



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE PRI
PREPREČEVANJU IN ZGODNJEM
ODKRIVANJU RAKA NA DOJKI**

**THE ROLE OF NURSING IN BREAST
CANCER PREVENTION AND EARLY
DETECTION**

Mentor: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič

Kandidat: Aida Hamzić

Jesenice, marec, 2014

ZAHVALA

Iskrena zahvala gre moji mentorici izr. prof. dr. Brigiti Skeli Savič za vso strokovno pomoč, nasvete in usmeritev pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi gospe Marjani Bernot, dipl. m. s., univ. dipl. org., pred. ter gospe doc. dr. Ivici Avberšek Lužnik za recenzijo diplomskega dela.

Zahvala gre prav tako zaposlenim v Zdravstvenem domu Kranj; ginekološka ambulanta, Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj; center za bolezni dojk ter Splošni bolnišnici Jesenice; ginekološka ambulanta, ki so sodelovali pri izvedbi raziskovalnega dela.

Posebna zahvala gre moji mami Bahriji. Hvala, ker si verjela vame in mi ves čas študija ter pisanja diplomskega dela stala ob strani.

Zahvaljujem se tudi mojemu očetu Esadu in sestri Ameli za podporo. Hvala fantu Emilu in njegovi mami Medini za večno spodbudo in oporo.

Poleg tega se iskreno zahvaljujem mojim prijateljicam Lidiji, Armini in Ameli ter sošolkama Katji in Aneti za razumevanje, pomoč in praktične nasvete pri pisanju diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Rak dojke je najpogostejša vrsta raka pri ženskah, njegova incidenca pa strmo narašča iz leta v leto. Je pomemben javno zdravstveni problem in prav zaradi tega ima stroka zdravstvene nege pomembno vlogo pri preprečevanju in zgodnjem odkrivanju.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti mnenja žensk o vlogi medicinskih sester na primarni ravni pri preprečevanju in zgodnjem odkrivanju raka na dojki.

Metoda: Uporabili smo deskriptivno metodo kvantitativnega raziskovanja. Podatke smo pridobili z uporabo vprašalnika zaprtega in odprtega tipa, ki je vseboval 15 vprašanj z enim ali več odgovorov. V raziskavo smo vključili žensko populacijo iz treh zdravstvenih ustanov v Gorenjski regiji. Razdelili smo 95 anketnih vprašalnikov, realizacija vzorca je bila 99 %. Rezultati so bili obdelani v statističnem programu SPSS 15,0 ter v programu Microsoft Excel Office.

Rezultati: Raziskava pokaže, da 38 % anketiranih žensk meni, da si medicinska sestra vzame dovolj časa za zdravstveno vzgojo, ostale menijo, da premalo. 48 % anketiranih se čuti dovolj motiviranih za izvajanje samopregledovanja dojk s strani medicinske sestre. Med časom medicinske sestre, ki ga nameni za zdravstveno vzgojo žensk in oceno v kolikšni meri motivira ženske za samopregledovanje dojk, obstaja statistično značilna povezanost ($p=0,001$). Pri poznavanju dejavnikov tveganja, 66 % anketiranih pozna le dejavnik življenjski slog, ostale dejavnike poznajo manj. Dostopnost učnega materiala na temo samopregledovanja dojk, kot so zloženke je 76 %, dostopnost anatomskega modela dojke je 38 %.

Razprava: Medicinske sestre se ne osredotočajo dovolj na preventivo in zgodnje odkrivanje raka dojke, kar pomeni, da premalo informirajo pacientke o dejavnikih tveganja za nastanek raka dojke, ne vzamejo si dovolj časa za pogovor in svetovanje na temo samopregledovanja dojk. Zato je potrebno kontinuirano podiplomsko strokovno izobraževanje medicinskih sester na tem področju. Le izobraženi strokovnjaki - zdravstveni delavci bodo izvajali kompetentno zdravstveno vzgojno delo.

Ključne besede: Rak dojke, preprečevanje, zgodnje odkrivanje, samopregledovanje dojk, zdravstvena vzgoja.

SUMMARY

Theoretical basis: Breast cancer is the most common type of cancer in women, its incidence increases rapidly from year to year. It is an important public health problem and that is why the nursing profession have an important role in the prevention and early detection.

Aim: The aim of thesis was to determine opinions of women about the role of nurses in primary level of prevention and early detection of breast cancer.

Method: We used descriptive method of quantitative researching. Data were collected by using a questionnaire of closed and open type, which contained 15 questions with one or more answers. The research involved female population from three medical institutions in Gorenjska region. We distributed 95 questionnaires, the realization of the sample was 99 %. The results were computerized and statistically processed using SPSS 15.0 and Microsoft Excel Office.

Results: The survey shows that 38 % of respondents believes that nurse takes enough time for health education, other believe that insufficient. 48 % of respondents felt enough motivated to carry out breast self-examination by the nurse. Between time from nurse, which devote for health education of women and assess to what extent she motivates patient for breast self-examination, there is statistically significant correlation ($p=0,001$). In knowing risk factors, 66 % of respondents know only lifestyle factors, other factors known less. Availability of teaching materials on the topic of breast self-examination, as brochures is 76 %, availability of phantom breast is 38 %.

Discussion: Nurses do not focus enough on prevention and early detection of breast cancer, which means that patients are not enough informed about the risk factors for breast cancer, do not take enough time for discussion and advice on the topic of breast self-examination. It is therefore necessary continuous postgraduate professional education of nurses in this area. Only trained professionals - healthcare professionals will implement competently health care work.

Key words: Breast cancer, prevention, early detection, breast self – examination, health education.

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	4
2.1	RAK DOJKE.....	4
2.2	CIKLIČNE SPREMEMBE TKIVA DOJKE.....	4
2.3	BOLEZENSKE SPREMEMBE DOJK.....	5
2.3.1	Benigne spremembe dojk.....	5
2.3.2	Maligne spremembe dojk.....	5
2.3.3	Spremembe dojke, ki so znak različnih bolezni.....	6
2.4	DEJAVNIKI TVEGANJA ZA RAKA DOJKE.....	7
2.4.1	Dedni rak dojke in genetsko svetovanje.....	9
2.5	PREPREČEVANJE IN ZGODNJE ODKRIVANJE RAKA DOJKE.....	10
2.5.1	Samopregledovanje dojk.....	11
2.5.2	Presejanje.....	14
2.5.3	Mamografija in CAD.....	16
2.5.4	Dopolnilne diagnostične preiskave.....	16
2.5.5	Državni program presejanja za raka dojk – DORA.....	17
2.6	ZDRAVSTVENA VZGOJA.....	18
2.6.1	Ravni zdravstvene vzgoje.....	19
2.6.2	Cilji zdravstvene vzgoje.....	19
2.6.3	Medicinska sestra kot zdravstveni vzgojitelj.....	20
2.7	VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PREPREČEVANJU IN ZGODNJEM ODKRIVANJU RAKA.....	21
3	EMPIRIČNI DEL	23
3.1	NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA.....	23
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	23

3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	24
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	24
3.3.2	Opis instrumentarija	24
3.3.3	Opis vzorca.....	25
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	25
3.4	REZULTATI.....	26
3.5	RAZPRAVA	38
4	ZAKLJUČEK.....	42
5	LITERATURA.....	44
6	PRILOGE	50
6.1	INSTRUMENT	50

KAZALO SLIK

Slika 1: Samopregledovanje dojk – ogled	13
Slika 2: Samopregledovanje dojk – dvig rok	13
Slika 3: Samopregledovanje dojk – pretipavanje	14
Slika 4: Samopregledovanje dojk – leže	14
Slika 5: Seznanjenost z dejavniki tvegaja, ki so povezani z večjim zbolevanjem za rakom dojke	26
Slika 6: Poznavanje enostavne metode za odkrivanje raka dojke	27
Slika 7: Poznavanje primerne časa v menstrualnem ciklusu za samopregledovanje dojk	27
Slika 8: Seznanjenost z metodo samopregledovanja dojk	28
Slika 9: Obveščenost o preventivni mamografiji pri starosti nad 50. na vsaki 2 leti ...	28
Slika 10: Namenjen čas medicinske sestre za zdravstveno vzgojno delo	29
Slika 11: Motivacija za samopregledovanje dojk	29
Slika 12: Dostopnost zloženk o samopregledovanju dojk v čakalnicah in ambulantah.	30
Slika 13: Dostopnost anatomskega modela dojke v ginekološki ambulanti in možnost poučitve	30
Slika 14: Učne metode medicinske sestre pri poučevanju o preprečevanju raka dojke	31
Slika 15: Prisotnost raka dojke v ožji družini	32
Slika 16: Poznavanje genetskega svetovanja	32
Slika 17: Poznavanje državnega programa za odkrivanje raka dojk	33

KAZALO TABEL

Tabela 1: Število in delež anketiranih, ki meni, da je življenjski slog (alkohol, prehrana z nasičenimi maščobnimi kislinami, debelost) dejavnik tveganja ter rezultat Hi-kvadrat testa	33
Tabela 2: Število in delež anketiranih, ki meni, da so dejavniki materinstva (starost več kot 30 let ob prvem porodu, nerodnost, nizko število otrok, opustitev dojenja) dejavnik tveganja ter rezultat Hi-kvadrat testa.....	34
Tabela 3: Število in delež anketiranih, ki meni, da so eksogeni hormoni (oralna kontracepcija) dejavnik tveganja ter rezultat Hi-kvadrat testa.....	34
Tabela 4: Število in delež anketiranih, da je ionizirajoče sevanje dejavnik tveganja ter rezultat Hi-kvadrat testa	35
Tabela 5: Število in stolpčni deleži anketiranih glede na čas MS, ki ga nameni za zdravstveno vzgojo o preprečevanju raka dojke in oceno v kolikšni meri motivira pacientke za samopregledovanje dojk.....	35
Tabela 6: Število in stolpčni deleži anketiranih glede na čas MS, ki ga nameni za zdravstveno vzgojo o preprečevanju raka dojke in oceno v kolikšni meri motivira pacientke za samopregledovanje dojk.....	36
Tabela 7: Število in stolpčni deleži anketiranih glede na ustanovo in prisotnost modelov dojk.....	37
Tabela 8: Frekvenca in stolpčni deleži glede na poznavanje metode samopregledovanja in izobrazbo anktiranih.....	37
Tabela 9: Frekvenca in stolpčni deleži glede na vedenje kdaj je primeren čas za samopregledovanje dojk in izobrazbo anketiranih.....	38

1 UVOD

Po statističnih merilih med ženskami po vsem svetu menijo, da je rak na dojki najpogostejša vrsta raka in drugi najpogostejši vzrok smrti. Preživetje raka na dojki je odvisno od dostopa in uporabe storitev za zgodnje odkrivanje (Thomas et al., 2011, str. 1215). V onkološko preventivo uvrščamo dejavnosti, s katerimi iščemo predrakave ali začetne rakave spremembe. Ključna javnozdravstvena ukrepa na tem področju sta zgodnje odkrivanje in presejanje. Pri zgodnjem odkrivanju je pomembna čim hitrejša diagnostika pri kliničnih znakih in simptomih, ki lahko pomenijo začetek rakave bolezni. Presejanje pomeni uporabo čim preprostejših preiskav, ki med ljudmi brez kliničnih težav odkrijejo tiste, pri katerih je velika verjetnost, da imajo preinvazijsko ali zgodnjo invazijsko obliko raka oziroma so izpostavljeni dejavniku tveganja, za katerega je znano, da z veliko verjetnostjo povzroča raka. Na podlagi priporočil Evropskega sveta, Evropskega kodeksa proti raku ter lokalnih epidemioloških značilnosti je v Sloveniji smiselno izvajati organizirano presejanje za tri lokacije raka (Primic Žakelj, Zadnik, 2009, str. 50):

- pregledovanje celic v brisu materničnega vratu oz. Test PAP za ugotavljanje predrakavih sprememb materničnega vratu v starostni skupini 20-64 let na tri leta – državni program ZORA;
- mamografski pregled za odkrivanje raka dojk za ženske med 50. in 69. letom na dve leti – državni program DORA;
- test balta na prikrito krvavitev za odkrivanje raka širokega črevesa in danke pri moških in ženskah med 50. do 74. letom na dve leti – državni program SVIT.

Rak dojke je najpogostejši ženski rak in predstavlja 28,2 % vseh na novo odkritih rakov, z izjemo nemelanomskega kožnega raka. Incidenčna stopnja raka doke je na tem področju nižja od povprečne stopnje, ocenjene za države Evropske skupnosti, očitno pa je, da se povečuje od severa proti jugu (Piffer, 2010, str. 120). V obdobju 1991-2005 je za rakom dojk v Sloveniji zbolelo 13.756 ljudi, 13.635 žensk in 121 moških. V opazovanem obdobju sta se povečali groba in starostno standardizirana incidenčna

stopnja; bolj od leta 1998 (5,8 % oz. 4,6 % povprečno letno) kot kasneje (2,2 % oz. 1,4 % povprečno letno). Umrljivostna stopnja se zmanjšuje od leta 1991, bolj starostno standardizirana (1,3 % povprečno letno) kot groba (0,4 % povprečno letno) (Primic-Žakelj et al., 2009, str. 152). Po podatkih Registra raka za Slovenijo jih je v letu 2008 zbolelo 1.146 žensk in 9 moških. Tega leta je za rakom dojk umrlo 435 žensk in 5 moških (Rak dojk, b.l.). Iz osnovnih epidemioloških podatkov o raku dojke pri ženskah, ugotavljamo naslednje podatke pri incidenci v obdobju od leta 2005 do 2009. Število novih primerov raka na dojki v enem letu je bilo 1.136. Procentualni delež raka dojke med vsemi raki je bil 20,5 %. Rak dojke je bil na 1. mestu po pogostnosti med vsemi raki. Kumulativno tveganje ali verjetnost novorojenih, da bodo do 75. leta starosti zboleli za rakom oziroma zaradi raka umrli je bilo 6,9 %. Groba incidenčna stopnja ali število primerov na 100.000 prebivalk Slovenije je bilo 110,9 (SLORA, 2013a, str. 1, 2). Leta 2009 je zbolelo za rakom dojk 1.128 žensk (109,5/100.000), osemdeset odstotkov po pedesetem letu starosti. Leta 2009 jih je za njim umrlo 434 žensk (Primic-Žakelj, Zadnik, Žagar, 2013, str. 6, 7). Bilban Jakopin, Žgajnar in Čufer (2009, str. 298) navajajo naslednje, rak dojke je v razvitem svetu najpogostejši rak žensk in zato pomemben javno zdravstveni problem. Ogroženost žensk, da zbolijo za rakom dojk, je v grobem odvisna od razvitosti države in tako npr. v Evropi pada od severa proti jugu ter od zahoda proti vzhodu. Incidenca raka dojk na Nizozemskem je okoli 90/100 000 žensk, v Sloveniji pa približno 60/100 000 žensk. Razlogov za večjo zbolelost v razvitejšem svetu je več, združimo pa jih lahko v pojem »zahodni način življenja«. V prvi vrsti je, tako kot za druge rake, treba omeniti dejstvo, da se je življenjska doba podaljšala. Ker je rak predvsem bolezen starejših ljudi, danes ženske za njim zbolijo v večji meri kot nekoč. »Izvajanje samopregledovanja dojk se zelo razlikuje od izvajanja drugih zgodnjih odkrivanj s tem, da ga izvajamo osebno ter ni vedno odvisno od strokovnjaka ali zdravstvenih ustanov. Redno in temeljito samopregledovanje dojk omogoča odkriti manjše zatrdline, kot naključno odkrivanje raka na dojki« (Komen, 2000 cit. po Gasalberti, 2002, str. 1341). Pri ženskah je rak dojk pogostejši v razvitem svetu. Slovenija po incidenci sodi v sredino lestvice evropskih držav. Tudi pri nas je rak dojke najpogostejši rak žensk in predstavlja pri njih približno petino vseh rakov. Čeprav se je preživetje bolnic izboljšalo, pa rak dojk ostaja še vedno na prvem mestu med vzroki smrti zaradi raka med ženskami (Primic-Žakelj, 2007, str. 21, 22). Na izid

bolezni lahko največ vplivajo ženske same, s poznavanjem dejavnikov tveganja, ki se jim lahko izognejo, in s samopregledovanjem dojk in na ta način z zgodnjim odkrivanjem te bolezni (Bizjak, 2008, str. 59).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 RAK DOJKE

Rak (s tujko malignom ali maligni tumor) je bolezen, ki nastane zaradi nepopravljive spremembe v celičnem jedru, mutacije genov, bodisi v telesnih ali v spolnih celicah (SLORA, 2013b). Slovenski izraz »rak« je prevod starogrškega izraza »karkinos«, ki pomeni rakovico. V medicini je stoletja veljal za skupni opis bolezenskega stanja, ki se pojavi posamično in ne v obliki epidemij kot na primer nalezljiva obolenja (npr. črne kože, kuga, kolera). Iz sprva nezaznavne in/ali neboleče tkivne spremembe ali zatrdline (gr. Onkos, lat. tumor – oteklina, bula), zaradi nenadzorovane rasti lahko napade bližnje organe ali pa se razseje po vsem organizmu do te mere, da povzroči njegovo smrt (Lešničar, 2009, str. 56). Izraz "rak dojke" se nanaša na maligni tumor, ki je nastal iz celic v prsih. Ponavadi se rak dojke začne bodisi v celicah lobulov, ki so žleze za proizvodnjo mleka ali v kanalih, prehodih, kjer odteče mleko iz lobulov v bradavico. Manj pogosto se začne rak dojke v stromalnem tkivu, ki vsebuje maščobno in vlaknasto vezivno tkivo (What is breast cancer?, 2012). Pojavnost raka na dojki je v večji meri v razvitih državah v primerjavi s tistimi v razvoju. Obstaja več razlogov za to, pričakovana življenjska doba je eden izmed ključnih dejavnikov – rak dojk je najpogostejši pri starejših ženskah. Ženske v najbogatejših državah živijo veliko dlje kot tiste v najrevnejših državah. Različni načini življenja in prehranjevalne navade žensk v bogatih in revnih državah so tudi dodatni dejavniki (Nordqvist, 2006).

2.2 CIKLIČNE SPREMEMBE TKIVA DOJKE

Jančar (2009, str. 11) navaja naslednje ciklične spremembe tkiva dojke: ves čas od prve menstruacije pa do menopavze doživlja tkivo dojke nenehne spremembe. Te spremembe nastajajo zaradi vpliva hormonov jajčnikov, ki se izločajo v večjih ali manjših količinah v času menstruacijskega ciklusa. V predmenstrualnem obdobju povzroča povišana količina hormonov rast žleznega tkiva in mlečnih izvodil, večjo prekrvavljenost tkiva in zadrževanje tekočine v vezivnem tkivu. Maščobno tkivo se zmanjšuje. Dojka postane napeta in čvrsta, včasih tudi občutljiva. V pomenstrualnem obdobju se količina hormonov zniža, zato nastopi atrofija oziroma zmanjševanje žleznega tkiva in izginevanje tekočine v vezivnem tkivu. Dojka podtane zopet mehkejša

in manj napeta. To stanje traja do naslednjega predmenstrualnega obdobja, ko se vse spet ponovi. V nočnosti je rast žleznega tkiva najintenzivnejša. Takrat se žlezno tkivo močno razraste, ker se pripravlja na izločanje mleka. Maščobno in vezivno tkivo skoraj izgineta. Po končanem dojenju se vzpostavi podobno stanje kot pred nosečnostjo, le da je maščobnega tkiva nekoliko več, vezevnega tkiva pa nekoliko manj, zato je dojka lahko mehkejša in ohlapnejša. S staranjem ženske upada količina izločenih hormonov jajčnikov, zato prihaja postopoma do izgube žleznega tkiva. Nadomešča ga maščevje, ki v času menopavze in po njej izrazito prevladuje.

2.3 BOLEZENSKE SPREMEMBE DOJK

Bolezenske spremembe dojk so zelo raznolike. Delimo jih na benigne ali nerakave in maligne ali rakave (Jančar, 2009, str. 13).

2.3.1 Benigne spremembe dojk

Benigne spremembe so na srečo veliko bolj pogoste in niso nevarne za življenje ženske. Lahko pa povzročajo različne nelagodnosti, nekatere, npr. vnetja in posamezne benigne tumorje, je potrebno zdraviti (ibid., str. 13). Benigni tumorji rastejo le na mestu, kjer so nastali in se ne širijo v druge dele telesa (ne metastazirajo). Življenje lahko ogrožajo le takrat, kadar zaradi svoje rasti motijo delovanje kakega organa (Kaučič, 2006, str. 11). Jančar (2009, str. 14, 15) prav tako navaja katere so najpogostejše benigne spremembe dojk: mastopatije, ciste, fibroadenomi, papilomi, fibroze, vnetja in kalcinacije.

2.3.2 Maligne spremembe dojk

Maligne spremembe pa ogrožajo življenje, predvsem je pomembno, da čimprej začnemo z zdravljenjem, če želimo, da je le to uspešno. Zaradi tega je prvotni cilj mamografije; iskanje rakavih sprememb v najbolj zgodnjem stadiju bolezni (ibid., str. 15). Maligni tumorji sčasoma začnejo prodirati v okolna tkiva in organe ter jih poškodujejo. Njihove celice pa se lahko po krvi ali mezgi razširijo v druge dele telesa, kjer nastanejo novi tumorji – zasevki ali metastaze (Kaučič, 2006, str. 11). Jančar (2009, str. 16) navaja, da se rak dojke tako klinično kot mamografsko kaže na več različnih načinov. Znaki so odvisni predvsem od velikosti, načina rasti in histološkega tipa oz. od vrste tkiva, iz katerega se razvije. Rak, ki je večji od enega centimetra, je

običajno že klinično tipen, posebno še, če se nahaja bliže površini dojke. Manjši raki so vidni le na mamografskih posnetkih.

2.3.3 Spremembe dojke, ki so znak različnih bolezni

Borštnar in sodelavci (2006, str. 6,7) navajajo naslednje spremembe dojke, ki so znak različnih bolezni:

- zatrdlina ali več zatrdlin v dojki
- izcedek iz bradavice,
- ugreznjenje bradavice,
- oteklina in rdečina dojke.

Zatrdlina ali več zatrdlin v dojki – zatrdlina v dojki je lahko vodna (cistična) ali pa solidna tvorba. Cistične zatrdline so navadno jasno omejene in elastične; pogosto so na otip nekoliko boleče. Vsebino take zatrdline izpraznimo s punkcijo s tanko iglo. Ciste se lahko ponovno napolnijo ali pojavijo na drugem mestu. Praviloma niso rakave. Solidne zatrdline so lahko normalni žlezni vozlički, benigne zatrdline, kot je na primer fibroadenom ali rak dojke. Normalni žlezni vozlički so navadno drobni, gladki in dobro omejeni. Izcedek iz dojk večinoma ni posledica rakavih sprememb. Belkast izcedek iz obeh dojk je ponavadi posledica hormonskega neravnovesja. Krvavkast izcedek je navadno posledica drobnih, večinoma benignih izrastkov, tako imenovanih papilomov, ki zrastejo v žlezni izvodilih. Izcedek je ob sočasnem ekcemu kože bradavice lahko prvi znak raka. Ob vsakem izcedku je potreben posvet z zdravnikom. Ugreznjene bradavice je pri nekaterih ženskah normalno in ga opažajo od mladosti. Ugreznjene bradavice ali sprememba kože bradavice, ki se pojavi na novo, pa je lahko znak rakaste bolezni in zahteva pregled pri zdravniku. Oteklina in rdečina dojke – vnetja dojke, ki se kažejo z rdečino in oteklino dojke, so zlasti pogosta med dojenjem. Vzročnik so bakterijske okužbe. Tako vnetje praviloma spremljajo slabo počutje, zvišana telesna temperatura in zvišana sedimentacija. Podobno kakor bakterijsko vnetje pa je videti tudi redka oblika raka dojke, tako imenovani vnetni rak. Čeprav ni vnetja je koža dojke rdeča in otekla. V primerjavi z vnetjem pa vnetnega raka ne spremljajo splošni in laboratorijski znaki vnetja, kot je slabo počutje, zvišana telesna temperatura, levkocitoza in podobno. Zatrdlina večinoma ni tipna. Vnetni rak se lahko pojavi med nosečnostjo in dojenjem, vendar pa je pogostejši pri starejših ženskah kakor nosečnicah. Zato je ob vsaki rdečini

in oteklini dojke potreben pregled pri zdravniku. Za kakršno koli opredelitev solidne zatrdline je potrebno čimprejnjše slikanje dojk (mamografija ali druge preiskave) ter odvzem tkiva za citološki ali histološki pregled (ibid., str. 6,7).

2.4 DEJAVNIKI TVEGANJA ZA RAKA DOJKE

Osebni dejavniki tveganja za raka dojke vključujejo starost, reproduktivno zgodovino, predhodno operacijo prsi in patologijo bolezni, predhodno zdravljenje z obsevanjem na prsih, že znan ali sum na dedni sindrom raka na dojki, trenutna ali predhodna terapija z estrogeni in progesteroni, indeks telesne mase, gostoto dojk in uživanje alkohola (Edwards et al., 2009, str. 271). Ugotavljamo, da so najpomembnejši dejavniki tveganja za raka dojke, katere navajajo avtorji, naslednji (Borštnar et al., 2006, str. 10, 11):

- Spol: čeprav za rakom dojke zbolijo tudi moški, je bolezen stokrat pogostejša pri ženskah.
- Starost: čim starejša je ženska, večja je nevarnost, da zboli za rakom dojke. Tri četrtine bolnic so starejše od 50 let.
- Prejšnji rak dojke: ženske, ki so se že zdravile zaradi raka dojke, so dva - do trikrat bolj ogrožene, da bodo ponovno dobile raka, bodisi na isti dojki, če ni bila v celoti operativno odstranjena, bodisi na drugi.
- Nekatere benigne spremembe v dojki: ogroženost je odvisna od vrste sprememb in je največja pri tistih z atipično hiperplazijo.
- Rak dojke v družini: ženskam, pri katerih je sorodnica prvega kolena (mati ali sestra) zbolela za rakom dojke, grozi dva - do trikrat večja nevarnost, da bodo tudi same zbolele. Nevarnost je večja, če sta mati ali sestra zboleli mladi in/ali na obeh dojkah. Tako je sorodnica bolnice, ki je pred menopavzo zbolela za rakom obeh dojk, kar devetkrat bolj ogrožena, da bo zbolela za to boleznijo.
- Starost ob prvi in zadnji menstruaciji: z rakom dojke so bolj ogrožene ženske, ki so dobile prvo menstruacijo pred 11. letom, izgubile pa so jo starejše, po 50. letu starosti.

- Rodnost, starost ob prvem porodu in število porodov: za rakom dojke več zbolevajo ženske, ki niso nikoli rodile in tiste, ki so prvič rodile po 30. letu.
- Kontracepcijske tablete in hormonski nadomestki za lajšanje menopavznih težav: oboji zmerno večjajo nevarnost raka dojke, kontracepcijske tablete le v obdobju jemanja, zdravljenje menopavznih težav pa po več letih jemanja.
- Debelost: pomemben dejavnik tveganja po menopavzi, ker v maščevju nastajajo spolni hormoni.
- Alkohol: ženske, ki dnevno popijejo 30 do 60 g alkohola, so 1,4-krat bolj ogrožene z rakom dojke kakor abstinentke.
- Dojenje: vendar le, če ženska doji dlje kakor eno leto.
- Telesna dejavnost: pri odraščajočih deklicah telesna dejavnost povzroča poznejšo menarho, v odraslem obdobju pa omogoča, da telo vzdržuje energijsko ravnovesje in normalno telesno težo, s tem pa naj bi posredno vplivala tudi na ogroženost z rakom dojke. Primic Žakelj in Zadnik (2003b, str. 61-64) navajata še nekatere pomembne dejavnike tveganja za raka dojke:
- Ionizirajoče sevanje: vpliv ionizirajočega sevanja na nastanek raka dojke so proučevali pri ženskah, ki so preživele bombne napade na Japonskem, in tistih, ki so dobile večje odmerke sevanja iz zdravstvenih razlogov. Posledice so odvisne predvsem od starosti v času izpostavljenosti. Največjo ogroženost so ugotovili pri tistih, ki so bile obsevane v času menarhe.
- Prehrana: mednarodne korelacijske raziskave zbolevnosti in umrljivosti za rakom dojk in porabe maščob nakazujejo povezavo med maščobami in rakom dojke, izsledki analitičnih epidemioloških raziskav pa niso skladni. Hrana z veliko olivnega in ribjega olja naj ne bi bila nevarna, kar naj bi potrjevala tudi manjša incidenca raka na dojki v tipično sredozemskih deželah. V nekaterih raziskavah se kaže zaščitna vloga zelenjave, ponekod tudi sadja.
- Drugi kemični ali fizikalni dejavniki iz okolja: v zvezi z rakom dojke preučujejo nekatere kemikalije, ki so jim ženske lahko izpostavljene v delovnem ali bivalnem

okolju. Največ preučujejo organske klorove spojine, nekatere insekticide in poliklorirane bifenile, vendar njihova vloga ni pojasnjena. Prav tako ni pojasnjen morebitni škodljivi učinek elektromagnetnih polj nizkih frekvenc in tudi silikonskih vsadkov, ki so jih ženskam vstavili bodisi iz kozmetičnih razlogov ali po rekonstruktivnih operacijah zaradi raka dojke.

Poleg zgoraj navedenih, navaja tudi Žgajnar (2005, str. 16, 17) dejavnika tveganja za raka dojke:

- Mamografsko goste dojke: ženske s pretežno mamografsko gostimi dojkami (nad 75 %) so kar 5-krat bolj ogrožene z rakom dojke kot tiste, ki imajo manj kot 5 % dojk gostih. Ogroženost je večja v pred- in pomenopavzi.

- Telesna višina: višje ženske so nekoliko bolj ogrožene z rakom dojke; za vsakih 5 cm se relativno tveganje poveča za 1,1. Zveza pa je šibka, zlasti pri pre-menopavznih ženskah. V mehanizmu večjega tveganja sta verjetno vpletene IGF-1 (insulin-like growth factor 1) in IGFBP-3 (IGF binding protein 3), ki ju je pri višjih ženskah več.

2.4.1 Dedni rak dojke in genetsko svetovanje

Dedni rak dojke

Mutacije genov BRCA1, BRCA2, p53, PTEN, AT in še nekaterih drugih so povezane z zelo hudo ogroženostjo z rakom dojke in so predmet drugega prispevka. Za ogroženost z rakom dojke so zelo pomembni tudi nizkopenetratni geni ter poli-gensko dedovanje le-teh, zlasti v povezavi s številnimi endo - in eksogenimi faktorji, ki prispevajo h končni ogroženosti z rakom dojke (Žgajnar, 2005, str. 17).

Genetsko svetovanje

Pojav dednega raka pri enem človeku razkrije skupino, ki je bolj ogrožena. Nujna je večja pozornost do morebitnega novega pojava bolezni, s čimer pa je olajšano pravočasno odkritje novega primera raka, pri kakem družinskem članu pa je omogočeno tudi preprečenje raka (Hočevar, 2005, str. 19, 20). Pri vseh bolnikih z rakom, ki ima značilnosti dednega raka, je indicirano onkološko genetsko svetovanje. Z onkološkim genetskim svetovanjem se ukvarja skupina strokovnjakov, ki jo sestavljajo (ibid.):

- onkolog, strokovno usmerjen v konkretno vrsto dednega raka;

- klinični genetik;
- psiholog/psihiater;
- višja medicinska sestra.

Naloge skupine za onkološko genetsko svetovanje so (ibid.):

- oceniti verjetnost, da gre pri posamezniku/družini za dedno obliko raka;
- indicirati genetsko testiranje v primerih zadosti visoke verjetnosti dednega raka;
- opraviti svetovanje kot pri nedednem raku, ko je verjetnost dednega raka majhna; predlagati ukrepe, ki so potrebni pri dednem raku.

2.5 PREPREČEVANJE IN ZGODNJE ODKRIVANJE RAKA DOJKE

Za učinkovito primarno preventivo sta zelo pomembna sistematski pristop na ravni države, ki omogoča informiranost, izobraženost in zavezanost za zdravo življenje in varovanje zdravja ter ustrezno socialno okolje, ki omogoča in olajšuje odločitve za zdrave izbire (zdrava prehrana, ustrezna telesna dejavnost in aktiven življenjski slog, nekajenje in izogibanje dejavnikom tveganja povezanih z alkoholom in drugimi drogami) (Maučec Zakotnik, 2008, str. 8). Reproductivnim nevarnostnim dejavnikom raka dojke se je težko ali nemogoče izogniti. K preprečevanju raka dojke pa lahko pripomorejo vzdrževanje normalne telesne teže (predvsem po menopavzi), pravilna prehrana, telesna dejavnost in zmernost pri pitju alkoholnih pijač (Primic Žakelj, Zadnik, 2003a, str. 23). Glede na to, da primarna preventiva pri raku dojk ni najuspešnejša, so na področju javnega zdravja veliki napor usmerjeni v sekundarno preventivo, ki pomeni čim prej odkrivanje raka ali njegovih predstopenj (Primic Žakelj, 2007, str. 22). Za zgodnjo diagnozo raka dojke priporočajo samopregledovanje in klinični pregled dojk. V sekundarno preventivo sodi presejanje, pregledovanje žensk z mamografijo, da bi med tistimi, ki so brez kliničnih težav, odkrili tiste, pri katerih je velika verjetnost, da imajo predinvazijsko ali zgodnjo invazijsko obliko raka. Merilo za učinkovitost presejanja je zmanjšanje umrljivosti med redno pregledovanimi ženskami (Primic Žakelj, Zadnik, 2003a, str. 24).

Zgodnje odkrivanje raka je ključno za zgodnje zdravljenje in zmanjševanje s tem povezane smrtnosti. Priporočene presejalne metode za zmanjšanje smrtnosti, zaradi raka na dojki in obolevnosti, vključujejo samopregledovanje dojk, klinični pregled dojk in

mamografijo. Od teh, samopregledovanje dojk, ki ga je treba opraviti mesečno, zagotavlja alternativno in relativno enostaven in poceni način zgodnjega odkrivanja, ki se lahko izvede v povezavi z mamografijo in kliničnim pregledom dojk (Nahcivan, Secginli, 2007, str. 425). Ključno vlogo pri odkrivanju raka dojke ima ženska sama. Dejstvo je, da veliko zatrdlin, za katere se po opravljenih preiskavah izkaže, da so rakave, odkrijejo ženske same s samopregledovanjem (Borštnar et al., 2006, str. 12). Soyer in sodelavci (2007, str. 708) navajajo, da so diplomirane medicinske sestre in diplomirane babice pomembni ponudniki zdravstvenih storitev, ki lahko usposablajo ljudi za preprečevanje raka dojk. Bistveno je tudi, da diplomirane medicinske sestre/diplomirane babice razumejo pomen samopregledovanja dojk in verjamejo, da lahko naredijo spremembe, če pričakujejo, da bodo prepričale ženske, ki jih poučujejo. Strokovnjaki zdravstvene oskrbe, zlasti medicinske sestre in babice, lahko enostavno naučijo ženske samopregledovanja dojk, brez finančnih stroškov, povezani so s prakso in lahko pomagajo pri zmanjševanju smrtnosti zaradi te bolezni. Literatura je pokazala značilne povezave med zaupanjem medicinskih sester pri izvajanju samopregledovanja dojk in njihovim priporočilom o samopregledovanju dojk svojim strankam (Ceber, Turk, Ciceklioglu, 2010, str. 2364). Medicinske sestre in babice imajo ključno vlogo pri povečanju ženske zavesti o zgodnjem odkrivanju in zagotavljanju ustreznih informacij o raku na dojki. Medicinske sestre imajo tesen in dolgoročen stik s svojimi pacienti, zato je razumevanje dejavnikov, ki lahko vplivajo na zdravstveno vedenje medicinske sestre pomembno. Študije so pokazale, da izobraženi strokovnjaki – zdravstveni delavci izvajajo klinični pregled dojk in učijo ženske o nevarnosti raka na dojki, več kot zdravstveni delavci, ki imajo omejene vrednosti tega znanja. Zato je potrebno zagotoviti redni izobraževalni program za delo medicinskih sester v različnih okoljih zdravstvene oskrbe. Programi morajo izboljšati ozaveščenost zdravstvenih delavcev, predvsem se osredotočajo na rast znanja, ki je namenjeno samo za menjavo in merjenje stališča, prepričanja o raku dojk in njegovo zgodnje odkrivanje med medicinskimi sestrami (Ceber et al., 2010, str. 2364).

2.5.1 Samopregledovanje dojk

S pregledovanjem dojk je potrebno začeti po 20. letu in ga opraviti vsak mesec, najbolje 7. do 10. dan po končani menstruaciji. V menopavzi pa si je potrebno za pregledovanje

izbrati vedno isti dan v mesecu. K zdravniku je potrebno iti, če zatipamo zatrdlino, ki je vedno na istem mestu in se ne spreminja z menstruacijskim ciklusom, če opazimo izcedek ali ugreznjeno bradavico. Zdravnik bo, če bo to treba, napotil na ustrezne preiskave (Borštnar et al., 2006, str. 12). Bolj natančno kdaj je najbolj primeren čas v menstruacijskem ciklusu za samopregledovanje dojk je najbolje, da samopregledovanje izvajamo 8. do 12. dan od začetka menstruacijske krvavitve. Ženske bi morale izvajati samopregledovanje dojk dokler se pri izvajanju tega počutijo udobno. Mnogim ženskam to izzove preveč strahu, vendar pa bi se morale vsaj zavedati morebitnih sprememb na svojih prsih, vključno z izcedkom ali vdrtjem bradavice in o tem poročati svojemu zdravniku. Ženske naj opravijo vsaj letni klinični pregled prsi, katerega izvede njihov zdravnik (Making smart screening decision, 2012, str. 6). Študije so pokazale, da so ženske, ki so se učile o samopregledovanju dojk, imajo pozitiven odnos do raka dojk in izvajanja samopregledovanja dojk bolj pogosto, in da medicinske sestre, ki poučujejo svoje stranke o metodah zgodnjega odkrivanja in samopregledovanja dojk, so bolj izobražene o presejanju raka dojke in o tehnikah samopregledovanja dojk, od tistih, ki ne. Zato je pomembno, da imajo medicinske sestre dovolj znanja o raku dojke in njegovem zgodnjem odkrivanju (Alkhasawneh, Akhu-Zaheya, Suleiman, 2009, str. 412). Soyer in sodelavci (2007, str. 708) menijo da, zgodnje odkrivanje raka dojke, ki temelji na populacijskih presejalnih programih, bi bil lahko koristen pristop za nadzor bolezni in zmanjšanje umrljivosti, ker je zgodnje odkrivanje prek presejanja opredeljeno kot najboljša obramba proti obolevnosti in umrljivosti zaradi raka dojke. Kljub koristi, povezane s tem, le malo žensk redno opravlja samopregledovanje dojk in mnoge niti ne vedo, kako to izvesti. Obstajajo tudi dokazi, da ženske izvajajo samopregledovanje dojk bolj učinkovito, kadar jih je poučil zdravnik ali medicinska sestra.

Potek samopregledovanja dojk, kot ga navajajo Borštnar et al. (2006, str. 12, 13):

1. Pri prvem koraku samopregledovanja dojk je potrebno stopiti pred ogledalo ter si ogledati ali je na dojkah morda vidna kaka sprememba, kot je: rdečina, otekline, ugreznjenje kože ali bradavice, izcedek iz dojke.



Slika 1: Samopregledovanje dojk – ogled

Vir: DiaVita (2007)

2. Pri drugem koraku je potrebno dvigniti roke ter jih položiti za glavo. Nato ponovno skrbno opazovati morebitne spremembe oblike dojk ali pa spremembe kože in bradavic.



Slika 2: Samopregledovanje dojk – dvig rok

Vir: DiaVita (2007)

3. Pri tretjem koraku je potrebno položiti roke na bok in se nagniti proti ogledalu. Ramena je potrebno potisniti naprej. Nato si ponovno dobro ogledati morebitne spremembe v obliki dojk.
4. Pri četrtem koraku je potrebno dvigniti levo roko. Z dlanjo in prsti desne roke pa pretipati dojko in tkiva v okolici, kar je najlažje storiti namiljeno pod prho.

Dojko je potrebno najprej pretipati v vseh smereh: krožno, vzdolž dojke in od bradavice proti robu dojke. Ne smemo pozabiti pretipati tudi pazduhe. Postopek je potrebno ponoviti na drugi dojki.



Slika 3: Samopregledovanje dojk – pretipavanje

Vir: DiaVita (2007)

5. Pri petem koraku je potrebno ponoviti predhodni postopek iz četrtega koraka tudi v leže. Pod ramo si je potrebno položiti blazino ali zloženo brisačo. V tem položaju je dojka manj napeta, pregled je zato lažji. Potrebno je pregledati tudi pazduho in ponoviti postopek na drugi dojki.



Slika 4: Samopregledovanje dojk – leže

Vir: DiaVita (2007)

2.5.2 Presejanje

Presejanje (screening) imenujemo preiskovanje navidezno zdravih ljudi s preprostimi preiskavami ali testi, da bi med njimi odkrili tiste, pri katerih je velika verjetnost, da že

imajo predrakave spremembe ali začetnega raka. Presejanje poteka v sklopu organiziranih programov; v programu morajo biti zajete vse ženske z določenim tveganjem zbolevanja v neki regiji ali državi. Osnovna preiskava, ki jo uporabljamo za redno pregledovanje zdravih žensk določene starosti, je mamografija. Namen presejanja z mamografijo je odkriti majhne, klinično še netipne tumorje (Borštnar et al., 2006, str. 14). Presejanje, sekundarna preventiva raka pomeni čim prejše odkrivanje raka ali njegovih predstopenj. Za zgodnjo diagnozo raka dojke priporočajo samopregledovanje in klinični pregled dojk. V sekundarno preventivo sodi tudi presejanje, pregledovanje žensk z mamografijo, da bi med tistimi, ki so brez kliničnih težav, odkrili tiste, pri katerih je velika verjetnost, da imajo predinvazijsko ali zgodnjo invazijsko obliko raka. Merilo za učinkovitost presejanja je zmanjšanje umrljivosti med redno pregledovanimi ženskami (Primic Žakelj, Zadnik, 2003c, str. 60). Učinkovitost presejanja žensk po 50. letu starosti je nedvomno potrjena in zato rutinsko populacijsko presejanje priporočajo tudi v Evropski skupnosti. O tem, kolikšna je učinkovitost presejanja pri ženskah med 40. in 50. letom starosti, še vedno tečejo številne razprave. Raziskave so pokazale, da je zmanjšanje umrljivosti med njimi manjše, v povprečju 16-odstotno, z razponom ocen od 2 % do 28 % in se pokaže šele po 10 letih ali več po začetku presejanja (Primic Žakelj, Zadnik, 2003a, str. 24). Presejanje je treba razlikovati od diagnostike, ki je v domeni klinične medicine, saj presejalni testi praviloma niso diagnostični. Predvsem pa je pomembno, da je za zmanjšanje umrljivosti treba pregledati pretežni del ciljne skupine prebivalstva (vsaj 70 %). Za to mora biti presejanje organizirano, prebivalstvo pa na pregled večinoma povabljen z osebnimi vabili (Primic Žakelj, Zadnik, 2005, str. 9). Iskanje raka pri velikem številu ljudi, od nekaterih mnogi sploh ne bodo zboleli ali umrli za rakom, ima tudi svojo slabo stran: če drugega ne, lahko že vabilo na preiskavo povzroči zaskrbljenost ob misli na morebitno bolezen, pa tudi sama preiskava je lahko neugodna ali boleča. Kot večina preiskav v medicini imajo tudi presejalne nekaj napačno pozitivnih in napačno negativnih rezultatov. Njihov delež je sicer majhen, vendar njihov pomen nikakor ni zanemarljiv: če je rezultat napačno negativen, lahko preiskovanec dobi zagotovilo, da je zdrav, v resnici pa že ima začetno bolezen; napačno pozitivni rezultati, po drugi strani, pa po nepotrebnem povzročajo zaskrbljenost in nadaljne preiskave. Da je delež napačnih izvidov kar najmanjši, je nujna čim večja

kakovost presejanja, po drugi strani pa morajo biti udeleženci seznanjeni z možnostjo napačnih rezultatov, četudi je zelo majhna (ibid.).

2.5.3 Mamografija in CAD

Hertl in sodelavci (2005, str. 23) menijo, da je mamografija rentgenska preiskava za prikaz mehkih tkiv dojke. Mamo-grafska slika nastane zaradi različne absorpcije žarkov X v tkivu dojke (maščobi, žlezem tkivu, tumorskem tkivu, kalcinacijah).

CAD (COMPUTER AIDED DIAGNOSIS – računalniško podprta diagnoza)

Mamografija je zlati standard za zgodnje odkrivanje raka dojk. Redno mamografiranje ciljne populacije lahko zmanjša umrljivost za to boleznijo za 30 %. Vendar pa občutljivost mamografije ni 100-odstotna in je med drugim odvisna tudi od radiologove (ne) izkušenosti, utrujenosti in (ne) pazljivosti. Nekateri študije ugotavljajo, da se na mamogramu lahko spregleda tudi 10-30 % malignomov. Dvojno odčitavanje slik dveh neodvisnih radiologov lahko izboljša občutljivost za 10-15 %. Računalniški program CAD je bil razvit prav z namenom povečati občutljivost mamografije in morda nadomestiti drugega odčitavalca. CAD izboljša občutljivost mamografije za 4-10,5 %. (Hertl et al. 2005, str. 35).

2.5.4 Dopolnilne diagnostične preiskave

Ali so potrebne dopolnilne diagnostične preiskave, določi zdravnik radiolog, ki je pregledal mamografske slike. Lahko so potrebna dodatna rentgenska slikanja, kot so slikanje pod drugačnim kotom, ciljno slikanje s stisnjenjem (kompresijo), ciljno slikanje s povečavo ali ultrazvočna preiskava dojk (Borštnar et al., 2006, str. 17).

Ultrazvočne preiskave

Ultrazvočna preiskava dojk je odlična dopolnilna diagnostična preiskava za oceno sprememb v dojkah, vendar ne more nadomestiti mamografije. Kot osnovna diagnostična preiskava se uporablja le pri mlajših od 35 let, ko je mamografija še nepregledna (Hertl et al., 2005, str. 25).

Preiskave z magnetno resonanco

Pri preiskavi z magnetno resonanco okrog dojk ustvarimo močno magnetno polje, ki vzbudi protone v vodikovih atomih vode, ki se v telesu nahaja praktično v vseh strukturah. Pacientka leži na trebuhu, dojki sta nameščeni v odprtino posebne tuljave, namenjene le za preiskavo dojk. Za preiskavo dojk se uporablja moč magnetnega polja 0,5-1,5 T (tesla). Slika se z različnimi sekvencami, pred aplikacijo kontrastnega sredstva in po njej (Hertl et al., 2005, str. 26, 27).

2.5.5 Državni program presejanja za raka dojk – DORA

Dora je državni program presejanja za raka dojk, ki ga organizira Onkološki inštitut v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Program Dora omogoča vsem ženskam z vnaprejšnjim vabljenjem med 50. in 69 letom starosti pregled z mamografijo, kjer gre za slikanje dojk z rentgenskimi žarki (DORA, 2007). Za rakom dojk lahko zboli vsaka ženska, še bolj dovzetne za to bolezen pa so ženske po 50. letu starosti. Včasih ni opaznih znakov raka dojk, čeprav so ženske v življenjskem obdobju, ko mnoge zbolijo za to obliko raka. Prav zato je presejalna mamografija pomembna, saj je z njo mogoče odkriti bolezenske spremembe, ki še niso tako velike, da bi jih lahko zatipali. Zato projekt DORA ženskam med 50. in 69 letom starosti omogoča mamografski pregled na vsaki dve leti (ibid.). Konec marca 2008 so v okviru državnega presejalnega programa za raka dojk DORA prve ženske iz Mestne občine Ljubljana prejele vabilo na presejalno mamografijo v presejalni center na Onkološkem inštitutu Ljubljana. Dolgo pričakovan začetek presejalnega programa so na Onkološkem inštitutu Ljubljana načrtovali več kot deset let, bolj intenzivno pa od leta 2004, ko je Zdravstveni svet sprejel in potrdil Predlog za uvajanje programa organiziranega presejanja za raka dojk v Sloveniji ter Onkološki inštitut Ljubljana poveril pripravo strokovnih in organizacijskih temeljev za državni program in za izvedbo projekta presejalnega programa. Program DORA je bil dokončno organizacijsko zastavljen s pomočjo evropske svetovalne skupine januarja 2007, Zdravstveni svet pa ga je potrdil marca 2007. S centralnim vodenjem, presejalno-diagnostičnima centroma v Ljubljani in Mariboru ter z mobilnimi presejalnimi enotami ne uvajamo le organizacijske spremembe, temveč tudi novo zdravstveno storitev – presejalno mamografijo in nove pogoje dela (Krajc, 2008, str. 64). Glavne novosti in

prednosti, ki jih med zdravstvene storitve prinaša presejalni program DORA, so ločena obravnava simptomatskih in zdravih žensk, ki prihajajo na presejalno mamografijo, samostojno financiranje in uvedba plačevanja po številu opravljenih mamografij in odčitavanj ter uvedba mobilnih enot. Novost je tudi digitalna mamografija v presejanju in centralizacija organizacije – osebje, stalno zaposleno v presejanju, je pod enotnim strokovnim in organizacijskim nadzorom ter uvedba dnevnega preverjanja tehnične kakovosti digitalnih mamografskih naprav (ibid.). Hertl in sodelavci (2010, str. 43) navajajo, da presejanje ločimo na:

- Neorganizirano (oportunistično) presejanje: ženske pridejo na mamografijo na lastno pobudo ali po nasvetu zdravnika;
- Organizirano presejanje: ženska je v določenem starostnem obdobju na pregled povabljena osebno.

Končni cilj in merilo učinkovitosti presejanja je skupaj z učinkovitimi diagnostičnimi postopki in optimalnim zdravljenjem zmanjšati trenutno stopnjo umrljivosti med pregledovalnimi ženskami za rakom dojk (Kadivec et al., 2008, str.14).

2.6 ZDRAVSTVENA VZGOJA

»Zdravstvena vzgoja je samostojna disciplina, ki jo opredeljujejo cilji, načela, vsebine, metode, sredstva, kadri, organizacija dela in raziskovalno delo. Zdravstvena vzgoja si prizadeva, da bi vsak posameznik, pa tudi družba, sprejel zdravje za največjo vrednoto, do zdravja izoblikoval pozitivna stališča in jih v življenju tudi uresničil« (Hoyer, 2005 cit. po Bahun, 2011, str. 362). Hoyer (2002, str. 65, 66) navaja, da se zdravstvena vzgoja ne ukvarja samo s posamezniki, njihovim zdravjem ter tveganim obnašanjem, pač pa tudi s skupinami oz. skupnostjo. Povedano drugače je zdravstvena vzgoja proces, v katerem se posamezniki in skupine učijo ravnati tako, da krepijo zdravje, ga ohranjajo in uveljavljajo. Je kombinacija učenja in vzgoje. Torej ljudi osvešča o potrebi biti zdrav, ostati zdrav, vedeti, kako doseči zdravje in kako in kdaj poiskati strokovno pomoč. Rezultat ali cilj zdravstvene vzgoje je vzgojen posameznik. Zdravje in skrb za zdravje nam nista dana sama po sebi. Obojega se je potrebno naučiti, ju vrednotiti in nenehno negovati. Za to pa je potrebno znanje in motivacija. Rekli bi lahko, da je cilj zdravstvene

vzgoje aktiven posameznik in s tem skupnost, ki poznajo zdravje, poznajo dejavnike tveganja v posamezniku in okolju in se znajo ter želijo boriti za svoje zdravje in zdravje skupnosti. To pomeni, da so ljudje pravočasno, pravilno in popolno seznanjeni o škodljivosti, ki ogrožajo njihovo zdravje in življenjsko okolje in tvorno sledijo sodobnim preventivnim ukrepom. Imajo razvite telesne in duševne sposobnosti za doživljanje vrednote zdravja, kar pomeni osebno odgovornost za ohranjanje, izboljšanje lastnega zdravja in zdravja v okolju.

2.6.1 Ravni zdravstvene vzgoje

Hoyer (2002, str. 66) navaja, da zdravstvena vzgoja deluje na treh ravneh (na primarni, na sekundarni in na terciarni):

- Na primarni ravni se ukvarjamo z zdravimi posamezniki in skupnostjo v nekem prostoru in času. Pomembno je, da jih učimo in se navdušujemo za zdravo življenje in opozarjamo na dejavnike tveganja. Tu gre lahko tudi za prosvetljevanje, kar pomeni narediti ljudi občutljive za določene probleme v povezavi z zdravjem.
- Sekundarna raven je namenjena še zmeraj zdravim ljudem, vendar ljudem skupin s tveganjem. Ljudi učimo in vzgajamo v zvezi s tveganostjo dejavnikov, ki nekoga ogrožajo. Pomembno je doseči, da ljudje te dejavnike prepoznajo in se jih znajo varovati ter razviti take vzorce obnašanja, da je tveganja čim manj.
- Terciarna raven je namenjena vzgoji ljudi za življenje z že nastalo škodo, za preprečevanje ponovnega izbruha bolezni ali poslabšanja stanja. Izvajalci so zdravstveni delavci, dogaja pa se v zdravstvenih delovnih organizacijah. Pomembno vlogo ima tudi strokovnjak/inja zdravstvene nege v okviru sodobnega pristopa k zdravstveni negi, torej procesa zdravstvene nege, ko je pri vsaki življenjski dejavnosti vključeno tudi učenje za zdrave vzorce obnašanja.

2.6.2 Cilji zdravstvene vzgoje

Plank in Hren (2002, str. 184) navajata kateri so cilji zdravstvene vzgoje:

- Pravilno, pravočasno in popolno informirati ljudi o škodljivostih, ki ogrožajo človekovo zdravje in življenjsko okolje;

- Motivirati posameznika (in družbo) do take stopnje, da si bo zavestno prizadeval ohraniti lastno zdravje in zdravo življenjsko okolje in da bo aktivno sledil sodobnim preventivnim ukrepom;
- Razviti pri posamezniku telesne in duševne sposobnosti za doživljanje vrednote zdravja in zavest dolžnosti ohraniti in izboljšati lastno zdravje in oboje stalno prenašati tudi na svoje okolje. Omenjeni cilji so bolj dolgoročni. So operativne narave, posameznik jih lažje razume, sprejme in je tako tudi bolj motiviran, da bi jih uresničil. Človek se mora sam naučiti ohranjati zdravje, si ga ponovno pridobiti po bolezni ali poškodbi ali živeti skladno s svojimi potrebami in možnostmi (ibid.).

2.6.3 Medicinska sestra kot zdravstveni vzgojitelj

Zdravstvena vzgoja je eden najpomembnejših vidikov in poslanstev medicinske sestre. Medicinske sestre tvorimo eno največjih, če ne kar največjo skupino zdravstvenih delavcev, ki so potrebni družbi. Medicinske sestre seveda nismo edini zdravstveni delavci z odgovornostjo za krepitev zdravja in za zdravstveno vzgojo, vendar nam drugi strokovni sodelavci morajo priznati naš pomen. Medicinske sestre v bolnišnični zdravstveni negi pogosto menimo, da zdravstvena vzgoja in preventiva ni naše delo. Dejansko mora biti zdravstvena vzgoja in preventiva sestavina vsega, kar delamo (Plank, Hren, 2002, str. 185). Sposobnosti, ki jih mora imeti medicinska sestra za opravljanje zdravstveno vzgojnega dela na kateri ravni so (ibid.):

- strokovna usposobljenost (široka strokovna znanja)
- sposobnost komuniciranja (delo z različnimi ljudmi na različne načine)
- sposobnost vodenja (načrtovanje izobraževanja).

Medicinska sestra mora dajati bolnikom pozitiven vzgled. Cilj zdravstvene vzgoje bolnikov je, da jih bolje pripravimo na zdrave odločitve o zadevah, ki vplivajo na njihovo zdravje in na dobro počutje. Zdravstvena vzgoja je ena izmed osnovnih življenjskih aktivnosti po Virginiji Henderson in sodi v delo vsake medicinske sestre na vseh delovnih področjih; zdravstveni domovi, bolnišnice, zdravilišča, domovi za starejše. Medicinske sestre se moramo zavedati, da v trenutku, ko bolnik izve za svojo bolezen, postane maksimalno motiviran za vse informacije v zvezi z boleznijo. Ta čas

moramo dobro in koristno izrabiti. Za to pa potrebujemo veliko strokovnega znanja, sposobnost komuniciranja in čut za človeka (ibid., str. 186).

2.7 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PREPREČEVANJU IN ZGODNJEM ODKRIVANJU RAKA

Medicinske sestre predstavljajo največjo skupino zdravstvenih delavcev po vsem svetu in če postopek promocije in preventive vključujejo v svojo vsakdanjo prakso, obstaja možnost za velik vpliv pri zmanjševanju pojavnosti in razširjenosti raka. Promocijo zdravja in preprečevanje raka ne bi smeli razumeti kot nalogo le medicinskih sester, ki delajo na primarni ravni zdravstva, temveč za vse medicinske sestre in ob vsakem stiku z bolnikom. Vendar pa obstajajo ovire pri čim večjem vplivu medicinskih sester. Na splošno, v zdravstveni negi ni dovolj poudarka na področju promocije zdravja. Medicinske sestre pogosto menijo, da nimajo dovolj veščin in znanja, da izvedejo presojo in zagotovijo svetovanje o preprečevanju raka in kar je najpomembneje, vedenje samih medicinskih sester ima vpliv na njihovo pripravljenost in sposobnost, da bi razpravljali o temi promociji zdravja. Te ovire niso izključne le za medicinske sestre, mogoče jih je videti tudi v intervencijah promocije zdravja pri vedenju drugih zdravstvenih delavcev (Aguinaga Bialous, Trahan Rieger, Glaus, 2006, str. 138). Druga pomembna vloga medicinske sestre je spodbujanje političnih in družbenih sprememb, ki spodbujajo zdravo vedenje kot družbeno normo. Medicinske sestre se morajo zavedati, da njihova vloga pri spodbujanju zdravja in preprečevanja raka ni omejena na zdrave ali asimptomatske bolnike. Bolniki, ki imajo diagnozo raka, so trenutno v obdelavi zdravljenja ali tistih, ki so preživeli raka, bi morali prejeti svetovanje povezano z zmanjševanjem dejavnikov tveganja, vključno s prenehanjem kajenja (ibid., str. 139). Henke Yarbrow in sodelavci (2002, str. 20) navajajo, da se izobraževanje o preprečevanju raka osredotoča na spreminjanje načina življenja in vedenja. Z izobraževanjem si prizadevamo prepričati ljudi, da sprejmejo preventivno vedenje in naj pridobljeno znanje uporabijo v praksi.

Vseživljenjsko izobraževanje postaja absolutna nuja za vsakega zaposlenega zato mora organizacija, ki stremi k uvajanju pozitivnih sprememb, ustvarjati in ohranjati okolje, ki prispeva k stalnemu izboljševanju kakovosti in v katerega se

lahko dejavno vključuje vsak posameznik, zagotavljanje kakovosti pa mora biti vgrajeno v vse organizacijske procese in funkcije. Organizacija mora zaposlene nenehno spodbujati k ustvarjalnosti in razvijanju novih idej, biti mora odprta in sprejemljiva za novo in najpogosteje drugačno prakso, kot je bila v veljavi do sedaj. Temeljni namen izobraževanja zaposlenih je, da ima organizacija primerno usposobljene zaposlene, ki bodo sposobni dosežati njene cilje in s svojim delom prispevati k njeni uspešnosti (Miglič, 2005 povz. po Lokajner, 2005, str. 90, 91).

Čeh (2003, str. 64) navaja, da sta varovanje in krepitev zdravja povezana z znanjem. Zdravje pa je med najbolj pomembnimi rezultati katerekoli družbe in eden najpomembnejših virov, ki so potrebni za oblikovanje katerekoli druge dobrine. Po Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005) medicinska sestra ravna v skladu z usmeritvami, ki zagotavljajo boljše zdravje in nadaljni razvoj zdravstva. Po standardih medicinska sestra skupaj z drugimi zdravstvenimi delavci in ostalimi državljani sodeluje pri načrtovanju in izvajanju programov zdravstvenega varstva. Medicinska sestra je pobudnica aktivnosti, ki so v širšem družbenem interesu in jih tudi podpira. Medicinska sestra skrbi za varno in zdravo okolje ter podpira zdrav življenjski slog posameznikov, skupin in lokalne skupnosti. »Preventiva in zgodnje odkrivanje raka bosta postali najvišji prioriteti v hierarhiji problemov na področju onkologije, zato je potrebno programe šolanja medicinskih sester dopolniti s tovrstnimi učnimi vsebinami, saj se od medicinskih sester pričakuje, da bodo poprijele za delo na tem področju, ki so ga zgodovinsko gledano opravljali zdravniki« (White Hilton, 1999, cit. po Skela Savič, 2005, str. 12). Z ozaveščanjem in zdravstvenovzgojnim delovanjem moramo razbijati strahove in doseči, da bomo mislili na zdravje takrat, ko nas v to ne bodo silili ne slabo počutje, ne bolečina, še najmanj pa bolezen sama. Misлити na zdravje takrat, ko je človek zdrav, bi moralo biti osnovno življenjsko pravilo vsakogar od nas (Bizjak, 2008, str. 62).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen raziskave je bil ugotoviti kakšna je vloga zdravstvene nege na primarni ravni preprečevanja in zgodnjega odkrivanja raka dojk, ali je javnost osveščena z preprečevanjem in zgodnjim odkrivanjem ter s kakšnimi metodami to dosegamo. Namen je bil tudi ugotoviti ali medicinske sestre dovolj informirajo ženske o samopregledovanju dojk ter na kakšen način jim znanje posredujejo.

Cilji:

- ugotoviti ali so ženske v ginekoloških ambulantah in ambulantah za bolezni dojk seznanjene z najpogostejšimi dejavniki tveganja, ki so povezani z večjim zbolevanjem za rakom dojk;
- ugotoviti ali imajo medicinske sestre v okviru svojega dela dovolj časa, da se pogovorijo s pacientkami o preprečevanju in zgodnjem odkrivanju raka dojk;
- ugotoviti ali medicinske sestre preverijo ali pacientke poznajo enostavno metodo za odkrivanje raka dojk – samopregledovanje ter ali jo znajo pravilno izvajati;
- ugotoviti ali imajo v ginekoloških ambulantah na voljo učni material o metodi samopregledovanja dojk, kot so: zloženke s slikami, plakate, anatomske modele dojk, s pomočjo katerega spodbujamo ženske k preventivi in preverimo njihovo znanje.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Pri izvedbi raziskovalnega dela smo postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kakšna je seznanjenost žensk z dejavniki tveganja, ki so povezani z večjim zbolevanjem za rakom dojke?
2. Ali obstaja povezanost med časom medicinske sestre, ki ga nameni za zdravstveno vzgojo žensk o preprečevanju raka dojke in oceno v kolikšni meri medicinska sestra motivira pacientke za samopregledovanje dojk?
3. Ali se zdravstveni zavodi razlikujejo med seboj v prisotnosti modelov, kjer bi se ženske naučile zatipati nepravilnosti na dojki?

4. Ali obstaja povezanost med izobrazbo žensk in poznavanjem samopregledovanja, metodo za odkrivanje raka dojke?
5. Ali obstaja povezanost med izobrazbo žensk in vedenjem kdaj v menstrualnem ciklu je primeren čas za samopregledovanje dojk?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava temelji na deskriptivni metodi empiričnega raziskovanja. Teoretični del raziskave smo pripravili s pomočjo pregleda slovenskih in tujih podatkovnih baz, kot so Cobiss, EBSCOhost, Cinahl, Medline, Eric ter serijskih in monografskih publikacij. Medtem ko smo za raziskovalni del podatke zbrali z anketnim vprašalnikom. Vire smo pregledali, podatke sistematizirali ter predstavili strokovne izsledke in spoznanja. Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede: preprečevanje raka, zgodnje odkrivanje raka, rak dojke, zdravstvena vzgoja, zdravstvena nega v onkologiji, zdravstvena nega in preprečevanje, samopregledovanje dojk; cancer prevention, early detection of cancer, breast cancer, health education, nursing in oncology, nursing and prevention, breast self-examination.

3.3.2 Opis instrumentarija

Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo anketiranja v obliki pisnega vprašalnika. Anketni vprašalnik je bil namenjen ženskam v čakalnici in ginekološki ambulanti v eni slovenski porodnišnici in eni splošni bolnišnici ter v enem zdravstvenem domu. Anketni vprašalnik smo pripravili na osnovi študije literature o prepečevanju in zgodnjem odkrivanju raka dojk v zdravstveni negi. Oblikovali smo 15 vprašanj, ki so večinoma zaprtega tipa z enim ali več odgovorov. Štiri vprašanja so bila odprtega tipa. Anketni vprašalnik je bil razdeljen na dva sklopa. Prvi sklop vprašanj so demografski podatki. Pri tem nas je zanimal spol anketiranca in stopnja izobrazbe. Drugi sklop pa predstavlja odnos medicinskih sester do zdravstvene vzgoje žensk ter osnovno znanje o preprečevanju raka dojk z vidika javnosti oziroma žensk. Zanimalo nas je v kolikšni meri so ženske seznanjene in se strinjajo z navedenimi trditvami s področja preprečevanja in zgodnjega odkrivanja raka dojk. V našem vprašalniku je bil merski

nivo vprašanj nominalni, torej računanje zanesljivosti merjenja pri anketnem vprašalniku ni prišlo v poštev.

3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli v Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj, v Zdravstvenem domu Kranj in v Splošni bolnišnici Jesenice. Vzorec je bil neslučajnostni priročni. V raziskavo je bilo vključenih 95 žensk (100 %), odzivnost je bila 99%. Vključili smo ženske vseh starostnih skupin ter jih anketirali v čakalnicah in ginekoloških ambulantah. Glede na izobrazbo je v raziskavi sodelovalo 8 (9 %) oseb z osnovnošolsko izobrazbo, 45 (47 %) oseb s srednješolsko izobrazbo, 37 (39 %) oseb z višjo/visokošolsko izobrazbo, 3 (3 %) osebe z univerzitetno ali višjo izobrazbo ter 2 (2 %) osebi neznane izobrazbe.

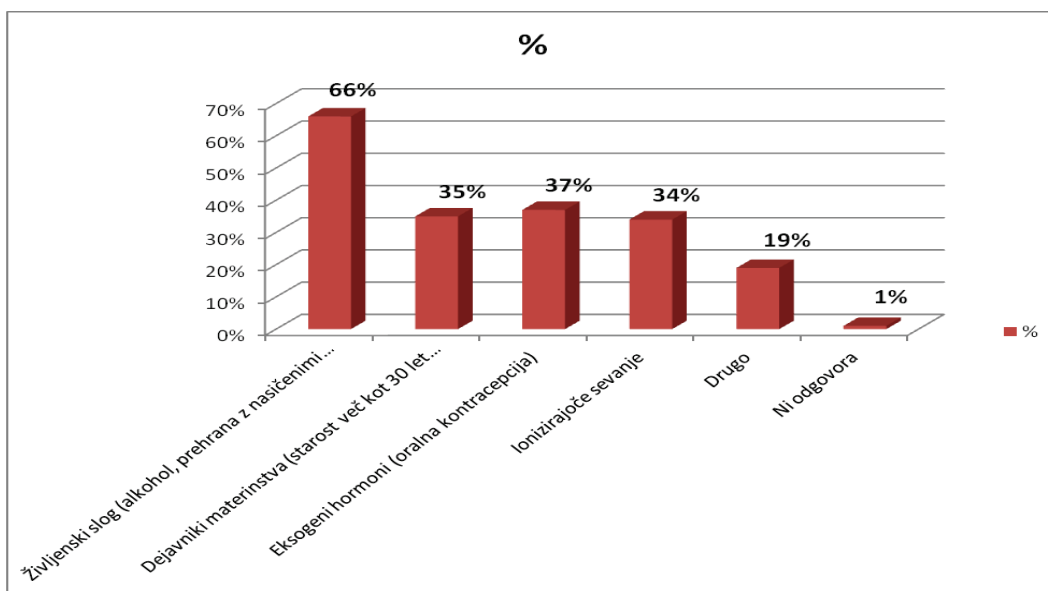
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje je začelo potekati v mesecu novembru in decembru 2012, po predhodni pridobitvi soglasja s strani raziskovalnega okolja. V Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj smo soglasje za izvedbo raziskave dobili od direktorice Andreje Cerkvenik Škafar, dr. med., spec. pediatrije, v Zdravstvenem domu Kranj od direktorice Lili Gantar Žura, dr. med. ter v Splošni bolnišnici Jesenice od prim. Mateja Andoljška, dr. med., spec. kirurg. Anketirali smo ženske, ki obiskujejo ginekološke ambulante v gorenjski regiji: Kranj in Jesenice. Izvajalcem zdravstvene nege in vzgoje smo razdelili 95 anketnih vprašalnikov, ki so jih nato razdelili ženskam, ki prihajajo na ginekološke preglede. Seznanili smo jih z namenom in cilji naše raziskave. Zagotovljena je bila anonimnost pri izpolnjevanju vprašalnika.

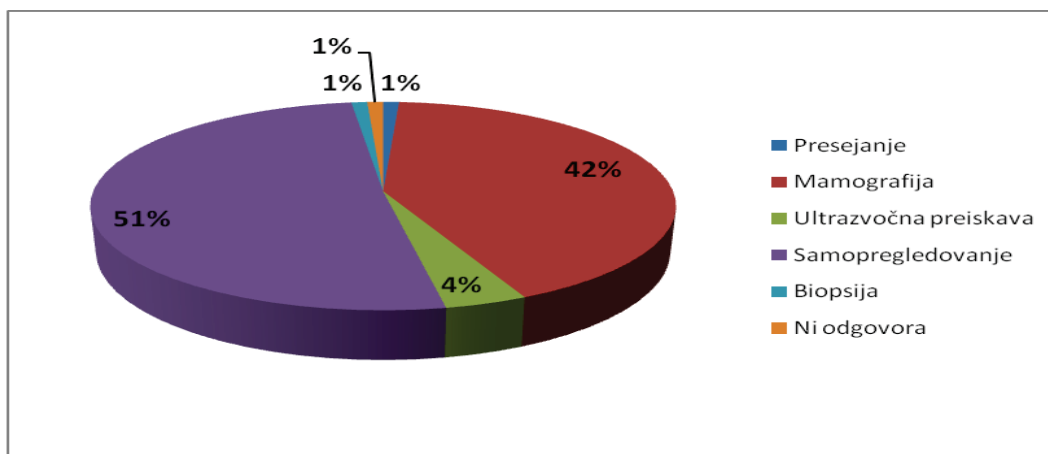
Za obdelavo rezultatov smo uporabili opisno statistiko, hi kvadrat test, ki primerja dobljene frekvence s tistimi, ki jih pričakujemo pod ničelno hipotezo. Rezultate, ki smo jih pridobili z anketnim vprašalnikom smo pretvorili v odstotke in statistično obdelali v SPSS 15.0. Posamezna raziskovalna vprašanja smo testirali s pomočjo hi kvadrat testa. Kadar je dobljena p – vrednost manjša ali enaka 0,05, postavljenega raziskovalnega vprašanja ne moremo zavrniti. Rezultate smo opisali ter jih prikazali v obliki grafov in tabel s pomočjo programa Microsoft Excel.

3.4 REZULTATI

Med anketirankami smo ugotavljali seznanjenost z dejavniki tveganja, ki so povezani z večjim zbolevanjem za rakom dojke. Ker je bilo možnih več odgovorov, skupni seštevki presegajo 100 %. 63 (66 %) anketiranih meni, da je povezan z večjim zbolevanjem za rakom dojke dejavnik življenjski slog. Na drugo mesto je 35 (37 %) anketiranih kot dejavnik tveganja navedlo eksogeni hormoni. 33 (35 %) jih meni, da lahko na to vplivajo dejavniki materinstva, medtem, ko 32 (34 %) anketiranih meni, da ionizirajoče sevanje. Kar 18 (19 %) pa jih je odgovorilo drugo. Pod drugo so navedle naslednje: "dednost, genski material, poškodbe, stres in strah". 1 (1 %) anketirana ni odgovorila na to vprašanje. Pri tem vprašanju so bili vsi odgovori pravilni, le 7 (7 %) anketiranih je obkrožilo vse pravilne odgovore. Rezultati so prikazani v sliki 5.

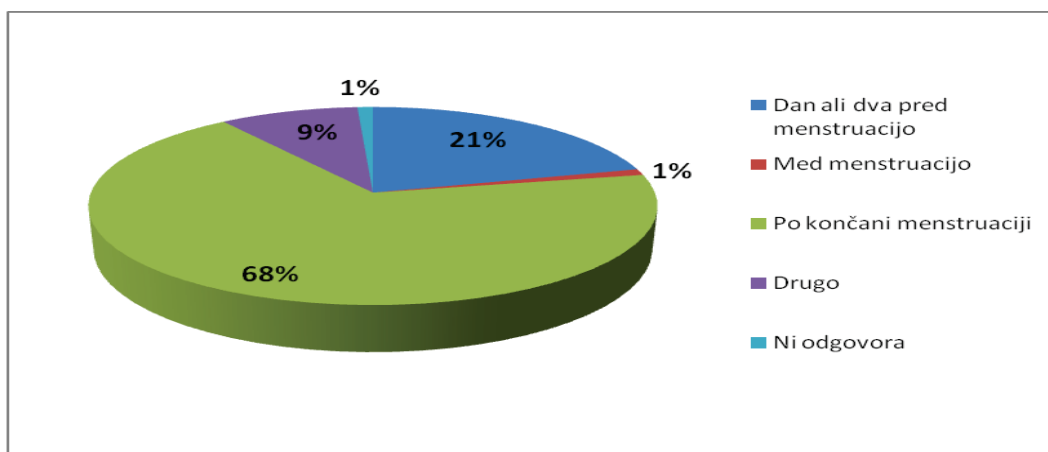


Slika 5: Seznanjenost z dejavniki tveganja, ki so povezani z večjim zbolevanjem za rakom dojke



Slika 6: Poznavanje enostavne metode za odkrivanje raka dojke

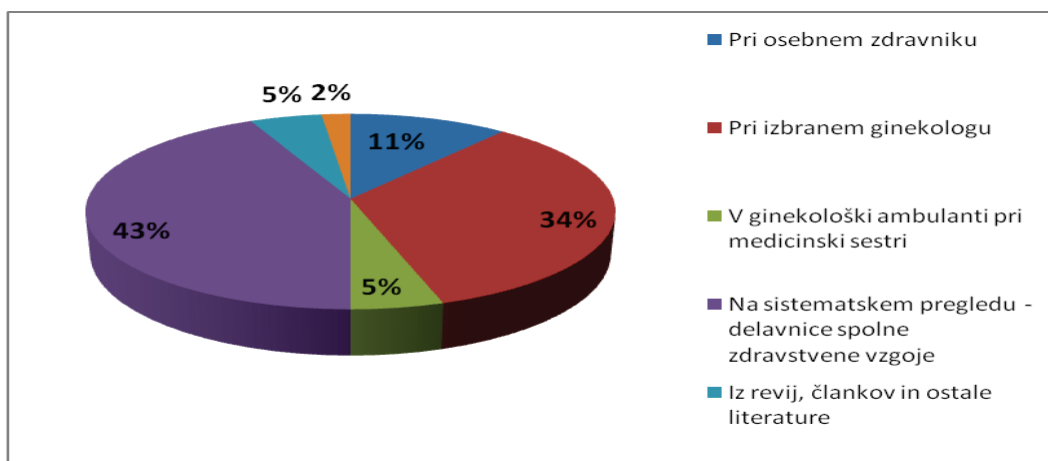
1 (1 %) anketirana meni, da je najbolj enostavna metoda za odkrivanje raka dojke presejanje, 40 (42 %) jih je navedlo mamografijo. 4 (4 %) anketirane menijo, da je ta metoda ultrazvočna preiskava, 1 (1 %) anketirana meni, da je biopsija ter 1 (1 %) ni odgovorila na to vprašanje. Na pravilni odgovor samopregledovanje jih je odgovorilo 48 (51 %), kar je več kot polovica anketiranih. Rezultati so prikazani v sliki 6.



Slika 7: Poznavanje primerne časa v menstrualnem ciklusu za samopregledovanje dojke

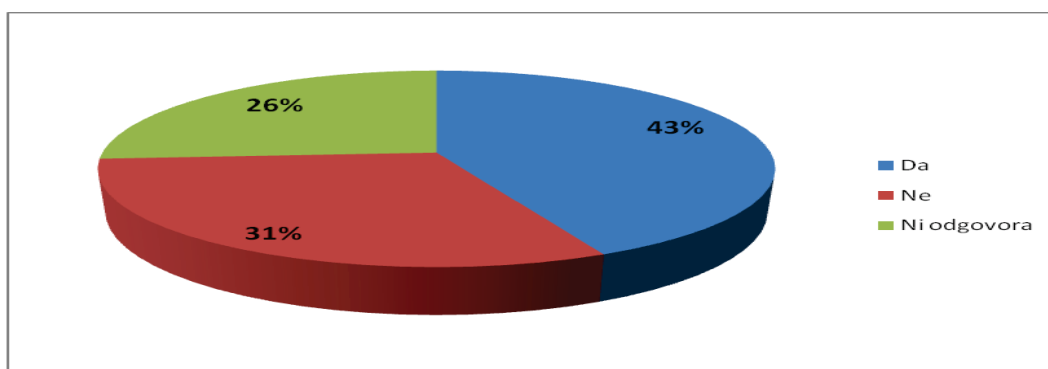
Pravilen odgovor na vprašanje kdaj je najbolj primeren čas za samopregledovanje dojke, je po končani menstruaciji, je odgovorilo 65 (68 %) anketiranih, kar je več kot polovica. 20 (21 %) jih je menilo, da je to dan ali dva pred menstruacijo, le 1 (1 %) anketirana je menila, da med menstruacijo in 1 (1 %) ni sodelovala pri tem vprašanju. 8 (9 %)

anketiranih je odgovorilo drugo, pod to pa so navedle naslednje: "vsak teden, ne vem, 5.-10. dan po začetku menstruacije, 5.dan po menstruaciji, enkrat v vmesnem obdobju med menstruacijama, od 5.-12. dne ciklusa". Rezultati so prikazani v sliki 7.



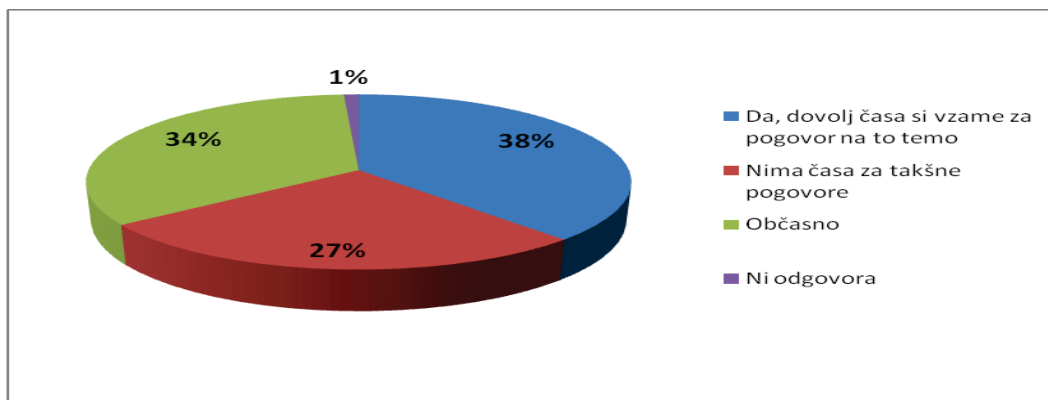
Slika 8: Seznanjenost z metodo samopregledovanja dojk

10 (11 %) anketiranih je prvič izvedelo oz. se srečalo z metodo samopregledovanja dojk pri osebnem zdravniku, pri izbranem ginekologu jih je izvedlo 32 (34 %), 5 (5 %) anketiranih meni, da v ginekološki ambulanti pri medicinski sestri, največ, in sicer 41 (43 %) jih je navedlo na sistematskem pregledu. Iz revij, člankov in ostale literature jih je izvedelo 5 (5 %), na vprašanje pa nista odgovorili 2 (2 %) anketirani. Rezultati so prikazani v sliki 8.



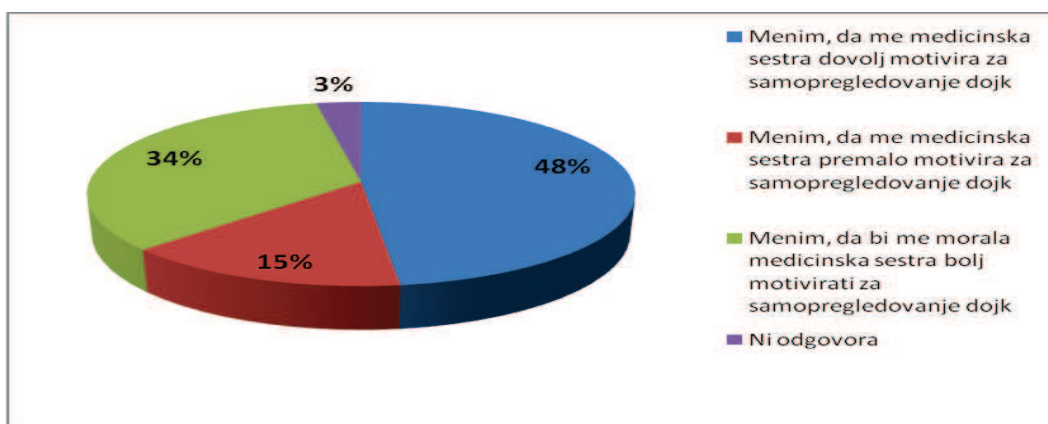
Slika 9: Obveščенost o preventivni mamografiji pri starosti nad 50. na vsaki 2 leti

Na vprašanje, ki se je nanašalo na populacijo žensk pri starosti nad 50. let, 41 (43 %) anketiranih meni, da jih je medicinska sestra pri obisku v ginekološki ambulanti obvestila, da je potrebno preventivno opraviti mamografijo na vsaki 2 leti. 29 (31 %) jih je navedlo, da jih medicinska sestra ni obvestila o tem. Na vprašanje ni odgovorilo 25 (26 %) anketiranih, iz česa sklepamo, da so anketiranke mlajše od 50 let oziroma se vprašanje ni nanašalo na njih. Rezultati so prikazani v sliki 9.



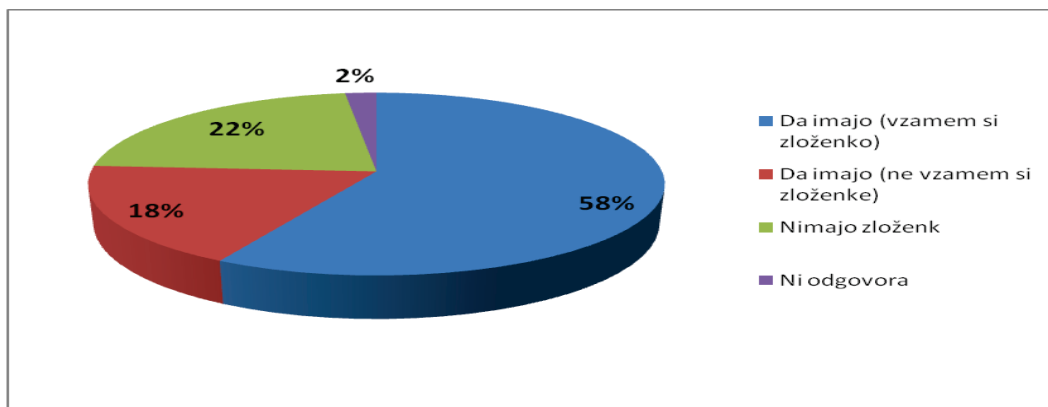
Slika 10: Namenjen čas medicinske sestre za zdravstveno vzgojno delo

36 (38 %) anketiranih meni, da si medicinska sestra vzame dovolj časa za zdravstveno vzgojo žensk o preprečevanju raka dojk. 26 (27 %) anketiranih meni, da medicinska sestra nima časa za takšne pogovore in 32 (34 %) jih navaja občasno. Na to vprašanje ni odgovorila 1 (1 %) anketirana. Rezultati so prikazani v sliki 10.



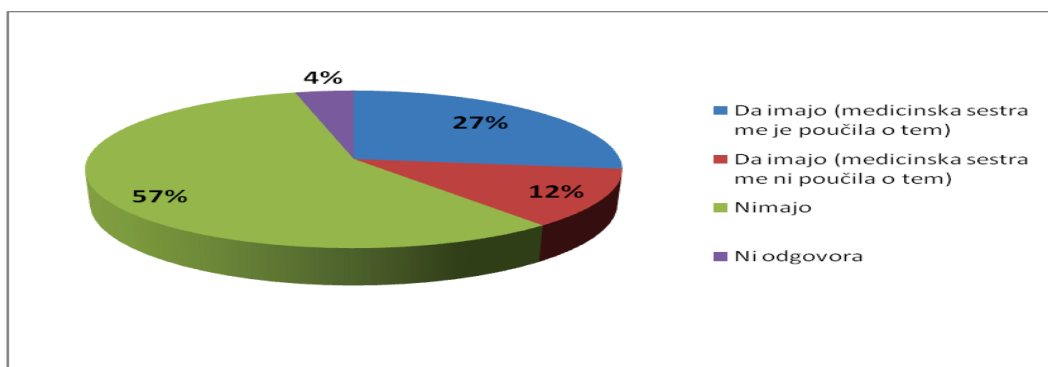
Slika 11: Motivacija za samopregledovanje dojk

46 (48 %) anketiranih meni, da jih medicinska sestra dovolj motivira za samopregledovanje dojk, 14 (15 %) anketiranih meni, da jih premalo motivirajo, 32 (34 %) pa jih je navedlo, da bi jih morala medicinska sestra bolj motivirati. 3 (3 %) anketirane niso odgovorile na vprašanje. Rezultati so prikazani v sliki 11.



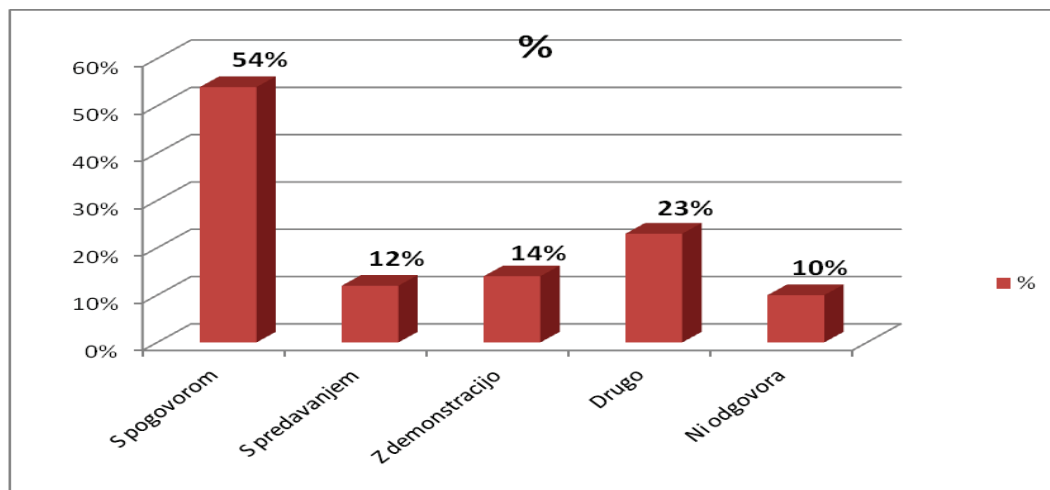
Slika 12: Dostopnost zloženk o samopregledovanju dojk v čakalnicah in ambulantom

Več kot polovica anketiranih – 55 (58 %) meni, da imajo v čakalnici oziroma v ambulanti zloženske s slikami ter da si zloženko vzamejo. 17 (18 %) anketiranih pa meni, da prav tako imajo zloženske, vendar si je ne vzamejo. Da zloženk sploh nimajo jih meni 21 (22 %), na vprašanje nista odgovorili 2 (2 %) anketirani. Rezultati so prikazani v sliki 12.



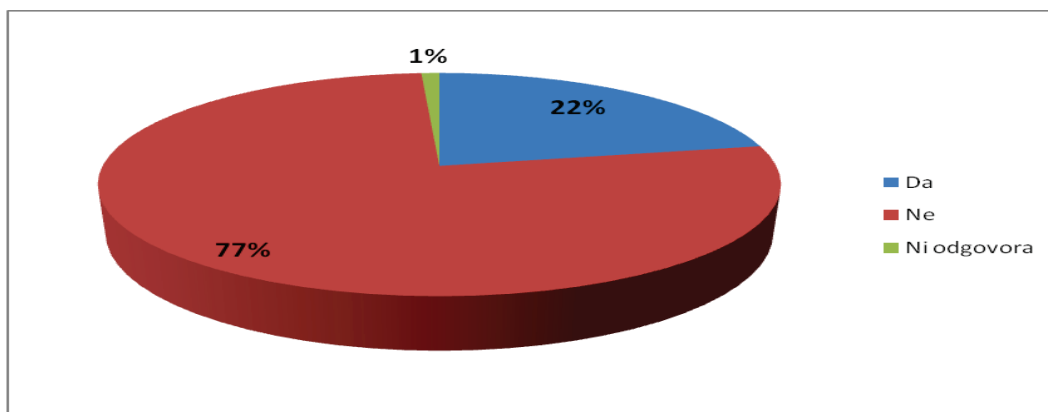
Slika 13: Dostopnost anatomskega modela dojke v ginekološki ambulanti in možnost poučitve

54 (57 %) anketiranih meni, da v ginekološki ambulanti nimajo anatomskih modelov dojk, s pomočjo katerih bi se lahko naučile zatipati nepravilnosti v dojk. 26 (27 %) anketiranih meni, da te modele imajo ter jih je medicinska sestra poučila o tem, medtem, ko jih je 11 (11 %) navedlo, da modele imajo, vendar jih medicinska sestra ni poučila o tem. Na to vprašanje niso odgovorile 4 (4 %) anketirane. Rezultati so prikazani v sliki 13.



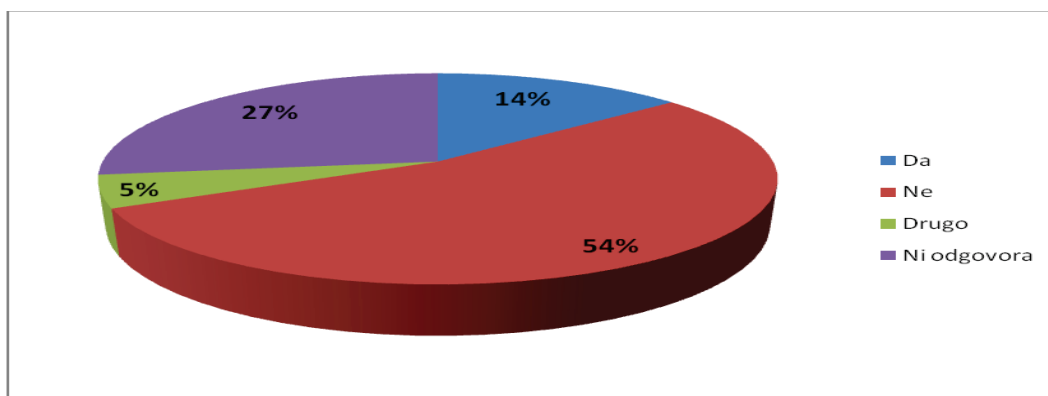
Slika 14: Učne metode medicinske sestre pri poučevanju o preprečevanju raka dojke

Pri tem vprašanju je bilo prav tako možnih več odgovorov, zato skupni seštevki presegajo 100 %. 51 (54 %) anketiranih meni, da jih je medicinska sestra poučila o preprečevanju raka dojk z učno metodo pogovora. 11 (12 %) anketiranih meni, da s predavanjem, 13 (14 %) jih je navedlo demonstracijo. Kar 22 (23 %) anketiranih meni drugo, pod to pa so navedle naslednje: "medicinska sestra me ni seznanila, medicinska sestra me ni še nikoli poučila, medicinska sestra se ne pogovarja o tem, strokovna literatura, televizijske oddaje". Na to vprašanje ni odgovorilo 9 (10 %) anketiranih. Rezultati so prikazani v sliki 14.



Slika 15: Prisotnost raka dojke v ožji družini

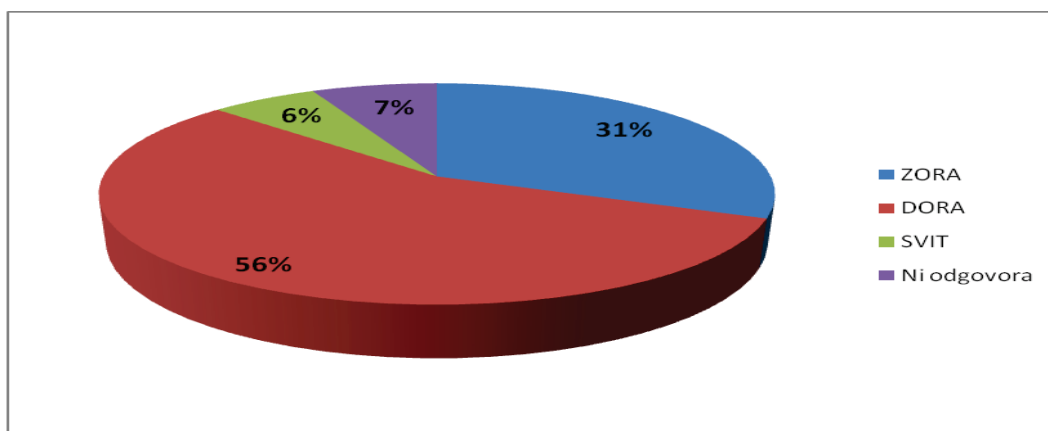
Na vprašanje ali je kdo v vaši ožji družini že zbolel za rakom dojke, je 73 (77 %) anketiranih odgovorilo ne, 21 (22 %) pa jih je odgovorilo da, kar pomeni, da so se že srečale s tem. Le 1 (1 %) anketirana ni odgovorila na to vprašanje. Rezultati so prikazani v sliki 15.



Slika 16: Poznavanje genetskega svetovanja

To vprašanje je bilo povezano z prejšnjim vprašanjem, na katerega so odgovarjale naslednje; 13 (14 %) anketiranih meni, da so že slišale za genetsko svetovanje ali pa so se o tem posvetovalle z osebnim zdravnikom/ginekologom, 51 (54 %) žensk meni, da za genetsko svetovanje še niso slišale. 5 (5 %) anketiranih je menilo drugo, vendar pod to opcijo niso navedle nobenih trditev oziroma mnenj. Kar nekaj anketiranih na to vprašanje ni odgovorilo, in sicer je teh bilo 26 (27 %), iz česar sklepamo, da so na

prejšnje vprašanje odgovorile negativno in zaradi tega niso odgovarjale na to vprašanje. Rezultati so prikazani v sliki 16.



Slika 17: Poznavanje državnega programa za odkrivanje raka dojk

29 (31 %) anketiranih meni, da se državni program za odkrivanje raka dojk za ženske med 50. in 69. letom imenuje ZORA, 6 (6 %) jih meni, da se imenuje SVIT. 53 (56 %) anketiranih, kar je več kot polovica, je pravilno odgovorilo na vprašanje z odgovorom DORA. Tudi na to vprašanje ni odgovorilo nekaj anketiranih, teh je bilo 7 (7 %). Rezultati so prikazani v sliki 17.

Tabela 1: Število in delež anketiranih, ki meni, da je življenjski slog (alkohol, prehrana z nasičenimi maščobnimi kislinami, debelost) dejavnik tveganja ter rezultat Hi-kvadrat testa

Življenjski slog	f	%	χ^2	p - vrednost
Ne	32	33,7	10,116	0,001
Da	63	66,3		
Skupaj	95	100,0		

Legenda: f = frekvenca, % = delež, χ^2 = vrednost hi-kvadrat testa, p - vrednost = vrednost $\leq 0,05$ pomeni statistično značilnost

Med anketirankami, ki so na vprašanje o življenjskem slogu kot dejavnik tveganja odgovorile da oziroma ne, obstaja statistično značilna razlika ($p=0,001$), več jih meni da življenjski slog je dejavnik tveganja. Rezultati so prikazani v tabeli 1.

Tabela 2: Število in delež anketiranih, ki meni, da so dejavniki materinstva (starost več kot 30 let ob prvem porodu, nerodnost, nizko število otrok, opustitev dojenja) dejavnik tveganja ter rezultat Hi-kvadrat testa

Dejavniki materinstva	f	%	χ^2	p - vrednost
Ne	62	65,3	8,853	0,003
Da	33	34,7		
Skupaj	95	100,0		

Legenda: f = frekvenca, % = delež, χ^2 = vrednost hi-kvadrat testa, p - vrednost = vrednost $\leq 0,05$ pomeni statistično značilnost

Med anketirankami, ki so na vprašanje o dejavniki materinstva kot dejavnik tveganja odgovorile da oziroma ne, obstaja statistično značilna razlika ($p=0,003$), več jih meni, da dejavniki materinstva niso dejavnik tveganja. Rezultati so prikazani v tabeli 2.

Tabela 3: Število in delež anketiranih, ki meni, da so eksogeni hormoni (oralna kontracepcija) dejavnik tveganja ter rezultat Hi-kvadrat testa

Eksogeni hormoni	f	%	χ^2	p - vrednost
Ne	60	63,2	6,579	0,01
Da	35	36,8		
Skupaj	95	100,0		

Legenda: f = frekvenca, % = delež, χ^2 = vrednost hi-kvadrat testa, p - vrednost = vrednost $\leq 0,05$ pomeni statistično značilnost

Med anketirankami, ki so na vprašanje o eksogenih hormonih kot dejavnik tveganja odgovorile da oziroma ne, obstaja statistično značilna razlika ($p=0,01$), več jih meni da eksogeni hormoni niso dejavnik tveganja. Rezultati so prikazani v tabeli 3.

Tabela 4: Število in delež anketiranih, da je ionizirajoče sevanje dejavnik tveganja ter rezultat Hi-kvadrat testa

Ionizirajoče sevanje	f	%	χ^2	p - vrednost
Ne	62	65,3	8,853	0,003
Da	33	34,7		
Skupaj	95	100,0		

Legenda: f = frekvenca, % = delež, χ^2 = vrednost hi-kvadrat testa, p – vrednost = vrednost $\leq 0,05$ pomeni statistično značilnost

Med anketirankami, ki so na vprašanje o ionizirajočem sevanju kot dejavnik tveganja odgovorile da oziroma ne, obstaja statistično značilna razlika ($p=0,003$), več jih meni da ionizirajoče sevanje ni dejavnik tveganja. Preverjali smo ali je dobljen delež seznanjenih s posameznim dejavnikom tveganja statistično značilno višji od 50 %. Rezultati testiranja pokažejo, da je delež anketiranih, ki so seznanjeni s posameznim dejavnikom tveganja statistično značilno različen od 50 %, višji od 50 % pa je le pri življenjskem slogu, pri ostalih dejavnikih, pa statistično značilno nižji. Postavljenega raziskovalnega vprašanja ne moremo v celoti zavrniti, saj se več kot 50 % žensk zaveda pomena življenjskega sloga kot dejavnika tveganja za raka na dojkah, ostalih dejavnikov tveganja pa se zaveda manj kot polovica žensk. Rezultati so prikazani v tabeli 4.

Tabela 5: Število in deleži anketiranih glede na čas medicinske sestre, ki ga nameni za zdravstveno vzgojo o preprečevanju raka dojke in oceno v kolikšni meri motivira pacientke za samopregledovanje dojk

Motivacija s strani MS	Ali si MS vzame čas za ZV?	Da	Ne	Občasno	Skupaj
Dovolj	f	33	3	11	47
	%	89,2 %	11,5 %	37,9 %	51,1 %
Premalo	f	1	9	3	13
	%	2,7 %	34,6 %	10,3 %	14,1 %
Potrebno več	f	3	14	15	32
	%	8,1 %	53,8 %	51,7 %	34,8 %
Skupaj	f	37	26	29	92
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Legenda: f = frekvenca, % = delež, MS = medicinska sestra, ZV = zdravstvena vzgoja

Iz tabele lahko razberemo, da je med anketiranimi, ki menijo, da si medicinska sestra vzame čas za zdravstveno vzgojo 89 % dovolj motiviranih za samopregledovanje dojk, ostale pa se ne čutijo dovolj motivirane. Med anketiranimi pri katerih si medicinska sestra ne vzame časa za zdravstveno vzgojo, jih 54 % meni, da bi si morala vzeti več časa. Med tistimi pri katerih si medicinska sestra občasno vzame čas za zdravstveno vzgojo, jih 52 % meni, da bi si morala medicinska sestra vzeti več časa. Ker je število odgovarjajočih v nekaterih celicah zelo majhno, smo nekatere odgovore združili skupaj. Hi kvadrat test namreč zahteva, da nobena od pričakovanih frekvenc v celici ni manjša od 5 (kar v našem primeru je). Da bi bil rezultat testiranja s hi kvadrat testom veljaven, smo združili posamezne celice skupaj. Rezultati so prikazani v tabeli 5.

Tabela 6: Število in deleži anketiranih glede na čas medicinske sestre, ki ga nameni za zdravstveno vzgojo o preprečevanju raka dojke in oceno v kolikšni meri motivira pacientke za samopregledovanje dojk

Motivacija s strani MS	Ali si MS vzame čas za ZV?	Da	Nič ali občasno	Skupaj	χ^2	p - vrednost
Dovolj	f %	33 89,2 %	14 25,5 %	47 51,1 %	35,958	<0,001
Premalo ali želja po več	f %	4 10,8 %	41 74,5 %	45 48,9 %		
Skupaj	f %	37 100,0 %	55 100,0 %	92 100,0 %		

Legenda: f = frekvenca, % = delež, χ^2 = vrednost hi-kvadrat testa, p - vrednost = vrednost $\leq 0,05$ pomeni statistično značilnost, MS = medicinska sestra, ZV = zdravstvena vzgoja

Med časom medicinske sestre za zdravstveno vzgojo o preprečevanju raka dojke in oceno motiviranosti za samopregledovanje zaradi spodbude medicinske sestre, obstaja statistično značilna povezanost ($p=0,001$). Večina žensk pri katerih si medicinske sestre vzamejo dovolj časa za zdravstveno vzgojo meni, da so s strani medicinskih sester dovolj motivirane za samopregledovanje in hkrati tri četrtine žensk, kjer si medicinska sestra vzame manj ali nič časa, čuti pomanjkanje spodbude za samopregledovanje s strani medicinskih sester. Rezultati so prikazani v tabeli 6.

Tabela 7: Število in deleži anketiranih glede na ustanovo in prisotnost modelov dojk

Prisotnost modelov dojk	Ustanova	Splošna bolnišnica Jesenice	Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	Zdravstveni dom Kranj	Skupaj	χ^2	p - vrednost
Da	f %	10 34,5 %	8 44,4 %	10 23,3 %	28 31,1 %	2,885	0,236
Ne	f %	19 65,5 %	10 55,6 %	33 76,7 %	62 68,9 %		
Skupaj	f %	29 100,0 %	18 100,0 %	43 100,0 %	90 100,0 %		

Legenda: f = frekvenca, % = delež, χ^2 = vrednost hi-kvadrat testa, p - vrednost = vrednost $\leq 0,05$ pomeni statistično značilnost

Največji delež anketiranih (44,4 %) seznanjenih s prisotnostjo modelov, obiskuje Bolnišnico za ginekologijo in porodništvo Kranj, najmanj (23,3 %) pa Zdravstveni dom Kranj. V Splošni bolnišnici Jesenice je 34,5 % delež žensk modele opazilo ali zatipalo. Med zdravstveno ustanovo in prisotnostjo modelov ni asociacije. Zaključimo lahko, da je približno enak delež žensk modele opazilo v vseh treh ustanovah. Postavljenega raziskovalnega vprašanja ne moremo sprejeti. Rezultati so prikazani v tabeli 7.

Tabela 8: Frekvenca in deleži glede na poznavanje metode samopregledovanja in izobrazbo anktiranih

Izobrazba	Metoda	Samopregledovanje	Drugo	Skupaj	χ^2	p - vrednost
Osnovna in srednja šola	f %	20 45,5 %	32 65,3 %	52 55,9 %	3,706	0,063
Višja šola in več	f %	24 54,5 %	17 34,7 %	41 44,1 %		
Skupaj	f %	44 100,0 %	49 100,0 %	93 100,0 %		

Legenda: f = frekvenca, % = delež, χ^2 = vrednost hi-kvadrat testa, p - vrednost = vrednost $\leq 0,05$ pomeni statistično značilnost

Čeprav je med tistimi, ki poznajo samopregledovanje nekoliko višji delež takih z vsaj višjo izobrazbo (54,5 %) in hkrati med tistimi, ki je ne poznajo, višji delež takih z osnovnošolsko in srednješolsko izobrazbo (65,3 %), pa razlika ni statistično značilna. Postavljenega raziskovalnega vprašanja ne moremo potrditi. Rezultati so prikazani v tabeli 8.

Tabela 9: Frekvenca in deleži glede na vedenje kdaj je primeren čas za samopregledovanje dojk in izobrazbo anketiranih

Izobrazba	Čas za samopregledovanje	Po končani menstruaciji	Ostalo	Skupaj	χ^2	P - vrednost
Osnovna in srednja šola	f	32	20	52	2,077	0,150
	%	50,8 %	66,7 %	55,9 %		
Višja šola in več	f	31	10	41		
	%	49,2 %	33,3 %	44,1 %		
Skupaj	f	63	30	93		
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %		

Legenda: f = frekvenca, % = delež, χ^2 = vrednost hi-kvadrat testa, p - vrednost = vrednost $\leq 0,05$ pomeni statistično značilnost

Med vedenjem kdaj v menstrualnem ciklusu je primeren čas za samopregledovanje dojk in izobrazbo, ni statistično značilne povezanosti. Približno enak delež bolj ali manj izobraženih žensk ve kdaj je najbolj ustrezen čas za samopregledovanje dojk. Rezultati so prikazani v tabeli 9.

3.5 RAZPRAVA

Zanimalo nas je v kolikšni meri so ženske seznanjene z najpogostejšimi dejavniki tveganja. Iz trditev anketiranih žensk ugotavljamo, da jih premalo pozna vse od navedenih dejavnikov. Po raziskovalnem vprašanju je statistično značilno višji od 50 odstotkov le dejavnik tveganja življenjski slog. Vsi ostali dejavniki tveganja, kot so dejavniki materinstva, eksogeni hormoni ter ionizirajoče sevanje, so statistično gledano značilno nižji, kar pomeni, da le teh ne poznajo dovolj. Spremenitev življenjskega sloga, opustitev nezdravih vedenjskih vzorcev in odločitev za varovanje zdravja z zdravim načinom življenja je v sodobnem svetu ob številnih stresnih situacijah, pasteh in skušnjavah, pomankanju časa, tveganih vedenjih na eni strani ter na drugi strani ob

neinformiranosti, neznanju in pomankanju možnosti zdrave izbire, posebno pri manj izobraženih in socialno - ekonomsko ogroženih skupinah težko. Prav izobraženost, ozaveščenost in vzgojenost za zdrav življenjski slog pa so ključni pogoji za varovanje zdravja, seveda ob zagotavljanju podpornih okolij in ob ustreznem ekonomskem stanju prebivalstva (Maučec Zakotnik, 2008, str. 8,9). Ugotovili smo tudi, da medicinska sestra ne nameni dovolj svojega časa za zdravstveno vzgojo o preprečevanju raka dojk. Več kot polovica anketiranih žensk je navedlo, da medicinska sestra ne nameni dovolj časa za zdravstveno vzgojno delo ali pa le občasno. To nam potrdijo tudi odgovori na vprašanje s kakšnimi učnimi metodami je medicinska sestra poučila ženske o preprečevanju raka dojke, ko anketirane ženske izrazijo svoja mnenja kot na primer: "Medicinska sestra se ne pogovarja o tem". Pri tem vprašanju celo destina žensk ni navedla nikakršnega odgovora, iz česar lahko sklepamo, da jih medicinska sestra ni poučila z nikakršno učno metodo o preprečevanju raka dojk. Hoyer (2002, str. 68) meni, da je zdravstvena vzgoja izredno kompleksna dejavnost. Z njo želimo doseči, da bo bolnik ali varovanec spremenil svoje obnašanje v prid zdravju, da bo oblikoval nova stališča ali spremenil že obstoječa, sprejel vrednoto zdravje kot svojo, saj bo le ta temelj motivacije za zdravo obnašanje. Da bi dosegli ta izjemno zahtevni cilj je pomembno informiranje, učenje, vzgajanje, svetovanje v kombinaciji in z različnimi poudarki v različnih fazah vzgojnega procesa. Imeti veliko informacij, znanja in spretnosti, je šele osnova za vzgojo, torej spremembo in oblikovanje zdravega življenjskega sloga. Pri naslednjem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo v kolikšni meri medicinske sestre motivirajo ženske za izvajanje samopregledovanja dojk. Dobili smo naslednje ugotovitve, in sicer je skoraj polovica anketiranih odgovorila pozitivno, namreč da jih medicinska sestra dovolj motivira. Več je bilo tašnih odgovorov, kjer so anketirane menile, da bi jih bilo bolj potrebno motivirati, kot takšnih, ki so menile, da jih motivira premalo. Torej sklepamo, da so bile anketirane v večini zadovoljne z motiviranjem s strani medicinske sestre. Tukaj smo lahko ugotovili na postavljeno raziskovalno vprašanje, da obstaja statistično značilna povezanost, saj večina žensk pri katerih si medicinska sestra vzame dovolj časa za zdravstveno vzgojno delo meni, da so prav tako s strani medicinskih sester dovolj motivirane za samopregledovanje. Obenem pa tri četrtine anketiranih, pri katerih si medicinska sestra vzame manj ali nič časa za zdravstveno vzgojo, čuti pomanjkanje motivacije za samopregledovanje. Motivacija

posameznika in družbe je eden izmed ciljev zdravstvene vzgoje. Z motivacijo medicinska sestra usmeri posameznika k temu, da si bo zavestno prizadeval ohraniti lastno zdravje in zdravo življenjsko okolje ter bo posledično sledil sodobnim preventivnim ukrepom. V našem primeru je ta ukrep – samopregledovanje. »Podobno so ugotovili v eni raziskavi, ko menijo, da le 19 % medicinskih sester poroča o poučevanju samopregledovanja dojk, kjer je glavni razlog za nepoučevanje prepričanje, da to ni bilo pomembno za njihovo delo. Na drugi strani pa je še en razlog, zakaj medicinske sestre ne poučujejo žensk samopregledovanja dojk, je bil pomankanje motivacije za izvedbo pregledovanja svojih prsi« (Budden, 1998 cit. po Soyer et al., 2007, str. 708). Medicinske sestre, ki so v predhodni raziskavi navedle, da ne bi poučevale samopregledovanja dojk tudi, če bi imele možnosti, so izrazile najprej svojo potrebo po ustreznem usposabljanju kot razlog za tako odločitev (ibid.). »Torej, zdi se, da bi večja ozaveščenost o raku dojk med medicinskimi sestrami in babcami najverjetneje povzročila boljše izobraževanje večjega števila žensk, katere bi bile poučene s strani medicinskih sester in motivirane za upoštevanje priporočil o presejanju« (Machloch et al., 1993 cit. po Soyer et al., 2007, str. 708). »Čeprav samopregledovanje dojk ne zmanjša umrljivosti, koristi samopregledovanja obstajajo, še posebej pri ženskah, mlajših od 40 let, ki ne sodelujejo pri mamografskem pregledu« (Lechner et al., 2004 cit. po Nahcivan, Secginli, 2007, str. 426). Primerjali smo tudi rezultate z eno od raziskav, ki je potekala v ginekološkem dispanzerju Zdravstvenega doma Murska Sobota, in sicer Kos (2011, str. 69) navaja, da je zaskrbljujoč podatek, ki so ga z raziskavo dobili je da ženske zelo malo informacij o samopregledovanju dojk dobijo od izbranega ginekologa 14 (18 %) in 2 (3 %) od medicinske sestre. Prav onadva bi mogla kot zdravstvena delavca s svojim strokovnim znanjem in zgledom ženske opozarjati na pomen rednega samopregledovanja dojk. Z naslednjim raziskovalnim vprašanjem smo želeli ugotoviti ali obstaja povezanost med izobrazbo žensk in poznavanjem samopregledovanja dojk. Vendar postavljenega raziskovalnega vprašanja nismo mogli sprejeti, saj razlika med deležem tistih z višjo izobrazbo, ki samopregledovanje poznajo in med tistimi z manj izobrazbe, ki samopregledovanja ne poznajo, ni statistično značilna. Pri primerjavi v izobrazbi, smo si postavili še eno raziskovalno vprašanje, pri katerem nas je zanimalo ali obstaja povezanost med izobrazbo žensk in vedenjem kdaj v menstrualnem ciklu je primeren čas za

samopregledovanje dojk. Izvedeli smo, da približno enak delež žensk z več ali manj izobrazbe ve kdaj je najbolj ustrezen čas v ciklu za samopregledovanje. Torej ugotovili smo, da ni statistično značilne povezanosti med tem dvema dejavnikoma. Za spodbudo izvajanja zdravstvene vzgoje je potreben učni material, ki je sestavni del učne metode. Ponavadi se v vsaki od ambulant srečujemo z različnimi koristnimi in inovativnimi informacijami, ki so prilagojene tako, da jih vsak zelo hitro opazi. Najbolj pogosto so te koristne informacije v obliki plakatov in zloženk. Nadalje smo ugotovili, da v večini ambulant oziroma čakalnicah imajo dovolj učnega gradiva v obliki zloženk, nasprotno pa velja za učno gradivo v obliki anatomskega modela dojke. Anketirane so v večini opazile prisotnost zloženk, kar pa ne pomeni, da so si zloženko tudi vzele, saj jih je kar nekaj povedalo, da si le teh niso vzele. Z naslednjim raziskovalnim vprašanjem smo preverjali ali obstaja povezanost v prisotnosti anatomskega modela dojke med ustanovami. Ugotovili pa smo, da te povezanosti ni, saj je približno enak delež anketiranih modele opazilo v vseh treh ustanovah, torej tega raziskovalnega vprašanja nismo mogli sprejeti. Rezultate naše raziskave smo primerjali z raziskavo, ki je potekala v več ginekoloških ambulantah v Koroški regiji, kjer Preglav (2009, str. 46) navaja da večina zdravstvenih delavcev, kar 16 (84 %), je odgovorilo, da v njihovih ginekoloških ambulantah nimajo modelov za preprečevanje raka dojk, 3 (16 %) zdravstveni delavci pa so potrdili, da pri njih imajo modele, kjer ženske lahko otipajo nepravilnosti v dojki.

4 ZAKLJUČEK

V današnjem času je rak dojke najpogostejša vrsta raka med ženskami, incidenca pa le strmo narašča iz leta v leto. Zato je ta pomemben javno zdravstveni problem, katerega poskušamo rešiti z preventivnimi ukrepi. Preventiva je najbolj enostaven in finančno ugoden način, da preprečimo nastanek in nadaljni razvoj bolezni. Pomembno vlogo pri zgodnjem odkrivanju imajo Centri za bolezni dojk, saj je njihova dejavnost usmerjena v prevencijo in zgodnjo diagnostiko. V stroki zdravstvene nege pa preventivo in zgodnje odkrivanje izvajamo z aktivnostjo zdravstvene vzgoje. To je ena izmed poglavitnih nalog medicinske sestre, katere namen je osveščati in motivirati ženske o potrebi po zdravju; kako biti in ostati zdrav. V našem primeru je poudarek na samopregledovanje dojk. Pomembno je, da medicinska sestra kontinuirano skrbi za motivacijo žensk k samopregledovanju dojk. Skrbeti mora prav tako, da je ženskam vedno na voljo dovolj informacij in gradiva na to temo, kot so različni inovativni plakati, zloženske s slikami, anatomski modeli dojk, itd. Ni dovolj, da le priskrbi gradivo, potrebno je pozanimati se ali ženske razumejo gradivo, ali potrebujejo pomoč pri razumevanju in jim dati možnost da postavijo vprašanje. Poleg tega je njena naloga, da seznanja ženske z sumljivimi znamenji, kot so: neboleča, neostro omejena zatrdlina, retrakcija kože ali bradavice, krvav izcedek iz bradavice, edem in eritem kože s povečanimi pazdušnimi bezgavkami ter trdovraten ekcem bradavice. Seznaniti jih mora tudi z dejavniki tveganja za nastanek raka dojke. Na osnovi literature in raziskave lahko trdimo, da ima stroka zdravstvene nege pomembno vlogo v zdravstveni vzgoji žensk, vendar se medicinske sestre premalokrat zavedajo njene pomembnosti. Velikokrat je res premalo časa za zdravstveno vzgojo in preventivne nasvete v sklopu delovnega časa, vendar bi si medicinske sestre kljub temu vedno morale vzeti čas in ga posvetiti zdravstveni vzgoji. Medicinske sestre se morajo zavedati, da lahko naredijo spremembe, če verjamejo, da bodo prepričale ženske v pomen samopregledovanja dojk. S celostno obravnavo se lahko približajo pacientkam, s tem pa si pridobijo njihovo zaupanje in pozornost. Pokazati morajo, da so odprte za kakršnekoli informacije, pogovor ali svetovanje. Morali bi zagotoviti, da se zdravstveni delavci redno izobražujejo in nadgrajujejo obstoječe znanje na tem področju. Kajti izobraženi strokovnjaki – zdravstveni delavci, v našem primeru medicinske sestre bodo izvajale zdravstveno vzgojno delo več in bolj intenzivno, kot tiste, ki tega znanja nimajo. Zato je potrebno večkrat organizirati

sestanke, delavnice, kjer bi jim poročali o incidenci raka, novostih. Potrebno si je vedno znova zadati cilje in točno opredeliti kaj želimo doseči ter nato izvesti realizacijo, da ugotovimo, če smo pri svojem delu bili tudi uspešni. Če nismo bili uspešni pri svojem delu, je potrebno ugotoviti kje so napake, jih odpraviti in ponovno določiti nove cilje.

5 LITERATURA

Aguinaga Bialous S, Trahan Rieger P, Glaus A. Cancer prevention. In: Kearney N, Richardson A, eds. Nursing Patients with cancer, principles and practice. Edinburgh: Elsevier, Churchill Livingstone; 2006: 138-9.

Alkhasawneh I, Akhu-Zaheya L, Suleiman S. Jordanian nurses' knowledge and practice of breast self-examination. Original research. J Adv Nurs. 2009;65(2):412.

Bahun M. Stališča medicinskih sester do zdravstvene vzgoje. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zorc J, Skinder Savič K, Zaletel M, eds. Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 9. - 10. junij 2011. Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011: 362.

Bilban Jakopin C, Žgajnar J, Čufer T. Rak dojke. In: Novaković S, Hočevnar M, Jezeršek Novaković B, Strojani P, Žgajnar J, eds. Onkologija – raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2009: 298.

Bizjak T. Preprečevanje raka dojke. In: Vojska S, ed. Ginekološka obolenja v starosti: Medosebni odnosi: zbornik predavanj, Portorož 27. - 28. marec 2008. Ljubljana: Zbornica - Zveza, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih; 2008: 59-62.

Borštinar S, Bračko M, Čufer T, Hertl K, Hočevnar M, Us Krašovec M, et al. Rak dojke: kaj morate vedeti. 2. dop. izd. Ljubljana: Onkološki inštitut; 2006: 6-7, 10-14, 17.

Ceber E, Turk M, Ciceklioglu M. The effects of an educational program on knowledge of breast cancer, early detection practices and health beliefs of nurses and midwives. J Clin Nurs. 2010;19(15-16):2363-71.

Čeh F. Več znanja – manj raka. In: Vrh Jermančič J, Šonc M, Ferletič S, Štabuc B, Zdešar A, eds. Seminar več znanja o raku, manj smrti: zbornik prispevkov, Strunjan, april 2003. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku; Koper: Obalno društvo za boj proti raku; 2003: 64.

DiaVita. Samopregledovanje dojk; 2007. Dostopno na: <http://diavita.si/dojka.php> (4.2.2013).

DORA - Državni program presejanja za raka dojk. 2007. Dostopno na: http://dora.onko-i.si/domov/cemu_je_namenjena_dora (24.5.2013).

Edwards Q, Maradiegue A, Seibert D, Saunders-Goldson S, Humphreys S. Research: Breast cancer risk elements and nurse practitioners' knowledge, use and perceived comfort level of breast cancer risk assessment. *J Am Acad Nurse Pract.* 2009;21(5):270-7.

Gasalberti D. Early detection of breast cancer by self – examination: the influence of perceived barriers and health conception. University in South Orange, NJ. *Oncol Nurs Forum.* 2002;29(9):1341-7.

Henke Yarbro C, Hansen Frogge M, Goodman M. *Clinical guide to cancer nursing.* Boston: Jones and Bartlett Publishers International; 2002: 20.

Hertl K, Kadivec M, Krajc M. Kontrola kakovosti v organiziranem presejanju za raka dojk. In: Novakovič S, Zakotnik B, Žgajnar J, eds. *Kakovost obravnave bolnikov na Onkološkem inštitutu Ljubljana: usmeritev za prihodnost: zbornik predavanj, Portorož, 28. - 29. maj 2010.* Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva: Onkološki inštitut; 2010: 43.

Hertl K, Renner M, Vargazon T, Kadivec M, Mušič Marolt M, Podkrajšek M, et al. Preiskovalne metode pri odkrivanju raka dojk. In: Štabuc B, Primic Žakelj M, Čeh F, Zdešar A, eds. *Zgodnje odkrivanje raka – izzivi za prihodnost: zbornik prispevkov, Ljubljana, oktober 2005.* Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2005: 23, 25-7, 35.

Hočevar M. Dedni rak. In: Štabuc B, Primic Žakelj M, Čeh F, Zdešar A, eds. *Zgodnje odkrivanje raka – izzivi za prihodnost: zbornik prispevkov, Ljubljana, oktober 2005.* Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2005: 19-20.

Hoyer S. Ali medicinske sestre razumemo zdravstveno vzgojo kot informiranje, kot učenje, kot vzgajanje ali kot svetovanje?. In: Roš A, Božjak M, eds. Povezovanje – naša prednost in priložnost: zbornik predavanj in posterjev, Terme Čatež, 17. - 19. oktober 2002. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 2002: 65-66, 68.

Jančar B. Mamografija: metoda za zgodnje odkrivanje raka dojk. Pop. in dop. izd. Ljubljana: Društvo onkoloških bolnikov Slovenije; 2009: 11, 13-16.

Kadivec M, Krajc M, Hertl K, Primic Žakelj M. Dora – Državni program presejanja za raka dojk se pričinja. In: Borštnar S, ed. Bolniki in strokovnjaki skupaj uspešnejši pri premagovanju raka: zbornik predavanj, Laško, 6. - 7. junij 2008. Ljubljana: Onkološki inštitut, Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2008: 14.

Kaučič M. Kirurško zdravljenje raka dojke in rekonstrukcija dojke. Ljubljana: Društvo onkoloških bolnikov Slovenije; 2006: 11.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. 2005. Dostopno na: http://www.dmszt-nm.si/media/pdf/kodeks_etike.pdf (24.5.2013).

Kos N. Osveščenost žensk o raku dojk: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011: 69. Dostopno na: <http://dkum.uni-mb.si/IzpisGradiva.php?id=17897> (04.07.2013).

Krajc M. Državni presejalni program za raka dojk DORA. Onkološki inštitut Ljubljana: 70 let: 1938-2008: poročilo: 1997-2008. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2008: 64.

Lesničar H. Splošna načela klinične onkologije. In: Novaković S, Hočevar M, Jezeršek Novaković B, Strojan P, Žgajnar J, eds. Onkologija – raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2009: 56.

Lokajner G. Izobraževanje medicinskih sester – predstavitev učne delavnice na Onkološkem inštitutu Ljubljana. In: Logonder M, Skela Savič B, Lokar K, eds. Sodobni trendi v onkologiji in onkološki zdravstveni negi: zbornik predavanj, Rogla, 29. - 30.

september 2005. Ljubljana: Zbornica – Zveza, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji; 2005: 90-1.

Making smart screening decision. Part 2: Breast cancer, Learn which breast cancer screening tests you need, and when to have them. Harv Womens Health Watch; 2012:20(2):6.

Maučec Zakotnik J. Primarna preventiva raka. In: Borštnar S, ed. Bolniki in strokovnjaki – skupaj uspešnejši pri premagovanju raka: zbornik predavanj, Laško, 6. - 7. junij 2008. Ljubljana: Onkološki inštitut, Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2008: 8-9.

Nahcivan NO, Secginli S. Health beliefs related to breast self - examination in a sample of Turkish women. Istanbul University in Turkey. Oncol Nurs Forum. 2007:34(2):425-32.

Nordqvist C. What is breast cancer? What causes breast cancer?. Medical News Today; 2006. Dostopno na: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/37136.php> (16.5.2013).

Piffer S. Dojka. In: Oberaigner W, Vittadello F, eds. Cancer mapping in Alpine Regions 2001-2005. Innsbruck: Department of Clinical Epidemiology of Tilak; 2010: 120.

Plank D, Hren K. Zdravstvena vzgoja na primarni, sekundarni in terciarni ravni. In: Roš A, Božjak M, eds. Povezovanje – naša prednost in priložnost: zbornik predavanj in posterjev, Terme Čatež, 17. – 19. oktober 2002. Ljubljana: Zbornica – Zveza, Strokovna sekcija s področja internističnih strok; 2002: 184-6.

Preglav N. Preprečevanje raka dojk z vidika zdravstvenih delavcev: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2009: 46. Dostopno na: <http://dkum.uni-mb.si/IzpisGradiva.php?id=12318> (04.07.2013).

Primic Žakelj M, Zadnik V. Epidemiologija raka dojk. In: Tarkač I, Arko D, eds. 30 let centra za bolezni dojk v Mariboru: zbornik predavanj, Maribor, 23. maj 2003. Maribor: Splošna bolnišnica; 2003a: 23-4.

Primic Žakelj M, Zadnik V. Rak dojke: razširjenost in nevarnostni dejavniki. In: Štabuc B, Čeh B, Hafner A, Torkar T, Zdešar A, eds. Seminar Več znanja, manj raka: zbornik prispevkov, Kranjska gora, december 2003. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku; Kranj: Gorenjsko društvo za boj proti raku; 2003b: 61-4.

Primic Žakelj M, Zadnik V. Rak dojke: razširjenost in nevarnostni dejavniki. In: Vrh Jermančič J, Šonc M, Ferletič S, Štabuc B, Zdešar A, eds. Seminar več znanja o raku, manj smrti: zbornik prispevkov, Strunjan, april 2003. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku; Koper: Obalno društvo za boj proti raku; 2003c: 60.

Primic Žakelj M, Zadnik V. Presejanje in zgodnje odkrivanje raka. In: Štabuc B, Primic Žakelj M, Čeh F, Zdešar A, eds. Zgodnje odkrivanje raka – izzivi za prihodnost: zbornik prispevkov, Ljubljana, oktober 2005. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2005: 9.

Primic Žakelj M. Epidemiologija raka pri moških in ženskah. In: Mlakar Mastnak D, Lokar K, eds. Ženske, moški in rak: zbornik prispevkov, Terme Zreče, 22. - 23. marec 2007. Ljubljana: Zbornica – Zveza, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji; 2007: 21-2.

Primic Žakelj M, Zadnik V. Presejanje in zgodnje odkrivanje raka. In: Novaković S, Hočevar M, Jezeršek Novaković B, Strojjan P, Žgajnar J, eds. Onkologija – raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2009: 50.

Primic Žakelj M, Zadnik V, Žagar T, Zakotnik B, Anderluh F, Bešič N, et al. Preživetje bolnikov z rakom, zbolelih v letih 1991-2005 v Sloveniji: Epidemiologija in register raka, register raka Republike Slovenije. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2009: 152.

Primic Žakelj M, Zadnik V, Žagar T. Rak dojke: Zboleznost, preživetje in dejavniki tveganja. In: Matković M, ed. Pacientke z rakom dojke – trendi in novosti, Ljubljana, 7. junij 2013. Ljubljana: Zbornica – Zveza, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji; 2013: 6-7. Dostopno na: <http://www.zbornica->

zveza.si/sites/default/files/publication_attachments/pacientke_z_rakom_dojk_-_trends_in_news.pdf (16.10.2013).

Rak dojk. Europa Donna. B. 1. Dostopno na: http://www.europadonna-zdruzenje.si/rak/rak_dojk (24.5.2013).

Skela Savič B. Sodobni trendi v onkološki zdravstveni negi. In: Logonder M, Skela Savič B, Lokar K, eds. Sodobni trendi v onkologiji in onkološki zdravstveni negi: strokovni seminar, Rogla, 29. - 30. september 2005. Ljubljana: Zbornica – Zveza, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji; 2005: 12.

SLORA. Slovenija in rak – Register raka RS. Osnovni epidemiološki podatki o raku. Dojka. 2013a. Dostopno na: http://www.slora.si/c/document_library/get_file?uuid=4e2f0c00-dfd0-4400-b2cd-f261c9b181c9&groupId=11561 (16.10.2013).

SLORA. Slovenija in rak – Register raka RS. O raku. Kaj je rak. 2013b. Dostopno na: <http://www.slora.si/kaj-je-rak> (13.1.2014).

Soyer MT, Ciceklioglu M, Ceber E. Breast cancer awareness and practice of breast self examination among primary health care nurses: influencing factors and effects of an in-service education. J Clin Nurs. 2007;16(4):707-15.

Thomas E, Escandon S, Lamyian M, Ahmadi F, Setoode SM, Golkho S. Exploring Iranian women's perceptions regarding control and prevention of breast cancer. Qual Rep. 2011;16(5):1214-1229.

What is breast cancer? Breastcancer.org., 2012. Dostopno na: http://www.breastcancer.org/symptoms/understand_bc/what_is_bc (10.5.2013).

Žgajnar J. Nevarnostni dejavniki za raka dojk. In: Štabuc B, Primic Žakelj M, Čeh F, Zdešar A, eds. Zgodnje odkrivanje raka – izzivi za prihodnjost: zbornik prispevkov, Ljubljana, oktober 2005. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2005: 17.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETNI VPRAŠALNIK

Lepo pozdravljeni!

Sem Aida Hamzić, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Pripravljam diplomsko delo z naslovom Vloga zdravstvene nege pri preprečevanju in zgodnjem odkrivanju raka dojk na Gorenjskem z vidika javne populacije. Rada bi ugotovila kakšna je vloga zdravstvene nege na primarni ravni preprečevanja raka dojk; če so ženske seznanjene z preprečevanjem in zgodnjim odkrivanjem, s kakšnimi metodami to dosegamo. Želim ugotoviti, ali je ženskam na voljo dovolj informacij s strani medicinskih sester o samopregledovanju dojk ter na kakšen način jim to znanje posredujejo. Prosim Vas, če mi lahko odgovorite na zastavljena vprašanja. Na vprašanja odgovarjajte z obkroževanjem črke pred ustreznim odgovorom. Prosim, da obkrožite en odgovor, razen tam, kjer je navedeno drugače.

Za sodelovanje se Vam že vnaprej lepo zahvaljujem.

Aida Hamzić

1. Spol: M Ž

2. Izobrazba oziroma poklic? _____

3. Kateri od dejavnikov so povezani z večjim zbolevanjem za rakom dojke?

(Obkrožite lahko več odgovorov)

a) življenjski slog (alkohol, prehrana z nasičenimi maščobnimi kislinami, debelost)

- b) dejavniki materinstva (starost več kot 30 let ob prvem porodu, nerodnost, nizko število otrok, opustitev dojenja)
- c) eksogeni hormoni (oralna kontracepcija)
- d) ionizirajoče sevanje
- e) drugo: _____

4. Kako imenujemo metodo za odkrivanje raka dojke, ki je najbolj enostavna ter jo lahko izvajamo redno?

- a) presejanje
- b) mamografija
- c) ultrazvočna preiskava
- d) samopregledovanje
- e) biopsija

5. Kdaj je najbolj primeren čas v menstrualnem ciklusu za samopregledovanje dojk?

- a) dan ali dva pred menstruacijo
- b) med menstruacijo
- c) po končani menstruaciji
- d) drugo: _____

6. Iz katerih virov ste prvič izvedeli za metodo samopregledovanja dojk?

- a) pri osebнем zdravniku
- b) pri izbranem ginekologu
- c) v ginekološki ambulanti pri medicinski sestri
- d) na sistematskem pregledu - delavnice spolne zdravstvene vzgoje iz revij, člankov in ostale literature

7. Ali vas je medicinska sestra pri obisku v ginekološki ambulanti obvestila, da je potrebno preventivno opraviti pregled dojk z mamografijo, na vsaki 2 leti po 50. letu starosti?

(Vprašanje se nanaša na populacijo pri starosti nad 50 let)

a) da

b) ne

8. Ali si medicinska sestra vzame dovolj časa za zdravstveno vzgojo žensk o preprečevanju raka dojke?

a) da, dovolj časa si vzame za pogovor na to temo

b) nima časa za takšne pogovore

c) občasno

9. Ali menite, da vas medicinske sestre v ambulanti dovolj motivirajo za samopregledovanje dojk?

a) menim, da me medicinska sestra dovolj motivira za samopregledovanje dojk

b) menim, da me medicinska sestra premalo motivira za samopregledovanje dojk

c) menim, da bi me morala medicinska sestra bolj motivirati za samopregledovanje dojk

10. Ali imajo v čakalnici oziroma v ambulanti zloženske s slikami, kako se pravilno izvaja samopregledovanje dojk in če imajo ali si zloženko vzamete?

a) da imajo (vzamem si zloženko)

b) da imajo (ne vzamem si zloženko)

c) nimajo zloženk

11. Ali imajo v ginekološki ambulanti modele, kjer bi se lahko ženske naučile otipati nepravilnosti v dojki (tumor) in če imajo ali vas je medicinska sestra poučila o tem?

a) da imajo (medicinska sestra me je poučila o tem)

b) da imajo (medicinska sestra me ni poučila o tem)

c) nimajo

12. S kakšnimi metodami vas je medicinska sestra poučila o preprečevanju raka dojke?
(Obkrožite lahko več odgovorov)

- a) s pogovorom
- b) predavanjem
- c) demonstracijo
- d) drugo: _____

13. Ali je kdo v vaši ožji družini (mama, sestra, teta, babica) že zbolel/zbolela za rakom dojke?

- a) da
- b) ne

14. Če je bil vaš odgovor na prejšnje vprašanje pozitiven; ali ste že slišali za »genetsko svetovanje« ali pa ste se o tem posvetovali z osebnim zdravnikom/ginekologom?

- a) da
- b) ne
- c) drugo: _____

15. Kako se imenuje državni program za odkrivanje raka dojk za ženske med 50. in 69. letom starosti?

- a) ZORA
- b) DORA
- c) SVIT