

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Lenka Uhlíková

Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy

Znalosti prevence karcinomu prsu u žen na Hodonínsku

Olomouc 2013

vedoucí práce: MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.

Prohlášení autora:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 11. 3. 2013

Lenka Uhlíková

.....

Poděkování:

Děkuji MUDr. Kateřině Kikalové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných rad a vstříčný přístup. Dále děkuji všem respondentkám a zdravotním sestřám za jejich čas a ochotu spolupracovat. Mé dík patří také rodině za trpělivost a podporu po celou dobu mého studia.

Obsah

Úvod	5
1 Cíl práce	6
2 Teoretické poznatky	7
2.1 Anatomie prsu	7
2.2 Zhoubný nádor - obecně	8
2.3 Růst nádorových buněk	9
2.4 Příznaky karcinomu prsu	9
2.5 Typy karcinomu prsu	11
2.6 TNM klasifikace	11
2.7 Stádia onemocnění	12
3 Rizikové faktory karcinomu prsu	16
3.1 Faktory životního stylu	17
3.2 Faktory osobní anamnézy	18
3.3 Hormonální a gynekologické faktory	19
3.4 Genetické faktory	21
3.5 Ostatní faktory	22
4 Prevence karcinomu prsu	24
4.1 Primární prevence	25
4.2 Sekundární prevence	25
4.3 Terciární prevence	32
4.4 Kvartérní prevence	32
4.5 Evropský kodex proti rakovině	33
5 Mamografický screening	35
5.1 Hodnocení efektivity mamografického screeningu	36
5.2 Organizovaný screening v České republice	36
6 Praktická část	41
6.1 Metodika práce	41
6.2 Realizace výzkumu	41
6.3 Charakteristika souboru respondentek	42
7 Výsledky a diskuse	44
Závěr	63
Souhrn/summary	65
Referenční seznam	66
Seznam tabulek	71
Seznam grafů	72
Seznam obrázků	72
Seznam příloh	73
Anotace	

Úvod

Mnohé ženy se mylně domnívají, že onemocnět karcinomem prsu znamená rovnou zemřít. V dnešní době jsou zhoubné nádory prsu léčitelné, ale je nutné, aby se žena dostavila včas k lékaři. Mnohé ženy se také bojí ztráty prsu, proto s návštěvou lékaře otálejí a přesvědčují samy sebe, že všechno bude v pořádku, že příznaky zmizí. Jiné ženy zase nedochází na preventivní prohlídky či mamografický screening, aby se náhodou „na něco“ nepřišlo. Toto chování je velmi nerozumné a nezodpovědné. Právě, když žena přijde včas dá se zabránit ztrátě prsu a dokonce u některých žen se po několika měsících nedají nalézt téměř žádné stopy po operaci a další léčbě (www.mamo.cz, 2012).

Toto téma *Znalosti prevence karcinomu prsu u žen na Hodonínsku* jsem si zvolila proto, že stále stoupají počty žen „bojujících“ s touto nemocí. V důsledku toho mě zajímalo, jak se ženy staví k prevenci tohoto závažného onemocnění. Dalším důvodem je i to, že se onemocnění vyskytlo i v naší rodině a dále u spousty žen z mého okolí. Jedná se o ženy, matky malých dětí, které přišly k lékaři již pozdě – vzdálené metastázy. Tímto bych chtěla apelovat na všechny ženy, aby se chovali zodpovědně a využily všech možností prevence, které se nabízejí. Jelikož karcinom prsu se netýká pouze starších žen, ale stále častěji i žen mladších.

Teoretická část diplomové práce se zabývá rizikovými faktory karcinomu prsu, dále jsou zde popsány jednotlivé typy prevence, a to primární, sekundární, terciární a kvartérní, kdy největší důraz je kladen na prevenci primární a sekundární. A v neposlední řadě také hodnocení mamografického screeningu, který se ukázal za 10 let své existence jako velmi efektivní a přínosný.

Praktická část diplomové práce zkoumá, zda ženy využívají možnosti sekundární prevence – preventivní prohlídky, samovyšetření prsů, preventivní mamografie, dále jaká je frekvence protektivních a rizikových faktorů u žen sledovaného souboru a jaké mají ženy znalosti této problematiky – prevence karcinomu prsu. Výstupem práce je informační leták.

1 Cíl práce

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit úroveň znalostí žen nad 40 let věku o prevenci karcinomu prsu a míru jejich zájmu o tuto problematiku.

Dílčí cíle práce:

1. Zmapovat, zda ženy docházejí na pravidelné preventivní prohlídky ke svému gynekologovi či praktickému lékaři.
2. Zjistit, zda gynekolog či praktický lékař při pravidelných preventivních prohlídkách vyšetřuje ženám prsy.
3. Zjistit, zda byly ženy poučeny svým gynekologem či praktickým lékařem o technice samovyšetření prsů.
4. Zjistit, zda ženy provádějí samovyšetření prsů.
5. Informovat o důležitosti docházení na preventivní mamografii.
6. Zjistit, zda vzdělání žen má vliv na znalosti prevence karcinomu prsu.
7. Určit, jaká je frekvence protektivních faktorů u žen sledovaného souboru.
8. Určit, jaká je frekvence rizikových faktorů u žen sledovaného souboru.
9. Vytvořit informativní leták o rizikových faktorech karcinomu prsu.

Výzkumné předpoklady:

1. Na pravidelné preventivní prohlídky ke svému gynekologovi či praktickému lékaři bude docházet více než 75 % respondentek.
2. Gynekologové či praktičtí lékaři budou respondentkám vyšetřovat prsy při pravidelných preventivních prohlídkách.
3. Alespoň 30 % respondentek bude pravidelně provádět samovyšetření prsů.
4. 90 % respondentek starších 45 let bude využívat možnosti preventivní mamografie.
5. Respondentky vědí, kdy mají nárok na bezplatnou preventivní mamografii.
6. Respondentky budou znát den, který je nejvhodnější pro provádění samovyšetření prsů.
7. Alespoň 50 % respondentek bude znát správnou odpověď na otázky týkající se rizikových a protektivních faktorů karcinomu prsu.

2 Teoretické poznatky

2.1 Anatomie prsu

Mléčná žláza (glandula mammaria) je největší kožní žlázou. U obou pohlaví se zakládá embryonálně epitelové ztluštění, tzv. mléčná lišta, které jde podél čáry probíhající z podpažní jamky (axily) do třísla po obou stranách trupu embrya (zárodku). Z těchto mléčných lišt se zachovávají jen úseky probíhající na úrovni střední části hrudníku, kde se vytvářejí definitivní prsní žlázy (Borovanský a kol., 1976).

U mužů zůstává základ mléčné žlázy rudimentární a jen zcela výjimečně se může vyvíjet, tzv. gynekomastie.

U dívek se začíná základ mléčné žlázy vyvíjet již před pubertou. Nejdříve se nad úroveň kůže zdvihá prsní dvorec (areola mammae) s prsní bradavkou (tzv. infantilní mamma), poté nabývá prs tvaru pupence, který přibývá na obvodu a vývoj končí klenutým prsem

se zřetelnou prsní bradavkou (papilla mammaria). Velikost prsu nezávisí na velikosti mléčné žlázy, ale na výživě, podnebí, věku a tukové tkáni. Levý prs bývá často větší než pravý (Borovanský a kol., 1976).

Základna kuželovitého prsu ženy sahá od druhého žebra po šesté žebro, uprostřed se oba prsy blíží hrudní kosti, po stranách je hranicí střední axilární čára – svislá čára procházející středem podpažní jamky.

Na vrcholku prsu se nachází prsní dvorec o průměru 3–5 cm. Pigmentace prsního dvorce a bradavky je zcela individuální.

Bradavka – výstupek uprostřed prsu, je obklopena prsním dvorcem. Zpravidla bývá mírně vyvýšená, někdy může být lehce vkleslá. Během kojení tvoří velké mazové žlázy prsního dvorce olejovitý maz, který zvláčňuje pokožku bradavky a ta je odolnější vůči vzniku trhlinek. Prsní žláza se skládá z 15–25 laloků (lobi glandulae mammariae) a každý z nich je samostatnou složenou alveolární žlázou ústící na povrch bradavky. Navzájem jsou odděleny velkým množstvím tukové tkáně a pruhy tkáně pojivové tvořící podpůrné vazy prsu (ligamenta suspensoria mammaria). Ty probíhají v hloubce uložených kosterních svalů do škárové vrstvy kůže kryjící prs. Poskytují prsu oporu.

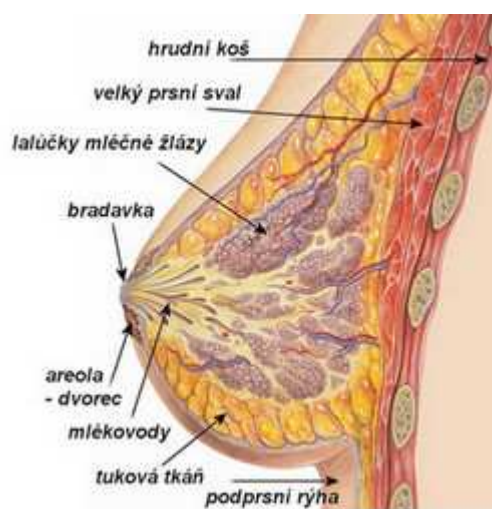
Laloky se pak skládají z menších jednotek – lalůček (lobuli glandulae mammariae) tvořených shluky drobných acinů = alveolů. Stěna acinu je tvořena jednovrstevných kubickým epitelem vylučujícím mléko. Mléko z acinů prochází postupně se rozšiřujícími vývody až dosáhne těch nejširších – mlékovodů (ductus lactiferi). Ty jsou uloženy uvnitř

v hloubce bradavky. A v hloubce pod dvorcem má každý mlékovod vakovitě rozšířený úsek – mléčný sinus, v němž se mléko během kojení hromadí (Marieb, Mallatt, 2005).

Sekrece v mléčné žláze se děje podle typu apokrinálních kožních žláz. Krátce před porodem a v prvních dnech po porodu je sekretem kolostrum (vodnaté a nažloutlé mlezivo), které se mění v „typické bílé“ mateřské mléko (lac). Vyměšování mléka se stupňuje při sání novorozence (Borovanský a kol., 1976).

Hlavními tepnami (arteria) prsu jsou postranní hrudní tepna (a. thoracica lateralis), větve vnitřní hrudní tepny (a. thoracica interna) a mezižebříkové tepny (aa. intercostales). Žíly (vena) ústí do v. thoracica interna a do v. thoracica lateralis. Hluboké žíly do vv. intercostales. Mízní cévy vedou mízu z prsu do mízních uzlin uložených podél hrudní kosti a v podpažní jamce (Marieb, Mallatt, 2005).

V hloubce pod prsem je uložen velký a malý prsní sval a část předního pilovitého svalu a zevního šikmého svalu břišního (Marieb, Mallatt, 2005).



Obrázek 1. Anatomie prsu (Sinělnikov, 1970)

2.2 Zhoubný nádor - obecně

Lidový název rakovina údajně pochází od slavného lékaře Hippokrata (460–370 př. n. l.), který tak nazval otoky připomínající račí klepeta (Petruželka, 2008). Zhoubným nádorem, tedy rakovinou či karcinomem obecně nazýváme onemocnění, za kterým se skrývá skupina více než sta různých chorob. Ačkoliv každý druh se od jiného liší v mnoha ohledech, všechny mají společný nekontrolovatelný růst buněk, které se vymkly kontrolním mechanismům pacientova organismu (Abrahámová, Dušek a kol., 2003). Zhoubný nádor je poruchou genetického kódu buňky. Některé chyby genetického kódu

získáváme dědičně a některé pak během života, kdy na nás působí hned několik zevních faktorů (např. radiace) (Žaloudík, 2008).

2.3 Růst nádorových buněk

Obecný nádorový proces začíná „maligním zvratem“ jedné buňky nebo velmi omezeného počtu buněk. Na maligní (zhoubnou) změnu buňky navazují další procesy, a to: porušení vnitřní architektury buňky, invazivní růst, prorůstání na jakýchkoliv místech, metastatický rozsev. Průběh jednotlivých zhoubných procesů je velmi různorodý (Palisa, 1996).

Nádory rostou zpočátku pomalu a na jednom místě (neinvazivní či „in situ“), posléze pronikají agresivně do okolí (invazivní) a poškozují organismus několika způsoby. Předně rostou (reprodukuje se) mnohem rychleji, než by vyžadovala jejich normální obměna. Dále nerespektují hranice orgánů a tkání. A nakonec, jakmile dosáhne nádor určité velikosti, začne vysílat i do okolí části svých buněk, které vnikají do krevního či mízního oběhu, usadí se v jiných místech organismu a stanou se z nich tzv. sekundární nádory (metastázy). Ty jsou v růstu stejně agresivní, jako primární nádor. Protože je nádorová buňka vybavena schopností neomezeného růstu, potřebuje také mnohem větší krevní zásobení. Aby toto větší krevní zásobení nádorové buňky získaly, uvolňují nádorový angiogenní (cévní) faktor, který podněcuje v oblasti nádoru rozvoj sekundárního cévního zásobení. Zvýšený přívod krve a tím i zvýšený přívod živin umožňuje nádorovým buňkám rychlejší růst (Palisa, 1996).

2.4 Příznaky karcinomu prsu

Zhoubný nádor prsu v počátku není bolestivý a nezpůsobuje ani žádné jiné obtíže. Při dalším růstu může docházet ke změnám. V případě jakékoliv změny má žena okamžitě vyhledat lékaře (Abrahámová, 2000). U ¾ žen je prvním příznakem hmatná nebolestivá bulka v prsu (Petruželka, Konopásek, 2003). Mezi další příznaky, vyskytující se méně často, řadíme:

1. Vtahování kůže – za tímto příznakem se skrývá většinou rezistence (bulka), která při souhybech svou částečnou fixací vtahuje kůži,
2. Důlkovatění – rezistence v prsu vtahuje část tkáně tak, že zevně je patrná určitá změna tvaru – důlek,

3. Vážnutí při souhybu – při pohybech paží, tj. při pomalém upažení a vzpažení, se projevuje asymetrie prsu. Zdravý prs se hýbe vláčně a dynamicky – oproti prsu s rezistencí, kde dochází při pohybech k překážce a vtahování,
4. Nepravidelnosti bradavky – lze pozorovat různé nepravidelnosti, jako je její oploštění nebo vtažení, způsobené fixací uloženého tumoru, ale také jen pouhou duktetázií. Část žen má vpadlou bradavku a nejedná se o patologický jev. Tento příznak může být patrný na první pohled nebo dochází k přechodnému vtažení bradavky při souhybech,
5. Pomerančová kůra – zaplnění drobných lymfatických cév kůže připomíná pomerančovou kůru. Může se objevit při palpačním vyšetření stisknutím části prsu nebo je tento příznak patrný trvale,
6. Asymetrie ze zvětšeného objemu prsu – asymetrie prsů (jeden prs větší) není zvláštností a bývá u části populace normálním jevem. Pokud postupně dochází ke zvětšení a zatuhnutí jednoho prsu, je nutné pomýšlet na přítomnost nádoru,
7. Sekrece z bradavky – výtok z bradavky (zejména krvavý), není normálním jevem a většinou bývá podkladem tumoru. Stejně jako zaschlý sekret nebo změněná bradavka (připomínající ekzém) budí podezření karcinomu,
8. Zarudnutí a oteplení kůže – může být zánětem, ale zarudnutí a „teplejší kůže“ bez jasné rezistence může být zánětlivým karcinomem,
9. Rozšířená žilní pletěň – tento jev může svědčit o zvýšené aktivitě v prsu postiženém tumorem,
10. Exulcelace (zvrhedovatění) – jsou příznakem velmi pozdním, ale dosud se u nás vyskytující.

Dále bych zmínila mastodynii, což je bolestivost prsů a je nejčastější příčinou návštěvy ženy u lékaře. U většiny žen před menopauzou mohou být za tyto bolesti zodpovědné cyklické hormonální změny. U žen po menopauze je třeba pátrat po změnách na kostech hrudníku, jejichž degenerativní změny mohou působit bolest (Abrahámová a kol., 2009).

Řada z výše uvedených příznaků je typická pro pokročilý nádor. Ve všech těchto případech je nutné neprodleně navštívit lékaře. Ovšem realita je jiná. Mnoho žen váhá s návštěvou lékaře celé týdny. Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv (2012) uvádí, že doba stanovení diagnózy od první návštěvy lékaře je u více než poloviny případů okolo tří týdnů. Doba od prvních příznaků do první návštěvy lékaře činí týdny, někdy i měsíce. Ženy tajně doufají, že příznaky zmizí. Mají strach z toho co se u lékaře dozví. Mnoho žen

se obává operace a s ní spojené ztráty prsu. Mnohem lepší je okamžitě navštívit lékaře než se nechat „mučit“ nejistotou.

2.5 Typy karcinomu prsu

Nejčastějšími zhoubnými nádory prsu jsou epiteliální nádory – karcinomy. Ty vznikají nejčastěji z terminálních lalůček prsní žlázy a z jejich vývodů. Vzniku karcinomu zpravidla předchází atypická duktální či lobulární hyperplazie a z té se v první fázi vyvinou neinvazivní formy karcinomu („in situ“) (Hladíková a kol., 2009).

Neinvazivní karcinom prsu

Duktální karcinom in situ (DCIS) se diagnostikuje čím dál častěji a to díky lepší diagnostice. Vychází z epiteliálních buněk mlékovodů (duktů) a neproniká bazální membránou (www.mamo.cz, 2013). Nejčastěji se vyskytuje ve věkovém rozmezí 54–58 let a až v 70 % v postmenopauze. Vývoj v invazivní karcinom 30–50 % během 10–18 let (Hladíková a kol., 2009).

Lobulární karcinom in situ (LCIS) vychází z epitelových buněk mamárních lobulů. Asi ve 40 % postihuje regionální lymfatické uzliny a kolem 50 % těchto nádorů je lokalizováno v zevním horním kvadrantu. Nejčastěji se vyskytují ve věkovém rozmezí 44–47 let a až v 70–90 % v premenopauze. Vývoj v invazivní karcinom 20–30 % během 15–25 let (Hladíková a kol., 2009).

Invazivní karcinom prsu

Invazivní duktální karcinom je nejčastějším typem karcinomu prsu a činí asi 90 % všech případů karcinomu prsu (www.mamo.cz, 2013). Vyznačuje se téměř kamennou ztuhlostí nádorového útvaru zjištěného při palpaci. Nejčastěji metastazuje do kostí, jater a plic (Hladíková a kol., 2009).

Invazivní lobulární karcinom reprezentuje asi 10 % všech karcinomů prsu (www.mamo.cz, 2013). Často metastazuje do ovaria (Hladíková a kol., 2013).

2.6 TNM klasifikace

Rozsah onemocnění se stanovuje pomocí tzv. TNM klasifikace, která zahrnuje tři složky anatomického rozsahu onemocnění – T, N a M (Abrahámová a kol., 2009). TNM klasifikace je důležitá pro definitivní stanovení léčby (Petruželka, Konopásek, 2003).

Kategorie T (tumor)

T- velikost tumoru v prsu v největším průměru v cm, jeho šíření do kůže nebo do svalů hrudní stěny. Velikost tumoru je jedním z nejvýznamnějších prognostických znaků, které určují výsledek léčby.

Kategorie N (nodul – uzlina)

N – postižení lymfatických uzlin. Počet postižených lymfatických uzlin v podpaží je také jedním ze závažných faktorů, které ovlivňují léčebný postup i odhad pravděpodobnosti vyléčení.

Kategorie M (metastázy)

M – informace o případném rozšíření nádorového postižení do vzdálených orgánů krevní cestou.

2.7 Stádia onemocnění

Rozlišujeme stádia 0–IV na základě několika kritérií a podle pětiletého přežití léčených žen (Abrahámová a kol., 2009). Klinické stádium tedy podává informace o léčbě, prognóze a má také vliv na volbu léčebného postupu (Petruželka, Konopásek, 2003).

Stádium 0 – jedná se o přítomnost neinvazivního nádoru prsu. Ovšem bez léčby může časem vzniknout invazivní zhoubný novotvar (Petruželka, Konopásek, 2003).

Stádium I – jedná se o časné stádium invazivního karcinomu prsu. Tumor je menší než 2 cm v průměru a nejsou postiženy lymfatické uzliny v podpaží. Celkové pětileté přežití léčených žen se blíží 90 % (Petruželka, Konopásek, 2003).

Stádium II – rozdělujeme do dvou skupin, a to II A, kdy je nádor menší než 2 cm s postižením 1–3 podpažních lymfatických uzlin nebo mohou být postiženy lymfatické uzliny v podpaží bez prokazatelného nádoru v prsu, a nebo se může jednat o nádor o velikosti 2–5 cm bez postižení lymfatických uzlin. Skupina II B, kdy se jedná o nádor o velikosti 2–5 cm s postižením 1–3 podpažních lymfatických uzlin nebo je nádor větší než 5 cm bez postižení lymfatických uzlin v podpaží. Celkové pětileté přežití léčených žen dosahuje 86–91 % (Petruželka, Konopásek, 2003).

Stádium III – rozdělujeme do tří skupin – III A, III B, III C. V tomto stádiu se jedná o lokálně pokročilé onemocnění s postižením podpažních lymfatických uzlin nebo

uzlin v oblasti nadklíčku, ale bez vzdálených metastáz. Celkové pětileté přežití léčených žen dosahuje 54–67 % (Petruželka, Konopásek, 2003).

Skupina III A:

- postižené podpažní lymfatické uzliny fixované navzájem (neoddělitelné od sebe) nebo postižení uzlin vedle kosti hrudní, bez prokazatelného nádoru v prsu,
- nádor menší než 2 cm, postižené podpažní lymfatické uzliny fixované navzájem nebo postižení uzlin vedle kosti hrudní,
- nádor o velikosti 2–5 cm, postižené podpažní lymfatické uzliny fixované navzájem nebo postižení uzlin vedle kosti hrudní,
- nádor větší než 5 cm, postižené podpažní lymfatické uzliny nebo postižení uzlin vedle kosti hrudní (Petruželka, Konopásek, 2003)

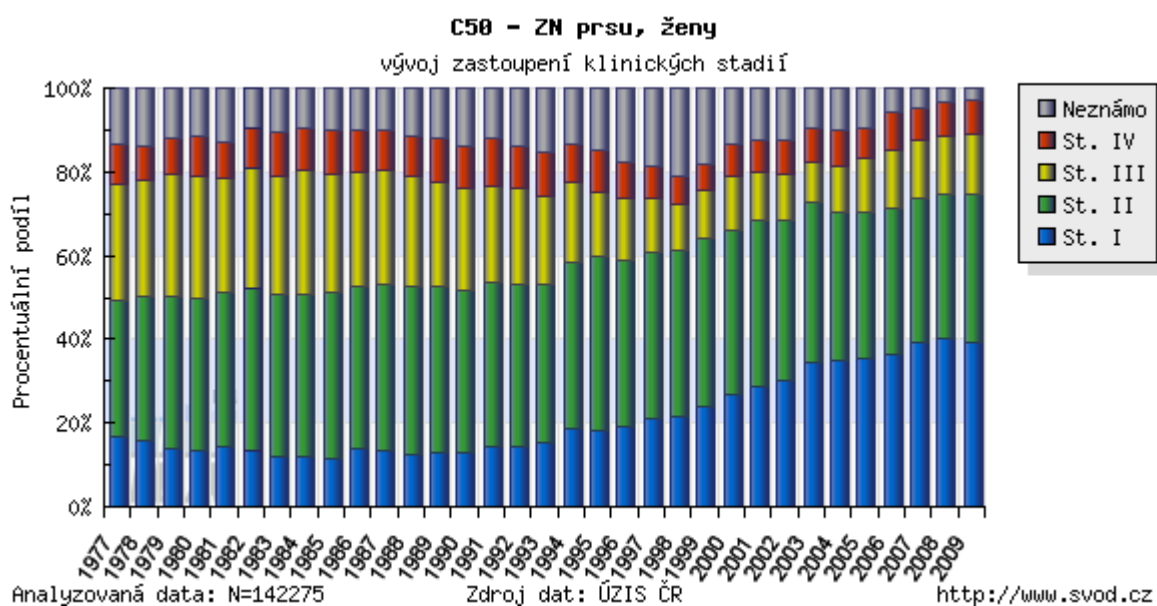
Skupina III B:

- nádor jakékoliv velikosti, který prorůstá do stěny hrudní nebo kůže,
- karcinom šířící se lymfatickými cévami v kůži prsu způsobující otok a zarudnutí a na kůži obraz tzv. „pomorančové kůry“ (Petruželka, Konopásek, 2003)

Skupina III C:

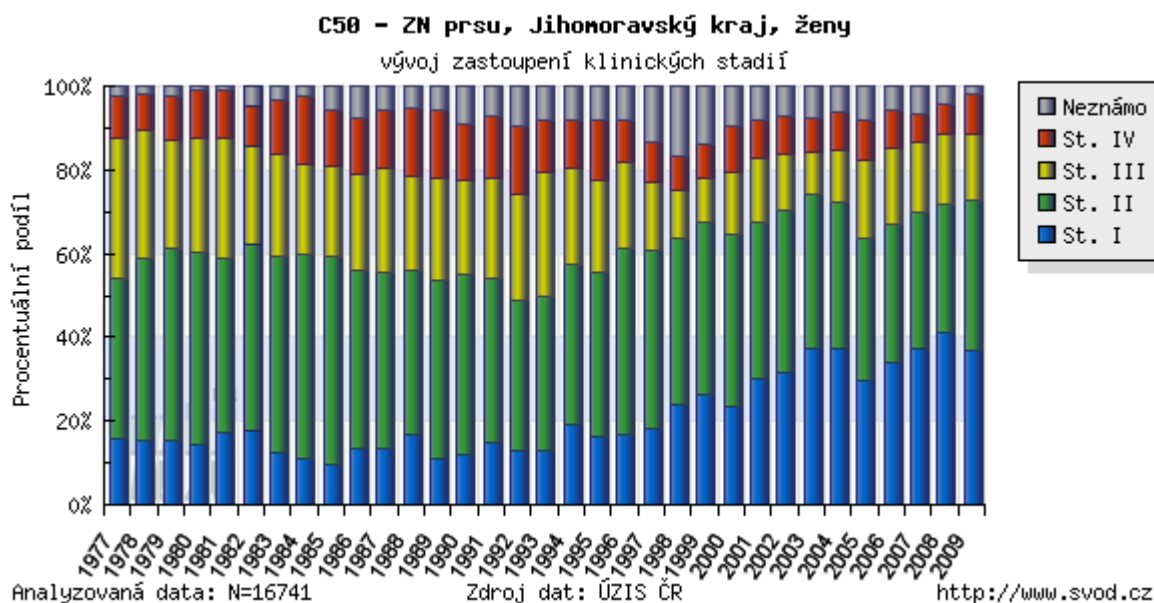
- nádor jakékoliv velikosti, postižení 10 a více lymfatických uzlin v podpaží,
- nádor jakékoliv velikosti, postižení nadklíčkových nebo podklíčkových uzlin nebo i podpažních uzlin

Stádium IV – vzdálené metastázy (plíce, kosti, mozek, játra). Celkové pětileté přežití léčených žen je 20 % (Petruželka, Konopásek, 2003).



Graf 1. Vývoj zastoupení klinických stadií zhoubného nádoru prsu u žen (%)

Graf zobrazuje časový vývoj zastoupení klinických stádií (%) v ČR. Můžeme si povšimnout rapidního nárůstu zejména u stádia I za poslední roky. Je to dáno tím, že se od roku 2002 začalo s celoplošným organizovaným screeningem, takže se odhalilo více nádorů prsu v počátečních stádiích. Stádium I bylo v roce 2009 zastoupeno z 39,2 %, přičemž průměr za celé sledované období, tj. od roku 1977–2009, činil 23,7 %. Stádium II bylo v roce 2009 zastoupeno z 35,6 %, přičemž průměr za celé sledované období činil 37,7 %, čili pokles o 2,1 %. Stádium III bylo v roce 2009 zastoupeno ze 14 %, přičemž průměr za celé sledované období činil 18,3 %, čili pokles o 4,3 %. Stádium IV bylo v roce 2009 zastoupeno z 8,3 %, přičemž průměr za celé sledované období činil 8,8 %, čili pokles o 0,5 %. A neznámé (nezjistitelné) případy onemocnění byly v roce 2009 zastoupeny ze 2,8 %, přičemž průměr za celé sledované období činil 11,4 %, čili pokles o 8,6 % (www.svod.cz, 2012).



Graf 2. Vývoj zastoupení klinických stádií zhoubného nádoru prsu u žen v JMK (%)

Jelikož je diplomová práce zaměřena na oblast Hodonínska a ta se nachází v JMK (Jihomoravský kraj), uvádím také graf, který poukazuje na situaci v JMK. Kdy tato je obdobná jako v celé ČR. Tím je myšlen nárůst stádia I a pokles v ostatních stádiích. Rapidní nárůst stádia I byl v roce 2008 a to 41,1 %, v roce 2009 byl zaznamenán pokles (36,7 %). Průměr za celé sledované období (1977–2009) činil 23,3 %. Stádium II bylo v roce 2009 zastoupeno z 36,1 %, přičemž průměr za celé sledované období činil 39,3 %. Stádium III bylo v roce 2009 zastoupeno z 15,7 %, průměr za celé sledované období činil 19,7 %. Stádium IV bylo v roce 2009 zastoupeno z 9,7 %, průměr za celé sledované období činil 10,8 %. Tady bych se pozastavila nad výsledky. V roce 2009 bylo nejvyšší

zastoupení stádia IV od roku 1998 (výjimka rok 2000). Ale také bych tímto chtěla poukázat na neznámé případy onemocnění, které byly v roce 2009 nejnižší a to 1,9 %, přičemž průměr za celé sledované období činil 7 %. Tímto se dá vysvětlit nárůst ve stádium IV (www.svod.cz, 2012).

3 Rizikové faktory karcinomu prsu

„Rizikovými faktory pro vznik karcinomu prsu rozumíme určité údaje ze života ženy, které zvyšují nebo naopak snižují pravděpodobnost rozvoje onemocnění v průběhu života“ (Abrahámová a kol., 2009, s. 33). V dnešní době může lékař zhodnotit riziko vzniku karcinomu prsu u každé ženy, a to s využitím internetové aplikace umístěné na adrese <http://www.koc.cz/pro-lekare/riziko-vzniku-nadoru-prsu.html>. Aplikace dává též návod jak s vypočteným rizikem zacházet (Pavlišta a kol., 2008). Na vlivy vyvolávající karcinom prsu jsou obzvláště citlivé prsy dospívajících dívek a mladých žen. Karcinom prsu postupuje pomalu a k jeho odhalení proto může dojít až mnoho let po prvotním poškození (Franklin, Goodman, 1999). Snížení počtu žen, které každoročně onemocní karcinomem prsu ve vyšším věku, tj. 50 let a více (jelikož v této věkové kategorii je nejvyšší výskyt onemocnění) nebo zemřou v souvislosti s tímto onemocněním, může být dosaženo pouze prostřednictvím vhodné prevence a úspěšné léčby.

Studium rizikových faktorů karcinomu prsu umožňuje formulaci obecných zásad prevence, jejichž respektování snižuje riziko vzniku onemocnění u každé ženy, a také umožní vymezit skupinu žen se zvýšeným rizikem, u které lze vhodnou úpravou zdravotnické péče zabezpečit včasnou diagnostiku onemocnění jako základní předpoklad úspěšné léčby.

Metody studia a využití znalostí o rizikových faktorech můžeme rozdělit do dvou skupin, a to na přístup epidemiologický (populační) a na přístup individuální (osobní riziko).

Z hlediska epidemiologického jsou významné takové analýzy rizikových faktorů a jejich výskytu ve sledované populaci žen, které vytvářejí předpoklady pro organizaci preventivních programů nebo pro organizaci systému zdravotnické péče. Předmětem zájmu epidemiologických studií jsou celé populace žen ohrožených vývojem onemocnění. Cílem epidemiologických programů je tedy navrhnout postupy ke snížení incidence a mortality na toto závažné onemocnění ve sledované populaci (Abrahámová a kol., 2009).

Individuální přístup k analýze rizikových faktorů karcinomu prsu sleduje možnosti prevence u každé ženy. Vypočítá se pravděpodobnost vývoje onemocnění u dané ženy a stanoví se rizika na základě srovnání s průměrným rizikem v celé populaci. Cílem tohoto přístupu je vytvoření nástrojů umožňujících volbu individuálního preventivního programu

pro každou ženu na základě osobního zvážení všech rizik a přínosů jednotlivých programů (Abrahámová, Dušek a kol., 2003).

3.1 Faktory životního stylu

Kouření

Provedené epidemiologické studie nepřinesly jednoznačné závěry o významnosti aktivního kouření nebo zvýšené expozice tabákovému kouři (pasivní kouření) jako faktorů zvyšujících riziko vzniku karcinomu prsu. Přestože přímý vliv kouření na vznik karcinomu prsu nebyl prokázán, je třeba zdůraznit, že kouření celkově škodí zdraví a zvyšuje riziko karcinomu plic (Abrahámová a kol., 2009).

Alkohol

Zvýšená konzumace alkoholu zvyšuje riziko vzniku karcinomu prsu. Mechanismus účinku alkoholu na zvýšení rizika vzniku onemocnění je dán prostřednictvím ovlivnění hladiny estrogenů v ženském organismu. U žen, které vypijí denně jednu skleničku alkoholického nápoje, je zvýšení rizika nepatrné. Ovšem ženy, které vypijí dvě až pět skleniček alkoholického nápoje denně, je riziko oproti abstinentkám asi dvakrát vyšší (Abrahámová a kol., 2009). Nejzranitelnější vůči účinkům alkoholu na tkáň mléčné žlázy jsou ženy mladší 30 let (Franklin, Goodman, 1999).

Stravovací návyky

Odborníci odhadují, že počet úmrtí na karcinom prsu by se mohl snížit o polovinu, pokud by strava žen byla více bohatá na vlákninu, ovoce a zeleninu a obsahovala méně živočišného tuku (Franklin, Goodman, 1999).

Obezita

Množství tělesného tuku a věk v době výskytu nadváhy ovlivňují metabolismus estrogenů a mohou tak zvýšit riziko vzniku karcinomu prsu (Abrahámová a kol., 2009). Je to dáno tím, že se estrogeny částečně tvoří metabolismem steroidů v tukové tkáni. Vyšší hladina tkáňových estrogenů podpoří dělení buněk vybavených estrogenovými receptory, ty mají i buňky mléčné žlázy a nesou-li v sobě již genetickou poruchu, tak právě estrogeny mohou způsobit růst nádoru (Žaloudík, 2008). Ženy, které mají po menopauze výraznou

nadváhu, jsou vystaveny dvakrát většímu riziku vývoje onemocnění, než ženy s normální hmotností (Franklin, Goodman, 1999), tj. BMI¹ 18,5–24,5.

Fyzická aktivita

Bernsteinova studie dokazuje, že pravidelná fyzická aktivita, tj. čtyři hodiny týdně, riziko karcinomu prsu snižuje, a to na polovinu (Franklin, Goodman, 1999). Při fyzické aktivitě totiž dochází ke snížení hladiny steroidních hormonů (estrogenů) v ovariích a ke stimulaci imunitního systému (Abrahámová, Dušek a kol., 2003). Samozřejmě existují jak zastánci, tak i odpůrci této teorie. Několik odborníků provádělo tyto studie a nepotvrdila se jim souvislost mezi fyzickou aktivitou a snížením počtu onemocnění karcinomem prsu (Collins a kol., 2012). Ale i tak, fyzická aktivita stimuluje imunitní systém, což je prokázáno, proto i nadále řadíme fyzickou aktivitu mezi protektivní faktory.

3.2 Faktory osobní anamnézy

Rasa

Riziko vývoje karcinomu prsu je u bělošské populace výrazně vyšší, a to až pětkrát než u populace černošské a u Asiatické. Naproti tomu mortalita je vyšší u černošské populace (Abrahámová, Dušek a kol., 2003).

Věk

Věk je hlavním rizikovým faktorem vzniku onemocnění. U žen nad 50 let je zaznamenáváno zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu. Věk je základním populačním rizikovým faktorem, jelikož riziko onemocnění s věkem narůstá (Abrahámová a kol., 2009). Před 20. rokem je výskyt karcinomu prsu vzácný. V posledních letech se zvýšilo riziko onemocnění karcinomem prsu u žen ve věkové kategorii 40–44 let (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012). Jak uvádí Žaloudík (2008) jedná se u těchto žen o určitou slabinu ve smyslu prevence, jelikož mamografický screening se doporučuje ženám od 45 let. Vhodnou prevencí u této věkové kategorie (samozřejmě i pro další věkové kategorie) zůstává ultrasonografické vyšetření, fyzikální vyšetření lékařem a samovyšetření prsu.

¹ Výpočet BMI (Body Mass Index) = hmotnost (kg) / výška² (m)

Historie histopatologické změny prsní tkáně

Výskyt patologické změny prsní tkáně v osobní anamnéze ženy představuje významný prediktivní faktor vzniku karcinomu prsu. Ženy, u kterých byla v minulosti provedena biopsie z prsu (odběr tkáně na histologické vyšetření) a u nichž byly zjištěny určité buněčné změny, mohou mít zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu (Abrahámová a kol., 2009). Ženy s těmito změnami a pozitivní rodinnou anamnézou v první linii (matka, sestra, dcera) mají riziko onemocnět karcinomem prsu devítinásobné (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).

3.3 Hormonální a gynekologické faktory

Menarché (první menstruace)

Nástup menstruace před 12. rokem věku patří k opakovaně potvrzeným významným rizikovým faktorům vzniku karcinomu prsu (Abrahámová a kol., 2009).

Menopauza (přechod)

Vyšší věk menopauzy zvyšuje riziko vývoje onemocnění. Ženy, které mají přirozenou menopauzu po 55. roce věku, jsou karcinomem prsu ohroženy dvakrát více než ženy, které touto změnou procházejí ve 45 letech (Franklin, Goodman, 1999).

Věk při prvním porodu

Ženy, které porodily první dítě po 30. roku věku mají dvakrát vyšší riziko vzniku karcinomu prsu oproti ženám, které porodily první dítě před dosažením 20 let. Největšímu riziku jsou vystaveny ženy, které porodily první dítě po 35. roce věku a ženy bezdětné. Rození dětí poskytuje ochranu, protože snižuje počet menstruačních cyklů, a tím i hladinu estrogenů (Franklin, Goodman, 1999). Tudíž, pokud žena porodí první dítě ve vyšším věku, tj. 30 let a více, tak jsou její prsy vystaveny po delší dobu, než je obvyklé, působení estrogenu. Velmi zajímavou informací je, že prvorodičky po 35. roce věku mají velmi vysoké riziko onemocnět karcinomem prsu oproti ženám, které dosud nerodily (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).

Počet porodů

Faktor počtu porodů je v predikci (předpovědi) rizika vzniku karcinomu prsu nezávislý na věku ženy při prvním porodu. U žen s vyšším počtem dětí se pozoruje snížení rizika v důsledku kratšího životního období pod vlivem estrogenů (Abrahámová a kol., 2009).

Kojení

Kojení a délka doby kojení ovlivňují přímo hladinu estrogenů. Kojení bylo potvrzeno jako faktor s protektivním (ochranným) účinkem na rozvoj onemocnění (Abrahámová a kol., 2009). Tento přínos není dostatečně propagován. Stále se hovoří o výhodách kojení pro dítě, nikoliv pro matku (Franklin, Goodman, 1999). Příznivý vliv kojení lze vysvětlit tak, že se v prsu pomnoží žlázové buňky a je potřeba toto pomnožení vyvážit sekreční činností. Není-li tomu tak, dojde spíše ke změnám a regulačním poruchám a ty nahrávají onemocnění (Žaloudík, 2008). Studie prováděné v Anglii dokazují snížení rizika vzniku karcinomu prsu u žen do 36 let věku o 22 % s každým rokem kojení (www.zdravi.e15.cz, 2012).

Gynekologická operace

Provedení ovariectomie (odnětí vaječníků) a věk při dané operaci patří k významným faktorům nižšího rizika vzniku karcinomu prsu. Dochází ke snížení ovlivnění prsní tkáně estrogeny (Abrahámová a kol., 2009).

Hormonální antikoncepce

Většina lékařů se shoduje v tom, že pokud nějaké riziko hrozí je nepatrné. Malé riziko hrozí u těch žen, které užívaly hormonální antikoncepci mezi 20. a 40. rokem věku nebo mezi těhotenstvími. Ženy, které začaly antikoncepční tablety užívat ve velmi mladém věku, tj. před 20. rokem věku nebo krátce před menopauzou, tj. po 45. roku věku, však mohou být vystaveny riziku většímu. Čím déle hormonální antikoncepci užíváte, tím vyšší je riziko (Franklin, Goodman, 1999). Ale jak už bylo uvedeno, toto riziko je minimální, nepatrné.

Substituční hormonální léčba

Vliv substituční hormonální léčby (léčba estrogeny v kombinaci s gestageny) na riziko vzniku karcinomu prsu v klimakteriu není jednoznačný. Někteří odborníci se domnívají, že dlouhodobá substituční hormonální léčba (10 let a více) může mírně zvýšit riziko vzniku onemocnění a to až o 50 %, jiní toto popírají (Abrahámová, Dušek a kol., 2003). Tato léčba si klade za cíl prevenci osteoporózy (řidnutí kostí), kardiovaskulárního onemocnění (KVO), zmírnění klimakterických obtíží. Je nezbytné tyto ženy po celou dobu pečlivě sledovat. Je nutné provést mamografické vyšetření před nasazením léčby i poté v pravidelných intervalech (každé 2 roky) (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012).

3.4 Genetické faktory

Výskyt malignit v rodinné anamnéze

Vztah mezi zárodečnými mutacemi specifických genů a rizikem vzniku karcinomu prsu byl potvrzen epidemiologickými studiemi. Na podkladě rizikové rodinné anamnézy, která musí z hlediska věku při výskytu nádorového onemocnění posuzovat nejméně tři generace. Do dnešní doby bylo vytipováno cca 70 genů, jejichž poruchy se přímo účastní na vzniku, růstu a šíření rakoviny prsu (Žaloudík, 2008). Dnes je možné indikovat molekulárně genetické testování predispozičních genů BRCA-1 a BRCA-2. Tyto geny patří do skupiny tumor supresorových genů a u ženy znamená vysoké riziko onemocnění karcinomem prsu (Abrahámová, Dušek a kol., 2003). Předpokládá se, že asi 40–50 % případů má mutaci genu BRCA-1 umístěném na dlouhém rameni 17. chromozomu. Druhý dědičný gen BRCA-2 je umístěn na dlouhém rameni 13. chromozomu. V mnoha rodinách se současně s karcinomem prsu může vyskytnout ještě ovariální karcinom, kolorektální karcinom, karcinom prostaty, žaludku nebo pankreatu. Riziko karcinomu prsu je dvakrát i vícekrát vyšší u žen s výskytem této nemoci v první příbuzenské linii (matka, sestra, dcera). A navíc je riziko ještě vyšší, čím je nižší (mladší) věk v době stanovení diagnózy (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).

Geny BRCA-1 a BRCA-2 byly po dlouholetých výzkumech objeveny v roce 1994 a 1995. Tyto geny jsou důležité pro regulaci buněčného cyklu a pro opravu spontánně vzniklých chyb v DNA (Abrahámová, Dušek a kol., 2003).

Uvádí se, že tyto geny způsobují 3–5 % všech zhoubných nádorů prsu (Pavlišta a kol., 2008). Ženy s mutací v těchto genech mají riziko až 85 %. Ovšem riziko

onemocnění není stoprocentní, některé nositelky genu neonemocní (Abrahámová, Dušek a kol., 2003).

3.5 Ostatní faktory

Vzdělání

Jedná se o komplexní faktor, který zahrnuje gynekologické aspekty, režim dne s ohledem na fyzickou aktivitu. Je prokázán vztah mezi vysokoškolským vzděláním žen a pravidelným prováděním samovyšetření prsu (Abrahámová, Dušek a kol., 2003).

Bydliště

Jedná se též o komplexní faktor zaměřený na odlišení rozdílných aspektů života na venkově a ve městě (Abrahámová, Dušek a kol., 2003).

Životní prostředí

Výzkumy jasně neprokázaly vliv znečištěného životního prostředí na vznik karcinomu prsu (Abrahámová a kol., 2009).

Psychologické aspekty

U osob s prokázanými depresivními stavy byla v epidemiologické studii prokázána dvakrát vyšší incidence malignit (Abrahámová, Dušek a kol., 2003).

Umělé přerušování těhotenství

Výzkumy svědčí o tom, že umělé přerušování těhotenství nezvyšuje riziko vzniku karcinomu prsu. Také se neprokázala souvislost mezi samovolnými potraty a karcinomem prsu (Abrahámová a kol., 2009).

Geografické rozdíly

Co se týče těchto rozdílů ve smyslu incidence a mortality jsou již známé. Nejvyšší výskyt onemocnění je ve vyspělých zemích Evropy a Ameriky. V Evropě se incidence snižuje od severu k jihu a od západu k východu. Incidence tohoto onemocnění je pětikrát vyšší v západních zemích než na Dálném východě. Byly provedeny studie, kdy se Japonci přestěhovali do USA a na Havaj. Během dvou generací se vyrovnala incidence mezi

japonskými přistěhovalci a hostitelskou zemí. Na základě tohoto lze usoudit, že větší význam má působení zevních faktorů prostředí než genetické faktory (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).

Radiace

Podle studií mají dvakrát vyšší riziko onemocnět karcinomem prsu ženy, které byly v dětském a dívčím věku vystaveny ionizujícímu záření. Co se týče vlivu opakovaných mamografických vyšetření u žen starších 50 let věku je toto riziko vyváženo snížením úmrtnosti žen na toto závažné onemocnění (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012).

4 Prevence karcinomu prsu

Prevence karcinomu prsu v pravém slova smyslu neexistuje. Možnost odhalení jednoduché preventivní metody vedoucí k eliminaci nebo ke snížení rizika vzniku karcinomu prsu všeobecně, u všech žen, je nereálná.

Dienstbier a Skala (2001, s. 23) rozumí nádorovou prevencí: „*Prohloubení informace dostupné každému našemu občanovi o rizikových faktorech, které se spolupodílejí na pravděpodobnosti vzniku zhoubného bujení – nádoru.*“

Karcinom prsu tedy není preventabilní tak, jak je známo u jiných onemocnění. Zatím zůstává časný záchyt karcinomu prsu neúčinnější prevencí. Tedy cesta k tomu, aby se co nejvíce žen mohlo indikovat k operacím zachovávajícím prs, vede přes časnou diagnózu a zachycení nádoru malého, nejlépe ještě nehmatného (Abrahámová, Dušek a kol., 2003).

Z tohoto důvodu je velmi důležité, aby ženy docházely na preventivní všeobecné a gynekologické prohlídky, a to v pravidelných intervalech. Dále by se ženy neměly stydět požádat svého praktického lékaře či gynekologa o vyšetření prsou, pokud tak lékař neučiní sám.

V rámci všeobecné preventivní prohlídky se u žen od 25 let věku při pozitivní rodinné anamnéze na dědičný nebo familiární výskyt zhoubného nádoru prsu nebo přítomnosti jiných rizikových faktorů provádí klinické vyšetření prsů, a to spolu s poučením o samovyšetřování. U žen od 45 let věku ověření, zda je k dispozici výsledek screeningového mamografického vyšetření z posledních 2 let, není-li výsledek tohoto vyšetření k dispozici, lékař doporučí provedení tohoto vyšetření a nezbytných doplňujících vyšetření.

Všeobecná preventivní prohlídka se provádí vždy jednou za 2 roky, zpravidla po uplynutí 23 měsíců po provedení poslední všeobecné preventivní prohlídky (Vyhláška 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách).

Obsahem preventivní gynekologické prohlídky, která se provádí v 15 letech věku a dále jedenkrát ročně, zpravidla po uplynutí 11 měsíců po provedení poslední gynekologické preventivní prohlídky je:

- a) založení zdravotnické dokumentace při přijetí do péče,
- b) rodinná, osobní a pracovní anamnéza a aktualizace této anamnézy se zřetelem na známé rizikové faktory,

- c) klinické vyšetření prsů od 25 let věku při pozitivní rodinné anamnéze na dědičný nebo familiární výskyt zhoubného nádoru prsu nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů,
- d) prohlídka kůže a palpační vyšetření mízních uzlin v oblasti pohlavních orgánů,
- e) vyšetření v zrcadlech a kolposkopické vyšetření, neprovádí se u virgo žen,
- f) odběr materiálu z děložního čípku k cytologickému, případně bakteriologickému nebo virologickému vyšetření, neprovádí se u virgo žen,
- g) palpační bimanuální vyšetření, při nejasném výsledku doplnění vyšetření vaginální ultrazvukovou sondou,
- h) poučení o významu preventivní protirakovinné prohlídky,
- i) nácvik samovyšetřování prsů při první prohlídce u registrujícího poskytovatele,
- j) u žen od 45 let věku doporučení k provedení screeningového mamografického vyšetření a nezbytných doplňujících vyšetření ve dvouletých intervalech, jestliže žena již absolvovala vyšetření v posledních 2 letech a je k dispozici jeho výsledek, vyšetření se nezajišťuje,
- k) stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem u žen od 50 let do 54 let věku, od 55 let věku se toto vyšetření provádí ve dvouletých intervalech a toto vyšetření je možné nahradit doporučením k provedení screeningové kolonoskopie jednou za 10 let, jestliže žena absolvovala vyšetření v uvedených intervalech a je k dispozici jeho výsledek, vyšetření se nezajišťuje (Vyhláška 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách).

4.1 Primární prevence

Cílem primární prevence je snížení výskytu zhoubných nádorů. Opatření, která se týkají primární prevence mají eliminovat rizikové faktory s prokazatelným vlivem na vznik zhoubných nádorů a identifikovat jedince s vysokým genetickým rizikem vzniku nádorového onemocnění (Cibula, Petruželka a kol., 2009).

Dienstbier a Skala (2001) vidí primární prevenci jako osobní záležitost každého člověka, a že si primární prevence vyžaduje pouze znalosti rizikových faktorů a dostatek pevné vůle k jejich omezování a to především v osobním způsobu života.

4.2 Sekundární prevence

Jelikož primární prevence je problematická a stoprocentně efektivní léčba karcinomu prsu neexistuje, jeví se sekundární prevence ve smyslu časné diagnózy jako

jediná efektivní metoda směřující k redukci mortality (úmrtnosti) na toto závažné onemocnění.

Mezi metody sekundární prevence řadíme samovyšetření prsů, mamografické vyšetření, ultrasonografické vyšetření a vyšetření lékařem.

Samovyšetření prsů

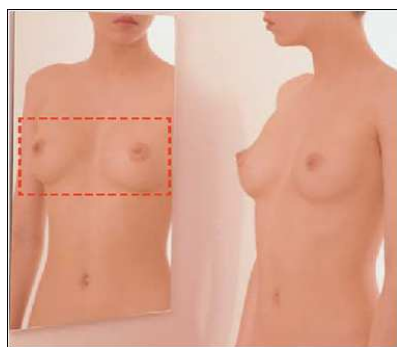
Nejjednodušší metodou včasného záchytu karcinomu prsu je samovyšetření prsů. Jedná se o vyšetření, které si žena provádí sama, pravidelně každý měsíc. Ženy, které se samovyšetřením prsů teprve začínají, by si měly prsy vyšetřovat denně po dobu jednoho měsíce. A to z důvodu, aby se dobře naučily geografii vlastních prsů (Abrahámová, Dušek a kol., 2003). Se samovyšetřováním prsů by měla žena začít ve 20 letech (Konopásek, Javůrková, 1998).

Nejlepším obdobím pro samovyšetření prsů je druhý nebo třetí den po skončení menstruace, jelikož prsy jsou bez veškerého napětí. Ženy, které nemenstruují si mají zvolit jakýkoliv snadno zapamatovatelný den v měsíci (Abrahámová, Dušek a kol., 2003).

Samovyšetření prsů nemůže odhalit nehmátné léze a nenahrazuje screening. Neovlivňuje ani délku přežití, ani úmrtnost na karcinom prsu. Ovšem ženy, které dobře a pravidelně provádějí samovyšetření, přicházejí k lékaři s menšími nádory (Abrahámová, Dušek a kol., 2003).

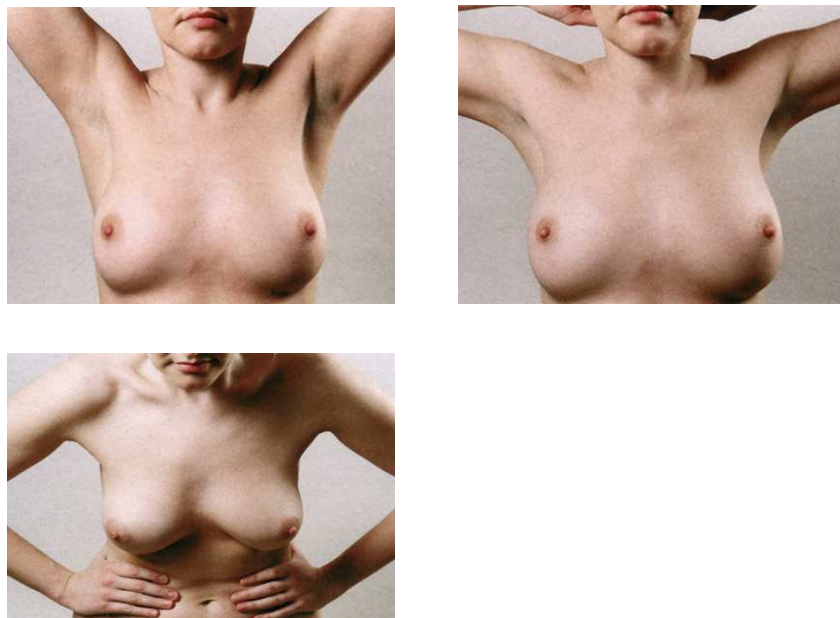
Technika samovyšetření prsů

Žena se postaví před zrcadlo s volně spuštěnými pažemi, pečlivě sleduje oba prsy. Všíhá si jejich symetrie, tvaru, důlkovatění nebo změn na kůži. Toto prohlížení provádí žena zepředu, z pravého i levého boku, viz. obrázek 2.



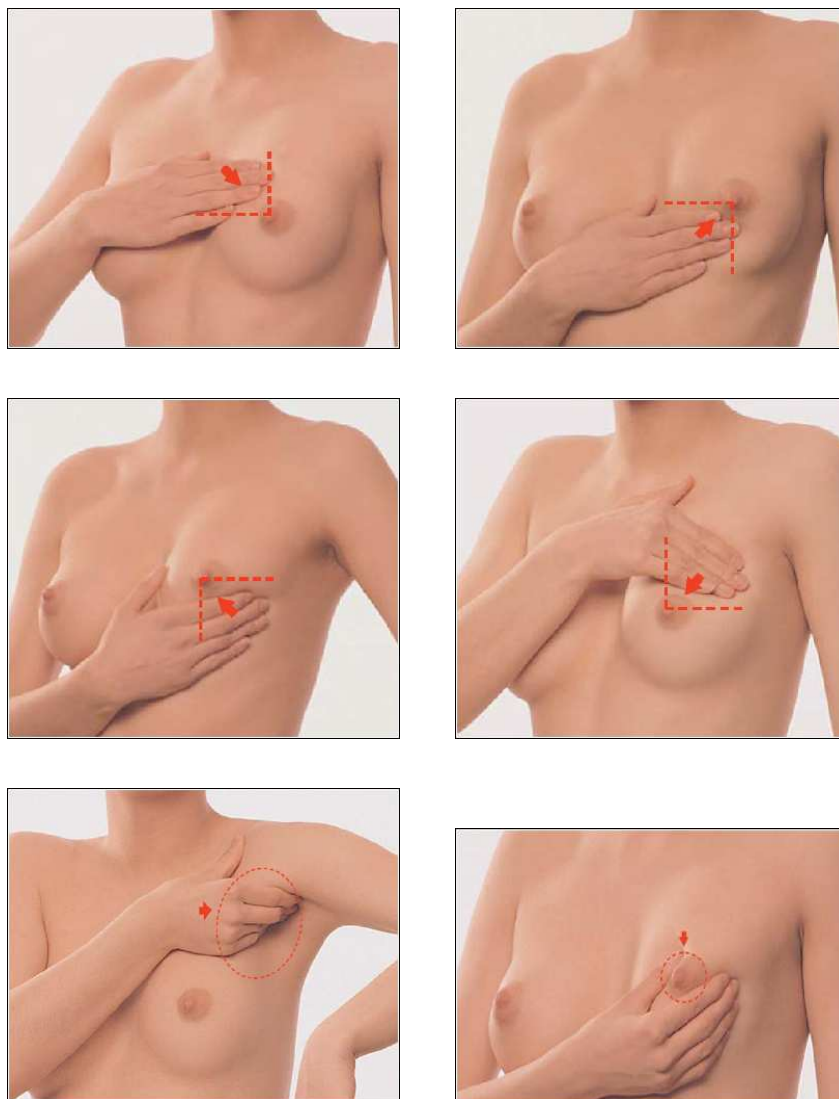
Obrázek 2. Samovyšetření prsů pohledem (www.feminaplus.cz, 2012)

V další fázi se žena dívá do zrcadla a vzpažuje ruce nad hlavu, poté paže založí za hlavu a tlačí je dozadu. Dále žena založí ruce v bok, svěsí ramena a nepatrně skloní hlavu, lokty má mírně dopředu, viz. obrázek 3.



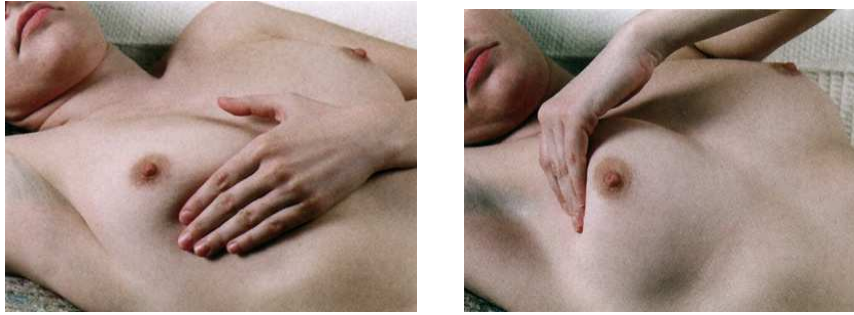
Obrázek 3. Samovyšetření prsů při vzpažení, založení paží za hlavou a založení rukou v bok (www.rakovinaprсу.cz, 2012)

Dále žena zvedne pravou paži a bříšky prstů levé ruky prohmatává pečlivě a opatrně pravý prs postupně v horním vnitřním a dolním vnitřním kvadrantu a v dolním zevním a horním zevním kvadrantu, viz. obrázek 3. Právě v horním zevním kvadrantu je lokalizováno nejvíce zhoubných nádorů prsu (Pavlišta a kol., 2008). Pohybuje prsty v malých soustředných kruzích okolo prsního dvorce a okolo celého prsu. Pozornost věnuje oblasti mezi prsem a podpažím až do podpažní jamky a jejího vrcholu, viz. obrázek 3. Poté totéž zopakuje na druhé straně. Je nutné věnovat pozornost jakékoliv bulce či nepravidelnosti v podkoží. Toto vyšetření ještě doplní vyšetřením oběma rukama proti sobě. Žena uchopí bradavku mezi dva prsty, sleduje jakékoliv nepravidelnosti a všímá si možné sekrece (výtoky) z bradavky, viz. obrázek 4. Totéž opakuje na druhé straně.



Obrázek 4. Samovyšetření prsů v horním a dolním vnitřním kvadrantu, v dolním a horním zevním kvadrantu. Samovyšetření podpažní jamky a bradavky (www.feminaplus.cz, 2012)

Na závěr se žena položí na záda na rovnou podložku. Pravou paži založí za hlavu nebo v bok a rameno si podloží například polštářem. V této poloze dojde k oploštění prsu. Tím se zjednoduší jeho prohmatání, které žena provádí levou rukou. Použije stejných krouživých pohybů, viz. obrázek 5. Tytéž manévry, totéž vyšetření zopakuje na levé straně (Abrahámová, Dušek a kol., 2003).



Obrázek 5. Samovyšetření prsů vleže (www.rakovinaprsu.cz, 2012)

Pro edukaci samovyšetření je velmi cenný individuální nácvik s lékařem během fyzikálního vyšetření. Veškerý zdravotnický personál by měl dobře znát techniku samovyšetření, aby mohl ženu kdykoliv poučit. Zejména v gynekologických ordinacích by vyšetření prsu a instruktáž v technice samovyšetření měla být součástí běžného vyšetření. Vyhláška 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách přímo uvádí, že nácvik samovyšetření prsů má být proveden při první prohlídce. Také existují videokazety s podrobnou instruktáží a výukové fantomy (modely) prsních žláz s nasimulovanými nálezy (Abrahámová a kol., 2009). Bylo by vhodné, kdyby fantomy prsních žláz byly součástí každé gynekologické ordinace a ženy by mohla edukovat přímo zdravotní sestra, místo toho, aby si ženy v čekárně četli časopisy (jelikož objednací čas na vyšetření je pouze orientační).

Preventivní mamografie

Mamografie je rentgenologická metoda určená k zobrazení prsu a skládá se zpravidla ze dvou snímků (z boku a shora) na každé straně. Prs je během vyšetření sevřen mezi dvěma destičkami. Vlastní mamografické vyšetření trvá několik vteřin. Může zobrazit „nádorek“, který je ještě bezpříznakový a nehmotný. Mamografie se provádí na speciálních přístrojích – mamografech, obsluhovaných speciálně vyškoleným personálem. Mamografické snímky vyhodnocuje vysoce kvalifikovaný a vyškolený rentgenolog (Abrahámová, 2000). U plánovaného vyšetření je optimální vyšetřovat v první polovině menstruačního cyklu, kdy je možné prsy dostatečně stlačit bez nepříjemných pocitů vyšetřované ženy, při nebezpečí z prodlení (při podezření na zhoubný nádor) se nečeká (www.mamocentrum.eu, 2012).



Obrázek 6. Mamografické vyšetření (www.mamocentrum.eu, 2012)

Můžeme se setkat i s názorem, který upozorňuje na nezbytnou radiační zátěž provázející vyšetření a samo o sobě může mít kancerogenní efekt. Na to reaguje Konopásek (1998), že: *„Při použití nových mamografů je radiace prsu snížena na minimum a diagnostický efekt výrazně převyšuje velmi malé riziko kancerogeneze.“* Onkoložka Jana Prausová (www.ona.iDnes.cz, 2012) na toto reaguje slovy: *„Jako u každého ionizujícího záření je i u mamografu důvodné podezření, že může vyvolat rakovinu.“* Onkolog David Felzl (www.ona.iDnes.cz, 2012) říká: *„Ženy si příliš brzkou prevencí na mamografu mohou nádor samy vyvolat.“* Proto by preventivní mamografie neměla být prováděna u žen mladších 40 let a u žen nad 40 let nanejvýš jednou ročně. Proto věková hranice, kdy zdravotní pojišťovny hradí mamografické vyšetření ve dvouletých intervalech v rámci prevence až ženám nad 45 let, není dána náhodně. Pro mladší ženy je tedy vhodnější ultrasonografické vyšetření prsou a to z důvodu, že prsní tkáň mladší ženy je jiná a lékař snáz pozná, zda něco není v pořádku právě z ultrasonografického vyšetření. Naopak pro starší ženy je mamografické vyšetření vhodnější. Pokud by si žena i přesto přála mamografické vyšetření před 45. rokem jeho cena se pohybuje v rozmezí 600–800 Kč, podle screeningového mamografického centra. Ještě bych dodala, že je vhodnější, aby ženy docházely na jedno pracoviště, protože pro lékaře, kteří mamografické snímky hodnotí, je přínosné, když mohou porovnat starší a nové snímky mezi sebou (www.nemspk.cz, 2012).

Indikace mamografie

a) Absolutní indikace:

- hmatná léze,
- sekrece z bradavky,
- ekzém bradavky / dvorce
- opakující se lokalizované palčivé bolesti prsu.

- b) Relativní indikace:
- ženy nad 45 let věku,
 - výskyt karcinomu mléčné žlázy v osobní anamnéze,
 - výskyt karcinomu mléčné žlázy v rodinné anamnéze,
 - ženy s menarché před 12. rokem věku,
 - ženy s prvním těhotenstvím po 30. roce věku,
 - nulipary (ženy, které dosud nerodily),
 - ženy s pozdní menopauzou,
 - obézní ženy, zejména s postmenopauzálním typem obezity,
 - ženy s podávanou substituční hormonální terapií.
- c) diferenciální diagnostika hmatných lézí, lokalizace nehmatných lézí
- d) sledování průběhu terapie
- e) screening

Ultrasonografie

Ultrasonografické vyšetření může rozlišit mezi kompaktní masou, která nemusí být zhoubným nádorem, a cystou naplněnou tekutinou (Abrahámová, 2000). U mladých žen s příznaky onemocnění prsu je většinou „metodou číslo jedna“, u starších žen je vhodnou metodou doplňkovou. Vyšetření vyžaduje kvalitní přístroj se speciální sondou umožňující ukázat prs a jeho tkáň s vysokým rozlišením (www.mamocentrum.eu, 2012). Pokud by si žena chtěla vyšetření zaplatit sama jeho cena se pohybuje v rozmezí 400–600 Kč, podle screeningového mamografického centra.



Obrázek 7. Ultrasonografické vyšetření (www.mamocentrum.eu, 2012)

Vyšetření lékařem

Pečlivé klinické vyšetření lékařem je nezbytností a mělo by být samozřejmou součástí klinického vyšetření žen podstupujících gynekologické vyšetření, ale i žen

hospitalizovaných z jiných příčin. Zejména lékaři prvního kontaktu by měli techniku klinického vyšetření prsu suverénně znát. V časně diagnóze karcinomu prsu hrají právě gynekologové a praktičtí lékaři klíčovou roli (Abrahámová, Dušek a kol., 2003).

Postup klinického vyšetření

Lékař sedí naproti sedící pacientce. Pohledem sleduje oba prsy v klidu se spuštěnými pažemi a při pohybech paží (stejně jako při samovyšetření prsů).

Palpačně jednou a posléze oběma rukama prohmatává prs postupně ve všech kvadrantech. Stisknutím dvorce a posléze bradavky se přesvědčí o event. sekreci (výtoku) z bradavky.

Prohmatání axily (podpažní jamka) se provádí tak, že levé předloktí pacientky klade lékař na svoje levé předloktí a pravou rukou bříšky prstů nastavenými proti palci prohmatává přední axilární řasu. Vyšetření zakončí prohmatáním subaxilární oblasti (axilární výběžek mléčné žlázy). Pohledem i pohmatem (bříšky prstů) vyšetří oba podklíčky a srovná symetrii obou stran.

Pečlivě vyšetří obě nadklíčkové oblasti. Nejprve si všímá symetrie obou jamek a palpačně bříšky obou prstů pátrá po možné rezistenci. Vyšetření nadklíčkové oblasti pro větší přesnost doplní prohmatáním této oblasti zezadu.

Vyšetření pacientky vleže se provádí tak, že paže na vyšetřované straně je umístěna za hlavou nebo na čele. Prs se „rozlije“ a palpační vyšetření proti tvrdé podložce kostěného hrudníku lehko odkryje nepravidelnosti. Vyšetřuje se vždy bříšky prstů ve všech kvadrantech (Abrahámová, Dušek a kol., 2003).

4.3 Terciární prevence

Hlavním cílem terciární prevence je časný záchyt recidivy (návratu) nádoru a včasné zahájení terapie. Ukazatelem kvality této prevence je pak délka (doba) celkového přežití nemocných (Skála, Odrážka, Komárek, 2005).

4.4 Kvartérní prevence

Soustřeďuje se na předcházení a předvídání důsledků progredujícího (postupujícího) a nevy léčitelného nádorového onemocnění, které mohou zkracovat zbytek života či snižovat kvalitu života. Ukazatelem účinnosti této prevence je kvalita života onkologicky nemocných (Cibula, Petruželka a kol., 2009).

Z výše uvedeného vyplývá, že primární a sekundární prevenci máme částečně ve svých rukou, zatímco terciární a kvartérní prevence zůstává starostí spíše zdravotnického personálu.

4.5 Evropský kodex proti rakovině

Byl podkladem programu Evropa proti rakovině vyhlášeného v roce 1986. Sloužil jako podklad k onkologické prevenci a předpoklad ke snížení úmrtnosti na zhoubné novotvary o 1 % ročně. Předpokladem je, že do roku 2015 propagováním zásad Kodexu by se měla snížit úmrtnost na zhoubné novotvary o 20 % (Evropský kodex proti rakovině, 2004).

Evropský kodex proti rakovině v deseti bodech:

1. *Nekuřte,*
2. *Mírněte se v konzumaci alkoholických nápojů,*
3. *Vyhýbejte se nadměrnému slunění,*
4. *Dodržujte zdravotní a bezpečnostní pokyny, zejména při práci zahrnující výrobu a manipulaci s látkami, které mohou způsobit rakovinu,*
5. *Často jezte čerstvé ovoce a zeleninu i obiloviny, neboť obsahují ochrannou vlákninu,*
6. *Vyvarujte se vzniku nadváhy a omezte spotřebu tučných jídel,*
7. *Navštivte lékaře, objevíte-li kdekoliv na těle bulku, pozorujete-li změny pigmentového znaménka nebo zjistíte-li krvácení bez známé příčiny,*
8. *Navštivte lékaře, máte-li přetrvávající potíže, jako jsou kašel, chraptot, nepravidelná stolice, nebo jestliže hubnete bez známé příčiny,*
9. *Ženy, choďte pravidelně na gynekologické prohlídky a žádejte vyšetření stěru z děložního hrdla,*
10. *Ženy kontrolujte si pravidelně prsy (samovyšetření) a nechte si po dosažení 40 let pravidelně provádět mamografii.*

Pozastavila bych se pouze u bodu číslo 10. Pravidelné samovyšetření prsou je na místě, ale na mamografické vyšetření by měl lékař ženu posílat až ve věku 45 let, pokud samozřejmě není závažný důvod pro dřívější provedení tohoto vyšetření. Ženy mladší 45 let by spíše měly žádat ultrasonografické vyšetření.

Tedy na základě výše uvedeného je za prevenci zodpovědný sám jedinec, ale také společnost a stát. V prevenci jde ovšem vždy o přístup k vlastnímu zdraví, to by mělo být u všech na prvním místě a až pak se odvolávat či útočit na organizační a technická opatření ve zdravotnictví (Žaloudík, 2008).

5 Mamografický screening

Výskyt rakoviny prsu v ČR stále stoupá. Ročně zaznamenáváme cca 6 000 nových případů. Ovšem zásluhou preventivního mamografického vyšetřování od poloviny 90. let a zejména vlivem organizovaného mamografického screeningu od roku 2002 roste podíl časných a plně vyléčitelných stádií nádorů prsu (Žaloudík, 2008). Proto také klesá úmrtnost žen na toto závažné onemocnění. Žaloudík (2008, str. 112) uvádí, že: „*dosud máme ve screeningovém programu rezervu v účasti žen mezi 49–69 lety, která dosahuje jen 50 %. Cílová populace žen v ČR mezi 45–69 lety zahrnuje 1,6 milionu žen a je reálné, že dalším přesvědčováním žen bychom mohli dosáhnout účasti až 80 %. Každoročně je zatím vyšetřováno cca 300 000 žen. Dříve byl podíl časných stádií kolem 20 %, nyní více jak 30 %. Mezi ženami vyšetřeny ve screeningu dosahuje již podíl časných a vyléčitelných stádií skoro 80 %. Určitou slabinou je v prevenci zatím věková kategorie žen mezi 40–44 lety.*“ Jak z výše uvedeného vyplývá účast žen ve screeningovém programu ve věku 49–69 let je pouze 50 %. Stále tedy existuje poměrně vysoké procento žen, které toto vyšetření dosud neabsolvovaly. Záleží na nich samotných, jaký k této možnosti prevence zaujmou postoj. Ten mohou pozitivně ovlivnit i jejich praktičtí lékaři a gynekologové. Tato skutečnost, že ne všechny ženy už našly na mamografii cestu, přivedla mamární radiology k myšlence adresného zvaní pacientek na mamografický screening. Na programu adresného zvaní pacientek spolupracují i zdravotní pojišťovny (www.novinky.cz, 2013). Petruželka a Konopásek (2003, s. 187) uvádí, že: „*u vysoce rizikových skupin navrhuji někteří autoři zahájit screening ve věku 25 let nebo ve věku o 5 let nižším než byl diagnostikován nádor prsu u přímého příbuzného.*“

Například v Nizozemsku (v Nijmegenu) se začalo s mamografickým screeningem v roce 1975 a byly pozvány ženy ve věku 36–65 let. Za dobu 2 let (1975–1976) bylo vyšetřeno 23 000 žen, což bylo 85 % (Verbeek, Straatman, Hendrinks et al., 1988).

Abrahámová, Dušek a kol. (2003, s. 65) popisují mamografický screening jako: „*cílené testování asymptomatických, dosud zdravých, dobrovolně souhlasících osob běžné populace, s cílem rozdělit je do skupin s vysokou a nízkou pravděpodobností onemocnění hledaným nádorem. Jedinci s pozitivním screeningovým testem postupují do dalšího vyšetřovacího kola tak, aby exaktními diagnostickými metodami byla potvrzena (event. vyloučena) hledaná choroba. U osob s potvrzenou diagnózou musí plynule a neprodleně následovat indikovaná léčba. Cílem je tedy objevit onemocnění dříve, než se projeví příznaky (symptomy).*“

5.1 Hodnocení efektivity mamografického screeningu

Při hodnocení efektivity screeningových programů je důležité definovat cíle a průkaznost efektivity screeningu. Cílem je tedy redukce mortality – prevence úmrtí na karcinom prsu a prodloužení života žen s diagnostikovaným onemocněním. Při ekonomickém hodnocení screeningu se vychází z nákladů na počet diagnostikovaných karcinomů, získaných let života ženy a na počet zabráněných úmrtí na karcinom prsu (Abrahámová, Dušek a kol., 2003).

Při využití počtu diagnostikovaných karcinomů prsu jako parametru hodnocení efektivity je nutné si uvědomit, že screening vede ke zvýšení počtu diagnostikovaných karcinomů v důsledku diagnostiky onemocnění žen, u kterých by se onemocnění v průběhu života nemuselo projevit, což dokládá graf 1 v podkapitole 2.7.

Počet zabráněných úmrtí na karcinom prsu je hodnocen jako počet žen, které by zemřely na toto onemocnění při absenci screeningu, ale vlivem screeningu žijí déle a zemřou na jiné onemocnění.

Co se týče navýšení délky života ženy jde v důsledku o to, že se karcinom prsu diagnostikuje v časném stádiu a tím umožní úspěšnější léčbu (Abrahámová, Dušek a kol., 2003).

Jsou uznávány dva základní aspekty efektivního screeningového programu:

- a) screeningový test musí odhalit časný karcinom, který je ještě klinicky němý, ale screeningovým testem již rozpoznatelný,
- b) terapie časněho karcinomu zjištěného během screeningu musí být efektivnější než terapie karcinomu odhaleného běžným způsobem mimo screening (Abrahámová, Dušek a kol., 2003).

5.2 Organizovaný screening v České republice

Příprava screeningu v České republice probíhala řadu let na půdě sekce mamární diagnostiky Radiologické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Pro účely screeningu byla ustanovena Komise pro mamografický screening Ministerstva zdravotnictví ČR.

Od podzimu 2002 mají všechny ženy od 45 let možnost bezplatného screeningového vyšetření, a to ve dvouletých intervalech.

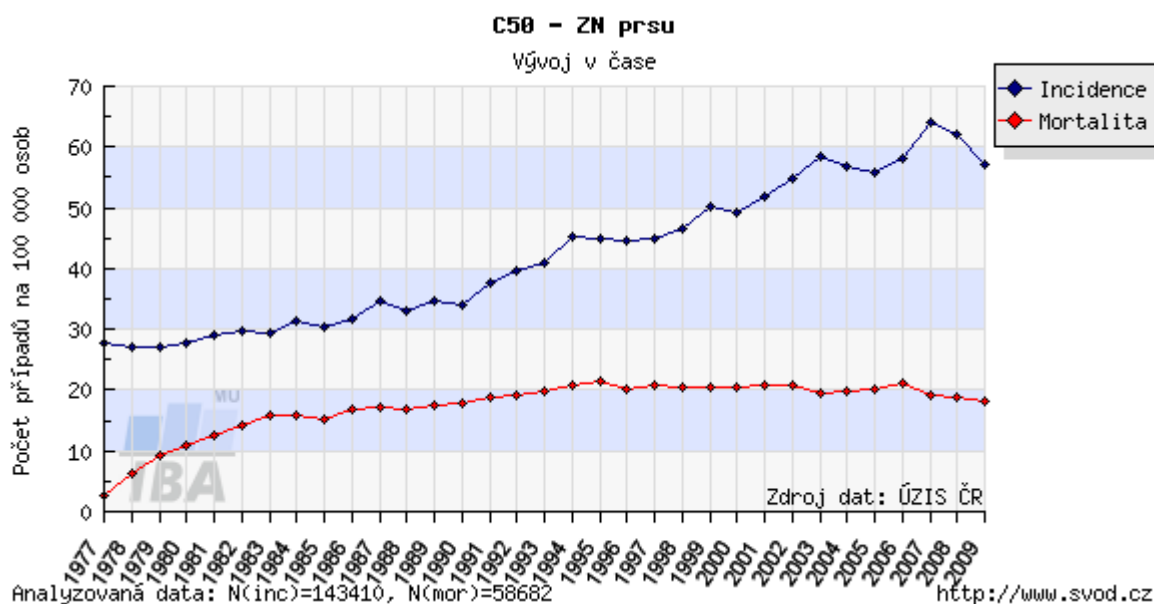
Organizovaný screening se řídí metodickým opatřením Ministerstva zdravotnictví ČR s názvem *Doporučený standard při poskytování a vykazování výkonů screeningu*

nádorů prsu v České republice. V tomto metodickém listě jsou popsány podmínky, za jakých má česká pojištěnkyně právo žádat screeningové vyšetření. Kromě věku, tj. 45 let, již neplatí věkové omezení do 70 let věku pacientky, je to doporučení praktického lékaře nebo gynekologa. Současně se v uvedeném dokumentu stanovují podmínky pro screeningová centra. Jsou to požadavky na přístrojové vybavení, kvalifikaci personálu, vedení dokumentace a systém kontrol směřujících ke stálému udržení kvality screeningového procesu. Screening mohou provádět pouze centra splňující tyto podmínky a mající pro screening akreditaci. Prioritou je ochrana vyšetřované ženy před možným rizikem a přispět k maximální výtěžnosti screeningu.

Již nyní můžeme říci, že screening karcinomu prsu v ČR je efektivní a zvýšil podíl nižších stadií karcinomu v době diagnózy. Počet nově diagnostikovaných onemocnění sice roste (mortalita klesá) v důsledku působení celé řady rizikových faktorů, které souvisejí se zdravotním stylem a změnou reprodukčního chování žen (bylo popsáno v podkapitole 3.3), přesto lze pozorovat ve vývoji epidemiologie karcinomu prsu velmi pozitivní změny (Abrahámová a kol., 2009).

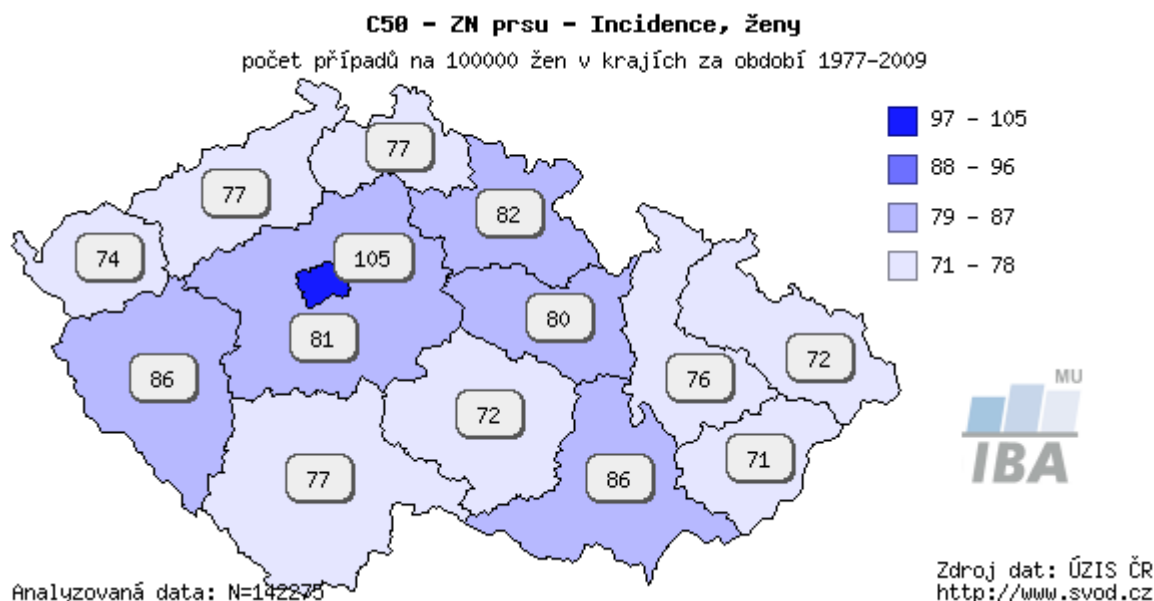
Právě vlivem screeningového programu nádorů prsu v roce 2002 došlo v České republice k záchytu většího množství zhoubných nádorů prsu, protože mamografickým vyšetřením prošlo mnohem větší množství žen než v předchozích letech. Díky tomu, že preventivní mamografické vyšetření podstupují ženy bezpříznakové, jsou zachycené karcinomy převážně menších rozměrů, než karcinomy zjištěné u žen s pohmatovým nálezem v prsu. Minimální karcinomy tvoří asi 35–40 % všech zachycených nádorů. Pro ženy to znamená snadnější léčbu a mnohem větší šanci vrátit se po léčbě do běžného života (www.mammacentrum.cz). Jak uvádí Skovajsová: „...při zjištění karcinomů menších rozměrů, žena u mamografu pláče a lékař se raduje...“ a dodává, že před zavedením screeningu přicházelo až 90 % žen o prs (www.ceskatelevize.cz, 2012).

Následující grafy dokazují přínos mamografického screeningu. Zachycují vývoj incidence a mortality v čase. Jak již bylo uvedeno výše incidence stoupá, zatímco mortalita klesá, právě díky mamografickému screeningu.



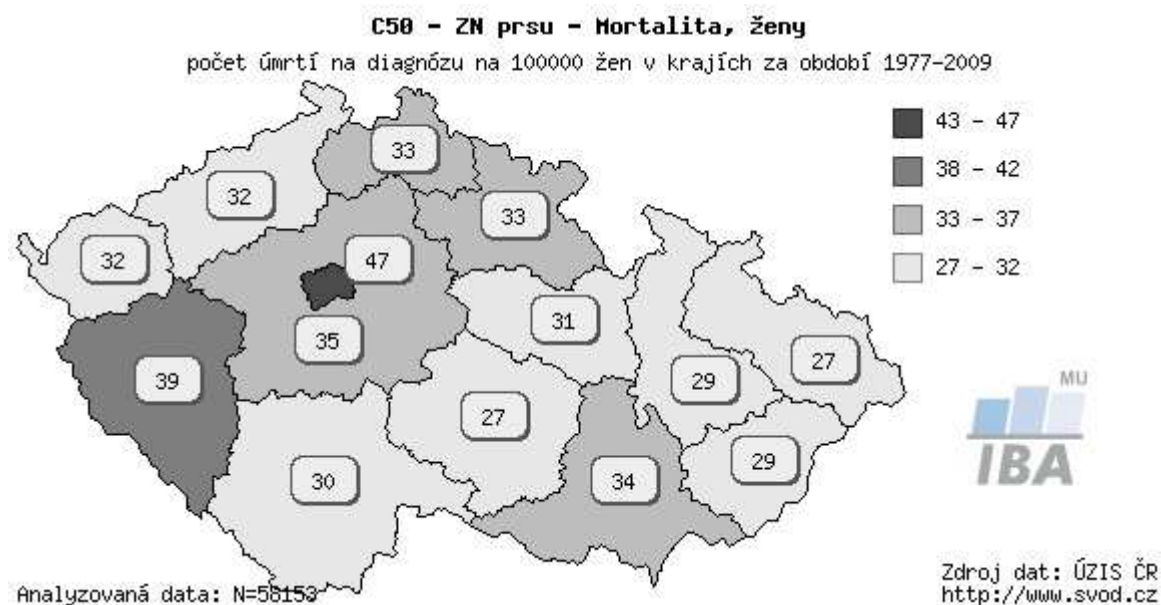
Graf 3. Vývoj incidence a mortality v čase

Graf zobrazuje časový vývoj hrubé incidence (počet nových případů na 100 000 žen) a hrubé mortality (počet úmrtí na 100 000 žen). Z grafu jasně vyplývá navýšení počtu nových případů, kdy nejvyššího počtu bylo dosaženo v roce 2007 a to 70,88. V roce 2009 výrazný pokles 62,58 případů. I přes stále rostoucí incidenci nádorů prsu, úmrtnost na toto závažné onemocnění stagnuje, což jednoznačně ukazuje na zlepšování úspěšnosti léčby, především díky vyššímu zachytu nádorů v časných klinických stádiích. V roce 2009 zemřelo na zhoubný nádor prsu 14,94 na 100 000 žen (www.svod.cz, 2012).



Obrázek 8. Incidence zhoubného nádoru prsu v krajích (1977–2009) (www.svod.cz, 2012)

Mapa zobrazuje hrubou incidenci (počet nových případů na 100 000 žen) v krajích České republiky. V rámci diplomové práce nás zajímá JMK, kdy počet nových případů dosahoval 86, přičemž průměr ČR byl 81,39 nových případů onemocnění. Konkrétně na Hodonínsku dosahovala incidence 86,4 nemocných žen (www.svod.cz, 2012).

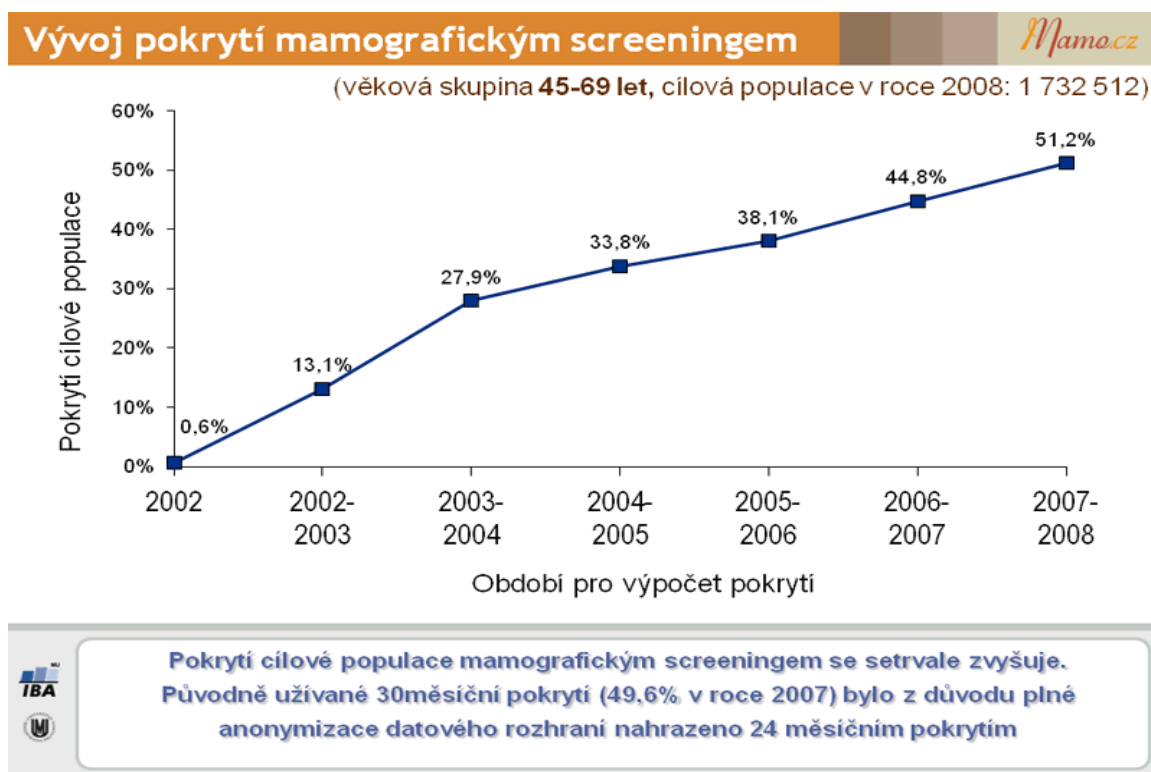


Obrázek 9. Mortalita zhoubného nádoru prsu v krajích (1977–2009) (www.svod.cz, 2012)

Mapa zobrazuje hrubou mortalitu (počet úmrtí na 100 000 žen) v krajích České republiky. Opět v JMK vysoká úmrtnost, a to konkrétně 34 zemřelých žen, v porovnání s ostatními kraji. Průměr v ČR co se týče mortality žen je 32,6 (www.svod.cz, 2012).

Za deset let existence (2002–2012) mamografického screeningu se v České republice vytvořily dvě skupiny žen. První skupinu tvoří ženy ve věku 45 let. To jsou ženy, které vstupují do screeningového programu. Tyto ženy docházejí na preventivní prohlídky a je zde vysoký podíl včasné diagnostikovaných a léčených případů. Co se týče druhé skupiny žen, tak ta mamografický screening nenavštěvuje, a ženy přicházejí až s hmatnými nálezy. Léčba je pak nákladnější, ale co je zásadní, že je mnohem horší prognóza. Tyto skupiny jsou v současné době stejně početné, změnu může dle odborníků přinést pouze aktivní osvěta a adresné zvaní žen k mamografickému vyšetření. Skovajsová vysvětluje, že pokud nedojde k aktivní osvětě a adresnému zvaní, tyto dvě skupiny se na dlouhou dobu zafixují a tím dojde k výraznému rozdílu v přístupu k péči o nemocné s karcinomem prsu. Důležité je, aby ženy pochopily, že když se nádor zachytí v časném stádiu v rámci mamografického screeningu, bude léčba relativně jednoduchá, bez významnějších vedlejších účinků a s velmi dobrou prognózou. To znamená, že čím více žen bude docházet

na preventivní mamografické vyšetření, tím bude podíl včas zachycených karcinomů vyšší a křivka úmrtnosti se bude snižovat (www.novinky.cz, 2012).



Graf 4. Vývoj pokrytí mamografickým screeningem

Nejprve definujeme pojem pokrytí mamografickým screeningem. Jedná se o podíl žen z cílové populace, které podstoupily v době odpovídající screeningovému intervalu (24 měsíců) mamografické vyšetření (Májek, Dušek, Klimeš a kol., 2008). Program v roce 2008 poprvé pokrývá více než polovinu cílové populace, aktuální pokrytí činí 51,2 %. Za tuto dobu (2002–2008) bylo provedeno 2 083 274 screeningových mamografií (Daneš, Bartoňková, Skovajsová, 2009).

Z výše uvedeného vyplývá, že mamografický screening má své nezastupitelné místo v „boji“ se závažným onemocněním jakým karcinom prsu beze sporu je. Ženy by tuto příležitost měly využít, brát ji jako prospěšnou a ne jako něco nuceného či zbytečného. Tím mám na mysli, že každá žena, která má nárok na preventivní mamografii, by ji měla absolvovat. Díky Národnímu onkologickému registru a informacím na internetových stránkách programu mamografického screeningu České republiky se lze dozvědět, že nejzodpovědněji k prevenci karcinomu prsu přistupují ženy na Vysočině a v JMK. A nejmenší návštěvnost mamografických center je v Praze (www.mama.cz, 2013).

6 Praktická část

6.1 Metodika práce

Pro praktickou část diplomové práce byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu – dotazník. Jedná se o nejčastěji využívanou metodu, která spočívá v pokládání písemných otázek a získávání většího počtu odpovědí. Měl by být anonymní, předem promyšlený a mít určitou strukturu. Otázky se skládají do okruhů, které chceme zkoumat. Otázky se pak dělí na otevřené, uzavřené, polouzavřené a škálové. Délka dotazníku není přesně dána. Optimální doba pro jeho vyplnění se udává cca třicet minut. Každý dotazník by měl v úvodu doprovázet průvodní dopis s pokyny pro vyplnění a v závěru poděkování za čas a ochotu respondentů. Výhodou této metody je to, že za krátký čas získáme velké množství informací. Nevýhodou dotazníku je možnost nepochopení otázky a návratnost, která by neměla zasahovat pod dolní hranici 75 %.

V této práci byl použit dotazník zcela anonymní a zahrnoval otázky uzavřené – respondentky měly na výběr z několika možností, otevřené – respondentky se mohly svobodně rozepsat, nebyly omezovány výčtem předem daných odpovědí a polouzavřené – respondentkám byly sice nabízeny možnosti, ale mohly se k nim dále rozepsat (Gavora, 2000). Otázek bylo celkem dvacet šest. Odpovědi respondentek byly zaznamenávány kroužkováním nabízených možností nebo přímo vpisovány na tečkované linky.

Dotazník je rozdělen do tří částí. A to na část informativní (otázky č. 1, 2, 3, 4, 25, 26), na část zjišťovací (otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12) a na část vědomostní (otázky č. 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24).

Získaná data byla spočítána a shrnuta pomocí čárkovací metody. K vyhodnocení výsledků pak byly vytvořeny tabulky v programu Microsoft Office Excel 2003. V tabulkách jsou uvedeny hodnoty absolutní a relativní četnosti.

6.2 Realizace výzkumu

Samotnému výzkumu předcházel předvýzkum, který se uskutečnil v měsíci srpnu 2012 a zahrnoval 12 respondentek (vždy 3 respondentky k jednotlivé věkové kategorii). Těm byl dotazník předán prostřednictvím třetí osoby. Na základě předvýzkumu byla upravena otázka č. 16 (Samovyšetření prsu se provádí pomocí pomyslného rozdělení prsu na kvadranty), kdy se 5 respondentek vyjádřilo, že nezná pojem kvadrant, tudíž nemohou odpovědět. Proto jsem otázku upravila takto – Samovyšetření prsu se provádí pomocí

pomyslného rozdělení prsu na kvadranty (části). Znovu byl dotazník předán těmto konkrétním respondentkám – otázka byla pochopena a dotazník vyplněn.

Samotný výzkum pak probíhal v měsících září – listopad 2012. Celkem bylo rozdáno 140 dotazníků a to do ordinací praktických lékařů a gynekologů ve městech Veselí nad Moravou, Strážnice, Bzenec a Hodonín. Dotazníky byly předány zdravotním sestram, kterým jsem sdělila účel a pokyny pro vyplnění. Ke konečnému zpracování se vrátilo 110 dotazníků. Návratnost tedy 76 % (zaokrouhleno na celá čísla).

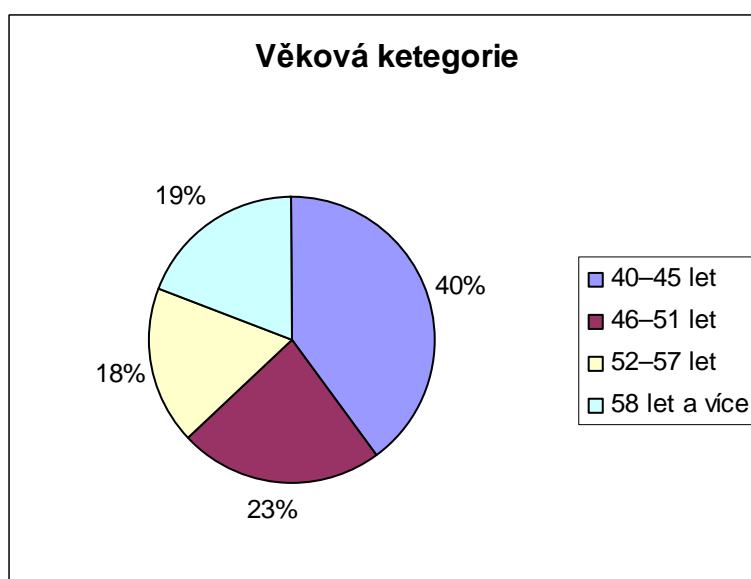
6.3 Charakteristika souboru respondentek

Respondentky tvořily ženy nad 40 let věku. Tyto byly rozděleny do čtyř kategorií podle věku. Nejvíce respondentek bylo ve věkové kategorii 40–45 let a to 44 (40 %). Dále následovala věková kategorie 46–51 let zastoupená 25 respondentkami (23 %). Za ní z hlediska zastoupení následuje věková kategorie 58 let a více a to 21 respondentek (19 %). Nejméně respondentek bylo ve věkové kategorii 52–57 let a to 20 (18 %). Celkem se tedy výzkumu zúčastnilo 110 respondentek. Tyto výsledky jsou přehledně uvedeny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 1. Věková kategorie

	40–45 let	46–51 let	52–57 let	58 let a více	celkem
n	44	25	20	21	110
%	40,00	22,73	18,18	19,09	100,00

Graf 5. Věková kategorie

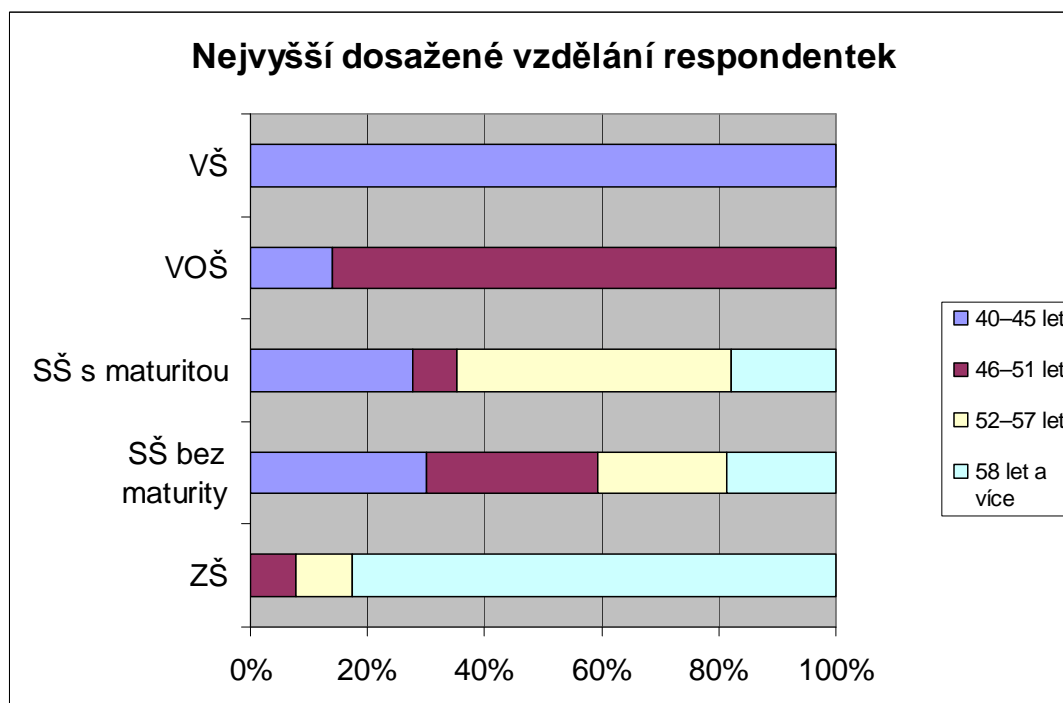


Co se týče vzdělání respondentek, tak nejvíce je zastoupeno středoškolské vzdělání bez maturity a to 61 % u žen ve věkové kategorii 40–45 let, dále ze 60 % u věkové kategorie 46–51 let. Zajímavým výsledkem je i zastoupení žen se základním vzděláním a to 43 % ve věkové kategorii 58 let a více. Překvapivým výsledkem je zastoupení žen se středoškolským vzděláním s maturitou 50 % ve věkové kategorii 52–57 let, to bych spíše čekala u mladší žen, tedy u žen v první věkové kategorii. Vyšší odborné vzdělání je zastoupeno z 28 % u žen ve věkové kategorii 46–51 let. Vysokoškolské vzdělání mělo pouze 5 % žen v první věkové kategorii. Tyto výsledky přehledněji znázorňuje tabulka 2 a graf 6.

Tabulka 2. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ZŠ	0	0,00	1	4,00	1	5,00	9	42,86	11	10,00
SŠ bez maturity	27	61,36	15	60,00	9	45,00	8	38,10	59	53,64
SŠ s maturitou	13	29,55	2	8,00	10	50,00	4	19,05	29	26,36
VOŠ	2	4,55	7	28,0	0	0,00	0	0,00	9	8,18
VŠ	2	4,55	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,82
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Graf 6. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek



7 Výsledky a diskuse

V následující kapitole budeme vyhodnocovat zjištěné hodnoty z dotazníkového šetření.

Otázka č. 1 zjišťuje věk respondentek při prvním porodu a počet porodů dosud, tzn. do listopadu 2012.

Tabulka 3. Věk při prvním porodu

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18–20 let	23	52,27	4	16,00	11	55,00	8	38,10	46	41,82
21–26 let	20	45,45	20	80,00	9	45,00	13	61,90	62	56,36
27–32 let	1	2,27	1	4,00	0	0,00	0	0,00	2	1,82
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Ve věkovém rozmezí 18–20 let porodilo své první dítě 52 % žen ve věkové kategorii 40–45 let, 55 % žen ve věkové kategorii 52–57 let, 38 % žen ve věkové kategorii 58 let a více. U této věkové kategorie bych očekávala vyšší zastoupení a pouze 16 % žen ve věkové kategorii 46–51 let porodilo své první dítě do 20 let věku. Podle Franklina a Goodmana (1999) je právě protektivním faktorem pro prevenci karcinomu prsu porod dítěte do 20 let věku. Největšímu riziku jsou podle nich vystaveny ženy, které své první dítě porodily po 35. roce věku. Zdůvodňují své tvrzení tím, že jsou prsy ženy po delší dobu vystaveny působení estrogenu. V našem dotazníkovém šetření porodily respondentky své první dítě nejpozději do 32. roku věku a to 2 % ve věkové kategorii 40–45 let a 4 % ve věkové kategorii 46–51 let. Nejvíce bylo zastoupeno věkové rozmezí prvního porodu 21–26 let věkovou kategorií 46–51 let a to z 80 %. Následuje věková kategorie 58 let a více 62 % a věkové kategorie 40–45 let a 52–57 let jsou zastoupeny stejně 45 %.

Tabulka 4. Počet porodů

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	6	13,64	6	24,00	1	5,00	0	0,00	13	11,82
2	29	65,91	17	68,00	14	70,00	8	38,10	68	61,82
3	8	18,18	1	4,00	5	25,00	8	38,10	22	20,00
4	1	2,27	1	4,00	0	0,00	5	23,81	7	6,36
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Faktor počtu porodů je v predikci rizika vzniku karcinomu prsu nezávislý na věku ženy při prvním porodu. Důležitý je počet porodů. Ženy s více porody mají nižší riziko vzniku karcinomu prsu, jelikož jsou po kratší dobu pod vlivem estrogenu (Abrahámová a kol., 2009). Z našeho dotazníkového šetření vyplývá, že nejvíce žen rodilo dvakrát a to

ve všech věkových kategoriích. U žen ve věkové kategorii 40–45 let je to konkrétně 66 %, ve věkové kategorii 46–51 let 68 %, ve věkové kategorii 52–57 let 70 % a v poslední věkové kategorii 58 let a více 38 %. Rovněž v této věkové kategorii jsou nejvíce zastoupeny ženy s počtem tří porodů a to ze 38 %, a také se čtyřmi porody, 24 %. S počtem tří porodů stojí ještě za zmínku věková kategorie 52–57 let 25 % a věková kategorie 40–45 let zastoupena z 18 %. S počtem jednoho porodu uvádíme ženy ve věkové kategorii 46–51 let zastoupených z 24 % a ženy ve věkové kategorii 40–45 let zastoupených ze 14 %.

Otázka č. 2 zjišťuje, zda respondentky kojily své děti a pokud ano, tak jak dlouho.

Tabulka 5. Kojení dětí

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ano	36	81,82	25	100,00	20	100,00	21	100,00	102	92,73
ne	8	18,18	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	7,27
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Tento výsledek je překvapující. Svě děti kojily všechny ženy ve věkových kategoriích 46–51 let, 52–57 let a 58 let a více čili 100 %. Pouze 18 % žen ve věkové kategorii 40–45 let nekojilo své děti. Přitom kojení má tolik výhod jak pro dítě, tak matku. Zmiňuji jen některé výhody pro matku – chrání ji tedy před karcinomem prsu a vaječníků, děloha se rychleji navrácí do původního stavu, poporodní ztráty krve jsou menší, rychlejší návrat postavy ke stavu před těhotenstvím, citová vazba matka–dítě a také i otázka financí (Pařízek, 2009). Kojení a délka doby kojení je jednoznačně potvrzeno jako protektivní faktor (Abrahámová a kol., 2009).

Tabulka 6. Délka doby kojení

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1–5 měsíců	16	44,44	12	48,00	3	15,00	10	47,62	41	40,20
6–11 měsíců	15	41,67	9	36,00	13	65,00	4	19,05	41	40,20
12 měsíců	5	13,89	4	16,00	4	20,00	7	33,33	20	19,61
celkem	36	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	102	100,00

Nejdéle, tzn. po dobu dvanácti měsíců kojilo své děti ve věkové kategorii 40–45 let 14 % respondentek, 16 % ve věkové kategorii 46–51 let, 20 % ve věkové kategorii 52–57 let a ve věkové kategorii 58 let a více dokonce 33 % respondentek. Je zajímavé, že čím vyšší je věk respondentek, tím delší je doba kojení. V Anglii byly provedeny studie a ty prokázaly, že s každým rokem kojení klesá riziko vzniku karcinomu prsu až o 22 %

(www.zdravi.e15.cz, 2012). Ovšem délka doby kojení v rozmezí 6–11 měsíců též není zanedbatelná. V tomto časovém období kojily své děti nejvíce ženy ve věkové kategorii 52–57 let a to konkrétně 65 %. Dále ženy ve věkové kategorii 40–45 let 42 % a 36 % žen ve věkové kategorii 46–51 let. Nejméně pak ženy ve věku 58 let a více pouze 19 %. Co se týče délky doby kojení po dobu 1–5 měsíců jsou výsledky téměř totožné. U žen ve věkové kategorii 40–45 let je tato doba kojení zastoupena ze 44 %, ve věkové kategorii 46–51 let ze 48 % a ve věkové kategorii 58 let a více ze 48 %. Nejméně pak u žen ve věkové kategorii 52–57 let a to 15 %.

Otázka č. 3 se zaměřuje na týdenní fyzickou aktivitu respondentek. Čili kolik času týdně věnují jakékoliv fyzické aktivitě.

Tabulka 7. Týdenní fyzická aktivita

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2–3 hod.	14	31,82	11	44,00	9	45,00	5	23,81	39	35,45
4–10 hod.	30	68,18	14	56,00	11	55,00	16	76,19	71	64,55
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Nejvíce času, tedy 4–10 hodin týdně věnují jakékoliv fyzické aktivitě respondentky ve věkové kategorii 58 let a více, které jsou zastoupeny ze 76 %. Důvodem může být to, že jsou již v důchodovém věku, proto mají i více času na své zájmy či tráví svůj den aktivně s vnoučaty. Mnoho času také věnují fyzické aktivitě ženy ve věku 40–45 let a to konkrétně 68 %, věková kategorie žen 46–51 let a 52–57 let je téměř stejná a to 56 % a 55 %. Franklin a Goodman (1999) ve své knize uvádějí Bernsteinovu studii, ze které vyplývá, že čtyři hodiny týdně jakékoliv fyzické aktivity snižují riziko vzniku karcinomu prsu až na polovinu. Co se týče 2–3 hodin týdenní fyzické aktivity jsou výsledky opět u věkové kategorie 46–51 let a 52–57 téměř totožné a to 44 % a 45 %. Ve věkové kategorii 40–45 let je pak podíl týdenní fyzické aktivity zastoupen 32 % a ve věkové kategorii 58 let a více pak z 24 %.

Otázka č. 4 se zabývala tím, zda se v rodině respondentek vyskytla rakovina prsu a jestli ano, tak u které příbuzné.

Tabulka 8. Výskyt rakoviny prsu v rodině

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ano	7	15,91	2	8,00	2	10,00	1	4,76	12	10,91
ne	37	84,09	23	92,00	18	90,00	20	95,24	98	89,09
nevím	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Většina žen odpověděla, že se u nich v rodině rakovina prsu nevyskytla. U žen ve věkové kategorii 40–45 let takto odpovědělo 85 %, ve věkové kategorii 46–51 let pak 92 %, ve věkové kategorii 52–57 let 90 % a ve věkové kategorii 58 let a více dokonce až 95 %. U věkové kategorie 40–45 let odpovědělo „ano“ 16 % žen. Rakovinou prsu onemocněla u dvou respondentek matka, u tří teta, u jedné babička a u jedné respondentky dokonce matka, teta i babička. U věkové kategorie 46–51 let se rakovina prsu vyskytla v 8 % a to u jedné respondentky onemocněla prababička a babička a u jedné respondentky babička. U věkové kategorie 52–57 let odpovědělo „ano“ 10 % žen. Rakovinou prsu u jedné respondentky onemocněly její dvě sestry a u jedné teta. Ve věkové kategorii 58 let a více je výskyt rakoviny prsu 5 %. U této jedné respondentky onemocněla švagrová. Jak uvádí Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol. (2012) je riziko karcinomu prsu dvakrát i vícekrát vyšší u žen s výskytem tohoto onemocnění v první příbuzenské linii, tzn. matka, sestra, dcera. Můžeme konstatovat, že se našeho dotazníkového šetření zúčastnily i ženy, které mají vysoké riziko vzniku karcinomu prsu.

Otázka č. 5 zjišťovala, co si respondentky představí pod pojmem „prevence rakoviny prsu“.

Tabulka 9. Pojem „prevence rakoviny prsu“

	n	%
prohlídka u gynekologa	50	45,45
samovyšetření prsu	26	23,64
mamograf	30	27,27
ultrazvuk	2	1,82
sport	1	0,91
zdravá výživa	1	0,91
celkem	110	100,00

Pod pojmem „prevence rakoviny prsu“ si 45 % respondentek představí prohlídky u gynekologa. 24 % respondentek pod pojmem „prevence rakoviny prsu“ spatřuje samovyšetření prsu, 27 % respondentek preventivní mamografické vyšetření. 2 % respondentek uvedly vyšetření ultrazvukem, což je vhodné pro ženy do věku 45 let než budou v rámci mamografického screeningu pozvány na preventivní mamografické vyšetření a po 1 % se objevily odpovědi sport a zdravá výživa.

Otázka č. 6 zjišťovala odkud respondentky získaly nejvíce informací o prevenci rakoviny prsu.

Tabulka 10. Informace o prevenci rakoviny prsu

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
lékař	17	38,64	13	52,00	10	50,00	14	66,67	54	49,09
rod. příslušník/ kamarádka	7	15,91	2	8,00	1	5,00	2	9,52	12	10,91
internet, TV apod.	20	45,45	10	40,00	9	45,00	5	23,81	44	40,00
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Nejvíce respondentek 67 % ve věkové kategorii 58 let a více získalo informace od lékaře, a také vysoké zastoupení 52 % ve věkové kategorii 46–51 let a 50 % ve věkové kategorii 52–57 let. 39 % respondentek ve věkové kategorii 40–45 let získalo informace od lékaře. Zde se domnívám, že byly informovány ženy ve věku 45 let, jelikož měly absolvovat první kolo mamografického screeningu. Jelikož v této věkové kategorii až 45 % respondentek vyhledávalo informace na internetu či se je dozvěděly z propagačních materiálů, televize apod. Zajímavé je též zjištění, že 45 % respondentek ve věkové kategorii 52–57 let a 40 % ve věkové kategorii 46–51 let také získalo informace prostřednictvím internetu, televize, propagačních materiálů apod. Co se týče informací získaných od rodinných příslušníků či kamarádek takto získalo 16 % respondentek ve věkové kategorii 40–45 let, 10 % ve věkové kategorii 58 let a více, 8 % ve věkové kategorii 46–51 let a 5 % ve věkové kategorii 52–57 let. Tuto otázku též pokládala ve svém dotazníkovém šetření i Vladimíra Pěčonková (2012) a zjistila, že největším zdrojem informací je internet a to až v 57 %. Lékař byl až na druhém místě, od něj obdrželo informace o prevenci rakoviny prsu 21 % respondentek.

Otázka č. 7 se zabývala tím, zda respondentky docházejí na pravidelné preventivní prohlídky ke svému gynekologovi či praktickému lékaři.

Tabulka 11. Pravidelné preventivní prohlídky

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ano, gynekolog	29	65,91	15	60,00	12	60,00	12	57,14	68	61,82
ano, praktický lékař	5	11,36	10	40,00	8	40,00	8	38,10	31	28,18
ne	10	22,73	0	0,00	0	0,00	1	4,76	11	10,00
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Z tabulky je patrné, že většina respondentek dochází na pravidelné preventivní prohlídky. Konkrétně ke gynekologovi dochází 66 % žen ve věkové kategorii 40–45 let, 60 % ve věkové kategorii 46–51 let i ve věkové kategorii 52–57 let a 57 % žen ve věkové kategorii 58 let a více. K praktickému lékaři dochází 40 % respondentek ve věkových kategoriích 46–51 let a 52–57 let, 38 % ve věkové kategorii 58 let a více a 11 % ve věkové kategorii 40–45 let. Na pravidelné preventivní prohlídky nedochází 23 % respondentek ve věkové kategorii 40–45 let, což je velmi vysoké číslo a 5 % ve věkové kategorii 58 let a více. Jak je z výsledků patrné, tak respondentky dochází na pravidelné preventivní prohlídky pouze k jednomu z lékařů. Touto otázkou se zabýval i Jiří Mazánek (2011) ve svém dotazníkovém šetření, který zkoumal situaci na Zlínsku. Zjistil, že na pravidelné preventivní prohlídky ke svému gynekologovi nedochází 27 % respondentek. Vladimíře Pěčonkové (2012) odpovědělo 39 % respondentek, že nedochází na pravidelné preventivní prohlídky. Co se týče našeho sledovaného souboru, tak ženy ve věkové kategorii 40–45 let uvedly jako důvod to, že když nemají problémy nebudou chodit k lékaři a respondentka ve věkové kategorii 58 let a více uvedla jako důvod lenost a nezodpovědnost.

Otázka č. 8 zjišťovala, zda gynekolog či praktický lékař vyšetřuje ženám prsy při preventivních prohlídkách.

Tabulka 12. Vyšetření prsů při preventivních prohlídkách

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ano	11	25,00	9	36,00	4	20,00	1	4,76	25	22,73
ano, na požádání	12	27,27	6	24,00	6	30,00	5	23,81	29	26,36
ne	21	47,73	10	40,00	10	50,00	15	71,43	56	50,91
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Tento výsledek je alarmující. Až u 71 % žen ve věku 58 let a více gynekolog ani praktický lékař nevyšetřuje prsy při preventivních prohlídkách. Nejspíš lékaři spoléhají na mamografický screening a samovyšetření prsů. U věkové kategorie 52–57 let je to 50 %

respondentek, 48 % u věkové kategorie 40–45 let a ve věkové kategorii 46–51 let 40 %. Výzkumné šetření Vladimíry Pěčonkové (2012) uvádí, že až 95 % žen jejich gynekolog nevyšetřuje prsy. V našem sledovaném souboru vyšetřuje lékař ženám prsy v 36 % u věkové kategorie 46–51 let, ve věkové kategorii 40–45 let je to 25 %, u věkové kategorie 52–57 let 20 % a pouze 5 % u žen ve věku 58 let a více. Na požádání vyšetří lékař prsy 30 % žen ve věkové kategorii 52–57 let, 27 % žen ve věkové kategorii 40–45 let, ve věkových kategoriích 46–51 let a 58 let a více je to pak 24 %. Nyní bych poukázala na otázku č. 5. V této otázce se ženy měly vyjádřit, co si představují pod pojmem „prevence rakoviny prsu“. Na tuto otázku odpovědělo 45 % žen prohlídky u gynekologa ve smyslu vyšetření prsů gynekologem. Kdybychom odpověď „ano“ nerozdělily na věkové kategorie, tak by nám vyšlo 23 %. Tudíž v našem sledovaném souboru si 45 % respondentek jako prevenci rakoviny prsu představuje vyšetření gynekologem a pouze 23 % toto vyšetření poskytne lékař sám od sebe.

Otázka č. 9 se zabývala tím, jestli byly respondentky poučeny gynekologem či praktickým lékařem o technice samovyšetření prsů.

Tabulka 13. Poučení o technice samovyšetření prsů

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ano, gynekologem	17	38,64	17	68,00	8	40,00	13	61,90	55	50,00
ano, praktickým lékařem	6	13,64	0	0,00	6	30,00	3	14,29	15	13,64
ne	21	47,73	8	32,00	6	30,00	5	23,81	40	36,36
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

68 % respondentek ve věkové kategorii 46–51 let bylo o technice samovyšetření prsů poučeno svým gynekologem. Dále 62 % ve věku 58 let a více, 40 % ve věkové kategorii 52–57 let a ve věkové kategorii 40–45 let bylo poučeno 39 % žen. Také praktičtí lékaři poučovaly své pacientky o technice samovyšetření a to u žen ve věkové kategorii 52–57 let 30 % a ve věkových kategoriích 40–45 let a 58 let a více 14 %. 48 % respondentek ve věkové kategorii 40–45 let nebylo poučeno ani gynekologem, ani praktickým lékařem, dále nebylo poučeno 32 % ve věkové kategorii 46–51 let, 30 % ve věkové kategorii 52–57 let a ve věkové kategorii 58 let a více nebylo poučeno 24 % respondentek.

Otázka č. 10 byla zaměřena na popis techniky samovyšetření prsů, resp. zda respondentky tuto techniku ovládají.

Tabulka 14. Popis techniky samovyšetření prsů

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ano	17	38,64	13	52,00	10	50,00	13	61,90	53	48,18
ne	3	6,82	0	0,00	1	5,00	1	4,76	5	4,55
nejsem si jistá	24	54,55	12	48,00	9	45,00	7	33,33	52	47,27
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

62 % respondentek ve věkové kategorii 58 let a více by dokázalo popsat techniku samovyšetření prsů, dále 52 % ve věkové kategorii 46–51 let a 50 % ve věkové kategorii 52–57 let. Ve věkové kategorii 40–45 let by tuto techniku dokázalo popsat 39 % respondentek. Tyto výsledky odpovídají předchozí otázce, která se zabývala tím, zda jsou ženy svými lékaři, tj. praktický lékař a gynekolog, poučeny o technice samovyšetření prsů. Pouze 7 % žen ve věkové kategorii 40–45 let a 5 % ve věkových kategoriích 52–57 let a 58 let a více by tuto techniku popsat nedokázalo. Při popisu techniky samovyšetření prsů si není jistých 55 % žen ve věku od 40–45 let, téměř stejný výsledek ve věkové kategorii 46–51 let a 52–57 let 48 % a 45 %. Ve věkové kategorii 58 let a více si není jistých 33 % žen. Ve výzkumném šetření Vladimíry Pěčkové (2012) neznalo techniku samovyšetření prsů 93 % respondentek.

Otázka č. 11 se již přímo zaměřovala na provádění samovyšetření prsů samotnými respondentkami.

Tabulka 15. Provádění samovyšetření prsů

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ano, pravidelně	18	40,91	2	8,00	2	10,00	1	4,76	23	20,91
ano, nepravidelně	22	50,00	19	76,00	9	45,00	12	57,14	62	56,36
ne	4	9,09	4	16,00	9	45,00	8	38,10	25	22,73
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

41 % žen ve věkové kategorii 40–45 let provádí samovyšetření prsů, dále 8 % a 10 % ve věkových kategoriích 46–51 let a 52–57 let a 5 % žen ve věku 58 let a více. Opět zajímavé výsledky obsahuje dotazníkové šetření Vladimíry Pěčkové (2012), ve kterém uvádí, že pouze 7 % respondentek provádí samovyšetření prsů. Nyní se zaměříme na respondentky našeho sledovaného souboru, které provádí samovyšetření nepravidelně. 76 % žen ve věkové kategorii 46–51 let provádí samovyšetření prsu nepravidelně, dále 57 % ve věkové kategorii 58 let a více a ve věkových kategoriích 40–45 let a 52–57 let je

to pak 50 % a 45 %. Na portálu www.ona.idnes.cz (2008) se objevila informace, že se samovyšetření prsu co by prevence přeceňuje. K tomuto závěru dospěli dánští lékaři. Toto sdělení způsobilo mezi lékaři, kteří jsou zastánci samovyšetření prsů jako preventivní metody, skutečné pozdvižení. Co se týče České republiky, tak u nás lékaři souhlasí se samovyšetřením prsů a i nadále jej svým pacientkám doporučují. Zaměříme se zpět na naše výsledky. Celkem vysoké procento žen v našem sledovaném souboru neprovádí samovyšetření prsů a to 45 % ve věkové kategorii 52–57 let, ve věkové kategorii 58 let a více je to 38 % a ve věkových kategoriích 46–51 let a 40–45 let je to 16 % a 9 %. Na tomto místě bych se ráda vrátila k otázce č. 8, která zkoumala zda ženám gynekolog či praktický lékař při pravidelných preventivních prohlídkách vyšetřuje prsy. Jak z výsledků vyplynulo, tak 50 % žen ve věkové kategorii 52–57 let gynekolog ani praktický lékař prsy nevyšetřuje a 45 % dotázaných žen v této věkové kategorii si ani neprovádí samovyšetření. Stejně vysoký podíl je i u žen ve věkové kategorii 58 let a více, kterým lékaři prsy nevyšetřují, to uvedlo 71 % a 38 % této věkové kategorie také samovyšetření prsů neprovádí. Zdá se, že se ženy spoléhají na preventivní mamografické vyšetření a nebo se „modlí“, aby se jim karcinom prsu vyhnul.

Otázka č. 12 zjišťovala, zda respondentky docházejí v pravidelných intervalech na preventivní mamografické vyšetření.

Tabulka 16. Docházení na preventivní mamografické vyšetření

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ano	11	25,00	24	96,00	19	95,00	12	57,14	66	60,00
ne	33	75,00	1	4,00	1	5,00	9	42,86	44	40,00
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Ve věkové kategorii 58 let a více na preventivní mamografické vyšetření dochází 57 % respondentek. Co se týče věkových kategorií 46–51 let a 52–57 let jsou výsledky téměř shodné 96 % a 95 %. U věkové kategorie 40–45 let se tento výsledek 25 % dal očekávat, vzhledem k tomu, že se mamografický screening vztahuje na ženy od 45 let věku. Důvody, pro které ženy nedocházejí na preventivní mamografické vyšetření jsou ty, že ve věkové kategorii 40–45 let nemají ženy potřebný věk 75 %, ve věkové kategorii 46–51 let není důvod pro vyšetření 4 %, ve věkové kategorii 52–57 let též není důvod, potřeba vyšetření 5 % a ve věkové kategorii 58 let a více jsou důvody jako – lenost a nezodpovědnost, docházím k obvodnímu lékaři a nemám potřebu, celkem tedy 43 %. Opět si povšimněte věkové kategorie žen 58 let a více, kdy 43 % respondentek nedochází

na preventivní mamografické vyšetření, 38 % neprovádí samovyšetření prsů a ani jim lékaři prsy nevyšetřují 71 %. Z dotazníkového šetření Vladimíry Pěčonkové vychází, že na preventivní mamografické vyšetření nedocházelo 84 % respondentek a podle dotazníkového šetření Jířího Mazánka (2011) nedocházelo na preventivní mamografické vyšetření 38 % respondentek.

Otázka č. 13 se zabývala tím, zda respondentky vědí, od kolika let má žena v České republice nárok na preventivní mamografické vyšetření hrazené pojišťovnou. Touto otázkou začíná vědomostní část, která je vlastně podstatou této práce.

Tabulka 17. Nárok na preventivní mamografické vyšetření

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kdykoliv na požádání	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1x/ 2 roky po 45 roku věku	43	97,73	22	88,00	19	95,00	16	76,19	100	90,91
kdykoliv po 45 roku věku	1	2,27	3	12,00	1	5,00	5	23,81	10	9,09
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

98 % žen ve věkové kategorii 40–45 let znalo správnou odpověď a ta zní, že na preventivní mamografické vyšetření má žena v České republice nárok „1x za 2 roky po dosažení 45 let věku“. Ve věkové kategorii 52–57 let znalo správnou odpověď 95 % respondentek, ve věkové kategorii 46–51 let 88 % a ve věkové kategorii 58 let a více 76 %. Odpověď „kdykoliv po dosažení 45 let věku“ volilo 24 % žen ve věkové kategorii 58 let a více, 12 % ve věkové kategorii 46–51 let a ve věkových kategoriích 52–57 let a 40–45 let tuto odpověď zvolilo 5 % a 2 % respondentek. Otázku týkající se mamografického screeningu zařadila do dotazníkového šetření i Vladimíra Pěčonková (2012), ale ta se již neptala na interval, pouze na věk. Správně jí odpovědělo 43 % respondentek. Kdybychom se my neptaly na časový interval tedy 1x/2 roky, dosáhly bychom 100 % správných odpovědí.

Otázka č. 14 zjišťovala, jestli respondentky vědí, který den je nejvhodnější pro provádění samovyšetření prsu. Rovnou na začátku této otázky uvádím vysvětlení možných nedorozumění. Někdo by mohl namítat, a to zcela oprávněně, že u žen po menopauze je nejvhodnější jakýkoliv den v měsíci. To je samozřejmě pravda, ale ženy jsou svými gynekology poučeny o technice samovyšetření prsů ještě před menopauzou, a také v našem předvýzkumu všechny respondentky (ve všech věkových kategoriích) označily správnou odpověď a to „2.–3. den po skončení menstruace“.

Tabulka 18. Nejvhodnější den pro samovyšetření prsů

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kterýkoliv den	21	47,73	7	28,00	17	85,00	16	76,19	61	55,45
2.–3. den po skončení menses	23	52,27	18	72,00	3	15,00	5	23,81	49	44,55
v průběhu menses	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Většina respondentek ve věkových kategoriích 52–57 let 85 % a 58 let a více 76 % se domnívá, že nejvhodnější den je „kterýkoliv“ a konkrétně tyto věkové skupiny mají pravdu, ale my jsme „situaci“ objasnily ihned v úvodu, čili ji zde nebudu rozebírat. Dále 48 % respondentek ve věkové kategorii 40–45 let a 28 % ve věkové kategorii 46–51 let zvolilo tuto odpověď. Správná odpověď je „2.–3. den po skončení menstruace“ a tuto odpověď volilo nemalé procento našich respondentek. Konkrétně 72 % ve věkové kategorii 46–51 let, 52 % ve věkové kategorii 40–45 let, 24 % ve věkové kategorii 58 let a více a 15 % ve věkové kategorii 52–57 let. Tyto dny jsou nejlepší, jelikož prsy ženy jsou bez veškerého napětí (Abrahámová, Dušek a kol., 2003). Žádná z respondentek nevolila odpověď „v průběhu menstruace“.

Otázka č. 15 byla zaměřena na samovyšetření prsů. Konkrétně, zda ženy vědí, že se samovyšetření provádí jak pohmatem, tak i pohledem.

Tabulka 19. Samovyšetření prsu se provádí

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
pohledem a pohmatem	30	68,18	7	28,00	16	80,00	18	85,71	71	64,55
pohledem	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
pohmatem	14	31,82	18	72,00	4	20,00	3	14,29	39	35,45
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Správně odpovědělo 86 % žen ve věkové kategorii 58 let a více, tedy „pohledem a pohmatem“. Ve věkové kategorii 40–45 let správně odpovědělo 68 %. Ve věkové kategorii 52–57 let odpovědělo správně 80 % a ve věkové kategorii 46–51 let pouze 28 % respondentek. Tyto výsledky více méně korespondují s výsledky předcházejících otázek č. 10 a 11. Odpověď samovyšetření prsu se provádí pouze „pohmatem“ volilo 72 % respondentek ve věkové kategorii 46–51 let, 32 % ve věkové kategorii 40–45 let, 20 % ve věkové kategorii 52–57 let a 14 % ve věkové kategorii 58 let a více. Odpověď „pohledem“ nevolila žádná z respondentek.

Otázka č. 16 byla zaměřena na samovyšetření prsů. Zda se toto vyšetření provádí pomyslným rozdělením prsu na kvadranty.

Tabulka 20. Při samovyšetření se prsy rozdělují na pomyslné kvadranty

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ano	23	52,27	7	28,00	14	70,00	14	66,67	58	52,73
ne	1	2,27	0	0,00	1	5,00	0	0,00	2,05	1,86
nevím	20	45,45	18	72,00	5	25,00	7	33,33	50	45,45
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,05

Správně na otázku odpověděly ženy ve věkových kategoriích 52–57 let a 58 let a více. Odpověď „ano“ zvolilo 70 % respondentek ve věkové kategorii 52–57 let a 67 % ve věkové kategorii 58 let a více. Ve věkové kategorii 40–45 let 52 % a 28 % ve věkové kategorii 46–51 let. Toto rozdělení prsu na pomyslné kvadranty se doporučuje proto, aby žena „nezapomněla“ na některou část prsu, a aby samovyšetření nebylo chaotické. Odpověď „nevím“ zvolilo nejvíce žen ve věkové kategorii 46–51 let 72 %, dále 45 % ve věkové kategorii 40–45 let, 33 % ve věkové kategorii 58 let a více a 25 % ve věkové kategorii 52–57 let. Odpověď „ne“ zvolilo 5 % respondentek věkové kategorie 52–57 let a 2 % ve věkové kategorii 40–45 let.

Otázka č. 17 zjišťovala, zda respondentky vědí, že zvýšená konzumace alkoholu zvyšuje riziko vzniku karcinomu prsu.

Tabulka 21. Alkohol zvyšuje riziko vzniku rakoviny prsu

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ano	7	15,91	5	20,00	14	70,00	11	52,38	37	33,64
ne	7	15,91	4	16,00	1	5,00	0	0,00	12	10,91
nevím	30	68,18	16	64,00	5	25,00	10	47,62	61	55,45
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Správná odpověď na tuto otázku zní „ano“ a správně odpovědělo 70 % respondentek věkové kategorie 52–57 let, 52 % respondentek ve věkové kategorii 58 let a více, 20 % ve věkové kategorii 46–51 let a ve věkové kategorii 40–45 let znalo správnou odpověď pouze 16 % respondentek. Téměř shodně „nevím“ odpovědělo na otázku 68 % respondentek ve věkové kategorii 40–45 let a 64 % respondentek ve věkové kategorii 46–51 let. Stejnou odpověď volilo 45 % respondentek ve věkové kategorii 58 let a více a 25 % ve věkové kategorii 52–57 let. Shodně pak zvolilo odpověď „ne“ 16 % respondentek věkové kategorie 40–45 let a 46–51 let. Pouze 5 % respondentek ve věkové kategorii 52–57 let zvolilo odpověď „ne“. Tuto otázku ve svém dotazníkovém šetření

pokládala i Váléria Procházková (2012), které správně odpovědělo 35 % respondentek a Jana Procházková (2011), které správně odpovědělo pouze 14 % respondentek. My, kdybychom nerozdělovaly respondentky na jednotlivé věkové kategorie, tak by se nám dostalo výsledku 43 % správných odpovědí. Bylo by na místě říci, co se myslí tou zvýšenou konzumací alkoholu. Podle Abrahámové a kol. (2009) se za zvýšenou konzumaci alkoholu považuje vypití dvou až pěti skleniček denně. Tyto ženy pak mají oproti abstinentkám až dvakrát vyšší riziko onemocnění. A Franklin a Goodman (1999) dodávají, že nejzranitelnější vůči účinkům alkoholu na tkáň mléčné žlázy jsou ženy mladší 30 let. Alkohol totiž negativně ovlivňuje hladinu estrogenů v ženském těle. Nyní zahraniční vědci odhalili „viníka“, který je zodpovědný za vznik onemocnění v souvislosti s přísunem alkoholu – protein CYP2E1. Ten se nachází v epiteliálních buňkách mléčné žlázy. Tuto hypotézu začali vědci zkoumat a podávaly různé dávky etanolu na jednotlivé kultury prsních epiteliálních buněk, které měly různé úrovně sledovaného proteinu. Buňky s nízkou hladinou tohoto proteinu byly většinou vůči vlivu etanolu imunní, ale buňky se zvýšeným množstvím tohoto proteinu etanol značně zasáhl. Proto došli vědci k závěru, že ženy s vyšší úrovní exprese proteinu by pak měly zažívat podobné reakce. Tato skupina vědců teprve nedávno (podzim 2012) začala zkoumat tuto svoji hypotézu na prsní tkáni, kterou odebrali zdravým ženám, které podstoupily plastickou operaci prsou. Předběžné výsledky odhalily existenci obrovské variability projevu tohoto proteinu, tzn., že každá žena bude mít jinou „odpověď“ na alkohol a tomu by se měla také přizpůsobit prevence (www.21století.cz, 2013).

Otázka č. 18 zjišťovala znalosti respondentek, týkající se vlivu kouření na onemocnění karcinomem prsu.

Tabulka 22. Kouření má přímý vliv na vznik rakoviny prsu

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ano	19	43,18	10	40,00	14	70,00	16	76,19	59	53,64
ne	5	11,36	3	12,00	1	5,00	0	0,00	9	8,18
nevím	20	45,45	12	48,00	5	25,00	5	23,81	42	38,18
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Většina respondentek 76 % a 70 % ve věkové kategorii 58 let a více a 52–57 let volila nesprávnou odpověď „ano“. Tuto odpověď volilo také 43 % a 40 % respondentek ve věkové kategorii 40–45 let a 46–51 let. Důvodem bude nejspíše to, že respondentky vědí, že kouření celkově škodí zdraví. Provedené epidemiologické studie však neprokázaly přímý vliv kouření na vznik karcinomu prsu (Abrahámová a kol., 2009). Takže správnou

odpovědí je odpověď „ne“ a tu zvolilo pouze 12 % respondentek ve věkové kategorii 46–51 let, 11 % ve věkové kategorii 40–45 let a 5 % ve věkové kategorii 52–57 let. Téměř shodných výsledků dosahujeme v odpovědi „nevím“ a to 48 % a 45 % ve věkové kategorii 46–51 let a 40–45 let, 25 % ve věkové kategorii 52–57 let a 24 % u respondentek ve věku 58 let a více.

Otázka č. 19 zjišťovala, zda respondentky vědí, že obezita zvyšuje riziko vzniku karcinomu prsu.

Tabulka 23. Obezita zvyšuje riziko vzniku rakoviny prsu

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ano	2	4,55	3	12,00	16	80,00	11	52,38	32	29,09
ne	10	22,73	3	12,00	0	0,00	0	0,00	13	11,82
nevím	32	72,73	19	76,00	4	20,00	10	47,62	65	59,09
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Správnou odpověď, tedy „ano“ zvolilo 80 % respondentek ve věkové kategorii 52–57 let, 52 % ve věkové kategorii 58 let a více a pouze 12 % ve věkové kategorii 46–51 let a 5 % ve věkové kategorii 40–45 let. Množství tělesného tuku a věk v době výskytu nadváhy ovlivňují metabolismus estrogenů a tím mohou i zvýšit riziko vzniku karcinomu prsu (Abrahámová a kol., 2009). Touto hypotézou se zabýval i tým vědců z Oxfordské Univerzity, který prostudoval na 6 000 zdravotních záznamů žen po menopauze. A zjistili, že ženy, které trpěly nadváhou nebo obezitou, měly i zvýšenou hladinu hormonů a tím se zvyšuje i pravděpodobnost vzniku tohoto onemocnění (www.toplekar.cz, 2013). Odpověď „ne“ volilo 23 % respondentek ve věkové kategorii 40–45 let a 12 % respondentek ve věkové kategorii 46–51 let. Odpověď „nevím“ pak 76 % žen ve věkové kategorii 46–51 let, 73 % ve věkové kategorii 40–45 let, 45 % ve věku 58 let a více a pouze 20 % respondentek ve věkové kategorii 52–57 let. V dotazníkovém šetření Janě Procházkové (2011) správně odpovědělo pouze 15 % respondentek a Valérii Procházkové (2012) 40 %.

Otázka č. 20 se zabývala znalostí respondentek, co se týče „vztahu“ pravidelné fyzické aktivity a rizikem vzniku karcinomu prsu.

Tabulka 24. Fyzická aktivita snižuje riziko vzniku rakoviny prsu

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ano	19	43,18	3	12,00	16	80,00	7	33,33	45	40,91
ne	5	11,36	3	12,00	1	5,00	3	14,29	12	10,91
nevím	20	45,45	19	76,00	3	15,00	11	52,38	53	48,18
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Správnou odpověď „ano“ uvedlo 80 % žen ve věkové kategorii 52–57 let, dále 43 % ve věkové kategorii 40–45 let, 33 % ve věkové kategorii 58 let a více a pouze 12 % ve věkové kategorii 46–51 let. Ono ani není tak důležité, kolik respondentek znalo správnou odpověď, jako to, že nadpoloviční většina respondentek ve všech věkových kategoriích se věnuje fyzické aktivitě minimálně 4 hodiny týdně, viz. otázka č. 3. Nesprávně odpovědělo 14 % respondentek ve věku 58 let a více, 12 % ve věkové kategorii 46–51 let, 11 % ve věkové kategorii 40–45 let a 5 % ve věkové kategorii 52–57 let. Odpověď „nevím“ zvolilo 76 % žen ve věkové kategorii 46–51 let, 52 % ve věku 58 let a více, 45 % ve věkové kategorii 40–45 let a 15 % ve věkové kategorii 52–57 let. V listopadu 2007 byla publikována Americkým ústavem pro výzkum rakoviny a Světovým fondem pro výzkum rakoviny rozsáhlá zpráva, která jednoznačně potvrdila ochrannou funkci všech druhů fyzické aktivity (chůze, sport, úklid...) (www.eufic.org, 2013).

Otázka č. 21 zjišťovala, jestli respondentky vědí, že s věkem narůstá riziko vzniku karcinomu prsu.

Tabulka 25. Riziko vzniku rakoviny prsu s věkem narůstá

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ano	26	59,09	17	68,00	16	80,00	16	76,19	75	68,18
ne	2	4,55	3	12,00	0	0,00	0	0,00	5	4,55
nevím	16	36,36	5	20,00	4	20,00	5	23,81	30	27,27
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Ve věkové kategorii 52–57 let znalo správnou odpověď, tedy „ano“ 80 % respondentek. Ve věkové kategorii 58 let a více 76 %, 68 % ve věkové kategorii 46–51 let a 59 % ve věkové kategorii 40–45 let. Odpověď „ne“ zvolilo pouze 12 % respondentek ve věkové kategorii 46–51 let a 5 % respondentek ve věkové kategorii 40–45 let. Na tuto otázku odpovědělo „nevím“ 36 % žen ve věkové kategorii 40–45 let, 24 % ve věku 58 let a více a shodně po 20 % věkové kategorie 46–51 let a 52–57 let. Věk je hlavním rizikovým faktorem vzniku onemocnění. Zatímco ve věku nad 25 let se tyto nádory vyskytují ojediněle, jejich incidence začíná výrazně stoupat v období kolem 30. roku a nádory objevující se ve věku nad 45 let představují valnou většinu (www.vitalion.cz, 2013). Jak již bylo v teoretické části zmíněno, tak karcinom prsu postihuje stále mladší ženy a odborníci dodávají, že v příštích patnácti letech (pokud se situace nezmění) může být rakovina prsu či děložního čípku nebezpečnější pro matky než komplikace při porodu (www.tyden.cz, 2013).

Otázka č. 22 byla zaměřena na to, jestli respondentky vědí, že dřívější nástup menstruace (před 12. rokem věku) zvyšuje riziko vzniku karcinomu prsu.

Tabulka 26. Menstruace před 12. rokem věku zvyšuje riziko vzniku rakoviny prsu

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ano	2	4,55	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,82
ne	10	22,73	4	16,00	6	30,00	0	0,00	20	18,18
nevím	32	72,73	21	84,00	14	70,00	21	100,00	88	80,00
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Na tuto otázku znalo pouze 5 % respondentek správnou odpověď, tedy „ano“. Proč tomu tak je, je už nyní jasné. Jak uvádějí odborníci, čím více menstruací v průběhu života ženy, tím déle jsou ženy vystaveny působení estrogenu a tím pádem jsou více ohroženy rizikem vzniku karcinomu prsu (www.toplekar.cz, 2013). V dotazníkovém šetření Valérie Procházkové se také objevila tato otázka a správnou odpověď znalo pouze 9 % respondentek. Odpověď „ne“ zvolilo 30 % respondentek ve věkové kategorii 52–57 let, 23 % ve věkové kategorii 40–45 let a 16 % žen ve věkové kategorii 46–51 let. U této otázky jsme odpověď „nevím“ očekávaly v takto vysokém zastoupení, jelikož tato informace není příliš známá. Lékaři i internet spíše informují o sekundární prevenci než o rizikových faktorech. Ale i kdyby, tak tohle je „věc“, kterou žena neovlivní. Takže 100 % respondentek ve věku 58 let a více zvolilo tuto odpověď. Dále 84 % ve věkové kategorii 46–51 let, 73 % ve věkové kategorii 40–45 let a 70 % ve věkové kategorii 52–57 let.

Otázka č. 23 zjišťovala, zda respondentky vědí, že bezdětné ženy jsou nejvíce ohroženy vznikem karcinomu prsu.

Tabulka 27. Bezdětné ženy jsou nejvíce ohroženy rakovinou prsu

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ano	13	29,55	0	0,00	3	15,00	9	42,86	25	22,73
ne	14	31,82	9	36,00	5	25,00	2	9,52	30	27,27
nevím	17	38,64	16	64,00	12	60,00	10	47,62	55	50,00
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Skutečně, největšímu riziku jsou vystaveny ženy bezdětné a ty, které své první dítě porodily po 35. roce věku. Rození dětí totiž poskytuje ochranu, protože snižuje počet menstruačních cyklů, a tím i hladinu estrogenů (Franklin, Goodman, 1999). Z toho vyplývá, že bezdětné ženy jsou po nejdélejší dobu vystaveny působení estrogenu. Správnou odpověď „ano“ znalo 43 % respondentek ve věkové kategorii 58 let a více, dále 30 % ve

věkové kategorii 40–45 let a ve věkové kategorii 52–57 let znalo správnou odpověď 15 % respondentek. Odpověď „ne“ zvolilo 36 % respondentek ve věkové kategorii 46–51 let, 32 % ve věkové kategorii 40–45 let, 25 % ve věkové kategorii 52–57 let a ve věkové kategorii 58 let a více zvolilo tuto odpověď 10 % žen. Odpověď „nevím“ se vyskytla nejvíce u věkové kategorie 46–51 let 64 % a u věkové kategorie 52–57 let 60 %. Ve věkové kategorii 58 let a více tuto odpověď volilo 48 % a 39 % ve věkové kategorii 40–45 let.

Otázka č. 24 zjišťovala, zda respondentky vědí, že ženy s vyšším počtem porodů a kojící ženy mají nižší riziko vzniku karcinomu prsu.

Tabulka 28. Kojící ženy a ženy s více porody jsou méně ohroženy rakovinou prsu

	40–45 let		46–51 let		52–57 let		58 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ano	20	45,45	1	4,00	14	70,00	14	66,67	49	44,55
ne	4	9,09	6	24,00	1	5,00	2	9,52	13	11,82
nevím	20	45,45	18	72,00	5	25,00	5	23,81	48	43,64
celkem	44	100,00	25	100,00	20	100,00	21	100,00	110	100,00

Správná odpověď zní „ano“, protože u žen s vyšším počtem porodů a kojících žen se pozoruje snížení rizika v důsledku kratšího životního období pod vlivem estrogenů (Abrahámová a kol., 2009). Komentář na toto téma zazněl již u otázky č. 1 a 2. V našem sledovaném souboru znalo správnou odpověď 70 % respondentek ve věkové kategorii 52–57 let, 67 % ve věkové kategorii 58 let a více, 45 % ve věkové kategorii 40–45 let a pouze 4 % respondentek ve věkové kategorii 46–51 let. Odpověď „ne“ zvolilo 24 % respondentek ve věkové kategorii 46–51 let, 10 % ve věkové kategorii 58 let a více, 9 % ve věkové kategorii 40–45 let a 5 % ve věkové kategorii 52–57 let. Odpověď „nevím“ zvolilo 72 % respondentek ve věkové kategorii 46–51 let, 45 % ve věkové kategorii 40–45 let. Téměř shodné výsledky se objevily ve věkových kategoriích 52–57 let a 58 let a více, a to 25 % a 24 %.

Nyní se zaměříme na vyhodnocení stanovených cílů a předpokladů. Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké znalosti mají ženy o prevenci karcinomu prsu a to bez ohledu na věk či vzdělání. Vyhodnocovaly jsme pouze správné odpovědi na otázky z vědomostní části, čili otázky č. 13–24. Očekávaly jsme celkové zastoupení správných odpovědí alespoň 50 %, ale to činilo pouze 42 %, takže se dá říci, že znalosti žen sledovaného souboru jsou lehce podprůměrné. Dále se zaměříme na dílčí cíle práce, kterých jsme si stanovily celkem devět (budeme rozebírat dílčí cíle jedna až osm, jelikož devátý dílčí cíl zahrnoval vytvoření informačního letáku). Jako první z dílčích cílů jsme si

stanovily zjistit, zda ženy docházejí na pravidelné preventivní prohlídky ke svému gynekologovi či praktickému lékaři. Na pravidelné preventivní prohlídky dochází ke svému lékaři ať už ke gynekologovi či praktickému lékaři 90 % respondentek, čili i náš výzkumný předpoklad se ověřil. Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jestli gynekolog nebo praktický lékař vyšetřuje ženám prsy při preventivních prohlídkách. Ani ne polovině žen 49 % lékaři prsy nevyšetřují. Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zda byly ženy poučeny svým gynekologem či praktickým lékařem o technice samovyšetření prsů. Zde jsou výsledky o něco lepší. 64 % respondentek uvedlo, že byly svými lékaři poučeny o technice samovyšetření prsů. Proto jsme si jako čtvrtý dílčí cíl stanovily zjistit, kolik žen toto vyšetření provádí. Zde uvádím pouze ženy, které samovyšetření prsů provádějí pravidelně každý měsíc a to je 21 %. Předpokládaly jsme, že samovyšetření prsů bude provádět alespoň 30 % respondentek. Pátý dílčí cíl byl zaměřen na to, jestli ženy docházejí na preventivní mamografické vyšetření. Zde musíme brát v potaz, že první věková kategorie začínala u žen ve věku 40–45 let, takže zastoupení je 60 %. Předpokládaly jsem, že možnosti preventivní mamografie využije až 90 % respondentek. Šestý dílčí cíl byl zaměřen na zjištění vztahu mezi vzděláním a znalostmi. Tedy, jestli ženy s vyšším vzděláním mají více znalostí v oblasti prevence karcinomu prsu. Výsledky nejsou až tak jednoznačné a to vzhledem k nízkému zastoupení žen s vysokoškolským vzděláním. Proto jsme respondentky rozdělily dvou skupin. První skupinu tvořily ženy se základním vzděláním a středoškolským vzděláním bez maturity. Celkem 70 žen, 299 správných odpovědí, procentuální zastoupení 36 %. Druhou skupinu tvořily ženy se středoškolským vzděláním s maturitou, s vyšším odborným vzděláním a vysokoškolským vzděláním. Celkem 40 žen, 213 správných odpovědí, procentuální zastoupení 44 %. V první skupině připadají na jednu respondentku 4 správné odpovědi a ve druhé skupině pět správných odpovědí. Dílčí cíle sedm a osm byly zaměřeny na zjištění protektivních a rizikových faktorů u žen sledovaného souboru. Tyto jsme vyhodnocovaly na základě otázek č. 1–4 a také k přihlídnutí k věku respondentek. Co se týče věku, tak riziko vzniku karcinomu prsu právě s věkem stoupá. Abrahámová a kol. (2009) uvádí, že u žen nad 50 let je zaznamenáno zvýšené riziko vzniku tohoto závažného onemocnění avšak Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol. (2012) uvádí, že v posledních letech se zvýšilo riziko onemocnění karcinomem prsu u žen ve věkové kategorii 40–44 let. Takže věk je rizikovým faktorem u všech žen. Zaměříme se na otázku č. 1, tedy na věk při prvním porodu a na počet porodů. První porod do 20 let věku je považován za protektivní faktor. Do 20 let věku porodilo své první dítě 42 % respondentek a 88 % respondentek uvedlo dva a více

porodů, čili také protektivní faktor. Otázkou č. 2 jsme se ptaly na to, zda ženy kojily své děti. 93 % respondentek odpovědělo „ano“. My se zaměříme na ty, které své děti kojily 12 měsíců. Protože riziko vzniku karcinomu prsu klesá s každým rokem kojení. Po tuto dobu kojilo své dítě/děti 20 % žen. Otázka č. 3 zjišťovala kolik času týdně ženy věnují nějaké fyzické aktivitě. 65 % žen odpovědělo, že se týdně věnují jakékoliv fyzické aktivitě 4 a více hodin. Právě jako protektivní faktor jsou uváděny minimálně 4 hodiny. Otázka č. 4 byla zaměřena na výskyt karcinomu prsu v rodině respondentek. Toto je velmi rizikový faktor. Kladně odpovědělo 11 % žen. Z hlediska čísel to není mnoho, ale když si představíme konkrétního, nám blízkého člověka, tak už je to o něčem jiném.

Závěr

Diplomová práce se zabývala jednak znalostmi žen v rámci prevence karcinomu prsu, dále zjišťovala přístup žen a dá se říci, že i lékařů k sekundární prevenci, která zahrnuje samovyšetření prsů, vyšetření prsů lékařem a pravidelné docházení na preventivní mamografické vyšetření. A také jsme se snažily zmapovat alespoň některé protektivní a rizikové faktory u žen sledovaného souboru.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 110 respondentek, starších 40 let. Ty byly rozděleny do čtyř kategorií na základě věku. Nejvíce respondentek bylo ve věkové kategorii 40–45 let a to 44 (40 %). Dále následovala věková kategorie 46–51 let zastoupená 25 respondentkami (23 %). Za ní z hlediska zastoupení následovala věková kategorie 58 let a více a to 21 respondentek (19 %). Nejméně respondentek bylo ve věkové kategorii 52–57 let a to 20 (18 %).

Samotnému výzkumu předcházela předvýzkum, který se uskutečnil v měsíci srpnu 2012 a zahrnoval 12 respondentek. Těm byl dotazník předán prostřednictvím třetí osoby. Samotný výzkum pak probíhal v měsících září–listopad 2012. Celkem bylo rozdáno 140 dotazníků a to do ordinací praktických lékařů a gynekologů ve městech Veselí nad Moravou, Strážnice, Bzenec a Hodonín. Dotazníky byly předány zdravotním sestram, kterým jsem sdělila účel a pokyny pro vyplnění. Ke konečnému zpracování se vrátilo 110 dotazníků. Návratnost tedy 76 %.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké znalosti mají ženy o prevenci karcinomu prsu. Byly proto vyhodnoceny správné odpovědi na otázky č. 13–24 (otázky vědomostní části). Znalosti žen se ukázaly jako lehce podprůměrné, jelikož celkové zastoupení správných odpovědí činilo 42 %.

Dále jsme si stanovily devět dílčích cílů. První dílčí cíl byl zaměřen na docházení na pravidelné preventivní prohlídky. Výsledek velmi mile překvapil, protože 90 % respondentek uvedlo, že dochází pravidelně na preventivní prohlídky ke svému gynekologovi či praktickému lékaři. Druhým dílčím cílem jsme zjišťovaly, jestli tedy lékaři ženám vyšetřují prsy při těchto preventivních prohlídkách. Pouze 49 % žen uvedlo, že jim lékař prsy vyšetřuje. Třetí dílčí cíl zjišťoval, zda byly ženy poučeny svým lékařem o technice samovyšetření prsů. 64 % žen uvedlo, že byly poučeny o technice samovyšetření prsů. Na základě toho nás zajímalo kolik žen toto vyšetření provádí, čtvrtý dílčí cíl. Samovyšetření prsů pravidelně, tzn. jednou za měsíc, provádí pouze 21 % žen. Pátý dílčí cíl zjišťoval docházení žen na preventivní mamografické vyšetření. Na toto velmi důležité a troufám si tvrdit, že i zásadní vyšetření z hlediska sekundární prevence

dochází 60 % respondentek. Šestý dílčí cíl zjišťoval, zda ženy s vyšším vzděláním mají také více znalostí v oblasti prevence karcinomu prsu. Jelikož bylo velmi nízké zastoupení respondentek s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním, nemůžeme tuto teorii potvrdit. Na základě tohoto nízkého zastoupení jsme musely ženy rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvořily ženy se základním a středoškolským vzděláním bez maturity a druhou skupinu pak ženy se středoškolským vzděláním s maturitou a ženy s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním. První skupina čítala 70 respondentek, 299 správných odpovědí, což je 36 %. Ve druhé skupině bylo 40 respondentek, 213 správných odpovědí, což je 44 %. V konečném výsledku připadají na jednu ženu z první skupiny 4 správné odpovědi a ve druhé skupině 5 správných odpovědí. Dílčí cíle sedm a osm byly zaměřeny na zjištění protektivních a rizikových faktorů u žen sledovaného souboru. Vycházely jsme z otázek č. 1–4, a také k přihlédnutí k věku respondentek. Věk je hlavním rizikovým faktorem, tedy čím vyšší věk, tím vyšší riziko vzniku karcinomu prsu. O tomto podrobněji pojednává podkapitola 3.2. Otázka č. 1 zjišťovala věk při prvním porodu a počet porodů. Jako protektivní faktor je uváděn první porod do 20 let věku a více porodů, tedy minimálně dva. Do 20 let věku porodilo své první dítě 42 % respondentek a 88 % porodilo minimálně dvě děti. Otázkou č. 2 jsme se ptaly, zda ženy kojily své děti, jelikož kojení je významný protektivní faktor. Svě děti kojilo 93 % respondentek z toho 20 % kojilo své dítě po dobu jednoho roku. Otázka č. 3 se zabývala týdenní fyzickou aktivitou respondentek. Za protektivní faktor jsou považovány minimálně 4 hodiny. 65 % žen uvedlo, že se minimálně 4 hodiny týdně věnují nějaké fyzické aktivitě. Otázka č. 4 zjišťovala výskyt karcinomu prsu v rodině respondentek. Na tuto otázku odpovědělo kladně 11 % žen.

Na základě těchto výsledků bych chtěla apelovat na všechny ženy, aby se chovaly zodpovědně vůči svému zdraví, tzn. docházely na preventivní prohlídky ke svým lékařům a nestyděly se je požádat o vyšetření prsů, také na preventivní mamografické vyšetření a pravidelně prováděly samovyšetření prsů. Také bych tímto chtěla požádat lékaře, aby ženám prsy vyšetřovaly, řádně je poučili o technice samovyšetření a důležitosti docházet na preventivní mamografické vyšetření. Dále na základě výsledků se domnívám, že by bylo vhodné adresné zvaní, jak na běžné preventivní prohlídky, tak na preventivní mamografické vyšetření a srozumitelnou formou ženy informovat o protektivních faktorech. Proto jsem si jako devátý dílčí cíl stanovila vytvořit informativní letáček, ve kterém se ženy dočtou o rizikových a protektivních faktorech a naleznou zde odkaz na literaturu a internetové zdroje.

Souhrn/summary

Diplomová práce se zabývá mírou znalostí prevence karcinomu prsu u žen na Hodonínsku. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřena především na sekundární prevenci, mamografický screening a na informovanosti žen o rizikových faktorech. Praktická část zahrnuje dotazníkové šetření, které mapuje úroveň znalostí, a také přístup žen k prevenci karcinomu prsu. Výstupem práce je informační leták.

Klíčová slova:

karcinom prsu, znalosti, prevence, samovyšetření prsu, mamografický screening

Summary

This thesis is concerned with the level of knowledge the prevention of the Female breast cancer in Hodonín district. Thesis is divided into theoretical and practical. The theoretical part is mainly focused on secondary prevention, screening mammography and to inform women about the risk factors. The practical part includes a survey, which charts the level of knowledge, and access of women to prevent breast cancer. The final result of the thesis is an information leaflet.

Key words:

breast cancer, knowledge, prevention, breast self-examination, mammography screening

Referenční seznam

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

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

ABRAHÁMOVÁ, J. a kol. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada. 143 s. ISBN 978-80-247-3063-9.

Alkohol způsobuje rakovinu prsu [online]. 2012 [cit. 2013-01-28]. Dostupné z: <http://21stoleti.cz/blog/2012/04/24/proc-alkohol-zpusobuje-rakovinu-prsou/>

BOROVANSKÝ, L. 1976. *Soustavná anatomie člověka I*. 5. vyd. Praha: Avicenum. 583 s. Bez ISBN.

CIBULA, D., L. PETRUŽELKA a kol. 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada. 614 s. ISBN 978-80-247-2665-6.

COLLINS, LC. et al. Pathologic features and molecular phenotype by patient age in a large cohort of young women with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment* [online]. 2012, vol. 3 [cit. 2012-10-15]. ISSN 0167-6806. Dostupné z: <http://www.breastcancer.org/>

DANEŠ, J., H. BARTOŇKOVÁ a M. SKOVAJSOVÁ. Oficiální výsledky Národního programu mamografického screeningu v roce 2007. *Datový audit mamografického screeningu v praxi* [online]. 28.11.2008 [cit. 2012-10-02]. Dostupné z: <http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-lekare--publikacni-vystupy--datovy-audit-mamografickeho-screeningu-v-praxi>

DANEŠ, J., H. BARTOŇKOVÁ a M. SKOVAJSOVÁ. Oficiální výsledky Národního programu mamografického screeningu v roce 2008. *Datový audit mamografického screeningu v praxi* [online]. 26.11.2010 [cit. 2012-10-02]. Dostupné z: <http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-lekare--publikacni-vystupy--datovy-audit-mamografickeho-screeningu-v-praxi>

Diagnostické metody a jaký je mezi nimi rozdíl [online]. 2010 [cit. 2012-10-05]. Dostupné z: <http://www.mamahelp.cz/>

DIENSTBIER, Z. a E. SKALA. 2001. *Předcházíme rakovině: Co jíst? Jak žít? Jak odhalit včas první příznaky?* Praha: Computer Press. 105 s. ISBN 80-7226-375-7.

Evropský kodex proti rakovině. 2004. Praha: Liga proti rakovině. 24 s. ISBN 80-239-3835-5.

FRANKLIN, C. a G. GOODMAN. 1999. *Jak předcházet rakovině prsu*. Praha: Pragma. 175 s. ISBN 80-7205-639-5.

GAVORA, P. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

HLADÍKOVÁ, Z. a kol. 2009. *Diagnostika a léčba onemocnění prsu*. Olomouc: UP. 105 s. ISBN 978-80-244-2268-8.

Karcinom prsu [online]. 2011 [cit. 2012-12-05]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/karcinom-prsu-163561>

Karcinom prsu [online]. 2011 [cit. 2013-02-05]. Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/?q=medicina>

Klinické vyšetření a samovyšetření [online]. 2011 [cit. 2012-10-05]. Dostupné z: <http://www.mamocentrum.eu/>

KONOPÁSEK, B. a E. JAVŮRKOVÁ. 1998. *Karcinom prsu: názor lékaře a zkušenost pacientky*. Praha: Makropulos. 75 s. ISBN 80-86003-19-1.

Mamografický screening [online]. 2012 [cit. 2012-12-15]. Dostupné z: <http://www.mammacentrum.cz/mamograficky-screening>

Mamografický screening [online]. 2012 [cit. 2012-12-15]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1095889602-barvy-zivota>

Mapa a seznam screeningových center [online]. 2012 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <http://www.mamo.cz/index.php?pg=mamograficky-screening--centra--mapa>

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

MAZÁNEK, J. 2011. *Prevence karcinomu prsu u žen v okrese Zlín: diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. 118 s., 7 l. příl. Vedoucí diplomové práce Eliška Sovová.

Obézní ženy riskují rakovinu prsu [online]. 2012 [cit. 2013-01-28]. Dostupné z: <http://www.toplekar.cz/archiv-clanku/obezni-zeny-riskuji-rakovinu-prsu.html>

- Onemocnění prsu* [online]. 2010 [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: <http://www.feminaplus.cz/onemocneni-prsu>
- PALISA, V. 1996. *Velká neznámá aneb Jde o život: nový pohled na rakovinu, příčiny, prevence, imunita*. Praha: Eminent. 283 s. ISBN 80-85876-18-3.
- PAŘÍZEK, V. 2009. *Kniha o těhotenství a dítěti. Český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím – až do dvou let dítěte*. 4. vyd. Praha: Galén. 776 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
- PAVLIŠTA, D. a kol. 2008. *Neinvazivní karcinomy prsu*. Praha: Maxdorf. 181 s. ISBN 978-80-7345-173-8.
- PĚČONKOVÁ, V. 2012. *Prevence karcinomu prsu u žen: diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. 79 s., 2 l. příl. Vedoucí diplomové práce Jitka Tomanová.
- PETRUŽELKA, L. a B. KONOPÁSEK. 2003. *Klinická onkologie*. Praha: Karolinum. 274 s. ISBN 80-246-0395-0.
- PETUŽELKA, L. 2008. Od onkologického nihilismu k aktivní léčbě pokročilých nádorových onemocnění. In: *XIII. dny profesora Vladimíra Staška: sborník témat a přednášek*. Praha: We Make Media. s. 4–5. Bez ISBN.
- Potraviny dneška* [online]. 2008 [cit. 2013-01-28]. Dostupné z: <http://www.eufic.org/article/cs/artid/Potraviny-fyzicka-aktivita-rakovina-prehled-studii/>
- Prevence nádorových onemocnění* [online]. 2012 [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: <http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-verejnost--prevence-nadorovych-onemocneni>
- PROCHÁZKOVÁ, J. 2011. *Prevence rakoviny prsu: bakalářská práce*. Brno Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. 51 s., 4 l. příl. Vedoucí bakalářské práce Blanka Trojanová.
- PROCHÁZKOVÁ, V. 2012. *Informovanost žen o nádorovém onemocnění prsu: bakalářská práce*. Brno: Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. 76 s., 8 l. příl. Vedoucí bakalářské práce Marie Marková.
- Rakovina prsu* [online]. 2012 [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/rakovina-prsu/>
- Rakovina prsu: základní pojmy* [online]. 2009 [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: <http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-verejnost--rakovina-prsu--zakladni-pojmy>

Samovyšetření prsou [online]. 2012 [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: <http://www.rakovinaprsu.cz/prsa-a-rakovina/prevence/samovysetreni-prsou/>

Samovyšetření prsu je k ničemu a jen způsobuje stres, tvrdí někteří odborníci [online]. 2008 [cit. 2013-01-27]. Dostupné z: http://ona.idnes.cz/samovysetreni-prsu-je-k-nicemu-a-je-zpusobuje-stres-tvrdi-nekteri-odbornici-18u/zdravi.aspx?c=A080721_085552_diagnoz

Screeningová centra v celé ČR čekají na nové klientky. Trendem je adresné zvaní [online]. 2012 [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/vase-zpravy/praha/2678-14418-screeningova-centra-v-cele-cr-cekaji-na-nove-klientky-trendem-je-adresnzvani.html>

SINĚLNÍKOV, R. D. 1970. *Atlas anatomie člověka II*. 2. vyd. Praha: Avicenum. 468 s. Bez ISBN.

SKÁLA, B., K. ODRÁŽKA a L. KOMÁREK. 2005. *Obecné preventivní a vyhledávací postupy u nádorových onemocnění v primární péči: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 18 s. ISBN 80-86998-02-9.

Úspěchem léčby karcinomu prsu nejsou převratné léky, ale včasné odhalení [online]. 2012 [cit. 2012-12-13]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/286723-uspechem-lecby-karcinomu-prsu-nejsou-prevratne-leky-ale-vcasne-odhaleni.html>

VERBEEK, L. A., H. STRAATMAN, J. H. C. L. HENDRINKS et al. 1988. *Screening for Breast Cancer*. Toronto. 203 s. Bez ISBN.

VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ, H. VORLÍČKOVÁ a kol. 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vyd. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách [online]. 2012 [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6131>

Vyšetření mamografem může vyvolat rakovinu, varují lékaři [online]. 2009 [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: http://ona.idnes.cz/vysetreni-mamografem-muze-vyvolat-rakovinu-varuji-lekari-pa3-/zdravi.aspx?c=A090812_212654_domaci_vel

Vývoj a anatomie ženského prsu [online]. 2012 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <http://www.esthe-plastika.cz/knihy/prsa-ocima-plastickeho-chirurga/vyvoj-a-anatomie-prs>

Základní informace a zásady pro objednání k mamografickému screeningu [online]. 2012 [cit. 2012-12-15]. Dostupné z: <http://www.nemspk.cz/oddeleni/rdg/mamograficky-screening.html>

ZRZAVÝ, J. 1985. *Latinsko-české anatomické názvosloví*. Olomouc: UP. 380 s. Bez ISBN.

ŽALOUDÍK, J. 2008. *Vyhněte se rakovině: aneb prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada Publishing. 189 s. ISBN 978-80-247-3063-9.

Žen s rakovinou prsu přibývá, jejich věk je stále nižší [online]. 2013 [cit. 2013-01-28]. Dostupné z: http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/zen-s-rakovinou-prsu-pribyva-jejich-vek-je-stale-nizsi_212253.html

Seznam tabulek

- Tabulka 1 Věková kategorie
- Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání
- Tabulka 3 Věk při prvním porodu
- Tabulka 4 Počet porodů
- Tabulka 5 Kojení dětí
- Tabulka 6 Délka doby kojení
- Tabulka 7 Týdenní fyzická aktivita
- Tabulka 8 Výskyt rakoviny prsu v rodině
- Tabulka 9 Pojem „prevence rakoviny prsu“
- Tabulka 10 Informace o prevenci rakoviny prsu
- Tabulka 11 Pravidelné preventivní prohlídky
- Tabulka 12 Vyšetření prsů při preventivních prohlídkách
- Tabulka 13 Poučení o technice samovyšetření prsů
- Tabulka 14 Popis techniky samovyšetření prsů
- Tabulka 15 Provádění samovyšetření prsů
- Tabulka 16 Docházení na pravidelné mamografické vyšetření
- Tabulka 17 Nárok na preventivní mamografické vyšetření
- Tabulka 18 Nejvhodnější den pro samovyšetření prsů
- Tabulka 19 Samovyšetření prsu se provádí
- Tabulka 20 Při samovyšetření se prsy rozdělují na pomyslné kvadranty
- Tabulka 21 Alkohol zvyšuje riziko vzniku rakoviny prsu
- Tabulka 22 Kouření má přímý vliv na vznik rakoviny prsu
- Tabulka 23 Obezita zvyšuje riziko vzniku rakoviny prsu
- Tabulka 24 Fyzická aktivita snižuje riziko vzniku rakoviny prsu
- Tabulka 25 Riziko vzniku rakoviny prsu s věkem narůstá
- Tabulka 26 Menstruace před 12. rokem věku zvyšuje riziko vzniku rakoviny prsu
- Tabulka 27 Bezdětné ženy jsou nejvíce ohroženy rakovinou prsu
- Tabulka 28 Kojící ženy a ženy s více porody jsou méně ohroženy rakovinou prsu

Seznam grafů

Graf 1 Vývoj zastoupení klinických stádií zhoubného nádoru prsu u žen (%)

Graf 2 Vývoj zastoupení klinických stádií zhoubného nádoru prsu u žen v JMK (%)

Graf 3 Vývoj incidence a mortality v čase

Graf 4 Vývoj pokrytí mamografickým screeningem

Graf 5 Věková kategorie

Graf 6 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

Seznam obrázků

Obrázek 1 Anatomie prsu

Obrázek 2 Samovyšetření prsů pohledem

Obrázek 3 Samovyšetření prsů při vzpažení, založení paží za hlavou a založení rukou v bok

Obrázek 4 Samovyšetření prsů v jednotlivých kvadrantech

Obrázek 5 Samovyšetření prsů vleže

Obrázek 6 Mamografické vyšetření

Obrázek 7 Ultrasonografické vyšetření

Obrázek 8 Incidence zhoubného nádoru prsu v krajích (1977–2009)

Obrázek 9 Mortalita zhoubného nádoru prsu v krajích (1977–2009)

Seznam příloh

Příloha č. 1 Obrázek mléčné lišty

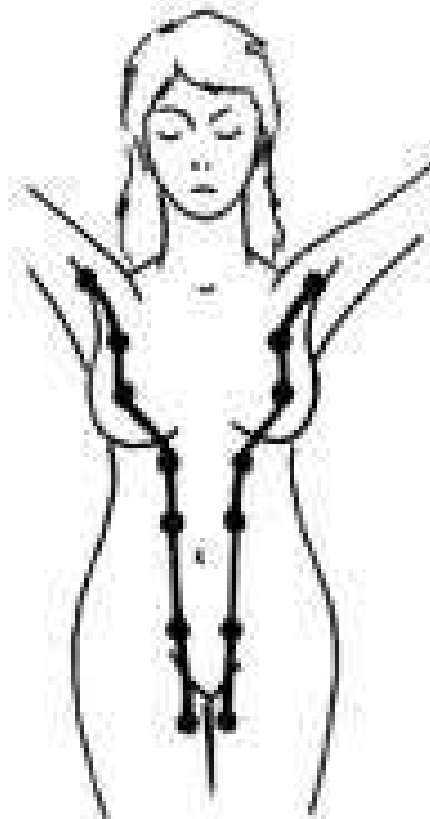
Příloha č. 2 Schéma duktálního karcinomu prsu

Příloha č. 3 Mapa a seznam screeningových center v rámci JMK

Příloha č. 4 Dotazník – Znalosti prevence karcinomu prsu u žen na Hodonínsku

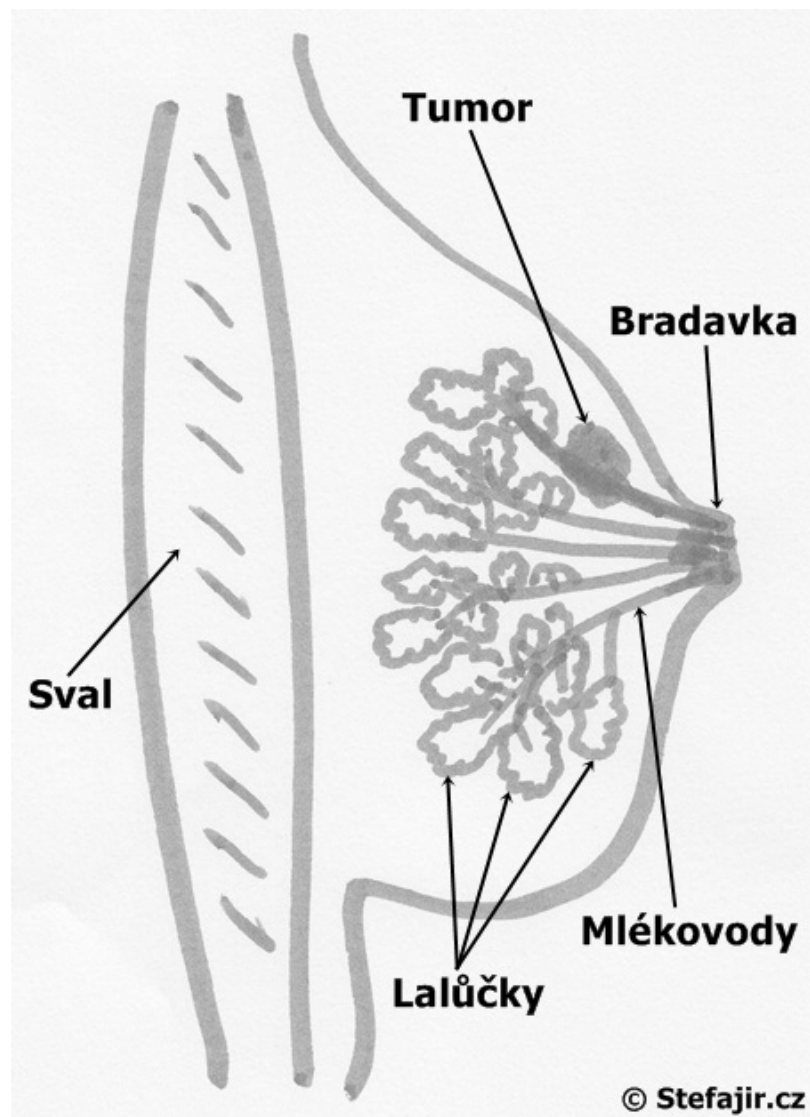
Příloha č. 1

Mléčná lišta



Zdroj: www.esthe-plastika.cz, 2013

Schéma duktálního karcinomu prsu



Zdroj: www.stefajir.cz, 2013


Mapa screeningových center



Zdroj: www.mamo.cz, 2013

Seznam screeningových center v rámci JMK


**Nemocnice Blansko, p.o. -
radiodiagnostické oddělení**

 MUDr. Dana Kolmačková
Objednávky na tel.: 800 149 485

Sadová 33
678 31 **Blansko** 800 149 485
516 488 111
www.danakolmackova@nemobk.cz


Ord. doba: po,st,čt,pá: 7-15 hod.,
út: 7-17 hod

**Fakultní nemocnice Brno -
pracoviště Porodnice**

 MUDr. Karel Dvořák
e-objednání, objednání e-
mailem: mammo@fnbrno.cz
Objednávky na tel.: 532 238 433
Ordinační doba: 7:00 - 19:00


Obilní trh 11
602 00 **Brno** 532 238 433
777 042 471
www.mammo@fnbrno.cz

G - Medica screening, s.r.o.

 MUDr. Rudolf Stupka
Objednávky na tel.: 542 210 016
Ord. doba: po - čt 7:30 - 18:00,
pá 7:30 - 15:00

Rooseveltova 6
602 00 **Brno** 542 210 016
721 660 706
www.stupka.r@tiscali.cz

FEMMA, s.r.o.

 MUDr. Hana Říčková
e-objednání
Objednávky na tel.: 533 306 275

Viniční 235
615 00 **Brno** 533 306 275
725 811 525
www.femma@femma.cz

Masarykův onkologický ústav

 **MUDr. Helena Bartoňková**

e-objednání

**Objednávky na tel.: 844 844 885,
543 136 010**

Ord. doba: 7:00 - 15:30

Žlutý kopec 7
656 53 **Brno**

844 844 885
543 136 010
www.rdg@mou.cz

**Poliklinika Břeclav, s.r.o. - RTG
oddělení**

 **MUDr. Monika Petrjanošová**

e-objednání

Objednávky na tel.: 519 303 259

**Ord. doba: po-st, pá: 7:00 -
15:00, čt: 7:00 - 16:30**

Bří Mrštíků 38
690 74 **Břeclav**

519 303 259
www.rtg@poliklinika.cz

**Nemocnice Kyjov, p.o. -
radiodiagnostické oddělení**

 **MUDr. Andrea Strýčková**

Objednávky na tel.: 518 601 584

Ord. doba: 7:00 - 15:00

Strážovská 976
697 01 **Kyjov**

518 601 584
www.stryckova@nemkyj.cz

**Nemocnice Znojmo, p.o. - odd.
radiologické a zobrazovacích
metod**

 **MUDr. František Podzimek**

Objednávky na tel.: 515 215 149

MUDr. Jana
Janského 11
669 02 **Znojmo**

515 215 149
www.frantisek.podzimek@nemzn.cz

Zdroj: www.mamo.cz, 2013

Dotazník – Znalosti prevence karcinomu prsu u žen na Hodonínsku

Dotazník

Vážené respondentky,

jmenuji se Lenka Uhlíková a jsem studentkou 5. ročníku Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Tímto Vás prosím o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Data budou zpracována v rámci mé diplomové práce, která se zabývá znalostmi prevence rakoviny prsu u žen.

Pokyny pro vyplnění dotazníku: Pokud není uvedeno jinak zakroužkujte vždy jen jednu odpověď. Vaše vlastní odpovědi vypište prosím na tečkovanou linku.

Děkuji Vám za spolupráci.

1. Váš věk při prvním porodu a počet porodů

2. Kojila jste Vaše dítě/děti?

a) ano, uveďte prosím, jak dlouho

b) ne

3. Kolik času týdně věnujete nějaké fyzické aktivitě (např. velký úklid, cvičení, chůze)

.....hod.....min

4. Vyskytla se ve Vaší rodině rakovina prsu (zhoubný nádor prsu)?

a) ano, uveďte prosím u koho

b) ne

c) nevím

5. Co si představíte pod pojmem – prevence rakoviny prsu.

.....
.....

6. Nejvíce informací o prevenci rakoviny prsu jste získala? (Je možno zvolit více odpovědí)

a) od gynekologa / praktického lékaře

b) od rodinného příslušníka / kamarádky

c) z internetu, rádia, televize, propagačních materiálů apod.

d) ve škole

e) z jiného zdroje, prosím uveďte

7. Docházíte na pravidelné preventivní prohlídky k Vašemu gynekologovi či praktickému lékaři? (Je možno zvolit více odpovědí)

- a) ano, ke gynekologovi
- b) ano, k praktickému lékaři
- c) nedocházím na pravidelné preventivní prohlídky, uveďte prosím důvod
.....

8. Vyšetřuje Vám gynekolog či praktický lékař prsy při preventivních prohlídkách?

- a) ano
- b) ano, ale jen, když o vyšetření požádám
- c) ne

9. Byla jste poučena Vaším gynekologem či praktickým lékařem o technice samovyšetření prsů? (Je možno zvolit více odpovědí)

- a) ano, gynekologem
- b) ano, praktickým lékařem
- c) ne

10. Dokázala byste popsat techniku samovyšetření prsů?

- a) ano
- b) ne
- c) nejsem si jistá

11. Provádíte si samovyšetření prsů?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, nepravidelně
- c) ne

12. Docházíte v pravidelných intervalech na mamograf?

- a) ano
- b) ne, uveďte prosím důvod
.....

13. Na preventivní mamografické vyšetření hrazené pojišťovnou má žena v ČR nárok?

- a) kdykoliv o něj požádá
- b) 1krát za 2 roky po dosažení 45ti let
- c) kdykoliv po dosažení 45ti let

14. Nejvhodnější den pro provádění samovyšetření prsu je?

- a) kterýkoliv den
- b) 2. – 3. den po skončení menstruace
- c) v průběhu menstruace

15. Samovyšetření prsu je vyšetření?

- a) které si žena provádí sama pohledem a pohmatem
- b) které si provádí žena sama pohledem
- c) které si provádí žena sama pohmatem

16. Samovyšetření prsu se provádí pomocí pomyslného rozdělení prsu na kvadranty (části).

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17. Zvýšená konzumace alkoholu zvyšuje riziko vzniku rakoviny prsu.

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

18. Kouření má přímý vliv na vznik rakoviny prsu.

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

19. Obezita zvyšuje riziko vzniku rakoviny prsu.

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

20. Pravidelná fyzická aktivita riziko vzniku rakoviny prsu snižuje.

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

21. Riziko vzniku rakoviny prsu s věkem narůstá.

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

22. Nástup menstruace před 12. rokem věku riziko vzniku rakoviny prsu zvyšuje.

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

23. Nejvíce jsou rakovinou prsu ohroženy ženy bezdětné.

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

24. Ženy s vyšším počtem porodů a kojící ženy mají nižší riziko vzniku rakoviny prsu.

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

25. Váš věk

- a) 40 – 45 let
- b) 46 – 51 let
- c) 52 – 57 let
- d) 58 let a více

26. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

Děkuji za Váš čas.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Lenka Uhlíková
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Znalosti prevence karcinomu prsu u žen na Hodonínsku.
Název v angličtině:	Knowledge the prevention of the Female breast cancer in Hodonín district.
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá mírou znalostí prevence karcinomu prsu u žen na Hodonínsku. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřena především na sekundární prevenci a na informovanost žen o rizikových faktorech karcinomu prsu. Praktická část zahrnuje dotazníkové šetření, které mapuje úroveň znalostí, a také přístup žen k prevenci karcinomu prsu. Výstupem práce je informační leták.
Klíčová slova:	Karcinom prsu, znalosti, prevence, samovyšetření prsu, mamografický screening.
Anotace v angličtině:	This thesis is concerned with the level of knowledge the prevention of the Female breast cancer in Hodonín district. Thesis is divided into theoretical and practical. The theoretical part is mainly focused on secondary prevention and to inform women about the risk factors. The practical part includes a survey, which charts the level of knowledge, and access of women to prevent breast cancer. The final result of the thesis is an information leaflet.
Klíčová slova v angličtině:	Breast cancer, knowledge, prevention, breast self-examination, mammography screening
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Obrázek mléčné žlázy Příloha č. 2 Schéma ductálního karcinomu prsu Příloha č. 3 Mapa a seznam screeningových center v rámci JMK Příloha č. 4 Dotazník
Rozsah práce:	73 stran
Jazyk práce:	český

