

Kvalita života u pacientů s karcinomem prostaty

Denisa Kočnarová

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Denisa Kočnarová
Osobní číslo: H20153
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Kvalita života u pacientů s karcinomem prostaty

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti karcinomu prostaty a kvality života.
Příprava metodiky kvantitativního šetření.
Formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace kvantitativního šetření technikou dotazníků.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků kvantitativního šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

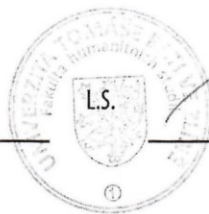
- BRODÁK, M. *Karcinom prostaty a radikální prostatektomie*. Olomouc: Solen, 2013. ISBN 978-80-7471-018-6.
- DUŠEK, P. *Farmakologická léčba karcinomu prostaty: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2010. ISBN 978-80-7345-215-5.
- DVOŘÁČEK, J., M. BABJUK a kol. *Onkologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-349-4.
- GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
- PAYNE, L. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- RATH, H. M. et al. Psychosocial and Physical Outcomes of In- and Outpatient Rehabilitation in Prostate Cancer Patients Treated with Radical Prostatectomy. *Support Care Cancer*, 2016, vol. 24, no. 6, pp. 2717-2726. DOI: 10.1007/s00520-016-3076-7.

Vedoucí bakalářské práce: **prof. MUDr. Anton Pelikán, DrSc.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **3. listopadu 2023**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2024**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....
Kočnarová Denisa

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

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

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je kvalita života u pacientů s karcinomem prostaty. Hlavním cílem práce bylo zjistit, do jaké míry je u nemocných s karcinomem prostaty ovlivněna jejich kvalita života a jaké oblasti jsou u nemocných se zhoubným nádorem prostaty nejvíce zasaženy.

Teoretická část práce je rozdělena na dvě části. První část zahrnuje celkovou problematiku karcinomu prostaty. Ve druhé části této práce se věnuji problematice kvality života.

Praktická část se zabývá kvantitativním šetřením, které bylo realizováno na základě získaných informací pomocí dotazníků vlastní konstrukce. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 53 respondentů. Dotazníky byly rozdány skupině pacientů s karcinomem prostaty. Výsledky výzkumného šetření jsou shrnuty v diskusi a porovnány s odbornou literaturou.

Klíčová slova: karcinom prostaty, diagnostika, léčba, kvalita života, dotazník vlastní konstrukce

ABSTRACT

The topic of the bachelor thesis is quality of life in patients with prostate cancer. The main aim of the thesis was to find out to what extent the quality of life is affected in prostate cancer patients and which areas are most affected in prostate cancer patients.

The theoretical part of the thesis is divided into two parts. The first part covers the general issues of prostate cancer. In the second part of this thesis I discuss the quality of life issues.

The practical part deals with the quantitative investigation, which was carried out on the basis of the information obtained using questionnaires of my own design. A total of 53 respondents took part in the research investigation. The questionnaires were distributed to a group of patients with prostate cancer. The results are summarized in the discussion and compared with the literature.

Keywords: prostate cancer, diagnosis, treatment, quality of life, self-administered questionnaire

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce prof. MUDr. Antonovi Pelikánovi, DrSc. za ochotu, vstřícnost, cenné rady a perfektní spolupráci v rámci vedení této práce.

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

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 KARCINOM PROSTATY	13
1.2 EPIDEMIOLOGIE.....	15
1.3 ETIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY.....	17
1.3.1 GENETICKÉ VLIVY.....	17
1.3.2 HORMONÁLNÍ VLIVY.....	17
1.3.3 ŽIVOTNÍ STYL A DIETNÍ FAKTORY.....	18
1.4 SKRÍNING KARCINOMU PROSTATY.....	19
1.5 PATOLOGIE NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ PROSTATY.....	20
1.5.1 TNM KLASIFIKACE.....	20
1.5.2 HISTOPATOLOGICKÝ GRADING A GLEASON SKÓRE.....	21
1.6 KLINICKÝ OBRAZ.....	23
1.7 DIAGNOSTIKA.....	24
1.7.1 PSA (prostatický specifický antigen).....	24
1.7.2 BIOPSIE.....	26
1.7.3 DRE (digitální rektální vyšetření).....	27
1.7.4 TRUS (transrektální ultrasonografické vyšetření).....	27
1.7.5 POMOCNÉ VYŠETŘOVACÍ METODY.....	28
1.8 LÉČBA.....	29
1.8.1 RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE (RAPE).....	30
1.8.2 RADIOTERAPIE.....	31
1.8.3 HORMONÁLNÍ LÉČBA.....	34
1.8.4 CHEMOTERAPIE.....	35
1.8.5 PROTONOVÁ LÉČBA.....	36
1.8.6 KOMBINOVANÁ LÉČBA.....	37
1.8.7 PALIATIVNÍ LÉČBA.....	37
2 KVALITA ŽIVOTA A JEJÍ VÝVOJ	38
2.1 DEFINICE POJMU.....	38
2.2 VÝZNAM HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA V KLINICKÉ PRAXI.....	39
2.2.1 PŘÍKLADY VYUŽITÍ NÁSTROJŮ K MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	40
2.3 KVALITA ŽIVOTA ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH.....	43
2.3.1 SPECIFICKÉ NÁSTROJE MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA U PACIENTŮ S ONKOLOGICKÝMI CHOROBAMI.....	44
II PRAKTICKÁ ČÁST	46
3 VÝZKUM A JEHO METODIKA	47
3.1 HLAVNÍ CÍL.....	47

3.2	DÍLČÍ CÍLE	47
3.2.1	DOTAZNÍK	47
3.2.2	SKUPINA RESPONDENTŮ.....	48
3.2.3	ORGANIZACE VÝZKUMU A METODA SBĚRU DAT	48
3.2.4	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	49
4	ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT.....	50
5	DISKUZE	66
6	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	71
	ZÁVĚR	72
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	74
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	78
	SEZNAM TABULEK.....	79
	SEZNAM PŘÍLOH.....	80

ÚVOD

Karcinom prostaty je celosvětově vnímán jako jeden z nejčastějších a nejzávažnějších onkologických onemocnění. Jedná se o nejčastější malignitu v urologii a v České republice je karcinom prostaty hodnocen hned na druhém místě, jako nejčastější onkologická diagnóza mužské populace vůbec. Jedná se o onemocnění s velkým počtem nemocných a poměrně vysokou úmrtností. Ačkoliv je dnešní doba již poměrně vyspělá v oblasti moderní medicíny i onkologie, mortalita karcinomu prostaty stále stoupá, a proto je nutné, aby především mužská populace i celková populace měla dostatečné informace k danému onemocnění.

Toto téma jsem si vybrala z důvodu zájmu o celkovou problematiku onemocnění karcinomu prostaty. S pacienty, kterým byl diagnostikován karcinom prostaty jsem se během své praxe již několikrát setkala a byla jsem tak součástí celkového obrazu této problematiky.

Zároveň jsem se také chtěla o daném onemocnění dozvědět více a současně mě zajímala kvalita života nemocných, kterým byl zhoubný nádor prostaty diagnostikován. Onkologické onemocnění, tak jako jakékoliv jiné onemocnění, může výrazně ovlivnit kvalitu života člověka jako takovou. Jedná se o výrazný zásah do fyzické, psychické i sociální pohody každého jedince. Z tohoto důvodu je zásadní, aby byl každý jedinec o daném onemocnění dostatečně informován a dokázal tak případně zasáhnout včas.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KARCINOM PROSTATY

1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE PROSTATY

Předstojná žláza neboli prostata je součástí pohlavních mužských orgánů, ke kterým řadíme také varlata (testes), nadvarlata (epididymis), šourek (scrotum), provazec semenný (funikulus spermaticus), semenné vaky (vesiculae seminales) a penis (pyj), který je překryt volnější vrstvou kůže, kterou nazýváme předkožka (praeputium). Prostata patří mezi přídatné žlázy u mužů. Je uložena v malé pánvi kolem začátku močové trubice (urethry) a nachází se těsně pod močovými měchýřem (vesica urinaria). (Naňka a Elišková, 2009)

Na prostatě rozlišujeme horní plochu, tedy basi (basis prostatica), dále hrot prostaty (apex prostatica), který dosahuje až k diaphragma urogenitale. Prostatou probíhá močová trubice, pars prostatica urethrae, kdy rozlišujeme preurethrální a retrourethrální část prostaty. Dále se popisuje přední, zadní a laterální plocha prostaty. Přední plocha je převrácená k symfýze, kdy je prostata fixována ligamenty (lig. puboprostatica) a zadní plocha naléhá přímo přes vazivovou ploténku na konečník (rectum). Povrch prostaty je pokryt vazivovým obalem, na který naléhá zvenku žilní pletěň (plexus venosus prostaticus). Tato žilní pletěň společně s pánevní fascií tvoří ještě další obal (capsula periprostatica) a fixuje ji k okolí. Prostatu lze vyšetřit přístupem per rektum, tedy přes konečník, nebo je možné použít sonografickou sondu. (Naňka a Elišková, 2009)

Prostata je tvořena 30-50 tuboalveolárními žlázami, hladkou svalovinou a vazivovým stroma. Hlavní funkcí tuboalveolárních žláz je tvorba prostatického sekretu, který je při ejakulaci vypuzován do urethry a celkově tak tvoří 30 % objemu ejakulátu. Žlázy jsou vystlány jednořadým a víceřadým epitelem, jehož charakter je ovlivněn v závislosti na hormonální stimulaci a věku. Celou prostatou poté prostupuje hladká svalovina společně s vazivovým stroma, které obklopuje všechny tyto žlázy. Část předního úseku prostaty je pak tvořena pouze hladkou svalovinou a vazivem. Hladká svalovina ve stěně prostatického úseku, tedy jednoho ze tří úseků močové trubice, poté navazuje na svalovinu krčku močového měchýře a stahuje se při ejakulaci. (Naňka a Elišková, 2009)

Prostata, jako taková je také členěna do jednotlivých tří zón. Tyto zóny jsou vymezeny na základě vývojového původu žláz, také podle jejich polohy a podle klinických hledisek. (Naňka a Elišková, 2009)

Periferní zóna prostaty je nejobjemnější a obsahuje dlouhé a rozvětvené žlázy, které dosahují k povrchu zadní plochy prostaty a dále pokračují dopředu podél laterálních ploch prostaty. Tyto žlázy produkují největší část sekretu a obsahují 70 % objemu prostaty. Rizikem je zde vznik maligních buněk, na jejichž podkladě vzniká karcinom prostaty. (Naňka a Elišková, 2009)

Centrální neboli vnitřní zóna prostaty obsahuje podslizniční žlázy, které tvoří cca 25 % prostaty a zaujímá oblast kolem ductus ejaculatori od báze po collicus seminalis. (Naňka a Elišková, 2009)

Poslední, třetí zóna se nazývá přechodná zóna, lokalizovaná podél urethry v úseku nad colliculus seminalis. Tato zóna je nejméně objemnou částí prostaty a tvoří pouze 5 % žláz. Žlázy, které tvoří tuto zónu leží periurethrálně ve sliznici močové trubice. V přední straně před touto žlázou se nachází nežlázová část prostaty, která je složena především z vaziva a z hladké svaloviny (tzv. fibromuskulární stroma). V této oblasti dochází k hyperplazii žláz, která je v pozdním věku zdrojem benigní hypertrofie prostaty. (Naňka a Elišková, 2009)

Do cévního a nervového zásobení řadíme větve a. rectalis media, a. vesicalis inferior na dorsální straně a a. pudenda interna na straně přední. Žilní pleteně se utváří pod vazivovým obalem (plexus venosus prostaticus), který je napojen na plexus močového měchýře. V tomto místě odtéká krev do vena iliaca interna. Nejvýznamnější pro klinickou část jsou spojky s paravertebrálními a vertebrálními pleteněmi, které mohou být zdrojem metastatického šíření primárního karcinomu prostaty. (Naňka a Elišková, 2009)

1.2 EPIDEMIOLOGIE

V současné době zůstává i nadále karcinom prostaty jedním z největších zdravotnických problémů naší planety. Patří mezi nejčastější a život ohrožující urologický nádor, který se vyskytuje nejčastěji u mužů nad 50 let. Téměř 10% mužské populace má šanci tímto nádorem onemocnět a někteří z nich mohou i zemřít. (Dvořáček a Babjuk, 2005)

Mezi zhoubnými nádory mužské populace zaujímá karcinom prostaty s 11 % třetí místo hned za nádory plic (22 %) a nádory tlustého střeva a rekta (12 %). Incidence tohoto onemocnění ukazuje na poměrně značné regionální rozdíly. V Evropě je nejvíce postiženou zemí tímto typem nádoru mužské populace Švýcarsko s počtem 90,9 % (ASW-R). Dále skandinávské země s maximem ve Finsku s počtem 80,4 % (ASW-R) a v Norsku s počtem 81,8 % (ASW-R). (Dušek, 2010; Dvořáček a Babjuk, 2005)

Naopak nejnižší incidence karcinomu prostaty je značná ve státech na jihu Evropy. Podle ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR) se Česká republika řadí na zhruba 8. místo v žebříčku evropských zemí se svou incidencí karcinomu prostaty v souvislosti s mezinárodním srovnáním. Na pořadí tohoto žebříčku se také podílí několik významných faktorů. Nepochybně je pořadí ovlivněno celkovou úrovní samotného zdravotnictví, ale také úrovní zdravotní statistiky v příslušném státě. V průmyslově vyspělých státech je prevalence karcinomu prostaty tři krát vyšší než v rozvojových zemích. Příčina této odlišnosti spočívá v několika faktorech, do kterých řadíme např. samotný vliv životního prostředí, způsob životosprávy, ale také geografické a etnické odlišnosti, nedostatek moderních diagnostických technik, samotnou léčebnou péči a v neposlední řadě také nepřesnost statistických údajů. V rozvojových zemích neexistuje nic takového, jako je např. národní onkologický registr, který je hlavním zdrojem přesných dat, a právě z tohoto důvodu vzniká v těchto zemích nepřesnost statistických údajů vzhledem k dané problematice. (Den boje proti rakovině a statistiky ÚZIS ČR, 2021; Dvořáček a Babjuk, 2005)

Riziko vzniku maligního nádoru prostaty také roste s přibývajícím věkem a jak zde již bylo zmíněno, děje se tak především u mužů nad 50 let. Průměrný věk je však přisuzován rozmezí mezi 60–79 rokem života. Mortalita klinicky detekovaného karcinomu prostaty se v České republice s mezinárodním srovnáním řadí na 25. příčku. V roce 2018 zemřelo na karcinom prostaty 1 372 mužů, resp. 26,2 úmrtí na 100 000 mužů. (Novotvary 2018, ÚZIS ČR, 2021)

V dnešní době incidence vzniku rakoviny prostaty stále výrazně stoupá, proto by měl být kladen optimální důraz na prevenci a aktivní monitorování pacientů, a to jak svým obvodním lékařem, tak urologem či dalšími specializovanými zařízeními. (Dvořáček a Babjuk, 2005)

1.3 ETIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY

Etiologie karcinomu prostaty dosud není úplně známá. Existuje však několik faktorů, které je třeba brát v úvahu s možným vznikem zhoubného nádoru prostaty a monitorovat je. Do nejvýznamnějších faktorů řadíme věk, rasovou příslušnost, hormonální vlivy, životní styl s dietními faktory a v neposlední radě také familiární výskyt. (Dušek, 2010; Pacík, 2007)

1.3.1 GENETICKÉ VLIVY

Relativním rizikem pro vznik karcinomu prostaty je také genetická dispozice. Riziko vzniku tohoto onemocnění se zvyšuje s počtem postižených členů rodiny, mírou jejich příbuzenského vztahu a s věkem, ve kterém nemoc propukne. (Doležel, 2012; Dušek, 2010; Dvořáček a Babjuk, 2005)

Karcinom prostaty je konvenčně rozdělen do tří skupin fenotypů. Jako první s nejvyšším počtem 85 % je fenotyp sporadický, kdy je rodinná anamnéza v souvislosti s tímto onemocněním negativní. Dále fenotyp familiární (15 %), při kterém je postižen jeden, nebo více členů rodiny. V poslední řadě fenotyp hereditární, kdy vznikne postižení tří nebo více členů rodiny ve třech následujících generacích, nebo je výskyt tohoto typu podmíněn na základě výskytu u dvou členů rodiny do 55 let. (Dušek, 2010; Dvořáček a Babjuk, 2005)

1.3.2 HORMONÁLNÍ VLIVY

Mužské pohlavní hormony, tedy androgeny mají značný význam jak pro růst a funkci prostaty, tak i pro samotný vznik zhoubného nádoru prostaty. Růst a vývoj prostatického epitelu je výrazně ovlivněn, jak v krvi cirkulujícím testosteronem, tak na v prostatě konvertovaném dihydrotestosteronem. Dihydrotestosteron je pohlavní hormon patřící mezi androgeny vznikající ve varlatech a v prostatě, který během vývoje plodu hraje klíčovou roli ve vývoji pohlavních orgánů. Karcinom prostaty je ve svém počátku závislý na těchto hormonech, avšak pokud dojde k jejich potlačení, postupně může dojít i k jejich ústupu. (Doležel, 2011; Dvořáček a Babjuk, 2005)

Několik studií naznačuje, že vysoký poměr plazmatického testosteronu a dihydrotestosteronu, nízká úroveň estrogenu, vysoká hladina cirkulujícího testosteronu, nebo snížená hladina sexuálních hormonů vázajících globulin jsou spojeny se středním až vysokým rizikem vzniku zhoubného nádoru prostaty. (Dvořáček a Babjuk, 2005)

To, jaký mají androgeny význam pro celkový růst i vývoj prostaty také podporuje zjištění, že se tento nádor netýká ani nevyskytuje u kastrovaných mužů či u jedinců s kongenitálními

hormonálními abnormalitami. Převážná většina karcinomů je hormonálně závislých a asi 20 % pokročilých nádorů na hormonální léčbu nereaguje. (Kawaciuk, 2009; Dvořáček a Babjuk, 2005)

1.3.3 ŽIVOTNÍ STYL A DIETNÍ FAKTORY

Při vzniku zhoubného nádoru prostaty hraje také významnou roli to, jakým způsobem se člověk stravuje a jakým způsobem vede svůj životní styl a s ním i spojené zvyklosti. Potravinové karcinogeny představují jedny z rizikových faktorů, které se výrazně podílejí na vzniku karcinomu prostaty. Např. v USA je strava typická na vysoký přísun živočišných tuků a červeného masa. Jedinci se stravují především ve fastfoodech (rychlé občerstvení), které jsou bohaté na tuky, ale velmi chudé na přísun zeleniny či ovoce. Souvislost mezi nadměrnou konzumací tučných potravin a vznikem samotného karcinomu prostaty je doložena řadou zkušeností a řadou studií, které zkoumají příčinu vzniku tohoto onemocnění. Díky těmto studiím byla zjištěna vysoká konzumace červeného masa a živočišných tuků u postižených mužů. (Doležel, 2011; Dvořáček a Babjuk, 2005)

Potrava, která naopak snižuje riziko vzniku zhoubného nádoru prostaty je konzumace zeleniny (především rajčat) a ovoce, sóji a jejich produktů, ale také konzumace zeleného čaje, který mají antioxidační a anti kancerogenní účinky. (Kliment, 2012; Dvořáček a Babjuk, 2005)

1.4 SKRÍNING KARCINOMU PROSTATY

Skríning je metoda, která poskytuje aktivní vyhledání nemocných či rizikových osob v bezpříznakovém období nemoci, pomocí různých vyšetření a diagnostických testů. Skríning je vždy zaměřený na určitou skupinu lidí a je schopen zachytit onemocnění již v časném stádiu. Primárním cílem této metody je snížení mortality daného onemocnění. Za sekundární cíl je považováno přesné zmapování výskytu daného onemocnění vč. jeho stádií v určitých regionech. (Král a Kudláčková, 2019; Dušek, 2010; Dvořáček a Babjuk, 2005)

Na základě doporučení ACS (Americká společnost rakoviny), by se měl skríning karcinomu prostaty podstoupit po 50. roce života vždy jednou za rok. V současné době je doporučeno u osob s pozitivní rodinnou anamnézou na zhoubný nádor prostaty podstoupit skríning již ve 40 letech života. (Pacík, 2007; Dvořáček a Babjuk, 2005)

Skríning karcinomu prostaty se provádí na základě odběru krve na hladinu PSA (prostatický specifický antigen), a na základě vyšetření per rektum. Tyto vyšetření poskytuje urolog, či obvodní lékař na základě jeho doporučení. (Dvořáček a Babjuk, 2005)

1.5 PATOLOGIE NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ PROSTATY

Nejčastějším nádorem prostaty je acinární (konvenční) adenokarcinom. Tento typ nádoru vychází z epitelálních buněk proximálních ductů a acinů a tvoří více jak 95 % všech maligních nálezů. Ve většině případů je růst nádoru velmi pomalý, trvající v řádu několika let, avšak jeho náhlé zrychlení není vyloučeno. (Doležel, 2012)

Acinární karcinom vzniká ze sekrečních buněk prostatických acinů, které obsahují prostatickou kyselou fosfatázu a PSA. Dalšími, avšak vzácnějšími podtypy zhoubných nádorů prostaty jsou nádory mucinózní, malobuněčné, sarkomatoidní, dlaždicobuněčné a intraduktální, dále mezenchymové a nádory z přechodného epitelu. (Hanuš a Macek, 2015; Dušek 2010; Dvořáček a Babjuk, 2005)

1.5.1 TNM KLASIFIKACE

Pomocí TNM klasifikace je určeno stádium, nebo rozsah (staging) nemoci ze tří hledisek. Z hlediska lokálního rozsahu primárního tumoru (**T**), z hlediska šíření metastáz do regionálních lymfatických uzlin (**N**) a z hlediska výskytu vzdálených metastáz (**M**). Kategorie M a N jsou určeny pro hodnocení již systémového onemocnění. Klasifikace se hodnotí dvojím způsobem: jednak jako klinická klasifikace, kdy byl nález zjištěn klinickým vyšetřením, a jednak jako patologická klasifikace, kdy byl nález zjištěn patologem po histologickém vyšetření operačního materiálu. TNM klasifikace se vztahuje pouze na adenokarcinom prostaty. (Brierley et al., 2024; Kliment, 2012; Dušek, 2010)

Zařazení do **kategorie T** (primární nádor) probíhá na základě vyšetření per rektum, dále na základě výsledků zobrazovacích metod (MR, CT), vč. PSA, biopsie a endoskopického vyšetření prostaty. (Dvořáček, 2005)

TX – nelze posoudit primární nádor

T0 – nejsou známky primárního nádoru

T1 – nezobrazitelný a nehmatný (klinicky nezjistitelný) nádor

T1a – nádor je zjištěn histologicky v 5 % a méně resekované tkáně

T1b – nádor je zjištěn histologicky ve více než 5 %

T1c – nádor je zjištěn provedením punkční biopsie, na základě zvýšené hodnoty PSA

T2 – nádor je omezen na prostatu, bez šíření mimo pouzdro prostaty

T2a – nádor se vyskytuje v jedné polovině laloku a méně

T2b – nádor se vyskytuje ve více než jedné polovině laloku

T2c – nádor se vyskytuje v obou lalocích

T3 – lokálně pokročilý nádor s šířením mimo prostatu

T3a – nádor se šíří jednostranně i oboustranně mimo prostatu

T3b – nádor se šíří do semenných váčků

T4 – nádor je rozšířen do okolních struktur (hrdlo močového měchýře, rektum, pánevní stěna). (Brierley et al., 2024, Dvořáček a Babjuk, 2005)

Kategorie N je stanovena na základě CT, nebo MR. Absolutní posouzení postižení regionálních lymfatických uzlin je možné určit na základě provedení lymfadenektomie. (Brierley et al., 2024; Dvořáček a Babjuk, 2005)

NX – nelze hodnotit regionální uzliny

N0 – nejsou postiženy regionální uzliny

N1 – jsou přítomny metastázy v uzlinách

Kategorie M (hodnocení vzdálených metastáz) je stanovena na základě fyzikálního vyšetření, scintigrafie skeletu, RTG pánve a plic, vylučovací urografie, CT a PSA. (Brierley et al., 2024; Dvořáček a Babjuk, 2005)

MX – nelze posoudit přítomnost vzdálených metastáz

M1a – postižení mimo regionální uzliny

M1b – metastázy v kostech

M1c – jiná lokalizace vzdálených metastáz. (Brierley et al., 2024; Kliment, 2012; Dvořáček a Babjuk, 2005)

1.5.2 HISTOPATOLOGICKÝ GRANDING A GLEASON SKÓRE

Gleasonovo skóre je od roku 1980 standartním hodnocením histopatologického gradu a v mnoha studiích také posloužilo, jako předpověď definitivního stádia onemocnění. (Brierley et al., 2024; Dvořáček a Babjuk, 2005)

G1 – dobře diferenciovaný karcinom – lehká anaplazie (Gleason skóre 2-4)

G2 – středně diferenciovaný karcinom – střední anaplazie (Gleason skóre 5-6)

G3 – málo diferenciovaný karcinom – výrazná anaplazie (Gleason skóre 7-10). (Dvořáček, 2005)

Nádory lze hodnotit také podle jejich tří vlastností, které jsou označovány následně.

Typing je definicí pro stanovení histologického typu nádor.

Grading je pojmenování pro stanovení stupně ztráty podobnosti nádoru s původní tkání.

Staging je definicí pro stanovení klinické pokročilosti onemocnění. (Brierley et al., 2024; Dvořáček a Babjuk, 2005)

1.6 KLINICKÝ OBRAZ

Karcinom prostaty je nejčastěji diagnostikován na základě odběru krve na prostatický specifický antigen (PSA), který ukazuje zvýšené hodnoty, ale nemusí být doprovázen žádnými dalšími subjektivními příznaky. Dlouhou dobu bývá zhoubný nádor prostaty naprosto asymptomatický a projeví se až v pokročilém stádiu. (Brodák, 2011; Pacík, 2007)

V pokročilém stádiu, pokud jsou přítomny určité příznaky, jsou většinou případů shodné s obstrukčními a iritačními příznaky, které doprovázejí benigní hyperplazii prostaty (BHP) a řadíme je do souhrnného názvu pod symptomy onemocnění dolních močových cest. Patří zde např. oslabení proudu moče, dysurie, polakisurie, nykturie. Hematurie, která nejčastěji souvisí s obstrukcí v oblasti ureterální, je pak ukazatelem pro lokálně pokročilý karcinom, kdy je urologické vyšetření nezbytně nutné. (Kliment, 2012; Dušek, 2010)

Také se onemocnění ve velmi pokročilém stádiu může projevovat vlivem vzdálených metastáz, nebo vlivem lokálního přerůstání nádoru do okolních struktur. Mezi příznaky takto pokročilého až metastatického nádoru řadíme např. bolesti zad, hubnutí, výrazné otoky dolních končetin, celkovou slabost, bledost. (Kliment, 2012; Dvořáček a Babjuk, 2005)

V některých případech se u pacientů karcinom prostaty projeví bolestmi v kostech, které jsou nejčastěji hlavními ukazateli vzdálených metastáz. Tyto bolesti jsou často velmi progresivní a postihují především pánev, spodní část páteře a proximální část stehenních kostí. (Kawaciuk, 2009; Dvořáček a Babjuk, 2005)

U starších mužů jsou tyto bolesti naneštěstí často přisuzovány revmatickému, nebo degenerativnímu onemocnění kloubů. Avšak pokud jsou bolesti trvalé, především v křížové oblasti, vzbuzují podezření na karcinom prostaty. Postupem času může docházet i k patologickým frakturám, jelikož tělo obratlů není pevné a způsobuje utlačení míchy s následnými neurologickými příznaky. Metastázy v kostní dřeni pak mohou vést ke kachexii, nebo k normocytární anémii. (Kliment, 2012)

1.7 DIAGNOSTIKA

Samotná diagnostika začíná nejdříve rozhovorem s pacientem, kdy se lékař snaží získat co nejvíce informací a základních údajů o celkovém zdravotním stavu, rodinné anamnéze a příznacích aktuálního onemocnění. (Dušek, 2010)

Mezi nejdůležitější ukazatele pro diagnostiku karcinomu prostaty patří vyšetření hladiny prostatického specifického antigenu (PSA), biopsie prostaty s následným histopatologickým vyšetřením odebrané tkáně a vyšetření per rektum. Dále zde řadíme TRUS (transrektální ultrasonografické vyšetření), DRE (digitální rektální vyšetření) vč. ostatních zobrazovacích metod. (Dušek, 2010; Dvořáček a Babjuk, 2005)

1.7.1 PSA (prostatický specifický antigen)

PSA byl objeven roku 1970 Ablinem a spol., avšak do klinické praxe se začal aplikovat o něco později, zhruba v 80. letech minulého století. Využití prostatického specifického antigenu značí nejvyšší pokrok v diagnostice karcinomu prostaty, vč. diagnostiky jeho včasných stádií. PSA je glykoprotein, který je produkován epitelovými buňkami žláz prostaty a za fyziologických podmínek se do krevního řečiště dostává pouze malé množství. Pokud jsou hodnoty vyšší, ukazují na produkci nádorových buněk a zvyšuje se tak i jejich celková koncentrace v krvi. (Kliment, 2012; Dvořáček a Babjuk, 2005)

Fyziologická hodnota PSA v krvi je 0-4 ng/ml. Za mírně zvýšené hodnoty jsou považovány hodnoty od 4,1 do 10 ng/ml a za patologickou hodnotu je považována hodnota vyšší jak 10,1 ng/ml. Hodnoty sérové koncentrace PSA se mohou výrazně lišit v rámci jakékoliv manipulace s prostatou. Z tohoto důvodu je doporučeno odebírat PSA z krve pacienta před jakýmkoliv klinickým zásahem. Odlišnost hodnot může být zapříčiněná také samotnou jízdou na kole, sexuální aktivitou, masáží, nebo např. po biopsii prostaty. Dále v rámci instrumentálního vyšetření urethry, či po transureterální resekci prostaty aj. Po biopsii a po transureterální resekci prostaty se zvýšená koncentrace PSA zpravidla upraví po 4-6 týdnech. (Kliment, 2012)

Ačkoliv je PSA brán za největší přínos diagnostiky maligního nádoru prostaty dnešní doby, jeho zvýšené hodnoty nejsou jednoznačné pouze u tohoto onemocnění, což je pro přesnou diagnostiku nevýhodou. Lehce či mírně zvýšené hodnoty se mohou vyskytovat také u pacientů se zápalom prostaty, s BPH (benigní hyperplazií prostaty) či po samotné biopsii prostaty. Při hodnotě PSA 4-10 ng/ml má zhoubný nádor prostaty méně než 50 % mužů.

Z tohoto důvodu je PSA brán za specifický marker pro tkáň prostaty, nikoliv pro karcinom prostaty. S cílem zvýšení přesnosti, senzitivity a specifčnosti PSA, byly zavedeny následující testy. (Hradil et al., 2014; Kliment, 2012; Dvořáček a Babjuk, 2005)

- **Stanovení volné a vázané frakce PSA**

U pacientů se zhoubným nádorem prostaty je v krvi zjištěn menší podíl volné frakce v plasmě cirkulujícího PSA. Pokud je podíl volné frakce v krvi pacienta nižší než 15 %, poukazuje na možnost karcinomu prostaty. Nicméně nejvýznamnější hodnota je především ta, která je nižší než 10 %, a která se více shoduje s možnou přítomností karcinomu prostaty. Pokud je hodnota frakce vyšší než 20 %, je ukazatelem pro BPH (benigní hyperplazii prostaty). Tento test je využíván při odlišnosti maligního nádoru prostaty od BPH a také při naměřených hodnotách PSA v krvi v rozmezí 4,0-10,0 ng/ml. (Kliment, 2012)

- **Stanovení denzity PSA**

Hodnota PSA je taktéž přímo vázaná na celkový objem prostaty. Denzitu PSA určíme, pokud se hodnota PSA dělí objemem prostaty zjištěným v rámci transrektálního ultrasonografického vyšetření. Pokud jsou hodnoty denzity vyšší než 0,15 značí vyšší pravděpodobnost vzniku karcinomu prostaty. (Kliment, 2012; Dvořáček a Babjuk, 2005)

- **Stanovení velocity PSA**

Velocita vyjadřuje změnu PSA v určitém časovém rozmezí. Je užitečná především u pacientů, kterým byla naměřena hodnota méně než 10 ng/ml. Pokud se v rámci jednoho roku hodnota PSA zvýší alespoň o 0,35 ng/ml, naznačuje možnost vzniku zhoubného nádoru prostaty. (Kliment, 2012; Dvořáček a Babjuk, 2005)

- **Stanovení PSA podle věku**

Tato metoda vznikla na základě pozorování, kdy se u zdravých mužů sérové hodnoty PSA zvyšují s ohledem na věk, což má úměrnou spojitost se zvětšováním objemu prostaty a možnými patologickými odchylkami v tkáni prostaty. (Kliment, 2012)

- **Zdvojnásobení času PSA**

Tento test je definován, jako určitý časový úsek, během kterého se hodnota PSA zdvojnásobí. Čím více je tedy karcinom prostaty agresivnější, tím je časový úsek kratší. (Kliment, 2012; Dvořáček a Babjuk, 2005)

1.7.2 BIOPSIE

V případě, kdy při vyšetření prostaty pohmatem vznikne určité podezření na zhoubný nádor prostaty, nebo má jedinec zvýšené hodnoty karcinomu prostaty v krvi, následuje další vyšetření, kterým je biopsie prostaty. (Dvořáček a Babjuk, 2005)

Biopsie prostaty je invazivní výkon, během kterého je odebrán vzorek tkáně prostaty na mikroskopické vyšetření. Speciální bioptická jehla je zavedena do přes konečník do prostaty pod ultrazvukovou kontrolou. Díky kontrole ultrazvukem je možné zachytit také samotnou velikost prostaty, či posoudit aktuální rozsah onemocnění. (Kliment, 2012)

Výkon je prováděn ambulantně. 5 dní před výkonem je nutné vysadit léky ovlivňující krevní srážlivost (antikoagulancia), pacientovi je podána antibiotická profylaxe 1-2 hodiny před samotným zákrokem, jako prevence vzniku infekce a zároveň je nutné vyprázdnit konečník. Dle potřeby pacienta je možné podat lokální znecitlivění. Samotný výkon trvá krátce a vážnější komplikace po biopsii prostaty jsou vzácné. Mezi časté komplikace, které mohou po biopsii prostaty nastat, ale v průběhu několika dnů spontánně ustoupí řadíme např. krev v moči, krev v ejakulátu, krátkodobé krvácení z konečníku či retenci moče. Výsledek biopsie je oznámen patologem zhruba do 5-7 dnů. (Kliment, 2012; Dvořáček a Babjuk, 2005)

Je potřeba zdůraznit, že biopsie prostaty je jediné vyšetření, které je skutečným průkazem pro diagnostiku maligního nádoru prostaty. Pokud tedy patolog potvrdil karcinom prostaty na základě mikroskopického vyšetření odebraného vzorku, diagnóza tohoto onemocnění je definitivní. Patolog mimo jiné oznámí také stupeň nádorových buněk, které jsou nejčastěji určeny na základě jednotlivých klasifikací. Odlišnost nádorových buněk, na rozdíl od těch normálních je určena klasifikací tří stupňů (G1-G2-G3). Čím je stupeň vyšší, tím více se buňky odlišují a zároveň tím roste i větší předpoklad pro rychlejší a agresivnější růst samotného onemocnění. (Kliment, 2012)

K hodnocení architektonického uspořádání nádorových ložisek je nejčastěji používán Gleasonův skórovací systém, který je považován za nejspolehlivější ukazatel k určení agresivity daného onemocnění. Tento systém definuje a hodnotí celkově 5 histologických vzorků (stupňů), od G1 (dobře diferencovaný acinární karcinom) až po G5 (disociovaný karcinom) s postupně klesající diferenciací. Relativně příznivé skóre je hodnoceno v rozpětí 2–4, rizikové je 5–7, nepříznivé je 8–10. (Kliment, 2012; Dvořáček a Babjuk, 2005)

1.7.3 DRE (digitální rektální vyšetření)

Digitální rektální vyšetření (DRE) je vyšetření prostaty pohmatem přes konečník. Toto vyšetření je jedno z hlavních vyšetření v urologii a na jeho základě je lékař schopen určit velikost prostaty, ohraničení, nebo celkový charakter daného místa. Normální prostatu lze nahmatat, jako nebolestivou, hladkou a dobře ohraničenou od okolí. Celkový útvar prostaty je elastický, složený ze dvou laloků a oddělen rýhou. Při BPH jsou boční rýhy prohloubeny a rýha, která je umístěna mezi laloky je mělká. (Kliment, 2012; Doležel, 2011; Dvořáček a Babjuk, 2005)

Pokud se jedná o zhoubný nádor prostaty v časném stádiu, pohmatově se prezentuje jako izolovaný a tvrdý uzel, připomínající konzistenci kosti, který má nejasné ohraničení. V případě, kdy karcinom prostaty progreduje, celá žláza se stává velmi tvrdou, asymetrickou a prorůstající až za pouzdro prostaty. Zasaženy jsou také semenné sklípky vč. laterální stěny pánve. (Kliment, 2012)

Interpretace karcinomu prostaty je dána několika faktory, vč. konstituce pacienta, lokalizace a velikosti nádoru. V největší míře maligní nádor prostaty vyrůstá především z periferní zóny, z přechodné a naposled z centrální zóny. Indagační vyšetření sice dokáže odhalit nádor lokalizovaný v periferní zóně, ale palpačně uniká nádor vycházející z přechodné, resp. centrální zóny. Jen u třetiny pacientů se s hmatatelnou tvrdostí žlázy histologicky prokáže karcinom prostaty. Jakoukoliv nahmatanou induraci s podezřením na malignitu je nutné řešit a pacient musí být odkázán k dalším vyšetřením. Samotné indagační vyšetření k potvrzení diagnózy zhoubného nádoru prostaty nestačí, definitivní potvrzení je třeba provést histologickým vyšetřením, resp. biopsií prostaty. (Kliment, 2012; Dvořáček a Babjuk, 2005)

1.7.4 TRUS (transrektální ultrasonografické vyšetření)

TRUS je ultrasonografické vyšetření prostaty, které se provádí pomocí rektální sonografické sondy. Vysokofrekvenční sondy (7,5 MHz) umožňují přesný pohled na prostatu a zároveň poskytují možnost cílené biopsie jednotlivých zón prostaty. Ultrasonograficky je prostatu možné zobrazit přes stěnu břišní, močovou trubici a konečník. Toto vyšetření změří a vyhodnotí jednotlivou velikost i strukturu prostatické žlázy. V případě, kdy je sonografický obraz nejistý následuje histologické vyšetření tkáně prostaty. (Dvořáček a Babjuk, 2005)

Interpretace obrazu TRUS je ovlivněna hned několika faktory. Především strukturou, objemem a lokalizací nádoru. Za nejběžnější sonografický nález při diagnostice karcinomu prostaty je považován obraz hypoechogení léze (70 %), který není až tak přímo typický pro

nádor a zároveň až 30 % tumorů má obraz izoechogení léze, tedy struktury, která splývá s okolními tkáněmi a není ji možné identifikovat. Pokud jsou nádory v průměru menší než 5 mm, sonograficky nejsou viditelné. Zároveň pokud jsou rozsáhlé do celé šíře periferní zóny, taktéž nejsou lehce identifikované, jelikož je nemožné porovnat jejich strukturu od struktury normální tkáně. (Dvořáček a Babjuk, 2005)

V souvislosti s lokalizací nádoru rozlišujeme nádory, vycházející z centrální či periferní zóny, které mohou být často přehlédnutelné, zatím co nádory v periferní zóně jsou většinou dost dobře vidět. (Dušek, 2010)

Ultrasonografický obraz včasného stádia nádoru prostaty tedy není hlavním a definitivním ukazatelem pro diagnostiku maligního nádoru prostaty, jelikož tento obraz může být shodný s obrazem jiných benigních onemocnění. Toto vyšetření je indikováno u pacientů s pozitivním palpačním nálezem během indagačního vyšetření, či u pacientů se zvýšenými hodnotami PSA. Jednoznačně však DRE nezastává pozici první řady v diagnostice včasného zhoubného nádoru prostaty. (Dvořáček a Babjuk, 2005)

1.7.5 POMOCNÉ VYŠETŘOVACÍ METODY

Další vyšetřovací metody jsou zejména zobrazovací, které mohou doplnit celkovou diagnostiku karcinomu prostaty, především však mohou odhalit vzdálené metastázy. Standartním ukazatelem metastáz v kostech je radionuklidová scintigrafie skeletu. Radiační zář je velmi nízká, tudíž vyšetření neobsahuje vedlejší účinky. CT umožňuje zhodnocení lokálního rozsahu onemocnění u pacientů, kteří mají mimo jiné rizikové onemocnění, dále u karcinomů se suspektním přerůstáním do okolních struktur a taktéž umožňuje zhodnocení lymfatických uzlin a jejich případné zvětšení. MR vyšetření poskytuje detailnější zobrazení anatomických struktur prostaty a prostatické tkáně. (Kliment, 2012)

1.8 LÉČBA

Léčba karcinomu prostaty není vždy stejná. Každý nádor je charakteristický svou různorodostí, a proto vyžaduje u každého jednotlivce svůj individuální přístup. Léčbu dělíme na lokální a celkovou. Rozdělení je určeno podle toho, zda je nádor omezen na prostatu, či prostatu přesahuje. Šanci na vyléčení mají nemocní, kterým byl zhoubný nádor prostaty odhalen v časném stádiu nemoci a u kterých byl nádor ohraničen pouze na prostatu. V těchto případech lze s vysokou pravděpodobností nádor odstranit a nemocného vyléčit pomocí tzv. definitivních způsobů léčby. Jedná se o RAPE (radikální prostatektomii), zevní ozáření, brachyradioterapii, adenoterapii. Pokud je nádor ohraničen mimo prostatu, tedy pokud se dostal do svého okolí, stává se systémovým onemocněním a podle stupně progresu hodnotíme nádor jako lokálně pokročilý, nebo metastazující. V těchto případech se nabízí již jen hormonální terapie, nebo paliativní péče. (Dušek, 2010; Dvořáček a Babjuk, 2005)

Léčebná strategie karcinomu prostaty se odvíjí od TNM klasifikace klinického stádia nádoru, dále rozhoduje věk, rodinná anamnéza, hodnota PSA, procento pozitivních histologických vzorků a Gleasonovo skóre. V neposlední řadě činí konečné rozhodnutí sám nemocný, popř. jeho rodinní příslušníci, kteří jej mají v péči. (Kliment, 2012; Dvořáček a Babjuk, 2005)

Rozhodování o léčebném postupu není jednoduché a představuje vysokou míru zodpovědnosti. Primární snahou je vyléčení pacienta. Pokud to není možné, pak je pacient léčen tak, aby byla v co nejvyšší míře zachována jeho kvalita života a pacient mohl důstojně odejít. (Dvořáček a Babjuk, 2005)

V rámci léčby dělíme karcinom prostaty na několik typů.

Lokalizovaný karcinom (T1-2 N0 M0)

Lokálně pokročilý karcinom (T3-4 N0 M0, nebo T1-4 N1 M0)

Recidivující karcinom (po definitivní léčbě)

Metastazující karcinom (generalizovaný, M+)

Hormon-rezistentní karcinom (hormon-independentní). (Kliment, 2012; Dvořáček a Babjuk, 2005)

1.8.1 RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE (RAPE)

V rámci léčby lokalizovaného karcinomu prostaty je prováděna radikální prostatektomie, pomocí které je prostata kompletně odstraněna vč. semenných váčků. Součástí operace je také odstranění pánevních lymfatických uzlin. Radikální prostatektomii je možné provádět několika přístupy. Může být provedena miniinvazivně laparoskopicky, nebo z nejčastěji voleného otevřeného způsobu – retropubického či transperineálního přístupu. (Broďák, 2011)

Chirurg provede řez od symfýzy směrem k pupku a prostatu odstraní ze zadní části stydké kosti. Následně napojí močovou trubici přímo k močovému měchýři, se záměrem volného odtoku moče. Z tohoto důvodu je také po operaci pacientům ponechán permanentní močový katetr v močovém měchýři na zhruba 7-14 dní. Samotný operační zákrok trvá přibližně 2-4 hodiny. (Kliment, 2012; Dušek, 2010; Dvořáček a Babjuk, 2005)

Radikální prostatektomie je indikována u pacientů, kteří mají nádor prostaty ohraničený pouze na prostatu. V takovém případě je nádor plně odstraněn a doba přežití je odhadována v rozmezí alespoň 10 let, bez vzniku vážnějších komorbidit, či kontraindikací k operaci. Zároveň mohou takto léčení pacienti žít stejně tak dlouho, jako ti, kteří zhoubný nádor prostaty vůbec nemají. Současně je léčba RAPE vhodná i u pacientů s pokročilejším stádiem nádoru prostaty. Jedná se o nádor, který byl klasifikován jako cT3a, nebo zhodnocen Gleasonovým skóre v rozmezí 8-10. Dále u pacientů, kteří mají hodnoty PSA vyšší než 20 ng/ml. Případně u pacientů s vysokým rizikem progresu cT3-T4 N0, či jakéhokoliv T N1. V rámci pokročilejšího stádia nádoru prostaty je doplňující léčbou radioterapie, či hormonální léčba, které mohou přispět k rapidně nižšímu výskytu vzdálených metastáz a celkově tak mohou zlepšit kvalitu života. (Rath et al., 2016; Kliment, 2012; Dušek, 2010)

1.8.1.1 Pooperační komplikace

Následkem radikální prostatektomie vzniká hned několik pooperačních komplikací spojených s operačním zásahem do organismu nemocného. Jedná se o krvácení z operační rány, stresovou inkontinenci, velmi časté jsou erektilní dysfunkce, snížení močové funkce, striktura hrdla močového měchýře či ostatní komplikace jako např. vypadnutí močového katetru. (Wernooij et al., 2020; Broďák, 2011; Dvořáček a Babjuk, 2005)

- **Krvácení**

Krvácení z operační rány patří mezi nejčastější pooperační komplikace. Je způsobené velkým množstvím cév kolem tkáně prostaty, především v oblasti plexus Santorini. V takovém

případě je nezbytně nutné co nejrychleji ránu ošetřit, aby nedošlo k masivnímu krvácení z rány, kdy mohou ztráty krve dosahovat až několika litrů krve. (Dvořáček a Babjuk, 2005)

- **Stresová inkontinence**

Mezi další problematickou položku v rámci pooperačních komplikací patří inkontinence neboli samovolný únik moči. Tento problém je v pooperačním období poměrně častý a jeho původ bývá spíše stresový. Nápomocné mohou být např. cviky pánevního dna, které jsou prováděny ve spolupráci s fyzioterapeutem, a zároveň jsou doporučovány Evropskou urologickou asociací právě ve spojitosti s inkontinencí po radikální prostatektomii. K celkové úpravě dochází u 90 % pacientů v průběhu 1 roku, přičemž plně kontinentních bývá zhruba tři čtvrtě pacientů již do 3 měsíců od provedení operace. V případech těžké inkontinence (využití více než 3 vložek) se zvažuje náhrada umělého svěrače. (Straczyńska et al., 2019; Dvořáček a Babjuk, 2005)

- **Erektální dysfunkce**

Erektální dysfunkce je definována, jako neschopnost dosáhnout, či udržení erekce při pohlavním styku, trvající alespoň 6 měsíců. Nejčastější erektilní dysfunkcí je v klinické praxi tuhost (rigidita) penisu. K této problematice dochází v rámci poškození kavernózních nervů, které přiléhají k prostatě. Přesněji se jedná o pudendální arterie, které probíhají pouzdrem prostaty a které jsou současně hlavním zdrojem arteriálního zásobení kavernózních těles. Erektální dysfunkce jsou nepochybně ovlivněny věkem pacienta, stádiem nemoci a v neposlední řadě jeho předoperační sexuální aktivitou. V případě zachování obou nervově cévních svazků je impotentních asi 30 % pacientů. Při zachování jednoho svazku je 55 % pacientů impotentních. Avšak téměř žádný pacient po řádném provedení radikální prostatektomie nenabyde plné erektilní funkce, která byla před operací 100 %. Celková kvalita života proto klesá i z pohledu sexuálních možností těchto pacientů. Princip léčby erektilní dysfunkce spočívá v podávání inhibitorů fosfodiesterázy 5 (I-PDE5), což jsou preparáty, které aktivují přívod krve do topořivých těles a jsou schopny obnovit fyziologický mechanismus erekce. Léčba je úspěšná pouze za předpokladu, že má jedinec stále zachovanou některou z reflexních aktivit, jako je ztopoření penisu či jeho zbytnění při manuální stimulaci. (Broul a Schraml, 2014; Šrámková, 2013; Kliment, 2012)

1.8.2 RADIOTERAPIE

Radioterapie využívá schopnost ionizujícího záření, které dokáže ve velké míře usmrtit nádorové buňky. Tato léčebná metoda se dělí podle místa zdroje záření na zevní radioterapii

(teleradioterapii) a vnější radioterapii (brachyradioterapii, nebo intersticiální radioterapii). S ohledem na omezenou radiosenzitivitu je nutné aplikovat poměrně vyšší dávky záření, a to u obou typů radioterapie. Ionizující záření v sobě však skrývá jistá rizika (časná/pozdní toxicita, špatně provedené vlastní ozáření), díky kterým se o této léčbě dříve uvažovalo spíše druhořadě, či v případě kontraindikace k provedení RAPE. Avšak dnešní doba s sebou nese jistou pokročilost moderních technologií a poskytuje tak možnost provést vysokodávkovanou radioterapii s přijatelnou toxicitou. Léčba radioterapií se odvíjí od celkového stavu pacienta, stádia nemoci a v neposlední řadě také v závislosti na jeho požadavcích, přáních. (Kliment, 2012; Dvořáček a Babjuk, 2005)

- ***Zevní radioterapie***

Radioterapie je léčba vysoce energetickým ionizujícím zářením, jejíž cílem je zničení všech nádorových buněk vč. zamezení jejich dalšího růstu. Aplikace vysokodávkové radioterapie je možné provést třemi způsoby. Teleradioterapií, brachyradioterapií či kombinací obou variant. (Dušek, 2010; Dvořáček a Babjuk, 2005)

Záření probíhá mimo tělo pacienta ve vzdálenosti asi 80-100 cm, s cílem ozáření místa nádoru. Za zdroj záření bývá standartně využíván lineární urychlovač s trojdimenzionálním plánováním a konformní technikou (3 D-CRT), který dokáže nádor trojrozměrně zobrazit. Optimální dávka záření pro tento typ nádoru bývá poměrně vyšší a pohybuje se kolem 72-74 Gy. (Doležel, 2011; Dušek, 2010)

Nejčastěji aplikovaným způsobem ozáření je **radioterapie s modulovanou intenzitou paprsku (IMRT)**, jejíž obrovskou výhodou je, že dokáže snížit ozáření zdravých tkání a zvyšuje tak dávku záření přímo na nádor. Ochráněny jsou tak okolní tkáně (zejména rektum). Tato technika ozařování umožňuje ozařovat geometricky složitější nádory a rozložit určité dávky záření k cílovému orgánu bez poškození zdravých tkání. Optimální denní dávka záření se pohybuje kolem 2-2,5 Gy a záření probíhá zpravidla pětkrát týdně. Doba léčby se pak odvíjí od podané celkové dávky a pohybuje se v rozmezí 7-8 týdnů. Po skončení léčby jsou pacienti kontrolováni pomocí hladin PSA. K největšímu poklesu hladiny PSA po radioterapii může dojít cca za 6-9 měsíců v závislosti na doznívání účinků léčby. Za recidivu je po radioterapii považováno trojí následující zvýšení hodnot PSA. (Dušek, 2010; Kawaicuk, 2009)

- ***Brachyradioterapie***

U intersticiální radioterapie, nebo také brachyradioterapie je zářič zaváděn přímo do oblasti nádoru, či orgánu, který byl nádorem postižen. (Dvořáček a Babjuk, 2005)

Existují dvě možnosti brachyradioterapie – *low dose radioterapie* (LDR), během které je zářič uložen trvale ve tkáni a jeho aktivita postupem času klesá, a *high dose radioterapie* (HDR), během které je do tkáně zářič aplikován na předem určenou dobu. Varianta HDR v rámci brachyradioterapie je prováděna pomocí metody tzv. afterloadingu. Principem této metody je zavedení zářičů do cílového objemu pomocí speciálních zavaděčů a ozařovače, který je ovládán z jiné místnosti. U LDR jsou radioaktivní zrna zavedena přímo do prostaty. Pacient má být v rámci potupu uložen na zádech se zvednutýma nohama. Kontrola zavedení se provádí pomocí USG či RTG. (Doležel, 2011; Dvořáček a Babjuk, 2005)

1.8.3 HORMONÁLNÍ LÉČBA

Androgeny jsou pohlavní mužské hormony, které jsou tvořeny především ve varlatech a jejich hlavním cirkulujícím androgenem je testosteron. V průběhu onemocnění existuje fáze, definována jako stav hormonální dependence, kdy je karcinom prostaty pod vlivem již výše zmíněných androgenů. Hormonální léčba má za úkol produkci těchto androgenů zastavovat, nebo eliminovat jejich účinek. Jelikož je ale nádor složen z heterogenní buněčné populace, a buňky se stávají jak hormonálně senzitivní, tak i hormonálně rezistentní, proto výsledek léčby nemusí být vždy stoprocentní. (Dušek, 2010)

Hormonální léčba je prováděna buď formou bilaterální orchiektomie (oboustranné odstranění varlat), nebo medikamentózní cestou a je užívána při pokročilém a generalizovaném karcinomu prostaty. (Dvořáček a Babjuk, 2005)

- **Bilaterální orchiektomie**

Bilaterální orchiektomie znamená odstranění obou varlat ze šourku nemocného, kdy je nejčastější indikací k tomuto zákroku právě karcinom prostaty. Hormon testosteron, který je vytvářen především ve varlatech urychluje nádorové bujení. Z tohoto důvodu je chirurgická kastrace v dnešní době stálým standardem u nemocných se zhoubným nádorem prostaty. (Dvořáček a Babjuk, 2005)

Obrovskou výhodou orchiektomie je rychlá klinická odpověď. U nemocných s generalizovaným karcinomem prostaty dochází k ústupu obtíží už 24-48 hodin po zákroku. Zároveň dochází asi u 71 % nemocných k celkovému ústupu neurologických příznaků vlivem vzniklých metastáz. Základní nevýhodou orchiektomie je ztráta libida a potence, kdy je tato ztráta trvalá. (Dušek, 2010; Dvořáček a Babjuk, 2005)

- **Medikamentózní léčba**

Další možnost léčby lokálně pokročilého a metastatického nádoru prostaty spočívá v užívání medikamentózní léčby, která zahrnuje aplikaci estrogenů, LHRH agonistů a Antiandrogenů. (Dvořáček a Babjuk, 2005)

Estrogeny svým účinkem působí i přes negativní zpětnou vazbu na snížení uvolňujících gonadotropinů a hormonů, a zároveň vedou také ke snížení produkce testosteronu ve varlatech. V dnešní době je však aplikace estrogenů využívána jen zřídka, z důvodu závažných komplikací (tromboembolické a kardiovaskulární komplikace, ztráta libida a potence, edémy, nauzea, gynekomastie). (Dušek, 2010; Dvořáček a Babjuk, 2005)

LHRH agonisté (hormony uvolňující luteinizační hormon) jsou produkovány hypothalamem. Hypothalamus společně s hypofýzou řídí činnost pohlavních žláz (varlat, vaječnicků). Úkolem hypothalamu je jednak uvolňovat tyto LHRH, a zároveň vlivem hypofýzy vytvářet hormony (FHS-folikulostimulační hormon, LH-luteinizační hormon), jejichž principem je řízení činnosti varlat a vaječnicků. Cílem LHRH antagonistů je mechanismem zpětné vazby zabránit tvorbě LHRH v hypothalamu. Tím dochází k celkovému útlumu FHS, LH a pohlavních hormonů ve varlatech a vaječnicích. (Vorlíček, 2006; Dvořáček a Babjuk, 2005)

Antiandrogeny patří do skupiny antihormonů a jejich hlavním úkolem je zabránit vazbě androgenu na receptor a tím zamezit jejich působení v cílovém orgánu. Rozlišujeme na *steroidní* a *nesteroidní*. Úkolem *steroidních antiandrogenů* je snížení hladiny gonadotropinů a tím i plasmatického testosteronu, vlivem vazby androgenního receptoru na cílovou buňku. V současné době je v hormonální terapii z řady steroidních antiandrogenů využíván pouze cyproteron acetát. *Nesteroidní (čisté) antiandrogeny* působí pouze na cílovou buňku a tím blokují účinky androgenů v prostatické tkáni. Tento typ antiandrogenů však neobsahuje jakýkoliv gonadotropní nebo progestační efekt. Patří zde flutamid, nolutamid a bicalutamid. (Dušek, 2010; Dvořáček a Babjuk, 2005)

- **Totální androgenní blokáda (TAB)**

V současné době existují dva způsoby k potlačení hormonálně senzitivních buněk v rámci karcinomu prostaty. Jednak vlivem androgen deprivační terapie, a jednak vlivem blokádou androgenové vazby na receptor v cílovém orgánu. Tyto způsoby lze aplikovat samostatně, či jejich spojením vzniká totální androgenní blokáda. TAB je prováděna medikamentózní, či chirurgickou kastrací a podáváním antiandrogenů. Pro léčbu TAB se uvažuje v případě masivního nálezu mnohočetných metastáz, či při nedostatečné odpovědi k androgen deprivační léčbě provedenou medikamentózní či chirurgickou kastrací. V dnešní době je však indikace k léčbě TAB méně častá, z důvodu jejich nežádoucích účinků (osteoporóza, erektilní dysfunkce a ztráta libida, anémie, návaly horka (hot flushes), poruchy kognitivních funkcí aj.) a léčebné ceny. (Ritch a Cookson, 2018; Dušek, 2010; Vorlíček, 2006)

1.8.4 CHEMOTERAPIE

Chemoterapie je další typ protinádorové léčby, jehož primárním cílem je zničení nádorových buněk za současného použití cytostatik. Karcinom prostaty je však vůči chemoterapii poměrně málo citlivý, a proto je chemoterapie podávána především u nemocných při

nádorové progresi po primární hormonální terapii, při pozitivní odezvě na vysazení steroidních hormonů, nebo po selhání hormonální léčby. (Kolářová et al., 2019; Dvořáček, 2005)

Nejčastějším typem cytostatik podávaných v rámci chemoterapie je Docetaxel. Ten je aplikován nitrožilně pomocí infuzí. Celkem léčba trvá jednu hodinu a opakuje se desetkrát, vždy jednou za tři týdny. Při aplikaci chemoterapie byla zaznamenána úspěšnost ve smyslu prodloužení beznádorového intervalu (pokles hodnot PSA o více než 50 %). Povzbudivé jsou také případy vymizení metastáz. Nevýhodou aplikace chemoterapeutik je však jejich toxicita především na ledviny a játra, což limituje zejména starší osoby k léčbě tímto způsobem. (Dušek, 2010)

Chemoterapie napadá mimo nádorových buněk také buňky zdravé a z toho důvodu způsobuje několik vedlejších účinků (nauzea, zvracení, průjem, anafylaxe, anémie, leukopenie, trombocytopenie, záněty žil či lokální nekrózy). (Dušek, 2010; Dvořáček a Babjuk, 2005)

1.8.5 PROTONOVÁ LÉČBA

Protonová léčba se řadí mezi druh radioterapie zaměřený na onkologické onemocnění. Tato léčba využívá těžké nabitě částice a dosahuje maxima předávané energie (dávky), která dosahuje až hluboko do tkáně nádoru. Fotony, které využívá běžná radioterapie, takový dosah nemají. Maximum dávky je sice blízko k povrchu těla, ale dávka postupně klesá, avšak nikdy není nulová. Z tohoto důvodu je výhodou protonové léčby šetření především zdravé tkáně a tím i snížení vedlejších účinků, na rozdíl od klasické radioterapie. Tato léčebná metoda již opustila výzkumné laboratoře a je nyní v běžném klinickém provozu. (Abrahámová, 2011; Binarová, 2010)

Klíčovou indikací k léčbě protonové terapie jsou právě nádory prostaty. Protonová terapie dokáže výborně definovat oblast s vysokou dávkou, a tím sníží dávku, kterou by mohly být poškozeny kritické orgány. Při ozařování prostaty totiž existuje velmi vysoké riziko zásahu záření i do močového měchýře a rekta. Metastázy v pánevních mízních uzlinách se ozařují konvenčně a primární nádor je ozařován protony. Tato léčba je však vysoce finančně náročná (vyžaduje vysoce sofistikované urychlovače nabitých částic), a proto ji není možné poskytnout všem nemocným se zhoubným nádorem prostaty. (Binarová, 2010)

1.8.6 KOMBINOVANÁ LÉČBA

Dalším typem v léčbě lokálně pokročilého karcinomu prostaty je kombinovaná léčba, kterou rozlišujeme na neoadjuvantní a adjuvantní. *Neoadjuvantní léčba* spočívá v podávání hormonálních léků ještě před definitivní léčbou, kterou je obvykle operace. Nejčastěji je tato léčba aplikována u lokálně pokročilého nádoru, s cílem downstagingu a umožnění snadnější radikální resekce nádoru. Do neoadjuvantní léčby řadíme chemoterapii, radioterapii a hormonální léčbu. (Dvořáček a Babjuk, 2005)

Adjuvantní terapie je léčba, která je využívána u subklinického nádorového postižení, která následuje po základní terapii (většinou chirurgické). Léčba je aplikována u nemocných po základní léčebné metodě (po RAPE, nebo radioterapii), u kterých po této léčbě nebyly prokázány metastázy a celkově bylo nádorové ložisko zničeno. Provedení RAPE u lokálně pokročilého nádoru s sebou nese poměrně vysoké riziko vzniku reziduálního nádoru, kdy se adjuvantní léčba se snaží toto riziko eliminovat. Tato léčba používá nejčastěji radioterapii a hormonální léčbu, či kombinaci obou typů léčby. Patologické stádium nádoru T3 a vyšší je pro tento typ léčby taktéž rozhodujícím faktorem. (Brod'ák, 2011; Dvořáček a Babjuk, 2005)

1.8.7 PALIATIVNÍ LÉČBA

Paliativní péče je péče o pacienta, který se nachází v terminálním či pokročilém stádiu svého onkologického onemocnění. Tato léčba zmírňuje utrpení pacienta pomocí včasného řešení fyzických, psychických i duchovních potíží. Cíl léčby spočívá v dosažení co nejvyšší úrovně kvality života. (Opatrná, 2022)

U generalizovaného karcinomu prostaty se využívá paliativní léčba, která je současně léčbou hormonální a cytostatickou. Celkově jde o léčebná opatření, která mají za cíl udržet co nejdéle dobrou kvalitu života, avšak již tato léčba nemůže ovlivnit samotný průběh onemocnění. Mezi základní proměnné, které spadají do cílů paliativní péče řadíme prevenci a léčbu metastatického postižení skeletu, tlumení bolesti a léčbu dalších potíží, které doprovází generalizované stádium nádoru (kachexie, nechutenství apod.). (Dušek, 2010)

2 KVALITA ŽIVOTA A JEJÍ VÝVOJ

Počátky kvality života bychom mohli nalézt již v antické filozofii a psychologii, kdy se lidé zajímali o podstatu lidského bytí, taktéž o podstatu lidského života, o mystiku či o jádro životního naplnění. Poprvé v historii byl pojem kvality života zmíněn v USA ve 20. letech 20. století v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a státní podpoře pro nižší třídu obyvatelstva. Dále se tento termín objevil v 60. letech minulého století ve výroku amerického prezidenta Johnsona, ve kterém se zmiňoval o zlepšení kvality života u amerického obyvatelstva. Měl tím namysli, že ukazatelem společenského blaha je to, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije, nikoliv prostá kvantita spotřebovaného zboží. Do kontextu kvality života se také postavil německý politik Willy Brandt, který zřídil politický program německé sociální demokracie za účelem dosažení lepší kvality života pro své spoluobčany. (Gurková, 2011; Payne, 2005)

Studium kvality života se výrazně rozšířilo v posledních deseti letech. Tomuto tématu se ve světě věnuje již celá řada výzkumných týmů, které vycházejí z různých koncepčních témat a snaží se uchopit to nejdůležitější. Nejdůležitějším cílem této studie je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a takové životní podmínky, které by lidem dovolovali žít život způsobem, který pro ně bude mít smysl, který pro ně bude nejlepší a který si dovedou „užít“. (Payne, 2005)

2.1 DEFINICE POJMU

Kvalita života je definována ve dvou významech. Jako první je definována, jako normativní kategorie, která se opírá o vyjádření žádoucí, postulované, optimální úrovně nebo stupně, které se přibližují k očekáváním, představám či očekáváním jednotlivců, nebo skupin. Jako druhá je tato kvalita definována, jako všeobecný výraz na označení specifických charakteristik, atributů, či vlastností, díky kterým se daný objekt liší od jiných objektů, a to bez zdůraznění míry uspokojení některých potřeb. Kvalita není absolutní, ale relativní kategorií, jelikož může být vyjádřena jak kvantitativní metodu, tak metodou kvalitativní. Pokud je vyjádřena kvalitativně, vychází tak z hodnotového systému toho, kdo ji posuzuje. Kvantitativní metoda je objektivní, měřitelná a k jejímu zhodnocení užíváme určité indikátory kvality. Pokud tedy chceme určit o jaký druh kvality se jedná, musíme vymezit jeho předmět a současně i jeho normu (standard), se kterou je daný předmět porovnáván. (Gurková, 2011)

2.2 VÝZNAM HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA V KLINICKÉ PRAXI

Význam hodnocení kvality života v klinické praxi vystupuje do popředí především u pacientů s nevléčitelnými, nebo chronickými chorobami, jako jsou například onkologická, kardiovaskulární, metabolická, či psychiatrická onemocnění. Jde o onemocnění, která se pojí s celoživotním dodržováním určitých režimových opatření, a která omezují člověka v běžných denních činnostech. Pacienti s chronickým onemocněním mohou prožívat neustálé omezování, napětí a úsilí o své zdraví oproti ostatním lidem, kteří chronickým onemocněním netrpí a není jejich nutností se neustále kontrolovat, strachovat a trápit se v souvislosti se svým zdravím. Dopad onemocnění na kvalitu života ovlivňuje několik faktorů. (Gurková, 2011)

Například v souvislosti se selfmanagementem onemocnění. Pacient musí nemoc zakomponovat do svého života změnou některých návyků a chování. Dále v souvislosti s celoživotní léčbou daného onemocnění, kdy léčba častokrát není kauzální, kurativní, ale substituční, která zmírňuje symptomy onemocnění, častokrát ve spojitosti s nepravidelným efektem a nežádoucími účinky. Lidé s chronickým onemocněním často nedokážou předvídat, jaký bude jejich průběh onemocnění, jaká bude jejich prognóza, a to se také pojí s obavami o své zdraví a o vědomí závažných chronických komplikací, nebo akutních stavů, které nemusí, ale také mohou vzniknout. Dále v souvislosti s domácí léčbou, kdy se přesouvá dominantní část kontroly a zodpovědnosti za léčbu pacienta. (Gurková, 2011; Payne, 2005)

Kvalita života pacientů s chronickými chorobami je multifaktoriálně podmíněná. Je ovlivněná rozsahem, intenzitou i dobou trvání daného onemocnění. Také je výrazně determinována psychickými a sociálními aspekty, do kterých řadíme aktuální psychický stav, osobností charakteristiku, ale také sociální oporu. Kvalita života představuje dlouhodobý cíl v ošetrovatelské péči. Taková péče by se měla zaměřovat nejen na fyzické aspekty, ale také na podporu návratu pacientů do běžného života. Také by se měla zaměřovat na to, jak nemocný vnímá své onemocnění, jelikož tento faktor může být východiskovou bází pro naplánování adekvátních intervencí, které mohou přispět k lepšímu terapeutickému vztahu s pacientem a zlepšit tak kvalitu života nemocného. (Gurková, 2011)

Dosavadní výzkumy na kvalitu života pacientů s chronickými chorobami se zaměřoval na následující oblasti. Na subjektivní vnímání dopadu onemocnění, nebo na léčbu určitých oblastí kvality života pacientů. Dále na interní a externí determinanty života, kterými se

myslí aspekty kvality života pacientů s chronickými chorobami. Také na oblast hodnocení efektivnosti konkrétní léčebné intervence v rámci klinických prospektivních studií. Výsledky těchto studií mohou pomoci zdravotní sestře lépe pochopit, jak se onemocnění a jeho léčba pojí s běžným životem pacienta. Sestra by tak mohla lépe porozumět tomu, jaké má pacient preference, co od léčby očekává a jaké jsou jeho požadavky v souvislosti s onemocněním. Tato zjištění mohou být pro klinickou praxi velmi přínosná s cílem zajištění adekvátní zdravotní a podpůrné péče. Údaje získané z výzkumů o kvalitě života pacienta mohou být v klinické praxi využitelné v několika faktorech. (Payne, 2005)

V klinické praxi mohou být získané údaje přínosné při výběru efektivní intervence, například při zvažování více alternativ. Také mohou být přínosem při zajišťování preferencí pacienta, resp. priorit v léčbě, při rozhodování o dalším postupu léčby. Mohou být prospěšné s cílem zlepšení komunikace s pacientem či při posuzování kvality života u jednotlivce i skupiny v klinické praxi. Využitelné pak mohou být i jako součást pravidelného auditu v praxi, například v rámci hodnocení efektivnosti terapie. (Gurková, 2011)

Kvalitu života měříme nástroji, které vyplňuje buď sestra během rozhovoru s pacientem, čímž označujeme termín tzv. interviewer-administered versions, což znamená, že sestra v průběhu výzkumu zaznamenává odpovědi pacienta v jednotlivých úsecích dotazníku, nebo sám pacient (self-administered versions). Byly vytvořené i obě formy měření výzkumu (self- and interviewer-administered versions). Dotazníky pro pacienty by měli být sestavené přehledně, měli by mít dostatečnou úpravu a přiměřenou velikost textu, vhodný typ písma, řádkování apod. V případě, že vyplňuje dotazník sestra během rozhovoru s pacientem, měla by se vyvarovat riziku „podsouvání“ odpovědí na danou otázku. Měli bychom preferovat nástroje, které jsou především v jazyce, ve kterém chceme provádět výzkum. Dále takové nástroje, se kterými máme získaný souhlas s použitím, a které byly použity v té populaci pacientů, ve které chceme měřit kvalitu života. Nástroje, které jsou rozsahově přiměřitelné, resp. zkrácené verze jsou pro klinické využití vhodnější alternativou. (Gurková, 2011)

Pokud máme vybraný nástroj, měli bychom zjistit, zda je potřebný souhlas k jeho použití a zda je dostupný v cílovém jazyce, resp. v jazyce, ve kterém ho chceme použít. (Gurková, 2011)

2.2.1 PŘÍKLADY VYUŽITÍ NÁSTROJŮ K MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

V klinické praxi můžeme využít široké spektrum nástrojů sloužících k měření kvality zdravotního stavu a kvality zdraví, které mohou být aplikované v kontextu ošetrovatelského

výzkumu. V celosvětovém měřítku byly jako první aplikované především dva nástroje. Sickness Impact Profile (SIP) a Nottingham Health Profile (NHP). (Gurková, 2011; Payne, 2005)

SIP byl vytvořený na základě jeho širokospektrého využití, a to bez ohledu na typ, závažnost onemocnění, nebo na různé kulturní aspekty. Tento nástroj byl vytvořený pro studie, které prováděly farmakoekonomickou analýzu a její využití v oblasti zdravotní politiky a také za účelem zjištění efektivity terapie. Obsahuje 136 položek, které prezentují denní aktivity a jsou rozdělené do 12 subškál (spánek, odpočinek, emocionální život, pohybová aktivita, komunikace, péče o tělo, péče o domácnost, mobilita, sociální interakce, stravování, rekreační stravování, práce. Uvedené subškály může vyplňovat sám pacient nebo vyškolená osoba. (Gurková, 2011)

NHP byl vytvořen autory Hunt et al. V roce 1981 za účelem měření sociálního, tělesného a také psychického distresu. V porovnání se SIP se tento nástroj více zaměřuje na změny v prožívání (emocionální stav), než na denní aktivity. Obsahuje méně položek a je tak sestaven pro zjednodušené vyplňování. Verze č. 2 obsahuje 38 položek, které jsou rozdělené do šesti subškál do kterých řadíme spánek, emocionální reakci, bolest, sociální izolaci, úroveň energie a tělesnou mobilitu. Za velkou výhodu SIP a také NHP je považováno vážené skóre, tzn., že přihlížejí k důležitosti jednotlivých položek zkoumaného jedince. (Gurková, 2011)

V našich podmínkách jsou nejčastěji využívány dotazníky WHOQOL-BREF, SF-36, EQ-5, verze, které jsou dostupné nejen v českém jazyce, ale také v jazyce slovenském. (Payne, 2005)

SF-36 byl vytvořený autorským kolektivem Ware et al. v roce 1992 s cílem poskytnout takové hodnocení, které zahrnuje mnohé všeobecné koncepty související se zdravím a které nejsou specifické pro žádné onemocnění, věk nebo typ léčby. V klinické praxi se tento typ nástroje využívá pro účely farmakoekonomických analýz a při zjišťování statistických údajů o zdravotním stavu obyvatelstva. Obsahuje 36 položek, zatím co jeho kratší verze SF-12 obsahuje pouze 12 položek. (Gurková, 2011; Payne, 2005)

WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100 a jeho využití spadá především pro klinickou praxi. Je sestaven z 26 položek, které jsou dále členěny do 4 oblastí. Dotazník je hodnocen čísly 1 až 5, kdy vyšší číslo představuje vyšší míru kvality života vždy v jednotlivé oblasti dotazníku. (Gurková, 2011)

European Quality of life Questionnaire – Version EQ-ED je standardizovaný generický nástroj sloužící k hodnocení zdravotního stavu, který je zároveň součástí mezinárodní spolupráce v rámci European Quality of Life Group. Tento nástroj hodnotí subjektivní i objektivní ukazatele. Do objektivních ukazatelů řadíme bolest/potíže, úzkost/deprese, sebepéče, pohyblivost, obvyklé činnosti. Každá jednotlivá položka je hodnocena v rámci třístupňové škály – bez potíží, lehké potíže, intenzivní potíže. Subjektivní ukazatelé jsou posuzovány pomocí vizuální analogové škály (hodnota 100 – nejlepší zdravotní stav, hodnota 0 – nejhorší zdravotní stav). Tento nástroj byl využitý v několika ekonomických analýzách i klinických studiích. (Gurková, 2011)

2.3 KVALITA ŽIVOTA ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

Pokud se někdo před 30 lety zajímal o výsledky onkologické léčby, měl na mysli především objektivní ukazatele, které byly považovány za zdroj léčebné odpovědi (tzn. jak moc se nádor po léčbě zmenšil a jaká je odhadovaná délka přežití od začátku zahájené léčby). V posledních letech se ale mnohé změnilo a pozornost začala být věnována psychosociálním aspektům zdraví. Zároveň začíná být studována výrazná interakce pacientovy osobnosti a stresu, který je způsoben v důsledku samotné nemoci a léčby. Všechny tyto změny dynamicky přispívají širšímu pochopení všech aspektů nemoci, a to v roli lékaře či samotného pacienta. Důraz začíná být kladen nejen na pacientovu autonomii, ale také na informovaný souhlas. Zároveň se předpokládá aktivní účast pacienta na léčebných procedurách, se zachováním pacientova přání. Každý jednotlivý léčebný úkon je dnes hodnocen jak v rámci kvantity (jak dlouho), tak i v rámci kvality života. (Payne, 2005)

Nemoc, jako taková s sebou nese výrazný vliv na psychický i fyzický stav pacienta vč. jeho celkové zdatnosti v oblasti pracovního, rodinného i společenského života. Každý pacient v rámci svého onkologického onemocnění prožívá mnohé ztráty, někdy i velká či menší vítězství. Často je v souvislosti se svou nemocí nucen mnohé přehodnotit, oželeť, či naopak mnohé přijmout a jeho celková kvalita života se tak dokáže výrazně změnit. (Payne, 2005)

Komunikace s pacientem je naprosto nezbytná. *„Lékaři se snaží pacientovi poskytnout co nejlepší somatickou péči, a přitom si neuvědomují, že mu je třeba v hloubi duše lhostejná, protože nemá žádný smysl života, žádné vztahy, je izolován, nikdo o něho nestojí, cítí se zbytečným. Nezáleží vždy na tom, zda má nebo nemá rodinu, zda na venek vypadá, vyrovnaně nebo nikoliv. Tito nemocní v sobě potlačují životní zklamání či beznaděj, a své emoce tak hluboce utajují, že si je mnohdy sami ani nepřipustí. Teprve důkladným rozhovorem lze získat informace o těchto nepřiznaných pocitech.“* (Dostálová, 2016, s. 119)

Onkologické onemocnění neovlivňuje pouze nemocného, ale také rodinu, která se o něj případně stará. Ani pro rodinu není snadným úkolem ustát tuto zátěž, sdílet s nemocnými jejich prožitky, zvláště pak, když je proces léčby dlouhý a vyčerpávající. (Alexandrová, 2018)

Nemocní se musejí často rozhodovat mezi kvalitou a délkou života, což není vůbec jednoduché ani příjemné. Někteří dají přednost kvalitě života, jelikož se nechtějí svoje zbývající roky života v něčem omezovat. Jiní jsou zase ochotni se vystavit určité toxicitě

v souvislosti s léčebným procesem jen proto, aby právě zvýšili svou kvalitu života a svůj život si tak co nejdéle prodloužili. (Shrestha et al., 2019)

Zásadním faktorem dnešní moderní onkologické péče tedy je, abychom co nejlépe dokázali pojmout všechny potřeby jednotlivého pacienta a svým způsobem i potřeby jeho rodiny a zároveň uměli porozumět tomu, jak pacient svou nemoc prožívá. (Payne, 2005)

2.3.1 SPECIFICKÉ NÁSTROJE MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA U PACIENTŮ S ONKOLOGICKÝMI CHOROBAMI

Nástroje zjišťující kvalitu života slouží, jako určitá strukturovaná osnova k rozhovoru s pacientem za záměrem zjištění určitých oblastí, které by mohly být pro pacienta významné. Zároveň je touto cestou vytvářen systematický přístup, který umožňuje vyobrazit potencionální problémové oblasti v rámci určité problematiky. Zároveň existují studie, které dokazují výrazný rozdíl mezi četností symptomů, které byly získány běžným rozhovorem s pacientem při přijetí a mezi četností těchto symptomů zjištěných pomocí systematického dotazování. (Gurková, 2011; Payne, 2005)

O první pokus v souvislosti se zjištěním vlivu onkologické léčby na kvalitu života je považována práce Karnofského z roku 1948, který použil měřítko v rozmezí od 0 % do 100 % za účelem posouzení celkové funkční zdatnosti (tzv. performance status, PS). Tuto funkční zdatnost měřil lékař, kdy výsledek PS 100 % znamenal plné zdraví a výsledek 0 % označoval smrt. PS je používán k posouzení funkční zdatnosti dodnes. Začátkem 80. let byl vyvinut další nástroj, jehož účelem bylo posouzení vlivu onkologické léčby na kvalitu života. Jednalo se o Spitzerův index, a i přes to, že byl multidimenzionální, veškeré parametry byly posuzovány lékařem, popř. sestrou. (Payne, 2005)

V dnešní době jsou v rámci zdravotní péče u onkologicky nemocných pacientů celosvětově nejčastěji používány specifické dotazníky, které spadají pod organizace EORTC a FACIT. Jedná se o modulární nástroje, které se týkají více zdravotního a funkčního stavu pacienta než kvality jejich života. (Gurková, 2011)

Dotazník s názvem **QLQ-C30**, verze 3.0 (EORTC QLQ-C30, 210) je považován za jeden z nejčastěji používaných dotazníků v rámci onkologicky nemocných pacientů za účelem zhodnocení jejich kvality života. Tento dotazník byl vytvořen pod záštitou organizace EORTC a představuje multidimenzionální, 30položkový nástroj, který je rozčleněn do 5 funkčních škál (emocionální, kognitivní, tělesná, sociální, vykonávání rolí) a 3 symptomových škál (zvracení, únava, bolest). Dotazník obsahuje to nejdůležitější jádro

položek, které zahrnují významné aspekty nádorových onemocnění, jejich diagnostiku vč. jednotlivých typů léčby. Výhodou dotazníku je jeho kulturní citlivost a aplikovatelnost, stručnost a jeho vyplnění trvá necelých 10 minut. (Gurková, 2011)

Mezi další specifické nástroje aplikované u pacientů s onkologickým onemocněním řadíme např. dotazník FACT-G, nebo RSCL – Rotterdamský seznam symptomů. (Gurková, 2011; Payne, 2005)

V rámci zjištění kvality života u onkologicky nemocných je pro ošetrovatelskou praxi doporučen např. dotazník **QLI** (Quality of life Index, 2010), který obsahuje dobrý teoretický základ kvality života. Dotazník je sestaven, jako modulární nástroj s modifikovanými verzemi pro jednotlivé choroby stejně tak, jako QLQ-C30. Dalšími aspekty dotazníku jsou modifikace pro jednotlivé typy onemocnění, které se nezaměřují pouze na oblast symptomatologie, na rozdíl od výše zmíněných dotazníků. Nástroj je mimo jiné možné aplikovat také u pacientů s chorobami kardiovaskulárního, neurologického, metabolického či pohybového systému. Tento dotazník však dosud nebyl přeložen do českého, či slovenského jazyka, což je považováno za jeho nevýhodu. (Gurková, 2011; Payne, 2005)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUM A JEHO METODIKA

Praktická část bakalářské práce je věnována předložení vlastního výzkumného šetření v oblasti kvality života u pacientů s karcinomem prostaty. V úvodní části jsou zformulovány cíle výzkumu. Dále je zde popsán typ dotazníků a skupina respondentů, kterým byly dotazníky v souvislosti s výzkumným šetřením rozdány. Následující část interpretuje organizaci výzkumu a zpracování získaných dat. Celá praktická část práce je zakončena diskusí, která je porovnána s odbornou literaturou a s následným doporučením pro praxi.

3.1 Hlavní cíl

Zjistit celkovou úroveň kvality života u nemocných s karcinomem prostaty.

3.2 Dílčí cíle

1. Zjistit a analyzovat základní proměnné vztahující se k onemocnění karcinomu prostaty (věk, časové rozmezí léčby a místo léčby).
2. Zjistit, jaký způsob léčby je u nemocných s karcinomem prostaty nejčastěji zastoupen.
3. Zjistit, zda a jaké potíže jsou u nemocných s karcinomem prostaty nejvíce zastoupeny.
4. Zjistit, jak často tyto potíže trvaly před léčbou.
5. Zjistit aktuální sociální a pracovní postavení nemocných s karcinomem prostaty.
6. Zjistit, do jaké míry dané onemocnění ovlivnilo sexuální život nemocných s karcinomem prostaty (vč. erektilní dysfunkce).
7. Zjistit, jak často jsou nemocní v rámci své onkologické diagnózy nadále kontrolováni a kým.

3.2.1 DOTAZNÍK

Kvantitativní šetření bylo provedeno pomocí dotazníku vlastní konstrukce, který byl na základě konzultace s mým vedoucím bakalářské práce prof. MUDr. Antonem Pelikánem, DrSc. pečlivě a komplexně sestaven pro specifickou skupinu pacientů s karcinomem prostaty.

Respondenti odpovídali celkem na 22 otázek (uzavřených i otevřených). Úvodní půl strana dotazníku byla věnována představení se a charakteristice dotazníku, vč. žádosti o vyplnění dotazníku ze strany pacientů.

Dotazník byl sestaven tak, aby dokázal pojmut co nejvíce faktorů ovlivňující úroveň kvality života nemocných s karcinomem prostaty.

Úvodní otázky dotazníku se zabývají specifikací věkové skupiny respondentů, časovým rozmezím léčby, místem léčby a způsobem léčby (položka č. 1, 2, 3, 4). Následně je dotazníkovým šetřením zjišťováno, zda má nemocný nyní, či zda měl před léčbou nějaké potíže, (vč. potíží s močením, vyprazdňováním, chutí k jídlu), také zda byl nemocný cévkován (popř. po jakou dobu byl cévkován) a jaké je jeho aktuální sociální a pracovní postavení (položka č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15). Další částí dotazníku jsou otázky zjišťující úroveň sexuálního života, vč. zjištění erektilních dysfunkcí, které mohou u pacientů s karcinomem prostaty po operačním zásahu vzniknout (položka č. 16, 17). Obsahem dotazníku jsou také otázky v souvislosti s kontrolováním pacientů s karcinomem prostaty. Tyto otázky byly zaměřené především na to, jakým způsobem, jak často a kým jsou nemocní kontrolováni (položka č. 18, 19, 20, 21). Poslední otázka je věnována celkovému zhodnocení kvality života v rámci všech již zmíněných proměnných v souvislosti s onkologickým onemocněním prostaty (položka č. 22).

3.2.2 SKUPINA RESPONDENTŮ

Dotazníkové šetření bylo určeno pacientům, kterým byl diagnostikován karcinom prostaty. Věková kategorie byla předpokládána mezi 18–95 lety. Způsob léčby nebyl podstatný. Důvodem výběru této cílové skupiny respondentů je má bakalářská práce, která je zaměřená na onkologické onemocnění prostaty a na kvalitu života.

3.2.3 ORGANIZACE VÝZKUMU A METODA SBĚRU DAT

Po následném schválení obou náměstkyn pro ošetrovatelskou péči bylo spuštěno dotazníkové šetření, které probíhalo na Onkologickém oddělení v KNTB Zlín a.s., a na Urologickém oddělení Kroměřížské nemocnice. Samotný sběr dat probíhal od 20. 1. do 20. 3. 2023.

Dotazníky byly předány vždy vrchním sestřím příslušných oddělení k následnému rozdáni. Dohromady bylo rozdáno do obou zdravotnických zařízení 80 dotazníků. Celková návratnost činila 53 dotazníků.

K získání požadovaných informací byla použita metoda kvantitativního výzkumu formou dotazníku vlastní konstrukce. Dotazník byl předem sestaven a specifikován pro danou problematiku a skupinu respondentů.

3.2.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

Pro analýzu získaných dat byl použit program Microsoft Word. Získaná data jsou zpracována do tabulek, které obsahují absolutní a relativní četnost výsledků. Absolutní četnost udává celkový počet respondentů, kteří na otázku odpovídali. Relativní četnost vyjadřuje hodnoty absolutní v procentech. Každá tabulka obsahuje příslušný název a slovní interpretaci výsledků výzkumů umístěnou vždy pod jednotlivou tabulkou.

4 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT

Získaná data jsou interpretována do tabulek, kdy je každá tabulka přiřazená k jednotlivé otázce v jejím původním znění. V tabulkách je uvedena absolutní četnost, která znázorňuje počet respondentů, kteří odpověděli na otázku. Relativní četnost vyjadřuje počet respondentů v procentech.

Otázka č. 1: Uveďte Váš věk (v letech)

Tabulka č. 1 – Věková kategorie

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
30-39 let	3	5,7 %
40-49 let	4	7,5 %
50-59 let	11	20,8 %
60-69 let	16	30,2 %
70-79 let	9	17,0 %
80-89 let	10	18,9 %
Celkem	53	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Cílem této otázky bylo zjistit, jaká věková kategorie respondentů je v souvislosti s karcinomem prostaty nejvíce zastoupena.

Z celkového počtu 53 respondentů, byla nejpočetnější skupina 16 respondentů (30,2 %) ve věkové kategorii 60-69 let. Druhá nejpočetnější skupina byla ve věku 50-59 let - 11 respondentů (20,8 %), následovala skupina ve věku 80-89 let – 10 respondentů (18,9 %). Věkovou kategorii 70-79 let uvedlo 9 respondentů (17,0 %). Nejméně zastoupenou skupinou respondentů byla věková kategorie 40-49 let – 4 respondenti (7,5 %) a věková kategorie 30-39 let – 3 respondenti (5,7 %).

Otázka č. 2: Kdy a jste byl léčen?

Tabulka č. 2 – Časové rozmezí léčby

Časové rozmezí léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost
2016	1	1,9 %
2018	1	1,9 %
2019	4	7,5 %
2020	7	13,2 %
2021	2	3,8 %
2022	12	22,6 %
2023	26	49,1 %
Celkem	53	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Tato otázka byla rozdělena na dvě části. První část představuje (tabulka č. 2) - od jaké doby, či jak dlouho byl či je nemocný léčen (časové rozmezí léčby), druhou část představuje (tabulka č. 3) – kde byl nemocný léčen (místo léčby).

Z celkového počtu 53 respondentů, uvedlo nejvíce 26 respondentů (49,1 %), že jsou či byli léčeni v aktuálním roce 2023. Druhá nejpočetnější skupina respondentů – 12 (22,6 %) uvedla, že byla či je léčena od roku 2022. Třetí nejpočetnější skupina respondentů – 7 (13,2 %) uvedla, že byla či je léčena od roku 2020. Další skupina respondentů - 4 (7,5 %) uvedla, že byla či je léčena od roku 2019. Rok 2022 uvedli 2 respondenti (3,8 %). Od roku 2016 byl či je léčen 1 respondent (1,9 %). Podobně od roku 2018 byl či je léčen 1 respondent (1,9 %).

Otázka č. 2 – Kde jste byl léčen?

Tabulka č. 3 – Místo léčby

Místo léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost
KNTB, Zlín	37	69,8 %
Uherskohradišťská nemocnice	8	15,1 %
Kroměřížská nemocnice	4	7,5 %
Vsetínská nemocnice	4	7,5 %
Celkem	53	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Tato otázka byla směřována na bližší specifikaci místa léčby (např. město, nemocnice, ve kterém byl respondent léčen).

Z tabulky vyplývá, že z celkového počtu 53 respondentů byla nejpočetnější skupina – 37 respondentů (69,8 %) léčena v KNTB, Zlín a.s. Druhou nejpočetnější skupinou byly respondenti – 8 (15,1 %), kteří byli léčeni v Uherskohradišťské nemocnici. Kroměřížskou nemocnici uvedli celkem 4 respondenti (7,5 %). Stejně tak 4 respondenti (7,5 %) uvedli Vsetínskou nemocnici.

Otázka č. 3: Jakým způsobem jste byl léčen?

Tabulka č. 4 – Způsob léčby

Způsob léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hormonální terapie	6	11,3 %
Operační zákrok	7	13,2 %
Radioterapie	9	17,0 %
Paliativní léčba	6	11,3 %
Protonová léčba	0	0 %
Kombinovaná léčba	25	47,2 %
Celkem	53	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Tato otázka měla z cíl zjistit, jaký způsob léčby je u nemocných s karcinomem prostaty nejvíce zastoupen.

Z celkového počtu 53 respondentů byla nejpočetnější skupina respondentů léčena kombinovanou léčbou – 25 respondentů (47,2 %). Kombinovaný typ léčby (resp. přidání další léčebné modality k základnímu léčebnému postupu) byl do tabulky doplněn, jelikož někteří respondenti uváděli více možností léčeb současně (nejčastěji operační zákrok + hormonální léčba, operační zákrok + radioterapie). Druhou nejčastější léčbou byla léčba radioterapií, kterou uvedlo 9 respondentů (17,0 %). Operační zákrok uvedlo 7 respondentů (13,2 %). Dalším způsobem léčby uvedlo 6 respondentů (11,3 %) hormonální terapii. Stejně tak 6 respondentů (11,3 %) uvedlo paliativní léčbu. Žádný respondent - 0 (0 %) neuvedl způsob terapie protonovou léčbou.

Otázka č. 4: Pokud jste nebyl léčen, z jakého důvodu?

Tabulka č. 5 – Důvod bez léčby

Důvod bez léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bez odpovědi	0	0 %
Celkem	53	0 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Cílem dané otázky bylo zjistit, zda některý z respondentů např. odmítl léčbu, či zda se obával léčby samotné, nebo jejich komplikací.

Z celkového počtu 53 respondentů neuvedl žádný respondent – 0 (0 %) svou odpověď. Z výzkumu tedy vyplývá, že byl každý respondent léčen.

Otázka č. 5: Jak dlouho jste měl potíže před léčbou?

Tabulka č. 6 – Délka potíží před léčbou

Délka potíží před léčbou	Absolutní četnost	Relativní četnost
2–3 měsíce před léčbou	12	22,6 %
4 měsíce před léčbou	2	3,8 %
6 měsíců před léčbou	15	28,3 %
1 rok před léčbou	13	24,5 %
2 roky před léčbou	2	3,8 %
3 roky před léčbou	1	1,9 %
Nedokážu určit dobu	7	13,2 %
Neměl jsem problémy před léčbou	1	1,9 %
Celkem	53	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Tato otázka měla zjistit, jak dlouho u nemocného trvaly potíže před léčbou.

Z tabulky vyplývá, že z celkového počtu 53 respondentů uvedlo nejvíce 15 respondentů (28,3 %), že jejich potíže trvaly 6 měsíců před léčbou. Druhou nejpočetnější skupinou bylo 13 respondentů (24,5 %) kteří uvedli, že jejich potíže trvaly 1 rok před zahájením léčby. Třetí nejpočetnější skupinou bylo 12 respondentů (22,6 %), kteří uvedli, že jejich potíže trvaly 2–3 měsíce před léčbou. Dále 7 respondentů (13,2 %) uvedlo, že nedokážou určit dobu začátku svých potíží. Pouze 2 respondenti (3,8 %) uvedli, že jejich potíže trvaly 4 měsíce před léčbou. Stejně tak 2 respondenti (3,8 %) uvedli, že jejich potíže trvaly 2 roky před zahájením léčby. Potíže, které trvaly 3 roky před zahájením léčby uvedl pouze 1 respondent (1,9 %). Stejně tak 1 respondent uvedl, že neměl žádné problémy před léčbou.

Otázka č. 6: Máte nějaké potíže nyní?

Tabulka č. 7 – Aktuální potíže

Aktuální potíže	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	7	13,2 %
Spíše ano	11	20,8 %
Spíše ne	28	52,8 %
Ne, nemám nyní žádné potíže	7	13,2 %
Celkem	53	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Tato otázka měla zjistit, zda nemocní pociťovali aktuálně nějaké potíže.

Z plného počtu 53 respondentů bylo nejpočetnější skupinou 28 respondentů (52,8 %), kteří uvedli, že nyní nepociťují žádné potíže. Další skupina 11 respondentů (20,8 %) uvedla, že spíše má aktuálně potíže. Pouze 7 respondentů (13,2 %) uvedlo, že nyní potíže mají. Naopak dalších 7 respondentů (13,2 %) uvedlo, že nyní žádné potíže nemají.

Otázka č. 7. vztahující se k otázce č. 6: Pokud ano, jaké?

Tabulka č. 8 – Definice potíží

Definice potíží	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bolest při močení	7	38,9 %
Pálení, řezání při močení	3	16,7 %
Potíže při močení (blíže nespécifikovány)	4	22,2 %
Inkontinence	1	5,6 %
Nechutenství, zvracení	2	11,1 %
Celkové zhoršení zdravotního stavu	1	5,6 %
Celkem	18	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Pokud respondent odpověděl v otázce č. 6 ano, měl napsat definici potíží. Celkem 18 respondentů odpovědělo u otázky č. 6 ano, či spíše ano a v otázce č. 7 měli specifikovat své potíže.

Nejčastěji uvedenou odpovědí byly souhrnně potíže s močením. Z celkového počtu 53 respondentů uvedlo 7 respondentů (38,9 %) bolest při močení. Potíže při močení bez bližších specifikací uvedli 4 respondenti (22,2 %). Pálení, řezání při močení uvedli 3 respondenti (16,7 %). Inkontinence byla odpovědí pouze 1 respondenta (5,6 %). Nechutenství a zvracení uvedli 2 respondenti (11,1 %). Celkové zhoršení zdravotního stavu uvedl 1 respondent (5,6 %).

Otázka č. 8: Jste stále aktivní v zaměstnání?

Tabulka č. 9 - Zaměstnání

Zaměstnání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	17	32,1 %
Ne	36	67,9 %
Celkem	53	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Tato otázka měla zjistit, zda jsou, či nejsou nemocní stále aktivní v zaměstnání.

Z celkového počtu 53 respondentů, uvedlo 36 respondentů (67,9 %), že již nejsou aktivní v zaměstnání. Naopak 17 respondentů (32,1 %) potvrdilo, že stále aktivní v zaměstnání jsou.

Otázka č. 9: Jste v invalidním důchodu?

Tabulka č. 10 – Invalidní důchod

Invalidní důchod	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	11	20,8 %
Ne	37	69,8 %
Starobní důchod	5	9,4 %
Celkem	53	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Tato otázka měla zjistit, zda jsou nemocní v invalidním důchodu.

Do tabulky byla přidána položka (starobní důchod), jelikož někteří respondenti odpověděli, že jsou ve starobním důchodu. Z tabulky vyplývá, že nejpočetnější skupina 37 respondentů (69,8 %) uvedla, že v invalidním důchodu není. Naopak potvrzení invalidního důchodu uvedlo 11 respondentů (20,8 %). Starobní důchod uvedlo 5 respondentů (9,4 %).

Otázka č. 10: Máte problémy s močením?

Tabulka č. 11 – Problémy s močením

Problémy s močením	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	29	54,7 %
Ne	24	45,3 %
Celkem	53	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Cílem této otázky bylo zjistit, zda nemocní mají potíže s močením.

Z celkového počtu 53 respondentů uvedla větší polovina respondentů – 29 (54,7 %), že má potíže s močením. Zbýlá skupina 24 respondentů (45,3 %) uvedla, že problémy s močením nemá.

Otázka č. 11 vztahující se k otázce č. 10: Pokud ano, jaké?

Tabulka č. 12 – Definice problémů s močením

Definice problémů s močením	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pálení, řezání při močení	10	34,5 %
Časté močení	7	24,1 %
Časté močení v noci	1	3,4 %
Bolest při močení	2	6,9 %
Inkontinence	9	31,0 %
Celkem	29	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Cílem této otázky, bylo zjistit podrobnější potíže s močením.

Pokud respondent odpověděl u otázky č. 10 ano, měl tyto potíže v otázce č. 11 blíže specifikovat. Z celkového počtu 53 respondentů uvedlo nejvíce respondentů - 10 (34,5 %),

že mají pálení, řezání při močení. Druhá nejpočetnější skupina 9 respondentů (31,0 %) uvedla inkontinenci. Časté močení uvedlo 7 respondentů (24,1 %). Bolest při močení uvedly 2 respondenti (6,9 %). Pouze 1 respondent (3,4 %) uvedl časté močení především v noci.

Otázka č. 12: Byl jste před operací cévkován?

Tabulka č. 13 – Cévkování před operací

Cévkování před operací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	36	67,9 %
Ne	17	32,1 %
Celkem	53	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Tato otázka měla za cíl zjistit, zda byl nemocný před operací cévkován.

Z tabulky vyplývá, že z celkového počtu 53 respondentů uvedlo 36 respondentů (67,9 %) volbu ne a 17 respondentů (32,1 %) odpovědělo volbu ano.

Otázka č. 13 vztahující se k otázce č. 12: Pokud ano, jak dlouho jste byl cévkován?

Tabulka č. 14 – Délka doby zacévkování

Délka doby cévkování	Absolutní četnost	Relativní četnost
2-3 dny (před operací)	8	22,2 %
7 dní	7	19,4 %
10-14 dní	9	25,0 %
1 měsíc	6	16,7 %
Nevím, nevzpomínám si	6	16,7 %
Celkem	36	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Tato otázka měla za cíl zjistit, jak dlouho byli nemocní cévkováni z důvodu potíží (resp. potíží s močením) ještě před samotnou léčbou.

Pokud respondent odpověděl u otázky č. 12 ano, měl v otázce č. 13 napsat dobu, po kterou byl cévkován. Z celkového počtu 53 respondentů uvedlo pouze 36 respondentů v předchozí otázce ano. Z celkového počtu 36 respondentů uvedlo nejvíce 9 respondentů (25,0 %), že

byly cévkováni po dobu 10-14 dnů před samotnou léčbou. Druhou nejpočetnější skupinou byly respondenti – 8 (22,2 %), kteří odpověděli 2-3 dny. Třetí nejčastější skupinou bylo 7 respondentů (19,4 %), kteří uvedli, že byly cévkováni po dobu 7 dní. Pouze 6 respondentů (16,7 %) uvedlo ve své odpovědi 1 měsíc. Podobně 6 respondentů (16,7 %) uvedlo, že si nepamatují a neví, jak dlouho byli cévkováni.

Otázka č. 14: Máte potíže s vyprazdňováním střev?

Tabulka č. 15 – Vyprazdňování střev

Vyprazdňování střev	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	12	22,6 %
Ne	41	77,4 %
Celkem	53	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Cílem otázky bylo zjistit, zda má nemocný potíže s vyprazdňováním střev.

Z celkového počtu 53 respondentů odpovědělo 41 respondentů (77,4 %) ne a 12 respondentů (22,6 %) odpovědělo ano.

Otázka č. 15: Chutná Vám jíst?

Tabulka č. 16 – Chuť k jídlu

Chuť k jídlu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	26	49,1 %
Spíše ano	16	30,2 %
Spíše ne	7	13,2 %
Ne	4	7,5 %
Celkem	53	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Cílem této otázky bylo zjistit, zda má nemocný chuť k jídlu.

Z celkového počtu 53 respondentů uvedlo nejvíce respondentů – 23 (49,1 %), že má chuť k jídlu. Druhá nejpočetnější skupina 16 respondentů (30,2 %) uvedla spíše ano. Dále 7 respondentů (13,2 %) odpovědělo spíše ne a 4 respondenti (7,5 %) odpověděli ne.

Otázka č. 16: Do jaké míry se domníváte, že Vám toto onemocnění ovlivnilo Váš sexuální život?

Tabulka č. 17 – Sexuální život

Sexuální život	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec	10	18,9 %
Málo	14	26,4 %
Středně	20	37,7 %
Hodně	9	17,0 %
Celkem	53	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Tato otázka měla za cíl zjistit do jaké míry byl ovlivněn sexuální život nemocného.

Z tabulky vyplývá, že z celkového počtu 53 respondentů uvedlo 20 respondentů (37,7 %), že byl jejich sexuální život středně ovlivněn. Dalších 14 respondentů (26,4 %) odpovědělo málo. Opověď vůbec uvedlo 10 respondentů (18,9 %). Dále 9 respondentů (17,0 %) uvedlo, že byl jejich sexuální život ovlivněn hodně.

Otázka č. 17: Jste stále schopen dosáhnout erekce?

Tabulka č. 18 – Dosažení erekce

Dosažení erekce	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vždy	4	7,5 %
Ano, ale s narušenou tuhostí (rigiditou) přirození	8	15,1 %
Ano, ale pouze s lékovou podporou (např. Viagra, Cialis apod.)	16	30,2 %
Ne, nejsem	11	20,8 %
Nevím, nevedu sexuální život	14	26,4 %
Celkem	53	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Tato otázka měla za cíl zjistit, zda je nemocný stále schopen dosáhnout erekce.

U nemocných s karcinomem prostaty je především po léčbě RAPE vznik erektilních dysfunkcí poměrně častý. Z tohoto důvodu jsme považovali otázku za podstatnou a stále aktuální. Z celkového počtu 53 respondentů, uvedlo nejvíce 16 respondentů (30,2 %) ano, ale pouze s lékovou podporou. Druhá nejpočetnější skupina 14 respondentů (26,4 %) uvedla, že neví a nevedou sexuální život. Třetí nejpočetnější skupinou byly respondenti – 11 (20,8 %), kteří uvedli, že nejsou schopni dosáhnout erekce. Dále 8 respondentů (15,1 %) uvedlo, že je schopno erekce dosáhnout, ale s narušenou tuhostí přirození. 4 respondenti (7,5 %) odpověděli, že jsou vždy schopni dosáhnout erekce.

Otázka č. 18: Jak často jste kontrolován?

Tabulka č. 19 – Kontrolování pacientů s karcinomem prostaty

Kontrolování	Absolutní četnost	Relativní četnost
1x týdně	3	5,7 %
Každých 14 dní	5	9,4 %
1x za 1-2 měsíce	14	26,4 %
Každé 3 měsíce	5	9,4 %
Každých 6 měsíců	13	24,5 %
1x ročně	10	18,9 %
2x ročně	3	5,7 %
Celkem	53	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Cílem otázky bylo zjistit, jak často je nemocný v rámci svého onkologického onemocnění kontrolován.

Z celkového počtu 53 respondentů uvedlo 14 respondentů (26 %), že jsou kontrolováni 1x za 1-2 měsíce. Druhá nejpočetnější skupina 13 respondentů (24,5 %) odpověděla, že je kontrolována každých 6 měsíců. Třetí nejpočetnější odpovědí bylo 1x ročně, kterou uvedlo 10 respondentů (18,9 %). Každých 14 dní uvedlo v dotaznících celkem 5 respondentů (9,4 %). Další 5 respondentů (9,4 %) uvedlo, že jsou kontrolováni každé 3 měsíce. Dále 3 respondenti (5,7 %) uvedli 1x týdně, a další 3 respondenti (5,7 %) uvedli 2x ročně.

Otázka č. 19: Kdo Vás kontroluje?

Tabulka č. 20 – Kontrolující osoba u nemocných s karcinomem prostaty

Kontrolování kým	Absolutní četnost	Relativní četnost
Onkolog	34	64,2 %
Urolog	1	1,9 %
Praktický lékař	7	13,2 %
Onkolog i urolog	10	18,9 %
Onkolog, urolog, praktický lékař	1	1,9 %
Celkem	53	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Tato otázka měla za cíl zjistit, kým jsou nemocní kontrolováni.

Z celkového počtu 53 respondentů odpověděla více než polovina respondentů – 34 (64,2 %), že je kontrolována onkologem. Druhá nejpočetnější skupina 10 respondentů (18,9 %) odpověděla onkolog i urolog. Praktického lékaře uvedlo 7 respondentů (13,2 %). Pouze 1 respondent (1,9 %) odpověděl, že je kontrolován onkologem, urologem i praktickým lékařem a pouze 1 respondent (1,9 %) uvedl, že je kontrolován urologem.

Otázka č. 20: Jste kontrolován především odběrem krve na PSA (prostatický specifický antigen)?

Tabulka č. 21 – PSA (prostatický specifický antigen)

PSA (prostatický specifický antigen)	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	53	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	53	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Cílem otázky bylo zjistit, zda jsou nemocní kontrolováni především odběrem krve na PSA (prostatický specifický antigen).

Z celkového počtu 53 respondentů, uvedlo všech 53 respondentů (100 %), že jsou kontrolováni primárně PSA (prostatickým specifickým antigenem).

Otázka č. 21 vztahující se k otázce č. 20: Pokud ne, jakým jiným způsobem jste především kontrolován?

Tabulka č. 22 – Jiný způsob kontrolování

Jiný způsob kontrolování	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bez odpovědi	0	0 %
Celkem	53	0 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Jestliže respondent odpověděl v otázce č. 20 ne, měl napsat jiný způsob, kterým je kontrolován. Tato otázka měla za cíl zjistit, zda byli nemocní kontrolováni jiným způsobem, než odběrem krve na PSA (např. CT, SONO apod.).

Z celkového počtu 53 respondentů neuvedl žádný respondent – 0 (0 %) svou odpověď.

Otázka č. 22: Jak byste zhodnotil kvalitu svého života?

Tabulka č. 23 – Kvalita života

Kvalita života	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi špatná (číslo 1)	3	5,7 %
Špatná (číslo 2)	5	9,4 %
Ani špatná, ani dobrá (číslo 3)	24	26,4 %
Dobrá (číslo 4)	18	34,0 %
Velmi dobrá (číslo 5)	3	5,7 %
Celkem	53	100 %

Zdroj: autor vlastní, 2023

Komentář: Tato otázka měla zjistit, jak respondent hodnotí kvalitu života v rámci svého onemocnění.

Z tabulky vyplývá, že z celkového počtu 53 respondentů, ohodnotilo nejvíce 24 respondentů (26,4 %) svou kvalitu života, jako ani špatnou, ani dobrou. Druhou nejpočetnější skupinou bylo 18 respondentů (34,0 %), kteří ohodnotili svou kvalitu života, jako dobrou. Dalších 5 respondentů uvedlo, že je jejich kvalita života špatná. Pouze 3 respondenti (5,7 %) ohodnotili svou kvalitu života, jako velmi špatnou. Naopak 3 respondenti (5,7 %) ohodnotili svou kvalitu života i přes dané onemocnění, jako velmi dobrou.

5 DISKUZE

Bakalářská práce byla zaměřená na skupinu respondentů s diagnostikovaným karcinomem prostaty. Hlavním cílem práce bylo zhodnocení úrovně kvality života u nemocných se zhoubným nádorem prostaty. K výzkumnému šetření byl realizován dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval 22 otázek, a který byl sestaven pro specifickou skupinu respondentů s karcinomem prostaty. Výzkumné šetření probíhalo na Onkologickém oddělení v KNTB Zlín a na Urologickém oddělení Kroměřížské nemocnice. Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků a celková návratnost z obou zařízení činila 53 dotazníků.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň kvality života u nemocných s karcinomem prostaty.

Na otázku, *Jak hodnotíte svou kvalitu života?* odpovědělo z celkového počtu 54 respondentů nejvíce 24 respondentů (26,4 %), kteří svou kvalitu života hodnotí č. 3, jako ani špatnou, ani dobrou. Z našeho výzkumného šetření jsme zjistili, že je kvalita života výrazně omezena v oblasti sexuálního života (potíže s erekcí) a v oblasti močového systému, kde nejvíce převažují potíže při močení (pálení, řezání, bolest při močení, časté močení, inkontinence).

Obsahem praktické části práce jsou taktéž **dílčí cíle**, které jsme stanovili následovně.

Dílčím cílem č. 1 bylo zjistit základní proměnné vztahující se k nemocným s karcinomem prostaty (věková kategorie, časové rozmezí léčby a místo léčby).

Z celkového počtu 53 respondentů, kteří se zúčastnili našeho výzkumného šetření, bylo nejvíce 16 respondentů (30,2 %) zastoupeno ve věkové skupině 60-69 let, kteří mají karcinom prostaty.

Dvořáček (2005, s. 259) uvádí, že průměrný věk, ve kterém je nemocným diagnostikován zhoubný nádor prostaty je právě kolem 69 roku života, což se také potvrdilo v rámci našeho výzkumného šetření.

Dále na otázku, *Kdy jste byl léčen?* uvedlo z celkového počtu 53 respondentů nejvíce 26 respondentů (49,1 %) v aktuálním roce 2023. Dále na otázku, *Kde jste byl léčen?* nejvíce respondentů – 37 (69,8 %) v dotaznících uvedlo v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Z našeho výzkumného šetření tedy vyplývá, že byli respondenti s karcinomem prostaty odesíláni především do větších nemocnic.

Dílčí cíl č. 2 měl za cíl zjistit, jakým způsobem léčby byli nemocní s karcinomem prostaty nejčastěji léčeni.

Z celkového počtu 53 respondentů jsme zjistili, že nejčastějším způsobem léčby u pacientů se zhoubným nádorem prostaty je kombinovaná léčba (nejčastěji respondenti uvedli operační zákrok + hormonální léčba, operační zákrok + radioterapie), kterou uvedlo celkem 25 respondentů (47,2 %). Druhou nejpočetnější skupinou byla léčba radioterapií, kterou uvedlo 9 respondentů (17,0 %). Třetí nejpočetnější skupinou byli respondenti – 7 (13,2 %), kteří byli léčeni operačním zákrokem. Hormonální terapii uvedlo 6 respondentů (11,3 %) a stejně tak 6 respondentů (11,3 %) uvedlo paliativní léčbu.

Dvořáček (2005, s. 348) tvrdí, že u pacientů s lokálně pokročilým nádorem prostaty (T3) ukazuje kombinovaná léčba signifikantní zlepšení, jak v intervalu dogrese, tak i v celkovém přežívání nemocných ve srovnání s těmi, kteří podstoupili např. pouze radioterapii. Ve výsledcích našeho šetření se také ukázala kombinovaná léčba, jako ta nejčastější a tím se i potvrzuje její častá aplikace v klinické praxi v léčbě zhoubného nádoru prostaty.

Dílčím cíl č.3 bylo zjistit, zda a jaké potíže jsou u nemocných s maligním nádorem prostaty nejvíce zastoupeny.

Na otázku, č. 6 - *Máte nějaké potíže nyní?* z celkového počtu 53 respondentů odpověděla více jak polovina respondentů – 28 (52,8 %) spíše ne. Avšak další skupina 11 respondentů (20,8 %) odpověděla spíše ano. Dále 7 respondentů (13,2 %) odpovědělo jednoznačně ano. Pouze 7 respondentů (13,2 %) odpovědělo, že žádné potíže nemají.

Pokud respondent v otázce č. 6 - *Máte nějaké potíže nyní?* odpověděl ano, měl v následující otázce č. 7 – *Pokud ano, jaké?* své potíže blíže definovat.

Na otázku č. 7 - *Pokud ano, jaké?* odpovědělo celkem 18 respondentů, kdy jsme z našeho výzkumného šetření zjistili, že nejčastější uváděnou odpovědí respondentů byly **potíže s močením.**

Dílčím cílem č. 4 bylo zjistit o jaké potíže se přesně jedná a jak dlouho tyto potíže trvaly před léčbou.

Pokud respondent v otázce č. 10 - *Máte potíže s močením?* odpověděl ano, měl v následující otázce č. 11 – *Pokud ano, jaké?* tyto potíže blíže definovat.

Na otázku, *Pokud ano, jaké?* z celkového počtu 29 respondentů, kteří odpověděli na tuto otázku, jsme zjistili následující informace. Nejvíce respondentů – 10 (34,5 %) uvedlo pálení, řezání při močení. Druhou nejvíce uváděnou odpovědí 9 respondentů (31,0 %) byla

inkontinence. Třetí nejčastější odpovědí bylo časté močení, kdy tuto odpověď uvedlo 7 respondentů (24,1 %).

Dušek (2010, s. 17) uvádí, že ačkoliv je zhoubný nádor prostaty dlouhou dobu asymptomatický, mohou ho doprovázet příznaky, které souvisí s močovým systémem, jako např. dysurie, polakisurie, inkontinence. To se také na základě odpovědí respondentů potvrdilo v našem výzkumném šetření.

Dále na otázku, *Jak dlouho jste měl potíže před léčbou?* jsme z celkového počtu 53 respondentů zjistili, že nejvíce respondentů - 15 (28,3 %) uvedlo, že jejich potíže trvaly 6 měsíců před samotným zahájením léčebného procesu.

Také jsme se zajímali o to, zda mají nemocní potíže s vyprazdňováním střev a také zda jim chutná jíst. Na otázku, *Máte potíže s vyprazdňováním střev?* jsme zjistili, že z celkového počtu 53 respondentů uvedlo ve své odpovědi 41 respondentů (77,4 %) ne a pouze 12 respondentů (22,6 %) odpovědělo ano. V otázce, *Chutná Vám jíst?* jsme docílili pozitivního výsledku, kdy z celkového počtu 53 respondentů, uvedlo nejvíce respondentů – 26 (49,1 %), že jim spíše chutná jíst. Z výsledku našeho výzkumného šetření tedy vyplývá, že nemocným se zhoubným nádorem prostaty chutná jíst, a to i přes jejich onkologické onemocnění na rozdíl od jiných onkologických onemocnění (např. karcinom jícnu, střeva), kdy mají nemocní obvykle potíže s příjmem stravy a chutí k jídlu.

Dílčí cíl č. 5 byl zaměřen na zjištění sociálního a pracovního postavení nemocných s onkologickou diagnózou maligního nádoru prostaty.

Na otázku, *Jste stále aktivní v zaměstnání?* z celkového počtu 53 respondentů plyne následující zjištění. Více, jak polovina respondentů - 36 (67,9 %) již není aktivní v zaměstnání. Dále na otázku, *Jste v invalidním důchodu?* jsme pomocí výzkumného šetření zjistili, že z celkového počtu 53 respondentů, uvedlo 37 respondentů (69,8 %), že v invalidním důchodu není a 11 respondentů (20,8 %) uvedlo, že v invalidním důchodu je. Starobní důchod uvedlo 5 respondentů (9,4 %). Z našeho výzkumného šetření vyplývá pozitivní výsledek, že jsou nemocní s karcinomem prostaty pouze v malé míře v invalidním důchodu. Avšak více, jak polovina respondentů již aktivní v zaměstnání není, což je také pochopitelné v rámci vyššího věku většiny našich respondentů.

Dílčím cílem č. 6 bylo zjistit, do jaké míry dané onemocnění ovlivnilo sexuální život nemocných s karcinomem prostaty.

Na otázku, *Do jaké míry se domníváte, že Vám toto onemocnění ovlivnilo Váš sexuální život?* jsme z celkového počtu 53 respondentů dopěli k závěru, že nejvíce 20 respondentů (37,7 %) uvedlo, že byl jejich sexuální život ovlivněn středně. Dále 14 respondentů (26,4 %) odpovědělo málo a 10 respondentů (18,9 %) uvedlo vůbec. Pouze 9 respondentů (17,0 %) uvedlo, že byl jejich sexuální život ovlivněn hodně.

Na otázku, *Jste schopni stále dosáhnout erekce?* jsme pomocí výzkumného šetření zjistili následující informace. Z celkového počtu 53 respondentů uvedlo nejvíce respondentů - 16 (30,2 %) ano, ale pouze s lékovou podporou. Druhá nejpočetnější skupina 14 respondentů (26,4 %) uvedla, že neví a sexuální život nevedou. Třetí nejpočetnější skupinou je 11 respondentů (20,8 %), kteří uvedli, že nejsou schopni dosáhnout erekce. Dále 8 respondentů (15,1 %) uvedlo, že sice jsou schopni dosáhnout erekce, ale s narušenou rigiditou (tuhostí) přirození a pouze 4 respondenti (7,5 %) uvedli, že jsou vždy schopni dosáhnout erekce.

U nemocných, kteří podstoupili především operační zákrok je vznik erektilních dysfunkcí poměrně častý a z tohoto důvodu jsme do dotazníku zařadili otázky se zaměřením na sexuální život.

Pacík (2007, s. 55) uvádí, že patrně nejčastějším problémem po radikální léčbě zhoubného nádoru prostaty je právě porucha erekce, což se nám také potvrdilo v našem výzkumném šetření, kdy nejvíce respondentů uvedlo, že sice jsou schopni dosáhnout erekce, ale pouze za pomoci lékové podpory.

Dílním cílem č. 7 bylo zjistit, jakým způsobem jsou nemocní s karcinomem prostaty nadále kontrolováni a kým.

Pro nemocné se zhoubným nádorem prostaty je nezbytné, aby byli nadále kontrolováni svým praktickým lékařem, onkologem či jiným specialistou, a to po dobu 5 let. V případě, kdy po uplynutí 5 let nemá nemocný známky metastáz, je statisticky vyléčen. Tyto kontroly se odvíjí od aktuálního zdravotního stavu nemocného, dále od toho, jakou léčbu podstoupil a jak velká je pravděpodobnost, že byla rakovina vyléčena. Standartním postupem bývá odběr krve nemocného na prostatický specifický antigen (PSA). Absolutní potvrzení karcinomu prostaty však spočívá v histopatologickém odběru tkáně, resp. po provedení biopsie prostaty.

Pomocí výzkumného šetření jsme zjistili, že jsou nemocní kontrolováni nejčastěji 1x za 1-2 měsíce. Tuto odpověď uvedlo z celkového počtu 53 respondentů – 14 respondentů (26,4 %). Druhou nejpočetnější skupinou bylo 13 respondentů (24,5 %), kteří uvedli, že jsou

kontrolováni každých 6 měsíců. Třetí nejpočetnější skupinou bylo 10 respondentů, kteří uvedli, že jsou kontrolováni vždy 1x za rok. Na otázku, *Kdo Vás kontroluje?* odpovědělo z celkového počtu 53 respondentů nejvíce respondentů – 34 (64,2 %), že jsou kontrolováni onkologem. Na otázku, *Jste kontrolován především odběrem krve na PSA (prostatický specifický antigen)?* z celkového počtu 53 respondentů odpověděl plný počet 53 respondentů (100 %) ano, což považujeme za velmi pozitivní výsledek našeho šetření.

Dvořáček (2005, s. 294) tvrdí, že mnoho nemocných, kterým hrozí riziko vzniku maligního nádoru prostaty, a kteří by následně měli podstoupit skriningové vyšetření se tomuto vyšetření vyhýbá, či prokazují jakousi nechuť a vyšetření hodnotí jako nepotřebné. Z výzkumného šetření však plyne pozitivní zjištění, a to sice, že všichni respondenti, kteří se zúčastnili našeho dotazníkového šetření jsou nadále sledováni a kontrolováni odběrem krve na PSA.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jak již bylo zmíněno, karcinom prostaty je druhou nejčastější urologickou malignitou u mužů v České republice. Ve většině případů nejsou viditelné příznaky, průběh onemocnění je tedy asymptomatický a projeví se až v pokročilejším stádiu. Důležitá je proto prevence pro včasný záchyt onemocnění. K této prevenci je určen skrínig, což je metoda, která vyhledává onemocnění v časném stádiu, kdy je průběh onemocnění zcela bezpříznakový. Skrínig karcinomu prostaty se provádí u mužů nad 50 let, především na bázi odběru krve na prostatický specifický antigen (PSA), neboli onkologického markeru ukazujícího na možný nádor prostaty. U genetických predispozic v souvislosti s karcinomem prostaty je skrínig doporučován dříve a to kolem 40 roku života. Časný záchyt nemoci může výrazně ovlivnit kvalitu života. Pokud je onemocnění odhaleno již v pokročilém stádiu nemoci, zpravidla výrazněji zasahuje do fyzických, psychických i sociálních aspektů života nemocného. Léčba pak závisí na tom, v jakém stádiu nemoci se pacient nachází a jaké možnosti léčby jsou pro něj vhodné či nezbytně nutné.

Z výzkumného šetření jsme také zjistili, že pacienti s karcinomem prostaty měli ve většině případů potíže již 6 měsíců před zahájením léčby. Nejčastější problémy byly pálení, řezání, bolest při močení, inkontinence a časté močení. Z tohoto důvodu bychom doporučovali, aby muži nepodceňovali své potíže a v jejich případě neodkladně vyhledali lékařskou pomoc. Zároveň také doporučujeme, aby byli pacienti o daném onemocnění více edukováni a měli dostatečné informace, a to jak o samotném onemocnění, tak o tom, jak nemoc probíhá, jaké léčebné možnosti existují a byli tak schopni případně v čas zasáhnout.

ZÁVĚR

Karcinom prostaty je závažné onkologické onemocnění postihující mužskou populaci ve vyšší věkové kategorii, zpravidla nad 50 let života. Průběh tohoto onemocnění bývá ve velké míře bezpříznakový, a proto je doporučováno mužům nad 50 let podstoupit skríníng zhoubného nádoru prostaty. Díky této metodě a včasné diagnostice je pak vyšší šance na uzdravení a zároveň vyšší šance na zachování vysoké úrovně kvality života.

V teoretické části bakalářské práce jsme se zaměřili především na zhoubný nádor prostaty a s ním i související základní proměnné. V této části se snažíme přiblížit definici karcinomu prostaty, anatomii a fyziologii karcinomu prostaty, etiologii a epidemiologii daného onemocnění a rizikové faktory vzniku daného onemocnění. Dále se v této části věnujeme skríníngu, patologii nádorového onemocnění prostaty, klinickému obrazu, diagnostice, prognóze a léčebným možnostem karcinomu prostaty. Obsahem teoretické části je také kvalita života, jako taková a také kvalita života onkologicky nemocných, dále příklady měření kvality života v praxi vč. specifických nástrojů měření úrovně kvality života onkologicky nemocných.

V praktické části jsme se zabývali kvantitativním šetřením, které bylo realizováno na základě získaných informací pomocí dotazníků vlastní konstrukce. Hlavním cílem práce bylo zjistit, do jaké míry je u nemocných ovlivněna kvalita života v rámci všech aspektů této nemoci a jaké oblasti jsou u nemocných s karcinomem prostaty nejvíce zasaženy. V rámci výzkumného šetření jsme dospěli k závěru, že respondenti vnímají a hodnotí svou kvalitu života jako ani špatnou, ani dobrou.

Důležité je také zmínění následujících dílčích cílů:

Dílčí cíl č.1 - Zjistit a analyzovat základní proměnné vztahující se k onemocnění karcinomu prostaty (věk, časové rozmezí léčby a místo léčby).

Dílčí cíl č.2 - Zjistit, jaký způsob léčby je u nemocných s karcinomem prostaty nejčastěji zastoupen.

Dílčí cíl č.3 - Zjistit, zda a jaké potíže jsou u nemocných s karcinomem prostaty nejvíce zastoupeny.

Dílčí cíl č. 4 - Zjistit, jak často tyto potíže trvaly před léčbou.

Dílčí cíl č. 5 - Zjistit aktuální sociální a pracovní postavení nemocných s karcinomem prostaty.

Dílčí cíl č. 6 - Zjistit, do jaké míry dané onemocnění ovlivnilo sexuální život nemocných s karcinomem prostaty (vč. erektilní dysfunkce)

Dílčí cíl č. 7 - Zjistit, jak často jsou nemocní v rámci své onkologické diagnózy nadále kontrolováni a kým.

Všechny stanovené cíle byly dodrženy v plném rozsahu. Z výzkumného šetření jsme dospěli k závěru, že bylo nejvíce respondentů zastoupeno ve věkové kategorii 60-69 let s diagnostikovaným maligním nádorem prostaty. Zároveň jsme také zjistili, že nejčastější léčbou u nemocných s karcinomem prostaty byla kombinovaná léčba, tedy přidání další léčebné modalit k základnímu léčebnému postupu. V oblasti vyprazdňování střev a stravování jsme docílili výsledku, že většina respondentů potíže s vyprazdňováním nemá a podobně většina respondentů uvedla, že nemá problém s chutí k jídlu. Z našeho výzkumného šetření také vyplývá pozitivní výsledek, že jsou nemocní s karcinomem prostaty pouze v malé míře v invalidním důchodu. Avšak více, jak polovina respondentů již není aktivní v zaměstnání, což je také pochopitelné v rámci vyššího věku většiny našich respondentů.

V závěru lze konstatovat, že byla u většiny respondentů výrazně ovlivněna kvalita života především v rámci potíží s močovým systémem a sexuálním životem. Nejvíce respondentů uvedlo, že jejich potíže trvaly 6 měsíců před zahájením léčby a mezi nejčastější potíže dotazující uvedli pálení, řezání při močení, inkontinenci a časté močení. Pomocí dotazníkového šetření jsme také docílili výsledku, že byl sexuální život většiny respondentů ovlivněn zhoubným nádorem prostaty středně a byla také výrazně narušena schopnost erekce, které dosahují pouze za pomoci lékové podpory. Pozitivním výsledkem našeho šetření je, že jsou všichni respondenti v rámci své onkologické diagnózy pravidelně kontrolováni, a to především odběrem krve na prostatický specifický antigen, čímž předcházejí komplikacím, které by mohly při zanedbání svého zdravotního stavu nastat. Z tohoto důvodu bychom také doporučovali, aby muži nepodceňovali svůj zdravotní stav, jelikož v případě, kdy dojde k potvrzení zhoubného nádoru prostaty hraje čas významnou roli.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ABRAHÁMOVÁ, Jitka, 2011. *Vybrané otázky onkologie XV*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-450-8.
- BINAROVÁ, Andrea, 2010. *Radioterapie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská Univerzita. ISBN 978-80-7368-701-4.
- BROŽÁK, Miloš, 2013. *Karcinom prostaty a radikální prostatektomie*. 1. vyd. Olomouc: Solen. ISBN 978-80-7471-018-6.
- DOLEŽEL, Martin, 2011. *Cílená radioterapie karcinomu prostaty*. Nucleus HK. ISBN 978-80-87009-81-9.
- DOSTÁLOVÁ, Olga, 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9255-7.
- DUŠEK, Pavel, 2010. *Farmakologická léčba karcinomu prostaty: průvodce ošetřujícího lékaře*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-215-5.
- DVOŘÁČEK, Jan a BABJUK, Marko, 2005. *Onkourologie*. 1.vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-349-4.
- GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HANUŠ, Tomáš a MACEK, Petr, 2015. *Urologie pro mediky*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3008-3.
- KAWACIUK, Ivan, 2009. *Urologie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-626-7.
- KLIMENT, Ján, 2012. *Čo potrebujete vedieť o ochoreniach prostaty*. 2. prepracované vydanie. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-375-2.
- KOLÁŘOVÁ, Iveta; VAŇÁSEK, Jaroslav a HORÁČKOVÁ, Kateřina, 2019. *Chemoterapie pro nelékařské zdravotnické obory*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7560-218-3.
- NAŇKA, Ondřej a ELIŠKOVÁ, Miloslava, 2009. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 9788072626120.
- OPATRŇNÁ, Marie, 2022. *Etické problémy v onkologii*. 3. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-726-6.

PACÍK, Dalibor, 2007. *Karcinom prostaty pro praktického onkologa, urologa i rodinného lékaře*. 1. vyd. Praha: We Make Media s.r.o. ISBN 978-80-254-0568-0.

PAYNE, Jan a kol., 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024731308.

ŠRÁMKOVÁ, Taťána, 2013. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4453-7.

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

Elektronické zdroje:

ALEXANDROVÁ, Radka, 2018. Rakovina – nemoc celé rodiny. Online. *Medicína pro praxi*. roč. 15, č. 1, s. 3. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2018/01/01.pdf>. [citováno 2024-04-29].

BALÍK, Michal a BROŽÁK Miloš, 2011. Lokalizovaný karcinom prostaty – diagnostika a léčba. Online. *Urologie pro praxi*. roč. 12, č. 2, s. 105-110. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/02/06.pdf>. [citováno 2024-04-29]

BRIERLEY, James D; GOSPODAROWICZ, Mary K a WITTEKIND, Christian, 2024. Online. *TNM klasifikace zhoubných novotvarů*. 8. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-7472-185-X. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/tnm-klasifikace-zhoubnych-novotvaru-6660/>. [citováno 2024-04-30].

BROUL, Marek a SCHRAML Jan, 2014. Kvalita života a hodnocení erektilní dysfunkce po robotické radikální prostatektomii. Online. *Urologie pro praxi*. roč. 15, č. 3, s. 126-130. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2014/03/07.pdf>. [citováno 2024-04-29]

Den boje proti rakovině a statistiky ÚZIS ČR, 2021. Online. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8466>. [citováno 2024-04-29]

HRADIL, David; ŠTUDENT, Vladimír a KRÁL, Milan, 2014. Diagnostika a staging karcinomu prostaty. Online. *Onkologie*. roč. 8, č. 1, s. 15-18. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2014/01/04.pdf>. [citováno 2024-04-29]

KRÁL, Milan a KUDLÁČKOVÁ, Šárka, 2019. Karcinom prostaty – co bychom měli znát o diagnostice. Online. *Medicína pro praxi*. roč. 16, č. 1, s. 48-52. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2019/01/10.pdf>, DOI: 10.36290/med.2019.007. [citováno 2024-04-29]

Novotvary 2018 - Současné epidemiologické trendy novotvarů v České republice, 2021. Online. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008352/novotvary2018.pdf>. [citováno 2024-04-30].

RATH, H. Milke; ULLRICH, Anneke; ULLRICH, Otto; KERSCHGENS, Christa et al., 2016. Psychosocial and physical outcomes of in – and outpatient rehabilitation in prostate cancer patients treated with radical prostatectomy. Online. *Support Care Cancer*. Vol. 24, no. 6, p. 2717-2726. DOI: 10.1007/s00520-016-3076-7. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26803833/>. [citováno 2024-04-30].

RITCH, Chad a COOKSON, Michael, 2018. Recent trends in the management of advanced prostate cancer. Online. *F1000 Research*. Vol. 21, no. 7, p. 1-7. DOI: 10.12688/f1000research.15382.1. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30345007/>. [citováno 2024-04-30].

VERNOOIJ, W. Robin; LANCEE Michelle; CLEVES, Anne; DAHM, Philipp a BANGMA, Chris et al., 2020. Radical prostatectomy versus deferred treatment for localised prostate cancer. Online. *Cochrane Database Syst Rev*. Vol. 4, no. 6, p. 6. DOI: 10.1002/14651858.CD006590.pub3. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32495338/>. [citováno 2024-04-30].

SHRESTHA, Anne; MARTIN, Charlene; BURTON, Maria; WALTERS, Stephen a COLLINS, Karen et al., 2019. Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: A systematic literature review. Online. *Psychooncology*. Vol. 28, no. 7, p. 1367-1380. DOI: 10.1002/pon.5054. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30838697/>. [citováno 2024-04-30].

STRĄCZYŃSKA Agnieszka; WEBER-RAJEK, Magdalena; STROJEK Katarzyna; PIEKORZ Zuzanna a STYCZYŃSKA, Hanna et al., 2019. The Impact Of Pelvic Floor Muscle Training On Urinary Incontinence In Men After Radical Prostatectomy (RP) - A

Systematic Review. Online. *Clin Interv Aging*. Vol. 12, no. 14, p. 1997-2005. DOI: 10.2147/CIA.S228222. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31814714/>. [citováno 2024-04-30].

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ACS – americká společnost rakoviny

BPH – benigní hyperplazie prostaty

CT – počítačová tomografie

DRE – digitální rektální vyšetření

EORTC – European Organization for Research and Treatment of Cancer

FACIT – Functional Assessment of Chronic Illness Therapy

FHS – folikulostimulační hormon

HDR – high dose radioterapie

IMRT – radioterapie modulovanou intenzitou paprsku

LDR – low dose radioterapie

LH – luteinizační hormon

LHRH – hormon uvolňující luteinizační hormon

MR – magnetická rezonance

ng/ml – nanogram na mililitr

PSA – prostatický specifický antigen

RAPE – radikální prostatektomie

RTG – rentgenové vyšetření

TAB – totální androgenní blokáda

TNM klasifikace – klasifikace zhoubných nádorů

TRUS – transrektální ultrasonografie

USG – ultrasonografie

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

WHOQOL-BREEF – World Health Organization Quality of Life

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Věková kategorie	50
Tabulka č. 2 – Časové rozmezí léčby	51
Tabulka č. 3 – Místo léčby.....	52
Tabulka č. 4 – Způsob léčby	52
Tabulka č. 5 – Důvod bez léčby	53
Tabulka č. 6 – Délka potíží před léčbou	54
Tabulka č. 7 – Aktuální potíže.....	55
Tabulka č. 8 – Definice potíží.....	55
Tabulka č. 9 - Zaměstnání.....	56
Tabulka č. 10 – Invalidní důchod	56
Tabulka č. 11 – Problémy s močením.....	57
Tabulka č. 12 – Definice problémů s močením	57
Tabulka č. 13 – Cévkování před operací	58
Tabulka č. 14 – Délka doby zacévkování	58
Tabulka č. 15 – Vyprazdňování střev	59
Tabulka č. 16 – Chuť k jídlu.....	60
Tabulka č. 17 – Sexuální život.....	60
Tabulka č. 18 – Dosažení erekce	61
Tabulka č. 19 – Kontrolování pacientů s karcinomem prostaty	62
Tabulka č. 20 – Kontrolující osoba u nemocných s karcinomem prostaty.....	63
Tabulka č. 21 – PSA (prostatický specifický antigen).....	63
Tabulka č. 22 – Jiný způsob kontrolování	64
Tabulka č. 23 – Kvalita života.....	65

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník vlastní konstrukce

Příloha P II: Povolení k výzkumnému šetření KNTB a.s.

Příloha P III: Žádost o umožnění přístupu k informacím

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK VLASTNÍ KONSTRUKCE

Dotazník pro pacienty

Vážený pane,
mé jméno je Denisa Kočnarová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecné ošetřovatelství na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Dovoluji si Vás oslovit v souvislosti s realizací výzkumu, který je zaměřený na zjištění kvality života u pacientů s karcinomem prostaty.

Vím, že Vaše onemocnění bylo, resp. je závažné a že pro Vás není jednoduché o nemoci často hovořit, ale probíhající výzkum může být nápomocný pro další pacienty. Z tohoto důvodu Vás prosím o kompletní vyplnění dotazníku. Výzkum je dobrovolný a zcela anonymní. Výsledky výzkumu budou použity pouze pro zpracování bakalářské práce.

Prosím Vás, abyste v následujících otázkách, po jejich důsledném přečtení, napsali či zvolili odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu hodnocení.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas, který věnujete k vyplnění tohoto dotazníku.

1. Uveďte Váš věk (v letech):.....
2. Kdy a kde jste byl léčen?.....
3. Jakým způsobem jste byl léčen?
 - a) Hormonální terapie
 - b) Operační zákrok
 - c) Radioterapie
 - d) Paliativní léčba
 - e) Protonová léčba
4. Pokud jste nebyl léčen, z jakého důvodu?.....
5. Jak dlouho jste měl potíže před léčbou?.....
6. Máte nějaké potíže nyní?
 - a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne, nemám nyní žádné potíže
7. Pokud ano, jaké?.....
8. Jste stále aktivní v zaměstnání?
 - a) Ano
 - b) Ne
9. Jste v invalidním důchodu?
 - a) Ano
 - b) Ne
10. Máte problémy s močením?
 - a) Ano
 - b) Ne

11. Pokud ano, jaké?.....

12. Byl jste před operací cévkován?

- a) Ano
- b) Ne

13. Pokud ano, jak dlouho jste byl cévkován?.....

14. Máte potíže s vyprazdňováním střev?

- a) Ano
- b) Ne

15. Chutná Vám jíst?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

16. Do jaké míry se domníváte, že Vám toto onemocnění ovlivnilo Váš sexuální život?

- a) Vůbec
- b) Málo
- c) Středně
- d) Hodně

17. Jste stále schopen dosáhnout erekce?

- a) Ano, vždy
- b) Ano, ale s narušenou tuhostí (rigiditou) přirození
- c) Ano, ale pouze s lékovou podporou (např. Viagra, Cialis apod.)
- d) Ne, nejsem
- e) Nevím, nevedu sexuální život

18. Jak často jste kontrolován?.....

19. Kdo Vás kontroluje?.....

20. Jste kontrolován především odběrem krve na PSA (prostatický specifický antigen)?


- a) Ano
- b) Ne

21. Pokud ne, jakým jiným způsobem jste především


kontrolován?.....
.....

22. Jak byste zhodnotil kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

PŘÍLOHA P II: POVOLENÍ K VÝZKUMNÉMU ŠETŘENÍ KNTB A.S.



KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠE BATI



ŽÁDOST O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY

(1/2)

KONTAKTNÍ ÚDAJE ŽADATELE:

jméno, příjmení, titul DEVIJA KOČVAROVÁ datum narození _____

adresa bydliště _____

Zaměstnanec KNTB ANO uveďte pracoviště: _____
 NE uveďte název organizace: _____

Název ŠKOLY: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
 jiná vysoká/vyšší odborná škola uveďte název: _____

Název FAKULTY: FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ studovaný obor: VEŠTĚBNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Sběr dat za ÚČELEM: bakalářská práce rigorózní práce
 diplomová práce disertační práce
 jiný druh práce, upřesněte: _____

Název PRÁCE: KVALITA ŽIVOTA U PACIENTŮ S KARCINOMEM PRŮSTAVY

Název PRACOVISTĚ, kde má být sběr dat proveden: ONKOLOGICKÉ ODDELENÍ

Termín ZAHÁJENÍ a UKONČENÍ sběru dat: od: 20.1.2023 do: 31.12.2023

datum 20.1.2023 podpis žadatele _____

VYJÁDRĚNÍ VEDOUČÍHO dotčeného pracoviště: SOUHLASÍM NESOUHLASÍM

VYJÁDRĚNÍ Krajské nemocnice T. Bati: se sběrem dat SOUHLASÍM NESOUHLASÍM

Uveřejnění zdroje informací, KDE probíhal sběr dat: ANO NE

datum 20.1.2023 podpis a razítko _____

POVINNÉ přílohy žádosti:

- Stručná anotace odborné práce.
- V případě dotazníkového šetření vzor dotazníku, v případě rozhovoru návrh otázek.
Krajské nemocnice T. Bati, a. s. se tímto zavazuje, že Vámí předložené podklady (dotazníky, výzkumné otázky) nebudou použity k žádnému výzkumnému účelu, ani dále distribuovány. Budou tvořit pouze součást (přílohu) této žádosti, která bude po splnění účelu evidence skartována.
- Potvrzení o studiu:**
 datum 18-01-2023

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
 Fakulta humanitních studií
 Ústav zdravotnických věd -1-

 razítko a podpis školy (fakulty, ústavu, studijního oddělení)

Potvrzenou žádost zašlete ve dvou stejnopisech (tzn. i po schválení vedoucím pracoviště), pro **nelékařské obory** náměstkyni pro ošetrovatelskou péči, nebo pro **lékařské obory** náměstkovi pro léčebnou péči Krajské nemocnice T. Bati, a. s., Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín.

017-09-2022 762 ŽADOSTI O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY_form_x01 aktualizace 12.01.2022 Strana 1 z celkem 2

PROHLÁŠENÍ O MLČENLIVOSTI

(2/2)

V souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „Nařízení“) a také ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů

Já níže podepsaný/á:

jméno, příjmení, titul DEJANA KOČOVA ROVÁ datum narození _____
adresa bydliště _____

se tímto zavazuji zachovávat úplnou mlčenlivost

o všech informacích, které jsem získal/a v souvislosti se sběrem dat v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., IČO: 27661989, se sídlem Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín (dále jen „Správce OÚ“) za účelem uvedeným v tomto dokumentu.

Jedná se zejména o tyto informace:

1. Informace týkající se pacientů, které jsou součástí zdravotnické dokumentace, tj. **všechny osobní údaje a informace o zdravotním stavu pacienta** (zvláštní kategorie osobních údajů).
2. Informace o zdravotnickém zařízení, centru, oddělení, na kterých sběr dat probíhal, pokud uveřejnění těchto informací není Krajskou nemocnicí T. Bati, a. s. **výslovně dovoleno** (viz strana č. 1 dokumentu).

Dále se zavazuji **neposkytovat žádné informace** o Krajské nemocnici T. Bati, a. s. sdělovacím prostředkům, prostřednictvím sociálních sítí apod.

- ✓ Jsem si vědom/a, že patientská data mohu ve své práci čerpat **pouze z dat pacientů, kteří k tomu udělili souhlas**. Pouze v případě, že se jedná o patientská data čerpaná v **přímé souvislosti** s poskytováním zdravotní péče, **není souhlas vyžadován**.
- ✓ Jsem si vědom/a, že získána data mohu ve své práci použít pouze v **anonymní podobě**, tzn. konkrétní pacient nesmí být žádným způsobem identifikovatelný.
- ✓ Jsem si vědom/a, že povinnost mlčenlivosti nezaniká ukončením mé činnosti v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.

Porušení výše uvedených zásad může být důvodem odebráním souhlasu ke sběru dat, rovněž může mít za následek důsledky plynoucí z porušení platné legislativy jak v rovině trestněprávní, tak v rovině občanskoprávní.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ – ARCHIVACE

Beru na vědomí, že v souladu s Nařízením GDPR dochází ke zpracování Vašich osobních údajů, a to na základě **oprávněného zájmu** Nemocnice T. Bati (správce osobních údajů).

Účel zpracování osobních údajů: **doložení existence udělující svolení se zpracováním dat pro studijní účely.**
Kategorie osobních údajů: **jméno, příjmení, bydliště, datum narození.**
Doba zpracování osobních údajů: **12 měsíců, popř. do doby uplatnění Vašich práv.***

*Informace o zpracování osobních údajů v Nemocnici T. Bati a o souvisejících právech subjektů údajů jsou k dispozici na www.katb.cz

- ✓ Beru na vědomí, že v případě uplatnění práv dle Nařízení GDPR, je **působnost pouze do budoucna a není tedy dotčena zákonnost předchozího zpracování** osobních údajů založeného na základě výše uvedeného právního titulu.


Potvrzuji, že jsem byla poučen/a o zpracování osobních údajů a

Souhlasím s tím, aby Správce OÚ zpracovával mé osobní údaje v rozsahu, pro uvedený účel a po dobu, jak je výše uvedeno.

Prohlašuji, že výše uvedenému textu plně rozumím a stvrzuji ho svým podpisem dobrovolně.

datum 20. 9. 2023 podpis _____

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního oboru Všeobecné ošetřovatelství (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Denisa Kočnarová	
Téma bakalářské práce	Kvalita života u pacientů s karcinomem prostaty	
Vedoucí bakalářské práce	prof. MUDr. Anton Pelikán, DrSc.	
 podpis	
Skupina respondentů	Pacienti s karcinomem prostaty	
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Onkologické oddělení, Krajská nemocnice Tomáše Bati Zlín a.s.	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	
Urologické oddělení, Kroměřížská nemocnice a.s.	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 8 -02- 2023

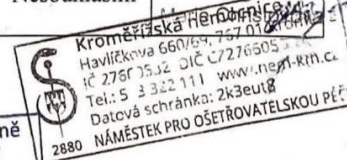
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

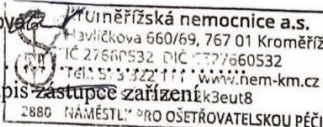
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Marie Christovová

razítko a podpis zástupce zařízení

razítko a podpis zástupce zařízení


Kroměřížská nemocnice a.s.
Havlíčková 660/69, 767 01 Kroměříž
IČ 27567532 DIČ CZ27567532
Tel: 5 3322111 www.nem-km.cz
Datová schránka: 2k3eui8
2880 NÁMĚSTKY PRO OŠETŘOVATELSKOU PÉČI


Kroměřížská nemocnice a.s.
Havlíčková 660/69, 767 01 Kroměříž
IČ 27567532 DIČ CZ27567532
Tel: 5 3322111 www.nem-km.cz
Datová schránka: 2k3eui8
2880 NÁMĚSTKY PRO OŠETŘOVATELSKOU PÉČI