

INFORMOVANOST SESTER O SCREENINGU
KARCINOMU PRSU

Bakalářská práce

Růžena Macháčková

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
PRAHA

PhDr. Jana Hlinovská

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31
Datum obhajoby:

Praha 2009

Abstrakt

Macháčková, Růžena: Informovanost sester o screeningu karcinomu prsu. (Bakalářská práce) Růžena Macháčková – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze.

Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v ošetrovatelství.

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, Vysoká škola zdravotnická, Praha, 2009.

Bakalářská práce je zaměřena na zjištění informovanosti sester o screeningu karcinomu prsu. Práce je koncipována jako teoreticko-empirická. Teoretická část shrnuje podstatné informace o nádorovém onemocnění prsu. Popisuje charakteristiku onemocnění, druhy karcinomů, diagnostiku a léčbu. Velký důraz je kladen na komplexní ošetrovatelskou péči včetně edukace a etického přístupu k pacientkám. Zmíněn je i význam patientských organizací.

Empirická část se věnuje vlastní výzkumné práci. Výzkumnou část tvoří zpracování dotazníků od 120 sester, které jsou v různém věku a z několika oborů. Interpretace odpovědí je zpracována formou tabulek a grafů. Ve výzkumné části jsou ověřovány 4 hypotézy. Závěrem jsou shrnuty výsledky, zhodnocen cíl práce a prezentováno poučení pro zdravotníky. Bakalářská práce jednoznačně vyjadřuje podporu a zájem o celoživotní vzdělávání sester.

Klíčová slova: Sestra, screening karcinomu prsu, edukace, etický přístup, celoživotní vzdělávání.

Abstrakt in English language

Surname and first name: Macháčková, Růžena:

The bachelor dissertation: Informatio of Nurses of screening of Brest cancer

Institution: Medica College, Prague, Year: 2009

Head of dissertation: PhDr. Jana Hlinovská

The aim of this bachelor work is an assessment of nurse knowledge about the screening of the breast carcinoma. This study is conceived in theoretic and empiric way. Theoretic part summarizes the main information about breast carcinoma. There is described the characteristics and types of the breast carcinomas, diagnostic features and the therapy. The greatest emphasis is placed on comprehensive nursing care including education of

patient and ethic approach to patient. Importance of the breast carcinoma foundations is also mentioned.

Questionnaire is the basis of the research part, where 4 hypotheses were proved. One hundred and twenty nurses from various departments and different ages filled up the questionnaires, which were analyzed by statistical methods. The results and the guidance for nurses are summarized in conclusion.

Lifelong study of nurses belongs to prime interests and is necessary for successful nursing care.

Předmluva

Téma bakalářské práce „Informovanost sester o screeningu karcinomu prsu“ jsem si vybrala na základě mnohaleté zkušenosti s pacientkami, které přicházejí k operaci se zjištěným nádorovým onemocněním prsu. Bohužel, stále vysoké procento diagnostikováno v pozdním klinickém stadiu s již pokročilým onemocněním. Často jsem přemýšlela o tom, jak je to možné, zvláště když jde o problém o kterém se často hovoří jak na úrovni laické tak i odborné veřejnosti. Začala jsem hledat odpověď na otázku proč, kde je chyba a co my, zdravotníci můžeme v této problematice zlepšit. Po diskusích se svými kolegyněmi a s lékaři jsem dospěla k podezření, že odborná veřejnost není plně informována o této problematice. Tak vznikl nový projekt. Po krkolomných jednáních o akreditaci projektu na úrovni MZ ČR jsem přistoupila k organizaci vzdělávání sester prostřednictvím certifikovaného kurzu, který jsem nazvala: „Komplexní péče o pacientky s nádorovým onemocněním prsu“. Spolu s několika nadšenými kolegyněmi, za podpory vedení nemocnice jsme sestavily program a zrealizovaly projekt. Velký zájem o přednášky ze strany zdravotníků, diskuse o problematice a zpětná vazba prostřednictvím testů skutečně prokázala, že problematika daného onemocnění není zdravotníky plně pochopena a že mnohé ze zúčastněných sester nejsou schopny podat svým pacientkám validní informace.

Během těchto kursů jsem si uvědomila, že je žádoucí, aby se zvýšil zájem o toto téma jak odborné, tak i laické veřejnosti. Každý krok, který v tomto směru podnikneme my zdravotníci, bude přínosem pro celou ženskou populaci, tedy i pro nás samotné. Vždyť nejsme jenom sestry, jsme také ženy, dcery, matky a sestry. Ostatně nejen profesní, ale i zcela osobní zájem o získání informací se potvrdil i u účastnic našeho kurzu. Doslova v každé skupině byla sestra, kdy ona nebo jiná žena z rodiny byla zhoubným onemocněním prsu zasažena. Uvedené skutečnosti mě zaujaly natolik, že jsem se rozhodla pokusit se zpracovat toto téma formou výzkumu a využít jej pro svou bakalářskou práci.

Děkuji Ph.Dr. Janě Hlinovské za odborné vedení diplomové práce.

Děkuji Prof. MUDr. Jiřímu Hochovi, CSc, za poskytnutí cenných rad při zpracování teoretické části diplomové práce. Děkuji také sestřám, které odpověděly na mé dotazníky a umožnily mi provést výzkum.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila pouze uvedených pramenů a literatury.

Obsah

Úvod	8
1 Teoretická část	9
1.1 Historie onemocnění	9
1.2 Anatomie prsu	9
1.3 Etiologie a patofyziologie	11
1.4 Klinické příznaky	11
1.5 Diagnostika	12
1.6 Karcinom prsu	13
1.6.1 Invazivní karcinomy	14
1.6.2 Speciální typy karcinomu	15
1.6.3 Skupina vzácně se vyskytujících karcinomů	15
1.6.4 Metastatický karcinom	16
1.6.5 Karcinom prsu v těhotenství	16
1.7 Léčba onemocnění	16
1.7.1 Chirurgická léčba	16
1.7.2 Radioterapie	17
1.7.3 Chemoterapie	17
1.7.4 Hormonální léčba	17
1.8 Prognóza onemocnění	19
1.9 Screening karcinomu prsu	19
1.10 Zásady a specifika ošetrovatelské péče	22
1.11 Etika ošetřování	27
1.12 Pacientské organizace	27
2 Empirická část	29
2.1 Metodika	29
2.1.1 Výzkumný problém	29
2.1.2 Výzkumné cíle	29
2.1.3 Stanovené hypotézy	29
2.1.4 Metodika a technika výzkumu	30

2.1.5 Výzkumný soubor	30
2.1.6 Dotazník	31
2.1.7 Časový harmonogram sběru dat	32
2.1.8 Předvýzkum	32
2.1.9 Interpretace výsledků výzkumu	32
2.1.10 Ověření hypotéz	47
3 Závěr	49
Seznam použité literatury	51
Přílohy	52

Seznam ilustrací a tabulek

Seznam obrázků

- Obrázek číslo 1 Pokročilý nádor levého prsu u 62 leté pacientky
- Obrázek číslo 2 Pacientka po modifikované radikální mastektomii a excenteraci uzliny
- Obrázek číslo 3 Pacientka po parciální mastektomii a excenteraci uzlin

Seznam tabulek

- Tabulka číslo 1 Rizikové faktory spojované se vznikem karcinomu prsu
- Tabulka číslo 2 Váš věk
- Tabulka číslo 3 V jakém oboru pracujete?
- Tabulka číslo 4 V čem spočívá screening karcinomu prsu?
- Tabulka číslo 5 Máte osobní zkušenost s problematikou screeningu?
- Tabulka číslo 6 Setkáváte se při práci s ženami s touto diagnózou?
- Tabulka číslo 7 Trpěl někdo z Vaší rodiny nebo blízkých touto chorobou?
- Tabulka číslo 8 Myslíte si, že je nádorové onemocnění prsu nejčastějším nádorovým onemocněním u žen?
- Tabulka číslo 9 Který údaj týkající se incidence je podle Vás nejpravděpodobnější?
- Tabulka číslo 10 Jaká je podle Vás věkově riziková skupina žen?
- Tabulka číslo 11 Myslíte si, že tuto problematiku řeší zákon?
- Tabulka číslo 12 Máte informace, který lékař má posílat ženu na mamografické vyšetření
- Tabulka číslo 13 Odkud máte informace o problematice vzniku nádorového onemocnění prsu?
- Tabulka číslo 14 Chtěla by jste se zúčastnit kurzu nebo semináře na toto téma?
- Tabulka číslo 15 Jak by jste využila získané informace?

Úvod

V České republice je v současné době každoročně léčeno více než 5 tisíc žen s nově zjištěným karcinomem prsní žlázy. Nádorů prsu stále přibývá. Za posledních 30 let se počet nově hlášených onemocnění prakticky zdvojnásobil a úmrtnost na rakovinu prsu u nás zatím každým rokem stoupá. V současné době se karcinom prsu řadí mezi nejčastější nádorové onemocnění u žen. I když se jedná o nádor poměrně snadno diagnostikovatelný a dobře přístupný, vysoké procento žen stále přichází v pokročilém stadiu onemocnění, pozdě na to, aby jim současná medicína umožnila vyléčení. Ve zdravotnickém zařízení se octnou na pokraji života a smrti, ať už z jakýchkoliv důvodů, kdy jim zůstává poslední možnost - paliativní péče. Onemocnění vede k zásadnímu omezení aktivit, ženy invalidizují, řada se jich zpátky nezařadí do pracovního procesu, dochází u nich k závažnému poklesu kvality života a k těžkému sociálnímu handicapu. Na tomto neutěšeném stavu se podílí zejména nízká úroveň zdravotnické výchovy. Je tedy patrné, že se jedná o problém nejen medicínský, ale i celospolečenský. Proto je nutné hledat cestu, jak pomoci problém řešit a co je nutné udělat na samém počátku onemocnění, pro jeho časný záchyt. Vždyť přece zdravotnická i laická veřejnost je informována o preventivním programu pro ženy, o využití mamografu v těchto programech, o speciálních centrech, kde se ženy vyšetřují. Ovšem zůstává velkou neznámou, do jaké míry tomu tak je. Právě uvedené skutečnosti mě dovedly k záměru použít téma pro svou výzkumně – průzkumnou bakalářskou práci.

Cílem mé práce je podrobná analýza sledovaného problému, zjištění úrovně znalostí sester, zjištění vlivu věku, odbornosti, zkušenosti osobní i profesní. Pokusím se porovnat význam kvalifikačního a celoživotního vzdělávání. Chtěla bych přispět výsledky mé práce ke zmapování problému a alespoň nastínit, čím my, zdravotníci můžeme pomoci k dosažení vyšší účasti žen ve screeningu a ovlivnit tak příznivější výsledky v časném záchytu onemocnění.

1 Teoretická část

1.1 Historie onemocnění

Nádorové onemocnění prsu nepatří mezi choroby moderní doby. Víme, že se vyskytovala již ve starověku. Na příklad Atossa, manželka perského krále Dareba I (522 př.n.l.) trpěla nádorem prsu a své onemocnění stejně jako některé dnešní ženy dlouho tajila.

Ve skutečnosti patří nádory prsu mezi nejdéle známé choroby. Zmínku o nich nacházíme už v papýrech ze starého Egypta. O nádorech prsu se zmiňuje ve svých spisech i nejslavnější lékař antického starověku Hippokrates (560 př.n.l.). Římský lékař Aulus Cornelius Celsus (25 př.n.l.) poprvé používá výraz „karcinom“, protože nádor se vzdáleně podobá mořskému krabu (řecky karcinos = rak). Antičtí lékaři v Alexandrii (1. stol. n. l.) věděli, že jedním z prvních příznaků nádoru prsu je vtažení prsní bradavky. Prováděli již amputaci prsu. Krvácení stavěli požeháním žhavým železem. Operaci podobnou radikální mastektomii (odstranění prsu a uzlin v podpaží), prováděl lékař selenské lékařské školy (1580 – 1656). Krvácení již stavěl podvazem cév. Operace se prováděly v krutých bolestech a málokdo z nás si umí to hrůzostrašné divadlo představit. Celková anestezie byla poprvé použita až v r. 1846 v Bostonu. Trvání operace se tedy muselo zkrátit, asistující jenom drželi pacientku. Prs byl prošíť dvěma zahnutými jehlami s provazy. Operátor v jedné ruce držel provazy a prs jimi zvedal. Druhou pak nožem prs odřízl. Při dalším způsobu byl prs nabodnut na dvojzubou vidlici a takto fixován odstraněn. Operační rány zůstaly nešité. Steh rány byl zaveden až v sedmnáctém století. Léčebné úspěchy však byly velmi malé (Strnad, Daneš, 2005).

1.2 Anatomie prsu

Prs je párový orgán, umístěn na přední stěně hrudní od druhého žebra po žebro šesté. Mediální hranicí je sternum, laterálně prs dosahuje střední axilární linie. Největší objem žlázy je v horním zevním kvadrantu prsu. Horní zevní kvadranty prsu jsou též nejčastějším místem výskytu nádorů prsu. Karcinomy lokalizované v dolním vnitřním kvadrantu, kterých bývá v této lokalizaci nejméně, mají proti jiným lokalizacím horší prognózu.

Vlastní těleso prsu leží mezi dvěma listy povrchové fascie, mezi kterými probíhají vazivové pruhy, které fixují kůži prsu, mamiloareolární komplex, lobuly žlázo-

tělesa a společně s premamární a retromamární tukovou tkání tvoří typický tvar prsu. Mezi hlubokým listem povrchové fascie a pektorální fascií je řídké vazivo, daný submamární prostor umožňuje prsu volnou pohyblivost proti hrudní stěně a je relativně vaskulární.

Mléčná žláza se skládá z 15-20 laloků, které jsou k sobě těsně přiloženy a ústí svými velkými dukty na mamile, tvořené těmito dukty a tuhým vazivem. Velké laloky se dále větví v lalůčky. Každý velký duktus drénuje přibližně 20-40 lobulů. Konečnou strukturu tkáně mléčné žlázy současná nomenklatura nazývá terminální duktolobulární jednotkou, jejíž počet kolísá mezi 10-100 na jeden lobulus. Počet výše uvedených struktur je velmi variabilní v závislosti na stavu vývoje prsu, věku a hormonální stimulaci. Z terminální duktolobulární jednotky vzniká převážná část karcinomů prsu.

Cévní zásobení je velmi variabilní. Vnitřní kvadranty prsu jsou zásobovány větvemi arteria mammaria interna, které pronikají hrudní stěnou nedaleko okraje sternu v prvním až čtvrtém mezižebří. Zevní kvadranty jsou zásobovány arteria mammaria externa, která je větví arteria axillaris, a také laterálními kožními větvemi interkostálních arterií ve 3., 4. a 5. mezižebří. Kraniální části prsu zásobují další větve arteria axillaris. Venózní drenáž je tvořena sítí, která nekoresponduje s arteriemi. Pouze větší venózní kmeny korespondují s průběhem arterií.

Mnohočetné podkožní lymfatické pleteně a lymfatické cévy v interlobulární vazivové tkáni spolu komunikují. Tok lymfy je jednosměrný, od povrchných do hlubokých lymfatických cév a do regionálních lymfatických uzlin. Z předních a laterálních částí prsu směřují lymfatické cévy podél přední axilární řasy do skupiny pektorálních lymfatických uzlin podél arteria thoracica lateralis a dále do axilárních lymfatických uzlin. Z horních částí prsu vedou lymfatické cévy do apikálních axilárních a subklavikulárních lymfatických uzlin. Tato dráha bývá občas přerušena malými interpektorálními uzlinami v prostoru mezi velkým a malým prsním svalem. Lymfatické cévy v mediálních částech prsu vedou podél perforujících krevních cév přímo do řetězce vnitřních hrudních lymfatických uzlin podél arteria mammaria interna, které mají spojky s kontralaterálními lymfatickými uzlinami. Objem drenáže do lymfatického řetězce podél vnitřní mamární arterie je udáván různě, pohybuje se od 3 do 25%, zbytek lymfy směřuje do axilárních lymfatických uzlin (Abrahámová, 2000).

1.3 Etiologie a patofyziologie

V České republice je v současné době každoročně léčeno více než 5 tisíc žen s nově zjištěným karcinomem prsní žlázy. Nádorů prsu stále přibývá. Za posledních 30 let se počet nově hlášených onemocnění prakticky zdvojnásobil a úmrtnost na rakovinu prsu u nás zatím každým rokem stoupá. I když se jedná o nádor poměrně snadno diagnostikovatelný a dobře přístupný, vysoké procento žen stále přichází v pokročilém stadiu onemocnění.

Tak jako u většiny nádorů, není možné odhalit jedinou příčinu jejich vzniku. Tento nádor, podobně jako i jiné solidní nádory je výsledkem sekvence mutací somatických epiteliálních buněk, které vyústí v nekontrolovaný invazivní růst a metastazování. Obvykle jako u většiny malignit dospělého věku, vznikají na základě shody mnoha náhodných nepříznivých událostí. Protože se jedná o nejčastější nádorové onemocnění u žen, odpovídají tomu i vynakládané prostředky na jeho prevenci a komplexní léčbu. Zcela minimální péče je však věnována pozdním komplikacím této léčby, které se mohou objevit i s několikaletým zpožděním. Pokud nejsou včas diagnostikovány a léčeny, mohou vést nejen k omezení pracovních aktivit a invalidizaci, ale i k psychickému a sociálnímu handicapu. Díky zlepšení diagnostických i léčebných postupů se zvyšuje naděje nemocných na dlouhodobé přežití. Do popředí vystupuje požadavek časného záchytu a léčby komplikací onkochirurgické léčby karcinomu prsu (Strnad, Daneš, 2005).

1.4 Klinické příznaky

Počáteční stadium bývá bez příznaků.

Rezistence v prsu - bývá často objevena ženou samotnou při samovyšetření, v dalším případě při rutinním vyšetření. Nepřehlédnutelné příznaky jsou:

- Změna velikosti, tvaru prsu, zesílení a zarudnutí kůže - kůže může mít podobu pomerančové kůry.
- Vtažení bradavky, bulka nebo zesílení bradavky, vyrážka na bradavce nebo okolo ní.

- Patologická sekrece z bradavky, ekzantém a svědění bradavky, nebolestivé zarudnutí kůže paže, zduření spádových lymfatických uzlin v axile (Abrahámová, 2000).

1.5 Diagnostika karcinomu prsu

Klinické vyšetření

Vyšetření prsu a regionálních lymfatických uzlin pohmatem a pohledem.

Tenkojehlová punkce

V praxi se provádí nejčastěji pro nález atypické cysty.

Punkce silnou jehlou – core-cut biopsie

Provádí se pod USG, je indikována u nálezů s vyšší pravděpodobností malignity a v případech zřejmých karcinomů. Umožní předoperační vyšetření histopatologické i imunohistochemické.

Vakuová biopsie

Punkční metoda, která umožňuje odebrat větší, kompaktnější a těžší válečky tkáně. Pomůže odlišit benigní či hraniční změny od maligních. Tato metoda vyžaduje vysoké ekonomické náklady.

Mamografie

Je základní metodou v diagnostice nemocí prsu, která využívá měkké, nízkoenergetické záření. Současné mamografické přístroje detekují nádor od několika milimetrů. I při absenci viditelné formace v prsu je mamografie schopna zachytit tzv. mikrokalcifikace, které mohou být prvním příznakem nemoci.

Ultrasonografie

Ultrazvuk prsů je doplňující metoda mamografie tam, kde mamografický snímek není dobře čitelný, u žen s výraznými fibrózními změnami prsu, tzv. mastopatií.

Počítačová tomografie

Vyšetření je přínosné pro zjištění infiltrace vnitřních mamárních, a mediastinálních lymfatických uzlin a pro posouzení vztahu nádoru k hrudní stěně.

Magnetická rezonance prsu

Je dobrou metodou pro odlišení starší jizvy od recidivy nádoru, kontrola pacientek se silikonovým implantátem.

Mammografická stereotaxe

Umožní lokalizaci při punkci lézí, které nejsou jednoznačné.

Duktografie

Kontrastní vyšetření, kdy je secernující duktus nastříknut kontrastní látkou a sleduje se jeho větvení a přítomnost intraduktálních patologií.

Všechna vyšetření by měla být prováděna na jednom pracovišti, ne izolovaně, lékařem specialistou.

1.6 Karcinom prsu

Klasifikace nádorového onemocnění – mezinárodně uznávané schéma **TNM** :

T – tumor (rozsah nádoru a jeho vztah k okolí)

N – noduli (zjistitelné uzliny)

M – (vzdálené metastázy)

Stadia:

- I. Stadium – rezistence o průměru 2 cm bez postižení kůže.
- II. Stadium – zduření do průměru 5 cm s lehkou fixací ke kůži nebo hrudní stěně.
- III. Stadium – nádor různých velikostí s pevnou fixací ke kůži nebo prsnímu svalu nebo pomerančová kůže.
- IV. Stadium – nádor přesahující průměr 10 cm, s kožními změnami, které tento rozsah ještě přesahují, s fixací k hrudní stěně, popřípadě rozpadlý nádor.

Metastázy se šíří cestami lymfatickými, z nichž jsou nejdříve postiženy uzliny axilární, sternální, supraklavikulární, subklavikulární, krční a v mezihrudí. Krevní cestou se vytvářejí vzdálené metastázy v plicích, kostech, játrech, v mozku a vaječnicích.

Podstata nádorového bujení je ukryta v jádře buňky v její DNA. Za vznik zhoubného nádoru je zodpovědný onkogen, neboli gen malignity a ten může být v buňce přítomný. Každé buňce v těle je prostřednictvím genetické informace určeno, zda a jak se má dělit a migrovat v těle. Porušením genetické informace - mutací DNA dojde k neřízenému dělení buněk. Určitý počet buněk s narušeným genetickým kódem se v našem těle vyskytuje neustále. Obrannými mechanismy však lidské tělo, pomocí imunitního systému, dokáže tyto buňky likvidovat. Při poruše obranných mechanismů nebo při

velkém množství narušených buněk, kdy organizmus likvidaci nezvládne, dochází k nádorovému bujení (Strnad, Daneš, 2005).

1.6.1 Invazivní karcinomy

- **Duktální karcinom**

Invazivní duktální karcinom je největší skupinou z invazivních karcinomů prsu. Tvoří 70 - 80% všech maligních nádorů prsu. Makroskopicky tvoří špatně ohraničenou formaci, jejíž konzistence závisí na množství fibrózní tkáně. Nádor s velkým podílem fibrózy je nazýván skirhus. Velikost kolísá od několika milimetrů po infiltraci celého prsu. Na řezu bývá šedobílý, občas je přítomná nekróza. Jeho prognóza je vázána na stádium nádoru při jeho diagnóze. Duktální karcinom metastazuje především do kostí, plic a jater.

- **Lobulární karcinom**

Lobulární karcinom je jen o něco tužší než okolní zdravá tkáň, nemá jasné ohraničení, neobsahuje jiné abnormality (nekróza, cysty, hemoragie) a netvoří mikrokalcifikace. Lobulární karcinom představuje 10–14% všech invazivních karcinomů prsu. Prognóza lobulárního karcinomu a pravděpodobnost metastáz v regionálních lymfatických uzlinách je podobná jako u karcinomu duktálního. Lobulární karcinom přednostně metastazuje do meningeálních prostor CNS (karcinomatosis meningitis), na serosní povrchy (peritoneum) a do retroperitonea. Metastázy v GIT napodobují karcinom žaludku a jsou i histologicky obtížně rozlišitelné od primárního karcinomu žaludku. Lobulární karcinom může metastazovat též do ovarií a dělohy.

- **Tubulární karcinom**

Většinou se jedná o dobře diferencovaný karcinom. Velikost kolísá mezi 0,2 až 4 cm. Makroskopicky to je tuhý, špatně ohraničený nádor, na řezu šedobílý. Tvoří přibližně jen 2% všech invazivních karcinomů.

- **Medulární karcinom**

Nádor je zdánlivě dobře ohraničen. Bývá měkčí než ostatní nádory prsu, na řezu je světle šedivý, někdy se vyskytují ložiska nekrózy či hemoragie, která jsou žlutá nebo tmavočervená. Frekvence výskytu je menší než 10%. Představuje prognosticky příznivý typ karcinomu.

- **Mucinózní - koloidní karcinom**

Tvoří asi 1 – 6% všech invazivních karcinomů. Bývá dobře ohraničen. Jeho velikost kolísá od 1 cm do velikosti zabírající celý prs. Mucinózní karcinom je nádorem častějším ve starším věku. Roste pomaleji než invazivní duktální karcinom a metastazuje později.

- **Papilární karcinom**

Papilární karcinom tvoří 1 - 3% všech karcinomů prsu. Vyskytuje se převážně v postmenopauzálním období života ženy. Makroskopicky to je dobře ohraničený nádor.

1.6.2 Speciální typy karcinomu prsu

- **Pagetův karcinom**

Postihuje prsní bradavku. Typické je svědění, pálení bradavky nebo povrchní eroz či ulcerace. Představuje přibližně 1% všech karcinomů prsu. Nádor je diagnostikován a léčen často jako dermatitida nebo infekce, což vede ke zpoždění diagnózy.

- **Inflamatorní (zánětlivý) karcinom**

Zánětlivý karcinom prsu představuje nejmaligntější typ nádoru prsu. Tvoří 3% všech karcinomů a vyskytuje se u žen v postmenopauze. Klinicky je charakterizován zvětšením, bolestí prsu a erytémem, edémem kůže prsu a zvýšením lokální teploty. Zánětlivé změny kůže, které mohou být zaměněny za infekci, jsou způsobeny nádorovou invazí do kožních lymfatických cév. Nádor difúzně infiltruje celý prs. V čase diagnózy bývají téměř vždy již přítomné metastázy v regionálních lymfatických uzlinách. Prognóza je velmi špatná.

1.6.3 Skupina vzácně se vyskytujících karcinomů:

- **metaplastický karcinom**
- **skvamózní karcinom**
- **pseudosarkomatózní karcinom**
- **karcinosarkom**

1.6.4 Metastatický karcinom prsu

Nejčastějším primárním karcinomem metastazujícím do prsu je karcinom plic, maligní melanom, střevní karcinoid, karcinomy hrdla děložního a močového měchýře a non Hodgkinské lymfomy. Frekvence všech těchto metastáz je velmi nízká.

1.6.5 Karcinom prsu v těhotenství

Karcinom prsu je obvykle spojován s těhotenstvím při své manifestaci až do jednoho roku od porodu. Vzhledem k těhotenským změnám v prsu je diagnostika poměrně obtížná (Strnad, Daneš, 2005).

1.7 Léčba karcinomu prsu

Metody léčby lze rozdělit do dvou skupin:

- **Metoda lokální** - zasahuje pouze jedno místo - chirurgický výkon, radioterapie.
- **Metoda systémová** (celková) - ovlivňuje celý organismus - chemoterapie, hormonoterapie

1.7.1 Chirurgická léčba

- **Modifikovaná radikální mastektomie** s excenterací lymfatických uzlin, provádí se jen u nejpokročilejších stadií.
- **Prostá mastektomie** - odstranění prsu s excenterací sentinelové uzliny.
- **Parciální mastektomie** - prs šetřící výkon odstranění pouze části prsu, kde se nádor nachází (kvadrantektomie, segmentektomie) Chirurg má vždy upřednostnit přání pacientky. Připojuje se excenterace a vyšetření sentinelové uzliny (Hoch, Leffler, 2001).

Komplikace chirurgické léčby

Mohou se objevit běžné pooperační komplikace, jako například infekce v operační ráně. Vzácně může následkem ranné infekce vzniknout i absces. Rozmanité, často subjektivní potíže, souhrnně nazývané „Postmastektomický syndrom“, zahrnují bolesti a omezení pohybu hrudní stěny, ramenního kloubu nebo horní končetiny a s tím spojené poruchy dechového stereotypu. Původ bolestí může být v jizvě po mastektomii, ve fantomových bolestech vycházejících z dotčených nervů, v lymfedému hrudní stěny či horní končetiny nebo v onemocnění pohybového aparátu, které nesouvisí s léčbou nádoru prsu.

1.7.2 Radioterapie

Je lokální léčba, kdy je označené místo nádoru ozářeno takovou dávkou, aby zničilo nádorové buňky.

- **Neoadjuvantní** - probíhá před chirurgickým výkonem, vede ke zmenšení nádoru, jež může umožnit možnost operace.
- **Adjuvantní** - probíhá po výkonu. Klade si za cíl zničení nádorových buněk a znemožnění jejich růstu. Radioterapie má značné nežádoucí účinky. Působí i na zdravé tkáně a zasahuje hlavně kůži, podkoží, svalstvo a kostěné partie hrudníku. Na kůži se může objevit erytém, svědění a zarudnutí, někdy i puchýře nebo lehké mokvání.

1.7.3 Chemoterapie

Je chemická léčba, při které se používají cytostatika s prokázaným protinádorovým účinkem.

- **Neoadjuvantní** - před operací pro možnost zmenšení nádoru.
- **Adjuvantní** - po výkonu, prokazatelně prodlužuje období bez aktivity nádorového onemocnění a celkovou dobu přežití (Abrahámová, 2000).

1.7.4 Hormonální léčba

Karcinom prsu je onemocnění hormonálně závislé. Přibližně 1/3 žen vykazuje tzv. hormonální závislost, kdy můžeme očekávat, že růst nádoru se děje pod přímým vlivem hormonů kolujících v těle. Možností hormonální léčby je u premenopauzálních žen vyřazení funkce ovarií. Nejspolehlivější účinek přinese operační výkon. Může být i užíván hormonální přípravek Tamoxifen u postmenopauzálních žen.

Paliativní péče

Je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná v pokročilém stadiu onemocnění nebo terminálním stadiu. Nevede k uzdravení, ale může navodit dočasné zmírnění obtíží s prodloužením života někdy velmi výrazným. Spolu s podpůrnou péčí má za cíl zmírnit bolest, duševní, tělesná a sociální strádání. Potřeby pacientek v pokročilých stadiích a z nich plynoucí paliativní péče závisí na následujících faktorech.

- Na stupni pokročilosti onemocnění
- Na věku a sociální situaci
- Na psychickém stavu

Paliativní péče by měla být poskytována týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi.

Z důvodů názorné ukázky uvádím obrázek na tomto místě, následně za řádky, popisující paliativní péči.



Obrázek číslo1 Pokročilý nádor levého prsu u 62 leté pacientky (osobní archiv).

1.8 Prognóza karcinomu prsu

Určení prognózy u tohoto onemocnění je stejně náročné jako u jiných onkologických onemocnění. Prognóza karcinomu prsu záleží primárně na stadiu nemoci při stanovení diagnózy. Základními ukazateli je doba bez příznaků recidivy a pěti až desetiletý interval přežití. Jedním ze základních prognostických faktorů je histologický typ nádoru a jeho velikost, postižení regionálních lymfatických uzlin a eventuálně přítomnost vzdálených metastáz.

V 70% všech případů přichází žena s nálezem rezistence v prsu. Tyto nádory bývají většinou velikosti nad 2 cm. V ostatních případech je nádor náhodně nalezen manželem, partnerem, lékařem při vyšetření nebo náhodným mamografickým vyšetřením. Uplatňuje se zde také samovyšetřování prsů jako jednoduchá metoda, která vyžaduje jen velmi málo finančních prostředků na tisk osvětových materiálů.

Možnosti snížení mortality onemocnění jsou organizačně náročné a nákladné, ale možné. Od září roku 2002 se Česká republika připojila k většině evropských zemí a zahájila celoplošný mamografický screening (Abrahámová, 2000).

1.9 Screening karcinomu prsu

V tomto případě znamená preventivní program pro vyhledávání včasných stadií nádorů, který umožňuje ženám bezplatné vyšetření prsu. Vyšetření je třeba podstupovat pravidelně, nestačí pouze jednou za život.

Dosud bylo odhaleno několik desítek rizikových faktorů životního stylu, hormonálních a dalších, které ovlivňují individuální riziko ženy, že onemocní karcinomem prsu. Studie byly prováděny zejména v USA a na západě Evropy. Pro plánování účinných programů primární a sekundární prevence v této oblasti je nezbytné, aby lékař disponoval nástroji, které mu umožní riziko včas odstranit. Proto bylo nutné v ČR identifikovat rizikové faktory a vytvořit model, vhodný pro českou populaci.

Před rokem 2002 proběhla studie již se zúčastnilo více než 50 pracovišť z celé republiky. Koordinaci zajišťovala Onkologická klinika VFN a 1. LF UK a Masarykova univerzita v Brně. Údaje byly shromážděny od 14556 žen. Bylo zjištěno, že se většina rizikových faktorů liší od populace amerických žen. Rizikové faktory vznik onemocnění výrazně ovlivňují.

Tabulka číslo 1 Rizikové faktory spojované se vznikem karcinomu prsu

Demografické údaje	Věk, bydliště
Rodinná anamnéza	výskyt jakýchkoliv malignit u příbuzných prvního a druhého řádu
Osobní anamnéza a nynější onemocnění	typ nádoru, věk v době diagnózy, další malignity
Gynekologická anamnéza	menses od-do věk v době porodů, v době potratů délka kojení po porodech záněty prsu, spotřeba hormonů počet předchozích biopsií a jejich výsledky
Faktory životního stylu	zdravý životní styl, kouření, spotřeba ovoce a zeleniny, dostatek pohybu

Otázkou však zůstává, jak tento model implementovat do klinické praxe. Mamární péče je roztržena do více lékařských profesí - chirurg, gynekolog, radiodiagnostik, onkolog. U žen jsou časté duplicitní návštěvy různých odborníků a opakovaná vyšetření. Lze odhadnout, že péče o ženy do 40 let věku je z 90% zbytečná a nevede ani k častému záchytu malignit v prsu, ani ke snížení jejich incidence. Naproti tomu může selhávat péče o rizikové ženy s prekancerózami. Za velmi pozitivní krok je třeba považovat zavedení mamárního screeningu u žen ve věkové kategorii 45-69 let, jednou za 2 roky (Abrahámová, 2000).

Současnost a budoucnost

V r. 2002 byl postupně zahájen Program pro screening nádorů prsu. Týká se asi 1,6 milionu žen, které do centra spadají. Doufáme - li v 50ti procentní účast, jedná se o 800000 žen jednou za dva roky, tedy každoročně by mělo přijít 400 000 bezpříznakových žen k preventivnímu vyšetření. Bohužel, statistické údaje uvádějí účast nižší než 50%. Je tak větší pravděpodobnost, že v případě pozitivního nálezu bude ložisko v počátečním stadiu nemoci. Screening karcinomu prsu organizuje a metodicky řídí Komise pro screening nádorů prsu MZ ČR. Ta projednává žádosti nových pracovišť, vyjadřuje se k hustotě sítě, organizuje sběr dat a vyhodnocování výsledků. Vydává pokyny pro optimální fungování screeningových pracovišť. Vyhláška MZ ČR č. 372/2002 stanoví časové rozmezí preventivních prohlídek, zařazuje mamografii mezi preventivní vyšetření a ukládá ambulantním gynekologům a praktickým lékařům pro dospělé vystavit ženě žádanku k tomuto vyšetření každý druhý rok, pokud jej neabsolvovala v posledních dvou letech a není mimo věkovou hranici 45-69 let. Z uvedeného vyplývá, že tedy pokud gynekolog neposílá ženu od 45 do 69 let ve dvouletých intervalech na mamografické vyšetření, porušuje vyhlášku MZ. Vystavuje se nebezpečí případné sankce, zjistí-li se pokročilý nádor a žena vyšetření neabsolvovala.

Screeningová pracoviště

Jsou to akreditovaná mamární centra, která získala pověření na základě splnění přísných podmínek a musela deklarovat schopnost tyto podmínky udržet. Mají vést diagnostický proces až do samého závěru a spolupracovat s různými odborníky při dispenzární péči o ženy, které z povahy svých problémů potřebují více péče, než jen

preventivní vyšetření. Jejich cílem je odhalit větší množství karcinomů v počátečním stadiu v populaci asymptomatických žen. Vrátime-li se k číslu 400 000 žen ročně, které mají na vyšetření nárok, lze odvodit, že dostatečný počet center je kolem 50. Jsou rozložena po všech regionech a jejich spádová oblast je 200000 obyvatel (mapa mamografií). Pracoviště by mělo být schopno provádět také další zobrazovací a intervenční metody, mělo by plnit přísné požadavky na technické vybavení a kvalifikaci diagnostiků. Diagnostický proces má být co nejkratší (do 3 dnů) a má zajistit návaznost péče při zjištění nádorů.

Nová koncepce péče o prsy

Zásadní problém je dosažení vyšší účasti žen ve screeningu. Podle nové koncepce by měly být dispenzarizovány ženy se skutečně vysokým rizikem. Tyto ženy vyžadují vyšetření genetikem, jednorozhodný interval sledování od nižšího věku, eventuelně další speciální opatření chirurgického rázu. Specializovaných poraden pro ženy s vysokým rizikem by postačovalo odhadem 5 až 10 pro celou ČR. Screeningová pracoviště by zajišťovala v případě potřeby provedení diagnostických metod a organizovala následnou péči, což je její povinností ve screeningovém programu. Za úvahu též stojí, zda řešit problematiku nadbytku mamografických nescreeningových pracovišť různé kvality.

Úloha ambulantního gynekologa

Gynekolog hraje v této problematice klíčovou úlohu. Na něm závisí účast žen v programu, která podstatně ovlivňuje míru poklesu úmrtnosti. Gynekolog by měl edukovat ženu o samovyšetření prsu, sám ji při návštěvě v ordinaci prsa alespoň jednou ročně vyšetřit, aktivně ji přesvědčovat o nutnosti absolvovat screeningové vyšetření v pravidelných intervalech. Měl by ji poučit, co dělat v případě, že se objeví jakékoliv problémy s prsy. Měl by mít v neposlední řadě aktuální informace o výsledcích činnosti „svého“ screeningového pracoviště. Jen takový přístup může zajistit včasnou diagnostiku a zprostředkovat v případě nutnosti navazující léčbu.

1.10 Zásady a specifika ošetřovatelská péče

Pacientka objednaná k plánované operaci, která nevyžaduje zvláštní individuální přípravu k hospitalizaci, je přijata na chirurgické oddělení s kompletním předoperačním vyšetřením den před operací. V příjmové místnosti s ní příjmový lékař sepíše zdravotnickou dokumentaci, jejíž nedílnou součástí je souhlas s hospitalizací a

s poskytováním léčebné péče. S operačním zákrokem je seznámena operátérem nebo ošetřujícím lékařem po přijetí na lůžko tak, aby měla klid a prostor pro pochopení a eventuální dotazy.

Sestra přebírá pacientku k uložení na lůžko, představí se. Respektuje zachování soukromí a anonymity. Některé pacientky dávají přednost společnosti a jsou vděčné za přítomnost spolupacientek s podobnými problémy. Pokud to je možné, zhodnotí sestra ve spolupráci s pacientkou její celkový zdravotní stav, sestaví ošetřovatelskou anamnézu, určí aktuální a potenciální problémy (ošetřovatelské diagnózy), sestaví individuální plán ošetřovatelské péče. Následně plán realizuje. Důležité je i podání základních informací jako je seznámí s domácím řádem, chodem a režimem oddělení, s možnostmi uložení cenností do ústavního trezoru. Sestra upozorní i na možnost překladau na JIP z operačního sálu. Operátér seznámí pacientku s operačním výkonem, upozorní na možnosti komplikací, zodpoví případné dotazy. Anesteziolog vysvětlí princip a průběh anestezie, upozorní na možné komplikace anestezie, zodpoví případné dotazy. Souhlas s podáním anestezie stvrdí pacientka podpisem.

Při poskytování ošetřovatelské péče se sestra řídí zásadami ošetřovatelského procesu tak, aby byly uspokojeny individuální potřeby pacientky. Zajišťuje komplexní ošetřovatelskou péči, při níž klade důraz na:

- Dostatek informací, edukaci pacientky
- Předoperační přípravu - empatický přístup, psychická podpora
- V pooperačním období sestra sleduje
 - Operační ránu
 - Bolest
 - Otok
 - Barvu kůže operované stejnostranné končetiny - její polohu
 - Fyziologické funkce, celkový stav pacientky
 - Vyprazdňování
 - Odvody z drénu
 - Prevenci tromboembolické nemoci
 - Intravenosní vstupy
 - Hydrataci pacientky
 - Mobilizaci pacientky

Během ošetřování operační rány dbá na přísné dodržení podmínek asepsy. Ošetřovatelský proces by měl být důsledně dokumentován v ošetřovatelské dokumentaci, která je součástí chorobopisu.

Dietoterapie

Zásadní dietní požadavky nemoc neudává, jedná se pouze o doporučení dodržování obecných zásad zdravé výživy a zdravého životního stylu.

Fyzikální rehabilitace

Má být zahájena nejčastěji ihned po chirurgickém výkonu, kdy se klade důraz na snížení rizika jako je omezení hybnosti horní končetiny, syndrom „zmrzlého ramene“, rozvoj otoku stejnostranné horní končetiny, vertebrogení obtíže, fixace nesprávných pohybových stereotypů. K rehabilitaci patří i používání vhodných epitéz, které nejsou jen kosmetickou záležitostí, ale také pomáhají ke správnému držení těla a správné dynamice páteře.

Psychoterapie

Jedná se o onemocnění velmi náročné na psychiku pacientky . Je tedy nutná psychická podpora celého léčebného týmu. Někdy je vhodné zajistit pomoc psychologa. Vhodný bývá také kontakt s rodinou pacientky.

Z důvodů názorné ukázky uvádím obrázky na tomto místě.



Obrázek číslo 2 Pacientka po modifikované radikální mastektomii a excentraci axily (osobní archiv)



Obrázek číslo 3 Pacientka po parciální mastektomii a excenteraci axily (osobní archiv)

Pro ošetřování žen s touto diagnózou je pro sestru velmi důležitá znalost psychiky ve zdraví i nemoci. Zásadní důraz by měl být kladen na psychiku pacientky. Žena, která se od lékaře dozvěděla, že má rakovinu, prožívá šok. Bývá zděšená, bezradná a odmítá uvěřit tomu, že se nejedná o omyl. Hroučí se jí plány, připadá si bez opory, bývá velmi zranitelná. Ocítá se na začátku cesty, o níž neví, kudy povede a co ji na ni čeká. V některých případech se jedná o ženu, která přichází k tak závažnému výkonu jako je amputace prsu, je tedy výhodou, aby s ní komunikovala edukační sestra, která je v dané problematice proškolená. Další podpora psychiky souvisí s individuálními potřebami pacientky. Často mívá obavu a strach. Strach z narkózy a že se možná neprobudí. Také se bojí, že může během zákroku cítit bolest. Sestra uklidňuje, snaží podpořit zvládnutí jejích obav a strachu. Tyto strachy jsou neopodstatněné a je možno je vhodným přístupem a s pomocí lékaře značně pozitivně ovlivnit. Konečně je třeba zvládnout závažný strach pacientky ze smrti a ze zmrzačení těla. Tyto jsou opodstatněné a jen těžko se v této chvíli zvládají. Sestra může přistoupit k ukázce epitet, vysvětlit jejich výhody i přirozený vzhled. Avšak zvládnutí strachu ze smrti je v této chvíli nereálné. Sestra se všestranně snaží o emocionální pomoc pacientce. Edukační rozhovor se odehrává zásadně za dodržení soukromí pacientky. Jsou to momenty, kdy se buduje důvěra a ta je podpořena profesionalitou a erudicí.

Edukace po operaci

Edukaci sestry zaměří na péči o operační ránu, následně pak pooperační jizvu a průběžnou podporu informací v oblasti problematiky epitéz. Nevynechá problematiku včasného rozpoznání možných komplikací jako je lymfedém stejnostranné končetiny. Tady klade důraz na šetření stejnostranné končetiny. Edukaci je možno provádět verbální formou, pomocí letáčků, také písemně a instruktáží nebo shlédnutím videa. V průběhu edukace sleduje sestra reakci pacientky.

Bariérou edukace bývá deprese, úzkost a již zmíněný strach o život. Pacientka se může chovat velmi statečně, avšak ve slabé chvíli projeví své obavy. Jsou i pacientky, které nenajdou odvahu podívat se na svou jizvu do zrcadla. Sestra se pokusí zvládnout i tento závažný problém. Zdrojem informací může být brožurka „Péče o rány a jizvy po operaci prsu“, katalog firmy pro výrobu epitéz, plavek a spodního prádla pro takto postižené ženy. Pomoci mohou i brožury podpůrných občanských sdružení (Mamma-Help, Žabka), vhodné je shlédnutí cvičení pro pacientky po operaci prsu na videozáznamu. Pacientka se může seznámit s druhy epitéz pooperačních i dlouhodobých. V rámci edukace je dobré zdůraznit význam zdravé výživy a doporučit úpravy životního stylu.

Cíl edukace:

- Kognitivní - rozvíjení teoretických znalostí o použití pomůcek.
- Afektivní - důraz na morální hodnoty a postoje při správném ošetřování.
- Psychomotorický - praktický nácvik a zvládnutí problému. Pokud se podaří

splnit vytyčené cíle, pacientka odchází z nemocnice informovaná v dané problematice, má osvojeny teoretické i praktické znalosti v oblasti ošetřování jizvy, ví, kam se obrátit pro získání epitézy. Je však třeba myslet na to, že i při zachování všech edukačních zásad je množství přijatých informací ze strany pacientky v této chvíli velmi omezeno. Proto je edukace zaměřena jen na základní sebepéči a sebeobsahu. K prohloubení vědomostí dochází o mnoho týdnů později, až když se postupy sebeošetřování zautomatizují.

Praktický význam edukace

Spočívá v maximální pomoci pacientce nalézt cestu zpět do společnosti, k rodině a zálibám. Pacientka si umí kvalitně ošetřit jizvu, ví, na koho se obrátit při výběru vhodné epitézy i speciálního prádla, je soběstačná, poučená o problematice možných

komplikací. Při odchodu z nemocnice ví, kde jsou odborníci, ne než se v kritických chvílích nebude bát obrátit.

Sociální rehabilitace

Jde o opětovné zařazení pacientky do společnosti. Záleží zvláště na jejím psychickém a fyzickém stavu. Návrh sociální rehabilitace by proto měl být individuální. V sociální rehabilitaci jsou dvě možnosti, to je návrh invalidního důchodu, prodloužení nemocenských dávek nebo opětovné zařazení do pracovního procesu. Do sociální rehabilitace spadá též poskytnutí lázeňské léčby.

Nároky pacientky na kompenzační pomůcky ((VZP)

- Paruka - příspěvek do výše 1000,- Kč na 1 rok.
- Epitéza - příspěvek do výše 1800,- Kč do 24 měsíců od ukončení léčby.
- Lázeňská léčba - na doporučení klinického onkologa nebo jiného příslušného odborníka jedenkrát za 24 měsíců po ukončení komplexní protinádorové léčby.

1.11 Etika ošetřování

Moderní ošetřovatelství vychází z respektování práv pacienta a jeho pohody. Tato pohoda má charakter tělesný, vztahový, sociální, psychický, etický a náboženský. Etickou pohodou se myslí, že je člověk vnímán jako lidská bytost a ne jako materiální subjekt. Pacient je svobodným člověkem, je za sebe zodpovědný a pokud dostane dostatek informací, může se podílet na rozhodování o svém zdravotním stavu. Nemoc často tuto schopnost rozhodování snižuje. Proto se sestra musí ztotožnit s etickým kodexem, hájit zájmy pacientky a umožnit jí, aby se rozhodla podle svých osobních priorit.

Pacientky s karcinomem prsu jsou díky svému onemocnění specifickou skupinou patientek, o které sestra pečuje. Pracuje vedle lékaře samostatně, pacientka je s ní častěji než s lékařem. Příklad ošetřovatelských činností, které sestra provádí, je převaz rány po operaci, aplikace injekčních léků, odběry biologického materiálu, provádí důslednou hygienu, zajišťuje výživu a vyprazdňování. Ve všech těchto činnostech je na ni kladena velká tíha zodpovědnosti v respektování práv pacienta a naplňování etického kodexu ve vztahu k nemocnému a jeho rodině. V konkrétních situacích můžeme říci, že se jedná například o to, kdo se účastní převazu rány pacientky, která je po operaci prsu,

kde probíhá a zda je chráněno soukromí. Samozřejmě, v roli edukátora spadá na sestru i povinnost doplnit informace, které nepředal lékař. Pouze takové, které jsou v její kompetenci. Pokud tuto činnost může vykonávat edukační sestra, zkušená a proškolená v problematice, potom by respektování práv pacientů a etický přístup nemělo být obtížné. Bohužel, vzhledem k nedostatku středně zdravotnického personálu v naší praxi je tento systém zaveden pouze ojediněle.

1.12 Pacientské organizace v ČR

V ČR existuje kolem 45 organizací sdružujících onkologicky nemocné. Mezi registrovanými členy převažují ženy s karcinomem prsu, kterých je v ČR přibližně 46000. Některé organizace nabízejí pomoc speciálně pacientkám s tímto onemocněním.

Klub žab (ženy po ablaci prsu)

Mamma HELP (a další)

Všechny tyto organizace jsou neziskovými, humanitárními společenstvími. Vesměs se jedná o pacientské organizace. Jejich posláním je prospět nemocným ženám pro zlepšení kvality života a věnovat se osvětě ve zdravé populaci. Pracovní metodou jsou pravidelné schůzky, které připravuje výbor organizace. Mají mnoho podob. Zaměřují se na přednášky, pořádají výlety, společná cvičení či plavání, vyvíjejí další zájmovou činnost. Vyměňují si osobní zkušenosti s nemocí a léčbou, vzájemně se psychicky podporují. Jejich kladem je vytvoření bezpečného zázemí v době krize, podpůrný pocit sounáležitosti, edukace a předávání informací nově přichozím. Negativa přináší zbytečné setrvávání, větší riziko ohrožení a pocitu ztráty při úmrtí některé z pacientek. Sdružení Mamma HELP je dnes největší organizací budující síť po celé republice. Je tedy dobře dostupná, na její linku „Avon proti rakovině“ se denně dovolá 40-50 lidí, kteří pro sebe nebo pro své blízké hledají pomoc.

2 Empirická část

2.1 Metodika

2.1.1 Výzkumný problém

Jaká je míra informovanosti sester o screeningu karcinomu prsu, jaký význam má uplatnění znalostí o problematice nejen v profesním, ale i v rodině a v osobním životě sestry. Vzhledem ke svým letitým zkušenostem s organizací a lektorskou činností v akreditovaných kurzech pro sestry jsem často přemýšlela nad problematikou nízké informovanosti sester v této problematice. Zajímalo mě, zda se liší informovanost sester s jejich věkem, odborností, osobními zkušenostmi a do jaké míry se zde uplatňuje dosažené vzdělání či celoživotní vzdělávání. Velmi mě lákalo najít odpověď na otázku proč tomu tak je a co s tím my, lektorky můžeme udělat, abychom celý problém posunuly k lepšímu výsledku. Rozhodla jsem se tedy pro výzkum tématického celku a jeho technické zpracování .

Pro zjednodušení textu používám termín sestra, přesto, že není legislativně ukotven. Jedná se o nelékařskou profesi zdravotnického pracovníka, napříč obory.

2.1.2 Výzkumné cíle

Cíl 1: Zmapovat, na jaké úrovni jsou dílčí znalosti sester o screeningu karcinomu prsu.

Cíl 2: Porovnat informovanost sester z hlediska osobních zkušeností.

Cíl 3: Zmapovat vliv a souvislost profesního oboru na informovanost sester.

Cíl 4: Porovnat význam kvalifikačního studia sester s významem celoživotního vzdělávání pro danou problematiku.

2.1.3 Stanovené hypotéz

H 1: Předpokládám, že je větší skupina sester, která má nedostatečné znalosti o organizaci screeningu karcinomu prsu, než skupina, která má znalosti dostatečné či úplné.

H 2: Předpokládám, že sestry s osobní zkušeností, například z rodiny či z řad svých blízkých mají více informací než sestry, které se s onemocněním osobně nesetkaly.

H 3: Předpokládám, že sestry v chirurgických a gynekologických oborech mají více informací než sestry v oborech interních či sestry z ambulancí praktických lékařů.

H 4: Předpokládám, že sestry s vyšším typem kvalifikačního studia mají více informací než sestry, které se sebevzdělávají formou celoživotního vzdělávání.

2.1.4 Metodika a technika výzkumu

Zvolila jsem kvantitativní výzkum formou dotazníku s uzavřenými a otevřenými otázkami. Dotazník je rozdělen na identifikační otázky a otázky jednotlivé ke zvolenému tématu. Úvod dotazníku obsahuje krátké seznámení respondentů s účelem šetření. Též jsem jej využila k jednoduchému návodu pro vyplnění s upozorněním na dodržení anonymity.

Dotazníky byly rozdány ve dvou nemocnicích a jedné poliklinice. Nutno říci, že vzhledem ke svým profesním kontaktům jsem se mohla spolehnout na velmi dobrou spolupráci s oslovenými zástupci vybraných zařízení.

2.1.5 Výzkumný soubor

Základní

Tady zvolila jsem tři typy zdravotnických zařízení. Fakultní nemocnici, která zaměstnává asi 2000 sester, oblastní nemocnici, zaměstnávající asi 500 sester a menší soukromou polikliniku, která provozuje 12 ambulancí a specializovaných poraden různých oborů. Rozhodla jsem se tak proto, aby bylo dodrženo pestřejší spektrum zdravotnických zařízení a tudíž nebyly výsledky průzkumu zkresleny nastavením podmínek pro vzdělávání sester v jednom zařízení.

Výběrový soubor

Sem jsem zařadila všeobecné sestry, absolventky SZŠ a VZŠ a porodní asistentky, které mají odbornou způsobilost a pracují na chirurgických, gynekologických a onkologických klinikách či odděleních primární péče. Rozhodla jsem se pro tato pracoviště a kategorie sester z důvodů zcela praktických. Jsou to klíčová pracoviště a zdravotničtí pracovníci, kteří mají kontakt s pacientkami postiženými nádorovým onemocněním prsu vždy v různém stadiu onemocnění. Lze tedy od nich očekávat hlubší znalosti problematiky nebo alespoň zájem o ni. Úmyslně jsem nezvolila sestry ze vzdálenějších oborů, protože považuji pro řešení problému důležité právě klíčové

obory, tedy sestry, které mohou účast žen ve screeningu značnou měrou ovlivnit. Samozřejmostí při realizaci výběru byl osobní souhlas s účastí na výzkumu.

2.1.6 Dotazník

K ověřování hypotéz jsem ve své výzkumné práci použila metodu dotazníku. Dotazník je standardizovaný rozhovor předložený v písemné formě. Slouží k hromadnému získávání údajů pomocí písemných otázek. Použila jsem otázky uzavřené a otevřené.

Výhody

- Úspora času a finančních prostředků
- Data lze lépe kvantifikovat
- Možnost většího počtu respondentů najednou

Nevýhody

- Menší pružnost - chybí možnost klást doplňující otázky
- Nižší věrohodnost dat
- Formulace otázek nemusí být všem srozumitelná
- Pro určitou skupinu lidí mohou být některé otázky nesrozumitelné
- Příprava dotazníku vyžaduje větší pečlivost než příprava rozhovoru

Celkem bylo administratováno 150 dotazníků, 80 ve FN, 50 v oblastní nemocnici a 20 v poliklinice. Celková návratnost byla 80% dotazníků (120). Dotazníky, které se vrátily byly všechny zpracovány a řádně vyplněny. Otázkou zůstává 20% (30) nevrácených dotazníků, z větší části z oblastní nemocnice a bohužel i z polikliniky. Tyto nebyly vůbec vyplněny. Otázkou zůstává, z jakého důvodu. Může to být nechut' k vyplňování jakéhokoliv dotazníku, nechut' vyjadřovat se k tomuto tématu, ale také špatná volba místa kde byly rozdány. Přesto se domnívám, že výsledek můžeme považovat za validní a potvrzují jej i mé zkušenosti z rozhovorů s kolegyněmi, které se účastní již jmenovaných kurzů. Je též zajímavé, co mi bylo při výběru dotazníků sděleno a to skutečnost, že pracoviště na nichž se uskutečnil výzkum, nezaměstnávají ani jednoho muže. Potvrzuje se jen známá skutečnost, že v našem zdravotnictví zvláště na pozici středně zdravotnických pracovníků, pracuje značná převaha žen. Musím

dodat, že jsem ani s muži nepočítala, proto mi též otázka na pohlaví připadala nepatřičná, přesto však nelze říci, že by se muži průzkumu cíleně neúčastnili. Profesně byla skupina shodná s uvedenou cílovou skupinou průzkumu.

2.1.7 Časový harmonogram sběru dat

Vzhledem k tomu, že jsem v žádném případě nechtěla spěchat s návratností, rozdávala jsem dotazníky už v říjnu 2008. Po dohodě s hlavními a vrchními sestrami jednotlivých oddělení jsem vybrala dotazníky do poloviny prosince.

2.1.8 Předvýzkum

V září jsem provedla předvýzkum před začátkem kurzu „Komplexní péče o pacientky s nádorovým onemocněním prsu“, které pořádáme spolu s kolegyněmi na klinice. Tohoto šetření se zúčastnilo 30 respondentů. Profesně byla skupina shodná s uvedenou cílovou skupinou průzkumu, navíc se zájmem o získání dalších informací o dané problematice. Bylo tedy celkem jasné, že budou spolupracovat. V předvýzkumné fázi jsem si chtěla ověřit správnost nastavení otázek a hypotéz. Dotazníky měly dle očekávání 100% návratnost. Jistě proto, že jsem je osobně motivovala. Formulace některých otázek se ukázala jako nevhodná nebo nesrozumitelná. Respondentky je buď špatně pochopily nebo na ně neuměli správně odpovědět. U jedné otázky se ukázalo, že nemá žádnou výpovědní hodnotu. I stanovení hypotéz bylo nutné pro výzkum lehce pozměnit.

2.1.9 Interpretace výsledků výzkumu

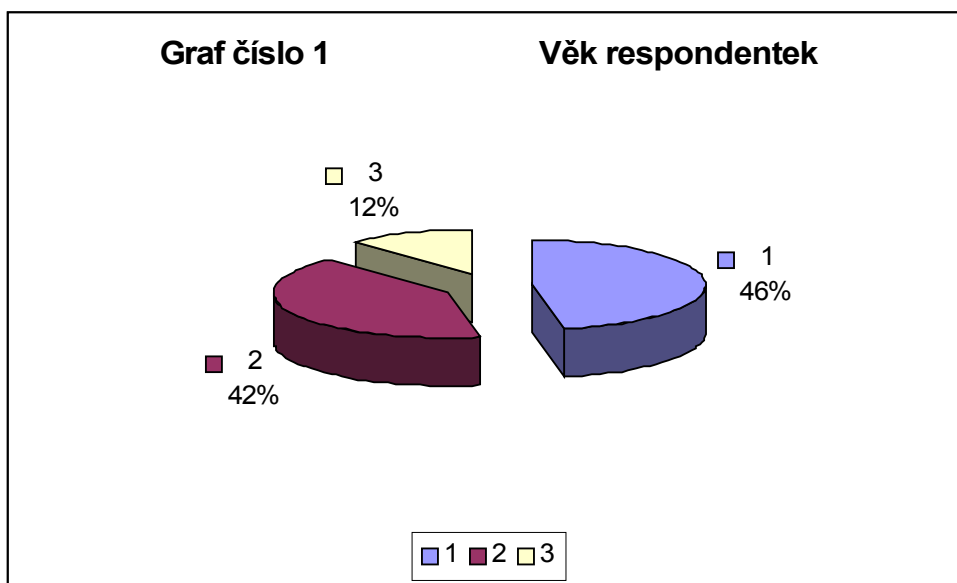
První zpracování probíhalo jako ruční třídění a zápis dat do tabulek. Dalším bodem bylo grafické znázornění dat pomocí tabulek a grafů pro přehlednost informací. Jednotlivé otázky nebo skupiny otázek popřípadě položek jsou individuálně zhodnoceny grafem. Jako graf jsem použila výsečový-procentuální.

Interpretace požky číslo 1 - Věk respondentek

Tabulka číslo 2 Váš věk

Věk	Počet	Procenta
Do 35 let	61	46
Do 45 let	54	42
Nad 45 let	15	12

Graf číslo 1



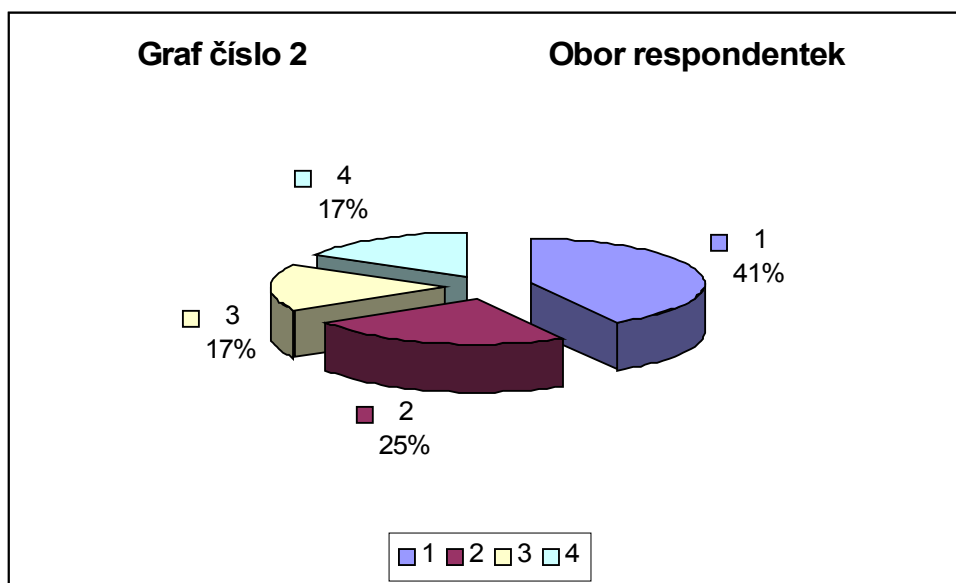
Nejvíce dotázaných bylo ve věku do 35 let (46%) a to většina z nemocnic. Respondentů ve věku do 45 nepatrně méně, nejméně pak nad 45 let. Těch byla naopak většina z polikliniky. Domnívám se, že tato čísla korespondují s věkovou kategorií sester v nemocnicích, kde je více mladších sester a stejně tak v poliklinice, kde zase pracují spíše starší sestry.

Interpretace položky číslo 2 - Obor respondentek

Tabulka číslo 3 V jakém oboru pracujete?

	Počet	Procenta
Chirurgický	50	41
Interní	30	25
Primární péče	20	17
gynekologický	20	17

Graf číslo 2



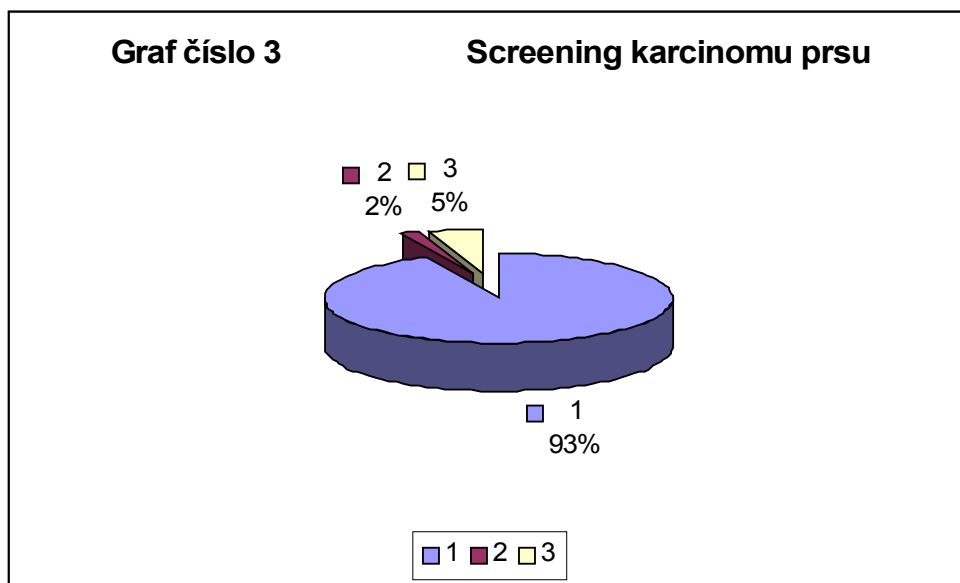
Nejvíce odpovědí se shromáždilo od sester pracujících v chirurgických oborech. Může to mít řadu důvodů. Často se s pacientkami při své práci setkávají a mají proto větší jistotu při vyplňování dotazníků, roli zde může hrát i více mladších sester, které mají k vyplňování dotazníků jakéhokoliv druhu kladnější vztah.

Interpretace otázky číslo 3 - Znalosti z oblasti screeningu

Tabulka číslo 4 V čem spočívá screening karcinomu prsu?

	Počet	%
Mamografické vyšetření prsu á 2 roky	112	93
Biopsie prsu	2	2
Samovyšetření prsou	6	5

Graf číslo3



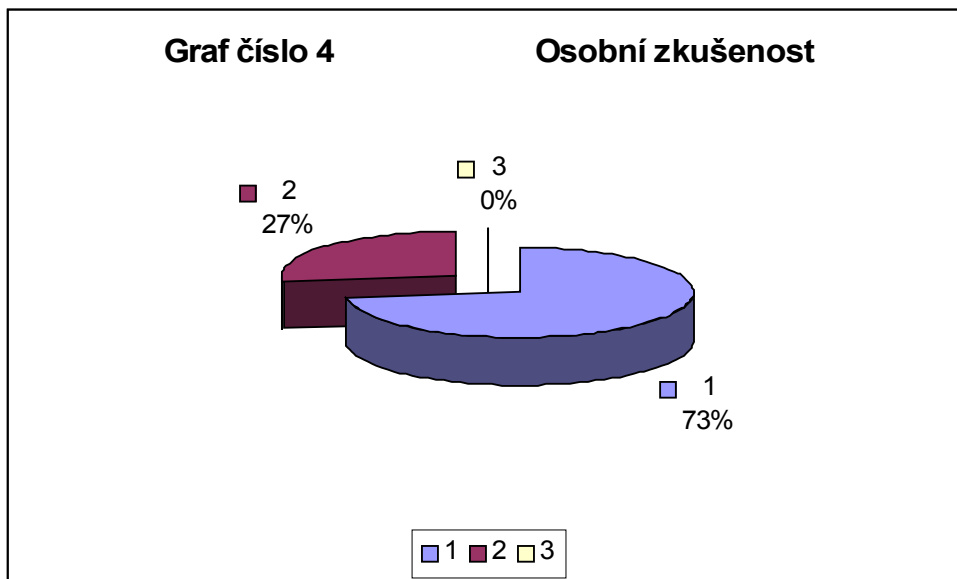
Proti očekávání ne všechny sestry vědí (7%) co je mamografický screening. Nutno však zdůraznit, že jich je skutečně velmi málo. Celých 93 % žen mají povědomí správné. Přesto je to situace k zamyšlení, tím spíše, že jsou to nejen zdravotníci, ale i ženy. Ve společnosti obecně panuje názor, že tato otázka je spíše pro ženy z laické veřejnosti.

Interpretace otázky číslo 4 - Osobní zkušenost s problematikou

Tabulka číslo 5 Máte osobní zkušenost s problematikou screeningu?

	Počet	%
Ano	88	73
Ne	32	27

Graf číslo 4



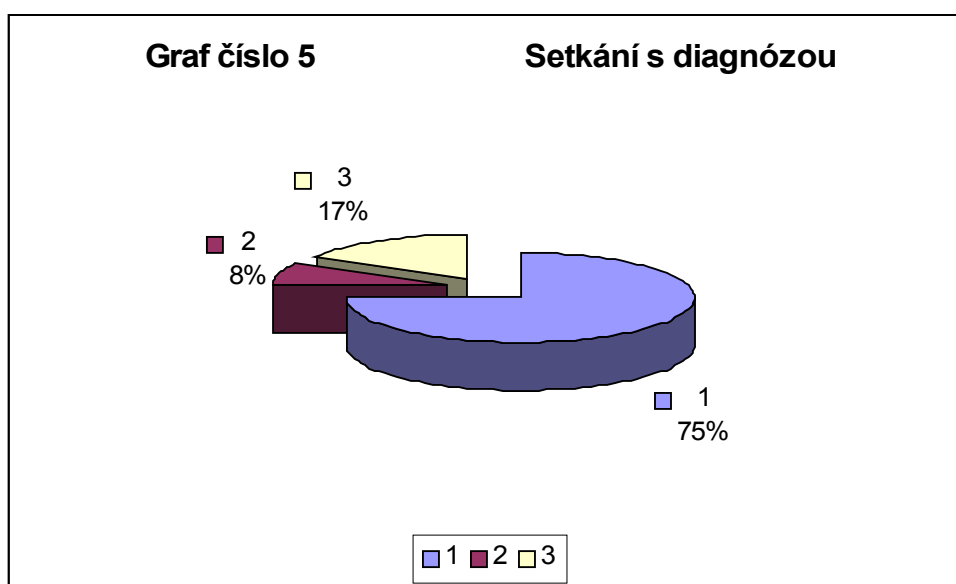
Ukazuje se, že více respondentek (73%) má osobní zkušenost se screeningem

Interpretace otázky číslo 5 - Setkávání s onemocněním

Tabulka číslo 6 Setkáváte se při své práci s ženami s touto diagnózou ?

	Počet	%
Ano	90	75
Spíše ne	10	8
Ne	20	17

Graf číslo 5



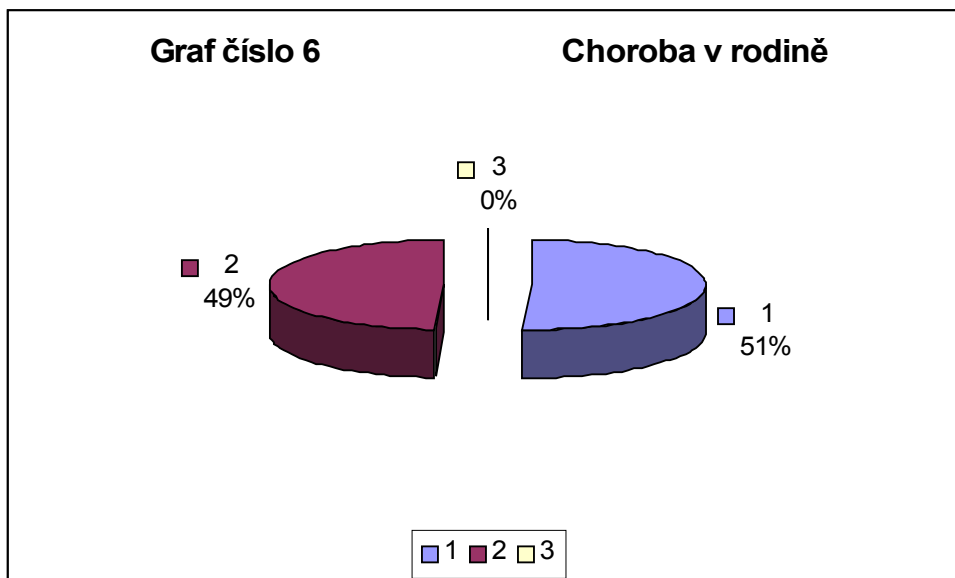
75% respondentek se při práci setkala s tímto onemocněním. Odpovědi dokazují, že pacientky s tímto onemocněním procházejí napříč hlavními obory a že důraz na prohlubování vzdělávání sester v této problematice je na místě. Můžeme se domnívat, že by další kladné odpovědi byly i z počtu nevyplněných dotazníků.

Interpretace otázky číslo 6 - Zkušenost z rodiny

Tabulka číslo 7 Trpěl někdo z Vaší rodiny nebo blízkých touto chorobou?

	Počet	Procenta
Ano	60	51
Ne	58	49

Graf číslo 6



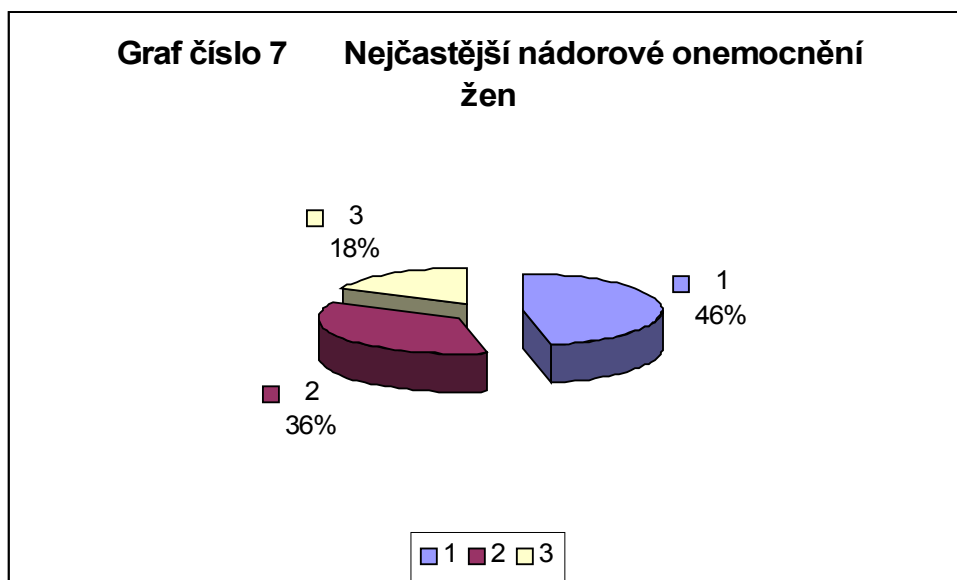
Tento údaj jednoznačně potvrzuje alarmující statistiky. Více než poloviny (51%) respondentek se osobně dotýká sledovaný problém.

Interpretace otázky číslo 7 - Znalosti o screeningu

Tabulka číslo 8 Myslíte si, že je nádorové onemocnění prsu nejčastějším nádorovým onemocněním u žen ?

	Počet	%
Ano	56	46
Ne	43	36
Nevím	21	18

Graf číslo 7



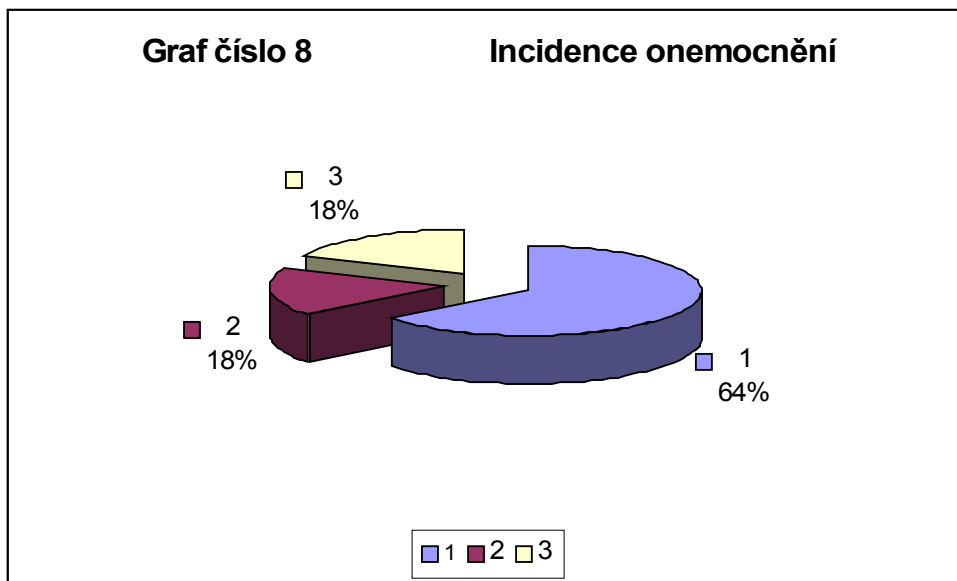
Je překvapivý vysoký počet odpovědí „ne“ (36%). Přičteme - li odpovědi “nevím“ (18%), dostaneme údaj, který svědčí o neznalosti faktických údajů.

Interpretace otázky číslo 8 – Znalosti o screeningu

Otázka číslo 9 Který údaj týkající se incidence je podle Vás nejpravděpodobnější?

	Počet	%
4000 žen za rok	77	64
2500 žen za rok	21	18
5600 žen za rok	22	18

Graf číslo 8

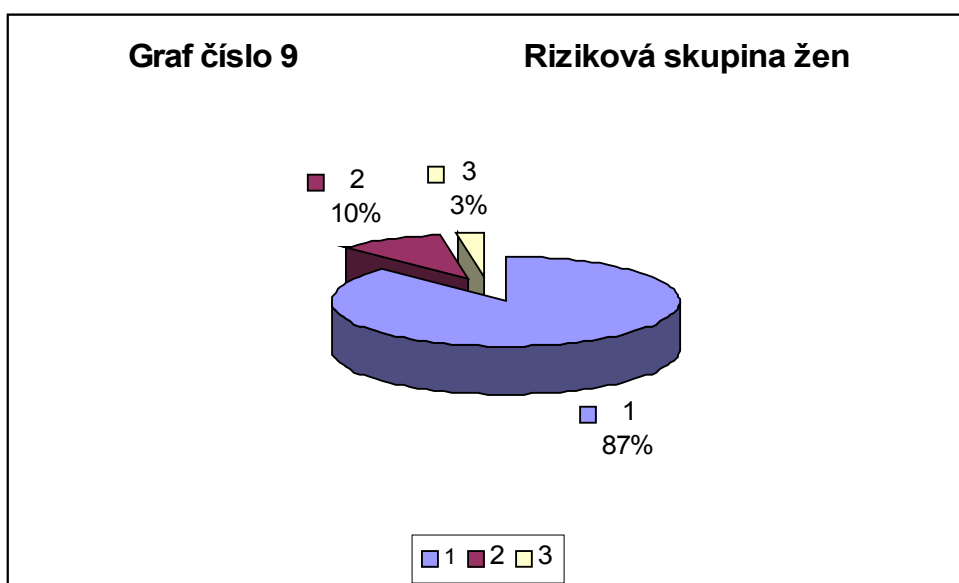


Interpretace otázky číslo 9 - Riziková věková skupina žen

Tabulka číslo 10 Jaká je podle Vás věkově riziková skupina žen?

	Počet	%
Od 40 do 60	105	87
Od 45 do 69	12	10
Od 30 do 50	3	3

Graf číslo 9

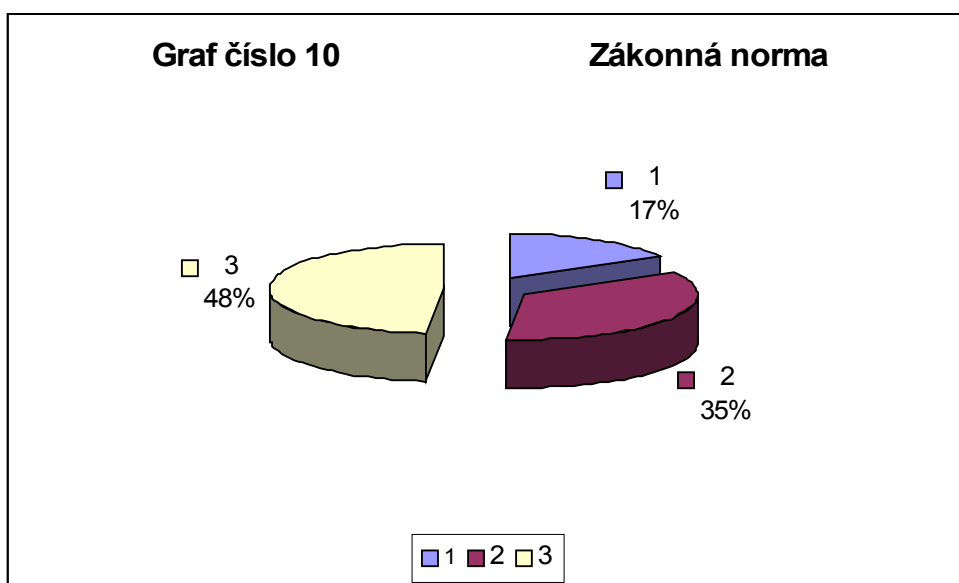


Interpretace otázky číslo 10 - Znalosti o existenci zákona

Tabulka číslo 11 Myslíte si, že tuto problematiku řeší zákon?

	Počet	%
Ano	20	17
Ne	42	35
Nevím	58	48

Graf číslo 10



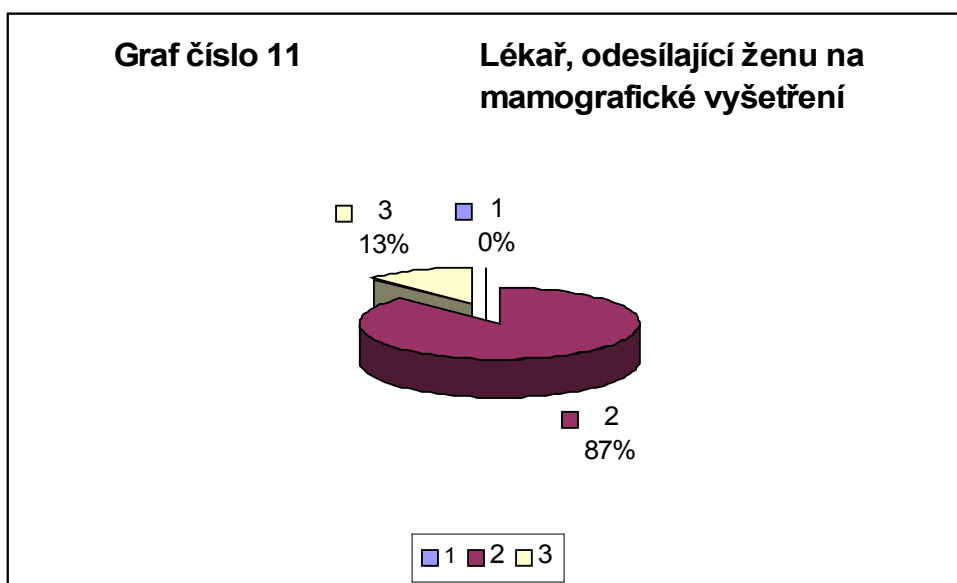
Interpretace otázky číslo 11 - Znalosti o povinnosti lékaře v oblasti screeningu

Tabulka číslo 12 Máte informace, který lékař má posílat ženu na mamografické vyšetření?

	Počet	%
--	-------	---

Internista	0	0
Gynekolog a praktický lékař	105	87
Chirurg	15	13

Graf číslo 11



Otázky 7, 8, 9, 10, a 11 jsou zaměřené na znalosti základních údajů o screeningu. Odpovědi ukázaly, jaké znalosti mají respondenty v oblasti sledované problematiky. Pouze odpovědi na otázku číslo 11 jsou správné, přesto, že se o incidenci onemocnění hovoří jak odborné tak i laické veřejnosti. Další informace vycházejí ze zákona. Ukázalo se, že o existenci zákona ví pouze minimum (17%) respondentek.

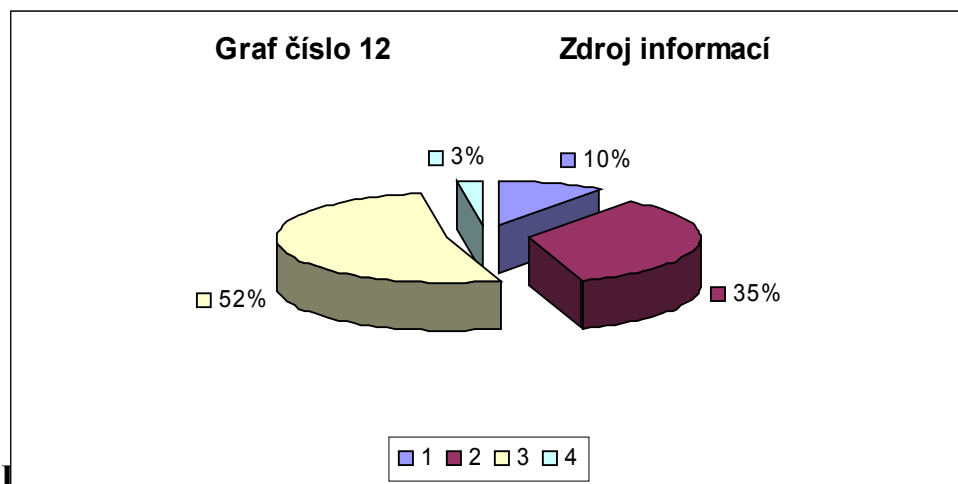
Interpretace otázky číslo 12 – Zdroj informací

Tabulka číslo 13 Odkud máte informace o problematice prevence vzniku nádorového onemocnění prsu?

	Počet	%
Z kvalifikačního studia	12	10
VŠ včetně		

Z praxe v nemocnici	42	35
Celoživotní vzdělávání	63	52
PSS	3	3

Graf číslo 12

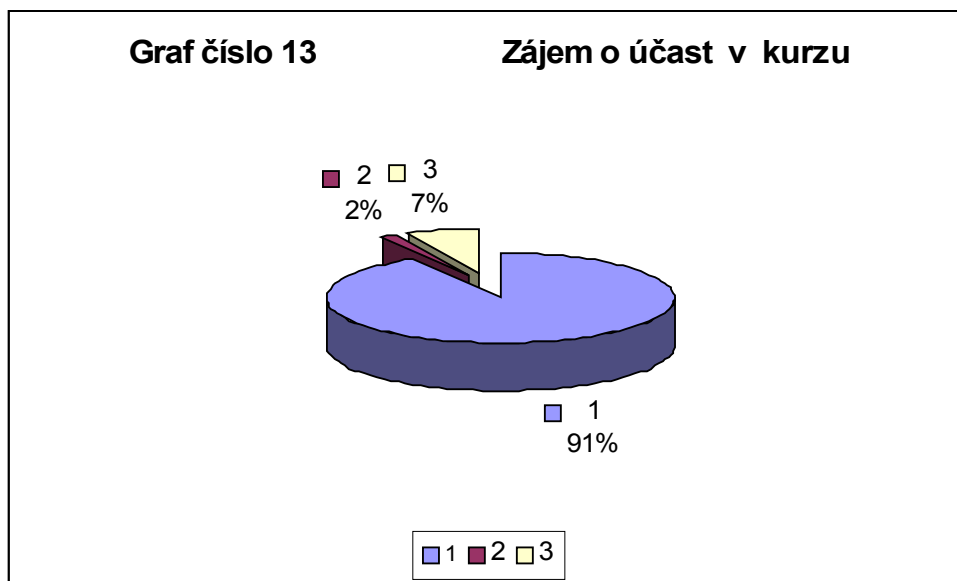


Interpretace otázky číslo 13 - Zájem o účast v kurzu

Tabulka číslo 14 Chtěla by jste se zúčastnit kurzu nebo semináře na toto téma?

	Počet	%
Ano	110	91
Ne	2	2
Je mi to jedno	8	7

Graf číslo 13



Otázky číslo 12,13 se zaměřují na velmi podstatnou část sledované oblasti, a to je míra informací z dosaženého vzdělání a celoživotního vzdělávání sester, tedy zdroj znalostí. Většina respondentek (87%) uvádí absenci specializovaných vědomostí v této oblasti z kvalifikačního studia včetně vysokých škol, eventuelně z absolvování PSS, Odpovědi na otázku číslo 13 (91%) vyjadřují potřebu celoživotního vzdělávání.

Interpretace otázky číslo 14 - Využití získaných znalostí

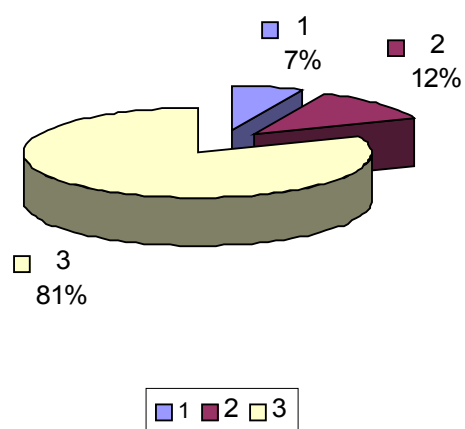
Tabulka číslo 15 Jak by jste využila získané informace?

	Počet	%
Pro sebe a rodinu	10	7
Pro pacientky	18	12
Pro vlastní erudici	120	81

Graf číslo 14

Graf číslo 14

Využití získaných informací



Otázka číslo 14 byla doplňující. Zřejmě nebyla úplně správně formulována, řada odpovědí se překrývala, některé respondenty odpověděly na všechny otázky. Výsledek je přesto jednoznačný a když přihlédneme k formulaci odpovědí, můžeme se domnívat, že lze sloučit počet respondentek, které chtějí využít znalosti jak profesně, tak i pro pacientky. V podstatě jde o jinak formulovanou, ale stejnou informaci.

2.1.10 Ověření hypotéz

H1: Předpokládám, že větší je skupina sester, která má nedostatečné znalosti o organizaci screeningu karcinomu prsu než skupina, která má znalosti dostatečné či úplné, se potvrdila.

Tato hypotéza se opírá o otázky číslo 7, 8, 9, 10 a 11. Jak vidíme z výsledků, tak na otázku číslo 7 odpovědělo kladně 46% respondentek. Pokud vezmeme v úvahu nejisté odpovědi „nevím“ a jisté „ne“, 54% sester nezná fakta. Znalosti nejsou tedy dostatečné. Podobný výsledek je u otázky číslo 8, kde skutečné informace o incidenci má pouze 18% respondentek. Odpovědi na otázku číslo 9 jsou též jednoznačné, pouze 10% odpovídá skutečnosti. Otázka číslo 10 poskytuje odpovědi zase ve stejném duchu, pouze 17% respondentek ví, že problematiku řeší zákon. Pouze u odpovědi na otázku číslo 11 je 87% správných. Tady se zřejmě uplatňuje spíše osobní zkušenost než profesní znalosti. Ženy obecně jsou poměrně disciplinované v návštěvách svých gynekologů a informace mohou mít od nich.

H2: Předpokládám, že sestry s osobní zkušeností, například z rodiny či z řad svých blízkých, mají více informací o screeningu karcinomu prsu než sestry, které se s onemocněním osobně nesetkaly se také potvrdila.

Tato hypotéza se opírá o otázky číslo 4 a 6. Počet odpovědí (73%) na otázku číslo 4 to jasně dokazuje, odpovědi na otázku číslo 6 jsou vyrovnané. (51%) respondentek určitou zkušenost má. Vezmeme-li v úvahu, že se otázka opírá o přítomnost choroby, a že nezahrnuje zkušenosti jenom se známými, které by jistě navýšily kladné odpovědi, můžeme též výsledek považovat za potvrzující stanovenou hypotézu.

H3: Předpokládám, že sestry z chirurgických a gynekologických oborů mají více informací o screeningu karcinomu prsu než sestry v oborech interních či sestry z ambulantních oborů se opět potvrdila.

Můžeme tak posoudit z analýzy výsledků na otázku číslo 2 a 5. Z odpovědí na otázku číslo 2 vyplývá, že většina sester (58%) pracuje v chirurgických a gynekologických oborech, kde se vyskytuje více žen se sledovaným onemocněním. Také odpovědi na otázku číslo 5 korespondují s uvedenými údaji. 75% respondentek se při své práci setkává s ženami nádorovým onemocněním prsu.

H4: Předpokládám, že sestry s vyšším typem kvalifikačního studia mají více informací než sestry, které se sebevzdělávají formou celoživotního vzdělávání se nepotvrdila.

Tato hypotéza se opírá o otázky číslo 1, 12 a 13. Otázka číslo 1 jasně dokazuje, že většina respondentek (46%) je v nejnižší věkové kategorii, tedy má nejmenší odstup od kvalifikačního studia, musely by pak odpovědi na další otázky neuvedené v této skupině odpovídat počtu mladších respondentek a tak tomu není. Odpovědi na otázku číslo 12 „Odkud máte informace o problematice prevence vzniku nádorového onemocnění prsu“, hovoří ve prospěch praxe a celoživotního vzdělávání. Celkem 89% respondentek má informace z uvedených zdrojů. Pouze 10% jich uvedlo jako zdroj kvalifikační studium. Stejně tak odpovědi na otázku číslo 13 „Chtěla by jste se zúčastnit kurzu nebo semináře na toto téma“ vypovídá o absenci informací v této oblasti. 91% odpovědí svědčí pro potřebu dále se v této problematice vzdělávat.

Výsledky doplňující otázky číslo 14 „Jak by jste získané informace využila“ jasně ukazují, že většina sester má zájem o další vzdělávání pro svou erudici. To je jistě chvályhodné a svědčí to o tom, že naše sestry se nespokojí s tím, co se naučí ve škole ale mají zájem o svůj profesní růst.

3.Závěr

Co říci na závěr? Jak už bylo v této práci zdůrazněno, je sledované téma problémem celospolečenským, zodpovědnost však leží hlavně na nás, sestřích o to víc, že nejsme jenom profesionálky, jsme i ženy. Problém je tedy stále někde blízko. A jsme to zase my, ať už doma nebo v pracovním procesu, kdo stojí pacientce nablízku, kdo nejen umí převázat ránu, ale i pohladit, podat ruku a hlavně vidět tu „malou dušičku“, která se většinou někde v hloubce nitra zoufale chvěje.

Postižené ženy jsou většinou okolo padesáti let věku. Samotná operace pro ně není tím největším problémem, hlavní problém je psychosociální, neboť se velice často cítí vyřazené ze společnosti, ohrožené ztrátou ženství, potažmo svých životních partnerů. Mnoho z nich se uchyluje k izolaci od společnosti. Pro nás, zdravotníky je prioritou pochopení široké problematiky a cílená edukace a to jak pacientek, tak profesních týmů a dokonce i laické veřejnosti. Každý z nás může pomoci dosáhnout pozitivního posunu v prevenci onemocnění. Můžeme přispět ke zlepšení spolupráce pacientek, praktických a gynekologických lékařů a tím společně docílit účasti většího počtu žen v mamárním screeningu, následně pak i časného zachytu onemocnění. Právě tady je náš cíl. Potřebujeme však znalosti a informace o široké problematice. Profesionální i laická veřejnost musí vědět, že se zde jedná o závažný problém nejen medicínský, ale i celospolečenský.

Cíl mé práce byl tedy splněn. Problém byl podrobně zanalizován a z konkrétních výsledků jasně vyplývá, jak moc práce nás zdravotníky, kterým není zdravotní stav ženské populace lhostejný, ještě čeká. Nemohu se též ubránit snaze na upozornění na některé zajímavé poznatky, k nimž jsem se díky své bakalářské práci přiblížila. Při své cestě za informacemi jsem se setkala s dlouhou řadou článků i vysoce odborné literatury. Ta, kterou uvádím, je jen malým zlomkem. S politováním musím uvést, že jsem mohla čerpat pouze okrajově z jediné publikace určené pro sestry. Z odborných časopisů pak spíše z velmi stručných článků, zabývajících se jen malou částí problému. Běžně dostupná literatura je vysoce odborná, nepochybně velice kvalitní, ale můj názor sestry - lektorky je takový, že nepostihují komplexní pohled na problém ani specifika sesterské problematiky přesto, že je tak důležitá. Stejná je i má zkušenost z práce na přednáškách pro kurz. Tak abychom mohli zachytit problém komplexně, čerpáme

z lékařské literatury, tu speciální sesterskou, o jejíž absenci jsem se zmínila, může nahradit jedině praxe. Ptám se: „Proč tomu tak je, proč je tak málo odborné literatury přímo určené pro sestry a tedy i jednoduší pro pochopení problému“? Domnívám se, že by vzbudila větší zájem o studium, s ohledem na to, že se jedná většinou o sestry mnohdy přetížené z nikdy nekončící práce doma i v zaměstnání. Je pro ně velice obtížné studovat vysoce odbornou rozsáhlou literaturu, řadu poznatků nemohou ani uplatnit. A to je hozená rukavice nám všem, kdo se podílíme na vzdělávání sester. Ať už pracovníků ve zdravotnictví nebo ve zdravotnickém školství. Naučme se publikovat odbornou literaturu speciálně pro sestry! Věnujme pozornost zjednodušení vzdělávání sester, zdůrazňujme význam péče preventivního charakteru, hledejme takto závažná témata pro výuku a hlavně: Začínáme u sebe a ve své rodině. Jen tak můžeme doufat a společně se těšit, že přispějeme ke zlepšení zdravotního stavu ženské populace.

Seznam použité literatury

1. Abrahámová, J., Povýšil, C., Horák, J. a kolektiv.: Atlas nádorů prsu Grada Publishing, Praha, 2000, ISBN 80-7169-771-0
2. Hoch, J., Leffler, J., a kolektiv: Speciální chirurgie, Maxdorf Jesenius, Praha, 2001, ISBN 80-85912-06-6
3. Strnad, P., Daneš, J.: Nemoci prsu pro gynekology, Grada Publishing, Praha, 2001, ISBN 80-7169 714-1
4. Trachtová, E., : Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, IDV PZ Brno, 1999, ISBN80-7013285 - X
6. Dostálová, O., Jak vzdorovat rakovině, Praha: Grada Avicenum, 1993, ISBN 80 - 7169 – 040 - 6
7. Daneš, J., Mamografický screening v České republice, Klimakt. Med. Roč.12,č.1 (2007) ISSN: 1211 - 4278
8. Říčková, H., Můžeme vyžrát na rakovinu prsní tkáně?, Sestra, roč. 15, č. 1, Tématický sešit - Onkologie (2005) ISSN1210-0404
9. Jandík, P., Mergancová, J., Chirurgická péče u pacientek s karcinomem mléčné žlázy in situ - naše zkušenosti, Lékařské zprávy LF UK v Hradci Králové (2005)Roč. 50, č. 5-6, s. 201-205, ISSN 0457 – 4206
10. Skovajsová, M., Onkologická péče, roč. 9, č. 2(2005), s. 1 – 4, ISSN 1214 - 5602

Přílohy

1 Dotazník

Dotazník pro zdravotní sestry

Vážená kolegyně, sestry!

Jmenuji se Růžena Macháčková a studuji při zaměstnání Vysokou školu zdravotnickou o. p. s. Praha 5, Duškova 7. Dovoluji si Vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce, zabývající se problematikou screeningu nádorového onemocnění prsu. Zvolené odpovědi označte prosím křížkem do příslušného okénka. Dotazník je zcela anonymní a veškeré údaje v něm zaznamenané slouží pouze pro účely samostatného dotazníku.

Předem děkuji za čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku

1. Váš věk

- Do 35 let
- 45 a méně
- nad 45 let

2. V jakém oboru pracujete?

- Chirurgický
- Interní
- Primární péče
- gynekologický

3. V čem spočívá screening karcinomu prsu?

- Pravidelná vyšetřování prsu mammografem á 2 roky
- Biopsie prsu
- Samovyšetření prsou

4. Máte osobní zkušenost s problematikou screeningu?

- Ano
- Ne

5. Setkáváte se při své práci s ženami s onemocněním prsu?

- Ano

- Spíše ne
- Ne

6. Trpěl někdo z Vaší rodiny nebo blízkých touto chorobou

- Ano
- Ne

7. Myslíte si, že nádorové onemocnění prsu je nejčastějším nádorovým onemocněním u žen?

- Ano
- Ne
- Nevím

8 Který údaj týkající se incidence je podle Vás nejpravděpodobnější?

- 4000 žen za rok
- 2500 žen za rok
- 5600 žen za rok

9 Jaká je podle Vás věkově riziková skupina žen

- od 40 do 60 let
- od 45 do 69 let
- od 30 do 50 let

10. Myslíte si, že problematiku prevence tohoto onemocnění má řešit zákon?

- Ano
- Ne
- Nevím

11 Máte informace, který lékař by měl ženu posílat na mammografické vyšetření?

- Internista
- Gynekolog a praktik
- Chirurg

12 Odkud máte informace o problematice prevence vzniku nádorového onemocnění prsu?

- Z kvalifikačního studia VŠ včetně
- Z praxe v nemocnici
- Celoživotního vzdělávání
- PSS

13 Chtěla by jste se zúčastnit kurzu nebo semináře na toto téma?

- Ano

- Ne
- Je mi to jedno

14 jak by jste využila získané informace?

- Pro sebe a rodinu
- Pro pacienty
- Pro vlastní erudici a zlepšení možnosti dávat dále informace

