

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Jana Vallová DiS.

**Stručný přehled informací o karcinomu prsu, epidemiologii,
rizikových faktorech, prevenci, diagnostice a mortalitě tohoto
onemocnění**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Liana Greiffeneggová

Olomouc 2012

ANOTACE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce v ČJ: Stručný přehled informací o karcinomu prsu, epidemiologii, rizikových faktorech, prevenci, diagnostice a mortalitě tohoto onemocnění.

Název práce v AJ: A brief information overview of breast cancer, epidemiology, risk factors, prevention, diagnosis and mortality of this disease.

Datum zadání: 2012-01-20

Datum odevzdání: 2012-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Vallová Jana DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Liana Greiffeneggová

Oponent práce:

Abstrakt v českém jazyce:

Úkolem bakalářské práce je předložit přehledné informace o karcinomu prsu, informace se týkají historie, epidemiologie, rizikových faktorů, příznaků, diagnostiky a mortality tohoto onemocnění. Dále nás autorka seznamuje s primární, sekundární a terciární prevencí karcinomu prsu. Informace vztahující se k třetímu cíli práce jsou zaměřeny na postavení všeobecné sestry v roli edukátorky a „advokátky“. Rovněž je zde popsán význam etiky v ošetřovatelství.

Abstrakt v anglickém jazyce:

The task of the study is to present comprehensive information on breast cancer. Information relate to history, epidemiology, risk factors, symptoms, diagnosis and mortality of this disease. Above it the author informs us with primary, secondary and tertiary prevention of breast cancer. Information relating to the third goal of this study are focused on the status of nurse in the role of "educator" and "lawyer". There is also described the importance of ethics in nursing.

Klíčová slova v českém jazyce:

Karcinom prsu, primární, sekundární, terciární prevence, mamografický screening, mamografie, význam sestry v prevenci.

Klíčová slova v anglickém jazyce:

Breast cancer, primary, secondary, tertiary prevention, screening mammography, mammography, the importance of nurses in the prevention.

Rozsah: 42 s.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené informační zdroje.

V Olomouci, dne

.....

podpis

Na prvním místě bych ráda poděkovala především vedoucím práce Mgr. Lianě Greiffeneggové za profesionální a inspirativní vedení, odborné připomínky, otevřenou kritiku a čas věnovaný naší spolupráci. Děkuji všem, bez nichž by tato práce nemohla být dokončena a kteří byli jakýmkoliv způsobem nápomocni při zpracování této práce. V neposlední řadě si dovoluji poděkovat blízkým přátelům, kteří mi byli v posledních letech morální podporou a zejména své rodině za obrovskou podporu a trpělivost, již projevovala po celé období mého bakalářského studia a zpracování bakalářské práce, hlavně pak při její kompletaci.

OBSAH

Úvod.....	7
1 Karcinom prsu.....	9
1.1 Historie výskytu karcinomu prsu	9
1.2 Epidemiologie karcinomu prsu	10
1.3 Klinické příznaky	14
1.4 Mortalita a nádorové onemocnění prsu.....	15
1.5 Diagnostika karcinomu prsu.....	15
2 Prevence karcinomu prsu	19
2.1 Primární prevence	20
2.2 Sekundární prevence	23
2.3 Terciární prevence.....	28
3 Úloha všeobecné sestry v prevenci karcinomu prsu	29
3.1 Etika v ošetřování.....	30
3.2 Všeobecná sestra v úloze edukátorky.....	31
3.3 Význam komunikace.....	32
3.4 Všeobecná sestra jako „advokátka“ pacienta	33
Závěr	35
Literatura prameny	38

Úvod

Karcinom prsu v České republice zaujímá mezi onkologickými diagnózami žen stále první místo. Karcinomy prsu je nutno aktivně vyhledávat a zachytit v co nejčasnějším klinickém stadiu (Žaloudík, Vyzula, 2001, s. 2).

Díky své narůstající incidenci se stává celospolečenským problémem. To, že se i přes rostoucí počet případů daří udržovat stabilní mortalitu karcinomu prsu, nepochybně souvisí s úspěšným zavedením screeningového programu (Tesařová, 2011, s. 8).

Nabízí se myšlenka, že tento druh karcinomu se bude vyskytovat častěji ve vyspělých zemích, většina všech úmrtí (až 69%) se vyskytuje v rozvojových zemích. Ačkoli snížení rizika morbidit by mohlo být dosaženo prevencí, v rozvojových zemích je většina případů diagnostikována ve velmi pozdních stádiích. Proto je základním předpokladem pro zvýšení přežití prevence. Karcinom prsu se řadí k onemocnění s nejvyšším počtem úmrtí u žen nad třicet let. Proto je velice důležitá prevence, a to v oblasti podpory zdravé výživy, zvýšení fyzické aktivity, kontrolu požívání alkoholu, sledování nadváhy a obezity. Výše uvedené činnosti by v dlouhodobém horizontu měly mít vliv na snížení výskytu rakoviny prsu (WHO, 2008).

Autorka bakalářské práce se zabývala problémem s formulací: „Jaké informace byly publikovány o karcinomu prsu, etiologii, rizikových faktorech, diagnostice, mortalitě, prevenci a úloze všeobecné sestry?“

Pro účely bakalářské práce byly formulovány následující cíle.

- Cíl 1. Poskytnout informace o historii, epidemiologii, rizikových faktorech, příznacích, mortalitě a diagnostice karcinomu prsu.
- Cíl 2. Poskytnout informace o primární, sekundární a terciární prevenci karcinomu prsu.
- Cíl 3. Poskytnout informace o úloze všeobecné sestry při prevenci karcinomu prsu.

Pro studium problematiky byly vybrány následující literární zdroje:

ABRAHÁMOVÁ, J. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 144 s. ISBN 978-80-247-3063-9.

ABRAHÁMOVÁ, J. 2000. *Rakovina prsu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. 37 s. ISBN 80-7254-136-6.

DIENSBIER, Z., SKALA, E. 2001. *Předcházíme rakovině*. 1. vyd. Praha: Computer Press, 2001. 105 s. ISBN 80-7226-375-7.

HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H. 2001. *Role sestry v prevenci a časně diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001. 77 s. ISBN 80-238-7618-X.

JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

Klíčová slova: karcinom prsu, primární, sekundární, terciární prevence, mamografický screening, mamografie, význam sestry v prevenci

K vyhledávání relevantních článků byly využity následující plnotextové databáze BMČ, PubMed, vyhledávače Google Scholar, a to od listopadu 2011 do ledna 2012. Literární rešerše byla provedena za časové období let 2000 – 2012. Nadále byla oslovena Moravskozemská knihovna v Brně, knihovna NZO NCO v Brně a Národní lékařská knihovna v Praze. Literární rešerše probíhaly na podkladě zadaných klíčových slov. Celkem bylo nalezeno 124 článků. Po podrobném prostudování bylo zhodnoceno, že vhodných pro tvorbu bakalářské práce je 40 článků. Bylo parciálně využito také informací z WHO, Cancer Journal of Clinicians. Pro tvorbu přehledové části bakalářské práce bylo použito 37 článků v českém jazyce, 2 články ve slovenském jazyce a 1 článek v anglickém jazyce.

1 Karcinom prsu

Nejčastější zhoubný nádor postihující ženu je nádor prsu (Chovanec, Dostálová, Navrátilová, 2008, s. 84). V roce 2005 představuje v České republice 21% všech nádorů a u žen je nejčastější malignitou (Prausová, 2010, s. 26).

Karcinom prsu si zasluhuje mezi jinými zhoubnými onemocněními výraznější pozornost a to hned ze dvou důvodů. Jak už bylo napsáno, je nejčastějším zhoubným nádorem u žen a má stále vzrůstající incidenci. Druhý důvod se týká jeho heterogenity a multifokální etiologie, což je příčinou jeho nevyzpytatelného biologického chování. Na rozdíl od jiných nádorů je schopen recidivovat i po dlouholetém období remise (Chovanec, Dostálová, Navrátilová, 2008, s. 84).

Vysoká incidence nádorového onemocnění prsu je pozorována ve všech vyspělých zemích světa, především v severní a západní Evropě a v severní Americe. Česká republika je na 23. místě ve srovnání s ostatními zeměmi, a to v počtu nově diagnostikovaných nádorů na 100 tisíc žen, ve srovnání s evropskými zeměmi pak zaujímá 17. místo (Mužík et al., 2009, s. 7). Průměrně je diagnostikován každé deváté ženě a jedna z 30-ti na toto onemocnění zemře. Je řazen do skupiny civilizačních chorob (Chovanec, Dostálová, Navrátilová, 2008, s. 84).

Historie výskytu karcinomu prsu

Karcinom prsu nepatří do onemocnění moderní doby (Litvínová, Schmidtová, 2011, s. 24). První zmínky o karcinomu prsu pochází z roku 1600 před Kristem ze starého Egypta. Galén ve starověkém Římě popisoval u pokročilého karcinomu prsu rozšířené lymfatické a krevní cévy, které přirovnal ke krabím nohám a z té doby pochází název „cancer“. Halsted v roce 1894 referoval o svých výsledcích s radikální mastektomií jako metodou léčby karcinomu prsu. Od třicátých let se datují práce, které popírají teorii karcinomu prsu jako lokální nemoci, šířící se lymfatickou cestou. Začíná být chápáno jako systémové a postižení lymfatických uzlin není závazné. Virchow v roce 1940 vyslovil teorii o vzniku nádoru z epitelových buněk prsu. V šedesátých

letech probíhalo mnoho srovnávacích studií, které potvrdily hypotézu karcinomu prsu jako systémového onemocnění (Strnad, 2001, s. 668).

Epidemiologie karcinomu prsu

Z epidemiologického hlediska je v dnešní době uznávaná celá řada faktorů podílejících se na vzniku karcinomu prsu majících význam pro prevenci a prognózu. I přes celou řadu poznatků a skutečností z provedených studií nelze některé z faktorů nebo jejich kombinací, označit za příčinu nádorového onemocnění. Stále je respektován názor, že příčina vzniku karcinomu je multifaktoriální (Dvořák, 2003, s. 32).

1.3 Rizikové faktory karcinomu prsu

Hlavní cestou, vedoucí k pochopení příčiny vzniku karcinomu prsu, je studium a analýza rizikových faktorů (Dvořák, 2003, s. 32). Jedná se o poměrně velmi různorodý soubor vlivů z vnitřního i zevního prostředí, které různými mechanismy zvyšují riziko karcinomu prsu, i když 70% žen s diagnostikovaným karcinomem prsu nemá v anamnéze žádný z rizikových faktorů (Strnad, 2001, s. 669). Rizikovými faktory jsou myšleny údaje ze života ženy, které mohou zvyšovat nebo naopak snižovat pravděpodobnost rozvoje onemocnění v průběhu života. Studium rizikových faktorů je důležité z důvodu dvou pohledů. Z jedné strany umožňují formulaci obecných zásad prevence, jejichž dodržování snižuje riziko vzniku onemocnění u žen a nabízí racionální možnost péče o vlastní zdraví. Na straně druhé poznatky o rizikových faktorech umožňují vytyčení skupin žen se zvýšeným rizikem, u kterých lze vhodnou úpravou zdravotní péče zajistit včasnou diagnostiku onemocnění jako základního předpokladu úspěšné léčby (Abrahámová, 2004, s. 48).

Pohlaví

Ženy jsou ohroženy 135 × více jak muži (Strnad, 2001, s. 669).

Věk

Nejvyšší incidence je u žen kolem 65 let. V rodinách s familiárním výskytem se věková hranice vzniku karcinomu prsu snižuje už kolem 30. roku věku (Miškovská, 2006, s. 220).

Výskyt nádorů v rodině

Vyšší riziko karcinomu prsu mají ženy, jejichž pokrevní příbuzné touto nemocí již onemocněly. Jedná se o příbuzné z matčiny, ale i otcovy strany (Petráková, Vyzula, 2010).

Vyskytlo-li se onemocnění u přímé příbuzné, zvyšuje se riziko 2 – 3 násobně. Podle epidemiologické studie mají nepatrně vyšší riziko přítomnosti karcinomu prsu ženy, pokud se vyskytlo toto onemocnění u nepřímých příbuzných. Uváděná hodnota relativního rizika je 1,5. V naprosté většině případů se jedná o sporadický karcinom, žena, u které se karcinom vyskytl, nemá pozitivní rodinnou anamnézu.

Pokud se karcinom vyskytl u jednoho nebo více příbuzných, ať už v první nebo druhé linii, jedná se o familiární karcinom prsu. Vyskytuje se v rozmezí 10 – 15 %. Pro výši rizika je důležitá úroveň příbuzného stavu, věk a zda-li nemoc postihla jeden nebo oba prsy (Strnad, 2001, s. 669).

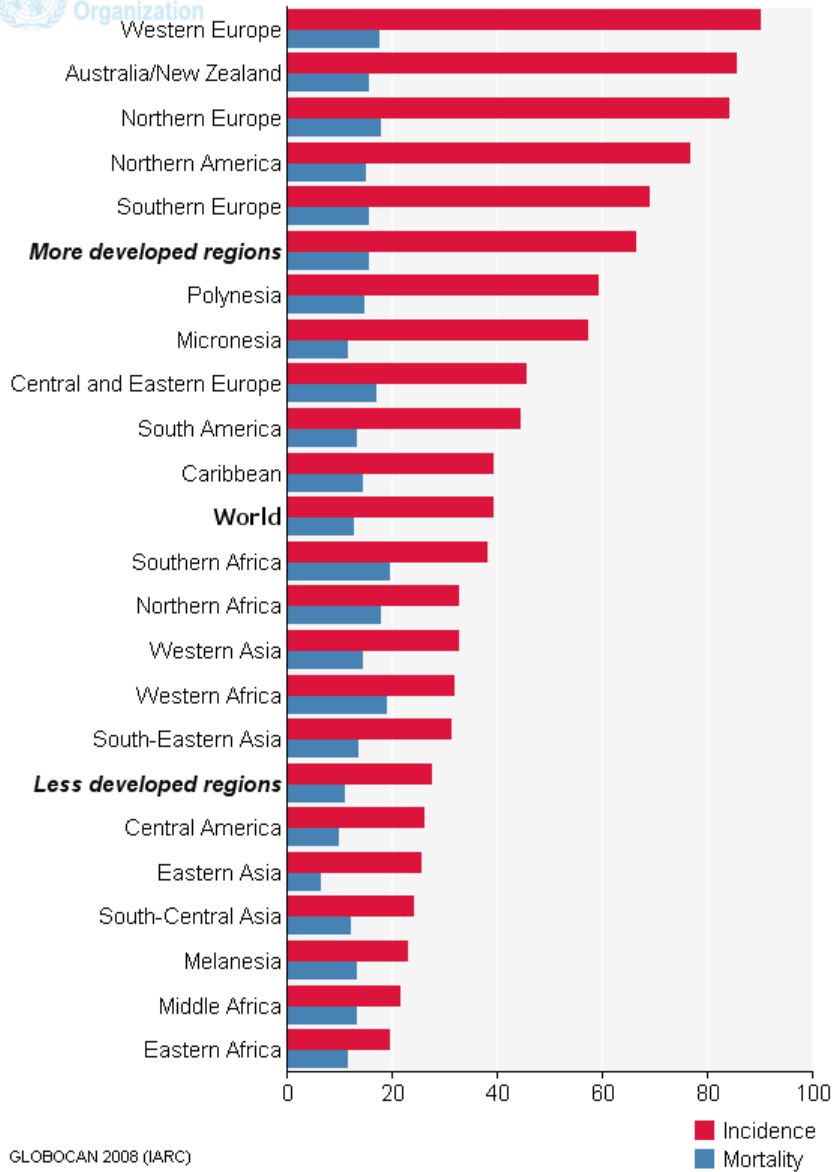
Genetické faktory

Na základě dědičné dispozice vzniká 5 – 10 % zhoubných nádorů prsu. V dnešní době jsou genetici schopni vyšetřit některé z genů a odhalit případnou poruchu jejich funkce (Petráková, Vyzula, 2010). Jedná se o rodiny s výskytem karcinomu prsu, ve kterých je v každé linii příbuzných některý z členů postižen. Onemocnění manifestuje v mladém věku. Ženy s takto postižených rodin mají až 80% celoživotní riziko vývoje karcinomu prsu. V rodinách s kumulací nádoru byly odhaleny 2 typy genů, nazývaných BRCA 1 a BRCA 2, jejich mutace je spojena s vysokým rizikem výskytu karcinomu prsu (Strnad, 2001, s. 669). Vyšší riziko vzniku karcinomu prsu mají ženy,

které zhoubným nádorem prsu byly již postiženy, ať už ve stejném nebo druhostranném prsu (Miškovská, 2006, s. 220).

Regionální rozdíly

Důležitou roli v incidenci karcinomu prsu hraje životní styl, výživa, životospráva a nutriční zvyklosti dané oblasti. Výrazně nižší riziko incidence i mortality na karcinom prsu mají orientální země. Oproti tomu západní životní styl je spojen se stoupající incidencí karcinomu prsu. Typické pro tento životní styl a životosprávu je vysoký příjem proteinů a živočišných tuků, který představuje více jak 40 % přijaté energie z živočišné potravy. Oproti tomu východní typ životosprávy, který má protektivní vliv na incidenci i mortalitu karcinomu prsu, je zdraví prospěšnější. Národům z jihovýchodní Asie, které jsou potomky migrantů, hrozí stejné riziko karcinomu prsu jak u obecné populace v USA (Strnad, 2001, s. 669). Afroameričanky jsou ohroženy tímto onemocněním méně než bělošky, avšak na toto onemocnění častěji umírají, jak ukazuje obrázek č. 1. Pro hispánky, podobně jako Asiatky, je riziko zhoubného nádoru prsu nejmenší (Petráková, Vyzula, 2010).



Obr. 1 Výskyt rakoviny prsu, úmrtnosti a rozšíření po celém světě v roce 2008

Dostupné z: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>

Ostatní rizika

Ženy, které v dětství nebo v mládí podstoupily léčbu zářením a ženy, kterým byla v minulosti provedena biopsie z prsu, a u kterých byly v prsní tkáni nalezeny určité změny, hrozí vyšší riziko karcinomu prsu (Petráková, Vyzula, 2010). Časný nástup menstruace, pozdní první těhotenství, pozdní menopauza, absence kojení a dlouhodobá hormonální substituční léčba, přesahující 5 let, zvyšuje riziko vzniku nádoru prsu (Miškovská, 2006, s. 220).

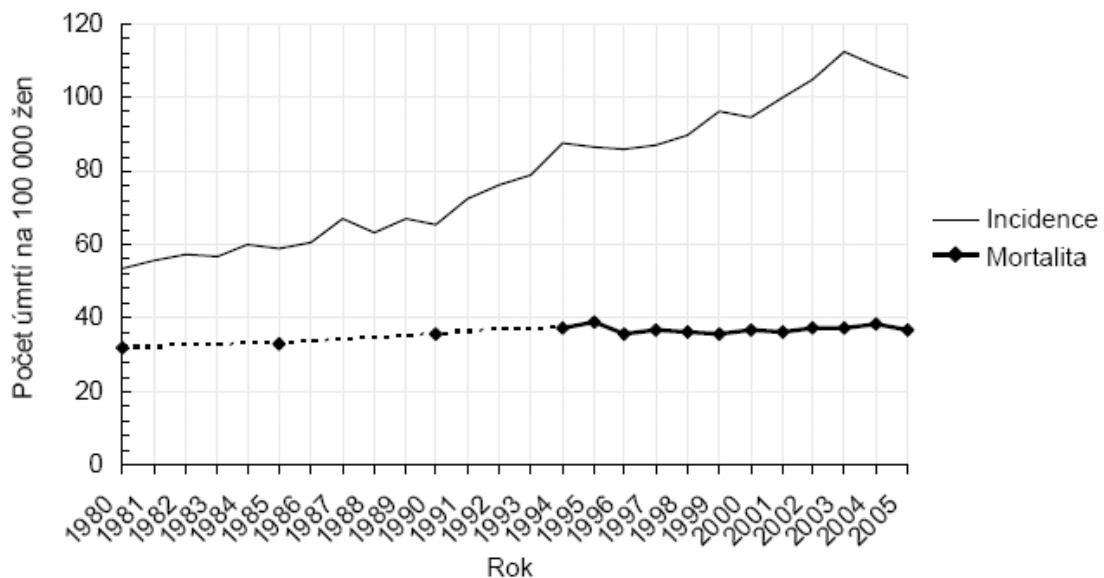
Klinické příznaky

Karcinom prsu bývá dlouho bez zjevných příznaků (Prausová, 2010, s. 28). Klinické příznaky karcinomu prsu nejčastěji rozdělujeme na celkové a místní. Celkové příznaky bývají nespecifické, patří sem subfebrilie, bolestivost krční a hrudní páteře, únava (Chovanec, Dostálová, Navrátilová, 2008, s. 85). Celkové příznaky jsou známkou vzdálených metastáz. (Prausová, 2010, s. 28). Mnohem častější je lokální projev karcinomu prsu jako nebolestivé zduření, rezistence s nepravidelnými okraji, a to kdekoliv v prsu.

Často mohou být změny na bradavkách, jako jsou deformity, vpáčení, krvácení nebo sekrece z mlékovodů (Chovanec, Dostálová, Navrátilová, 2008, s. 85). Fyziologický výtok z prsu bývá u žen, které kojí, ale i u těch které přestaly kojit, objevuje se i po teplé lázni, po vzrušení a kompresi prsu. Hnisavý výtok je vždy patologický (Miškovská, 2006, s. 218). Důležité si je všimnout barvy kůže jako je zarudnutí, důlkovatění, vtahování kůže připomínající pomerančovou kůru, otok, mokvání, nehojící se vřed. Rezistence v axile nebo v nadkličku také upozorňuje na nádorové onemocnění (Chovanec, Dostálová, Navrátilová, 2008, s. 85).

Mortalita a nádorové onemocnění prsu

Mužík v roce 2009 uvádí, že karcinom prsu u žen je stále nejčastější příčinou úmrtí na nádorové onemocnění. Každý rok zemře v České republice na toto onemocnění přibližně 1950 žen, což je 3,6% všech úmrtí v ženské populaci. I když incidence nádorů prsu stále roste, úmrtnost na toto nádorové onemocnění dlouhodobě stagnuje, viz obrázek 2. Toto jednoznačně ukazuje na zlepšování úspěšnosti léčby, a to hlavně díky vyššímu záchytu nádorů v časných klinických stádiích, jak ukazuje obrázek č. 2 (Mužík et al., 2009, s. 8).



Obr. 2 Trend vývoje mortality na zhoubné nádory prsu u žen (Mužík 2009, s. 8)

Diagnostika karcinomu prsu

Pokud dochází k nálezů bulky v prsu nebo jiného neobvyklého nálezů, je nutné provést soubor vyšetření. K zjištění, zda se jedná o zhoubný nádor, slouží řada vyšetřovacích metod. V minulosti i v současnosti hlavní roli v diagnostice karcinomu prsu sehrávají zobrazovací metody. Od poloviny 20. století došlo k zdokonalování rentgenových vyšetřovacích metod za použití kontrastních látek. Ale i nadále základní vyšetřovací metody jsou nedílnou součástí vyšetřovacích postupů v diagnostice nádorových

onemocnění. Hlavní úlohu v diagnostice karcinomu prsu má diagnostická mamografie (Petráková, Vyzula, 2010).

Diagnostická mamografie

Diagnostická mamografie je určena ženám jakékoliv věkové kategorie se symptomy onemocnění prsu. Toto vyšetření je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění bez ohledu na četnost tohoto vyšetření. Lékaři indikující toto vyšetření se započítává do indukované „regulované“ péče a lze ji provést na jakémkoli mamografickém pracovišti. Diagnostické mamografické vyšetření se provádí i u rizikových skupin žen, převážně od věku 40 let, v ročních až dvouletých intervalech. U vysoce rizikových žen, kam se řadí nositelky mutace BRCA 1,2, lze mamografii provádět již dříve, a to většinou od 30 let. U těchto žen se diagnostická mamografie provádí v kombinaci s ultrasonografií jednou za rok (Miškovská, 2006, s. 219).

Ultrasonografie

Sonografie je doplňující zobrazovací metoda v případě nepřehlednosti mamografického snímku (Strnad, 2007, s. 25). K vytvoření obrazu se využívá ultrazvukové vlny. Vlny při vyšetření prsu vysílá sonda přiložená na kůži prsu. Ultrazvukový obraz se vytváří odražením vln od prsní tkáně zpět do sondy. Postižená tkáň odráží ultrazvukové vlny jinak než zdravá tkáň. Tato metoda se využívá převážně při vyšetření mladých žen. Je vhodnou metodou k rozlišení cyst a nezatěžuje organismus rentgenovým zářením (Petráková, Vyzula, 2010). Nevýhodou je, že není schopen zjistit mikrokalcifikace, karcinomy prsu spolehlivě diferencuje až od 1 cm. Proto není vhodnou metodou pro screening (Strnad, 2007, s. 25).

Magnetická rezonance

Magnetická rezonance je kontrastní dynamické vyšetření. K vytvoření obrazu orgánů využívá magnetického pole. Toto pole vytváří silný magnet, točící se kolem pacientky. Magnetická rezonance se využívá hlavně u mladých žen. Předností této vyšetřovací metody, podobně jako u ultrasonografie, je nezatěžování ženy rentgenovým zářením. Její nevýhodou je dlouhá doba vyšetření (Petráková, Vyzula, 2010).

Scintigrafie skeletu

Při vyšetření karcinomu prsu pro stanovení rozsahu onemocnění se využívá scintigrafie skeletu. K zobrazení kostí se používá radioizotop technecia, vysílající záření, snímané speciální gamakamerou. Radioizotop technecia se aplikuje do krevního oběhu, kde se přednostně vychytává v kostech, převážně v místech s vyšším metabolismem. A to jsou i místa postižená metastázemi karcinomu prsu (Petráková, Vyzula, 2010).

Pozitronová emisní tomografie

Pozitronová emisní tomografie je nejmodernější zobrazovací metodou nukleární medicíny. Pacientovi se do těla podává radiofarmakum, které se vychytává ve vyšetřovaných orgánech a tím umožňuje jeho zobrazení. Radiofarmakum se po několika sekundách, event. minutách, pomocí krevního oběhu dostane na vyšetřované místo. Vysílá ve vyšetřované oblasti radioaktivní záření, které je přes detektor PET kamery el. zpracované, vyšetřovaná oblast se zobrazuje na obrazovce PC (Grěžďová, 2009, s. 183).

Duktografie

Duktografie je kontrastní vyšetření. Je indikována především u jednostranné serózní a krvavé sekrece z bradavky, kdy je možné očekávat intraduktální karcinom. Sekrece

barvy mléčné, hnědé, zelené až černé není indikací k vyšetření. Toto vyšetření je indikováno jen velmi uvážlivě, a to z důvodu vysokého procenta falešně pozitivních nálezů (Strnad, 2007, s. 25)

Počítačová tomografie

Vztah nádoru k okolí pomáhá zhodnotit počítačová tomografie (Prausová, 2010, s. 28).

Tumorové markery

Nádorové buňky vylučují speciální bílkoviny, říkáme jim tumorové markery, lze je zjistit v krvi. Svě označení mají dle nádoru. U karcinomu prsu především CEA, CA 15-3. Čím vyšší je hladina nádorových markerů, o to větší je nádor a více nádorových buněk (Petráková, Vyzula, 2010).

Histologické vyšetření

Vyšetřovací metody jako jsou mamografie, sonografie a magnetická rezonance, mohou pouze vyslovit podezření na karcinom prsu. Ke stanovení definitivní diagnózy je zapotřebí provést histologické vyšetření, které prokáže přítomnost nádorových buněk v odebrané tkáni. Tkáň se získává pomocí biopsie, přičemž biopsií existuje několik druhů. Při tenkojehlové biopsii se velmi tenkou jehlou nasaje tekutina buňky z podezřelého ložiska (Petráková, Vyzula, 2010). Při punkci z prsu se používá tlusté jehly /tru – cut/ (Strnad, 2007, s. 26). Odebraná tkáň se vyšetří mikroskopem, aby se zjistilo, o jaký druh zhoubného nádoru se jedná. Vyšetřením se určí také stupeň rychlosti růstu nádoru - grade. Nižší stupeň rychlosti růstu znamená pomaleji rostoucí zhoubný nádor. U pacientů s nádorem, který má vyšší grade, je i horší prognóza (Petráková, Vyzula, 2010).

Prevence karcinomu prsu

V České republice existuje systém preventivních prohlídek. Každé 2 roky má každý obyvatel České republiky, starší 18 – ti let, nárok na pravidelnou preventivní prohlídku. Obsah této prohlídky je vymezen, nechybí ani věta: nutnou součástí je i onkologická prevence. Obsah a časové vymezení preventivních prohlídek určuje Vyhláška č. 55/1997 Sb. Nevýhodou je, že preventivní prohlídky prováděné a předepsané podle zdravotního řádu každé 2 roky, jsou velmi málo aktivně využívány. O preventivní prohlídce začne většina jedinců uvažovat až po nějaké mediální vlně. Na straně druhé existují i takové případy, kdy dotyčný, který se dostaví k lékaři, požaduje vyšetření na všechno a na všechny nemoci, a to ihned. Pokud jsou preventivní prohlídky využívány jednou nebo druhou skupinou, pak jejich rozsah je naprosto nejasný, nedostatečný a nezahrnuje to, co by měla prevence zahrnout (Skála, 2008, s. 18).

Mezi doporučené preventivní postupy u nádorového onemocnění prsu lze zařadit tištěné materiály či účinný celoplošný preventivní program primární péče. Velmi důležitou prevencí je taktéž samovyšetření prsu, pravidelné palpační vyšetření prsu a uzlin. V případě zvýšeného rizika výskytu nádorového onemocnění prsu a při výskytu nádorového onemocnění prsu v rodině, je nutné podstupovat mamografická vyšetření od třiceti let a u ostatní skupiny až od čtyřiceti pěti let věku.

Velkým problémem v prevenci nádorového onemocnění prsu je podceňování rizika vzniku onemocnění ze strany zdravých žen nebo strach z pozitivního nálezu. Pacientky většinou nejsou dostatečně informovány a neznají rizika pozdní diagnózy. Velkým problémem je také stud pacientek z vyšetření, ať se již jedná o náboženské či etnické důvody.

Bohužel v současné době lze označit jako další překážku v prevenci nádorového onemocnění prsu nedostupnost odborného vyšetření. Ke komplexnímu zlepšení celé situace může všeobecná sestra využít ošetřovatelskou intervenci v podobě podání informací ženám po dvacátém roce života o významu pravidelného samovyšetření prsu. Je nutné diskutovat s pacientkou o všech rizicích nádorového onemocnění prsu.

Na každém pracovišti by měl být zajištěn dostatek propagačních materiálů, brožurek a plakátů tak, aby mohli být všichni pacienti edukováni. Měla by být zvýšena pozornost ženám z rizikových skupin. Měly by být informovány o možnosti genetického vyšetření.

Ženy mezi dvaceti a dvaceti devíti lety by měly absolvovat minimálně jednou ročně preventivní gynekologické prohlídky, při této příležitosti by měly být informovány o významu pravidelného sledování prsních žláz, o kouření a alkoholu v souvztažnosti s rizikem vzniku nádorových onemocnění (Holubová, 2007, s. 52).

Primární prevence

V primární prevenci uplatňujeme soubor preventivních opatření vedoucích k odvrácení nemoci. Dále zvyšování odolnosti organismu. Provádí se formou osvěty. Součástí primární prevence je zdravý životní styl, opatření jsou zaměřeny na eliminaci rizikových faktorů (Augustinová, 2011, s. 20). U faktorů, které ovlivnit můžeme, se jedná o osobní záležitost každého jedince. Vědecké studie informují o škodlivosti nesprávných životních návyků, nesprávné výživy, nedostatečné péči o své tělo a psychiku. Téměř každý je s těmito poznatky obeznámen, ale i přesto jsou nestatečně respektovány (Bělešová, 2007, s. 356).

V primární prevenci je důležitá eliminace těchto ovlivnitelných faktorů:

Nadváha a obezita

V roce 2008 nadváha a obezita zodpovídá za 14 – 20 % veškeré nádorové mortality. Je prokázána souvislost se zvýšením rizika vzniku mnoha nádorů, tedy i nádoru prsu. Doporučuje se během celého života udržovat si zdravou váhu v rozmezí 18,5 – 25 BMI, jakožto jeden z účinných prostředků snížení rizika nádorového onemocnění. Toho lze dosáhnout adekvátní energetickou bilancí, tedy rovnováhou mezi množstvím energie přijímané stravou a vydané pohybovou aktivitou (Fiala, 2008, s. 9).

Alkohol

Velký význam v prevenci nádorového onemocnění mají opatření zaměřená na snížení konzumace alkoholických nápojů (Pliško, 2010, s. 412). Riziko vzniku karcinomu prsu se podstatně zvyšuje při konzumaci více než dvou dávek alkoholu denně. Jedna dávka odpovídá 1 dcl vína nebo větší sklenici piva. U žen se riziko karcinomu prsu výrazně zvyšuje při pravidelné konzumaci, a to již jedné dávky denně. Mechanismus účinku na vznik karcinomu prsu není dosud zcela znám, ale může být způsoben alkoholem indukovaným snížením hladiny cirkulujících estrogenů a dalších hormonů v krvi, snížením hladiny kyseliny listové, nebo efektem alkoholu či jeho metabolitů na prsní tkáň. V každém případě eliminace příjmu alkoholu může pro mnoho žen znamenat cestu, jak snížit svoje riziko vzniku karcinomu prsu.

Vyšší riziko vzniku onemocnění mají převážně ženy se sníženým příjmem kyseliny listové. Užívání alkoholu je považováno za velmi významný faktor v riziku či naopak v prevenci karcinomu prsu. Rozhodující není typ konzumovaného alkoholického nápoje, ale množství konzumovaného alkoholu (Fiala, 2008, s. 9).

Maso, uzeniny

Maso a uzeniny obsahují řadu složek, které mohou riziko vzniku rakoviny zvyšovat. K těmto složkám patří nejen mutageny a karcinogeny vznikající při kuchyňské přípravě za použití vysokých teplot, ale také nitrosaminy poškozující DNA vznikající z látek používaných při zpracování masných výrobků. Je ovšem také výborným zdrojem velmi kvalitních bílkovin, důležitých vitamínů a minerálních látek. Proto je nutné používat šetrné způsoby přípravy masa, vyvarovat se vysokých teplot, ovšem při zachování mikrobiální a parazitární bezpečnosti. Neméně důležité je omezení konzumace červeného masa a nahrazení ho drůbežím masem a rybami (Fiala, 2008, s. 9).

Kouření

Kouření je považováno jako jednou z příčin zhoubného bujení. Tabákový kouř vyvolává zhoubné bujení nejen ve tkáních, s nimiž je v přímém kontaktu, ale také v orgánech vzdálených. Výše rizika je ovlivněna typem tabáku, množstvím tabáku vykouřeného za den, délkou kouření, způsobem inhalace kouře a individuální vnímavostí. V prováděných epidemiologických studiích, které se zabývají pozitivním stahem mezi kouřením a rakovinou prsu, se zvýšení incidence tohoto nádoru u kuřáček pohybuje mezi 23-30 % v porovnání s nekuřáčkami. Riziko vzniku zhoubného onemocnění prsu je zvýšeno u žen, které začaly pravidelně kouřit v období dospívání, tedy v době, kdy epitel tkáně prsní žlázy proliferuje. Vyloučit kouření ze životního stylu je nejúčinnější intervencí pro snížení nemocnosti a úmrtnosti na nádorové onemocnění (Hrubá, 2000, s. 2-4).

Ovoce, zelenina

Strava bohatá na ovoce a zeleninu pravděpodobně snižuje riziko karcinomu prsu. Tento vztah je výraznější u zeleniny a to převážně zelené barvy, než u ovoce. (Stránský, 2002, s. 37). Zelenina a ovoce jsou velmi komplexní potraviny, obsahující široké spektrum potencionálně prospěšných látek jako jsou vitamíny, minerální látky, vláknina, karotenoidy, flavonoidy a mnoho dalších bioaktivních substancí, které mohou eliminovat riziko vzniku karcinomu prsu. Pozitivní vliv konzumace zeleniny a ovoce na zdravotní stav vedl k úsilí izolovat různé druhy vitamínů či jiných složek a podávat je izolovaně jako suplementy v tabletách. Ovšem je důležité upozornit, že většina těchto pokusů se ukázala v prevenci rakoviny jako neúčinná a někdy i škodlivá. Užívání vitamínů v tabletách, jako náhražka zeleniny a ovoce, proto v prevenci rakoviny nelze doporučit. Jednou z hlavních výživových rad pro prevenci karcinomu prsu je dostatečně vysoká konzumace zeleniny a ovoce, bohužel v praxi jsou stále velké rezervy (Fiala, 2008, s. 9-10).

Pohybová aktivita

Vysoká pohybová aktivita se projevuje jako významný protektivní faktor proti nádoru prsu. Příslušná doporučení zahrnující aktivní životní styl odpovídají jedné hodině rychlé chůze denně a dále alespoň jedné hodině týdně intenzivního cvičení. Během dne by mělo být věnováno 4 aktivitám mimo židli a postel (Fiala, Brázdová, 2000, s. 8).

Sekundární prevence

Cílem sekundární prevence je včasná detekce a terapie karcinomu prsu v počátečních stadiích. Při včasné průkazu karcinomu prsu neexistují subjektivní ani objektivní příznaky. Karcinom je lokalizován na místo vzniku. Výhodou včasné detekce karcinomu prsu je omezení rozsahu onemocnění díky zahájení včasné léčby možnost úplného vyléčení, v případě nutnosti chirurgického výkonu je možnost využití méně radikálního výkonu a především snížení mortality na karcinom prsu (Dvořák, 2003, s. 32).

Aplikace metod sekundární prevence je dosti nákladná, a proto se vždy hodnotí poměr nákladů a jejich skutečný přínos (Pleško, 2010, s. 413).

Samovyšetřování prsu

Samovyšetřování prsu je jedním z nejlepších způsobů, jak zjistit malý zhoubný nádor. Provádět toto vyšetření nic náročného, obtížnější je, vzpomenout si na ně každý měsíc. Je nutné toto vyšetření provádět pravidelně. Samovyšetřování by se mělo provádět v době, kdy jsou v prsech co nejmenší hormonální změny. Toto období nastane po skončení menstruace. Dělíme ho do tří fází.

V první fázi žena postavená před zrcadlem s volně spuštěnými pažemi pečlivě sleduje oba svoje prsy. Všímá si symetrie, tvaru, důlkovatění nebo změn na kůži. Některá z žen má lehkou asymetrii prsů, některá vtaženou bradavku, a to již od puberty.

Pozorování provádí žena zepředu, z pravého a levého boku. Poté se dívá do zrcadla a vzpažuje ruce nad hlavu, dále paže založí za hlavu a tlačí je dozadu. Dále žena se založenými rukama v bok, svěsí ramena a nepatrně skloní hlavu, lokty má mírně dopředu. V této pozici jsou opět prsy symetrické bez tvarových změn.

V případě patologických změn žena může pozorovat důlkovatění, vtahování kůže a jiné. Po vlažné sprše jsou bradavky i kůže prsu vláčné, proto se následující dvě fáze provádí po večerní koupeli. Ve druhé fázi se zvednutou pravou paží, pečlivě a opakovaně prohmatává bříšky prstů levé ruky pravý prs, postupně v dolním zevním a obou vnitřních kvadrantech. V malých soustředěných kruzích se pohybuje prsty kolem prsního dvorce a celý prsu. Zvláštní důraz klade žena na oblast mezi prsem a podpaží, a to až do podpažní jamky a do jejího vrcholu. Tímto způsobem postupuje i při vyšetření levého prsu.

Věnovat pozornost je nutné jakékoliv bulce nebo nepravidelnosti v podkoží. Vyšetření doplní vyšetřením oběma rukama proti sobě. Následuje jemné uchopení bradavky mezi dvěma prsty, sleduje nepravidelnost, možnou rezistenci v bradavkách. Závěrečná třetí fáze se provádí v poloze vleže, kdy žena leží na zádech na rovné podložce. Složenou osuškou nebo polštářem má podložené pravé rameno, pravou paži má položenou za hlavou nebo v bok. Tím dojde k oploštění a rozlité prsu, které umožní jednodušší prohmatání provádějící levou rukou. Stejně jako ve stoje používá krouživých pohybů. Vyšetřovací manévry zopakuje na levé straně.

Své nezastupitelné místo pro edukaci samovyšetřování žen je zvláště cenný individuální nácvik s lékařem během fyzikálního vyšetřování. Existuje velké množství videokazet s podrobnou instruktáží a praktickým vysvětlením základních pojmů. Mnoho informací mohou poskytnout praktičtí lékaři a také sestry. Zejména v gynekologických ordinacích by měl zdravotnický personál znát techniku samovyšetřování tak, aby mohl ženy důkladně s touto technikou samovyšetřování seznámit. Samovyšetřování prsu a instruktáž v technice by měla být součástí běžného vyšetření. Velký přínos při výuce samovyšetřování mají výukové fantomy prsních žláz s nasimulovanými nálezy (bulkami), které jsou užitečné při nácviku samovyšetřování. Důležité je však připomenout, že samovyšetřování nikdy nemůže nahradit vyšetření

lékařem a v žádném případě nemůže nahradit mamografický screening (Abrahámová, 2009, s. 46-52).

Efektivita tohoto vyšetření se posuzuje velmi obtížně, a to z důvodu individuální schopnosti provádět tuto metodu. Závěrečné rozhodnutí, zda byl karcinom prsu odhalen právě touto metodou, takřka není možné. Na druhé straně bezpochybnou výhodou tohoto samovyšetřování je, že pomáhá upozornit na nejrůznější abnormality, které pak vedou k dalšímu vyšetření (Abrahámová, 2004, s. 49).

Klinické vyšetření

Pozorné klinické vyšetření lékařem je u žen nutné a mělo by být samozřejmou součástí klinického vyšetření žen při gynekologickém vyšetření, ale také žen hospitalizovaných z jiných příčin. Především lékaři prvního kontaktu by měli techniku vyšetření prsu dobře znát. Při vyšetření je nutné klinický nález slovně i graficky zaznamenat (Abrahámová, 2004, s. 49)

Screeningový program u žen v České republice

Screening je organizované, kontinuální a vyhodnocované úsilí o časný záchyt nádoru prsu prováděním preventivním vyšetřením u žen, bez známek přítomnosti nádorového onemocnění prsu. Záměrem je zajistit kvalifikovaná screeningová vyšetření prsu na specializovaných moderních pracovištích splňující efektivní a komplexní mamární diagnostiku (Miškovská, 2006, s. 219).

V České republice centra, která jsou zapojena do screeningů, procházejí pravidelnou reakreditací. Tyto pracoviště musí splňovat náročná kritéria a indikátory kvality. V každém kraji, mimo Karlovarského, jsou nejméně 3 akreditovaná mamografická centra, která jsou převážně vybavena nejmodernějšími digitálními mamografy s nejvyšší rozlišovací schopností. Akreditovaná pracoviště, která provádí mamografický screening, musí splňovat veškeré předepsané podmínky pro provedení kvalitní a komplexní mamodiagnostiky. Podmínky jsou dány věstníkem MZ ČR.

Akreditace se poprvé uděluje na období 1 roku, po následné úspěšné akreditaci na 2 roky, před ukončením probíhají přísné kontroly. Síť akreditovaných center není stálá, některá centra pro nesplnění sledovaných kritérií vypadla. Seznam akreditovaných center lze najít na stránkách České radiologické společnosti a na stránkách Masarykova onkologického ústavu (Miškovská, 2006, s. 219).

Cílem je zvýšení záchytu nádoru prsu, přednádorových stavů a tím snížení úmrtnosti (Miškovská, 2006, s. 219). Jedná se o národní program, který probíhá od roku 2002. Od spuštění tohoto preventivního programu do konce roku 2009 bylo v ČR vyšetřeno screeningovou mamografií 2 518 710 žen, bylo zachyceno 12 063 nových nádorů. V 70% šlo o nádory v časných stádiích. Je organizovaný s danými pravidly uvedenými ve věstníku MZ ČR č. 4/2010 (Skovajsová, 2011, s. 98). Spočívá v hromadném a celoplošném provádění vyšetření určitých skupin žen (Bella, 2006, s. 26).

Screeningová mamografie u žen

Screeningová mamografie je určena ženám od 45 – 69 let, které nemají žádné příznaky nádorového onemocnění. Od věku 45 let je hrazena ze všeobecného zdravotního pojištění. V ostatních případech si ji klientky platí samy (Jandorová, 2010, s. 58). Je součástí preventivních gynekologických prohlídek. V České republice by ji měla absolvovat každá žena, a to každé 2 roky.

Screeningová mamografie je hlavní metodou v prevenci onemocnění prsu. Jedná se o rentgenovou metodu, která využívá měkké, nízkoenergetické záření speciálně vyvinuté pro vyšetření měkkých částí (Daneš, 2006, s. 84). Je schopna zachytit i tzv. mikrokalcifikace, které i bez viditelné formace v prsu mohou být prvotním příznakem nemoci. Z tohoto důvodu je vhodný celoplošný screening (Strnad, 2001, s. 670). Provádí se moderními přístroji vhodnými pro mamografii (Jandorová, 2010, s. 59). Pro zlepšení přehlednosti vyšetřovaného místa je zapotřebí dostatečné komprese. Při standardní mamografii se provádí 2 snímky (Daneš, 2006, s. 84). Provádění mamografie 2 projekcemi se zvyšuje možnost detekce karcinomu prsu (Bella, 2006, s. 7). Výhodou je, že se jedná o relativně levnou, rychlou metodu, která je vhodná pro vyšetřování velkého množství žen je všeobecně dostupná a přijatelná

pro většinu žen (Daneš, 2006, s. 84). Žena před vyšetřením vyplní speciální dotazník, ve kterém uvádí anamnestické údaje, operace prsu. Dotazník je jednotný pro všechny mamární centra a je součástí mamografické dokumentace. Jedním z úkolů dotazníku, především nádorového, je zjištění onemocnění v rodině. Pokud se onemocnění v rodině vyskytlo, je klientka zařazena do skupiny žen s vyšším rizikem a tyto ženy jsou sledovány častěji a komplexněji než udává screeningový protokol (Jandorová, 2010, s. 58).

Mamografie žen s prsními implantáty

Bezpochybnou výhodou této metody je, že lze ji použít i u žen s prsními implantáty. V ČR se používají jediné prsní implantáty plněné silikonovým gelem. Silikon je sloučenina, která je tělu velmi blízká, díky tomuto složení je implantát dobře viditelný i na RTG snímku. Ženy, které podstoupily augmentaci, by vždy měly na tuto skutečnost před vyšetřením upozornit. Je to nutné, aby nedošlo ke špatnému nastavení expozičních parametrů a tím k nehodnotitelnému snímku a ke zbytečné radiční zátěži navíc. Tato skutečnost by měla být vždy uvedena na žádance. Mezi hlavní indikace pro snímkování prsu s prsními implantáty, jako i u žen bez implantátů, patří screening, nádory, záněty, suspektní ruptura implantátů.

Pro ženy s implantáty platí stejné pravidla pro screening jako už žen bez prsních implantátů. Podle mezinárodní organizace plastických chirurgů by měly ženy s prsními implantáty podstoupit jedenkrát za rok ultrazvukové vyšetření, které má za úkol zkontrolovat celistvost struktury prsního implantátu, správnost jeho uložení, ale i žlázu, ve které by mohl vznikat nádor. Při snímkování žen s prsními implantáty dáváme přednost mamografu, který má digitální detektor s přímou konverzí radičního toku. Výsledek mamografie je mnohem přehlednější, při použití minimální komprese, proto se žena nemusí obávat, že by došlo k poškození implantátů během snímkování. Dobré přístrojové vybavení je hlavním předpokladem ke zhotovení kvalitních mamografických snímků u žen s prsními implantáty. Neméně důležitým faktorem mamografických snímků je dostatečná komprese a všechny aspekty eliminující střední absorbovanou dávku na minimum (Harantová, Obůrková, 2011, s. 23-25).

Terciární prevence

Terciární prevence je zaměřena na včasné odhalení relapsu nebo recidivy nádorového onemocnění prsní žlázy. Je to v kompetenci zdravotníků sledující již vyléčené pacientky. Ženy jsou důkladně sledovány dle standardu české onkologické společnosti (Jandík, 2005, s. 37). Frekvence kontrol u pacientek s karcinomem prsu je 1 – 3 roky po skončení léčby ve 3 měsíčních intervalech, dále 4 – 6 let od ukončení léčby v 6 měsíčních intervalech. V dalších letech pak v intervalech jedenkrát za rok. Těmto ženám je jedenkrát ročně indikováno mamografické vyšetření, v případě výskytu komplikací jsou indikována další vyšetření dle aktuálního nálezu (Vojtová, 2012, s. 20).

Úloha všeobecné sestry v prevenci karcinomu prsu

Podle nynějších statistických ukazatelů se předpokládá vzrůstající tendence nádorových onemocnění. Je nutné s touto situací počítat a připravit podmínky na zvládnutí, a to nejen v diagnostice, léčbě, ale především se zaměřit na primární a sekundární prevenci onkologických onemocnění. Ošetřovatelství je integrovanou součástí zdravotnictví. Poskytování zdravotní péče v sobě zahrnuje velké množství činností, ve kterých specifické a významné místo zaujímá všeobecná sestra (Schmidtová, Zrubcová, s. 24).

Jedním z úkolů všeobecné sestry (dále jen sestra) je zhodnocení stavu pacienta při přijetí. Mezi ně lze zařadit anamnézu, fyzické zhodnocení pacienta a psychosociální/emocionální zhodnocení stavu pacienta. Anamnézou lze zhodnotit aktuální stav pacienta při přijetí. Jedná se o nutriční stav pacienta, jako je jeho hmotnost, stravovací návyky, či spotřeba alkoholu, kouření.

Zda-li byl pacient vystaven působení negativním účinkům karcinogenů, dále zjistit, má-li pacient znát a aplikuje postupy samovyšetření prsu, jestli absolvoval některou ze screeningových metod. Důležitým bodem v anamnéze je anamnéza rodinná. Taktéž i aktuální fyzická kondice a duševní stav pacienta. Je nutné zaznamenat i užívané léky (antikoncepce, hormony, imunosupresiva, aj.).

Dalším krokem je fyzické zhodnocení stavu pacienta. V tomto případě sestra sleduje hybnost pacienta, jeho hmotnost, a aktuální stav kůže. Finální částí při zhodnocení stavu pacienta se zdravotní sestra zaměřuje na psychosociální či emociální stav jedince. A to především o schopnost vyrovnat se s danou skutečností. Jakým způsobem je informován o prevenci a včasném záchytu onemocnění. Popřípadě náboženský, kulturní a ekonomický status pacienta může uvést další nezbytné a potřebné informace nutné k vypracování plánu péče.

Sestra je nedílnou součástí týmu, které spolupracují v programech na podporu kouření prevence, poradenství o výživě, udržení tělesné kondice a jiné. Sestra má podávat informace efektivně (Holubová, 2007, s. 52). K tomu, aby mohla být v preventivních programech úspěšná, je zapotřebí dostatečných vědomostí, schopností, které

zprostředkovává pacientům správným způsobem, na přiměřené úrovni a v rámci svých kompetencí. Vzdělává a získává pacienty pro spolupráci při upevňování a podpoře zdraví.

Nedílnou součástí profese sestry je také dodržování etiky. Etika v ošetrovatelství se stala předmětem zájmu odborníků, a to na základě rozsáhlých zkušeností v souvztažnosti s povoláním sestry. V současné době je odváděna pozornost sestry od pacienta, a to z důvodu neustále se zvyšující se modernizace a aplikace nejnovějších vědeckých poznatků v oblasti medicíny a ošetrovatelství. Nedílnou součástí práce sestry jsou nejen základní a speciální výkony ošetrovatelské péče, ale i lidský přístup a komunikace.

Podle mezinárodní rady sester (ICN) je sestra připravená a oprávněná se zapojit do všeobecné ošetrovatelské praxe týkající se podpory zdraví, prevence onemocnění, péče o duševně nemocné, postižené osoby různých věkových kategorií, a to ve všech zdravotnických a komunitních zařízeních. V etickém kodexu sester podle Mezinárodní rady sester, Americké asociace sester (ANA) i Asociace kanadských sester (CNA) je zahrnuto působení sester v oblasti podpory zdraví. Etický kodex sester, definuje 4 základní zodpovědnosti sestry, kterými jsou péče o zdraví, předcházení chorobám, návratu zdraví a zmírňování utrpení. Popisuje zodpovědnost sestry v zachování a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb, především u osob patřících k ohroženým skupinám. Druhá část etického kodexu je věnována sestrám a jejich práci, kde je zahrnuta i péče o sestry a jejich zdraví. Aby nebyla narušená její schopnost poskytovat péči, je povinna starat se o své zdraví (Jakubeková et al., 2010, s. 25).

Etika v ošetrování

Moderní ošetrovatelství je postaveno na respektování práv a zajištění pohody. Tato pohoda má charakter tělesný, vztahový, sociální, psychický, etický, ale i náboženský. Etickou pohodou je myšleno, že člověk je vnímán jako lidská bytost, a ne jako materiální subjekt. Pacient je svobodným člověkem, který je za sebe zodpovědný

a pokud má dostatek informací, může se podílet na rozhodování o svém zdraví. V nemoci se tato schopnost rozhodování snižuje. A v této situaci se sestra musí ztotožnit s etickým kodexem, hájit zájmy pacientky a umožnit jí rozhodnutí podle svých osobních priorit (Macháčková, 2010, s. 70).

Ve zdravotnických zařízeních je v současné době edukace chápána jako nezbytný prostředek při realizaci preventivního diagnostického a terapeutického procesu. Před zahájením léčby a po celou její dobu potřebuje onkologický pacient být informován o rozsahu nemoci, možnostech léčby, prognóze a důležité jsou i informace o návratu do normálního života.

Získané informace mu mohou pomoci překonat velmi vážné a náročné období. V současné době se nabízí mnoho možností jak získat informace o svém závažném onemocnění.

Významné místo má bezprostřední komunikace se všeobecnou sestrou. Je nutné, aby všeobecná sestra měla dostatečné vědomosti o karcinomu prsu, zlepšovala svůj postoj k prevenci, proto aby své vědomosti mohla dále předávat (Schmidtová, Zrubcová, 2008, s. 24-25).

Všeobecná sestra v úloze edukátorky

Význam sestry jako edukátorky je v prevenci nádorového onemocnění nezastupitelné. Pacienty, ale i veřejnost, může informovat nejen v ambulanci, ale i v nemocnicích. Sestra by měla znát a umět vědět vysvětlit informace o vzniku, diagnostice onemocnění (Schmidtová, Kvasnicová, Poledníková, 2007, s. 44). Zná-li sestra „pro“ a umí vyvrátit neopodstatněná „proti“, je tou nejlepší replikátorkou, informátorkou a učitelkou (Skovajsová, Svobodník, 2007, s. 193). V rámci sesterských kompetencí je vést pacienta k redukci rizikových faktorů nádorového onemocnění, změně životního stylu, učit technicky samovyšetření prsu, doporučit literaturu. Laická veřejnost u sestry předpokládá základní vědomosti o nádorových onemocněních, o jejich příznacích, diagnostice a prevenci. Aby sestra mohla být úspěšná v preventivních aktivitách, musí být schopná svoje vědomosti umět správným

způsobem předat dále. K tomu je nutné, aby informace podávala na přiměřené úrovni a efektivním způsobem (Schmidtová, Zrubcová, 2008, s. 24-25). Pro navození důvěry edukační rozhovory probíhají za dodržení soukromí. Edukaci je možno provádět verbálně, písemně, pomocí letáčků, instruktáží nebo pomocí videa. Je nezbytné zdůraznit význam zdravé výživy a doporučit úpravu životního stylu (Macháčková, 2010, s. 70).

Význam komunikace

Základním prostředkem interakce mezi lidmi je komunikace. Interakce je proces, kdy jsou dvě nebo více osob vzájemně sobě podmětem, lidé na sebe navzájem reagují. Jedná se především o vzájemné pochopení a porozumění. Komunikaci rozlišujeme na verbální a neverbální, odehrává se ústně, písemně, gesty, mimikou mezi dvěma či více lidmi. Důležitou roli v komunikaci s pacientem sehraje zejména sestra. Ta je spojovacím článkem mezi lékařem a pacientem, ale i pacientem a rodinou. Z celého ošetřovatelského týmu tráví s pacientem nejvíce času. V rámci profese sestry jsou vyžadovány zvláštních dovedností, kterým se musí zdravotníci učit již během přípravy na své povolání. Pacientovi jsou sdělovány základní informace, kterým nerozumí (Fecková, 2011, s. 24). Tato skutečnost poukazuje na nezbytnou potřebu sestry účinně komunikovat. Komunikační dovednosti sestry přispívají k navazování kvalitního kontaktu a vztahu s pacientem (Vybíhalová, 2011, s. 28).

Nesprávná komunikace s pacientem nebo jeho rodinou, může mít negativní vliv na psychosomatickou pohodu pacienta a tím i na výsledek celého ošetřovatelského procesu. Jednou z forem interakce v komunikaci je konflikt, při kterém účastníci vnímají druhou stranu jako překážku v dosahování cílů, hodnot, zájmů a uspokojování potřeb. Konflikt mezi sestrou a pacientem můžeme rozdělit do dvou základních skupin. První skupinou jsou konflikty, které se projevují navenek, projevující se verbálně nebo jiným způsobem. Druhou skupinou jsou konflikty neprojevené navenek. Při žádném z konfliktů nelze hovořit o jednostranné zodpovědnosti. Je nutné

akceptovat skutečnost, že vztahy mezi sestrou a pacientem jsou velmi složité, ale převážná většina konfliktů je zbytečná (Macková, 2008, s. 189).

Proto je správně vedený rozhovor, využívání vědomostí a komunikačních schopností důležitou součástí získávání informací. Sestra má možnost pozitivně ovlivnit pacienta, edukovat jej v dané problematice, korektně motivovat a přesvědčit ho k vhodné spolupráci (Vybíhalová, 2011, s. 28).

Pomocí edukačního procesu a komunikace může sestra působit na informovanost a zodpovědné chování ženy, a tím podporovat prevenci onemocnění. Prohlubováním vědomostí o rizikových faktorech, nutnosti pravidelných preventivních prohlídek a preventivních opatřeních proti vzniku nádorového onemocnění prsu může snížit výskyt nádorového onemocnění. Proto je nevyhnutelné, aby zdravotní sestry měly dostatek potřebných vědomostí. Sestry přicházejí do kontaktu s pacientkami, laickou veřejností, rodinnými příslušníky a přáteli proto v případě dostatečných znalostí se mohou podílet na edukaci žen a jejich chování. Je nutné, aby sestry byly vybaveny dostatkem vědomostí, dovedností a zkušenostmi, aby mohly být příkladem pro zdravé i nemocné ženy a to nejen svým chováním, ale i postojem ke zdravému způsobu života. Výsledkem působení sester by měly být ženy, které budou znát aktuální preventivní programy, mít základní vědomosti o příznacích onemocnění a v případě těžkostí vyhledají odbornou pomoc. Převezmou tak celoživotní zodpovědnost za podporu a ochranu zdraví vůči vlastní osobě, své rodině a jiným.

Všeobecná sestra jako „advokátka“ pacienta

Sestra jako „advokátka“ pacienta v sobě zahrnuje 3 kategorie. Působí nejen jako advokát, ale i jako obhájce a ochránce pacienta. Význam slova advokát v českém kontextu znamená ten, který prosazuje právo, poskytuje rady, zastupuje tam, kde dotyčný není schopen, kde je pro něj složité domoci svých práv a nese zodpovědnost za to, že obhajovaný nebude krácen ve svých právech. Význam slova

ochránce znamená ten, který saturuje pocit bezpečí a jistoty, je oporou, dopomáhá v těžké situaci, zabraňuje poškození nebo ublížení. Je nutné, aby byl obeznámen s problémem, byl předvídavý, empatický, angažovaný pro druhého, měl instrumentální znalosti a dovednosti jak efektivně ochraňovat. Sesterská profesní role „advokáta“ se uplatňuje a prakticky naplňuje všude tam, kde pacient nezná, není schopen, neumí nebo je pro něj obtížné projevit či účinně saturovat své potřeby, problémy a přání. V těchto situacích se sestra stává jeho mluvčím, advokátem, obhájcem a ochráncem.

Úkolem je zabránit poškození pacienta, ztrátě jeho důvěry, snížit rizika a ohrožení, minimalizovat situace, které by mohly vést žalobám na péči. Aby sestra byla schopna tuto funkci plnit, je zapotřebí vysoké úrovně profesionality. Je důležité zásadní zaměření na pacienta, kvalitu a bezpečnost péče, využívat metody ošetřovatelského procesu, vyřešení ošetřovatelských problémů a potřeb pacienta, osobní odpovědnost, vzdělanost, týmovou spolupráci, pohotově argumentovat.

V současné době česká ošetřovatelská legislativa roli advokáta pacienta ještě přímo nezmiňuje, lze na ni pouze usuzovat z kompetencí, které mají sestry pracující bez odborného dohledu, že zákonem předepsaná ošetřovatelská péče poskytovaná metodou ošetřovatelského procesu a z koncepce ošetřovatelství v ČR (Špirudová, Králová, 2007, s 32-34).

Závěr

Cílem předkládané bakalářské práce bylo podat stručný přehled informací o významu prevence, rizikových faktorech, diagnostice a edukaci u karcinomu prsu. K formulaci cílů existuje celá řada odborných publikací vydaných významnými lékařskými autoritami (Masarykův onkologický ústav, Akademie Věd, Wiley, WHO aj.). Vzhledem k zadání práce a metodické konzultaci s vedoucí bakalářské práce bylo stanoveno, že zdroje využití k zpracování práce budou mít výhradně povahu odborných článků.

V současné době je karcinom prsu nejčastěji se vyskytujícím zhoubným nádorem prsu u žen v České republice, který postihuje 21 % ženské populace (Chovanec, Dostálová, Navrátilová, 2008, s. 84; Prausová 2010, s. 26; Mužík 2009, s. 7). Na skutečnost, že se nejedná o onemocnění moderní doby, upozorňuje (Litvínová, Schmitová, 2011, s. 24; Strnad, 2001, s. 668). Na jeho vzniku se podílí celá řada faktorů, které mají velký význam na prevenci a prognózu (Dvořák, 2003, s. 32). Autoři Dvořák, Strnad, Abrahamová, Miškovská, Petránková, Vyzula, vidí ve snižování rizikových faktorů hlavní cestu vedoucí k pochopení příčiny vzniku karcinomu prsu (Dvořák, 2003, s. 32; Strnad, 2001, s. 669; Abrahamová, 2004, s. 48; Miškovská, 2006, s. 220; Petránková, Vyzula, 2010).

Na přítomnost nádorového onemocnění prsu mohou upozornit klinické příznaky, které jsou děleny na místní a celkové (Prausová, 2010, s. 28; Chovanec, Dostálová, Navrátilová, 2008, s. 85; Miškovská, 2006, s. 218).

O jednotlivých vyšetřovacích metodách, které lze využít při diagnostice prsu, informují (Petránková, Vyzula, 2010; Miškovská, 2006, s. 219; Strnad, 2007, s. 25).

Na onemocnění rakoviny prsu ročně umírá v České republice 3,6 % ženské populace (Mužík at all., 2009, s. 8).

Česká republika patří k zemím, kde je zaveden systém preventivních prohlídek, na které má občan starší 18 let nárok vždy jednou za dva roky. Nutnou součástí je i onkologická prevence. Systém preventivních prohlídek je stanoven vyhláškou č. 55 Sb. (Skála, 2008, s. 18).

Proto je velice důležitá prevence, a to v oblasti podpory zdravé výživy, zvýšení fyzické aktivity, kontrolu požívání alkoholu, sledování nadváhy a obezity. Výše uvedené činnosti by v dlouhodobém horizontu měly mít vliv na snížení výskytu rakoviny prsu.

Prevence se dělí do několika oblastí. Jedná se o prevenci primární, sekundární a terciární.

Primární prevence je zaměřena na eliminaci rizikových faktorů (Augustinová 2011, s. 20; Bělešová 2007, s. 356; Plško 2010, s. 412; Fiala 2008, s. 9; Stránský 2011, s. 36; Fiala, Brázdová 2000, s. 10; Hrubá 2000, s. 2-4).

Sekundární prevence je soustředěna na včasnou detekci karcinomu prsu (Dvořák 2003, s. 32), přičemž samozřejmostí má být pozorné klinické vyšetření (Abrahámová 2004, s. 49). Každá žena by měla být obeznámena s důležitostí samovyšetření prsu a tuto metodu aplikovat (Abrahámová 2009, s. 46-52, Abrahámová 2004, s. 49). Nezastupitelnou úlohu v sekundární prevenci zaujímá screening karcinomu prsu, který byl v České republice spuštěn poprvé v roce 2002 a je určen ženám ve věkové skupině od 45 do 69 let věku (Miškovská 2006, s. 218). Nejúčinnější metodou pro detekci karcinomu prsu u žen je screeningová mamografie.

V odhalení recidivy nádorového onemocnění prsu u žen hraje důležitou roli terciární prevence (Jandík 2005, s. 37; Vojtová 2012, s. 19).

Jelikož incidence onemocnění stále vzrůstá, je zapotřebí zaměřit se především na celkovou onkologickou prevenci (Schmidtová, Zrubcová, 2008, s. 24; Holubová 2005, s. 53; Jakubeková et al. 2010, s. 25).

Autorky Macháčková, Schmidtová a Zrubcová poukazují na povinnost sestry vždy konat v souladu s etickým kodexem (Macháčková, 2010, s. 70; Schmidtová, Zrubcová, 2008, s. 24-25). Sestra, která má své nezastupitelné místo jak v ambulantní péči, tak i na lůžkových odděleních, needukuje jen pacienty, rodinné příslušníky, ale i širokou veřejnost (Schmidtová, Kvasnicová, Poledníková, 2007, s. 44; Skovajsová, Svobodník, 2007, s. 193).

Aby došlo k co největšímu porozumění dané problematice, je zapotřebí zvolit správný způsob komunikace. Komunikační dovednosti sestry přispívají k navázání kvalitního vztahu mezi sestrou a pacientem (Fecková, 2011, s. 24; Vybíhalová, 2011, s. 28;

Macková, 2008, s. 189). Všeobecná sestra při vykonávání svého povolání plní mnoho rolí. Vždy koná se zájmy pacientů, je jim oporou, dodává pocit bezpečí a v neposlední řadě působí jako obránce a ochránce pacienta (Špirudová, Králová, 2007, s. 32-34).

LITERATURA A PRAMENY

ABRAHÁMOVÁ, J. 2004. Prevence karcinomu prsu. *Postgraduální medicína*. 2004, roč. 6, č. 4, s. 48-52. ISSN 1212-4184.

ABRAHÁMOVÁ, J. Karcinom prsu. *Postgraduální medicína*. 2004, roč. 6 č.4, s. 478-496. ISSN 1212-4184.

BELLA, V. 2006. Stav skríningu karcinómu prsníka a ďalšie možnosti rozvoja. *Onkológia*. 2006, roč. 1, s. 26-28. ISSN 1336-8176

BĚLEŠOVÁ, M. 2007. Úloha praktického lékaře v onkologické prevenci. *Medicína pro praxi*. 2007, roč. 4, č. 9, s. 352-357. ISSN 1214-8687.

DANEŠ, at al. 2006. Screening karcinomu prsu. *Postgraduální medicína*. 2006. roč. 8, č., s. 83-89. ISSN 1212-1484.

DVOŘÁK, K. 2003. Prevence v mamologii. *Praktická gynekologie*. 2003, roč. 2, č. 6, s. 32-34. ISSN 1211-6645.

Early detection of cancer. WHO. Breast cancer: prevention and control [online]. 2008 [cit. 2012-04-27].

Dostupné z: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index4.html>

FECKOVÁ, M. 2011. Komunikační signály sestry eliminující stres u pacienta. 2011, *Sestra*. roč. 21, č. 9, s. 24-25. ISSN 1210-0404.

FIALA, J. 2008. Současný stav vnímání výživy v prevenci rakoviny. *Onkologická péče*. 2008, roč. 12, č. 1, s. 7-11. ISSN 1214-5602.

FIALA, J., BRÁZDOVÁ, Z. 2000. Výživa v prevenci nádorových onemocnění. *Klinická onkologie*. 2000, roč. 13, s. 8-16. ISSN 0862-495X.

GLOBOCAN 2008: Breast Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008 Summary. *GLOBOCAN 2008, CANCER FACT SHEET* [online]. 2008, č. 1 [cit. 2012-04-28]. Dostupné z: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>

GREŽŤOVÁ, I. Moderné zobrazovacie metódy-vieme edukovať pacienta?. Editor: doc. MUDr. VALÍK, D. Ph. D. In *Edukační sborník XXXIII. Brněnské onkologické dny a XXIII. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Brno: Dataprint, 2009. s. 181-186. ISBN 978-80-86793-12-2.

HOLUBOVÁ, A. 2007. Sestra v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 5, s. 52. ISSN 1210-0404.

HRUBÁ, D. 2000. Kouření a zhoubné bujení. *Klinická onkologie*. 2000, roč. 13, s. 2-4. ISSN 0862-495X.

CHOVANEC, J., DOSTÁLOVÁ, Z., NAVRÁTILOVÁ, J. 2008. Karcinom prsu – aktuální problém. *Interní medicína pro praxi*. 2008, roč. 10, č. 2, s. 84 – 89. ISSN 1212-7299.

JAKUBEKOVÁ, J. at al. 2010. Vzdělávání studentů Ošetrovatelství v prevenci nemocí. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 10, s. 25-26. ISSN 1210-0404.

JANDÍK, P. 2005. Karcinom prsní žlázy a jeho prevence – základní informace pro praxi. *Ošetrovatelství*. 2005, roč. 7, č. 1-2, s. 36-38. ISSN 1212-723X.

JANDOROVÁ, V. 2010. Screeningová mamografie. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 6, s. 58-59. ISSN 1210-0404.

LEHOTSKÁ, V., PRÍKAZSKÁ, M. 2006. Mamografia - jej význam, možnosti, technické trendy, súčasný stav a perspektiva. *Onkológia*. roč.1, č. 1, s.19-21. ISSN 1336-8176.

LITVINOVÁ, A., SCHMIDTOVÁ, Z. 2011. Znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků – sestier o rizikových faktorech karcinoma prsníka. Editor: MUDr. SVOBODA, Marek, Ph.D. In *Edukační sborník. XXXV. Brněnské onkologické dny a XXV. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Brno: Dataprint, 2011. s. 24. ISBN 978-80-86793-17-7.

MACKOVÁ, M. 2008. Proč vznikají nedorozumění v komunikaci sestry pacienta?. Editor: prof. MUDr. ŽALOUĐÍK, J, CSc., prof. MUDr. VYZULA, R, CSc. In *Edukační sborník XXXII. Brněnské onkologické dny a XXII. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Brno: Dataprint, 2008. s. 189-190. ISSN 978-9780-86793-11-5.

MACHÁČKOVÁ, R. 2010. Zásady ošetrovatelské péče o pacientku s nádorovým onemocněním prsu. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 7-8, s. 69-70. ISSN 1210-0404.

MIŠKOVSKÁ, Z. 2006. Včasný záchyt a management onemocnění prsu – doporučený postup pro praktické lékaře. *Medicína pro praxi*. 2006, roč. 3, č 5, s. 218-221. ISSN 1214-8687.

MUŽÍK, J. et al. 2009. Stručný přehled epidemiologie zhoubného novotvaru prsu v České republice. *Onkologie*. 2009, roč. 3, č. 1, s. 7-11. ISSN 1802-4475.

PETRÁKOVÁ, K., VYZULA, R. O nádorech prsu. *Linkos* [online]. 2006-03-10, poslední aktualizace 2010-07-27 [cit. 2012-03-20]. Dostupné na WWW: <<http://www.linkos.cz/nadory-prsu-c50/o-nadorech-prsu/>>.

PLŠKO, I. 2010. Aktuálne problémy štruktúry a orientácie komplexných národných programov boja proti zhoubným nádorom. *Klinická Onkologie*. 2010, roč. 23, č. 6, s. 408-415. ISSN 0862-495X.

PRAUSOVÁ, J. 2010. Karcinom prsu – problém i v 21. století. *Interní medicína pro praxi*. 2010, roč. 12, č. 1, s. 26-32. ISSN 1212-7299.

SCHMIDTOVÁ, Z., KVASNICOVÁ, Z., POLEDNÍKOVÁ, L. 2007. Nevedomost zdravotníků – bariéra v prevenci nádorových ochorení? Editor: prof. MUDr. VYZULA, Rostislav, CSc., prof. MUDr. ŽALOUDÍK, Jan, CSc. In *Edukační sborník. XXXI. Brněnské onkologické dny a XXI. s Konferencí pro sestry a laboranty*. Brno: Dataprint, 2007. s. 192-193. ISBN 978-9780-86793-09-2.

SCHMIDTOVÁ, Z., ZRUBCOVÁ, D. 2008. Příprava sestier na prevenciu nádorových ochorení. *Onkologická péče*. 2008, roč. 12, č. 1, s. 24-26. ISSN 1214-5602.

SKÁLA, B. 2008. Onkologická prevence v praxi praktického lékaře. *Zdravotnické noviny, příl. Lékařské listy*. 2008, roč. 57, č. 8, s. 18-21. ISSN 0044-1996.

SKÁLA, B. 2009. Problematika základní prevence a screeningu nádorových onemocnění v praxi praktického lékaře. *Onkologie*. 2009, roč.3, č. 6, s. 365-368. ISSN 1802-4475.

SKOVAJSOVÁ, M. 2011. Screening nádorů prsu v České republice: Výsledky fungování akreditovaných mamodiagnostických screeningových center za období 2003 - 2009. *Onkologie*. 2011. roč. 5, č. 1, s. 9-15. ISSN 1802-4475.

SKOVAJSOVÁ, M., SVOBODNÍK, A. 2007. Screening nádorů v České republice. Role zdravotních sester ve výchově veřejnosti k prevenci. Editor: prof. MUDr. VYZULA, Rostislav, CSc., prof. MUDr. ŽALOUĐÍK, Jan, CSc. In *Edukační sborník. XXXI. Brněnské onkologické dny a XXI. s Konferencí pro sestry a laboranty*. Brno: Dataprint, 2007. s. 192-193. ISBN 978-9780-86793-09-2.

STRÁNSKÝ, M. 2002. Výživa a rakovina prsu. *Výživa a potraviny*. 2002, roč. 57, č. 2, s. 36-37. ISSN 1211-846X.

STRNAD, Pavel. 2001. Karcinom prsu. *Postgraduální medicína*. 2001, roč. 55, č. 6, s. 668-696. ISSN 1212-4184.

ŠPIRUDOVÁ, L., KRÁLOVÁ, J. 2007. Sestra profesní role "advokátka pacienta". *Medicína pro praxi*. 2007, roč. 4, č. 1, s. 32-34. ISSN 1212-8687.

TESAŘOVÁ, Petra. 2011. Karcinom prsu – slovo úvodem. *Onkologie*. 2011, roč. 5, č. 1, s. 8. ISSN 1802-4475.

VOJTOVÁ, M. 2012. Primární a sekundární prevence u onemocnění karcinom prsu. *Florence*. 2012, roč. 8, č. 1, s. 19-21. ISSN 1801-464X.

VYBÍHALOVÁ, L. 2011. Komunikační dovednosti při práci sestry. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 1, s. 28. ISSN 1210-0404.

ŽALOUĐÍK, J., VYZULA, R. 2001. Cesty ke snižování úmrtnosti na karcinom prsu. *Onkologická péče*. 2001, roč. 5, č. 1, s. 2-6. ISSN 1214-5602.