

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2010**

**Monika Vytlačilová**

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ**

**ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**INFORMOVANOST ŽEN O PREVENCI  
KARCINOMU PRSU**

**Bakalářská práce**

Autor práce: **Monika Vytlačilová**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková**

2010

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**  
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING

**WOMEN AWARENESS OF BREAST CANCER  
PREVENTION**

**Bachelor's thesis**

Author: **Monika Vytlačilová**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková**

2010

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

V Hradci Králové .....  
(podpis)

**Poděkování:**

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Mgr. Evě Vachkové za odborné vedení mé práce a čas, který mi věnovala. Dále bych ráda poděkovala MUDr. Karlu Dohnalovi za odborné rady, které mi pomohly k dokončení práce.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>CÍLE PRÁCE</b> .....	<b>10</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE PRSNÍ ŽLÁZY</b> .....	<b>12</b>
<b>2 KARCINOM PRSU</b> .....	<b>13</b>
2.1 ROZDĚLENÍ KARCINOMU PRSU .....	13
2.1.1 <i>Skupiny karcinomu prsu</i> .....	13
2.1.2 <i>Histologická klasifikace</i> .....	17
2.1.3 <i>T, N, M kategorie</i> .....	17
2.1.4 <i>Klinická stádia karcinomu prsu (staging)</i> .....	18
2.2 SYMPTOMY KARCINOMU PRSU .....	18
2.3 DIAGNOSTIKA KARCINOMU PRSU .....	19
2.3.1 <i>Fyzikální vyšetření prsu</i> .....	19
2.3.2 <i>Neinvazivní vyšetřovací metody</i> .....	20
2.3.3 <i>Invazivní vyšetřovací metody</i> .....	21
2.4 LÉČBA KARCINOMU PRSU.....	22
2.4.1 <i>Chirurgická léčba karcinomu prsu</i> .....	22
2.4.2 <i>Radioterapie</i> .....	23
2.4.3 <i>Systémová chemoterapie</i> .....	24
2.4.4 <i>Hormonální terapie</i> .....	25
2.4.5 <i>Biologická léčba</i> .....	25
2.5 PROGNOZA KARCINOMU PRSU.....	26
2.6 RIZIKOVÉ A PROTEKTIVNÍ FAKTORY KARCINOMU PRSU .....	26
<b>3 PREVENCE</b> .....	<b>31</b>
3.1 ROZDĚLENÍ PREVENCE DLE ÚČASTI.....	31
3.2 ROZDĚLENÍ PREVENCE DLE ČASU .....	31
3.3 ROLE SESTRY V PREVENCI .....	32
3.4 MOŽNOSTI PREVENCE KARCINOMU PRSU .....	32
3.4.1 <i>Mamografický screening</i> .....	33

3.4.2	<i>Selfmonitoring prsu</i> .....	34
<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....		<b>35</b>
<b>4</b>	<b>VÝZKUM</b> .....	<b>36</b>
4.1	CÍLE VÝZKUMU .....	36
4.2	METODA VÝZKUMU .....	36
4.3	ZKOUMANÝ VZOREK.....	37
4.4	ANALÝZA DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ .....	38
4.4.1	<i>Anamnestické údaje</i> .....	38
4.4.2	<i>Preventivní prohlídky</i> .....	41
4.4.3	<i>Selfmonitoring prsu</i> .....	47
4.4.4	<i>Mamologický screening</i> .....	53
4.4.5	<i>Rizikové faktory vzniku karcinomu prsu</i> .....	57
4.4.6	<i>Informovanost žen</i> .....	58
<b>5</b>	<b>DISKUZE</b> .....	<b>61</b>
5.1	DISKUZE K ČÁSTI - „ANAMNESTICKÉ ÚDAJE“ .....	61
5.2	DISKUZE K ČÁSTI – „PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY“ .....	62
5.3	DISKUZE K ČÁSTI – „SELFMONITORING PRSU“ .....	63
5.4	DISKUZE K ČÁSTI – „MAMOLOGICKÝ SCREENING“ .....	64
5.5	DISKUZE K ČÁSTI – „RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU KARCINOMU PRSU“ .....	65
5.6	DISKUZE K ČÁSTI – „INFORMOVANOST ŽEN“ .....	66
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>67</b>
<b>ANOTACE</b> .....		<b>69</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....		<b>70</b>
<b>POUŽITÉ ZDROJE</b> .....		<b>71</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....		<b>75</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....		<b>76</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....		<b>77</b>
<b>PŘÍLOHY</b> .....		<b>78</b>

## ÚVOD

Toto téma jsem si vybrala, z toho důvodu, že se s takto nemocnými ženami setkávám a pečuji o ně v rámci své práce na chirurgickém oddělení kde pracuji. Bohužel se s nimi setkávám i v blízkém okolí mezi přáteli a známými. Chtěla bych se ve své práci dozvědět, jaká je informovanost žen o screeningových vyšetřeních, jestli je znají a jestli provádějí samovyšetřování prsu. Zda mají zájem podílet se na vlastní prevenci, jakou formou a od koho by se rády dozvěděly další informace o prevenci karcinomu prsu.

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným onemocněním žen. Tvoří téměř 20 % ze všech maligních onemocnění žen. Jeho incidence neustále stoupá a postihuje přibližně 6 % ženské populace. V ČR dle údajů ÚZIS je v současnosti výskyt karcinomu prsu 105,5/100 000 žen. Ročně je hlášeno 5 000 nových případů. V roce 1989 bylo hlášeno 3554 nových onemocnění u žen, v roce 1998 to bylo 4624 žen a v roce 2005 to již bylo 5 533 , což bylo 105,2/100 000 žen. To znamená, že počet nově zjištěných onemocnění stále roste. V USA je incidence 90-100/100 000 žen, v Evropě 50-70/100 000 žen, v Japonsku 15-30/100 000 žen. (tabulka viz příloha č. 4)

Incidence vzniku karcinomu prsu se zvyšuje s věkem. Prakticky se nevyskytuje u žen pod 20 let a její výskyt je velmi řídký do 30 let. V roce 2004-2005 bylo zjištěno u žen ve věku 20-34 let 86 nádorů ročně, což je 7,2/100 000 žen. Nejčastěji jsou postiženy ženy ve věku 50-55 let a další vrchol onemocnění je mezi 65-70 rokem života ženy. (graf viz příloha č.3) (Abrahámová, 2003; Skovajsová, online)

Od zahájení plošného screeningového programu se očekával pokles incidence vyšších klinických stádií a současně nárůst klinického stadia I a II, které mají příznivější prognózu, ale i větší šanci na úplné vyléčení. Ale i přes veškerá opatření včetně zdravotnické osvěty je počet zjištěných onemocnění ve stadiu III a IV stále vysoký. Diagnóza těchto pokročilých stádií nečiní zpravidla obtíže, ale pro ženu to bývá bohužel pozdě. Léčba těchto stádií je velice ekonomicky nákladná a přes veškerý pokrok v terapii je prognóza nejistá. (graf viz příloha č. 5)

Nejčastěji jsou postiženy laterální horní kvadrant a centrální, retroareolární oblasti. Ve zbývajících třech kvadrantech výskyt nádoru postupně klesá. (Adam, 2002)  
Závažnost se zvyšuje s posunem nemoci do mladších věkových kategorií a přitom by se dalo účinnou prevencí až jedné třetině předejít.



Prevence nádorových onemocnění by měla být zaměřená na informovanost veřejnosti o rizikových faktorech, možnostech předcházení a včasném záchytu onemocnění. V dnešní době je spousta kampaní, reklam a edukačních materiálů o karcinomu prsu, ale ne vždy uspokojivé povědomí o účinné prevenci svědčí o tom, že určitým způsobem selhávají. Jde o to, jak je lidé vnímají a jak se snaží podle nich řídit. Je třeba zpětné vazby, která by zjistila, zda na kampaně byl kladný ohlas a které z nich měly největší výchovný efekt. Změnit zdravotní uvědomění obyvatelstva a klást důraz na vyšší osobní zodpovědnost za své zdraví je běh na dlouhou trať. Proto si myslím, že je důležité začít se seznámením s možnostmi preventivních opatření co nejdříve, již u dospívajících dívek, aby se zlepšily výsledky informovanosti.

# CÍLE PRÁCE

Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a empirické.

## **Cíle teoretické části :**

- Seznámit s anatomíí a fyziologií prsu
- Seznámit s druhy karcinomu prsu, s diagnostikou a léčbou
- Objasnit rizikové faktory vzniku karcinomu prsu
- Představit možnosti prevence karcinomu prsu
- Prezentovat epidemiologii karcinomu prsu

## **Cíle empirické části :**

- Zjistit zájem o vlastní prevenci
- Zjistit znalost samovyšetřování prsu
- Zmapovat znalosti o mamologického screeningu
- Zjistit znalost rizikových faktorů pro karcinom prsu

## **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE PRSNÍ ŽLÁZY

Prs se prostírá od 3. do 6. žebra, od čáry parasternální do přední čáry axilární. Velikost je individuální. Na prsu rozeznáváme kožní plášť, tukový plášť a mléčnou žlázu. Na vrcholu prsu je dvorec, okrouhlý, o průměru 3-5 cm. Uprostřed dvorce je bradavka prsní, na vrcholu bradavky jsou vývody mléčné žlázy. Mléčná žláza je tvořena 15-20 laloky, obalenými tukovou tkání. Cévní zásobení vnitřních kvadrantů je z je arteria mammaria interna, zevní kvadranty jsou zásobeny z arteria mammarie externa a kraniální části prsu jsou zásobeny z větve arteria axillaris. Žilní odtok je sítí, kde větší kmeny korespondují s arteriemi. Nervové zásobení pochází ze druhého až šestého interkostálního nervu, vegetativní nervová vlákna jsou podél krevních cév. Mízní cévy vedou mizu z prsu do mízních uzlin uložených podél hrudní kosti, v mezižebří, nadkličku a v podpažní jamce.

Mléčná žláza se zakládá v embrionálním období na tzv. mléčné liště. Pro embrionální a fetální vývoj je zapotřebí komplexního účinku ovariálních a steroidních hormonů a prolaktinu. Z tzv. růstových hormonů je důležitý inzulin, hormony štítné žlázy a kortikoidy. V pubertě mají největší vliv na vývoj prsu estrogeny, které jsou odpovědné za růst vlastní hmoty prsu, vlivem progesteronu dochází k dukto-lobulárnímu vývoji. Růst vlastní hmoty bývá ukončen kolem 16. roku života ženy. Mezi 15. až 25. Rokem dochází k větvení terminálních malých ductů. Po 35. roce života začínají převládat involuční procesy.

Funkcí mléčné žlázy je tvorba mléka pro výživu kojence. Mléko se tvoří v acinech. Mléko z acinů prochází postupně rozšiřujícími se vývody až do mlékovodů, ty jsou uloženy v bradavce. Každý mlékovod se vakovitě rozšiřuje v mléčný sinus, ve kterém se mléko během kojení hromadí. (Marieb, 2005; Strnad, 2001; Pavlišta, 2008)

## **2 KARCINOM PRSU**

### **2.1 Rozdělení karcinomu prsu**

Karcinom prsu je způsoben změnou vlastností genetického materiálu somatických buněk, která má za následek deregulaci buněčného růstu a normálního vývoje tkáně. Jedná se o proces. Karcinom vzniká pravděpodobně z jedné buňky, která se adaptuje na prostředí, získává oproti normálním buňkám růstovou výhodu a růst se vymyká kontrole, napadají okolní tkáň a mají také schopnost vycestovat různým způsobem (např. krví, mízou) do jiných tkání a vytvářet tam nová ložiska, tzv. metastázy. (Konopásek, 2004)

#### **2.1.1 Skupiny karcinomu prsu**

##### **A) Karcinomy in situ**

###### **❖ Duktální karcinom in situ**

Manifestuje se hmatnou rezistencí a výtokem z bradavky. Jeho incidence byla velmi nízká, tvořil okolo 2 % všech malignit. Zavedením mamografie stoupla incidence na 15 – 30 % všech malignit. V mamografii se projevuje shlukem mikrokalcifikací. Nahrazuje duktální epitel nádorovým růstem, který zachovává hranice duktálních struktur.

###### **❖ Lobulární karcinom in situ**

Lobulární karcinom in situ je téměř vždy lézí asymptomatickou. Bývá náhodným nálezem v biopsii provedené z jiných důvodů. Mikroskopicky je charakterizován proliferací malých kulatých buněk, které jsou větší než epitelové buňky lemující terminální dukty. Buňky bývají typicky estrogen-receptor-pozitivní. (Strnad, 2001)

##### **B) Invazivní karcinomy prsu**

Invazivní karcinomy prsu lze rozdělit do několika skupin:

### ❖ **Duktální karcinom**

Je nejčastější skupinou z invazivních karcinomů prsu, vyskytuje se asi v 70-85 % nádoru prsu. Do této skupiny můžeme zařadit duktální karcinom s fibrózou, skirhotický a prostý karcinom. Makroskopicky tvoří špatně ohraničenou formaci, jejíž konzistence závisí na množství fibrózní tkáň. Velikost kolísá od několika milimetrů po infiltraci celého prsu. Mikroskopicky se vyskytují velké rozdíly v buněčnosti nádoru, v diferenciaci nádorových buněk a v přítomnosti zánětlivé infiltrace. Duktální karcinom metastazuje především do kostí, parenchymatózních orgánů a kostí. (Adam, 2002; Strnad, 2001)

### ❖ **Lobulární karcinom**

Tvoří formaci, která je jen o něco tužší než okolní tkáň, nemá jasné ohraničení a makroskopicky nejsou vidět abnormality, jako je nekróza, cysty, hemoragie. Nejčastěji se vyskytuje v horním zevním kvadrantu prsu. Nádor neobsahuje kalcifikace, jeho velikost kolísá od několika milimetrů až po infiltraci celého prsu. Má tendenci tvořit mnohočetné fokusy. To vše činí velmi obtížnou diagnostiku. Tvoří 10-14 % všech invazivních karcinomů. Nejčastěji se vyskytuje mezi 45-56 rokem věku ženy. Buňky obsahují v 50-90 % estrogenové receptory. Nádorové buňky jsou uspořádány v řadě, lineárně, nebo terčovitě okolo lobulárních jednotek a duktů a infiltrují difúzně okolní parenchym prsu. Metastazuje do CNS, na serózní povrchy a do retroperitonea. Prognóza a pravděpodobnost metastáz je podobná jako u karcinomu duktálního. (Adam, 2002; Strnad, 2001)

### ❖ **Tubulární karcinom**

Je tvořen neoplastickými elementy, které napodobují normální duktální systém. Většinou bývá dobře diferenciovaný. Stroma tumoru je buněčné s převahou fibroblastů. V 50 % jsou přítomné kalcifikace. Tyto karcinomy bývají malé, velikost kolísá 0,2-4 cm. Makroskopicky je tuhý, špatně ohraničený, na řezu šedobílý. Tvoří přibližně 2 % všech invazivních karcinomů. Často se vyskytuje u žen mezi 44-49 let. Má velmi dobrou prognózu, pokud je tvořen elementy nejméně v 75 % nebo při velikosti do 1 cm. (Strnad, 2001)

### ❖ **Medulární karcinom**

Bývá prognosticky příznivý. Tvoří dobře ohraničenou formaci, která makroskopicky může být zaměněna za fibroadenom. Průměrná velikost se pohybuje mezi 2-3 cm. Bývá měkčí než ostatní nádory prsu, na řezu je světle šedý až šedý, někdy se vyskytují ložiska nekrózy či hemoragie, která jsou žlutá nebo tmavočervená. Procento výskytu je menší než 10 a častěji se vyskytuje u mladších žen mezi 46-54 rokem věku. Rychlost růstu tohoto karcinomu je jednou z nejrychlejších. Nádorové buňky obsahují hormonální receptory. Hlavní charakteristikou je stromální infiltrace leukocyty a absence nádorové fibrózy. Často postihují okolní lobuly. Prognóza je velmi dobrá u malých nádorů bez postižení uzliny. Pokud nesplňuje všechna kritéria pro modulární nádor, pak je klasifikován jako atypický medulární karcinom, který mívá horší prognózu. (Strnad, 2001)

### ❖ **Mucinózní karcinom**

Tvoří 1-6 % všech invazivních karcinomů. Nádor je měkký, na řezu naředlý. Není opouzdřen, avšak bývá dobře ohraničený. Jeho velikost kolísá od 1 cm do velikosti zabírající celý prs. Vyskytuje se častěji ve vyšším věku, u mladých žen je vzácný. Nádorové buňky rostou plošně s fibrovaskulárním stromatem. Nádor je ohraničený membránou, obsahuje v průměru 60 % buněk s hormonálními receptory, má nízkou frekvenci mitóz, roste pomaleji a pozdě metastazuje. Čistý mucinózní nádor má dobrou prognózu a téměř vždy desetileté přežití. (Adam, 2002; Strnad, 2001)

### ❖ **Papilární karcinom**

Tvoří 0,3-3 % všech karcinomů prsu. Vyskytuje se většinou v postmenopauzálním období, jeho průměrná velikost je 2,5-4,5 cm a vykazuje expanzivní vzorec růstu. Makroskopicky jsou tyto nádory dobře ohraničené, na řezu tmavě hnědé nebo hemoragické, velké nádory bývají cystické. Nádory se vyskytují převážně po menopauze a cystická forma většinou mezi 63-67 rokem věku. Bývá přítomen výtok z bradavky. Roste podle papilárního růstového vzorce, s krátkými a dlouhými výběžky. Prognóza je velmi dobrá. (Strnad, 2001)

## **Speciální typy karcinomů**

### **❖ Pagetův karcinom**

Je typický svěděním, pálením bradavky, nebo povrchní erozí či ulcerací. Představuje přibližně 1 % všech karcinomů prsu. Mikroskopicky je charakterizován přítomností tzv. Pagetových buněk, což jsou velké buňky s hojnou cytoplazmou a velkým jádrem, které infiltrují epitel bradavky. Nádor je často diagnostikován a léčen jako dermatitida nebo infekce, což vede ke zpoždění diagnózy. Pokud je omezen pouze na bradavku, jeho prognóza bývá dobrá a desetileté přežití se pohybuje okolo 90 %, avšak při expanzi nádorové hmoty klesá přežití na 40 %.

### **❖ Inflamatorní (zánětlivý) karcinom**

Představuje nejmalignější typ nádoru. Tvoří 3 % všech karcinomů prsu a vyskytuje se převážně u žen po menopauze. Klinicky je charakterizován zvětšením, bolestivostí a erytémem, edémem kůže prsu a lokálním zvýšením teploty. Nádor difúzně infiltruje celý prs a na mamografii je popisováno pouze zesílení kůže. Mikroskopicky se jedná o variantu duktálního karcinomu, který je nediferenciovaný a šíří se převážně lymfatickými cévami. Při diagnostice už bývají téměř vždy přítomny metastázy v regionálních lymfatických uzlinách. Prognóza je velmi špatná, i přes pokrok v chemoterapii a radioterapii přežívá pět let pouze 30 % pacientek. (Strnad, 2001)

## **Vzácné typy karcinomů**

### **❖ Metaplastický karcinom**

Většina vzniká ze žláзовého epitelu, jedná se o adenokarcinomy. V důsledku vývoje vzniká několik typů, např. Skvamózní karcinom (vzácný), Pseudosarkomatózní karcinom, Apokrinní karcinom (z apokrinních žláz v axile)

### **❖ Sekreční karcinom**

Je velmi vzácným maligním nádorem prsu dětí. Vyskytuje se v průměru okolo 9. roku věku. Bývá jako dobře ohraničená nebolestivá rezistence, podobný fibroadenom. Velikost se pohybuje mezi 1-12 cm. Prognóza závisí na věku a na velikosti nádoru. Při velikosti do 2 cm a při nízkém věku má prognózu dobrou,



u starších žen se musí řešit radikální léčbou, protože má vysokou frekvenci metastáz do axily. (Strnad, 2001)

#### ❖ **Metastatický karcinom prsu**

Nejčastějším primárním karcinomem metastazujícím do prsu je karcinom plic, dále maligní melanom, karcinom děložního hrdla, močového měchýře, ovárií a žaludku. Frekvence metastáz je nízká. (Strnad, 2001)

### **2.1.2 Histologická klasifikace**

- 1) Premaligní změny** – karcinom může vzniknout i na pokladě benigních změn, patří sem duktální hyperplazie, lobulární hyperplazie
- 2) Maligní neinvazivní změny** – duktální karcinom in situ a lobulární karcinom in situ
- 3) Maligní invazivní nádory** – dělíme na duktální (84 %), lobulární (15 %), nezařaditelné (1 %). (Adam, 2002)

### **2.1.3 T, N, M kategorie**

- 1) Stanovení kategorie T** – jde o popis primárního tumoru. Předoperační klinické stanovení velikosti primárního nádoru vychází z palpačního nálezu a zobrazovacích metod. O skutečném makroskopickém nálezu nás informuje operační protokol, který by měl obsahovat informace o velikosti nádoru, o jeho umístění a vztahu k okolí. Další informace o velikosti a vztahu k okolí zjistí patolog.
- 2) Stanovení kategorie N** – jedná se o popis regionálních uzlin. Regionální axilární uzliny mohou být postiženy metastázami, mohou být hmatné, důležité je je stanovit jejich velikost a vztah k okolí (pohyblivost, fixaci). Vyšetřují se palpačně a pomocí ultrazvukového vyšetření. Počet a umístění určí chirurg, patolog zjistí kolik uzlin bylo postiženo metastázami.

- 3) Stanovení kategorie M** – jde o stanovení vzdálených metastáz. Pro vyloučení nebo potvrzení se provádí další vyšetření a tím dochází ke kompletizaci stagingu. (Vorlíček, 2006; Adam, 2002)

#### **2.1.4 Klinická stádia karcinomu prsu (staging)**

Metoda a rozsah léčby maligního onemocnění prsu závisí na jeho rozsahu. Ke stanovení klinického stádia se používá TNM klasifikace, kdy:

- 1) stadium 0** – T - carcinom in situ, N - negativní, M - negativní
- 2) stadium I** – T - nádor o průměru 2 cm nebo menší, N - negativní, M - negativní
- 3) stadium II A** – T - nádor do průměru 5 cm, N – metastázy v axilárních pohyblivých uzlinách, M – negativní
- 4) stadium II B** – T – nádor o průměru 2 – 5 cm nebo větší, N - metastázy v axilárních pohyblivých uzlinách, M – negativní
- 5) stadium III A** – T - nádor o průměru 2 – 5 cm nebo větší, N – metastázy v axilárních pohyblivých nebo fixovaných uzlinách, M – negativní
- 6) stadium III B** – T – nádor jakékoliv velikosti, prorůstající do kůže nebo hrudní stěny, N – metastázy se mohou vyskytovat v axilárních pohyblivých nebo fixovaných uzlinách, mohou být též v uzlinách podél artheria mammaria interna, M – negativní
- 7) stadium IV** - T - nádor jakékoliv velikosti, prorůstající do kůže nebo hrudní stěny, N – metastázy se mohou vyskytovat v axilárních pohyblivých nebo fixovaných uzlinách, mohou být též v uzlinách podél artheria mammaria interna, M – přítomny vzdálené metastázy (Adam, 2010)

## **2.2 Symptomy karcinomu prsu**

Základní příznaky onemocnění se zjistí při samovyšetřování prsu, které by mělo být součástí osobní hygieny. Výskyt jednoho nebo více z následujících příznaků by měl vést k podrobnému vyšetření odborníkem.

- 1) změna velikosti a tvaru prsu
- 2) retrakce bradavky nebo kůže
- 3) edém kůže, erytém kůže
- 4) asymetrie, ulcerace nebo ekzém bradavky
- 5) výtok z bradavky
- 6) bolest prsu
- 7) hmatná rezistence v prsu nebo axile, která tam dříve nebyla (Adam, 2002)

## **2.3 Diagnostika karcinomu prsu**

### **2.3.1 Fyzikální vyšetření prsu**

#### **Aspekce**

Jde o vyšetření prsu pohledem. Provádí se zpravidla vsedě s rukama spuštěnými podél těla nebo s jednou horní končetinou za hlavou a druhou v bok. Všímáme si bradavek, zda není výtok, případně jeho charakteru, zda není oploštělá či vpáčená. Dále si všímáme edému kůže, abnormální cévní kresby, retrakce kůže nad nádorem.

#### **Palpace**

Palpačním vyšetřením prsu je možno odhalit až 50 % nádorů o velikosti 6-10 mm. K správnému provedení techniky palpce se užívá dvou prstů jedné ruky a postupuje se systematicky od periférie směrem k bradavce po jednotlivých kvadrantech. Vyšetří se také axila a podklíčková oblast. Ke konci palpce se provede pokus o expresi sekretu z bradavky. V případě zjištění abnormality se hodnotí lokalizace, tvar, ohraničení, konzistence, pohyblivost, zvětšení uzlin, jejich počet, velikost a pohyblivost, eventuelně fixace. (Abrahámová; 2003, Jandík, 2005)

## 2.3.2 Neinvazivní vyšetřovací metody

### Mamografie

Mamografické vyšetření prsní žlázy je rentgenologické vyšetření měkkým zářením. Lze ji provést filmovou nebo digitální technikou. Prs se zobrazuje ve dvou projekcích, v axiální a šikmé. Je důležitá jak v prevenci u bezpříznakových žen, s cílem vyhledat nehmavné změny a co nejdříve zahájit léčbu, tak i zhodnotit hmatné ložisko ve vztahu k okolí. V mamografickém obraze se hodnotí stín žlázy, patologická ložiska a uzliny. Při vyšetření je prs stlačen poměrně velkou silou, což je důležité k minimalizaci rozptýleného záření, k eliminaci pohybových artefaktů a ke zmenšení sumace jednotlivých struktur. Mamografie je indikována u žen starších 35 let při hmatné lézi a dále je využívána u bezpříznakových žen starších 45 let k tzv. screeningu. Vlastní mamografické vyšetření je řadě žen nepříjemné, působí určitý diskomfort až bolest, velice záleží na zkušenosti a dovednosti obsluhujícího personálu. Dříve se velmi diskutovalo radiační riziko mamografie. Riziko je nejvyšší během menarché a během gravidity. Mimo tato časová období je senzitivita prsní tkáně velmi nízká a jsou i nízké dávky záření moderních mamografů, takže pokud vůbec nějaké riziko existuje, je tak malé, že plně vyváží benefit screeningu.

Modifikací mamografie je **Duktografie**, při které se zavádí malé množství jodové látky do mlékovodu a následuje mamografické vyšetření. (Konopásek, 2004; Abrahámová, 2003; Adam, 2002)

### Ultrazvukové vyšetření

Využívá se především u mladších žen do 35 let, v graviditě a při laktaci, kdy je mléčná žláza mamograficky nepřehledná. Dále se využívá u starších žen jako doplňující vyšetření a dále při hodnocení pooperačních změn. Jedná se u jednoduché, nebolestivé, spolehlivé vyšetření, které nemá nežádoucí účinky. Je založeno na principu odrazu ultrazvuku od rozhraní tkání s rozdílnou akustickou impendencí.

### Magnetická rezonance

Toto vyšetření se stává dostupnější metodou a jeho indikace se rozšiřují. MR je vhodná k odlišení jizvy od karcinomu, reziduálního tumoru ve fibróze po ozáření

a podobně. Poskytuje nám informace nejen morfologické, ale i funkční. Umožní detekci i mamograficky, sonograficky i palpačně skrytou lézi, vyžaduje však aplikaci kontrastní látky. (Pavlišta, 2008)

### **Nádorové markery**

V současnosti existuje několik tzv. nádorových markerů souvisejících s karcinomem mléčné žlázy. Mezi nejčastěji sledované patří karcinoembryonální antigen (CEA) a CA 15-3. CEA se vyskytuje ve 40-50 % případů s přítomností vzdálených metastáz. Marker CA 15-3 může být zvýšen i v případě lokálního onemocnění. (Adam, 2002)

### **2.3.3 Invazivní vyšetřovací metody**

Jsou nedílnou součástí úplné a kvalitní diagnostiky prsní žlázy. Odběrové jehly jsou zaváděny pod kontrolou ultrazvukovou nebo mamografickou.

#### **Aspirace tenkou jehlou (Fine needle aspiration)**

Využívá se zejména k odsávání cyst a abscesů, kde nahrazuje chirurgický výkon. Po aspiraci tkáňového moku z podezřelé léze jehlou se provede nátěr na sklo a patolog vyhodnotí, zda jedná o patologickou lézi.

#### **Punkční biopsie (Core cut biopsie)**

Punkční jehlou se získá váleček tkáně, který je podroben běžnému, ale i histopatologickému vyhodnocení. Metoda v některých případech nahradí peroperační hodnocení tkáně, pro pacienta je toto vyšetření přijatelnější s významným ziskem informací a snižují se tím počty diagnostických operačních výkonů. (Adam, 2002)

## **2.4 Léčba karcinomu prsu**

### **2.4.1 Chirurgická léčba karcinomu prsu**

Dříve byla léčba invazivního karcinomu prsu doménou chirurgie, nyní je součástí komplexní léčby s kurativním cílem.

#### **Modifikovaná radikální mastektomie**

Zahrnuje různé chirurgické postupy mající za cíl kompletně odstranit prs a pectorální fascii. Původní Halstedova radikální mastektomie, při níž se odstraňoval i pectorální sval se již prakticky neprovádí, protože nebyl prokázán přínos odstranění svalu, pokud není prorůstání nádoru do svalu zřetelné. Každá kurativní operace by měla být prováděna s vynětím axilárních uzlin, neprovádí se pouze u řešení karcinomu in situ. (Ferko, 2002)

#### **Prs záchovná operace**

Jde o operaci, kdy se odstraní nádor, ale prs zůstane zachován. V poslední době se tato operace dostává do popředí. Nejprve to bylo z důvodů kosmeticko-psychologických, ale studie prokazují, že prs záchovná operace spojená s adjuvantní radioterapií jsou u lokalizovaných stádií rovnocenné radikálním ablačním výkonům. Disekce axily je v tomto případě nedílnou součástí. Podmínkou této operace je mikroskopické vyšetření okrajů preparátu na přítomnost nádorových buněk, nejlépe per operačně. Lůžko tumoru se označí klipy, aby tam mohla být cílená radioterapie. (Pavlišta, 2008)

Mezi absolutní kontraindikace patří: těhotenství, více nádorů v různých kvadrantech, difúzní mikrokalcifikace, radioterapie prsu v minulosti, přání pacientky.

Mezi relativní kontraindikace patří: poměr nádoru k prsu, nádor lokalizován pod bradavkou. (Adam, 2002)

Nádor posíláme na histologické vyšetření, od patologa se vyžaduje určení velikosti primárního tumoru, stanovení přítomnosti hormonálních receptorů, počtu infiltrovaných uzlin ze spádové lymfatické oblasti axily a stanovení přítomnosti exprese c-erb proteinu (HER2/neu). Všechny tyto údaje představují standardní prognostické faktory, ověřené řadou klinických studií, na jejichž základě plánujeme strategii adjuvantní léčby. (Kubáčková, Prauzová, 2004)

### **Biopsie sentinelové uzliny**

Miniinvazivní postupy se dostávají do všech oblastí chirurgie, výjimkou není ani chirurgické léčení prsu. U klinicky negativních uzlin biopsie sentinelové uzliny může nahradit disekci axilárních uzlin. Sentinelová uzlina, je první spádová uzlina, která drénuje nádor a tak se předpokládá, že je to první místo, kam nádor bude metastazovat. U rakoviny prsu se obvykle nachází v axile, v malém procentu se může vyskytnout kdekoliv v lymfatickém řečišti prsu. Pokud se v ní nevyskytnou maligní buňky, je disekce axily při chirurgickém výkonu nadbytečná. K identifikaci sentinelové uzliny lze používat patentovou modř, radiokoloid nebo kombinace obou. Zavádění této metody do praxe je obtížné, nezbytnou podmínkou je technické vybavení chirurgického pracoviště a u nás ji používá jen několik specializovaných pracovišť. (Pavlišta, 2008; Rob, 2002)

### **Úloha sestry při chirurgické léčbě**

Důležitá je efektivní komunikace s pacientkou. Ke stresu ze zjištěné diagnózy se ještě přidávají obavy z chirurgického výkonu. Plánovaný výkon je třeba vysvětlovat trpělivě, srozumitelně, v případě potřeby opakovat a vysvětlit všechny slova a fráze, poskytnout prostor na kladení dotazů. Dále musí sestra zajistit všeobecnou předoperační přípravu. Po operaci sleduje vitální funkce, zajistí analgetickou léčbu, pečuje o operační ránu. Co nejdříve mobilizuje pacientku, provádí dechové cvičení a vysvětlí nutnost pooperační rehabilitace horní končetiny.

## **2.4.2 Radioterapie**

Radioterapie je léčba zářením. Jedná se o léčbu lokální, využívající vysokou energii radioaktivního záření. Hlavním účelem této léčby je zabránění množení nádorových buněk a tím zastavení růstu nádoru. (Repková, 2008)

### **Radioterapie adjuvantní**

Radioterapie na oblast primárního nádoru. Po záchovných operacích je to nedílná součást operace. Dále se provádí po ablacích na stěnu hrudní při infiltraci chirurgických okrajů po provedené ablaci, v případě nádoru T3 a výše.

Radioterapie na oblast svodné lymfatické oblasti se provádí při pozitivních axilárních uzlinách.

### **Radioterapie paliativní**

Přístupuje se k ní v případě inoperabilního nádoru, je směřovaná vždy na oblast prsu a svodné lymfatické oblasti. Dále v případě lokoregionální recidivy a u metastatického onemocnění. (Pavlišta, 2008)

## **2.4.3 Systémová chemoterapie**

Chemoterapie je nitrožilní podávání toxických látek, které zabraňují dělení buněk.

### **Neoadjuvantní chemoterapie**

Podává se o primárně neoperabilních tumorů, u tumorů větších 5 cm a inflamatorních tumorů kde se kombinuje s chirurgickou léčbou a radioterapií. V klinických i preklinických studiích se ukázalo, že dochází ke zmenšení nádoru a tím se stává operabilní. U velkých nádorů může dojít ke zmenšení, které umožní prs zachovnou operaci, což je významný psychický faktor.

### **Adjuvantní chemoterapie**

Podává se u pacientek po operaci, kde je vysoké riziko metastáz, byl prokázán i přínos u některých skupin pacientek bez postižení regionálních uzlin. U premenopauzálních pacientek s průkazem maligních buněk v uzlinách bylo prokázáno, že snižuje počet recidiv a prodlužuje medián přežití. Aplikuje se v několika cyklech buď v mono nebo kombinaci cytostatik. (Pavlišta, 2008; Adam, 2002)

### **Úloha sestry při chemoterapii**

Na sestry, které ošetřují pacienty léčené chemoterapií, jsou kladeny velké nároky jak odborné tak i psychosociální. Důležitá je komunikace s pacientem a jeho rodinnými příslušníky. Musí zvládnout získat informace od pacienta, které povedou ke stanovení ošetřovatelských diagnóz, pomocí kterých budou uspokojovány potřeby pacienta. Sestra podává pacientovi ústní i písemné informace o léčbě chemoterapií, o intervalech,



o vedlejších účincích. Musí být připravena zodpovědět pacientovi dotazy a umět povzbudit a psychicky podpořit pacienta a jeho blízké. Efektivní komunikace tlumí strach, úzkost, bolet a zlepšuje spolupráci s pacientem. Dále musí znát zásady zacházení s cytostatickými léčivými, působení cytostatik a nežádoucí účinky chemoterapie. Pečuje o venózní vstupy s cílem zajistit maximální délku používání a zabránit infekčním komplikacím. (Vorlíček, 2006; Suberová, 2008; Navrátilová, 2006)

#### **2.4.4 Hormonální terapie**

Účinnost hormonální terapie je podmíněna existencí hormonálních receptorů. Expres hormonálních receptorů nádorovými buňkami umožňuje ovlivnění růstu nádoru tím, že se odstraní jejich růstový faktor – estrogenu. Možnost eliminace účinku estrogenů jsou **Ablativní léčba**, kdy dochází k vyřazení z funkce ovárií, což se provádí buď chirurgicky, radiačně nebo farmakologicky. **Kompetitivní léčba**, což je léčba antiestrogeny, která spočívá v obsazení receptorů pro estrogenu, čímž znemožní jejich účinek. Nejčastěji používaný lék je Tamoxifen. **Inhibiční léčba** při které dochází k bloádě biosyntézy estrogenů a **Aditivní léčba**, která spočívá v podávání farmakologických dávek gestagenů a androgenů. Hormonální léčba ve srovnání s chemoterapií má méně nežádoucích účinků. (Pavlišta, 2008; Adam, 2002)

#### **2.4.5 Biologická léčba**

Biologická léčba pomáhá buňkám vlastního organismu rozpoznat a ničit nádorové buňky. V případě nádoru prsu se používá lék Trastuzumab, což je vlastně protilátka, která blokuje funkci bílkoviny HER2. Lék má smysl podávat pouze u žen, které mají v nádoru laboratorně prokázanou tuto bílkovinu. Tento lék, který je získáván z buněk ovárií křečků, je podáván sám nebo se přidává k chemoterapii a prodlužuje se tak čas dogrese a doba celkového přežívání pacientek. (Palácová, 2008)

## 2.5 Prognóza karcinomu prsu

Prognóza karcinomu prsu je závislá na stadiu onemocnění. Je velmi dobrá pro stadium I, kde pětileté přežití dosahuje 85 %. V případě druhého stádia klesá pětileté přežití na 75 %, u třetího stádia je méně než 50 % a pro čtvrté stádium je to méně než 20 %. Nejdůležitějším faktorem se zdá býti stav uzlin. Velmi dobře o prognóze vypovídá kombinace velikosti nádoru, stupeň a stav uzlin. (McLatchie, 2002)

## 2.6 Rizikové a protektivní faktory karcinomu prsu

Rizikovými faktory rozumíme události v životě ženy, které zvyšují pravděpodobnost vzniku onemocnění. Jejich rozpoznání nám umožňuje formulaci zásad prevence a zároveň můžeme vymežit skupinu žen se zvýšeným rizikem.

### 1) Faktory osobní anamnézy

**Věk** – jde o hlavní rizikový faktor vzniku onemocnění. Nejčastější výskyt je mezi 50 – 60 rokem věku ženy a jen vyjímečně se karcinom prsu vyskytuje před 20 rokem věku. Při vývoji karcinomu prsu hraje podstatnou roli oxidační poškození buněčné DNA způsobené degenerativními procesy stárnutí. S věkem klesá funkce buněčného dělení, avšak paradoxně stoupá výskyt karcinomů. (Abrahámová, 2003; National Cancer Institute, online)

**Rasa** – riziko vzniku karcinomu prsu je rozdílné mezi odlišnými etnickými skupinami. U bělošské populace je prokázané riziko výrazně vyšší než u populace černošské a Asiatické. Naproti tomu mortalita u Afro-američanek je vyšší. (Abrahámová, 2003; Adam, 2002)

**Geografická oblast** – migrační studie prokázaly, že při přesídlení z oblasti s nízkým výskytem karcinomu prsu do oblasti s vyšším procentem výskytu se u přesídlených žen procento výskytu také zvýší. Bylo to prokázano při přesídlení japonské populace do USA. Tento fenomén svědčí pro účast zevních faktorů při vzniku karcinomu prsu.

**Tělesná výška** – byly provedeny studie, které prokázaly zvýšené riziko výskytu karcinomu prsu u vyšších žen. (Abrahámová, 2003)

**Historie histopatologické změny prsní tkáně** – výskyt patologické změny prsní tkáně v osobní anamnéze představuje prediktivní faktor (Abrahámová, 2003)

**Výskyt jiných malignit** – Výskyt jedné malignity zvyšuje riziko další malignity. Pro karcinom prsu platí tento vztah s gynekologickými nádory a kolorektálním karcinomem. U dětí starších 10 let při zahájení léčby zářením nebo chemoterapií bylo riziko karcinomu prsu 75krát vyšší než v obecné populaci. Tyto ženy vyžadují pečlivé roční sledování a v případě vzniku karcinomu je preferována mastektomie před konzervativní léčbou. (Strnad, 2001)

## 2) Faktory životního stylu

**Kouření** – není prokázána přímá souvislost kouření a vzniku karcinomu prsu, ale tabákový kouř obsahuje karcinogenní látky, které hrají významnou roli při vzniku nádoru.

**Alkohol** – epidemiologické studie prokázaly vliv konzumace většího množství alkoholu na vznik karcinomu prsu. Dochází k ovlivnění hladiny estrogenů v ženském organismu, narušení integrity buněčných membrán a inhibicí reparačních změn v DNA. V prsu byly nalezeny alkohol-dehydrogenázové enzymy odbourávající alkohol podobně jako v játrech. (Abrahámová, 2003)

**Stravovací návyky** – energetická hodnota potravy ovlivňuje energetický metabolismus organismu a tedy produkci steroidních hormonů. Zastoupení a typ tuků v potravě spolu s podílem příjmu zeleniny a ovoce hrají významnou roli při vzniku malignit obecně. Dieta bohatá na vlákninu, ovoce a zeleninu je spojená s nižším rizikem vzniku karcinomu prsu. Například u japonské populace se za posledních dvacet let zvýšil podíl proteinů a živočišných tuků ve stravě a narostla i incidence karcinomu prsu. V některých rostlinách a bylinách jsou obsaženy fytoestrogeny, což jsou látky, které se vážou na estrogení receptory, ale jejich vazba je mnohem slabší a z toho vyplívá jejich

slabší účinek na jednotlivé tkáně. Vliv na organismus mohou mít estrogení nebo antiestrogení, závisí to na koncentraci, typu receptorů, věku, pohlaví atd. Studie ukazují, že azijské ženy, jejichž strava je bohatá na fitoestrogeny mají nižší riziko výskytu karcinomu prsu a tzv. civilizačních chorob. Můžeme je rozdělit na dvě velké skupiny, *izoflavony* a *lignany*. Při prevenci karcinomu prsu se jeví jako velmi důležitý ochranný účinek lignanů, které jsou zastoupené ve lněném oleji, luscích, semenech a v některých druzích drobného ovoce. (Abrahámová, 2003; Morisset, 2009)

**Obezita** – množství tělesného tuku, jeho rozložení v organismu a věk, kdy se nadváha objeví, ovlivňují metabolismus estrogenů a mohou zvýšit riziko vzniku karcinomu prsu. Studie prokázaly zvýšené riziko u obézních žen diagnostikovaných po menopauze. (Strnad, 2001; Abrahámová, 2003; National Cancer Institute, online)

**Fyzická aktivita** – je považována za protektivní faktor, byl prokázán pozitivní vliv fyzické aktivity na snížení rizika vzniku karcinomu prsu. Cvičení čtyři nebo více hodin týdně snižuje hladinu hormonů a pomáhá tím ke snížení rizika vzniku karcinomu prsu. (Abrahámová, 2003; National Cancer Institute, online)

### 3) Faktory hormonální a gynekologické

**Menarché** – nástup menstruace před dvanáctým rokem patří k významným rizikovým faktorům. Dochází k časnější stimulaci mléčné žlázy. (Strnad, 2001)

**Menopauza** – vyšší věk menopauzy zvyšuje riziko vývoje onemocnění, ovlivňuje délku expozice organismu vlivu estrogenů. U žen, které vstupovaly do menopauzy před 45 rokem věku se prokázal menší výskyt rakoviny prsu než u žen, které přestaly menstruuovat po 55 roce života. (Abrahámová, 2003)

**Věk prvního porodu** – výrazně zvýšené riziko je u žen, které jsou bezdětné a u žen, které byly poprvé těhotné po 30 roce věku. Vysvětluje se to absencí nebo pozdní diferenciací prsní tkáně. (Abrahámová, 2003)

**Hormonální léčba** – náhradní hormonální léčba a hormonální antikoncepce ovlivňují přímo metabolismus steroidních hormonů v organismu. U žen užívající tyto hormony existuje zvýšené riziko vzniku onemocnění. Podstatný je věk a délka užívání. Zvýšená expozice estrogenů znamená zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu. V odborné literatuře panuje nejednotný názor na přítomnosti zvýšeného rizika spojeného s užíváním hormonální antikoncepce. Některé práce prokázaly zvýšené riziko pro skupinu žen mladších 35 let věku, které užívají kontraceptiva. Pravděpodobně má význam i délka užívání hormonálních přípravků. Naopak postmenopauzální substituční léčba zvyšuje riziko vzniku karcinomu prsu jednoznačně. (Kubáčková, Prauzová, 2004, Abrahámová, 2003; GenScan, online)

**Počet porodů** – u žen s vyšším počtem porodů se pozoruje snížení rizika důsledku kratší životní expozice endogéním steroidním hormonům. Nezávisí na věku ženy při prvním porodu. (Abrahámová, 2003)

**Kojení** – kojení a délka doby kojení ovlivňují hladinu estrogenů v ženském organismu a byly prokázány jeho protektivní účinky na vznik karcinomu prsu. U žen kojících minimálně jeden rok se sníží riziko vzniku karcinomu prsu až o 20 %. (Strnad, 2001)

**Gynekologická operace** – provedení ovariectomie a věk při operaci patří k významným ochranným faktorům rizika vzniku karcinomu prsu. Sníží se expozice prsní tkáně endogéním steroidním hormonům. (Abrahámová, 2003)

#### 4) Faktory genetické

**Výskyt malignit v rodinné anamnéze** – studii bylo prokázáno vztah mezi zárodečnými mutacemi specifických genů a rizikem vzniku karcinomu prsu. Analýza rodinné anamnézy je základním indikátorem hereditární formy nádorů prsu. Na podkladě pozitivní rodinné anamnézy je možné indikovat molekulárně genetické testování genů BRCA-1 a BRCA-2. Nosičství zárodečné mutace těchto genů znamená pro ženu vysoké riziko vzniku karcinomu prsu. Genetické vyšetření by mělo proběhnout i u dalších, zatím zdravých příbuzných, což má vliv na správně vedenou primární

i sekundární prevenci. Ženy s pozitivitou těchto genů jsou dispenzarizovány a sledovány. Mají také zvýšené riziko jiných typů nádoru jako je nádor vaječníků a tlustého střeva. Výskyt nádoru u přímého příbuzného (matka, sestra, dcera) zvyšuje riziko 2-3 násobně. Výskyt nádoru u nepřímého příbuzného (babička, teta) zvyšuje riziko nepatrně. Avšak 80 % žen s karcinomem prsu nemá pozitivní rodinnou anamnézu. Mluvíme o tzv. sporadickém karcinomu prsu. (Kubáčková, Prausová, 2004; Abrahámová, 2003)

## 5) Ostatní faktory

**Vzdělání** – je dokumentován vztah mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a samovyšetřováním prsu. Jde ale o komplexní faktor zahrnující gynekologické aspekty, režim dne, fyzická aktivita, stravovací návyky apod. (Abrahámová, 2003)

**Psychologické aspekty** – někteří autoři řadí onkologické choroby mezi psychosomatické onemocnění. U osob s depresivními stavy studie prokázaly 2,5 krát vyšší výskyt malignit. Za mechanismus účinku se považuje ovlivnění metabolismu a produkce ženských hormonů. (Abrahámová, 2003)

**Vystavení radiaci** – radiační terapie směřovaná na hrudník zvyšuje riziko karcinomu prsu. Riziko vzniku závisí na dávce záření a věku, ve kterém byla radiace provedena, nejrizikovější období je puberta. (National Cancer Institute, online)

## 3 PREVENCE

Více než před 200 lety Johan Peter Frank napsal: “Jelikož je nekonečně snazší předcházet tělesným neduhům, než je léčit, až když se objevily, preventivní lékařství je nejdůležitější částí medicíny, třebaže bylo zanedbáváno po delší dobu než kterákoli její jiná část“. (Holčík, 2005)

Prevenčí rozumíme předcházení onemocnění, zabránění vzniku onemocnění a rozvoji komplikací. Prevence je považována za jeden z principů moderní medicíny, jsou pro to důvody ekonomické, etické a kulturní. Uplatňujeme ji u lidí zdravých i nemocných.

### 3.1 Rozdělení prevence dle účasti

- 1) společnost – společenskou prevenci mají na starost ministerstvo, organizace, podniky a obce. Řadí se sem opatření na ochranu životního prostředí, bytová politika, stravování, kulturní a legislativní opatření.
- 2) každý občan – individuální prevence – dodržování správného životního stylu, rozvoj zdravotního uvědomění, odvykání škodlivých návyků apod.
- 3) zdravotnictví – zdravotnická, profesionální prevence – zdravotní výchova obyvatelstva, hygienické a protiepidemické intervence, očkování, preventivní prohlídky apod. (Dolanský, 2008)

### 3.2 Rozdělení prevence dle času

- 1) Primární prevence – spadají sem opatření, které zabrání vzniku nemoci, ještě v období před nákazou. V této fázi se uplatňuje zdravotní výchova, na které se podílejí zdravotníci, jednotlivci a společnost. Patří sem dodržování hygienických

opatření, správná životospráva, dostatek pohybu, boj proti škodlivým návykům, otužování, očkování atd.

- 2) Sekundární prevence – jde o včasné vyhledávání nemocí, především latentních stádií, jejich správnou diagnostiku a navazující včasnou a účinnou léčbu. Uskutečňuje se preventivními prohlídkami, screeningovými testy a dispenzarizací rizikových osob.
- 3) Terciární prevence – jejím cílem je zabránit trvalým a dlouhodobým následkům nemoci. Vztahuje se k doléčování a rehabilitaci. Může být společně s prevencí sekundární, může se týkat jednotlivých osob, ohrožených skupin nebo celé populace. (Dolanský, 2008)

### **3.3 Role sestry v prevenci**

Cílem sestry v prevenci je zajištění informovanosti veřejnosti o prevenci. Intenzivně působit na klienty v ambulancích a vést je k redukci faktorů, které mohou přispět ke vzniku rakoviny a podporovat aktivity vedoucí k pozitivním změnám životního stylu. Má schopnost analyzovat rodinnou anamnézu a situaci v rodině klienta. Sestra se podílí na preventivních programech, vzdělávání veřejnosti a má být schopna podat kvalitní a podrobné informace týkající se prevence nádorových onemocnění. (primární prevence) Sestra si může povšimnout příznaků, které mohou být prvním projevem vznikajícího nádorového onemocnění a tím zabránit rozvoji choroby ještě v době, kdy je onemocnění ve vyléčitelném stádiu. (sekundární prevence) Po rozvoji nemoci informuje klienty a jejich rodinné příslušníky o zdravém způsobu života a o tom, jak se vyhnou možným komplikacím (terciární prevence). (Holubová, 2007; Hrubá, 2004)

### **3.4 Možnosti prevence karcinomu prsu**

Nádory prsu jsou odhalovány v zásadě třemi způsoby. Nejčastěji nalezne podezřelý infiltrát samotná žena náhodou nebo při pravidelném samovyšetřování prsů. Nebo



nalezne patologii lékař při palpačním vyšetření prsů při preventivních prohlídkách. Druhou cestou je objevení nádoru při vyšetřování symptomatických žen nebo při opakovaných mamografiích a sono vyšetřeních lékaři sledovaných žen. Třetí cestou je mamografický screening u asymptomatických žen.

### **3.4.1 Mamografický screening**

Screening je pravidelně opakující se cílené testování asymptomatických, dosud zdravých, dobrovolně souhlasících žen běžné populace, s cílem rozdělit je do skupin s vysokou a nízkou pravděpodobností onemocnění. Screening musí být jednoduchý, finančně dostupný, bezpečný, přesný a spolehlivý, mít vysokou senzitivitu a pro cílovou skupinu být přijatelný. (Abrahámová, 2003)

Před prvním screeningovým vyšetřením žena vyplní dotazník, který obsahuje data z rodinné anamnézy, socioekonomické informace, anamnézu gynekologickou a týkající se životního stylu. Další součástí screeningového vyšetření je fyzikální vyšetření prsu zkušeným lékařem. Toto vyšetření je doporučováno na začátku screeningu, vzhledem ke kontaktu lékaře s klientkou, což má zdravotně výchovný význam. Dále následuje vlastní mamografie. Praktikuje se dvojím čtením mamografických snímků dvěma nezávislými zkušenými rentgenology. Snímkování ze dvou projekcí a dvojí čtení minimalizuje falešně pozitivní i falešně negativní nálezy, a tak zvyšuje senzitivitu (poměr počtu nemocných se skutečně pozitivním testem k počtu všech nemocných, kteří trpí hledanou chorobou) a specifitu (poměr mezi počtem žen se skutečně negativním testem a počtem všech žen, které hledanou chorobou netrpí) screeningu. (Abrahámová, 2003)

V České republice byl Program pro screening nádorů prsu zahájen v druhé polovině roku 2002. Bylo odděleno vyšetřování symptomatických žen a screeningu. V „Sazebníku výkonů“ byl vytvořen nový zákon určený pro screeningová vyšetření. Novela vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 56/1997, kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, ve znění vyhlášky č. 3/2010 Sb., ukládá praktickým lékařům a gynekologům indikovat v rámci preventivních prohlídek mamografii od 45 – 69 let ve dvouletých intervalech, což je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Ministerstvem zdravotnictví jsou schválena mamografická pracoviště vhodná pro screening a pouze tam je možné screening provádět. V ČR je

padesát pět těchto schválených pracovišť a tak je screeningová mamografie dostupná ženám z celé republiky. Získání Osvědčení o způsobilosti k provádění programu mamografického screeningu pro radiologická oddělení je několikastupňové. Uděluje ho Komise pro screening nádorů prsu ministerstva zdravotnictví ČR, Komise odborníků pro mamární diagnostiku Radiologické společnosti a Sdružení nestátních ambulantních radiologů. Podmínky lze rozdělit do několika okruhů, které mají zajistit snadnou dostupnost vyšetření, integraci vyšetřovacích metod na jednom pracovišti, včasný výsledek vyšetření (negativní do tří dnů, při podezřelém nálezu do patnácti dnů), péči erudovanými zdravotnickými pracovníky, dostatečný počet provedených vyšetření, návaznost péče o zdravé i nemocné ženy. Získání osvědčení je signálem pro pojišťovny k uzavření smlouvy na kód screeningové mamografie. Aktuální seznam lze získat na [www.mamo.cz](http://www.mamo.cz) (Konopásek, 2004; Pokorná, 2007; Skovajsová, 2007)

V roce 2007 udělala Všeobecná zdravotní pojišťovna pilotní projekt, v rámci kterého bylo adresnou pozvánkou osloveno 580 tisíc žen pojištěných u VZP. Oslovili ženy od 45 do 69 let a ženy od 70 do 75 let, které nebyly na mamografickém vyšetření déle než tři roky. Více než 105 tisíc žen zareagovalo na pozvánku a od července 2007 do března 2008 podstoupilo mamografické vyšetření. Lékaři zachytili téměř 850 karcinomů, z toho u 800 žen bylo provedeno mamografické vyšetření poprvé. Ukázalo se, že adresné pozvánky jsou efektivní v preventivních programech.

### **3.4.2 Selfmonitoring prsu**

Se samovyšetřováním prsu by měla žena začít ve dvaceti letech. Vyšetřování provádí žena sama, pravidelně každý měsíc. Nejlepší období je druhý nebo třetí den po skončení menstruace, kdy jsou prsy bez veškerého napětí. Ženy, které nemenstruují, si můžou zvolit kterýkoliv dobře zapamatovatelný den v měsíci. Pro edukaci žen je důležitý individuální nácvik s lékařem při fyzikálním vyšetřování prsu. Existují také instruktážní videokazety s praktickým nácvikem a vysvětlením základních pojmů. Veškerý zdravotnický personál by měl znát správnou techniku, aby mohl ženu poučit. Součástí preventivních prohlídek by mělo být fyzikální vyšetření prsu a zároveň instruktáž o správném samovyšetřování. V současné době existují dostupné výukové fantomy prsních žláz s nasimulovanými rezistencemi, které jsou vhodné pro nácvik. (Abrahámová, 2003; Jandík, 2005; Hrubá, 2001) (Samovyšetřování prsu viz příloha č.1)

## **EMPIRICKÁ ČÁST**

## **4 VÝZKUM**

### **4.1 Cíle výzkumu**

- Zjistit zájem o vlastní prevenci
- Zjistit znalost samovyšetřování prsu
- Zmapovat znalosti o mamologickém screeningu
- Zjistit znalost rizikových faktorů pro karcinom prsu

### **4.2 Metoda výzkumu**

Ke svému výzkumu jsem využila metodu dotazníku (viz příloha). Dotazník byl anonymní, individuální a doba na vyplnění nebyla časově omezena. Dotazníkové šetření probíhalo od listopadu do konce prosince roku 2009. V dotazníku jsem použila uzavřený typ otázek s možností výběru vhodné odpovědi z několika variant a otevřený typ, kdy u dvou otázek se mohly respondentky volně vyjádřit. U některých otázek bylo možné označit více odpovědí. Dotazník jsem vypracovala samostatně s použitím citované literatury. Některé otázky jsem převzala z bakalářské práce na stejné téma D. Šauerové obhájené v roce 2004 z důvodu porovnání šestiletého vývoje. Pro ověření srozumitelnosti otázek jsem provedla pilotní studii. Studie proběhla v okruhu mých známých, kde jsem oslovila 10 respondentek. Na jejím podkladě jsem dotazník v některých bodech upravila.

První tři otázky jsou anamnestické, otázka č.4 - 8 jsou zaměřeny na preventivní prohlídky, otázka č.9 - 13 vypovídají o samovyšetřování prsu, otázky č.14 - 17 se dotazují na mamologický screening, otázka č.18 se zabývá rizikovými faktory a otázkou č.19 - 21 bych se ráda dozvěděla, zda mají ženy dostatečné informace o prevenci karcinomu prsu a od koho by se případně chtěly další informace dozvědět.

### **4.3 Zkoumaný vzorek**

Zkoumaný soubor tvoří ženy mezi 25 a 69 rokem života, které žijí v mém okolí a byly ochotné odpovědět na otázky položené v dotazníku. Ženy jsem si rozdělila do dvou skupin podle věku. První skupinu tvořily ženy od 25 do 44 let, které ještě nemají mamografický screening hrazený pojišťovnou a druhou skupinu tvořily ženy od 45 do 69 let, které již mamografický screening hrazený pojišťovnou mají. Některé otázky jsem vyhodnocovala v jednotlivých skupinách. Dotazníky jsem roznášela osobně nebo s pomocí přátel v obálkách, aby byla zajištěna anonymita. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, správně vyplněných se mi vrátilo 87 (100 %). Získané údaje jsem zpracovala formou tabulek a grafů s použitím programu Microsoft Office Word a Excel 2007.

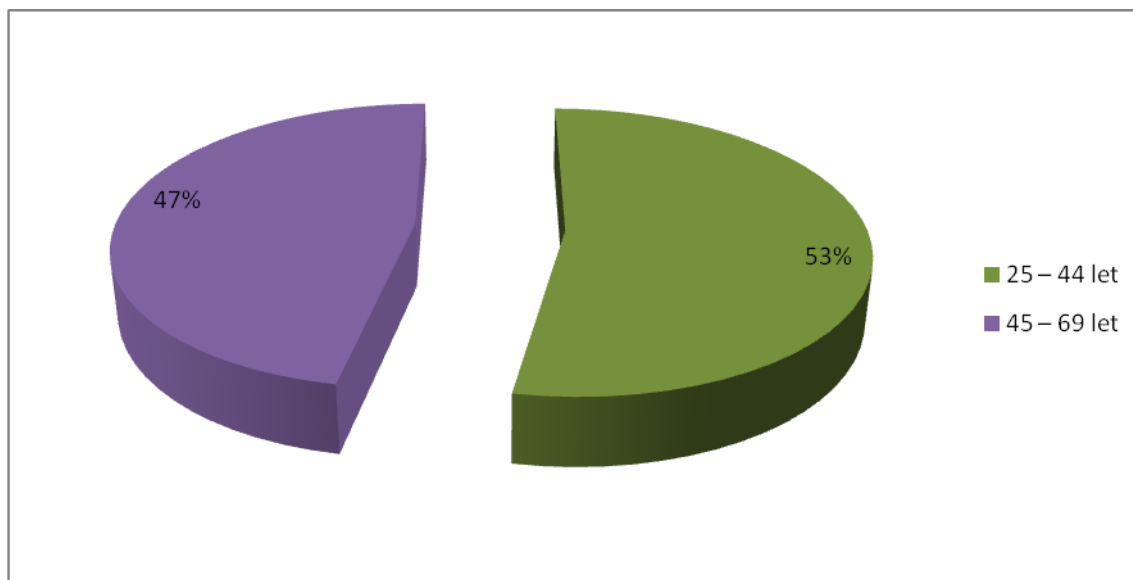
## 4.4 Analýza dotazníkového šetření

### 4.4.1 Anamnestické údaje

#### 1) Kolik je Vám let?

Tabulka 1 – Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
25 – 44 let	46	53 %
45 – 69 let	41	47 %
<b>celkem</b>	<b>87</b>	<b>100 %</b>



Graf 1 – Věk respondentů

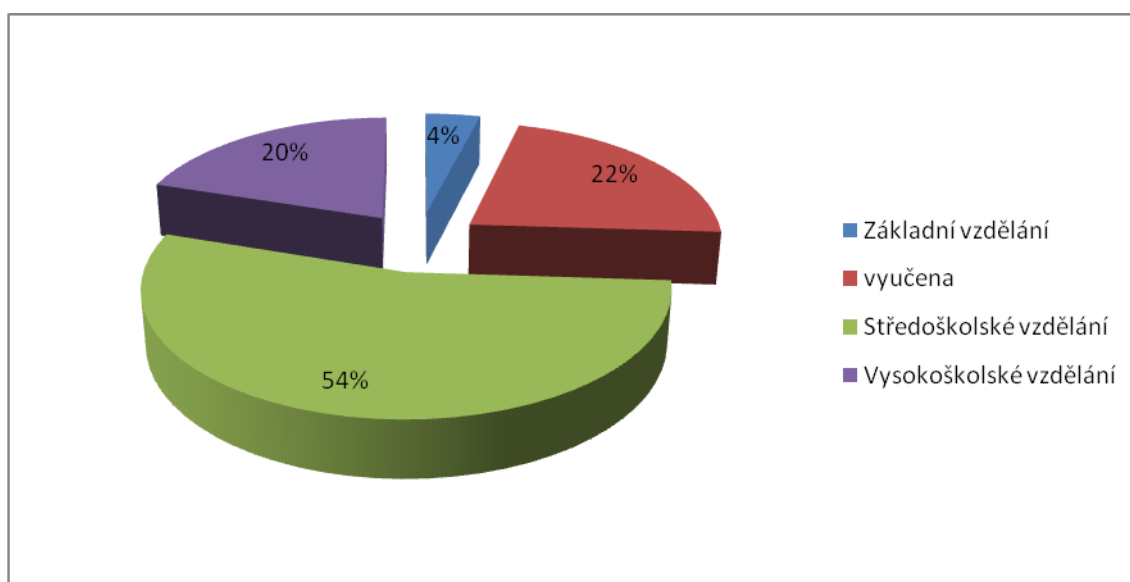
**Komentář :** Věk respondentů jsem si rozdělila do dvou skupin, na ženy od 25 do 44 let, které nemají ještě mamologický screening hrazený pojišťovnou a na ženy od 45 do 69 let, na které se již mamologický screening vztahuje.

Mého výzkumu se zúčastnilo 46 žen od 25 do 44 let věku, což tvoří 53 % celkového počtu respondentek a 41 žen od 44 do 69 let věku, což je 47 % z celkového počtu 87 respondentek.

## 2) Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?

Tabulka 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní vzdělání	4	4 %
vyučena	19	22 %
Středoškolské vzdělání	47	54 %
Vysokoškolské vzdělání	17	20 %
<b>celkem</b>	<b>87</b>	<b>100 %</b>



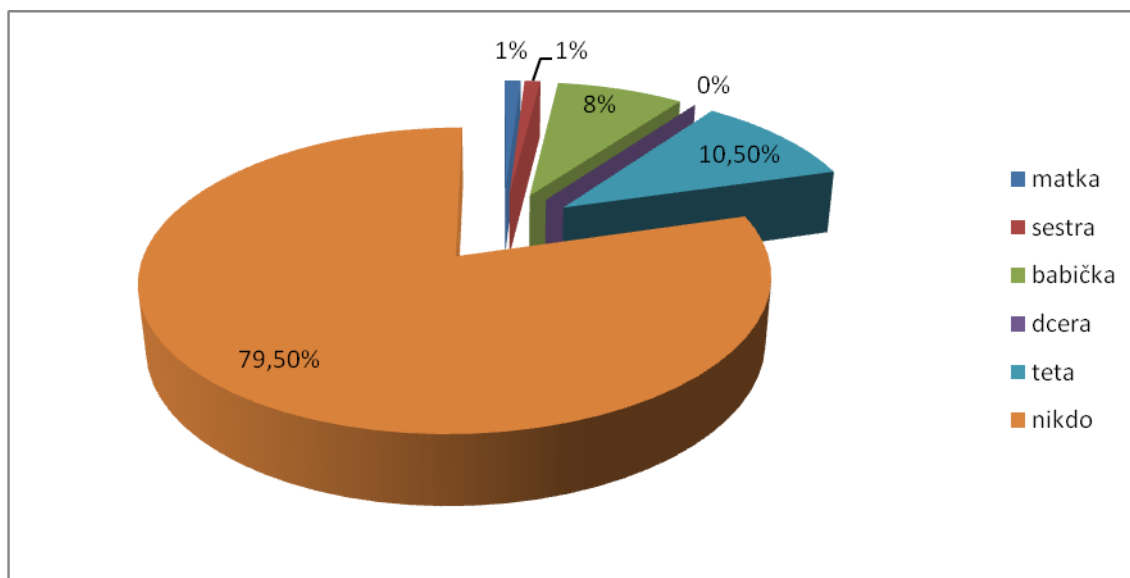
Graf 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání

**Komentář :** Nejvíce se zúčastnilo středoškolsky vzdělaných žen, bylo jich 47, tvořily 54 % ze všech zúčastněných žen. Základní vzdělání měly 4 ženy (4 %) a všechny byly ve skupině nad 45 let. Vyučeno bylo 19 žen (22 %) a vysokoškolsky vzdělaných bylo dohromady 17 žen (20 %)

### 3) Onemocněl někdo z vaší rodiny nádorovým onemocněním prsu?

Tabulka 3 - Výskyt nádorového onemocnění prsu v rodině

Výskyt nádorového onem. prsu v rodině	Absolutní četnost	Relativní četnost
matka	1	1 %
sestra	1	1 %
babička	7	8 %
dcera	0	0 %
teta	9	10,5 %
nikdo	69	79,5 %
<b>celkem</b>	<b>87</b>	<b>100 %</b>



Graf 3 - Výskyt nádorového onemocnění prsu v rodině

**Komentář :** Nejvíce žen, 69 (79,5 %) uvedlo, že v jejich rodině nikdo ne onemocněl karcinomem prsu, teta onemocněla u 9 (10,5 %) dotázaných žen, babička onemocněla u 7 (8 %) žen, jedna žena (1,2 %) uvedla sestru a jedna žena (1,2 %) uvedla matku. Dceru neuvedla žádná z dotazovaných žen.

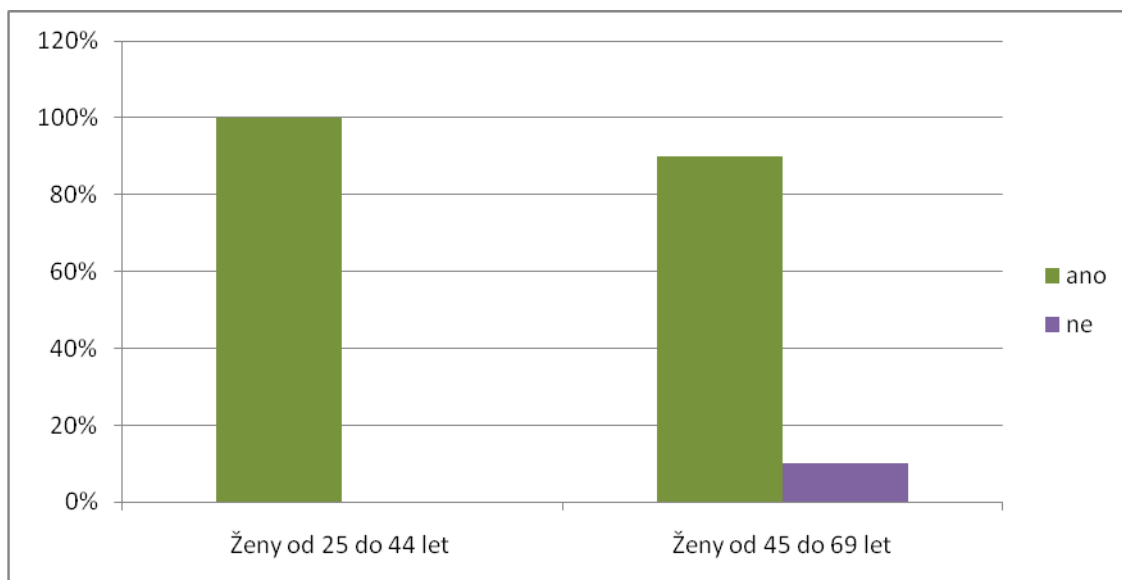


#### 4.4.2 Preventivní prohlídky

#### 4) Chodíte na pravidelné gynekologické prohlídky?

Tabulka 4 – Pravidelné gynekologické prohlídky

Pravidelné gynekologické prohlídky	Ženy od 25 do 44 let		Ženy od 45 do 69 let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	46	100 %	37	90 %
ne	0	0 %	4	10 %
<b>celkem</b>	<b>46</b>	<b>100 %</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



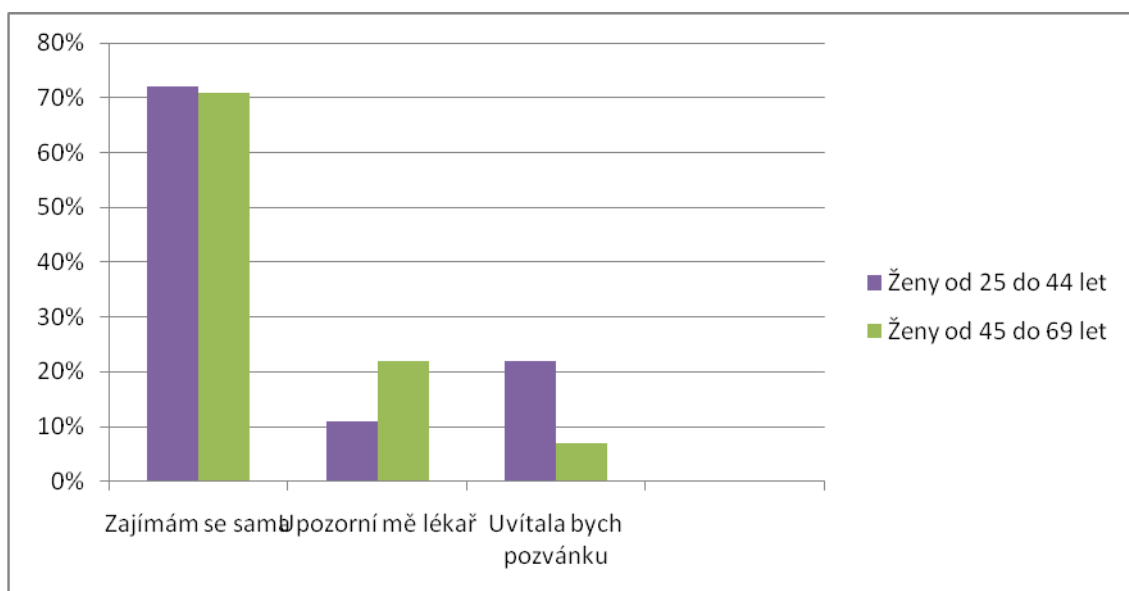
Graf 4 – Pravidelné gynekologické prohlídky

**Komentář :** Ženy ve skupině od 25 do 44 let označily ve 100 % , že chodí na pravidelné gynekologické prohlídky, ženy ve skupině nad 45 let věku chodí na pravidelné gynekologické prohlídky v 90 % a 10 % žen označilo, že nechodí na pravidelné gynekologické prohlídky.

## 5) O preventivní vyšetření:

Tabulka 5 - Zájem o preventivní vyšetření

O preventivní vyšetření :	Ženy od 25 do 44 let		Ženy od 45 do 69 let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zajímám se sama	33	72 %	29	71 %
Upozorní mě lékař	5	11 %	9	22 %
Uvítala bych pozvánku	10	22 %	3	7 %
<b>celkem</b>	<b>48</b>	<b>105 %</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



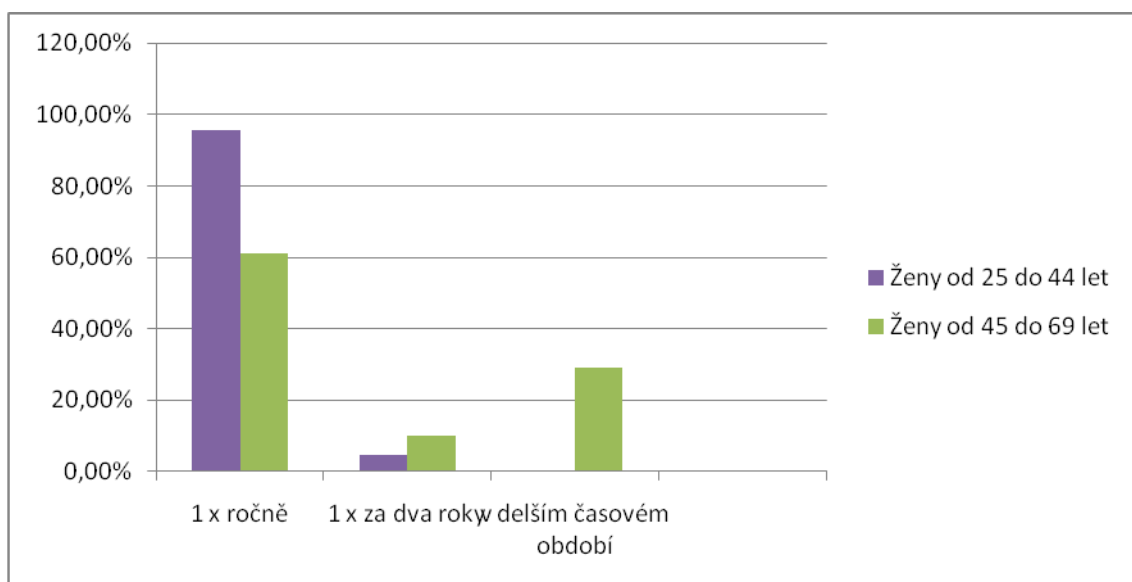
Graf 5 - Zájem o preventivní vyšetření

**Komentář :** Ženy ve skupině mezi 25 a 44 rokem se zajímají o prevenci samy v 72 %, z toho 2 ženy se zajímají samy, ale uvítaly by poslání pozvánky, 5 žen (11 %) z této skupiny upozorní lékař. Ženy nad 45 let se zajímají o preventivní vyšetření samy v 71 %. 9 žen (22 %) upozorní lékař a 3 ženy (7 %) by uvítaly poslání pozvánky.

## 6) Jak často chodíte na preventivní prohlídky?

Tabulka 6 - Časový údaj o prev.pohlídkách

Jak často chodíte na preventivní prohlídky	Ženy od 25 do 44 let		Ženy od 45 do 69 let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 x ročně	44	95,5 %	25	61 %
1 x za dva roky	2	4,5%	4	10 %
v delším časovém období	0	0 %	12	29 %
<b>celkem</b>	<b>46</b>	<b>100 %</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



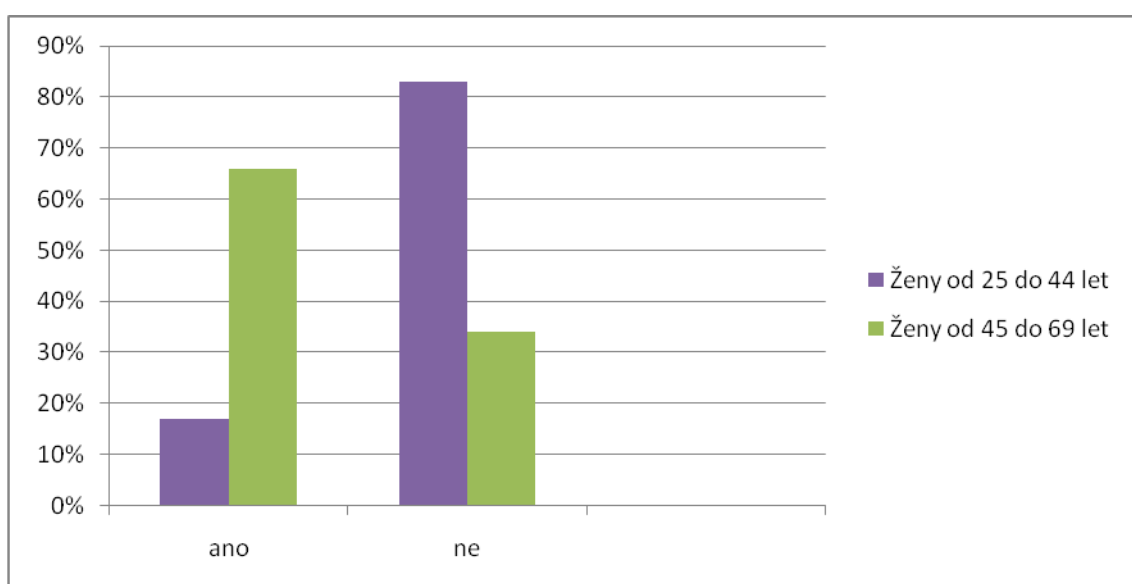
Graf 6 - Časový údaj o prev.pohlídkách

**Komentář :** Pravidelně jednou ročně chodí na pravidelné gynekologické prohlídky ve skupině žen od 25 do 44 let 44 žen což je 95,5 %, dvě ženy (4,5 %) uvedly, že chodí na pravidelnou gynekologickou prohlídku 1x za dva roky, třetí možnost nevedla ani jedna žena. Ve skupině žen mezi 45 a 69 roky uvedlo 25 žen (61 %), že chodí každý rok na pravidelné gynekologické prohlídky, 4 ženy (10 %) uvedly, že chodí 1x za dva roky a v delším časovém intervalu uvedlo 12 žen (29 %), kde z toho tři ženy uvedly časový interval pět let a ostatní se o časovém intervalu nezmínily.

## 7) Byly Vám vyšetřeny prsy v rámci gynekologické prohlídky?

Tabulka 7 - Vyšetření prsů v rámci gynekologické prohlídky, rozdělení podle věku

Vyšetření prsů v rámci gynekologické prohlídky	Ženy od 25 do 44 let		Ženy od 45 do 69 let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	8	17%	27	66 %
ne	38	83 %	14	34%
<b>celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>

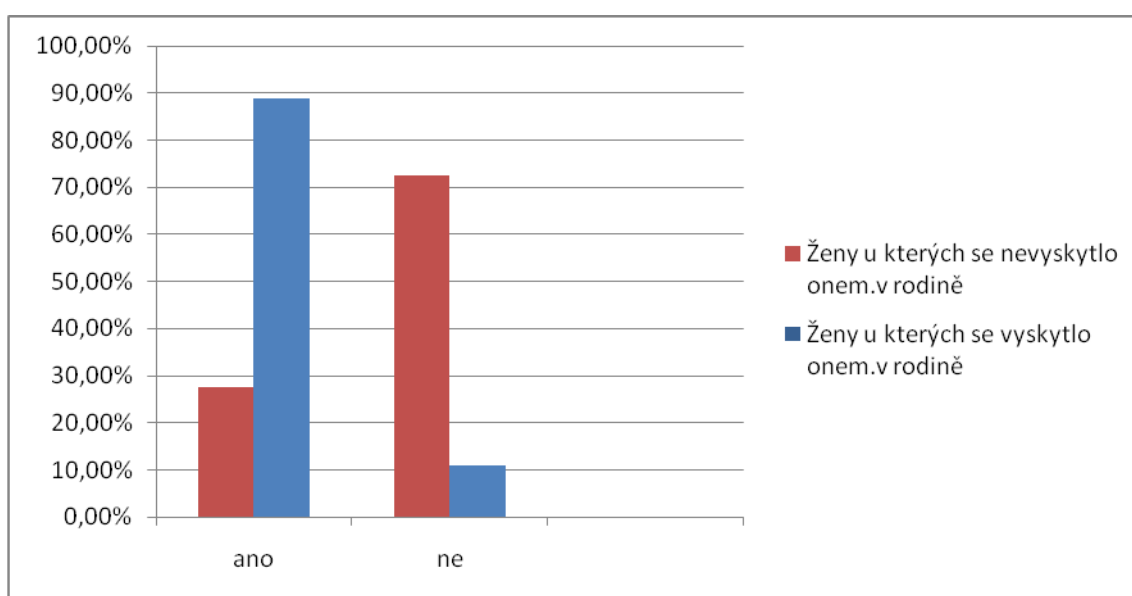


Graf 7 - Vyšetření prsů v rámci gynekologické prohlídky, rozdělení podle věku

**Komentář :** Ženám ve skupině od 25 do 44 let nebyly prsy vyšetřeny v rámci preventivní prohlídky v 83 %, pouze 8 z nich (17 %) uvádělo, že měly vyšetřeny prsy pohmatem. U žen 45 až 69 let byly vyšetřeny prsy v rámci prevence v 66 %, v rámci mamologického screeningu by měly být vyšetřeny ve 100 %, ale může to být tím, že 10 % žen uvádí, že na preventivní prohlídky nechodí a 29 % žen chodí v delším časovém intervalu než dva roky.

**Tabulka 8 - Vyšetření prsů v rámci gynekologický prohlídky, rozdělení podle výskytu onemocnění prsu v rodině**

Vyšetření prsů v rámci gynekologické prohlídky	Ženy u kterých se nevyskytlo onem.v rodině		Ženy u kterých se vyskytlo onem.v rodině	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	19	27,5 %	16	89 %
ne	50	72,5 %	2	11 %
<b>celkem</b>	<b>69</b>	<b>100 %</b>	<b>18</b>	<b>100 %</b>



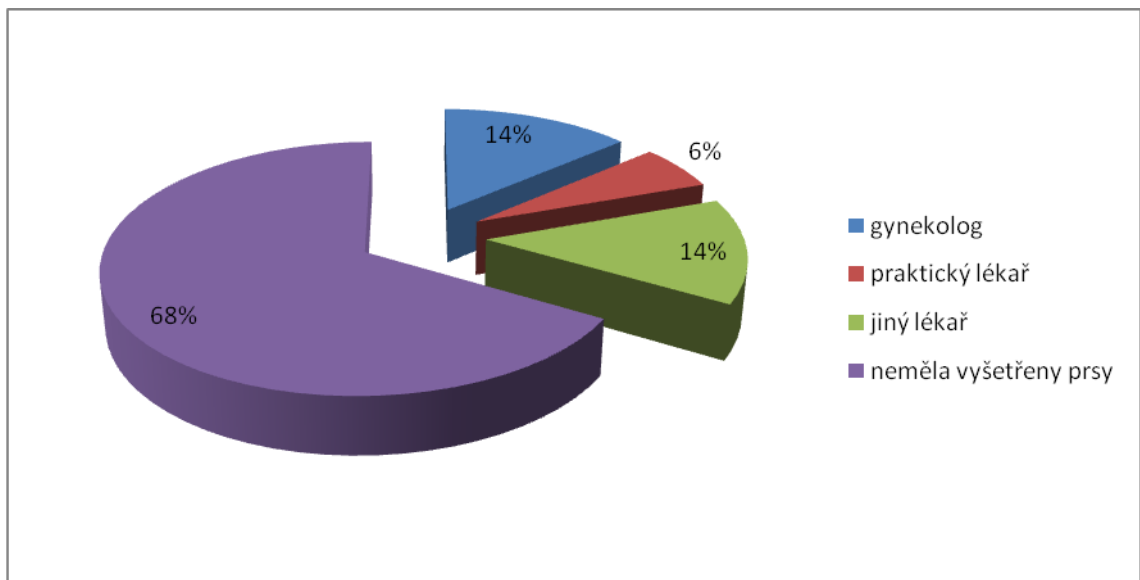
**Graf 8 - Vyšetření prsů v rámci gynekologický prohlídky, rozdělení podle výskytu onemocnění prsu v rodině**

**Komentář :** U žen, které uvedly výskyt karcinomu prsu v rodině, bylo jich celkem 18, bylo provedeno vyšetření prsů pohmatem u 16 z nich což je u 89 %. U žen, které uvedly, že u nich nikdo neonemocněl rakovinou prsu, bylo jich celkem 69, nebyly prsy vyšetřeny u 50 z nich, což tvoří 72,5 % a jen u 19 (27,5 %) z nich prsy při gynekologické prohlídce vyšetřeny byly.

**8) V posledním roce jsem měla pohmatem vyšetřeny prsy:**

**Tabulka 9 - Kdo u žen vyšetřoval prsy pohmatem**

<b>Kdo vyšetřoval prsy pohmatem</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
gynekolog	12	14 %
praktický lékař	5	6 %
jiný lékař	12	14 %
neměla vyšetřeny prsy	59	68 %
<b>celkem</b>	<b>88</b>	<b>102 %</b>



**Graf 9 - Kdo u žen vyšetřoval prsy pohmatem**

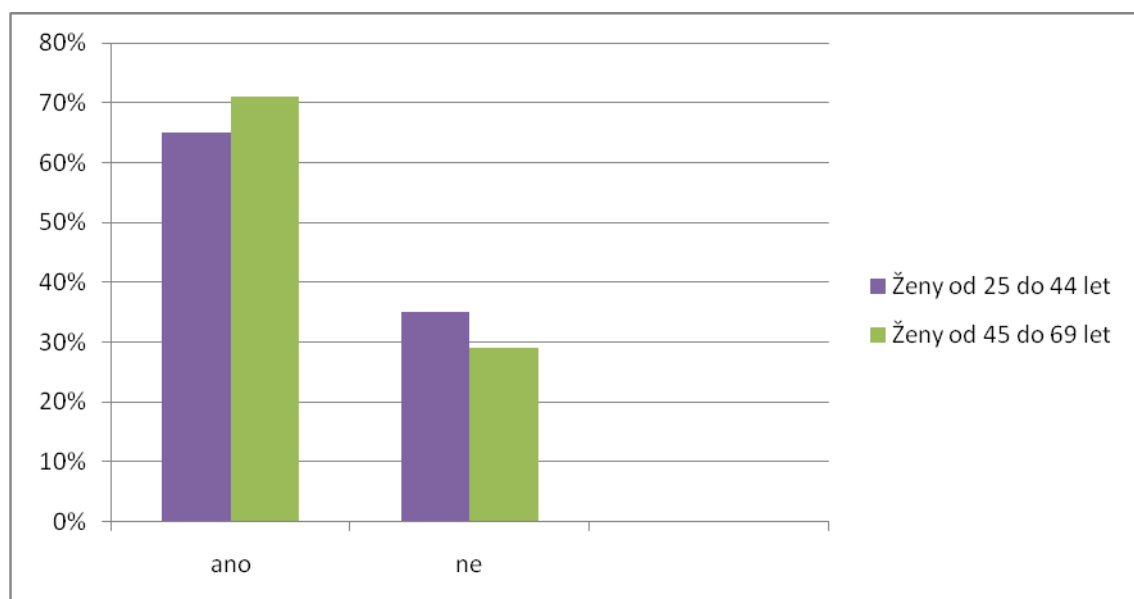
**Komentář :** 59 (68 %) žen uvedlo, že neměly vyšetřeny prsy pohmatem, u 12 (14 %) žen vyšetřil prsy pohmatem gynekolog, u 12 (14 %) žen jiný lékař a u 5 (6 %) žen praktický lékař, jedna žena uvedla, že měla vyšetřeny prsy gynekologem i praktickým lékařem.

#### 4.4.3 Selfmonitoring prsu

##### 9) Provádíte samovyšetřování prsů?

Tabulka 10 - Samovyšetřování prsu ve vztahu k věku

Provádíte samovyšetřování prsu?	Ženy od 25 do 44 let		Ženy od 45 do 69 let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	30	65 %	29	71 %
ne	16	35 %	12	29%
<b>celkem</b>	<b>46</b>	<b>100 %</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>

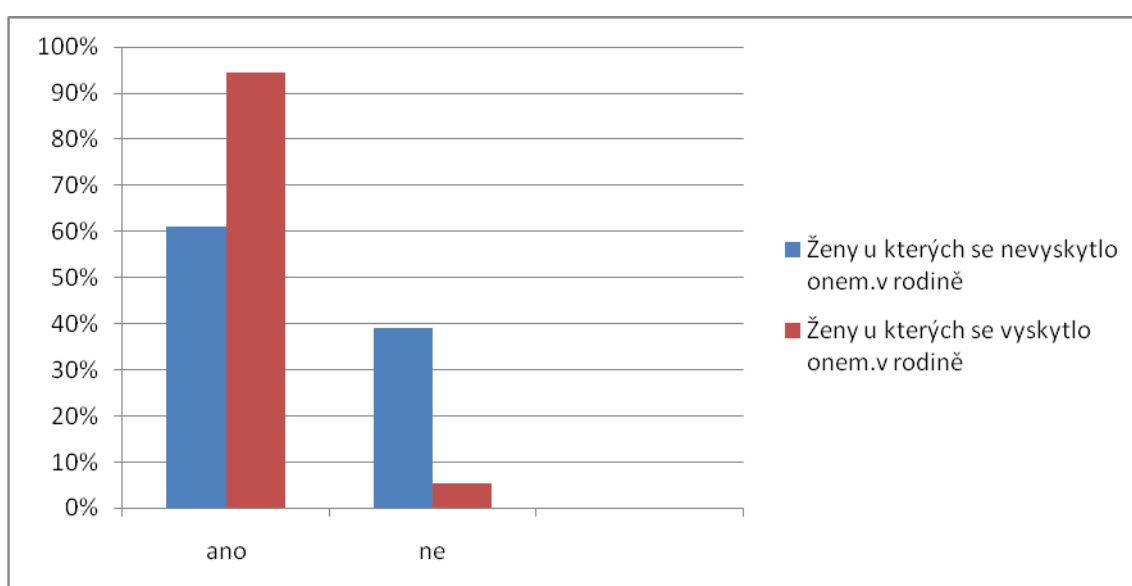


Graf 10 - Samovyšetřování prsu ve vztahu k věku

**Komentář :** Ve skupině žen ve věku od 25 do 44 let uvedlo 30 žen (65 %), že samovyšetřování prsu provádí a 16 žen (35 %) uvedlo, že neprovádí. Ve druhé skupině žen od 45 do 69 let samovyšetřování prsu provádí 29 žen což tvoří 71 % a 12 žen (29 %) uvedlo, že samovyšetřování prsu neprovádí.

**Tabulka 11 - Samovyšetřování prsu ve vztahu k onemocnění prsu v rodině**

Provádíte samovyšetřování prsu?	Ženy u kterých se nevyskytlo onem.v rodině		Ženy u kterých se vyskytlo onem.v rodině	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	42	61 %	17	94,5 %
ne	27	39 %	1	5,5 %
<b>celkem</b>	<b>69</b>	<b>100 %</b>	<b>18</b>	<b>100 %</b>



**Graf 11 - Samovyšetřování prsu ve vztahu k onemocnění prsu v rodině**

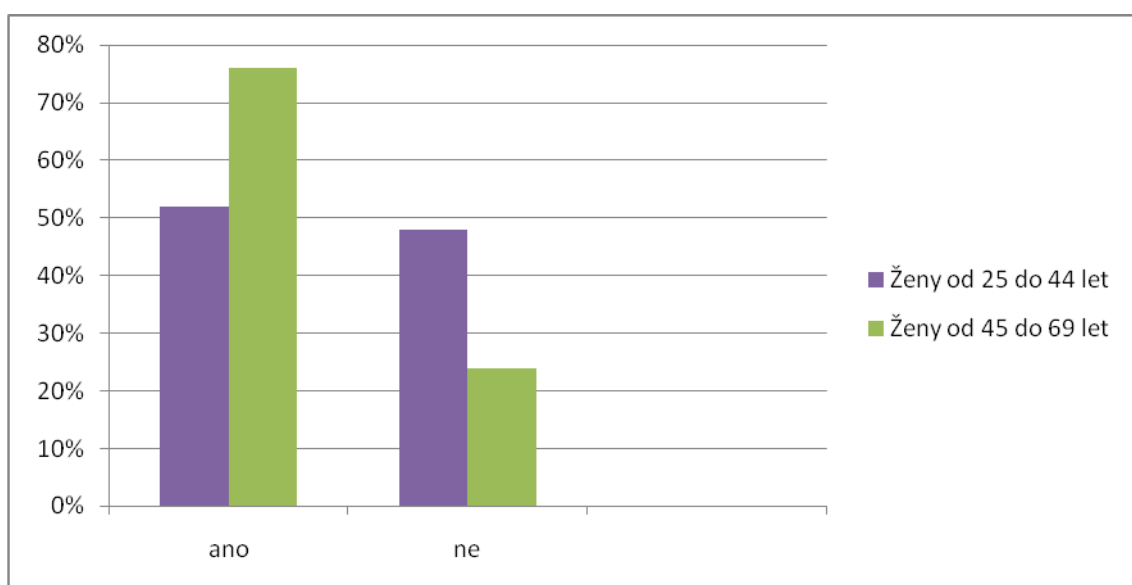
**Komentář :** Ženy, které uvedly, že u nich v rodině někdo onemocněl rakovinou prsu, provádějí samovyšetřování prsu v 94,5 %, pouze 1 (5,5 %) uvedla, že samovyšetřování prsu neprovádí. U žen, kde nikdo v rodině ne onemocněl rakovinou prsu, uvedlo 42 žen (61 %), že provádějí samovyšetřování prsu a 27 žen (39 %), uvedlo, že samovyšetřování prsu neprovádí.



## 10) Znáte správnou techniku samovyšetřování prsu?

Tabulka 12 - Znalost techniky samovyšetřování prsu

Znáte správnou techniku samovyšetřování prsu?	Ženy od 25 do 44 let		Ženy od 45 do 69 let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	24	52 %	31	76 %
ne	22	48 %	10	24%
<b>celkem</b>	<b>46</b>	<b>100 %</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



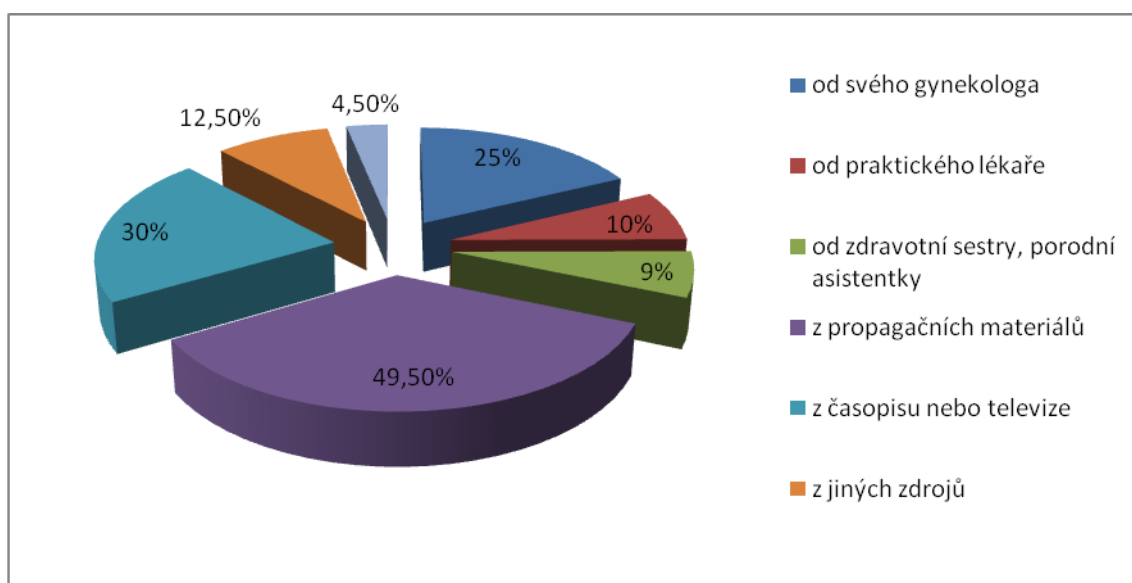
Graf 12 - Znalost techniky samovyšetřování prsu

**Komentář :** Ve skupině žen od 25 do 44 let uvedlo 24 (52 %), že zná správnou techniku samovyšetřování prsu, 22 (48 %) žen si myslí, že správnou techniku nezná. Ve skupině žen od 45 do 69 let si myslí, že zná správnou techniku samovyšetřování prsu 31 (76 %) žen a 10 (24 %) žen uvádí, že správnou techniku nezná.

## 11) O samovyšetřování prsu jsem se dozvěděla od:

Tabulka 13 - Kdo informoval o samovyšetřování prsu

O samovyšetřování prsu jsem se dozvěděla od:	Absolutní četnost	Relativní četnost
od svého gynekologa	22	25 %
od praktického lékaře	9	10 %
od zdravotní sestry, porodní asistentky	8	9 %
z propagačních materiálů	43	49,5 %
z časopisu nebo televize	26	30 %
z jiných zdrojů	11	12,5 %
nedozvěděla	4	4,5 %



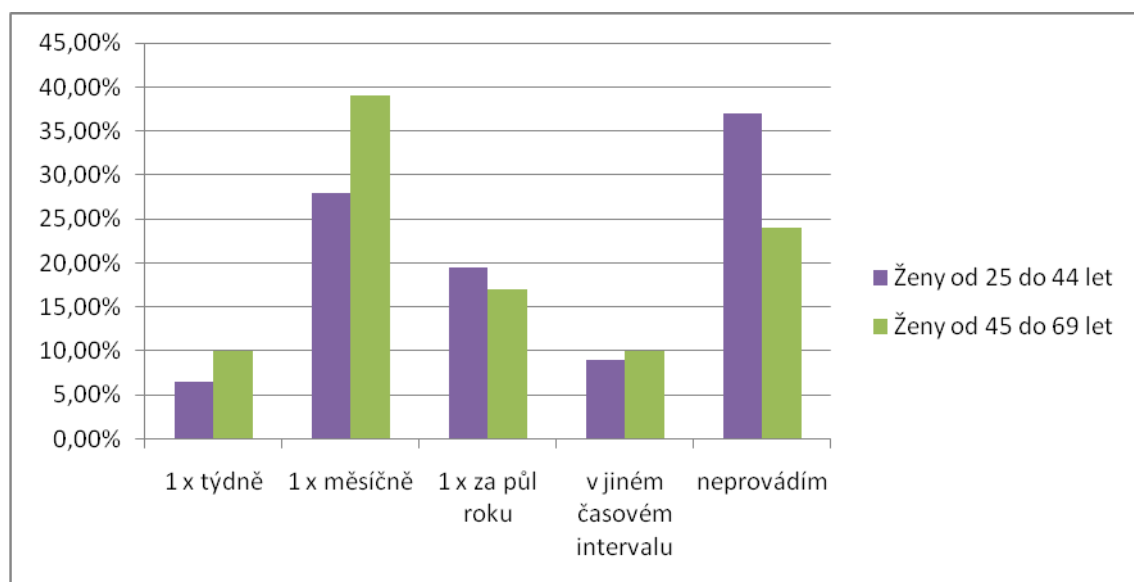
Graf 13 - Kdo informoval o samovyšetřování prsu

**Komentář :** Nejvíce žen, 43 což je 49,5 % ze všech dotazovaných, se dozvědělo o samovyšetřování prsu z propagačních materiálů, 26 žen (30 %) z televize a časopisu, 22 žen (25 %) od svého gynekologa, 11 žen (12,5 %) uvedlo z jiných zdrojů, kde 4 z nich napsaly jako jiný zdroj školu a 7 z nich nevedlo odkud informace o samovyšetřování prsu získaly. 9 žen (10 %) uvedlo praktického lékaře a 8 žen (9 %) zdravotní sestru nebo porodní asistentku.

## 12) Jak často provádíte samovyšetřování prsu?

Tabulka 14 - Frekvence samovyšetřování prsu

Jak často provádíte samovyšetřování prsu?	Ženy od 25 do 44 let		Ženy od 45 do 69 let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 x týdně	3	6,5 %	4	10 %
1 x měsíčně	13	28 %	16	39 %
1 x za půl roku	9	19,5 %	7	17 %
v jiném časovém intervalu	4	9 %	4	10 %
neprovádím	17	37 %	10	24 %
<b>celkem</b>	<b>46</b>	<b>100 %</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



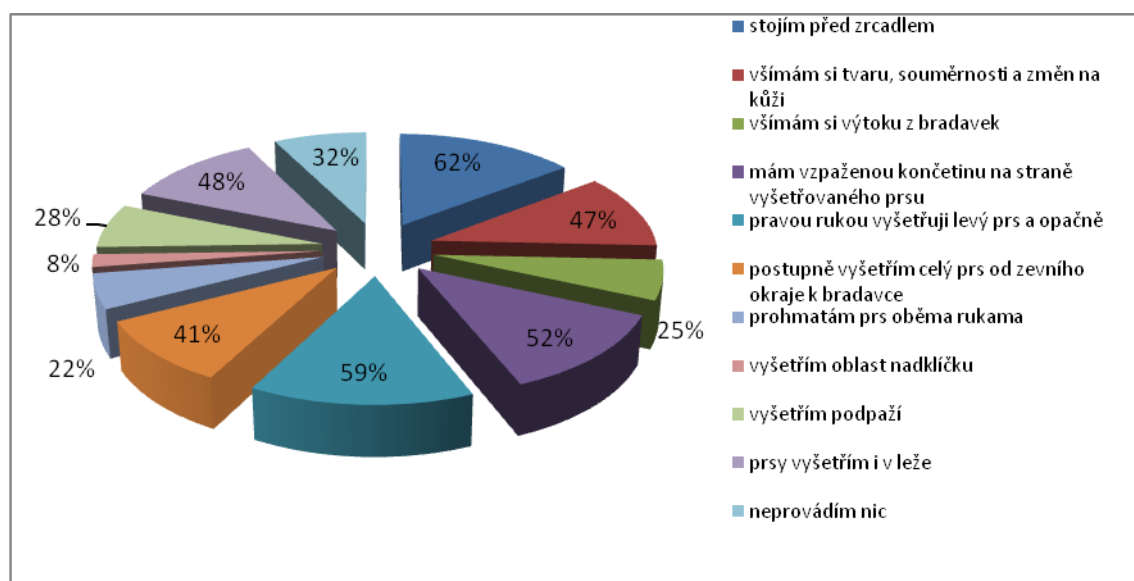
Graf 14 - Frekvence samovyšetřování prsu

**Komentář :** 17 (37 %) žen od 25 do 44 let uvedlo, že samovyšetřování prsu neprovádí, a pouhých 13 (28 %) provádí samovyšetřování v intervalu, který je doporučován. Od 45 do 69 let provádí ve správném intervalu samovyšetřování prsu 16 (39 %) žen a 10 (24 %) žen ho neprovádí vůbec.

### 13) Zaškrtněte body, které při samovyšetřování provádíte:

Tabulka 15 - Body samovyšetřování prsu

Zaškrtněte body, které při samovyšetřování prsu provádíte:	Absolutní četnost	Relativní četnost
stojím před zrcadlem	54	62 %
všímám si tvaru, souměrnosti a změn na kůži	41	47 %
všímám si výtoků z bradavek	22	25 %
mám vzpaženou končetinu na straně vyšetřovaného prsu	45	52 %
pravou rukou vyšetřuji levý prs a opačně	51	59 %
postupně vyšetřím celý prs od zevního okraje k bradavce	36	41 %
prohmatám prs oběma rukama	19	22 %
vyšetřím oblast nadklíčku	7	8 %
vyšetřím podpaží	24	28 %
prsy vyšetřím i v leže	42	48 %
neprovádím nic	28	32 %



Graf 15 - Body samovyšetřování prsu

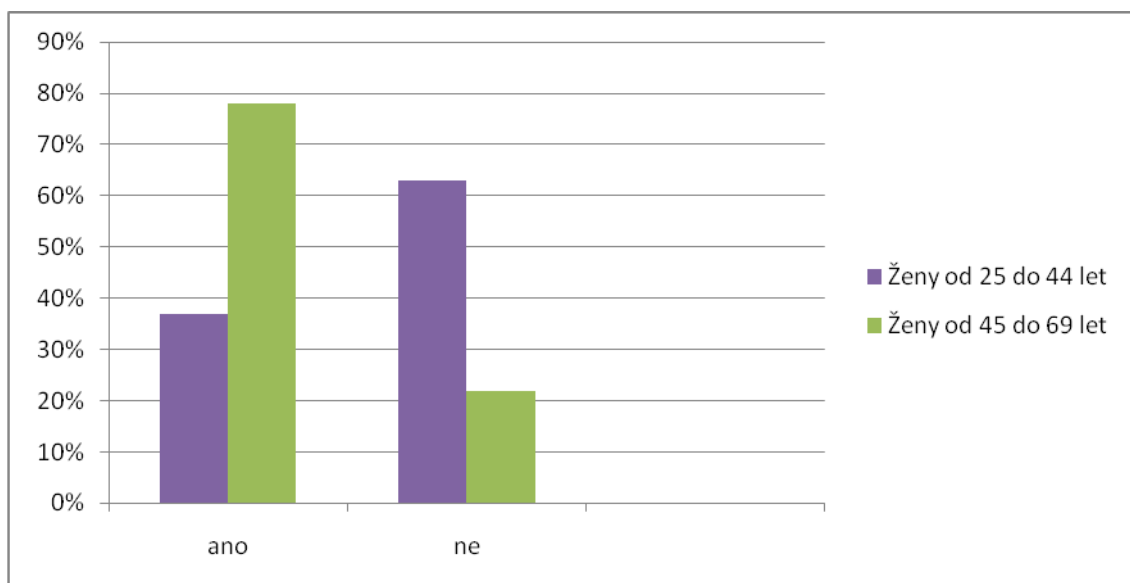
**Komentář :** Všechny vyjmenované body by se při správném samovyšetřování prsu měly provádět, ani jedna žena neoznačila všechny možnosti (mimo poslední – nic), nejčastěji ženy označily, stoj před zrcadlem 54x (62 %), pravou rukou vyšetřuji levý prs a opačně 51x (59 %), mám vzpaženou horní končetinu na vyšetřované straně 45x (52 %), vyšetření prsu v leže 42x ( 48 %), všímám si tvaru, souměrnost a změn na kůži 41x (47 %). 28 (32 %) žen uvedlo, že neprovádí nic.

#### 4.4.4 Mamologický screening

##### 14) Máte informace o mamologickém screeningu?

Tabulka 16 - Informace o mamologickém screeningu

Máte informace o mamologickém screeningu?	Ženy od 25 do 44 let		Ženy od 45 do 69 let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	17	37 %	32	78 %
ne	29	63 %	9	22 %
<b>celkem</b>	<b>46</b>	<b>100 %</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



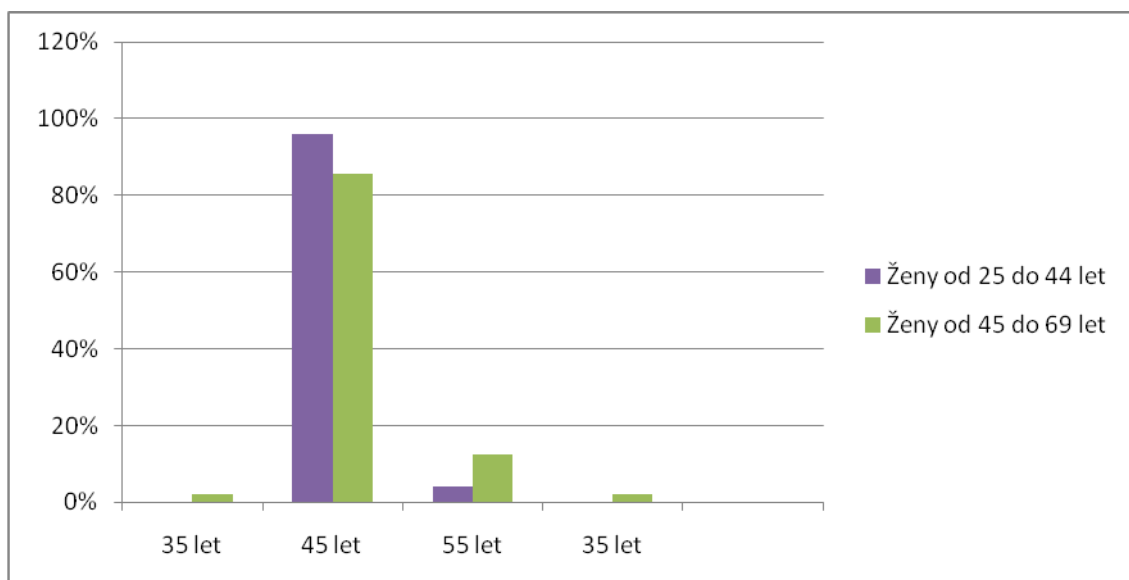
Graf 16 - Informace o mamologickém screeningu

**Komentář :** Ženy mezi 25 – 44 roky uvedly, že nemají informace o mamologickém screeningu v 63 %, což bylo 29 žen, a 17 žen (37 %) uvedlo, že informace o mamologickém screeningu má. Ženy nad 45 let, které mají mamologický screening hrazený pojišťovnou v 78 % uvedly, což bylo 32 žen, že jsou o mamologickém screeningu informovány a 9 žen (22 %) uvedlo, že není dostatečně informováno.

### 15) Od kterého roku má žena nárok na mamografické vyšetření hrazené pojišťovnou?

Tabulka 17 - Mamografické vyšetření

roky	Ženy od 25 do 44 let		Ženy od 45 do 69 let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
35	0	0 %	1	2 %
45	44	96 %	35	85,5 %
55	2	4 %	5	12,5 %
<b>celkem</b>	<b>46</b>	<b>100 %</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



Graf 17 - Mamografické vyšetření

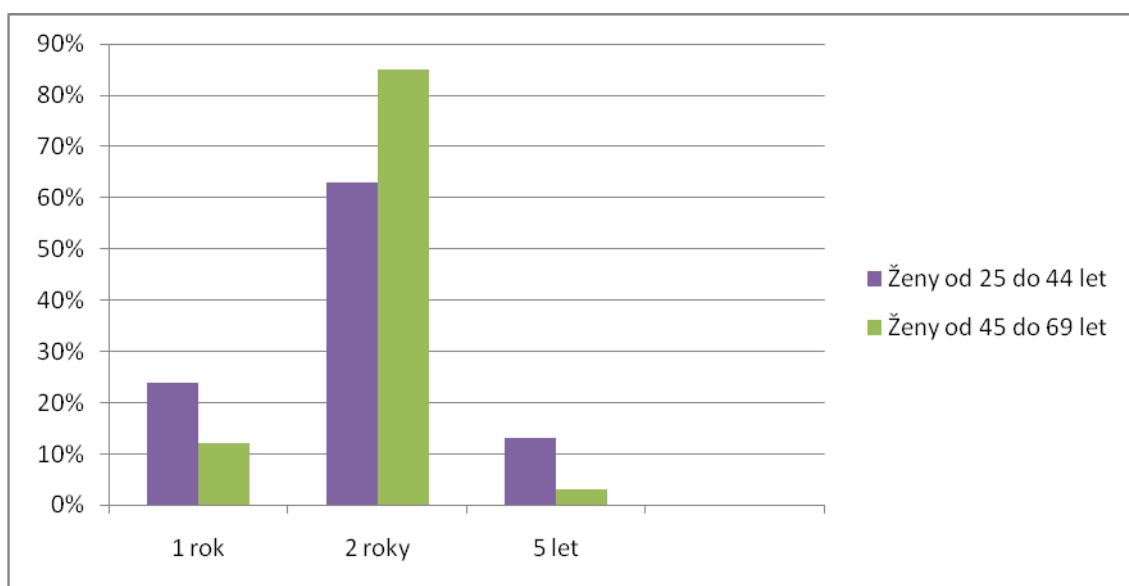
**Komentář :** Ve skupině žen od 25 do 44 let odpovědělo správně, že mamografie je hrazena od 45 let 44 žen což je 96 %. 2 ženy (4 %) odpověděly, že je mamografie

hrazena od 55 let, že je mamografie hrazena od 35 let neodpověděla ani jedna žena. Ve skupině od 44 do 69 let odpovědělo správně 35 (85,5 %) žen, že je mamografie hrazena od 55 let odpovědělo 5 (12,5 %) žen a že je mamografie hrazena od 35 let odpověděly 2 (2 %) ženy.

### 16) V jakém časovém intervalu je mamografické vyšetření hrazeno pojišťovnou?

Tabulka 18 - Interval mamologického vyšetření

Interval mamografického vyšetření	Ženy od 25 do 44 let		Ženy od 45 do 69 let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 rok	11	24 %	5	12 %
2 roky	29	63 %	35	85 %
5 let	6	13 %	1	3%
<b>celkem</b>	<b>46</b>	<b>100 %</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



Graf 18 - Interval mamologického vyšetření

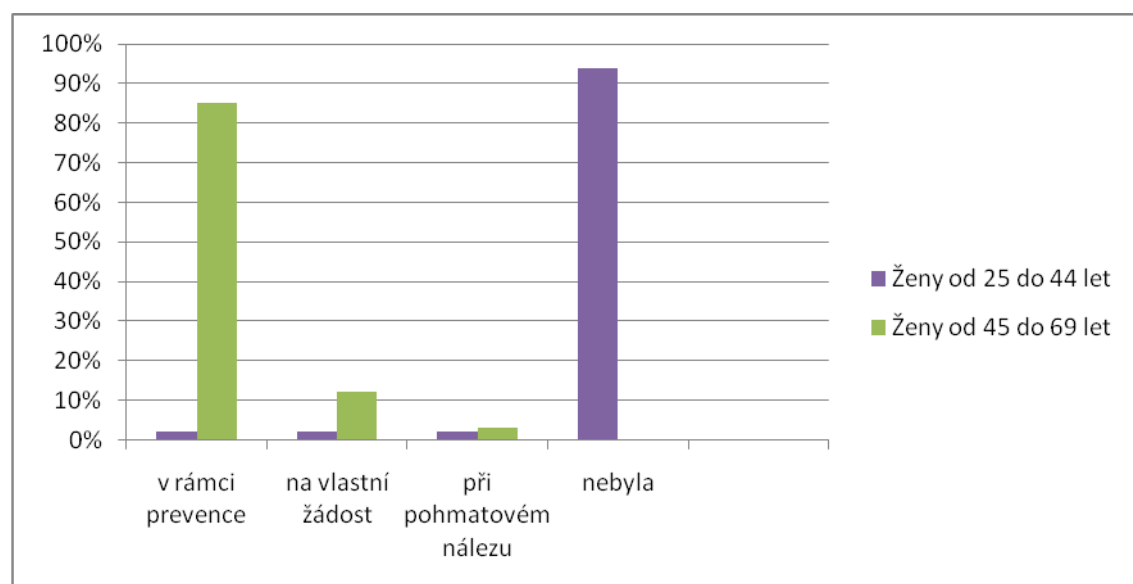
**Komentář :** Ve skupině žen od 25 do 44 let správnou odpověď označilo 29 (63 %) žen, 11 (24 %) žen se domnívá, že nárok na mamografické vyšetření je každý rok a 6 (13 %) žen uvedlo, že jednou za pět let. Ve skupině žen od 45 do 69 let, které mají nárok na mamografické vyšetření každé dva roky hrazené pojišťovnou označilo správnou

odpověď 35 (85 %) žen, že je nárok každý rok označilo 5 (12 %) žen a že jednou za pět let označila 1 (3 %) žena.

### 17) Byla Vám provedena mamografie?

Tabulka 19- Mamografie

Byla Vám provedena mamografie?	Ženy od 25 do 44 let		Ženy od 45 do 69 let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
v rámci prevence	1	2 %	35	85 %
na vlastní žádost	1	2 %	5	12 %
při pohmatovém nálezu	1	2 %	1	3%
nebyla	43	94 %	0	0 %
<b>celkem</b>	<b>46</b>	<b>100 %</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



Graf 19 - Mamografie

**Komentář :** U žen ve skupině mezi 25 – 44 roky nebyla provedena mamografie u 43 (94 %) žen, jedna žena (2 %) uvedla, že ji byla provedena mamografie na vlastní žádost, jedna žena (2 %), že ji byla provedena při pohmatovém nálezu a jedna žena (2 %) v rámci prevence. Žena která uvedla, že ji mamografie byla provedena v rámci prevence a žena, která uvedla, že ji byla provedena mamografie na vlastní žádost také uvedly



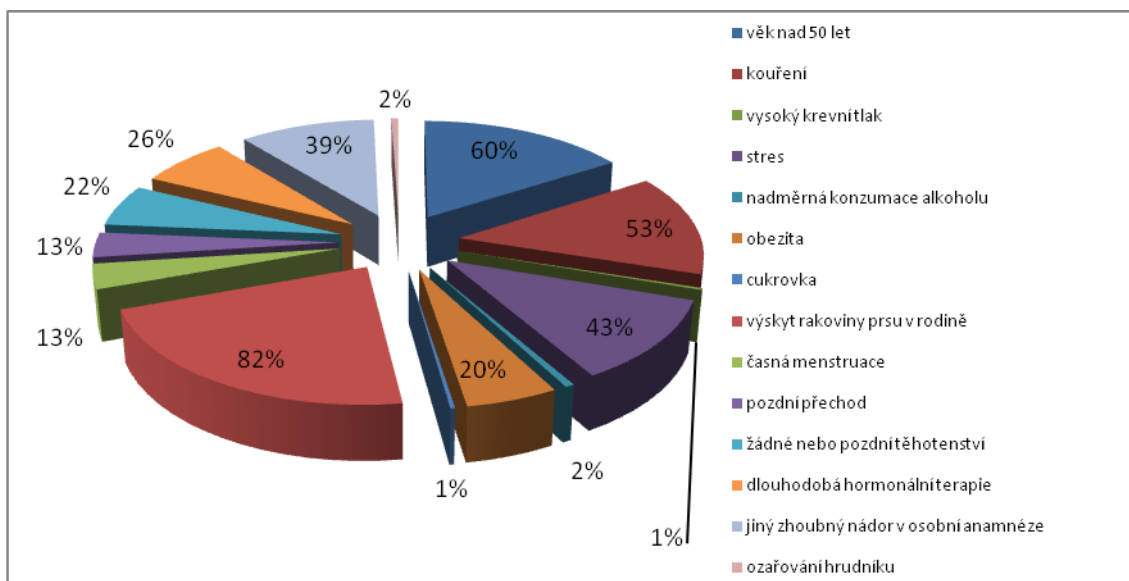
výskyt onemocnění prsu v rodině. Ve skupině od 45 do 69 let uvedlo 35 (85 %) žen, že jim byla provedena mamografie v rámci prevence. 5 (12 %) žen uvedlo, že jim byla provedena mamografie na vlastní žádost a jedné ženě (3 %) při pohmatovém nálezů.

#### 4.4.5 Rizikové faktory vzniku karcinomu prsu

##### 18) Které rizikové faktory znáte?

Tabulka 20 - Rizikové faktory

Rizikové faktory	Absolutní četnost	Relativní četnost
věk nad 50 let	52	60 %
kouření	46	53 %
vysoký krevní tlak	1	1 %
stres	37	43 %
nadměrná konzumace alkoholu	2	2 %
obezita	17	20 %
cukrovka	1	1 %
výskyt rakoviny prsu v rodině	71	82 %
časná menstruace	11	13 %
pozdní přechod	11	13 %
žádné nebo pozdní těhotenství	19	22 %
dlouhodobá hormonální terapie	23	26 %
jiný zhoubný nádor v osobní anamnéze	34	39 %
ozařování hrudníku	2	2 %



**Graf 20 - Rizikové faktory**

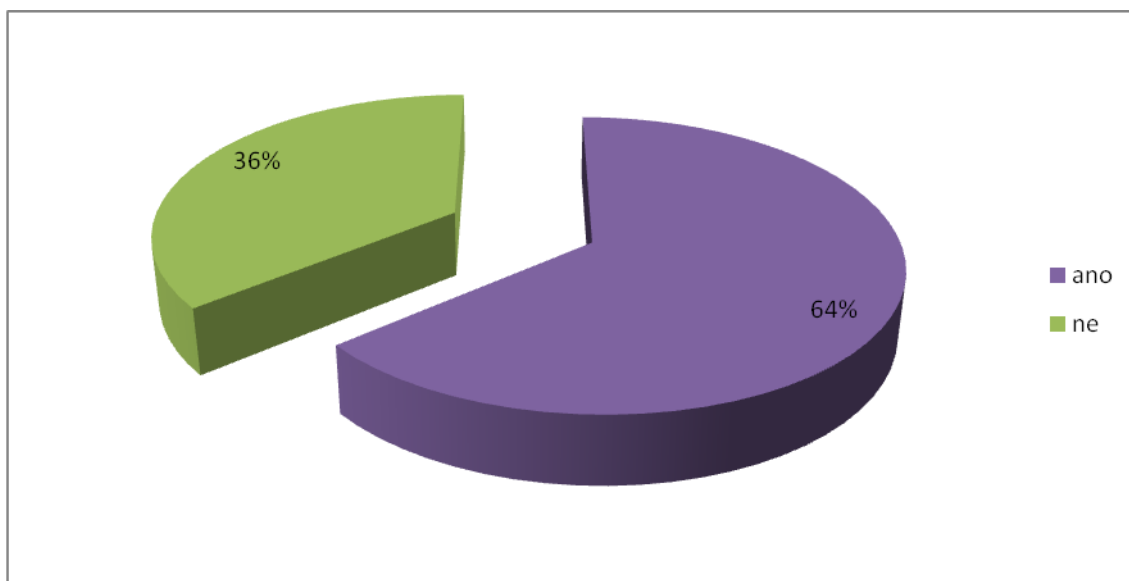
**Komentář :** Ženy označily více odpovědí, podle toho kolik rizikových faktorů znaly. Nejvíce žen, 71 (82 %) označilo jako rizikový faktor pro vznik karcinomu prsu výskyt rakoviny v rodině, další nejčastější odpověď byla věk nad 50 let, 52x (60 %), dále 46x kouření (53 %), 37x (43 %) stres a 34x (39 %) výskyt jiného zhoubného nádoru v osobní anamnéze, další rizikové faktory se vyskytovaly u menšiny respondentek. Cukrovku a vysoký krevní tlak, což nejsou rizikové faktory karcinomu prsu označilo pouze 1 % respondentek.

#### 4.4.6 Informovanost žen

19) Myslíte si, že máte dostatečné informace o prevenci karcinomu prsu?

**Tabulka 21 - Informovanost žen o prevenci**

Myslíte si, že máte dostatečné informace o prevenci karcinomu prsu?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	56	64 %
ne	31	36 %
<b>celkem</b>	<b>87</b>	<b>100 %</b>



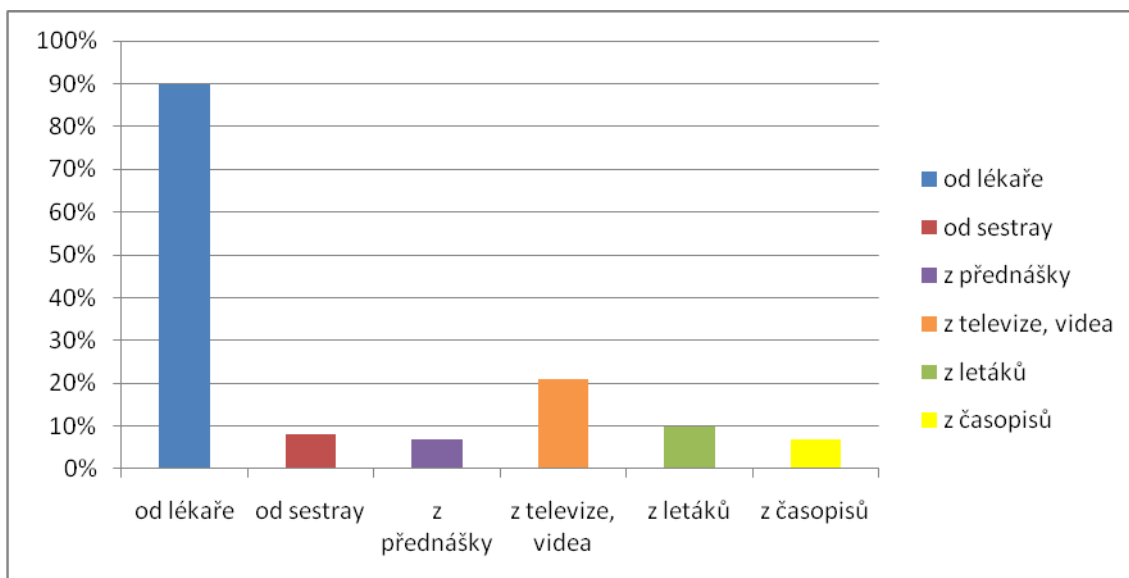
**Graf 21 - Informovanost žen o prevenci**

**Komentář :** 56 (64 %) respondentek si myslí, že má dostatečné informace o prevenci karcinomu prsu. 31 (36 %) respondentek si myslí, že nemá dostatečné informace o prevenci karcinomu prsu, pro doplnění o čem postrádají informace pouze dvě napsaly, že o samovyšetřování prsu a jedna napsala, že o všem, ostatní se k této odpovědi nevyjádřily.

**20) Informace o prevenci nádorového onemocnění prsu bych se ráda dozvěděla :**

**Tabulka 22 - Informovanost o prevenci nádorového onemocnění prsu**

<b>Informace bych se ráda dozvěděla :</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
od lékaře	78	90 %
od sestry	7	8 %
z přednášky	6	7 %
z televize, videa	18	21 %
z letáků	9	10 %
z časopisů	6	7 %



**Graf 22 - Informovanost o prevenci nádorového onemocnění prsu**

**Komentář :** U této otázky ženy měly možnost označit více odpovědí. Nejvíce respondentek, 78 (90 %), by se rádo dozvědělo více informací o prevenci karcinomu prsu od lékaře, 18 (21 %) žen by se rádo dozvědělo informace z televize a videa, 9 (10 %) žen by se rádo dozvědělo informace z letáků, 7 (8 %) žen od sestry, 6 (7 %) žen uvedlo z časopisů a 6 (7 %) žen z přednášek.

## 5 DISKUZE

Ve své práci jsem se zajímala o informovanost žen o prevenci karcinomu prsu, jaké mají znalosti rizikových faktorů, jaký mají zájem o vlastní prevenci, jakou formou a od koho, by se rády dozvěděly další informace o prevenci karcinomu prsu. Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným onemocněním u žen. Tvoří téměř 20 % ze všech maligních onemocnění žen. Jeho incidence neustále stoupá a postihuje přibližně 6 % ženské populace. Prakticky se nevyskytuje u žen pod 20 let a její výskyt je velmi řídký do 30 let. Nejčastěji jsou postiženy ženy ve věku 50-55 let a další vrchol onemocnění je mezi 65. - 70. rokem života ženy.

### 5.1 Diskuze k části - „Anamnestické údaje“

První otázka byla zaměřena na věk respondentů. Na základě této otázky jsem si rozdělila ženy do dvou skupin. První skupinu tvořily ženy od 25 do 44 let, které ještě nemají mamologický screening hrazený pojišťovnou, druhou skupinu tvořily ženy od 45 do 69 let, které již mají mamologický screening hrazený pojišťovnou. Tyto dvě skupiny byly početně vyrovnané, kdy první skupinu tvořilo 46 žen a druhou skupinu 41 žen z celkového počtu 87 žen, které mi odevzdaly správně vyplněný dotazník.

Druhou otázkou jsem se ptala na nejvyšší dosažené vzdělání. Nejvíce dotazovaných žen dosáhlo středoškolského vzdělání, bylo jich 54 %, na druhém místě byly ženy vyučeny 22 %, 20 % žen bylo vysokoškolsky vzdělaných a 4 % žen měly základní vzdělání. V některých studiích je uváděno, že vzdělanější ženy se více věnují svému zdravotnímu stavu, zdravému životnímu stylu, více dbají na správnou výživu apod. V mém výzkumu jsem ženy podle nejvyššího vzdělání nerozdělovala, protože rozdělení do skupin by nebylo vyrovnané.

Třetí otázka se dotazovala na výskyt nádorového onemocnění prsu v rodině, protože je to jeden z významných rizikových faktorů. Vyskytuje-li se u matky, dcery nebo sestry zvyšuje se riziko 2 – 3 násobně. Nejvíce žen, 79,5 % uvedlo, že u nich v rodině nikdo neonemocněl rakovinou prsu. Při onemocnění v rodině uváděly respondentky nejčastěji tetu a to v 10 %, následovala babička v 8 %, v 1 % uvedly matku a v 1 % sestru. Podle toho jsem ženy rozdělila do dvou skupin, na ty, které výskyt rakoviny prsu

v rodinné anamnéze neuvedly, těch bylo 69 (79 %) a na respondentky, které výskyt rakoviny prsu v rodině uvedly a těch bylo 18 (21 %).

## 5.2 Diskuze k části – „Preventivní prohlídky“

Čtvrtá až šestá otázka byly zaměřeny na preventivní prohlídky. Ptala jsem se, zda ženy chodí pravidelně, každý rok na gynekologické prohlídky. Pravidelné gynekologické prohlídky jsou upraveny vyhláškou MZ ČR z roku 1997 ve znění vyhlášky 3/2010 Sb. Každá žena v České republice bez rozdílu věku má nárok na preventivní prohlídku u gynekologa zdarma. Tento interval je lékaři doporučován, není však povinný a je na každé ženě, zda prohlídku absolvuje. Ženy ve skupině od 25 do 44 let uvedly ve 100 %, že na pravidelné gynekologické prohlídky 1x ročně chodí, z toho 72 % žen se zajímá o preventivní prohlídky sama, 11 % žen upozorní lékař a 22 % žen by uvítalo zaslání pozvánky. 2 ženy uvedly, že se zajímají samy, ale uvítaly by i zaslání pozvánky. Ženy od 44 do 69 let uvedly, že na pravidelné gynekologické prohlídky 1x ročně chodí v 90% a 10 % žen uvedlo že nechodí. Z toho 1x ročně chodí 61 % , 10 % 1x za dva roky a 29 % žen uvedlo delší časový interval, kdy dvě ženy uvedly interval pět let a ostatní se k délce intervalu nevyjádřily. Z této skupiny se zajímá 71 % žen samo, 22 % upozorní lékař a 7 % žen by uvítalo poslání pozvánky. Z tohoto šetření vyplývá, že ženy od 25 do 44 let, které pravděpodobně žijí aktivním pohlavním životem, pokládají návštěvu gynekologa za velmi důležitou a doporučený interval preventivních prohlídek dodržují, ze skupiny žen od 45 do 69 let již některé ženy návštěvu gynekologa opomíjejí, ale procento není vysoké. D. Šauerová (2004) ve své práci uvádí , že 83 % žen na pravidelnou gynekologickou prohlídku chodí a 17 % žen se pravidelné gynekologické prohlídky neúčastní. Ve výzkumu nerozděluje ženy dle věku, ale i tak je v její práci uvedeno o 7 % žen více, které na pravidelné prohlídky ke svému gynekologovi nechodí.

Sedmá otázka se ptá, zda byly ženě v rámci prevence vyšetřeny prsy pohmatem. Palpační vyšetření prsu by měl provádět gynekolog a praktický lékař při preventivních prohlídkách a také ošetřující lékař při hospitalizaci ženy v nemocnici jako onkologickou prevencí. Což je v rámci onkologické prevence důležité, aktivně vyhledávat změny v prsu, aby byl v časných stádiích karcinom prsu odhalen. U žen od 25 do 44 let nebyly

prsy vyšetřeny pohmatem v 83 %, ale tato skupina se ještě nepovažuje za rizikovou vzhledem k věku. U žen od 45 do 69 let, kdy je výskyt karcinomu nejčastější, byly prsy vyšetřeny pohmatem v 66 % a u 34 % žen vyšetřeny nebyly, což je velké procento, protože u této věkové kategorie by měly být v rámci mamologického screeningu vyšetřeny pohmatem u všech žen. U žen, kde se v rodině vyskytlo nádorové onemocnění prsu, byly prsy vyšetřeny v 89 % a pouze dvě ženy uvedly, že prsy pohmatem vyšetřeny neměly.

### **5.3 Diskuze k části – „Selfmonitoring prsu“**

Vedle preventivních prohlídek je také velmi důležité samovyšetřování prsů. Vyšetřování provádí žena sama, pravidelně každý měsíc. Nejlepší období je druhý nebo třetí den po skončení menstruace, kdy jsou prsy bez veškerého napětí. Ženy, které nemenstruují, si můžou zvolit kterýkoliv dobře zapamatovatelný den v měsíci. Na otázku, zda ženy provádějí samovyšetřování prsu kladně odpovědělo 67 % žen a zda si ženy myslí, že znají správnou techniku samovyšetřování prsu kladně odpovědělo 63 % žen, v roce 2004 D. Šauerová uvádí, že správnou techniku zná 67 % žen, což vyšlo shodně, bohužel to taky svědčí o tom, že informovanost o samovyšetřování prsu se nezvyšuje. Nejčastěji se ženy dozvěděly o samovyšetřování prsu z propagačních materiálů a to v 49,5 % a z televize v 30 %, kdy i D. Šauerová uvádí tyto dva zdroje jako nejčastější. Od svého gynekologa se dozvědělo o samovyšetřování prsu pouze 25 % žen, což má ale i přes malé procento vzestupnou tendenci, protože D. Šauerová uvádí ve své práci pouze 14 %. Samovyšetřování prsu je doporučováno provádět 1x měsíčně, dva až tři dny po skončení menstruace, kdy jsou prsy uvolněné a dobře prohmatné. Pravidelnost je důležitá proto, aby si žena osvojila terén vlastního prsu a lépe rozpoznala změny. 1x měsíčně provádí samovyšetřování prsu pouze 33 % žen, D. Šauerová uvádí pouze 25 %. 30% žen uvedlo, že samovyšetřování neprovádí vůbec a ostatní ženy ho provádí v delším časovém intervalu. 52 % žen ve věku od 25 do 44 let si myslí, že zná správnou techniku samovyšetřování prsu a ženy ve věku od 45 do 69 let si to myslí v 76 %, ale ani jedna žena neuvedla všechny body, které jsou při správném samovyšetřování prsu doporučovány. Nejčastěji ženy uváděly, že stojí před zrcadlem,

v 62 %, pravou rukou si vyšetřují levý prs a opačně v 52 %, prsy si vyšetřují i v leže v 48 %, všímají si změn na kůži v 47 % a znalost dalších bodů byla ještě nižší.

#### **5.4 Diskuze k části – „Mamologický screening“**

Další otázky se vztahovaly na mamologický screening. V České republice byl „Program pro screening nádorů prsu“ zahájen v druhé polovině roku 2002. V rámci screeningu by měly být ženě vyšetřeny prsy pohmatem a měla by být odeslána do specializovaného mamografického centra na mamografii. Mamografie je důležité vyšetření, kterým lze zachytit počáteční, bezpříznaková stádia karcinomu prsu. Mamologický screening je hrazen pojišťovnou ženám od 45 do 69 let, kdy je nejvyšší procento výskytu rakoviny prsu. Pro hodnocení této otázky jsem si také ženy rozdělila do dvou skupin dle věku. Ženy ve skupině od 25 do 44 let si myslí v 37 %, že mají dostatečné informace o mamologickém screeningu a 63 % žen si myslí, že nemá. Ve skupině žen od 45 do 69 si myslí 78 % žen, že má dostatečné informace o mamologickém screeningu a 22 % žen odpovědělo záporně. Na otázku, od kterého roku má žena nárok na mamografické vyšetření hrazené pojišťovnou, ve skupině žen od 25 do 44 let odpovědělo správně 96 % žen, pouze 4 % žen odpověděla, že žena má nárok od 55 let. Ve skupině žen od 45 do 69 let odpovědělo správně, že žena má nárok na mamografické vyšetření od 45 let 85,5 % respondentek, 12,5 žen odpovědělo od 55 let a 1 žena (2 %) odpověděla, že je nárok od 35 let. Další otázka, vztahující se k mamografickému vyšetření, se ptala na interval mamografického vyšetření v rámci screeningu. I na tuto otázku většina žen znala správnou odpověď, ve skupině žen od 25 do 44 let odpovědělo správně 63 % žen a ve skupině od 45 do 69 let odpovědělo správně 85 %. Myslím si, že ženy jsou dostatečně informovány o mamologickém screeningu a o mamografii, ukazuje na to velké procento správných odpovědí. D. Šauerová ve své práci uvádí znalosti o mamografickém screeningu u 75 % dotazovaných žen, u těchto otázek je vidět vzestup informovanosti žen po šesti letech. Žen jsem se také zeptala, zda jim byla mamografie provedena. U žen ve skupině od 25 do 44 let, které ještě nemají hrazený screening pojišťovnou mamografie v 94 % provedena nebyla. Jedné ženě byla provedena na vlastní žádost, jedné při pohmatovém nálezu a jedné v rámci prevence, když tato žena uvedla výskyt rakoviny prsu v rodině.



Ve skupině žen od 45 do 69 let bylo pomocí mamografu vyšetřeno 100 % žen, z toho 5 žen uvedlo, že jim byla provedena mamografie na vlastní žádost, jedné ženě při pohmatovém nálezu a 35 ženám (85 %) v rámci prevence. Tyto výsledky shledávám jako velmi pozitivní, protože všechny ženy, které mají nárok na preventivní mamografické vyšetření ho i absolvovaly. D. Šauerová ve své práci obhájené v roce 2004 uvádí mamografické vyšetření u žen nad 45 let u 82 % žen a z toho jen 67 % žen v rámci prevence. Její práce byla vypracovaná dva roky po zahájení plošného mamologického screeningu a v mé práci je již patrný nárůst preventivního mamografického vyšetření po osmi letech od zahájení screeningu.

## **5.5 Dikuze k části – „Rizikové faktory vzniku karcinomu prsu“**

Otázkou číslo 18 jsem chtěla zjistit, jak jsou dotazované ženy informovány o rizikových faktorech karcinomu prsu, protože si myslím, že jejich znalost je velmi důležitá. I když většina rizikových faktorů pro vznik karcinomu prsu je neovlivnitelná, geneticky podmíněná, tak ale jejich poznání může ženu vést k aktivnější sekundární prevenci, k častějším prohlídkám u lékaře, který ženu vyšetří pohmatem a může ji odeslat na ultrazvukové nebo mamografické vyšetření, čímž případný vznik rakoviny prsu bude odhalen v časnějším stádiu. Žena pak má vyšší procento naděje na úplné vyléčení. Všechny dosud známé rizikové faktory v mém dotazníkovém šetření neoznačila ani jedna respondentka. Nejznámější rizikový faktor byl výskyt rakoviny prsu v rodině, označilo ho 82 % žen. Druhou nejčastější odpovědí byl věk nad 50 let a to u 60 % žen, 39 % žen označilo jiný zhoubný nádor v anamnéze. 53 % žen uvedlo rizikový faktor kouření, ale přitom dosavadní studie nepotvrdily přímou souvislost mezi expozicí tabákového kouře a vznikem karcinomu prsu. (Abrahámová, 2003) Hormonální léčba byla ve studiích prokázána jako rizikový faktor a v mém šetření ji uvedlo jen 26 % žen a obezita, u které je také prokázané zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu uvedlo pouze 20 % dotazovaných žen. Vliv časně menstruace nebo pozdního přechodu znalo pouze 13 % žen. V tomto ohledu si myslím, že je informovanost žen nedostatečná a informace o prevenci karcinomu prsu by se měly také zaměřit tímto směrem.

## 5.6 Diskuze k části – „Informovanost žen“

Na otázku, zda si ženy myslí, že mají dostatečné informace o prevenci karcinomu prsu jich z celkového počtu odpovědělo 64 % kladně a 36 % si myslí, že dostatečné informace nemá, z toho jedna žena doplnila, že jí chybí informace o samovyšetřování prsu a jedna žena uvedla, že jí chybí informace o všem. Ostatní ženy tuto otázku nedoplňují. 90 % žen by se rádo nové informace o prevenci karcinomu prsu dozvědělo od svého lékaře, 21 % žen uvedlo televizi a video, 10 % žen uvedlo letáky, další možnosti byly zanedbatelné. Z tohoto průzkumu shledávám jako účinné řešení letáky a promítané video v čekárně lékařů, které by mělo ženu přivést na toto téma, které by žena dále mohla v ordinaci podrobněji probrat již se svým lékařem. Také by měli být důrazněji oslovováni lékaři, aby se touto problematikou více zabývali a ženy aktivně o prevenci karcinomu prsu informovali.

Poslední otázka dala ženě možnost, aby se vyjádřila k jakékoliv oblasti z tohoto dotazníku a doplnila tak potřeby informovanosti o této problematice nebo přidala svoje znalosti a zkušenosti, ale ani jedna žena nevyužila tohoto prostoru k vyjádření.

## 6 ZÁVĚR

Karcinom prsu zaujímá první místo ve výskytu nádorového onemocnění u žen. Jeho výskyt stále roste a stále častěji se vyskytuje u mladších žen. V úvodu mé práce jsem nastínila epidemiologickou situaci tohoto onemocnění. V teoretické části jsem se zabývala anatomii a fyziologií prsu, druhy karcinomu prsu, způsoby diagnostiky a léčby tohoto onemocnění a prevencí. Od roku 2002 je v naší republice organizován „Program pro screening nádorů prsu“, který je ženám nad 45 let hrazený ze zdravotního pojištění.

Cílem empirické části mé bakalářské práce bylo zjistit zájem žen o vlastní prevenci, znalosti o samovyšetřování prsu a mamologického screeningu, zmapovat znalost rizikových faktorů pro vznik karcinomu prsu. Dotazník jsem rozdala ženám mezi 25 a 69. rokem života, které žijí v mém okolí a byly ochotné odpovědět na položené otázky. Ženy jsem si rozdělila do dvou skupin podle věku. První skupinu tvořily ženy od 25 do 44 let, které ještě nemají mamografický screening hrazený pojišťovnou a druhou skupinu tvořily ženy od 45 do 69 let, které již mamografický screening hrazený pojišťovnou mají, některé otázky jsem vyhodnocovala v jednotlivých skupinách.

Z provedeného šetření vyplynulo, že ženy mají zájem o vlastní prevenci a na pravidelné gynekologické prohlídky chodí, ženy mezi 25. a 44. rokem ve 100% a ženy mezi 45 a 69 v 90 %. U žen do 45 let byly prsy vyšetřeny pohmatem pouze u 17 %, u žen nad 45 let byly prsy vyšetřeny pohmatem u 66 %, což si myslím, že je také nízké procento, protože gynekolog by měl vyšetřit prsy pohmatem všem ženám v rámci prevence, ale může to být zkreslené tím, že malé procento žen na preventivní prohlídky nechodí.

Dále jsem se zajímala o samovyšetřování prsů, které je také důležité pro včasný záchyt nádoru prsu. 67 % žen uvedlo, že provádí samovyšetřování prsu. 63 % žen si myslí, že zná správnou techniku, ale ani jedna žena v mém dotazníku neoznačila všechny body, které jsou doporučovány provádět při správném samovyšetřování. I když v čekárnách ordinací gynekologů jsou k dispozici letáky se správnou technikou samovyšetřování prsů a jsou tam promítány ukázky správného nácvičku prsu, apelovala bych na lékaře, aby tyto informace také předávaly ženám osobně při preventivních

prohlídkách a význam letáků by se mohl zdůraznit osobním předáním ženě sestrou, protože stále přetrvávají nedostatky v informovanosti o této problematice.

Naopak pozitivním zjištěním byla informovanost žen o mamologickém screeningu, která se od dotazníkového šetření D. Šauerové v roce 2004 zvýšila. Všem ženám od 45 do 69 let byla mamografie provedena, 85 % žen vědělo o správném intervalu preventivního mamografického vyšetření a znaly i věk od kterého je mamografie hrazena pojišťovnou. Mladším ženám od 25 do 44 let mamografie v 94 % provedena nebyla, ale také velké procento respondentek znalo správné odpovědi.

Větší pozornost by se měla věnovat informovanosti o rizikových faktorech, kdy ani jedna žena neuvědomila všechny dosud známé rizikové faktory vzniku karcinomu prsu. Je důležité, aby si je ženy uvědomovaly a pokud by se u nich vyskytly, aby dbaly na pečlivější sekundární prevenci a v pravidelných intervalech navštěvovaly svého lékaře k preventivnímu vyšetření.

Jak z mého výzkumu vyplývá, ženy si nejčastěji přejí získávat tyto informace od lékaře, proto by měli lékaři poskytovat dostatečné informace o prevenci karcinomu prsu a využívat všechny dostupné informační materiály, aby na ženu působilo více zdrojů najednou a ona si uvědomila potřebu a důležitost vlastní účasti na prevenci. Vytvořila jsem leták o samovyšetřování prsu a ráda bych se spolupodílela na zvyšování informovanosti o prevenci karcinomu prsu.

## ANOTACE

- Autor :** Monika Vytlačilová
- Instituce :** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové  
Oddělení Ošetrovatelství
- Název práce :** Informovanost žen o prevenci karcinomu prsu
- Vedoucí práce :** Mgr. Eva Vachková
- Počet stran :** 88
- Počet příloh :** 7
- Rok obhajoby :** 2010
- Klíčová slova :** karcinom prsu, prevence, informovanost, mamologický screening, samovyšetřování prsu

Tato bakalářská práce se zabývá informovaností žen o prevenci karcinomu prsu. Teoretická část se zmiňuje o anatomii a fyziologii prsní žlázy, o druzích karcinomu prsu, a jejich diagnostice a možnostech léčby. Dále se zabývá rizikovými faktory a možnou prevencí karcinomu prsu.

Empirická část je tvořena kvantitativním dotazníkovým šetřením, které zjišťuje zájem žen o vlastní prevenci, znalosti samovyšetřování prsu, mamologického screeningu a rizikových faktorů. Zkoumaný vzorek tvoří 87 žen ve věku od 25 do 69 let.

This Bachelor Thesis considers women awareness of breast cancer prevention. The theoretical part deals with anatomy and physiology of mammary gland, types of breast cancer and their diagnostics and possibilities of treatment. It is engaged in risk factors and prevention as well.

The empirical part is comprised of quantitative questionnaire method, which finds out women interest of their own prevention, awareness of breast selfexamination, mammography screening and risk factors. Analysis samle is made up of 87 women at the age of 25 to 69.

## SEZNAM ZKRATEK

BRCA.....	označení genu z anglického breast cancer – nádor prsu
CEA.....	Karcinoembryonální antigen
ČR.....	Česká republika
DNA.....	Deoxyribonukleová kyselina
HER2.....	specifická bílkovina
MZ.....	Ministerstvo zdravotnictví
ÚZIS.....	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VZP.....	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO (World Health Organisation).....	Světová zdravotnická organizace

# POUŽITÉ ZDROJE

## TIŠTĚNÉ ZDROJE

### Monografie

ABRAHÁMOVÁ, J., DUŠEK, L., et al. *Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu*. Praha: Grada, 2003. 227 s. ISBN 80-247-0499-4.

ADAM, Z., KREJČÍ, M., VORLÍČEK, J., et al. *Speciální onkologie*. Praha: Galén, 2010. 417 s. ISSN 978-80-7262-648-9.

ADAM, Z., VORLÍČEK, J., KOPTÍKOVÁ, J. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Praha: Grada, 2003. 787 s. ISBN 80-247-0677-6.

ADAM, Z., VORLÍČEK, J., VANÍČEK, J., et al. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. Praha: Grada, 2002. 604 s. ISBN 80-7169-792-3.

ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., DOLANSKÝ, H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, 2009. 108 s. ISBN 978-80-247-2860-5.

DOLANSKÝ, H. *Veřejné zdravotnictví*. Opava: Slezská univerzita, 2008. 223 s. ISBN 978-80-7248-494-2.

FERKO, A. *Chirurgie v kostce : vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2002. 591 s. ISBN 80-247-0230-4.

GLADKIJ, I., STRNAD, L. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-8.

HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001. 77 s. ISBN 80-238-7618-X.

CHARVÁT, M. Sentinel node mapping : časování a technika aplikace při laparoskopii u karcinomu děložního hrdla. In *Onkologie v gynekologii a mammologii : sborník přednášek ze 7. ročníku sympozia*. Brno: Fakultní nemocnice, 2002. S. 120.

KONOPÁSEK, B., et al. *Onkologie pro praktické lékaře*. Praha: Galén, 2004. 179 s. ISBN 80-7262-287-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 196 s. ISBN 80-247-0179-0.

MARIEB, E. N., MALLAT, N. *Anatomie lidského těla*. Brno: CP Books, 2005. 863 s. ISBN 80-251-0066-9.

*Oxford handbook of clinical surgery*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2003. 930 s. ISBN 0-19-262638-8.

PAVLIŠTA, D., et al. *Neinvazivní karcinomy prsu*. Praha: Maxdorf, 2008. 181 s. ISBN 978-80-7345-173-8.

ROB, L., et al. Sentinelová uzlina u gynekologických malignit : co lze očekávat? In *Onkologie v gynekologii a mammologii : sborník přednášek ze 7. ročníku symposia*. Brno: Fakultní nemocnice, 2002. S. 118-119.

*Samovyšetření prsu*. [Praha]: Všeobecná zdravotní pojišťovna, 1995. Nestr.

STRNAD, P., DANEŠ, J. *Nemoci prsu pro gynekology*. Praha: Grada, 2001. 324 s. ISBN 80-7169-714-1.

VORLÍČEK, J., et al. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

### **Články v časopisech**

HOLUBOVÁ, A. Sestra v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 5, s. 52.

HRUBÁ, M. Role sestry v prevenci nádorových onemocnění. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 2, s. 33.

CHOVANEC, J., DOSTÁLOVÁ, Z. Biologická léčba karcinomu prsu. *Praktická gynekologie*, 2009, č. 4, s. 228-231.



JANDÍK, P. Karcinom prsní žlázy a jeho prevence : základní informace pro praxi. *Ošetřovatelství*, 2005, roč. 7, č. 1-2, s. 36-38.

KUBÁČKOVÁ, K., PRAUSOVÁ, J. Karcinom prsu : několik poznámek k novým přístupům pro prevenci, diagnózu a léčbu. *Sanquis*, 2004, č. 36, s. 22-24.

MORISSET, A. S. Impact of a lignan-rich diet on adiposity and insulin sensitivity in post-menopausal women. *The British Journal of Nutrition*, Jul 2009 vol. 102, iss. 2, p. 195-200.

NAVRÁTILOVÁ, M., VAŠUTOVÁ, P. Práce sestry na onkologickém oddělení. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 1, s. 40.

PALÁCOVÁ, M. Novinky v léčbě karcinomu prsu. *Onkologie*, 2008, roč. 2, č. 1, s. 49-52.

POKORNÁ, Š. Audit mamografického screeningu. *Onkologická péče*, 2007, roč. 11, č. 1, s. 6-7.

REPKOVÁ, A. Prevence rakoviny prsní žlázy. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 9, s. 47-48.

RYŠKA, A. Novinky v histopatologické diagnostice karcinomu prsu. *Zdravotnické noviny : odborné fórum zdravotnictví a sociální péče*, 2010, roč. 59, č. 1. Lékařské listy, 2010, č. 1, s. 9-11.

SKOVAJSOVÁ, M., SVOBODNÍK, A. Přínos a rezervy screeningu nádoru prsu v ČR. *Onkologická péče*, 2007, roč. 11, č. 1, s. 1-5.

SUBEROVÁ, Š. Problematika onkologického pacienta s chemoterapií. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 2, s. 26-28.

## **ELEKTRONICKÉ ZDROJE**

AFONSO, N. Women at high risk for breast cancer : what the primary care provider needs to know. *The Journal of the American Board of Family Medicine* [online], Jan 2009, vol. 22, iss. 1, p. 43-50. [cit. 2010-02-20]. Dostupné z: <<http://www.jabfp.com/cgi/reprint/22/1/43>>

*Breast cancer prevention* [online]. Bethesda: National Cancer Institute : U. S. National Institute of Health. [cit. 2010-03-24]. Dostupné z: <<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/breast/Patient/page3>>

FERLAY, J., et al. *GLOBOCAN 2002 : cancer incidence, mortality and prevalence worldwide* [online]. Lyon, IARC Press, 2004. [cit. 2010-02-25]. Dostupné z: <<http://www-dep.iarc.fr>>

*Hormonální léčba a riziko karcinomu prsu* [online]. Praha: GHC Genetics, c2010. [cit. 2010-03-24]. Dostupné z: <<http://www.genscan.com/cz/hormonalni-lecba-a-riziko-karcinomu-prsu>>

*Instruktaže samovyšetření prsu* [online]. Praha: Klub ŽAP - Ženy s nádorovým onemocněním, c2010. [cit. 2010-03-25]. Dostupné z: <<http://www.klubzap.cz/cz/redakce-cz/clanek-v-pravem-sloupci/instruktaze-samovysetreni-prsu/r183>>

*Mamo.cz : program mamografického screeningu v České republice* [online]. Brno: Institut biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity. Poslední aktualizace 9.2.2010. [cit. 2010-02-15]. ISSN 1804-0861. Dostupné z: <<http://www.mamo.cz/>>

Nosičství mutací genů BRCA1 a BRCA2 je třeba hodnotit velmi střídavě. *Medicína : odborné fórum lékařů a farmaceutů* [online], 2002, roč. 9, č. 11. [cit. 2010-03-24]. Dostupné z: <<http://www.zdrava-rodina.cz/med/med1102/med110201.html>>

SANTEN, R. J. Assessing individual risk for breast cancer : role of oestrogens and androgens. *Breast Cancer Research* [online], Dec 2008, vol. 10, Suppl 4, p. S10. [cit. 2010-02-10]. Dostupné z: <<http://breast-cancer-research.com/supplements/notes/BCR-vol10-suppl4-info.pdf>>

TONANI, M., CARVALHO, E. C. Cancer risk and preventive behavior : persuasion as an intervention strategy. *Revista latino-americana de enfermagem* [online]. Sept – Oct 2008, vol. 16, iss. 5, p. 864-870. [cit. 2010-02-20]. Dostupné z: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/11.pdf>>

## SEZNAM TABULEK

TABULKA 1 – VĚK RESPONDENTŮ.....	38
TABULKA 2 - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ.....	39
TABULKA 3 - VÝSKYT NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ PRSU V RODINĚ.....	40
TABULKA 4 – PRAVIDELNÉ GYNEKOLOGICKÉ PROHLÍDKY .....	41
TABULKA 5 - ZÁJEM O PREVENTIVNÍ VYŠETŘENÍ .....	42
TABULKA 6 - ČASOVÝ ÚDAJ O PREV.POHLÍDKÁCH .....	43
TABULKA 7 - VYŠETŘENÍ PRSŮ V RÁMCI GYNEKOLOGICKÉ PROHLÍDKY, ROZDĚLENÍ PODLE VĚKU.....	44
TABULKA 8 - VYŠETŘENÍ PRSŮ V RÁMCI GYNEKOLOGICKÝ PROHLÍDKY, ROZDĚLENÍ PODLE VÝSKYTU ONEMOCNĚNÍ PRSU V RODINĚ.....	45
TABULKA 9 - KDO U ŽEN VYŠETŘOVAL PRSY POHMATEM .....	46
TABULKA 10 - SAMOVYŠETŘOVÁNÍ PRSU VE VZTAHU K VĚKU.....	47
TABULKA 11 - SAMOVYŠETŘOVÁNÍ PRSU VE VZTAHU K ONEMOCNĚNÍ PRSU V RODINĚ....	48
TABULKA 12 - ZNALOST TECHNIKY SAMOVYŠETŘOVÁNÍ PRSU .....	49
TABULKA 13 - KDO INFORMOVAL O SAMOVYŠETŘOVÁNÍ PRSU .....	50
TABULKA 14 - FREKVENCE SAMOVYŠETŘOVÁNÍ PRSU.....	51
TABULKA 15 - BODY SAMOVYŠETŘOVÁNÍ PRSU .....	52
TABULKA 16 - INFORMACE O MAMOLOGICKÉM SCREENINGU .....	53
TABULKA 17 - MAMOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ .....	54
TABULKA 18 - INTERVAL MAMOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ .....	55
TABULKA 19- MAMOGRAFIE .....	56
TABULKA 20 - RIZIKOVÉ FAKTORY .....	57
TABULKA 21 - INFORMOVANOST ŽEN O PREVENCII .....	58
TABULKA 22 - INFORMOVANOST O PREVENCII NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ PRSU .....	59

## SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1 – VĚK RESPNDENTŮ.....	38
GRAF 2 - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ .....	39
GRAF 3 - VÝSKYT NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ PRSU V RODINĚ .....	40
GRAF 4 – PRAVIDELNÉ GYNEKOLOGICKÉ PROHLÍDKY .....	41
GRAF 5 - ZÁJEM O PREVENTIVNÍ VYŠETŘENÍ.....	42
GRAF 6 - ČASOVÝ ÚDAJ O PREV.POHLÍDKÁCH.....	43
GRAF 7 - VYŠETŘENÍ PRSŮ V RÁMCI GYNEKOLOGICKÉ PROHLÍDKY, ROZDĚLENÍ PODLE VĚKU.....	44
GRAF 8 - VYŠETŘENÍ PRSŮ V RÁMCI GYNEKOLOGICKÝ PROHLÍDKY, ROZDĚLENÍ PODLE VÝSKYTU ONEMOCNĚNÍ PRSU V RODINĚ.....	45
GRAF 9 - KDO U ŽEN VYŠETŘOVAL PRSY POHMATEM.....	46
GRAF 10 - SAMOVYŠETŘOVÁNÍ PRSU VE VZTAHU K VĚKU .....	47
GRAF 11 - SAMOVYŠETŘOVÁNÍ PRSU VE VZTAHU K ONEMOCNĚNÍ PRSU V RODINĚ .....	48
GRAF 12 - ZNALOST TECHNIKY SAMOVYŠETŘOVÁNÍ PRSU.....	49
GRAF 13 - KDO INFORMOVAL O SAMOVYŠETŘOVÁNÍ PRSU .....	50
GRAF 14 - FREKVENCE SAMOVYŠETŘOVÁNÍ PRSU .....	51
GRAF 15 - BODY SAMOVYŠETŘOVÁNÍ PRSU .....	52
GRAF 16 - INFORMACE O MAMOLOGICKÉM SCREENINGU .....	53
GRAF 17 - MAMOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ.....	54
GRAF 18 - INTERVAL MAMOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ.....	55
GRAF 19 - MAMOGRAFIE .....	56
GRAF 20 - RIZIKOVÉ FAKTORY .....	58
GRAF 21 - INFORMOVANOST ŽEN O PREVENCÍ.....	59
GRAF 22 - INFORMOVANOST O PREVENCÍ NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ PRSU.....	60

## SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1 – TECHNIKA SAMOVYŠETŘOVÁNÍ PRSU.....	78
PŘÍLOHA 2 – NÁCVIK NA FANTOMU PRSU .....	81
PŘÍLOHA 3 – GRAF: VĚK ŽEN SE ZHOUBNÝM NÁDOREM PRSU V OBDOBÍ 2001-2005.....	82
PŘÍLOHA 4 – TABULKA: INCIDENCE ZHOUBNÝCH NÁDORŮ PRSU U ŽEN V ČR VE SROVNÁNÍ SE SVĚTEM .....	83
PŘÍLOHA 5 - GRAF: INCIDENCE A MORTALITA KARCINOMU PRSU V ČR .....	84
PŘÍLOHA 6 - DOTAZNÍK .....	85
PŘÍLOHA 7 – T, N, M KLASIFIKACE.....	88

# PŘÍLOHY

## Příloha 1

### Technika samovyšetřování prsu

Samovyšetřování se provádí v několika fázích:

- 1) Žena se postaví před zrcadlo s volně spuštěnými pažemi a sleduje oba prsy, všímá si symetrie, tvaru, změny tvaru, důlkovitění, změn na kůži a barvy, tvaru a vtahování bradavky. Prohlížení provádí zepředu, z levého a pravého boku. Potom vzpaží ruce, složí je za hlavu a tlačí dozadu. Posléze dá ruce v bok a mírně se předkloní. Ve všech polohách si všímá tvaru, symetrie a změn na obou prsech.



- 2) Žena zvedne pravou paži a bříšky prstů levé ruky prohmatává pravý prs postupně v dolním zevním a obou vnitřních kvadrantech. Prsty pohybuje v malých soustředěných kruzích okolo prsního dvorce, potom okolo celého prsu. Dále se věnuje oblasti mezi prsem a podpažím a podpažní jamce. Všímá si jakékoliv bulky nebo nepravidelnosti. Toto vyšetření doplní vyšetřením oběma rukama proti sobě. Vše opakuje i na druhé straně.



- 3) Jemně uchopí bradavku mezi dva prsty a hledá nepravidelnosti. Všímá si sekrece z bradavky.
- 4) Položí se na záda na rovnou podložku. Pravou paží založí za hlavu nebo v bok a rameno si podloží. V této poloze dojde k oploštění prsu a je jednodušší jeho prohmatávání. Použije stejnou metodu jako je popsána vestoje a opět to zopakuje na druhé straně.



Problémem samovyšetřování je to, že jen malé procento žen provádí správnou techniku. Některým ženám je to nepříjemné a u některých není příliš přínosné pro nodularitu prsů. U některých etnických skupin to neumožňují kulturní zvyklosti. (Abrahámová, 2003, Skovajsová, online)



## Příloha 2

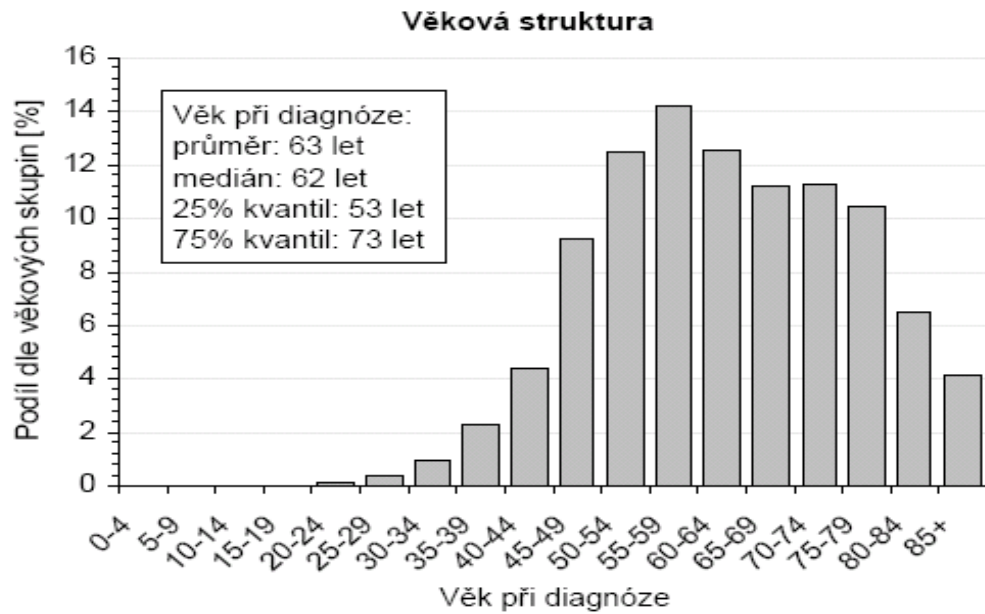
### Nácvik na fantomu prsu



**Zdroj :** <http://www.klubzap.cz/cz/redakce-cz/clanek-v-pravem-sloupci/instruktaze-samovysetreni-prsu/r183>

### Příloha 3

#### Věk žen se zhoubným nádorem prsu v období 2001–2005



Zdroj: Národní onkologický registr, ÚZIS ČR

## Příloha 4

### Incidence zhoubných nádorů prsu u žen v ČR ve srovnání se světem

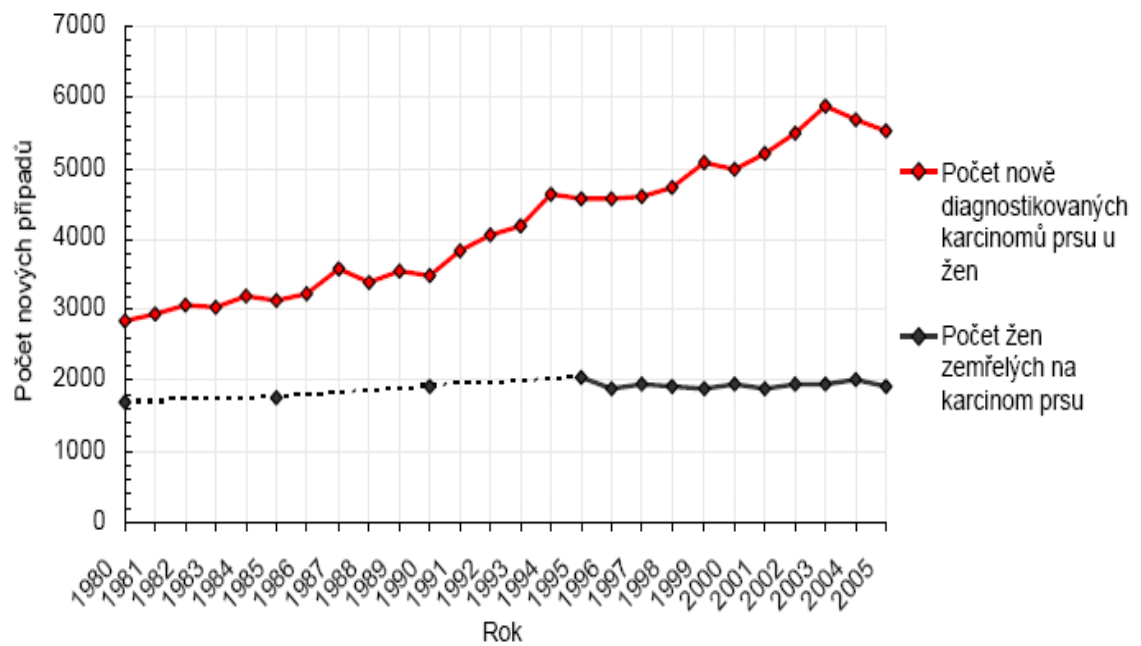
#### Nejvyšší výskyt celosvětově Nejnižší výskyt v Evropě Pozice ČR (r. 2002)

> 120 na 100 000 žen:	< 70 na 100 000 žen:	97,8 na 100 000 žen
1. Švýcarsko	30. Slovensko	17. místo v Evropě
2. Dánsko	31. Makedonie	23. místo ve světě
3. USA	32. Rumunsko	
4. Belgie	33. Moldavsko	
5. Francie	34. Ukrajina	
6. Švédsko	35. Ruská federace	
7. Finsko	36. Litva	
8. Velká Británie	37. Bělorusko	
9. Německo	38. Albánie	
10. Nizozemsko		
11. Lucembursko		
12. Itálie		
13. Kanada		

**Zdroj:** FERLAY, J., et al. *GLOBOCAN 2002 : cancer incidence, mortality and prevalence worldwide* [online]. Lyon, IARC Press, 2004. [cit. 2010-02-25]. Dostupné z: <<http://www-dep.iarc.fr>>

## Příloha 5

### Incidence a mortalita karcinomu prsu v ČR.



Zdroj: Národní onkologický registr, ÚZIS ČR

## **Příloha 6**

### **Dotazník**

**Vážená paní, slečno,**

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který bude sloužit ke zpracování mé bakalářské práce na téma „Prevence karcinomu prsu“. Dotazník je anonymní a získané informace poslouží pouze k těmto účelům.

Předem děkuji za vyplnění.

Monika Vytlačilová  
studentka III.ročníku  
bakalářského studia ošetrovatelství

**1) Kolik je vám let? .....**

**2) Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?**

- a) základní
- b) vyučena
- c) středoškolské
- d) vysokoškolské

**3) Onemocněl někdo z vaší rodiny nádorovým onemocněním prsu?**

- a) matka
- b) sestra
- c) babička
- d) dcera
- e) teta
- f) nikdo

**4) Chodíte na pravidelné gynekologické prohlídky?**

- a) ano
- b) ne

**5) O preventivní vyšetření :**

- a) zajímám se sama
- b) upozorní mě lékař
- c) uvítala bych obeslání pozvánky

**6) Jak často chodíte na preventivní gynekologické prohlídky?**

- a) 1x ročně
- b) 1x za dva roky
- c) v delším časovém období (uved'te)

**7) Byly Vám vyšetřeny prsy v rámci gynekologické prohlídky?**

- a) ano
- b) ne

**8) V posledním roce jsem měla pohmatem vyšetřeny prsy:**

- a) gynekologem
- b) praktickým lékařem
- c) jiným lékařem
- d) neměla

**9) Provádíte samovyšetřování prsu?**

- a) ano
- b) ne

**10) Znáte správnou techniku samovyšetřování prsu?**

- a) ano
- b) ne

**11) O samovyšetřování prsu jsem se dozvěděla:**

- a) od svého gynekologa
- b) od praktického lékaře
- c) od zdravotní sestry, porodní asistentky
- d) z propagačních materiálů
- e) z časopisu nebo televize
- f) z jiných zdrojů .....
- g) nedozvěděla

**12) Jak často samovyšetřování prsu provádíte?**

- a) 1x týdně
- b) 1x měsíčně
- c) 1x za půl roku
- d) v jiném časovém intervalu .....
- e) neprovádím

**14) Zaškrtněte body, které při samovyšetřování provádíte:**

- a) stojím před zrcadlem
- b) všímám si tvaru, souměrnosti a změn na kůži
- c) všímám si výtoků z bradavek
- d) mám vzpaženou horní končetinu na straně vyšetřovaného prsu
- e) pravou rukou vyšetřuji levý prs a opačně
- f) postupně vyšetřím celý prs od zevního okraje k bradavce
- g) prohmatám prs oběma rukama
- h) vyšetřím oblast nadklíčku
- i) vyšetřím podpaží
- j) prsy vyšetřím i v leže
- k) nic

**14) Máte informace o mamologickém screeningu?**

- a) ano
- b) ne

- 15) Od kterého roku má žena nárok na mamografické vyšetření (hrazené zdravotní pojišťovnou)?**
- a) 35
  - b) 45
  - c) 55
- 16) V jakém časovém intervalu je mamografické vyšetření hrazeno pojišťovnou?**
- a) 1 rok
  - b) 2 roky
  - c) 5 let
- 17) Byla Vám provedena mamografie:**
- a) v rámci prevence
  - b) na vlastní žádost
  - c) při pohmatovém nálezů
  - d) nebyla
- 18) Které rizikové faktory rakoviny prsu znáte?(více možností)**
- a) věk nad 50 let
  - b) kouření
  - c) vysoký krevní tlak
  - d) stres
  - e) nadměrná konzumace alkoholu
  - f) obezita
  - g) cukrovka
  - h) výskyt rakoviny prsu v rodině
  - i) časná menstruace (před 12.rokem života)
  - j) pozdní přechod (po 50.roku života)
  - k) žádné nebo pozdní těhotenství (po 30.roce)
  - l) dlouhodobá hormonální terapie
  - m) jiný zhoubný nádor v osobní anamnéze
  - n) ozařování hrudníku
- 19) Myslíte si, že máte dostatečné informace o prevenci rakoviny prsu?**
- a) ano
  - b) ne, postrádám informace o .....
- 20) Informace o prevenci nádorového onemocnění prsu bych se ráda dozvěděla:**
- a) od lékaře
  - b) od sestry
  - c) z přednášky
  - d) z televize, videa
  - e) z letáků
  - f) z časopisů
- 21) Pokud byste se chtěla k jakékoliv oblasti vyjádřit, můžete to učinit zde:**

## Příloha 7

### Tabulka T, N, M klasifikace

<b>T</b>	<b>Primární tumor</b>
TX	Rozsah primárního tumoru nestanoven.
TIS	Carcinoma in situ.
T1	Nádor o průměru 2 cm nebo menší.
T1 mic	(Mikroinvaze) nádor o průměru 0,1 cm nebo menší.
T1a	Nádor o průměru 0,1–0,5 cm.
T1b	Nádor o průměru 0,5–1 cm.
T1c	Nádor o průměru 1–2 cm.
T2	Nádor o průměru 2–5 cm.
T3	Nádor větší než 5 cm.
T4	Nádor prorůstající do kůže nebo hrudní stěny.
T4a	Nádor prorůstající do hrudní stěny.
T4b	Kožní edém, ulcerace, satelitní uzliny na kůži.
T4c	T4a + T4b
T4d	Inflamatorní karcinom prsu.
<b>N</b>	<b>Regionální mízní uzliny</b>
NX	Regionální lymfatické uzliny nelze stanovit.
N1	Metastázy v ipsilaterálních axilárních pohyblivých uzlinách.
N2	Metastázy v ipsilaterálních axilárních fixovaných uzlinách.
N3	Metastázy v ipsilaterálních uzlinách podél a. mammaria interna.
<b>M</b>	<b>Vzdálené metastázy</b>
MX	Vzdálené metastázy nelze stanovit.
M0	Žádné vzdálené metastázy.
M1	Vzdálené metastázy přítomné.