

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Lucie Brdková

Povědomí žen o onemocnění děložního čípku

Womens awareness of cervical disease

Bakalářská práce

Praha, 2021

Autor práce: Lucie Brdková

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Bc. Mgr. Jana Novotná**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 01. 07. 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 25. 05. 2021

Lucie Brdková

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat paní Bc. Mgr. Novotné za obrovskou trpělivost, pomoc a odborné vedení, při psaní mé bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD	1
TEORETICKÁ ČÁST	3
1. ANATOMIE DĚLOŽNÍHO HRDLA A ČÍPKU DĚLOŽNÍHO	3
1.1. FYZIOLOGIE DĚLOŽNÍHO ČÍPKU	3
2. RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU	5
2.1. HPV INFEKCE	5
2.2. SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ	6
2.3. KOUŘENÍ	6
2.4. HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE	7
2.5. STAV IMUNITNÍHO SYSTÉMU	7
3. PREVENCE VZNIKU KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU	8
3.1. VAKCINACE	8
3.1.1. <i>Vakcíny dostupné v České republice</i>	8
3.2. PREVENTIVNÍ GYNEKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ	10
4. PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ	14
4.1. KARCINOM DĚLOŽNÍHO HRDLA	15
5. DIAGNOSTIKA KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU	17
6. LÉČBA KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU	20
7. 1. FORMULACE PROBLÉMU	23
7.1.1. <i>Cíle výzkumného šetření</i>	23
7. 2. METODIKA VÝZKUMU	24
7.3. ANALÝZA VÝSLEDKŮ	25
7.3.1. <i>Výsledky šetření</i>	26
DISKUSE	47
ZÁVĚR	50
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
SEZNAM ZKRATEK	55
SEZNAM OBRÁZKŮ	56
SEZNAM GRAFŮ	57
SEZNAM TABULEK	58
SEZNAM PŘÍLOH	59

ÚVOD

Onemocnění děložního čípku je stále velmi diskutabilním tématem a velice aktuálním. V bakalářské práci jsme se zaměřili na karcinom děložního čípku, jelikož je to nejčastější onemocnění u žen. Každým rokem, je toto onemocnění diagnostikované u 800 žen a 300 z nich zemře. Karcinom děložního čípku vzniká z 99 % vlivem HPV infekce. K dalším rizikovým faktorům řadíme kouření či promiskuitní chování. Zvýšenou pozornost bychom měli věnovat také generaci mladých dívek/žen, které teprve hledají své stálé partnery. Do věku 35 let se tak u nás v České republice s touto nemocí setkají dvě ženy ze tří. Většinou o tom ani nevědí, jelikož jejich imunitní systém HPV viry zničí. Ve chvíli, kdy jsou poruchy imunitního systému, dokáží viry přetrvat i několik let v epitelu děložního čípku. Z neškodné infekce se mohou vyvinout přednádorové stavy a z nich dále zhoubný nádor děložního čípku.

Každá žena v České republice má jednou za rok hrazený cytologický stěr děložního čípku při pravidelné gynekologické prohlídce jako prevenci tohoto onemocnění. Současně mají ženy možnost využít očkování proti rakovině děložního čípku u nás z dostupných vakcín. Většina prací zabývající se tímto tématem cílí jen na určitou věkovou skupinu žen. Nás by naopak zajímalo, zda ženy různého věku dodržují pravidelné preventivní prohlídky v gynekologických ambulancích. A také, kolik z těchto žen je očkováno proti HPV infekci.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou poznatky o anatomii děložního čípku, velká část je věnována karcinomu děložního čípku, screeningu a vyšetřovacím metodám. V neposlední řadě jsou zde také poznatky o možnostech léčby daného onemocnění. Praktická část je věnována interpretaci výsledků výzkumného šetření. Šetření bude probíhat formou anonymního online dotazníku. Vytvořený dotazník bude sloužit k získání dat o povědomí žen o karcinomu děložního čípku. O prevenci tohoto onemocnění, o dodržování preventivních gynekologických vyšetření a o vědomí možnosti se očkovat proti infekci. Výzkumné šetření bude zaměřeno pouze na ženy, bez věkového omezení.

Cílem této práce bude shrnout informace o karcinomu děložního čípku, léčbě tohoto onemocnění, prevenci a zjistit, jak velké informace mají ženy o onemocnění.

Teoretická část

1. Anatomie děložního hrdla a čípku děložního

Děložní hrdlo neboli cervix uteri, se nachází na dolním segmentu dělohy, který vyčnívá do pochvy. Dělí se na několik oddílů-ektocervix, který se nachází na zevní straně hrdla. Endocervikální kanál, který slouží jako spojka mezi děložní dutinou a vaginou. Endocervix, který obklopuje endocervikální kanál. Skvamokolumnární junkce, kde dochází ke styku endocervikálního a ektocervikálního epitelu. Tato junkce může být viděna při kolposkopii. Transformační zóna je oblast, kde vznikají metaplastické změny na cervixu. Tato zóna může v různých obdobích života ženy měnit svoje umístění vlivem hormonálních změn. Vyznačuje se tím, že v této oblasti vzniká nejvíce abnormalit. A oblast možného neoplastického růstu je i v blízkém okolí transformační zóny. Začátkem cervixu je děložní istmus a končí dolním okrajem, který vyčnívá do vagíny jako portio vaginalis. Portio vaginalis, je oblý konec cervixu, který se označuje jako děložní čípek (Rob, 2019; Turyna a kolektiv, 2010).

Děložní čípek je součástí děložního hrdla. Vyčnívá do interiéru poševního a směřuje za oblým koncem do pochvy. Na čípku můžeme pozorovat přední a zadní pysk, mezi kterými je zevní branka děložní. Z branky děložní vyústuje endocervikální kanál hrdla. Tento kanál spojuje děložní dutinu s pochvou (Rob a kolektiv, 2008).

1.1. Fyziologie děložního čípku

Výstelka děložního čípku má dva epitely, a to dlaždicový a cylindrický. Cylindrický epitel je epitel, který svými hlenotvornými buňkami vystýlá endocervikální kanál a endocervikální krypty. Jádra buněk tohoto epitelu jsou uložena při bazální membráně. Vzhledem k tomu, že cylindrický epitel má hlenotvorné buňky, tak vytváří zátku, která chrání dělohu před mykotickými a bakteriálními infekcemi. Dlaždicový epitel vystýlá děložní hrdlo a vaginu. Skládá se z plochých vrstvených polygonálních buněk, jejichž jádra jsou centrálně

uložena. Tento epitel se dělí na tři vrstvy. První vrstva je povrchová, tvoří jí zralé superficiální buňky, které nerohovají, nevyzrávají a snadno se odlučují. Druhá vrstva je intermediární. Je tvořena zrajícími buňkami s vezikulárními většími jádry. Poslední vrstva se nazývá parabazální nebo bazální. Je složena z buněk, které jsou poskládány do více vrstev s menším množstvím cytoplazmy a s většími jádry. Specifická je tím, že je reprodukční. Lze zde pozorovat mitotickou aktivitu v bazálních a parabazálních buňkách. Avšak cylindrický epitel je do puberty přítomný pouze v kanálu hrdla děložního, a dlaždicový epitel je pouze na ektocervixu (Herbeck a kolektiv, 2011; Rob, 2018).

Děložní čípek mění v jednotlivých cyklech svou tvrdost, délku a tvar. Během prvního dne cyklu a po celou dobu menstruace by měl být čípek měkký, otevřený, prodloužený. Šestý až dvanáctý den cyklu, by měl být čípek tvrdý a prodloužený. Během čtrnáctého dne cyklu v době ovulace, by měl být čípek opět měkký, otevřený a měl by se zmenšovat. Patnáctý až dvacátý osmý den je opět čípek tvrdý a prodlužuje se (Herbeck a kolektiv, 2011).

Funkcí sliznice děložního čípku je produkce hlenovitého sekretu, jehož složení se mění podle menstruačního cyklu nebo těhotenství. Během ovulace je tento sekret řídký, aby napomáhal lepšímu průniku spermií. Naopak, když je žena gravidní je u sekretu zvýšená viskozita a tvoří se hlenová zátka, která chrání před vstupem infekce do dělohy. Sekret ze sliznice děložního čípku je tvořen cervikální plazmou, ve které jsou sacharidy, elektrolyty, lipidy a aminokyseliny (Špaček, 2018).

2. Rizikové faktory pro vznik karcinomu děložního čípku

Karcinom děložního čípku, někdy také označován jako karcinom děložního hrdla, je onemocnění postihující ženy po celém světě. V roce 2016 hodnota incidence prokázala 822 nových onemocnění u žen. Hodnota mortality v roce 2016 byla 6,28/100 000 žen, což je 384 žen. Mezi příčiny vzniku karcinomu na děložním čípku, se většinou udává HPV infekce, která v těle přetrvává po dobu až dvou let. Tento faktor se prokázal u většiny prekanceróz a zhoubných nádorů děložního čípku, a proto je považován za hlavní příčinu rozvoje onemocnění. Další rizikové faktory, pro vznik karcinomu jsou užívání hormonální antikoncepce, kouření, stav imunitního systému, sexuální chování (Herbeck a kolektiv, 2011; Mouková, 2020).

2.1. HPV infekce

HPV neboli lidský papilomavirus je infekcí virového původu a napadá nejčastěji reprodukční trakt. Lidským papilomavirem, se během života nakazí několik sexuálně aktivních žen i mužů a někteří se mohou nakazit i opakovaně. HPV viry jsou viry, které se řadí do čeledi Papillomaviridea. Vir je tvořen DNA, která má okolo sebe obal. Tento obal je tvořen dvěma proteiny L1 a L2, které jsou strukturální a osmi E1-8 časných proteinů. Tyto proteiny mají odpovědnost za transkripci, replikaci a transformaci. Díky této funkci mají významnou roli při začleňování se do DNA napadené buňky. Bylo popsáno více než 200 genotypů a z toho přes 30 z nich způsobující onemocnění reprodukčního traktu (WHO.cz, 2020; Mladěnka, 2016; Špaček, 2018).

HPV viry jsou rozděleny do dvou skupin, na onkogenní – vysoce rizikové a neonkogenní-nízce rizikové. K nízce rizikovým patří typy 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 81. A k vysoce rizikovým patří viry typu 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82. Vysoce rizikové viry mají schopnost integrovat se do genomu buněk a za dobrých podmínek zahájit maligní transformaci. Zatímco infekce nízce rizikovými typy může vést ke vzniku různých epitelových lézí. (Špaček, 2018; Rob, 2008)

Podle WHO jsou dva typy viru, tedy typ 16 a 18 ze 70 % odpovědný za vznik rakoviny děložního čípku a přednádorových cervikálních lézí. HPV infekce se přenáší pohlavním stykem nebo velice přímým kontaktem s nakaženým partnerem. Infekce začíná u mnoha lidí ve chvíli, kdy započnou sexuální život. Pomocí HPV infekce se člověk nakazí velice rychle a k nákaze stačí, když se jedinec setká s nakaženým pouze jednou. Infekce začíná malým traumatem sliznice, která dovoluje viru proniknout hluboko do epitelu a tím infikovat buňky. HPV viry jsou nebezpečné v tom, že jejich přítomnost v organismu nijak nezjistíme. Nevytvářejí totiž žádné podněty k tomu, abychom zjistili, že nám HPV viry napadly naše buňky. Ve chvíli, kdy pronikne vir do naší buňky, dochází z největší pravděpodobností ke zničení imunitního systému. V nejhorším případě může snížená funkce imunitního systému dát podnět ke vzniku perzistující infekce, což může mít za následek rozvoj přednádorových až nádorových změn (WHO.cz, 2020; Poršová, 2010; Florence.cz)

2.2. Sexuální chování

Vznik nádorového onemocnění děložního čípku může také způsobit rizikové sexuální chování. Rizikovým sexuálním chováním se rozumí promiskuita žen, časné zahájení sexuálního života nebo také “rizikový partner“. Rizikový partner je ten, kdo měl vyšší počet sexuálních partnerek. Zvýšený a rostoucí počet sexuálních partnerů nebo nechráněný pohlavní styk s rizikovým partnerem, zvyšuje nákazu HPV infekcí. Časné zahájení sexuálního života ještě před 16. rokem, umožňuje snadný vstup přes transformační zónu hrdla děložního. Což je místo, kde dochází k metaplastickým změnám na cervixu (Rob, 2019; Cibula, 2009).

2.3. Kouření

Ke vzniku karcinomu děložního hrdla přispívá i kouření cigaret. Poprvé na tento rizikový faktor upozornil Winkelstein v roce 1977. Nikotin, kotinin a další chemické škodliviny jsou faktorem, který porušuje funkci imunitního systému. Tudíž napomáhá k přetrvání viru a následně ke vzniku prekanceróz. Jako příklad můžeme uvést, že když žena je infikovaná HPV infekcí a kouří denně 20 cigaret po dobu 6 let, je u ní vyšší riziko karcinomu děložního čípku než u žen,

které nekouří. Tedy je jasné, že riziko dalšího průběhu infekce se s počtem vykouřených cigaret zvyšuje (Hrubá, 2012; Špaček, 2018; Mladěnka, 2016; hygiena.czu.cz).

2.4. Hormonální antikoncepce

Užívání hormonální antikoncepce může být také rizikovým faktorem pro vznik rakoviny děložního čípku, pokud s ní působí více vlivů najednou. Hlavně HPV pozitivita, jež stimuluje gestagen a zvyšuje tak riziko hlavně u žen, které užívají hormonální antikoncepci více let. Avšak některé světové studie vyvrací, že hormonální antikoncepce má vliv na vznik karcinomu děložního hrdla, jiné však potvrzují (Volpato, 2018; Cibula, 2009).

2.5. Stav imunitního systému

Stav imunitního systému hraje významnou roli v boji proti infekcím a zhoubným nádorům. Porucha imunitního systému, jak vrozená, tak i získaná, je nebezpečný faktor pro vznik nádorového onemocnění u žen. Pokud žena trpí například Diabetem mellitem nebo Chronovou chorobou, musí užívat léky ze skupiny imunosupresiv. Avšak tyto léky mají negativní vliv na spontánní clearance u HPV infekcí. Imunitní systém je velice důležitý z toho důvodu, že když se HPV infekce dostane do těla, může s tím imunitní systém bojovat a infekci přemoci. Ve chvíli, kdy je funkce imunitního systému snížena, infekce zvítězí a vznikají přednádorové stavy-prekancerózy (Cibula, 2009).

3. Prevence vzniku karcinomu děložního čípku

Před všemi možnými nemocemi se můžeme chránit dodržováním určitých preventivní opatření. Stejně tak je to i před karcinomem děložního čípku. Mezi významnou prevencí karcinomu děložního čípku patří vakcinace a pravidelné gynekologické kontroly, které zahrnují cytologické a kolposkopické vyšetření.

3.1. Vakcinace

Očkování proti lidským papilomavirům patří mezi nejspolehlivější metody prevence v boji, proti karcinomu děložního čípku. Možnost očkovat se vakcínou proti HPV infekci je v České republice od prosince roku 2006. Tehdy byla po několika letech zkoumání a testování, uvedena na trh první kvadrivalentní vakcína. V současné době jsou na českém trhu dostupné tři typy vakcín proti HPV infekci. U těchto vakcín je legislativě plně hrazené a dobrovolné očkování dívek, ale i chlapců ve věku 13 až 14 let. Očkování chlapců vede k prevenci rizika vzniku HPV infekce, a zároveň může však snížit přenos HPV infekce na sexuální partnerky (Fait, 2012; Mladěnka, 2018).

Vakcína se aplikuje intramuskulárně do ramenního svalu. Aplikaci zajišťuje gynekolog, do osmnácti let věku dívky praktický dětský lékař nebo specializované centrum. Počet podaných vakcín se liší podle věku, a zda je přítomna či nepřítomna HPV infekce u ženy. Nejlepších výsledků ochrany je dosahováno u žen a dívek, které se nesetkaly s HPV infekcí a neměly zatím žádný pohlavní styk. Dvoufázové očkování je dostatečné u velmi mladých dívek ve věku do čtrnácti let. Podání tří dávek je doporučováno u starších žen a dívek (Špaček, 2018; Mladěnka, 2018).

3.1.1. Vakcíny dostupné v České republice

Profylaktické vakcíny, které jsou dostupné v České republice, jsou velice účinné v boji proti HPV infekci. Tyto vakcíny jsou tvořeny viry, jejichž částice jsou podobné a mají silný, dlouhodobý, imunogenní efekt. Mechanismu účinku profylaktické vakcinace spočívá ve schopnosti organismu vytvořit paměťové buňky, a zároveň protilátky proti předložené struktuře virus-like partikulí. Virus-like partikule jsou kapsidy, které jsou prázdné a vytvořené z proteinů L1

rekombinantně produkovaných. Není možné, aby ze samotného viru vzniklo onemocnění, jelikož kapsidy jsou pouze napodobeniny zevní antigenní struktury viru. Pro rozvoj nemoci je nutné, aby DNA viru inkorporovala do buňky hostitele. V České republice jsou dostupné 3 profylaktické vakcíny, mezi které patří Sigard/Gardasil, Gardasil 9 a Cervarix (Rob, 2019; Fait, 2012; Vakciny.net, 2021; ZPMVCR.cz).

Silgard je první vakcína uvedena na český trh v prosinci roku 2006. Obsahuje L1 protein, vyrobený v kvasinkách rekombinační DNA technologií. Obsahuje očkovací dávku proti HPV typům 16, 18, 6, 11. Tato vakcína se tedy doporučuje jako prevence proti análním a genitálním lézím, análním a cervikálním karcinomům a kondylomat genitálu. Vakcína je vhodná pro ženy i muže. Vakcína Silgard byla později přejmenována na Gardasil. Avšak ve složení se nijak nezměnila. Došlo pouze ke změně názvu vakcíny (Vakciny.net, 2021; Mladěnka 2018).

Druhou vakcínou používanou nyní v České republice je vakcína s názvem Gardasil 9. Tato nonovalentní vakcína je v České republice dostupná od roku 2015. Slouží k ochraně proti HPV virům typu 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58. Po této vakcíně dochází k imunizaci proti lézím nemaligního typu dolního genitálního traktu. Dále proti vulvárnímu, vaginálnímu, cervikálnímu a análnímu karcinomu. Rozdíl mezi těmito dvěma vakcínami je v tom, že Gardasil 9 má vliv na více typů HPV, a je zde větší procentuální pokrytí ochrany proti rakovině děložního čípku (Rob, 2019; Mladěnka 2018).

Poslední vakcínou používanou v České republice je Cervarix. Používá se k prevenci rakoviny děložního čípku způsobena viry HPV typu 16 a 18. Vakcína je doporučována dívkám a ženám ve věku od 9 až 25 let. Zatím, co předešlé vakcíny mohou být použity i u mužů, Cervarix může být aplikován pouze ženám (Drugs.com).

Vakcíny jsou velmi bezpečné. Mezi nežádoucí účinky imunizace patří spíše místní projevy. Většinou je to zarudnutí, otok a bolestivost, které trvají většinou tři dny. Tyto nežádoucí účinky se projevují spíše po aplikaci bivalentní vakcínou, kde vznikají jako odpověď na výraznější stimulaci imunitních dějů pod vlivem adjuvantního systému (Faint, 2012).

3.2. Preventivní gynekologické vyšetření

K významné prevenci karcinomu děložního čípku neodmyslitelně patří preventivní gynekologická prohlídka. Je prováděna každý rok a zahrnuje důležitý screening karcinomu děložního čípku. Ten slouží k včasnému odhalení patologických změn na děložním čípku a v celé pochvě. Avšak téměř polovina žen na preventivní prohlídky nechodí. A právě u těchto žen, je vyšší riziko nádorového onemocnění děložního čípku. Pravidelná gynekologická prohlídka by měla probíhat u každé ženy jednou za rok, měla by obsahovat pohovor s pacientkou, vyšetření fyziologických funkcí, jako je krevní tlak, puls, teplota. Dále vyšetření pohledem, pohmatem gynekologických orgánů, kolposkopii a cytologii (Florenc.cz, 2015; Rob, 2008).

Při úplně první návštěvě gynekologické ambulance by měl lékař odebrat dokonalou anamnézu. Ta by měla obsahovat čtyři části: rodinnou, osobní, gynekologicko-porodnickou a údaje o současném stavu. V části rodinné anamnézy by se měl lékař cíleně ptát na onemocnění rodičů, sourozenců a blízkých příbuzných. Zjišťujeme výskyt zejména vrozené vývojové vady, alergie, nádory, tromboembolie, infarkty, diabetes mellitus a psychiatrické onemocnění. V osobní anamnéze se zaměřujeme na události pacientky od jejího narození po současnost. Tím se myslí prodělaná dětská onemocnění, úrazy, operace, alergie, onemocnění štítné žlázy. Také se ptáme, zda pacientka užívá nějaké léky. Nesmíme zapomenout na informace o kouření, užívání drog a alkoholu. Další důležitou částí je gynekologicko-porodnická anamnéza. V této části se vyptáváme pacientky na menstruační cyklus. Zajímá nás délka cyklu, doba trvání, intenzita krvácení, bolestivost. Neměla by zde chybět ani informace o prvním pohlavním styku. Pokud byla pacientka již těhotná, dotazujeme se na průběh těhotenství a jeho ukončení (Rob, 2008; Rob, 2014).

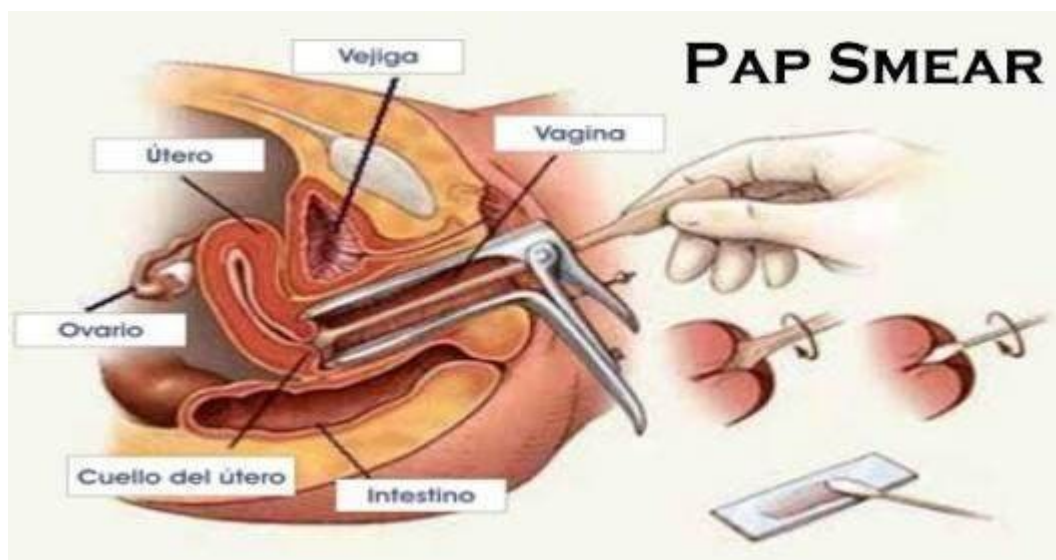
V případě, že žena navštívila gynekologickou ambulanci už po několikáté, probíhá rozhovor stručněji. Lékař se ptá na poslední menstruaci a případné problémy. Následuje vyšetření fyziologických funkcí, jako je krevní tlak, puls a tělesná teplota. Poté dojde na samotné vyšetření za pomoci zrcadel. Při běžném vyšetření gynekologem se provádí kolposkopické vyšetření a cytologický stěr (Rob, 2014).

Kolposkopické vyšetření patří mezi zobrazovací vyšetřovací metody. Toto vyšetření se vykonává za pomoci gynekologického zrcadla a binokulárního zrcadla-kolposkopu. Kolposkop je optický přístroj, který nás informuje o topografii transformační zóny, znaků nějaké atypie, tumoru děložního hrdla nebo nemaligních lézí. Kolposkopie se dělí na expertní a základní. Při běžném gynekologickém vyšetření, bez jakéhokoli podezření na patologickou změnu tkáně na děložním čípku, se provádí kolposkopie základní. Při podezření na nějakou patologii použijeme kolposkopii rozšířenou. Rozšířená kolposkopie se provádí za pomoci 3 % nebo 5 % roztoku kyseliny octové, Lugolova roztoku nebo 1% toluidinové modři. Kyselina octová způsobí vysušení intracelulárních proteinů a zviditelní dysplastický epitel. Vypadá to tak, že zbledlá epitel, který je postižený přednádorovými nebo nádorovými stavy. Dále existuje kolposkopie typu digitální cervikografie. Ta spočívá ve vyfotografování čípku děložního při kolposkopickém vyšetření fotoaparátem. Ten se použije až po aplikaci roztoků, kdy dojde k zbarvení epitelu. Ze snímku se dá lépe zhodnotit výsledek kolposkopie a určit stupeň cervikální léze. Součástí kolposkopického vyšetření je i cytologický stěr z děložního čípku (Turyna a kolektiv, 2010; Sláma, 2010).

Cytologie se provádí při každé preventivní prohlídce. Jedná se o základní vyšetřovací metodu, při které dochází k odběru epitelu z endocervixu, exocervixu a transformační zóny. *„Vychází z objevu, který učinili Papanicolaou a nezávisle na něm Babes. Papanicolaou jej uvedl ve spolupráci s gynekologem do klinické praxe, již se dostalo širokého uplatnění v letech padesátých. Ujal se populární název „Pap stěr“. Jde o výtečný příklad screeningového testu, se značnou senzitivitou a vysokou specificitou, v němž i uměřené použití pojmu „atypické epitelie, blíže neurčeného významu“, může přispět k poznání skutečného stavu“.* (Herbeck a kolektiv, 2011, str. 46) Stěr z děložního čípku, tedy „Pap stěr“ je cytologický stěr, který slouží k vyhledávání prekancerózních změn, plísňových, virových a bakteriálních infekcí. Neměl by se provádět během menstruace, jelikož by došlo k chybné interpretaci cytologie. Nejvhodnější čas na odběr stěru z děložního čípku je polovina cyklu. Provádí se pomocí speciálního kartáčku nebo košťátka a špachtle. Výběr mezi košťátkem a kartáčkem závisí na tom, zda vyšetřujeme ženu, která ještě nerodila, nebo se jedná o rodičku. Rozdíl mezi

těmito dvěma ženami je takový, že každá má jinak umístěnou skvamokolumnární junkci, a tak podle toho musíme volit vhodný nástroj. Vyšetření pokračuje tím, že kartáček či košťátko se vloží do endocervikálního kanálu a alespoň dvakrát se nástrojem otočí, aby se uchytil dostatečný vzorek epitelu. Z ektocervikální oblasti se setrou buňky speciální špachtlí. Následně se přenáší buňky dvěma způsoby. První způsob je na světě nejpoužívanější. K této metodě se používá kartáček a špachtle, kdy se přenesení epitelových buněk z těchto dvou nástrojů provede na podložní skličko. Vzorek se musí pořádně rozetřít a ihned zafixovat 95% alkoholem. Poté může být vzorek fixován tak, že se ponoří do fixativa z alkoholu na 15-20 minut, nebo za použití spreje na fikaxi. Každopádně je velice důležité, aby se fixace provedla co nejrychleji, jelikož to nám zajistí správné vyhodnocení stěru.

Obr: 1. Odběr materiálu konvenční technikou (eurocytologi.eu, 2015)



A takto připravený vzorek lékař odešle do cytologické laboratoře, kde je vzorek barvený Papanicolaouovým trichromatickým barvivem. Následně se na vyhodnocení vzorku používá klasifikace Bethesda.

Druhý způsob je LBC metoda (liquid – based cytologie). Tato metoda je velice rozšířená hlavně ve státech západního světa. V České republice není hrazená pojišťovnou, ale měl by ji lékař nabízet při preventivních prohlídkách. V tomto případě se odběr provádí stejně, jako u předešlé metody, ale za použití speciálního

4. Průběh onemocnění

Onemocnění vzniká přenosem infekce mezi dvěma lidmi. Přenos je uskutečněn hlavně pohlavním stykem, kde je bránou pro vstup infekce mikrotrauma sliznice a kůže. Mezi další faktory, způsobující přenos patří také infikování se prostřednictvím kontaminovaných prstů, prádla nebo předmětů. Dále také orální nebo transamniální cestou. Riziko transamniálního přenosu neboli přenosu z matky na plod je asi 2,8 %. Novorozené dítě se může infikovat při porodu kontaminovanými porodními cestami. Dalším rizikem infekce jsou vaginální sondy, kdy byla zjištěna 28% kontaminace HPV DNA, z nichž byly prokázány dva případy, kdy se jednalo o vysoce rizikový typ HPV viru (Cibula, 2009; Mladěnka, 2016).

Délka inkubační doby trvá průměrně 3 měsíce. I když se skoro 80 % žen z populace setkalo s infekcí HPV, avšak většina infekcí je eliminována kvůli přirozeným pochodům imunitního systému. Od okamžiku, kdy je tělo napadeno HPV infekcí, je schopné se očistit od infekce v průměru během 7-24 měsíců. Ke spontánní clearanci, neboli k spontánnímu očištění organismu od infekce, dochází u žen do 30 let s 70% pravděpodobností do jednoho roku a s 90% pravděpodobností do dvou let. Doba, kdy dojde od nakažení HPV infekcí k rozvoji maligního stádia je několik let. Většinou se udává doba delší než 10 let, ale nejkratší interval mezi nákazou a maligním stádiem byl popsán v rozsahu dvou let (Cibula, 2009; Mladěnka, 2016)

Při rozvoji maligního stádia, je důležitá HR HPV. Dále však velice důležitou roli hrají také rizikové faktory, které podporují propuknutí HPV infekce. Mezi tyto faktory patří kouření, užívání hormonální antikoncepce, nechráněný pohlavní styk, časté střídání sexuálních partnerů, onemocnění jinou sexuálně přenosnou chorobou, imunosupresiva ale také i špatný socioekonomický status. Tyto faktory usnadňují vstup infekce, nepříznivě ovlivňují její vývoj a zvětšují riziko vzniku high-grade lézí a poté karcinomu (Cibula, 2009; Špaček 2018).

Když začne infekce pronikat, vznikají dysplastické změny, které předcházejí vzniku maligního bujení. Avšak na rozdíl od maligního stádia, se mohou tyto změny za vhodných podmínek spontánně regredovat. Dysplastické

změny jsou diagnostikoványmi prekancerózami v gynekologii. Můžeme je rozdělit na dlaždicové a žlázné. Avšak většina z nich je dlaždicových. Podle symptomů se nedají poznat, jelikož žádné příznaky nemají ale může se objevovat krvácení po pohlavním styku. Prekancerózy hodnotíme podle terminologií cervikálních intraepitelových neoplazií CIN, nebo se můžeme setkat s hodnocením dysplazii SIL (squamous intraepithelial lesion). LSIL (low-grade sil) odpovídá CIN I, která značí mírné dysplazie. HSIL (high-grade sil) zahrnuje CIN II, která poukazuje na střední dysplazii a CIN III, která značí těžké dysplazie, je prokázán karcinom in situ. Nebo se hodnotí podle terminologie Bethesda, kterou jsem uváděla již v kapitole 3.2. (Špaček, 2018; Mladěnka, 2016; Rob, 2019).

4.1. Karcinom děložního hrdla

Nedojde-li ze začátku k objevení dysplastických změn neboli prekanceróz a nezačne se s léčbou, v průběhu několika let může dojít k nejzávažnějšímu onemocnění, což je invazivní karcinom. Tento nádor se může objevit na povrchu děložního čípku a v tomto případě se jedná o exocervikální formu. Tato forma karcinomu se vyskytuje nejvíce, je nejčastější. Má vzhled velkých květákovitých útvarů, které se šíří do pochvy a dochází u nich k velkému krvácení. Invazivní karcinom se může objevit také v endocervikálním kanálu a v tomto případě mluvíme o endocervikální. Tumor v endocervikálním kanálu se vyvíjí většinou velice dlouho, šíří se na dělohu a pochvu. Vzhledem k tomu, že je zde horší diagnostika, má tento druh tumoru i horší prognózu (Adam, Vorlíček, 2014).

Pro klasifikaci rozšíření a závažnost karcinomu děložního čípku existují dvě stupnice. První je TNM Classification of Malignant Tumours. Tato hodnotící škála byla vyvinuta v polovině 20. století. Je jedna ze základních klasifikačních mezinárodních systémů pro onkologii. Klasifikace slouží k anatomickému popisu nádorových onemocnění v místě primárního nádoru (T), spádových místních uzlin (N), a v místech, kde došlo k metastatickému postižení (M). Konkrétní hodnoty T, N a M slouží ke klasifikaci celkového rozsahu zhoubného nádorového onemocnění. Z těchto hodnot je následně určeno klinické stádium onemocnění. V roce 2018 vyšla nová česká verze klasifikace TNM.

Druhá klasifikace je FIGO-International Federation of Gynecology and Obstetrics. Nyní je v platnosti klasifikace FIGO z roku 2009. Klasifikace Figo slouží taktéž jako klasifikace TNM k určení stádia nádorového onemocnění. Jedinou odlišností je, že v klasifikaci FIGO je přidáno stádium 0, které znázorňuje, že v regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy, označuje se jako N0. Nebo metastázy nejsou vzdálené, označuje se jako M0. Avšak při klasifikaci stádia nádoru spolu tyto dvě klasifikace úzce souvisí a korespondují spolu (Špaček, 2011).

Obr: 2. Klasifikace invazivního karcinomu děložního čípku (Špaček, 2011),

	TNM	FIGO
T1	omezení na dělohu	
T1a	preklinický invazivní nádor diagnostikovaný mikroskopicky	IA
T1a1	stromální invaze ≤ 3 mm vertikálně a ≤ 7 mm horizontálně	IA1
T1a2	stromální invaze > 3 mm a ≤ 5 mm vertikálně a ≤ 7 mm horizontálně	IA2
T1b	klinicky viditelná léze ohraničená na dělohu	IB
T1b1	≤ 4 cm	IB1
T1b2	> 4 cm	IB2
T2	šíření mimo dělohu, ne na distální třetinu pochvy, ale ne k pánevní stěně	II
T2a	šíření na proximální 2/3 pochvy	IIA
T2a1	≤ 4 cm	IIA1
T2a2	> 4 cm	IIA2
T2b	šíření do parametrií	IIB
T3	šíření mimo dělohu, rozvoj hydronefrózy, afunkce ledviny	III
T3a	šíření na distální třetinu pochvy, ne k pánevní stěně	IIIA
T3b	šíření k pánevní stěně a/nebo hydronefróza a/nebo \downarrow funkce ledviny	IIIB
T4	šíření na sliznici močového měchýře/sliznici rekta/mimo malou pánev	IVA
N1	postižení regionálních uzlin	IIB a výše
M1	vzdálené metastázy	IVB

V první fázi je toto onemocnění zcela bezpříznakové. Většinou ženy pocítují příznaky podobné jako u jiných gynekologických problémů, až v pokročilejším stádiu. Mezi tyto gynekologické problémy patří například cervikální polyp, chlamydiální infekce nebo zánět děložního čípku. A proto by ženy při jakýchkoli problémům neměly otálet s návštěvou lékaře a chodit na pravidelné gynekologické prohlídky (Stapley, Hamilton, 2011).

Mezi hlavní příznaky u vznikajícího karcinomu děložního čípku patří: bolest v podbříšku, bolest při pohlavním styku, poševní výtok, krvácení po pohlavním styku a krvácení mezi menstruacemi (Petruželka, 2003).

5. Diagnostika karcinomu děložního čípku

Pro zjištění patologických změn na děložním čípku se používá několik screeningových vyšetření. Mezi tato vyšetření patří onkologická cytologie a kolposkopie, o které jsem mluvila v kapitole 2 a 3. Pokud se zjistí nějaká patologická abnormalita z cytologického vyšetření nebo v rozšířené kolposkopii, provádí se HPV testace nebo odběr biopsie.

HPV test se řadí mezi moderní vyšetření, které nám dokáže prokázat infekci, kterou způsobuje lidský papilomavirus, jež je zodpovědný za karcinom děložního čípku. Samotný odběr na HPV testaci se podobá cytologickému vyšetření. Provádí se za pomoci kartáčku, se kterým setřeme z děložního hrdla oblast transformační zóny. Poté se kartáček s odebraným epitelem vloží do tekutého transformačního media. V laboratoři se následně provádí genotypizace, při které dochází k oddělení HPV 16, 18 a 45 od ostatních typů HPV. Tento test se používá jako doplňující vyšetření spíše u žen nad 35 let. Jelikož u dívek před 19. rokem se karcinom děložního čípku nevyskytuje, ve věku 25 let jen zřídka. Od roku 2021 se naše republika zařadila mezi země, kdy je HPV DNA test hrazen pojišťovnou pro ženy ve věku od 35 do 45 let. O tento test může žena požádat během gynekologické prohlídky. (Sláma, 2011; Ondruš, 2013; Sláma, 2017; Florence, 2021).

Další používanou metodou pro diagnostiku karcinomu děložního hrdla se používá invazivní metoda – biopsie. Biopsií rozumíme odběr malého vzorku tkáně, který nám umožní určit stupeň přednádorových stavů, pokud se vyskytují. Je to zákrok, který nevyžaduje nějakou větší přípravu a pacientce je proveden přímo v gynekologické ambulanci. Odběr tkáně můžeme provést několika technikami, které mají své výhody ale i nevýhody. Mezi tyto techniky patří minibiopsie, což je metoda, která se provádí pomocí kleští za kontroly kolposkopu z exocervixu ve chvíli, kdy je potvrzen výskyt invazivního karcinomu. Kleště určují velikost odebrané tkáně. Minibiopsie se provádí ambulantně bez nutnosti použití lokálního umrtvení nebo narkózy. Odebírá se vzorek o velikosti 2 x 2 milimetry. Po této technice, se může objevit slabé krvácení. Odebraný vzorek se odesílá do laboratoře na podrobný rozbor pod mikroskopem na tvz.

histologické odečtení. Výsledky z rozboru jsou hotové do dvou až tří týdnů. Druhá technika je cílená excize skalpelem. U této techniky se opět využívá na kontrolu kolposkop ve chvíli, kdy jsou pomocí histologického vyšetření potvrzeny prebiptické nálezy. Tento typ techniky se řadí do rozšířené biopsie. Volíme ji v případech, kdy odebíráme větší množství tkáně. Provádí se v celkové anestezii. Třetí metodou je kyretáž. Ta se využívá, pokud je potvrzen vysoce suspektivní endocervikálně lokalizovaný karcinom. Při kyretáži dochází k výskrabu tkáně z endocervikálního kanálu za pomoci ostré kyrety v narkóze. Jako posledním nabízeným postupem biopsie je tzv. LEEP technika neboli konizace radiofrekvenční kličkou, která je diagnostická a zároveň diagnosticko-terapeutická metoda. LEEP technika se indikuje v případech, že se na základě kolposkopického a cytologického vyšetření prokázalo podezření na subklinický-mikroinvazivní karcinom stádia la1 a la2. Při volbě této metody je velice důležité určit polohu léze. Zda je pouze povrchová nebo zasahuje do hrdla. Konizace, se v dnešní době provádí za pomoci radiofrekvenční jehly nebo kličky. Dříve se provázela pomocí laseru, nůžek nebo skalpelu. V případech, že se jedná o nález na povrchu, stačí tkáň odstranit pomocí kličky, kdy je děložní čípek poškozen minimálně. Pokud se jedná o zasažení tkáně do hrdla, používají se jehly nebo hodně úzké kličky. Při této variantě je také malé riziko komplikací. Jelikož je cílem odstranit co nejmenší objem děložního čípku a zachovat tak možnost těhotenství. Zárok trvá 5 minut a může se provázet v lokální nebo celkové anestezii. Pokud se provádí v celkové anestezii, pacientka odchází přibližně za 2 hodiny domů. V lokální anestézii, kdy dojde k znecitlivění čípku, odchází pacientka za 10 minut po výkonu (Tomášková, 2015; Rob, 2008; Konizace.info, 2021).

Zda je výkon vhodný v celkové nebo lokální anestezii se pacientka dohodne s lékařem podle konkrétního nálezu. V zařízeních, ve kterých se věnují této problematice, se dělá 70-90 % výkonů v lokální anestezii. Po tomto zákroku je pacientkám doporučován klidový režim po dobu 5-7 týdnů. Kompletní kontrola zahojení čípku a cytologické stěry by měly proběhnout za 4-6 měsíců. Dřívější vyšetření není doporučováno, jelikož by výsledky mohly být zkresleny vlivem hojení se na čípku. Jestliže byly ošetřeny těžké přednádorové stavy, je

doporučeno po dobu dvou let sledovat pacientky po 6 měsících (Tomášková, 2015; Rob, 2008; Konizace.info, 2021).

6. Léčba karcinomu děložního čípku

Jak bude probíhat léčba u tohoto závažného onemocnění, určí řada odborných lékařů. Mezi které patří specializovaný gynekolog, onkolog, radioterapeut a anesteziolog. Ovšem také závisí na řadě dalších faktorů. Například zda se jedná o ženu, která plánuje v budoucnu rodinu. Nádor se vyskytuje na svém počátku, nebo se vyskytuje ve velmi pokročilém stádiu s přítomností metastáz do vzdálených orgánů. Mezi jednotlivé typy terapie patří destrukční metody, chirurgické metody, radiologická léčba a chemoterapie (Marešová, 2014).

K destrukčním metodám patří kryoterapie. Jedná se o metodu využívající chladu tekutého dusíku. Trvá asi tak 15 minut, při lokální anestezii a v gynekologické ambulanci. Při kryoterapii dochází ke zmrazení tkáně na teplotu -110 stupňů celsia, poté dojde po třech týdnech k odpadnutí a následně ke zhojení. Mezi nevýhody patří to, že se neodhadne hloubka poškození hrdla děložního, a dochází při hojení k nepříjemnému výtoku. Po zákroku je doporučeno dodržovat klidový režim a rekonvalescence trvá šest až osm týdnů. Další destrukční metodou je laserová valorizace, kdy za pomoci oxidu uhličitého laserového paprsku dochází k odpařování tkáně do hloubky, kterou požadujeme. U této metody je důležité před začátkem znázornit atypii a vymezit okraje optickými zvýrazňovači, jako je roztok kyseliny octové. Další podmínkou je minibiopsie s histologickou verifikací léze. Výhodou této metody je, že hojení probíhá rychleji než u kryoterapie a je kontrolován za pomoci kolposkopu. Avšak nevýhodou je velká pořizovací cena laseru. Nicméně tato metoda se používá spíše k řešení jiných gynekologických problémů. Jsou to například úpravy stydkých pysků. (Rob, 2008; Novotný, 2016).

Chirurgická terapie se používá u karcinomů v brzkém stádiu. Pokud je nádor malý a neinvazivní, léčí se pomocí konizace, o které jsem mluvila v kapitole 5. Karcinomy, které jsou ve stádiu pokročilém ale neinvazivním, se odstraňují pomocí hysterektomie. Hysterektomie může být prostá nebo radikální. Prostá hysterektomie se provádí u karcinomu ve stádiu, kdy mikroskopický nádor dosahuje velikosti 3 mm nebo je menší. Tato metoda se volí u pacientek, které neplánují těhotenství, jelikož dochází k odstranění dělohy.

U rozšířené dochází k odebrání dělohy, části pochvy a v malé pánvi lymfatických uzlin. Tato metoda se provádí u karcinomu ve stádiu, kdy mikroskopický nádor dosahuje velikosti 3-5 mm. Nebo, kdy nádor dosahuje na poševní klenbu. U starších žen se v tomto případě provádí také adnexetomie. Rozsah a radikalita výkonu se stanovuje u každé pacientky jinak. Záleží na velikosti nádoru, hloubce invaze, postižení uzlin a vzdálenosti od pericervikální fascie (Bujárková, 2015).

Principem radiologické terapie je, že rakovinové buňky jsou více citlivé na záření než zdravé tkáně. Radiologická terapie je základní léčebnou metodou vyskytujících se stádií, kdy nádor zasahuje na poševní klenbu, nádor postihuje dolní třetinu pochvy nebo pánevní stěnu. U pokročilejších stádií se kombinuje s chemoterapií. Radiologickou léčbu můžeme rozdělit na zevní – teleradioterapie. Ta využívá aplikace nižší dávky do větších objemů, které zahrnují vlastní nádor. Má za cíl zničit maligní buňky v oblasti parametrií a v lymfatickém systému. Dále ji můžeme rozdělit na vnitřní ozáření – brachyradioterapii. Která používá přímo vysoké dávky do oblasti nádoru. U pokročilých stádiích se používá kombinace zevního a vnitřního ozáření. Začíná se teleradioterapií a brachyradioterapie se připojuje v druhém až třetím týdnu léčby. (Rob, 2008; Novotný, 2016; Adam, 2010).

Chemoterapie se provádí podáváním léků, které mají cytotoxický účinek. Chemoterapeutika mohou být syntetické nebo deriváty získaných z rostlin nebo plísní. Cytostatika omezují proliferaci buněk maligního typu. Výhradně působí na buňky, které se nacházejí v buněčném cyklu. Chemoterapie v léčbě zhoubných nádorů v gynekologii je nedílnou součástí léčby chirurgické i radiologické. Je využívána především u stádií, kdy nádor zasahuje na parametrium, dolní třetinu pochvy, na pánevní stěnu nebo hydronefrózu. Chemoterapii můžeme rozdělit na adjuvantní, neoadjuvantní a paliativní. Adjuvantní chemoterapie se používá s kombinací radioterapie. Tato kombinace léčby se indikuje u pacientů, kteří trpí pokročilou formou nádoru, kdy je nádor velký, a jsou napadeny uzliny. Tento druh chemoterapie má vliv na dlouhodobé přežití pacientek. Avšak svou agresivitou má značný dopad na vyšší výskyt nežádoucích účinků. Neoadjuvantní chemoterapie se také používá společně s radioterapií. Tato kombinace se používá u pacientek, které nelze operovat. Použitím této kombinované metody se snažíme

dosáhnout operability nádoru. Paliativní chemoterapie se používá při projevech metastáz a recidiv (Cibula, 2009; Adam, 2010; Rob, 2014; Mouková, 2020).

Každá tato léčba má však i negativní dopad na zdraví pacientek. Mezi komplikace, které jsou spojené s chirurgickou léčbou po zákroku, bývají urologické komplikace, hlavně hypotonický močový měchýř. Méně časté, které však ohrožují život pacientky, patří embolie, trombóza, krvácení. Mezi pozdní pooperační komplikace patří přetrvávající hypotonický močový měchýř, stenóza uretru s rozvíjející se hydronefrózou. Může docházet k poruše vyprazdňování stolice. Ke komplikacím, které jsou spojené s hojením, patří například kýla v jizvě nebo hematoma. Mezi akutní nežádoucí účinky po radioterapii patří přítomnost krve v moči, dysurie, nykturie, vaginální výtok a bolest. Průjmy, nadýmání, křeče v břiše. K nežádoucím účinkům, které se mohou projevit po delší době, patří bolesti a krvácení v oblasti recta, vznik vředu, časté nucení na močení, hematurie, bolestivý pohlavní styk (Cibula, 2009; Adam, 2010; Rob, 2014; Mouková 2020).

Praktická část

Praktická část bakalářské práce je věnována výzkumnému šetření a analýze získaných dat.

7. 1. Formulace problému

Je prokázáno, že za hlavní rizikový faktor, který dokáže způsobit karcinom děložního čípku nebo intraepiteliární cervikální léze, se považuje nákaza lidským papilomavirem. Avšak trvá delší dobu, než se z infekce tímto virem stane karcinom. Tím pádem je velká šance na objevení tohoto onemocnění při preventivních gynekologických kontrolách. Následně pak může začít co nejdříve léčba a je vysoká šance vyléčení se. Přemýšlíme tedy nad otázkami: „Vědí ženy o onemocnění karcinomu děložního čípku? Zda mají tušení o preventivních opatření a vakcinaci proti HPV infekci? Dodržují preventivní gynekologické prohlídky?“

7.1.1. Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem našeho výzkumného šetření bylo zjistit míru povědomí žen o onemocnění děložního čípku. Přesněji informovanost žen o karcinomu děložního čípku.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda ženy ví, co je karcinom děložního čípku. A jak mu lze předcházet.

Výzkumná otázka: Je velikost informovanosti o karcinomu děložního čípku ovlivněna věkem?

Hypotéza: Předpokládáme, že všechny dotazované ženy jakéhokoli věku vědí, co je karcinom děložního čípku, a jak mu lze předcházet.

2. Ověřit, zda ženy dodržují preventivní gynekologické vyšetření.

Výzkumná otázka: Je poučení od lékaře o tom, jak je důležitá prevence klíčové, pro dodržování preventivních gynekologických prohlídek?

Hypotéza: Domníváme se, že většina žen chodí na pravidelné gynekologické prohlídky spíše jedenkrát za rok než dvakrát do roka. Prevence je značně ovlivněna poučením od lékaře.

3. Na základě výzkumného šetření zjistit, zda ženy vědí o možnosti vakcinace proti HPV infekci. Zda jsou očkované.

Výzkumná otázka: Ovlivňuje míra informovanosti o vakcinaci proti HPV infekci ženy v možnosti očkování se?

Hypotéza: Rozsah informovanosti o vakcinaci proti HPV infekci, velice ovlivňuje procentuální zastoupení žen, které jsou očkované proti karcinomu děložního čípku. Předpokládáme, že ve výzkumném šetření bude značná proočkovanost žen.

7. 2. Metodika výzkumu

Pro získání dat byla použita metoda výzkumu kvantitativního typu. Tento výzkum probíhal pomocí vytvořeného dotazníku, který byl zcela anonymní. Otázky použité v dotazníku byly cíleně zaměřené na míru informovanosti žen o onemocnění děložního čípku. Jelikož je teoretická část zaměřena pouze na karcinom děložního čípku, byly otázky směřované pouze na toto onemocnění. Dotazník obsahoval 15 otázek, kde ženy vybíraly jednu nebo více odpovědí. Do dotazníku také byla vložena kolonka s možností “*Jiné*” pro volné odpovědi respondentek, kterým se nehodily navrhované odpovědi. Dotazník byl výhradně určen ženám. Věkově omezený nebyl, mohly ho vyplňovat mladší i starší ženy, různého vzdělání.

Tento dotazník jsme zvolili v podobě elektronické, jelikož si myslíme, že je to velmi dobrá metoda, pro získání většího množství vyplněných dotazníků v krátkém čase. Dotazník jsme vytvářeli v aplikaci Survio, která je online dostupná na webové stránce www.survio.com. Po vyplnění dotazníků dochází i v této aplikaci k vyhodnocení. Po vytvoření dotazníku jsme ho rozeslali přes sociální síť. Dále také odkaz na tento dotazník byl umístěn na sociální skupinu, kde ho mohly vyplňovat členky skupiny.

Otázkami, které jsme použili pro výzkumné šetření, jsme se inspirovali dotazníkem, který byl vytvořen v roce 2018. Tento dotazník, vytvořila tehdy studentka oboru Ošetřovatelství pro své výzkumné šetření, které sloužilo ke zjištění informovanosti dívek a žen v prevenci karcinomu děložního čípku. Tento dotazník je online na stránce: <https://karcinom-delozniho-cipku.vyplnto.cz>

7.3. Analýza výsledků

Vyplněné dotazníky se nám vrátily ve velmi krátkém čase. Celkem se nám vrátilo 100 vyplněných dotazníků. Výsledky získané z dotazníku byly následně přepsány do programu MS Excel pro procentuální výpočet. Ke každé otázce byla pomocí tohoto programu vytvořena tabulka a graf, jež znázorňují zjištěná data z dotazníkového šetření.

7.3.1. Výsledky šetření

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

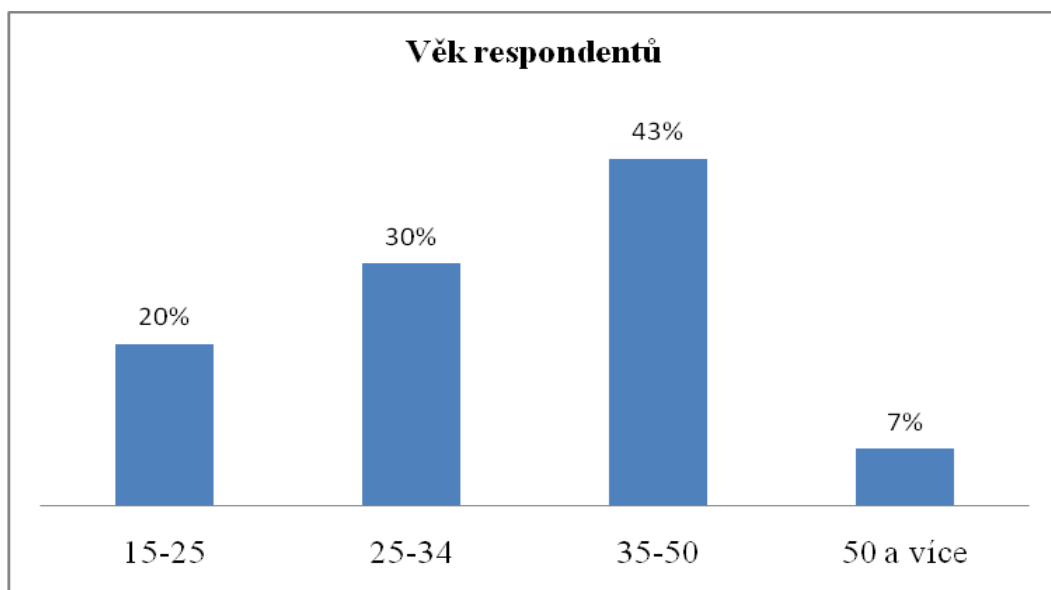
Tab. 1. Věk respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
15-25	20	20 %
25-34	30	30 %
35-50	43	43 %
50 a více	7	7 %
Celkem	100	100 %

V otázce číslo 1, jsme zjišťovali věk respondentek. V této otázce měly ženy označit rozmezí jejich věku. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek všechny odpověděly na tuto otázku.

Ve věku 15 až 25 let vyplnilo dotazník 20 % respondentek. Ve věkové kategorii 25 až 34 let vyplňovalo dotazník 30 % žen. V rozmezí věku od 35 do 50 let vyplňovalo dotazník 43 % žen. A v poslední uvedené kategorii 51 let a více vyplňovalo dotazník 7 % respondentek.

Graf 1. Věk respondentů



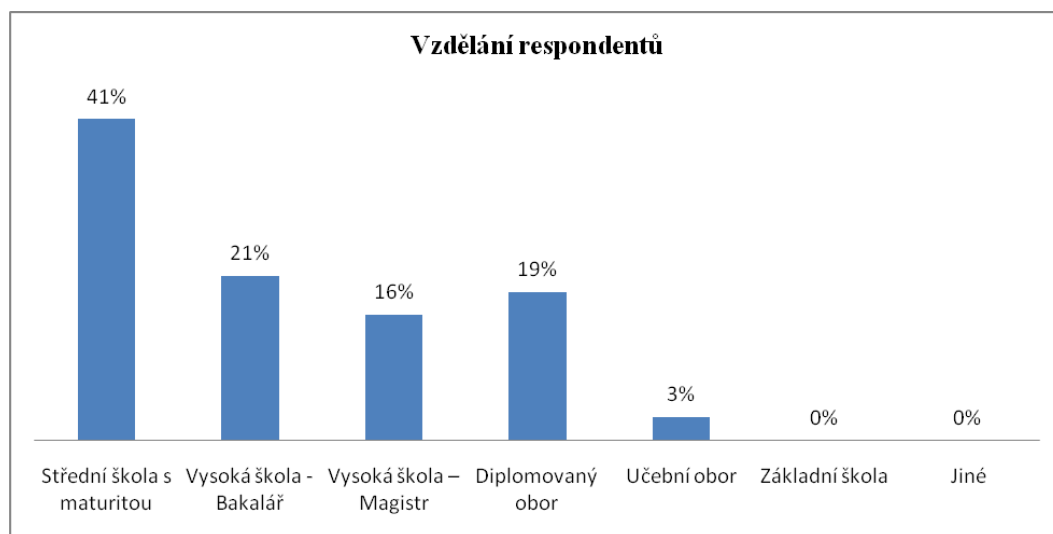
Otázka č.2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání, které jste dokončila?

Tab. 2. Vzdělání respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední škola s maturitou	41	41 %
Vysoká škola-Bakalář	21	21 %
Vysoká škola-Magistr	16	16 %
Diplomovaný obor	19	19 %
Učební obor	3	3 %
Základní škola	0	0 %
Jiná	0	0 %
Celkem	100	100 %

V druhé otázce jsme se dotazovali respondentek na nejvyšší dokončené vzdělání, které absolvovaly. Respondentkám jsme dali na výběr ze sedmi odpovědí, kde měly zaškrtnout jednu odpověď. Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentek. 41 % respondentek zaškrtnulo, že mají střední školu s maturitou. 21 % respondentek uvedlo, jako nejvyšší dokončené vzdělání vysokoškolské bakalářské vzdělání. Vystudovaný diplomovaný obor zaškrtnulo 19 % žen. Vysokoškolský magisterský obor uvedlo 16 % žen. A pouze 3 % respondentek uvedlo nejvyšší dosažené vzdělání učební obor. Do možností byla uvedena také “Základní škola” a možnost “Jiné”. Avšak tyto možnosti žádná z respondentek nezaškrtnula.

Graf 2. Vzdělání respondentů



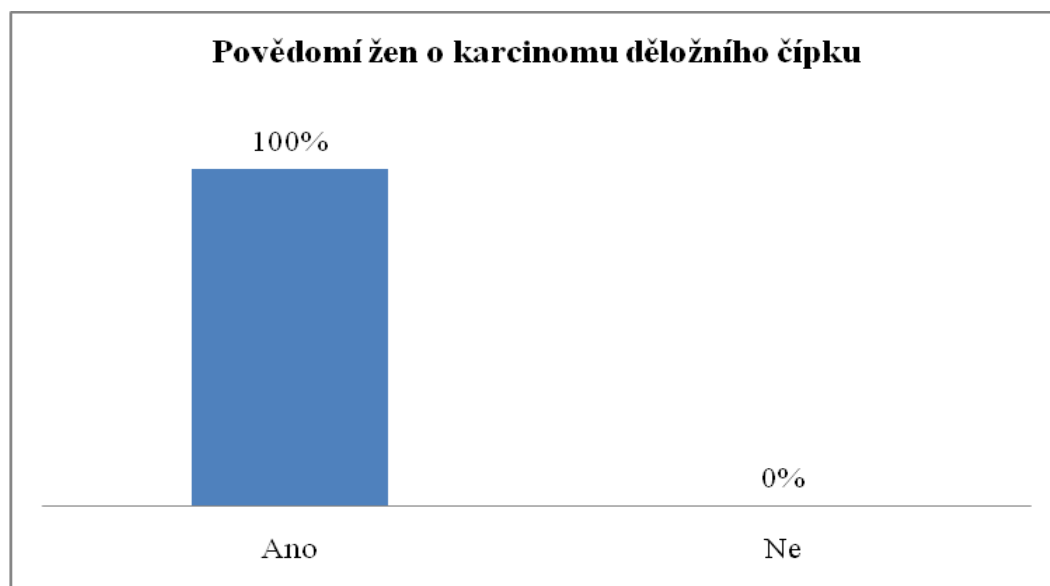
Otázka č. 3: Slyšela jste o karcinomu děložního čípku?

Tab. 3. Povědomí o karcinomu děložního čípku

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	100	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	100	100 %

V této otázce jsme zjišťovali, zda mají respondentky povědomí o karcinomu děložního čípku. Zda o tomto onemocnění ví, že se vyskytuje. Respondentky měly možnost ze dvou odpovědí, ze kterých měly zaškrnout pouze jednu. Na tuto otázku odpovědělo 100 % žen odpovědí ano. U této otázky jsme předpokládali, že všechny dotazované ženy budou znát onemocnění karcinom děložního čípku. A tak nás tyto výsledky nepřekvapily.

Graf 3. Povědomí žen o karcinomu děložního čípku



Otázka č. 4: Odkud jste se o onemocnění dozvěděla?

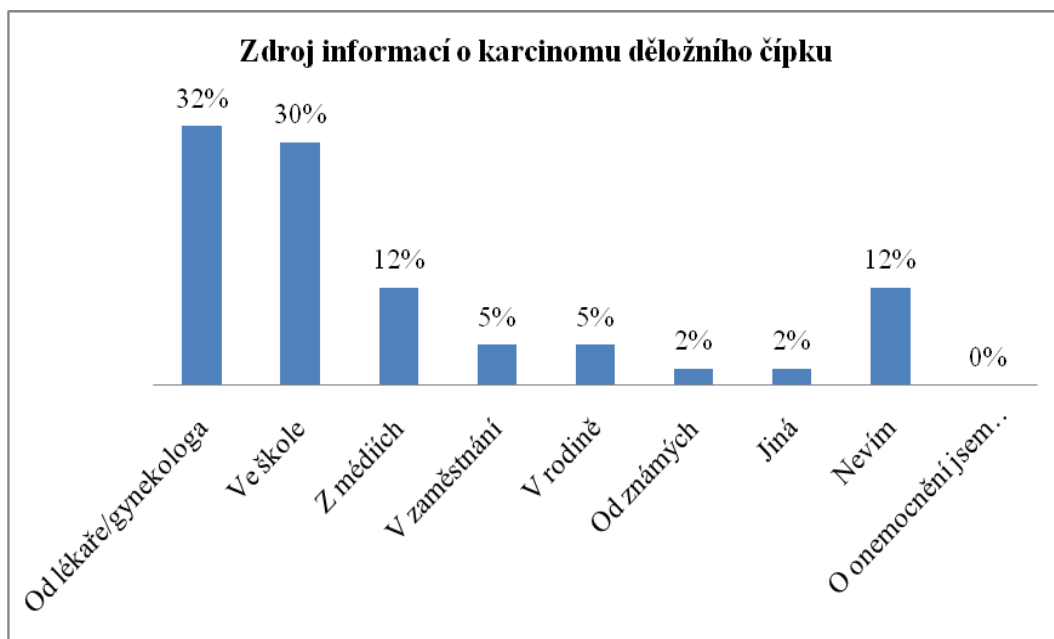
Tab. 4. Zdroj informací o karcinomu děložního čípku

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Od lékaře/gynekologa	32	32 %
Ve škole	30	30 %
Z médiích	12	12 %
V zaměstnání	5	5 %
V rodině	5	5 %
Od známých	2	2 %
Jiná	2	2 %
Nevím	12	12 %
O onemocnění jsem neslyšela	0	0 %
Celkem	100	100 %

V této otázce jsme se dotazovali respondentek, kde nebo od koho se dozvěděly o karcinomu děložního čípku. Respondentky měly na výběr devět odpovědí, ze kterých vybíraly pouze jednu. Tyto odpovědi zahrnovaly i odpověď “*Jiná*”, pro respondentky které by se dozvěděly o onemocnění jiným způsobem, než bylo uvedeno.

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek odpověděly na tuto otázku všechny. Nejvíce procent, tedy 32 % respondentek o tomto onemocnění informoval lékař/gynekolog. 30 % respondentek se o tomto onemocnění dozvěděla ve škole. Z médií se o tomto onemocnění dozvědělo 12 % respondentek. V zaměstnání se o tomto onemocnění dozvědělo 5 %. Také 5 % respondentek se o onemocnění dozvědělo od rodiny. 2 % respondentek zaškrtnulo, že se o onemocnění dozvědělo od svých známých. 12 % respondentek si na zdroj informací o karcinomu děložního čípku nevzpomněla, a tak zaškrtnulo možnost “*Nevím*”. Možnost “*Jiné*”, zaškrtnulo 2 % respondentek. Pro možnost, že by některá z respondentek zaškrtnulo v otázce číslo 3. odpověď ne, byla přidána možnost odpovědi “*O onemocnění jsem neslyšela*”. Avšak tuto odpověď nezaškrtnulo žádná z respondentek.

Graf 4. Zdroj informací o karcinomu děložního čípku



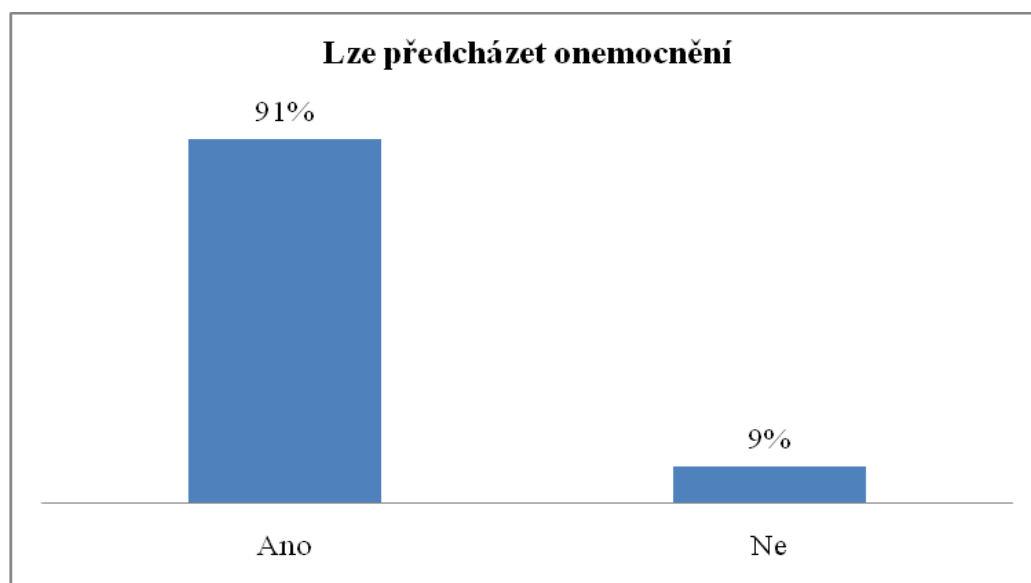
Otázka č. 5: Myslíte si, že lze tomuto onemocnění předcházet?

Tab. 5. Lze předcházet onemocnění

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	91	91 %
Ne	9	9 %
Celkem	100	100 %

V této otázce jsme zjišťovali, zda se může nebo nemůže předcházet tomuto onemocnění. Na tuto otázku odpovědělo 100 (100 %) respondentek. Na výběr měly ze dvou odpovědí, ze kterých měly označit pouze jednu odpověď. 91 % respondentek zaškrtnulo možnost "Ano" a 9 % možnost "Ne".

Graf 5. Lze předcházet onemocnění



Otázka č. 6: Pokud si myslíte, že lze tomuto onemocnění předcházet, zaškrtněte jak.

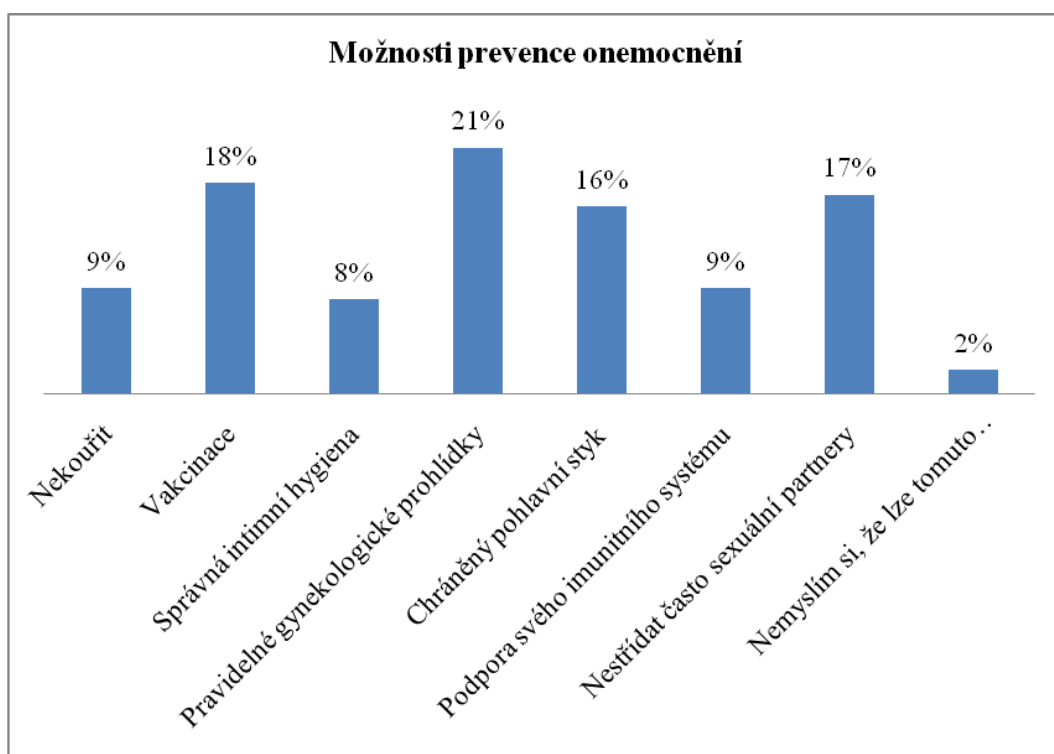
Tab. 6. Možnosti prevence onemocnění

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nekouřit	32	9 %
Vakcinace	74	18 %
Správná intimní hygiena	34	8 %
Pravidelné gynekologické prohlídky	87	21 %
Chráněný pohlavní styk	67	16 %
Podpora svého imunitního systému	38	9 %
Nestřídat často sexuální partnery	71	17 %
Nemyslím si, že lze tomuto onemocnění předcházet	7	2 %
Celkem	410	100 %

Zde jsme zjišťovali, zda respondentky vědí, čím lze předcházet vzniku tohoto onemocnění. Respondentkám bylo nabídnuto osm odpovědí, ze kterých mohly zaškrtnout více možností. Pro respondentky, které v otázce číslo pět zaškrtnly možnost “Ne”, je v této otázce také vytvořena možnost “*Nemyslím si, že lze tomuto onemocnění předcházet*”.

Nejvíce, tedy 21 % respondentek, zaškrtnulo jako možnost prevence “*Pravidelné gynekologické prohlídky*”. 18 % respondentek zaškrtnulo možnost “*Vakcinace*” jako prevenci. “*Dodržování chráněného pohlavního styku*” zaškrtnulo 16 % respondentek. 17 % respondentek zaškrtnulo možnost prevence “*Nestřídat často sexuální partnery*”. Možnost “*Podpora svého imunitního systému*” 9 % respondentek. 8 % žen, které se účastnily dotazníkového šetření, uvedlo možnost “*Správná intimní hygiena*”. 9 % žen zaškrtnulo možnost “*Nekouřit*”, jako prevenci proti vzniku karcinomu děložního čípku. Možnost “*Nemyslím si, že lze tomuto onemocnění předcházet*”, uvedlo 2 % žen.

Graf 6. Možnosti prevence onemocnění



Otázka č. 7: Setkala jste se s onemocněním děložního čípku u sebe, ve své rodině nebo u svých známých?

Tab. 7. Zkušenost s karcinomem děložního čípku

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, u sebe	20	20 %
Ano, v rodině	15	15 %
Ano, u známých	27	27 %
Nesetkala jsem se s tímto onemocněním	38	38 %
Celkem	100	100 %

V následující otázce, jsme se respondentek dotazovali na zkušenosti s onemocněním děložního čípku. Konkrétně na setkání se s tímto onemocněním. Na tuto otázku odpovědělo 100 (100 %) respondentek. Měly na výběr ze čtyř odpovědí, ze kterých mohly zaškrtnout pouze jednu.

Možnost “*Ano, u sebe*”, označilo 20 % respondentek. 15 % respondentek zvolilo možnost “*Ano, v rodině*”. 27 % označilo možnost “*Ano, u známých*”. 38 % žen, které dotazník vyplňovaly zaškrtnulo odpověď “*Nesetkala jsem se s tímto onemocněním*”. U této otázky jsme předpokládali, že se dotazované s tímto onemocněním spíše nesetkaly. A tak nás překvapilo procentuální zastoupení u odpovědí, které se týkalo setkání se s onemocněním.

Graf 7. Zkušenost s karcinomem děložního čípku



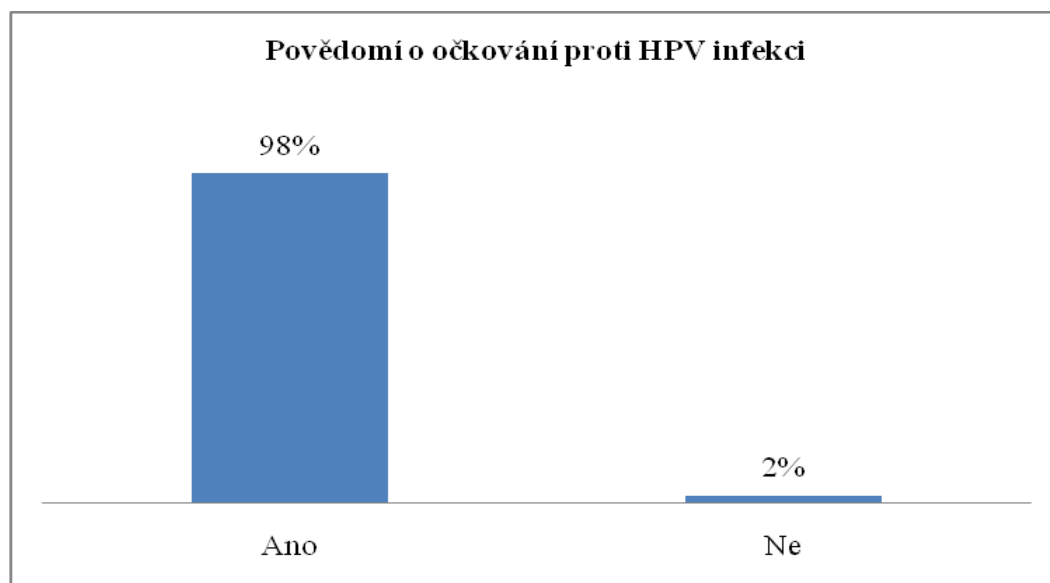
Otázka č. 8: Slyšela jste o očkování proti HPV infekci?

Tab. 8. Povědomí o očkování proti HPV infekci

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	98	98 %
Ne	2	2 %
Celkem	100	100 %

V otázce číslo 8 jsme se chtěli dozvědět, kolik procent z respondentek slyšelo o očkování proti virům, který způsobují HPV infekci. Respondentky měly možnost si vybrat jednu ze dvou nabízených odpovědí. 98 % respondentek zaškrtno možnost "Ano" a 2 % volila možnost "Ne". U této otázky nás překvapilo procentuální zastoupení možnosti "Ne", jelikož jsme se domnívali, že všechny dotazované ženy budou znát možnost této prevence.

Graf 8. Povědomí o očkování proti HPV infekci



Otázka č. 9: Pokud víte o očkování proti HPV infekci, kde jste se o očkování dozvěděla?

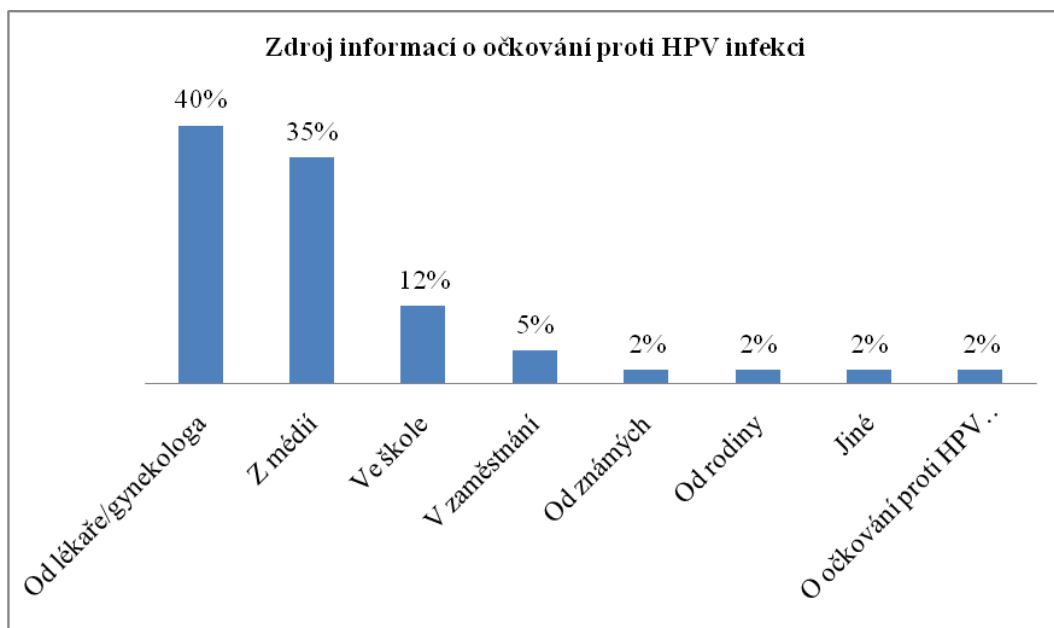
Tab. 9. Zdroj informací o očkování proti HPV infekci

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Od lékaře/gynekologa	40	40 %
Z médií	35	35 %
Ve škole	12	12 %
V zaměstnání	5	5 %
Od známých	2	2 %
Od rodiny	2	2 %
Jiná	2	2 %
O očkování proti HPV infekci jsem neslyšela	2	2 %
Celkem	100	100 %

V otázce číslo devět, jsme zjišťovali, kde nebo od koho se respondentky dozvěděly o očkování proti HPV infekci. Měly na výběr z osmi možných odpovědí, ze kterých vybíraly pouze jednu odpověď. Pro respondentky, které v předešlé otázce zaškrtnuly možnost “*Ne*”, byla přidána odpověď “*O očkování proti HPV infekci jsem neslyšela*”. Pro respondentky, které se dozvěděly o očkování jinak než nabízené odpovědi, byla přidána možnost “*Jiná*”.

40 % respondentek se dozvědělo o očkování od lékaře nebo gynekologa. 35 % žen, které se účastnily dotazníkového šetření, zaškrtnula možnost “*Média*”. Možnost “*Od známých*” 2 % žen. 2 % označila také možnost “*Od rodiny*”. A také 2 % zaškrtnula “*Jiná*”. 12 % respondentek se dozvědělo o očkování ve škole a 5 % v zaměstnání. Možnost “*O očkování proti HPV infekci jsem neslyšela*” uvedlo pouze 2 % žen.

Graf 9. Zdroj informací o očkování proti HPV infekci



Otázka č. 10: Jste očkována proti HPV infekci?

Tab. 10. Míra očkování u respondentek

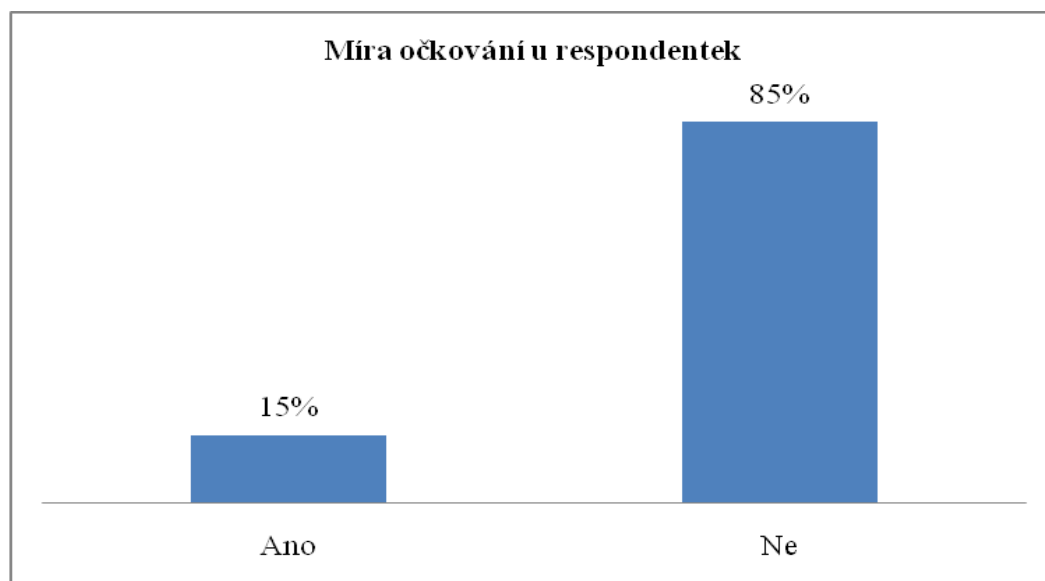
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	15	15 %
Ne	85	85 %
Celkem	100	100 %

Nyní jsme zjišťovali, kolik procent žen, které se účastnily dotazníkového šetření, je očkováno proti virům, které způsobují HPV infekci. Na tuto otázku odpovědělo 100 (100 %) respondentek. K této otázce byly přidány dvě odpovědi, ze kterých respondentky mohly zaškrtnout jednu z nich.

15 % respondentek zaškrtnulo odpověď "Ano" a 85 % odpovědělo možností "Ne".

Těmito odpověďmi jsme byli velice překvapené, jelikož jsme se domnívali toho, že většina žen, která se účastnila výzkumného šetření bude naočkována.

Graf 10. Míra očkování u respondentek



Otázka č. 11: Pokud nejste očkovaná, můžete uvést důvod proč?

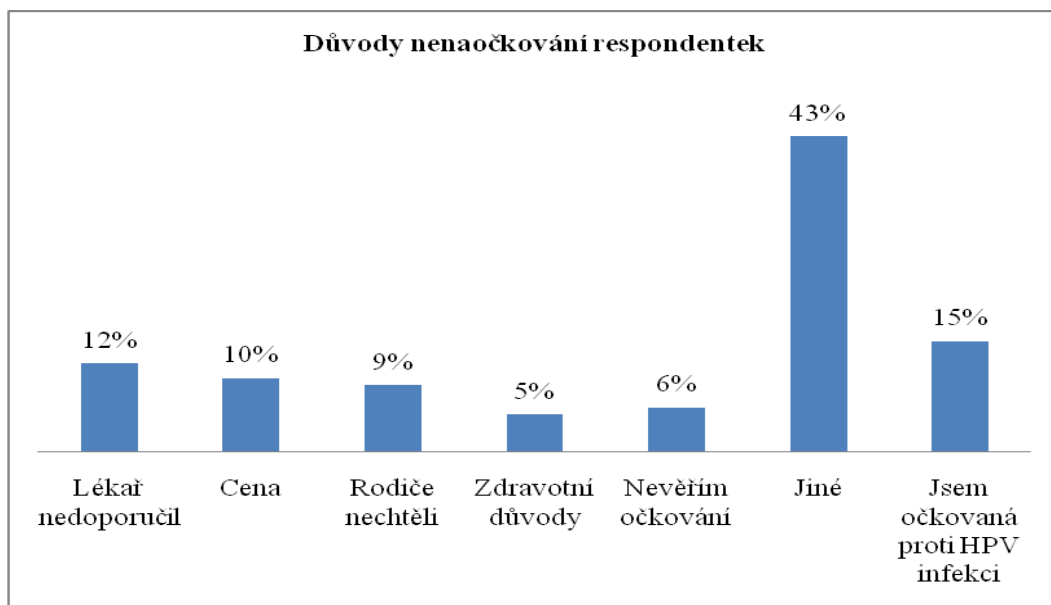
Tab. 11. Důvody nenačkovaní respondentek

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lékař nedoporučil	12	12 %
Cena	10	10 %
Rodiče nechtěli	9	9 %
Zdravotní důvody	5	5 %
Nevěřím očkování	6	6 %
Jiná	43	43 %
Jsem očkovaná proti HPV infekci	15	15 %
Celkem	100	100 %

V otázce číslo jedenáct, jsme zjišťovali důvody proč respondentky nejsou očkované proti virům, které mohou způsobit HPV infekci. Na tuto otázku odpovědělo 100 (100 %) respondentek. Bylo jim nabídnuto šest odpovědí, ze kterých mohla každá žena zaškrtnout pouze jednu. Také byla přiložena možnost “*Jiná*”, kdyby měly respondentky jiný důvod, a možnost “*Jsem očkovaná proti HPV infekci*” pro respondentky, které zaškrtnly v předešlé otázce “*Ano*”.

43 % respondentek volily možnost “*Jiná*”. “*Cenu*” zvolilo 10 % respondentek. “*Zdravotní důvody*” zaškrtnulo 5 % žen, které vyplňovaly tento dotazník. 12 % lékař toto očkování nedoporučil. U 9 % žen, si nepřáli toto očkování rodiče a 6 % žen očkování nevěří. 15 % žen je očkováno proti HPV infekci.

Graf 11. Důvody nenaočkování respondentek



Otázka č. 12: Chodíte na pravidelné gynekologické prohlídky?

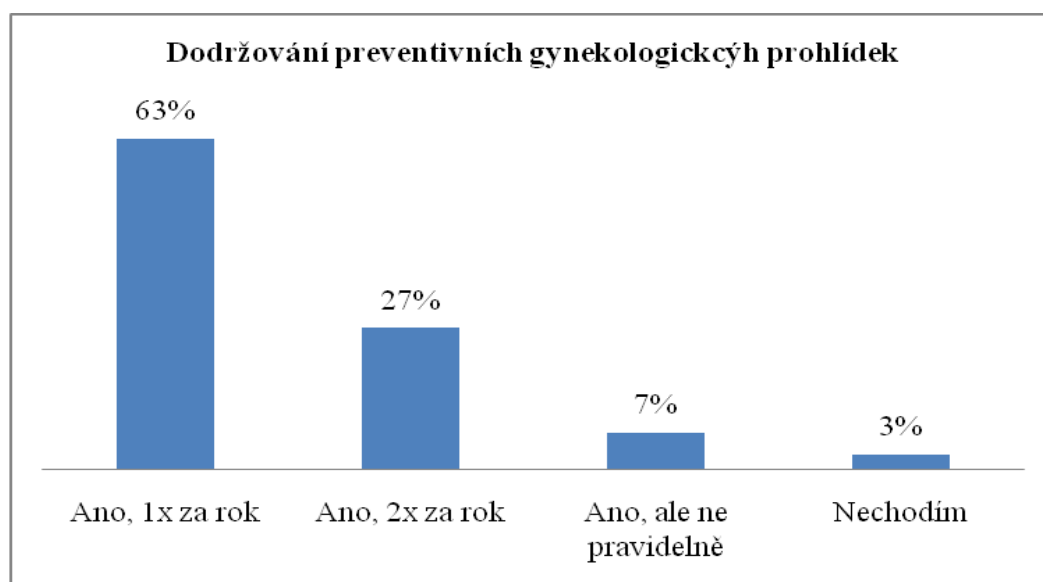
Tab. 12. Dodržování preventivních gynekologických prohlídek

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, 1x za rok	63	63 %
Ano, 2x za rok	27	27 %
Ano, ale ne pravidelně	7	7 %
Nechodím	3	3 %
Celkem	100	100 %

V otázce dvanáct jsme se chtěli dozvědět, zda ženy, které se účastnily dotazníkového šetření, pravidelně dochází na gynekologické prohlídky. Na tuto otázku odpověděly všechny respondentky. Mohly vybírat ze čtyř odpovědí a zvolit pouze jednu.

63 % respondentek zaškrtnulo možnost "Ano, 1x za rok". Možnost "Ano, 2x za rok" zvolilo 27 % respondentek. 7 % respondentek odpovědělo volbou "Ano, ale ne pravidelně". A 3 % žen nedodržují preventivní gynekologické vyšetření. U této otázky jsme předpokládali, že většina dotazovaných žen, bude docházet na pravidelné prohlídky 1x za rok.

Graf 12. Dodržování preventivních gynekologických prohlídek



Otázka č. 13: V kolika letech proběhla Vaše první gynekologická prohlídka?

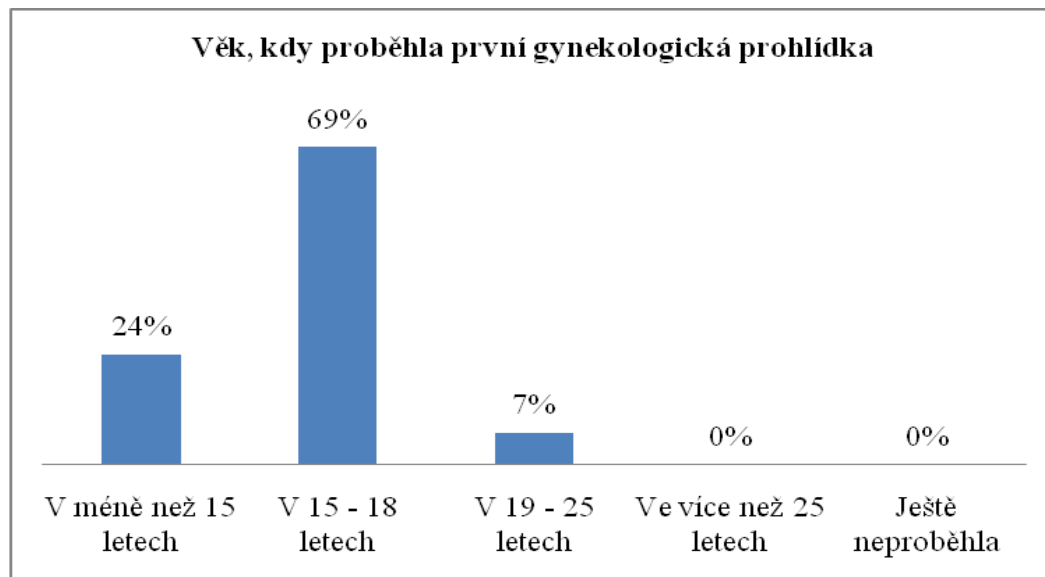
Tab. 13. Věk, kdy proběhla první gynekologická prohlídka

	Absolutní četnost	Relativní četnost
V méně než 15 letech	24	24 %
V 15-18 letech	69	69 %
V 19-25 letech	7	7 %
Ve více než 25 letech	0	0 %
Ještě neproběhla	0	0 %
Celkem	100	100 %

Nyní, jsme se zajímali v kolika letech proběhla první návštěva u gynekologa. Na tuto otázku odpovědělo 100 (100 %) respondentek. Mohly vybírat z pěti odpovědí, ze kterých vybíraly pouze jednu.

Na možnost *“Ještě neproběhla”*, neodpověděla žádná respondentka. Žádná respondentka také neodpověděla na možnost *“Ve více než 25 letech”*. 69 % respondentek zaškrtnulo možnost *“V 15 – 18 letech”*. 24 % respondentek navštívilo poprvé gynekologa v méně než 15 letech. Možnost *“V 19 – 25 letech”* zaškrtnulo 7% žen, které se účastnily tohoto šetření.

Graf 13. Věk, kdy proběhla první gynekologická prohlídka



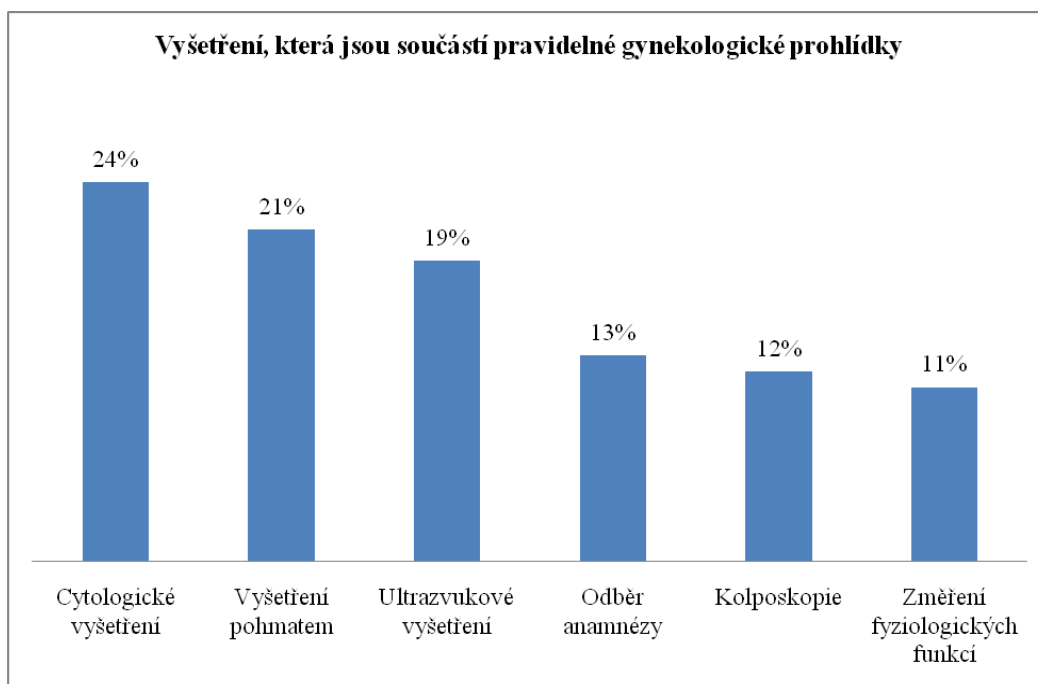
Otázka číslo: 14. Víte, jaká vyšetření jsou součástí pravidelné gynekologické prohlídky?

Tab. 14. Vyšetření, která jsou součástí pravidelné gynekologické prohlídky

	Absolutní četnost-	Relativní četnost
Cytologické vyšetření	98	24 %
Vyšetření pohmatem	89	21 %
Ultrazvukové vyšetření	80	19 %
Odběr anamnézy	53	13 %
Kolposkopie	49	12 %
Změření fyziologických funkcí	45	11 %
Celkem	414	100 %

V otázce číslo čtrnáct jsme zkoumali, zda respondentky vědí, jaká vyšetření zahrnuje preventivní gynekologická prohlídka. Jednalo se o otázku, kde respondentky mohly zaškrtnout více než jen jednu odpověď. Na tuto otázku odpověděly všechny respondentky. Možnost *“Cytologického vyšetření”* označilo 24 % respondentek, 21 % zvolilo *“Vyšetření pohmatem”*, *“Ultrazvukové vyšetření”* zaškrtnulo 19 % dotazovaných, *“Odběr anamnézy”* vybralo 13 % žen, *“Kolposkopii”* 12 % a metodu, která není zas tak častá, tedy *“Změření fyziologických funkcí”* zaškrtnulo 11% dotazovaných žen. Předpokládali jsme, že v této otázce bude mít největší procentuální zastoupení možnost *“Cytologické vyšetření”*, jelikož je to nejběžnější metoda, která patří mezi vyšetření pravidelné gynekologické prohlídky.

Graf 14. Vyšetření, která jsou součástí pravidelné gynekologické prohlídky



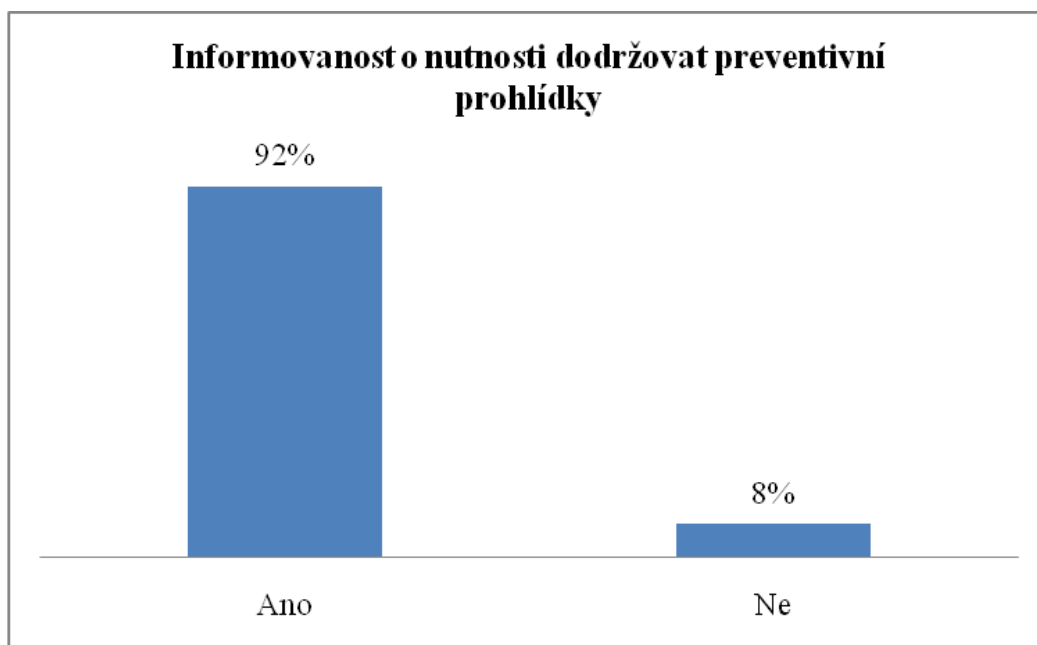
Otázka číslo: 15. Informoval Vás gynekolog o nutnosti nebo výhodách dodržovat gynekologické prohlídky?

Tab. 15. Informovanost o nutnosti dodržovat pravidelné prohlídky

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	92	92 %
Ne	8	8 %
Celkem	100	100 %

V této otázce jsme zjišťovali od respondentek, zda je lékař informoval o důležitosti navštěvovat pravidelně gynekologické prohlídky. Respondentky mohly vybírat ze dvou odpovědí, kde měly zvolit pouze jednu. Na tuto otázku odpovědělo 100 (100 %) respondentek. 92 % z nich zvolilo odpověď “Ano”, 8 % lékař neinformoval o nutnosti dodržovat pravidelné prohlídky. U této otázky jsme předpokládali 100% zastoupení u odpovědi “Ano”, jelikož považujeme za velice důležité informovat ženy o nutnosti dodržování preventivních gynekologických prohlídek. Díky nimž se může předejít vzniku závažných onemocnění.

Graf 15. Informovanost o nutnosti dodržování preventivních prohlídek



Diskuse

Hlavním cílem našeho výzkumného šetření bylo zjistit míru povědomí žen o onemocnění děložního čípku. Tedy hlavně informovanost žen o karcinomu děložního čípku. Zda ženy dodržují preventivní gynekologická vyšetření, mají povědomí o možnosti očkování se proti HPV infekci, která rakovinu děložního čípku způsobuje a o dodržování ostatních preventivních prostředků. Jelikož tyto faktory jsou velice důležité pro předcházení onemocnění a úmrtnosti způsobené karcinomem děložního čípku.

Prvním naším předpokladem bylo, že všechny dotazované ženy znají onemocnění děložního čípku a vědí, jak lze tomuto onemocnění předcházet. Pro zjištění, zda se hypotéza potvrdí, sloužily v dotazníku otázky číslo 3 a 6. Z otázky číslo 3, jsme zjistili, že 100 % žen slyšelo o tomto onemocnění. A tak se nám potvrdila naše hypotéza, že všechny dotazované ženy znají onemocnění karcinom děložního čípku. Z otázky číslo 6, kde jsme zjišťovali, zda ženy vědí, jak lze tomuto onemocnění předcházet, jsme zjistili, že ze 100 dotazovaných žen, zaškrtno 21% možnost *“Pravidelné gynekologické prohlídky”*. 18 % *“Vakcinace”*, 17 % *“Nestřídat často sexuální partnery”*, 16 % *“Chráněný pohlavní styk”*, 9 % *“Podpora svého imunitního systému”*, 9 % *“Nekouřit”*, 8 % *“Správná intimní hygiena”*. Tyto všechny odpovědi spadají do preventivních opatření. Avšak 2 % žen zaškrtno možnost *“Nemyslím si, že lze tomuto onemocnění předcházet”*. Tudiž výsledky této hypotézy nejsou 100%, ale jsou velice přívětivé. Z ostatních otázek, které se zaměřily na povědomí žen o onemocnění děložního čípku vyplynulo, že informace o tomto onemocnění zjistilo 32 % dotazovaných od lékaře/gynekologa, 30 % ve škole a 91 % respondentek označilo, že lze tomuto onemocnění předcházet.

Druhým stanoveným předpokladem bylo, že respondentky navštěvují svého gynekologického lékaře spíše jedenkrát za rok než dvakrát do roka. A prevence je ovlivněna poučením lékaře o nutnosti dodržovat preventivní

prohlídky v gynekologické ambulanci. Abychom zjistili tento předpoklad, sloužily nám k tomu otázky číslo 12 a 15 v dotazníku. Z otázky číslo 12 jsme zjistili, že se nám potvrdila hypotéza, která nám říká, že respondentky budou navštěvovat svého gynekologického lékaře spíše jednou za rok než dvakrát do roka. Možnost *“Ano, jednou za rok”*, zaškrtno 63 % dotazovaných respondentek a možnost *“Ano, dvakrát za rok”* 27 % respondentek. Avšak tu 7 % žen zaškrtno možnost *“Ano, ale ne pravidelně”* a 3 % dotazovaných na pravidelné gynekologické prohlídky nechodí. V otázce číslo 15 jsme se dozvěděli, že 92 % dotazovaných žen, informoval gynekolog o nutnosti tyto preventivní prohlídky dodržovat. Výsledky z dotazovaného šetření jsou velice kladné.

Naší poslední Hypotézou, kterou jsme si stanovili k tomuto cíli je, že rozsah o informovanosti o vakcinaci, velice ovlivňuje procentuální zastoupení žen, které jsou očkovány. Také předpokládáme značnou proočkovanost žen, které se účastnily tohoto šetření. K potvrzení nebo vyvrácení těchto předpokladů nám posloužily otázky číslo 8, 9 a 10. V otázce číslo 8 jsme se dotazovali respondentek, zda vědí, o očkování proti HPV infekci. 98 % zaškrtno, že vědí o očkování a 2 % žen nevědí. V otázce číslo 9 jsme zjišťovali, kde se dotazované ženy dozvěděly o možnosti očkování. 40 % procent uvedlo od lékaře, 35 % z médií, 12 % ve škole, 5 % v zaměstnání, 2 % od rodiny, 2 % od známých, 2 % žen uvedlo možnost *“Jiná”* a 2 % žen uvedlo, že o očkování proti HPV infekci neslyšela. V otázce číslo 10 jsme zjišťovali, kolik procent žen, jež se účastnilo výzkumného šetření je naočkováno proti HPV infekci. Z výsledků jsme byli velice zaskočeni, jelikož jsme se dozvěděli, že pouze 15 % žen, které se účastnily tohoto šetření je naočkováno. Zbylých 85 % uvedlo, že nejsou naočkovány. Z těchto zjištěných dat vyplývá, že se nám nepotvrdil náš předpoklad. Jelikož ženy jsou poměrně dost informované o očkování proti HPV infekci. Vědí, že toto očkování patří do prevence onemocnění karcinomu děložního čípku, a i přesto 85 % z dotazovaných žen není naočkováno.

Důvody, proč ženy nejsou naočkovány, jsme zjišťovali v otázce číslo 11. V této otázce 43 % žen zaškrtno možnost *“Jiná”*. 12% lékař ženám očkování nedoporučil, 10 % žen se nenechalo naočkovat kvůli ceně očkování, u 9 %

dotazovaných rodiče si toto očkování nepřáli, 6 % zaškrtnulo možnost *“Nevěřím očkování”* a 6 % žen není naočkováno kvůli zdravotním důvodům.

Z výzkumu tedy vyplývají pozitivní výsledky. Ze dvou stanovených cílů se naše předpoklady potvrdily. U posledního cíle, který se týkal očkování proti HPV infekci, jsme byli velice překvapeni. Jelikož jsme si mysleli, že se chrání očkováním více žen, než se prokázalo. V našem dotazníkovém šetření uvedlo 38 % dotazovaných žen, že se s onemocněním nesetkalo. 27 % respondentek se s onemocněním setkalo u svých známých a 15 % v rodině. Bohužel 20 % dotazovaných žen uvedlo, že se s onemocněním setkalo u sebe.

Závěr

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo shrnout informace o karcinomu děložního čípku, léčbě tohoto onemocnění a zjistit v praktické části, jak velké informace mají ženy o tomto onemocnění.

V této práci jsme shrnuli informace o rakovině děložního čípku, o možnostech předcházení tomuto onemocnění. Také o tom, jak tato nemoc se vyvíjí a jak pokračuje. Dále o vyšetřovacích metodách, které prokážou přítomnost tohoto onemocnění. V neposlední řadě jsme shrnuli možnosti léčby karcinomu děložního čípku, které se v současné době provázejí.

Jelikož nás zajímalo, jaké mají informace ženy o onemocnění děložního čípku, přesněji o karcinomu děložního čípku, vytvořili jsme k výzkumnému šetření dotazník. Z tohoto dotazníku vyplynulo, že ženy mají velice dobrou informovanost o tomto onemocnění. Také dodržují preventivní gynekologické prohlídky, které jsou klíčové pro včasný záchyt závažného onemocnění. Avšak nás velice překvapila míra očkování u žen. Jelikož mezi nejspolehlivější metody ochrany patří rozhodně očkování proti HPV infekci, které zajistí to, že dochází k rozvoji specifické humorální imunity, která je zaměřená proti genům viru obsažených ve vakcíně. Tudíž je velice důležité, aby ženy ale i muži byly očkované. Avšak z výzkumného šetření vyplynulo, že většina dotazovaných žen očkována není. Ženy uváděly různé důvody ale i tak by měly nad očkováním přemýšlet.

Ženám by se stále mělo připomínat, jak je důležité dodržovat pravidelné gynekologické prohlídky. Lékaři by měli více informovat o možnosti očkování proti HPV infekci, o výhodách, které má a toto očkování doporučovat ženám ale i mužům, aby se zapříčinilo vzniku nebezpečnému onemocnění.

Seznam použité literatury

ABRAHAM, S., OATS, J.. 2010: Llewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and gynecology. 9th Edition. Edinburgh: Mosby. 354 s. ISBN: 9780723435099.

ADAM, Z., VORLÍČEK, J. et al. Diagnostické a léčební postupy u maligních chorob. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN: 80-247-0896-5.

ADAM, Z., KREJČÍ M. a VORLÍČEK J.. 2010. Speciální onkologie. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-648-9.

BUJÁRKOVÁ, J.. 2015. Informovanost žen o vzniku karcinomu děložního čípku. Plzeň, 2015. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová.

CIBULA, D. a PETRUŽELKA L.. Onkogynekologie. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2665-6.

FAJT, T..Úloha pediatra v prevenci karcinomu děložního čípku. 2012, 239-242. Solen. [Online]. [cit.2021-01-30]. Dostupné z: <https://solen.cz/pdfs/ped/2012/04/07.pdf>

HERBECK, G., Ondruš J., Dvořák V. a MORTAKISM A. E.. Atlas kolposkopie, 2011, ISBN 978-80-7345-249-0.

HERBECK, G., ONDRUŠ J., DVOŘÁK V. a MORTAKISM A. E.. Kolposkopie v graviditě. Gynekologie a porodnictví. 2017, ISSN 2533-4689.

HPV infekce-nebezpečí, s nímž musíme počítat. Florence [online]. [cit.2020-12-20]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/hpv-infekce-nebezpeci-s-nimz-musime-pocitat/>

HRUBÁ D. Kouření a rakovina děložního čípku. Hygiena, 2012, 40. Hygiena.szu [online]. [cit.2021-01-30]. Dostupné z: <httpas://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2012/01/18.pdf>

Konizace.2021 [online]. [cit. 2021-04-01]. Dostupné z: <http://www.konizace.info/konizace>

Lidský papilomavirus (HPV) a rakovina děložního čípku. WHO [online]. [cit.2021-01-30]. Dostupné z: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)

MAREŠOVÁ, P.. 2014. Co by měly ženy znát o rakovině (karcinomu) děložního čípku: obecné informace pro pacienty. Praha: Liga proti rakovině, Online, 2014.

MARTAN, A., CITTERBART, K., ROB, L.. Gynekologie: Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.

MOUKOVÁ, L.. Karcinom děložního hrdla. Klinická onkologie,2020, 87-88. Linkos [online]. [cit.2021-01-30]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/469/5696.pdf>

MLADĚNKA, A., KUBEČKOVÁ, A. a SLÁMA, J.. Aktuální poznatky o HPV infekci. Česká gynekologie. 2016, 81(5), 369-375.MLADĚNKA, A. a J. SLÁMA. Vakcinace proti HPV a výhled nových možností. Česká gynekologie. 2018, 83(3), 218-225.

NOVOTNÝ, J., VÍTEK, P., KLEIBL, Z.a kol. 2016. Onkologie v klinické praxi: Standartní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů. Praha: Mladá fronta a.s., 2016. ISBN 978-80-204-3944-4.

Očkování proti papilomavirům (HPV). Vakciny.net [online]. 2021. [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: http://www.vakciny.net/doporucene_ockovani/HPV.html

ONDRUŠ, J., DVOŘÁK, V., DUŠEK, L. a MÁJEK, O.. 2013. Screening karcinomu děložního hrdla: Ambulantní gynekologie. Praha: Maxdorf s.r.o., 2013. ISBN 978-80-7345-322-0.

PETRUŽELKA, L., et al. Klinická onkologie. Praha: Karolinum, 2003. ISBN: 80-246-0395-0.

Průlomová změna ve screeningu karcinomu děložního hrdla od roku 2021. Florence [online]. [cit. 2021-02-19]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/pruomova-zeme-ve-screeningu-karcinomu-delozniho-hrdla-od-roku-2021/>

ROB, L., MARTAN A. a CITTERBART, K.. 2008. Gynekologie: Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.

ROB, L.. 2014. Linkos. Zhoubné nádory děložního hrdla (čípku). [Online] [cit.2021-01-30] Dostupný z: <http://www.linkos.cz/gynekologicke-nadoryc51-54-c56-57/zhoubne-nadory-delozniho-hrdla-cipku/>.

ROB, L., MARTAN, A. a VENTRUBA, P.. Gynekologie. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2019. ISBN 978-80-7492-426-2.

SEHNAL, B. a kol. Prevalence, incidence, perzistence a možnosti přenosu infekce lidským papilomavirem (HPV). Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie. 2017, ISSN 1210-7913.

SLÁMA, J.. 2011. Průvodce žen při onemocnění děložního hrdla. Praha: Mladá fronta a.s., 2011. ISBN 978-80-204-2472-3.

SLÁMA, J.. Současné limity prevence karcinomu děložního hrdla v České republice. Česká gynekologie. 2017, 82(6), 482-486.

STAPLEY S., HAMILTON W. 2011: Gynaecological symptoms reported by young women: examining the potential for earlier diagnosis of cervical cancer. Family Practise. 28: 592-598.

Stop karcinomům – chraňte se před lidskými papilomaviry. Florence. [Online]. [cit.2021-01-30]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/stop-karcinomum-chrante-se-pred-lidskymi-papilomaviry/>

ŠPAČEK, J., ŠTIPL, S., HALADA, P. 2011: Jaké jsou zásady racionálního přístupu u pacientek s karcinomem děložního hrdla? Postgraduální medicína: Gynekologie a porodnictví.

ŠPAČEK, J., KALOUSEK I. a JÍLEK, P. Vybrané kapitoly z gynekologie. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4646-6.

TOMÁŠKOVÁ. 2015. Uzdravím.cz - magazín o zdraví, nemoci a životním stylu. Biopsie děložního čípku [Online]. [Citace:21-02-19.]. Dostupné z: <http://www.uzdravim.cz/biopsie-delozniho-cipku.html>.

TURYNA, R. a SLÁMA, J.. Kolposkopie děložního hrdla. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-679-3.

VOLPATO, L. K.et col. Association between Hormonal Contraception and Injuries Induced by Human Papillomavirus in the Uterine Cervix [online]. 196-202 [cit. 2021-01-30]. Dostupné z: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v40n4/0100-7203-rbgo-40-04-00196.pdf>

Seznam zkratk

č.	číslo
DNA	deoxyribonukleová kyselina – nositel geentické informace
HPV	human papiloma virus – lidský papilomavirus
HR HPV	high risk HPV – vysoce rizikové lidské papilomaviry
LBC metoda	liquid based cytologie – metoda pro analýzu vzorků z děložního čípku
Tab.	tabulka

Seznam obrázků

Obr. 1: Klasifikace invazivního karcinomu děložního čípku

Obr. 2: Odběr materiálu konvenční technikou

Seznam grafů

Graf 1. Věk respondentů

Graf 2. Vzdělání respondentů

Graf 3. Povědomí o karcinomu děložního čípku

Graf 4. Zdroj informací o karcinomu děložního čípku

Graf 5. Lze předcházet onemocnění

Graf 6. Možnosti prevence onemocnění

Graf 7. Zkušenost s karcinomem děložního čípku

Graf 8. Povědomí o očkování proti HPV infekci

Graf 9. Zdroj informací o očkování proti HPV infekci

Graf 10. Míra očkování u respondentek

Graf 11. Důvody nenačkování respondentek

Graf 12. Dodržování preventivních gynekologických prohlídek

Graf 13. Věk, kdy proběhla první gynekologická prohlídka

Graf 14. Vyšetření, která jsou součástí pravidelné gynekologické prohlídky

Graf 15. Informovanost o nutnosti dodržovat pravidelné prohlídky

Seznam tabulek

Tab. 1. Věk respondentů

Tab. 2. Vzdělání respondentů

Tab. 3. Povědomí o karcinomu děložního čípku

Tab. 4. Zdroj informací o karcinomu děložního čípku

Tab. 5. Lze předcházet onemocnění

Tab. 6. Možnosti prevence onemocnění

Tab. 7. Zkušenost s karcinomem děložního čípku

Tab. 8. Povědomí o očkování proti HPV infekci

Tab. 9. Zdroj informací o očkování proti HPV infekci

Tab. 10. Míra očkování u respondentek

Tab. 11. Důvody nenačkování respondentek

Tab. 12. Dodržování preventivních gynekologických prohlídek

Tab. 13. Věk, kdy proběhla první gynekologická prohlídka

Tab. 14. Vyšetření, která jsou součástí pravidelné gynekologické prohlídky

Tab. 15. Informovanost o nutnosti dodržovat pravidelné prohlídky

Seznam příloh

Příloha č. 1: Finální verze dotazníku

Povědomí žen o onemocnění děložního čípku

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Brdková a jsem studentkou 3. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy, obor Všeobecná sestra.

Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci na téma: Povědomí žen o onemocnění děložního čípku. V práci jsem se zaměřila na závažné onemocnění, které je často podceňováno, a to na karcinom děložního čípku. V dotazníku se tedy zmiňuji pouze o tom to onemocnění.

Dotazník je určen pouze ženám a získaná data budou použita pouze k tvorbě bakalářské práce.

Vyplnění dotazníku Vám zabere jen pár minut a je zcela anonymní.

Předem moc děkuji :)

1. Kolik je Vám let?

(vyberte jednu odpověď)

- 15-24
- 25-34
- 35-50
- 51 a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání, které jste dokončila?

(vyberte jednu odpověď)

- Základní škola
- Učební obor
- Střední škola s maturitou
- Diplomovaný obor
- vysoká škola – bakalář

- vysoká škola – magistr
- jiné

3. Slyšela jste o karcinomu děložního čípku?

(vyberte jednu odpověď)

- ano
- ne

4. Odkud jste se o onemocnění dozvěděla?

(vyberte jednu odpověď)

- V zaměstnání
- od známých
- z médií
- od lékaře/gynekologa
- ve škole
- nevím
- rodina
- onemocnění jsem neslyšela
- jiné

5. Myslíte si, že lze předcházet tomuto onemocnění?

(vyberte jednu odpověď)

- ano
- ne

6. Pokud si myslíte, že lze tomuto onemocnění předcházet, zaškrtněte jak.

(vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Nekouřit
- vakcinace
- správná intimní hygiena
- pravidelné gynekologické prohlídky
- Chráněný pohlavní styk
- Podpora svého imunitního systému
- nestrídat často sexuální partnery
- nemyslím si, že lze tomuto onemocnění předcházet

7. Setkala jste se s onemocněním děložního čípku u sebe, ve své rodině u svých známých?

(vyberte jednu odpověď)

- Ano, u sebe
- Ano, v rodině
- Ano, u svých známých
- nesetkala jsem se s onemocněním

8. Slyšela jste o očkování proti HPV infekci?

(vyberte jednu odpověď)

- ano
- ne

9. Pokud víte o očkování proti HPV infekci, zaškrtněte, kde jste se o očkování dozvěděla?

(vyberte jednu odpověď)

- Od lékaře/ gynekologa
- z médií
- od známých, rodiny
- ve škole
- v zaměstnání
- očkování proti HPV infekci jsem neslyšela
- jiné

10. Jste očkována proti HPV infekci?

(vyberte jednu odpověď)

- ano
- ne

11. Pokud nejste očkována, můžete uvést důvod proč?

(vyberte jednu odpověď)

- Cena
- zdravotní důvody
- lékař nedoporučil
- nevěřím očkování
- rodiče nechtěli

- jsem očkována proti HPV infekci
- jiné

12. Chodíte na pravidelné gynekologické prohlídky?

(vyberte jednu odpověď)

- ano, 1x za rok
- ano, 2x za rok
- ano, ale ne pravidelně
- nechodím

13. V kolika letech proběhla Vaše první gynekologická prohlídka?

(vyberte jednu odpověď)

- ještě neproběhla
- v méně, než 15 letech
- V 15-18 letech
- V 19-25 letech
- ve více než 25 letech

14. Informoval Vás gynekolog o nutnosti nebo výhodách dodržovat gynekologické prohlídky?

(vyberte jednu odpověď)

- ano
- ne

Při tvorbě tohoto dotazníku jsem se inspirovala výzkumným šetřením, které probíhalo v roce 2018, tehdy vysokoškolskou studentkou Janou Čapkovou. Studovala obor Ošetrovatelství a výzkumné šetření prováděla za účelem zjistit, jaká je informovanost dívek a žen v prevenci karcinomu děložního čípku.

Citace:

Čapková, J. - Karcinom děložního čípku (výsledky průzkumu), 2018. Dostupné online na <https://karcinom-delozniho-cipku.vyplnto.cz>

Mockrát děkuji za Váš čas, který jste si udělali na vyplnění mého dotazníku.