

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA v HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠTŘOVATELSTVÍ

**PROBLEMATIKA NÁDOROVÉHO
ONEMOCNĚNÍ VARLAT Z POHLEDU
PACIENTŮ LÉČENÝCH PRO TOTO
ONEMOCNĚNÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Lenka Pásztorová**

Vedoucí práce: **MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph. D.**

2016

**CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADCI KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**ASPECTS OF THE TESTICULAR
CANCER FROM THE AFFECTED
PATIENTS POINT OF VIEW**

Bachelor's thesis

Author: **Lenka Pásztorová**

Supervisor: **MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph. D.**

2016

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové dne 22. 9. 2016

.....
(podpis)

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce MUDr. Jaroslavu Pacovskému, Ph. D. za čas věnovaný ke konzultacím a všestrannou podporu při odborném vedení mé práce. Dále děkuji Mgr. Evě Vachkové, Ph.D. za pozici konzultanta mé práce a poskytnuté cenné rady. Poděkování patří také mé rodině za nekonečnou trpělivost po celou dobu mého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1.1 CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI:.....	9
1.2 ANATOMIE MUŽSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ.....	9
1.2.1 VNITŘNÍ POHLAVNÍ ORGÁNY.....	9
1.2.2 ZEVNÍ POHLAVNÍ ORGÁNY.....	11
1.3 PATOLOGIE NÁDORŮ OBECNĚ.....	12
1.3.1 EPIDEMIOLOGIE NÁDORŮ.....	13
1.3.2 EPIDEMIOLOGIE NÁDORŮ VARLAT.....	14
1.4 NÁDORY VARLAT.....	16
1.4.1 KRYPTORCHISMUS.....	16
1.4.2 OSTATNÍ VROZENÉ ANOMÁLIE.....	18
1.4.3 GENETICKÉ FAKTORY.....	18
1.4.4 HORMONÁLNÍ VLIVY.....	18
1.4.5 VIROVÉ INFEKCE.....	19
1.4.6 PORANĚNÍ (TRAUMA) VARLETE.....	19
1.4.7 ZEVNÍ FAKTORY.....	19
1.5 PŘÍZNAKY NEMOCI (SYMPTOMATOLOGIE).....	20
1.5.1 LOKÁLNÍ PŘÍZNAKY.....	20
1.5.2 HORMONÁLNÍ (SYSTÉMOVÉ) PŘÍZNAKY.....	20
1.5.3 PŘÍZNAKY ZPŮSOBENÉ METASTÁZAMI.....	20
1.6 DIAGNOSTIKA.....	21
1.7 DĚLENÍ NÁDORŮ (KLASIFIKACE).....	23
1.7.1 SEMINOMY.....	23
1.7.2 NESEMINOMOVÉ NÁDORY.....	23
1.7.3 NEGERMINÁLNÍ NÁDORY.....	24
1.8 LÉČEBNÉ POSTUPY.....	25
1.8.1 CHIRURGICKÉ VÝKONY.....	25
1.8.2 CHEMOTERAPIE.....	27
1.8.3 RADIOOTERAPIE.....	28
1.8.4 NÁSLEDNÁ PÉČE (DISPENZARIZACE) NEMOCI.....	28
1.9 PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ.....	29
1.9.1 SAMOVYŠETŘENÍ VARLAT.....	30

1.10	REAKCE PACIENTA NA NEMOC	32
1.10.1	PACIENTOVO POJETÍ NEMOCI	34
1.10.2	KOMUNIKACE s PACIENTEM.....	35
1.11	EDUKACE	36
1.11.1	EDUKACE TÝKAJÍCÍ SE NÁDORŮ VARLETE.....	39
2	EMPIRICKÁ ČÁST	44
2.1	CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI VÝZKUMU	44
2.1.1	PŘEDPOKLADY	44
2.2	ZKOUMANÝ SOUBOR OSOB.....	45
2.3	METODIKA VÝZKUMU	45
2.4	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ.....	47
	DISKUZE.....	70
	ZÁVĚR.....	77
	ABSTRAKT.....	79
	ABSTRACT	80
	POUŽITÁ LITERATURA.....	81
	SEZNAM GRAFŮ	83
	SEZNAM TABULEK	84
	SEZNAM PŘÍLOH.....	85
	PŘÍLOHA 1: DOTAZNÍK.....	86
	PŘÍLOHA 2: ŽÁDOST O POVOLENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	92

ÚVOD

Nádory varlat statisticky nepatří v mužské populaci mezi onkologické onemocnění s největším výskytem, a tak jim není věnována náležitá pozornost a veřejnost není o možném výskytu dostatečně informována. Nádory varlat patří při včasném záchytu mezi nádory zcela vyléčitelné díky novým metodám léčby užívaných v posledních desetiletích.

Výběr tématu je mi velmi blízký, protože pracuji dlouhá léta na urologické klinice, kde se s muži postiženými touto diagnózou setkávám. Informovanost mužů se v poslední době díky několika mediálně prezentovaným projektům změnila, ale bohužel stále dochází k situacím, kdy muži po zjištění příznaků otálejí z nejrůznějších důvodů s návštěvou lékaře někdy i celé měsíce. Mnohdy je vůbec nenapadne, že by mohli trpět tak závažným onemocněním a příznaky podceňují. Zejména mladí lidé, které toto onemocnění převážně postihuje, vnímají zdraví jako přirozenou součást života a necítí se ohroženi jeho ztrátou. Po sdělení diagnózy se musejí vyrovnat s realitou nemoci, která je může ohrozit na životě, dále s neodkladnou operací provedenou v průběhu několika hodin a nezbytně se objevujícími myšlenkami, které se týkají jejich budoucího života, partnerství i rodičovství.

Prostřednictvím této práce jsem se snažila získat komplexní pohled na danou problematiku onemocnění. Vždy mě zajímala vhodná forma komunikace a správná volba přístupu k pacientům, protože diagnostika onemocnění je vždy velmi viditelně zasáhla. Pro získání potřebných informací jsem volila pacienty, kteří svoje onemocnění mohou hodnotit s určitým odstupem.

Bakalářská práce se skládá z části teoretické a empirické se zvláště vytyčenými cíli. Teoretická část se věnuje anatomickým a fyziologickým poměrům, je celkově zaměřena na veškeré poznatky o charakteristice onemocnění v dostupné literatuře počínaje výskytem, diagnostikou a léčbou daného onemocnění. Zabývá se obecně problematikou prevence, komunikace, edukace a rolí sestry při ošetřování pacienta. Empirická část je zaměřena na zmapování výskytu daného onemocnění v populaci, informovanost pacientů před zjištěním diagnózy, jejich vyrovnání se s novou situací a využití jejich zkušeností k vytvoření vhodného edukačního materiálu zejména pro nově diagnostikované pacienty s očekávaným zkvalitněním poskytované péče.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI:

1. Seznámit s podrobnějšími informacemi o nádorech varlat (anatomie a fyziologie reprodukčního systému muže, patologie nádorů, rizikové faktory, příznaky, diagnostika, léčba)
2. Informovat o výskytu nádorového onemocnění v populaci, vysvětlit a popsat základní epidemiologické údaje
3. Definovat pojem prevence, seznámit s metodou samovyšetření varlat
4. Popsat ošetrovatelské hledisko z pohledu pacientova pojetí nemoci a výběru vhodné komunikace
5. Přiblížit problematiku edukace a roli sestry v edukačním procesu

1.2 ANATOMIE MUŽSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ

Mužské pohlavní orgány (organa genitalia maskulina) zahrnují vnitřní a zevní pohlavní orgány. Vnitřní pohlavní orgány jsou párové a nepárové. Mezi párové orgány patří varlata (testes), nadvarlata (epididymides), chámovody (ductus deferentes), měchýřkové žlázy (glandulae vesiculosae) a vypuzovací kanálky (ductus ejakulatorii). K nepárovým orgánům patří předstojná žláza (prostata) a močová trubice (urethra maskulina). Zevními pohlavními orgány jsou označovány zevně patrné útvary, mezi které patří šourek (skrotum) s uvnitř uloženými varlaty a pyj (penis) obsahující periferní část močové trubice (Čihák, 2002).

1.2.1 VNITŘNÍ POHLAVNÍ ORGÁNY

Varlata jsou párový orgán a jsou uloženy v šourku. Varle má tvar elipsoidu, je tuhé, pružné a citlivé na tlak. Fyziologicky má hladký povrch. Varle novorozence je dlouhé 1 cm a jeho váha je okolo 2 g. Do období puberty roste pomalu, poté roste velmi rychle a okolo 20 let dosahuje definitivních hodnot. Měří 4 - 5 cm x 3 - 3,5 cm x 2,5 cm. Jeho hmotnost činí 18 až 25 g. Levé varle bývá větší, těžší a v šourku je uloženo níže než pravé. K jeho zadní stěně přiléhá nadvarle (Čihák, 2002). Varle je obklopeno několika vrstvami obalů.

Nejvnitřější obal varlete tvoří dva listy tunica vaginalis testis mezi kterými je štěrbina obsahující několik mililitrů čiré, jantarové tekutiny (Zvara, 2010). Povrch varlete kryje tuhá bělavá blána (tunica albuginea), která svými výběžky rozděluje vlastní tkáň varlete na lalůčky s mnohonásobně stočenými semenotvornými kanálky. V jejích stěnách probíhá vývoj zárodečných mužských pohlavních buněk- spermií (spermiogeneze). Optimální ochranné prostředí a výživu pro spermie vytvářejí podpůrné (Sertoliho) buňky. Ve vazivu mezi semenotvornými kanálky jsou vmezeřené další buňky (Leydigovy), které produkují androgenní hormony, z nichž nejdůležitější je testosteron. Tento hormon se uplatňuje již při embryonálním vývoji mužských pohlavních orgánů. Působí v pubertě na růst zevních pohlavních orgánů, sekundárních pohlavních znaků, podporuje potenci a určuje pohlavně specifické chování. Dále stimuluje tvorbu spermií a působí i na jiné orgánové systémy (Čihák, 2002; Wein, 2011).

Nadvarle je párový orgán připomínající protáhlý útvar přiložený k zadnímu okraji varlete, na kterém rozlišujeme hlavu (caput), tělo (corpus) a ohon (cauda epididymis). Cauda při dolním pólu varlete zahýbá dozadu a vzhůru a přechází do chámovodu (ductus deferens). Nadvarle podobně jako varle obsahuje kanálky, které vytvářejí lalůčky s hustě stočenými kanálky. Zde obsažené buňky produkují sekret kyselé povahy nezbytný pro dozrání a uložení spermií. Ty se sem uvolňují z varlete a jejich transport nadvarletem trvá 8 - 17 dnů (Čihák, 2002).

Chámovod (ductus deferens) je párová trubice dlouhá 35 - 40 cm o průměru kolem 3 mm, která je pokračováním ocasu nadvarlete a vytváří spojení s močovou trubicí. Dochází zde k transportu spermií při ejakulaci. Spolu s cévami prochází tříselným kanálem, dále se stáčí za močovým měchýřem k prostatě, kterou prochází a po spojení s vývodem měchýřkovitých žlázek vytváří ductus ejakulatorius ústící do močové trubice. Chámovod vystylá sliznice tvořící četné řasy se známkami sekrece. Kolem sliznice je na pohmat charakteristicky tuhá silná svalovina (Fiala, 2008).

Měchýřkové žlázy (glandulae vesiculosae) jsou párové přídatné žlázy uložené za zadní stěnou močového měchýře. Mají protáhlý tvar, jsou dlouhé 4 - 5 cm, široké 1, 5 - 2 cm často asymetrické s hrbolatým povrchem. Jejich vývody ústí do chámovodu. Sliznice žláz produkuje vlivem testosteronu sekret, který tvoří největší část (50 - 80 %) ejakulátu (Čihák, 2002).

Předstojná žláza (prostata) je nepárový svalově žláznatý elastický orgán velikosti kaštanu uložený pod močovým měchýřem, kde obepíná část močové trubice. Její zadní plocha

je obrácená k rektu a lze ji skrze něj nahmatat. Povrch tvoří vazivový obal. Obsahuje četné žlázné buňky produkující sekret vyvedený otvůrkou na zadní stěně močové trubice a přispívá k celkovému množství ejakulátu z 15 - 30 % (Čihák, 2002).

Mužská močová trubice (urethra masculina) je trubice dlouhá 20 - 22 cm, která začíná v močovém měchýři a končí na vrcholu žaludu penisu (glans penis) v podobě zevního ústí močové trubice. Je vývodnou cestou močovou a zároveň je vývodnou cestou pohlavní. Prochází orgány a útvary podle kterých se nazývají její jednotlivé části. První úsek (pars intramuralis) prochází stěnou močového měchýře se svěračem z hladké svaloviny. Druhý úsek (pars prostatica) prochází prostatou. Zde ústí ductus ejakulatorius a prostatické vývody. Třetí nejužší úsek (pars membranacea) prochází kolmo skrze vazivovou a svalovou ploténku (diafragma urogenitale) a svěračem z příčně pruhované svaloviny. Přejít do čtvrté části (pars spongiosa) je spojen s náhlým zakřivením urethry procházejícím nepárovým topořivým tělesem penisu se zevním vyústěním na žaludu (Čihák, 2002).

1.2.2 ZEVNÍ POHLAVNÍ ORGÁNY

K zevním pohlavním orgánům patří šourek a pyj. **Šourek** (skrotum) vytváří kožní vak, který je zavěšený pod symfysou za kořenem penisu. Je septem rozdělen na dvě poloviny, kde jsou v každé zvlášť uložena varlata se svými obaly, nadvarlata a chámovody. Stěna šourku je tvořena několika svalovými a vazivovými vrstvami (Fiala, 2008). Bezprostředně pod jemnou kůží krytou ochlupením je tenká vrstva hladké svaloviny (tunica dartos). Díky ní kůže v horku relaxuje a šourek se tak zvětšuje a varle klesá od hráze a naopak v chladu se svažuje, zmenší svůj povrch a k hrázi coby zdroji tepla se přiblíží. Tak se zásadně podílí na hlavní termoregulační funkci šourku, která spočívá v udržení teploty varlete nižší, než je teplota tělesná a je nezbytná pro normální tvorbu spermií (Zvara, 2010).

Pyj (penis) je mužský kopulační orgán, který tvoří dvě párová topořivá kavernózní tělesa (corpora cavernosa penis) uložená při hřbetní straně penisu a jedno houbovitě těleso (corpus spongiosum) uložené uprostřed. Houbovitě těleso se na konci penisu rozšiřuje a vytváří žalud (glans penis). Na jeho vrcholu ústí tělesem probíhající močová trubice. Kůže penisu je tenká, posunlivá a na přechodu těla penisu v glans penis vytváří předkožku (prepuccium). Ta je zespod k žaludu fixována uzdičkou (frenulum) Rozměry penisu se individuálně liší a jsou ovlivněny jeho krevní náplní. Při působení erotických stimulů dochází prostřednictvím nervové reakce ke ztopoření (erekci), kdy dochází k naplnění kavernózních těles krví a zároveň se minimalizuje žilní odtok. Po vyprázdnění semene (ejakulaci) se přítok krve sníží, žilní odtok se uvolní a penis ochabuje (Fiala, 2008).

1.3 PATOLOGIE NÁDORŮ OBECNĚ

Zhoubné nádory představují celosvětově významný zdravotní problém. Řadí se na druhé místo v příčině úmrtí a zapříčiňují častou invaliditu a pracovní neschopnost. Nádorové bujení lze definovat jako stav neregulovaného růstu buněk, jehož výsledkem je nárůst nádorové tkáně způsobující napadání a ničení normální zdravé tkáně. Vlastní nádorová tkáň (parenchym) má typické vlastnosti pro daný druh nádoru a obsahuje též tkáň podpůrnou (stroma). Druhů nádorů je známo více než 250 a všechny mají specifickou symptomatologii. Nádorový růst je expanzivní, infiltrativní, nebo invazivní. **Expanzivní** růst představuje mechanický útlak okolí s následnou atrofií okolních tkání. **Infiltrativní** růst představuje vrůstání nádorových buněk mezi buňky okolních tkání, které přímo neničí. **Invazivní** růst představuje vrůstání nádorových buněk do okolních tkání, které poškozují a ničí. Podle druhu tkáně, z které nádor vzniká, se dělí na mezenchymové, epitelové, neuroektodermové, terminální, choriokarcinom a mezoteliom. Mezenchymové nádory vznikají v pojivových tkáních typu vazivové a tukové tkáně a buňkách krve (sarkomy). Epitelové nádory vznikají ze žlázových a krycích epitelových buněk. Maligní epitelové nádory (karcinomy) se vyskytují nejčastěji. Neuroektodermové nádory vycházejí z buněk centrální a periferní nervové soustavy (gliomy). Germinální nádory vznikají ze zárodečných buněk pohlavních žláz. Choriokarcinom je vysoce zhoubný nádor vznikající z části placenty či varlete. Mezoteliom je vázán na tkáň vystýlající dutiny. Základní dělení nádorů dle jejich vlastností a růstu je na benigní a maligní. **Benigní** nádory rostou většinou expanzivně pomalu, jsou ohraničené a zůstávají na místě svého vzniku. **Maligní** nádory rostou rychleji infiltrativním způsobem s destrukcí okolí a zakládají dceřiná vzdálená ložiska (metastázy). Šíření nádoru se tedy děje buď přímo, nebo vytvářením metastáz. K metastazování může dojít porogenně, kdy k šíření dochází díky anatomickým poměrům k volnému pohybu buněk v dutinách. Dále hematogenně, kdy jsou nádorové buňky zaneseny krví v krevním řečišti na vzdálené místo. Poslední možností je šíření lymfogenní cestou lymfatických cév s mízními uzlinami. Kvůli potřebě přesného určení typu nádoru, zvolení adekvátní léčby, odhadu prognózy a vyhodnocování léčby byl vytvořen mezinárodní klasifikační systém označovaný jako **TNM klasifikace**. Popisuje rozsah onemocnění dle anatomických stadií. Stadium je stanoveno pro každý orgán zvlášť ve třech hodnocených složkách označených písmeny. T (tumor) určuje rozsah primárního nádoru, N (nodus) určuje stav lymfatických uzlin a M (metastasis) určuje přítomnost, nebo nepřítomnost vzdálených ložisek. v jednotlivých kategoriích se za písmena přidávají čísla, která konkretizují rozsah nádorového procesu. Nejdříve je stanovena

předléčebná klinická klasifikace označovaná cTNM na základě klinického, zobrazovacího, endoskopického či jiného vyšetření. Tato klasifikace je důležitá pro výběr primární léčby. Na podkladě chirurgického výkonu a následného patologického vyšetření resekovaného preparátu se stanovuje **pooperační histopatologická klasifikace (staging)** označovaná pTNM. Histopatologicky se dále určuje stupeň diferenciací (**grading**). Jde o stanovení biologické vlastnosti nádoru. Porovnávají se morfologické podobnosti nádoru s výchozí tkání. Zde platí, že čím méně se nádorové buňky podobají výchozí tkáni, tím je proces zhoubnější. Stupně klasifikace se dělí na dobře (grade 1), středně (grade 2) a špatně (grade 3) diferencovaný tumor (Vorlíček, 2006).

1.3.1 EPIDEMIOLOGIE NÁDORŮ

Prioritou v péči o onkologicky nemocné je rozvíjení preventivních metod, léčebných postupů a mnohostranná oborová spolupráce. Logicky vznikla potřeba sledovat a hodnotit výskyt nádorů. Došlo tak k rozvoji **epidemiologie** nádorů na úrovni vědního oboru medicíny, který studuje nemoci z hlediska populace. Pracuje s přesně definovanými pojmy, mapuje výskyt nemocí a snaží se o nalezení faktorů a podmínek, které tento výskyt ovlivňují. Mezi základní epidemiologické ukazatele patří incidence, prevalence, mortalita a letalita nádorové nemoci. **Incidence** udává poměr počtu nově vzniklých onemocnění v dané populaci v určitém časovém období. Většinou se udává poměr počtu nových onemocnění na 100 000 obyvatel za jeden rok. **Prevalence** udává poměr počtu osob žijících s určitým nádorem k počtu obyvatel v konkrétním datu daného roku. **Mortalita** (úmrtnost) vyjadřuje počty zemřelých na zhoubný nádor opět zpravidla v přepočtu na 100 000 obyvatel za jeden rok. **Letalita** (smrtnost) vyjadřuje poměr počtu zemřelých osob k počtu osob onemocnělých stejným nádorem a zpravidla se udává v procentech. Vzhledem ke zvyšující se kvalitě zdravotní péče, lepší organizaci a dostupnosti nových diagnostických postupů a možností léčby je sice patrný nárůst incidence onkologických onemocnění, ale snižuje se mortalita a tím i prevalence těchto onemocnění (Vorlíček, 2006).

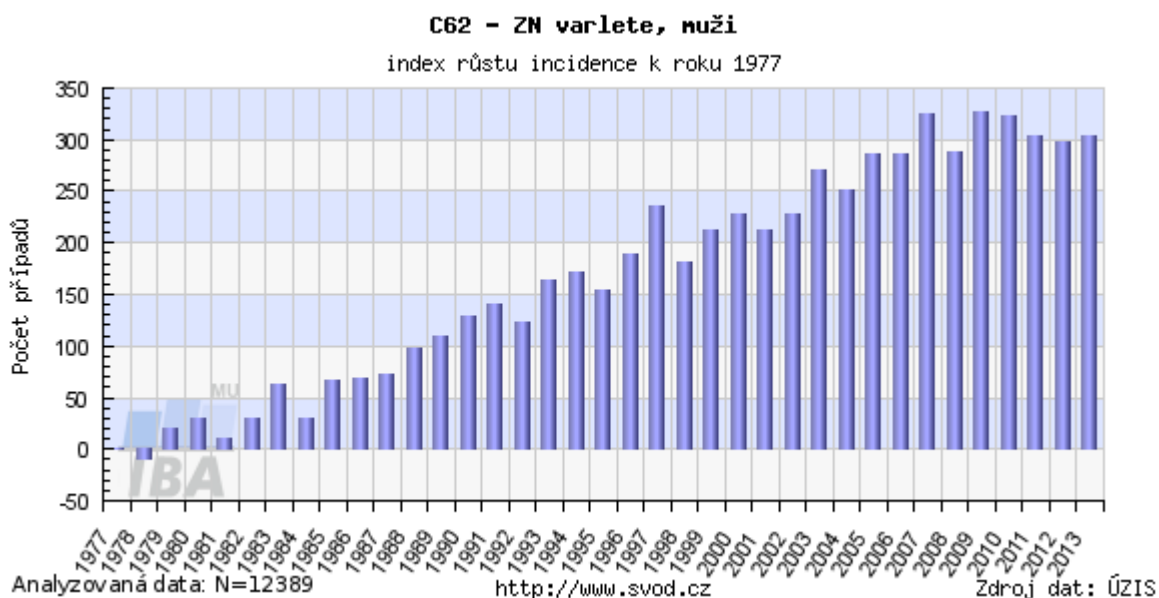
V naší republice existuje zákonné opatření o sběru dat, kdy každá osoba s nádorovým onemocněním musí být nahlášena do **Národního onkologického registru (NOR)**. Ten poskytuje souhrnné údaje nejen pro statistické přehledy jak na národní, tak i mezinárodní úrovni, ale i pro epidemiologické studie a zdravotnický výzkum. Jsou získávána data o nově diagnostikovaných nádorech v jednotlivých věkových kategoriích, jejich léčbě a dalším průběhu a vývoji onemocnění. Tato data jsou nepostradatelná pro volbu, optimalizaci a řízení léčebné péče a lze dle nich odhadnout náklady spojené s léčbou daného onemocnění. S daty

NOR pracuje interaktivní portál www.svod.cz, který je primárně motivován snahou zpřístupnit užitečná data širokému veřejnosti a veškerým zájemců. Prostřednictvím služeb portálu se mohou všichni uživatelé informovat o situaci v regionech, porovnat česká data se zahraničními, nebo analyzovat trendy incidence a mortality různých onkologických onemocnění.

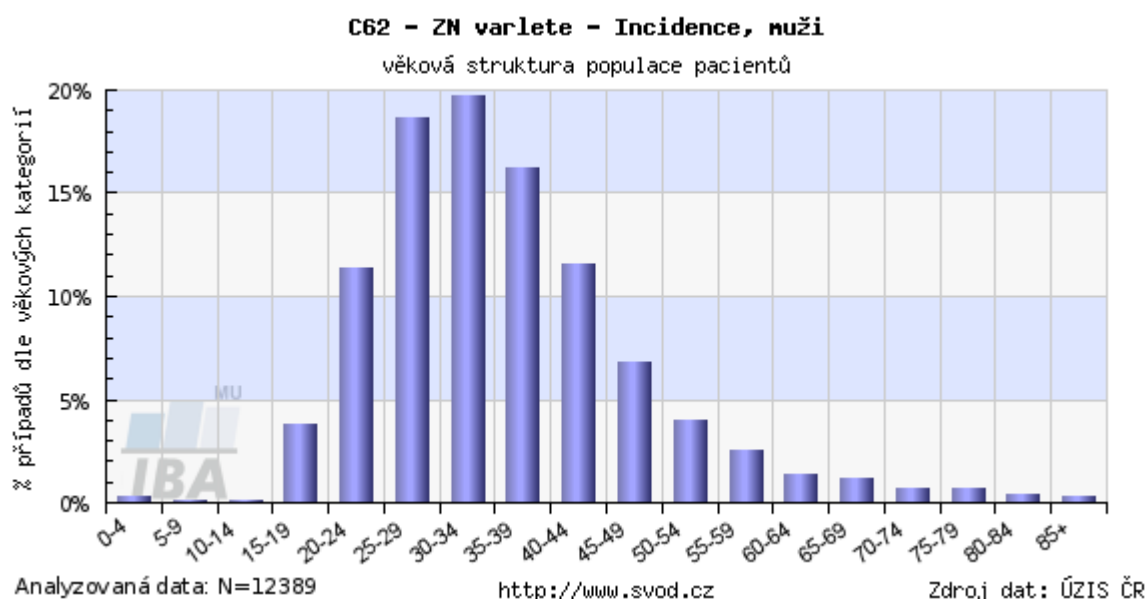
1.3.2 EPIDEMIOLOGIE NÁDORŮ VARLAT

Nádory varlat mají výraznou věkovou, geografickou, etnickou a rasovou distribuci. Představují asi 1, 5 - 2 % všech malignit mužů, ale patří mezi nejčastější solidní nádory ve věkové skupině 15 - 35 let. Incidence má celosvětově narůstající trend, v České republice se počet nových případů nádorů varlat za posledních třicet let více než zdvojnásobil a udává 8 - 9 nových případů/ 100 000 mužů, což představuje více než 440 nových případů za rok. Data NOR jsou dostupná se zpožděním dvou až tří let z důvodu probíhajících kontrol (Bajčiová, 2011).

Graf 1: index růstu

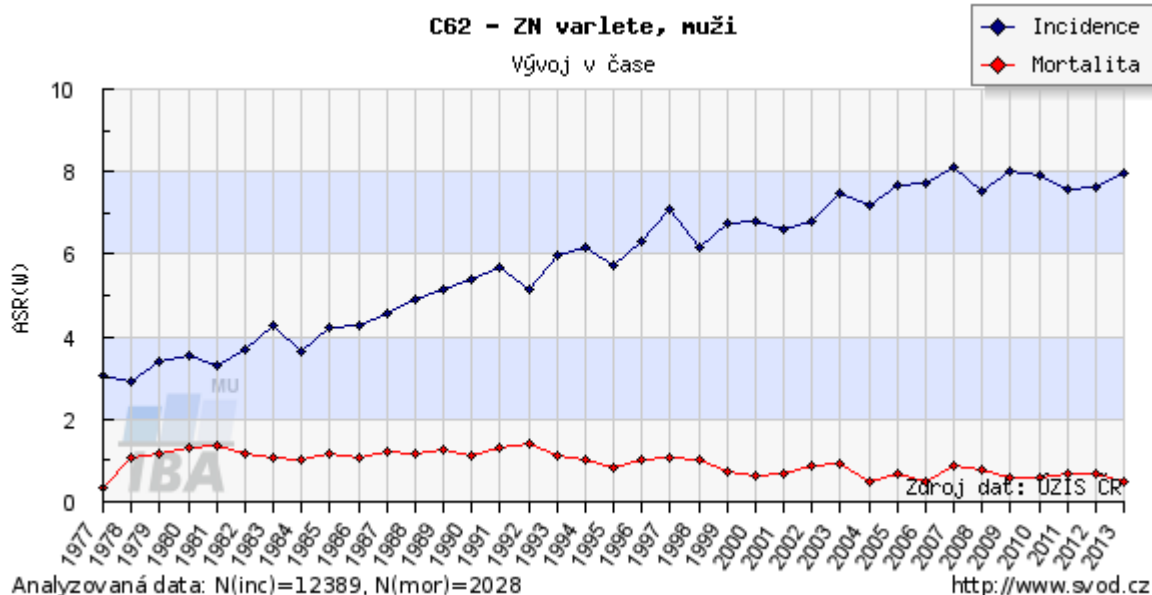


Graf 2: věková struktura populace pacientů



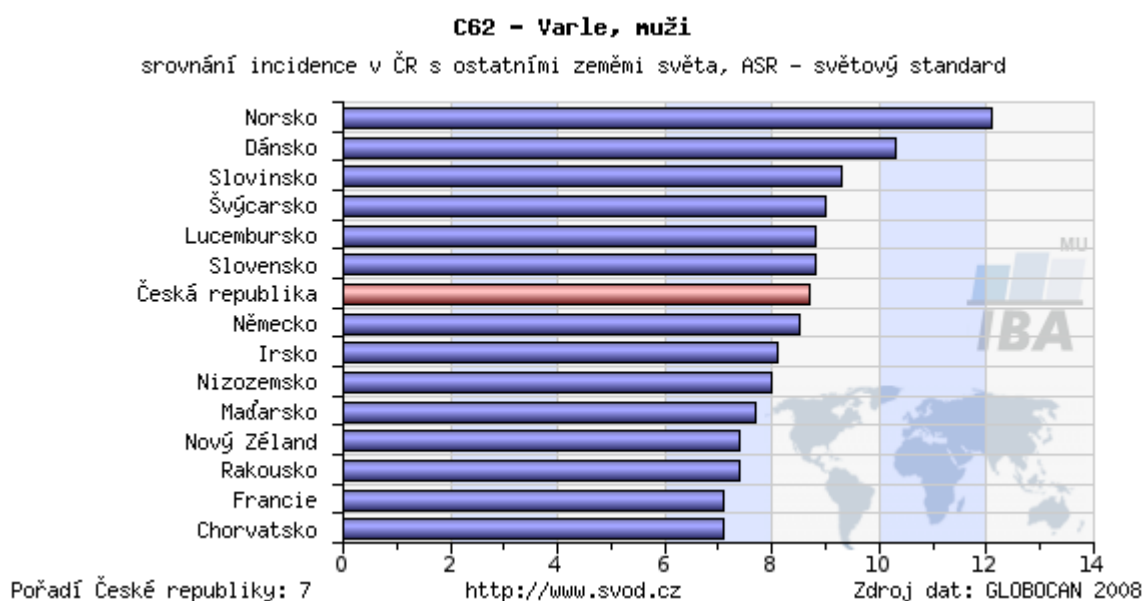
Grafické znázornění výskytu nádorů varlete v jednotlivých věkových strukturách mužské populace ukazuje na nejvyšší výskyt v období 20 - 45 let.

Graf 3: incidence a mortalita nádorů varlete



Mortalita testikulárních nádorů má v České republice klesající tendenci a odráží skutečnost, že tento typ nádorů dnes patří mezi nejlépe léčitelné nádory dospělých.

Graf 4: srovnání incidence v ČR s ostatními zeměmi světa



Incidence nádorů varlat obecně stoupá od východu k západu a od jihu k severu. Nejvyšší incidence je v Dánsku a státech severní Evropy, nejnižší ve státech jihovýchodní Asie. Lze říci, že toto onemocnění postihuje hlavně bílou rasu. Černá rasa má nejmenší incidenci (Abrahámová, 2008).

1.4 NÁDORY VARLAT

Etiopatogeneze nádorů varlat není známa. Do souvislosti se vznikem tohoto onemocnění se dávají nejrůznější faktory. Nejvýznamnějším faktorem je prokazatelně nedostatečně sestouplé varle (kryptorchismus). K dalším faktorům se řadí vrozené anomálie, genetické faktory, přítomnost druhostranného nádoru varlete, či jiné malignity v minulosti, virové onemocnění a hormonální vlivy. Podobně jako u jiných nádorů je zkoumán vliv zevních faktorů v souvislosti s životním stylem jedince a dále vliv životního prostředí. Poukazuje se zejména na souvislost s chemickými kancerogeny typu herbicidů, pesticidů, rozpouštědel a sloučenin těžkých kovů (Adam, 2010).

1.4.1 KRYPTORCHISMUS

V širším pojmu lze za kryptorchismus považovat všechny polohové anomálie varlete, kdy se toto nenachází na svém obvyklém místě v šourku. Při svém vývoji je varle původně založeno vysoko v retroperitoneu a začíná sestupem směrem kaudálním ve druhém měsíci

nitroděložního vývoje. Varle fyziologicky sestupuje směrem k tříselnému kanálu a dále poměrně rychle, v konečné fázi se však výrazně zpomaluje a ke konečnému uložení dochází často až po narození dítěte. Doba zakončení sestupu je různá a souvisí se zralostí dítěte. Nezralí chlapci mají nesestouplá varlata až v 30%. Přibližně u dvou třetin novorozenců s nesestouplými varlaty se proces dokončí do 6. měsíců po narození. Je jasně prokázáno, že fyziologický sestup se děje pod vlivem hormonů a porucha sestupu je ve velkém počtu případů vyvolána hormonální poruchou. Varle může být zadrženo na různých místech své cesty, ale může být i z cesty zcela vysunuto pokud neprošlo zevním ústím tříselného kanálu (Tošovský, 2004). Kryptorchismus se proto dělí do následujících skupin:

Retinované varle. O retinovaném varleti hovoříme při jeho zadržení v podkoží mezi šourkem a tříslem (retence neskrotální), přímo v tříselném kanálu (retence inguinální), nebo břiše (retence abdominální). v případě břišní retence varle nelze palpat. v tomto případě je nutné vyloučit varle zcela chybějící, nevyvinuté, kdy lze nalézt pouze slepě končící cévy a chámovod (anarchismus). v případě zadržení v tříselném kanálu se varle nenachází v šourku, ale je obvykle palpovatelné právě v třísele (Tošovský, 2004).

Klouzavé (skluzné) varle. Při tomto stavu se varle nenachází v šourku, ale lze ho vyhmátnat v zevním ústí tříselného kanálu. Šetrným tahem ho lze stáhnout do šourku, ale po uvolnění se ihned vrací zpět na původní místo (Tošovský, 2004).

Retraktilní varle (testis migrans) je též někdy označován jako pseudokryptorchismus, protože se nejedná o skutečnou retenci varlete. Při tomto stavu vlivem zvýšeného kremasterového reflexu varle putuje (migruje) mezi šourkem a oblastí třísel. Zde na rozdíl od ostatních stavů není indikována léčba, ale pečlivé a pravidelné sledování. Obvykle s nástupem puberty kolem 13. let retrakce zcela vymizí (Tošovský, 2004).

Ektopie varlete je stav, při kterém je varle umístěno mimo dráhu svého fyziologického sestupu. Obvykle se vynoří z tříselného kanálu, pak ale vybočí a zabloudí na jiná místa mimo šourku. Může se usídlit na hrázi, v oblasti vnitřního stehna, nad stydkou kostí, nebo při kořeni penisu. Tato vada je velmi vzácná (Tošovský, 2004).

Z výše uvedeného vyplývá, jak důležité je provedení fyzikálního vyšetření a záznam tohoto nálezu již v porodnici a dále pak ve spolupráci s pediatrem v průběhu růstu dítěte. Je zřejmé, že pokud se varle někdy vyskytlo v šourku, i když je poté nehmátné, jde o varle retraktilní. Rozlišit zda se jedná o retrakci, nebo retenci je pro následný postup zcela zásadní. Ještě před několika desítkami let se za nejvhodnější dobu pro léčbu kryptorchismu pokládal předškolní věk a někteří lékaři doporučovali vyčkat až do nástupu puberty. Nové poznatky

v oblasti histologické s rozvojem mikroskopie jasně prokázaly, že už po druhém roce dítěte dochází k nevratnému poškození zárodečných buněk a omezení jejich počtu. Dále dochází ke vzniku úchylek postihujících veškerou tkáň retinovaného varlete. Semenotvorné kanálky jsou méně vyvinuté a nedosahují normální délky (Tošovský, 2004) v populaci nemocných s testikulárními nádory tvoří kryptorchici asi 10 %. Riziko vzniku testikulárního nádoru u dospělých postižených kryptorchismem v dětství se dle různých autorů udává mezi 3, 5 – 17 % (Abrahámová, 2008).

Obecně uznávanou metodou léčby kryptorchismu je **orchiopexe**. Při této jemné operační technice se varle bezpečně ukládá na správném místě, kde může být několika možnostmi fixováno s cílem zabezpečit ho proti vyklouznutí a případně torzi (Zvara, 2010) v současnosti je zaujímáno stanovisko, že operace má být provedena mezi 12 - 18 měsíci věku z důvodu zachování funkce semenotvorných kanálků (Abrahámová, 2008).

1.4.2 OSTATNÍ VROZENÉ ANOMÁLIE

Nutno podotknout, že neexistují systematické studie, které by se zabývaly asociacemi vrozených anomálií s nádory varlat. Předmětem diskuzí a ojedinělých studií bývá spojitost vrozené **hypospadie** (vrozený rozštěp močové trubice umístěné na spodní straně penisu). Neexistují však národní registry této anomálie a dle průzkumu současné české mužské populace s testikulárními nádory existuje minimální výskyt hypospadie v anamnéze - 0,1 % (Abrahámová, 2008).

Inguinální hernie (tříselná kýla) se ve vztahu s rizikem pro vznik nádoru diskutuje již od poloviny osmdesátých let, kdy bylo publikováno riziko až 2,8 krát vyšší, než u populace bez přítomnosti hernie (Abrahámová, 2008).

1.4.3 GENETICKÉ FAKTORY

Specifické geny zodpovědné za riziko vzniku testikulárních nádorů nebyly dosud nalezeny. Řada studií dokazuje významnou roli dědičných predispozic. Je prokázané několikanásobně vyšší riziko vzniku u muže, jehož otec, nebo bratr trpí tímto onemocněním.

1.4.4 HORMONÁLNÍ VLIVY

Velká pozornost se věnuje studiím na hormonální vliv v průběhu nitroděložního vývoje plodu. Pozornost je věnována především estrogenům, kdy byl prokázán vliv vyšších hladin na výskyt abnormalit genitálního traktu (Dvořáček, 2005).

1.4.5 VIROVÉ INFEKCE

Asociace výskytu testikulárních nádorů se uvádí především v souvislosti s parotickou orchitidou. Jasná souvislost nebyla dosud doložena. Spíše se uvažuje o souvislosti s testikulární atrofií, která vzniká následkem tohoto zánětlivého procesu. Stejně spekulativní a otevřená je otázka vlivu cytomegaloviru, nebo viru Epstein - Barrové (Dvořáček, 2005).

1.4.6 PORANĚNÍ (TRAUMA) VARLETE

Přímé poranění šourku, nebo vznik mikrotraumat spojovaných s určitým druhem sportu (např. jízdou na koni, kole) byla dlouhou dobu považována za pravděpodobné faktory přispívající ke vzniku onemocnění (Dvořáček, 2005). K těmto závěrů přispíval fakt, že poranění šourku udávalo v anamnéze nezanedbatelné procento mužů (26% českých mužů). Souvislost s fyzickou aktivitou a sportem však nebyla prokázána. Předpokládá se fakt, že muži si nově vzniklé onemocnění dávají do souvislosti s prodělaným úrazem z důvodu vlastního vysvětlení příčiny svého onemocnění. Trauma se tedy považuje spíše za upozorňující příhodu (Abrahámová, 2008).

1.4.7 ZEVNÍ FAKTORY

Dietetické faktory byly zkoumané řadou studií. Předmětem výzkumu byl vliv zvýšeného příjmu veškerých tuků, vliv nasycených živočišných tuků, tučných sýrů, fytoestrogenů a celkovému dennímu kalorickému příjmu. Výsledky byly ovšem poměrně chudé.

Vliv **kuřáctví** je další zkoumanou oblastí. Pozornost byla věnována především vlivu pasivního kouření v intauterinním životě, raném dětství a během kojení. Hypotéza o vztahu pasivního kouření v souvislosti se vznikem testikulárního nádoru nebyla prokázána.

Vlivům **životního prostředí** (environmentálních faktorů) byly věnovány rozsáhlé studie v několika zemích pokrývající velmi široké spektrum možných vlivů. Ke zkoumaným faktorům patřil vliv elektromagnetického pole, různých typů záření včetně mobilních telefonů a policejních radarů, dále vliv ionizujícího záření, extrémních teplot, herbicidů, pesticidů, těžkých kovů, mykotoxinů. Zkoumány byly i profese s expozicí chemickým látkám týkající se výroby plastů, papíru i buničiny, kovovýroby a dále požárníci, tesaři, truhláři a pracovníci vystavení výfukovým plynům. Závěry byly víceméně diskutabilní až rozporuplné. Za jednoznačně prokázané rizikové faktory lze označit pouze vliv **rentgenového záření** v průběhu těhotenství, dlouhodobé pracovní expozice **extrémním teplotám** a vliv ochratoxinu A. **Ochratoxin A** je mykotoxin produkovaný plísní *Aspergillus* a je klasifikován

jako možný karcinogen pro člověka. U zvířat je prokázány jako genotologický karcinogen urogenitálního traktu. Člověk přichází do kontaktu s ochratoxiny kontaminovanou potravou. K ní se řadí káva, čaj, víno, koření, obiloviny, sušené ovoce, vepřové maso a vnitřnosti zvířat krmných kontaminovaným krmivem (Abrahámová, 2008).

1.5 PŘÍZNAKY NEMOCI (SYMPTOMATOLOGIE)

Příznaky lze dělit podle stádia onemocnění na lokální, hormonální (systémové) a příznaky způsobené metastázami (diseminací)

1.5.1 LOKÁLNÍ PŘÍZNAKY

Nejčastějším příznakem je změna velikosti varlete. To bývá zvětšené a velmi často nebolestivé. Dle mých zkušeností z praxe právě nebolestivost bývá významným faktorem, který oddaluje návštěvu lékaře. Zvětšení většinou zpozoruje pacient sám, někdy si této změny všimne partnerka. Na varleti lze dále pozorovat ztuhnutí, změnu povrchu z hladkého na hrbolatý, případně lze vyhmatat uzел. S nárůstem velikosti se může objevit pocit tíže v oblasti šourku. Akutní bolest se vyskytuje velmi málo, může být spojena s rychlým růstem nádoru, nebo krvácením do nádoru, které může být způsobeno úrazem. Úraz byl někdy muži dáván do souvislosti se zvětšením varlete, lékaři je však úraz posuzován spíše jako upozorňující událost (Abrahámová, 2008; Adam, 2010).

1.5.2 HORMONÁLNÍ (SYSTÉMOVÉ) PŘÍZNAKY

Tyto příznaky jsou způsobené hormonální aktivitou nádoru. Mohou se pozorovat jako první příznaky. Vyskytují se asi u 7 % případů (Adam, 2010). U dospělých mužů se může projevit zvětšením prsních žláz (gynekomastií) vlivem zvýšené hladiny hormonu beta-HCG. Zvětšení bývá symetrické, oboustranné a bývá spojené se zvýšenou citlivostí bradavek (Abrahámová, 2008).

1.5.3 PŘÍZNAKY ZPŮSOBENÉ METASTÁZAMI

Tyto příznaky vznikají po rozšíření (diseminaci) onemocnění na vzdálené orgány. I tyto příznaky mohou být spatřovány až ve třetině případů jako první projev vedoucí muže k lékaři. Prvním místem šíření jsou lymfatické uzliny v retroperitoneu, které svým zvětšením vyvolávají lokální příznaky v podobě bolesti zad, slabosti končetiny s poruchami hybnosti, otoku končetiny, nebo její trombóze v důsledku útlaku žil. Bývá hmatná, někdy i okem

viditelná rezistence na břicho. Další typické uzlinové metastázy, které znamenají pokročilý rozsev, je okem viditelné zvětšení uzlin v nadklíčkové oblasti. Plicní metastázy se nemusejí projevovat žádnými obtížemi až do doby, kdy je postižení mnohočetné a rozsáhlé. Pacienta v tomto případě přivádí k lékaři pocit krátkého dechu, kašel, nebo vykašlávání krve. Mohou se objevovat nespecifické příznaky v podobě únavy, hubnutí a zvýšených teplot. Mozkové metastázy se mohou projevit bolestmi hlavy, změnami psychiky, epileptickými záchvaty, nebo pod obrazem cévní mozkové příhody (Abrahámová, 2008).

1.6 DIAGNOSTIKA

K lékaři pacienta většinou vedou lokální příznaky v podobě změn na varleti, výjimkou bohužel nejsou ani příznaky generalizace onemocnění. Prvotní vyšetření bývá v rukou praktického lékaře s následným vyšetřením urologem. Stanovení včasné diagnózy je nesmírně důležité pro další prognózu onemocnění. Při podezření na nádorové onemocnění a stanovení diagnózy by měl lékař velmi uvážlivě zvažovat další postup s odpovídající mírou informovanosti u konkrétního pacienta. Diagnostika uroonkologických onemocnění se stejně jako v jiných oborech řídí doporučenými postupy (guidelines), které lékaři určují optimální výběr jednotlivých vyšetření a postupů s daným medicínským i ekonomickým efektem. Tyto postupy jsou v urologii vydávány Evropskou urologickou asociací (EAU) a nadále jsou upraveny dle legislativních a ekonomických možností pro Českou republiku. Tato doporučené postupy se týkají nejen diagnostiky, ale i zvolených léčebných metod a poléčebného sledování (dispenzarizace) onemocnění. Při prvotním podezření na toto onemocnění stačí provést fyzikální pohmatové vyšetření s následným potvrzením diagnózy pomocí ultrazvukového vyšetření. Následuje RTG snímek plic pro odhalení případných metastáz, odběr biochemických specifických nádorových markerů a indikace k akutní operaci, která probíhá na urologickém pracovišti. Poté jsou indikována další zpravidla ambulantně prováděná vyšetření k určení stagingu onemocnění a pacient je po zhojení rány předán na onkologii ke komplexní onkologické léčbě.

Fyzikální vyšetření se provádí pohmatem a je plně indikováno při prvotním podezření na onemocnění. Dle něho lze snadno potvrdit toto podezření. Šetrnou palpací lze odlišit normální nález na varleti, které je volně pohyblivé s homogenní konzistencí. Oproti tomu varle postižené nádorem je zvětšené, tuhé, s nerovným povrchem a většinou

nebolestivé. Kromě vyšetření varlat se pozornost musí zaměřit i na břicho a nadklíčkové oblasti (Adam, 2010; Dvořáček, 2005).

Sonografie přítomnost tumoru potvrdí a provádí se vždy v návaznosti na vyšetření pohmatem. Zároveň rozliší další možné patologické procesy v podobě cystických útvarů, zánětů varlete, nadvarlete či skrotální kýly, kde další léčebný postup je zcela odlišný. Současně se provádí sonografie retroperitonea se zaměřením na případné postižení spádových lymfatických uzlin. (Adam, 2010).

RTG plíc je indikován vždy předoperačně.

Markery tumorů varlat stanovené nemocnému krevním odběrem. Tyto markery jsou u testikulárních nádorů vysoce senzitivní a specifické. Umožňují potvrzení diagnózy i v případě malého rozsahu onemocnění, dále pomáhají určit rozsah s metastazováním a využívají se při následné probíhající léčbě a následujících kontrolách po ukončené léčbě s časným odhalením možné recidivy onemocnění (Adam, 2010). V krvi se vždy předoperačně stanovuje hladina alfa- fetoproteinu (AFP), lidský choriový gonadotropin (beta-hcg) a laktátdehydrogenázy (LDH). AFP je produkován buňkami žloutkového váčku a normální hladina je do 40ng/ml. Beta- HCG je produkován trofoblasty s normální hladinou do 1ng/ml. LDH informuje o tkáňové destrukci v důsledku pokročilosti růstu a její zvýšení je vždy nepříznivým prognostickým faktorem.

Výpočetní tomografie (CT) je neinvazivní metoda, která slouží k posouzení stavu uzlin a břišních orgánů. Používá se ke stanovení možného metastazování do uzlin a slouží i k včasnému odhalení relapsu onemocnění po již proběhlé léčbě. CT vyšetření se zaměřením na plíce se provádí u tumorů ne seminomového typu, protože ten postihuje malé subpleurální uzliny nezobrazitelné na prostém RTG snímku (Dvořáček, 2005).

Magnetická rezonance (MR) je senzitivnější a specifitější metodou než sonografie a srovnatelnými výsledky jako CT. Nevýhodou je vysoká cena. Provádí se zejména u pacientů alergických na kontrastní látku.

Pozitronová emisní tomografie (PET) se používá k odlišení metabolicky aktivních (viabilních) tkání od fibrotických a nekrotických. Provádí se po předchozí léčbě k ozřejmění zbytkových struktur, kdy pomáhá stanovit další postup především u seminomů. Nepatří mezi standardní vyšetření (Dvořáček, 2005).

1.7 DĚLENÍ NÁDORŮ (KLASIFIKACE)

Klasifikace nádorů se určuje dle histologického nálezu ze vzorku odeslaného na patologii. Patolog dle mikrobiologického nálezu určí typ nádoru. U nádorů varlat hovoříme o testikulárních germinálních nádorech (TGN) a poměrně vzácných negerminálních typech nádoru, přičemž výskyt germinálního typu tvoří 92-96%. Germinální nádory vznikají ze zárodečných buněk pohlavních žláz. Základní dělení TGN rozlišuje seminomy a ne seminomové typy (GNNST). Všechny seminomy se mohou s ne seminomové nádory vzájemně kombinovat. Lokalizace testikulární je nejčastější, ale lze se setkat i s lokalizací extragonadální v retroperitoneu či mediastinu. TGN se diametrálně liší nejen anatomickým rozsahem, ale též zcela odlišným léčebným postupem a prognózou a proto je nutná přesná diagnostika (Kawaciuk, 2009; Babjuk, 2009).

1.7.1 SEMINOMY

Tyto **testikulární germinální nádory (TGN)** vycházejí z buněk semenných kanálků. Rostou relativně pomalu, šíří se zpočátku lymfogenně a později i hematogenně a jsou ve vysokém procentu kurabilní díky vysoké citlivosti na radioterapii i chemoterapii. Vyskytují se asi ve 30-60% tumorů varlete a histologicky se rozlišuje několik typů.

Klasický seminom je typický nádor z germinálních buněk, který se vyskytuje nejčastěji v dospělosti s nejvyšší incidencí mezi 30-40 rokem. Tvoří 80-85% výskytu všech seminomů.

Trofoblastický seminom se vyskytuje mezi seminomy v 10-15%. Může produkovat beta-HCG a přistupuje se k němu jako ke klasickému seminomu.

Spermatocytární seminom je relativně vzácný nádor vyskytující se v 5- 10% všech seminomů. Vyskytuje se většinou u starších mužů nad 50 let a prakticky nikdy nemetastazuje. Prognóza je tedy velmi dobrá.

Anaplastický seminom představuje nejagresivnější formu, která časně metastazuje. Léčebný postup a prognóza se ve shodném klinickém stádiu neliší od klasického seminomu (Babjuk,2009; Kawaciuk, 2009; Abrahámová, 2008).

1.7.2 NESEMINOMOVÉ NÁDORY

Tyto **germinální nádory ne seminomového typu (GNNST)** se často vyskytují ve smíšených formách, které se vzájemně kombinují z různých buněčných typů. Do roku 1960 šlo o vysoce maligní smrtící onemocnění. S nástupem chemoterapie se stalo onemocněním

z 90% léčitelným. Tyto nádory rostou rychle a rychle metastazují jak lymfogenní, tak hematogenní cestou. Jejich incidence stoupá prudce po pubertě a pak pozvolně do 40. roku věku s vrcholem výskytu mezi 20 - 30 lety.

Embryonální karcinom se vyskytuje v čisté i smíšené formě. Je značně zhoubný, metastázy jsou přítomny u tří čtvrtin nemocných v době diagnostiky.

Nádor ze žloutkového váčku se vyskytuje v čisté formě u dětí od narození do pěti let s relativně dobrou prognózou. V dospělosti se vyskytuje ve smíšených formách, z toho z 20 % jde o kombinaci s embryonálním karcinomem. Je detekovatelný díky produkci AFP.

Choriokarcinom je nejzhoubnější vzácný nádor, který na rozdíl od ostatních metastazuje velmi brzy především hematogenně do plic, jater a mozku. Je detekovatelný kvůli své produkci beta-HCG. v dětství se prakticky nevyskytuje, v čisté formě v dospělosti je téměř vždy neléčitelný. Smíšená forma znamená vždy horší prognózu onemocnění.

Teratom se vyskytuje nejčastěji v dětství, kdy riziko metastáz je minimální. v dospělosti se vyskytuje ve smíšené zralé a nezralé formě s rizikem metastáz. Vždy se chová v souladu s převažující složkou.

Smíšené nádory obsahují více než jednu patologickou složku a jsou nejčastějšími germinálními nádory. Je možná jakákoliv vzájemná kombinace. Jejich prognózu určuje nejmalignější složka nádoru. Častý je výskyt teratokarcinomu, který je tvořen kombinací embryonálního karcinomu a teratomu, dále embryonálního karcinomu a seminomu a další možné kombinace (Kawaciuk, 2009; Wein, 2011).

1.7.3 NEGERMINÁLNÍ NÁDORY

Negerminální nádory reprezentují nádory z gonadálního stromatu (Leydigových a Sertoliho buněk) a adenokarcinom rete testis.

Nádor z Leydigových buněk se vyskytuje vzácně. Projevuje se v každém věku. Většinou bývá benigní s nálezem uzlu obvykle do průměru 5 cm. Maligní varianty jsou vzácné, šíří se do lymfatických uzlin, plic, jater a kostí. Jsou rezistentní k radioterapii. Zhruba z poloviny nádory produkují testosteron, estrogeny, nebo progesteron. V tomto případě se mohou projevit feminizační příznaky typu gynekomastie, ženského typu ochlupení a snížení spermatogeneze.

Nádor ze Sertoliho buněk je velmi vzácný. Může se objevit v každém věku, má ale dva věkové vrcholy výskytu. První vrchol s maximem do jednoho roku, druhý vrchol s výskytem mezi 20 - 45 rokem. Vyskytuje se jak v benigní, tak maligní formě s velikostí od

1cm až do více než 20 cm. i zde dochází k produkci estrogenů, někdy testosteronu a může se projevit gynekomastií, nebo předčasnou pubertou.

Adenokarcinom rete testis je nesmírně vzácný, ale vysoce agresivní nádor šířící se časně lymfogenně i hematogenně. Vyskytuje se v širokém věkovém rozmezí od 20 do 80 let. Je spojen s vysokou úmrtností, kdy více než polovina pacientů umírá do jednoho roku od stanovení diagnózy na metastázy.

1.8 LÉČEBNÉ POSTUPY

Léčebná strategie TGN využívá tři základní léčebné postupy v podobě chirurgie, chemoterapie a radioterapie, které se volí a případně vzájemně kombinují dle klinického stádia onemocnění, znalostí jejího vývoje a účinnosti léčby. V posledních letech došlo k výraznému zlepšení výsledků léčby prostřednictvím pokroků jak v diagnostice pomocí zobrazovacích metod, tak určením rozsahu pomocí biochemických markerů a nesporně vývojem chirurgických metod. Obrat v prognóze a léčbě diseminovaných onemocnění znamenal především vývoj vhodné kombinace cytostatik. V dnešní době některá pracoviště udávají trvalé přežití po léčbě GNNST v 90 – 95 %. Úspěšně lze léčit pacienty s generalizovaným onemocněním, což je mezi ostatními typy nádorů zcela unikátní (Abrahámová, 2008; Dvořáček, 2005).

1.8.1 CHIRURGICKÉ VÝKONY

Stejně jako u ostatních nádorových onemocnění je primární volbou chirurgický operační postup. Ten zahrnuje operace na vlastním varleti a v retroperitoneálním prostoru na spádových retroperitoneálních uzlinách. Růst některých nádorů může být velmi rychlý, je možné zdvojnásobení objemu již v průběhu pěti dnů. Z tohoto důvodu se odstranění varlete provádí co nejdříve po klinickém vyšetření (Dvořáček, 2005).

1.8.1.1 ORCHIEKTOMIE (ODSTRANĚNÍ VARLETE)

Cílem této techniky je odstranění nádoru a následné určení typu nádoru pomocí histologie. Jde o základní operační výkon v léčbě všech typů nádorů varlete. Provedení tohoto výkonu je považováno za urgentní a zpravidla dochází k jeho provedení během 24 hod. od potvrzení diagnózy onemocnění. Pacient je obvykle hospitalizován po ultrazvukovém vyšetření varlete, rentgenovém snímku plic a odběru tumorových markerů. Operace se provádí v celkové anestezii při splnění podmínek na lačnění pacienta. Pooperační průběh

nebývá komplikovaný. Ve velmi malé míře se objevuje sekundární krvácení spojené s otokem a bolestivostí rány. Hospitalizace zpravidla netrvá déle než tři dny (Abrahámová, 2008).

U nádorů varlete, nebo podezření na něj se zásadně používá **inguinální přístup** (oblast třísla). Ten minimalizuje možnost diseminace nádorových buněk do krevního oběhu při chirurgické manipulaci s postiženým varletem s dostatečnou délkou resekovaného semenného provazce. Při inguinálním přístupu se po protnutí fascie kleštěmi sevře semenný provazec (funikulus spermaticus), varle se uvolní ze šourku a mělo by následovat definitivní potvrzení diagnostiky nádoru. Je-li diagnóza nejistá, odesílá se vzorek tkáně na rychlé histologické vyšetření. v tomto případě čeká operační tým na potvrzení nálezu, které by nemělo trvat déle než 30 minut. Po nahlášeném pozitivním výsledku se podváže a přestříhne semenný provazec a varle se definitivně odstraní (Zvara, 2010).

K operacím šetřící varle se řadí **záchovná operace- resekce** varlete. Obecně není indikována. Provádí se s obezřetností ve zvláštních situacích v případě oboustranného výskytu, nebo pokud je velikost nádoru menší než 2 cm (Dvořáček, 2005).

1.8.1.2 RETROPERITONEÁLNÍ LYMFADENEKTOMIE (RPLA)

Šíření nádorů do retroperitoneálních uzlin bývá prvním a někdy jediným místem metastáz. Pro všechny formy nádorů varlete krom choriokarcinomu je společně šíření právě lymfatickými cestami. Bohatá síť lymfatických cév a uzlin je uložena podél velkých cév- aorty a dolní duté žíly (vena cava inferior). V minulosti se vždy odstraňovala všechna lymfatická tkáň od bránice až po bifurkaci iliakálních artérií i z oblasti za cévami s rizikem krvácení a hrozcím poraněním nervů s následnou ztrátou ejakulace. Tato operace je radikální. v souvislosti s novými poznatky o šíření onemocnění a snahou o ochranu neuroanatomických struktur s cílem zachování ejakulace došlo k vývoji nových operačních postupů. Hovoříme o modifikované RPLA a operaci šetřící nervy (Zvara, 2010).

Radikální RPLA se v současnosti provádí při specifických indikacích typu teratomových struktur. Vzhledem k náročnosti operace je indikováno důkladné předoperační interní vyšetření s patřičnou předoperační přípravou. Operace jsou prováděny zkušeným operátérem na specializovaných pracovištích. Při operaci je provedena incize na přední straně břišní ve střední čáře směrem od bránice až k symfýze s kompletním odstraněním lipolymfatické tkáně. Pooperačně se na přechodnou dobu zavádí žaludeční sonda, permanentního močový katétr a drenáž operační rány. Vzhledem k rozsahu operační rány je v pooperační péči prioritní tišení bolesti analgetiky a co nejčasnější obnova střevní

peristaltiky. I přesto je pooperačně významně ovlivněn komfort pacienta. Hospitalizace trvá zpravidla 8 - 10 dní.

Modifikovaná RPLA spočívá v odstranění lipolymfatické tkáně pouze na nádorem postižené straně s použitím jiného přístupu ke strukturám peritonea s maximálním šetřením nervových vláken. Předoperační i pooperační péče je stejná jako u radikálního postupu.

Nervy šetřící RPLA se týká ochrany sympatických nervových vláken s cílem zachovat ejakulaci. Tento zákrok je náročnější na operátěrovu znalost a zručnost (Abrahámová, 2008).

Laparoskopická RPLA je stále častěji volena vzhledem k rychlému rozvoji laparoskopických technik v urologickém oboru. Předoperační příprava je stejná, ovšem pooperačně pacient výrazně profituje z minimální traumatizace břišní stěny, která je omezena zpravidla na čtyři drobné incize. Bolestivost je výrazně nižší v porovnání s radikálními operacemi. Je umožněna rychlejší rekonvalescence zejména po strážce dietní a fyzické s kratší dobou hospitalizace. Tento druh operace je pacienty podstatně lépe snášen.

1.8.2 CHEMOTERAPIE

Chemoterapie je prostředkem systémové léčby, což znamená, že působí v celém organismu. Jde o medikamentózní léčbu, která se podává nitrožilně formou injekcí, nebo infuzí a v tabletové formě se podává ústy. Látky podávané při chemoterapii se nazývají cytostatika. Ta zasahují rušivě do buněčného cyklu, při kterém vznikají nové buňky a tak způsobují zástavu množení s cílem poškodit rozmnožování nádorových buněk, ale jen málo poškodit normální rozmnožování buněk zdravých. Léčba probíhá v určitých opakujících se časových cyklech tak, aby co nejúčinněji zasahovala do buněčného cyklu nádorové buňky, a zároveň poskytla prostor pro regeneraci poškozených zdravých buněk. Zatím neexistují cytostatika, která by zároveň nepůsobila na buňky zdravé a nepůsobila tak nežádoucí účinky v organismu (Vorlíček, 2006).

V oblasti testikulárních tumorů jde o nejužívanější metodu zejména u neseminomů, kde je indikována jako kurativní i u diseminovaného onemocnění. Při kurativním účinku dochází k úplnému zničení nádorové populace. Kombinace cytostatik je vždy volena dle typu a klinického stadia onemocnění v různých režimech označovaných zkratkami. BEP je zkratka pro neomycin, etoposid a cisplatinu, které představují zlatý standard léčby první řady všech stádií nádorů. Právě této kombinaci vděčíme za vysoké procento vyléčení a radikální pokles úmrtnosti v průběhu posledních let (Adam, 2010).

1.8.3 RADIOOTERAPIE

Radioterapie je léčba ionizujícím zářením a patří stejně jako chirurgie k místním léčebným postupům. Princip záření využívá rychlého dělení nádorových buněk a je založený na větší citlivosti nádorových buněk, které poškozuje. Zdravé buňky jsou na záření méně citlivé, k jejich ovlivnění přesto dochází, a proto se provádí záření cílené přesně do oblasti nádoru se snahou o maximální šetrnost k okolní zdravé tkáni. Zásadní je naplánování radiační léčby s rovnoměrným rozložením maximální dávky s určením přesné lokalizace nádoru. Nejčastěji se používá každodenní záření, krom sobot a nedělí umožňující podání vyšší celkové dávky. Jsou známy časné a pozdní nežádoucí účinky radioterapie, které lze očekávat a ovlivnit podpůrnou léčbou (Abrahámová, 2008; Vorlíček, 2006).

V oblasti testikulárních tumorů je radioterapie indikována zejména u seminomů, kde je v určitém stádiu metodou kurativní. U neseminomů je používána pouze jako metoda paliativní po selhání chemoterapie. Při paliativním působení jde o snahu odstranit určité obtíže a zlepšit kvalitu života (Adam, 2010).

1.8.4 NÁSLEDNÁ PÉČE (DISPENZARIZACE) NEMOCI

Cílem dispenzarizace je včasné odhalení možného návratu choroby, postižení druhého varlete a vyloučení jiných druhů malignit. Dispenzární péče spočívá v pravidelných kontrolách v předem určeném intervalu, kde je obsah vyšetření přizpůsobený předchozímu rozsahu nádoru a prodělané léčbě. v průběhu dispenzarizace je v průběhu pěti let prováděno fyzikální vyšetření, odběry krve ke stanovení hladiny tumorových markerů, RTG plic, CT retroperitonea. V případě neurologických symptomů je pak indikováno CT mozku, v případě bolestí kostí je prováděna scintigrafie a další vyšetření dle individuální situace (Babjuk, 2009).

1.8.4.1 TAKTIKA ZVÝŠENÉHO DOHLEDU

S tímto termínem se můžeme setkat u pacientů po orchiektomii zařazených do prvního klinického stádia onemocnění. Tito pacienti nedostávají žádnou onkologickou léčbu, jsou ale pečlivě sledováni pravidelnými vyšetřeními při kontrolách podobně jako u dispenzarizace. Na rozhodnutí o volbě této taktiky, nebo absolvování radioterapie se podílí spolu s lékařem pacient, kterému jsou nabídnuty obě možné léčebné metody tohoto stádia.

1.9 PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ

Prevence obecně je soubor opatření, který předchází různým nežádoucím jevům. v oblasti zhoubných nádorů je zaměřena na individuálně ovlivnitelné vnější faktory, které mohou ovlivnit jejich výskyt. Jsou používány tři druhy úrovně - primární, sekundární a terciární.

Primární prevence má za cíl předcházet zdravotním problémům, je zaměřena proti vzniku onemocnění a je poskytována zdravé populaci. Pojmenovává a snaží se eliminovat rizikové faktory, které mohou vést ke vzniku onemocnění. Úzce souvisí s propagací zdravého životního stylu, je zaměřena na celé obyvatelstvo s cílem ovlivnit jednotlivce poskytnutím relevantních informací. Tato prevence není jen v rukou zdravotníků, ale svou roli zde uplatňuje i stát, který pomáhá realizovat řadu projektů a ovlivňuje vnější faktory například zlepšováním životního prostředí.

Primární prevence týkající se přímo tumorů varlat neexistuje. Možné faktory byly probrány v kapitole 1.3 Nádory varlat. Lze doporučit pouze obecná doporučení týkající se omezení vnějších vlivů podmiňujících onkologická onemocnění. Zásadní podmínkou je znalost možného vzniku onemocnění.

Sekundární prevence má za cíl včasné vyhledání již přítomné nemoci a předchází tak jejímu rozvoji. Zaměřuje se na aktivní vyhledávání prvních příznaků nemoci prostřednictvím preventivních prohlídek a screeningových programů realizovaných především lékaři primární péče (praktičtí lékaři, ambulantní gynekologové). Z onkologického hlediska se věnuje sledování jedinců se zvýšenou dispozicí ke vzniku nádoru.

V případě nádorů varlat jde o včasný záchyt patologické změny na varleti. Tu může odhalit praktický lékař při preventivní prohlídce, jejíž součástí je vyšetření varlat a provádět by se měla jednou za dva roky. Součástí této prohlídky by mělo být poučení o nutnosti a způsobu samovyšetření. Důležité je věnování pozornosti skupinám mužů se zvýšeným rizikem pro možný vznik tohoto onemocnění. Jde o kryptorchiky a muže s hypotrofickými varlaty.

Terciární prevence je zaměřena na doléčování. Jsou voleny metody, které by měly zabránit vzniku nežádoucích, trvalých, nebo dlouhodobých následků nemoci. V onkologii jde o sledování (dispenzarizaci) s cílem včasného záchytu případného návratu onemocnění v jeho léčitelné podobě (Vorlíček, 2006).

1.9.1 SAMOVYŠETŘENÍ VARLAT

Je zatím jediným účinným prostředkem, který pomůže včas odhalit možné patologické změny na varleti a omezit tak výskyt pokročilého onemocnění s metastatickým postižením. Jde o metodu jednoduchou a snadno realizovatelnou, která by měla být součástí osobní hygieny každého mladého chlapce a muže a měla by se provádět v intervalu jednou krát měsíčně po dobu přibližně pěti minut. Muži by měli být informováni o tom, že nahmatání nějakého neobvyklého nálezu nutně neznamena výskyt nádoru, ale že je nutné bez otálení navštívit lékaře- nejlépe urologa. V současné době existují na internetu veřejně dostupné články a videa věnující se této problematice.

Vlastní popis vyšetření:

- Samovyšetření se provádí nejlépe po teplé koupeli, nebo osprchování, kdy je šourek vláčný, uvolněný.
- Před zrcadlem si šourek dobře prohlédněte a pátrejte po nějakých změnách kůže, velikosti a objemu oproti předešlému stavu.
- Hmatem si vyšetřete každé varle zvlášť oběma rukama. Ukazováky a prostředníky obou rukou podsuňte pod varle, palce mějte na přední straně. Velmi jemně rolovacím pohybem vyšetřujte mezi palci a ostatními prsty tkáň a povrch varlete a hledejte jakékoliv hrbolky, nepravidelnosti a zatuhnutí.
- Důležitou součástí je rozlišení varlete umístěného dole v přední části šourku od nadvarlete, které může být mylně považováno za nádor. Nadvarle je umístěno nad varletem mírně vzadu.
- Za normálních okolností je u zdravého muže jedno varle větší, než druhé. Pokud je tento rozdíl ve velikosti stále stejný, není nutno se obávat (www.maskoule.cz).

Nádory varlat u adolescentů a mladých mužů patří k nejčastějšímu nálezu mezi solidními nádory. Přesto informace o možném vzniku onemocnění a znalosti doprovodných příznaků jsou v populaci stále nedostatečné (Bajčiová, 2011).

V současné době se dostávají do povědomí veřejnosti informace předávané prostřednictvím několika zdravotně výchovných akcí. Mediálně známý je případ českého badmintonového hráče Petra Koukala, který onemocněl před šesti lety a po prodělané léčbě se vrátil k vrcholovému sportu a zúčastnil se již dvakrát olympijských her. V médiích vždy otevřeně mluvil o této chorobě, o svých osobních zkušenostech se snahou o osvětu v této

oblasti. Založil Nadační fond Petra Koukala a jeho hlavní projekt „STK pro chlapy“ s cílem vštípit mužům aktivní přístup ke svému zdraví a důležitost pravidelných preventivních prohlídek. Hlavní myšlenkou je porovnání pravidelných technických kontrol automobilů, které muži vnímají jako automatické a samozřejmé a vlastního přístupu ke zdraví. Na webových stránkách je věnována pozornost nejen vlastnímu onemocnění s popisem samovyšetření varlat, ale je zde popsán i průběh a rozsah preventivní prohlídky, na kterou má zákonný nárok bezplatně každý člověk jednou za dva roky (www.stkprochlapy.cz). Tato skutečnost je dána Vyhláškou č. 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách, která určuje jejich druhy, poskytovatele a dále obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek.

Propojení s mediálně známými osobnostmi využil projekt, kde herec Jiří Mádl vystupuje v instruktážním videu o samovyšetření varlat, které je dostupné na webových stránkách www.maskoule.cz. Garantem kampaně je primářka Viera Bajčiová, CSc. Kampaň probíhá pod záštitou Nadačního fondu Krtek a lékařů KDO FN Brno a má informativní a osvětový charakter. Poskytuje informace o nádorech varlat, jejich příznacích i léčbě, dále kromě samovyšetření vyjmenovává možnosti kde hledat pomoc a dostupná je on - line poradna pro možné dotazy.

Dalším mě osobně známým projektem je volnočasová aktivita s názvem Zdraví muže třetího tisíciletí. Ta vznikla na podkladě osobní zkušenosti jednoho z mužů, který po operaci při hospitalizaci nemohl najít nikde na internetu odpovídající informace k dané problematice. Postupně došlo ke spojení urologa MUDr. Balíka a dalších třech mužů, kteří prodělali operaci a následnou léčbu daného onemocnění. Dva z nich jsou vrcholoví sportovci, kteří opět otevřeně popisovali průběh svého onemocnění při vystoupení v novinách, rozhlase i televizi. Všichni aktéři začali pořádat přednášky pro školy, sportovní kluby i veřejnost. V odborné části těchto přednášek nyní již dva lékaři vysvětlují anatomické poměry a podstatu onemocnění a v druhé části jsou vyprávěny osobní příběhy lidí s vlastní zkušeností s nemocí. Jak sami přednášející potvrzují, tak se i přes počáteční obavy z přijetí setkali jen s kladnou reakcí a s velkým zájmem z řad posluchačů. Zkušenost stát tvář v tvář lidem, kteří otevřeně hovoří o prodělaném onemocnění, je pro mladé chlapece jistě nezapomenutelnou zkušeností. Naplňuje tak cíl poskytnout společnosti odpovídající kvalitní informace a rozšíření povědomí o existenci, projevu a možné prevenci tohoto onemocnění. Tento projekt se momentálně rozvinul, a byl založen občanský spolek Zdravý chlap.

1.10 REAKCE PACIENTA NA NEMOC

V minulém století panovalo všeobecné přesvědčení, že sdělená pravda o nemoci může člověku ublížit a je ohleduplné a vhodné ji nesdělovat. Šlo o strategii milosrdné lži (*pia fraus*), která měla chránit pacienta před úzkostí a měla zachovávat jeho naději. Vztah lékaře s pacientem byl výrazně paternalistický, o míře sdělovaných informací i o léčbě rozhodoval s patřičným odstupem výhradně lékař a očekávalo se, že pacient se bez výhrad podřídí příkazu, aniž by znal důvod. Tento přístup bohužel často vedl k bagatelizaci choroby, k sociální izolaci pacientů a ke vzniku nedůvěry ve vzájemných vztazích nejen s lékaři, ale i v rodinách. Od druhé poloviny minulého století se přístup pozvolna mění a zejména v posledních desetiletích prochází významnou proměnou. Důraz se klade na lidská práva a zcela se změnila strategie v informování pacientů (Opatrná, 2008).

Práva pacientů a nárok na informovanost upravuje zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. Zdravotní služby tak mohou být poskytovány pouze se svobodným a informovaným souhlasem pacienta. Ten má právo, aby byl srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu, navrženém léčebném postupu a možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb. Sdělení diagnózy, prognózy i navrhované léčby přísluší pouze lékaři. Tato skutečnost přinesla výrazně větší nárok na znalosti lékařů nejen v oblasti lékařské etiky, ale i psychologie a komunikačních dovedností. Zejména při sdělování onkologické diagnózy je komunikace s pacientem i jeho příbuznými obtížná. Je dokázáno, že i při nijak závažné zdravotní situaci odchází průměrně inteligentní člověk od lékaře s tím, že si třetinu podstatných informací nestihl zapamatovat, nebo jim neporozuměl a u části informací navíc dochází k jejich zkreslení. Při působení dalších negativních faktorů, které jsou v onkologii přítomny vždy například v podobě strachu a pocitu ohrožení života dochází k zamlžení kognitivních funkcí a stává se, že únik a zkreslení informací se dále zvětšují. Po stanovení diagnózy většina pacientů prožívá šok a beznaděj. Je také nezbytné, aby zdravotnický tým věděl, jak je pacient informován, a mohl pak k pacientovi přistupovat jednotně (Opatrná, 2008).

Při komunikaci s onkologicky nemocnými lze očekávat psychickou odezvu v podobě střídání nálad, pocitů a emocí. Již od roku 1969 je znám dnes již klasický model psycholožky Kübler- Rossové známý též jako pět fází smutku. Na podkladě rozhovorů s umírajícími pacienty popsala jednotlivé fáze odezvy po objevení smrtelné nemoci, později byly tyto fáze aplikovány na lidi prožívající jakýkoliv druh tragické osobní ztráty. Sama autorka udává, že

tyto fáze nemusejí nastávat v níže uvedeném pořadí, všechny se ani nemusejí prožít a některé se naopak mohou navracet, prolínat a střídat.

Negace, šok, popírání je pro jedince určitou dočasnou obranou. Jde o šokovou situaci, kdy dotyčný informace, které se neslučují s jeho nadějemi, ani představami nepřijímá, a nemusí si dokonce pamatovat nic z toho, co mu bylo sděleno. Zde je potřeba klidné opakované vysvětlení a poskytnutí odpovědí na všechny otázky tak, aby se mohl s nastálou situací vyrovnat.

Agrese, hněv, vzpoura vede k pocitům vzteku a zlosti vůči okolí, které jedinec velmi těžko ovládá, i když si je vědom, že ti, na kterých si zlost vylévá, za jeho onemocnění nemohou. v tomto případě nesmíme jeho výroky brát osobně.

Smlouvání, vyjednávání zahrnuje naději na oddálení smrti obrácením pozornosti k vyšší moci zpravidla prostřednictvím slibů výměnou za změnu svého jednání. V této fázi jedinec hledá i další možnosti na vyléčení v podobě různých alternativních metod a bývá ochoten za ně hodně zaplatit.

Deprese, smutek znamená prožívání pocitů strachu, úzkosti, smutku a beznaděje nejen v souvislosti se svojí osobou, ale i s obavami o zajištění rodiny. V tuto chvíli je velmi důležitá přítomnost naslouchající osoby, v případě strnulosti a odmítání veškeré spolupráce je nezbytné nasazení antidepressiv.

Smíření přináší psychické uvolnění a vyrovnání se s nemocí, či smrtí. Pokud nenastane stav vnitřního klidu, může dojít k rezignaci a beznaději. i zde je velmi důležitá přítomnost blízké osoby s podporou naděje a projevem účasti. Ve fázi smíření je jedinec schopen a ochoten maximálně spolupracovat při léčbě, a proto by její dosažení mělo být prvořadým cílem (Kutnohorská, 2007).

Každé onemocnění ovlivňuje lidské chování i emoce. Nemoc je brána jako těžká životní situace, kterou se jedinec snaží vyřešit různým způsobem. Prožívání nemoci může být velmi rozdílné a souvisí nejen s vlastní léčebnou a ošetrovatelskou péčí, ale závisí i na sociální zakotvenosti, rodinném zázemí, povaze člověka a jeho postojích a zkušenostech. Pro zdravotníky je nezbytné si uvědomit, že s pacientem má rozdílné role v postoji k nemoci i léčbě. Zatímco zdravotník vnímá nemoc jako soubor objektivně zjistitelných příznaků, pacient k ní přistupuje subjektivně svým vnitřním prožíváním. Toto prožívání ovlivňuje obraz i průběh pacientovi nemoci a proto je nezbytné, aby subjektivní prožívání zdravotník poznal, zvážil a využil ho ke spolupráci nemocného při léčbě (Zacharová, 2011).

1.10.1 PACIENTOVO POJETÍ NEMOCI

Poznání smyslu nemoci z pohledu pacienta zatím u nás bohužel není běžnou záležitostí. Vlastní laické pojetí má přitom klíčovou úlohu v zaujetí kladného, nebo naopak negativního postoje k léčbě, či změně životního stylu. Toto pacientovo pojetí závisí na tom, jaké o své nemoci dostal informace, zda jim rozuměl a co si z nich celkově vybral. Hovoříme zde nejen o informacích od lékaře, ale patří sem i informace z jiných zdrojů, od jiných lidí, které pacient sám aktivně vyhledává a mohou být nesprávné až naivní. Naším cílem proto musí být, aby se laické pojetí nemoci co nejlépe přiblížilo pohledu zdravotníků. Naprosto nezbytné je uvědomit si, že pro pacienta je stěžejní vyhodnocení dopadu nemoci na jeho předchozí způsob života, který se odráží v jeho každodenních funkčních schopnostech a nemusí být v souladu s objektivními klinickými lékařskými nálezy. Zdravotní sestra se při ošetřování aktivně individuálně zaměřuje na pacientovy potřeby, zná jeho tělesné i psychické funkce, zvyky i sociální zázemí. Navíc s pacientem tráví mnoho času a je tak pro ni snazší vytvořit si představu o pacientově subjektivním pojetí nemoci. Ostatně celý ošetrovatelský pohled nahlíží na nemoc jako na subjektivní zážitek emočního, fyzického (či obojího) diskomfortu doprovázeného poklesem funkční schopnosti. Oborovou filosofií moderního ošetrovatelství se stal holismus. Ten vychází z pojetí celostnosti, kdy fungování celku je podmíněno správnou funkcí jednotlivých částí, které od sebe nelze oddělovat. Staví na bio - psycho sociální jednotě lidského organismu a propojuje tak oblast somatickou, psychickou, sociální, kulturní a duchovní. Holistický přístup k nemocnému je poznáním pacientova pojetí nemoci velmi usnadněn (Mareš, 2010).

Existují tři možnosti jak přesně diagnostikovat pacientovo pojetí nemoci. První přístup je kvalitativní reprezentovaný rozhovorem, diskuzemi, nebo výtvarným projevem. Druhý přístup je kvantitativní a využívá dotazníků. Třetí přístup je smíšený a využívá kombinaci obou. Nejrozšířenější dotazník je IPQ-R. v České republice byla vytvořena jeho zkrácená verze IPQ - R - CZ (Mareš, 2010).

Důležitým faktorem pojetí nemoci je také osobnost daného člověka, která může odrážet ochotu bojovat s nemocí. Klíčem k jejímu poznání je znalost osobní motivace, která je hnacím motorem určujícím směr, sílu a trvání lidského jednání. Základní formou motivů jsou potřeby, které odráží pocit nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Lidské potřeby se na rozdíl od pudů a instinktů v průběhu života vyvíjejí a mění. Jejich uspokojování se děje u různých jedinců různým způsobem. Nejznámější teorii potřeb vytvořil psycholog Abraham H. Maslow, podle kterého má každý jedinec hierarchicky uspořádaný individuální systém

motivů. Lidské potřeby dělí dle naléhavosti od základny k vrcholu na nižší a vyšší. Organizovaný systém tvoří fyziologické potřeby, potřeby jistoty a bezpečí, potřeby lásky a sounáležitosti, potřeby uznání, ocenění a sebeúcty, potřeby seberealizace a sebeaktualizace. v období nemoci zůstávají některé potřeby stejné, jiné se mění a některé v době nemoci nově vznikají (Trachtová, 2001).

1.10.2 KOMUNIKACE s PACIENTEM

Komunikace je přirozenou a neoddělitelnou součástí lidských vztahů. Jejím prostřednictvím se i beze slov sdílí a vyměňují vzájemné myšlenky a probíhá veškerá společenská činnost. Komunikace se v moderní společnosti neustále zdokonaluje a rozvíjí a je do určité míry individuálním projevem každého jedince. Platí obecné pravidlo, že způsob, jakým komunikujeme je odrazem toho, jací jsme. Při kontaktu s pacientem je komunikace nezbytná a nevyhnutelná. Na zdravotníky jsou kladeny požadavky na umění komunikace, které ale pacient nemá. Očekává se, že zdravotník bude schopen komunikovat s jakýmkoliv pacientem, pro kterého bývá stěžejní srozumitelnost. Kvalitní komunikace je klíčem k dobrému vztahu, i jediné slovo může znamenat rozdíl mezi pohodou a konfliktem a nabývá obrovské důležitosti při poskytované péči a léčbě. Základním pravidlem pro obě strany je, že musejí chtít, musejí umět a v dané situaci vůbec mohou komunikovat. Nejčastěji se komunikace dělí na formu verbální a neverbální.

Verbální komunikace je slovní sdělení formou řeči mezi dvěma i více osobami a může být přímá, zprostředkovaná, mluvená, psaná, nebo reprodukováná. Mluvením sestra vysvětluje, informuje, přesvědčuje, motivuje, povzbuzuje, uklidňuje a musí přitom zohlednit osobnost pacienta, jeho stav a momentální situaci. Ve verbální komunikaci se pozornost věnuje nejen obsahu, ale i způsobu jak je sdělení řečeno. Mezi prvky, které jsou sledovány, patří rychlost řeči, výška hlasu, hlasitost, a ve vlastním řečovém projevu pak používané pomlky, stručnost, důvěryhodnost, jednoduchost, přehlednost a vhodné načasování.

Neverbální komunikace by se nejjednodušeji dala definovat jako neúmyslná řeč těla. Podporuje a někdy zcela nahrazuje řeč, vyjadřuje emoce, názory a postoje. v práci sestry pomáhá zvýšit efekt, ovlivnit dojem, překonat překážky a odhalit potřeby pacientů. Neverbální komunikace je členěna do kategorií podle toho, co si sdělujeme jednotlivými částmi těla, jejich polohou a pohybem. To, co se sděluje výrazem tváře je nazýváno mimika. Vyjadřuje hlavně emoce. v chování zdravotníka má nezastupitelnou funkci úsměv. Velice důležité informace se předávají očima, pohledem. Hmatová komunikace pomocí doteku je haptika. Důraz se klade na způsob podání ruky, který poskytuje prvotní informaci o jedinci.

V práci sestry má jedinečnou roli pohazení, podržení za ruku, objetí. Pohybovým výrazem hlavy, rukou a ramen se zabývá gestika. Gesta mají široký význam, dokreslují, nebo nahrazují slovní vyjádření, část si člověk vůbec neuvědomuje a pro zdravotníka je důležité je umět dekódovat. Vyjádřením fyzickými postoji, držením a polohami těla se zabývá posturologie. Polohou těla jedinec vyjadřuje postoj k okolnímu dění. Základním ukazatelem je rozlišení otevřeného, uzavřeného, nebo podezřívavého postoje a vyjádření nervozity různými druhy pohybů. Podvědomým členěním vlastního prostoru se zabývá proxemika. Jde o fyzickou vzdálenost mezi lidmi. Rozlišuje se veřejná, společenská, osobní a intimní zónová oblast. Při práci sestry velmi často vstupuje do intimní zóny pacienta, kdy dochází k tělesnému kontaktu s pacientem. Tato zóna bývá vyčleněna pro nejbližší osoby a její narušení osobou cizí bývá doprovázeno negativními pocity. Sestra proto musí k pacientovi přistupovat s taktem a pochopením (Zacharová, 2011).

Verbální a neverbální komunikace se vzájemně doplňují, mohou však být v některých situacích ve vzájemném rozporu, kdy člověk něco říká, ale jeho chování obsahu neodpovídá. Je proto důležité znát obě formy komunikace a umět správně vyhodnotit signály, které jsou jejím prostřednictvím sdělovány a zároveň kontrolovat vysílání vlastních signálů směrem k pacientovi.

1.11 EDUKACE

Edukace znamená výchovu a vzdělání jedince se snahou o navození pozitivních změn týkajících se jeho vědomostí, postojů, návyků a dovedností. Subjekt učení (edukant) je ve zdravotnictví zdravý, nebo nemocný klient. Vyučující aktér (edukátor) bývá lékař a sestry. Zdravotní sestry mohou podávat poučení pouze v rámci svých profesních kompetencí a činností, které se týká pouze ošetrovatelských problémů a výkonů s očekávanou spoluprací pacienta. Jak již bylo řečeno, v posledních letech se výrazně změnil model spolupráce, který se samozřejmě dotýká i vztahu pacienta se sestrou. Pacient se stává partnerem spoluodpovědným za své zdraví a stává se více aktivním v přístupu i vyhledávání informací. Sestra musí nejen vyhodnotit potřeby a schopnost pacientovi spolupráce, ale musí umět předat informace s patřičným vysvětlením, které se neobejde bez dostatečné vysoké úrovně teoretických znalostí. Podle typu zdravotnického zařízení, kde sestry pracují a podle jejího pracovního zařazení může její působení směřovat do oblasti primární, sekundární, nebo terciární prevence s využitím rozdílných forem a metod výchovy.

Edukaci ve zdravotnictví je možné rozdělit na základní, reedukační a komplexní. Při **základní** edukaci jsou jedinci předávány nové vědomosti a dovednosti, včetně motivace k zamýšlenému výsledku snažení. **Reedukace** navazuje na předchozí vědomosti a je zaměřena na jejich opakování, nápravu, prohloubení a aktualizaci vzhledem k měnícím se podmínkám. **Komplexní** edukace předává ucelené informace v jednotlivých etapách často realizovaných v rámci edukačních kurzů, rekondičních pobytů a ambulantní péče a vede k udržení, nebo zlepšení zdraví (Juřeníková, 2010).

Edukační proces je vytvořený záměrně v rámci dynamického vztahu mezi zdravotníkem a klientem a vede k předání konkrétních informací. Člení se do pěti fází a je zde určitá analogie s ošetrovatelským procesem. v první fázi dochází k **posouzení** klienta získáním důležitých údajů, na jejichž základě se vyhodnotí a stanoví jeho edukační potřeby. Pozornost je věnována dosaženému vzdělání, schopnosti přijímat nové informace, věku a celkové motivaci jedince. Opět je zde na místě připomenout zjištění a využití pacientova pojetí nemoci. Ve druhé fázi je specifikována potřeba a pomocí NANDA taxonomie II stanovena **edukační diagnóza**. Ve třetí fázi se po etapách tvoří **příprava edukačního plánu**. Určují se priority edukace, stanovují se krátkodobé i dlouhodobé cíle, vybírá se obsah edukace a volí se edukační strategie, vhodné pomůcky i studijní materiál. Čtvrtou fází je **realizace** edukačního plánu, kdy dochází pod vedením edukátora ke zprostředkování nových vědomostí ať už přímo, nebo nepřímo prostřednictvím technických zařízení. Při realizaci je nezbytné zohlednit celkový stav jedince, identifikovat případné překážky v učení, vytvořit optimální prostředí bez rušivých vlivů a zvolit optimální formu, tempo, délku i čas edukace přizpůsobený aktuálnímu stavu pacienta. V závěrečné páté fázi probíhá **vyhodnocení a kontrola** procesu, kdy zjišťujeme, do jaké míry byla edukace úspěšná v podobě dosažení vytyčených cílů. V případě zjištěných nedostatků, neefektivity, či neplnění cílů se musí zjistit důvody a sestavit nový plán (Špirudová, 2006).

Edukační cíle představují výsledek, kterého chceme prostřednictvím edukace dosáhnout v podobě změny chování, dovedností, postojů a návyků. Jejich správná formulace je nezbytná k správnému naplánování celého procesu. Stanovený cíl musí odpovídat schopnostem daného jedince a splňovat tak individuální přiměřenost, dále musí být jednoznačný a kontrolovatelný. Přístup musí mít komplexní charakter a jednotlivé cíle jsou proto zaměřeny na afektivní, kognitivní a psychomotorickou psychickou funkci osobnosti. Afektivní funkce zahrnuje utváření názorů, hodnot a emočního chování jedince. Vlastní emoční jednání úzce souvisí s motivací a vůlí, která je nezbytná k dosažení cíle. Kognitivní

funkce zahrnuje všechny poznávací procesy, vědomosti a intelektuální zručnost daného jedince. Psychomotorická funkce zahrnuje praktické dovednosti pohybových úkonů (Juřeníková, 2010).

Záznam o edukaci do dokumentace je nutnou součástí edukačního plánu. Kromě samotného edukačního plánu obsahuje záznam dosažených vědomostí, činností, průběhu i reakce pacienta. Ukazuje tak ostatním členům ošetrovatelského týmu, čeho již pacient dosáhl a co má být ještě provedeno. Při vedení dokumentace se doporučuje, aby jednotlivá témata pacient stvrdil svým podpisem s vyjádřením, že dané problematice porozuměl a výklad pochopil. Takto si nejen blíže uvědomuje odpovědnost za své chování, ale dokumentace má i právní funkci a pomáhá chránit členy ošetrovatelského týmu před případnými stížnostmi (Svěráková, 2012).

Formy edukace probíhající ve zdravotnictví se nejčastěji člení na individuální, skupinovou a hromadnou. Individuální forma je nejčastěji užívaná a spočívá v úzkém osobním kontaktu edukátora vždy s jedním edukantem. Výhodou je zcela individuální přístup s možným přizpůsobením tempa i obsahu a vysoká efektivita učení s okamžitou zpětnou vazbou. Skupinová forma rozděluje edukanty do menších skupin nejčastěji se stejným zdravotním problémem a úrovní vědomostí. Výhodou je výuka většího počtu jedinců s možností vzájemné spolupráce a výměny osobních zkušeností v dané problematice. Hromadná forma se zaměřuje na širokou skupinu osob typicky metodou přednášky, kdy je všem účastníkům sdělován stejný obsah. Výhodou je předání informací velké skupině jedinců (Juřeníková, 2010).

Nejčastěji je volena přímá forma edukace, kdy dochází k přímému kontaktu mezi zúčastněnými. Volit lze i nepřímou formu bez přímého kontaktu s edukátorem prostřednictvím korespondence, práce s textem, nebo počítačové technologie, kdy se edukant vzdělává ve svém volném čase (Juřeníková, 2010). Práce s textem, nebo tištěným materiálem v podobě letáku, brožury, plakátu či článku v časopise a knize bývá hojně užívanou metodou. Tato metoda má u nás dlouholetou tradici už od šedesátých let minulého století, kdy byly tištěny pokyny pro pacienty s jednotlivými onemocněními. V současné době jsou vydávány různé edukační a propagační materiály určené zpravidla do čekáren a chodeb zdravotnických zařízení v podobě plakátů, vývěsek, kalendářů, letáků a brožur. Bývají volně dostupné a zpravidla poutají jedince k určitému tématu. Na produkci se podílejí také farmaceutické firmy a výrobci zdravotnických prostředků (Svěráková, 2012).

Edukační metoda je volena k dosažení konkrétního výsledku učení jako způsob působení. Je odborně klasifikováno velké množství edukačních metod. Pro potřeby zdravotnictví lze vybrat metody monologické v podobě přednášky, vysvětlování, výkladu a instruktáže. Metody dialogické pak v podobě rozhovoru, diskuze, besedy a konzultace s odborníkem. Přednáškou se předávají informace v ucelené podobě převážně větší skupině jedinců. Zpravidla je tvořena úvodem, vlastním výkladem a shrnutím nejdůležitějších bodů v závěru. Vysvětlování a výklad srozumitelně objasňuje fakta se snahou o pochopení problému. Instruktáž zpravidla poskytuje návod k praktické činnosti s návazností na teoretické vědomosti a patřičným doprovodným komentářem. Jde v podstatě o demonstraci a praktické cvičení určitého postupu s pomocí specifických pomůcek (Juřeniková, 2010). Rozhovor tvoří základ psychosociální komunikace a je jedním ze stěžejních nástrojů práce zdravotníků. Je základní metodou působení na pacienta. Principem je dosažení určitých cílů pomocí otázek a odpovědí. Hlavním funkcí rozhovoru je poznání osobnosti pacienta a ovlivnění jeho chování a jednání. Jeho prostřednictvím lze získat veškerá data o problémech pacienta, příznacích jeho choroby, sociální situaci i emočních vazbách, která jsou nezbytná pro realizaci ošetrovatelského procesu. Zároveň lze pacienta poučit, případně uklidnit a získat důvěru, která je základem budoucí spolupráce. Plánovaný rozhovor má mít svojí strukturu a měl by se skládat z na sebe navazujících částí. Sestra by je měla teoreticky ovládat a umět účinně aplikovat (Zacharová, 2011).

Učební pomůcky slouží k názornému zprostředkování obsahu učiva a využívají působení na všechny lidské smysly. Lze je dělit na pomůcky s tištěným textem v nejrůznější podobě a rozsahu od brožur po knihy, dále vizuální učební pomůcky v podobě obrazů, fotografií, modelů a samotného zdravotnického materiálu, auditivní pomůcky se zvukovými a hudebními výstupy, audiovizuální pomůcky v podobě výukových filmů a televizních pořadů a v neposlední řadě sem patří interaktivní počítačové programy a přístup k internetu. K interpretaci učebních pomůcek lze využít nejrůznější technické prostředky (Juřeniková, 2010).

1.11.1 EDUKACE TÝKAJÍCÍ SE NÁDORŮ VARLETE

Edukace poskytovaná v průběhu diagnostiky a léčby by se dala rozdělit dle fáze onemocnění do několika stěžejních okruhů, které si blíže specifikujeme. Sestra zde plní převážně roli informátorky.

V první řadě jde o období primární prevence, kdy by zdravý muž měl chodit na pravidelné lékařské prohlídky. Sestra by měla podpořit motivaci pacienta v jejich

absolvování. Vhodnou formou může doplnit informace o možných rizicích vzniku nádoru, počátečních příznacích a metodě samovyšetření varlat. Na místě je předání informačních brožur, nebo letáků.

Během diagnostiky se sestra zapojuje dle svých kompetencí, doplňuje informace týkající se prováděných vyšetření nutných ke spolupráci. V této fázi odebírá krev na vyšetření tumorových markerů s odpovídajícím poučením o samotném úkonu a dodržení pracovního postupu.

Po stanovení lékařské diagnózy je pacient adekvátně informován o povaze onemocnění, o nutnosti neodkladného operačního výkonu v podobě odstranění varlete a je mu nastíněný následující postup při léčbě. V této fázi je pro pacienta nesmírně důležité vyjádření naděje na jeho plné uzdravení. Poté následuje hospitalizace na lůžkovém oddělení. Zde sestra provádí veškeré úkony související s přijetím pacienta. Od pacienta získává anamnestická data potřebná k založení ošetrovatelské dokumentace a stanovení plánu ošetrovatelské péče. Je nezbytné, aby sestra věnovala pozornost nejen organizaci a fyzické přípravě před operací, ale zejména psychickému stavu pacienta. Musí zvolit odpovídající uklidňující přístup v podobě trpělivé komunikace s prostorem na zodpovězení veškerých dotazů. Často je nutné opakování instrukcí, protože ty pacient nemusí být schopen v dostatečné míře vnímat a sestra musí kontrolovat jejich vykonání. Musíme si uvědomit, že pacientem je v tomto případě ve většině případů mladý muž, který doposud nemusel cítit ohrožení svého zdraví v podobě jakékoli nemoci, zejména tak závažné, a pro kterého se najednou otvírá nejen realita nemoci, ale i smrti. Navíc se ve velké většině ocitá poprvé nemocnici, musí se vyrovnat s novým prostředím a nedostatkem soukromí. Musí vyjádřit souhlas s vlastním operačním zákrokem také často jako novou zkušeností, která je realizována většinou pouhých několik hodin po stanovení diagnózy. Tento stav výrazně zasahuje do pacientova pojetí obrazu vlastního těla, pojetí mužství, objevují se obavy nejen z průběhu operace, ale i z budoucího sexuálního života, partnerství i rodičovství. Muž musí být informován, že odstraněním jednoho varlete nevede k impotenci a hormonální aktivitu plně zajistí zbývající druhé varle.

Období operačního výkonu se dělí na předoperační, intraoperační a pooperační fázi. Předoperační fáze obsahuje výše zmiňovanou psychickou přípravu spojenou s přípravou fyzickou. V rámci psychické přípravy související s operací se doplní informace o konkrétní předoperační přípravě, je nastíněna pooperační péče a předpokládaná doba hospitalizace. Sestra se podílí ve spolupráci s ošetřujícím lékařem i anesteziologem na předoperačním vyšetření. Pacient musí dodržovat podmínky lačnění včetně zákazu kouření a sanitářem je mu

po provedené hygieně vyholeno operační pole. Bezprostředně před výkonem je na pokyn anesteziologa podána premedikace, po které již pacient nevstává z lůžka, je mu provedena prevence trombembolické nemoci přiložením kompresních punčoch, nebo bandáží obinadly, odstranění šperků a následuje převoz na sál, kdy dojde k předání pacienta sestrou z lůžkového oddělení sestře anesteziologické. Všechny tyto úkony sestra i opakovaně provází informacemi o důvodech počínání, poskytuje odpovědi na případné dotazy a snaží se působit maximálně uklidňujícím dojmem.

Pooperační fáze začíná pobytem na dospávacím pokoji, kde jsou pacientovi po dobu přibližně dvou hodin sledovány fyziologické funkce, krytí operační rány a sekrece z drénu, pokud je v ráně zaveden. Dle ordinace lékaře jsou podávány infuze a důraz je kladen na hodnocení bolesti s včasným podáním analgetik. Sestra dále sleduje, zda pacient močí. Stává se, že má psychický blok a není schopen se vleže na lůžku do močové lahve vymočit. V případě potíží by sestra měla vytvořením vhodných podmínek, povzbuzením a použitím různých technik například v podobě tekoucí vody, nebo teplého obkladu předejít zadržení moči (retenci) a docílit vymočení přirozeným způsobem (Mikšová, 2006). Po převozu na lůžkové oddělení pokračuje péče dle ordinace lékaře. Sestra nadále aktivně provádí kontrolu celkového pacientova stavu, včetně operační rány. Již druhý den po operaci může pacient s pomocí vstát z lůžka a přechází na normální stravu. Propuštění následuje druhý až třetí pooperační den, pokud nejsou přítomny komplikace. Sestra společně s lékařem informuje pacienta o domácím režimu, péči o ránu a následné kontrole, kde bude dle histologického nálezu určen další postup.

Před počátkem onkologické léčby je pacientovi nabídnuta možnost odběru a uchování spermatu ve zmrazeném stavu (kryoprezervace), protože v důsledku následné onkologické léčby může být na přechodnou dobu omezena jeho tvorba související s plodností muže. Posouzení vlivu chemoterapie na plodnost mužů se stala předmětem zkoumání ve smyslu zjištění skutečného stavu ještě před zahájením léčby. Bylo prokázáno, že někteří pacienti mají porušenou plodnost již před započatou léčbou. K úpravě plodnosti dochází nejčastěji po dvou letech od skončení chemoterapie, některé zdroje uvádí úpravu i po pěti letech. Návrat funkce je dáván do souvislosti s věkem a počtem aplikovaných cyklů (Abrahámová, 2008).

Pokud pacient trpí ztrátou varlete, je možné mu nabídnout možnost testikulárního silikonového implantátu, které sice neplní fyziologickou funkci varlete, ale podobně jako u žen po odstranění prsu pro nádor má pozitivní vliv na psychický stav v podobě kosmetické

náhrady. Tyto implantáty jsou tvarově i pohmatově varleti velmi podobné, vyrábějí se ve třech velikostech, z kterých se provede výběr dle anatomických poměrů daného pacienta.

Při probíhající onkologické léčbě má sestra velmi důležitou roli. Chemoterapie se podává formou nitrožilních infuzí v několika cyklech s přestávkami v průběhu několika týdnů. Proto je často volen žilní vstup pro dlouhodobé použití, s kterým pacient pobývá i v domácím prostředí. Pacient musí být dostatečně poučen jak o něj pečovat a jaké případné komplikace sledovat a kam se v případě potíží obrátit. Péče o žilní vstup je plně v kompetenci sestry. Sestra musí v pravidelných intervalech kontrolovat okolí vpichu, průchodnost systému, sledovat délku používání a v případě propuštění se vstupem do domácího prostředí musí zajistit pravidelné ambulantní kontroly s vedením záznamu v dokumentaci. V případě zavedeného podkožního venózního portu nosí pacient u sebe Průkaz nositele portu, kde jsou vyplněny všechny potřebné údaje včetně záznamů aktuálního použití sloužící jako nezbytná informace pro zdravotníky a základní informace a odpovědi na nejčastější dotazy sloužící pacientům. Při samotné aplikaci chemoterapie sestra zodpovídá za dodržení zvláštního bezpečnostního a hygienického režimu v průběhu manipulace i podání. Jedním z prvořadých úkolů je minimalizovat možnost podání roztoku mimo žílu (paravazace), kdy hrozí fatální poškození okolní tkáně v podobě nekrózy. Zde jsou kladeny zvýšené nároky na spolupráci pacienta v průběhu podání. Dále lze očekávat objevení vedlejších účinků, s kterými pacient musí být seznámen již před počátkem léčby. Patří mezi ně nevolnost, zvracení, průjem, zácpa, ztráta vlasů, pokles krvetvorby a působení toxických vlivů na srdce, ledviny, nervy, cévy, sliznici, kůži a náchylnost k infekci. Některé očekávané vedlejší účinky lze zmírnit preventivními opatřeními. Nauzeu a zvracení lze ovlivnit preventivním podáním léků před podáním chemoterapie. Sestra dále doporučuje správný stravovací režim, péči o dutinu ústní a sleduje časné projevy případných vedlejších účinků. V případě výskytu jakýchkoliv obtíží pečuje o pacienta dle jeho aktuálních potřeb. Je na místě pacienta informovat o dočasnosti trvání nepříjemných projevů a možnostech jejich ovlivnění. Ztráta vlasů je přechodná a k dorůstání dochází po skončení podání chemoterapie. S touto skutečností se muži vyrovnávají lépe než ženy, které spíše využívají možnost využití paruk hrazených pojišťovnou. Mnohem zásadnější je pro muže ovlivnění tvorby spermií, které mohou být příčinou dočasné, nebo trvalé neplodnosti. Zde je opět nutné zdůraznění, že schopnost sexuálního styku nebude omezena. Při radioterapii lze též očekávat její vedlejší účinky, které podobně jako chemoterapie působí na řadu orgánů a funkcí, ale významný je převážně lokální vliv v oblasti ozařovaného pole v podobě kožní reakce. Zde je proto prováděna především

péče o kůži, doporučena vhodná hygienická péče odpovídajícími prostředky a nošení vhodného oděvu (Vorlíček, 2006).

Ve všech zmíněných fázích onemocnění má sestra nezastupitelnou úlohu. Krom specifických ošetrovatelských činností vždy dbá na vytvoření optimálního klidného prostředí se zajištěním intimity, snaží se eliminovat stud pacienta, zmírnit jeho obavy a poskytuje přiměřenou psychickou podporu. Spolupracuje s rodinou, kterou plně podporuje v aktivní roli v péči o pacienta. Pro pacienta je nepostradatelnou součástí a průvodcem jeho onemocnění.

2 Empirická část

2.1 CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI VÝZKUMU

1. Zmapovat výskyt onemocnění a porovnat ho s dostupnými statistickými údaji
2. Provéřit informovanost o existenci a prevenci před výskytem onemocnění
3. Posoudit dostupnost a srozumitelnost poskytovaných informací v průběhu léčby
4. Odhalit možné dopady onemocnění
5. Vypracovat na základě zjištěných výsledků informační materiál jako průvodce při nově zjištěném onemocnění se snahou doplnit a zlepšit informovanost pacientů

Dle dostupných poznatků byly vytvořeny následující předpoklady

2.1.1 PŘEDPOKLADY

- Předpoklad 1:** Předpokládám, že onemocnění vzniklo ze 70 % ve věkovém rozmezí 20 - 35 let
- Předpoklad 2:** Předpokládám, že 50 % mužů před sdělením diagnózy o onemocnění neslyšelo a neprovádělo samovyšetření varlat
- Předpoklad 3:** Předpokládám, že 30 % pacientů nebylo sděleno dostatečné množství informací v průběhu léčby, nebo jim nebylo schopno porozumět
- Předpoklad 4:** Domnívám se, že 80 % pacientů po prodělaném onemocnění navštěvuje pravidelně lékaře a provádí samovyšetření varlete
- Předpoklad 5:** Domnívám se, že 80 % mužů po prodělaném onemocnění změnilo svůj životní styl

2.2 ZKOUMANÝ SOUBOR OSOB

Respondenty byli vybráni pacienti s diagnostikovaným nádorem varlete, které jim následně bylo operačně odstraněno na urologické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Průměrně se zde takto operuje okolo dvaceti mužů ročně s počtem 117 v posledních šesti letech. Osloveno bylo 80 osob, z toho dotazník vyplnilo 62. Čtyři dotazníky byly poštou vráceny z důvodu nedoručitelnosti při změně adresy. Vyřazen nebyl žádný.

Pro výzkumný účel byli vybráni muži ve věkovém rozmezí 21 - 51 let, kteří prodělali operaci a následnou léčbu tohoto onemocnění. Pacienti s nově zjištěnou diagnózou nebyli dotazováni vůbec. Osloveni byli pacienti, kterým byla sdělena diagnóza minimálně před půl rokem z důvodu získání zkušeností s léčbou a zmapování vlivu poskytovaných informací i vlivu onemocnění s určitým odstupem. Časové období od počáteční operace se pohybuje v rozmezí půl roku až šest let.

2.3 METODIKA VÝZKUMU

K výzkumnému šetření bakalářské práce byla použita kvantitativní metoda formou dotazníkového šetření. Nestandardizovaný dotazník byl vytvořen pod dohledem vedoucího práce autorkou a obsahuje 23 otázek. Odpovědi na otázky byly předem formulovány s možností výběru jedné z variant a některé otázky byly zvoleny polouzavřené, kdy dotazovaný mohl zvolit odpověď a doplnit ji vlastním vyjádřením. Jeho tvorba byla částečně inspirována zkrácenou verzí mezinárodního dotazníku IPQ – R - CZ, zaměřeného na pacientovo pojetí nemoci. Tento dotazník byl původně zvažován k použití, ale některé jeho otázky nesplňovali naše požadavky ke zjištění vhodných informací a neodpovídali našim potřebám. Jeho otázky jsou zaměřeny spíše na současné pojetí probíhající nemoci, ale soubor našich respondentů hodnotí svoje onemocnění s odstupem po skončené léčbě a někteří již jsou vyřazeni z pravidelné dispenzarizace onemocnění. Dotazník obsahuje oslovení, seznámení s účelem šetření s cílem zhodnocení poskytovaných informací k využití zkušeností pro zkvalitnění péče a vytvoření vhodného edukačního materiálu a vlastní soubor otázek. Všichni byli ujištěni o anonymitě a nemožnosti zneužití jakýchkoliv údajů. Vzhledem k mladšímu věkovému rozmezí respondentů a předpokladu běžného používání internetu byla vytvořena spolu s papírovou také elektronická forma, která byla zejména mladšími respondenty upřednostňována. Plné znění dotazníku je k dispozici v příloze č. 1.

Před vlastním šetřením byl proveden pilotní průzkum s pěti pacienty. Byl zaměřený na srozumitelnost připravených otázek a potřebný čas k vyplnění dotazníku. Ze strany pacientů nebyly vzneseny připomínky k počtu, ani formulaci otázek a proto dotazník nebyl dále upravován. Čas věnovaný vyplnění dotazníku byl zhodnocen jako přiměřený.

Výzkum probíhal na základě schválené žádosti o provedení výzkumného šetření. Schválená žádost dotazníkové šetření je uvedena v příloze č. 2. Sběr informací probíhal od začátku dubna do konce července 2016. Čas pro vyplnění dotazníku byl přibližně 10 - 15 minut.

Získaná data jsou zpracována a vyhodnocena pomocí programu Microsoft Office Excel v tabulkách a grafech s vyjádřením absolutní a relativní četnosti se stručným komentářem.

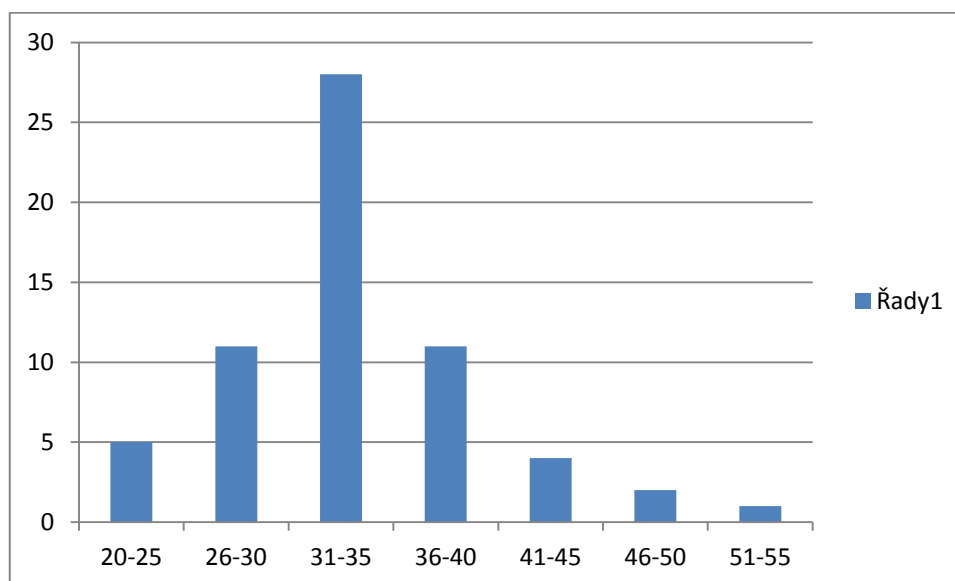
2.4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

Otázka č. 1: Kolik let vám bylo v době sdělení diagnózy?

Tabulka 1: Otázka č. 1

Věkové rozmezí v letech	Počet respondentů	Vyjádření v procentech
20-25	5	8%
26-30	11	18%
31-35	28	45%
36-40	11	18%
41-45	4	6%
46-50	2	3%
51-55	1	2%
celkem	62	100%

Graf 5: Otázka č. 1



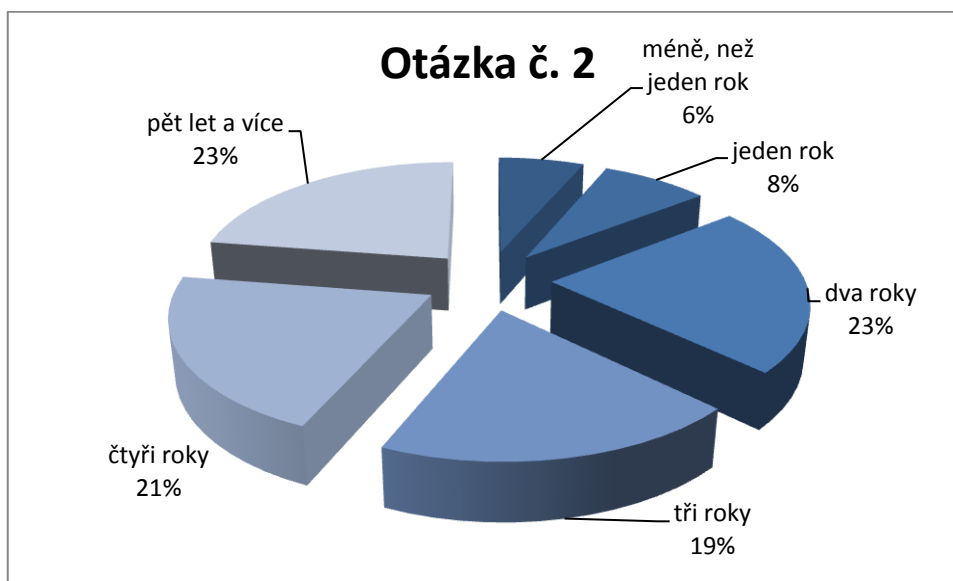
Komentář: Výzkumného šetření se zúčastnilo 62 mužů ve věkovém rozmezí 21 - 51 let. Naprosto nejvyšší výskyt onemocnění se objevuje ve věkovém rozmezí 31 - 35 let, kdy byla diagnóza sdělena 28 mužům. Druhou největší skupinu shodně tvoří muži ve věkové kategorii 26 - 30 a 36 - 40let.

Otázka č. 2: Jaká doba od sdělení diagnózy uplynula?

Tabulka 2: Otázka č. 2

Jaká doba od sdělení diagnózy uplynula?	Absolutní četnost	Relativní četnost
půl roku až jeden rok	4	6%
jeden rok	5	8%
dva roky	14	23%
tři roky	12	19%
čtyři roky	13	21%
pět let a více	14	23%
celkem	62	100%

Graf 6: Otázka č. 2



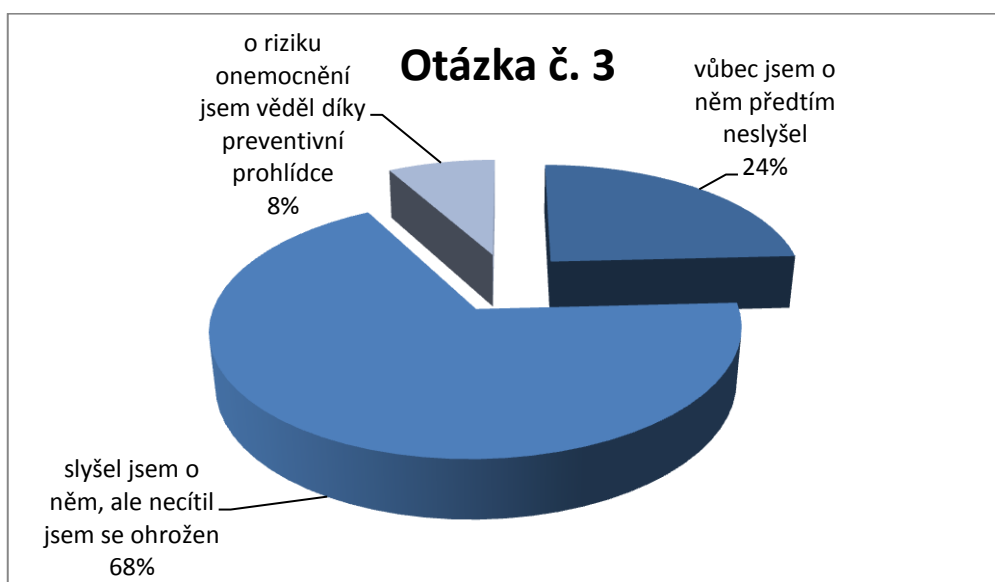
Komentář: Dotazování byli muži s rozdílným obdobím od sdělení diagnózy v rozmezí méně než jeden rok až více než pět let. Nejvíce bylo 23 % mužů s odstupem dvou let, a pět let a více od sdělení diagnózy. Nejméně bylo 6 % mužů v období menším, než jeden rok.

Otázka č. 3: Věděl jste před Vaší diagnózou o existenci tohoto onemocnění?

Tabulka 3: Otázka č. 3

Věděl jste před diagnózou o existenci tohoto onemocnění?	Absolutní četnost	Relativní četnost
vůbec jsem o něm předtím neslyšel	15	24%
slyšel jsem o něm, ale necítil jsem se ohrožen	42	68%
o riziku nemoci jsem věděl díky preventivní prohlídce u praktického lékaře, pediatra	5	8%
celkem	62	100%

Graf 7: Otázka č. 3



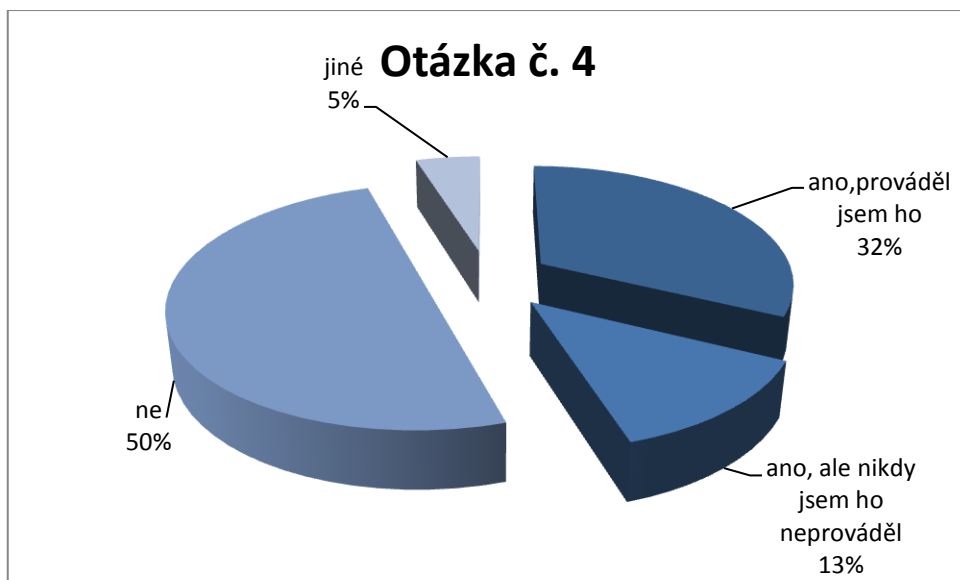
Komentář: Z celkového počtu 62 mužů o onemocnění slyšelo, ale necítilo se ohroženo 68 %, vůbec o něm nevědělo 24 % a bohužel jen 8 % o něm vědělo díky preventivní prohlídce u praktického lékaře, či pediatra.

Otázka č. 4: Slyšel jste o možnosti prevence v podobě samovyšetřování varlat?

Tabulka 4: Otázka č. 4

Slyšel jste o možnosti prevence v podobě samovyšetřování varlat?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano, prováděl jsem ho	20	32%
ano, ale nikdy jsem ho neprováděl	8	13%
ne	31	50%
jiné	3	5%
celkem	62	100%

Graf 8: Otázka č. 4



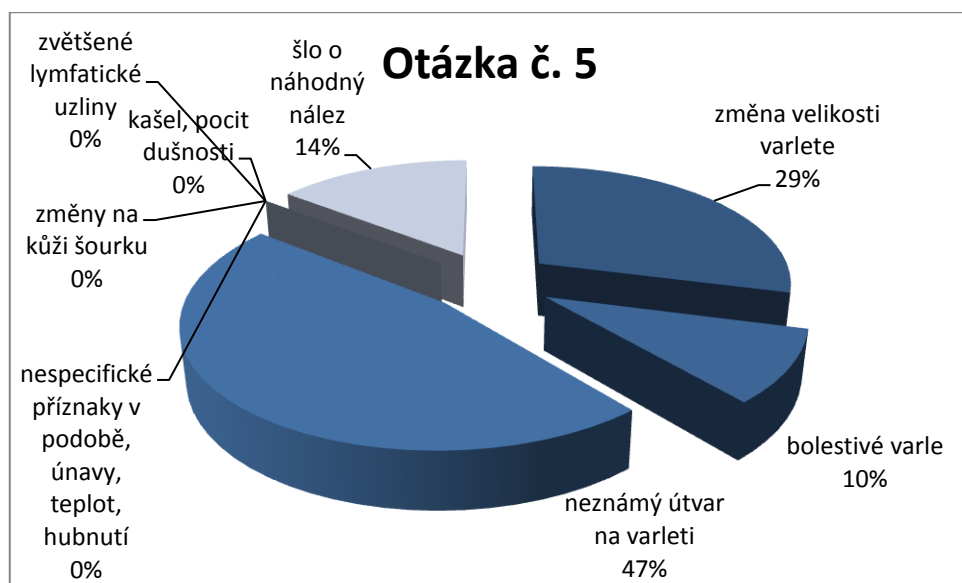
Komentář: O prevenci v podobě samovyšetření varlat bohužel neslyšelo a vůbec neprovádělo 50 % mužů, 13 % mužů o samovyšetření slyšelo, ale neprovádělo ho, a 32 % o prevenci vědělo a provádělo ho, 5 % mužů zvolilo variantu jiné.

Otázka č. 5 : Jaké příznaky Vás vedly k návštěvě lékaře?

Tabulka 5: Otázka č. 5

Jaké příznaky Vás vedly k návštěvě lékaře?	Absolutní četnost	Relativní četnost
změna velikosti varlete	18	29%
bolestivé varle	6	10%
neznámý útvar na varleti	29	47%
změny na kůži šourku	0	0%
zvětšené lymfatické uzliny	0	0%
kašel, pocit dušnosti	0	0%
nespecifické příznaky v podobě, únavy, teplot, hubnutí	0	0%
šlo o náhodný nález	9	14%
celkem	62	100%

Graf 9: Otázka č. 5



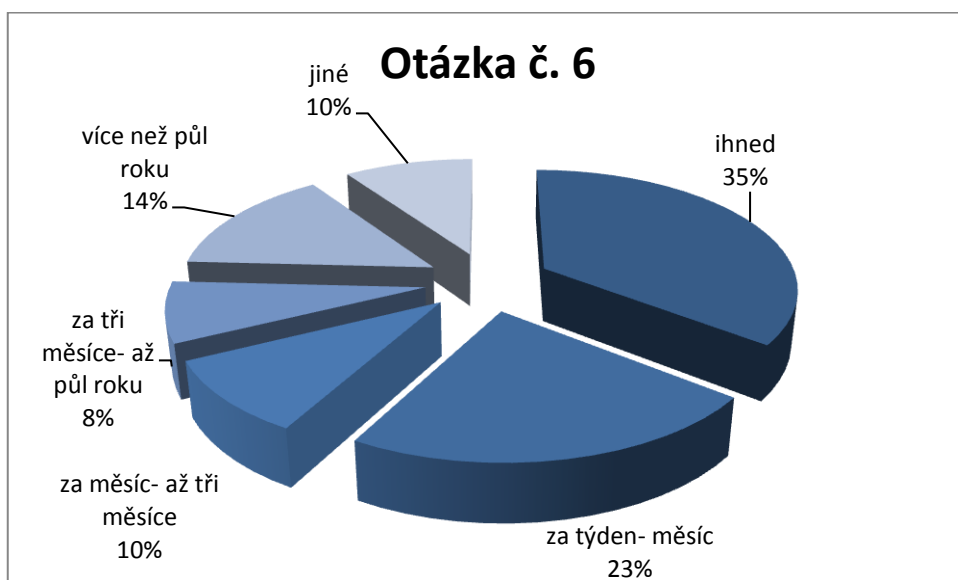
Komentář: Nejvíce mužů (47 %) k lékaři vedl neznámý útvar na varleti, 29 % si všimlo změny velikosti varlete, 10 % k lékaři přivedlo bolestivé varle a 14 % lékaře navštívilo ze zcela jiného důvodu a diagnóza byla zjištěna náhodou. Žádný z dotazovaných respondentů lékaře nenavštívil s projevy generalizace procesu v podobě zvětšených lymfatických uzlin, kašle a dušnosti a dalších nespecifických příznaků.

Otázka č. 6: Za jak dlouho po objevení příznaků jste navštívil lékaře?

Tabulka 6: Otázka č. 6

Za jak dlouhou dobu jste navštívil lékaře?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ihned	22	35%
za týden- měsíc	14	23%
za měsíc- až tři měsíce	6	10%
za tři měsíce- až půl roku	5	8%
více než půl roku	9	15%
jiné	6	10%
celkem	62	100%

Graf 10: Otázka č. 6



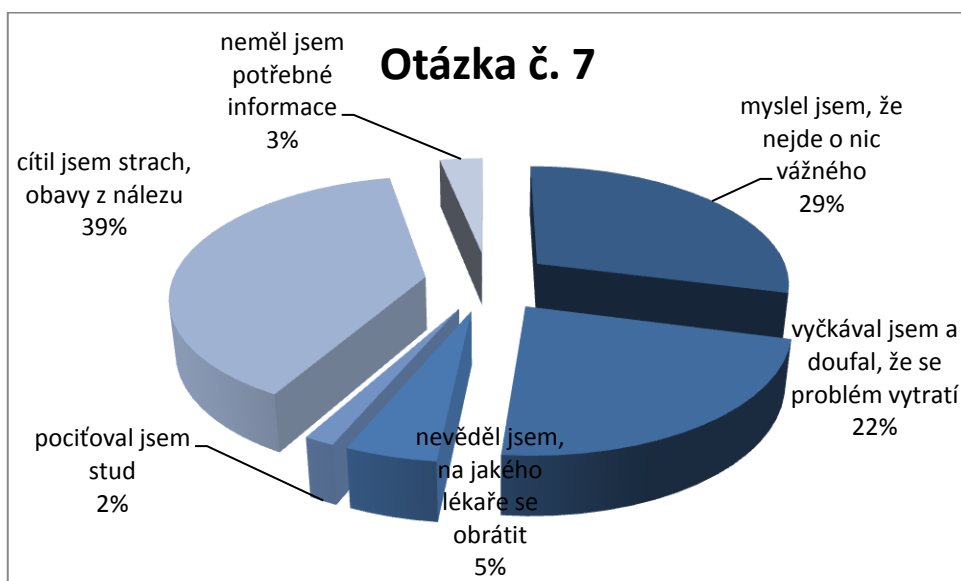
Komentář: Co nejdříve od objevení příznaků lékaře navštívilo 35 % mužů, 23 % mužů čekalo týden až měsíc, 10 % otálelo měsíc až tři, až půl roku vyčkávalo 8 % mužů a alarmující výsledek víc než půl roku přiznalo 14 % mužů. Jinou variantu odpovědi zvolilo 10 % mužů.

Otázka č. 7: Ovlivnily některé faktory Vaši včasnou návštěvu lékaře?

Tabulka 7: Otázka č. 7

Ovlivnily některé faktory Vaši včasnou návštěvu lékaře?	Absolutní četnost	Relativní četnost
myslel jsem, že nejde o nic vážného	18	29%
vyčkával jsem a doufal, že se problém vytratí	14	23%
nevěděl jsem, na jakého lékaře se obrátit	3	5%
pociťoval jsem stud	1	2%
cítil jsem strach, obavy z nálezů	24	39%
neměl jsem potřebné informace	2	3%
celkem	62	100%

Graf 11: Otázka č. 7



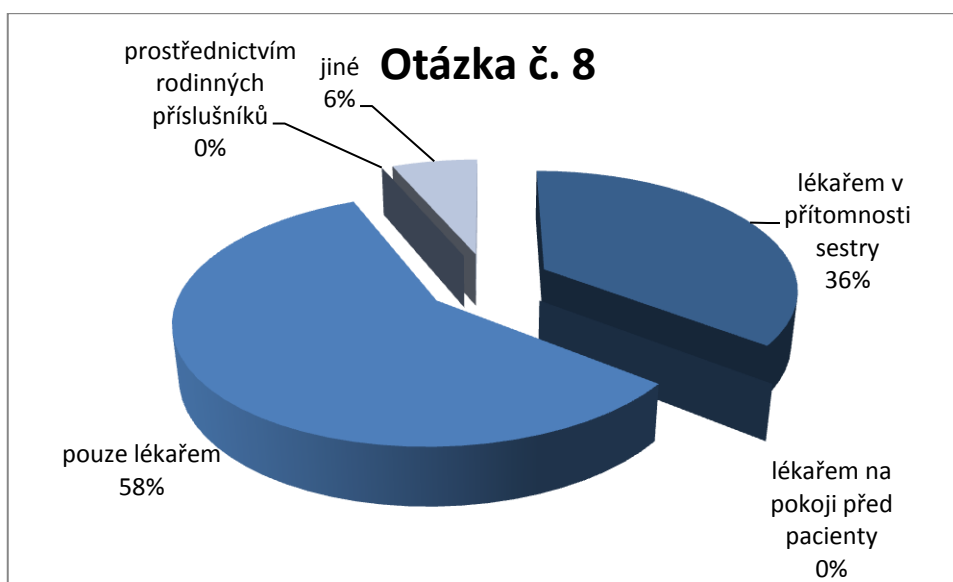
Komentář: Návštěvu lékaře odkládalo 39 % z důvodu obavy z nálezů, 29 % nemyslelo, že nález je vážný, 22 % doufalo, že se problém vytratí, 5 % netušilo, k jakému lékaři jít, 3 % nemělo potřebné informace a pouze 2 % oddalovalo návštěvu lékaře z důvodu studu.

Otázka č. 8: Pamatujete si, kdy a kým Vám byla sdělena diagnóza?

Tabulka 8: Otázka č. 8

Pamatujete si, kdy a kým Vám byla sdělena diagnóza?	Absolutní četnost	Relativní četnost
lékařem v přítomnosti sestry	22	35%
lékařem na pokoji před pacienty	0	0%
pouze lékařem	36	58%
prostřednictvím rodinných příslušníků	0	0%
jiné	4	6%
celkem	62	100%

Graf 12: Otázka č. 8



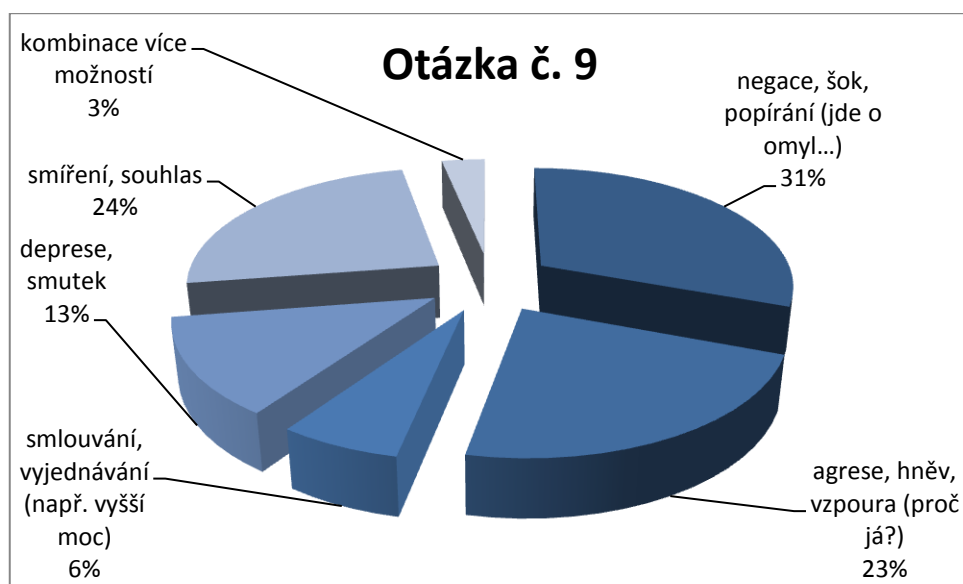
Komentář: Diagnóza byla sdělena 58 % mužů v soukromí pouze lékařem, 36 % byla sdělena lékařem za přítomnosti sestry a 6 % mužů zvolilo jinou variantu odpovědi. Velice uspokojivým faktem je, že nikdo nebyl informován před ostatními pacienty, ani prostřednictvím rodinných příslušníků.

Otázka č. 9: Vaše bezprostřední reakce na nemoc byla:

Tabulka 9: Otázka č. 9

Vaše bezprostřední reakce na nemoc byla	Absolutní četnost	Relativní četnost
negace, šok, popírání (jde o omyl...)	19	31%
agrese, hněv, vzpoura (proč já?)	14	23%
smlouvání, vyjednávání (např. vyšší moc)	4	6%
deprese, smutek	8	13%
smíření, souhlas	15	24%
kombinace více možností	2	3%
celkem	62	100%

Graf 13: Otázka č. 9



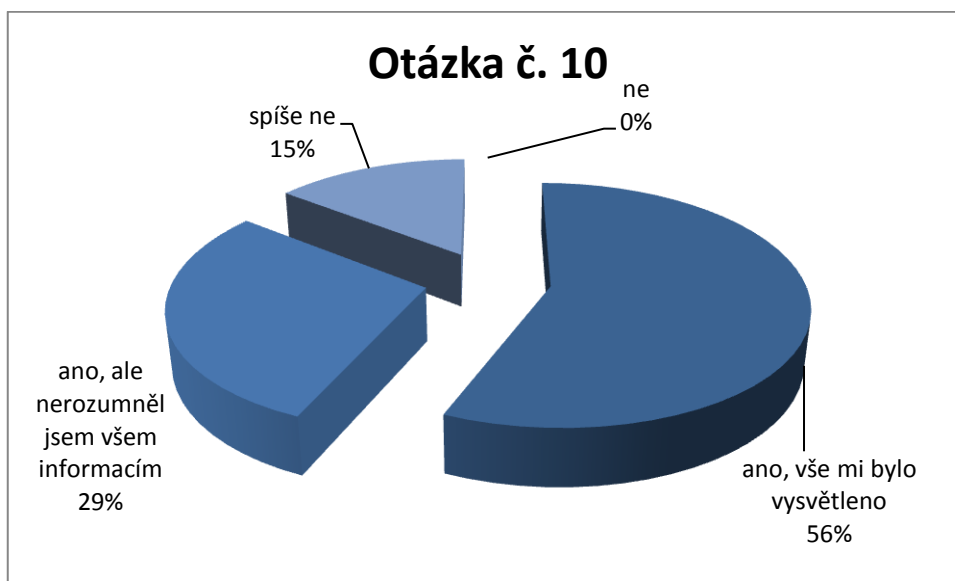
Komentář: Po sdělení diagnózy nejvíce mužů (31 %) prožívalo šokovou reakci, 24 % nemoc přijalo jako nevyhnutelný fakt, 23 % se hněvalo, 13 % cítilo smutek až depresi, 6 % se v myšlenkách obracelo k vyjednávání s vyšší mocí a 3 % prožívalo kombinaci více možností emocí.

Otázka č. 10: Měl jste pocit, že Vám bylo v době sdělení diagnózy poskytnuto dostatek informací o nemoci, prognóze, léčbě a možných komplikacích?

Tabulka 10: Otázka č. 10

Měl jste pocit, že Vám bylo v době sdělení diagnózy poskytnuto dostatek informací o nemoci, prognóze, léčbě a možných komplikacích?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano, vše mi bylo vysvětleno	35	56%
ano, ale nerozuměl jsem všem informacím	18	29%
spíše ne	9	15%
ne	0	0%
celkem	62	100%

Graf 14: Otázka č. 10



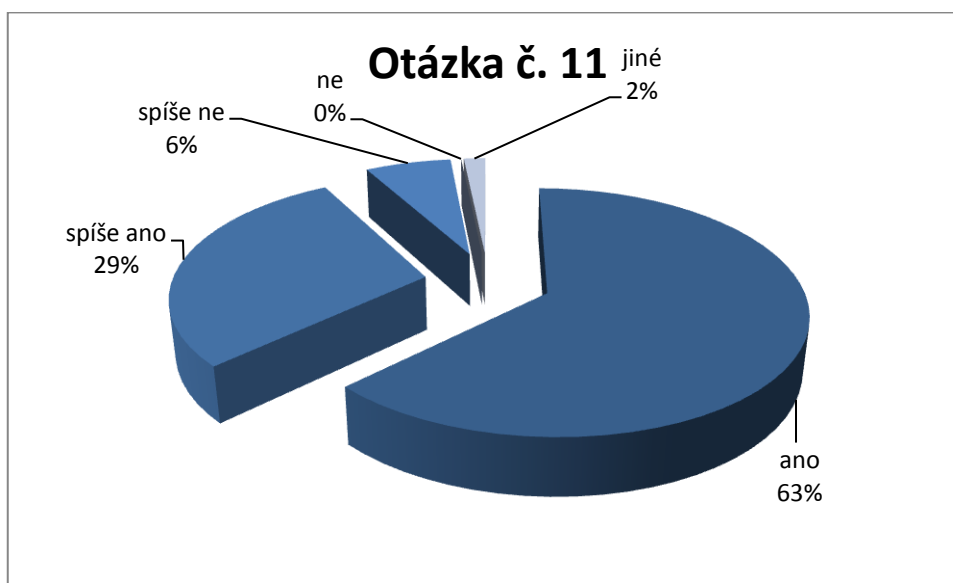
Komentář: V době sdělení diagnózy mělo pocit, že dostalo dostatek informací o nemoci více než polovina mužů (56 %), 29 % mužů informace sice dostalo, ale všem jim plně nerozumělo a 15 % mužů si myslí, že jim spíše nebyly poskytnuty dostatečné informace. Uspokojivý je fakt, že nikdo nevedl, že mu vůbec nebyly poskytnuty dostatečné informace.

Otázka č. 11: Odpovídal průběh léčby Vaším představám na základě sdělených informací?

Tabulka 11: Otázka č. 11

Odpovídal průběh léčby Vaším představám na základě sdělených informací?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	39	63%
spíše ano	18	29%
spíše ne	4	6%
ne	0	0%
jiné	1	2%
celkem	62	100%

Graf 15: Otázka č. 11



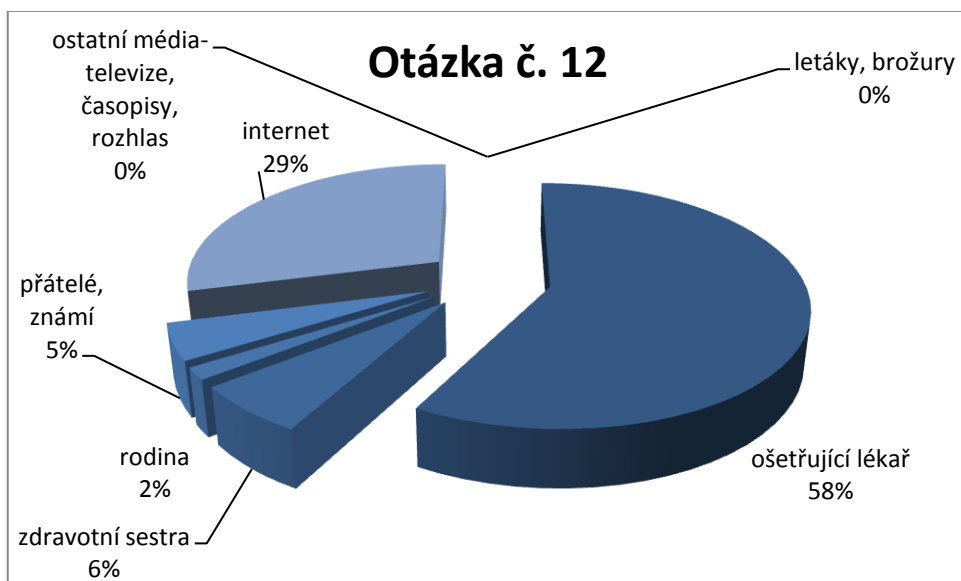
Komentář: U 63 % mužů odpovídala léčba jejich představám, které si vytvořily na základě sdělených informací, 29 % si na základě sdělených informací představu vytvořilo, ale ne zcela, 6 % mužů představu o následné léčbě spíše nemělo a nikdo nevedl, že by si neuměl průběh léčby na základě informací vůbec představit.

Otázka č. 12: Kde jste získal potřebné informace?

Tabulka 12: Otázka č. 12

Kde jste získal potřebné informace?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ošetřující lékař	36	58%
zdravotní sestra	4	6%
rodina	1	2%
přátelé, známí	3	5%
internet	18	29%
ostatní média- televize, časopisy, rozhlas	0	0%
letáky, brožury	0	0%
celkem	62	100%

Graf 16: Otázka č. 12



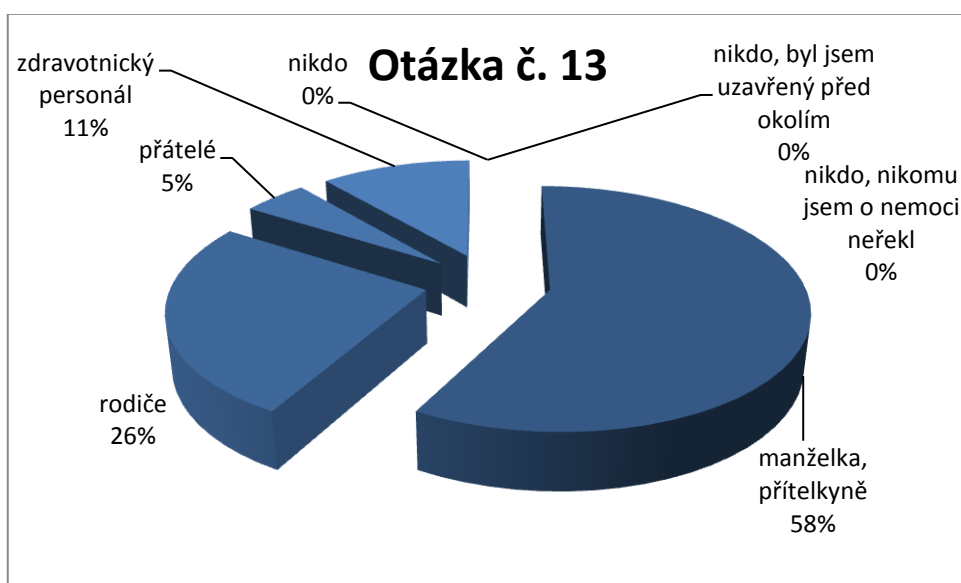
Komentář: Zdrojem potřebných informací byl v případě 58 % lékař, 29 % mužů hledalo informace prostřednictvím internetu, zdravotní sestra byla zdrojem informací pro 6 % mužů, 5 % mužů dostalo informace od přátel a známých. Nikomu nebyly poskytnuty potřebné informace prostřednictvím médií, či letáků a brožur.

Otázka č. 13: Kdo Vám byl při léčbě největší oporou?

Tabulka 13: Otázka č. 13

Kdo Vám byl při léčbě největší oporou?	Absolutní četnost	Relativní četnost
manželka, přítelkyně	36	58%
rodiče	16	26%
přátelé	3	5%
zdravotnický personál	7	11%
nikdo, byl jsem uzavřený před okolím	0	0%
nikdo, nikomu jsem o nemoci neřekl	0	0%
nikdo	0	0%
celkem	62	100%

Graf 17: Otázka č. 13



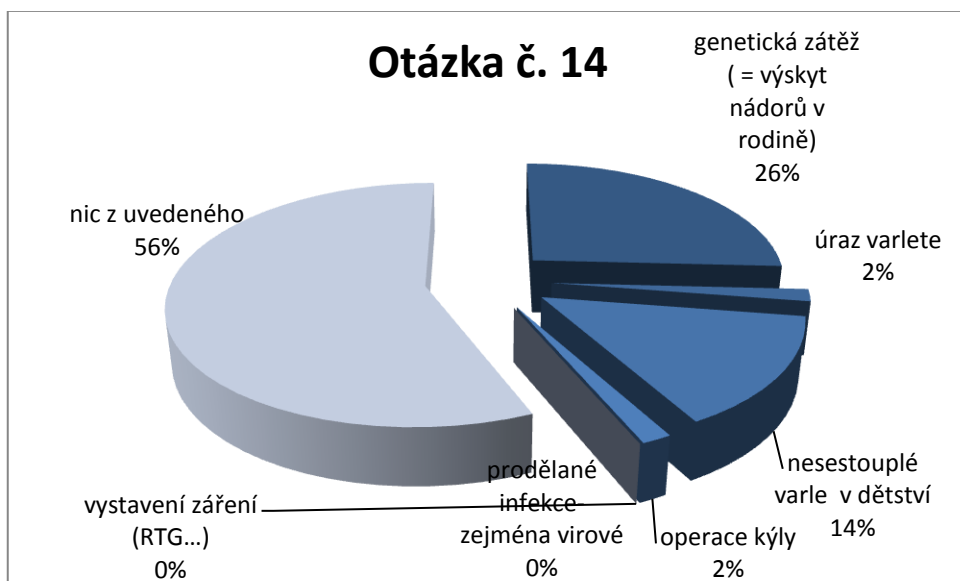
Komentář: Největší oporou při probíhající léčbě byla mužům manželka, nebo přítelkyně (58 %), rodiče byli nezastupitelní ve 26 %, pro 11 % byla největší opora ve zdravotnickém personálu a 5 % se mohlo spolehnout na své známé. Nikdo se neocítl v takové situaci, kdy by nemohl, nebo nechtěl nikomu svěřit, jakým onemocněním trpí a jakou léčbu podstupuje.

Otázka č. 14: Vyskytl se u Vás některý z rizikových faktorů pro vznik onemocnění?

Tabulka 14: Otázka č. 14

Vyskytl se u Vás některý z rizikových faktorů pro vznik onemocnění?	Absolutní četnost	Relativní četnost
genetická zátěž = výskyt nádorů v rodině	16	26%
úraz varlete	1	2%
nesestouplé varle v dětství	9	15%
operace kýly	1	2%
prodělané infekce- zejména virové	0	0%
vystavení záření (RTG...)	0	0%
nic z uvedeného	35	56%
celkem	62	100%

Graf 18: Otázka č. 14



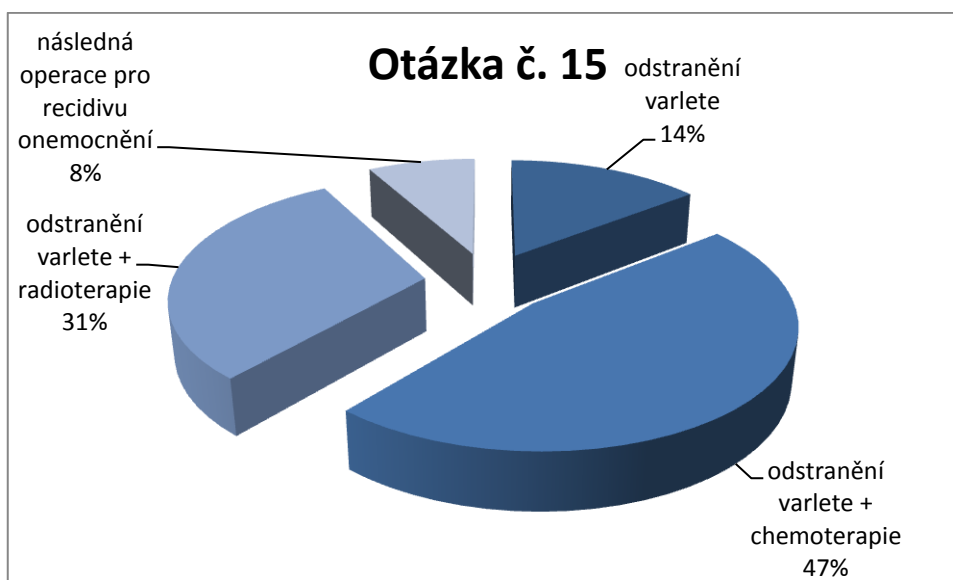
Komentář: Známý rizikový faktor se vůbec nevyskytl u 56 % mužů, výskyt nádorů v rodině udalo 26 % mužů, nesestouplé varle v dětství mělo 14 % a 2 % udalo úraz varlete před objevením onemocnění. Vliv prodělané infekce, nebo záření neuvedl žádný z mužů.

Otázka č. 15: Popište způsob léčby

Tabulka 15: Otázka č. 15

Popište způsob léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost
odstranění varlete	9	15%
odstranění varlete + chemoterapie	29	47%
odstranění varlete + radioterapie	19	31%
následná operace pro recidivu onemocnění	5	8%
celkem	62	100%

Graf 19: Otázka č. 15



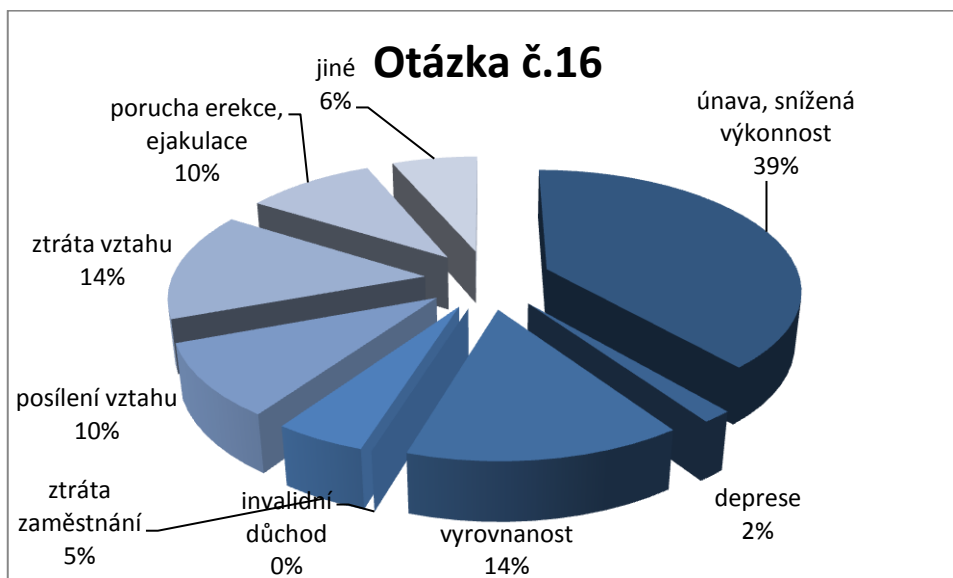
Komentář: Odstranění varlete v souladu s platným postupem podstoupili všichni muži, u 47 % mužů následovala léčba chemoterapií, 31 % následně postoupilo radioterapii a 8 % mužů muselo podstoupit druhou operaci pro recidivu onemocnění.

Otázka č. 16: Má prodělané onemocnění vliv na některou z oblastí?

Tabulka 16: Otázka č. 16

Má prodělané onemocnění vliv na některou z oblastí?		Absolutní četnost	Relativní četnost
Fyzickou	únava, snížená výkonnost	24	39%
Psychickou	deprese	1	2%
	vyrovnanost	9	15%
Sociální	invalidní důchod	0	0%
	ztráta zaměstnání	3	5%
Partnerství	posílení vztahu	9	15%
	ztráta vztahu	6	10%
Sexuální	porucha erekce, ejakulace	6	10%
Jiné		4	6%
celkem		62	100%

Graf 20: Otázka č. 16



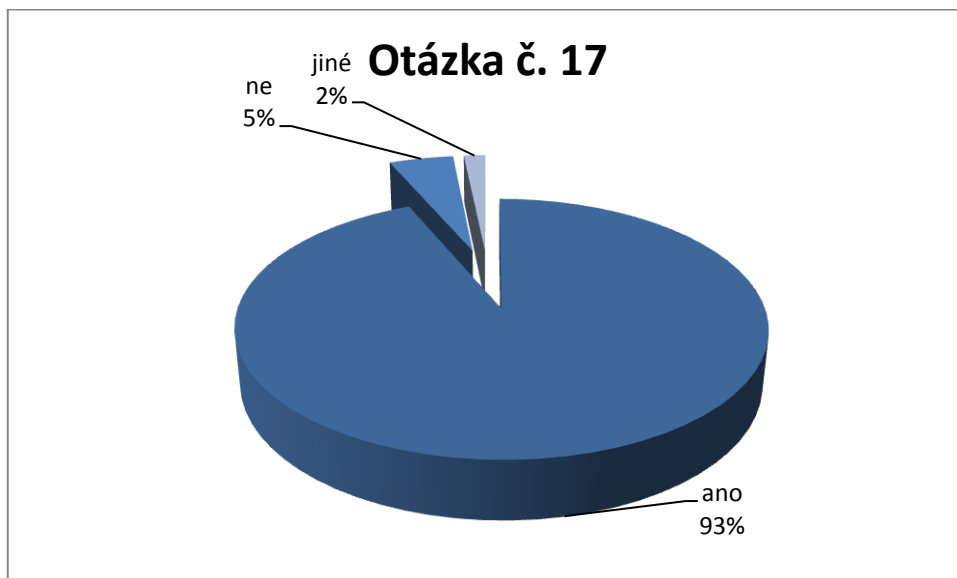
Komentář: Největší dopad mělo prodělané onemocnění na složku fyzickou, kdy se únavou projevilo u 39 % mužů, ve složce partnerské došlo k posílení vztahu ve 14 %, naopak k jeho ztrátě v 10 %. Z psychické složky byla ovlivněna vyrovnanost u 14 % a depresi uvedla 2 % mužů. Porucha erekce a ejakulace se vyskytla u 10 %, o zaměstnání přišlo kvůli nemoci 5 %.

Otázka č. 17: Chodíte na pravidelné lékařské preventivní prohlídky?

Tabulka 17: Otázka č. 17

Chodíte na pravidelné lékařské preventivní prohlídky?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	58	94%
ne	3	5%
jiné	1	2%
celkem	62	100%

Graf 21: Otázka č. 17



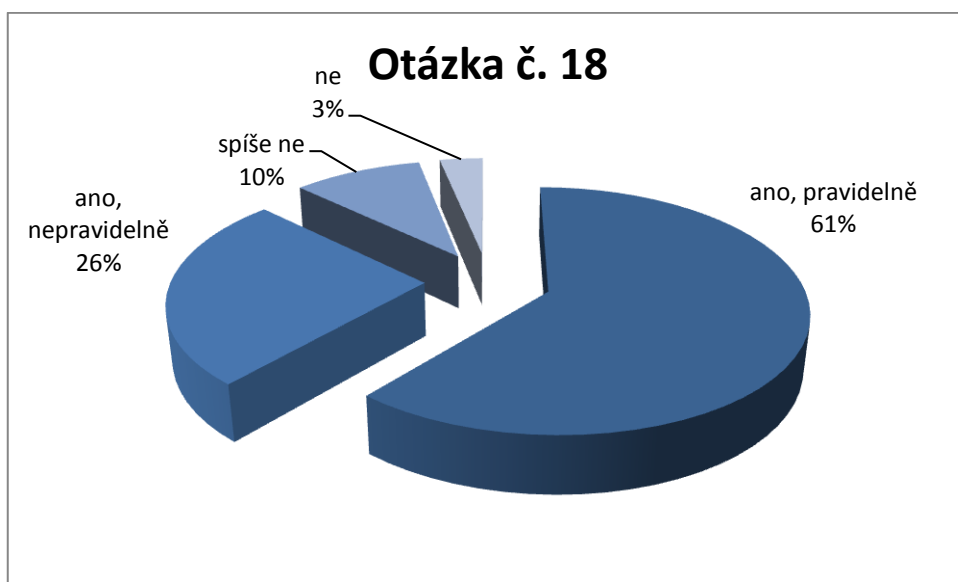
Komentář: Po prodělaném onemocnění chodí na pravidelné lékařské prohlídky 94 % mužů, což je velice uspokojivý výsledek. I přes zkušenost s vážným onemocněním na prohlídky nechodí 5 %. Jinou variantu zvolilo 2 % mužů.

Otázka č. 18: Provádíte samovyšetření varlete na druhé straně?

Tabulka 18: Otázka č. 18

Provádíte samovyšetření varlete na druhé straně?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano, pravidelně	38	61%
ano, nepravidelně	16	26%
spíše ne	6	10%
ne	2	3%
celkem	62	100%

Graf 22: Otázka č. 18



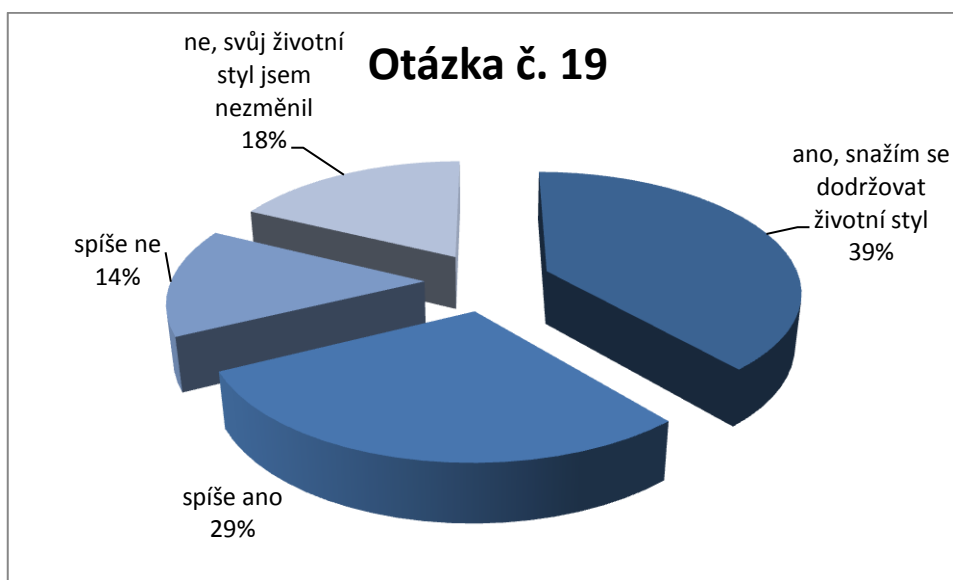
Komentář: Prevenci postižení nádorem u druhého varlete v podobě jeho samovyšetření provádí pravidelně 61 %, nepravidelně 26 %, ovšem bohužel ho spíše neprovádí 10 % a vůbec ne 3 %.

Otázka č. 19: Myslíte, že onemocnění ovlivnilo Váš životní styl?

Tabulka 19: Otázka č. 19

Myslíte, že onemocnění ovlivnilo Váš životní styl?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano, snažím se dodržovat životní styl	24	39%
spíše ano	18	29%
spíše ne	9	15%
ne, svůj životní styl jsem nezměnil	11	18%
celkem	62	100%

Graf 23: Otázka č. 19



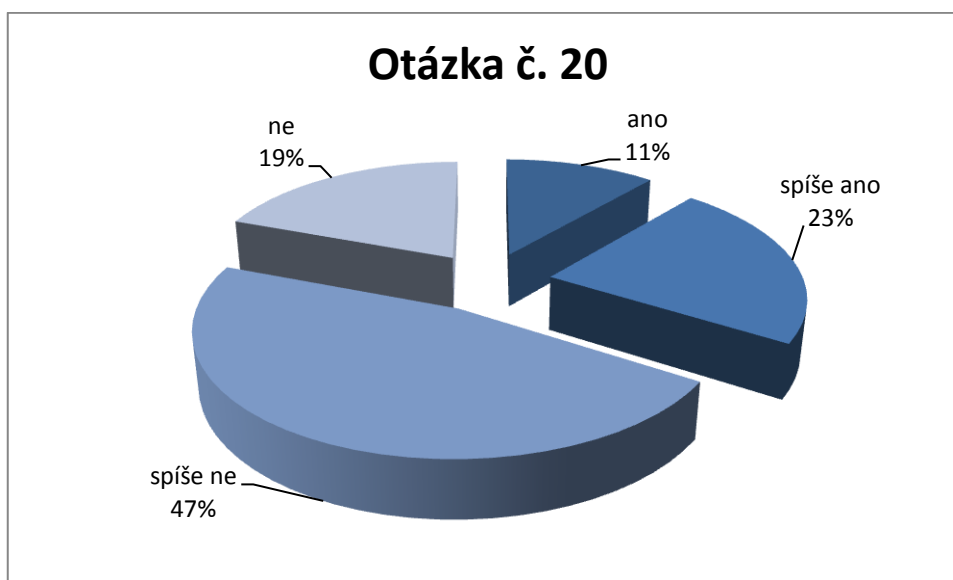
Komentář: Změnu životního stylu po prodělaném onemocnění udává 39 %, zdravý životní styl se snaží dodržovat 29 %, 14 % po onemocnění životní styl příliš nezměnilo a u 18 % prodělané onemocnění nevedlo k jakékoliv změně.

Otázka č. 20: Myslíte si, že veřejnost je o této nemoci dostatečně informována?

Tabulka 20: Otázka č. 20

Myslíte si, že veřejnost je o této nemoci dostatečně informována?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	7	11%
spíše ano	14	23%
spíše ne	29	47%
ne	12	19%
celkem	62	100%

Graf 24: Otázka č. 20



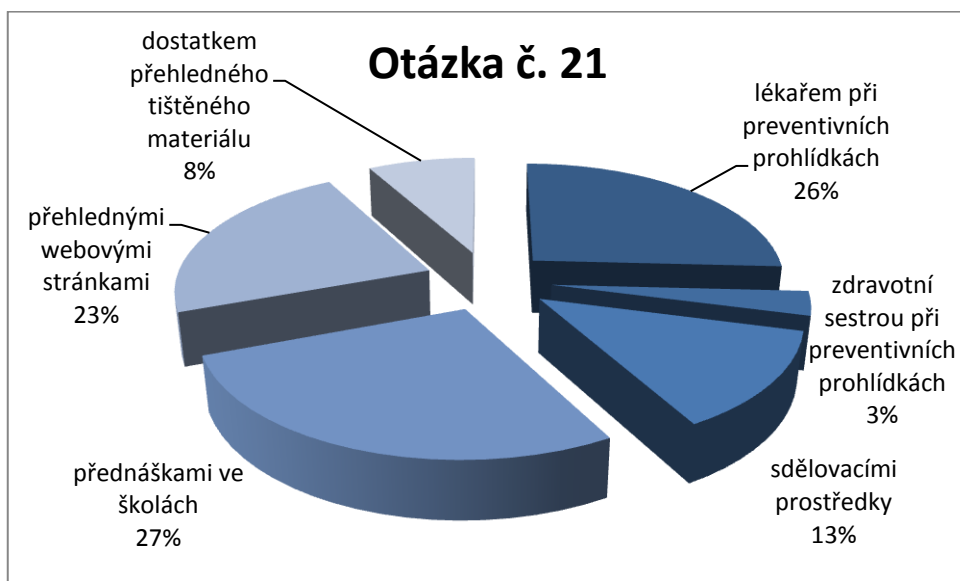
Komentář: V otázce informovanosti veřejnosti o onemocnění si 47 % spíše nemyslí, že veřejnost je dostatečně informována, 19 % vnímá informovanost jako zcela nedostatečnou, 23 % soudí, že veřejnosti informace poskytovány spíš jsou a o dostatečné informovanosti je plně přesvědčeno pouze 11 %.

Otázka č. 21: Jakou formou a od koho by měla být informována?

Tabulka 21: Otázka č. 21

Jakou formou a od koho by měla být informována?	Absolutní četnost	Relativní četnost
lékařem při preventivních prohlídkách	16	26%
zdravotní sestrou při preventivních prohlídkách	2	3%
sdělovacími prostředky	8	13%
přednáškami ve školách	17	27%
přehlednými webovými stránkami	14	23%
dostatkem přehledného tištěného materiálu	5	8%
celkem	62	100%

Graf 25: Otázka č. 21



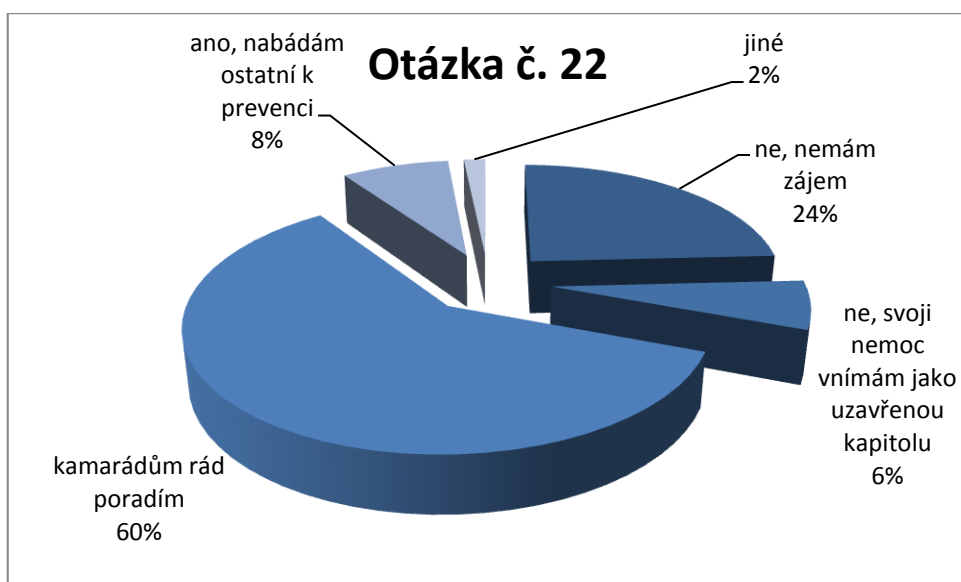
Komentář: Jako zdroj informací by dle respondentů měly sloužit ve 27 % přednášky ve školách, lékař při preventivních prohlídkách by měl informovat dle 26 % mužů, 23 % by informovalo veřejnost prostřednictvím internetu, 13 % si myslí, že zdrojem by měla být média, 8 % spatřuje vhodnou formu informací v tištěném materiálu a zbylá 3 % očekává zapojení sestry u preventivní prohlídky.

Otázka č. 22: Účastníte se Vy sám nějaké aktivity v informovanosti ostatních?

Tabulka 22: Otázka č. 22

Účastníte se Vy sám nějaké aktivity v informovanosti ostatních?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne, nemám zájem	15	24%
ne, svoji nemoc vnímám jako uzavřenou kapitolu	4	6%
kamarádům rád poradím	37	60%
ano, nabádám ostatní k prevenci	5	8%
jiné	1	2%
celkem	62	100%

Graf 26: Otázka č. 22



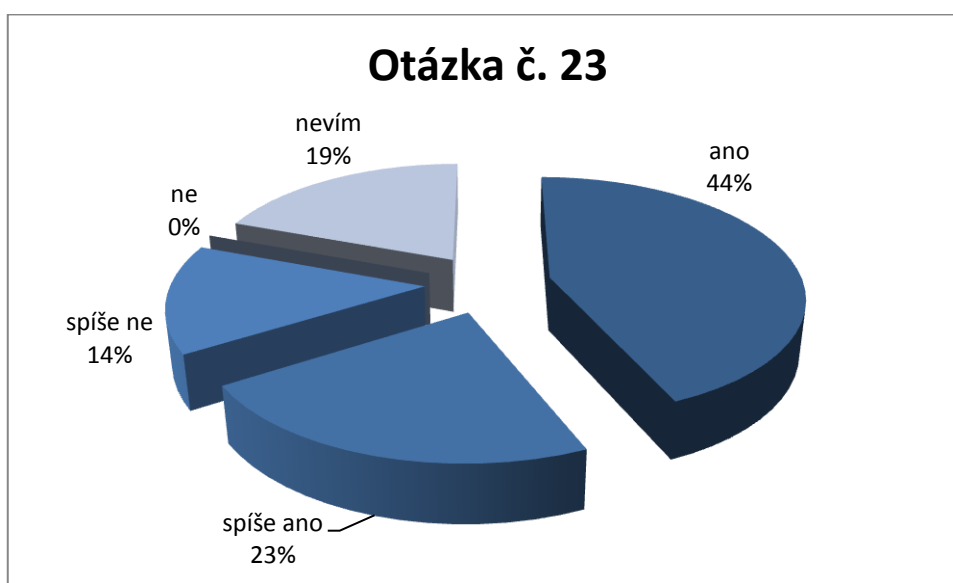
Komentář: Aktivitu při poskytování informací ostatním vyvíjí nabádáním k prevenci 8 %, více než polovina (60 %) ochotně poradí svým kamarádům, 24 % nejeví zájem, jako uzavřenou kapitolu vnímá své onemocnění, o kterém se nehodlá šířit 6 % mužů a 2 % zvolilo jako odpověď variantu jiné.

Otázka č. 23: Myslíte si, že by bylo přínosné organizování mužů se stejnou diagnózou, například na webu s poradenskou činností?

Tabulka 23: Otázka č. 23

Myslíte, že by bylo přínosné organizování mužů se stejnou diagnózou, například na webu s poradenskou činností?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	27	44%
spíše ano	14	23%
spíše ne	9	15%
ne	0	0%
nevím	12	19%
celkem	62	100%

Graf 27: Otázka č. 23



Komentář: Vytvoření webu s poradenskou činností, kde by si mohli vzájemně předávat zkušenosti muži se stejnou diagnózou, vidí jako přínosné 44 % mužů. 23 % nápad vidí jako spíše přínosný, 14 % o přínosu pochybuje a 19 % mužů neví, zda by bylo vytvoření webu přínosné. Nikdo tuto myšlenku zcela nezavrhne v podobě zcela negativní odpovědi.

DISKUZE

Tato bakalářská práce byla zaměřena na pacienty, kteří prodělali závažné onemocnění v podobě nádoru varlete a jeho následnou léčbu. Cílem bylo zmapování informovanosti o tomto onemocnění před vlastní diagnózou, dostatečném množství poskytovaných informací v průběhu léčby a odhalení možných následků této choroby, včetně životního stylu. Analýza získaných výsledků byla podkladem pro vytvoření srozumitelného edukačního materiálu doplňujícího informace poskytnuté v počáteční fázi onemocnění.

Dotazováno bylo celkem 62 pacientů urologické kliniky, kteří zde byli v minulosti operováni, s mnohými jsem se osobně setkala při hospitalizaci. Při oslovování respondentů jsem byla velmi mile překvapena vstřícností, ochotou, otevřenou a upřímnou komunikací u velké části mužů.

Zvolena byla kvantitativní metoda formou dotazníkového šetření. K porovnání výsledků jsem použila údaje z odborné literatury. Komplexní přehled poznatků o diagnostice a léčbě nádorů varlat poskytuje publikace Prof. MUDr. Jitky Abrahámové, DrSc. Problematikou nádorů varlete se zabývalo několik bakalářských prací, ale vesměs všechny byly zaměřeny na informovanost o této nemoci ve zdravé populaci. K porovnání se proto dalo využít jen několik otázek.

V dotazníkovém šetření odpovídali muži ve věkovém rozmezí 21 - 51 let. Z otázky č. 1 vyplynulo, že průměrný věk v době sdělení diagnózy byl 33 let. Abrahámová ve své publikaci uvádí, že ve věkové kategorii 20 - 40 let je v ČR diagnostikováno 64 % všech testikulárních nádorů. V našem průzkumu se v tomto období o onemocnění dozvědělo dokonce 89 % mužů. Naprosto největší výskyt tohoto onemocnění se objevil v rozmezí 31 - 35 let, a to téměř u poloviny (45%) respondentů. Náš **předpoklad 1** byl, že u mužů ve věkovém rozmezí 20 - 35 let se vyskytlo onemocnění v 70 % všech případů. Tento předpoklad **byl správný**. Další položkou se zabývala otázka č. 2, kde byli respondenti rozděleni do skupin dle doby, která od sdělení diagnózy uplynula. Záměrně byli vybíráni v přibližně stejném počtu v daných letech v rozmezí půl roku až šest let. Dispenzarizace onkologických onemocnění probíhá pravidelně v období prvních pěti let. U 23 % našich respondentů uplynulo od diagnostiky pět let a více.

Míra informovanosti respondentů o existenci onemocnění a možné prevenci před jejím vlastním výskytem, byla zjišťována otázkou č. 3 a 4. s těmito otázkami souvisí **předpoklad 2**, kde se domnívám, že 50 % mužů před sdělením diagnózy o onemocnění neslyšelo, ani

neprovádělo samovyšetření varlat. 76 % našich respondentů o možném výskytu onemocnění předtím slyšelo, z toho pouze 8 % o něm vědělo díky preventivní prohlídce u praktického lékaře. Celých 24 % o něm nikdy předtím neslyšelo. Přibližně stejného výsledku dosáhla ve své bakalářské práci z roku 2009 Pomlková, která udává, že 72 % mužů o problematice nádorového onemocnění varlat již někdy slyšelo. Velmi alarmujícím faktem z mého pohledu je, že praktičtí lékaři neplní svoji roli v primární prevenci u tohoto onemocnění a muže patřičně neinformují o riziku tohoto onemocnění. Na stejný problém poukazuje ve své práci z roku 2011 Sochorová, která při svém výzkumném šetření zjistila, že ve zkoumaném souboru lékař informuje o tomto onemocnění 21 % mužů při preventivní prohlídce. Toto považuji za naprosto nedostatečné, protože praktický lékař plní nezastupitelnou roli v prevenci a včasném záchytu onemocnění. Při prohlídce by měl lékař varlata nejen vyšetřit, ale měl by muže a dospívající chlapce seznámit s metodou samovyšetření. Přesná metoda se dá vysvětlit a ukázat prostřednictvím různých simulátorů, které jsou v současné době k dispozici a velmi názorně lze jejich prostřednictvím předvést rozdíl mezi normálním nálezem na varleti a patologickou odchylkou. Na selhání systému informovanosti poukazuje náš výsledek, kdy o možnosti samovyšetření nikdy neslyšelo 50 % našich respondentů a samovyšetření neprovádělo 63 % všech mužů. Samovyšetření pravidelně provádělo pouze 32 % a tři muži volili možnost odpovědi s vlastním komentářem: „Samovyšetření jsem prováděl velmi zřídka.“ „Neznal jsem techniku provedení.“ „Až poté, co jsem začal mít podezření.“ Předpoklad 2 **byl správný**. Pomlková ve své práci z roku 2009 dospěla k výsledku, že 96 % mužů neprovádí samovyšetření. Sochorová v práci z roku 2011 udává, že samovyšetření neprovádí 70 % zdravých mužů. Z těchto údajů usuzuji, že v průběhu posledních let bohužel nedochází k žádoucímu posunu v působení na muže. Na rozdíl od žen, kterým je věnována v kampaních zaměřených na prevenci nádoru prsu velká pozornost, včetně metod samovyšetření a i u praktických lékařů a gynekologů je této tématice věnována již samozřejmá pozornost, muži jsou stále opomíjeni.

Rizikovými faktory se zabývala otázka č. 14, která odhalila přítomnost genetické zátěže s výskytem nějakého typu nádoru u 26 % rodinných příslušníků. Nesestoupným varletem jako jediným prokázaným rizikovým faktorem dle dostupné literatury trpělo v dětství 15 % chlapců.

Průvodními příznaky, kvůli kterým navštívili muži lékaře s uplynutím doby, za kterou návštěvu vykonali, s možným vlivem některých faktorů pro oddálení návštěvy zkoumala otázka č. 5, 6 a 7. Neznámý útvar na varleti a změna velikosti varlete vedla k návštěvě 76 %

mužů. Dostupná literatura tyto příznaky shodně uvádí jako nejčastější. Bolestivost varlete se objevila pouze v 10 % a náhodně bylo diagnostikováno 9 mužů (15 %). To, že postižené varle nebolí, je dle mého názoru jedním z hlavních důvodů, proč muži podceňují příznaky onemocnění a odkládají včasnou návštěvu lékaře. V praxi mi tento názor několik pacientů potvrdilo. Myšlenku, že nejde o nic vážného s očekáváním, že se problém vytratí, přiznalo 52 % mužů. Strach ve spojení s nálezem vyjádřilo 39 % mužů. Překvapivým zjištěním byl pro mě osobně fakt, že stud bránil v návštěvě lékaře pouze jednomu muži. Očekávala bych, že konkrétně u toho onemocnění bude stud hrát v uvažování mužů větší roli.

Žádného z respondentů prvotně k lékaři nepřivedli příznaky způsobené metastázami. Neznamena to ovšem, že v době sdělení diagnózy někteří neměli proces již generalizovaný. Metastázy byly odhaleny až při následných vyšetřeních a momentálně nezpůsobovaly viditelné příznaky. Zejména metastázy plic nemusejí po dlouhou dobu způsobovat žádné příznaky. U pěti pacientů (8 %) byla provedena kromě odstranění varlete následná operace postižených lymfatických uzlin. Přítomnost metastáz a posouzení úspěchu následné onkologické léčby nebylo předmětem zkoumání této práce a pacienti s velmi rozsáhlou generalizací již v době první návštěvy lékaře nebyli z důvodu obav z pravděpodobného úmrtí oslovováni vůbec.

Předmětem našeho zájmu naopak bylo zjištění, za jak dlouho po objevení příznaků navštívili respondenti lékaře. Vzhledem k nezbytnému včasnému odhalení a riziku vytvoření metastáz u některých typů nádorů v průběhu několika málo dní je naprosto stěžejní, aby se muži při zjištění jakéhokoliv nálezu, odlišujícího se od normálu okamžitě nechali vyšetřit lékařem. K tomu by opět měla přispět dostatečná informovanost v mužské populaci a uvědomění si rizika. Při preventivních prohlídkách by měla být lékaři vštěpována nejen metoda samovyšetření, ale rozebráním této problematiky by mělo být odstraněno určité tabu, které provází tuto chorobu. Pokud bude v mužích podporována důvěra v lékaře, nebudou mít obavy i z případné zbytečné návštěvy, která je samozřejmě mnohem přínosnější, než zbytečný odklad a prodleva při stanovení diagnózy. Výsledky našeho šetření bohužel dokazují, že tohoto stavu ještě zdaleka nebylo dosaženo. Z celkového počtu respondentů ihned navštívilo lékaře 35 % a dalších 23 % přišlo do ordinace lékaře do měsíce od objevení příznaků. 33 % oddalovalo návštěvu měsíc a déle. Naprosto alarmující je výsledek, že v devíti případech (15 %) muži přišli po více, než půl roce a v odpovědi s vlastním vyjádřením uvedli tři muži, že s patologickým nálezem se pohybovali více než rok. Další vlastní vyjádření znělo: „Asi po 20 dnech. Jsem voják z povolání a v té době jsem byl na cvičení. Žena mě objednala!“ Toto

sdělení potvrzuje informaci, že v některých případech se na nález a případném řešení podílí partnerka. Další vyjádření znělo: „Lékaře jsem vyhledal ihned po návratu ze služební cesty v zahraničí.“ v obou těchto případech byla návštěva lékaře odložena z důvodu nepříznivého načasování a v případě normálních okolností by k ní došlo pravděpodobně ihned.

Další zkoumanou oblastí bylo posouzení dostupnosti a srozumitelnosti informací, které byli podávány v průběhu léčby pomocí otázek č. 8, 10, 11 a 12. s těmito otázkami souvisí **předpoklad 3**, kde se domnívám, že 50 % mužům nebylo v prvotní chvíli poskytnuto dostatek informací, nebo jim neporozuměli. Otázka č. 8 se zabývá podmínkami, za jakých byla sdělena diagnóza. Ve všech případech byla splněna legislativní povinnost, která určuje pouze lékaře jako osobu oprávněnou poskytovat informace týkající se diagnózy, prognózy a navrhované léčby daného onemocnění. Potěšující je skutečnost, že ke sdělení diagnózy bylo zvoleno vhodné prostředí se zajištěním soukromí a ani v jednom případě nebyl aktuální stav sdělován před ostatními pacienty. V prostoru pro vlastní vyjádření bylo sděleno: „Diagnóza mi byla sdělena lékařem, který mi provedl vyšetření ultrazvukem.“ „MUDr. Balík - na takový moment nelze zapomenout.“ „Praktickým lékařem po návštěvě ultrazvuku.“ Zde je potvrzen fakt, že diagnózu lze určit poměrně jednoduchým způsobem pomocí ultrazvukového vyšetření. **Správnost předpokladu** potvrzuje otázka č. 10, kde celkem 44 % pacientů uvedlo, že spíše nedostalo dostatek informací, nebo informace sice dostalo, ale všem jim nerozumělo. Tvrzení Opatrné (2008), že až třetinu lékařem sdělovaných informací si pacient nestihne zapamatovat, nebo jim nerozumí a může dojít k jejich zkreslení, potvrzuje 29 % respondentů, kteří uvádějí, že informace dostalo, ale všem jim nerozumělo. Zde je na místě zamyslet se nad způsobem komunikace a způsobem jejího vedení. Na podkladě tohoto zjištění jsme došli k závěru, že vytvoříme vhodný informační materiál, který pomůže doplnit předané slovní informace ještě jinou, srozumitelnou formou.

Srozumitelností a uceleností poskytovaných informací, na základě kterých si pacienti vytvořili představu o následném průběhu léčby, se zabývala otázka č. 11. Reálnou představu si takto vytvořilo 63 % pacientů, 29 % si ji spíše vytvořilo a pouze čtyři pacienti (6 %) si následnou léčbu spíše neumělo představit. V prostoru pro vlastní vyjádření zaznělo: „Nevěděl jsem nic o nemoci, varle mi bylo odstraněno, pak histologie a pak teprve sdělena další léčba.“ „Spíše ne, bylo mi řečeno, že po ozařování budu moct chodit do práce a to bych asi nezvládl.“ Zde narážíme na jeden problém, který bohužel není v naší moci odstranit a který spočívá v tom, že pacienti jsou po operačním odstranění varlete co nejdříve propuštěni domů s termínem ambulantní kontroly, kde jim je sdělen výsledek histologického vyšetření

odebrané tkáně a dle něho je navržena následná léčba. Proces histologického rozboru nelze urychlit a nelze předat nepodložený návrh léčby před určením typu nádoru. Pacient je tak na několik dní vržen do nejistoty o dalším postupu, navíc někdy ještě čeká na doplňující objednaná vyšetření, která mají určit, zda je onemocnění generalizované, či nikoliv. V této fázi většinou hledá co nejvíce informací z různých zdrojů. Dle našeho průzkumu dostává 64 % pacientů informace od zdravotnického personálu, z toho 58 % od lékaře a 6 % od zdravotní sestry. Informace od zdravotní sestry zde bereme jako doplňující, týkající se především ošetrovatelského procesu a edukace. Prostřednictvím internetu hledá dostupné informace 29 % pacientů. v tomto případě je diskutabilní, jak relevantní tyto informace mohou být.

Nejen v této fázi potřebuje pacient dostatečnou oporu ve svých blízkých. Celých 84 % odpovědělo v otázce č. 13, že největší oporou při léčbě mu byla manželka, přítelkyně, nebo rodiče. Zajímavým zjištěním byla odpověď, ve které 11 % uvedlo největší oporu ve zdravotnickém personálu. Tento fakt mě těší z pracovního hlediska, protože svědčí o důvěře, kterou jsou pečující osoby schopni a ochotni pacientům poskytnout.

Následující zvolený okruh otázek č. 9 a 16 se snažil odhalit pacientovu reakci na nemoc a její možné dopady na různé oblasti pacientova života. Psychickou odezvu na přítomnost a vyrovnání se s nemocí přibližuje otázka č. 9. Zde byly jako odpovědi nabídnuty jednotlivé fáze reakce dle modelu psycholožky Kübler - Rossové. Výsledek potvrzuje autorčino tvrzení, že jednotlivé fáze nenastávají v určeném pořadí a u jednotlivců se mohou prolínat a střídat, protože procentuální zastoupení odpovědí jednotlivých otázek bylo vcelku vyrovnané. Nejnižší počet pacientů (6 %) uvedlo jako svoji bezprostřední reakci na nemoc smlouvání a vyjednávání. Naopak nejvyšší zastoupení tvořila reakce ve formě negace, šoku a popírání. V prostoru pro vlastní vyjádření reakce se objevily tyto odpovědi: „Rychle jsem hledal jinou možnost léčby, např. v Praze v protonovém centru.“ Tato reakce dokazuje aktivní vyhledávání informací a hledání možných alternativ léčby. „V 18:30 diagnóza a ve 22:00 na stole- nebyl prostor na emoce, v tom fofru mi to nedocvakávalo.“ Zde je jednoznačně vyjádřen tlak, kterému je pacient vystaven a rychlost od sdělení diagnózy k provedení operace, kterou personál musí využít nejen k zvládnutí předoperační přípravy, ale zejména k psychické podpoře a zmírnění obav každého jednotlivce. „Smíření, souhlas, deprese, smutek, strach z neznáma, to všechno najednou.“ „Proč já, já a rakovina, není to omyl, co sex, dá se vůbec potom, no hrůza.“ „Beru věci, jak jsou, nemohu ovlivnit, co se stalo, budu poslouchat, co mi řekne lékař.“ „Strach co bude dál a velké množství slz.“ Všechny tyto reakce zcela vystihují emoční vypětí, kterému pacienti čelí. Z vlastní zkušenosti si dovoluji tvrdit, že

téměř všichni pacienti upadají do jakési strnulosti s automatickou reakcí na povely, kterou jsem se já osobně bála dlouhou dobu narušit a vstoupit s ohledem na stud (pacientův i svůj) do pacientova vnitřního prožívání. Tato práce mě krom znalostí teoretických poznatků v oblasti psychologie a komunikace vedla k často velmi intimním rozhovorům s pacienty a dnes si díky tomu dovoluji tvrdit, že dokážu odhalit individuální potřebu podpory danému pacientovi cílenými dotazy.

Vlivem na určité oblasti pacientova života se zabývala otázka č. 16. Zde byl vyjádřen největší vliv (39 %) na oblast fyzickou v podobě únavy a snížené výkonnosti. Druhou nejvíce zasaženou oblastí bylo partnerství s posílením (15 %) a naopak ztrátou (10 %) vztahu. V oblasti psychické byla odezva v podobě vyrovnanosti u 15 % mužů a deprese se objevila pouze u jednoho pacienta. Překvapivě minimální dopad mělo onemocnění na oblast pracovní, kde pouze tři muži (5 %) udávají ztrátu zaměstnání a oblast sexuální, kde poruchu erekce a ejakulace udává 10 % mužů. V prostoru pro vlastní vyjádření zaznělo: „Prodělané onemocnění nemá vliv na žádnou významnou a výše jmenovanou oblast.“ „Vůbec ne, o práci jsem nepřišel a cítím se skvěle!“ „Nic z uvedeného.“ „Snížená únava a výkonnost jen zpočátku onemocnění, teď už nic.“ Tyto reakce jasně dokazují, že probírané onemocnění je léčitelné a vyléčitelné a nemusí pacientovi přinést v budoucnosti žádné omezení, pokud je zachyceno včas.

Vlivem na přístup k vlastnímu zdraví po prodělané nemoci se zabývaly otázky č. 17, 18 a 19, s kterými souvisí předpoklad 4 a 5. Na pravidelné lékařské prohlídky chodí 95 % mužů a samovyšetření varlete na druhé straně provádí 87 % mužů. **Předpoklad 4**, ve kterém se domnívám, že 80 % po prodělaném onemocnění pravidelně navštěvuje lékaře a provádí samovyšetření druhého varlete, **byl správný**. Otázkou č. 19 byl zjišťován vliv onemocnění na změnu životního stylu. Celkem 68 % mužů udává ovlivnění životního stylu, z toho 39 % se snaží zdravý životní styl dodržovat. Zbylých 32 % spíše neudává, nebo vůbec nezměnilo způsob života i přes prodělání velmi závažné nemoci. Tento fakt je pro mě překvapujícím zjištěním. **Předpoklad 5**, kdy se domnívám, že 80 % mužů po prodělaném onemocnění změnilo svůj životní styl, **byl mylný**.

Posledním okruhem otázek č. 20, 21, 22 a 23 byla zjišťována míra informovanosti veřejnosti a zájem o vytvoření webu pro muže postižené tímto onemocněním. O dostatečném informování veřejnosti je přesvědčeno pouze 11 % mužů. Jako informace spíše dostatečné považuje 23 % a zbylých 66 % není přesvědčeno, že veřejnost je odpovídajícím způsobem informována. Téměř ke shodnému výsledku dospěla ve své práci Sochorová (2011), která

uvádí, že 59 % mužů vnímá informovanost veřejnosti za nedostatečnou. Toto zjištění bohužel opět potvrzuje fakt, že osvěta daného onemocnění v populaci stále není dostatečná a v průběhu let se výrazně nevyvíjí. Dále byla zjišťována forma, kterou by měla být veřejnost informována. Zde je téměř shodný výsledek ve třech variantách. Lékaře při preventivních prohlídkách zvolilo 26 % mužů, přednášky ve školách 27 % mužů a webové stránky by upřednostnilo 23 % mužů. Pouze 8 % zvolilo tištěný materiál a zdravotní sestru by do preventivní prohlídky zapojili dva muži. Vlastní aktivitu při poskytování informací ostatním zjišťovala otázka č. 22. Zde 60 % mužů předává informace pouze svým kamarádům a 24 % o žádnou aktivitu v této oblasti nemá zájem. Pouze 8 % mužů nabádá ostatní k prevenci.

Poslední otázka č. 23 byla zvolena kvůli možné spolupráci s dnes již vytvořeným občanským spolkem Zdravý chlap, který vznikl v návaznosti na projekt Zdraví muže třetího tisíciletí a který v blízké budoucnosti počítá s vytvořením vlastních webových stránek. Z našich respondentů myšlenku vytvoření webu s poradenskou činností, kde by si mohli vzájemně předávat zkušenosti, vítá 67 % mužů.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou nádorů varlat u mužů postižených touto chorobou. Nádory varlat sice nepatří mezi onkologická onemocnění s vysokým výskytem, ale postihují muže zejména mladší věkové kategorie, kteří často v důsledku špatné informovanosti podceňují příznaky onemocnění a návštěvu lékaře zbytečně odkládají. Riskují tak velmi časně rozšíření nádoru do okolních tkání a orgánů. Toto onemocnění se díky obrovskému rozvoji v možnostech léčby v posledních desetiletích stalo zcela vyléčitelné za předpokladu, že dojde k jeho včasnému zachytu. K odhalení slouží velmi jednoduchá metoda v podobě samovyšetření. Bohužel veřejnost není dostatečně informována nejen o této metodě, ale ani o samotné hrozbě onemocnění.

V teoretické části jsem definovala anatomické a fyziologické poměry reprodukčního systému muže a shrnula veškeré poznatky z dostupné literatury o patologii nádorů, jejich výskytu v populaci, rizikových faktorech, příznacích a možné prevenci v podobě samovyšetření. Pozornost jsem věnovala správné technice této metody. Dále jsem popsala diagnostické a léčebné postupy tohoto onemocnění. Podstatnou část práce jsem věnovala rozboru možných reakcí pacienta na sdělenou diagnózu, zabývala jsem se problematikou pojetí nemoci z jeho pohledu a možným ovlivnění celkového vnímání zvolením vhodného způsobu komunikace ze strany zdravotnického personálu. Detailně jsem se věnovala roli sestry při ošetřování pacienta se zaměřením na velmi důležitou edukační činnost v průběhu jednotlivých fází onemocnění.

Empirická část obsahuje analýzu a interpretaci výsledků průzkumného šetření s hodnocením vlastních cílů a hypotéz. Do výzkumu bylo zařazeno 62 mužů v minulosti hospitalizovaných a operovaných na urologické klinice, kde dlouhá léta pracuji. Zvolena byla kvantitativní metoda formou dotazníkového šetření. Cílem bylo využít osobní zkušenosti pacientů k získání komplexního pohledu na dané onemocnění s možným využitím pro zkvalitnění péče a vytvoření vhodného informačního materiálu určeného zejména pro nově diagnostikované pacienty.

Ve výzkumné části jsem zmapovala výskyt onemocnění a porovnávala ho se statistickými údaji. Výsledkem bylo zjištění shodné s údaji v dostupné literatuře, kdy k odhalení nádoru dochází nejvíce ve věkové kategorii 20 - 40 let. Průměrný věk v době zjištění diagnózy byl u našich oslovených respondentů 33 let. Dále jsem prověřila informovanost o existenci tohoto onemocnění a znalosti prevence v podobě samovyšetření.

Zde se prokázala zcela nedostatečná míra informovanosti, kdy poměrně velká část respondentů o onemocnění před diagnostikou vůbec neslyšela a neznala tudíž ani možné preventivní opatření. K selhání zde dochází zejména v ordinacích praktických lékařů, kteří mají muže vyšetřit v rámci preventivní prohlídky a s metodou samovyšetření je vhodnou formou seznámit. Rozebráním této problematiky by se zároveň měla vytvořit důvěra v lékaře s odstraněním zbytečných obav před návštěvou při případných obtížích s cílem odstranit určité tabu, které toto onemocnění provází. V šetření bylo zjištěno, že pouze 11 % mužů vnímá informování veřejnosti jako dostatečné. V současné době se dostávají do povědomí veřejnosti informace předávané prostřednictvím několika mediálně známých akcí v propojení se známými osobnostmi. Za velmi přínosné považuji vytvoření občanského spolku Zdravý chlap, ve kterém došlo ke spojení dvou našich lékařů a třech bývalých pacientů, z nichž dva jsou vrcholoví sportovci. Tito aktéři pořádají přednášky pro školy, sportovní kluby i veřejnost, vystupují v novinách, rozhlasu i televizi. Lékaři vysvětlují odbornou část týkající se podstaty onemocnění a poté jsou vyprávěny osobní příběhy a vlastní zkušenosti s daným onemocněním. Toto formou je mladým mužům předáváno povědomí o existenci, projevu a možné prevenci onemocnění.

V další výzkumné části jsem interpretovala výsledky šetření, týkající se dostupnosti a srozumitelnosti poskytovaných informací v průběhu léčby. V souladu s dostupnou literaturou bylo odhaleno, že i při poskytnutí dostatečného množství informací nedochází k jejich úplnému pochopení a zapamatování. Na základě tohoto zjištění jsem učinila rozhodnutí vytvořit vhodný informační materiál, který pomůže doplnit předané informace ještě jinou, srozumitelnou formou, než slovním sdělením. Tento materiál je ve fázi příprav a k dispozici bude pacientům i ošetřujícímu personálu od října tohoto roku.

Poslední část byla věnována možným dopadům onemocnění na různé oblasti pacientova života. Došla jsem k závěru, že pokud je onemocnění diagnostikováno včas a pacient podstoupí odpovídající léčbu, může dojít k jeho úplnému vyléčení s minimálním dopadem a omezením jeho budoucího života.

Úkolem zdravotníků je zvýšit informovanost o tomto onemocnění s rozšířením povědomí o výskytu, příznacích a zejména možnosti prevence metodou jednoduchého samovyšetření s cílem včasného odhalení a neodkladné návštěvy lékaře.

Abstrakt

Autor:	Lenka Pásztorová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Problematika nádorového onemocnění varlat z pohledu pacientů léčených pro toto onemocnění
Vedoucí práce:	MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph.D.
Počet stran:	92
Počet příloh:	2
Rok obhajoby:	2016
Klíčová:	nádory varlat, prevence, ošetrovatelská péče, edukace

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku nádorů varlat. Zabývá se informovaností obyvatel o tomto onemocnění a znalostí prevence. Využívá osobní zkušenosti mužů, kteří se s nemocí setkali.

Teoretická část popisuje projevy, rizikové faktory, diagnostiku a léčbu tohoto onemocnění. Pozornost je věnována prevenci a nabízí vhodné metody k časnému odhalení nemoci. Dále je definována role sestry při ošetrování pacienta, vhodná forma komunikace a edukační činnost. Jsou popsány možné reakce pacienta na sdělenou diagnózu a pojetí nemoci z jeho pohledu.

Empirická část provádí kvantitativní výzkumné šetření pomocí dotazníků. Cílem bylo využití osobních zkušeností pacientů k získání komplexního pohledu na dané onemocnění. Výstupem je vytvoření vhodného informačního materiálu.

Abstract

Author:	Lenka Pásztorová
Institution:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Title:	Aspects of the testicular cancer from the affected patients point of view
Supervisor:	MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph.D.
Number of pages:	92
Number of attachments:	2
Year of defense:	2016
Keywords:	testicular tumors, prevention, nursing care, education

The Bachelor's thesis is focused on the testicular tumors. The main issues are population awareness and this disease prevention options knowledge. This work utilizes personal experiences of men affected with this disease.

Theoretic part describes symptoms, risk factors, diagnostic procedures and therapy of testicular tumors. The main interest of this work is prevention and it offers suitable methods for early diagnosis. The role of a nurse in a nursing process, an optimal communication form and educational activities are designed as well. Possible patient's reactions of patient on the proclaimed severe diagnosis and the disease self-perception are presented.

The empirical part presents results of the quantitative research with the questioners use. The aim of the study was deeper understanding of this diagnosis and to get more complex overview on it. The most important expected result is to create suitable information handout.

Použitá literatura

- [1] ABRAHÁMOVÁ, Jitka, Ctibor POVÝŠIL a Ladislav DUŠEK. *Nádory varlat*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2349-5.6-7.
- [2] ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Praha: Galén, c2010. ISBN 978-80-7262-648-9.
- [3] BABJUK, Marko. *Konsenzuální doporučené postupy v uroonkologii*. 1. vyd. Praha: Galén, c2009, 126 s. Standardy. ISBN 978-80-7262-639-7.
- [4] BAJČIOVÁ, Viera, Jiří TOMÁŠEK a Jaroslav ŠTĚRBA. *Nádory adolescentů a mladých dospělých*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3554-2.
- [5] ČIHÁK, Radomír a Miloš GRIM. *Anatomie*. 2., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0143-X.
- [6] DVOŘÁČEK, Jan a Marko BABJUK. *Onkourologie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2005, xxiv, 589 s. ISBN 80-726-2349-4.
- [7] FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1491-5.
- [8] JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 77 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.
- [9] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
- [10] KAWACIUK, Ivan. *Urologie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2009, xvi, 531 s. ISBN 978-80-7262-626-7.
- [11] MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ. *Pacientovo pojetí nemoci II*. Brno: MSD, 2010. ISBN 978-80-7392-150-7.
- [12] MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1443-4.
- [13] OPATRNÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2008. Aeskulap. ISBN 978-80-204-1876-0.

- [14] POMKLOVÁ, Monika. *Problematika prevence nádorového onemocnění varlat mužů reprodukčního věku*. Bakalářská práce 2009, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav porodní asistence
- [15] SOCHOROVÁ, Nataša. Bc. *Informovanost mužů o nádorovém onemocnění varlat*. Diplomová práce 2011, Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní péče
- [16] SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
- [17] ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1213-X.
- [18] TOŠOVSKÝ, Václav a Jitka ABRAHÁMOVÁ. *Kryptorchismus*. v Praze: Triton, 2004. ISBN 80-7254-588-4.
- [19] TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměn. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001.
- [20] VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 328 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1716-6.
- [21] WEIN, AJ, Kavoussi LR, Novick AC et al. *Campbell-Walsh Urology, 10th Edition*, Elsevier Saunders, New York 2011 ISBN: 978-1-4160-6911-9
- [22] ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.
- [23] ZVARA, Vladimír a Michal HORŇÁK. *Urologické operace*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2010, 288 s. ISBN 978-808-0633-387.

Internetové zdroje:

DUŠEK Ladislav, MUŽÍK Jan, KUBÁSEK Miroslav, KOPTÍKOVÁ Jana, ŽALOUDÍK Jan, VYZULA Rostislav. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice* [online]. Masarykova univerzita, [2005], [cit. 2016-9-20]. Dostupný z WWW: <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 [2007], ISSN 1802 – 8861.

STK pro chlapy. *Nadační fond Petra Koukala* [online]. [cit. 2016-09-20]. Dostupné z: <http://www.stkprochlapy.cz/>

Kampaň Máš koule. *Nadační fond dětské onkologie Krtek* [online]. [cit. 2016-09-20]. Dostupné z: <http://www.maskoule.cz/samovysetreni/>

Seznam grafů

Graf 1: index růstu	14
Graf 2: věková struktura populace pacientů	15
Graf 3: incidence a mortalita nádorů varlete	15
Graf 4: srovnání incidence v ČR s ostatními zeměmi světa	16
Graf 5: Otázka č. 1	47
Graf 6: Otázka č. 2	48
Graf 7: Otázka č. 3	49
Graf 8: Otázka č. 4	50
Graf 9: Otázka č. 5	51
Graf 10: Otázka č. 6	52
Graf 11: Otázka č. 7	53
Graf 12: Otázka č. 8	54
Graf 13: Otázka č. 9	55
Graf 14: Otázka č. 10	56
Graf 15: Otázka č. 11	57
Graf 16: Otázka č. 12	58
Graf 17: Otázka č. 13	59
Graf 18: Otázka č. 14	60
Graf 19: Otázka č. 15	61
Graf 20: Otázka č. 16	62
Graf 21: Otázka č. 17	63
Graf 22: Otázka č. 18	64
Graf 23: Otázka č. 19	65
Graf 24: Otázka č. 20	66
Graf 25: Otázka č. 21	67
Graf 26: Otázka č. 22	68
Graf 27: Otázka č. 23	69

Seznam tabulek

Tabulka 1: Otázka č. 1	47
Tabulka 2: Otázka č. 2	48
Tabulka 3: Otázka č. 3	49
Tabulka 4: Otázka č. 4	50
Tabulka 5: Otázka č. 5	51
Tabulka 6: Otázka č. 6	52
Tabulka 7: Otázka č. 7	53
Tabulka 8: Otázka č. 8	54
Tabulka 9: Otázka č. 9	55
Tabulka 10: Otázka č. 10	56
Tabulka 11: Otázka č. 11	57
Tabulka 12: Otázka č. 12	58
Tabulka 13: Otázka č. 13	59
Tabulka 14: Otázka č. 14	60
Tabulka 15: Otázka č. 15	61
Tabulka 16: Otázka č. 16	62
Tabulka 17: Otázka č. 17	63
Tabulka 18: Otázka č. 18	64
Tabulka 19: Otázka č. 19	65
Tabulka 20: Otázka č. 20	66
Tabulka 21: Otázka č. 21	67
Tabulka 22: Otázka č. 22	68
Tabulka 23: Otázka č. 23	69

Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Žádost o povolení výzkumného šetření

Příloha 1: Dotazník

Vážený pane, jmenuji se Lenka Pásztorová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Ošetrovatelství kombinovanou formou. Do rukou se Vám dostává dotazník, který je součástí bakalářské práce a tématem je problematika nádorového onemocnění varlat z pohledu pacientů léčených pro toto onemocnění. Dotazník je zcela anonymní a vyplnění dobrovolné. Nádorové onemocnění varlat je jedno z častých zhoubných onemocnění u mladších mužů. Jak víte, včasný záchyt nádoru, výrazně zvýší šance na úplné vyléčení. Vaše zkušenosti využijeme ke komplexnímu pohledu na danou problematiku s následným zkvalitněním péče a pomohou nám vytvořit vhodný edukační a informační materiál určený k širší informovanosti o existenci tohoto onemocnění. Prosím o laskavé vyplnění a předem děkuji za spolupráci, Vaši ochotu a čas, který jste vyplnění dotazníku věnoval.

1. Kolik let Vám bylo v době sdělení diagnózy?

Doplňte prosím: _____

2. Jaká doba od sdělení diagnózy uplynula?

- půl roku až jeden rok
- jeden rok
- dva roky
- tři roky
- čtyři roky
- pět let a více

3. Věděl jste před Vaší diagnózou o existenci tohoto onemocnění?

- vůbec jsem o něm předtím neslyšel
- slyšel jsem o něm, ale necítil jsem se ohrožen
- o riziku onemocnění jsem věděl díky preventivní prohlídce u praktického lékaře, příp. pediatra

4. Slyšel jste o možnosti prevence v podobě samovyšetřování varlat?

- ano, prováděl jsem ho
- ano, ale nikdy jsem ho neprováděl
- ne
- jiné: _____

5. Jaké příznaky Vás vedly k návštěvě lékaře?

- změna velikosti varlete
- bolestivé varle
- neznámý útvar na varleti
- změny na kůži šourku
- zvětšené lymfatické uzliny
- kašel, pocit dušnosti
- nespecifické příznaky v podobě únavy, teplot, hubnutí,
- šlo o náhodný nález

6. Za jak dlouho po objevení příznaku jste navštívil lékaře?

- ihned
- za týden- měsíc
- za měsíc- až tři měsíce
- za tři měsíce- až půl roku
- více než půl roku
- jiné: _____

7. Ovlivnily některé faktory Vaši včasnou návštěvu lékaře?

- myslel jsem, že nejde o nic vážného
- vyčkával jsem a doufal, že se problém vytratí
- nevěděl jsem na jakého lékaře se obrátit
- pociťoval jsem stud
- cítil jsem strach, obavy z nálezů
- neměl jsem potřebné informace

8. Pamatujete si, kdy a kým Vám byla sdělena diagnóza?

- byla mi sdělena lékařem v přítomnosti sestry
- lékařem na pokoji před pacienty
- lékařem v soukromí
- prostřednictvím rodinných příslušníků
- jiné: _____

9. Vaše bezprostřední reakce na nemoc byla:

- negace, šok, popírání (jde o omyl...)
- agrese, hněv, vzpoura (proč já?)
- smlouvání, vyjednávání (např. vyšší moc)
- deprese, smutek
- smíření, souhlas (bude to v pořádku, budu se léčit...)
- kombinace více možností
- prostor pro vlastní popis reakce: _____

10. Měl jste pocit, že Vám bylo v době sdělení diagnózy poskytnuto dostatek informací o nemoci, prognóze, léčbě a možných komplikacích?

- ano, vše mi bylo vysvětleno
- ano, ale nerozuměl jsem všem informacím
- spíše ne
- ne

11. Odpovídal průběh léčby Vašim představám na základě sdělených informací?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- jiné: _____

12. Kde jste získal potřebné informace?

- ošetřující lékař
- zdravotní sestra
- rodina
- přátelé, známí
- internet
- ostatní média- televize, časopisy, rozhlas
- letáky, brožury

13. Kdo Vám byl při léčbě největší oporou?

- manželka, přítelkyně
- rodiče
- přátelé
- zdravotnický personál
- nikdo, byl jsem uzavřený před okolím
- nikdo, nikomu jsem o nemoci neřekl
- nikdo

14. Vyskytl se u Vás některý z rizikových faktorů pro vznik onemocnění?

- genetická zátěž- (=výskyt nádorů v rodině)
- úraz varlete
- nesestouplé varle v dětství
- operace kýly
- prodělaná infekce- zejména virové
- vystavení záření (RTG...)
- nic z uvedeného

15. Popište způsob léčby

- radikální orchiektomie (odstranění varlete)
- radikální orchiektomie (odstranění varlete) + chemoterapie
- radikální orchiektomie (odstranění varlete) + radioterapie
- operace pro recidivu onemocnění (retroperitoneální lymfadenektomie)

16. Má prodělané onemocnění vliv na některou z oblastí:

- | | |
|----------------|--|
| Fyzickou | <input type="checkbox"/> únava, snížená výkonnost |
| Psychickou | <input type="checkbox"/> deprese |
| | <input type="checkbox"/> vyrovnanost |
| Sociální dopad | <input type="checkbox"/> invalidní důchod |
| | <input type="checkbox"/> ztráta zaměstnání |
| Partnerství | <input type="checkbox"/> posílení vztahu |
| | <input type="checkbox"/> ztráta vztahu |
| Sexuální | <input type="checkbox"/> porucha erekce, ejakulace |

Jiné: _____

17. Chodíte na pravidelné lékařské preventivní prohlídky?

- ano
- ne
- jiné: _____

18. Provádíte samovyšetření varlete na druhé straně?

- ano, pravidelně
- ano, nepravidelně
- spíše ne
- ne

19. Myslíte, že onemocnění ovlivnilo Váš životní styl?

- ano, snažím se dodržovat zdravý životní styl
- spíše ano
- spíše ne
- ne, svůj životní styl jsem nezměnil

20. Myslíte si, že veřejnost je o této nemoci dostatečně informována?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

21. Jakou formou a od koho by měla být informována?

- lékařem při preventivních prohlídkách
- zdravotní sestrou při preventivních prohlídkách
- sdělovacími prostředky
- přednáškami ve školách
- přehlednými webovými stránkami
- dostatkem přehledného tištěného materiálu (letáky, brožury)

22. Účastníte se Vy sám nějaké aktivity v informovanosti ostatních?

- ne, nemám zájem
- ne, svoji nemoc vnímám jako uzavřenou kapitolu
- kamarádům rád poradím
- ano, nabádám ostatní k prevenci
- jiné: _____

23. Myslíte, že by bylo přínosné organizování mužů se stejnou diagnózou, např. na webu s poradenskou činností?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

Příloha 2: Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní
Mgr. Dana Vaňková
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice
Hradec Králové

v Hradci Králové

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Urologické klinice

Vážená paní náměstkyně,
Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Urologické klinice, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Lenky Pásztorové, narozené 19. 5. 1975, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je odhalit zkušenosti pacientů léčených pro maligní onemocnění varlat s využitím jejich poznatků ke komplexnímu pohledu na danou problematiku s následným zkvalitněním péče a přispěním k širší informovanosti veřejnosti.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti. Dotazování budou pacienti této kliniky.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením MUDr. Jaroslava Pacovského, Ph.D., vedoucího lékaře urologické kliniky oddělení I na Urologické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové.

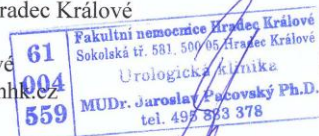
Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Lenka Pásztorová
Uzavřená 1072
50003 Hradec Králové 3
LENKA PÁSZTOROVÁ

MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph.D.
Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové
Jaroslav.pacovsky@fnhk.cz



Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

23. 9. 2016

Podpis a razítko

Dana Vaňková
Mgr. Dana Vaňková

FAKULTNÍ NEMOCNICE
ředitelství
500 05 Nový Hradec Králové
-10-