

# **Psychosociální aspekty u klienta s kolorektálním karcinomem**

Jarmila Hrádková

---

Bakalářská práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd  
akademický rok: 2015/2016

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jarmila Hrádková**  
Osobní číslo: **H12327**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Psychosociální aspekty u klienta s kolorektálním karcinomem**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury.**  
**Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kolorektálního karcinomu.**  
**Příprava metodiky průzkumné části.**  
**Realizace průzkumného šetření.**  
**Prezentace výsledků, shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**ADAM, Zdeněk, Jiří, VORLÍČEK a Jiří, VANÍČEK. Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob. 2. aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0896-5.**

**ANGENENDT, Gabriele, Ursula, SCHUTZE-KREILKAMP a Volker, TSCHUSCHKE.**

**Psychoonkologie v praxi. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-781-7.**

**FORSBERG, Anna. Colonoscopic surveillance in familial colorectal cancer. Stockholm: Karolinska Institutet, 2014. ISBN 978-91-7549-656-6.**

**SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. Ošetřovatelství v chirurgii II. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 987-80-247-3129-2.**

**TSCHUSCHKE, Volker. Psychoonkologie a psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.**

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

Vedoucí bakalářské práce:

**MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D.**

Ústav zdravotnických věd

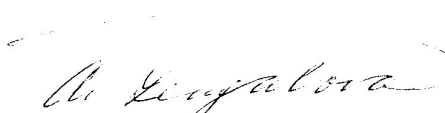
Datum zadání bakalářské práce:

**8. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**20. května 2016**

Ve Zlíně dne 8. ledna 2016

  
doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka

L.S.

  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## 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 <sup>1)</sup>;
- 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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 <sup>3)</sup> 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 samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 12. 2. 2016

..... *Kydlina*

*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, užije-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 vzdělávacího 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). Odpírá-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 jím 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 přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce je zaměřená na psychosociální aspekty u pacientů s onemocněním kolorektálního karcinomu. Teoretická část je zaměřená na obecnou charakteristiku onemocnění karcinomu tlustého střeva, jaké jsou rizikové faktory tohoto onemocnění, příznaky, diagnostika a terapie. Dále se zabývá psychologickými a sociálními důsledky tohoto zhoubného onemocnění. Praktická část je zaměřena na kvantitativní výzkum u pacientů s diagnostikovaným kolorektálním karcinomem. Pomocí výzkumu bylo zjištěno, jak pacienti žijí s onemocněním, a jak je toto onemocnění ovlivnilo v dalším každodenním životě. Cílem práce bylo zjistit, jak je ovlivněn život klienta s tímto onemocněním, s jakými problémy se nejvíce potýkal, a jaké změny se ho často dotýkají.

**Klíčová slova:** Kolorektální karcinom, onkologie, gastroenterologie, ošetrovatelství, psychologie, sociální psychologie

## **ABSTRACT**

The Bachelor thesis is concerned with psychosocial aspects of patients suffering from colorectal carcinoma. The theoretical part focuses on the general characteristics of colorectal carcinoma disease, its risk factors, symptoms, diagnostics and therapy. Psychological and social consequences of the malignant tumor are also mentioned. The practical part is concerned with the quantitative research of patients with colorectal carcinoma. The research showed the way patients suffering from the disease live and the way their everyday life has changed. The aim of the thesis was to find out how the life of a client suffering from the disease has been influenced, what major problems he or she has faced and what has changed in his or her life.

**Keywords:** Colorectal carcinoma, oncology, gastroenterology, nursing care, psychology, social psychology

Chtěla bych touto cestou poděkovat panu MUDr. Jiřímu Gaťkovi, Ph. D za odborné vedení práce, za čas, cenné rady a připomínky. Zároveň bych poděkovala i celé mé rodině, zejména manželovi, za veškerou podporu, pomoc a trpělivost při studiu.

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

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným vedením MUDr. Jiřího Gaťka, Ph. D a v celé práci jsem uvedla všechny literární a odborné zdroje.

# OBSAH

ÚVOD.....	10
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 TEORETICKÉ POZNATKY.....</b>	<b>12</b>
1.1 HISTORIE .....	12
1.2. ANATOMIE TLUSTÉHO STŘEVA.....	12
<b>2 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM.....</b>	<b>14</b>
2.1 ETIOPATOGENEZE.....	14
2.2 RIZIKOVÉ FAKTORY .....	15
2.3 KLASIFIKACE TNM .....	16
2.4 PŘÍZNAKY KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU.....	18
2.5 DIAGNOSTIKA KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU .....	18
2.5.1 Test na okultní krvácení .....	18
2.5.2 Kolonoskopie .....	19
2.5.3 Nativní snímek břicha .....	20
2.5.4 Irigografie.....	20
2.5.5 Transrektální ultrasonografie .....	21
2.5.6 Výpočetní tomografie.....	21
2.5.7 Magnetická resonance .....	21
2.5.8 Laboratorní metody .....	22
2.6 TERAPIE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU.....	22
2.6.1 Chirurgická léčba .....	22
2.6.2 Radioterapie .....	23
2.6.3 Chemoterapie .....	23
2.6.4 Biologická léčba.....	24
2.6.5 Podpůrná adjuvantní léčba .....	25
<b>3 PSYCHOSOCIÁLNÍ DŮSLEDKY ONEMOCNĚNÍ.....</b>	<b>26</b>
3.1 SDĚLENÍ DIAGNÓZY .....	26
3.1.1 Období popření.....	27
3.1.2 Období agrese.....	27
3.1.3 Období smlouvání .....	27
3.1.4 Období deprese.....	28
3.1.5 Období smíření.....	28
3.2 PROCES VYROVNÁNÍ SE S ONEMOCNĚNÍM .....	28
3.3 FÁZE ONEMOCNĚNÍ.....	29
3.3.1 Bezpříznakové období.....	29
3.3.2 Období prvních příznaků.....	30
3.3.3 Období rozvinutých příznaků.....	30
3.3.4 Období léčby .....	31
3.3.5 Období zlepšení nebo remise onemocnění.....	31



3.4	SOCIÁLNÍ OPORA .....	32
3.4.1	Psychologický přístup k onkologicky nemocným.....	32
3.4.2	Komunikace mezi personálem a pacientem .....	32
3.4.3	Psychická podpora nemocného .....	33
3.4.4	Sociální aspekty onkologického onemocnění .....	34
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>VLASTNÍ VÝZKUM .....</b>	<b>36</b>
4.1	STANOVENÍ CÍLŮ .....	36
4.2	METODIKA A POPIS SOUBORU .....	36
4.3	SBĚR DAT .....	37
4.4	ZPRACOVÁNÍ DAT .....	37
4.5	VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA .....	37
4.6	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	38
4.6.1	Vyhodnocení jednotlivých položek dotazníku .....	38
<b>5</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>60</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>63</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>64</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>67</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>68</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>69</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>70</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>71</b>

## ÚVOD

Kolorektální karcinom se považuje za civilizační chorobu, která je v České republice nejčastějším nádorovým onemocněním. Má dopad na psychosociální stránku klienta a v neposlední řadě, neméně důležitý pro společnost je dopad ekonomický. Ve světových statistikách se ČR zařadila do předních řad, co se incidence a mortality kolorektálního karcinomu týká. Jeho incidence patří mezi nejvyšší na světě a stále více roste, avšak na druhou stranu je mezi nádory gastrointestinálního traktu relativně dobře léčitelný. Výskyt karcinomu kolorekta vzrůstá s věkem a vyskytuje se zhruba stejně u obou pohlaví, s menší převahou jsou více postiženi muži.

V ČR je kolorektální karcinom zahrnut do screeningového programu, který je založen na testu okultního krvácení ve stolici. ČR zavedla tyto screeningové testy v roce 2000, hned po Německu jako druhá země v Evropě. Při včasné diagnostice zhoubného onemocnění je nutná i mezioborová spolupráce a nezbytná dispenzarizace klientů ve specializovaných centrech.

Prognóza tohoto onemocnění závisí především na stupni postižení střeva, prorůstání tumoru a na přítomnosti metastáz ve spádových uzlinách. Akutní stavy, což je zejména obstrukce střeva či perforace bývají indikátorem špatné prognózy. Chirurgická terapie je základní kámen léčebného procesu, rozsah a následná další terapie (chemoterapie, radioterapie atd.) se odvíjí od stádia onemocnění. Léčba je nejlépe účinná v časných stádiích onemocnění pro svoji kurabilitu a návratu do běžného života.

Pro úspěšné zvládnutí onkologických onemocnění je velmi důležité přijmutí onkologické diagnózy a vyrovnání se s ní. To vše závisí na dobré informovanosti pacienta, zvolení správného přístupu k pacientovi a vzbuzení naděje.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 TEORETICKÉ POZNATKY

## 1.1 Historie

Kolorektální karcinom (dále jen KRK) trápí lidstvo již po tisíce let. Starověká čínská civilizace používala k léčbě příznaků speciální byliny, zatímco staří Řekové a Indiáni používali olivový olej a hořčici.

V roce 1913 americký patolog Aldred Scott Warthin identifikoval dědičnou souvislost mezi určitými typy rakoviny tlustého střeva na podkladě rodinné anamnézy své švadleny. Warthin a Henry Lynch vyvinuli v oblasti výzkumu popis rakoviny zažívacího traktu Lynch syndrom I a II (je dědičné autozomálně dominantní onemocnění, které se projevuje vznikem mnohačetných zhoubných nádorů většinou v mladém nebo středním věku. Nejčastěji vznikají z buněk sliznic tlustého střeva (<http://cs.265health.com/cancer/colon-cancer/1010014766.html#.VGSMHGez6So>, 2015).

První endoskop byl představen v roce 1963 se zdrojem studeného světla vedeného optickým svazkem (Hirschowitz). Poté následoval rychlý vývoj a zdokonalování endoskopů k diagnostice a terapii onemocnění gastrointestinálního traktu. Od roku 1983 se objevily první videoendoskopy s větší rozlišovací schopností a možností sledování výkonu větším počtem lidí, včetně vyšetřovaného pacienta (<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/indikace-diagnosticke-a-terapeuticke-moznosti-endoskopicky-met-168689>, 2015).

K největšímu rozvinutí diagnostické a terapeutické endoskopie došlo na přelomu 80. a 90. let, kdy se stala metodou první volby u onemocnění žaludku a tlustého střeva, neúčinnější metodou ke stavění krvácení, dilataci stenóz, odstraňování cizích těles a polypů.

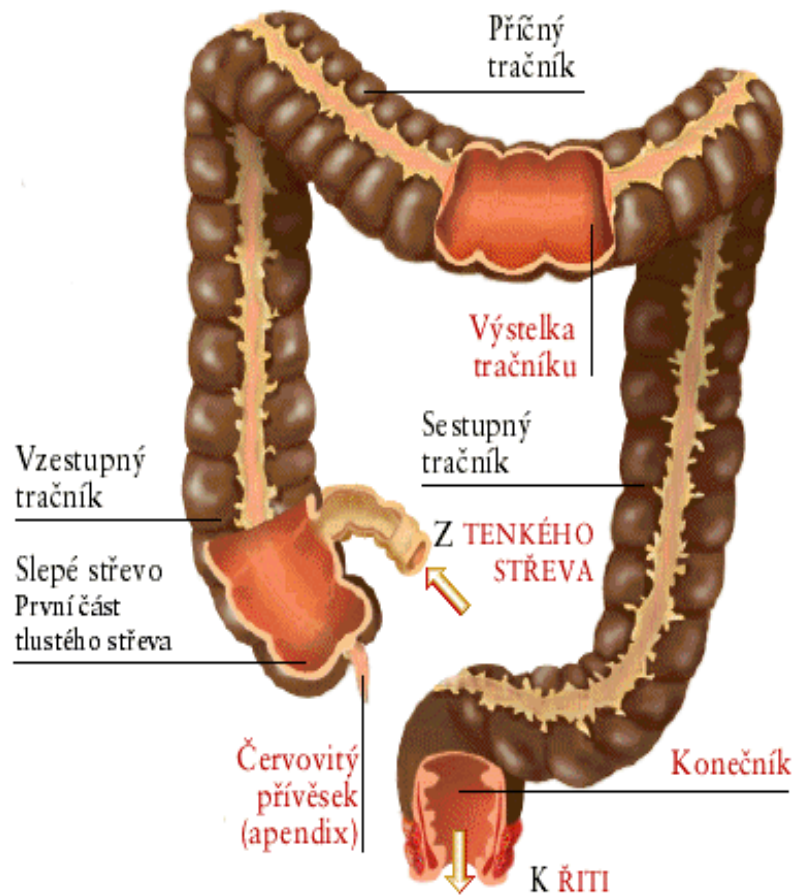
## 1.2. Anatomie tlustého střeva

Tlusté střevo (intestinum crassum) je součástí trávicího traktu a je pokračováním střeva tenkého (intestinum tenue). Je dlouhé 1,2 - 1,5m s průsvitem 4 - 8cm, našedlé barvy. Tlusté střevo se skládá z těchto částí: slepé střevo (caecum) s červovitým přívěskem (apendix), vzestupný tračník (colon ascendens), příčný tračník (colon transversum), sestupný tračník (colon descendens), následuje esovitá klička (colon sigmoideum), konečník (rectum) a řiť (anus), (Naňka, Elišková, 2009, str. 159, 161). Sliznice tlustého střeva nenesí klky a je zde

umístěno množství lymfatické tkáně, secernuje především hlen, který podporuje hladký pohyb tráveniny. Nejdůležitější funkci tlustého střeva je vstřebávání vody a iontů. Trávení se vlivem různých bakterií rozkládá a zahušťuje, tvoří plyny na základě požití stravy. Nemały vliv bakterií je i na vznik vitamínů a jejich resorbci. (Mourek, 2005, str. 95-96).

Obrázek 1 Anatomie tlustého střeva

(staženo z <http://adykacer.blog.cz/0811/tenke-a-tluste-strevo>)

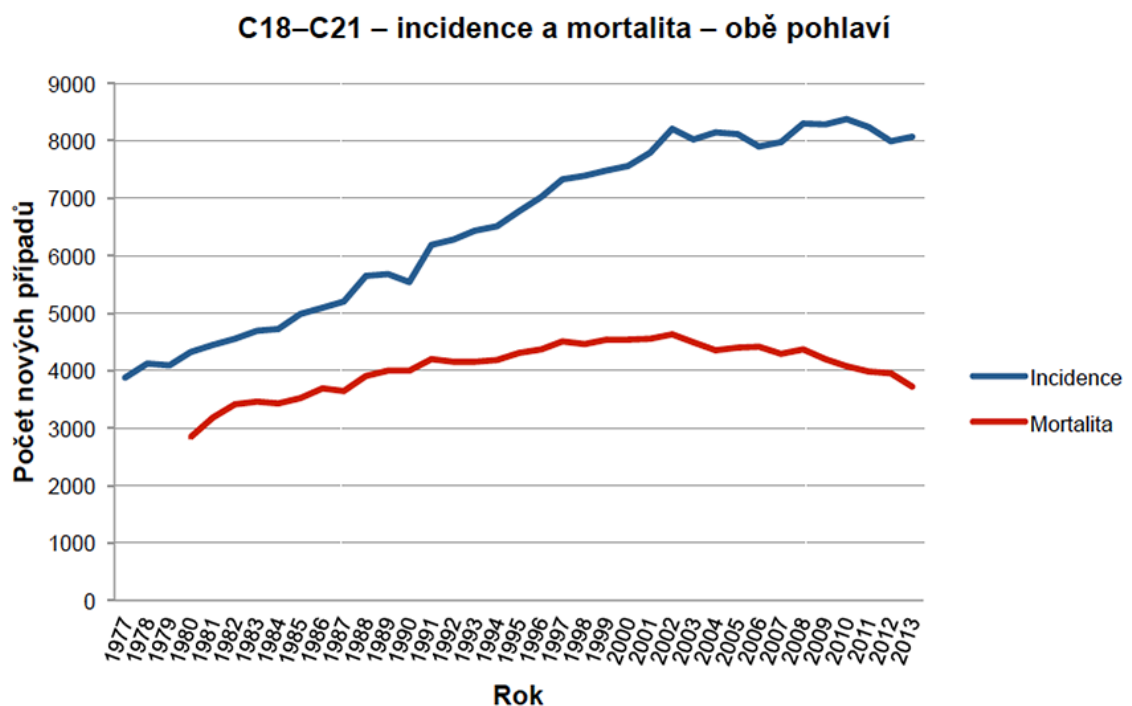


## 2 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

### 2.1 Etiopatogeneze

Kolorektální karcinom je nejčastějším rakovinným postižením tlustého střeva, tračníku (colon) a konečnicku (rectus), který vychází z buněk sliznice. KRK je novotvar s různým histologickým nálezem postihující tlusté střevo a konečník (dle WHO rozlišujeme adenokarcinom, mucinózní adenokarcinom, karcinom z prstencových buněk, skvamózní karcinom, adenosvamózní karcinom, nediferencovaný karcinom a neklasifikovaný karcinom). U většiny KRK předchází benigní adenom, který považujeme za prekancerózu. Mezi další prekancerózy řadíme taky chronická zánětlivá onemocnění tračníku, což je ulcerózní kolitida a Crohnova choroba. U polypózního adenomu (tubulárního typu) vzniká zvrhnutí v malignitu při větší velikosti jak 1cm. Malignizace polypu je dlouhodobý, mnohastupňový proces, který probíhá řadu let, obvykle 8-10 let, což umožňuje včasný záchyt a ochranu před určitou nemocí, která by mohla nastat, respektive léčbu. (Seifert a kol., 2015, str. 15-20).

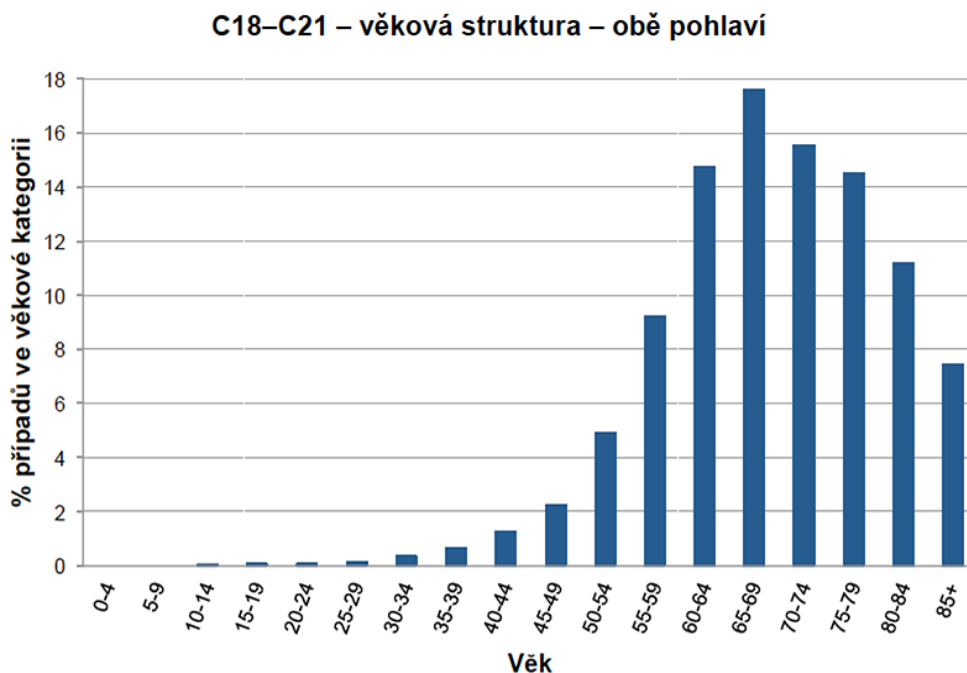
Graf 1 Incidence a mortalita nádoru tlustého střeva a konečnicku v ČR  
(kolorectum.cz, 2015)



KRK rozlišujeme na formy sporadické, které reprezentují 80% všech případů a není možné prokázat genetický podklad a formy familiární (hereditární), který se objevuje cca v 15-20% případů kolorekta. Riziko tohoto zhoubného onemocnění stoupá s věkem. Věková hranice v ČR je 50 let, kdy incidence a prevalence KRK strmě narůstá. Mezi ohrožené skupiny patří jedinci, v jejichž rodině se již KRK vyskytuje (Holubec a kol., 2004, str. 20, 21).

Graf 2 Věkově specifická incidence nádoru tlustého střeva a konečníku v ČR

(kolorectum.cz, 2015)



Nádor v průběhu svého vývoje se nejprve šíří ve sliznici, později prorůstá střešní stěnou, v dalším vývoji expanduje do lymfatických cest a naposledy se šíří hematogenně do jater, plic, kostí a vzácněji do jiných orgánů (Seifert a kol., 2015, str. 15).

## 2.2 Rizikové faktory

Přesná příčina KRK není doposud známá. Každý člověk může ovlivnit svůj životní styl, jídelníček a stravovací návyky či vliv prostředí. Jsou určité rizikové skupiny s genetickým modelem pro vznik nádorového onemocnění. Obecně mezi další rizikové faktory, které vážně mohou přispět k onkologickému onemocnění střev patří především strava, a to především nadměrný přísun živočišných tuků, červeného masa a uzenin. Zejména potrava připravená často smažením, grilováním nebo potrava s nízkým obsahem vlákniny, která neutralizuje některé karcinogenní látky. Pak nedostatek některých vitamínů, vápníku a stopo-

vých prvků zvyšují riziko vzniku onemocnění. Rovněž i nepřiměřená konzumace kalorií, obezita a hlavně kouření mají neblahý vliv na onemocnění trávicího traktu (Vyzula, Žaloudík a kol., 2007, str. 32-35). Jsou vedeny různé klinické studie, které se dlouhodobě zabývají vztahem mezi výživou a kolorektálním karcinomem.

### 2.3 Klasifikace TNM

Základem pro posuzování a rozsah postižení jednotlivých vrstev sliznice tlustého střeva a okolní tkáně je tzv. TNM klasifikace (Classification of Malignant Tumours). TNM (tumor, node, metastasis) systém představuje nejpoužívanější způsob posuzování zhoubných nádorů, hodnotící jejich rozsah primárního nádoru (T), postižení lymfatických uzlin (N) a přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz. Ke zhodnocení nádorového útvaru je v době diagnózy i hloubka karcinogenní tkáně, která je označována jako stadium (staging). Nejčastěji je používána Dukesova klasifikace. Cuthbert Duke roku 1932 zpracoval klasifikační systém pro stanovení klinického stádia karcinomu. Tuto klasifikaci v roce 1954 detailněji zpracovali Astler a Coller. (Jablonská a kol., 2000. str. 31-35, 408-409). Rozsah karcinogeneze je určován písmenem, ke kterému se přidává číslo. Čím je číslo vyšší, tím větší je postižení a rozšíření nádoru v dané kategorii. Jestliže nebyla provedena dostatečná vyšetření a v dané chvíli není možné stanovit kategorii, použijeme za písmenem symbol „X“.

Tabulka 1 Dukesova klasifikace

<i>stadium karcinomu</i>	<i>hloubka invaze</i>
<b>A</b>	tumor je na sliznici střeva
<b>B1</b>	tumor proniká do muscularis mucosa bez penetrace v celé tloušťce uzliny
<b>B2</b>	tumor proniká do muscularis propria, bez nádorové infiltrace
<b>C1</b>	tumor proniká do muscularis mucosa s postižením lym. uzlin
<b>C2</b>	tumor proniká do muscularis propria s postižením lym. uzlin
<b>D</b>	vzdálené metastázy



Tabulka 2 TNM klinická klasifikace

<i>pt (primární tumor)</i>	<i>mikroskopický popis hloubky primárního tumoru (T)</i>
<i>TX</i>	primární tumor nemůže být vyloučen
<i>T0</i>	primární tumor nenalezen
<i>Tis</i>	karcinom in situ neprorůstá mukózou
<i>T1</i>	tumor proniká submukózou (podslizniční vrstvou)
<i>T2</i>	tumor proniká muscularis propria (sliznicí střeva)
<i>T3</i>	tumor proniká přes muscularis propria do subserózy nebo do ne-peritonealizované perirektální či perikolické tkáně
<i>T4</i>	tumor proniká do okolních orgánů a struktur nebo na viscerální peritoneum
<i>N</i>	<i>stav regionálních lymfatických uzlin</i>
<i>NX</i>	regionální lymfatické uzliny nemohou být posouzeny
<i>N0</i>	regionální uzliny nejsou postiženy
<i>N1</i>	1-3 metastázy v perikolických či perirektálních uzlinách
<i>N2</i>	metastázy ve 4 a více perikolických či perirektálních uzlinách
<i>N3</i>	metastázy v uzlinách podél cévních struktur
<i>M</i>	<i>vzdálené metastázy</i>
<i>MX</i>	vzdálené metastázy nemohou být vyloučeny
<i>M0</i>	vzdálené metastázy nejsou přítomné
<i>M1</i>	vzdálené metastázy jsou prokázané

## 2.4 Příznaky kolorektálního karcinomu

Začátek onemocnění bývá obvykle latentní. Klient je dlouhodobě zcela bez potíží. Pozvolna se objevují poruchy v oblasti vyprazdňování, kdy se mnohdy střídá zácpa a průjem či nucení na stoličce s neurčitou tlakovou bolestí v břiše (tenesmy). Nejtypičtějším příznakem je příměs krve či hlenu ve stolici. Tyto příznaky se však často bagatelizují, protože mnozí jedinci krvácení připisují k hemeroidům a řitním trhlínám. Klient má prodromální příznaky jako je nevolnost, únava, nechutenství a hubnutí. Vzácněji si pacient může nahmatat cizí útvar v břiše. S postupem choroby se zvětšuje objem břicha, nadýmání a dostavují se subileózní stavy. Tumory uložené ve spodních partiích střeva se vyznačují stužkovitou stolicí a poruchou kontinence (Slezáková a kol., 2010, str. 273-274).

## 2.5 Diagnostika kolorektálního karcinomu

Nejdůležitější pro úspěšnou léčbu je především včasná diagnostika. Je-li onemocnění tračnicku nebo rekta zachyceno včas, je velmi dobrá prognóza pro jeho další vývoj, profylaxi a léčebný postup. Pro včasné zachycení nádorových, ale i nenádorových onemocnění střev, slouží detekce krve ve stolici, tzv. test na okultní krvácení. Při pozitivitě těchto testů následuje endoskopické vyšetření. Mezi další základní diagnostická vyšetření patří anamnéza, fyzikální vyšetření a vyšetření per rektum, laboratorní metody, radiodiagnostické vyšetření a CT břicha (Slezáková a kol., 2010, str. 274).

### 2.5.1 Test na okultní krvácení

Test na okultní krvácení do stolice (TOKS), označuje se i FOB, je založen na průkazu skrytého krvácení, které není zjevné, ale je zjistitelné jen citlivým způsobem. Nejvíce využívaným způsobem je guajakový test, a pak moderní imunochemický test. Principem testu je reakce guajakové pryskyřice na peroxidázovou aktivitu hemoglobinu. Guajakový test má příliš velkou senzitivitu a s tím bohužel i větší falešnou pozitivitu. Při provádění guajakového testu by vyšetřovaní jedinci měli dbát na dietní omezení, např. vynechat tepelně nezpracované maso či potraviny s obsahem zvířecí krve (jelita, prejt), určité druhy ovoce či zeleniny (květák, brokolice, špenát, ředkvičky, bílá ředkev, křen, žlutý meloun) můžou být zdrojem falešné positivity a i některé lékové preparáty (Aktiferrin, Sorbifer Durules, Ferro-nat), které můžou test zkomplikovat. Nevýhodou tohoto testu je uchovávání před sluneč-

ním světlem a manipulace se stolicí. TOKS je bezbolestný a velmi jednoduchý test, který spočívá v odebrání tří po sobě jdoucích vzorků stolic (Seifert a kol., 2015, str. 52-56).

Imunochemické testy se provádí ještě jednodušším způsobem, kdy postačí jen jeden vzorek stolice bez jakéhokoliv dietního či lékového omezení. Imunochromatografické testy mají nízkou senzitivitu ke krvácení z horního traktu trávicí trubice (z dásně, jícnu a žaludku). Principem imunochemického testu je stanovení specifických protilátek v testu s reakcí lidského hemoglobinu ve stolici. Jejich vyhodnocení se provádí za pomoci automatických analyzátorů. Testy na okultní krvácení ve stolici jsou zahrnuty do screeningového programu od 45. roku života. Od 1. 1. 2009 může tento imunochemický test, kromě praktických lékařů, předepsat i gynekolog (Seifert a kol., 2015, str. 52-58). Aby byl test správně proveden a následně dobře zhodnocen, je třeba dbát důsledné edukace jedince, aby postupoval dle stanovených kritérií. Nejrozšířenější testy, které se používají k průkazu okultního krvácení jsou Haemoccult test a FOB test.

### 2.5.2 Kolonoskopie

Kolonoskopie je endoskopické vyšetření konečníku (rectus) a tlustého střeva (colon) včetně bauhinské chlopně (chlopně oddělující tenké střevo od tlustého). Má zásadní význam v diagnostice onemocnění střev, ale také se posouvá mezi metody terapeutické a preventivní, kdy lze odstranit maligní léze nebo zabránit v maligní transformaci. Toto vyšetření se provádí nejen na základě pozitivního testu na okultní krvácení, ale i při nevysvětlitelné břišní symptomatologii (bolesti břicha, zácpa, průjem a další), rentgenologickém nález, chudokrevnosti z nejasných příčin, u nemocných s Crohnovou chorobou či ulcerózní kolitidou nebo jako prevence ve screeningovém programu či při dispenzarizaci pacientů s rizikem KRK (Seifert a kol., 2015, str. 65, Jablonská a kol., 2000, str. 160).

Kolonoskopie se provádí tenkým flexibilním endoskopem, na jehož konci je digitální kamera. Za pomoci této optiky je obraz přenesen na monitor, který umožňuje detailní analýzu vyšetřované části trávicí trubice. Ohebná část endoskopu se skládá z oplachové jednotky, odsávačky a pracovního kanálku k zavádění potřebných nástrojů jako jsou kličky, kleště a jehly. Distální konec endoskopu slouží k ovládní přístroje. Endoskop se zavádí do konečníku pacienta, který leží na levém boku s pokrčenými dolními končetinami a během výkonu je různě polohován (Seifert a kol., 2015, str. 65-66, Holubec a kol., 2004, str. 89-91).

Aby vyšetření proběhlo úspěšně a lékař získal dokonalý přehled v celé oblasti, jsou nutná dietní a očistná opatření. Klient vynechá tři dny před vyšetřením zbytkovou stravu a preparáty železa. V předvečer vyšetření vypije očistný roztok. Nejčastěji používané perorální přípravky jsou izoosmolární elektrolytové roztoky s polyetylglykolem např. Fortrans, Movipred, Picopred, Eziclen. Nesmíme zapomenout na premedikaci klienta, která se u každého jedince liší. Každý máme jiný práh bolestivosti, individuální anatomii střeva a jiný endoskopický výkon (Holubec a kol., 2004, str. 90).

Kontraindikací koloskopie jsou náhle příhody břišní, perforační peritonitida, fulminantní záněty střev, akutní závažná kardiopulmonální onemocnění, aneurysma břišní aorty, operační výkon na tlustém střevě či malé pánvi méně než tři týdny, gravidita ve třetím trimestru a v neposlední řadě neschopnost spolupráce a nesouhlas pacienta (Holubec a kol., 2004, str. 90, Jablonská a kol. 2000, str. 160).

Mohou se vyskytnout i komplikace, které mohou nastat po vyšetření nebo velmi zřídka během vyšetření, jako je perforace střeva způsobená silným tlakem vyšetřujícího nebo krvácení buď po odstranění polypů nebo po odebrání vzorků (Holubec a kol., 2004, str. 90).

### **2.5.3 Nativní snímek břicha**

Nativní snímek břicha nemá velký význam v diagnostice KRK, uplatňuje se hlavně v případech k vyloučení ileosních stavů nebo eventuální perforace.

### **2.5.4 Irigografie**

Irigografie je neinvazivní radiologická vyšetřovací metoda, která se provádí nálevem kontrastní látky do tlustého střeva a následným rentgenovým snímkováním. Je prováděna dvojkontrastně pomocí baryové kontrastní látky a vzduchu, který rozprostře baryum po stěnách střeva. Toto vyšetření se může provést ambulantně nebo za hospitalizace. Klient k irigografii musí být dokonale vyprázdněn. Používají se orální laváže, např. Fortrans, nebo různá projímadla či nálevy. Po zavedení rektální rourky aplikujeme baryovou látku a následně insuflujeme vzduch. Plnění střeva probíhá pod rentgenovou kontrolou a klient je v průběhu vyšetření několikrát polohován, aby se celé střevo plnilo rovnoměrně (Jablonská a kol., 2000, str. 174-175).

Toto vyšetření lze použít k zobrazení tumorózních lézí, polypů nebo i k zobrazení pozánětlivých změn a rozsah poškození při divertikulóze (střešní výchlípky). V dnešní době je již

méně indikované vyšetření, protože ho plně nahradila výše zmiňovaná kolonoskopie (Jablonská a kol., 2000, str. 174-175).

### **2.5.5 Transrektální ultrasonografie**

Transrektální ultrasonografie je diagnostická zobrazovací metoda, kterou lze rigidní sondou hodnotit nejen tumory anu, rekta a sigmoidea, ale i lymfatické uzliny, jejich stav, počet a infiltrace do okolí. Před tímto vyšetřením je důležitá očista konečníku a stěny střeva od zbytků stolice. Hodinu před samotným vyšetřením se aplikuje Yal (očistné klizma), v určitých případech se podává i orální roztok např. Fortrans. Tato metoda je jednou z nejpřesnějších metod k určování stadiu, způsobu strategie léčby a díky její senzitivitě a ekonomické dostupnosti je čím dál více zařazována k základním vyšetřovacím metodám KRK (Vyzula, Žaloudík a kol., 2007, str. 78-83).

### **2.5.6 Výpočetní tomografie**

Výpočetní tomografie (CT) břicha a malé pánve je velice využívaná vyšetřovací metoda, kde se zobrazí tračník až po rektosigma. Je to radiologická vyšetřovací metoda, která s pomocí využití rentgenových paprsků, umí pořídit celou řadu snímků vyšetřované části těla. Zatímco u klasického rentgenu se ukáže jeden snímek, u CT lze získat sadu tenkých vrstev, kde mnohem přesněji se můžou zhodnotit jednotlivé orgány, jejich struktura a případně i patologické stavy. Velkou výhodou této techniky je i zobrazení dalších břišních orgánů, pánevních struktur včetně posouzení spádových lymfatických uzlin. Důležitá je příprava před vyšetřením (Fortrans, projímadla, roztoky). Vyšetření můžeme provést nativně nebo s intravenózním podáním jodové kontrastní látky. Nevýhodou CT je radiační zátěž pro pacienta, chybění barevných změn sliznic, obtížné odlišení hlenu a stolice a nemožnosti odběru vzorku tkáně (Vyzula, Žaloudík a kol., 2007, str. 71-77).

### **2.5.7 Magnetická resonance**

Magnetická resonance je vyšetřovací metoda, která využívá atomových jader v silném magnetickém poli a dokáže zobrazit širší a podrobnější strukturu o diagnostikovaném onemocnění. Tato metoda se nepoužívá k rutinní indikaci, ale je vhodná spíše k upřesnění expanzivních lézí. Je velice časově i organizačně náročná. Příprava klienta k vyprázdnění

není důležitá. Kontraindikací magnetické resonance jsou klienti s kardiostimulátorem a klienti s implantovanými kovovými tělesy (Jablonská a kol., 2000, str. 178).

### 2.5.8 Laboratorní metody

Další vyšetřovací metody pro diagnostiku KRK recidivy či progresse onemocnění jsou nádorové markery. Tyto tumorové markery jsou látky produkované maligními buňkami či organismem jako odpověď na nádorové bujení. Jsou většinou proteinového charakteru a lze je prokázat pomocí imunoanalytických metod (Holubec a kol., 2004, str. 65). Nejvíce přínosný marker pro stanovení diagnózy je sérový nádorový marker CEA (karcinoembryonální antigen). Těž se využívá k monitorování návratu onemocnění a sledování účinnosti radio či chemoterapie. V kombinaci s CEA se vyšetřuje CA 19-9 (glykoproteinový antigen). K dalším vyšetřovaným markerům v souvislosti s KRK patří CA 72-4 (glykoprotein). Z různých studií vyšly nejlépe hodnoceny trojkombinace vyšetřovaných markerů CEA/CA 19-9/CA 72-4, jejich senzitivita stoupla až na 80% (Holubec, 2004, str. 67-68). U málo diferenciovaných invazivních nádorů je nejdéle využívaný marker TPA (tkáňový polypeptidový antigen). K dalším možným vyšetřovaným nádorovým markerům řadíme CA 50, CA 195, CA 242, NSE (neuron specifická enoláza), CA 125. Avšak všechny výše zmiňované markery se nedoporučují pro screening, ale k doplnění terapeutického plánu, k prognóze a včasnému záchytu progresse a generalizace onemocnění (Vyzula, Žaloudík a kol., 2007, str. 113-116).

## 2.6 Terapie kolorektálního karcinomu

### 2.6.1 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je základním pilířem onkologického onemocnění tlustého střeva a konečníku. Tato terapie vyžaduje multidisciplinární přístup. O strategii léčby rozhoduje nejenom chirurg, ale též gastroenterolog, onkolog, radiolog, patolog, a v neposlední řadě i psycholog. Cílem chirurgických postupů je úplné nebo alespoň částečné odstranění tumoru, které je slučitelné se životem a umožní nemocnému slušnou existenci. Chirurgický výkon lze provést kurativní resekci (radikální odstranění) postiženého střeva spolu s příslušnými lymfatickými uzlinami a cévami do makroskopicky zdravé okolní tkáň bez kolostomie, to znamená bez vyústění střeva přes břišní stěnu ven. V některých případech, pokud byla kolostomie nutná, lze za určitou dobu stomii opět chirurgicky zanořit a obnovit tak kontinuitu

střeva. Pokud není možné odstranit celou postiženou tkáň, jedná se o výkon paliativní, který umožňuje zlepšit kvalitu a délku života a zajistit průchodnost střev. V těchto případech je někdy stomie nevyhnutelná a definitivní. Další operační výkon, který vede k trvalé terminální kolostomii je amputace konečníku (rekta). Tento amputační výkon je indikován hlavně u nádorů v dolní třetině rekta (8-10cm) a u nádorů prorůstajících agresivně do okolí rekta. (Vorlíček a kol., 2006, str. 207, Jablonská a kol, 2000, str. 390).

### 2.6.2 Radioterapie

Principem radioterapie je ionizující ozařování zhoubných nádorů. Radioterapie se využívá především u karcinomu konečníku. Tato metoda se uplatňuje v kombinaci s chirurgickým výkonem jako i v předoperační fázi (neoadjuvantní terapie), kdy cílem ozáření je zmenšení tumoru, tím zlepšení operability a snížení životaschopnosti tumorových buněk, nebo po operaci (adjuvantní radioterapie), ke zničení zbývajících tumorových buněk a tím i prevence relapsu onemocnění. Radioterapií se snižuje výskyt lokálních recidiv a u inoperabilních stavů se využívá jako paliativní terapie. Zdroj ionizujícího záření se využívá ve vzdálenosti desítek centimetrů mimo tělo nemocného (teleterapie) nebo přímo aplikací do tělesných dutin nebo na povrch kůže (brachyterapie). V léčbě karcinomu rekta se využívá i radiochemoterapie (Vorlíček a kol., 2006, str. 207).

Jako daň za vyléčení či zpomalení nádorového onemocnění se objevují nežádoucí účinky, které se u radioterapie obecně dělí na akutní a pozdní. K nejčastějším akutním nežádoucím účinkům řadíme poškození sliznice (proktitidy a enteritidy). Přidává se zpravidla kožní toxicita projevující se pigmentací, erytémem, suchou nebo vlhkou olupující se kůží s možnou mikrobiální infekcí. Tuto kožní toxicitu řadíme též k pozdním nežádoucím účinkům, které se objevují za tři a více měsíců nebo i za několik let po terapii. Dalším pozdním příznakem bývá chronická proktitida či enteritida, neuralgie, lymfedémy dolních končetin. Vzácněji se objevují poruchy svěračů, perforace střevních stěn, stenózy střev či ureterů nebo rektovaginální píštěle aj. (Vyzula, Žaloudík a kol., 2007, str. 216).

### 2.6.3 Chemoterapie

Chemoterapie je léčba chorob chemickými látkami, nejčastěji cytostatiky, které ničí nádorové buňky a tlumí buněčný růst. Cytostatika se aplikují parenterálně nebo ve formě tablet. Chemoterapie je dnes součástí léčby u pokročilejších stádií kolorektálních karcinomů.

V posledních letech dochází k významnému pokroku v léčbě metastazujících karcinomů kolorekta (Vyzula, Žaloudík a kol., 2007, str. 218).

Tato protinádorová léčba má mnoho vedlejších nežádoucích účinků, proto probíhá v několika cyklech, aby se zdravé buňky mohly zregenerovat. Při podávání cytostatik může dojít k alergické reakci různého stupně, horečnaté reakci, bolesti kloubů, zad nebo svalů. Může se dostavit výrazná únava, nechutenství, slabost, nevykonnost, nesoustředěnost, bolesti hlavy, nespavost či deprese. Tyto potíže odezní v průběhu několika dní či po ukončení léčby. V extrémních případech se může dostavit kolapsový stav se zvýšením krevního tlaku, bušením srdce a mnohé další. Tyto případy vyžadují úpravu dávek léčiv. Dalšími nežádoucími účinky chemoterapie jsou útlum krvetvorby, změny srážlivosti krve, gastrointestinální potíže, změny jaterních funkcí a poruchy sexuální funkce. Dosažení nejlepšího možného účinku chemoterapie spočívá v kombinaci s cílenou biologickou léčbou (Vyzula, Žaloudík a kol., 2007, str. 218-219).

#### 2.6.4 Biologická léčba

Tzv. biologická či cílená léčba využívá imunity v boji proti rakovině. Zdá se, že dnešní možnosti molekulární biologie, genetiky a imunologie dokázaly poodhalit mechanismy a pochody na povrchu i uvnitř buňky. K biologické léčbě se používají tzv. monoklonální protilátky či chemicky syntetizované látky (bevacizumab, cetuximab). Ty různými mechanismy po vazbě s biologickou látkou poškozují, brání anebo přímo zabíjejí vyživující nádor. Své uplatnění biologická léčba nachází zejména u pacientů s metastazujícím kolorektálním karcinomem. Spočívá v blokaci proti epidermálnímu růstovému faktoru, brání nádoru šířit se do nepoškozených částí těla. Cílená biologická léčba nepůsobí jenom na nádorové buňky, ale zasahuje i zdravé buňky jiných tkání, proto tak jako chemoterapie má spoustu nepříjemných nežádoucích účinků. Jejich četnost a závažnost je poměrně nižší než při chemoterapii (<http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost--kolorektalni-karcinom--lecba--prehled-metod>, 2015).



### **2.6.5 Podpůrná adjuvantní léčba**

Adjuvantní léčba je systémová či lokální onkologická terapie, jejímž cílem je především zvládnutí mnohých vedlejších účinků radio či chemoterapie (gastrointestinální potíže) a infekčních komplikací. Patří sem i léčba nádorové bolesti.

### 3 PSYCHOSOCIÁLNÍ DŮSLEDKY ONEMOCNĚNÍ

Dosud jsme mluvili o nemoci, ale zde nám nejde jen o „objektivní“ zdravotní stav daného jedince, ale i o to, co se děje v pacientově duši, když se propadá do nemoci či při zlepšování jeho zdravotního stavu nebo v nejhorším - když se blíží jeho odchod.

Každý člověk je individuální a ve svých potřebách a prožívání se liší. Nemoc, kterou daný jedinec má, nelze oddělit. I když jde medicína výrazným krokem dopředu, je zde velký dopad psychických a sociálních aspektů nemoci, které velmi ovlivňují průběh a kvalitu života.

Nádorové onemocnění přináší řadu somatických potíží, o které nám v první řadě z hlediska medicínského jde. Tím se ovlivňuje i kvalita života. V literatuře se dnes klade důraz na člověka ne jenom z pohledu somatického, ale také z bio-psycho-sociálního.

#### 3.1 Sdělení diagnózy

Sdělení diagnózy, obzvláště onkologické, má klientovi říct vždy lékař. Právě on by měl odhadnout reakci nemocného, která je velmi individuální. S následnou reakcí se setkává i další zdravotnický personál, který někdy bývá zdravotnickým partnerem v celém léčebném procesu (Křivohlavý, 2002, str. 73).

Je však potřeba nemocnému diagnózu vysvětlit, protože její propagační působení na veřejnost je škodlivé. Pokud se vyšetření neustále protahuje a klient je v nejistotě, číhá na něj nebezpečí v podobě negativních myšlenek, což zhoršuje i jeho psychický stav (Křivohlavý, 2002, str. 73).

S onkologickou diagnózou se každý jedinec vyrovnává jinak. Reakce mohou být různé, některé fáze se mohou opakovat, jiné dokonce i chybět. Fáze vyrovnávání se s těžkou nemocí jsou známé jako pět fází smutku, které byly poprvé popsány americkou psycholožkou Elisabeth Kübler-Rossovou v roce 1969, a rozdělila je na období popření, období agrese, období smlouvání, období deprese a období smíření. Lékař by měl od přicházejícího klienta získat anamnézu jak osobní, tak i rodinnou, pracovní a sociální a po té vyhodnotit na co je nutné se zaměřit při dalším vyšetřování.

### 3.1.1 Období popření

Při zjištění onkologické diagnózy utrpí všichni pacienti šok. Dotyčný jedinec se nechce smířit s nastalou situací. Říká si, že se cítí celkem dobře, že muselo dojít k záměně výsledků nebo špatnému vyšetření. Jde o šokovou situaci, kdy pacientovy reakce musíme respektovat. Pro nás ošetřující osoby je tato fáze velmi náročná, musíme zachovat klid a dát nemocnému najevo, že není sám a nabídnout mu pomoc. My sestry bychom ho neměly přesvědčovat o pravdivosti diagnózy, ale zároveň nepodceňovat sdělení lékaře. Klienti, kterým je sdělena diagnóza karcinomu tlustého střeva, reagují pláčem, odmítáním jakéhokoliv kontaktu a uzavíráním se sama do sebe (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, str. 207-209).

### 3.1.2 Období agrese

Jakmile si klienti uvědomí, že popírání nestačí, začnou se bránit projevem zlosti a hněvu. Nastávají otázky: „Proč zrovna já?“, „Kdo za to může?“. Tomuto agresivnímu chování se nevyhnou jak zdravotníci, tak i blízké osoby. O dotyčného je velmi těžké pečovat, a proto by lékař měl pacienta opakovaně informovat přiměřeným způsobem o možnostech léčby a o cílech, kterých chceme dosáhnout (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, str. 210).

### 3.1.3 Období smlouvání

V této fázi si nemocný uvědomuje, že diagnóza choroby je jasně stanovena. Nyní přemýšlí nad závažností svého zdravotního stavu a směřuje své myšlenky do budoucnosti. Co vše ještě musí zvládnout, čeho chce dosáhnout, jak zabezpečit rodinu a další. V období smlouvání se nemocný ptá, kolik času mu ještě zbývá. Smlouvá o čas. Rád by se dožil nějaké významné události např. svatby vnuka, promocií apod., v této fázi blízcí nemocnému pomáhají plnit krátkodobé cíle, které by měly být obsahové nikoli časové. V této době se nemocný uchyluje k víře, k nevyzkoušeným metodám zázračných léků a léčitelů (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, str. 209). Je dobré být nemocnému na blízku a velmi pečlivě zvážit čas a investované peníze. Zejména pro pečující osobu je toto období psychicky náročné, kdy chce vyhovět jeho požadavkům a neztrácet naději.

### 3.1.4 Období deprese

Nejhorším psychickým stavem nemocný prochází, když podléhá beznaději, je vyčerpaný nepohodou svého těla a psychicky zesláblý. V tomto období si nemocný uvědomuje blížící se smrt. Uzavírá se do sebe, je smutný, odmítá návštěvy a propadá do hluboké melancholie. Není dobré nemocného rozveselovat, ale pomoci hledat řešení jeho problému a úzkosti. Někdy je vhodné podat psychofarmaka. Důležitá je i přítomnost blízkého člověka a rodiny, která mu naslouchá a provází ho v nejtěžším období života (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, str. 210).

### 3.1.5 Období smíření

Závěrečnou fází podle Kübler Rossové je potřeba rozeznat. Nemocný je již se svou diagnózou smířen, je schopen v klidu a v pohodě přijmout svůj stav či blízkou realitu smrti a spolupracovat. Využívá veškerý svůj čas, jak mu jen jeho podmínky dovolí. K takové fázi vyrovnanosti nemusí dojít u každého, místo toho může dojít k beznaději a rezignaci. V takové fázi stačí místo slov pouhá lidská přítomnost, držení za ruce a pohlazení. Zároveň nesmí být brána naděje! (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, str. 211).

## 3.2 Proces vyrovnání se s onemocněním

Psychické stavy nemocného s onkologickou diagnózou jsou ovlivněny především osobností. Psychické reakce na nemoc jsou různé, podle toho v jakém stádiu vývoje se maligní onemocnění nachází. Patří k nim:

- bezpříznakové období
- období prvních příznaků
- období rozvinutých příznaků
- období léčby
- období zlepšení nebo remise onemocnění, popřípadě období progresu onemocnění

Přestože se snažíme uplatnit co nejvhodnější přístup k onkologicky nemocnému, je dosud mimo naše možnosti pochopit psychický stav a vnitřní rozpoložení nemocného.

Při moderní léčbě onkologických klientů je potřebná i aktivní účast sester. Setkávají se s pacienty v různých fázích onemocnění. Problémy, s nimiž se setkávají při ošetřování, musí

správně definovat a pro pochopení psychiky nemocného by měly znát fáze psychické odezvy dle Kübler-Rossové, viz výše. Je potřeba si uvědomit, že sestra nemusí poznat, ve kterém období se nemocný nachází. Některé fáze se můžou opakovat a jiné zcela chybět. Vše souvisí se změnou fyzického stavu pacienta, průběhu léčby atd. K řešení tak složitého problému nám může být v praxi užitečná i charakteristika lidské osobnosti (viz příloha II). Vycházím z pojetí osobnosti, které je podáno v moderních publikacích psychologů jako je Křivohlavý J., Říčan P. a Nakonečný M.. Zajímají mě především charakteristiky, které jsou důležité pro volbu optimálního psychoterapeutického přístupu k onkologicky nemocným v průběhu nemoci. Příznivým činitelem, který může příznivě ovlivnit průběh onemocnění je pacientova vůle bojovat s nemocí a nepotlačování vlastních emocí.

Celková reakce na nemoc je porušení homeostázy psychické a somatické. Faktory, které ovlivňují reakce nemocného s maligním onemocněním kolorekta jsou tyto:

- povahové vlastnosti člověka
- somatické potíže
- délka a náročnost léčby
- chronicita onemocnění
- anticipační reakce týkající se prognózy
- sociální mikroklima
- terapeutický vztah

Lidé nemocní rakovinou potřebují hlavně čas a nevtíravou pomoc.

### 3.3 Fáze onemocnění

Pacient na svoji nemoc reaguje především v závislosti na stupni vývoje onemocnění.

#### 3.3.1 Bezpříznakové období

V bezpříznakovém období není choroba zcela detekována. Toto období může trvat několik měsíců až několik let. Jedná se o všeobecné příznaky, které mohou, ale nemusí nasvědčovat diagnóze KRK. Reakce klienta závisí i na úrovni informovanosti o daném problému. Pokud se u pacienta onemocnění střev nachází v rodině a jeho názor je pouze obecný a dotyčný nemá sklon k hypochondrii, tak se ho problematika příliš netýká. Pokud měl paci-

ent blízké vztahy k nemocným s rakovinou a jeho vztah k této události je emočně podbarvený či s náznakem fobie karcinogeneze, jeho prožívání je těžší a při úzkostném ladění by se hypoteticky mohlo uplatnit i jako jeden z faktorů podporující vznik karcinomu.

### 3.3.2 Období prvních příznaků

V této fázi onemocnění můžeme dělit příznaky na subjektivní a objektivní. Subjektivní příznaky bývají příliš chudé, neboť i bolest způsobena tumorem je až v pokročilejší fázi onemocnění.

Za objektivní příznaky považujeme mírnou příměs krve ve stolici či změny ve vyprazdňování, které ještě samy o sobě nemusí představovat nic určitého a můžou doprovázet celou řadu střevních onemocnění. I hubnutí může být známka značné pokročilosti onemocnění kolorektálního karcinomu. Opět tedy záleží na pacientově stupni informovanosti a inteligenci, ale také na interpersonálních vztazích.

Řada nemocných nepřikládá těmto příznakům žádnou důležitost, nepřemýšlí o nich, či je dokonce bagatelizují. V jiných případech může nastat jasné podezření na rakovinu a u nemocného se vyvíjí intenzivní úzkost, která ztěžuje jeho psychický stav. Vše ovšem záleží na komunikaci mezi lékařem a klientem, náročnosti vyšetřovacích metod, nejasnostech v diagnóze (Křivohlavý, 2002, str. 37). Často se tito nemocní dostávají k odbornému lékaři jen náhodou na základě doporučení obvodním lékařem nebo přicházejí k lékaři ze zcela jiných důvodů.

### 3.3.3 Období rozvinutých příznaků

Je to období, kdy klient přichází k lékaři a choroba je již plně rozvinutá. Objevují se obtěžující příznaky jako je krvácení z konečníku, nádorové rezistence, prorůstání nádorů do okolních tkání a orgánů, bolesti břicha, tlak, napětí, nauzea a zvracení, únava, nechutenství a úbytek tělesné hmotnosti. Příznaky a intenzita jsou různé, záleží na lokalizaci a pokročilosti nádoru. Úzkost a strach je nevyhnutelný.

K tomu, aby klient mohl zvládnout krizi svého zdravotního stavu, potřebuje určité dovednosti. O způsobu, jak zvládat těžkosti pojednává publikace *Psychologie nemoci*, Křivohlavý, 2002. Radí jak nepropadat beznaději, získávat a zpracovávat informace o dané nemoci, jak se naučit řešit problémy, nacházet klady v negativní situaci a radovat se z maličkostí.

### 3.3.4 Období léčby

Léčebné postupy, které pacient s nádorovým onemocněním kolorekta podstupuje, jsou velmi náročné. Jednak musí podstoupit operace, které mohou vést ke kolostomii či k amputaci konečníku a také další léčebné metody, jako je radioterapie a chemoterapie, jenž jsou doprovázeny mnoha nepříjemnými stavy vlivem nežádoucích účinků (viz. kapitola radioterapie, chemoterapie). V takové fázi si nemocný uvědomuje závažnost své nemoci a obvykle dochází k dalšímu šoku. V tomto období je velmi vhodné obrátit se na psychologa, speciální poradny a centra. Jakým způsobem bude nemocný reagovat na plánovanou léčbu závisí na jeho osobnosti (temperament, charakter, motivace). Zároveň i rodina nemocného je zneklidněna a šokována a cítí se být vydána na pospas bezmocnosti. Proto i rodinní příslušníci potřebují psychoonkologickou pomoc stejně jako sám nemocný (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, str. 114).

### 3.3.5 Období zlepšení nebo remise onemocnění

Toto období klinického zlepšení onemocnění nebo remise znamená pro pacienta značnou naději, vzkříšení hodnot a opatrné plány do budoucna. To vše v případě, že vše proběhlo dobře, operace se zdařila, chemoterapie či radioterapie byly úspěšné a tím i intervaly návštěv u lékaře jsou méně časté. Kvalita života nemocného se zlepšuje a dostává se do období jako před onemocněním. Někdy zůstávají problémy ve fyzické oblasti, jako je únava, kognitivní funkce či stomie. Rodinní příslušníci si už také myslí, že nemocný může fungovat „jako dřív“, ale nikdo se neptá ani nezajímá, co se děje v psychice nemocného. Jeho myšlenky na život jsou nejisté a s touto „nejistotou v životě“ se musí naučit žít. Mění své hodnoty na život, přehodnocuje své cíle a motivace, utužuje mezilidské vztahy a adaptuje se na novou roli, kdy mu jeho onemocnění neumožňuje vrátit se zpět do práce. Nejdůležitější je však získat si důvěru ve vlastní tělo (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, str. 108-109).

Ve fázi, kdy se onemocnění jakýmkoliv způsobem zhoršuje, kdy se objevují metastázy nebo se zhoršují příznaky (např. bolestivost, zažívací potíže, poruchy vyprazdňování atd.) bychom měli hovořit spíše o paliativních opatřeních. Klient v těchto chvílích prožívá strach, úzkost, deprese, vztek a zlost z vlastní bezmocnosti, jeho nálady prožívání se střídají jako na horské dráze. Je velice vhodné mluvit nejen s klientem, ale i s jeho rodinou o pravděpodobném průběhu onemocnění. Měli bychom se vyhýbat jakýmkoliv spekulacím,

např. kolik času nemocnému zbývá. Respektujeme klientova přání a podporujeme ho v jeho rozhodnutích, pokud je to pro nás alespoň trochu možné. Mnohé maličkosti, např. masáže, rehabilitační gymnastika mu pomáhají zachovat kvalitu života (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, str. 111-112).

### 3.4 Sociální opora

Nádorové onemocnění střev s sebou nepřináší jen fyzické ohrožení existence, ale je s ním spojena i sociální stránka věci. Vede ke společenským, emocionálním, ale i ekonomickým následkům. S onkologickou léčbou je spojená zejména změna životního stylu, denního režimu, mění se vztah k okolí a v neposlední řadě i vztah k sobě samému. Bohužel onkologická onemocnění přináší v životě i jistá omezení v aktivitách denního života. Zvládání každodenních úkolů nese s sebou často závislost na druhých (Tschuschke, 2004, str. 107).

Významnou roli s vyrovnáváním se se zhoubným onemocněním hraje i osobnost nemocného člověka.

#### 3.4.1 Psychologický přístup k onkologicky nemocným

Nezastupitelnou úlohu v ošetřování nemocných s onkologickou diagnózou střev sehrává sestra, která pomáhá zvládat klientovi i jeho příbuzným jejich nelehkou životní situaci, chce porozumět jejich prožívání a pozitivně na ně působit. Psychologická podpora ze strany zdravotníků vyžaduje vysokou profesionalitu. Představuje poskytování péče nejen v klinické a medikamentózní léčbě, ale jde především o péči psychologickou, sociální a spirituální. Sestra tu sehrává důležitou roli, musí si uvědomit, že podáním naordinovaných léků či infúzí její péče nekončí. Je potřeba, aby si udělala na pacienta čas, vyslechla ho, trpělivě a jasně mu vysvětlila celý léčebný plán (Gulášová, 2009, str. 24). Chování klienta v průběhu celého léčebného procesu bývá ovlivněno jeho osobností, věkem, výchovou, vztahem k vlastnímu zdraví a zkušenostmi se zdravotní péčí, ale také hodnotovým systémem člověka (Gulášová, 2009, str. 78).

#### 3.4.2 Komunikace mezi personálem a pacientem

Komunikace mezi personálem a pacientem ovlivňuje psychiku nemocného. Je známo, že pacient má právo na veškeré informace o svém zdravotním stavu, průběhu léčby, vyšetřovacích metodách. Lékaři a zdravotničtí pracovníci musí u pacienta vzbuzovat důvěru svým



profesionálním chováním a jednáním. Mají tu moc zbavit nemocného strachu, obav, úzkosti a bolesti. Komunikace v tomto procesu má pro nemocného velmi důležitý a osobitý význam. Klient vnímá i neverbální formu komunikace, jako je mimika, gestikulace, dotyky (haptika), vzdálenost mezi sebou (proxemika) a další. Komunikace vyžaduje výše zmíněné požadavky a nemocný se v tomto procesu cítí jako vnímaná osobnost, ne jen jako číslo diagnózy. Důležité je poskytnout mu prostor pro svoje myšlenky, vyslechnout jeho obavy, co prožívá, jak přemýšlí o přítomnosti a budoucnosti. Nikdy nesmíme brát pacientovi naději. Při kontaktu s pacientem je dobré se vyhnout jakýmkoliv mimovolným a ironickým úšklebkům, které by si mohl pacient chybně vysvětlit, a tím by ho to velmi zranilo (Gulášová, 2009, str. 78-80).

### 3.4.3 Psychická podpora nemocného

Nelze opomenout vliv sociálního okolí, to co pacient očekává od svých příbuzných, ale i přátel a kolegů, stejně tak i od lékaře a dalšího ošetřujícího personálu. Zde může dojít k určitým nedorozuměním. Každý nemocný člověk potřebuje cítit podporu svého okolí a zájem hlavně ze strany zdravotnického personálu. Vše záleží na otevřené komunikaci. Emocionální a subjektivní pocity, které onkologicky nemocný prožívá, je zapotřebí respektovat, a proto je základem celé terapie psychická podpora a motivace nemocného. Základní požadavky, které sestra musí respektovat jsou:

**Schopnost naslouchat** – vnímat to, co pacient říká, a zároveň jakým způsobem mluví, vnímat jeho mimiku a pohyby.

**Úcta k pacientovi** – vážit si nemocného, dát mu najevo porozumění, úctu a respekt.

**Empatie** – schopnost vcítit se do nemocného, jak prožívá svou nemoc, co si o ní myslí a jak ji hodnotí.

**Individuální přístup** – každý člověk je jedinečný a přístup k němu by měl být specifický.

**Pozitivní vztah k pacientovi** – každodenní zájem a podpora, které sestra projevuje, ať už v neverbální či verbální formě.

Sestra by měla poznat psychické pochody u klienta s onkologickou diagnózou, vědět s jakými projevy se může setkat v určitých stádiích onemocnění a jak na ně adekvátně zareagovat (Gulášová, 2009, str. 68-69).

Na zvládání nemoci se významnou měrou podílí klientova rodina, a přátelé a je proto důležité, aby se aktivně zapojili do léčebného procesu. Léčbu může zkomplikovat psychická dekompenzace, odevzdaný a pasivní postoj k nemoci, uzavírání se do sebe a izolace od svého okolí. Proto je důležité připravit klienta i na negativní situace onemocnění a poskytnout mu dostatek času na vyrovnání se s nimi (Gulášová, 2009, str. 71).

#### **3.4.4 Sociální aspekty onkologického onemocnění**

U nemocného, při zjištění jeho onkologické diagnózy a po dobu jeho léčby a rekonvalescence, dochází ke změnám v sociální situaci. To znamená, že nemocný, ale i jeho rodina, přichází o jisté finanční prostředky, mění se sociální role, prostředí a potřeby, mění se vztahy v rodině i partnerství, nastává zhoršení ekonomické situace a může se vyskytnout pocit osamělosti (Gulášová, 2009, str. 70-71).

Onkologická péče je zaměřená zejména na odbornou terapii, která ale musí zahrnovat jak psychologickou, tak sociální pomoc. Zorientovat se ve všech sociálních problémech a dosáhnout toho, aby pacienti a jejich rodina mohli žít reálný život není někdy jednoduché. Nejvíce informací by se měl dozvědět od svého ošetřujícího lékaře, případně onkologa nebo od kvalifikovaných sester. V praxi tomu ovšem tak mnohdy není, a tak si nemocný či jeho blízcí musí zjistit informace sami. Je velmi důležité dbát na to, odkud jsou informace získané (internet, brožury, nemocní, kteří mají zkušenosti s danou problematikou). Ze stran zdravotníků může pomoc klientovi a jeho rodině znamenat i kontaktování příslušné organizace a společnosti (např. Klub stomiků ILCO, OnkoMaják), které jsou schopné poskytnout odbornou pomoc. V rámci celospolečenských změn je třeba apelovat na preventivní opatření a zdravý způsob života, která mohou zmírnit následky onkologického onemocnění. (Tschuschke, 2004, str. 107-110).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 VLASTNÍ VÝZKUM

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jaké psychické a sociální důsledky pro klienta s onemocněním kolorektálního karcinomu s sebou přináší. Zhodnotit, jaké stravovací návyky mají klienti s onemocněním tlustého střeva a konečnicku, jak je toto onemocnění ovlivnilo v dalším každodenním životě, s jakými problémy se nejvíce potýkali a jaké změny se jich často dotýkají a zda měli v celém léčebném procesu dostatek informací. Tato práce si klade za cíl uvést všechny do povědomí tohoto onemocnění a přinést jim více informací i o psychickém a sociálním prožívání nemoci.

### 4.1 Stanovení cílů

Stanovila jsem si tři cíle:

1. cíl: Zjistit, jak ovlivnilo onemocnění život nemocného a zda jim lékař doporučil návštěvu u psychologa.
2. cíl: Zjistit, jakou životosprávu mají klienti s tímto onemocněním.
3. cíl: Zjistit, zda bylo klientům poskytnuto dostatek informací o celém léčebném procesu.

### 4.2 Metodika a popis souboru

Pro statistické zpracování údajů a sběr dat jsem zvolila kvantitativní metodu dotazníkového šetření. Sestavila jsem dotazník, který se skládal z 21 otázek. Dotazník je vlastně standardizovaný soubor otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři. Je to nejrozšířenější a nejpoblárnější metoda získávání empirických informací, předložené v písemné podobě (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2008, str. 98).

Dotazník byl určen pro klienty s onkologickým onemocněním střev a konečnicku. Dotazníky vyplňovali klienti anonymně a celý průzkum byl prováděn se souhlasem o umožnění přístupu k informacím a dotazníkového šetření (viz příloha V).

Dotazníkové šetření probíhalo v období od listopadu 2015 až do dubna 2016. V rámci průzkumného šetření bylo rozdáno 100 dotazníků s onkologickou diagnózou střev. Vraceno bylo 98 dotazníků, ale z toho 12 dotazníků muselo být vyřazeno pro nesprávné nebo neúpl-

né vyplnění. Zkoumaný soubor tedy tvoří celkem 86 dotazníků. V dotazníku jsem použila uzavřené a polouzavřené otázky.

### 4.3 Sběr dat

Jelikož bakalářská práce je zaměřená na onemocnění kolorektálního karcinomu, požádala jsem o spolupráci Gastroenterologickou ambulanci ve Vsetíně, Chirurgické oddělení Vsetínské nemocnice, a. s., Vsetín a Onkologickou ambulanci Krajské nemocnice Tomáše Bati, a. s. ve Zlíně, kde byly dotazníky podány klientům s diagnostikovaným karcinomem tlustého střeva a konečníku, bez ohledu na věk či pohlaví. Do vzorku respondentů byli vybráni zejména klienti orientovaní a schopní spolupráce. Předem jsem se domluvila se sestrami, které dotazníky předkládaly klientům, že jim při vyplňování budou nápomocny a vysvětlí jim případnou nesrovnalost.

Zkoumaný soubor, který byl pro průzkum použit tvoří 86 dotazovaných klientů s diagnostikovaným onkologickým onemocněním střev.

V úvodní části jsou dvě položky statistické, kde je zjišťován věk a pohlaví. Další formy položek v dotazníku jsou uzavřené otázky, kdy si respondenti mohli vybrat jednu z předem určených odpovědí, jsou to otázky č. 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 17, 19, 21, to ulehčí vyplnění dotazníku a následné vyhodnocení. Otázky č. 6, 9, 15, 16, 20 jsou polouzavřené, jedná se nejčastěji o doplnění otázky s variantou „jiná odpověď“. Filtrační položky jsou otázky č. 14, 18.

### 4.4 Zpracování dat

Všechna získaná data byla vyhodnocena a zpracována v programu Microsoft Office Excel v podobě tabulek a grafů.

### 4.5 Výsledky průzkumu a jejich analýza

V následujících tabulkách a grafech jsou zpracovány údaje z jednotlivých položek dotazníku a poté vyhodnoceny analýzy k výše uvedeným cílům. V každé tabulce je uvedena absolutní četnost (počet odpovídajících osob či odpovědí) a relativní četnost (procentuální zastoupení odpovídajících odpovědí).

## 4.6 Analýza a interpretace výsledků průzkumného šetření

### 4.6.1 Vyhodnocení jednotlivých položek dotazníku

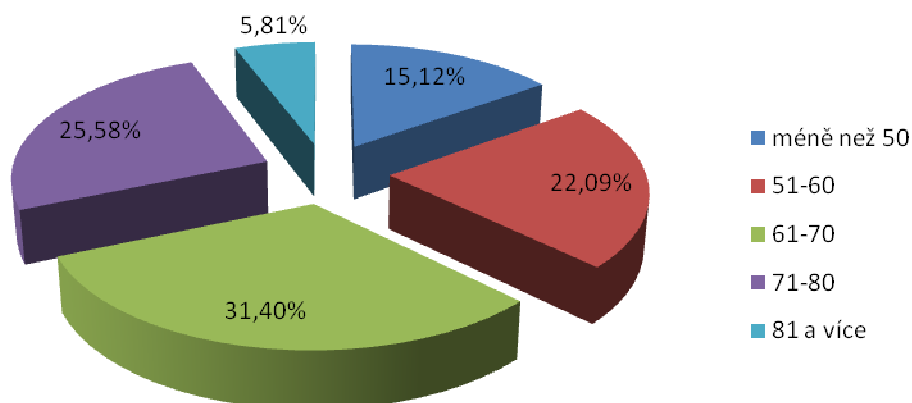
#### Otázka č. 1: Věkové zastoupení respondentů

Základní soubor byl tvořený 86 osobami (100%). Věkové rozmezí respondentů bylo rozděleno do pěti kategorií, méně než 50 let (15,12%), 51-60 let (22,09%), 61-70 let (31,40%), 71-80 let (25,58%), 81 let a více (5,81%). Nejvíce zastoupená je věková kategorie v rozmezí 61-70 let (31,40%). Průzkum tedy ukazuje, že incidence kolorektálního karcinomu vzrůstá s věkem.

Tabulka 3 Věk respondentů

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
méně než 50	13	15,12
51-60	19	22,09
61-70	27	31,40
71-80	22	25,58
81 a více	5	5,81
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00</b>

Graf 3 Věk respondentů



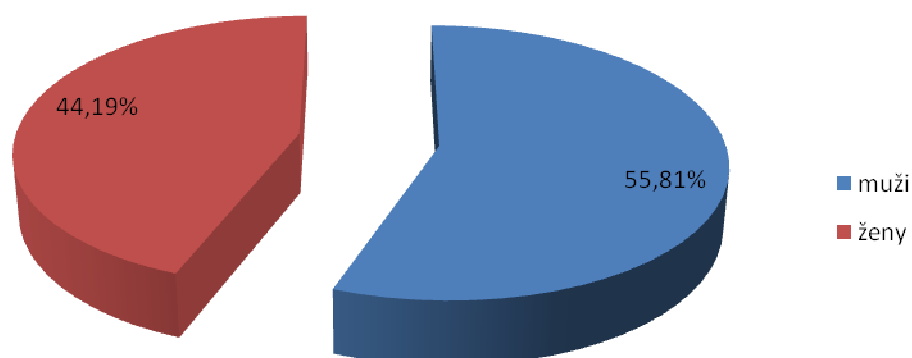
**Otázka č. 2: Zastoupení pohlaví respondentů**

Co se týká zastoupení pohlaví, vyskytuje se u obou zhruba stejně. Tabulka i graf ukazují, že onemocnění kolorektálního karcinomu trpí 55,81% mužů a 44,19% žen. Z toho vyplývá a jak i různé studie ukazují, vyskytuje se onemocnění více u mužů, což je v mém případě o 11,62% převahou nad ženami.

Tabulka 4 Zastoupení pohlaví

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
muži	48	55,81
ženy	38	44,19
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00</b>

Graf 4 Zastoupení pohlaví



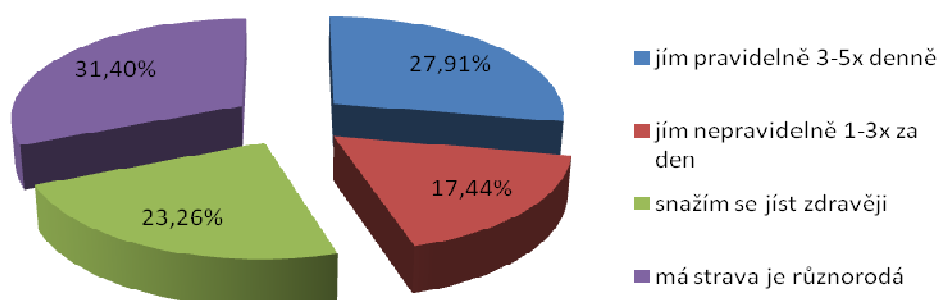
**Otázka č. 3: Jaké jsou Vaše stravovací návyky?**

Tato otázka zjišťuje jakou pravidelnost a stravu respondent dodržuje vzhledem ke svému onemocnění. Jak je známo, rizikovým faktorem je vysoká konzumace červeného masa a jeho vysoké tepelné zpracování. Respondent měl vybrat jednu z určených odpovědí. Nejvíce dotazovaných, že jejich strava je různorodá (bílé i celozrnné pečivo, smažené, grilované a vařené maso, uzeniny atd.) odpovědělo 27 respondentů (31,40%), pravidelnost stravy 3-5x denně dodržuje 24 respondentů (27,91%), zdravě se snaží jíst 20 respondentů (23,26%) a nepravidelně se stravuje 1-3x za den 15 respondentů (17,44%). Z celkového zkoumaného souboru se pravidelně stravuje jen necelá třetina respondentů, což si myslím, je velmi málo.

Tabulka 5 Stravovací návyky

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
jím pravidelně 3-5x denně	24	27,91
jím nepravidelně 1-3x za den	15	17,44
snažím se jíst zdravěji	20	23,26
má strava je různorodá	27	31,40
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00</b>

Graf 5 Stravovací návyky





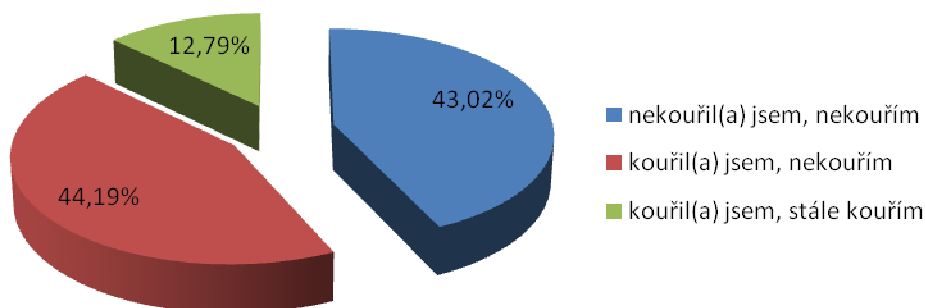
**Otázka č. 4: Kouření cigaret**

Tato otázka má souvislost se životosprávou a návyky klienta. Z mého šetření vyplynulo, že 12,79% respondentů kouří. 44,19% kuřáků se od kouření odvrátilo, ale překvapilo mě, že 43,02% dotazovaných ani nekouřilo a nekouří a přesto jim byl diagnostikován KRK. V dotazníku jsem se neptala, jak dlouho jsou kuřáky a kolik cigaret denně vykouří, proto tento údaj nehodnotím. Samozřejmě toto zjištění je pouze hypotetické a vycházela jsem ze vzorku 86 respondentů.

Tabulka 6 Kouření cigaret

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
nekouřil(a) jsem, nekouřím	37	43,02
kouřil(a) jsem, nekouřím	38	44,19
kouřil(a) jsem, stále kouřím	11	12,79
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00</b>

Graf 6 Kouření cigaret



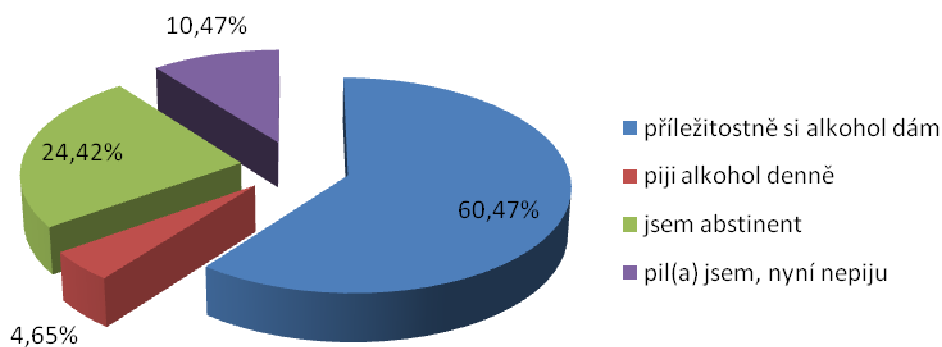
**Otázka č. 5: Pijete alkohol?**

Při položení otázky „Pijete alkohol?“ jsem chtěla zjistit, zda klienti s tímto onemocněním pijí alkohol nebo abstinují. Ke konzumaci alkoholu se tudíž přiznává 65,12% respondentů, z toho příležitostně alkohol konzumuje 60,47% dotazovaných, 4,65% respondentů pije alkohol denně. 10,47% respondentů se od alkoholu odvrátilo a 24,42% respondentů jsou abstinenti. Tato teze je ovšem spekulativní a rovněž jako u kouření jsem vycházela pouze ze zkoumaného souboru. Je známo, že lidé si u konzumace návykových látek spotřebu často ubírají.

Tabulka 7 Konzumace alkoholu

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
příležitostně si alkohol dám	52	60,47
piji alkohol denně	4	4,65
jsem abstinent	21	24,42
pil(a) jsem, nyní nepiju	9	10,47
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00</b>

Graf 7 Konzumace alkoholu



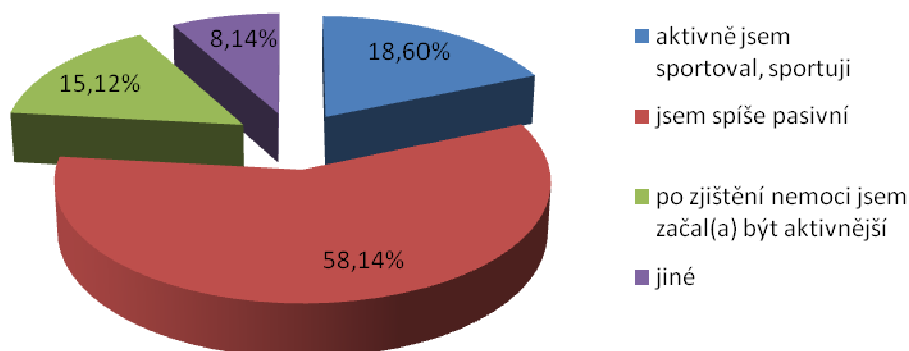
**Otázka č. 6: Jaké jsou Vaše pohybové aktivity?**

Na tuto otázku mohli respondenti odpovědět z předem definovaných odpovědí či doplnit jinou, vlastní odpověď. Graf demonstruje, že z celkového počtu dotazovaných lidí je přes polovinu lidí pasivních, což činí 58,14%. Překvapilo mě, že jen 18,60% lidí stále aktivně sportuje, po zjištění nemoci začalo být aktivnější 15,12% dotazovaných. 8,14% dotazovaných uvedlo jinou možnost, a to, že se věnují spíše práci okolo domu a zahradě, jezdí na kole, pořádá menší výlety a ženy se věnují józe. Ze zjištěného je patrné, že informovanost o pohybové aktivitě klientům chybí.

Tabulka 8 Pohybové aktivity

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
aktivně jsem sportoval, sportuji	16	18,60
jsem spíše pasivní	50	58,14
po zjištění nemoci jsem začal(a) být aktivnější	13	15,12
jiné	7	8,14
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00</b>

Graf 8 Pohybové aktivity



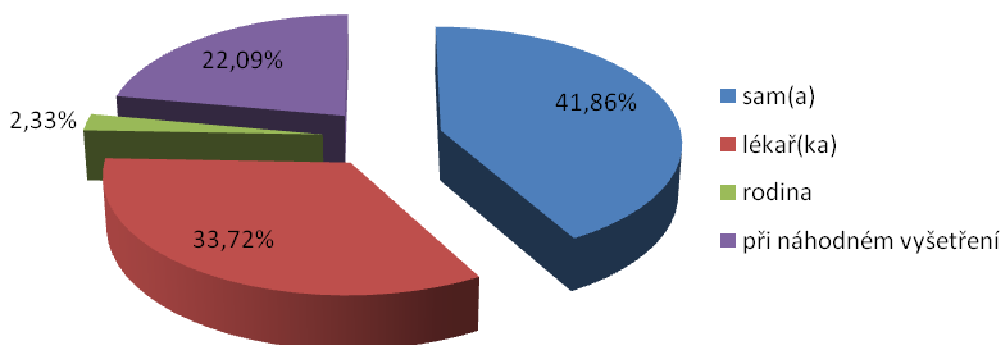
**Otázka č. 7: Na první příznaky onemocnění střeva Vám přišel?**

41,86% dotazovaných odpovědělo, že si na příznaky onemocnění, jako je krvácení z konečníku, hubnutí či jiné zažívací potíže, přišli sami. Ke zjištění onemocnění byl v 33,72% respondentů lékař, zažívacích potíží si všimla u 2,33% respondentů rodina a diagnostika choroby byla u 22,09% respondentů zjištěná při náhodném vyšetření.

Tabulka 9 Na první příznaky onemocnění střeva Vám přišel

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
sam(a)	36	41,86
lékař(ka)	29	33,72
rodina	2	2,33
při náhodném vyšetření	19	22,09
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00</b>

Graf 9 Na první příznaky onemocnění střeva Vám přišel



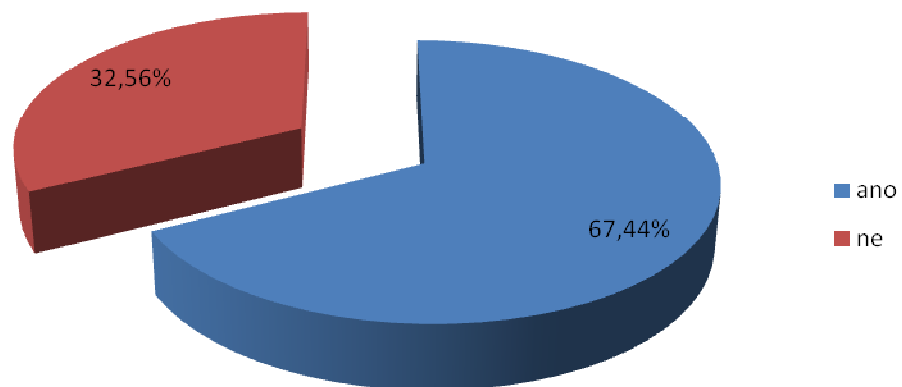
**Otázka č. 8: Znal(a) jste před onemocněním preventivní vyšetření test na okultní krvácení?**

Prostřednictvím této položky dotazníku jsem se snažila zjistit, zda klienti věděli o testu na okultní krvácení ve stolici (TOKS). Z grafu i tabulky vyplývá, že 32,56% dotazovaných o TOKS před onemocněním neměli ani ponětí, ale 67,44% dotazovaných TOKS znali.

Tabulka 10 Znal(a) jste před onemocněním preventivní vyšetření na TOKS

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	58	67,44
ne	28	32,56
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00</b>

Graf 10 Znal(a) jste před onemocněním preventivní vyšetření na TOKS



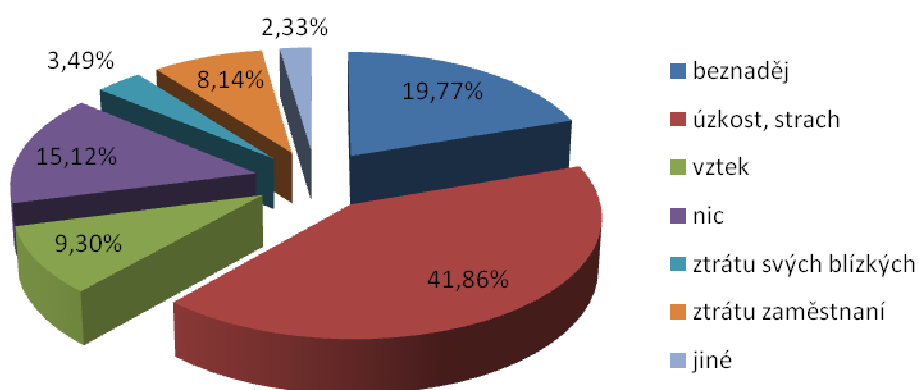
### Otázka č. 9: Jaké jste měl(a) pocity při sdělení diagnózy nádorového onemocnění střeva?

V souvislosti s pocity, které člověk cítí při sdělení onkologického onemocnění, se nejvíce 41,86% respondentů vyjádřilo strachem a úzkostí. 19,77% respondentů cítilo beznaděj, 9,30% uvedlo vztek, k mému překvapení bylo, že 15,12% respondentů necítilo nic, 3,49% se báli o ztrátu svých blízkých a 8,14% respondentů se obávali o ztrátu svého zaměstnání. 2,33% respondentů odpovědělo jinak a to 1 respondent pocitem ztráty života a 1 respondent pocitem zklamání, ale věří v uzdravení.

Tabulka 11 Pocity při sdělení diagnózy nádorového onemocnění střeva

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
beznaděj	17	19,77
úzkost, strach	36	41,86
vztek	8	9,30
nic	13	15,12
ztrátu svých blízkých	3	3,49
ztrátu zaměstnání	7	8,14
jiné	2	2,33
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00</b>

Graf 11 Pocity při sdělení diagnózy nádorového onemocnění střeva



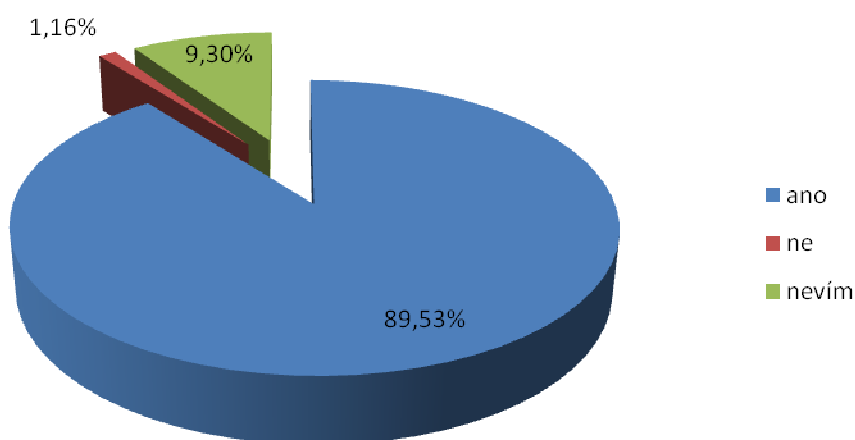
**Otázka č. 10: Vysvětlil(a) Vám lékař(ka) postup následující léčby dostatečně?**

Téměř všichni pacienti uvádějí, že jim lékař vysvětlil celý postup následující léčby. Vše je především o vzájemné a otevřené komunikaci mezi lékařem a klientem. Což je zřejmé z tabulky a grafu, kdy 89,53% dotazovaných respondentů vyjádřilo svůj souhlas. 9,30% respondentů to neví, myslím si, že byli v šoku a 1,16% respondentů uvedlo, že lékař jim nepodal o všem informace.

Tabulka 12 Vysvětlil(a) Vám lékař(ka) postup následující léčby dostatečně

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	77	89,53
ne	1	1,16
nevím	8	9,30
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00</b>

Graf 12 Vysvětlil(a) Vám lékař(ka) postup následující léčby dostatečně



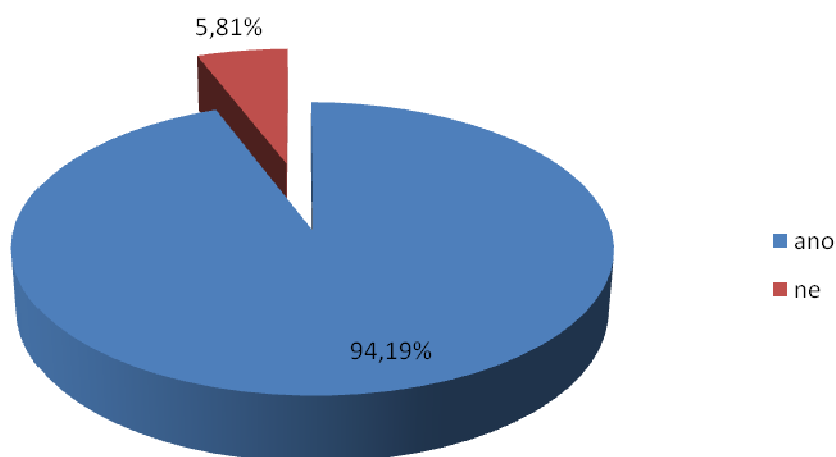
**Otázka č. 11: Byla Vám vysvětlena nutnost předoperačních vyšetření?**

Respondenti mohli volit jen ze dvou variant odpovědí „ano“ či „ne“. Vzhledem k vysvětlení léčebného postupu souvisí i nutnost předoperačních vyšetření. Tudíž předpokládám, že informovanost bude téměř shodná s minulou otázkou. Výsledný graf ukazuje, že největší procentuální zastoupení, což je 94,19% respondentů odpovědělo se souhlasem „ano“ a jen 5,81% respondentů nesouhlasilo.

Tabulka 13 Byla Vám vysvětlena nutnost předoperačních vyšetření

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	81	94,19
ne	5	5,81
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00</b>

Graf 13 Vám vysvětlena nutnost předoperačních vyšetření





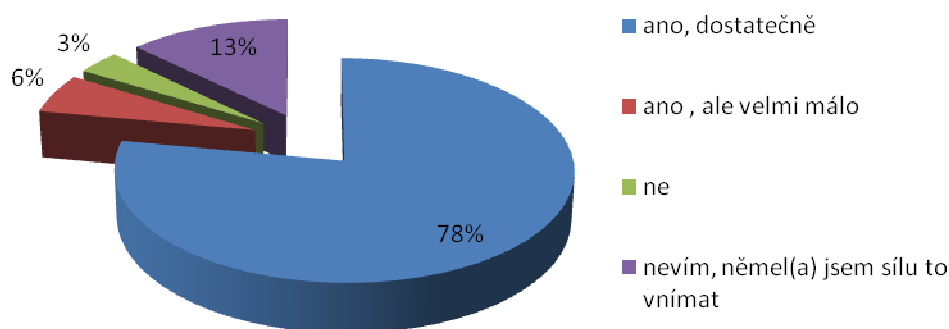
**Otázka č. 12: Byly Vám sděleny možné komplikace během operace a po operaci?**

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda opravdu lékaři vysvětlují negativní dopady léčby. Pacient má právo vědět i o neblahých důsledcích onemocnění. Tato otázka souvisí i s otázkou č. 10. Výsledky mého šetření ukazují, že lékaři svým pacientům možné komplikace během a po operaci dostatečně sdělují, to tvrdilo 77,91% respondentů, 5,81% respondentů uvedlo, že jim možné komplikace byly sděleny, ale málo, 3,49% respondentů uvedlo, že jim komplikace sděleny nebyly a 12,79% respondentů to neví, neboť neměli sílu to vše vnímat.

Tabulka 14 Byly Vám sděleny možné komplikace během operace a po operaci

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano, dostatečně	67	77,91
ano, ale velmi málo	5	5,81
ne	3	3,49
nevím, neměl(a) jsem sílu to vnímat	11	12,79
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00</b>

Graf 14 Byly Vám sděleny možné komplikace během operace a po operaci



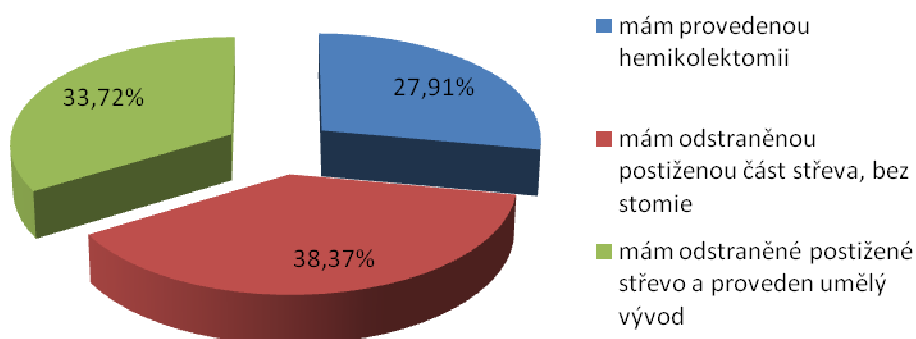
**Otázka č. 13: Jak Vaše léčba proběhla?**

Ve sledovaném souboru 86 respondentů je 24 respondentů (27,91%) s provedenou hemikolektomií, 33 respondentů (38,37%) má odstraněné postižené střevo, bez stomie (umělého vývodu) a 29 respondentů (33,72%) má odstraněné postižené střevo s provedenou stomií.

Tabulka 15 Jak Vaše léčba proběhla

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
mám provedenou hemikolektomii	24	27,91
mám odstraněnou postiženou část střeva, bez stomie	33	38,37
mám odstraněné postižené střevo a provedenou stomii	29	33,72
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00</b>

Graf 15 Jak Vaše léčba proběhla



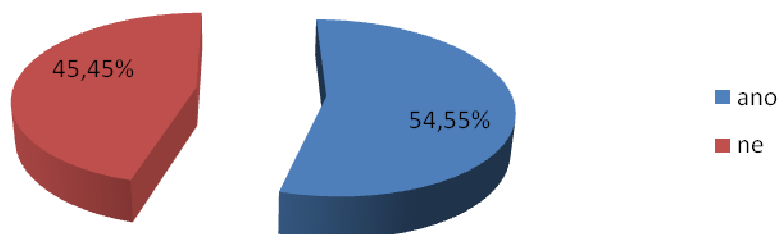
**Otázka č. 14: Měl(a) jste 1. kontakt se stoma sestrou před operací?**

Na tuto otázku odpovídali hlavně respondenti s provedenou stomií, což činilo celkem 29 (100%) respondentů. 18 (54,55%) respondentů uvedlo, že první kontakt se stoma sestrou absolvovali již před operací, z nichž 4 respondentům nakonec založena stomie nebyla. Kdežto 15 (45,45%) respondentů uvedlo, že se stoma sestrou před operací nesetkalo.

Tabulka 16 Měl(a) jste 1.kontakt se stoma sestrou před operací

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	18	54,55
ne	15	45,45
<b>Celkem</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>

Graf 16 Měl(a) jste 1.kontakt se stoma sestrou před operací



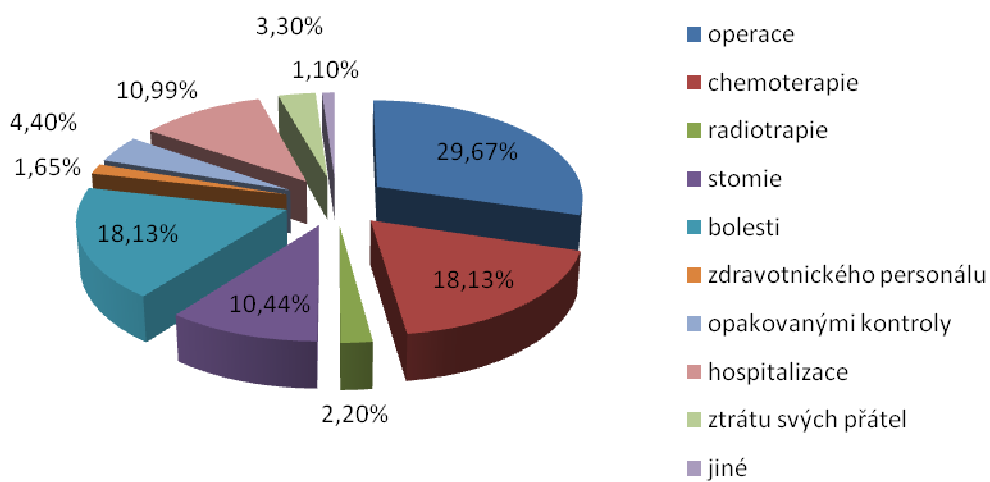
**Otázka č. 15: Nejvíce jsem měl(a) nebo mám obavy z:**

Otázka hodnotí počty odpovědí uvedených kategorií. V otázce zjišťuji, čeho se mohou respondenti nejvíce obávat v souvislosti s léčbou. Respondent si mohl vybrat maximálně tři varianty a v případě, že některá varianta nebyla uvedena, mohl ji doplnit. Odpovědi byly velice různorodé. Největší obavy měli z operace a to 29,67% odpovědí, další obavy uváděli z chemoterapie (18,13% odpovědí) a stejně tak měli obavy z bolesti, rovněž 18,13% odpovědí. 10,99% odpovědí byly obavy z hospitalizace, 10,44% ze stomie, 4,40% z opakovaných kontrol (jako jsou krevní odběry, vyšetřovací metody, CT, MR a jiné), 3,30% ze ztráty svých blízkých, 2,20% radioterapie a 1,10% nebyly obavy žádné. Velice pozitivním zjištěním bylo, že jen 3 respondenti měli obavy ze zdravotnického personálu, což mě velice potěšilo. Chování zdravotnického personálu může u některých nemocných vyvolat pocity slabosti, úzkosti atd. Z průzkumu vyplývá, že chování zdravotnického personálu může být tudíž považováno za profesionální.

Tabulka 17 Nejvíce jsem měl(a) nebo mám obavy z:

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
operace	54	29,67
chemoterapie	33	18,13
radioterapie	4	2,20
stomie	19	10,44
bolesti	33	18,13
zdravotnického personálu	3	1,65
opakovanými kontroly	8	4,40
hospitalizace	20	10,99
ztrátu svých přátel	6	3,30
jiné	2	1,10
<b>Celkem</b>	<b>182</b>	<b>100,00</b>

Graf 17 Nejvíce jsem měl(a) nebo mám obavy z:



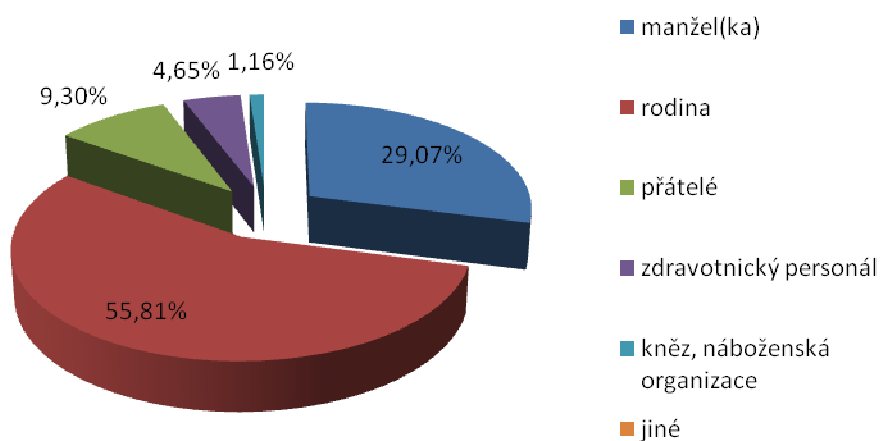
**Otázka č. 16: Kdo Vám byl/je psychickou oporou ve Vašem léčebném procesu?**

Jednalo se o polouzavřenou otázku. Možnosti volné odpovědi nevyužil nikdo. Nejvíce respondentům, tedy více než polovině, byla velkou oporou jejich rodina 55,81%, ve 29,07% případech jim s vyrovnáním s léčbou pomohli manžel či manželka, 9,30% byli nablízku jejich přátelé, ve 4,65% zdravotnický personál a 1,16% se uchýlili k náboženské víře.

Tabulka 18 Kdo Vám byl/je psychickou oporou ve Vašem léčebném procesu

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
manžel(ka)	25	29,07
rodina	48	55,81
přátelé	8	9,30
zdravotnický personál	4	4,65
kněz, náboženská organizace	1	1,16
jiné	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00</b>

Graf 18 Kdo Vám byl/je psychickou oporou ve Vašem léčebném procesu



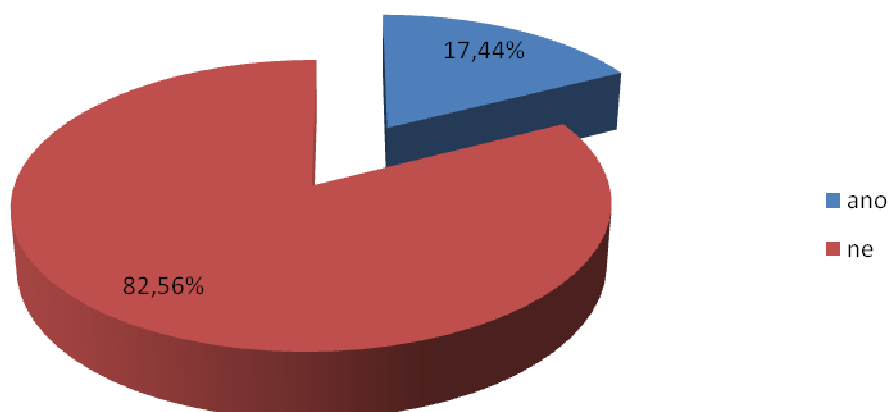
**Otázka č. 17: Doporučil Vám lékař(ka) návštěvu psychologa?**

Tato otázka byla v dotazníku nezbytná hlavně v souvislosti s psychickou péčí o klienta. Chtěla jsem zjistit, za jak důležitou považují lékaři spolupráci s psychologem. K mému neblahému překvapení bylo a alarmující je, že lékaři doporučili psychologickou péči jen 17,44% respondentů a 82,56% respondentů si museli k řešení svých psychických problémů pomoci sami. Vždyť přece psycholog může na danou situaci vytvořit nový náhled a každý se obává něčeho jiného, někdo vyšetřovacích metod, jiní nežádoucích účinků léčebné chemoterapie, nebo zhoršení vztahů a komunikace v rodině, s přáteli atd.

Tabulka 19 Doporučil Vám lékař(ka) návštěvu psychologa

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	15	17,44
ne	71	82,56
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00</b>

Graf 19 Doporučil Vám lékař(ka) návštěvu psychologa



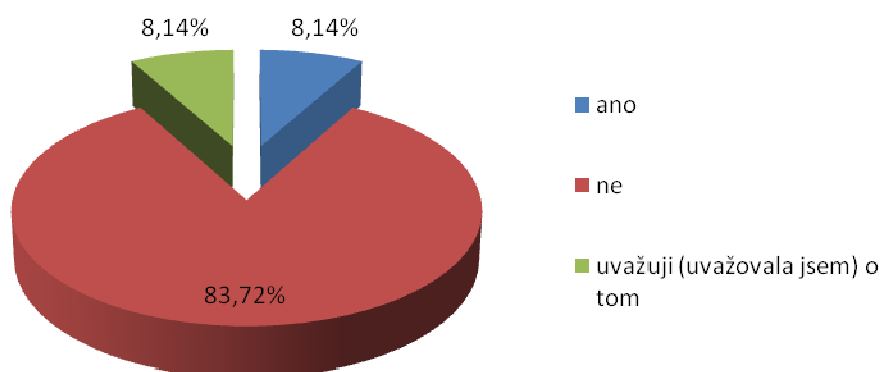
**Otázka č. 18: Navštívil(a) jste psychologa v souvislosti s Vaším onkologickým onemocněním?**

Na tuto otázku mohli odpovídat všichni respondenti. Zajímalo mne, zda i bez doporučení lékaře navštíví nemocný člověk psychologa. Bohužel jen 8,14% respondentů psychologa navštívili, 83,72% respondentů psychologa nevyhledalo, ale 8,14% respondentů o psychologické péči uvažovalo. Pravděpodobně se jedná o nemocné, kteří navštívili psychologa, byli ve stádiu vysokého emotivního napětí. Avšak tato skutečnost může být pouze domněnkou.

Tabulka 20 Navštívil(a) jste psychologa v souvislosti s Vaším onemocněním

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	7	8,14
ne	72	83,72
uvažuji (uvažovala jsem) o tom	7	8,14
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00</b>

Graf 20 Navštívil(a) jste psychologa v souvislosti s Vaším onemocněním





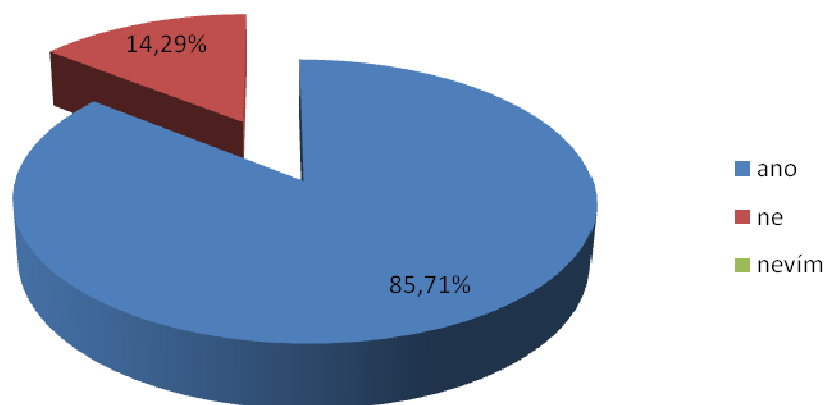
**Otázka č. 19: Považujete návštěvu u psychologa za prospěšnou?**

Na tuto otázku odpovídalo pouze 7 respondentů, kteří psychologa navštívili. Chtěla jsem zjistit, zda návštěva psychologa je účelná. Potěšilo mě, že 85,71% respondentů si myslí, že návštěva psychologa, ať už za jakýmkoliv účelem, je prospěšná a jen 14,29% nepovažuje návštěvu za důležitou.

Tabulka 21 Považujete návštěvu psychologa za prospěšnou

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	6	85,71
ne	1	14,29
nevím	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>7</b>	<b>100,00</b>

Graf 21 Považujete návštěvu psychologa za prospěšnou



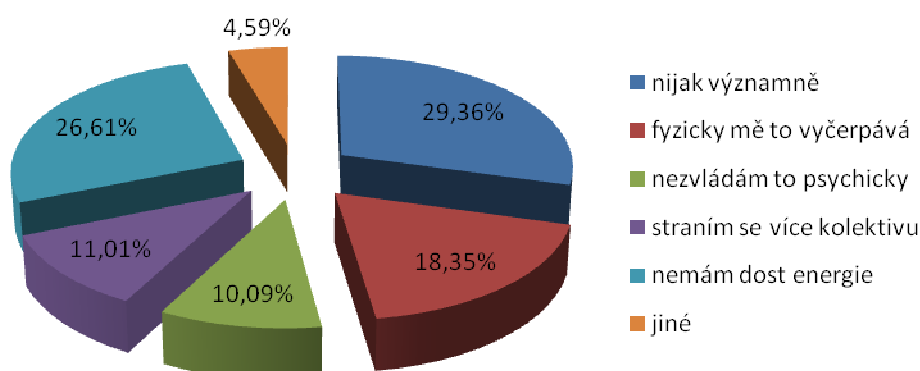
**Otázka č. 20: Jak si myslíte, že ovlivnilo onemocnění Váš život?**

Každé onemocnění svým způsobem změnilo kvalitu a hodnoty života. Na tuto otázku mohli respondenti odpovídat více možnostmi anebo uvést možnost jinou. Odpovědi byly rozděleny do šesti kategorií včetně volné odpovědi. 29,36% odpovědí znělo, že onemocnění život klientů nijak neovlivnilo. Druhé největší zastoupení měla kategorie „nemám dost energie“, kde bylo uvedeno 26,61% odpovědí, v další kategorii „fyzicky mě to vyčerpává“ bylo 18,35% odpovědí, 11,01% odpovědí bylo v kategorii „stráním se kolektivu“ a pod „jiné“ 4,59% odpovědí byly shrnuty odpovědi, kde se vyskytovala změna životosprávy (stomie, dieta), změna hodnot a postojů při řešení problémů, či pracovní omezení.

Tabulka 22 Jak si myslíte, že ovlivnilo onemocnění Váš život

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
nijak významně	32	29,36
fyzicky mě to vyčerpává	20	18,35
nezvládám to psychicky	11	10,09
stráním se více kolektivu	12	11,01
nemám dost energie	29	26,61
jiné	5	4,59
<b>Celkem</b>	<b>109</b>	<b>100,00</b>

Graf 22 Jak si myslíte, že ovlivnilo onemocnění Váš život



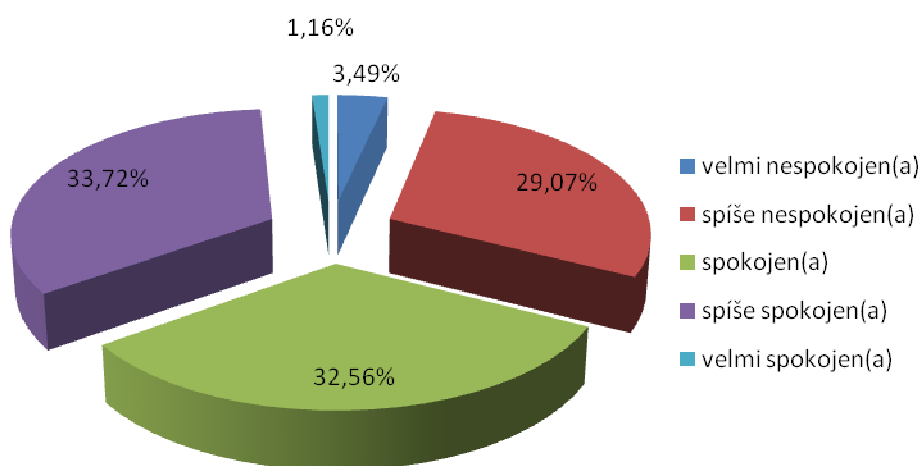
**Otázka č. 21: Jak jste spokojen(a) se svou schopností zvládat každodenní činnosti?**

Tato otázka byla uzavřená. Zde mě zajímalo, jak jsou respondenti spokojeni se svými schopnostmi zvládat své každodenní činnosti. Nejvíce respondentů 33,72% uvedlo, že ve svých schopnostech jsou spíše spokojeni, 32,56% respondentů jsou spokojeni, 29,07% je spíše nespokojeno, 3,49% respondentů je velmi nespokojeno a jen 1,16% respondentů je velmi spokojeno.

Tabulka 23 Jak jste spokojen(a) se svou schopností zvládat každodenní činnosti

Možnosti odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
velmi nespokojen(a)	3	3,49
spíše nespokojen(a)	25	29,07
spokojen(a)	28	32,56
spíše spokojen(a)	29	33,72
velmi spokojen(a)	1	1,16
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00</b>

Graf 23 Jak jste spokojen(a) se svou schopností zvládat každodenní činnosti



## 5 DISKUZE

Bakalářská práce se zaměřuje na psychosociální aspekty u onkologického onemocnění střev a konečníku. Hlavním cílem našeho průzkumu bylo zjistit, jak onemocnění ovlivnilo život nemocného, zda mu byl poskytnut dostatek informací o celém průběhu léčebného procesu a následně nabídnuta psychologická péče v souvislosti s tím, co nemocný prožívá a také jsme řešili otázku spokojenosti denního života u pacientů s kolorektálním karcinomem.

Při svém šetření jsem zjistila, že klienti jsou dobře informováni o postupu léčby, o nutnosti předoperačních vyšetření, ale i o možných komplikacích operačního řešení. Co mě ovšem vůbec nepotěšilo je, jak málo lékařů dbá na psychologickou stránku člověka. Po analýze jednotlivých položek dotazníku a po zpracování praktické části práce bych ke zkvalitnění získaných dat ještě přidala otázku zjišťující postoj lékařů k emocionální stránce klienta. V mnoha diskuzích a doporučeních se mluví o tom, jak důležité je pochopit to, co člověk právě prožívá v danou chvíli a v určité fázi svého onemocnění. Sestra je přitom důležitým prostředníkem mezi lékařem a nemocným. Stává se proto prvním nárazníkem v jeho prvních reakcích.

Pro empirickou část byla použita kvantitativní metoda průzkumu. Technika průzkumu byla zvolena forma dotazníkového šetření a to z toho důvodu, že tím bylo možné postihnout větší počet anonymních jedinců. Toto průzkumné šetření probíhalo od listopadu 2015 do dubna 2016. Bylo rozdáno 100 dotazníků s návratností 98%. Základní sledovaný soubor tvořil 86 respondentů z čehož bylo 48 mužů (55,81%) a 38 žen (44,19%).

Dotazník byl v úvodní části zaměřen jen na statistické zmapování pohlaví respondentů a jejich věk. Další části byly zaměřeny na stravovací návyky, zlovyky respondentů a pohybovou aktivitu. Další část dotazníku se soustředila na to, kdo přišel na první příznaky jejich onemocnění, byla zařazena jen okrajově a neměla velkou výpovědní hodnotu ke zhodnocení mnou si zadaných cílů. Potěšitelné bylo, že 67,44% respondentů uvedlo, že o existenci testu na okultní krvácení, jakožto jednoho ze základních screeningových vyšetření vědělo a to ještě před tím, než jim byl diagnostikován kolorektální karcinom. Dalšími položkami dotazníku byly otázky o informovanosti léčebného postupu, předoperačních vyšetření, ale tak i komplikací během a po operaci. Dále jsem se zajímala o to, z čeho měli respondenti nejvíce obavy, kdo jim byl psychickou oporou a zda jsou ve spolupráci s psychologem, neboť mi tato spojitost připadá velmi důležitá, jestliže jde o klienta s onkologickou diagnó-

zou. Závěrečná část dotazníku bylo zjišťování, zda onemocnění ovlivnilo život respondentů a zda jsou spokojeni se schopností zvládat své každodenní činnosti.

Ke zpracování této bakalářské práce jsem si stanovila tři cíle. Prvním cílem bylo zjištění, jak ovlivnilo onemocnění život nemocného a zda klienti s onemocněním kolorektálním karcinomem využívají péči odborného psychologa. I přesto, že bych očekávala, že většina dotazovaných respondentů toto závažné onkologické onemocnění ovlivní, tak 29,36% dotazovaných uvedlo možnost, že je toto onemocnění nijak významně neovlivnilo, což je velmi zarážející. 18,35% odpovědí znělo, že jsou klienti vlivem onemocnění více fyzicky vyčerpáni a 10,09% uvádí psychickou zátěž. Poměrně velké procento a to 26,61% trpí nedostatkem energie. Další součástí prvního cíle bylo zjištění potřebnosti psychologické péče. Z mého šetření vyplynulo, že pouze 7 respondentů navštívilo poradnu odborného psychologa. Součástí dotazníku byla i položka zjišťující, zda ošetřující lékaři návštěvu psychologa doporučují. Dle získaných dat, jsem přišla k závěru, že 82,56% respondentům nebyla tato péče praktickým lékařem doporučena. Z praxe můžeme říct, že jen málo lékařů je schopno otevřeně komunikovat s pacientem o nemoci a případně mu doporučit psychologickou péči. Myslím si, že po obsáhlé komunikaci, kdy lékař vylíčí nemocnému možnosti léčby a zeptá se na jeho názor, většinou nemocný ukončí rozhovor otázkou „Co byste mi, pane doktore, doporučil vy?“ Zajímaly mě i pocity, které cítí nemocní při sdělení onkologické diagnózy. Většina respondentů trpěla úzkostí a strachem (41,86%). Nejvíce obav měli respondenti, i přes veškerou informovanost, z operace. Tato odpověď byla uvedena ve 29,67%. Především rodina je velkou psychickou oporou v období zvládání nemoci a tak mě tato odpověď nepřekvapila u 55,81% respondentů.

Dalším cílem bylo zjistit, jakou životosprávu má nemocný při svém onemocnění. Bylo zjištěno, že stravovací návyky a zvyklosti respondentů jsou méně chvályhodné. Nejvíce respondentů, což je 31,40% má různorodou stravu a jen 27,91% respondentů se stravuje pravidelně. Co se týče kouření cigaret, je 12,79% respondentů stále kouří. Překvapilo mne, že ani v období tohoto onemocnění se respondenti konzumaci alkoholu nevyhýbají, což přiznává 60,47% dotazovaných. I v pohybových aktivitách jsou dotazovaní velmi málo edukováni. Jen malá část respondentů, která činí 18,60%, uvedla, že začala být po zjištění nemoci více aktivnějšími. Zato více než polovina, což je 58,14% dotazovaných je k pohybu pasivní.

Posledním třetím cílem bylo zjistit, zda je klientům poskytováno dostatek informací ohledně celého léčebného procesu. Informací se rozumí získání určitých zpráv, které by měl podat lékař a tím vysvětlit dané indikované vyšetření či operaci. K těmto vyšetřovacím a léčebným metodám podepisují nemocní informovaný souhlas nebo alespoň lze tento souhlas předpokládat. 89,53% respondentů označilo, že poskytování informací o postupu léčby jim bylo dostatečně sděleno, s čímž souvisí i navazující otázka na vysvětlení nutnosti předoperačních vyšetření, možných komplikací během a po operaci a rizika spojené s léčbou. Tato skutečnost byla velice pozitivní a dle mého názoru jsou poskytované informace, co se týče diagnostických a terapeutických výkonů na dobré úrovni.

## ZÁVĚR

Předmětem bakalářské práce byla problematika psychických a sociálních aspektů u klientů s nádorovým onemocněním střeva a konečníku. V teoretické části jsme se zaměřili na charakteristiku daného onemocnění, etiologii, rizikové faktory, příznaky, diagnostiku a léčebné fáze kolorektálního karcinomu.

Praktická část byla věnována hlavně psychickým aspektům a informovanosti nemocných s tímto onemocněním. Myslím si, že v oblasti prevence onemocnění, hraje důležitou roli osobnost jedince, jeho přístup ke svému zdraví, míra jeho zodpovědnosti k němu. Díky mediálními kampaním se zvýšila informovanost v oblasti prevence kolorektálního karcinomu, ale to je jen začátek. Dle mého názoru a můj malý průzkum to dokazuje, že v případě onemocnění, ve všech léčebných fázích, je důležitá pomoc psychologa, vytvoření bezpečného prostředí pro nemocného a v neposlední řadě pak kvalitní komunikace mezi lékařem a nemocným.

Lidé s onkologickou diagnózou kolorekta mají k dispozici spoustu informačních materiálů o tomto onemocnění, je však nutno si uvědomit, že osobní setkání s odborníkem, zejména psychologem, je velmi důležitá pro následnou a úspěšnou léčbu. Člověk, který zrovna netrpí takovým onemocněním nebo nezná v okolí takto nemocného, toho se tento problém příliš netýká.

Jako návrh řešení zjištěných nedostatků bych doporučovala dostatečně poučit klienty o možnosti využití psychologické péče. My, jako zdravotníci bychom měli správně edukovat a cítit touhu smyslu života. V dnešní specializované medicíně ztrácíme holistický pohled na člověka.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### *Monografie*

ANGENENDT, Gabriele, Ursula, SCHÜTZE-KREILKAMP, Volker, TSCHUSCHKE. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál, 2010, s. 326. ISBN 978-80-7367-781-7.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr, SADÍLEK, Valérie, TÓTHOVÁ. *Výzkum v ošetrovatelství, druhé přepracované a doplněné vydání*. Brno: NCO NZO, 2008, s. 185. ISBN 978-80-7013-467-2.

BÁTOVSKÝ, Marian a kol. *Aktuality v gastroenterologii 2014*. Bratislava: Herba, 2014, s. 136. ISBN 978-80-89631-25-4.

FORSBERG, Anna. *Colonoscopic surveillance in familial colorectal cancer*. Stockholm: Karolinska Institutet, 2014, s. 139. ISBN 978-91-7549-656-6.

GULÁŠOVÁ, Ivica. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta, 2009, s. 100. ISBN 978-80-8063-305-9.

HOLUBEC, Luboš, sen., a kol. *Kolorektální karcinom, současné možnosti diagnostiky a léčby*. Praha: Grada, 2004, s. 194. ISBN 80-247-0636-9.

JABLONSKÁ, Markéta a kol. *Kolorektální karcinom, časná diagnóza a prevence, první vydání*. Praha: Grada, 2000, s. 456. ISBN 80-7169-777-X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, s. 200. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001, s. 279. ISBN 80-7178-774-4.

NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1995, s. 336. ISBN 80-200-0525-0.

NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie, druhé, doplněné a přepracované vydání*. Praha: Galén, 2009, s. 416. ISBN 978-80-7262-612-0.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti*. Praha: Orbis, 1973, s. 325.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti: Obor v pohybu 6., revidované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2010, s. 208. ISBN 978-80-247-3133-9.



SEIFERT, Bohumil a kol. *Screening kolorektálního karcinomu, druhé rozšířené vydání*. Praha: Maxdorf, 2015, s. 128. ISBN 978-80-7345-444-9.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, 2010, s. 304. ISBN 987-80-247-3129-2.

TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Vydání první. Praha: Portál, 2004, s. 216. ISBN 80-7178-826-0.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ, Hilda, VORLÍČKOVÁ a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. První vydání. Praha: Grada, 2006, s. 328. ISBN 80-247-1716-6.

VYZULA, Rostislav, Jan, ŽALOUDÍK a kol. *Rakovina tlustého střeva a konečníku, vybrané kapitoly*. Praha: Maxdorf, 2007, s. 287. ISBN 978-80-7345-140-0.

ZEMAN, Miroslav a kol. *Chirurgická propedeutika. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2000, s. 516. ISBN 80-7169-705-2.

### **Články z časopisů**

DEJMALOVÁ, Marcela. Psychika onkologicky nemocných. *Sestra*, 2013. roč. 23, č. 5, s. 46-47. ISSN 1210-0404.

HOLUBOVÁ, Adéla. Informovanost klientů o zhoubném onemocnění tlustého střeva. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 3, s. 24-25. ISSN 1210-0404.

KALA, Zdeněk. Kolorektální karcinom. *Onkologická péče*, 2008, roč. 12, č. 3, s. 3-10. ISSN: 1214-5602.

PETRUŽELKA, Luboš. ASCO 2013 – klinická studie FIRE-3 (AIO KRK-0306). In: Výběr aktualit a zajímavostí z kongresu. Praha: AT Mediprint, [20--]-. 2013. s. 8-11.

### **Elektronické zdroje**

Colorectal cancer health Center [online]. [cit. 2015-01-14]. Dostupné z: <http://cs.265health.com/cancer/colon-cancer/1010014766.html#.VGSMHGez6So>.

CHRASTINA, Jan. Principy testů určených k detekci okultního krvácení do stolice a jejich charakteristika. *Interní medicína pro praxi* [online]. Solen, 2009, roč. 11, č. 4, s. 193-196 [cit. 2015-10-14]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2009/04/14.pdf>.

Přehled léčebných metod používaných v léčbě kolorektálního karcinomu. [online]. [cit. 2015-11-24]. Dostupné z <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost--kolorektalni-karcinom--lecba--prehled-metod>. ISSN 1804-0888.

Rakovina tlustého střeva. In: *Onkomaják* [online]. [cit. 2015-11-10]. Dostupné z: <http://www.onkomajak.cz/rakovina-tlusteho-streva>.

ZACHAROVÁ, Eva. Psychosociální aspekty při ošetřování onkologického pacienta. *Sestra*, 2011 [online]. č. 5. s. 19 [cit. 2016-03-06]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/psychosocialni-aspekty-pri-oseetrovani-onkologickeho-pacienta-459784>.

ZÁDOROVÁ, Zdena. Indikace, diagnostické a terapeutické možnosti endoskopických metod. *Postgraduální medicína*, 2005 [online]. č. 5. [cit. 2015-01-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/indikace-diagnosticke-a-terapeuticke-moznosti-endoskopicky-met-168689>.

ŽALOUDEK, Jan. Chirurgická léčba karcinomu kolorekta a perioperační terapie. *Postgraduální medicína*, 2010 [online]., č. 3. [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/chirurgicka-lecba-karcinomu-kolorekta-a-perioperacni-terapie-450145>.

.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

CA 19-9	glykoproteinový antigen
CA 50	nádorový antigen
CA 72-4	glykoprotein
CA 125	membránový glykoprotein
CA 195	heterogenní glykoprotein
CA 242	nádorový marker
CEA	karcinoembryonální antigen
CT	výpočetní tomografie
KRK	kolorektální karcinom
lym.	lymfatické
např.	například
NSE	neuron specifická enoláza
str.	strana
TOKS	test okultního krvácení ve stolici (fecal occult blood test – FOBT)
TPA	tkáňový polypeptidový antigen
tzv.	tak zvaná
WHO	World Health Organization

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1 Anatomie tlustého střeva .....	13
Obrázek 2 Incidence nádorů tlustého střeva a konečníku u obou pohlaví.....	72
Obrázek 3 Eysenckovo schéma.....	73
Obrázek 4 Kolonoskopie .....	78
Obrázek 5 Nerozstřížený preparát tlustého střeva po subtotální kolektomii .....	78

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Dukesova klasifikace .....	16
Tabulka 2 TNM klinická klasifikace .....	17
Tabulka 3 Věk respondentů .....	38
Tabulka 4 Zastoupení pohlaví.....	39
Tabulka 5 Stravovací návyky.....	40
Tabulka 6 Kouření cigaret .....	41
Tabulka 7 Konzumace alkoholu .....	42
Tabulka 8 Pohybové aktivity .....	43
Tabulka 9 Na první příznaky onemocnění střeva Vám přišel.....	44
Tabulka 10 Znal(a) jste před onemocněním preventivní vyšetření na TOKS .....	45
Tabulka 11 Pocity při sdělení diagnózy nádorového onemocnění střeva.....	46
Tabulka 12 Vysvětlil(a) Vám lékař(ka) postup následující léčby dostatečně.....	47
Tabulka 13 Byla Vám vysvětlena nutnost předoperačních vyšetření .....	48
Tabulka 14 Byly Vám sděleny možné komplikace během operace a po operaci .....	49
Tabulka 15 Jak Vaše léčba proběhla.....	50
Tabulka 16 Měl(a) jste 1.kontakt se stoma sestrou před operací.....	51
Tabulka 17 Nejvíce jsem měl(a) nebo mám obavy z:.....	53
Tabulka 18 Kdo Vám byl/je psychickou oporou ve Vašem léčebném procesu.....	54
Tabulka 19 Doporučil Vám lékař(ka) návštěvu psychologa.....	55
Tabulka 20 Navštívil(a) jste psychologa v souvislosti s Vaším onemocněním.....	56
Tabulka 21 Považujete návštěvu psychologa za prospěšnou.....	57
Tabulka 22 Jak si myslíte,že ovlivnilo onemocnění Váš život.....	58
Tabulka 23 Jak jste spokojen(a) se svou schopností zvládat každodenní činnosti.....	59

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Incidence a mortalita nádoru tlustého střeva a konečníku v ČR.....	14
Graf 2 Věkově specifická incidence nádoru tlustého střeva a konečníku v ČR .....	15
Graf 3 Věk respondentů .....	38
Graf 4 Zastoupení pohlaví .....	39
Graf 5 Stravovací návyky.....	40
Graf 6 Kouření cigaret .....	41
Graf 7 Konzumace alkoholu .....	42
Graf 8 Pohybové aktivity .....	43
Graf 9 Na první příznaky onemocnění střeva Vám přišel.....	44
Graf 10 Znal(a) jste před onemocněním preventivní vyšetření na TOKS .....	45
Graf 11 Pocity při sdělení diagnózy nádorového onemocnění střeva.....	46
Graf 12 Vysvětlil(a) Vám lékař(ka) postup následující léčby dostatečně.....	47
Graf 13 Vám vysvětlena nutnost předoperačních vyšetření.....	48
Graf 14 Byly Vám sděleny možné komplikace během operace a po operaci .....	49
Graf 15 Jak Vaše léčba proběhla .....	50
Graf 16 Měl(a) jste 1.kontakt se stoma sestrou před operací.....	51
Graf 17 Nejvíce jsem měl(a) nebo mám obavy z: .....	53
Graf 18 Kdo Vám byl/je psychickou oporou ve Vašem léčebném procesu.....	54
Graf 19 Doporučil Vám lékař(ka) návštěvu psychologa.....	55
Graf 20 Navštívil(a) jste psychologa v souvislosti s Vaším onemocněním.....	56
Graf 21 Považujete návštěvu psychologa za prospěšnou.....	57
Graf 22 Jak si myslíte, že ovlivnilo onemocnění Váš život.....	58
Graf 23 Jak jste spokojen(a) se svou schopností zvládat každodenní činnosti.....	59

## **SEZNAM PŘÍLOH**

PŘÍLOHA I: INCIDENCE NÁDORŮ KRK V MEZINÁRODNÍM SROVNÁNÍ

PŘÍLOHA II: PSYCHOLOGIE OSOBNOSTI

PŘÍLOHA III: DOTAZNÍK

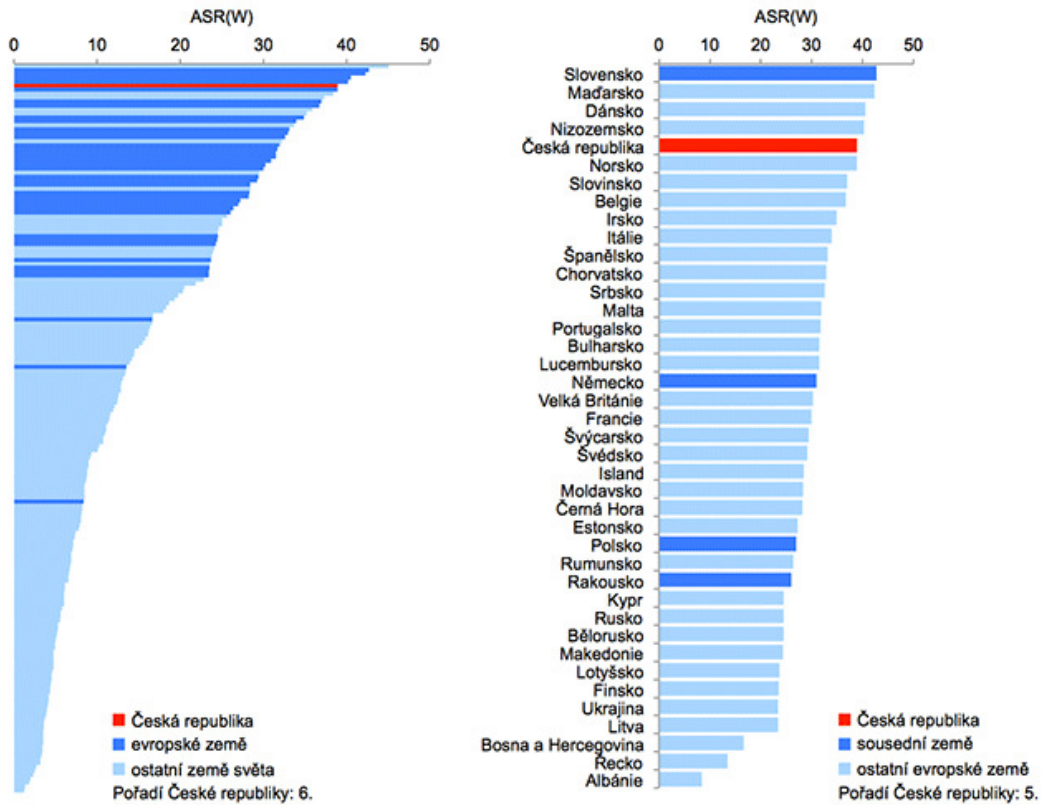
PŘÍLOHA IV: OBRÁZKY

PŘÍLOHA V: ŽÁDOSTI O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

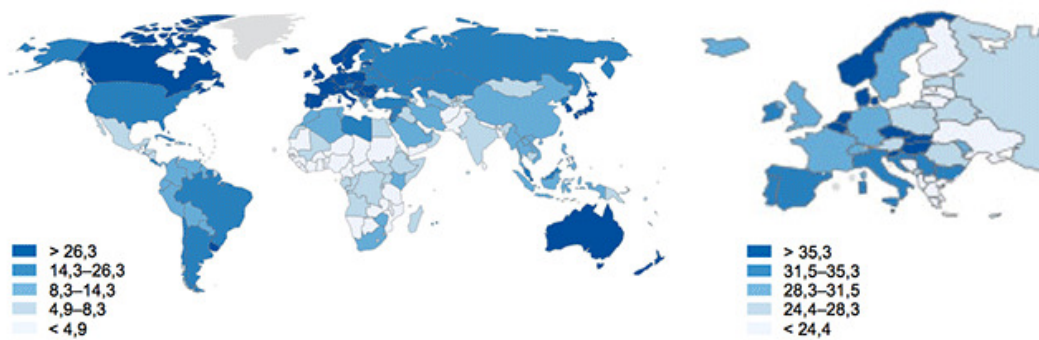
## PŘILOHA I: INCIDENCE NÁDORŮ KRK V MEZINÁRODNÍM SROVNÁNÍ

Obrázek 2 Incidence nádorů tlustého střeva a konečníku u obou pohlaví

ASR(W) - počet nově diagnostikovaných nádorů na 100 000 osob  
věkově standardizovaný na světový věkový standard.



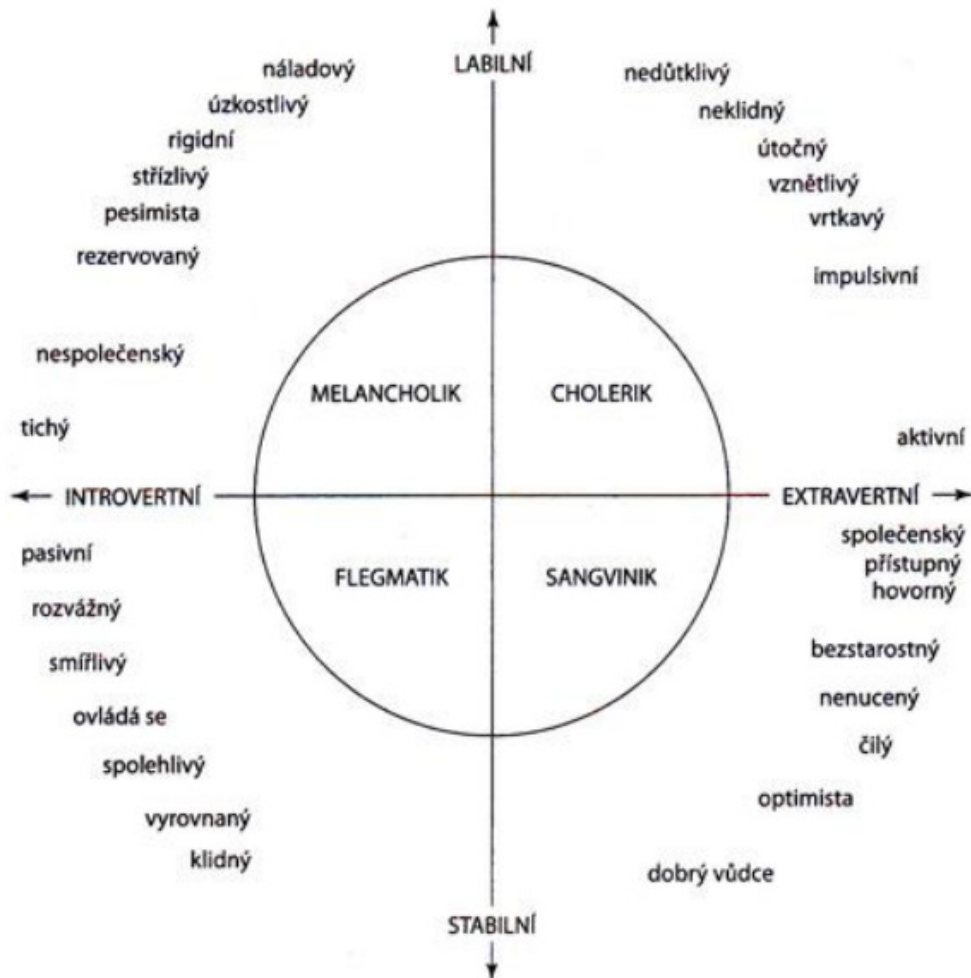
Zdroj: Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D.M., Forman, D., Bray, F.: GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [online]. International Agency for Research on Cancer, Lyon (France) 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.





## PŘÍLOHA P II: PSYCHOLOGIE OSOBNOSTI

Obrázek 3 Eysenckovo schéma  
(Psychologie osobnosti, Říčan, 1972)



Osobnost Eysenck definuje jako více či méně stabilní a setrvávající organizaci charakteru, temperamentu, intelektu a těla osoby, která determinuje její jedinečné přizpůsobení se prostředí (Nakonečný, 1995, str. 165).

Osobnost je individuum chápané jako integrace k seberealizaci v interakci se svým prostředím (Říčan, 1972, str. 38).

Hans Jurgen Eysenck (1916-1997) je jeden z nejplodnějších badatelů v psychologii. Eysenckova teorie rozlišuje typy osobnosti do dvou základních dimenzí:

Introvertní x Extravertní

Labilní x Stabilní

Šipky označují čtyři póly: při horním pólu je labilita, při dolním pólu stabilita, zleva introverze a zprava extroverze. Vně kruhu jsou umístěny vlastnosti a v jeho středu jsou znázorněny čtyři klasické temperamentové typy. Existuje řada teoretických výzkumů a úvah v jaké dimenzi se tyto typy nacházejí (Říčan, 1972, str. 96-97).

Melancholik – je spíše pesimistický, pomalý, přecitlivělý, špatně adaptabilní. Převládá u něho smutná nálada.

Flegmatik – je klidný, spíše pomalý, ale velmi spolehlivý. Nepropadá náladám, proto se snadno nenechá vyvést z míry.

Sangvinik – je optimistický, velmi čilý, veselý, společenský, dobromyslný. Velmi rychle se nadchne, živě reaguje.

Cholerik – je vzteklý, dráždivý, velmi snadno se rozhněvá, ale jeho hněv nemá dlouhého trvání (Říčan, 2010, str. 66).

Osobnost je charakterizována kromě temperamentu také schopnostmi (zejména inteligence), vůlí, emocemi, sociálním chováním a sebepojetím. Je třeba znát i to, jak byl náš pacient uspokojen z hlediska svých potřeb, ke kterým počítáme: potřeba bezpečí, potřeba sebeprosazení, potřeba emočního vztahu, potřeba někam patřit, popřípadě potřeba pečovat o druhé a potřeba životního stylu (Říčan, 2010, str. 68- 72).

**PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK****DOTAZNÍK**

Dobrý den,

jmenuji se Jarmila Hrádková a studuji na Fakultě humanitních studií UTB ve Zlíně, studijní obor Všeobecná sestra. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci se zaměřením na onemocnění tlustého střeva. Prosím Vás o spolupráci formou vyplněných dotazníků, které jsou zcela anonymní a je jen na Vás, zda na dané otázky odpovíte. Výsledky budou podkladem pro mou bakalářskou práci. Ne všechny otázky se mohou týkat Vašeho léčebného procesu, a proto i k nim tak přistupujte. Označte jen jednu odpověď nebo odpověď, která je vám nejbližší, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji Vám za ochotu a spolupráci.

**1. Uved'te, prosím, Váš věk:**

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> méně než 50 | <input type="checkbox"/> 71-80     |
| <input type="checkbox"/> 51-60       | <input type="checkbox"/> 81 a více |
| <input type="checkbox"/> 61-70       |                                    |

**2. Vaše pohlaví:**

- |                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> muž | <input type="checkbox"/> žena |
|------------------------------|-------------------------------|

**3. Jaké jsou Vaše stravovací návyky?(prosím, zaškrtněte odpovídající skutečnost).**

- jím pravidelně 3-5x denně
- jím nepravidelně 1-3x za den
- snažím se jíst zdravěji
- má strava je různorodá (bílé i celozrnné pečivo, ryby, smažené a vařené maso, uzeniny, atd.)

**4. Kouření cigaret:**

- nekouřil(a) jsem, nekouřím
- kouřil(a) jsem, nyní nekouřím
- kořil(a) jsem, stále kouřím

**5. Pijete alkohol?**

- příležitostně si alkohol( pivo, víno, destiláty) dám
- piji alkohol( pivo, víno, destiláty) denně
- jsem abstinent
- pil(a) jsem, nyní nepiju

**6. Jaké jsou Vaše pohybové aktivity?**

- aktivně jsem sportoval, sportuji
- jsem spíše pasivní
- po zjištění nemoci jsem začal(a) být aktivnější (chodím na dlouhé procházky, výlety...)
- jiné (doplňte)....

**7. Na první příznaky onemocnění střeva Vám přišel? (krvácení z konečníku, hubnutí, zažívací potíže...)**

- sam(a)
- rodina
- lékař(a)
- při náhodném vyšetření

**8. Znal(a) jste před onemocněním preventivní vyšetření test na okultní krvácení?**

- ano
- ne

**9. Jaké jste měl(a) pocity při sdělení diagnózy nádorového onemocnění střeva?**

- beznaděj
- ztrátu svých blízkých
- úzkost, strach
- ztrátu zaměstnání
- vztek
- jiné (doplňte)....
- nic

**10. Vysvětlil(a) Vám lékař(ka) postup následující léčby dostatečně?**

- ano
- ne
- nevím

**11. Byla Vám vysvětlena nutnost předoperačních vyšetření?**

- ano
- ne

**12. Byly Vám sděleny možné komplikace během operace a po operaci?**

- ano, dostatečně
- ne
- ano, ale velmi málo
- nevím, neměl(a) jsem sílu to vnímat

**13. Jak Vaše léčba proběhla?**

- mám provedenou hemikolektomii (chirurgické odstranění poloviny střeva)
- mám odstraněnou postiženou část střeva, bez stomie (umělého vývodu)
- mám odstraněné postižené střevo a proveden umělý vývod (stomii)

*Na otázku č. 14 odpovídejte v případě, že máte provedenou stomii*

**14. Měl(a) jste 1.kontakt se stoma sestrou před operací?**

- ano  ne

**15. Nejvíce jsem měl(a) nebo mám obavy z:(uved'te max.3 odpovědi)**

- operace  zdravotnického personálu  
 chemoterapie  opakovanými kontroly (krevní odběry, vyšetřovací metody, CT, MR, RTG aj)  
 radioterapie  hospitalizace  
 stomie  ztrátu svých přátel  
 bolesti  jiné (doplňte)...

**16. Kdo Vám byl/je psychickou oporou ve Vašem léčebném procesu?**

- manžel(ka)  zdravotnický personál  
 rodina(děti, sourozenci)  kněz, náboženská organizace  
 přátelé  jiné (doplňte)...

**17. Doporučil Vám lékař(ka) návštěvu psychologa?**

- ano  ne

**18. Navštívil(a) jste psychologa v souvislosti s Vaším onkologickým onemocněním?**

- ano  ne  uvažuji(uvažovala jsem)o tom

*Následující otázku zodpovězte jen v případě, pokud jste u otázky č. 18 odpověděl(a)  
ANO:*

**19. Považujete návštěvu psychologa za prospěšnou?**

- ano  ne  nevím

**20. Jak si myslíte, že ovlivnilo onemocnění Váš život?(možno více odpovědí)**

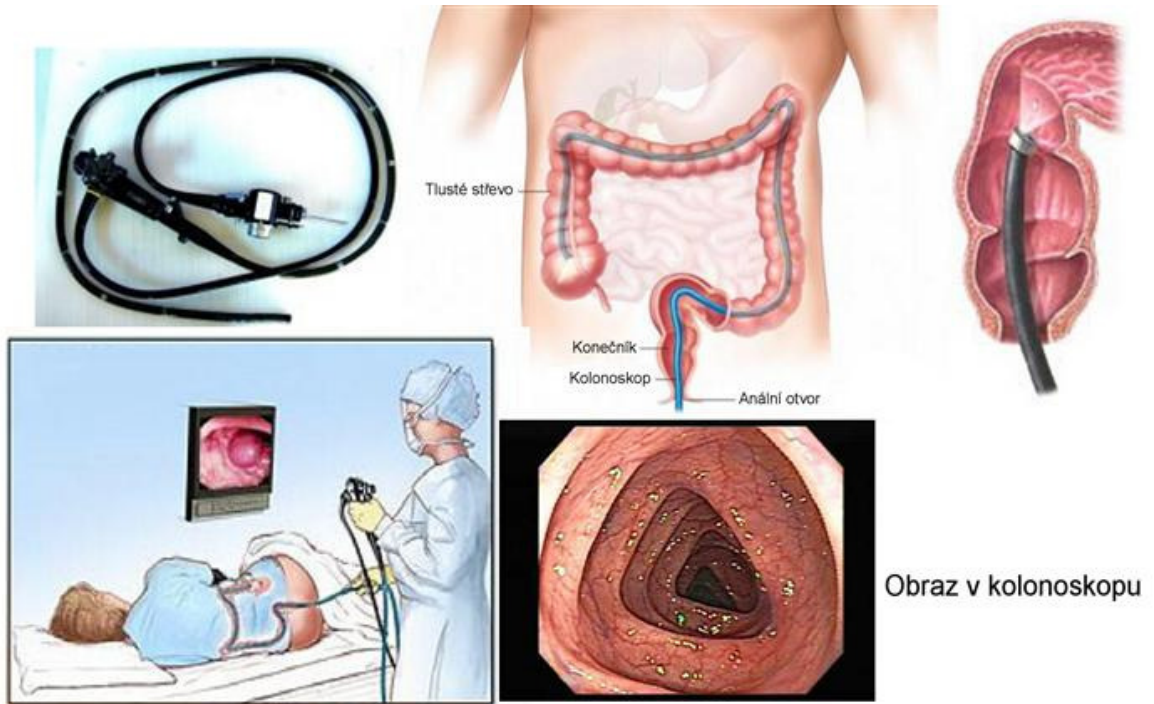
- nijak významně  straním se více kolektivu  
 fyzicky mě to vyčerpává  nemám dost energie  
 nezvládám to psychicky  jiné (doplňte)...

**21. Jak jste spokojen(a) se svou schopností zvládat své každodenní činnosti?**

- velmi nespokojen(a)  spíše spokojen(a)  
 spíše nespokojen(a)  velmi spokojen(a)  
 spokojen(a)

## PŘILOHA IV: OBRÁZKY

Obrázek 4 Kolonoskopie

(staženo z: [www.google.cz](http://www.google.cz), 2016)

Obrázek 5 Nerozstřížený preparát tlustého střeva po subtotální kolektomii

(Kolorektální karcinom, Holubec a kol., 2004)

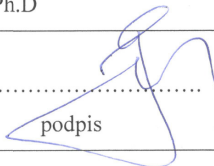
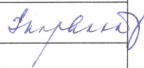


## PŘILOHA V: ŽÁDOSTI O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ



## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Jarmila Hrádková		
Téma bakalářské práce	Psychosociální aspekty u klienta s kolorektálním karcinomem		
Vedoucí bakalářské práce	MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D		
	 ..... podpis		
Skupina respondentů	Pacienti		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
	Souhlasím	Nesouhlasím	
	Souhlasím	Nesouhlasím	
	Souhlasím	Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne ..... - 4 - 05 - 2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Krajské nemocnice T. Bati, z. s.  
Havlíčková nábřeží 600  
762 01 Zlín (9)

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení



**ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM**

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Jarmila Hrádková		
Téma bakalářské práce	Psychosociální aspekty u klienta s kolorektálním karcinomem		
Vedoucí bakalářské práce	MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D.  ..... podpis		
Skupina respondentů	Pacienti		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
KNTB o.v. Zlín, ONKO. AHB.	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	..... podpis
	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne ..... - 4 - 05 - 2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

.....  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Krajská nemocnice T. Bati, s. r. o.  
Havlíčkovo náměstí 600  
762 76 Zlín (9)

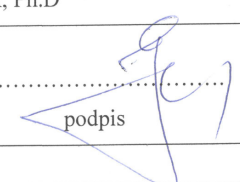
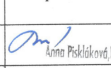
.....  
razítko a podpis zástupce zařízení





**ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ**

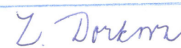
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Jarmila Hrádková		
Téma bakalářské práce	Psychosociální aspekty u klienta s kolorektálním karcinomem		
Vedoucí bakalářské práce	MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D		
	 ..... podpis		
Skupina respondentů	Pacienti		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
CHIRURGIE - A, VIETN	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne - 4 -05- 2016 .....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Vsetínská nemocnice a.s.  
Nemocniční 955, 755 01 Vsetín  
IČ: 26871068 DIČ: CZ 26871068  
571 818 101

Mgr. Pavol Šankar, DIS

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení



**ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM**

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Jarmila Hrádková	
Téma bakalářské práce	Psychosociální aspekty u klienta s kolorektálním karcinomem	
Vedoucí bakalářské práce	MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D.  ..... podpis	
Skupina respondentů	Pacienti	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	<u>Souhlasím</u> Nesouhlasím	<i>Anna Paskalová, DiS</i>
	Souhlasím      Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

- 4 -05- 2016

Ve Zlíně dne .....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

*Z. Dorková*

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Vsetínská nemocnice a.s.  
Nemocniční 955, 755 01 Vsetín  
IČ: 26871068 DIČ: CZ 26871068  
571 818 101

*Mgr. Pavla Šupka, DiS*

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení