

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2019

Bc. Jitka Urbánková

Fakulta zdravotnických studií

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Bc. Jitka Urbánková

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech

POTŘEBY PACIENTA PO ORCHIEKTOMII

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

PLZEŇ 2019

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 12. 7. 2019.

vlastnoruční podpis

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Kateřině Ratislavové PhD., za citlivé a odborné vedení práce spolu s poskytnutím cenných informací. Také bych ráda poděkovala pacientům, kteří po provedené orchiektomii, byli ochotni podělit se o své pocity po prodělané operaci. Dále děkuji za odborný dohled MUDr. Dušanu Mrkosovi, za užitečné názory. Velké děkuji, patří celé mé rodině za jejich trpělivost a shovívavost po celou dobu studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Urbánková Jitka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života pacienta po orchiektomii

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, PhD.

Počet stran – číslované: 68

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 20

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 44

Klíčová slova: orchiektomie, potřeby pacienta, tumory varlat, záněty varlat, úrazy varlat

Souhrn:

Předmětem diplomové práce jsou potřeby pacientů po orchiektomii. V teoretické části se pojednává o etiologii a rizikových faktorech onemocnění varlat, dále zmiňuje rozdělení a klasifikaci nádorů, klinickou symptomatologii onemocnění varlat, diagnostiku, léčbu, dispenzarizaci a farmakoterapii u pacientů po orchiektomii. Dále pak se zabývá kvalitou života pacientů, potřebami pacientů a komunikací s pacienty včetně edukace. V praktické části bylo prováděno kvalitativní šetření pocitů, potřeb a názorů pacientů. Byly zpracovány a vyhodnoceny výsledky z asynchronních e-mailových rozhovorů, ve kterých byly uvedené otázky směřující na období po orchiektomii, před zjištěním diagnózy, při zjištění diagnózy a po operaci. Tyto informace jsou potřebné pro možné zlepšení kvality péče o pacienty po orchiektomii.

Annotation

Surname and name: Urbánková Jitka

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Needs of patient after orchiectomy

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová, PhD.

Number of pages – numbered: 68

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 20

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 44

Keywords: tumor testis. orchiectomy, necessity patient, quality of life, testis cancer, testicular injuries

Summary:

The subject of this thesis is the needs of patients after orchiectomy. The theoretical part deals with etiology and risk factors of testicular disease, it also mentions the classification of tumors, clinical symptomatology of testicular disease, diagnosis, treatment, follow-up and pharmacotherapy in patients after orchiectomy. Furthermore, it deals with the quality of life of patients, needs of patients and communication with patients including education. In the practical part, a qualitative survey of the feelings, needs and opinions of patients was performed. Results from asynchronous e-mail interviews were elaborated and evaluated, asking questions about the period after orchiectomy, before diagnosis, at diagnosis and after surgery. This information is needed to improve the quality of care for orchiectomy patients.

OBSAH

Obsah	8
Úvod	11
1 teoretická část.....	13
1.1 Anatomie mužských pohlavních orgánů.....	13
1.1.1 Onemocnění varlat, která mohou vést k orchiektomii	15
1.1.2 Zánětlivá onemocnění varlat	15
1.1.3 Nezánnětlivá onemocnění	17
1.1.4 Nádory varlat.....	19
1.1.5 Etiologie a rizikové faktory nádorů varlat	20
1.1.6 Skrotální trauma	21
1.1.7 Infekční vlivy	22
1.1.8 Hypospádie.....	22
1.1.9 Environmentální rizikové faktory	22
1.1.10 Rozdělení nádorů varlete	23
1.1.11 Germinální nádory	23
1.1.12 Seminomy	23
1.1.13 Neseminomové nádory	24
1.1.14 Non- germinální nádory	25
1.1.15 Klasifikace nádorů varlat	26
1.2 Klinická symptomatologie nádorů varlat.....	27
1.3 Diagnostika nádorů varlat	29
1.4 Léčba při nádoru varlat	30
1.4.1 Adjuvantní (zajišťovací) léčba	30
1.4.2 Chemoterapie	30
1.5 Dispenzarizace	30

1.6	Operativní léčba a následná péče	32
1.6.1	Orchiektomie.....	32
1.6.2	Farmako terapie u mužů po orchiektomii	34
1.7	Ošetrovatelská péče všeobecné sestry	35
1.7.1	Ošetrovatelská péče před operací.....	35
1.7.2	Pooperační ošetrovatelská péče	36
1.8	Kvalita života a potřeby pacienta.....	39
1.9	Zdraví.....	40
1.10	Potřeby pacienta	43
1.11	Komunikace s pacienty	46
1.12	Edukace	48
2	EMPIRICKÁ část.....	49
2.1	Definice problému	49
2.2	Cíle práce	50
2.2.1	Hlavní cíl.....	50
2.2.2	Dílčí cíle.....	50
2.3	Výzkumné otázky	50
2.4	Metodologie	51
2.5	Organizace výzkumu a výběr respondentů	52
2.6	Analýza dat a interpretace výsledků	53
2.6.1	Potřeby, pocity a názory mužů před zjištěním diagnózy	54
2.6.2	Potřeby pacienta a názory mužů při zjištění diagnózy.....	57
2.6.3	Potřeby, pocity a názory mužů během hospitalizace	60
2.6.4	Proces vyrovnávání se s orchiektomií u mužů po operaci	61
	Diskuse	66
2.7	ZÁVĚR.....	71
	Doporučení pro praxi.....	72

ÚVOD

Orchiektomie je chirurgický zákrok, který pro všechny muže znamená změnu jejich bio-psycho-sociálních potřeb. Operace z pohledu chirurga nepatří mezi náročné chirurgické výkony. Provádí se v celkové anestezii, a to skrotálním či inguinálním přístupem. Mezi nejčastější indikace k orchiektomii patří tumory varlat, absces, torze, atrofie, úrazy, či záněty ohrožující život pacienta.

U nádorového onemocnění varlat nelze provést jinou, než chirurgickou léčbu a z tohoto důvodu je třeba brát zřetel na klientovy potřeby a pocity, které jsou velmi často křehké a jen velmi vzácně se o ně dělí se svým okolím.

Nádory varlat postihují nejčastěji mladé muže, kteří jsou v produktivním věku, a jsou mnohdy neznalí pojmu, jako je samo vyšetřování varlat. Často neví, že se má toto vyšetření provádět pomocí prohmatávání varlat oběma rukama (bimanuální palpce) v pravidelných intervalech, aby mohli včas odhalit toto onemocnění. Dalším problémem je odložení studu, který jim brání ve včasném příchodu k lékaři urologovi a tím i včasnému zahájení léčby a k vyšší šanci na úplné uzdravení. Případně zamezuje rychlejší možnosti zahájení následné onkologické léčby po orchiektomii při tumoru varlete.

Orchiektomie se provádí u mužů v různém věku. Je velmi důležité jakým způsobem se k jednotlivým pacientům přistupuje, neboť každý chlapec, adolescent či dospělý muž, má své bio-psycho-sociální potřeby, ale každý zároveň vnímá své onemocnění svým vlastním individuálním způsobem.

Cílem této práce je komplexně zpracovat téma orchiektomie a zjistit potřeby a pocity pacientů po orchiektomii, jejich zkušenosti z pobytu v nemocničním zařízení.

V teoretické části se zabýváme

Empirická část práce představuje výsledky kvalitativního šetření, ve kterém byly analyzovány e-mailové rozhovory s respondenty, kteří mají zkušenost s orchiektomií. Položili jsme si otázku: Jaké jsou potřeby, názory a pocity mužů s orchiektomií? Zpětná vazba od pacientů je pro ošetrovatelskou péči všeobecné sestry velmi důležitá, může ji využít pro zkvalitnění své péče. Výsledky výzkumného šetření jsou proto využity pro doporučení pro praxi.

Informace o literatuře a odborných článcích k této práci byly čerpané z elektronických informačních zdrojů Medvik, EBSCO, ProQuest, SpringerLink, PubMedCentral. Bibliografická rešerše byla vypracována vědeckou knihovnou města Plzně. Jako klíčová slova byla použita: nádory varlat, záněty varlat, úrazy varlat orchiektomie, potřeby pacienta, testikulární nádory, psychologie nemoci.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Anatomie mužských pohlavních orgánů

Organa genitalia masculina (mužské pohlavní orgány) se dělí na párové a nepárové. Mezi párové mužské pohlavní orgány patří varlata (testes), nadvarlata (epididymides), chámovody (deferentes), semenné vāčky (vesiculae seminales), spojené vývody ductus deferents a vesicula seminalis = ductus ejacatorii. Mezi nepárové patří žláza předstojná – prostata, mužská močová trubice – urethra masculina (její okrajová část je obsažena v penisu, ale ten už patří k vnějším pohlavním orgánům).

Testis (varle) má oválný tvar, ze stran je mírně zploštělé, až elipsoidní. Jeho správné uložení je ve skrotu (šourku). Postavení bývá téměř svislé a na zadní straně má přilehlé protáhlé nadvarle. Rozměry varlete jsou přibližně 4 až 5 cm shora dolů, 3 až 3,5 cm z předu do zadu, 2,5 cm příčně. Hmotnost varlete bývá 18 – 25 g. Větší a těžší varle může být levé, a z toho důvodu může být přibližně o 1 cm uložené níže. Na pohmat fyziologické varle má hladký povrch. Dále se pohmatem zjišťuje, zda je pružné, tuhé a citlivé i na mírný tlak oběma rukama (bimanuální palpce).

Z anatomického pohledu na vlastním povrchu varlete se nachází tuhý bělavý obal (tunica albuginea), jehož vnitřní plochou je cévnatá tunica vasculosa. V hilu vytváří trojhranný útvar – středové vazivo varlete, z něhož vybíhají vazivové přepážky, které rozdělují parenchym varlete na 200–300 lalůčků. Skládají se ze stočených semenotvorných kanálek, ty pokračují jako rovné semenotvorné kanálky a vytvářejí mediastinum. Výstelku tvoří podpůrné Sertoliho buňky, zárodečný epitel, kde dozrávají spermie, a intersticiální Leydigovy buňky, produkující testosteron. Proximální část se ve většině případů uzavírá. V opačném případě mohou vzniknout patologické útvary, jako např. hydrokéla či skrotální hernie.

Na varleti sledujeme horní pól – extremitas superior, dolní pól – extremitas inferior, přední okraj – margo anterior, okraj zadní – margo posterior, vnitřní plochu – facies medialis, plochu zevní – facies lateralis.

Varle a nadvarle má hlavní tepnu arteria testicularis začínající z břišní aorty přibližně ve výšce lumbálního obratle L2. Prochází svalem musculus psoas major, dále tříselným kanálem a pokračuje v semenném provazci k varleti. V průběhu se spojuje

s arteria ductus deferentis a arteria cremasterica. Další cévy varlete jsou tenké a přecházejí pod tunica albuginea na varle, na jeho přední stranu a poté vstupují do jednotlivých lalůček jako větve. Plexus pampiniformis je pleteň, do které se sbíhají žíly z varlete a nadvarlete, obklopuje ductus deferens a v semenném provazci poté pokračuje jako veane testiculares, ve výši odstupu testikulární tepny vpravo do venae cava inferior a vlevo do venae renalis. V bohatých vazivových sítích mezi kanálky v septula testis do tunica albuginea přicházejí mízní cévy a odtud hilem podle vasa testicularia opouštějí varle do lymfatického uzlu nodi lymphatic lumbales. Nervy varlete jdou podél cév podobně jako plexus testicularis a jsou v nich obsažena vlákna sympatická, která přicházejí z ganglion spermaticum, ten je uložen při odstupu arteria testicularis z aorty a vlákna z nervus vagus, parasympatická, dále vlákna spinální, vedoucí do segmentu Th10. (Nauzeu až zvracení při úderu do varlat vysvětlujeme právě přítomností vagových vláken). Jelikož nervy nedosahují do epitelu kanálků, tak se větví částečně k cévám a částečně k Leydigovým buňkám (ČIHÁK, 1988, s. 268 -277).

Šourek (Scrotum) je kožní vak, který se od ostatní kůže těla liší přítomností mnoha mazových a potních žláz. Jeho strategické uložení je za kořenem pyje, zde bývá zavěšený pod sponou stydkou. Jeho stěna je složená z vrstev diferencovaných dle sestupu varlat, tyto vrstvy jsou shodné s vrstvením břišní stěny (DVOŘÁČEK, 1998, s. 50). Zakládá se při embryonálním vývoji párově, a proto je zcela rozdělen pomocí přepážky (septum scroti), která se projikuje na povrch šourku co by šourkový šev (raphe scroti). Šourek obsahuje varlata, která jsou zde dobře hmatná a vyšetřitelná, dále jejich obaly, nadvarlata a počátek semenných provazců. Fibromuskulární podkoží šourku tvoří termoregulační mechanismus, k dozrávání spermíí ve varleti (ZVARA, 2010; s. 203). Onemocnění varlat

Mezi onemocnění, která mohou vést k orchiektomii patří zánětlivá onemocnění varlat nebo nadvarlete. Základem je nejprve farmakologická léčba, ale pokud nedojde ke zlepšení nálezu, nastupuje léčba operativní. Dalším onemocněním, které vede k orchiektomii je torze varlat, pokud dojde k odumření tkáně. Nejčastějším důvodem k orchiektomii jsou však nádory varlat. Všechna onemocnění, která k orchiektomii vedou nebo mohou vést, jsou popsána v této kapitole.

1.1.1 Onemocnění varlat, která mohou vést k orchiektomii

Onemocnění varlat mohou mít různé příčiny, dělit se mohou na onemocnění z důvodu zánětu, poranění, torze, či nádoru.

1.1.2 Zánětlivá onemocnění varlat

Orchitis je zánět varlete. Samostatně se objevuje velmi vzácně, jak zmiňuje (HANUŠ, 2015, s. 68). Většinou se vyskytuje jako součást virového onemocnění - příušnice, infekční mononukleóza, zarděnky (rubeola), coxackie virus. Bakteriální orchitida může být součástí kombinovaného zánětlivého onemocnění varlete i nadvarlete **epididymoorchitidy** (HORA, 2013 s. 65).

Granulomatózní orchitida je nespecifické zánětlivé onemocnění. Postihuje muže středního a vyššího věku. Je pravděpodobně neinfekčního původu. Předpokládá se, že jde o autoimunitní mechanismus prezentující se granulomatózní reakcí na spermie.

Diagnosticky lze jen velmi obtížně odlišit od nádoru varlete. Většinou se konečná diagnóza určí až po histologickém vyšetření preparátu odebraného při orchiektomii.

Terapie probíhá pomocí kortikosteroidů, ale většinou si podezření na nádor vynutí chirurgickou léčbu v podobě orchiektomie (KAWACIUK, 2009, s. 214 - 215).

Epididymitida, zánět nadvarlete. Jedná se o onemocnění mužské populace, které postihuje mladší i starší generaci. U dětí bývá součástí virového onemocnění (HANUŠ, 2015, s. 137). Dle Hory (2013, s. 64) se jen vzácně vyskytuje před pubertou. V dospělé populaci, pak zánět na varlata přechází se zánětem postiženého nadvarlete, kam se infekce dostává z močových cest. Může mít formu akutní, kdy jsou náhle vzniklé silné bolesti a otok skróta, nebo chronickou, která vzniká většinou po opakovaných akutních Epididymitidách.

Příčinou mohou být pohlavně přenosné mikroorganismy, především pak Chlamydia trachomatis a Ureaplasma. Tato infekce bývá častá u sexuálně aktivních mužů, především u promiskuitních partnerů. U starší generace se na vzniku onemocnění může podílet zavedený permanentní močový katetr, dále také instrumentační výkony v močových cestách, někdy i jen zvětšená prostata, která zabraňuje úplnému vyprazdňování měchýře. U těchto případů bývají původci nespecifické bakterie vyskytující se v močových cestách na příklad Staphylococcus epidermidis, Enterococcus faecalis.

Příznaky zánětu varlete či nadvarlete bývají náhle vzniklé zduření a zatuhnutí varlete, nebo nadvarlete, které je provázeno zvětšením poloviny šourku. Kůže šourku na postižené straně bývá napjatá a zarudlá. Zánět varlete i nadvarlete často je doprovázen výraznou bolestivostí postiženého orgánu, bolest může vystřelovat do třísel či podbřišku. Často jsou tyto příznaky spojeny s rozvojem teplot a zimnicí (HANUŠ, 2015 s. 67 -68).

Diagnostika začíná nejprve odebráním podrobné anamnézy, následuje pohledové a pohmatové vyšetření genitálu, i s palpačním vyšetřením prostaty přes konečník. Dále navazuje ultrazvukové vyšetření, kdy se hodnotí struktura a prokrvení varlat a nadvarlat. Může se jím vyloučit nebo potvrdit zánět – postiženého varlete nebo nadvarlete. Provádí se též odběr vzorků moče na biochemické a mikrobiologické vyšetření. Nutné je vždy bezpečně vyloučit tumor varlete pomocí palpce, ultrasonografie a odběru krve na nádorové markery. Jak sděluje Hora (2013, s. 64) „*Nádor se sice projevuje většinou jako nebolestivá rezistence, ale může se sekundárně infikovat a věrně napodobovat epididymitidu.*“

Chronická epididymitida bývá většinou následkem opakovaných atak akutní epididymitidy, někdy ji může mít za následek vasktomie prováděná v rámci sterilizace muže. Tuberkulóza je důležitá příčina chronické epididymitidy a před současnou antituberkulózní léčbou byla poměrně běžná. Tuberkulózní chronická epididymitida bývá většinou následkem urogenitální tuberkulózní infekce v různé lokalizaci. V tropech může být chronická epididymitis komplikací schistosomiázy a filariózy. Typický klinický obraz je pomalu rostoucí zatvrdnutí či otok nadvarlete s mírnou bolestivostí. Při palpačním vyšetření varlete je tvrdé a jsou hmatné nepravidelné bulky nadvarlete.

Terapie u nespecifické chronické epididymitidy se nasazují antibiotika na 3 týdny. U tuberkulózní chronické epididymitis antituberkulotika na plicním oddělení, v indikovaných případech epididymektomie (odstranění nadvarlete) či orchiektomie (odstranění celého varlete), (HORA, 2013, s 64). Postupuje od konzervativních metod k metodám radikálním. Bývá ordinován klidový režim na lůžku, podkládání skrota, analgetika (při. Indometacin, Ibuprofen), antibiotika – u lehčích forem ambulantně perorální, u těžších forem parenterálně. Vytvoří-li již se absces, je nutné provést drenáž, nebo často i orchiektomii (HORA, 2013, s. 64). Dle pokročilosti infekce v době diagnózy se přihlíží též k celkovému stavu pacienta a k dalším faktorům, jako je věk a další pacientova onemocnění. Pokud se lokální nález i přes léčbu nelepší, nebo je již z prvního vyšetření patrné, že se jedná o

pokročilý nález, je možné podávání antibiotik intravenózně, během pobytu v nemocnici. Léky podávané do žíly, mají všeobecně lepší průnik do tkáně, působí rychleji. Kawaciuk udává ještě na víc léčbu kortikosteroidy (KAWACIUK, 2009, s. 214).

Důležitá jsou též režimová opatření, jako je absolutní sexuální abstinence. Pokud je nutná chůze je nutné nosit přiléhavé spodní prádlo, nebo suspenzor, aby docházelo co nejméně k otřesům šourku. V případě neúspěchu této léčby přichází na řadu chirurgická léčba, orchiektomie ze šourku (chirurgické odstranění varlete a nadvarlete). (Koldová, 2014)

Nelze se spolehnout pouze na samostatnou farmakologickou terapii, ta není účinná bez spolupráce pacienta. Sexuální abstinence je nutností a samozřejmostí. Pokud je potřeba pohybu, to znamená přejít, je s výhodou nosit suspenzor, nebo podobně upnuté spodní prádlo.

Pokud jsou vyčerpány možnosti farmakologické léčby a nedojde ke zlepšení nálezu, nastupují metody operační, chirurgické odstranění varlete a nadvarlete (HANUŠ, 2015; DUŠKOVÁ, 2014).

1.1.3 Nezánětlivá onemocnění

Torze varlat je akutní stav v urologii, kdy dochází k přetočení cévní stopky varlete, čímž dojde k zaškrcení cév a přítok a odtok krve z varlete je zastaven. Nedojde-li k obnovení krevního přítoku, varle do 4-6 hod., varle odumírá. Zde je rozhodující rychlá diagnostika a léčba. (HANUŠ, 2015, s. 26-29; HORA, 2013, s. 136 -137, KAWACIUK, 2009, s. 206)

Vyskytuje se nejčastěji u dětí a dospívajících chlapců. K otočení varlete dochází většinou z plného zdraví, často v klidu někdy i ve spánku.

Symptomatologie torze varlete je typická náhle vzniklou prudkou bolestí ve varleti či podbřišku. Bolesti bývají tak silné, že nemocný často nemůže stát, ani chodit. Bývá přidružená nevolnost a zvracení, zvýšené pocení až zchvácenost. Pohledem bývá patrné přitažení postiženého varlete blíže k tělu. Mohou následovat vysoké teploty, zarudnutí či zduření varlete. Příznaky jsou velice podobné jako u zánětlivých onemocnění varlete a nadvarlete. Dle Hese příznaky nauzea, zvracení, nechutenství mohou být při torzi varlete, či jeho apendixu (HES, 2007, s. 338).

Diagnostika je prováděna na základě anamnesticky odebraných údajů, místního prohlédnutí a provedeném palpačním vyšetření genitálu. Při podezření na torzi je nezbytné ultrazvukové vyšetření, kde často prokazujeme minimální až vymizelé prokrvení v oblasti varlete.

Jedinou správnou terapií je při podezření na torzi operační revize postiženého varlete. Z drobného řezu na šourku je varle vybaveno před operační ránu a urolog má takto možnost zkontrolovat cévní svazek varlete. Přetočené varle rozmotá obráceným směrem a tím se umožní krevní zásobení. Následně se provádí fixace - orchiopexe varlete k vnitřní stěně šourku. Toto je preventivní opatření, aby se přetočení varlete již nemohlo opakovat. Provádí se fixace i druhého varlete.

Rozhodujícím faktorem úspěchu léčby je čas. Dle dostupné literatury se udává, že již po šesti hodinách může dojít k nezvratnému poškození tkáně varlete, tedy odumření. U jasně odumřelých varlat se provádí jejich operační odstranění - orchiektomie, aby následně nedošlo k rozvoji infekčních a později imunologických komplikací.

Postup léčby je u podezření na torzi varlete, kdy je důležité v co nejkratší době zvolit operační revizi varlete a najde-li urolog varle, které se po operačním přetočení zpět bude jevit jako vitální a dobře se začne prokrvovat, bude následovat fixace varlete k vnitřní straně šourku, aby již nedošlo k dalšímu přetočení, a je doporučováno provést tuto fixaci i u druhého varlete. U odumřelých varlat se pak doporučuje provést rovnou orchiektomii z důvodů, předejití rozvoji infekčních, popřípadě imunologických komplikací. Dle Kawaciuka torze varlete vyžaduje operační revizi neodkladnou k provedení detorze a fixace obou varlat. Česká urologická společnost doporučuje provedení revize skrota do šesti hodin od vzniku bolestí. Později mohou nastat na varleti nezvratné změny, které vedou následně k orchiektomii. (KAWACIUK, 2009, s. 206 – 207; KOLDOVÁ, 2014).

1.2.3 Poranění varlete a nadvarlete K poranění může dojít pomocí různého zevního násilí vedeného na šourek. Tato traumata jsou dělena na poranění otevřená, tupá a iatrogenní.

Otevřená poranění mohou sahat od drobných lézí kůže skróta až po těžká zhmoždění, event. ztrátová poranění skróta i jeho orgánů.

Tupá poranění od kontuze, až po těžká postižení varlat.

Iatrogenní poranění může být například uskřínutí semenného provazce, při operaci tříselné kýly pokud dojde k přílišnému zúžení kanálu, jehož následkem se může vyvinout i atrofie varlete. (HORA, 2013, s. 154)

U řady úrazových mechanismů je poměrně snadno zachycena a poraněna volnější kůže skrota bývá postižena častěji tržnými poraněními různých stupňů. Naštěstí málo kdy jsou při těchto poraněních postižena i varlata. Ta bývají postižena také v různém stupni u poraněních tupých. Nejčastější příčinou bývají sportovní úrazy a kriminalita.

Symptomatologie vždy bývá provázena přítomností významné bolestivosti u pacienta v oblasti skrota. Další nálezy pak odpovídají druhu a intenzitě postižení. Na šourku bývají patrné známky penetrujícího poranění, nebo případného zhmoždění. Skrotum může být zvětšeno hematokélou, nebo po nárazovou hydrokélou. Po operaci kýly bývá patrný různě velký otok a zduření varlete a funikulu na postižené straně. (HORA, 2013 s. 154; HANUŠ, 2015, s. 42)

Diagnostika začíná pohledem a palpací, k přesnějšímu zjištění poranění stěny varlete se používá ultrazvukové vyšetření, které posuzuje celistvost varlete k vyloučení ruptury stěny, případně k vyloučení přítomnosti hematokély či hydrolély. Jen zřídka se používají další vyšetření jako je CT a MR. U otevřených poranění (kromě drobných tržných ran) a těžkých tupých poranění bývá indikovaná operační revize.

Terapie se zde určuje, dle rozsahu poranění. Menší poranění kůže skrota můžeme pouze desinfikovat, další z možností v případě potřeby je odstranění nečistot z rány. Kontuze varlat se většinou léčí krátkodobým klidem na lůžku s podložením skrota a ledováním, je také vhodné použití suspenzoru na kratší dobu, nebo těsného spodního prádla při nutném pohybu pacienta. Ruptura varlete bývá způsobena rozsáhlou kontuzí, jsou-li poranění otevřená a ztrátová revidují se a řeší chirurgicky. Je zde vždy maximální snaha o zachování varlat.

1.1.4 Nádory varlat

„ Incidence (nádorů varlat), je relativně nízká, pouze 1-2 % maligních nádorů u mužů (ČR 1,4 %). Je to ale nejčastější tumor u mužů ve věku 25-34 let. Incidence v ČR v roce 2008 byla 8,86 nových případů na 100 000 mužů, což představovalo 455 postižených. V témže roce na tumor varlete zemřelo 52 mužů“ (HORA, 2013, S. 89).

1.1.5 Etiologie a rizikové faktory nádorů varlat

Jelikož jsou příčiny vzniku testikulárních nádorů neznámé, dávají se do souvislosti se vznikem těchto nádorových onemocnění nejružnější faktory vymezující určité skupiny mužů, s pravděpodobným vyšším rizikem rozvoje maligních chorob (ABRAHÁMOVÁ, 2008, s. 57).

V literatuře dle Kawaciuka (2009, s. 409) bývají diskutovány tyto čtyři faktory, které mohou přispívat ke vzniku nádorů, je to Kryptorchismus, Atrofie varlete, Skrotální trauma a genetické faktory (rodinný výskyt). Uvádí, že tyto skutečnosti jako porucha sestupu varlete, či atrofie varlete jsou uváděny v anamnézách přibližně u 7 -10 % pacientů, kteří onemocněli tumorem varlat. Genetické faktory jsou zmiňovány z důvodu častého výskytu shodných typů nádorů u dvojčat, či u přímých příbuzných (KAWACIUK, 2009, s. 409).

Abrahámová (2008, s. 57 – 58) však do etiologie rizikových faktorů řadí ještě na víc hypospadii, inkuinální hernii, také jiné anomálie urogenitálního traktu, jako jsou ureter fissus (částečně zdvojený močovod, který vychází ze dvou ledvinových pánviček, cestou se spojujících v jeden močovod), ureter duplex (zdvojený močovod i s ledvinovou pánvičkou), renální ektopie, hormonální vlivy jak vnější, tak i vnitřní, virové infekce a carcinoma in situ (CIS).

Kryptorchismus je polohová anomálie varlete, poměrně častá, kdy se varle nenajde na obvyklém místě, v šourku. Etiopatogenenze není plně známá, zvažují se abnormality varlete při cestě sestupu, dysgenetický defekt varlete, či poškozená gonadotropní hormonální stimulace. Pravým kryptorchizmem je stav, při kterém místo, kde se nachází varle je v průběhu dráhy fyziologického sestupu. Retence může být v polohách abdominální (břišní), inkuinální (tříselné), nebo supraskrotální (v horní části šourku).

Sklužné varle – znamená varle, které lze palpačně stáhnout do skróta, ale po uvolnění tahu se samo vrací na své místo, mimo šourek.

Retraktilní (pendlující) varle – migrující varle, je vytaženo ze skróta zvýšenou aktivitou kremasterového reflexu. Varle můžeme jemnou manipulací stáhnout do ortotopické polohy, tam zůstává. Není to pravý kryptorchismus, proto že varle lze nahmatat v kdekoli v průběhu dráhy jeho sestupu.

Ektopické varle – je stav, při kterém je varle umístěno mimo dráhu fyziologického sestupu.

Ageneze varlete (anorchie) – nehmatné varle znamená nepřítomnost varlete. U chlapce s agenezí varlete se nachází jen slepě končící cévy a chámovod. Příčinou může být torze varlete v prenatálním vývoji. Dle Kawaciuka může jít také o diagnostický omyl, kdy se nedaří existující varle rozpoznat pro jeho atrofii.

Nejčastější urogenitální odchylkou u chlapců je **nesestouplé varle**. Chronický kryptorchismus, u kterého nedošlo ke spontánní úpravě je hlavním rizikovým faktorem testikulárních germinálních nádorů. Za příčinu vzniku nádoru v kryptorchickém varleti se považuje vyšší teplota v lokalizaci intraabdominální, nebo supraskrotální ve srovnání s teplotou intraskrotální, omezené cévní zásobením, endokrinní dysbalance a gonadální dysgeneze. Ani tyto předpoklady však nebyly jednoznačně prokázány jako příčinný faktor. Kryptorchismus sám o sobě nemá vliv na rozsah nádorové choroby v době diagnózy ani nemá význam prognostický (ABRAHÁMOVÁ, 2008, s. 57-58).

1.1.6 Skrotální trauma

Při poranění šourku bývá skoro vždy poraněné i varle a nadvarle. Ačkoliv je varle chráněno vazivovou blánou tunica albuginea, která je schopna unést před rupturou až 50 kilogramů tlaku při tupém poškození. Ale již při menší síle se může objevit intratestikulární hematoma z důvodu krvácení. Při podezření na pokračující krvácení, nebo laceraci (roztržení varlete) je nutné provést operační výkon, který dle postižení varlete může končit až orchiektomií (KAWACIUK, 2009, s. 299).

Toto trauma udává v anamnéze přibližně 10% nemocných. Často se uvádí jako další možný rizikový faktor vzniku testikulárních nádorů. Nemocní, u kterých je diagnostikovaný testikulární nádor, mají snahu si své onemocnění vysvětlit způsobem, který se dá logicky odvodit a pochopit. Vzpomínky na úrazy utrpěné v minulosti, které si dávají do souvislosti s aktuální diagnózou. Je tedy pravděpodobné, že traumata skrota se podílí na vzniku testikulárních nádorů, ale ani tento faktor není zásadní, uvádí se jako možný. Není prokázána souvislost ani mezi úrazy a sportovní aktivitou (ABRAHÁMOVÁ, 2008, s. 66).

Genetické faktory (rodinný výskyt) Je známo prostřednictvím kazuistických sdělení častý výskyt testikulárních nádorů v rodinách Toller et al. (1985) zveřejnil rozsáhlý materiál o 52 případech s rodinným výskytem v přímé linii. Ve své studii došli autoři k závěru, že riziko testikulárního nádoru je šestkrát větší u mužů, v jejichž rodině se tento nádor objevil u otce, nebo bratra, na rozdíl od jedinců, kde v jejich rodinné historii tento nádor není (ABRAHÁMOVÁ, 2008, s. 67 - 71).

Předpoklady o možných genetických souvislostech vycházejí z pozorování familiárního a bilaterálního výskytu a z asociací s některými vývojovými odchylkami. Při posuzování zdravých mužů a mužů s nádorem varlat byla u těchto mužů statisticky významně vyšší rodinná zátěž zhoubnými nádory, než u zdravých (DVOŘÁČEK, 1997, s. 489).

1.1.7 Infekční vlivy

Parotitická orchitis je nejčastěji v literatuře uváděná jako velký predilekční faktor pro rozvoj testikulárního nádoru. v důsledku atrofických změn na zárodečném epitelu po proběhlé virové infekci (DVOŘÁČEK, 1998, s. 1146). V literatuře však Abrahámová (2008, s.67) uvádí, že zatím ještě jasný doklad o souvislosti těchto dvou onemocnění nebyl podán. Uvažuje se o souvislosti parotitické orchitidy s atrofií varlete, jež může být výsledným dílem intersticiální (vmezeřelé) nehnisavé parotitické orchitidy. Carcinoma in situ varlete je další otázkou, která je stále otevřená a vztahuje se k možné souvislosti jejího vývoje a spojitostí s virovými orchitidami. Další zamyšlení skýtá souvislost s touto virovou infekcí u pacientů s infekcí HIV, kde je vidět vyšší výskyt testikulárních terminálních nádorů, než u jiných pacientů ABRAHÁMOVÁ, 2008, s. 67).

1.1.8 Hypospádie

Hypospádie je v poslední době relativně často k vidění, je to vrozená vývojová vada, spočívá v neúplném vytvoření většinou distální močové trubice. Je řazena mezi rizikové faktory vzniku testikulárních nádorů, ale dle odborných studií nebyla nikdy popisována jako přímý rizikový faktor při vzniku testikulárních nádorů. Hypospádie je vedena jako součást testikulárního dysgenetického syndromu (ABRAHÁMOVÁ, 2008, s. 62).

1.1.9 Environmentální rizikové faktory

Jsou to faktory týkající se životního prostředí, kde se prokázal vliv jejich působení na vznik nádoru varlete. Tyto environmentální faktory dělíme na fyzikální: RTG záření

během těhotenství a extrémní teploty dlouhodobě, U chemických faktorů: pracovní expozice požárníků, pracovní expozice v kovo výrobě, pracovní expozice ve výrobě papíru a buničiny, pracovní expozice – tesaři, truhláři, ochratoxin A – je to mykotoxin, jehož hlavními zdroji v potravinovém řetězci jsou pokládány obiloviny, produkty z obilovin, vepřové maso, krev a vnitřnosti (ledviny, játra), káva, víno, čaje, pivo, koření a také sušené ovoce (rozinky, fíky), (ABRAHÁMOVÁ, 2008, s. 79 - 89).

1.1.10 Rozdělení nádorů varlete

Nádory varlat tvoří ze všech zhoubných novotvarů přibližně 1% u mužů. Vyskytují se v jakémkoliv věku, závažnou skutečností se ovšem jeví, že ve věkovém rozmezí 15 – 35 let je jejich výskyt nejhojnější. Zajímavá je též věková predilekce k jednotlivým typům nádorů. V dětském věku se objevuje hlavně teratom a embryonální karcinom. Ve věku 20 – 30 let často vidíme choriokarcinom, pro věk 25 – 35 let je příznačný teratokarcinom, v letech 35 – 45 se objevuje seminom. U mužů nad 50 let se vyskytuje spermatocytární seminom a sekundární nádory. Velká většina primárních nádorů jsou nádory germinální (až 95%).

1.1.11 Germinální nádory

Tyto nádory jsou tvořeny pěti základními buněčnými typy: seminom, karcinom embryonální, dále nádor ze žlutkového vřáčku, choriokarcinom a teratom. O něco více než polovina terminálních nádorů bývá smíšených, obsahují nejméně dva typy nádorových buněk.

Z hlediska histopatologie se dají germinální nádory dělit na seminomy a non-seminomy. Liší se nejenom patologicko - anatomicky, ale také léčebným postupem a prognózou v případě tvorby metastáz. (KAWACIUK, 2009, s. 409 - 410)

1.1.12 Seminomy

Vyskytují se přibližně ve 30 – 60% nádorů varlete. Histologicky se dělí na tři podtypy. Klasický seminom z germinálních buněk je nejčastějším z těchto nádorů. Je tvořen buňkami podobnými primitivním germinálním buňkám. V dospělosti je to nejčastější germinální nádor. Nejvyšší výskyt má ve čtvrté dekádě života, ale může se objevit i v páté dekádě, občas i v šesté. (KAWACIUK, 2009, s. 410 - 411) Spermatocytární seminom se vyskytuje jen zřídka, postihuje většinou muže nad 50 let věku. Je to nádor složený z více diferencovaných buněk než seminom. Téměř nikdy

nemetastazuje a má velmi dobrou prognózu. **Anaplastický seminom** je vzácný nádor charakterizovaný polymorfií nádorových buněk. Je nejmladnější formou klasického seminomu. Nacházíme ho častěji ve vyšších stádiích a má vysoký metastatický potenciál (KAWACIUK, 2007, s. 411).

1.1.13 Ne seminomové nádory

Ne seminomové nádory jsou smíšené formy nádorů vyskytují se častěji než seminomy a jejich prognóza je oproti seminomům výrazně horší. I seminomy, které mají příměs ne seminomu, jakéhokoli se chovají podstatně maligněji než klasický seminom.

Embryonální karcinom je tumor, který bývá tvořen primitivními epiteliálními buňkami. KAWACIUK, Ivan. *Urologie* (str. 411) Dle Hese tento karcinom se objevuje zhruba u pacientů ve věkovém rozmezí 25 – 35 let. Jen zcela výjimečně bývá nalezen u pacientů před pubertou, či po 50. roce věku. Upozorní na sebe zvětšením varlete a poměrně rychlou bolestivostí. Signalizačním symptomem může být u něho gynekomastie (zvětšení prsní tkáně).(HES, 2007, s. 59). Je zrádný, jelikož na varleti nemusí být vůbec hmatný a i tak již může tvořit metastázy. Biologicky je považován za velmi zhoubný, protože brzy metastazuje do regionálních uzlin a neřídka vytváří i vzdálené metastázy, např. do jater a plic.

Nádory zárodečných buněk jsou zajímavou skupinou novotvarů, protože jsou neobvyklé a mají spektakulární léčebné výsledky, které byly u těchto nádorů zjištěny. Tradičně je tato skupina novotvarů prezentována orgánově orientovaným přístupem. Nicméně, nedávná klinická a experimentální data přesvědčivě ukazují, že tyto novotvary jsou jedno onemocnění se samostatnými entitami, které se mohou projevit na různých anatomických místech.(OOSTERHUIS, 2005)

Nádor ze žloutkového vaku bývá nejčastějším nádorem varlat v dětském věku, kde se objevuje v čisté formě. Nachází se ve věkové kategorii od narození do 5 let. U dospělých bývá součástí smíšených nádorů. Prognóza onemocnění je závislá na věku. Kawaciuk udává, že u dětí je lepší, než u dospělých, kde bývá detekován ve smíšených nádorech a to se jeví jako nepříznivý znak (KAWACIUK, 2009, s. 412).

Choriokarcinom ve své čisté formě je vzácným nádorem varlat, je někdy také řazen jako trofoblastický maligní teratom. Dle Hese se tento nádor vykytuje u mužů většinou ve druhé a třetí dekádě věku. Dále udává, že klinicky se většinou dříve projeví ve vzdálených

metastázách, než zřejmá nádorová rezistence ve varleti. A určitá část pacientů u diagnostikovaného tumoru z metastázy nemusí mít ani hmatnou rezistenci na varleti (HES, 2007, s. 83).

Teratom se vyskytuje u dětí, nejčastější záchyt tohoto nádoru je okolo 20 měsíců věku. U dospělých se nachází většinou ve smíšené formě germinálních nádorů. Klinickým příznakem bývá hmatná rezistence na varleti. (HES, 2007, s. 91) Teratomů je více druhů, například nezralý teratom obsahuje nediferencovanou primitivní tkáň. Zralý teratom tvoří benigní struktury ektodermu, mezodermu a entodermu. Zralý teratom po pubertě je nutné považovat za maligní nádor (KAWACIUK, 2009, s. 411 - 412).

Karcinom in situ označuje se jako prekursor terminálních nádorů. Jedná se o preinvazivní intatubulární neoplazie, které jsou diagnostikovatelné pouze mikroskopicky. Jen při bioptickém vyšetření varlete u korigovaného, nebo nekorigovaného kryptorchizmu a infertilních mužů. ABRAHÁMOVÁ, Jitka, et al. *Nádory varlat.*,(str. 71 - 72) U nemocných s germinálním nádorem se vyskytuje v 1-1,5% karcinom in situ v kontralaterálním varleti. Diagnoza je bioptická (vzestup hladiny markerů při negativních ostatních nálezech.) Riziko vývoje karcinomu in situ je více, než 50% (KAWACIUK, 2009, s. 412). Tento nádor je dle Hese označován jako intertubulární germinální neoplazie, či intra tubulární preinvazivní tumor (HES, 2007, str. 11).

1.1.14 Non- germinální nádory

Nebo také nádory z gonadálního stromatu. Hes je ve své knize uvádí pod názvem „*Sex cord gonadální stromální“* tumory . Ty to tumory se nacházejí mezi testikulárními nádory ve 4 - 6% , ovšem u dětí až ve 30%. Metastazuje přibližně 10% případů a to převážně u dospělých pacientů. Pro všechny tyto nádory platí, že stanovení a prognózy a biologického chování těch to tumorů je velmi obtížné. Konečné rozhodnutí se zjistí až podle skutečného biologického chování nádoru, zda vznikne či nevznikne metastáza (HES, 2007, str. 126).

Nádor z Leydigových buněk, se řadí mezi nejčastějším stromální nádory varlete. Vyskytuje se nejčastěji ve dvou věkových obdobích u dětí 3 - 9 let a také u dospělých mužů 30 - 60 let). Prezentuje se většinou nebolestivým zvětšením varlete, gynekomastií, poruchami potence a libida, nebo také azoospermii (HES, 2007, s. 126). Ve většině případů je benigní, vytváří uzlovitou formaci nádorových buněk. Maligní varianty jsou vzácné (asi

10-15%). V dětství může nádor z Leydigových buněk působit puberta praecox. Prognóza benigního nádoru bývá velmi dobrá (KAWACIUK, 2009, s. 418), (ABRAHÁMOVÁ, 2008, str. 114 - 116).

Nádor ze Sertoliho buněk, tento nádor je vzácný. Vyskytuje se do jednoho roku a potom až v dospělosti (mezi 20-40 lety). Tento nádor bývá benigní až na vzácné výjimky (asi 10%), které metastazují do regionálních uzlin. Dosud popsané nádory mají v průměru velikost od 1 cm. až do 20 cm. Nejčastěji se objeví jako hmatná nebolestivá bulka ve varleti. Prognóza těchto benigních nádorů je celkem dobrá (KAWACIUK, 2009, s. 418 - 419), (ABRAHÁMOVÁ, 2008, s. 114 - 116). Podle Hese se tento nádor vyskytuje u mužů kolem 45. roku života, jen velmi vzácně u mužů mladších 20 let, nebo u dětí. Tyto nádory se obvykle prezentují jako nebolestivé rezistence varlete, které rostou pomalu (HES, 2007, s. 144 -152).

V literaturách lze najít ještě velké množství různých testikulárních nádorů, které jsou zajímavé, a však vyskytují se jen velmi zřídka a tudíž nejsou tak známé, jako ty co jsem uvedla.

1.1.15 Klasifikace nádorů varlat

Jedním ze základních způsobů klasifikace nádorů je mezinárodní TNM klasifikační systém, hodnotí tři složky: T (tumor/nádor), N (nodus/mízní uzlina), M (metastáza). Jednotlivé kategorie TNM systému dělí nemocné do klinických stádií, dle kterých je doporučená léčba (HES, 2007, s. 341-342).

U tumorů varlete je hodnocena navíc i kategorie S (hodnocení sérových markerů po radikální orchiektomii). Dle toho je poté možné klasifikovat onemocnění podle stádií.

„S – sérové nádorové markery, SX – sérové nádorové markery nejsou k dispozici nebo nebyly ověřeny; S0 sérové nádorové markery jsou v mezích normálních hodnot“ (HES, 2007, s. 343).

Další sérové markery S1, S2 a S3 jsou dány přesnými poměry výsledků krevních testů a nádorových markerů. LDH – Laktát dehydrogenázy, hCG – lidský choriový gonadotropin, AFP – Alfa-fetoprotein. Pomocí těchto všech výsledků se může pacient přiřadit do stadia onemocnění. Jelikož jde o mezinárodně uznávanou klasifikaci, tak jí

shodně ve své literatuře uvádějí i Kawaciuk(KAWACIUK, 2009, s. 409) a Abrahámová ABRAHÁMOVÁ, 2008, s. 149 – 150).

Rozdělení do stadií uvádí ve své knize Hes, je to tabulka ve které je uvede na rozepsaná tabulka patologické klasifikace pTNM a tabulka sérových markerů S. Jsou v ní uvedena stadia: „ *Stadium 0 – pTis – N0 – M0 – S0, SX* , toto je nejnižší stadium, dalšími stadii jsou: *Stadium I, Stadium IA, Stadium IB, Stadium IS, Stadium II, Stadium IIA, Stadium IIB, Stadium IIC, Stadium III, Stadium IIIA, Stadium IIIB, Stadium IIIC*“ (HES, 2007, s. 343). I zde platí čím nižší stadium, je prognóza nemoci lepší, než u stadia IIIC.

K další 7. revizi klasifikačních tabulek došlo v roce 2009, česká verze je od roku 2011. <https://www.uzis.cz/en/system/files/tnm-7.pdf> .

Klasifikace prognostických skupin dle International Germ Cell Cancer Collaborative Group se dělí na tři prognózy: dobrou - zde je 5leté přežití u 90 % pacientů, střední – 5 leté přežití 75 % a špatnou - 5 leté přežití u 50 % pacientů. Jsou zde přesně stanoveny u jakých nádorů a s jakými výsledky krevních markerů a jakými metastázami spadá pacient do daného prognostického stupně (HES, 2007, s. 343 - 344).

1.2 Klinická symptomatologie nádorů varlat

Nejčastějším příznakem nádorů varlat bývá zvětšení jednoho, či obou varlat, otok skróta může se vyskytnout i bolest varlete.

Dalším symptomem může být rezistence na varleti, tak zvané nebolestivé zatvrdnutí v podobě bulky, či uzlíku. Pokud se jedná o nádor varlete, bývá klinický obraz dlouhou dobu bezpříznakový. Jak udává Kawaciuk: „*symptomatologie je velmi chudá*“.. (KAWACIUK, 2009, s. 146).

Může být klinickým příznakem i snížení libida, či neplodnost, tyto příznaky bývají z důvodu manifestace metastáz do lymfatických uzlin.

Nevolnost, nauzea a zvracení mohou být při metastatické infiltraci tumoru varlete do retroperitoneálních uzlin (HES, 2007, s. 338).

Ukazatelé mohou být také maskulinizace, která se objevuje u chlapců do 15 let v podobě předčasné puberty, nebo feminizace projevující se gynekomastií (zvětšením

prsních žláz). Tyto příznaky jsou způsobené zvýšenou aktivitou endokrinních žláz (HES, 2007, s. 338).

1.3 Diagnostika nádorů varlat

První místo v diagnostice tohoto onemocnění zaujímá fyzikální vyšetření, pohled a pohmat (bimanuální palpce) šourku, třísel břicha a také je nutné zjistit, zda není přítomné zvětšení prsní tkáně (gynekomastie) (HES, 2007, str. 338).

Hodně důležité je ultrasonografické vyšetření varlat, které se řadí mezi velice spolehlivá vyšetření, zobrazí rychle a neinvazivně solidní expanze ve varleti. Sleduje se jím struktura a prokrvení varlete. Je vhodné doplnit je o dopplerovské vyšetření, kdy se barevně zobrazí prokrvení tkáně varlete a je dobře rozlišitelný nádor, nebo torze varlete (KAWACIUK, 2009, s. 13).

Vyšetření séra pacienta na hladinu nádorových markerů v krvi AFP (alfa-fetoprotein), beta-hCG (lidský choriový gonadotropin) a LDH (laktát dehydrogenáza).

Ze zobrazovacích metod je velmi vhodná MR (magnetická rezonance), která má vyšší citlivost a specifitu pro diagnostiku než ultrasonografie (HES, 2007, s. 339).

Kawaciuk ve své knize uvádí jako diagnostickou metodu orchiektomii (operační odstranění varlete) při nepochybně maligním (zhoubném) nálezu, při podezření na benigní (nezhoubný) nádor doporučuje kompletní excizi nádoru z varlete a až po histologickém peroperačním vyšetření pokračovat v operaci a dle výsledku zvolit buď orchiektomii a nebo provést záchovnou operaci varlete (KAWACIUK, 2009, s. 146). V literatuře se Hes zmiňuje také o možnosti záchovné operace (resekce) varlete u pečlivě zvážených indikovaných případů, například u nádorů vzniklých v solitárním varleti (HES, 2007, s. 341).

Sdělení diagnózy a nálezu z vyšetření přísluší vždy lékaři. Tento úkol seznámit pacienta a popřípadě bude-li si to pacient přát i jeho rodinu s pacientovým zdravotním stavem je velmi nelehký (ZACHAROVÁ, et. al., 2007, s. 34).

1.4 Léčba při nádoru varlat

Léčba při nádorech varlat je odlišná než u zánětů, torzí varlat. Tato léčba je především chirurgická. Operační výkon – radikální orchiektomie je prováděna dle typu a velikosti nádoru. Po zjištění histologického typu nádoru se určuje další postup. Zda bude následovat chemoterapie a radioterapie, nebo případně podpůrná adjuvantní léčba, nebo nebude následná léčba zapotřebí. Po ukončení léčby je nemocný dále pravidelně dispenzarizován.

1.4.1 Adjuvantní (zajišťovací) léčba

Cílem této léčby je zničení možných metastáz a kryptogenních nádorových buněk v celém organismu. Z toho důvodu před zahájením zajišťovací léčby bývá pacientovi navržena kryoprezervace spermatu (zamražení spermatu pro možnost plánovaného početí potomka). Nežádoucím účinkem je možnost infertility (neplodnosti) po podání této chemoterapeutické léčby. Strategie terapie vychází z rozsahu onemocnění, histopatologického nálezu (je odlišná u seminomů a ne seminomů), případně i dalších prognostických faktorů (ABRAHÁMOVÁ, 2008, s. 2015 - 216).

1.4.2 Chemoterapie

Chemoterapie cytostatiky se nejprve úspěšně používala u pokročilých seminomů a teprve později se začala používat i u nižších stádií. V současné době je nejrozšířenější užití kombinace cisplatinu a karboplatinu. U ne seminomů je chemoterapie primární léčebnou možností jak pro nemocné s nádory ve stádiu I, tak pro nemocné s nádory pokročilými (KAWACIUK, 2009, s. 414 - 415).

1.5 Dispenzarizace

Způsob dispenzarizace (sledování pacienta po ukončení léčby), je závislý na stádiu onemocnění, které je pomocí mezinárodní klasifikační tabulky pTNM. Ta zohledňuje rozsah nádoru, přítomnost nádorové masy v mízních uzlinách a také metastázy jsou-li přítomné, či nikoli a v neposlední řadě i předchozí léčbu. Je důležitá z důvodu možného rizika rekurence (znovu objevení) onemocnění,

Dispenzární vyšetření musí být zaměřena na nejpravděpodobnější místa vzniku metastáz, po dobu 2 let po terapii, je třeba, aby byly kontroly častější většinou v intervalu

3 měsíců. Po uplynutí 5 let bez známek relapsu (znovuvzplanutí) onemocnění je možné prodloužit tyto kontroly na 1x ročně.

Dispenzarizace u onemocnění ve stádiu I - seminomy a neseminomy po chemoterapii, radioterapii nebo retroperitoneální lymfadenektomii: fyzikální vyšetření (s cílem vyhledání zvětšených mízních uzlin v oblasti krku a břicha, objevení případné gynekomastie, vyšetření v tříselech a případně zbylého varlete), laboratorní vyšetření markerů (AFP, hCG a LDH) v tříměsíčních intervalech během prvních 2 let, dále 2x ročně po dobu 5 let a následně 1x ročně RTG plic a CT retroperitonea 2x ročně během prvních 2 let, následně 1x ročně do období 5 let.

U stádia II-III - seminomy a neseminomy po ukončené léčbě: fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření (markery) stejně jako u stadia I, RTG plic v 3 -měsíčních intervalech během prvních 2 let, dále 2x ročně do 5 let a následně 1x ročně CT retroperitonea 2x ročně v prvních 2 letech, dále 1x ročně.

Je možné provádět ještě další vyšetření (USG retroperitonea, USG kontralaterálního varlete, CT plic, PET CT, scintigrafie skeletu, CT jater a mozku). Ta volíme dle individuální situace. Dispenzarizace probíhá na urologických a onkologických pracovištích. Cílem dispenzárních kontrol je včasné odhalení relapsu onemocnění, či objevení kontralaterálních nádorů (HES, 2007, s. 354 - 355).

1.6 Operativní léčba a následná péče

1.6.1 Orchiektomie

Při podezření na nádor varlete je obvykle prováděna revize varlete z inguinálního přístupu (z třísla) a při potvrzení tumoru je provedena radikální orchiektomie. Tato operace se provádí v poloze na zádech. Pacient je uveden do celkové anestezie z důvodu možnosti dokonalejší revize šourku. Tento výkon je považován za urgentní. Operace je prováděna z tříselného řezu, semenný provazec se sevře kleštěmi, tím se zabrání diseminaci nádoru do krevního oběhu a do tříselné krajiny, otevře se vaginální tunika a varle se vyjme ze skróta, zreviduje se vizuálně i jemnou palpací a při potvrzení nádoru se odstraní (ZVARA, 2010, s. 209 – 210).

Orchiektomie je operační výkon, který má za cíl odstranit patologicky změněné varle i semenný provazec. I když z chirurgického pohledu nepatří mezi náročné chirurgické výkony, důvod a rozhodnutí pro přistoupení k této operaci musí být uvážený, jelikož se dotýká pro muže zvláště citlivých míst. Kromě vlastní operace je odstranění varlete spojeno s velkou obavou pacienta o zachování kvality dalšího života, především sexuálního, a také o zajištění plodnosti (ZIMA, 2009, s. 12 – 13).

Orchiektomie ze skrotálního přístupu, pokud se nejedná o odstranění varlete z důvodu nádoru, ale například o zánět varlete, či torzy varlete.

Prostá orchiektomie je jiným názvem pro orchiektomii ze skrotálního přístupu. Je indikována při těžkých zánětech varlete, hyponastických (málo vyvinutých) varlatech a hlavně při bolestech varlat a třísel. Výkon bývá prováděný v celkové anestézii a nebo v anestézii spinální. Řez je vedený na šourku, kde jsou postupně uvolněny obaly varlete, a varle je extrahováno ze skrota. Dále bývá obnažen a vypreparován semenný provazec, ve kterém probíhají cévy, a chámovod. Provazec semenný je pak přerušen a varle odstraněno.

Radikální orchiektomie

Při podezření na nádor varlete je zásadně prováděna revize varlete **z inguinálního přístupu** (z třísla) a při potvrzení tumoru je provedena radikální orchiektomie. Tato operace se provádí v poloze na zádech. Pacient je uveden do celkové anestezie z důvodu možnosti dokonalejší revize šourku. Tento výkon je považován za urgentní. Operace je prováděna z tříselného řezu, semenný provazec se sevře kleštěmi, tím se zabrání

diseminaci nádoru do krevního oběhu a do tříselné krajiny, otevře se vaginální tunika a varle se vyjme ze skróta, zreviduje se vizuálně i jemnou palpací a při potvrzení nádoru se odstraní (ZVARA, 2010, s. 209 – 210).

V případě diagnostických nejasností se může z předpokládaného patologického ložiska odeslat vzorek v průběhu operace k rychlému histologickému zpracování (HES, 2007, s. 341).

Bilaterální orchiektomie je oboustranné odstranění varlete i s nadvarletem. Tato operace bývala součástí hormonální léčby zhoubného nádoru prostaty. V současné době je nahrazen chemickou kastrací, pomocí androgenní blokády. Operační přístup je řezem na kůži šourku. Výkon lze provádět i v místním znecitlivění.

1.6.2 Farmako terapie u mužů po orchiektomii

U pacientů po **oboustranné** orchiektomii je nutné nasadit plnou hormonální substituci, jak udává Hes ve své literatuře (HES, 2007, s. 355).

Při odstranění obou varlat je u pacientů uměle vytvořen androgenní deficit, takzvaný hypogonadismus (hladina testosteronu je v těle nižší) který bývá za normálních okolností viditelný u pacientů až po páté dekádě věku. U muže bývá dosahováno vrcholu androgenní aktivity okolo 30. roku života, pak začíná pozvolna klesat.

Androgeny zprostředkovávají řízení sekrece gonadotropinů, ovlivňují centrální nervový systém, působí také na sexuální centra.

Příznaky androgenního deficitu mohou být: poruchy spermatogeneze, snížená sexuální aktivita, snížené libido, gynekomastie, tlak v prsních žlázách, ztráta ochlupení, infertilita, ztráta tělesné výšky, snížení kostní denzity, větší predilekce fraktur, snížení síly a svalové hmoty, pocení a návaly horka. Méně časté příznaky tohoto onemocnění jsou snížená životní energie, pocity smutku a deprese, špatná koncentrace a paměť, zvýšená ospalost, snížená fyzická a pracovní výkonnost, zvýšení tělesného tuku v těle. Tyto příznaky pacienti vnímají jako výrazné zhoršení kvality života.

Cílem substituční hormonální terapie je napomoci zlepšení symptomů z nedostatku testosteronu, nastavit a udržet hladinu testosteronu ve fyziologické koncentraci. A dosáhnout tím léčebných cílů s minimem vedlejších účinků.

Podávané léčiva mohou být ve formě perorální (Undestor); intramuskulární injekce Nebido (aplikace 1x za 6 týdnů); Agovirin depot (aplikace po 14 – 25 dnů); Sustanon (aplikace 1x za 2 – 3 týdny), v zahraničí jsou dostupné ještě další testosteronové přípravky, a ty umožňují využití transdermální cesty pomocí gelu nanášeného na kůži paží a ramen (preparáty Testim apod.).

Důležité je pravidelné sledování pacienta s kontrolním vyšetřením nejméně 1x ročně, včetně náběrů krve na testosteron a monitorací subjektivního efektu léčby. Tato léčba je u pacientů po oboustranné orchiektomii léčbou trvalou (ZÁMEČNÍK, 2012, s. 110 – 125).

1.7 Ošetrovatelská péče všeobecné sestry

V pomáhající profesi všeobecné sestry je nutné ujasnění svých vlastních pocitů a ztotožnění se se svojí sociální rolí. Pokud se povede rozpoznání vlastních potřeb a pochopíme – li sami sebe, pomůže nám tato skutečnost k pochopení potřeb druhých lidí. Naučíme - li se tolerovat názor jiného člověka, usnadní se tak všeobecné sestře orientace ve svízelných situacích. Kvalitní komunikace, chápání lidských potřeb a zvládnání dovedností v mezilidském vztahu je nedílnou součástí k vytvoření a praktickému využívání ošetrovatelského procesu (ŠAMÁNKOVÁ, 2011)

1.7.1 Ošetrovatelská péče před operací

Komplexní předoperační péče zahrnuje soubor na sebe navazujících kroků počínaje edukací, aplikací psychologických technik a nácviku rehabilitace. Indikace operačního výkonu až po stanovení definitivního léčebného postupu. Vzniká na základě rozhodnutí multioborového týmu, v případě orchiektomie se jedná o urologa, internistu a anesteziologa. Ale také na postoji a volbě každého nemocného.

Po sdělení diagnózy lékařem je nutné provést předoperační přípravu, která zahrnuje dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední ošetrovatelskou předoperační péči.

Dlouhodobá ošetrovatelská péče může trvat několik měsíců, týdnů, nebo dnů. Zahrnuje spolupráci všeobecné sestry, pacienta i lékaře. Je nutné provést psychickou přípravu pacienta před operací, vysvětlení postupu, co bude následovat, také je důležité sdělit pacientovi informace o možnosti kryoprezervace (zamražení spermatu) pokud se jedná o pacienty ve fertilním věku. V případě diagnózy tumoru varlete je vhodné zmínit možnost zavedení implantátu varlete, čímž by se měly snížit negativní pocity pacienta z narušeného obrazu těla.

Souhlas pacienta s výkonem musí být podepsaný lékařem i pacientem po předchozím rozhovoru lékaře a pacienta o průběhu léčby, po seznámení s postupem před operací, po operaci a s následnou péčí pooperační.

Je provedeno komplexní předoperační interní vyšetření s EKG srdce a RTG plic, vyšetření biologického materiálu (krev biochemicky jaterní a renální testy, CRP, krevní obraz, krvácivost a srážlivost). Tato vyšetření bývají u dlouhodobé předoperační péče zajištěna praktickým lékařem pacienta. Operant si přinese výsledky vyšetření v den přijetí na plánovanou operaci (SLEZÁKOVÁ, 2010).

U pacientů s podezřením na tumor varlete, či varlat se provádějí na víc náběry tumorózních markerů LDH, hCG a AFP z důvodu možnosti pozdějšího určování vývoje onemocnění. (KAWACIUK, 2009; ABRAHÁMOVÁ, 2008).

Krátkodobá předoperační příprava zahrnuje fyzickou, anesteziologickou a psychickou přípravu. Jedná se o období přibližně 24 hodin před operačním výkonem. Celková hygiena pacienta je prováděna dle zdravotního stavu pacienta, je-li pacient schopný, provede si ji sám, pokud nemůže pak mu je provedena s pomocí zdravotního personálu.

Příprava operačního pole se provádí až těsně před odjezdem na operační sál a zahrnuje oholení genitálu spolu s dezinfekcí, z důvodu snížení rizika infekce, dle zvyklostí oddělení.

Den před výkonem, popřípadě v den výkonu, dle naléhavosti je provedena též anesteziologická příprava, kdy pacienta navštíví lékař anesteziolog a seznámí ho s anestézií, jejími možnými riziky, zhodnotí zdravotní stav u pacienta a určí premedikaci, spočívající podání léků před operačním výkonem, z důvodu snížit rizikokomplikací při výkonu (SLEZÁKOVÁ, 2010, s. 35).

Psychická příprava pacienta je prováděna s cílem minimalizovat strach a úzkost pacienta z operace. Zde je třeba nezlehčovat otázky pacienta směřující k výkonu, k pooperačnímu období, případně k anestézii a pohybovému režimu po operaci (SLEZÁKOVÁ, 2010, s. 35). Je také důležitá edukace pacienta o nutnosti lačnění před operačním výkonem z důvodu snížení pooperačních komplikací (JANÍKOVÁ, 2013, s. 34-35).

Bezprostřední předoperační příprava nastává v období přibližně 2 hodin před operací. Zde probíhá kontrola dokumentace, operačního pole, je zde nutná otázka zda pacient lačnil, přiložení bandáží, nebo elastických punčoch k prevenci trombo embolické nemoci, kontrola chrupu, či vyjmutí zubní protézky. Dle anesteziologa je aplikována premedikace v žádané formě a vše řádně zapsáno do dokumentace (SLEZÁKOVÁ, 2010, s. 35).

1.7.2 Pooperační ošetrovatelská péče

Pacient zůstává po výkonu pod odborným dohledem, do té doby není-li plně oběhově stabilizován, nemá plně obnovenou dechovou činnost a nemá-li opět aktivní obranné reflexy. Pobyt pacienta na dospávacím, nebo pooperačním pokoji je součástí

bezprostřední pooperační péče. Z operačního sálu bývá pacient předáván spontánně dýchající a při vědomí (SLEZÁKOVÁ, 2010, s. 37; JANÍKOVÁ, 2013).

V dokumentaci pacienta jsou provedeny zápisy operátora, kde jsou uvedeny ordinace léků, infúzí, převazů, odstranění drénů a převazů.

Do pooperační péče spadá monitorace fyziologických funkcí v pravidelných intervalech, dle ordinací anesteziologického lékaře a později ošetřujícího lékaře. Sledováno je vědomí, tep, krevní tlak, tělesná teplota a saturace kyslíkem. Hodnoty jsou pečlivě zaznamenávány do dokumentace. Nelze opomenout také sledování stavu operační rány (případné prosakování obvazů), případný odvod z drénu, diurézu, barvu kůže a sliznic. Pomocí hodnotících škál se hodnotí bolest a invazivní vstupy (SLEZÁKOVÁ, 2010, s. 37;).

Bolest je v pooperačním období častým jevem a z toho důvodu je sledována stejně jako fyziologické funkce a zaznamenávána do zdravotní dokumentace. Je možné ji definovat jako subjektivní, nepříjemný prožitek, na který je vždy nutné upozornit lékaře. Dá se hodnotit pomocí verbální škály, vizuální škály, nebo dotazníku. Bolest se u pacienta nesmí nikdy podceňovat, jelikož může být příznakem pooperační komplikace například infekce, tvorba píštělí, či dehyzence rány (JANÍKOVÁ, 2013, s. 54). Dle ordinace lékaře podáváme analgetika a v případě poruchy spánku hypnotika (SLEZÁKOVÁ, 2010, s. 37).

Dále se sleduje vyprazdňování močového měchýře, kdy by se pacient měl vymočit do 6 – 8 hodin po operačním výkonu. Pokud se pacient nevymocí, můžeme mu pomoci podporou mikce fyzikálními prostředky, či zavedením permanentního močového katétru. Peristaltika střev se většinou obnovuje do 2 – 3 dnů po operačním výkonu. Pokud nezačnou plyny odcházet samovolně je vhodná podpora zavedením rektální rourky, či dle ordinace lékaře medikamentózně, dále může napomoci aktivní změna polohy na lůžku a včasná mobilizace pacienta. Nedojde – li k vyprázdnění do 3-4 dnů, je nutné pomýšlet na možnou pooperační komplikaci, kterou je střevní ileus (SLEZÁKOVÁ, 2010, s. 37; JANÍKOVÁ, 2013, s. 55).

Také je neopomenutelnou intervencí všeobecné zdravotní sestry v pooperačním období péče o hygienu a prevence proleženin. V době nutného klidového režimu je pacient odkázán na dopomoc ošetřujícího personálu v hygienické péči. Součástí této péče je i péče o dutinu ústní. Je nutná aktivizace pacienta, proto mu ošetřující personál pomáhá jen tam,

kde na tuto péči sám pacient nestačí. Další nutností je udržování čistého lůžka pacienta (JANÍKOVÁ, 2013, s. 55; ZEMAN, 2000; VYHNÁLEK, 2003). Prevencí dekubitů jsou časté polohování pacienta, sledování predilekčních míst vystavených velkému tlaku, včasná mobilizace.

Včasnou mobilizací je snaha předcházet trombo embolické nemoci. Již před operací jsou pacientovi dle ordinace lékaře přiloženy na dolní končetiny bandáže nebo elastické punčochy a podána antikoagulancia. Po operaci je vhodná jako včasná mobilizace pacienta masáž dolních končetin, dechová gymnastika a pasivní cvičení na lůžku.

1.8 Kvalita života a potřeby pacienta

Kvalita života pacienta je velmi těžko uchopitelný pojem z důvodu jeho komplexnosti a multidimenzionálnosti. Tento pojem se zdá z počátku jednoduchý, avšak současně představuje nepozorovatelnou, potencionální proměnnou, která je popsitelná a měřitelná pouze zprostředkovaně. Tento termín je běžně používaný a to pro popisování pozitivních i negativních aspektů života. Je relativní kategorií a dá se hodnotit jako komplexní - toto hodnocení se dotýká všech oblastí lidského života, subjektivní – vztahující se k danému jedinci a individuální – jednotlivá, zvláštní, či osobitá.

Do konceptů kvality života je zahrnovaná široká škála různorodých okruhů zkušeností člověka, počínajíc od fyzických funkcí, pokračuje sférami spojenými s dosahováním životních cílů a pokračují až k prožívání osobního štěstí. Kvalita života bývá nazývána multidimenzionální, multifaktoriální, multidisciplinární, multiúrovňová. Hovoří se o ní jako o fenoménu s vysokou mírou komplexnosti (GURKOVÁ, 2011, s. 23).

Definice a měření kvality života v ošetrovatelství je ovlivněno psychologickými přístupy i medicínskými aplikačními přístupy. Kvalita života bývá vyjadřována většinou opisně vztahově příbuzně k dalším jevům, například ke spokojenosti, štěstí, blahu a také k psychické pohodě.

Pohoda je v centru pozornosti díky rozvoji pozitivní psychologie, u nás je často používaná ve smyslu duševní pohody. Tělesná pohoda se označuje pojmem wellness, fitness. Pojem osobní svoboda je ekvivalentem pojmu svoboda a má v sobě zakomponované dimenze psycho – spirituální, tělesné a sociální (GURKOVÁ, 2011, s. 31).

1.9 Zdraví

Testikulární nádory jsou v dnešní době vyléčitelné, pokud jsou rozpoznány a léčeny včas. Pozornost se kromě léčby zaměřuje v současné době i na kvalitu života mužů po orchiektomii, eventuelně po onkologické léčbě.

V posledním desetiletí se u nás začala publikovat řada prací týkajících se psychologie zdraví. Psychologie zdraví je disciplína, jejíž cíle jsou jasně stanoveny. Jejím úkolem je budování teorie o zdravém jednání a chování člověka a získávání solidních poznatků z oblasti psychologie o tom, co naše zdraví posiluje, ale také o tom, co našemu zdraví škodí.

Pokud se chceme vážně zabývat kvalitou života a zdraví, je nutné ujasnění těchto termínů, jak zmiňuje ve své publikaci Jaro Křivohlavý. Tato znalost je dle Křivohlavého nutná, pokud má mít rozhovor o těchto tématech naději na úspěch i u rozhovorů empirického, či experimentálního studia.

Původní význam slova zdraví byl v řečtině „*celek*“. Tento význam, se v dnešní době opět objevuje a je chápán tento pojem zdraví, a péče o něj v podstatně širším pohledu. Jedná se o takzvaný holismus. Slovo holismus je odvozen z anglického slova Whole, což znamená také celek. Je třeba na člověka pohlížet jako na bio-psycho-sociální bytost.

Jak Křivohlavý (2009, s. 31) uvádí, že je možné naleznout naprostou shodu ve věci zdraví: „*Je dobré být zdrav*“ a to se dá vyjádřit i opačně „*Nikdo nechce být nemocen*“. Zdraví bývá chápáno jako neodlučitelný prostředek k dosažení cíle, ač jsou tyto cíle značně rozdílné. Jsou však i taková pojetí zdraví, že zdraví se stává nejdůležitější hodnotou pro člověka vůbec.

Křivohlavý poukazuje ve své knize na pozoruhodný výraz „*sothin*“, když si tento výraz dáte do vyhledavače, ukáže se vám hudební skupina. Dle Křivohlavého se tento výraz často používal v lidové řečtině a přeložit se mohl jako uzdravovati. Význam slova „*Sothein*“ byl trojí: 1) „*Zachránit člověka, který byl v nebezpečí života.*“ (v nebezpečí života, v depresi, ale i například ve ztrátě smyslu ze života); 2) „*Pomoci člověku, aby byl celým člověkem*“ (po tělesné, duchovní i duševní stránce zdrav – celý = po všech stránkách); 3) „*Uzdravit nemocného člověka*“. Podobný význam má i slovo „*šalom*“ z hebrejštiny a to znamená „*celé zdraví*“ a jak píše Křivohlavý „*i vnitřní klid a mír, celost*

a neporušenost člověka jako nedílného tělesného, duševního a duchovního celku. Znamenalo i spění ke zralosti a prosperitě, ba i charakteristiku bezpečného vedení si v životě a uskutečňování toho co si člověk předsevzal“ (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 31).

V dnešní době se setkáváme s pestrým pojetím zdraví. Některá se zužují pouze na zdraví těla, další vidí zdraví jako zboží a další jako tajemnou sílu, která je nám dána od narození a musíme se s ní naučit v životě hospodařit.

Před dvěma sty lety bylo zdraví a zájem o ně v podobě dobrého fungování těla ducha i mysli prvořadým úkolem lékaře.

Medicína 18. století se zabývala, dle Křivohlavého, hlavně zdravím než odchylkami částečných funkcí od normálu. Nehledala, kde jsou odchylky a čím byly určité funkce narušeny a co by bylo potřeba udělat pro návrat k normálu. Medicína byla více zaměřena na celkový způsob života člověka a jeho výživu. Tento vztah mezi medicínou a zdravím dával možnost, aby člověk byl svým vlastním lékařem.

Od 19. století je medicína orientovaná na normální fungování, organickou strukturu a fyziologické znalosti, které se staly ústředním bodem lékařského myšlení (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Teorie zdraví, které Křivohlavý ve své knize uvádí:

Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly je určitým druhem síly, která pomáhá člověku v životě překonat různé těžkosti.

Zdraví jako metafyzická síla, je představa o zdraví, co umožňuje člověku dosahovat vyšších cílů, než zdraví samo.

Saluto geneze, individuální cíle zdraví, nejsou to dílčí psychické schopnosti, ale celková holistická charakteristika postoje k životu a smysl pro integritu a to je považováno za zdroj zdraví.

Zdraví jako schopnost adaptace je schopnost umět si upravit prostředí, anebo změnit vlastní způsob života.

Zdraví jako schopnost dobrého fungování je stav procesu výběru nejlepší varianty fungování člověka jedince ve vztahu k efektivnímu plnění role a úkolů, ke kterým byl socializován.

Zdraví jako zboží, toto pojetí je o zdraví, které se dá koupit, dostat, nebo ztratit. Koupit ve formě léku v lékárně, či lékařského zákroku a podobně. Pokud, že se nám podaří toto zboží sehnat a užijeme-li ho, přinese nám zdraví.

Zdraví jako ideál dle WHO 1946 je stavem, kdy je člověku naprosto dobře, jak fyzicky, tak psychicky a sociálně. Není to pouze nepřítomnost nemoci (ZACHAROVÁ, et. al., 2007, s. 15).

Jak je uvedeno v Křivohlavého knize, úkolem péče o zdraví v plném rozsahu je tlumit a odstraňovat nevýhody a zároveň umocňovat a podporovat pozitivní podmínky života.

Jednou z definic zdraví je: *„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvalitu života a není překážkou odbornému snažení druhých lidí“* (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 40; ZACHAROVÁ, et. al., 2007, s. 15).

Kvalita života bývá definována podle spokojenosti daného člověka a podle dosahování cílů, které určují směřování jeho života.

Cíle směřování života bývají hodnoceny dle hierarchie hodnot, to znamená podle duchovního hlediska, a to se týká cílů, na které je zaměřené úsilí každého jednotlivého člověka (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

1.10 Potřeby pacienta

Život člověka bývá charakterizován stálým uspokojováním nejrůznějších potřeb.

Co to potřeba je? Dle Zacharové (2007, s. 22) to je vlastnost člověka, pobízející k vyhledávání podmínek nezbytných k životu. Jsou výsledkem interakce vzájemné reakce mezi organizmem a prostředím.

Mohou se dělit na potřeby primární, které jsou nutné pro lidskou existenci a druhotné (sekundární), které se vyvíjejí na podkladě primárních a život lidí obohacují a také zpříjemňují.

Potřebou nazýváme projev chybění něčeho (nedostatku), který vyzývá k hledání určitých podmínek nutných k životu, popřípadě k vyhýbání se podmínkám pro život nepříznivých. Termín potřeba zdůrazňuje jednotu vnitřního lidského prostředí s vnějším i s okolním světem. Význam slova potřeba je biologický, který se dá označit za stav porušené fyziologické rovnováhy; ekonomický prostředek, který ukazuje cestu k dosažení žádoucího psychologického cíle. Psychologický pojem potřeby je naprosto specifický, vyjadřuje nedostatky v oblasti sociálního života jedince. (TRACHTOVÁ, 2013)

Podoba potřeb každého nemocného člověka je osobitá, závislá na druhu onemocnění a také na pacientovi samotném, dokonce i na tom v jakých sociálních podmínkách žije. Uspokojování potřeb pružným procesem, který bývá ovlivněn obecnými faktory, jako jsou rodinný stav, výchova, dosažené vzdělání, společenskými faktory a patologickými stavy vzniklými například nemocí (ŠAMÁNKOVÁ, 2011).

Jak Zacharová uvádí, jsou potřeby, které se nemocí nezmění a jsou stejné, nebo velmi podobné, jako u zdravého člověka. Do těchto potřeb patří hlavně potřeba spánku, výživy, odpočinku, vzduchu, vyprazdňování, pohodlí a v neposlední řadě bezpečí. Při nemoci se mohou tyto potřeby stát důležitějšími a také je mohou pacienti pociťovat intenzivněji. Jako například potřeba sexuality, která je u pacientů po oboustranné orchiektomii narušena nedostatkem testosteronu. Ten jim musí být dodáván v podobě substituční léčby, která je pro pacienta finančně nákladnou, časově náročnou a vznikají zde další potřeby.

Tyto potřeby jsou ty, které se díky nemoci pozměnily, tvoří složitou skupinu. Jsou zvláštní a proměnné. Tyto potřeby bývají ovlivněny nemocí, jejím druhem, závažností

i fází onemocnění. Pozornost je nutné věnovat přeměněným sociálním potřebám (ZACHAROVÁ, et. al., 2007, s. 22 – 25). Dle Krivohlavého jsou tyto sociální potřeby: sociální kontakt, komunikace, přátelský vztah, sociální připoutání, sociální péče, spolupráce, sociální bezpečí, sociální respekt, kladné sociální hodnocení, sociální přijetí, sociální identita, laskavost, empatii a lásku (KŘIVOHLAVÝ, 2010, s. 82 – 83). Zacharová však ještě uvádí porozumění, pochopení a pomoc, bezpečí a jistotu, potřebu činností, potřebu realizace krátkodobých a dlouhodobých cílů. U pacientů po orchiektomii k těmto potřebám i vnímání rozhodně patří pocit ztráty mužské role, obavy z neplodnosti, vnímání tělesného handicapu a mezi jiným i ztráta sexuální apetence a erektilní dysfunkce. Jednou z možností uspokojení pacientovi potřeby je třeba provedení kryoprezervace, pokud pacient touží po založení rodiny. Nebo vložení testikulární protézy do šourkového vaku, pro zlepšení, či vymizení pocitu narušeného obrazu těla (ŠRÁMKOVÁ, 2013, s. 120 - 121).

Potřeby, které nemocí vznikly, jsou ovlivněny řadou okolností. Záleží zde na osobnosti pacienta, charakteru onemocnění a vývoji jeho nemoci. Zde je velmi důležitá potřeba informovanosti o onemocnění, ale hlavní potřebou je potřeba navrácení zdraví.

Dle Trachtové potřeby nemocného člověka bývají dosti často opomíjenou problematikou. Je velmi důležité pacienta chápat v jeho holistickém bytí, jako celistvý komponent složený z bio-psycho-sociálních částí. (TRACHTOVÁ, 2013)

Tyto poznatky o potřebách jsou pouze orientační a zdravotnický personál by měl mít vždy na paměti, že má co do činění s člověkem, který má své vlastní bio-psycho-sociální potřeby a dle svých sil a schopností se snažit pomáhat k jejich uspokojování (ZACHAROVÁ, et. al., 2007, s. 22 - 25).

Teorie potřeb podle Abrahama Maslowa je jednou z hodně často používaných teorií, která je seskládána do tvaru pyramidy, kde v základně jsou uloženy nejzákladnější potřeby pacienta, bez jejichž uspokojení nemohou být uspokojovány vyšší potřeby (ZACHOVÁ 2007, s. 130; ŠAMÁNKOVÁ, 2011, s. 26).

Mezi základní, nebo také fyziologické potřeby je zařazena potřeba výživy, spánku, vyprazdňování, pohybu, dýchání, sexuální potřeba. Vyjadřují se jako schopnost udržování stabilního vnitřního prostředí, které je nezbytnou podmínkou pro jejich fungování a existenci, i v případě, že se vnější podmínky změny (homeostáza).

Nad tímto stupněm potřeb je stupeň s potřebami bezpečí a jistoty, kdy se snažíme vyvarovat nebezpečí, ohrožení a toužíme po důvěře, stabilitě a spolehlivosti.

Následujícím stupněm je pak potřeba lásky a sounáležitosti potřeba se sdružovat, být milován a milovat, příslušet a integrovat se do nějaké skupiny.

Další stupeň je potřeba sebeúcty a uznání a autonomie.

Ještě vyšším stupněm jsou kognitivní potřeby rozumět, vědět, znát a poznávat.

Nad nimi Maslow uvádí potřeby estetické jako je krása a symetrie.

Nejvyšší potřebou se uvádí potřeba seberealizace vlastního potenciálu (ZACHOVÁ, 2007, s. 130; ŠAMÁNKOVÁ, 2011, s. 26).

Potřeby se výrazně liší u každého člověka a zvláště u pacientů, kdy uspokojování potřeb je závislé na druhu léčby, zda je ambulantní, či za hospitalizace v nemocnici, je li konzervativní (sledování, ATB léčba), nebo chirurgická.

Jiné potřeby má onkologicky stonající pacient, kdy se u něj objevují obavy o svůj vlastní život, o to co bude s jeho rodinou, pokud by zemřel, co bude s jeho prací, když bude dlouho nemocný a plno dalších obav, strachů a starostí.

Pacient se zánětlivým onemocněním, náhle vzniklou bolestí většinou výrazně vnímá bolesti (orchalgie) a je ho potřebou je zbavení se, nebo alespoň zmírnění bolesti na pro něj únosnou míru.

Dle Šamánkové (2011, s. 36 -37) se hierarchie potřeb u pacientů v těžké nemoci mění na dva základní okruhy, které mohou být ve stejné rovině a těmi jsou 1. pocit sebeúcty, láska a ještě k nim patří i potřeba příslušnosti. 2. Potřeba jistoty a bezpečí společně s fyziologickými potřebami. Potřeby se v průběhu onemocnění mění, některé mohou zmizet a jiné se mohou nečekaně a naléhavě objevit (ŠAMÁNKOVÁ, 2011, s. 36).

Ani nemocní lidé by neměli rezignovat na dosahování vyšších potřeb a s určitou modifikací a za pomoci profesionálů pomáhajících profesí se snažit tyto potřeby naplňovat (BUŽGOVÁ, 2015).

1.11 Komunikace s pacienty

Komunikace je velmi složitý proces, nad kterým je dobré přemýšlet, je nutné se mu věnovat a mnohdy nezbytné být opatrný na to, co a jakým způsobem sdělím.

Komunikaci je možné nazývat vzájemnou interakcí, nebo také informačním spojením.

Dá se nazvat sociální operací, která je složená z informací, ze sdělení a neodlučitelnou částí je pochopení. Ve zdravotnictví je komunikace také nazývaná procesem výměny informací mezi účastníky s cílem dosáhnout spolupráce, dorozumění a hlavně žádoucího, cílového chování. Měla by být považována za základní umění, jelikož se dá říct, že komunikace je základním pracovním nástrojem zdravotní sestry.

U pacientů, kterým lékař diagnostikuje nutnost provedení orchiektomie, je komunikace velice důležitá a sestra by měla mít vždy na zřeteli, že diagnózu smí sdělit pouze lékař, ovšem ona by u těchto rozhovorů měla být a snažit se pacienta psychicky a morálně podpořit. I sdělení nejste na toto onemocnění sám, my budeme bojovat s vámi a podobně, mnohdy pacientovi pomohou překlenout ten velký šok, který si ale stejně musí odžít každý sám (DOSTÁLOVÁ, 2016; KŘIVOHLAVÝ, 2004).

Komunikace s onkologickým pacientem

Významnou úlohu v systému psychické podpory onkologického pacienta sehrává sociální komunikace mezi personálem a pacientem. Pacient má právo na otevřenou komunikaci, dle toho v jakém rozsahu si ji přeje podat a uvedl tuto skutečnost do souhlasu s podáváním informací. Právě zde se v komunikaci rodí základy vzájemného vztahu a důvěry. Zde je místo pro sestru, aby si s pacientem mohla vytvořit vztah, který mu bude pomáhat zvládat své onemocnění (DOSTÁLOVÁ, 2016).

Informaci o diagnóze poskytuje vždy pouze lékař! Pacient si může určit, kdo má být při sdělování diagnózy z rodinných příslušníků také přítomen. Informaci o terapii je možné dle přání pacienta podávat opakovaně, mnohdy jednorázový rozhovor je nedostačující. Vždy je nutné informaci podat nejdříve nemocnému a podle jeho přání dále rodině či jiným jím určeným lidem. S podstatou nemoci, vyšetřovacími a terapeutickými postupy je nutno nejprve seznámit nemocného, ještě před první aplikací léčby, ale vždy až po sdělení této skutečnosti pacientovi lékařem. Je vhodné zdůrazňovat možnosti léčby,

ovšem nikdy neslibovat úplné vyléčení. Pacientovi je třeba vždy odpovídat na otázky, obavy a sdílené pocity, které prožívá se svými blízkými. Informace o prognóze nemoci z hlediska délky přežití je nutné podávat uvážlivě, pouze na přímý dotaz nemocného. Nikdy nesdělovat konkrétní datum, spíše nastínit časový rámec, který vychází z obvyklého průběhu daného onemocnění. Rozhodně je vhodné zdůraznit možné odchylky oběma směry. Je třeba neopomenout a věnovat čas i naznačeným, byť nevyřčeným dotazům pacienta (VORLÍČEK, 2012, BOHÁČOVÁ, 2012).

Důsledným předáváním informací mezi personálem je vhodné zajistit jednotnou informovanost všech zúčastněných sester a lékařů. Ujistění nemocného o našem odhodlání vést léčbu v celém průběhu nemoci a komplexně řešit všechny obtíže, které mu onemocnění a jeho léčba mohou přinést. Svým vstřícným přístupem může sestra u nemocného probouzet a udržovat realistické naděje a očekávání.

Psychická podpora, umění komunikace a empatie je základem při zvládnutí náročného průběhu léčby (VORLÍČEK, 2012; DOSTÁLOVÁ, 2016).

1.12 Edukace

Edukace je neodmyslitelnou součástí ošetrovatelského procesu. Vhodná edukace sestrou, lékařem, či za pomoci brožur, knih a obrázků umožňuje pacientům snížit jejich obavy, strach a úzkost. Zvyšuje jejich informovanost a snahu spolupracovat na co nejrychlejším uzdravení.

Vzdělávání pacientů, předoperační edukace by měla zmiňovat chirurgickou léčbu varlat při rakovině, zánětu, či úrazu. Měla by zahrnovat postup, jak bude chirurgický zákrok probíhat, předoperační přípravu, pooperační léčbu bolesti, celkovou pooperační péči. Není-li operační výkon urgentní, je vhodné snížit riziko krvácení, pacient by měl přerušit aspirinové produkty 10 dní před operací a nesteroidní protizánětlivé léky 2 dny před operací.

Pacientova emocionální reakce na chirurgický zákrok a informaci o tumoru (rakovině) by měly být psychologicky vyhodnoceny. Jelikož změněný obraz těla může být ovlivněn ztrátou varlete. Pacient by měl mít informaci o dostupnosti implantátu, který může nahradit varle z kosmetických důvodů. Sestra by také měla diskutovat o sexualitě s trpělivostí. Ve většině případů, odstranění jednoho varlete nezpůsobuje neplodnost. Pacient by měl být také informován o možnosti kryoprezervace (zamražení spermií), kterému může být provedeno před operací, nebo před ozařováním. (BOHNENKAMP, 2009)

Neméně důležitá je i edukace po operaci, kdy je třeba zdůraznit pacientovi nutnost i nadále si provádět samovyšetřování šourku, ač mu byla odebrána obě varlata, je důležité zmínit možnost recidivy tumoru v jizvě, či v obalech varlete, nebo v jejich pozůstatcích. Také pacientům s odstraněným jedním varletem je nutné připomínat samovyšetřování šourku a kontralaterálního varlete z důvodu možného relapsu onemocnění a je výhodou s podezřením na tento problém přijít v co nejčasnějším stádiu. (HESS, 2007; HANUŠ,

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Definice problému

Orchiektomie sice není pro chirurga náročným výkonem, ale pro pacienty jde o zákrok, který zasahuje do nejcitlivějších míst jejich reprodukčního zdraví, sexuality a mužství. Orchiektomie se provádí nejčastěji z důvodu prokázaného nádorového onemocnění varlete. U těchto pacientů jde o rozsáhlejší výkon chirurgický, ale také jde o zásah do jejich existenciální sféry, který onkologické onemocnění přináší. V tuto chvíli již nestačí jen chirurgická péče, ale musí nastoupit i léčba hematoonkologická a onkologická, která je zdlouhavá, finančně, časově a pro pacienta i psychicky a fyzicky náročná, mnohdy s ne úplně pozitivním výsledkem. Je proto velmi důležité pro co nejúspěšnější léčbu, aby pacient přišel včas k lékaři-urologovi k diagnostice. Velmi důležitá je kvalitní edukace mužů o této problematice a samovyšetřování varlat již od raného věku. Jaké mají muži, kteří již sami prošli onemocněním varlete a orchiektomií, zkušenosti, názory a prožitky v průběhu nemoci? Zajímají nás jejich zkušenosti v celém průběhu onemocnění, od prvních příznaků, sdělení diagnózy, přes perioperační a pooperační období.

Pro péči všeobecné sestry o pacienty s orchiektomií nejsou důležité jen teoretické vědomosti z odborné literatury a výzkumů, důležité nejsou jen její vlastní zkušenosti z praxe, ale velmi důležitá je i zpětná vazba od samotných pacientů. Jaké jsou jejich potřeby a přání? Odpovědi zjišťujeme pomocí kvalitativního výzkumného šetření, z jehož výsledků vyvozujeme doporučení pro praxi.

2.2 Cíle práce

2.2.1 Hlavní cíl

Zjistit potřeby, názory a pocity mužů po orchiektomii.

2.2.2 Dílčí cíle

- Zjistit potřeby, názory a pocity mužů před zjištěním diagnózy vedoucí k orchiektomii.
- Zjistit potřeby, názory a pocity mužů při zjištění diagnózy vedoucí k orchiektomii.
- Zjistit potřeby, názory a pocity mužů během pobytu v nemocnici po orchiektomii.
- Zjistit, jak se muži s orchiektomií vyrovnávají v dlouhodobé perspektivě.
- Vypracovat doporučení pro praxi.

2.3 Výzkumné otázky

Jaké jsou potřeby, názory a pocity mužů, kteří prožili orchiektomii, před stanovením diagnózy?

Jaké jsou potřeby, názory a pocity mužů, kteří prožili orchiektomii, při stanovení diagnózy?

Jaké jsou potřeby, názory a pocity mužů, kteří prožili orchiektomii, během léčby?

Jak se muži s orchiektomií vyrovnávají v dlouhodobé perspektivě?

Jak muži s touto diagnózou vnímají roli zdravotníků ve všech obdobích léčby (s důrazem na roli sestry)?

2.4 Metodologie

Vzhledem k vytyčenému cíli ve výzkumné části diplomové práce byl zvolen kvalitativní výzkum pro získání informací týkajících se potřeb, názorů a pocitů pacientů po orchiektomii.

Definice kvalitativního výzkumu. *„Kvalitativní výzkum je proces hledání, porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“* (HENDL, 2016, s. 46)

Z důvodu pro muže velmi citlivého tématu a velmi časté nechuti odpovídat na otázky spojené s diagnostikou, léčbou a okolnostmi, které vedly v jejich případě k odstranění varlete, či obou varlat, byl zvolen pro sběr dat asynchronní e-mailový rozhovor. Pacienti tak mohli v klidu ve svých domovech a v čase pro ně příznivém vyplnit připravené, otevřené dotazy.

„Asynchronní hloubkový rozhovor uskutečňovaný v kvalitativních výzkumech většinou e-mailem je jednou z metod, která využívá internet k opakovaným výměnám informací mezi výzkumníkem a respondentem, přičemž tato data nejsou sdílěna s ostatními respondenty jako je tomu například u virtuálních focus groups.“ (RATISLAVOVÁ, K., BERAN, J., anotace, České Budějovice, 2014).

Data z e-mailových rozhovorů byly podrobeny obsahové analýze. Text e-mailů byl opakovaně pročítán, kódován a analyzován. Byly stanoveny hlavní kategorie, které odpovídají dílčím cílům práce a poskytují odpovědi na výzkumné otázky.

2.5 Organizace výzkumu a výběr respondentů

Výzkum probíhal od prosince 2018, do 15. března 2019. Výběr respondentů byl záměrný. Kritériem pro výběr respondentů bylo: muž, česká národnost, stav po orchiektomii. Doba, která uplynula od operace nebyla zohledněna. Delší doba, která od operace u některých respondentů uplynula, měla svůj význam pro triangulaci dat. Mohly jsme se tak dozvědět, jak operace ovlivňuje život pacienta v dlouhodobé perspektivě, jaké zážitky a problémy přetrvávají v jeho mysli z perioperačního období.

Ve specializované ambulanci bylo osloveno 20 mužů po provedené jednostranné, či oboustranné orchiektomii. Důvodem orchiektomie nebyla pouze diagnóza tumoru varlete, ale i záněty varlat, či úrazy. Pacienti souhlasili se zasláním informací o výzkumu k diplomové práci na svoji e-mailovou adresu. Pacientům byl zaslán iniciační e-mail, ve kterém byl přiložený souhlas pacienta s účastí na výzkumu (vzor viz příloha č. 1) společně s prvním dopisem (vzor viz příloha č. 2). Texty e-mailů byly vždy přizpůsobeny jednotlivým respondentům. Otázky byly pokládány tak, aby vyjádřily subjektivní názor respondentů, nešlo nám o objektivní nálezy a diagnózy, ale o informace, které jsou pro daného respondenta významné a subjektivně důležité. Pacienti zde byli seznámeni s tématem diplomové práce a vyplnili první dotazy zaměřené na anamnézu. Nebyla stanovena doba, do kdy je třeba odpovědět. Tím bylo respondentům umožněno dle jejich potřeby seznámit se s otázkami a dle svého uvážení na ně odpovědět. Na první e-mail a souhlas s výzkumem odpovědělo pouze osm pacientů. Ti však spolupracovali po celou dobu výzkumu.

Druhý e-mail byl zaměřen na pocity, potřeby a názory pacientů před zjištěním diagnózy (viz příloha č. 3).

Třetí e-mail byl zaměřen na potřeby, pocity a názory pacientů během hospitalizace a v období po operaci (viz příloha č. 4).

Na odpovědi jednotlivých pacientů bylo reagováno, k upřesnění a prohloubení jejich odpovědí. V závěru byla použita obsahová analýza rozhovorů. Z důvodu zajištění anonymity pacientů a k nemožnosti jejich identifikace uvádíme v tabulkách a rozborech pouze smyšlená jména.

2.6 Analýza dat a interpretace výsledků

Kvalitativního výzkumného šetření se zúčastnilo osm respondentů. Jejich průměrný věk v době operace byl 34,6 let a průměrná doba, která uplynula od operace, byla 32,5 měsíců. Další demografické údaje jsou uvedeny v tabulce č. 1.

Tabulka 1 Respondenti

	Věk v době operace	Kolik měsíců jsou po operaci	Odebráno varlat	Stav	Vzdělání
Adam	27	18	2	ženatý	vyučen
Bedřich	27	15	2	ženatý	vysokoškolské
Ctibor	42	132	2	svobodný s partnerkou	středoškolské s maturitou
Daniel	29	6	1	svobodný	vysokoškolské
Emil	32	13	1	rozvedený s přítelkyní	středoškolské
Fraťšek	29	9	1	svobodný	středoškolské s maturitou
Gustav	37	36	2	svobodný s partnerkou	vyučen
Hynek	54	31	2	rozvedený	vysokoškolské

V prvním kontaktu nás zajímalo kromě uvedených dat, zda se vyskytlo již někdy toto onemocnění u respondentů v rodině. Všichni se shodli, že NE. Další otázkou rozhovoru bylo, zda prodělali ve svém životě nějaká jiná závažná onemocnění (subjektivně důležitá onemocnění), zde většina uvedla NE. Pouze pan **Ctibor** zmínil operaci žlučníku a zánět slinivky v roce 2009, což je rok po operaci varlete. Dále uvedl 3x operaci tlustého střeva pro nádor s následnou chemoterapií. Pan **Hynek** pak uvedl divertikulární nemoc tlustého střeva, dále operaci štítné žlázy, astma bronchiale, diabetes mellitus 2. typu a diabetickou polyneuropatii. U obou pacientů je dle mého názoru možná predispozice zánětlivého onemocnění.

2.6.1 Potřeby, pocity a názory mužů před zjištěním diagnózy

V druhém rozhovoru s pacienty jsme se zajímaly o to, zda pacienti mají povědomost o prevenci odhalení testikulárních nádorů, jaké byly jejich obtíže, které je přivedli k lékaři a za jak dlouho po jejich objevení lékaře navštívili. Zajímaly nás i pocity z prvního kontaktu se zdravotnickým personálem. A v neposlední řadě i jejich názory na možné změny a popřípadě i možnost zlepšení péče o tyto pacienty. Pro přehlednost uvádíme zjednodušené schéma získaných informací v tabulce č.2.

Tabulka 2 Před zjištěním diagnózy

	Znalost Prevence	Důvod návštěvy lékaře	Onemocnění v rodině	Pocity před sdělením diagnózy
Adam	NE	bulka	NE	neutrální
Bedřich	Částečně	bulka	NE	pozitivní
Ctibor	Částečně	úraz	NE	pozitivní
Daniel	NE	bulka	NE	negativní
Emil	NE	bulka	NE	negativní
František	ANO	bulka	NE	pozitivní
Gustav	NE	neplodnost	NE	negativní
Hynek	NE	bolesti	NE	pozitivní

Z odpovědí vyplývá, že ani vzdělání není zárukou toho, že pacienti budou informovaní o možném preventivním vyšetřování snadno přístupných míst, jako jsou šourek a varlata. Někteří respondenti si neuvědomovali v čem spočívá prevence samovyšetřování. Pan **Hynek** například odpověděl: „*To není můj případ. Měl jsem velké záněty nadvarlat.*“ Pan **Bedřich** uvedl „*Ano, věděl jsem o nějaké prevenci, ale jen obecné informace.*“ A pan **Ctibor** sdělil: „*Nemohu říci, že bych úplně věděl. Ale intuitivně určitě ano. Ačkoliv toto není můj případ, mám čerstvou zkušenost z loňského roku. Zde mne byl diagnostikován nádor v tlustém střevě, ze kterého se při operaci vyklubaly nádory tři.*“ **Z obsahové analýzy odpovědí vyplývá, že většina respondentů vnímá, že nemá dostatečné znalosti o samovyšetření varlat.**

Pět respondentů vyhledalo odbornou pomoc kvůli nálezům bulky na varleti, jeden respondent byl po úrazu, jeden respondent trpěl chronickým zánětem a jeden neplodností (při vyšetření byl nalezen tumor varlete).

Důvod návštěvy urologa a samotná diagnóza měly zásadní vliv na prožitky mužů. Pan **Gustav**, pro kterého byla diagnóza tumoru zcela nečekaná, sdělil: „*Byla to náhodná kontrola. Poslali mne na kontrolu, že jsme nemohli počít druhé dítě.*“ Jeho pocity byly veskrze negativní, byl našťvaný a preferoval by větší rychlost v řešení problému a více komunikace o možnostech. Jeho myšlenky na smrt a obavy o osud rodiny byly velmi intenzivní. Na otázku co Vám probíhalo v danou chvíli hlavou? Odpověděl: „*Že zemřu a co bude s rodinou*“. Dokonce i na dotaz, jaké pocity u něj vyvolal první kontakt se zdravotnickým personálem, odpověď zněla následovně: „*Byl jsem našťvaný proto, že skoro půl roku jsme čekali na vyšetření, na co jsme byli objednaní z Natalartu.*“. Byl objednán z reprodukčního centra k urologickému vyšetření do vysoce specializované poradny, kde jsou dlouhé čekací doby.

Pan **Adam** přicházel k vyšetření již s obavami: „*Snad jsem to odhalil včas, uzdravím se? Co bude? Jak bude fungovat můj sexuální život?*“ Pan **Bedřich** vyjádřil své prvotní pocity: „*Že tu může začít nějaký problém, ale snad to nebude nic vážného.*“ Ve zcela jiné situaci byl po těžké autonehodě pan **Ctibor**: „*Vzhledem k tomu, že při nehodě zahynula má přítelkyně, bylo mi to jedno. Bylo příliš brzy na to, abych se pro takovou malichernost trápil. Zde nesmírně oceňuji mého obvodního lékaře, který to nenechal být a do mnohých vyšetření, která mne do budoucna velmi pomohla, mne doslova dostrkal. Já v té době byl dost pasivní.*“ Souběh těžké životní situace silně ovlivnil první reakci našeho respondenta. Jeho přístup byl pasivní, laxní, převládala apatie. Taková reakce pacienta nemusí být pro zdravotníky srozumitelná, pokud neznají podrobněji situaci pacienta a jeho příběh. V tuto chvíli zřejmě obvodní lékař převzal aktivní roli, což našemu respondentovi pomohlo k řešení potíží.

Pan **Hynek**, který měl dlouhodobé potíže se zánětem a trpěl bolestmi, se těžce se situací vyrovnával a hledal viníka v lékařském přístupu: „*Že mi lékaři, kteří operovali tříselnou kýlu, nepomohli, když po té operaci nastaly tyto problémy.*“

Z obsahové analýzy odpovědí našich respondentů vyplývá, že pocity mužů jsou silně ovlivněny problémy, se kterými muži k vyšetření přichází.

První kontakt se zdravotnickým personálem vyvolal u respondentů „*stres*.“; „*strach a ostych*“. Ale někteří muži vnímali i pozitivní pocity, které vyjádřili výroky: „*Dobrý pocit, snaha mi pomoci*.“; „*Pozitivní pocity. Bylo vidět, že se mi snaží co nejvíce pomoci*.“

Také u pana **Hynka** na prvním kontaktu s pracovníky ve FN Plzeň jsou vidět pozitivní pocity, ačkoli prošel zklamáním v jiné nemocnici. „*Ve FN Plzeň dobré. Snažili se mi pomoci. Hledali cestu, jak můj problém vyřešit*“. Pan **Ctibor** měl špatné pocity z ošetření při sdělení diagnózy, která navazovala na těžkou autonehodu na motorce. „*Škoda že se ptáte zrovna ten první kontakt. Protože ostatní byly dobré a některé výborné. Ale ten první byl otřesný. Pan doktor na chirurgii ... /jméno neuvádím, ale vím a uvést mohu/ se choval z mého pohledu velmi neprofesionálně a lidsky cynicky až hulvátsky. Velmi hrubě a výsměšně hovořil s mojí matkou, která je dlouhodobě těžce nemocná a už jenom ten fakt, že došlo k tak tragické nehodě byl pro ni obrovským otřesem. Později jsem se pokusil vypátrat, co mohlo být důvodem tak negativního chování. Z neověřených zdrojů mám informaci, že pan doktor nemá rád motorkáře. Skvělé! Aby zpráva ode mne byla celistvá. Přejížděli jsme mezi vesnicemi na staré Jawě. Nehodu jsem nezavinil, nedostal jsem na hlavní silnici přednost. Ale taková drobnost zřejmě pana doktora nezajímala*.“

Z obsahové analýzy odpovědí našich respondentů vyplývá, že pocity mužů při prvním kontaktu se zdravotnickým personálem jsou ovlivněny také jejich předchozí zkušeností. Všimají si jak svých vnitřních pocitů (stres, strach, ostych), tak i reakcí a přístupu zdravotníků (snaha pomoci, předsudky, komunikace).

Důležitá zjištění a zpětná vazba od našich respondentů se týkala možnosti zkvalitnění péče. Odpovědi se týkaly především organizace péče v ambulantním zařízení, možnosti kratší čekací doby v čekárně ambulance (4 respondenti) a komunikace o možnostech. Dva respondenti uvedli, že nemají žádný nápad, jak péči zlepšit. Ostatní odpovědi vyplývaly ze situace respondentů. Pan **Ctibor** uvedl: „*Asi nic (zlepšit). Jednalo se o až neuvěřitelnou shodu nešťastných náhod. Jen snad pokud pan doktor trpí tímto komplexem, mohl mne možná předat do ošetřování některému ze svých nezatížených kolegů*.“ Pan **Hynek** uvedl: „*Neměl jsem jít na operaci tříselné kýly do nemocnice v ...*“

Z obsahové analýzy odpovědí našich respondentů, které se týkaly možnosti zkvalitnění péče při prvním kontaktu se zdravotníky, vyplývá důležitost dobré organizace chodu ambulance a partnerského způsobu komunikace.

2.6.2 Potřeby pacienta a názory mužů při zjištění diagnózy

V této části se pacienti shodli, že diagnóza jim byla sdělena přijatelným způsobem. Pan **Ctibor** například uvedl: „*To již jsme v ordinaci pana doktora ...(urologa). Diametrálně odlišný přístup. Jednoznačné ano. Veškeré informace o mém zdravotním stavu mi vždy byly sděleny srozumitelným a velice kultivovaným způsobem. Pana doktora ... si velice vážím a považuji za velké štěstí, že když už se to mělo stát, tak že mne léčí právě on.*“ Dostatek informací postrádal pouze pan **Gustav**, který by se rád dozvěděl: „*Jak to všechno proběhne a co bude dál.*“ Projevil se zde opět vliv očekávání a zkušenosti respondentů.

Pocity respondentů při zjištění diagnózy odpovídají první fázi procesu vyrovnávání se se závažnou nemocí: „*Překvapení; strach, co bude dál; možná i vztek, proč zrovna já.*“ (**Bedřich**); „*Strach a co dál.*“ (**Emil**), „*Strach z budoucnosti, proč zrovna já?*“ (**František**), „*Bezmoc, že je konec. V té době mi umíral otec na rakovinu jater.*“ (**Gustav**), „*Po oboustranné orchiektomii ve mne převládl pocit, že už nejsem plnohodnotný muž.*“ (**Hynek**).

Vliv na pocity mužů měl i způsob komunikace s lékařem: „*Po vysvětlení od pana doktora u mě převládal pocit naděje.*“ (**Adam**) A také opět situace, která diagnóze předcházela: „*Ze začátku velká pasivita a nechuť do dalšího života. Po čase jsem se začal vzpamatovávat a chuť do života se mi vrátila.*“ (**Ctibor**)

Shodně uvedli všichni respondenti, že v této těžké době jim pomohla podpora z nejbližšího okolí, rodiny a přátel. Například pan **Ctibor** uvedl: „*Ano, pochopitelně v rodině. Ale mimo ní také. Po úraze jsem nemohl řídit a tak mne generální ředitel firmy kde jsem pracoval a stále pracuji, poskytl auto a řidiče, který mne vozil po vyšetřeních a kontrolách. A i další příklady by se našly.*“ Několik respondentů uvedlo, že jim pomohli i jejich čtyřnozí kamarádi, u kterých hledají také pocit bezpečí.

Pro přehlednost uvádíme zjednodušené schéma získaných informací v tabulce č.3.

Z obsahové analýzy odpovědí našich respondentů vyplývá, že muži pocítují prvotní strach, vztek, bezmoc a kladou si otázku: Proč zrovna já? Muži ocenili, když zdravotníci poskytli naději nebo podpořili chuť do života. Oporou byla našim respondentům především rodina, ale také zaměstnavatel nebo jejich domácí mazlíčci.

Možnost kryoprezervace spermatu byla nabídnuta všem respondentům. Jen pan **Gustav** uvádí: „Jenom se o tom zmínilo a nic.“ Pan **Adam** k tomuto tématu uvedl, že kryoprezervaci spermatu využil, cituji: „Ano, bohužel kvůli onemocnění již nebylo zdravého vzorku. Pokus byl opakován 2x.“ Pan **Ctibor** sdělil: „Ano, ačkoliv jsem od začátku nepředpokládal, že reálně využiji. A v mém současném zdravotním stavu bylo počít dítě čirý nerozum a nezodpovědnost“.

Z obsahové analýzy odpovědí našich respondentů vyplývá, že je pro muže informovanost o možnosti kryoprezervace důležitá a využívají ji dle svých možností, zdravotního stavu a plánování rodiny.

Tabulka 3 Při zjištění diagnózy

	Diagnóza	Dostatečnost informací	Pocity při sdělení diagnózy	Plánování rodiny	Využití kryoprezervace
Adam	Tumor varlat	ANO	naděje	NE	nebylo možné
Bedřich	Tumor varlat	ANO	překvapení strach	ANO	ANO
Ctibor	Úraz	ANO	pasivita	NE	ANO
Daniel	Tumor varlete	ANO	naděje	ANO	ANO
Emil	Tumor varlete	ANO	bezmoc strach	NE	NE
František	Tumor varlete	ANO	strach	ANO	ANO
Gustav	Tumor varlat	ANO	bezmoc	NE	NE
Hynek	Záněty varlat	NE	obavy	NE	NE

Opět nás zajímala zpětná vazba od našich respondentů, která se vztahovala ke zkvalitnění péče o ně v této fázi nemoci. Pan **Bedřich**, **Daniel** a **František** se shodují v požadavku lepšího, snazšího a rychlejšího přístupu k informacím o výsledcích, nejlépe formou digitalizace a SMS zpráv. Pan **Emil** by preferoval „Kontroly v odpoledních hodinách“. Pan **Gustav** by zase uvítal „Víc personálu a mluvit o možnostech.“ Pan **Ctibor**

k danému tématu uvedl: „ Když se přenesu do současnosti – to že jsem v 21. století v zemi s tak rozvinutou lékařskou péčí – to je důvod proč stále ještě žiji. V minulém roce u mne proběhla operace tlustého střeva, následná operace zprůchodnění močové cesty a chemoterapie. Žít v jiném století nebo v zemi s horší zdravotní péčí, tak bych Vám tento email již nepsal. Nesmírně si vážím toho, co pro mne všichni v nemocnicích udělali. Pokud chcete, abych uvedl nějaký návrh na zlepšení – mohu. Ale z celkového pohledu to je jen taková nepatrná drobnost. Já od vás něco chci a tak se musím podřídít systému. To samozřejmě chápu. Ale pokud bych měl uvést něco nešťastného, pak to je neskutečná administrativa a systém přijímání u vás na lůžko. Pro srovnání, v(jiné nemocnici), když mne přijímali na operaci tlustého střeva, činila doba přijetí cca 20 minut. Po začátku chemoterapie se u mne vyskytla zástava /či spíše výrazné omezení/ močení. Na operaci jsem byl objednan do ...jiné nemocnice. Doba přijetí překročila čtyři hodiny. Jednotlivé administrativní úkony mi připadaly chaotické a často duplicitní. Pokud by se tohle mohlo změnit, jistě by to bylo přínosem pro pacienta.“

Z obsahové analýzy odpovědí našich respondentů vyplývá, že možnosti zkvalitnění péče vidí ve zjednodušení administrativy a rychlejším přístupu k informacím.

2.6.3 Potřeby, pocity a názory mužů během hospitalizace

Zajímaly jsme se o to, jaký byl přístup lékařů a sester k pacientům, jaké u nich vzbuzovali pocity. Až na pana Gustava se všichni shodli, že přístup personálu byl dobrý. Pan **Gustav** má pocit, že s ním bylo málo komunikováno. Uvedl: „*Sestry byli v pohodě lékaři by mohli víc mluvit s nemocnými*“. V dotazu, zda získal během hospitalizace dostatečné informace, uvedl, že NE. Ostatní pacienti, byli s podanými informacemi spokojeni. Například pan **Ctibor**: „*K přístupu lékařů i sester během pobytu v nemocnici při operaci nemám žádnou negativní připomínku. Vše probíhalo v rámci možností dobře a za přístup mohu poděkovat a pochválit jej.*“ Od pana **Adama** v odpovědi zaznělo: „*Dobrý, sestry během mé hospitalizace, neustále ve dveřích pokoje s otázkami, zda je vše v pořádku. Při vizitách bohužel bylo vidět, že lékaři nemají mnoho času, stručná odpověď musela vždy stačit. Na ošetřovně po vizitě si lékař, ale vždy na mé otázky udělal čas a ochotně odpovídal.*“; od pana **Bedřicha**: „*Přístup lékařů a sester byl profesionální a vstřícný.*“ Odpovědi všech pacientů jsme uvedly zjednodušeně v tabulce č. 4.

Tabulka 4 Během pobytu v nemocnici

	Přístup zdravotníků	Dostatečnost informací	Naplnění očekávání	Implantát
Adam	Dobrý	ANO	ANO	ANO
Bedřich	Profesionální, vstřícný	ANO	Nevím	ANO
Ctibor	Dobrý	ANO	Nevím	NE
Daniel	Vstřícný	ANO	ANO	ANO
Emil	Profesionální	ANO	ANO	ANO
Fraňšek	Příjemný	ANO	ANO	ANO
Gustav	Málo komunikace	NE	NE	ANO
Hynek	Profesionální	ANO	ANO	NE

Odpovědi, které se týkaly zlepšení péče zdravotníků o pacienty po orchiektomii, se týkaly především pohodlí (*Zlepšit? Možná postel, lůžka už toho mají hodně za sebou, bylo utrpení ty 3 dny na tom ležet.*) a dostatku informací, zájmu (*...lékaři by mohli víc mluvit s nemocnými...*).

Všichni respondenti dostali informace o nabídce silikonového implantátu varlete. Pan **Adam** uvedl: „*Na tohle si přesně pamatuji a nikdy na to nezapomenu, byl to okamžik pravdy, kdy mi lékař sdělil výsledky. Poté mi bylo řečeno, dostanete implantáty a nic nebude poznat. Doufám, že nebudu jednoho dne litovat toho, že jsem si je nechal dát, jde pouze o vzhled a mám obavu, že se jednoho dne poškodí a budu muset znovu na operaci.*“ Pan **Ctibor** odpověděl: „*Ano, byla. Ale myslím, že až po operaci.*“ Všichni ostatní muži odpověděli ANO. Pro některé naše respondenty nebyl implantát důležitý, někteří projevíli obavy o své zdraví v souvislosti s „cizím tělesem“ ve svém těle.

Z obsahové analýzy odpovědí našich respondentů vyplývá, že v období hospitalizace během operace byl pro muže důležitý projev zájmu ze strany zdravotnického personálu (vstřícnost, dostatek času a informací) a pohodlí.

2.6.4 Proces vyrovnávání se s orchiektomií u mužů po operaci

V období po operaci jsme se zaměřily především na oblast informovanosti pacientů a oblast vyrovnávání se s následky nemoci. Zajímalo nás, jak naši respondenti vnímali úroveň své informovanosti. Pan **Adam** uvedl: „*Nechyběly, vše mi bylo sděleno, prakticky aniž bych se musel tázat.*“ U pana **Bedřicha** zněla odpověď: „*Myslím, že jsem měl dostatek informací.*“ Pan **Ctibor** sdělil: „*Ne. Nepocítoval jsem a stále nepocítuji nedostatek informací. Myslím, že o všem podstatném informován jsem a pokud mne nějaká informace chybí, pak neznám otázku, na jakou bych se nezeptal.*“ S informovaností byl nespokojen pouze pan **Gustav**, neuvedl však konkrétní oblast, ve které mu informace chybí.

Za nejdůležitější oblast, která pomohla našim respondentům ve vyrovnávání se s nemocí, uvedla většina respondentů v pooperačním období podporu rodiny, rodičů manželky, přítelkyně, přátel a kamarádů. Pan **Hynek** si přál: „*Aby se danou operací odstranily přetrvávající bolesti při častých zánětech.*“ Pan **Ctibor** považoval za důležité „*srovnat si priority, fakt nevím.*“ Pan **Gustav**, který se v našem šetření potýkal ve všech obdobích se silně negativními pocity a zřejmě se zatím se situací zcela nevyrovnal, uvedl: „*Nezbláznit se.*“

Z období po operaci pan **Adam** uvedl: „*Tak byl to šok, myslím, že jsem to snášel dobře, věděl jsem, že se tohle onemocnění dobře léčí. Těšil jsem se do práce.*“ Pan **Bedřich**: „*Zpočátku jsem si moc neuvědomoval, co se stalo. S odstupem času to bylo*

náročnější, protože mne čekala léčba cytostatiky. Hodně mi pomohla rodina a kamarádi.“ **Ctibor** uvedl k vyrovnávání se se svým stavem po operaci: *„Překvapivě snadno. Operace probíhala na pozadí z mého pohledu výrazně dramatičtějších událostí. A já to celé zvládal současně. Potíže s operací se rozpustily v ostatních potížích a při jejich zvládnutí jsem jaksí bokem také zvládl problémy vygenerované operací.“* Pan **Daniel** měl pocit, že se se situací vyrovnal *„Dobře“* a pan **Emil**: *„Těžko“*. Pan **František** sdělil: *„Po šoku a po zjištěných informacích z PC, jsem se uklidnil.“* Pan **Gustav** sám subjektivně cítí, že: *„se ještě se situací nevyrovnal.“* Pan **Hynek** se se situací vyrovnává *„Pomalu, ale přece.“*

Z obsahové analýzy odpovědí našich respondentů vyplývá, že v období po operaci respondentům většinou nechyběly informace, bylo pro ně důležité vědět, že se mohou na zdravotníky vždy obrátit s dotazem. V procesu vyrovnávání se s nemocí byla pro muže důležitá opora rodiny a nejbližších přátel. Přesto někteří naši respondenti uznávají, že proces vyrovnávání s touto operací byl těžký, pomalý a u některých ještě neskončil. Proces vyrovnávání se s nemocí byl také ovlivněn zdravotním stavem mužů (bolest, neplodnost, cytostatická léčba) a okolnostmi nemoci (těžká autonehoda).

Pro přehlednost uvádíme zjednodušené schéma získaných informací v tabulce č.5.

Tabulka 5 Po operaci (1)

	Dostatečnost informací	Vyrovnávání s nemocí	Podpora zdravotníků	Substituční léčba
Adam	ANO	Dobře	ANO	ANO
Bedřich	ANO	Dobře	ANO	ANO
Ctibor	ANO	Dobře	ANO	ANO
Daniel	ANO	Dobře	ANO	NE
Emil	ANO	Těžce	ANO	NE
František	ANO	Dobře	ANO	NE
Gustav	NE	Nevyrovnal	Někteří	ANO
Hynek	ANO	Postupně	ANO	ANO

U některých pacientů je podávána po orchiektomii substituční léčba Testosteronem. K substituční léčbě se vázala řada připomínek našich respondentů. Pan **Adam**: *„Myslím, že tato léčba je důležitá. Prakticky se po operaci pro mě vůbec nic nezměnilo a žiji*

*naprosto stejně jako před operací. Bohužel jsou s Nebidem problémy co se týče úhrad zdravotní pojišťovnou.“; Pan **Bedřich**: „Jelikož nemám ani jedno varle. Potřebuji substituční léčbu Testosteronem. Bohužel je zde mnoho problémů a překážek v úhradě této léčby zdravotní pojišťovnou.“ Pan **Ctibor**: „Nejprve byla léčba zahájena lékem Undestor 1-1-1 tbl. Až po té, kdy došlo ke změně léčby na lék Nebido v injekcích, jsem si uvědomil, jak mi nebylo dobře. Je možné, že se jedná jen o subjektivní pocit, ale krátce po první aplikaci Nebida jsem pocítil výrazné zlepšení stavu. Do té doby jsem trpěl silnými únavovými stavy, tak běžnými, že se staly standardem a já už o nich vůbec nevěděl. Celkově lék Nebido dobře snáším a jsem přesvědčený, že mně pomáhá.“ Pan **Hynek**: „Nebido. Užívám jej dlouhodobě. Pomáhá mi jednak z hlediska urologického, tak i z hlediska neurologického. Nepříjemné je akorát to, že doplatek na lék Nebido je dost značný.“ Pan **Gustav** se k tomuto tématu vyjádřil tím, že podávání Nebida jednou za tři měsíce, je pro něj málo, cítí se „utahaně“.*

Samovyšetřování šourku je po orchiektomii zcela zásadní věc, proto nás zajímalo, zda respondenti tuto skutečnost ví a provádějí jej. Vyjádření jako: „*Už varlata nemám.*“ (**Gustav**); „*Ne. Kde nic není, ani smrt nebere.*“ (**Hynek**); „*Neprovádím, byla mi odebrána obě. Ale kontroluji si implantáty.*“ (**Bedřich**); „*Myslíte před operací? Ne, nikdy me to nenapadlo. Přitom je to jednoduché a rychlé vyšetření, jen poučit lidi.*“ (**Adam**); „*Ne, nevím, o co se jedná a vzhledem k tomu, že mně byly odstraněny snad ani nemohu.*“ (**Ctibor**)...nás přesvědčila o tom, že informovanost mužů v této oblasti je velmi podceněná a nedostatečná.

Zajímalo nás také, zda nedošlo u respondentů po operaci ke změně v partnerském vztahu a v sexuálním životě. Většina dotazovaných uvedla, že nedošlo. Například pan **Adam** uvedl: „*Měl jsem obavy, ale vše je jako před operací, nezměnilo se nic, až na to že jsem neplodný.*“ Odpověď pana **Bedřicha** „*Nezměnil, vše je prakticky stejné jako před operací. A toho si velmi cením.*“ Pan **Ctibor** má po autonehodě jinou zkušenost: „*Samozřejmě, že se změnil. Ale s mojí současnou přítelkyní máme /tedy pokud mohu posoudit/ sexuální život uspokojivý. Skoro větší potíže, než zákrok, ke kterému se v dotazníku vyjadřuji, mi způsobila operace na zprůchodnění močových cest. Je ovšem možné, že si již tehdejší obtíže přesně nepamatuji, na rozdíl od operace na zprůchodnění močové cesty, kterou mám ještě v živé paměti. Ale i to se už docela podalo.*“ Pan **Gustav** odpověděl: „*Ano, změnil k horšímu, asi ta dávka testosteronu je málo.*“

Z obsahové analýzy odpovědí našich respondentů vyplývá, že pro muže je velmi aktuální otázka substituční léčby - jejího průběhu, vedlejších účinků a financování. Chybí informovanost mužů o samovyšetřování šourku po orchiektomii. V oblasti sexuality naši respondenti neuvádějí výraznější potíže.

Chtěli jsme dát našim respondentům možnost vyjádřit se k prevenci tumoru varlat, proto jsme se zeptaly: Co byste vzkázal mužům ohledně prevence tumoru varlat? Pan **Gustav**: „Nechte každou změnu, co nahmatáte vyšetřit.“; pan **Adam**: „Že to nezabere žádný čas, třeba během sprchování, a že stud by měl jít stranou. Prevence je velmi důležitá!“; pan **Bedřich**: „Hodně mužů nemá o rakovině varlat nejmenší tušení. Například, že postihuje i velmi mladé lidi. Určitě by pomohla větší osvěta na toto téma.“ Především respondenti, kteří v nedávné době prošli posledními cykly náročné onkologické léčby, jsou si velmi dobře vědomi, jak jsou tato doporučení důležitá.

Pro přehlednost uvádíme zjednodušené schéma získaných informací v tabulce č.6.

Tabulka 6 Po operaci (2)

	Samovyšetření varlat/šourku	Změna ve vztahu	Doporučení dalším mužům
Adam	NE	NE	Prevence
Bedřich	NE	NE	Osvěta
Ctibor	NE	ANO	Nic
Daniel	ANO	NE	Prevence
Emil	ANO	NE	Prevence
František	ANO	NE	Prevence
Gustav	NE	ANO	Prevence
Hynek	NE	NE	Prevence

Jak zlepšit péči o pacienty po orchiektomii a co by vzkázali naši respondenti zdravotníkům? Kromě negativního postoje pana **Gustava**: „Ty lidé, co tam chodí, mají problém, ne proto tam chodí, aby obtěžovali.“ Byly vzkazy velmi povzbudivé- např. pan **Bedřich** „Jsou to profesionálové a velmi si jejich práce cením. I přes velký počet pacientů, především na ambulanci, se snaží ke každému přistupovat individuálně.“ Pan **Hynek** „Co se týče této nemocnice, aby pokračovali ve své profesionální práci.“ Pan **Adam** „Rozhodně

bych rád poděkoval. Za to, co pro nás dělají.“ A na závěr pan Ctibor „Aby s námi měli trpělivost. My si vás vážíme a víme, co pro nás děláte. Jen jsme někdy z vzniklých situací sklíčení. Bojíme se zákroků, bolesti a máme strach z budoucnosti. A většina z nás se v těchto situacích neumí chovat. Nevíme co a jak máme dělat – pokud nám pomůžete i na této frontě, jistě za to budeme všichni rádi. A tak možná jen prosté – DĚKUJEME!“

Z obsahové analýzy odpovědí našich respondentů vyplývá, že pro muže po orchiektomii je z dlouhodobé perspektivy důležitá vstřícnost a zájem zdravotníků, ohleduplnost, poskytnutí rad, psychické podpory a profesionální přístup.

DISKUSE

V diplomové práci jsme se zaměřily na potřeby, pocity, ale i názory pacientů po orchiektomii. Zajímalo nás, jak pacienti prožívali jednotlivá období před zjištěním diagnózy, při zjištění diagnózy, během pobytu v nemocnici a v období po operaci. V diskusi se budeme zabývat jednotlivými dílčími cíli empirické části práce a porovnávat výsledky našeho šetření s jinými výzkumy.

1. Zjistit potřeby, názory a pocity mužů před zjištěním diagnózy vedoucí k orchiektomii.

V období před zjištěním onemocnění nás zajímalo, zda měli pacienti povědomost o prevenci testikulárních nádorů. Naši respondenti většinou uvedli, že jsou si vědomi toho, že neměli dostatečné povědomí o prevenci testikulárních nádorů a o samovyšetření varlat. Saab a kol. (2016, s. 10) uvádějí, že mezi hlavní bariery samovyšetření varlat u mužů jsou: neinformovanost o této metodě, strach z odhalení bulky, úzkost z falešně pozitivních výsledků a pocit, že toto vyšetření je nedůležité, časově náročné, trapné nebo bolestivé. Neinformovanost mužů o nádorovém onemocnění varlat potvrdilo i výzkumné šetření Sochorové (2011, s. 71-75). Jen 4% mužů v jejím výzkumu odpovědělo, že jejich informovanost je dostatečná a 59% jich uvedlo, že informovanost dostatečná není. Zajímavým zjištěním bylo, že pokud se již vyskytlo toto onemocnění v rodině, byli muži informovanější, chodili na preventivní prohlídky a prováděli častěji samovyšetření varlat (Sochorová, 2011, s. 73). Stejně tak naši respondenti, kteří prošli nádorovým onemocněním varlat, si nyní uvědomují důležitost informovanosti mužů již v mladém věku o této problematice, prevenci a časného záchytu nemoci. Saab a kol. (2016, s. 11) uvádí, že muži by měli být informováni o samovyšetření varlat stejně tak, jako ženy jsou informovány o samovyšetření prsů, a to již v mladém věku. Je potřebné zvyšovat povědomí o této otázce a hledat strategie, jak četnost samovyšetření v populaci zvýšit (Ayers, de Visser, 2015, s. 375). K nácviku samovyšetření varlat u mužů se může využívat testikulární model (obrázek č. 1).

U našich respondentů existovaly různé důvody k návštěvě odborného lékaře. Někteří přicházeli k lékaři již s pocity strachu a obavami, které vyplývaly z vlastního nálezu tumoru. Jiným důvodem pro návštěvu urologa byl zánět, úraz nebo neplodnost. Pocity respondentů byly v tomto období vesměs negativní, objevoval se zde strach ze smrti, obavy, naštvání, pasivita a v neposlední řadě ostych před zdravotnickým

personálem, také starosti o zajištění rodiny. Byli všímaví především k tomu, jak k nim zdravotníci přistupovali (zájem, snaha pomoci, předsudky, způsob komunikace). Z jejich výpovědí vyplývá, že zdravotníci by měli být průběžně školeni v tzv. "soft skills" a komunikačních dovednostech. Velmi důležitá je pro muže i organizace práce v ambulantní sféře, dlouhodobý pobyt v čekárně je pro ně zatěžující a vnímají jej negativně.

2. Zjistit potřeby, názory a pocity mužů při zjištění diagnózy vedoucí k orchiektomii.

Období při diagnostice a sdělení nutnosti odstranění varlat, je velmi těžké, zobrazila se zde potřeba bezpečí a podpory v nejbližším okolí a hlavně v rodině. Muži pociťovali strach, vztek, bezmoc a kladli si otázku: Proč zrovna já? Tento popis emocí a myšlenek zcela odpovídá procesu přijetí závažné diagnózy. Nemocný je po sdělení diagnózy v šoku, zaskočený. Poté přichází často zloba, protest, pocity viny a otázky: Proč právě já? (Kastová, 2000, s. 94). V tomto období ocenili naši respondenti podporu rodiny a svých nejbližších. Od zdravotníků očekávali informace, naději a podporu. Ocenili by zjednodušení administrativy a rychlejší přístup k informacím (např. přes internet, sms zprávy).

Již v tomto prvním obtížném období je nutné řešit otázku kryoprezervace spermatu. Onemocnění nádorem varlat přichází často dříve, než se muži stali rodiči. Pro muže v našem výzkumném šetření byla informace o možnosti kryoprezervace spermatu důležitá a využívali jí individuálně, dle svého stavu a plánování rodiny.

3. Zjistit potřeby, názory a pocity mužů během pobytu v nemocnici po orchiektomii.

Z obsahové analýzy odpovědí našich respondentů vyplývá, že v období hospitalizace během operace byl pro muže důležitý projev zájmu ze strany zdravotnického personálu (vstřícnost, dostatek času a informací) a pohodlí. Vztah mezi zdravotníkem a pacientem je pro spokojenost pacientů zásadní. Ayers a de Visser (2015, s. 428) uvádějí, že pacient je spokojenější s lékaři, kteří volí partnerský přístup k léčbě a rozhodování. Za hlavní dovednosti zdravotníků považují autoři aktivní naslouchání, respekt, empatii a na pacienta zaměřený přístup. Samotná skutečnost, že pacient obdržel informace ještě neznamená, že jim rozumí a že skutečně získal vědomosti a dovednosti (Ayers, de Visser, 2015, s. 429). Všeobecné sestry by měly ovládat řadu komunikačních technik, které jim umožní navázat terapeutický vztah s pacientem, vyslechnout jej, poskytnout důležité informace, edukovat, ale také emočně podpořit. Kromě toho je důležité uvědomit si i to, co jim pacient říci

nedokáže. Což je v souvislosti s takovým citlivým tématem, jako je život po orchiektomii, velmi aktuální. Ověřily jsme si, že muži jsou často velmi uzavření ve sdělování svých potíží a citlivých oblastí svého života.

3. Zjistit, jak se muži s orchiektomií vyrovnávají v dlouhodobé perspektivě.

Ve studiích, které se zajímají o kvalitu života mužů po orchiektomii, se objevují různá témata. Jedno z nich je například vliv sociální podpory na životní spokojenost mužů po orchiektomii. Dobrá sociální opora má pozitivní vliv na kvalitu života mužů, sociální podpůrná síť přátel a příbuzných má kladný terapeutický vliv (Cappuccio a kol., 2018, s. 653). I naši respondenti považovali podporu rodiny a přátel za jednu z nejdůležitějších složek vyrovnávání se s nemocí. Někteří z mužů přiznali, že proces vyrovnávání se s nemocí byl těžký a pomalý.

V období po operaci se ukázaly odlišné potřeby u pacientů po operaci pro tumor varlete, kteří mají větší potřebu jistoty a bezpečí (podporu rodiny), na rozdíl od pacienta po zánětu varlat, který měl potřebu zbavit se bolesti, a pacienta po úrazu a těžké autonehodě, jehož potřebou bylo ujasnění priorit a nalezení duševní rovnováhy.

Kostrouch (2008, s. 33) uvádí, že více než 70% pacientů po orchiektomii se cítí být v dobrém zdravotním stavu. Chronickou únavu pociťovalo ve výzkumech 16% a většina pacientů se necítila být fyzicky méně atraktivní. Jeden z našich respondentů zmínil, že po oboustranné orchiektomii v něm převládl pocit, že už není „*plnohodnotný muž*“. Varlata jsou symbolem mužství, kastrace má potenciál vzbudit obavy ze ztráty mužství a změny tělesného schématu. Vliv na psychický prožitek mají fantazie, víra, mýty a kulturní hodnoty. Výzkumy ukazují, že 15- 33% mužů se považuje po orchiektomii za méně atraktivní (Cappuccio a kol., 2018, s. 654). To je také často důvodem pro volbu testikulárního implantátu. Pacienti se chtějí cítit opět „normálně“ a „celí“. Silikonové implantáty jsou hrazeny pacientům zdravotní pojišťovnou, pouze pokud jsou impantovány pacientovi v jedné době, to znamená za jedné celkové anestezie, kdy je pacientovi varle odebrané a ihned mu tam vložené silikonové varle. Jde to u orchiektomií pro nádor nebo po úrazu, ale nesmí tam být známky zánětu v šourku. Hrozilo by nepřijetí implantátu. Je též možnost zavedení implantátu po zhojení šourku, ale to si pacienti musí hradit implantát sami. Pro některé naše respondenty nebyl implantát důležitý, někteří projeví obavy o své zdraví v souvislosti s „cizím tělesem“ ve svém těle. Velmi důležitá však byla pro naše

respondenty otázka substituční terapie. Naši respondenti preferovali injekční léčbu přípravkem Nebido, který se podává pacientům každé tři měsíce. Injekce se podává intramuskulárně. Jelikož je olejovitá, aplikuje se silnou růžovou jehlou velmi pomalu po dobu alespoň jedné minuty. Vždy pacient musí ležet! Velkým problémem této léčby je, že si jí musí pacient sám hradit. Jedna injekce vyjde okolo 3.000,- Kč. Pro dnešní mladé pacienty je to značná finanční zátěž. Adekvátní náhradou tohoto léku je Sustanon injekce, která je plně hrazená, ale její velkou nevýhodou je, že se musí podávat po třech týdnech. To bývá zase problém pro mladé muže s uvolňováním ze zaměstnání a nárůstem čekací doby v urologické ambulanci na ošetření. Od letošního roku by měl být na našem trhu částečně hrazený pojišťovnou gelový přípravek Testavan, který si pacienti vmasírují do horní končetiny v oblasti ramene jedenkrát denně. Výrobek je opatřen aplikátorem, do kterého přijde přesné množství testosteronového přípravku potřebného k aplikaci. Hladina testosteronu má vliv na vnímání mužnosti. Nízká hladina testosteronu je spojována s vnímáním menší mužské image (Cappuccio a kol., 2018, s. 654). Jeden z našich respondentů si stěžoval na pocit nízké hladiny testosteronu, kterou spojoval s pocity únavy a poruchami v oblasti sexuality. Tento respondent také uváděl nejvíce problémů v oblasti vyrovnávání se s nemocí.

Snížení sexuální apetence udávalo 25% a poruchy orgasmu 24% pacientů po orchiektomii (Kostrouch, 2008, s. 33). Naši respondenti většinou neuváděli výraznější problémy v oblasti sexuality a partnerském soužití. Ayers a de Visser (2015, s. 377) uvádí, že fyziologické změny (zhoršení ejakulace a erekce) souvisí spíše s léčbou (poškození neurologických systémů) a psychologické změny (touha, aktivita, orgasmus, uspokojení) jsou ovlivněny faktory psychosociálními. Pacienti se sexuálními problémy po orchiektomii vykazují často tyto problémy: nízká hladina testosteronu, vyšší věk, úzkost, léčba radioterapií a chemoterapií (Cappuccio a kol., 2018, s. 655).

Germinální nádory varlat jsou nejčastějšími solidními nádory u mladých mužů. Jelikož u testikulárních tumorů se dle Hesse (2007, s. 345) může objevit pozdní relaps onemocnění po dvou, ale i po pěti letech, je důležité dodržování dispenzárních kontrol. Jejich cílem je včasné odhalení případného relapsu v co nejnižším stádiu. Z tohoto důvodu jsou plánované pravidelné dispenzární prohlídky, které zahrnují fyzikální vyšetření (s cílem vyhledání zvětšených mízních uzlin v oblasti krku a břicha, objevení případné gynekomastie, vyšetření v tříselech a případně zbylého varlete), laboratorní vyšetření

markerů (AFP, hCG a LDH) v tříměsíčních intervalech během prvních 2 let, dále 2x ročně po dobu 5 let a následně 1x ročně RTG plic a CT retroperitonea 2x ročně během prvních 2 let, následně 1x ročně do období 5 let. Velmi důležitým faktorem v dispenzární péči je i spolupracující pacient, který napomáhá odhalení možného relapsu onemocnění pravidelným samovyšetřováním šourku i po orchiektomií.

Dle našeho šetření chybí informovanost mužů o samovyšetřování šourku po orchiektomií.

2.7 ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo komplexní zpracování tématu orchiektomie. Toto téma bylo zpracováno v teoretické části diplomové práce. Byla zde zmíněna anatomie, diagnostika, terapie, dispenzarizace, komunikace s pacienty, potřeby pacientů, kvalita života.

V praktické části bylo hlavním cílem zjistit potřeby, pocity a názory mužů po orchiektomii. V této části výzkumu bylo vidět, že ač pacienti ujišťovali o tom, že měli informace úplné, nebylo tomu tak. Velice nedostatečné byly jejich informace o nutnosti samovyšetřování šourku i po operaci z důvodů vzniku možných rezistencí v operační ráně a jejím okolí. Toto vyplynulo z práce, jako hlavní nedostatek a z toho důvodu vznikl informační leták pro pacienty po orchiektomii, který je nedílnou součástí této práce.

Bylo zajímavé zjistit, že mají rozdílné potřeby pacienti po operaci pro zánět, kdy se hlavně chtěli zbavit bolestí. Jiné byly u pacienta po úraze, kdy se pánovi z pasivity vrátila chuť do života, a úplně odlišné byly u pacientů operovaných pro tumor, kteří potřebovali jistotu a bezpečí, které pro ně představovali rodiny, manželky, přítelkyně a kamarádi.

Povedlo se nahlédnout do pocitů, potřeb a zjistit i názory pacientů na možné zlepšení ošetrovatelské péče o tyto pacienty.

Ukázalo se, že důležité je zvýšit osvětu o samovyšetřování varlat například formou seminářů a osvěty pro školy a veřejnost. Toto onemocnění bylo přidruženo k Movembru, kdy pánové s kníry se ve větší míře začínají zajímat o nádor prostaty a nádory varlat jsou k tomuto období přidána a zmiňuje se o nich jenom okrajově. Toto onemocnění si zaslouží vlastní termín na zvýšení osvěty a rozšíření do povědomosti široké veřejnosti podobně jako je tomu u nádorů prostaty, nebo nádorů prsu.

Z práce vyplynulo, že více se snažili zapojit do výzkumu pacienti po orchiektomii pro nádor a v asynchronním rozhovoru byli více otevření muži, kteří jsou již delší dobu po operaci. Ti pacienti s kratším časovým odstupem zatím nejsou schopni otevřeně o svých problémech hovořit a odpovídají pouze útržkovitě, nedají zatím nahlédnout do svého nitra a střeží si své pocity.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Bylo by vhodné nadále zvyšovat osvětu o možné prevenci k včasnému záchytu tumoru varlat již od základních škol. Zdůrazňovat nutnost samovyšetřování varlat spolu s technikou. Při zvláštním nálezu co nejdříve navštívit lékaře urologa v případě jakéhokoliv podezřelého nálezu v oblasti varlat či šourku.

Je třeba vštěpovat mladým mužům a vlastně všem mužům, i těm po operaci varlat, že s každou podezřelou změnou je neprodleně nutné jít na vyšetření a uvědomit si, že vždy JE LEPŠÍ PŘIJÍT ZBYTEČNĚ, NEŽ POZDĚ!

Z práce vyplynulo poznání o malé informovanosti pacientů po orchiektomii v oblasti následného života a dispenzární péče po operaci a z tohoto důvodu je naplánován vznik brožury pro tyto pacienty.

Je vhodné rozšiřovat povědomí o neziskových organizacích, jako je například Muži proti rakovině www.muziprotirakovine.cz, která se snaží svými projekty podporovat zdravotnická zařízení vybavováním přístrojů pro snažší diagnostiku nádorových onemocnění a podporuje osvětu mezi muži formou letáků a brožur, vhodně zpracovaných pro pacienty. Zatím ale chybí brožury pro pacienty po orchiektomii. Do širší povědomosti se tato nadace dostává díky pravidelné listopadové akci Movember, která je celosvětová a je touto nadací podporována.

SEZNAM LITERÁRNÍCH ZDROJŮ

- 1) ABRAHÁMOVÁ, Jitka, Ctibor POVÝŠIL a Ladislav DUŠEK. *Nádory varlat*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2349-5.
- 2) BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 146 s. ISBN 80-701-3416-X.i.
- 3) BOHÁČOVÁ, Karla. Ošetrovatelská péče o pacienta na urologii po orchiektomii pro nádorové onemocnění [online]. Plzeň, 2012 [cit. 2019-03-23]. Available from: <<https://theses.cz/id/vc2e1d/>>. Bachelor's thesis. University of West Bohemia, Faculty of Health Care Studies. Thesis supervisor Bc. Jitka Krocová. <https://theses.cz/id/vc2e1d/?lang=en;furl=%2Fid%2Fvc2e1d%2F>
- 4) BOHNENKAMP, Susan a YODER, Linda H.. The Medical-Surgical Nurse's Guide To Testicular Cancer. *MEDSURG Nursing*. 2009, vol. 18, no. 2, s. 116-123. ISSN 1092-0811.
- 5) BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
- 6) ČERMÁK, A. a D. PACÍK. *Inkontinence moči*. Praha 10: Triton, 2006. ISBN 80-7254-871-1.
- 7) ČIHÁK, Radomír a Miloš GRIM. *Anatomie*. 2., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0143-X.

- 8) DRAGOMERICKÁ, Eva. BRNO INCO FORUM,2005. *Brno INCO FORUM,2005: Kvalita života a nemoc* [online]. Česká společnost podpory zdraví. Brno: INCO FORUM, 2005 [cit. 2013-02-23]. Dostupné z: http://www.inco-forum.cz/download/2_5_konf_Dragomir_Brno2005.ppt
- 9) DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5706-3.
- 10) DVOŘÁČEK, Jan. *Urologie: obecná a speciální urologie*. Praha: Univerzita Karlova - Vydavatelství Karolinum, 1997, 198 s. ISBN 80-718-4313-X.
- 11) DVOŘÁČEK, Jan. *Urologie*. Praha: ISV, 1998. ISBN 80-858-6630-7.
- 12) DVOŘÁČEK, Jan a Marko BABJUK. *Onkourologie*. Praha: Galén, 2005, xxiv, 589 s. ISBN 80-726-2349-4.
- 13) FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2004, 136 s. ISBN 80-246-0804-9.
- 14) GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- 15) HANUŠ, Tomáš. A KOL. *Urologie: Lékařské repetitorium*. Praha10: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-387-5.

- 16) HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- 17) HES, Ondřej, Michal MICHAL a Petr MUKENŠNÁBL. *Nádory varlat*. Plzeň: Euroverlag, 2007. ISBN 978-80-7177-000-8.
- 18) HORA, Milan. *Urologie pro studenty všeobecného lékařství*. Praha: Karolinum, 2004, 115 s. ISBN 80-246-0857-X.
- 19) HRUBÁ, Marcela, Lenka FORETOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001, 77 s. ISBN 80-238-7618-X.
- 20) JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.
- 21) JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
- 22) KAWACIUK, Ivan. *Urologie*. Praha: Galén, 2009, 531 s. ISBN 978-807-2626-267.
- 23) KOSTROUCH, David. *Kvalita života pacientů po orchiektomii: Quality of life in patients after radical orchietomy*. ID práce49947, 2008. Diplomová práce. 3. lékařská fakulta. Vedoucí práce Doc. MUDr. Jiří Heráček, Ph.D.

- 24) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-807367-568-4.
- 25) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada Publishing, 2010, 119 s. ISBN 978-802-4731-490.
- 26) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- 27) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada, 2012, 138 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4740-072.
- 28) KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. Sestra (Grada). ISBN 80-247-0784-5. 9)
- 29) LAMLA, Alexandr. Varle šetřící výkon při jeho postižení nádorem. *Urologie pro praxi*. 2006, 7(4), 160-161. ISSN 1213-1768.
- 30) OOSTERHUIS, J. Wolter a LOOIJENGA, Leendert H. J. Testicular germ-cell tumours in a broader perspective. *Nature Reviews Cancer*. 2005, vol. 5, no. 3, s. 210-222. ISSN 1474-75X.
- 31) OTRADOVCOVÁ, Iva. LUCIE KUBÁTOVÁ ET AL. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén, 2006, 78 s. Care. ISBN 80-726-2413-X.
- 32) PACÍK, Dalibor. *Urologie pro sestry*. Brno: IDVPZ, 1996, 173 s. ISBN 80-701-3235-3.

- 33) PAVLÍK, Ivan a Libor ŠAFAŘÍK. Nádory varlat - chirurgické řešení. *Urologické listy*. 2006, 4(3), 27-32. ISSN 1214-2085.
- 34) RATISLAVOVÁ, K., BERAN, J. *Asynchronní e-mailové interview v kvalitativním výzkumu*. České Budějovice, 2014.
- 35) SLEZÁKOVÁ, Lenka. KOL. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. Praha 7: Grada Publishing, 2010. ISBN 987-80-247-3129-2.
- 36) SOCHOROVÁ, Nataša. Informovanost mužů o nádorovém onemocnění varlat [online]. Olomouc, 2011 [cit. 2019-03-23]. Available from: <<https://theses.cz/id/zfsxpe/>>. Master's thesis. Palacký University Olomouc, Faculty of Education. Thesis supervisor Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
- 37) ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
- 38) TANAGHO, Emil A. a Jack W. MCANINCH. *Smithova všeobecná urológia*. Přeložil Ján BREZA. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2006. ISBN 80-8063-206-5.
- 39) Thomas G. Clifford, Madeleine L. Burg, Brian Hu, Jeffrey Loh-Doyle, Cory M. Hugen, Jie Cai, Hooman Djaladat, Kevin Wayne, Siamak Daneshmand, *Satisfaction With Testicular Prosthesis After Radical Orchiectomy*, *Urology*, Volume 114, 2018, Pages 128-132, ISSN 0090-4295,

- 40) TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.
- 41) VELIČKINOVÁ, Hana. Nádory varlat. *Urologie pro praxi*. 2005, **6**(4), 164-168. ISSN 1213-1768. Dostupné také z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2005/04/06.pdf>
- 42) VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 448 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4737-423.
- 43) ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.
- 44) ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. Praha: Grada, 2010, 200 s. ISBN 978-802-4732-565.
- 45) ZÁMEČNÍK, Libor a Petr MACEK. *Moderní farmakoterapie v urologii: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, c2012. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-276-6.
- 46) ZIMA, Jiří. Pacient a orchiektomie. *Lékařské listy*. 2009, 2009(12), 12-13. Dostupné také z: <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=429722>

- 47) ZVARA, Vladimír a Michal HORŇÁK. *Urologické operace*. Jilemnického 57, 03601 Martin, Slovenská republika: Vydavateľstvo Osveta, spol. s r.o., 2010. ISBN 978-80-8063-338-7.
- 48) [Http://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/onemocneni-varlat/](http://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/onemocneni-varlat/) [online]. [cit. 2019-07-09].

Seznam tabulek

Tabulka 1 Respondenti	53
Tabulka 2 Před zjištěním diagnózy.....	54
Tabulka 3 Při zjištění diagnózy	58
Tabulka 4 Během pobytu v nemocnici	60
Tabulka 5 Po operaci (1).....	62
Tabulka 6 Po operaci (2).....	64

Seznam příloh

Příloha 1.....	I
Příloha 2.....	II
Příloha 3.....	III
Příloha 4.....	IV
Příloha 5.....	V
Příloha 6.....	VII
Příloha 7.....	IX
Příloha 8.....	X

Příloha 1:

SOUHLAS RESPONDENTA S ÚČASTÍ V OŠETŘOVATELSKÉM VÝZKUMU

NÁZEV STUDIE: Potřeby pacienta po orchiektomii

STUDENT

Jméno Jitka Urbánková

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail urbankovajitka@email.cz

VEDOUcí DIPLOMOVÉ PRÁCE:

Jméno Mgr. Kateřina Ratislavová

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail rastislav@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit potřeby a pocity pacienta před diagnostikováním, při sdělení závažné diagnózy onemocnění a po prodělané operaci pro testikulární nádor. Zajímá nás možnost zlepšení kvality ošetřovatelské péče o pacienty s tímto onemocněním. Zjišťujeme, jaké informace chybí veřejnosti o problematice nádorů varlat a brání pacientům ke včasnému navštívení lékaře.

S Vaším svolením bude naše korespondence součástí výzkumu. Úryvky z ní mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky zaslané e-mailem, pokud nebudete sám chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné ošetřovatelské studii. Souhlasím s využitím mnou zaslanych písemných materiálů pro studii. Rozumím, že mohu kdykoliv od studie odstoupit a že citace informací, které jsem zaslal, budou použity anonymně, nebudou ve studii identifikovány.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis výzkumníka:.....J. Urbánková.....Datum:

Příloha 2:

1. Asynchronní e-mailový rozhovor

Dobrý den, jmenuji se Jitka Urbánková, jsem studentkou Západočeské Univerzity v Plzni, katedry zdravotnických studií, Magisterského studia, 2. ročník.

Tématem mé Diplomové práce jsou **Potřeby pacienta po orchiektomii** (odstranění varlete/varlat).

Po předchozí domluvě bych Vás chtěla poprosit o zodpovězení otázek (viz níže). Přečtěte si také prosím informovaný souhlas s účastí na mé studii, který je v příloze a oba dva listy mi prosím zašlete v předpřipravené obálce.

Velmi mne zajímá Vaše osobní zkušenost s nemocí, Vaše potřeby a problémy, které jste řešil v průběhu onemocnění, nebo řešíte nyní. Výsledky studie bychom rádi využili pro zkvalitnění péče o pacienty.

Účast ve studii zahrnuje výměnu několika e-mailů, dopisů, nebo osobních rozhovorů (dle Vašeho výběru), které budou zaměřeny na anamnézu, období před stanovením diagnózy a na období léčby. V tomto dopisu bych Vás ráda požádala o vyplnění několika krátkých otázek:

Váš věk v době operace varlete /varlat:

Bylo Vám odstraněno jedno, či obě varlata?

Kolik měsíců jste po operaci?

Vaše dosažené vzdělání?

Váš rodinný stav (jste ženatý, svobodný, nebo rozvedený, apod.)?

Vyskytlo se toto onemocnění již dříve ve Vaší rodině?

Prodělal jste ve svém životě již nějaká jiná závažná onemocnění? Jaká?

Za Vaší spolupráci velmi děkuji.

Příloha 3:

2. Asynchronní e-mailový rozhovor

Děkuji Vám za zodpovězení mých otázek při prvním e-mailu a prosím Vás o další spolupráci a zodpovězení pro mne velmi důležitých otázek.

Otázky v tomto jsou zaměřené na Vaše pocity a potřeby v době před a při zjištění diagnózy. Budu velmi ráda za Vaše návrhy, v jaké oblasti by mohla být ze strany zdravotníků péče o pacienty s onemocněním varlat zlepšena. Vaše odpovědi mohou být libovolně dlouhé, podle Vašich časových a jiných možností. Budu si velmi vážit Vaší otevřenosti. Můžete odpovídat přímo v e-mailu nebo poslat odpovědi v příloze. Pokud se Vám na nějakou otázku nebude chtít odpovídat, můžete ji samozřejmě vynechat.

Před zjištěním Vaší diagnózy

Věděli jste o prevenci (o možnosti včasného možného odhalení) nádoru varlat?

Jaké jste měl obtíže, které Vás přivedly k lékaři?

Za jak dlouho od podezření na problém jste navštívil lékaře?

Co Vám probíhalo v danou chvíli hlavou?

Jaké pocity ve Vás vyvolal první kontakt se zdravotnickým personálem?

Co by mohlo být v té době jinak? Co by Vám pomohlo?

Při zjištění diagnózy

Byla Vám sdělena diagnóza přijatelným způsobem?

Postrádal jste nějaké informace?

Jaké pocity u Vás převládaly?

Co ze strany zdravotníků mohlo být jinak?

Pociťoval jste oporu ve Vašem nejbližším okolí?

Plánoval jste, nebo plánujete rodinu?

Byla Vám nabídnuta možnost kryoprezervace (zamražení spermatu) v IVF centru?

Využil jste této možnosti?

Máte nějaké návrhy na zlepšení péče?

Velmi Vám děkuji za ochotu odpovídat na tyto citlivé otázky! Jitka Urbánková

Příloha 4:

3. Asynchronní e-mailový rozhovor

Srdečně Vám děkuji za Vaší spolupráci.

Prosím vás ještě o doplnění nejspíše posledních dotazů, které se týkají období v době operace a po ní.

Jaký byl přístup lékařů a sester během Vašeho pobytu v nemocnici při operaci?

Byly informace, které jste během hospitalizace získal, dostatečné?

Potřeboval byste v té době něco změnit jinak?

Očekával jste něco jiného od zdravotníků?

Byla Vám před operací nabídnuta možnost silikonového implantátu varlete?

Využil jste ji?

Po operaci

Chyběly Vám nějaké informace?

Co bylo pro Vás v tomto období nejdůležitější?

Jak jste se s nemocí vyrovnával?

Byli Vám zdravotníci oporou nebo s čím by Vám mohli ještě pomoci?

Je Vám podávána substituční léčba Testosteronem (Nebido, Sustanon, a pod.)?

Pokud je Vám tato léčba podávána jaký máte názor na tuto léčbu?

Provádíte samovyšetřování varlat?

Změnil se nějak Váš vztah s partnerkou a sexuální život?

Je ještě něco pro Vás důležitého, co tu zatím nezaznělo?

Co byste vzkázal mužům ohledně prevence tumoru varlat?

Co byste vzkázal zdravotníkům?

Děkuji za Vaši trpělivost a odvahu odpovídat na otázky. Vaše výpověď je pro nás velmi důležitá a doufám, že tím všichni můžeme přispět ke zlepšení péče o další pacienty!

Jitka Urbánková

INFORMACE PRO PACIENTY PO ORCHIEKTOMII

Vážený pane,

prodělal jste operativní odstranění varlete (varlat), důvod této operace znáte již ze sdělení diagnózy od lékaře, zde shrnujeme podstatné informace:

Funkce varlat - ve varlatech probíhá zrání spermií, neboli spermatogeneze, tudíž se podílejí na reprodukci. Dále vytvářejí hormon testosteron, ten je odpovědný za vývoj mužských pohlavních orgánů, jenž ovlivňuje druhotné pohlavní znaky, mužské chování a citění.

Co se děje ve Vašem těle po odstranění varlete?

Pokud je Vám odstraněno pouze jedno varle, neděje se nic zásadního, jelikož druhé varle převezme funkci odstraněného varlete, jak v produkci testosteronu, tak ve spermatogenezi a budete nadále reprodukce schopný.

V případě potřebného budoucího ozařování, nebo hematoonkologické léčby, je možné před započítím léčby provést kryoprezervaci (zamražení spermatu), kdy si v reprodukčním centru uschováte vzorek svého spermatu a ten bude moci být použit s Vaším souhlasem k oplodnění Vaší partnerky,

Jsou-li Vám odstraněna obě varlata, znamená to pro Vás úplnou sterilitu (není možné již žádné početí potomka) a potřebu substituce (dodávání) testosteronu pomocí léčivého přípravku, i v tomto případě je možná kryoprezervace před vlastní operací.

Příznaky nedostatku testosteronu jsou různé a často se kombinují, a negativně ovlivňují např. **sexuální život** nemocného, tj. snížení zájmu o sex

(pokles libida), pokles hladiny sexuální vzrušivosti a různé míry poruchy erekce. Další skupiny potíží jsou potíže **neuromuskulární** (nervosvalové) a k těm se např. řadí snížení svalové hmoty, osteoporóza (řidnutí kostí), centrální ukládání tuků („pivní břicho“) aj. Dále se může jednat o potíže **psychického rázu**, tj. například zhoršení paměti, náhlé stavy skleslosti, melancholie až deprese. Mnohdy se může také jednat o změny nálad, zvýšenou podrážděnost bez jasné příčiny.

Všechny tyto nepříjemné příznaky mohou být dodáním testosteronové substituční léčby zmírněny až odstraněny.

Testosteronová léčba může být podávána formou léků (denní užívání), injekcí (podávaných po 3 týdnech nebo po 3 měsících), či formou gelu (do ramene se denně vmasírovává patřičná dávka gelu).

Se svými obtížemi se nebojte obrátit na svého lékaře urologa, který Vám může pomoci se Vašich problémů zbavit.

Neopomínejte pravidelné kontroly v urologické ambulanci.

NEZAPOMEŇTE!!!

Ač jste po operaci varlat, stále je pro Vás důležité samovyšetřování šourku pohmatem a v případě zjištění změn (bulek), je nutná návštěva lékaře. Vždy je dobře nechat je vyšetřit včas, tj. co nejdříve po objevení změn.

Lépe přijít zbytečně, než pozdě!

Bc. Jitka Urbánková

Příloha 6:

NEJČASTĚJŠÍ OTÁZKY MŮŽŮ PO ORCHIEKTOMII

CO BUDE DÁL?

Po operaci dodržujte pokyny lékařů a sester, kteří vás budou edukovat jak postupovat v pooperačním období.

Až budete propuštěn do domácího ošetřování nejméně 3 měsíce se vyvarujte zvedání těžkých předmětů, zvýšené tělesné aktivity a námaze.

NEMŮŽE SE NEMOC VRÁTIT?

Toto onemocnění se může vrátit a objevit třeba na druhém varletu, nebo i jinde v těle, či v pooperační ráně.

JAK TOMU MŮŽU ZABRÁNIT?

Zabránit návratu tohoto onemocnění není možné, ale včasným odhalením pomocí pravidelného samovyšetřování varlat (šourku) a dodržováním pravidelných dispenzárních kontrol lze případný relaps (znovu vzplanutí) onemocnění objevit ve včasné fázi.

EXISTUJE PREVENCE?

Prevenci je pouze pravidelné samovyšetřování varlat (šourku) a po zjištění bulky, zatvrdnutí a nebo jímé nesrovnalosti oproti předchozímu samovyšetření jít ihned na urologické vyšetření.

BC. JITKA URBÁNKOVÁ

 FAKULTA
ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ
UNIVERZITY
V PLZNI

HES, ONDŘEJ, MICHAL MICHAL A PETR MUKENŠNÁBL. NÁDORY VARLAT. PLZEŇ: EUROVERLAG, 2007.
ISBN 978-80-7177-000-8
[HTTPS://WWW.MUZIPROTIRAKOVINE.CZ/](https://www.muziprotirakovine.cz/)

Obrázek 1: Leták pro pacienty, strana 1



FAKULTA
ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ
UNIVERZITY
V PLZNI

BC. JITKA URBÁNKOVÁ

JAK TO BUDE S POHLAVNÍM ŽIVOTEM? BUDU JEŠTĚ PLNOHODNOTNÝ MUŽ?

Na tuto skutečnost má vliv testosteron, který se tvoří ze 2/3 ve varletech a z 1/3 v nadledvinách. Pokud vám bylo odebráno pouze jedno varle, jeho funkci zastane ve většině případů varle zbývající.

Jsou - li vám odebrána obě varlata, je možné, že podle výsledků vám bude testosteron dodáván buď formou léků, nebo injekcí a nebo pomocí gelového přípravku, který se denně vmasírovává do kůže.

BUDU MOCI BÝT OTCEM?

Bylo-li vám odebráno pouze jedno varle a druhé varle je zdravé, je velmi pravděpodobné, že plánovanému početí nebude nic bránit.

Pokud vám byla odebrána obě varlata a povedlo se vám provést kryoprezervaci spermatu (zamražení a následné uchování ve spermobance), můžete se stát otcem pomocí asistované reprodukce.

JAK TO BUDE S MOŽNÝM POČETÍM POTOMKA PO NÁSLEDUJÍCÍ ONKOLOGICKÉ LÉČBĚ?

Dle odborné literatury je doporučováno sledování pacienta po ukončení onkologické či radiologické léčbě, následně provést hormonální vyšetření a spermogram.

S početím potomka je doporučováno počkat nejméně 1 rok po ukončení léčby.

HES, ONDŘEJ, MICHAL MICHAL A PETR MUKENŠNÁBL. NÁDORY VARLAT. PLZEŇ: EUROVERLAG, 2007.
ISBN 978-80-7177-000-8
[HTTPS://WWW.MUZIPROTIRAKOVINE.CZ/](https://www.muziprotirakovine.cz/)

Obrázek 2: Leták pro pacienty, strana 2

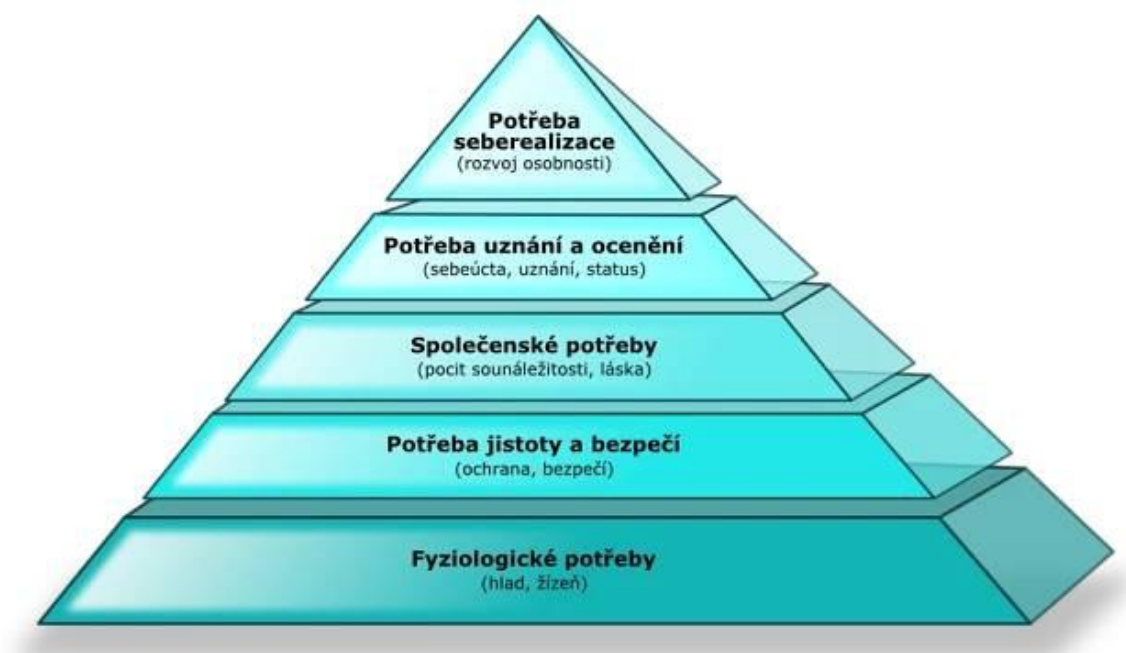
Příloha 7:



Obrázek 3: Trenažér na samovyšetřování varlat

<https://www.anatomicke-pomucky.cz/modely-panve-a-genitalii/284-model-lidskych-varlat-4053083003266.html>

Příloha 8:



Obrázek 4: Maslowova pyramida potřeb

<https://www.fyzioterapievpraxi.cz/clanky/jsme-co-jime>