Informovanost mužů o karcinomu prostaty

Radmila Horká
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VYKONU)

Jméno a příjmení: Radmila Horká
Osobní číslo: H16264
Studijní program: B5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Forma studia: prezenční

Téma práce: Informovanost mužů o karcinomu prostaty

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury,
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti problematiky informovanosti mužů o karcinomu prostaty.
Příprava metodiky kvantitativního výzkumu.
Formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace výzkumu technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretační získaných dat.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.
Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:


Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Andrea Filová

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: 5. prosince 2018

Termín odevzdání bakalářské práce: 17. května 2019

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

L.S.

doc. Ing. Anežka Lenglová, Ph.D.

děkanka

Mgr. Jana Doleželová /
Pediatrka ústavu
PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

- elektronická a tiskená verze bakalářské práce jsou tutožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval.

V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně [datum]

---

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 478 Zveřejňování získaných prací
2) Vysoká škola mezioborově zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a regresní práce, a kterých proběhlo obhajobu, většinou pouze na podkladě jednohlasného hlasování výkonného sboru, kterou zpracuje. Zveřejnění stanoví místní předpis vysoké školy.
(2) Do studenectví, diplomové, bakalářské a magisterské práce odstupováno uchazečům k obhajobě musí být už nejméně 72 pracovních dnů před konáním obhajoby, zveřejněn k náběžné věrohodnosti v místě určení vnitřního předpisu vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracovního vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může za zveřejnění práce potřebovat na své náklady výpisy, opěty nebo rasonování.

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

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech využívajících z právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 25 odst. 3:

(4) Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školní či vzdělávací zařízení, se jež má za účelem právního nebo neprávního hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené řízením nebo studentem ke splnění školních nebo studenatův povinností vyplývajících z jeho právního závazku ke škole nebo školnímu či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech využívajících z právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 40 části díla:

(1) Škola nebo školní či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na úvěření licenční zmlouvy o vydání školního díla (§ 33 odst. 3). Odlišně-li autor školního díla udělí soudu bez vážného důvodu, mohou se tyto osobnosti domácí ubytovat chráněným orgánem jeho věře u soudu. Vrstvení § 33 odst. 3 zákoně rozeznám.

(2) Není-li vydáno jménem, může autor školního díla své dílo vydat, pokud jeho jménem licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými názory školy nebo školního či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školní či vzdělávací zařízení je oprávněno požadovat, aby jim autor školního díla z výdělu jmena dotačního v souvislosti s účtem díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 písemně přispěl na úvěrku nákladů, které na vytvoření díla způsobily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přístup se přihledné k výjimce dotačního školního nebo školnímu či vzdělávacímu zařízení z úvěrku školního díla podle odstavce 1.
ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá tematikou informovanosti mužů o karcinomu prostaty. Styčnou osou celé práce jsou nádory prostaty vnímané z pohledu mužské veřejnosti a jejich všeobecná informovat o tomto onemocnění. U mužů je karcinom prostaty nejčastějším typem rakoviny. Sestra je nedílnou součástí týmu, který peče o nemocného, podmínkou dobré péče je však dostatek vědomostí a znalostí v celkové léčbě a péči o pacienta.

Práce sestává z teoretické a praktické části. Teoretická část se zabývá anatomií předstojné žlázy, karcinomem prostaty, screeningem a prevencí karcinomu prostaty. V praktické části se věnuji získávání dat, která vypovídají o struktuře informovanosti mužské veřejnosti o problematice nádorového onemocnění prostaty. Přínosem této práce je konkretizování oblastí za pomoci dotazníkového šetření, kde je prostor pro zlepšení informovanosti mužů v dané oblasti.

Klíčová slova: prostata, karcinom, informovanost, prevence, stud

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the topic of men's awareness of prostate cancer. The main leading topic of the whole work is prostate tumors perceived from the perspective of the male public and their general awareness of this disease. Prostate cancer is the most common type of cancer at men. A nurse is an integral part of the team that cares for the patient, but the knowledge and knowledge of the whole patient care and treatment is the necessary condition for good care.

The thesis consists of theoretical and practical parts. The theoretical part is about anatomy of prostate gland, prostate cancer, screening and prevention of prostate cancer. In the practical part I deal with data collection, which informs about the structure of informing the male public about the problem of prostate cancer. The benefit of this work is to concretize the areas, using a questionnaire survey, where there is space for improving of awareness of men about this topic.

Key words: prostate, carcinoma, awareness, prevention, shame
Chci poděkovat Mgr. Andrei Filové za vstřícný přístup a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce.

Především děkuji za neskutečnou podporu mojí rodiny nejenom po celou dobu mého studia, ale především za nesmírnou trpělivost při zpracovávání této práce.

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

Motto:

Zbabělost je, když víme, co máme činit, a neděláme to.

Konfucius
OBSAH

ÚVOD .................................................................................................................................................. 10

I TEORETICKÁ ČÁST .......................................................................................................................... 11

1 ANATOMIE PŘEDSTOJNÉ ŽLÁZY .................................................................................................. 12
   1.1 Makroskopická a mikroskopická stavba ................................................................................. 12
   1.2 Čevní a nervové zásobení ......................................................................................................... 12

2 KARCINOM PROSTATY .................................................................................................................. 13
   2.1 Karcinom a historie vzniku onkologie .................................................................................... 13
   2.2 Epidemiologie karcinomu prostaty ........................................................................................ 14
   2.3 Etiopatogeneze karcinomu prostaty ...................................................................................... 15
   2.4 Symptomatologie karcinomu prostaty ................................................................................... 16
   2.5 Diagnostika karcinomu prostaty ............................................................................................ 17
      2.5.1 Zobrazovací metody karcinomu prostaty ....................................................................... 18
      2.5.2 Určení stadia a rizika karcinomu prostaty ...................................................................... 19
   2.6 Léčba karcinomu prostaty ........................................................................................................ 20
      2.6.1 Odložená léčba karcinomu prostaty ............................................................................... 21
      2.6.2 Chirurgická léčba karcinomu prostaty .......................................................................... 22
      2.6.3 Komplikace po radikální prostatektomii ..................................................................... 23
      2.6.4 Radioterapie karcinomu prostaty ................................................................................... 24
      2.6.5 Hormonoterapie karcinomu prostaty .............................................................................. 24
      2.6.6 Terapie při relapsu karcinomu prostaty ........................................................................ 26
      2.6.7 Chemoterapie karcinomu prostaty ................................................................................... 27
   2.7 Monitorování efektu léčby karcinomu prostaty ................................................................... 28
   2.8 Určení prognózy a vedlejší účinky protinádorové léčby karcinomu prostaty ............. 29

3 SCREENING A PREVENCE KARCINOMU PROSTATY ................................................................. 31

4 VLIV ZHOUBNÉ NÁDOROVÉ NEMOCI NA PSYCHIKU PACIENTA A PŮSOBENÍ SESTRY ........................................................... 34
   4.1 Sex a karcinom prostaty .......................................................................................................... 34
   4.2 Psychika muže při vyšetření a léčba karcinomu prostaty .................................................... 35
   4.3 Psychoonkologie ...................................................................................................................... 36
   4.4 Péče sestry o onkologicky nemocného ................................................................................ 37

II PRAKTIKÁ ČÁST ................................................................................................................................ 40

5 CÍLE PRŮZKUMU ............................................................................................................................ 41
   5.1 Charakteristika souboru .......................................................................................................... 41
   5.2 Metoda sběru dat ..................................................................................................................... 41
   5.3 Organizace průzkumu .............................................................................................................. 42
   5.4 Zpracování dat ......................................................................................................................... 42

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ ................................................................................................................ 43

7 DISKUZE .......................................................................................................................................... 68
   7.1 Doporučení pro praxi .............................................................................................................. 71

ZÁVĚR .................................................................................................................................................. 72
ÚVOD

Od roku 2005 je karcinom prostaty v České republice nejčastějším zhoubným nádorem. (Stáhalová, s. 2). V rozvinutých zemích mezi muži představuje přibližně jednu čtvrtinu všech diagnostických případů (Ayers a Visser, 2015, s. 372 - 375).

Do dnešního dne stále neexistuje žádný celosvětový screening pro karcinom prostaty. Proto je důležité dostatečné povědomí o informacích, jako je primární prevence, existence, příznaky a příčiny nemoci, což je základ pro včasné odhalení nemoci a zahájení odpovídající léčby. Pro muže je nádorové onemocnění prostaty velmi choulostivé téma, proto je nezbytné, aby se muži naučili otevřeně o nemoci mluvit, získávat informace a nebáli se svěřit svému lékaři s možnými počátečními symptomy onemocnění.

Cílem bakalářské práce je především snaha zjistit úroveň informovanosti mužů o problematice nádorového onemocnění prostaty. Z výzkumů, které byly provedeny v letech 2011, a 2016 vyplývá, že procento informovanosti mužů nevzrůstá. Poukázat na nezbytnost stálého propagování zdravého životního stylu jako nejefektivnější prevenci karcinomu prostaty současně s nepodceňováním raných příznaků onemocnění. Včasný záchyt nemoci v počátečním stadiu může znamenat optimističtější prognózu pro pacienta, ale také snazší a pozitivnější práci a péči pro veškerý zúčastněný zdravotnický personál. Ráda bych touto prací částečně přispěla k větší informovanosti mužů o této problematice, protože včasná diagnostika a léčba tohoto onemocnění může zachránit lidský život.

Zvolené téma bakalářské práce „Informovanost mužů o karcinomu prostaty“ bylo vybráno pro jeho stále narůstající naléhavost.
I. TEORETICKÁ ČÁST
1 ANATOMIE PŘEDSTOJNÉ ŽLÁZY

Předstojná žláza neboli prosta je uložena kolem začátku močové trubice (urethra), těsně pod močovým měchýřem (vesica urinaria) (Naňka, Elišková, 2015, s. 209 – 210). Velikostí a tvarem se prosta podobá kaštanu (Marieb a Mallatt, 2005, s. 711). Rozpoznáváme kraniální základnu – basis prostateae a kaudální vrchol – apex prostateae, kterým je vtlčena do svalového pánevního dna. Prostatou probíhá močová trubice (pars prostatica urethrae). Povrch prostaty je kryt vazivovým obalem (capsula prostatica), zvenku na něj naléhá žilní pleteň (plexus venosus prostaticus), pánevní fascie pak zaobluje prostatu i s pleteňí a vytváří další obal (capsula periprostatica) a fixuje ji k okolí (Naňka, Elišková, 2015, s. 209 – 210).

1.1 Makroskopická a mikroskopická stavba

Tkáň předstojné žlázy tvoří tzv. fibromuskulární (vazivově svalová) stroma, které tvoří základ, je to hustá pojivová tkáň s příměsí hladké svaloviny, kde je zakotveno 20 až 30 složených tubuloalveárních žlázek. Během výstřiku se svalovina stahuje a do močové trubice vypuzuje prostatický výměšek (Marieb a Mallatt, 2005, s. 711).

Přibližně třetinu objemu semene tvoří prostatický výměšek. Prostatický výměšek je mléčná tektutina. Stejně jako výměšek váčků semenných obsahuje enzymy ke srážení a zkapalnění semen, různé látky podporující pohyblivost spermií. PSA (prostatický specifický antigen) je jedním z enzymů, který zkapalhuje semeno (Marieb a Mallatt, 2005, s. 711).

V současnosti se upřednostňuje členění prostaty do tří zón. Jsou rozděleny podle jejich polohy, podle vývojového původu žláz a podle hledisek kliniky. První zóna prostaty je periferní, která je také nejobvětšší. Žlázy zaujímají až 70 % objemu prostaty a produkují největší část sekretu, zároveň mohou být zdrojem maligních buněk, na jejichž podkladě vzniká karcinom prostaty. Druhá zóna prostaty je vnitřní neboli centrální, která tvoří zhruba 25 % objemu prostaty. Třetí zóna prostaty je přechodná, má nejméně objemu a tvoří pouze 5 % žláz (Naňka, Elišková, 2015, s. 210 – 211).

1.2 Cévní a nervové zásobení

Předstojná žláza je zásobena větvemi a. rectalis media, a. vesicalis inferior, a. pudenda interna. Klinicky nejdůležitější jsou však spojky s paravertebrálními a vertebrálními pleteňemi, kudy může metastazovat karcinom prostaty do těl obratlů (Naňka, Elišková, 2015, s. 210 – 211).
2 KARCINOM PROSTATY


2.1 Karcinom a historie vzniku onkologie

Nádorové onemocnění je problémem ve všech zemích světa a přibývá nejen v průmyslově vyspělých zemích. V průběhu života onemocní nějakou formou nádorového onemocnění každý třetí člověk. Tvoří druhou nejčastější příčinu úmrtí u nás hned po srdečně cévních onemocněních u dospělých (Fridrichová, s. 5).

Tělo je složeno z velkého množství buněk. Normální buňka roste a umírá určitým kontrolovaným procesem. Může se ale stát, že se buňky dělí a rostou bez normální kontroly – to znamená nekontrolovaný růst, který způsobuje vznik nádoru. Základní rozdělení nádorů je na benigní a maligní. Benigní nádory jsou ty, jejichž buňky nenapadají okolní tkáně a ani se nešíří dále do jiných částí těla. Většinou svého nositele na životě neohrožují. Buňky malig- ního nádoru níčí okolní buňky a většinou se dále šíří, ohrožují svého nositele na životě. Šíření do dalších částí těla probíhá krevní a lymfatickou cestou. Léčbou rozumíme navození apoptózy nádorových buněk, dohled nad jejich růstem a jejich radikální odstranění (Stáhalová, s. 5).

Nádorová onemocnění známe od pravěku. Dalo by se říci, že provázejí lidstvo již od jeho vzniku. Důkazem jsou archeologické nálezy zvláště u mumií a údaje v záznamech egyptských papyrusů (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 9).

Počátky moderní léčby zhoubných nádorů spadají do 19. století, kdy se touto problematikou zabývají patologové, internisté a gynekologové. Ve svých počátcích byla léčba nejdříve chirurgická, teprve s objevem rentgenového záření a radia se léčebné možnosti rozšiřují (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 9).


V roce 1936 byl v Praze na Bulovce vybudován radioléčebný ústav. O jeho založení se zasloužili členové Spolku pro potírání rakoviny, kteří se skládali převážně z řad akademické obce. Hlavní zásady onkologické péče, kterou poskytoval, jsou platné dodnes. Dnes se nazývá Ústav radiační onkologie (Macháček, 2016).

Začínají vznikat odborné společnosti radiologická a onkologická. S tím jak se rozšiřují možnosti onkologické léčby (hormonální léčba, chemoterapie, imunoterapie nebo biologická léčba) je schválena odbornost klinického onkologa. Ten je členem multidisciplinárního týmu a zabývá se aplikacemi systémové léčby. Tento tým je složen z onkologa klinického a radiologa, chirurga, patologa, radiologa, gynekologa nebo dalších odborníků chirurgických oborů, biochemika, psychologa, klinického farmaceuta, molekulárního biologa. Tento tým sestavuje pro pacienta na míru šitý vyšetřovací a léčebný plán (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 9).

Po roce 1990 vzniká řada iniciativ, které se zasloužily o zlepšení kvality života onkologických pacientů a zkvalitnění nádorové prevence (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 9).


2.2 Epidemiologie karcinomu prostaty


2.3 Etiopatogeneze karcinomu prostaty

Vznik karcinomu prostaty je podle dostupných dat multifokálně podmíněn, ale přesná příčina není přesně známá (Tomášek, 2015, s. 274). Existují však rizikové faktory. Riziko vzniku onemocnění úzce souvisí s hladinou androgenních hormonů. Nejnižší incidence onemocnění je u Japonců, stoupá u Indoevropanů a nejvyšší je u Afričanů a Afroameričanů. Existuje přímá úměra se stoupající koncentrací dihydrotestosteronu v těchto etnických skupinách. Dihydrotestosteron vzniká z testosteronu prostřednictvím enzymu 5-α-reduktázy a má desetičasově vyšší androgenní aktivitu než testosteron. Právě aktivita tohoto enzymu se u mužů různých ras liší (Prostate Cancer Cells Differ in Testosterone Accumulation, Dihydrotestosterone Conversion, and Androgen Receptor Signaling Response to Steroid 5α-Reductase Inhibitors, 2013). U mužů kastrovaných před nástupem puberty a u osob s deficitem 5-α-reduktázy není popisován karcinom prostaty ani BHP (benigní hyperplazie prostaty). Dalším velmi silným rizikovým faktorem je věk. U osob do 50 let se diagnóza karcinomu prostaty vyskytuje ojediněle. Se stoupajícím věkem vzrůstá a kulminuje v osmém dekádu života. Přibližně u 15 % nemocných je uváděna rodinná zátěž (Novotný, Vítek a Kleibl, 2016, s. 418). U mužů s mutací genu BRCA 1 a BRCA 2 pozorujeme vyšší výskyt a agresivnější charakter nádorů. Pokud dojde ke snížení hladiny testosteronu, pak nastává apopróza buněk adenokarcinomu prostaty. Z toho plyne, že buňky adenokarcinomu prostaty jsou závislé na testosteronu – mužském pohlavním hormonu (Vor-
liček, 2012, s. 61). Existují různé studie, které z jedné poloviny dokazují příznivý vliv sníženého příjmu tuků, druhá polovina však tento jev nepotvrzuje. Vyšší spotřeba ovoce a zeleniny prokazuje nižší riziko vzniku onemocnění. Vitamínové přípravky a léky, které obsahují vitamin E, selen, lykopen, β-karoten a kyselinu acetylsalicylovou neprokázaly příznivý vliv na riziko vzniku nebo úmrtnost na karcinom prostaty. Jako prevence se ani jeden nedoporučuje (Novotný, Vítek a Kleibl, 2016, s. 418).

2.4 Symptomatologie karcinomu prostaty

V časných stádiích nádor nevyvolává obtíže, obvykle se vyvíjí pomalu (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 58). Často bývají diagnostikovány ohraničené nádory prostaty v bezpříznakové fázi. Pokročilé nádory se navenek projevují přítomností krve v moči a ejakulátu, polakisurií, močením proti odporu, zmenšením kapacity močového měchýře a paradoxní ischemii (Novotný, Vítek a Kleibl, 2016, s. 421). Jako další přidružené symptomy u karcinomu prostaty se může objevit slabost, hubnutí, únava, anemizace (Broďák, 2013, s. 15).

Karcinom prostaty metastazuje po dosažení určité velikosti (Marieb a Mallatt, 2005, s. 733) do kostí, a to hematogenní cestou. Dále se metastázy šíří lymfogenní cestou do pelvických uzlin. Kontinuálně se metastázy šíří do močového měchýře, semenných váčků a rekta (Vorlíček, 2012, s. 61). Pokud se karcinom prostaty vyskytuje u muže do 60 let věku, pak je metastatický proces nejrychlejší. Ke zjištění metastáz v těle se využívají rentgenové snímky kostí, ultrazvukové vyšetření nebo biopsie a MRI skeletu (Marieb a Mallatt, 2005, s. 733). V minulosti byly prvními příznaky bolest zad, patologické fraktury a hyperkalcémie způsobené metastázemi v páteřním skeletu nebo příznaky ledvinového selhání způsobené subreální obstrukcí močovodů. Při metastatickém postižení pánevních uzlin se objevují otoky dolních končetin a hluboká žilní trombóza (Novotný, Vítek a Kleibl, 2016, s. 421). Tyto případy jsou nyní vzácné, díky lepší informovanosti a využití PSA (Broďák, 2013, s. 15). Pacient by se neměl bát navštívit lékaře a svěřit se mu se svými obtížemi. Zpravidla nemocný svůj nádor nepocituje, a proto jsou důležité preventivní prohlídky. Muži ve věku nad 50 let by se jich měli sami dožadovat jednou ročně (Stáhalová, s. 6).
2.5 Diagnostika karcinomu prostaty

Pečlivý odběr anamnézy je základem vyšetřovacího algoritmu spolu s digitálním rektálním vyšetřením (DRV), stanovením PSA (prostatický specifický antigen) v séru. TRUS (transrektální ultrasonografické vyšetření) s odběrem punkční biopsie doplňujeme při patologických hodnotách předchozích vyšetření (Tomášek, 2015, s. 274).

Anamnesticky nás hlavně budou zajímat, příznaky onemocnění, jiné možné zdravotní problémy, a zda se v rodině a nejbližším pokrevném příbuzenstvu vyskytuje karcinom prostaty včetně jiných onemocnění (Tomášek, 2015, s. 274). Dále nás zajímají trvale užívané léky, alergie na konkrétní medicamente (Anamnéza, 2019).

Od 40 – 45 let by mělo být u mužů digitální rektální vyšetření (DRV) součástí preventivního vyšetření u praktického lékaře. Tímto vyšetřením lze hodnotit tonus svěrače, rezistenci a stěnu análního kanálu. Pro zdravého pacienta je toto vyšetření nebolestivé. Normální prosta je obvykle velká 3 x 3 cm, palpačně nebolestivá, hladká, elastičká, ohraničená, vyznačená střední rýhou. Na tumor prostaty myslíme zvláště v případě, kdy nachutáme asymetrii prostaty, tuhé uzly, ba i celý laloček nebo celou prostatu tužší až kamenně tužší (Tomášek, 2015, s. 274 - 275). Při palpacii prostaty jakékoli tvrdé ložisko, které nelze jinak vysvětlit, je indikací k biopsii prostaty (Broďák, 2013, s. 15). Základem včasné diagnostiky karcinomu prostaty je vyšetření hladiny prostatického specifického antigenu (PSA) (Broďák, 2013, s. 15). Je to prostatický specifický antigen (PSA), tkáňově specifický marker, což je bílkovina, která se tvoří přirozeně v prostatické tkání. PSA umožňuje zkapalnění ejakulátu a tím umožňuje pohyb spermii. S věkem muže a velikostí prostaty hodnota PSA roste. Její hodnota je zvyšená i v případě nezhoubných onemocnění jako je zánět prostaty, benigní hyperplazie prostaty a samozřejmě při karcinomu prostaty (Novotný, Vítek a Kleibl, 2016, s. 418). V polovině devadesátých let vedlo zavedení PSA do rutinní praxe k dramatickému zvýšení incidence karcinomu prostaty (Broďák, 2013, s. 15). PSA je považován za nejlepší nádorový marker. V současné době je jeho význam při detekci karcinomu a observaci již léčeného karcinomu prostaty jedinečný (Tomášek, J., s. 275). Stanovení normální hodnoty PSA zůstává stále nevyřešeným problémem. Jako příliš vysoká se ukázala hodnota 4 ng/ml, která byla nejčastěji doporučená, protože 30 % prokázaných případů karcinomu prostaty má PSA pod 4 ng/ml. V současnosti probíhá diskuze o prahové hodnotě PSA (viz Tab. č 2). Ta je rozhodující pro stanovení absolutní indikace k biopsii prostaty. Nadbytečné množství biopsií je výsledkem při stanovení příliš nízké hladiny PSA. Naopak hrozí nebezpečí, že bude pozdě
diagnostikována vysoce riziková část karcinomu prostaty, pokud se stanoví hladina PSA příliš vysoká. Nejčastěji používanou prahovou hodnotou v současnosti je rozmezí 2,5 – 3 ng/ml. Byla prokázána přímá úměra mezi věkem a hladinou PSA (viz Tabulka č. 1) (Broďák, 2013, s. 16).

Tab. č. 1 Věkově specifické hodnoty PSA (v ng/ml)
pro bělošské obyvatelstvo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Věk (roky)</th>
<th>Bílá rasa PSA (ng/ml)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>40 – 49</td>
<td>0,0 – 2,5</td>
</tr>
<tr>
<td>50 – 59</td>
<td>0,0 – 3,5</td>
</tr>
<tr>
<td>60 – 69</td>
<td>0,0 – 4,5</td>
</tr>
<tr>
<td>70 – 79</td>
<td>0,0 – 6,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(Tomášek, J., s. 276)

Tab. č. . Riziko KP u mužů s PSA hladinou < 4 ng/m

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hladina PSA (ng/ml)</th>
<th>Riziko přítomnosti KP (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0 – 0,5</td>
<td>6,6</td>
</tr>
<tr>
<td>0,6 – 1</td>
<td>10,1</td>
</tr>
<tr>
<td>1,1 – 2</td>
<td>17,0</td>
</tr>
<tr>
<td>2,1 – 3</td>
<td>23,9</td>
</tr>
<tr>
<td>3,1 – 4</td>
<td>26,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(Broďák, M., 2013, s. 16)

2.5.1 Zobrazovací metody karcinomu prostaty

Sonografické vyšetření se provádí transabdominálním přístupem (přes břišní stěnu), nebo transrektálním přístupem (konečníkem) za pomocí ultrazvukové sondy. Toto vyšetření nám zobrazuje prostatu, semenné váčky, báze měchýře a konečníku. Vyšetření ultrazvukem detekuje velikost a tvar prostaty. Je velmi užitečné při rozhodování o správné léčbě a plánování operace (Anamnéza, 2019).
PET/CT je moderní metoda, která využívá dvě zobrazovací metody v jednom přístroji. To je pozitronová emisní tomografie (PET) a výpočetní tomografie (CT). Je zapotřebí podání radioaktivní látky (pro vyšetření PET), možné podání jodové kontrastní látky nebo podání vodného roztoku kontrastní látky ústy (pro vyšetření CT). Vyšetření vyhodnocuje lékař přímo na pracovišti (Původce PET/CT, 2019). Toto neinvazivní vyšetření slouží k detekci kostních metastáz, uzlinových metastáz u pacientů se středním a vysokým rizikem (PSA >10 ng/ml, Gleasonovo skóre ≥ 7). Zachycuje i uzlinové metastázy relativně drobné, kdy uzlna nemusí být ještě zvětšená. Vyšetření je možné s odstupem času opakovat a pozorovat rozdíly snímků (Ptáčník a Kubinyi, 2016, s. 1 - 4).


Scintigrafie skeletu je zásadní pro zjištění metastáz v kostech. Kostní metastázy jsou při tomto vyšetření zobrazeny až o 6 měsíců dříve než při klasickém RTG vyšetření (Anamnéza, 2019).


2.5.2 Určení stadia a rizika karcinomu prostaty

Klasifikace TNM se používá pro karcinom prostaty. Klasifikaci TNM se rozlišuje na klinickou (cTNM) a patologickou, pooperační (pTNM). Nejdůležitějším prediktorem klinického chování tumoru je přesné stanovení širokého spektra diferenciace, které vykazují karcinomy

Gleasonovo skóre dělí prostatu na: GS 2-4 jako nenádorové onemocnění

- GS ≤ 6 dobře diferencovaný karcinom
- GS 7 středně diferencovaný
- GS 8-10 špatně diferencovaný

(Novotný, Vítek a Kleibl, 2016, s. 417)

### 2.6 Léčba karcinomu prostaty

Pokud zhoubné nádorové bujení bylo u pacienta prokázáno histologickým rozborem, nádorové tkáně přechází do péče odborného onkologa (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 33).

Při výběru léčebných metod se řídíme celkovým zdravotním stavem pacienta a stadiem onemocnění. Dále musíme přihlédnout k pacientově volbě, kterou provedl po konzultaci s lékařem. Rozlišujeme tyto způsoby léčby: odložená léčba, chirurgická léčba, radioterapie, hormonální terapie, případně jejich kombinace (Húblová, 2016, s. 16).

Pokud je karcinom zachycen ještě před metastazováním, doporučuje se radikální prostatektomie nebo ozáření, které se považuje za velmi úspěšné. Onemocnění má tendenci se šířit dál u pacientů, u kterých byly zjištěny metastázy, a proto neexistují účinné léčebné postupy (Marieb a Mallatt, 2005, s. 733).

Moderní medicína nezapomíná na plánované rodičovství. Některé způsoby léčby, jako je například chemoterapie, poškozují tvorbu spermií a následně způsobují neplodnost. Proto se doporučuje odebrat sperma před plánovým zákrokem a terapií a sperma následně zamrazit. Až dva roky po ukončení terapie se doporučuje využít spermií (Hronovská, s. 11).
2.6.1 Odložená léčba karcinomu prostaty

Při volbě odložené léčby máme dvě možnosti. To je aktivní sledování - „active surveillance“ nebo pozorné vyčkávání – „watchful waiting“. Pro pacienty s časným karcinomem prostaty nízkého rizika, s nízkým předpokladem zhoršené kvality života je vhodné aktivní sledování. Dále musí splnit pacient tzv. Epsteinova kritéria pro prostatický specifický antigen (PSA), Gleasonovo skóre (GS) a stadium onemocnění. Pacient musí pravidelně absolvovat kontroly prostatického specifického antigenu (PSA) a DVR (digitální rektální vyšetření). Jednou za dva roky je nutné provést biopsii prostaty. Pro starší pacienty je vhodné pozorné vyčkávání, protože zde předpokládáme pomalý růst karcinomu prostaty a s případnou léčbou je vysoké riziko nežádoucích účinků. Při zhoršení kvality života a progresi onemocnění je vhodné zahájit paliativní léčbu (Hůblova, 2016, s. 16).

Pacienti, u kterých byla zvolena pouze strategie aktivní sledování, jsou zváni 1x za 3-6 měsíců na kontrolní klinické vyšetření, stanovení nádorových markerů a vyšetření per rectum. NCCN jednou ročně navrhuje nové biopsie prostaty, aby mohlo být vyhodnoceno riziko progrese onemocnění – změna Gleasonova skóre (viz Tab. č. 3) (Novotný, Vítek a Kleibl, 2016, s. 434).

Tab. č. 3 Definice rizikových skupin pacientů s karcinomem prostaty dle NCCN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Riziko</th>
<th>Charakteristika skupiny</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Velmi nízké</td>
<td>T1a-c N0 M0 a Gleasonovo skóre ≤ 6 a PSA &lt; 10 ng/ml a &lt; 3 biopitcké vzorky z punkční biopsie pozitivní, s ≤ 50 % nádorového objemu v každém vzorku a PSA denzita &lt; 0,15 ng/ml/g</td>
</tr>
<tr>
<td>Nízké</td>
<td>T1-T2a N0 M0 a Gleasonovo skóre ≤ 6 a PSA &lt; 10 ng/ml</td>
</tr>
<tr>
<td>Střední</td>
<td>T2b-c N0 M0 nebo Gleasonovo skóre 7 nebo PSA 10-20 ng/ml</td>
</tr>
<tr>
<td>Vysoké</td>
<td>T3a N0 M0 nebo Gleasonovo skóre 8-10 nebo PSA &gt; 20 ng/ml</td>
</tr>
<tr>
<td>Velmi vysoké</td>
<td>T3b-T4 nebo primární Gleasonovo grade (ne skóre!) 5 nebo více než 4 vzorky z punkční biopsie s Gleasonovým skóre 8-10 nebo T a N jakékoli v M1</td>
</tr>
<tr>
<td>------------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(Novotný, Vítek a Kleibl, 2016, s. 421)

### 2.6.2 Chirurgická léčba karcinomu prostaty

Přístupy k odstranění prostaty jsou tři. První je otevřená operace, která byla dříve standardem, dnes již se jeví jako obtížná a nepřehledná. Druhým přístupem je laparoskopická operace, která se provádí za pomoci malých vstupů v břišní stěně. Je sice náročná na zručnost operáře, má však nesporné výhody, jako je menší krevní ztráta a rychlejší rekonvalescence. A poslední nejnovější metodou je robotem asistovaná operace. Podobá se laparoskopické operaci, ale má řadu výhod, jako je menší krevní ztráta a rychlejší lekární závaží, lepší manipulovatelnost, celkově má lepší výsledky (Broďák, 2018, s. 3).

Robotem asistovaná operace sestává z laparoskopické operace, kdy operátor ovládá operační nástroje na dálku. Trojrozměrný obraz a operační nástroje se pohybují stejně jako ruka chirurga. Nové výsledky ukazují na vyšší prospěšnost robotické prostatektomie pro pacienty. Zvláště to jsou: nejnižší operační zátěž, rychlejší rekonvalescence, méně nežádoucích účinků (poranění okolních orgánů, inkontinence moče a stolice), vyšší onkologická účinnost (Broďák, 2018, s. 5 - 9). Největší potenciál rozvoje mají robotické operace (Košna, 2016, s. 11).

Historie u nás dokládá, že první radikální operace prostaty (prostatektomie) byla provedena v Praze v roce 1986. Poté v roce 2004 byla provedena laparoskopicky asistovaná radikální prostatektomie. Rok po té v 2005 byla provedena v Praze první robotem asistovaná radikální prostatektomie (Broďák, 2018, s. 10 -11). Do roku 2018 vzniklo v České republice 9 robotických center (Broďák, 2018, s. 20). Česká republika se začíná blížit k evropskému standardu, co se týče počtu výkonů a podpory zdravotních pojišťoven (Broďák, 2018, s. 28).

Léčba chirurgická – radikální prostatektomie (ve všech svých podobách – retropubická, perineální a robotický/laparoskopicky asistovaná) je kurativní metodou. K operaci jsou přednostně indikování pacienti v dobrém fyzickém stavu s očekávanou délkou života více než 10 let. Pacienti musí být předem poučení o možných komplikacích operace (Tomášek, 2015,
Tyto komplikace jsou poruchy potence, stenózy uretry, inkontinence stolice a moče, které můžou být trvalým následkem operace (Vorlíček, J., 2012, s. 62). U pacientů, kteří mají riziko metastatického postižení nad 5 %, upřednostňujeme pánevní lymfadenektomii před vlastní prostatektomií (Tomášek, 2015, s. 277).

Klinické nálezy cT1-2, N0, M0, jakékoliv PSA a GS spadají do těchto skupin. Pacienti, kteří splňují parametry lokalizovaného karcinomu prostaty s klinickými charakteristikami one-mocnění nízkého, středního i vysokého rizika karcinomu prostaty. S nádorem nízkého rizika u pacientů s očekávanou délku života méně než 10 let je vhodné aktivní sledování a v případě progrese zahájení terapie. Je nezbytné pacienta informovat o nutném provádění rebiopsi prostaty, pokud si s lékařem zvolí tuto strategii. Zahajujeme léčbu s kurativním záměrem v případě biochemické či klinické progrese (Tomášek, 2015., s. 277).

2.6.3 Komplikace po radikální prostatektomii

Komplikace mohou být časné – při výkonu operace nebo těsně po operaci a pozdní komplikace. Časné komplikace – větší krvácení při výkonu, u laparoskopické a roboticky asistované prostatektomie se toto riziko výrazně snižuje oproti výkonu dříve prováděnému. K dalším komplikacím patří poranění konečníku (5% případů), organů malé pánve s nutností dalšího následného operačního řešení (konečník, píštěl mezi střevem a močovým traktem), striktura močové trubice (zúžení spojení močové trubice s měchýřem) (Čapoun a Grepl, 2016).

nutné začít co nejdříve. Tak jako při úniku moči i zde je očekávána úprava erektivních funkcí do 2 let od operace (Čapoun a Grepl, 2016).

2.6.4 Radioterapie karcinomu prostaty

Radioterapie karcinomu prostaty byla považována ve 20. a 30. letech pouze za léčbu palia
tivní. Rozvinula se až v 50. letech s nástupem nových modernějších přístrojů (Hůbllová, 2016, s. 21).

Dnes je metodou volby pro pacienty, kteří nejsou schopni podstoupit operaci nebo upřed-
nostňují nechirurgický přístup. Radioterapie je indikována s krátkodobou hormonoterapií v trvání 6 měsíců. První metodou volby kurativní radioterapie s dlouhodobou hormonoterapií v trvání 3 let je u pacientů lokalizovaného karcinomu prostaty ve vysokém riziku. Vždy provádíme pánevní lymfadenektomií. Adjuvantní či salvage radioterapie často předcházejí v rámci individualizované terapie radikální prostatektomii (Tomášek, 2015, s. 277 - 278).

O lokálně pokročilém karcinomu prostaty mluvíme tehdy, pokud má pacient vysoce rizikový karcinom prostaty (Ct3 – 4, N0 – 1, M0, jakékoliv PSA a GS). První volbou metody léčby je kurativní radioterapie (při N1 prostaty a pánevních uzlin) s dlouhodobou hormonoterapií. Radikální prostatektomii s pánevní lymfadenektomií je možné zvažovat pro vybrané pacienty v rámci multimodálního přístupu, následovanou salvage/adjuvantní radioterapií. Hormonoterapií zahajujeme u pacientů neschopných podstoupit kurativní léčbu (Tomášek, 2015, s. 278).

2.6.5 Hormonoterapie karcinomu prostaty

Hormonoterapii zahajujeme u pacientů neschopných podstoupit kurativní léčbu s progresí onemocnění (Tomášek, 2015, s. 278). Prvoplánově využíváme hormonální závislosti karcinomu prostaty v léčbě. Androgen, který je produkovaný ve varlatec a Leydigovými buňkami, a testosteron jsou základním stimulem replikace prostatické buňky. Hypotalamo-hypofyzární-testikulární osa řídí produkci testosteronu prostřednictvím gonadotropinu, který uvol

ěhuje hormon (GnRH) a následně luteinizační hormon (LH) s folikuly stimulujícím hormonem (FSH). V oblasti hypotalamo-hypofyzární-testikulární osy na jednom nebo několika místech cíleným zásahem bráníme buněčné replikaci a tím u citlivé nádorové buňky navodíme apoptózu. Metastatické karcinomy prostaty více než 80% bývají v době diagnózy cit-
livé na endokrinní manipulaci. Jejím principem je eliminace či blokování produkce vlivu androgenů. Léčebnou odpověď různě dlouhou navodíme endokrinní manipulaci. Mezi 12 –
18 měsíců u generalizovaného onemocnění se pohybuje léčebný medián (Matoušková, 2013, s. 42 - 43).


Steroidní antiandrogeny (cyproteron acetát) inhibují svým duálním účinkem produkci LH a FSH, to vede ke snížení testosteronu a estradiolu a následně potlačení zpětnovazebných mechancismů Leydigoých buněk varlete a prostatické žlázy. Po orchiektomii nebo při léčbě LHRH analogy využíváme schopnost tlumit návaly horka. Podání steroidních antiandrogenů vede k menší závažnosti hot flushes a snížení výskytu návalů horkosti. Až u 66 % nemocných podání nesteroidních androgenů vede k bolestivé gynekomastii. Podání inhibitorů aromatáz, tamoxiferu či lokální radioterapie mléčných žláz je prevencí gynekomastie (Matoušková, 2013, s. 42 - 43).

2.6.6 Terapie při relapsu karcinomu prostaty

Může dojít k recidivě onemocnění (většinou elevace PSA je první známkou) po kurativní léčbě. Záchvatovitou (salvage) léčbu indikujeme vždy při vyloučení diseminace, které vždy předchází následné přešetření. Kurativní radioterapii využíváme s výhodou pacient s recidivou po radikální prostatektomi. Radikální prostatektomie je sporadicky indikována u recidivy po kurativní radioterapii pro horší funkční výsledky a náročné technické operace v ozářeném terénu. Hormonální léčba je na místě ve většině případů (Tomášek, 2015, s. 278).


Pokud se vyvinou hormon – rezistenční onemocnění, mluvíme o kastračně rezistentním karcinomu prostaty (CRCP). Ten se může vyvinout po dvou až třech letech po počátečním období léčby hormon-senzitivního onemocnění adenom u prostaty. Onemocnění přestane odpovídat na androgenní deprivaci. Na primární hormonální léčbu přestávají pacienti odpovídat a to buď antagonisty LHRN, či agonisty gonadoliberinu (LHRH) nebo bilaterální orchiektomie. Tzv. permanentní kastrační stav udržujeme u pacientů navozenými léčebnými modalitami. Pacienti se dostávají do fáze onemocnění, které nazýváme kastračně rezistentní
karcinom prostaty (CRCP) (Tomášek, 2015, s. 278). V této situaci lze krátkodobě využít vysazení antiandrogenů. To vede po 4 – 6 týdnech u některých nemocných k výraznému poklesu hladiny PSA. Pokles je krátkodobý v trvání asi 6 měsíců. Pak dojde k opětovnému vzestupu (Matoušková, 2013, s. 46).

2.6.7 Chemoterapie karcinomu prostaty

Chemoterapie se začíná rozbíjet až v polovině 20. století, což umožnil výzkum nových cytostatických sloučenin (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 35 - 36).

V chemoterapii využíváme cytotatistika, což jsou látky získané buď z přírodních zdrojů (asi 60 %), nebo uměle připravené. Tyto látky zasahují do některé části buněčného cyklu a tím poškozují proces rozmnožování buněk, kdy z mateřské buňky vznikají buňky nové. Důsledkem tohoto procesu je zástava rozmnožování buněk (Fridrichová, s. 3 - 4).

Než je preparát schválen do klinické praxe, je zkoušen nejprve v experimentální praxi. Pak následují klinické pokusy fáze I, II, III, ty zkoumají potřebnou dávku léku, jeho bezpečnost a účinnost. Třetí fáze znamená zkoušky proti stávající doporučené léčbě. Pokud se prokáže, že podání léku je účinné a bezpečné, je uvolněn pro použití v běžné praxi (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 36). I přes tyto příznky dosud neznáme účinný cytostatika, která by zdravou buňku nepoškodila vůbec (Fridrichová, s. 4).

Pro zvýšení účinnosti léčby se tyto léky často kombinují tak, aby narušovaly různé etapy buněčného cyklu nádorové buňky. Pro jejich podávání je vytvořen přesný časový harmonogram - protokol. Mezi podáváním jednotlivých sérií cytostatik je nutný čas v rozmezí 2 - 4 týdnů k zotavení poškozených zdravých buněk. Celý cyklus se několikrát opakuje – obvykle 4 - 6x. U různých léčebných protokolů a druhů nádorů se časové intervaly mohou lišit (Fridrichová, s. 4).

Nejjednodušší lékovou formou jsou tablety nebo kapsle pro perorální podání. Dále se mohou také podávat injekční formou nebo infuzí do žíl (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 36).

Protože cytostatika poškozují i zdravou buňku, jsou pacienti v mnoha případech postiženi nežádoucími účinky léčby. Nežádoucí účinky se mohou objevit v kterémkoliv úseku léčby (Fridrichová, s. 4). Síla a závažnost nežádoucích účinků, která se u pacienta projeví, je velmi individuální. Závisí na mnoha okolnostech, jako je druh a dávka podané chemoterapie, na duševním a tělesném stavu a na reakci organismu (Votavová, s. 8).

Nežádoucí účinky můžeme rozdělit z časového hlediska na bezprostřední, časné a pozdní. Bezprostředně po podání chemoterapie (hodiny – dny) může dojít k nauzee, vomitus, lokální nekróze, hyperurikemii, anafylaktickým šokům, kožní reakci, flu-like syndromu. Mezi časné (dny – měsíce) nežádoucí účinky patří leukopenie, trombocytopenie, trombóza, anemie, alopecie, potíže se sliznicí v ústech a v krku, diarhoe, obstipace, periferní neuropatie, cystitida, poškození jater, poškození plíc, poškození ledvin, srdeční komplikace. Mezi pozdní nežádoucí účinky chemoterapie (měsíce – roky) patří poškození pohlavního ústrojí a sexuálních funkcí a druhotná zhoubná onemocnění (Votavová, s. 1 - 8).

2.7 Monitorování efektu léčby karcinomu prostaty

Monitorování účinku léčby je nutné po léčbě kurativní nebo paliativní (Broďák, 2013, s. 21). V urologické ambulanci jsou obvykle sledováni pacienti po kurativní léčbě karcinomu prostaty. Radioterapeutické pracoviště sleduje pacienty léčené radioterapií (Tomášek, 2015, s. 282).

Využívají se pravidelné odběry PSA, popřípadě doplněné o vyšetření per rectum a další diagnostické metody. Je nutné vyloučit recidivu orgánové či uzlinové metastázy v případě elevation PSA. Izotopový sken skeletu se provádí, protože do skeletu jsou nejčastěji organové metastázy. K diagnostice progrese metastatického postižení provádíme sken skeletu, pokud jsou již primárně přítomné kostní metastázy. Sonografie břicha (případně CT nebo MR) se
provádí při diagnostice dalších orgánových metastáz. Pravidelné laboratorní kontroly kreatininu, hemoglobinu a jaterních testů provádíme u pacientů s metastatickým postižením (Tests for Prostate Cancer, 2017).

Na individuálním posouzení odborným lékařem, ve shodě s doporučenými postupy, a na stavu pacienta závisí indikace k jednotlivým diagnostickým metodám. Po operaci první rok po 3 měsících se provádí v pravidelných intervalech kontroly. Intervaly je možné prodloužit na 6 a později 12 měsíců. Minimální interval kontrol 12 měsíců v odborné ambulanci by měl být trvale u pacientů se zhoubným nádorem. Po dokončení definitivní léčby minimálně 10 let by měli být sledováni pacienti dle doporučení Evropské urologické asociace (Broďák, 2013, s. 21 - 22).

2.8 Určení prognózy a vedlejší účinky protinádorové léčby karcinomu prostaty

Lze predikovat prognózu lokalizovaného karcinomu prostaty pomocí T stadia podle systému TNM, Gleasonova skóre (stupně diferenciace nádoru) a hladiny PSA při diagnóze. Optimalí léčba se pomáhá zvolit díky těmto parametřů dle individuálního rizika. Radikální operaci nebo radioterapii u pacientů s nízkým PSA a Gleasonovým skóre u nízce rizikových pacientů ve stadiu I a II lze dosáhnout vyléčení v 80 – 90 %. Délka odpovědi na supresi androgenů určuje prognózu metastatického karcinomu. Přibližně jeden rok je průměrné přežívání pacientů po selhání suprese androgenů. U mnoha pacientů s karcinomem prostaty jsou dominantní jiné nesouvisející nemoci, proto tito muži umírají s karcinomem prostaty, nikoliv na něj (Vorlíček, 2012, s. 65).

Maligní nádorová onemocnění provádí s různou frekvencí metastatické postižení skeletu. S rozdílnou četností se setkáváme s výskytom algického syndromu, hyperkalcemiemi, mišními kompresemi, patologickými zlomeninami. Dále se můžeme setkat s výskytom kostních komplikací, karcinomatózou kostní dřeně s důsledky pro krvetvorbu. U karcinomu prostaty dosahuje riziko kostních komplikací až 49 %, riziko mišní léze až 8 %. Vzájemně souvisí s přežitím výskyt kostních metastáz a jejich komplikací. Biofosfonáty ve formě perorální a intravenózní jsou používány k oddálení výskytu kostních komplikací při léčeb osteolýzy. Jsou schváleny 2 přípravky v léčbě karcinomu prostaty. V léčbě metastatického postižení skeletu to je klodronát. V léčbě CRCP to je zoledronát. Podání zoledronátu prodlužuje více
než o 5 měsíců dobu do první kostní komplikace (Matoušková, 2013, s. 49). Zástupce zoledronátu je zoledronic acid accord. Zástupce klodronátu je bonefos (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2019).

Dále se s výhodou využívá denosumab, který brání destrukci kosti způsobené nádorovým bujením. Oddaluje možné kostní komplikace. Jeho zástupci jsou prolia a xgeva (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2019). U těchto preparátů je nutná náhrada kalcia a vitamínu D.


Radia chloridu, emitéru alfa částic bude novou možností aplikace. Radionuklidy alfa na krátkou vzdálenost emitují vysokou radiaci. Vedou ke smrti buněk, protože navozují rozvolnění DNA šroubovice. Prakticky nulový je při aplikaci radia výskyt nežádoucích účinků (Matoušková, 2013, s. 49 - 51).
3 SCREENING A PREVENCE KARCINOMU PROSTATY

Nyní je nám známo hodně o prevenci a časné detekci karcinomu prostaty. Abychom s prevencí začali, není nutné projít genetickým testováním. Své zdraví si každý z nás musí ochraňovat jako nejdůležitější životní hodnotu, kterou nelze vyčísilit penězi (Foretová, s. 12).

Česká republika patří mezi vyspělé země světa, čemuž ne vždy odpovídá zdravotní stav obyvatel. Základním ukazatelem zdravotního stavu populace dané oblasti je střední délka života, což je věk, kterého má šanci se dožít člověk od narození (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 18).

Každý člověk by se měl snažit o zdravý životní styl a vyhnout se prokázaným škodlivinám. Zdravý životní styl nás může ochránit nejen před nádory, ale také před mnoha nepříjemnými nemocemi. Mezi škodlivé látky patří zbytečná radiace, příliš mnoho slunění a cigaretový kouř. V prevenci nádorů je důležitá zdravá strava s dostatečnou konzumací ovoce a zeleniny, omezení uzenin, tuků a tmavého masa, prevence stresu a obezity, pravidelná fyzická aktivita (Foretová, s. 12).

Prevenci jako takovou můžeme rozdělit do tří kategorií. Primární prevence je nejúčinnější cestou k omezení úmrtnosti lidí na karcinom. Vychází z principu, že buď musíme najít účinný způsob léčby, nebo najít cestu zabránění vzniku nemoci. Dnes víme a existují pro to důkazy, že prevence karcinomu prostaty je možná. V 80 - 90 % můžeme vznik karcinomu připsat vlivům okolního prostředí a životního stylu. Ve studiích, které sledovaly skupiny migrantů, které odešli z oblasti s určitou úrovní výskytu karcinomu, se v hostitelské zemi dostávají už v první generaci na úroveň výskytu karcinomu hostitelské země. Proto je důležité začít s prevencí v rodině, ve škole a pokračovat v ní celý život. V sekundární prevenci je cílem odhalit časné příznaky nemoci (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 26 - 27). Avšak karcinom prostaty v praxi nemá zaveden plošný screeningový program (Tomášek, 2015, s. 276). Proto je důležité věnovat jim patřičnou pozornost, protože jedině tehdy, pokud je nemoc odhalena včas, může být její léčba úspěšná. Zde je možné využití stanovení hladiny PSA, protože samostatné vyšetření per rectum nemá žádný pozitivní efekt na včasné odhalení karcinomu prostaty (Novotný, Vítek a Kleibl, 2016, s. 419). Terciální prevence klade důraz na dispenzarizaci (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 26 - 27). Screeningový interval je bezpečný po 8 letech u mužů s hladinou PSA pod 1ng/ml. Z důvodu minimálního klinického významu není doporučeno rutinní PSA testování mužů starších 75 let (Tomášek, 2015, s. 276). Dále se zabývá zachycením případného návratu nádorového onemocnění po primární

Doposud neexistuje onkologická prohlídka, která by se samostatně věnovala prevenci karcinomu. Prevence tedy musí být komplexní, zaměřená na předcházení nemoci. Onkologická prevence karcinomu prostaty spočívá v preventivních prohlídkách, jejichž součástí je DRV per rectum. Obsah a časové rozměry preventivních prohlídek řeší vyhláška 55/1977 Sbírky. Obecně platí prohlášení, že preventivní prohlídky předepsané a prováděné dle zdravotního řádu co dva roky nejsou klienty aktivně využívány (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 39).

Dodržovat doporučenou prevenci by měli ti lidé, kteří mají v rodině příbuzné s nádorovým onemocněním a tím pádem i vyšší riziko nemoci. O této skutečnosti by měli informovat svého lékaře, aby jim mohl poradit, jak se nejlepě chránit (Foretová, s. 12).

Nádory jsou dědičné jenom asi v 5 - 10 %. Genetická dispozice může být přenášena přes obě pohlaví a znamená vysoké riziko onemocnění, ale ne však jistotu nemoci. Genetické vyšetření se zvažuje s lékařem v tom případě, pokud lidé mají skutečně závažnou rodinnou anamnézu. Podstoupit toto vyšetření mohou na doporučení svého lékaře nebo odborného lékaře, a tak se dozvědět více informací nejen pro sebe, ale také i svou rodinu. Mnohem intenzivnější prevence je nutná, pokud se potvrdí dědičná forma nádoru (Foretová, s. 12).


1. „Nekuřte. Pokud kouříte, přestaňte. Pokud nemůžete přestat, nekuřte v přítomnosti dětí.“
2. „Vyvarujte se obezity.“
3. „Denně vykonávejte nějakou tělesnou aktivitu.“
4. „Jezte denně více různých druhů ovoce a zeleniny, alespoň v pěti porcích. Omezujte příjem potravin obsahující živočišné tuky.“
5. „Jestli pijete alkohol, ať již pivo, víno nebo koncentráty, snížte spotřebu na dva nápoje denně, jste-li muž, a na jeden, jste-li žena.“
6. „Nevystavujte se nadměrnému slunečnímu záření. Zvláště důležité je chránit děti a mladistvé. Ti, kdo mají sklon se rychle spálit, se musí chránit během celého života.“
7. „Dodržujte přesně pravidla ochrany před známými rakovinotvornými látkami. Dodržujte všechny zdravotní a bezpečnostní předpisy při styku s látkami, které mohou způsobit rakovinu. Dodržujte směrnice radiační hygienické služby.“ (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 24).

Každý člověk v dnešní době má možnosti chránit si své zdraví. Je na naší zodpovědnosti a záleží pouze na nás, jakým způsobem se ke svému zdraví budeme stavět (Foretová, s. 12).

V rámci České republiky existují organizace, které se zabývají prevencí nádorových onemocnění. Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně (ČOS) vyhlásila národní onkologický program, ten má za úkol přispět ke snížení výskytu nádorových onemocnění a ke snížení úmrtnosti na tato onemocnění. Dále ke zlepšení komfortu života pacientů s nádorovým onemocněním a v neposlední řadě ke zvýšení hospodárnosti v nákladech na diagnostiky a léčbu karcinomu v ČR (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 99).

4 Vliv zhubné nádorové nemoci na psychiku pacienta a působení sestry

4.1 Sex a karcinom prostaty

Pohled mužů na svou sexuality a mužnost může ovlivnit častý výskyt karcinomu prostaty. Muži jsou názoru, že mají být „silné, tiché typy“, což potvrzuje a ztělesňuje tradiční definice mužnosti. Tato přesvědčení mohou pomoci vysvětlit, že muži využívají lékařské služby s menší pravděpodobností. Definice silné mužnosti je ústředním bodem sexuální potence u mužů, a proto u zdravotních stavů ovlivňujících sexuální potenci je zvlášť výrazné neochota mužů nechat se vyšetřit a léčit (Ayers a Visser, 2015, s. 372 - 375). Nemocní zpravidla trpí úzkostnými stavy, které negativně ovlivňují jejich sexuální život. Samotná léčba, zejména ozařování a chemoterapie, snižuje tvorbu hormonů ovlivňujících pohlavní pud a akt (Hronovská, s. 2).

U nádorových nemocí mohou být poruchy v sexuální oblasti dlouhodobě nebo až trvalé. S tímto faktorem je obtížné se vyrovnat. To vyžaduje velmi citlivý přístup lékařů a sester, což samozřejmě nenahrazuje pomoc rodiny a sociální zázemí pacienta. Ne nadarmo se říká, že v nouzi poznáš přítele. Problematika sexu se řeší s každým pacientem individuálně, protože problémy v této oblasti mění kvalitu života, ovlivňují psychiku nejen pacienta, ale i celé jeho rodiny (Hronovská, s. 2).

V urologických ambulancích jsou lékaři a sestry nápomocní při řešení těchto nežádoucích komplikací. V léčbě erekce se využívá buď léková forma, nebo aplikace léčebné látky přímo do topořivých těles, což je efektivnější možností léčby erekce (Čapoun a Grepl, 2016).

Dopady různých léčebných postupů na kvalitu života je mimořádně důležité zvažovat. Radikální prostatektomie bývá ovlivněna ochotou mužů, do jaké míry je trpí zhoršení sexuálních funkcí z důvodu poškození nervů. Účinná psychologická interakce může omezit nepříznivé dopady diagnózy a léčby karcinomu prostaty na psychiku (Ayers a Visser, 2015, s. 372 - 375).

Často kladeným dotazem bývá, zda sex po terapii může nemocnému ublížit. Obnovení sexuálního života bývá pozvolně, je závislé i na předchozí sexuální aktivitě (Hronovská, s. 10).
Je vhodné do této problematiky zahrnout i rodinu, pokud s tím rodina souhlasí. Spolupracující rodina je pro pacienta vždy příznakem. Má kladný vliv nejen na snášení léčby, ale i zlepšení psychického stavu. Na této pomoci může záviset i konečný výsledek léčby.

4.2 Psychika muže při vyšetření a léčba karcinomu prostaty

Zhoubné nádorové onemocnění má své zvláštnosti, běžný pojem, jako je zdraví a nemoc, mají velkou řadu definic. Podle WHO je zdraví „stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagoval na změny a vyrovnávat se svým prostředím“. Zdraví můžeme také charakterizovat jako normální a dobré fungování (Dostálová, 2016, s. 47).

Nemoc má více rovin, somatickou, psychickou a sociální. V somatické rovině sledujeme řadu měřite lhelných hodnot. Psychologická je subjektivní, člověk se necítí dobře, což ovlivňuje jeho postoj k utrpení a snižuje jeho schopnost to zvládat (Dostálová, 2016, s. 47).

Diagnóza karcinomu prostaty stejně jako u kteréhokoli jiného typu karcinomu může vést k depresi nebo úzkosti a touze po možnostech léčby a informacích o prognóze. Muži často cítí úzkost a deprese, které často zůstanou nepovšimnutý. Muži podle jejich přesvědčení mají potřeby, které dostupné služby nenaplňují (Ayers a Visser, 2015, s. 372 - 375). Nastává tedy stav, kdy potřeby nejsou uspokojovány, což vyžaduje novou adaptaci a omezení různých životních aktivit. Sociální stránka nemoci se zabývá poruchou v sociálních rolích v důsledku nemoci. „Nemoc je porucha schopnosti individua plnit očekávané úkoly a role, tedy odchylka od normální sociální role“ (Dostálová, 2016, s. 47).

Vyšetření, diagnóza a léčba karcinomu prostaty má psychologickou stránku, kterou si musí zdravotníci uvědomovat. Každý muž cítí bezmocnost, má obavy z vyšetření, léčby a jejích komplikací, ze ztráty důstojnosti, ztráty intimity a v neposlední řadě z inkontinence. Bojí se ztráty partnera, rodiny a přátel (Hronovská, s. 2). DRE (digitální rektální vyšetření) je další formou vyšetření, při němž nahmatá lékař případné abnormality, které mohou svědčit o karcinomu prostaty. Vzhledem k souvislosti vnímané mezi homosexualitou a análním vniknutím je pro mnoho mužů velmi obtížné rektální vyšetření absolvovat. Mnoho mužů vnímá průnik prstom hůře než vniknutí části přístroje, a proto berou muži DRE více negativněji než kolonoskopii (Ayers a Visser, 2015, s. 372 - 375).
Kvalitu života snižuje operace, hormonální léčba, radiace, které mají vedlejší účinky. Většina operovaných mužů má inkontinenci moči, což u nich může vést ke ztrátě pocitu kontroly, k omezení sociálních interakcí, k pocitům zahanbení a také k depresi. Míra obav z impotence na straně partnerů a předoperacní hladina sexuální aktivity mužů má vliv na dopady impotence v důsledku poškození nervů během operace. Závažnost impotence a inkontinence moči mohou snížit k nervům šetrné moderní operační postupy (Ayers a Visser, 2015, s. 372 - 375).

Pracující muži mají velkou obavu z toho, jestli budou schopni finančně zajistit rodinu. Avšak největší obavu mají muži ze smrti (Hronovská, s. 10).

4.3 Psychoonkologie

Psychický stav u onkologicky nemocných je ovlivněn především věkem, přítomností nebo nepřítomností nepříznivých příznaků nemoci (Dostálová, 2016, s. 59 - 61).

Psychoonkologie je poměrně nový pojem a definuji jej jako interdisciplinární obor na pomezí onkologie, psychologie, imunologie, sociologie a endokrinologie. V řadě zemí se považuje za samostatný vědní obor. Zabývá se psychologickou stránkou nádorové nemocnění. Provází nemocného od vzniku onemocnění přes přijetí po léčbu (Dostálová, 2016, s. 48). Nedílnou součástí komplexní péče má tedy psychologická pomoc a má pak vliv na průběh léčby, další vývoj onemocnění a tím zásadně ovlivňuje kvalitu života onkologicky nemocného (Kulhánková, s. 16 -17).

Protože se jedná o multidisciplinární obor, role psychologů a lékařů se doplňuje. Informace podává ošetřující lékař a psycholog se zaměřuje na konkrétní příznaky a problémy psychiky, s nimiž se pacient potýká. Zvláště to jsou pocity osamělosti (zde se osvědčily psychoterpapeutické skupiny), strach z léčby, pocitou zaufalství a deprese, pocity izolace a bezmoci. Pomoc při objasňování chybných informací nebo chybné interpretaci informací. Cílem psychoterapeutické intervence je zmírnění těchto potíží, což opět zvyšuje kvalitu života (Kulhánková, s. 16 -17).

Délka a rozsah intervence se řídí zdravotním stavem pacienta a jeho potřebami. Může být buď kratkodobá – zaměřená k překlenutí obtížného období určité fáze nemoci, nebo dlouhodobá – nabízející komplexní systematické řešení osobní situace, což může trvat i léta. Psy-
cholog pacienta nehodnotí, neodsuzeje, ale respektuje intimitu a důvěrnost pacientova sdělení. Psycholog pracuje s různými relaxačními technikami, imaginací řízených představ (ke zmírnění úzkosti), ale hlavní technikou je rozhovor (Kulhánková, s. 16 - 17).

Každý pacient má potřebu o své nemoci mluvit více či méně, ale u onkologického pacienta se tato potřeba několikrát násobí, bohužel v dnešní době stresu, spěchu, při neustálém narůstání administrativy a dalších povinností zdravotníků lékařských či nelékařských je stále méně času na respektování této nezbytné potřeby onkologických pacientů (Kulhánková, s. 16 - 17).

Ve spolupráci s psychiatrem je možno doplnit terapii o antidepresiva nebo anxiolytika. Je považováno za výhodu po souhlasu pacienta, aby se setkání účastnili i rodinní příslušníci (Kulhánková, s. 16-17).


### 4.4 Péče sestry o onkologicky nemocného

Sestra má nezastupitelné místo v týmu, který peče o pacienta. Aby péče sestry byla nejefektivnější, je zapotřebí, aby si vytvořila s pacientem kladný vztah pomáhající mu zvládat jeho onemocnění. V průběhu ošetřovatelského procesu za hospitalizace může sestra zjistit, ale také vypozorovat řadu velmi důležitých údajů a tím doplní celkový obraz pacienta s jeho nemocí.

Sestra i při svém pracovním vytížení má řadu příležitostí k získávání informací o pacientovi při provádění ošetřovatelského procesu u pacienta. Např. při aplikaci léků a infuzí, při zajišťování pravidelné osobní hygieny, při pravidelném podávání stravy, při sledování fyziologických funkcí, při polohování pacienta (Nováková, 2011, s. 58).

Hygiena – kontrola a rada stačí u většiny nemocných. Pokud je pacient v těžkém zdravotním stavu, sestra pomáhá nebo plně přebírá celou realizaci hygienického procesu (Nováková, 2011, s. 58).


Sledování fyziologických funkcí – pravidelné sledování, orientační hodnocení a řádné zaznamenávání do dokumentace. Pokud zjistíme neočekávané výchylení hodnot nebo je hodnota nad rámec stanovené normy, ihned informujeme o této skutečnosti lékaře a dále se řídíme jeho ordinací (Sledování fyziologických funkcí, 2018).


Odpočinek a spánek – zajistit vhodné podmínky pro odpočinek a spánek (např. dodržování nočního klidu, vyvětrané pokoje, v noci při kontrole zbytečně nerušit rozsvícováním světel a nadbytečnou hlučností, ráno budit co nejpozději). Vyvarovat se spánkové inverzi (Nováková, 2011, s. 59).


Komunikace – vnímavost, chápání, slovní zásobu, způsob vyjadřování, sledujeme a hodnotíme v průběhu celého ošetřovatelského procesu, od počátku onemocnění, při léčbě i při případné hospitalizaci. Změny, kterých by si měla sestra všimat, mohou být počátečním signálem změny zdravotního stavu (Nováková, 2011, s. 59).
II. PRAKTICKÁ ČÁST
5 CÍLE PRŮZKUMU

Hlavním cílem této práce je zjistit informovanost zdravých mužů o Ca prostaty.

Dílčí cíle:

1. Zjistit úroveň deficitu informovanosti mužů o Ca prostaty.
2. Zjistit z jakých zdrojů muži získávají informace o Ca prostaty.
3. Zjistit, zda muži v rámci prevence Ca prostaty dbají na zdravý životní styl.

5.1 Charakteristika souboru

Dotazníkové šetření bylo provedeno u mužů, kteří byli náhodně vybráni a osloveni s žádostí o dobrovolné vyplnění písemného dotazníku, byli ve velké míře velmi ochotní a vstřícní. Respondenti byli oslovováni ve veřejných prostorech, jako jsou vlaková a autobusová nádraží, náměstí a ulice v různých městech zlínského kraje, a požádáni o vyplnění dotazníku na místě.

Dotazník byl koncipován záměrně tak, aby jeho vyplnění vybrané respondenty časově příliš nezatěžovalo. Díky tomu bylo docíleno vysoké návratnosti dotazníku. Návratnost vyjádřená v procentech byla 93 % z celkového počtu respondentů.

Zařazení respondenti do výzkumu museli splňovat tato stanovená kritéria:

- Muži, kteří jsou ochotni vyplnit dotazník,
- zdraví muži,
- osoby starší 20 let,
- muži, kteří souhlasili s podílením se na šetření.

5.2 Metoda sbírku dat

Průzkumné šetření bylo provedeno formou kvantitativního výzkumu, pomocí dotazníkového šetření. "Dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba odpovídá písemně" (Hrabalová, 2012). Výhodou tohoto způsobu získávání dat vidíme v tom, že respondentům je ponechán dostatek soukromí pro vhodné zvolení odpovědi. Dále se respondent může písemně vyjádřit u otevřených položek. Dotazník k tomuto šetření byl sestaven jako anonymní a obsahoval 20 položek, na které měli respondenti možnost odpovědět.
Pilotní dotazník byl nejprve vyzkoušen náhodně u 10 mužů v různé věkové kategorii. Cílem této aktivity bylo zjistit, zda jsou všechny položky v dotazníku srozumitelně formulované.

Nestandardizovaný dotazník v úvodu popisuje stručně instrukce k vyplnění a dále identifikační údaje, které se týkají věku a vzdělání respondentů.

Dotazník se skládá z uzavřených položek (položka č. 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20). Aby respondenti měli dostatečnou možnost vyjádřit svůj názor, obsahuje dotazník také položky otevřené (položka č. 10, 12). Dotazník také obsahuje položky uzavřené s možností rozšířené volby více odpovědí (položka č. 4, 13, 15).

5.3 Organizace průzkumu

Dotazníkové šetření probíhalo průběžně v období od 1. 3. – 30. 4. 2019. Podařilo se shromáždit 118 vyplněných anonymních dotazníků. Pro nevhodné vyplnění bylo 8 vyřazeno, což je 7 %. Distribuce dotazníků byla prováděna osobně zpracovatelkou bakalářské práce na veřejných prostranstvích, kde na uvedeném místě respondenti vyplnili dotazník, po následném vyhotovení byly sesbírány a uloženy k vyhodnocení.

5.4 Zpracování dat

Pro účely zpracování výsledků dotazníkového šetření vycházíme z celkového počtu 110 respondentů. Údaje, které byly získány, byly přehledně uspořádány.

Výsledky šetření byly statisticky zpracovány (relativní a absolutní četnost) pomocí počítačových programů Microsoft Excel a Microsoft Word, prezentovány v tabulkách viz dále.
6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Demografická data byla získána na podkladě položek dotazníku číslo 1, 2.

Soubor výzkumného šetření byl zastoupen 110 respondenty. Nejpočetněji zastoupenou věkovou skupinou respondentů byla věková kategorie „41 – 50 let“ (n38), což je 33 %. Ta je následována věkovou skupinou „20 – 40 let“ v procentuálním zastoupení 33 % spolu se skupinou „51 a více let“ (33 %), která byla stejně početná. V souboru šetření bylo zastoupeno 32 % (n 35) respondentů se středoškolským vzděláním, dále 27 % respondentů (n30) se středním vzděláním ukončeným závěrečnou zkouškou. Se základním vzděláním se šetření zúčastnilo 21 % respondentů. Soubor byl zastoupen 18 % vysokoškoláků a 2 % respondentů uvedlo vyšší odborné vzdělání.

Tab. č. 4 Věk respondentů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Věk respondentů</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>20-40 let</td>
<td>36</td>
<td>32,73</td>
</tr>
<tr>
<td>41-50 let</td>
<td>38</td>
<td>34,55</td>
</tr>
<tr>
<td>51 a více let</td>
<td>36</td>
<td>32,72</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>110</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 1 Věk respondentů
Tab. č. 5 Vzdělání respondentů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vzdělání respondentů</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Základní</td>
<td>23</td>
<td>20,91</td>
</tr>
<tr>
<td>Odborné zakončené závěrečnou zkouškou</td>
<td>30</td>
<td>27,27</td>
</tr>
<tr>
<td>Středoškolské ukončené maturitní zkouškou</td>
<td>35</td>
<td>31,82</td>
</tr>
<tr>
<td>Vysokoškolské</td>
<td>20</td>
<td>18,18</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiné</td>
<td>2</td>
<td>1,82</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>110</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 2 Vzdělání respondentů
Položka č. 3: Znáte onemocnění zvané rakovina prostaty:

Tab. č. 6 Informovanost mužů o karcinomu prostaty

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>81</td>
<td>73,64</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>29</td>
<td>26,36</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>110</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf. č. 3 Informovanost mužů o karcinomu prostaty

Shrnutí:

K dílčímu cíli č. 1 „Zjistit úroveň deficitu informovanosti mužů o Ca prostaty“ se váže položka č. 3, ve které nás zajímalo, zda zdravý muž má vůbec povědomí, co je to karcinom prostaty. Jak dokazují výsledky, většina zdravých mužů 74 % (n81) ve sledovaném souboru respondentů má povědomí o Ca prostaty. Neznalost tohoto onemocnění udalo pouze 26 % (n29).
Položka č. 4: Pokud ano, odkud jste se o tomto nádorovém onemocnění dozvěděl:

Tab. č. 7 Zdroj informovanosti o karcinomu prostaty

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zdroj informovanosti</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TV, rozhlas</td>
<td>30</td>
<td>24,19</td>
</tr>
<tr>
<td>Odborné besedy se zdravotníky</td>
<td>16</td>
<td>12,90</td>
</tr>
<tr>
<td>Letáky u lékařů</td>
<td>26</td>
<td>20,97</td>
</tr>
<tr>
<td>Internet</td>
<td>18</td>
<td>14,52</td>
</tr>
<tr>
<td>Obvodní praktický lékař</td>
<td>27</td>
<td>21,77</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiné</td>
<td>7</td>
<td>5,65</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>124</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf. č. 4 Zdroj informovanosti o karcinomu prostat
Shrnutí:

K dílčímu cíli č. 2 „Zjistit z jakých zdrojů muži získávají informace o Ca prostaty.“ se váže položka č. 4. Touto položkou jsme zjišťovali, odkud se muži dozvěděli o nádorovém onemocnění. Jelikož se jedná o otázku otevřenou s možností více odpovědí, celkem bylo zvoleno 124 odpovědí. Nejpočetnější skupinu respondentů tvoří „TV, rozhlas“ (24 %). Téměř stejného výsledku dosáhla skupina respondentů „Obvodní praktický lékař (13 %) a „Letáky u lékařů (21 %). Opět podobný výsledek nalézáme u skupin respondentů „Internet“ (15 %) a „Odborné besedy se zdravotníky (13 %). Nejméně zastoupenou skupinou respondentů jsou „Jiné“ (6 %), zde je udávána nejčastější odpověď „známí a rodinní příslušníci“. 
Položka č. 5: Znáte někoho, kdo onemocněl touto nemocí:

Tab. č. 8 Znalost konkrétního nemocného s karcinomem prostaty

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>61</td>
<td>55,45</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>49</td>
<td>44,55</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>110</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. č. 5. Znalost konkrétního nemocného s karcinomem prostaty

Graf. č. 5 Znalost konkrétního nemocného s karcinomem prostaty

Shrnutí:

K dílčímu cíli č. 2 „Zjistit z jakých zdrojů muži získávají informace o Ca prostaty.“ se váže položka č. 5. Položkou jsme chtěli zjistit, zda v blízkém okolí respondenta je osoba s onkológickým onemocněním prostaty. Nejpočetnější skupina respondentů 55 % uvedla odpověď „Ano“. Méně početná skupina 45 % odpověděla „Ne“. 
Položka č. 6: Vyskytlo se toto onemocnění ve vašem příbuzenstvu:

Tab. č. 9 Znalost konkrétního nemocného v okruhu vlastní rodiny

<table>
<thead>
<tr>
<th>Položka</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>26</td>
<td>23,64</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>51</td>
<td>46,36</td>
</tr>
<tr>
<td>Nevím</td>
<td>33</td>
<td>30,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>110</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf. č. 6 Znalost konkrétního nemocného v okruhu vlastní rodiny

Shrnutí:

K dílčímu cíli č. 2 „Zjistit z jakých zdrojů muži získávají informace o Ca prostaty.“ se váže položka č. 6. Nejčetněji zastoupenou skupinou respondentů je odpověď „Ne“ (46 %). V pořadí druhou je skupina „Nevím“ (30 %). Třetí a poslední skupinou respondentů je „Ano“ (24 %).
Položka č. 7: Myslíte si, že i vy můžete být ohroženi tímto onemocněním:

Tab. č. 10 Pocit ohrožení karcinomem prostaty

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>48</td>
<td>43,64</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>36</td>
<td>32,73</td>
</tr>
<tr>
<td>Nevím</td>
<td>26</td>
<td>23,63</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>110</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf. č. 7 Pocit ohrožení karcinomem prostaty

Shrnutí:

K dílčímu cíli č. 1 „Zjistit úroveň deficitu informovanosti mužů o Ca prostaty“ se váže položka č. 7. Ta vyhodnocovala, zda si respondenti myslí, že můžou být ohroženi i oni tímto onkologickým onemocněním. Překvapilo nás, že skoro polovina mužů ve sledovaném soubořu respondentů s ohrožením počítá. Nejpočetnější skupina respondentů zastoupená v 44 %, odpověděla „Ano“. Další skupina v zastoupení 33 % odpověděla „Ne“. Poslední skupinou respondentů je skupina „Nevím“ (24 %).
Položka č. 8: Myslíte si, že má vliv na vznik rakoviny prostaty psychika (stres, deprese, přepracování):

Tab. č. 11 Vliv psychiky, stresu, deprese, přepracování na vznik karcinomu prostaty

<table>
<thead>
<tr>
<th>Položka</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>45</td>
<td>40,91</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>53</td>
<td>48,18</td>
</tr>
<tr>
<td>Nevím</td>
<td>12</td>
<td>10,91</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>110</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf. č. 8 Vliv psychiky, stresu, deprese, přepracování na vznik karcinomu prostaty

Shrnutí:

Položka č. 9: Kouříte cigarety:

Tab. č. 12 Kouření cigaret

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>42</td>
<td>38,18</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>68</td>
<td>61,82</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>110</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf. č. 9 Kouření cigaret

Shrnutí:

K dílčímu cíli č. 3 „Zjistit, zda muži v rámci prevence Ca prostaty dbají na zdravý životní styl.“ se váže položka č. 9. Kouření je obecně považováno za vysoce rizikový faktor onkologických onemocnění. Položka se velmi radikálně zaměřila na odpověď kouření ANO, NE. Ve sledovaném souboru většina mužů kouří. Nejčetnější skupina respondentů v účetných 62 % udala odpověď „Ne“. Překvapivě menší skupina respondentů v počtu odpovědi na otázku, zda kouří, udala „Ano“, což je 38 %.
Položka č. 10: Pokud ano, kolik denně a jak dlouho:

Tab. č. 13 Množství vykouřených cigaret

<table>
<thead>
<tr>
<th>Položka</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Krabičku a více za den</td>
<td>15</td>
<td>33,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Do jedné krabičky za den</td>
<td>27</td>
<td>67,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>42</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf. č. 10 Množství vykouřených cigaret

Shrnutí:

K dílčímu cíli č. 3 „Zjistit, zda muži v rámci prevence Ca prostaty dbají na zdravý životní styl.“ se váže položka č. 10. Zajímala nás i tzv. denní a dlouhodobá kuřácká zátěž, to je počet cigaret. V tomto sledovaném souboru nejvíce kuřáků vykouří nejméně 1 krabičku denně. Tento typ otázky byl otevřený, kdy měli respondenti možnost odpovídat dle svého uvážení a mohli zvolit i více odpovědí. Z respondentů kouřící cigarety je největší četnost v kategorii „Do jedné krabičky za den“ (34 %), následuje „Krabička a více“ (68 %).
Položka č. 11: Konzumujete alkohol:

Tab. č. 14 Konzumace alkoholu

<table>
<thead>
<tr>
<th>Položka</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>58</td>
<td>52,73</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>52</td>
<td>47,27</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>110</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf. č. 11 Konzumace alkoholu

Shrnutí:

K dílčímu cíli č. 3 „Zjistit, zda muži v rámci prevence Ca prostaty dbají na zdravý životní styl.“ se váže položka č. 11. Položka se zaměřuje na další rizikový faktor onkologických onemocnění - alkohol. Ve sledovaném souboru polovina respondentů alkohol konzumuje. Výzkumného šetření se zúčastnilo 110 respondentů, kdy „Ano“ odpovědělo 53 %. „Ne“ mělo relativní četnost 47 %.
Položka č. 12: Pokud ano, jaké množství a jak často:

Tab. č. 15 Konzumace druhu a množství alkoholu

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pivo</td>
<td>20</td>
<td>33,90</td>
</tr>
<tr>
<td>Víno</td>
<td>3</td>
<td>5,08</td>
</tr>
<tr>
<td>Občas, příležitostně - bez udání druhu</td>
<td>29</td>
<td>49,16</td>
</tr>
<tr>
<td>Tvrdý alkohol</td>
<td>7</td>
<td>11,86</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>59</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf. č. 12 Konzumace druhu a množství alkoholu

Shrnutí:

K dílčímu cíli č. 3 „Zjistit, zda muži v rámci prevence Ca prostaty dbají na zdravý životní styl.“ se váže položka č. 12. Položka číslo dvanáct zjišťovala, v jaké míře a jak často alkohol respondenti konzumují. Tento typ otázky byl otevřený, kdy měli respondenti možnost odpovídat dle svého uvážení, kde mohli zvolit i více odpovědí. „Občas, příležitostně bez udání
druhu“ byla nejčetnější odpověď respondentů v 49 %. Další nejobsažnější kategorií odpovědí bylo „Pivo“ (34 %). Následuje „Tvrdý alkohol“ (12 %). Nejméně početnou kategorii je překvapivě „Vino“ (5 %).
Položka č. 13: Jak se obvykle celodenně (nejčastěji) stravujete:

Tab. č. 16 Stravovací návyky respondentů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Položka</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Domácí stravou</td>
<td>42</td>
<td>28,97</td>
</tr>
<tr>
<td>Využívám možnost školních/závodních jídel</td>
<td>50</td>
<td>34,48</td>
</tr>
<tr>
<td>Kupuji polotovary či zmražené hotové výrobky</td>
<td>28</td>
<td>19,31</td>
</tr>
<tr>
<td>Stravuji se v bistrech, stánkách (hamburger, párrek v rohlíku, Mc Donald´s apod.)</td>
<td>21</td>
<td>14,48</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiné</td>
<td>4</td>
<td>2,76</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>150</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf. č. 13 Stravovací návyky respondentů
Shrnutí:

K dílčímu cíli č. 3 „Zjistit, zda muži v rámci prevence Ca prostaty dbají na zdravý životní styl.“ se váže položka č. 13. Tato položka zjišťuje, jak se respondenti nejčastěji celodenně stravují. Na tuto položku mohli respondenti uvést více odpovědí, proto je absolutní četnost počet odpovědí a relativní četnost procentuální vyjádření této hodnoty. Nejčetněji zastoupenou skupinou respondentů je odpověď „Využívám možnost školních/závodních jídel“ (34 %). Jako druhá následuje skupina s odpovědí „Domácí stravou“ (29 %). Další skupina se zvolenou odpovědí je „Kupuji polotovary či zmražené hotové výrobky“ (19 %). Těsně za ní následuje skupina respondentů se zvolenou odpovědí „Stravuji se v bistrech, stáncích (hamburger, párek v rohlíku, Mc Donald’s apod.“ (14 %). Na posledním místě respondenti zvolili odpověď „Jiné“ (3 %). Nejčastěji zvolená odpověď byla restaurace.
Položka č. 14: Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři:

Tab. č. 18 Preventivní prohlídky respondentů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Položka</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano, jistě</td>
<td>50</td>
<td>45,45</td>
</tr>
<tr>
<td>Jen když mám problém</td>
<td>46</td>
<td>41,82</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>14</td>
<td>12,73</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>110</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf. č. 14 Preventivní prohlídky respondentů

Shrnutí:

K dílčímu cíli č. 3 „Zjistit, zda muži v rámci prevence Ca prostaty dbají na zdravý životní styl.“ se váže položka č. 14. Zda respondenti chodí, pravidelně na preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři, jsme zjistili z položky č. 14. Nejčetněji zastoupenou skupinou 45 % s odpovědí „Ano, jistě“. Další kategorii s počtem respondentů 46 (42 %) je skupina „Jen když mám problém“. Jako poslední je skupina respondentů s odpovědí „Ne“ (13 %).
Položka č. 15: Trpíte často některými z následujících obtíží:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Položka</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Časté nucení na močení</td>
<td>21</td>
<td>17,07</td>
</tr>
<tr>
<td>Bolesti při močení</td>
<td>19</td>
<td>15,45</td>
</tr>
<tr>
<td>Krev v moči</td>
<td>9</td>
<td>7,32</td>
</tr>
<tr>
<td>Slabý proud moči</td>
<td>10</td>
<td>8,13</td>
</tr>
<tr>
<td>Opakované a časté močení malého množství moči</td>
<td>12</td>
<td>9,75</td>
</tr>
<tr>
<td>Netrpím žádnými jmenovanými obtížemi</td>
<td>52</td>
<td>42,28</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>123</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf. č. 15 Komplikace při močení
Shrnutí:

K dilčímu cíli č. 1 „Zjistit úroveň deficitu informovanosti mužů o Ca prostaty“ se váže položka č. 15. Výsledky položky č. 15 poskytují přehled o tom, zda respondenti mají časté obtíže při vyprazdňování močového měchýře. Nejčetněji zastoupenou skupinou respondentů je odpověď „Netrpím žádnými jmenovanými obtížemi“ (42 %). Následuje odpověď „Časté nucení na močení“ (17 %). Téměř stejnou četnost má odpověď „Bolesti při močení“ (15 %). Další téměř rovnocenné odpovědi jsou „Opakované a časté močení malého množství moči“ (10 %) a „Slabý proud moči“ (n10). Poslední hodnocená skupina respondentů udává odpověď „Krev v moči“ (7 %).
Položka č. 16: Kdybyste měl nezvyklé potíže s vyprazdňováním močového měchýře, šel byste k lékaři?

Tab. č. 19 Zda se respondenti svěří lékaři se svými nezvyklými potížemi s vyprazdňováním močového měchýře?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano, jistě</td>
<td>41</td>
<td>37,27</td>
</tr>
<tr>
<td>Jen kdyby potíže trvaly delší dobu</td>
<td>40</td>
<td>36,37</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne, vyzkoušel bych přípravek z reklamy</td>
<td>20</td>
<td>18,18</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>9</td>
<td>8,18</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>110</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Shrnutí:

K dilčímu cíli č. 1 „Zjistit úroveň deficitu informovanosti mužů o Ca prostaty“ se váže položka č. 16. Tato položka má zjistit, zda respondenti navštíví lékaře, pokud mají nezvyklé potíže s vyprazdňováním močového měchýře. Téměř 37 % respondentů odpovědělo „Ano, jistě“, obdobnou četnost má skupina, která zvolila odpověď „Jen kdyby potíže trvaly delší dobu“ (36 %). Následuje skupina se zvolenou odpovědí „Ne, vyzkoušel bych přípravek z reklamy“ (18 %) a poslední skupina respondentů s odpovědí „Ne“ (8 %).
Položka č. 17: Myslíte, že u nás existuje nějaké preventivní vyšetření, celorepublikově prováděné, zaměřené na záchyt tohoto nádorového onemocnění:

Tab. č. 20 Screening nádorového onemocnění v České republice

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>46</td>
<td>38,33</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne, ale uvítal bych je a využil</td>
<td>40</td>
<td>33,34</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>34</td>
<td>28,33</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>110</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf. č. 17 Screening nádorového onemocnění v České republice

Shrnutí:

K dílčímu cíli č. 3 „Zjistit, zda muži v rámci prevence Ca prostaty dbají na zdravý životní styl“ se váže položka č. 17. Položka se zabývá znalostí respondentů, jestli existuje celorepublikově prováděné preventivní vyšetření, které se zaměřuje na včasný záchyt karcinomu prostaty. Nejčetněji byla udána odpověď „Ne“ (38 %). Dále 33 % respondentů zvolilo odpověď „Ne, ale uvítal bych je a využil“. Pouze 28 % respondentů se rozhodlo odpovědět „Ano“. 
Položka č. 18: Myslíte, že je v naší republice veřejnost dostatečně informována o problematice nádorového onemocnění prostaty:

Tab. č. 21 Informovanost veřejnosti o problematice nádorového onemocnění prostaty

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>30</td>
<td>27,27</td>
</tr>
<tr>
<td>Občas něco zaslechnu</td>
<td>50</td>
<td>45,46</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>30</td>
<td>27,27</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>110</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf. č. 18 Informovanost veřejnosti o problematice nádorového onemocnění prostaty

Shrnutí:

K dílčímu cíli č. 1 „Zjistit úroveň deficitu informovanosti mužů o Ca prostaty“ se váže položka č. 18. Položka nám dala jasnou odpověď na dotaz, zda si muži myslí, jestli má veřejnost dostatečně povědomí o problematice karcinomu prostaty v naší republice. Nejčetnější zastoupenou skupinou respondentů je skupina s odpovědí „Občas něco zaslechnu“ (45 %). Stejnou četnost zaznamenaly odpovědi „Ano“ (27 %) a „Ne“ (27 %).
Položka č. 19: Slyšel jste o tom, že byste měl od 50 let absolvovat pravidelné preventivní prohlídky zaměřené na onemocnění prostaty u svého lékaře:

Tab. č. 22 Vědí respondenti o pravidelných preventivních prohlídkách u svého lékaře?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>57</td>
<td>51,82</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>30</td>
<td>27,27</td>
</tr>
<tr>
<td>Nevím</td>
<td>23</td>
<td>20,91</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>110</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf. č. 19 Vědí respondenti o pravidelných preventivních prohlídkách u svého lékaře?

Shrnutí:

K dílčímu cíli č. 1 „Zjistit úroveň deficitu informovanosti mužů o Ca prostaty“ se váže položka č. 19. Odpověďmi na tuto položku jsme zjistili, zda respondenti ví o tom, že by měli od 50 let navště lovat svého lékaře na pravidelných preventivních prohlídkách, které jsou zaměřeny na onemocnění prostaty. Nejčetněji zastoupenou skupinou respondentů je odpověď „Ano“ (52 %). Následuje odpověď „Ne“ (27 %). Jako poslední zvolená odpověď s nejmenší četností je „Nevím“ (21 %).
Položka č. 20: Uvítal byste přednášku/seminář věnovanou této problematice:

Tab. č. 23 Mají respondenti zájem o přednášku/seminář věnovanou této problematice?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost v %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>53</td>
<td>48,18</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>57</td>
<td>51,82</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>110</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf. č. 20 Mají respondenti zájem o přednášku/seminář věnovanou této problematice?

Shrnutí:

K dílčímu cíli č. 1 „Zjistit úroveň deficitu informovanosti mužů o Ca prostaty“ se váže položka č. 20. Položka zjišťuje, zda by mohlo dojít formou semináře/přednášky ke zlepšení edukace respondentů věnované problematice nádorového onemocnění prostaty. Nejčetnější zastoupenou skupinou respondentů je odpověď „Ne“ (52 %). Následuje odpověď „Ano“ (48 %).
7 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá informovaností mužů o karcinomu prostaty v široké veřejnosti. Hlavním cílem práce bylo zjistit aktuální rozsah informovanosti zdravých mužů v oblasti onkologického onemocnění zvaném karcinom prostaty. Dále byly sestaveny tři dílčí cíle, ke kterým byly vytvořeny položky v dotazníku.

Obdobným tématem se zabýval výzkum autorek Sikorové a Tvarůžkové „Informovanost mužů o prevenci onemocnění prostaty“ publikovaný v roce 2011 v časopise Praktický lékař. Mimo jiné pojednává o rizikových faktorech vzniku onemocnění, jak se rizikovým činitelům muži vyhýbají, jak dodržují preventivní strategie. V šetření bylo realizováno v šesti ambulancích praktických lékařů ve Valašském Meziříčí a okolí u mužů ve věku 30 - 64 let. Celkem se ho zúčastnilo se 150 mužů. Závěry výzkumu autorek jsou v mnoha ohledech shodné. Získaná data spolu korespondují (Sikorová a Tvarůžková, 2011). Výzkumné šetření Sikorové a Tvarůžkové shodně, jako ve výzkumu této bakalářské práce (48 %) respondenti získávají nejvíce informaci z internetu a masmédií. Dle Sikorové a Tvarůžkové 46 % chodí na pravidelné prevence, téměř totožný výsledek (45%) byl zjištěn ve výzkumu této práce. Volně prodejné léky ovlivňující onemocnění prostaty dle Sikorové a Tvarůžková uvedlo 18 % respondentů. V zjištěných datech 18 % respondentů přípravky uvedené v reklamě. Tyto dvě kategorie jsou srovnatelné, protože jde o v reklamách jsou prezentovány volně prodejné léčivé přípravky. V této bakalářské práci bylo zjištěno nižší procento respondentů, kteří nekouří (62 %), oproti výzkumu Sikorové a Tvarůžkové, kdy byli respondenti rozděleni do tří věkových kategorií. Každá tato kategorie respondentů vykazovala procento nekuřáků vyšší (71 %, 78 % a 80 %).

V roce 2015 se podobným tématem zabýval průzkum agentury STEM/MARK, který čerpal data z Národního onkologického registru. Podle něj českým mužům chybí fakta o karcinomu prostaty. Čtvrtina onemocnění se zjistí pozdě, což souvisí s tím, že informovanost mužů o tomto zhubném onemocnění je malá. Důkazem je, že v roce 2016 byl zjištěn karcinom prostaty u 7700 mužů (ČTK, 2015)

Cíl č. 1. Zjistit úroveň deficitu informovanosti mužů o Ca prostaty.

Pro vyhodnocení cíle č. 1 byly použity položky č. 3, 7, 8, 15, 16, 18, 19, 20. Dotazníkové šetření se zúčastnilo 110 respondentů. V odpovědích byly zastoupeny všechny věkové kategorie, kterých se tato problematika může týkat. Naše šetření potvrdilo, že „Informovanost
mužů o onemocnění karcinom prostaty" byla udávána v 27 %, podle šetření Sikorové a Tvarůžkové (40 %) a STEM/MARK (22 %) (ČTK, 2015). Od roku 2011 (Sikorová a Tvarůžková) není vidět jasný posun v nárůstu informovanosti mužů o této nemoci.

Dle zjišťených výsledků této práce, pouze 26 % respondentů udává neznalost pojmu karcinom prostaty. Někoho, kdo onemocněl touto nemocí, zná 55 % respondentů. „Ne“ na tuto otázku odpovídá 45 % respondentů. Zde tedy vidíme, že skoro polovina dotazovaných mužů zná někoho, kdo onemocněl touto onkologickou nemocí. Dále zjišťujeme, že 24 % respondentů má v příbuzenstvu někoho s touto nemocí. Největší skupina 42 % respondentů netrpí žádnými potížemi při močení, oproti tomu 7 % respondentů má alarmující potíže, což je krev v moči. Časté nucení na močení a bolesti při močení udává téměř shodně 15 % respondentů a 17 % respondentů. Dále jsme zjišťovali, kdy se respondenti odhodlají svěřit lékaři své potíže při močení. Respondenti s odpovědí „Ano, jistě“ (37 %) by se svěřili lékaři. Následují ti respondenti, co odpověděli „Jen kdyby potíže trvaly delší dobu“ (36 %).

Překvapivě velkou kategorii tvoří skupina respondentů s odpovědí „Ne, vyzkoušel bych přípravek z lékárny“ (18 %) a dokonce 8 % respondentů zcela odmítá lékaře navštívit s touto intimní záležitostí. S dostatečnou informovaností veřejnosti souhlasí 20 % respondentů. „Občas něco zaslechnu“ odpovědělo 45 % respondentů. Nezanedbatelnou skupinu tvoří 27 % respondentů, kteří si myslí, že v naší republice je nedostatečná informovanost o karcinomu prostaty. A tato skupina udává i neinformovanost o pravidelných preventivních prohlídkách zaměřených na onemocnění prostaty u svého lékaře. Naopak 52 % respondentů je informováno o těchto preventivních prohlídkách. Dle Sikorové a Tvarůžkové více než polovina dotazovaných respondentů věděla, že je vhodné pravidelně docházet na vyšetření prostaty po 50. roce života dochází 57 % respondentů a zároveň téměř 67 % respondentů považuje za důležité hovořit s praktickým lékařem o svých potížích spojených s onemocněním prostaty, což téměř shodně koresponduje se zjištěnými daty této práce (Sikorová a Tvarůžková, 2011).

Cíl č. 2 Zjistit z jakých zdrojů muži získávají informace o Ca prostaty.

Pro vyhodnocení cíle č. 2. byly použity položky č. 4, 5, 6. V rámci zjišťení informovanosti byli respondenti rozděleni do několika kategorií. Bylo zjištěno, že nejpočetnější kategorií je „Středoškolské ukončení maturitní zkouškou“ (32 %). Podobnou četnost má „Odborné závěrečnou zkouškou“ (27 %). Podobná četnost byla v kategorii „Vysokoškolské vzdělání“ (18 %). Bylo zjištěno, že mladí muži ve věku 20 – 40 let jako zdroj informací
preferují „Internet“ (15 %), „TV, rozhlás“ (24 %). „Letáky u lékařů“ (21 %) preferuje skupina respondentů ve věkové kategorii 51 a více let se základním vzděláním. Dále je pro tuto kategorii velkým zdrojem informací „Obvodní praktický lékař“ (22 %). V kategorii „Jiné“ (6 %) bylo nejčastěji odpovídáno respondenty „rodinní příslušníci a známí. Podle Sikorové a Tvarůžkové respondenti preferují jako zdroj informací internet a jiná masmédia (Sikorová a Tvarůžková, 2011).

Cíl č. 3 Zjistit, zda muži v rámci prevence Ca prostaty dbají na zdravý životní styl.

Pro vyhodnocení cíle č. 3 byly použity položky č. 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17. Velká skupina respondentů 44 % si myslí, že může být ohrožena karcinomem prostaty. Podobné procento respondentů (41 %) je toho názoru, že psychika, stres, deprese a přepracování má vliv na vznik karcinomu prostaty. Zajímavou skupinou 62 % respondentů udává, že nekouří cigarety. Stále velkou skupinou zůstává 38 % kouřících respondentů, které dále rozděluje podle množství vykouřených cigaret na kategorii „Do jedné krabičky za den“, což vykouří 38 % respondentů. Nezanedbatelnou skupinu respondentů s odpovědí „Krabička a více za den“ představuje 34 % respondentů. Co se týká alkoholu, muži nebyli moc sdílení, na tuto otázku neradi odpovídali a snažili se ji nenápadně vyhnout. Nicméně 53 % udalo odpověď „Ano“ na položenou otázku ohledně konzumace alkoholu. Avšak 47 % respondentů udává, že alkohol nepije. Toto číslo se všeobecně jeví jako zavádějící. Nejčastěji udávaným druhem alkoholu bylo „Pivo“ (34 %) nebo „Občas, příležitostně - bez udání druhu“ (49 %). Dalším faktorem zdravého životního stylu je stravování. Respondenti se nejčastěji stravují ve školních a závodních jídelnách (14 %) a 19 % respondentů kupuje polotovary či mražené hotové výrobky. Domácí stravu preferuje 29 % respondentů. Další podstatnou položkou prevence jsou pravidelné preventivní prohlídky respondentů u lékaře, 45 % respondentů je absolvuje pravidelně, 42 % respondentů jenom když má problém a 13 % respondentů je vůbec neabsolvuje. Zde je velký potenciál ke zlepšení prevence. Z dotazníku plyne, že 28 % respondentů by uvítalo specifický celorepublikově prováděný screening na detekci karcinomu prostaty. A zároveň 48 % respondentů by uvítalo přednášku nebo seminář věnované této problematice.

Při srovnání výsledků, kterých bylo dosaženo dotazníkovým šetřením, na kterých se zakládá tato bakalářská práce s výsledky práce Sikorové, Tvarůžkové a průzkumu agentury STEM/MARK lze vysledovat částečnou podobnost. Všechny uváděné průzkumy, které byly provedeny v letech 2011 až 2019, přinesly data, ze kterých je očividné, že procento informovaných mužů nevzrůstá.
7.1 Doporučení pro praxi

Výzkumné šetření bakalářské práce bylo zaměřeno na zjišťování informovanosti zdravých mužů, kde čerpají informace, zda dbají na zdravý životní styl.

Analýza dat přinesla zajímavá zjištění. Informovanost mužů se v průběhu několika posledních let nezvýšila (27 % respondentů uvádí znalost o tomto onkologickém onemocnění). Stále se zde se nabízí velký prostor pro zlepšení.

- Pravidelně pořádat přednášky, diskuze, semináře zaměřené na tuto problematiku.
- Zaměřit působení zdravotní osvěty na varovné signály.
- Pobízet ke zdravému životnímu stylu.
- Rozšířit veřejnou osvětu na nejpreferovanějším informačním kanálu (internet) např. za pomocí neziskových organizací.

Z výzkumné části práce plyne, že respondenti z větší části zájem o informace, ale projevují malou aktivitu v jejich vyhledávání. Část respondentů vytrvale ignoruje veškerá doporučení týkající se zdravého životního styłu a pravidelné prevence.
ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost zdravých mužů o karcinomu prostaty. Karcinom prostaty je velmi závažné onemocnění, kvůli kterému dochází k výraznému snížení kvality života. V některých případech končí smrtí. Smyslem práce je zmapovat míru informovanosti mužské populace v souvislosti s tímto onemocněním.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části jsme se zabývala onemocněním jako takovým, jeho vznikem, diagnostikou, léčbou, prevencí, v praktické části bylo za pomoci anonymního dotazníku zkoumáno, zda jsou zdraví muži informováni o nemoci, kde informace čerпа́jí nejčastěji, zda dbají na preventivní prohlídky a zdravý životní styl, zda jsou pro ně časné varovné příznaky důvodem k návštěvě lékaře.

V průzkumu této práce jsme dospěli k zajímavým výsledkům. Téměř 55 % respondentů zná někoho ve svém okolí, kdo touto nemocí. Je pozoruhodné procento nekuřáků (62 %) a procento mužů, kteří nepijí alkohol (47 %). Jedna polovina respondentů (48 %) by dále chtěla získávat další informace o tomto onemocnění formou přednášek a seminářů, nicméně 52 % respondentů vyjádřilo nezájem k této otázce.

Zvýšit informovanost mužů o karcinomu prostaty je cestou ke zlepšení prevence, která je základním faktorem ke snížení mortality. Dle výše uvedeného doporučení pro praxi je patrné, že téma informovanost pro muže ještě není zcela vyčerpáno a ještě stále jsou tu oblasti, které skýtají prostor pro zlepšení.

Muži si často neuvědomují, že to nejhodnotnější, co mají, je jejich vlastní zdraví. Mnohdy si jej sami vlastním přičiněním poškozuje, měli by si v první řadě uvědomit, že záleží pouze na nich, jak si ho budou vážit a starat se o něj.
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní publikace:


Prostate Cancer Cells Differ in Testosterone Accumulation, Dihydrotestosterone Conversion, and Androgen Receptor Signaling Response to Steroid 5α-Reductase Inhibitors, *PMC* [online]. [cit. 2019-05-15]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3999702/


VOTAVOVÁ, Marie, Možné nežádoucí účinky chemoterapie (cytostatik). Plzeň: FN Plzeň.

Internetové zdroje:


Sledování fyziologických funkcí, 2018. Wikiskripta [online]. [cit. 2019-04-19]. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Sledov%C3%A1n%C3%A9_fyziologick%C3%B3ch_funkc%C3%A1


Vyhledávání, 2019. Státní ústav pro kontrolu léčiv [online]. Praha [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php?data%5Bsearch_for%5D=zoledron+&data%5Bcode%5D=&data%5Bate_group%5D=&data%5Bmate-


Klasifikace nádorů, WIKISKRIPTA [online]. [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Klasifikace_n%C3%A1dor%C5%AF


<table>
<thead>
<tr>
<th>POJÍM</th>
<th>ČESKÁ ŘÍČKA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>nauzea</td>
<td>pocit nevolnosti v žaludku</td>
</tr>
<tr>
<td>vomitus</td>
<td>zvracení</td>
</tr>
<tr>
<td>lokální nekrozy</td>
<td>lokální odumření tkáně</td>
</tr>
<tr>
<td>hyperurikemie</td>
<td>zvýšená hladina kyseliny močové</td>
</tr>
<tr>
<td>anafylaktický šok</td>
<td>celková alergická reakce</td>
</tr>
<tr>
<td>flu-like syndrom</td>
<td>příznaky podobné chřipce</td>
</tr>
<tr>
<td>leukopenie</td>
<td>snížený počet bílých krevních</td>
</tr>
<tr>
<td>trombocytopenie</td>
<td>snížená hladina krevních destiček</td>
</tr>
<tr>
<td>trombóza</td>
<td>krevní sraženina v žilách</td>
</tr>
<tr>
<td>anemie</td>
<td>chudokrevnost</td>
</tr>
<tr>
<td>alopecie</td>
<td>vypadávání vlasů</td>
</tr>
<tr>
<td>diarhoe</td>
<td>průjem</td>
</tr>
<tr>
<td>obstipace</td>
<td>zácpa</td>
</tr>
<tr>
<td>periferní neuropatie</td>
<td>poruchy nervů na dolních končetinách</td>
</tr>
<tr>
<td>cystitida</td>
<td>zánět močového měchýře</td>
</tr>
<tr>
<td>polakisurie</td>
<td>časné nucení na močení</td>
</tr>
</tbody>
</table>
SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Věk respondentů.................................................................................................................. 42
Graf 2. Vzdělání respondentů........................................................................................................ 43
Graf 3. Informovanost mužů o karcinomu prostaty..................................................................... 44
Graf 4. Zdroj informovanosti o karcinomu prostaty.................................................................... 45
Graf 5. Znalost konkrétního nemocného s karcinomem prostaty................................................ 47
Graf 6. Znalost konkrétního nemocného v okruhu vlastní rodiny........................................... 48
Graf 7. Pocit ohrožení karcinomem prostaty............................................................................. 49
Graf 8. Vliv psychiky, stresu, deprese, přepracování na vznik karcinomu prostaty.................... 50
Graf 9. Kouření cigaret.................................................................................................................. 51
Graf 10. Množství vykouřených cigaret........................................................................................ 52
Graf 11. Konzumace alkoholu........................................................................................................ 53
Graf 12. Konzumace druhu a množství alkoholu............................................................................ 54
Graf 13. Stravovací návyky respondentů........................................................................................ 55
Graf 14. Preventivní prohlídky respondentů.................................................................................. 56
Graf 15. Komplikace při močení.................................................................................................... 58
Graf 16. Kdy se respondenti se svými problémy svěří lékaři?.................................................... 60
Graf 17. Screening nádorového onemocnění v České republice.................................................. 62
Graf 18. Informovanost veřejnosti o problematice nádorového onemocnění prostaty.......... 63
Graf 19. Vědí respondenti o pravidelných preventivních prohlídkách u svého lékaře?........ 64
Graf 20. Mají respondenti zájem o přednášku/seminář věnovanou této problematice?........... 65
SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Věkově specifické hodnoty PSA (v ng/ml) pro bělošské obyvatelstvo .................. 17
Tab. 2. Riziko KP u mužů s PSA hladinou < 4 ng/m .................................................... 17
Tab. 3. Definice rizikových skupin pacientů s karcinomem prostaty dle NCCN .......... 20
Tab. 4. Věk respondentů ............................................................................................. 42
Tab. 5. Vzdělání respondentů ...................................................................................... 43
Tab. 6. Informovanost mužů o karcinomu prostaty .................................................. 44
Tab. 7. Zdroj informovanosti o karcinomu prostaty .................................................. 45
Tab. 8. Znalost konkrétního nemocného s karcinomem prostaty ............................. 47
Tab. 9. Znalost konkrétního nemocného v okruhu vlastní rodiny ............................. 48
Tab. 10. Pocit ohrožení karcinomem prostaty .......................................................... 49
Tab. 11. Vliv psychiky, stresu, deprese, přepracování na vznik karcinomu prostaty .... 50
Tab. 12. Kouření cigaret ............................................................................................. 51
Tab. 13. Množství vykouřených cigaret ....................................................................... 52
Tab. 14. Konzumace alkoholu ..................................................................................... 53
Tab. 15. Konzumace druhu a množství alkoholu ......................................................... 54
Tab. 16. Stravovací návyky respondentů .................................................................... 55
Tab. 17. Preventivní prohlídky respondentů ............................................................... 56
Tab. 18. Komplikace při močení ................................................................................ 58
Tab. 19. Kdy se respondenti se svými problémy svěří lékaři? ................................. 60
Tab. 20. Screening nádorového onemocnění v České republice ................................. 62
Tab. 21. Informovanost veřejnosti o problematice nádorového onemocnění prostaty .... 63
Tab. 22. Vědí respondenti o pravidelných preventivních prohlídkách u svého lékaře ..... 64
Tab. 23. Mají respondenti zájem o přednášku/seminář věnovanou této problematice .... 65
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. I: Anatomie prostaty

Příloha č. II: Stupnice dle Nortonové

Příloha č. III: Vizuální analogová škála

Příloha č. IV: TNM klasifikace – karcinomu prostaty

Příloha č. V: Dotazník
PŘÍLOHA P I: ANATOMIE PROSTATY

Prostata

Močový měchýř (vesica urinaria)
Chámovod (vas deferens)
Močová trubice (uretra)
Pyj (pennis)
Nadvarle (epididymis)
Varle (testis)
Šourek (skrotum)
Semenné váčky (vesiculae seminales)
Konečník (rectum)
Řítní otvor (anus)

(Kliková, 2017)
PŘÍLOHA P2: STUPNICE DLE NORTONOVÉ

Hodnocení rizika vzniku dekubitu – rozšířená stupnice Nortonové

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schopnost spolupráce</th>
<th>Věk</th>
<th>Stav požádky</th>
<th>Další nemoci</th>
<th>Těžkost stavu</th>
<th>Stav vědomí</th>
<th>Pohyblivost</th>
<th>Inkontinence</th>
<th>Aktivita</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Úplná</td>
<td>4</td>
<td>00-10</td>
<td>4</td>
<td>Normální</td>
<td>4</td>
<td>Zdařilé</td>
<td>4</td>
<td>Dobrá</td>
</tr>
<tr>
<td>Matuška</td>
<td>3</td>
<td>11-30</td>
<td>3</td>
<td>Alzheim</td>
<td>3</td>
<td>Horečka, Diabetics, Aneurysm, Karcinom</td>
<td>3</td>
<td>Zhorančení</td>
</tr>
<tr>
<td>Častečná</td>
<td>2</td>
<td>31-60</td>
<td>3</td>
<td>Vhodná</td>
<td>2</td>
<td>Kachexia, Obsitina, Otuže, A jiné</td>
<td>2</td>
<td>Spoluje</td>
</tr>
<tr>
<td>Zadní</td>
<td>1</td>
<td>nad 60</td>
<td>1</td>
<td>Stouhnu</td>
<td>1</td>
<td>Velmi spatné</td>
<td>1</td>
<td>Bezděvá</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhl minimálně 25 bodů (jejich minimum bodů, přišlo riziko)

(Vyhodnocení rizika vzniku dekubitu - preventivní opatření dle stupně rizika, 2009)
PŘÍLOHA P3: VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA

Obr. 3 – Vizuální analogová škála – grafická

(Ságová, 2019)
## PŘÍLOHA P4: TNM KLASIFIKACE – KARCINOMU PROSTATY

### T – Primární nádor

<table>
<thead>
<tr>
<th>TX</th>
<th>Primární nádor nelze hodnotit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>T0</td>
<td>Bez známeck primárního nádoru</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**T1**

<table>
<thead>
<tr>
<th>T1a</th>
<th>Nádor nezjistitelný klinicky ani palpačně, ani zobrazovacími vyšetřovacími metodami:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>T1b</td>
<td>- nádor zjištěn náhodně histologicky v 5% nebo méně resekovane tkáně,</td>
</tr>
<tr>
<td>T1c</td>
<td>- nádor zjištěn náhodně histologicky ve více než 5% resekovane tkáně,</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- nádor zjištěn při punkční biopsii (např. při zvýšené hodnotě PSA).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**T2**

<table>
<thead>
<tr>
<th>T2a</th>
<th>Nádor omezen na prostatu*:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>T2b</td>
<td>- nádor infiltruje polovinu jednoho laloku nebo méně,</td>
</tr>
<tr>
<td>T3b</td>
<td>- nádor infiltruje více než jednu polovinu laloku, ne však oba laloky,</td>
</tr>
<tr>
<td>T3c</td>
<td>- nádor infiltruje oba laloky.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**T3**

<table>
<thead>
<tr>
<th>T3a</th>
<th>Nádor se šíří přes pouzdro prostaty**:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>T3b</td>
<td>- extrakapsulární šíření (jednostranně nebo oboustranně) včetně mikroskopického postižení hrdla močového měchýře,</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- nádor infiltruje semenný váček (váčky).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**T4**

| T4 | Nádor je fixován nebo postihuje okolní struktury jiné než semenné váčky: zevní sfinkter, rektum, mm. levatores a/nebo stěnu pánve. |

### N – Regionální mízní uzliny***

<table>
<thead>
<tr>
<th>NX</th>
<th>Regionální mízní uzliny nelze hodnotit.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N0</td>
<td>V regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy.</td>
</tr>
<tr>
<td>N1</td>
<td>Metastázy v regionálních mízních uzlinách.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### M – Vzdálené metastázy****

| MX | Vzdálené metastázy nelze hodnotit. |
M0 | Nejsou vzdálené metastázy.
---|---
M1 | Vzdálené metastázy:
   - M1a | - jiná než regionální mízní uzlina (uzlínky),
   - M2b | - kosti,
   - M3c | - jiná (jiné) lokalizace.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rozdělení podle stádií</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>II</td>
</tr>
<tr>
<td>III</td>
</tr>
<tr>
<td>IV</td>
</tr>
<tr>
<td>jakékoli T N1 M0</td>
</tr>
<tr>
<td>jakékoli T jakékoli N M1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pozn.:

*) Nádor nalezený při punkční biopsii v jednom či obou lalocích, avšak nezjistitelný palpacně ani zobrazovacími vyšetřovacími metodami, je klasifikován T1c

**) Invaze do apexu prostaty nebo do pouzdra (ne však přes pouzdro) se neklasifikuje jako T3, nýbrž T2.

***) Regionální mízní uzliny jsou uzliny v malé pánvi, což jsou v podstatě pánevní uzliny pod bifurkací aa. Illiacae communes. Lateralita klasifikace N neovlivňuje.

****) Je-li postiženo více lokalizací, klasifikuje se nejpokročilejší kategorie (M1c).

(Novotný, Vítek a Kleibl, 2016, s. 420-421)
PŘÍLOHA P5: DOTAZNÍK

Dobrý den,


Děkuji za Váš čas, ochotu a spolupráci

Radmila Horká

1. Kolik je vám let:
   a) 20 – 40 let
   b) 41 – 50 let
   c) 51 a více let

2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání:
   a) základní
   b) odborně zakončené závěrečnou zkouškou
   c) středoškolské ukončené maturitní zkouškou
   d) vysokoškolské
   e) jiné ..................

3. Znáte onemocnění zvané rakovina prostaty:
   a) ano
   b) ne

4. Pokud ano, odkud jste se o tomto nádorovém onemocnění dozvěděl: (možno označit více odpovědí)
   a) TV, rozhlas
   b) odborné besedy se zdravotníky
   c) letáky u lékařů
   d) internet
   e) obvodní praktický lékař
   f) jiné
      ………………………………………………………………………………………………………………………

5. Znáte někoho, kdo onemocněl touto nemocí:
   a) ano
   b) ne
6. Vyskytlo se toto onemocnění ve vašem příbuzenstvu:
   a) ano
   b) ne
   c) nevím

7. Myslíte si, že i vy můžete být ohroženi tímto onemocnění:
   a) ano
   b) ne
   c) nevím

8. Myslíte si že, má vliv na vznik rakoviny prostaty psychika (stres, deprese, přepracování):
   a) ano
   b) možná
   c) ne

9. Kouříte cigarety:
   a) ano
   b) ne

10. Pokud ano, kolik denně a jak dlouho:

11. Konzumujete alkohol:
   a) ano
   b) ne

12. Pokud ano, jaké množství a jak často:

13. Jak se obvykle celodenně (nejčastěji) stravujete? (možno označit více odpovědí)
   a) domácí stravou
   b) využívám možnost školních/závodních jídel
   c) kupuji polotovary či zmražené hotové výrobky
   d) stravuji se v bistrech, stánkách (hamburger, párek v rohlíku, Mc Donalds apod.)
   e) jiné…………………………………………………………………………………………

14. Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři:
   a) ano, jistě
   b) jen když mám problém
   c) ne
15. Trpíte často některými z následujících obtíží: (možno označit více odpovědí)
   a) časté nucení na močení
   b) bolesti při močení
   c) krev v moči
   d) slabý proud moči
   e) opakované a časté močení malého množství moči
   f) netrpím žádnými jmenovanými obtížemi

16. Kdybyste měl nezvyklé potíže s vyprazdňováním močového měchýře, šel byste
    k lékaři:
   a) ano, jistě
   b) jen kdyby potíže trvaly delší dobu
   c) ne, vyzkoušel bych přípravek z reklamy
   d) ne

17. Myslíte, že u nás existuje nějaké preventivní vyšetření, celorepublikově prováděné,
    zaměřené na záchyt tohoto nádorového onemocnění:
   a) ne
   b) ne, ale uvítal bych je a využil
   c) ano

18. Myslíte, že je v naší republice veřejnost dostatečně informována o problematice ná-
    dorového onemocnění prostaty:
   a) ne
   b) občas něco zaslechnu
   c) ano

19. Slyšel jste o tom, že byste měl od 50 let absolvovat pravidelné preventivní pro-
    hlídky zaměřené na onemocnění prostaty u svého lékaře:
   a) ano
   b) ne
   c) nevím

20. Uvítal byste přednášku/seminář věnovanou této problematice:
    a) ano
    b) ne