

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**INFORMOVANOST ŽEN O RIZIKOVÝCH FAKTORECH
A MOŽNOSTECH PREVENCE ONEMOCNĚNÍ
KARCINOMEM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU**

Bakalářská práce

Autor práce: **Bára Žáková**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2020

**CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING**

**WOMEN AWARENESS OF HIGH-RISK FACTORS AND
OPTIONS FOR PREVENTING CERVICAL CANCER**

Bachelor's thesis

Author: **Bára Žáková**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2020

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

(podpis)

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Evě Vachkové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady, podporu a veškerý strávený čas nad mojí bakalářskou prací. Velké díky patří mé rodině a všem ostatním za trpělivost a podporu v průběhu celého studia. Dále bych chtěla poděkovat gynekologické ordinaci Gynamb v Chrudimi za umožnění výzkumu a za spolupráci při sběru dat.

Obsah

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 ANATOMIE DĚLOŽNÍHO HRDLA.....	10
2 EPIDEMIOLOGIE VÝSKYTU KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU.....	11
3 KARCINOM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU.....	12
3.1 PREKANCERÓZY DĚLOŽNÍHO ČÍPKU	12
3.1.1 <i>Klasifikace prekanceróz.....</i>	<i>12</i>
3.1.2 <i>Dlaždicobuněčné prekancerózy.....</i>	<i>13</i>
3.1.3 <i>Žlázové prekancerózy (CGIN).....</i>	<i>13</i>
3.1.4 <i>Histopatologická klasifikace.....</i>	<i>14</i>
3.1.5 <i>Maligní epitelové nádory.....</i>	<i>14</i>
3.1.6 <i>Maligní mezenchymální nádory.....</i>	<i>15</i>
3.1.7 <i>Smíšené maligní epitelové a mezenchymální nádory.....</i>	<i>15</i>
3.2 RIZIKOVÉ FAKTORY	15
3.2.1 <i>Lidské papilomaviry.....</i>	<i>16</i>
3.2.2 <i>Časné zahájení pohlavního života</i>	<i>17</i>
3.2.3 <i>Hormonální antikoncepce.....</i>	<i>17</i>
3.2.4 <i>Sexuálně přenosná onemocnění (STD).....</i>	<i>18</i>
3.2.5 <i>Kouření</i>	<i>18</i>
3.2.6 <i>Genetické vlivy podmiňující vznik karcinomu</i>	<i>19</i>
3.3 DIAGNOSTIKA KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU	20
3.3.1 <i>Gynekologické vyšetření</i>	<i>20</i>
3.3.2 <i>Kolposkopie</i>	<i>21</i>
3.3.3 <i>Cytologické vyšetření.....</i>	<i>22</i>
3.3.4 <i>HPV test.....</i>	<i>22</i>
3.4 SYMPTOMATOLOGIE	23
3.5 STAGING	23
3.5.1 <i>Stagingový systém TNM.....</i>	<i>23</i>
3.5.2 <i>Stagingový systém FIGO</i>	<i>24</i>
3.6 LÉČBA.....	24
3.6.1 <i>Chirurgická léčba</i>	<i>25</i>
3.6.2 <i>Konizace.....</i>	<i>26</i>
3.6.3 <i>Radioterapie.....</i>	<i>26</i>
3.6.4 <i>Chemoterapie.....</i>	<i>27</i>
4 PREVENCE	28
4.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE	28
4.1.1 <i>Vakcinace proti HPV</i>	<i>29</i>
4.1.2 <i>Vakcína Silgard.....</i>	<i>30</i>
4.1.3 <i>Vakcína Cervarix</i>	<i>30</i>
4.1.4 <i>Vakcína Gardasil 9</i>	<i>31</i>
4.1.5 <i>Vakcinace u mužů</i>	<i>31</i>
4.1.6 <i>Bezpečnost a dlouhodobá účinnost.....</i>	<i>32</i>
4.1.7 <i>Vakcinace v zahraničí.....</i>	<i>33</i>
4.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE	33

4.2.1	<i>Screening</i>	33
4.2.2	<i>Screening karcinomu děložního čípku</i>	34
4.2.3	<i>Preventivní gynekologická prohlídka</i>	35
4.3	TERCIÁLNÍ PREVENCE	36
4.4	KVARTÉRNÍ PREVENCE	36
4.5	ÚLOHA VŠEOBECNÉ SESTRY V PREVENCI NÁDORŮ	37
4.5.1	<i>Edukace v prevenci nádorů</i>	37
4.5.2	<i>Didaktické dovednosti sester podporující kvalitu edukace v ošetrovatelství</i>	38
4.5.3	<i>Specifická edukace v prevenci karcinomu děložního čípku</i>	38
5.	ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST	40
5.1	POJEM ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST	40
5.2	DŮSLEDKY RŮZNÉ ÚROVNĚ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI.....	40
5.3	SROVNÁVACÍ STUDIE ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI V ZEMÍCH EU	41
5.4	ZVYŠOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI V ČR	42
5.5	VÝCHOVA KE ZDRAVÉMU ŽIVOTNÍMU STYLU	42
	EMPIRICKÁ ČÁST	44
6.	CÍLE VÝZKUMU, ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY	45
6.1	CÍLE VÝZKUMU	45
6.2	METODA VÝZKUMU	46
6.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU	46
6.4	ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ	47
7.	VÝSLEDKY	48
8.	DISKUZE	69
	ZÁVĚR	78
	ABSTRAKT	80
	ABSTRACT	81
	POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY	82
	SEZNAM ZKRATEK	86
	SEZNAM GRAFŮ	87
	SEZNAM TABULEK	88
	SEZNAM PŘÍLOH	89

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je „Informovanost žen o rizikových faktorech a možnostech prevence onemocnění karcinomem děložního čípku“. Toto téma jsem si vybrala, protože se jedná bohužel o celosvětově třetí nejčastější nádor vyskytující se u žen.

Ročně se diagnostikuje více než 530 000 nových onemocnění karcinomu děložního čípku a více než 300 000 žen ročně na tento karcinom umírá (Špaček, 2018, s. 450).

Problematika mě už delší dobu zajímala a vedla až k vytvoření této bakalářské práce, jelikož mám zájem dozvědět se o tomto onemocnění ještě více zajímavých informací, které budu moct předat dál ve svém okolí. Sama očkována proti HPV infekci nejsem, ale poslední dobou uvažuji o tom, že se nechám očkovat, protože si myslím, že toto očkování patřící do primární prevence má smysl.

V teoretické části bakalářské práce se nejprve věnujeme velmi krátce základům anatomie děložního čípku. Dále jsme uvedli obecné poznatky týkající se karcinomu děložního čípku, a to epidemiologii a obecnou charakteristiku karcinomu děložního čípku, prekancerózy děložního čípku a histopatologickou klasifikaci. Podrobněji jsme se věnovali rizikovým faktorům, které se mohou podílet na vzniku karcinomu děložního čípku. Dále jsme popisovali projevy, diagnostiku a léčbu tohoto onemocnění. V jedné kapitole jsme se podrobněji věnovali prevenci a možnosti preventivního opatření, také úlohou všeobecné sestry v edukaci a prevenci nádorů. Teoretickou část jsme zakončili kapitolou, která vysvětluje pojmy jako informovanost z hlediska zdravotní gramotnosti a výchovu ke zdravému životnímu stylu.

V empirické části jsme provedli výzkumné šetření za pomoci tištěného dotazníku. Zabývali jsem se informovaností dospělých žen, jak jsou informovány o karcinomu děložního čípku, o preventivních gynekologických prohlídkách, nejčastějších rizikových faktorech, očkování a očkovacích vakuinách, a také zda jim jejich gynekologické zařízení poskytuje dostatek informací o tomto onemocnění.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo vypracovat edukační materiál (příloha č. 3), který by poskytl ucelený přehled možností a informací dospělým ženám tak, aby věděly, jaké rizikové faktory přispívají k tomuto onemocnění, aby se jim vyvarovaly, jaké jsou možnosti prevence a preventivního opatření. Aby nezanedbávaly pravidelné gynekologické prohlídky, dodržovaly zásady zdravého životního stylu a nebály se optat svého gynekologa na veškeré informace, které se týkají karcinomu děložního čípku.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE DĚLOŽNÍHO HRDLA

Děloha je součástí vnitřních ženských pohlavních orgánů, je uložena ve středu pánve, má tvar obrácené hrušky a měří průměrně 6-8 cm. Široká, objemná část dělohy se nazývá děložní tělo. Naproti tomu zúžená, oválná část dělohy směřující k pochvě, se nazývá děložní čípek. Větší část děložního hrdla označován jako tzv. děložní čípek lze pozorovat přímo při běžném gynekologickém vyšetření (viz Příloha č.1). Středem děložního čípku prochází kanálek, který ústí do děložní dutiny v děložním těle (Sláma, 2011, s. 5-6).

Povrch děložního čípku je pokryt epitelem, který je tvořen dlaždicovými, skvamózními buňkami. Kanálek děložního čípku a oblast kolem kanálku jsou pokryty hrozničkovitým, začervenalým epitelem, který je tvořen cylindrickými, glandulárními, žlázovými buňkami majícími schopnost vytvářet hlen. Kontakt mezi těmito dvěma typy buněk tvoří nepravidelnou linii, která se postupem věku bude posouvat z povrchu děložního čípku směrem do jeho kanálku. Postupné vtláčování méně odolných válcových buněk do děložního čípku je zajištěno přirozeným procesem přeměny cylindrických buněk v buňky dlaždicové. Technicky se takový proces nazývá metaplazie a probíhá u každé ženy. Oblast, kde se metaplazie odehrává, vytváří různě širokou tzv. transformační zónu, která je definována prostorem mezi původní skvamokolumnární funkcí a novou skvamokolumnární funkcí. Transformační zóna je velmi křehká, a proto se zde mohou snadno vytvářet různá chorobná ložiska. (Sláma, 2011, s. 5-6).

2 EPIDEMIOLOGIE VÝSKYTU KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Jak již zmiňuji v úvodu celosvětově se jedná o třetí nejčastější karcinom postihující ženy. Ročně se diagnostikuje více než 530 000 nových případů, bohužel více než 300 000 žen na tento karcinom umírá. Ačkoli incidence a úmrtnost na karcinom děložního čípku v posledních 15 letech poklesla, i tak je stále velmi vysoká. Ze 40 zemí Evropy zaujímáme 13. nejvyšší místo v incidenci a 18. nejvyšší místo v úmrtnosti. Pokles incidence v posledních pěti letech je u nás výraznější, ale bohužel ve srovnání s vyspělými evropskými zeměmi jsou pro nás tato čísla stále neuspokojivá. Poslední oficiální statistická data za rok 2016 ukazují, že bylo objeveno 822 nových invazivních karcinomů, tzn. míra incidence byla 15,3/100 000 žen. Bohužel zemřelo 364 žen, míra úmrtnosti tak činila 6,78/100 000 žen (Špaček, 2018, s. 450).

V České republice je incidence, ale i úmrtnost stále vyšší než v západních zemích, v nichž je přes 75 % onemocnění zachyceno v operativním stádiu. Naopak vyšší je incidence cervikálního karcinomu v málo rozvinutých zemích (Čína, Indie), kde je kolem 75 % onemocnění zachyceno v pokročilém stádiu (Kolařík, 2011, s. 744).

Karcinom děložního čípku je v rozvojových zemích na druhém místě ve výskytu zhoubných nádorů u žen (Afrika, Asie, Jižní Amerika) (Cibula, 2009, s. 393).

3 KARCINOM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Karcinom děložního čípku je maligní epitelový nádorový proces vycházející z oblasti povrchového epitelu hrdla – exocervixu, nebo cylindrického epitelu děložního kanálu - endocervixu. Nástupu nemoci předchází období vývoje dysplastických lézí, které se označují jako intraepiteliální cervikální neoplázie, zkratkou CIN (Adam, 2010, s. 215).

Karcinom děložního čípku je pozdní a relativně vzácná komplikace běžných infekcí, které jsou celosvětově rozšířené. Nejde však o vzácné onemocnění na celém světě. Každý rok je postiženo téměř půl milionu žen. (Ondrůš, 2013, s. 7).

3.1 Prekancerózy děložního čípku

Prekancerózy neboli dysplazie jsou intraepiteliální změny, které jsou definované jako předstupně maligního bujení. Prekancerózy představují vysoké riziko budoucího rozvoje invazivního nádoru, kterému předcházejí asi o 10-15 let (Cibula, 2009, s. 311).

Cervikální prekancerózní léze jsou nejčastějšími diagnostikovanými dysplastickými změnami z komplexu LGTNS (low genital tract neoplasia syndrom). Jsou založeny na dlaždicobuněčném i žlázovém epitelu děložního čípku.

V České republice (ČR) je poměr incidence dlaždicobuněčných prekanceróz (CIN) k adenoprekancerózám, které se označují jako cervikální glandulární intraepiteliální neoplázie, zkratkou CGIN 60-80:1. Naproti tomu výskyt spinocelulárního karcinomu vůči adenokarcinomu děložního čípku v ČR je přibližně v poměru 5-7:1. Adenoprekancerózy jsou před 30. rokem života velmi vzácné, zatímco dlaždicobuněčné prekancerózy nacházíme u dívek již v mladé dospělosti (Cibula, 2009, s. 315).

3.1.1 Klasifikace prekanceróz

Prekancerózy obvykle klasifikujeme jako nízké tzv. low grade (LG) a vysoké tzv. high – grade (HG), podle stupně jejich závažnosti (Cibula, 2009, s. 311).

Rozlišujeme tři typy dysplázií:

- CIN 1 – mírná dysplazie se změnami ve spodní třetině epitelu. Mírná dysplazie může stagnovat nebo dokonce ustupovat. K likvidaci dochází také po chirurgickém odstranění léze nebo po traumatu. Asi u jedné čtvrtiny neléčených případů se během deseti let vyvine mírná dysplazie a polovina z nich se vyvine do karcinomu in situ.
- CIN 2 - střední dysplazie s lézemi dosahujícími až do dvou třetin epitelu. Postupuje ve formě mírné dysplazie, ale v mnohem větším procentu a v kratším časovém intervalu.
- CIN 3 – těžká dysplazie, nebo již karcinom in situ s nedostatkem vrstev, aneuploidie jater, atypickými mitózami, a s nediferencovaným epitelem v celé své šíři. Přibližně tři čtvrtiny neléčených těžkých dysplázií se transformují na invazivní karcinom (Roztočil, 2011, s. 338).

3.1.2 Dlaždicobuněčné prekancerózy

Ukazatelem dlaždicobuněčného karcinomu děložního čípku je cervikální intraepiteliální neoplázie (CIN). Jedná se o změny, které jsou spojeny s HPV infekcí. Na histologické úrovni je CIN charakterizována abnormalitami maturace, expanzí bazálního epitelu, jadernými abnormalitami, včetně jaderného polymorfismu, hyperplázií, nepravidelnými nukleárními membránami a přítomností mitóz včetně atypických. Na morfológické úrovni se cytopatogenní účinek HPV kromě výše popsaných jaderných změn projevuje také v perinukleárním projasnění, buňky s těmito změnami se nazývají koilocyty.

V poslední době, stejně jako v cytologii, se stále více rozlišují pouze dva stupně – skvamózní intraepiteliální léze – low grade, zkratkou LG SIL a skvamózní epiteliální léze – high grade, zkratkou HG SIL, včetně karcinomu in situ (Cibula, 2009, s. 315-316).

3.1.3 Žlázové prekancerózy (CGIN)

Žlázové prekancerózy neboli cervikální intraepiteliální neoplázie, které označujeme CGIN jsou prekancerózy, které dělíme na low grade a high grade. Tvoří jí samotná jednotka, a to karcinom in situ (AIS). Tyto prekancerózy jsou asi v polovině mixovány s CIN (jedná se

o tzv. smíšené prekancerózy), kdy jsou často žlázové prekancerózy (CGIN) náhodně objeveny při podezření na dlaždicobuněčné prekancerózy (CIN) (Cibula, 2009, s. 317).

3.1.4 Histopatologická klasifikace

Převážná většina nádorů děložního hrdla jsou maligní epiteliální nádory, zejména dlaždicobuněčný karcinom. Jiné maligní nádory jsou velmi vzácné. Mezi mezenchymálními nádory dominuje leiomyosarkom, následovaný vzácnými typy nádorů, jako je endometriální stromální sarkom i nediferencovaný sarkom. Ze skupiny smíšených maligních epiteliálních a mezenchymálních nádorů se může objevit maligní smíšený Müllerův nádor a adenosarkom. (Cibula, 2009, s. 394)

3.1.5 Maligní epitelové nádory

Většina zhoubných nádorů děložního hrdla jsou maligní epitelové nádory. Nejběžnější je dlaždicobuněčný karcinom, který má dobře definovanou přednádorovou lézi HG SIL (high grade skvamózní intraepiteliální léze), ve které bylo detekováno více než 99 % HR HPV. HR HPV bylo detekováno u více než 95 % invazivních dlaždicobuněčných karcinomů. Pouze malé procento těchto nádorů nemá nic společného s infekcí HPV a jejich patogeneze se také liší. V ČR představuje spinocelulární karcinom v současné době více než 80 % nádorů děložního hrdla. V zemích s účinným screeningem je podíl spinocelulárního karcinomu nižší, což snadněji souvisí s detekcí dlaždicobuněčných prekancerózních lézí (Špaček, 2018, s. 452).

Druhou nejčastější skupinou maligních epitelových nádorů je adenokarcinom. Představuje 15-17 % invazivních karcinomů v naší populaci. Jejich prekancerózní léze jsou obtížně detekovatelné. V postupu screeningu je poměr HG SIL: AIS 1:75. Adenokarcinom tvoří histopatologickou různorodou skupinu s různými proporcemi HR HPV, obvykle s různým biologickým chováním. Patří sem prognosticky příznivé typy, ale také velmi agresivní typy, např. serózní adenokarcinom (Špaček, 2018, s. 452).

3.1.6 Maligní mezenchymální nádory

Mezenchymální nádory jsou velmi vzácné, chovají se relativně agresivně a jsou prognosticky méně příznivé. Tato skupina nádorů vyžaduje kvůli své vzácnosti specializované histopatologické znalosti a je obvykle konzultována v onkogynekologickém centru patologem specializujícím se na gynekologickou patologii. Nejčastějším nádorem je leiomyosarkom, u kterého lze předpovědět biologické chování na základě počtu mitóz a míry proliferace. Jeho prognóza je nepříznivá díky rychlým metastázám. Embryonální rhabdomyosarkom se vyskytuje u dívek ve věku 2 až 12 let a nejčastěji pochází z proximální části pochvy nebo děložního hrdla. Intenzivní chemoterapie v lokalizovaných formách přenesla tyto nádory na prognosticky příznivější, stále však mají tendenci k rychlým hematopoetickým a lymfogenním metastázám. Dalšími nádory této skupiny jsou kazuistikami, ve kterých pouze včasná chirurgická léčba vede k příznivější prognóze (Špaček, 2018, s. 453-454).

3.1.7 Smíšené maligní epitelové a mezenchymální nádory

V této oblasti je popsána skupina vzácných nádorů, včetně maligních smíšených Müllerových nádorů, adenosarkomu a v některých případech nádorů podobných jako nádoru ledvin, kterému se říká Wilmsův nádor. Maligní smíšený Müllerův nádor je vzácný v děložním hrdle a je podobný tomuto typu nádoru v histologii. Epitelové komponenty jsou však obvykle nežlázové, včetně dlaždicobuněčného karcinomu, nediferencovaného karcinomu a adenoidního cystického a adenoidního bazálního buněčného karcinomu. Je nezbytné odlišení primárního nádoru děložního hrdla od prorůstání nádoru z těla děložního. Adenosarkom je vzácný nádor složený histologicky z benigního epitelu a maligního mezenchymálního komponentu (Cibula, 2009, s. 399).

3.2 Rizikové faktory

Existuje několik rizikových faktorů pro vznik karcinomu děložního čípku, většina z nich souvisí se sexuálním chováním ženy. Mezi nejdůležitější faktory patří perzistující infekce rizikovými typy lidských papilomavirů, ve zkratce high risk human papilloma virus

(HR HPV), protože jsou celkem u 99,7 % případů karcinomu děložního čípku pozitivní (Cibula, 2009, s. 399).

Za další velmi významné rizikové faktory jsou pokládány nízký věk při začátku pohlavního života (kotairche) – pod 16 let věku dívky, větší počet sexuálních partnerů, s tím také souvisí nízký socioekonomický status ženy a pohlavně přenosné nemoci. Patří sem také dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce a kouření.

Hlavní predispozicí k rakovině děložního čípku je však rizikové sexuální chování, zejména v mladém věku (Žaloudík, 2008, s. 120).

3.2.1 Lidské papilomaviry

Lidské papilomaviry – human papillomaviruses – HPV jsou známe po celém světě, a jsou považovány za nejčastější původce sexuálně přenosných chorob. Tyto viry napadají sliznice anogenitální oblasti nebo také epitel kůže. HPV je velmi malý virus DNA (deoxyribonukleová kyselina), který patří do samostatné čeledi Papillomaviridae a jeho kruhovitá DNA, která tvoří genom HPV se skládá z 800 párů bází.

Podle karcinogenního potenciálu se HPV genotypy dělí na nízké riziko (low-risk, nekarcinogenní) – 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72 a 81 a vysoké riziko (high-risk, karcinogenní) – 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73 a 82. Nejdůležitějšími genotypy HPV 16 a 18 podle WHO (světová zdravotnická organizace) jsou lidské karcinogeny. Perzistující infekce HR HPV je příčinou asi 5 % zhoubných nádorů po celém světě. U žen je etiologie spojena s rizikem téměř všech karcinomů děložního čípku. K nákaze lidskými papilomaviry dochází při sexuálním styku, ale možný je i přenos orální, nebo kontaminovaným ručníkem i prádlem, což je vzácné (Špaček, 2018, s. 219-220).

Přenos infekce HPV může nastat také u dívek, které dosud neměly pohlavní styk, ale jsou již sexuálně aktivní, protože infekce může být způsobena například prsty kontaminovaného partnera. Inkubační doba od přenosu do rozvoje infekce infikované osoby se pohybuje od 1,5 do 8 měsíců, v průměru 3 měsíce. HPV infekce je v lidské společnosti velmi častá a téměř většina z nás se s ní za život alespoň jednou setká, neboť infekce se nejčastěji vyskytuje v ranné dospělosti mezi 18. a 25. rokem života, kdežto po 30. rokem života nových HPV infekcí klesá a incidence zůstává v průměru na hodnotách 5-7 % infikovaných žen (Sláma, 2011, s. 18-19).

Nepříznivý vývoj infekce je ovlivněn mnoha rizikovými faktory, které podporují vstup infekce HPV do těla, podporují perzistenci viru, zvyšují riziko lézí vysokého stupně a zvyšují tak výskyt rakoviny. Hlavními podpůrnými faktory jsou kouření, současná infekce chlamydií, infekce herpes virem, chronická cervicitida, dlouhodobé užívání hormonálních kontraceptiv, multiplicita, časté střídání sexuálních partnerů, imunosuprese, imunodeficience, genetické faktory a některé nutriční faktory, například snížená hladina sérového beta – karotenu, folátů a dalších (Špaček, 2018, s. 219-220).

3.2.2 Časné zahájení pohlavního života

Časné zahájení pohlavního života neboli koitarche se rozumí včasný pohlavní styk dívky před 16. rokem života (Cibula, 2009, s. 399-400).

Neboť brzký začátek pohlavního života podporuje vznik HPV infekce, jelikož u mladých dívek je děložní čípek nezralý, a tudíž velmi zranitelnější a náchylnější k virům (Sláma, 2011, s. 17).

S tím více méně souvisí velmi časté střídání sexuálních partnerů, také označováno jako promiskuita, nebo promiskuitní mužský partner, kdy 10 a více sexuálních partnerů přispívá 2x – 3x ke zvýšenému riziku karcinomu děložního čípku nebo jakýkoliv jiných pohlavně přenosných nemocí (Cibula, 2009, s. 399-400).

3.2.3 Hormonální antikoncepce

Antikoncepce je metoda a prostředek, která dočasně zabraňuje vzniku těhotenství. Kromě ochrany proti početí má antikoncepce také blahodárné účinky na zdraví, ale také vedlejší účinky a rizika (Špaček, 2018, s. 174).

Hormonální antikoncepce je považována za rizikový faktor, jen při současném působení dalších rizikových faktorů jako je například rizikové sexuální chování. Stimulační účinek estrogenu na transkripci virové mRNA (messenger RNA, jednovláknová nukleová kyselina) HPV a imunosupresivní účinek progestinů zvyšují riziko přetrvávající infekce HPV (Špaček, 2018, s. 455).

Hormonální antikoncepce u uživatelky po dobu 5 let užívání je RR 1,6 - 1,9, nad 10 let užívání se zvyšuje na 2,5, avšak za 10 let po vysazení hormonální antikoncepce se riziko vrací k normě (Cibula, 2009, s. 400).

3.2.4 Sexuálně přenosná onemocnění (STD)

Sexuálně přenosná onemocnění (STD – Sexually Transmitted Diseases), někdy označovaná jako STI (Sexually Transmitted Infections), zahrnují skupinu nemocí přenášených pouze pohlavním stykem, u nichž je jedním z možných způsobů přenosu pohlavní styk a různé sexuální praktiky pacienta. Cesty přenosu infekce jsou nejčastěji pohlavním stykem, krví, z matky na dítě v těhotenství i při porodu, transfúzí, nebo poraněním. (Slezáková, 2013, s. 46-47).

Mezi sexuálně přenosná onemocnění řadíme také lidské papilomaviry (HPV – human papillomavirus). Odhaduje se, že až 75 % sexuálně aktivních žen bylo alespoň jednou za život infikováno jedním nebo více typy cervikálních karcinomů. Přetrvávající infekce HPV je nezbytnou podmínkou pro vznik nebo progresi klinických nálezů, pro rozvoj maligních onemocnění je nutná perzistence HR HPV.

Nejběžnějším způsobem přenosu je pohlavní styk, po zahájení pohlavního života, dojde zcela velmi rychle k promoření naivní populace. Toto onemocnění je vysoce infekční a izolované léze HPV obsahují miliony živých infekčních virových částic. Přibližně u dvou třetin jedinců, kteří mají sexuální kontakt s partnerem, který má manifestní formu akuminálních kondylomat, dochází k rozvoji HPV infekce.

Mezi rizikové faktory HPV infekce anogenitálního traktu patří zejména rizikové sexuální chování ženy. Významným rizikovým faktorem je přítomnost HPV infekce u sexuálního partnera, časný začátek sexuálního života, zejména u mladých dívek, promiskuita, nechráněné pohlavní styky, frekvence sexuálních styků a nuliparita. (Špaček, 2018. s. 212)

3.2.5 Kouření

Přímý vztah mezi kouřením a rozvojem rakoviny je nepochybný. Existuje mnoho experimentálních, klinických a epidemiologických důkazů, že kouření cigaret může vyvolat nádorové bujení (Žaloudík, 2008, s. 31).

Kouření cigaret je jedním z rizikových faktorů, jelikož nepříznivě ovlivňuje imunitní systém, a tak i pravděpodobnost, že tělo samo zlikviduje HPV infekci. (Sláma, 2011, s. 17).

V tabákovém kouří lze nalézt látky s účinky podporujícími transformaci nádorových buněk, jakož i látky, které působí jako promotory již indukovaných nádorových změn, které

podporují progresi nádorů, a dále látky s kokancerogenními účinky, které usnadňují karcinogenní zásah do buněk. V současné době je rostoucí kouření mladých dívek a žen obzvláště znepokojivé. Je nezbytné dodat, že kouření je také ohrožení pro nekuřáky, kteří zůstávají v kuřáckém prostředí, nebo s osobou, která kouří. Riziko pasivního kouření nelze vůbec podceňovat, tj. riziko pro lidi, kteří sami nekouří (Žaloudík, 2008, s. 32-39).

3.2.6 Genetické vlivy podmiňující vznik karcinomu

Každé onkologické onemocnění je způsobena genetickými změnami na buněčné úrovni. Tyto změny mohou být způsobeny vnějšími faktory. Kromě toho však existují vrozené mutace, které jsou přítomny ve všech tělesných buňkách a jsou vysokou predispozicí k rozvoji jednoho nebo více typů nádorů.

Genetici hovoří o takzvaném familiárním výskytu určitého specifického nádoru. Termín familiární výskyt se týká skutečnosti, že určitý typ nádoru se v rodině vyskytl vícekrát. To lze snadno zjistit v rozhovoru s pacientem nebo v anamnéze. Zjištění familiárního výskytu vede k doporučení aktivnějších a dříve iniciovaných preventivních kontrol.

Existuje však jedna věc, kterou mají familiární nádory jasně identifikované genetikou, že populace, kterou ovlivňují, je mnohem mladší, než je průměrný věk nefamiliárních nádorů. Například, pokud se rakovina obvykle vyvíjí po 50 letech, pak se dědičné nádory budou vyvíjet kolem 40 let. Například pokud karcinom vzniká obvykle po 50. roce života, tak dědičný nádor bude vznikat již kolem 40. roku.

Proto je důležité, zejména pro mladé lidi s novými nádory, mít vždy zájem o nádory, které postihly ostatní členy rodiny, sourozence, rodiče a prarodiče. Pokud rodinná anamnéza naznačuje dědičnou rakovinu, měla by být tato osoba odkázána na speciální genetické poradenské zařízení. Pokud odborník potvrdí, že existuje podezření na geneticky kódovaný nádor, prozkoumá určité geny a jejich mutace, o kterých je známo, že způsobují maligní onemocnění v jejich nosičích.

V České republice je každý rok diagnostikováno více než 40 tisíc onkologicky nemocných. Asi 5 až 10 % nádorů může být genetického původu. U některých typů nádorů je poměr genetických forem relativně vysoký, což může dosáhnout více než 10 %, zatímco u jiných nádorů mohou být hlavní genetické faktory relativně malé (Vorlíček, 2012, s. 47-48).

3.3 Diagnostika karcinomu děložního čípku

Prvním krokem v diagnostice karcinomu děložního čípku je provedení kolposkopie, což je profesionální diagnostická metoda, zejména pro léze umístěné na děložním čípku, které nám pomohou určit velikost nádoru na děložním čípku a vztah mezi nádorem a vaginální stěnou.

Po kolposkopickém vyšetření následuje klinické gynekologické vyšetření, které je doplněné vyšetřením per rectum, které je důležité pro posouzení cervikálního nálezu. Poté následuje ultrazvukové vyšetření. Toto vyšetření je odborné a vyžaduje zkušenosti s posuzováním onkogynekologických nálezů v malé pánvi. Ultrazvukové vyšetření dělohy, děložního hrdla a paracervixu nám pomáhá určit míru infiltrace stomatu na děložním hrdle, vztah nádoru k cervikální fascii a umožňuje nám provést přibližné hodnocení pánevních lymfatických uzlin.

Ve většině vyspělých zemí se magnetická rezonance používá jako základní vyšetření ke kontrole objemu nádoru a určení rozsahu postižení dělohy. Výhodou magnetické rezonance je, že inspekci lze provádět ve standardním pořadí a vyšetřovatel může být méně ohrožen jednotlivými chybami. Nevýhody zobrazovací magnetické rezonance jsou vyšší náklady a obtížnější dostupnost. Výhodou odborného ultrazvuku je nižší cena, rychlejší vyšetření a dynamické vyhodnocení pohybu dělohy a děložního čípku (Špaček, 2018, s. 457).

Při stanovení diagnózy je velmi důležité vzít v úvahu celou osobnost pacientky, nejen její zdravotní problémy, ale je nutné posoudit psychologický stav ženy, její sociální a rodinné zázemí, které má často významný vliv na nástup, přetrvávání a intenzitu somatických problémů (Roztočil, 2011, s. 54).

3.3.1 Gynekologické vyšetření

Mezi gynekologické vyšetření patří fyzikální vyšetření, kdy lékař pohledem (aspekce) sleduje stav břicha, pánve, podbřišku, vulvy, ochlupení, jizvy, hráze, prsů. Poklepem (perkuse) zjišťujeme ohraničení případné rezistence v malé pánvi. Poslechem (auskultace) vyšetřujeme střevní peristaltiku (podezření na ileus a peritonitis), nyní je toto vyšetření nahrazeno rentgenovým a ultrazvukovým vyšetřením. Vyšetření pohmatem (palpací) může gynekolog vyšetřovat Per vaginam, kde zjišťujeme přítomnost výtoku, stav vaginální sliznice a děložního čípku. U dětí se tato vyšetřovací metoda nahrazuje vaginoskopií.

Bimanuální palpační vyšetření, který následuje po vyšetření v poševních zrcadlech, lékař po vyšetření pod kolposkopií jednou rukou provede vyšetření na břišní stěně a druhou rukou vloží do pochvy, aby zkontroloval velikost dělohy, vaječnicků a možného odporu. U dětí se toto vyšetření provádí výhradně rektoabdominálně (Slezáková, 2011, s. 26-27).

3.3.2 Kolposkopie

Kolposkopie je endoskopické binokulární optické vyšetření používané k diagnostice patologie děložního čípku. Kolposkopie se používá hlavně k ověření screeningové cytologie před chirurgickým zákrokem, k cílovému sběru biopsie a ke stanovení abnormálních výsledků rozsahu a tvaru léze. Kolposkopie vyžaduje hodně času. Nálezy by neměly být považovány pouze za statické obrazy, ale také za jejich průběh a vývoj v průběhu času. Vyšetření začíná malým zvětšením, oblasti vykazující abnormální znaky jsou následně prohlíženy při větším zvětšení a za použití barevného filtru.

Prvním krokem je nativní kolposkopie, ve které je pozorovaná oblast bez hlenu a v případě potřeby se jemně aplikuje fyziologický roztok. Tento postup usnadňuje identifikaci charakteristik invazivního nádoru. Poté se provede rozšířená kolposkopie, která vyžaduje použití dostatečného množství 3-5% roztoku kyseliny octové. To způsobuje reverzibilní koagulaci a srážení jaderných proteinů a některých cytokeratinů. V oblastech, které obsahují vyšší koncentraci jaderných bílkovin v horních vrstvách epitelu, se proto po použití kyseliny octové vysráží na vyšší úrovni. Výsledkem je snížení průchodu světelného paprsku epitelem, potlačení subepiteliální kapilární průsvitnosti a bělení pozorovaného povrchu - tzv. pozitivní ocet.

Alternativně může být Schillerův test proveden na konci vyšetření, kde se na děložní hrdlo aplikuje Lugolův roztok, aby se identifikovaly jódem negativní oblasti bez glykogenu v epitelu. Citlivost tohoto testu ke stanovení závažnosti léze je velmi nízká a jejím hlavním významem je určení oblasti léze před chirurgickým ošetřením (Čepický, 2018, s. 116).

3.3.3 Cytologické vyšetření

Cytologické vyšetření představuje nepatrně invazivní, rychlou a levně dostupnou metodou, neboť toto vyšetření materiálu získaného stíráním z cervikální transformační zóny je součástí pravidelných gynekologických vyšetření a používá se pro včasnou detekci prekancerózních lézí (Špaček, 2018, s. 130-132).

Nejprve je každý nátěr vyšetřen cytotechnologem, nelékařským zdravotnickým pracovníkem, který úspěšně absolvoval certifikovaný kurz gynekologické cytodiagnostiky. Pokud je během tohoto vyšetření zjištěna abnormální detekce, je nátěr vyšetřen lékařem, který detekci nakonec diagnostikuje.

Pro klasifikaci nálezu se používá globálně standardizovaná terminologie, tzv. Bethesda systém, který také zahrnuje posouzení adekvátnosti vzorkování, to znamená, zda byl odběr vzorků skutečně proveden z transformační zóny. V současné době většina laboratoří kromě základních cytologických diagnostických metod provádí také testy na lidský papilomavirus. Laboratoř zapojená do cervikálního vaginálního cytologického screeningu je součástí patologického oddělení nebo soukromého zdravotnického zařízení (Špaček, 2018, s. 130-132).

3.3.4 HPV test

Test HPV je nová, moderní automatizovaná metoda, která přímo detekuje přítomnost vysoce rizikových typů infekce HPV. Díky analýze DNA z cervikálního nátěru je možné přesně určit přítomnost viru HPV a určit míru rizika karcinomu děložního čípku. Na rozdíl od tradiční cytologie tento test umožňuje detekci přítomnosti HPV infekce mnohem dříve než v důsledku nádorových změn nebo nádorových změn v buňkách děložního čípku.

Test HPV je vhodný pro ženy starší 30 let, které chtějí zajistit, aby nebyly infikovány vysoce rizikovým virem HPV a chtějí se cítit v bezpečí během následujících 3-5 let. Doporučuje se také ženám, jejichž cytologický stěr je normální, ale mají nepravidelnosti, jejichž původ může nebo nemusí být způsoben virem HPV.

Pojišťovna platí za toto vyšetření pouze v případě pozitivního cytologického nálezu a na základě doporučení lékaře. Pacientka si může však kdykoli vyžádat a zaplatit test ze svých prostředků (HPV TESTY, 2020)

3.4 Symptomatologie

Klinický obraz karcinomu děložního čípku je asymptomatický, nenápadný. Karcinom děložního čípku se projevuje v prvním stádiu onemocnění vodnatým, zakrvaveným výtokem a krvácením během, nebo po pohlavním styku. Bolesti v malé pánvi a v bederní oblasti jsou již známkou pokročilejšího stádia onemocnění, stejně tak jako měštnání moči v kalichopanvičkovém systému ledvin z důvodu obstrukce ureterů. Otoky dolních končetin jsou též symptomatologii pokročilých stádií karcinomu děložního čípku (Roztočil, 2011, s. 340).

3.5 Staging

Účelem stagingu je získat co nejpřesnější informace o rozsahu onemocnění. Základním kritériem pro stanovení stadia nemoci je klasifikace anatomického rozsahu onemocnění, která je stanovena klinicky a pokud možno histopatologicky. Za účelem co nejlepšího popisu stadia onemocnění se používá klasifikační systém, který je vhodný pro všechna anatomická místa, doplněný informacemi získanými chirurgickým a histopatologickým vyšetřením. Hlavními charakteristikami systému klasifikace kvality jsou účinnost, flexibilita, spolehlivost a praktičnost. Hrubá klasifikace v každé klasifikaci může rozlišovat rané stádium a pozdní stádium onemocnění.

V současné době jsou používány 2 nezávislé na sobě klasifikační systémy, a to systém TNM (mezinárodní klasifikace zhoubných nádorů) vytvořený Union Internationale Contre Le Cancer (UICC) a systém FIGO (mezinárodní federace gynekologie a porodnictví) vytvořený Fédération Internationale de Gynekologie et d'Obstétrique, které jsou však vzájemně definovány, aby si odpovídaly. Obě klasifikace jsou pravidelně aktualizovány a upravovány (Cibula, 2009, s. 97).

3.5.1 Stagingový systém TNM

Klasifikace TNM poskytuje informace o velikosti nádoru (T = tumor), přítomnosti nebo nepřítomnosti onemocnění v lymfatických uzlinách pro postižený orgán nebo tkáň (N = nodulus) a informace o přítomnosti i rozsahu metastáz (M).

Na základě těchto kvalitativních a kvantitativních popisných informací o rozsahu onemocnění jsou obvykle stanoveny 4 klinická stádia nemoci s možnou další kategorizací. Pouze tehdy, když provádíme otevřenou diagnózu histologie, můžeme pochopit histologický grading a klinické stádium podle klasifikace TNM a poté je možné rozhodnout o léčebném plánu (Vorlíček, 2012, s. 71-72).

3.5.2 Stagingový systém FIGO

Nejrozšířenějším stagingovým systémem pro rakovinu děložního čípku je čtyřfázový systém vyvinutý Mezinárodní federací gynekologů a porodníků. Klasifikace FIGO karcinomu děložního čípku byla původně založena na výsledcích klinických vyšetření. Karcinomy děložního čípku jsou zinscenovány pomocí FIGO systému v době počáteční diagnózy. Proto má zásadní význam, aby pánevní vyšetření prováděli zkušení odborníci. Od roku 2009, kdy byl zveřejněn revidovaný FIGO staging systém pro karcinom děložního čípku, výbor FIGO pro gynekologickou onkologii podporuje používání zobrazovacích technik pro hodnocení velikosti a růstu lézí. Jiná vyšetření (tj. vyšetření prováděná v anestezii, cystoskopii, sigmoidoskopii nebo intravenózní pyelografii) jsou považována za nepovinná (Dona Shoupe, 2017, s. 827).

3.6 Léčba

Při léčbě karcinomu děložního čípku lze použít samostatně nebo v kombinaci tři způsoby léčby: chirurgickou léčbu, radioterapii a chemoterapii.

Obecně se dá říci, že se operují ty pacientky, které jsou v celkově dobrém stavu a s karcinomem děložního hrdla v časném stádiu. Výhodou chirurgické léčby je, že dokáže udržet ovariální funkci u mladých žen, pacientky nebudou pociťovat nepříznivé účinky radioterapie a můžeme také získat přesné informace o stupni onemocnění na základě histopatologického vyšetření. Výhodou radiační terapie je to, že v případě lokálně pokročilého karcinomu děložního čípku, kdy je technicky nemožné provést radikální chirurgický zákrok, lze radiační terapií vyléčit (Roztočil, 2011, s. 341-342).

Karcinom děložního čípku se častěji vyskytuje u žen ve fertilním věku, nezřídka u nerodivších. Proto jsou postupy zachování fertility specifickým problémem. Jejich podstatou je ochrana děložního těla a alespoň 0,5-1 cm délky intaktního kanálu děložního čípku. Proto

je tedy možné provést konizaci, jednoduchou trachelektomií a dokonce i radikální trachelektomií.

Léčebný postup je u každé pacientky velmi individuální. Léčba není určována pouze na základě stádia onemocnění, ale je také upravována podle prognostických faktorů, ale také i podle věku pacientky, jejího fertálního stavu, osobních přání, interkurentních onemocnění apod. (Kolařík, 2008, s. 757).

Díky léčbě onkologické pacientky se kvalita života dočasně, někdy i trvale zhoršuje, proto tato skutečnost, zhoršení kvality života terapeutických intervencí, musí být vždy při plánování léčby zohledněna (Vorlíček, 2012, s. 70).

3.6.1 Chirurgická léčba

Chirurgie je hlavní metodou včasné léčby karcinomu děložního čípku, která se používá ve specifických případech lokální recidivy pánevního onemocnění a v poslední době se používá i v pokročilé chirurgii. V posledních letech je hlavním trendem chirurgické léčby stanovení rozsahu chirurgického zákroku na základě existence hodnocených prognostických parametrů a radikality (tailoring) u každé pacientky. Mnohem důležitější je snížení nemocnosti, zejména minimalizace pozdních komplikací, které dlouhodobě zhoršují kvalitu života.

Primární chirurgická léčba se používá v mikroinvazivních stádiích IA a IB1 (nádor limitovaný na děložní hrdlo do 4 cm v průměru), IB2 (nádor limitovaný na děložní hrdlo do 4 cm v průměru) a na některých pracovištích IIA (nádor infiltrující horní dvě třetiny pochvy bez současné infiltrace parametry). Alternativou k chirurgickému zákroku v těchto stádiích je radioterapie, zejména u pacientek ve špatném zdravotním stavu, ve vysokém věku (nad 70-75 let) nebo s významnou polymorbiditou. Počínaje stadiem IIB (nádor přesahující pericervikální fascii-infiltrující parametry) dominuje základní radioterapeutická léčba (Cibula, 2009, s. 412).

U stádia IA1 je infikována konizace děložního čípku a hysterektomie u žen, které již neplánují další těhotenství. U stádia IA2 a IB1 byla po mnoho desetiletí u všech žen standardním výkonem radikální hysterektomie s pánevní lymfadenektomií. V současné době jsou radikální hysterektomie děleny jednak podle rozsahu resekce paracervixu a jednak podle technik, které šetří nervy dolního hypogastrického plexu. Taktéž to platí i pro stádium B1,

kdy je standardním výkonem radikální hysterektomie s pánevní lymfadenektomií. U stádia IB2 jsou používány tři modalities léčby, určuje se to podle zvyklosti jednotlivých pracovišť, věku, komorbidit, a i přání plně poučené ženy. Volit lze mezi primární operační radikální léčbou, adjuvantní radioterapií nebo lze využít neodjuvantní chemoterapii před radikální operační léčbou či použít primární chemoterapii. (Špaček, 2018, s. 460-462)

3.6.2 Konizace

Podezření na abnormální nález na děložním čípku by mělo být ověřeno. V některých případech postačuje shoda mezi cytologickým vyšetřením a výsledkem kolposkopického vyšetření. V případě závažných nálezů nebo nesrovnalostí ve výsledcích je nutné ověřit skutečnou závažnost odebráním postižené tkáně děložního čípku, tzv. biopsií. Během vyšetření je možné provést biopsii několika způsoby. Jedná se o odběr milimetrového vzorku postižené části děložního čípku pomocí drobných kleštiček. Procedura je dobře tolerována, nevyžaduje anestezii a provádí se ambulantně.

Biopsii lze také provést jako lékařský zákrok ve formě tzv. konizace. Jedná se o menší chirurgický výkon, který spočívá ve vytnutí kužele z postižené tkáně děložního čípku. Zákrok je nejčastěji prováděn elektrochirurgicky, pomocí speciálního drátku s vysokofrekvenčním elektrickým proudem, který při operaci zároveň řeže a zastavuje krvácení, méně často se konizace provádí skalpelem.

Účelem konizace je odstranění ložiska předrakovinových změn s malým okrajem zdravého děložního čípku. Vzniklý defekt po operaci zůstává k otevřenému hojení. Po zákroku musí pacientky dodržovat hygienický režim po dobu 6 týdnů bez koupání, plavání, bez pohlavního styku a bez zavedení vaginálních tampónů. (Sláma, 2011, s. 13, 14)

3.6.3 Radioterapie

Ke kurativní radioterapii se používá teleterapie (zevní záření), v dnešní době se nejčastěji ozařuje pomocí lineárních urychlovačů. Teleterapie je kombinovaná s brachyterapií (vnitřní záření), ke které se dnes nejčastěji používá iridium. Pokroky v technologii radioterapie vedly k individuálním plánům radioterapie založeným na CT (počítačová tomografie) nebo MR (magnetická rezonance) nebo PET (pozitronová emisní tomografie).

Nové radiační techniky se používají k dosažení maximálních dávek k eliminaci nádorů a k minimalizaci poškození okolních zdravých tkání. U karcinomu děložního čípku se

používají nízké dávky chemoterapie ke zvýšení účinku radioterapie. Ve výchozím nastavení je derivát platiny (cisplatina) podáván jednou týdně. Tento postup se nazývá chemoradioterapie, zlepšuje odpověď na léčbu a celkové přežití (Špaček, 2018, s. 462).

3.6.4 Chemoterapie

Tento způsob léčby se nejčastěji používá v kombinaci s radiační terapií (hovoříme o současné chemoradioterapii) ve stádiích FIGO IIB-IVA. Chemoradioterapie je nejčastěji prováděna na bázi cisplatiny v monoterapii v dávce 40-50 mg/m² jednou týdně na základě cisplatiny. Pro opakované recidivy, může být chemoterapie použita jako paliativní terapie, proto je vždy nutné pečlivě zvážit její možné přínosy a současné ovlivnění kvality života pacientky.

Pokud recidiva karcinomu děložního čípku nelze léčit lokální nebo léčbou lokoregionální, můžeme paliativně použít chemoterapii jako monoterapii nebo v kombinaci s několika cytostatiky. Volba závisí na celkovém stavu ženy, léčbě, kterou v minulosti podstoupila (zejména zda byla aplikována nějaká chemoterapie) a závisí také na recidivě (zda byla předtím vystavena záření).

Mezi nejúčinnější cytostatika patří cisplatina, ifosfamid, topotekan, paclitaxel, vinorelbin a karboplatina. Dalším problémem může být příliš krátká doba bez známek nemoci. Předpokládá se použití cisplatiny v kombinaci s jinou cytostatickou nebo systémovou terapií, která neobsahuje cisplatinu. Tyto údaje jsou výsledkem desetiletí intenzivní vědecké práce, která hodnotila účinnost a bezpečnost cytostatik v léčbě karcinomu děložního čípku.

V roce 1981 byla účinnost cisplatiny v léčbě spinocelulárního karcinomu cervikálních buněk až 38 %. Proto se cisplatina stala základním kamenem pro chemoterapii tohoto onemocnění (Chovanec, 2010, s. 179)

U karcinomu děložního čípku se nejčastěji používá chemoterapie neoadjuvantní (indukční). Touto chemoterapií je myšleno, že se provádí před chirurgickou léčbou či radioterapií. Používá se před radikálním chirurgickým výkonem s cílem zmenšit nádor (Cibula, 2009, s. 443-444).

4 PREVENCE

Onkologická prevence je komplexní soubor opatření zaměřených na prevenci všech negativních událostí, které souvisejí se vznikem, progresí a recidivou zhoubných nádorů. V gynekologické onkologii se prevence nezaměřuje pouze na identifikaci rizikových faktorů pro zhoubné nádory, ale také na detekci prekancerózních lézí a časných stádií onemocnění, jakož i na prevenci komplikací léčby a důsledků progresu nebo recidivy nádorů (Cibula, 2009, s. 93).

Důležitým preventivním opatřením pro každou ženu je aktivní vyhledávání prekancerózních změn během preventivních gynekologických prohlídek, aby bylo možné je léčit ještě před vznikem zhoubného nádoru. Základním nástrojem pro nalezení této změny je cytologický stěr děložního čípku. U žen starších 30 let lze výskyt závažných cervikálních nálezů stanovit detekcí přítomnosti vysoce rizikového typu HPV. Včasné odhalení existence prekancerózních změn je klíčovým úkolem gynekologické kontroly. Avšak bez aktivního přispění pacientky nemůže gynekolog žádným způsobem zabránit této změně

Druhou možností, která je zcela v rukou každé ženy, je zabránit samotné infekci HPV. Nejběžnější metodou pro ženy všech věkových skupin je použití bariérové antikoncepce – kondomu. Kondom je vhodný zejména pro velmi mladé ženy a dívky, ale i pro ženy bez trvalého sexuálního partnera. Kondom lze také příznivě použít u žen, u kterých jsou již pozorovány mírné prekancerózní změny děložního čípku, neboť dochází k omezení dalšího přísunu HPV viru a podpoře spontánního hojení. Kondom je nyní považován za prostředek ke spolehlivému snížení rizika přenosu infekce, ale vyžaduje nutnost zamezit přenosu HPV infekce ještě před jeho použitím (Sláma, 2011, s. 30-31).

4.1 Primární prevence

Cílem primární prevence je snížit výskyt zhoubných nádorů. Opatření primární prevence mají za cíl eliminovat rizikové faktory, které mají přímý a zřejmý dopad na vývoj maligních nádorů, a identifikovat jednotlivce s vysokým genetickým rizikem rakoviny. Ukazatelem úspěšnosti primární prevence je snížení incidence zhoubných nádorů (Cibula, 2009, s. 93).

Primární prevence je z velké části záležitostí každého člověka. Stát také hraje důležitou roli (např. zlepšování životního prostředí). Primární prevence je zaměřena na zdravé

lidi. Cílem je předcházet zdravotním problémům. Zahrnuje nejen prevenci onemocnění, ale také pozitivní zlepšení zdraví. To vede ke zlepšení kvality života. Snahou primární prevence je ovlivňovat vnější faktory (stravovací návyky, konzumace alkoholu, kouření a pohyb), čímž eliminuje nebo se snaží snížit expozici rizikovým faktorům a také podporuje činnosti, které vedou k aktivním změnám životního stylu (Vorlíček, 2012, s. 49).

4.1.1 Vakcinace proti HPV

Nejspolehlivější metodou ochrany proti HPV infekci je vakcinace. Přestože je screening sekundárním preventivním opatřením, jehož cílem je vyhledávat a řešit projevy HPV infekce, vakcinace proti HPV infekci je metodou primární prevence, která zabraňuje samotnému rozvoji infekce.

Po očkování dochází k rozvoji typově specifické humorní imunity, která je zaměřena proti genotypům viru obsaženým ve vakcíně. V současné době dostupné vakcíny jsou určeny pouze k profylaxi a nemají žádný terapeutický účinek. Vakcína je založena na virovém typu částic syntetizované prázdného virového obalu složeného z hlavního kapsidového proteinu L1, který nese všechny důležité imunitní epitopy. Vakcíny neobsahují DNA potřebnou k vyvolání infekcí, takže jsou neinfekční a nezpůsobují onemocnění.

Všechny dostupné profylaktické vakcíny proti HPV infekci poskytují ochranu proti hlavním karcinogenním genotypům (HPV 16 a 18), které jsou zodpovědné za přibližně 70 % případů rakoviny děložního čípku na celém světě (Špaček, 2018, s. 222).

V případě kvadrivalentní vakcíny Silgard, byla zjištěna především ochrana proti HPV 6 a 11 a v případě nonavalentní vakcíny Gardasil 9 ještě proti HPV 6, 11, 31, 33, 45, 52 a 58. Studie rovněž prokázala tzv. křížovou ochranu proti fylogeneticky příbuzným high-risk genotypům HPV. Bivalentní vakcína Cervarix, dosáhla nejvyšší úrovně. Díky účinkům zkřížené ochrany dosáhl celkový projekční účinek u dívek, které se ještě nesetkaly s HPV infekcí, stejné úrovně jako po očkování nonavalentní vakcínou (Špaček, 2011, s. 222-223).

Po dokončení celého očkovacího programu složených ze tří dávek, je žena zcela chráněna před infekcí nejběžnějšími typy HPV. Očkování se provádí injekcí do ramenního svalu. Standardní schéma trvá celkem 6 měsíců, kdy po první dávce vakcíny následuje druhá dávka za jeden až dva měsíce (v závislosti na konkrétní vakcíně) a poté se aplikuje třetí dávka za půl roku. V případě potřeby lze druhou dávku odložit na 2,5 měsíce do jednoho roku po podání první a třetí dávky, aniž by se snížila účinnost vakcíny (Sláma, 2011, s. 31-32).

Každá očkováaná žena má výrazně snížené riziko vzniku karcinomu děložního čípku, ale karcinom se může u ní objevit, protože vakcína zcela nechrání před všemi vysoce rizikovými typy HPV. Kombinace očkování a pravidelných gynekologických prohlídek je nejspolehlivějším přístupem k prevenci rakoviny děložního čípku (Sláma, 2011, s. 33).

4.1.2 Vakcína Silgard

Na podzim roku 2006 byla na světový farmaceutický trh zavedena vakcína pro primární prevenci rakoviny děložního čípku a dalších nemocí spojených s očkovanými typy lidského papilomaviru vakcína Silgard. Kvadrivalentní vakcína Silgard proti lidským papilomavirům (HPV) typu 6, 11, 16 a 18 se tak stala první registrovanou vakcínou proti nádorovému bujení.

Může zabránit více než 70 % karcinomů děložního čípku a může také zabránit některým nádorům vulvy, pochvy, penisu a konečníku. Kromě ochrany před těmito smrtelnými, multiplikujícími či fertilitu ohrožujícími nádory současně zvyšuje kvalitu života významným omezením výskytu příslušných prekancerózních lézí a více než 90 % případů genitálních bradavic.

Kvalita vakcíny Silgard byla prokázána nejen ve výroční ceně za nejlepší biomedicínskou technologii Prix Galien USA 2007, ale také i International Prix Galien 2008.

Údaje o potřebě této vakcíny hovoří, že každý rok je na celém světě diagnostikováno 270 milionů případů karcinomu děložního čípku a každé dvě minuty umírá jedna žena. Světová zdravotnická organizace (WHO) je ostatně přesvědčena, že očkování je druhou nejdůležitější činností, která prospívá zdraví, po pitné vodě (Fait, 2009, s. 46-47).

4.1.3 Vakcína Cervarix

Vakcína Cervarix obsahuje protein L1 typu HPV 16 a 18. Časový rozvrh schématu aplikací je 0., 1. a 6. měsíc. Kojícím ženám se tato vakcína neaplikuje. Vakcína se aplikuje ženám a dívkám ve věku 15 let až 25 let. Vakcína je vhodná pro prevenci pokročilé cervikální intraepiteliální neoplazie (CIN II a CIN III) a karcinomu děložního čípku způsobené HPV typu 16 a 18.

V důsledku použití nových pomocných látek ve vakcíně, je imunitní reakce po vakcinaci výraznější, což se projevuje tvorbou vyšších hladin protilátek a většího počtu

paměťových buněk. Účinnost očkování je prokázána na dobu 6,4 roku (Mouková, 2010, s. 125)

4.1.4 Vakcína Gardasil 9

Gardasil 9 je vakcína proti lidskému papilomaviru, která poskytuje rozsáhlou ochranu proti onemocněním způsobeným HPV typy obsaženými ve vakcíně, jako jsou karcinom děložního čípku, anu, vulvy a vaginy.

Vakcína Gardasil 9 chrání před 9 typy HPV, proti 2 typům způsobující genitální bradavice (6, 11) a proti 7 typům vysoce rizikových HPV způsobujících malignity (16, 18, 31, 33, 45, 52, 58).

Vakcína se u dětí před dosažením 15 let podává ve dvou dávkách nebo ve třech dávkách a je možné očkovat touto vakcínou od 9 let.

Očkování nemůže nahradit cervikální vyšetření, které je součástí rutinního gynekologického vyšetření. Protože žádná vakcína není 100% účinná a Gardasil 9 nemůže poskytnout ochranu proti všem typům HPV nebo již existující infekci HPV, musí být prováděna pravidelná gynekologická vyšetření. (VAKCÍNA GARDASIL, GARDASIL 9, 2020)

4.1.5 Vakcinace u mužů

Karcinom děložního čípku související s HPV postihuje každoročně na celém světě přibližně 60 000 mužů. Muži nejsou pouze přenašeči HPV infekce, kromě rizika přenosu HPV na svoji partnerku mohou také vyvinout choroby způsobené HPV infekcí., jako jsou např. karcinom anu a genitální bradavice. Očkování může účinně předcházet nemocem způsobeným HPV i u chlapců, ale nemůže vyléčit stávající nemoci. (HPV U MUŽŮ, 2020)

Stejně jako u žen je infekce HPV nejčastější pohlavně přenosnou infekcí. Její riziko je závislé na sexuálním chování. Promiskuita mezi muži může zvýšit riziko karcinomu děložního čípku u jejich partnerek až sedmkrát. Podle současných údajů je prevence výhodnější nejen pro muže s vysoce rizikovými typy HPV, ale také pro muže s nízkorizikovými typy HPV. Provádí se na základě prokázané imunogenicity ve věku 9-15 let pomocí kvadrivalentní vakcíny. (Fait, 2009, s. 65)

4.1.6 Bezpečnost a dlouhodobá účinnost

Kontraindikací vakcinace je nejčastěji alergie na složky, které jsou obsažené ve vakcínách a v probíhajícím výrazném hořečnatém onemocnění.

Od začátku očkování bylo celosvětově aplikováno 40 milionů dávek vakcíny Silgard bez zaznamenání závažných komplikací spojených s touto vakcínou. Výskyt neurodegenerativních onemocnění se nezvýšil, což je běžný argument všech odpůrců vakcinace. Kvadrivalentní vakcína Silgard je v současné době schválena ve 112 zemích světa (Fait, 2009, s. 61).

Podle dostupných údajů nehrozí žádné riziko při očkování během těhotenství, ale kvůli nedostatečnému výzkumu je při známém těhotenství doporučujeme odložit, to platí rovněž pro kojení, kdy nebylo zjištěno vyšší ohrožení kojence ve srovnání s placebem (Fait, 2009, s. 62-63).

Doposud bylo prokázáno, že doba trvání ochrany vakcíny je 5,5 roku u kvadrivalentní vakcíny, respektive 6,4 roku u bivalentní vakcíny. Vakcíny, které poskytují dlouhodobou ochranu, se obvykle vyznačují schopností budovat imunitní paměť. V klinické studii s kvadrivalentní vakcínou byl test antigenu proveden 61 měsíců po vakcinaci u malého podílu očkovaných jedinců, což jasně prokázalo imunitní paměť očkovaných jedinců. Tento průkaz imunitní paměti předpokládá dlouhodobou ochranu kvadrivalentních vakcín. Po testovacím zkušebním použití dávky antigenu byla získána okamžitá vyšší protilátková odpověď než po ukončení základního očkování (Fait, 2009, s. 68).

Výhody očkování pro jednotlivce jsou nesporné. Kromě snížení rizika rakoviny děložního čípku, které se však stane klinicky zjevné až o několik let později, se v závislosti na typu očkování sníží výskyt cervikálních, vulvárních a vaginálních lézí a případně dalších onemocnění souvisejících s HPV, které se mohou objevit již za pár měsíců (Fait, 2009, s. 71).

S ohledem na zbývající procento by se mělo u očkovaných žen pokračovat ve screeningu karcinomu děložního čípku.

Z pohledu celospolečenského hlediska má význam pouze celoplošná vakcinace, ale přínos pro reprodukční zdraví a kvalitu života jednotlivce je i tak nesporný (Fait, 2009, s. 72).

4.1.7 Vakcinace v zahraničí

V mnoha zemích světa jsou nyní uváděny na trh tři vakcíny proti HPV – bivalentní, kvadrivalentní a neavalentní vakcína. Všechny tři vakcíny jsou vysoce účinné v prevenci infekce viry typu 16 a 18, které jsou společně zodpovědné za přibližně 70 % případů rakoviny děložního čípku na celém světě. Vakcíny jsou také vysoce účinné v prevenci prekancerózních cervikálních lézí způsobených těmito typy virů. Kvadrivalentní vakcína je také vysoce účinná v prevenci anogenitálních bradavic, což je běžné genitální onemocnění, které je prakticky vždy způsobeno infekcí HPV typu 6 a 11. Nevalentní poskytuje dodatečnou ochranu proti HPV typu 31, 33, 45, 52 a 58. Údaje z klinických studií a počátečního postmarketingového sledování prováděného na několika kontinentech ukazují, že všechny tři vakcíny jsou bezpečné.

Primární cílovou skupinou ve většině zemí doporučujících očkování proti HPV jsou mladé dospívající dívky ve věku 9-14 let. U všech tří vakcín závisí očkovací schéma na věku příjemce vakcíny (WHO, 2018)

4.2 Sekundární prevence

Cílem sekundární prevence je detekovat prekancerózní léze a rakovinu v rané fázi s cílem zlepšit dlouhodobé výsledky jejich léčby. Ukazatelem úspěšnosti sekundární prevence je snížení úmrtnosti (příznivým vedlejším účinkem může být zvýšení podílu onemocnění v raných stádiích). Důležitým nástrojem sekundární prevence je screening. V současné době by v oblasti onkogynekologie měla být věnována pozornost především screeningu karcinomu děložního čípku, vyhledávání a dispenzarizaci jedinců s hereditárním rizikem vzniku nádorů (především prsu, ovárií a endometria) a také genetickému testování v indikovaných případech, nastavení preventivních onkologických vyšetření zohledňujících věkově specifická rizika, ale i zaměření na seniory jako specifickou skupinu s vysokým rizikem a omezenými možnostmi radikální léčby onkologické nemoci a také osvětové programy zaměřené na informace o časných příznacích nádorů vyskytujících u žen (Cibula, 2009, s. 93).

4.2.1 Screening

Screening je definován jako široká škála předem naplánovaných aktivit prováděných za účelem vyhledání lidí, kteří jsou ohrožení nebo nemocní. Obvykle se jedná o vyhledávání

lidí v rané nebo subklinické fázi onemocnění v populaci zdánlivě zdravých lidí pomocí jednoduchých screeningových testů (klinických, laboratorních či jiné alternativy), které jsou vhodně vybrány pro identifikaci vysoce rizikových skupin nebo skupin pacientů.

Pozitivní screeningový test se následně doplňuje specifickým diagnostickým testem a následným léčením nebo dispenzarizací, což znamená rutinní lékařský dohled nad pacienty s určitým onemocněním nebo se zvýšeným rizikem utrpení určitým onemocněním.

Různé dotazníky, rentgenové vyšetření, krevní testy, elektrokardiogramové vyšetření, antropometrické vyšetření atd. jsou považovány za jednoduché screeningové vyšetření. Při screeningu se někdy používá kombinace několika testů a celková kombinace dílčích výsledků je hodnocena jako pozitivní nebo negativní podle předem určeného kritéria.

Výsledkem screeningu je podíl nově objevených nemocí, které lze úspěšně léčit. Také pozitivním přínosem screeningu je, že upozorňuje na lidi, kteří vědí, že jsou nemocní, ale z nějakých důvodů se neléčí nebo se nechtějí léčit (Ondruš, 2013, s. 11-14).

4.2.2 Screening karcinomu děložního čípku

Česká republika je na druhém místě v Evropě z hlediska výskytu karcinomu děložního čípku. Karcinom děložního čípku je onemocnění, kterému lze do značné míry zabránit aktivním vyhledáváním prekancerózních lézí během gynekologického vyšetření. Cervikální screening zahrnuje pravidelné gynekologické prohlídky k detekci prekancerózních lézí nebo časného stadia zhoubného nádoru. V České republice je proto prováděn pravidelný screening u žen od 25. roku života a v případě negativních nálezů je ukončen ve věku 60 let.

Screeningovým vyšetřením se rozumí mykologické vyšetření, které navazuje na preventivní gynekologickou prohlídku u registrujícího gynekologa, která je plně hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění ženám 1x za rok. Ženy ve věku 25-60 let, které nebyly vyšetřeny na gynekologické prevenci po dobu dvou let, jsou zdravotní pojišťovnou informovány o možnostech preventivního gynekologického vyšetření, vždy následující rok.

Jednorázově odebraný cytologický stěr je vysoce specifický (97 %), ale vykazuje relativně vysokou (15-40 %) falešnou negativitu. Cytologický screening má také svá omezení, zejména v počátečních stádiích detekce žlázových prekanceróz a časných stádií adenokarcinomu děložního čípku (Špaček, 2018, s. 611).

DNA testování karcinogenních genotypů lidského papilomaviru se zdá být dalším možným nástrojem předběžného screeningu karcinomu děložního čípku. Vzhledem k

prevalenci infekcí HPV v populaci a velkému počtu infekcí způsobených tranzitem u mladých žen mladších 30 let je jeho použití věkově omezeno a vhodné až po dovršení 30.-35. roku života. Většina žen infikovaných HPV se s touto infekcí dokáže vypořádat a infekce zmizí během několika měsíců. U některých žen, zejména kvůli snížené imunitě nebo jiným rizikovým faktorům, infekce HPV v těle přetrvává, což zvyšuje riziko karcinomu děložního čípku. Současné testování HPV DNA a odběr cytologického stěru je alternativní metodou se srovnatelnou senzitivitou, ale celkové náklady jsou vyšší (Špaček, 2019, s. 611-612).

4.2.3 Preventivní gynekologická prohlídka

Každá žena má od svých 15 let nárok na bezplatnou preventivní gynekologickou prohlídku, a to jednou ročně po 11 měsících). Preventivní gynekologická prohlídka je přizpůsobena věku ženy a jejímu sexuálnímu chování.

Během preventivní prohlídky doplní lékař osobní a rodinnou anamnézu pacientky, zejména historii rizikových faktorů. Samotné vyšetření pohlavních orgánů lze doplnit ultrazvukem. Lékař by měl také zkontrolovat kůži a prohmatat mízní uzliny v oblasti pohlavních orgánů. Součástí preventivního vyšetření po registraci u gynekologa jsou pokyny pro vlastní samovyšetření prsu. U žen starších 25 let, pokud mají v anamnéze rakovinu prsu nebo jiné rizikové faktory, provede lékař klinické vyšetření prsu.

Během preventivních gynekologických prohlídek se také provádí screening karcinomu děložního čípku. Gynekolog odebere vzorek tkáně z děložního čípku a odešle ji do laboratoře k cytologickému vyšetření.

Gynekolog by se také měl postarat o další screeningové vyšetření ženy, aby se zabránilo vzniku karcinomu. Měl by jí dát doporučení pro mamografii (počínaje 45 lety, 1x každé 2 roky) a provádět screening na kolorektální karcinom (stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem 1x za rok od 50 let, následně od 55 let 1x za 2 roky, nebo screeningová kolonoskopie jednou za 10 let). Stejně vyšetření však lze provést u žen, resp. dát jim doporučení od praktického lékaře, a proto je gynekolog neposkytuje, pokud má výsledky (VZP, ČR, 2020).

4.3 Terciální prevence

Hlavním cílem terciální prevence je časný záchyt recidivy, a tím časně zahájení léčby v potencionálně léčitelné fázi onemocnění. Základním nástrojem terciální prevence je racionální a efektivní dispensární schéma. Péče o onkologicky nemocného má mít jasně definovanou odpovědnost za pacienta, kdy integrující roli v indikaci, shromažďování a hodnocení vyšetření má, i přes nedílnou pomoc ostatních specializací, pouze jedno pracoviště. Je nutná úplná prevence, protože zaměření pouze na opakování resekce nádoru může opomenout prevenci jiných nádorových onemocnění.

Ukazatelem kvality terciální prevence je zejména délka celkového přežití. V rámci terciální prevence je potřeba věnovat pozornost především ošetrovatelskou péči o onkologické pacientky v onkologických zařízeních, stanovení povinností jednotlivých specialistů dispensární péče (pacientky, onkogynekolog, ošetřující gynekolog, praktický lékař, další specialisté), též primární a sekundární prevence jiných malignit (Cibula, 2009, s. 93-94).

4.4 Kvartérní prevence

Kvartérní prevence se zaměřuje na předcházení a předvídání důsledků progredujícího a nevyléčitelného nádorového onemocnění s ohledem na aspekty nejen somatické, ale zejména na etické, psychologické a sociální aspekty. Ukazatelem účinnosti kvartérní prevence je kvalita života onkologických pacientek.

Kvartérní prevence se zaměřuje především na efektivní léčbu bolesti zkušených algeziologem – tj. preventivní léčba bolesti (tlumení bolesti před jejím rozvinutím), nutriční podpora, zachování mobility a stabilizace skeletu především u kostních metastáz, psychosociální podpora a také zajištění adekvátní péče u omezení soběstačnosti

Kvartérní prevence vyžaduje nejen integraci zdravotnického povolání, ale také úzkou spoluprací s institucemi sociálních služeb, psychology a občanskými zařízeními (Cibula, 2009, s. 83-94).

4.5 Úloha všeobecné sestry v prevenci nádorů

4.5.1 Edukace v prevenci nádorů

Nejúčinnější a nejlevnější opatření proti onkologickým onemocněním je prevence. V oblasti prevence hraje důležitou roli i všeobecná sestra, která si může všimnout příznaků, což je první projev nádorového bujení. Všeobecné sestry mohou také poskytnout potřebné informace o faktorech rizika rakoviny ve vhodném a přístupném formátu (Vorlíček, 2012, s. 48).

Prevence zvyšuje včasnou detekci prekancerózních lézí a tím i větší šanci na úspěšnou léčbu. Nejdůležitější metodou prevence je vyhýbat se rizikovým faktorům, také je velmi důležité nepodceňovat pravidelná gynekologická vyšetření, během kterých se provádějí cytologické stěry děložního čípku. Nejnovější metodou, jak zabránit infekci HPV, je vakcinace. Aby však ženy a dívky mohly přijmout všechna preventivní opatření, je důležité je o těchto opatřeních informovat. Vzdělávací aktivity, edukační činnosti i brožury jsou hlavními úkoly všeobecných sester nebo porodních asistentek (Bujárková, 2015, s. 24).

Neméně důležitou rolí všeobecné sestry v prevenci je vzdělávání. Jedná se o pomoc pacientkám, které jsou ohrožené nemocí, stresem atd. Všeobecné sestry by měly být schopny vyučovat a měly by přistupovat k pacientkám holistickým přístupem, který ovlivní úroveň znalostí a úsilí pacientky o udržení zdraví nebo zotavení (Kuberová, 2010, s. 23).

Součástí lékařské péče je moderní ošetrovatelská edukace. Hraje klíčovou roli při změně znalostí a chování pacientů, rodin a komunit. Edukace by měla být považována za profesionální úlohu poskytovatelů zdravotnických služeb. Důvodem je zvyšující se ochrana spotřebitele a motivace jednotlivců k samostatnosti a odpovědnosti za své zdraví. Edukace znamená vzdělání, které poskytuje informace. S rozvojem vysoce komplexních lékařských a ošetrovatelských zásahů se stále více zvyšuje význam podpory osobního zdraví a zdravého životního stylu a snižování rizikových faktorů onemocnění (Havlíková, 2015, s. 31).

Všeobecné sestry by měly intenzivně působit v ambulanci, nebo v jiném zdravotnickém zařízení a vést klientky ke snížení rizikových faktorů, které mohou být důvodem ke vzniku karcinomu děložního čípku. Zdravé vzdělávání, distribuce materiálů do čekárny kliniky nebo jiného zdravotnického zařízení může výrazně snížit riziko vzniku rakoviny, a vést klientky ke správné změně jejich životního stylu. Všeobecná sestra by také měla vyhodnotit stávající situaci klientky, analyzovat její rodinnou anamnézu, komunikovat

s klientkou a doporučit odborné poradenství v potřebných oblastech. Nedílnou součástí edukace všeobecnou sestrou, by měla být schopnost podávat veškeré podrobné informace, které se týkají prevence nádorových onemocnění (Vorlíček, 2012, s. 49-50).

4.5.2 Didaktické dovednosti sester podporující kvalitu edukace v ošetrovatelství

Kromě faktorů, které podporují vzdělávání a odstraňují bariéry, má pozitivní vliv na kvalitu ošetrovatelského vzdělávání také rozvoj pedagogických, didaktických a edukačních dovedností všeobecných sester. A co je nejdůležitější, u všeobecných sester je třeba rozvíjet především vztah k učícím se jedincům, k učení ke kolegům, a vytvářet pozitivní přístup k lidské společnosti a celému světu.

Všeobecné sestry stejně jako učitelé by měli podporovat kreativní přístup učících k edukaci a poznávání, rozvíjet jejich fantazii a kreativitu. Zmírněním strachu z nových a neznámých věcí pomáhají eliminovat stresující situaci vyplývající z edukace. Pokud je všeobecné sestry seznámí s informačními systémy a dalšími možnostmi, získají technické a gramotní dovednosti, které pomohou při hledání nových zdrojů informací.

Edukace a její kvalita jsou podporovány rozvojem verbálních a neverbálních komunikačních dovedností edukátorů, všeobecných sester, ale i samotných učících se jedinců. Verbální i neverbální dovednosti sociální komunikace pomáhají zlepšit interakci všech zapojených nejen do vzdělávacího procesu, ale i do života jako takového. Vzájemná důvěra mezi účastníky podporuje víru v pozitivní realizaci stanovených cílů. Všeobecná sestra by při edukaci neměla lhát, neměla by se vysmívat nebo se chovat devalvujícím způsobem k edukovaným jedincům.

Edukace by měla být obousměrnou zkušeností, kterou má každý rád, aktivně se na ní podílí a společně jim záleží na dosaženém výsledku (Kuberová, 2010, s. 74-75).

4.5.3 Specifická edukace v prevenci karcinomu děložního čípku

Úmrtnost na rakovinu děložního čípku je důležitým ukazatelem dopadu životních podmínek obyvatelstva a kvality zdravotní péče pro ženy. Vysoká úmrtnost na toto onemocnění může naznačovat obtíže ve zdravotnických službách při oslovování pacientů, provádění včasné diagnózy, léčbě a odpovídajícím sledování. Všechny ženy by tak měly být

poučeny o důležitosti provádění preventivních testů a je na zdravotnických týmech, zejména na zdravotních sestrách, aby na tomto území zavedly monitorovací, informační a rozšiřovací akce. (MARTHA TASSIS DE SALES, 2018, s.68-73)

Všeobecná sestra by měla diskutovat, vést rozhovor s ženami o problematice nádorového onemocnění děložního čípku. Měla by věnovat především pozornost mladým ženám, ale i ženám ve starším věku, měla by objasňovat problematiku vlivu sexuálního chování, osobní hygieny a bariérových metod antikoncepce. Náplň edukace všeobecné sestry v prevenci karcinomu děložního čípku by měla být především o vysvětlení důležitosti screeningového vyšetření. Důležitou součástí je i dokumentace, do které by měla všeobecná sestra zapisovat veškeré údaje a záznamy o pravidelných preventivních gynekologických návštěvách.

Všeobecná sestra by měla věnovat zvýšenou pozornost ženám s mnohočetným výskytem nádorových onemocnění v rodině, případně by měla vést záznamy do zdravotnické dokumentace o výskytu nádorových onemocnění jak už u samotné klientky, nebo v rodině klientky. Měla by klást důraz na správný životní styl a způsobu stravování, měla by upozornit na negativní vliv kouření a požívání alkoholu, který významně přispívají k nádorovému onemocnění.

A v neposlední řadě by měla všeobecná sestra poskytovat dostatek propagačních materiálů, brožur, plakátů, které by měli informovat, vzdělávat mladé dívky, ženy a ostatní (Hrubá, 2001, s. 41).

5. ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

5.1 Pojem zdravotní gramotnost

WHO definuje zdravotní gramotnost jako soubor kognitivních a sociálních dovedností, které určují motivaci a schopnost jednotlivce získat, porozumět a používat informace, které potřebuje, způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví. Základem zdravotní gramotnosti je schopnost porozumět, vyhledávat a používat informace, nástroje a služby související se zdravím a používat tyto informace k převzetí kontroly nad vlastním zdravím.

Pouze lidé, kteří jsou zdravotně gramotní jsou schopni činit informovaná rozhodnutí o svém zdraví, získané znalosti využít pro své vlastní zdraví a nést osobní odpovědnost za své zdraví. Znalosti o zdravotní gramotnosti se týkají jednotlivců, komunit a celé populace. Lidé se zdravotní gramotností znají zásady zdravého životního stylu a dodržují tento princip, čímž pomáhají zlepšovat celkové zdraví lidí. Nízká zdravotní gramotnost může vést k rozdílům v úrovni zdraví mezi sociálními třídami. Funkční zdravotní gramotnost zahrnuje předávání informací o zdravotních rizicích a využívání zdravotnických služeb. Využívá informační letáky, brožury, média a další metody výchovy ke zdraví. Interaktivní zdravotní gramotnost zajišťují a rozvíjejí vzdělávací instituce a odborníci ve zdravotnictví. Jejich cílem je rozvíjet schopnost jednotlivců jednat samostatně, řídit se pokyny zdravotnických pracovníků a inspirovat je k přijímání zdravého chování. Kritická zdravotní gramotnost se zaměřuje na akce a činnosti jednotlivců k vytvoření zdravého sociálního prostředí. To zahrnuje mediální gramotnost, schopnost řídit se zdravotními informacemi dostupnými v médiích (Hamplová, 2019, s. 89).

5.2 Důsledky různé úrovně zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost přináší cílové populaci požadované znalosti, dovednosti a návyky. Vysoká úroveň zdravotní gramotnosti je pro společnost prospěšná, naopak nízká úroveň zdravotní gramotnosti je vážným zdravotním rizikovým faktorem. Nízká zdravotní gramotnost je také příčinou plýtvání ve zdravotnictví. Pokles zdravotní gramotnosti populace vede k poklesu preventabilních nemocí, pokud lidé vědí, jak těmto onemocněním předcházet, vůbec k nim nedojde. Pacienti s nízkou úrovní znalostí o zdraví méně spolupracují s

odborníky ve zdravotnictví, méně se podílejí na jejich léčbě a brání tak dosažení potřebných výsledků. V důsledku toho nízká zdravotní gramotnost narušuje systém zdravotní péče, což znemožňuje plné využití nových lékařských metod a snižuje pracovní zátěž zdravotnických pracovníků.

Vyšší zdravotní gramotnost přispívá ke zdraví, což je nepochybnou podmínkou konkurenceschopnosti společnosti. Děti s vyšší zdravotní gramotností jsou zdravější, mají lepší vzdělávací výsledky, mládež s vyšší zdravotní gramotností se mohou systematicky a lépe připravovat na budoucí povolání a lidé s vyšší zdravotní gramotností mají nižší nemocnost a kratší dobu pracovní neschopnosti.

Spolu se zdravím a vzděláváním se stává zdravotní gramotnost důležitým determinantem sociální konkurenceschopnosti. Zdravotní gramotnost je proto důležitým determinantem zdraví a její zlepšení musí být celoživotním procesem. Zdravotní gramotnost se mění s věkem a lidskými potřebami (Hamplová, 2019, s. 89-90).

5.3 Srovnávací studie zdravotní gramotnosti v zemích EU

Osobní znalosti, preference a chování člověka, například pokud jde o životní styl a stravovací návyky, jsou utvářeny okolním prostředím. Z tohoto důvodu je nezbytné zajistit znalost zdravotních problémů prostřednictvím výchovy ke zdraví pro děti od útlého věku až po celý život do stáří.

Srovnávací studie desítek tisíc respondentů v osmi zemích EU (Rakousko, Německo, Nizozemsko, Irsko, Česká republika, Bulharsko, Španělsko, Polsko) ukazuje, že zdravotní gramotnost v České republice je velmi nízká. Česká republika se umístila na druhém místě před Bulharskem. Nejlepší zdravotní gramotnost byla nalezena u nizozemské populace.

Závěry studie ukázaly, že téměř 60 % respondentů má omezené obecné znalosti ve zdravotní gramotnosti jako takové, 54 % respondentů má omezené znalosti zdravotní gramotnosti v oblasti prevence nemocí, dvě třetiny respondentů mají omezené znalosti o zdravotní gramotnosti v oblasti podpory zdraví. Kromě toho bylo zjištěno, že úroveň znalostí o zdravotní gramotnosti klesá s věkem, zatímco v České republice se tento pokles ukázal jako nejdramatičtější ze všech zúčastněných zemí. Zdravotní gramotnost se zlepšuje se vzdělanostní úrovní dotazovaných a se zlepšením subjektivního sociálního postavení. Ekonomické nedostatky výrazně ovlivnily zdravotní gramotnost a vyšší zdravotní gramotnost souvisí také se zdravotním stavem respondentů.

Mezi závěry studie patří zjištění, že téměř polovina Evropanů má omezenou zdravotní gramotnost a problémy (47,6 %), v České republice je tento podíl 60 %. Nízká úroveň zdravotní gramotnosti je spojena s rizikovým chováním, špatným zdravotním stavem, vyšší četností hospitalizací a vyššími náklady na zdravotní péči (Hamplová, 2019, s. 90).

5.4 Zvyšování zdravotní gramotnosti v ČR

Zvyšování zdravotní gramotnosti zahrnuje například organizování sportu, skupinové a individuální konzultace v určitých oblastech životního stylu v „den zdraví“ organizovaných v obcích nebo provádění vzdělávacích a intervenčních projektů podporovaných grantovými programy ministerstev, místních samospráv a obcí.

Zásadní je cílené vzdělávání v oblasti výživy a tělesné aktivity pro děti od 0 do 12 let. Pro zlepšení zdravotní gramotnosti dětí a mladých lidí realizuje Česká republika projekty na podporu konzumace specifických zdravých potravin. Patří mezi ně projekt „Školní ovoce a zelenina“ a projekt „Školní mléko“, jehož účelem je nadále zvyšovat spotřebu ovoce, zeleniny, mléka a mléčných výrobků, rozvíjet zdravé stravovací návyky, bojovat proti epidemii dětské obezity a zvrátit nízkou spotřebu ovoce, zeleniny, mléka a mléčných výrobků.

Zdravotní gramotnost je důležitým determinantem zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti prostřednictvím výchovy ke zdraví musí být celoživotním procesem (Hamplová, 2019, s. 91).

5.5 Výchova ke zdravému životnímu stylu

Výchova ke zdraví, zejména individuální, musí být prováděna v každodenním kontaktu s pacienty, protože se široce používá při včasné diagnostice a nefarmakologické léčbě zdravotních poruch, je důležitou součástí léčby, zvyšuje účinnost léčby, snižuje náklady a pomáhá pacientovi aktivně se podílet na řízení zdraví.

Výchova ke zdraví v sekundární a terciární prevenci je součástí komplexního přístupu k pacientům, její úlohou je pomáhat lidem, kteří jsou již nemocní nebo s poruchou zdraví, zvládat jejich zdravotní obtíže a dosahovat tak maximální, duševní i fyzické kvality života. Na tomto vzdělání se musí podílet všechny profese a zdravotníci na všech úrovních.

Kromě přímých odborníků v oblasti výchovy ke zdraví pacientů je nejkvalifikovanější pro realizaci výchovy ke zdraví všeobecná zdravotní sestra, která je dostatečně vzdělaná, má blízký kontakt s pacienty a měla by být schopna získat si jejich důvěru. Role sestry ve výchově ke zdraví je jedinečná a nenahraditelná. Sestra je odborníkem v oblasti výchovy ke zdraví a pomáhá poskytovat pacientům informace o snižování výskytu nemoci, snižování úmrtnosti na infekční a chronická nepřenositelná onemocnění, jako jsou kardiovaskulární, onkologická a metabolická onemocnění (Hamplová, 2019, s. 93).

EMPIRICKÁ ČÁST

6. CÍLE VÝZKUMU, ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY

6.1 Cíle výzkumu

V naší práci jsme si stanovili dva hlavní cíle výzkumu:

- Zjistit míru informovanosti žen o rizikových faktorech zhoubného onemocnění děložního čípku a jejich ovlivnitelnost související s prevencí.
- Na základě analýzy získaných dat se pokusit doplnit znalostní mezery populace vytvořením edukační brožury či manuálu.

Dílčí cíle výzkumného šetření:

- Zjistit, zda se ženy někdy setkaly s pojmem „karcinom děložního čípku“, jaký je jejich zdroj informací a jaký vir způsobuje karcinom děložního čípku.
- Zjistit vliv vybraných demografických proměnných na znalost problematiky a dodržování preventivních opatření onemocnění karcinomem děložního čípku.
- Zmapovat znalosti ženské populace o rizikových faktorech související s karcinomem děložního čípku.
- Zjistit, zda se někdy ženy setkaly s pojmem „očkování“ a jaký je jejich zdroj informací.
- Zjistit, zda mají ženy zájem o primární prevenci karcinomu děložního čípku.
- Zmapovat znalosti ženské populace o očkování související s prevencí.
- Zjistit, do jaké míry jsou ženy informovány o ochranných faktorech, které souvisejí s prevencí.
- Zhodnotit zájem ženské populace o přednášky, besedy, tiskoviny (např. edukační brožury) týkající se problematiky karcinomu děložního čípku.

6.2 Metoda výzkumu

Ke zpracování mé bakalářské práce jsme zvolili nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby (viz příloha č. 2). Využili jsme tedy kvantitativní metodu výzkumu. Zajímalo nás, zda jsou ženy informovány o tom, jaký typ viru způsobuje karcinom děložního čípku, jaké chování považují za rizikové vzhledem ke vzniku karcinomu děložního čípku, a především jestli mají povědomí o možnostech prevence a očkování proti HPV infekci.

Pro výzkumné šetření byl sestaven jeden dotazník, který obsahuje celkem 21 otázek, z toho bylo použito 15 otázek s výběrem jedné z několika alternativ odpovědí, 3 otevřené otázky, kde byla respondentce ponechána možnost její vlastní odpovědi a 3 otázky s výběrem více možností z různých alternativ odpovědí. Dotazníky byly rozdány v tištěné podobě. V úvodu dotazníku jsme respondentky seznámili s tématem bakalářské práce a ujistili je, že je dotazník anonymní. Jediným daným kritériem pro výběr respondentů bylo pohlaví, dotazník byl určen jen ženám, a to ve věku od 18 let a více, bez nějakých větších specifikací, například nároků na vzdělání, rodinný stav či jiné aspekty.

Než jsme začali se samotným výzkumem, provedli jsem tzv. pilotní šetření k ověření, zda jsou ženy s dotazníkem seznámeny a zda rozumí zvoleným otázkám v dotazníku. Ke zkušebnímu vyplnění bylo osloveno 10 žen. Ženy neměly s vyplňováním dotazníku žádný problém a připomínky, otázkám rozuměly, tudíž jsme dotazník dále nijak neupravovali a ponechali jsme ho ve stejné podobě.

6.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Samotné výzkumné šetření probíhalo na gynekologické klinice Gynamb v Chrudimi, kde jsme mohli výzkumné šetření se svolením kliniky provádět. Vyplněné dotazníky odevzdávaly ženy do schránky, kterou jsem sama vytvořila. Všeobecná sestra vyplněné dotazníky ve schránce předala poté mně. Celkem jsme rozdali 140 dotazníků, z toho jsme museli 1 dotazník vyřadit, protože byl z části nevyplněný. Tudíž jsme získali 139 vyplněných dotazníků. Respondentkám muselo být více jak 18 let, horní hranice věku nebyla určena. Nejstarší respondentkou byla 75letá žena.

6.4 Zpracování a vyhodnocení

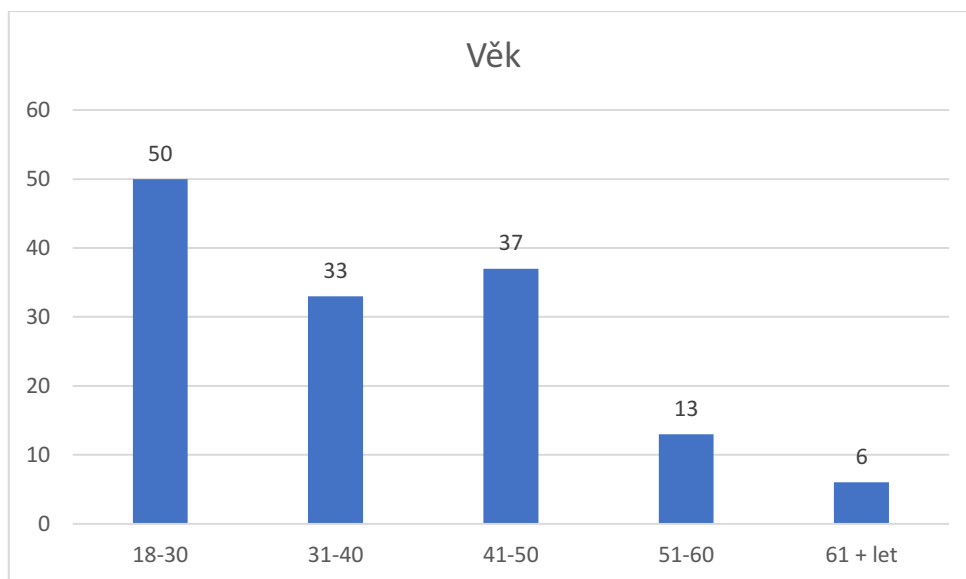
Všechny výsledky z výzkumného šetření jsem zpracovala a vyhodnotila pomocí programu Microsoft Excel 2016. Většina otázek je zpracována a vyobrazena grafy. Výsledky obsahují absolutní a relativní četnosti. Součástí každé zpracované otázky je interpretace konkrétních výsledků. Ze získaných informací byla ke každé otázce z otázek pomocí programu Excel vygenerována data pro vytvoření grafů nebo tabulek.

7. VÝSLEDKY

Otázka č. 1 – Kolik je Vám let?

Jednalo se o otevřenou otázku, kde respondentky doplňovaly svůj věk. Pro lepší přehlednost jsme rozdělili věk do 5 kategorií, počínající 18 let a končící 61 let a více. Nejmladší respondentce bylo 18 let a nejstarší respondentce bylo 75 let.

- a) 18-30 let
- b) 31-40 let
- c) 41-50 let
- d) 51-60 let
- e) 61 a více let

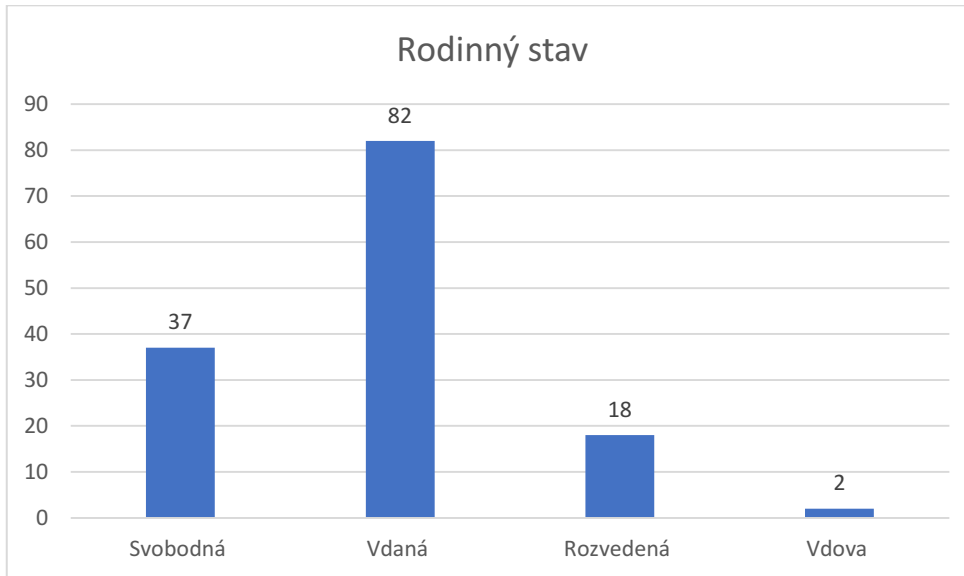


Graf 1 – věk

Interpretace: Z celkového zastoupení 139 žen bylo 50 respondentek (35,97 %) ve věku 18–30 let, 33 respondentek (23,74 %) ve věku 31–40 let, 37 respondentek (26,62 %) ve věku 41–50 let, 13 respondentek (9,35 %) ve věku 51–60 let a 6 respondentek (4,32 %) ve věku 60 a více let.

Otázka č. 2 – Jaký je Váš rodinný stav?

- a) Svobodná
- b) Vdaná
- c) Rozvedená
- d) Vdova



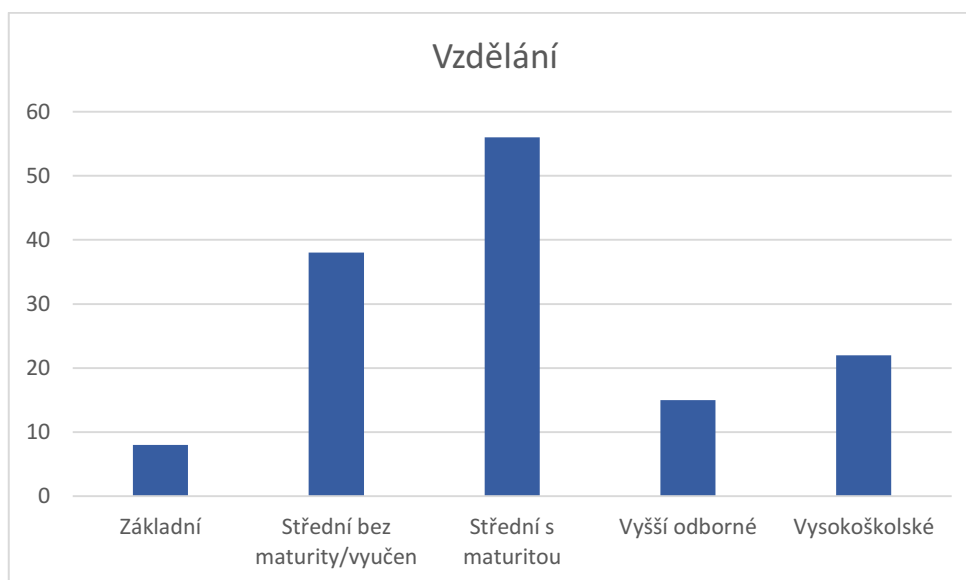
Graf 2 - rodinný stav

Interpretace: 37 respondentek (26,62 %) odpovědělo, že jsou svobodné. Vdaných žen bylo 82 respondentek (58,99 %). Rozvedených respondentek bylo 18 (12,95 %) a vdovou byly 2 respondentky (1,44 %).

Otázka č. 3 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

V této otázce jsme se dotazovali respondentek, na nejvyšší dokončené vzdělání, které absolvovaly. Měly na výběr z 5 možností.

- a) Základní
- b) Střední bez maturity/vyučena
- c) Střední s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské



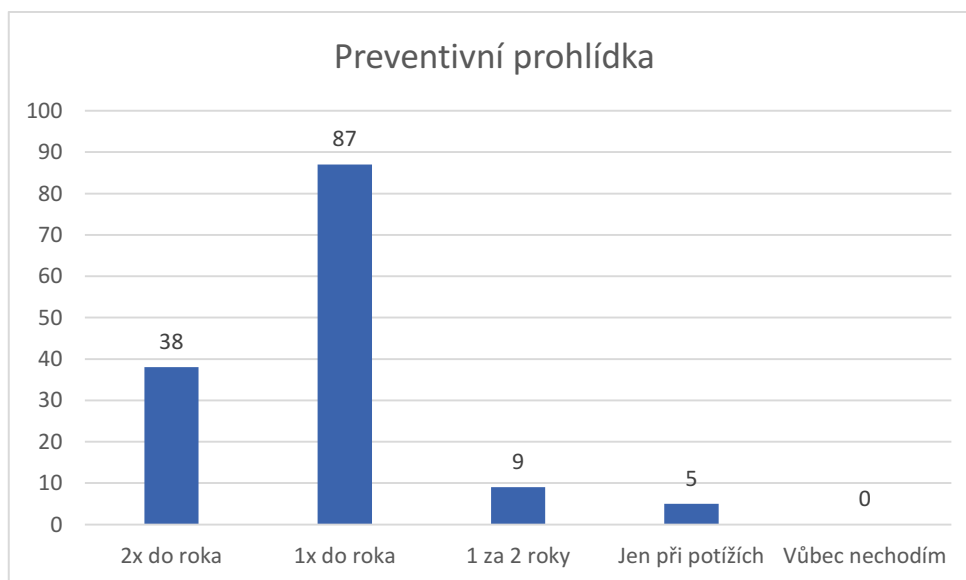
Graf 3 - vzdělání

Interpretace: Nejpočetnější skupinu žen tvořily dotazované se středním vzděláním s maturitou, a to v počtu 56 respondentek (40,29 %). 38 respondentek (27,34 %) získalo pouze střední vzdělání bez maturity nebo se jen vyučily. Vyšší odborné vzdělání získalo celkem 15 respondentek (10,79 %). Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 22 respondentek (15,83 %) Základní vzdělání mělo pouze 8 respondentek (5,76 %).

Otázka č. 4 – Jak často chodíte na pravidelné preventivní gynekologické prohlídky ke svému gynekologovi?

V této otázce nás zajímalo, jak často dochází ženy ke svému gynekologovi na pravidelné preventivní prohlídky a jak dodržují sekundární prevenci.

- a) 2x do roka
- b) 1x do roka
- c) 1x za 2 roky
- d) Jen při potížích
- e) Vůbec nechodím

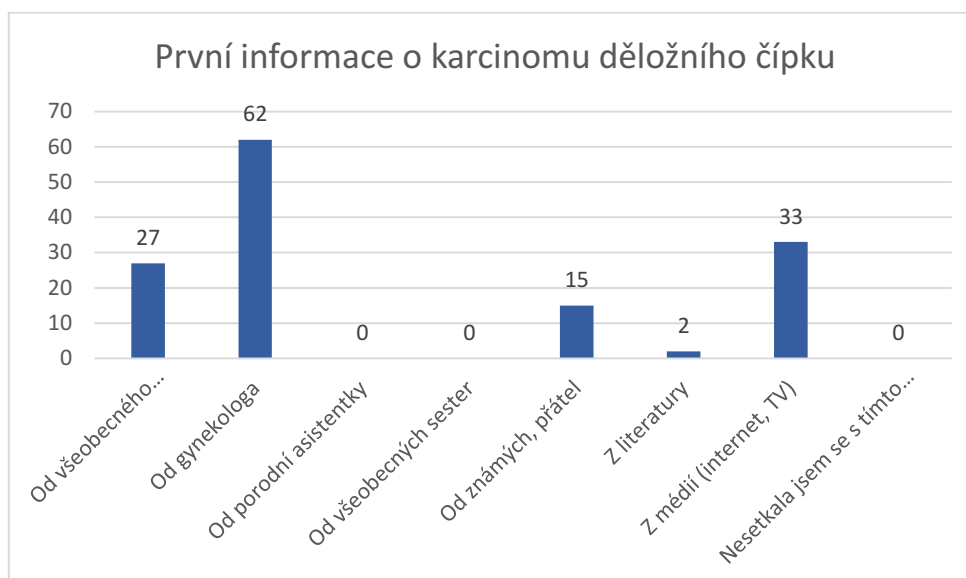


Graf 4 - preventivní prohlídka

Interpretace: 87 respondentek (62,59 %) odpovědělo, že na pravidelné preventivní prohlídky docházejí ke svému gynekologovi 1x do roka. 2x do roka dochází 38 respondentek (27,34 %). 9 respondentek (6,47 %) označilo odpověď, že docházejí na pravidelné preventivní prohlídky 1x za 2 roky. 5 respondentek (3,60 %) uvedly, že ke gynekologovi dochází pouze při potížích. Nikdo (0,00 %) ze zkoumaného souboru neodpověděl, že nechodí na pravidelné gynekologické prohlídky.

Otázka č. 5 – Od koho jste se poprvé dozvěděla o karcinomu děložního čípku?

- a) Od všeobecného praktického lékaře
- b) Od gynekologa
- c) Od porodních asistentek
- d) Od všeobecných sester
- e) Od známých, přátel
- f) Z literatury
- g) Z médií (internet, TV)
- h) Nesešla jsem se s tímto pojmem

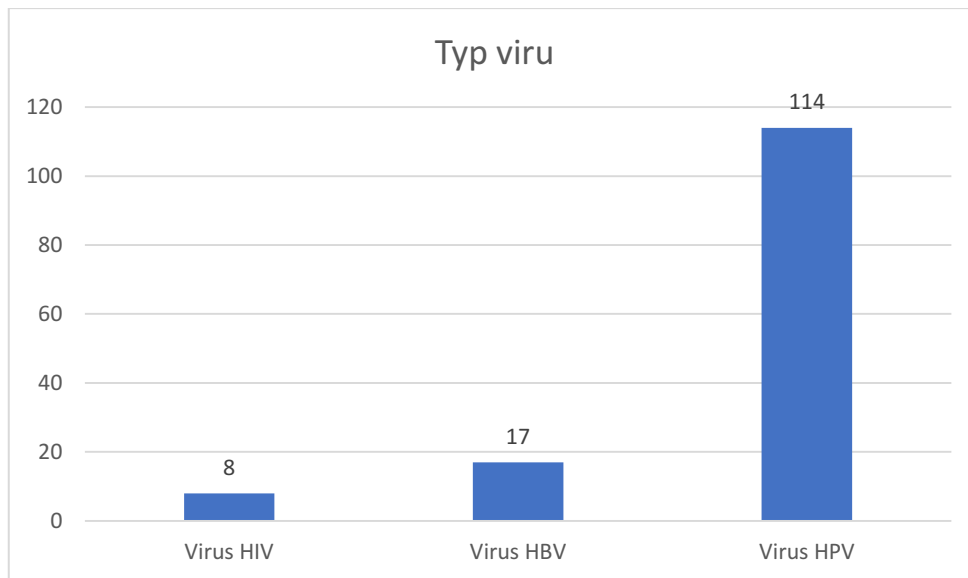


Graf 5 - první informace o karcinomu děložního čípku

Interpretace: První informace o karcinomu děložního čípku se dotazované dozvěděly od gynekologa, a to 62 respondentek (44,60 %). 27 respondentek (19,42 %) se první informace dozvěděly od všeobecného praktického lékaře. Z médií (internet, TV) vybralo tuhle odpověď 33 respondentek (23,74 %). Pouze 2 respondentky (1,44 %) odpověděly, že se první informace o karcinomu děložního čípku dozvěděly z literatury. Žádná z respondentek (0,00 %) neodpověděla, že se první informace dozvěděla od porodních asistentek, či všeobecných sester, také nikdo z dotazovaných respondentek (0,00 %) neodpověděl, že se s tímto pojmem nikdy nesešla.

Otázka č. 6 – Jakým virem je karcinom děložního čípku způsoben?

- a) Virus HIV
- b) Virus HPB
- c) Virus HPV



Graf 6 - typ viru

Interpretace: Celkem 114 respondentek (82,01 %) z celkového počtu 139 respondentek, odpovědělo, že karcinom děložního čípku, způsobuje virus HPV. 17 respondentek (12,23 %) si myslí, že karcinom děložního čípku způsobuje virus HPB a 8 respondentek (5,76 %) odpovědělo, že karcinom děložního čípku způsobuje virus HIV.

Otázka č. 7 – Jaké chování považujete za rizikové vzhledem ke vzniku karcinomu děložního čípku? (možno více odpovědí)

V otázce č. 7 dotazované kroužkovaly správné odpovědi. Možností bylo celkem 8 a byly promísené. Mezi správné odpovědi patřily: časně zahájení sexuálního života, promiskuita, nechráněný pohlavní styk, kouření, nedostatečná intimní hygiena, užívání hormonální antikoncepce. Ke každé jednotlivé možnosti odpovědi se váže 0,00 % - 100 % četnost.

- a) Časně zahájení sexuálního života
- b) Časté střídání sexuálních partnerů
- c) Nechráněný pohlavní styk
- d) Kouření
- e) Užívání drog
- f) Nedostatečná intimní hygiena
- g) Sexuální abstinence
- h) Užívání hormonální antikoncepce

Rizikové chování	Absolutní četnost	Relativní četnost
Časně zahájení sexuálního života	36	25,90%
Časté střídání sexuálních partnerů (promiskuita)	139	100,00%
Nechráněný pohlavní styk	84	60,43%
Kouření	40	28,78%
Užívání drog	18	12,95%
Nedostatečná intimní hygiena	22	15,83%
Sexuální abstinence	0	0,00%
Užívání hormonální antikoncepce	36	25,90%

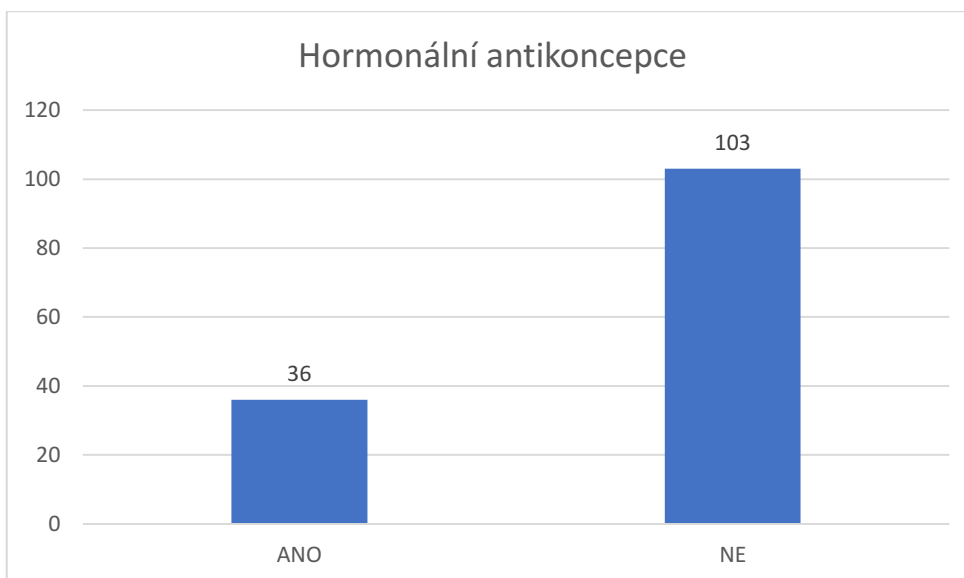
Tabulka 1 - rizikové chování

Interpretace: Jak ukazuje tabulka č. 1, všechny respondentky (100 %) označily časté střídání sexuálních partnerů (promiskuitu) jako za možné rizikové chování. Časně zahájení sexuálního života označilo jako možné rizikové chování 36 respondentek (25,90 %) z celkového počtu 139 respondentek (100 %). Nechráněný pohlavní styk označilo pak 84 respondentek (60,43 %). Kouření označilo 40 respondentek (28,78 %). Nedostatečnou intimní hygienu označilo nejméně respondentek, a to 22 (15,83 %). Užívání hormonální antikoncepce označilo správně 36 respondentek (25,90 %). Rizikové chování, které respondentky označily nesprávně, bylo 1

z 8, a to užívání drog. V případě užívání drog označilo nesprávně možnost 22 respondentek (15,83 %). Sexuální abstinenci jako možné rizikové chování neoznačila žádná z respondentek (100 %).

Otázka č. 8 - Užíváte hormonální antikoncepci?

- a) Ano
- b) Ne

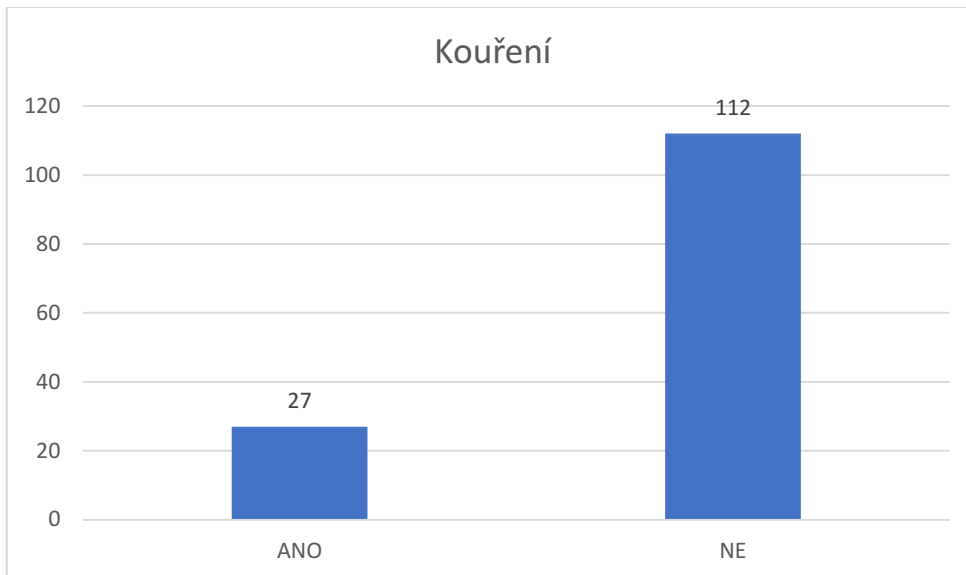


Graf 7 - hormonální antikoncepce

Interpretace: 103 respondentek (74,10 %) uvedlo, že neužívají hormonální antikoncepci. Hormonální antikoncepci užívá 36 respondentek (25,90 %).

Otázka č. 9 - Kouříte?

- a) Ano
- b) Ne



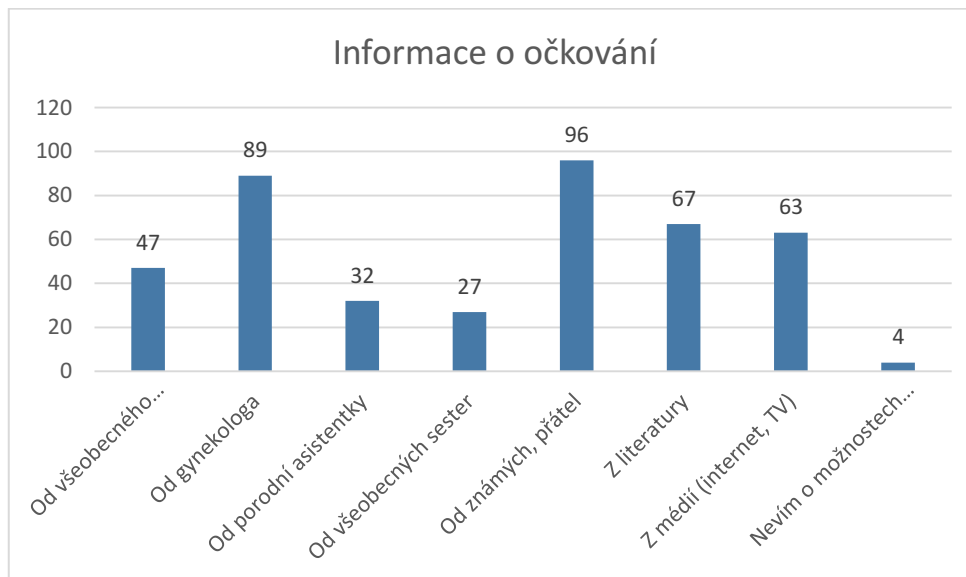
Graf 8 - kouření

Interpretace: Možnost kouřím označilo 27 respondentek (19,42 %). Možnost nekouřím označilo 112 respondentek (80,58 %).

Otázka č. 10 - Od koho jste se dozvěděla o možnostech očkování? (možno více odpovědí)

Vzhledem k tomu, že očkování (vakcinace) patří mezi primární prevenci, naše další otázky byly zaměřené na dotazy ohledně prevence. V této otázce měly dotazované možnost výběru odpovědí z více možností. Zajímalo nás, jak jsou na tom dotazované s očkováním a od koho se dozvěděly o možnostech očkování.

- a) Od všeobecného praktického lékaře
- b) Od gynekologa
- c) Od porodních asistentek
- d) Od všeobecných sester
- e) Od známých, přátel
- f) Z literatury
- g) Z médií (internet, TV)
- h) Nevím o možnostech očkování



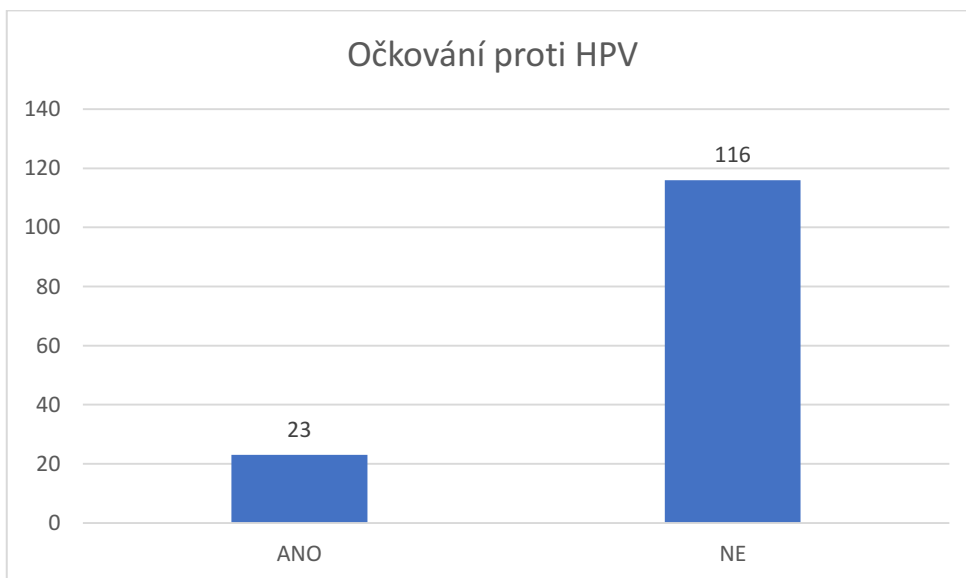
Graf 9 - informace o očkování

Interpretace: Nejvíce respondentek, a to 96 (69,06 %) se informace o očkování dozvěděly od známých nebo přátel. Druhou nejpočetnější skupinou bylo 87 respondentek (64,03 %), které se informace dozvěděly od gynekologa. Z literatury se informace o očkování dozvědělo 67 respondentek (48,20 %), z médií (internet, TV) 63 respondentek (45,32 %). 47 respondentek

uvedlo, že se informace o očkování dozvěděly od všeobecného praktického lékaře, 32 respondentek (23,02 %) uvedlo, že se o očkování dozvěděly přes porodní asistentky, od všeobecných sester se informace o očkování dozvědělo 27 respondentek (19,42 %). Pouze 4 respondentky (2,88 %) nevědí o možnostech očkování.

Otázka č. 11 - Jste sama očkovaná proti HPV viru?

- a) Ano
- b) Ne



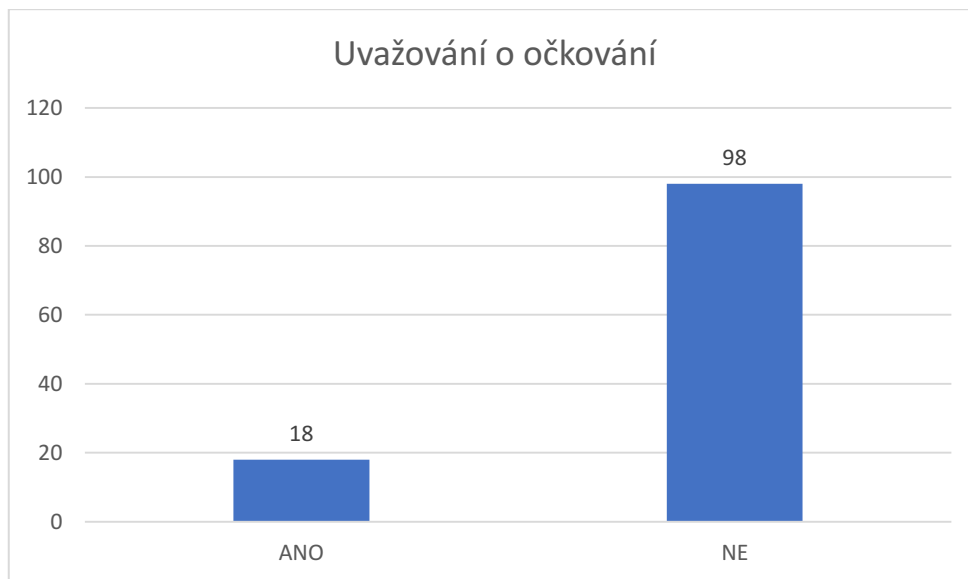
Graf 10 - očkování proti HPV viru

Interpretace: 116 respondentek (83,45 %) uvedlo, že nejsou očkované proti HPV viru. 23 respondentek (16,55 %) uvedlo, že očkované jsou.

Otázka č. 12 - Pokud nejste očkována proti HPV viru, uvažujete o tom?

Tato otázka navazovala na předchozí otázku č. 10. Otázky se zúčastnilo celkem 116 respondentek (100,00 %), protože v předchozí otázce odpověděly, že očkované nejsou.

- a) Ano
- b) Ne

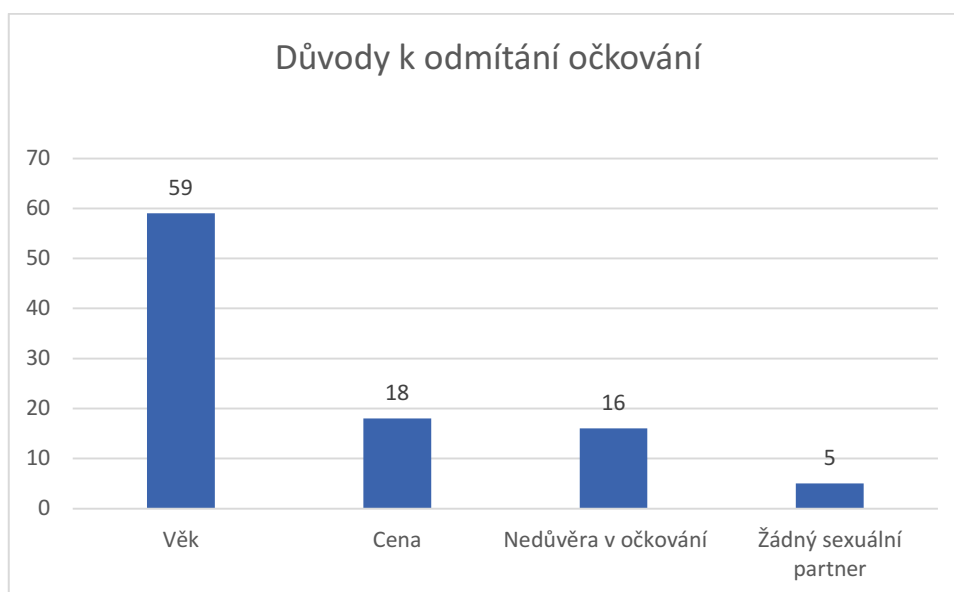


Graf 11 - uvažování o očkování

Interpretace: Z celkového počtu 116 respondentek (100,00 %), které v předchozí otázce odpověděly, že nejsou očkované proti HPV viru, uvažuje 18 respondentek (15,52 %), že by se nechalo očkovat proti HPV viru. 98 respondentek (84,48 %) neuvažuje o možnosti očkování proti HPV viru.

Otázka č. 13 - Pokud ne, z jakého důvodu očkování odmítáte?

Tato otázka navazuje na předchozí otázku č. 12. Jednalo se o otevřenou otázku, kterou vyplňovaly pouze ty ženy, které z určitých důvodů odmítají očkování. Konkrétně se jednalo o 98 respondentek (100,00 %), které neuvažují o možnostech očkování. Respondentky uvedly, že odmítají očkování z důvodu věku, ceně, nedůvěře v očkování, nebo nemají žádného sexuálního partnera.

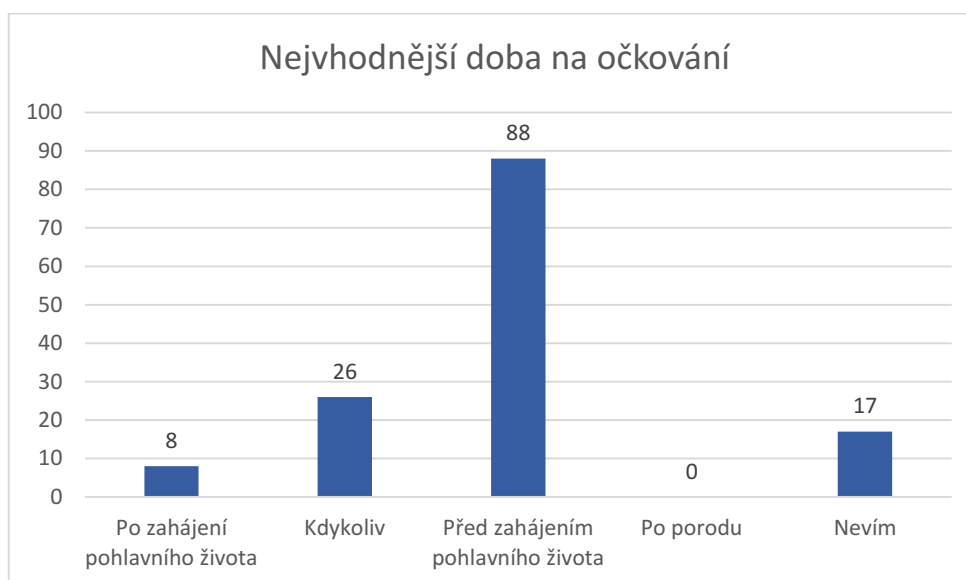


Graf 12 - důvody k odmítání očkování

Interpretace: Největší roli v odmítání očkování hraje věk, konkrétně u 59 respondentek (60,20 %). 18 respondentek (18,37 %) odmítá očkování z důvodu finančních důvodů. 16 respondentek (16,33 %) odmítá očkování, protože nemají v očkování důvěru a pouze 5 respondentek (5,10 %) odmítá očkování, protože nemají momentálně žádného sexuálního partnera.

Otázka č. 14 - Víte, kdy je nejvhodnější doba na očkování proti HPV viru?

- a) Po zahájení pohlavního života
- b) Kdykoliv
- c) Před zahájením pohlavního života
- d) Po porodu
- e) Nevím

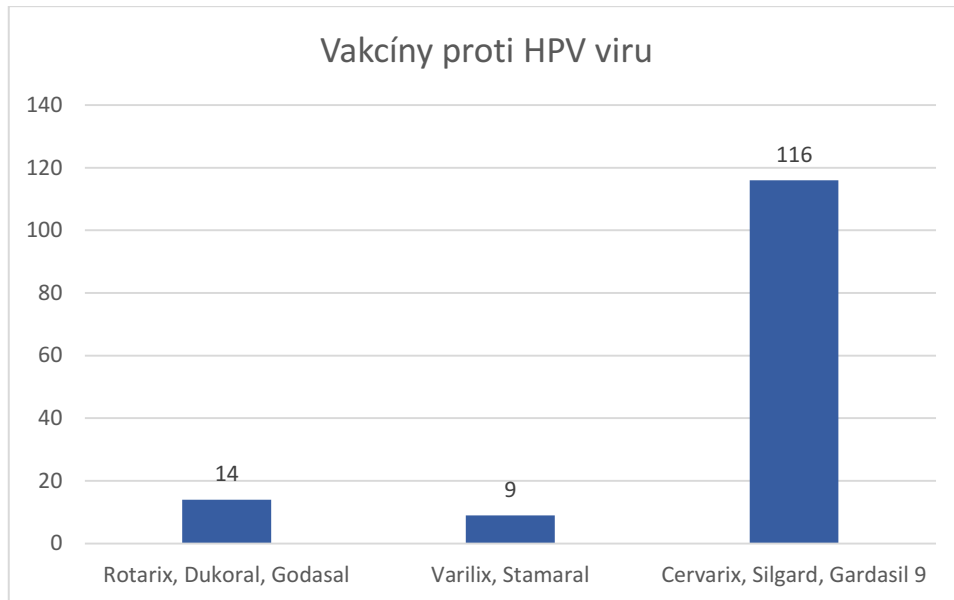


Graf 13 - nejvhodnější doba na očkování

Interpretace: 8 respondentek (5,76 %) si myslí, že nejvhodnější doba na očkování je po zahájení pohlavního života. Kdykoliv označilo 26 respondentek (18,71 %). Před zahájením pohlavního života označilo tuto odpověď 88 respondentek (63,31 %). 17 respondentek (12,23 %) uvedlo, že nevědí, kdy je nejvhodnější doba na očkování, žádná z respondentek (0,00 %) neuviedla, že nejvhodnější doba na očkování je po porodu.

Otázka č. 15 - Jak se nazývají preventivní vakcíny proti HPV viru?

- a) Rotarix, Dukoral, Godasal
- b) Varilix, Stamaral
- c) Cervarix, Silgard, Gardasil 9

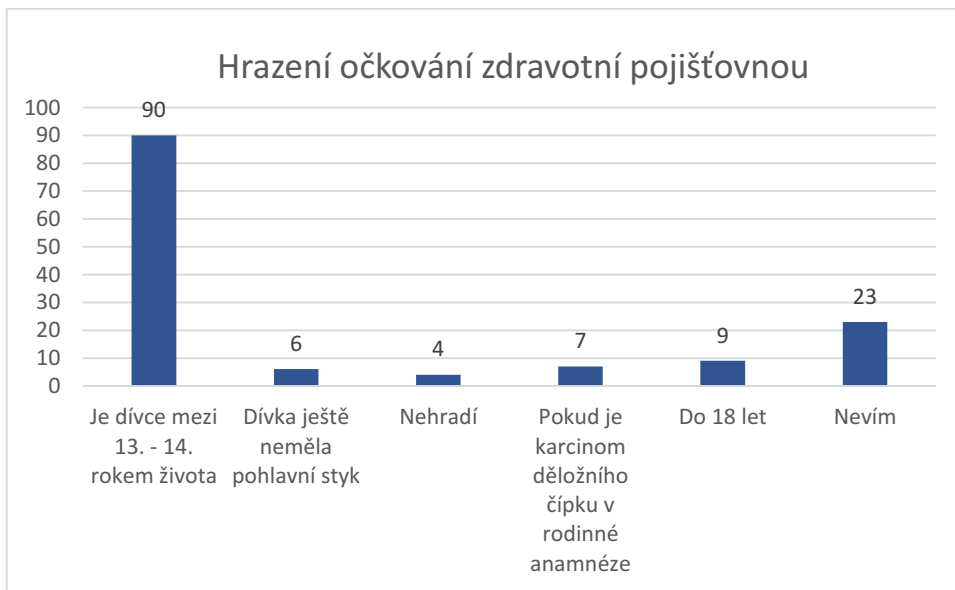


Graf 14 - vakcíny proti HPV viru

Interpretace: Nejvíce respondentek, a to 116 (83,45 %) označily odpověď Cervarix, Silgard a Gardasil 9. Odpověď Rotarix, Dukoral a Godasal uvedlo 14 respondentek (10,07 %). Nejmenší skupinu tvořilo 9 respondentek (6,47 %), které označily odpověď Varilix, Stamaral.

Otázka č. 16 - Očkování proti HPV viru hradí zdravotní pojišťovna pokud?

- a) Je dívka mezi 13-14. rokem
- b) Dívka ještě neměla pohlavní styk
- c) Nehradí
- d) Pokud je karcinom děložního čípku v rodinné anamnéze
- e) Do 18. let
- f) Nevím

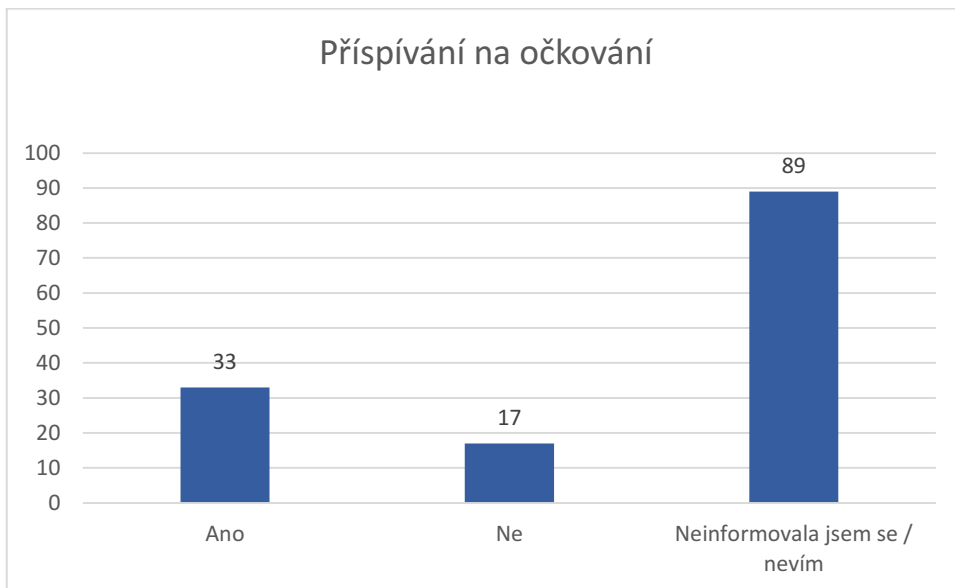


Graf 15 - hrazení očkování zdravotní pojišťovnou

Interpretace: 90 respondentek (64,75 %) uvedlo, že očkování proti HPV viru hradí zdravotní pojišťovna, pokud je dívka mezi 13-14. rokem života. 6 respondentek (4,32 %) zakroužkovaly, že očkování hradí zdravotní pojišťovna, pokud dívka ještě neměla pohlavní styk. Pokud je karcinom v rodinné anamnéze uvedlo 7 respondentek (5,04 %). 4 respondentky (2,88 %) si myslí, že zdravotní pojišťovna nehradí očkování. Do 18 let označilo 9 respondentek (6,47 %) a zbylých 23 respondentek nevědí, jestli zdravotní pojišťovna hradí očkování.

Otázka č. 17 - Přispívá Vám na očkování proti HPV viru Vaše zdravotní pojišťovna?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Neinformovala jsem se, nevím



Graf 16 - přispívání na očkování

Interpretace: Odpověď ano zvolilo 33 respondentek (23,74 %). 17 respondentek (12,23 %) uvedlo, že jim jejich zdravotní pojišťovna nepřispívá na očkování. 89 respondentek (64,03 %) se neinformovaly, nebo nevědí, jestli jim jejich zdravotní pojišťovna přispívá na očkování.

Otázka č. 18 - Označte ochranné faktory související s prevencí proti karcinomu děložního čípku. (možno více odpovědí)

V otázce č. 18 nás zajímalo, jaké ochranné faktory souvisejí s prevencí proti karcinomu děložního čípku. V této otázce dotazované kroužkovaly správně odpovědi. Možností bylo celkem 5 a byly promísené. Mezi správné odpovědi patřily: očkování (vakcinace), pravidelné gynekologické prohlídky, správná chráněný pohlavní styk. Ke každé jednotlivé možnosti odpovědi se váže 0,00 % - 100 % četnost

- a) Očkování (vakcinace)
- b) Hormonální antikoncepce
- c) Pravidelné gynekologické prohlídky
- d) Chráněný pohlavní styk
- e) Sexuální abstinence

Ochranné faktory	Absolutní četnost	Relativní četnost
Očkování (vakcinace)	115	82,73%
Hormonální antikoncepce	8	5,76%
Pravidelné gynekologické prohlídky	96	69,06%
Chráněný pohlavní styk	87	62,59%
Sexuální abstinence	38	27,34%

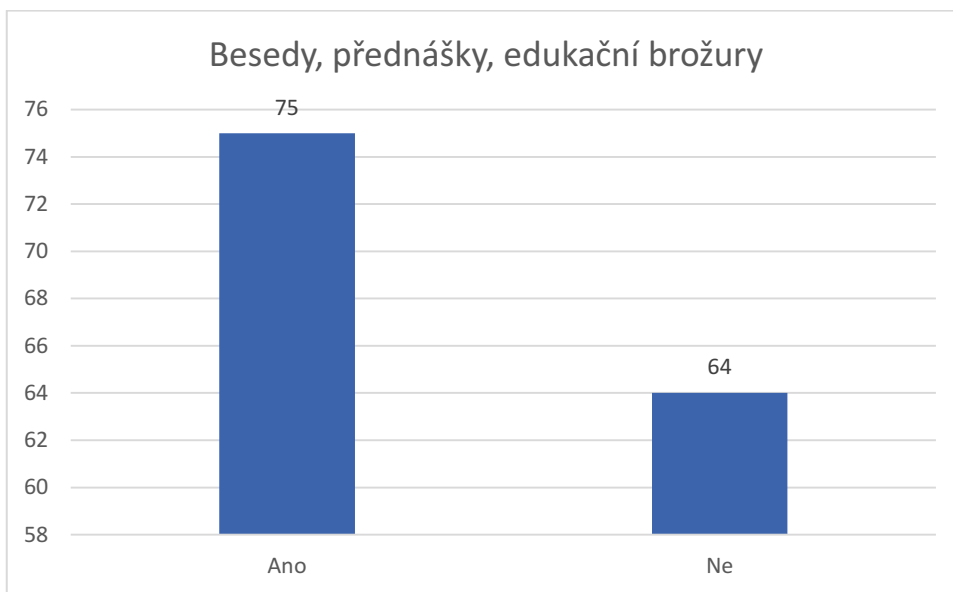
Tabulka 2 - ochranné faktory

Interpretace: Jak ukazuje tabulka č. 2, většina respondentek, a to 115 (82,73 %) označilo očkování (vakcinace) jako za možné ochranné faktory. Pravidelné gynekologické prohlídky pak označilo 96 respondentek (69,06 %). Chráněný pohlavní styk označilo 87 respondentek (62,59 %). Ochranné faktory, které respondentky označily nesprávně, byly 2 z 5, a to hormonální antikoncepci a sexuální abstinenci. Hormonální antikoncepci označilo 8 respondentek (5,76 %) a sexuální abstinenci označilo 38 respondentek (27,34 %).

Otázka č. 19 - Uvítala byste besedy, přednášky či tiskopisy (edukační brožury) zaměřené na toto onemocnění?

V následující otázce nás zajímalo, zda by měly ženy zájem o přednášky, besedy či tiskopisy (edukační brožury), které by byly zaměřené na karcinom děložního čípku.

- a) Ano
- b) Ne

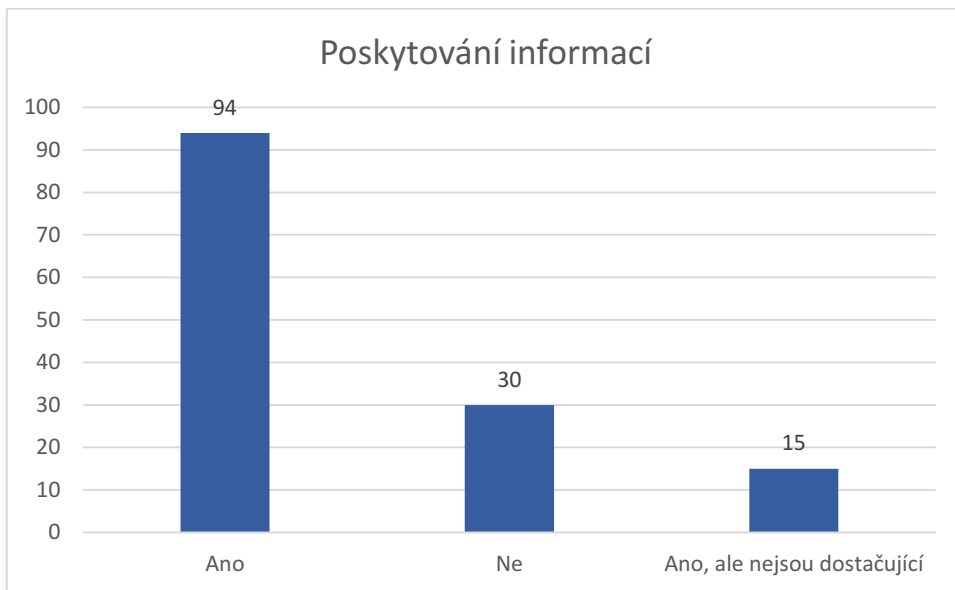


Graf 17 - besedy, přednášky, edukační brožury

Interpretace: 75 respondentek (53,96 %) by uvítalo besedy, přednášky či tiskopisy (edukační brožury), které by byly zaměřené na karcinom děložního čípku. Zbýlých 64 respondentek (46,04 %) nemá zájem o přednášky, besedy či edukační brožury.

Otázka č. 20 - Poskytuje Vámi navštěvované gynekologické zařízení dostatek informací o karcinomu děložního čípku?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Ano, ale nejsou dostačující

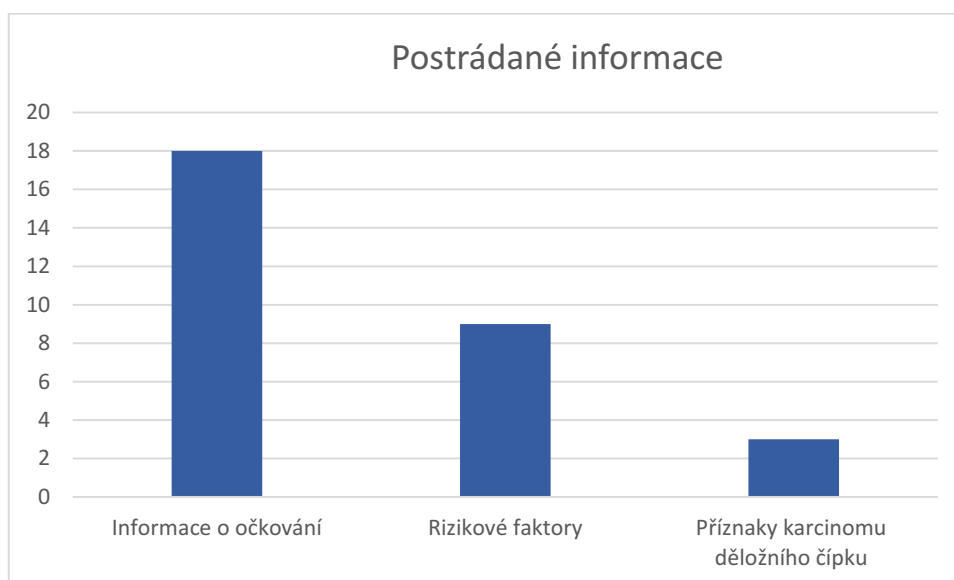


Graf 18 - poskytování informací

Interpretace: 94 respondentek (67,63 %) zvolilo odpověď ano. Ne odpovědělo 30 respondentek (21,58 %) a zbylých 15 respondentek (10,79 %) uvedlo, že jim jejich gynekologické zařízení poskytuje informace, ale nejsou dostačující.

Otázka č. 21 - Pokud ne, které informace postrádáte?

Tato otázka navazovala na předchozí otázku č. 20. Jednalo se o otevřenou otázku, kterou vyplňovaly pouze ty, kterým scházely informace od svého gynekologického zařízení. Konkrétně se jednalo o 30 respondentek (100,00 %). Dotazované uvedly, že jim scházejí informace o očkování, příznacích karcinomu děložního čípku a rizikových faktorech, které přispívají ke vzniku děložního čípku.



Graf 19 - postrádané informace

Interpretace: Jak ukazuje graf, 18 respondentkám (60,00 %) schází informace o očkování, 9 respondentkám (30,00 %) scházejí informace o rizikových faktorech, které přispívají ke vzniku karcinomu děložního čípku. 3 respondentkám (10,00 %) scházejí informace o příznacích karcinomu děložního čípku.

8. DISKUZE

Karcinom děložního čípku je zhoubné nádorové onemocnění. Jedná se o druhé nejčastější onkologické onemocnění, které se vyskytuje u žen na celém světě, ihned po karcinomu prsu. Na vzniku karcinomu děložního čípku se podílí řada rizikových faktorů, avšak nejvýznamnějším rizikovým faktorem pro vznik karcinomu děložního čípku je perzistující infekce rizikovými typy lidských papilomavirů.

Tato bakalářská práce se zabývá otázkou, jaká je informovanost žen o rizikových faktorech a možnostech prevence onemocnění karcinodem děložního čípku. Hlavním cílem bylo tedy zjistit, do jaké míry jsou ženy informovány o karcinomu děložního čípku, jakou formou a od koho se dozvěděly informace o tomto onemocnění, jaké mají znalosti ohledně rizikových faktorů, které se podílejí na vzniku karcinomu děložního čípku, zda docházejí na pravidelné preventivní gynekologické prohlídky, jaký mají zájem o prevenci, očkování a jestli by rády uvítaly besedy, či přednášky o karcinomu děložního čípku. Následně bylo cílem navrhnout edukační brožuru nebo leták (příloha č. 3), které budou reagovat na výsledky výzkumného šetření. O karcinomu děložního čípku bylo v předešlých letech napsáno mnoho bakalářských a diplomových prací, knih, edukačních brožur, informačních letáků.

Výzkumné šetření bylo provedeno na gynekologické klinice Gynamb v Chrudimi. Výzkumu se zúčastnilo celkem 139 žen (100 %). Největší věkovou skupinou, která se zapojila do výzkumného šetření byly ženy ve věku 18–30 let (36 %), naopak nejmenší věkovou skupinou, která se zapojila do výzkumného šetření byly ženy ve věku 61 a více let (4 %). Nejvíce žen bylo vdaných, a to 59 %. Největší skupinu tvořily respondentky s nejvyšším dosaženým vzděláním „střední školy s maturitou“ a to 40 %.

Pro srovnání výsledků jsme použili výzkumné šetření z diplomové práce Jany Vágnerové z roku 2019 (Rakovina děložního čípku a možnosti prevence), bakalářskou práci Zuzany Kapustové z roku 2019 (Informovanost a prevence karcinomu děložního čípku), bakalářskou práci Ilony Sejkorové z roku 2016 (očkování proti rakovině děložního čípku – zdravotní přínos nebo komerční tlak?), bakalářskou práci Táni Havlíkové z roku 2015 (Primární prevence karcinomu děložního čípku v práci všeobecných sester) a bakalářskou práci Kristýny Zichové z roku 2014 (Znalosti o prevenci karcinomu děložního čípku středoškolské populace)

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, zda se ženy někdy setkaly s pojmem „karcinom děložního čípku“, jaký je jejich zdroj informací a jaký vir způsobuje karcinom děložního čípku.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zda se respondentky setkaly někdy s pojmem karcinom děložního čípku a jaký byl jejich první zdroj informací. S tím souvisí otázka č. 5 (Od koho jste se poprvé dozvěděla o karcinomu děložního čípku?), otázka č. 6 (Jakým virem je karcinom děložního čípku způsoben?)

Na otázku č. 5 většina, celkem 62 respondentek (45 %), odpověděla, že se první informace o karcinomu děložního čípku dozvěděly od gynekologa. Druhou nejpočetnější skupinou bylo 33 respondentek (24 %), které se první informace o karcinomu děložního čípku dozvěděly z médií (internet, TV). Naopak nejmenší skupinou respondentek byla skupina o 2 respondentek (1 %), které se první informace o karcinomu děložního čípku dozvěděly z literatury.

V roce 2019 byl proveden podobný výzkum, který byl součástí diplomové práce, autorky Jany Vágnerové z roku 2019 (Rakovina děložního čípku a možnosti prevence). Autorka v práci uvádí, že nejvíce respondentek se o karcinomu děložního čípku dozvěděly od rodiny (31 %), nebo si informace o tomto onemocnění získaly samy (24 %). Dalšími významnými informačními zdroji jsou praktičtí lékaři (20 %) a gynekologové (12 %).

V roce 2019 byla vypracována bakalářská práce od Zuzany Kapustové, též v roce 2019 (Informovanost a prevence karcinomu děložního čípku), ta se ve svém výzkumném šetření také dotazovala respondentek, od koho se dozvěděly o tomto onemocnění. Nejpočetnější skupinou byly respondentky, které se informace o karcinomu děložního čípku dozvěděly prostřednictvím médií (časopisy, internet, TV), a to celkem 70 %.

Na otázku č. 6, nejvíce respondentek 82 % odpovědělo, že virus HPV způsobuje karcinom děložního čípku. Mým předpokladem bylo, že 80 % dotazovaných si bude vědoma toho, jaký virus způsobuje karcinom děložního čípku.

V bakalářské práci od autorky Kristýny Zichové z roku 2014 (Znalosti o prevenci karcinomu děložního čípku středoškolské populace) 92 % respondentek uvedlo správně, že virus HPV způsobuje karcinom děložního čípku.

Při porovnání výsledků je zřejmé, že v našem výzkumném šetření se nejvíce respondentek dozvědělo první informace o tomto onemocnění od gynekologa (45 %), naopak v diplomové práci od Jany Vágnerové se nejvíce respondentek dozvěděly první informace od rodiny či jiných příbuzných (31 %) a od autorky Zuzany Kapustové se nejvíce respondentek (70 %) první informace o karcinomu děložního čípku dozvěděly prostřednictvím medií

(časopisy, internet, TV). Rozdíly mohou být ovlivněny například věkem, kdy mladé ženy mají snadnější přístup na internet, oproti starším ženám.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit vliv vybraných demografických proměnných na znalost problematiky a dodržování preventivních opatření onemocnění karcinomem děložního čípku.

Pro tento dílčí cíl jsme zvolili otázku č. 4 (Jak často chodíte na pravidelné preventivní prohlídky ke svému gynekologovi?) Tato otázka si klade za cíl zjistit stav informovanosti respondentek o preventivních prohlídkách. Správnou odpovědí bylo „jedenkrát za 1 rok“. Správně odpovědělo celkem 87 respondentek (63 %). Zde jsme očekávali ještě větší procentuální zastoupení. Druhou nejpočetnější skupinou bylo 38 respondentek (27 %), které odpověděly, že na pravidelné preventivní prohlídky docházejí 2x do roka. Dále pak 9 respondentek (6 %) odpovědělo, že na pravidelné gynekologické prohlídky docházejí 1x za 2 roky a pouze 5 respondentek (4 %) uvedlo, že nechodí na pravidelné preventivní prohlídky, ale pouze jen při potížích vyhledávají gynekologa. Výsledky ukazují na předpoklad, že lepší informovanost je u věkově mladší skupiny respondentek a vzdělanějších respondentek, které jsou lépe informovány o této problematice, naopak ženy, které jsou starší věkové kategorie dodržují a pravidelně docházejí na pravidelné preventivní gynekologické prohlídky.

Obecným výstupem je zjištění, že o sledované problematice se začíná více diskutovat, dospělé ženy, jsou čím dál tím více informovány o preventivních prohlídkách, pravidelně docházejí 1x do roka na pravidelné preventivní prohlídky, a tak dodržují prevenci. Znalosti u všech respondentek, avšak nejsou zcela dostačující.

Dílčí cíl č. 3: Zmapovat znalosti ženské populace o rizikových faktorech související s karcinomem děložního čípku.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit a zmapovat znalosti ženské populace o rizikových faktorech, které souvisejí s karcinomem děložního čípku a výrazně se podílejí na vzniku tohoto onkologického onemocnění. S tímto dílčím cílem souvisí otázka č.7 (Jaké chování považujete za rizikové vzhledem ke vzniku karcinomu děložního čípku? (označte všechna riziková chování), otázka č.8 (Užíváte hormonální antikoncepci?) a otázka č.9 (Kouříte?).

U otázky č.7 jsme chtěli od respondentek, aby označily, jaké chování považují za rizikové vzhledem ke vzniku karcinomu děložního čípku. V této otázce respondentky kroužkovaly správné odpovědi. Možností bylo celkem 8 a byly promísené. Mezi správné

odpovědi patřily: časné zahájení sexuálního života, promiskuita, nechráněný pohlavní styk, kouření, nedostatečná intimní hygiena, užívání hormonální antikoncepce. Nejčtenější odpovědí respondentek u této otázky byla odpověď za b) časté střídání sexuálních partnerů, kterou uvedly všechny respondentky, celkem 139 (100 %). Naším předpokladem bylo, že 80 % respondentek uvede tuto odpověď. Výsledek u této otázky je velice kladný. Dále jsme očekávali, že většina respondentek označí odpověď za c) nechráněný pohlavní styk, tuto odpověď označilo 60 %. A odpověď za a) časné zahájení sexuálního života, tuto odpověď označilo 26 % dotazovaných.

U otázky č. 8 jsme se zajímali, jestli respondentky užívají hormonální antikoncepci. Užívání dlouholeté hormonální antikoncepce přispívá ke vzniku karcinomu děložního čípku, proto jsme se zajímali, zda hormonální antikoncepci užívají. V našem výzkumném šetření, 74 % respondentek uvedlo, že hormonální antikoncepci neužívají, pouze 26 % užívá hormonální antikoncepci.

U otázky č. 9 jsme se zajímali, zda respondentky kouří. Byli jsme mile překvapení, když jsme se z našeho výzkumném šetření dozvěděli, že z celkového počtu 139 respondentek (100 %) kouří pouze 27 (19 %) respondentek. 81 % respondentek nekouří, a tak zabraňují vzniku karcinomu děložního čípku.

Z výsledků se tedy domníváme, že znalosti ženské populace o rizikových faktorech jsou dostačující a že si jsou respondentky vědomy toho, jaké rizikové chování může způsobit toto onemocnění.

Dílčí cíl č. 4: Zjistit, zda se ženy někdy setkaly s pojmem „očkování“ a jaký je jejich zdroj informací.

Tento dílčí cíl se pojí s otázkou č. 10 (Od koho jste se dozvěděla o možnostech očkování?). V této otázce nás zajímalo, od koho se respondentky dozvěděly o očkování a možnostech očkování. Respondentky měly možnost výběru odpovědí z více možností, mohly tudíž označit více odpovědí. Nejvíce respondentek 96 (69 %) se informace o očkování dozvěděly od známých, přátel či rodiny. Druhou nejpočetnější skupinou bylo 89 respondentek (64 %), které se od gynekologa dozvěděly o očkování. Třetí nejpočetnější skupinou byly respondentky, které se informace o očkování dozvěděly z literatury, tedy celkem 67 respondentek (48 %) a z médií (internet, TV), těch bylo celkem 63 (45 %).

Pro srovnání uvádíme výzkumné šetření bakalářské práce od autorky Ilony Sejkorové z roku 2016 (Očkování proti rakovině děložního čípku – zdravotní přínos, nebo komerční

tlak?). Autorka sestavila dva dotazníky, jeden pro pacientky a druhý dotazník byl určen pro lékaře z oboru gynekologie a praktického lékaře. Vybrali jsme výzkumné šetření, které bylo určeno pro pacientky, tedy ženskou populaci, jejíž výzkum uvádí, že 37 % respondentek, se informace o očkování dozvěděly z reklamy, reklamních letáků či televize, 33 % respondentek uvedlo, že informace o očkování dozvěděly od lékaře a 23 % od rodičů. Autorka uvádí, že pouze jedna respondentka nikdy neslyšela o možnostech očkování.

Při zhodnocení v našem výzkumném šetření, se nejvíce respondentek, a to 69 %, o očkování a možnostech očkování dozvěděly od známých, přátel, či rodiny, dále pak 64 % respondentek se informace o očkování dozvěděly od gynekologa. 45 % respondentek uvedlo, že se informace o očkování dozvěděly prostřednictvím medií (internet, TV).

Nejčastější zdroje informací se po srovnání liší. Z našeho výzkumu vyplývá jako nejčastější první zdroj rodina, přátelé a známí. Kdežto ve výzkumném šetření od autorky Ilony Sejkorové jsou to reklamy, reklamní letáky a televize. Postupně se tedy zdroje informací liší.

Dílčí cíl č. 5: Zjistit, zda mají ženy zájem o primární prevenci karcinomu děložního čípku.

Tento dílčí cíl souvisí s otázkou č. 11 (Jste sama očkována proti HPV viru?), otázka č. 12 (Pokud nejste očkována proti HPV viru, uvažujete o tom?) a otázka č. 13 (Pokud ne, z jakého důvodu očkování odmítáte?)

Na otázku č. 11 (Jste sama očkována proti HPV viru?) jsme se respondentek ptali, zda jsou očkovány proti HPV viru. Mysleli jsem si, že více jak 50 % dotazovaných je očkována proti HPV viru, ale z výzkumu se ukázalo, že pouze 17 % respondentek je očkována proti HPV viru. Zbýlých 83 % respondentek očkována proti HPV viru není. Na otázku č. 11 navazovala otázka č. 12 (Pokud nejste očkována proti HPV viru, uvažujete o tom?). Na tuto otázku reagovalo celkem 116 respondentek (100 %), které v předešlé otázce odpověděly, že nejsou očkovány. Z celkového počtu 116 respondentek (100 %) označilo odpověď ano, že uvažují o očkování proti HPV viru, zbylých 84 % respondentek odpovědělo, že neuvažují o možnostech očkování.

S tím také souvisí otázka č. 13 (Pokud ne, z jakého důvodu očkování odmítáte?). Tato otázka byla otevřená a navazovala na otázku č. 12 (Pokud nejste očkována proti HPV viru, uvažujete o tom?). Respondentky měly zde možnost vypsát důvody, proč očkování odmítají. Nejčastějším důvodem respondentek byl věk, to napsalo 60 % dotazovaných. Poté zde

respondentky uváděly jako další důvody cenu (18 %), nedůvěra v očkování (16 %) a žádný sexuální partner (5 %).

Po porovnání výsledků jsme použili diplomovou práci autorky Vágnerové z roku 2019, ta se ve svém výzkumném šetření také ptala respondentek, z jakého důvodu odmítají očkování. Této otázce se celkem zúčastnilo 231 respondentek (67 %). 14 % respondentek uvedlo, že nevěří očkování, 8 % respondentek nemá zájem o očkování, 4 % respondentek odmítá očkování kvůli ceně, 3 % respondentek nedoporučuje lékař, aby se nechaly očkovat a 1 % respondentek nemá dostatek informací, mají jednoho stálého partnera nebo uvedly špatné načasování. Z výzkumných šetření vyplývá, že respondentky nejčastěji odmítají očkování z důvodu nedůvěry v očkování, ceny nebo nemají zájem o očkování.

Dílčí cíl č. 6: Zmapovat znalosti ženské populace o očkování související s prevencí.

S tímto dílčím cílem souvisí otázka č. 14 (Víte, kdy je nejvhodnější doba na očkování?), otázka č. 15 (Jak se nazývají preventivní očkovací vakcíny proti HPV viru?), otázka č. 16 (Očkování proti HPV viru hradí pojišťovna pokud?) a otázka č. 17. (Přispívá Vám na očkování Vaše zdravotní pojišťovna?). V otázce č. 14 jsme se respondentek ptali, zda vědí, kdy je nejvhodnější doba na očkování. Respondentky měly na výběr z více možností odpovědí. 88 % respondentek uvedlo, že nejvhodnější doba na očkování je před zahájením pohlavního života. Tato odpověď je správná. Zbýlých 19 % respondentek uvedlo kdykoliv, 12 % respondentek neví, kdy je nejvhodnější doba na očkování, 6 % respondentek uvedlo po zahájení pohlavního života a žádná z našich respondentek neuvedla odpověď po porodu.

I ve výzkumném šetření bakalářské práce od autorky Havlíkové z roku 2015 99 % respondentek uvedlo, že nejvhodnější doba na očkování je před zahájením pohlavního života, pouze 1 respondentka uvedla co nejdříve po narození. Stejně tomu bylo i ve výzkumném šetření bakalářské práce od autorky Zichové z roku 2014, kde si 72 % respondentek myslí, že nejvhodnější doba na očkování je před zahájením pohlavního života, 22 % respondentek uvedlo, že nejvhodnější doba na očkování je kdykoliv mezi 13. a 14. rokem života.

U otázky č. 15 jsme se respondentek ptali, zda vědí, jak se jmenují očkovací vakcíny proti HPV viru. Naším předpokladem bylo, že více jak 80 % respondentek odpoví správně a označí odpověď s očkovacími vakcínami Cervarix, Silgard a Gardasil 9. Celkem 83 % respondentek tuto odpověď označilo a odpovědělo správně. V tomto případě byla použita k porovnání výsledků bakalářská práce Zuzany Kapustové z roku 2019 (Informovanost a

prevence karcinomu děložního čípku). Též se ptala respondentek, jestli znají nějaké obchodní názvy vakcín, kterými se lze nechat očkovat proti HPV viru. Z celkového počtu 104 respondentek (100 %) 43 % respondentek zvolilo odpověď Cervarix a 39 % respondentek označilo odpověď Silgard. Podle výsledků lze říci, že většina respondentek zná názvy očkovacích vakcín, které se používají proti HPV viru. Respondentky jsou tedy informovány o očkovacích vakcínách.

U otázky č. 16 jsme se zajímali, zda jsou respondentky informovány o tom, jestli očkování proti karcinomu děložního čípku hradí zdravotní pojišťovna. Respondentky měly na výběr z několika variant odpovědí. Mezi odpovědi patřily – Je dívce mezi 13. – 14. rokem života, dívka ještě neměla pohlavní styk, nehradí, pokud je karcinom děložního čípku v rodinné anamnéze, do 18 let a nevím. Nejvíce respondentek a to, 65 % odpovědělo, že zdravotní pojišťovna hradí očkování proti HPV viru, pokud je dívce mezi 13. – 14. rokem života. Druhou nejpočetnější skupinou bylo 17 % respondentek, které nevědí, zda zdravotní pojišťovna hradí očkování proti HPV viru. Po téhle otázce navazovala ihned otázka č. 17, ve které nás zajímalo, zda respondentkám přispívá na očkování proti HPV viru jejich zdravotní pojišťovna. 24 % respondentkám jim jejich zdravotní pojišťovna přispívá na očkování proti HPV viru, 12 % respondentek nepřispívá zdravotní pojišťovna na očkování proti HPV viru a 64 % respondentek se neinformovaly nebo nevědí, zda jim jejich zdravotní pojišťovna přispívá na očkování proti HPV viru. Z výsledků vyplývá, že velké procento neinformovaných respondentek může hrát velkou roli, z důvodu, že ženská populace není dosti informována o tom, jestli jim jejich zdravotní pojišťovna přispívá nebo nepřispívá na očkování proti HPV viru, a tak nejsou třeba očkované, z důvodu finančních nedostatků.

Dílčí cíl č. 7: Zjistit, do jaké míry jsou ženy informovány o ochranných faktorech, které souvisejí s prevencí.

V tomto dílčím cíli jsme se zajímali, do jaké míry jsou ženy informovány o ochranných faktorech, které souvisejí s prevencí. S tím souvisí otázka č. 18 (Označte ochranné faktory související s prevencí proti karcinomu děložního čípku, možno více odpovědí). Respondentky zde kroužkovaly správné odpovědi, měly na výběr z 5 odpovědí, z toho byly 3 správně. Mezi správné ochranné faktory patří – Očkování (Vakcinace), Pravidelné gynekologické prohlídky a chráněný pohlavní styk. Vybrali jsem ty nejdůležitější ochranné faktory. 83 % respondentek si myslí, že očkování je nejdůležitější ochranný faktor, 69 % respondentek uvedly pravidelné gynekologické prohlídky jako ochranný faktor a 87 %

respondentek označilo správně chráněný pohlavní styk. Mezi špatné odpovědi patřila sexuální abstinence, kterou označilo celkem 27 % respondentek a hormonální antikoncepce, tu označilo 6 % respondentek.

Pro srovnání výsledků jsme použili bakalářskou práci od autorky Kapustové z roku 2019 (Informovanost a prevence karcinomu děložního čípku), v jejím výzkumném šetření, respondentky také vybíraly z několika alternativ odpovědí. Nejpočetnější skupinu tvořilo 31 % respondentek, které označily odpověď očkování proti lidským papilomavirům (HPV), dále pak 25 % respondentek uvedlo jako ochranný faktor pravidelné gynekologické prohlídky a 21 % respondentek označilo jako za ochranný faktor chráněný pohlavní styk. Podle výsledku jsme zjistili, že většina respondentek považuje očkování (vakcinaci) za důležitý faktor, neboť očkování označilo nejvíce respondentek z obou výzkumů, poté docházení na pravidelné preventivní kontroly a také chráněný pohlavní styk. Po porovnání odpovědí lze říci, že se výsledky shodují.

Dílčí cíl č. 8: Zhodnotit zájem ženské populace o přednášky, besedy, tiskoviny (např. edukační brožury) týkající se problematiky karcinomu děložního čípku.

Posledním dílčím cílem bylo zjistit, jestli mají respondentky zájem o přednášky, besedy, tiskoviny jako jsou například edukační brožury, které se týkají problematiky karcinomu děložního čípku. S tímto dílčím cílem souvisí otázka č. 19 (Uvítala byste besedy či přednášky zaměřené na toto onemocnění?), otázka č. 20 (Poskytuje Vámi navštěvované gynekologické zařízení dostatek informací o karcinomu děložního čípku?) a otázka č. 21 (Pokud ne, které informace postrádáte?) Zjistili jsme, že respondentky mají zájem o přednášky či besedy, které by byly zaměřené na problematiku karcinomu děložního čípku. 54 % respondentek má zájem o besedy, přednášky či edukační brožury, které by lépe nastínily problematiku tohoto onemocnění, zbylých 46 % tento zájem nemá, neboť jsou dosti informované nebo se bohužel nechtějí dozvědět více o této problematice.

U otázky č. 20 nás zajímalo, zda respondentkám poskytuje jejich navštěvované gynekologické zařízení dostatek informací o problematice karcinomu děložního čípku. 68 % respondentkám poskytuje jejich gynekologické zařízení dostatek informací, 21 % neposkytuje jejich gynekologické zařízení dostatek informací a 11 % respondentkám sice poskytuje jejich gynekologické zařízení informace, ale nejsou dostačující.

Na otázku č. 20 navazuje ihned otázka č. 21, na kterou odpovídaly pouze respondentky, které v předešlé otázce uvedly, že jim jejich gynekologické zařízení

neposkytuje dostatek informací o karcinomu děložního čípku. Tato otázka byla otevřená. Otázky se zúčastnilo 30 respondentek (100 %). Respondentky tak mohly vypsát, které informace postrádají o této problematice. Celkem 60 % respondentkám schází informace o očkování, 30 % respondentkám schází informace o rizikových faktorech a 10 % respondentkám schází informace o příznacích karcinomu děložního čípku.

Po porovnání uvádíme výsledky výzkumu z bakalářské práce autorky Kapustové z roku 2019 (Informovanost a prevence karcinomu děložního čípku). Z jejího výzkumného šetření má 65 % respondentek zájem o edukační, informační letáky a 35 % respondentek tento zájem nemá. Podobně je tomu i v bakalářské práci od autorky Zichové, z roku 2014 (Znalosti o prevenci karcinomu děložního čípku středoškolské populaci), kdy z celkového počtu 200 respondentek (100 %) ,48 % respondentek by mělo zájem o přednášky, besedy, či tiskopisy. 50 % tento zájem bohužel nemá a 2 % respondentek špatně vyplnilo tuto otázku.

Po porovnání výsledků uvedených výzkumů můžeme tedy říct, že polovina respondentek má zájem o besedy, přednášky a edukační nebo informační letáky a polovina respondentek tento zájem nemá.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala tématem informovanosti žen o rizikových faktorech a možnostech prevence onemocnění karcinomem děložního čípku. Práce se skládá ze dvou částí, z teoretické a empirické. V teoretické části jsme se zabývali krátce anatomii a fyziologií děložního čípku a epidemiologií karcinomu děložního čípku. Dále jsme se věnovali samotné kapitole, a to karcinom děložního čípku, kde jsme popsali prekancerózy děložního čípku a histopatologickou klasifikaci. Podrobněji jsme také popsali rizikové faktory, diagnostiku, symptomatologii a léčbu. V teoretické části jsme se také věnovali velké kapitole, a to prevenci, podrobně jsme popsali typy prevence, očkování, preventivní gynekologické prohlídky. Práce se rovněž zabývá edukací a úlohou všeobecné sestry v prevenci nádorů a také zdravotní gramotnosti. V empirické části jsme sestavili hlavní i dílčí cíle. Veškeré důležité poznatky jsme okomentovali v diskuzi. Výzkumné šetření bylo provedeno formou anonymního dotazníku na gynekologické klinice Gynamb v Chrudimi. Dotazník byl určený pouze ženské populaci a celkem se do výzkumného šetření zapojilo 139 respondentek.

Empirická část měla za úkol prozkoumat informovanost ženské populace do jaké míry jsou ženy informovány o problematice karcinomu děložního čípku. Zmapovat znalosti o rizikových faktorech, které přispívají ke karcinomu děložního čípku, od koho a jakou formou se dozvěděly informace o tomto onemocnění, zjistit, zda mají zájem o očkování, zda jsou ženy očkované proti HPV viru, od koho se dozvěděly informace o očkování, zda docházejí na pravidelné preventivní gynekologické prohlídky. Také jsme se v empirické části zajímali, zda ženám nescházejí nějaké informace o karcinomu děložního čípku, případně jaké a jestli by měly zájem o besedy, přednášky či edukační, informační letáky, které by více nastínily a popsaly problematiku karcinomu děložního čípku.

Výsledky z výzkumného šetření nám ukázali, že je ženská populace čím dál tím více dobře informována a chápe pojem prevence a tím předchází ke vzniku tohoto onemocnění. Velmi pozitivním zjištěním pro nás bylo, že většina žen dochází 1 x za rok na pravidelné preventivní prohlídky. Pravidelné preventivní gynekologické prohlídky jsou nesmírně důležité v oblasti prevence, neboť souvisí se zachycením nemoci v časném stádiu. Nejlépe se ženská populace orientuje, jaký typ viru způsobuje karcinom děložního čípku, jaké chování považují za rizikové vzhledem ke vzniku karcinomu děložního čípku, zde ženy nejčastěji uváděly časté střídání sexuálních partnerů a nechráněný pohlavní styk. Dále jsme byli mile překvapeni, že více jak 70 % respondentek v mém výzkumu neužívá hormonální antikoncepci, neboť užívání hormonální antikoncepce velmi přispívá ke vzniku tohoto

onemocnění, a také více jak 80 % respondentek nekouří. Dále se ženy dobře orientují o informovanosti o očkování HPV viru, nejvhodnější době, kdy je nejlepší očkovat, jaké očkovací vakcíny se na trhu představují proti HPV viru a v neposlední řadě uvedly, že očkování je důležitý ochranný faktor proti karcinomu děložního čípku, po očkování následují pravidelné preventivní prohlídky a chráněný pohlavní styk.

Nedostačující informace mají ženy, zda zdravotní pojišťovna hradí, nebo přispívá na očkování a zda jim jejich zdravotní pojišťovna přispívá na očkování proti HPV viru. Dále jsme se respondentek ptali, zda jim jejich navštěvované gynekologické zařízení poskytuje dostatek informace, více jak 60 % respondentek jejich gynekologické zařízení poskytuje dostatek informací, 22 % respondentkám jejich navštěvované gynekologické zařízení neposkytuje dostatek informací a 11 % respondentkám ano, ale informace nejsou dostačující. Nejčastější informace, které respondentkám scházejí jsou informace o očkování, rizikové faktory a příznaky karcinomu děložního čípku.

Na základě těchto zjištěných výsledků z výzkumného šetření jsem vypracovala vlastní edukační materiál (brožuru), který je součástí přílohy č. 3. Edukační materiál se týká konkrétně problematiky karcinomu děložního čípku, kde jsem shrnula příznaky, diagnostiku, léčbu, rizikové faktory, v neposlední řadě jsem se věnovala prevenci a preventivním programům. Více jak 50 % mých respondentek by mělo zájem o přednášky, besedy nebo právě edukační brožury, které budou zaměřené na toto onemocnění, a více přiblíží problematiku karcinomu děložního čípku. Námi vybrané gynekologické pracoviště může v případě zájmu tento edukační materiál využít.

Stanovené cíle byly všechny splněny, a tak doufám, že mohou být v budoucnu využity k porovnání výsledků dalších výzkumných šetření bakalářských či diplomových prací, které se budou zabývat problematikou karcinomu děložního čípku.

ABSTRAKT

Autor:	Bára Žáková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Informovanost žen o rizikových faktorech a možnostech prevence onemocněním karcinomem děložního čípku
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Počet stran:	98
Počet příloh:	4
Rok obhajoby:	2020
Klíčová slova:	Karcinom děložního čípku, rizikové faktory, prevence, edukace, zdravotní gramotnost

Bakalářská práce pojednává o Informovanosti žen o rizikových faktorech a možnostech prevence onemocnění karcinom děložního čípku. Teoretická část poukazuje na obecné informace o karcinomu děložního čípku, rizikových faktorech a prevence. Dále se také zabývá procesem edukace a zdravotní gramotností.

Empirickou část práce tvoří kvantitativní dotazník. Výzkumné šetření se zaměřuje na zdravotní gramotnost žen v problematice karcinomu děložního čípku, rizikových faktorech, prevence a očkování. Dále také se zaměřuje na, jestli jsou dostatečně informovány a edukovány o karcinomu děložního čípku. V rámci výzkumu bylo rozdáno 140 dotazníků. Celkem 139 těchto dotazníků splnilo kritéria pro zařazení do našeho výzkumného šetření a bylo následně vyhodnoceno. Na základě výsledků výzkumného šetření byla vytvořena edukační brožura, která obsahuje nejdůležitější fakta o karcinomu děložního čípku včetně prevence.

ABSTRACT

Author: Bára Žáková
Institution: Charles University, Faculty of Medicine in Hradec Králové,
Department of Social Medicine, Department of Nursing
Title: Women awareness of high-risk factors and options for preventing
cervical cancer
Supervisor: Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Number of pages: 98
Year of defense: 2020
Keywords: Cervical cancer, risk factors, prevention, education, health literacy

The bachelor's thesis deals with women's awareness of risk factors and options for prevention of cervical cancer. The theoretical part points to general information about cervical cancer, risk factors and prevention. It also deals with the process of education and health literacy.

The empirical part of the work consists of a quantitative questionnaire. The research focuses on women's health literacy in cervical cancer, risk factors, prevention and vaccination. It also focuses on whether they are sufficiently informed and educated about cervical cancer. As part of the research, 140 questionnaires were distributed. A total of 139 of these questionnaires met the criteria for inclusion in our research survey and were subsequently evaluated. Based on the results of the research survey, an educational brochure was created, which contains the most important facts about cervical cancer, including prevention.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

ADAM, Z., KREJČÍ, M., VORLÍČEK, J. Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob, 1. Vydání Praha: Galén, 2010, 417 s. ISBN 978-80-7262-648-9

BUJÁRKOVÁ Jitka. Informovanost žen o vzniku karcinomu děložního čípku. Bakalářská práce obhájená na fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni v r. 2015, 24 s. Depon in: Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

CIBULA, David a Luboš PETRUŽELKA., 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada Publishing. 616 s. ISBN 978-80-247-2665-6.

ČEPICKÝ, Pavel, ed. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-247-5604-2.

FAIT, Tomáš. *Očkování proti lidským papilomavirům: kvadrivalentní HPV vakcína Silgard tři roky v klinické praxi*. Praha: Maxdorf, c2009. Preventivní medicína. ISBN 978-80-7345-204-9.

HAMPLOVÁ, Lidmila. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5562-5.

HAVLÍKOVÁ, Táňa. Primární prevence karcinomu děložního čípku v práci všeobecných sester. Bakalářská práce obhájená na ústavu sociálních studií Technické univerzity v Liberci v r. 2015, 31 s. Depon in: Ústav sociálních studií Technické univerzity v Liberci

HPV testy, HPV College. HPV College [online]. 2020 Dostupné z: <https://www.hpv-college.cz/hpv-testy>

VAKCÍNA GARDASIL, GARDASIL 9, Očkování proti HPV. Vakcína Gardasil a Gardasil 9, Očkování proti HPV [online]. Copyright © Copyright Merck Sharp [cit. 07.09.2020]. Dostupné z: <https://ockovaniprotihpv.cz/>

HRUBÁ, Marcela, Lenka FORETOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001. ISBN 80-238-7618-X.

CHOVANEK, Josef, Zuzana DOSTÁLOVÁ, Petr NOVÁK a Helena KOLÁŘOVÁ. Onkologie: Léčba recidiv karcinomu děložního hrdla. *Onkologie*. 2010, **13**(3), 214. ISSN ISSN 1803-5345.

KAPUSTOVÁ, Zuzana. Informovanost a prevence karcinomu děložního čípku. Bakalářská práce obhájená na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze v r. 2019, Depon in: 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

KOLAŘÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL. *Repetitorium gynekologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. Jessenius. ISBN 978-80-7345-267-4.

KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetřovatelství*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-684-1.

MARTA THAISEASSIS DE SALES. Nursing interventions in the prevention of cervical cancer in primary health care: an integrative review. ResearchGate | Find and share research[online]. Copyright © 2008 [cit. 16.08.2020]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/329915187_Nursing_interventions_in_the_prevention_of_cervical_cancer_in_primary_health_care_an_integrative_review

MOUKOVÁ, Lucie, Richard FERANEC a Josef CHOVANEK. Klinická onkologie: Vakcinace proti lidskému papilomaviru v ČR. *Onkologie*. 2010, **23**(2), 67-132. ISSN ISSN: 1802-5307.

ONDRUŠ, Jiří. *Screening karcinomu děložního hrdla*. Praha: Maxdorf, 2013. Ambulantní gynekologie. ISBN 978-80-7345-322-0.

O RAKOVINĚ DĚLOŽNÍHO ČÍPKU-Výzkum rakoviny. DOMŮ-Výzkum rakoviny [online]. Copyright © 2020 Výzkum rakoviny [cit. 25.08.2020]. Dostupné z: <https://www.vyzkumrakoviny.cz/o-rakovine-deloznOiho-cipku>

ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

SHOUPE, Dona. *Hanbook of gynecology*. 2017. Springer International Publishing ISBN 978-3-319-17797-7.

SEJKOROVÁ, Ilona. Očkování proti rakovině děložního čípku – zdravotní přínos, nebo komerční tlak? Bakalářská práce obhájená na farmaceutické fakultě Karlovy v Hradci Králové r. 2016, Depon in: Farmaceutická fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pros střední zdravotnické školy III: gynekologie, porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2 vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4341-7

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3373-9.

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

ŠPAČEK, Jiří, KALOUSEK, Ivo a JÍLEK, Petr. *Vybrané kapitoly z gynekologie*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice Postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4646-6.

VÁGNEROVÁ, Jana. Rakovina děložního čípku a možnosti prevence. Diplomová práce obhájená na přírodovědecké fakultě Masarykovy univerzity v Brně v r. 2019, Depon in: Přírodovědecká fakulta Masarykovy univerzity v Brně

VAKCÍNA GARDASIL A GARDASIL 9 | Očkování proti HPV. Vakcína Gardasil a Gardasil 9 | Očkování proti HPV [online]. Copyright © Copyright Merck Sharp [cit. 25.08.2020]. Dostupné z: <https://ockovaniprotihipv.cz/>

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.

VZP ČR, Gynekologická preventivní prohlídka-VZP ČR. [online]. Copyright © 2020 VZP ČR, Všechna práva vyhrazena [cit. 16.08.2020]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky/gynekologicka-preventivni-prohlidka>

WHO | Human papillomavirus (HPV). WHO | World Health Organization [online]. Copyright © 2018 [cit. 16.08.2020]. Dostupné z: <https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/en/>

ZICHOVÁ, Kristýna. Znalosti o prevenci karcinomu děložního čípku středoškolské populace. Bakalářská práce obhájená na pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci v r. 2014, Depon in: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

ŽALOUDÍK, Jan. *Vyhňte se rakovině, aneb, Prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada, 2008. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2307-5.

SEZNAM ZKRATEK

AIS	Adenokarcinom in situ
CIN	Intraepiteliální cervikální neneoplázie
CGIN	Cervikální glandulární intraepiteliální neoplázie
CT	Počítačová tomografie
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
FIGO	Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví
HG	High grade
HG SIL	High grade, skvamózní epiteliální léze
HR HPV	High risk human papilloma virus
IA a IB1	Nádor limitovaný na děložním hrdle
IB2.	Nádor limitovaný na děložním hrdle do 4 cm v průměru
IIA.	Nádor infiltrující horní dvě třetiny pochvy, bez současné infiltrace parametry
IIB.	Nádor přesahující pericervikální fascii infiltrující parametry
LEEP	Loop electrosurgical excision procedure
LG	Low grade
LG SIL	Low grade, skvamózní epiteliální
LGTNS	Low genital tract neoplasia syndrom
MR	Magnetická rezonance
mRNA	Messenger RNA, jednovláknová nukleová kyselina
NAPŘ.	Například
PET	Pozitronová emisní tomografie
STD	Sexuálně přenosná onemocnění (Sexually Transmitted diseases)
STI	Sexuálně přenosná onemocnění (Sexually Transmitted Infections)
TNM	Mezinárodní klasifikace zhoubných nádorů (Tumor, Nodus, Metastasis)
TZV.	Takzvaně
UICC	Union internationale contre le cancer
WHO	Světová zdravotnická organizace (World health organization)

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - věk.....	48
Graf 2 - rodinný stav	49
Graf 3 - vzdělání.....	50
Graf 4 - preventivní prohlídka	51
Graf 5 - první informace o karcinomu děložního čípku.....	52
Graf 6 - typ viru	53
Graf 7 - hormonální antikoncepce	55
Graf 8 - kouření.....	56
Graf 9 - informace o očkování	57
Graf 10 - očkování proti HPV viru.....	58
Graf 11 - uvažování o očkování	59
Graf 12 - důvody k odmítání očkování	60
Graf 13 - nejvhodnější doba na očkování	61
Graf 14 - vakcíny proti HPV viru.....	62
Graf 15 - hrazení očkování zdravotní pojišťovnou	63
Graf 16 - přispívání na očkování	64
Graf 17 - besedy, přednášky, edukační brožury	66
Graf 18 - poskytování informací.....	67
Graf 19 - postrádané informace	68

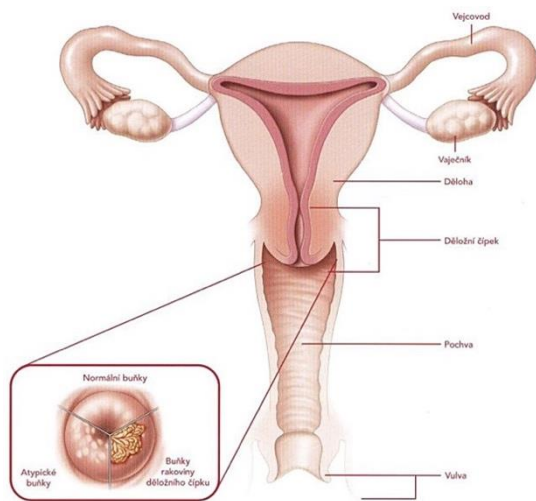
SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - rizikové chování.....	54
Tabulka 2 - ochranné faktory	65

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1- Anatomie děložního čípku	90
Příloha č. 2 - Dotazník	91
Příloha č. 3 - Edukační brožura	95
Příloha č. 4 - Povolení na výzkumné šetření.....	98

Příloha č. 1- Anatomie děložního čípku (O RAKOVINĚ DĚLOŽNÍHO ČÍPKU, 2020)



Příloha č. 2 – Dotazník (zdroj autorka)

Dobrý den,

předem děkuji, že se zúčastníte výzkumu v rámci mé bakalářské práce. Ještě, než přejdeme přímo k vyplňování otázek, tak si prosím přečtěte informace k výzkumu.

Jmenuji se Bára Žáková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního oboru všeobecná sestra na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Tématem mé bakalářské práce je Informovanost žen o rizikových faktorech a možnostech prevence onemocnění karcinomem děložního čípku. Cílem je tedy podrobněji prozkoumat, jak jsou ženy informovány o onemocnění karcinomem děložního čípku, o příčinách jeho vzniku, o rizikových faktorech, zda dodržují preventivní opatření. Získaná data jsou anonymní a budou použita čistě pro výzkumné účely mé bakalářské práce. Účast na výzkumu je dobrovolná. Vyplněním dotazníku projevíte souhlas s účastí na výzkumném šetření. U některých odpovědí můžete zvolit více opovědí (vždy vyznačeno). Dotazník obsahuje celkem 21 otázek.

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu.

1. Kolik Vám je let? _____ (doplňte)

2. Jaký je Váš rodinný stav?

- Svobodná
- Vdaná
- Rozvedená
- Vdova

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Střední bez maturity/vyučen
- Střední s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

4. Jak často chodíte na pravidelné preventivní gynekologické prohlídky ke svému gynekologovi?

- 2x do roka
- 1x za rok
- 1x za 2 roky
- Jen při potížích
- Vůbec nechodím

5. Od koho jste se poprvé dozvěděla o karcinomu děložního čípku?

- Od všeobecného praktického lékaře
- Od gynekologa
- Od porodních asistentek
- Od všeobecných sester
- Od známých, přátel
- Z literatury
- Z médií (internet, TV)
- Nečetkala jsem se s tímto pojmem

6. Jakým virem je karcinom děložního čípku způsoben?

- Virus HIV
- Virus HBV
- Virus HPV

7. Jaké chování považujete za rizikové vzhledem ke vzniku karcinomu děložního čípku (možno více odpovědí)

- Časné zahájení sexuálního života
- Časté střídání sexuálních partnerů (promiskuita)
- Nechráněný pohlavní styk
- Kouření
- Užívání drog
- Nedostatečná intimní hygiena
- Sexuální abstinence
- Užívání hormonální antikoncepce

8. Užíváte hormonální antikoncepci?

- Ano
- Ne

9. Kouříte

- Ano
- Ne

10. Od koho jste se dozvěděla o možnostech očkování? (možno více odpovědí)

- Od všeobecného praktického lékaře
- Od gynekologa
- Od porodních asistentek
- Od všeobecných sester
- Od známých, přátel
- Z literatury
- Z médií (internet, TV)
- Nevím o možnostech očkování

11. Jste sama očkována proti HPV viru?

- Ano
- Ne

12. Pokud nejste očkována proti HPV viru, uvažujete o tom?

- Ano
- Ne

13. Pokud ne, z jakého důvodu očkování odmítáte?

14. Víte, kdy je nejvhodnější doba na očkování proti HPV viru?

- Po zahájení pohlavního života
- Kdykoliv
- Před zahájením pohlavního života
- Po porodu
- Nevím

15. Jak se nazývají preventivní vakcíny proti HPV viru?

- Rotarix, Dukoral, Godasal
- Varilrix, Stamaral
- Cervarix, Silgard, Gardasil 9

16. Očkování proti karcinomu děložního čípku hraří zdravotní pojišťovna, pokud?

- Je dívka mezi 13-14. rokem
- Dívka ještě neměla pohlavní styk
- Nehradí
- Pokud je karcinom v rodinné anamnéze
- Do 18.let
- Nevím

1.1.1 17. Přispívá Vám na očkování proti HPV viru Vaše zdravotní pojišťovna?

- Ano
- Ne
- Neinformovala jsem se /nevím

18. Označte ochranné faktory související s prevencí proti karcinomu děložního čípku? (možno více odpovědí)

- Očkování (vakcinace)
- Hormonální antikoncepce
- Pravidelné gynekologické prohlídky
- Správná hygiena, chráněný pohlavní styk
- Sexuální abstinence

19. Uvítala byste besedy, přednášky, či edukační brožury zaměřené na toto onemocnění?

- Ano
- Ne

20. Poskytuje Vámi navštěvované gynekologické zařízení dostatek informací o karcinomu děložního čípku?

- Ano
- Ne
- Ano, ale nejsou dostačující

21. Pokud ne, které informace postrádáte?

Co byste měly vědět o karcinomu děložního čípku?

Bára Žáková



Co je karcinom děložního čípku?

Karcinom děložního čípku je zhoubný nádor děložního hrdla

Jedná se celosvětově o druhý nejčastější karcinom vyskytující u žen po karcinomu prsu

Ročně onemocní 480 000 žen, polovina z nich umírá

Příčinou vzniku onemocnění jsou virové, převážně sexuálně přenosné papilomaviry (Human papilomavirus, lidský papilomavirus)

Až 80 % žen se během svého života s touto infekcí setká, ale často ji vyléčí (eliminuje) vlastní, dobře fungující imunitní systém

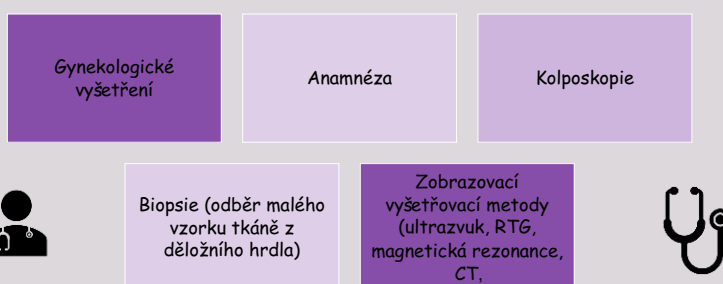
Mezi rizikové faktory vzniku karcinomu děložního čípku patří:

- Přetrvávají perzistující HPV infekce
- Časté střídání sexuálních partnerů (promiskuita)
- Nechráněný pohlavní styk
- Kouření
- Dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce
- Nedostatečná intimní hygiena
- Nízký socioekonomický status ženy

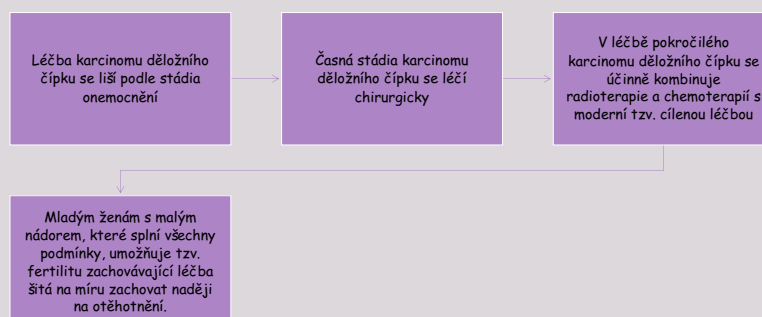
Mezi nejčastější příznaky karcinomu děložního čípku patří:

- Krvácení, špinění mimo menstruační cyklus, nebo po pohlavním styku
- Krvácení v přechodu (menopauza)
- Poševní výtok, zapáchající výtok
- Bolesti v oblasti pánve, zad
- Bolesti při pohlavním styku

Jak se karcinom děložního čípku diagnostikuje?



Jaká je léčba karcinomu děložního čípku?



Jaké jsou možnosti prevence karcinomu děložního čípku?

❖ Očkování proti lidským papilomavirům

- Očkování proti HPV infekci významně snižuje riziko vzniku karcinomu děložního čípku
- Očkování proti HPV infekci je bezpečné a účinné
- V současnosti jsou na trhu tři druhy vakcín, které se podávají ve dvou až třech dávkách
- Ideální je očkovat dívky před zahájením pohlavního života, doporučuje se mezi 13. - 14. rokem věku
- Vakcína je dobře vhodná a účinná i u chlapců
- Očkování proti karcinomu děložního čípku doporučují zdravotnické organizace po celém světě včetně Světové zdravotnické organizace (WHO)



Screeningový program

Prevence nádoru děložního čípku:



PRAVIDELNÉ CYTOLOGICKÉ
VYŠETŘENÍ



HPV DNA TEST



ŮČKOVÁNÍ PROTI HPV

= Pravidelné gynekologické vyšetření děložního čípku

- Screeningové vyšetření napomáhá odhalit onemocnění v časných stádiích
- Mají za cíl rozpoznat tzv. přednádorové změny děložního čípku, které předcházejí vzniku karcinomu děložního čípku

Mezi screeningové vyšetření patří:

Kolposkopie - vyšetření děložního čípku pohledem přes systém zvětšovacích skel (kolposkop)

Cytologie - pravidelný opakovaný stěr buněk z děložního čípku a jejich vyšetření pod mikroskopem

HPV DNA testace - odběr se provádí stěrem buněk z děložního čípku, který po speciálním zpracování v laboratoři zjistí přítomnost HPV infekce v těle ženy

Další informace

- I ženy chráněné očkováním proti HPV infekci dále podstupují standardní screeningový program, pravidelné kontroly zaměřené na prevenci vzniku karcinomu děložního čípku
- Ochrana očkováním je u dívek bez předchozího pohlavního styku až 93 %, ale má smysl i u dospělých žen, kde dochází ke snížení rizika onemocnění karcinomem děložního čípku dle typu očkování až o 46 %
- Bariérová antikoncepce (kondom) před přenosem HPV infekce úplně a bezpečně neochrání
- Nepodceňujte pravidelné gynekologické prohlídky u svého gynekologa

Příloha č. 4 - Povolení na výzkumné šetření na gynekologické klinice Gynamb v Chrudimi

Vážený pan
Mudr. Karel Helcl
GYNAMB CHRUDIM s.r.o.
Fibichova 41, 537 01 Chrudim

v Chrudimi, dne 9. 6. 2020

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na gynekologické klinice Fibichova 41, Chrudim

Vážený pane doktore,
Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší gynekologické klinice, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Báry Žákové, narozené 25. 3. 1998mv Chrudimi, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.
Cílem této práce je zjistit, jak jsou ženy informovány o rizikových faktorech a možnostech prevence onemocněním karcinomem děložního čípku. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku (rozhovoru,...) který je přiložen k žádosti. Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, Ph.D. vedoucí katedry ošetrovatelství UK v Hradci Králové
Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Vedoucí práce:
Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Vedoucí oddělení ošetrovatelství
Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Univerzita Karlova
Šimkova 870
500 03 Hradec Králové
E-mail: vachkovae@lfhk.cuni.cz

Žadatelka:
Bára Žáková
Trhová Kamenice, Rohozná 25
539 01, Hlinsko v Čechách
E-mail: barca3589@seznam.cz

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 22.6.2020

Podpis a razítko

