



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Edukace porodní asistentkou o prevenci nádorového  
onemocnění prsu**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**PORODNÍ ASISTENCE**

**Autor:** Kateřina Samcová

**Vedoucí práce:** PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Edukace porodní asistentkou o prevenci nádorového onemocnění prsu jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2017

.....

Kateřina Samcová

## **Poděkování**

Ráda bych tímto způsobem poděkovala paní PhDr. Drahomíře Filausové za odborné vedení a cenné rady při psaní této bakalářské práce. Také chci poděkovat své rodině za podporu a trpělivost během svého studia.

# **Edukace porodní asistentkou o prevenci nádorového onemocnění prsu**

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá rolí porodní asistentky v edukaci o prevenci nádorového onemocnění prsu, která je nezbytná. Tato práce je zaměřena na všechny druhy prevence od primární až po kvartérní. Vzhledem k účelu této práce je však největší důraz kladen na primární a sekundární prevenci. Primární prevence spočívá především ve zdravém životním stylu, eliminaci rizikových faktorů, možnosti genetického testování a chemoprevence u rizikových žen apod. Sekundární prevence se zaměřuje na vyhledávání žen s rizikem vzniku nádorového onemocnění prsu. Nejznámější metody jsou mammární screening, ultrazvukové vyšetření nebo samovyšetřování prsu. Cílem těchto možností je zachytit nádorové onemocnění co nejdříve, ve stádiu, ve kterém je možná co nejefektivnější léčba s největší šancí na úplné vyléčení.

Úkolem porodní asistentky je na základě svých znalostí edukovat ženy jednak o samotném onemocnění, ale také o preventivních možnostech. Při edukaci musí porodní asistentka dodržovat zásady pro její správné vedení. Nejdůležitější je, aby vytvořila se ženou přátelský a důvěrný vztah v klidném prostředí. Podstatným úkolem porodní asistentky je motivovat ženu, aby v ní vzbudila co největší zájem o její zdraví a přesvědčit jí, aby nepodceňovala prevenci tohoto onemocnění.

Cílem práce bylo zjistit, jak ženy hodnotí edukaci porodní asistentkou o prevenci nádorového onemocnění prsu. Výzkumné šetření bylo provedeno na základě kvalitativního šetření pomocí techniky rozhovorů. Výzkumný soubor tvořilo osm žen od 18 do 70 let věku. Rozhovory se všemi ženami byly vedeny anonymně se zachováním jejich soukromí. Se souhlasem respondentek byly rozhovory nahrány na diktafon, následně detailně přepsány a analyzovány metodou „tužka – papír“. Výsledky byly zpracovány do tří kategorií, které byly dále rozčleněny na podkategorie.

První výzkumná otázka se zabývala způsobem, jakým jsou ženy edukovány o prevenci nádorového onemocnění prsu. Žádná z respondentek nebyla nikdy edukována od porodní asistentky, jako zdroj informací převážně uvedly lékaře nebo internet.

Druhá výzkumná otázka se zabývala tím, jaké informace ženy získávají od porodní asistentky. Jelikož žádnou z respondentek nikdy žádná porodní asistentka nepoučila, nezískávají od ní žádné informace. Většina žen by však informace od ní ocenila, a to převážně o samovyšetřování prsu.

Třetí výzkumná otázka se zabývala náhledem žen na prevenci nádorového onemocnění prsu. Každá z respondentek je toho názoru, že prevence je důležitá. Většina z nich se jí snaží dodržovat, ale většinou nedostatečně.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že by porodní asistentky měly ženy více edukovat o preventivních možnostech, zejména o samovyšetřování prsu. Sice ho provádí většina respondentek, ale ne vždy správným způsobem.

Výzkumná práce ukazuje na nedostatečnou informovanost žen ze strany porodní asistentky. Z tohoto důvodu je nutné porodní asistentky motivovat, aby své pacientky o prevenci nádorového onemocnění prsu edukovaly. Respondentky by tyto informace ocenily, a to především informace o samovyšetřování prsu.

Na základě výsledků výzkumného šetření byl vytvořen informační letáček o samovyšetřování prsu, aby ženám pomohl ve správném postupu při samovyšetřování.

### **Klíčová slova**

porodní asistentka; edukace; prevence; nádorová onemocnění prsu; mléčná žláza

## **Midwife education on the prevention of breast cancer**

### **Abstract**

Bachelor thesis deals with the role of midwife in education about the prevention of breast cancer, which is necessary. This thesis is focused on all types of prevention, from primary to quaternary. The greatest emphasis is placed on primary and secondary prevention. Primary prevention mainly consists of the healthy lifestyle, elimination of risk factors, possibility of genetic testing and chemoprevention for high-risk women, etc. Secondary prevention is focused on the search for women with a risk of developing breast cancer. The best known methods are mammographic screening, ultrasound examination or breast self-examination. The objective of mentioned options is to detect the cancer disease in the stage, when is possible the most effective treatment with the greatest chance of a complete healing.

The task of the midwife is on the basis of their knowledge to educate women about the disease itself, but also about preventive options. Midwife has to follow the principles of proper management during this education. The most important thing is to established friendly and trustful relationship in a peaceful environment. The essential task of the midwife is to motivate a "woman" to be really interested in her health condition and convince her to not underestimate prevention of this disease.

The objective of this thesis was to investigate how women evaluate the education from midwife about the prevention of breast cancer. The research was conducted on the basis of a qualitative survey using techniques of interviews. The examined group was based on 8 women in age from 18 to 70 years. All the interviews were made anonymously with the preservation of their privacy. With the agreement of respondents were all interviews recorded on tape, transcribed and subsequently analyzed by the method of "pencil – paper". The results were processed into three main categories, which were further divided into subcategories.

The first question of research was adressed to how are women educated about the prevention of breast cancer. None of the respondents has never been educated from midwife, like the main source of information were described doctors or internet.

The second question of research examined which information are received by women from midwives. It was found that none of the respondents were never been educated and it means that they never received any information. Most of women would really appreciate the information from midwife, specially about self-examination of the breast.

The third question of research was dedicated to the preview of women on the prevention of breast cancer. Each of the respondents has same opinion that prevention is really important. Most of them are trying to follow it, but in fact insufficiently.

The results of research revealed that women should be more educated by midwives about preventive possibilities, especially in self-examination of the breast. This examination is performed by most of the respondents, but not always in the right way.

The research work shows that women are unsufficiently informed from the side of midwife. For this reason it is necessary to motivate midwives to educate their patients about the prevention of breast cancer. Mentioned information would be really appreciated by respondents, particularly about the self-examination of the breast.

Based on the results of this research was created information leaflet for women about self-examination of the breast. These instructions should help them to perform self-examination correctly.

**Key words**

midwife; education; prevention; breast cancer; mammary gland

## Obsah

Úvod.....	10
1 SOUČASNÝ STAV .....	11
1.1 Vývoj a anatomie mléčné žlázy .....	11
1.2 Nádorová onemocnění prsu.....	12
1.3 Karcinom prsu .....	15
1.3.1 Rizikové faktory karcinomu prsu.....	16
1.3.2 Klinické příznaky karcinomu prsu .....	17
1.3.3 Diagnostika karcinomu prsu .....	18
1.3.4 Léčba karcinomu prsu .....	20
1.4 Porodní asistentka a problematika edukace .....	23
1.4.1 Edukační proces .....	25
1.4.2 Role porodní asistentky v prevenci nádorových onemocnění prsu .....	27
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	34
2.1 Cíle práce .....	34
2.2 Výzkumné otázky.....	34
2.3 Operacionalizace pojmů.....	34
3 METODIKA VÝZKUMU .....	35
3.1 Metodika a technika výzkumu .....	35
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	36
4 VÝSLEDKY.....	37
4.1 Identifikační údaje respondentek .....	37
4.2 Vyhodnocení rozhovorů se ženami od 18 do 70 let věku .....	38
5 DISKUZE.....	48
6 ZÁVĚR.....	57
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	60
8 PŘÍLOHY .....	66



9	SEZNAM ZKRATEK .....	71
---	----------------------	----

## Úvod

V současné době v České republice stále narůstá výskyt nádorového onemocnění prsu u žen. Ženy nejčastěji postihuje karcinom prsu. Důležité místo proto zaujímají preventivní opatření, která vedou ke snížení rizika výskytu tohoto onemocnění a současně k jeho časnému zachytu. Čím dříve se toto onemocnění diagnostikuje, tím efektivnější je léčba a šance na úplné vyléčení. Prevence zahrnuje různé možnosti, kterými ženy mohou snižovat pravděpodobnost výskytu nádorového onemocnění prsu. V současné době jsou nejvíce diskutovaná témata jako je mammární screening a samovyšetřování prsu. Jednou z rolí porodní asistentky v prevenci je edukovat ženy o preventivních možnostech a zároveň u nich navodit pozitivní změny ve vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Motivovat ženy, aby zvýšily svůj zájem o své zdraví, je sice náročná práce, ale nakonec se vždy vyplatí, protože právě motivace je pro edukaci velmi důležitá. Porodní asistentka by měla být profesionální edukátorkou, proto by měla mít veškeré znalosti týkající se jak samotného nádorového onemocnění, tak preventivních možností, aby uměla ženám poradit a podpořit je. Ženy by tato preventivní opatření měly dodržovat a využívat je ve svém osobním životě.

Téma Edukace porodní asistentkou o prevenci nádorového onemocnění prsu jsem si vybrala z toho důvodu, protože si myslím, že v současné době je velmi nízká informovanost žen o prevenci nádorového onemocnění prsu ze strany porodní asistentky. Podle mého názoru ženy ví, že je prevence pro život nezbytná, ale i přesto se prevenci nevěnují a vznik tohoto onemocnění velmi podceňují. Na toto téma jsem se zaměřila také proto, že karcinom prsu je i pro mne samotnou velkou hrozbou a je podle mě důležité, abych informace o tomto onemocnění a o možnostech, jak jeho výskyt snížit, znala a dodržovala je. Na prsy pohlížím jako na znak celkového ženství a neumím si představit jejich ztrátu. Celé onemocnění je provázeno velkým strachem, únavou, tělesnými změnami apod. Z těchto důvodů by se mělo o onemocnění více hovořit. Myslím si, že by bylo velmi vhodné, kdyby ženy měly informace nejen o možnostech prevence, ale také o samotném onemocnění, protože většina žen nemá informace o průběhu onemocnění, jeho následcích, léčbě apod. Při psaní práce mě nejvíce zajímal náhled žen na prevenci, jak jsou informovány od porodní asistentky a jak samy hodnotí edukaci porodní asistentkou.

# 1 Současný stav

## 1.1 Vývoj a anatomie mléčné žlázy

Základ mléčné žlázy je položen v epitelu mléčné lišty probíhající od axily k inguině, která se vytváří již ve fetálním období během intrauterinního vývoje dítěte ze zárodečného listu, tzv. ektodermu (Coufal et al., 2011). Před pubertou dochází ke zdvihání dvorce s prsní bradavkou a vzniká tak infantilní typ ženského prsu, ale postupně se v průběhu vývoje z tohoto typu prsu vytváří vyklenutý prs s jasnou bradavkou, tzv. mamma papilata (Roztočil et al., 2011). V období puberty nastává u mléčné žlázy proliferace, která končí mezi 13. – 16. rokem během ukončování tělesného růstu (Coufal et al., 2011).

Ženský prs, tzv. mamma (viz Příloha 1), je párový orgán uložený na přední straně hrudníku, na jehož vrcholu se nachází prsní dvorec s prsní bradavkou (Slezáková et al., 2013). Jedná se o největší kožní žlázu ženského těla, tzv. glandula mammaria, na úrovni 3. - 6. žebra s rozprostřením od parasternální čáry až ke střední axilární čáře (Roztočil et al., 2011). Hájek et al. (2014) uvádí, že se prs skládá ze dvou základních stavebních složek, a to mléčné žlázy a tukové tkáně.

Mléčná žláza (viz Příloha 1) tvoří vlastní tělo, tzv. corpus mammae, které vytváří tuhou, laločnatou strukturu oválného tvaru uloženou v tukové vrstvě (Roztočil et al., 2011). Je tvořena z 15 – 20 laloků, tzv. lobi glandulae mammariae, přičemž každý z těchto laloků se stává samostatnou funkční žlázou, ze které vystupuje mlékovod, tzv. ductus lactiferi (viz Příloha 1) a společně vytvářejí terčovitě těleso, tzv. corpus mammae s nerovným povrchem, na zadní straně s musculus pectoralis major (viz Příloha 1) a kůží na straně přední (Hájek et al., 2014). Každý z laloků se dále dělí na lalůčky, tzv. lobuly, produkující mateřské mléko, a jejich vývody se spojují do společných mlékovodů, tzv. tubulů, ústících na prsní bradavce drobnými otvory (Slezáková et al., 2013). Na základě schopnosti produkce mateřského mléka ji můžeme označovat jako tuboalveolární žlázu, ale její alveolární část se plně vyvíjí až v průběhu těhotenství (Hájek et al., 2014).

Mléčnou žlázu obaluje z přední strany tzv. premamární tuk a ze zadní strany tzv. retromamární tuk a společně tak ovlivňují objem a tvar prsů (Roztočil et al., 2011). Mléčná žláza zastává, kromě tvorby mateřského mléka, ještě funkci estetickou, psychologickou a erotickou (Coufal et al., 2011).

Na vrcholu prsu se nachází prsní dvorec kruhovitého tvaru o průměru 3 – 5 cm (viz Příloha 1) s apokrinními a mazovými žlázkami, chránícími kůži před poškozením slinami kojence a mlékem, a centrální část prsu tvoří prsní bradavka (viz Příloha 1), tzv. papilla mammaria (Háje et al., 2014). Dylevský (2011) a Roztočil et al. (2011) se zmiňují o svalovině uvnitř bradavky, která je schopna bradavku napřímit na základě působení chladu nebo pohlavního vzrušení, nebo podpořit vypuzování mateřského mléka z mlékovodů. Na vrcholu bradavky se nachází 15 – 20 otvorů, jimiž se v období kojení vyprazdňují mlékovody (Hájek et al., 2014). Coufal et al. (2011) označují tuto část jako nejcitlivější místo na prsu.

Roztočil et al. (2011) uvádí, že ženský prs má bohaté cévní a lymfatické zásobení, přičemž krevní cévy probíhají podél mlékovodů směrem k povrchu. Nejdůležitější jsou pro prs regionální uzliny, a to axilární s interpektorální a intramammární uzlinou, infraklavikulární a parasternální uzliny, jejichž zvětšení při metastatickém postižení nelze pohmatem jasně zjistit, neboť je lze obtížně nahmatat (Coufal et al., 2011).

Většina ženského prsu je inervována 2. – 6. mezižeberním senzitivním nervem a autonomními nervy probíhajícími podél tepen, které zásobují prs (Hájek et al., 2014). Coufal et al. (2011) dělí prs na 4 kvadranty, a to na zevní horní s axilárním výběžkem, mediální horní, mediální dolní a na zevní dolní kvadrant.

Hájek et al. (2014) a Roztočil et al. (2011) uvádějí, že tvar prsů se v průběhu života ženy mění vlivem různých faktorů, jako např. věkem, těhotenstvím, počtem porodů, výživou a etnickým typem. Roztočil et al. (2011) ještě rozeznává tvary prsů podle vzhladu na plochý, polokulovitý, hruškovitý a svislý či ochablý, který je typický pro starší ženy při probíhající atrofii žláz, při snížení elasticity kůže a při částečném vymizení tukové tkáně.

## ***1.2 Nádorová onemocnění prsu***

Nádorová onemocnění prsu patří k nejčastějším onemocněním u žen. Dochází k růstu buněk, u nichž došlo ke změně v buněčném dělení (Otová, 2012). Nádorová onemocnění prsu můžeme rozdělit na benigní (nezhoubná), maligní (zhoubná), karcinomy in situ a prekancerózy.

*Benigní nádorová onemocnění* jsou takové léze, které pozvolně rostou v prvotním ložisku a jsou tvořeny stejnou původní tkání (Otová, 2012). Oproti maligním nádorům

nevytvářejí nová vzdálená ložiska, tzv. metastázy, a neohrožují na životě (Kelnarová a Matějková, 2014). Dalším znakem benigních nádorových onemocnění je neprorůstání do okolních struktur (Janíková a Zeleníková, 2013). V literatuře můžeme nalézt mnoho typů těchto benigních nádorových onemocnění, ale pro tuto bakalářskou práci jsou zvoleny ty nejznámější a nejčastější, mezi které můžeme zařadit fibrocystickou nemoc, fibroadenom a Cystosarcoma phyllodes. Fibrocystická nemoc je nejčastější hormonálně závislou benigní lézí s maximálním výskytem mezi 25. – 50. rokem života ženy (Ferko et al., 2015). Vzniká na podkladě neznámé etiologie a projevuje se bolestivostí obou prsů a pozdějšími buď proliferujícími změnami, a to jednak tzv. hyperplazií, při níž dochází ke zmnožení buněk duktálního epitelu nebo adenózou, která se projevuje hmatnou rezistencí se serózně krvavým výtokem z bradavky, nebo neproliferujícími změnami s tvorbou mikrocyst, makrocyst a fibrózy (Roztočil et al., 2011). Při jejím zjištění je nutná dispenzarizace ženy (Vodička et al., 2014). Smíšený, pohyblivý a ohraničený nádor různé velikosti označujeme jako fibroadenom (Ferko et al., 2015). Postihuje ženy do třiceti let na podkladě hormonální dysregulace (Vodička et al., 2014). Jeho růst je závislý na estrogeneru a projevuje se hladkou, pohyblivou a nebolestivou rezistencí (Roztočil et al., 2011). Ferko et al. (2015) upozorňují na velmi vzácný, ale možný růst karcinomu v jeho stěně. Cystosarcoma phyllodes, tzv. fyloidní nádor, o incidenci 0,3 – 2,5 % není opouzdřený, rychle roste a způsobuje recidivy, které se mohou zvrhnout v maligní sarkom (Vodička, 2014). Roztočil et al. (2011) uvádí, že postihuje především premenopauzální ženy.

*Mezi maligní nádorová onemocnění* řadíme takové léze, které se vyznačují rychlejším růstem, infiltrací a prorůstáním do okolních struktur (Janíková a Zeleníková, 2013). Otová (2012) uvádí, že poškozují jak strukturu, tak funkci postižených orgánů a nádorové buňky mohou být přenášeny lymfatickými nebo krevními cévami, jimiž putují do jednotlivých orgánů, následně nastupuje proliferace a tvorba vzdálených ložisek, tzv. metastáz. Jedná se o nejčastější zhoubná onemocnění žen v České republice a jejich incidence stále stoupá (Schneiderová, 2014). Otová (2012) a Roztočil et al. (2011) tvrdí, že tato nádorová onemocnění jsou podmíněna vrozenými nebo získanými mutacemi, které zapříčiňují množení změněných buněk na základě působení fyzikálních a biologických faktorů. Můžeme sem zařadit nejčastější zhoubná onemocnění žen šířících se do vzdálenějších míst, tzv. invazivní karcinomy, které postihují převážně horní zevní kvadrant prsu (Roztočil et al., 2011). Invazivní karcinomy se dělí

na duktální, lobulární, inflamatorní a zvláštním typem je Pagetova nemoc. Invazivní duktální karcinom se objevuje u žen okolo 40. roku a projevuje se šedobílou rezistencí se žlutavými pruhy, na rozdíl od něho, tzv. invazivní lobulární karcinom je obtížně detekovatelný na mamografickém vyšetření a často metastazuje do kostí, gastrointestinálního traktu, mozku, dělohy a ovarií (Roztočil et al., 2011). Dalším zástupcem maligních nádorových onemocnění je inflamatorní, tzv. zánětlivý karcinom, který je spojen se špatnou prognózou díky metastázám v plicích, kostech a játrech, také z tohoto důvodu se pěti let po léčbě dožívá pouze 5 – 10 % žen (Vodička et al., 2014). Ve většině případů postihuje dukty a následně se objevuje zarudnutí a edém připomínající vzhled pomerančové kůže (Coufal et al., 2011). Roztočil et al. (2011) ještě uvádí, jako další příznaky, zvětšení a zatvrdnutí prsní tkáně, zvýšenou lokální teplotu a sklon k častému metastazování. Vzácným typem maligního nádoru je tzv. Pagetova nemoc, která postihuje ženy okolo 60. roku života a upozorňuje na sebe svěděním, pálením, krvavým výtokem a edémem bradavky a jejím postupným vtahováním (Vodička et al., 2014).

*Karcinomy in situ* můžeme rozdělit dle lokalizace na duktální a lobulární. Jedná se o neinvazivní karcinomy s dobrou prognózou, bez infiltrace, s atypickou mikrokalcifikací, ale mohou se stát spouštěčem invazivního karcinomu (Vodička et al., 2014). Duktální karcinom in situ rozšiřuje vývody žlázy a způsobuje časté lokální recidivy, které se mohou následně projevat jako invazivní karcinom (Coufal et al., 2011). Je pozorovatelný na mamografickém obraze na podkladě mikrokalcifikací a jako hmatná rezistence s krvavým výtokem z bradavky (Roztočil et al., 2011). Coufal et al. (2011) a Měšťák et al. (2015) uvádějí, že lobulární karcinom in situ může postihnout oba prsy, a to především u žen v období menopauzy. Jelikož lobulární karcinom in situ zvyšuje riziko jak duktálního, tak lobulárního invazivního karcinomu, je proto nutná pečlivá primární a sekundární prevence, aby se tomuto přechodu do invazivního karcinomu včas zabránilo nebo se alespoň toto riziko snížilo (Coufal et al., 2011 a Měšťák et al., 2015). Je obtížně zjistitelný mamografickým i klinickým vyšetřením, protože se často jedná o asymptomatický karcinom a jeho diagnostika je proto většinou náhodná (Roztočil et al., 2011). Léčba radioterapií není účinná, doporučuje se sledování ženy nebo se provádí profylaktická mastektomie s následnou rekonstrukcí (Měšťák et al., 2015).

Mezi *prekancerózy* můžeme zařadit typickou duktální hyperplazii, atypickou duktální hyperplazii a atypickou lobulární hyperplazii. V případě typické duktální hyperplazie se jedná o zmnožení epitelu tubulů s následným zvýšením vrstvy epitelu (Mačák et al., 2012). Atypická duktální hyperplazie zvyšuje, stejně jako atypická lobulární hyperplazie, riziko karcinomu prsu (Měšťák, 2015). Atypická lobulární hyperplazie vzniká na základě proliferace buněk, které vyplňují i dilatují lalůčky mléčné žlázy a dávají tak podklad vzniku lobulárního karcinomu in situ (Mačák, 2012).

### **1.3 Karcinom prsu**

Karcinom prsu je v současném období brán jako závažná civilizační nemoc společnosti (Halmo, 2014). Česká republika zaujímá ve výskytu karcinomu prsu 17. místo v Evropě a ve světě 23. (Pachrová a Fišarová, 2012). Jedná se o nejčastější malignitu ženské populace, která způsobuje invaliditu pacientek a zapříčiňuje vážné společenské a ekonomické následky (Nováková, 2012). Článek I ženy s pokročilým karcinomem prsu si zaslouží pozornost (2013) uvádí, že ročně tímto karcinomem onemocní přibližně 7000 žen a že největší šanci na přežití mají ženy, kterým je karcinom včas odhalen, např. samovyšetřováním prsu nebo mamografickým vyšetřením, a při podávání adekvátní léčby. Na základě screeningu výskyt onemocnění neustále roste, ale na druhou stranu je jeho zásluhou neustále se snižující úmrtnost pacientek na toto onemocnění (Tesařová, 2014). Na karcinom prsu umírá ročně přibližně 2000 žen a tvoří 3,6 % všech příčin úmrtí u žen (Pachrová a Fišarová, 2012). Halmo (2014) považuje za základ včasnou diagnostiku onemocnění, efektivní léčbu a respektování lékařských opatření.

Janíková a Zeleníková (2013) i Pachrová a Fišarová (2012) uvádějí, jako dva nejčastější karcinomy, invazivní duktální karcinom vyznačující se nejhorší prognózou a invazivní lobulární karcinom, který postihuje horní zevní kvadrant prsu a jeho léčba spočívá v podávání hormonů, protože růst tohoto karcinomu je často závislý na hormonální stimulaci. Karcinom prsu se převážně objevuje u žen po 40. roce života, jeho dřívější výskyt je spojován s horší prognózou (Nováková, 2012). Významnou roli u tohoto onemocnění hraje grading karcinomu prsu (viz Příloha 3), který určuje diferencovanost nádoru, to znamená, že čím je grade nižší, tím je agresivnější, ale zároveň citlivější na léčbu (Petráková et al., 2013).

### **1.3.1 Rizikové faktory karcinomu prsu**

Mezi rizikové faktory můžeme zařadit věk (od 30 let stoupá riziko vzniku a nad 45 let se vytváří až 85 % nádorů), časnou menarché před 12. rokem kvůli dlouhodobému působení estrogenů, pozdní menopauzu po 55. roce, nuliparitu a již dříve prodělaná onemocnění prsu (Schneiderová, 2014). Roztočil et al. (2011) uvádí, jako rizikové faktory, výskyt hereditárního karcinomu při mutacích genů BRCA1 a 2, protože výrazně zvyšují riziko karcinomu prsu, dále pak výskyt karcinomu v přímé linii příbuzenstva, který obnáší až dvakrát vyšší riziko, dlouhodobé užívání orálních kontraceptiv v kombinaci s progestiny déle než 10 let a podstoupení hormonální substituční léčby. Janíková a Zeleníková (2013) považují za rizikový faktor první porod u ženy starší 30 let. Nováková (2012) uvádí, jako rizikové faktory pro vznik karcinomu prsu, nadměrné užívání alkoholu, zvýšený příjem tuků v dětství a dospívání a nadměrnou hmotnost s nedostatkem fyzické aktivity. Chan a Norat (2015) ve svém výzkumu prováděného u nemocných žen, které podstoupily proces diagnostiky karcinomu prsu, zjistili, že 50 % těchto žen trpí obezitou, která vede mimo jiné také ke zvýšení úmrtnosti, zhoršení kvality života, ke vzniku lymfedému, diabetu mellitu, hypertenze a kardiovaskulárních onemocnění. Na základě longitudiální studie Murina a Inciardiho v Kalifornii a Fentimana et al. v Londýně byla prokázána horší prognóza karcinomu prsu u kuřáček díky častým metastázám v plicích, kratší doba přežití po začátku léčby a výrazné zvýšení rizika karcinomu u žen, které začaly kouřit v mladém věku ještě před svým prvním otěhotněním, ale na rozdíl u bývalých kuřáček bylo zjištěno nepatrné riziko vzniku karcinomu prsu (Hrubá, 2013).

Zjištěné rizikové faktory karcinomu prsu a názory na ně se ve světě v průběhu let mění, což dokazuje i provedená studie v Malajsii, jejímž cílem bylo zjistit, zda se liší články o rakovině prsu v roce 1997 a 2007 a jaké jsou uváděny rizikové faktory. Například v roce 1997 byl napsán pouze jeden článek o rizikových faktorech, mezi které v té době patřilo nošení nevhodné podprsenky, stres, kouření, alkohol a v roce 2007 se většina odborných článků týkala rizikových faktorů, jako jsou noční směny v zaměstnání, vysoká hustota prsů, zatížená rodinná anamnéza, obezita, alkohol, časná menarché, pozdní menopauza, stres apod. (Al – Naggar a Al – Jashamy, 2011). Na tomto příkladu lze pozorovat výrazný posun ve zkoumání rizikových faktorů karcinomu prsu. S názorem, že svůj vliv na vznik tohoto onemocnění má nošení podprsenky, souhlasí také Singer a Grismaijerová, kteří provedli vlastní výzkum,



zda podprsenka je hlavní příčinou karcinomu prsu. Podprsenky působí na lymfatickou soustavu, která pomáhá odstraňovat toxiny, ale tlak podprsenky na lymfatickou soustavu způsobuje otoky, nedostatečnou výživu tkáně díky hromadění toxinů a její degeneraci, která se následně spolu s výše zmíněnými rizikovými faktory může podílet na vzniku karcinomu prsu (Singer a Grismaijerová, 2014).

Důležité je, zmínit se o karcinomu prsu u mladých žen a jeho rizikových faktorech, protože jsou odlišné od karcinomů starších žen. Touto problematikou se zabývá Tesařová (2012) v Postgraduální medicíně, kde zmiňuje častou lokální recidivu tohoto onemocnění s vysokým rizikem úmrtí, jelikož se jedná o agresivnější nádory s horší prognózou, protože screening se u těchto žen neprovádí. Mezi rizikové faktory Tesařová (2012) zahrnuje vliv karcinogenů, steroidních a nesteroidních hormonů, růstových hormonů během zárodečného vývoje a v období dětství. Vznik podle ní může také podpořit vystavení dietilstilbestrolu nitroděložně, užívání hormonální antikoncepce a ozáření v adolescenci.

### ***1.3.2 Klinické příznaky karcinomu prsu***

Karcinom prsu je zpočátku asymptomatický, příznaky se objevují až v pokročilejších stádiích (Halmo, 2014). Nejčastějším příznakem, jak uvádí Petráková (2013), je tvrdá bulka, která nebolí a má nepravidelné okraje, ale také může dojít ke změně tvaru nebo velikosti prsu, kdy se vyklenují především horní kvadranty. Při prorůstání nádoru dochází k tlaku na nervová zakončení a pacientka tak pocítuje bolest (Janíková a Zeleníková, 2013). Petráková (2013) uvádí jako další příznak vtažení kůže, které je způsobeno Cooperovými ligamenty, které přitahují kůži k nádoru. Při postižení regionálních uzlin metastázami, dochází k jejich zvětšování a při vysoce pokročilém stádiu se mohou dokonce projevovat bolesti kostí, úbytek hmotnosti, nechutenství, febrilie, dušnost a paraneoplastické příznaky, např. dermatomyozitida, neuromuskulární syndrom, zdrsnění kůže, tmavá pigmentace nebo bradavičnaté výrůstky (Pachrová a Fišarová, 2012). Karcinom prsu se může projevovat také průhledným nebo nazelenalým výtokem z bradavky, a při šíření nádoru v kůži nebo při přítomnosti metastáz v axilárních uzlinách vývojem edému připomínajícího vzhled tzv. pomerančové kůry zapříčiněné lokální kožní lymfostázou (Petráková, 2013). Dle Janíkové a Zeleníkové (2013) může také docházet k oploštění či vtažení bradavky. Povinností lékaře a porodní asistentky je po těchto příznacích pátrat a soustavně

doplňovat odebranou anamnézu, jelikož se jedná o diagnostickou metodu, která významně přispívá k časnému záchytu nádorového onemocnění prsu (Petráková, 2013).

### ***1.3.3 Diagnostika karcinomu prsu***

Tento odstavec se zabývá základem diagnostiky karcinomu prsu formou anamnézy a klinického vyšetření, jak uvádí Roztočil et al. (2011). Při odebírání anamnézy musíme dávat pozor na úplnost, systematičnost a pravdivost. Zajímá nás především rodinná anamnéza včetně gynekologických onemocnění matky nebo sestry, osobní anamnéza společně s prodělanými nemocemi, operacemi, traumaty a farmakoterapie, dále sociální a gynekologicko – porodnická anamnéza, ve které zjišťujeme menstruační cyklus, absolvovaná těhotenství nebo potraty, prodělaná gynekologická onemocnění atd. Nezbytnou součástí anamnézy je současné onemocnění od jeho vzniku až do této chvíle a zaměřujeme se především na nástup příznaků, reakci organismu a dosavadní léčbu. Při udávání bolesti se ptáme na lokalizaci, její charakter, intenzitu, délku trvání apod. Prsy je nutné vyšetřit pomocí aspekce (pohledu) a palpace (pohmatu), a to nejlépe po menstruaci. Při vyšetření pohledem lékař hodnotí velikost prsů, jejich symetrii, vzhled bradavky včetně sekrece, barvu kůže, kontury prsů, patologickou fixaci a vtaženiny prsů a bradavek. Během palpace lékař zjišťuje možnou přítomnost rezistencí, jejich velikost, tvar, ohraničení, konzistenci a bolestivost. Následuje také vyšetření bradavky pro patologický sekret, u něhož se hodnotí vzhled, konzistence a barva. Na závěr se vyšetří axilární, podklíčkové a parasternální uzliny za cílem zjištění jejich případného zvětšení a pohyblivosti.

K podrobnějšímu vyšetření se využívá biopsie s cílem ověřit diagnózu, přesvědčit se o histologickém typu nádoru včetně jeho vlastností a stanovit radikalitu případné operace (Pachrová a Fišarová, 2012). V současné době jsou dostupné různé druhy biopsií. Pro tuto bakalářskou práci byly vybrány čtyři druhy biopsie dle Houserkové a Váši (2014). První možností je aspirační cytologická biopsie, která se využívá k aspiraci cyst a solidních útvarů v prsu pomocí aspirační pistole. Core cut biopsie se volí ke stanovení přesné diagnózy, gradu a imunoprofilu nádoru. Další možností je vakuová biopsie umožňující odebrání většího množství tkáně. Čtvrtým typem je intact bles biopsie za asistence vakua, při níž je možné odebrat maligní léze v jednom vzorku spolu se stanovením bezpečného okraje zdravé tkáně patologem. Dle Novákové (2012)

se při případném pozitivním nálezu biopsie doplňuje o vyšetření axilárních uzlin a vzdálených orgánů, např. jater, plic a kostí za pomoci RTG vyšetření, sonografie a scintigrafie.

Dle Krásenské (2013) patří k nejvýznamnějším primárním metodám v mamodiagnostice u žen nad 40 let mamografické vyšetření. Jedná se o finančně únosnou, rozšířenou a dostupnou radiologickou metodu prováděnou jednak jako screeningové vyšetření od 45 let jedenkrát za 2 roky a jako diagnostické vyšetření u žen s hmatatelným nálezem nebo s klinickými příznaky onemocnění, její výhodou je uchovatelný a reprodukovatelný obraz a možnost konzultace s jinými odborníky (Nováková, 2012). Známkou malignity je přítomnost ložiska v tukové tkáni o vyšší denzitě prsní tkáně, mikrokalcifikace, stranové asymetrii, deformace struktury prsní tkáně, zesílení a přitažení kůže, prosáknutí a edém podkoží (Krásenská, 2013). Je nutné, aby mamografii prováděl školený pracovník, schopný přivést ženu ke spolupráci, zajistit dostatečnou kompresi prsu a správnou polohu, protože toto vše je důležité pro kvalitu snímku, který hodnotí radiolog (Roztočil et al., 2011).

Další možností diagnostiky karcinomu prsu je dostupná metoda se subjektivním výsledkem, který závisí na zkušenostech lékaře, tzv. ultrasonografie (Nováková, 2012). Dle Krásenské (2013) se provádí převážně u žen mladších 40 let s nejasným nálezem v prsu. Při suspektním nebo pozitivním výsledku je žena odeslána na mamografické vyšetření (Nováková, 2012). Krásenská (2013) a Roztočil et al. (2011) tvrdí, že maligní ložisko na ultrasonografickém obrazu je hypoechogenní s nepravidelným uspořádáním a že nevýhodou ultrasonografie je neschopnost zachytit mikrokalcifikace, ale na druhou stranu snižuje počet falešně pozitivních výsledků v mamografickém screeningu.

V diagnostice lze také využít magnetickou rezonanci, ale jedná se o obtížněji dostupnou a dražší diagnostickou metodou (Roztočil et al., 2011). Krásenská (2013) udává až 100% senzitivitu, ale přesto je tato metoda využívána pouze jako doplňující vyšetření k dispenzarizaci žen s vysokým rizikem vzniku karcinomu prsu dle doporučení American Cancer Society z roku 2007, jedenkrát za rok, za cílem upřesnit rozsah karcinomu, zjištění primárního ložiska a hodnocení účinnosti léčby, vyšetření se provádí po aplikaci kontrastní látky a trvá 30 minut.

Dle Pachrové a Fišarové (2012) lze karcinom diagnostikovat z krve na základě přítomnosti nádorových markerů CEA, tzv. karcinoembryonální antigen a CA 15 – 3. Schneiderová (2014) uvádí využití nádorových markerů TPA a hormonálních receptorů

HER2/neu ke zjištění zvýšené proliferační aktivity, což má prognostický a prediktivní význam.

Pacientky s onkologickou zátěží při častém výskytu nádorového onemocnění v rodině (u více jak jednoho člena) podstupují genetické vyšetření na specializovaných genetických pracovištích, kde se zjišťují mutace genů BRCA1 a BRCA2 zvyšující dědičné riziko (Roztočil et al., 2011). Podmínkou je písemný informovaný souhlas s vyšetřením periferní krve, a pokud žena splňuje indikační podmínky, je vyšetření hrazeno zdravotní pojišťovnou (Zimovjanová, 2012). V případě positivity je žena sledována ve specializované poradně, ve které jsou jí poskytovány konzultace a kontrolní ultrazvuková vyšetření (Zikán, 2015).

Genetici a lékaři z The Institute of Cancer Research odhalili metodu zjišťující možnost relapsu karcinomu na základě analýzy DNA z krve, díky které se odhalí relaps o necelých osm měsíců dříve než pomocí již výše zmíněných zobrazovacích metod a lze tak zvolit vhodnou léčbu bez provedení invazivní biopsie, v současnosti se ale u nás tato metoda v nemocnicích nevyužívá (Petr, 2015).

#### ***1.3.4 Léčba karcinomu prsu***

Základní léčbou je léčba chirurgická, jak uvádějí Janíková a Zeleníková (2013), provádí se na základě určení stádia onemocnění a rozsah operace záleží na velikosti a lokalizaci nádoru, velikosti a tvaru prsu, možnosti adjuvantní radioterapie, stavu prsního parenchymu, riziku recidivy, ale i na preferenci pacientky, jde vždy o individuální léčbu.

Roztočil et al. (2011) považují chirurgickou léčbu za primární a hlavní léčebnou metodu, před kterou je nutné provést histologické (gradingové) a stagingové vyšetření pomocí laboratorního, radiologického, ultrazvukového, izotopového vyšetření a vyšetření sentinelové uzliny nastříkané modrou barvicí látkou nebo radionuklidem, podle výsledku histologického vyšetření se rozhoduje o dalším postupu léčby. Kromě stagingového (viz Příloha 2) a gradingového vyšetření (viz Příloha 3) se ještě nádor klasifikuje dle FIGO systému (viz Příloha 4).

Dle Novákové (2012) se jedná o léčbu lokálního onemocnění, jejímž cílem je odstranění ložisek a která bývá doplňována o adjuvantní léčbu u bezpříznakového onemocnění a u všech žen po operaci za účelem snížení rizika návratu onemocnění a prodloužení doby přežití, nebo se popřípadě před operací může podat neoadjuvatní

léčba u lokálně pokročilých nádorů. Janíková a Zeleníková (2013) popisují možné chirurgické výkony na prsu, mezi které řadí lumpektomii, segmentektomii, kvadrantektomii a mastektomii. Při lumpektomii se odstraňuje nádor spolu s obklopující zdravou prsní tkání (Vorlíček et al., 2012). Segmentektomie znamená odstranění nádoru spolu s celým segmentem prsu s vyříznutím dostatečného okraje zdravé tkáně (Janíková a Zeleníková, 2013). Odstranění celého postiženého kvadrantu se označuje jako kvadrantektomie (Coufal et al., 2011). Kvadrantektomie zahrnuje nejen odstranění postiženého kvadrantu, ale také axilární lymfadenektomii, tzn. odstranění podpažních lymfatických uzlin a adjuvantní radioterapii (Janíková a Zeleníková, 2013). Výkon, při kterém je ženě odebrána celá mléčná žláza, se nazývá mastektomií (Coufal et al., 2011).

Po chirurgické léčbě se poměrně často mohou vyskytovat různé komplikace. Algický syndrom se projevuje pocitem odumření nebo cizí tkáně v jizvě (Halmo, 2014). Po chirurgické léčbě se u ženy může vyvinout syndrom zmrzlého ramene na operované straně projevující se bolestivostí a omezenou pohyblivostí (Dungl et al., 2014). Preventivně je nutné postiženou stranu šetřit a přitahovat paži k hrudníku (Halmo, 2014). Lymfedém se projevuje otokem horní končetiny na operované straně po odstranění axilárních lymfatických uzlin. Důležitá je prevence spočívající v rehabilitaci ve formě cvičení, v nošení kompresivního rukávu, v manuální lymfodrenáži a v protiotokové fyzioterapii (Halmo, 2014).

Systémová léčba v podobě podávání cytostatik u rozptýleného nádorového onemocnění se nazývá chemoterapie (Schneiderová, 2014). Karešová et al. (2011) uvádí, že se cytostatika podávají intravenózně, per os nebo pomocí krémů po 7, 21 nebo 28 dnech. Dle Roztočila et al. (2011) cytostatika zastavují růst nádorových buněk a podávají se v opakovaných cyklech, přičemž jeden cyklus znamená kombinaci dvou až tří cytostatik. Využívá se čtyř až osmi cyklů jejich intravenózní aplikace v třítydenních intervalech a terapie trvá čtyři až šest měsíců (Nováková, 2012). Chemoterapie se poskytuje jako neoadjuvantní v době před operací s cílem zmenšit nádor nebo jako doplněk po operaci, tzv. adjuvantní terapie (Schneiderová, 2014).

Systémová léčba se může podávat za kurativním účelem, jehož cílem je vyléčení pacientky, nebo za účelem navození alespoň úlevy, tzv. paliativní léčba, nutný je však podepsaný informovaný souhlas, bez něhož léčbu nelze zahájit (Karešová et al., 2011). Roztočil et al. (2011) rozdělují nežádoucí účinky cytostatik na bezprostřední, časné,

oddálené a pozdní. Bezprostřední nežádoucí účinky se rozvíjejí během několika hodin až dnů a můžeme mezi ně zařadit nauzeu a zvracení (Roztočil et al., 2011). Časné nežádoucí účinky, nastupující v průběhu několika dní až týdnů, se projevují leukopenií, trombocytopenií, alopecií, průjmem nebo kardiotoxicitou (Krška et al., 2014). Mezi oddálené účinky patří například plicní fibróza, která nastává během několika týdnů až jednoho měsíce po léčbě (Roztočil et al., 2011). Pozdní nežádoucí účinky se dostavují po měsíci nebo až po několika letech po ukončení léčby v podobě sterility nebo sekundárních nádorů (Krška et al., 2014). Jelikož se jedná o systémovou léčbu, jsou poškozovány i zdravé buňky v celém těle, z tohoto důvodu se mohou objevit i další příznaky některého poškození, např. pokles krevtvorby, poškození trávicího traktu, kůže a vlasů, poškození žil, alergie, otoky, zvýšení krevního tlaku atd. (Karešová et al., 2011).

Hormonální léčba je založena na antiestrogenním principu a využívá se u nádorů s hormonálními receptory (Schneiderová, 2014). Janíková a Zeleníková (2013) se zmiňují o možnosti použití Tamoxifenu nebo inhibitorů aromatáz, např. Arimidex a Femara, a to několik let po zakončení adjuvantní chemoterapie. Dle Roztočila et al. (2011) tvoří jednu z nejvýznamnějších způsobů léčby karcinomu prsu s cílem ukončit vnitřní tvorbu estrogenů nebo zabránit jejich působení na cílové orgány. Může se užít adjuvantně, neodjuvantně a paliativně (Schneiderová, 2014).

Další možnou léčbou je radioterapie využívající ionizující záření za účelem léčebným, spějícím ke zničení nádoru vysokou dávkou záření a ke zničení drobných nádorových pozůstatků po operaci, nebo za účelem paliativním k eliminaci potíží, např. krvácení nebo bolesti (Karešová et al., 2011). Roztočil et al. (2011) uvádí, že lze využít buď zevní ozáření, tzv. teleterapii, při níž je zdroj záření umístěn mimo pacientku, nebo vnitřní ozáření, tzv. brachyterapii, kdy zdroj záření je zaveden do tkání nebo tělních dutin. Nutností je jednak vypracování ozařovacího plánu, na jehož sestavování se podílí lékař, radiolog a fyzik, ale také podepsání informovaného souhlasu (Karešová et al., 2011). Radioterapii lze využít buď adjuvantně po chirurgických operacích anebo neodjuvantně před operací k jejímu zjednodušení nebo paliativně u lokálně rozvinutého a neoperovatelného nádoru (Roztočil et al., 2011). Je provázena nežádoucími účinky, jejichž léčba je náročná a Karešová et al. (2011) je rozděluje na celkové, zahrnující postradiační syndrom, který se projevuje únavou, letargií, sníženou chutí k jídlu, bolestí hlavy a nevolností nebo na místní, které můžeme rozdělit ještě na časné a pozdní. Časné

nežádoucí reakce nastupují v průběhu léčby nebo do třech měsíců po jejím ukončení (Vorlíček et al., 2012). Projevují se kožními reakcemi, poškozením sliznice trávicího traktu, akutními změnami na sliznici močového měchýře a nepříznivým účinkem na reprodukční orgány (Karešová et al., 2011). Pozdní nežádoucí účinky na sebe upozorňují, např. svraštělým močovým měchýřem, zúžením v trávicím traktu, chronickým zánětem plic, plicní fibrózou apod. (Vorlíček et al., 2012).

Další možností je biologická léčba, která působí systémově a selektivně za pomoci cíleně působících látek, např. Herceptinu, Avastinu a Tyverbu, zastavujících růst a šíření HER2/neu pozitivních nádorů, jak uvádí Schneiderová (2014), Karešová et al. (2011) a Roztočil et al. (2011). Tato léčba trvá jeden rok a podává se po dobu třech týdnů ve speciálních onkologických centrech (Janíková a Zeleníková, 2013). Dále Karešová et al. (2011) upozorňují na její finanční náročnost a možnost vzniku nežádoucích reakcí, např. bolesti svalů, kloubů a hlavy, třesavky, alergie ve formě vyrážky až anafylaktického šoku, postup léčby je dán věstníkem Ministerstva zdravotnictví České republiky.

U pacientek s kostními metastázami je vhodné podávat podpůrnou terapii ve formě bisfosfonátů posilujících skelet a redukujících komplikace, Denosumabu k zabránění zničení kostí nádorem a doplnění vitamínu D podporujícího zdraví kostí, což je velice důležité pro prognózu onemocnění (Tesařová, 2014).

Často se s biologickou léčbou spojuje imunoterapie, jejímž principem je povzbuzení protinádorové imunity vakcínou NeuVax, díky níž dochází k vytvoření odolnosti proti HER2/neu receptoru v nádoru (Schneiderová, 2014).

Po zakončení léčby je vhodná po půl roce či po roce kontrola u lékaře za účelem snížení nebo zrušení onemocněním vzniklé invalidity, ale nutné je však stav pacientky hodnotit individuálně a komplexně s ohledem na pacientčinu profesi, schopnost rekvalifikace nebo následky léčby (Nováková, 2012).

#### ***1.4 Porodní asistentka a problematika edukace***

*Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník, pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací*

*u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci* (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014).

Může se uplatnit jednak ve zdravotnickém poradenství, v edukaci žen, jejich rodin a komunit v oblasti předporodní přípravy, přípravy k rodičovství, zdraví žen, sexuálního a reprodukčního zdraví a péče o dítě (Zdravotnictví a medicína, 2014). Vstupem do Evropské unie se porodní asistentka vzdělává ve třiletém studiu akreditovaného zdravotnického bakalářského oboru na univerzitách (Vacková, 2013). Musí získat kvalifikaci pro udělení registrace, tedy úředního povolení k výkonu povolání (Kůt, 2014). Po ukončení studia a získání registrace může pokračovat buď v magisterském studiu trvajícím dva roky v prezenční nebo kombinované formě nebo ve speciálním vzdělávání v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů po dobu dvou let a následně tak získává pojmenování specialista (Vacková, 2013).

Vzhledem k tomu, že porodní asistentka poskytuje péči nejen ženám v těhotenství, během porodu a v období šestinedělí, ale také ženám s gynekologickým onemocněním, do kterých řadíme také právě zhoubná nádorová onemocnění prsu, je nutné, aby byla schopna efektivně komunikovat s ženami s tímto onemocněním. K prohloubení znalostí v oblasti přístupu k onkologicky nemocným pacientům, se porodní asistentka může zúčastnit certifikovaného kurzu Paliativní péče pro všeobecné sestry a porodní asistentky, ve kterém se učí teorii ošetrovatelství, etickou a psychosociální problematiku a v praktické části vykonává praxi na onkologickém oddělení nebo v hospici (Zvoníčková, 2012). Tento kurz poskytuje Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Zlín (Zvoníčková, 2012).

Porodní asistentka zaujímá v edukaci velice důležitou roli, pro kterou musí mít potřebné znalosti a dovednosti z ošetrovatelství, psychologie, pedagogiky a didaktiky (Šulistová a Trešlová, 2012). Již při studiu se musí připravit na realizaci této podstatné edukační role a naučit se ošetrovatelským činnostem (Tomanová a Ježorská, 2011). Šulistová a Trešlová (2012) uvádějí nezbytné vlastnosti porodní asistentky, mezi které řadí samostatnost v rozhodování, zodpovědnost za své jednání a rozhodnutí, organizační nadanost, důvěryhodnost, komunikativnost, empatičnost, profesionalitu atd. Kvapil (2011) upozorňuje při edukaci na nutnost používání jednoduchého a srozumitelného jazyka s ohledem na vzdělání a intelekt pacientky, postupování od nejdůležitějšího k méně podstatnému, od základního k podrobnějšímu, od jednoduchého ke složitějšímu



a současně popisuje možné chyby v provádění edukace, jako je např. monolog porodní asistentky, nerespektování individuality, odborné výrazy a nadměrné množství teorie a nedostatek praxe. Nutné je navázání partnerského a upřímného vztahu, zajištění nerušeného prostředí, poskytnutí dostatečného času, naslouchání, pochválení a dodržování respektu k pacientce (Šulistová a Trešlová, 2012).

Jak již bylo výše zmíněno, efektivní komunikace je neoddělitelnou součástí edukace, bez které by nemohla edukace vzniknout ani probíhat. Tím se dostáváme k dalším dovednostem, které by porodní asistentka měla umět ovládat, aby mohla být profesionální edukátorkou. Dle Šulistové a Trešlové (2012) by měla dodržovat komunikační pravidla, mezi která zahrnují klid a klidné prostředí, empatii, zájem, přátelskou atmosféru, udržení očního kontaktu, intimní prostředí apod. Pokud tyto podmínky nejsou splněny, edukace nikdy nedosáhne plnohodnotného účinku (Šulistová a Trešlová, 2012). Kocourková et al. (2014) píše, že v dnešní době existuje celá řada informačních zdrojů, např. internet a časopisy obsahující ve většině případů polopravdy nebo odborná literatura, po jejímž přečtení pacientky často nedostatečně pochopily informace a právě z těchto důvodů není dosaženo takového efektu, jakého by se dosáhlo při poskytnutí informací od porodní asistentky, která případné nejasnosti vysvětlí. Nezbytná je proto edukace v ordinacích, při které dochází k navázání důvěrného vztahu (Kocourková et al., 2014).

#### **1.4.1 Edukační proces**

Edukaci lze vymezit jako *proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech* (Juřeníková, 2010, s. 9). Šulistová a Trešlová (2012) uvádějí, že se edukačního procesu účastní edukátor a edukant, který získává znalosti a zkušenosti pomocí edukátorova učení. Učení může probíhat záměrně nebo nezáměrně (Juřeníková, 2010). Šulistová a Trešlová (2012) považují za úkol edukace předejít onemocnění, udržet nebo navrátit zdraví a zkvalitnit život. Podstatnými činiteli edukačního procesu jsou edukanti, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí (Juřeníková, 2010).

Edukantem je v tomto případě pacientka s osobitými fyzickými, afektivními a kognitivními kvalitami, na kterou mají vliv sociálně-kulturní okolnosti a aktérem role edukátora se stává porodní asistentka, která učí pacientku možnosti primární, sekundární a terciární prevence nádorového onemocnění prsu (Juřeníková, 2010).

Edukační proces ovlivňují tzv. edukační konstrukty, kterými mohou být kurikulární programy, učebnice, standardy apod. (Šulistová a Trešlová, 2012). Proces učení probíhá v edukačním prostředí, ve kterém jsou důležité jak ergonomické předpoklady a společenské klima, tak i atmosféra probíhající edukace (Juřeniková, 2010).

Porodní asistentka pacientku vyučuje za pomoci vyučovacích pomůcek a metod, které můžeme rozdělit na klasické, názorně demonstrační, dovednostně praktické a dále pak na aktivizující a komplexní výukové metody (Šulistová a Trešlová, 2012). Vzhledem k tématu této bakalářské práce se dále zabýváme převážně předváděním, pozorováním a instruktáží s praktickým cvičením, patřících do názorně demonstračních výukových metod. Můžeme také využít formu přednášky doplněnou o prezentace a videa, během které porodní asistentka edukuje pacientku o této problematice (Juřeniková, 2010). Negativem přednášky však může být to, že pacientka při ní nevykonává žádné praktické cvičení a edukace většinou probíhá jen teoreticky s omezenou zpětnou vazbou ze strany pacientky, která by prokazovala pochopení výkladu (Juřeniková, 2010).

Dle Šulistové a Trešlové (2012) předvádění a pozorování využívá primitivního učení s ukázkou činnosti doprovázející slovní komentáře, při kterém pacientka projevuje zájem, soustředění a záměrné pozorování. Instruktáž slouží k slovnímu informování pacientky o pracovním postupu a výsledku aktivity, v tomto případě porodní asistentka instruuje pacientku o správné technice samovyšetřování prsu na modelu a současně poukazuje na správný postup a varuje před možnými chybami při provádění, poté pacientka provádí vlastní činnost s nácvikem psychomotorických dovedností, při kterých se může nejdříve dopouštět množství chyb, a proto je nutné, aby byla porodní asistentka trpělivá a pozorná (Juřeniková, 2010).

Nezbytnou součástí je motivace pacientky, kterou musí porodní asistentka podporovat pomocí empatie a kongruence, to znamená, že porodní asistentka se musí umět vcítit do pocitů pacientky a projevovat svůj skutečný zájem o předání znalostí a dovedností (Šulistová a Trešlová, 2012). Učební pomůcky zvyšují účinnost edukace a vedou k lepšímu dosažení cílů, pro tuto problematiku jsou vhodné textové učební pomůcky, např. brožury, letáky a vizuální učební pomůcky, např. fotografie a model prsů (Juřeniková, 2010).

Juřeniková (2010) uvádí, že edukační proces se skládá z pěti fází, přičemž v první fázi, v tzv. počáteční pedagogické diagnostice, zjišťuje porodní asistentka za pomoci

pozorování nebo rozhovoru stupeň znalostí, vědomostí a dovedností pacientky, a na základě těchto zjištění stanovuje edukační diagnózy, které jsou důležité pro cíle edukace a v druhé fázi, tzv. projektování, připravuje porodní asistentka cíle a stanovuje způsoby, podobu a náplň edukace, pomůcky, časový rozsah a způsob hodnocení edukace. Třetí fáze, tzv. realizace zahrnuje působení výukových metod a pomůcek (Šulistová a Trešlová, 2012). Současně se skládá z pěti kroků, mezi které by měla patřit motivace, expozice neboli předávání znalostí, opakování a procvičování vědomostí, tzv. fixace, průběžná diagnostika a prověřování pacientčina pochopení látky a aplikace dosažených vědomostí a ve čtvrté fázi, tzv. upevnění a prohlubování učiva se porodní asistentka snaží o udržení znalostí v dlouhodobé paměti, které jsou nezbytné neustále procvičovat (Šulistová a Trešlová, 2012). V poslední páté fázi porodní asistentka hodnotí společně s pacientkou dosažení naplánovaných výsledků (Juřeníková, 2010).

Juřeníková (2010) zdůrazňuje nutnost sestavení individuálního edukačního plánu, na jehož sestavování se podílí také sama pacientka, za cílem co nejefektivnější edukace a na základě sesbíraných údajů o ní stanoví porodní asistentka jasnou edukační potřebu, tedy nedostatky v jejích vědomostech, dovednostech, návycích a postojích negativně ovlivňujících její zdraví. Následuje stanovení edukačního cíle, kterého chce porodní asistentka spolu s pacientkou dosáhnout, ten musí být přiměřený, jednoznačný, kontrolovatelný, konkrétní, přesný, apod. (Šulistová a Trešlová, 2012). Jedná se o krátkodobé nebo dlouhodobé očekávané výsledky s pozitivní změnou ve vědomostech, dovednostech apod., které můžeme rozdělit na kognitivní, afektivní a psychomotorické (Juřeníková, 2010).

Součástí edukace je také vedení přehledné a reprezentativní edukační dokumentace, do které se musí zaznamenat veškeré údaje o probíhající edukaci, to znamená, kdo byl učen, co bylo předmětem výuky, kdy proběhla atd., dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 424/2004 Sb. (Šulistová a Trešlová, 2012).

#### ***1.4.2 Role porodní asistentky v prevenci nádorových onemocnění prsu***

Prevenci můžeme chápat jako aktivity zaměřené na předcházení vzniku nádorových onemocnění prsu a můžeme ji rozdělit na primární, sekundární, terciární a kvartérní (Karešová et al., 2011). Každá z těchto prevencí obnáší různé možnosti preventivních aktivit za cílem předcházení onemocnění. Porodní asistentka musí mít dostatečné znalosti o těchto možnostech prevence a ženy o nich edukovat. Současně

nemusí být porodní asistentka jediným zdrojem pro získání informací. Ženy mohou využít také občanská sdružení, která poskytují nejen informace, ale také rady, pomoc a podporu. Porodní asistentka by měla mít o těchto občanských sdruženích znalosti, umět o nich pacientce poskytnout informace a kontakt na ně. Mimo jiné může doporučit i webové stránky, např. [www.svod.cz](http://www.svod.cz) (Národní onkologický registr), kde je možné zjistit epidemiologické charakteristiky nádorových onemocnění v České republice, [www.mamo.cz](http://www.mamo.cz), kde lze nalézt informace o screeningových programech, možnosti prevence a léčby lze načíst na [www.linkos.cz](http://www.linkos.cz) (Česká onkologická společnost ČLP JEP) a [www.mojepacientka.cz](http://www.mojepacientka.cz), kde je možné konzultovat léčbu s odborníky nebo zveřejňovat kauzistiky (Dušek et al., 2013).

### *Primární prevence*

V primární prevenci zastává porodní asistentka významnou roli v edukaci o zdravém životním stylu tím, že pacientky edukuje o výše uvedených rizikových faktorech vzniku a příznacích nádorového onemocnění prsu, doporučuje racionální výživu hojnou na ovoce a zeleninu, pohyb, absenci kouření a jiných návykových látek, vyvarování se stresu a péči o životní prostředí (Janíková a Zeleníková, 2013). Porodní asistentka se podílí na eliminaci zdrojů vzniku onemocnění a pomáhá zvyšovat imunitu vůči tomuto onemocnění (Vojtová a Kočová, 2012).

Porodní asistentka by měla pacientku upozornit na nebezpečí obezity nebo podvýživy, na nutnost stravování se zdravou a pestrou výživou, spočívající v konzumaci celozrnných výrobků, luštěnin, zeleniny a ovoce, bílkovin a vitaminů, v omezení sacharidů, stravování se častěji v menších porcích a dostatku fyzické aktivity, při které dochází ke zlepšení imunitního systému a snížení rizika onemocnění o 20 – 40 % (Nesnidalová et al., 2016). Role výživy, fyzické aktivity a udržování přiměřené tělesné hmotnosti je uznávanou prevencí vzniku nádorového onemocnění, tuto případnou pozitivní změnu chování u ženy by měla porodní asistentka podporovat a zvyšovat u ní znalosti ohledně vztahu týkajícího se výživy a pohybové aktivity (Anderson et al., 2013).

Žena by měla být edukována ze strany porodní asistentky o prospěšnosti kojení dítěte (alespoň po dobu šesti měsíců), o nutnosti vyhýbání se slunečnímu záření nebo eventuálně využívat ochranné prostředky, o nevhodnosti solária nebo o nezbytnosti dodržovat bezpečnost při práci prostřednictvím používání ochranných pomůcek

v rizikovém zaměstnání (Nesnidalová et al., 2016). Dle Andersena et al. (2013) by porodní asistentka neměla zapomenout na edukaci žen o možnosti již výše zmíněného genetického testování, které vede ke snížení rizika s familiární nebo genetickou predispozicí a současně se může stát i zdrojem motivace žen, za účelem zvýšení jejich zájmu o prevenci tohoto onemocnění.

Na základě zjištění zvýšeného rizika u ženy je vhodné, aby byla žena edukována také o možnosti, tzv. chemoprevence. Jedná se o podávání chemické látky ženám bez příznaků onemocnění za cílem snížit výskyt karcinomu (Strnad, 2015). Nejužívanějším preparátem, který snižuje riziko karcinomu prsu u premenopauzálních a postmenopauzálních zdravých žen, je Tamoxifen podávaný ve 20mg denně u žen nad 35 let (Zimovjanová, 2012). Tesařová (2012) a Zimovjanová (2012) uvádějí nežádoucí účinky chemoprevence, mezi které řadí návaly, riziko endometriálního karcinomu u postmenopauzálních žen, katarakty a trombembolické komplikace, proto se podává ženám omezeně a mladým ženám velice výjimečně. Při pětiletém užívání dochází ke snížení rizika onemocnění o 43 %, u žen s mutací BRCA2 až o 62 %, ale u mutací BRCA1 nebylo snížení rizika prokázáno (Zimovjanová, 2012). V současné době existují i další preparáty, např. Raloxifen, Lasofoxifen atd., ale jejich výběr a využití je zcela individuální a záleží na dané ženě (Strnad, 2015).

Při zvýšeném riziku se mohou využít nejen možnosti chemoprevence, ale také chirurgické výkony. Zimovjanová (2012) uvádí provedení buď bilaterální mastektomie nebo bilaterální salpingo – ooforektomie. Bilaterální mastektomii lze pokládat za nejefektivnější způsob primární prevence snižující riziko onemocnění o 90–99 % a po jejím provedení se přistupuje k rekonstrukci prsu (Coufal et al., 2011). Před jejím provedením je nutná konzultace o onemocnění i zdravotním stavu ženy v multidisciplinárním týmu a výsledky vyšetření (např. mamografie, magnetická rezonance a ultrazvukové vyšetření), by měly být negativní (Zimovjanová, 2012). Nutností je svobodné rozhodnutí ženy, která by měla být o tomto výkonu informována od lékaře, tzn. účel a cíl provedení, rizika, možné následky, komplikace apod. (Coufal et al., 2011). Bilaterální salpingo – ooforektomie redukuje riziko onemocnění o 50 % díky poklesu hormonálního působení na mléčnou žlázu, ale u ženy před 40. rokem života tímto výkonem dojde k předčasné menopauze a z toho vyplývajícím nežádoucím účinkům, např. vazomotorickým symptomům, snížení kognitivních funkcí a zvýšení rizika osteoporózy a kardiovaskulárního onemocnění (Zimovjanová, 2012).

## *Sekundární prevence*

Vojtová a Kočová (2012) uvádí, že sekundární prevence spočívá ve vyhledávání a sledování pacientek s rizikem vzniku nádorového onemocnění prsu. Dle Nesnídalové et al. (2016), Karešové et al. (2011), Duška et al. (2014) i Šubové et al. (2015) je účelem této prevence včasný záchyt nádorového onemocnění prsu a včasné rozpoznání příznaků onemocnění za cílem úspěšné léčby, snížení úmrtnosti a zlepšení prognózy.

Skovajsová (2016) uvádí ve svém článku motto Prof. Mudr. Jana Žaloudíka, CSc. při léčbě nádorového onemocnění prsu, které zní: „Hlavní strategií léčby karcinomu prsu nejsou nové převratné léky, nýbrž dobře organizovaný a ženami navštěvovaný mamární screening. Pokud nám skutečně záleží na redukci úmrtnosti na rakovinu prsu, musíme si vážit a podporovat zejména funkční český screening, zvyšovat jeho publicitu a návštěvnost žen v něm.“ Z tohoto vyplývá, že je nutné, aby zejména porodní asistentky edukovaly pacientky o možnosti mamárního screeningu, jeho účelu, způsobu provedení a podporovaly jejich účast v něm.

Mamografické vyšetření je neinvazivní rentgenové vyšetření, které bylo zavedeno v roce 2002 a je bezplatné pro ženy od 45 let jedenkrát za 2 roky (Nesnídalová et al., 2016). Provádí se v akreditovaných centrech splňujících přísné podmínky, které vycházejí z doporučeného standardu ve věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 4/2010 a splnění těchto podmínek kontroluje Komise pro screening nádorů prsu (Daneš, 2014). Jeho provedení se řídí dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 39/2012 Sb., o dispensární péči (Miškovská, 2014). Dle Klusákové (2012) a Skovajsové et al. (2014) není v současné době možné dosáhnout značné účasti a efektivity, jelikož chybí adresné zvaní žen na toto vyšetření a podmínkou je žádanka od praktického lékaře nebo obvodního gynekologa, která znesnadňuje přístup žen k vyšetření z důvodu nepravidelných návštěv svých lékařů. Zdravotnické noviny (2012) a Skovajsová (2016) uvádějí, že toto zcela dobrovolné vyšetření umožňuje zjištění nádoru v období, kdy není možné ho nalézt pohmatem, ale bohužel se screeningu účastní přibližně pouze polovina populace žen u nás, a to především nižší věkové kategorie, protože ve společnosti se jednak udržují faktory, které oslabují účast, jsou to např. nedostatek vzdělání, strach, šíření negativních názorů na internetu (škodlivost, bolestivost a neúčinnost), nepříjemná komprese a mýtus, že komprese je zdrojem vzniku nádoru, a také nedostatečný zájem žen o své zdraví.

Zdravá žena, nespĺňujúcí podmínky screeningu, se může na toto vyšetření také dostavit, ale jelikož přichází bez žádanky, pouze na základě svého rozhodnutí, platí si vyšetření sama bez příspěvku zdravotní pojišťovny (Dubovská, 2011). Tímto vyšetřením se snížila úmrtnost o 40 % díky včasné detekci onemocnění, ale na druhou stranu se zvýšila incidence onemocnění, protože se detekují již tak drobné léze, které dříve nebylo možné zachytit (Roztočil et al., 2011). Dubovská (2011) a Skovajsová (2012) uvádějí, že u mladších žen než 40 let by se mamografické vyšetření nemělo používat, naopak je vhodné využít ultrasonografického vyšetření, které neobnáší fyzickou zátěž, nebolí a dokonce poskytuje mamograficky v tomto věku nezískatelné informace díky vysoké denzitě prsní tkáně, která je pro mamografii nevhodná, lze ji také použít jako doplňkovou metodu mamografie ke snížení její falešné negativity či pozitivity.

Nedílnou součástí sekundární prevence je účast žen na pravidelných preventivních prohlídkách u gynekologa, které se řídí předpisem č. 70/2012 Sb., vyhláška o preventivních prohlídkách (Nesnidalová et al., 2016). Nutná je edukace porodní asistentkou o nutnosti jejich podstupování včetně jejich způsobu provedení a účelu, aby se zvýšil zájem žen o prevenci. Jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou, přičemž první preventivní vyšetření by mělo proběhnout v patnácti letech a dále pak jedenkrát za rok, součástí je i klinické vyšetření prsů lékařem včetně edukace o jejich samovyšetřování (Nesnidalová et al., 2016).

Dle Roztočila et al. (2011) je hlavním úkolem v edukaci porodní asistentky naučit ženu způsob a účel provedení samovyšetřování prsů, které by mělo být složkou hygieny každé ženy od dosažení její dospělosti. Mělo by se provádět pravidelně každý měsíc 2. – 3. den po skončení menstruace, jelikož jsou prsy méně citlivé, měkčí a bez napětí (Krásenská, 2013). Mamma Help (©2014) doporučuje u žen, které nemenstruují, k jeho provádění snadno zapamatovatelný den, a pokud žena se samovyšetřováním začíná, je vhodné, aby ho prováděla každý den za účelem dobrého poznání svých prsů a byla schopna odlišit případné změny, toto platí i pro ženy s implantáty, těhotné a kojící ženy.

Žena si stoupne svlečená do půl těla před zrcadlo, nejdříve s pažemi volně podél těla a současně sleduje prsa zepředu, z pravého a levého boku, následně paže vzpažuje, až ruce umístí za hlavu a mírně je tlačí dozadu, poté si dá ruce v bok, svěsí ramena, mírně zakloní hlavu a lokty tlačí dopředu, podstatou je ve všech zmíněných polohách sledovat veškeré změny na prsech (Rakovina prsu, ©2015). Poté jednou rukou jemně

zmáčkne bradavku, toto na obou prsech, a sleduje přítomnost výtoku z bradavky (Ruce na prsa, ©2015).

Při vyšetření pohmatem se využívají bříška tří prostředních prstů, kterými se provádí malé krouživé pohyby tak, aby se jednotlivé kroužky překrývaly a nebyla vynechána žádná oblast prsu a současně se střídá lehký, střední a silný tlak, aby došlo k vyšetření všech vrstev (Mamma Help, ©2014). Následně se žena položí do polohy na záda s podloženou hlavou (polštář nebo ruka, která právě nevyšetřuje), pod levou lopatku umístí srolovaný ručník k vyvýšení polohy prsu a poté pravou rukou krouživými pohyby prohmatává vnitřní část prsu, stejným způsobem následuje vyšetření i prsu levého (Ruce na prsa, ©2015). Při vyšetření prsu současně také vyšetří pohmatem oblast podpažní jamky, ve které pátrá po zvětšených lymfatických uzlinách (Rakovina prsu, ©2015). V této poloze vyšetří také na závěr oblast kolem klíční kosti a nad hrudní kostí mezi prsy, přičemž levou ruku připaží a pravou rukou prohmatává, stejně tak vyšetří i pravou stranu (Mamma Help, ©2014). Je nutné porovnávat oba prsy současně, protože jen tak je žena schopná zjistit poměrně nenápadné změny a nikdy nesmí zapomenout vyšetřit také okolí prsů, protože tuto oblast není možné zachytit mamografií, ale pouze ultrazvukem a z tohoto důvodu je nutné, aby žena změny v této oblasti nahlásila lékaři v mamodiagnostickém centru, kam by se po zjištění změn měla dostavit (Skovajsová, ©2014).

Porodní asistentka by také měla ženu edukovat o tom, že pokud bude mít nějaké pochybnosti, měla by okamžitě vyhledat lékaře, který posoudí závažnost a případně ženu odešle na mamografické nebo ultrasonografické vyšetření (Mamma Help, ©2014).

### *Terciární prevence*

Dle Nesnídalové et al. (2016), Vojtové a Kočové (2012) spočívá terciární prevence ve sledování již vyléčených pacientek, které nádorové onemocnění prodělaly. Cílem je včasné zachycení návratu onemocnění za pomoci dispenzarizace pod lékařským dohledem (Janíková a Zeleníková, 2013). Minimální interval mezi jednotlivými preventivními kontrolami by měl být jeden rok, přičemž každé pracoviště má vypracované vlastní schéma dispenzarizace a řídí se vyhláškou Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 386/2007 Sb. (Roztočil et al., 2011).

Porodní asistentka zde hraje důležitou roli v edukaci o důležitosti pokračování v dodržování již zmíněných preventivních opatření (Nesnídalová et al., 2016). Součástí



terciární prevence je soustavné doplňování anamnézy a klinické vyšetření, které se provádí v průběhu prvních tří let každých 3 – 6 měsíců, během 4. – 5. roku každých 6 - 12 měsíců, dále pak jedenkrát za rok, stejně tak mamografie, ale až po 6 měsících od ukončení adjuvantní radioterapie a provedení ostatních vyšetření, jako jsou krevní obraz, rentgenové, ultrasonografické vyšetření, počítačová tomografie nebo pozitronová emisní tomografie (Janíková a Zeleníková, 2013).

#### *Kvartérní prevence*

Karešová et al. (2011) a Nesnídalová et al. (2016) uvádějí, že kvartérní prevence tkví v předvídání a předcházení následkům u pacientek trpících nevléčitelným nádorovým onemocněním prsu a v zajištění co nejkvalitnějšího života uspokojováním somatických, psychických a sociálních potřeb. Součástí je především snížení bolesti u pokročilého onemocnění za cílem udržení mobility pacientky (Janíková a Zeleníková, 2013). Zde porodní asistentka zaujímá důležitou roli v komunikaci s pacientkou, péči o její potřeby, poskytování psychické a duchovní podpory a zajištění sociálního zázemí, protože to vše vede právě k předcházení následkům onemocnění (Karešová et al., 2011).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1.: Zjistit, jak hodnotí ženy edukaci porodní asistentkou o prevenci nádorového onemocnění prsu.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jakým způsobem jsou ženy edukovány o prevenci nádorového onemocnění prsu?
2. Jaké informace ženy získávají od porodní asistentky?
3. Jak ženy nahlíží na prevenci nádorového onemocnění prsu?

### **2.3 Operacionalizace pojmů**

*Edukace:* lze ji také chápat jako proces učení, díky kterému lze ovlivňovat chování a jednání jedince v pozitivním slova smyslu a slouží k zlepšení či k vytvoření nových vědomostí, postojů, návyků a dovedností (Juřeníková, 2010).

*Porodní asistentka:* je vysokoškolsky vystudovaný a plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který pracuje se ženami v období těhotenství, porodu a šestinedělí, má kvalifikaci pro vedení porodu, pro péči o novorozence a děti v kojeneckém věku (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014).

*Prevence:* jedná se o aktivity, díky kterým můžeme předcházet vzniku nádorových onemocnění prsu a můžeme ji rozdělit na primární, sekundární, terciární a kvartérní (Karešová et al., 2011).

*Nádorové onemocnění prsu:* dochází při něm k růstu buněk, u nichž došlo ke změně v buněčném dělení (Otová, 2012). Můžeme je rozdělit na benigní (nezhoubná), maligní (zhoubná), karcinomy in situ a prekancerózy.

*Ženské prso:* jedná se o párový orgán uložený na přední straně hrudníku, na jehož vrcholu se nachází prsní dvorec s prsní bradavkou (Slezáková et al., 2013). Skládá se z mléčné žlázy a tukové tkáně (Hájek et al., 2014).

### 3 Metodika výzkumu

#### 3.1 Metodika a technika výzkumu

Teoretická část bakalářské práce byla zpracována na základě odborné literatury. Výzkumná část bakalářské práce byla provedena pomocí kvalitativního šetření v podobě polostrukturovaných rozhovorů dle stanovených cílů bakalářské práce se ženami od 18 do 70 let věku. Ženy byly vybrány jednak u nejmenovaného obvodního gynekologa, a také za pomoci výzkumné metody snowball sampling, to znamená, že respondentka sama navrhovala další možnou respondentku. Výzkum byl ukončen v momentu, kdy se jednotlivé odpovědi respondentek opakovaly (Čeněk et al., 2016). Veškeré rozhovory byly vedeny pouze se ženami, které podepsaly Žádost o souhlas ke spolupráci (k nahlédnutí u autorky práce). Všechny respondentky byly seznámeny s tématem bakalářské práce, účelem výzkumného šetření, formou výzkumu a strukturou otázek v rozhovoru. Rozhovory se skládaly ze čtrnácti základních otázek (viz Příloha 5), které byly doplněny metodou dotazování k získání podrobností a byly zaměřeny na prevenci nádorového onemocnění prsu (Sedláková, 2014). Rozhovory se ženami byly vedeny na základě předchozí domluvy se zachováním jejich soukromí. Výzkumný vzorek byl tvořen osmi ženami. Všechny osm respondentek souhlasilo s nahráváním rozhovoru na diktafon.

Následně byly všechny získané rozhovory doslovně přepsány na PC a očíslovány. Na číslování je odkazováno v textu, například R1 (respondentka 1). Analýza získaných dat byla provedena metodou otevřeného kódování v ruce neboli metoda papír, tužka (Gulová a Šíp, 2013). Jednotlivé rozhovory byly doslovně přepsány, očíslovány, vytištěny, pečlivě přečteny a analyzovány. Dle stanovených kategorií byly barevně odlišeny různé odpovědi respondentek. Byly vytvořeny tři hlavní kategorie, které byly dále rozčleněny na podkategorie. U každé podkategorie jsou uvedeny odpovědi respondentek včetně některých jejich přímých citací.

Praktická část práce je doplněna o informační letáček, který by mohl zlepšit jak informovanost žen o samovyšetřování prsu, tak i edukaci porodní asistentkou o tomto tématu.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor tvořilo osm žen od 18 do 70 let věku. Průměrný věk žen je 46 let. Pět žen je zaměstnaných, jedna žena je na mateřské dovolené a dvě ženy jsou již důchodového věku. Tři respondentky mají nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitní zkouškou. Tři respondentky mají nejvyšší vzdělání střední odborné s výučním listem. Jedna respondentka má nejvyšší vzdělání vysokoškolské a jedna respondentka vyšší odborné vzdělání.

## 4 Výsledky

### 4.1 Identifikační údaje respondentek

R1 je 21 let, nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské s maturitní zkouškou, pracuje jako disponent, nikdy nebyla těhotná a nemá osobní zkušenost s nádorovým onemocněním prsu. R2 je 70 let, nejvyšší dosažené vzdělání má vyšší odborné, je důchodce, byla třikrát těhotná a nemá osobní zkušenost s nádorovým onemocněním prsu. R3 je 46 let, nejvyšší vzdělání má střední odborné s výučním listem, pracuje jako prodavačka, byla třikrát těhotná a osobní zkušenost s nádorovým onemocněním prsu nemá. R4 je ve věku 26 let, nejvyšší dosažené vzdělání má střední odborné s výučním listem, pracuje jako dělnice kovovýroby a lisovny, nikdy nebyla těhotná a nemá osobní zkušenost s nádorovým onemocněním prsu (viz Tabulka 1).

R5 je 31 let, nejvyšší vzdělání má středoškolské s maturitní zkouškou, momentálně je na mateřské dovolené, byla dvakrát těhotná a nemá osobní zkušenost s nádorovým onemocněním prsu. R6 je 49 let, nejvyšší vzdělání má střední odborné s výučním listem, pracuje jako informátorka, byla třikrát těhotná a nemá osobní zkušenost s nádorovým onemocněním prsu. R7 je ve věku 70 let, nejvyšší dosažené vzdělání má vysokoškolské, je důchodce, byla dvakrát těhotná a má osobní zkušenost s nádorovým onemocněním prsu. R8 je 54 let, nejvyšší vzdělání má středoškolské s maturitní zkouškou, pracuje jako pracovnice prádelny a chemické čistírny, byla třikrát těhotná a nemá osobní zkušenost s nádorovým onemocněním prsu (viz Tabulka 2).

**Tabulka 1 Identifikační údaje (R1 – R4)**

Respondentka	Věk	Vzdělání	Zaměstnání	Těhotenství	Osobní zkušenost s onemocněním
R1	21	středoškolské	disponent	ne	ne
R2	70	vyšší odborné	důchodkyně	3x	ne
R3	46	střední odborné	prodavačka	3x	ne
R4	26	střední odborné	dělnice kovovýroby a lisovny	ne	ne

Zdroj: vlastní

**Tabulka 2 Identifikační údaje (R5 – R8)**

Respondentka	Věk	Vzdělání	Zaměstnání	Těhotenství	Osobní zkušenost s onemocněním
R5	31	středoškolské	mateřská dovolená	2x	ne
R6	49	střední odborné	informátorka	3x	ne
R7	70	vysokoškolské	důchodkyně	2x	ano
R8	54	středoškolské	pracovnice prádelny a chemické čistírny	3x	ne

Zdroj: vlastní

#### 4.2 Vyhodnocení rozhovorů se ženami od 18 do 70 let věku

Na základě analýzy získaných dat byly vytvořeny kategorie a jejich podkategorie (viz Tabulka 3). Výsledky jednotlivých podkategorií jsou detailně rozepsány a doplněny o přímé citace odpovědí respondentek.

**Tabulka 3 Seznam kategorií a podkategorií výzkumu**

Kategorie	Podkategorie
<b>1. Informace o prevenci nádorového onemocnění prsu</b>	Zdroj informací Znalosti žen
<b>2. Osobní využívání preventivních možností nádorového onemocnění prsu</b>	Zdravý životní styl Samovyšetřování prsu Preventivní prohlídky u gynekologa Mamografie
<b>3. Edukace o prevenci porodní asistentkou</b>	Informace od PA

Zdroj: vlastní

## **Kategorie 1 Informace o prevenci nádorového onemocnění prsu**

Tato kategorie je zaměřena na dvě podkategorie, ve kterých jsme se zabývaly jednak zdroji, ze kterých ženy získávají informace o prevenci nádorového onemocnění prsu nebo ze kterých zdrojů by raději informace získávaly a jednotlivými znalostmi žen zahrnující pohled na prevenci, roli prevence v jejich životě, rizikové faktory nádorového onemocnění prsu, možnosti prevence, úkoly gynekologa v rámci prevence, hodnocení dosavadních znalostí, potřebu informací o prevenci, důležitost prevence v těhotenství a délku minimálního kojení dítěte. Na základě každé podkategorie lze pozorovat jednotlivé odpovědi respondentek.

### *Podkategorie: Zdroj informací*

V této podkategorii nás zajímalo, kde ženy převážně získávají informace o možnostech prevence nádorového onemocnění prsu a z jakých zdrojů by raději tyto informace získávaly. Žádná z respondentek nevyužívá pouze jediný zdroj informací. Na prvním místě respondentky uváděly jako zdroj informací svého obvodního gynekologa. Tuto odpověď uvedly čtyři respondentky (R1, R3, R7, R8). Čtyři respondentky (R1, R4, R5, R6) uvedly, že k získávání informací používají také internet, přičemž pro R6 je internet nejčastější zdroj informací. Při položení doplňující otázky, zda věří informacím na internetu, odpověděly tři respondentky (R4, R5, R6), že si musí vybírat pouze odborné stránky a vyhýbat se diskuzím. Pouze R1 plně věří informacím na internetu, protože podle ní má každý na tuto problematiku jiný názor. Dvě respondentky (R2, R8) uvedly jako zdroj informací televizi. Literaturu, zahrnující odborné časopisy a časopisy pro ženy, udalo šest respondentek (R1, R2, R4, R5, R7, R8). Pouze jedna respondentka (R8) získává informace z letáčků, a to i z nástěnek v čekárnách u lékařů. U žádné z respondentek se v odpovědích neobjevila porodní asistentka.

Další otázka se týkala toho, od koho by raději respondentky získávaly informace. Sedm respondentek (R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8) by raději získávalo informace od svého lékaře, z toho R1 uvedla, že je to z důvodu toho, že své lékařce nejvíce důvěřuje a ví, jak se jí případně zeptat, ale dokud nemá žádný problém, nemá potřebu si nic zjišťovat, přijde jí to zbytečné a je toho názoru, že lékař by se měl o těchto informacích zmínit sám jako první. R5 by naopak nikdy nevyhledávala lékaře,

protože podle ní na to nemá čas, neumí se ženami komunikovat a spíše by měla pocit, že obtěžuje.

Zajímalo nás, jestli by respondentky pro získání informací raději upřednostnily lékaře před porodní asistentkou, protože tu žádná z respondentek nezmínila a ani neví, co zahrnuje kvalifikace porodní asistentky. Po vysvětlení bylo zjištěno, že tři respondentky (R1, R4, R8) by přesto zvolily lékaře. R4 by ho zvolila raději, protože si myslí, že má více zkušeností než porodní asistentka a R8 je toho názoru, že porodní asistentka je více zaměřená na porod než na tuto problematiku. Tři respondentky (R3, R5, R6) by si naopak raději vybraly porodní asistentku. R3 si myslí, že lékař nemá čas. R5 je toho názoru, že porodní asistentky jsou milejší a vstřícnější než lékaři. R6 by takto vybrala na základě pocitů, protože má blíže k ženě (porodní asistentce) než k lékaři. Dostalo se nám také odpovědi, že by mezi lékařem a porodní asistentkou nevybíraly. Tuto odpověď uvedly dvě respondentky (R2, R7), protože si obě myslí, že tyto znalosti mají oba a upřednostňují hlavně to, aby jim problematiku zvládli vysvětlit.

#### *Podkategorie: Znalosti žen*

Každá z respondentek (R1 – R8) uvádí, že prevence je důležitá, a věděla její účel. Pro šest respondentek (R1, R2, R4, R5, R6, R8) hraje prevence důležitou roli v jejich životě. Naproti tomu R2 uvedla: „*Moc ji nedodržuji, protože jsem už stará a lenivá.*“ R7 si myslí, že by prevenci měla dodržovat každá žena, ale sama se jí moc nedrží, protože nemá na sebe moc času.

Při položené otázce, které rizikové faktory nádorového onemocnění prsu znají, tři respondentky (R1, R3, R4) nevěděly, co je to rizikový faktor a bylo nutné jim ho vysvětlit. Nakonec všechny respondentky (R1 – R8) některé rizikové faktory uvedly. Jako rizikový faktor nejvíce uváděly špatnou životosprávu a kouření. Tyto nejčastější rizikové faktory sdělily všechny respondentky (R1 – R8). Respondentky (R2, R3, R5, R6, R8) také udaly obezitu. Tři respondentky (R1, R7, R8) si myslí, že vznik tohoto onemocnění podporuje stres. Ve stejném množství odpovědí jako stres bylo zaznamenáno také nadměrné pití alkoholu. Tuto odpověď uvedly R1, R4 a R6. R1 jako jediná sdělila vliv vysokého krevního tlaku na vznik nádorového onemocnění prsu a R4 si myslí, že na vznik tohoto onemocnění mají vliv drogy a nevhodná podprsenka.

Respondentkám byla položena otázka, jaké možnosti prevence znají. Všechny respondentky (R1 – R8) znají nejvíce samovyšetřování prsu a mamografii. Pět



respondentek (R1, R2, R6, R7, R8) řadí do preventivních možností pravidelné prohlídky u gynekologa a pět respondentek (R1, R3, R4, R5, R8) zdravý životní styl. R5, R6 a R8 zahrnují do preventivních možností také ultrazvukové vyšetření prsu, protože s tímto vyšetřením mají již zkušenost. Pouze R1 uvedla mezi preventivními možnostmi nošení správného oblečení, např. podprsenky. Dokonce jedna z respondentek (R5) zná možnost preventivního odstranění prsů při výskytu onemocnění v rodině. „Slyšela jsem, že když mají ženy v rodině rakovinu prsu, že si nechají odstranit prso, což mi přijde jako hodně velký zákrok, ale nevím, jak moc se na to spolehnout.“ „Já mám dvě děti a obě jsem odkojila, takže si nějak neumím představit, že bych si pak preventivně nechala prsa vzít, jsou spojeny s hormony, s celkovým ženstvím, tak to nevím přesně, ale vím, že takové možnosti jsou“, dodala R5.

Při položení otázky, co si myslí, že gynekolog dělá v rámci prevence, všechny respondentky (R1 – R8) uvedly, že dělá stěr z čípku a zjišťuje rizikové faktory a změny u ženy. Sedm respondentek (R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8) ví, že by měl vyšetřovat prsy. Pět respondentek (R2, R3, R6, R7, R8) uvedlo, že by gynekolog měl ženám provádět vnitřní a vnější ultrazvuk. Respondentky, které navštěvují mamografii, odpověděly, že gynekolog ženy posílá na preventivní mamografické vyšetření. Tuto odpověď sdělily tři respondentky (R2, R6, R7). Pouze dvě respondentky (R4, R8) si myslí, že by gynekolog měl v rámci prevence ženy vyšetřovat bimanuálně a dvě respondentky (R7, R8) jsou toho názoru, že by měl ženám odebírat krev.

Když měly respondentky zhodnotit své znalosti o prevenci nádorového onemocnění prsu, jediná respondentka (R7) odpověděla, že má dostatek znalostí a nemá v plánu je zlepšovat, protože by při nějakém problému vyhledala lékaře. Čtyři respondentky (R1, R2, R3, R4) hodnotí své znalosti jako nedostatečné, ale R1 a R3 si i přes to myslí, že jim jejich znalosti stačí a jsou takto spokojené. R2 momentálně nevidí důvod proč své znalosti zlepšovat, ale při potřebě by vyhledala lékaře nebo využila internet. Jediná z respondentek (R4), která hodnotí své znalosti jako nedostatečné, by je chtěla zlepšit. Dvě respondentky (R6, R5) označily své znalosti za „střední“. R5 by si přála zlepšit své znalosti a přála by si, aby se zlepšila také informovanost ze strany lékaře. R6 ví o svých mezerách ve znalostech, ale jelikož již některé zkušenosti má a chodí na častější kontroly, myslí si, že jí stačí to, co ví a při zájmu či problému by se na prevenci zaměřila více cestou lékaře nebo odborných časopisů s touto problematikou.

Dále nás zajímalo, o čem by respondentky potřebovaly více informací. Nejvíce respondentek (R1, R2, R4, R6) uvedlo samovyšetřování prsu. Tři respondentky (R1, R3, R5) by uvítaly informace o všech možnostech prevence, přičemž R5 by byla ráda, kdyby byly vyráběny buď jednotné letáčky, nebo balíčky, které by obsahovaly veškeré informace o rakovině prsu i prevenci, včetně nejčastějších dotazů. Dvě respondentky (R1, R4) by potřebovaly více informací o mamografii. Dvěma respondentkám (R7, R8) stačí informace, které mají a při potřebě by vyhledaly lékaře.

Respondentkám byly také položeny doplňující otázky, týkající se důležitosti prevence nádorového onemocnění prsu v těhotenství a důležitosti kojení. Pro přiblížení uvádíme, že při otázce, zda by se měla prevence dodržovat i v těhotenství, se veškerým respondentkám vybavilo samovyšetřování prsu. Všechny respondentky (R1 – R8) si myslí, že dodržování prevence v této oblasti je v těhotenství důležité. Celkem šest respondentek již bylo těhotných. Z těchto respondentek, které již byly těhotné, tři respondentky (R2, R3, R7) v těhotenství prevenci nedodržovaly, protože dříve se podle nich na prevenci nepohlíželo jako dnes, ale R3 si myslí, že by si žena měla provádět samovyšetřování prsu v těhotenství. Naproti tomu tři respondentky (R5, R6, R8) se v těhotenství snažily samovyšetřovat prsy. Při položené otázce, zda je prospěšné, aby žena kojila, odpověděly všechny respondentky (R1 – R8), že by každá žena své dítě měla kojit. Minimální doba kojení se u jednotlivých žen lišila. Tři respondentky (R3, R5, R6) si myslí, že by se mělo kojit minimálně 6 měsíců. Tři respondentky (R2, R4, R7) jsou toho názoru, že by se mělo kojit alespoň jeden rok. R8 uvedla jako minimální dobu kojení 9 – 12 měsíců. Pouze respondentka R1 nevěděla, ani neměla představu, po jakou minimální dobu by dítě mělo být kojeno. Žádná z respondentek však na prospěšnost kojení v souvislosti s nádorovým onemocněním prsu nepohlížela, jelikož žádná z nich neuváděla kojení jako preventivní možnost tohoto onemocnění.

## **Kategorie 2 Osobní využívání preventivních možností nádorového onemocnění prsu**

Tato kategorie je zaměřena na osobní využívání preventivních možností jednotlivých respondentek. Je rozčleněna na čtyři podkategorie. Díky těmto podkategoriím lze pozorovat jednotlivé odpovědi respondentek.

#### *Podkategorie: Zdravý životní styl*

U pěti respondentek (R1, R2, R3, R4, R8) se vyskytuje spíše nezdravý životní styl. Z těchto respondentek se tři respondentky (R1, R2, R3) nevěnují žádné pohybové aktivitě. R4 a R8 sice uvádí, že se u nich vyskytuje nezdravý životní styl, ale přesto se snaží alespoň každý den jezdit na kole. Čtyři respondentky (R1, R3, R4, R8) by chtěly zlepšit svůj životní styl, a to především ve stravování. Jediná respondentka (R2) díky svému věku ho již zlepšovat nechce, snaží se jíst vitaminy, ale také jí nezdravá jídla. Čtyři respondentky (R1, R3, R4, R8) hodnotí své stravování jako nezdravé, a to z důvodu nedostatku času. Ze všech respondentek kouří pouze dvě respondentky (R3, R7), obě chtěly přestat, ale nešlo jim to. Pouze tři respondentky (R5, R6, R7) se snaží dodržovat zdravý životní styl. R5 nekouří, alkohol pije přiměřeně jen při oslavách, snaží se jíst pravidelně a zdravě, vybírá si kvalitní a místní potraviny, jí hodně zeleniny a ovoce, jezdí na kole, na běžkách, na lyžích a také se přirozeně pohybuje s dětmi. R5 také udává, že pohybovou aktivitu vykonává přibližně dvakrát týdně, jednou ve fitness a podruhé o víkend, kdy vždy něco plánují s rodinou. R5 ještě k tomuto dodala: „*Když něco naplánujeme, je to vždy nějaká pohybová aktivita venku.*“ R6 chodí do práce a z práce pěšky, jezdí na lyžích a na kole, věnuje se józe a dětem. Svůj životní styl hodnotí jako uchvátaný, ale i přes to se snaží žít zdravě. Jí vše, ale vyhýbá se přemaštěným pokrmům a snaží se jíst hodně zeleniny. R7 sice kouří a udává, že na sebe nemá moc času, ale přesto se snaží ve svém věku pohybovat. Chodí často se psem na procházky, pracuje na zahradě nebo doma. Jí vše, ale ne tučná jídla. Respondentka trpí cukrovkou, takže se musí hlídat.

#### *Podkategorie: Samovyšetřování prsu*

Ze všech respondentek si nevyšetřuje prsy pouze R2, protože chodí pravidelně jednou za dva roky na mamografii, která je pro ni dostačující. Zbylé respondentky (R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8) jsou schopny popsat postup, jak si prsy vyšetřit. Při položení otázky, jak často by si měly prsy vyšetřovat, pouze dvě respondentky (R3, R5) věděly, že pravidelně jednou za měsíc po menstruaci. R1 vůbec nevěděla, jak často by se samovyšetřování mělo provádět, protože si tuto informaci nikdy nezjišťovala. Dvě respondentky (R7, R8) jsou toho názoru, že žena by se měla vyšetřovat jednou za půl roku. Jedna respondentka (R4) si myslí, že by se měla vyšetřovat jednou za týden.

Zajímalo nás tedy, jak často si jednotlivé respondentky vyšetřují prsy. R1 uvedla: „Většinou, když si vzpomenu, asi tak jednou za půl roku.“ „Já si myslím, že paní doktorka mě dost kontroluje, tak bych ani nemusela“, dodala ještě R1. R4 uvedla, že si vyšetřuje prsy jednou za tři měsíce. R5 si prsy vyšetřuje jednou za půl roku, i když ví, jak často by se samovyšetřování prsu mělo provádět. Dvě respondentky (R3, R6) si vyšetřují prsy, jen když si vzpomenu nebo je něco zabolí. R6 se hájí tím, že chodí dvakrát za rok na mamografii a ultrazvuk, protože byl u ní zjištěn nález v prsu, a to hodnotí jako dostačující. R7 si prsy vyšetřuje, jen když jí něco zabolí, protože jí bolí jizvy po prodělané operaci. R8 si také prsy vyšetřuje, když si vzpomene, udává, že je to tak jednou za půl roku, ale někdy i třeba dvakrát za měsíc.

Všechny respondentky, které si prsy vyšetřují (R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8), používají k vyšetření krouživé pohyby. Respondentkám, které si vyšetřují prsy, byla položena otázka, zda si vyšetřují také podpaží. Šest respondentek (R3, R4, R5, R6, R7, R8) si podpaží vyšetřuje. Pouze R1 si podpaží nevyšetřuje, ani o tom neví, že by měla. Ani jedna z respondentek, která se vyšetřuje, si nevyšetřuje bradavku a ve většině případů ani neví, že by se vyšetřovat měla. Nejčastější polohou pro vyšetření je vybírána poloha ve stoje. Tuto polohu využívají čtyři respondentky (R1, R4, R5, R6). R3 se vyšetřuje jak vleže, tak i vestoje. Dvě respondentky (R7, R8) využívají polohu vsedě nebo vleže.

#### *Podkategorie: Preventivní prohlídky u gynekologa*

Většina respondentek (R1, R2, R3, R5, R6, R7) chodí na preventivní prohlídky pravidelně jednou za rok. R4 kvůli užívání antikoncepce je absolvuje každý půlrok. Jediná respondentka (R8) navštěvuje v současné době svého gynekologa nepravidelně, protože nemá čas.

Respondentkám byla položena otázka, zda jim gynekolog vyšetřuje prsy. Pouze R1 odpověděla, že gynekoložka jí prsy vyšetřuje pravidelně na každé preventivní prohlídce, ale na její vlastní žádost. Všechny respondentky, kromě R4, ví, že by gynekolog prsy měl vyšetřovat. U všech respondentek, kterým gynekolog prsy nevyšetřuje (R2 – R8), nikdy ani této problematice nevěnoval pozornost.

Všem respondentkám (R1 – R8) provede gynekolog při každé preventivní prohlídce jedenkrát za rok stěr z děložního čípku. Rizikové faktory nádorového onemocnění prsu zjišťoval gynekolog u všech respondentek (R1 – R8) pouze při vstupní

prohlídce. Na změny ohledně zdravotního stavu se ptá gynekolog u všech respondentek (R1 – R8) pravidelně. Od 45 let věku gynekolog odesílá na mamografii všechny respondentky. Týká se to pěti respondentek (R2, R3, R6, R7, R8). R8 však uvedla, že jelikož nechodí na prohlídky pravidelně, tak i na mamografii několikrát zapoměla.

Ultrazvukové vyšetření gynekolog pravidelně provádí pouze respondentkám R3 a R6. Respondentkám R2, R5 a R7 provádí gynekolog ultrazvukové vyšetření nepravidelně. Dvě respondentky (R4, R8) uvedly, že jejich gynekolog ve své ordinaci ani ultrazvuk nemá a posílá je proto do nemocnice, ale také nepravidelně. R1 jako jediná nikdy nepodstoupila u svého gynekologa ultrazvukové vyšetření.

#### *Podkategorie: Mamografie*

Vzhledem k věku respondentek podstoupilo mamografii od 45. roku života pět respondentek (R2, R3, R6, R7, R8). Z těchto respondentek chodí na mamografii pravidelně jedenkrát za dva roky dvě respondentky (R2, R3). R6 uvedla, že mamografii podstupuje vždy s následným ultrazvukovým vyšetřením dvakrát za rok, protože má v prsu nález. R7 navštěvuje mamografii jedenkrát za rok včetně ultrazvukového vyšetření, jelikož má již zkušenost se zhoubným nádorovým onemocněním a momentálně je sledována častěji. R8 by měla chodit na mamografii pravidelně jedenkrát za dva roky, ale gynekologa navštěvuje nepravidelně, tudíž mamografii také. Všechny respondentky podstupující mamografii (R2, R3, R6, R7, R8) dokázaly popsat, jak vyšetření probíhá. Zbylé respondentky pod 45 let věku (R1, R4, R5) nikdy mamografii nepodstoupily, a ani o ní nemají žádné informace. Pouze R1 uvedla, že je pro starší dámy.

Respondentkám, které mamografii podstupují, byla položena otázka, jaký názor mají na bolestivost stlačení. R2 je názoru, že záleží na postupu sestry. R3 stlačení bolí a vyšetření vnímá jako nepříjemné R6 odpověděla, že stlačení trochu bolí, ale že je to spíše nepříjemné. R7 stlačení prsu nebolí, jen ho vnímá jako nepříjemné. Podle R8 jde stlačení zvládnout. Dále nás zajímalo, zda respondentky podstupující mamografii vnímají stlačení prsu jako další rizikový faktor vzniku nádorového onemocnění prsu. Pouze R8 si myslí, že stlačení není rizikovým faktorem. Zbylé respondentky (R2, R3, R6, R7) jsou názoru, že stlačení je dalším rizikovým faktorem nádorového onemocnění. R6 dokonce uvedla: „*Raději bych byla jen pro ultrazvuk. Já bych tam nešla, kdybych nemusela a šla bych rovnou na ultrazvuk. Když jsem se ptala, proč to nejde, tak mi bylo*

*řeceno, že musím nejdříve na mamografii a pak hned na ultrazvuk. Myslím si, že je to zbytečné, když pokaždé mi mamograf vyjde špatně, když mám v prsu již nález. Znáám paní, která spadla, a z toho se jí pak rozjela rakovina. Tak si říkám, jestli je to vhodné, aby mi tam stlačili prsa.“*

### **Kategorie 3 Edukace o prevenci porodní asistentkou**

Tato kategorie je zaměřena na způsob, jakým jsou respondentky edukovány o prevenci nádorového onemocnění prsu porodní asistentkou. Zahrnuje jednu podkategorii, díky které lze sledovat jednotlivé odpovědi respondentek.

#### *Podkategorie: Informace od porodní asistentky*

Všechny respondentky (R1 – R8) uvedly, že žádné informace o prevenci od porodní asistentky neobdržely. Zajímalo nás, zda by tyto informace od porodní asistentky ocenily. Většina respondentek (R4, R5, R6, R7, R8) by informace od porodní asistentky ocenila. R1 je názoru, že porodní asistentka nemá tuto povinnost. 2 respondentky (R2, R3) uvedly, že momentálně žádné informace nepotřebují, ale kdyby bylo potřeba, jejich porodní asistentky by byla ochotná je poučit. R5 uvedla: „*Ano, to určitě. Kdyby mi něco řekla, tak ráda si jí vždy vyslechnu, ale nenapadlo mě, se na to někdy zeptat.*“ R4 sdělila, že v ordinaci ani žádná porodní asistentka nepracuje, tudíž ani nemá možnost informace od ní získat.

Respondentkám byla položena otázka, jakou roli podle jejich názoru má porodní asistentka v prevenci. Každá z respondentek má jiný názor. R1 si myslí, že by měla, v případě potřeby ženy, jí poradit. R2 je názoru, že by měla být v úzkém kontaktu se ženou. U R3 jsme se setkaly s tím, že nevěděla, kdo je porodní asistentka. Po vysvětlení R3 uvedla, že by ženám měla poskytovat informace o prevenci, ale že porodní asistentky nepoučují, protože na to nemají čas, a to není podle ní správné. R4 si myslí, že by měla mít o prevenci znalosti a poskytovat ženám rady. R5 si vůbec neuvědomuje, že by nějakou roli měla, ale měla by jí podle ní určitě mít. R6 je přesvědčená o tom, že porodní asistentka někdy poradí a uklidní ženu lépe než lékař. V jejich očích je porodní asistentka úžasné povolání, protože je podle ní lepší, když má žena možnost být s ní v kontaktu. Podle R7 by měla být každá žena od ní poučena, měla by umět poradit, a to hlavně mladším ženám. Podle ní by porodní asistentka měla být

v této problematice orientovaná, ale zároveň by se jí každá žena měla ptát sama. R8 si myslí, že hlavní roli v této problematice má lékař, ale nemá čas, tudíž je potřeba porodní asistentky, která by měla ženy poučovat. 3 respondentky (R4, R7, R8) nikdy nepřišly do styku s porodní asistentkou.

Při doplňující otázce, jakou představu mají o poučení od porodní asistentky, bylo zjištěno, že šest respondentek (R2, R3, R4, R5, R6, R8) by si přálo informace o samovyšetřování prsu nebo jeho předvedení. Z těchto respondentek by čtyři respondentky (R2, R5, R6, R8) ocenily, kdyby jim samovyšetřování prsu bylo ukázáno přímo na nich, protože si své prsy alespoň osahají. Pouze R3 by si přála ukázkou samovyšetřování prsu na modelu. R4 by ocenila pouze informace o samovyšetřování prsu. R1 si myslí, že by měla porodní asistentka vyjít ženě vstříc dle jejích aktuálních potřeb, ale raději by sama vyhledala lékaře než porodní asistentku. R7 nemá žádnou představu o poučení od porodní asistentky, protože se s ní nikdy nesešla.

## 5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá rolí porodní asistentky v edukaci žen o prevenci nádorového onemocnění prsu. Prevenci můžeme rozdělit na primární, sekundární, terciární a kvartérní. Cílem prevence je předcházet vzniku nádorového onemocnění prsu (Karešová et al., 2011). Tato práce je zaměřena především na možnosti primární a sekundární prevence, o kterých by porodní asistentka měla na základě svých znalostí a kompetencí edukovat ženy.

V primární prevenci by porodní asistentka měla ženy edukovat o zdravém životním stylu, případných příznacích nádorového onemocnění prsu, možném genetickém testování, chemoprevenci nebo preventivních chirurgických výkonech (bilaterální mastektomie, bilaterální salpingo - ooforektomie) u rizikových žen se zvýšeným výskytem tohoto onemocnění v rodině. Zdravý životní styl spočívá v eliminaci rizikových faktorů vzniku tohoto onemocnění, racionální výživě, zvyšování imunity apod. (Nesnidalová et al., 2016).

Účelem sekundární prevence je včasný záchyt a včasné rozpoznání příznaků nádorového onemocnění prsu, protože jen tak bude léčba úspěšná (Šubová et al., 2015). Mezi možnosti sekundární prevence řadíme mammární screening, ultrasonografické vyšetření, preventivní prohlídky a samovyšetřování prsu. V této prevenci má porodní asistentka nezbytnou úlohu v edukaci, protože se jedná o nejvyužívanější možnosti prevence, o kterých by měly být ženy informovány.

Do kvalitativního výzkumného šetření technikou rozhovorů byl vybrán výzkumný soubor, který tvořily ženy od 18 do 70 let věku.

První výzkumná otázka se zabývala tím, jakým způsobem jsou ženy edukovány o prevenci nádorového onemocnění prsu. Dle Šulistové a Trešlové (2012) může porodní asistentka využít k edukaci žen vyučovací pomůcky a metody, které se rozdělují na klasické, názorně demonstrační, dovednostně praktické a dále pak na aktivizující a komplexní. Dle Juřeníkové (2010) učební pomůcky zvyšují účinnost edukace a lepší dosažení cílů, proto je vhodné, aby porodní asistentka při edukaci využívala buď textové (brožury, letáky) nebo vizuální učební pomůcky (fotografie, model prsů). Nejvhodnějšími výukovými metodami pro edukaci o prevenci nádorového onemocnění prsu jsou jednak předvádění a pozorování, při kterých dochází k ukázce činnosti se slovními komentáři nebo instruktáž s praktickým



cvičením, které řadíme do názorně demonstračních výukových metod (Šulistová a Trešlová, 2012). Při instruktáži sděluje porodní asistentka ženám informace o pracovním postupu a výsledku aktivity, např. učení správné techniky samovyšetřování prsu na modelu, při kterém poukazuje na správný postup, varuje před chybami a následně dochází k vlastní činnosti žen (Juřeníková, 2010). Juřeníková (2010) uvádí také možnost využití přednášky doplněnou o prezentaci či videa, ale při tomto způsobu edukace nevykonávají ženy žádné praktické cvičení, a tak se jedná převážně o teoretickou edukaci s omezenou zpětnou vazbou ze strany žen, která by prokazovala pochopení výkladu.

Z výzkumu však vyplynulo, že žádná z respondentek nikdy nebyla žádným výše zmíněným způsobem edukována porodní asistentkou o prevenci nádorového onemocnění prsu, jelikož žádná z nich nikdy porodní asistentkou o této problematice edukována nebyla. Některé respondentky ani nevěděly, kdo je to porodní asistentka a jaké má kompetence, a proto jim bylo nutné podat vysvětlení. Dle výsledků výzkumu lze usoudit, že porodní asistentky by sice měly ženy edukovat pomocí výše zmíněných vyučovacích metod a pomůcek, ale u tázaných respondentek žádná porodní asistentka tak neučinila. Z těchto důvodů nás zajímalo, zda by respondentky poučení od porodní asistentky v této problematice uvítaly. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že většina respondentek by poučení od porodní asistentky ocenila, a to převážně o samovyšetřování prsu v podobě jeho provedení přímo na jejich prsech. Například R8 uvedla: *„Byla bych raději, kdyby samovyšetřování prsu mi bylo ukázáno přímo na mě, protože si to tak alespoň vyzkouším a prohmátám se. Podle mě je to takhle lepší než na modelu, protože tak zjistím, co v prsech mám.“* Pouze jedna respondentka (R3) by raději uvítala předvedení samovyšetření na modelu, protože by se styděla. R1 však sdělila: *„Myslím si, že je lepší tyto informace získávat od lékaře než od porodní asistentky. Když už by měla poučovat ona, tak by se měla zaměřit na potřeby dané ženy, která přijde s nějakým problémem nebo potřebou se něco nového dozvědět, a ne aby každé ženě, která přijde do dveří, říkala co má a jak dělat.“* Tento názor R1 mě velice zaskočil a nesouhlasím s ním. Podle mého názoru, by se měla porodní asistentka touto problematikou více zabývat a být iniciátorkou edukace o samovyšetřování prsu. R1 je však názoru, že porodní asistentka nemá povinnost ženy edukovat o prevenci, žena by se jí v případě jejího zájmu měla sama na informace zeptat a porodní asistentka by jí

měla vyjít vstříc. R4 se nikdy s porodní asistentkou ani nesešla, protože v ordinaci jejího gynekologa žádná porodní asistentka nepracuje.

Ke stejnému výsledku dospěli i Al-Naggar a Al-Jashamy (2011), kteří zjistili, že by ženy, které podstoupily jejich výzkum, by informace o této problematice od zdravotnického pracovníka také uvítaly.

Williams et al. (2011) jsou názoru, že podávání informací od porodní asistentky o prevenci nádorového onemocnění prsu je pro ženy důležitou pomocí a že edukaci žen porodní asistentkou nenahradí jiné zdroje, jako například televize, internet, brožury apod.

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na to, jaké informace ženy získávají od porodní asistentky. Na základě již první výzkumné otázky je zřejmé, že ženy od porodní asistentky bohužel nezískávají žádné informace, jelikož žádná z nich nebyla od ní nikdy edukována. Toto vyplynulo také z odpovědí každé respondentky. Na stejný problém, týkající se nedostatečné informovanosti žen o prevenci nádorového onemocnění prsu od zdravotnického pracovníka, poukazuje také jednak výzkum Al-Naggara a Al-Jashama (2011), který byl proveden v Malajsii, ale i výzkum Kratzkeho a Wilsona (2014) uskutečněný mezi hispánskými a non - hispánskými venkovskými ženami.

Jelikož žádná z respondentek nezískává informace o prevenci nádorového onemocnění prsu od porodní asistentky, položily jsme ženám otázku, z jakých zdrojů tedy získávají informace o této problematice. Z výzkumu vyplynulo, že žádná z respondentek nevyužívá pouze jediný zdroj informací. Nejvíce získávají informace u svého gynekologa a na internetu. Pouze R1 věří veškerým informacím uvedeným na internetu. Zbylé respondentky ví, že na internetu nejsou veškeré informace pravdivé a musí si zde vyhledávat pouze takové stránky, které jsou důvěryhodné, např. vedené lékařem. Akhtari-Zavare et al. (2015), na základě jimi provedeným výzkumem, zjistili podobně jako v našem provedeném výzkumu, že ženy získávají často informace o prevenci nádorového onemocnění prsu od lékaře. Překvapující však je, že dle výzkumu Akhtariho-Zavareho et al. (2015), nad lékařem, jako zdrojem informací, převažuje televize, kterou v našem výzkumu uvedly pouze dvě respondentky. Televizi, jako nejčastější zdroj informací o prevenci nádorového onemocnění prsu, využívají také hispánské a non - hispánské venkovské ženy (Kratzke a Wilson, 2014). Internet, který v našem výzkumu k získávání informací využívá polovina dotázaných

respondentek, používá, dle Akhtariho-Zavareho et al. (2015), minimální množství žen, ale i tak v něm vidí velkou výhodu, protože zde mohou nalézt rozsáhlé množství informací o této problematice. Oproti tomu Kratzke a Wilson (2014) zjistili, že internet k získání informací o prevenci nádorového onemocnění prsu, kromě televize, často využívají také non – hispánské a hispánské ženy.

Poměrně často je respondentkami využívána literatura zahrnující jak odborné časopisy, tak časopisy pro ženy. Jen R8, jako jediná, využívá letáčky, a to i na nástěnkách v čekárnách u lékařů. Ve chvíli, kdy většina respondentek ještě neměla žádné informace o profesi porodní asistentky, jsme se jich zeptaly, kde by nejraději získávaly informace o této problematice. Většina respondentek by nejraději zvolila pro získání těchto informací svého lékaře, pouze R5 by lékaře nikdy nezvolila. Vzhledem k tomu, že respondentkám byla v průběhu rozhovorů vysvětlena profese porodní asistentky, položily jsme jim poté doplňující otázku, zda by upřednostnily pro získání informací raději porodní asistentku než, jak respondentky uváděly, svého lékaře. Výsledky byly překvapující. Dalo by se očekávat, že by raději volily porodní asistentku, už jen na základě výše uvedených výpovědí. Tři respondentky by raději zvolily lékaře, tři respondentky porodní asistentku a dvě respondentky by mezi nimi nevybíraly.

Kromě těchto, již výše zmíněných informačních zdrojů, jsou k dispozici také různá občanská sdružení, která se zabývají touto problematikou. Mezi nejznámější občanská sdružení patří například Liga proti rakovině Praha, Avon pořádající pochody proti rakovině prsu, Ruce na prsa, Mamma Help a Aliance žen s rakovinou prsu. Hlavními cíli těchto občanských sdružení je zvýšit informovanost žen o této problematice, poskytnout rady, pomoc, motivovat ženy ke zvýšenému zájmu o své zdraví a reagovat na nesprávné a neúplné informace šířící se na veřejnosti (obavy z výsledku, bolestivost vyšetření atd.) prostřednictvím objektivních informací k dané problematice (Gregor et.al., 2014). A právě porodní asistentka by měla ženy edukovat i o těchto možnostech, na které se ženy mohou při jakékoliv potřebě obrátit.

Dále nás zajímalo, jakou roli podle nich má porodní asistentka v prevenci. Dle Šulistové a Trešlové (2012) porodní asistentka zaujímá v prevenci důležitou roli, pro kterou musí mít potřebné znalosti a dovednosti z ošetrovatelství, psychologie, pedagogiky a didaktiky. Dle Tomanové a Ježorské (2011) se musí již při svém studiu připravit na vykonávání této podstatné edukační role a naučit se potřebným

ošetřovatelským činnostem. Každá z respondentek uvedla jinou roli, ale převážně se na svých názorech shodly. Nejčastěji jsme se setkaly s tím, že porodní asistentka by měla být v úzkém kontaktu se ženou, měla by jí umět poradit, umět poskytovat informace o prevenci a mít znalosti. R5 uvedla: „ *Neuvědomuji si, že by nějakou roli hrála. Určitě by měla mít roli v prevenci, to by se mi právě moc líbilo, kdyby tu roli měla. Moje v ordinaci má tolik práce, že by tam musela mít ještě holčičku navíc, aby na to měla čas. Vzhledem k tomu, co tam všechno dělá, to nemůže zvládnout.* “ R6 si myslí, že někdy poradí a uklidní ženu více než lékař. R7 je toho názoru, že by měla být každá žena od porodní asistentky poučena. R8 jako jediná si myslí, že hlavní roli v prevenci hraje lékař, ale jelikož nemá čas, tak je potřeba porodní asistentky.

Z těchto výsledků je zřejmé, že většina žen nezná profesi porodní asistentky a tudíž nejdůležitější roli v informovanosti žen o této problematice představuje lékař. Ve chvíli, kdy informace o profesi porodní asistentky získaly, začaly mít zájem o tyto informace od porodní asistentky. Ze zjištěných výsledků můžeme jednak usuzovat, že by ženy informace od porodní asistentky neodmítly, naopak by byly velice rády, a že prevence ženou zajímá a není jim lhostejná, pouze jim chybí zájem ze strany porodní asistentky. Na druhé straně jsme však zjistily, že i při získání znalostí o profesi porodní asistentkou by tři respondentky nadále volily pro získání informací v této problematice raději lékaře. Respondentky, které by raději zvolily porodní asistentku, uvedly jako nejčastější důvody nedostatek času lékaře na tyto záležitosti, vstřícnější přístup porodních asistentek a své pocity.

Bylo by vhodné, aby porodní asistentky byly motivovány k jejich podstatné roli v prevenci, a to hlavně v oblasti samovyšetřování prsu, o které ženy mají dle výsledků výzkumu největší zájem. Porodním asistentkám na to bohužel nezbývá čas z důvodu pracovního vytížení. Podle mého názoru by bylo vhodné, vymezit si například v ordinační době hodiny, ve kterých by byla dáвана možnost pro edukaci žen o prevenci, ale nejsem si jistá tím, zda by to vůbec bylo možné zrealizovat z časových důvodů již ve většině případů dlouhých ordinačních dob s velkým množstvím pacientek.

Třetí výzkumná otázka se zabývala tím, jak ženy nahlíží na prevenci nádorového onemocnění prsu. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že pro všechny respondentky je prevence důležitá a pro šest respondentek hraje prevence v jejich životě důležitou roli. Zajímalo nás, jaké znalosti ženy mají o prevenci. Nejdříve byla pozornost zaměřena

na to, jaké rizikové faktory nádorového onemocnění prsu respondentky znají. Hrubá (2013) uvádí, že kuřačky, které s kouřením začaly již v mladém věku, mají výrazně vyšší riziko vzniku karcinomu prsu. Tento názor zastávají také všechny respondentky, které uvedly především špatnou životosprávu a kouření. Pět respondentek si myslí, že vznik tohoto onemocnění může podpořit také obezita. Tento názor respondentek potvrzuje provedený výzkum u již nemocných žen, u kterých byla v 50 % zjištěna obezita (Chan a Norat, 2015). Něktými respondentkami byl také zmíněn stres a nadměrné pití alkoholu. Tento názor zastává také Nováková (2012), která uvádí jako rizikové faktory karcinomu prsu nadměrné užívání alkoholu, zvýšený příjem tuků v dětství a dospívání a nadměrnou tělesnou hmotnost s nedostatkem fyzické aktivity. Pouze R4 si myslí, že vznik onemocnění může podporovat nevhodná podprsenka. Vliv podprsenky je velice diskutabilní téma. Singer a Grismaijerová (2014) jsou toho názoru, že podprsenka působí na lymfatickou soustavu, která pomáhá odstraňovat toxiny, ale vlivem tlaku podprsenky vznikají otoky a nedostatečná výživa tkáně na základě hromadění těchto toxinů a následně dochází k její degeneraci. Na základě vysvětlení Singera a Grismaijerové (2014) může nevhodně zvolená podprsenka podporovat vznik nádorového onemocnění prsu. S tímto názorem nesouhlasí lékařka Zdeňka Burianová na webových stránkách [www.linkos.cz](http://www.linkos.cz). Uvedla, že nošení podprsenky nemá spojitost s karcinomem prsu. Naopak podle Hamplové (2015) dobře zvolená podprsenka podporuje zdraví žen. Pokud však žena nosí nevhodnou podprsenku, může tím sice prsy traumatizovat, ale i tak není podporován vznik nádorového onemocnění prsu (Hamplová, 2015). Názor, že podprsenka podporuje vznik karcinomu prsu, odmítají také Petráková a Vorlíček (2014), protože nejsou k dispozici důkazy, které by potvrdily vliv podprsenek na vznik tohoto onemocnění. Na druhou stranu, pokud je podprsenka vhodně zvolená a pro ženu pohodlná, nemyslíme si, že by měla podporovat vznik tohoto onemocnění. Dále nás zajímalo, jaké možnosti prevence ženy znají. Z výzkumného šetření vyplynulo, že nejvíce je známé samovyšetřování prsu a mamografické vyšetření a dále pak preventivní prohlídky u gynekologa a dodržování zdravé životního stylu. Pouze R1 uvedla právě nošení správné podprsenky. Co nás velice překvapilo, byla odpověď R5, že si je vědoma možnosti preventivního odstranění prsů při výskytu tohoto onemocnění v rodině. R5 nás potěšila tím, že zná i jiné, ne tak tradiční možnosti prevence.

Mamma Help (©2014) upozorňuje na dodržování preventivních opatření, která platí také pro těhotné a kojící ženy. Všechny respondentky správně věděly, že v těhotenství je důležité dodržování preventivních opatření. Nesnídalová et al. (2016) jsou názoru, že je také prospěšné kojení dítěte minimálně šest měsíců. S prospěšností kojení souhlasí také Masarykův onkologický ústav (©2017), který uvádí, že kojení snižuje riziko vzniku karcinomu prsu. Masarykův onkologický ústav (©2017) tvrdí, že hormon estrogen podporuje nádorové buňky, proto je vhodné dítě kojít po co nejdéle možnou dobu, aby se estrogeneru tvořilo co nejméně. Při kojení je také ve zvýšeném množství uvolňován oxytocin, který chrání prsní tkáň v pozdějších letech věku ženy (Masarykův onkologický ústav, ©2017). Všechny respondentky jsou toho názoru, že by každá žena měla své dítě kojít, ale názor na minimální délku kojení se u nich lišil. Pouze tři respondentky věděly správně, že by se mělo kojít minimálně šest měsíců. Žádná z respondentek však nepohlížela na prospěšnost kojení v souvislosti s nádorovým onemocněním prsu, protože kojení, jako preventivní možnost tohoto onemocnění, nevedla žádná z nich.

Jelikož všechny respondentky uvedly, že je pro ně prevence důležitá, zajímalo nás, jaké preventivní možnosti využívají ony samy. Pouze tři respondentky se snaží dodržovat zdravý životní styl. R5 uvedla: „*Nekouřím, snažím se nebyť moc obézní. Zdravý životní styl se snažím dodržovat, jako celá má rodina.*“ Tato její odpověď mě potěšila, protože jsem z této výpovědi zaregistrovala její opravdový zájem o prevenci a o dodržování zdravého životního stylu, protože se, podle mého názoru, v současné době na prevenci zapomíná a životní styl je u většiny populace uspěchaný.

Většina respondentek si samovyšetřuje prsy, ale pouze dvě správně věděly, jak často se mají prsy vyšetřovat. Krásenská (2013) uvádí, že by si žena měla vyšetřovat prsy pravidelně každý měsíc 2. – 3. den po menstruaci, protože jsou prsy méně citlivé, měkčí a bez napětí. Mohu říci, že mě zklamal fakt, že i přes to, že ženy ví, jak často se mají prsy vyšetřovat, si je vyšetřují v nedostatečném intervalu, například jedenkrát za půl roku nebo jen když si vzpomenu nebo je něco zabolí. K samovyšetřování prsu se využívají bříška tří prostředních prstů, kterými se provádí malé krouživé pohyby tak, aby se jednotlivé kroužky překrývaly a nebyla vynechána žádná oblast prsu a současně se střídá lehký, střední a silný tlak, aby došlo k vyšetření všech vrstev (Mamma Help, ©2014). Tuto techniku využívají všechny respondentky, které si prsy vyšetřují. Součástí vyšetření je také vyšetření oblasti podpažní jamky, ve které se pátrá po zvětšených

lymfatických uzlinách (Rakovina prsu, ©2015). Z respondentek, které si vyšetřují prsy, si nevyšetřuje podpaží pouze jedna respondentka. Na webových stránkách Ruce na prsa (©2015) je upozorňováno na nutnost vyšetření také bradavky, při kterém se sleduje přítomnost výtoku. Z výzkumu bylo zjištěno, že si ani jedna z respondentek bradavku nevyšetřuje. Webové stránky Rakovina prsu (©2015) popisují samovyšetřování v poloze ve stoje před zrcadlem, naopak na webových stránkách Ruce na prsa (©2015) se můžeme dočíst o samovyšetřování prsů vleže na zádech. Lze tedy pro samovyšetření prsu použít několik poloh. Z výzkumu vyplynulo, že nejčastěji je respondentkami využívána poloha ve stoje.

Nezbytnou součástí prevence je dle Nesnídalové et al. (2016) účast žen na pravidelných preventivních prohlídkách u gynekologa řídicích se předpisem č. 70/2012 Sb., vyhláška o preventivních prohlídkách, které jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou 1x za rok, součástí by mělo být také klinické vyšetření prsů lékařem včetně edukace o jejich samovyšetřování. Výzkumem bylo zjištěno, že většina respondentek absolvuje preventivní prohlídky pravidelně 1x za rok. Pouze jedna respondentka uvedla, že chodí ke gynekologovi nepravidelně. Pouze jedné respondentce lékař vyšetřuje prsy, a to na její vlastní žádost, u ostatních respondentek gynekolog této problematice nikdy nevěnoval pozornost.

Druhou, dle výsledků výzkumu, nejznámější preventivní možností je mamografie. Dle Nesnídalové et al. (2016) se jedná o neinvazivní rentgenové vyšetření a je bezplatné pro ženy od 45 let věku jedenkrát za dva roky. Dle Klusákové (2012) a Skovajsové et al. (2014) není v současné době možné dosáhnout značné účasti žen, protože chybí adresné zvaní žen na toto vyšetření a podmínkou je žádanka od lékaře, která znesnadňuje přístup žen k vyšetření z důvodu nepravidelných návštěv svých lékařů.

Dle výsledků výzkumu nemohu zcela souhlasit s názorem, že není možné dosáhnout značné účasti žen. Všechny respondentky nad 45 let pravidelně navštěvují mamografii již od 45 let věku a většina respondentek pravidelně navštěvuje svého gynekologa. Z těchto respondentek dvě chodí pravidelně na mamografii jedenkrát za dva roky. R6 ji podstupuje dvakrát za rok včetně ultrazvukového vyšetření, protože má v prsu již nález. „*Nejedná se o nádor, prý je to zřejmě pozůstatek po problémovém kojení, ani mi nedělali histologické vyšetření, jen jsem častěji sledována*“, uvedla R6. R7 navštěvuje mamografii jedenkrát za rok také včetně

ultrazvukového vyšetření z důvodu toho, že již prodělala zhoubné nádorové onemocnění prsu a momentálně je takto častěji sledována. Pouze jedna respondentka, která by měla na mamografii chodit pravidelně jednou za dva roky, nechodí pravidelně ke svému gynekologovi, takže nepravidelně také proto navštěvuje mamografii. Zbylé tři respondentky pod 45 let věku nikdy mamografii nepodstoupily.

Onkologický screening: Zpětnou vazbu nelze zajišťovat zpětně (2012) a Skovajsová (2016) tvrdí, že se mammárního screeningu účastní pouze přibližně polovina populace žen u nás, protože se ve společnosti udržují faktory, které oslabují účast, jsou to například, mimo jiné, negativní názory na mamografii na internetu, např. její nepříjemná komprese a mýtus, že komprese je zdrojem vzniku nádoru.

Vzhledem k tomuto nás zajímalo, jak respondentky podstupující mamografii hodnotí bolestivost stlačení a to, že stlačení je rizikovým faktorem pro vznik nádorového onemocnění. Většina respondentek uváděla, že stlačení moc nebolí, ale zároveň považují toto vyšetření za nepříjemné a pouze jedna respondentka je toho názoru, že stlačení není rizikovým faktorem vzniku nádorového onemocnění prsu. Na základě těchto výsledků můžeme jednou stranou potvrdit názory článku Onkologický screening: Zpětnou vazbu nelze zajišťovat zpětně (2012) a Skovajsové (2016), že se ve společnosti udržují faktory, které mohou oslabovat účast žen na tomto vyšetření, ale na druhou stranu dle výsledků výzkumu se nemůžeme přiklonit k tomu, že by tyto faktory tak výrazně zapříčiňovaly sníženou účast.

Na základě tohoto výzkumu, ze kterého vyplývá absence edukace žen porodní asistentkou, si myslím, že by bylo vhodné motivovat porodní asistentky ke zvýšenému zájmu informovat ženy o prevenci, např. školení o prevenci nádorového onemocnění prsu za cílem získání více znalostí a byly více motivovány k edukaci žen v této oblasti. Na druhé straně pro často se vyskytující nedostatek času z důvodu jejich pracovního vytížení by bylo vhodné, aby porodní asistentky projevíly o tuto problematiku větší zájem a alespoň ženám poskytovaly podrobnější informační materiál o možnostech prevence nádorového onemocnění prsu. Jako výstup z této práce byl vytvořen informační letáček, který má usnadnit a zároveň zlepšit orientaci žen v samovyšetřování prsu, protože jak bylo výzkumem zjištěno, ženy by si přály nejvíce informací v této oblasti.



## 6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou prevence nádorového onemocnění prsu z pohledu žen. Teoretická práce je zaměřena na anatomii ženského prsu, jednotlivá nádorová onemocnění prsu, přičemž zvláštní podkapitola je věnována karcinomu prsu, protože se jedná o nejčastější onemocnění prsu. Poslední podkapitola teoretické práce se zabývá prevencí nádorového onemocnění prsu z pohledu edukace žen porodní asistentkou v jednotlivých druzích prevence. Praktickou část práce tvoří kvalitativní výzkumné šetření vedené formou rozhovorů s ženami ve věku od 18 do 70 let.

Byl zvolen jeden cíl práce a tři výzkumné otázky. Cílem práce bylo zjistit, jak hodnotí ženy edukaci porodní asistentkou o prevenci nádorového onemocnění prsu. Pro tento cíl byly zvoleny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zjišťovala, jakým způsobem jsou ženy edukovány o prevenci nádorového onemocnění prsu. Výzkumem bylo zjištěno, že žádná z dotázaných respondentek nikdy nebyla žádným způsobem edukována porodní asistentkou a některé respondentky ani nevěděly, jakou úlohu má porodní asistentka a jaké má kompetence. Většina respondentek by si edukaci od porodní asistentky představovala v podobě předání informací o samovyšetřování nebo jeho praktickou ukázkou přímo na jejich prsech. Tento poznatek poukazuje na potřebu zvýšit zájem porodních asistentek o edukaci žen o prevenci nádorového onemocnění prsu, nebo aby měly ženy k dispozici alespoň podrobný letáček o preventivních možnostech, hlavně o samovyšetřování prsu.

Druhá výzkumná otázka se zabývala tím, jaké informace ženy získávají od porodní asistentky. Jelikož žádná z respondentek nikdy nebyla od porodní asistentky poučena, tak ani žádná z nich od ní neobdržela žádné informace, ale většina respondentek by informace od ní ocenila. Respondentky nejvíce využívají pro získání informací o prevenci nádorového onemocnění prsu svého gynekologa a internet. Pouze jedna respondentka získává informace z letáčků, a to i z nástěnek v čekárnách u lékařů. Než respondentky od nás získaly informace o profesi porodní asistentky, nejraději by se většina respondentek informovala u svého gynekologa. Překvapující bylo zjištění, že i nadále by si tři respondentky raději zvolily lékaře a tři respondentky porodní asistentku, jen dvě by mezi nimi nevybíraly.

Třetí výzkumná otázka zjišťovala, jak ženy nahlíží na prevenci nádorového onemocnění prsu. Pro všechny respondentky je prevence důležitá a pro většinu hraje

důležitou roli v jejich životě. Jako nejčastější rizikové faktory nádorového onemocnění prsu byly uváděny špatná životospráva, kouření a obezita. Pouze jedna respondentka si myslí, že má vliv nevhodná podprsenka. Nejvíce respondentky znají samovyšetřování prsu a mamografii. Jedna respondentka zmínila také preventivní chirurgické odstranění prsu. Prevence v těhotenství je důležitá podle všech respondentek. Všechny respondentky mají pozitivní názor na kojení, ale pouze tři respondentky věděly správnou minimální délku kojení dítěte. Žádná z respondentek však na prospěšnost kojení nepohlížela v souvislosti s nádorovým onemocněním prsu, protože žádná z nich kojení neuvedla jako preventivní možnost tohoto onemocnění. Pouze tři respondentky se snaží dodržovat zdravý životní styl.

Většina respondentek si samovyšetřuje prsy, ale jen dvě z nich věděly, jak často se správně má provádět, ale přes to tuto frekvenci nedodržují. Všechny respondentky využívají správnou techniku. Pouze jedna si nevyšetřuje podpaží, ale ani jedna z respondentek si nevyšetřuje bradavku. Nejčastěji je pro samovyšetřování prsu využívána poloha ve stoje. Většina respondentek absolvuje preventivní prohlídky 1x za rok. Pouze jedné respondentce gynekolog vyšetřuje prsy, a to na její vlastní žádost. Od 45 let chodí na mamografii všechny respondentky tohoto věku (5 respondentek).

Většina z těchto respondentek na mamografii dochází pravidelně. Z těchto respondentek, které na mamografii chodí pravidelně, 2 respondentky podnikají mamografii včetně ultrazvukového vyšetření v častější frekvenci, protože již mají zkušenost s nálezem v prsu. Pouze dvě respondentek chodící na mamografii stlačení prsu mamografickým přístrojem nebolí a pouze jedna respondentka ho považuje za rizikový faktor nádorového onemocnění prsu. Tři respondentky mamografii hodnotí jako nepříjemnou.

Z těchto výsledků můžeme usoudit, že ženy nějaké informace o prevenci mají i bez edukace porodní asistentkou a že se většina žen snaží částečně prevenci dodržovat. Přes své znalosti však nedodržují úplnou správnost preventivních opatření. Z tohoto důvodu je nutné, aby porodní asistentka ženy motivovala ke zvýšenému zájmu o jejich zdraví. Zajímavé pro mě bylo zjištění, že problematika nedostatečné informovanosti žen se netýká pouze naší republiky, ale že se jedná zřejmě o celosvětový problém v edukaci porodní asistentkou. Předpokládaly jsme, že respondentky již s nálezem v prsu budou prokazovat vyšší znalosti v oblasti prevence nádorového onemocnění prsu a snažit se

více dodržovat jednotlivá preventivní opatření, než ženy bez nálezu v prsu. Výsledky výzkumu bohužel tento náš předpoklad nepotvrdily.

Jako výstup práce byl vytvořen informační letáček, který by měl zlepšit orientaci žen v samovyšetřování prsu, protože jak vyšlo z výzkumu najevo, ženy by nejvíce ocenily informace právě o něm a částečně by mohl nahradit edukaci porodní asistentkou, i když ta má nezastupitelné místo v prevenci nádorového onemocnění prsu. Tato bakalářská práce by mohla také sloužit jako instrukce pro porodní asistentky za cílem zlepšení edukace a zároveň by mohla být vhodná i pro samotné ženy pro získání bližších informací o této problematice.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. AKHTARI-ZAVARE, M. et al., 2015. Breast cancer prevention information seeking behavior and interest on cell phone and text use: a cross-sectional study in Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev.* 16(4), s. 1337-1341. doi: 10.7314/APJCP.2015.16.4.1337.
2. AL-NAGGAR, R., A., AL-JASHAMY, K., 2011. Breast cancer coverage in the media in Malaysia: a qualitative content analysis of star newspaper articles. *Asian Pac J Cancer Prev.* 12(12), s. 3397-3401. ISSN 151-7368.
3. ANDERSON, A., S. et al., 2013. Promoting changes in diet and physical activity in breast and colorectal cancer screening settings: an unexplored opportunity for endorsing healthy behaviors. *Cancer Prev Res (Phila Pa).* 6(3), s. 165-172. doi: 10.1158/1940-6207.CAPR-12-0385.
4. COUFAL, O. et al., 2011. *Chirurgická léčba karcinomu prsu.* Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-247-364-9.
5. ČĚNĚK, J. et al., 2016. *Interkulturní psychologie: vybrané kapitoly.* Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5414-7.
6. DANEŠ, J., 2014. Screening karcinomu prsu v České republice. *Česká radiologie.* 68(3), s. 177-180. ISSN 1210-7883.
7. DUBOVSKÁ, M., 2011. Prevenci má sloužit screening. *Florence.* 7(11), 2 příloha. ISSN 1801-464X.
8. DUNGL, P. et al., 2014. *Ortopedie.* 2. vydání. Praha: Grada. 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
9. DUŠEK, L. et al., 2013. Vývoj epidemiologie zhoubných nádorů prsu u žen dle nových dat Národního onkologického registru ČR a dalších datových zdrojů. *Praktická gynekologie.* 17(1), s. 31-39. ISSN 1211-6645.
10. DUŠEK, L. et al., 2014. Koncepce populačního screeningu v České republice, metodika a první výsledky adresného zvaní občanů do preventivních onkologických programů. *Klinická onkologie.* 27(Supplementum 2), s. 59-S68. ISSN 0862-495X.
11. DYLEVSKÝ, I., 2011. *Základy funkční anatomie.* Olomouc: Poznání. 332 s. ISBN 978-80-87419-06-9.
12. FERKO, A. et al., 2015. *Chirurgie v kostce.* 2. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.

13. GREGOR, J. et al., 2014. Role a význam občanských aktivit v podpoře screeningu zhoubných nádorů. *Klinická onkologie*. 27(Supplementum 2), s. 128-130. ISSN 0862-495X.
14. GULOVÁ, L., ŠÍP, R., 2013. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada. 245 s. ISBN 978-80-247-4368-4.
15. HALMO, R., 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4811-5.
16. HAMPLOVÁ, L., 2015. *Podprsenky způsobují rakovinu prsu. Vážně?!?* [online]. Praha: Media Network [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: [1url.cz/mtsJ8](http://1url.cz/mtsJ8)
17. HÁJEK, Z. et al., 2014. *Porodnictví*. 3. Vydání. Praha: Grada. 579 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
18. HOUSERKOVÁ, D., VÁŠA, P., 2014. Bioptické metody v současné mamodiagnostice. *Česká radiologie*. 68(3), s. 183-190. ISSN 1210-7883.
19. HRUBÁ, D., 2013. Kouření a rakovina prsu. *Klinická onkologie*. 26(6), s. 389-393. ISSN 0862-495X.
20. CHAN, D., S., NORAT, T., 2015. Obesity and breast cancer: not only a risk factor of the disease. *Curr Treat Options Oncol*. 16(5), s. 1-17, doi: 10.1007 /s11864-015-0341-9.
21. I ženy s pokročilým karcinomem prsu si zaslouží pozornost, 2013. *Medical tribune*. 9(23), C1. ISSN 1214-8911.
22. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
23. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
24. KAREŠOVÁ J. et al., 2011. *Praktické rady pro onkologické pacienty aneb Jak překonat nesnáze při léčbě rakoviny*. 2. vydání. Praha: Maxdorf. 165 s. ISBN 978-80-7345-268-1.
25. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
26. KLUSÁKOVÁ, P., 2012. Mamární diagnostici požadují adresné zvaní i větší kompetence. *Zdravotnické noviny*. 61(21), s. 18. ISSN 1805-2355.

27. KOCOURKOVÁ, J. et al., 2014. Skupinová edukace pacientů. *Sestra*. 24(3), s. 32-33. ISSN 1210-0404.
28. KRATZKE, C., WILSON, S., 2014. Ethnic differences in breast cancer prevention information-seeking among rural women: will provider mobile messages work?. *J Cancer Educ*. 29(3), s. 541-547. doi: 10.1007/s13187-013-0576-8.
29. KRÁSENSKÁ M., 2013. Indikace mamografie, ultrasonografie a vyšetření prsu magnetickou rezonancí u mladých žen. *Praktická gynekologie*. 17(1), s. 23-26. ISSN 1211-6645.
30. KRŠKA, Z. et al., 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. 904 s. ISBN 978-80-247-4284-7.
31. KŮT, F., 2014. Kompetence porodních asistentek nejsou v ČR naplňovány - rozhovor. *Zdravotnictví a medicína*, 2014, roč. 2014, č. 12, s. 17. ISSN: 2336-2987.
32. KVAPIL, M., 2011. Edukace správně a nesprávně. *Medical tribune*. 7(17), A6. ISSN 1214-8911.
33. MAČÁK, J. et al., 2012. *Patologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-3530-6.
34. MAMMA HELP, © 2014. *Samovyšetření prsu* [online]. [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: <http://www.mamahelp.cz/odborne-informace/prevence/samovysetreni-prsu/>
35. MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV, ©2017. *Prospěšné kojení: snižuje riziko vzniku rakoviny prsu* [online]. [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: [1url.cz/Dtswu](http://1url.cz/Dtswu)
36. MĚŠŤÁK, J. et al., 2015. *Základy plastické chirurgie*. 2. vydání. Karlova univerzita v Praze: Karolinum. 212 s. ISBN 978-80-246-2839-4.
37. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2014. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2016-12-4]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-\\_9078\\_3076\\_3.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html)
38. MIŠKOVSKÁ, Z., 2014. Mamografický screening. *Practicus*. 13(8), s. 15. ISSN 1213-8711.
39. MLČOCH, Z., 2013. *TNM klasifikace, FIGO klasifikace – staging nádorů* [online]. [cit. 2016-28-12]. Dostupné z: [1url.cz/gtswp](http://1url.cz/gtswp)
40. NESNÍDALOVÁ, I. et al., 2016. Prevence nádorových onemocnění u žen – výzkumné šetření o využití možností prevence nádorových onemocnění v ženské populaci. *Praktická gynekologie*. 20(1), s. 23-30. ISSN 1211-6645.

41. NOVÁKOVÁ, L., 2012. Karcinom prsu v posudkovém lékařství. *Revizní a posudkové lékařství*. 15(2), s. 72-79. ISSN 1214-3170.
42. Onkologický screening: Zpětnou vazbu nelze zajišťovat zpětně, 2012. *Zdravotnické noviny*. 61(24), s. 26. ISSN 1805-2355.
43. OTOVÁ, B., MIHALOVÁ, R., 2012. *Základy biologie a genetiky člověka*. Praha: Karolinum. 227 s. ISBN 978-80-246-2109-8.
44. PACHROVÁ, M., FIŠAROVÁ, L., 2012. Karcinom prsu. *Sestra*. 22(5), s. 38-40. ISSN 1210-0404.
45. PETR, J., 2015. Krevní test odhalí relaps karcinomu prsu. *Medical tribune*. 11(21). B1. ISSN 1214-8911.
46. PETRÁKOVÁ, K., 2013. Zjišťování klinických příznaků karcinomu prsu – rutinní součást gynekologického vyšetření. *Praktická gynekologie*. 17(1), s. 14-16. ISSN 1211-6645.
47. PETRÁKOVÁ, K. et al., 2013. Prekurzory karcinomu prsu. *Klinická onkologie*. 26(Supplementum), s. 7-12. ISSN 0862-495X.
48. PETRÁKOVÁ, K., VORLÍČEK, J., 2014. *O nádorech prsu* [online]. Masarykův onkologický ústav Brno: Klinika komplexní onkologické péče [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/nadory-prsu-c50/o-nadorech-prsu/>
49. RAKOVINA PRSU, © 2015. *Samovyšetření prsu* [online]. Praha: Občanské sdružení Nejsi na to sama [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: <http://www.rakovinaprsu.cz/o-rakovine-prsu/samovysetreni-prsu/>
50. ROZTOČIL, A. et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
51. RUCENAPRSA, © 2015. *Jak se vyšetřit* [online]. Praha: Dialog Jessenius [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: <https://www.rucenaprsa.cz/jak-se-vysetrit>
52. SEDLÁKOVÁ, R., 2014. *Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada. 544 s. ISBN 978-80-247-3568-9.
53. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-247-4414-8.
54. SINGER, S., GRISMAIJEROVÁ, S., 2014. *Móda si to žádá: Jak nošení podprsenky přispívá ke vzniku rakoviny prsu*. Praha: Triton. 187 s. ISBN 978-80-7387-700-2.
55. SKOVAJSOVÁ, M., 2012. Screening nádorů prsu v České republice je úspěšný. *Postgraduální medicína*. 14(4), s. 354-361. ISSN 1212-4184.

56. SKOVAJSOVÁ, M., 2014. *Rakovina prsu: Preventivní samovyšetření prsu* [online]. Praha: Breast unit Prague (Mamma centrum Háje) [cit. 2016-11-16]. ISSN 1804-0861. Dostupné z: [1url.cz/etswl](http://1url.cz/etswl)
57. SKOVAJSOVÁ, M. et al., 2014. Výsledky Národního programu screeningu karcinomu prsu v České republice. *Klinická onkologie*. 27(Supplementum 2), s. 69-S78. ISSN 0862-495X.
58. SKOVAJSOVÁ, M., 2016. Úspěšný mamární screening v České republice v kontextu sekundární onkologické prevence. *Postgraduální medicína*. 18(2), s. 156-164. ISSN 1212-4184.
59. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2013. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III: Gynekologie a porodnictví, onkologie a psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4341-7.
60. STRNAD, P., 2015. Nová klasifikace nádorů a lézí prsu, jejich hormonální senzitivita a naše možnosti prevence. *Praktická gynekologie*. 19(1), s. 7-11. ISSN 1211-6645.
61. ŠUBOVÁ, D. et al., 2015. Nádorová onemocnění – strategické programy a prevence v České republice. *Praktický lékař*. 95(6), s. 253-256. ISSN 0032-6739.
62. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
63. TESAŘOVÁ, P., 2012. Karcinom prsu velmi mladých žen – odlišná epidemiologie, diagnostika a léčba. *Postgraduální medicína*. 14(příloha k č. 4), s. 47-51. ISSN 1212-4184.
64. TESAŘOVÁ, P., 2014. Karcinom prsu v posledním desetiletí. *Medical tribune*. 10(2), B2-B3. ISSN 1214-8911.
65. TOMANOVÁ, D., JEŽORSKÁ, Š., 2011. Zkušenosti s aktivizačním pojetím výuky zdravotnické edukace. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, s. 405-412. ISBN 978-80-89544-00-4.
66. VACKOVÁ, J., 2013. Vzdělávání porodních asistentek dříve a dnes. *Sestra*. 23(6), s. 21-22. ISSN 1210-0404.
67. VIGUÉ, J. (ed), 2015. *Atlas lidského těla*. 14. vydání. Čestlice: REBO International CZ. 164 s. ISBN 978-80-255-0977-7.



68. VODIČKA, J. et al., 2014. *Speciální chirurgie*. 2. vydání. Karlova univerzita v Praze: Karolinum. 318 s. ISBN 978-80-246-2512-6.
69. VOJTOVÁ, M., KOČOVÁ, I., 2012. Primární a sekundární prevence u onemocnění karcinom prsu. *Florence*. 8(1), s. 19-21. ISSN 1801-464X.
70. VORLÍČEK, J. et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
71. WILLIAMS, K. et al., 2011. Differences in knowledge of breast cancer screening among African American, Arab American, and Latina women. *Prev Chronic Dis*. 8(1), s. 1-11.
72. ZIKÁN, M., 2015. Doporučení genetické testace u pacientek s gynekologickým zhoubným nádorem. *Česká gynekologie*. 80(2), s. 97-103. ISSN 1210-7832.
73. ZIMOVJANOVÁ, M., 2012. Poradenství při vysokém riziku vzniku karcinomu prsu. *Postgraduální medicína*. 14(4), s. 370-375. ISSN 1212-4184.
74. ZVONÍČKOVÁ, M., 2012. Vzdělávání financované z prostředků EU ve Zlíně. *Sestra*. 22(1), s. 18. ISSN 1210-0404.

## **8 Přílohy**

**Seznam příloh:** Příloha 1 Anatomie ženského prsa

Příloha 2 TNM klasifikace nádorů (staging – anatomický rozsah)

Příloha 3 Histopatologický stupeň malignity (grading)

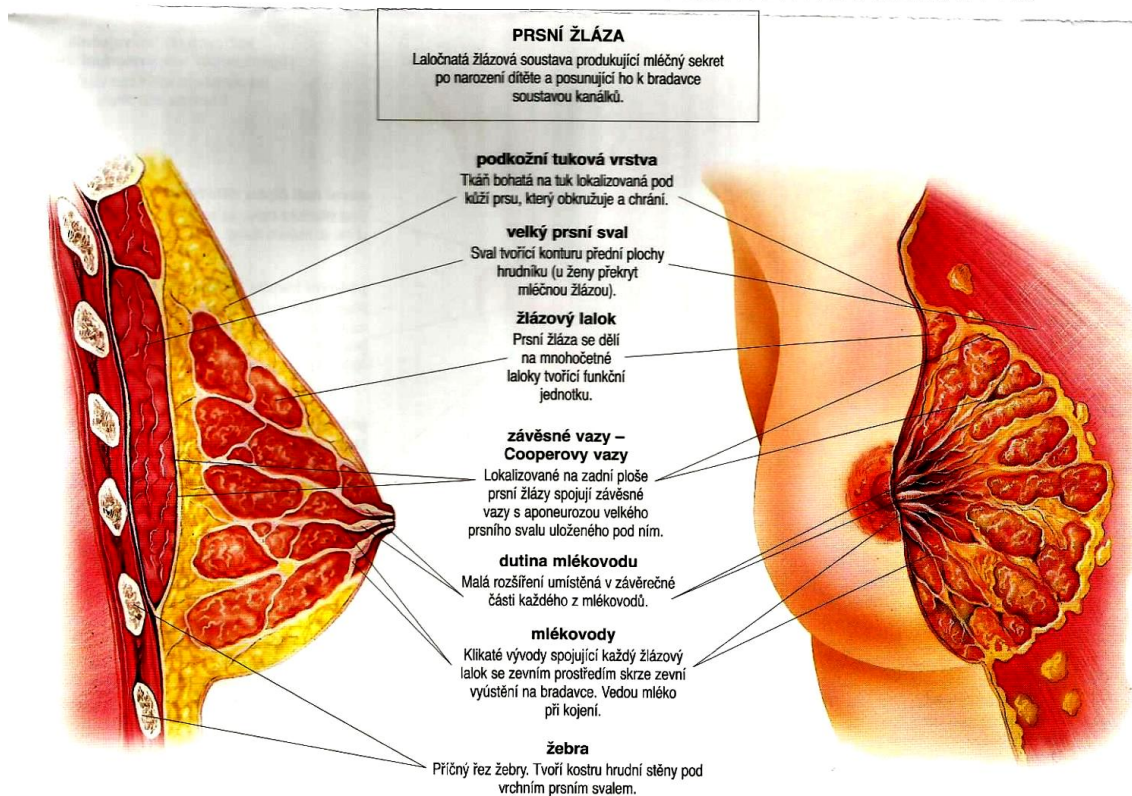
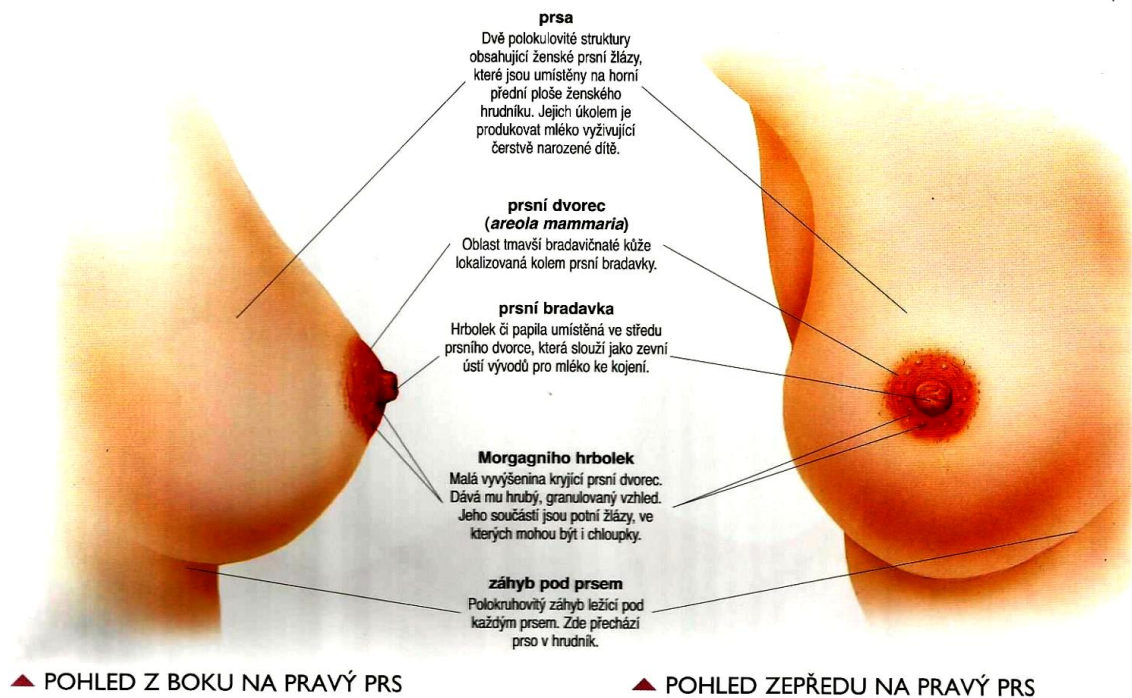
Příloha 4 FIGO klasifikace

Příloha 5 Seznam otázek ke kvalitativnímu výzkumu

Příloha 6 Informační letáček – samovyšetřování prsu

## Příloha 1 Anatomie ženského prsa a mléčné žlázy

### PRSA



Zdroj: VIGUÉ, J. (ed), 2015. *Atlas lidského těla*. 14. vydání. Čestlice: REBO International CZ. 164 s. ISBN 978-80-255-0977-7.

## Příloha 2 TNM klasifikace nádorů (staging – anatomický rozsah)

T - nádor (tumor)

N - regionální uzliny (nodus)

M - metastázy (metastasis)

*T - nádor:*

TX		primární nádor nelze hodnotit
T0		bez známek primárního nádoru
Tis		karcinom in situ
	Tis (DCIS)	duktální karcinom in situ
	Tis (LCIS)	lobulární karcinom in situ
	Tis (Paget)	Pagetova choroba
T1		nádor 2 cm a méně
	T1mic	mikroinvaze 0,1 cm nebo méně
	T1a	větší než 0,1 cm, ne však více než 0,5 cm
	T1b	větší než 0,5 cm, ne však více než 1 cm
	T1c	větší než 1 cm, ne však více než 2 cm
T2		větší než 2 cm, ne však více než 5 cm
T3		větší než 5 cm
T4		jakákoliv velikost s přímým šířením do stěny hrudní nebo kůže
	T4a	šíření na stěnu hrudní (mimo pektorální svaly)
	T4b	edém nebo ulcerace kůže prsu nebo satelitní kožní uzly omezené na týž prs
	T4c	4a a 4b současně
	T4d	inflamatorní karcinom

Zdroj: COUFAL, O. et al., 2011. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-247-364-9.

*N – regionální uzliny:*

NX	nelze hodnotit
N0	nejsou přítomny metastázy
N1	metastázy v pohyblivé stejnostranné axilární uzlině
N2	metastázy ve fixované stejnostranné axilární uzlině, nebo ve vnitřní mammární uzlině bez klinicky zjevných metastáz v axilární uzlině
N3	metastázy ve stejnostranných infraklavikulárních nebo supraklavikulárních uzlinách nebo metastázy axilárních i vnitřních mammárních uzlinách

Zdroj: COUFAL, O. et al., 2011. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978–80–247–364–9.

*M – metastázy:*

Zde se hodnotí přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz, označení jako M0 – nepřítomnost a M1 – přítomnost (Roztočil et al., 2011).

### **Příloha 3 Histopatologický stupeň malignity (grading)**

G1	dobře diferencovaný nádor
G2	středně diferencovaný nádor
G3	špatně diferencovaný nádor
G4	dediferencovaný nádor

Zdroj: FERKO, A. et al., 2015. *Chirurgie v kostce*. 2. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.

### **Příloha 4 FIGO klasifikace**

FIGO klasifikace rozděluje onemocnění do 4 stádií:

Stádium I	omezení na primární orgán
Stádium II	lokální progrese mimo primární orgán
Stádium III	extenzivnější, avšak lokální šíření
Stádium IV	metastatické onemocnění

Zdroj: MLČOCH, Z., 2013. *TNM klasifikace, FIGO klasifikace – staging nádorů* [online]. [cit. 2016-28-12]. Dostupné z: [1url.cz/gtswp](http://1url.cz/gtswp)

## **Příloha 5 Seznam otázek ke kvalitativnímu výzkumu**

### Otázky pro ženy ve věku od 18 do 70 let

Identifikační údaje:

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?
3. Jaké je momentálně Vaše zaměstnání?
4. Byla jste již těhotná?

Otázky pro rozhovor:

5. Co si myslíte o prevenci?
6. Jakou roli hraje prevence ve Vašem životě?
7. Jaké rizikové faktory nádorového onemocnění prsu znáte?
8. Jaký je Váš životní styl?
9. Jaké možnosti prevence nádorového onemocnění prsu znáte?
10. Co si myslíte, že gynekolog dělá v rámci prevence?
11. Jakým způsobem si prsy vyšetřujete Vy?
12. Od koho převážně získáváte informace o těchto možnostech prevence?
13. Jakým způsobem Vás porodní asistentka poučila o prevenci?
14. Jak byste hodnotila úroveň Vašich znalostí o možnostech prevence?
15. Jaké možnosti prevence osobně využíváte?
16. O kterých možnostech prevence nádorového onemocnění prsu byste potřebovala více informací?
17. Od koho (z jakých zdrojů) byste raději získávala informace o prevenci?
18. Jakou roli podle Vašeho názoru hraje porodní asistentka v prevenci?

Zdroj: vlastní

## 9 Seznam zkratk

BRCA1	gen v genetickém vybavení
BRCA2	gen v genetickém vybavení
CA 15 – 3	glykoprotein, tumor marker
CEA	karcinoembryonální antigen, tumor marker
HER - 2/neu	onkogen u karcinomu prsu
Per os	příjem léků dutinou ústní
TPA	tkáňový polypeptidický antigen
RTG	rentgenové vyšetření