

Postoj veřejnosti ke kolorektálnímu screeningu

Šárka Jurtíková

Bakalářská práce
2023

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Šárka Jurtiková
Osobní číslo:	H19030
Studijní program:	B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor:	Všeobecná sestra
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Postoj veřejnosti ke kolorektálnímu screeningu

Zásady pro vypracování

Rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti problematiky kolorektálního karcinomu.
Příprava metodiky kvantitativního šetření.
Formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace šetření technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- PETRUŽELKA, L. a kol. *Kolorektální karcinom*. Praha: Farmakon Press, 2018. 202 s. ISBN 978-80-906589-7-4.
SEIFERT, B. a kol. *Screening kolorektálního karcinomu. 2., rozšířené vydání*. Praha: Maxdorf, 2015. 128 s. ISBN 978-80-7345-444-9.
ŠPIČÁK, J. a O. URBAN. *Novinky v digestivní endoskopii*. Praha: Grada, 2015. 239 s. ISBN 978-80-247-5283-9.
WILD, C., E. WEIDERPASS and B. STEWART. *World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention*. Lyon: IARC Press, 2020. 596 p. ISBN 978-92-832-0447-3.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Jana Pelková**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odprá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou kolorektálního karcinomu. Cílem práce je zjistit, informovanost veřejnosti nad 50 let o kolorektálním screeningu, zdali se programu účastní a jak jsou informováni o tomto zločinném onemocnění. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá epidemiologií, rizikovými faktory, příznaky, diagnostikou a léčbou kolorektálního karcinomu. Dále se věnuje screeningu kolorektálního karcinomu a adresnému zvaní do tohoto programu. Praktická část je realizována kvantitativním výzkumným šetřením pomocí techniky dotazníku a zaměřuje se na osoby starší 50 let, kteří spadají do tzv. cílové populace kolorektálního screeningu. Výstupem z bakalářské práce je informační leták s informacemi o kolorektálním screeningu.

Klíčová slova: kolorektální karcinom, rakovina, nádorová prevence, screening, TOKS, kolonoskopie

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the issue of colorectal cancer. The aim of the thesis is to find out what attitude the public has towards colorectal screening, whether they participate in the programme and how they are informed about this malignant disease. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part deals with epidemiology, risk factors, symptoms, diagnosis and treatment of colorectal cancer. It also discusses colorectal cancer screening and targeted invitation to this programme. The practical part is carried out by quantitative research using a questionnaire technique and focuses on people over 50 years of age who fall within the so-called target population of colorectal screening. The output of the bachelor thesis is an information leaflet with information about colorectal screening.

Keywords: colorectal carcinoma, cancer, cancer prevention, screening, FOBT, coloscopy

Tímto bych ráda poděkovala MUDr. Janě Pelkové za odborné vedení této práce, cenné rady, ochotu a trpělivost. Poděkování patří i všem respondentům, kteří se výzkumného šetření účastnili.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM	11
1.1 EPIDEMIOLOGIE.....	11
1.2 ETIOPATOGENEZE.....	12
1.3 KLASIFIKACE NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ	13
1.4 KLINICKÝ OBRAZ ONEMOCNĚNÍ	15
1.5 DIAGNOSTIKA	15
1.6 LÉČBA	17
2 PREVENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	19
3 SCREENING KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	21
II PRAKTICKÁ ČÁST	26
4 KVANTITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	27
4.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	27
4.2 METODA PRÁCE A TECHNIKA SBĚRU DAT	27
4.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	28
4.4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	28
4.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	28
5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA	29
6 DISKUZE	48
6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	51
ZÁVĚR	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	57
SEZNAM TABULEK	59
SEZNAM PŘÍLOH	60

ÚVOD

Kolorektální karcinom patří mezi nejčastější malignity ve státech Evropské unie, a i u nás si dlouhá léta držel přední postavení. V posledních letech signifikantně dochází k poklesu trendu incidence i úmrtnosti na toto onemocnění. Vliv na tyto pozitivní výsledky má zavedený program screeningu kolorektálního karcinomu. Cílem programu je zachytit včas premaligní léze u bezpříznakových osob od 50 let věku. Kolorektální karcinom patří mezi nádory, kterým lze předejít prevencí. Screening kolorektálního karcinomu byl v České republice zahájen v červenci roku 2000 a prochází kontinuálním vývojem. V současnosti se využívá test na okultní krvácení (TOKS) a screeningová kolonoskopie. V lednu 2014 bylo navíc zahájeno adresné zvaní, které osoby z cílové populace zve do ordinace všeobecného praktického lékaře nebo gynekologa. Právě role praktických lékařů a gynekologů je pro screening klíčová. Lékař primární péče může svým přístupem ovlivnit postoj pacienta k prevenci a tím i účast ve screeningových programech. Navzdory zavedenému celoplošnému screeningu, je však stále mnoho nádorů kolorekta zachyceno ve vyšších stádiích nemoci.

Pro toto téma bakalářské práce jsem se rozhodla na základě zájmu edukovat veřejnost o kolorektálním screeningu. V praxi se stále často setkávám s pacienty, kteří zanedbávají prevenci a o její možnosti mnohdy ani nejsou dostatečně informováni. Cílem práce je zjistit informovanost veřejnosti nad 50 let o prevenci kolorektálního karcinomu, jak jsou o tomto onemocnění informováni a zdali se respondenti účastní screeningu kolorektálního karcinomu. Praktická část je založena na kvantitativním výzkumu. Pro naše šetření jsme zvolili techniku dotazníku. Cílovou skupinou dotazníkového šetření byla veřejnost od 50 let věku, která spadá do tzv. cílové populace rakoviny tlustého střeva.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

Termínem kolorektální karcinom (dále jen jako KRK) se označuje maligní nádorové onemocnění vycházející z epitelových buněk tlustého střeva a rekta. Jedná se o civilizační onemocnění a dlouhodobě představuje vážný zdravotnický a ekonomický problém. Nádor je díky relativně dlouhému procesu kancerogeneze preventabilní, tzn. lze mu předejít detekcí premaligních lézí nebo dokonce zabránit časnou diagnostikou v bezpříznakovém období (Šachlová a kol., 2015; Lukáš a kol., 2018).

V České republice se každý rok diagnostikuje rakovina tlustého střeva přibližně 7500 tisíci pacientům. Z toho 50 % a více jich je diagnostikováno již v pokročilém stádiu. Kolorektální karcinom patří mezi onemocnění, které jde ovlivnit prevencí. Bohužel i přes dostupnost kvalitní onkologické prevence, je stále mnoho nádorů kolorekta zachyceno pozdě a pro pacienta to nese riziko infaustní prognózy. Včasný záchyt karcinomu, však může pro pacienta znamenat lepší prognózu. K tomu přispívá zavedený screeningový program, který si klade za cíl diagnostikovat pacienty s KRK v raných nebo premaligních stádiích rakoviny. Přínos screeningového programu dokazuje epidemiologický ukazatel mortality, který v posledních letech stále klesá (Král, Hucl a Špičák, 2017).

1.1 Epidemiologie

Rakovina tlustého střeva a konečníku patří celosvětově mezi nejčastější zhoubná nádorová onemocnění. Globálně zaujímá z hlediska incidence třetí místo a na druhém místě se nachází v trendu mortality. Data z GLOBOCANU uvádějí, že v roce 2020 bylo odhadnuto více než 1,9 milionů nových případů a téměř 930 000 úmrtí. Podobně umístěný je i v Evropě, zde se jedná o druhý nejčastěji diagnostikovaný typ rakoviny i druhou nejčastější příčinou úmrtí na zhoubný novotvar. V roce 2020 byla diagnóza stanovena téměř 520 000 pacientům evropských zemí (Cardoso et al., 2021; Sung a kol., 2021).

Vysoký výskyt a úmrtnost KRK zatěžoval i Českou republiku, která si dlouhá léta držela prvenství v mezinárodní statistice. Zatímco v roce 2016 se Česko řadilo na 5. místo incidence v Evropě, v roce 2020 zaujímá až 14 příčku. Lze tedy sledovat výrazný pokles v obou výše zmíněných epidemiologických ukazatelích (incidenci a mortalitě). Zároveň narůstá trend prevalence u pacientů s kolorektálním karcinomem (Král a kol., 2016; Sung et al., 2021).

Resortním zdrojem epidemiologických údajů v České republice je Národní onkologický registru (NOR). Dle dat z roku 2019 vyplývá, že ročně je diagnostikován kolorektální karcinom přibližně u 7300 osob a asi 3400 pacientů na toto onemocnění zemře. KRK je druhou nejčastější malignitou v ČR (bez melanomových kožních nádorů). Představuje 12,4 % všech nově diagnostikovaných novotvarů, přičemž velmi podobný je trend mortality, který činí 12,2 % všech úmrtí na zhoubný novotvar. Obvyklý věk pacienta s KRK je mezi 63 – 77 lety a vyskytuje se častěji u mužů jak u žen. V roce 2019 žilo na území České republiky 59 166 osob s tímto onemocněním (Zdravotnická ročenka České republiky 2019, 2020).

1.2 Etiopatogeneze

Nádorové onemocnění vzniká nahromaděním genetických mutací v původně normální buňce, ve které následně dochází k jejímu dalšímu klonování, přičemž každý nový prekancerózní klon je charakterizován růstovým zvýhodněním a má důležitou roli v buněčném cyklu. Proces kancerogeneze u KRK charakterizuje relativně dlouhé bezpříznakové období, které může trvat 7–10 let. Jeho přesná příčina vzniku mnohdy zůstává neznámá, jisté ale je, že k vývoji kolorektální neoplazie přispívá působení rizikových faktorů. S vyšším rizikem vzniku rakoviny jsou spojeny špatné stravovací návyky, nízká tělesná aktivita, obezita, kouření a konzumace alkoholu. Obecně lze říct, že vzniku rakoviny přispívá nezdravý životní styl. Nadměrný příjem červeného masa, živočišných tuků a strava s malým obsahem vlákniny může také prokazatelně ovlivnit vznik KRK až ze 70 % (Lipská a kol., 2009; Wild et al., 2020).

Dalším rizikovým faktorem pro vznik KRK je přítomnost polypů v osobní anamnéze, které řadíme mezi prekancerózy. Polyp je tzv. výběžek sliznice v tlustém střevě. Pokud polypy nejsou endoskopicky odstraněny, mohou se histologicky přeměnit v adenokarcinom. I po odstranění u mnohočetných polypů, zůstává riziko vzniku karcinomu stále velké. Výskyt KRK je častější i u pacientů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou, riziko vzniku stoupá s rozsahem zánětu a délkou onemocnění. Náchylnost ke vzniku tohoto onemocnění mají i pacienti po prodělané radioterapii v oblasti dutiny břišní pro malignitu v dětském věku a pacienti s diabetem mellitem 2. typu (Vorlíček a kol., 2012; Souček a kol., 2019).

1.2.1 Formy:

Většinu nádorů kolorekta tvoří forma sporadická, ta se charakterizuje výskytem KRK u osob s negativní rodinnou anamnézou a představuje 90 – 95% všech těchto nádorů. Ty zbylé tvoří forma hereditárně podmíněná. Hereditární formy vznikají na podkladě zděděné mutace. Těmi nejčastějšími je syndrom familiární adenomatózní polypózy a hereditární nepolypózní kolorektální karcinom (Souček a Svačina, 2019).

- *Syndrom familiární adenomatózní polypózy (FAP)* - jedná se o onemocnění charakteristické vrozenou mutací APC genu. Tvoří 1 % ze všech KRK a je charakterizováno výskytem velmi vysokého počtu polypů již v mladém věku. Riziko zhoubného novotvaru je téměř 100 % (Král a kol., 2016).
- *Hereditární nepolypózní kolorektální karcinom (HNPCC) – Lynchův syndrom* - jedná se o dědičné onemocnění s vrozenou mutací genů MMR, jejichž úkolem je řídit opravu DNA. Porucha jejich funkce má za následek mutace v dalších genech, čímž vzniká nestabilita genomu a kumulace dalších mutací. Postihuje žaludek, žlučové cesty, endometria, tenké střevo (Tomášek, 2019).
- *Familiární formy* – jsou specifické pro osoby, kteří mají vrozenou náchylnost pro onemocnění kolorektálním karcinomem, má však multigenní charakter. Kolorektálních neoplazie se vyskytuje u příbuzných prvního stupně a zároveň nesplňuje kritéria hereditárních syndromů (Lukáš a Hoch, 2018).

1.3 Klasifikace nádorového onemocnění

TNM Classification of Malignant Tumours v překladu klasifikační systém TNM je jedním ze základních hodnotících systémů používaných v onkologii. Jedná se tzv. o „společný jazyk“ onkologů, kdy pomocí konkrétních hodnot v jednotlivých oblastech T – N – M určují klinické stádium onemocnění. Je důležitým bodem pro posouzení primárního nádoru a volbu léčby (Brierley, Gospodarowicz a Wittekind, 2020).

„Charakterizuje nádorovou lokalizaci, velikost nádoru, postižení uzlin, přítomnost vzdálených metastáz, stádium a morfolonii.“ (Lipská a Visokai, 2009)

Tabulka 1 Primární tumor (T) (Lipská a Visokai, 2009)

TX	Primární nádor nemůže být přesně určen
T0	Primární tumor nenalezen
Tis	Karcinoma in situ – neprorůstá mukózou
T1	Tumor proniká submukózou
T2	Tumor proniká muscularis propria
T3	Tumor proniká skrze muscularis propria do subserózy nebo do neperitonealizované perikolické či perirektální tkáně
T4	Tumor proniká viscerálním peritoneem nebo přímo do okolních orgánů a struktur

Tabulka 2 Postižení regionálních lymfatických uzlin (N) (Lipská a Visokai, 2009)

NX	Regionální lymfatické uzliny nemohou být posouzeny
N0	Bez metastáz v regionálních uzlinách
N1	1–3 metastázy v perikolických nebo perirektálních lymfatických uzlinách
N2	Metastázy ve 4 nebo více perikolických nebo perirektálních lymfatických uzlinách

Tabulka 3 Vzdálené metastázy (M) (Lipská a Vosakai, 2009)

MX	Přítomnost vzdálených metastáz nemůže být posouzena
M0	Vzdálené metastázy nejsou přítomny
M1	Vzdálené metastázy jsou přítomny

Tabulka 4 Anatomické dělení nádorů tlustého střeva a konečníku (Lipská a Visokai, 2009)

Apendix	(C18.1)
Cékum	(C18.2)
Vzestupný tračník	(C18.2)
Hepatální flexura	(C18.3)
Příčný tračník	(C18.4)
Lienální flexura	(C18.5)

Sestupný tračník	(C18.6)
Sigmoideum	(C18.7)
Rektosigmoideum	(C19)
Rektum	(C20)

1.4 Klinický obraz onemocnění

V časném stádiu nádor roste skrytě a většinou bez příznaků. Symptomy se zpravidla projevují, až v pokročilejším stádiu onemocnění nebo u většího nádoru. Mohou mít několik podob, proto je důležité, aby pacient sledoval varovné signály onemocnění a při podezření na KRK, neoddaloval návštěvu lékaře. Nejčastější příznak bývá změna ve vyprazdňování, průjem nebo zácpa. Běžně se také vyskytuje časté nutkání na stolicí s pocitem nedokonalého vyprázdnění. Změna provází i charakter stolice, která je stužkovitě zúžená a bývá s příměsí krve. Enteroragie neboli přítomnost krve ve stolici z dolní části GIT, je typickým příznakem kolorektálního karcinomu. Dlouhodobé drobné krevní ztráty vedou u nemocného k anémii, která zapříčiní, že nemocný se cítí unavený, slabý, objektivně bledý a může udávat pocit bušení srdce. Zpravidla běžným klinickým projevem je i břišní nepohoda s plynatostí a kolikovitou bolestí při ileózních komplikacích. Mezi další nespecifické příznaky patří teploty, nechutenství a nezáměrné hubnutí pacienta (Tomášek, 2019).

1.5 Diagnostika

1.5.1 Anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření

Lékař při diagnostice KRK rozlišuje dvě skupiny pacientů. První skupinou se rozumí vyšetření nemocných, kteří projevují příznaky karcinomu tlustého střeva a konečníku. Druhou skupinou jsou rizikové osoby nad 50 let, bez zjevných příznaků (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012).

Lékař nejprve pečlivě odebere pacientovu anamnézu. V rámci rodinné se dotazuje na přítomnost familiárních nádorových onemocnění. Při podezření na hereditární formu KRK je pacientovi doporučeno genetické testování a dispenzární sledování. Dále lékař musí zhodnotit jednotlivé příznaky pacienta. Velká část pacientů je ovšem asymptomatická, proto je důležité provádět pravidelná screeningová vyšetření se zaměřením na rizikové osoby (Miškovičová, 2020).

Fyzikální vyšetření je cíleno na oblast břicha (hepatomegalie, palpační citlivost, ascites, peristaltika) a digitální vyšetření konečníku per rectum. Digitální vyšetření anorekta je bezesporu rychlým diagnostickým prvkem a lékaře může nasměrovat tím správným směrem při stanovení diagnózy (Sasínek a kol., 2021).

Z biologického materiálu se odebírají vzorky žilní krve na základní biochemické vyšetření a nádorové markery. Kolorektální karcinom popisuje elevace markeru CEA a Ca 19-9. Jako další se vyšetřují hladiny v krevním obrazu, zde snížené hodnoty poukazují na anemizaci, při ztrátové anémii (Kiss a Tomášek, 2014).

1.5.2 Zobrazovací metody

Zlatým standard v diagnostice kolorektálního karcinomu je **kolonoskopie**, endoskopická metoda, která lékaři umožňuje prohlédnout celou délku tlustého střeva a odebrat vzorky patologické tkáně k histologickému vyšetření. Kolonoskopie je do značné míry i terapeutickou metodou, protože dovoluje lékaři odstranit premaligní léze (polypektomie). Při podezření na nádor v oblasti rekta, je dostačujícím vyšetřením **rektoskopie**, i zde je ale doporučeno provést kolonoskopii k dovyšetření pacienta (Tomášek, 2019; Miškovičová, 2020).

V situaci, kdy není možné provést endoskopické vyšetření, je provedena **dvojkontrastní irigografie** nebo CT kolonografie. Pro obě metody je použita k zobrazení tlustého střeva kontrastní látka. V případě **CT kolonografie** (virtuální kolonoskopie) se jedná se o detailní trojrozměrné zobrazení tlustého střeva. Výhodou této techniky je zobrazení ostatních pánevních struktur a možnost posoudit okolí tlustého střeva včetně spádových lymfatických uzlin. Nevýhodou obou těchto metod je nemožnost kurativního zákroku ve střevě a odebrání histologického vzorku. V případě že histologie potvrdí diagnózu kolorektálního karcinomu doplní se v rámci stagingu **CT vyšetření** břicha, hrudníku a malé pánve, které nám zobrazí případné metastázy. U nádorů v oblasti konečníku je indikována endoskopická **ultrasonografie** k posouzení lokálního stagingu nebo **MR** malé pánve. Stanovení léčebného a diagnostického postupu probíhá cestou multidisciplinárního týmu. Tým by měl zahrnovat minimálně jednoho lékařského specialistu z oboru chirurgie, onkologie, gastroenterologie, radioterapeutické pracovníky a radiodiagnostické pracovníky (Diviš a kol., 2016; Rychterová, 2020).

1.6 Léčba

Léčba kolorektálního karcinomu, jak již bylo zmíněno vyžaduje multidisciplinární přístup a úzkou spolupráci více odborností, která o její strategii rozhoduje. Až po určení rozsahu, histologii a lokalizaci KRK lze přistoupit k léčbě. Lékaři při stanovení strategie musí zohlednit i stav pacienta, jeho kvalitu života a jeho přání. V terapii kolorektálního karcinomu se uplatňuje léčba: chirurgická léčba, chemoterapie, radioterapie a cílená biologická léčba. Platí, že léčba časných stádiích je jednodušší a rychlejší, protože mnohdy jen stačí endoskopicky odstranit maligně zvrhlý polyp (polypektomie). Pro pacienta terapie časného stádia nádoru znamená vyhlídky k jeho úplnému vyléčení. V případě že dojde k situaci, kdy endoskopická metoda není možná, přechází se k chirurgické intervenci (Diviš a kol., 2016; Lukáš a kol., 2018).

1.6.1 Chirurgická léčba

Chirurgická resekce je základní léčebnou metodou nádorů T1 – T4 a endoskopicky neodstranitelných malignit. Jejím cílem je široká resekce nádoru tzn. odstranění nádoru i s částí okolního zdravého střeva, včetně přilehlých lymfatických uzlin a střevní kontinuitu obnovit anastomózou. Operační výkon, při kterém je radikálně odstraněna veškerá nádorová tkáň (stadium R0) s úmyslem pacienta vyléčit nazýváme kurativní neboli léčebný. V pokročilejších stádiích nádoru předchází resekci neadjuvantní léčba, při které může dojít ke zmenšení nádorů a tím zvýšit možnost provést radikální resekci nádoru. Na základě histologického vyšetření se po resekci indikuje adjuvantní chemoterapie. Chirurgicky paliativní výkony se provádějí u neresekabilních a metastatických nádorů, provedeny jsou za účelem obnovení střevní průchodnosti (bypass, kolostomie). Léčba metastazujícího kolorektálního karcinomu je velmi nákladná a obtížná. Metastázy vznikají nejčastěji v játrech a plicích. Paliativní resekce metastazujícího KRK není vyžádána, ale zvyšuje délku života i jeho kvalitu (Diviš a kol., 2016; Lukáš a kol., 2018).

1.6.2 Chemoterapie

Chemoterapie je základním pilířem protinádorové léčby. Je založená na cytotoxickém podávání chemoterapeutik tzn. schopnosti ničit rychle se dělící buňky v lidském těle. Necíleně poškozuje buňky nádorové, ale ničí i ty zdravé. Využívají se proto u různých nádorů. Dle terapeutického cíle, rozlišujeme typy chemoterapie na adjuvantní a neadjuvantní postižením) (Diviš a kol., 2016; Ihnát, 2021).

Neadjuvantní chemoterapie

Podávána je předoperačně se záměrem zmenšit primární nádor a zredukovat riziko lokální recidivy. V případě pokročilého karcinomu konečníku je založená především na radioterapii v kombinaci s chemoterapií. Tímto postupem lze ovlivnit operabilitu karcinomu. Cytostatika používaná v neadjuvantní léčbě nádorů rekta: kapecitabi a 5-FU (Ihnát, 2021).

Adjuvantní chemoterapie

Se podává po radikální resekci primárního nádoru ke zničení mikrometastáz a prevenci recidivy nádoru. Cytostatika používaná v adjuvantní léčbě: 5-fluorouracil/leukovorin nebo kapecitabi, oxaliplatin (Ihnát, 2021).

1.6.3 Cílená (biologická) léčba

Zahrnuje terapii a takové léky, jejichž cílem je poškodit nebo zničit pouze nádorové buňky. Účinnost léčby je posílena v kombinaci s použitím chemoterapeutických léků. Příklad cílené léčby používané pro kolorektální karcinom: cetuximab, bevacizumab, panitumumab, ziv-aflibercept, regorafenib, ramucirumab, nivolumab (Tesař, 2018).

1.6.4 Radioterapie

Radioterapie využívá v léčbě ionizující záření. Jejím cílem je snížit riziko lokálních recidiv a zmenšení nádoru v předoperačním režimu. Kombinace radioterapie s chemoterapií (chemoradioterapie) zvyšuje efekt léčby. Radioterapie se používá především k léčbě karcinomu rekta (Vochyánová, 2013).

2 PREVENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

Pojem prevence, definuje souhrn opatření, jejichž cílem je snížit pravděpodobnost či zabránit výskytu nějakého nežádoucího jevu, v tomto případě myslíme onemocnění. Nejdůležitějším prvkem v péči o zdraví jsou lidé a společnost jako celek. Péče o zdraví patří k základním lidským právům a také k nejvýznamnějším hodnotám lidského života. Současné možnosti prevence hrají významnou roli v časně diagnostice nádorových onemocnění a zásadní úloha zde přísluší lékařům primární péče. Jejich znalosti se uplatňují v primární, sekundární i terciální prevenci nádorových onemocnění (Brabcová a kol., 2009; Seifert a kol., 2015).

2.1 Primární prevence

Obecně je primární prevence zaměřena na ochranu zdraví a zabránění vzniku onemocnění. Má protektivní charakter. Orientuje se na osvětu zdravé populace a realizaci celoplošných programů s prosazováním zdravého životního stylu. Projekty v primární prevenci se zaměřují na širokou veřejnost, mají přispět k pozitivní změně ve znalostech a jejich postoji. Úlohu v primární prevenci má i praktický lékař, který má možnost ovlivnit způsob života pacienta a tím snížit riziko vzniku rakoviny. Mezi doporučená preventivní opatření kolorektálního karcinomu patří: zvýšení podílu vlákniny ve stravě, omezení podílu živočišných tuků, omezení červeného masa, nekuřáctví, udržování optimální hmotnosti, zavedení režimu pravidelné stolice, denní fyzická aktivita a omezení nadměrného slunění (Seifert a kol., 2015).

2.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence si klade za cíl předcházet následkům vzniklé nemoci a jejím komplikacím. Obsahuje preventivní prohlídky jejichž součástí je i onkologická prevence. Provádí je praktický lékař, u kterého je pojištěnec registrovaný nebo ženský lékař. Preventivní prohlídky jsou plně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Jejich účelem je včasné zjištění poruch zdraví se zavedením účinně zaměřené terapie (Čevela, Čeledová a Dolanský, 2009).

Záchyt časného stádia nádoru a prekanceróz výrazně ovlivňuje pacientovu budoucnost z hlediska kvality života a pětiletého přežití. I přes zavedený screeningový program je však 90 % nádorů diagnostikováno náhodně při vyšetření na základě symptomů. Pracovní metody sekundární prevence jsou screening (depistáž) a dispenzarizace. Pojmem screening rozumíme aktivní vyhledávání nemoci u asymptomatických jedinců nad 50 let s běžným

rizikem KRK. Dispenzarice znamená sledování skupin v delším časovém intervalu se specificky vysokým rizikovým faktorem, mezi které řadíme osoby s pozitivní rodinnou anamnézou KRK nebo adenomového polypu nad 60 let, pacienty s idiopatickými střevními záněty, pacienty s osobní anamnézou adenomového polypu a pacienty se suspektním hereditárním syndromem KRK (Špičák a Urban, 2015).

2.3 Terciální prevence

Podstatou terciální prevence je předejít dalším možným komplikacím spojené s nádorovým onemocněním nebo terapií. Zahrnuje opatření, jejichž cílem je zachytit případný návrat nádorového onemocnění v bezpříznakovém intervalu. Riziko duplicitních nádorů je vysoké, proto by neměly být opomíjeny další preventivní vyšetření (Brabcová a kol., 2009).

3 SCREENING KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

„Screening je rozpoznávání zdravotního problému (nemoci, stavu) u osob, které nejeví známky tohoto problému, pomocí testů a/nebo metod, jež rozliší mezi těmi, kdo daný zdravotní problém pravděpodobně mají nebo jsou v jeho riziku, a těmi, kdo postižení nejsou“ (Seifert a kol., 2015).

V České republice byl program screeningu kolorektálního karcinomu zahájen v roce 2000. Po Německu se tak stala ČR druhou zemí v Evropě, která kolorektální screening zavedla. Rozvoj screeningu má v Evropě všeobecnou podporu, v současnosti je realizován ve 20 ze 27 zemí Evropské unie. Je součástí pravidelných preventivních prohlídek u praktického lékaře nebo gynekologa. Screening KRK je popsán v současné metodice, uvedené ve Věstníku MZ ČR č.1 01/2009 (str. 20–23): Standart při poskytování a vykazování výkonů screeningu kolorekta v České republice. Cílem screeningu je zachytit KRK v časném stádiu nebo detekovat a odstranit premaligní léze, které mohou progredovat v karcinom u populace nad 50 let s běžným rizikem onemocnění KRK. Záchyt nádorů v časném stádiu a ve zvýšeném počtu na úkor pokročilých stadií, by znamenalo snížení trendu incidence a mortality na toto onemocnění. Souvisí s tím i další cíl screeningu, a to snížit počty paliativních operací a výkonů u nádorů v pokročilém stádiu (Seifert a kol., 2015; Špičák a kol., 2015).

V současnosti máme k dispozici dvouetapový screeningový program, který vypadá následovně: asymptomatickým osobám od padesáti let věku, kteří nesplňují kritéria vysoko rizikových skupin je nabízen test na okultní krvácení do stolice (TOKS) v jednoletém intervalu u praktického lékaře nebo gynekologa, v případě jeho positivity je indikována kolonoskopie. Od 55 let věku má občan možnost zvolit si mezi screeningovou kolonoskopií, kdy v případě negativního nálezu následuje desetiletý interval, nebo pokračováním TOKS ve dvouletém intervalu (Špičák,2022).

Používané metody screeningových vyšetření zahrnují laboratorní metody (TOKS) a zobrazovací metody (kolonoskopii, sigmoideoskopii, irigografii, virtuální kolografii, kapslovou endoskopii) (Seifert a kol., 2015).

3.1 TOKS

Test okultního (skrytého) krvácení do stolice (TOKS) je základním testem screeningového programu na kolorektální karcinom. Vyšetření je neinvazivní, spočívá v odběru stolice vyšetřované osoby a detekuje přítomnost okem neviditelné krve ve stolici. V případě, že

výsledek TOKS je pozitivní, indikuje lékař kolonoskopii ke zjištění příčiny krvácení. Negativní výsledek testu, ale nemusí znamenat nepřítomnost nádoru či polypu. Důvodem je jejich sporadické krvácení, a proto se vyšetření musí opakovat v pravidelném intervalu. V nynější době existují dva typy testů: Guajakový test (gTOKS) a imunochemický TOKS (Seifert a kol., 2015).

3.1.1 Guajakový test (gTOKS)

Princip spočívá v pseudoperoxidázové reakci hemoglobinu a vzhledem k principu oxidační reakce bývá většina testů falešně pozitivních. Odběr stolice se provádí ze dvou různých míst stolice a opakuje se u tří po sobě následujících. Součástí vyšetření je nutnost dodržet dietní omezení. Zdrojem falešně pozitivního výsledku je přítomnost hemoglobinu z potravy (maso), falešná pozitivita může být zapříčiněná i vitamínem C a některými druhy kořenové zeleniny (Seifert a kol., 2015).

3.1.2 Imunochemický test

Jsou založeny na přímé detekci lidského hemoglobinu, v porovnání s gTOKS mají vyšší senzitivitu a specifitu pro adenomy a KRK, navíc nabízí možnost stanovit tzv. cut off (tj. hodnota koncentrace hemoglobinu při které je vzorek považován za pozitivní). Odběr vzorku se obejde bez dietního omezení a stačí jen z jedné stolice. Imunochemické TOKS se v České republice používají od roku 2009 a postupně nahrazují gTOKS (Seifert a kol., 2015).

3.2 Endoskopické metody screeningu KRK

3.2.1 Flexibilní sigmoideoskopie

Je invazivní vyšetření, které umožňuje endoskopem vyšetřit konečník a levou část tlustého střeva cca do 50 cm. Výsledky studie prokázaly, snížení mortality a vyšší spolupráci pacienta k vyšetření. V případě nálezu mnohočetných adenomů nebo adenomu většího 10 mm, bylo přistoupeno k provedení kolonoskopie (Špičák a Urban, 2015).

3.2.2 Kapslová kolonoskopie

Je alternativou standartní kolonoskopie. Jedná se o mini invazivní vyšetření pomocí kolonické kapsle s vysokou specifitou a senzitivitou pro detekci polypů. Jednoznačně má kapslová kolonoskopie řadu výhod. Vyšetření je pro pacienta bezbolestné, není zde riziko komplikace perforace nebo krvácení a odpadá zátěž premedikace. Nevýhodou je vysoká

cena a nemožnost odběru vzorku nebo snesení polypů. Nález zjištěný při kapslové kolonoskopii je indikací k optické kolonoskopii a tím tak nutnost další střevní přípravy (Špičák a Urban, 2015).

3.2.3 Screeningová kolonoskopie

Je endoskopické vyšetření, které umožňuje lékaři prohlédnout celou délku tlustého střeva – od konečníku až po cékum včetně terminálního ilea. Jde o nejefektivnější metodu screeningu kolorektálního karcinomu, důvodem je vizuální kontrola střeva lékařem a v případech podezřelých nálezů možnost provedení intervence např. snesení polypů. Umožňuje i odběr biologického materiálu k histologickému vyšetření. Je ojedinělou metodou, která kombinuje screening, diagnostiku i terapeutický výkon (polypektomie). Pomocí ohebného video-endoskopu a digitální kamery je přenášén obraz na plochu monitoru, lékař může tak detailně vyšetřit sliznici tlustého střeva. V endoskopu jsou mimo jiné kromě kamery zabudovány i kanály k oplachování optiky a sliznice, kanály k odsávání přebytečného vzduchu a zavádění nástrojů, k odběrům tkání nebo ošetření sliznice střeva. Endoskop se zavádí do konečníku pacienta, který leží v poloze na levém boku s pokrčenými dolními končetinami. Pro efektivitu vyšetření je velmi důležitá pečlivá příprava střeva. Špatná střevní příprava významně zvyšuje riziko přehlédnutí neoplazie ve střevě a dochází k ní až u 25 % vyšetřovaných. Vyšetření se tak stává irelevantní a je nutné ho opakovat. V důsledku je pacient zbytečně zatížen opakovanou střevní přípravou. Lékař indikující kolonoskopii by měl přistoupit k pacientovi jako individualitě a srozumitelně ho informovat o zásadách přípravy před kolonoskopií, slovní instrukce doplnit i informační brožurou nebo doporučit internetové odkazy (Seifert a kol., 2015; Špičák a kol., 2015).

Příprava ke kolonoskopii:

Příprava ke kolonoskopii zahrnuje dietní opatření a podání perorálních projímadel v optimálním načasování, které zvýší jeho kvalitu. Liší se s ohledem na pacientovi komorbidity, léky a schopnost splnit instrukce. Při dietní přípravě je doporučeno již 5 dní před vyšetřením dodržovat bezsezbytkovou dietu, tj. ovoce, luštěniny, obiloviny, celozrnné pečivo, mák, ořechy, tuhé maso atd. Den před vyšetřením je pacient omezen už jen na příjem čistých tekutin se zahájením očistné přípravy. V současné době se uplatňuje dělený režim v podání přípravku. První dávka se podává večer den před vyšetřením a druhá ráno v den vyšetření. V případě, kdy je kolonoskopie naplánovaná na odpolední hodiny, jsou obě dávky podané ráno. Poslední příprava by měla být optimálně zahájena 4 (3-8) hodiny před

vyšetřením a ukončena nejpozději 2 hodiny před vyšetřením. Doručené postupy České gastroenterologické společnosti ČLS JEP pro diagnostiku a terapeutickou kolonoskopii uvádějí roztok polyethylglykolu (PEG) v celkovém objemu 4 litry (Fortrans), jako zlatý standard očisty tračníku a preferovaný přípravek u pacientů s renálním selháním, idiopatickými střevními záněty nebo při urgentní přípravě ke kolonoskopii, nejčastěji zapříčiněnou pro krvácení do dolní části gastrointestinálního traktu (GIT). Kombinace přípravy PEG s provedením klysmu není doporučeno a přistupuje se k němu tehdy, kdy pacient není dostatečně připraven k vyšetření, většinou takový pacient je přeobjednán na jiný termín v průběhu jednoho roku, optimálně následující den, ve kterém pokračuje přípravu s dalšími projímadly. Během přípravy je důležitý příjem čirých tekutin, především u nízkoobjemových přípravků minimálně 1-2 litry. V České republice jsou rutinně používány Picoprep, Moviprep, Eziclen. Jejich výhodou je nízký objem se stejnou efektivitou. Kolonoskopii předchází pacientův informovaný souhlas o aspektech souvisejících s výkonem. Ve srozumitelné formě je poučen indikujícím lékařem, endoskopickým nebo jiným kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem. Součástí dokumentace je i povinný záznam, který hodnotí pacientovu střevní přípravu dle Bostonské škály (BBPS – Boston Bowel Preparation Scale) (Falt a kol., 2016).

3.2.4 Dispenzární kolonoskopie

V případě pozitivního nálezu tzn. po odstranění adenomového polypu nebo nádoru je nezbytná dispenzární kolonoskopie. Riziko dalšího výskytu polypu po jeho odstranění je až 50 %, z toho důvodu se u pacienta přistupuje k dalšímu sledování, které se řídí doporučením pro pacienty s vysokým rizikem KRK. Interval sledování určuje gastroenterolog na základě počtu, velikosti a histologickou charakteristikou snesených adenomových polypů. Po vstupní kolonoskopii je dle *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis* vhodné rozdělit pacienty do tří skupin, které určují stupeň rizika vzniku KRK a stanovit u nich interval kontrolní kolonoskopie. Ve skupině s nízkým rizikem KRK jsou pacienti po odstranění 1 – 2 adenomů do 1 cm s nízkým stupněm prekancerózní léze. Další kolonoskopie je u nich dostačující v intervalu 10 let. Do skupiny se středním rizikem vzniku KRK jsou zařazeni jedinci se 3 – 4 polypy nebo jedním adenomem velikosti větší 1 cm s vylózní histologií nebo vysokým stupněm prekancerózní léze. Dispenzární kolonoskopie by tato skupina měla podstoupit do 3 let, jeli kontrola v pořádku, další je indikována za 5 let (Špičák a kol., 2015; Falt a kol., 2016).

3.3 Adresné zvaní

Adresné zvaní bylo v České republice zahájeno v lednu 2014. Adresné zvaní zve osoby z cílové populace do ordinace praktického lékaře nebo gynekologa. Cílem zvaní je posílit účast občanů, kteří se dlouhodobě neúčastní preventivních programů. Screeningové programy jsou koordinované Ministerstvem zdravotnictví ČR a pojišťovnami. V České republice je nastavené pro všechny programy screeningu, zaměřených na časnou detekci zhoubných nádorů. Dopisy rozesílá svým pojištěncům zdravotní pojišťovna, ve které je osoba registrovaná. Zvací dopisy jsou rozesílány pouze osobám, pro které platí kritérium, že jsou u dané pojišťovny pojištěni minimálně čtyři roky, náklad na péči u nich nepřekročil v posledním roce jeden milión, nežijí dlouhodobě v cizině a v databázi má kompletní adresu pojištěnce. K programu screeningu kolorektálního karcinomu zároveň nejsou zvány osoby, u kterých byla pro pojišťovnu vykázána diagnóza C18 – C20, nebo screeningový výkon u praktického lékaře v posledních třech letech, u gastroenterologa nesmí být tento výkon vykázan v posledních pěti letech. Horní věková hranice pro zvaní do screeningu je stanovena na 70 let (Seifert a kol., 2015).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 KVANTITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

4.1 Cíle výzkumného šetření

Cíl č. 1:

Zmapovat informovanost veřejnosti nad 50 let o možnostech prevence kolorektálního karcinomu.

Cíl č. 2:

Zjistit, zdali se respondenti účastní screeningu kolorektálního karcinomu.

Cíl č. 3:

Zjistit znalosti respondentů o projevech a rizikových faktorech kolorektálního karcinomu.

4.2 Metoda práce a technika sběru dat

Pro praktickou část bakalářské práce byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat technikou nestandardizovaného anonymního dotazníku vlastní tvorby. Tvorbě dotazníku předcházela rešerše odborné literatury a prací zabývajících se podobnou tematikou. Dotazník byl konzultován a schválen vedoucí bakalářské práce MUDr. Janou Pelkovou. Dotazník byl nejprve v rámci pilotního výzkumu rozeslán celkem sedmi rodinným příslušníkům a osobám z mého okolí. Respondenti v pilotáži vytkli nesrozumitelnost některých otázek, proto bylo nutné dotazník upravit. Dotazníky z předvýzkumu nebyly zařazeny do dotazníkového šetření. Sběr dat probíhal formou strukturovaného dotazníku a obsahuje 19 otázek. Dotazník se skládá z osmnácti uzavřených otázek a jedné otevřené otázky, ta se respondentů táže na věk. První tři otázky jsou identifikační (analytické). Otázka (13, 14) je otázkou filtrační. Dále jsou otázky zaměřeny na postoj respondentů k prevenci, screeningové metody, informovanost respondentů o rakovině tlustého střeva související s příznaky a rizikovými faktory tohoto onemocnění. Respondenti u každé z otázek měli označit jednu odpověď, u otázek (6, 7, 16, 17, 18) měli respondenti možnost označit více odpovědí.

4.3 Charakteristika respondentů

Do výzkumného šetření byli zapojeni respondenti, kteří spadají do tzv. cílové populace kolorektálního screeningu. Vzorek respondentů tvoří 72 žen a 11 mužů. Kritérium u dotazovaných byl věk 50 let a více.

4.4 Organizace výzkumného šetření

Sběr dat probíhal on-line formou službou Google Forms v období od 31. 3. 2023 do 14. 4. 2023. Dotazník byl distribuován elektronicky, odpovědi respondentů byly po vyplnění jednotlivých položek odeslány do mé schránky. Celkový počet shromážděných odeslaných dotazníků bylo 105. Vyřazeno bylo celkem 19 dotazníků, důvodem bylo chybné vyplnění nebo nesplnění kritéria minimálního věku 50 let. Pro zpracování dat je 83 respondentů považováno za 100 %.

4.5 Zpracování získaných dat

Data získaná z dotazníkového šetření byla zpracována v programu Microsoft Office Word 2019 a Microsoft Office Excel 2019. Data byla přepsána a statisticky vyhodnocena do tabulek, v nichž jsou uvedena v podobě absolutní a relativní četnosti. Absolutní četnost udává jednotlivý počet výskytů variant odpovědí. Relativní četnost znázorňuje v procentech počet jednotlivých variant odpovědí vzhledem k celkovému počtu odpovědí na danou otázku. K vyhodnoceným tabulkám, byl doplněn slovní komentář.

5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA

Otázka č. 1 Uveďte prosím Vaše pohlaví:

Tabulka 5 Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	72	86,7 %
Muž	11	13,3 %
Celkem	83	100,0 %

Komentář:

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 83 (100 %) respondentů, z toho 72 (86,7 %) bylo žen a 11 (13,3 %) mužů.

Otázka č. 2 Uved'te prosím Váš věk:

Tabulka 6 Věk respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
50 – 54 let	48	57,8 %
55 – 59 let	26	31,2 %
60 – 64 let	5	6,2 %
65 a více let	4	4,8 %
Celkem	83	100 %

Komentář:

Tabulka 6 znázorňuje věkové zastoupení respondentů. Nejvíce respondentů je zastoupeno ve věku od 50 do 54 (57,8 %) let. Druhé největší zastoupení mají respondenti ve věku od 55 do 59 (31,2 %) let. Nejstarší respondent má 71 let. Průměrný věk respondentů je 52,5 let.

Otázka č. 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

Tabulka 7 Vzdělání respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	0	0,00 %
Vyučen/a	11	13,3 %
Středoškolské s maturitou	49	59,0 %
Vyšší odborné	4	4,8 %
Vysokoškolské	19	22,9 %
Celkem	83	100 %

Komentář:

V tabulce 7 je znázorněno nejvyšší dosažené vzdělání respondenta. Středoškolského vzdělání dosáhlo 49 (59 %) respondentů. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 19 (22,9 %) respondentů. Vyučeno bylo 11 (13,9 %) respondentů a 4 (4,8 %) respondenti měli vyšší odborné vzdělání. Žádný z respondentů neměl dokončenou pouze základní školu.

Otázka č. 4 Do jaké míry jsou pro Vás důležité informace o prevenci závažných onemocnění?

Tabulka 8 Zájem respondentů o prevenci

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi důležité	50	60,2 %
Spíše důležité	25	30,1 %
Spíše nedůležité	8	9,7 %
Zcela nepodstatné	0	0,00 %
Nevím	0	0,00 %
Celkem	83	100 %

Komentář:

V tabulce 8 je znázorněno, jaký zájem přikládají respondenti k informacím o prevenci závažných onemocněních. Celkem 50 (60,2 %) respondentů považuje získané informace za velmi důležité. Spíše důležité jsou informace pro 25 (30,1 %) respondentů. Spíše nedůležité je získání informací pro 8 (9,7 %) respondentů.

Otázka č. 5 Myslíte si, že vzniku rakoviny tlustého střeva a konečníku lze předcházet prevencí?

Tabulka 9 Názor respondenta na prevenci kolorektálního karcinomu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	75	90,4 %
Ne	3	3,6 %
Nevím	5	6,0 %
Celkem	83	100 %

Komentář:

Tabulka 9 znázorňuje respondentův názor, zdali lze prevencí předcházet rakovině tlustého střeva. Většina 75 (90,4 %) respondentů si myslí, že kolorektálnímu karcinomu lze předcházet prevencí. Odpověď „Nevím“ zvolilo 5 (6,0 %) respondentů a jen 3 (3,6 %) si myslí, že prevencí předcházet kolorektálnímu karcinomu nelze.

Otázka č. 6 Víte, kde můžete podstoupit preventivní vyšetření k odhalení rakoviny tlustého střeva?

Tabulka 10 Dostupnost preventivního vyšetření u lékařů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
U praktického lékaře	58	69,9 %
U gastroenterologa	45	54,2 %
U gynekologa	13	15,7 %
Jiné	0	0 %

Komentář:

Tabulka 10 znázorňuje informovanost respondenta o nároku na bezplatné preventivní vyšetření, a u jakého z lékařů lze toto vyšetření podstoupit. Tato otázka umožňuje více možných odpovědí. Z celkového počtu 83 respondentů zvolilo 58 (69,9%) odpověď „u praktického lékaře“. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost podstoupit preventivní vyšetření rakoviny tlustého střeva u gastroenterologa tuto odpověď zvolilo 45 (54,2 %) respondentů. Možnost podstoupit prevenci rakoviny tlustého střeva u gynekologa byla odpověď u 13 (15,7 %) respondentů.

Otázka č. 7 Víte, jaká preventivní screeningová vyšetření v rámci prevence kolorektálního karcinomu máte hrazeno z veřejného zdravotního pojištění?

Tabulka 11 Informovanost respondentů o hrazených preventivních programech

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Test na okultní krvácení do stolice (TOKS)	74	89,2 %
Screeningovou kolonoskopií	57	68,7 %
Žádné z těchto vyšetření není hrazeno	1	1,2 %

Komentář:

Tabulka 11 znázorňuje informovanost respondenta o preventivních screeningových vyšetřeních rakoviny tlustého střeva, které má hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. V této otázce mohli respondenti zvolit více možných odpovědí. Z celkového počtu 83 zvolilo 74 (89,2 %) respondentů odpověď „Test na okultní krvácení do stolice (TOKS)“. Screeningovou kolonoskopií označilo 57 (68,7 %) respondentů. U 1 (1,2%) respondenta bylo uvedeno, že žádná ze zmíněných preventivních metod, v rámci kolorektálního screeningu, není hrazená z veřejného zdravotního.

Otázka č. 8 Vyberte, v jakém intervalu je podle Vás doporučeno provádět test na okultní krvácení do stolice (TOKS) v období mezi 50. a 54. rokem života?

Tabulka 12 Znalost intervalu v provedení TOKS mezi 50. a 54. rokem života

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ve dvouročním intervalu (tj. vyšetření se provádí 1x za 2 roky)	39	47 %
V jednoročním intervalu (tj. vyšetření se provádí 1x za rok)	32	38,6 %
Nevím	12	14,4 %
Celkem	83	100 %

Komentář:

Tabulka 12 mapuje znalost respondenta, v jakém intervalu je doporučeno osobám mezi 50 a 54 lety věku, podstoupit test na okultní krvácení do stolice. Opakovat vyšetření (TOKS) jednou ročně vybralo za odpověď 32 (38,6 %) respondentů. Dvouletý interval v provedení TOKS zvolilo 39 (47 %) respondentů. Celkem 12 (14,4 %) dotazových označilo odpověď „Nevím“.

Otázka č. 9. Víte, že od roku 2014 je v České republice zahájen projekt adresného zvaní na onkologickou prevenci?

Tabulka 13 Informovanost respondentů o adresném zvaní

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vím	48	57,8 %
Ne, nevím	35	42,2 %
Celkem	83	100 %

Komentář:

Tabulka 13 znázorňuje informovanost respondentů o projektu adresného zvaní v České republice, které bylo zahájeno v roce 2014. Z celkového počtu 83 respondentů, ví o adresném zvaní občanů 48 (57,8 %) respondentů. O adresném zvaní občanů do programů screeningu zhoubných nádorů neví 35 (42,2 %) respondentů.

Otázka č. 10. Myslíte si, že jste dostatečně informován(a) o prevenci kolorektálního karcinomu?

Tabulka 14 Informovanost respondentů o kolorektálním karcinomu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	52	62,6 %
Nevím	16	19,3 %
Ne	15	18,1 %
Celkem	83	100 %

Komentář:

Tabulka 14 prezentuje názor respondentů, zda si myslí že jejich informace o prevenci kolorektálního karcinomu jsou dostatečné. Celkem 52 (62,6 %) respondentů si myslí, že jejich informace jsou dostatečné. Odpověď „nevím“ zvolilo 16 (19,3 %) respondentů a 15 (18,1 %) respondentů si myslí, že nejsou dostatečně informovaní.

Otázka č. 11. Chodíte na pravidelné preventivní prohlídky ke svému lékaři?

Tabulka 15 Účast respondentů na pravidelných preventivních prohlídkách

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, chodím	59	71,1 %
Jen když mám nějaké zdravotní potíže	17	20,5 %
Ne, nechodím	7	8,4 %
Celkem	83	100 %

Komentář:

Tabulka 15 znázorňuje účast respondentů na pravidelných preventivních prohlídkách. Na pravidelné preventivní prohlídky chodí 59 (71,1 %) respondentů. Lékaře navštíví 17 (20,5 %) respondentů v případě, že se u nich projevil zdravotní problém a 7 (8,4 %) respondentů prevenci zanedbává.

Otázka č. 12. Kdy naposledy jste byl/a na preventivním vyšetření rakoviny tlustého střeva a konečníku?

Tabulka 16 Účast respondentů ve screeningu KRK

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zatím jsem vyšetření neabsolvoval/a.	31	37,3 %
V posledních 2 letech	25	30,2 %
V posledním roce	19	22,9 %
V posledních 5 letech	5	6,0 %
Více než před 5 lety	3	3,6 %
Celkem	83	100 %

Komentář:

Tabulka 16 prezentuje účast respondentů na preventivním vyšetření rakoviny tlustého střeva a konečníku. Z celkového počtu 83 dotazovaných, se 31 (37,3 %) respondentů zatím neúčastnila v preventivním programu odhalující kolorektální karcinom. Zbýlý počet respondentů preventivního programu využili. V posledních dvou letech se programu zúčastnilo 25 (30,2 %) respondentů, v posledním roce 19 (22,9 %) respondentů a v posledních 5 letech 5 (6,0 %) respondentů. Více než před 5 lety se zúčastnily 3 (3,6 %) respondenti.

Otázka č. 13. Podstoupil/a jste v minulosti vyšetření na okultní krvácení do stolice (TOKS) v rámci kolorektálního screeningu?

Tabulka 17 Účast respondentů na TOKS

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	44	53 %
Ne	39	47 %
Celkem	83	100 %

Komentář:

Tabulka 17 prezentuje odpovědi respondentů, zdali v minulosti využili test na okultní krvácení. TOKS podstoupilo 44 (53 %) respondentů a 39 (47 %) respondentů toto vyšetření nevyužilo.

Otázka č. 14. Podstoupil/a jste v minulosti kolonoskopické vyšetření?

Tabulka 18 Účast respondentů na kolonoskopii

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne	49	59 %
Ano	34	41 %
Celkem	83	100 %

Komentář:

Tabulka 18 prezentuje výsledky účasti respondentů na koloskopii. Vyšetřovací metodu nepodstoupilo 49 (59 %) respondentů. Zbýlých 34 (41 %) respondentů toto vyšetření podstoupili.

Otázka č. 15. Pokud jste zvolil/a v otázce č. 13 a 14 - „NE“, z jakých důvodů jste toto vyšetření nepodstoupil/a?

Tabulka 19 Důvody respondentů k neúčasti v preventivním programu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nemám žádné zdravotní problémy.	16	51,6 %
Odložil/a jsem vyšetření během pandemie a zatím jsem nebyl/a.	5	16,1 %
Nebylo mi nabídnuto.	5	16,1 %
Přijde mi to zbytečné.	2	6,5 %
Jiné	2	6,5 %
Nemám čas	1	3,2 %
Celkem	31	100 %

Komentář:

Tato otázka byla určena pouze respondentům, kteří v otázce č. 13 a 14 označili odpověď „ne“. Celkem na tuto otázku odpovědělo 31 respondentů. Nejčastějším důvodem neúčasti byla u 16 (51,6 %) respondentů absence potíží, dále 5 (16,1 %) respondentů uvedlo, že jim vyšetření nebylo nabídnuto. Stejně tak 5 (16,1 %) respondentů odpovědělo, že odložilo vyšetření během pandemie a zatím jej neabsolvovalo. Nedůležitost vyšetření označili 2 (6,5 %) respondenti. Nedostatek času označil jeden (3,2 %) respondent. Odpověď „jiné“ označili dva (6,4 %) respondenti. První respondent uvedl odpověď „obava z vyšetření“ u druhého byla uvedena odpověď „50 let mám letos“.

Otázka č. 16. Označte všechny rizikové faktory, které se podle Vás podílejí na vzniku kolorektálního karcinomu:

Tabulka 20 Rizikové faktory kolorektálního karcinomu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedostatek vlákniny ve stravě	67	80,7 %
Stres	66	79,5 %
Nadměrná konzumace červeného masa a uzenin	61	73,5 %
Kouření	56	67,5 %
Vysoký příjem alkoholu	53	63,9 %
Nedostatek pohybové aktivity	53	63,9 %
Nevím	3	3,6 %
Jiné	3	3,6 %

Komentář:

Tabulka 20 zobrazuje rizikové faktory, které se podle názoru respondentů mohou podílet na vzniku kolorektálního karcinomu. Respondenti mohli v této otázce označit více rizikových faktorů a jejich odpovědi jsou víceméně symetrické. „Nedostatek vlákniny ve stravě“ bylo označeno v 67 (80,7 %) případech, „stres“ v 66 (79,5 %), „nadměrná konzumace červeného masa a uzenin“ v 61 (73,5 %) případech. „Kouření“ označilo 56 (67,5 %) respondentů. Stejný počet respondentů vybralo „vysoký příjem alkoholu“ a „nedostatek pohybové aktivity“ a to v 53 (63,9 %) případech. Na odpověď „jiné“ reagovali 3 (3,6 %) respondenti, kteří uvedli obezitu a dědičnost. Ve 3 (3,6 %) případech dotazovaných byla zvolena odpověď „nevím“.

Otázka č. 17. Označte příznaky, kterými se podle Vás kolorektální karcinom projevuje:

Tabulka 21 Příznaky kolorektálního karcinomu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Krev ve stolici	80	96,4 %
Střídání zácpy a průjmu	64	77,1 %
Úbytek na váze	63	75,9 %
Slabost a únava	38	45,8 %
Bolesti břicha	37	44,6 %
Jiné	2	2,4 %
Nevím	2	2,4 %

Komentář:

Tabulka 21 znázorňuje příznaky, kterými se podle znalostí respondenta projevuje kolorektální karcinom. Respondent v této otázce vybíral více správných odpovědí.

Z celkového počtu 83 (100 %) respondentů, označilo 80 (96,4 %) respondentů odpověď „krev ve stolici“, „střídání zácpy a průjmu“ označilo 64 (77,1 %) respondentů, „úbytek na váze“ 63 (75,9 %) respondentů, „slabost a únava“ 38 (45,8 %) respondentů a „bolesti břicha“ označilo 37 (44,6 %) respondentů. Odpověď „jiné“ označili 2 (2,4 %) respondenti, kteří uvedli chudokrevnost. Jen u 2 (2,4 %) respondentů byla označena možnost „nevím“.

Otázka č. 18. Kde jste informace týkající se kolorektálního karcinomu a jeho prevence získal/a?

Tabulka 22 Zdroje informací o prevenci

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Od lékaře, sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka	44	53 %
Z internetu	30	36,1 %
Z letáků a informačních brožur	20	24,1 %
Z televize	10	12 %
Od přátel	9	10,8 %
Jiné	15	18 %
Žádné informace nemám	8	9,6 %

Komentář:

Tabulka 22 znázorňuje z jakých zdrojů získali respondenti informace o kolorektálním karcinomu a jeho prevenci. V této otázce mohli respondenti zvolit více odpovědí. Informace „od lékaře, sestry nebo jiného zdravotnického“ zvolilo celkem 44 (53 %), „z internetu“ 30 (36,1%) respondentů, „z letáků a informačních brožur“ 20 (24,1 %) respondentů, „z televize“ 10 (12 %) respondentů a „od přátel“ 9 (10,8 %) respondentů. Na odpověď „jiné“ reagovalo celkem 15 (18 %) respondentů, z nichž 14 (16,7 %) uvedlo vzděláním a 1 (1,20 %) respondent uvedl jako zdroj informací zvací dopis z pojišťovny.

Otázka č. 19. Byl/a byste ochotna změnit svůj životní styl? Vzhledem k ovlivnitelným rizikovým faktorům – stravovací návyky, kouření, konzumace alkoholu apod.?

Tabulka 23 Postoj respondenta k životnímu stylu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Spíše ano	44	53 %
Ano	31	37,3 %
Spíše ne	8	9,6 %
Ne	0	0,00 %
Celkem	83	100 %

Komentář:

Tabulka 23 znázorňuje ochotu respondenta změnit svůj životní styl vzhledem k ovlivnitelným rizikovým faktorům pro vznik kolorektálního karcinomu. Odpovědi na otázku, zda by byli respondenti ochotni změnit svůj životní styl byli kladné. „Ano“ odpovědělo 31 (37,3 %) respondentů a „spíše ano“ 44 (53 %) respondentů. „Spíše ne“ odpovědělo 8 (9,6 %) respondentů.

6 DISKUZE

V bakalářské práci jsme zjišťovali postoj veřejnosti nad 50 let k prevenci rakoviny tlustého střeva a konečnicků. Pro sběr dat byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu technikou dotazníku. Průzkumu se zúčastnilo celkem 105 respondentů. Vyřazeno bylo 19 dotazníků pro chybné nebo nepřesné vyplnění. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 83 (100 %) respondentů z toho 72 (86,7 %) bylo žen a 11 (13,3 %) mužů. Zastoupení žen ve výzkumu bylo mnohonásobně větší než zastoupení mužů. Nejvíce zastoupenou skupinou byli respondenti ve věku 50–54 let. Nejstarší byl respondent ve věku 71 let. V diskusi jsou prezentované výsledky porovnány s výsledky jiných výzkumů, které jsou zaměřeny na stejné téma.

Cíl č. 1: Zmapovat informovanost veřejnosti nad 50 let o možnostech prevence kolorektálního karcinomu.

K tomuto cíli se vztahuje otázka číslo 4, 5, 6, 7, 8, a 9. Seifert vyzdvihuje klíčovou roli všeobecných praktických lékařů a ambulantních gynekologů v populačním screeningu. Lékaři primární péče mají možnost ovlivnit postoj svých registrovaných pacientů k prevenci a angažovat se v jejich prospěch. V rámci poskytování péče by měli uplatnit své znalosti v primární, sekundární i terciální prevenci onkologických onemocnění. Ke každému pacientovi přistupovat individuálně a volit adekvátní způsob edukace (Seifert a kol., 2015). Z dotazníkového šetření vyplývá, že pro 75 (90,3 %) respondentů jsou informace o prevenci závažných onemocnění důležité. Negativně odpovědělo 8 (9,7 %) respondentek, které informace nepovažují za důležité, v polovině případů tyto ženy nechodí na pravidelné lékařské prohlídky a mezi jejich vzděláním neexistuje souvislost prokazatelná s jejich informovaností. Další otázka se ptá respondenta, zdali si myslí, že lze prevencí snížit riziko vzniku KRK. Rakovina tlustého střeva a konečnicku patří do skupiny malignit, kterým lze předejít prevencí. O prokazatelném vlivu prevence na snížení rizika vzniku KRK je informována většina 75 (90,4 %) respondentů. Otázka č. 6 se zabývá informovaností respondenta, kde je možné, dle jeho názoru podstoupit preventivní vyšetření. Tato otázka umožňovala respondentovi zvolit více odpovědí. V nabídce byly tři správné odpovědi. Většina respondentů ví, že prevence probíhá u praktického lékaře (69,9 %) a gastroenterologa 45 (54,2 %). O zapojení gynekologů ve screeningovém programu KRK ví pouze 13 (15,7 %) respondentů. Ve 2 (2,4 %) případech tuto odpověď zvolili muži. Vzhledem k vysokému zastoupení žen (86,7 %) v dotazníkovém šetření je tento výsledek znepokojující. Podobný výsledek najdeme ve studii Tábořské (2013), neboť v jejím

výzkumu odpověděly pouze 2 (2,27 %) respondentky na skutečnost, vyžádat si prevenci KRK u gynekologa. Její výzkumný soubor tvořilo 195 respondentů z toho 88 (45,1 %) bylo žen. Dle jejího názoru souvisí neznalost s pozdějším zařazením gynekologů do screeningu KRK (Táborská, 2013). Výsledky mého studie můžou souviset s faktem, že z celkového počtu 83 respondentů se 31 (37,3 %) zatím žádného preventivního vyšetření nezúčastnilo. Znalosti dotazovaných o hrazených screeningových vyšetřeních odhalující KRK hodnotím kladně. TOKS označilo 74 (89,2 %) dotazovaných a screeningovou kolonoskopií 57 (68,7 %) dotazovaných. Obě možnosti byly správné. Otázka č. 8 se zabývá doporučenou frekvencí v provedení TOKS. Správně odpovědělo 32 (38,6 %) respondentů, kteří zvolili odpověď „v jednoročním intervalu“. Celkem 51 (61,4 %) respondentů neví, jak často by měli docházet na prevenci KRK. Neznalost správné frekvence může být důvodem zanedbávání prevence ze stran respondentů. O adresném zvaní občanů ví 48 (57,8 %) respondentů, zbylých 35 (42,2 %) respondentů o adresném zvaní do programu screeningu kolorektálního karcinomu neslyšelo. Otázka č. 10 se táže respondenta, zdali si myslí, že je dostatečně informován o prevenci kolorektálního karcinomu. Z celkového počtu 83 respondentů, si 52 (62,6 %) myslí, že je dostatečně informováno. Dle výsledků z výzkumného šetření usuzuji, že informovanost osob starších 50 let o prevenci kolorektálního karcinomu není dostačující a je potřeba jejich neustálá edukace.

Cíl č. 2: Zjistit, zdali se respondenti účastní screeningu kolorektálního karcinomu.

K tomuto cíli se vztahuje otázka číslo 12, 13, 14 a 15. Kolorektální screening je v České republice zaměřen na rizikovou skupinu, do které spadají osoby od 50 let věku. Cílem programu je zachytit nádor včas nebo jeho vzniku zcela zabránit. V otázce číslo 12 měl respondent uvést, kdy naposledy podstoupil TOKS nebo kolonoskopií. Následně byl v otázce 13 a 14 tázán, jakou screeningovou metodu v minulosti podstoupil. Výsledky výzkumného šetření poukazují na fakt, že 31 (37,3 %) respondentů zatím nevyužilo žádnou ze screeningových metod, zaměřených na odhalení rakoviny tlustého střeva a konečníku. Důvodem jejich neúčasti je ve většině případů tvrzení, že nemají žádné zdravotní problémy. V posledním roce uvedlo účast v prevenci KRK 19 (22,9 %) respondentů, přičemž 18 (21,7 %) dotazovaných využilo TOKS. Jen jeden respondent uvedl využití kolonoskopie jako primární metodu. Jednoroční interval v provedení TOKS je doporučen osobám od 50 do 54 let věku. Výsledek této skupiny respondentů hodnotím jako velmi uspokojivý. V posledních 2 letech potvrdilo svou účast v prevenci celkem 25 (30,2 %) respondentů. Test na okultní krvácení podstoupilo 20 (24,09 %) dotazovaných a kolonoskopií 16 (19,3 %) dotazovaných.

Zkušenost s TOKS i kolonoskopií v minulosti uvedlo 10 (12 %) respondentů. V tomto výzkumném souboru bylo odhaleno, že dva respondenti ve věku 52 a 53 let nesplnili doporučený interval v provedení TOKS a nepodstoupili ani screeningovou kolonoskopií. V posledních 5 letech vyšetření podstoupilo 5 (6,02 %) respondentů, u všech v minulosti byla provedena kolonoskopie a jen 2 (2,04 %) z nich nemají zkušenost s TOKS. Průměrný věk tohoto vzorku respondentů byl 60 let. Ve stejném věkovém průměru podstoupili více než pěti lety, 3 (3,6 %) respondenti, kteří se zúčastnili TOKS i kolonoskopie.

Z dotazníkového šetření vyplívá, že 50 (60,3 %) respondentů v klíčovém věku se účastní screeningu kolorektálního karcinomu dostatečně pravidelně. Jen u 2 (2,4 %) dotazovaných, byla odhalena neznalost doporučené frekvence. Zbylých 31 (37,3 %) preventivní prohlídku nepodstoupilo vůbec. Během pandemie vyšetření odložili 2 (2,04 %) respondenti ve věku 52 let, a ještě se programu nezúčastnili. Průměrný věk respondentů, kteří neabsolvovali vyšetření je 53 let. Respondenti zdůvodňují svou absenci nejvíce tím, že nemají žádné zdravotní problémy nebo jim vyšetření nebylo nabídnuto.

Výsledky se shodují s diplomovou prací Rychterové (2020), její výzkumný soubor tvořilo 105 respondentů, z nichž pravidelně podstupuje prevenci KRK 63 (60 %) respondentů (Rychterová, 2020).

Cíl č.3: Zjistit znalosti respondentů o projevech a rizikových faktorech kolorektálního karcinomu.

Seifert uvádí, že příčina a mechanismus vzniku u sporadické formy kolorektálního karcinomu není známa. Zmiňuje působení rizikových faktorů, které se podílejí na etiopatogenezi této nemoci. Mezi faktory vnějšího prostředí zapříčiňující vznik KRK řadí: nízký obsah vlákniny ve stravě, nevhodně tepelně upravované maso (grilované, smažené, uzené), dieta s vysokou spotřebou červeného masa, vysoký příjem alkoholu, protahovaný stres, alkohol, kouření a snížená fyzická aktivita (Seifert, 2012).

V dotazníkovém šetření jsme zjišťovali znalosti respondentů o rizikových faktorech, které přispívají ke vzniku KRK. Nejčastěji respondenti zaznamenali odpověď: nedostatek vlákniny ve stravě 67 (80,7 %), stres 66 (79,5 %), nadměrná konzumace červeného masa a uzenin 61 (73,5 %), kouření 56 (67, 5 %), vysoký příjem alkoholu a nedostatek pohybové aktivity označilo 53 (63,9 %) respondentů. Pouze 3 (3,6 %) respondenti neoznačili žádný z rizikových faktorů, předpokládáme tedy, že je nezná. Výsledky studie jsou podobné s Večerkovou (2022). V jejím dotazníkovém šetření, kterého se zúčastnilo 118 respondentů, neznalo rizikové faktory KRK 2 (1,96 %) dotazovaných. Její studie se věnuje i znalosti

respondentů o projevech KRK. Večerková (2022) soudí, že je veřejnost dostatečně informována o projevech KRK (Večerková, 2022).

Příznaky KRK v naší studii neznají 2 (2,4 %) respondenti. V nejvíce případech zaznamenali odpověď: „krev ve stolici“ 80 (96,4 %) respondentů, „střídání zácpy a průjmu“ 64 (77,1 %) respondentů a „úbytek na váze“ 63 (75,9 %) dotazovaných. Tyto projevy nemoci jsou pro KRK typické, proto soudíme, že respondenti mají znalosti o projevech KRK a souhlasíme s jejím tvrzením.

6.1 Doporučení pro praxi

Z výsledků dotazníkového šetření v praktické části je zřejmé, že pro veřejnost jsou informace o prevenci kolorektálního karcinomu důležité a je potřeba jejich neustálá edukace. Považuji za nutné jejich znalosti rozšířit v oblasti dostupného screeningu kolorektálního karcinomu, v jakém intervalu je doporučeno podstoupit preventivní vyšetření TOKS nebo screeningovou kolonoskopii a kde se nechat vyšetřit. Navrhuji tedy zvýšit informovanost osob pomocí propagačního letáku, který naleznete v příloze bakalářské práce. Leták by mohl být umístěn nejen v ambulancích lékařů, ale také v nemocničních čekárnách, kde by mohl oslovit více veřejnosti.

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce bylo zjistit, jaký postoj má veřejnost starší 50 let ke kolorektálnímu screeningu. V rámci výzkumného šetření jsme zjišťovali jejich informace o možnosti prevence, znalosti projevů a rizikových faktorů kolorektálního karcinomu a zdali se programu screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku účastní. Teoretická část se zabývá problematikou kolorektálního karcinomu a popisuje epidemiologii, rizikové faktory, příznaky, diagnostiku a léčbu. Další kapitola je věnována prevenci kolorektálního karcinomu a třetí se zaměřuje na screening kolorektálního karcinomu, kde jsou popsány metody screeningu a adresné zvaní.

V praktické části jsme realizovali kvantitativní výzkumné šetření. Pro sběr dat jsme zvolili techniku dotazníku. Výsledky jsme zpracovali do tabulek, které byli doplněny komentářem. Z výsledků realizované studie je zřejmé, že informace o prevenci kolorektálního karcinomu jsou pro veřejnost důležité, ale jejich míra informovanosti o tom, kde se lze nechat vyšetřit a v jakém doporučeném intervalu není dostačující. Usuzuji na základě, že většinu respondentů tvořily v dotazníkovém šetření ženy a jen minimum z nich vědělo o zapojení gynekologů ve screeningu. Dále byly shledány nedostatky v neznalosti správného intervalu v provedení testu na skryté okultní krvácení u více jak poloviny respondentů. Neznalost veřejnosti o možnostech dostupné prevence tohoto onemocnění, může být důvodem k jejich zanedbávání. Lidé se tak nezodpovědně vystavují riziku vzniku kolorektálního karcinomu, i přes to že tomuto onemocnění lze předcházet prevencí. Druhým cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda se respondenti screeningu kolorektálního karcinomu účastní. Výsledky dokazují, že téměř 1/3 respondentů v klíčovém věku zatím nepodstoupila žádné z preventivních vyšetření odhalující KRK. Nejčastějším důvodem jejich absence je nepřítomnost potíží, které by je k lékaři dovedli. Cílem screeningu kolorektálního karcinomu je odhalit onemocnění v době, kdy ještě pacient žádné příznaky nemá a zachytit ho tak včas, nebo mu úplně předejít. Screening KRK je určen pro asymptotické osoby od padesáti let věku. Jejich odpověď poukazuje opět na nedostatečnou informovanost a nepochopení smyslu této prevence. Domnívám se, že očekávat vlastní iniciativu lidí v hledání informací o dostupné prevenci je nereálná představa. Proto je nutné cílovou populaci neustále edukovat a dostat tento preventivní program do povědomí široké veřejnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BRABCOVÁ, Iva, Monika KYSELOVÁ a Alena MACHOVÁ, 2009. Prevence kolorektálního karcinomu. *Onkologie* [online]. 3(5), 316-318 [cit. 2023-02-01]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/>

BRIERLEY, James, Mary GOSPODAROWICZ a Christian WITTEKIND, 2020. *TNM klasifikace zhoubných novotvarů* [online]. 8.vydání. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [cit. 2023-04-03]. ISBN 978-80-7472-185-4. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/>

CARDOSO, Rafael, Feng GUO a Thomas HEISSER, 2021. Colorectal cancer incidence, mortality, and stage distribution in European countries in the colorectal cancer screening era: an international population-based study. *The Lancet Oncology*. (22), 1002–1013. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00199-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00199-6)

ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDVÁ a Hynek DOLANSKÝ, 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2860-5.

DIVIŠ, Petr et al., 2016. Kolorektální karcinom – současný pohled na diagnostiku a léčbu. *Medicína pro praxi* [online], 13(1) [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <http://medicinapropraxi.cz/>

FALT, Přemysl et al., 2016. Doporučené postupy České gastroenterologické společnosti ČLS JEP pro diagnostickou a terapeutickou koloskopii. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. 70(6), 523-538 [cit. 2023-03-09]. ISSN 18047874. Dostupné z: [doi:10.14735/amgh2016csgh.info19](https://doi.org/10.14735/amgh2016csgh.info19)

IHNÁT, Peter, 2021. *Karcinom rektu: od diagnózy po multidisciplinární léčbu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3219-5.

KISS, Igor a Jiří TOMÁŠEK, 2014. O nádorech tlustého střeva a konečníku. In: *Pacient a rodina* [online]. Brno [cit. 2023-01-09]. Dostupné z: www.linkos.cz

KRÁL, Jan, Tomáš HUCL a Julius ŠPIČÁK, 2017. Přínos screeningového vyšetření u příbuzných pacientů s karcinomem tlustého střeva. *Medicína pro praxi* [online]. 5(14), 230-233 [cit. 2023-02-04]. Dostupné z: <http://medicinapropraxi.cz/>

KRÁL, Jan et al., 2016. Molekulární genetika kolorektálního karcinomu. *Klinická onkologie* [online]. 29(6), 419-427 [cit. 2023-01-05]. ISSN 0862495X. Dostupné z: [doi:10.14735/amko2016419](https://doi.org/10.14735/amko2016419)

LIPSKÁ, Ludmila a Vladimír VISOKAI, 2009. *Recidiva kolorektálního karcinomu: komplexní přístup z pohledu chirurga*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3026-4.

LUKÁŠ, Karel a Jiří HOCH, 2018. *Nemoci střev*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0353-9.

MIŠKOVIČOVÁ, Michaela, 2020. *Využití spektroskopických metod v detekci kolorektálního karcinomu* [online]. Praha [cit. 2023-01-14]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/125050/140089591.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Disertační práce. Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta.

RYCHTEROVÁ, Kristýna, 2020. *Informovanost laické veřejnosti o kolorektálním screeningu* [online]. Pardubice [cit. 2023-01-14]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/76877/RychterovaK_InformovanostLaicke_VZ_2020.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Diplomová práce. Univerzita Pardubice.

SASÍNEK, Filip et al., 2021. Význam digitálního vyšetření anorekta při hemoroidálním onemocnění. *Medicina pro praxi* [online]. 18(1), 8-12 [cit. 2023-01-14]. Dostupné z: <http://medicinapropraxi.cz/>

SEIFERT, Bohumil a kol., 2015. *Screening kolorektálního karcinomu*. 2., rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-444-9.

SOUČEK, Miroslav a Petr SVAČINA, 2019. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2289-9.

SUNG, Hyuna et al., 2021. *Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries* [online]. *CA Cancer J Clin*, 71 [cit. 2022-12-09]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

ŠACHLOVÁ, Milana a Ondřej MÁJEK, 2015. Screening kolorektálního karcinomu. *Onkologie* [online]. 9(4), 162-166 [cit. 2023-02-04]. Dostupné z: www.onkologiecs.cz

ŠPIČÁK, Julius, 2022. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii III*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3374-1.

ŠPIČÁK, Julius a Ondřej URBAN, 2015. *Novinky v digestivní endoskopii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5283-9.

TÁBORSKÁ, Simona. *Povědomí veřejnosti o prevenci kolorektálního karcinomu* [online]. Plzeň, 2013 [cit. 2023-05-08]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/fe0m98/>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.

TESAŘ, Vladimír, 2018. *Biologická a cílená léčba*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4960-3.

TOMÁŠEK, Jiří, 2019. Karcinom tlustého střeva a konečníku. *Medicína pro praxi* [online]. 16(3), 186–189 [cit. 2023-01-05]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/>

VEČERKOVÁ, Denisa, 2022. *Prevence a screening kolorektálního karcinomu očima laické veřejnosti* [online]. Opava [cit. 2022-09-26]. Dostupné z: <https://is.slu.cz/th/akcgr/>.
Bakalářská práce. Slezská univerzita v Opavě.

VOCHYÁNOVÁ, Aneta, 2013. *Radioterapie kolorektálního karcinomu a porovnání informovanosti nelékařského zdravotnického personálu a laické veřejnosti* [online]. České Budějovice [cit. 2023-05-03]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry. 2., přepracované a dopl. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.

WILD, Ch., E. WEIDERPASS a B.W. STEWART, 2020. *World Cancer Report: cancer research for cancer prevention* [online]. Lyon [cit. 2023-01-05]. ISBN 978-92-832-0448-0.

Zdravotnická ročenka České republiky 2019 [online], 2020. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [cit. 2022-12-01]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: www.uzis.cz

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a kol.	a kolektiv
atd.	a tak dále
APC	antigen presenting cells
BBPS	Boston Bowel Preparation Scale
Ca	karcinom
CEA	karcinoembrionální antigen (nádorový marker tlustého střeva)
CT	výpočetní tomografie
cm	centimetr
č.	číslo
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
DNA	deoxyribonukleová kyselina
et al.	a další
FAP	Syndrom familiární adenomatózní polypózy
GIT	gastrointestinální trakt
gTOKS	guajakový test okultního krvácení do stolice
HNPCC	Hereditární nepolypózní kolorektální karcinom
KRK	kolorektální karcinom
M	vzdálené metastázy
mm	milimetr
MMR	mismatch repair geny
MR	magnetická rezonance
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
N	postižení regionálních uzlin
NOR	Národní onkologický registr
PEG	polyethylenglykol
R0	bez reziduálního nádoru
str.	strana

T	tumor
tj.	to je
TNM	Klasifikace zhoubných novotvarů
TOKS	test okultního krvácení do stolice
tzv.	tak zvaně
tzn.	to znamená
5 - FU	5-fluorouracil

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Primární tumor (T) (Lipská a Visokai, 2009).....	14
Tabulka 2 Postižení regionálních lymfatických uzlin (N) (Lipská a Visokai, 2009)	14
Tabulka 3 Vzdálené metastázy (M) (Lipská a Vosakai, 2009).....	14
Tabulka 4 Anatomické dělení nádorů tlustého střeva a konečníku (Lipská a Visokai, 2009)	14
Tabulka 5 Pohlaví respondentů.....	29
Tabulka 6 Věk respondentů	30
Tabulka 7 Vzdělání respondentů	31
Tabulka 8 Zájem respondentů o prevenci.....	32
Tabulka 9 Názor respondenta na prevenci kolorektálního karcinomu	33
Tabulka 10 Dostupnost preventivního vyšetření u lékařů	34
Tabulka 11 Informovanost respondentů o hrazených preventivních programech.....	35
Tabulka 12 Znalost intervalu v provedení TOKS mezi 50. a 54. rokem života	36
Tabulka 13 Informovanost respondenta o adresném zvaní	37
Tabulka 14 Informovanost respondenta o kolorektálním karcinomu	38
Tabulka 15 Účast respondenta na pravidelných preventivních prohlídkách	39
Tabulka 16 Účast respondenta v preventivním programu	40
Tabulka 17 Účast respondenta na TOKS.....	41
Tabulka 18 Účast respondenta na kolonoskopickém vyšetření	42
Tabulka 19 Důvody respondenta k neúčasti v preventivním programu	43
Tabulka 20 Rizikové faktory kolorektálního karcinomu	44
Tabulka 21 Příznaky kolorektálního karcinomu.....	45
Tabulka 22 Zdroje informací o prevenci	46
Tabulka 23 Postoj respondenta k životnímu stylu	47

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Incidence KRK v mezinárodním srovnání

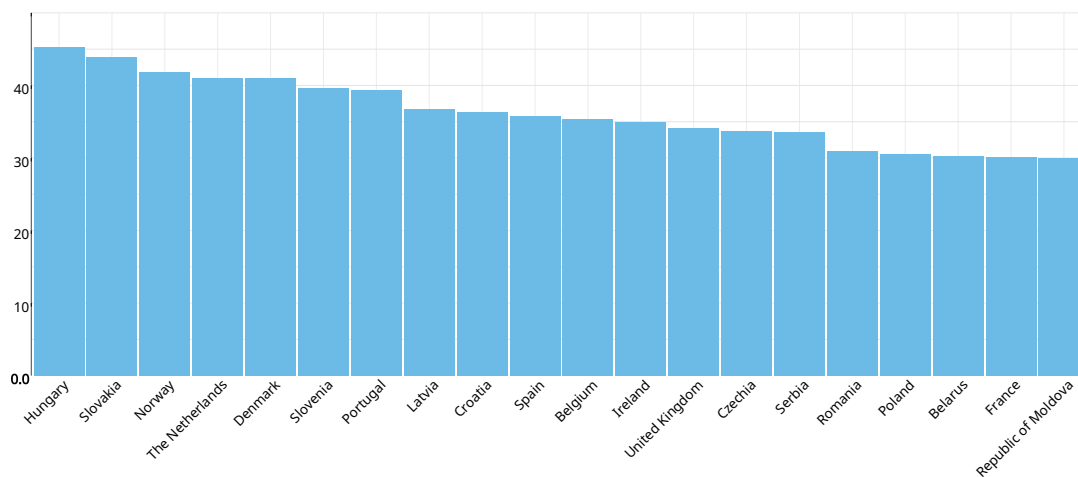
Příloha P II: Mortalita KRK v mezinárodním srovnání

Příloha P III: Dotazník

Příloha P IV: Informační leták kolorektální screening

PŘÍLOHA P I: INCIDENCE KRK V MEZINÁRODNÍM SROVNÁNÍ

Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2020, both sexes, all ages



Data source: Globocan 2020
Graph production: Global Cancer
Observatory (<http://gco.iarc.fr>)

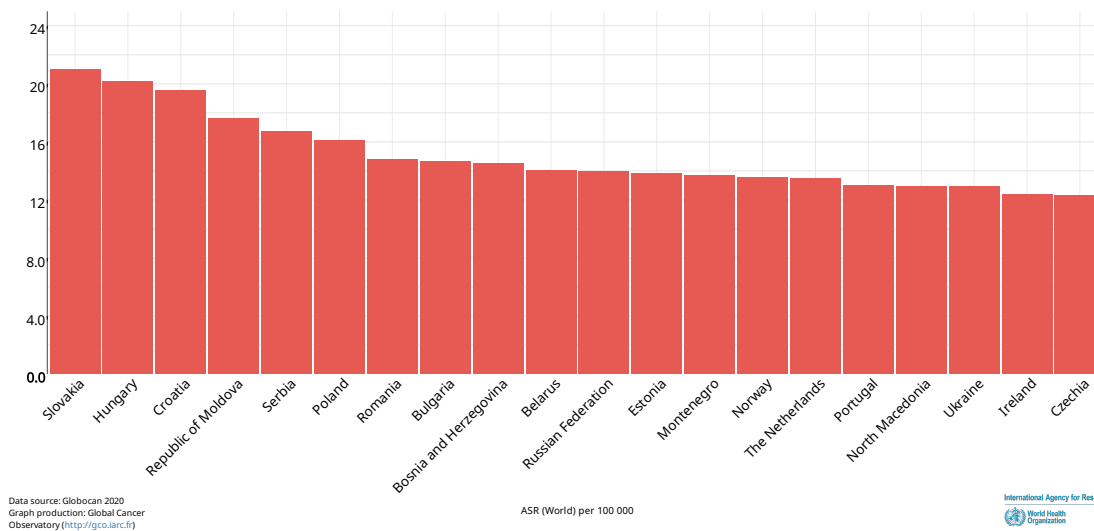
ASR (World) per 100 000

International Agency for Research on Cancer
World Health
Organization

Zdroj: <https://gco.iarc.fr/>

PŘÍLOHA P II: MORTALITA KRK V MEZINÁRODNÍM SROVNÁNÍ

Estimated age-standardized mortality rates (World) in 2020, both sexes, all ages



Zdroj: <https://gco.iarc.fr/>

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK

Postoj veřejnosti ke kolorektálnímu screeningu

Vážená paní/ Vážený pane,

Jmenuji se Šárka Jurtíková a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, obor Všeobecná sestra. Dovoluji si Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku, který je anonymní a dobrovolný. Dotazník je určen lidem **od 50 let věku**, kteří spadají do tzv. rizikové skupiny, která je více ohrožena rakovinou tlustého střeva.

Screening kolorektálního karcinomu je v České republice jedním z hlavních preventivních programů, který má za cíl u rizikové skupiny zachytit nádor v časném stádiu nebo úplně vzniku rakoviny předejít.

Vaše odpovědi budou použity jako podklady ke zpracování mé bakalářské práce na téma „Postoj veřejnosti ke kolorektálnímu screeningu“.

Děkuji za Vaši ochotu a věnovaný čas vyplněním tohoto dotazníku

** Označuje povinnou otázku*

1. 1. Uvedte prosím Vaše pohlaví: *

Označte jen jednu elipsu.

Žena

Muž

2. 2. Uvedte prosím Váš věk: *

3. 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání: *

Označte jen jednu elipsu.

Základní

Vyučen/a

Středoškolské s maturitou

Vyšší odborné

Vysokoškolské

4. 4. Do jaké míry jsou pro Vás důležité informace o prevenci závažných onemocnění? *

Označte jen jednu elipsu.

Velmi důležité

Spíše důležité

Spíše nedůležité

Zcela nepodstatné

Nevím

5. 5. Myslíte si, že vzniku rakoviny tlustého střeva a konečníku lze předcházet prevencí? *

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

Nevím

6. Víte, kde můžete podstoupit preventivní vyšetření k odhalení rakoviny tlustého střeva? *

(vyberte jednu nebo více odpovědí)

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

U praktického lékaře

U gynekologa

U gastroenterologa

Jiné: _____

7. Víte, jaká preventivní screeningová vyšetření v rámci prevence kolorektálního karcinomu máte hrazeno z veřejného zdravotního pojištění? *

(vyberte jednu nebo více odpovědí)

***Kolonoskopie** = je vyšetření, které umožňuje lékaři prohlédnout celý vnitřek Vašeho tlustého střeva (od konečníku až k dolnímu konci tenkého střeva)

***Test okultního (skrytého) krvácení do stolice-TOKS** = obnáší odběr vzorku stolice, ve kterém lze následně chemicky odhalit pouhým okem neviditelné stopy krve

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

Test na okultní krvácení do stolice (TOKS)

Screeningovou kolonoskopií

Žádné z těchto vyšetření není hrazeno

8. Vyberte, v jakém intervalu je podle Vás doporučeno provádět test na okultní krvácení do stolice (TOKS) v období mezi **50. a 54. rokem** života? *

Označte jen jednu elipsu.

v jednoročním intervalu (tj. vyšetření se provádí 1x za rok)

ve dvouročním intervalu (tj. vyšetření se provádí 1x za 2 roky)

Nevím

9. Víte, že od roku 2014 je v České republice zahájen projekt adresného zvaní na onkologickou prevenci? *

Označte jen jednu elipsu.

Ano, vím.

Ne, nevím.

10. Myslíte si, že jste dostatečně informován(a) o prevenci kolorektálního karcinomu? *

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

Nevím

11. Chodíte na pravidelné preventivní prohlídky ke svému lékaři? *

Označte jen jednu elipsu.

Ano, chodím

Jen když mám nějaké zdravotní potíže

Ne, nechodím

12. 12. Kdy naposledy jste byl/a na preventivním vyšetření rakoviny tlustého střeva a konečníku? *

Označte jen jednu elipsu.

- V posledním roce
- V posledních 2 letech
- V posledních 5 letech
- Více než před 5 lety
- Zatím jsem toto vyšetření neabsolvoval/a.

13. 13. Podstoupil/a jste v minulosti vyšetření na okultní krvácení do stolice (TOKS) v rámci kolorektálního screeningu? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne

14. 14. Podstoupil/a jste v minulosti kolonoskopické vyšetření? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne

15. 15. Pokud jste zvolil/a v otázce č. 13 a 14 - „NE“, z jakých důvodů jste toto vyšetření nepodstoupil/a?

Označte jen jednu elipsu.

- Nebylo mi nabídnuto.
- Nemám žádné zdravotní problémy.
- Nemám čas.
- Přejde mi to zbytečné.
- Odložil/a jsem vyšetření během pandemie a zatím jsem nebyl/a.
- Jiné: _____

16. 16. Označte všechny rizikové faktory, které se podle Vás podílejí na vzniku kolorektálního karcinomu: *
(vyberte jednu nebo více odpovědí)

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Nedostatek pohybové aktivity
- Nadměrná konzumace červeného masa a uzenin
- Nedostatek vlákniny v potravě
- Vysoký příjem alkoholu
- Kouření
- Stres
- Nevím
- Jiné: _____

17. 17. Označte příznaky, kterými se podle Vás kolorektální karcinom projevuje: *
(Vyberte jednu nebo více odpovědí)

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Střídání zácpy a průjmu
- Bolesti břicha
- Krev ve stolici
- Slabost a únava
- Úbytek na váze
- Nevím
- Jiné: _____

18. 18. Kde jste informace týkající se kolorektálního karcinomu a jeho prevence získal/a? *
(Vyberte jednu nebo více odpovědí)

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- od lékaře, sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka
- Od přátel
- Z letáků a informačních brožur
- Z internetu
- Z televize
- Žádné informace nemám
- Jiné: _____

19. 19. Byl/a byste ochotna změnit svůj životní styl? Vzhledem k ovlivnitelným rizikovým faktorům – stravovací návyky, kouření, konzumace alkoholu apod.? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne

PŘÍLOHA P IV: INFORMAČNÍ LETÁK KOLOREKTÁLNÍ SCREENING

KOLOREKTÁLNÍ SCREENING

➔ V České republice mají lidé starší 50 let
nárok na bezplatné preventivní vyšetření!



Rakovina tlustého střeva a konečníku neboli kolorektální karcinom

Jedná se o zhoubné nádorové onemocnění, které je na začátku zcela bez příznaků a jehož diagnózu si v České republice vyslechne přibližně 7 300 nových pacientů ročně.

Screening kolorektálního karcinomu je jedním z hlavních preventivních programů, které má za cíl u rizikové skupiny osob zachytit nádor v časném stádiu nebo úplně vzniku rakoviny předejít.

- ➔ **PRO KOHO JE URČEN
KOLOREKTÁLNÍ SCREENING?**
- VŠEM ŽENÁM I MUŽŮM VE VĚKU OD 50 LET
- ➔ **NA KOHO SE MOHU OBRÁTIT?**
- NAVŠTIVTE SVÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
(ŽENY MOHOU I SVÉHO GYNEKOLOGA)
- ➔ **MUSÍ SE VYŠETŘENÍ PRAVIDELNĚ
OPAKOVAT?**
MÁTE MOŽNOST SE ROZHODNOUT A
ZVOLIT MEZI:
- OD 50 LET SI JEDNOU ZA ROK UDĚLAT
TEST OKULTNÍHO KRVÁCENÍ DO STOLICE
(TOKS) A OD 55 LET POKRAČOVAT V
PROVEDENÍ TESTU 1X ZA 2 ROKY
- PODSTOUPIT SCREENINGOVOU
KOLONOSKOPII, KTEROU STAČÍ PROVÉST
JEDNOU ZA DESET LET

**NEČEKEJTE, AŽ
BUDE POZDĚ.**

více informací
naleznete na
www.kolorektum.cz

Postoj veřejnosti ke kolorektálnímu screeningu
Vedoucí práce: MUDr. Jana Pelková
Rok obhajoby: 2023
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně