

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST ČESKÉ
DOSPĚLÉ POPULACE V PROBLEMATICE
RAKOVINY PRSU**

Bakalářská práce

Autor práce: **Renata Jirásková**

Vedoucí Práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2020

**CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING**

**BREAST CANCER LITERACY AMONGST
ADULT POPULATION OF CZECH
REPUBLIC**

Bachelor's thesis

Author: **Renata Jirásková**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2020

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové
(podpis)

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Evě Vachkové, Ph.D., za ochotu vést tuto bakalářskou práci, za cenné rady a veškeré připomínky, které přispěly k jejímu dokončení. Velké poděkování patří také mé rodině, příteli a přátelům, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

Obsah

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 ANATOMIE PRSU	9
2 INCIDENCE A MORTALITA ZHOUBNÝCH NÁDORŮ V ČR	11
2.1 Incidence a mortalita zhoubných nádorů prsu u žen v ČR.....	11
2.2 Incidence a mortalita zhoubných nádorů prsu u mužů v ČR	11
3 ETIOLOGIE KARCINOMU PRSU.....	13
3.1 Genetické faktory	13
3.2 Hormonální a reprodukční faktory	13
3.3 Nutriční a jiné faktory	14
3.4 Protektivní faktory	15
4 MALIGNÍ NÁDORY PRSU	16
4.1 Karcinomy in situ	16
4.2 Invazivní karcinomy.....	17
4.3 Karcinomy prsu u mužů	19
4.4 Dělení karcinomu prsu dle genové exprese	19
4.5 Příznaky karcinomu prsu.....	20
5 DIAGNOSTICKÉ METODY.....	22
5.1 Anamnéza.....	22
5.2 Fyzikální vyšetření	23
5.3 Biochemické a hematologické vyšetření.....	23
5.4 Molekulárně biologické vyšetření.....	24
5.5 Zobrazovací metody	24
5.6 Invazivní metody.....	27
6 LÉČBA KARCINOMU PRSU.....	30
6.1 TNM klasifikace nádorů prsu.....	30
6.2 Chirurgická léčba	32
6.3 Radioterapie	34
6.4 Chemoterapie	35
6.5 Hormonální léčba	35
6.6 Biologická léčba.....	36

7	ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST	38
7.1	Prevence	39
7.1.1	Primární prevence	40
7.1.2	Sekundární prevence.....	40
7.1.3	Terciální prevence.....	42
7.1.4	Kvarterní prevence.....	42
7.1.5	Doporučené sledování pacientek	42
7.1.6	Role sestry.....	43
8	ORGANIZACE ANGAŽOVANÉ V TÉMATU RAKOVINY PRSU.....	44
	EMPIRICKÁ ČÁST	46
9	CÍLE VÝZKUMU, ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY	47
9.1	Cíle výzkumu	47
9.2	Metoda výzkumu.....	47
9.3	Charakteristika zkoumaného souboru	48
9.4	Zpracování a vyhodnocení	48
10	VÝSLEDKY	49
11	DISKUZE	88
	ZÁVĚR	94
	ABSTRAKT	96
	ABSTRACT.....	97
	POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY	98
	SEZNAM ZKRATEK	105
	SEZNAM GRAFŮ	107
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	109
	SEZNAM TABULEK	110
	SEZNAM PŘÍLOH.....	111

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je zdravotní gramotnost české dospělé populace v problematice rakoviny prsu. Práci jsem zaměřila nejen na ženy, ale i na muže, kteří mohou být touto diagnózou postiženi. K rozhodnutí zaměření bakalářské práce i na muže mě vedla skutečnost, že tato diagnóza potkala mého dědečka, který rakovinou prsu onemocněl a úspěšně ji zvládl díky včasnému jednání vyléčit. A jelikož jsem na základě toho zjistila i od svého okolí, že o diagnóze rakoviny prsu u muže ještě neslyšelo, chtěla jsem své vědomosti prohloubit. To byly hlavní dva impulzy, které mě vedly se tomuto tématu věnovat. Ačkoliv je však rakovina prsu typičtější pro ženy než pro muže, práci jsem zaměřila na obě pohlaví.

Rakovina prsu je jedním z nejčastějších onkologických onemocnění u žen. Mužů, kteří onemocní rakovinou prsu je sice velmi malé procento, i přesto si i zde tato diagnóza zaslouží pozornost. Nejen kvůli zvýšení povědomí o tomto onemocnění, ale i pro snadnou prevenci. Není přece těžké zaměřit pohled s fyzikálním vyšetřením i na mužské prsy. Prevenci je důležité nepodceňovat, a proto již vznikly i některé organizace, které se přímo na prevenci rakoviny prsu zaměřují a pomáhají šířit povědomí o tomto onemocnění mezi širokou veřejností. To je třeba podporovat a pokusit se ještě o něco víc zapojit mužskou populaci.

Práce je zaměřena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části se zabýváme anatomií prsu, druhy rakoviny prsu, jejich etiologií, incidencí a mortalitou. Součástí toho jsou kapitoly, které se zaměřují na diagnostické metody zjišťování rakoviny prsu, zajímáme se o možnosti léčby. Zdravotní gramotnost je v závěru zdůrazněna z důvodu důležitosti získávání a zpracovávání informací. Zdravotní gramotnost je celkem který ukazuje, jak jsme schopni využít všechny tyto informace, a to nejen v prevenci. Výše jsem podtrhla důležitost organizací, které se touto diagnózou zabývají. I ty jsou nedílnou součástí této práce.

Empirická část je druhou částí bakalářské práce. Využili jsme kvantitativní nestandardizovaný dotazník pro získání dat od respondentů. Získané výsledky jsme zanalyzovali, zpracovali do přehledných grafů a tabulek a diskutovali s jinými, kteří se podobným výzkumům již v minulosti věnovali. Dotazník byl složen z úvodní části pro získání základních údajů, dále jsme se věnovali otázkám příznaků, léčby anebo prevence. Zajímalo nás např. zda partneři pomáhají při vyšetřování prsu, nebo jestli lékař prsy ženám vůbec vyšetřuje. Všechny odpovědi naleznete v druhé části bakalářské práce. Pro porovnání dat doporučuji projít také diskuzi, která popisuje výsledky šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE PRSU

V embryonální době se u žen i u mužů zakládá mléčná lišta, pruh epitelového ztlustění, který probíhá v axiloinguinální čáře. Zde se vytvářejí základy apokrinních žláz, z nichž se v závěrečné fázi obvykle vyvine jeden pár mléčných žláz uložený na přední straně hrudníku (Čihák, 2016, s. 649).

Mléčná žláza (*glandula mammae*) je největší kožní žlázou. Skládá se z 15 až 20 laloků (*lobi mammae*) a ty jsou rozčleněny do drobných lalůčků (*lobuli mammae*). Lalůčky jsou tvořené žlázovými buňkami. Mléčné vývody (*ductus lactiferi*) vycházející z lalůčků se spojují v jeden mléčný vývod (*ductus lactifer*), který vychází vždy z jednoho laloku žlázy (Dylevský, 2019, s. 212; Čihák, 2016, s. 647 – 649).

Mléčná žláza podmiňuje vyklenutí prsu. Prs (*mamma*) sahá v plném vývoji vertikálně od 3. do 6. žebra, horizontálně od parasternální čáry do přední axilární čáry. Kůže prsu je světlá, tenká a bohatě inervovaná. Prsní dvorec a prsní bradavka se nacházejí na vrcholku prsu. Prsní dvorec (*areola mammae*) bývá obvykle více pigmentovaný na rozdíl od okolní kůže. Měří v průměru 3 – 5 cm a v graviditě se zvětšuje. Při obvodu dvorce se nacházejí drobné hrbolky vyvýšené mazovými žlázkami (*glandulae areolares*). Prsní bradavka (*papilla mammae*) bývá obvykle mírně vyvýšená a na jejím hrotu ústí přibližně 15 – 20 otvory mlékovody. Základ bradavky tvoří spirálně upravená svalovina, která při stahu napřimuje bradavku a napomáhá vypuzování mléka. Zároveň na bradavce nalezneme mazové žlázy, které produkcí sekretu chrání její kůži před agresivními zevními vlivy (Dylevský, 2019, s. 212; Čihák, 2016, s. 647 – 648).

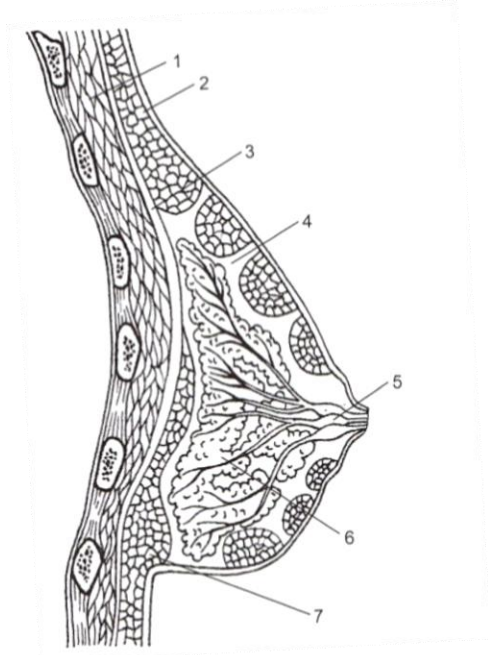
Mužská mléčná žláza zůstává obvykle rudimentální po celý život. Pokud se dále vyvíjí, vzniká takzvaná gynekomastie. Ženské prsy naopak procházejí neustále různými změnami. S přibývajícím věkem mění tvar, objem i hmotnost. U novorozeneček je žláznatá část prsu tvořena malým počtem nedokonale větvených tubulů. V pubertě dochází ke zvětšování objemu prsu. Dukty rostou a větví se, přičemž dochází i k nárustu vazivové pojivové tkáně. Nekožící prs je složen především z tukové a fibrózní pojivové tkáně. V těhotenství tvoří objem prsu zejména zmohutnělé žláznaté těleso, pojivová tkáň zaujímá pouze malou část. Po ukončení kojení dochází ke zmenšení prsu a převažující částí se opětovně stává pojivová tkáň. K značnému zániku žláznaté komponenty a úbytku lobulů dochází po menopauze. Rovněž se redukuje vazivová pojivová tkáň, která je nahrazena tukem. Pro lepší orientaci lze prs pomyslně rozdělit do čtyř kvadrantů – horní zevní, horní vnitřní, dolní zevní, dolní vnitřní (Čihák, 2016, s. 649; Abrahámová a kol., 2019, s. 17).

Prsní žláza se vyznačuje hustou sítí kolaterál a je cévně zásobena z více zdrojů. Dominantní skupiny přítokových cév jsou následující – mediální perforátory z arteria thoracica interna, větve arteria axillaris a anterolaterální a laterální perforátory. Rovnoměrnou výživu kůže celého prsu zajišťuje plexus subdermalis. Žilní odtok odpovídá tepennému, pouze v opačném směru (Coufal a kol., 2011, s. 22 – 23).

Inervace prsu je zajištěna obzvláště segmentálně z mediální a laterální strany. Z III. až VI. anterolaterálního interkostálního nervu vycházejí primární senzitivní nervy. Mediální část prsu je inervována anteromediálními segmentálními nervy. Kraniální část prsu inervují drobné supraklavikulární nervy (Coufal a kol., 2011, s. 23).

Subareolárně je uložena hustá lymfatická pletěň (Sappeyův plexus). Hlavní lymfatický odtok směřuje nejčastěji do horního zevního kvadrantu a do axilárních uzlin. Dále míza pokračuje směrem k jugulárnímu úhlu a prostřednictvím pravostranného mizního kmene (ductus lymphaticus dexter) se spojuje s žilním systémem. Zejména z mediálních a bazálních oblastí může drenáž směřovat i do extraaxilárních uzlin, nejčastěji parasternálních, méně často do podklíčkových, nadklíčkových a intramammárních (Coufal a kol., 2011, s. 30).

Obrázek 1 - Anatomie prsu (Coufal a kol., 2011, s. 20)



1 – velký prsní sval; 2 – podkožní tuk; 3 – retromammární tuk; 4 – mléčná žláza; 5 – hlavní mlékovody; 6 – Cooperova ligamenta; 7 – submammární rýha

2 INCIDENCE A MORTALITA ZHOUBNÝCH NÁDORŮ V ČR

Dle nejnovější ročenky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2018) zhoubné nádory (ZN) zauímají druhé místo v úmrtnosti, hned po kardiovaskulárních onemocněních. Celkově se jedná o čtvrtinu všech úmrtí v ČR. I přes zvyšující se incidenci však standardizovaná úmrtnost mírně klesá. Ovlivňujícím činitelem v klesající úmrtnosti je především zvyšující se kvalita lékařské péče a lepší organizace protinádorové léčby, nové diagnostické a terapeutické prostředky a časnější diagnostika nádorových onemocnění v prognosticky příznivějším stádiu. Větší incidenci pozorujeme v souvislosti s vyšším věkem. Dlouhodobě připadá na muže ve věku 65 a více let 68 % ZN, u žen 60 %. Nejčastějším ZN v roce 2017 byl nemelanomový kožní ZN s podílem 29 %. Nejvyšší úmrtností v tomtéž roce se vyznačoval ZN plic, 69,9 úmrtí připadá na 100 tisíc mužů a 33,9 úmrtí připadá na 100 tisíc žen (www.uzis.cz).

2.1 Incidence a mortalita zhoubných nádorů prsu u žen v ČR

V roce 2017 byl v ČR druhým nejčastějším nádorem společně se ZN prostaty u mužů ZN prsu u žen, a to se 133,9 případu na 100 tisíc žen. Celkově se jedná o 7 209 žen se ZN prsu v ČR za celý rok. V evropském měřítku připadá 126,3 případu na 100 tisíc žen a v celosvětovém měřítku pak 69,9 případu na 100 tisíc žen. Nízký věk však není ochranou proti tomuto onemocnění. V roce 2017 ve věku 20 – 24 let onemocnělo v ČR ZN prsu 7 žen. S přibývajícím věkem se incidence ZN prsu zvyšuje, a to až do rozmezí 70 – 74 let, poté klesá.

Dle posledně vydaných Novotvarů ČR 2016 ve srovnání s rokem 2015 je standardizovaná míra incidence a mortality stabilizovaná. Ačkoliv je léčba karcinomu prsu zvláště v raných stádiích značně úspěšná, nadále však zůstává ZN prsu jednou z nejčastějších onkologických příčin úmrtí u žen. V roce 2016 zemřelo 1 685 žen na ZN prsu (www.uzis.cz).

2.2 Incidence a mortalita zhoubných nádorů prsu u mužů v ČR

Dle Bielčikové (2016, s. 170) se karcinom prsu (KP) u mužů vyskytuje vzácně. Nicméně si zaslouží pozornost, jelikož má celosvětově stoupající charakter. V ČR tvoří mužský KP také velmi malé procento nádorů, počet mužů s touto diagnózou však každoročně stoupá. V období 2004 – 2008 onemocnělo KP 230 mužů a v období 2009 – 2013 onemocnělo dokonce 283 mužů. Počet úmrtí dosahoval v roce 2005 úrovně 0,5 na 100 tisíc mužů, ale v posledním zaznamenaném

období 2009 – 2013 naopak registrují pokles úmrtí na 0,37 na 100 tisíc mužů. Tato data mohou být však zkreslena malým počtem mužů s KP. Navíc, vyhodnocení údajů týkajících se KP u mužů je složité i z důvodu, že celosvětová data o incidenci a mortalitě prakticky neexistují.

Autoři Ruddy a Winer (2013, s. 1434) ve své práci zaměřené na mužský KP navíc zdůrazňují důležitost získávání a posouzení dat zahrnujících rizikové faktory, biologické vlastnosti, diagnostiku a prognózu, správnost hodnocení, léčbu, přežití a problémy přeživších mužů. Jelikož jsou záznamy nedostatečné a mužů s tímto onemocněním není příliš, vychází léčba KP ze zkušeností s léčbou ZN prsu u žen. Autoři však poukazují na možnost ne zcela vhodných způsobů léčby mužů pro jejich odlišnost po hormonální stránce.

3 ETIOLOGIE KARCINOMU PRSU

Etiologie KP není do této doby zcela jasná. Známe však některé rizikové faktory, které ovlivňují vznik tohoto onemocnění. Jedná se o rizikové faktory genetické, hormonální a nutriční (Hladíková a kol., 2009, s. 30; Prausová, 2010, s. 26).

3.1 Genetické faktory

Dle odhadů má přibližně 10 až 15 % karcinomů prsu genetický podklad. Nádory prsu, které jsou výsledkem dědičných genetických vad, nazýváme hereditární karcinomy. Nejpočetnější skupinou jsou karcinomy prsu vyvinuté na základě mutace supresorových genů BRCA1, BRCA2 s autosomálně dominantní dědičností (Hladíková a kol., 2009, s. 30; Prausová, 2010, s. 26 – 27).

BRCA1 gen je lokalizován na 17q21 chromozomu. U nositelky s mutací BRCA1 je velmi vysoká míra rizika vzniku karcinomu prsu, a to až 56 – 85 %. Tento hereditární karcinom bývá často oboustranný. Postihuje většinou mladé ženy ve věku do 35 let. BRCA2 gen se nachází na 13q12 chromozomu. Mutace BRCA2 genu zvyšuje míru rizika vzniku karcinomu prsu, a to u žen i u mužů. Mutace BRCA genů se nedotýkají pouze karcinomu prsu, ale jsou odpovědné i za další malignity – karcinom vaječníků, tlustého střeva, prostaty, pankreatu nebo melanomu (Prausová, 2010, s. 27).

U jedinců s některými vrozenými genetickými poruchami (Peutzův-Jeghersův syndrom, Li-Fraumeniho syndrom, Cowdenův syndrom) může vlivem mutace genu dojít k onemocnění karcinomem prsu (Prausová, 2010, s. 27).

Genetické změny jsou rovněž příčinou familiárních karcinomů prsu. To znamená, že v jedné rodině je postiženo více žen ve vertikální i horizontální linii. Jednoznačnou genetickou změnu však nelze identifikovat (Prausová, 2010, s. 27).

3.2 Hormonální a reprodukční faktory

Mezi rizikové faktory vzniku KP řadíme nadále delší expozici estrogenům. Patří sem časný nástup menstruační aktivity a pozdní menopauza, bezdětnost, první pozdní gravidita, krátká laktace či dlouhodobé užívání substituční léčby exogenními estrogeny. Hormonální antikoncepce zvyšuje riziko vzniku RP, jen pokud se jedná o kontraceptiva s vysokou a střední dávkou

estrogenů. U žen po menopauze, které užívají substituční hormonální léčbu déle než 5 let se riziko výrazně zvyšuje, a to až na 45 % (Prausová, 2010, s. 27).

3.3 Nutriční a jiné faktory

Nesmíme opomenout ani dietní faktory, do kterých spadá konzumace alkoholu nebo vysoký příjem tuků. Rizikovým faktorem je i nedostatek fyzické aktivity s váhovým nárůstem. Dalším rizikovým faktorem je vyšší věk, se kterým riziko vzniku onemocnění roste. Vliv zevního prostředí a ionizující záření při minulé léčbě Prausová (2010, s. 27) zařazuje také.

Rizikovým faktorem se také stává pohlaví. Ženy trpí KP mnohem častěji než muži. Co se týká četnosti karcinomů prsu u mužů, tak se vyskytují poměrně vzácně a představují asi 1 % ze všech nádorů prsu (Fiala a kol., 2010, s. 613).

Geografické rozdíly v incidenci KP jsou následující. V rozvojových zemích oproti průmyslově vyspělým státům je incidence velmi nízká. Nezhoubné léze mají rovněž význam pro zvýšené riziko vzniku RP. Jedná se především o atypickou duktální hyperplazii (ADH) a lobulární neoplazii (LN) (Strnad, 2014, s. 114).

Dle Hrubé (2013, s. 391 – 392) je pravděpodobně rizikovým faktorem kouření, především vzhledem k velkému spektru škodlivých účinků. Prokazatelným rizikovým faktorem vzniku RP je především u žen, které začaly kouřit v mladém věku a před otěhotněním. Obecně preferuje již známé doporučení, a to nekouřit.

Do rizikových faktorů vzniku KP týkajících se žen nadále můžeme zařadit například i předchozí výskyt karcinomu vaječníku. Myslet však musíme i na to, že přibližně 80 % žen s karcinomem prsu nemá žádné výše zmíněné riziko ve své anamnéze (Dražan, Měšťák 2006, s. 24-25).

Fiala a kol. (2010, s. 613) uvádějí rizikové faktory pro vznik KP u mužů. Mezi ně patří, tak jako u žen, zvýšená expozice estrogenním vlivům, genetické vlivy (Klinefelterův syndrom), dietní faktory s přírůstem váhy, kouření a předchozí ozáření hrudní stěny. Navíc uvádějí zvýšené riziko vzniku KP při onemocnění varlat, jater a benigní hyperplazie prostaty. Dále při léčbě karcinomu prostaty, zvýšené expozici aromatickým uhlovodíkům, elektromagnetickému poli nebo vysoké teplotě. Na význam gynekomastie nejsou jednotné názory.

3.4 Protektivní faktory

Hladíková a kol. (2009, s. 30) uvádějí vitamín A, betakaroten, omega-3-mastné kyseliny a dlouhodobou laktaci. Kolařík a kol. (2011, s. 865) zařadili mezi protektivní faktory kromě předchozí zmíněné dlouhodobé laktace ještě těhotenství končící porodem před 20. rokem věku a fyzickou aktivitu v dětství.

4 MALIGNÍ NÁDORY PRSU

Nejčastějšími maligními nádory prsu jsou epiteliální nádory, kterým říkáme karcinomy. Mezenchymální nádory, tedy sarkomy, jsou vzácné. Karcinomy vznikají nejčastěji z terminálních lalůčků a z vývodů mléčné žlázy. Většina nádorů je lokalizována v horním zevním kvadrantu. Vzniku KP obvykle předchází ADH či LN a v první fázi se z těchto hyperplazií vyvíjí neinvazivní formy karcinomu, které označujeme jako karcinom in situ (Hladíková a kol., 2009, s. 31).

4.1 Karcinomy in situ

Nádorový růst u karcinomů in situ je omezen pouze na dukty anebo lobuly, kdy nedochází k invazi do stromatu. Incidence nálezů karcinomů in situ v posledních letech vrostla především vlivem zavedení mamografického screeningu (Kolařík a kol. 2011, s. 867).

○ **Duktální karcinom in situ (DCIS)**

V současné době tvoří DCIS okolo 15 – 30 % všech maligních lézí. Většinou jsou asymptomatické, v ojedinělých případech mohou tvořit hmatné léze. Patrné jsou na mammografii jako shluk mikrokalcifikací. Jsou tvořeny vysoce atypickými buňkami. Tyto buňky vyplňují vývody. Mizí myoepitelová vrstva a epitelové buňky jsou v kontaktu s bazální membránou, mezibuněčný prostor je konzistentní. Můžeme rozlišit dva typy DCIS.

- komedomový typ – je nejčastější s nejvyšším maligním potencionálem, těžší diferenciaci, vyšší riziko vzniku invazivního karcinomu
- nekomedomové typy – lépe diferencovatelné, častěji obsahují hormonální receptory, nižší riziko vzniku invazivního karcinomu

U duktálních lézí předpokládáme postupnou přeměnu ze zdravé prsní tkáně přes prekancerózní stav v podobě ADH k neinvazivnímu stádiu maligního onemocnění DCIS, až k invazivnímu duktálnímu karcinomu. Invazivní duktální karcinom se pak vždy vyvíjí v tom samém prsu (Kolařík a kol., 2011, s. 867; Strnad, Daneš, 2001, s. 72).

○ **Lobulární karcinom in situ (LCIS)**

LCIS tvoří v současné době kolem 10 – 15 % maligních lézí. Tak jako DCIS jsou zpravidla asymptomatické. Často jsou diagnostikovány náhodně při biopsiích, které jsou indikovány

z jiných důvodů. LCIS bývají multicentrické, a to více než v 50 %. Ve třetině případů jsou bilaterální. Zpravidla nebývají postiženy mízní uzliny. Mikroskopicky jde o patrnou proliferaci malých kulatých buněk. Tyto buňky naplňují a distendují aciny. Hormonální receptory jsou často pozitivní (Kolařík a kol., 2011, s. 868).

V současné době LCIS považujeme spíše za marker potencionálního vývoje invazivního karcinomu prsu než za premaligní lézi vzhledem k následujícím informacím. V období do 25 let od diagnostikovaného LCIS se u 25 % pacientek vyvinul invazivní karcinom prsu, avšak 65 % těchto karcinomů bylo duktálních, nikoli lobulárních. V případě LCIS je navíc frekvence i riziko vzniku jakéhokoliv typu karcinomu prsu stejné pro oba prsy, na rozdíl od DCIS (Strnad, Daneš, 2001, s. 73 – 74).

4.2 Invazivní karcinomy

Invazivní karcinomy můžeme rozdělit do několika skupin. Od sebe se odlišují nejen histologickým obrazem, ale i typem růstu nádoru. Karcinom prsu vzniká z epitelíí velkých nebo středních duktů, nebo z epitelíí terminálních duktolobulárních jednotek. Velká část karcinomů prsu vzniká ze středních duktů a jsou invazivní.

Karcinomy mléčné žlázy se šíří krevní nebo lymfatickou cestou. Skrz lymfatickou cestu se šíří především do axilárních uzlin. Jejich postižení je důležitým prognostickým faktorem vzhledem ke stanovení stádia onemocnění. Krevní cestou se pak šíří nejčastěji do jater, plic, kostí i mozku. Výskyt pozdních metastáz po více jak 10 letech není výjimkou.

Určení stádia onemocnění vychází z velikosti nádoru, stavu lymfatických axilárních uzlin a přítomností vzdálených metastáz. Z prognostického hlediska záleží na stádiu onemocnění, mikroskopickém typu a stavu receptorů. Některé nádorové buňky mohou být totiž hormonálně dependentní (Dražan, Měšťák, 2006, s. 21 – 22).

○ Invazivní duktální karcinom (IDK)

IDK představuje přibližně 75 % invazivních karcinomů. Je charakteristický šedobělavými tuhými ložisky s nepravidelným ohraničením. Mikroskopicky se skládají z různě širokých pruhů buněk a mezi nimi bývá často zmnožené stroma. Metastazuje nejčastěji do kostí, plic, jater a mozku (Dražan, Měšťák, 2006, s. 21).

- **Invazivní lobulární karcinom (ILK)**

Přibližně 8 – 14 % všech invazivních karcinomů prsu tvoří ILK. Je charakteristický masou nádoru s neurčitým ohraničením, zároveň je špatně hmatný. Vyznačuje se také nízkým výskytem mikrokalciфикаcí oproti IDK, a je tak často špatně detekovatelný mamografem. Magnetická resonance je v tomto případě lepší diagnostickou volbou. V porovnání s IDK jsou tyto karcinomy diagnostikovány v pokročilejším stádiu. To znamená větší nádor, častější postižení axilárních uzlin a vyšší pozitivitu estrogenních receptorů. I přesto je pětileté přežití bez známek onemocnění u pacientek s ILK lepší. Situace se poté obrací, v době sledování 6 – 10 let je situace příznivější naopak pro pacientky s IDK. Metastazuje do retroperitonea, ovarií, dělohy a gastrointestinálního traktu (Petráková, 2016, s. 166 – 167; Dražan, Měšťák, 2006, s. 21).

- **Medulární karcinom**

Medulární karcinom zaujímá zhruba 8 % všech karcinomů. Bývá jasně ohraničený, ovoidního tvaru. Dělí se do dvou skupin. Typický medulární karcinom roste expanzivně, ale metastazuje vzácně. Atypický medulární karcinom s ložiskovým invazivním růstem je naopak srovnatelný s chováním IDK (Dražan, Měšťák, 2006, s. 22).

- **Jiné invazivní karcinomy**

Tubulární karcinom je vzácný. Tvoří asi 1 – 4 % karcinomů prsu. Má velmi dobrou prognózu při velikosti 1 cm a méně, kdy nejsou zasaženy axilární uzliny (Dražan, Měšťák, 2006, s. 22).

K dalším vzácnějším karcinomům s relativně dobrou prognózou řadíme ještě papilární a acinózní karcinom prsu. Komedonový karcinom je naopak vysoce maligní a prognosticky závažný (Měšťák a kol., 2015, s. 82).

Nejmalignějším nádorem prsu je erysipeloidní karcinom. Převážně se objevuje u žen v postmenopauze. Projevuje se jako bolestivé zarudnutí a prosáknutí kůže v různém rozsahu. Kůže má takzvaný pomerančový vzhled. Velmi rychle roste a časně zakládá metastázy v uzlinách v podpaží a v dalších orgánech (Prausová, 2010, s. 28; Měšťák a kol., 2015, s. 82).

Přibližně 1 % všech karcinomů prsu představuje pagetův karcinom, který je zvláštní formou duktálního karcinomu in situ. Nádor nemusí být hmatný. Epitel bradavky je infiltrovaný. Prvním příznakem bývá svědění a pálení bradavky, až eroze a ulcerace. Pro tyto příznaky je často

léčen jako dermatitida nebo bakteriální infekce, a proto bývá pozdně detekován (Dražan, Měšťák, 2006, s. 22).

Karcinom prsu v těhotenství a v době laktace se objevuje asi u 1 – 2 % žen. Diagnostika je obtížná pro fyziologické změny na prsu právě během těchto období. Mnohdy jsou postižené axilární uzliny. Současné těhotenství významně zhoršuje průběh nemoci a prognózu (Dražan, Měšťák, 2006, s. 22).

U pacientek s karcinomem prsu je třeba dávat zřetel na mamografické vyšetření i druhého prsu, neboť se v tomto prsu asi v 5 – 8 % může rovněž vyskytnout bilaterální karcinom (Dražan, Měšťák, 2006, s. 22).

4.3 Karcinomy prsu u mužů

Bielčíková (2016, s. 170 – 171) tvrdí, že se u KP u mužů můžeme setkat se všemi histologickými typy, tak jako u žen. Nejčastějším KP u mužů je ductální karcinom, oproti tomu lobulární karcinom, inflamatorní karcinom a Pagetova nemoc bradavky jsou diagnostikovány jen zřídka. DCIS u mužů je také méně obvyklý. KP se většinou diagnostikuje v pozdějších stádiích a u starších mužů okolo 70 let věku. Převážně jde o hormonálně dependentní nádory.

4.4 Dělení karcinomu prsu dle genové exprese

Kromě výše zmíněného dělení KP dle histologického typu se klade důraz i na dělení podle genové exprese, a to do 5 základních podtypů. V klinické praxi se používají následující parametry. Stav estrogenových a progesteronových receptorů, exprese genu HER2 a proliferace nádoru. Níže je uvedeno 5 základních podtypů KP s popsány parametry.

- Luminální A – pozitivní estrogenové a progesteronové receptory (≥ 20 %), HER2 negativní, nízká proliferace.
- Luminální B HER2 negativní – pozitivní estrogenové receptory, HER2 negativní. Dále alespoň jeden z následujících znaků: negativní nebo nízké progesteronové receptory (< 20 %) a vysoká proliferace.
- Luminální B HER2 pozitivní – estrogenové receptory pozitivní, HER2 pozitivní a jakékoliv progesteronové receptory a proliferace.
- HER2 neluminální – oba druhy receptorů negativní, HER2 pozitivní.

- Triple negativní – oba druhy receptorů negativní, HER2 negativní (Tomášek a kol., 2015, s. 312).

4.5 Příznaky karcinomu prsu

V počátcích bývá KP velmi nenápadný, většinou není bolestivý a nezpůsobuje žádné obtíže. Až při dalším růstu se mohou projevit změny. V případě jakéhokoliv podezření je však třeba provést mamografii a doplňkové ultrazvukové vyšetření. Níže jsou uvedeny příznaky, které se mohou vyskytnout při onemocnění KP.

- Vtahování kůže – nejčastěji se na tomto příznaku podílí bulka, která je částečně fixována a při souhybech vtahuje kůži.
- Váznutí při souhybu – při zdvihání paží do upažení a vzpažení se projeví asymetrie prsu.
- Důlkovatění – rezistence v prsu vtahuje část tkáně, navenek se projeví změna tvaru v podobě důlku.
- Nepravidelnost bradavky – lze spatřit různé nepravidelnosti bradavky (oploštění, vtažení), a to při normálním postavení nebo při souhybech.
- Pomerančová kůže – tento příznak je způsobený infiltrací drobných lymfatických cév kůže. Připomíná pomerančovou kůru. Tento příznak může být patrný trvale nebo přechodně při stisknutí části prsu.
- Asymetrie ze zvětšeného objemu prsu – jeden prs je větší oproti druhému. Může se jednat o fyziologický jev. Třeba je dávat pozor při postupné změně velikosti a známkách zatuhnutí.
- Sekrece z bradavky – krvavý sekret je známkou patologie.
- Zarudnutí a oteplení kůže – může se jevit jako zánět. Zarudnutí bez známek rezistence připomínající růži může být zánětlivým karcinomem.
- Rozšířená žilní pleteň – tento příznak vypovídá o zvýšené aktivitě v prsu, který může být postižen tumorem.
- Zvředovatění – různé typy exulcelace jsou pozdním příznakem, nikoli však ojedinělým (Abrahámová a kol., 2019, s. 61 – 67).
- Hmatná bulka – v prsu či v podpaží.
- Bolesti prsu (Prausová, 2010, s. 28).

Nejčastější klinickou manifestací u mužů je nález retroareolárně uložené, tuhé, nebolestivé rezistence, častěji na levé straně. Doprovázejícím projevem bývá deformace bradavky a sekrece z ní (Fiala a kol., 2010, s. 613).

Celkové příznaky RP vycházejí následně z přítomnosti metastáz. Především se jedná o níže zmíněné.

- Nechutenství
- Hubnutí
- Bolesti v kostech
- Teploty
- Dušnost

Některé nálezy nemusí být navíc okem nebo pohmatem zjistitelné, proto je nutné vyšetření pomocí zobrazovacích metod (Prausová, 2010, s. 28).

5 DIAGNOSTICKÉ METODY

5.1 Anamnéza

V onkologické anamnéze musí být kromě obecně známých součástí i některé údaje, které mají pro diagnózu KP větší závažnost (Konopásek, Petruželka, 1997, s. 25).

- **Rodinná anamnéza**

V rodinné anamnéze nás zajímá nejen KP u přímých příbuzných (matka, sestra, dcera), ale i u vzdálenějších pokrevních příbuzných (babička, teta, sestřenice, neteř). Při oboustranném nádorovém onemocnění riziko kancerogeneze výrazně vzrůstá. Nadále jsou důležité další faktory jako je například věk, ve kterém KP propuknul. S karcinomem ovarií nebo děložního těla byla rovněž nalezena spojitost se vznikem KP (Konopásek, Petruželka, 1997, s. 25).

- **Gynekologická anamnéza**

Údaje gynekologické anamnézy jsou velmi důležité v léčebném rozhodování. Důležité je znát věk, ve kterém došlo k první menstruaci a související informace. Jak dlouho trvalo ustálení menstruace, zda je nebo byla pravidelná či nepravidelná a také kolik dní trvá. Zajímá nás bolestivost průběhu a síla krvácení. Pokud již došlo k menopauze, ptáme se, kdy nastala. Kromě předešlých informací je vhodné získat údaje o věku při dokončeném prvním těhotenství, počtu porodů a potratů, užívání hormonální antikoncepce, kojení nebo chorobách prsu (Konopásek, Petruželka, 1997, s. 25 – 26).

- **Nynější onemocnění**

Ačkoliv můžeme mít zdání, že o nynějším onemocnění máme veškeré informace, můžeme některé postrádat. Měli bychom vědět o první chvíli, kdy pacientka poprvé zaregistrovala změnu oproti tzv. normálnímu stavu. Jde nám o její popis onemocnění (velikost nahmatané léze, lokalizace, kožní změny, pohyblivost, bolestivost a další). Zajímá nás, jak reagovala při nález, kdy navštívila lékaře a z jakých důvodů (růst nálezu). Měli bychom zjistit, co lékař prvního kontaktu uskutečnil a jak se pacientka dostala až k odborníkovi (Konopásek, Petruželka, 1997, s. 26).

5.2 Fyzikální vyšetření

Než dojde k samotnému vyšetření pacientky nebo pacienta, je třeba vysvětlit účel fyzikálního vyšetření. Poté můžeme pokračovat k samotnému vyšetření prsů. Prsy vyšetřujeme pohledem a pohmatem.

- Vleže – pacientka se vyšetřuje se zvednutou paží a s podložením ramene polštářem na vyšetřované straně.
- Vestože – při různých polohách (např. ruce v bok).

Prs se prohmatává bříškou 2., 3. a 4. prstu systematicky, krouživými pohyby, od bradavky směrem ven. Změny se popisují podle kvadrantů nebo ve vzdálenosti v centimetrech od prsní bradavky. Současně se vyšetřují axilární a supraklavikulární lymfatické uzliny.

Pohmatem lze vyšetřit:

- Strukturu prsní žlázy – zjišťujeme tuhost.
- Bolestivost prsní žlázy – vyšetřujeme citlivost i bolestivost.
- Rezistence – zjišťujeme velikost, tvar, konzistenci, pohyblivost hmatného ložiska a fixaci k okolí.

Pohledem lze hodnotit:

- Velikost prsů – u mužů sledujeme gynekomastii, u žen velikost jednoho prsu oproti druhému.
- Symetrii prsů – všímáme si nepravidelností tvaru, porovnáváme prsy oboustranně.
- Kůži prsů – pátráme po změnách barvy, vtažení, vyklenutí, svrštění anebo zčervenání kůže. U KP někdy nalézáme pomerančovou kůru nad nádorem.
- Prsní bradavku – všímáme si tvarových změn, vpáčení, vyhlazení, zčervenání nebo zhrubnutí. Porovnáváme bradavku vlevo, vpravo i obě navzájem. Pátráme po sekreci z bradavky, především po sekreci krvavého charakteru (Nejedlá, 2015, s. 148 – 150).

5.3 Biochemické a hematologické vyšetření

Krevní vyšetření zahrnují standardní soubor testů (urea, kreatinin, minerály, jaterní testy), které nemají diagnosticky vypovídající hodnotu, ale mohou upozornit na aktivitu a komplikace základního onemocnění. Nadále můžeme stanovit nádorové markery, zejména CEA, CA 15–3 a

TPA. Stanovení hodnot těchto markerů má význam při monitorování průběhu onemocnění. Z biochemického hlediska ještě můžeme stanovit hormonální receptory.

Hematologické vyšetření je potom důležité pro odhad tolerance na protinádorovou léčbu. Pro určení stavu krvetvorby je důležité vyšetření kostní dřeně. Tuto metodu upřednostňujeme před pouhým vyšetřením krevního obrazu (Hladíková a kol., 2009, s. 57).

5.4 Molekulárně biologické vyšetření

Vyšetření se zaměřuje především na mutace genů BRCA 1 a BRCA 2. Vyšetřují se receptory, určuje se protein p53, gen Her2 a další podílející se faktory. Důležité je testovat mladé pacientky s výskytem KP před 30. rokem života, nemocné s pozitivní rodinnou anamnézou, bilaterálním KP a mladé ženy s karcinomem ovaria (Hladíková a kol., 2009, s. 57).

5.5 Zobrazovací metody

○ Mammografie

Mammografie (MG) je nejstarší, ale zároveň stále nejdůležitější diagnostickou metodou v diagnostice KP. Navíc je finančně únosná a především dostupná. Poskytuje obraz celé mléčné žlázy a potvrzuje nebo vyvrací jak nádory, tak jiné patologie. MG můžeme rozdělit do dvou skupin. První, screeningová MG, se využívá pro bezpříznakové ženy (od 45 let věku, jednou za 2 roky). Druhá, diagnostická MG, je určena pro ženy s nálezem patologie prsu (bez omezení věku a intervalu). Standardní mammografické vyšetření tvoří dvě projekce obou prsů, a to šikmou a kraniokaudální. Šikmou projekci volíme spíše než laterální pro zachycení axilárního výběžku mléčné žlázy. Pokud je třeba, je možné zhotovit doplňkové projekce.

Kvalitu mamografického snímku ovlivňuje denzita mléčné žlázy, která je spjata s věkem. Z toho vyplývá, že se s vyšší denzitou prsu setkáváme častěji u mladších žen. Tento fakt může ovlivnit výsledky MG z důvodu zastření známek patologických lézí. Co se týká získaných dat, u žen nad 60 let věku je senzitivita asi 95 % oproti ženám pod 40 let věku, u kterých se senzitivita uvádí v méně než 50 % zachycení KP. Ložisko je nejlépe zjistitelné v tukové, involuční žláze. Tuk vytváří na mammografickém snímku dobré pozadí pro odhalení ložiskové léze. Hodnotíme denzitu, homogenitu ložiska a jeho kontury. Maligní léze mají obvykle vyšší denzitu, jsou nehomogenní a mají neostrou a cípatou konturu. Okolní žlázová struktura vykazuje deformace.

Jak již bylo uvedeno výše, na MG lze prokázat i další patologie, například kalcifikace. Ty bývají někdy jediným příznakem DCIS.

Prsní implantáty nejsou kontraindikací mammografie. Lze snímkovat celý prs i s implantátem. Mužskou mammu můžeme rovněž podrobit mamografickému vyšetření. Šikmé projekce lze zhotovit téměř vždy (Coufal, Fait a kol., 2011, s. 63 – 67).

○ **Duktografie**

Duktografie (DG), též galaktografie je druhem MG. Provádí se výlučně u žen s patologickou sekrecí z bradavky, neboť aplikace kontrastní látky do mlékovodu bez patologické sekrece, a tedy naslepo, není účelná. Nejčastější indikací DG je tak spontánní, jednostranná a serózní či krvavá sekrece z bradavky. Kontraindikací je mastitida a alergie na kontrastní látku.

Při této metodě jsou mlékovody naplněny kontrastní látkou, která umožňuje detekovat intraduktální patologie, především papilomy a papilokarcinomy. Do ústí mlékovodu s patologickou sekrecí se zavede tenká kanyla a aplikuje se zhruba 0,2 – 0,5 ml jodové kontrastní látky. Následuje zhotovení snímků v projekci na sebe kolmé, boční a kraniokaudální. Dbáme především na dobré zobrazení retroareolární oblasti, získání představy ohledně případných intraduktálních lézí a správné odlišení bublin vzduchu od patologických lézí. Při snímkování musíme zvolit menší kompresi prsu vzhledem k uchování kontrastní látky v mlékovodu. Její vytlačení by způsobilo nekvalitní hodnocení snímku.

Papilokarcinomu odpovídá přítomnost defektu v kontrastní náplni mlékovodu až jeho uzávěru. Při takovémto nálezu indikujeme chirurgický výkon pro definitivní určení diagnózy. Před chirurgickým výkonem je vhodné pro určení přesné polohy znovu provést předoperační DG (Strnad, Daneš, 2001, s. 302 – 303).

○ **Ultrasonografie**

Ultrasonografie (USG) je vedle MG hlavní zobrazovací metodou v mamodiagnostice. U symptomatických žen do 40 let věku a u žen těhotných či kojících je USG první volbou zobrazovací metody. U starších žen se zařazuje po MG jako druhá, doplňková metoda. USG používáme také ke sledování velmi mladých žen s vysokým rizikem vzniku KP a jako naváděcí metodu pro intervenční techniky. Pod ultrazvukovou kontrolou lze tedy vykonat cílené bioptické

vyšetření a této zobrazovací metodě dáváme jednoznačně přednost, neboť je to pro pacientku bezpečné, rychlé a pohodlné (Hladíková a kol., 2009, s. 48).

Ultrasonografické vyšetření axily je nedílnou součástí USG prsu. Pro vyšetření axilárních uzlin se hodí více než mamografie, která zachytí jen malou část axily. Jednoznačně rozlišit fyziologické uzliny oproti patologickým však v USG obraze není možné. Při němém klinickém a USG vyšetření (tzn. pokud nedetekujeme uzlinové metastázy) indikujeme biopsii sentinelové uzliny. Pokud je výsledek negativní, pacientka nemusí podstoupit axilární disekci (Coufal, Fait a kol., 2011, s. 69).

- **Magnetická rezonance**

Jde o další doplňující vyšetření, u kterého musíme posoudit, zda bude přínosné. Tato metoda má vysokou sensitivitu pro detekci maligních nádorů. Na druhou stranu její dostupnost je dosud stále relativně obtížná, navíc musíme počítat i s vysokými provozními náklady (Abrahámová a kol., 2000, s. 46; Coufal, Fait a kol., 2011, s. 70).

Vyšetření se děje za pomoci speciálních bilaterálních mammárních cívek a dobrého softwarového vybavení. K dobrému zobrazení patologických lézí slouží intravenózní kontrastní látka. Samotné vyšetření probíhá vleže na břiše, prsy jsou jemně fixovány v otvorech mammární cívký ve svislé poloze. Podstatná je schopnost udržet fixní polohu a eliminace všech rušivých artefaktů. Celé vyšetření trvá okolo 30 minut.

Kontraindikací je těhotenství a laktace, obecně pak i přítomnost pacemakeru nebo kovu v těle či klaustrofobie (Coufal, Fait a kol., 2011, s. 70).

- **Počítačová tomografie**

Počítačová tomografie (CT) bývá indikována výjimečně, a to v případě určení vztahu nádorového procesu k hrudní stěně (Kolařík a kol., 2011, s. 874).

- **Doplňující zobrazovací metody k zjištění metastáz**

Rentgenový snímek hrudníku použijeme k posouzení anatomických struktur a orgánů dutiny hrudní, krom toho nás zajímá také skelet hrudníku. Snímek hrudníku je standardní metodou

k odhalení metastáz při vstupním vyšetření, před zahájením léčby a v rámci dispenzarizace (Konopásek, Petruželka, 1997, s. 28-29).

Nadále se provádí USG břicha, zaměřený především na játra, slezinu a pankreas. Scintigrafie skeletu je další nedílnou součástí této problematiky. K zjišťování lézí se používá Technecium ⁹⁹Tc, které má velkou senzitivitu pro zobrazení kostních lézí, avšak naproti tomu nízkou specifitu (Kolařík a kol., 2011, s. 875).

Rentgenový snímek kostí pak slouží k ověření nálezu na scintigrafii. CT vyšetření slouží k zobrazení metastáz v mozku. Konečně pak můžeme použít doplňkovou magnetickou resonanci (MR) k zobrazení metastáz v páteřním kanálu a zadní jámě lební, nebo ji lze použít k objasnění nálezu na předešlé scintigrafii či rentgenovém snímku kostí (Kolařík a kol., 2011, s. 875).

Pozitronová emisní tomografie (PET) hodnotí metabolickou aktivitu buněk a upozorňuje na funkční změny orgánů, kde dochází ke zvýšenému metabolickému obratu. Výše zmíněná vyšetření někdy nedokážou vyloučit nebo potvrdit postižení některých orgánů a PET vyšetření zde má své místo (Abrahámová a kol., 2019, s. 74).

5.6 Invazivní metody

Bioptické metody jsou nedílnou součástí úplné mamodiagnostiky. Biopsie provádíme pod kontrolou zobrazovacích metod, nejčastěji za pomoci USG nebo MG (Hladíková a kol., 2009, s. 52).

Mamografické zaměření podezřelé léze lze provést pomocí stereotaktického zaměřovače, který je buď oddělitelnou součástí mamografu, nebo je s ním pevně spojen. Pokud je s ním spojen pevně, mluvíme o stereotaktickém stole. V případě použití dbáme především na komfort pacientky. Za použití stereotaktického nástavce je žena vyšetřována vsedě v nefyziologické pozici, navíc pozoruje veškeré kroky zdravotnických pracovníků. Pro pacientku je to velká psychická zátěž. Stereotaktický stůl je několikanásobně dražší, ale komfortnější vzhledem k poloze vleže. Všechno se navíc děje mimo pacientčin dohled. Na druhou stranu má stůl několik nedostatků, především nemožnost zobrazit a bioptovat tu část prsu, která odpovídá šíři desky bioptického stolu. Léze v blízkosti hrudní stěny jsou tak nedostupné.

Prs komprimovaný v stereotaktickém zaměřovači je snímkován ve dvou šikmých projekcích. Ložisko je takto zaměřeno jak samotné, tak s vpravenou odběrovou jehlou. Další opakované vstupy jehly k ložisku jsou rentgenologicky ověřovány.

Zaměření léze za USG kontroly přináší možnost intervence z volné ruky. Kromě USG je potřeba pouze odběrová sada. Pacientka leží v poloze na zádech, což přispívá k pohodlnějšímu odběru. Vyšetřující radiolog musí být velmi manuálně zručný a flexibilní, neboť v jedné ruce vede zobrazovací sondu USG a druhou rukou vede jehlu. Celou dobu pozoruje výkon na obrazovce USG (Skovajsová, 2009, s. 358).

- **Punkce tenkou jehlou (FNAB)**

Aspirace tenkou jehlou je v dnešní době využívána jen zřídka. Jde o odběr malého množství buněk podtlakem do běžné injekční jehly s injekční stříkačkou. Cytologické hodnocení získaného materiálu umožňuje diagnostiku malignity, ostatní důležité faktory (expresi steroidních receptorů, grade, fenotyp nádoru) však nelze stanovit. Punkce tenkou jehlou se tak hodnotí jako málo výtěžný odběr (Coufal, Fait a kol., 2011, s. 76).

- **Tkáňová punkční biopsie**

Tkáňová punkční biopsie (core biopsie) z podezřelého místa se stala světovou prioritou mezi intervenčními výkony. Pro erudovaného radiologa není provedení core biopsie složité. Místo vpichu znecitliví, a za použití intramuskulární jehly se provede malá incize. Skrz incizi se zavede do podkoží bioptická jehla. Po správném zavedení se odjistí na rukojeti pojistka a je možno provést odběr vzorku. Samotný odběr je doprovázen ostrým zvukem, na který je vhodné pacientku upozornit. Z různé části ložiska je zapotřebí získat alespoň 3 kvalitní vzorky. Po odběru je nutné pacientku informovat o možných komplikacích, které však nejsou časté (Skovajsová, 2009, s. 358 – 359).

- **Vakuová biopsie**

Vakuové biopsii dáváme přednost v těch případech, kde potřebujeme získat větší vzorek tkáně. To se děje například u mikrokalciifikací, kdy od sebe potřebujeme rozlišit různé druhy patologií (Krška a kol., 2011, s. 37).

Tento druh biopsie je prováděn speciální jehlou, tzv. mammotomem. Zde se spojuje metoda podtlaku se získáním válce tkáně, a to až o šíři 8 G. Děje se tak za pomoci rotujícího nože uvnitř odběrové jehly. Jehla je ve stacionární poloze na rozdíl od core biopsie. Odebraný vzorek se posouvá pomocí vakua z mamotomového děla ven a jehla se otáčí kolem své osy pro širší záběr.

Takto je možno odebrat velký objem tkáně. Radiolog následně přesně označí místo odběru, neboť se při pozitivním nálezu indikuje chirurgický výkon.

Nejen vzhledem k mnohonásobně vyšší ceně se vakuová biopsie indikuje méně často oproti core biopsii. U ložisek na hranici palpce nebo větších se tento výkon stává kontraindikací. Vakuová biopsie nám sice umožní odebrat bloky tkáně ve velkém počtu a o velkém objemu, nenahradí však bezpečný chirurgický výkon, při kterém se berou v potaz bezpečné okraje (Skovajsová, 2009, s. 360).

6 LÉČBA KARCINOMU PRSU

Základem úspěšné léčby je multidisciplinární tým odpovídající erudice, který se intenzivně zabývá problematikou KP. Tým tvoří lékaři hodnotící výstupy zobrazovacích metod, patolog, klinický onkolog, chirurg a radioterapeut. Pokud je třeba, patří do týmu i další odborníci. Rozhodnutí o dané léčbě je vždy kolektivní a dle tohoto rozhodnutí ji pak vede obvykle klinický onkolog (Prausová, 2010, s. 30; Abrahámová a kol., 2019, s. 83).

Pacientce je nadále nutno sdělit léčebný plán. Pokud má na výběr z několika možností léčby, lékař jí vysvětlí všechny výhody a nevýhody. Musí jí poskytnout dostatečný čas na rozhodování. Léčebná doporučení se řídí doporučeními České onkologické společnosti, která je každý rok inovuje (Abrahámová a kol., 2019, s. 83).

6.1 TNM klasifikace nádorů prsu

Před plánováním léčby karcinomu prsu je třeba na základě komplexního vyšetření stanovit nádorovou chorobu dle TNM klasifikace. Klasifikace definuje rozsah onemocnění na základě následujících kritérií.

- T – velikost nádoru.
- N – počet postižených lymfatických uzlin.
- M – rozsah metastatického postižení.

Na základě zhodnocení výše uvedených kritérií určíme klinické stádium. Je rozhodující pro vytyčení léčebné strategie, taktiky a pro prognózu onemocnění (Hladíková a kol., 2009, s. 59).

Vhodné je také rozdělit staging podle toho, kdy a jakým způsobem se stanoví.

- cTNM – klinický předléčebný staging, který je určen před léčbou pomocí výsledků klinického vyšetření a zobrazovacích metod.
- pTNM – patologický staging, který se opírá o výsledky histopatologického vyšetření, obvykle po operačním výkonu a vyšetření resekátu. Jedná se o zpřesnění klinického stagingu.
- yTNM – staging, který je hodnocen po aplikaci protinádorové léčby (Coufal, Fait a kol., 2011, s. 99).

○ **Stanovení kategorie T**

Stanovení velikosti primárního nádoru se opírá o palpační vyšetření a zobrazovací metody. Klinický pracovník musí zaznamenat palpační nález. Nadále změří velikost nálezu v centimetrech, a to ve dvou na sebe kolmých průměrech. Popíše i charakter rezistence (např. vztah k okolí, pohyblivost, konzistenci, změny na kůži). Operační protokol nás informuje o skutečném makroskopickém nálezu. Měl by obsahovat informace o velikosti nádoru, umístění a vztahu k okolí. Další informace se dozvídáme od patologa, který popisuje makropreparát. Z uvedeného se dozvídáme o T a pT (Abrahámová a kol., 2000, s. 212-215).

○ **Stanovení kategorie N**

V této kategorii popisujeme regionální stejnostranné uzliny axilární, infraklavikulární, supraklavikulární a parasternální. Nejčastější metastaticky postiženou lokalitou jsou axilární uzliny. Metastázy v jiné, než regionální oblasti označujeme jako vzdálené metastázy (Coufal, Fait a kol., 2011, s. 101).

○ **Stanovení kategorie M**

Písmeno M v TNM klasifikaci znamená vzdálené metastázy. Ty lze specifikovat dle lokalizace. Pro potvrzení nebo vyloučení metastáz jsou zapotřebí doplňující metody zmíněné v odstavci – doplňující zobrazovací metody ke zjištění metastáz v kapitole 5.5 Zobrazovací metody. Pátráme po metastázách v plicích, játrech, kostech nebo mozku, po změnách ve žlučníku, žlučových cestách, slezině, pankreatu, retroperitoneu nebo v zadní jámě lební či v páteřním kanálu (Abrahámová a kol., 2000, s. 222).

○ **Klinické stádium**

Po posouzení TNM klasifikace můžeme určit klinické stádium onemocnění. Zpravidla platí, čím je vyšší stádium, tím je horší prognóza. Popisujeme stádium 0 až IV, u stádia II ještě skupinu A a B, u stádia III skupinu A, B a C. V praxi používáme ještě slovní termíny, a to následující.

- Lokalizované onemocnění – stádium I – III bez vzdálených metastáz.
- Časný karcinom prsu – u stádia I a II.
- Lokálně pokročilý karcinom prsu – stádium III, někdy se zařazuje i stádium II B

- Metastatické onemocnění – stadium IV se vzdálenými metastázami.
- Generalizované onemocnění – někdy užíváno jako synonymum k metastatickému onemocnění, někdy se toto označení používá až při výskytu ve třech a více orgánových systémech (Coufal, Fait a kol., 2011, s. 103-104).

6.2 Chirurgická léčba

Cílem chirurgické léčby je odstranit všechna klinicky detekovatelná ložiska onemocnění, získat materiál pro histologickou klasifikaci a stanovit finální staging. KP lze operovat dvěma hlavními způsoby, totální nebo parciální mastektomií (Vrtělová a kol., 2011).

Chirurgickou léčbu lze navíc doplnit jinými léčebnými metodami, pokud je to třeba. Jedná se o radioterapii a může být předoperační (neoadjuvantní), peroperační nebo pooperační (adjuvantní), která je nejrozšířenější metodou kombinované léčby KP. Kombinovat se může také s chemoterapií nebo hormonální léčbou (Hladíková a kol., 2009, s. 66).

○ **Totální mastektomie**

V minulosti se prováděla velmi radikální amputace prsu podle Halstedta se zásahem do svaloviny hrudní stěny a s odstraněním podpažních lymfatických uzlin. Postupem času se radikalita výkonu snižovala. V současné době se přistupuje k radikální modifikované mastektomii podle Pateyho. Dochází k odstranění kůže prsu s dvorcem i bradavkou a veškerou prsní tkání a k axilární lymfadenektomii. Někdy je doplněna o odstranění přiléhajících vazivových blan. Nutné je odstranění a histopatologické vyšetření nejméně 10 uzlin. Prostou mastektomii bez lymfadenektomie indikujeme jako sanační výkon u lokálně pokročilých nálezů, především při riziku krvácení z nádoru. Subkutánní mastektomie zahrnuje odstranění žláznatého tělesa. Kůže s dvorcem i bradavkou je zachována. U mastektomie šetřící kůži dochází k odstranění tkáně prsu s dvorcem a bradavkou s ohledem na dostatečné ponechání kožního krytu. Profylaktická bilaterální mastektomie se doporučuje ženám s pozitivitou BRCA1 a BRCA2 (Prausová, 2010, s. 30; Abrahámová a kol., 2019, s. 84 – 86).

○ **Parciální mastektomie**

Cílem parciální mastektomie je odstranění primárního nádoru s volnými resekcními okraji, zachování prsu a přijatelný kosmetický výsledek. Pokud se při mikroskopickém vyšetření zjistí

nedostatečné odstranění nádoru, je třeba operační výkon zopakovat a rozsah rozšířit. Chirurg tak resekuje větší část než původně, někdy i celý prs. Po resekci malého a dobře umístěného nádoru zůstává pouze jizva na kůži a vzhled prsu se nějak nemění. Pokud se jedná o větší nádor nebo je nepříznivě umístěn, je využito takzvané onkoplastické techniky, kdy na resekční fázi navazuje mobilizace, posun či otočení laloků do postmastektomického defektu. Tímto výkonem lze docílit větší resekce se zachováním přijatelné estetiky prsu. U zhoubných nádorů je zpravidla nezbytné pooperační ozáření pro riziko opakovaného výskytu KP (Vrtělová a kol., 2011; Coufal, 2017, s. 3).

Parciální mastektomii lze rozdělit do konkrétnějších forem mastektomií. Jedná se především o lumpektomii a kvadrantektomii. Lumpektomie spočívá v odstranění nádoru s minimálně jednocentimetrovým okrajem zdravé tkáně. U kvadrantektomie se resekuje příslušný kvadrant s nádorem (Prausová, 2010, s. 30).

- **Biopsie sentinelové uzliny**

Co se týče chirurgické léčby, zahrnujeme do ní nejen samotné odstranění nádoru, ale i správné určení stavu axilárních uzlin a jejich operační řešení. Velkým pokrokem je prováděná biopsie sentinelové uzliny (SU). Biopsie SU se jeví jako bezpečná a přesná metoda k zachycení postižení axilárních uzlin metastázami již v rané fázi onemocnění KP, kdy jsou axilární uzliny ještě klinicky negativní. Pokud je nález na SU negativní, nemusí tedy dojít k disekci axily (AD). Pokud jsou však axilární uzliny klinicky postiženy, AD je provedena (Lyman et al., 2005, s. 7703; Dostálek, Šašková, 2017, s. 421).

Ke znázornění SU se používá metoda lymfoscintigrafie a modrého barviva aplikovaného k nádoru. Označená uzlina lze peroperačně identifikovat pomocí gamasondy a vizuálně (Vrtělová a kol., 2011).

- **Axilární disekce**

AD tkví v odstranění spádových lymfatických uzlin v postiženém podpaží. Může být primární a probíhá tedy s výkonem na prsu, pokud byly předoperačně prokázány metastázy ve spádových uzlinách. Nebo sekundární, kde byla zjištěna metastáza v axilární sentinelové uzlině při předchozí detekci. Operační přístup volíme buď z odděleného nebo společného řezu. Rána je drénována obvykle Redonovým drénem, který se později převádí na spád. Průměrná doba ponechání drénu připadá na 14 – 21 dní (Vrtělová a kol., 2011).

Do nežádoucích účinků AD patří lymfedém. Lymfedém vzniká za těch okolností, kdy je ztížen nebo znemožněn odtok lymfy z paže. Dochází tak k hromadění lymfy a otoku dané horní končetiny. Zabránit lymfedému lze rehabilitačním cvičením, odstraněním těsných rukávů, ošetřováním kůže s prevencí vzniku ranek. Dále napomáhá elevace končetiny, manuální lymfodrenáž a bandážování postižené horní končetiny. Dále lze zařadit mezi nežádoucí účinky AD hypestézii, dysestézii či poruchu hybnosti v rameni. Proto je důležitou a nedílnou součástí následná rehabilitace, a to časně již od 5. pooperačního dne (Vrtělová a kol., 2011; Hladíková a kol., 2009, s. 65).

6.3 Radioterapie

Léčba radioterapií (RT) patří stejně jako chirurgická léčba mezi lokoregionální léčebné metody. Můžeme ji rozdělit na zevní a intersticiální. Využívá se zde záření, jehož zdrojem jsou izotopové ozařovače nebo lineární urychlovače (Chovanec a kol., 2008, s. 86).

Lineární urychlovače jsou v současnosti preferovány v zevní iradiaci. Používá se technika dvou polí, která z velké části snižuje dávku radiačního ozáření zejména v kritických orgánech – srdci, plicích, štítné žláze a brachiálním plexu. Jedná se o pole tangencionální, využívané pro iradiaci prsu, a o pole konvergentní, kterých se užívá pro ozáření spádových lymfatických uzlin. Druhou technikou ozařování je brachyterapie. Jedná se o zavádění zářičů do nádoru nebo do místa po ablaci. Je to invazivní metoda, která umožňuje ozářit oblast nádoru velmi vysokou dávkou záření. Velkým pozitivem je maximální ochrana okolí, která by při zevním ozáření nebyla možná. Nejčastěji se provádí v kombinaci se zevní RT po částečné operaci KP (Kolařík a kol., 2011, s. 883, Abrahamová a kol., 2019, s. 99).

RT lze aplikovat pooperačně po chirurgických výkonech, kdy se ozáří zbytek prsní žlázy. Rovněž ji lze využít k ozáření jizvy po ablaci či k ozáření oblasti axily. Má uplatnění i v paliativní a symptomatické léčbě metastáz. Tlumí bolesti, zamezuje krvácení a brání vzniku patologických zlomenin. RT kombinujeme s ostatními léčebnými metodami (Chovanec a kol., 2008, s. 86; Kubecová, 2009, s.28).

Hlavním cílem je zamezit recidivám, podílet se na zmenšení nádoru, tlumit obtíže, které jsou způsobovány metastázami a prodloužit celkové přežití pacientek (Chovanec a kol., 2008, s. 86; Kolařík a kol., 2011, s. 883).

6.4 Chemoterapie

KP se označuje jako systémové onemocnění, a proto je léčba cytostatiky dominantní systémovou léčebnou volbou. Chemoterapii (CHT) můžeme rozdělit na adjuvantní, neoadjuvantní a paliativní. Adjuvantní CHT (zajišťovací) je indikována po předchozí chirurgické léčbě ke zničení eventuálně uniklých nádorových buněk. Neoadjuvantní CHT používáme tam, kde chceme dosáhnout zmenšení nádoru a zároveň dospět ke zničení možných vycestovaných buněk. Nádor chceme obvykle zmenšit z důvodu lepší postchemoterapeutické operability, nebo také k umožnění prszáchnové operace. Paliativní CHT se využívá u generalizovaného onemocnění do dalších orgánů. Jejím cílem je zachování dostatečné kvality života. Léčba může probíhat ambulantně nebo za hospitalizace (Prausová, 2010, s. 31; Opltová a kol., 2011).

Důležitým faktorem při možné indikaci adjuvantní CHT je nejen věk, stav axilárních uzlin, velikost nádoru, overexprese genu HER2 nebo třeba proliferace nádoru, ale hlavně záleží i na hladině positivity estrogenových receptorů. Ty nádory, které obsahují nízké nebo dokonce žádné estrogenové receptory, jsou na chemoterapii citlivější (Petráková, 2009, s. 321).

Cytostatika jsou podávána buď jako monoterapie, nebo jako kombinace 2 až 3 cytostatik. Jmenovitě můžeme uvést například cyklofosfamid, metotrexát, vinorelbin, docetaxel, gemcitabin nebo karboplatinu. Cílem cytostatik je zasáhnout a poškodit nádorové buňky. Bohužel, CHT působí i na zdravé buňky které se rychle množí a rostou, a z toho následně vyplývají nežádoucí účinky. Další typické nežádoucí účinky plynou z konkrétních cytostatik. Zařadit můžeme následující nežádoucí účinky – nauzeu, zvracení, alergickou reakci, horečku, zimnici, úbytek bílých a červených krvinek a krevních destiček, alopecii, stomatitidy, zácpu, průjem, poškození tkání a orgánů až dokonce sterilitu či druhotnou malignitu. Dále ještě kardiotoxicitu, neurotoxicitu nebo neuropatii (Prausová, 2010, s. 31; Opltová a kol., 2011).

6.5 Hormonální léčba

Pro terapii hormonální léčbou (HL) se rozhodujeme na základě stanovení hormonálních receptorů estrogenových a progesteronových. Může se použít adjuvantně, neadjuvantně nebo paliativně. Nejčastěji se používá paliativně jako léčba u hormonálně senzitivních nádorů v pokročilém stádiu nebo jako adjuvantní terapie po předem proběhlé chirurgické léčbě. Podávání hormonů po chirurgické léčbě se považuje za výhodné vzhledem k faktu snížení rizika recidivy a

snížení vzniku druhostranného KP. HL můžeme rozdělit na ablativní, inhibiční, kompetitivní, aditivní a adjuvantní (Kolařík a kol., 2011, s. 890; Hladíková a kol., 2009, s. 85).

- Ablativní léčba spočívá v odstranění zdroje produkujícího hormonu, které se vyznačují stimulačním vlivem na KP. Jedná se především o ovarektomii, která se provádí chirurgicky, ozářením nebo medikamentózně, a to před menopauzou.
- Inhibiční léčba zahrnuje látky, které blokují tvorbu estrogenu u pacientek po menopauze. Zařazujeme sem zejména inhibitory aromatáz. Výsledkem je nedostatek estrogenů.
- Kompetitivní HT je léčba antiestrogeny. Antiestrogeny obsadí estrogenové receptory a znemožní tak estrogenům vazbu na tyto receptory. Nejčastějším zástupcem je tamoxifen (Abrahámová a kol., 2019, s. 107; Hladíková a kol., 2009, s. 85 – 86).
- V aditivní léčbě se využívá vyšších farmakologických dávek gestagenů. Usuzuje se, že farmakologické dávky mají schopnost blokovat vazbu estrogenů na hormonální receptory. Navíc mohou potlačovat syntézu steroidů mechanismem zpětné vazby a inhibovat tvorbu růstových faktorů (Klener a Klener, 2013, s. 82).
- Adjuvantní léčba svým antiproliferačním účinkem brání vzniku recidiv a popřípadě by měla eliminovat i zbytkovou nemoc. Aby byla léčba účinná, nádorové buňky musí obsahovat hormonální receptory. Jedná se o léčbu antiestrogeny po menopauze (Hladíková a kol., 2009, s. 86).

Nejčastěji používanými přípravky jsou antiestrogeny, z nichž se v protinádorové léčbě uplatňuje tamoxifen s nízkou toxicitou a dobrou tolerancí. Jedná se o lék první volby. Inhibitory aromatáz mají jiný mechanismus účinku, způsobují úbytek estrogenů a tím dochází k příznivému léčebnému účinku na KP. Zástupcem inhibitorů aromatáz jsou například anastrozol, letrozol a exemestan. Nepoužívají se v kombinacích. Léčebný efekt lze hodnotit až zhruba za 3 měsíce od zahájení léčby (Hladíková a kol., 2009, s. 86; Chovanec a kol., 2008, s. 88).

6.6 Biologická léčba

Biologická léčba (BL) je slibnou možností protinádorové terapie vzhledem ke specifitějšímu mechanismu účinku a nižší toxicitě oproti chemoterapii. V BL se podávají látky, které jsou podobné nebo shodné s látkami produkovanými lidským tělem. Je podávána taková dávka, co převyšuje množství účinné látky, která se za normálních okolností a

fyziologických podmínek sama tvoří v těle. Do BL lze zařadit hematopoetické růstové faktory, modulátory imunity a aplikaci monoklonálních protilátek vázajících se na nádorové buňky s cílem je zničit. Je ovlivněno chování maligních buněk i nádorové mikroprostředí, které je zásadní pro buněčnou proliferaci, přežívání a metastazování. První schválenou cílenou monoklonální protilátkou BL pro léčbu solidních nádorů byl trastuzumab (Herceptin). U 20-30 % karcinomů je gen pro receptor HER2 zmnožen a vyvolá zvýšenou expresi membránového proteinu. Tato exprese znamená horší prognostický faktor. Herceptin je indikován v adjuvantní a paliativní léčbě. Podmínkou je však vysoká exprese HER2 receptoru. Dalšími látkami jsou lapatinib (Tyverb) a bevacizumab (Avastin) s odlišným mechanismem účinku (Prausová, 2010, s. 31; Hladíková, 2009, s. 87).

7 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

World Health Organization (WHO) definuje zdravotní gramotnost (ZG) jako kognitivní a sociální schopnosti, které určují motivaci a schopnosti daného jednotlivce získat přístup k potřebným informacím. Jednotlivec jim dokáže porozumět a proměnit je v podporu a udržení dobrého zdraví. Pro posílení zdravotní gramotnosti je žádoucí zlepšení přístupu k informacím o zdraví a zlepšení dovednosti je účinným způsobem využívat (www.who.int).

ZG se netýká pouze jednotlivců, ale i komunit a celé populace. Jedině zdravotně gramotní lidé jsou schopni o svém zdravotním stavu kvalifikovaně rozhodovat, správně využívat nabyté vědomosti ke zlepšení zdraví a nést za něj odpovědnost.

Naopak nízká ZG je rizikovým faktorem. Vede k výskytu preventabilních nemocí v závislosti na neznalosti předcházení daných onemocnění. Tito lidé hůře spolupracují, málo se podílejí na své léčbě a znemožňují dosažení kladných výsledků. Nízká ZG ve své podstatě ničí systém péče o zdraví, ať už se jedná o znemožnění využití nových medicínských metod nebo degradace úsilí zdravotnických pracovníků.

ZG je výrazným a ovlivnitelným determinantem zdraví, na kterém je třeba dlouhodobě pracovat (Hamplová, 2019, s. 89 – 90).

○ **Zdravotní gramotnost v ČR a EU**

Výzkum týkající se ZG v České republice (ČR) proběhl na konci roku 2014 a navázal tak na srovnávací výzkum provedený v 8 zemích Evropské unie (EU). Ve studiích byla zjišťována ZG v oblastech zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví. Zjištěním byla poměrně nízká ZG občanů ČR. V porovnání s šetřením v ostatních 8 zemích EU skončila ČR na 8. místě. Až 59,4 % respondentů vykazalo omezenou ZG, nejhůře na tom byla oblast podpory zdraví s 64,3 %. ZG je pozitivně ovlivněna vzděláním a stoupajícím sociálním statutem, negativně věkem. Z toho vyplývá, že ZG výrazně ovlivňuje zdravotní stav (Kučera a kol., 2016, s. 233 – 241).

○ **Funkční zdravotní gramotnost**

Cílem funkční ZG je rozšířit a prohloubit znalosti lidí a vést je k ochotě přijímat opatření, která jim jsou doporučována. Tento přístup je spíše jednostranný a neposiluje samostatnost osob. Stává se však účinným nástrojem v rámci napomáhání zlepšení zdraví (např. dodržování účasti na

preventivních prohlídkách, účast na očkování). Našimi nástroji se stávají informační letáky a brožury, tradičně pak zdravotní výchova pacientů. Poskytujeme informace o zdravém životním stylu, o protektivních a rizikových faktorech a o počínání si ve zdravotnickém systému (Čeledová a kol., 2017, s. 69).

- **Interaktivní zdravotní gramotnost**

Rozvoj schopnosti občanů jednat samostatně je záměrem zdravotní výchovy v posledních 20 letech. Chceme posílit motivaci a odpovědnost populace za respektování odborných doporučení. Rozvíjíme především jejich samostatnost při rozhodování a upevňujeme vnitřní motivaci. Jako zdravotníci zde působíme jako konzultanti a poukazujeme na přínosy a rizika jednotlivých aktivit (Čeledová a kol., 2017, s. 69).

- **Kritická zdravotní gramotnost**

Snažíme se rozvíjet schopnosti jednotlivců, které se týkají jejich individuálního chování, a také sociálně a politicky orientovaných činností podílejících se na vytváření zdravotně příznivého sociálního prostředí. Zdravotní výchova se zaměřuje na poskytování informací s rozvíjením komunikace o zdraví (Čeledová a kol., 2017, s. 69).

- **Posílení zdravotní gramotnosti**

Rozvíjet ZG je nezbytné. Lze tak učinit tam, kde se lidé vzdělávají, pracují, odpočívají a žijí. Důraz klademe na aktivitu občanů. Pro posílení ZG mohou pomoci projekty, jako jsou např. program „Zdravá města“, organizace, vzdělávací instituce, obchody, pracoviště, zdravotnická zařízení, média a komunikace (důležitá je kvalita) a sociální média. Zdravotní informace by měly být umístěny na stránky, které široká veřejnost navštěvuje. V dnešní době používání mobilních telefonů a počítačů může přispívat k větší dostupnosti potřebných informací týkajících se zdraví. Je však třeba, aby tyto informace byly věrohodné a pravdivé (Čeledová a kol., 2017, s. 73 – 74).

7.1 Prevence

Všeobecně lze pokládat prevenci za soubor zdravotních a sociálních opatření, které si kladou za cíl předcházet poškození zdraví, vzniku onemocnění a trvalým následkům způsobeným onemocněním (Hudáková, Novosedláková, 2011).

7.1.1 Primární prevence

Primární prevence se zaměřuje na zdravé obyvatelstvo. Cílem primární prevence je předcházet zdravotním problémům, a to nejen prevencí samotných chorob, ale i zvyšováním kvality zdravotního stavu. Chce ovlivnit především vnější faktory (dietní návyky, kouření, požívání alkoholu aj.), eliminovat nebo snížit vystavení se rizikovým faktorům a podpořit aktivity vedoucí ke zdravému životnímu stylu. V tom nám může pomoci osvěta, např. v podobě tištěných materiálů a medializace problematiky (Hrubá, Foretová, Vorlíčková, 2001, s. 6).

7.1.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence představuje soubor úkonů, které již vedou k brzké detekci nádoru v organismu. Cílem je zabránit rozvoji onemocnění a určit diagnózu v době, kdy lze onemocnění vyléčit. V nízkém stádiu lze nejen nádorové onemocnění snadněji a úspěšně vyléčit, ale i nákladnost léčby je mnohem nižší. Jakákoliv pochybnost o změně zdravotního stavu by tak měla vést k návštěvě lékaře. V ČR se zdravotnictví snaží pomoci v časně detekci častých nádorů svými preventivními programy. V tématu KP se jedná o mamografický screening. Do sekundárního vyšetření zařazujeme ještě samovyšetření prsu, pravidelná palpační vyšetření lékařem a u rizikových skupin využití sonografie (Sovová a kol., 2006, s. 22 – 23; Hrubá, Foretová, Vorlíčková, 2001, s. 6).

○ Samovyšetření prsu

Samovyšetření prsu je nejjednodušší metodou záchytu KP. Vyšetření by mělo být prováděno každý měsíc, u žen nejlépe druhý až třetí den po skončení menstruace. U žen nemenstruuujících se doporučuje samovyšetření jakýkoliv zapamatovatelný den jednou za měsíc. Důležitá je správná technika provedení samovyšetření. Nutno podotknout, že samovyšetření nenahradí mamografický screening, který odhalí ještě nehmatné léze. Avšak ženy, které samovyšetření provádí, přichází s menšími nádory. Samotné vyšetření se provádí v několika fázích.

- Postavíme se před zrcadlo s volně spuštěnými pažemi a sledujeme oba prsy navzájem. Hodnotíme tvar, symetrii, důlkovatění, změny na kůži a jiné odlišnosti. Hodnotíme prsy z čelního pohledu i z boků.
- Dále ruce založíme za hlavu a tlačíme je směrem dozadu, pozorujeme veškeré změny.

- Následuje založení rukou v bok, svésíme ramena a skloníme hlavu, lokty jsou mírně dopředu. Pozorujeme odlišnosti.

Následující fáze je nejlépe provádět po vlažné koupeli, kdy jsou kůže a bradavky vláčné.

- Zvedneme pravou paži a bříšky prstů druhé ruky prohmatáváme kruhovými pohyby citlivě pravý prs. Začínáme s dolním zevním kvadrantem před oba vnitřní k prsnímu dvorci. Následuje horní zevní kvadrant s oblastí mezi prsem a podpažím až do podpažní jamky a k jejímu vrcholu. Totéž provedeme u druhého prsu s výměnou stran.
- Následně vyšetříme prs oběma rukama proti sobě. Uchopíme bradavku mezi dva prsty, sledujeme její nepravidelnosti a možnou sekreci. Postup platí i pro druhý prs.

Poslední fázi provádíme vleže.

- Položíme se na záda na rovnou podložku. Pravou paži založíme za hlavu či v bok, rameno je podložené polštářem. Prs je nyní v ideálním stavu pro další vyšetření. Prs prohmatáváme levou rukou. Používáme stejné krouživé pohyby, manévry i postup jako v poloze ve stoje. Vyšetření opět provedeme také na opačné straně (Abrahámová a kol., 2019, s. 50 – 55).

○ **Mamografický screening v ČR**

Mamografický screening je účinným nástrojem ke snižování úmrtnosti na KP. V ČR byl zahájen v roce 2002. Prováděný monitoring je založen na datech Národního onkologického registru ČR, Národního referenčního centra a Registru Národního programu screeningu karcinomu prsu. V průběhu posledních dekád se podařilo i přes nárůst incidence KP podpořit pokles úmrtnosti vzhledem k časnějšímu záchytu skrz screeningový program. Za větší cíl je kladeno rozšíření pokrytí screeningovým programem, v roce 2014 činilo pokrytí mamografickým screeningem hodnoty 50 %. V ČR se provádí u žen nad 45 let věku bez ohledu na to, zda přicházejí s klinickým příznakem nebo ne. Uskutečňuje se ve dvouletém intervalu. To je vysvětleno takzvaným mamografickým okénkem, tedy obdobím asi 2-3 let před nálezem hmatného stádia. V tomto období je již nádor zobrazitelný, ale klinicky němý. V počátku byl mamografický screening určen ženám od 45 do 69 let věku, v roce 2010 došlo k úpravě a horní věková hranice pro vstup do programu byla zrušena. Přínosem mamografického screeningu je tedy jednoznačně zobrazení nádorů prsu již v preklinické fázi, protože před jeho zavedením docházelo k časnému záchytu

spíše náhodně. Se zavedením přirozeně prudce stoupla incidence, mortalita naopak růst přestala a v novém tisíciletí dokonce pozvolna klesá (Skovajsová a kol., 2014, s. 2S69 - 2S73).

7.1.3 Terciální prevence

Terciální prevencí rozumíme zachycení případného návratu nemoci, tudíž trvalou dispenzarizaci onkologicky nemocných. Je důležité soustředit péči do onkogynekologických center, určit zařízení a lékaře, který bude koordinovat dispenzární péči. Je nutno stanovit povinnosti účastníků dispenzární péče (pacientky, onkogynekolog, praktický lékař, ošetřující gynekolog nebo další specialisté). Je nutné věnovat pozornost primární a sekundární prevenci dalších potencionálních malignit. Ukazatelem kvality terciální prevence je zejména délka celkového přežití (Augustinová, 2011; Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 94).

7.1.4 Kvarterní prevence

Kvarterní prevence se zaměřuje na předcházení a předvídaní důsledků nevléčitelného progredujícího maligního onemocnění. Kvalita života onkologicky nemocných je ukazatelem účinnosti kvarterní prevence. Zaměřuje se především na léčbu bolesti a její prevenci, podporu výživy, zákroky k relativní kompenzaci, zachování mobility, stabilizaci skeletu u kostních metastáz, psychosociální podporu a zajištění dostatečné a adekvátní péče při omezené soběstačnosti. Je zde důležitá spolupráce nejen medicínských profesí, ale i psychologa, sociálního pracovníka a dalších (Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 94).

7.1.5 Doporučené sledování pacientek

Po léčbě pro KP stadia I-III jsou nejnověji doporučovány následující kroky dispenzarizace. Jedná se o pravidelné klinické vyšetření po 4-6 měsících během prvních 5 let a následně jednou ročně. Mamografie by měla být prováděna prvních 10 let každý rok, poté jednou za 2 roky v rámci screeningu. Ostatní screeningová vyšetření doporučují cestou praktického lékaře a gynekologa. Rutinní biochemické vyšetření, vyšetření tumorových markerů a vyšetření pomocí zobrazovacích metod u asymptomatických pacientek nejsou nutná (Vyzula a kol., 2019, s. 99).

7.1.6 Role sestry

Nedílnou součástí prevence, a tedy upozornění na onemocnění KP má role sestry. Sestra je v této oblasti velmi důležitá, neboť je s pacientem v nejužším kontaktu. Často v ní mají pacienti velkou důvěru, svěřují se jí se svými problémy a očekávají pomoc. V ambulantním provozu zná sestra velmi často celou rodinu, nejen samotného pacienta, a to je velmi důležité. Nejen sestry v ambulanci, ale i ostatní sestry v nemocnicích se mohou podílet na cílené prevenci a působit na pacienty.

Následně jsou uvedené kroky, které může sestra podniknout v tématu KP.

- Informuje o nutnosti prevence – primární i sekundární.
- Sleduje, zda ženy absolvují preventivní gynekologickou prohlídku alespoň jednou ročně.
- Informuje se od klientů, zda docházejí na preventivní prohlídky.
- Informuje o důležitosti vyšetření pomocí zobrazovacích metod především po 45. roce věku.
- Zjišťuje údaje o výskytu KP v rodinné anamnéze.
- Věnuje zvýšenou pozornost ženám, které patří do rizikové skupiny.
- Informuje o riziku dědičnosti a možnostech genetického vyšetření.
- Diskutuje s klienty o životních a stravovacích návycích a vede je případně ke změně.
- Diskutuje s klienty o pohybové aktivitě, doporučuje vhodné aktivity v případě potřeby.
- Hovoří s klienty o riziku vycházejícím z kouření a požívání alkoholu v souvislosti s nádorovým onemocněním.
- Zajišťuje dostatek informací v tématu KP snaží se informovat všechny klienty. Například v podobě propagačních materiálů, brožur (Hrubá, Foretová, Vorlíčková, 2001, s. 5 – 36).

8 ORGANIZACE ANGAŽOVANÉ V TÉMATU RAKOVINY PRSU

○ **Aliance žen s rakovinou prsu**

Aliance žen s rakovinou prsu vznikla jako zastřešující celostátní obecně prospěšná společnost založená devatenácti organizacemi onkologických pacientek. Své cíle aliance uvádí na svých webových stránkách. Jedním z cílů je například koordinace různých projektů a kampaní ve prospěch prevence a léčby KP (www.breastcancer.cz).

Projektem Aliance žen s rakovinou prsu je Bellis projekt. Poukazuje na mladé pacientky do 45 let věku, kterých se onemocnění KP dotklo. Svou činnost prezentují na sociálních sítích právě kvůli široké veřejnosti, která je na nich v dnešní době velmi aktivní. Provádějí také fyzické osvětové akce a edukace pro veřejnost. V říjnu pravidelně organizují kampaň na podporu samovyšetření prsu. Užívají symbol tří prstů a tento hashtag #HlídějSiJe (www.bellisky.cz).

○ **Avon zdravá prsa**

Avon pořádá každoročně Avon Pochod ve více než 50 zemích světa. Je celosvětovou akcí, kde lidé vyjadřují podporu ženám s KP a jejich rodinám. Pochod vychází z původní myšlenky z roku 1992 se založením celosvětového fondu Avon Worldwide Fund Women's Health pro podporu ženského zdraví (www.zdravaprsa.cz).

○ **Europa Donna**

Založení evropské koalice pro rakovinu prsu Europa Donna bylo odpovědí na kongres v Paříži v roce 1993. Malá skupina žen zastupujících různé evropské země položila pak základy této organizace. Europa Donna je nezávislou neziskovou organizací s vlastní ústavou a výkonnou radou, a tak jako ostatní organizace si klade 10 hlavních cílů. Uvádíme například cíl č. 2 s podpořením povědomí o KP a jeho prevenci nebo cíl č. 10 s vyjádřením podpory pokroku výzkumu KP (www.europadonna.org).

○ **Loono**

Loono tvoří tým mladých lékařů, studentů a dalších profesionálů, kteří se snaží zvýšit povědomí o prevenci nejrůznějších onemocnění, nejen KP. Zakladatelkou je mladá lékařka

Kateřina Vackov, kter ve velmi mladm věku onemocněla zhoubnm nádorem vaječníků. Po vylcen se rozhodla založit Loono a inspirovat další mladé lidi. Loono se věnuje pořádání workshopů, panelových diskusí, vzdělávání veřejnosti pomocí webu a sociálních sítí. Poskytují online poradenství, píšou blog a také dodvj edukační materiály do ordinací. V tématu KP lze na stránkách najít preventivní samovyšetřn pod názvem #prsakoule, kde je strun, ale vstžn popsáno samovyšetřn prsů s obrazovou plhou a instruktážním videem (www.loono.cz).

- o **Mamma HELP**

Je nevldn neziskov organizace založen v roce 1999 a své služby poskytuje zcela zdarma. Sdružuje ženy s KP, jejich blzk, zdravotn sestry, lékaře a další sympatizanty. Provozují síť Mamma HELP center, kde poskytují své služby v podobě psychick podpory, bezpečného zázemí, kvalitních informací, odpoledních programů a dalších prospěšných aktivit pro nemocn i jejich rodiny. Jejich cílem je zlepšení kvality života, zlepšení informovanosti veřejnosti o výskytu, prevenci a mořnostech léčby KP a prosazen zlepšení nsledn pe o onkologicky nemocn. Snaží se pomoci kařdmu kdo se s KP potýká a pořd o jejich pomoc (www.mammahelp.cz).

EMPIRICKÁ ČÁST

9 CÍLE VÝZKUMU, ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY

9.1 Cíle výzkumu

V naší práci jsme si stanovili tři hlavní cíle výzkumu.

- Zjistit úroveň zdravotní gramotnosti české dospělé populace v problematice rakoviny prsu.
- Porovnat informovanost týkající se karcinomu prsu mezi ženskou a mužskou populací.
- Na základě analýzy získaných dat se pokusit doplnit znalostní mezery populace vytvořením nové propagační formy edukace.

Dílní cíle výzkumného šetření:

- Zmapovat znalosti populace o výskytu karcinomu prsu u mužů.
- Zjistit spokojenost se zdravotním stavem a možnosti podpory k jeho udržení. Na vědomí vzít přítomnost ovlivňujících faktorů (zlozvyky, fyzická aktivita, výskyt KP v rodině).
- Informovat se o vyšetřování (selfmonitoringu, vyšetření lékařem) a prevenci dotazovaných (úroveň znalostí a dovedností).
- Zjistit informovanost o diagnostice a organizacích angažujících se v tématu KP, příznacích a léčbě.

9.2 Metoda výzkumu

Pro empirickou část této bakalářské práce jsme zvolili nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby (viz příloha č. 1). Využili jsme tedy kvantitativní metodu výzkumu. Dotazník byl anonymní a časově neomezený. Dotazovaní mohli využít jak tištěnou formu dotazníku, tak i formu elektronickou. Před samotným spuštěním testování jsme vytvořili nejprve pilotní formu dotazníku, kterou jsme na základě poznámek dotazovaných upravili do finální podoby. Otázek bylo nakonec celkem 32. Jednalo se o uzavřené, polouzavřené i otevřené otázky. Poslední část dotazníku byla rozdělena zvlášť pro ženy a pro muže. Dotazníkové šetření probíhalo od 9. prosince 2019 do 17. února 2020.

9.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 186 dotazovaných. 10 dotazníků jsme pro neúplnost museli vyřadit, a nakonec jsme tak pracovali se 176 dotazovanými (100,00 %). Dotazník byl určen jak ženám, tak mužům. Žen bylo ve výzkumném souboru 121 (68,75 %) a mužů 55 (31,25 %). Vzhledem k mnohonásobně vyšší incidenci rakoviny prsu u žen jsme s celkovým počtem respondentů byli spokojeni. Dotazovaným muselo být více jak 18 let, horní hranice věku nebyla určena. Nejstarším respondentem byl 91letý muž.

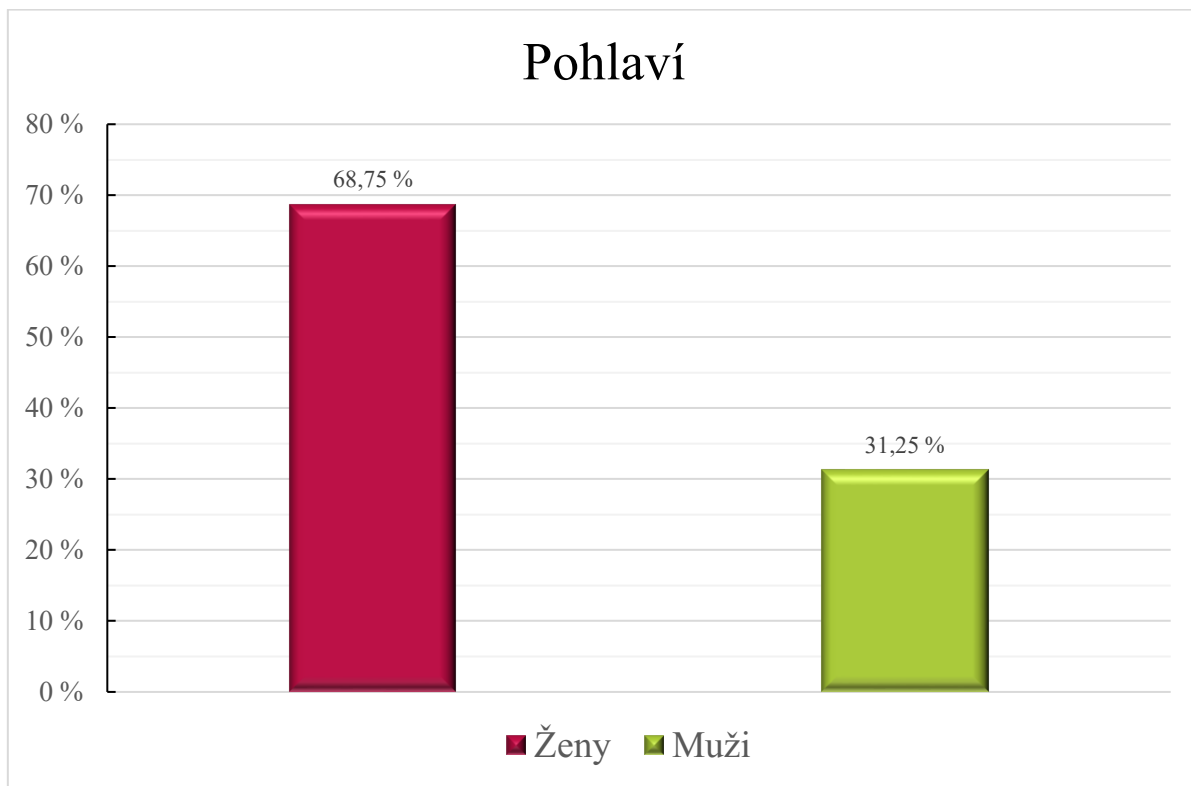
9.4 Zpracování a vyhodnocení

Získané informace z dotazníkového šetření jsem zpracovala v programu Microsoft Office Excel 2016. Většina otázek je zpracována a vyobrazena grafy, otázka č. 19 je pro lepší přehlednost zpracována formou tabulek. Poslední otázka č. 32 je pro minimum odpovědí uvedena pouze textovou formou. Soubor respondentek a respondentů v plném počtu je zobrazován růžovou a zelenou barvou. Pokud byla některá otázka zaměřena pouze na část dotazovaných, je soubor označen odlišně, a to žlutou a modrou barvou sloupců. Výsledky obsahují absolutní i relativní četnosti. Součástí každé zpracované otázky je interpretace konkrétních výsledků.

10 VÝSLEDKY

Otázka č. 1 – Jaké je vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

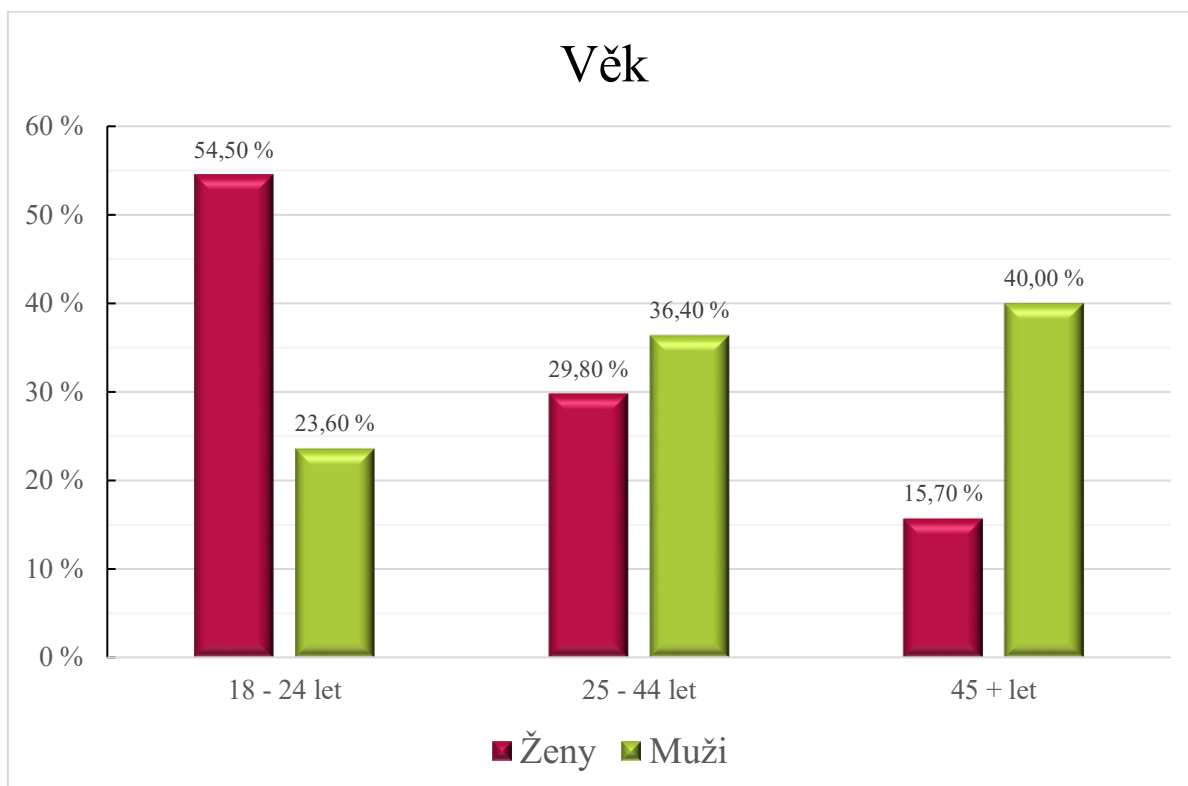


Graf 1 - Pohlaví

Interpretace: Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 176 dotazovaných, z toho 121 respondentek (68,75 %) a 55 respondentů (31,25 %).

Otázka č. 2 – Kolik je vám let?

- a) 18 – 24 let
- b) 25 – 44 let
- c) 45 a více let

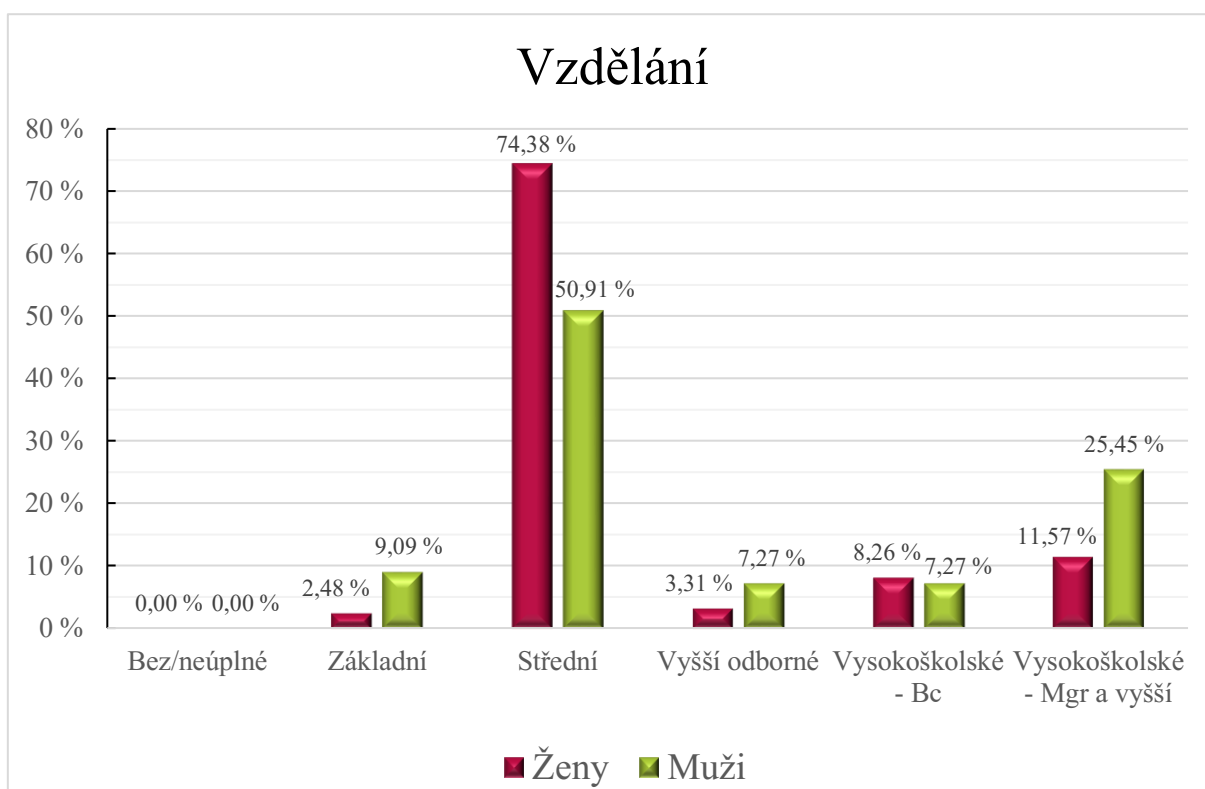


Graf 2 - Věk

Interpretace: Z celkového zastoupení 121 žen bylo 66 respondentek (54,50 %) ve věku 18 – 24 let, 36 respondentek (29,80 %) ve věku 25 – 44 let a 19 respondentek (15,70 %) ve věku 45 a více let. Z celkového zastoupení 55 mužů bylo 13 respondentů (23,60 %) ve věku 18 – 24 let, 20 respondentů (36,40 %) ve věku 25 – 44 let a 22 respondentů (40,00 %) ve věku 45 a více let.

Otázka č. 3 – Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Bez vzdělání/neúplné základní vzdělání
- b) Základní
- c) Střední (bez vyučení/s vyučením, bez maturity/s maturitou, odborné/neodborné)
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské – bakalářský titul
- f) Vysokoškolské – magisterský titul, doktorský titul nebo vyšší

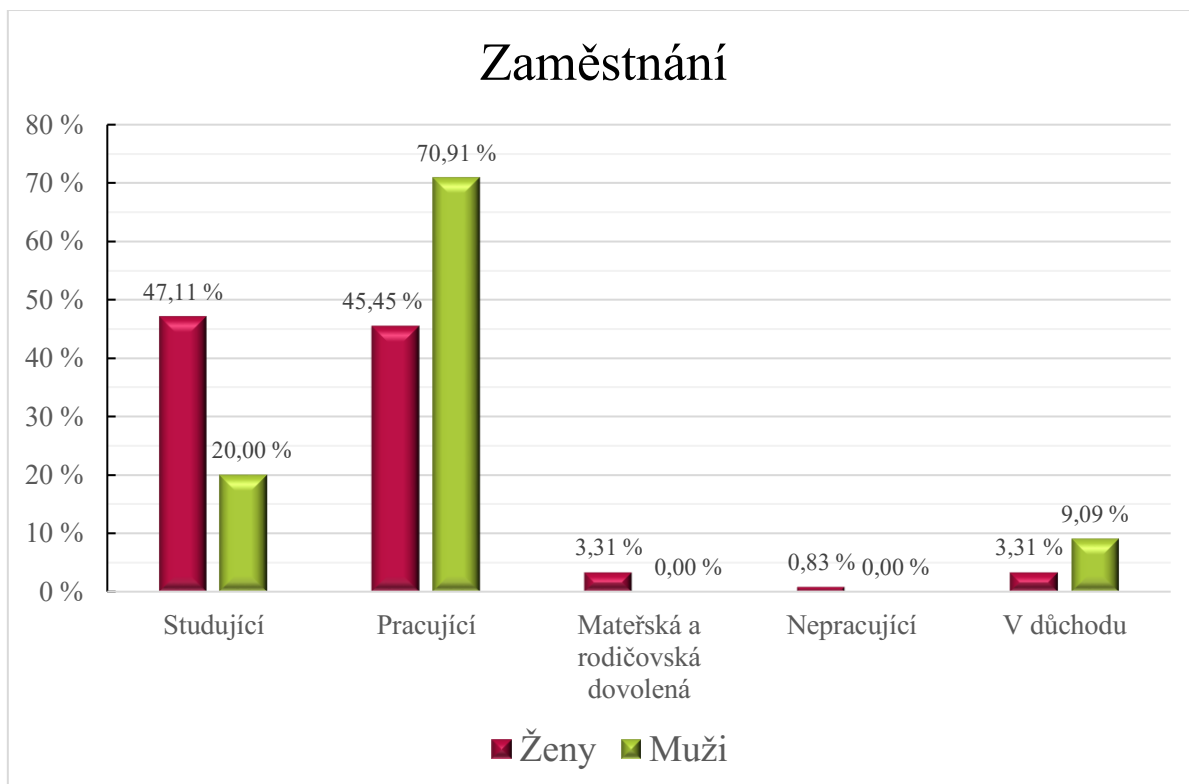


Graf 3 - Vzdělání

Interpretace: Nejpočetnější skupinu tvořili dotazovaní se středním vzděláním, a to v počtu 90 respondentek (74,38 %) a 28 respondentů (50,91 %). Vyšší odborné vzdělání získali 4 respondentky (3,31 %) a 4 respondenti (7,27 %). Bakalářského vzdělání dosáhlo 10 respondentek (8,26 %) a 4 respondenti (7,27 %). Vysokoškolského vzdělání s jiným, než bakalářským titulem dosáhlo 14 respondentek (11,57 %) a 14 respondentů (25,45 %). Základní vzdělání měli 3 respondentky (2,48 %) a 5 respondentů (9,09 %). Nikdo (0,00 %) ze zkoumaného souboru nebyl bez vzdělání nebo s neúplným základním vzděláním.

Otázka č. 4 – V současné době jste:

- a) Studující
- b) Pracující
- c) Na mateřské/rodičovské dovolené
- d) Nepracující
- e) V důchodu

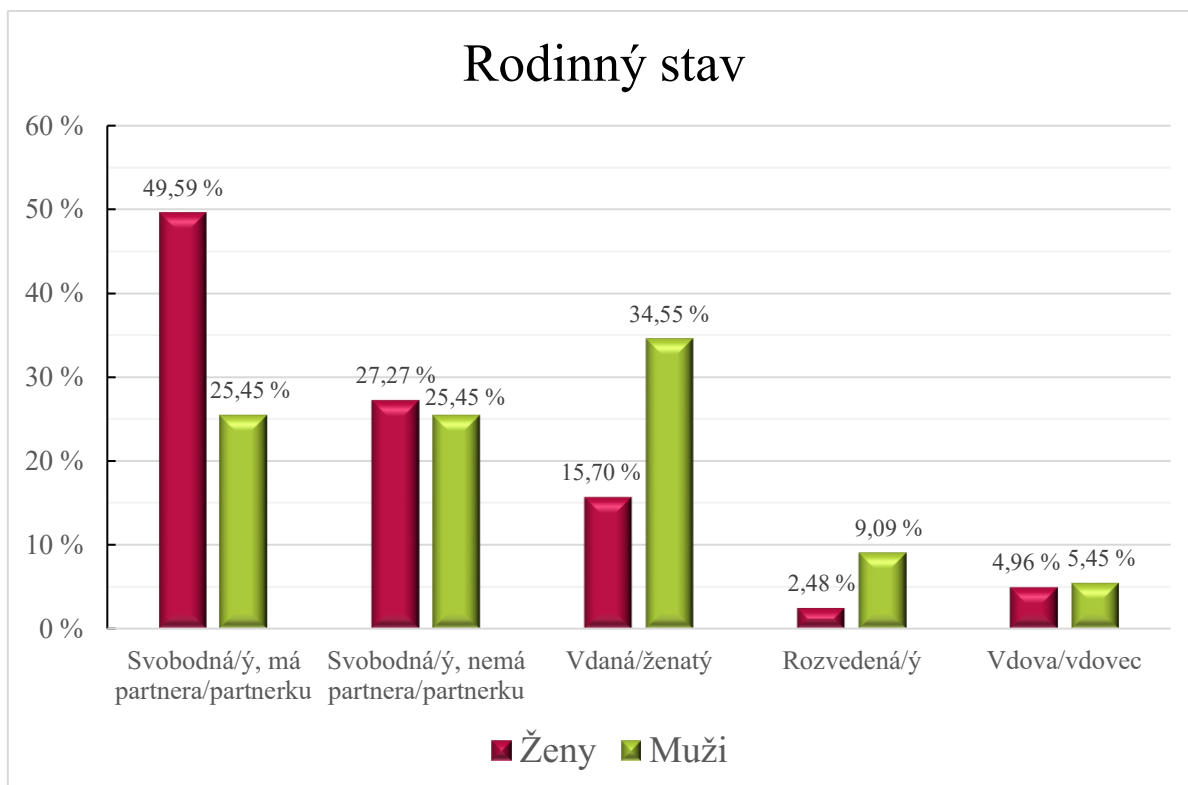


Graf 4 - Zaměstnání

Interpretace: Ze skupiny studujících bylo 57 respondentek (47,11 %) a 11 respondentů (20,00 %). Pracovalo 55 respondentek (45,45 %) a 39 respondentů (70,91 %). Na mateřské nebo rodičovské dovolené byli 4 respondentky (3,31 %) a žádní respondenti (0,00 %). 1 respondentka (0,83 %) nepracovala. Nepracující respondent nebyl ani jeden (0,00 %). V důchodu bylo 5 respondentek (3,31 %) a 9 respondentů (9,09 %).

Otázka č. 5 – Jaký je váš rodinný stav?

- a) Svobodná/ý, ale mám partnera/partnerku
- b) Svobodná/ý a nemám partnera/partnerku
- c) Vdaná/ženatý
- d) Rozvedená/rozvedený
- e) Vdova/vdovec



Graf 5- Rodinný stav

Interpretace: 60 respondentek (49,59 %) a 14 respondentů (25,45 %) odpovědělo, že jsou svobodní, ale mají partnerku nebo partnera. 33 respondentek (27,27 %) a 14 respondentů (25,45 %) uvedlo, že jsou svobodní a partnera nebo partnerku nemají. Vdaných bylo 19 respondentek (15,70 %) a ženatých bylo 19 respondentů (34,55 %). Rozvedly se 3 respondentky (2,48 %) a rozvedlo se 5 respondentů (9,09 %). Vdovou bylo 6 respondentek (4,96 %) a vdovcem byli 3 respondenti (5,45 %).

Otázka č. 6 – Jste spokojeni se svým zdravotním stavem?

- a) Ano
- b) Ne



Graf 6 - Spokojenost se zdravotním stavem

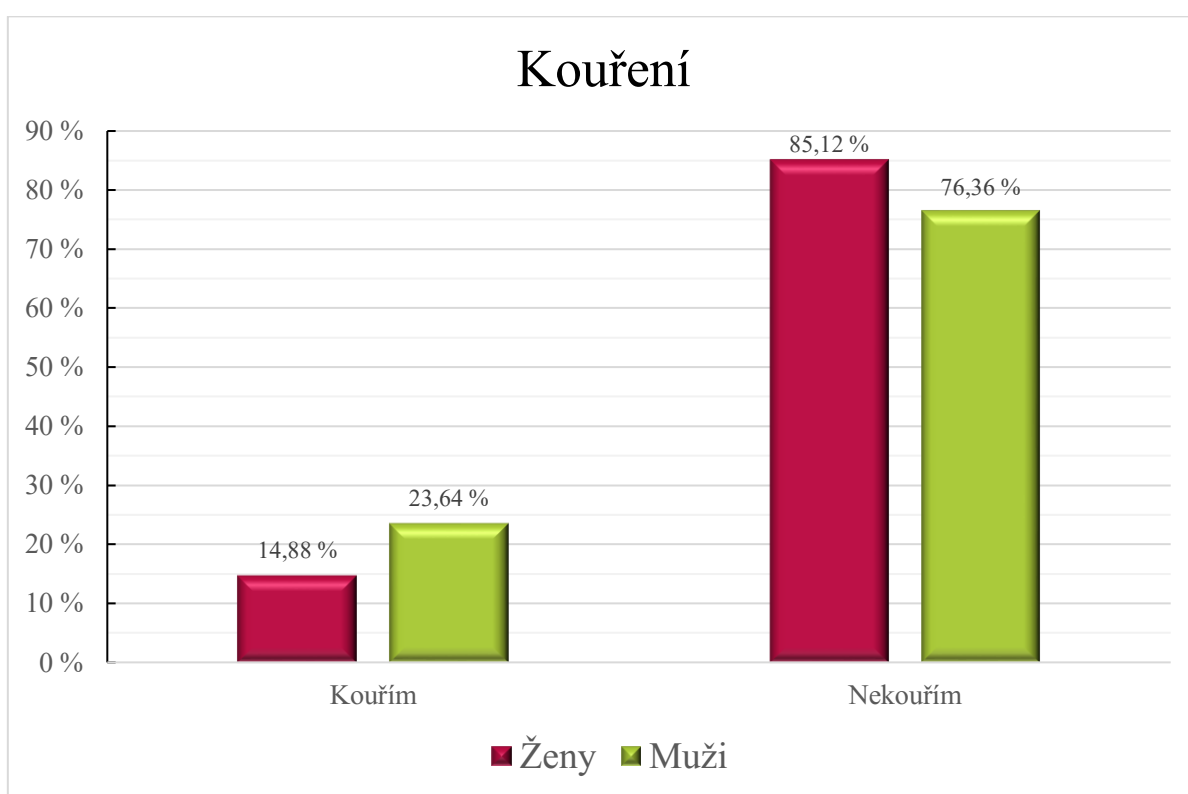
Interpretace: 94 respondentek (77,69 %) a 45 respondentů (81,82 %) uvedlo, že jsou spokojeni se svým zdravotním stavem. Se svým zdravotním stavem pak není spokojeno 27 respondentek (22,31 %) a 10 respondentů (18,18 %).

Soubor k otázce č. 7 - Označte vždy jednu odpověď z dané dvojice:

V otázce č. 7 dotazovaní označovali vždy jednu odpověď z dané dvojice. Pro větší přehlednost jsme tyto 3 dvojice uvedli do grafů jednotlivě 7(a), 7(b), 7(c) a v posledním grafu 7(d) jsme dle získaných dat uvedli, kolik zlozvyků připadá na jednotlivé tazatele.

Otázka č. 7(a) – Označte jednu odpověď z dané dvojice – kouření

- a) Kouřím
- b) Nekouřím

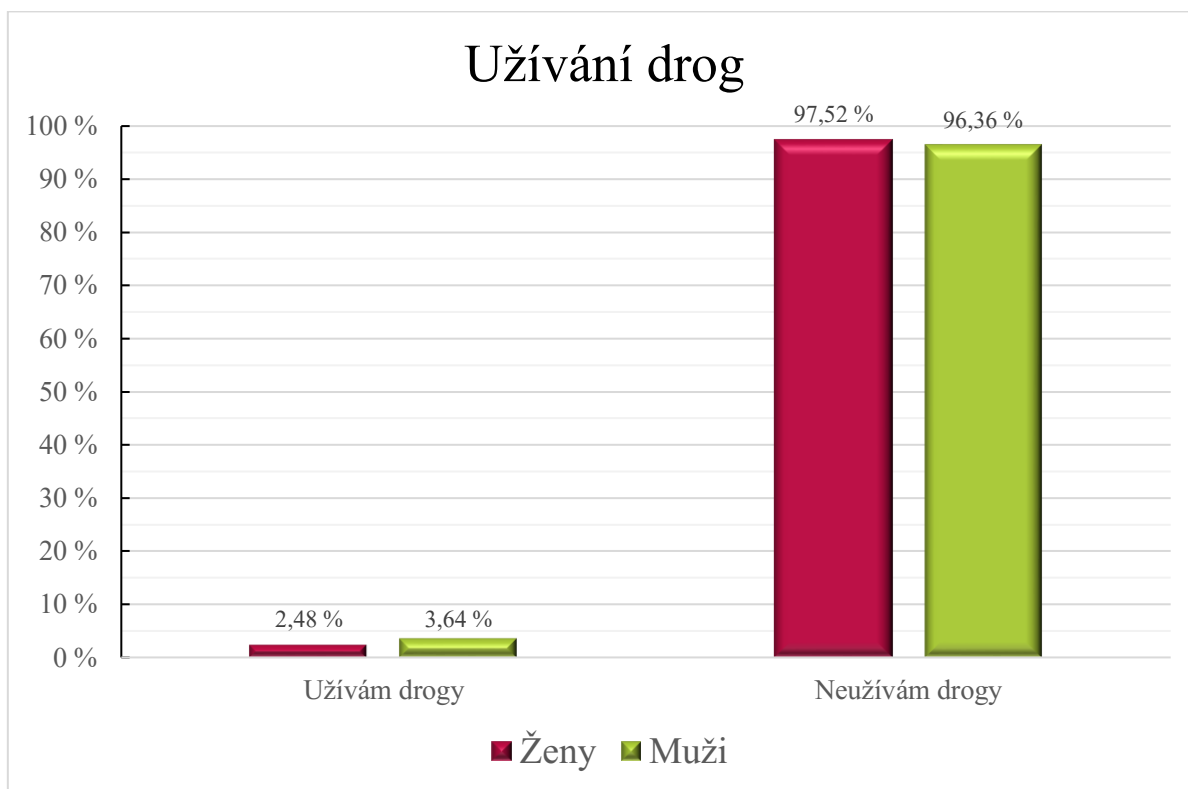


Graf 7 - Kouření

Interpretace: Možnost kouřím označilo 18 respondentek (14,88 %) a 13 respondentů (23,64 %). Možnost nekouřím označilo 103 respondentek (85,12 %) a 42 respondentů (76,36 %).

Otázka č. 7(b) – Označte jednu odpověď z dané dvojice – užívání drog

- a) Užívám drogy
- b) Neužívám drogy

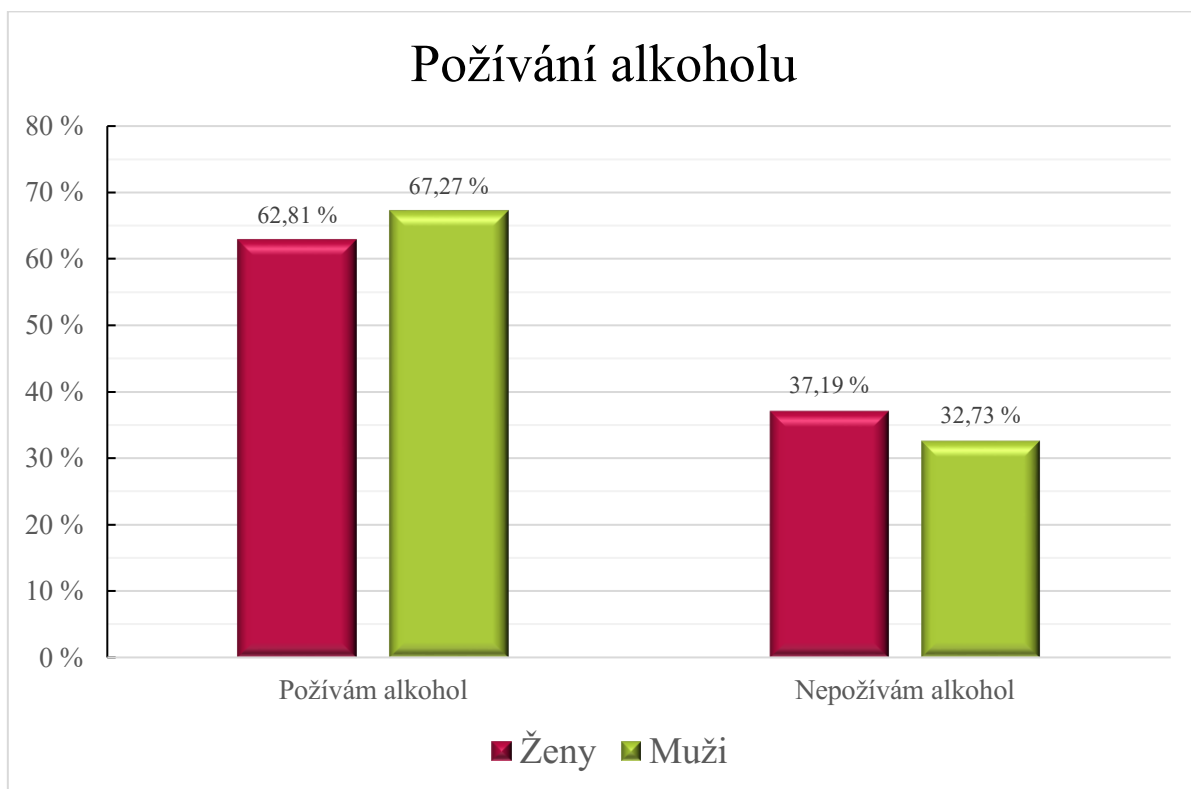


Graf 8 - Užívání drog

Interpretace: 3 respondentky (2,48 %) a 2 respondenti (3,64 %) uvedli, že užívají drogy. Naopak 118 respondentek (97,52 %) a 53 respondentů (96,36 %) označilo odpověď neužívám drogy.

Otázka č. 7(c) – Označte jednu odpověď z dané dvojice – požívání alkoholu

- a) Požívám alkohol
- b) Nepožívám alkohol



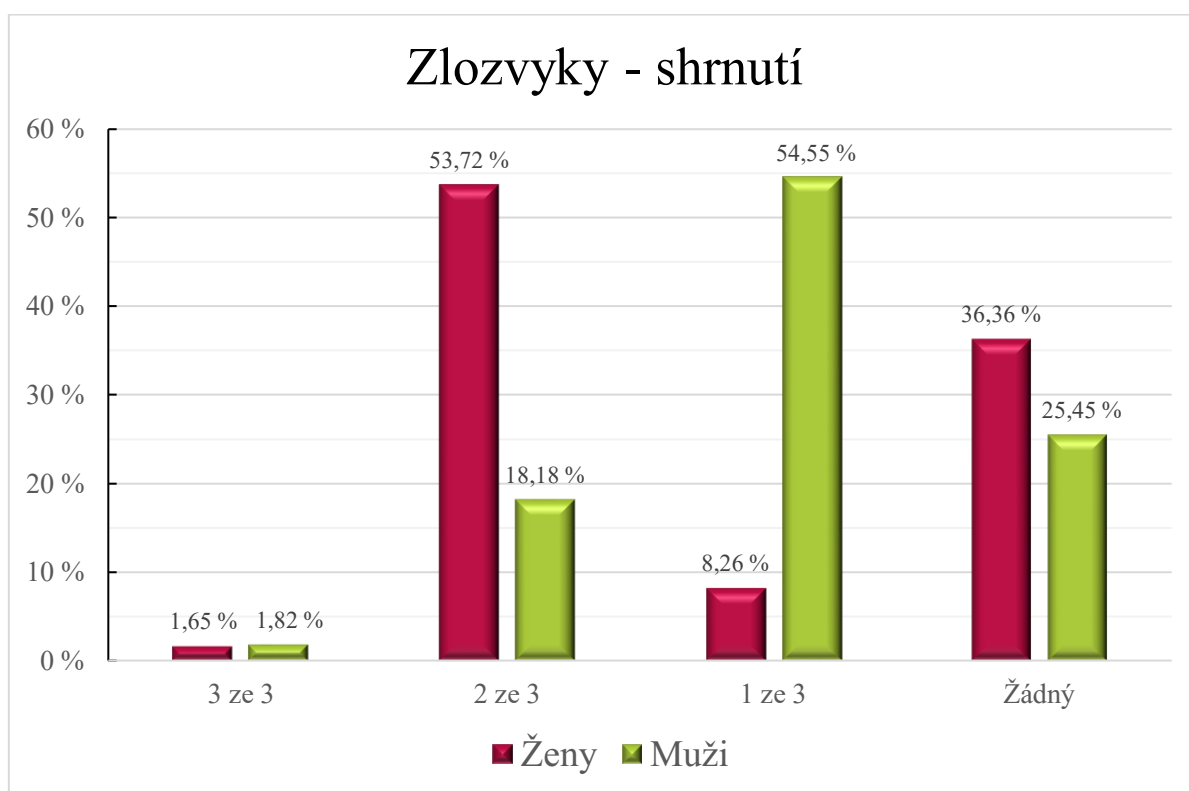
Graf 9 - Požívání alkoholu

Interpretace: Možnost požívám alkohol označilo 76 respondentek (62,81 %) a 37 respondentů (67,27 %). Druhou možnost nepožívám alkohol označilo 45 respondentek (37,19 %) a 18 respondentů (32,73 %).

Otázka č. 7(d) – Kolik zlozvyků připadá na počet tazatelů

Z výše uvedených odpovědí 7(a), 7(b) a 7(c) jsme v tomto grafu znázornili, kolik zlozvyků ze 3 uvedených zlozvyků připadá na počet tazatelů.

- a) 3 zlozvyky ze 3 zlozvyků
- b) 2 zlozvyky ze 3 zlozvyků
- c) 1 zlozvyk ze 3 zlozvyků
- d) Žádný zlozvyk

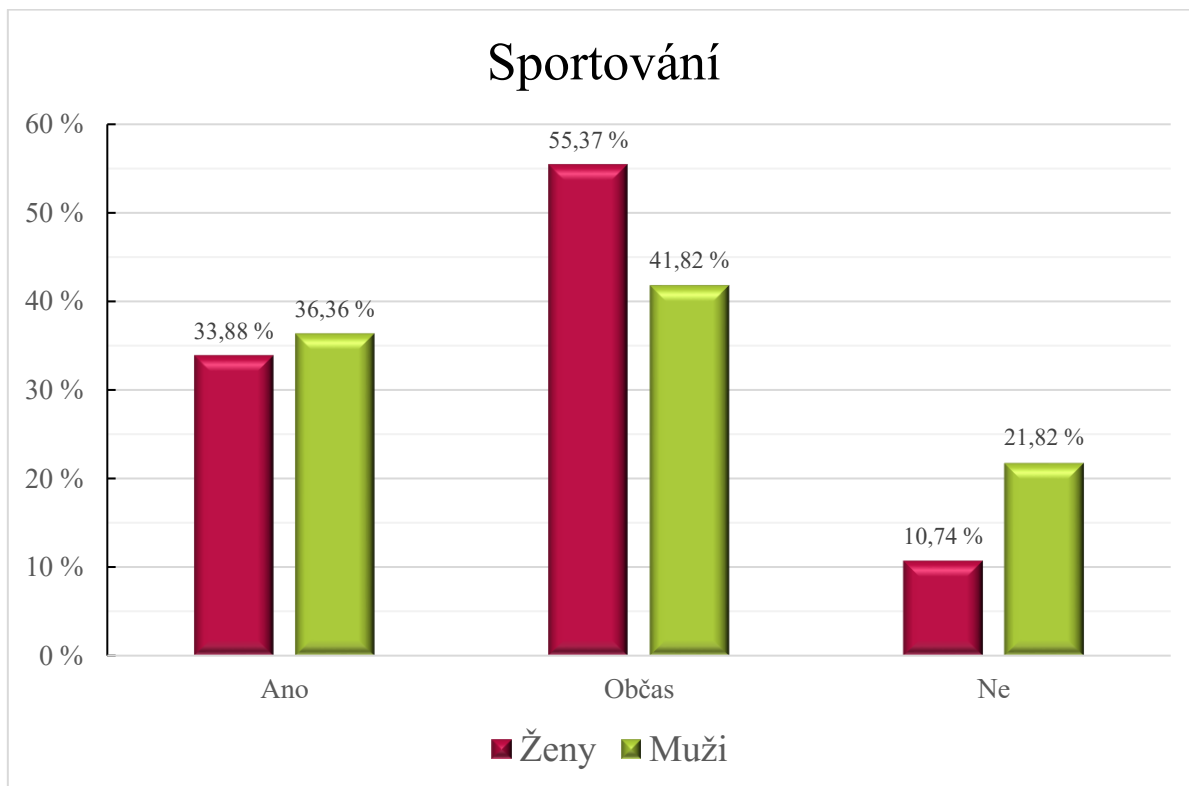


Graf 10 - Zlozvyky – shrnutí

Interpretace: 3 zlozvyky ze 3 zlozvyků měli 2 respondentky (1,65 %) a 1 respondent (1,82 %). 2 zlozvyky ze 3 zlozvyků mělo 65 respondentek (53,72 %) a 10 respondentů (18,18 %). Možnost c, 1 zlozvyk ze 3 zlozvyků mělo 10 respondentek (8,26 %) a 30 respondentů (54,55 %). Žádný zlozvyk z těchto uvedených připadlo na 44 respondentek (36,36 %) a 14 respondentů (25,45 %).

Otázka č. 8 – Sportujete?

- a) Ano
- b) Občas
- c) Ne

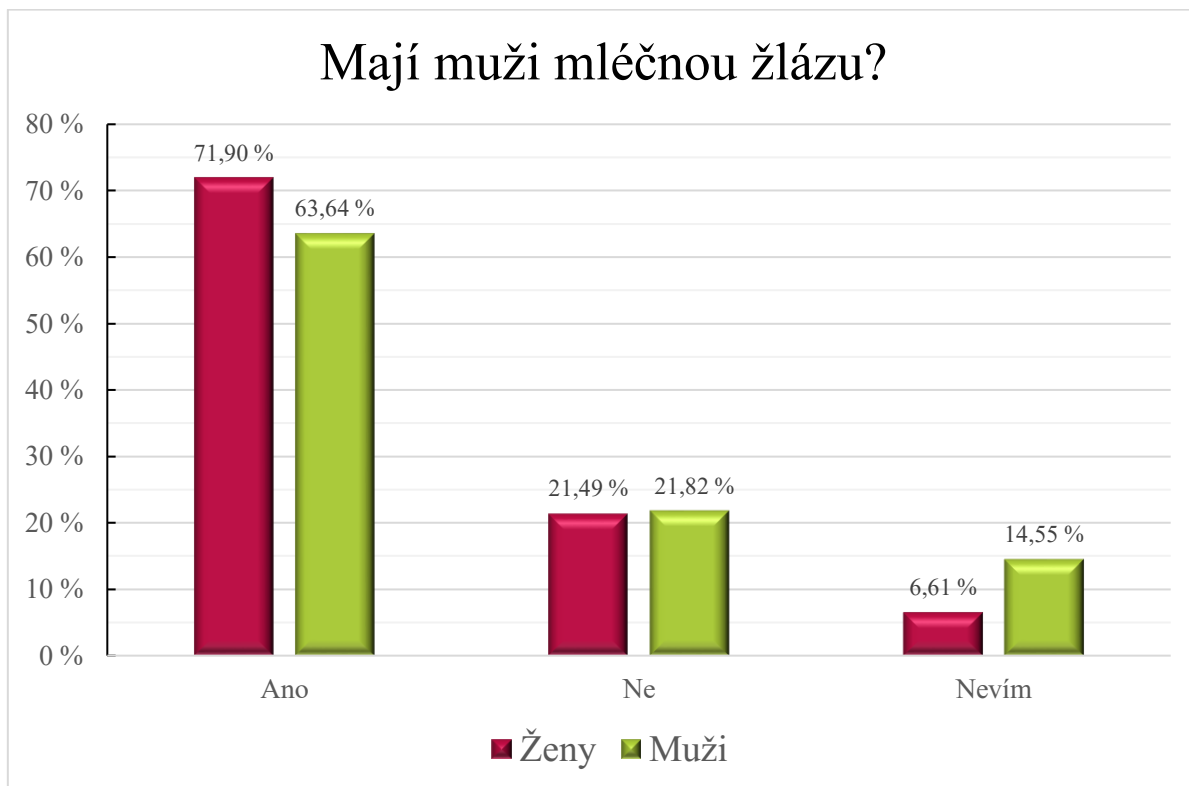


Graf 11 - Sportování

Interpretace: Sportu se plně věnuje 41 respondentek (33,88 %) a 20 respondentů (36,36 %). Občas si zasportuje 67 respondentek (55,37 %) a 23 respondentů (41,82 %). Vůbec nesportuje 13 respondentek (10,74 %) a 12 respondentů (21,82 %).

Otázka č. 9 – Mají muži mléčnou žlázu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

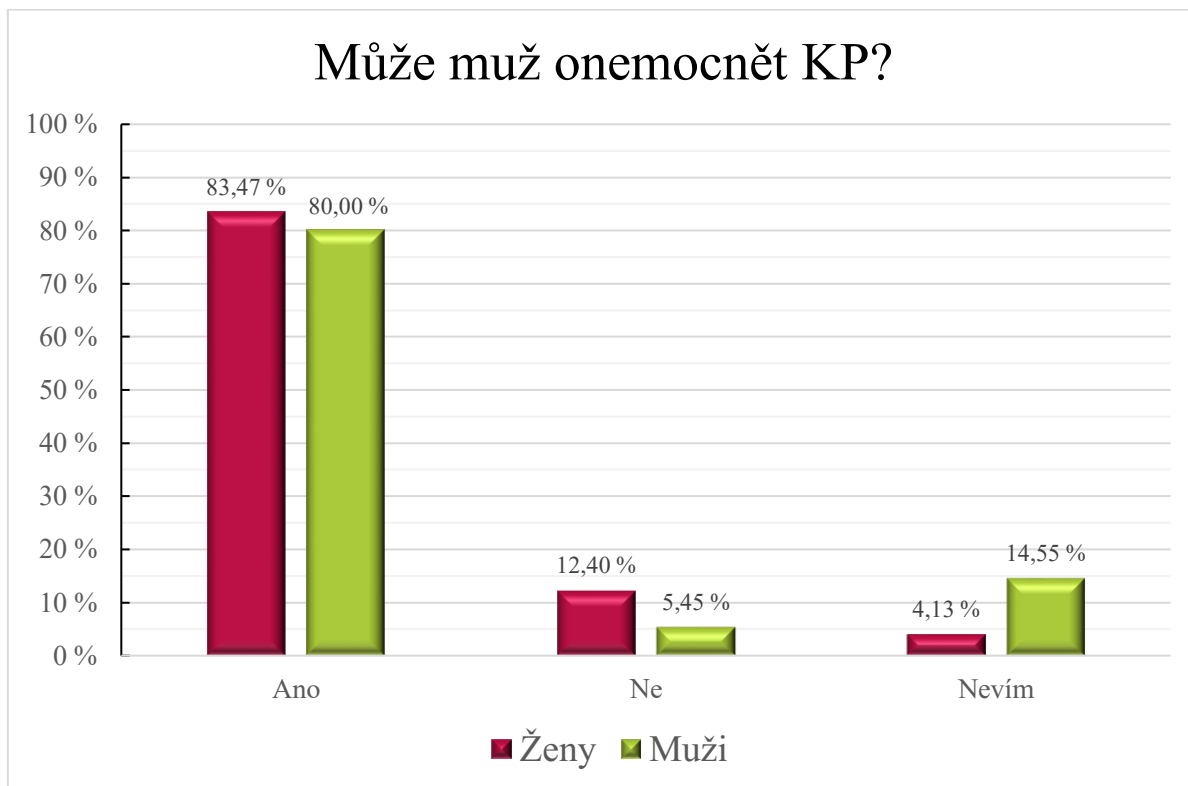


Graf 12 - Mají muži mléčnou žlázu?

Interpretace: Odpověď ano zvolilo 87 respondentek (71,90 %) a 35 respondentů (63,64 %). 26 respondentek (21,49 %) a 12 respondentů (21,82 %) si myslí, že muži nemají mléčnou žlázu. Možnost nevím označilo 8 respondentek (6,61 %) a 8 respondentů (14,55 %).

Otázka č. 10 – Může onemocnět rakovinou prsu muž?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

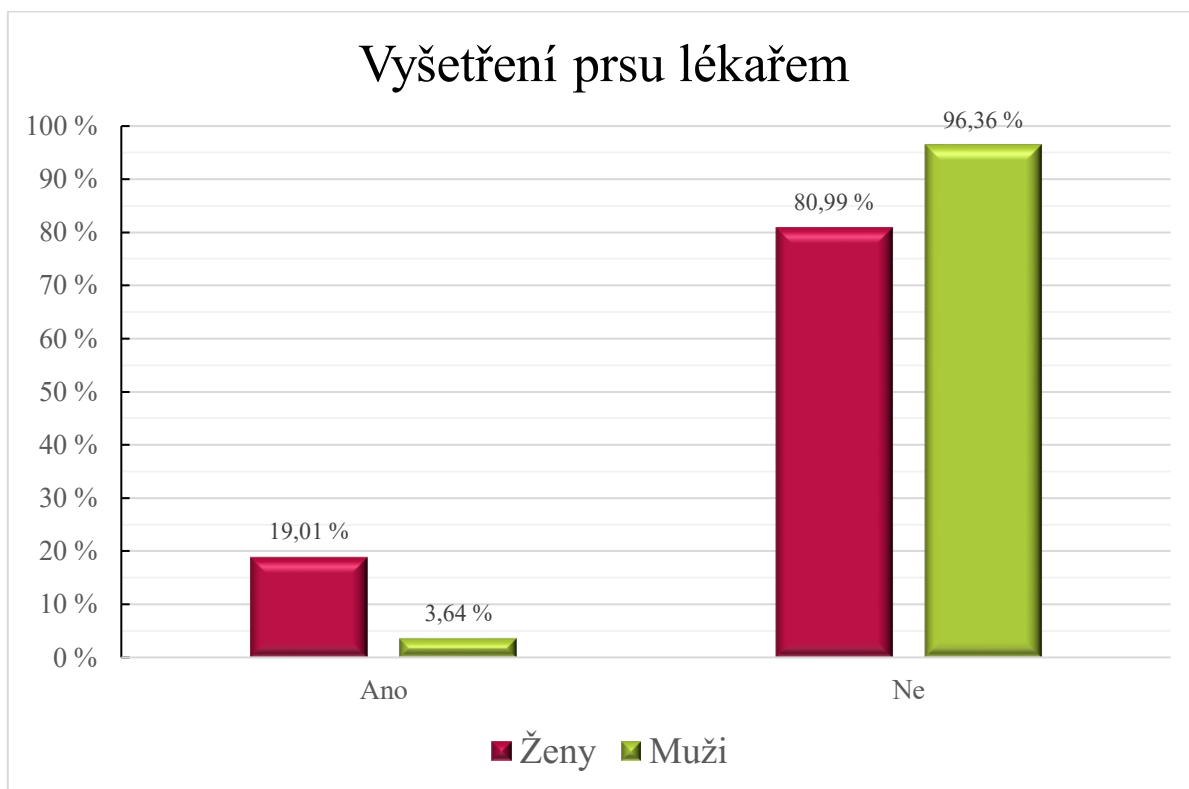


Graf 13 - Může muž onemocnět KP?

Interpretace: To, že může onemocnět rakovinou prsu i muž si myslí 101 respondentek (83,47 %) a 44 respondentů (80,00 %). Pouze 15 respondentek (12,40 %) a 3 respondenti (5,45 %) označili odpověď ne, tedy že muži onemocnět rakovinou prsu nemohou. Odpověď nevím zvolilo 5 respondentek (4,13 %) a 8 respondentů (14,55 %).

Otázka č. 11 – Vyšetřuje lékař vaše prsy?

- a) Ne
- b) Ano

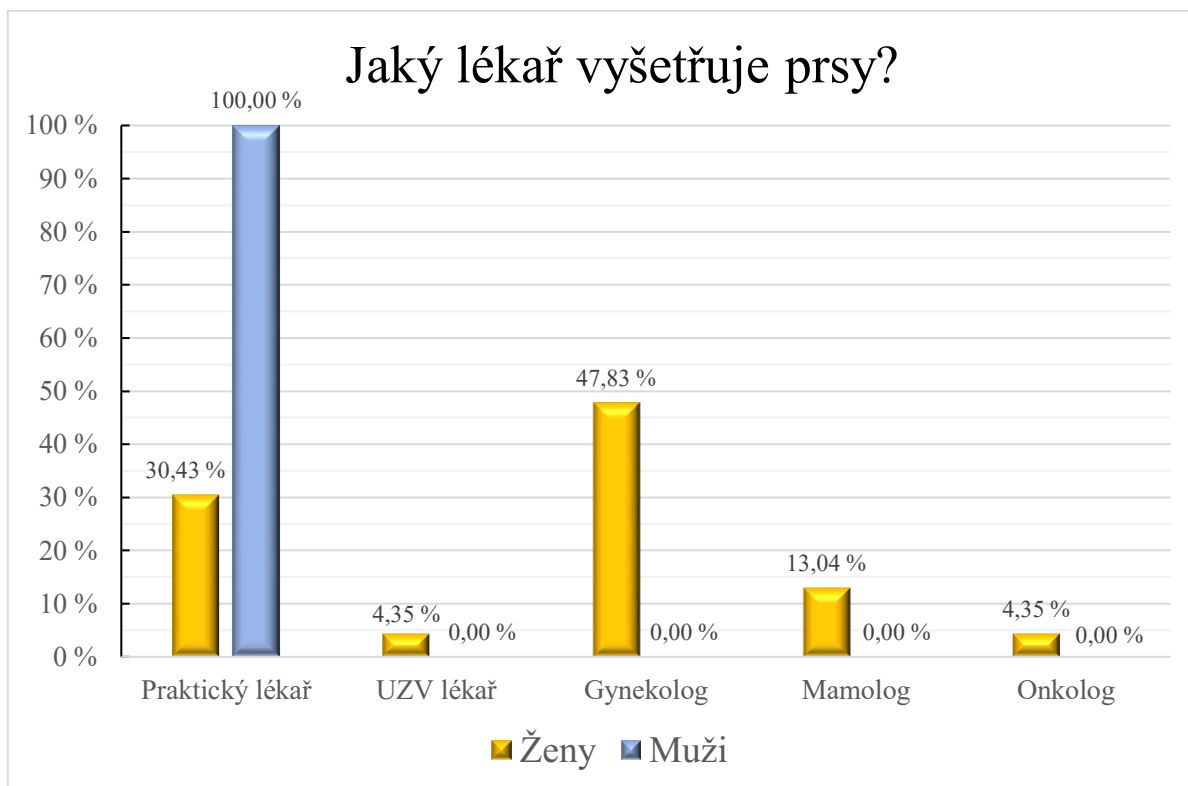


Graf 14 - Vyšetření prsu lékařem

Interpretace: 23 respondentkám (19,01 %) z celkového počtu 171 respondentek (100,00 %) a pouze 2 respondentům (3,64 %) z celkového počtu 55 respondentů (100,00 %) vyšetřuje lékař prsy. 98 respondentek (80,99 %) a 53 respondentů (96,36 %) je bez tohoto vyšetření.

Otázka č. 12 – Který z lékařů vám provádí vyšetření prsů?

Tato otázka je podmíněná předchozí otázkou 11 a byla otevřená. Zde nás zajímalo, který z lékařů vyšetřuje dotazovaným jejich prsy. Nízkým počtem vyšetřovaných může být výsledek zkreslen. Otázku 12 vyplnilo celkem 23 respondentek (v této otázce =100,00 %) a 2 respondenti (100,00 %).

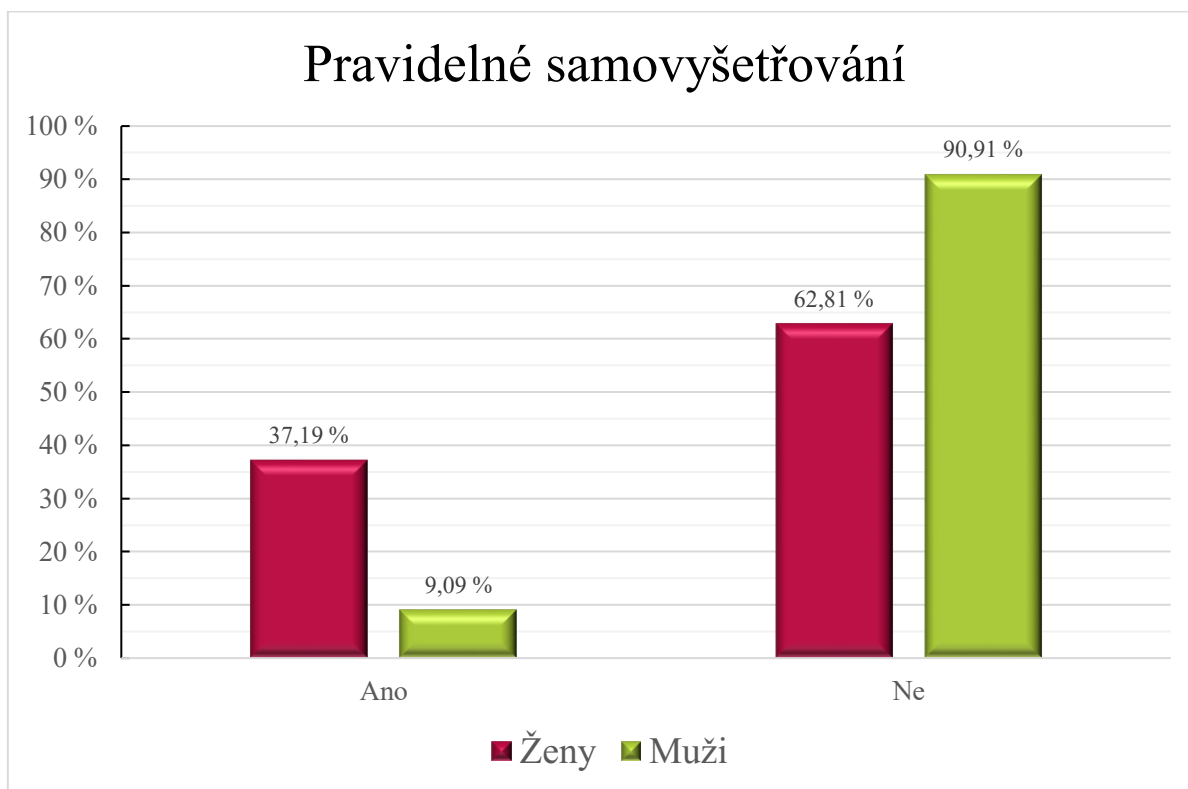


Graf 15 - Jaký lékař vyšetřuje prsy?

Intepretace: Jediným 2 respondentům (100,00 %) z mužského zastoupení, kteří jsou vyšetřováni, vyšetřuje prsy praktický lékař. Nadále je praktickým lékařem vyšetřováno 7 respondentek (30,43 %) z celkového počtu 23 vyšetřovaných respondentek (100,00 %). 1 respondentka (4,35 %) dochází k lékaři specializujícímu se na ultrazvukové vyšetření. 11 respondentek (47,83 %) vyšetřuje gynekolog. Mamolog má na starosti 3 respondentky (13,04 %). K onkologovi dochází 1 respondentka (4,35 %).

Otázka č. 13 – Provádíte samovyšetření prsů pravidelně každý měsíc?

- a) Ano
- b) Ne

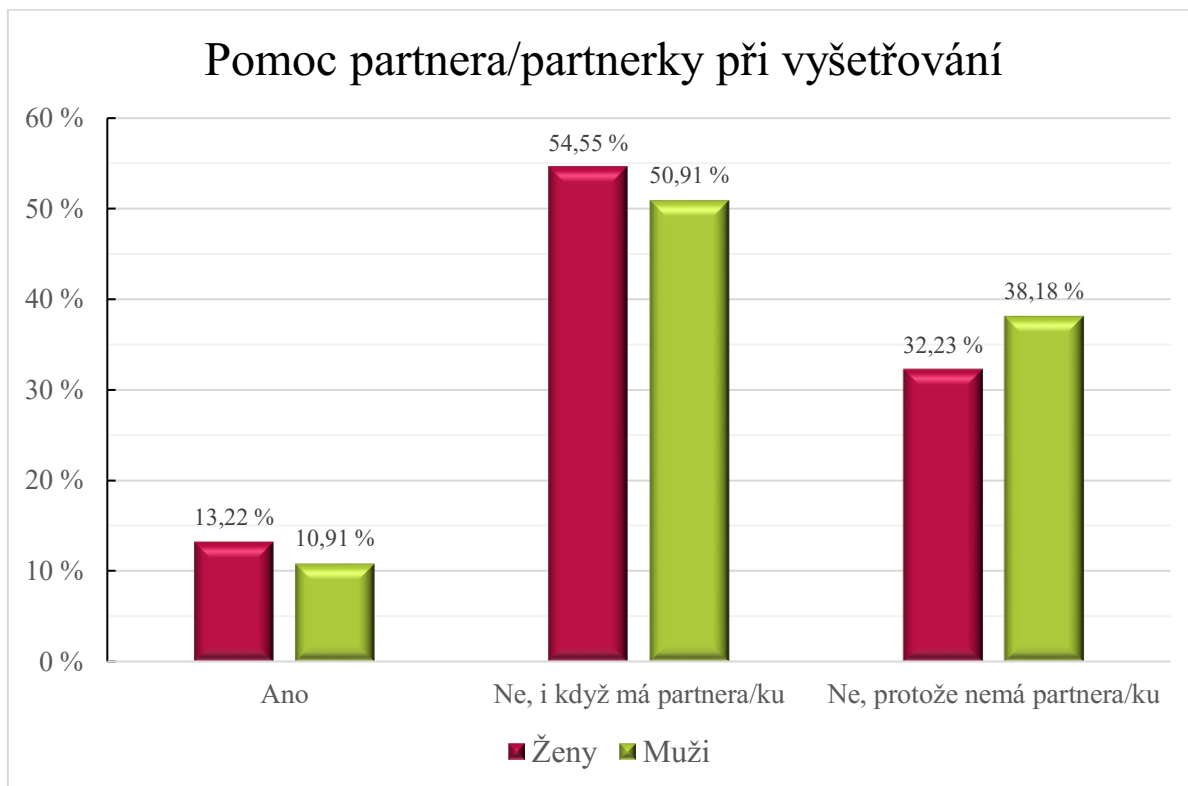


Graf 16 - Pravidelné samovyšetřování

Interpretace: Každý měsíc provádí samovyšetření prsu 45 respondentek (37,19 %) a 5 respondentů (9,09 %). Naopak 76 respondentek (62,81 %) a 50 respondentů (90,91 %) se pravidelně nevyšetřuje.

Otázka č. 14 – Pomáhá vám s vyšetřením prsů partner/partnerka?

- a) Ano
- b) Ne, i když mám partnera/partnerku
- c) Ne, protože nemám partnera/partnerku

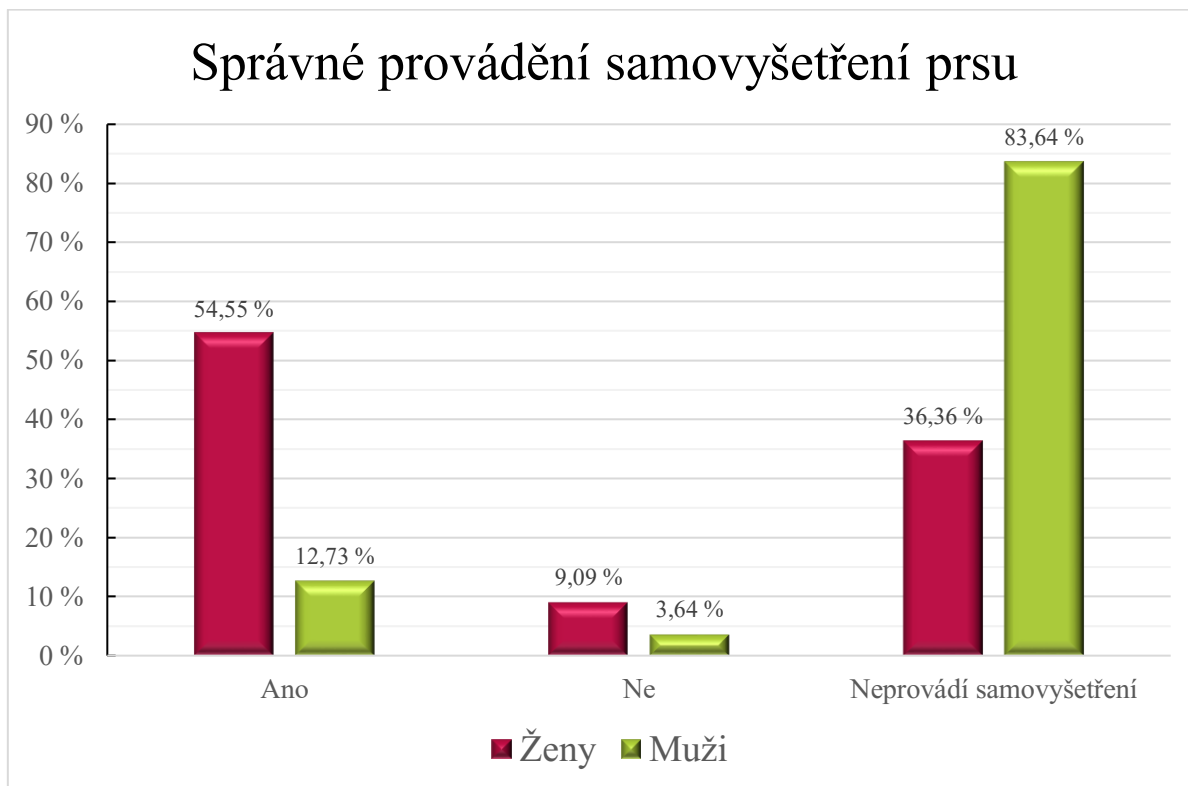


Graf 17 - Pomoc partnera/partnerky při vyšetřování

Interpretace: S vyšetřováním prsů pomáhá partner nebo partnerka 16 respondentkám (13,22 %) a 6 respondentům (10,91 %). 66 respondentkám (54,55 %) a 28 respondentům (50,91 %) partner nebo partnerka s vyšetřením prsů nepomáhá. 39 respondentek (32,23 %) a 21 respondentů (38,18 %) partnera nebo partnerku nemá, a proto jim s vyšetřením prsů nemohou pomoci.

Otázka č. 15 – Myslíte si, že provádíte samovyšetření prsů správně?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Neprovádím samovyšetření prsů

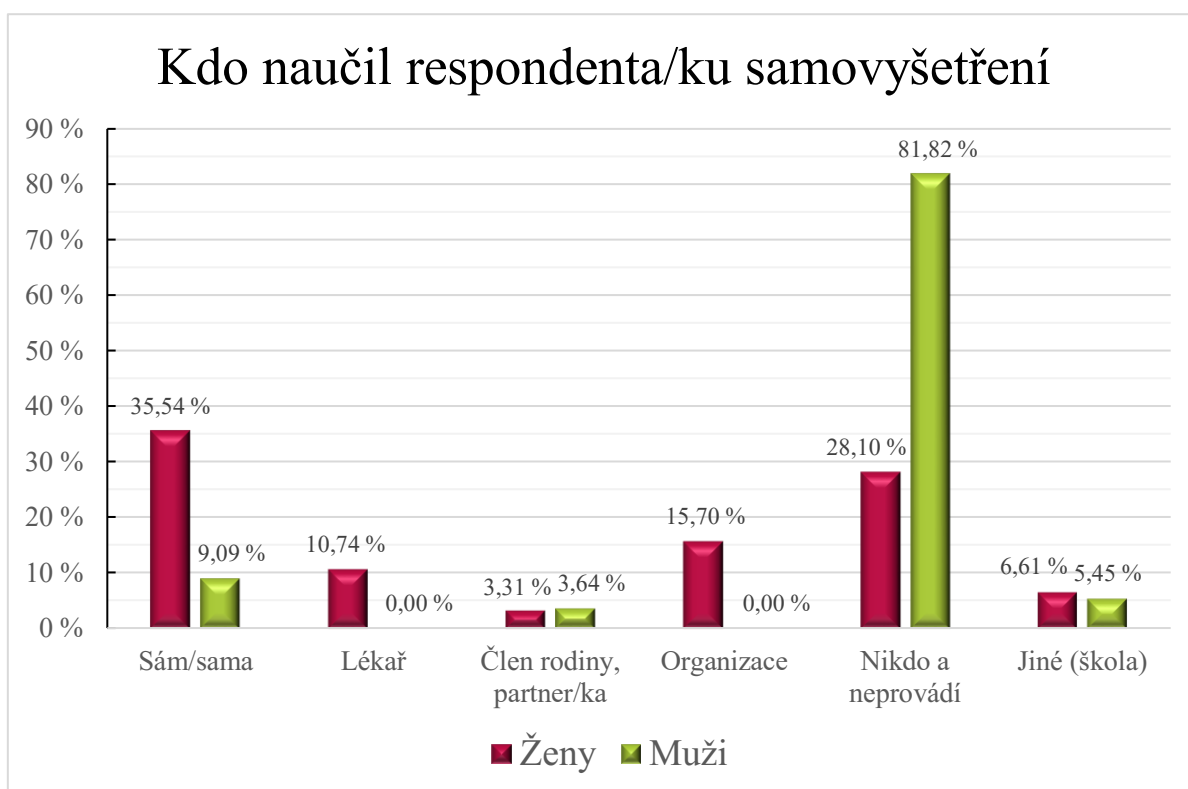


Graf 18 - Správné provádění samovyšetření prsu

Interpretace: 66 respondentek (54,55 %) a 7 respondentů (12,73 %) si myslí, že provádí samovyšetření prsů správně. 11 respondentek (9,09 %) a 2 respondenti (3,64 %) si myslí, že samovyšetření správně neprovádí. Samovyšetření vůbec neprovádí 44 respondentek (36,36 %) a 46 respondentů (83,64 %).

Otázka č. 16 – Kdo vás naučil samovyšetření prsu?

- a) Sám/sama (např. z brožur, z internetu)
- b) Lékař
- c) Člen rodiny nebo partner/partnerka
- d) Organizace (Loono apod.)
- e) Nikdo mě neučil a neprovádím jej
- f) Jiné:

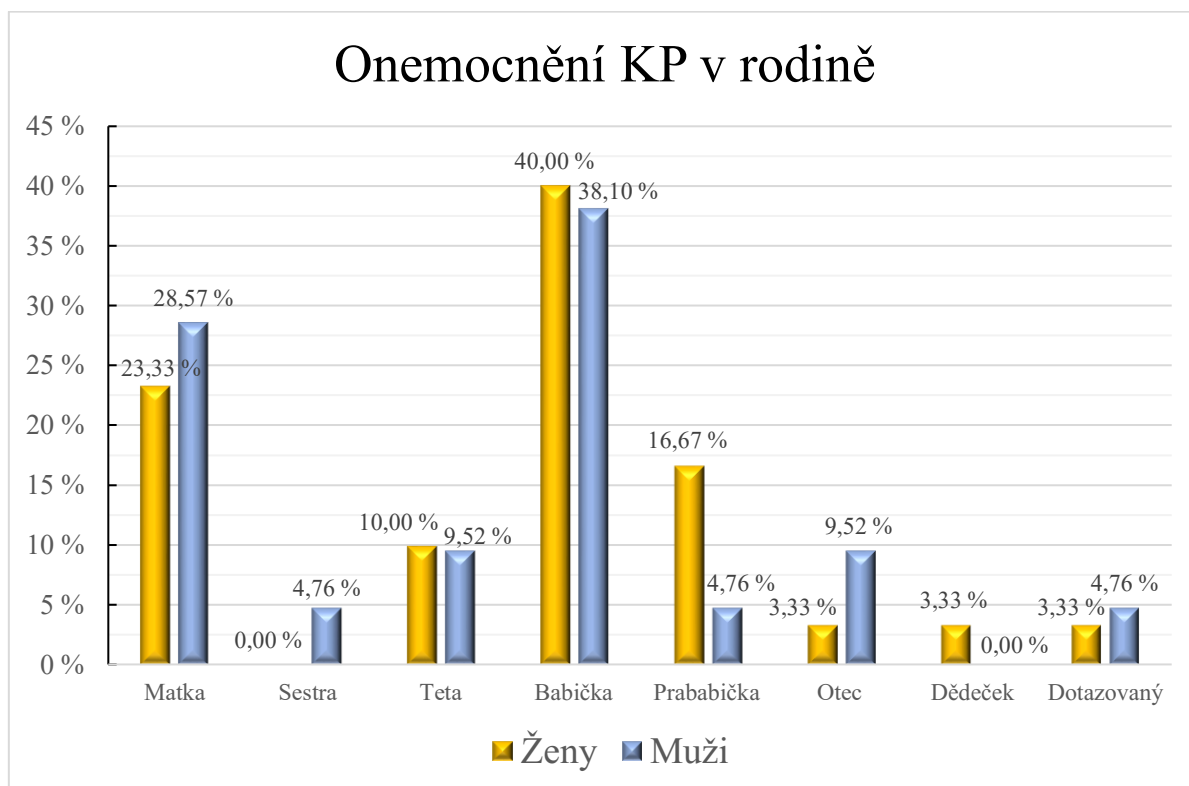


Graf 19 - Kdo naučil respondenta/ku samovyšetření

Interpretace: 34 respondentek (28,10 %) a 45 respondentů (81,82 %) nikdo neučil samovyšetření prsu a vůbec jej neprovádí. 43 respondentek (35,54 %) a 5 respondentů (9,09 %) se naučili vyšetřovat sami. 13 respondentek (10,74 %) naučil samovyšetření lékař. 4 respondentky (3,31 %) a 2 respondenty (3,64 %) učil někdo z rodiny nebo partner či partnerka. 19 respondentek (15,70 %) se ho naučilo díky některé z organizací. V poslední možnosti jiné dotazování uváděli školu, jedná se konkrétně o 8 respondentek (6,61 %) a 3 respondenty (5,45 %), kteří tuto možnost uvedli.

Otázka č. 17 – Kdo ve vaší rodině onemocněl rakovinou prsu?

Jednalo se o otevřenou otázku, kterou vyplňovali pouze ti, kterým někdo v rodině s touto diagnózou onemocněl. Konkrétně se jednalo o 30 respondentek (v této otázce =100,00 %) a 21 respondentů (100,00 %).



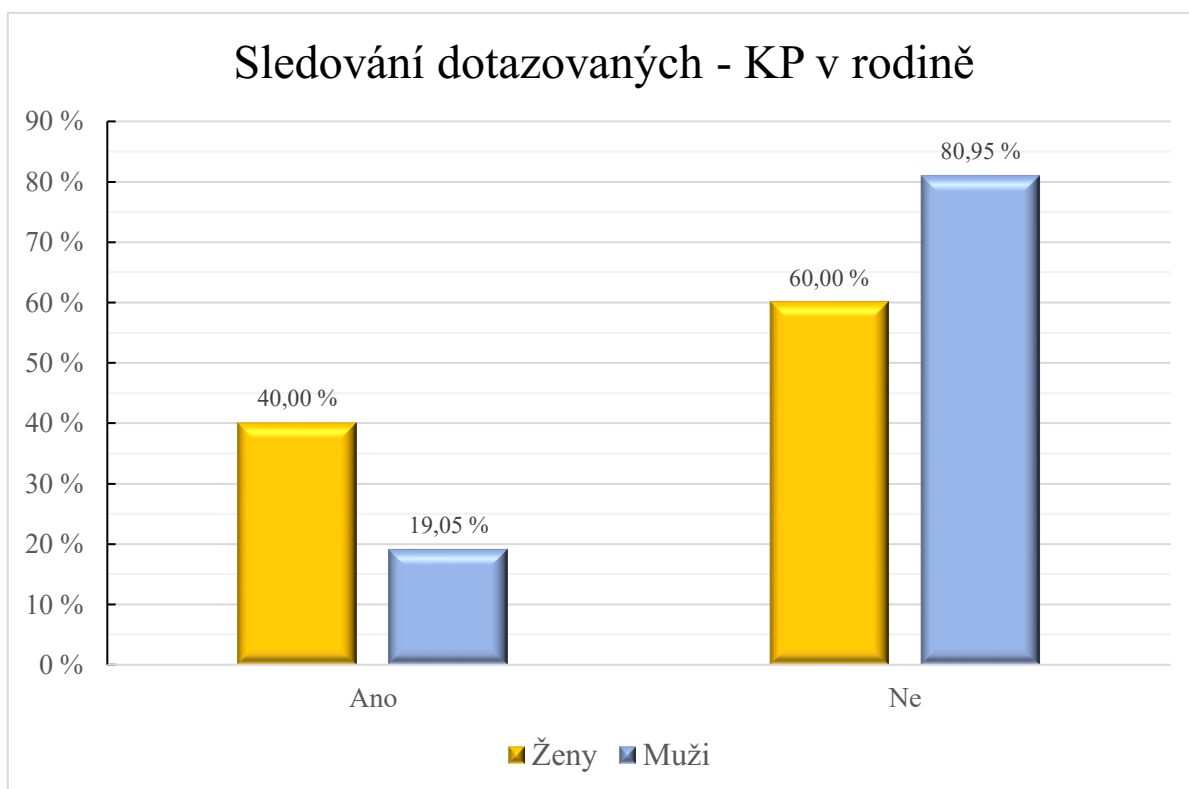
Graf 20 - Onemocnění KP v rodině

Interpretace: Babička onemocněla karcinomem prsu 12 respondentkám (40,00 %) a 8 respondentům (38,10 %). Druhý nejčastěji uváděný člen rodiny s diagnózou rakoviny prsu byla matka u 7 respondentek (23,33 %) a 6 respondentů (28,57 %). Sestra onemocněla pouze 1 respondentovi (4,76 %). Tetu uvedli 3 respondentky (10,00 %) a 2 respondenti (9,52 %). Prababičku uvedlo 5 respondentek (16,67 %) a 1 respondent (4,76 %). 1 respondentka (3,33 %) a 2 respondenti (9,52 %) uvedli, že karcinom prsu onemocněl jejich otec. Pouze 1 respondentka (3,33 %) uvedla, že onemocněl její dědeček. V poslední uvedené možnosti jsme se dozvěděli, že 1 respondentka (3,33 %) a 1 respondent (4,76 %) samotní onemocněli rakovinou prsu.

Otázka č. 18 – Pokud někdo ve vaší rodině onemocněl rakovinou prsu, jste proto sledování i Vy?

Tato otázka navazovala na předchozí. Tudíž se jí zúčastnil i stejný soubor dotazovaných, tzn. 30 respondentek (v této otázce =100,00 %) a 21 respondentů (100,00 %).

- a) Ano
- b) Ne



Graf 21 - Sledování dotazovaných – KP v rodině

Interpretace: Pro riziko výskytu karcinomu prsu v rodině je sledováno 12 respondentek (40,00 %) a 4 respondenti (19,05 %). 18 respondentek (60,00 %) a 17 respondentů (80,95 %) sledováno není.

Otázka č. 19 – Co patří mezi možné příznaky rakoviny prsu?

V této otázce dotazovaní kroužkovali správné odpovědi. Možností bylo celkem 9 a byly promísené. Mezi správné odpovědi patřily: hmatná bulka, krvácení z bradavky, změna tvaru prsu a změna povrchu kůže. Pro lepší přehlednost jsme použili tabulkovou formu znázornění dat, zvláště rozdělenou pro odpovědi respondentek (tabulka 1) a respondentů (tabulka 2). Ke každé jednotlivé možnosti odpovědi se váže 0,00% - 100,00% četnost.

- a) Hmatná bulka
- b) Vypadávání vlasů
- c) Migrény
- d) Krvácení z bradavky
- e) Kopřivka po celém těle
- f) Změna tvaru prsu (např. vtáhnutí bradavky)
- g) Ochrnutí dolních končetin
- h) Změna povrchu kůže (např. pomerančový vzhled, zvrhovatění)
- i) Rýma

Možné příznaky ↓↓↓	Ženy			
	Označily		Neoznačily	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hmatná bulka	121	100,00 %	0	0,00 %
Krvácení z bradavky	91	75,21 %	30	24,79 %
Změna tvaru prsu	99	81,82 %	22	18,18 %
Změna povrchu kůže	75	61,98 %	46	38,02 %
Vypadávání vlasů	9	7,44 %	112	92,56 %
Migrény	4	3,31 %	117	96,69 %
Kopřivka celého těla	0	0,00 %	121	100,00 %
Ochrnutí DKK	0	0,00 %	121	100,00 %
Rýma	0	0,00 %	121	100,00 %

Tabulka 1 - Možné příznaky karcinomu prsu – ženy

Interpretace: Jak ukazuje tabulka 1, všechny respondentky (100,00 %) označily hmatnou bulku jako možný příznak rakoviny prsu. Krvácení bradavky označilo jako možný příznak rakoviny prsu 91 respondentek (75,21 %) z celkového počtu 121 respondentek (100,00 %). Změnu tvaru prsu označilo pak 99 respondentek (81,82 %). Změnu povrchu kůže označilo nejméně respondentek, a to 75 (61,98 %). Příznaky, které respondentky označily nesprávně, byly 2 z 5, vypadávání vlasů a migrény. V případě vypadávání vlasů označilo nesprávně možnost 9 respondentek (7,44 %) a v případě migrén označily tuto možnost pouze 4 respondentky (3,31 %).

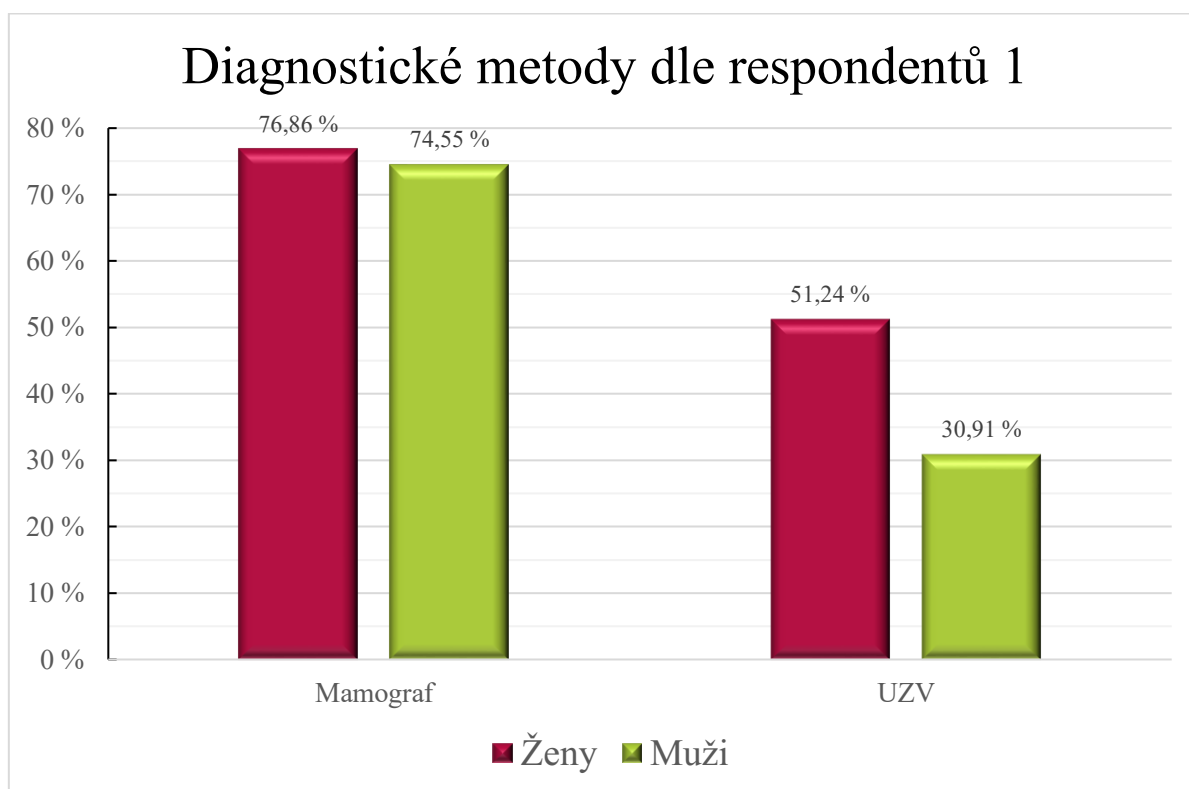
Možné příznaky ↓↓↓	Muži			
	Označil		Neoznačil	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hmatná bulka	53	96,36 %	2	3,64 %
Krvácení z bradavky	35	63,64 %	20	36,36 %
Změna tvaru prsu	37	67,27 %	18	32,73 %
Změna povrchu kůže	34	61,82 %	21	38,18 %
Vypadávání vlasů	0	0,00 %	55	100,00 %
Migrény	3	5,45 %	52	94,55 %
Kopřivka celého těla	1	1,82 %	54	98,18 %
Ochrnutí DKK	0	0,00 %	55	100,00 %
Rýma	1	1,82 %	54	98,18 %

Tabulka 2 - Možné příznaky karcinomu prsu – muži

Interpretace: Dle dat z tabulky 2 vidíme, že 53 respondentů (96,36 %) z celkového počtu 55 respondentů (100,00 %) označilo správně jako příznak rakoviny prsu hmatnou bulku. Krvácení z bradavky pak správně označilo 35 respondentů (63,64 %). Možnost změnu tvaru prsu zakroužkovalo 37 respondentů (67,27 %). 34 respondentů (61,82 %) označilo i změnu povrchu kůže. Respondenti pak chybně označili 3 z 5 příznaků. Jednalo se o migrény, ty označili 3 respondenti (5,45 %). Kopřivku celého těla uvedl 1 respondent (1,82 %). Rýmu zakroužkoval také 1 respondent (1,82 %).

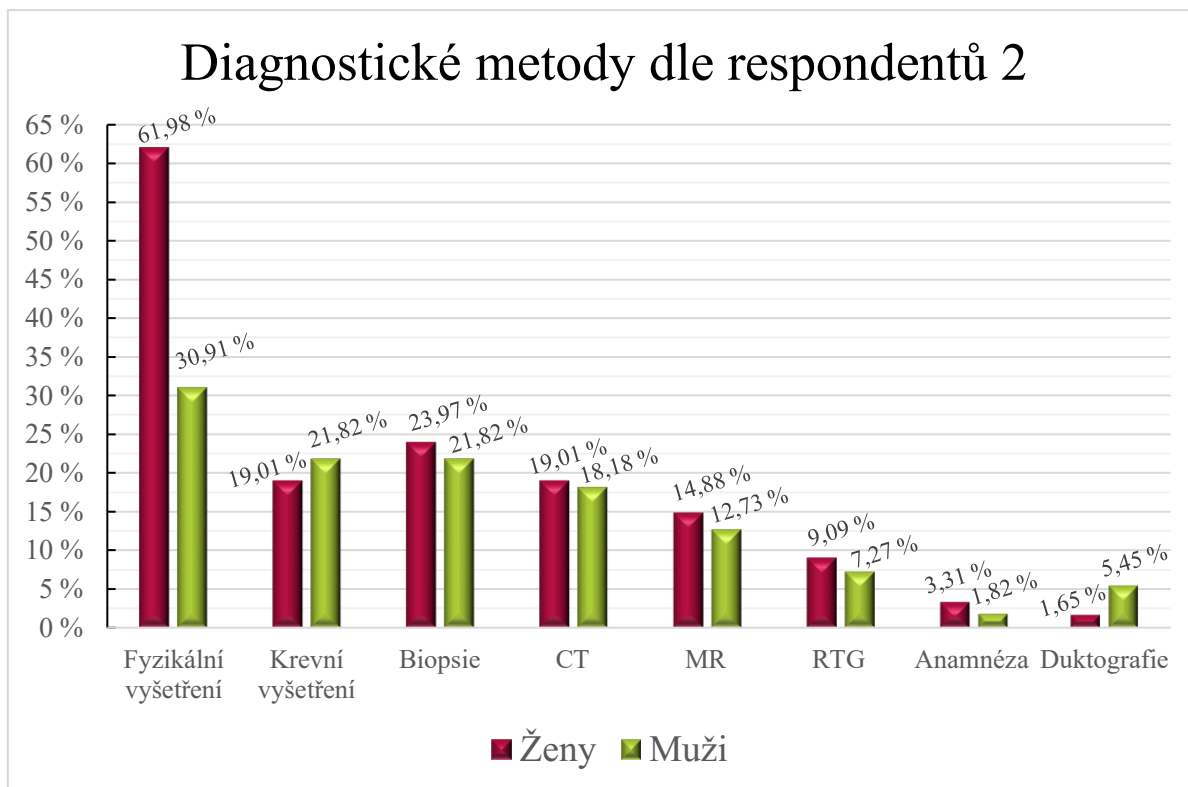
Otázka č. 20 – Jak se rakovina prsu zjišťuje?

V otázce č. 20 nás zajímalo, skrz jaké diagnostické metody se rakovina prsu zjišťuje. Otázka byla otevřená, dotazovaní měli možnost vypsát všechny metody, které znali. My jsme si jako hlavní kritérium zvolili 2 možnosti, které by měla populace znát. Jedná se o mamografii a ultrazvukové vyšetření (graf 22). Ostatní metody, které dotazovaní uvedli, jsme vyobrazili v grafu 23. U každého sloupce je možná 0,00% - 100,00% četnost.



Graf 22 - Diagnostické metody dle respondentů 1

Interpretace: 93 respondentek (76,86 %) ze 121 respondentek (100,00 %) uvedly jako diagnostickou metodu mamograf. Ultrazvuk pak uvedlo 62 respondentek (51,24 %). Z mužského dotazovaného souboru 55 respondentů (100,00 %) uvedlo mamograf 41 respondentů (74,55 %) a ultrazvukové vyšetření 17 respondentů (30,91 %).

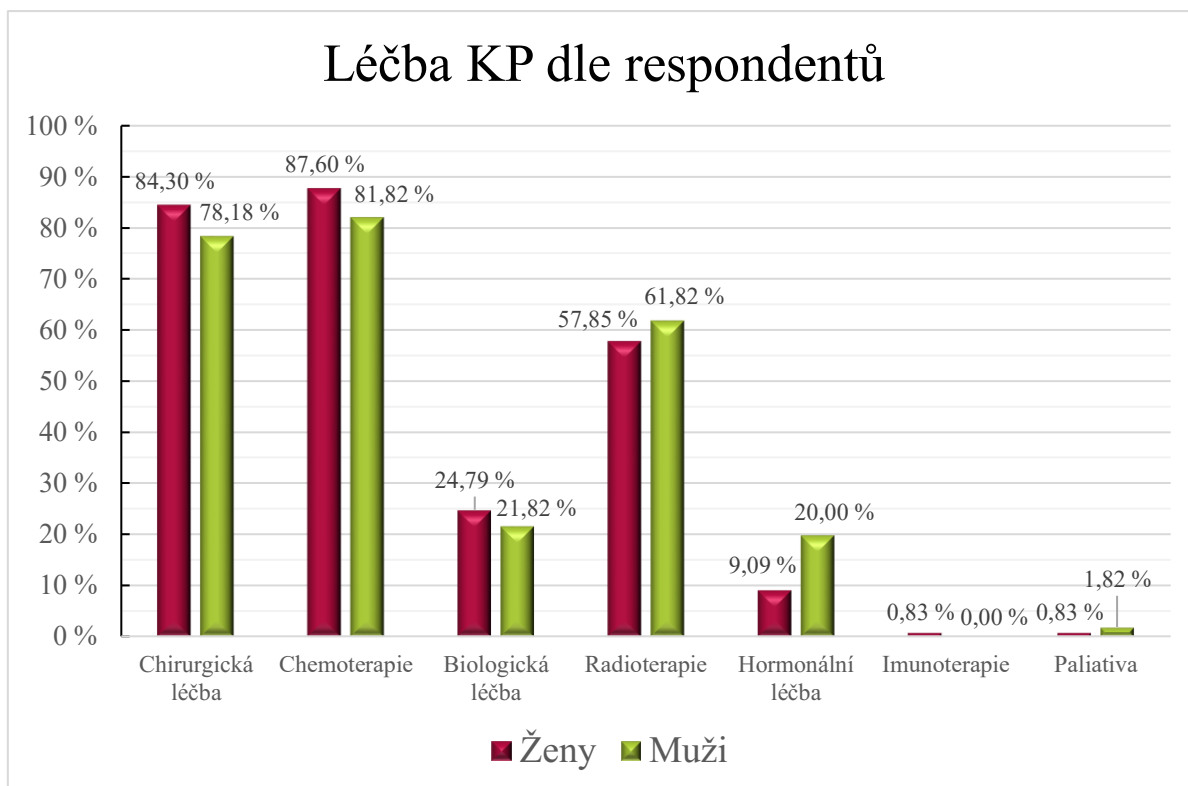


Graf 23 - Diagnostické metody dle respondentů 2

Interpretace: 75 respondentek (61,98 %) z celkového počtu 121 respondentek (100,00 %) uvedlo jako diagnostickou metodu fyzikální vyšetření. Fyzikální vyšetření uvedlo také 17 respondentů (30,91 %) z 55 respondentů (100,00 %). Krevní vyšetření dále uvedlo 23 respondentek (19,01 %) a 12 respondentů (21,82 %). Biopsii zařadilo 29 respondentek (23,97 %) a 12 respondentů (21,82 %). CT vyšetření uvedlo 23 respondentek (19,01 %) a 10 respondentů (18,18 %). Magnetickou resonanci napadlo 18 respondentek (14,88 %) a 7 respondentů (12,73 %). RTG vyšetření uvedlo 11 respondentek (9,09 %) a 4 respondenti (7,27 %). Anamnéza by zajímala 4 respondentky (3,31 %) a 1 respondenta (1,82 %). Duktografii pak napsali 2 ženy (1,65 %) a 3 muži (5,45 %).

Otázka č. 21 – Jaké znáte možnosti léčby rakoviny prsu?

Tato otázka byla také otevřená. Zde nás zajímalo, jaká léčba dotazované napadne v souvislosti s rakovinou prsu. Dotazovaní měli možnost vypsát všechny metody, které znají. U každého sloupce je možná 0,00% - 100,00% četnost.

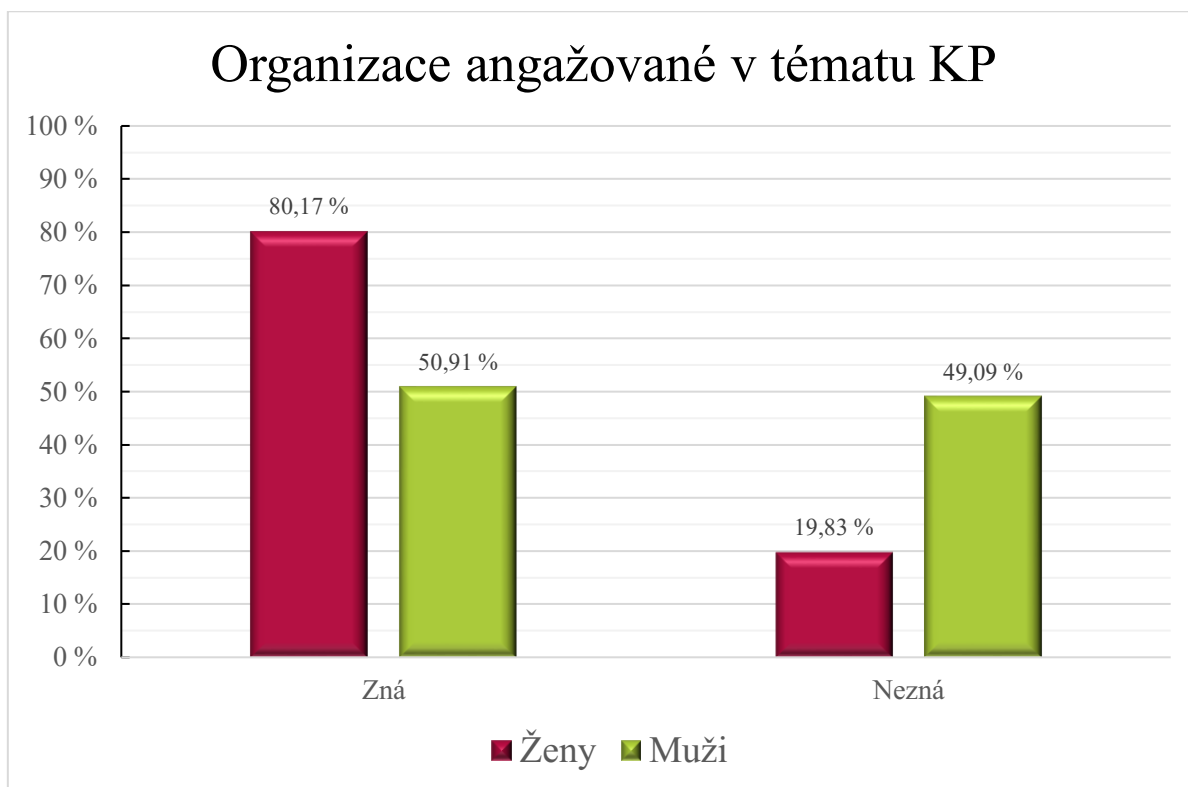


Graf 24 - Léčba KP dle respondentů

Interpretace: 102 respondentek (84,30 %) a 43 respondentů (78,18 %) uvedlo chirurgickou léčbu jako možnost léčby rakoviny prsu. Chemoterapii napsalo 106 respondentek (87,60 %) a 45 respondentů (81,82 %). Biologickou léčbu uvedlo 30 respondentek (24,79 %) a 12 respondentů (21,82 %). Radioterapie se vyskytla v dotaznících u 70 respondentek (57,85 %) a 34 respondentů (61,82 %). Dále dotazovaní uvedli hormonální léčbu, konkrétně 11 respondentek (9,09 %) a 11 respondentů (20,00 %). Imunoterapii zmínila 1 respondentka (0,83 %) a paliativní léčbu uvedla 1 respondentka (0,83 %) a 1 respondent (1,82 %).

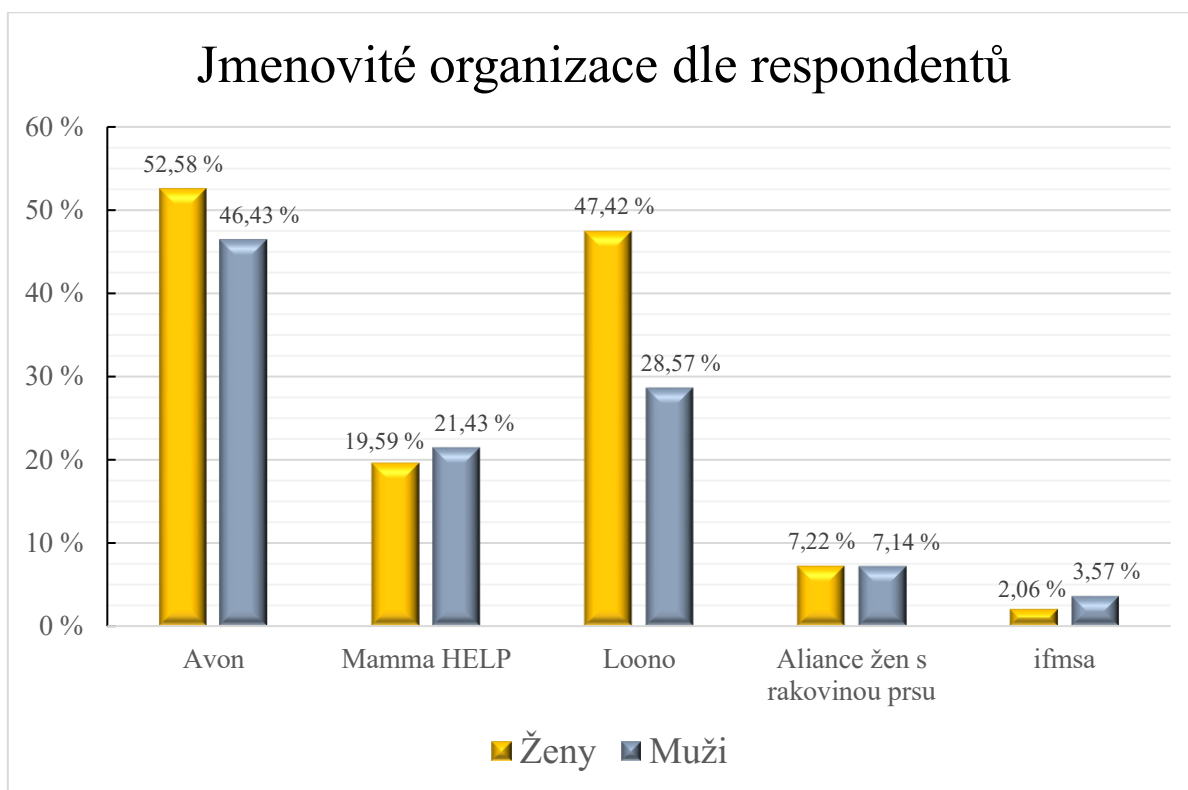
Otázka č. 22 – Znáte nějaké organizace, které se angažují v prevenci rakoviny prsu, nebo které pomáhají nemocným s rakovinou prsu?

V otázce č. 22 dotazovaní uváděli, jaké znají organizace angažované v tématu rakoviny prsu. Někteří však neuvedli ani jednu možnost, proto jsme vypracovali 2 grafy. V grafu 25 jsme znázornili množství dotazovaných, kteří znali 1 a více organizací, a množství dotazovaných, kteří uvedli, že neznají ani jednu organizaci. Jednalo se celkem o 121 respondentek (100,00 %) a 55 respondentů (100,00 %). V grafu 26 jsme pak pracovali s první skupinou, a to konkrétně s 97 respondentkami (v tomto grafu =100,00 %) a 28 respondenty (100,00 %). V grafu 26 je u každého sloupce možná 0,00% - 100,00% četnost.



Graf 25 - Organizace angažované v tématu KP

Interpretace: 97 respondentek (80,17 %) a 28 respondentů (50,91 %) uvedlo alespoň jednu organizaci, která se angažuje v tématu rakoviny prsu. Zbýlý počet 24 respondentek (19,83 %) a 27 respondentů (49,09 %) uvedli, že neznají ani jednu organizaci.



Graf 26 - Jmenovité organizace dle respondentů

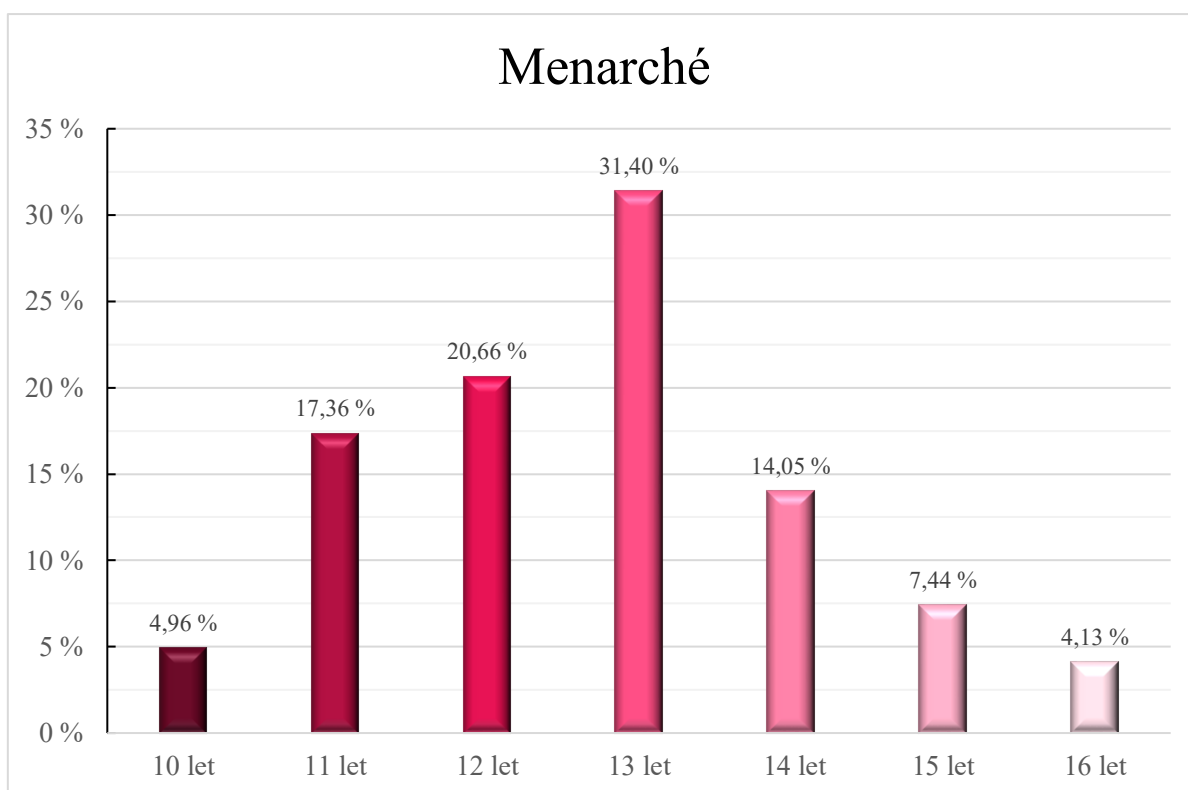
Interpretace: 51 respondentek (52,58 %) z celkového množství 97 odpovídajících respondentek (100,00 %) v této otázce a 13 respondentů (46,43 %) z celkového množství 28 respondentů (100,00 %) uvedlo jako organizaci zabývající se rakovinou prsu Avon. 19 respondentek (19,59 %) a 6 respondentů (21,43 %) uvedlo Mamma HELP. Organizaci Loono zmínilo 46 respondentek (47,42 %) a 8 respondentů (28,57 %). Alianci žen s rakovinou prsu uvedlo 7 respondentek (7,22 %) a 2 respondenti (7,14 %). Ifmsa byla zmíněna 2 respondentkami (2,06 %) a 1 respondentem (3,57 %).

Soubor otázek – ŽENY

V následujících otázkách 23 – 29 odpovídaly pouze ženy. Celkem se jednalo o 121 respondentek (100,00 %).

Otázka č. 23 – V jakém věku jste poprvé menstruovala?

Otázka 23 byla otevřená. Respondentky uváděly svůj věk v době 1. menstruace.



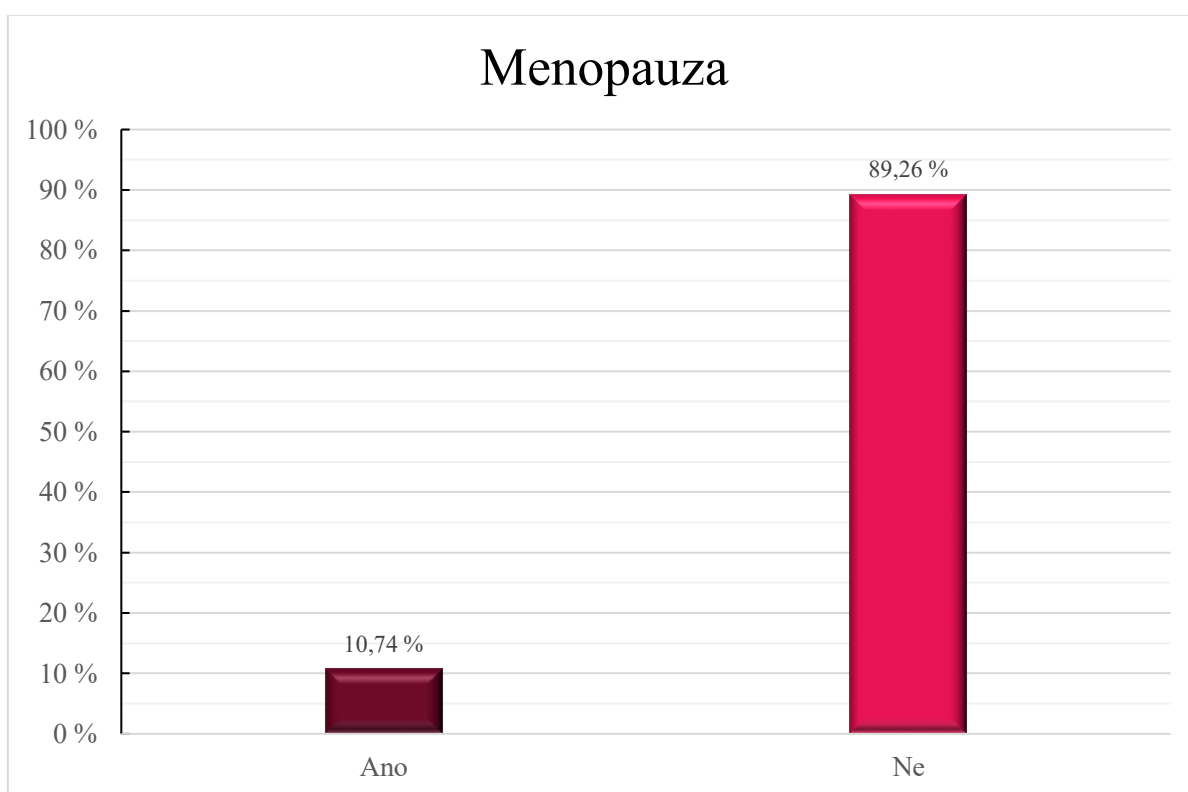
Graf 27 - Menarché

Interpretace: Nejvíce respondentek, a to 38 (31,40 %) poprvé menstruovalo ve 13 letech. 6 respondentek (4,96 %) uvedlo věk 10 let, 21 respondentek (17,36 %) uvedlo věk 11 let a 25 respondentek (20,66 %) uvedlo věk 12 let v době 1. menstruace. Věk 14 let uvedlo 17 respondentek (14,05 %). V 15 letech začalo menstruovat 9 respondentek (7,44 %) a ve věku 16 let pak 5 respondentek (4,13 %).

Otázka č. 24 – Proběhla u Vás již menopauza?

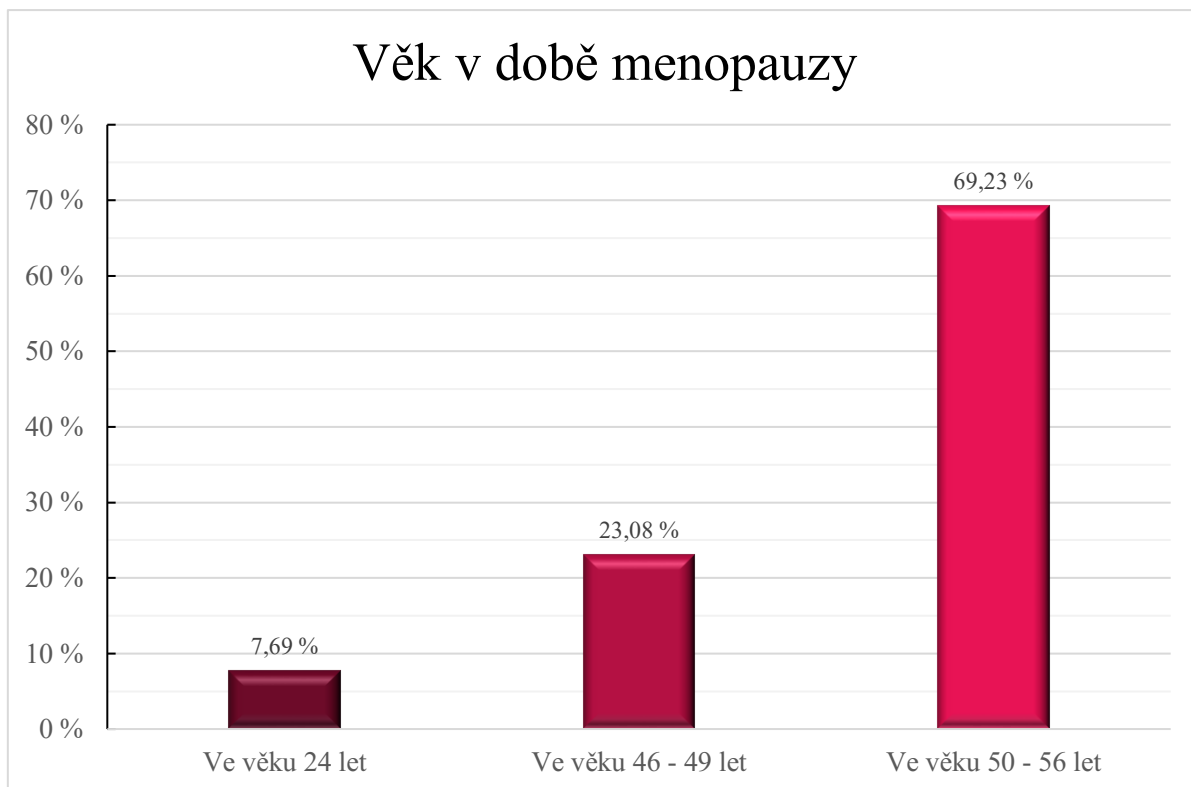
V otázce č. 24 respondenty odpovídaly na otázku, zda u nich již proběhla menopauza. Vzhledem k polootevřené otázce jsme vypracovali dva grafy. V grafu 28 jsme znázornili, u kolika žen proběhla menopauza a u kolika ne. Druhý graf 29 pracuje se skupinou respondentek, u kterých již menopauza proběhla. Jednalo se konkrétně o 13 respondentek (v tomto grafu =100,00 %) a zajímalo nás, v kolika letech k menopauze došlo. Data mohou být vzhledem k malému množství respondentek v grafu 29 zkrácena.

- a) Ano, ve věku.....
- b) Ne



Graf 28 - Menopauza

Interpretace: U 108 respondentek (89,26 %) menopauza ještě neproběhla. 13 respondentek (10,74 %) uvedlo, že u nich již menopauza proběhla.



Graf 29 - Věk v době menopauzy

Interpretace: 1 respondentka (7,69 %) z 13 respondentek (100,00 %) u nichž proběhla menopauza uvedla věk v době menopauzy 24 let. Ve věku 46 – 49 let proběhla menopauza u 3 respondentek (23,08 %). Ve věku 50 – 56 let proběhla menopauza u 9 respondentek (69,23 %).

Otázka č. 25 – Onemocněla jste rakovinou vaječníků?

- a) Ano
- b) Ne



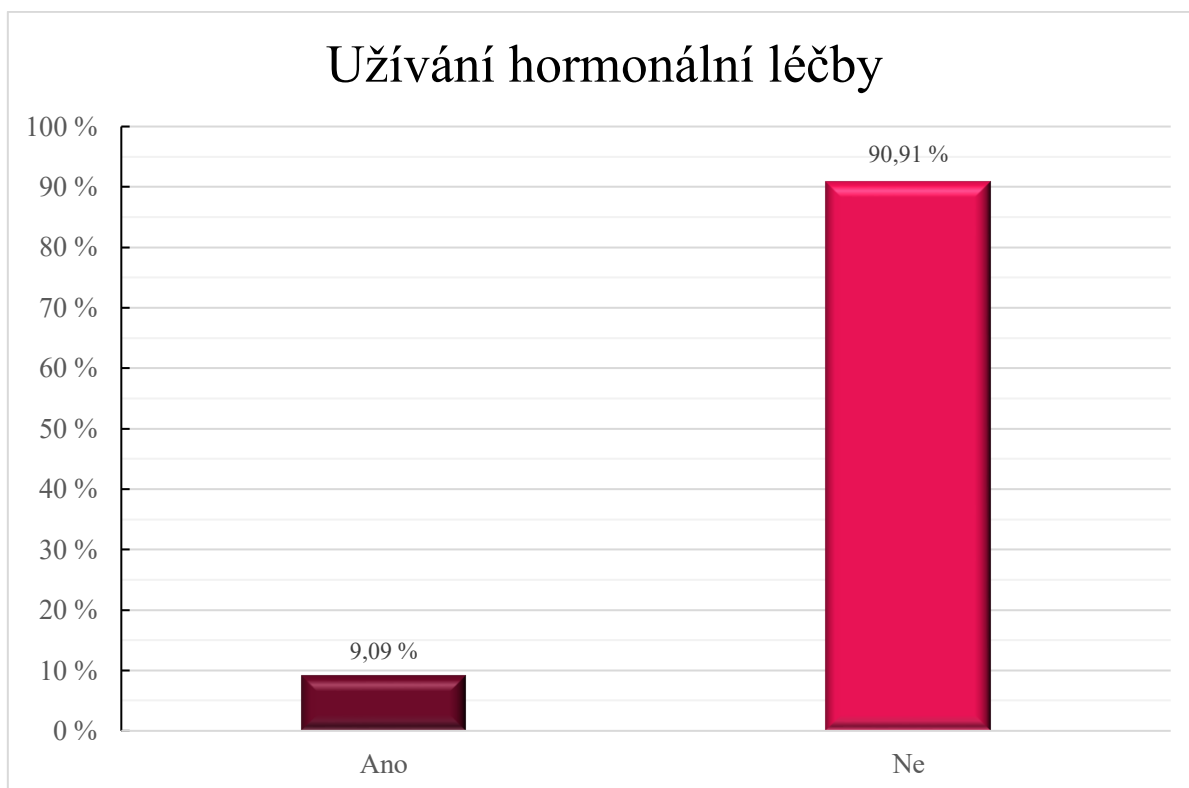
Graf 30 - Rakovina vaječníků

Interpretace: 1 respondentka (0,83 %) onemocněla rakovinou vaječníků. Ostatních 120 respondentek (99,17 %) se s touto diagnózou nesetkalo.

Otázka č. 26 – Užíváte nebo jste užívala hormonální léčbu?

V otázce č. 26 jsme podotknuli, že hormonální antikoncepci respondentky nemají uvádět.

- a) Ano
- b) Ne

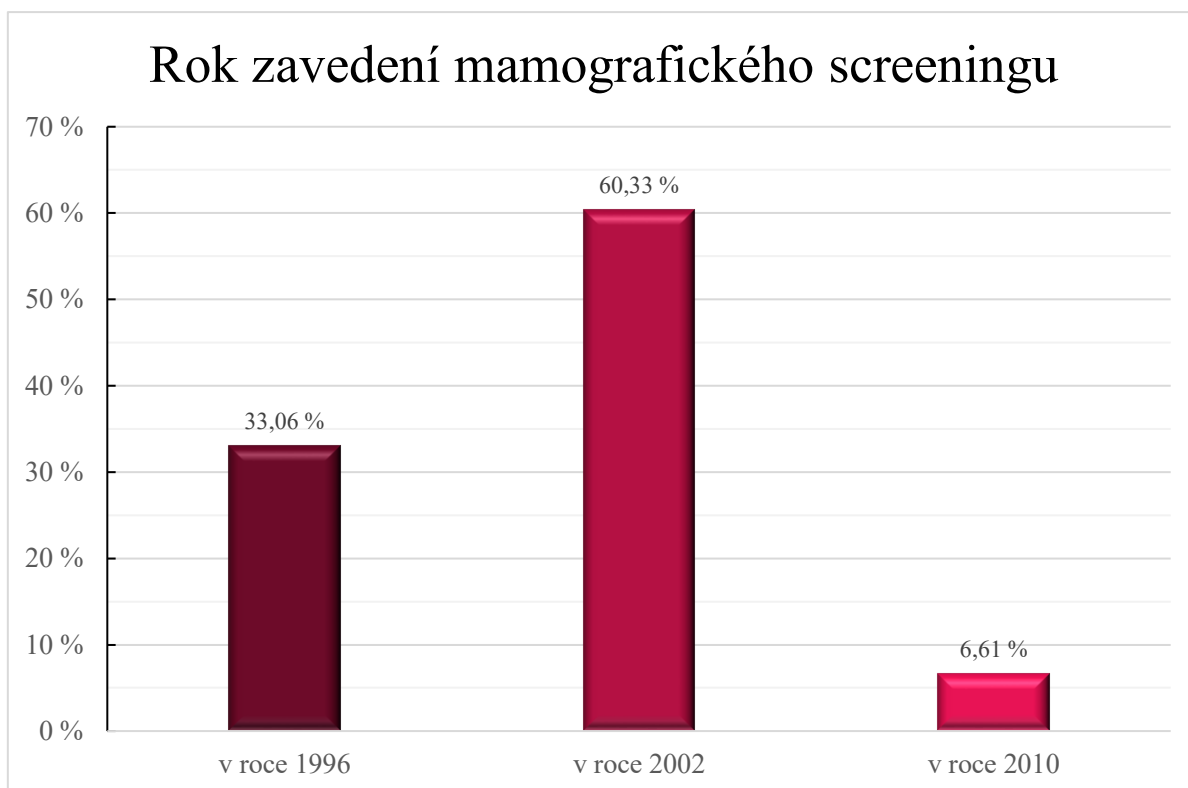


Graf 31 - Užívání hormonální léčby

Interpretace: 11 respondentek (9,09 %) uvedlo, že užívalo nebo užívá nějakou hormonální léčbu. Zbýlých 110 respondentek (90,91 %) se tato skutečnost netýká.

Otázka č. 27 – Od jakého roku je zaveden mamografický screening (=screening rakoviny prsu) v České republice?

- a) 1996
- b) 2002
- c) 2010

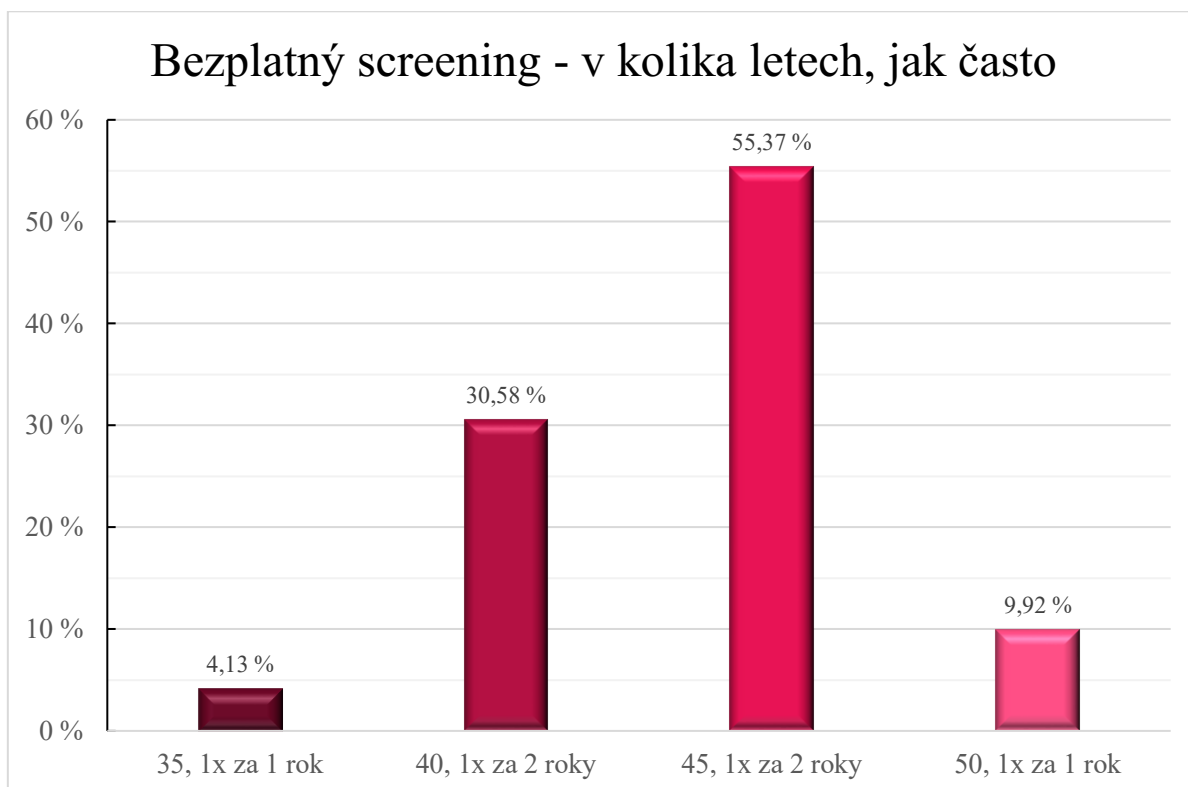


Graf 32 - Rok zavedení mamografického screeningu

Interpretace: Rok 1996 považuje jako rok zavedení mamografického screeningu v České republice 40 respondentek (33,06 %). Rok 2002 označilo 73 respondentek (60,33 %). Rok 2010 pak zakroužkovalo pouze 8 respondentek (6,61 %).

Otázka č. 28 – Od kolika let mají ženy nárok na preventivní mamografický screening v České republice? A jak často?

- a) Od 35 let, 1x za 1 rok
- b) Od 40 let, 1x za 2 roky
- c) Od 45 let, 1x za 2 roky
- d) Od 50 let, 1x za 1 rok

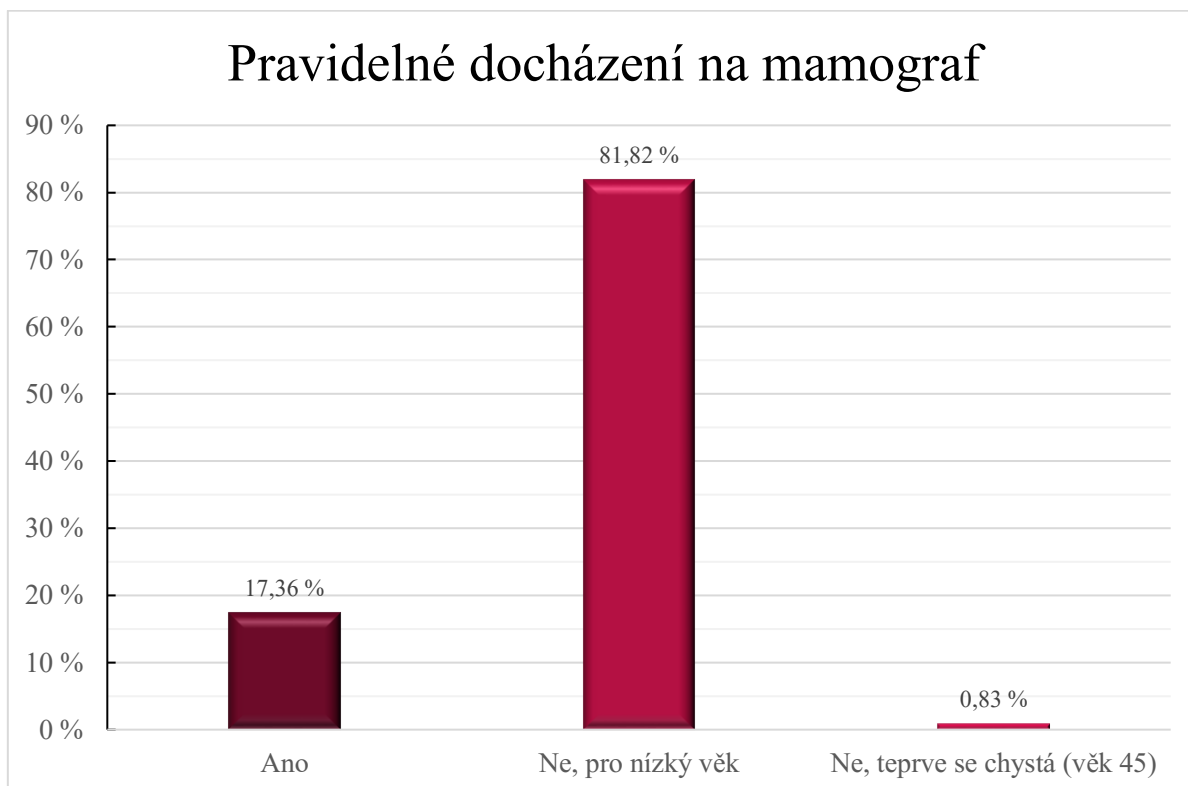


Graf 33 - Bezplatný screening – v kolika letech, jak často

Interpretace: 5 respondentek (4,13 %) uvedlo věk 35 let a četnost 1x za 1 rok. 37 respondentek (30,58 %) označilo věk 40 let a četnost 1x za 2 roky. 67 respondentek (55,37 %) správně označilo věk 45 let s četností 1x za 2 roky. Poslední možnost bezplatného screeningu v 50 letech s četností 1x za 1 rok zakroužkovalo 12 respondentek (9,92 %).

Otázka č. 29 – Docházíte pravidelně na mamografický screening?

- a) Ano
- b) Ne, pro nízký věk
- c) Ne, z důvodu.....



Graf 34 - Pravidelné docházení na mamograf

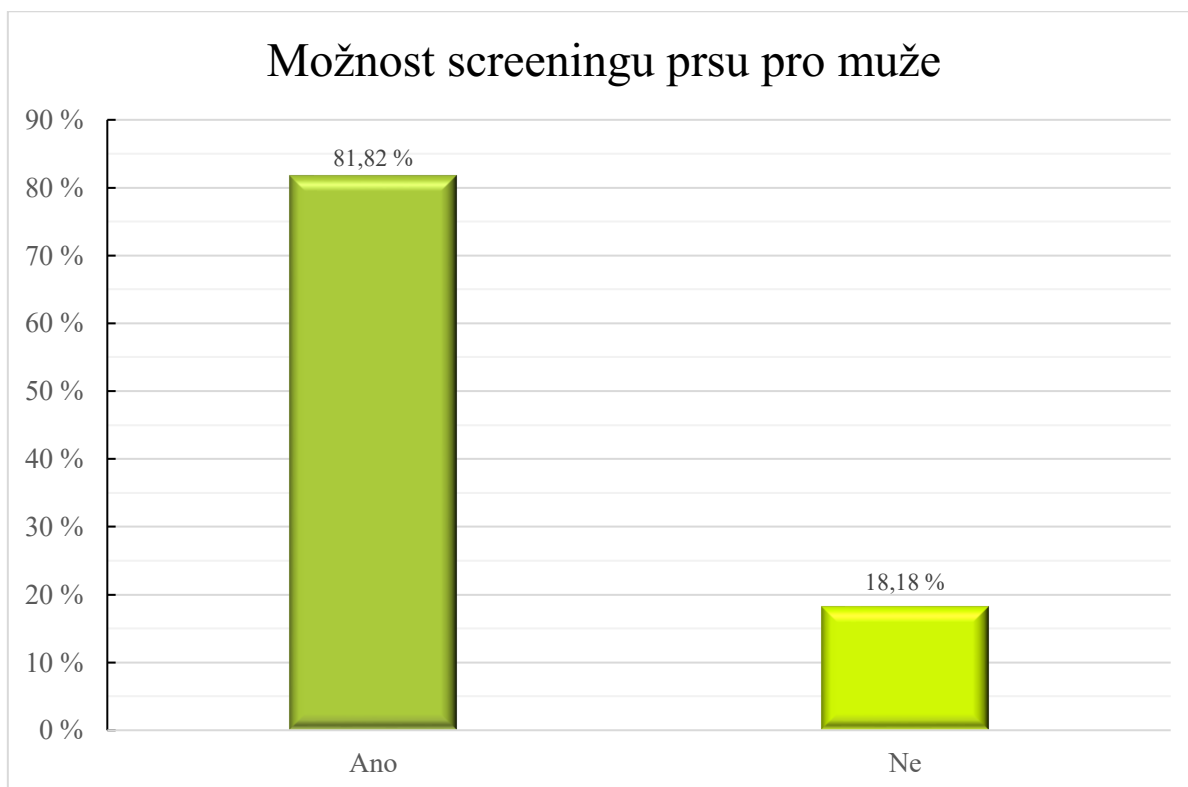
Interpretace: Pro nízký věk se mamografického screeningu neúčastní 99 respondentek (81,82 %). 21 respondentek (17,36 %) se mamografického screeningu účastní. 1 respondentka (0,83 %) ve věku 45 let se tento rok na mamografický screening chystá jít.

Soubor otázek – MUŽI

V následujících otázkách 30 – 32 odpovídali pouze muži. Celkem se jednalo o 55 respondentů (100,00 %).

Otázka č. 30 – Pokud by se zavedl preventivní screening prsu pro muže, docházeli byste na toto vyšetření?

- a) Ano
- b) Ne



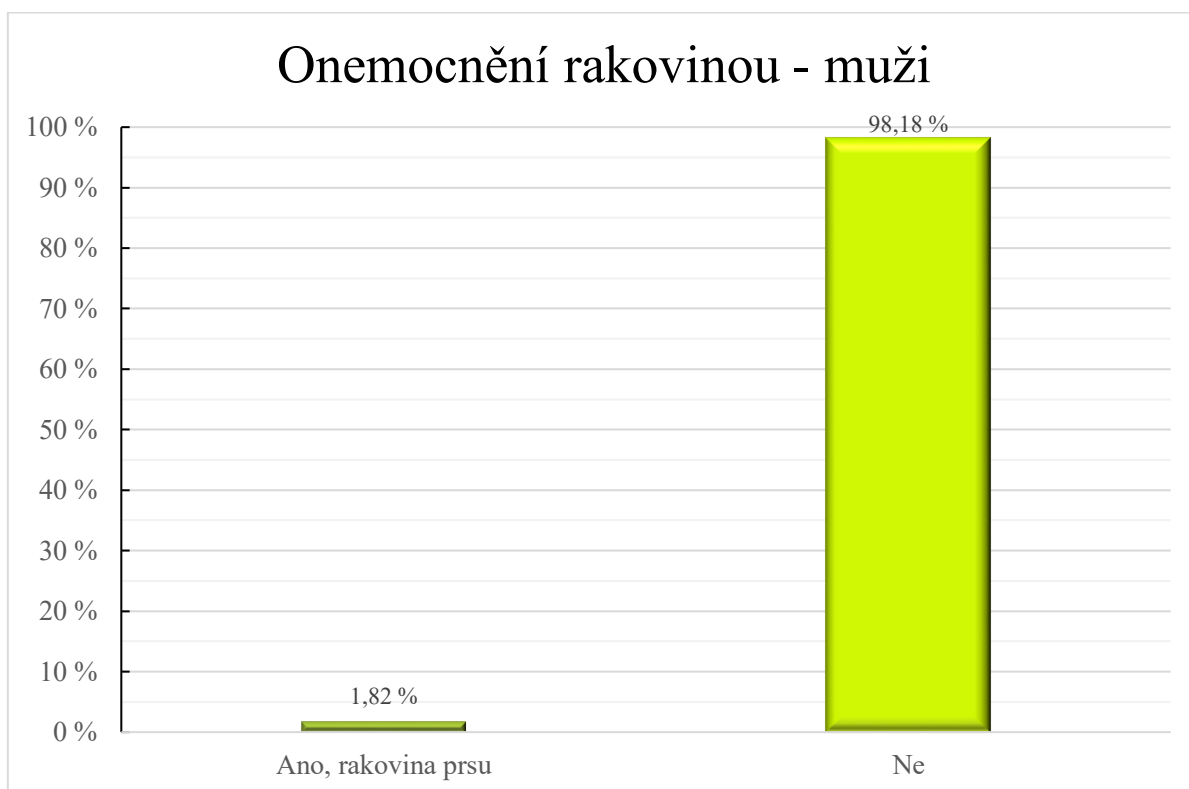
Graf 35 - Možnost screeningu prsu pro muže

Interpretace: 10 respondentů (18,18 %) uvedlo, že by na preventivní screening prsu nedocházelo. Druhá skupina čítající 45 respondentů (81,82 %) naopak označila možnost ano.

Otázka č. 31 – Prodělali jste nějaké onkologické onemocnění?

a) Ano,

b) Ne



Graf 36 - Onemocnění rakovinou – muži

Interpretace: Pouze 1 respondent (1,82 %) onemocněl z celkového počtu 55 respondentů (100,00 %) rakovinou. V tomto případě se jednalo dokonce o rakovinu prsu.

Otázka č. 32 – Byla součástí vaší terapie hormonální léčba?

Tuto otázku měli vyplnit pouze respondenti, kteří prodělali nějaké onkologické onemocnění. Jelikož z celkového počtu 55 respondentů (100,00 %) onemocněl pouze 1 respondent (1,82 %), názorný graf jsme nevytvářeli. Respondent, který onemocněl rakovinou prsu uvedl, že hormonální léčba byla součástí jeho terapie.

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

11 DISKUZE

Karcinom prsu u žen je velmi častým tématem, co se týče zkoumání i zpracování. O rakovině prsu u žen bylo již v předešlých letech napsáno mnoho bakalářských nebo diplomových prací, knih, příruček, článků a jiných vědeckých poznání. Poněkud mi však chybělo více informací o rakovině prsu u mužů. V tištěné literatuře jsem nacházela spíše malé odstavce o výskytu rakoviny prsu u mužů. Více informací o rakovině prsu u mužů jsem nacházela a čerpala především v odborných člancích z posledních několika let. Jak jsem zde uvedla, literatury o KP u mužů nebylo a není mnoho, a tak se to má i s bakalářskými a diplomovými pracemi. Většina autorů píšících o KP u mužů ve svých závěrech zdůrazňují zvýšení povědomí a prevence KP u mužů. Část svých výsledků porovnááme s Křibíkem (2015) a Soudkovou (2018), kteří svoji práci komplexně zaměřili tak jako my na porovnání znalostí žen a mužů. K porovnání výsledků jsme rovněž použili práci Jenkové (2018) a Procházkové (2016).

V úvodu je třeba zdůraznit zastoupení respondentek a respondentů v dotazníkovém šetření. Ačkoliv byli muži upozorňováni, že se dotazník vztahuje i k jejich pohlaví, procentuální zastoupení je následující. Zúčastnilo se 68,75 % žen a 31,25 % mužů. Ve srovnání s Křibíkem (2015) který uvádí zastoupení žen 87,69 % a mužů 12,31 % (a i vzhledem k tomu, že se jeho dotazníkového šetření zúčastnilo mnohonásobně více dotazovaných) můžeme polemizovat o tom, proč dotazník týkající se této diagnózy vyplňovaly z větší části spíše ženy než muži. Křibík uvedl, že většina jím oslovených mužů neměla zájem o vyplnění dotazníku i z důvodu, že se jich tato diagnóza netýká. Z našeho výzkumného šetření v otázce č. 10 vyplývá, že 80,00 % mužů odpovědělo, že rakovinou prsu může onemocnět i muž. Otázkou však je, jak by vypadalo procentuální zastoupení zahrnující i muže, kteří dotazník vyplnit nechtěli pro přesvědčení, že se jich diagnóza netýká. Respondenti, kteří se zúčastnili Křibíkova dotazníku uvedli z více jak 40 % že si myslí, že nemůžou být ohroženi vznikem rakoviny prsu a 48,53 % mužů neví, jestli diagnózou karcinomu prsu mohou být ohroženi. Otázkou je, zda respondenti pochopili otázku „Myslíte si, že právě vy, můžete být ohrožen/a vznikem rakoviny prsu?“ tak, že může onemocnět karcinomem prsu jejich pohlaví nebo zda muži přemýšleli nad rodinnou anamnézou a rizikovými faktory, které je mohou zařazovat do rizikové skupiny. Nemůžeme tak striktně posoudit a porovnat, v jaké míře si byl soubor mužů v Křibíkově šetření vědom, že rakovinou prsu může onemocnět i muž. V našem šetření jsme ale dosáhli uspokojivého výsledku a vyvrátili své přesvědčení, že o onemocnění karcinomem prsu samotných mužů muži téměř nevědí. Ženy si vedly také velmi dobře. Soudková (2018) oslovila celkem 25 žen a 25 mužů dle jejího uvážení a odhadnutí věku. Zde nemůžeme posoudit, jestli oslovení stejného počtu obou pohlaví nebylo záměrné k vhodnějšímu porovnání

mezi samotnými respondenty. Ale pokud bychom získali ve velkém a podobném počtu dotazníky od obou pohlaví, mohly by být kvalitnější i samotné výsledky, které bychom pak mohli posoudit s našimi dosavadními výzkumy s menším počtem respondentů. Proto tento postup hodnotím kladně (Křibík, 2015, s. 35 – 68; Soudková, 2018, s. 30 – 32).

Spokojenost se zdravotním stavem a podpora k udržení zdraví včetně prevence patří k nedílné součásti tohoto tématu. Obě pohlaví byla se svým zdravotním stavem přibližně stejně spokojena (ženy 77,69 % a muži 81,82 %). Okolo 20 % však se zdravotním stavem spokojena nebyla. Nedá se však jasně říct, co přesně ovlivňuje pocit dobrého zdravotního stavu. Můžeme se domnívat, že zdravotní stav můžou ovlivňovat zlozvyky jako je například kouření, užívání drog nebo požívání alkoholu. Nebo zda se může sportování podílet na jeho zlepšení. Ze získaných dat nemůžeme jednoznačně potvrdit, jestli tomu tak je. I dotazovaní, kteří žádný zlozvyk neměli a sportovali, svůj zdravotní stav hodnotili jako nevyhovující, a proto bychom se mohli dále ptát na to, co může být opravdovou příčinou. Selfmonitoring patří k prevenci. Z výzkumu jsme zjistili, že samovyšetření provádí 63,64 % žen, z toho 37,19 % ho provádí pravidelně a 54,55 % uvádí, že samovyšetření provádí správně. 16,37 % mužů pak uvedlo, že provádí samovyšetření prsu, z toho jen 9,09 % ho provádí pravidelně a 12,73 % si myslí, že ho provádí správně. Křibík (2015) uvádí relativní četnost žen, které se pravidelně vyšetřují v 30,29 % a 37,56 % žen si myslí, že si prsy umí správně vyšetřit. Muži pak prováděli pravidelně samovyšetření v 4,03 % ale jen 0,73 % označilo za správný interval vyšetřování 1x za měsíc. 15,81 % mužů pak uvedlo, že samovyšetření provádí správně. Vzhledem ke Křibíkově zjištění, že pouze 2 muži věděli, jaký je správný interval samovyšetření, se můžeme ptát, jestli je náš soubor nyní edukovanější nebo nikoliv. Soudková (2018) uvádí, že se 68 % žen a 32 % mužů samovyšetřuje celkově. Zkoumané soubory musíme brát jako individuální jednotlivé osoby, v jiné době a za jiných podmínek. Musíme brát ohled na množství zkoumaných lidí. Důležitou roli hrají i položené otázky, jejich pochopení a další souvislosti. Celkově však můžeme říct, že se vyšetřuje více žen než mužů, což bylo potvrzeno i v ostatních pracích (Křibík, 2015, s. 50 – 64; Soudková, 2018, s. 35).

Dle informací ze stránek VZP (www.vzp.cz) by měl gynekolog po registraci v rámci preventivní prohlídky poučit ženy o samovyšetřování prsů. Tzn., že by všechny ženy, které dochází ke gynekologovi, měly být poučeny právě jím. Od 25 let je pak doporučováno fyzikální sledování pacientek při pozitivní rodinné anamnéze. K práci praktických lékařů patří i zhodnocení rizik v rámci onkologické anamnézy. U žen, které mají riziko karcinomu prsu v rodině nebo jiné rizikové faktory k tomu předurčující, by měl praktický lékař rovněž přistoupit k provedení fyzikálního vyšetření prsů od 25 let věku ženy a měl by ji poučit o samovyšetřování. Vzhledem

k těmto informacím nás celkem pozitivně překvapuje několik faktů, které z dotazníkového šetření vyplynuly. 19,01 % žen uvedlo, že jsou jejich prsy vyšetřovány lékařem. Vzhledem k 15,70 % ženám nad 45 let je tento výsledek uspokojivý. Nicméně, pokud přihlídneme ještě k otázce č. 17 kde jsme zjišťovali pozitivní rodinnou anamnézu na karcinom prsu, dostáváme se k 30 respondentkám (24,79 %), které jsou potenciálně rizikové. Z toho 8 respondentek (6,61 %) je věku od 25 do 44 let. Tyto ženy, které jsou ve věku 25 – 44 let, by měly být sledovány spolu s ženami, které jsou pravidelně sledovány od 45 let a více. Tato procenta přičteme k 15,70 % ženám nad 45 let a dojdeme k 22,31 % žen, které by měly být sledovány. Což se nám zdá celkem přijatelné vzhledem k uvedenému číslu vyšetřování žen lékařem. Musíme ovšem počítat s tím, že některé ženy nad 45 let sledovány být nemusí apod., tzn. že existují výjimky. V následující konkretizované otázce, zda jsou pro riziko KP v rodině sledovány se dovídáme, že je sledováno dokonce 12 respondentek pro výskyt karcinomu prsu v rodině. Nejčastěji uváděným lékařem, který vyšetřuje prsy, byl gynekolog a praktický lékař. Avšak co se týče otázky č. 16, kdy se ptáme na to, kdo naučil respondentky samovyšetření, pouze 10,74 % uvedlo, že je to naučil lékař a 28,10 % respondentek uvedlo, že je to vůbec nikdo neučil, a tak ho ani neprovádí. Ostatní respondentky uvedly jinou možnost. Když se tedy ze stránek VZP dovíme, že gynekolog by měl při vstupní gynekologické prohlídce ženu poučit o samovyšetření prsu, neměli bychom pak tedy očekávat vyšší čísla co se týče toho, kdo pacientku samovyšetření učil? Můžeme se ptát, co stojí za tímto nízkým číslem? Jaký rozdíl chápeme v poučení a naučení? A co by bylo přínosnější? Respondentky uváděly, že se naučily samy samovyšetření prsu. Můžou se tak učit skrz letáčky, které jim mohl poskytnout gynekolog? Tuto otázku bychom mohli pokládat i samotným gynekologům a určitě by se jednalo o zajímavý výzkum. U mužů jsou čísla podstatně nižší, což můžeme připisovat nízké prevalenci tohoto onemocnění a prakticky neexistujícím konkrétním postupům, které by se zabývaly prevencí karcinomu prsu u muže a nějak je zákonně upravovaly. Z výzkumu se však můžeme dozvědět, že alespoň nějaký screening by uvítalo 81,82 % dotazovaných mužů. Zde můžeme polemizovat nad tím, zda by stačilo fyzikální vyšetření 1x za 2 roky při preventivních prohlídkách apod. Procházkovou (2016) zajímalo, jestli jsou prsy vyšetřovány ženám v rámci preventivní prohlídky u gynekologa. Dochází k podobným výsledkům u studentek pedagogické fakulty s rozdílem 2 % - tedy že velká část vyšetřována není. Ve výzkumu Jenkové (2018) můžeme vidět rozdíly vyšetřování prsů mezi mladší skupinou do 44 let a starší skupinou od 45 let. Více vyšetřených bylo ve skupině od 45 let, a to o 25 %. Křibíka (2015) zajímalo totéž co Procházkovou a Jenkovou. V porovnání s naší otázkou č. 11 dochází Křibík k podobnému závěru, a to k takovému, kdy se výsledky liší přibližně o 10 %. Můžeme se tedy ptát, jestli by výsledky byly změněny při zařazení i dalších vyšetřujících lékařů, jako je například

praktický lékař apod. nebo zda mohou být výsledky ovlivněny např. vyšším počtem respondentek nižší věkové skupiny. Nadále ho zajímalo, jestli byly ženy někdy poučeny nějakým odborným lékařem s kladným výsledkem 53,87 %. Vzhledem k povaze otázky nelze data porovnat. My jsme kromě lékařů zařadili i jiné možnosti těch, kteří samovyšetření navíc někoho naučili, nikoli v zda byly pouze někdy poučeny. Dostává se však k poměrně lepšímu číslu k porovnání s tím, že má gynekolog za úkol poučit ženy o samovyšetření. K přihlídnutí k jeho výzkumu tak nemusíme nad systémem prevence ve zdravotnictví možná úplně lámat hůl, i když polovina dotazovaných i tak není uspokojujícím výsledkem. I přesto nás tato data poněkud znepokojují. Výsledky jeho šetření s naším se naopak shodují v tom, že mužská populace není z většinové části informována a edukována o prevenci karcinomu prsu u nich samých (Jenková, 2018, s. 56; Procházková, 2016, s. 76; Křibík, 2015, s. 49).

V souladu s Křibíkem (2015) a Soudkovou (2018) můžeme usuzovat, že se ženy o prevenci rakoviny prsu zajímají o něco více než muži. A k prevenci v posledních letech přispívá osvěta skrz angažované organizace v tématu rakoviny prsu. Tyto organizace jsou nyní jednou z nedílných podstat rozšiřování povědomí o prevenci rakoviny prsu. Alespoň jednu organizaci zná 80,17 % respondentek, oproti tomu stojí 50,91 % respondentů, kteří byli schopni si na nějakou vzpomenout. Soudková dochází ke stejnému závěru. I v Křibíkově šetření je zřejmé, že si větší procento žen než mužů myslí, že existují nějaké preventivní podpůrné programy zaměřené na rozšiřování osvěty v tématu karcinomu prsu. Opět se můžeme ptát, zda může být příčinou nevědomost o karcinomu prsu u mužů, nebo je zde nějaký faktor, který může ovlivňovat danou problematiku. Co se týče porovnání s Jenkovou (2018), nejznámější organizací angažovanou v tématu rakoviny prsu je stále Avon. Organizaci MammaHelp nyní přeskočila organizace Loono s projektem prsakoule. Vzhledem k této skutečnosti je fakt, že organizace Loono se v posledních několika letech opravdu rozrostla, a nejen v Hradci Králové se již uskutečnilo několik jejich workshopů. Naším názorem je, že pomoc organizací má neskutečný smysl. Pomáhají ulehčit lékařům, kteří na vysvětlování nemají mnohdy mnoho času a díky dobrovolnosti účasti se lidé sami zajímají víc a víc o prevenci a své zdraví. Nezbyvá než tleskat a tyto organizace maximálně podporovat. Má to smysl (Křibík, 2015, s. 44 – 58; Jenková, 2018, s. 75).

K prevenci patří ještě neodmyslitelně mamograf. Ví české ženy, v kolika letech mají navštívit mamograf, pokud dříve nebyly obeslány? Ví, jak často je toto vyšetření hrazeno zdravotní pojišťovnou? I zde má výchova zdravotní gramotnosti svoji nezastupitelnou roli. Z našeho výzkumu vyplývá, že je více než polovina žen správně informována o věku 45 let s četností bezplatného vyšetření 1x za 2 roky. Jenková (2018) naše tvrzení potvrzuje. Ženy si jsou pak spíše

jistější v odhadu intervalu 1x za 2 roky než o začátku věku testování. Druhým častým označovaným věkem byl věk 40 let. Vzhledem k incidenci KP i v nižším věku se opravdu přemýšlí o posunu screeningového vyšetření na dřívější léta, proto v těchto odpovědích velký problém nevidíme (Jenková, 2018, s. 66 – 68).

Jak jsem již zmiňovala v samotném úvodu této diskuze, literatury o karcinomu prsu u mužů je stále nedostatek, i když dochází v posledních letech k výzkumům, které se snaží tuto problematiku více řešit. Vzhledem k naší malé zemi a počtu mužů s diagnózou rakoviny prsu u nás je pochopitelné, že dostatek dat ještě nemáme. To se týká však i mnohonásobně větších zemí. Křibík (2015) a Soudková (2018) se sice také zabývali mužskou i ženskou populací, my jsme se však rozhodli svůj výzkum navíc zaměřit ještě na další znalosti kromě prevence, a to na znalosti příznaků rakoviny prsu, diagnostické metody a léčbu. Z výsledků můžeme potvrdit, že jsou více informovány ženy. Mužskou populaci je však nutné pochválit, jelikož jsme tak dobré výsledky neočekávali. Mamografii jako nejužívanější metodu zjišťování karcinomu prsu zvolilo přes 70 % respondentek i respondentů, to bylo velmi uspokojující. Co se týče léčby, obě pohlaví volila nejčastěji chirurgickou léčbu, chemoterapii a radioterapii, a to ve vysokých procentech. Zde bych mezery u obou pohlaví neviděla, a naopak jsem překvapená, že v otevřených otázkách obhájili respondenti své znalosti takovýmto způsobem.

Na závěr nezbyvá než se zamyslet nad výsledky a vlastním výzkumem. Co by mohlo být přínosem? Pokud víme, že mužů s onemocněním rakoviny prsu přibývá, bylo by vhodné je sledovat například skrz ÚZIS data. Při tvorbě teoretické části jsem narazila na problém, který udává každoročně pouze ženy s diagnózou rakoviny prsu (C50), nikoliv však muže. I když se oproti ženám může zdát toto číslo zanedbatelné, těchto případů přibývá a nejedná se pouze o starší muže. Zcela určitě souhlasíme s ostatními autory a to tak, že bychom prevenci karcinomu prsu měli zaměřit i na muže nebo alespoň zvýšit jejich povědomí o této diagnóze u jejich pohlaví. Protože proč by si muž nemohl sahat na svá prsa a kontrolovat je, když je to to nejjednodušší, co může udělat? Proč nedat víc důrazu na tuto diagnózu i u mužů, když je prevence tak snadná? Je důležité studovat i nadále jednotlivé případy k poučení se do budoucna. Zatím se karcinom prsu u mužů léčí tak jako u žen. Je třeba za několik let zhodnotit, jestli je tento přístup správný, nebo v čem by mohl být jiný. Jsem velmi ráda, že díky této práci se mí blízcí dozvěděli o této diagnóze, která se týká i mužů. Ženy i muži by se neměli bát zapojit i své partnerské protějšky, jak to již někteří dělají. Proč si takovou zvláštní akci jako prevenci trochu zpříjemnit? Může to mít vliv na pravidelnost, když se u toho budeme cítit lépe? Můžeme polemizovat. Na základě zkušeností a výsledků ostatních a s pomocí jejich spolupráce by bylo vhodné prodiskutovat dotazník, který by

se dal standardizovat. Mohli bychom chtít dosáhnout stejného počtu respondentů obou pohlaví k vyšší objektivizaci výsledků. Určitě je to téma, které by bylo vhodné i nadále rozvíjet, jelikož každý člověk může přispět dalším dílkem do celé skládačky. A toto je nepochybně ještě neúplně probádané téma s nevelkým množstvím výzkumů. Těšilo by nás, kdybychom tuto práci mohli použít pro podklad dalšího výzkumu a podílet se na zvyšování povědomí mužů o diagnóze karcinomu prsu.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnovala zdravotní gramotnosti v oblasti rakoviny prsu a týkala se nejen žen, ale i mužů z České republiky. Teoretická část byla uchopena v celé své šíři pro interpretaci základní problematiky tohoto tématu. Empirická část zařazená v druhé části práce zkoumala celkové znalosti a dovednosti občanů s dalším souvisejícím. Došlo k zanalyzování a tvorbě interpretace doplněné o diskuzi. Co se týče výzkumu, zjistili jsme následující.

Veřejnost začíná čím dál tím víc chápat pojem prevence a s tím souvisí zachycení nemoci v časném stádiu. Čím dříve budou jedinci edukováni o pravidelné prevenci a budou ji provádět, tím dříve může být poskytnuta specializovaná lékařská péče. Pokud se bude jednat o rakovinu prsu, mají větší naději na přežití. Jde o to, aby lékaři důvěřovali a nebáli se za ním přijít. Je pozitivní, že více než polovina žen vyšetřuje prsy, i když bychom si mohli přát, aby tak prováděla většina žen. Muži si začínají uvědomovat riziko vzniku karcinomu prsu u sebe samých a část populace se již vyšetřuje. Zde bychom měli klást větší důraz na informovanost o vzniku karcinomu prsu u nich samotných a na vyšetřování mužských prsů. Bohužel co se týče pravidelnosti vyšetřování, je třeba zdůrazňovat její důležitost. Pokud si budeme prsy vyšetřovat každý měsíc po menstruaci (ženy bez menstruace a muži si určí jeden zapamatovatelný den v měsíci), o to víc se naučíme znát své prsy a případné změny budeme schopni dříve rozlišit. A když se naučíme vzájemně se svými protějšky vyšetřovat, spojíme příjemné s užitečným.

Vyšetřování není jenom na nás samotných, ale i na lékařích. Popravdě mě v dnešní době překvapuje, že se na vyšetření prsů lékařem neklade větší důraz, a to pak především u mladých žen. I správná edukace a ukázka samovyšetření by měla být nedílnou součástí preventivních prohlídek, jelikož pokládáme prevenci za velmi důležitou a chceme docílit záchytů v co nejčasnějším stádiu. Zde bychom chtěli klást větší důraz na kvalitní edukaci alespoň při vstupní prohlídce. V tomto případě vyzdvihujeme organizace angažující se v problematice rakoviny prsu jako je např. Loono, které se zabývá touto problematikou nejen v rámci svých internetových stránek, ale i skrz pořádání workshopů, na kterých učí veřejnost se vyšetřovat. Ve spolupráci organizací s lékaři vidíme velmi dobrou budoucnost, co se týče rozšíření povědomí o základech prevence. V návaznosti se zatížením rodinné anamnézy (karcinom prsu v rodině) bychom navrhovali 100% sledování všech ohrožených žen i mužů, jelikož se tak zatím neděje. Vzhledem k možnosti výskytu karcinomu prsu i v nižším věku by to bylo totiž vhodné.

Celkově lze říct, že se česká populace orientuje dobře v poznání příznaků rakoviny prsu. Mamografické vyšetření zná většina populace. Informovat o ultrazvukovém vyšetření o něco více

by nebylo od věci, i tak tuto možnost bere populace v potaz. Nejpřekvapivější částí pro nás byla otázka léčby, kde bychom problém s neznalostí vůbec neviděli. Závěrem je ještě třeba jednou podotknout důležitost pravidelné a správné prevence. Je nutné o prevenci hovořit stále více a edukovat další a další, a klidně znovu k dosažení celoplošné prevence v co největším procentu a kvalitě.

Rakovina prsu je v posledním období velmi skloňovaným pojmem. Je správné, že se již nejedná o tabuizované téma a o onemocnění prsů se veřejně hovoří bez studu. Co se týče rakoviny prsu u mužů, můžeme říct, že se toto téma již otevřelo a existují studie zaměřené přímo na muže. Je však důležité nepolevit, a muže s karcinomem prsu zkoumat i nadále, jelikož je třeba rozšířit naše znalosti k co nejefektivnějšímu řešení jejich onemocnění.

V neposlední řadě bychom chtěli podotknout, aby si všichni vážili svého zdraví. A pokud už přijde jakýkoliv zdravotní problém, je důležité abyste vyhledali lékaře. Prevence a včasná diagnostika je základ úspěchu.

ABSTRAKT

Autor:	Renata Jirásková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Zdravotní gramotnost české dospělé populace v problematice rakoviny prsu
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Počet stran:	117
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2020
Klíčová slova:	rakovina prsu, karcinom prsu, mužský karcinom prsu, problematika rakoviny prsu, zdravotní gramotnost, česká dospělá populace

Bakalářská práce se zabývá zdravotní gramotností dospělých českých občanů v problematice rakoviny prsu. Teoretická část zahrnuje anatomii prsu, rozděluje maligní nádory prsu, popisuje etiologii, incidenci a mortalitu, diagnostické metody a léčbu rakoviny prsu. Zaměřuje se i na zdravotní gramotnost včetně prevence a zmiňuje některé organizace angažující se v problematice rakoviny prsu. Práce je zaměřena nejen na ženy, ale i na muže.

Empirická část je tvořena kvantitativním dotazníkovým šetřením, které řešilo otázky zdravotního stavu a jeho podpory společně s rizikovými faktory rakoviny prsu. Šetření zjišťovalo také pravidelnost a úroveň prevence včetně selfmonitoringu a vyšetřování partnerem, partnerkou nebo lékařem. Dále šetření zmapovalo znalosti v oblasti rakoviny prsu u muže, povědomí o příznacích rakoviny prsu, diagnostice, léčbě a angažujících se organizacích. Muži měli možnost vyjádřit se k preventivnímu screeningu mužských prsů. Data byla porovnána s některými předchozími výzkumy. Návrhy stanovené na základě diskuze mohou být podnětem k dalšímu výzkumnému šetření. Výstupem práce je návrh na moderní edukační propagaci.

ABSTRACT

Author: Renata Jirásková
Institution: Charles University, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of Social Medicine, Department of Nursing
Title: Breast cancer literacy amongst adult population of Czech Republic
Supervisor: Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Number of pages: 117
Year of defense: 2020
Keywords: Breast cancer, male breast cancer, breast cancer knowledge, health literacy, Czech adult population

This bachelor thesis is dealing with the health literacy in breast cancer knowledge of the adult Czech citizens. The theoretical framework contains breast anatomy, explains categorization of the malignant breast tumors, describes the etiology, incidence and mortality, shows diagnostic methods as well as treatment options for breast cancer. The health literacy in prevention is also discussed and some organizations involved in breast cancer research, treatment and education are mentioned. This thesis is focused not only on women but also on men.

The empirical part consists of a quantitative questionnaire that dealt with the health status and its support together with breast cancer risk factors. The regularity as well as the quality of prevention have been investigated in this survey. Questions on self-monitoring and examination by a partner or physician were also included. Furthermore, survey charted knowledge in breast cancer in men as well, particularly then awareness of the respective symptoms, diagnosis, treatment and engaging organizations. Men had the chance to comment on preventive screening of male breasts. The obtained data were compared with some previous investigations. Tendencies identified in this survey may be the subject of future research. The outcome of this thesis is a draft of modern educational materials.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

ABRAHÁMOVÁ, Jitka, Ctibor POVÝŠIL, Jaromír HORÁK a kol. *Atlas nádorů prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 328 s. ISBN 80-716-9771-0.

ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kol. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2019. 176 s. ISBN 978-80-271-2055-0.

Anatomie prsu. In: COUFAL, Oldřich, Vuk FAIT a kol. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. s. 20 ISBN 978-80-247-3641-9.

AUGUSTINOVÁ, Božena. Prevence karcinomu prsu. Prevence, genetika a diagnostika karcinomu prsu. XXXV. *Brněnské onkologické dny a XXV. Konference pro sestry a laboranty: Onkologická rizika a prevence* [online abstrakt konference z 21. 4. 2011], [cit. 2020-03-24]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/prevence-karcinomu-prsu/>

Bellis: *Mladé ženy s rakovinou prsu* [online]. Bellis Young and Cancer, 2017 [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <http://www.bellisky.cz/>

BIELČIKOVÁ, Zuzana. Karcinom prsu u mužů. *Onkologie*. 2016, 10(4): 170–174.

BRANČÍKOVÁ, Dagmar, Vlasta ČMEJLOVÁ, Jindřich FÍNEK a kol. Zhoubný novotvar prsu (C50). VYZULA, Rostislav (vedoucí autorského týmu). *Modrá kniha české onkologické společnosti* [online]. 25. aktualizace, Brno: Masarykův onkologický ústav, 2019, s. 99 [cit. 2020-03-24]. ISBN 978-80-86793-48-1. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/modra-kniha/18.pdf>

CIBULA, David, Luboš PETRUŽELKA a kol. *Onkogynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 614 s. ISBN 978-80-247-2665-6.

COUFAL, Oldřich. *Rekonstrukce prsu při léčbě nádorových onemocnění* [online]. 2. vydání. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2017, 24 s. [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://www.mou.cz/dg-2-rekonstrukce-prsu-pri-lecbe-nadorovych-onemocneni/f940>

COUFAL, Oldřich, Vuk FAIT a kol. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 416 s. ISBN 978-80-247-3641-9.

ČELEDOVÁ, Libuše a Jan HOLČÍK. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2017. 204 s. ISBN 978-80-246-3809-6.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. 3., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2016. 832 s. ISBN 978-80-247-5636-3.

DOSTÁLEK, Lukáš a Petra ŠAŠKOVÁ. Možnosti snížení radikality operací v axile a značení axilárních lymfatických uzlin v rámci terapie karcinomu prsu. *Klinická onkologie*. 2017, 30(6), 420 – 425, DOI: 10.14735/amko2017420

DRAŽAN, Luboš a Jan MĚŠŤÁK. *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 168 s. ISBN 80-247-1123-0.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2019. 312 s. ISBN 978-80-271-2111-3.

FIALA, Lukáš a kol. Karcinom prsu u mužů - naše zkušenosti. *Rozhledy v chirurgii*. 2010, 89(10), 612-618. ISSN 0035-9351.

Gynekologická preventivní prohlídka. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky: Preventivní prohlídky* [online]. © VZP ČR, 2020 [cit. 2020-04-21]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky/gynekologicka-preventivni-prohlidka>

HAMPLOVÁ, Lidmila. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2019. 132 s. ISBN 978-80-271-0568-7.

HLADÍKOVÁ, Zuzana a kol. *Diagnostika a léčba onemocnění prsu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 106 s. ISBN 978-80-244-2268-8.

Hlidamsije. In: Instagram [online]. Instagram from Facebook, ©2020 [cit. 2020-04-23].

Dostupné z: <https://www.instagram.com/hlidamsije/>

?fbclid=IwAR280QvI0xAHoKKgckK0qnkPhkjPDkczBiegFi5QiReZKcGl_T8EMMKRHt0

HRUBÁ, Drahoslava. Smoking and Breast Cancer. *Klinická onkologie: Časopis České a Slovenské onkologické společnosti*. 2013, 26(6), 389–393, DOI: 10.14735/amko2013389

HRUBÁ, Marcela, Lenka FORETOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001. 77 s. ISBN 80-238-7618-X.

HUDÁKOVÁ, Zuzana a Mária NOVYSEDLÁKOVÁ. Význam prevencie nádorového ochorenia prsníkov. Prevence, genetika a diagnostika karcinomu prsu. XXXV. *Brněnské onkologické dny a XXV. Konference pro sestry a laboranty. Onkologická rizika a prevence* [online abstrakt konference z 22. 4. 2011], [cit. 2020-03-23]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/vyznam-prevencie-nadoroveho-ochorenia-prsnikov/>

CHOVANEK, Josef, Zuzana DOSTÁLOVÁ a Jana NAVRÁTILOVÁ. Karcinom prsu – aktuální problém. *Interní medicína pro praxi*. 2008; 10(2), 84–89.

JENKOVÁ, Aneta. *Informovanost žen o prevenci nádorového onemocnění prsu*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Karlovy univerzity v Hradci Králové v r. 2018, 125 s. Depon in: Lékařská fakulta univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Kampaň #HlidejSiJe. *Bellis* [online]. Bellis Young and Cancer, 2017 [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <http://www.bellisky.cz/projekty-a-akce/kampan-hlidejsije/>

KLENER, Pavel a Pavel KLENER. *Principy systémové protinádorové léčby*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 200 s. ISBN 978-80-247-4171-0.

KOLAŘÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL. *Repetitorium gynekologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. 1032 s. ISBN 978-80-7345-267-4.

KONOPÁSEK, Bohuslav a Luboš PETRUŽELKA. *Karcinom prsu: manuál diagnostiky a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 125 s. ISBN 80-85824-66-3.

KRŠKA, Zdeněk a kol. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 264 s. ISBN 978-80-247-3815-4.

KŘIBÍK, Marek. *Je prevence karcinomu prsu v populaci České republiky dostačující?* Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze v r. 2015, 108 s. Depon in: Lékařská fakulta Karlovy univerzity v Praze.

KUBECOVÁ, Martina. Radioterapie karcinomu prsu. *Onkologie*. 2009, 3(1), 28–31.

KUČERA, Zdeněk, Jurgen PELIKAN a Alena ŠTEFLOVÁ. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření. *Časopis lékařů českých*. 2016, 155, 233–241.

LYMAN, G. H. et al. American Society of Clinical Oncology Guideline Recommendations for Sentinel Lymph Node Biopsy in Early-Stage Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2005, 23: 30, 7703–7720.

Mamma HELP centra. *Mamma HELP* [online]. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://www.mammahelp.cz/centra/>

Mamma HELP, z.s. *Mamma HELP* [online]. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://www.mammahelp.cz/o-nas/mamma-help/mamma-help-z-s/>

MĚŠŤÁK, Jan a kol. *Základy plastické chirurgie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2015. 176 s. ISBN 978-80-246-2839-4.

Nauč se, jak si správně sáhnout na #prsakoule!: Samovyšetřování prsou a varlat. *Loono* [online]. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://www.loono.cz/prevence/samovysetreni>

Náš cíl. *Mamma HELP* [online]. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://www.mammahelp.cz/o-nas/mamma-help/nas-cil/>

Náš příběh. *Loono* [online]. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://www.loono.cz/kdo-jsme>

NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. 296s. ISBN 978-80-247-4449-0.

O Alianci. *Aliance žen s rakovinou prsu* [online]. AMALA, 2019 [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://www.breastcancer.cz/cs/o-alianci>

OPLTOVÁ, Blanka, Ivana SLOUKOVÁ a Markéta PALÁCOVÁ. Nežádoucí účinky chemoterapie při onemocnění karcinomu prsu. Léčba karcinomu prsu. *XXXV. Brněnské onkologické dny a XXV. Konference pro sestry a laboranty: Zhoubné nádory prsu* [online abstrakt konference z 22. 4. 2011], [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/nezadouci-ucinky-chemoterapie-pri-onemocneni-karcinomu-prsu/>

PETRÁKOVÁ, Katarína. Chemoterapie a hormonální léčba karcinomu prsu. *Medicína pro praxi*. 2009, 6(6), 320–324.

PETRÁKOVÁ, Katarína. Lobulární karcinom prsu. *Onkologie*. 2016, 10(4), 166–169.

Pochod ve světě. *AVON zdravaprsa.cz* [online]. s31 [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://www.zdravaprsa.cz/avon-pochod/pochod-ve-svete/>

PRAUSOVÁ, Jana. Karcinom prsu – problém i v 21. století. *Interní Medicína pro praxi*. 2010, 12(1), 26–32.

PROCHÁZKOVÁ, Aneta. *Problematika prevence karcinomu prsu ve výchově ke zdraví*. Diplomová práce obhájená na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně v r. 2016, 117 s. Depon in: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity v Brně.

RUDDY, K. J. & WINER E. P. Male breast cancer: risk factors, biology, diagnosis, treatment, and survivorship. *Annals of Oncology*. 2013, 24, 1434–1443, DOI: 10.1093/annonc/mdt025

SKOVAJSOVÁ, Miroslava. Intervenční výkony v diagnostice nemocí prsní žlázy. *Onkologie*. 2009, 3(6), 357–361.

SKOVAJSOVÁ, Miroslava a kol. Výsledky Národního programu screeningu karcinomu prsu v České republice. *Klinická onkologie*. 2014, 27 (Suppl 2): 2S69–2S78, DOI: 10.14735/amko20142S69

SOUĐKOVÁ, Tereza. *Informovanost veřejnosti o samovyšetřování prsu u žen a u mužů*. Bakalářská práce obhájená na fakultě zdravotnických studií, Univerzita Pardubice v r. 2018. 56 s. Depon in: Fakulta zdravotnických studií Univerzita Pardubice.

SOVOVÁ, Eliška a kol. *100 + 1 otázek a odpovědí o prevenci nejčastějších onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 978-80-247-0952-9.

STRNAD Pavel a Jan DANEŠ. *Nemoci prsu pro gynekology*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 324 s. ISBN 80-7169-714-1.

STRNAD, Pavel. *Nemoci prsu v každodenní praxi*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2014. 146 s. ISBN 978-80-7345-390-9.

TOMÁŠEK, Jiří a kol. *Onkologie: minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Axonite, 2015. 448 s. ISBN 978-80-88046-01-1.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Novotvary 2016 ČR - Cancer Incidence in the Czech Republic, 2016: Zdravotnická statistika ČR* [online]. Praha, 2017, s. 8, 11 [cit. 2020-03-19]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/novotvary2016.pdf>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2018: Zdravotnická statistika ČR* [online]. Praha, 2019, s. 37, 44 [cit. 2020-03-19]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>.

VERONESI, Umberto, Gloria FREILICH a Alberto COSTA. History. *EUROPA DONNA: The European Breast Cancer Coalition* [online]. EUROPA DONNA, 2018 [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://www.europadonna.org/about/history/>

VRTĚLOVÁ, Pavlína, Oldřich COUFAL a Vuk FAIT. Spektrum chirurgických výkonů u nádorů prsu. Léčba karcinomu prsu. *XXXV. Brněnské onkologické dny a XXV. Konference pro sestry a laboranty: Zhoubné nádory prsu* [online abstrakt konference z 25. 4. 2011], [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/spektrum-chirurgickych-vykonu-u-nadoru-prsu/>

Všeobecná preventivní prohlídka. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky: Preventivní prohlídka* [online]. © VZP ČR, 2020 [cit. 2020-04-21]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky/vseobecna-preventivni-prohlidka>

WHO. Track 2: Health literacy and health behaviour. *7th Global Conference on Health Promotion: track themes*. [online abstrakt konference, 09-2009], [cit. 2020-03-23]. Dostupné z: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>

SEZNAM ZKRATEK

AD	Disekce axily
ADH	Atypická duktální hyperplazie
Bc.	Bakalářský titul
BL	Biologická léčba
BRCA (1, 2)	Označení genů z anglického breast cancer (nádor prsu)
CA 15-3	Tumorový marker
CEA	Tumorový marker
CT	Počítačová tomografie, radiologická vyšetřovací metoda
cTNM	Klinický předléčebný staging
ČR	Česká republika
DCIS	Duktální karcinom in situ
DG	Duktografie
DKK	Dolní končetiny
EU	Evropská unie
FNAB	Punkce tenkou jehlou
G	Gauge jednotky, udávají velikost jehly
HER2	Onkoprotein
HL	Hormonální léčba
CHT	Chemoterapie
IDK	Invazivní duktální karcinom
IFMSA	Mezinárodní federace asociací studentů medicíny
ILK	Invazivní lobulární karcinom
KP	Karcinom prsu
LCIS	Lobulární karcinom in situ
LN	Lobulární neoplazie
MG	Mamografie
Mgr.	Magisterský titul
MR	Magnetická resonance
Např.	Například
PET	Pozitronová emisní tomografie
pT	Patologická klasifikace tumoru
pTNM	Patologický staging

p53	Protein, transkripční faktor
RT	Radioterapie
RTG	Rentgen
SU	Sentinelová uzlina
⁹⁹Tc	Izotop technecia
TNM	Klasifikace rozsahu nádoru k určení stádia onemocnění (Tumor, Nodes, Metastasis)
TPA	Tumorový marker
Tzv.	Takzvaný, takzvaně
USG	Ultrasonografie
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace
yTNM	Staging hodnocený po aplikaci protinádorové léčby
ZG	Zdravotní gramotnost
ZN	Zhoubný nádor

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Pohlaví	49
Graf 2 - Věk.....	50
Graf 3 - Vzdělání	51
Graf 4 - Zaměstnání.....	52
Graf 5- Rodinný stav	53
Graf 6 - Spokojenost se zdravotním stavem	54
Graf 7 - Kouření	55
Graf 8 - Užívání drog.....	56
Graf 9 - Požívání alkoholu.....	57
Graf 10 - Zlozvyky – shrnutí	58
Graf 11 - Sportování.....	59
Graf 12 - Mají muži mléčnou žlázu?	60
Graf 13 - Může muž onemocnět KP?	61
Graf 14 - Vyšetření prsu lékařem	62
Graf 15 - Jaký lékař vyšetřuje prsy?.....	63
Graf 16 - Pravidelné samovyšetřování	64
Graf 17 - Pomoc partnera/partnerky při vyšetřování.....	65
Graf 18 - Správné provádění samovyšetření prsu	66
Graf 19 - Kdo naučil respondenta/ku samovyšetření	67
Graf 20 - Onemocnění KP v rodině.....	68
Graf 21 - Sledování dotazovaných – KP v rodině	69
Graf 22 - Diagnostické metody dle respondentů 1	72
Graf 23 - Diagnostické metody dle respondentů 2	73
Graf 24 - Léčba KP dle respondentů	74
Graf 25 - Organizace angažované v tématu KP	75
Graf 26 - Jmenovité organizace dle respondentů	76
Graf 27 - Menarché.....	77
Graf 28 - Menopauza.....	78
Graf 29 - Věk v době menopauzy.....	79
Graf 30 - Rakovina vaječníků.....	80
Graf 31 - Užívání hormonální léčby.....	81
Graf 32 - Rok zavedení mamografického screeningu	82

Graf 33 - Bezplatný screening – v kolika letech, jak často	83
Graf 34 - Pravidelné docházení na mamograf	84
Graf 35 - Možnost screeningu prsu pro muže	85
Graf 36 - Onemocnění rakovinou – muži	86

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Anatomie prsu.....	10
--------------------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Možné příznaky karcinomu prsu – ženy70

Tabulka 2 - Možné příznaky karcinomu prsu – muži.....71

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Dotazník.....	112
Příloha č. 2 - Leták	116
Příloha č. 3 - Ukázka z instagramového profilu	117

Příloha č. 1 – Dotazník (vlastní tvorba)

Dobrý den,

dovolte, abych se vám touto cestou představila. Jmenuji se Renata Jirásková a jsem studentkou třetího ročníku oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Dotazník, který právě držíte v rukou, je součástí mé bakalářské práce na téma „Zdravotní gramotnost české dospělé populace v problematice rakoviny prsu“. Cílem bakalářské práce je zjištění znalostí dospělých občanů České republiky v otázkách týkajících se rakoviny prsu. Na základě vámi zodpovězených otázek se budeme lépe orientovat v tom, co české populaci dělá v tématu rakoviny prsu potíže a co naopak ne.

Na závěr vás poprosím, kroužkujte otázky **POSTUPNĚ** a na závěr si své odpovědi **ZKONTROLUJTE**. Je důležité, abyste odpovídali pravdivě. Jen na základě pravdivých informací spolu můžeme zlepšit zdravotní gramotnost české populace. Dotazník je zcela anonymní, proto se nemusíte bát nesprávných odpovědí.

Velmi děkuji za Vaši ochotu a čas.

1. Jste:
 - a) Žena
 - b) Muž
2. Kolik je vám let?
.....
3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
(vyberte **JEDNU** možnou odpověď)
 - a) Bez vzdělání/neúplné základní vzdělání
 - b) Základní
 - c) Střední (bez vyučení/s vyučením, bez maturity/s maturitou, odborné/neodborné)
 - d) Vyšší odborné
 - e) Vysokoškolské – bakalářský titul
 - f) Vysokoškolské – magisterský titul, doktorský titul nebo vyšší
4. V současné době jste:
 - a) Studující
 - b) Pracující
 - c) Na mateřské/rodičovské dovolené
 - d) Nepracující
 - e) V důchodu
5. Jaký je váš rodinný stav?
 - a) Svobodná/ý, ale mám partnera/partnerku
 - b) Svobodná/ý a nemám partnera/partnerku
 - c) Vdaná/ženatý
 - d) Rozvedená/rozvedený
 - e) Vdova/vdovec
6. Jste spokojeni se svým zdravotním stavem?
 - a) Ano
 - b) Ne
7. Prosím, označte vždy **JEDNU** odpověď z dané **DVOJICE**.
 - a) Kouřím
 - b) Nekouřím
 - c) Užívám drogy
 - d) Neužívám drogy
 - e) Požívám alkohol
 - f) Nepožívám alkohol
8. Sportujete?
 - a) Ano
 - b) Občas
 - c) Ne

9. Mají muži mléčnou žlázu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

10. Může onemocnět rakovinou prsu muž?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

11. Vyšetřuje lékař vaše prsy?

- a) Ne
- b) Ano

Otázku č. 12 vyplňte pouze v případě, pokud jste v předchozí otázce odpověděli ANO.

12. Který z lékařů vám provádí vyšetření prsů?
.....

13. Provádíte samovyšetření prsů pravidelně každý měsíc?

- a) Ano
- b) Ne

14. Pomáhá vám s vyšetřením prsu partner/partnerka?

- a) Ano
- b) Ne, i když mám partnera/partnerku
- c) Ne, protože nemám partnera/partnerku

15. Myslíte si, že provádíte samovyšetření prsů správně?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Neprovádím samovyšetření prsů

16. Kdo vás naučil samovyšetření prsu?
(vyberte pouze **JEDNU** možnost, která pro vás byla nejpříznivější)

- a) Sám/sama (např. z brožur, z internetu)
- b) Lékař

- c) Člen rodiny nebo partner/partnerka
- d) Organizace (Loono apod.)
- e) Nikdo mě neučil a neprovádím jej
- f) Jiné.....

Otázky č. 17 a 18 vyplňte pouze v případě, pokud někdo z vaší rodiny onemocněl rakovinou prsu.

17. Kdo ve vaší rodině onemocněl rakovinou prsu?

.....
.....

18. Pokud někdo ve vaší rodině onemocněl rakovinou prsu, jste proto sledováni i vy?

- a) Ano
- b) Ne

19. Co patří mezi možné příznaky rakoviny prsu?

(možnost **VÍCEČETNÉ** odpovědi)

- a) Hmatná bulka
- b) Vypadávání vlasů
- c) Migrény
- d) Krvácení z bradavky
- e) Kopřivka po celém těle
- f) Změna tvaru prsu (např. vtáhnutí bradavky)
- g) Ochrnutí dolních končetin
- h) Změna povrchu kůže (pomerančový vzhled, zvrhovatění)
- i) Rýma

20. Jak se rakovina prsu zjišťuje?

(prosím, vypište **VŠECHNY** diagnostické metody, které vás napadnou)

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

21. Jaké znáte možnosti léčby rakoviny prsu?

(prosím, vypište VŠECHNY způsoby léčby rakoviny prsu, které vás napadnou)

.....
.....

22. Znáte nějaké organizace, které se angažují v prevenci rakoviny prsu, nebo které pomáhají nemocným s rakovinou prsu?

(prosím, vypište organizace, pokud některé znáte)

.....
.....

**PŘEJDĚTE PROSÍM NA POSLEDNÍ ČÁST DOTAZNÍKU. VYPLŇTE
ČÁST **PRO ŽENY** NEBO **PRO MUŽE!****

*Následující část vyplňte pouze tehdy, pokud jste **ŽENA**.*

23. V jakém věku jste poprvé menstruovala?
.....
24. Proběhla u vás již menopauza?
a) Ano, ve věku.....
b) Ne
25. Onemocněla jste rakovinou vaječníků?
a) Ano
b) Ne
26. Užíváte nebo jste užívala hormonální léčbu?
(NE HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCI)
a) Ano
b) Ne
27. Od jakého roku je zaveden mamografický screening (=screening rakoviny prsu) v České republice?
a) 1996
b) 2002
c) 2010
28. Od kolika let mají ženy nárok na preventivní mamografický screening v České republice?
A jak často?
a) Od 35 let, 1x za 1 rok
b) Od 40 let, 1x za 2 roky
c) Od 45 let, 1x za 2 roky
d) Od 50 let, 1x za 1 rok
29. Docházíte pravidelně na mamografický screening?
a) Ano
b) Ne, pro nízký věk
c) Ne,
z důvodu.....

*Následující část vyplňte pouze tehdy, pokud jste **MUŽ**.*

30. Pokud by se zavedl preventivní screening prsu pro muže, docházeli byste na toto vyšetření?
a) Ano
b) Ne
31. Prodělali jste nějaké onkologické onemocnění? Případně jaké?
a) Ano,.....
.....
b) Ne
32. Byla součástí vaší terapie hormonální léčba?
a) Ano
b) Ne
c) Nevím

Příloha č. 2 – Leták (vlastní tvorba, archiv autorky)



Příloha č. 3 - Ukázka z instagramového profilu

