



NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ VARLAT U MUŽŮ V AKTIVNÍM VĚKU

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Petra Mitrová**
Vedoucí práce: MUDr. Magda Macháňová





TESTICULAR TUMOR DISEASE OF MEN IN WORKING AGE

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Petra Mitrová**
Supervisor: MUDr. Magda Macháňová



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Petra Mitrová
Osobní číslo: Z10000051
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Název tématu: Nádorové onemocnění varlat u mužů v aktivním věku
Zadávací katedra: Ústav zdravotnických studií

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle:

Cíl 1) Zjistit informovanost mužů o nádorovém onemocnění varlat.

Cíl 2) Zmapovat jaké mají muži znalosti o samovyšetření varlat.

Cíl 3) Zjistit, jaké faktory hrají hlavní úlohu v pozdním vyhledání lékařské pomoci, pokud se u mužů objeví varovné známky onemocnění varlat.

Teoretická východiska:

Téma bakalářské práce, jak již z názvu vyplývá, pojednává o nádorovém onemocnění varlat u mužů v aktivním věku. Cílem práce je zjistit, jak moc jsou muži informováni o hrozícím možném riziku vzniku nádorů varlat a způsobu jednoduché včasné detekce metodou jejich samovyšetření.

Výzkumné otázky:

Cíl 1)

Teoretický předpoklad 1:

Předpokládám, že kvalitnější informace o problematice nádoru varlat budou mít muži, kteří již v minulosti navštívili ordinaci androloga či urologa, než muži, kteří doposud žádnou odbornou prohlídku nepodstoupili.

Teoretický předpoklad 2:

Předpokládám, že informovanost mužů ohledně této problematiky bude ovlivněna věkem, vzděláním a genetickou predispozicí.

Cíl 2)

Teoretický předpoklad:

Předpokládám, že znalosti mužů o samovyšetření varlat jsou na nízké úrovni vlivem nedostatku informačních zdrojů zaměřených na primární prevenci tohoto nádorového onemocnění.

Cíl 3)

Teoretický předpoklad:

Předpokládám, že hlavními faktory, které brání mužům ve vyhledání lékařské pomoci jsou stud, strach, nevědomost a bagatelizace symptomů.

Metoda:

Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

dotazníkové šetření, statistické vyhodnocení dat

Místo, čas a realizace výzkumu:

urologicko-andrologické ambulance v ČR, studenti vysokých škol v ČR, přelom září až listopad 2013

Vzorek:

minimálně 100 respondentů ve věku 18-40 let mužského pohlaví: studenti vysokých škol ne zdravotnického směru, pacienti urologických a andrologických ambulancí (Praha, Liberec, Hradec Králové)

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

50-70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

viz příloha

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. Magda Macháňová

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 31. března 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2014



prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor



Mgr. Marie Prošková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 28. února 2014

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

1)

VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda. Klinická onkologie pro sestry. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247/1716-6.

2)

FIALA, Pavel, VALENTA, Jiří, EBENOVÁ, Lada. Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství. Praha: Karolinum, 2004. 108 s. ISBN 80-246-0804-9.

3)

ADAM, Z., KREJČÍ, M., VORLÍČEK, J. A KOL. Speciální onkologie. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-648-9.

4)

ABRAHÁMOVÁ, J., POVÝŠIL, C., DUŠEK, L., a kol., Nádory varlat. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2349-5.

5)

BABJUK, M., Doporučené diagnostické a léčebné postupy urologických nádorů, Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-233-1.

6)

BAJČIOVÁ, V., ŠTĚRBA, J., KADLECOVÁ, V., Význam praktického lékaře pro děti a dorost pro prevenci a včasnou diagnostiku nádoru varlat u adolescentů, Postgraduální medicína, 2006, 8, č. 3.

7)

DIENSTBIER, Z., Nádory varlat. Praha: Liga proti rakovině, 2000.- ISBN 80-239-3629-8.

HANEK P., et al. The role of a general practitioner in an early diagnosis of the testicular cancer [online]. 2007. [cit. 2010-02-15]. 3. Český a mezinárodní andrologický kongres. Dostupný na: www.andrologickykongres.cz/page/5974.the-role-of-a-general-practitioner-in-an-early-diagnosis-of-the-testicular-cancer

8)

JARABÁK, J., et al. Role retroperitoneální lymfadenektomie u pacientů s nonseminovými germinálními tumory varlat a poruchy ejakulace. Urologické listy 2008. č. 6 str. 65-69 ISBN 1801-7584.

9)

LAMLA, A. Urologická klinika FN a LF UP v Olomouci, Varle šetřící výkon při jeho postižení nádorem. Urologie pro Praxi, Solen 2006; č. 4, str. 160- 161 ISBN 1803-5299.

10)

ABRAHÁMOVÁ J., Jeremy [online]. 2007 [cit. 2010-18-05]. Samovyšetření varlat

- metodický návod. Dostupné na [www: http://jeremyxp.cz/poradna/index.htm](http://www.jeremyxp.cz/poradna/index.htm)

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 30.4.2014

Podpis: Petra Melková

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní MUDr. Magdě Macháňové za odborné vedení, cenné rady, laskavý přístup a ochotu, kterou mi věnovala při zpracování této práce. Dále bych ráda poděkovala panu Petru Sassmannovi za odbornou konzultaci při statistickém zpracování dat a v neposlední řadě své rodině a blízkým za lásku a podporu.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Petra Mitrová

Instituce: Technická univerzita v Liberci – Ústav zdravotnických studií

Název práce: Nádorové onemocnění varlat u mužů v aktivním věku

Vedoucí práce: MUDr. Magda Macháňová

Počet stran: 120

Počet příloh: 3

Rok obhajoby: 2014

Souhrn (5-10 řádků, cca 60-100 slov): Téma bakalářské práce je zaměřeno na nádorové onemocnění varlat u mužů v aktivním neboli v reprodukčním věku, který se pohybuje v rozmezí zhruba 15-49 let. Cílem kvantitativního výzkumného šetření bylo zjistit, zda jsou muži z rizikové věkové skupiny (20-40 let) dostatečně informováni o tomto typu nádorového onemocnění a technice samovyšetření. Na základě zjištěných výsledků, bych ráda zvýšila povědomí mužů o nádorovém onemocnění varlat formou navržených informačních letáků, které poskytují informace o samotném nádorovém onemocnění varlat, ale i o technice samovyšetření, která spadá do sekundární prevence a která může vést k včasnému zachytu onemocnění.

Klíčová slova: varlata, sekundární prevence, nádor varlat, samovyšetření

Anotace v anglickém jazyce

Name and surname: Petra Mitrová

Institution: Technical University of Liberec – Institute of Health Studies

Title: Testicular tumor disease of men in working age

Supervisor: MUDr. Magda Macháňová

Pages: 120

Apendix: 3

Year: 2014

Summary: Topic of the bachelor's thesis is focus on cancer of testicles at men in the active or in the reproductive age, which moves span roughly between 15 - 49 years. Objective of the quantitative research was determine if are men from risk group (20-40 years) sufficiently informed about this type of cancer and self-examination technique. Based on the results, I would like to raise awareness of men about cancer of testicles form designed information leaflets, which has give some important information about cancer of testicles and about also self-examination technique, that falls under secondary prevention, which can lead to early detection of disease.

Key words: testes, secondary prevention, testicular tumor, self-examination

OBSAH

<i>Úvod</i>	15
1 Zdravotní obory pečující o onkologické pacienty	19
1.2 Andrologie	19
1.3 Urologie	19
1.4 Onkologie.....	20
2 Mužské pohlavní orgány - Organa genitalia maskulina	21
2.2 Varle, Testis (ř. Orchis)	21
2.2.1 Funkční stavba varlete	21
2.3 Leydigovy buňky	22
2.4 Sertoliho buňky.....	22
2.5 Testosteron.....	22
2.6 Nadvarle, Epididymis	23
3 Patologie nádorů varlat	24
3.1 Germinální nádory	24
3.1.1 Embryonální karcinom	24
3.1.2 Karcinom ze žloutkového váčku.....	24
3.1.3 Choriokarcinom	24
3.1.4 Teratom/teratokarcinom.....	25
3.1.5 Seminom	25
3.2 Negerminální nádory	25
3.2.1 Nádory z Leydigových buněk.....	25
3.3.2 Nádory ze Sertoliho buněk	25
3.3.3 Adenokarcinom rete testis	25
4 Etiologie	26
4.1 Kryptorchismus.....	26

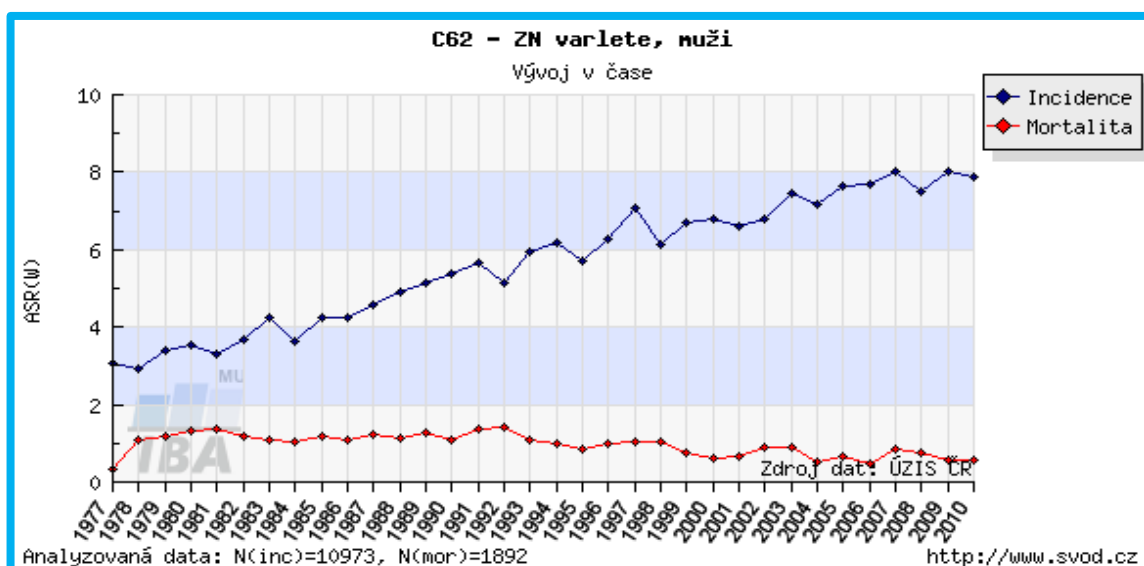
4.1.2	Sestup varlete	26
4.1.3	Patologie sestupu varlat	27
4.2	Skrotální trauma.....	27
4.3	Genetické faktory.....	27
4.4	Virové orchitidy	28
4.5	Faktory zevního prostředí	28
4.6	Hormonální vlivy	28
4.7	Rasové vlivy	29
5	Klinický obraz	30
5.1	Lokální příznaky	30
5.2	Systémové příznaky	30
5.3	Příznaky způsobené metastázami	30
6	Diagnostika	32
6.1	Anamnéza	32
6.2	Fyzikální vyšetření.....	32
6.3	Zobrazovací metody	32
6.3.1	Ultrasonografii (USG)	32
6.3.2	Skiagram (Rentgenový snímek).....	32
6.3.3	Počítačová tomografie (CT).....	33
6.3.4	Pozitronová emisní tomografie (PET)	33
6.3.5	Bipedální lymfografie	33
6.4	Vyšetření onkomarkerů.....	33
6.5	Staging	33
7	Terapie nádorů varlat	34
7.1	Chirurgická léčba.....	34
7.2	Aktivní observace (WATCH AND WAIT).....	34
7.3	Radioterapie	35

7.4 Chemoterapie	35
7.5 Paliativní péče.....	36
8 Výsledky léčby.....	37
9 Nežádoucí účinky léčby	39
10 Ošetrovatelské intervence u pacienta při léčbě cytostatiky	40
11 Ošetrovatelské intervence u pacienta při léčbě radioterapií	41
12 Péče o pacienta po skončení léčby	42
12.1 Testikulární implantáty	42
13 Prognóza	43
14 Prevence.....	44
14.1 Primární prevence	44
14.2 Sekundární prevence.....	44
14.2.1 SCREENING	45
14.3 Terciální prevence.....	45
14.4 Samovyšetřování.....	45
14.4.1 Vlastní samovyšetření.....	46
15 Proces vyrovnávání se s nádorovým onemocněním.....	47
15.1 První fáze - šok, popírání	47
15.2 Druhá fáze - hněv, agrese	48
15.3 Třetí fáze – smlouvání	48
15.4 Čtvrtá fáze – deprese.....	49
15.5 Pátá fáze – smíření	50
16 Role všeobecné sestry u nádorového onemocnění varlat	51
16.1 Komunikace sestry a pacienta s nádorovým onemocněním varlat	52
16.1.1 Obecná pravidla komunikace.....	52
17 Podpůrná psychologická péče.....	54
17.1 Krizová intervence	54

17.2	Relaxační metody	54
17.3	Muzikoterapie	55
17.4	Behaviorálně kognitivní terapie.....	55
17.5	Skupinová terapie neboli Svépomocné skupiny	55
18	Výzkum.....	58
18.1	Cíle práce a hypotézy.....	58
18.2	Metodika výzkumu	59
18.3	Charakteristika výzkumné metody	59
18.4	Charakteristika souboru respondentů.....	60
18.5	Organizace výzkumného šetření	60
18.6	Metodika zpracování dat.....	60
19	Výsledky výzkumu a jejich analýza	62
20	Ověření hypotéz	87
20.1	Testování první hypotézy.....	87
20.2	Testování druhé hypotézy	90
20.3	Testování třetí hypotézy.....	93
20.4	Testování čtvrté hypotézy	94
21	Diskuze	95
22	Doporučení pro praxi	101
22.1	Praktický výstup.....	103
23	Závěr	104
	Seznam použité literatury	105
	Seznam příloh	110
	Seznam tabulek.....	111
	Seznam grafů	113

Úvod

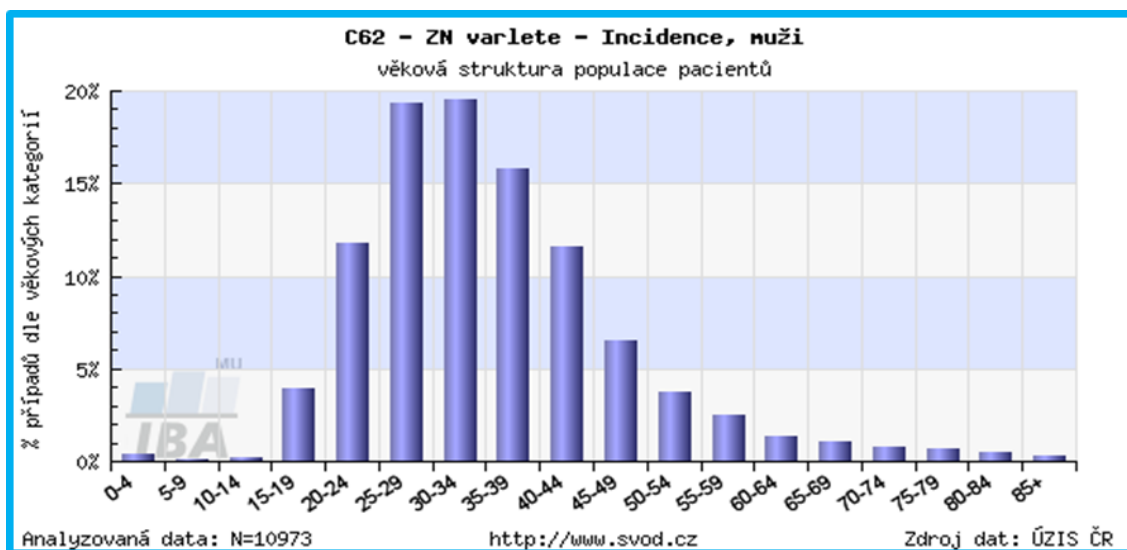
Téma bakalářské práce je zaměřeno na nádorové onemocnění varlat a jeho sekundární prevenci. Nádory varlat tvoří v ČR přibližně 1-2 % maligních nádorů u mužů. [28] Společným znakem nádorů je deregulovaný růst buněk. Buňky primárního nádoru mají schopnost šířit se do jiných tkání a zakládat tak nová ložiska-metastázy neboli dceřiné nádory. Zhoubné nádory přibývají ve všech průmyslově vyspělých zemích. Co je příčinou proměny normální buňky v nádorovou, však stále ještě přesně nevíme.[18,17]



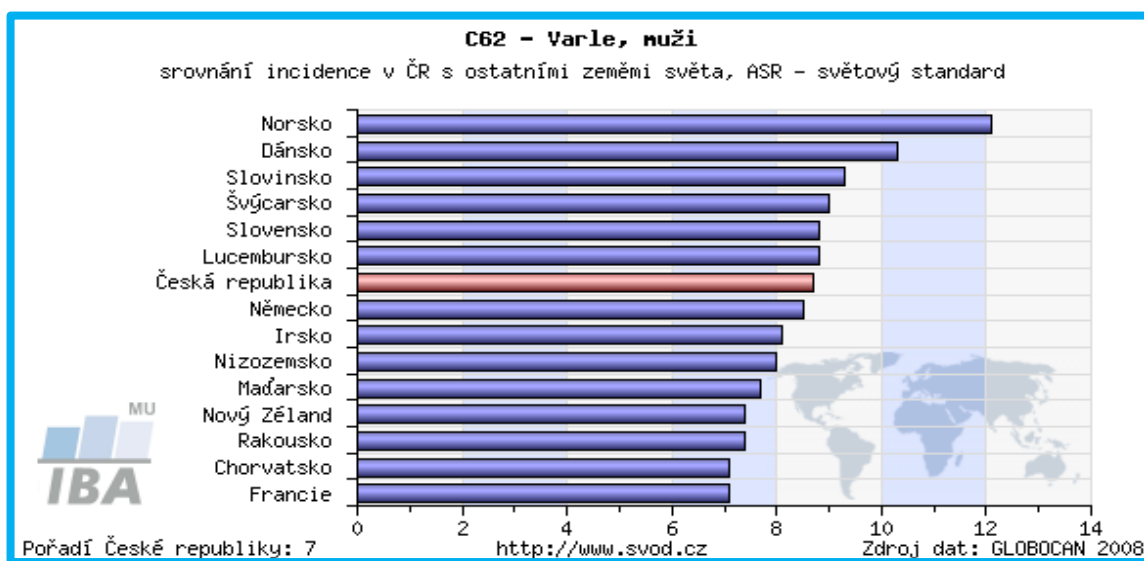
Graf 1 Časový vývoj incidence a mortality nádoru varlat v ČR [47]

Nádory varlat jsou poměrně vzácné. Incidence má celosvětově narůstající trend. V České republice se za posledních 30 let incidence nádorů varlat více než zdvojnásobila (viz graf 1). Nejvyšší nárůst je ve věku 20 až 40 let (viz graf 2). Věkové rozložení je pro ně zcela charakteristické. Jedná se o typické onemocnění mladé a střední mužské generace. Nad 50 let se vyskytují velmi zřídka. Nádory varlat mají výrazný rasový, věkový a geografický výskyt. Ze studií vyplývá, že 90 % všech testikulárních nádorů na světě se nachází u rasy bílé, 7 % se vyskytuje u rasy černé a zbytek připadá na ostatní rasové skupiny. Ze světového výskytu se největší procento testikulárních nádorů

diagnostikuje v severských státech Evropy zejména v Dánsku a nejméně na Dálném východě (viz graf 3). [2,35,18,41]



Graf 2 Věková struktura populace pacientů s diagnózou zhoubných nádorů varlat v ČR [48]



Graf 3 Srovnání incidence nádorů varlat v ČR s ostatními zeměmi světa [49]

Informace a znalosti o tomto typu nádoru nejsou rozšířeny, příznaky, rizikové faktory a etiologie jsou veřejnosti málo známy. Nejvíce ohroženi jsou muži v reprodukčním věku, kteří často tuto skutečnost opomíjejí a nevěnují jí takovou

pozornost. Mnohdy se domnívají, že se jich toto onemocnění netýká, neboť jsou mladí a přisuzují ho spíše starší generaci mužů.

Na rozdíl od nádorů varlat je ženské populaci v České republice věnována velmi rozsáhlá kampaň věnující se mamografickému a cervikálnímu screeningu, která je jistě velmi prospěšná, důležitá a účinná. Myslím si, že téma mužské reprodukce a mužského reprodukčního zdraví si zaslouží zcela nepochybně stejnou ne-li větší pozornost a informovanost, neboť se zhoubné onemocnění varlat stalo relativně nedoceněným nebezpečím, o kterém většina mužů v rizikové skupině téměř netuší.

Cílem této práce je zjistit, zda jsou muži dostatečně informováni o tomto typu nádorového onemocnění. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část se zabývá shrnutím problematiky z odborné literatury a jiných zdrojů. Jsou v ní zpracovány otázky týkající se testikulárních nádorů od jejich incidence, epidemiologie, rizikových faktorů, přes včasný záchyt, diagnostiku a léčbu až po paliativní péči v preterminálních stádiích. Zvláštní část je věnována úloze všeobecné zdravotní sestry.

Výzkumná část se zabývá analýzou a grafickým zpracováním dat, která byla zjištěna formou kvantitativního výzkumného šetření. Výzkumné otázky byly zaměřeny zejména na znalosti o příznacích a rizikových faktorech tohoto onemocnění, na povědomí o nutnosti a technice samovyšetření, o možnostech preventivní prohlídky, pozornost je věnována i celkovému postoji mužů k dané problematice.

Na základě zjištěných výsledků, bych ráda zvýšila povědomí mužů o nádorovém onemocnění varlat formou informačních materiálů, které budou poskytovat informace o samotném nádorovém onemocnění varlat, ale i o technice samovyšetření, která spadá do sekundární prevence a která může vést k včasnému zachytu onemocnění.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Zdravotní obory pečující o onkologické pacienty

Péče o nemocné se zhoubným novotvarem varlete je interdisciplinární. V léčbě jsou zainteresováni zejména obory andrologie, urologie a onkologie.

1.2 Andrologie

Tato vědní oblast se zabývá zdravotním stavem muže, lépe řečeno, mužskými reprodukčními orgány a jejich onemocněními. Jde o mezioborovou spolupráci urologie, endokrinologie, genetiky, porodnictví, ale i pediatrie, psychologie a psychiatrie nebo dermatovenerologie. Primárně se vyvíjela s klinickým zaměřením na diagnostiku a terapii poruch mužské plodnosti. V dnešní době se zabývá také problémy v oblasti penisu, varlat a prostaty.

Věnuje se například léčení těchto potíží a onemocnění:

- mužská neplodnost
- poruchy erekce
- rakovina prostaty
- nádorové onemocnění varlat
- andropauza

[26,25]

1.3 Urologie

Urologie je chirurgický obor, který se zabývá diagnostikou, prevencí, léčbou, dispenzarizací a výzkumem onemocnění uropoetického systému. Obor urologie se prolíná i s jinými specializacemi např. s onkologií, nefrologií, gynekologií nebo sexuologií. Urologie zahrnuje celou škálu onemocnění ledvin a močových cest, močového měchýře, prostaty, močové trubice a mužského pohlavního ústrojí. Patří sem zánětlivá onemocnění všech částí močových cest, dále jejich poranění, nádorová onemocnění nebo vrozené vady. Zahrnuje také léčbu poruch ledvinových funkcí, odstraňování

kamenů z močových cest, léčbu nenádorového zvětšení prostaty nebo zúžení močové trubice či močovodů. V neposlední řadě se zabývá léčbou poruch funkcí mužských pohlavních orgánů a změn spojených se stárnutím muže. [26]

1.4 Onkologie

Onkologie je obor vnitřního lékařství, který se zabývá prevencí, diagnostikou a nechirurgickou léčbou nádorových onemocnění. Nádorová onemocnění označují skupinu nemocí, které se vyznačují nekontrolovatelným buněčným dělením. Onkologie pečuje zejména o nemocné s maligními tumory. Léčba benigních nádorů je v naprosté většině řešena operativními obory. Mezi obory onkologie patří: klinická onkologie, radiační onkologie, hematologie a transfúzní lékařství, dětská onkologie a hematoonkologie. [55]

2 Mužské pohlavní orgány - Organa genitalia maskulina

Mužské pohlavní orgány jsou složeny ze dvou částí. Z vnitřního a vnějšího genitálu. Vnitřní pohlavní orgány se dělí na párové a nepárové. Mezi párové patří varle (testis), nadvarle (epididymis), chámovod (ductus deferens), semenný váček (vesicula seminalis) a vstřikovací kanálek (ductus ejaculatorius). Do nepárových pohlavních orgánů spadá žláza předstojná (prostata) a močová trubice muže (urethra maskulina). Mezi zevní pohlavní orgány potom patří šourek (scrotum) a penis (pyj). [22]

2.2 Varle, Testis (ř. Orchis)

Jedná se o párovou pohlavní žlázu, která během prenatálního vývoje prodělává sestup z dutiny břišní do šourku. Průměrná délka je 4-4,5 cm, šířka 2 cm, tloušťka 3 cm a váží 25-30 g. Varle je zavěšeno na semenném provazci (levé varle leží níže než pravé), který probíhá po jeho zadním okraji. Varle produkuje pohlavní hormony, především testosteron, a v době pohlavní zralosti v něm probíhá spermiogeneze. [21,22]

2.2.1 Funkční stavba varlete

Povrch varlete je krytý peritoneem. Pod ním se nachází (tunica albuginea), což je tuhé vazivové pouzdro, z něž odstupují do nitra varlete vazivová septa, která rozdělují nitro varlete v lalůčky (lobuli testis). Počet lalůček ve varleti kolísá mezi 100 až 250. Mají kuželovitý tvar. Obsahem lalůček jsou mnohonásobně stočené semenotvorné kanálky (tubuli seminiferi contorti). Stočené kanálky obsahují semenotvorný epitel, z něhož vznikají spermie. Ve vrcholcích lalůček se tři až čtyři semenotvorné kanálky spojují a tvoří přímé kanálky, které na sebe navzájem navazují a tvoří síť (rete testis). Z této sítě vystupuje v tzv. zadní straně varlete (mediastinum testis) až 18 vývodů varlete (tubuli efferentes), které prostupují tunica albuginea testis a vnikají do hlavy nadvarlete. [22,21]

2.3 Leydigovy buňky

Jsou též nazývány jako intersticiální. Jedná se o typ vmezeřených buněk, které se nacházejí ve vazivových výplních mezi semenotvornými kanálky varlat. Produkují pohlavní hormon testosteron. Počet Leydigových buněk se odhaduje na 200×10^6 . Dalšími buňkami přítomnými ve varleti jsou makrofágy a lymfocyty. Makrofágy ovlivňují funkci Leydigových buněk-proliferaci, diferenciaci a steroidní produkci, rovněž produkují stimulatory a inhibitory steroidogeneze. [26,32]

2.4 Sertoliho buňky

Sertoliho buňky jsou podlouhlé a vyskytující se v semenotvorných kanálcích varlat. Jsou lokalizovány na bazální membráně. Varle, ve kterém probíhá spermatogeneze, obsahuje $800-1200 \times 10^6$ Sertoliho buněk. Jejich funkcí je výživa a ochrana spermií. [26,32]

2.5 Testosteron

Jeden z nejvýznamnějších mužských pohlavních hormonů (androgenů) je testosteron. Vzniká v Leydigových buňkách varlat. Působí ve varlatech, v hypofýze a ve svalech. Je metabolizován v játrech a vylučován především ledvinami.

Účinky testosteronu:

- prenatální stimulace růstu vnitřního mužského reprodukčního systému a sestup varlat do šourku
- ovlivnění spermatogeneze
- zajištění rozvoje sekundárních pohlavních znaků
- anabolické působení
- zvětšení objemu a ovlivnění tvaru kostí, mineralizaci kostní tkáně a ukončení uzavíráním růstových chrupavek dlouhých kostí

- stimulace produkce erytropoetinu (růstového faktoru erytrocytů)
- činnost korových i podkorových mozkových center, sexuální orientaci [32,27]

2.6 Nadvarle, Epididymis

Jedná se o párový orgán kyjovitého tvaru uložený v šourku. Nadvarle slouží ke shromažďování spermií. Leží dorsálně od varlete. Z větší části je kryto peritoneem. Části nadvarlete se nazývají hlava (caput), tělo (corpus), ocas (cauda). V hlavě nadvarlete se nachází kanálek nadvarlete (ductus epididymis), který je stočený a prochází celým nadvarletem. Zde spermie dozrávají a poté jsou dále transportovány chánovodem. Pro normální vývoj spermií je nutná teplota o 2 až 3 stupně nižší, než je vnitřní tělesná teplota. Skrotum má významnou termoregulační funkci. Při vyšší okolní teplotě je ochablé a přispívá tak k ochlazení varlete, při nízké teplotě se kontrahuje tunica dartos a musculus cremaster a varle se přitahuje blíže k tělu. [21,31]

3 Patologie nádorů varlat

Testikulární germinální nádory, dále jen (TGN), patří mezi poměrně pestrá skupina nádorů, u nichž se předpokládá původ ze společné germinální buňky. Klinicky se TGN rozděluje na dvě skupiny: germinální nádory neboli seminomy a germinální nádory neseminomového typu - neseminomy. [2]

3.1 Germinální nádory

Vyskytují se z 90 % v testis, zbytek se nachází extragonadálně. Nejčastější extragonadální lokalizací je retroperitoneum, naopak nejvzácněji se objevují v perineu. Do této skupiny patří: intratubulární neoplasie z germinálních buněk, seminom, spermatocytární seminom, embryonální karcinom, nádor ze žloutkového váčku, choriokarcinom, teratom (zralý, nezralý, s maligní komponentou) a nádory z více než jednou histologickou komponentou (smíšené germinální nádory). [2,28,8]

3.1.1 Embryonální karcinom

Vyskytuje se vzácně. Často je sdružen s jinými komponentami, zejména s maligním teratomem. [2]

3.1.2 Karcinom ze žloutkového váčku

Nejčastěji se vyskytuje u dětí. Asi 20 % těchto nádorů produkuje alfa-fetoprotein. Nádor je vysoce maligní a poměrně brzy metastazuje krevní cestou. Ve většině případů je nevléčitelný. [2,6]

3.1.3 Choriokarcinom

Vychází z germinálních buněk. Maximální výskyt je ve 2. a 3. decenniu. Produkuje choriogonadotropin. Metastazuje velmi brzy hematogenní cestou do plic, jater a mozku. [2]

3.1.4 Teratom/teratokarcinom

Stejně jako karcinom ze žloutkového váčku, i tento nádor se objevuje v dětském věku. Zralý je benigní a je charakteristický nálezem tkání ze všech tří zárodečných listů. Zralý teratom se vyskytuje ve zbytkových nádorech po předchozí chemoterapii.[2]

3.1.5 Seminom

Roste relativně pomalu, šíří se krevní i lymfatickou cestou. Typický seminom je vysoce radiosenzitivní. Anaplastický seminom bývá agresivnější a časně metastazuje. Oproti tomu spermocytární seminom se chová benigně. Vyskytuje se u starších mužů a prakticky nemetastazuje. Trofoblastický seminom, který může produkovat choriogonadotropin, je rovněž prognosticky příznivý.[2,6]

3.2 Negerminální nádory

Mezi negerminální nádory varlat řadíme nádory z Leydigových buněk, nádory ze Sertoliho buněk a adenokarcinom rete testis.[2,8]

3.2.1 Nádory z Leydigových buněk

Vyskytují se převážně u mužů nad 50 let věku. Metastazují do mýzních uzlin, nebo hematogenně do plic, jater a kostí. Nádorové buňky produkují hormon testosteron.[2,24]

3.3.2 Nádory ze Sertoliho buněk

Nádory jsou vzácné a jen asi 10 % z nich je maligních. Mohou se vyskytovat jak v čisté podobě, tak v kombinaci s TGN nebo s ostatními nádory gonadálního stromatu.[2,28]

3.3.3 Adenokarcinom rete testis

Rovněž se vyskytuje velmi vzácně. Šíří se lokálně a může velmi rychle infiltrovat okolí.[2,28]

4 Etiologie

Příčiny vzniku testikulárních nádorů nejsou dosud známy. Existují však rizikové faktory, které se dostávají do souvislosti s jejich vznikem.[2,18]

4.1 Kryptorchismus

Kryptorchismus je označení pro nesestouplé varle. Jedná se o nejčastější a nejvýznamnější vývojovou vadu varlete. Vyskytují se přibližně u každého desátého novorozence. Příčiny kryptorchismu nejsou jednotné a většinou jsou nejasné. Za možné příčinné faktory se považuje zvýšená teplota, omezené krevní zásobení, endokrinní poruchy, gonadální dysgeneze nebo chromosomální poruchy. Žádný z těchto faktorů nebyl jednoznačně prokázán jako faktor příčinný, avšak epidemiologické údaje jasně ukazují že, kryptorchismus přináší zvýšené riziko vzniku germinálního nádoru varlete ve srovnání s varlem sestouplým.[19] Kryptorchismus se prokáže přibližně u 10% nemocných s těmito nádory, proto je nutné retinované varle chirurgicky stáhnout do skrota do dvou let věku dítěte. V případech, u kterých to není možné, se varle preventivně odstraňuje. [18,28]

4.1.2 Sestup varlete

Varle se v embryonálním období zakládá vysoko v dutině břišní ve výši bederních obratlů L1-L2, odkud sestupuje retroperitoneem dolů. Ve 3. měsíci těhotenství je varle ve výši fossa iliaca (jáma kyčelní), od 4. do 7. měsíce je u anularis inguinalis profundus (hluboký tříselný kanál) a končí ve skrotu. Společně s varlem sestupuje do skrota výchlipka parientálního peritonea, která vystele polovinu dutiny skrota. Fyziologicky je sestup varlat dokončen u 96 % chlapců narozených v termínu porodu a u 98 % na konci prvního roku života. Donošený novorozenec má již po porodu varlata sestouplá v šourku a jejich poloha je pediatrem zjištěna již na porodním sále, popř. na novorozeneckém oddělení. [21]

4.1.3 Patologie sestupu varlat

Patologie sestupu varlat způsobují jejich anomální polohu. Podle místa zadržení se rozlišuje retence, ektopie, inverse varlete a tzv. migrující varle.

Retentio testis tzv. pravý kryptorchismus, je zadržení varlete na cestě svého fyziologického sestupu. Retence může být abdominální, inguinální a supraskrotální. V retinovaném varleti vážne spermiogeneze, endokrinní činnost je snížena, ne však natolik, aby vznikaly poruchy vývoje druhotných pohlavních znaků. **Ektopia testis** se vyskytuje asi ve 0,2 % případů. Jde o atypickou polohu varlete, kdy je varle uložené nejen mimo skrotum, ale i mimo dráhu sestupu. Může se nacházet zevně od tříselního kanálu a někdy až pod kůží penisu. **Inversio testis** je atypické postavení varlete na správném místě. Tím může být překlopené varle dopředu, dolů nebo mediálně. Jinou odchylkou od normy je tzv. **migrující varle**. Jedná se o stav, kdy varle zvýšenou aktivitou kremasterového svalu mění svoji polohu od inguinální, penoskrotální až po skrotální. Varlata je možno tahem přemístit do šourku, kde se udrží. Retraktilní varlata mají histologický normální nález, nejsou spojena s poruchou fertility, a proto je pouze sledujeme. [30]

4.2 Skrotální trauma

Na četných studiích se prokazuje vliv traumatu na rozvoj nádorových změn ve varleti. Nemocní, kteří měli provedenou hernioplastiku v dětství, operaci varikokély a chirurgickou korekci kryptorchizmu v postpubertálním věku, mají větší riziko vzniku nádorového onemocnění varlat. Skrotální trauma udává v anamnéze přibližně 10 % pacientů. Ani častá mikrotraumata a zvýšená teplota způsobená nošením těsného oděvu nejsou predisponujícími faktory. [18]

4.3 Genetické faktory

„Familiární výskyt podporuje teorii o vlivu genetických faktorů na vznik nádoru varlete. Asi u 2 % pacientů je v rodině další člen se stejným postižením (nejčastěji sourozenci,

méně často otec-syn nebo dědeček a vnuk). Sourozenci pacienta s nádorem varlete mají riziko rozvoje nádoru 3-10 %“. (Bajčiová, V., et al., 2011. str. 213)

„Pro genetický vliv svědčí i bilaterální výskyt nádorů varlat. Pacient s již diagnostikovaným zhoubným nádorem jednoho varlete má 500 až 1000 krát vyšší riziko vzniku nádorů varlat ve varleti druhém oproti zdravé populaci“. (Detti., B., Klinická onkologie, 2013, roč. 26., č.4, s. 282)

„Léčba druhého nádoru by se měla individualizovat pro každého pacienta podle histologického typu, způsobu léčby a klinického stádia prvního nádoru i ve smyslu dlouhodobého sledování a substituce testosteronem“. (Ondruš, D., Klinická onkologie, 2013, roč. 26, č.6, s. 422)

4.4 Virové orchitidy

Virové orchitidy jsou často zmiňovány v souvislosti se vznikem nádoru varlete. Předpokládá se porušení struktury varlete vlivem zánětu s následnými dalšími změnami, možným rozvojem přednádorového stavu (karcinom in situ) a následně rozvojem nádoru varlete, ke kterému dochází v rámci klinického obrazu příušnic. [8]

4.5 Faktory zevního prostředí

„Existuje celá řada studií zabývajících se vlivy faktorů zevního prostředí na vznik nádoru varlete, ovšem tyto studie jsou natolik různorodé, takže výsledky žádné z nich nenabýly hladiny statistické významnosti. Za prokázané rizikové faktory životního prostředí, které mohou přispět ke vzniku nádoru varlat se prokázaly pouze tři - vliv rentgenového záření, dlouhodobé vystavení se extrémně vysokým teplotám a ochratoxin A“(Bajčiová, V. et al., 2011, s. 213)

4.6 Hormonální vlivy

Význam hormonálních vlivů je patrně nepřímý. U synů žen, které užívaly syntetické estrogeny, se abnormality genitálního ústrojí, zejm. kryptorchismus vyskytly častěji. [2]

4.7 Rasové vlivy

Rasové vlivy jsou u nádorů varlat prokázány. Bílá rasa má 5-10x vyšší riziko rozvoje nádoru varlete než rasa černá. Nejvyšší výskyt nádorů varlat je ve státech severní Evropy (Dánsko, Finsko, Švédsko). [2,8]

5 Klinický obraz

Záchyt nádorového onemocnění varlat v době prvních příznaků je významný, neboť včasný záchyt s sebou přináší vysokou pravděpodobnost vyléčení. Příznaky můžeme rozdělit do tří skupin. Jedná se o příznaky lokální, systémové a příznaky způsobené metastázami.

5.1 Lokální příznaky

Průběh onemocnění může být velmi dlouhou dobu zcela asymptomatický. Nejčastějším příznakem je nebolestivé zvětšení varlete nebo nebolestivá rezistence ve varleti. Tento nález bývá náhodně objeven při hygieně nebo po předchozím úrazu. Bolest šourku udává asi jen 10-20 % pacientů, kdy se při rychlém zvětšování nádoru může vlivem napínání *tunica albuginea* objevit bolestivost. Akutní prudká bolest většinou znamená jinou příčinu např. zánět, torzi nebo infarkt varlete. Dále se může objevit infertilita či ztráta libida. Jindy může jít o změnu konzistence varlete či pocit tíže a nepohody ve skrotu. Tupá bolest v dolní partii břicha či v zádech jsou příznaky pozdní. [8,18]

5.2 Systémové příznaky

Tyto příznaky souvisejí s endogenní aktivitou, zejména při zvýšení hladiny sérového choriogonadotropinu. Nefyziologické hodnoty mohou u chlapců před pubertou způsobit pseudopubertas preacox. U dospělých mužů pak gynekomastii, která bývá oboustranná a symetrická. [8,18]

5.3 Příznaky způsobené metastázami

Nežádka přivedou k lékaři nemocného až symptomy generalizovaného onemocnění. Metastázy v retroperitoneálních uzlinách se projevují bolestmi v břiše nebo v bederní

krajině. Plicní metastázy vyvolávají suchý neproduktivní kašel a námahovou dušnost. Při jaterním metastatickém onemocnění trpí nemocný nechutenstvím, nucením na zvracení až zvracením. Generalizované onemocnění způsobuje slabost, častá je chudokrevnost. U pacientů se složkou choriokarcinomu může být metastatickým procesem postižen i mozek. [18,8]

6 Diagnostika

Jestliže symptomy ukazují, že by mohlo jít o nádorové onemocnění, podstoupí pacient běžná vyšetření, která jsou doplněná o vyšetření speciální.

6.1 Anamnéza

Jako důležitou informaci od nemocného považujeme údaje o poranění varlete nebo úderu do něj, přestože úrazový vliv na nádorové onemocnění varlete nebyl nikdy prokázán.

6.2 Fyzikální vyšetření

Aspekce a palpační vyšetření varlat je prvotním a základním vyšetřením. Nález v obsahu skrota je třeba určit bimanuální palpací vleže i vestoje. Normální varle má být homogenní pružné konzistence, pohyblivé a oddělené od nadvarlete. Palpace lymfatických uzlin v tříselné oblasti a v axilách je také velmi důležitá. Pozornost soustředíme i na hrudník. Pátráme po možné gynekomastii. [10,18,]

6.3 Zobrazovací metody

Tyto vyšetřovací metody zahrnují:

6.3.1 Ultrasonografii (USG) – jedná se o vstupní a všeobecně dostupné vyšetření, pomocí ultrasonografie se provádí vyšetření skrota a břicha, její nevýhodou je omezená rozlišovací schopnost. [18,2]

6.3.2 Skiagram (Rentgenový snímek) - prostý zadopřední a boční skiagram hrudníku je důležitý k odhalení plicních metastáz

6.3.3 Počítačová tomografie (CT) – v současnosti se jedná o optimální metodu při vyšetření břicha, hrudníku a retroperitonea, které jsou nejčastějším místem metastáz. V dutině břišní dokáže zachytit i asymptomatické metastázy v játrech. V hrudníku rozpozná plicní či mediastinální postižení dříve než prostý skiagram a v retroperitoneu přesněji zobrazuje lymfatické uzliny. [2,8]

6.3.4 Pozitronová emisní tomografie (PET) – zachycuje metabolickou aktivitu tkání v celém těle a umožňuje tak odlišit fibrotické změny od biologicky aktivního tumorózního útvaru.[2,8]

6.3.5 Bipedální lymfografie – dříve se používala se k detekci uzlinových metastáz. Její nevýhodou bylo dlouhodobé přetrvání kontrastní látky v uzlinách (i několik měsíců) a invazivnost. [2]

6.4 Vyšetření onkomarkerů

Jedná se o naprosto nepostradatelnou součást diagnostického procesu. Největší význam má sledování choriogonadotropinu a alfa fetoproteinu, které se považují za markery obligatorní. Mezi ně řadíme i laktátdehydrogenázu. Tyto tři markery se staly součástí stagingu. Jsou důležité pro monitoraci průběhu onemocnění a pro odhad úspěšnosti léčby, nikoliv však pro screening. [2,18,8]

6.5 Staging

Pomocí stagingu se určuje stupeň pokročilosti onemocnění. Pro tyto potřeby se využívá klasifikace TNM. Kde T (tumor) určuje rozsah primárního nádoru pouze na základě klinického vyšetření, je z počátku nepřesné. Zpravidla se upřesní až po operaci-pT (post operativum). Stanovení N (nodus) se zpravidla opírá o výsledky zobrazovacích metod. Určení M (metastasis) se opírá opět o výsledky zobrazovacích vyšetření. Zaměřuje se na nejčastější výskyt metastáz, tj. na plíce, játra, kosti a centrální nervový systém. [2]

7 Terapie nádorů varlat

Nádory varlat jsou ve vysokém procentu dobře léčitelné, často vyléčitelné, a to i v případě vzdálených metastáz. Zvláště o seminomech lze říci, že představují nejlépe léčitelné tumory.[9] Používá se léčba chirurgická. Další léčebné schéma závisí na histologickém typu nádoru varlete. Provádí se chemoterapie a radioterapie, může následovat podpůrná léčba. Léčba standardně zahrnuje inguinální orchiektomii, která je důležitá pro odstranění primárního nádoru a k získání přesné morfologie tumoru. Po skončení léčby se provádí pravidelná dispenzarizace.[7,8]

7.1 Chirurgická léčba

Prvotním krokem této léčby je odstranění postiženého varlete. Je-li diagnóza jasně stanovená, provádí se vysoká inguinální orchiektomie. Další léčebná strategie se řídí rozsahem onemocnění a typem nádoru, který se zjišťuje histologickým vyšetřením. Po podrobném vyšetření se zjistí stav spádových lymfatických uzlin. Lékař může někdy navrhnout odstranění těchto uzlin. Děje se tak břišní cestou. Operaci musí provádět zkušený urolog. V současné době se však dává přednost před tímto výkonem chemoterapii. Pokud je nález oboustranný, lze u nádorů menších než 2 cm provést resekci. Záchovná operace většinou není indikována. Ztráta varlete bývá pro muže velmi stresující. Muže je nutno ujistit, že po chirurgickém odstranění jednoho varlete se nestávají neplodnými ani impotentními, protože zdravé varle, které je muži ponecháno, bude i nadále obě tyto funkce plnit. [7,8,18]

7.2 Aktivní observace (WATCH AND WAIT)

Je strategií, která může být zvolena u nemocných s včasným zachytem histologicky příznivého typu semionu. Pacient po orchiektomii dochází na pravidelné kontroly, při nichž se vyšetřují laboratorně nádorové markery a provádí CT (počítačová tomografie)

s cílem odhalit včas event. relapsy, aby mohli být nemocní ihned léčeni. Garance dobré spolupráce s pacientem je podmínkou. [37]

7.3 Radioterapie

Cílem radiační léčby je zničení nádorových buněk a znemožnění jejich růstu pomocí ionizujícího záření. Standartním přístrojem pro radioterapii je lineární urychlovač produkující vysokoenergetické fotonové záření. Využívá se pooperačně ke zničení zbylých nádorových buněk. Aplikuje se zpravidla do oblasti břicha a pánve a je zaměřená na průběh spádových lymfatických, retroperitoneálních a ilických uzlin. Každému pacientovi je vypracován trojdimenzionální ozařovací plán s výpočtem dávek, aby zdravé tkáně byly maximálně šetřeny. Ozařování probíhá 5 dní v týdnu (celkem po 2-4 týdny). Metoda je nebolestivá a trvá několik minut. [7,8,]

7.4 Chemoterapie

Řadí se mezi systémovou terapii. Při této léčebné metodě pacient užívá léky buď ve formě tablet, dražé, nebo častěji formou nitrožilní injekce či infuze. Použít lze i aplikaci nitrosvalovou. V případě tohoto onemocnění se jedná o kombinaci léků. Léky mají prokázaný protinádorový účinek. Cytostatika se po podání dostávají do celého organismu, a tak mohou zasáhnout i metastázy. Chemoterapie se podává v určitých cyklech, tzn. určitý počet dní s následnou vícedenní přestávkou. Léčbu je možno aplikovat i ambulantně. O hospitalizaci rozhoduje lékař podle typu naordinovaných cytostatik a podle tolerance léčby.[7,8]

Před chemoterapií a radioterapií se provádí odběr a zmražení spermatu ve spermobance pro případné použití k umělému oplodnění. Onkologická léčba může poškodit tvorbu spermií ve zdravém varleti, a vést tak k trvalé neplodnosti. [7,8]

7.5 Paliativní péče

Ačkoliv je většina nádorů varlat citlivých na léčbu, jsou případy, že onemocnění progreduje či recidivuje. Definice pro paliativní péči můžeme najít hned několik, v této kapitole uvádím alespoň dvě.

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení, psychologických, sociálních, a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin“. WHO (Marková, M., 2011, str.19)

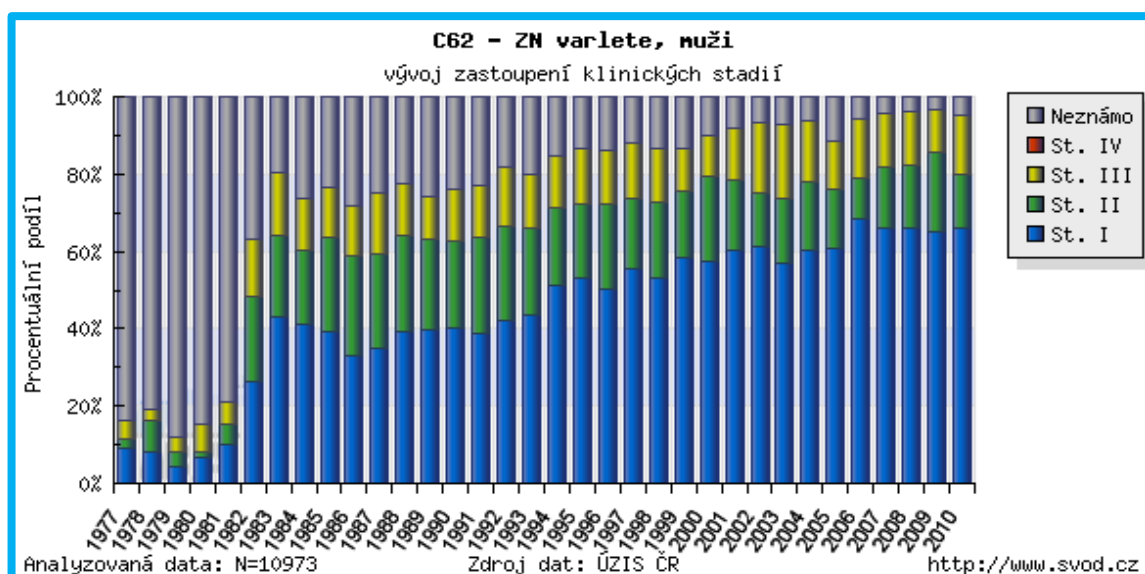
„Paliativní péče je aktivní péče, která je poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života“. (Sláma, O., et al., 2011, str. 25)

Napomáhá prodloužit a zachovat život, který bude pro pacienta svou kvalitou uspokojivý. Chrání důstojnost nevléčitelně nemocných. Plní přání a potřeby pacientů. Klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální jedinečnost každého člověka. Vytváří pro pacienta takové podmínky, aby mohl poslední etapu svého života prožít v kruhu svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí. Poskytuje všestrannou podporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat zármutek i po smrti blízkého člověka. [1,15]

Optimálním poskytovatelem paliativní péče by měl být multidisciplinární tým, ve kterém hraje významnou roli střední zdravotnický personál. Všeobecné sestry, zaujímají v tomto týmu velmi důležité postavení, musí být schopné samostatně i v rámci domácí péče poskytovat vysoce erudované služby. Všeobecná zdravotní sestra je pacientovým nejbližším profesionálem, měla by mu správně vysvětlit vše, na co se ptá. Monitoruje všechny potřeby nemocného, a společně s ostatními členy týmu hledá způsoby jak pacientovi co nejefektivněji pomoci. Do multidisciplinárního týmu dále patří lékaři, zdravotničtí asistenti, sociální pracovník, rehabilitační pracovníci, psychologové a podle typu onemocnění a individuality pacienta i další pracovníci.[1,15]

8 Výsledky léčby

Jak již bylo zmíněno, zhoubné nádory varlat jsou nejčastější malignitou mladých mužů bílé rasy ve věkové kategorii 20-45 let. Zatímco na začátku 80. let se první stádium choroby zachytilo zhruba v 25 % případů, o 10 let později se záchyt prvního stádia zvýšil dvojnásobně. Zhruba od poloviny 80. let dosahuje léčba testikulárních nádorů velmi dobrých výsledků (viz graf 4). Mezi hlavní faktory, které se na tomto výsledku podílejí, patří pečlivý staging, včasná a efektivní léčba založená na kombinacích

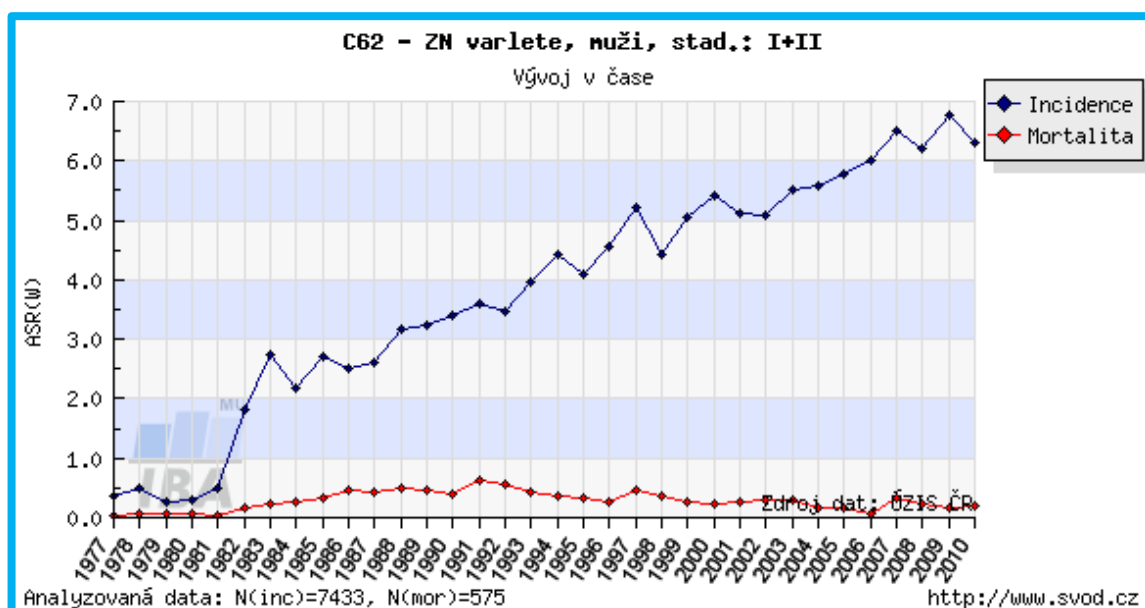


Graf 4 Časový vývoj % zastoupení klinických stádií [50]

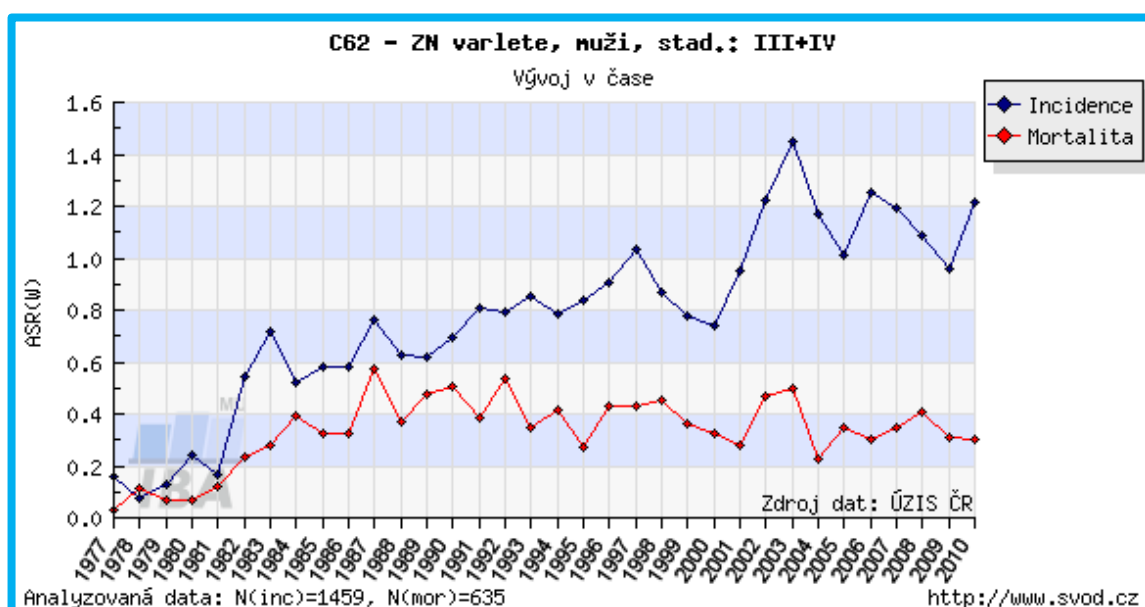
systémové chemoterapie, radioterapie, a chirurgickém odstranění nádorových ložisek. Léčba časných stádií germinálních nádorů varlat není uzavřenou kapitolou a neustále se vyvíjí. Díky užívaným léčebným metodám se dnes daří u více jak 95 % pacientů dosáhnout vyléčení.

Následující dva grafy znázorňují incidenci a mortalitu zhoubných nádorů varlat ve stádiu I – IV. Na grafu č. 5 si můžeme všimnout, že v případech I. a II. stádia při výrazně rostoucí incidenci se křivka počtu úmrtí nezvyšuje. Ve III. a IV. stádiu (viz graf č. 6) se křivka přežití rovněž nezvyšuje, avšak při incidenci, která v posledních letech roste již minimálně a v poslední dekádě již prakticky stagnuje.

Dobré léčebné výsledky, včetně přežití, jsou dány pokroky v léčebných metodách, ale také multidisciplinárním přístupem, a tím, že dochází k záchytu onemocnění v časných stádiích. [10,41]



Graf 5 Časový vývoj incidence a mortality ZN varlat ve stádiu I+II [51]



Graf 6 Časový vývoj incidence a mortality ZN varlat ve stádiu III+IV [52]

9 Nežádoucí účinky léčby

Po chirurgických zákrocích následuje rekonvalescence, která je po orchiektomii krátká. Odstranění lymfatických uzlin vyžaduje rekonvalescenci delší. Většinou dochází ke zhojení bez následků. Ojediněle se v některých případech může objevit tzv. suchá ejakulace, to znamená že, ejakulát neobsahuje spermie. V těchto případech se navrhuje kryoprezervace spermatu.

Vlivem radiační léčby bývá častá únava, obzvláště v posledních ozařovacích dnech či týdnech. Při ozařování retroperitonea se objevuje nauzea a zvracení, při ozařování malé pánve průjem. Při těchto obtížích podáváme antiemetika a obstipancia. Kožní reakce ve smyslu erytému, pálení a svědění je výjimečná.

Vedlejší účinky chemoterapie závisí na typu podávaných cytostatik. Nejcitlivější je na účinky cytostatik krvetvorba, dále to jsou buňky zažívacího traktu a vlasové folikuly. V průběhu chemoterapie pravidelně vyšetřujeme krevní obraz. Ohroženými buňkami jsou bílé krvinky, které zajišťují obranyschopnost. Hrozí zde riziko infekce, proto by se měl pacient vyhýbat většímu kolektivu lidí, kde by mohlo docházet k potenciální infekci. Dalšími ohroženými krevními elementy jsou krevní destičky. Snížení jejich počtu způsobuje poruchy srážlivosti a hrozí krvácení. Konečné snížení počtu červených krvinek, anémie, vyvolává únavu, dušnost, zvyšuje srdeční frekvenci. Poškození buněk sliznic zažívacího traktu se projevuje aftózními záněty v dutině ústní, polykacími obtížemi, zvracením a těžkými průjmy. Z psychologického hlediska je pro pacienta nepříjemná ztráta vlasů - alopecie. Po skončení chemoterapie však vlasy vždy narostou. Toto období bez vlasů lze překlenout parukou, která je částečně hrazena zdravotní pojišťovnou. Nepříznivým účinkem je i snížená tvorba semene - oligospermie až jeho úplné vymizení - azoospermie. V některých případech se stav upraví, u některých léčených se jedná o stav trvalý. [14,7,20]

10 Ošetrovatelské intervence u pacienta při léčbě cytostatiky

Při léčbě cytostatiky je nutné zabezpečit psychosomatické potřeby pacienta.

Somatické potřeby zahrnují:

- ✓ „zajištění pohody při aplikaci cytostatik a zabezpečení klidného prostředí
- ✓ sledování místa, které je určeno pro aplikaci cytostatik, aby nedošlo k nežádoucí reakci např. bolestivost, otok, zarudnutí, nekróza tkáně
- ✓ hodnocení stupně bolesti např. dle VAS (vizuální analogová škála) a účinků léků podávané proti bolesti
- ✓ monitoraci nežádoucích účinků léčby jako je např. nauzea, zvracení, únava, padání vlasů apod.
- ✓ doporučení prostředků, které mohou nežádoucí účinky léčby zmírnit – pití chladných a neslazených nápojů, vyhýbání se vůním a zápachům“ (Novotná, J., Uhrová, J., 2007, s. 43)

Dle ordinace lékaře podává všeobecná sestra léky tlumící nežádoucí efekty chemoterapie/cytostatik, zejména antiemetika při zvracení a růstové faktory pro úpravu útlumu krvetvorby. Dále sestra dle ordinace lékaře provádí odběry krve na vyšetření parametrů, které mohou být při léčbě alterovány, zejména krevní obraz, jaterní a ledvinné testy. Provádíme poučení nemocného o 24 hodinovém sběru moče na podrobné vyšetření ledvinných funkcí, clearance kreatininu. Při horší spolupráci s nemocným, mu s tímto sběrem moči pečlivě pomáháme.

I přesto, že se v tomto případě nejedná přímo o ošetrovatelské intervence, je nutné, aby se jimi sestra řídila, neboť i tyto činnosti vedou k poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče a zlepšení celkového stavu pacienta.[14]

Při zabezpečení psychických potřeb se snažíme o spolupráci s pacientem a jeho rodinou.

11 Ošetrovatelské intervence u pacienta při léčbě radioterapií

U tohoto typu léčby se opět budeme snažit zabezpečit psychosomatické potřeby pacienta.

Somatické potřeby zahrnují:

- ✓ „zabezpečení klidného prostředí
- ✓ pátrání po nežádoucích reakcích po radioterapii jakou jsou např. suchá olupující se kůže, změny pigmentace, nechutenství, nauzea, zvracení, bolesti hlavy
- ✓ doporučení volného neдрáždivého oděvu, vhodné stravy, kvalitního odpočinku a spánku, omývat kůži pouze vodou
- ✓ upozornění, že se pacient nemá vystavovat UV záření (ultrafialové záření) „ (Novotná, J., Uhrová, J., 2007, s. 44)

Pro zabezpečení psychických potřeb je důležité eliminovat neklid a celkovou únavu, zajištění dostatku informací o průběhu a výsledků terapie od lékaře a naslouchání projevům pacienta.

12 Péče o pacienta po skončení léčby

V časném stádiu léčba nádorů varlat ve vysokém procentu úspěšná. V pokročilém stadiu musí být léčba agresivnější a je i finančně nákladná. Přesto lze i zde dosáhnout trvalého vyléčení. Po skončení léčby je nemocný zařazen do dispenzární uro-onkologické péče. Kontrolní vyšetření se provádějí ambulantně a probíhají v pravidelných intervalech. Dispenzární kontroly jsou častější v prvních třech letech po skončení léčby.

Cílem léčby a další péče je navrátit pacienta do normálního života. Rychlost návratu po proběhlé léčbě závisí na mnoha faktorech. Pro fyzickou kondici jsou důležité cviky na posílení břišního svalstva, zejména u nemocných po lymfadenektomii. Rovněž zde platí obecné zásady zdravé výživy. U těch mužů, kde nejsou známky nádorového onemocnění, je možné navrhnout komplexní lázeňskou léčbu. [7]

12.1 Testikulární implantáty

Ztráta varlete může být pro muže velmi silným psychickým stresem, který jim například brání vést pohlavní život se svou partnerkou, nebo v opačném případě, nejsou vůbec schopni navázat vztah se ženami. V takových případech můžeme pacientovi doporučit testikulární náhradu, která účinně tento defekt zakryje a odstraní tak negativní psychický dopad.

Implantáty se vyrábějí ze silikonu, který tělo dobře snáší. Jsou dostupné v několika velikostech a jsou věrnou kopií lidského varlete. Jsou vybaveny fixačním proutkem, který brání jeho posunu směrem k tříslu. Provádí se ambulantně ve svodné popřípadě v krátkodobé anestezii. [53]

13 Prognóza

Prognózu ovlivňuje rozsah onemocnění a histologický nález. Celkově je prognóza nemocných s nádory varlat dobrá, až 95% nemocných se vrací do normálního života a lze je zpět zařadit i do normálního pracovního procesu. Je-li diagnóza určena včas a jedná se morfologicky o semion, můžeme s jistotou říci, že je prognóza výborná. V případě semionů se trvale kurativních výsledků dostavuje i v případě pokročilého i generalizovaného onemocnění. V České republice se diagnostikuje více než jedna třetina tumorů v pokročilém stadiu, kdy se objevují retroperitoneální uzlinové metastázy nebo hematogenní diseminace a to i přesto, že je varle na pohled a pohmat dobře přístupné. [36] *„Na této skutečnosti se podílí několik důležitých činitelů, například neznalost vlastních anatomických poměrů, nízká úroveň zdravotní výchovy a mnohdy i stud.“* (Abrahámová, J., Postgraduální medicína, 2003, 5, č. 6, s. 602)

14 Prevence

Výskyt některých nádorových onemocnění neustále roste, jiný stagnuje, některý dokonce klesá. Nádorová onemocnění jsou většinou spjata s pokročilým věkem. Můžeme si však všimnout posunu věkové hranice nádorových onemocnění k mladším ročníkům, jako je tomu například u nádorového onemocnění varlat.

Primární prevence nádorů varlat je až na výjimky (nesestouplé varle) problematická. Nastává zde nutnost otevřeně říci, že zhoubným nádorům ve většině z případů předejít neumíme, neboť zatím nejsme schopni poskytnout přesná preventivní doporučení. Jedinou možností je včasný záchyt, tedy prevence sekundární. Zvláštní pozornost si zaslouží jedinci s nesestouplým varlem, včasným operativním řešením se dá snížit riziko vzniku nádoru. Vyšetření varlat lékařem by mělo patřit do základní sestavy preventivní prohlídky, kterou je možno od 18 let podstoupit jednou za dva roky. [40] Problém však spočívá v tom, že mladí muži na preventivní prohlídky nedocházejí. I méně nápadné změny však může odhalit nejlépe každý sám. Účinnou prevenci vidíme v pravidelném samovyšetřování a neprodlené návštěvě lékaře při podezřelém nález. [5]

14.1 Primární prevence

Je osobní znalostí každého z nás, vyžaduje znalost rizikových faktorů a dostatek pevné vůle k jejich omezování a dodržování zdravého životního stylu. U nádorového onemocnění varlat je to řešení nesestouplého varlete již v útlém věku, tzn. nejlépe do dvou let věku dítěte. [5,11]

14.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence se zaměřuje na cílené rozpoznání již vzniklého nádoru. Cílem je předejít dalšímu rozvoji a šíření choroby. Základem pro účinnou sekundární prevenci v onkologii je zlepšení povědomí celé společnosti o nádorových nemocech. Sekundární prevence u nádorového onemocnění varlat znamená pečlivé a pravidelné

samovyšetřování, chůze na preventivní prohlídky, včasné objevení bulky a včasná diagnostika. [5,11]

14.2.1 SCREENING

„Screening je metodou velkoplošného vyšetřování zdravé populace s cílem zachytit jak přednádorové stavy, tak počáteční formy maligního onemocnění. Abychom takový postup mohli realizovat, musí být splněno několik základních předpokladů:

- ✓ *onemocnění by mělo být ve sledované populaci časté*
- ✓ *musí být dobře definováno počáteční stadium sledovaného nádoru či přednádorového stavu*
- ✓ *máme k dispozici relativně jednoduchou a levnou metodu k jeho detekci*
- ✓ *ověření přínosu screeningu na větších populačních celcích*

Pro screening je nezbytné zapojit veřejnost do realizace a aktivní účasti na programu. Veřejnost je důležité přesvědčit o nezbytnosti starat se o své vlastní zdraví a to pomocí všech dostupných způsobů. V České republice se realizují tři celoplošné screeniny, a sice pro karcinom prsu, kolorektální karcinom a karcinom děložního čípku.“

(Fait, T., et al., 2011, str. 344-345)

Jelikož se nádory varlat v naší populaci objevují do čtyř stovek ročně, nelze počítat ani do budoucna s organizovaným screeningem. [11]

14.3 Terciální prevence

Spočívá v dispenzární péči na specializovaném pracovišti a zahrnuje rekonvalescenci po léčbě a časný záchyt případných recidiv. Cílem je obnovení bio-psycho-sociální rovnováhy, zlepšení a udržení kvality života. [11]

14.4 Samovyšetřování

Pomáhá k časnému odhalení nádoru varlete, které je důležitou podmínkou úspěšného léčení. Metoda je jednoduchá a socioekonomicky nenáročná, avšak vědomosti o této možnosti časného odhalení choroby jsou v naší populaci minimální. Muži v kritických věkových skupinách nevědí ani o existenci tohoto samovyšetřování, natož jak by ho měli účinně provádět. Provádí se ihned po dostatečně teplé koupeli nebo sprchování, 1x

měsíčně a mělo by být běžnou součástí osobní hygieny. Teplou lázní šourek změkne a vyšetřování varlat je tím snazší. [18,8,7]

14.4.1 Vlastní samovyšetření

- ✓ postavte se před zrcadlo, abyste mohl zrakem kontrolovat svůj pohmatový nález
- ✓ hmatem vyšetřujte každé varle zvlášť
- ✓ uchopte jedno varle zespodu ukazováčkem a prostředníčkem, shora palcem a to oběma rukama najednou, vyšetřovaným varlem jemně mezi prsty protáchejte
- ✓ hledejte změny v objemu varlat, v symetrii, jejich nepravidelnosti a změny na kůži, šourku. Nezapomeňte, že levá polovina šourku bývá uložena níže než pravá
- ✓ je naprosto normální, že jedno varle je větší než druhé
- ✓ v přední části šourku je uloženo varle, v zadní horní části je za ním nadvarle, což může být mylně považováno za nádorovou tkáň [7,39,45]

Pokud nahmatáte změnu ve varleti, neznamená to, že musí jít jednoznačně o malignitu. Může se jednat například o zánět. Přesto by měl každou změnu vyšetřit lékař, nejlépe urolog nebo androlog. Symptomy nebagatelizujte a lékaře vyhledejte co nejdříve po zjištění příznaků.

15 Proces vyrovnávání se s nádorovým onemocněním

Nikdo z nás nedokáže předvídat svoji reakci na závažné onemocnění. Odezva závisí na mnoha faktorech, které se v danou chvíli v našem životě odehrávají. Je dána také temperamentem, inteligencí, hodnotovou orientací, vzděláním, sociálním zázemím atd. Přestože každý nemocný přichází s jiným osudem, objevují se u těchto lidí společné znaky a fáze vyrovnávání se se zátěží, jakou toto nádorové onemocnění přináší.

Fáze na základě svých zkušeností s pacienty s nádorovým onemocněním poprvé definovala ve svém modelu americká psycholožka Elisabeth Kübler- Rossová. Model, který byl zaveden v roce 1972, je znám též pod pojmem Pět fází smutku či Pět fází umírání. [16]

15.1 První fáze - šok, popírání

Většina pacientů reaguje na zhoubné onemocnění téměř stejně.

„Já? To není možné! Proč právě já? To není pravda! Určitě to bude nějaká záměna výsledků. Nic mě nebolí, mám jenom chřipku.“

Pro psychiku člověka je sdělení závažné diagnózy nadlimitní zátěží. Přispívá k tomu i fakt, že většinou zasáhne člověka nepřipraveného, v plné každodenní rutině. Jsou i tací, kteří vyhledají jiného lékaře a absolvují všechna vyšetření znovu, v naději, že jim byla stanovena špatná diagnóza. Takto reagují zejména ti pacienti, kterým byla jejich diagnóza sdělena dosti stroze. To přispěje k tomu, že se pacient stáhne sám do sebe a nemoc popírá. Jedná se o přirozený způsob reflexní obrany, který je ale dočasný. Dotyčný se však s nastalou situací nehodlá smířit. Popírání slouží také k udržení těsných sociálních vztahů. Pacient se snaží vystupovat optimisticky, spolupracuje a cítí se být neohrožený, protože se domnívá, že rodina, přátelé a jeho ošetřující lékař od něj takovéto chování očekávají. Má obavy z toho, že pokud vysloví pochybnosti a vyjádří svůj strach, zlost nebo pocit studu, druzí se od něj distancují nebo se na něj za takové

myšlenky rozzlobí. Jedná se o šokovou situaci, která může trvat různě dlouho a která může léčebný proces výrazně komplikovat. Tato fáze vyžaduje maximální podporu od nejbližšího okolí i od zdravotnického personálu. Opakované, klidné a jasné vysvětlování poskytovaných informací týkajících se onemocnění a léčby pomáhají snížit úzkost a zvýšit tak adaptaci organismu k zvládání zátěže tohoto náročného období. [16,14,12]

15.2 Druhá fáze - hněv, agrese

„Proč já? To není fér! Čím si to zasloužím?“

Jakmile se jedinec dostane do druhé fáze, uvědomí si, že popírání již nemůže dále pokračovat. Přichází na řadu hněv a hledání viníka, který je za tuto nepříznivou situaci zodpovědný. Spolupráce bývá často svízelná, musíme vyzkoušet více taktik, jak s nemocným jednat. Nemocný nepřijímá dobře míněná, realistická vysvětlení. Svoji zlost zaměřuje nejčastěji na zdravotnické pracovníky, kteří jsou v tu chvíli nejbližší. Naše dobře myšlené služby např., pomoc při hygieně, úprava lůžka a jiné pozornosti bere jako obtěžování, zásah do svého soukromí. Někdy upadá do sebeobviňování. Trápí se výčitkami, že si nemoc vlastně zavinil sám, svým nesprávným životním stylem. Situace je pro obě strany skličující, ale my jako profesionálové bychom se měli vcítit do rozpoložení klienta. Nemocnému mohou také velmi pomoci jeho nejbližší. Stejně jako fáze první, patří i zlost a obviňování k psychickým obranným mechanismům. Slouží k vnitřní pohotovosti při střetu s překážkou a k odreagování psychického napětí a negativních emocí. K tomu aby mohl pacient tuto obtížnou fázi zvládnout potřebuje čas a neustálou pomoc. [16,14,12]

15.3 Třetí fáze – smlouvání

„Udělám cokoliv, abych mohl/a žít ještě pár let. Co jsem udělala v životě špatně, že musím být nemocná“?

V této fázi pacient akceptuje diagnózu a hledá různá, někdy až neuvěřitelná zdůvodnění svých závažných příznaků. Snaží se přesvědčit okolí i sebe samého, že se o nic významného nejedná. Zahrnuje naději, že nějakým způsobem dokáže oddálit či odložit smrt. Snaží se ujistit, uklidnit a jednat přitom racionálně. Hledá záchranu v zázračných prostředcích a zaručených metodách, vyhledává léčitele, pokouší se o alternativní metody léčby. Pacient se obrací k vyšší moci s žádostí o delší život výměnou za změnu životního stylu apod. Tato obrana se časem však nutně zhroutí. Klesá schopnost vyrovnání se se zátěží, nastává vyčerpání zdrojů energie i působení obranných mechanismů. V tomto období potřebuje pacient převážně podporu a pochopení jeho potřeb. Pacienta nelitujeme. Důležitý je respekt. [16,14,12]

15.4 Čtvrtá fáze – deprese

„Chci domů, vysadit všechny léky, stejně to nemá cenu. Nechci umřít, ale nechci tu už být“.

Deprese přichází, když už si umírající nemůže sám sobě nic nalhávat, když se znovu a znovu objevují ataky nemoci a neustále se pohybuje mezi domovem a nemocnicí, v tom lepším případě. Pacient si stále více uvědomuje jistotu blížící se smrti. Díky tomu má celkově pesimistickou náladu, odmítá veškerý sociální kontakt. Bývá podezřivý a kritický. V průběhu léčby se až nutkavě zabývají svým zdravotním stavem a mají větší pochybnosti o léčbě. V této fázi se nedoporučuje nemocného rozveselovat. Jedná se o důležité období smutku, které musí proběhnout. V některých případech se stává nezbytností podání psychofarmak. Lidská podpora a porozumění, vyjádřená i neverbální komunikací, jsou tou nejcennější pomocí. Tato fáze klade vysoké nároky i na psychiku rodiny nemocného. V této fázi je důležitá nabídka psychologické péče. [16,14,12]

15.5 Pátá fáze – smíření

„Nic mě netrápí, vše přijímám, jak jde“.

Do této fáze se dostává většina pacientů, kteří neumírají náhle a kterým se dostává účinné pomoci a pochopení k překonání předchozích fází. Pacient, který se již dostal do fáze smíření, má obvykle klidný výraz. Dochází k psychickému uvolnění, pacient je schopný na léčbě spolupracovat a přistupovat k ní s rozumem. V tomto období posledního klidu potřebuje zpravidla více podpory jeho rodina než pacient sám. Zvládnutí tohoto náročného úkolu je dlouhodobý proces, který vyžaduje zapojení určitých taktických úkonů a ochranných mechanismů.

Obranné psychické mechanismy nám napomáhají k odvrácení bolestivých a těžkých pocitů, které s sebou náročné životní situace přinášejí. Mírný strach, chrání pocit vlastní hodnoty a schopnosti jednat. Tím posilují schopnost snášet přitěž, mobilizovat rezervy, které jsou nutné k přizpůsobení. Tato ochranná opatření se stávají problémem tehdy, přetrvávají-li neúměrně dlouhou dobu a vyústí v chorobné chování. Tyto mechanismy jsou nevědomé, nemocný je nemůže silou vůle kontrolovat. Jsou přirozenou automatickou reakcí na zátěž. [16,14,12]

Tyto fáze jsou pouze orientačním vodítkem. Fáze nemusí obvykle postupovat dle uvedeného pořadí a ani nemusí být všechny prožity. Přesto je důležité o nich vědět, abychom mohli pacientovi lépe porozumět.

16 Role všeobecné sestry u nádorového onemocnění varlat

Role zdravotní sestry při ošetřování nemocného s nádorovým onemocněním varlat je nenahraditelná. Sestry v porovnání s ostatními pracovníky interdisciplinárního týmu tráví s pacienty nejvíce času. Poskytuje pacientovi efektivní ošetrovatelskou péči, radí a pomáhá mu ve fázi doléčení a dispenzarizace. Možnost aplikovat kompetence sestry u nádorů varlat začíná již prevencí tohoto onemocnění. V primární péči, ať už u praktického lékaře, urologických ordinací či ambulancích nebo v andrologických poradnách, má sestra možnost vzdělávat pacienta o možnosti vzniku tohoto onemocnění, měla by doporučit metodu samovyšetření a nabídnout edukační materiál. Je to právě i sestra, která může napomoci včasnému zachytu onemocnění.

Sestra pečuje o onkologicky nemocného v týmu, který se skládá z lékaře, psychologa, dietní sestry, fyzioterapeuta, sociálního pracovníka a skupiny sester. Sestra pečuje o pacienta nejen fyzicky před a po operačním výkonu, ale dbá i o jeho psychiku. Aby sestra mohla na pacienta působit v psychické oblasti, vyžaduje se od ní vysoce profesionální přístup, ve kterém se vyhýbá všem rizikovým faktorům, jako je zlehčování situace, falešný soucit apod. Na urologických odděleních nebo na odděleních onkologických se sestra setkává se skupinou pacientů, u kterých léčba proběhla úspěšně a kteří jsou zařazeni do dispenzarizační péče. Ovšem ani tady role sestry nekončí. Dostatečné množství informací, které může pacientovi poskytnout, může pomoci při odhalení dalších komplikací či v prevenci dalšího onemocnění. Avšak může nastat i situace kdy se sestra ocitne v roli pečovatelky v paliativní péči. [20]

Paliativní péči, jak jsem již v samostatné kapitole zmiňovala, chápeme jako péči kdy stav onemocnění nereaguje na kurativní léčbu. Cílem je zmírnit bolest, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. Důležitý je holistický přístup, neboť každý člověk je celistvá bytost, která má potřeby tělesné, psychické, sociální a spirituální. Paliativní péče je zaměřena nejen na pacienta, ale i na jeho rodinu a blízké citlivou komunikací a poskytnutím dostatečného množství informací. [1]

Tato péče je velmi psychicky náročná i pro sestru samotnou. Sestra je při poskytování péče ohrožena i negativními psychickými zážitky a emocemi, proto je nutné zabránit syndromu vyhoření, který se projevuje psychickým i fyzickým vyčerpáním. Je to důsledek nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní

realitou. Aby se zdravotní sestra syndromu vyhnula, je pro ni důležitý dostatek odpočinku a relaxace. Při péči o onkologicky nemocné pacienty je důležité, aby pečující personál nezapomínal, že neléčí nemoc, ale člověka. [1,20]

16.1 Komunikace sestry a pacienta s nádorovým onemocněním varlat

Sestra by měla mít při komunikaci s pacientem stále na mysli, že její pacienti jsou lidé psychicky zdraví, kteří se nacházejí v situaci ohrožení života a v souvislosti s prožíváním nemoci se mohou po nějaký čas chovat neočekávaně. Zdravotní sestra, hraje po celý čas léčby roli prostředníka mezi lékařem a pacientem. Do styku s pacientem se dostává nejčastěji právě ona, a proto je potřeba, aby zvládala s onkologicky nemocným pacientem komunikovat tak, aby uměla zachovat klid a sama se snažila odstranit napětí vzniklé při působení negativních emocí pacienta. Je zapotřebí užívat verbální i nonverbální komunikaci, neboť i tu pacient dobře vnímá. Při tom je nutné dbát na vhodnost slov dle stavu a věku nemocného. V případě potřeby pacientovi naslouchat a nešetřit chválou při sebemenším úspěchu léčby. Důležitá je samozřejmě empatie a vstřícnost. Sestra může své pacienty dobře ošetřovat jen tehdy, když bude sama v dobré psychické a fyzické kondici, proto by se každá sestra měla naučit relaxovat, radovat se a dělat něco pro sebe.[15,16]

16.1.1 Obecná pravidla komunikace

- ✓ zeptejte se pacienta, zda by si přál mít u rozhovoru někoho blízkého
- ✓ mluvejte s pacientem tak, aby byl schopen sdělené informaci porozumět
- ✓ pokud to bude alespoň trochu možné, vyhýbejte se odborným výrazům
- ✓ pacientovi aktivně nabízejte psychologickou pomoc
- ✓ ptejte se na jeho vlastní názor na potřebu psychologické péče
- ✓ poskytněte pouze tolik informací, kolik je pacient schopný pojmout v dané chvíli
- ✓ čas od času se zeptejte, zda všemu rozumí
- ✓ pokud budete mít vy sami pocit, že pacient všemu dostatečně nerozuměl, proberte to s ním a pozvěte ho k dalšímu rozhovoru
- ✓ rozhovory ved'te v klidném a přátelském prostředí
- ✓ během rozhovoru dělejte pauzy, tak aby si pacient mohl v klidu všechno promyslet a mohl tak popřípadě položit doplňující otázky

- ✓ nedovolte, aby vás vyrušoval ostatní personál a telefon
- ✓ pacienti aktivně naslouchají [4,16,29]

17 Podpůrná psychologická péče

Jak už bylo řečeno, nádorové onemocnění varlat znamená pro muže i jeho rodinu velkou psychickou zátěž. Nabídnout psychoterapeutickou podporu je tedy zcela na místě, tato péče je nedílnou součástí o onkologicky nemocné pacienty. Taková pomoc má vliv nejen na samotný průběh léčby, ale i na další vývoj onemocnění. Psycholog nebo psychoterapeut nabízí pacientovi možnost bezpečně a zcela otevřeně ventilovat své pocity a hledá způsob jak se s nemocí vyrovnat. [5]

Cílem individuální psychoterapie je:

- ✓ zmírnit pocity osamělosti, zoufalství a deprese
- ✓ zredukovat strach z léčby
- ✓ objasnit pacientovi nedorozumění a chybné informace
- ✓ omezit pocity izolace, beznaděje a bezmoci
- ✓ zlepšit kvalitu života

Rozsah a délka jednotlivých sezení se řídí pacientovými potřebami a také zdravotním stavem. Vždy je důležité respektovat intimitu, důvěrnost pacientova sdělení, které se nesnažíme jakkoliv hodnotit a odsuzovat. Je vhodné pozvat k psychologovi i rodinné příslušníky pacientů. [5,4]

17.1 Krizová intervence

Je odborná metoda, která se snaží zasáhnout dříve, než se u pacienta rozvinou závažnější reakce na probíhající onemocnění. Minimalizuje ohrožení. Posiluje pacientovu adaptaci, růst, integritu, tak aby se pokud možno předešlo negativním, destruktivním způsobům řešení situace. [3,46]

17.2 Relaxační metody

Tyto techniky pracují s nácvikem cíleného uvolňování svalového napětí. Při pravidelném provozování se rozvíjí schopnost vnitřního zklidnění a převedení pozornosti žádoucím směrem tzn. odvést mysl od nepříjemných pocitů a myšlenek. [3]

„K nejznámějším metodám patří např. Jakobsonova progresivní relaxace nebo Schultzův autogenní trénink. Relaxační metody reprezentují rozšířené a doplňkové metody, nepředstavují samy o sobě terapii, která by zajistila účinnější strategii ve zvládnutí onemocnění nebo vyřešila psychosociální problémy.“ (Angenendt, G., Psychoonkologie v praxi, 2010, s.46-47)

17.3 Muzikoterapie

„V rámci několika studií byla zkoumána účinnost muzikoterapie. Ukázalo se, že speciálně vyškolení terapeuti dosahovali u pacientů s nádorovým onemocněním pozitivních efektů. Účinky se objevují v okamžitém, ale krátkodobém uvolnění a zklidnění pacienta. Muzikoterapii lze využít během všech fází akutní zátěže. Obzvláště příznivě působí v rámci paliativní péče.“ ((Angenendt, G., Psychoonkologie v praxi, 2010, s.47)

17.4 Behaviorálně kognitivní terapie

„Jsou vědecky velmi dobře podložené a pacientům s nádorovým onemocněním nabízejí dlouhodobou psychologickou pomoc s dlouhotrvajícím účinkem. Behaviorální techniky jsou využívány v oblasti relaxace, redukce bolesti, zmírnění příznaků nevolnosti atd., rovněž trvale snižují stres a úzkost. Ve Velké Británii se používají v rámci kognitivně-behaviorální terapie vysoce propracované koncepty, které jsou velmi dobře klinicky i vědecky ověřené. Mezi ně patří např. adjuvantní psychologická terapie. Při její aplikaci dosahuje vyškolený tým skvělých výsledků. Kromě toho tato metoda významně zlepšuje komunikaci mezi zdravotnickým týmem, pacientem a jeho rodinou.“ (Angenendt, G., Psychoonkologie v praxi, 2010, s. 49)

17.5 Skupinová terapie neboli Svépomocné skupiny

U pacientů s nádorovým onemocněním je účinná i skupinová pomoc. Jedná se o skupinku lidí, kteří mají stejnou zkušenost, v tomto případě s nádorovým onemocněním varlat. Postižený pacient přistupuje ke skupině nejdříve skepticky a se strachem, protože musí sebe samého představit jako jednoho z postižených. Často to vede k obraně a k odmítnutí být ve skupině, přestože právě skupiny představují tu nejlepší pomoc, protože ztělesňují vzájemnost a pocit „nejsem v tom sám“, takže mohou nabídnout vzájemnou pomoc, kterou by s psychoonkologem těžko docílili. (Angenendt, G., Psychoonkologie v praxi, 2010, s. 51)

Důraz je kladen v první řadě na otevřenost, sdílení zkušeností a na dobrou informovanost o vlastní nemoci.

V současné době existuje mnoho vědeckých studií, které dokládají hodnotu podpůrné psychoonkologické péče při nádorovém onemocnění. Prvotní přirozené reakce na sdělení diagnózy nádorové choroby se nemusí stát chronickými. Naopak ignorování psychologických stavů představuje riziko pro další léčebné intervence a narušení kvality života. [3,46]

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

18 Výzkum

18.1 Cíle práce a hypotézy

CÍL 1 Zjistit informovanost mužů o nádorovém onemocnění varlat.

H₀ Domnívám se, že neexistuje statisticky významná závislost mezi znalostmi mužů, kteří již v minulosti navštívili ordinaci androloga či urologa, než u mužů, kteří doposud žádnou odbornou prohlídku nepodstoupili.

H_A Domnívám se, že existuje statisticky významná závislost mezi znalostmi mužů, kteří již v minulosti navštívili ordinaci androloga či urologa, než u mužů, kteří doposud žádnou odbornou prohlídku nepodstoupili.

H₀ Domnívám se, že neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a znalostmi respondentů o nádorovém onemocnění varlat.

H_A Domnívám se, že existuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a znalostmi respondentů o nádorovém onemocnění varlat.

CÍL 2 Zmapovat, jaké mají muži znalosti o samovyšetření varlat.

H₀ Domnívám se, že neexistuje statisticky významná závislost mezi znalostmi mužů o samovyšetření varlat a dostupností informačních zdrojů zaměřených na primární prevenci tohoto nádorového onemocnění.

H_A Domnívám se, že existuje statisticky významná závislost mezi znalostmi mužů o samovyšetření varlat a dostupností informačních zdrojů zaměřených na primární prevenci tohoto nádorového onemocnění.

CÍL 3 Zjistit jaké faktory hrají hlavní úlohu v pozdním vyhledání lékařské pomoci, pokud se u mužů objeví varovné známky onemocnění varlat.

H₀ Domnívám se, že neexistuje statisticky významná závislost mezi vzděláním respondentů a vyhledáním lékařské pomoci při objevení se příznaků onemocnění.

H_A Domnívám se, že existuje statisticky významná závislost mezi vzděláním respondentů a vyhledáním lékařské pomoci při objevení se příznaků onemocnění.

18.2 Metodika výzkumu

Následující kapitola, se věnuje seznámení s volbou výzkumné metody, charakteristikou souboru respondentů, realizací a způsobem zpracování získaných dat. Výzkumné šetření bylo svými cíli zaměřeno na zmapování znalostí o nádorovém onemocnění varlat a metody samovyšetření, ale také na obavy, které mohou muže při tomto onemocnění doprovázet.

18.3 Charakteristika výzkumné metody

Výběru výzkumné metody předcházelo studium odborné literatury. Po prostudování zdrojové literatury byla jako nejvhodnější metoda pro sběr statistických dat zvolena metoda nestandardizovaných dotazníků, která spadá mezi metody kvantitativního výzkumného šetření. Tvorba dotazníkového šetření vycházela z vytyčených cílů a stanovených hypotéz bakalářské práce. Celkem bylo pro účel výzkumu vytvořeno 14 položek. Na jednotlivé otázky mohli respondenti odpovídat formou filtračních, polouzavřených a uzavřených dichotomických, polouzavřených a uzavřených polytomických odpovědí.

Samotný dotazník se skládá z pěti částí. První částí dotazníku je úvod, který obsahuje oslovení respondentů, představení, seznámení s tématem a výzkumem bakalářské práce a informace o anonymitě. Dále následují otázky zaměřené na charakteristiku respondentů (věk, vzdělání, bydliště). Ve třetí části nás zajímala dostupnost informačních zdrojů zaměřených na primární a sekundární prevenci. Individuální přístup k samotnému problému a chování respondentů jsme zjišťovali ve čtvrté části dotazníku. V poslední části dotazníku nás zajímaly znalosti respondentů o daném onemocnění, znalosti týkající se samovyšetření a postoj k prevenci.

18.4 Charakteristika souboru respondentů

Do výzkumného šetření jsme zařadili muže ve věku 19-40 let. Jednalo se o pacienty a klienty andrologických a urologických poraden, urologických ambulancí, urologických lůžkových oddělení a o pacienty, kteří docházejí ke svému praktickému lékaři. Dále se jednalo o skupinu studentů vysokých škol nezdravotnického zaměření, aby i zde byla zastoupena skupina laiků v oblasti zdravovědy a nedocházelo ke zkreslení výsledků.

18.5 Organizace výzkumného šetření

Vlastní šetření probíhalo od října do začátku prosince 2013 na území České republiky. Dotazníky byly distribuované pacientům soukromé pražské urologické kliniky Urosanté, pacientům urologické ambulance a lůžkového oddělení v Krajské nemocnici Liberec, další šetření proběhlo na urologické klinice Fakultní nemocnice Hradec Králové, na urologickém oddělení nemocnice v Pardubicích a v andrologických poradnách v Praze a Brně. Výzkumu se zúčastnili také studenti vysokých škol v Praze, Liberci a Hradci Králové. Jednalo se o fakulty strojní, dopravní a stavební. Vyplnění dotazníků bylo dobrovolné a anonymní. Distribuováno bylo celkem 260 dotazníků, návratnost činila 180 dotazníků, tzn. 69,2%. Z tohoto počtu jsme však bohužel 30 dotazníků museli pro neúplné vyplnění eliminovat. Do celkové analýzy výsledků bylo zpracováno 150 dotazníků. Toto konečné číslo bylo hodnoceno jako 100%.

18.6 Metodika zpracování dat

První fází zpracování dat bylo jejich shromáždění a uspořádání. Pro třídění a uspořádání dat z dotazníkového šetření byla vytvořena tabulka v programu Microsoft Office Excel 2010. Druhou fází bylo ke každé otázce vytvoření tabulky absolutní a relativní četnosti. Následně, pro názornou informaci a orientaci, byly rovněž ke každé otázce vytvořeny sloupcové grafy. Poslední fází zpracování dat bylo statistické testování hypotéz. Ke každé z hypotéz byla vytvořena její nulová a alternativní verze. Testování probíhalo

mezi testovanou neboli nulovou hypotézou a hypotézou opačnou neboli alternativní. K vyjádření platnosti či zamítnutí té které hypotézy byl použit statistický test významnosti Pearsonův Chí-kvadrát test, který porovnává, zda se očekávané četnosti rovnají četnostem pozorovaným. Jako hladina významnosti byla použita velikost 5 % ($\alpha = 0,05$). [33] Pro ověřování jednotlivých hypotéz byly sestaveny kontingenční tabulky. Statistická část byla po zpracování konzultována a kontrolována se statistikem z Technické univerzity v Liberci.

19 Výsledky výzkumu a jejich analýza

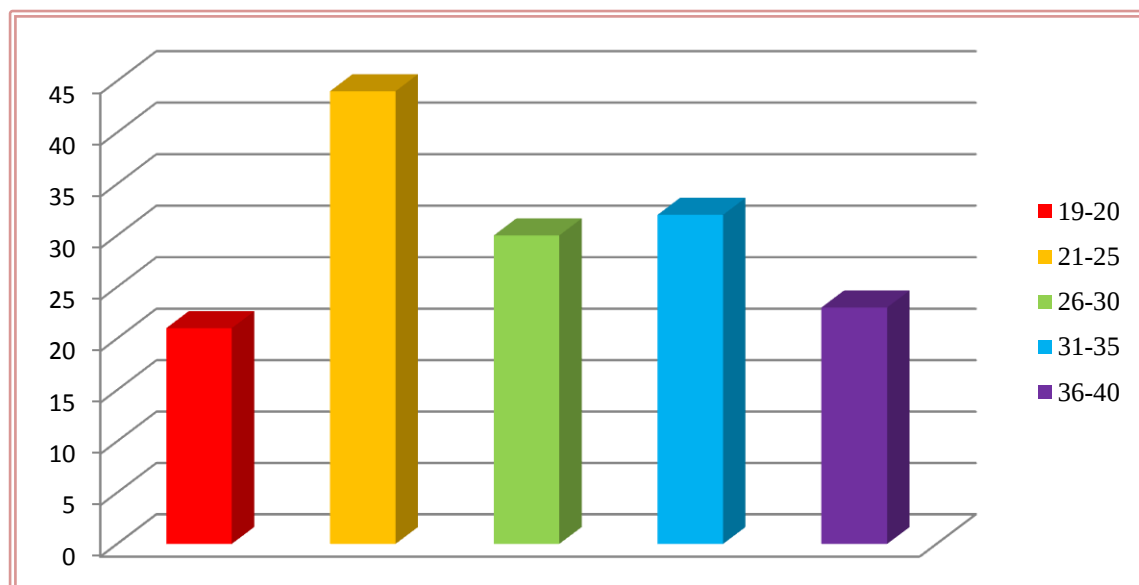
Celkem bylo rozdáno 260 dotazníků (100%). Z tohoto počtu nebylo navraceno 80 dotazníkových formulářů (30,8%). Pro neúplné vyplnění jsme dále 30 dotazníků museli vyřadit (11,5%). Dohromady bylo tedy zpracováno 150 dotazníků (57,7%).

Otázka č. 1: Uveďte prosím Váš věk

Z grafu č. 1 vyplývá, že většina, konkrétně 44 respondentů (tj. 29,3 %) je ve věku od 21-25 let. Další nejpočetnější skupina 32 respondentů (tj. 21,3 %) se pohybuje ve věkové kategorii 31-35 let. Dále pak 30 respondentů (tj. 20,0 %) tvoří věkovou hranici 26-30 let. Celkem 23 dotazovaných mužů (tj. 15,3 %) je zastoupeno věkovou hranicí 36-40 let. Zbýlých 21 respondentů (tj. 14 %) spadá do věkové kategorie 19-20 let.

Tab. 1 Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
19-20	21	14,0
21-25	44	29,3
26-30	30	20,0
31-35	32	21,3
36-40	23	15,3
Celkem	150	100,0



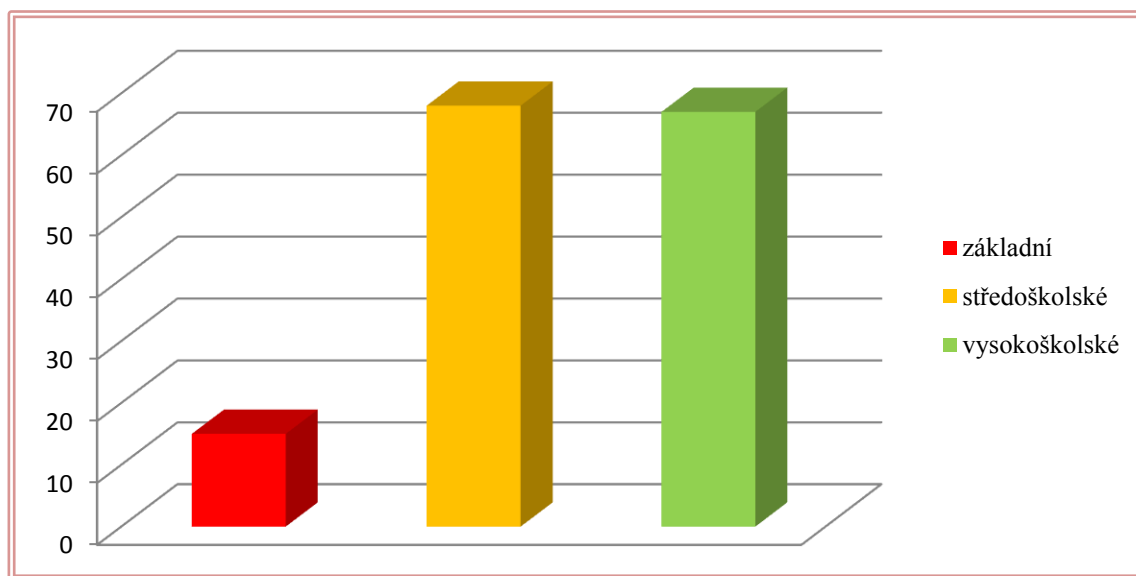
Graf 7 Věk respondentů

Otázka č. 2 : Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Mezi respondenty byl vyrovnaný počet absolventů středních a vysokých škol. Mužů se středoškolským vzděláním bylo 68 respondentů (tj. 45,3 %) a s vysokoškolským vzděláním 67 respondentů (tj. 44,7 %). Zbýlý počet, tedy 15 respondentů (tj. 10 %) dosáhl vzdělání základního.

Tab. 2 Vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
základní	15	10,0
středoškolské	68	45,3
vysokoškolské	67	44,7
Celkem	150	100



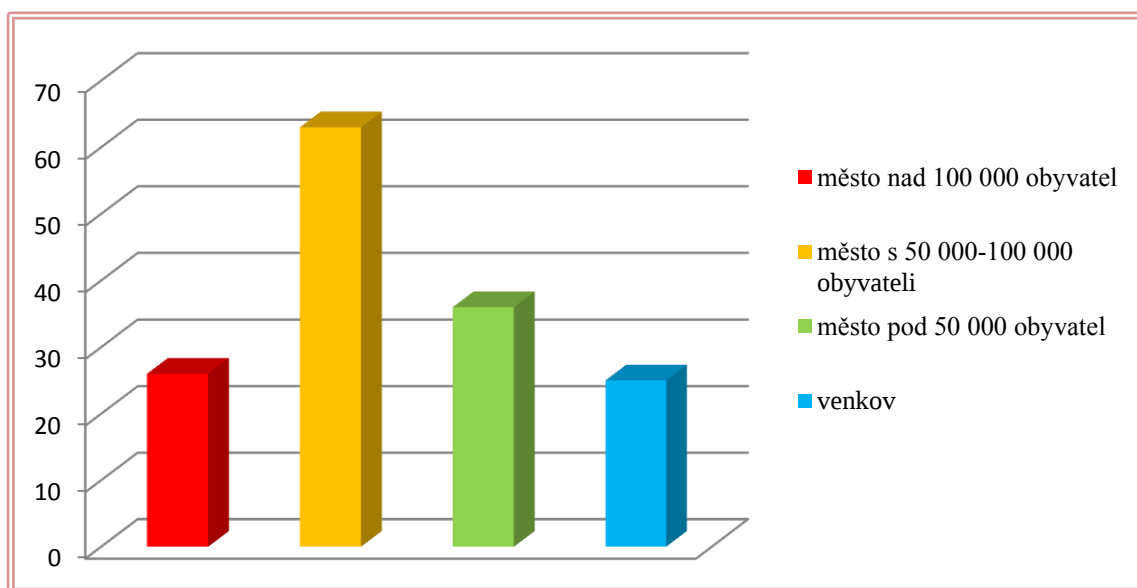
Graf 8 Vzdělání respondentů

Otázka č. 3: Uved'te prosím, jak velké je Vaše bydliště

Město pod 100 000 obyvatel označilo jako své bydliště celkem 63 mužů (42,0 %). Dalších 36 oslovených respondentů bydlí ve městě pod 50 000 obyvatel (24,0 %). Město nad 100 000 obyvatel vybralo 26 respondentů (17,3 %). Na venkově bydlí 25 dotázaných mužů (16,7 %).

Tab. 3 Bydliště respondentů

Bydliště respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
město nad 100 000 obyvatel	26	17,3
město s 50 000-100 000 obyvateli	63	42,0
město pod 50 000 obyvatel	36	24,0
venkov	25	16,7
Celkem	150	100,0

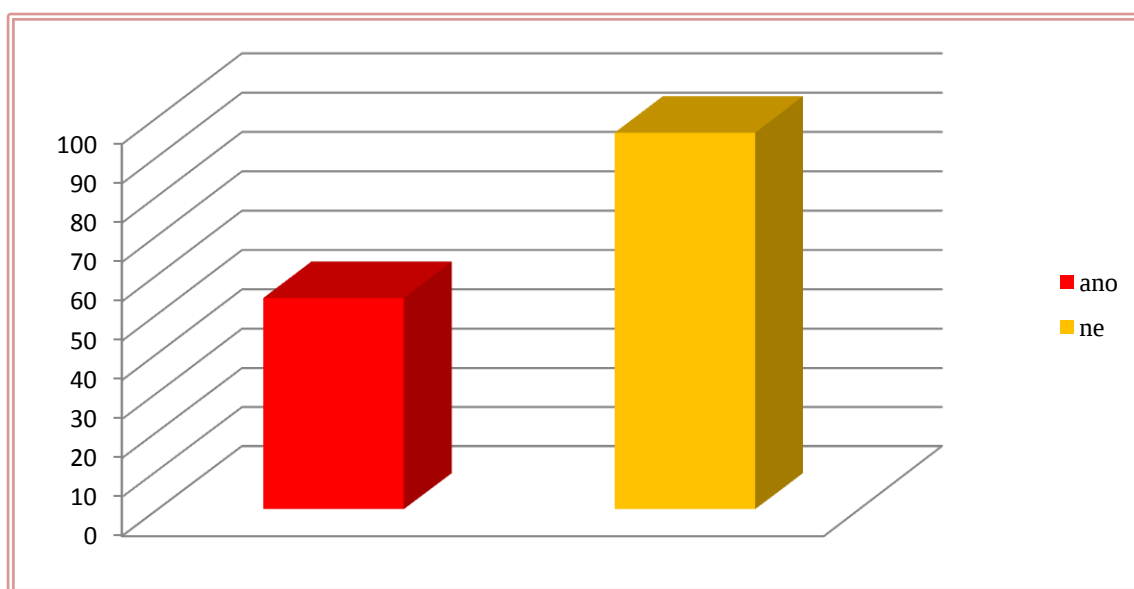
**Graf 9** Bydliště respondentů

Otázka č. 4 Zajímal jste se někdy o problematiku nádorového onemocnění varlat?

Celkem 96 respondentů (64 %) se nikdy o problematiku nádorového onemocnění varlat nezajímalo. Naopak zájem o tuto problematiku projevilo 54 respondentů (36 %).

Tab. 4 Zájem o problematiku

Zájem o problematiku	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	54	36,0
ne	96	64,0
Celkem	150	100



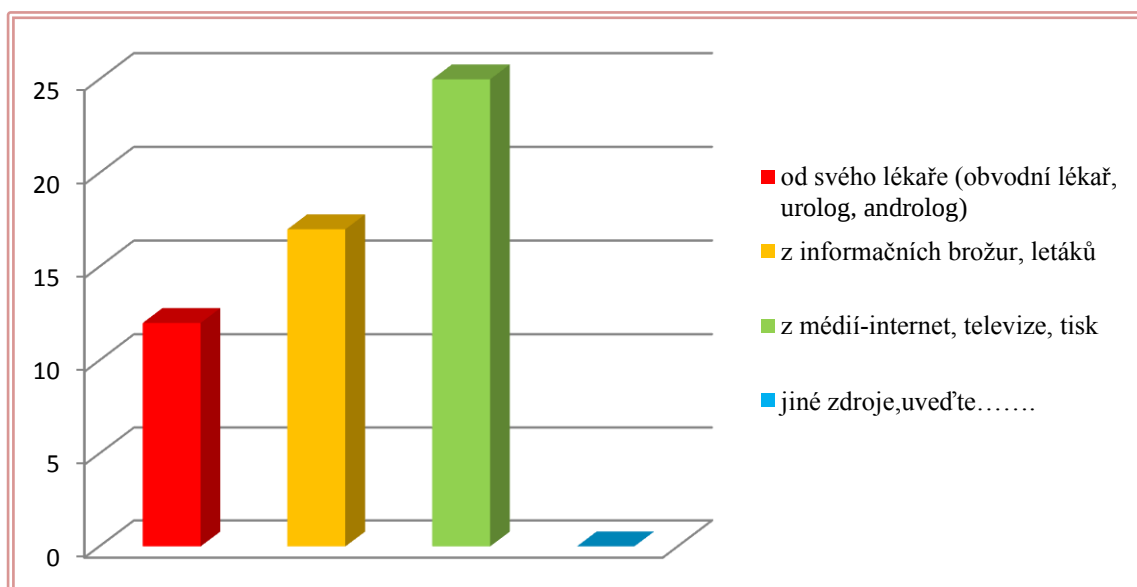
Graf 10 Zájem o problematiku

Otázka č. 4.1: Pokud ANO, odkud jste čerpal informace?

Z celkového počtu 54 respondentů (100 %), kteří se zajímali o problematiku nádorového onemocnění varlat, uvedlo celkem 25 respondentů (46,3 %), že získalo informace z médií (internet, televize, tisk). Dalších 17 dotazovaných (31,5 %) uvedlo, že zdrojem informací pro ně byly brožury a letáky. Zbylých 12 respondentů uvedlo (22,2 %) jako zdroj informací o tomto onemocnění svého lékaře (obvodní lékař, urolog, androlog). Jiné možné zdroje neuvedl žádný z respondentů 0 (0%).

Tab. 5 Zdroj informací

Zdroj informací	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
od svého lékaře (obvodní lékař, urolog, androlog)	12	22,2
z informačních brožur, letáků	17	31,5
z médií- internet, televize, tisk	25	46,3
jiné zdroje, uveďte.....	0	0,0
Celkem	54	100



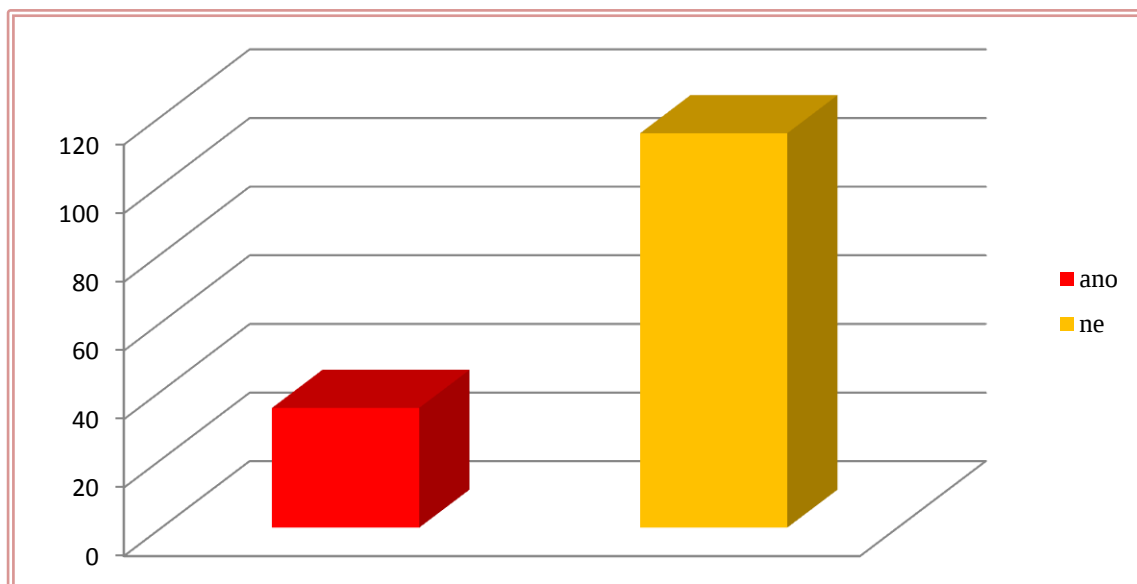
Graf 11 Zdroj informací

Otázka č. 4.2 : Dostal jste někdy do rukou, bez Vašeho vyžádání, uspokojivé množství informačních materiálů (brožur, letáků atd.), zaměřených na primární prevenci nádorů varlat?

S přísunem uspokojivého množství informačních materiálů zaměřených na primární prevenci nádorového onemocnění varlat se nesetkalo celkem 115 respondentů (76,7 %). Zbylých 35 respondentů (23,3 %) uvedlo, že se jim dostalo dostatečného množství informačních materiálů.

Tab. 6 Přísun uspokojivého množství informačních materiálů

Přísun uspokojivého množství informačních materiálů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	35	23,3
ne	115	76,7
Celkem	150	100



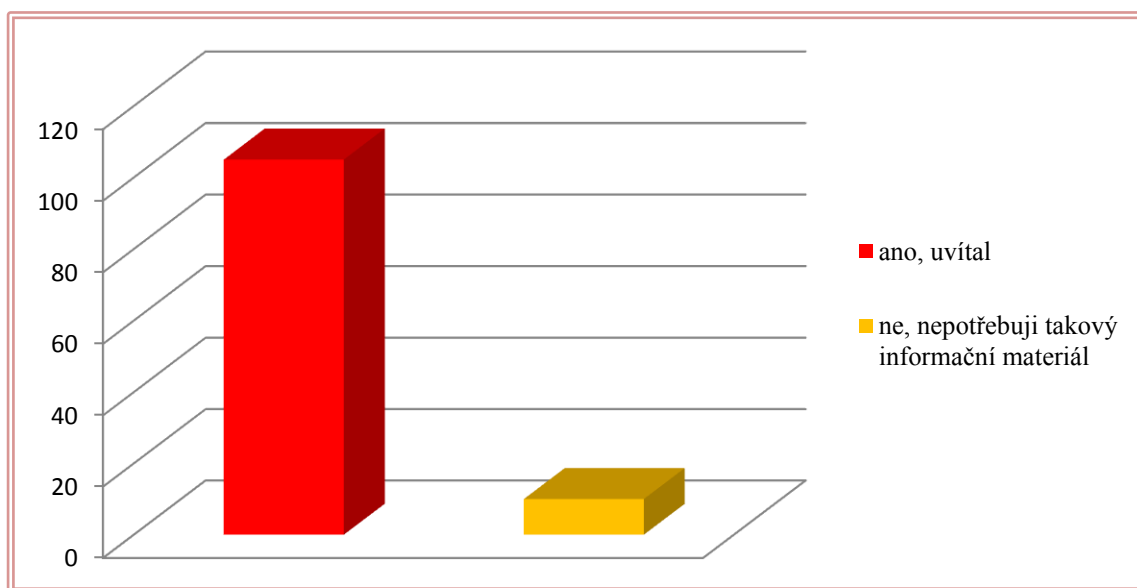
Graf 12 Přísunu spokojivého množství informačních materiálů

Otázka č. 4.3: Pokud NE, uvítal byste informační materiál, který by o tomto onemocnění informoval?

Z celkového počtu 115 respondentů (100 %), by 105 dotazovaných uvítalo informační materiál, zaměřený na toto onemocnění. Zbylých 10 dotazovaných mužů (8,7 %) takový materiál nepotřebuje.

Tab. 7 Zájem o informační materiál

Zájem o informační materiál	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano, uvítal	105	91,3
ne, nepotřebuji takový informační materiál	10	8,7
Celkem	115	100



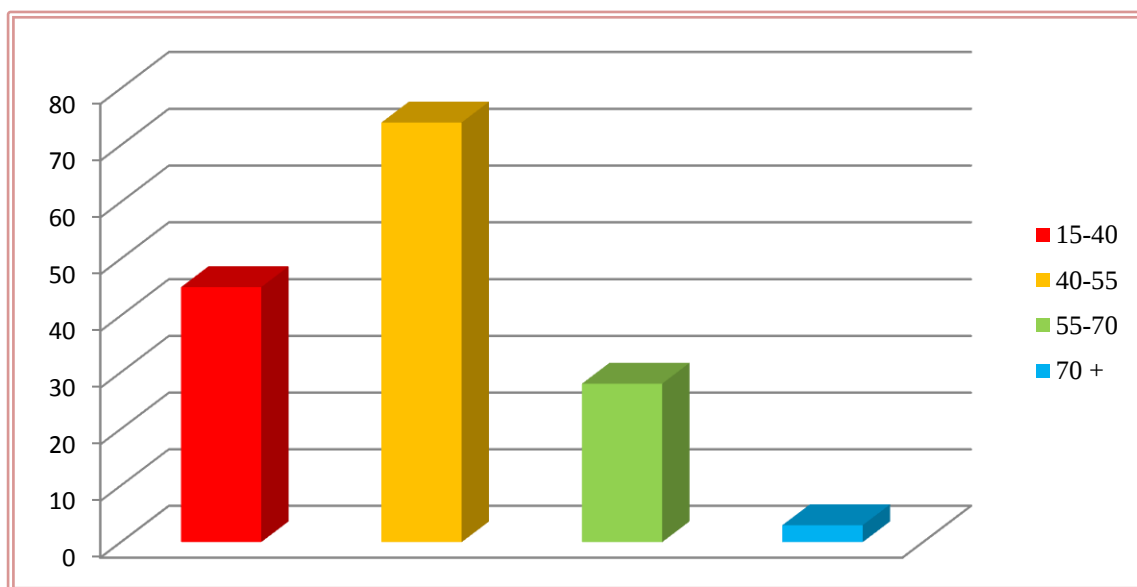
Graf 13 Zájem o informační materiál

Otázka č. 5: Ve které věkové skupině podle Vás nejčastěji nádorové onemocnění varlat vzniká?

Nejohroženější skupinou pro vznik nádoru varlat je podle respondentů skupina ve věku 40-55 let, takto odpovědělo celkem 74 respondentů (49,3 %). Správnou odpověď, a tedy 19-40 let, vybralo dle svého uvážení 45 mužů (30%). Celkem 28 (18,7%) dotázaných si myslí, že rizikovou skupinou pro vznik nádoru varlat jsou muži ve věku 55-70 let. Zbylí 3 respondenti (2 %) označilo věkovou hranici 70 a více let.

Tab. 8 Nejohroženější věková skupina pro vznik nádoru varlat

Nejohroženější věková skupina pro vznik nádoru varlat	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
19-40	45	30,0
40-55	74	49,3
55-70	28	18,7
70 +	3	2,0
Celkem	150	100



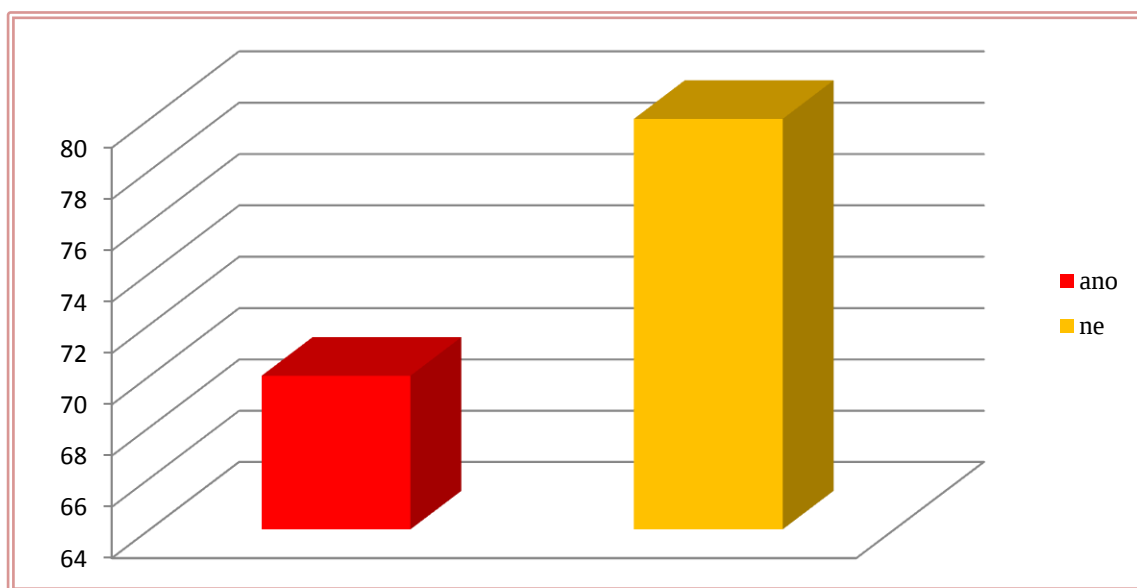
Graf 14 Nejohroženější věková skupina pro vznik nádoru varlat

Otázka č. 6 : Domníváte se, že znáte příznaky, kterými se nádorové onemocnění varlat projevuje?

Celkem 80 mužů (53,3 %) se domnívá, že nezná příznaky nádorového onemocnění varlat. Zbýlých 70 dotazovaných (46,7 %) má dojem, že příznaky tohoto onemocnění zná.

Tab. 9 Znalost příznaků

Znalost příznaků	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	70	46,7
ne	80	53,3
Celkem	150	100



Graf 15 Znalost příznaků

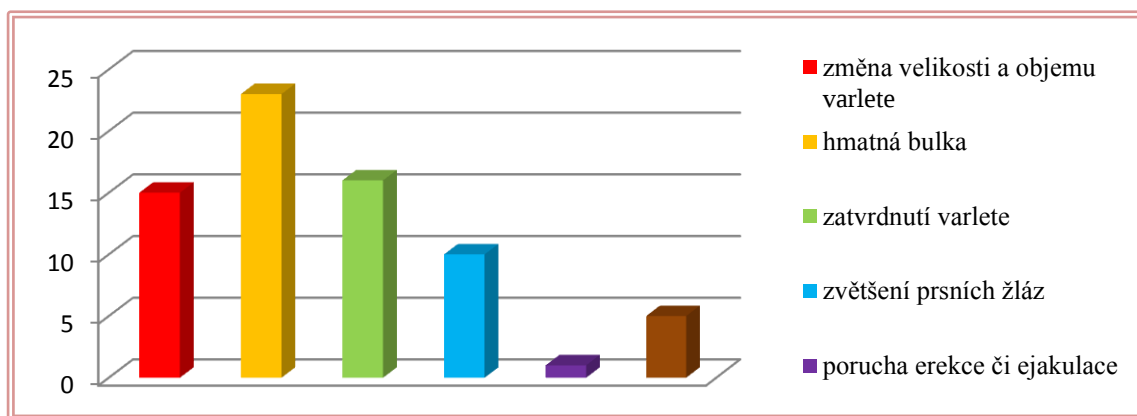
Otázka č. 6.1: Pokud Ano, označte příznaky, o kterých si myslíte, že nádorové onemocnění varlat doprovází.

Respondenti si v této znalostní otázce mohli vybrat více možných odpovědí. Zaškrtnout mohli příznaky, které jsou pro toto onemocnění typické-změna velikosti a objemu varlete, hmatná bulka, zatvrdnutí varlete, zvětšení prsních žláz a příznaky, které se v souvislosti s tímto onemocněním mohou vyskytnout, ale ne v takové míře jako předchozí projevy tzn. porucha erekce či ejakulace a náhlá bolest ve varleti.

Z celkového počtu 70 odpovědí muži nejčastěji označili jako příznak hmatnou bulku (23 odpovědí: 32,9 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo zatvrdnutí varlete, vybralo ji celkem 16 respondentů (22,9%). Změna velikosti a objemu varlete se stala třetí nejčastější odpovědí. Označilo ji celkem 15 respondentů (21,4%). Jeden z velmi častých příznaků a to gynekomastii zvolilo 10 dotázaných mužů (14,3%). Náhlou bolest ve varleti označilo 5 mužů (7,1 %). Pouze v jednom případě se objevila i porucha erekce či ejakulace (1,4%). Žádný z respondentů neoznačil jako možné všechny vyjmenované příznaky.

Tab. 10 Příznaky

Příznaky	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
změna velikosti a objemu varlete	15	21,4
hmatná bulka	23	32,9
zatvrdnutí varlete	16	22,9
zvětšení prsních žláz	10	14,3
porucha erekce či ejakulace	1	1,4
náhlá bolest ve varleti	5	7,1
Celkem	70	100,0



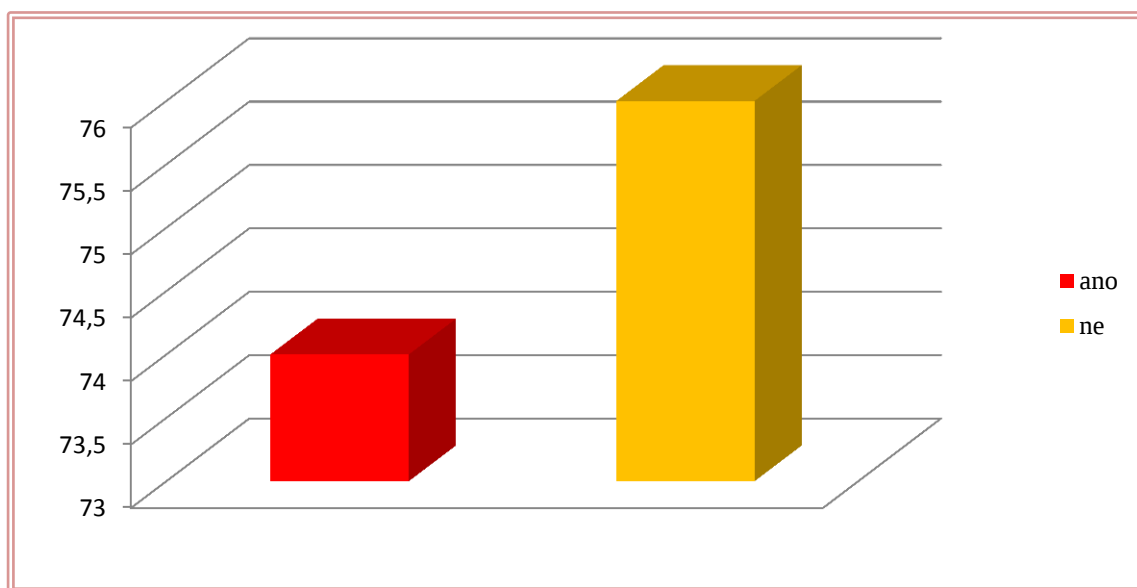
Graf 16 Příznaky

Otázka č. 7: Domníváte se, že znáte rizikové faktory, které mohou nádory varlat vyvolat?

Celkem 76 mužů (50,7 %) se domnívá, že nezná rizikové faktory, které mohou nádorového onemocnění varlat vyvolat. Zbylých 74 dotazovaných (49,3 %) má dojem, že rizikové faktory tohoto onemocnění zná.

Tab. 11 Znalost rizikových faktorů

Znalost rizikových faktorů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	74	49,3
ne	76	50,7
Celkem	150	100



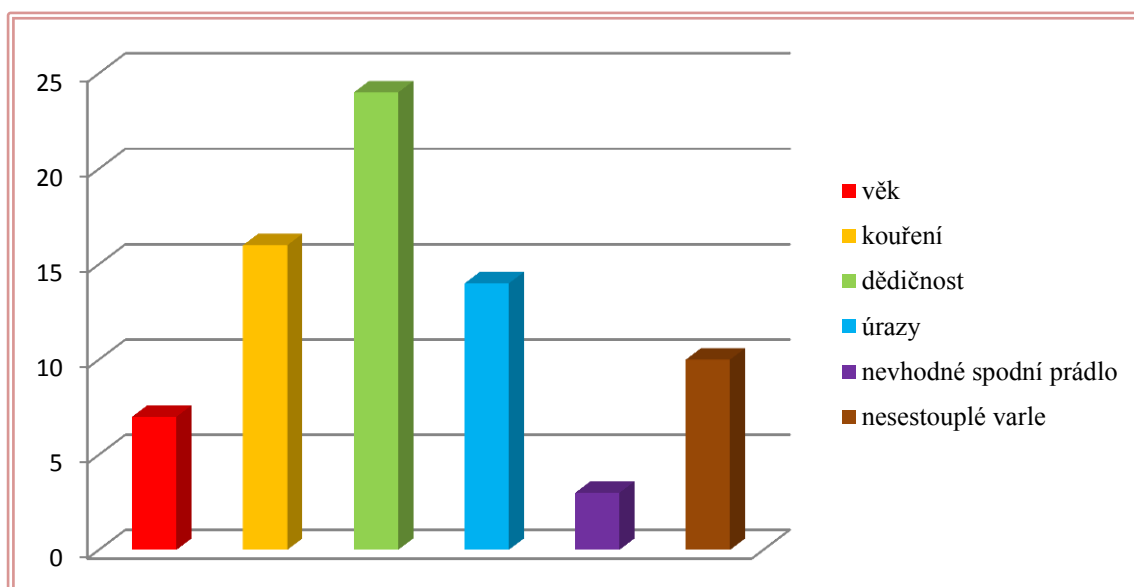
Graf 17 Znalost rizikových faktorů

Otázka 7.1: Pokud ANO, označte rizikové faktory, o kterých si myslíte, že nádory varlat vyvolávají.

Otázka číslo 7.1 byla další znalostní otázkou, ve které si mohli respondenti zvolit více možných odpovědí. Celkový počet respondentů, kteří odpověděli na tuto otázku kladně, bylo 74. Mezi nejčastější odpovědi patřila dědičnost, zvolilo ji 24 dotázaných mužů (32,4 %). Celkem 16 mužů (21,6 %) vybralo jako další rizikový faktor kouření. Dále pak 14 respondentů zvolilo úrazy (18,9 %). Dalších 10 dotazovaných mužů (13,5 %) označilo jako rizikový faktor nesestouplé varle. Věk jako svou odpověď a rizikový faktor zvolilo 7 respondentů (9,5 %). Zbylí 3 muži (4,1 %) určili jako rizikový faktor nevhodné spodní prádlo. Žádný z respondentů neoznačil jako možné všechny vyjmenované rizikové faktory.

Tab. 12 Rizikové faktory

Rizikové faktory	Absolutní četnost	Relativní četnost
věk	7	9,5
kouření	16	21,6
dědičnost	24	32,4
úrazy	14	18,9
nevhodné spodní prádlo	3	4,1
nesestouplé varle	10	13,5
Celkem	76	100



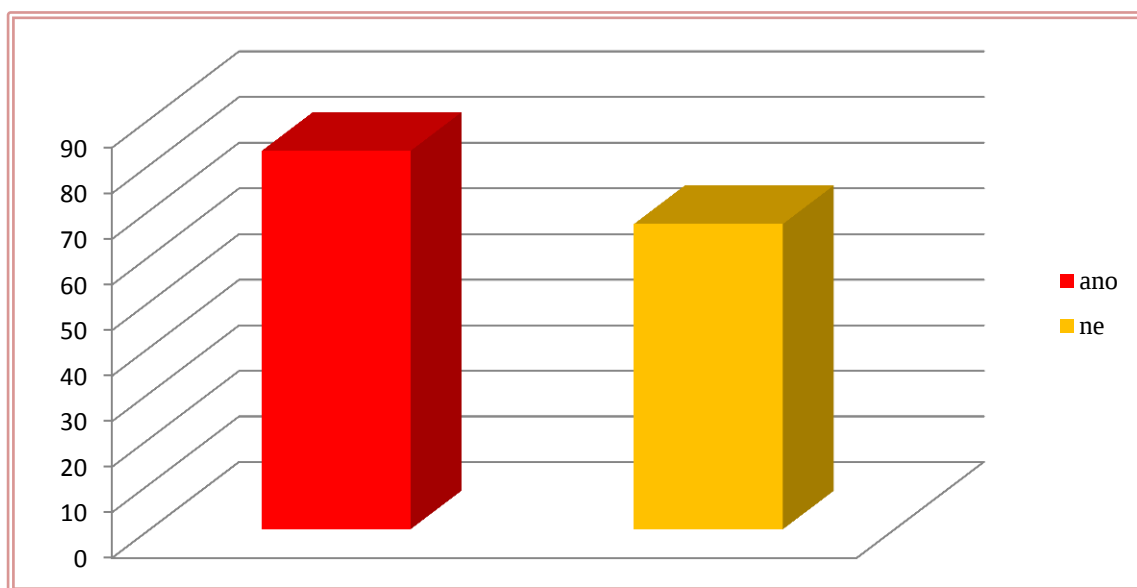
Graf 18 Rizikové faktory

Otázka č. 8 : Navštívil jste již někdy v minulosti urologickou či andrologickou ordinaci?

Návštěvu výše uvedených ordinací podstoupilo 83 dotazovaných (55,3%). Mužů, kteří zatím ordinace navštívit nemuseli, bylo celkem 67 (44,7 %).

Tab. 13 Návštěva urologické či andrologické ordinace

Návštěva urologické či andrologické ordinace	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	83	55,3
ne	67	44,7
Celkem	150	100



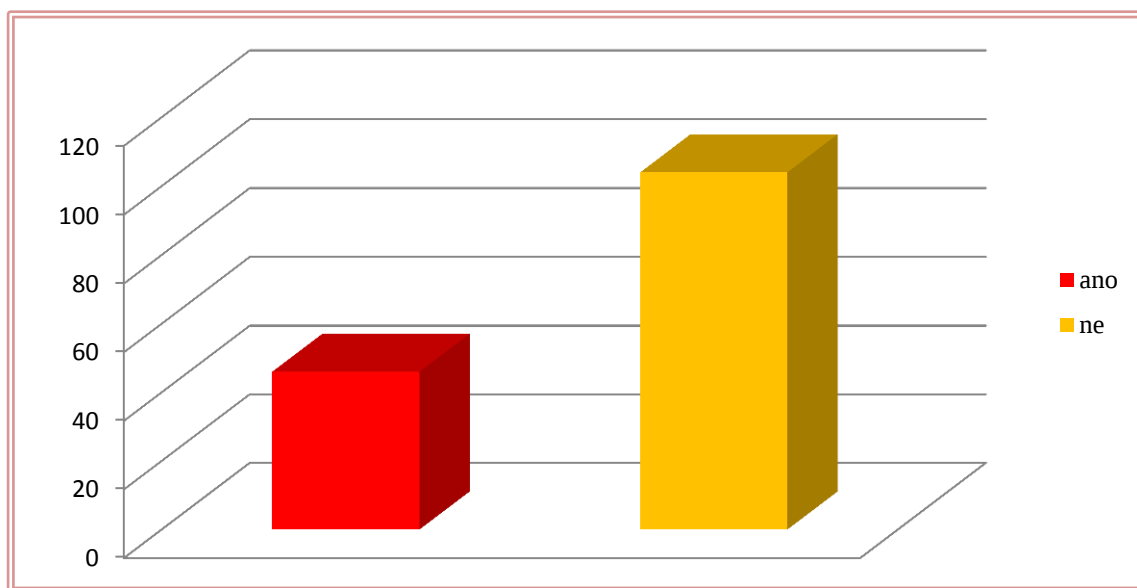
Graf 19 Návštěva urologické či andrologické ordinace

Otázka č. 9 : Podstoupil jste preventivní prohlídku v ordinaci praktického lékaře, která zahrnuje mimo jiné i pohmatové vyšetření varlat a kterou je možné absolvovat jednou za dva roky?

Větší zastoupení respondentů tj. 104 (69,3 %) preventivní prohlídku nepodstoupili. Pouze 46 respondentů (30,7 %) tuto prohlídku jednou za dva roky absolvují.

Tab. 14 Podstoupení preventivní prohlídky

Podstoupení preventivní prohlídky	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	46	30,7
ne	104	69,3
Celkem	150	100



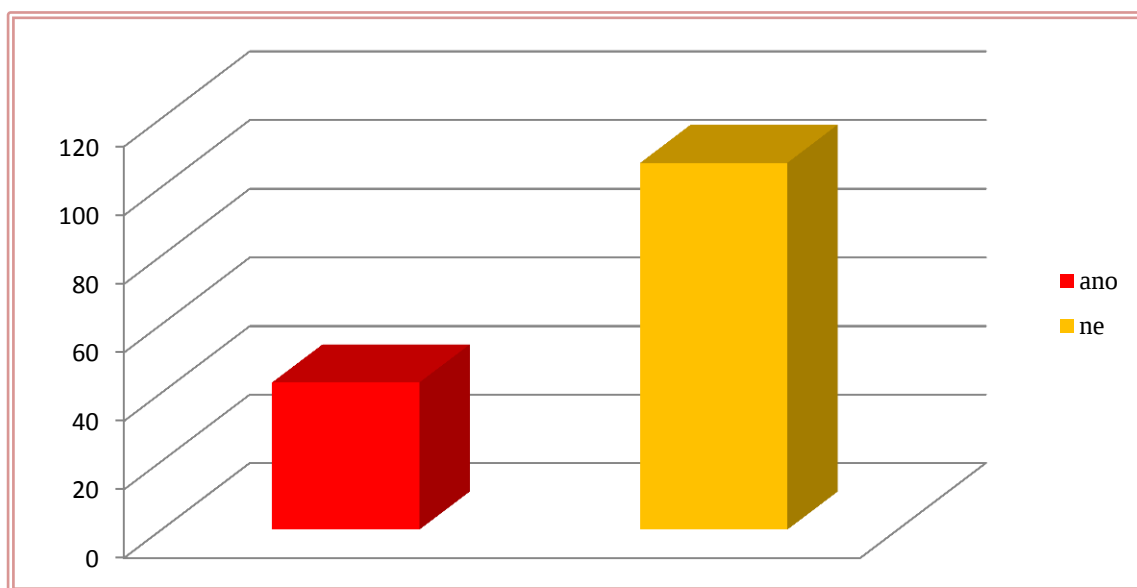
Graf 20 Podstoupení preventivní prohlídky

Otázka č. 10 : Setkal jste se s tímto onemocněním u některého z členů Vaší rodiny?

Na otázku zda se muži setkali s tímto onemocněním u některého z členů rodiny, odpovědělo 107 respondentů (71,3%), že se takové onemocnění v rodině nevyskytlo. Kladně na tuto otázku odpovědělo 43 respondentů (28,7 %).

Tab. 15 Výskyt onemocnění v rodině

Výskyt onemocnění v rodině	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	43	28,7
ne	107	71,3
Celkem	150	100



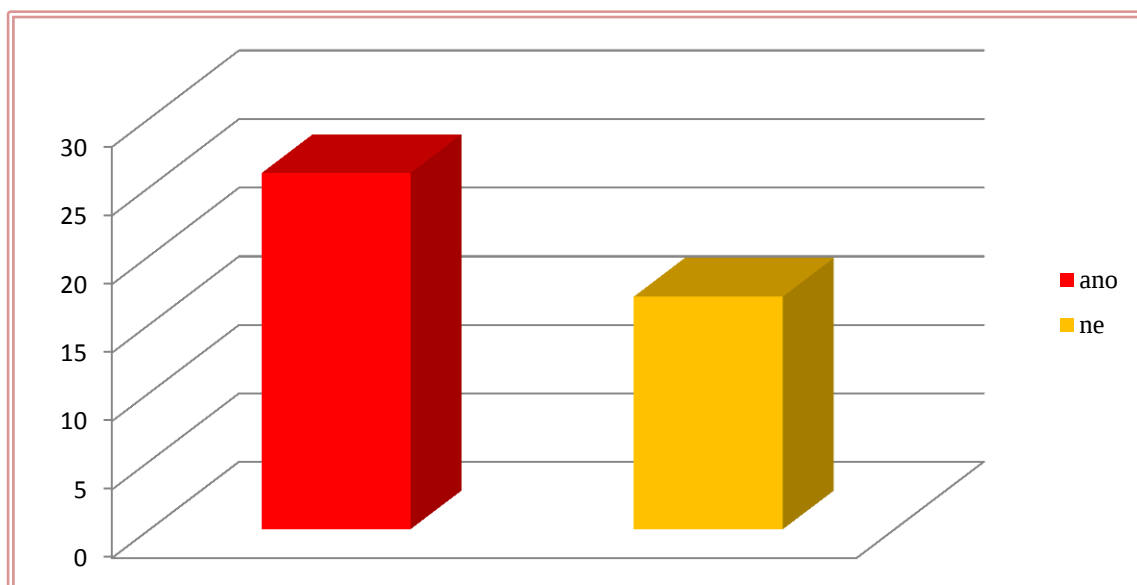
Graf 21 Výskyt onemocnění v rodině

Otázka 10.1: Pokud Ano, změnilo to Váš postoj k tomuto onemocnění ?

Ze 43 mužů, kteří na předchozí otázku odpověděli pozitivně uvedlo 26 dotázaných mužů (60,5 %), že se jejich postoj k tomuto onemocnění po kontaktu s takto nemocným mužem změnil. Setkání s onemocněním nikterak neovlivnilo postoj zbylých 17 respondentů (39,5 %).

Tab. 16 Postoj k onemocnění

Postoj k onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	26	60,5
ne	17	39,5
Celkem	43	100



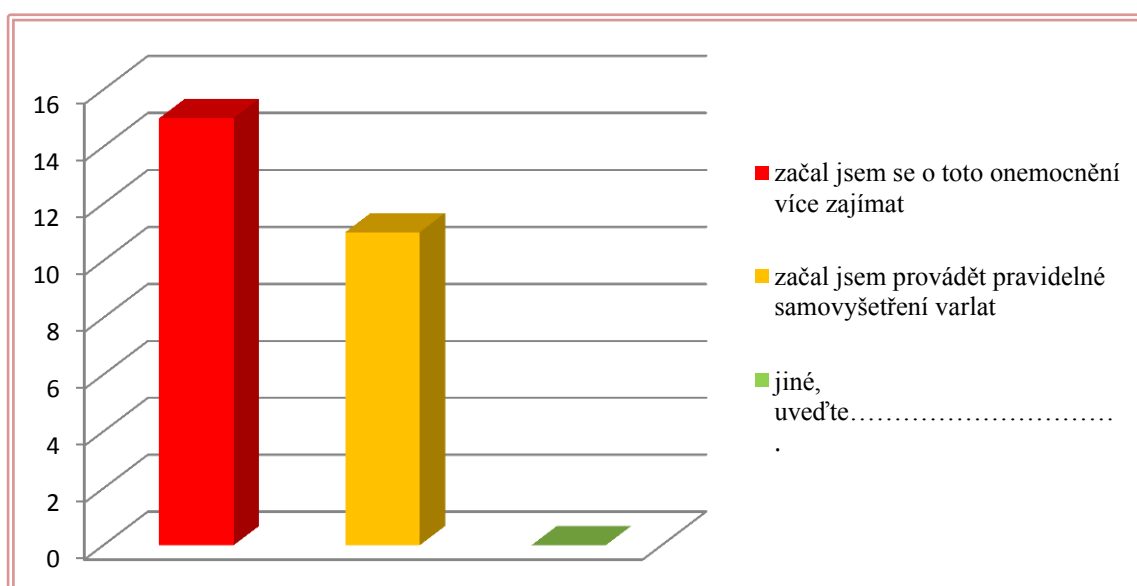
Graf 22 Postoj k onemocnění

Otázka 10.2: Pokud ANO, uveďte jak ?

Nejčastější změnou v postoji k tomuto onemocnění po zkušenosti s tímto onemocněním u některého z členů rodiny bylo, že se muži o toto onemocnění začali více zajímat. Takto odpovědělo celkem 15 respondentů (57,7 %), kteří v předchozí otázce odpověděli pozitivně. Další možnou odpovědí bylo pravidelné provádění samovyšetření varlat, tuto odpověď vybralo 11 dotázaných mužů (42,3 %). Jiné možnosti neuvedl žádný z respondentů 0 (0 %).

Tab. 17 Změny v postoji po setkání s takto nemocným mužem

Změny v postoji po setkání s takto nemocným mužem	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
začal jsem se o toto onemocnění více zajímat	15	57,7
začal jsem provádět pravidelné samovyšetření varlat	11	42,3
jiné, uveďte.....	0	0,0
Celkem	26	100



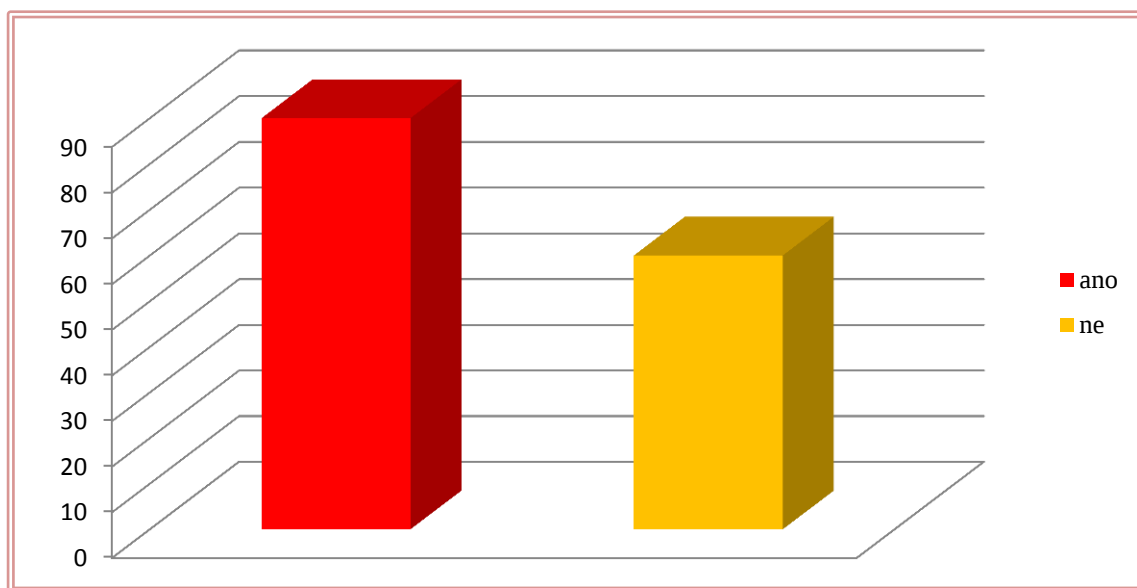
Graf 23 Změny v postoji po setkání s takto nemocným mužem

Otázka č. 11: Existuje nějaký důvod, proč byste se ostýchal navštívit urologa/androloga/praktického lékaře s nemocným varletem?

U 90 mužů (60 %), existuje důvod, který by jim bránil v navštívení urologa, androloga či ordinace praktického lékaře. Zatímco u zbylých 60 respondentů (40 %) žádný důvod, který by jim bránil v návštěvě lékaře, neexistuje.

Tab. 18 Důvody bránící v navštívení lékaře

Důvody bránící v navštívení lékaře	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	90	60
ne	60	40
Celkem	150	100



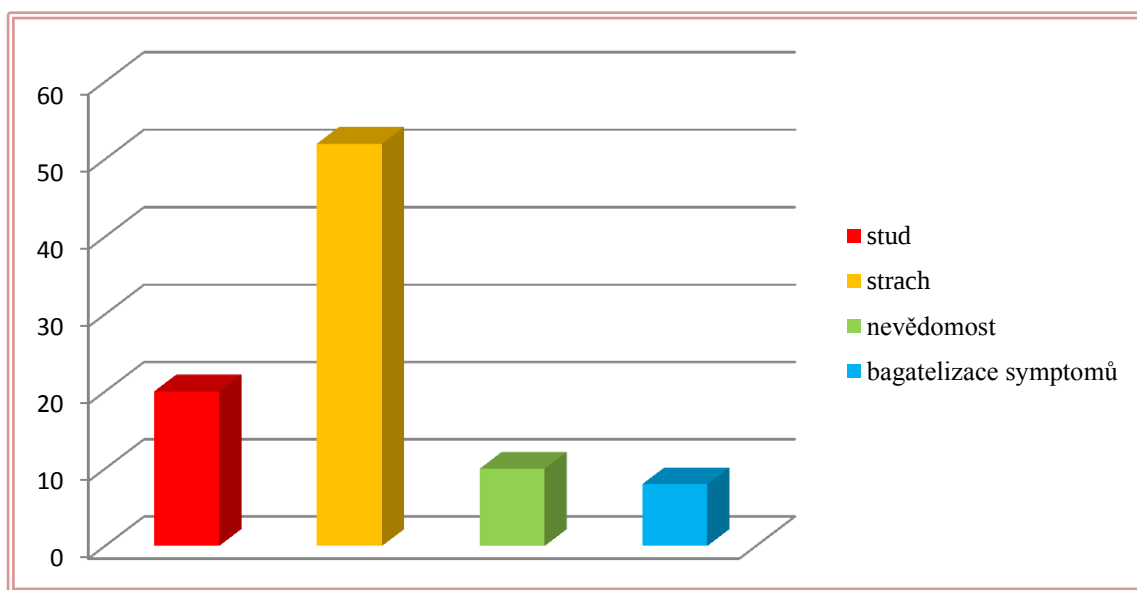
Graf 24 Důvody bránící v navštívení lékaře

Otázka 11.1: Pokud ANO, jaký faktor by Vám nejvíce bránil v navštívení lékaře při objevení se příznaků nádoru varlat ?

V této otázce si muži mohli vybrat z několika nabízených možných odpovědí. První příčku obsadil strach, tento faktor si vybralo 52 respondentů (57,8 %). Druhým nejčastějším faktorem je stud, který označilo 20 dotázaných (22,2 %). Nevědomost je dalším činitelem bránící návštěvě lékaře, vybralo ji celkem 10 dotazovaných mužů (11,1 %). Bagatelizace symptomů neboli zlehčování příznaků našla své zastoupení u 8 mužů (8,9 %).

Tab. 19 Nejčastější faktory bránící v navštívení lékaře

Nejčastější faktory bránící navštívení lékaře	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
stud	20	22,2
strach	52	57,8
nevědomost	10	11,1
bagatelizace symptomů	8	8,9
Celkem	90	100



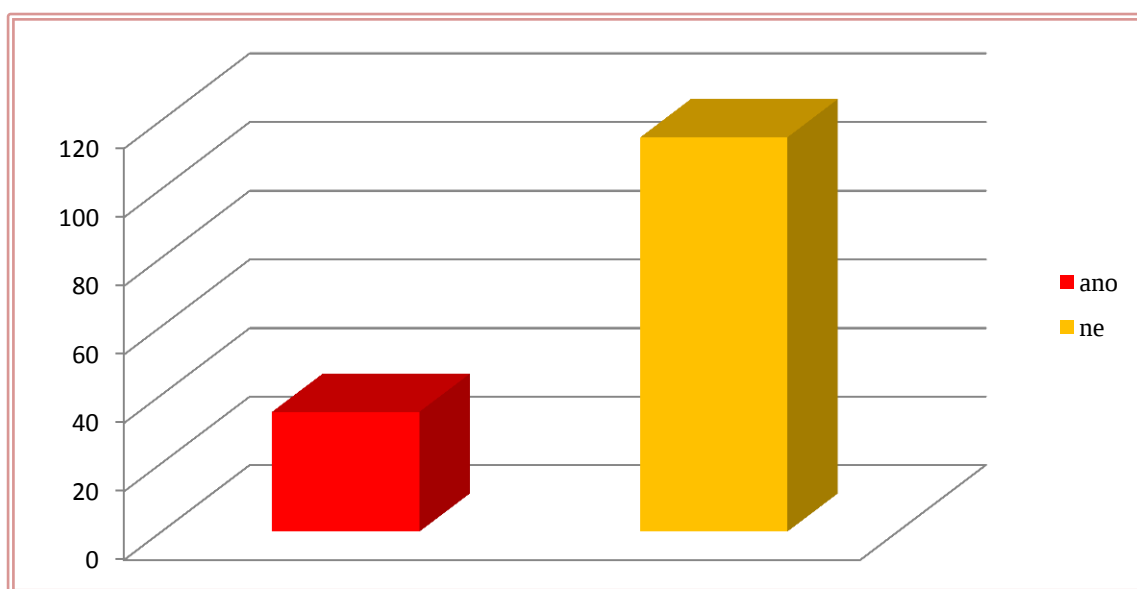
Graf 25 Nejčastější faktory bránící navštívení lékaře

Otázka č. 12: Provádíte samovyšetření varlat ?

Na tuto otázku nám muži odpovídali vesměs záporně. Celkem 115 respondentů samovyšetření neprovádí (76,7 %). Pouze 35 mužů se samovyšetření věnuje (23,3 %).

Tab. 20 Provádění samovyšetření

Provádění samovyšetření	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	35	23,3
ne	115	76,7
Celkem	150	100

**Graf 26** Provádění samovyšetření

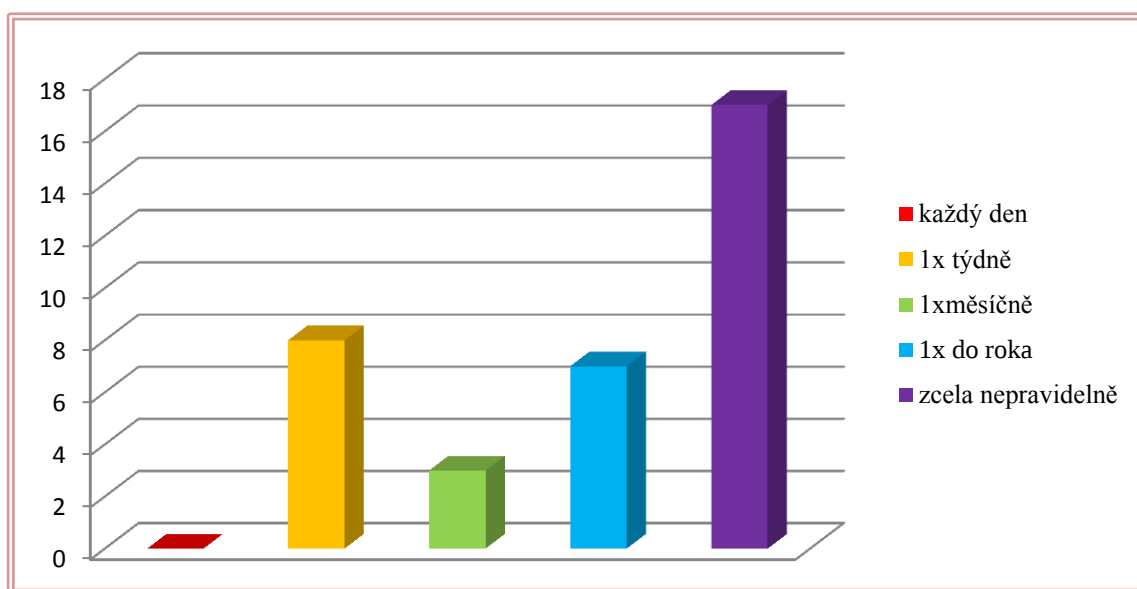
Otázka 12.1: Pokud ANO, jak často ho provádíte ?

V této otázce odpovídalo celkem 35 mužů, kteří v předešlé otázce odpověděli kladně. Doporučovanou frekvenci samovyšetření dodržují ti muži, kteří označili možnost 1x měsíčně. Dohromady byli 3 (8,6 %). Odpověď 1x týdně si vybralo celkem 8 respondentů (22,9%).

7 respondentů se samovyšetření věnuje 1x do roka (20,0 %). Zbytek mužů tj. 17 (48,6 %) se vyšetřuje zcela nepravidelně. Odpověď každý den neoznačil žádný z respondentů tj. 0 (0 %).

Tab. 21 Četnost provádění samovyšetření

Četnost provádění samovyšetření	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
každý den	0	0,0
1x týdně	8	22,9
1x měsíčně	3	8,6
1x do roka	7	20,0
zcela nepravidelně	17	48,6
Celkem	35	100



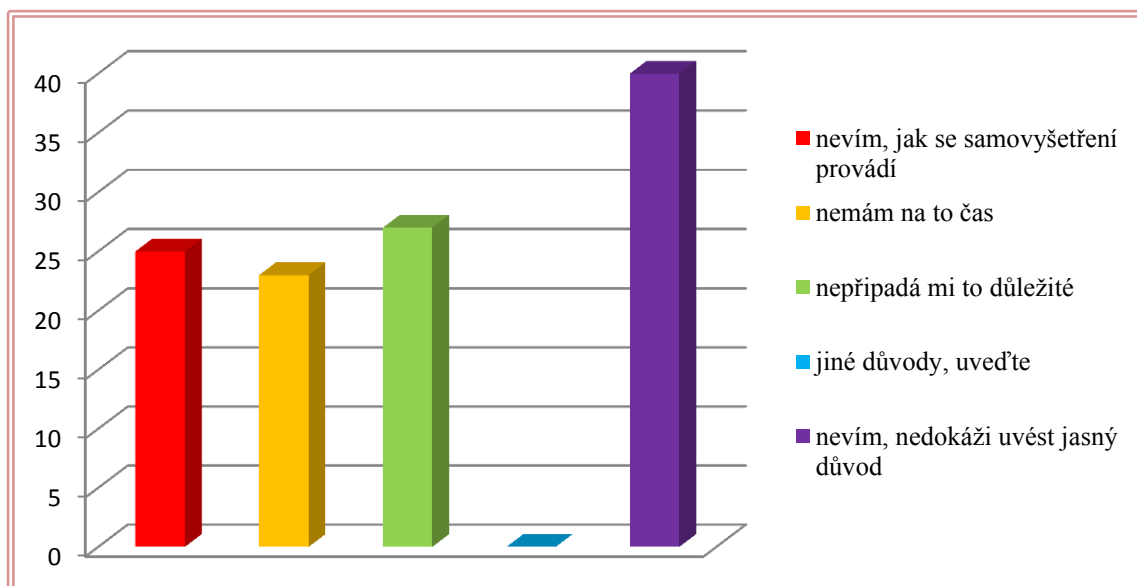
Graf 27 Četnost provádění samovyšetření

Otázka 12.2 : Pokud NE, proč ?

V této otázce odpovídali pouze ti muži, kteří v otázce č. 12 odpověděli záporně. 40 dotazovaných mužů nedokáže uvést jasný důvod, proč samovyšetření neprovádí (34,8 %). Možnost „nepřipadá mi to důležité“ označilo celkem 27 respondentů (23,5 %). Dalších 25 mužů dále uvedlo, že neví, jak se samovyšetření provádí (21,7 %). Zbytek tj. 23 dotazovaných mužů na samovyšetření nemá čas (20,0 %). Muži zde měli i možnost uvést jiné důvody, které je vedou k tomu, že samovyšetření neprovádějí. Tuto možnost však nevyužil žádný z respondentů 0 (0 %).

Tab. 22 Důvody neprovádění samovyšetření

Důvod neprovádění samovyšetření	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
nevím, jak se samovyšetření provádí	25	21,7
nemám na to čas	23	20,0
nepřipadá mi to důležité	27	23,5
jiné důvody, uveďte	0	0,0
nevím, nedokáži uvést jasný důvod	40	34,8
Celkem	115	100



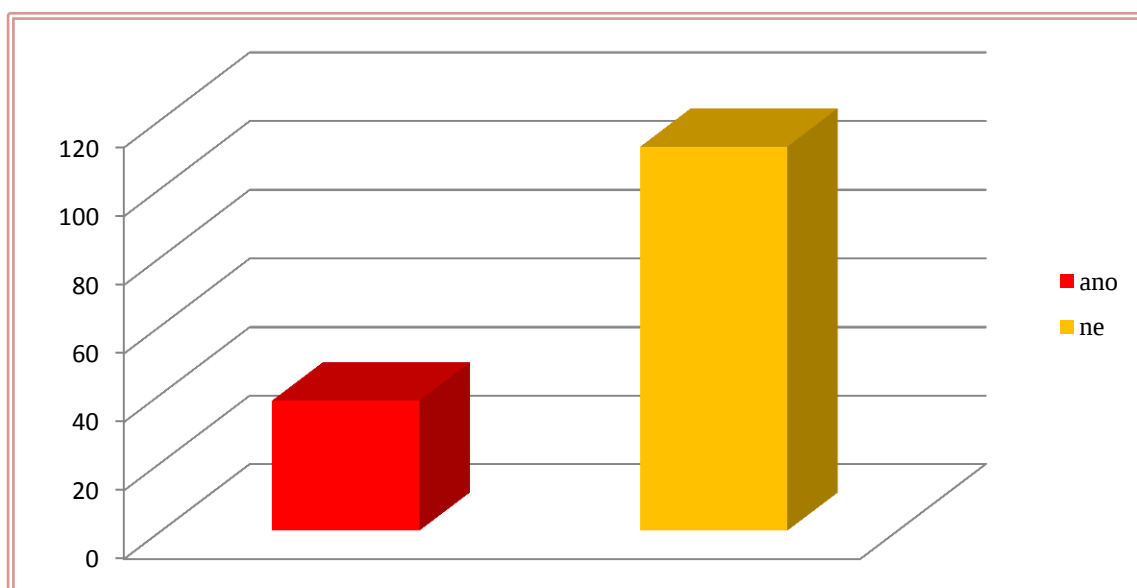
Graf 28 Důvody neprovádění samovyšetření

Otázka číslo 13: Víte, jak se provádí samovyšetření varlat ?

Ze sto padesáti respondentů uvedlo 112 mužů, že neví, jak by se samovyšetření mělo provádět (74,7 %). Zbýlá menšina 38 dotazovaných uvedla, že ví, jak se samovyšetření provádí (25,3 %).

Tab. 23 Znalost samovyšetření

Znalost samovyšetření varlat	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	38	25,3
ne	112	74,7
Celkem	150	100

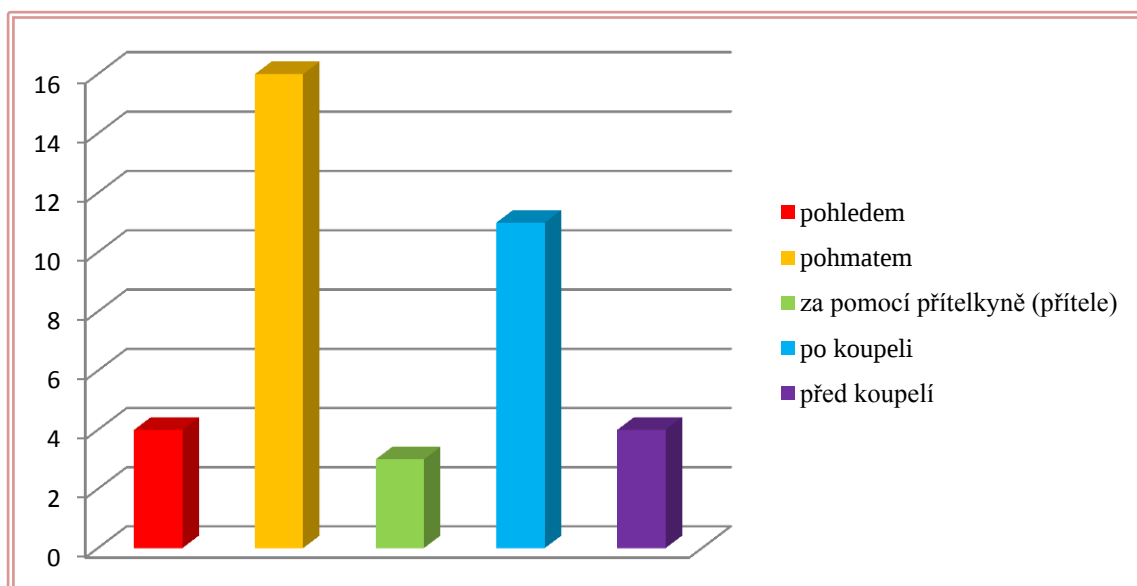
**Graf 29** Znalost samovyšetření

Otázka 13.1: Pokud ANO, vyberte z nabídky

Na tuto otázku odpovídalo celkem 38 respondentů. Jedná se o respondenty, kteří v předešlé otázce odpověděli kladně. Celkem 16 mužů (42,1%) ví, že samovyšetření se provádí pohmatem. Další nejčastější a tedy i správnou odpovědí bylo, že samovyšetření se provádí po koupeli, takto odpovědělo 11 respondentů (28,9 %). Mezi správné odpovědi se řadí i samovyšetření pohledem, celkem ji vybrali 4 respondenti (10,5 %). Stejný počet dotázaných mužů 4 (10,5 %) vybralo špatnou odpověď „před koupelí“. Zbylí 3 muži (7,9 %) si myslí, že jim se samovyšetřením může pomoci přítel či přítelkyně.

Tabulka 24 Technika samovyšetření

Technika samovyšetření	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
pohledem	4	10,5
pohmatem	16	42,1
za pomoci přítelkyně (přítele)	3	7,9
po koupeli	11	28,9
před koupelí	4	10,5
Celkem	38	100



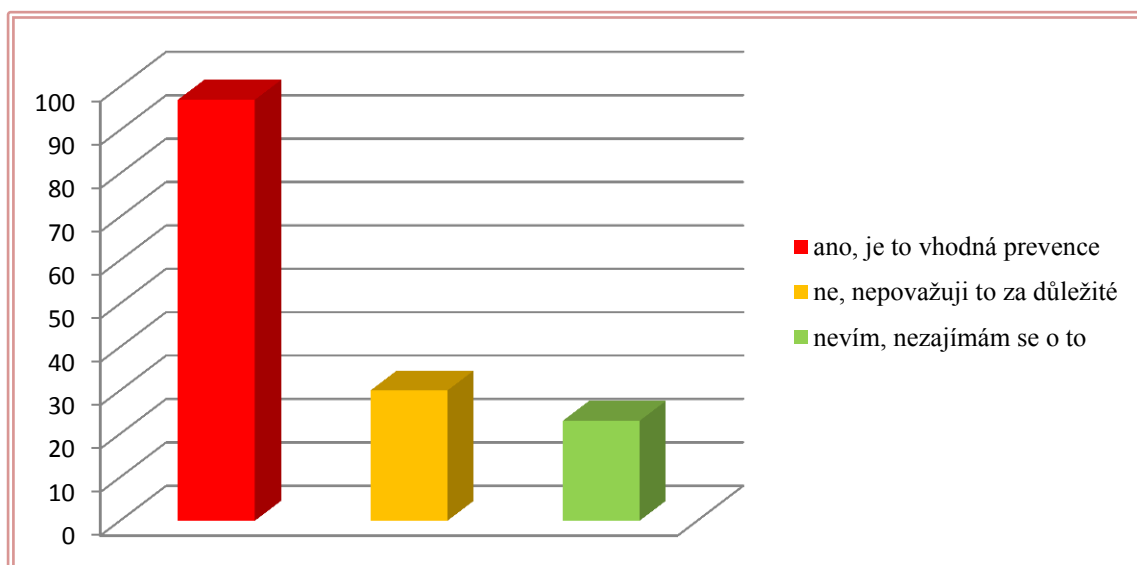
Graf 30 Technika samovyšetření

Otázka č. 14 : Myslíte si, že je pro vás důležité provádět samovyšetření varlat ?

V této poslední otázce si 97 dotázaných mužů myslí, že provádět samovyšetření varlat je vhodnou prevencí (64,7 %). Provádět samovyšetření nepovažuje za důležité 30 respondentů (20,0 %). Zbýlých 23 dotazovaných mužů se o metodu samovyšetření nezajímá (15,3%).

Tab. 25 Důležitost provádění samovyšetření

Důležitost samovyšetření	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano, je to vhodná prevence	97	64,7
ne, nepovažuji to za důležité	30	20,0
nevím, nezajímám se o to	23	15,3
Celkem	150	100



Graf 31 Důležitost provádění samovyšetření

20 Ověření hypotéz

K testování hypotéz byl použit Pearsonův Chí-kvadrát test. Za hladinu významnosti byla zvolena hodnota $\alpha = 0,05$. Hladina významnosti stanovuje pravděpodobnost, že nechtěně (neoprávněně) zamítneme nulovou hypotézu, tedy pokud je $\alpha = 0,05$, je riziko chyby 5 %. Ke každé testované hypotéze byla vytvořena kontingenční tabulka (kategorie odpovědí, u kterých hodnotíme statistickou závislost). K přijetí nulové hypotézy můžeme přistoupit tehdy, jestliže je kritická hodnota testovacího kritéria (dle stupňů volnosti) menší než hodnota vypočítaná, tzv. hodnota Chí-kvadrát (χ^2). Přijetí nulové hypotézy znamená, že nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými zkoumanými jevy. K odmítnutí nulové a přijetí alternativní hypotézy přistoupíme, pokud je vypočtená hodnota χ^2 větší nebo stejně velká jako hodnota kritická. [33]

CÍL 1: Zjistit informovanost mužů o nádorovém onemocnění varlat.

20.1 Testování první hypotézy

H₀ Domnívám se, že neexistuje statisticky významná závislost mezi znalostmi mužů, kteří již v minulosti navštívili ordinaci androloga či urologa, než mužů, kteří doposud žádnou odbornou prohlídku nepodstoupili.

H_A Domnívám se, že existuje statisticky významná závislost mezi znalostmi mužů, kteří již v minulosti navštívili ordinaci androloga či urologa, než mužů, kteří doposud žádnou odbornou prohlídku nepodstoupili.

Pro ověření hypotézy byly použity otázky č. 5,6,7,8 z dotazníku.

Tab. 26 Návštěva androloga/urologa x správná znalost rizikové věkové skupiny pro vznik nádoru varlat

návštěva androloga/urologa	znalost rizikové věkové skupiny			
	15-40 let	40-55 let	55-70 let	70 let a více
ne	17	19	11	0
ano	28	55	17	3

Tab. 27 Statistické testování: Návštěva androloga/urologa x správná znalost rizikové věkové skupiny pro vznik nádoru varlat

Hodnota Chí-kvadrát	4,161466
Stupně volnosti	3
Kritická hodnota	7,814728
Hodnota P	0,2445
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Vypočtená hodnota χ^2 byla menší než hodnota kritická, **proto zamítáme alternativní hypotézu a přijímáme nulovou**. Hodnota P je vyšší než hladina významnosti, **závislost není statisticky významná**.

Tab. 28 Návštěva androloga/urologa x správná znalost příznaků

návštěva androloga/urologa	znalost příznaků	
	ne	ano
ne	29	18
ano	51	52

Tab. 29 Statistické testování: Návštěva androloga/urologa x správná znalost příznaků doprovázející nádorové onemocnění varlat

Hodnota Chí-kvadrát	1,92607
Stupně volnosti	1
Kritická hodnota	3,841459
Hodnota P	0,1652
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Vypočtená hodnota χ^2 byla menší než hodnota kritická, **proto zamítáme alternativní hypotézu a přijímáme nulovou**. Hodnota P je vyšší než hladina významnosti, **závislost není statisticky významná**.

Tab. 24 Návštěva androloga/urologa x správná znalost rizikových faktorů

návštěva urologa/androloga	znalost rizikových faktorů	
	ne	ano
ne	28	19
ano	48	55

Tab. 31 Statistické testování: Návštěva androloga/urologa x správná znalost rizikových faktorů nádorového onemocnění varlat

Hodnota Chí-kvadrát	2,172852
Stupně volnosti	1
Kritická hodnota	3,841459
Hodnota P	0,1450
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Vypočtená hodnota χ^2 byla menší než hodnota kritická, **proto zamítáme alternativní hypotézu a přijímáme nulovou**. Hodnota P je vyšší než hladina významnosti, **závislost není statisticky významná**.

Závěr: Přijímáme nulovou hypotézu. Lze tvrdit, že navštívení androloga či urologa nikterak neovlivní znalosti týkající se nádorového onemocnění varlat.

20.2 Testování druhé hypotézy

H_0 Domnívám se, že neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a znalostmi respondentů o nádorovém onemocnění varlat.

H_A Domnívám se, že existuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a znalostmi respondentů o nádorovém onemocnění varlat.

Pro ověření hypotézy byly použity otázky č. 1,6,7,8 z dotazníku.

Tab. 32 Věk x správná znalost rizikové věkové skupiny

věk	znalost rizikové věkové skupiny			
	15-40	40-55	55-70	70+
19-20	7	7	7	0
21-25	12	23	8	1
26-30	12	14	5	1
31-35	8	18	3	1
36-40	6	12	5	0

Tab. 33 Statistické testování: Věk x správná znalost rizikové věkové skupiny pro vznik nádoru varlat

Hodnota Chí-kvadrát	8,38701
Stupně volnosti	12
Kritická hodnota	21,02607
Hodnota P	0,7542
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Vypočtená hodnota χ^2 byla menší než hodnota kritická, **proto zamítáme alternativní hypotézu a přijímáme nulovou**. Hodnota P je vyšší než hladina významnosti, **závislost není statisticky významná**.

Tab. 34 Věk x správná znalost příznaků

věk	znalost příznaků	
	ne	ano
19-20	12	9
21-25	22	22
26-30	21	11
31-35	9	21
36-40	16	7

Tab. 35 Statistické testování: Věk x znalost příznaků doprovázející nádorové onemocnění

Hodnota Chí-kvadrát	11,25868
Stupně volnosti	4
Kritická hodnota	9,487729
Hodnota P	0,0238
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Vypočtená hodnota χ^2 byla větší než hodnota kritická, **proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní**. Hodnota P je nižší než hladina významnosti, závislost je statisticky významná.

Tab. 36 Věk x správná znalost rizikových faktorů

věk	znalost rizikových faktorů	
	ne	ano
19-20	12	9
21-25	24	22
26-30	20	12
31-35	6	24
36-40	16	7

Tab. 37 Statistické testování: Věk x správná znalost rizikových faktorů nádorového onemocnění varlat

Hodnota Chí-kvadrát	16,72662
Stupně volnosti	4
Kritická hodnota	9,487729
Hodnota P	0,0022
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Vypočtená hodnota χ^2 byla větší než hodnota kritická, **proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní**. Hodnota P je nižší než hladina významnosti, jedná se o statisticky významnou závislost.

Závěr: Pro determinantu věku a znalostí rizikové věkové skupiny přijímáme hypotézu nulovou. Závislost v tomto případě není statisticky významná. Pro determinantu věku a znalostí týkajících se příznaků a rizikových faktorů přijímáme hypotézy alternativní. Závislost je v tomto případě statisticky významná. Lze tedy tvrdit, že věk je významným faktorem pro znalosti týkající se nádorového onemocnění varlat.

CÍL 2: Zmapovat, jaké mají muži znalosti o samovyšetření varlat.

20.3 Testování třetí hypotézy

H₀ Domnívám se, že neexistuje statisticky významná závislost mezi znalostmi mužů o samovyšetření varlat a dostupností informačních zdrojů zaměřených na primární prevenci tohoto nádorového onemocnění.

H_A Domnívám se, že existuje statisticky významná závislost mezi znalostmi mužů o samovyšetření varlat a dostupností informačních zdrojů zaměřených na primární prevenci tohoto nádorového onemocnění.

Pro ověření hypotézy byly použity otázky č. 4.2 a 13 z dotazníku.

Tab. 38 Dostupnost informačních materiálů x znalost techniky samovyšetření

dostupnost informačních materiálů	znalost techniky samovyšetření	
	ne	ano
ne	42	73
ano	9	26

Tab. 39 Statistické testování: Dostupnost informačních zdrojů x znalost techniky samovyšetření

Hodnota Chí-kvadrát	1,396685
Stupně volnosti	1
Kritická hodnota	3,841459
Hodnota P	0,2373
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Vypočtená hodnota χ^2 byla menší než hodnota kritická, **proto zamítáme alternativní hypotézu a přijímáme nulovou**. Hodnota P je vyšší než hladina významnosti, **závislost není statisticky významná**.

Závěr: Přijímáme nulovou hypotézu. Lze tedy tvrdit, že neexistuje statisticky významná závislost mezi znalostí techniky samovyšetření a mezi dostupností informačních zdrojů zaměřených na primární a sekundární prevenci.

CÍL 3: Zjistit jaké faktory hrají hlavní úlohu v pozdním vyhledání lékařské pomoci, pokud se u mužů objeví varovné známky onemocnění varlat.

20.4 Testování čtvrté hypotézy

H₀ Domnívám se, že neexistuje statisticky významná závislost mezi vzděláním respondentů a vyhledáním lékařské pomoci při objevení se příznaků onemocnění.

H_A Domnívám se, že existuje statisticky významná závislost mezi vzděláním respondentů a vyhledáním lékařské pomoci při objevení se příznaků onemocnění.

Pro ověření hypotézy byly použity otázky č. 2 a 11 z dotazníku.

Tab. 40 Vzdělání x důvod bránící vyhledání lékařské pomoci

vzdělání	důvod bránící vyhledání lékařské pomoci	
	ne	ano
základní	6	9
středoškolské	28	40
vysokoškolské	26	41

Tab. 41 Statistické testování: Vzdělání x důvod bránící vyhledání lékařské pomoci při objevení se příznaků onemocnění

Hodnota Chí-kvadrát	0,079017
Stupně volnosti	2
Kritická hodnota	5,991465
Hodnota P	0,9613
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Vypočtená hodnota χ^2 byla menší než hodnota kritická, **proto zamítáme alternativní hypotézu a přijímáme nulovou**. Hodnota P je vyšší než hladina významnosti, **závislost není statisticky významná**.

Závěr: Přijímáme nulovou hypotézu. Lze tedy konstatovat, že neexistuje statisticky významná závislost mezi vzděláním a vyhledáním lékařské pomoci, pokud se u mužů objeví varovné známky onemocnění varlat.

21 Diskuze

Tématem bakalářské práce je problematika nádorového onemocnění varlat u mužů v aktivním neboli v reprodukčním věku, který se pohybuje v rozmezí zhruba 15-49 let. Nádorové onemocnění varlat se v České republice vyskytuje převážně mezi 20-40 lety. Věkové rozložení je pro tyto nádory zcela charakteristické. Jedná se o typické onemocnění mladé a střední mužské generace, z těchto důvodů jsme i výzkum zaměřili na tuto cílovou skupinu. Cílem práce bylo zjistit, jak moc jsou muži informováni o problematice nádorového onemocnění varlat, technice samovyšetření a na základě výsledků zvýšit jejich povědomí o tomto onemocnění pomocí vytvořených informačních materiálů.

Při hledání literárních zdrojů k bakalářské práci jsem našla velké množství publikací zabývajících se touto problematikou. Podklady jsem čerpala nejen z odborných knih, ale také z odborných článků a časopisů. V žádné z odborných publikací jsem nenašla ucelený výzkum týkající informovanosti mužů o nádorovém onemocnění varlat. Pro srovnání a zkvalitnění výsledků jsem tedy použila diplomovou práci Bc. Nataši Sochorové *„Informovanost mužů o nádorovém onemocnění varlat“* z roku 2011.

Byly stanoveny 3 cíle a 4 hypotézy. Dotazníkové šetření probíhalo na území České republiky od října do začátku prosince 2013. Do výzkumného šetření jsme zařadili muže ve věku 19-40 let. Dohromady bylo zpracováno 150 dotazníků. Návratnost pro vyhodnocení byla 57, 7 %. Tuto nadpoloviční návratnost, můžeme přičíst faktu, že dotazníky byly osobně distribuovány do všech zdravotnických zařízení a osobně konzultovány se zdravotnickým personálem, který následně dotazníky pacientům předal. Stejně jsem postupovala i u studentů vysokých škol, kde byly dotazníkové formuláře předány zástupci ročníku, kterého jsem požádala o předání dotazníků k vyplnění jeho kolegům.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 150 mužů. Z hlediska demografických údajů vypadal soubor následovně: věk dotazovaných byl rozdělen do pěti kategorií, ve věkové kategorii 19-20 let odpovídalo 21 respondentů, v kategorii 21-25 odpovídalo 44 respondentů, v kategorii 26-30 odpovídalo 30 respondentů, ve věkové kategorii 31-35 let odpovídalo 32 mužů a do věkové kategorie 36-40 let spadalo celkem 23 mužů.

Dalším sledovaným údajem bylo vzdělání respondentů. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 67 respondentů, středoškolské vzdělání mělo celkem má 68 respondentů a zbylý počet, 15 respondentů dosáhlo vzdělání základního.

V dotazníku bylo dále položeno několik otázek týkající se informovanosti a znalostí mužů o nádorovém onemocnění varlat, tedy prvního cíle bakalářské práce. Za zmínku stojí výsledky, které se týkají informačních zdrojů, ze kterých respondenti čerpali informace o tomto onemocnění. Jako nejčastější zdroj muži uváděli média (internet, televize, tisk) 46,3 %. Druhým nejčastějším zdrojem pro ně jsou, k mému překvapení, brožury a letáky 31,5 %, i když v další následující otázce odpovědělo 76,7 % mužů, že se s dostatečným přísunem informačních materiálů zaměřených na primární a sekundární prevenci nesetkalo. Informace od svého lékaře získává 22,2 % respondentů. Musíme však podotknout, že na tuto otázku odpovědělo pouze 54 respondentů, kteří již v minulosti zájem o tuto problematiku projeví. Pokud srovnám své výsledky a výsledky z diplomové práce Bc. Nataši Sochorové z roku 2011 zjistíme, že i v jejím výzkumu muži nejčastěji čerpají informace z médií. [38]

V další části dotazníku následovali znalostní otázky. První se týkala znalosti rizikové věkové skupiny pro vznik nádorového onemocnění varlat. Správnou odpověď 19-40 let vybralo pouze 30 % mužů, 49,3 % procent označilo věkovou kategorii 40-55 let, 18,7 % respondentů označilo věkovou kategorii 55-70 let. Odpověď více jak 70 let označilo 2% mužů. Tím se potvrdilo tvrzení, které jsem zmínila v úvodu, že muži nejčastěji přisuzují nádorové onemocnění varlat starší generaci mužů. K tomuto názoru zřejmě vede i skutečnost, že jiné onkologicko-urologické diagnózy jsou opravdu onemocněním vyššího věku, jako je tomu např. u karcinomu prostaty. Dle statistických dat Národního onkologického registru se karcinom prostaty vyskytuje převážně mezi 60 až 80 lety, pod 40 let se nevyskytuje prakticky vůbec. [41]

Dále měli muži označit příznaky, které doprovázejí toto onemocnění. V této otázce mohli muži označit více možných odpovědí. Správnou odpovědí bylo zatvrdnutí varlete, změna ve velikosti a objemu varlete, hmatná bulka a gynekomastie. Hmatnou bulku označilo 32,9 % mužů, zatvrdnutí varlete vybralo 22,9 %, změnu ve velikosti a objemu varlete označilo 21,4 %, zvětšení prsních žláz tedy gynekomastii označilo 14,3 % mužů, náhlou bolest ve varleti vybralo 7,1 % a poruchu erekce či ejakulace označil pouze jeden muž 1,4 %.

Znalost rizikových faktorů byla další znalostní otázkou. Zde mohli muži zaškrtnout také více odpovědí. Správné byli pouze jenom tři: dědičnost, nesestouplé varle a úrazy. Nejčastěji muži označovali jako rizikový faktor dědičnost 32,4 %. Kouření vybralo celkem 21,6 % mužů, 18,9 % respondentů označilo jako rizikový faktor kouření, nesestouplé varle označilo pouze 13,5 % respondentů. Hanuš ve své publikaci poukazuje na výskyt kryptorchismu následovně: „*Mezi faktory podílející se na incidenci testikulárních nádorů patří anamnéza kryptorchismu v dětství, ev. perzistující kryptorchismus (7-10 % mužů s testikulárním tumorem má anamnézu kryptorchismu)*“.
(Hanuš, 2011, s. 140)

Věk označilo 9,5 % mužů a nevhodné spodní prádlo označilo 4,1 % mužů. Ve výzkumu diplomové práce Bc. Nataši Sochorové se můžeme dočíst podobných výsledků. Muži spíše označovali rizikové faktory, které většinou vliv na toto onemocnění vůbec nemají.[38]

Nejvíce chybných odpovědí muži uvedli ve věkové hranici, která je nejvíce ohrožená nádorovým onemocněním varlat, což může vést k tomu, že mladí muži, kteří jsou přesvědčeni, že nádorové onemocnění varlat je chorobou vyššího věku, mohou podceňovat počáteční příznaky, které by je měly varovat. Dále je možné konstatovat, že mají nepřesné informace týkající rizikových faktorů, které jsou s výskytem nádoru varlat spojovány (nesestouplé varle, dědičnost, úrazy). Za důležité však považují skutečnost, že většina mužů by dokázala rozpoznat počáteční příznaky (změna velikosti a objemu varlete, hmatná bulka, zatvrdnutí varlete, zvětšení prsních žláz). Problém vidím v tom, že většina mužů získává informace z medií, která mohou poskytovat zkreslené údaje, proto je důležité získávat informace především z odborných zdrojů.

Druhým cílem bylo zmapovat znalosti mužů o samovyšetření varlat. Samovyšetření varlat spadá do sekundární prevence. Sekundární prevencí se snažíme zachytit nádor v počáteční fázi, kdy má nejvyšší šanci na léčbu, a v mnohých případech i trvalé vyléčení.[11] K tomuto cíli bylo stanoveno 5 otázek. První byla zaměřena na provádění samovyšetření. Z dotazníkového šetření bohužel vyplynulo, že samovyšetření neprovádí 76,7 % mužů. Celkem 34,8 % mužů nedokáže uvést jasný důvod, proč samovyšetření neprovádí. Metoda samovyšetření nepřipadá důležitá 23, 5 % mužů. Celkem 21, 7 % respondentů uvedla, že neví, jak se samovyšetření provádí. Čas pro samovyšetření si bohužel nenajde 20 % respondentů.

Metodu samovyšetření provádí pouze 23,3 % mužů. Byli to hlavně ti muži, kteří se již v minulosti setkali s tímto onemocněním u některého z členů rodiny, což je donutilo změnit postoj k tomuto onemocnění a více se o něj zajímat nebo provádět samovyšetření. Zcela nepravidelně provádí samovyšetření 48,6 %, 1x týdně 22,9 %, 1x do roka 20 % mužů a doporučenou frekvenci tedy 1x měsíčně dodržuje 8,6 % mužů. V poslední otázce jsme se respondentů ptali, zda znají techniku samovyšetření. Kladně odpovědělo 25,3 % dotázaných. Pohmatem a pohledem provádí samovyšetření 52,35 % respondentů. Správně by se mělo samovyšetření provádět po koupeli, tuto možnost označilo 28,9 %, možnost před koupelí vybralo 10,5 % mužů a za pomoci přítelkyně či přítele provádí samovyšetření 7,9 % respondentů. Z těchto výsledků byl analyzován deficit znalostí a techniky samovyšetření. Problém bych viděla v tom, že muži o této účinné a jednoduché metodě nejsou vůbec informováni, v podstatě ani nevědí, že taková metoda existuje. V poslední otázce jsme se mužů ptali zda, si myslí, že je pro ně samovyšetření důležité. Vzhledem k tomu, kolik mužů samovyšetření neprovádí, mě odpověď příjemně překvapila, neboť celkem 64,7 % mužů si myslí, že je to vhodná prevence. Výsledky diplomové práce Bc. Nataši Sochorové taktéž vypovídají o tom, že 96 mužů z celkového počtu 255 nemá znalosti o samovyšetřování varlat a celkem 70 % mužů ho neprovádí a 52 % mužů si o samovyšetření myslí, že je to vhodná prevence. Shoda ukazuje na obdobnou situaci v celé naší republice bez rozdílu regionu, při skutečnosti, že jedno výzkumné šetření proběhlo v Čechách a druhé na Moravě. [38]

Ve třetím cíli nás zajímalo, zda u oslovených respondentů existuje nějaký důvod, který by jim bránil v navštívení lékaře, pokud by se u nich objevil varovný příznak onemocnění varlat. Celkem 60 % respondentů uvedlo, že takový faktor existuje. V navštívení lékaře by jim nejvíce bránil strach 58,8 %. Druhým nejčastějším a námi předpokládaným faktorem byl stud, bránil by 22,2 % mužů. Nevědomost označilo pouze 11,1 % mužů a bagatelizace symptomů by bránila v návštěvě 8,9% respondentů.

Za zmínku stojí i fakt, že celkem 69,3 % mužů nepodstoupilo preventivní prohlídku u praktického lékaře, kterou je možné absolvovat jednou za dva roky a která by i mimo jiné měla zahrnovat pohmatové vyšetření varlat. Tuto skutečnost přisuzuji špatné informovanosti mužů, která je zapříčiněna nedostatečným zájmem a zlehčováním tohoto onemocnění jak ze strany mužů, tak ze strany praktických lékařů. Některým mladým mužům brání v časném vyšetření lékařem ostych, i když v dnešním světě, kde

padají zábrany ohledně sexu a je velká mediální otevřenost v oblasti vnímání těla, je to velice podivné. Výsledky diplomové práce Bc. Nataši Sochorové rovněž vypovídají o tom, že muži na tyto preventivní prohlídky nechodí, celkem tak odpovědělo 143 mužů z 255. [38]

Pro statistické zpracování dat za účelem vyhodnocení jednotlivých hypotéz byl použit Pearsonův Chí-kvadrát test, s hladinou významnosti $\alpha = 0,05$, tedy s rizikem chyby zamítnutí nulové hypotézy 5 %. [33]

První cíl měl za úkol zmapovat informovanost mužů o nádorovém onemocnění varlat. Pro tento cíl jsme stanovili dvě hypotézy. V první hypotéze jsme předpokládali, že existuje statisticky významný vztah mezi návštěvou urologické či andrologické ordinace a znalostmi týkající se nádorového onemocnění varlat a v druhé hypotéze jsme porovnávali znalosti s věkem respondentů. Každá ze znalostních otázek byla porovnávána zvlášť. První hypotézu jsme přijali jako nulovou a chí kvadrát testem bylo zjištěno, že ***neexistuje statisticky významná závislost mezi návštěvou androloga či urologa a znalostmi*** týkající se nádorového onemocnění varlat. Andrologie se u nás vyvíjela z urologie. Budeme-li odvozovat náplň andrologie od jejího názvu (andros = muž ř.), měla by se zabývat zdravotním stavem muže, tedy péčí zejména o pohlavní orgány a jejich funkce, ale také o celkový zdravotní stav muže, který je s těmito funkcemi spojen. Hraje zde významnou roli spojitost mezi organickými a psychicko-emocionálními faktory. Pozornost by měla být věnována psychickým problémům a komunikaci s pacientem, což andrologie splňuje, neboť se ve všech případech jedná o velice citlivá témata a onemocnění, která mají zásadní vliv na budoucnost muže. Andrologie tímto přístupem doplňuje celkový úhel pohledu v péči o muže, proto by zdravotní péče měla zahrnovat i edukaci ze strany androloga či urologa citlivým a empatickým rozhovorem a poskytnutím řady edukačních materiálů zaměřených mimo jiné i na nádorové onemocnění varlat.

V druhé hypotéze jsme testovali znalosti respondentů o nádorovém onemocnění varlat, a porovnávaly je s determinantou věku. Statistickým testem bylo prokázáno, že mezi determinantou věku a znalostmi o nádorovém onemocnění varlat ***existuje statisticky významná závislost*** a tudíž se jedná o ***hypotézu alternativní***. Nejvíce správných odpovědí uváděli muži ve věkové kategorii 21-25 let, tuto skutečnost lze přičíst i faktu, že nejčastějším zdrojem informací pro ně byl jejich lékař. Jedná se o

rizikovou skupinu, a je dobré vědět, že mladá generace si je toho vědoma ve vyšším procentu. Ukazuje to i na trend pomalu ale postupně se zlepšujícího uvědomění nutnosti pečovat sám o své zdraví. Nejméně správných odpovědí označili muži ve věkové kategorii 36-40 let, pro ně byly nejčastějším zdrojem informací média. Jak jsem již zmiňovala, myslím si, že nejvíce kvalitních informací může poskytnout odborná literatura, lékař a popřípadě informační materiály jako jsou např. informační brožury či letáky. Informace mohou muži vyhledat i prostřednictvím internetu, ale pouze na kvalitních informačních portálech. Informace na těchto webových stránkách by měly být především správné, objektivní, nezaujaté, aktuální, ucelené, a měla by být u nich známá odbornost autora. Například uvádím odborné stránky Linkos (Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně), kde kromě části určené zdravotníkům je úsek věnovaný laikům, onkologicky nemocným i zdravým lidem, zajímajícím se o problematiku nádorů, jejich prevenci a léčbu.

V druhém cíli jsme zjišťovali znalosti mužů o samovyšetření varlat, pro který jsme stanovili jednu hypotézu. V této hypotéze jsme se domnívali, že existuje statisticky významný vztah mezi znalostmi respondentů o samovyšetření varlat a dostupností informačních zdrojů zaměřených na primární prevenci. Zde se potvrdila hypotéza **nulová**. Znalost samovyšetření nám v dotazníku potvrdilo pouze 35 mužů, z tohoto počtu se pouze 9 mužů setkalo s dostatečným přísunem informačních materiálů zaměřených na primární a sekundární prevenci. Během psaní teoretické části, jsem se však setkala s množstvím informačních materiálů zaměřených na sekundární prevenci. Jednalo se například o monotematickou brožuru, kterou vydala nezisková organizace Liga proti rakovině, a která je k dispozici ke stažení od roku 2010 na webových stránkách této organizace v sekci „*Ke stažení*“. Brožuru sepsal Prof. MUDr. Zdeněk Dientsbier, DrSc. a podává v ní obecné a ucelené informace o nádorovém onemocnění varlat. Řeší zde problematiku výskytu tedy incidence nádoru varlat, stručně popisuje anatomii mužského pohlavního ústrojí, příznaky, léčbu, diagnostiku a v neposlední řadě poskytuje návod i s obrázkovou ilustrací jak provádět samovyšetření. Myslím si, že tuto brožuru by měl mít ve své ordinaci nebo čekárně každý praktický lékař pro děti a dorost, praktický lékař pro dospělé a specialista jako je urolog, androlog a v neposlední řadě také onkolog. Popisuje sice odborné téma, ale informace jsou v ní zprostředkované tak, aby jim laik snadno porozuměl. Problém nedostatku těchto informačních materiálů je nejspíše v distribuci. Výhodou této publikace je, jak jsem již zmiňovala, že je

k dispozici volně ke stažení, a tudíž si ji může každý lékař vytisknout a poskytnout ji svým pacientům.

Třetí cíl měl za úkol zjistit, jaké faktory by bránily v navštívení lékaře, pokud by se u mužů objevil varovný příznak onemocnění varlat. Předpokládali jsme, že hlavním faktorem bude strach. Náš předpoklad se nám potvrdil ihned po vyhodnocení dat z dotazníku. Celkem 52 mužů uvedlo, že strach by byl hlavním faktorem.

Fait ve své publikaci uvádí: „*U osob středního věku se můžeme setkat s neúměrným strachem z nádorů, který může vyústit až v kancerofobii. Tento extrém by měla nahradit tzv. „onkologická bdělost“, kterou je nezbytné vytvářet a pěstovat již od dětství. Proto bychom měli rozšířit zdravotní osvětu a dlouhodobou a důslednou zdravotní výchovu*“. (Fait, 2011, s. 343)

Pro tento cíl jsme si dále určili čtvrtou a tedy i poslední hypotézu, ve které jsme předpokládali, že existuje statistický význam mezi vzděláním a navštívením lékaře při objevení se příznaku onemocnění varlat. **Potvrdila se nulová hypotéza** a tudíž, lze konstatovat, že **neexistuje statisticky významný vztah mezi vzděláním a mezi navštívením lékaře při objevení se příznaků onemocnění**. Tento výsledek však mohlo ovlivnit nerovnoměrné rozložení respondentů, zejména nízký počet mužů se základním vzděláním oproti vzdělání SŠ a VŠ. Tyto dvě skupiny byly početně vyrovnané.

22 Doporučení pro praxi

Z výzkumného šetření, které jsem v rámci své bakalářské práce realizovala, vyplynulo, že muži nejsou o tomto nádorovém onemocnění varlat dostatečně informováni. Nedocházejí na preventivní prohlídky, znalosti o tomto typu onemocnění a metodě samovyšetření jsou minimální.

Navrhuji zvýšit povědomí mužů o tomto onemocnění lze následovně:

Důležité je začít s edukací o tomto typu onemocnění již na základních a středních školách a zařadit je vhodně do učebních osnov např. do osnov sexuální výchovy nebo do osnov biologie či somatologie a poskytnout chlapcům alespoň basální informace o tomto onemocnění a metodě samovyšetření, aby ji mohli následně sami provádět. Pro názornou ukázkou existuje výukový model varlat, který obsahuje buď 2 bouličky v jednom varleti a žádnou ve druhém nebo 2 bouličky v každém varleti.

Dále je nutné informovat veřejnost všeobecně, pomocí informačních materiálů umístěných v čekárnách praktického lékaře, lékaře pro děti a dorost, urologa nebo androloga. Lékař by taktéž tyto informační materiály mohl poskytovat individuálně do rukou každého pacienta z rizikové věkové skupiny, neboť pacienti se často stydí zeptat nebo ani nevědí, že by se měli o takové onemocnění zajímat. Informační materiály (brožury, letáky, plakáty) by podle mého názoru měli obsahovat jen nejnutnější informace a dále např. internetové odkazy na zdravotnické instituce, které poskytují informace rozsáhlejší. Velké množství informací najednou by mohlo vést spíše k odrazení než k inicializaci dalšího vyhledání informací. V informačním materiálu je také potřebné pacientovi sdělit, že je možné nádor varlete vyléčit, pokud přijdou včas a navést ho tak k sekundární prevenci, k metodě samovyšetření.

Aktivní prezentace této problematiky prostřednictvím médií bych viděla jako nejúčinnější způsob k zajištění informovanosti např. vytvořením reklamních spotů ať už v televizi nebo v novinách či v časopisech, jako je tomu u nádoru prsu, kolorektálního karcinomu a karcinomu děložního čípku. Tyto by mužům názorně ukázaly, jak provádět samovyšetření, a podávali by informace o možnostech preventivní prohlídky u praktického lékaře, kterou většina mladých mužů zanedbává a v některých případech ani o této možnosti neví. Sekundární prevence neboli screening, je v České republice

realizován pro kolorektální karcinom, karcinom děložního čípku a karcinom prsu, neboť incidence těchto zhoubných onemocnění, dle Národního onkologického registru, převyšuje v úhrnu 15 000 nově diagnostikovaných pacientů ročně [54]. Pozitivní zprávou je, že mortalita všech tří typů nádorů dlouhodobě mírně klesá, což je jistě z velké části způsobeno vlivem běžících screeningových programů. Jelikož se nádory varlat v naší populaci objevují do čtyř stovek ročně, nelze počítat ani do budoucna s organizovaným screeningem.

Další možností je zajištění přednášek, které by mužům poskytovaly potřebné informace. Vhodným organizátorem by v současnosti mohly být sportovní a jiné zájmové organizace a kluby, ve kterých se mladší muži sdružují. Přednášení by se mohl zhostit lékař nebo jiný zdravotnický pracovník včetně všeobecné sestry.

Z dotazníkového šetření vyšlo najevo, že by se muži rádi o tomto onemocnění dozvěděli více informací. Bohužel nemají přístup k dostatku informačních materiálů, motivaci a mnohdy ani nevědí, že by je takové onemocnění mohlo postihnout. Proto si myslím, že by bylo dobré začít s primární prevencí co nejdříve, aby se následně mohla více realizovat prevence sekundární, která vede k včasnému zachytu tohoto onemocnění, protože důležité je přijít včas.

22.1 Praktický výstup

K této problematice jsme se rozhodla přispět informačním letákem, který obsahuje základní informace týkající se tohoto onemocnění. Důležitou částí letáku je i návod jak postupovat při samovyšetření. S ohledem na psychický a tělesný vývoj byly letáky rozdělené dle věku. Jeden z letáku je určen věkové kategorii 13-16 let viz příloha č. 2 str. 117-118. Druhý leták je věnován mužům ve věku 17-40 let viz příloha č. 3 str. 119-120. K vytvoření informačních letáků byl použit program CorelDRAW X4 verze 2008.

23 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou nádorového onemocnění varlat se zaměřením na sekundární prevenci. Cílem bylo zjistit informovanost a znalosti mužů jak o samotném onemocnění, tak o metodě samovyšetření.

Teoretická část shrnuje problematiku nádorového onemocnění varlat. Zabývám se zde incidencí, epidemiologií, rizikovými faktory, včasným zachytem, diagnostikou a léčbou až po paliativní péči v preterminálních stádiích. Zvláštní část je věnována úloze všeobecné zdravotní sestry.

Empirickou část tvořil výzkum, který proběhl formou dotazníkového šetření. Dotazníky byly rozdány mužům ve věkové kategorii 19-40 let.

Práce sledovala tři cíle. Prvním cílem bylo zmapování informovanosti o nádorovém onemocnění varlat. Druhým cílem bylo zmapovat znalosti o samovyšetření varlat. Posledním, třetím cílem bylo zjistit, jaké faktory mužům brání ve vyhledání lékařské pomoci, pokud se u nich objeví varovný příznak onemocnění varlat.

První cíl byl splněn. Byly zmapovány znalosti týkající se nádorového onemocnění varlat. Z výsledků je patrné, že muži mají nepřesné a nedostatečné informace týkající se této problematiky. Cíl 2 byl splněn. Byly zmapovány znalosti týkající se samovyšetření varlat. Z výsledků vyplynulo, že muži samovyšetření neprovádí a ani nevědí jak samovyšetření provádět. Pro cíl 1 a 2 byl následně vytvořen informační materiál, který podává základní informace o tomto typu nádorového onemocnění a metodě samovyšetření. Cíl 3 byl splněn. Byly zjištěny faktory, které mužům brání ve vyhledání lékařské pomoci při objevení se příznaků onemocnění varlat. Ukázalo se, že nejvíce mužům brání stud a strach a potvrdil se nám tak náš předpoklad. To ukazuje na nutnost psychologického aspektu při provádění zdravotní osvěty.

.

Seznam použité literatury

Monografie

1. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměněn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-807-2628-490.
2. KLENER, Pavel. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-246-0468-X.
3. ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP, Volker TSCHUSCHKE a Josef BEUTH. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 363 s. ISBN 978-807-3677-817.
4. DIENSTBIER, Zdeněk, Evžen SKALA, Volker TSCHUSCHKE a Josef BEUTH. *Předcházíme rakovině: psychoedukace, poradenství a terapie*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2001, 326 s. My a zdraví. ISBN 80-722-6375-7.
5. ŽALOUDEK, Jan, Evžen SKALA, Volker TSCHUSCHKE a Josef BEUTH. *Vyhnete se rakovině, aneb, prevence zhoubných nádorů pro každého: psychoedukace, poradenství a terapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 189 s. My a zdraví. ISBN 978-802-4723-075.
6. ADAM, Zdeněk, Jiří VORLÍČEK a Jiří VANÍČEK. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0896-5.
7. ABRAHÁMOVÁ, Jitka. *Nádory varlat*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2001, 27 s. ISBN 80-7254-135-8.
8. ABRAHÁMOVÁ, Jitka, Ctibor POVÝŠIL a Ladislav DUŠEK. *Nádory varlat*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-802-4723-495
9. VORLÍČEK, Jiří. *Onkologie*. Praha: Triton, 2012, 250 s. Lékařské repetitorium, sv. č. 7. ISBN 978-80-7387-603-6.
10. HANUŠ, Tomáš. *Urologie*. Vyd. 1. Editor Tomáš Hanuš. V Praze: Triton, 2011, 207 s. Lékařské repetitorium, sv. 4. ISBN 978-807-3873-875.
11. FAIT, Tomáš, Michal VRABLÍK a Richard ČEŠKA. *Preventivní medicína*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, c2011, 770 s. ISBN 978-80-7345-237-7..
12. HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. ISBN 978-802-4734-699.

13. JAROMÍRA NOVOTNÁ, Jana Uhrová. *Ošetrovatelství 2: pro střední zdravotnické školy, obor zdravotnický asistent*. Praha, Fortuna 2007. ISBN 978-807-3730-116.
14. KAREŠOVÁ, Jana. *Praktické rady pro onkologické pacienty, aneb, Jak překonat nesnáze při léčbě rakoviny*. Praha, 2010, 143 s. ISBN 978-807-3452-179.
15. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 143 s. ISBN 978-802-4731-711.
16. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-807-3674-779.
17. POVÝŠIL, Ctibor a Ivo ŠTEINER. *Obecná patologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, xiii, 290 s. ISBN 978-80-7262-773-8.
18. BAJČIOVÁ, Viera. *Nádory adolescentů a mladých dospělých*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, xxv, 363 s. ISBN 978-802-4735-542.
19. POVÝŠIL, Ctibor a Ivo ŠTEINER. *Speciální patologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Karolinum, c2007. ISBN 978-80-246-1442-7
20. VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247/1716-6.
21. FIALA, Pavel, Jiří VALENTA. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. Praha: Karolinum, 2008, 173 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-802-4614-915.
22. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 1*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 497 s. ISBN 80-716-9970-5.
23. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-807-2626-489.
24. MARKO BABJUK, Michaela Matoušková, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Urologie: doporučené diagnostické a léčebné postupy u urologických nádorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, xxi, 417 s. ISBN 80-726-2233-1.
25. ŠKVOR, Jaroslav a Marta ŠNAJDEROVÁ. *Dětská andrologie*. Praha: Mladá fronta, 2013, 69 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3135-6.
26. ŠTUDENT, Vladimír, Zdeněk MUCHA a František ZÁŤURA. *Základy urologické andrologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003, 69 s. Aeskulap. ISBN 80-726-2224-2
27. ŠMARDA, Jan. *Biologie pro psychology a pedagogy*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-343-7..

28. DVOŘÁČEK, Jan a Marko BABJUK. *Onkourologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2349-4..
29. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 135 s. ISBN 978-802-4728-315.
30. MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4735-306.
31. NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2009, xi, 416 s. ISBN 978-802-4617-176.
32. KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4730-684.
33. DRAESSLER, Jan. *Statistické metody a software*. Univerzita Hradec Králové. *Katedra informatiky a kvantitativních metod.*, Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. 93 s. 978-80-7435-287-4 (brož.)

Odborná periodika

34. DETTI, B, S SCOCCIANI a S CASSANI. Synchronous bilateral testicular germ cell tumour: case report and review of the literature. *Klinická Onkologie*. 2013, roč. 26, č. 4, s. 281-285. Dostupné z: www.linkos.cz
35. ONDRUŠ, D, M ONDRUŠOVÁ a V ŠŤASTNÁ. Bilateral germ-Cell testicular cancer-long term experience. *Klinická onkologie*. 2013, roč. 26, č. 6, s. 422-424. Dostupné z: www.linkos.cz
36. ABRAHÁMOVÁ, J. Nádory varlat. *Postgraduální medicína*. 2003, roč. 5, č. 6, s. 599-615. Dostupné z: www.postgramed.cz
37. ABRAHÁMOVÁ, J. Léčebné postupy u testikulárních germinálních nádorů. *Postgraduální medicína*. 2008, roč. 10, č. 3, s. 320-330. Dostupné z: www.postgramed.cz

Absolventské práce

38. SOCHOROVÁ, Nataša. Informovanost mužů o nádorovém onemocnění varlat. Olomouc, 2011. diplomová práce (Mgr.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Pedagogická fakulta

Zahraniční zdroje

39. NEMCOVÁ, J.; HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.

Internetové zdroje

40. ŠACHLOVÁ, Milana, *Prevence nádorů varlat*. MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV. [online]. Dostupné z: <http://www.mou.cz/prevence/t3054#chapter=5>
41. www.svod.cz (Systém pro Vizualizaci Onkologických Dat, viz informační leták)
42. www.linkos.cz (Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, viz informační leták)
43. www.lpr.cz (Liga proti rakovině, viz informační leták)
44. www.maskoule.cz (viz informační leták)
45. DIENSTBIER, Z. Obecné informace pro pacienty: *Nádory varlat*. Liga proti rakovině Praha [online]. 2010 [cit. 2014-03-09]. Dostupné z: http://www.lpr.cz/index.php/ke-stazeni/cat_view/41-publikace?start=20
46. KULHÁNKOVÁ, R. Obecné informace pro pacienty: *Psychologické aspekty nádorových onemocnění*. Liga proti rakovině Praha [online]. 2010 [cit. 2014-03-09] Dostupné z: http://www.lpr.cz/index.php/ke-stazeni/cat_view/41-publikace?start=15
47. EPIDEMIOLOGIE ZHOUBNÝCH NÁDORŮ V ČESKÉ REPUBLICI: Epidemiologie zhoubných nádorů v ČR-Analýzy, incidence a mortalita nádorů varlat. [online].[cit.2014-04-15]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>
48. EPIDEMIOLOGIE ZHOUBNÝCH NÁDORŮ V ČESKÉ REPUBLICI: Epidemiologie zhoubných nádorů v ČR-Analýzy, věková struktura populace pacientů [online]. [cit. 2014-04-15]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=vek#>
49. EPIDEMIOLOGIE ZHOUBNÝCH NÁDORŮ V ČESKÉ REPUBLICI: Epidemiologie zhoubných nádorů v ČR-Analýzy, srovnání incidence v ČR s ostatními zeměmi světa [online]. [cit. 2014-04-15]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analysez.php#>
50. EPIDEMIOLOGIE ZHOUBNÝCH NÁDORŮ V ČESKÉ REPUBLICI: Epidemiologie zhoubných nádorů v ČR-Analýzy, vývoj zastoupení klinických stádií. [online]. [cit. 2014-04-15]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=stadia#>
51. EPIDEMIOLOGIE ZHOUBNÝCH NÁDORŮ V ČESKÉ REPUBLICI: Epidemiologie zhoubných nádorů v ČR-Analýzy, časový vývoj incidence a mortality ZN varlat ve stádiu I+II [online].[cit.2014-04-15]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>

52. EPIDEMIOLOGIE ZHOUBNÝCH NÁDORŮ V ČESKÉ REPUBLICE: Epidemiologie zhoubných nádorů v ČR-Analýzy, časový vývoj incidence a mortality ZN varlat ve stádiu III+IV [online].[cit.2014-04-15]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>
53. KOČÍ, Karel. Andromeda: Onemocnění penisu a varlat, *Chybění či ztráta varlete*. [online]. [cit. 2014-04-19]. Dostupné z: http://www.andromeda.cz/index3-9_cz.htm
54. Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Občan-Pacient, *Pojišťovny začnou své klienty zvat na preventivní screeningová vyšetření v lednu 2014*. [online]. [cit. 2014-04-24]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/pojistovny-zacnou-sve-klienty-zvat-na-preventivni-screeningova-vysetreni-v-lednu_8494_1.html
55. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy III – gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie: 2., doplněné vydání* [online]. 2013. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 107 [cit. 2014-04-28]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4341-0 Dostupné z: <http://books.google.cz/books>

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník.....	114
Příloha č. 2 Informační leták pro věkovou kategorii 13-16 let str.1.....	117
Příloha č. 2 Informační leták pro věkovou kategorii 13-16 let str.2.....	118
Příloha č. 3 Informační leták pro věkovou kategorii 17-40 let str.1.....	119
Příloha č. 3 Informační leták pro věkovou kategorii 17-40 let str.2.....	120

Seznam tabulek

Tabulka 1 <i>Věk respondentů</i>	62
Tabulka 2 <i>Vzdělání respondentů</i>	63
Tabulka 3 <i>Bydliště respondentů</i>	64
Tabulka 4 <i>Zájem o problematiku</i>	65
Tabulka 5 <i>Zdroj informací</i>	66
Tabulka 6 <i>Přísun uspokojivého množství informačních materiálů</i>	67
Tabulka 7 <i>Zájem o informační materiál</i>	68
Tabulka 8 <i>Nejohroženější věková skupina pro vznik nádoru varlat</i>	69
Tabulka 9 <i>Znalost příznaků</i>	70
Tabulka 10 <i>Příznaky</i>	71
Tabulka 11 <i>Znalost rizikových faktorů</i>	72
Tabulka 12 <i>Rizikové faktory</i>	73
Tabulka 13 <i>Návštěva urologické či andrologické ordinace</i>	74
Tabulka 14 <i>Podstoupení preventivní prohlídky</i>	75
Tabulka 15 <i>Výskyt onemocnění v rodině</i>	76
Tabulka 16 <i>Postoj k onemocnění</i>	77
Tabulka 17 <i>Změny v postoji po setkání s takto nemocným mužem</i>	78
Tabulka 18 <i>Důvody bránící v navštívení lékaře</i>	79
Tabulka 19 <i>Nejčastější faktory bránící v navštívení lékaře</i>	80
Tabulka 20 <i>Provádění samovyšetření</i>	81
Tabulka 21 <i>Četnost provádění samovyšetření</i>	82
Tabulka 22 <i>Důvody neprovádění samovyšetření</i>	83
Tabulka 23 <i>Znalost samovyšetření</i>	84
Tabulka 24 <i>Technika samovyšetření</i>	85
Tabulka 25 <i>Důležitost provádění samovyšetření</i>	86
Tabulka 26 <i>Návštěva androloga/urologa x správná znalost rizikové věkové skupiny pro vznik nádoru varlat</i>	87
Tabulka 27 <i>Statistické testování: Návštěva androloga/urologa x správná znalost rizikové věkové skupiny pro vznik nádoru varlat</i>	88
Tabulka 28 <i>Návštěva androloga/urologa x správná znalost příznaků</i>	88

Tabulka 29 <i>Statistické testování: Návštěva androloga/urologa x správná znalost příznaků doprovázející nádorové onemocnění varlat.....</i>	88
Tabulka 30 <i>Návštěva androloga/urologa x správná znalost rizikových faktorů.....</i>	89
Tabulka 31 <i>Statistické testování: Návštěva androloga/urologa x správná znalost rizikových faktorů nádorového onemocnění varlat</i>	89
Tabulka 32 <i>Věk x správná znalost rizikové věkové skupiny</i>	90
Tabulka 33 <i>Statistické testování: Věk x správná znalost rizikové věkové skupiny pro vznik nádoru varlat.....</i>	90
Tabulka 34 <i>Věk x správná znalost příznaků.....</i>	91
Tabulka 35 <i>Statistické testování: Věk x znalost příznaků doprovázející nádorové onemocnění.....</i>	91
Tabulka 36 <i>Věk x správná znalost rizikových faktorů.....</i>	91
Tabulka 37 <i>Statistické testování: Věk x správná znalost rizikových faktorů nádorového onemocnění varlat.....</i>	91
Tabulka 38 <i>Dostupnost informačních materiálů x znalost techniky samovyšetření.....</i>	93
Tabulka 39 <i>Statistické testování: Dostupnost informačních zdrojů x znalost techniky samovyšetření.....</i>	93
Tabulka 40 <i>Vzdělání x důvod bránící vyhledání lékařské pomoci</i>	94
Tabulka 41 <i>Statistické testování: Vzdelání x důvod bránící vyhledání lékařské pomoci při objevení se příznaků onemocnění.....</i>	94

Seznam grafů

Graf 1 Časový vývoj incidence a mortality nádoru varlat v ČR.....	15
Graf 2 Věková struktura populace pacientů s diagnózou zhoubných nádorů varlat v ČR.....	16
Graf 3 Srovnání incidence nádorů varlat v ČR s ostatními zeměmi světa	16
Graf 4 Časový vývoj % zastoupení klinických stádií	37
Graf 5 Časový vývoj incidence a mortality ZN varlat ve stádiu I+II	38
Graf 6 Časový vývoj incidence a mortality ZN varlat ve stádiu III+IV	38
Graf 7 Věk respondentů	62
Graf 8 Vzdělání respondentů	63
Graf 9 Bydliště respondentů.....	64
Graf 10 Zájem o problematiku.....	65
Graf 11 Zdroj informací.....	66
Graf 12 Přisun uspokojivého množství informačních materiálů.....	67
Graf 13 Zájem o informační materiál	68
Graf 14 Nejohroženější věková skupina pro vznik nádoru varlat.....	69
Graf 15 Znalost příznaků	70
Graf 16 Příznaky	71
Graf 17 Znalost rizikových faktorů	72
Graf 18 Rizikové faktory	73
Graf 19 Návštěva urologické či andrologické ordinace.....	74
Graf 20 Podstoupení preventivní prohlídky.....	75
Graf 21 Výskyt onemocnění v rodině	76
Graf 22 Postoj k onemocnění	77
Graf 23 Změny v postoji po setkání s takto nemocným mužem.....	78
Graf 24 Důvody bránící v navštívení lékaře	79
Graf 25 Nejčastější faktory bránící v navštívení lékaře	80
Graf 26 Provádění samovyšetření.....	81
Graf 27 Četnost provádění samovyšetření.....	82
Graf 28 Důvody neprovádění samovyšetření.....	83
Graf 29 Znalost samovyšetření	84
Graf 30 Technika samovyšetření.....	85
Graf 31 Důležitost provádění samovyšetření.....	86

Příloha č. 1

Vážený pane,

jmenuji se Petra Mitrová, jsem studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Technické univerzitě v Liberci. Ráda bych Vás požádala o vyplnění krátkého dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Cílem práce je zjistit, jaká je informovanost mužů o nádorovém onemocnění varlat a jeho prevenci. Vyplnění dotazníku nezabere více než 15 minut. Výzkum je anonymní. Získaná data budou zpracována pouze pro účely mé bakalářské práce. V případě dotazů či připomínek k výzkumu mne, prosím, neváhejte kontaktovat. Děkuji Vám za Váš čas a ochotu.

Nádorové onemocnění varlat je jedno z častých zhoubných onemocnění u mladších mužů. Důsledná prevence vede k včasnému zachytu nádoru, včasné diagnóze, a tím se zvýší šance na úplné vyléčení.

***Urolog**-lékař zabývající se diagnostikou a léčbou onemocnění močových cest a mužských pohlavních orgánů

***Androlog** - lékař zabývající se diagnostikou a léčbou onemocnění mužských pohlavních orgánů

1) Uved'te prosím Váš věk let

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) středoškolské
- c) vysokoškolské

3) Uved'te prosím, jak velké je Vaše bydliště?

- a) město nad 100.000 obyvatel
- b) město s 50 000-100.000 obyvateli
- c) město pod 50.000 obyvatel
- d) venkov

4) Zajímali jste se někdy o problematiku nádorového onemocnění varlat?

- a) ano
- b) ne

4.1) Pokud Ano, odkud jste čerpal informace ? (možnost více odpovědí)

- a) od svého lékaře (obvodní lékař, urolog, androlog)
- b) z informačních brožur a letáků
- c) z médií- internet, televize, tisk
- d) jiné zdroje, uveďte.....

4.2) Dostal jste někdy do rukou, bez Vašeho vyžádání, uspokojivé množství informačních materiálů (brožur, letáků atd.) , zaměřených na primární prevenci nádorů varlat?

- a) ano
- b) ne

4.3) Pokud NE, uvítali byste informační materiál, který by o nádorovém onemocnění varlat a jejich samovyšetření informoval?

- a) ano, uvítal
- b) ne, nepotřebuji takový informační materiál

5) Ve které věkové skupině podle Vás nejčastěji nádorové onemocnění varlat vzniká?

- a) 15- 40 let

- b) 40- 55 let
- c) 55-70 let
- d) 70 let a více

6) Domníváte se, že znáte příznaky, kterými se nádorové onemocnění varlat projevuje?

- a) ano
- b) ne

6.1) Pokud ANO, označte příznaky, o kterých si myslíte, že nádorové onemocnění varlat doprovází: (možnost více odpovědí)

změna velikosti a objemu varlete	
hmatná bulka	
zatvrdnutí varlete	
zvětšení prsních žláz	
porucha erekce či ejakulace	
náhlá bolest ve varleti	

7) Domníváte se, že znáte rizikové faktory, které mohou nádory varlat vyvolat?

- a) ano
- b) ne

7.1) Pokud Ano, označte rizikové faktory, o kterých si myslíte, že nádory varlat vyvolávají: (možnost více odpovědí)

Věk	
Kouření	
Dědičnost	
Úrazy	
Nevhodné spodní prádlo	
Nesestouplé varle	

8) Navštívil jste již někdy v minulosti urologickou či andrologickou ordinaci? (můžete uvést i počet návštěv.)

- a) ano.....
- b) ne

9) Podstoupil jste preventivní prohlídku v ordinaci praktického lékaře, která zahrnuje mimo jiné i pohmatové vyšetření varlat a kterou je možné absolvovat jednou za dva roky?

- a) ano
- b) ne

10) Setkal jste se s tímto onemocněním u některého z členů Vaší rodiny?

- a) ano
- b) ne

10.1) Pokud ANO, změnilo to Váš postoj k tomuto onemocnění?

- a) ano
- b) ne

10.2) Pokud ANO, uveďte jak?

- a) začal jsem se o toto onemocnění více zajímat
- b) začal jsem provádět pravidelné samovyšetření varlat
- c) jiné, uveďte:.....

11) Existuje nějaký důvod, proč byste se ostýchal navštívit urologa/androloga/praktického lékaře s nemocným varletem?

- a) ano
- b) ne

11.1) Pokud ANO, jaký faktor by Vám nejvíce bránil v navštívení lékaře při objevení se příznaků nádoru varlat? (možnost více odpovědí)

- a) stud
- b) strach
- c) nevědomost
- d) bagatelizace symptomů (zlehčování příznaků)

12) Provádíte samovyšetření varlat?

- a) ano
- b) ne

12.1) Pokud ANO, jak často jej provádíte?

- a) každý den
- b) 1x týdně
- c) 1x měsíčně
- d) 1x do roka
- e) zcela nepravidelně

12.2) Pokud NE, proč? (možnost více odpovědí)

- a) nevím, jak se samovyšetření provádí
- b) nemám na to čas
- c) nepřipadá mi to důležité
- d) nevím, nedokážu uvést jasný důvod
- e) jiné důvody, uveďte

13) Víte, jak se provádí samovyšetření varlat?

- a) ano
- b) ne

13.1) Pokud Ano, vyberte z nabídky:(možnost více odpovědí)

Pohledem	
Pohmatem	
Za pomoci přítelkyně (přítele)	
Po koupeli	
Před koupelí	

14) Myslíte si, že je pro Vás důležité provádět samovyšetření varlat?

- a) ano, je to vhodná prevence
- b) ne, nepovažuji to za důležité
- c) nevím, nezajímám se o to

Kontakt: Petra.Mitrova@seznam.cz

Nádory varlat

Víš, že nádorové onemocnění varlat je nejčastějším zhoubným onemocněním mužů ve věku **15-40 let**? Jedná se o onemocnění, při kterém se nádorové buňky tvoří buď v jednom, nebo v obou varlatech. Podmínkou úspěšného vyléčení je **včasný záchyt**, ke kterému můžeš přispět i **ty sám-pravidelným samovyšetřováním** varlat.

Co zvyšuje riziko tohoto onemocnění ?

- Nesestouplé varle (kryptorchismus)
- Dědičnost
- Prodělaný virový zánět varlete

Jaké jsou příznaky onemocnění ?

- Nebolestivé zvětšení varlete
- Hmatná bulka ve varleti
- Zatvrdnutí celého varlete

OTOČ

SAMOVYŠETŘENÍ

1 JEDNOU ZA MĚSÍC SI UDĚLEJ ČAS NA SAMOVYŠETŘENÍ VARLAT

- vyšší frekvence samovyšetření by mohla vést k přehlédnutí pomalu se vyvíjejících bulek
- vhodně si vyber jakýkoliv snadno zapamatovatelný den



2 PO KOUPELI JE TEN SPRÁVNÝ ČAS NA SAMOVYŠETŘENÍ

- teplá voda uvolní šourek, varlata poklesnou a jsou lépe hmatná

3 ZAČNI S VYŠETŘENÍM

- použij obě ruce a každé varle vyšetři zvlášť, všímej si tvaru a velikosti varlat
- jemně poválej varlata mezi prsty
- normálně vyvinutá varlata budou měkká a budou se volně pohybovat uvnitř šourku



4 POKUD SE TI PŘI VYŠETŘENÍ NĚCO NEZDÁLO V POŘÁDKU, NAVŠTIV SVÉHO LÉKAŘE - jakékoliv tvrdé útvary, byť jen velikosti hrášku nejsou v pořádku, neprodleně kontaktuj svého ošetřujícího lékaře (pediatra, dorostového lékaře), který tě odborně a bezbolestně vyšetří a případně zajistí další potřebná vyšetření na urologii, jenž s vysokou pravděpodobností vyloučí nádorové onemocnění

Neboj se a svěř se svým rodičům!

Několik minut strávených samovyšetřováním ti může pomoci **zachránit zdraví!**

Nádorová onemocnění varlat jsou dobře léčitelná, **proto je důležité přijít včas!**

Více informací najdeš například na: www.maskoule.cz

Tyto webové stránky ti poskytnou srozumitelné informace o nádorovém onemocnění varlat a také ti poradí, kde popřípadě hledat pomoc odborníků. Součástí webu je internetová poradna, kde může každý napsat anonymně svůj dotaz.

NÁDORY VARLAT

Nádorové onemocnění varlat je závažná choroba postihující muže převážně mezi 15-40 lety. Ve zmíněné věkové skupině se jedná o nejčastější formu zhoubných nádorů u mužů, kde tvoří přibližně 1 procento.

Ročně je v České republice hlášeno na 500 nových případů. Toto onemocnění se stalo poměrně nedoceněným nebezpečím, o kterém většina mužů v rizikové skupině téměř netuší.

Klíčem k úspěchu je včasná diagnostika, která při okamžitém zahájení léčby významně snižuje smrtelnost tohoto onemocnění. Neúčinnějším prostředkem pro včasnou diagnózu je pravidelné samovyšetření varlat.

Rizikové faktory

Nesestouplé varle (kryptorchismus)

Dědičnost

Rasové vlivy-platí pro naši populaci, vyšší riziko u bělochů

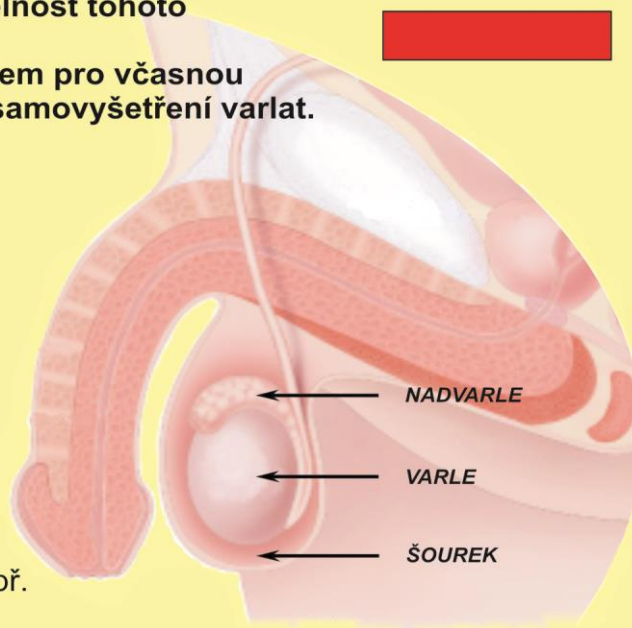
Virový zánět varlat (např. často jako komplikace příušnic)

Příznaky

Nebolestivé zvětšení varlete
Hmatná bulka
Zatvrdnutí varlete

Pokročilé příznaky

Tupá bolest
Pocit tíhy v šourku
Zduření prsních žláz



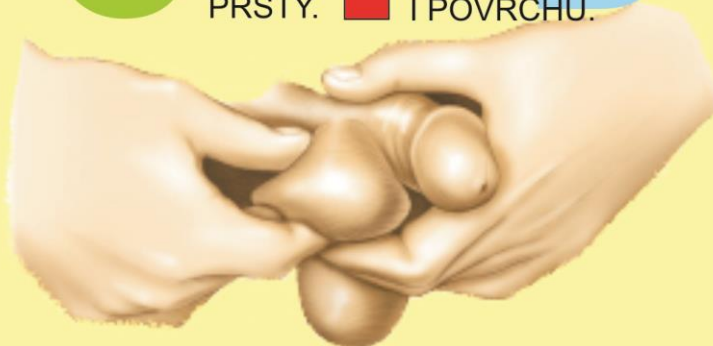
SAMOVYŠETŘENÍ

SAMOVYŠETŘENÍ
PROVÁDĚJTE VŽDY 1X
MĚSÍČNĚ, STANOVTE SI
JEDEN KONKRÉTNÍ DEN,
VYŠŠÍ FREKVENCE BY MOHLA
VÉST K PŘEHLÉNUTÍ POMALU
SE VYVÍJEJÍCÍCH BULEK.

NEJVHODNĚJŠÍ DOBA PRO
SAMOVYŠETŘENÍ JE PO
KOUPELI ČI TEPLÉ SPRŠE
KDY TEPLÁ VODA UVOLNÍ
ŠOUREK, VARLATA
POKLESNOU A JSOU TEDY
LÉPE HMATNÁ.

PODLOŽTE VARLE JEDNOU
RUKOU A DRUHOU
VYŠETŘUJTE, JEMNĚ
VARLE PROHMATÁVEJTE
MEZI PALCEM A OSTATNÍMI
PRSTY.

VYŠETŘUJTE KAŽDÉ
VARLEZVLÁŠTĚ.
HLEDEJTE
NEPRAVIDELNOSTI V
KONZISTENCI, OBJEMU
I POVRCHU.



■ Pokud se vyskytne některý z
příznaků onemocnění varlat,
neprodleně kontaktujte svého
obvodního lékaře nebo urologa, který
vás odborně a bezbolestně vyšetří a
zajistí další potřebná vyšetření, jenž
s vysokou pravděpodobností vyloučí
nádorové onemocnění.

Několik minut strávených
samovyšetřováním vám může
pomoci zachránit zdraví!
Nádorová onemocnění varlat jsou
dobře léčitelná, proto je důležité přijít
včas!

■ Více informací najdete
například na :
www.maskoule.cz

www.lpr.cz (Liga proti
rakovině)

www.mou.cz (Masarykův
onkologický ústav)

www.linkos.cz (Česká
onkologická společnost
České lékařské
společnosti Jana
Evangelisty Purkyně)