, pocity izolace, děsivé sny a nejčernější představy o své budoucnosti, tedy pokud o budoucnosti ještě uvažuje.

Někteří postižení jsou diagnózou sice zděšeni, ne však skutečně překvapeni, protože po nějakou dobu měli cosi jako tušení.

Nezávisle na tom, jaký sled událostí přivedl postiženého k lékaři, vyslovená diagnóza „rakovina“ vyvolá u všech obrovský šok. Nejprve lidé, zcela přirozeně, doufají, že nedojde na nejhorší. Naděje a strach jsou dvě veličiny, které jsou za normálních okolností v rovnováze.

Po vyslovení oné diagnózy se tato rovnováha pochopitelně okamžitě zhroutí. V takové situaci nepomohou žádné útechy ani dobře míněná slova. Nezbyvá než se pokusit smířit se s daným stavem a čekat, až pomine největší šok a postižený dokáže znovu racionálně řešit. Každý postižený si musí být stále vědom toho, že všechna následující rozhodnutí změní jeho další život, a totéž by si měli uvědomovat i rodinní příslušníci.

U nemocného se většinou objeví virtuální skleněná zeď, která najednou vyrostla mezi ním a okolním světem. Člověk křičí, není však vyslyšen, sleduje štěstí těch druhých, kteří o jeho neštěstí nemají ani potuchy. Všechny jeho dosavadní plány se mění, všude svítí sluníčko, jen nad hlavou postiženého se stahují mračna. Všechno, i to doposud nejdůvěrnější se stává cizím. I toto mohou být a často jsou pocity nemocného.

Setkat se může i s lidmi, kteří spatřují v nemoci východisko z neutěšené situace, protože zatím nenašli u nikoho lásku, pochopení a podporu, nebo se nesrovnali se svým dosavadním životem z nějakého jiného důvodu. Nacházejí tedy jistou úlevu v tom, že nyní mohou veškerou zodpovědnost přenést na chorobu, která se stává jejich universální výmluvou. (5, 3)

3.2 Teorie Dr. Simontona NLP

Podivuhodnou a překvapivě efektivní psychoterapeutickou metodou, která zohledňuje psychické faktory u osob postižených rakovinou, je takzvané neurolingvistické programování (NLP). Tento postup vyvinul americký onkolog Carl Simonton, jeden z prvních lékařů vůbec, kteří do procesu léčby rakoviny začlenili jako podpůrný prostředek psychoterapeutická sezení. Simonton došel k přesvědčení, že konvenční léčba rakoviny není ve většině případů dostačující. Pomocí NLP se snaží proniknout do pacientova nevědomí. Cílem je aktivovat pacientovy skryté, nevyužité síly a ovlivnit celý proces jeho myšlení. Pomáhá nalézt rozhodující motivaci, která se může stát významným faktorem napomáhajícím k uzdravení. Základním mottem tedy je pozitivní myšlení.

Způsob mluvy i myšlení jsou zaměřeny na to, aby byly eliminovány všechny negativní formulace. Místo: „Nezemřu!“ prohlásí „Budu žít!“.

Naše podvědomí má totiž tendenci „přeslechnout“ předponu ne. Jediné, co působí správně, je přímé vyslovení našeho cíle. NLP ovšem vyžaduje čas a značné zkušenosti a dostatečnou motivaci. (5)

3.3 Alternativní medicína a rakovina

Alternativní léčba se dostává prakticky do všech, především nechirurgických oborů medicíny a jejím představitelům je vytýkáno především to, že pracují s nevědeckými metodami, jejichž účinky nejsou prokázané.

Podle zastánců pouze alternativní léčby se pacient stává ve stále větší míře nepatrným kolečkem v mechanickém systému. Někdy je natolik závislý na přístrojové medicíně, že se podobá spíš jakémusi robotovi než lidské bytosti z masa a krve. Pacient je redukován na nemoc, stává se z něj evidenční číslo. Na tom nic nemění ani skutečnost, že terapie je každému individuálně přizpůsobována. To vše je obecně známo.

Otázkou zůstává, jak to změnit. I lékaři jsou jen lidé a při počtu pacientů, které musí zvládnout vyšetřit, to zřejmě ani nemůže vypadat jinak. Proto mnoho z nás chceme skloubit tradiční medicínu a něčím novým, individuálním.

3.3.1 Paradoxní jmelí a rakovina

U jmelí se leccos zdá být nepřírozené a obrácené naruby. Jmelí nevyrůstá z půdy, nýbrž vegetuje vysoko nad zemí, na stromech. Fotosyntéza u něj probíhá na celém povrchu a nejen v listech, jak je tomu u běžných rostlin. Semena této rostliny nejsou roznášena větrem nebo hmyzem, nýbrž ptactvem. Jmelí neroste směrem ke slunci, ale všemi směry. Tato rostlina působila odjakživa velmi tajuplně a byly jí připisovány božské síly – v kladném i záporném smyslu.

Zakladatel antroposofie Rudolf Steiner byl zřejmě první, kdo jmelí posuzoval z perspektivy možného prostředku k léčbě rakoviny.

V Evropě se vyskytují čtyři druhy jmelí, ale jen dva druhy prokazují léčebné účinky a pouze jmelí s bílými bobulemi (*Viscum album* L.) se používá jako prostředek proti rakovině.

Jen látky, které jsou ve jmelí obsaženy, nám umožňují vytvořit si úsudek o tom, jaké povahy jsou jeho léčebné účinky. Tato neobvyklá rostlina však obsahuje tak velké množství substancí, že se dodnes nepodařilo uspokojivě objasnit jejich komplexní souhrn, ale stále jmelí patří k nejlépe probádaným léčivým rostlinám.

Mezi nejdůležitější látky vůbec patří bílkoviny, které ovládají celou biosféru a v organismech plní celou řadu funkcí. Jedna skupina bílkovin viskotoxiny napadají rakovinotvorné buňky a druhá skupina bílkovin lektiny naopak posilují imunitní systém. Jmelí obsahuje i řadu netoxických látek. Nejdůležitější z nich jsou aminokyseliny, bioflavonoidy, kysličník draselný, vápník, rostlinné kyseliny, nenasycené mastné kyseliny, polysacharidy, vitamín C a další.

Není však jmelí jako jmelí. Poměr výše uvedených složek závisí v nemalé míře i na typu hostitelského stromu. Pro rakovinu trávicího traktu slouží jmelí rostoucí na jabloních, *Viscum album mali*.

Terapie jmelím je zásadně zcela individuální a léčba rakoviny se nemůže omezit pouze na ni, slouží jako terapie, která smysluplně doplňuje jiné formy léčby. (5)

3.3.2 Čaj CoD

Vídeňský lékař dr. Thomas David řídil práci týmu botaniků, lékařů, a chemiků, léčitelů, aby sestavil optimální bylinnou směs pro tento čaj. Obě hlavní složky představují *Uncaria* a *Tabebuia*. Posledně jmenovaná substance obsahuje účinné látky naftochinony, mezi jinými lapachol a lapachon. Mezi chinony patří i ubichinon, známý též jako Q10. Tyto látky na sebe vážou volné radikály. Čaj vnímá naprostá většina lidí jako odporně hořký, údajně však prokázal skvělé protirakovinné účinky.

3.3.3 Ukrain

Substance byla vyvinuta vídeňským chemikem a inženýrem J. W. Novickým a tvoří ji neobvyklá směs: jednou složkou je vlašovičnick, jinou alkylující chemoterapeutikum thiotepa. Řada lékařů potvrdila, že přípravek skutečně zlepšuje celkový stav pacienta a má vliv na nádor. Ukrain má jen zanedbatelné vedlejší účinky. Protože o něm není znám dostatek údajů, nebyl přijat ke klinickým zkouškám, a proto není uznána jako lék. (5)

3.3.4 Tradiční čínská medicína

Tradiční čínská medicína (TČM) si nepřipisuje nárok na to, že by dokázala vyléčit rakovinu v tom smyslu, že zhoubnou tkáň jednoduše zlikviduje. Může však přispět k tomu, aby se pacient cítil lépe v rámci daných možností.

TČM vychází z velmi starých tradic, jejichž asi nejzákladnějším prvkem je nauka o polaritě všech věcí. Jing a Jang – mužský a ženský princip. Jen když se oba tyto principy nacházejí ve vyváženém vzájemném vztahu, zavládne harmonie a tělesné zdraví. (5)

3.3.5 Akupunktura

„Léčba jehlami“. První zprávy o akupunktuře přivezl z Číny do Evropy už ve 14. století cestovatel Marco Polo. První škola akupunktury v Evropě vznikla ve Francii.

V akupunktuře nerozhodují o účinnosti pouze místa vpichů, nýbrž i způsob jejich provedení a hloubka zavedení jehly.

Podle čínských představ je rakovina projevem oslabení a poškození jinu. Nemůže ji však vyléčit, dokáže však oslabit negativní vedlejší účinky radikálních terapií a mírnit bolesti.

Tak ani od tradiční čínské medicíny nemůžeme očekávat, že se například operace rakoviny stanou zbytečnými, ani ona nedokáže dělat zázraky. (5)

3.3.6 Bachova květová terapie

Tato terapie je blízká homeopatickému pojetí léčby. Před několika desetiletími ji vyvinul anglický bakteriolog Edward Bach. Bach analyzoval celkem 38 různých květů, které podle jeho přesvědčení mají léčebný vliv na narušený energetický systém pacientů trpících rakovinou. Terapie má postiženou osobu přimět také k tomu, aby se zabývala psychickým aspektem příčin svého onemocnění.

Podle Bacha přechází energie květů do vody, která je pak pomocí alkoholu konzervována a později podávána jako lék. (5)

3.3.7 Ozonová terapie

Rozlišuje se mezi „velkou“ a „malou“ ozonovou terapií, která bývá označována i za léčbu vlastní krví. Pacientovi je při ní odebrána krev, obohacena ozonem a pak opět vpravena do jeho těla. Při „velké“ terapii je obohacena 50 až 150 mililitrů krve, při „malé“ pouze 5 až 15 mililitrů. Ve spojení s koenzymy, homeopatickými léky a úpravou stravovacích návyků včetně příjmu vitamínů vede podle názorů zastánců této terapie k podstatnému zlepšení pacientova celkového stavu. (5)

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Metodika

4.1 Průzkumný problém, průzkumné cíle, hypotézy

Průzkumný problém:

Informovanost veřejnosti o onemocnění karcinomem tlustého střeva.

Průzkumné cíle:

C1: Zjistit, zda veřejnost ví, co znamená karcinom tlustého střeva a co napomáhá jeho vzniku.

C2: Zjistit, zda-li hraje roli pohlaví a výskyt v rodině respondenta v jeho přístupu k prevenci karcinomu tlustého střeva.

Hypotézy:

H1: Minimálně 70 % respondentů ví, co znamená karcinom tlustého střeva.

H2: Minimálně 60 % respondentů ví, co napomáhá ke vzniku karcinomu tlustého střeva.

H3: Ženy častěji navštěvují lékaře k prevenci karcinomu tlustého střeva než muži.

H4: Kuřáci vědí, ve srovnání s nekuřáky, co napomáhá ke vzniku karcinomu tlustého střeva, a přesto kouří.

4.2 Technika průzkumu

Dotazník jsem uvedla krátkým textem, ve kterém jsem se představila a požádala o jeho dobrovolné vyplnění. Současně jsem respondenty ujistila, že se jedná o zcela anonymní formu spolupráce a uvedená data budou zveřejněna pouze v mé bakalářské práci. Dotazník se skládá z deseti otázek. Z toho šest uzavřených, a po dvou otázkách otevřených a polootevřených.

Celkem jsem rozdala 85 dotazníků, 70 (88 %) se mi vrátilo zpět, a 55 (65 %) dotazníků, bylo kompletně vyplněných a mohla jsem je tedy použít. (příloha 1)

4.3 Časový harmonogram

Dotazník jsem rozdávala v období června až října roku 2008. V měsících listopad, prosinec 2008 jsem zpracovávala data vrácených, vyplněných dotazníků. Ke zpracování jsem používala počítačové programy Microsoft Excel a Word.

4.4 Průzkumný soubor

Laická veřejnost, především náhodní pacienti MUDr. Sedláčkové v její neurologické ambulanci, a pacienti MUDr. Karešové, praktické lékařky pro dospělé z Ústí nad Orlicí a okolí. Také respondenti z mého okolí. Respondenti ve věku 25 – 55 let, protože podle mého názoru tato věková skupina pro sebe může udělat daleko více než respondenti starší 55 let, kde je častý výskyt.

Průzkumný soubor tvořilo 55 respondentů, které jsem porovnávala podle pohlaví, a podle toho jestli se setkali s karcinomem tlustého střeva ve své rodině. U těchto respondentů, jsem se snažila zjistit, zda jejich zkušenosti v jejich rodině hrají roli v informovanosti o karcinomu tlustého střeva a možné prevenci k tomuto onemocnění.

4.5 Interpretace výsledků průzkumu

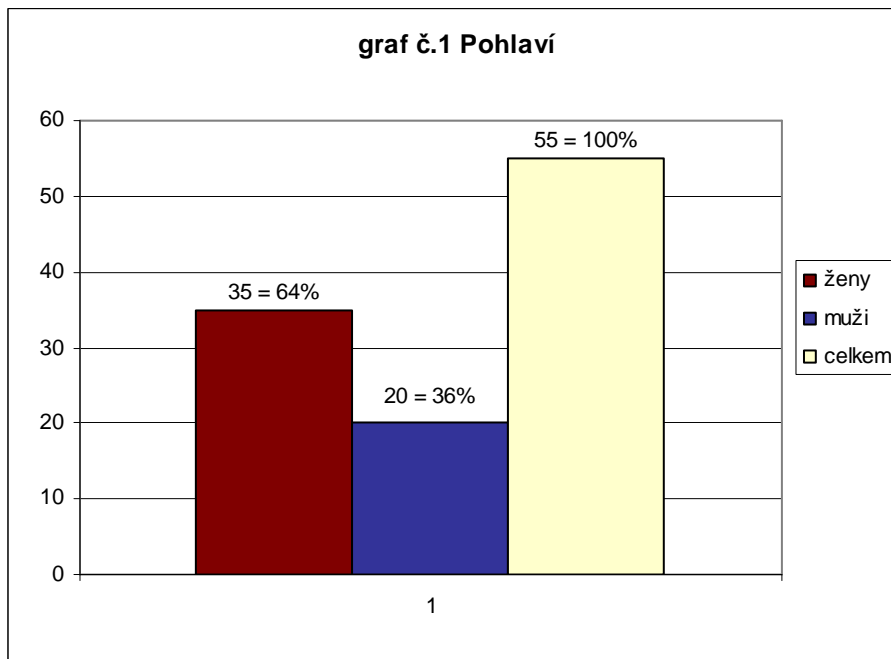
Otázka č. 1

„Pohlaví?“

Tabulka č. 1 Pohlaví?

| ženy | muži | celkem |
|------|------|--------|
| 35 | 20 | 55 |

Graf č. 1 Pohlaví?



Z grafu č. 1. je patrné, že početnější skupinu tvoří ženy, kterých bylo 35 (64 %), druhou skupinou jsou muži v počtu 20 (36 %).

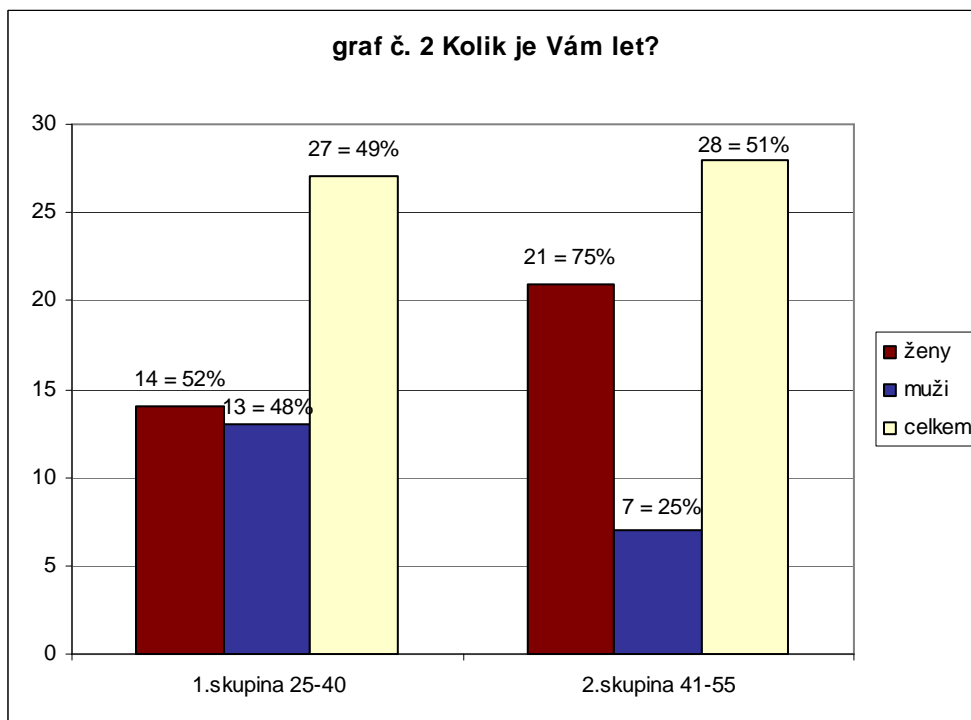
Otázka č. 2

„Kolik je Vám let?“

Tabulka č. 2 Kolik je Vám let?

| | ženy | muži | celkem |
|-----------------|------|------|--------|
| 1.skupina 25-40 | 14 | 13 | 27 |
| 2.skupina 41-55 | 21 | 7 | 28 |

Graf č. 2 Kolik je Vám let?



Z grafu č. 2 vyplývá, že početnější skupinou je skupina číslo 2. v počtu 28 (51 %) respondentů ve věku 41 – 55 let. Z toho žen, kterých bylo 21 (75 %), tvoří početnější skupinu a mužů 7 (25 %).

Ve skupině číslo 1. ve věku 25 – 40 let bylo tedy 27 (49 %) respondentů, z toho 14 (52 %) žen, 13 (48 %) mužů.

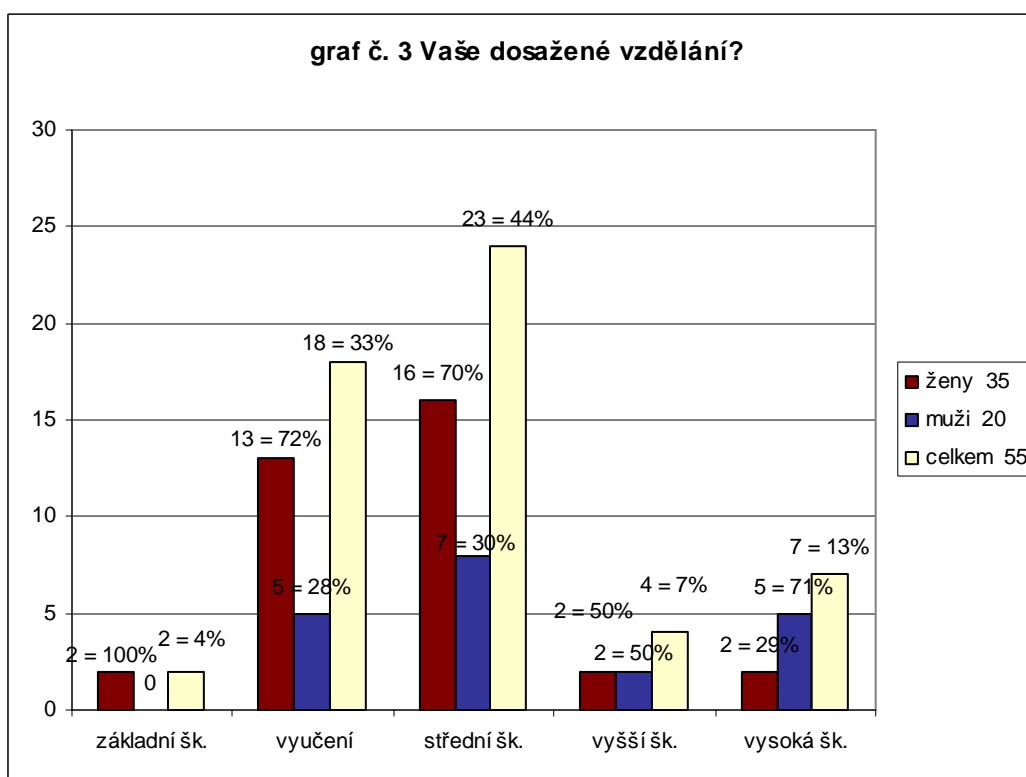
Otázka č. 3

„Vaše dosažené vzdělání?“

Tabulka č. 3 Vaše dosažené vzdělání?

| | základní šk. | vyučení | střední šk. | vyšší šk. | vysoká šk. |
|-----------|--------------|---------|-------------|-----------|------------|
| ženy 35 | 2 | 13 | 16 | 2 | 2 |
| muži 20 | 0 | 5 | 8 | 2 | 5 |
| celkem 55 | 2 | 18 | 24 | 4 | 7 |

Graf č. 3 Vaše dosažené vzdělání?



Z grafu č. 3 vyplývá, že nejvíce respondentů vystudovalo střední školu, celkem 23 (44 %), z toho 16 žen a 7 mužů. Druhou nejpočetnější skupinu tvoří respondenti vyučení 18 (33 %), z toho 13 žen a 5 mužů. U této otázky mě překvapilo, že základní vzdělání mají pouze 2 ženy a žádný muž. U vysokoškolského vzdělání 7 (13 %) respondentů, převažovali muži s počtem 5, k ženám s počtem 2.

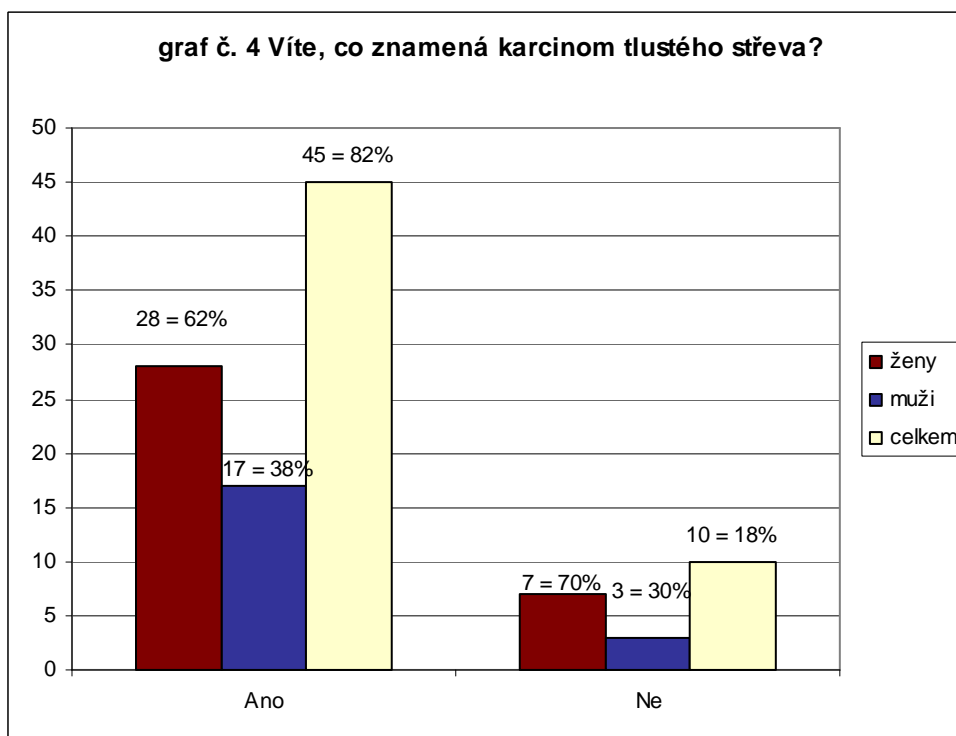
Otázka č. 4

„Víte, co znamená karcinom tlustého střeva?“

Tabulka č. 4 Víte, co znamená karcinom tlustého střeva?

| | Ano | Ne |
|--------|-----|----|
| ženy | 28 | 7 |
| muži | 17 | 3 |
| celkem | 45 | 10 |

Graf č. 4 Víte, co znamená karcinom tlustého střeva?



Z grafu č. 4 je patrné, že respondenti v počtu 45 (82 %) vědí, co znamená karcinom tlustého střeva, tedy většina. Z toho je 28 (62 %) žen a 17 (38 %) mužů. 10 (18 %) respondentu nevědělo, co znamená karcinom tlustého střeva, z toho 7 žen a 3 muži.

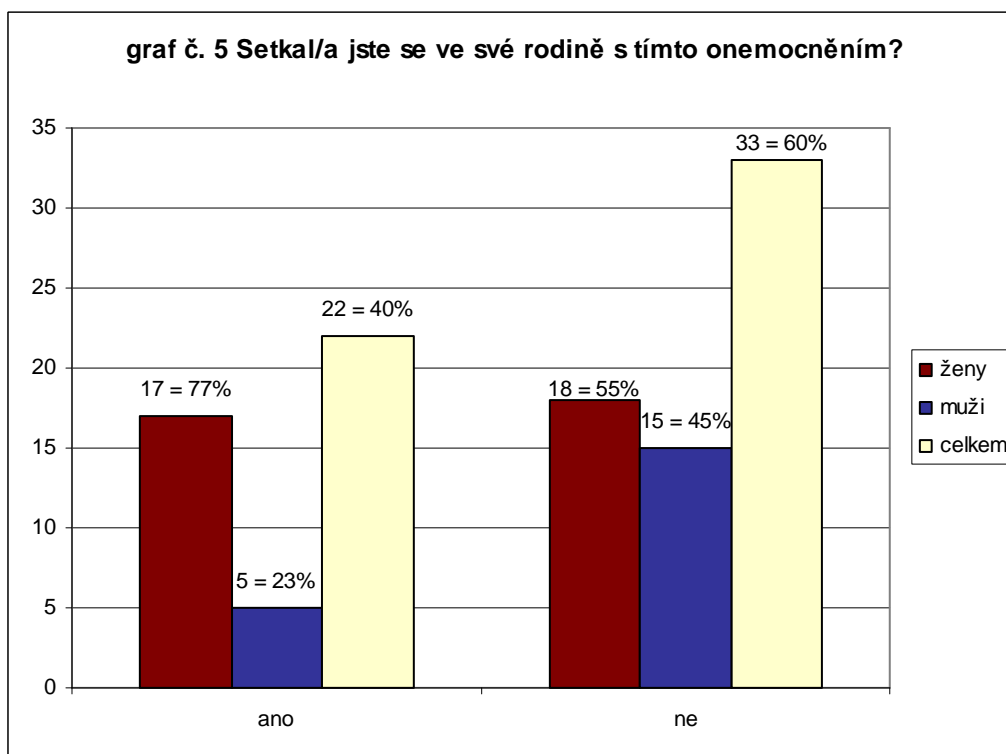
Otázka č. 5

„Setkal/a jste se ve své rodině s tímto onemocněním?“

Tabulka č. 5 Setkal/a jste se ve své rodině s tímto onemocněním?

| | ano | ne |
|--------|-----|----|
| ženy | 17 | 18 |
| muži | 5 | 15 |
| celkem | 22 | 33 |

Graf č. 5 Setkal/a jste se ve své rodině s tímto onemocněním?



Z Grafu č. 5 vyplývá, že 22 (40 %) respondentů z 55 se setkala ve své rodině s onemocněním karcinom tlustého střeva. Z toho početnější skupinu tvoří ženy v počtu 17 (77 %) a mužů 5 (23 %). Respondenti v počtu 33 (60 %) se zatím nesetkala s tímto onemocněním ve své rodině.

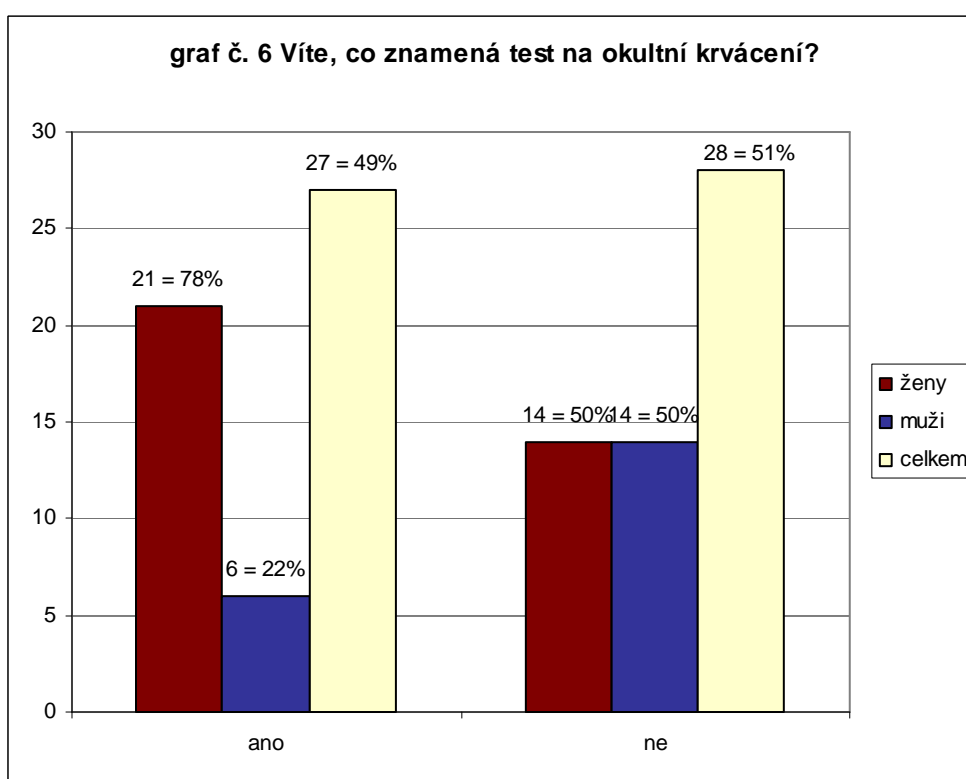
Otázka č. 6

„Víte, co znamená test na okultní krvácení?“

Tabulka č. 6 Víte, co znamená test na okultní krvácení?

| | ano | ne |
|--------|-----|----|
| ženy | 21 | 14 |
| muži | 6 | 14 |
| celkem | 27 | 28 |

Graf č. 6 Víte, co znamená test na okultní krvácení?



Z Grafu č. 6 je patrné, že více respondentů odpovědělo, že neví co je test na okultní krvácení a to v počtu 28 (51 %) z toho ve stejném počtu žen i mužů 14. Respondentů, kteří vědí, co je test na okultní krvácení bylo celkem 27 (49 %), z toho 21 (78 %) žen, 6 (22 %) mužů.

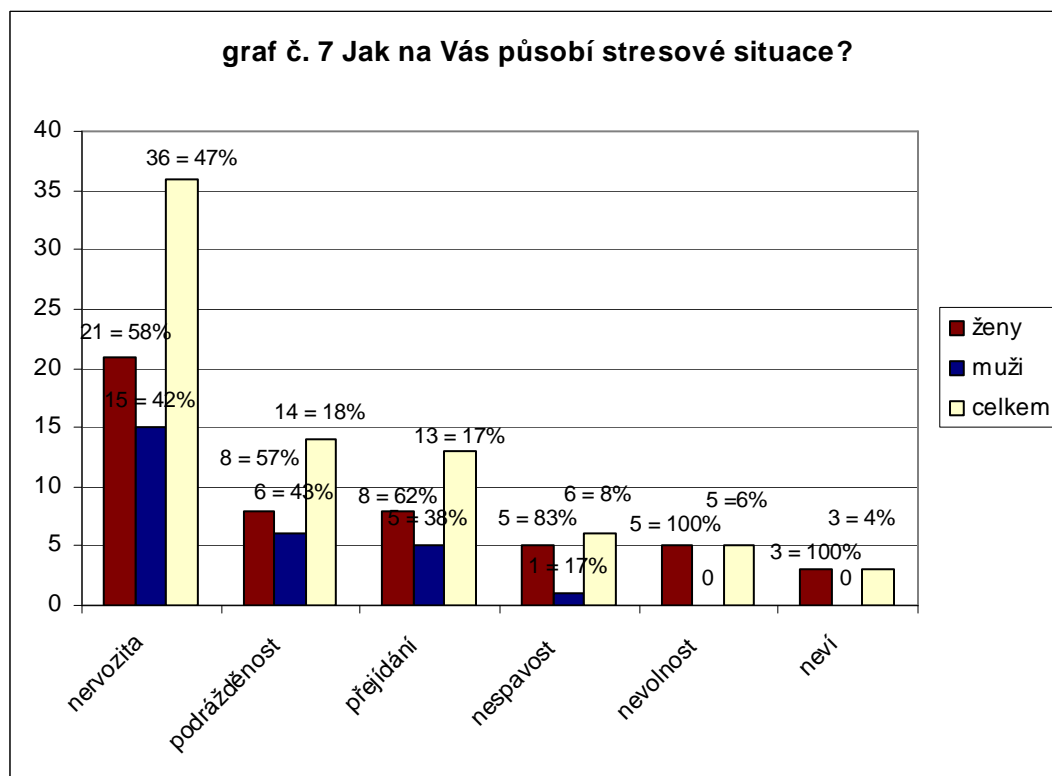
Otázka č. 7

„Jak na Vás působí stresové situace?“

Tabulka č. 7 Jak na Vás působí stresové situace?

| | ženy | muži | celkem |
|--------------|------|------|--------|
| nervozita | 21 | 15 | 36 |
| podrážděnost | 8 | 6 | 14 |
| přejídání | 8 | 5 | 13 |
| nespavost | 5 | 1 | 6 |
| nevolnost | 5 | 0 | 5 |
| neví | 3 | 0 | 3 |

Graf č. 7 Jak na Vás působí stresové situace?



Na tuto otázku respondenti mohli odpovídat více odpověďmi, nejčastější odpověď byla nervozita, kterou uvedlo 36 (47 %) respondentů, druhou nejčastější odpovědí byla podrážděnost v počtu 14 (18 %) odpovědí. 13 (17 %) respondentů trpí přejídáním, 6 (8 %) respondentů nespavostí, 5 (6 %) nevolností, 3 (4 %) respondenti nevědí, jak na ně stresové situace působí.

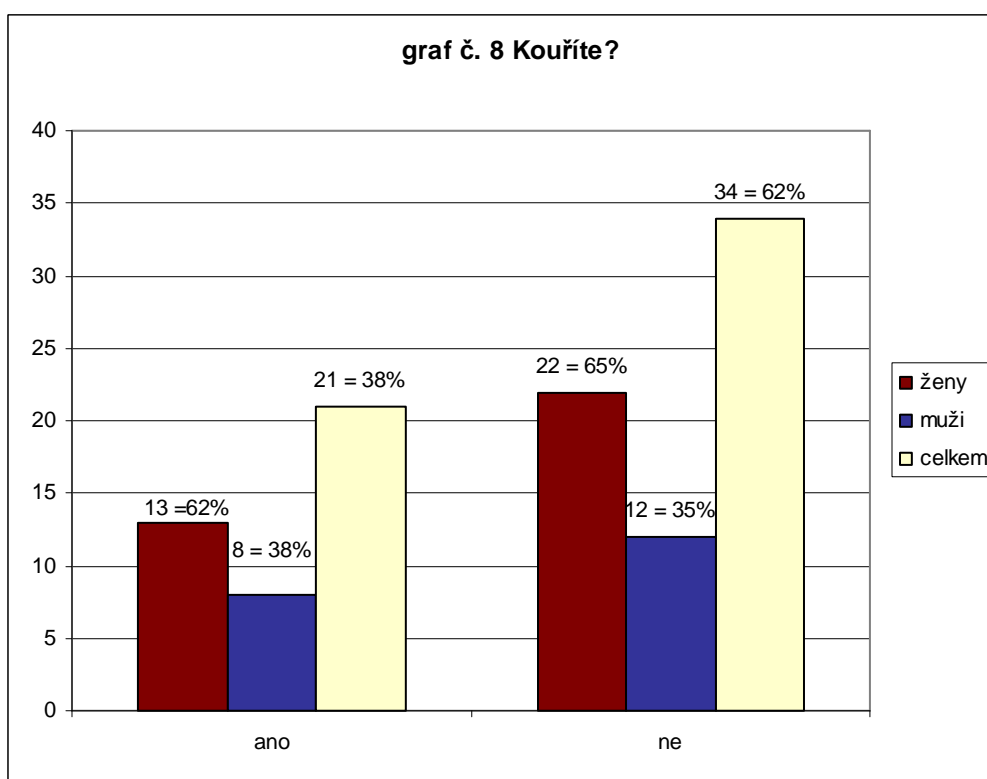
Otázka č. 8

„Kouříte?“

Tabulka č. 8 Kouříte?

| | ano | ne |
|--------|-----|----|
| ženy | 13 | 22 |
| muži | 8 | 12 |
| celkem | 21 | 34 |

Graf č. 8 Kouříte?



Z grafu č. 8 je patrné, že více respondentů tvořili nekuřáci, v počtu 34 (62 %), z toho 22 (65 %) ženy, 12 (35 %) muži. Respondentů, kteří kouří, bylo 21 (38 %), z toho 13 (62 %) žen a 8 (38 %) mužů.

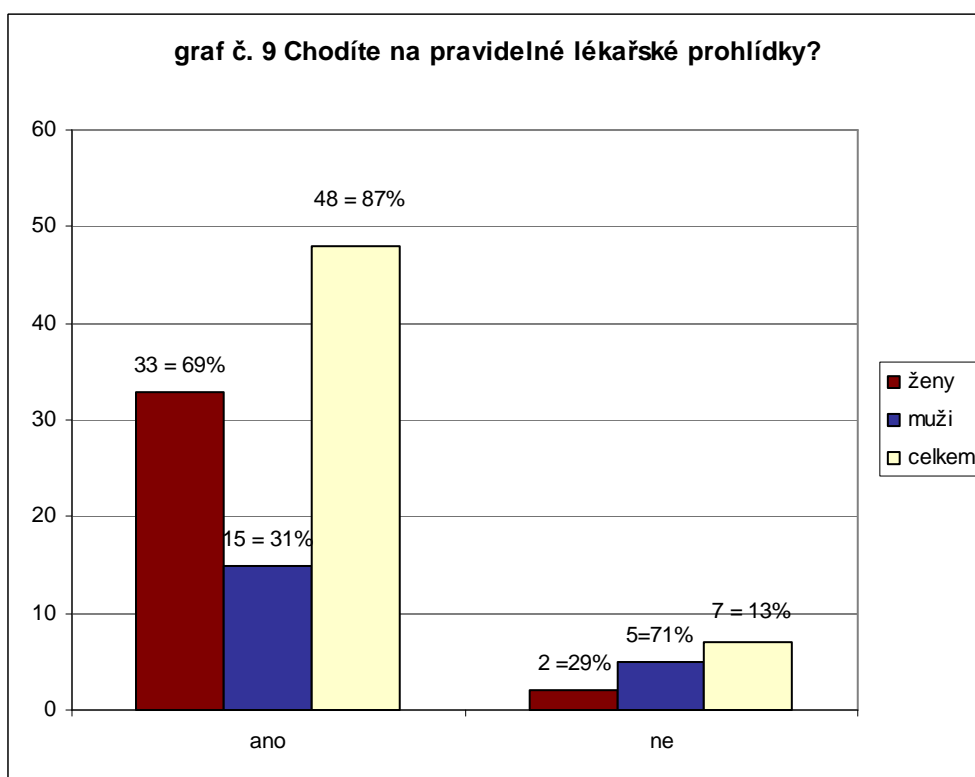
Otázka č. 9

„Chodíte na pravidelné lékařské prohlídky?“

Tabulka č. 9 Chodíte na pravidelné lékařské prohlídky?

| | ano | ne |
|--------|-----|----|
| ženy | 33 | 2 |
| muži | 15 | 5 |
| celkem | 48 | 7 |

Graf č. 9 Chodíte na pravidelné lékařské prohlídky?



Odpovědi respondentů na tuto otázku mě velice překvapily. Většina respondentů uvedlo, že chodí na pravidelné lékařské prohlídky, v počtu 48 (87 %), z toho 33 (69 %) žen, 15 (31 %) mužů. 7 (13 %) respondentů uvedlo, že nechodí na pravidelné lékařské prohlídky.

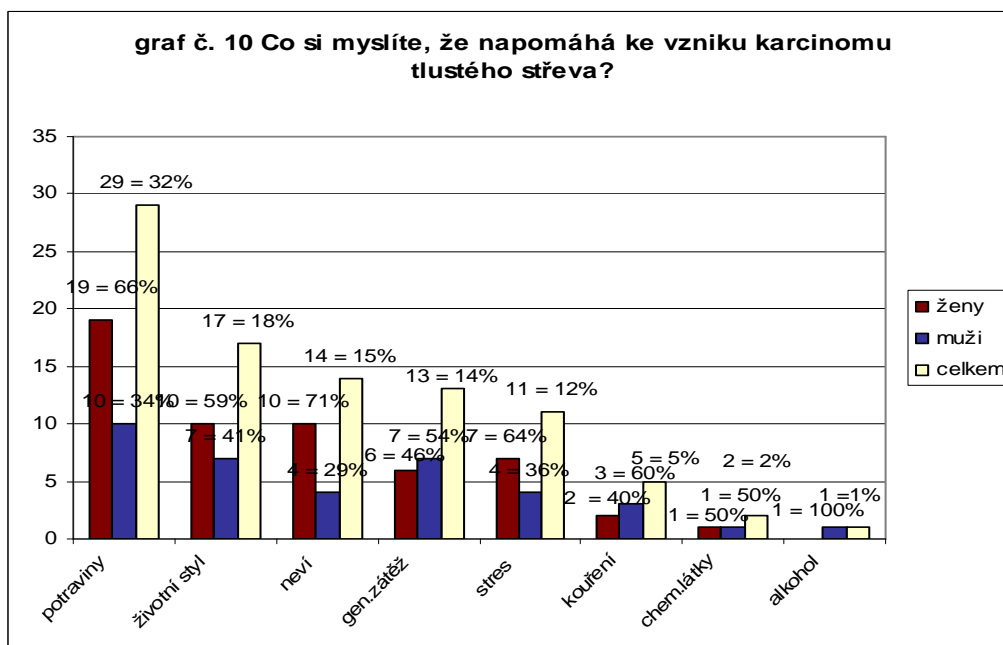
Otázka č. 10

„Co si myslíte, že napomáhá ke vzniku rakoviny tlustého střeva?“

Tabulka č. 10 Co si myslíte, že napomáhá ke vzniku rakoviny tlustého střeva?

| | ženy | muži | celkem |
|-----------------|------|------|--------|
| potraviny | 19 | 10 | 29 |
| životní styl | 10 | 7 | 17 |
| neví | 10 | 4 | 14 |
| genetická zátěž | 6 | 7 | 13 |
| stres | 7 | 4 | 11 |
| kouření | 2 | 3 | 5 |
| chemické látky | 1 | 1 | 2 |
| alkohol | 0 | 1 | 1 |

Graf č. 10 Co si myslíte, že napomáhá ke vzniku rakoviny tlustého střeva?



Na tuto otázku, mohli respondenti také odpovídat více možnostmi. Nejčastější odpovědi byly potraviny, které napsalo 29 (32 %) respondentů, z toho 19 (66 %) žen, 10 (34 %) mužů. Druhou nejčastější odpovědí byl životní styl, ten napsalo 17 (18 %) respondentů, z toho 10 (59 %) žen, 7 (41 %) mužů. Překvapivě třetí nejčastější odpovědí, bylo, že respondenti nevědí, co napomáhá ke vzniku rakoviny tlustého střeva, v počtu 14 (15 %) respondentů, z toho 10 (71 %) a 4 (29 %) mužů. Další odpovědi byly genetická zátěž, stres, kouření, chemické látky, a nejméně odpovědí byl alkohol, který uvedl 1 respondent. Mezi respondenty, kteří odpověděli, že neví, nebyl ani jeden kuřák.

4.6 Závěr průzkumu

Cílem, mé bakalářské práce bylo zjistit, zda veřejnost, ví co je karcinom tlustého střeva, co napomáhá k jeho vzniku. Zda hraje roli pohlaví a výskyt nemoci v rodině respondenta v jeho přístupu k prevenci karcinomu tlustého střeva. Cílů se mi podařilo dosáhnout pomocí analýzy otázek mého dotazníku.

H1: Minimálně 70% respondentů ví, co znamená karcinom tlustého střeva.

Tato hypotéza se mi potvrdila. Zjišťovala jsem ji pomocí otázky č.4 „Víte, co znamená karcinom tlustého střeva?“. 82 % respondentů vědělo, co znamená karcinom tlustého střeva. Respondenti, kteří se setkali, s karcinomem tlustého střeva ve své rodině věděli všichni, co karcinom znamená.

H2: Minimálně 60 % respondentů ví, co napomáhá ke vzniku karcinomu tlustého střeva.

Tato hypotéza se mi také potvrdila. Zjišťovala jsem ji pomocí otázky č.10 „Co si myslíte, že napomáhá ke vzniku karcinomu tlustého střeva. 75 % respondentů, ví, co napomáhá ke vzniku karcinomu tlustého střeva.

H3: Ženy častěji navštěvují lékaře kvůli prevenci karcinomu tlustého střeva než muži.

Tato hypotéza se mi vyvrátila. Zjišťovala jsem ji pomocí otázky č.9 „Chodíte na pravidelné lékařské prohlídky?“. Na pravidelné lékařské prohlídky chodí 87 % respondentů, z toho 33 z celkového počtu 35 žen a 15 mužů – tedy 2/3, (75 %) mužů z celkového počtu 20. Pohlaví tedy nemá vliv na prevenci.

H4: Kuřáci vědí, ve srovnání s nekuřáky, co napomáhá ke vzniku karcinomu tlustého střeva, a přesto kouří.

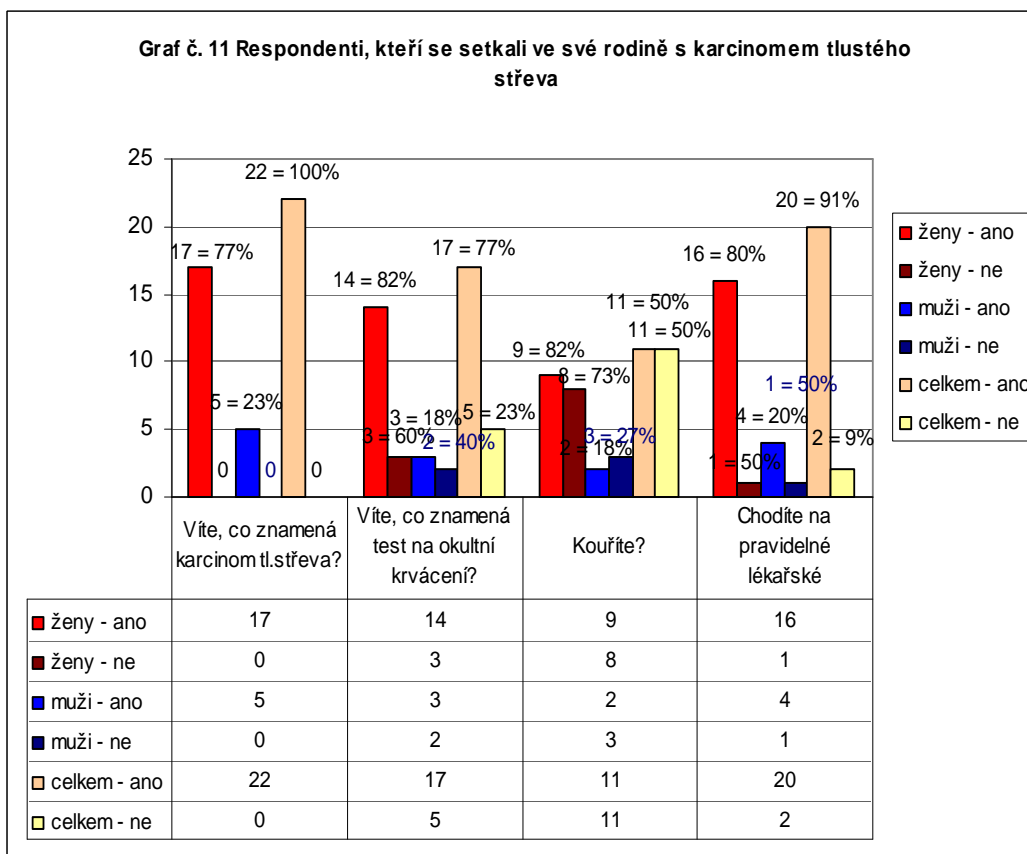
Tato hypotéza se mi potvrdila. Zjišťovala jsem ji pomocí otázek č.8 „Kouříte“ a otázky č.10 „Co si myslíte, že napomáhá ke vzniku karcinomu tlustého střeva?“.

Z celkového počtu respondentů 55, bylo 21 kuřáků, tedy méně než nekuřáků. Mezi respondenty, co neuměli, odpovědět na otázku č. 10 nebyl ani jeden kuřák. 11 kuřáků kouří i přesto, že se s karcinomem tlustého střeva setkali ve své rodině.

Z celkového počtu respondentů 55, se setkala 22 (40 %) s karcinomem tlustého střeva ve své rodině, z toho 17 žen a 5 mužů. U těchto respondentů mě zajímalo, jestli vědí, co znamená test na okultní krvácení, jestli vědí, co je karcinom tlustého střeva, jestli kouří a chodí na pravidelné lékařské prohlídky.

Všichni respondenti věděli, co znamená karcinom tlustého střeva, 17 (77%) respondentů ví, co znamená test na okultní krvácení, 5 (23%) respondentů neví. Kuřáků a nekuřáků bylo stejně 11 : 11. Na pravidelné lékařské prohlídky chodí 20 (90 %) respondentů, 2 respondenti uvedli, že nechodí na pravidelné lékařské prohlídky a to 1 žena, 1 muž.

Graf – Respondenti, kteří se setkali ve své rodině s karcinomem tlustého střeva.



4.7 DISKUZE

V teoretické části jsem se zaměřila na obecnou onkologii, onkologii tlustého střeva a také na psychosomatiku, ve které uvádím i možnosti alternativní medicíny u karcinomu tlustého střeva. Já osobně jsem i nejsem zastáncem alternativní medicíny, myslím si, že je vhodné doplňovat klasickou medicínu tou alternativní, pokud je to pacientovo přání a neohrožuje to jeho život.

Při přípravě mého dotazníku jsem se snažila zjistit v mém okolí, jaký mají lidé názor na alternativní medicínu. Většina dotazovaných mi nechtělo odpovědět, a když už odpověděli, nedokázali říci, zda-li v případě onemocnění rakovinou, ale i u jiného onemocnění by se k této variantě léčby obrátili a především by měli strach z toho, že když by využili metod alternativní medicíny jejich lékař je pak odmítne dále léčit.

Ve snaze o vysokou návratnost věcně vyplněných dotazníků a na základě předchozích zkušeností a odpovědí ohledně alternativní medicíny, jsem neuvedla žádnou otázku zaměřenou na toto téma.

Ze stanovených čtyř hypotéz se mi potvrdily tři. Nepotvrdila se mi pouze hypotéza H3: Ženy častěji navštěvují lékaře kvůli prevenci karcinomu tlustého střeva. Hypotézy, které se mi potvrdily – H1 Minimálně 70 % respondentů, ví, co znamená karcinom tlustého střeva, touto problematikou jsem se zabývala v teoretické části 1 Obecná onkologie, ale i v části 2 Onkologie tlustého střeva, kde jsem se snažila přiblížit, vznik terminologie a toto onemocnění nějakým způsobem popsat.

Závěr

Na závěr mé práce bych ráda zhodnotila, co jsem od ní očekávala. Cílem mé práce bylo dozvědět se, jestli lidé vědí, co je karcinom tlustého střeva, co napomáhá k jeho vzniku, a také kolik respondentů se s tímto onemocněním setkala ve své rodině a jestli tito respondenti mají více informací o tomto onemocnění. Cíle, které jsem si stanovila, se mi podařilo dosáhnout. Je samozřejmé, že všechny hypotézy, nebyly potvrzeny.

Informovanost veřejnosti o karcinomu tlustého střeva je dle mého průzkumu dobrá, vědí, co je karcinom střeva za onemocnění, co napomáhá k jeho vzniku, ale bohužel dnešní společnost si zvykla čekat, až odborníci vyvinou, či vymyslí lék proti rakovině a do té doby se jich rakovina vyhne a oni sami tedy nemusí nic dělat. A právě prevence nejen u karcinomu tlustého střeva, ale u všech druhů rakovin je velice důležitá, snad nejdůležitější.

Ve snaze porovnat můj průzkum s nějakým jiným jsem bohužel neuspěla. Na internetu ani v odborných knížkách, ze kterých jsem čerpala, se mi obdobný průzkum, nebo výzkum nepodařilo najít. Průzkumy k rakovině tlustého střeva se především zaměřují na úmrtnost pacientů a na výskyt v naší republice a ve světě. Proto doufám, že můj průzkum, i když z malého počtu respondentů bude přínosný pro laickou, ale také pro odbornou veřejnost.

I nadále bych se tomuto tématu ráda věnovala a zaměřila se na praktické lékaře. S návrhem o jejich větší zájem k prevenci rakoviny tlustého střeva, především u pacientů nad 40 let, a to každoroční výzvě těchto pacientů k provedení testu na okultní krvácení. Další můj návrh by se týkal informačních letáků a brožur, které už asi všichni znají, ale jsou velice důležité, když se uvedou ve správné formě, a se správnými a důležitými informacemi. Např.: přesný počet lidí v naší republice s tímto onemocněním, počet pacientů, kteří rakovině podlehnou, ale také kolik se jich podaří vyléčit a žít plnohodnotný život. Jelikož je rakovina velice choulostivé téma, musíme dbát i na psychiku jak zdravých tak nemocných lidí a přizpůsobit tomu jak správnou prevenci budeme prezentovat.

Seznam literatury:

1 BECHER, H. D., HOHONBERGER, W., a kol. *Chirurgická onkologie*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0720-9

2 HOCH, J., *Akutní chirurgie tlustého střeva*. : MAXDORF, 1998. ISBN 80-858000-85-3

3 NEZU, A., M., NEZUOVÁ, CH., M. a kol. *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny, PSYCHOONKOLOGIE*. : Společnost pro odbornou literaturu, 2004. ISBN 80-7364-000-7

4 PETRUŽELKA, L., KONOPÁSEK, B. *Klinická onkologie*. : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0395-0

5 RÉTYI, A. *Vyléčení rakoviny, Alternativní cesty k uzdravení*. : Edice tajemství, Dialog, 2007. ISBN 978-80-86761-75-5

6 Doc. MUDr. ŠVÁB, CSc. *Operace tlustého střeva*. : Triton, 2000. ISBN 80-7254-122-6

7 VYZULA, R., ŽALOUDNÍK, J., a kol. *Rakovina tlustého střeva*. : MAXDORF, 2007. ISBN 978-80-7345-140-0

8 ŽALOUDNÍK, J. *Vyhnete se rakovině aneb prevence zhoubných nádorů pro každého*. : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2307-5

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Dotazník.

Dotazník číslo....

Karcinom tlustého střeva

Vážení respondenti, jmenuji se Michaela Kašparová a studuji 3. rokem Vysokou školu zdravotnickou. V současné době píší Bakalářskou práci na téma Informovanost veřejnosti o onemocnění karcinomem tlustého střeva. Vaše odpovědi jsou anonymní a budou zpracovány pouze pro mé studijní potřeby k bakalářské práci.

Děkuji za spolupráci

1. Pohlaví?

žena muž

2. Kolik je vám let?

.....

3. Vaše dosažené vzdělání?

základní vyučení středoškolské vyšší odborné vysokoškolské

4. Víte, co znamená karcinom tlustého střeva?

nevím vím,.....

5. Setkal /a jste se ve své rodině s tímto onemocněním?.

ano ne

6. Víte, co znamená test na okultní krvácení?

ano ne

7. Jak na Vás působí stresové situace? (nervozita, podrážděnost, přejídání.....)

.....

8. Kouříte?

ano ne

9. Chodíte na pravidelné lékařské prohlídky?

ano ne

10. Co si myslíte, že napomáhá ke vzniku karcinomu tlustého střeva?

.....

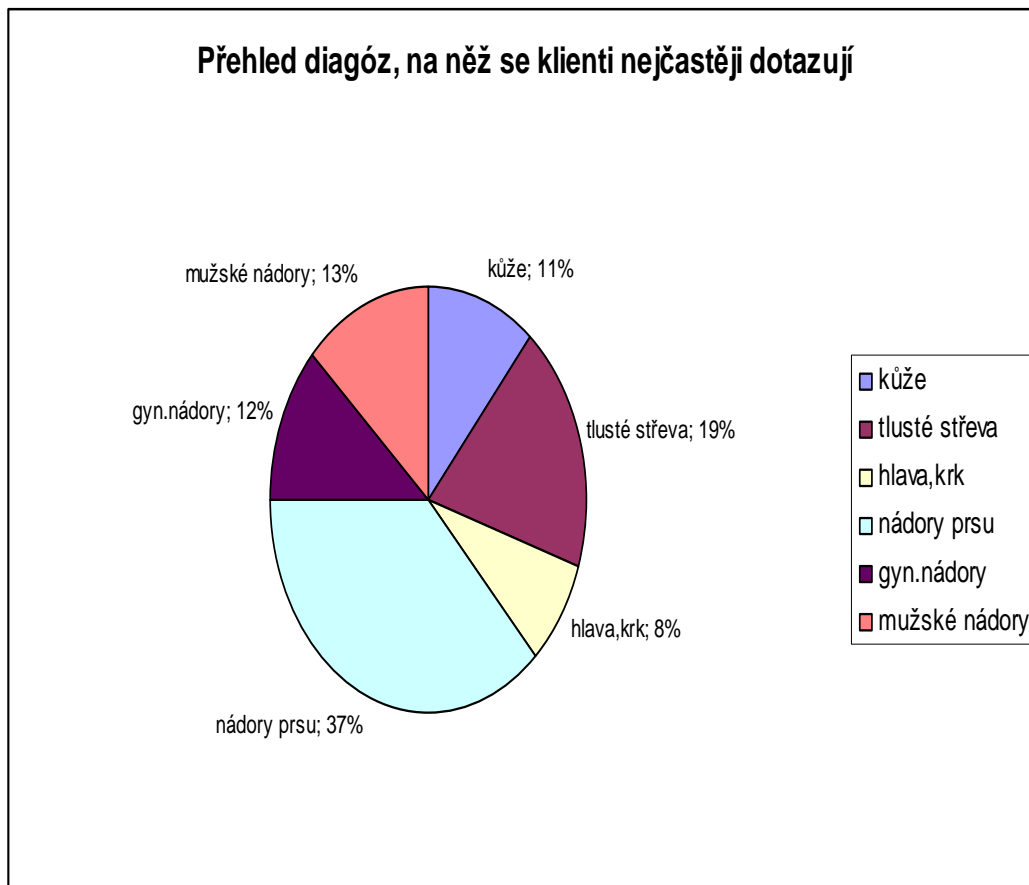
Příloha č. 2

Seznam zkratek:

| | |
|-----------|--|
| RTG | radioizotopový termoelektrický generátor |
| TNM | tumor, modus, metastáza |
| PUL | plicní |
| OSS | kostní |
| HEP | jaterní |
| BRA | mozkové |
| LYM | uzlinové |
| MAR | kostní dřeň |
| PLE | pohrudniční |
| PER | pobřišniční |
| SKI | kožní |
| ADR | nadledvinové |
| OTH | jiné |
| CT | počítačová tomografie |
| MR | magnetická rezonance |
| CEA | karcinoembryonální antigen |
| MOÚ | masarykův onkologický ústav |
| OIC | onkologické informační centrum |
| NLP | imunolinguvistické programování |
| TČM | tradiční čínská medicína |

Příloha č. 3

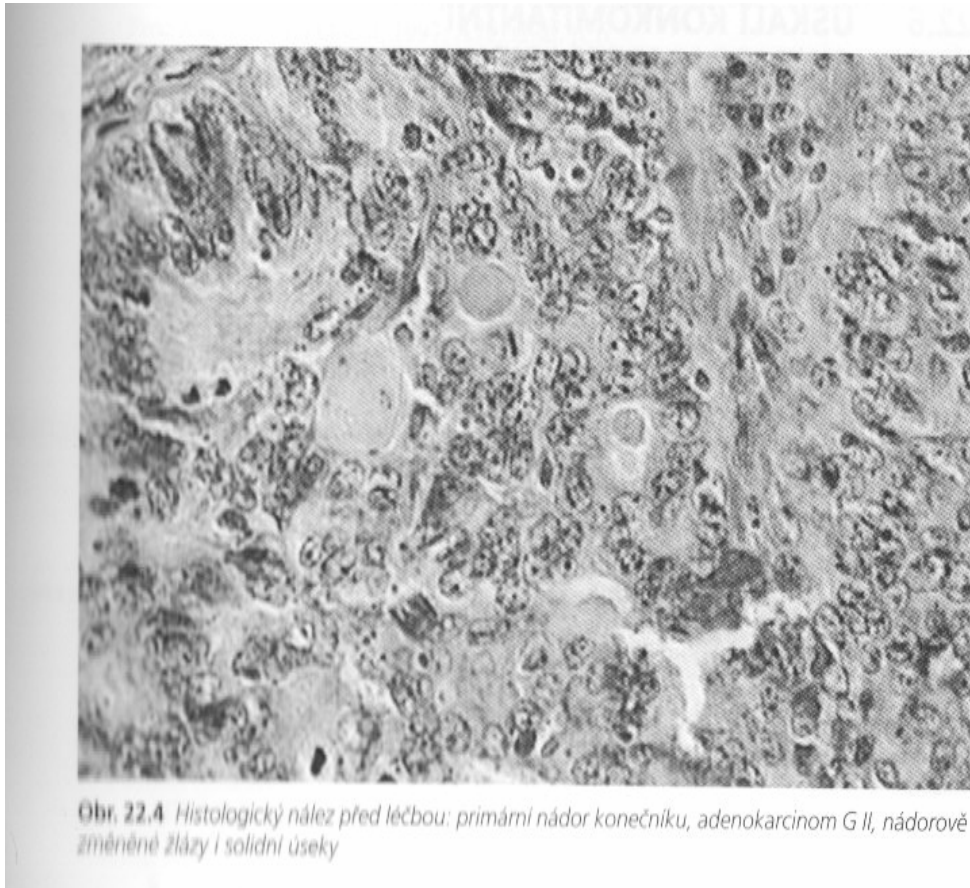
Graf - Přehled diagnóz, na něž se klienti nejčastěji dotazují. (2, str.266).



Graf č. 11

Příloha č. 4

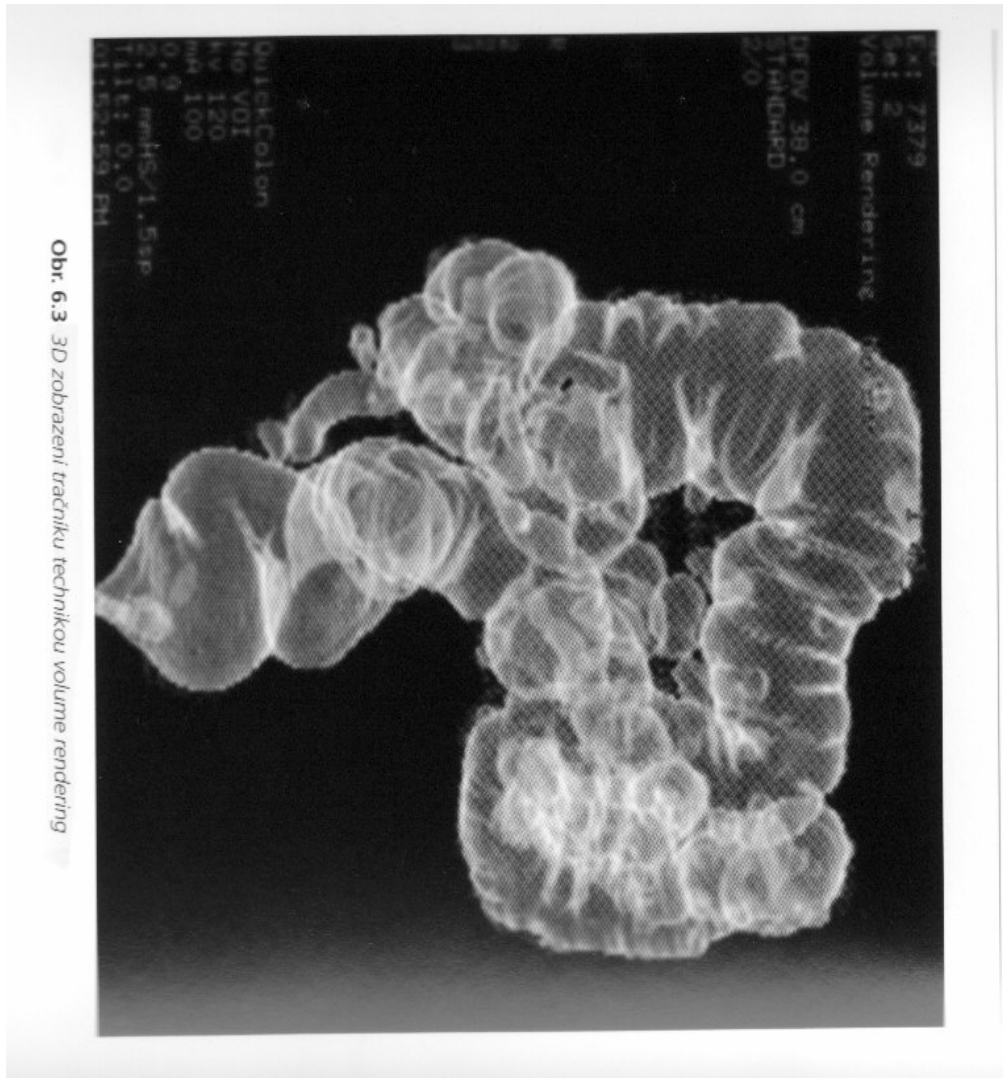
Histologický nález před léčbou primárního nádoru konečníku. (1, str. 233)



Obr. 1

Příloha č. 5

3D zobrazení tračníku. (2, str. 74).



Obr. 2

Příloha 6

Seznam tabulek:

- Tabulka č. 1 Pohlaví?
- Tabulka č. 2 Kolik je Vám let?
- Tabulka č. 3 Vaše dosažené vzdělání?
- Tabulka č. 4 Víte, co znamená karcinom tlustého střeva?
- Tabulka č. 5 Setkal/a jste se někdy ve své rodině s tímto onemocněním?
- Tabulka č. 6 Víte, co znamená test na okultní krvácení?
- Tabulka č. 7 Jak na Vás působí stresové situace?
- Tabulka č. 8 Kouříte?
- Tabulka č. 9 Chodíte na pravidelné lékařské prohlídky?
- Tabulka č. 10 Co si myslíte, že napomáhá ke vzniku karcinomu tlustého střeva?

Příloha č. 7

Seznam grafů:

- Graf č. 1 Pohlaví?
- Graf č. 2 Kolik je Vám let?
- Graf č. 3 Vaše dosažené vzdělání?
- Graf č. 4 Víte, co znamená karcinom tlustého střeva?
- Graf č. 5 Setkal/a jste se někdy ve své rodině s tímto onemocněním?
- Graf č. 6 Víte, co znamená test na okultní krvácení?
- Graf č. 7 Jak na Vás působí stresové situace?
- Graf č. 8 Kouříte?
- Graf č. 9 Chodíte na pravidelné lékařské prohlídky?
- Graf č. 10 Co si myslíte, že napomáhá ke vzniku karcinomu tlustého střeva?
- Graf č. 11 Přehled diagnóz, na něž se klienti nejčastěji dotazují.
- Graf č. 12 Respondenti, kteří se setkali ve své rodině s karcinomem tlustého střeva.

Příloha č. 8

Seznam příloh:

- Příloha č. 1**Dotazník
- Příloha č. 2**Seznam zkratk
- Příloha č. 3**Graf č. 11 Přehled diagnóz, na než se klienti nejčastěji dotazují.
- Příloha č. 4**Obrázek – Histologický nález před léčbou primárního nádoru konečníku.
- Příloha č. 5**.....Obrázek – 3D zobrazení tračníku.
- Příloha č. 6**.....Seznam tabulek
- Příloha č. 7**.....Seznam grafů
- Příloha č. 8**.....Seznam příloh