

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Bakalářská práce

2010

Bc. Marie Dubová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Úloha sestry v prevenci onemocnění prostaty
Bakalářská práce

Autor práce: Bc. Marie Dubová

Vedoucí práce: Mgr. Monika Kyselová

Datum odevzdání: 4. května 2010

Abstract

The title of the present bachelor's thesis is: "The role of the nurse in prevention against prostate disorder", and its objective is to identify the role of the nurse in early diagnostics of prostate disorder.

Nurses have a critical role in prevention. They can notice the signs that are the first symptoms that might develop into a prostate tumor. The nurse is able to provide a patient with necessary information about the risk factors related to tumor occurrence.

The thesis used data collected in a quantitative research using the method of questionnaire for patients and in a qualitative research using the method of interviews carried out with nurses. The research included nurses working for General Practitioners in their offices and also patients observed by these doctors in Jindřichův Hradec. The survey was anonymous. After the data had been collected, the outcomes related to given hypotheses and research questions were received.

Evaluation of the outcomes received from the survey showed whether the hypotheses were correct or not. It also provided answers to the research questions. Hypothesis 1: Nurses use general principles of education. The hypothesis has been partially confirmed. Hypothesis 2: Men have insufficient supply of information related to early diagnostics of prostate disorders. The hypothesis has not been confirmed. Hypothesis 3: Younger men have less information than older ones. This has been confirmed.

The answer to the research question "How do nurses provide education?" is: They use information brochures, oral instructions, and provide Internet links. What are the most frequent problems in education of the patients suffering from prostate disorders according to the nurses? It is most often patients' shyness and intimacy of the problem.

The nurse plays a significant role in prevention therefore it is crucial for her to have sufficient amount of information about the problem. The outcome of the survey identified the level of such knowledge and it provided new material for education.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma **Úloha sestry v prevenci onemocnění prostaty** vypracovala samostatně a použila jsem jen pramenů, které cituji v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou, ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 4. 5. 2010

.....

Poděkování:

Děkuji paní Mgr. Monice Kyselové za odborné vedení, za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	8
1. Současný stav.....	9
1.1 Anatomicko – fyziologický popis.....	9
1.2 Onemocnění prostaty	10
1.2.1 Onemocnění prostaty v závislosti na věku:	10
1.3 Prostatitída	11
1.3.1 Akutní prostatitída	11
1.3.2 Absces prostaty	11
1.3.3 Chronická prostatitída.....	11
1.4 Benigní hyperplazie prostaty (BHP).....	12
1.4.1 Příčiny	12
1.4.2 Rizikové faktory	13
1.4.3 Příznaky	13
1.4.4 Komplikace.....	14
1.4.5 Diagnostika	14
1.4.6 Léčba.....	15
1.5 Karcinom prostaty.....	16
1.5.1 Klasifikace karcinomu prostaty	16
1.5.2 Rizikové faktory	17
1.5.3 Příznaky	20
1.5.4 Screening a časná detekce karcinomu prostaty.....	20
1.5.5 Diagnostika	21
1.5.6 Léčba.....	21
1.6 Onkoprevence pro Českou republiku	22
1.7 Edukace.....	23
1.7.1 Edukační cíl	24
1.7.2 Vybrané přístupy edukace	24
1.7.3 Komunikace v edukačním procesu	25
1.7.4 Proces edukace ve zdravotnických zařízeních.....	26
1.8 Ošetrovatelská péče	26
1.8.1 Pojem ošetrovatelství.....	26
1.8.2 Ošetrovatelský proces	27
1.8.3 Vybrané ošetrovatelské diagnózy u pacientů s onemocněním prostaty	28
2. Cíl a hypotézy	29
2.1 Cíl práce	29
2.2 Předpokládané hypotézy	29
2.3 Výzkumné otázky	29
3. Metodika	30
3.1 Použité metody	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	30
4. Výsledky	31
4.1 Kvantitativní výzkum	31
4.2 Kvalitativní výzkum	47

5. Diskuze	53
5.1 Diskuze ke kvantitativní části výzkumu	53
5.2 Diskuze ke kvalitativnímu šetření.....	56
6. Závěr	59
7. Seznam použitých zdrojů.....	60
8. Klíčová slova	63
9. Přílohy.....	64

Seznam použitých zkratk

BHP: benigní hyperplazie prostaty

IMC: infekce močových cest

UFM: uroflowmetrie

Úvod

Zhoubný nádor prostaty tvoří 15% všech maligních nádorů u mužů nad 50 let. Jeho incidence vzrůstá s věkem, v 50 letech 10%, v 80 letech 70%. Rapidní nárůst zhoubného nádoru prostaty je v ČR pozorován od 90 let. Vyšší nárůst nádoru je vysvětlován stárnutím populace a zlepšením diagnostických metod.

Významnou úlohu hraje v prevenci onemocnění sestra, která si může povšimnout příznaků, jež jsou prvním projevem nádorového onemocnění. Sestra je také schopná vhodně a přístupnou formou poskytnout potřebné informace o rizikových faktorech vzniku onemocnění, o prevenci a o včasné diagnostice. Proto je důležité, aby ona sama měla dostatek informací a materiálů k této problematice.

Tato bakalářská práce je zaměřena na to, jakou roli hraje sestra ve včasné diagnostice onemocnění prostaty. Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na to, zda sestry využívají obecné zásady edukace. Dále považuji za důležité zmapovat úroveň informací pacientů o onemocnění prostaty, o včasné diagnostice a projevech onemocnění prostaty. Zjistit jakým způsobem provádí sestra edukaci a jaké nejčastější problémy vidí sestra v edukaci pacientů při onemocnění prostaty.

Výsledky šetření zjistí hloubku znalostí a poskytnou materiály k edukaci pacientů.

1. Současný stav

1.1 Anatomicko – fyziologický popis

Prostata neboli předstojná žláza, stojí před močovým měchýřem. Je to nepárový orgán velikosti a tvaru jedlého kaštanu, část mužského reprodukčního systému. Během vývoje jedince se mění velikost a váha prostaty, normální velikosti dosahuje v 17 letech věku muže. Spočívá na svalovém dnu pánevním a svou horní plochou srůstá se spodinou močového měchýře. Vzadu má těsný vztah ke konečníku, což umožňuje její vyšetření per rectum. Prostata je tvořena dvěma laloky (pravým a levým). Část, která je nejbližší od močového měchýře se nazývá apex, část dotýkající se močového měchýře se nazývá baza. Skládá se ze žláznaté tkáně a svalové tkáně. Prostatu tvoří okolo 50 typických prostatických žlázek, prostor mezi nimi (stroma) je vyplněn vazivem a buňkami hladké svaloviny. Stroma je typicky uloženo okolo močové trubice, zatímco žlázky jsou na periferii prostaty. Tento fakt je důležitý pro pochopení příznaků, které doprovázejí nejčastější onemocnění prostaty. Je uložena do pevného vazivového pouzdra. Celou délkou prostaty prochází první, mírně větvenovitě rozšířená část močové trubice. Na její hřbetní straně se zvedá protáhlý semenný hrbolek, na němž vyúsťují obě vstříkovací trubičky. Po stranách jsou drobná ústí četných prostatických žlázek. Sekret žlázek se tvoří nepřetržitě, je alkalický, hlenovité konzistence, která tvoří 15-30 % objemu ejakulátu. Sekret zvlhčuje močovou trubici před vystříknutím spermatu a mísí se se semennou tekutinou. Tím způsobí pohyblivost spermií, které byly do té doby nepohyblivé, je pro ně jakousi živou vodou. Další funkce sekretu je antibakteriální. Prostata má ještě jiné funkce, které souvisejí s její příslušností k pohlavním žlázám a s jejím umístěním na spojení semenných cest a močových cest, kde působí jako ventil. Cévní zásobení je z tepny střední konečnickové a tepny dolní měchýřové. Nervové zásobení je z pleteně podbřišní. V oblasti prostaty je zvýšený počet cévních a nervových pletení. Mezi nimi dochází k propojení a mají spojky k místům značně vzdáleným. To je jednou z příčin bolestí vzdálených partií těla při onemocnění prostaty. Ke svému růstu a správné funkci potřebuje prostata mužské pohlavní hormony neboli androgeny, z nich pak především testosteron (26, 11).

1.2 Onemocnění prostaty

Pro mnohé má prostata něco tajemného a současně nepříjemného. Pokud se o prostatě zmiňují, děje se tak v souvislosti s obtížemi a nemocemi vysokého věku. Nezřídka bývá lékařské označení tohoto orgánu - prostata od laiků falešně používáno jako označení nemocí, která vyvolávají obtíže při močení nebo bolesti v podbřišku (16).

1.2.1 Onemocnění prostaty v závislosti na věku:

Dětský věk do puberty

V tomto období bývá prostata němá. Objevují se pouze vrozené vady, nejčastěji rozštěpy měchýře a močové trubice v důsledku poruchy vývoje embrya. Cysty, nezhoubné a zhoubné nádory jsou v tomto věku velmi vzácné (16, 29).

Prostata v pubertě

V pubertě doroste prostata do plnohodnotného orgánu. Mohou se vyskytnout potíže charakteru zánětlivého onemocnění neboli prostatitída mladíků. Cysty, nezhoubné a zhoubné nádory jsou v tomto věku velmi vzácné (16, 29).

Prostata u dospělých

Mezi dvacátým a čtyřicátým rokem života bývá v popředí akutní a chronický zánět prostaty neboli prostatitída, často přecházející z akutní formy do chronické. Od čtyřicátého roku je možný výskyt nádorového onemocnění prostaty. Zvětšení prostaty se může objevovat již od čtyřiceti let. Zvětšování prostaty probíhá, ale pomalu, mnoho mužů si všimne obtíží při močení až kolem šedesáti let. Není to ani každý muž, je to pouze každý druhý až třetí muž se zvětšenou prostatou, který pozoruje obtíže při močení. Příčinou zvětšení prostaty je nezhoubný či zhoubný nádor. Tento nádor vychází z hlenových žlázek močové trubice (adenom), bývá prostoupen vlákny svaloviny (myom) a vazivovou tkání (fibrom). Čisté formy jsou vzácné. Následkem může být vznik zánětu, kaménků prostaty, rozšíření žlázových dutinek až po tvorbu výchlipek. Mohou být poškozeny i sexuální funkce (16, 29).

1.3 Prostatitída

Jedná se o zánět prostaty, který se vyskytuje v akutní a chronické formě. Někdy je spojený s postižením semenných váčků. Podle původců vzniku dělíme prostatitidu na prostatitidu s bakteriálním původcem – tj. nespecifická, specifická a venerická, a prostatitidu bez bakteriálního původce (10, 29).

1.3.1 Akutní prostatitída

Je převážně způsobena kolibacilární infekcí. Spouštěcími mechanismy může být katetrizace, úraz, prochlazení, sexuální praktiky. *Příznaky* akutní prostatitídy jsou časté a bolestivé močení, později tlakové bolesti a pocit napětí v konečníku i na hrázi, třesavka, schvácenost, bolest při odchodu stolice, retence moče, výtok.

Diagnostika akutní prostatitídy je vyšetření per rektum, laboratorní vyšetření krve, vyšetření uretrálního výtoku.

Léčba akutní prostatitídy se zahajuje klidem na lůžku, sedacími koupelemi, dostatkem tekutin, podáním antibiotik, analgetik a antipyretik.

Komplikací akutní prostatitídy je absces prostaty a přechod do chronické formy (16, 25, 29).

1.3.2 Absces prostaty

Je nejčastěji komplikací akutní prostatitídy. *Příznaky* jsou stejné jako u akutní prostatitídy, avšak vystupňované. *Diagnostika* je vyšetření per rektum a transrektální ultrasonografie. *Léčba* je invazivní - incize abcesu a drenáž, další jako u akutní prostatitídy (5).

1.3.3 Chronická prostatitída

Je způsobena přechodem akutní prostatitídy nebo recidivující IMC. *Příznaky* chronické prostatitídy se dělí na lokální, na všeobecně související s nervovým systémem a na poruchy sexuálního života. Příkladem jsou tlakové bolesti na hrázi a v konečníku, výtok, bolestivé a časté močení, myalgie a arthralgie. *Diagnostika* je jako u akutní prostatitídy. *Léčba* je medikamentózní, podpurná, při selhání se provádí invazivní transuretrální resekce prostaty (10, 25, 29, 31).

1.4 Benigní hyperplazie prostaty (BHP)

Další označení pro toto onemocnění je benigní hypertrofie prostaty, adenom prostaty, zbytnění předstojné žlázy. Tyto názvy jsou nesprávné a podle doporučení Světové zdravotnické organizace se má používat pouze termín benigní hyperplazie prostaty. Jedná se o nemaligní zbytnění prostaty na podkladě zmnožení především stromálních buněk. V důsledku progresivního růstu dochází k vytlačování fibromuskulární prostaty do periférie. Hyperplazie může postihnout různé části prostaty a to boční stěny prostaty nebo může postihnout dolní okraj močového krčku. Nešíří se do okolí, roste pouze uvnitř pouzdra prostaty, ale i zde může dosáhnout obrovských rozměrů. Je možné srovnání s pomerančem, který roztlačuje svoji slupku. Má výraznou závislost na věku, nejčastěji postihuje muže starší padesáti let. Je častým onemocněním u mužů. Začátek onemocnění se udává po čtyřicátém roce života a dochází k postupnému růstu. Celková doba růstu je v časovém období mezi deseti až třiceti lety. V důsledku tohoto onemocnění může vzniknout chronická prostatitida, zbytnění močového vypuzovače, které je spojeno s močovou stázou a může vést k infekci a zánětlivým změnám na močovém traktu až k poškození renální funkce. Močová stáza může vést ke vzniku konkrementů. Patologickoanatomická charakteristika je určující, protože nemocné dovede mnohdy k lékaři ne zbytnění prostaty, ale potíže při močení. Benigní hyperplazii prostaty je nutné potvrdit vyšetřením a vyloučit jiné závažné onemocnění (8, 13, 15, 22, 23, 27).

1.4.1 Příčiny

Proč dochází k zvětšování prostaty dosud není přesně známo. Mohou se zde uplatňovat hormonální poruchy související se stárnutím jako u ženy. V mužském těle se tvoří jak androgeny tak i estrogeny, androgeny samozřejmě převládají. Hlavní mužský hormon je testosteron, sám o sobě není účinným hormonem. Účinným se stává působením enzymu, který produkuje prostata. Produkce tohoto hormonu po čtyřicátém roce věku klesá. Vznik hyperplazie prostaty zřejmě závisí na hormonální funkci varlete, protože se vyskytuje pouze u mužů, u kterých je tato funkce neporušená, kdežto u eunuchů nikoliv (27, 8).

1.4.2 Rizikové faktory

Rizikové faktory jsou mnohočetné. Vyšší riziko nese rasa Afroameričanů oproti Japoncům. Dále bylo vyšší riziko zaznamenáno u mužů svobodných, s nižším vzděláním, s menším tělesným vzrůstem, u obézních a u mužů s genetickou zátěží (27).

1.4.3 Příznaky

Příznaky se mění s časem, vyznačují se stavy se zhoršením a spontánním zlepšením. Benigní hyperplazie prostaty se nejčastěji projevuje mikční symptomatologií (dříve prostatismus), dělenou na *mikční příznaky* (dříve označovány jako obstrukční) a na *plnicí* (dříve označovány jako iritativní). *Mikční příznaky* jsou, když močový proud se pomaleji spouští, je slabší a je třeba vynaložit větší síly. Močení je prodloužené a přerušované. Moč po vymočení odkapává. Zůstává pocit neúplně vyprázdněného močového měchýře. *Plnicími příznaky* jsou častější močení přes den (polakisurie) a v noci (nykturie), nutkání na močení, samovolný odchod moči a bolesti v podbřišku. Další rozdělení je podle doby na *časné* a *pozdní příznaky*. *Časné příznaky* jsou ochabnutí a zeslabení proudu moči, který je postupně tenčí, pomalý, močení trvá déle než je obvyklé. Čekání na spuštění proudu moči, které zpočátku trvá několik vteřin a postupně se prodlužuje na několik minut. Časté je močení k ránu a v noci. Časté nucení na močení je způsobeno drážděním svalů, který smršťuje močový měchýř. Noční močení je třeba vyloučit s jiným onemocněním, které může být jeho příčinou. Přerušovaný paprsek moči, způsobený únavou močového měchýře. *Časné příznaky* jsou varováním a připomenutím, že je právě vhodná doba navštívit lékaře. *Pozdní příznaky* se projevují na svalů močového měchýře takzvaného detrusoru, který po čase námahy vyprázdnit močový měchýř zbytní, tuto vytvořenou překážku nemůže překonat a po vymočení zůstává v měchýři zbytek moči, takzvané reziduum. Náhlé zadržetí moči, jehož příčinou může být předržení moči, nadměrná konzumace jídla nebo pití, přepracování duševní či tělesné, dlouhá jízda autem aj. Infekce močových cest, krev v moči a v nejtěžší selhání funkce ledvin. Světová zdravotnická organizace doporučuje Mezinárodní stupnici prostatických symptomů (IPSS)-viz příloha č.4.

Více než polovina pacientů udává, že mikční příznaky jim brání minimálně v jedné denní činnosti (4, 5, 20).

1.4.4 Komplikace

Komplikací benigní hyperplazie prostaty je retence moče s paradoxní ischurií, recidivující infekce močových cest, tvorba cystolitázy, dilatace močovodu s následnou renální insuficiencí, divertikl močového měchýře a hematurie (10, 15).

1.4.5 Diagnostika

Diagnostika není možná pouze na základě klinické symptomatologie, ale tvoří ji komplex diagnostických metod od nejjednodušších až po složité vyšetřovací metody. Cílem je určit správnou diagnózu a odlišit benigní onemocnění od maligního (15).

Anamnéza

Velmi detailní vyhodnocení symptomatologie.

Fyzikální vyšetření

Vyšetření per rektum, které patří k základním vyšetřením nemocného. Toto vyšetření by se mělo provádět při každém přijetí do nemocnice, nejen na urologická oddělení, ale i při preventivních prohlídkách u praktického lékaře u mužů nad padesát let věku. Normální, nezvětšená prostata by při tomto vyšetření měla mít velikost jedlého kaštanu, měla by být hladká, symetrická, elastická, nebolestivá a sliznice konečníku by měla být posunlivá (5, 15, 27, 29).

Laboratorní vyšetření

Vyšetření moči biochemické a mikrobiologické. Vyšetření krve na stanovení hladiny sérového kreatininu k odhalení renální insuficience, stanovení sérového PSA neboli prostatického specifického antigenu, který je produktem epiteliálních buněk prostaty a patří mezi screeningové markery prostaty. Zvýšená hladina PSA může být způsobena i prostatitídou, močovou retencí, masáží prostaty, jízdou na kole či na koni, cystoskopií, vyšetřením per rektum, transrektální ultrasonografií (5, 15, 27, 29).

Urodynamické vyšetření

Vyšetřuje funkční hledisko a zkoumá koordinaci jímací a vyprazdňování funkce dolních močových cest (5, 15, 27, 29).

Uroflowmetrie

Orientační metoda ke zjištění intravezikální obstrukce. UFM je vyšetření proudu moči. Obvykle se pacient vymočí do speciální mísy, nádoby se snímačem, který vyhodnocuje tok moči. Počítač vyhodnotí rychlost močení. Měří se průtok moče močovou trubicí v mililitrech za sekundu. Pacient močí do speciální. Výsledkem je UFM křivka (5, 15, 27, 29).

Měření postmikčního rezidua

Vyšetření množství zbytkové moči v močovém měchýři po vymočení ultrazvukem (5, 15, 27, 29).

Transrektální ultrasonografie

Je vhodná k posouzení objemu prostaty, dále k provedení cílené transrektální biopsie prostaty (5, 15, 27, 29).

1.4.6 Léčba

Při výběru léčby je brána v úvahu závažnost příznaků a to, jak ovlivňují kvalitu života pacienta, dále jak výrazně je snížen průtok moči a zda je při tom velké reziduum moči. Dalšími rozhodujícími faktory jsou i zdravotní stav pacienta, přítomnost komplikací BPH a průběh samotného onemocnění.

Sledování (watchfull waiting) pokud nejsou symptomy pro pacienta příliš obtěžující (10, 25).

Medikamentózní: podávání alfablokátorů (snižují tonus hladké svaloviny v oblasti hrdla měchýře a prostatické uretry – Omnic, Cardura, Zoxon); blokátorů 5-alfa-reduktázy (blokují přeměnu testosteronu na dihydrotestosteron – snižují objem prostaty – finasterid) a fytoterapeutika (princip není znám, využívají se rostliny nebo rostlinné extrakty) (10, 22, 27).

Chirurgická léčba: klasická otevřená transvezikální prostatektomie – což je enukleace adenomu „otevřeně“ chirurgickým řezem ze suprapubického nebo retropubického přístupu.

Další metodou je TURP – transuretrální resekce prostaty endoskopickou cestou. Tato metoda patří mezi „zlatý standard“ v léčbě benigní hyperplazie prostaty (5).

Minimálně invazivní léčba: mezi tuto metodu řadíme TUIP – transuretrální incize prostaty, kdy se odstraňuje pouze vyvýšený krček měchýře a prostatická uretra.

Další metodou je TUNA – transuretrální jehlová ablace pomocí vysokofrekvenčního vlnění. Při této metodě není třeba celkové anestézie nemocného.

V současnosti velmi se rozšiřující metoda léčby BPH laserem – TULIP (transuretrální laserem indukovaná prostatectomie), ILC (intersticiální laserová koagulace) a VLAP (visuální laserová ablace prostaty). K léčbě se užívají 2 zdroje laserové energie – Nd:YAG a holmium:YAG laser. Účinek této léčby spočívá v tom, že laserové vlákno, které způsobí laserové záření, zvyšuje teplotu v cílové tkáni (prostatě) a při teplotě nad 60 °C vzniká nekróza tkáně a při teplotě nad 100 °C dochází k odpaření a odstranění tkáně (5, 27, 31).

Dále TUMT (transuretrální termoterapie) a hypertermie – působením tepla (45 až 65°C) dochází k nekróze prostatické tkáně. Dnes se tyto metody opouštějí.

Další metodou, která se dnes využívání velmi zřídka, je zavedení prostatických stentů (protéz). Do prostatické uretry se zavede spirála nebo síťka z nerezavějící oceli nebo titanu a způsobují „roztahování“ prostatické uretry.

Transuretrální dilatace prostaty balónkem patří také k již málo používané metodě. Do prostatické uretry se zavede speciální katétr s velkým balonem. Po naplnění dilatačního balonu dojde k „roztržení“ prostatické uretry a hrdla močového měchýře (5, 13, 23, 27, 29).

1.5 Karcinom prostaty

Adenokarcinom prostaty vychází ze žláзовého epitelu prostaty. Nejčastěji se vyskytující zhoubný nádor u muže a je druhou nejčastější příčinou úmrtí u mužů (5, 8).

1.5.1 Klasifikace karcinomu prostaty

Klasifikace karcinomu prostaty se určuje podle TNM klasifikace. Tato klasifikace je nezbytná pro určení léčebného postupu. Jednotlivá označení jsou T0 bez důkazu o přítomnosti karcinomu prostaty, T1 karcinom není klinicky prokazatelný, T2 karcinom prostaty je lokalizovaný (neproniká přes pouzdro), T3-T4 je lokálně pokročilý

karcinom pronikající přes pouzdro, N0 bez metastáz v regionálních uzlinách, N1 metastáza je lokalizována v jedné regionální lymfatické uzlině (není větší než 2 cm), N2 velikost metastazované regionální uzliny je 2-5 cm, N3 velikost metastazované regionální uzliny je více než 5 cm. M1a značí metastázy v juxtaregionálních lymfatických uzlinách, M1b metastázy jsou v kostech, M1c metastázy jsou v jiných lokalizacích (5, 8).

1.5.2 Rizikové faktory

Vnitřní faktory:

Rodinná anamnéza

U mužů, kde je rodinná anamnéza pozitivní, se riziko výskytu karcinomu prostaty zvyšuje. Dědičný výskyt karcinomu prostaty se předpokládá u jedné čtvrtiny mužů, u kterých byla diagnóza zjištěna před 55 rokem života. U dědičných forem je typický brzký výskyt onemocnění. Potomkům a sourozencům nemocného se doporučuje sledování nejdříve ve 40 letech (8).

Rasové vlivy

Největší četnost karcinomu prostaty je u Afroameričanů, udává se u nich dvakrát vyšší četnost než u bílých Američanů. U Afroameričanů se karcinom vyskytuje dříve, je agresivnější a brzy metastazuje. Zajímavé je, že Japonci mají prostatu menší než muži v kterékoliv jiné zemi světa a to ve všech věkových skupinách. Rasové rozdíly je možné částečně vysvětlit životním stylem, stravou, prostředím a dostupností zdravotnických služeb, ale větší podíl mají genetické vlivy (8, 5).

Věk

S věkem se zvyšuje výskyt karcinomu prostaty rychleji než u jiných nádorových onemocnění. Věk je jedním z nejvýznamnějších vnitřních rizikových faktorů. Dochází k buněčným změnám a ovlivňování hormonální hladiny (5, 8).

Hormony

Vliv hormonů přesněji androgenů je pouze pravděpodobný. Uvažuje se o roli androgenů při začátku a pokračování onemocnění (5, 8).

Vnější faktory:

Geografické vlivy

Zeměpisné vlivy jsou komplexní povahy a patří mezi významné faktory karcinomu prostaty. Nejnížší výskyt je v Číně a Japonsku, naopak je tomu ve Skandinávii, západní Evropě, Severní Americe Austrálii a Blízkém východě. Tyto rozdíly jsou ovlivněny mnoha faktory (5, 8).

Výživa

Výživa má zabezpečit příjem základních živin a mikroelementů. Současná úroveň výživy je nepříznivá pro nadměrný příjem masa a masných výrobků, nízký příjem ryb, nízkou spotřebu nízkotučných mléčných výrobků, nízkou spotřebu zeleniny, ovoce, vysokou spotřebu různých pochutin. Některé její složky mají vliv na vznik nádorů. Živočišné tuky z červeného masa prokazují větší vliv na vznik nádorů než tuky rybí a mléčného původu. Ve spojení s geografickými vlivy je možné, že v krajině s vyšším příjmem tuků mají také vyšší výskyt nádorů. Příjem esenciálních mastných kyselin má významný vliv při vzniku nádoru. Ze studií vyplývá, že muži s vyšším příjmem omega-3 mastných kyselin mají nižší výskyt karcinomu než muži s vyšším příjmem omega-6 mastných kyselin, kde je účinek opačný. Zvýšená konzumace masa, zejména červeného, zvyšuje riziko vzniku nádorů. Vitamin D zastavuje růst buněk karcinomu. Má příznivý vliv společně s vitaminem E, který má antioxidantní účinek. Snížení rizika vzniku nádoru prostaty se potvrdilo při studiu vlivu umělého dodávání vitamínu E. Výroba, skladování, uchování a příprava potravin. V tomto řetězci se do potravin dostává určité množství znečišťujících látek, které přispívají k riziku vzniku nádoru. Vyvážená strava a dostatečné množství vláknin, antioxidantů, stopových prvků s vyváženým obsahem základních živin vykazuje ochranné účinky (5, 8).

Životní styl

Kouření, všechny formy spotřeby tabáku, jak aktivně tak pasivně, přispívají ke vzniku různých nemocí a úmrtí na ně. Je vyšší nárůst kuřáků již v mladších věkových skupinách. *Alkohol* patří mezi nejvýznamnější etiologické faktory nádorových onemocnění. Alkoholické nápoje jsou obecně zařazeny mezi karcinogeny. Alkohol

ovlivňuje hladinu testosteronu směrem dolů, tím by mohl hrát určitou roli v kancerogenezi (5, 8, 17).

Zaměstnání ano, v případě expozice karcinogenních látek. Profesionální expozice jsou vysoce specifické, vázané na konkrétní typ látky, používané na daném pracovišti (5, 8).

Sexuální aktivita neboli reprodukční faktory mají svůj vlastní průběh a jejich ovlivňování z hlediska prevence není příliš reálné. Přenos karcinomu prostaty jako infekčně podmíněné a sexuálně přenosné nemoci byl vyloučen (5, 8).

Pohybová aktivita má ochranný vliv na zdraví a to v několika úrovních. Nepřímo tím, že snižuje výskyt obezity a přímo tím, že má nezávislý protektivní efekt. Například zlepšuje lipoproteinový profil, snižuje váhu, zlepšuje psychický stav a jiné. Tělesná nečinnost a sedavý způsob zaměstnání i života jsou spojeny s řadou zdravotních poruch. Naopak nadměrná fyzická aktivita podporuje rozvoj pokročilých stádií karcinomu (5, 8).

Pro stanovení míry *obezity* se používá hodnocení podle indexu hmotnosti BMI. Energetická a nutriční nerovnováha vede ke zdravotnímu riziku a poškození. Extrémně obézní muži jsou více ohroženi karcinomem prostaty. Rovnováha mezi energetickým příjmem a výdejem je důležitějším faktorem pro vznik karcinomu prostaty, než jednotlivé složky potravy (5, 8).

Ionizující záření má schopnost vyvolávat nádorové onemocnění.

Stres v životě společnosti se stále více nachází. Došlo ke změně životního tempa, kladou se vyšší nároky, vyšší nasazení, problémy s pracovním uplatněním, stresem je i zdravotní stav, jeho hodnota je přímo vyjádřitelná penězi. Stres je rizikovým faktorem, má vliv na vznik a rozvoj některých onemocnění jako je například nádorové (5, 8, 17).

1.5.3 Příznaky

Příznaky karcinomu prostaty lze je rozdělit do několika skupin:

Vyprazdňovací obtíže: zpomalený proud moče, pocit neúplného vymočení, retardace startu močení, přerušovaný proud moči. Tyto obtíže jsou nespecifické a objevují se i při BHP (4, 5, 10).

Jímací obtíže: frekvenční močení, urgence, urgentní inkontinence, nykturie.

Příznaky *lokálně pokročilého tumoru* vedou k hematurii s možností tamponády močového měchýře, bolesti v tříselech a v pánvi, utlačení distální části rekta, což vede k zácpě (4, 5, 10).

Příznaky *celkově pokročilého metastatického tumoru* jako jsou bolesti v pánevních kostech a lumbální páteři, patologické fraktury, komprese míchy vedoucí k neurologickým postižení na dolních končetinách, anémie, redukce hmotnosti, lymfedém dolních končetin, komprese močovodů až urémie.

V časném stádiu může být pacient zcela bez obtíží (4, 5, 10).

1.5.4 Screening a časná detekce karcinomu prostaty

Screening je určen pro vyhledání vybraného onemocnění. V populaci se vyšetřují velké skupiny bezpříznakových osob, u kterých je vysoká pravděpodobnost výskytu hledaného onemocnění. Cílem je diagnostikovat onemocnění v časném stádiu, kdy je ještě možná efektivní léčba. Karcinom prostaty probíhá poměrně dlouho bez příznaků. Proto je snaha definovat věkovou hranici, po kterou má nemocný prospěch z průkazu a léčby i klinicky němého nádoru prostaty a kdy již ne, protože zemře na jiné onemocnění s bezpříznakovým nádorem, který neovlivňoval kvalitu jeho života. Ve světě se za rizikové skupiny považují muži nad 50 let věku a muži s rodinnou zátěží, spolu Afroameričany nad 40 let věku. Interval screeningu se stanovují dle výsledků PSA, a to 2 roky či 1 rok. Mezi nejstarší, nejlevnější a nejčastěji používanou screeningovou metodu patří digitální rektální vyšetření. Mezi další screeningové metody patří stanovení hladiny PSA a transrektální ultrasonografie spojená s biopsií prostaty (8).

1.5.5 Diagnostika

Základní diagnostickou metodou je vyšetření per rektum a stanovení hladiny PSA. Diagnózu nám potvrdí transrektální ultrasonografické vyšetření spojené s biopsií prostaty. Ve stanovení léčebného postupu je rozhodující výsledek biopsie prostaty. Dále se provádí ultrasonografie močového měchýře a doplňující vyšetření jako scintigrafie skeletu, CT retroperitonea, RTG srdce a plic (4, 5).

1.5.6 Léčba

Léčba se liší podle stádia nádorového onemocnění prostaty, prognostických faktorů, celkového stavu, věku a životních vyhlídek nemocného. Léčbu karcinomu prostaty dělíme na léčbu lokálně ohraničeného karcinomu, léčbu lokálně pokročilého karcinomu a léčbu generalizovaného karcinomu (4, 22).

Lokálně ohraničený karcinom:

Sledování – u příliš nemocných nebo starých nemocných, kde by radikální řešení znamenalo vysoké riziko.

Radikální prostatektomie (RAPE) – radikální odstranění prostaty včetně pouzdra a semenných váčků. Komplikací po této operaci je erektilní dysfunkce a inkontinence.

Externí radioterapie – zevní ozáření postiženého místa v prostatě.

Brachyterapie – implantace radioaktivních částic přímo do prostaty pod ultrasonografickou kontrolou.

Kryoterapie – hluboké ochlazení tkáně prostaty cirkulujícím argonovým plynem pomocí sond (4, 5, 22).

Lokálně pokročilý karcinom:

Radioterapie - zevní ozáření postiženého místa v prostatě.

Hormonální léčba – viz léčba generalizovaného karcinomu

Paliativní transuretrální resekce prostaty (TURP) – ke zlepšení mikce nemocného při subvezikální obstrukci (4, 5, 22).

Léčba generalizovaného karcinomu:

Bilaterální orchiektomie – chirurgické odstranění varlat.

Podávání antiandrogennů – blokují vliv androgenů na prostatu (Androcur, Flucinom).

Podávání LHRH analoga – nejdříve vyvolají zvýšenou sekreci testosteronu, ale asi po týdnu dojde k útlumu funkce a sekrece testosteronu se sníží na nulovou hodnotu (Zoladex).

Léčba metastatických skeletových bolestí (4, 5, 8, 10, 22, 25).

1.6 Onkoprevence pro Českou republiku

Onkoprevence neboli nádorová prevence je předcházení nežádoucích jevů, které souvisejí se vznikem a postupem zhoubných nádorů. Prevence musí být celková a zahrnuje nejen vznik a časně zachycení, ale také důsledky postupu a léčby nádorového onemocnění (28).

Nádorová prevence je rozdělena do čtyř kategorií: primární prevence, sekundární prevence, terciární prevence, kvartérní prevence.

Cílem *primární prevence* je pokles výskytu zhoubných nádorů. Snížení úmrtnosti cestou snížení nárůstu nádorů. Východiskem je znalost příčin nádorů. V primární prevenci se nejedná pouze o ovlivnění rizikových faktorů ve smyslu snížení či eliminace, ale i o zvýšení ochranných neboli protektivních faktorů (2,1).

Podle přehledu rizikových faktorů je evidentní, že podstatná část je v přímé souvislosti s chováním jedince, jeho životním stylem.

Jak uskutečňovat primární prevenci? Ovlivňovat životní styl jedinců konkrétními doporučeními, které jsou vypracované skupinami odborníků na podkladě důkazů získaných z více studií. Aplikace doporučení do běžného života populace není snadná záležitost. Je to záležitost celé společnosti, závislá mimo jiné také na zákonodárství, financích a jiné podpoře. Hlavní úkol spočívá na zdravotnických odbornících.

Uplatňování primární prevence je na širší populaci nebo na jednotlivce. Nejlepší je kombinace. Působení na populaci čili na větší skupinu osob, zvýší informovanost i motivaci. Provedení pomocí masmédií či specifických projektů. Působení na jednotlivce neboli individuální je zaměřeno na konkrétní rizika, ale i na kontrolu úrovně dosažených změn, které směřují ke snížení rizik. Efektivnější je konkrétní specifikace opatření ke snížení či eliminaci rizik (1, 11, 22, 28).

Sekundární prevence znamená včasnou diagnostiku zhoubných nádorů ve vyléčitelném stavu. Cílem sekundární prevence je také snížení úmrtnosti, ale způsobem časného zachytu a efektivní léčby. V současné době je důležitá podpora screeningového vyšetření a pilotní a cílené studie zaměřené na metodologii časného zachytu rakoviny prostaty. Nedílnou součástí sekundární prevence je podpora preventivních prohlídek u praktických lékařů (1, 28).

Terciální prevence má za cíl včasný záchyt návratu nádorového onemocnění v léčitelné podobě. Základem úspěšnosti terciální prevence je dobrá organizace dispenzární péče, komunikace mezi odbornými specialisty a praktickými lékaři. Slabým místem v terciální prevenci bývá soustředění dispenzárního vyšetření na dříve léčený orgán a nejčastější místa metastazování a opomíjení ostatních preventivních vyšetření. Příkladem je stav po léčbě nádorového onemocnění prostaty u mužů a opomíjení vyšetření stolice na okultní krvácení. Za kvalitní terciální prevenci lze považovat dobu přežití nemocných s nádory primárně diagnostikovanými v I. - III. klinickém stádiu (1, 28).

Kvartérní prevence se týká stavů nevléčitelného a postupujícího nádorového onemocnění, jejich působení na kvalitu života a jeho zkracování. I zde se uplatňují preventivní postupy a to v tělesné, duševní a sociální oblasti. Mezi ně patří včasná analgetická léčba, předcházení neprůchodnosti různých orgánů, zachování mobility nemocného, zajištění výživy, psychologická podpora a sociální zázemí. Například při změně soběstačnosti (1, 28).

1.7 Edukace

Edukací je označován proces výchovy a vzdělávání, které se navzájem prolínají. Je to také předávání informací, výuka nových dovedností, návyků a stereotypů. Edukace pacienta by měla být jednou z hlavních priorit sestry, každá sestra by podle moderního ošetrovatelství měla být schopna provádět edukaci tak, aby uspokojila potřeby pacienta. Edukace může být jednorázová nebo opakovaná. Edukace může být jednoduchá nebo hloubková a to podle inteligenční úrovně pacienta, jeho sociálního postavení a momentální zdravotního stavu (12, 32).

Pojmy, které souvisí s edukací jsou *edukant* neboli, člověk bez ohledu na věk nebo typ, který se učí a přebírá pojmy od edukátora a zároveň musí zapojit svoji myšlenkovou činnost. *Edukátor* je ten, kdo edukuje – vychovává, vzdělává. *Edukační proces* je činnost lidí, při níž dochází k učení. Je to výchovný a vzdělávací proces, může být součástí ošetrovatelského procesu, představuje určitou formu předávání informací a je vytvořený záměrně. *Edukační prostředí* je prostor, kde se edukace provádí. *Edukačními faktory* je vše, co určuje nebo ovlivňuje edukační proces (12, 32).

Edukační proces a ošetrovatelský proces má hodně společného.

1.7.1 Edukační cíl

Edukační cíl neboli výukový cíl je zamýšlený, očekávaný a žádoucí stav edukanta. Při edukaci si musí uvědomit to, čeho chce dosáhnout na základě určitých požadavků. Mezi požadavky řadíme: *přiměřenost* v souladu s požadavky a možnostmi jedince, který se bude edukovat. Neměl by se podceňovat, ale musí být v silách jedince je splnit. *Konzistentnost* neboli soudržnost, celek. *Kompetentnost* zahrnuje celou osobnost jedince. *Jednoznačnost* neboli jasnost a stručnost. *Kontrolovatelnost*, zjistit zda bylo cíle dosaženo, či nikoliv.

K edukačním cílům patří, údaje o pacientovi. Jeho *pohotovost* projevující se všeobecným zájmem pacienta. *Poddajnost* pacienta, do jaké míry se ztotožňuje s radami a doporučením od sestry. *Motivace*, pohnutka k potřebě získat vědomosti. *Společensko – ekonomické faktory* vedou sestru k pochopení chování pacienta a respektování. *Vzdělání* má vliv na úroveň pacientových vědomostí a na efektivitu zvolené metody edukace. *Věk* pacienta a jeho *názory na zdraví* (12, 21, 32).

1.7.2 Vybrané přístupy edukace

Vybrané přístupy v edukaci ve vztahu člověk a prostředí jsou tři. První přístup je *behavioristický*, ve kterém hraje aktivní roli prostředí a člověk se přizpůsobuje na podněty prostředí, které ho ovlivňují. *Humanistický* přístup je druhým aktivním přístupem, který člověka dělá aktivním. Umožňuje mu objevit sám sebe jako jedinečnou bytost a najít v sobě své kvality. Poslední přístup je *kognivistický*, kde je

člověk a prostředí v optimální rovnováze. Je orientován na učení způsobu subjektivního poznání (32).

Empowemetr patří mezi model, ve kterém zdravotník nabízí zdroje informací, různé postupy, přístupy. Vytváří vztah vzájemné spolupráce, pacient se stává aktivním v edukačním procesu a dochází k posunu k zodpovědnosti za své rozhodnutí, chování a jednání (24).

1.7.3 Komunikace v edukačním procesu

Komunikace je dorozumívání a je důležitou součástí edukace. Mezi efektivitou edukačního procesu a komunikací je velmi úzký vztah. Edukátor by měl mít při efektivně vedené komunikaci uspořádané určité body a to obsah předávaných informací, čas edukace, místo edukace a volbu metody edukace. Komunikaci dělíme na verbální neboli slovem a symboly a nonverbální neboli bez slov (12, 24).

Verbální komunikace by měla být jednoduchá, výstižná, přizpůsobená schopnostem a znalostem edukanta. Edukátor by měl používat srozumitelné výrazy, vyloučit slovní „parazity“ a dbát na spisovnost slovního projevu. Verbální komunikaci ovlivňují zvukové prostředky, které působí na edukanta pozitivně či negativně. Mezi ně patří hlasitost řeči, výška tónu řeči, rychlost řeči, pomlky, přítomnost slovních parazitů a délka projevu. Předávání informací verbálním projevem by mělo být uspořádané, srozumitelné a zajímavé (12).

Nonverbální komunikace se uskutečňuje mimoslovně, probíhá nevědomě. Stejně jako verbální komunikace tak i nonverbální komunikace působí na edukanta pozitivně či negativně. Patří do ni proxemika neboli vzdálenost mezi edukantem a edukátorem, mimika neboli výraz obličeje, gestika neboli pohyby, haptika neboli dotek, kinetika neboli pohyb těla, posturologie neboli postoj, ale i úprava zevnějšku či vůně (12).

Komunikace má v edukačním procesu několik funkcí a to výměnu informací, umožňuje vzájemný kontakt, ovlivňuje edukanta a edukátora a je prostředkem k edukaci (24).

1.7.4 Proces edukace ve zdravotnických zařízeních

Edukační proces ve zdravotnických zařízeních je specifický, zabývá se především péčí o zdraví klientů a měl by být součástí péče. Edukace by se měla přizpůsobit systému a metodám práce ve zdravotnických zařízeních (12).

1.8 Ošetrovatelská péče

1.8.1 Pojem ošetrovatelství

Ošetrovatelství je samostatný vědní obor, tvoří zcela specifickou a samostatnou součást systému zdravotní péče. Je to obor velmi komplexní. Předmětem ošetrovatelství je zabývat se ošetrovatelskými aspekty péče o člověka jako o individuálního jedince a o skupiny. Výsledkem je interakce a determinace mezi osobou, zdravím a prostředím vzniklých z požadavků uspokojování potřeb. Hlavním principem ošetrovatelství je pomoc ohroženému nebo nemocnému při těch činnostech, které by mohl vykonávat sám, v případě dostatečné síly, vůle a potřebných vědomostí a dovedností. Holistický přístup (7, 14).

Cílem moderního ošetrovatelství je zaměřit se na zdraví a na nemoc. Pomoci jednotlivci, rodině, skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich prostředím. Podporovat člověka v péči o své zdraví, vytvořit z člověka aktivního účastníka v péči o vlastní zdraví, aby byl ochoten o své zdraví pečovat. Co nejvíce podpořit člověka v péči o sebe samého, zjistit co je schopen pro sebe udělat. Pomáhat při předcházení nemocí besedami, přednáškami či edukací. Předcházet a snižovat negativní dopad onemocnění na celkový zdravotní stav jedince. Hledat a uspokojovat potřeby lidí nemocných, zdravotně postižených, lidí nevyлéčitelně nemocných. Hodnotami důležitými nejenom v ošetrovatelství jsou uznání a respektování lidské bytosti, chápání člověka v jeho holismu neboli komplexnosti, uznání okolností ovlivňujících prožívání zdraví a nemoci, potřeba podporovat a udržovat zdraví po celý život a souhlas s právem člověka spolurozhodovat o své péči (7, 9, 14).

Obsahem ošetrovatelství jsou všechny činnosti směřující k prospěchu jedince a k uspokojování jeho potřeb. Tyto činnosti jsou pilířem ošetrovatelské teorie a praxe.

Oborů ošetrovatelství je několik. Jsou jimi všeobecné ošetrovatelství, dějiny ošetrovatelství, metodologie ošetrovatelství a aplikované obory. Ošetrovatelství má svoji metodiku výzkumu, používá metody teoretické, modelové a empirické. Je to multidisciplinární obor, který je do značné míry determinován výsledky příbuzných oborů a to medicínskými a humanitními (7, 14, 30).

1.8.2 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je systematický přístup k ošetrovatelské péči. Je to děj cyklický a dynamický, to znamená, že reaguje na změny vzniklé v průběhu realizace. Zahrnuje použití vědeckých metod pro určení potřeb pacienta, klienta, rodiny nebo komunity, a vymezení těch, které mohou být nejučinněji uspokojeny péčí sester. Sestra ve spolupráci s ostatními členy ošetrovatelského týmu, s jednotlivci či skupinami, o něž je pečováno, stanoví cíle, určí priority, navrhne potřebnou ošetrovatelskou péči a aktivuje potřebné prostředky. Pacienti jsou bráni jako aktivní účastníci, nejen jako objekty péče. Míra, jakou se mohou podílet na tomto vzájemném procesu, je ovlivněna jejich vlastním úhlem pohledu na zdraví, stupněm sebepoznání, jejich vnímáním potřeb péče i kvalitou vzájemného vztahu s ošetrovatelským týmem. Cílem ošetrovatelského procesu je předcházet, odstranit nebo zmírnit problémy v oblasti individuálních potřeb nemocného. Ošetrovatelský proces má 5 fází. První fáze zahrnuje činnosti jako je získání informací neboli provedení ošetrovatelské anamnézy. Druhá fáze zahrnuje činnosti k určení aktuálních a potencionálních potřeb, vymezení priorit ošetrovatelské péče, stanovení ošetrovatelské diagnózy. Třetí fáze zahrnuje činnosti ke stanovení cílů ošetrovatelské péče, rozhodnutí o ošetrovatelských intervencích. Čtvrtá fáze je realizace plánovaných intervencí. Zahrnuje činnosti vykonávání ošetrovatelské péče, koordinace jednotlivých postupů. Pátá fáze je hodnocení. Zahrnuje činnosti porovnávání stavu nemocného před a po intervencích, hodnocení výsledků, hodnocení jednotlivých fází ošetrovatelského procesu (14, 18, 30).

1.8.3 Vybrané ošetrovatelské diagnózy u pacientů s onemocněním prostaty

00016 Porušené vyprazdňování moči v souvislosti s onemocněním prostaty projevující se častým močením, potřebou močit v noci.

00023 Retence moči v souvislosti s onemocněním prostaty projevující se tlakem za sponou stydkou.

00132 Akutní bolest v souvislosti s onemocněním prostaty projevující se neklidem a verbalizací.

00021 Inkontinence moči v souvislosti s onemocněním prostaty projevující se odkapáváním moči.

00148 Strach v souvislosti s aktuálním zdravotním stavem projevující se neklidem nemocného.

00126 Deficit znalostí v souvislosti s diagnostickými vyšetřeními projevující se neklidným chováním.

00095 Porušený spánek v souvislosti s aktuálním stavem organismu projevující se nespavostí.

00146 Úzkost v souvislosti s aktuálním zdravotním stavem projevující se slovním vyjádřením.

00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedením periferního žilního katétru.

00028 Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti s poruchou močení.

00004 Riziko infekce moči v souvislosti se zavedeným permanentním močovým katétrem.

(3, 9).

2. Cíl a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit jakou roli hraje sestra ve včasné diagnostice nádorového onemocnění prostaty.

2.2 Předpokládané hypotézy

H1: Sestry využívají obecné zásady edukace.

H2: Muži mají nedostatek informací, týkajících se včasné diagnostiky onemocnění prostaty.

H3: Mladší muži mají méně informací než starší muži.

2.3 Výzkumné otázky

1) Jakým způsobem provádějí sestry edukaci?

2) Jaké nejčastější problémy vidí sestra v edukaci pacientů při onemocnění prostaty?

3. Metodika

3.1 Použité metody

Práce byla zpracována pomocí kvalitativního šetření formou rozhovoru se sestrami a kvantitativního šetření formou dotazníku pro pacienty. Šetření bylo provedeno u sester pracujících v ordinacích praktických lékařů a u pacientů těchto ordinací v Jindřichově Hradci. Šetření bylo anonymního charakteru.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

V rámci kvantitativního šetření bylo rozdáno 110 dotazníků, vráceno bylo 68 dotazníků. Žádný dotazník nebyl vyřazen z důvodu neúplnosti. Návratnost byla 62 %. Ve výzkumu bylo použito všech 68 dotazníků. Dotazník obsahoval 23 otázek, z toho bylo 19 otázek uzavřených, 3 otázky otevřené a 1 otázka polouzavřená. U otázky číslo 11, 12 a 21 respondenti mohli zaškrtnout více odpovědí.

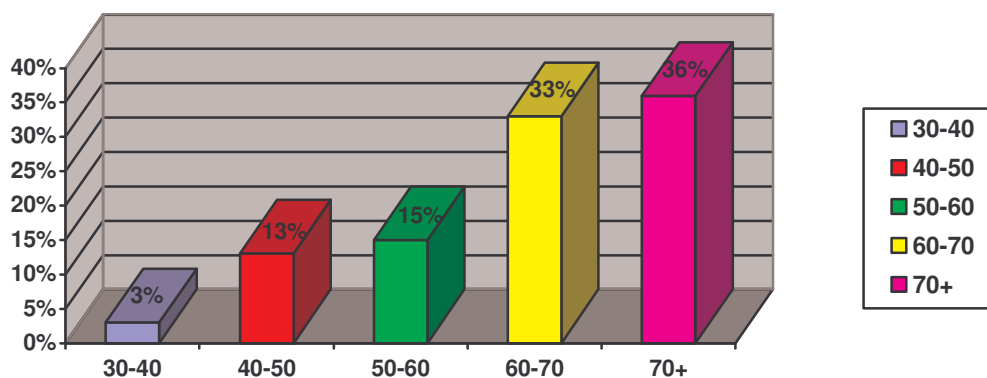
Výzkumným souborem kvalitativního šetření byly sestry pracující v ordinacích praktických lékařů. Celkem bylo osloveno 6 sester. Bylo jim položeno 12 otázek, z toho 2 otázky otevřené, 8 otázek uzavřených a 2 otázky polouzavřené. Na všechny otázky plně odpověděly.

Výsledky byly zpracovány do grafů pomocí počítačového programu Microsoft Excel.

4. Výsledky

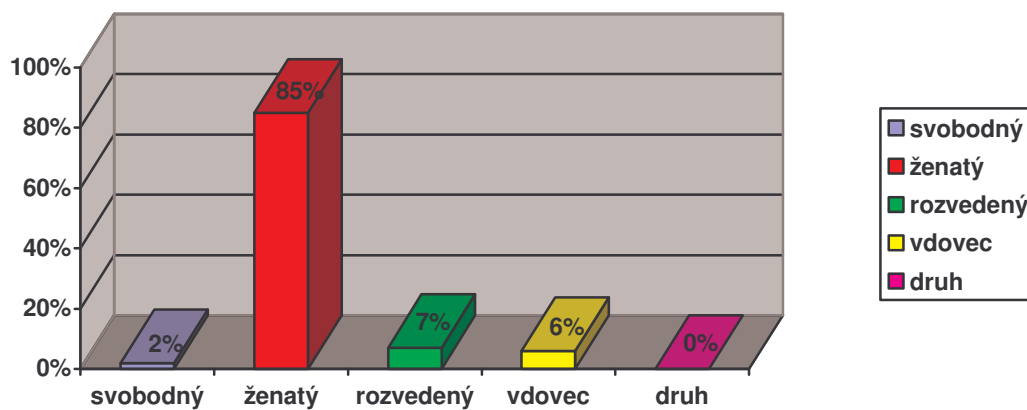
4.1 Kvantitativní výzkum

Graf 1 Věk respondentů



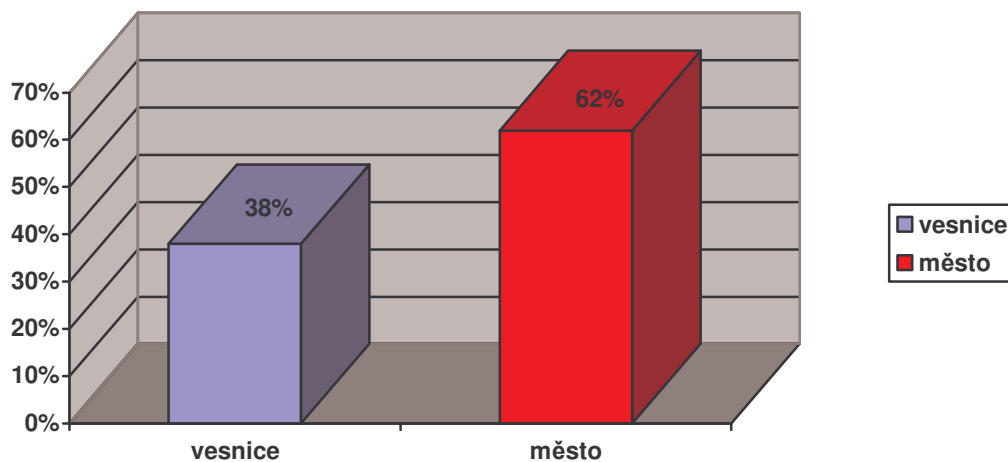
Z grafu 1 vyplývá, že nejvíce respondentů bylo ve věku 70 a více let 25 (36%), dále ve věku 60-70 let 22 (33%), ve věku 50-60 let 10 (15%), věk 40-50 let 9 (13%), věk 30-40 2 (3%).

Graf 2 Rodinný stav



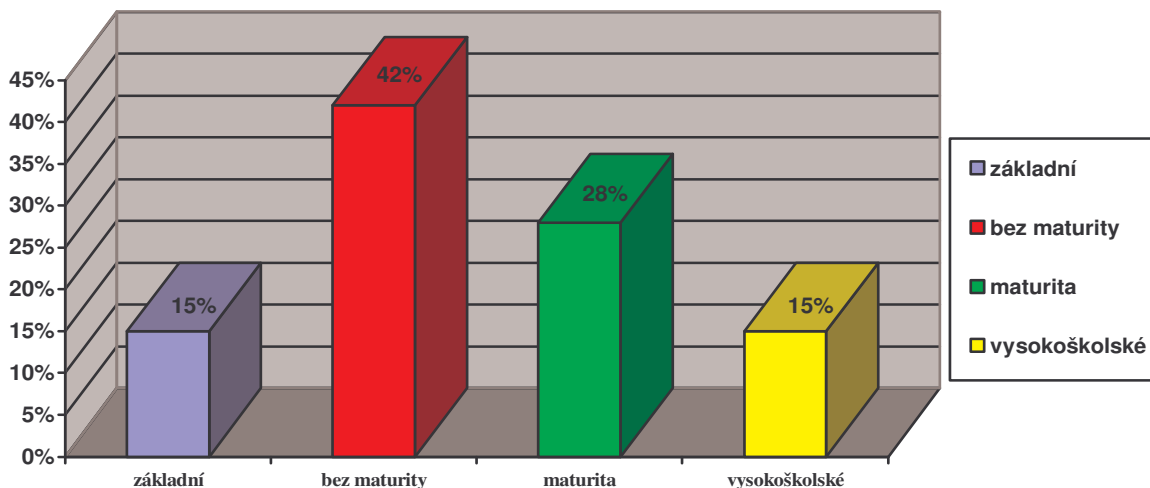
Graf 2 znázorňuje rodinný stav respondentů kvantitativního šetření, kdy 58 (85%) respondentů je ženatých, 5 (7%) rozvedených, vdovci jsou 4 (6%) a svobodný je 1 (2%).

Graf 3 Bydliště respondentů



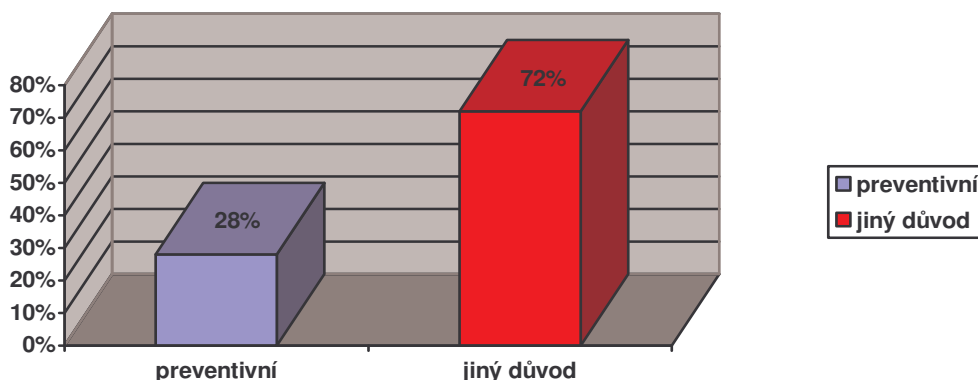
Graf 3 ukazuje bydliště respondentů, nejvíce respondentů bydlí ve městě 42 (62%) a nejméně na vesnici 26 (38%).

Graf 4 Nejvyšší dosažené vzdělání



Graf 4 ukazuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z celkového počtu 68 respondentů je nejvíce vyučeno bez maturity 29 (42%), vzdělání s maturitou má 19 (27%) respondentů, a stejný počet je respondentů se základním vzděláním 10 (15%) a s vysokoškolským vzděláním 10 (15%).

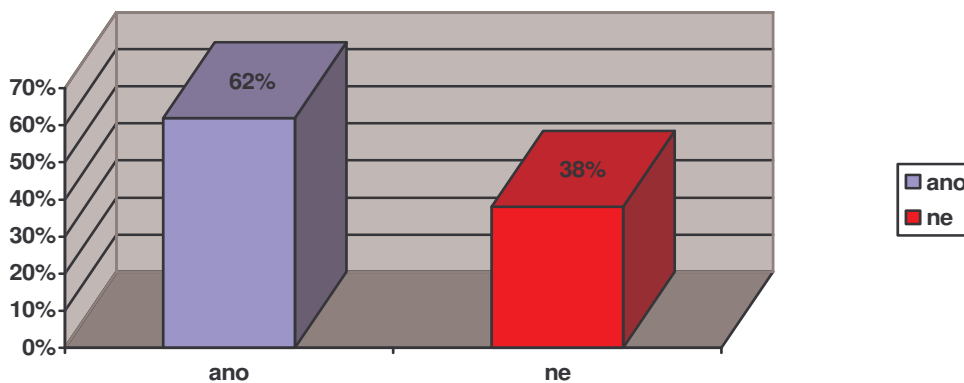
Graf 5 Důvod návštěvy u praktického lékaře



Graf 5 ukazuje důvod návštěvy respondentů u praktického lékaře v době kvantitativního šetření, zda byl preventivní nebo z jiného důvodu. Návštěvu u praktického lékaře z důvodu prevence uvedlo 19 (28%) respondentů, z jiného důvodu bylo u praktického lékaře 49 (72%) respondentů.

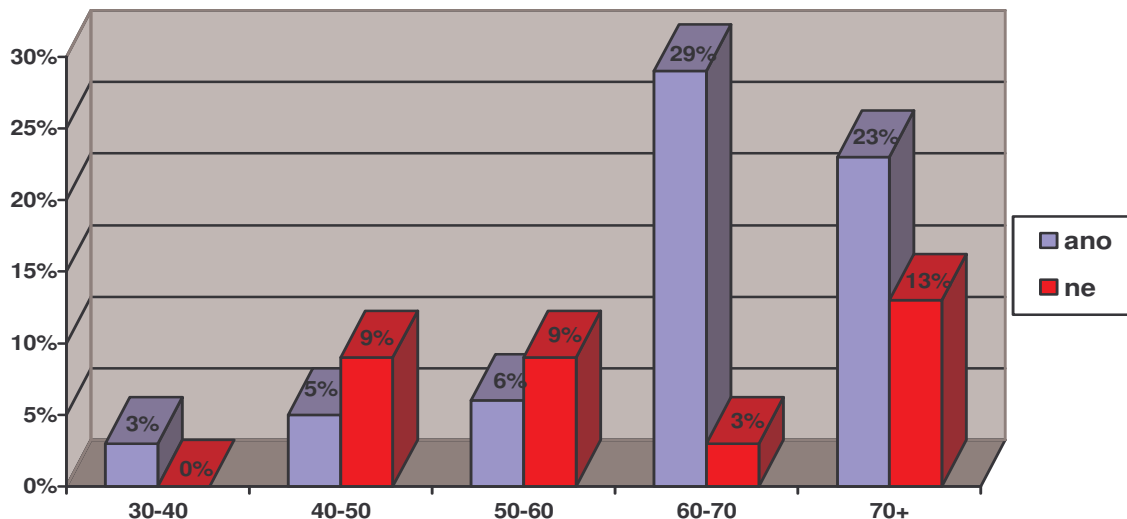
Graf 6 Znalost onemocnění prostaty

Graf 6.1 Znalost onemocnění prostaty celkově



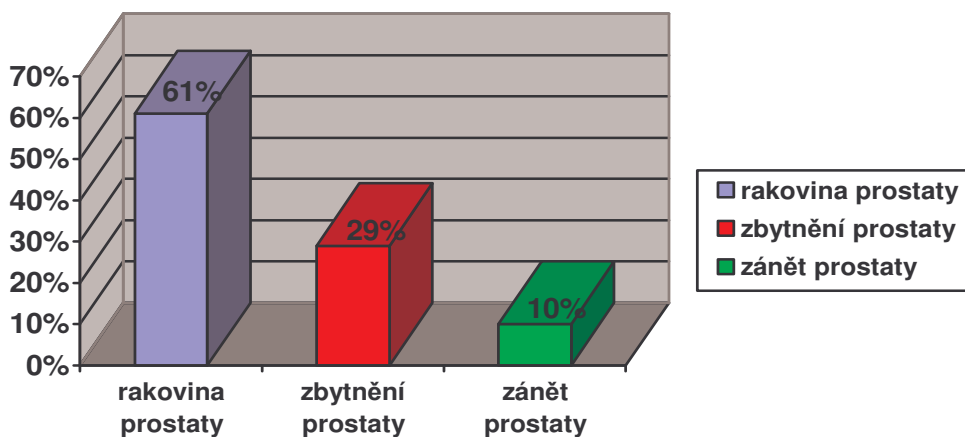
Graf 6.1 znázorňuje znalost onemocnění prostaty, z celkového počtu 68 respondentů. 42 (62%) respondentů zná možná onemocnění prostaty a 26 (38%) respondentů nezná možná onemocnění prostaty.

Graf 6.2 Znalost onemocnění prostaty podle věku



Graf 6.2 znázorňuje znalost onemocnění prostaty podle věku respondentů. 2 (3%) respondenti ve věku 30-40 let znají možná onemocnění prostaty. 3 (5%) respondenti mezi 40-50- ti lety znají možná onemocnění, 6 (9 %) respondentů ve věku 40-50 let nezná. 4 (6%) respondenti ve věku 50-60 let, znají možná onemocnění prostaty a 6 (9%) respondentů ve stejném věku neznají možná onemocnění prostaty. 20 (29%) respondentů ve věku 60-70 let zná možná onemocnění prostaty, pouze 2 (3%) respondenti nezná. 16 (23%) respondentů ve věku 70 a více let znají možná onemocnění, 9 (13%) respondentů ve shodném věku neznají možná onemocnění.

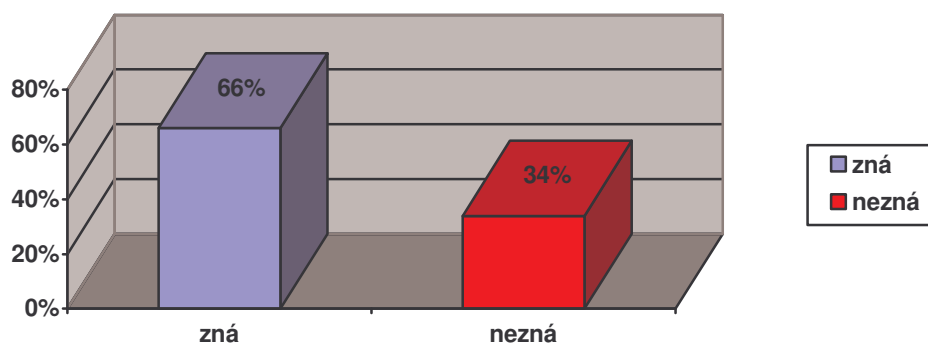
Graf 7 Onemocnění prostaty



Graf 7 znázorňuje konkrétní znalost o onemocnění prostaty. Z celkového počtu 68 respondentů určilo rakovinné onemocnění 42 (61%) respondentů, dále 20 (29%) respondentů určilo zbytnění prostaty a nejméně 7 (10%) respondentů odpovědělo zánětlivé onemocnění.

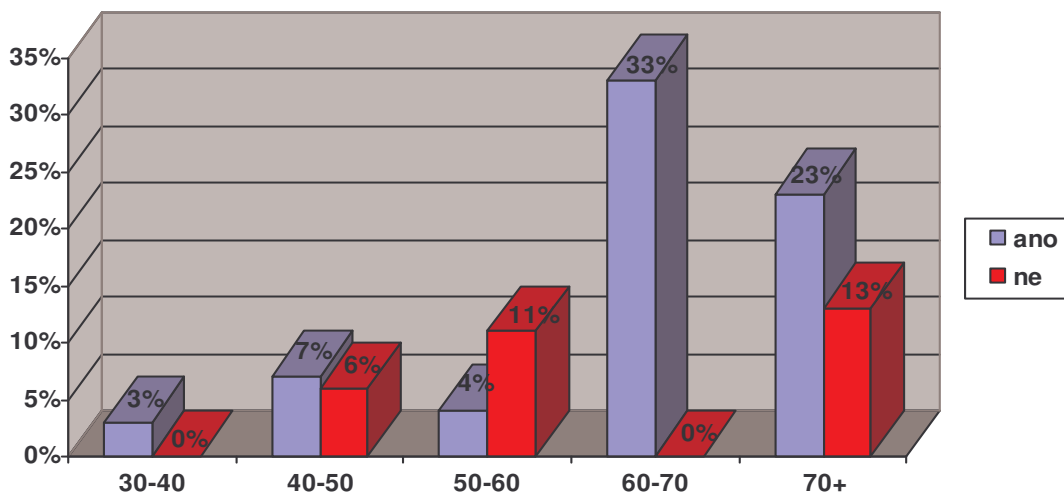
Graf 8 Znalostí projevů onemocnění prostaty

Graf 8.1 Znalost projevů onemocnění prostaty celkově



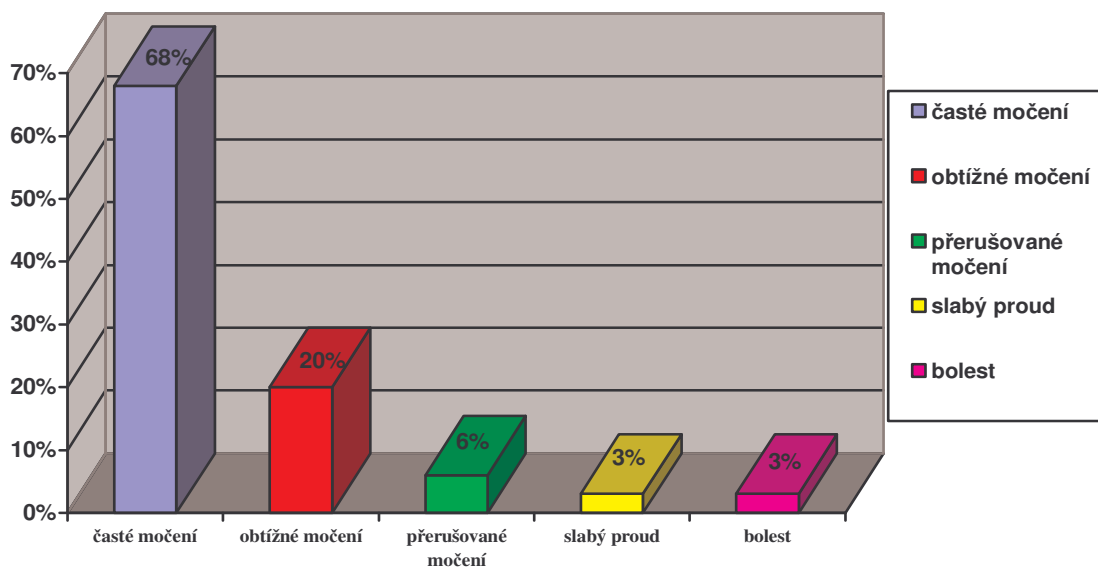
Graf 8.1 ukazuje z celkového počtu 68 respondentů, zda respondenti znají projevy onemocnění prostaty. 45 (66%) respondentů zná projevy onemocnění a 23 (34%) nezná projevy onemocnění.

Graf 8. 2 Znalost projevů onemocnění prostaty podle věku



Graf 8.2 ukazuje, zda respondenti ví projevy onemocnění prostaty. 30–40- ti letí respondenti odpověděli 2 (3%) pozitivně. 40-50 -ti letí respondenti odpovídali 5 (7%) pozitivně a 4 (6%) respondenti odpověděli negativně. 50-60-ti letí respondenti odpovídali 3 (4%) pozitivně a 7 (11%) negativně. 60-70 -ti letí respondenti znali projev onemocnění všichni tj.22 (33%). 15 (23%) respondentů ve věku 70 a více let ví, jak se projevuje onemocnění prostaty a 9 (13%) respondentů neví.

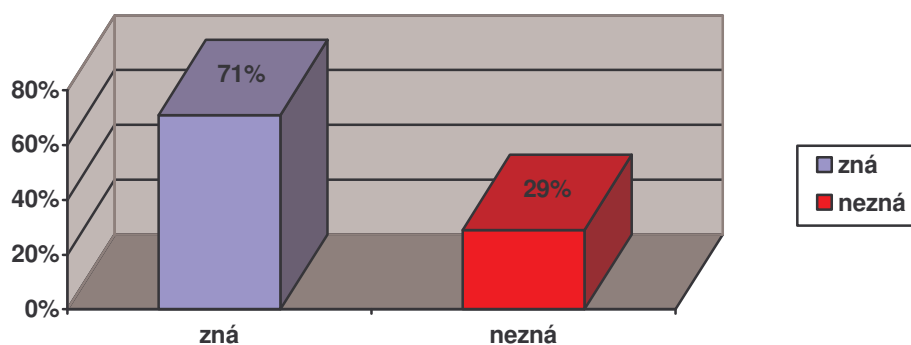
Graf 9 Projevy onemocnění prostaty



Graf 9 znázorňuje konkrétní znalosti respondentů týkajících se možných projevů onemocnění prostaty. Z celkového počtu 68 respondentů, 45 (68%) respondentů udalo časté močení, 13 (20%) respondentů udalo obtížné močení, 4 (6%) respondenti udali přerušované močení, 2 (3%) respondenti udali malý proud a 2 (3%) respondenti udali bolest.

Graf 10 Diagnostika onemocnění prostaty

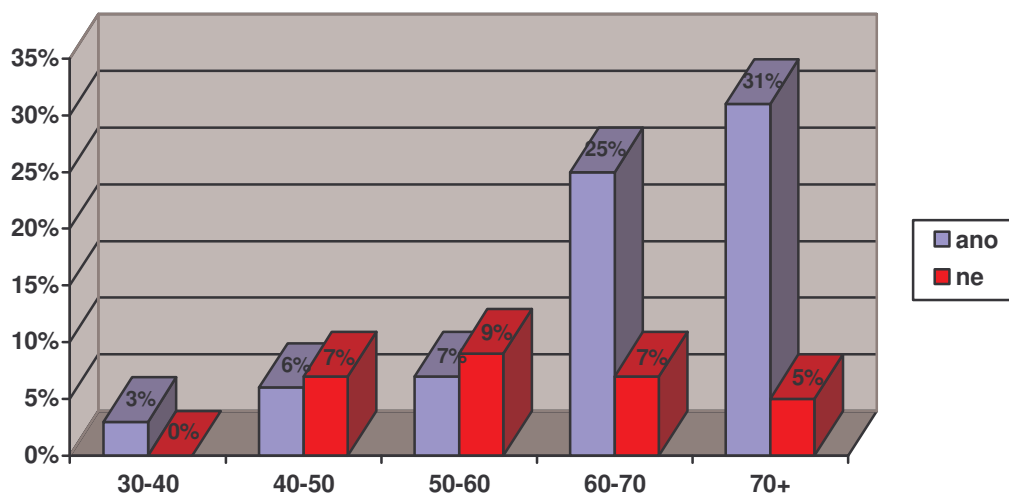
Graf 10.1 Diagnostika onemocnění prostaty celkově



Graf 10.1 znázorňuje znalost respondentů o možnosti diagnostiky onemocnění prostaty. Z celkového počtu 68 respondentů, zná možnosti diagnostiky 48 (71%) respondentů a

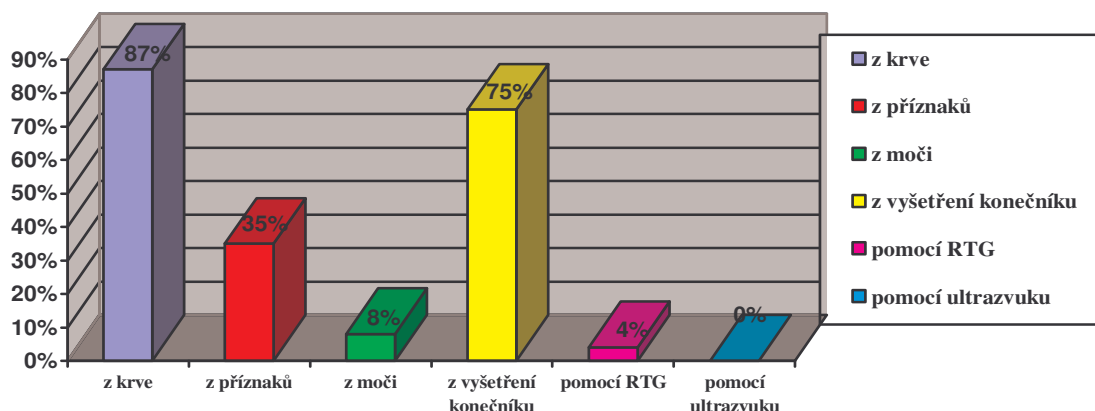
20 (29%) respondentů nezná.

Graf 10.2 Diagnostika onemocnění prostaty podle věku



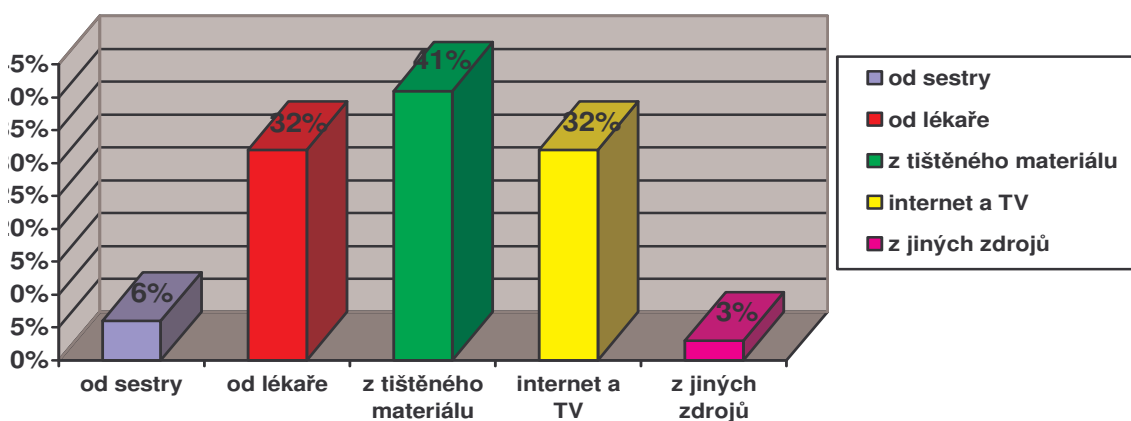
Graf 10.2 znázorňuje znalost respondentů o možnosti diagnostiky onemocnění prostaty. Ve věku 30-40 znají 2 (3%) respondenti možnosti diagnostiky a 0 (0%) respondentů nezná. Ve věku 40-50 let znají 4 (6%) respondenti a 5 (7%) respondentů nezná. Ve věku 50-60 let znají 4 (7%) respondenti a 6 (9%) respondentů nezná. Ve věku 60-70 let zná 17 (25%) respondentů a 5 (7%) respondentů nezná. Ve věku 70 a více let zná 21 (31%) respondentů a 3 (5%) respondenti neznají.

Graf 11 Možnosti diagnostiky



Graf 11 znázorňuje konkrétní možnosti diagnostiky onemocnění prostaty. Z celkového počtu 68 respondentů vybralo možnost z krve 42 (87%) respondentů, podle příznaků 17 (35%) respondentů, z moči 4 (8%) respondenti, vyšetření konečnicku 36 (75%) respondentů, pomocí RTG 2 (4 %) respondenti, pomocí ultrazvuku 0 (0%) respondentů.

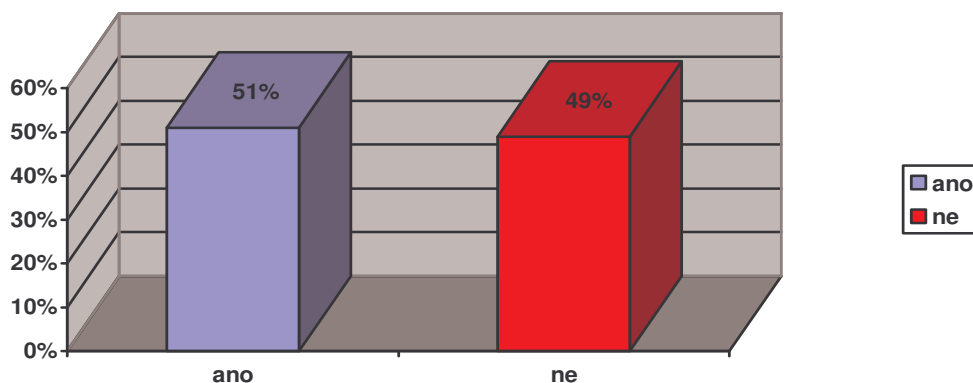
Graf 12 Zdroj těchto informací



Graf 12 ukazuje, kde respondent tyto informace získal. Z celkového počtu 68 respondentů, 4 (6%) respondenti získali informace od sestry, od lékaře 22 (32%) respondentů, z tištěného materiálu 28 (41%) respondentů, z internetu, TV a rádia 22 (32%) respondentů, z jiných zdrojů 2 (3%) respondenti.

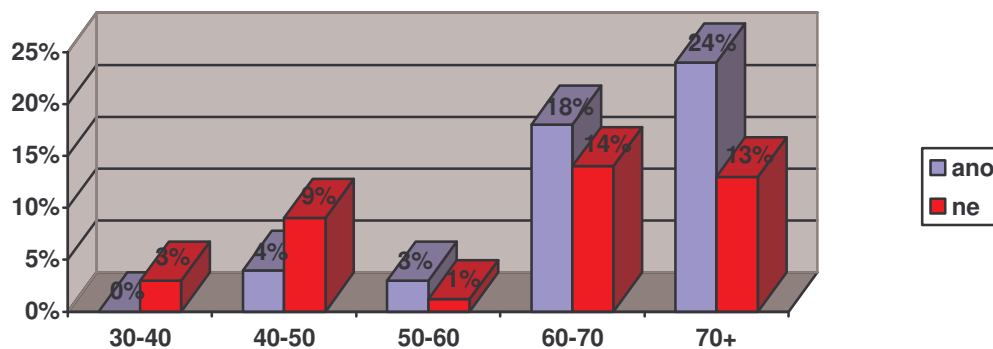
Graf 13 Respondent informován o onemocnění prostaty

Graf 13.1 Respondent informován o onemocnění prostaty celkově



Graf 13.1 ukazuje, zda byli respondenti informováni o prevenci prostaty. Z celkového počtu 68 respondentů, bylo informováno 35 (51%) respondentů, informace nedostalo 33 (49%) respondentů.

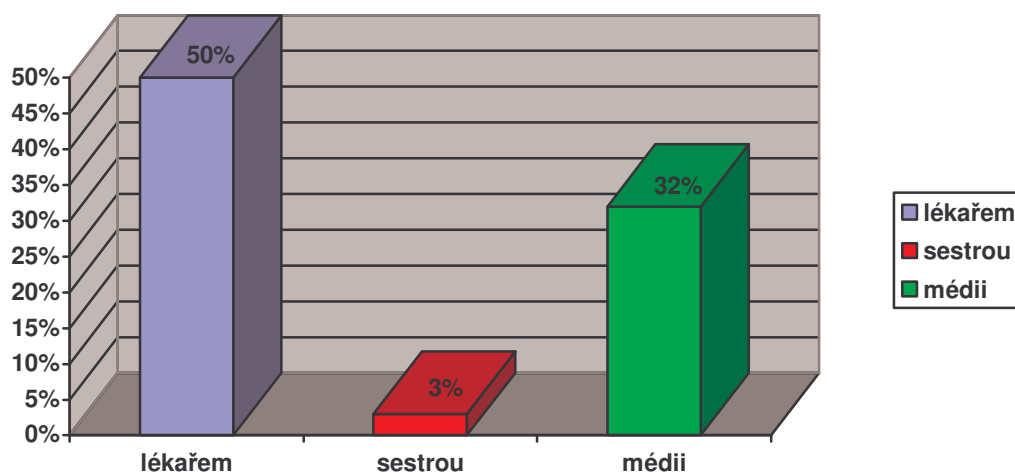
Graf 13.2 Respondent informován o onemocnění prostaty podle věku



Graf 13.2 ukazuje, zda byl respondent informován o prevenci prostaty. Ve věku 30-40 let bylo informováno 0 respondentů, informace nedostali 2 (3%) respondenti. Ve věku 40-50 let byli informováni 3 (4%) respondenti, informace nedostalo 6 (9%) respondentů. Ve věku 50-60 let byli informováni 2 (3%) respondenti, informace nedostalo 8 (12%) respondentů. Ve věku 60-70 let bylo informováno 12 (18%)

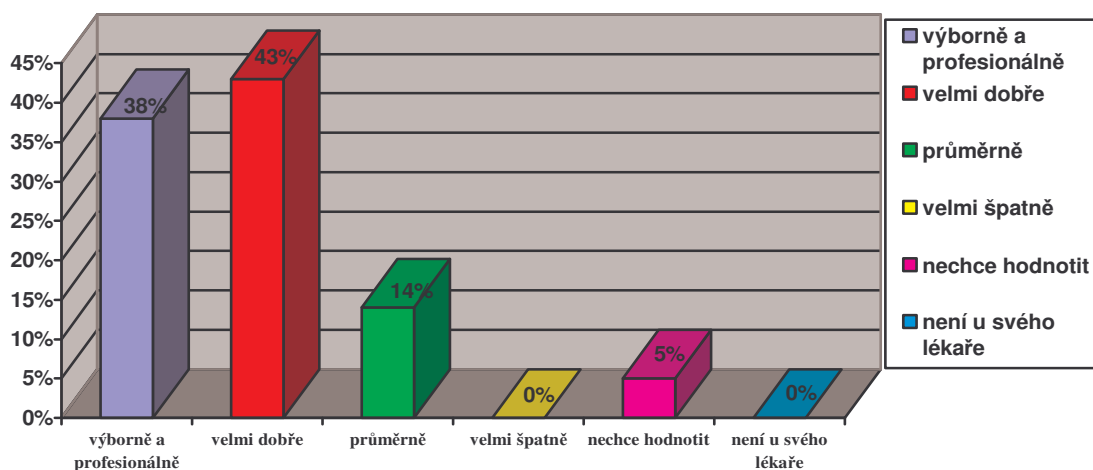
respondentů, informace nedostalo 10 (14%) respondentů. Ve věku 70 a více let bylo informováno 16 (24%) respondentů, informace nedostalo 8 (13%) respondentů.

Graf 14 Kým podány informace



Graf 14 ukazuje volné odpovědi respondentů. Kým byli informováni o prevenci onemocnění prostaty. Z celkového počtu 68 respondentů, bylo informováno lékařem 24 (50%) respondentů, sestrou 2 (3%) respondenti a médii 22 (32%) respondentů.

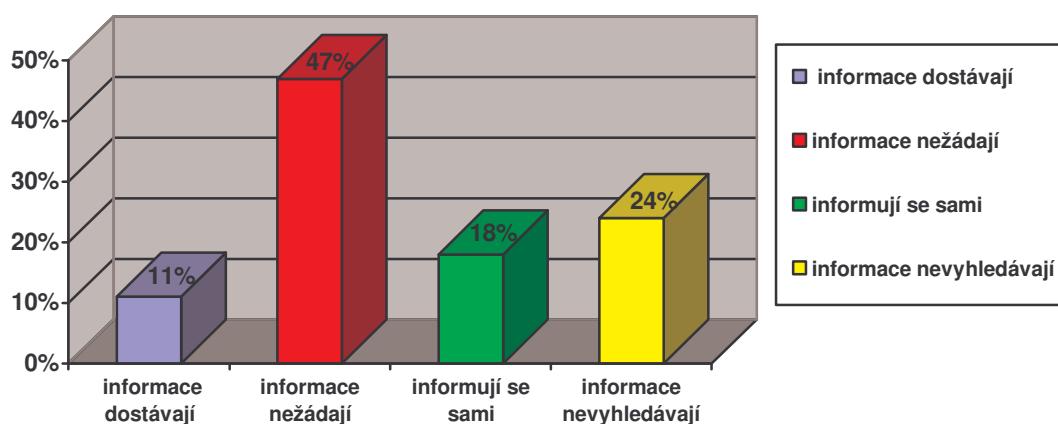
Graf 15 Kontakt se zdravotní sestrou u praktického lékaře



Graf 15 ukazuje jak na respondenta zapůsobil kontakt se zdravotní sestrou u svého

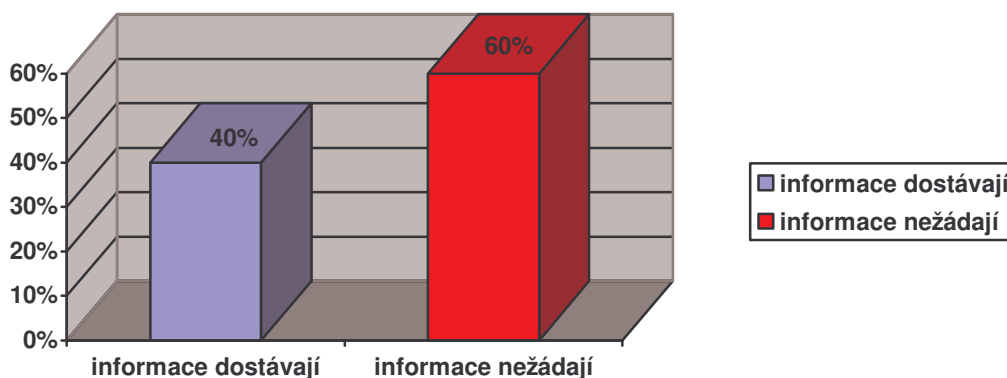
praktického lékaře. Z celkového počtu 68 respondentů, zapůsobil kontakt se zdravotní sestrou, na 26 (38%) respondentů výborně a profesionálně, na 29 (43%) respondentů velmi dobře, na 10 (14%) respondentů průměrně a 3 (5%) respondenti nechtěli hodnotit.

Graf 16 Informace od zdravotní sestry k onemocnění prostaty



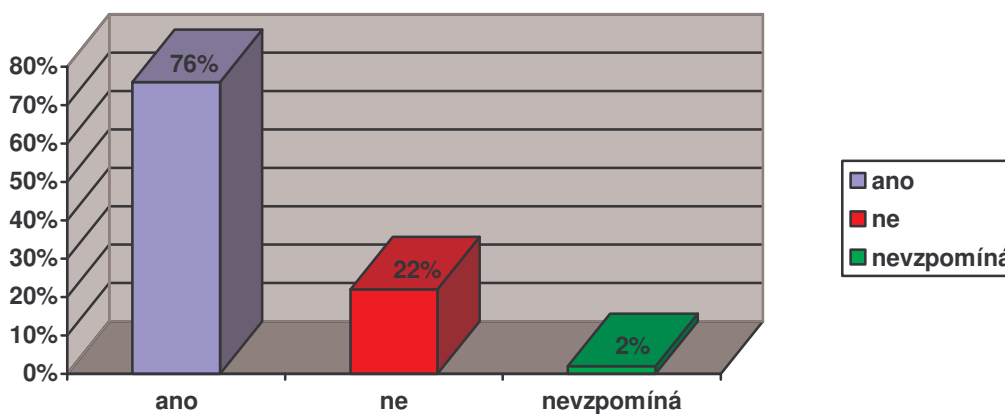
Graf 16 ukazuje, zda respondent dostává od zdravotní sestry u svého praktického lékaře dostatek informací o preventivních vyšetření ve vztahu k onemocnění prostaty. Z celkového počtu 68 respondentů 8 (11%) respondentů informace dostávají, 32 (47%) respondentů o informace nežadají, 12 (18%) respondentů se informují sami, 16 (24%) respondentů informace nevyhledává.

Graf 17 Informace od svého praktického lékaře k onemocnění prostaty



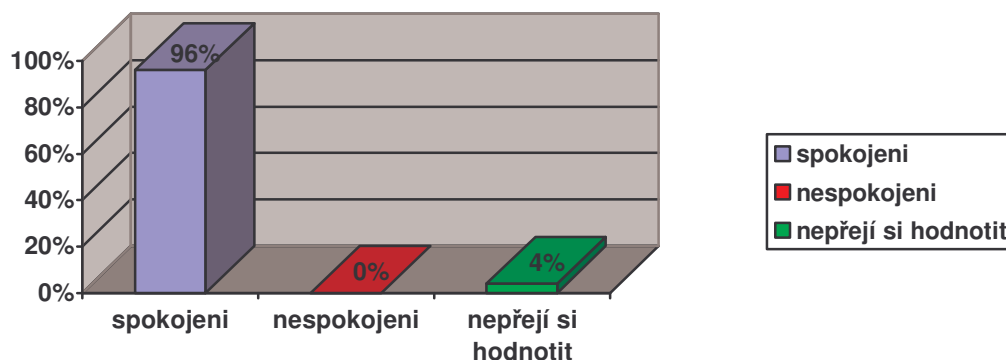
Graf 17 ukazuje, zda respondent dostává od svého praktického lékaře informace o preventivních vyšetřeních ve vztahu k onemocnění prostaty. Z celkového počtu 68 respondentů, 27 (40%) respondentů informace dostali, 41 (60%) respondentů o informace nežádali.

Graf 18 Vyšetření per rektum



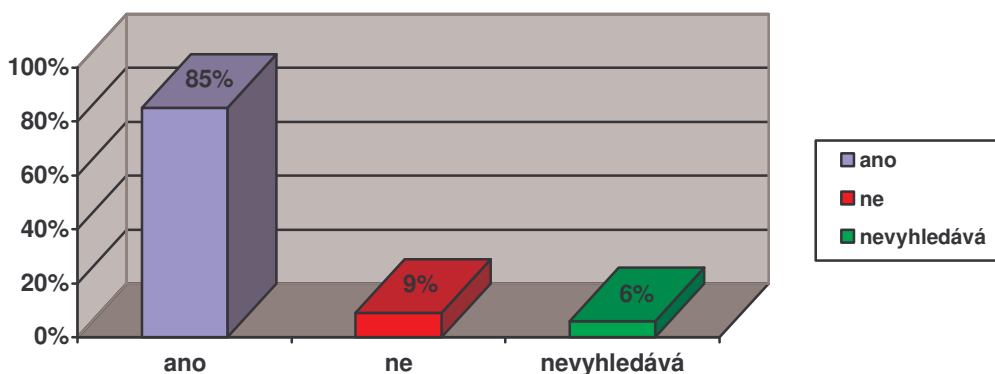
Graf 18 ukazuje, zda respondenti byli vyšetřeni lékařem per rektum. Z celkového počtu 68 respondentů 52 (76%) respondentů bylo vyšetřeno, 15 (22%) respondentů nebylo a 1 (2%) respondent si nevzpomíná.

Graf 19 Spokojenost respondentů s odbornou dovedností zdravotní sestry



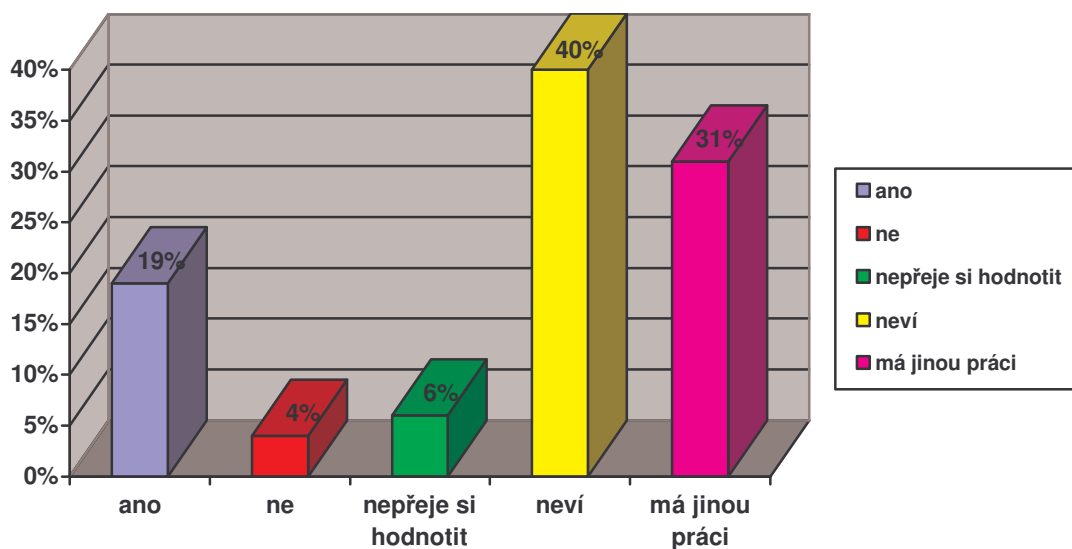
Graf 19 ukazuje spokojenost respondentů s odbornou dovedností zdravotní sestry u praktického lékaře. Z celkového počtu 68 respondentů, 65 (96%) respondentů je spokojeno, 0 (0%) respondentů je nespokojeno a 3 (4%) respondenti si nepřejí hodnotit.

Graf 20 Informace u svého praktického lékaře



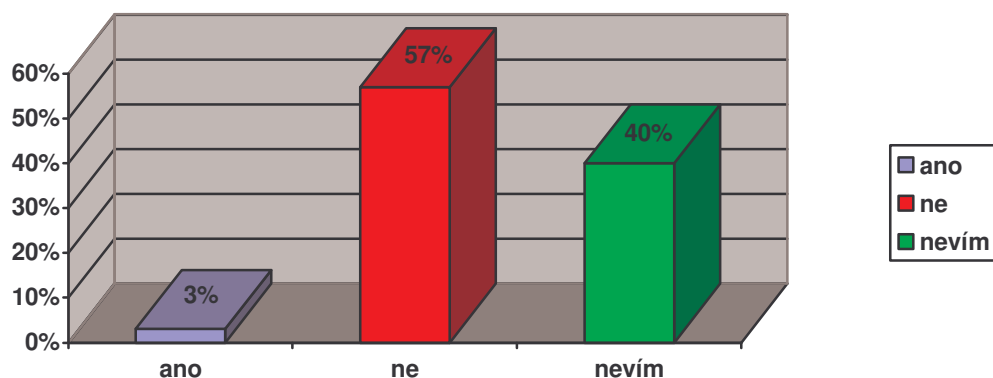
Graf 20 ukazuje, zda respondent najde u svého praktického lékaře dostatek informací. Z celkového počtu 68 respondentů 58 (85%) respondentů mají dostatek informací, 6 (9%) respondentů nemá dostatek informací a 4 (6%) respondenti informace nevyhledávají.

Graf 21 Má sestra informovat o prevenci onemocnění prostaty



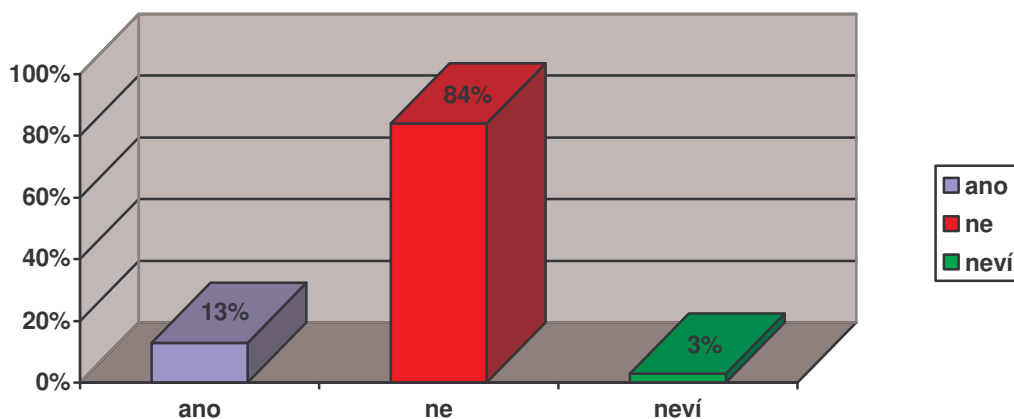
Graf 21 ukazuje, zda zdravotní sestra u praktického lékaře může informovat o prevenci onemocnění prostaty a poskytnout další informace k zdravému životnímu stylu. Z celkového počtu 68 respondentů, 13 (19%) respondentů odpovědělo ano, 3 (4%) respondenti odpověděli ne, 4 (6%) respondenti si nepřejí hodnotit, 27 (40%) respondentů neví, zda je to v její kompetenci a 21 (31%) respondentů si myslí, že má dost své práce.

Graf 22 Onemocnění prostaty v rodinné anamnéze respondenta



Graf 22 znázorňuje rodinnou anamnézu respondenta. Z celkového počtu 68 respondentů 2 (3%) respondenti ví o výskytu onemocnění prostaty v rodině, 39 (57%) respondentů ví, že se onemocnění v rodinně nevyskytlo a 27 (40%) respondentů neví o možném výskytu onemocnění postaty.

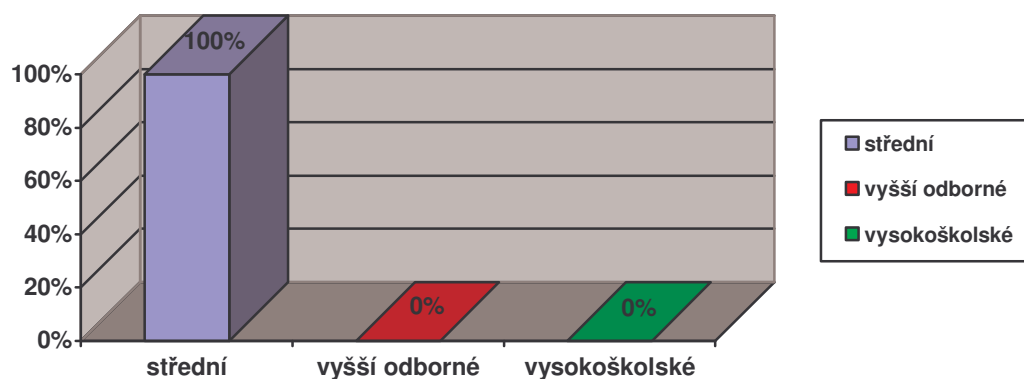
Graf 23 Urologické potíže respondenta



Graf 23 znázorňuje, zda respondent má urologické potíže. Z celkového počtu 68 respondentů, 9 (13%) respondentů má potíže s onemocněním prostaty, 57 (84%) respondentů nemá potíže a 2 (3 %) respondenti neví.

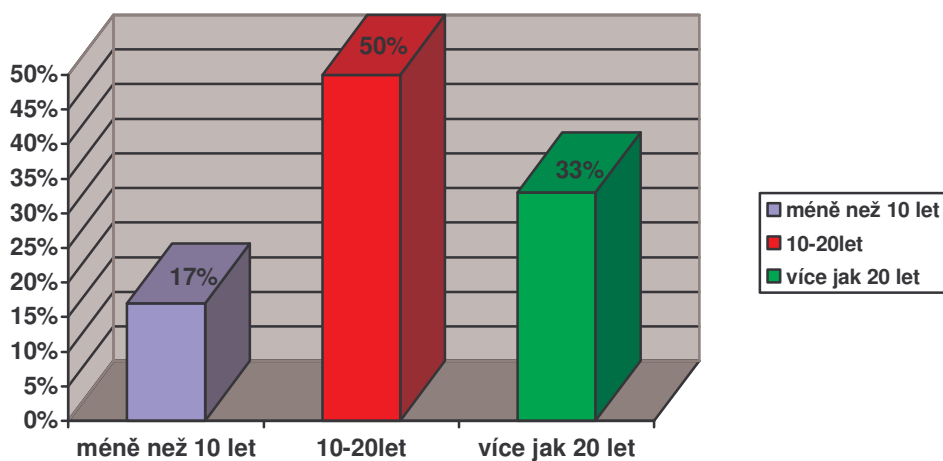
4.2 Kvalitativní výzkum

Graf 1 Nejvyšší dosažené vzdělání u dotazovaných sester



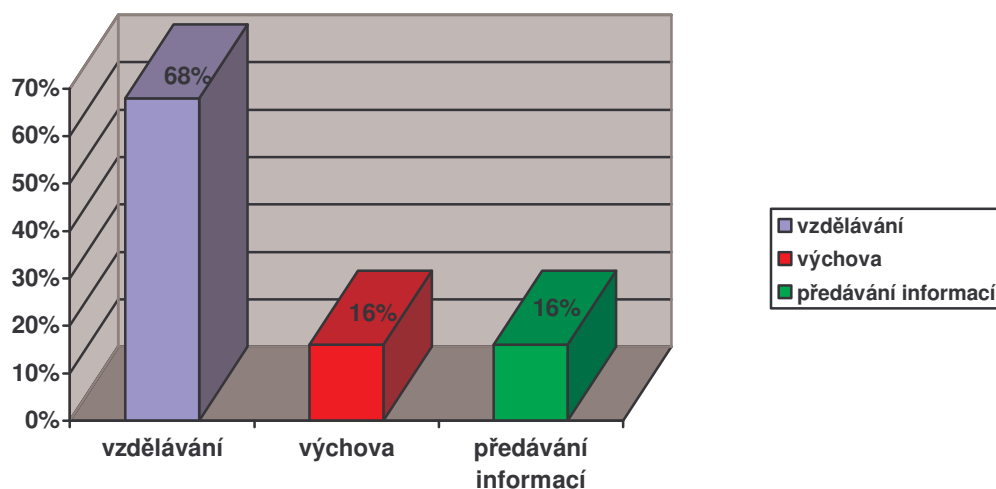
Graf 1 ukazuje nejvyšší dosažené vzdělání u dotazovaných zdravotních sester u praktického lékaře. Všechny 6 sester uvedlo, že mají dosaženo středoškolské vzdělání.

Graf 2 Délka praxe u dotazovaných sester



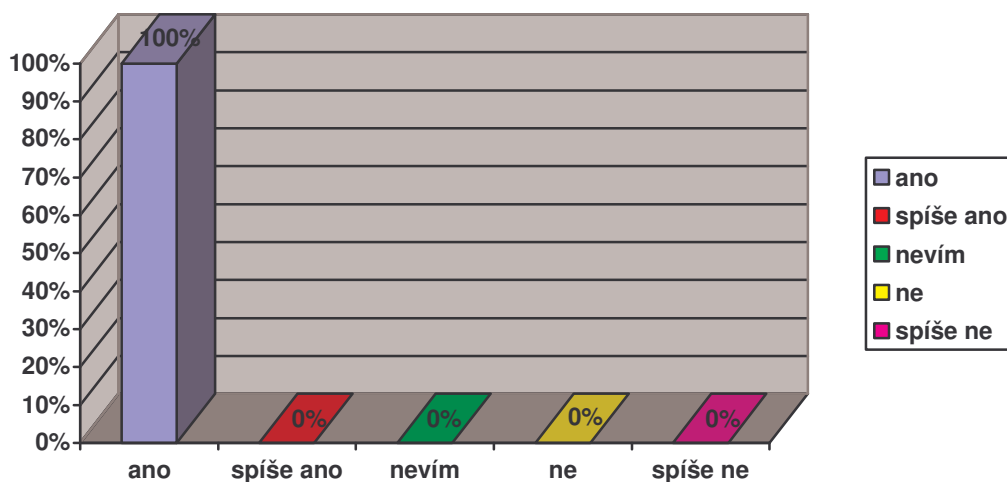
Graf 2 znázorňuje délku praxe v oboru u dotazovaných sester. 2 (33%) sestry pracují u praktického lékaře více než 20 let. 3 (50%) sestry pracují u praktického lékaře 10-20let. 1 (17%) sestra pracuje u praktického lékaře méně než 10 let.

Graf 3 Pojem edukace



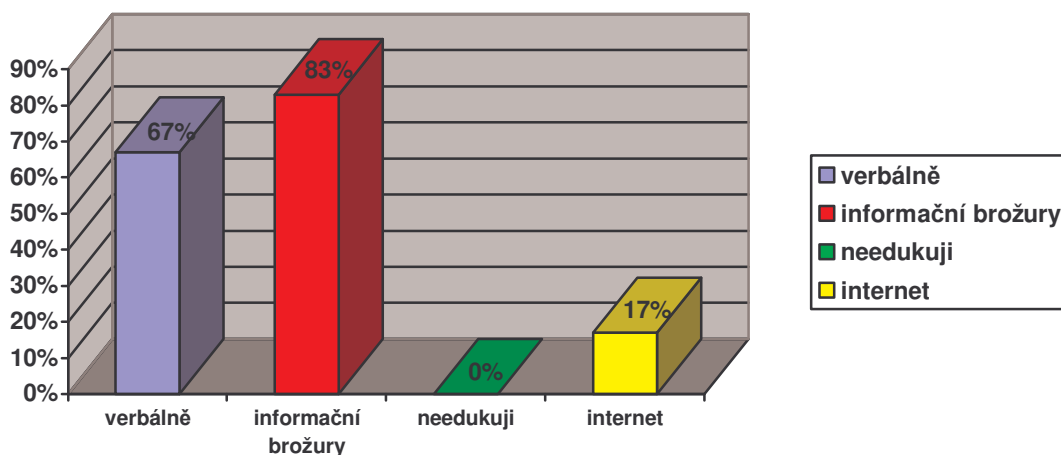
Graf 3 znázorňuje, co si sestry představují pod pojmem edukace. 4 (68%) sestry si představují vzdělávání, 1 (16%) sestra si představuje výchovu a 1 (16%) sestra si představuje předávání informací.

Graf 4 Edukace jako součást ošetrovatelské péče



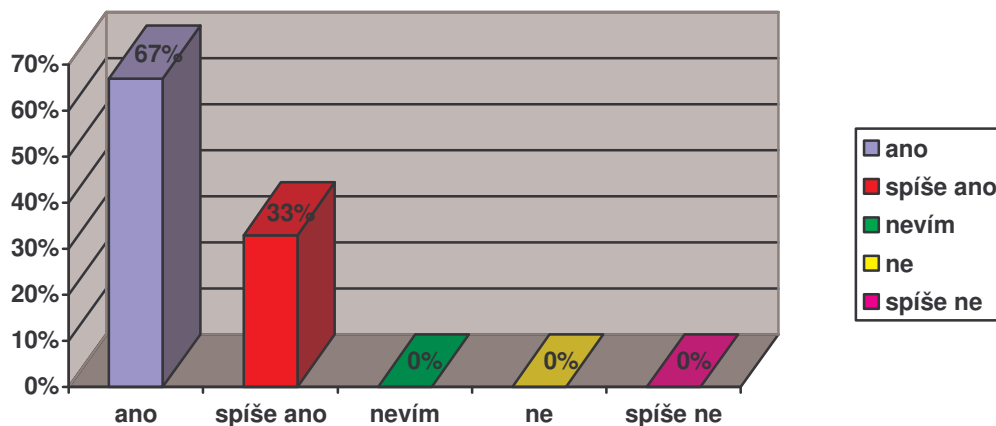
Graf 4 znázorňuje, zda sestry vnímají edukaci jako součást ošetrovatelské péče. Z celkového počtu 6 (100%) sester bylo všech odpovědí „ano“.

Graf 5 Způsob edukace pacienta v prevenci onemocnění prostaty



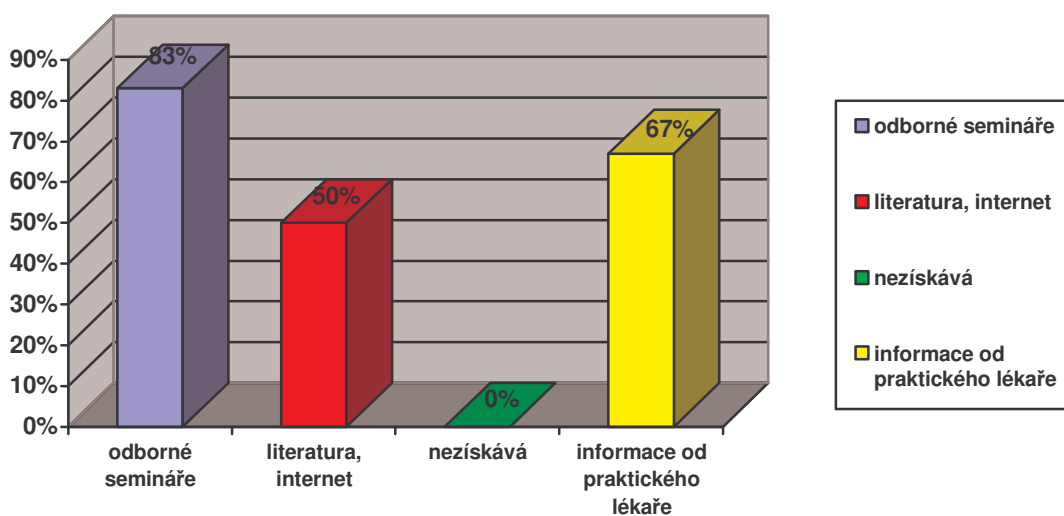
Graf 5 znázorňuje jakým způsobem sestra edukuje pacienta v prevenci onemocnění prostaty. 4 (67%) sestry uvedly verbálně, 5 (83%) sester uvedlo informační brožury 1 (17%) sestra používá internet.

Graf 6 Zpětná vazba sester



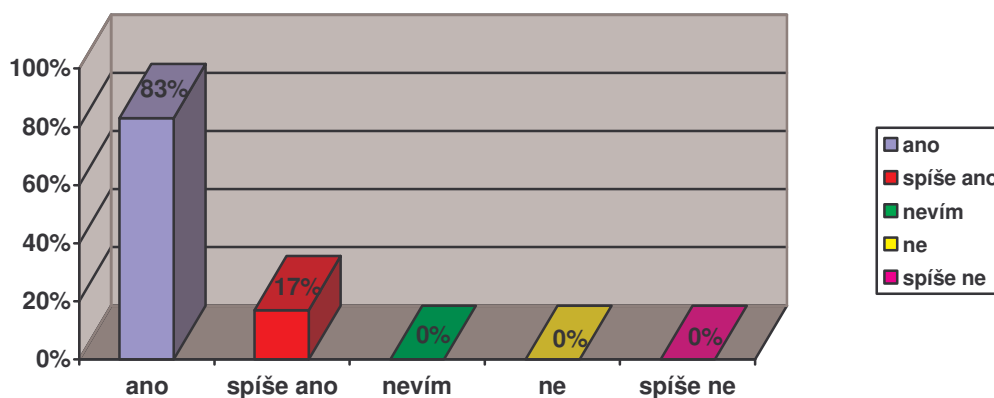
Graf 6 znázorňuje, zda si sestra zpětně ověřuje, že pacient informacím rozuměl. 4 (67%) sestry, že „ano“, 2 (33%) sestry, že „spíše ano“.

Graf 7 Zdroj informací o prevenci onemocnění prostaty



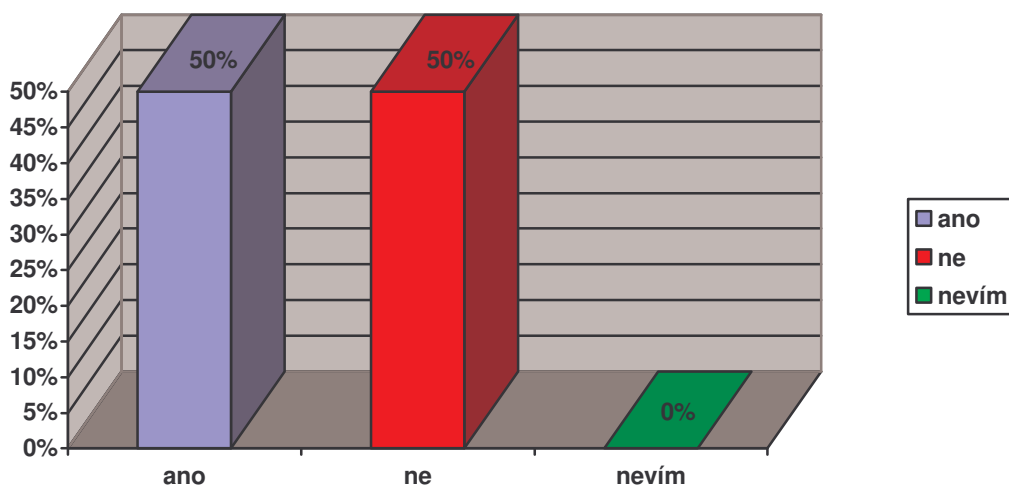
Graf 7 znázorňuje jakým způsobem získávají sestry informace o prevenci onemocnění prostaty. 5 (83%) sester získávají informace z odborných seminářů. 3 (50%) sestry získávají informace z literatury a internetu. 4 (67%) sestry získávají informace od praktického lékaře.

Graf 8 Čas a prostor na edukaci



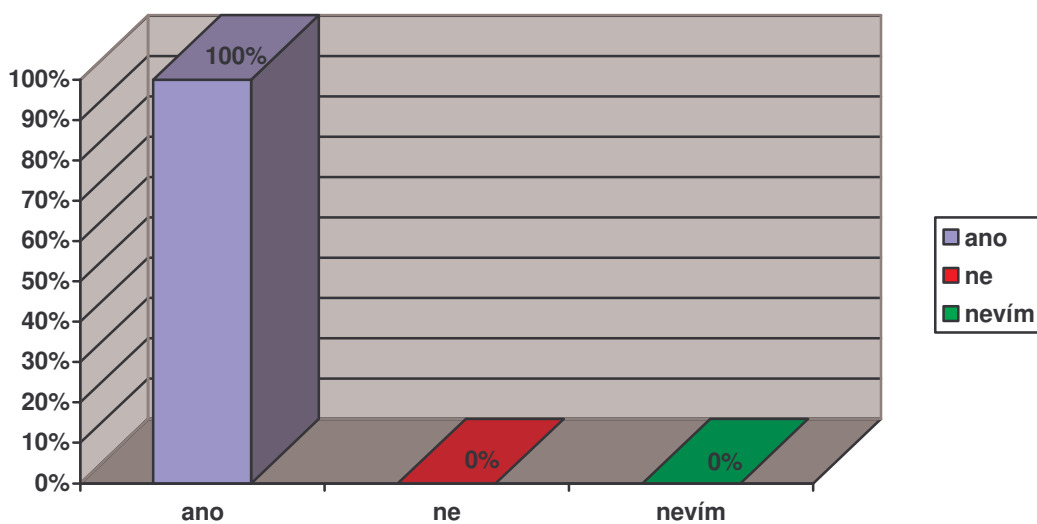
Graf 8 znázorňuje, zda má sestra čas a prostor na edukaci pacienta. 5 (83%) sester odpovědělo, že „ano“. 1 (17%) sestra odpověděla „spíše ano“.

Graf 9 Dotazy pacientů ohledně prevence onemocnění prostaty



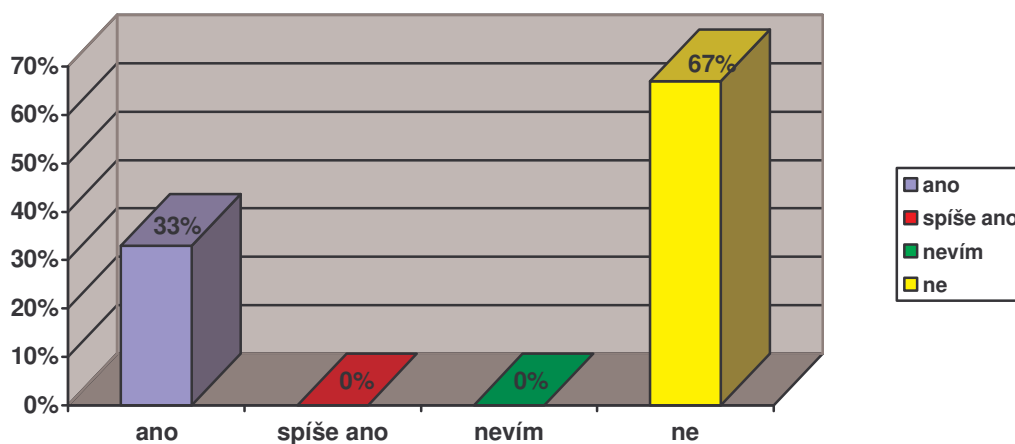
Graf 9 znázorňuje, zda pacienti mají dotazy ohledně prevence onemocnění prostaty. 3 (50%) sestry odpověděly, že „ano“, 3 (50%) sestry odpověděly, že „ne“.

Graf 10 Přítomnost edukačního materiálu v ambulanci



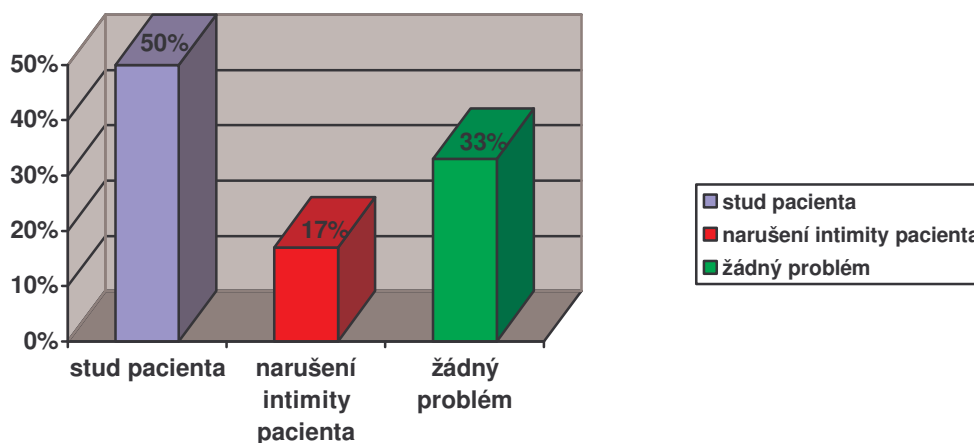
Graf 10 znázorňuje, zda mají sestry v ambulanci edukační materiál, týkající se tohoto onemocnění. 6 (100%) sester odpověděly, že „ano“.

Graf 11 Potřeba edukačního materiálu



Graf 11 znázorňuje, zda by sestry uvítaly edukační materiál na toto téma, pokud ho nemají. 2 (33%) sestry odpověděly „ano“. 4 (67%) sestry odpověděly „ne“.

Graf 12 Problémy v edukaci



Graf 12 znázorňuje, jaké nejčastější problémy vidí sestra v edukaci pacientů při onemocnění prostaty. 3 (50%) sestry vidí problém, že se pacient stydí o problému hovořit, ostych pacienta. 1 (17%) sestra vidí problém, v narušení intimity pacienta. 2 (33%) sestry, nevidí žádný problém.

5. Diskuze

Bakalářská práce se zabývá tématem úlohy sestry v prevenci onemocnění prostaty. Výzkumné šetření bylo realizováno u sester pracujících v ordinacích praktických lékařů a u pacientů těchto ordinací. Cílem bylo zjistit jakou roli hraje sestra ve včasné diagnostice onemocnění prostaty. Kvantitativní část šetření byla zaměřena na pacienty a uskutečněna pomocí dotazníku týkajícího se onemocnění prostaty a edukace na toto onemocnění. Kvalitativní část šetření byla realizována metodou dotazování, zaměřeného na sestry pracujících v ordinacích praktických lékařů

5.1 Diskuze ke kvantitativní části výzkumu

V kvantitativní části výzkumného šetření byly stanoveny hypotézy H1: *Sestry využívají obecné zásady edukace*, H2: *Muži mají nedostatek informací, týkajících se včasné diagnostiky onemocnění prostaty*, H3: *Mladší muži mají méně informací než starší muži*.

V dotazníku určeném pro pacienty (příloha 1) byly úvodní otázky zaměřeny na charakteristiku zkoumaného souboru. Výzkumného šetření se účastnilo 68 pacientů. Ve věku 30-40 let (3%), 40-50 let (13%), 50-60 let (15%), 60-70 let (33%) a 70 a více let (36%), graf 1. Nejvíce bylo starších pacientů a to 60 a více let (69%). V další otázce se zjišťoval rodinný stav pacientů. Nejvíce pacientů bylo ženatých 86%, 7% rozvedených, 6% vdovců a 2% svobodných (graf 2). Další otázka je zaměřena na bydliště pacientů, nejvíce pacientů žije ve městě 62% a nejméně na vesnici 38% (graf 3). V otázce čtvrté se zjišťovalo nejvyšší dosažené vzdělání, nejvíce respondentů bylo vyučeno bez maturity 42%, dále s maturitou 28% a vysokoškolské a základní vzdělání bylo 15% respondentů graf 4. Graf 5 ukazuje důvod návštěvy praktického lékaře. 72% respondentů navštívilo lékaře z jiného důvodu než preventivního, 28% navštívilo lékaře z důvodu prevence. Další oblast výzkumného šetření mapovala rodinnou anamnézu respondenta zaměřenou na onemocnění prostaty, 3% respondentů ví o výskytu onemocnění prostaty v rodině, 57 % respondentů ví, že se onemocnění prostaty v rodině nevyskytlo a 40% respondentů neví o možném výskytu onemocnění prostaty v rodině.

Známa genetická zátěž je pouze u 3% respondentů, graf 22. Urologické potíže má 13% respondentů, 84% respondentů nemá urologické potíže a 3% respondentů neví, zda má urologické potíže, graf 23.

První hypotéza mapovala, zda sestry využívají obecné zásady edukace. Byla stanovena hypotéza 1 „*Sestry využívají obecné zásady edukace.*“ Výsledky dotazníku ukazují, že 51% respondentů bylo informováno o prevenci onemocnění prostaty a 49% respondentů informováno nebylo, graf 13. Informace o prevenci prostaty respondenti získaly nejvíce od praktického lékaře 50% dále jej získaly z médií 32% a nejméně od sestry 3% respondentů, viz graf 14. Kontakt se zdravotní sestrou u praktického lékaře hodnotí 38% respondentů za výborný a profesionální, 43% respondentů za velmi dobrý, 14% respondentů za průměrný a 5% respondentů to nechtělo hodnotit, graf 15. V otázce, ve které měli odpovědět přímo zda dostávají informace k onemocnění prostaty od sestry, odpovědělo 11% respondentů, že ano, 47% respondentů tyto informace nežadají, 18% respondentů se informují sami a 24% respondentů tyto informace nevyhledává, graf 16. V literatuře Bartoňkové (1) se zdůrazňuje významná úloha sestry v oblasti primární a sekundární prevence. Z výsledků je patrné, že respondenti tyto informace nejvíce získávají od lékaře, dále z médií a nejméně od sestry. Nebo si tyto informace vyhledají sami či se o ně nezajímají. Z kvalitativní šetření u sester pracujících u praktického lékaře byl výsledek k problémům při edukaci pacientů při onemocnění prostaty udáván ze strany sester stud pacienta viz graf 12 (kvalitativní výzkum). Výsledek šetření, zda má sestra informovat o prevenci onemocnění prostaty, 40% respondentů nevědělo, 31% respondentů uvedlo, že má dost své práce, 19% respondentů uvedlo, že ano, 6% respondentů si nepřeje hodnotit a 4% respondentů uvedlo, že ne, viz graf 21. Sestry využívají obecné zásady edukace, ale více informací o onemocnění prostaty podává lékař. Na základě těchto výsledků lze vyslovit závěr, že hypotéza 1 „*Sestry využívají obecné zásady edukace*“, se částečně potvrdila.

Druhá hypotéza se týkala úrovně znalostí mužů o včasné diagnostice onemocnění prostaty. Byla stanovena hypotéza 2 „*Muži mají nedostatek informací, týkající se včasné diagnostiky onemocnění prostaty*“. V rámci kvantitativního šetření v dotazníku, muži odpovídali na několik otázek k ověření této hypotézy. V otázce, zda

vědí jakým způsobem lze onemocnění prostaty zjistit, odpovídalo 71% respondentů pozitivně a 29% respondentů negativně. Respondenti ve věku 30-40 let odpovídali pozitivně 3%. Respondenti ve věku 40-50 let odpovídali pozitivně v 6% a negativně v 7%. Respondenti ve věku 50-60 let odpovídali pozitivně v 7% a negativně v 9%. Respondenti ve věku 60-70 let odpovídali pozitivně ve 25% a negativně v 7%. Respondenti ve věku 70 a více let odpovídali pozitivně v 31% a negativně v 5%, graf 10. Další důležitá otázka k této hypotéze se zaměřila na konkrétní možnosti diagnostiky onemocnění prostaty. Možnost výběru měli respondenti ze šesti metod diagnostiky a mohly vybrat více odpovědí. Nejvíce respondentů udávalo možnost diagnostiky onemocnění prostaty z krve, celkem 87% respondentů. Dále z vyšetření konečníku 75% respondentů, příznaků 35% respondentů, z moči 8% respondentů, pomocí RTG 4% respondenti a pomocí ultrazvuku 0% respondentů, graf 11. V literatuře Dvořáček (5) se za včasnou diagnostiku onemocnění prostaty udává vyšetření per rektum a až na druhém místě hladina PSA v krvi. Dále literatura uvádí, další průkaz onemocnění pomocí transrektální ultrasonografie, tuto možnost respondenti vůbec nevybrali. Obecně mají respondenti povědomí, o diagnostice onemocnění prostaty. Většina mužů zná možnosti diagnostiky onemocnění prostaty Na základě těchto výsledků lze vyslovit závěr, že hypotéza 2 „*Muži mají nedostatek informací, týkajících se včasné diagnostiky prostaty*“ se nepotvrdila.

Třetí hypotéza se týkala množství informací o onemocnění prostaty u mužů podle věku. Byla stanovena hypotéza 3“*Mladší muži mají méně informací než starší muži*“. V rámci kvantitativního šetření v dotazníku, muži odpovídali na několik otázek k ověření této hypotézy. Respondentů mladšího věku, to je 30-60 let v rámci kvantitativního šetření bylo 31%. Respondentů staršího věku to je 60 a více let bylo 69%. Následující oblast výzkumného šetření mapovala znalost onemocnění prostaty. 3% respondentů ve věku 30-40 let znají možná onemocnění prostaty. 5% respondentů mezi 40-50- ti lety znají možná onemocnění, 9 % respondentů ve věku 40-50 let neví. 6% respondentů ve věku 50-60 let, znají možná onemocnění prostaty a 9% respondentů ve stejném věku neznají možná onemocnění prostaty. Respondenti ve věku 60-70 let mají více informací o možných onemocnění. 29% respondentů v tomto věku

odpovědělo pozitivně, pouze 3% respondenti odpověděli negativně. 23% respondentů ve věku 70+ let znají možná onemocnění, 13% respondentů ve shodném věku neznají možná onemocnění, graf 6. Mladší muži nemají dostatek informací o možných onemocnění prostaty, pouze 14% dotazovaných mužů ve věku 30-60 let ví možná onemocnění prostaty. Starší muži od 60 let mají více informací o onemocnění prostaty je to 52%. Možný důvod tohoto rozdílu je, že tato problematika se této věkové kategorie dotýká ve větší míře. K ověření dalších znalostí respondentů podle věku, bylo zjistit jaká onemocnění respondenti zařadí mezi onemocnění prostaty. Z celkového počtu určilo 61% respondentů rakovinné onemocnění, dále 29% respondentů znala zbytnění prostaty a 10% respondentů uvedlo zánětlivé onemocnění. Mladší muži znali pouze rakovinné onemocnění a zbytnění prostaty, starší muži znali všechna výše uvedená onemocnění. Projevy onemocnění prostaty zná 14% mladších mužů a 56% starších mužů, graf 8. Mezi možné projevy onemocnění prostaty, respondenti zařadily časté močení a to 68% respondentů, 20% respondentů obtížné močení, 6% respondentů přerušované močení, 3% respondentů malý proud a 3% respondentů bolest, graf 9. Další znalost respondentů k onemocnění prostaty se týkala diagnostiky onemocnění. Tuto problematiku vědělo 16% mladších respondentů, ve věku 30-60 let, 56% respondentů staršího věku 60+. Možnost diagnostiky onemocnění prostaty uvádělo 87% respondentů z krve, 35% respondentů z příznaků, 8% respondentů z moči, 75% respondentů z vyšetření konečníku, 4% respondentů pomocí RTG a 0% respondentů pomocí ultrazvuku, graf 11. Z výsledků šetření lze konstatovat, že mladší muži ve věku 30-60 let mají méně informací, které se týkají onemocnění prostaty, projevů onemocnění prostaty a možnosti diagnostiky onemocnění prostaty než starší muži ve věku 60+. Na základě těchto výsledků lze vyslovit závěr, že hypotéza 3 *Mladší muži mají méně informací než starší muži*“, se potvrdila.

5.2 Diskuze ke kvalitativnímu šetření

V kvalitativní části výzkumného šetření byly stanoveny výzkumné otázky: „*Jakým způsobem provádějí sestry edukaci ?*“ *Jaké nejčastější problémy vidí sestra v edukaci pacientů při onemocnění prostaty?*“

V dotazníku (příloha 2) určeném pro sestry byly úvodní otázky zaměřeny na charakteristiku zkoumaného souboru. Výzkumného šetření se účastnilo 6 sester, pracujících u praktického lékaře. Nejvyšší dosažené vzdělání u dotazovaných sester je středoškolské, graf 1. Délka praxe v oboru je u 1 sestry (17%) méně jak 10 let, u 3 sester (50%) je 10-20let a u 2 sester (33%) je více jak 20 let, graf 2.

Výzkumná otázka „*Jakým způsobem provádějí sestry edukaci?*“.V rámci kvalitativního šetření sestry odpovídaly na otázku co si představují pod pojmem edukace. 4 sestry (68%) si pod pojmem edukace představují vzdělávání, 1 sestra (16%) si představuje pod pojmem edukace výchovu a 1 sestra (16%) si pod pojmem edukace představuje předávání informací, graf 3. V literatuře Juřeníkové (12) se uvádí, že edukace je proces výchovy a vzdělávání, ovlivňování chování a jednání jedince. Podle odpovědí dotazovaných sester, je zřejmé, že ví co znamená pojem edukace. Edukaci považují za součást ošetrovatelské péče, graf 4. K edukaci pacienta v prevenci onemocnění prostaty, sestry přistupují verbálně, pomocí informačních brožurek a pomocí internetu. 4 sestry ze šesti uvedly, že provádějí edukaci verbálně, 5 sester ze šesti uvedlo pomocí informačních brožurek, 1 sestra ze šesti uvedla pomocí internetu, graf 5. Při edukaci 4 sestry (67%) používají zpětnou vazbu, 2 sestry (17%) zpětnou vazbu také využívají, ale ne vždy, graf 6. V literatuře Juřeníková (12) je zpětná vazba zařazena do poslední fáze edukace, je důležitá pro zhodnocení výsledků edukanta, ale i edukátora. Na základě zjištěných výsledků z kvalitativní části šetření, lze vyslovit závěr, že sestry provádějí edukaci, nejvíce pomocí informačních brožur a verbálně.

Výzkumná otázka „*Jaké nejčastější problémy vidí sestra v edukaci pacientů při onemocnění prostaty?*“ V rámci kvalitativního šetření sestry odpovídaly na otázku, jakým způsobem získávají informace o prevenci onemocnění prostaty. 5 sester získává informace z odborných seminářů, 3 sestry získávají informace z literatury a internetu a 4 sestry získávají informace od praktického lékaře, graf 7. Dále hodnotily, zda mají čas a prostor na edukaci pacientů. 5 sester (83%) uvedlo, že ano. 1 sestra (17%) uvedla, že spíše ano, graf 8. Další šetření bylo zaměřeno na dotazy pacientů, zda pacienti mají dotazy ohledně prevence onemocnění prostaty. Výsledek byl, že 3 sestry (50%) odpověděly pozitivně a 3 sestry (50%) odpověděly negativně, graf 9. Zájem pacientů o

prevenci onemocnění prostaty je z 50%. Edukační materiál k onemocnění prostaty mají všechny sestry ve svých ambulancích, ale i přesto by podle výsledků šetření edukační materiál týkající se tohoto onemocnění uvítaly. Důležitá a zároveň poslední otázka se týkala nejčastějších problémů, které vidí sestra v edukaci pacientů při onemocnění prostaty. 3 sestry (50%) uvedly, že je to stud pacienta, 2 sestry (33%) uvedly narušení intimity pacienta a 1 sestra (17%) nevidí žádný problém. Na základě těchto výsledků z kvalitativní části výzkumu lze stanovit nejčastější problémy, které vidí sestra při edukaci pacienta. Je to stud pacienta a intimita problému.

6. Závěr

Předmětem mého výzkumného šetření bylo zmapovat úlohu sestry v prevenci onemocnění prostaty. Onemocnění prostaty patří mezi častá onemocnění a významnou úlohu v prevenci hraje sestra, která si může povšimnout příznaků, jež jsou prvním projevem nádorového onemocnění. Sestra je také schopná vhodně a přístupnou formou poskytnout potřebné informace. Proto je důležité, aby ona sama měla dostatek informací a materiálů o této problematice. Na základě předmětu výzkumného šetření byl stanoven cíl: zjistit, jakou roli hraje sestra ve včasné diagnostice nádorového onemocnění prostaty.

Na základě cílu byly stanoveny tři hypotézy a dvě výzkumné otázky. První hypotéza „Sestry využívají obecné zásady edukace“, se částečně potvrdila. Protože sestry využívají obecné zásady edukace, Ale více informací o onemocnění prostaty podává lékař. informace o prevenci onemocnění prostaty dostávají pacienti nejvíce od svého praktického lékaře. Druhá hypotéza „Muži mají nedostatek informací, týkající se včasné diagnostiky nádorového onemocnění“, se nepotvrdila, protože většina mužů má informace o včasné diagnostice onemocnění prostaty. Muži určili možnost diagnostiky pomocí vyšetření krve, vyšetření konečníku, z příznaků, ale na druhé straně uvedli možnost diagnostiky z moči, pomocí RTG a žádný muž nevěděl možnost diagnostiky onemocnění pomocí ultrazvuku. Třetí hypotéza „Mladší muži mají méně informací než starší muži“, se potvrdila. Mladší muži jsou ve věku 30-60 let a starší muži jsou ve věku 60+. Mladší muži měli méně informací než starší muži, o onemocnění prostaty, o projevech onemocnění prostaty a o diagnostice onemocnění prostaty. Výzkumná otázka „Jakým způsobem sestry provádějí edukaci?“ Na tuto otázku je odpověď, nejvíce pomocí informačních brožurek a dále verbálně. Výzkumná otázka „Jaké nejčastější problémy vidí sestra v edukaci pacientů při onemocnění prostaty?“ Odpovědí na tuto otázku je ostych pacienta a potřeba informačního materiálu.

Výsledky výzkumného šetření pomohly zmapovat hloubku znalostí a připravit, popřípadě poskytnout materiál k edukaci pacientů v prevenci onemocnění prostaty (příloha 5).

7. Seznam použitých zdrojů

1. BARTOŇKOVÁ, H., et al. *Manuál prevence a včasná detekce nádorových onemocnění*. 1. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2002. 94 s. ISBN 80-238-513-3.
2. ČIHÁK, R. *Anatomie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2002. 488 s. ISBN 80-247-0143-X.
3. DOENGES, M., E., MOORHOUSE, M., F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 1996. 576 s. ISBN 80-7169-294-8.
4. DVOŘÁČEK, J. *Urologie praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. 316 s. ISBN 80-85866-52-8.
5. DVOŘÁČEK, J. *Urologie III*. Praha: ISV, 1998. 1772 s. ISBN 80-85866-30-7.
6. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
7. FARKAŠOVÁ, D., et al. *Ošetrovatelská teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
8. FIALA, R., ZÁŤURA, F., ŽENÍŠEK, J. *Adenokarcinom prostaty od PSA k terapii*. Praha: StudiaGeo s.r.o., 2001. 213 s. ISBN 1211-0795.
9. HANZALÍKOVÁ, A., et al. *Komunitné ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004. 300 s. ISBN 80-8063-155-7.
10. HORA, M. *Urologie pro studenty všeobecného lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 115 s. ISBN 80-246-0857-X.
11. HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001. 77 s. ISBN 80-238-7618-X.
12. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
13. KAWACIUK, I. *Urologie*. 1. vyd. Praha: H+H, 2000. 308 s. ISBN 80-86022-60-9.
14. KELNEROVÁ, J., et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 240 s. ISBN 978-80-247-2830-8.
15. KLIMENT, J., HORŇÁK, M. *Benígna hyperplázia prostaty*. 1. vyd. Martin:

- Osveta, 1997. 255 s. ISBN 80-217-0343-1.
16. KOHLÍČEK, J. *Prostata a pohlavní ústrojí muže*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1991. 96 s. ISBN 80-201-0070-9.
 17. KOMÁREK, L., et al. *Prevence nádorových onemocnění v primární péči*. 3. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2000. 39 s. ISBN 80-7071-155-8.
 18. *Lemon I.*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
 19. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
 20. MAREK, J., et al. *Propedeutika klinické medicíny*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 652 s. ISBN 80-7254-174-9.
 21. MÍČKOVÁ, I. Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 12, s. 44-45. ISSN 1210-0404
 22. MORÁVEK, P. *Základy urologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 142 s. ISBN 80-246-0209-1.
 23. *MSD Kompendium klinické medicíny*. 1. vyd. Praha: X-Egem, 1996. 490 s. ISBN 80-85395-98-3.
 24. ONDERKOVÁ, A. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 12, s. 17-18. ISSN 1210-0404.
 25. PACÍK, D., et al. *Urologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: DVPZ, 1996. 175 s. ISBN 80-7013-235-3.
 26. *Prevence nádorových onemocnění pro muže po čtyřicítce*. 3. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2005. 36 s. ISBN 80-238-6227-8.
 27. SABRA, R., et al. *Poruchy močení a benigní hyperplazie prostaty*. Praha: HF, 1997. 151 s. ISBN nevedeno.
 28. SKÁLA, B., et al. *Obecné preventivní a vyhledávací postupy u nádorových onemocnění v primární péči*. Praha: CDP-PL, 2005. 15 s. ISBN 80-86998-02-9.
 29. REUTER, H., J., EPPLE, W., REAUTER, M., A. *Prostata a její onemocnění*. Praha: Victoria Publishing a.s., 1989. 141 s. ISBN 80-85605-63-5.
 30. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I.* 1. vyd. Praha:

Informatorium, 2004. 228 s. ISBN 80-86073-96-3.

31. TANAGHO, E., A., McANINCH, J., W. *Smithova Všeobecná urológia*. Přel. J. Breza a kol. 1. slovenské vyd. Martin: Osveta, 2006. 773 s. ISBN 80-8063-206-5.
32. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrova'elstve*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

8. Klíčová slova

Edukace

Onemocnění

Pacient

Prevence

Prostata

Sestra

9. Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník pro pacienty

Příloha č. 2: Dotazník pro sestry

Příloha č. 3: Anatomie prostaty

Příloha č. 4: Mezinárodní skóre prostatických symptomů

Příloha č. 5: Informační brožura pro pacienty

Příloha č. 1
Dotazník pro pacienty

Dotazník

Vážený paciente,

obracím se na Vás s žádostí o pomoc při realizaci výzkumného šetření v rámci bakalářské práce na téma: **Úloha sestry v prevenci onemocnění prostaty**.

Prostřednictvím tohoto dotazníku bych Vás chtěla požádat o sdělení zkušeností získaných během Vaší návštěvy u praktického lékaře. Dotazník je anonymní, získaná data budou po grafickém zpracování sloužit výhradně pro účely uvedené bakalářské práce.

Děkuji za Váš čas, který mi vyplněním dotazníku věnujete.

S pozdravem Bc. Marie Dubová, studentka ZSF JU, bakalářského programu Všeobecná sestra.

Instrukce k vyplnění dotazníku:

Otázky jsou konstruovány s možností dopsání nebo výběru odpovědi (Vámi vybranou odpověď zakroužkujte).

Závěr dotazníku je věnován Vašim poznámkám, komentářům, popř. prostoru pro zadání kontaktu v případě, že budete chtít být seznámeni s výsledky dotazníkového šetření.

Otázky:

1) Kolik je Vám let?

- a)30 - 40
- b)40 - 50
- c)50 - 60
- d)60 - 70
- e)70+

2) Jaký je Váš rodinný stav?

- a)svobodný
- b)ženatý
- c)rozvedený
- d)vdovec
- e)druh

3) Bydlíte?

- a)na vesnici
- b)ve městě

4) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a)základní bez vyučení
- b)vyučení bez maturity
- c)maturita
- d)vysokoškolské

5) Je Vaše návštěva u praktického lékaře preventivní?

- a)ano
- b)ne

6) Víte, jaká jsou možná onemocnění prostaty?

- a)ano
- b)ne

7) Pokud ano, vypište je, prosím:

.....

.....

8) Víte, jak se onemocnění prostaty projevuje?

- a)ano
- b)ne

9) Pokud ano, napište možné projevy:

.....
.....

10) Víte, jakým způsobem lze onemocnění prostaty zjistit?

- a)ano
- b)ne

11) Pokud ano, vyberte správné možnosti (v této otázce můžete zaškrtnout více odpovědí):

- a)z krve
- b)z příznaků
- c)z moči
- d)z vyšetření konečníku
- e)pomocí RTG
- f)pomocí ultrazvuku

12) Kde jste tyto informace získal? (v této otázce můžete zaškrtnout více odpovědí):

- a)od sestry
- b)od lékaře
- c)z dostupných letáků, brožur, nástěnky, odborných časopisů
- d)z internetu, televize, rádia
- e)z jiného zdroje

13) Byl jste někdy informován o prevenci onemocnění prostaty?

- a) ano
- b) ne

14) Pokud ano, kým?

.....

15) Jak na Vás působí kontakt se zdravotní sestrou u Vašeho praktického lékaře?

Zapůsobil na mě:

- a) výborně a profesionálně
- b) velmi dobře
- c) průměrně
- d) velmi špatně
- e) nechci hodnotit
- f) nejsem u svého praktického lékaře (př. u zastupujícího...)

16) Dostáváte od zdravotní sestřičky Vašeho praktického lékaře dostatek informací o preventivních vyšetřeních ve vztahu k onemocnění prostaty?

- a) ano
- b) ano, ale v omezeném množství
- c) ne, ačkoliv jsem o to žádal
- d) ne, nežádal jsem o informace
- e) sám se informuji prostřednictvím letáků, internetů a odborných článků
- f) nevyhledávám tyto informace

17) Dostáváte od Vašeho praktického lékaře dostatek informací o preventivních vyšetřeních ve vztahu k onemocnění prostaty?

- a) ano
- b) ano, ale v omezeném množství
- c) ne, ačkoliv jsem o to žádal

d)ne, nežádal jsem o informace

18) Vyšetřoval vás praktický lékař či jiný lékař prstem do konečníku (tzv. per rektum)?

a)ano

b)ne

c)odmítl jsem

d)nevzpomínám si

19) Jak jste spokojen s odbornou dovedností zdravotní sestry u praktického lékaře?

a)spokojen

b)nespokojen

c)nepřeji si hodnotit

20) U praktického lékaře najdu dostatek informací (od sestry, lékaře, dostupné letáky, brožury, nástěnka, odborné časopisy).

a)ano

b)ne

c)nevyhledávám informace

21) Myslíte si, že by Vás zdravotní sestra u praktického lékaře mohla informovat o prevenci nádorů prostaty a poskytnout Vám další informace k zdravému životnímu stylu? (v této otázce můžete zaškrtnout více odpovědí):

a)ano

b)ne

c)nepřeji si hodnotit

d)nevím, zda je to v její kompetenci

e)myslím si, že má dost své práce

22) Měl Váš otec, dědeček nebo bratr rakovinu prostaty?

- a)ano
- b)ne
- c)nevím

23) Léčíte se s urologickými potížemi?

- a)ano
- b)ne
- c)nevím

Ostatní připomínky:

Děkuji Vám za čas, který jste vyplnění tohoto dotazníku věnoval.

Příloha č. 2
Dotazník pro sestry

Dotazník

Vážení,

obracím se na Vás s žádostí o pomoc při realizaci výzkumného šetření v rámci bakalářské práce na téma: **Úloha sestry v prevenci onemocnění prostaty**.

Dotazník je anonymní, získaná data budou po grafickém zpracování sloužit výhradně pro účely uvedené bakalářské práce.

Děkuji za Váš čas, který mi vyplněním dotazníku věnujete.

S pozdravem Bc. Marie Dubová, studentka ZSF JU, bakalářského programu Všeobecná sestra.

Instrukce k vyplnění dotazníku:

Otázky jsou konstruovány s možností dopsání nebo výběru odpovědi (Vámi vybranou odpověď zakroužkujte).

Otázky:

1) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) střední
- b) vyšší odborné (Dis.)
- c) vysokoškolské

2) Kolik let pracujete v oboru?

- a) méně než 10 let
- b) 10 - 20 let
- c) více než 20 let

3) Co si představujete pod pojmem edukace? (prosím, napište Váš názor):

.....
.....

4) Vnímáte edukaci jako součást ošetrovatelské péče?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) ne
- e) spíše ne

5) Jakým způsobem edukujete pacienta v prevenci onemocnění prostaty?

- a) verbálně
- b) informační brožury
- c) needukuji
- d) jiné (prosím vypište):
.....

6) *Ověřujete si zpětně, zda pacient informacím rozuměl?*

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) ne
- e) spíše ne

7) *Jakým způsobem získáváte informace o prevenci onemocnění prostaty?*

- a) odborné semináře
- b) literatura, internet
- c) nezískávám
- d) jiné (prosím vypiš-
te).....

8) *Máte čas a prostor na edukaci pacienta?*

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) ne
- e) spíše ne

9) Mají na Vás pacienti dotazy ohledně prevence onemocnění prostaty?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

10) Máte v ambulanci edukační materiál týkající se tohoto onemocnění?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11) Pokud ne, uvítali byste na oddělení edukační materiál na toto téma?

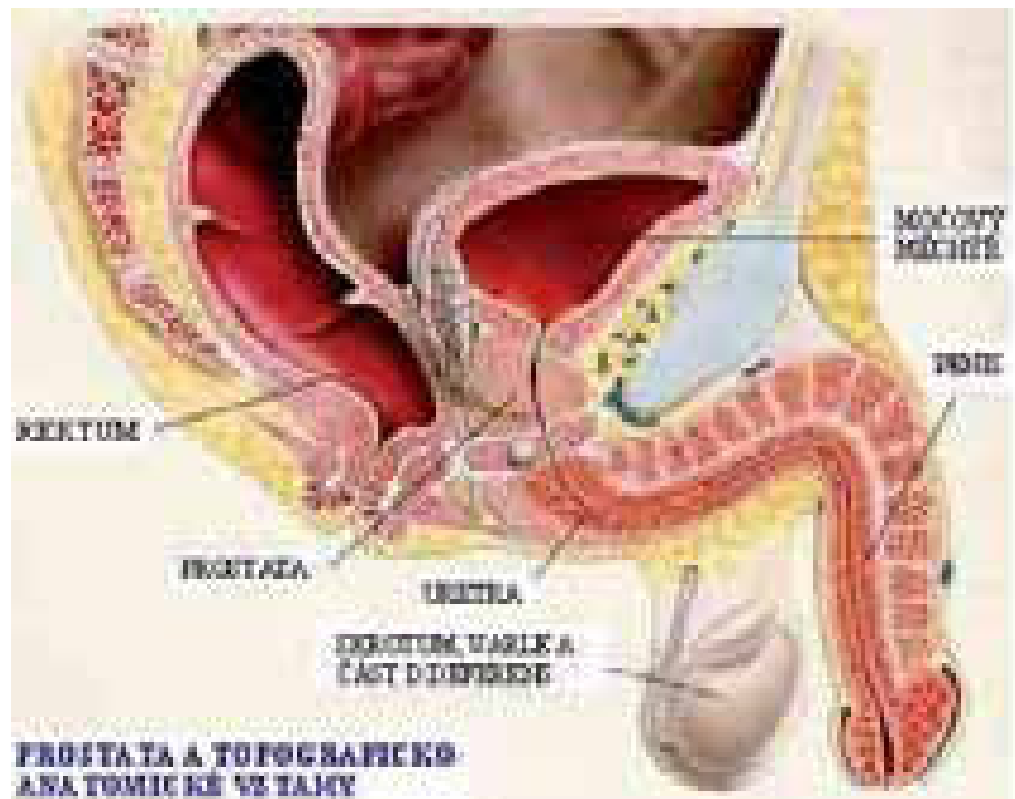
- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) ne
- e) spíše ne

12) Jaké nejčastější problémy vidíte v edukaci pacientů při onemocnění prostaty?

Děkuji Vám za čas, který jste vyplnění tohoto dotazníku věnovala.

Příloha č. 3

Anatomie prostaty



Příloha č. 4

Mezinárodní skóre prostatických symptomů-IPSS

nikdy	asi v jednom z pěti případů	méně než v polovině případů	v polovině případů	ve více než polovině případů	téměř vždy
0	1	2	3	4	5
					Bodové ohodnocení:
<i>Kolikrát v noci vstáváte a chodíte močit?</i>					
<i>Močíte ve dne častěji než po dvou hodinách?</i>					
<i>Míváte opožděný začátek močení?</i>					
<i>Míváte slabý proud moči?</i>					
<i>Musíte při močení tlačit?</i>					
<i>Močíte přerušovaně?</i>					
<i>Míváte pocit nedokonale vyprázdněného měchýře?</i>					
					součet:
<i>Kdybyste měl v budoucnu stejné potíže s močením jako nyní, jak byste se cítil?</i>					
výborně	dobře	převážně dobře	střídavě	špatně	nesnesitelně
0	1	2	3	4	5

Výsledky skórování:

0 - 7 bodů: Výsledek IPSS nesvědčí u Vás nesvědčí pro prostatické potíže. Máte-li však jakékoliv obtíže nebo pochybnosti, kontaktujte svého lékaře. Nemusí se jednat o BHP, může však jít jiné onemocnění prostaty, které je potřeba léčit.

8 - 15 bodů: Výsledek IPSS odpovídá počínajícím potížím s hypertrofickou prostatou. Kontaktujte svého lékaře a domluvte se s ním na optimální léčbě Vaší BHP.

15 - 24 bodů: Výsledek IPSS odpovídá rozvinutým prostatickým potížím. Čím rychleji zahájíte léčbu ve spolupráci s urologem, tím více oddálíte nutnost chirurgického zákroku.

24 – 35 bodů: Výsledek IPSS svědčí pro vážné onemocnění prostaty, nejspíše těžkou BHP. Neprodleně kontaktujte lékaře, je nutné zahájit účinnou léčbu.

Příloha č. 5

Informační brožura pro pacienty

Onemocnění prostaty

Informační brožura pro pacienty

2010

Obsah

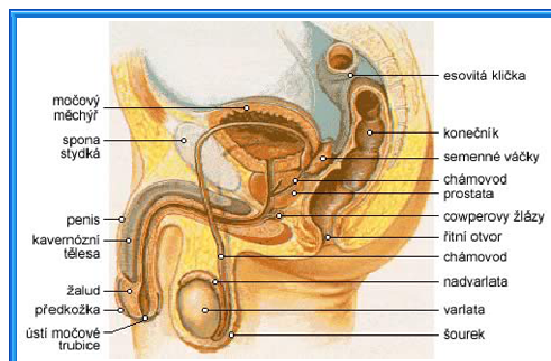
1. Anatomie prostaty	80
2. Nejčastější onemocnění prostaty	81
3. Akutní zánět prostaty	81
4. Chronický zánět prostaty	82
5. Absces prostaty	83
6. Benigní hyperplazie prostaty	84
7. Karcinom prostaty	88
8. Prevence onemocnění prostaty	92

1. Anatomie prostaty

Předstojná žláza (prostata) je mužský orgán tvaru jedlého kaštanu. Naléhá na spodinu močového měchýře a obklopuje močovou trubici, která odvádí z těla moč a semeno.

Prostata je zdrojem tekutiny, která se mísí se spermiemi a tvoří součást semene. Její účel není přesně známý, ale předpokládá se, že se podílí na udržování života a aktivity spermií a napomáhá tak oplodnění vajíčka.

Vlivem umístění prostaty její onemocnění často souvisí s onemocněním močového měchýře a jeho funkcemi.



Obr. č. 1 Anatomie prostaty

2. Nejčastější onemocnění prostaty

- Zánět prostaty
 - Akutní
 - Chronický
- Benigní hyperplazie prostaty
- Karcinom prostaty
- Absces prostaty

3. Akutní zánět prostaty

Typický u mladých mužů. Je většinou způsoben bakteriemi, které se do prostaty dostanou přes močovou trubici nebo krví. Vzniká při prochladnutí a snížení imunity, přenosem infekce po pohlavním styku. Spouštěcím mechanismem může být i zavedení cévky do močové trubice nebo operační výkon na dolních cestách močových.

Projevy:

Bolesti v podbřišku a na hrázi, časté bolestivé močení, vysoké teploty, zimnice, třesavka, pocení, celková schvácenost.

Diagnostika:

Vyšetření per rektum (přes konečník), vyšetření moče, krve (krevní obraz, sedimentace, CRP), prostatického sekretu.

Léčba:

Hospitalizace, klid na lůžku, sedací koupele, zvýšený příjem tekutin, antibiotika, analgetika (léky na bolest), antipyretika (léky na snížení teploty).

4. Chronický zánět prostaty

Nejčastěji je způsoben nedolčením akutního zánětu prostaty opakujícími se infekcemi močových cest.

Projevy:

Tlakové bolesti na hrázi a v konečníku, výtok, časté obtížné a bolestivé močení.

Diagnostika:

Jako u akutního zánětu prostaty.

Léčba:

Dlouhodobé podávání antibiotik, masáž prostaty, sedací koupele, indometacinové nebo ibuprofenové čípky, teplo.

5. Absces prostaty

Zánětlivé ložisko v prostatě, které vzniká jako následek akutního zánětu prostaty.

Projevy:

Stejně jako u akutního zánětu prostaty – příznaky se stupňují, teploty jsou septické, velká schvácenost a velmi silná bolest prostaty.

Diagnostika:

Vyšetření per rektum (přes konečník), vyšetření moče, krve (krevní obraz, sedimentace, CRP).

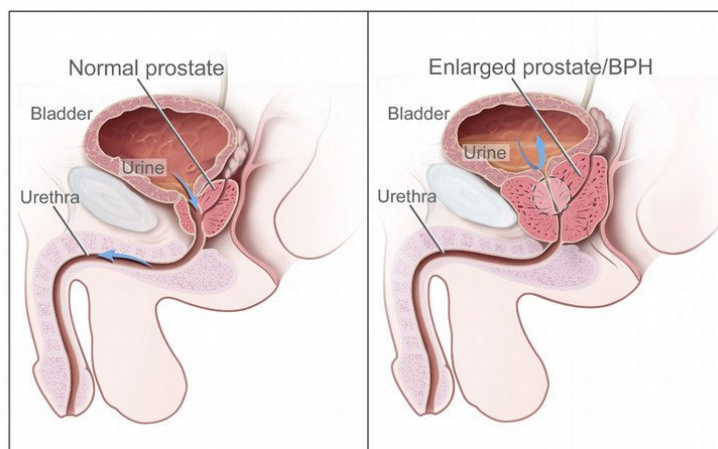
Léčba:

Hospitalizace, vypuštění abcesového ložiska, drenáž, klid na lůžku, antibiotika, analgetika (léky na bolest), antipyretika (léky na snížení teploty), zvýšený příjem tekutin.

6. Benigní hyperplazie prostaty

Jedná se o benigní (nezhoubné) zvětšení prostaty (obr. č.2). Prostata začíná zvětšovat svůj objem po 40. roku věku a po 60. roku je výrazněji zvětšena až u 60 % mužů. Zvětšující se prostata může utlačovat močovou trubici a působit jako překážka v odtoku moče.

Příčina zvětšení prostaty není dosud objasněna. Faktorem pro vznik je *přítomnost hormonů androgenů* (funkční varlata) a *vyšší věk*.



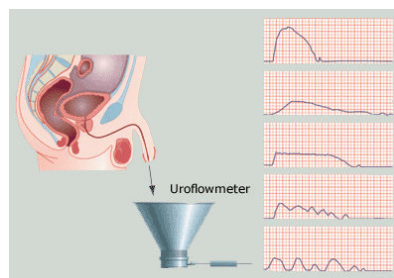
Obr. č. 2 Na **levém obrázku** vidíme **normální prostatu**. Moč (Urine) protéká skrz prostatu do močové trubice (Urethra) ve směru modré šipky. **Vpravo** je prostata **zbytnělá**. Svým zvětšením zúžila průchodnou cestu pro moč, moč špatně odtéká a se hromadí v močovém měchýři (Bladder).

Projevy:

Obtížný a opožděný začátek močení, slabý proud moče, zdlouhavé močení, přerušované močení, odkapávání ke konci močení, neúplné vyprázdnění měchýře, noční močení, častější a naléhavější potřeba močení, nechtěný únik moče.

Diagnostika:

Vyšetření prostaty per rektum (přes konečník), vyšetření moče (infekce), krve (PSA – prostatický specifický antigen – viz karcinom prostaty), ultrazvuk prostaty, močového měchýře, vyšetření průtoku moče (UFM – nad záchodovou mísou je umístěn „trychtýř s vrtulkou“, která se při močení roztočí).



Obr. č.3 Uroflowmetr

Léčba:

Léčebný postup se řídí obtížemi nemocného. Po důkladném rozhovoru s nemocným a zhodnocení vyšetření, lékař navrhne některou z léčebných metod:

- *Pozorné sledování a vyčkávání* – v počátečním stádiu, kdy jsou příznaky nevýrazné a neobtěžující nemocného. Spočívá v pravidelných kontrolách, sledování příznaků a kontrolního ultrazvukového vyšetření a vyšetření průtoku moče.

- *Medikamentózní léčba* – pokud příznaky nemocného obtěžují, může být léčba pomocí léků. Existují dvě skupiny léků – léky zmenšující velikost prostaty a léky uvolňující svalovinu prostaty.

- *Operační léčba* – zahrnuje mnoho operačních postupů, zmíněny budou pouze dva základní postupy.
 - klasická otevřená prostatektomie – odstranění zvětšené části prostaty řezem v podbřišku

 - transuretrální resekce prostaty (TURP) – nejběžněji používaná metoda, přes močovou trubici se zavede tenký nástroj a prostata se „vybrousí“ (obr. č.4)



Obr. č. 4 Transuretrální resekce prostaty

- *močový katétr* – zavedení močové cévky (katétru) přes močovou trubici do močového měchýře. Zavádí se jako „první pomoc“ při nemožnosti se vymočit anebo trvale v případě, že nemocný není schopen (zejména pro interní onemocnění) podstoupit operační léčbu. Katétr je třeba v pravidelných intervalech (cca 6-8 týdnů) měnit.



Obr. č. 5 Močový katétr

7. Karcinom prostaty

Karcinom (nádor) prostaty je v ČR druhým nejčastějším nádorovým onemocněním. Před 50. rokem věku je vzácný, prudce stoupá od 60. roku života.

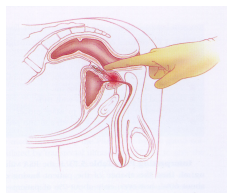
Příčina vzniku není známá, za významné nepovažuje několik faktorů: *hormonální* – vliv androgenů; *genetické* – familiární vliv je u příbuzných 1. linie (otec, bratři) dvojnásobný 2. linie (dědeček, strýc) asi 1,5 násobný. *Etnický vliv* – černá rasa častěji postižena než bílá, asijská populace má nejnižší výskyt. Vliv *stylu života a stravování* – nepříznivě působí vyšší příjem masa a masných výrobků (živočišných tuků), alkoholu a kouření.

Projevy:

V časném stádiu bez příznaků, později časté, obtížné močení, slabý proud moče, přerušované močení. V pokročilém stádiu se objevují kostní bolesti (nejčastěji bederní páteře), bolest na hrázi, zácpa, nemožnost vymočít se (retence moče), únava, hubnutí.

Diagnostika:

- vyšetření *per rektum* – prostata se vyšetří pohmatem (prstem) přes konečník (obr. č. 6.)



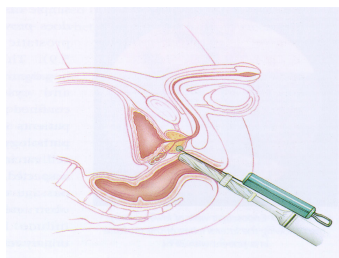
Obr. č. 6 Vyšetření per rektum

- vyšetření *hladiny PSA* (prostatický specifický antigen) z krve – nádorový marker, jehož hladina v krvi stoupá při nádorovém postižení prostaty. Je produkován v prostatických buňkách, proto může být zvýšená hladina i při zánětlivém postižení prostaty a při benigní hyperplazii prostaty. Krev se odebírá před vyšetřením per rektum, cévkováním či biopsií prostaty, protože by hladina mohla být „falešně“ zvýšená díky mechanickému působení na prostatu. Při opakovaně vyšší hladině následuje biopsie prostaty.



Obr. č. 7 Zkumavka s krví

- *transrektální ultrasonografie (TRUS)* – ultrazvuk prostaty provedený přes konečník, často spojený s biopsií prostaty (obr. č. 8)



Obr. č. 8 Transrektální ultrasonografie

- *punkční biopsie prostaty* – odběr vzorku prostaty na histologické vyšetření, které potvrdí či vyloučí nádorové postižení prostaty.
- *scintigrafie skeletu* – radioizotopové vyšetření kostí při podezření na metastatické postižení kostí
- *CT pánve* – provádí se při potvrzeném nádorovém postižení prostaty k posouzení struktury prostaty, její ohraničení k okolí a posouzení uzlin v okolí prostaty (zda nejsou zvětšeny)

Léčba:

Léčba se liší podle stádia nádorového onemocnění prostaty, prognostických faktorů, celkového stavu a věku nemocného.

- *radikální prostatektomie (RAPE)* – úplné odstranění prostaty včetně pouzdra a semenných váčků
- *transuretrální resekce prostaty (TURP)* – viz kapitola 6. Benigní hyperplazie prostaty
- *hormonální léčba* – snížení hladiny androgenů
 - orchiektomie – operační odstranění varlat
 - medikamentózní – podávání tabletek nebo injekcí



- *radioterapie* - zevní ozáření postiženého místa v prostatě
- *brachyterapie* - implantace radioaktivních částic přímo do prostaty pod ultrasonografickou kontrolou

- **Prevence onemocnění prostaty**

Zánětlivé onemocnění

Nejlepší prevencí je důkladná a pravidelná hygiena (zejména pohlavních orgánů), neprochladnout v oblasti pánve a vyléčit každou infekci močových cest.



Bakterie Escherichia coli

Benigní hyperplazie prostaty

Prevenčí je zdravý životní styl, dostatek pohybu a přiměřený sexuální život.

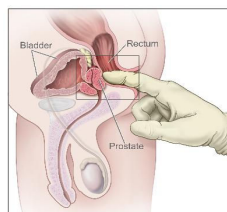


Nádor prostaty

Základem prevence, tzv. *primární prevence*, je opět zdravý životní styl. Snížení příjmu živočišných tuků, zvýšení konzumace zeleniny, především s obsahem fytosterolů, omezení kouření a požívání alkoholu, snížení sexuálně přenosných chorob.



Sekundární prevence zhoubného nádoru prostaty spočívá v pravidelném vyšetření prostaty per rektum (přes konečník) a sledování hladiny PSA v krvi u mužů nad 50 let věku. Pokud se v rodině pacienta vyskytl zhoubný nádor prostaty, je toto vyšetření vhodné provádět od čtyřiceti let věku.



Prostor pro Vaše poznámky:



.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

S případnými dotazy se obraťte na svého lékaře:

 jméno:

 adresa:

 telefon:

 e-mail: