

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ**

**INFORMOVANOST RODIČŮ O MOŽNOSTECH
OČKOVÁNÍ PROTI HUMAN PAPILLOMA VIRU (HPV)**

Bakalářská práce

Autor práce: **Aneta Valášková**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Matulová**

2021

CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
DEPARTMENT OF NON-MEDICAL STUDIES

**PARENT'S AWARENESS OF VACCINATION AGAINST
HUMAN PAPILLOMA VIRUS (HPV)**

Bachelor's thesis

Author: **Aneta Valášková**

Supervisor: **Mgr. Jana Matulová**

2021

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

V Hradci Králové dne 16. 4. 2021

.....

Aneta Valášková

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Matulové za odborné vedení, cenné rady a vstřícnost, kterou mi v průběhu zpracování práce věnovala. Poděkování patří i Mgr. Pavle Smolové za umožnění provedení výzkumu na základní škole Malecí v Novém Městě nad Metují.

Obsah

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Human papilloma virus	9
1.1 Rizikové faktory a způsob přenosu lidských papilomavirů	10
1.2 Onemocnění způsobená HPV	10
1.2.1 Nezhoubná onemocnění způsobená HPV	11
1.2.2 Zhoubná onemocnění způsobená HPV	12
2 Karcinom anu	13
2.1 Základní charakteristika a etiologie	13
2.2 Histologie	13
2.3 Klinický obraz	14
2.4 Diagnostika	14
2.5 Klasifikace TNM	14
2.6 Prognóza	15
2.7 Léčba	16
2.8 Komplikace léčby	16
3 Karcinom hrtanu	16
3.1 Základní charakteristika a etiologie	16
3.2 Histologie	17
3.3 Klinický obraz	17
3.4 Diagnostika	17
3.5 TNM klasifikace	18
3.6 Prognóza	20
3.7 Léčba	20
4 Karcinom děložního hrdla	20
4.1 Charakteristika a etiologie	20

4.2	Histologie	21
4.3	Prekancerózy	22
4.4	Incidence onemocnění.....	23
4.5	Klinický obraz.....	25
4.6	Diagnostika	26
4.6.1	Onkologická cytologie	26
4.6.2	Kolposkopie	26
4.6.3	HPV testace	27
4.6.4	Histologické vyšetření.....	27
4.7	FIGO a TNM klasifikace	27
4.8	Léčba	28
4.8.1	Léčba prekanceróz.....	28
4.8.2	Léčba nádoru	29
5	Prevence	30
5.1	Primární prevence	30
5.1.1	Informovanost o problematice HPV	30
5.1.2	Očkování	31
5.1.2.1	Typy vakcín.....	32
5.1.2.2	Podmínky hrazení z veřejného zdravotního pojištění	33
5.2	Sekundární prevence	34
5.2.1	Preventivní prohlídky.....	34
5.2.2	Cervikální screening.....	35
5.2.3	HPV testace jako součást prevence.....	36
5.3	Terciární prevence.....	37
	Empirická část	38
6	Cíle výzkumného šetření.....	38
7	Zkoumaný soubor a použité metody	39

7.1	Metoda výzkumu a zpracování dat	39
7.2	Organizace výzkumného šetření	39
7.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	40
7.4	Výsledky	41
8	Diskuse	55
	ZÁVĚR.....	63
	Abstrakt	65
	Abstract.....	66
	Použité zdroje literatury	67
	Seznam zkratk	73
	Seznam grafů	75
	Seznam obrázků	76
	Seznam tabulek.....	77
	Seznam příloh	78
	Přílohy	79

ÚVOD

V průběhu svého sexuálního života se s alespoň jedním typem viru HPV setká až 80 % lidské populace. Tyto viry se prokazatelně podílí na řadě nádorových onemocnění nejen u žen, ale i u mužů. V České republice je každoročně diagnostikováno na 900 případů karcinomu děložního čípku a téměř 300 žen tomuto onemocnění podlehnou.

Virus HPV je až 100x nakažlivější než virus HIV, k jeho přenosu dochází nejen při pohlavním styku nebo jiných sexuálních praktikách, ale i přenosem z kontaminovaných předmětů či z matky na dítě při porodu nebo intrauterinním vývoji. (Ondruš, Dvořák, 2008) Infekce virem však může dlouhou dobu probíhat bezpříznakově, anebo se manifestuje příznaky nespecifickými. Ačkoliv se imunitní systém nakaženého s infekcí často vypořádá sám, současná medicína dokáže léčit pouze projevy infekce, jsou-li diagnostikovány včas, nikoliv infekci samotnou.

Dostatečná edukace a informovanost o problematice viru HPV a prevence přitom dokáží nejen zabránit přenosu infekce do organismu, ale i jejímu zvratu v maligní onemocnění. Plošná vakcinace proti HPV, preventivní prohlídky u lékaře, cílený cervikální screening, HPV testace a především zodpovědnost každého z nás nemalou měrou přispívá k tomu, že u nás v posledních letech mírně klesá incidence i mortalita onemocnění způsobených virem HPV.

Ve své práci se chci zaměřit na Human papilloma virus jako takový, na zhoubná onemocnění, která způsobuje, a to hlavně karcinom anu, hrtanu a děložního čípku, a především na prevenci. Cílem mé práce je zjistit informovanost rodičů žáků základní školy o této problematice a posoudit jejich postoj k očkování proti HPV.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Human papilloma virus

Lidské papilomaviry (Human papilloma viry, HPV) jsou jasným původcem řady nádorových onemocnění a jejich objev a objasnění vztahu ke vzniku rakoviny děložního hrdla přinesl nejen Nobelovu cenu německému profesorovi Harald zu Hausenovi, ale především vodítko pro rozvoj prevence tohoto onemocnění. (Roztočil, et al., 2011, Fait, et al, 2009)

Tyto viry tvořící samostatnou čeleď *Papillomaviridae* jsou malé neobalené viry DNA. V současnosti je známo více než 300 genotypů, přičemž asi 120 jich infikuje člověka a asi jen 20 druhů se prokazatelně podílí na nádorovém bujení. (Hamšíková, 2007)

Podle onkogenního rizika je rozlišujeme na High risk – vysoce rizikové, a Low risk – málo rizikové. **HR (high risk) HPV viry** – způsobují nádorové bujení, a to zejména viry typu 16 a 18, které se podílí zhruba na 70 % karcinomů děložního čípku, 70 % ostatních genitálních tumorů (karcinom zevních rodidel, pochvy, penisu) a 60 % karcinomů anu. Dále sem patří viry typu 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 a 58. **LR (low risk) HPV viry** – způsobují nenádorové bujení. Jedná se o viry typu 6, 11, 34, 40, 42, 43, 44, 54 a 74. Ty jsou zodpovědné za vznik genitálních bradavic, laryngeálních papilomů a některých méně závažných prekaneróz děložního hrdla, pochvy a zevních rodidel. (Beran, Havlík, Vonka, 2005, Pilka, 2017)

Ze statistik vyplývá, že až 80 % lidské populace se v průběhu svého sexuálního života setká minimálně s jedním typem viru HPV, a až u 25 % žen ve věku 25 let je pozitivita HPV diagnostikována. S přibývajícím věkem se tato čísla snižují. Riziko představuje časně zahájení sexuálního života, kdy dochází k přeměně cylindrického epitelu na metaplastický, který je náchylnější nejen k HPV infekci, ale i ke vzniku maligního procesu. (Bajčiová, Štěrba, Tomášek, et al., 2011)

Jak již bylo zmíněno, infekce virem HPV způsobuje i karcinom penisu a anu a není to tedy záležitost ryze ženská. Nejvyšší výskyt análních HPV infekcí byl zaznamenán mezi homosexuály praktikujícími anální sex. Vyskytují se i karcinomy orofageální oblasti postihující dutinu ústní, jazyk, dutinu nosní, laryng, faryng a slinné žlázy. Jedná se o karcinomy dominující u heterosexuálů, přičemž významnou roli ve vzniku karcinomu hraje kouření. Společným jmenovatelem HPV infekcí je promiskuita a střídání sexuálních partnerů, které prokazatelně zvyšuje riziko infekce. Dnes již víme, že přenašečem mohou být jak ženy, tak i muži, a ačkoliv je téma pohlavních nemocí, kam se řadí i infekci virem HPV, ve společnosti tabuizované, je třeba o to více dbát na edukaci mladých dívek a chlapců ohledně této problematiky, a zároveň i edukaci rodičů o očkování jejich dětí. Jen proočkování populace dokáže snížit výskyt onemocnění spojených s virem HPV. (Sehnal, Chlábek, Sláma, 2016, Ondruš, Pilka, Rokyta, 2019)

1.1 Rizikové faktory a způsob přenosu lidských papilomavirů

K přenosu infekce dochází nejčastěji při pohlavním styku a při dalších sexuálních praktikách. Není vyloučen ani přenos kontaminovanými předměty nebo povrchy. Infekce se rovněž přenáší z matky na dítě při porodu, anebo může dojít k přenosu z matky na plod transplacentárně v průběhu těhotenství. Uvádí se, že je HPV až 100x nakažlivější než virus HIV, který způsobuje AIDS. Ani používání bariérové antikoncepce stoprocentně nezaručí, že k přenosu infekce nedojde. (Ondruš, Dvořák, 2008)

Mezi rizikové faktory přenosu papilomavirů patří brzké započetí sexuálního života, časté střídání sexuálních partnerů, již probíhající pohlavní infekce, a to především infekce virem HIV, herpesvirová infekce nebo chlamydiová infekce.

1.2 Onemocnění způsobená HPV

Onemocnění způsobená HPV viry můžeme rozdělit na benigní, tedy nezhoubná, a maligní, zhoubná.

Benigní onemocnění jsou charakteristická nádory s dobře ohraničenou tkání, které neprorůstají do okolních orgánů, nemetastazují, zpravidla se lépe diagnostikují

a vyznačují se dobrou prognózou. Můžou ale působit komplikace například útlakem orgánů, ...

Oproti tomu **maligní onemocnění** se vyznačují nepřesně ohraničenou tkání, která může prorůstat do okolních orgánů, způsobovat jejich perforace a jiné komplikace a metastazují lymfogenní nebo hematogenní cestou i do velmi vzdálených orgánů. Obtížněji se diagnostikují, protože jsou buňky nádoru velmi podobné buňkám původní tkáně. Prognóza je nejistá a onemocnění nezřídka kdy končí smrtí pacienta. (Cibula, Petruželka, 2007)

Vyskytují se i **prekancerózy**, tedy stavy, kdy již dochází k růstu buněk, ale ještě nemají nádorový charakter. Jsou však rizikovým faktorem pro vznik nádorového onemocnění. (Adam, Vorlíček, et al., 2004)

1.2.1 Nezhoubná onemocnění způsobená HPV

Na kůži a sliznicích se infekce virem HPV může projevovat jako exofytické výrůstky, často ale i bezpříznakově. U asi 10 % infikovaných osob se vyskytují na kůži veruky a na sliznicích papilomy, které se přenáší přímým kontaktem nebo kontaminovaným předmětem.

Verruca vulgaris (bradavice) se projevuje *hyperkeratotickými papulonoduly* na rukou a končetinách, běžně se kvůli nevyzrálé buněčné imunitní odezvě vyskytuje v dětství. Za její vznik je zodpovědný genotyp viru HPV 1, 2, 4, 7, 27, 57, 60, 65.

Verruca plana je způsobena nejčastěji genotypem 3, 10, výjimečně i 2. Projevuje se ve formě malých bělavých a světle hnědavých papul o průměru do 4 mm na krku, v obličeji na tvářích a na končetinách. I zde je příčinou imunologický deficit.

V orofageální oblasti se léze v podobě jednotlivých nebo vícečetných papilomů vyskytují jen zřídka, a to především u osob s poruchou imunity a u malých dětí. K přenosu genotypu 6 a 11 dochází často i při porodu dítěte kontaktem s porodními cestami matky.

Za zmínku stojí kvůli velice nepředvídatelnému průběhu **laryngeální papilomatóza**. Projevuje se zprvu nenápadně chrapotem a sípáním a je nebezpečná pro obstrukci dechových cest a následné dechové obtíže. Diagnostika spočívá v provedení laryngoskopie, k terapii je využívána tracheostomie, resekce papilomů a podpůrná farmakoterapie. (Ondruš, Dvořák, 2008, Mouková, Ferenc, 2010)

Infekce v anogenitální oblasti postihuje nejen povrch kůže, ale i dlaždicový epitel pochvy u žen, a žalud, sliznici uretry a perigenitální a perianální kůži u mužů. Projevem jsou tzv. *kondylomy*, nenápadné papuly nebo až objemné masy tkáňové hyperproliferace. K infekci dochází při sexuálním styku (vaginálním, análním i orálním) s infikovaným partnerem, kdy jsou místem vstupu drobné eroze na kůži nebo sliznici. Jak již bylo zmíněno: jelikož může být osídlená velká plocha anogenitální oblasti, je bariérová antikoncepce omezeně účinná.

Patří sem **Condylomata acuminata**, známější jako genitální bradavice, způsobené HPV 6 a 11. Ačkoliv jsou nezhoubné, jsou vysoce infekční a často recidivující, postihují ženy i muže, a kromě genitálu mohou napadat i orofageální oblast, případně i spojivky. (Fait, 2012)

1.2.2 Zhoubná onemocnění způsobená HPV

Vedle karcinomu děložního čípku, hrtanu a anu, které mezi karcinomy způsobenými viry HPV, dominují, se vyskytují i zhoubná onemocnění pochvy a zevních pohlavních orgánů mužů i žen. Zhoubná onemocnění pochvy se vyskytují ojediněle, a to zhruba v 1–2 % případů u žen starších šedesáti let, často jako místo druhotného nádorového bujení z děložního hrdla nebo těla. Do pochvy mohou metastazovat i nádory z vaječnicků, močového měchýře, zevních pohlavních orgánů nebo anu, mizní cestou nebo krví pak vzdáleně z prsu, střev nebo rekta. U primárního nádoru jsou do souvislosti s HPV infekcí dávány i Herpes viry a Trichomonády, a to především u mladých žen. (Chovanec, 2006)

Taktéž nádory zevních pohlavních orgánů jsou málo časté (asi 5–7 %), ačkoliv incidence těchto onemocnění v současné době stoupá. HPV viry, konkrétně nejčastěji

genotyp 16, se podílí asi jen na polovině z nich, a to hlavně u mladších pacientek. (Chovanec, 2006)

U mužů mohou papilomaviry napadat penis. Uvádí se četnost výskytu 1:50 000 a polovina mužů touto onemocněním podléhá. I zde byla prokázána souvislost mezi nádorem a Herpes virem. (Sehnal, Chlábek, Sláma, 2016)

2 Karcinom anu

2.1 Základní charakteristika a etiologie

HPV viry (konkrétně genotyp 16 a dále pak 18, 31, 33 a 35) jsou za karcinom anu zodpovědné až z 90 %. Onemocnění postihuje ženy i muže, přičemž za rizikové faktory je považováno již vyskytující se zhoubné onemocnění děložního hrdla, vyšší počet sexuálních partnerů, provozování análního pohlavního styku a kouření. Významnou roli hraje i snížená imunita, a proto karcinom anu ohrožuje HIV pozitivní jedince a pacienty podstupující imunosupresivní léčbu. Zvýšené riziko vzniku onemocnění v souvislosti s hemoroidy, píštělemi či chronickými záněty jako Crohnova nemoc nebo ulcerózní kolitida nebylo prokázáno. (Chovanec, 2006, Sehnal, 2012)

2.2 Histologie

Nejčastější druh karcinomu v anální oblasti je spinocelulární karcinom, tvořící asi 70 % případů. Zbytek náleží kloakogenním a mukoepidermoidním karcinomům, zřídka kdy i melanomům, adenokarcinomům, basaliomům a malobuněčným karcinomům. (Novotný, Vítek, 2012)

2.3 Klinický obraz

Klinické příznaky závisí na lokalizaci nádoru. Nádor může být hmatný při vyšetření per rectum, pacient může pociťovat bolestivost anální oblasti, nepříjemné pocity při defekaci a tenesmy, může se vyskytovat i krvácení. (Novotný, Vítek, 2012)

2.4 Diagnostika

Ke stanovení diagnózy je klíčové histologické vyšetření z biopsie. Zřetel je kladen na osobní a rodinnou anamnézu, vyšetření per rectum a u žen na gynekologickou prohlídku. Dále je využíván ultrazvuk tříselných uzlin a transrektální sonografie, RTG plic, CT břicha a pánve. Provádí se i biochemická a hematologická vyšetření. (Šlampa, Petera, 2007)

2.5 Klasifikace TNM

Ke stanovení prognózy a rozsahu onemocnění je využívána klasická TNM klasifikace a stupeň klinického stádia. TNM klasifikace byla vytvořena pro potřebu mezinárodního srovnávání a sjednocení podmínek při určování závažnosti a rozsahu choroby. Podle tří základních parametrů (T – primární tumor, N – regionální uzliny, M – metastáze) je určeno stádium, od něhož se odvíjí následná strategie léčby, viz. následující tabulky. (Šlampa, Petera, 2007)

T – primární nádor	
TX	Primární nádor nelze hodnotit
T0	Bez známek primárního nádoru
Tis	Karcinom in situ
T1	Nádor 2 cm nebo méně v největším rozměru
T2	Nádor je větší než 2 cm, ne však více než 5 cm v největším rozměru
T3	Nádor větší než 5 cm v největším rozměru
T4	Nádor jakékoliv velikosti postihující okolní orgán/y např. pochvu, uretru, močový měchýř *

*samostatné postižení svalů sfinkteru se jako T4 neklasifikuje

Tabulka 1 TNM klasifikace (Šlampa, Petera, 2007)

N – regionální mízní uzliny	
NX	Regionální mízní uzliny nelze hodnotit
N0	V regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy
N1	Metastázy v perirektální/ch mízní/ch uzlině/uzlinách
N2	Metastázy v jednostranných vnitřních ilických mízních uzlinách a/nebo ingvinálních mízních uzlinách
N3	Metastázy v perirektálních a ingvinálních mízních uzlinách a/nebo v oboustranných vnitřních ilických a/nebo ingvinálních mízních uzlinách

Tabulka 2 TNM klasifikace (Šlampa, Petera, 2007)

M – vzdálené metastázy	
X	Vzdálené metastázy nelze hodnotit
M0	Nejsou vzdálené metastázy
M1	Vzdálené metastázy

Tabulka 3 TNM klasifikace (Šlampa, Petera, 2007)

0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2,3	N0	M0
IIIA	T1-3	N1	M0
	T4	N0	M0
IIIB	T4	N1	M0
	T1-4	N2,3	M0
IV	T1-4	NX-3	M1

Tabulka 4 Rozdělení tumorů do klinických stádií (Šlampa, Petera, 2007)

2.6 Prognóza

Pokud je primární nádor v rozsahu T1 nebo T2, pak je šance na přežití v horizontu pěti let více než 80 %. Procento výrazně snižuje zasažení regionálních lymfatických uzlin, a to na pouhých 40 %. Neméně významnou roli hraje i lokalizace nádoru. Umístění při análním okraji mívá zpravidla prognózu příznivější. Z pohledu histologického mívají nejlepší prognózu kloakogenní tumory. (Šlampa, Petera, 2007)

2.7 Léčba

Dříve byla drtivá většina pacientů léčena chirurgicky, a to abdominoperineální amputací anorekta a vyvedením trvalé stomie. Pětileté přežití u takovýchto pacientů je udáváno v rozmezí 40-75 %. V současné době je pro vysokou chemosenzitivitu a radiosenzitivitu karcinomu anu využívána konkomitantní (souběžná) chemoradioterapie, díky čemuž až 64 % pacientů není nutné vyvést stomii a 67 % pacientů nemá známky aktivity onemocnění. Chirurgická léčba je dále využívána tam, kde nebyla chemoradioterapie úspěšná, anebo nebylo možné ji použít. Individuálně u pacientů v celkově špatném klinickém stavu se dá zvažovat i léčba paliativní. (Šlampa, Petera, 2007)

2.8 Komplikace léčby

Jako akutní komplikace konkomitantní léčby se vyskytují reakce na kůži v perianální a genitální oblasti. Kvůli chemoterapii a ozařování v oblasti pánve, kde se nachází skoro polovina kostní dřeně, dochází i ke komplikacím hematologickým. 10-15 % pacientů má dle statistik potíže i s močením nebo průjmem, a to kvůli ozařování střev a močového měchýře. Chronické komplikace po ozařování střev zahrnují chronické průjmy, záněty sliznice anu, krvácení nebo inkontinenci stolice. Asi 2 % pacientů udává inkontinenci moči nebo hematurii. Na kůži se mohou tvořit špatně se hojící rány až nekrózy. (Šlampa, Petera, 2007)

3 Karcinom hrtanu

3.1 Základní charakteristika a etiologie

Genotypy 16 a 18 viru HPV hrají velkou roli i v nádorovém onemocnění hrtanu, který se v ČR vyskytuje u pěti ze 100 000 obyvatel, a to častěji u mužů. Protože bývá onemocnění často diagnostikováno v pokročilém stádiu, je uváděna mortalita 40-45 %. (Mouková, Feranec, 2010)

Mezi rizikové faktory se opět řadí kouření, dále nadužívání alkoholu a expozice některými karcinogenními látkami a radiačním zářením. Význam viru HPV je zde ale tak velký, že se čím dál častěji setkáváme s onemocněním u mladých nekuřáků v dobré tělesné kondici. (Šlampa, Smilek, 2016)

3.2 Histologie

Asi 95 % karcinomů hrtanu tvoří spinocelulární karcinomy, zbylých 5 % tvoří verukózní karcinomy, adenokarcinomy, fibrosarkomy a chondrosarkomy. (Šlampa, Smilek, 2016)

3.3 Klinický obraz

Klinický obraz se odvíjí od stadia a lokalizace nádoru. Často se karcinom projevuje dlouho asymptomaticky, anebo jsou symptomy neurčitého charakteru: od pocitu cizího tělesa v krku, tlaku nebo bolesti při polykání a zvětšených mízních uzlin v oblasti krku, čemuž pacienti nemusí připisovat velkou váhu a lékaře navštíví až při dušnosti a vykašlávání krve a v daleko pokročilejším stádiu nádoru. Pokud jsou postiženy hlasivky, anebo k nim nádory prorůstají, vyskytuje se chrapot. (Šlampa, Smilek, 2016)

3.4 Diagnostika

Kromě anamnézy a fyzikálního vyšetření je metodou volby především laryngoskopie, a to přímá a nepřímá. Nepřímá se provádí pomocí zvětšovacího laryngoskopu za plného vědomí pacienta. Přímá (direktivní) laryngoskopie je prováděna v celkové anestezii za pomoci mikroskopu. Výhoda laryngoskopie spočívá i v možnosti odebrání vzorku k histologickému vyšetření, anebo přímo k provedení menšího chirurgického zákroku. Laryngoskopie je doplňována vyšetřením ultrazvukem, CT a MR krku pro zjištění rozsahu nádorového postižení a pro vyšetření spádových uzlin. (Dršata, Chrobok, 2011)

3.5 TNM klasifikace

TNM klasifikace hrtanu rozlišuje tyto tři lokality: supraglottickou oblast, oblast hlasivek a subglottickou oblast. Rozlišení je důležité pro odlišnosti v lymfatickém šíření a způsob léčby. (ÚZIS, © 2011)

Supraglottis:

T – primární nádor	
T1	Nádor je omezen na jednu sublokalizaci supraglottis s normální pohyblivostí hlasivek
T2	Nádor postihuje sliznici více než jedné přilehlé sublokalizace supraglottis nebo glottis či oblast mimo supraglottis (např. sliznici kořene jazyka, valemuly, mediální stěnu pyriformního sinu) bez fixace laryngu
T3	Nádor je omezen na larynx, s fixací hlasivky a/nebo postihuje jakoukoliv z následujících struktur: postkrikoidní oblast, preepiglottická tkáň, paraglottický prostor, a/nebo vnitřní vrstvu štítné chrupavky
T4a	Nádor prorůstá chrupavkou štítnou nebo postihuje tkáň mimo larynx, např. tracheu, měkké tkáň krku včetně hlubokých/extraglossálních svalů jazyka (mm. geniglossus, hyoglossus, palatoglossus, styloglossus), páskové svaly, štítníci, jícen
T4b	Nádor postihuje prevertebrální prostor, struktury mediastina nebo obrůstá a. carotis

Tabulka 5 TNM klasifikace (ÚZIS, © 2011)

Glottis:

T – primární nádor	
T1	Nádor je omezen na hlasivky (může postihovat přední nebo zadní komisuru) s jejich normální pohyblivostí
T1a	- Nádor je omezen na jednu hlasivku
T1b	- Nádor postihuje obě hlasivky
T2	Nádor se šíří na supraglottis a/nebo subglottis a/nebo je narušena pohyblivost hlasivek
T3	Nádor je omezen na larynx, s fixací hlasivek a/nebo postihuje paraglottický prostor a/nebo s menší erozí/narušením chrupavky štítné (např. vnitřní povrchové vrstvy)
T4a	Nádor prorůstá chrupavkou štítnou nebo postihuje tkáň mimo larynx, např. tracheu, měkké tkáň krku včetně hlubokých/extraglossálních svalů jazyka (mm. geniglossus, hyoglossus, palatoglossus, styloglossus), páskové svaly, štítníci, jícen
T4b	Nádor postihuje prevertebrální prostor, struktury mediastina nebo obrůstá a. carotis

Tabulka 6 TNM klasifikace (ÚZIS, © 2011)

Subglottis:

T – primární nádor	
T1	Nádor je omezen na subglottis
T2	Nádor se šíří na jednu nebo obě hlasivky s jejich normální pohyblivostí
T3	Nádor je omezen na larynx s fixací hlasivek
T4a	Nádor prorůstá chrupavkou štítnou nebo postihuje tkáň mimo larynx, např. tracheu, měkké tkáň krku včetně hlubokých/extraglossálních svalů jazyka (mm. geniglossus, hyoglossus, palatoglossus, styloglossus), páskové svaly, štítnici, jícen
T4b	Nádor postihuje prevertebrální prostor, struktury mediastina nebo obrůstá a. carotis

Tabulka 7 TNM klasifikace (ÚZIS, © 2011)

N – Regionální mízní uzliny (Regionálními uzlinami jsou mízní uzliny krční)	
NX	Regionální mízní uzliny nelze hodnotit
N0	V regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy
N1	Metastáza v jediné mízní uzlině, 3 cm nebo méně v největším rozměru
N2a	Metastáza v jedné stejnostranné mízní uzlině větší než 3 cm, ne však více než 6 cm v největším rozměru
N2b	Metastázy ve vícero stejnostranných mízních uzlinách, žádná není větší než 6 cm v největším rozměru
N2c	Metastázy v oboustranných či druhostranných mízních uzlinách, žádná není větší než 6 cm v největším rozměru
N3	Metastázy v mízní uzlině (uzlinách) větší než 6 cm v největším rozměru

Pozn. Mízní uzliny ve střední čáře se považují za stejnostranné

Tabulka 8 TNM klasifikace (ÚZIS, © 2011)

M – vzdálené metastázy	
MX	Vzdálené metastázy nelze hodnotit
M0	Nejsou vzdálené metastázy
M1	Vzdálené metastázy

Tabulka 9 TNM klasifikace (ÚZIS, © 2011)

I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1-3	N1	M0
IVa	T1-3	N2	M0
	T4a	N0,1,2	M0
IVb	T4b	každé N	M0
	každé T	N3	M0
IVc	každé T	Každé N	M1

Tabulka 10 Rozdělení tumorů do klinických stádií (ÚZIS, © 2011)

3.6 Prognóza

Co se supraglotických karcinomů týče, v časných stádiích je prognóza pětiletého přežití 80-85 %, v pokročilých stádiích přežití klesá na 30-50 %. Glotické karcinomy bývají zpravidla dříve diagnostikovány, a to pro časnější symptomy. U časných stádií je prognóza velmi dobrá (pětileté přežívání 80-90 %), u pokročilejších kvůli lymfatickému šíření je prognóza horší. Oproti tomu subglotické nádory nemají kvůli pozdní symptomatologii prognózu příliš dobrou. (ÚZIS, © 2011)

3.7 Léčba

U časných stádií supraglotických karcinomů bývá indikován chirurgický výkon (supraglotická laryngektomie s bilaterální krční disekcí) a radikální radioterapie. U III. stádia je dávána přednost radikální radiochemoterapii, jako záchranná léčba je ponechávána totální laryngektomie, která je spíše využívána u stádia IV., doplněná o pooperační radioterapii nebo radikální radiochemoterapii. U stádií I a II karcinomů hlasivek je metodou volby endoskopické odstranění nádoru, parciální laryngektomie, anebo samostatná radikální radioterapie. U III. stádia je doporučována konkomitantní radiochemoterapie, u stádia IV. totální laryngektomie s elektivní krční disekcí a následnou pooperační radioterapií. U subglotických nádorů často nezbyvá než provést totální laryngektomii s bilaterální krční disekcí, obvykle je využita i pooperační radioterapie. (ÚZIS, © 2011)

4 Karcinom děložního hrdla

4.1 Charakteristika a etiologie

Karcinom děložního hrdla je nádorový proces postihující buď přímo cervikální kanál (endocervikální forma), anebo povrch cervixu (exocervikální forma).

Častěji se vyskytuje forma exocervikální, tvořící květákovité útvary směrem do pochvy. Naopak forma endocervikální roste invazivně směrem dovnitř. Postihuje pak i další struktury jako myometriu hrdla i těla dělohy, parametrium, okolní tkáň a orgány a regionální lymfatické uzliny. (Roztočil, 2011)

Za jeho vznik jsou zodpovědné genotypy 16 a 18 viru HPV. Za faktory, které zvyšují riziko vzniku onemocnění je považováno samozřejmě chování náchylné k přenosu HPV infekce, dále aktivní i pasivní kouření, brzký první porod a více četnost porodů (kvůli změnám na děložním čípku). Vznik rakoviny mohou iniciovat i poruchy imunity nebo genitální infekce. (Adam, Vorlíček, 2004)

Do spojitosti s karcinomem děložního hrdla jsou dávány i genetické predispozice. Uvádí se zvýšené riziko u nosiček genu BRCA 1 a BRCA 2, které jsou zodpovědné za vznik karcinomu prsu. U zvýšeného rizika vzniku karcinomu u žen dlouhodobě užívajících hormonální antikoncepci (HA) se autoři rozcházejí. Cibula a Petruželka v publikaci z roku 2009 uvádí, že jednak dochází ke zvětšení plochy metaplastického epitelu čípku, který bývá vstupní branou infekce, ale také vlivem hormonů dochází k přepisu mRNA papilomaviru a stávají se tím odolnější (Cibula, Petruželka, 2009). Jiní autoři upozorňují na to, že je vztah mezi užíváním hormonální antikoncepce a vznikem onemocnění spíše nepřímý. Předpokládá se, že ženy užívající HA mívají spíše bariérově nechráněný pohlavní styk, mohou být méně zodpovědné za své sexuální chování a ztrácí zábrany k brzkému začátku sexuálního života. (Dršata, Chrbok, 2011)

4.2 Histologie

V asi 85 % je popisován spinocelulární karcinom, kterému zpravidla předchází prekancerózy. V asi 15 % se jedná o adenokarcinom, který má výrazně horší prognózu. Zcela výjimečně se vyskytuje i sarkom nebo melanom. (Vorlíček, 2004)

4.3 Prekancerózy

Rakovině děložního hrdla často předchází dysplazie cervixu označované jako CIN = cervikální intraepitelální neoplazie. Ty se dle rozsahu rozdělují do tří stádií:

- CIN I. – lehká dysplazie s lehkými přednádorovými změnami, je zde nízké riziko pro vznik rakoviny
- CIN II. – střední dysplazie, u které se vyskytují stejné změny jako u CIN I., ale zabírají 2/3 epitelu
- CIN III. – těžká dysplazie nebo již carcinoma in situ, těžké přednádorové změny, vyšší riziko vzniku rakoviny (Vorlíček, 2004)

Cytologické stěry z cervixu se hodnotí dle systému Bethesda a popisují skvamózní intraepitelální léze (SIL). V současné době se využívá sjednoceného systému Bethesda II z roku 2001 a vztah mezi CIN a SIL je vyjádřen i v tabulce 10. (Roztočil, 2011)

normální dlaždicový epitel	dysplazie			karcinom		
	lehká	střední	těžká	in situ	mikro- invazivní	invazivní
	cervikální intraepiteliální neoplazie					
	CIN 1	CIN 2	CIN 3			
	skvamózní intraepiteliální léze					
	LSIL	HSIL				

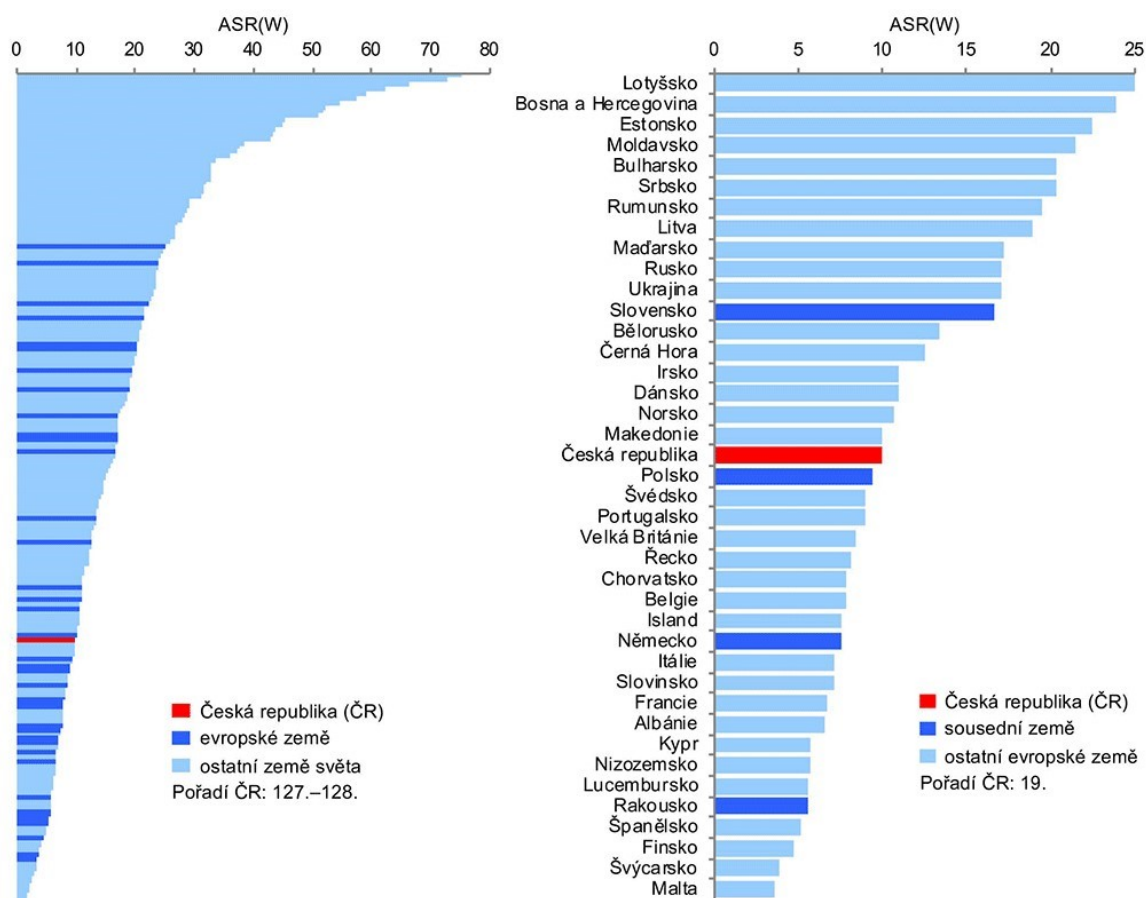
Tabulka 11 Přechod normálního epitelu čípku v invazivní karcinom (Roztočil, 2011)

- **Low grade SIL (LSIL)** = nízký stupeň dlaždicové intraepitelové léze, prekanceróza lehkého stupně. Na stěru je patrné, že mají buňky 3x až 6x větší jádra než normální intermediální buňky, a to na úkor cytoplazmy (poměr se označuje jako N/C). Cytologický obraz odpovídá histologickému obrazu CIN I.

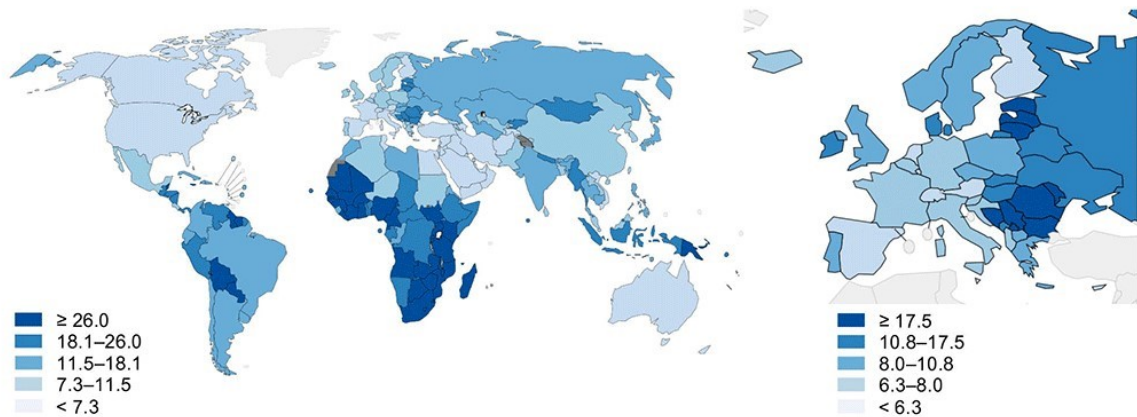
- **High grade SIL (HSIL)** = vysoký stupeň dlaždicové intraepitelové léze, těžší stupeň prekancerózy. Je popisován vysoký poměr N/C, variabilita jader, jádra se více barví a degenerují na membráně a v cytoplazmě. Cytologický obraz odpovídá histologickému obrazu CIN II. a CIN III. Takovýto nález se ověřuje histologicky a zpětně porovnává s předchozími stěry. (Roztočil, 2011)

4.4 Incidence onemocnění

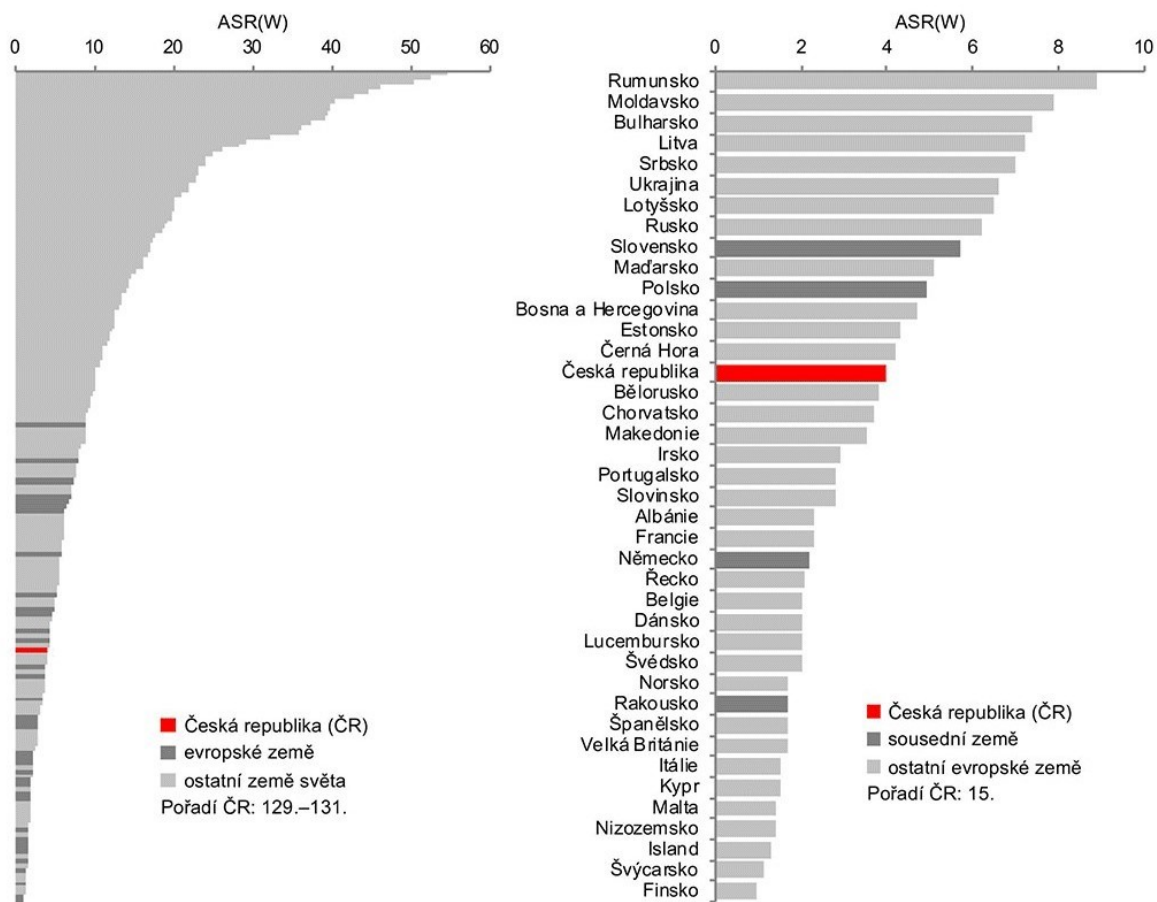
Celosvětově je každoročně zaevidováno více než půl milionu nových případů rakoviny děložního čípku a jedná se tak o čtvrté nejčastější nádorové onemocnění u žen a osmé nejčastější nádorové onemocnění vůbec. Ročně na ni podle odhadu zemře na 300 000 žen, a to především ve státech subsaharské Afriky, kde je mortalita více než 80 %. Evropa si v porovnání se světem stojí poměrně lépe – cca 60 000 případů ročně. Riziko vzniku karcinomu děložního hrdla do 75 let věku je celosvětově 1,36 %, v Evropě pak 1,09 %. V rámci Evropské unie jsou patrné rozdíly mezi západními a východními zeměmi – v postkomunistických zemích je toto onemocnění rozšířeno mnohem více, a to i vinou toho, že zatímco na západě fungují preventivní programy dlouhou dobu, na východě se systematické vyhledávání nákazy zavedlo teprve nedávno. Velmi nízká incidence a mortalita je zaznamenána i v severní Americe a Austrálii, jak ukazují následující obrázky. (Ferlay, col., 2018, Dušek a kol., 2007)



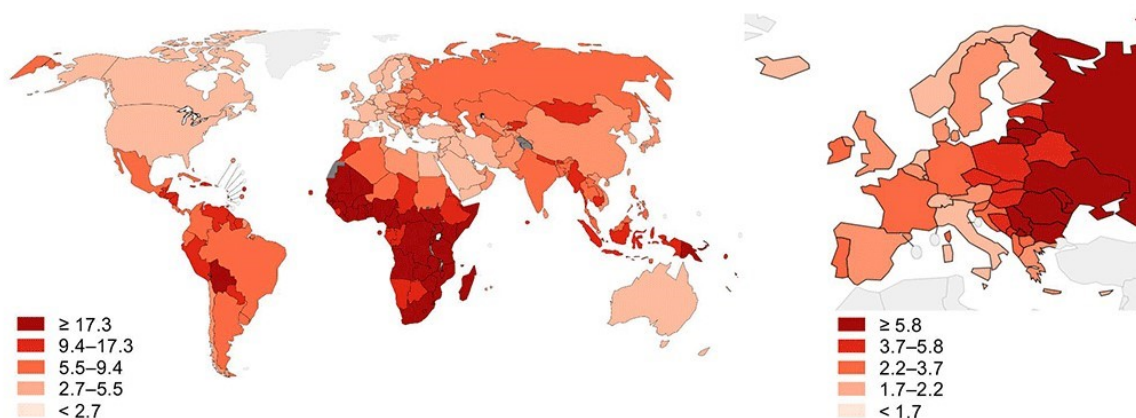
Obrázek 1 Incidence zhoubných nádorů hrdla děložního v mezinárodním srovnání (Ferlay, col., 2018)



Obrázek 2 Incidence zhoubných nádorů hrdla děložního v mezinárodním srovnání (Ferlay, col., 2018)



Obrázek 3 Mortalita zhoubných nádorů hrdla děložního v mezinárodním srovnání (Ferlay, col., 2018)



Obrázek 4 Mortalita zhoubných nádorů hrdla děložního v mezinárodním srovnání (Ferlay, col., 2018)

Důvodem takto velkých světových rozdílů je prevence. Světová zdravotnická organizace (WHO) považuje narůstající tendenci výskytu HPV infekce za z epidemiologického hlediska závažnější problém, než je epidemie AIDS. (Ondruš, Pilka, Rokyta, 2019)

V České republice je ročně diagnostikováno na 900 případů karcinomu děložního hrdla a téměř 40 % žen tomuto onemocnění podlehne. V posledních letech incidence i mortalita mírně klesá. (Ondruš, Pilka, Rokyta, 2019)

4.5 Klinický obraz

Často probíhá infekce bezpříznakově (hlavně u endocervikální formy), anebo ji doprovází nenápadné symptomy. V tom tkví nebezpečí HPV – pacientka je infekční a může infekci předávat dál, aniž by si toho byla vědoma. Asymptomatický průběh také ztěžuje diagnostiku. Ze symptomatologie převládá krvácení nebo špinění z pochvy mimo menses, kontaktní krvácení po pohlavním styku (útvary na cervixu jsou na dotek velmi citlivé a mohou začít krváčet) nebo dyspareunie (bolest při pohlavním styku). Onemocnění se může v pokročilém stádiu manifestovat pánevními bolestmi, nespecifickými bolestmi v bederní krajině nebo ztíženým močením v souvislosti

s útlakem močových cest. Celkovým příznakem bývají v pokročilém stádiu slabost a únava. (Bajčiová, Štěrba, Tomášek, et al, 2011)

4.6 Diagnostika

Ke správné diagnostice je třeba především pečlivé gynekologické vyšetření pomocí gynekologických zrcadel a doplněné o cytologii, kolposkopii a HPV test, kterým se souhrnně říká „Trias prebiopických metod“. V případě podezření se provádí biopsie a histologické vyšetření nálezu. (Cibula, Petruželka, 2009, Fait, Dvořák, Skřivánek, et. Al, 2009)

4.6.1 Onkologická cytologie

Onkologická cytologie se využívá k morfologickému zhodnocení buněk, k posouzení změn jejich tvaru, velikosti, četnosti nebo struktury. Cytologický stěr se provádí po zavedení gynekologických zrcadel, a to odběrem materiálu z cervixu pomocí speciálního plastového kartáčku nebo kombinace špachtle a kartáčku, vždy v závislosti na tom, zda pacientka již rodila. Následně se používají dvě metody: konvekční cytologie, která je celosvětově nejpoužívanější a při níž se epitelální buňky přenesou na sklo a zafixují alkoholem, a cytologie s použitím tekutého média. (Cibula, Petruželka, 2009, Fait, Dvořák, Skřivánek, et. Al, 2009)

4.6.2 Kolposkopie

Tato metoda umožňuje přímé pozorování děložního hrdla, pochvy, velkých a malých stydkých pysků a okolí konečníku, a to technikou nativní nebo rozšířené kolposkopie. Při nativní kolposkopii je pozorován cervix po odstranění cervikálního hlenu, u rozšířené se navíc potře 3% kyselinou octovou, která zvýrazní patologické změny, anebo Lugolovým roztokem, který umožní rozeznání hranic epitelů.

V dnešní době je možnost využít i digitální cervikografii, při které lze cervix po aplikaci kyseliny octové vyfotografovat a vést tak stálou dokumentaci nálezů. (Cibula, Petruželka, 2009, Fait, Dvořák, Skřivánek, et. Al, 2009)

4.6.3 HPV testace

HPV DNA test se používá při pozitivním nálezu na cervixu, v rámci screeningu ve věku 35 a 45 let pacientky, anebo na vlastní přání (v takovém případě není hrazen pojišťovnou), k potvrzení nebo vyloučení přítomnosti lidských papilomavirů. Provádí se obdobný stěr z cervixu jako při cytologickém vyšetření, kdy se v buňkách detekují deoxyribonukleové kyseliny virů. (Cibula, Petruželka, 2009, Fait, Dvořák, Skřivánek, et. Al, 2009)

4.6.4 Histologické vyšetření

Ke konečnému potvrzení se dále používá biopsie tkáně na histologické vyšetření. Z exocervixu se vzorek nejčastěji získává tzv. minibiopsií pomocí speciálních kleští. Její výhodou je možnost ambulantního provedení s minimálním zatížením pacientky. K získání vzorku z endocervixu se využívá kyretáž za využití Kevorkiovy kyrety. I tuto metodu je možné provést ambulantně, její kontraindikací je těhotenství. (Cibula, Petruželka, 2009, Fait, Dvořák, Skřivánek, et. Al, 2009)

4.7 FIGO a TNM klasifikace

U karcinomu děložního hrdla je dle pravidel Mezinárodní federace pro gynekologii a porodnictví využívána klasifikace FIGO, která má přepis i do TNM klasifikace viz. tabulka. (Klener, 2002)

Stadium dle FIGO		Rozsah postižení	TNM
0		karcinom in situ	Tis
I		karcinom ohraničený na dělohu	T1, N0, M0
	IA	invazivní karcinom diagnostikovaný pouze mikroskopicky	T1a, N0, M0
	IA1	stromální invaze do 3mm hloubky a do 7mm šířky	T1a1, N0, M0
	IA2	stromální invaze do 5mm hloubky a do 7mm šířky	T1a2, N0, M0
	IB	klinicky viditelná léze čípku nebo mikroskopická léze větší než T1a2	T1b, N0, M0
	IB1	klinicky zřetelná léze do 4 cm v největším rozměru	T1b1, N0, M0
	IB2	léze větší než 4 cm	T1b2, N0, M0
II		karcinom se šíří mimo dělohu, ale ne ke stěně pánevní, a ne do dolní třetiny pochvy	T2, N0, M0
	IIA	bez šíření do parametrií	T2a, N0, M0
	IIB	postižení parametrií	T2b, N0, M0
III		nádor se šíří ke stěně pánevní a/nebo na dolní třetinu pochvy	T3, N0 (N1), M0
	IIIA	nádor postihuje dolní třetinu pochvy bez šíření ke stěně pánevní	T3a, N0, M0
	IIIB	nádor se šíří ke stěně pánevní a/nebo způsobuje hydronefózu či afunkci ledviny	(T1, T2, T3a, N1, M0)
IV		nádor prorůstá do okolních orgánů	T4
	IVA	nádor prorůstá mimo malou pánev (bez vzdálených metastáz)	T4, jakékoliv N, M0
	IVB	jsou přítomny vzdálené metastázy	Jakékoliv T, jakékoliv N, M1

Tabulka 12 **FIGO a TNM klasifikace** (Klener, 2002)

4.8 Léčba

4.8.1 Léčba prekanceróz

U prekanceróz je důležité pravidelné sledování gynekologem, případně chirurgické odstranění nálezu. Je využíváno několik metod:

- **Kryoterapie** – zmrazení prekancerózní tkáně tekutým dusíkem. Tkáň působením chladu znekrotizuje a následně se zhojí.
- **Laserová vaporizace** – odstranění prekancerózní tkáně laserem
- **Elektrodiatermokoagulace** – odstranění prekancerózní tkáně elektrotermicky
- **Konizace** – chirurgické odstranění postižené tkáně o tvaru kuželu

- **Excize** vysokofrekvenční kličkou – odstranění tkáně v oblasti exocervixu pomocí speciální vysokofrekvenční kličky

- **Jehlová konizace** – odstranění tkáně vysokofrekvenční jehlou (metoda vhodná i pro oblast endocervixu)

I po odstranění nálezu musí být pacientka sledována pro případ, že by došlo k recidivě. (Cibula, Petruželka, 2009)

4.8.2 Léčba nádoru

Léčba se odvíjí od stupně pokročilosti onemocnění, od věku a celkového zdravotního stavu pacientky a zohledňuje i přání pacientky ohledně zachování fertility. Hlavními léčebnými metodami jsou chirurgická léčba, chemoterapie a radioterapie.

Chirurgická léčba dominuje u časných stádií. Ve stádiu 0 je u pacientek, které plánují v budoucnu otěhotnět, metodou volby konizace čípku, která bývá ve většině případů dostačující. U žen, které již těhotenství neplánují, se provádí prostá hysterektomie – odstranění pouze dělohy. Dle operačního přístupu lze využít hysterektomii abdominální, vaginální nebo laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii. Při abdominální hysterektomii se volí buď tzv. dolní střední laparotomie, kdy je řez veden od pupku ke sponě stydké, nebo tzv. Pfannenstielův řez, příčný řez v podbříšku. Vaginální hysterektomie znamená odstranění poševní cestou. Její výhodou je její minimální pooperační bolestivost a také nezanechává viditelnou jizvu na břišní stěně. Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie patří celkově k nejmodernějším operačním postupům v gynekologii. Kombinuje přístup laparoskopie a vaginální operace, kdy je uvolnění dělohy provedeno laparoskopickým přístupem, a následně její vyjmutí je provedeno vaginálně. Výhodou je opět minimální pooperační bolestivost a menší jizvy.

U stádia IA1 je možné využít rekonizaci, tedy plastickou úpravu cervixu, doplněnou o laparoskopickou lymfadenektomii v oblasti pánve. Jsou-li v uzlinách přítomny metastázy, je to indikace k radikální hysterektomii. Oproti hysterektomii prosté je při radikální hysterektomii odstraněna děloha i s děložními přívěsky, regionální mízní uzliny a horní třetina až polovina pochvy.

Stádia IA2, IB a IIA jsou léčena kombinovanou radioterapií. Kombinace radioterapie a brachyterapie, anebo konkomitantní chemoradioterapie vykazují podobné výsledky jako radikální hysterektomie. Pokročilejší stádia jsou spojena s vysokou úmrtností. Využívají se vzájemné kombinace radioterapie, chemoterapie a brachyterapie. U velice pokročilých stádií bývá léčebný plán paliativního charakteru. (Cibula, Petruželka, 2009)

5 Prevence

Prevence se dá rozdělit na primární, sekundární a terciární. Primární hledá způsoby, jak onemocnění předcházet, sekundární se snaží onemocnění co nejdříve zachytit a bránit jeho komplikacím. Terciární prevence se snaží zabránit opakování onemocnění u vyléčených pacientů. (Slezáková a kol, 2017)

5.1 Primární prevence

Cílem primární prevence je, aby k onemocnění vůbec nedošlo. Děje se tak prostřednictvím informovanosti adolescentů o rizikových faktorech a možnostech prevence, a dále prostřednictvím očkování proti HPV. (Slezáková a kol, 2017)

5.1.1 Informovanost o problematice HPV

Edukace a informovanost adolescentů o problematice HPV hraje v prevenci klíčovou roli a mělo by se s ní začínat již v mladém věku, a to před započítím sexuálního života. Adolescenti by měli být informováni především o sexuálním zdraví a prevenci sexuálně přenosných chorob. (Slezáková a kol, 2017) Bylo prokázáno, že znalost problematiky HPV vede k oddálení započítím sexuálního života a častějšímu používání prezervativů. (Pastor, Sigmundová, 2017)

Edukace by měla být zaměřena na žáky druhého stupně základních škol, a to formou sexuální výchovy nebo přednášek zaměřených na problematiku pohlavně přenosných nemocí. Dále jsou důležitým zdrojem informací praktičtí lékaři pro děti

a dorost a gynekologové, kteří edukují především o možnostech očkování proti HPV. V neposlední řadě je důležité působit i na rodiče adolescentů. Jejich ne vždy dostatečná informovanost, ze které mnohdy pramení špatná interpretace faktů a nedůvěra vůči očkování, má za následek to, že ze skupiny třináctiletých dívek je jich proti viru HPV očkováno asi jen 50 %. (Ondruš, HPV Guide, © 2020)

V České republice existuje několik organizací, které se zabývají edukací dospívajících o problematice HPV. Jednou z nejznámějších je například organizace ABATOP z.s., křesťanská organizace, která působí v prevenci sociálně patologických jevů a seznamuje dospívající s nebezpečím nákazy virem HPV přednáškou s názvem: „Nemoc si nevybírá, vy si vybrat můžete“. Přednáška je určena žákům 8. a 9. ročníků základních škol a všem ročníkům škol středních, trvá jednu vyučovací hodinu a je zdarma. Organizace každoročně navštíví více než 440 škol, uskuteční na 150 akcí pro veřejnost a pořádá programy i v zahraničí. (ABATOP z.s., © 2020)

5.1.2 Očkování

Očkování proti HPV je v současnosti považováno za jeden z nejvýznamnějších preventivních programů na světě. Vakcinace globálně započala v roce 2006 a od té doby bylo celosvětově aplikováno více než 205 milionů dávek. V zemích, kde bylo rychle plošně zavedeno očkování, došlo v populaci k výraznému poklesu HPV onemocnění. (HPV Guide, © 2020)

Vakcíny jsou navíc velmi bezpečné a účinné. Jsou vyvíjeny metodou genetického inženýrství a do organismu se nevpravují ani oslabené nebo mrtvé viry, ale pouze jejich napodobeniny – VLP (Virus-like particles = viru podobné částice). Takové částice se chovají jako originální HPV viry, jsou ale bez infekčního potenciálu, a tak nemohou způsobit onemocnění, proti kterému jsou vytvořeny. (HPV Guide, © 2020)

Vakcína má největší účinnost před započetím sexuálního života, a to u dívek i chlapců. Neznamená to ale, že by se sexuálně aktivní ženy a muži nemohli nechat očkovat a snížit tím riziko rozvoje HPV onemocnění. Vakcinace je doporučována i

ženám po konizaci čípku. Očkování se zpravidla provádí v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, případně v ambulanci gynekologa. (HPV Guide, © 2020)

5.1.2.1 Typy vakcín

V současné době jsou v České republice na trhu dostupné tyto 3 vakcíny:

- **Cervarix** (dostupná od roku 2007) – bivalentní vakcína proti genotypům 16 a 18, chrání před více než 70 % karcinomů způsobených HPV.
- **Gardasil** (dostupná od roku 2006 pod názvem Silgard, nyní jako Gardasil) – kvadrivalentní vakcína proti genotypům 16 a 18 a navíc i proti méně rizikovým 6 a 11, které způsobují genitální bradavice.
- **Gardasil 9** (dostupná od roku 2014) – nejnovější vakcína proti genotypům 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 a 58 vykazuje ochranu před vznikem karcinomu až 90 %.

Očkování vakcínou Cervarix se doporučuje jedincům od 9 do 15 let, u vakcín Gardasil a Gardasil 9 je doporučovaný věk 9-13 let. Obecně ale platí, že větší účinnost má očkování před zahájením sexuálního života, kdy se jedinec s virem HPV ještě nesešel.

Všechny tři typy vakcín jsou očkovány ve dvou nebo třech dávkách v závislosti na věku pacienta. Cervarix je očkován v očkovacím schématu 0-1-6 měsíců u jedinců starších patnácti let, v doporučeném věku 9-15 let se podávají dvě dávky v odstupu pěti až třinácti měsíců. Gardasil a Gardasil 9 se očkuje třemi dávkami ve schématu 0-2-6 měsíců u jedinců starších 14 let a v doporučeném věku 9-13 let dvěma dávkami, taktéž v odstupu pěti až třinácti měsíců. (SÚKL, © 2019)

Vakcíny se aplikují do deltového svalu nebo anterolaterální oblasti stehna. Kontraindikována je aplikace subkutánní, intradermální a intravenózní. Po vakcinaci se mohou objevit nežádoucí účinky jako bolest hlavy a otok, bolestivost nebo zarudnutí v místě vpichu. (SÚKL, © 2019)

5.1.2.2 Podmínky hrazení z veřejného zdravotního pojištění

V České republice je očkování nepovinné a od roku 2013 je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění dívkám ve věku 13 let a od roku 2018 i stejně starým chlapcům, a to vakcínou Cervarix včetně aplikace. Cena očkování jinými vakcínami a u jinak starých jedinců závisí na jednotlivých pojišťovnách. Základní cena očkování se přibližně pohybuje okolo 6 600 Kč za vakcínou Cervarix, 7 500 Kč za Gardasil a 12 600 Kč za vakcínou Gardasil 9. (Femisalva, © 2019)

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) nabízí mimo hrazené očkování třináctiletých vakcínou Cervarix i očkování ostatními vakcínami v případě, že pojištěnec uhradí rozdíl v ceně vakcín (oproti vakcíně Cervarix), aplikace je pojišťovnou hrazená vždy. Pojištěnec ve věku 14-18 let si může po doložení čestného prohlášení, že mu očkování není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, zažádat o příspěvek z fondu prevence ve výši 1 000 Kč. (VZP, © 2021)

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZP MV ČR) nově od roku 2021 přispívá bez omezení věku svým pojištěncům i na nákup očkovací látky proti HPV, a to maximálně částkou 1 500 Kč u pojištěnců mladších 18 let (maximální částku v případě, že v téže roce nezažádá o příspěvek na jiné očkování) a maximálně 1000 Kč u pojištěnců starších 19 let. ZP MV ČR také umožňuje rodičům pojištěnců do 18 let postoupit svůj příspěvek z některého ze základních preventivních programů v maximální výši 500 Kč ve prospěch svého dítěte. V případě postoupení příspěvku od obou rodičů tak dítě může navíc získat příspěvek až 1 000 Kč. (ZP MV ČR, © 2020)

Vojenská zdravotní pojišťovna (VoZP) přispívá pojištěncům ve věku 14-18 let maximálně 1 500 Kč při předložení dokladu o nákupu vakcíny a o úhradě aplikace. Příspěvek se nevztahuje na doplatek dražší vakcíny u hrazených očkovaní. (VoZP, © 2021)

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP) přispívá pojištěncům do 17 let včetně příspěvek v maximální výši 1 500 Kč na kteroukoliv dávku/vakcínou v očkovacím

cyklu. U pojištěnců nad 18 let částku 1 000 Kč. Příspěvek se nevztahuje na doplatky za dražší vakcíny. (ČPZP, © 2021)

Zdravotní pojišťovna revírní bratrská pokladna (RBP) nabízí bonusový příspěvek do 4 000 Kč dívkám od 12 let a chlapcům od 12 do 18 let. (RBP, © 2021)

Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA (ZPŠ) nabízí pojištěncům ve věku 12 až 18 let bez rozdílu pohlaví příspěvek na očkování ve výši až 4 000 Kč a až 800 Kč ženám do 45 let, u kterých bylo zahájeno očkování do 6 měsíců po konizaci děložního čípku pro prekancerózu. (ZPŠ, © 2016)

Stejně jako v České republice je i ve většině zemí Evropské unie očkování plně hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Na Slovensku tomu tak dlouho nebylo a ke změně došlo až 1.7. 2019. Od tohoto data pojišťovny plně hradí očkování vakcínou Cervarix u dívek i chlapců mezi 12. a 13. rokem života. Vakcína Gardasil na trhu dostupná není a nahrazuje ji vakcína Gardasil 9, která se doplácí ve výši cca 75 euro za dávku. (OGAMA, © 2019)

5.2 Sekundární prevence

Pokud vzniku onemocnění nezabrání primární prevence, i sekundární dokáže účinně předcházet onemocnění, anebo jej odhalit včas. Sekundární prevence je tedy zaměřena na podchycení nádorů a prekanceróz v časných stádiích. Toho je dosahováno prostřednictvím preventivních prohlídek u gynekologa.

5.2.1 Preventivní prohlídky

Ze zákona se preventivní prohlídky provádí v oboru praktického lékařství, praktického lékařství pro děti a dorost, zubního lékařství a v gynekologii a porodnictví. Do 19 let věku provádí preventivní prohlídky praktický lékař pro děti a dorost, následně péči přebírá praktický lékař pro dospělé. Periodicita těchto prohlídek je 1x za dva roky. Právě praktičtí lékaři by měli pacienty informovat o preventivních programech a v rámci

preventivní prohlídky ve 13 letech informovat a poučit pacienty o riziku vzniku karcinomu děložního čípku a o možnostech očkování. (Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, © 2019)

Dále má 1x za rok dívka a žena starší 15 let nárok na bezplatnou gynekologickou prohlídku, při níž je mimo jiné kolposkopicky vyšetřena, je jí odebrán materiál z děložního čípku k cytologickému vyšetření a je poučena o významu preventivních prohlídek. Všechny tyto kroky jsou klíčové pro tzv. cervikální screening. (Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, © 2019)

5.2.2 Cervikální screening

Screening je definován jako: „*předem plánovaná a rozsáhlá činnost k vyhledávání ohrožených nebo nemocných osob*“ - Fait, Dvořák, Skřivánek, 2009. V České republice byl na doporučení Evropské unie cervikální screening zahájen v roce 2008 a odhaluje v populaci pacientky v mírném stádiu choroby nebo nemocné pacientky. K cervikálnímu screeningu se využívá onkologická cytologie a kolposkopie (viz kapitola Diagnostika). (Fait, Dvořák, Skřivánek, 2009)

Ze statistik z roku 2017 vyplívá, že během necelých deseti let fungování screeningu klesla incidence onemocnění o 18 % a mortalita o 15 %. Screening se bohužel potýká s nízkou návštěvností preventivních prohlídek, a to zejména u žen starších. (NGO, © 2017)

Od roku 2014 bylo v České republice za spolupráce Ministerstva zdravotnictví ČR a odborných lékařských společností zahájeno adresné zvaní pacientek ve věku od 25 do 70 let, které pravidelně nedocházely na preventivní prohlídky. Cílem adresného zvaní je pomocí zaslaných výzev zvýšit účast na preventivních prohlídkách a posílit preventivní programy. (Linkos, © 2021)

5.2.3 HPV testace jako součást prevence

Zatímco ještě donedávna se HPV testace používala v rámci diagnostiky, nyní po vzoru Nizozemska, Austrálie, Velké Británie nebo Německa přispívá i v prevenci. O návrhu zařazení HPV testů do preventivních prohlídek ženám ve věku 35 a 45 let informovalo v srpnu 2020 Ministerstvo zdravotnictví ČR. V návaznosti na velkou podporu ze strany pojišťoven, které přislíbily jejich hrazení, mají od roku 2021 ženy právě ve věku 35 (tj. 35 + 364 dní) a 45 (tj. 45 + 364 dní) let možnost podstoupit bezplatný HPV test. Pacientky jiných věkových skupin mohou o test požádat, není však hrazen zdravotní pojišťovnou. (Florence, © 2021)

Nejen zkušenosti z jiných zemí, ale i data české studie LIBUŠE, která zkoumala dopad rozšíření preventivního screeningu na zdraví žen, potvrdily vysokou efektivitu HPV DNA testu. Ze všech žen zařazených do studie bylo 352 žen ve věku 35 nebo 45 let. U 26 z nich byla při vyšetření zjištěna HPV pozitivita a u 9 z nich byla dokonce prokázána přítomnost nejrizikovějších genotypů 16 nebo 18. Během následujících dvou let se organismus 13 žen s infekcí sám vypořádal, naopak u 10 žen byl zachycen přednádorový nález, ačkoliv závažný cytologický nález měla pouze jedna z nich, zbylé pacientky měly cytologický nález normální nebo jen mírně abnormální. U ostatních žen, kterým HPV test při vstupní prohlídce vyšel negativní, nebyla v průběhu dvou let žádná prekanceróza prokázána. Z výsledků tak vyplývá, že HPV testace v rámci preventivních prohlídek významně přispívá k odhalení výrazně vyššího počtu prekanceróz a zabraňuje tak vzniku invazivních karcinomů. (Florence, © 2021)

Některé lékárny a společnosti nabízí i možnost zakoupení samoodběrového HPV testu vyvinutého Nadací pro výzkum rakoviny, který slibuje citlivost a především diskrétnost. Oproti HPV testům u lékaře samoodběrová sada umožňuje odběr pouze z poševní sliznice, následně se v obálce posílá zpět a pacientka do tří týdnů obdrží výsledek, který by měla sdělit i svému gynekologovi nebo praktickému lékaři. (Nadace pro výzkum rakoviny, © 2021)

5.3 Terciární prevence

Terciární prevence slouží ke sledování vyléčených onkologických pacientů a k případnému záchytu recidivy onemocnění. (Slezáková a kol, 2017)

Pacientky s karcinomem děložního hrdla, ale i endometria, vulvy, vaječníků a s genetickou mutací BRCA1 a BRCA2 u nás sdružuje patientská organizace VERONICA. Ta si dává za cíl nejen edukovat veřejnost o onkologických onemocněních, ale i podporovat a edukovat již nemocné a vyléčené pacientky a jejich rodiny. Pacientky mohou prostřednictvím této organizace sdílet své příběhy a zkušenosti s ostatními pacientkami a vzájemně si dodávají odvahu a motivaci v boji s onemocněním. VERONICA pravidelně pořádá posezení a semináře a do budoucna plánuje vytvoření a provoz patientské linky důvěry. (VERONICA, © 2021)

Empirická část

6 Cíle výzkumného šetření

Hlavní cíle:

1. Zjistit znalosti rodičů týkající se problematiky HPV
2. Zjistit informovanost rodičů o očkování proti HPV
3. Posoudit postoj rodičů k očkování svých potomků – dcer a synů

Dílčí cíle:

1. Zjistit postoj rodičů k očkování svých dětí proti HPV.

Očekávaný výsledek: Očekáváme, že postoj rodičů k očkování proti HPV bude kladný.

2. Porovnat postoj rodičů k očkování dívek a k očkování chlapců.

Očekávaný výsledek: Myslíme si, že větší zájem o očkování budou mít rodiče dívek než rodiče chlapců.

3. Posoudit, jak je postoj rodičů k očkování jejich dítěte ovlivněn jejich informovaností o možnostech hrazení očkování z veřejného zdravotního pojištění.

Očekávaný výsledek: Očekáváme, že rodiče, kteří se domnívají, že je očkování plně hrazeno pro obě pohlaví, anebo právě pro pohlaví dítěte, jež mají doma, nechají své dítě spíše naočkovat.

4. Informovat se, jak nejvyšší dosažené vzdělání rodičů ovlivňuje jejich postoj k očkování.

Očekávaný výsledek: Domníváme se, že rodiče s vyšším dosaženým vzděláním budou mít vyšší zájem očkovat své děti.

5. Identifikovat, jaký bude postoj rodičů očkovaných proti HPV k očkování svých dětí.

Očekávaný výsledek: Předpokládáme, že rodiče, kteří jsou sami očkovaní, nechají spíše naočkovat i své dítě.

7 Zkoumaný soubor a použité metody

V této kapitole je popsána charakteristika zkoumaného souboru respondentů, metoda a provedení vlastního výzkumného šetření a současně i způsob zpracování získaných dat.

7.1 Metoda výzkumu a zpracování dat

Pro empirickou část práce byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Po prostudování odborné literatury a získání dostatečného teoretického základu byla konkrétně zvolena metoda nestandardizovaného anonymního dotazníku. Dotazník obsahoval celkem 17 položek, respondenti měli u některých položek na výběr z předem daných odpovědí, případně mohli doplňovat i konkrétní subjektivní poznámky. Některé otázky byly naopak otevřené. Dotazník (viz. příloha č. 3) byl stejný pro všechny respondenty a byl rozdělen do několika částí:

Otázky 1–3 slouží ke zjištění demografických údajů o respondentech a jejich dětech (počet, pohlaví a věk dětí, vzdělání respondentů).

Otázky 4–9 a 13 se zaměřují na informovanost a znalosti respondentů ohledně problematiky Human Papilloma Viru.

Otázky 10–12 a 14 slouží ke zjištění postoje respondentů k očkování svých dětí a sebe samých.

Otázky 15–17 zkoumají zdroje informací respondentů.

Data, která byla získána dotazníkovým šetřením byla zpracována v programu Excel (MS Office). A následně analyzována a graficky zpracována pomocí grafů a tabulek.

7.2 Organizace výzkumného šetření

Vzhledem k současné době nebylo možné výzkumné šetření provést tak, jak bylo původně plánováno. Po předchozí domluvě a písemném souhlasu ředitelky školy ZŠ Malecí Mgr. Pavly Smolové měly být dotazníky ve vytištěné formě rozdány žákům 6.-8. tříd, kteří by je předali rodičům. Původní předpokládaný počet respondentů byl 120.

Vzhledem k negativnímu vývoji epidemické situace v souvislosti s pandemií SARS-CoV-2, která vedla v říjnu k přerušení prezenční výuky na všech základních školách v ČR se musela poupravit i organizace výzkumného šetření. Po domluvě s vedením školy byl dotazník převeden do elektronické podoby - tzn., že byla vytvořena on-line verze dotazníku na webových stránkách survio.

Respondenti dotazník vyplňovali pomocí odkazu, který jim byl zaslán e-mailem vedením školy, výsledky byly automaticky odesílány zpět na webový portál. Rodiče byli poučeni o tom, že je dotazník zcela anonymní a k čemu slouží získaná data.

Všichni respondenti vyplnili dotazník dobrovolně a vzhledem k anonymitě lze předpokládat, že i pravdivě. Výsledky byly zpracovávány v Excelu a následně z nich byly vytvořeny tabulky a grafy.

7.3 Charakteristika výzkumného souboru

Vyplněný dotazník se podařilo získat od 67 respondentů, což je téměř o polovinu méně, než byl předpokládaný počet respondentů. Pro výzkum bylo plnohodnotných 62 dotazníků.

Za cílovou skupinu byli záměrně vybráni rodiče dětí ve věku 11-14 let, kterých se problematika očkování proti HPV vzhledem k věku jejich dětí aktuálně týká.

Z celkového počtu 62 respondentů mělo 38 dětí jak ženského, tak mužského pohlaví (61,3 %), 19 respondentů pouze děti ženského pohlaví (30,6 %) a 5 respondentů pouze děti mužského pohlaví (8,1 %).

Celkový počet dětí respondentů byl 139, z čehož bylo 82 dívek (59,0 %) a 57 chlapců (41,0 %). Ve věku 11-14 let bylo 43 dívek (30,9 %) a 27 chlapců (19,4 %).

Alespoň jedno dítě ve věku 11-14 let měli všichni respondenti, někteří měli děti v tomto věku více.

Pro lepší přehlednost je soubor respondentů graficky znázorněn v kapitole výsledky.

7.4 Výsledky

Otázka č. 1: Kolik máte dětí, jakého jsou pohlaví a kolik je jim let?

Otázka č. 1 se dotazovala na počet, pohlaví a věk dětí respondentů. Z 62 vyhovujících dotazníků vyplývá, že 9,7 % respondentů mělo jedno dítě, 62,9 % dvě děti, 21 % tři děti a 6,4 % děti čtyři.

Rozdělení respondentů dle počtu dětí		
Počet dětí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jedno	6	9,7 %
Dvě	39	62,9 %
Tři	13	21,0 %
Čtyři	4	6,4 %

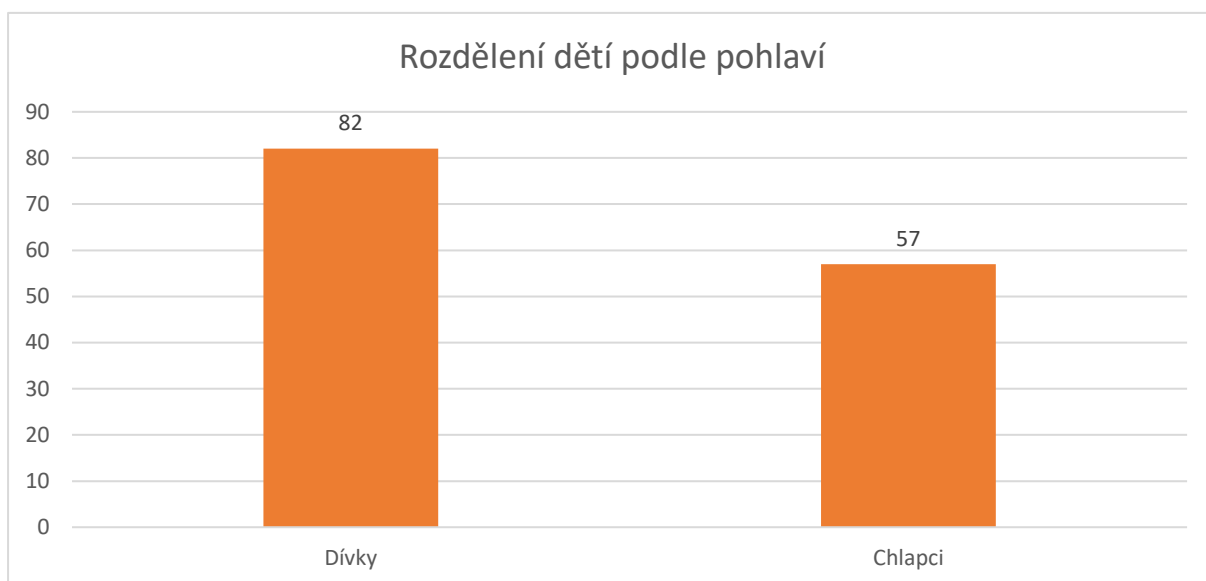
Tabulka 13 Rozdělení respondentů dle počtu dětí

Z celkového počtu 62 respondentů pak mělo 61,2 % děti jak ženského, tak mužského pohlaví, 30,6 % pouze ženského a 8,2 % pouze mužského.

Pohlaví dětí respondentů		
Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženské i mužské	38	61,2 %
Ženské	19	30,6 %
Mužské	5	8,2 %

Tabulka 14 Pohlaví dětí respondentů

Celkový počet dětí respondentů byl 139, z čehož bylo 82 dívek (59,0 %) a 57 chlapců (41,0 %).



Graf 1 Rozdělení dětí podle pohlaví

Z celkového počtu dcer respondentů bylo 52,4 % dívek ve věku 11-14 let, tzn. dívek, na jejichž rodiče byl dotazník zaměřen. Konkrétně se jednalo o 30,2 % dívek dvanáctiletých, 23,2 % dívek jedenáctiletých, 21,0 % třináctiletých a 25,6 % dívek čtrnáctiletých.

Četnost dívek ve věku 11-14 let z celkového počtu dívek		
Počet dívek	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dívky ve věku 11-14 let	43	52,4 %
Ostatní dívky	39	47,6 %

Tabulka 15 Četnost dívek ve věku 11-14 let z celkového počtu dívek

Četnost dívek ve věku 11-14 let		
Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
11	10	23,2 %
12	13	30,2 %
13	9	21,0 %
14	11	25,6 %

Tabulka 16 Četnost dívek ve věku 11-14 let

Z celkového počtu synů respondentů bylo ve věku 11-14 let 47,4 % chlapců. 37,0 % chlapců bylo ve věku dvanácti let, taktéž i ve věku třinácti let. 14,9 % bylo jedenáctiletých a 11,1 % čtrnáctiletých.

Četnost chlapců ve věku 11-14 let z celkového počtu chlapců		
Počet chlapců	Absolutní četnost	Relativní četnost
Chlapci ve věku 11-14 let	27	47,4 %
Ostatní chlapci	30	52,6 %

Tabulka 17 Četnost chlapců ve věku 11-14 let z celkového počtu dívek

Četnost chlapců ve věku 11-14 let		
Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
11	4	14,9 %
12	10	37,0 %
13	10	37,0 %
14	3	11,1 %

Tabulka 18 Četnost chlapců ve věku 11-14 let

Otázka č.2: Jaké je Vaše vzdělání – otec dětí:

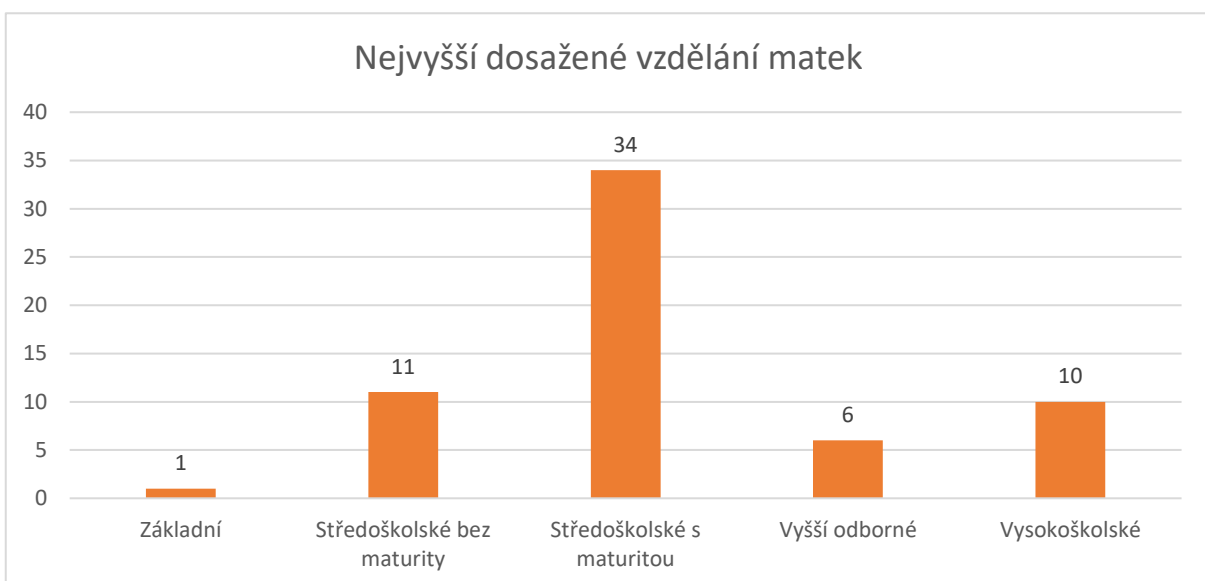
Otázka č. 2 se dotazovala na nejvyšší dosažené vzdělání respondentů – otců. Z celkového počtu 62 respondentů dominovali otcové středoškolského vzdělání s maturitou (48,5 %). Otců středoškolsky vzdělaných, avšak bez maturity, bylo 27,4 %. Vysokoškolsky vzdělaných otců bylo 19,3 %. Nejméně bylo otců se základním (3,2 %) a vyšším odborným vzděláním (1,6 %).



Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání otců

Otázka č. 3: Jaké je Vaše vzdělání – matka dětí:

Otázka č. 3 se obracela na matky a jejich vzdělání. Nejvíce bylo matek se středoškolským vzděláním ukončeným maturitou (54,9 %). Stejně jako u otců bylo druhé nejčetnější vzdělání středoškolské bez maturity (17,7 %). Vysokoškolsky vzdělaných matek bylo 16,1 % a s vyšším odborným vzděláním 9,7 %. Základní vzdělání měla pouze jedna matka (1,6 %).



Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání matek

Otázka č. 4: Víte, že existuje nebezpečný lidský papilomavirus, zkráceně HPV?

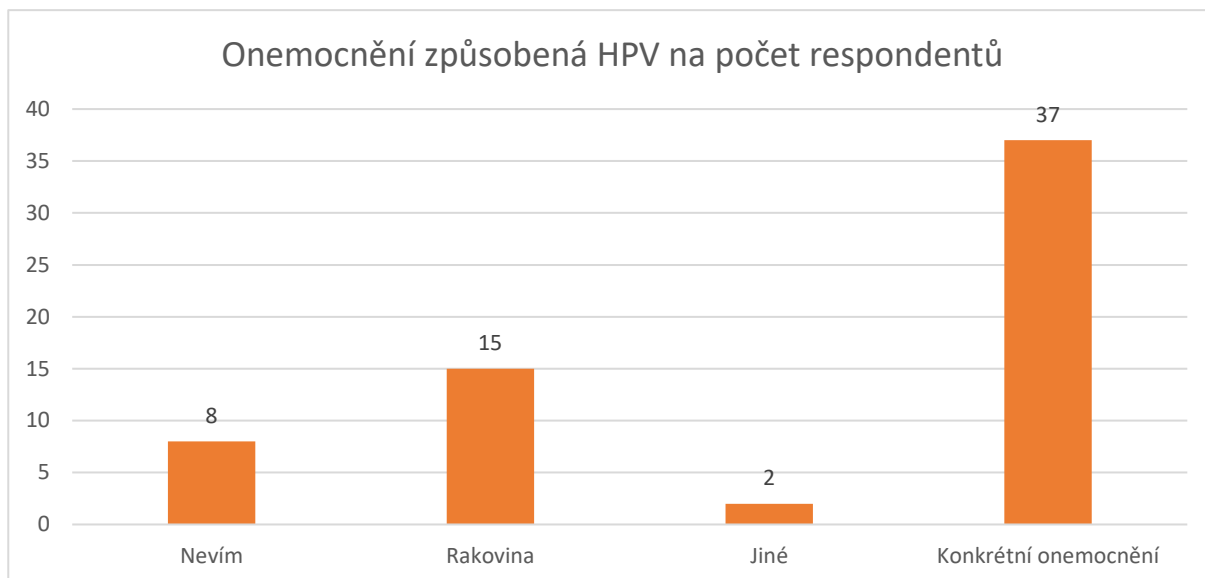
Otázka č. 4 se dotazovala, zda respondenti vědí, že existuje nebezpečný lidský papilomavirus. Většina respondentů (95,2 %) za odpověď označila „ANO“, tedy že o existenci HPV ví. Zbýlých 4,8 % uvedlo, že ne.

Povědomí respondentů o existenci viru HPV		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	59	95,2 %
NE	3	4,8 %

Tabulka 19 Povědomí respondentů o existenci viru HPV

Otázka č. 5: Víte, jaká onemocnění tento virus způsobuje?

Otevřená otázka č. 5 se tázala na konkrétní onemocnění, která virus způsobuje. 8 respondentů (12,9 % z celkového počtu respondentů) napsalo, že neví, jaká onemocnění lidský papilomavirus způsobuje (10,8 % ze všech odpovědí). 15 respondentů (24,2 % z celkového počtu respondentů) uvedlo, že způsobuje rakovinu, konkrétní onemocnění však neuvedli (20,3 % ze všech odpovědí). Další 2 respondenti (3,2 %) taktéž neuvedli specifické onemocnění (2,7 % ze všech odpovědí). Zbývajících 37 respondentů (59,7 % ze všech respondentů) uvedlo alespoň jedno konkrétní onemocnění, které podle nich virus HPV způsobuje (celkem 49 odpovědí – 66,2 % ze všech odpovědí).



Graf 4 Onemocnění způsobená HPV

Z konkrétních onemocnění se v odpovědích nejčastěji vyskytovala rakovina děložního čípku (43,2 % ze všech odpovědí), dále genitální bradavice (6,7 %), rakovina konečníku a penisu (shodně 4,1 %), 2 respondenti uvedli AIDS (2,7 %) a jednotky respondentů (1,35 %) uvedly rakovinu varlat, dělohy, kapavku a vaginální opary.

Onemocnění způsobená HPV na počet odpovědí		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rakovina děložního čípku	32	43,2 %
Rakovina konečníku	3	4,1 %
Rakovina penisu	3	4,1 %
Rakovina varlat	1	1,35 %
Rakovina dělohy	1	1,35 %
Rakovina	15	20,3 %
Genitální bradavice	5	6,7 %
AIDS	2	2,7 %
Kapavka	1	1,35 %
Nevím	8	10,8 %
Jiné	2	2,7 %
Vaginální opary	1	1,35 %

Tabulka 20 Onemocnění způsobená HPV na počet odpovědí

Otázka č. 6: Víte, jak se přenáší?

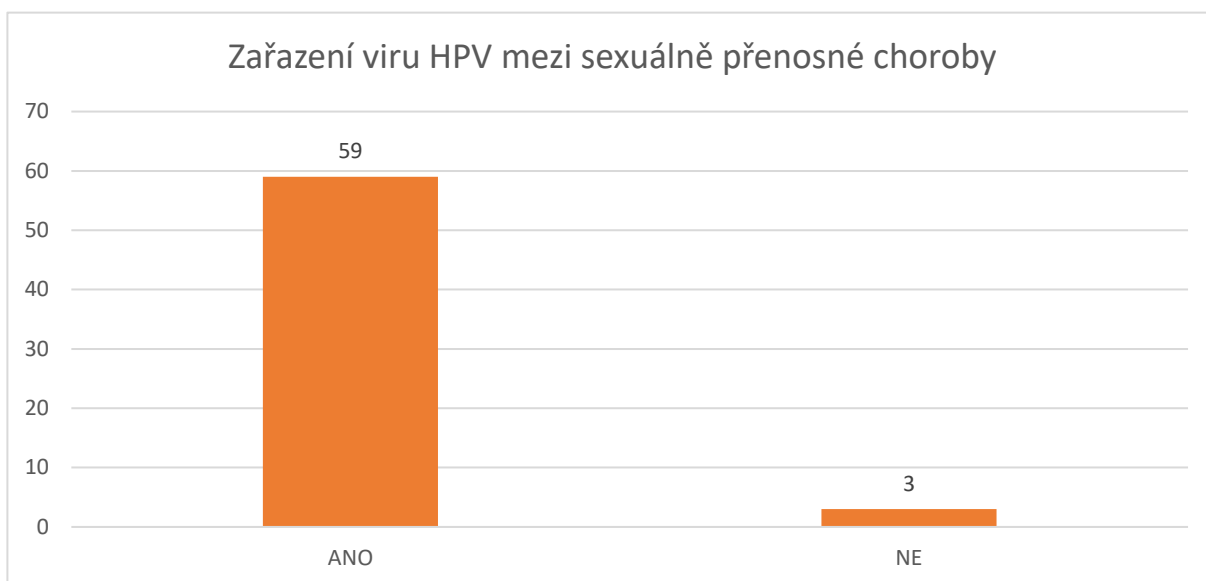
Otázka č. 6 zjišťovala informovanost respondentů o způsobu přenosu viru HPV. 62 respondentů odpovědělo celkem 65 možnostmi přenosu, 3 z nich odpověděli „nevím“ (4,4 % ze všech odpovědí, 4,8 % respondentů). 58 respondentů uvedlo přenos pohlavním stykem (85,3 % ze všech odpovědí, 93,5 % respondentů). Jeden respondent uvedl odpověď „z člověka na člověka“. 6 respondentů přidalo ke své odpovědi „pohlavním stykem“ i další možnosti, a to: Z matky na dítě (2,9 %), krví (1,48 %), kapénkovou cestou (1,48 %), dotekem (1,48 %) a líbáním (1,48 %).

Způsob přenosu viru HPV		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pohlavním stykem	58	85,3 %
Z člověka na člověka	1	1,48 %
Krví	1	1,48 %
Kapénkovou cestou	1	1,48 %
Dotekem	1	1,48 %
Z matky na dítě	2	2,9 %
Líbáním	1	1,48 %
Nevím	3	4,4 %

Tabulka 21 Způsob přenosu viru HPV

Otázka č. 7: Myslíte si, že infekce HPV patří mezi sexuálně přenosné choroby?

Uzavřená otázka č. 7 se už konkrétně ptala, zda si respondenti myslí, že virus HPV patří mezi sexuálně přenosné choroby. 59 respondentů označilo odpověď „ANO“ (95,2 %), zbylí 3 respondenti označili odpověď „NE“ (4,8 %). Jednalo se právě o ty respondenty, kteří v otázce č. 6 odpověděli, že neví, jak se virus přenáší.



Graf 5 Zařazení viru HPV mezi sexuálně přenosné choroby

Otázka č. 8: Znáte možnosti prevence HPV? Jaké?

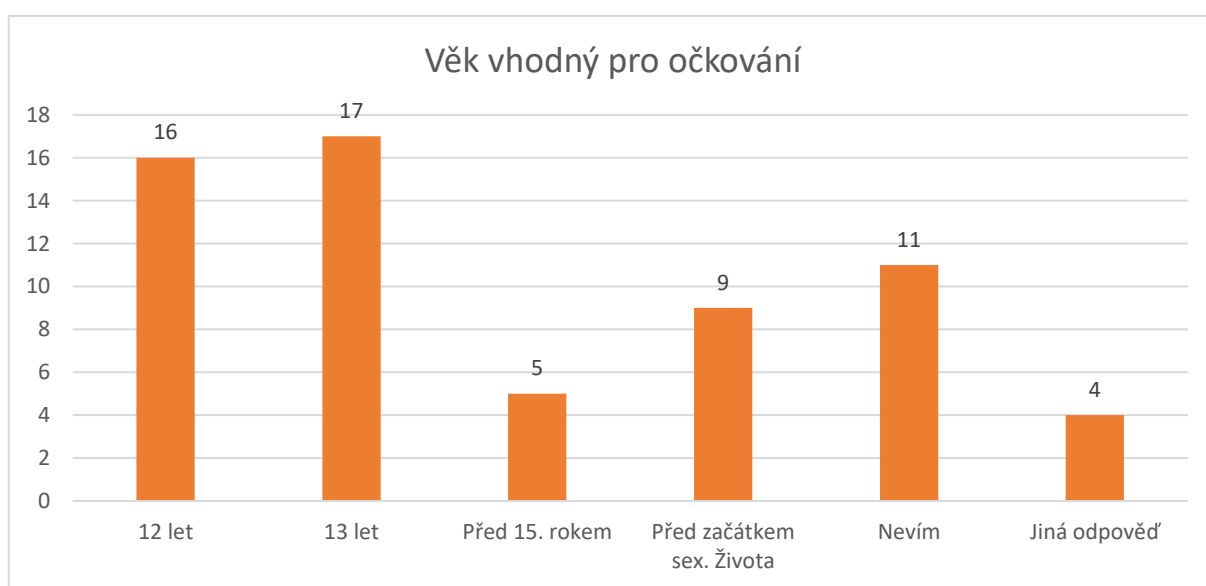
V další otevřené otázce byli respondenti dotazováni na možnosti prevence proti HPV. Pouze 2 respondenti ze 62 uvedli jako odpověď, že neví (3,2 %), zbylých 60 (96,8 %) uvedlo alespoň jednu z následujících možností prevence: Očkování proti HPV – 43 respondentů (47,2 % ze všech odpovědí), používání prezervativu při sexuálním styku – 29 respondentů (31,9 %), nestřídat sexuální partnery, sexuální zdrženlivost – 8 respondentů (8,8 %), docházet na preventivní prohlídky k lékaři – 6 (6,6 %), dodržovat správnou intimní hygienu – 2 (2,2 %), 2 respondenti uvedli i HPV testaci (2,2 %).

Možnosti prevence proti HPV		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Očkování	43	47,2 %
Prezervativ	29	31,9 %
Nestřídat sexuální partnery	8	8,8 %
Preventivní prohlídky	6	6,6 %
Správná intimní hygiena	2	2,2 %
Test HPV	1	1,1 %
Nevím	2	2,2 %

Tabulka 22 Možnosti prevence proti HPV

Otázka č. 9: Víte, v jakém věku nechat očkovat své dítě?

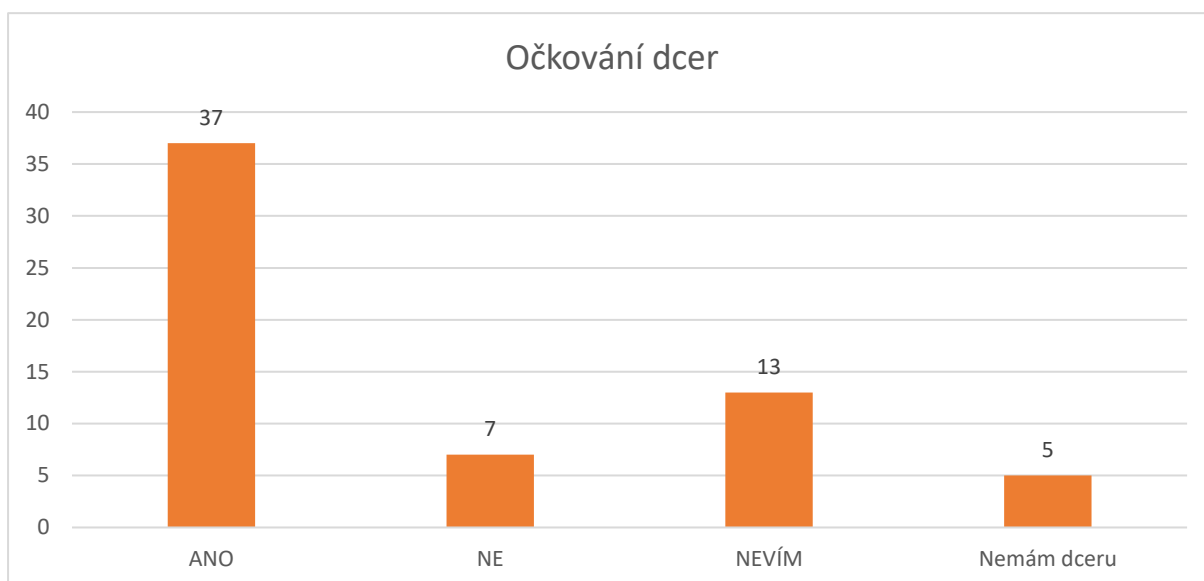
V dotazníkové otázce č. 9 měli respondenti napsat, ve kterém věku je vhodné nechat očkovat své dítě. Nejčastější byla odpověď ve 13. letech (17 respondentů - 27,5 %). 25,9 % (16) respondentů uvedlo věk 12 let, 8,1 % (5) uvedlo před 15. rokem a 14,5 % (9) před začátkem sexuálního života. 11 respondentů (17,5 %) nevědělo. 4 respondenti (6,5 %) uvedli jinou odpověď, než jsou výše uvedené.



Graf 6 Věk vhodný pro očkování

Otázka č. 10: Uvažujete (anebo jste tak již učinili), že necháte svou DCERU naočkovat proti HPV?

Uzavřená otázka č. 10 zjišťovala, zda respondenti nechali svou dceru očkovat, anebo to zvažují. 37 respondentů (59,7 %) odpovědělo ANO a nechali tedy svou dceru (dcery) naočkovat, anebo o tom do budoucna přemýšlí. 7 respondentů označilo NE (11,3 %), 13 označilo NEVÍM (21,0 %) a 5 nemělo dceru (8,0 %).



Graf 7 Očkování dcer

Otázka č. 11: Pokud Vaše předchozí odpověď zněla NE, proč?

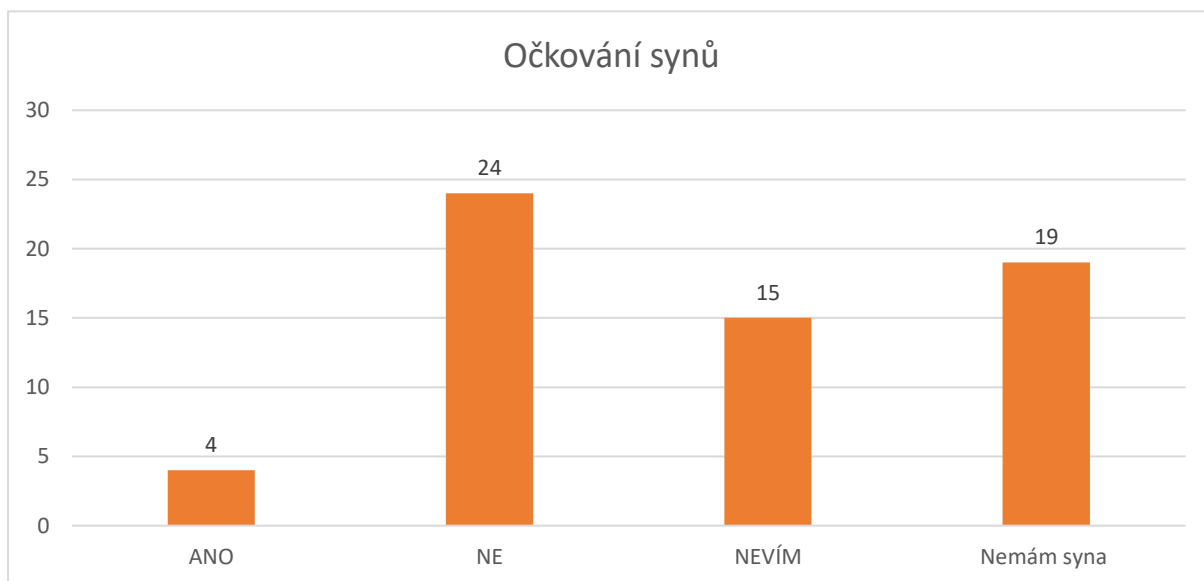
Respondenti, kteří v předešlé otázce označili jako odpověď „NE“, byli v otevřené otázce č. 11 vyzváni k uvedení důvodu. Všechny 7 respondentů odpovědělo. 2 nevěří očkování (28,55 %), 2 o možnosti očkování pro svou dceru nevěděli (28,55 %). Zbývající respondenti buď neviděli k očkování důvod, jejich dcera nemohla být očkována pro zdravotní kontraindikace, anebo je k tomu vedly finanční důvody (14,3 %).

Důvod neočkování		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nevěří očkování	2	28,55 %
Finanční důvody	1	14,3 %
Zdravotní kontraindikace	1	14,3 %
Nevěděli o očkování	2	28,55 %
Nevidí důvod	1	14,3 %

Tabulka 23 Důvod neočkování

Otázka č. 12: Uvažujete (anebo jste tak již učinili), že necháte naočkovat i svého SYNA proti HPV?

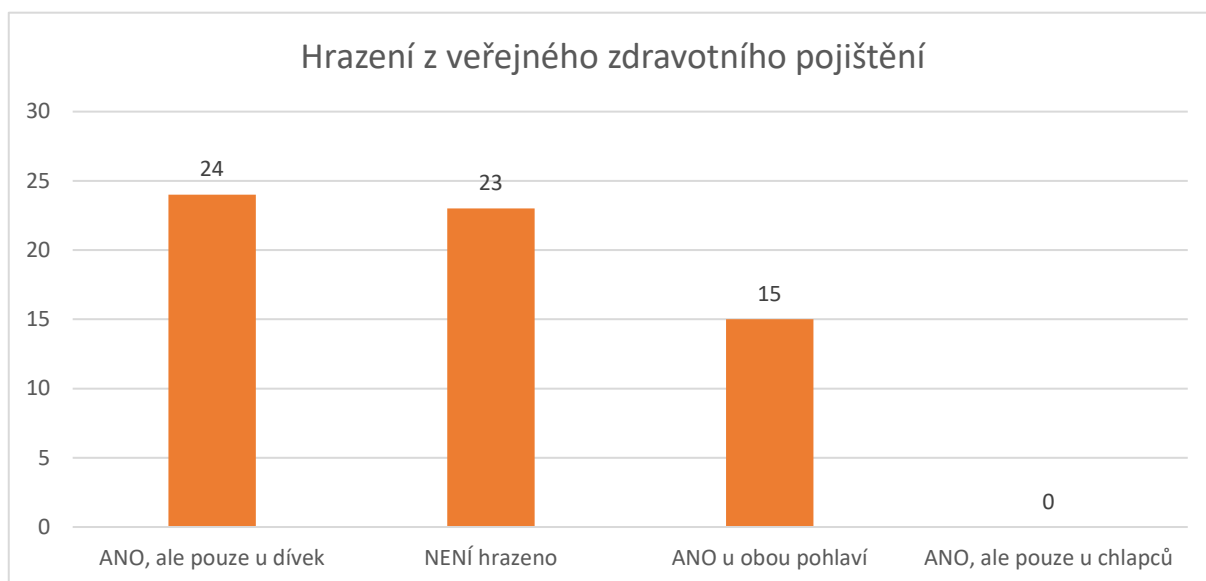
Respondenti byli dotazováni i na to, zda nechali očkovat, anebo zvažují očkování svých synů. ANO odpověděli pouze 4 respondenti (6,5 %). Neočkované syny má většina respondentů - 24 (38,7 %). NEVÍM označilo 15 respondentů (24,2 %) a 19 jich nemá syna (30,6).



Graf 8 Očkování synů

Otázka č. 13: Je očkování proti HPV plně hrazeno z veřejného zdravotního pojištění?

V uzavřené otázce č. 13 byla snaha zjistit, zda mají respondenti povědomí o hrazení očkování z veřejného zdravotního pojištění. 24 respondentů uvedlo, že očkování hrazené je, ale pouze u dívek (38,7 %). Oproti tomu hrazení u chlapců neoznačil nikdo. 23 respondentů si myslí, že očkování hrazeno není vůbec (37,1 %) a naopak 15 udává, že je očkování hrazeno u obou pohlaví (24,2 %).



Graf 9 Hrazení z veřejného zdravotního pojištění

Otázka č. 14: Jste vy sami proti HPV očkování?

Otec:

Otázka č. 14 se zaměřovala na otce a matky a na to, zda jsou oni sami očkováni. Ani jeden ze 62 otců očkovaný nebyl (0 %).

Očkování otců		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	0	0 %
NE	62	100 %

Tabulka 24 Očkování otců

Matka:

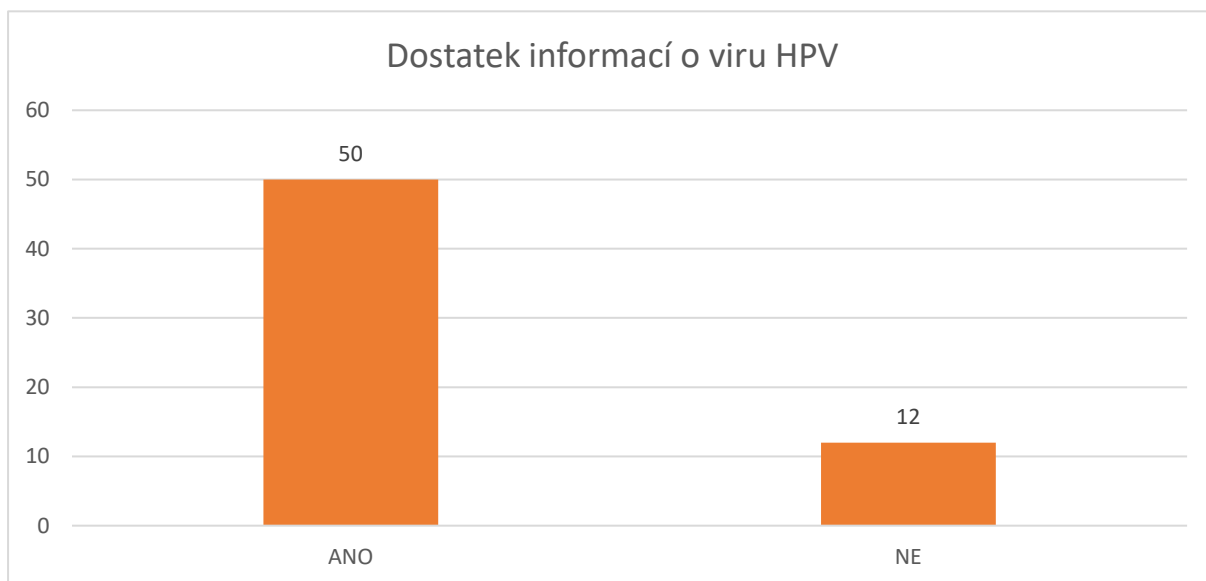
Většina matek (55 – 88,7 %) očkovaných nebylo, ANO odpovědělo 7 respondentů (11,3 %).

Očkování matek		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	7	11,3 %
NE	55	88,7 %

Tabulka 25 Očkování matek

Otázka č. 15: Myslíte si, že máte dostatek informací o viru HPV, onemocněních, které způsobuje a možnostech prevence?

Další otázka se dotazovala respondentů, zda si myslí, že mají dostatek informací o viru samotném, onemocněních, které způsobuje a možnostech prevence. 50 respondentů (80,6 %) odpovědělo ANO. Zbýlých 12 (19,4 %) odpovědělo, že NE.



Graf 10 Dostatek informací o viru HPV

Otázka č. 16: Jaké nejčastější zdroje využíváte při sběru informací?

Otázka č. 17 zjišťovala zdroje, z jakých respondenti informace o viru HPV čerpají. Celkem bylo označeno 130 odpovědí, označeno mohlo být více možností a nejčastější odpovědí byl internet (36,9 % ze všech odpovědí). Druhou nejčastější odpovědí byl pediatr (27,7 %). Dále televize (8,5 %), edukační letáky (7,6 %), odborné publikace a časopisy (6,2 %) a učitelé ve škole (4,6 %). Jedenáctkrát byla označena i odpověď „Jiné“ (8,5 %). Nejčastěji se jednalo o informace od přátel nebo rodiny.

Nejčastější zdroje informací o viru HPV		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Internet	48	36,9 %
Pediatr	36	27,7 %
Televize	11	8,5 %
Edukační letáky	10	7,6 %
Odborné publikace, časopisy	8	6,2 %
Učitelé ve škole	6	4,6 %
Jiné	11	8,5 %

Tabulka 26 Nejčastější zdroje informací o HPV

Otázka č. 17: Ocenili byste větší informovanost o dané problematice? Z jakých zdrojů?

Poslední uzavřená otázka se respondentů dotazovala na to, zda by ocenili více informací ohledně viru HPV, případně odkud. Označit mohli více odpovědí, přičemž celkem bylo označeno 82 odpovědí. 3 respondenti označili, že je daná problematika nezajímá (3,7 % ze všech odpovědí). 13 respondentů se vyjádřilo, že jsou o dané problematice informovaní dost (15,8 %). Zbýlých 46 respondentů uvedlo, že by ocenili více informací buď ze strany školy (35,4 % ze všech odpovědí) nebo od pediatra (25,6 %) nebo z médií (19,5 %)

Oceňované zdroje informací		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO, ze strany školy	29	35,4 %
ANO, od pediatra	21	25,6 %
ANO, z médií	16	19,5 %
NE, jsem dostatečně informovaný/á	13	15,8 %
NE, tato problematika mě nezajímá	3	3,7 %

Tabulka 27 Oceňované zdroje informací

8 Diskuse

Tato bakalářská práce zjišťuje informovanost rodičů o možnostech očkování proti viru HPV. Za hlavní cíle jsme zvolili zjistit znalosti rodičů týkající se problematiky HPV, dále jejich informovanost o očkování proti HPV, a nakonec zjistit jejich postoj k očkování svých potomků – dcer a synů.

Cíl 1: Zjistit znalosti rodičů týkající se problematiky HPV

Prostřednictvím dotazníku jsme v otázkách 4-9 a 13 zjišťovali informovanost a znalosti respondentů ohledně problematiky HPV. Ze získaných dat jsme zjistili, že drtivá většina respondentů (95,2 %) ví, že existuje nebezpečný lidský papilomavirus. Jen 3 respondenti uvedli, že o existenci viru neví. Více než polovina respondentů (32) dále správně uvedla, že virus HPV způsobuje rakovinu děložního čípku. 6 respondentů uvedlo i rakovinu konečníku či penisu, 5 si jich vzpomnělo na genitální bradavice. Rakovinu hrtanu neuvedl nikdo. Někteří si mysleli, že vir HPV způsobuje např. AIDS nebo kapavku.

Respondentů jsme se ptali i na to, zda si myslí, že virus HPV patří mezi pohlavně přenosná onemocnění. 59 (95,2 %) jich odpovědělo ANO, 3 (4,8 %) odpověděli, že si myslí, že NE. Spadali sem i dva ze tří respondentů, kteří dříve odpověděli, že o existenci viru neví.

V konkrétních odpovědích, jak se virus HPV přenáší, dominovala odpověď „pohlavním stykem“, tu uvedlo celkem 58 respondentů. Objevovaly se i možnosti jako „z matky na dítě“ nebo „kapénkovou cestou“. 3 respondenti napsali, že neví, jak se virus přenáší. Byli to právě ti respondenti, kteří si nemyslí, že se virus přenáší pohlavní cestou.

Autorka Jana Fleková v rámci své diplomové práce v roce 2011 zkoumala znalosti rodičů žáků ze základních škol o prevenci karcinomu děložního čípku. Prostřednictvím anonymního dotazníku o 14 otázkách získala odpovědi od 105 respondentů, rodičů žáků 3. – 9. třídy na ZŠ Holzova v Brně. Autorka se ve své práci mimo jiné táže respondentů na původce rakoviny děložního čípku. Virus HPV a rakovinu děložního čípku si v jejím výzkumu spojilo 46 % respondentů, zatímco v našem, o deset let starším, si onemocnění s původcem spojilo

téměř 52 % respondentů. I přes tak velký časový rozdíl jsou v tomto bodě dotazníky takřka shodné.

Respondentů jsme se ptali i na to, zda si myslí, že virus HPV patří mezi pohlavně přenosná onemocnění. 59 (95,2 %) jich odpovědělo ANO, 3 (4,8 %) odpověděli, že si myslí, že NE. Spadali sem i dva ze tří respondentů, kteří dříve odpověděli, že o existenci viru neví.

V konkrétních odpovědích, jak se virus HPV přenáší, dominovala odpověď „pohlavním stykem“, tu uvedlo celkem 58 respondentů. Objevovaly se i možnosti jako „z matky na dítě“ nebo „kapénkovou cestou“. 3 respondenti napsali, že neví, jak se virus přenáší. Byli to právě ti respondenti, kteří si nemyslí, že se virus přenáší pohlavní cestou.

Cíl 2: Zjistit informovanost rodičů o očkování proti HPV

Dále jsme zjišťovali i povědomí o možnostech prevence proti HPV. 2 respondenti odpověděli, že neví. Většina respondentů (43) uvedla jako možnost prevence očkování. Téměř polovina (29) uvedla používání prezervativu při sexuálním styku. 17 respondentů uvedlo obě možnosti současně. 6 respondentů uvedlo jako možnost prevence pravidelné preventivní prohlídky u lékaře (gynekologa). Všechny 3 ideální možnosti – očkování, prezervativ, screening – ale uvedli už jen 2 respondenti. 8 respondentů správně uvedlo i sexuální zdrženlivost nebo nestřídat sexuální partnery. Objevovaly se i odpovědi jako správná intimní hygiena nebo HPV testace.

Výše zmiňovaná Jana Fleková taktéž zjišťovala informovanost rodičů o možnostech prevence proti HPV. Možnost očkování označilo jen 27 % respondentů. Z těchto čísel je zřejmé, že informovanost o možnosti očkování proti HPV se za poslední roky značně zlepšila. Jelikož v našem dotazníku možnost očkování označilo 69,4 % respondentů, **výzkumy se v tomto neshodují**. Domníváme se, že je to značně ovlivněno vlivem médií posledních let a také zavedeným plošným očkováním proti HPV a následně jeho hrazením z veřejného zdravotního pojištění.

Respondenti měli v dotazníku napsat i věk, ve kterém si myslí, že by měli nechat očkovat své dítě. Nejčastější byla odpověď ve 13 letech (17 respondentů - 27,5 %). 25,9 % (16) respondentů uvedlo věk 12 let, 8,1 % (5) uvedlo před 15. rokem a 14,5 % (9) před začátkem sexuálního života. 11 respondentů (17,5 %) nevědělo. 4 respondenti (6,5 %) uvedli jinou odpověď, než jsou výše uvedené.

Cíl 3: Informovat se o postoji rodičů k očkování svých dětí

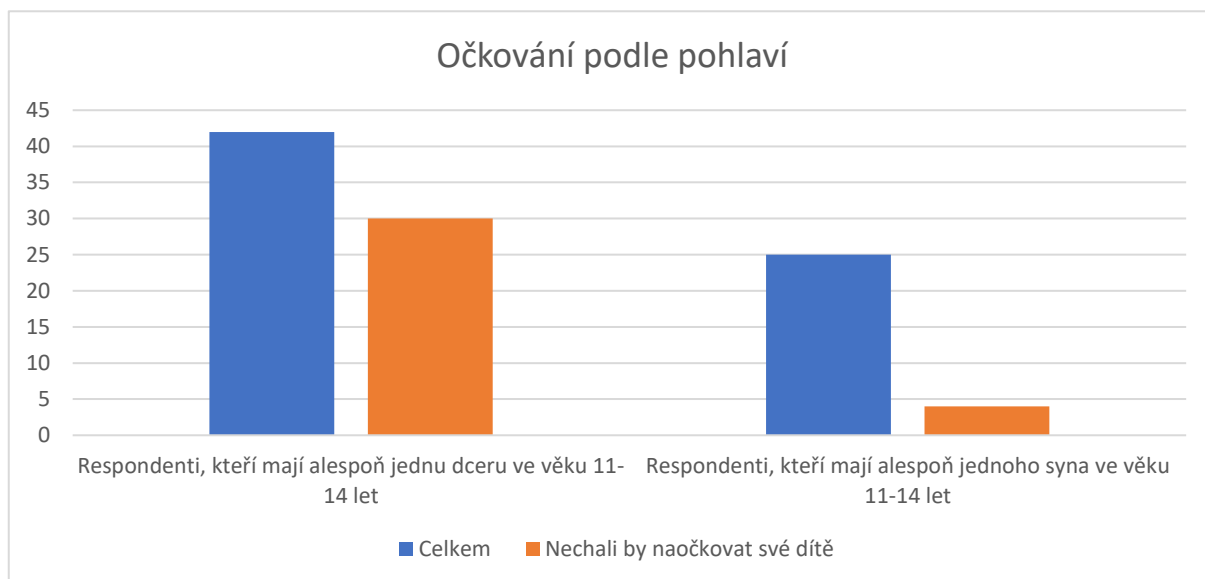
K těmto účelům nám sloužily otázky 10 a 11. Svou dceru by nechalo naočkovat (anebo tak již učinilo) 37 respondentů (59,7 %). 7 respondentů (11,3 %) označilo, že ne. Důvodem bylo nejčastěji to, že nevěří očkování, anebo o možnosti očkování pro svou dceru nevěděli. Objevila se i odpověď jako zdravotní kontraindikace dítěte k očkování nebo finanční důvody. 13 respondentů (21,0 %) označilo, že neví, zda nechají naočkovat svoji dceru. Zbýlých 5 respondentů nemělo dceru. Respondentů jsme se dotazovali i na to, zda nechali očkovat, anebo zvažují očkování svých synů. ANO odpověděli pouze 4 respondenti (6,5 %). Neočkované syny má většina respondentů - 24 (38,7 %). NEVÍM označilo 15 respondentů (24,2 %) a 19 jich nemělo syna (30,6).

Autorka Jana Fleková se ve svém výzkumu potýká s problémem téměř nulové informovanosti o možnosti nechat očkovat své syny a dále se značnou neochotou nechat naočkovat i své dcery – v roce 2011 ještě nebylo očkování hrazeno z veřejného zdravotního pojištění a pokud by měli rodiče platit očkování (byť jen jednomu dítěti), znamenalo by to pro rodinný rozpočet nemalou ztrátu. Dále se setkává se značným skepticizmem vůči očkování, protože „vakcína ještě není dostatečně dlouho zkoumána“. Přestože mezi našimi výzkumy uplynulo 10 let, našli jsme i my respondenta, který by své dítě nenechal očkovat právě kvůli otázce financí.

Dílčí cíl 1: Porovnat postoj rodičů k očkování dívek a k očkování chlapců

Při našem výzkumu jsme zjišťovali postoj rodičů k očkování svých dětí. Rozdělíme-li respondenty podle pohlaví a věku jejich dětí na rodiče dívek ve věku 11-14 let a rodiče chlapců ve věku 11-14 let, pak ze 42 respondentů, kteří mají alespoň jednu dceru ve věku 11-14 let, jich 30 uvedlo, že ji nechali naočkovat, anebo to do budoucna zvažují (71,4 %). Z 25 respondentů,

kteří mají v tomto věku alespoň jednoho syna, uvedli pouze 4 (16,0 %), že by svého syna nechali naočkovat. Tímto se **potvrdila naše domněnka č.1**, že budou rodiče více ochotní nechat naočkovat svou dceru než svého syna.



Graf 11 Očkování dětí podle pohlaví

Ve Velké Británii se proti HPV plošně a zdarma očkuje od roku 2008. Nejprve měli rodiče dívek ve věku 12-13 let možnost nechat naočkovat své dcery, od roku 2019 se začíná mluvit i o stejné možnosti pro chlapce. Toho času skupina britských autorů (J. Waller et al., Vaccine, 2020) přichází s výzkumem, v němž porovnává postoj rodičů dívek a chlapců k očkování. Výsledkem bylo, že 62 % respondentů (rodičů dětí starých 9-12 let) by své dítě naočkovat nechalo, 10 % ne a 28 % nebylo rozhodnuto. Zároveň byli rodiče dívek spíše ochotni naočkovat svoji dceru než rodiče chlapců svého syna, rozdíl zde však byl v řádu desítky procent. Srovnáme-li výsledky britského výzkumu s našim, pak se shodují pouze u ochoty rodičů nechat naočkovat svou dceru. Zatímco britští rodiče alespoň jedné dcery ve věku 9-12 let by v roce 2019 nechali naočkovat svou dceru v 68,6 %, naši respondenti s dcerou ve věku 11-14 let by ji nyní nechali naočkovat v 71,4 %. Markantní rozdíl je ale v očkování chlapců. Zatímco v roce 2019, kdy se očkování chlapců teprve lidem ve Velké Británii dostávalo do povědomí, by svého syna nechalo naočkovat 55,9 % Britů, kteří mají syna ve věku 9-12 let. Naši respondenti a zároveň rodiče alespoň jednoho chlapce ve věku 11-14 let by téměř 3 roky po zavedení plošné vakcinace u nás nechali naočkovat pouze 16 % z nich. Domníváme se, že tento rozdíl je dán hlavně odlišným přístupem zemí k vakcinaci. Zatímco v České republice je očkování v režii pediatra, případně gynekologa, ve Velké Británii se vydali cestou tzv.

School-based vaccination programmes, kdy mají děti možnost být očkovány přímo ve škole. Jakkoliv jsou tyto programy vzhledem k možnosti naočkovat velké množství dětí za krátký čas přínosné, představují jistě i jednodušší cestu pro rodiče, a ti pak spíše své dítě nechají naočkovat. Nasvědčuje tomu i informovanost rodičů. Zatímco v našem výzkumu drtivá většina o existenci viru HPV věděla, ve Velké Británii o viru HPV slyšelo pouze 55,3 % respondentů, a přesto by proti němu 62,1 % své dítě nechalo naočkovat.

Dílčí cíl 2: Posoudit, jak je postoj rodičů k očkování jejich dítěte ovlivněn jejich informovaností o možnostech hrazení z veřejného zdravotního pojištění.

Z celkového počtu 62 respondentů jich 24 respondentů uvedlo, že očkování hrazené je, ale pouze u dívek (38,7 %). Oproti tomu hrazení u chlapců neoznačil nikdo. 23 respondentů si myslí, že očkování hrazeno není vůbec (37,1 %) a naopak 15 udává, že je očkování hrazeno u obou pohlaví (24,2 %). Domníváme se, že je to dáno tím, že zatímco pro třináctileté dívky je očkování plně hrazeno od roku 2013, pro chlapce až od roku 2018.

Ze 42 respondentů, kteří mají alespoň jednu dceru ve věku 11-14 let, si 21 myslí, že je očkování hrazeno pouze u dívek, 10 si myslí, že u obou pohlaví, a 11 si myslí, že není hrazeno. Z 24 respondentů, kteří mají alespoň jednoho syna ve věku 11-14 let, si 5 myslí, že je očkování hrazeno pouze u dívek, 6 si myslí, že u obou pohlaví, a 14 si myslí, že hrazeno není.

Všichni 4 respondenti, kteří by nechali očkovat svého syna, si zároveň myslí, že je očkování hrazeno pro obě pohlaví.

28 ze 30 respondentů, kteří by nechali naočkovat svoji dceru, si myslí, že je očkování hrazeno alespoň pro dívky, anebo pro obě pohlaví. 2 respondenti by nechali naočkovat svoji dceru i přesto, že si myslí, že očkování hrazené není.

Všichni respondenti, kteří mají alespoň jednoho syna a uvedli, že ho očkovat nenechají, zároveň uvedli, že si myslí, že očkování není hrazeno.

Všichni respondenti, kteří mají alespoň jednoho syna a uvedli, že ho očkovat nenechají, zároveň uvedli, že si myslí, že očkování není hrazeno.

2 respondenti, kteří mají alespoň jednu dceru a nechtějí ji nechat očkovat, si zároveň myslí, že očkování není hrazeno. 1 respondent nechce nechat očkovat svoji dceru i přesto, že si myslí, že je očkování hrazeno u obou pohlaví.

Potvrdila se nám tím domněnka č.2, že rodiče, kteří se domnívají, že je očkování plně hrazeno pro obě pohlaví, anebo právě pro pohlaví dítěte, jež mají doma, nechají své dítě spíše naočkovat. Jistě by větší povědomí o plném hrazení pro obě pohlaví zvýšilo zájem o očkování.

Dílčí otázka č. 3: Informovat se, jak nejvyšší dosažené vzdělání rodičů ovlivňuje jejich postoj k očkování.

Z celkového počtu 62 respondentů dominovali otcové středoškolského vzdělání s maturitou (48,5 %). Otců středoškolsky vzdělaných, avšak bez maturity, bylo 27,4 %. Vysokoškolsky vzdělaných otců bylo 19,3 %. Nejméně bylo otců se základním (3,2 %) a vyšším odborným vzděláním (1,6 %). Co se matek týče, nejvíce jich bylo se středoškolským vzděláním ukončeným maturitou (54,9 %). Stejně jako u otců bylo druhé nejčtetnější vzdělání středoškolské bez maturity (17,7 %). Vysokoškolsky vzdělaných matek bylo 16,1 % a s vyšším odborným vzděláním 9,7 %. Základní vzdělání měla pouze jedna matka (1,6 %).

Ukázalo se, že ti respondenti, kteří měli alespoň jednoho syna ve věku 11-14 let a zároveň bylo vzdělání alespoň jednoho z rodičů vysokoškolské nebo vyšší odborné, na otázku, zda by svého syna nechali naočkovat, odpověděli buď ANO (1 respondent) nebo NEVÍM (4 respondenti). Žádný z respondentů neoznačil NE.

Respondenti, kteří měli alespoň jednu dceru ve věku 11-14 let a alespoň jeden z rodičů má vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání, odpověděli na očkování své dcery taktéž buď ANO (13 respondentů) nebo NEVÍM (2 respondent). Nikdo neoznačil NE.

Respondenti, kteří měli syna ve věku 11-14 let a zároveň měli oba rodiče středoškolské vzdělání zakončené maturitou, uvedli, že by svého syna očkovat nenechali (4 respondenti), anebo že nevědí (2 respondenti). 1 respondent uvedl, že by svého syna očkovat nechal.

Respondenti, kteří měli dceru ve věku 11-14 let a zároveň měli oba rodiče středoškolské vzdělání zakončené maturitou, uvedli, že by svou dceru nechali naočkovat ve 12 případech. 1 respondent uvedl, že ne.

Ti respondenti, kteří mají syna ve věku 11-14 let a vzdělání alespoň jednoho z rodičů je středoškolské s maturitou a druhého rodiče je nižší, uvedli, že by v 5 případech svého syna očkovat nenechali a ve 2 případech neví. 2 respondenti by svého syna naočkovat nechali.

Mezi respondenty, kteří mají dceru ve věku 11-14 let a vzdělání alespoň jednoho z rodičů je středoškolské s maturitou a druhého rodiče je nižší, uvedlo 6 respondentů, že by svou dceru naočkovat nechalo, 6 uvedlo, že neví a 2 uvedli, že by svou dceru očkovat nenechali.

Respondenti, jejichž vzdělání bylo středoškolské bez maturity, anebo základní, a měli syna ve věku 11-14 let, uvedli ve 3 případech, že nevědí, zda by svého syna nechali očkovat. 1 respondent uvedl, že by svého syna nenechal očkovat určitě.

Respondent, jehož vzdělání bylo středoškolské bez maturity, anebo základní, a měl dceru ve věku 11-14 let, nebyl.

Výsledky z tohoto srovnání nás informovaly o tom, jak nejvyšší dosažené vzdělání rodičů ovlivňuje jejich postoj k očkování. **Potvrdila se tak domněnka č.3**, že rodiče s vyšším dosaženým vzděláním nechají svého potomka spíše naočkovat, protože ani jeden z respondentů, který do vzdělání alespoň jednoho z rodičů označil vysoké nebo vyšší odborné vzdělání, neodpověděl, že své dítě očkovat nenechá/nenechal. Naopak mezi respondenty s nižším nejvyšším dosaženým vzděláním, byla odpověď, že by své dítě nenechali očkovat, častější.

Dílčí cíl č. 4: Identifikovat, jaký bude postoj rodičů očkovaných proti HPV k očkování svých dětí.

Co se očkování rodičů týče, pak ani jeden z otců proti viru HPV očkovaný nebyl. Taktéž ani většina matek – 55 ze 62 (88,7 %). Zbýlých 7 matek očkovaných bylo. 5 očkovaných matek mělo dceru ve věku 11-14 let, přičemž všechny uvedly, že by svou dceru očkovat nechaly.

Zbylé 2 měly ve věku 11-14 let syna a uvedly, že neví, zda jej nechat očkovat. **Domněnka č. 4**, tedy že rodiče, kteří jsou sami očkovaní, nechají spíše naočkovat i své dítě, **se tím částečně potvrdila**. Věříme, že až budou jednou před otázkou očkování svých dětí proti HPV stát dnešní děti, budou se rozhodovat i podle toho, zda jsou oni sami očkovaní.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá informovaností rodičů žáků základních škol o očkování proti HPV a jejich znalostmi týkající se problematiky HPV. S virem HPV se v průběhu svého sexuálního života setká až 80 % lidské populace. Jsou prokazatelným původcem řady nádorových onemocnění nejen u žen, ale i u mužů. Přitom právě zavedené plošné očkování dětí a proočkování populace dokáže razantně snížit výskyt onemocnění s tímto virem spojených. Někteří rodiče přesto o možnosti očkovat své děti nevědí, anebo jsou nedostatečně informováni. Práce je složena z teoretické a empirické části.

Podstatnou část teoretické části tvoří informace o Human papilloma viru, rizikové faktory, způsob přenosu HPV a onemocnění, která způsobuje. Dále jsou zde popsána nejčastější zhoubná onemocnění včetně jejich histologie, klinického obrazu, diagnostiky, TNM klasifikace, prognózy a léčby. Je zde vybrán karcinom anu, hrtanu, a především děložního hrdla a jeho prekancerózy. Závěr je věnován prevenci, a to především primární, tedy informovanosti a očkování, dále sekundární – preventivním prohlídkám, cervikálnímu screeningu a HPV testaci. Nakonec i terciární prevenci.

V empirické části jsme se snažili zjistit informovanost rodičů o očkování proti HPV. Byla zvolena metoda dotazníkového šetření prostřednictvím námi vypracovaného nestandardizovaného anonymního dotazníku, který se skládal ze 17 položek. Výzkumného šetření se zúčastnilo 67 respondentů a vyplněný dotazník byl použit od 62 z těch, co měli syna nebo dceru ve věku 11-14 let.

Hlavním cílem bylo zjistit informovanost rodičů o problematice viru HPV a o očkování proti němu. Ukázalo se, že většina respondentů má povědomí o viru HPV, nadpoloviční většina jej dokáže přiřadit k alespoň jednomu onemocnění, které způsobuje, a zná možnosti prevence, včetně očkování. Taktéž mají povědomí i o věku, ve kterém své dítě očkovat. Nadpoloviční většina by pak nechala naočkovat svoji dceru, svého syna by nechali naočkovat pouze 4 respondenti.

Díličními cíli bylo porovnat postoj rodičů k očkování dívek a k očkování chlapců. Ze získaných dat vyplynulo, že více kladný postoj mají rodiče k očkování dívek. Dále posoudit, jak je jejich rozhodnutí o očkování ovlivněno informovaností o hrazení očkování z veřejného zdravotního pojištění. Zjistili jsme, že ti rodiče, kteří si myslí, že je očkování plně hrazeno pro obě pohlaví, anebo právě pro pohlaví dítěte, jež mají doma, nechají své dítě spíše naočkovat. V neposlední řadě jsme zjišťovali, jak respondenty ovlivňuje v rozhodování jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Výsledkem bylo zjištění, že rodiče s vyšším dosaženým vzděláním kladněji přistupují k očkování svých dětí. Naposledy jsme se snažili posoudit, jaký je postoj očkovaných respondentů. Rodiče, kteří jsou sami očkovaní, většinou uvedli, že nechají spíše naočkovat i své dítě.

Touto prací jsme se snažili zhodnotit míru informovanosti rodičů o problematice viru HPV a prevenci vzniku onemocnění, která způsobuje. Jsme si vědomi, že náš dotazník (vzhledem k pandemii SARS CoV-2 a jeho distribuci online) nebyl vyplněn předpokládaným počtem respondentů a získaná data tak nemusí zastupovat názor širší veřejnosti. Nabízela se možnost získat data i od jiných rodičů, nebyl by tak ale zachován původní koncept, kdy jsme předpokládali, že na průměrné základní škole získáme odpovědi od takového vzorku respondentů, jaký by nejspíše odpovídal i společnosti (například oproti gymnáziu). Dotazník taktéž vzhledem k situaci nebyl před distribucí zadáván zkušebnímu vzorku respondentů. Vzhledem k získaným odpovědím a pouze 5 vyřazeným dotazníkům se domníváme, že byly otázky jasné a respondenti neměli s vyplňováním větší potíže.

Nedostatečná informovanost rodičů mě inspirovala k vytvoření stručného informačního letáku ve dvou barevných provedeních (viz příloha č. 1 a 2), který má veřejnost nasměrovat ke zjištění si více informací o problematice viru HPV.

Abstrakt

Autor: Aneta Valášková

Instituce: Ústav nelékařských studií, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova

Název práce: Informovanost rodičů o možnostech očkování proti human papilloma viru (HPV)

Vedoucí práce: Mgr. Jana Matulová

Počet stran: 85

Počet příloh: 4

Rok obhajoby: 2021

Klíčová slova: Human papilloma virus, HPV, informovanost rodičů, očkování, prevence

Bakalářská práce pojednává o úrovni informovanosti rodičů žáků základních škol o očkování proti human papilloma viru (HPV). Poukazuje na nedostatečný přísun informací o možnostech očkování.

Teoretická část se věnuje viru HPV, zhoubným onemocněním, která způsobuje (karcinom anu, hrtanu a děložního čípku) a prevenci.

V empirické části byla posouzena informovanost rodičů o problematice HPV a o očkování proti němu.

Byla použita metoda kvantitativního výzkumu pomocí nestandardizovaného dotazníku, výsledky byly zpracovány do grafů a tabulek.

Abstract

Author: Aneta Valášková

Institution: Department of non-medical studies, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Charles University

Title: Parent's awareness of vaccination against human papilloma virus (HPV)

Supervisor: Mgr. Jana Matulová

The number of pages: 85

The number of attachments: 4

Year of defense: 2021

Keywords: Human papilloma virus, HPV, parent's awareness, vaccination, prevention

This bachelor's thesis deals with the primary school student parent's awareness of vaccination against human papilloma virus (HPV). The thesis points to a lack of supply of information on resource of vaccination.

The theoretical part is devoted to the HPV virus, malignant disease caused by HPV (rectal cancer, laryngeal cancer and cervical cancer) and the prevention.

In the empirical part parent's knowledge of HPV and vaccination against it were compared.

The method of quantitative research and non-standardized questionnaire has been used and the results were processed into graphs and tables.

Použité zdroje literatury

1. ABATOP z.s., Výroční zpráva ABATOP z.s. za rok 2019, 2020, [cit. 2021-01-28], dostupné z WWW: https://abatop.wbs.cz/vyrocní_zprava_/vyrzpra2019.pdf
2. ADAM, Z., VORLÍČEK, J. et al. Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN: 80-247-0896-5
3. BAJČIOVÁ, V., ŠTĚRBA, J., TOMÁŠEK J, et al. Nádory adolescentů a mladých dospělých [Tumors of Adolescents and Young Adults]. Praha, Czechia: Grada; 2011. ISBN: 978-80-247-3554-2
4. BERAN, J., HAVLÍK, J., VONKA, V. Očkování: minulost, přítomnost, budoucnost. Praha: Galén, 2005. ISBN:80-7262-361-3
5. CIBULA, D., PETRUŽELKA, L.: Onkogynekologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN: 978-80-247-2665-6
6. ČPZP - Česká průmyslová zdravotní pojišťovna | Úhrada očkování proti HPV u dívek a chlapců ve věku 13 – 14 let | . ČPZP - Česká průmyslová zdravotní pojišťovna [online]. Copyright © 2021 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna [cit. 2021-01-29]. Dostupné z WWW: <https://www.cpzp.cz/clanek/5063-0-Uhrada-ockovani-proti-HPV-u-divek-a-chlapcu-ve-veku-13-14-let.html>
7. DRŠATA, Jakub, CHROBOK Viktor. Foniatrie - hlas. Havlíčkův Brod: Tobiáš, Medicína hlavy a krku. 2011, 321 s. ISBN 978-80-7311-116-8.
8. DUŠEK, L., MUŽÍK, J., KUBÁSEK, M., KOPTÍKOVÁ, J., ŽALOU DÍK, J., VYZULA, R. Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice [online]. Masarykova univerzita, [2005], [cit. 2020-11-29]. Dostupný z WWW: <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 [2007], ISSN 1802 – 8861.

9. FAIT, T., et al. Očkování proti lidským papilomavirům: kvadrivalentní HPV vakcína Silgard tři roky v klinické praxi [Vaccination Against Human Papillomaviruses: Quadrivalent HPV Vaccine Silgard for Three Years in Clinical Practice]. Preventivní medicína. Praha, Czechia: Maxdorf; 2009.
10. FAIT, Tomáš. Epidemiologie genitálních bradavic mezi ženami v České republice. Česká gynekologie. 2012, 77(4), s. 360 – 363. ISSN 1210-7832.
11. FAIT, T., DVOŘÁK, V., SKŘIVÁNEK, A., et al. Almanach ambulantní gynekologie [Almanac of outpatient gynekology]. Praha, Czechia: Maxdorf; 2009.
12. FEMISALVA, Prevence rakoviny čípku – HR HPV testace a očkování, 2020. [cit. 2021-01-28], dostupné z WWW: <https://www.femisalva.cz/co-vas-zajima/prevence-rakoviny-delozniho-cipku-ockovani/>
13. FERLAY, J., ERVIK, M., LAM, F., COLOMBET, M., MERY, L., PINEROS, M., ZNAOR, A., SOERJOAMTARAM, I., BRAY, F. (2018). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer [cit. 2020-12-16]. Dostupný z WWW: <https://gco.iarc.fr/today.>
14. FLEKOVÁ, J. *Znalosti rodičů žáků ze základních škol o prevenci karcinomu děložního čípku*. Diplomová práce obhájená na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity Brno v r. 2011. [cit. 2020-08-19]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/1mu100/>
15. FLORENCE – Odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese [online]. Průlomová změna ve screeningu karcinomu děložního hrdla od roku 2021. [cit. 2021-01-29], dostupné z WWW: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/prulomova-zmena-ve-screeningu-karcinomu-delozniho-hrdla-od-roku-2021/>

16. HAMŠÍKOVÁ E. 2007: Papilomaviry a jejich role v patogenezi karcinomu děložního hrdla. *Remedia.*, [cit. 2020-11-25]. Dostupný z WWW: <http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2007/5-2007/Papilomaviry-a-jejich-role-v-patogenezi-karcinomu-delozniho-hrdla/e-9p-9Z-it.magarticle.aspx>
17. CHOVANEC, Josef. Karcinom pochvy. *Praktická gynekologie*. 2006, 10(2), 74-77. ISSN 1211-6645.
18. KLENER, Pavel. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén: Karolinum, 2002. XXXVII, 686 s. ISBN: 80-7262-151-3; 80-246-0468-X.
19. Linkos - Adresné zvaní do programů screeningu » *Linkos.cz*. *Linkos: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně* » *Linkos.cz* [online]. Copyright © 2021 ČOS ČLS JEP [cit. 2021-01-29]. Dostupné z WWW: <https://www.linkos.cz/onkologicka-prevence/screening/adresne-zvani-do-programu-screeningu/>
20. MOUKOVÁ, Lucie, FERANEC, Richard. Lidský papilomavirus z pohledu onkologie. *Onkologie*. 2010, 4(4), s. 243 – 246. ISSN – 1803-5345
21. Nadace pro výzkum rakoviny, SAMOODBĚROVÝ HPV TEST - Výzkum rakoviny, [online]. Copyright © 2021, [cit. 2021-01-29]. Dostupné z WWW: <https://www.vyzkumrakoviny.cz/samoodberovy-hpv-test/>
22. NGO, O., BUČKOVÁ, B., HEJDUK, K., DUŠEK, L., MÁJEK, O. Národní program screeningu karcinomu děložního hrdla v České republice, kritická analýza. 2017
23. NOVOTNÝ, Jan a Pavel VÍTEK. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2663-5.
24. OGAMA s.r.o., *Diagnostika a HPV INF*, 2019, [cit. 2021-01-28] dostupné z WWW: <https://www.ogama.sk/diagnostika-a-hpv-inf-vakcinacia>

25. ONDRUŠ, Jiří, Výzva HPV College, [cit. 2021-01-08] dostupné z WWW: <https://www.hpvguide.eu/vyzva-k-vetsi-informovanosti>
26. ONDRUŠ, Jiří, DVOŘÁK, Vladimír. Přirozený průběh infekce virem papilomatózních lézí (HPV) a karcinogeneze děložního hrdla. Postgraduální medicína. 2008, 10(1), 98-103. ISSN 1212-4184.
27. ONDRUŠ, J., PILKA, R., ROKYTA, Z., et al. Očkování 13-letých proti HPV infekci [Vaccination of 13-Year Olds against HPV Infection]. HPV College [HPV College]. [cit. 2021-01-06]. Dostupné z WWW: https://www.hpv-college.cz/ockovani-13-letych-proti-hpv-infekci?fbclid=IwAR05mvf4bb6-_LyvDgvuX74NH82eSU39EXJ7tZpU7AbjlzLLJDLavQuSFHE.
28. PASTOR, Z., WEISS, P., SIGMUNDOVÁ, D.. Trends in Sexual Behaviour in Czech Schoolchildren between 2002-2014. Cent Eur J Public Health. 2017; 1: [cit. 2020-12-29] dostupné z WWW: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=cd9ceb0b-0cf2-46e7-a6a6-2e73700e0de3%40pdc-v-sessmgr03>
29. PILKA, R., et al. Gynekologie [Gynecology]. Praha, Czechia: Maxdorf; c2017, ISBN 978-80-7345-530-9
30. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky. Zákon č. 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách. 2012. [cit. 2021-01-10], dostupné z WWW: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=70&r=2012>.
31. RBP - Očkování proti HPV | RBP zdravotní pojišťovna. [online]., [cit. 2021-01-29], Dostupné z WWW: <https://www.rbp213.cz/cs/pojistenci/zdravotni-sluzby/zdravotni-poradna/ockovani-proti-hpv/a-104/>
32. ROZTOČIL, A., et al. Moderní gynekologie [Modern Gynecology]. Praha, Czechia: Grada Publishing; 2011. ISBN 978-80-247-2832-2

33. SEHNAL, Borek. Prevalence anální HPV infekce u žen a její vztah k cervikální HPV infekci. *Česká gynekologie*. 2012,77(3), 210 – 214. ISSN 1210-783.
34. SEHNAL, B., CHLÍBEK, R., SLÁMA, J. The importance of HPV vaccination in men. *Cas Lek Cesk*. 2016; 155(4). [cit. 2020-11-30], dostupné z WWW: <http://ezproxy.muni.cz/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,uid&db=mdc&AN=27481200&lang=cs&site=eds-live&scope=site>.
35. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra. ISBN 978-80-271-0214-3
36. Státní ústav pro kontrolu léčiv. Souhrn údajů o přípravku Gardasil [Summary of Product Characteristics of Gardasil]. Státní ústav pro kontrolu léčiv [State Institute for Drug Control]. [cit. 2021-01-09], dostupné z WWW: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/gardasil-epar-product-information_cs.pdf.
37. Státní ústav pro kontrolu léčiv. Souhrn údajů o přípravku Cervarix [Summary of Product Characteristics of Cervarix]. Státní ústav pro kontrolu léčiv [State Institute for Drug Control]. [cit. 2021-01-09], dostupné z WWW: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/cervarix-epar-product-information_cs.pdf.
38. ŠLAMPA, Pavel, a PETERA, Jiří, et al. *Radiační onkologie*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-469-0.
39. ŠLAMPA, Pavel, SMILEK, Petr. *Nádory hlavy a krku: přehled diagnostiky a léčby maligních nádorů horních dýchacích a polykacích cest, hrtanu, slinných žláz a kůže*. Praha: Mladá fronta, 2016, 261 s. ISBN 978-80-204-3743-3.

40. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online], TNM klasifikace zhoubných novotvarů, 7. vydání 2009, česká verze 2011, [cit. 2021-01-29], dostupné z WWW: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/tnm-7.pdf>
41. VERONICA, *Veronica* [online], Úvod, [cit. 2021-01-29], dostupné z WWW: <https://www.pacientska-organizace.cz/>
42. VoZP - Výhody pro pojištěnce | Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky. *VoZP - Vojenská Zdravotní Pojišťovna ČR 201 | Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky* [online], [cit. 2021-01-29]. Dostupné z WWW: <https://www.vozp.cz/prispevky-na-prevenci>
43. VZP ČR - Nepovinná hrazená očkování. *VZP ČR* [online]. Copyright © 2021, VZP ČR, [cit. 2021-01-29]. Dostupné z WWW: <https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/ockovani/nepovinna-hrazena-ockovani>
44. WALLER, J. et al, VACCINE [online], Decision-making about HPV vaccination in parents of boys and girls: A population-based survey in England and Wales, [cit. 2021-04-04]. Dostupné z WWW: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X19315889?via%3Dihub>
45. ZP MV ČR - Očkování hrazená z veřejného pojištění | ZP MV ČR. *Úvodní stránka | ZP MV ČR* [online]. Copyright © 2020 ZP Zdravotní pojišťovna [cit. 2021-01-29]. Dostupné z WWW: <https://www.zpmvcr.cz/pojistenci/prevence/ockovani/ockovani-hrazena-z-verejneho-pojisteni>
46. ZPŠkoda | www.zpskoda.cz. *ZPŠkoda | www.zpskoda.cz* [online]. Copyright © 2016 ZPŠ [cit. 2021-01-29]. Dostupné z WWW: <https://www.zpskoda.cz/pro-pojistence/ockovani-hrazene-z-vzp>

Seznam zkratek

% - procento

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndrom získaného imunodeficitu)

Apod. – a podobně

Atd. – a tak dále

CIN – cervikální intraepitelální neoplazie

cm – centimetr

č. – číslo

ČPZP – Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

ČR – Česká republika

DNA – deoxyribonukleová kyselina

HA – hormonální antikoncepce

HIV – vir lidské imunodeficiency

HPV – human papilloma virus (lidský papilomavirus)

HR HPV virus – High risk HPV virus (s vysokým rizikem vzniku karcinomu)

LR HPV virus – Low risk HPV virus (s nízkým rizikem vzniku karcinomu)

mm – milimetr

mRNA – mediátorová ribonukleová kyselina

Např. – například

RBP – Zdravotní pojišťovna revírní bratrská pokladna

RNA – ribonukleová kyselina

s. – strana

SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv

Tzv. – takzvané

Viz – druhá osoba jednotného čísla imperativu od slovesa vidět, používá se jako odkaz, například na jiné místo v textu

VLP – virus-like particles (viru podobné částice)

VoZP – Vojenská zdravotní pojišťovna

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

ZP MV ČR – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra

ZPŠ – Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA

ZŠ – základní škola

WHO = World Health Organization (světová zdravotnická organizace)

Seznam grafů

Graf 1 Rozdělení dětí podle pohlaví	42
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání otců	44
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání matek	44
Graf 4 Onemocnění způsobená HPV	46
Graf 5 Zařazení viru HPV mezi sexuálně přenosné choroby	48
Graf 6 Věk vhodný pro očkování	49
Graf 7 Očkování dcer	50
Graf 8 Očkování synů	51
Graf 9 Hrazení z veřejného zdravotního pojištění	52
Graf 10 Dostatek informací o viru HPV	53
Graf 11 Očkování dětí podle pohlaví	58

Seznam obrázků

Obrázek 1 Incidence zhoubných nádorů hrdla děložního v mezinárodním srovnání.....	23
Obrázek 2 Incidence zhoubných nádorů hrdla děložního v mezinárodním srovnání.....	24
Obrázek 3 Mortalita zhoubných nádorů hrdla děložního v mezinárodním srovnání	24
Obrázek 4 Mortalita zhoubných nádorů hrdla děložního v mezinárodním srovnání	25

Seznam tabulek

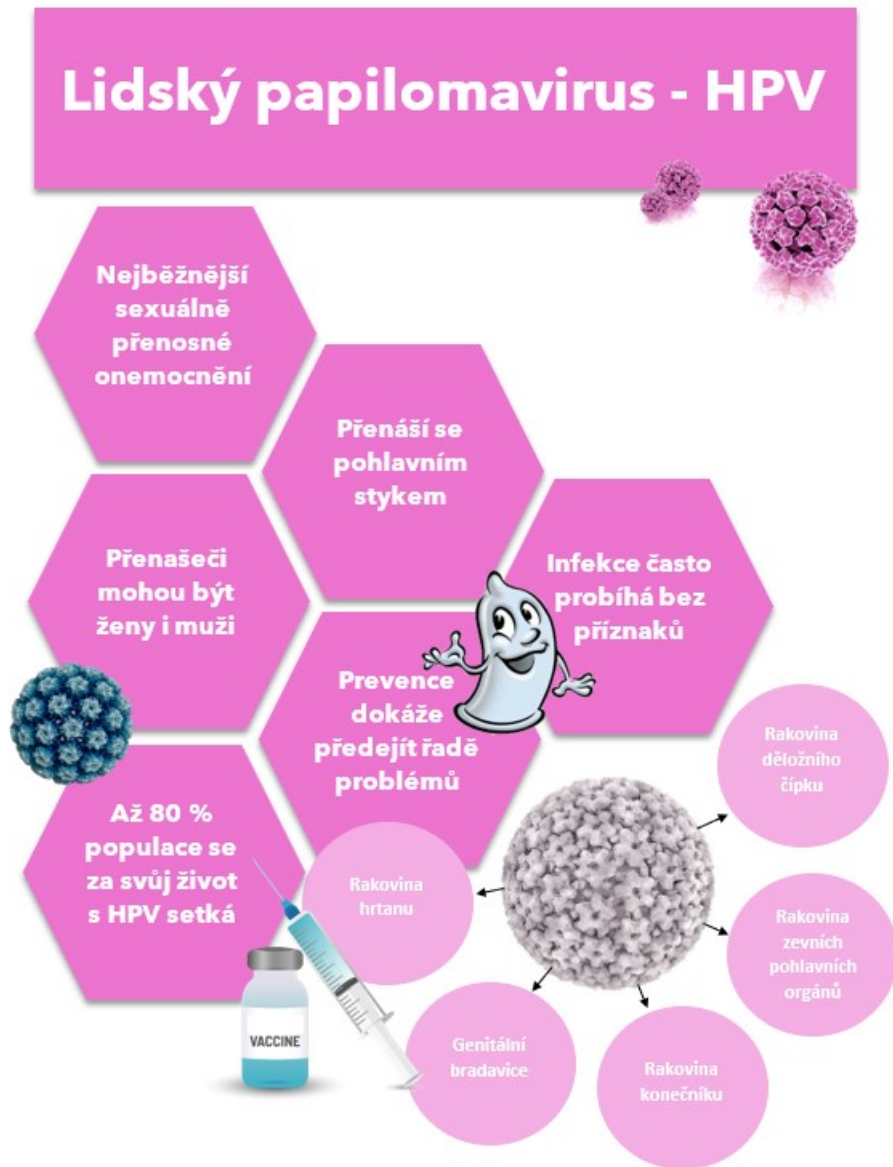
Tabulka 1 TNM klasifikace	14
Tabulka 2 TNM klasifikace	15
Tabulka 3 TNM klasifikace	15
Tabulka 4 Rozdělení tumorů do klinických stádií	15
Tabulka 5 TNM klasifikace	18
Tabulka 6 TNM klasifikace	18
Tabulka 7 TNM klasifikace	19
Tabulka 8 TNM klasifikace	19
Tabulka 9 TNM klasifikace	19
Tabulka 10 Rozdělení tumorů do klinických stádií	19
Tabulka 11 Přejchod normálního epitelu čípku v invazivní karcinom	22
Tabulka 12 FIGO a TNM klasifikace	28
Tabulka 13 Rozdělení respondentů dle počtu dětí	41
Tabulka 14 Pohlaví dětí respondentů	41
Tabulka 15 Četnost dívek ve věku 11-14 let z celkového počtu dívek	42
Tabulka 16 Četnost dívek ve věku 11-14 let	42
Tabulka 17 Četnost chlapců ve věku 11-14 let z celkového počtu dívek	43
Tabulka 18 Četnost chlapců ve věku 11-14 let	43
Tabulka 19 Povědomí respondentů o existenci viru HPV	45
Tabulka 20 Onemocnění způsobená HPV na počet odpovědí	46
Tabulka 21 Způsob přenosu viru HPV	47
Tabulka 22 Možnosti prevence proti HPV	49
Tabulka 23 Důvod neočkování	50
Tabulka 24 Očkování otců	52
Tabulka 25 Očkování matek	52
Tabulka 26 Nejčastější zdroje informací o HPV	54
Tabulka 27 Oceňované zdroje informací	54

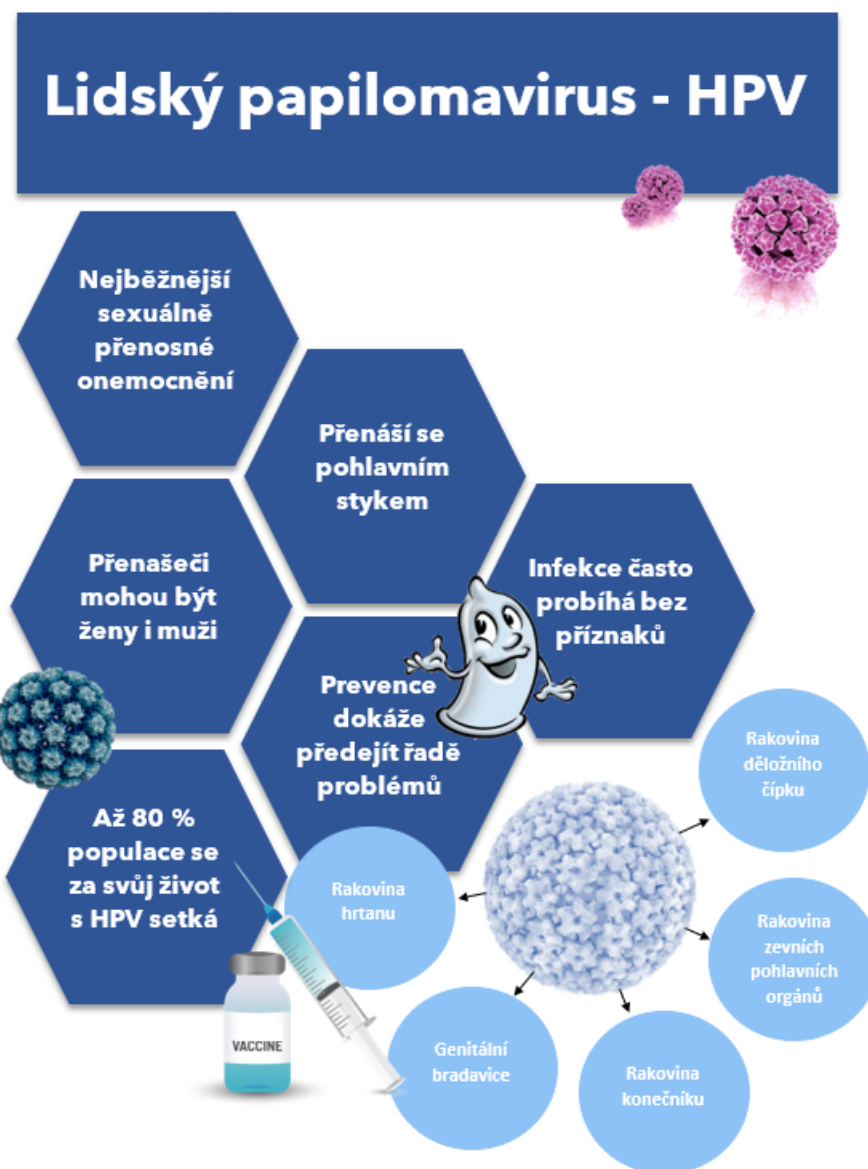
Seznam příloh

Příloha 1 Edukační leták dívčí provedení	79
Příloha 2 Edukační leták chlapecké provedení	80
Příloha 3 Dotazník	81
Příloha 4 Povolení k výzkumnému šetření na ZŠ Malecí, Nové Město nad Metují.....	85

Přílohy

Příloha 1 Edukační leták dívčí provedení





Příloha 3 Dotazník

Vážení rodiče,

jmenuji se Aneta Valášková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Obracím se na Vás a prosbou o spolupráci při vyplnění krátkého anonymního dotazníku zaměřujícího se na informovanost rodičů žáků základních škol o problematice lidského papilomaviru (HPV). Podklady získané z tohoto šetření použiji pro zpracování své bakalářské práce s názvem: Informovanost rodičů o možnostech očkování proti human papilloma viru (HPV)

Děkuji za Vaši ochotu a čas!

Správné odpovědi, prosím, kroužkujte.

1. Kolik máte dětí, jakého jsou pohlaví a kolik je jim let (označte, doplňte počet dětí a věk)?

a) chlapec _____

b) dívka _____

2. Jaké je Vaše vzdělání – otec dětí:

a) základní

b) středoškolské bez maturity

c) středoškolské s maturitou

d) vyšší odborné

e) vysokoškolské

3. Jaké je Vaše vzdělání – matka dětí:

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

4. Víte, že existuje nebezpečný lidský papilomavirus, zkráceně HPV?

- a) ANO
- b) NE

5. Víte, jaká onemocnění tento virus způsobuje?

- a) ANO, způsobuje: _____
- b) NE, nevím

6. Víte, jak se přenáší?

- a) ANO, přenáší se: _____
- b) NE, nevím

7. Myslíte si, že infekce HPV patří mezi sexuálně přenosné choroby?

- a) ANO
- b) NE

8. Znáte možnosti prevence HPV? Jaké?

- a) ANO, _____
- b) NE

9. Víte, v jakém věku nechat očkovat své dítě?

- a) ANO, ve věku _____ let
- b) NE

10. Uvažujete (anebo jste tak již učinili), že necháte svou DCERU naočkovat proti HPV?

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM
- d) Nemám dceru

11. Pokud Vaše předchozí odpověď zněla NE, proč?

12. Uvažujete (anebo jste tak již učinili), že necháte naočkovat i svého syna proti HPV?

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM
- d) Nemám syna

13. Je očkování proti HPV plně hrazeno z veřejného zdravotního pojištění?

- a) ANO u obou pohlaví
- b) ANO, ale pouze u dívek
- c) ANO, ale pouze u chlapců
- d) NENÍ hrazeno

14. Jste vy sami proti HPV očkovaní (nehodící se škrtněte)?

Matka - ANO x NE

Otec - ANO x NE

15. Myslíte si, že máte dostatek informací o viru HPV, onemocněních, které způsobuje a možnostech prevence?

- a) ANO
- b) NE

16. Jaké nejčastější zdroje využíváte při sběru informací?

- a) Pediatr
- b) Učitelé ve škole
- c) Internet
- d) Televize
- e) Odborné publikace, časopisy
- f) Edukační letáky
- g) Jiné, uveďte: _____

17. Ocenili byste větší informovanost o dané problematice? Z jakých zdrojů?

- a) ANO, od pediatra
- b) ANO, ze strany školy
- c) ANO, z médií
- b) NE, jsem dostatečně informovaný/á
- c) NE, tato problematika mě nezajímá

Příloha 4 Povolení k výzkumnému šetření na ZŠ Malecí, Nové Město nad Metují

Vážená paní
Mgr. Pavla Smolová
Ředitelka školy
Školní 1000, 549 01 Nové Město nad Metují

V Hradci Králové 8. 2. 2020

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Základní škole Malecí

Vážená paní ředitelko,

Dovolujeme se Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší základní škole, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Anety Valáškové, narozené 4. 8. 1998, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, Lékařské fakulty v Hradci králové.

Cílem této práce je zjistit úroveň informovanosti rodičů žáků o možnostech očkování proti human papilloma viru (HPV). Výstupem práce bude komplexní zhodnocení výsledků.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Jany Matulové. Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Aneta Valášková,
TGM 40, 549 01 Nové Město nad Metují

Mgr. Jana Matulová
Karlova Univerzita
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Ústav sociálního lékařství
Oddělení ošetrovatelství
Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 9. 2. 2021

Podpis a razítko



ZÁKLADNÍ ŠKOLA
Nové Město nad Metují
Školní 1000, okres Náchod ①
PSC 549 01 tel.: 491 474 016
IČ: 00 85 78 58 e-mail: info@zsmaleci.cz