

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



Miroslava Mrázová

Prevence onkogynekologických onemocnění z pohledu laické veřejnosti

Prevention of oncogynecological diseases from the perspective of general public

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Daniela Šimonová

Konzultant: prof. MUDr. Jiří Sláma, Ph.D.

Praha, 2020

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 22.4.2020

Miroslava Mrázová

Podpis

Identifikační záznam:

MRÁZOVÁ, Miroslava. Prevence onkogynekologických onemocnění z pohledu laické veřejnosti. [Prevention of oncogynecological diseases from the perspective of general public]. Praha, 2020. XY, 1 příl. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko - porodnická klinika. Vedoucí práce Šimonová, Daniela

Poděkování

Mé poděkování patří především PhDr. Daniele Šimonové za odborné vedení, ochotu a trpělivost při psaní závěrečné práce a prof. MUDr. Jiřímu Slámovi, Ph.D. za odbornou konzultaci. Rovněž děkuji všem respondentům dotazníku, kteří mi poskytli potřebné informace k tvorbě práce. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou onkogynekologické prevence. Nedostatek informací o důležitosti preventivních prohlídek a neznalost závažnosti onkogynekologických onemocnění vede ženy k absenci pravidelných nebo včasných návštěv gynekologa. Uvedená epidemiologická data potvrzují závažnost celé věci. Teoretická část práce vytváří ucelený zdroj informací o onkogynekologické problematice od základní terminologie přes diagnostiku, typy vyšetřovacích metod, možnosti léčby a rizikové faktory vzniku onemocnění. Další kapitoly popisují primární, sekundární, terciární a kvarterní prevenci. Součástí je i popis úlohy porodní asistentky v prevenci a péči o onkogynekologické pacientky. Praktická část se zabývá rozborem dotazníkového šetření za využití kvantitativní dotazníkové metody při účasti 250 respondentů. Hlavním cílem práce bylo zjistit míru informovanost laické veřejnosti, žen i mužů, o možnostech prevence onkogynekologických onemocnění a upozornit na význam gynekologických prohlídek v každém věku ženy. Z výzkumu vyšlo najevo, že je zapotřebí vzdělávat veřejnost v oblasti gynekologické prevence již ve škole a motivovat ženy k účasti na preventivních gynekologických prohlídkách a ve screeningových programech. Je také nutné vyvrátit mýty o očkování proti HPV a přimět lékaře a porodní asistentky, aby důsledně dbali na edukace v rámci onkogynekologické prevence.

Klíčová slova

onkogynekologie, prevence, screening, incidence, prekanceróza, rizikové faktory

Abstract

This bachelor thesis deals with the topic of oncogynecological prevention. Lack of information on the importance of preventive examinations and ignorance of the severity of oncogynecological diseases leads women to the absence of regular or timely visits to the gynecologist. These epidemiological data verify the severity of the matter. The theoretical part of the thesis creates a comprehensive source of information on the possibilities of oncogynecological problems from basic terminology through diagnostics, types of examination methods, treatment options and risk factors of disease occurrence. Other chapters describe primary, secondary, tertiary and quaternary prevention. They also include a description of midwife's tasks in the prevention and care of oncogynecological patients. The practical part is concerned with the analysis of a questionnaire survey that used a quantitative questionnaire method with 250 respondents. The aim of work was to determine the level of awareness of the general public, both woman and men, about the possibilities and importance of prevention of oncogynecological diseases and to draw attention to the significance of gynecological examinations at any age of a woman. The research has shown that it is necessary to educate the public in the area of gynecological prevention at school and motivate women to participate in preventive gynecological examinations and screening programs. It is also necessary to explode the myths about HPV vaccination and to encourage doctors and midwives to consistently pay special attention to education within oncogynecological prevention.

Keywords

oncogynecology, prevention, screening, incidence, precancerous condition, risk factors

Obsah

Úvod	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Základy a úvod do onkogynekologie	10
1.1 Terminologie	10
1.2 Diagnostika	11
1.2.1 Rozsah a popis nádoru	11
1.3 Vyšetřovací metody.....	12
1.3.1 Ultrazvukové vyšetření.....	12
1.3.2 Rentgenové zobrazovací metody.....	12
1.3.3 Počítačová tomografie	12
1.3.4 Magnetická rezonance	12
1.3.5 Pozitronová emisní tomografie kombinovaná s CT (PET/CT)	13
1.3.6 Endoskopické vyšetřovací metody.....	13
1.3.7 Nádorové markery	13
1.4 Možnosti léčby	13
1.4.1 Chirurgická léčba.....	14
1.4.2 Chemoterapie	14
1.4.3 Hormonální terapie.....	14
1.4.4 Radioterapie	14
1.4.5 Biologická léčba	15
1.5 Epidemiologie gynekologických nádorů	15
1.5.1 Registry a sběr dat	15
1.5.2 Epidemiologická data jednotlivých gynekologických malignit	16
1.6 Rizikové faktory vzniku nádorového onemocnění.....	19
2 Primární prevence	21
2.1 Výchova ke zdraví.....	21
2.2 Prevence rizikového sexuálního chování	22
2.3 Vakcinace proti HPV	23
2.4 Profylaktické chirurgické zákroky	23
3 Sekundární prevence.....	25
3.1 Screening karcinomu děložního hrdla	25
3.2 Screening karcinomu prsu	26
3.3 Screening karcinomu endometria	27
3.4 Screening karcinomu ovarií a specifických rizikových skupin	27
3.5 Zachování fertility a preimplantační diagnostika.....	28
4 Terciární prevence.....	29
4.1 Dispenzarizace v onkogynekologii	29
5 Kvarterní prevence	31
6 Úloha porodní asistentky v oblasti prevence a péče o onkogynekologické pacientky 32	
PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
7 Cíle práce.....	33
7.1 Hlavní cíl.....	33
7.2 Dílčí cíle	33

8	Metodologie výzkumu.....	34
8.1	Metoda sběru dat.....	34
8.2	Výzkumný soubor a jeho charakteristika.....	34
8.3	Výsledky výzkumu.....	34
8.4	Interpretace výsledků.....	35
9	Diskuze – vyhodnocení cílů práce.....	63
10	Doporučení a návrhy vyplývající z výzkumného šetření.....	68
11	Závěr.....	69
	Seznam použité literatury.....	71
	Seznam obrázků.....	75
	Seznam tabulek.....	76
	Seznam grafů.....	77
	Přílohy.....	78
11.1	Příloha A – Dotazník.....	78

Úvod

Jako téma mé bakalářské práce jsem si zvolila „Prevence onkogynekologických onemocnění z pohledu laické veřejnosti“. V rámci studia porodní asistence jsem měla možnost setkat se se ženami různého věku s různou onkogynekologickou diagnózou. I přes rozdílnost diagnóz měly mnohé ženy jedno společné, a to pozdní záchyt onemocnění. Od žen ze svého okolí jsem také často slychala rozličné informace o tom, co je a není součástí preventivní gynekologické prohlídky, jak často a do jakého věku chodit ke gynekologovi, nebo mylné informace o očkování proti HPV. Chtěla jsem tedy zjistit, jak se laická veřejnost, ženy i muži staví k otázce onkogynekologické prevence.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V rámci teoretické části jsem vytvořila náhled do oboru onkogynekologie. První část seznamuje čtenáře s oborem onkogynekologie a s tématy týkajícími se onkologie vůbec, jako je základní terminologie, diagnostika onemocnění, typy vyšetřovacích metod a možnosti léčby. V podkapitole epidemiologie gynekologických nádorů jsou pro názornost přednesena aktuální data o incidenci a mortalitě jednotlivých gynekologických malignit. Ve všeobecnosti jsou také zmíněny rizikové faktory vzniku nádorového onemocnění. Další kapitoly jsou věnovány jednotlivě primární, sekundární, terciární a kvarterní prevenci. Poslední teoretická část práce popisuje úlohu porodní asistentky v oblasti prevence a péče o ženy s onkogynekologickou diagnózou.

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit postoj laické veřejnosti k preventivním gynekologickým prohlídkám a screeningovým programům. K dosažení hlavního a dílčích cílů jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu. Výstup z bakalářské práce může poskytnout pohled obvodním gynekologům na to, jak ženy vnímají gynekologické prohlídky, nabízené screeningové programy i to, jak se celkově k otázce prevence staví. Výsledky výzkumu také reflektují to, jak je současná společnost vzdělaná v oblasti základní onkogynekologické problematiky. Předneseny jsou i konkrétní doporučení a návrhy, jak zlepšit prevenci onkogynekologických onemocnění.

Téma onkogynekologie je sice choulostivé, ale nemělo by být společností tabuizované. Lidé dnes mají dobrý přístup k informacím i k lékařské péči. Přesto není osvěta v otázce onkogynekologie dostatečná a důrazná. Ročně si vyslechne onkogynekologickou diagnózu vysoký počet žen, je na čase změnit pohled celé společnosti na tuto problematiku.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Základy a úvod do onkogynekologie

Gynekologická onkologie je jedním ze základních oborů gynekologie a porodnictví. (Cibula, 2009) Lékař, který již získal specializovanou způsobilost k výkonu práce v oboru gynekologie a porodnictví, se může dále vzdělávat v nástavbovém oboru onkogynekologie. Takto vzdělaný onkogynekolog může poskytovat komplexní péči ženám s přednádorovými stavy a zhoubnými nádory. Specializace mu umožňuje provádět úplný dohled nad průběhem léčby onkologických pacientek, od konzultační činnosti přes medikamentózní a chirurgickou léčbu, až po navazující dispenzarizaci. (Věstník MZČR, 2015)

Lékař onkogynekolog se může realizovat v centru onkogynekologické péče, kdy léčba pod jeho taktovkou potvrdila lepší výsledky léčby a prognózu pacientek. Tato vysoce specializovaná pracoviště jsou pod přísným dohledem odborné společnosti a zdravotních pojišťoven, a musí splňovat všechna kritéria daná Českou onkologickou společností. Statut centra onkogynekologické péče je jim udělován na dobu pěti let. Musí vyhovět požadavkům na počet odvedených zdravotnických výkonů, personální, technické a věcné vybavení. (Špaček, 2018)

1.1 Terminologie

Benigní nádor je nezhoubný, dobře ohraničený útvar, který neproniká do svého okolí a nevytváří metastáze. Při svém růstu na určitém místě může přivodit komplikace a být tak život ohrožující. (Rob, 2019)

Maligní nádor je zhoubný útvar, se schopností místní invaze a možností prorůstání do okolních tkání. Může metastázovat také lymfatickými a hematologickými cestami. Nádorová buňka s porušenou genetickou informací je schopna nekontrolovatelné replikace a nepodléhá běžným regulačním mechanismům. Obsahuje histologické struktury podobné původním tkáním, určení jejich přesného původu však může být komplikované. (Rob, 2019)

Potencionálně maligní nádory jsou hraniční nádory s nejistým biologickým chováním. Jejich přesné odlišení od benigních a maligních nádorů je možné podle histopatologických, přesně stanovených pravidel. Tato problematika se týká zejména nádorů ovarií. Semimaligní nádory mohou přes svou příznivou prognózu recidivovat i metastázovat. (Rob, 2019)

Prekanceróza je chorobný stav, který prozatím nemá nádorový charakter, přestože aktivně narůstá a rozšiřuje se. Tkáňové a buněčné změny mohou regresovat, ale i rozvíjet se v maligní nádor. Základními histologickými znaky je atypie buněčných jader a neporušená bazální membrána. (Rob, 2019)

Metastáza je druhotným dceřiným nádorovým ložiskem, které vzniklo pravděpodobně z jedné buňky. Její lokalizace bývá typická pro určitý druh nádoru. Maligní buňky se šíří pomocí lymfatického systému, krevního oběhu a prorůstáním a šířením do okolí. Metastázy bývají v lymfatických uzlinách, ve tkáních, orgánech a tělních dutinách. (Slezáková, 2013)

1.2 Diagnostika

1.2.1 Rozsah a popis nádoru

Pro správné nastavení léčby pacientkám na míru, je nutné znát přesný staging a grading. Vlastní klasifikaci zhoubných nádorů také vytvořila mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO). Každá diagnostika nádorů by se měla držet klasifikace FIGO a klasifikace zhoubných novotvarů TNM. (Roztočil, 2011) Mezinárodní statistická klasifikace nemocí MKN topograficky charakterizuje každé nádorové onemocnění. (Roztočil 2019; Kolařík, 2011)

Staging na základě klinického vyšetření popisuje, jak moc je nádorové onemocnění anatomicky rozsáhlé. K bližšímu určení využívá klasifikaci TNM. Písmeno T značí velikost primárního nádoru. Písmeno N popisuje postižení lymfatických uzlin a písmeno M přítomnost vzdálených metastáz. Každá kategorie se dále člení na stupně. Stupeň 0 značí žádný primární tumor, žádné postižení lymfatických uzlin a žádné vzdálené metastázy. Tis znamená tumor in situ. T1-4 uvádí informace o míře zasažení struktur nádorem, se specifitou pro každý orgán. Zkratka Tx značí neznámou velikost tumoru. Rozsah zasažení lymfatických uzlin taktéž popisuje škála 1-3. Metastázy mají své specifické značky podle míst, kde se nacházejí, a zkratka Mx vypovídá o neznámém stavu vzdálených orgánů. TNM klasifikace se dělí na předléčebnou a pooperační, pro sledování pokroku v léčbě. (Roztočil 2019; Kolařík, 2011)

Grading značí histopatologický stupeň diferenciac buněk. Říká, zdali je nádor podobný buňkám tkáně, ze které vychází. Stupně (grade) jsou od 1 do 4. Číslo jedna představuje označení pro nádor, jehož buňky jsou velmi podobné původní tkáni. Číslo 4 značí nediferencovaný tumor. Stupně mohou být také ve vzájemné kombinaci. (Kolařík, 2011)

Typing určuje typ buněk, jenž tvoří nádor. Tumorové markery se nejčastěji využívají v onkogynekologii a mají i svůj prognostický význam. (Kolařík, 2011)

1.3 Vyšetřovací metody

Určení přesné diagnózy je klíčové k nastavení správné léčby. Při vyšetření je zapotřebí respektovat fázi menstruačního cyklu ženy a další životní období, například menopauzu. Vyšetření můžeme rozdělit na obligatorní a fakultativní. (Špaček, 2018) K základním, obligatorním vyšetřovacím metodám v onkogynekologii řadíme důkladný sběr anamnézy, laboratorní vyšetření, gynekologickou prohlídku a roentgen plic. Rozsah onemocnění je blíže určen pomocí klasifikací TNM a FIGO. (Roztočil, 2011)

1.3.1 Ultrazvukové vyšetření

Ultrazvuk má v onkogynekologii nezastupitelnou roli a provádí se standardně u všech diagnóz. Jedná se o levnou vyšetřovací metodu s minimální zátěží pro pacientku. Nutná je odborná znalost vyšetřujícího sonografisty a kvalitně přístrojově vybavené pracoviště. (Špaček, 2018)

1.3.2 Rentgenové zobrazovací metody

Rentgenové zobrazovací metody jsou pro svůj známý negativní účinek na ženské pohlavní orgány používány pouze v indikovaných situacích. Vyšetření by mělo být vhodně načasováno do první poloviny cyklu, pro vyloučení časného těhotenství. Skiagram hrudníku je základním vyšetřením pro vyhledávání metastáz v plicích a je méně radiačně zatěžující než CT. Hojně využívanou metodou v onkogynekologii je mamografie, v případě pooperačních komplikací nativní snímek břicha, irigografie, elektroklýza a fistulografie. (Špaček, 2018)

1.3.3 Počítačová tomografie

CT se využívá zvláště u pokročilých ovariálních nádorů, karcinomu vulvy, melanomů, angiosarkomů a zobrazení nádorového rozsevu. Pod CT i ultrazvukovou kontrolou se provádějí také bioptické výkony k navigaci získání vzorku tkáně k histopatologickému vyšetření. Nevýhodou vyšetření je zejména významná radiační zátěž pacientky a nutnost podání jodových kontrastních látek. Nevýhodou CT je také menší tkáňový kontrast, který zhoršuje rozlišení anatomických změn. (Špaček 2018; Fischerová, 2014)

1.3.4 Magnetická rezonance

MR je oproti CT výhodná pro vysoký tkáňový kontrast měkkých tkání. V gynekologii je používána u karcinomu děložního hrdla v předoperačním stagingu a v diagnostice náročných případů v oblastech pánve. Odpadá zatížení pacientky ionizujícím zářením a je možné zhodnotit pánevní orgány po jednotlivých vrstvách. Podání kontrastní látky je nutné, a pro pacientku zatěžující. Této vyšetřovací metody nelze využít u pacientek

s implantovanými elektrickými a elektromagnetickými přístroji. Vyšetření je finančně a časově náročné, proto je také hůře dostupné. (Špaček 2018; Fischerová, 2014)

1.3.5 Pozitronová emisní tomografie kombinovaná s CT (PET/CT)

Pozitronová emisní tomografie kombinovaná s CT je nukleárně-medicínská metoda, která pomocí radiofarmak a kontrastních látek podaných pacientkám dokáže odlišit zdravou tkáň od patologicky změněné. Nejčastěji se využívá při sledování onkologických pacientek, u kterých se nedaří podezření na recidivující onemocnění prokázat jinými zobrazovacími metodami a také v diagnostice pochybných nálezů lymfatických uzlin a průkazu vzdálených metastáz. (Špaček, 2018) Nevýhodou vyšetření je opětovné vystavení pacientky ionizujícímu záření, podání kontrastní látky a radiofarmaka. Nevýhodou vyšetření je stejně jako u magnetické rezonance finanční náročnost, špatná dostupnost a časová náročnost. (Fischerová, 2014)

1.3.6 Endoskopické vyšetřovací metody

Endoskopické metody jsou vhodné zejména k diagnostice a průkazu prostupování nádorů do okolí. Výhodou je možnost odebrání biopsie v průběhu výkonu. Z endoskopických metod se v onkogynekologii využívá zejména laparoskopie a hysteroskopie. (Špaček, 2018)

1.3.7 Nádorové markery

Nádorové jsou chemické substance, které jsou produkovány, nebo se objevují v nádoru, jako reakce na přítomnost tumoru. To, že je nádorový marker v séru detekován, nemusí znamenat přítomnost maligního onemocnění. Taktéž jeho nepřítomnost závažné onemocnění nevylučuje. (Špaček, 2018) Hlavní využití této vyšetřovací metody je ve sledování průběhu onemocnění po cytostatické nebo chirurgické léčbě. Nejčastěji využívané markery v gynekologické onkologii jsou CA125, CA19-9, CA15-3, karcioembrionální antigen (CEA), antigen dlaždicových buněk (SCC), alfa-fetoprotein (AFP), lidský choriový gonadotropin (hCG) a CA72-4. (Kolařík, 2011)

1.4 Možnosti léčby

V onkogynekologii se využívá všech dostupných onkologických léčebných metod, chirurgie, radioterapie a farmakoterapie, pod kterou spadá chemoterapie, hormonální a biologická léčba. Komplexní a široce mezioborová péče v onkogynekologickém centru zajistí pacientce jak screening, tak diagnostiku a chirurgickou i farmakologickou léčbu. Nedílnou součástí péče o pacientky je psychoterapie. Dle záměru a prognózy onemocnění lze onkologickou léčbu rozdělit do několika kategorií: kurativní léčba si dává za cíl úplné vyléčení pacientek. Paliativní péče zlepšuje kvalitu života, tiší bolest a snaží se prodloužit interval bez nemoci. Podpurná a symptomatická léčba řeší aktuální potřeby pacientek a

obtíže způsobené onemocněním samotným, nebo léčbou. Udržovací léčba usiluje o trvalejší účinek primárního léčení pro oddálení recidivy onemocnění. (Cibula, 2009)

1.4.1 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je stěžejním a základním krokem v léčbě většiny zhoubných nádorů. Pokud se nádor dá operovat, je buď odstraněn celý, nebo z co největší části. Při operaci zároveň probíhá chirurgický staging pro přesné určení rozsahu onemocnění. Velký prostor v onkologické chirurgické léčbě dostává endoskopie. Profylaktické chirurgické výkony se provádí u pacientek s významným rizikem vzniku maligního onemocnění. (Rob, 2019) Gynekologické zhoubné nádory často postihují i své okolí a vytváří metastáze. Zákroky pak vyžadují úzkou interdisciplinární spolupráci. (Roztočil, 2011)

1.4.2 Chemoterapie

Je nejčastěji používanou protinádorovou léčebnou metodou. Podávanými léky jsou cytostatika, která se rozdělují do skupin podle mechanismu účinku a podle původu. (Rob, 2019) Cytostatika zastavují nejen růst nádorových buněk, ale mají vliv i na jiné rychle se dělící buňky, zejména rychle se obnovujících tkání. Vedlejší účinky tedy postihují zejména gastrointestinální trakt, kostní dřeň, kůži a kožní adnexa, a u mužů zárodečné buňky varlat. (Kolařík, 2011) Chemoterapie je každé pacientce připravena na míru a její podání probíhá nejčastěji intravenózně formou infuzí. Při déletrvajících léčbách je výhodou, pokud má pacientka zavedený katetr nebo port do centrální žíly. Nežádoucí účinky léčby jako nevolnosti a zvracení se mohou projevit ihned po podání cytostatik, některé ale také s odstupem času v podobě vypadávání vlasů pacientky, sterility nebo postižení jiné orgánové soustavy. (Roztočil, 2011)

1.4.3 Hormonální terapie

Je využívána zejména při léčbě karcinomu prsu a endometria. Tyto tkáně totiž obsahují množství hormonálních receptorů pro estrogeny a progesteron. Hormonální preparáty mají různé mechanismy účinku, které ovlivňují nádorové buňky a nádorový růst. (Rob, 2019)

1.4.4 Radioterapie

Radioterapie vychází ze skutečnosti, že jsou buňky maligního nádoru více citlivé na záření, nežli buňky zdravé tkáně. (Rob, 2019) Tuto léčebnou metodu lze rozdělit do dvou skupin podle formy ozáření: teleterapie využívá zevního ozáření, kdy je zdroj záření umístěn mimo tělo pacientky a svazek záření je schopen prostoupit do hloubky tkání. Brachyterapie spočívá ve vnitřním záření, kdy je radioaktivní látka umístěna do oblasti nádoru, nebo nádorového rezidua. Výhodou brachyterapie je menší zatížení okolních zdravých tkání.

Léčba probíhá pod vedením radioterapeuta a má řadu nežádoucích účinků. Tato metoda je nejčastěji uplatňována při léčbě nádorů děložního hrdla, těla a vulvy. (Cibula, 2009)

1.4.5 Biologická léčba

Zahrnuje mnoho metod, které ovlivňují imunitní aktivitu organismu tak, aby se zpomalil nebo zastavil nádorový růst pomocí vlastních imunitních mechanismů. Například inhibitory angiogeneze znemožňují nádoru vytvářet si cévní zásobení, a připravují ho tak o přísun živin. Tato léčba je vysoce finančně náročná a úplné vyléčení přináší pouze menšímu počtu pacientek. Prodlužuje však bezpříznakové období a má menší množství nežádoucích účinků. (Kolařík, 2011)

1.5 Epidemiologie gynekologických nádorů

Pro hodnocení výskytu gynekologických nádorových onemocnění se používají tři základní ukazatele: incidence, mortalita a prevalence. Nejčastěji se jejich hodnoty uvádějí v přepočtu na sto tisíc obyvatel, nebo podle věkových skupin. (Cibula, 2009)

Incidence udává počet nově vzniklého onemocnění v dané populaci za určité časové období, všeobecně za rok. (Roztočil, 2011)

Mortalita je ukazatelem počtu zemřelých na dané onemocnění za určitý čas na sto tisíc obyvatel. (Roztočil, 2011)

Prevalence udává počet žijících osob s nádorovým onemocněním v dané populaci k určitému datu, kterým je 31.12. daného roku. (Roztočil, 2011)

1.5.1 Registry a sběr dat

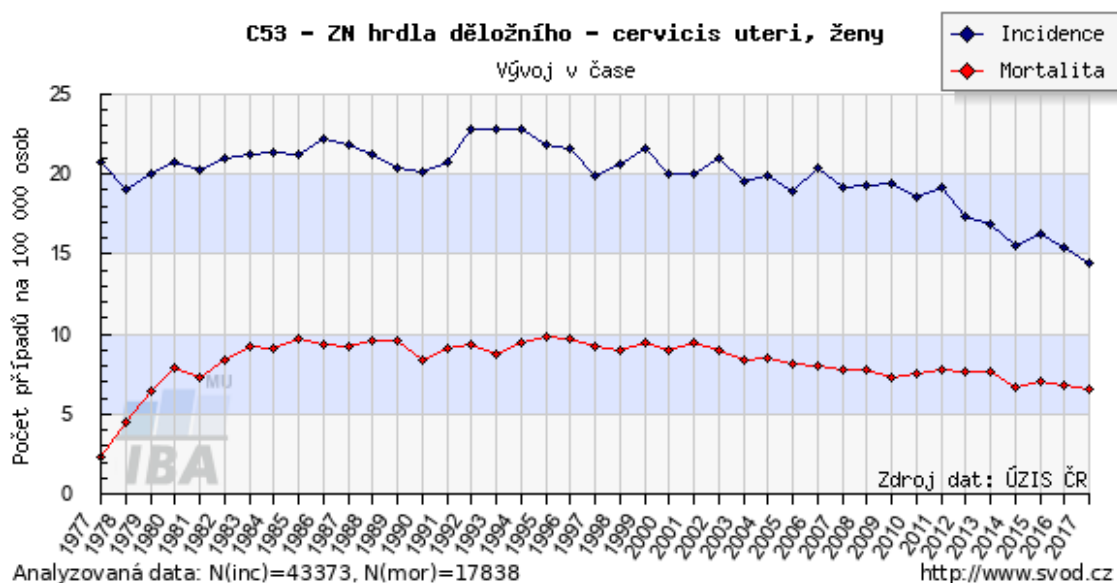
V České republice se zhotovením ucelených údajů o epidemiologii nemocí zabývá Ústav zdravotnických informací a statistiky, zkráceně ÚZIS. (Špaček, 2018) Národní onkologický registr, ve zkratce NOR, shromažďuje data o onkologických onemocněních. Registruje nová onemocnění a sleduje jejich další vývoj. Souhrnné informace slouží jak pro tuzemský, tak pro mezinárodní přehled a napomáhají vyhodnocování a tvorbě preventivních programů. Výsledky registru podporují včasnou diagnostiku a léčbu onemocnění a zpětnově vyhodnocují úspěšnost léčby. Do databáze se přidávají údaje o zhoubných novotvarech, novotvarech in situ, novotvarech nejistého/neznámého chování, vybraných nezhooubných a benigních novotvarech, pozitivních bioptických a cytologických nálezech (dysplazie děložního hrdla, nezhooubných novotvarech tlustého střeva, konečníku, řitního kanálu a řiti). Dále podléhají hlášení i případy prokázané provedenou pitvou. Případy zjištěné klinickým, nebo zobrazovacím vyšetřením, které jsou však cytologicky a patologicky neověřené, se hlásí také. (ÚZIS, 2019)

1.5.2 Epidemiologická data jednotlivých gynekologických malignit

Incidence a mortalita zhoubných nádorů děložního hrdla

Z grafu ÚZIS je patrný pokles incidence onemocnění v předchozích 15 letech. Poměr incidence a mortality činí 800 nových případů na 350 úmrtí za rok. V České republice je incidence zhoubných nádorů děložního hrdla téměř o 50 % vyšší než v ostatních státech EU. Průměrný věk ženy při stanovení této diagnózy je 52 let. Prevalence tohoto onemocnění v roce 2015 činila 18 000 žen, které se se zhoubným nádorem děložního hrdla léčily, nebo byly ohroženy recidivou. (Rob, 2019)

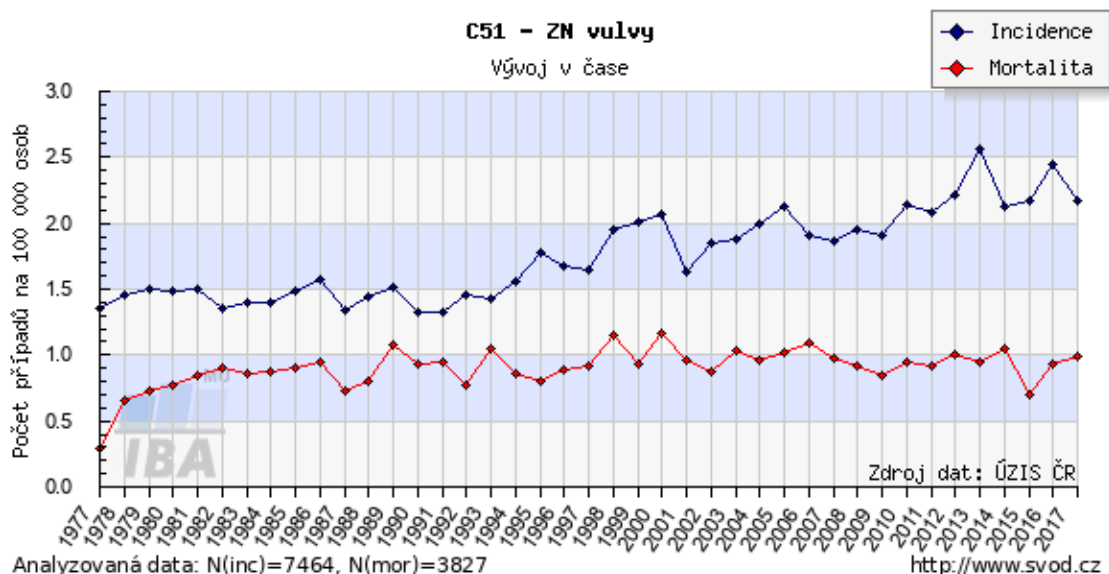
Obrázek 1 Incidence a mortalita zhoubných nádorů děložního hrdla. ÚZIS ČR



Incidence a mortalita zhoubných nádorů vulvy

Prodlužující se věk žen a obecné rozšíření rizikových papilomavirů má za následek zvyšující se incidenci nádorů vulvy. Onemocnění zasahuje ženy okolo 50 let, a ženy s invazivními nádory bývají ve věku 65-69 let. Jedná se o poměrně vzácné onemocnění, nejčastěji v podobě spinocelulárního karcinomu a jeho histopatologických variant. Incidence tohoto onemocnění se v Evropě pohybuje kolem 2,5-4 nových případů na sto tisíc obyvatel, s mortalitou 0,8-2,1 úmrtí na sto tisíc obyvatel. (Rob, 2019)

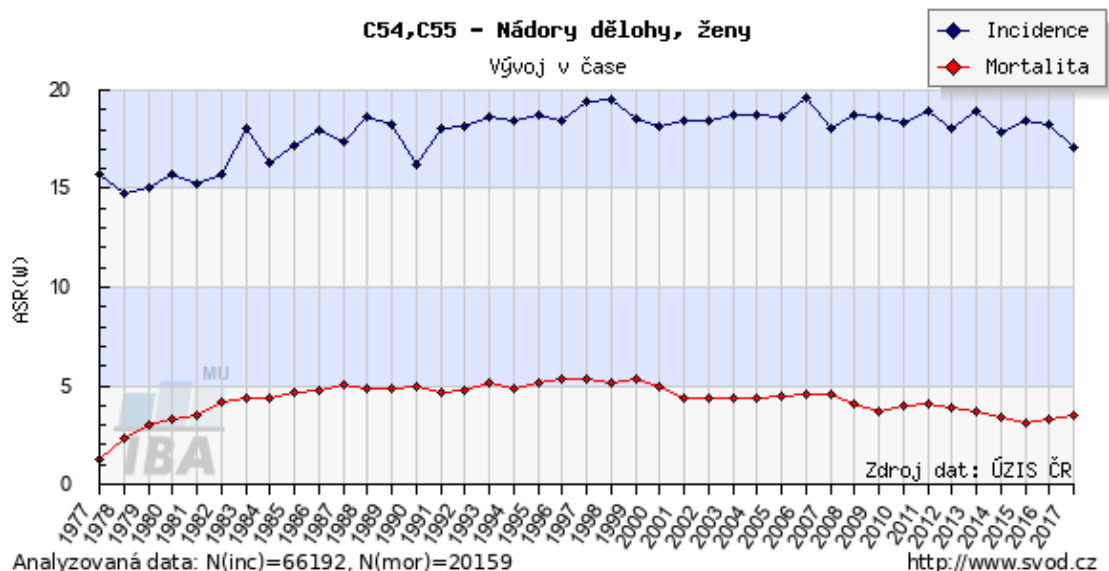
Obrázek 2 Incidence a mortalita zhoubných nádorů vulvy. ÚZIS ČR



Incidence a mortalita zhoubných nádorů děložního těla

Přesto, že jsou nádory děložního těla nejčastějšími nádory reprodukčních orgánů u žen, vykazují nejnižší mortalitu. Nejvíce nových nádorů je hlášeno u žen v menopauzálním období. V roce 2016 připadlo na 2000 nových případů 475 úmrtí. Zhoubné nádory této oblasti lze rozdělit na karcinomy endometria v 98 % případů a na sarkomy děložního těla ve zbylých 2%. (Rob, 2019)

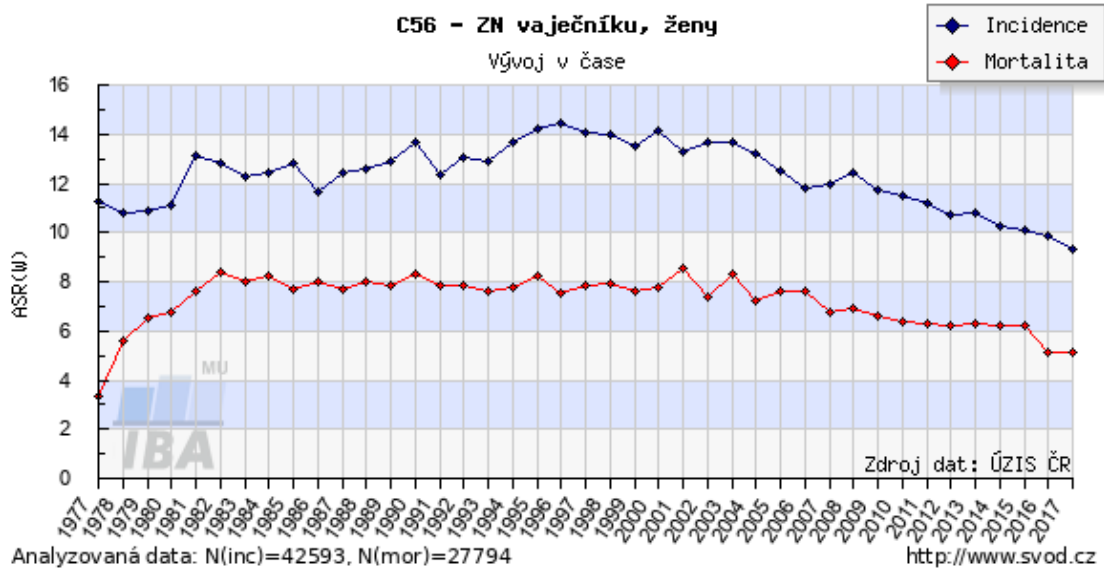
Obrázek 3 Incidence a mortalita zhoubných nádorů děložního těla. ÚZIS ČR



Incidence a mortalita zhoubných nádorů ovaria, tuby a peritonea

Jako nádory vaječníku jsou pro souhrnně uvedeny všechny zhoubné nádory vaječníku, vejcovodu a peritonea. Incidence tohoto onemocnění se poslední roky snižuje, přesto mortalita zůstávala delší dobu stabilní. Na 1000 nově vzniklých onemocnění v roce 2016 zemřelo 700 žen. (Rob, 2019)

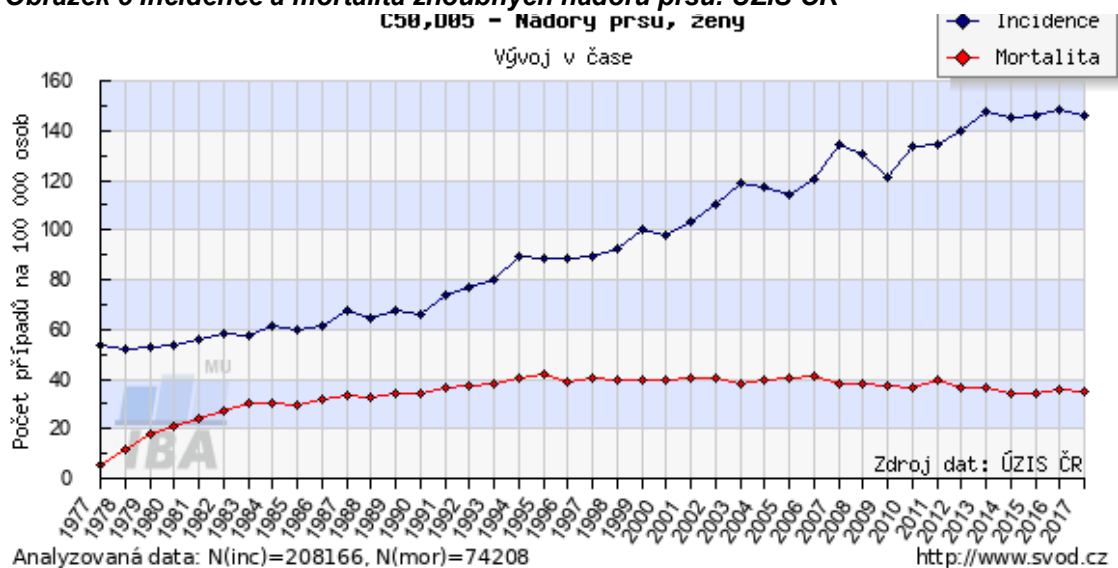
Obrázek 4 Incidence a mortalita zhoubných nádorů vaječníků. ÚZIS ČR



Nádorové onemocnění prsu

Světově je karcinom prsu nejčastějším maligním onemocněním žen, a za posledních dvacet let jeho incidence rapidně stoupá. Česká republika se podle počtu onemocnění na sto tisíc žen a podle střední četnosti výskytu karcinomu prsu, řadí světově na 21. místo, v rámci Evropy pak na 17. místo. Úmrtnost je díky zlepšující se časné diagnostice a léčbě dlouhodobě stejná. Mezi lety 2012 a 2016 zemřelo na následky nádoru prsu 31 žen ze sta tisíc. (Abrahámová, 2019)

Obrázek 5 Incidence a mortalita zhoubných nádorů prsu. ÚZIS ČR



Nádory pochvy

Zhoubné onemocnění vaginy se objevuje pouze zřídka. Nově hlášených zhoubných nádorů bylo v roce 2016 přibližně 30-40, incidence je tedy 0,7 ku sta tisícům obyvatel. Mortalita činila 0,4-0,5 úmrtí na sto tisíc obyvatel. (Rob, 2019)

Kolorektální karcinom

U kolorektálního karcinomu došlo po zavedení screeningového programu k poklesu incidence a mortality. Přesto se Česká republika řadí světově na 5. místo s nejvyšší incidencí a mortalitou. Karcinom kolorekta je druhým nejčastějším zhoubným onemocněním v Evropě, a zároveň čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí na malignitu. (Špičák, 2017)

1.6 Rizikové faktory vzniku nádorového onemocnění

Rizikovým faktorem vzniku onkologického onemocnění může být vše, co podněcuje rozvoj zhoubného nádoru u každého člověka. Jedná se o rodinnou zátěž, životní styl a osobní návyky, profesní život, dietní zvyklosti, faktory životního prostředí a další okolnosti. Identifikace konkrétního rizikového faktoru probíhá na základě epidemiologických studií stanovením relativního rizika u nosičů daného faktoru. Relativní riziko pod 1,0 vypovídá o faktoru protektivním, při relativním riziku nad 1,0, považujeme zkoumaný faktor za rizikový. Některé faktory se také mohou u určitých onemocněních vzájemně propojovat, kancerogeneze je tedy multifaktoriálně ovlivněna. (Cibula, 2009)

Se stoupajícím věkem ženy se významně zvyšuje riziko vzniku onkogynekologických onemocnění. Kouření podle všeho mění jednání imunitního systému a poté usnadňuje perzistenci lidských papilomavirů, což je souhrnným rizikovým faktorem pro karcinomy děložního hrdla, pochvy a některých druhů karcinomu vulvy. Společnými rizikovými faktory pro rozvoj karcinomu endometria, vejcovodu, prsu a ovaria (mimo mucinózní typ) je časnější menarche, pozdní menopauza, sterilita a nulliparita. (Špaček, 2018)

Karcinom děložního hrdla ovlivňují rizikové faktory jako: brzké zahájení pohlavního života a počet sexuálních partnerů, promiskuita ženy i partnera, nechráněný pohlavní styk, lidská papilomavirová infekce, časný věk prvního těhotenství, faktory imunosuprese a kouření. (Špaček, 2018; Rob, 2019)

U karcinomu těla děložního se tradičně uvádí triáda rizikových faktorů: hypertenze, diabetes mellitus a obezita. Dalšími rizikovými faktory jsou: vyšší věk, exogenní přísun estrogenu, ovariální tumor produkující estrogeny, dlouhodobé užívání přípravku Tamoxifen, Lynchův syndrom, vyšší socioekonomický statut, užívání alkoholu a kouření. (Špaček, 2018; Dubová 2019)

Maligní nádory vaječnicků souvisí s rizikovými faktory jako: pozdní věk prvního porodu, léčbou sterility, hereditárním rizikem a expozicí azbestu a talku. (Špaček, 2018; Dubová 2019)

Mezi nejvýznamnější rizikový faktor vzniku karcinomu prsu patří genetická predispozice. Ženy, jejichž matky, sestry nebo dcery mají tento zhoubný nádor, jsou až v dvojnásobném riziku oproti ostatní populaci. Jedná se zejména o nositelky genetických mutací BRCA-1 a BRCA-2, které současně podléhají i vyššímu riziku rakoviny vaječnicků. Dalšími možnými faktory podílejícími se na vzniku tohoto onemocnění jsou: první parita po třicátém roce věku, absence kojení, dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce, užívání alkoholu, kouření, obezita a geografická oblast bydliště pro její vliv na expozici karcinogenům. Používání antiperspirantů nemá vliv na rozvoj rakovinného bujení, jak se laická veřejnost domnívala. (Abrahámová, 2019)

2 Primární prevence

Primární prevence udává způsoby chování a metody vedoucí k zamezení vzniku nemoci. Jejím cílem je ideálně odstranit, nebo minimalizovat rizikové faktory přímo ovlivňující vznik onemocnění. (Špaček, 2018) Součástí preventivních opatření v gynekologické onkologii je výchova ke zdraví v oblastech sexuálního zdraví, boje proti kouření a alkoholu. Dále pak vakcinace proti lidským papilomavirům, profylaktické chirurgické zákroky a uvážlivá léčba hormonálními přípravky. Snížení incidence zhoubných nádorů je ukazatelem úspěšnosti primární prevence. (Cibula, 2009)

Klíčovou roli ve včasné diagnostice gynekologických maligních onemocnění hraje i praktický lékař. Toho pacientky s nespecifickými příznaky vyhledávají jako prvního. Ten by měl znát příznaky těchto onemocnění, včas poskytnout pacientkám patřičná vyšetření a odeslat je k dalším specialistům. Praktický lékař má také možnost podporovat pacientky ve změnách životního stylu a upozornit je na možné rizikové faktory vzniku závažných onemocnění. (Funston, 2018)

2.1 Výchova ke zdraví

System podpory zdraví vzniknul v České republice jako reakce na rychlý nárůst neinfekčních chronických onemocnění a výrazný nárůst nákladů na zdravotní péči. Podpora zdraví je určena pro celou populaci. Myšlenkou systému je, aby se lidé naučili odpovědně chovat ke svému zdraví, orientovali se v rizikových faktorech ovlivňujících vznik různých onemocnění, a tyto škodlivé faktory eliminovaly, nebo úplně odstranili. (Hnilicová, 2012)

V České republice jsou tři hlavní behaviorální zdravotně rizikové faktory: vysoká konzumace alkoholu, kouření a nadváha a obezita způsobená nepřiměřenou stravou a nedostatkem pohybu. Tyto negativní faktory se také často vyskytují ve vzájemné kombinaci. (Hnilicová, 2012)

Spotřeba alkoholu se u nás pohybuje kolem 10 litrů stoprocentního alkoholu na jednu osobu za rok. S větší spotřebou alkoholu roste i riziko vzniku nádorového onemocnění, a to v řadě lokalit, například jícnu, hltanu, jater, pankreatu, prsu a kolorekta.

Lékařům Světová zdravotnická organizace doporučuje využívat i krátké intervence, které se jeví jako efektivní. Krátkou intervencí je posilování motivace k abstinenci, předání svépomocných materiálů pacientům a jejich častější kontroly a sledování. (Nešpor, 2019)

Je známo, že první zkušenost s alkoholem získávají děti ve věku mezi 11 a 13 lety. Primární prevence na školách si dává za cíl redukovat míru rizik spojených s užíváním alkoholu. Prevence realizovaná ve školství by se měla držet doporučení Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Informace, které žáci o alkoholu a jeho účincích dostanou,

by měly být přiměřené věku. Jinak vypadá výuka pro žáky prvního a druhého stupně a pro žáky středních škol. (MŠMT, 2010)

V České republice kouří v průměru 32 % populace, přestože jsou negativní důsledky kouření všeobecně dobře známy. Nedostatečná prevence a protikuřácká politika jsou také slabinou kardiovaskulární péče. (Hnilicová, 2012) Pro onkologické pacienty je zanechání kouření velmi významným krokem a zdravotnický personál by je k tomu měl motivovat. Kouření ovlivňuje účinnost onkologické léčby. Zhoršuje efektivitu chirurgické a radiační léčby, chemoterapie, imunoterapie a zvyšuje rizika nežádoucích účinků. (Králiková, 2018)

Nadváhou a obezitou trpí stále více českých žen, mužů, a téměř 20 % dětí ve věku 5 až 17 let. V mezinárodním srovnání je Česká republika na předních pozicích. (Hnilicová, 2012) Podle studie z roku 2012 vyšlo najevo, že vysoký index tělesné hmotnosti BMI je spojen se zvýšeným rizikem vzniku rakoviny. Z onkogynekologických onemocnění má obezita souvislost s postmenopauzální rakovinou prsu, endometria a ovaria. (Arnold, 2015) Ministerstvo zdravotnictví a pojišťovny podporují řadu menších programů zaměřených na obezitu. Chybí však celonárodní strategie pro boj s narůstající obezitou populace a podpora zdravé výživy a pohybu. (Hnilicová, 2012)

Přestože české zdravotnictví dosahuje dobré kvality diagnostických a léčebných postupů, je nezbytně nutné se vedle léčení zaměřit i na to, jak nemocem předcházet. Podpora zdraví by se měla stát plnohodnotnou součástí primární péče. (Hnilicová, 2012)

2.2 Prevence rizikového sexuálního chování

Sexuální výchova slouží k chápání sexuality v širších souvislostech. Ve funkčních rodinách by tuto úlohu ve výchově měli splňovat rodiče, často ji však přebírají učitelé. Cílem sexuální výchovy je především reprodukční zdraví. Mezi probíraná témata patří zejména prevence sexuálně přenosných chorob, metody antikoncepce, nechtěné těhotenství a sexuální násilí. Součástí je i výchova k manželství a rodičovství. (Šulová, 2011)

V roce 2011 proběhl v severním Německu průzkum mezi 1148 studenty ve věku 12 a 20 let ohledně znalosti sexuálně přenosných onemocnění a HPV infekce. Z výsledků vyplynulo, že téměř všichni studenti slyšeli o HIV/AIDS, 23 % tázaných slyšelo o chlamydiích a pouze 13 % respondentů mělo povědomí o HPV problematice. Je tedy zřejmé, že sexuální výchova musí být rozšířena tak, aby zahrnovala i jiné pohlavní choroby než HIV/AIDS. (Samkange, 2013)

Je nutné zvýšit znalosti studentů o HPV problematice, jelikož se vir vyskytuje více právě v mladší věkové kategorii. Mladí lidé mají vyšší počet sexuálních partnerů a měli by vědět, že je HPV nejčastější sexuálně přenosnou infekcí. Přenáší se tělesným kontaktem

sliznic/kůže při koitálních, nekoitálních a orálních sexuálních praktikách, a ani použití kondomu není absolutní ochranou proti tomuto viru. (Kinkorová Luňáčková, 2018)

2.3 Vakcinace proti HPV

Role lidských papilomavirů (human papillomavirus – HPV) v etiopatogenezi karcinomu děložního hrdla je známá skoro 40 let. HPV DNA byla nalezena téměř u všech biopsií z cervikálního karcinomu. (Mladěnka, 2018) Nejrizikovějšími typy HPV jsou 16 a 18, které odpovídají až za 70 % všech cervikálních prekanceróz a karcinomů. (Kinkorová Luňáčková, 2018) Vývoj vakcín proti HPV umožnil, že se očkování proti těmto virům stalo nejspolehlivější metodou primární prevence. Vakcinace má nejvyšší účinnost u HPV naivní populace, ale profitovat z ní může každá žena. V Evropě jsou nyní dostupné tři typy vakcín: bivalentní Cervarix chrání před HPV 16 a 18, kvadrivalentní Silgard chrání také proti HPV 16 a 18 a navíc proti 6 a 11, původci genitálních bradavic, a nanovalentní Gardasil9 poskytující ochranu proti HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 a 58. Všechny tyto vakcíny v klinických studiích prokázaly dostatečnou tvorbu protilátek a vysokou efektivitu v prevenci vzniku karcinomu děložního hrdla. V České republice je očkování dobrovolné, plně hrazené dívkám i chlapcům ve věku 13-14 let a je pod taktovkou praktického lékaře pro děti a dorost. (Mladěnka, 2018) Adolescenti jsou očkováni podle schématu vakcínou o dvou dávkách, a u starších 15 let se aplikují dávky tři. (Kinkorová Luňáčková, 2018)

Otázka vakcinace proti HPV u mužů a chlapců je ve světě značně kontroverzní. Infekce má ale také spojitost s rozvojem karcinomu anu, penisu, genitálních bradavic a karcinomů hlavy a krku. Vakcinace obou pohlaví by měla zajistit snížení výskytu HPV asociovaných onemocnění. Zvláštní význam má očkování v populaci homosexuálních mužů. (Sehnal, 2016) V roce 2018 se v České republice nově prosadilo a zavedlo plně hrazené očkování pro chlapce ve věku 13-14 let. (Kinkorová Luňáčková, 2018)

2.4 Profylaktické chirurgické zákroky

Ženy, které mají hereditární riziko vzniku gynekologického zhoubného nádoru, mají možnost si rizikový orgán nechat odstranit. Jedná se o ženy se zděděnou predispoziční mutací nejčastěji v genu BRCA1 a BRCA2 v rámci syndromu hereditárního karcinomu prsu a vaječnicků. Profylaktické chirurgické zákroky jsou právě pro tyto pacientky nástrojem primární prevence. Ovariální karcinom je gynekologický nádor s nejvyšší mortalitou. Je špatně detekovatelný, chybějí symptomy v časných stádiích, rychle a agresivně roste. Profylaktickou adnexektomií s hysterektomií je nejvýhodnější provést premenopauzálně ve věku 35-40 let, kdy u nosiček mutace genu BRCA1 strmě stoupá riziko vzniku nádoru. Rizikovým obdobím pro nosičky mutace genu BRCA2 je věk mezi 45. a 50. rokem. Zákrok snižuje nebezpečí vzniku karcinomu vaječnicků i prsu. Následný estrogenní deficit je řešen

pomocí hormonální substituční léčby. Po zákroku jsou pacientky dále sledovány v onkogynekologickém centru a 1x ročně docházejí na expertní ultrazvuk. (Zikán, 2016)

Profylaktickou bilaterální mastektomii je možné podstoupit v jakémkoliv věku. Zákrok snižuje riziko vzniku onemocnění rakovinou prsu o 85-90 %. Operace bývá přímo spojená s plastickou rekonstrukcí prsu a je prováděná ve specializovaných centrech plastické chirurgie. (Novotný, 2011)

3 Sekundární prevence

Sekundární prevence gynekologických maligních onemocnění je organizována pomocí screeningu. Cílem screeningu je předejít rozvoji onemocnění, včas zachytit asymptomatická stádia, prekancerózy a zhoubné nádory. Včasná diagnostika a okamžitá léčba je pro pacientku prognosticky výhodná, snižuje morbiditu a mortalitu daného onemocnění. Principy organizace screeningu definovala Světová zdravotnická organizace. Aktuálně v České republice probíhá plošný screening karcinomu prsu, děložního hrdla a kolorektálního karcinomu. V rámci sekundární prevence jsou také vyhledávány a dispenzarizovány pacientky s hereditárním rizikem. (Frühauf, 2014)

Preventivní gynekologická prohlídka legislativně spadá pod vyhlášku č.70/2012 Sb. Na první preventivní prohlídku by měla přijít každá dívka ve věku 15 let. Součástí preventivní prohlídky je gynekologické vyšetření v zrcadlech, bimanuální vyšetření a případné doplnění o ultrazvukové vyšetření. Dále kolposkopie a odběr cytologie z děložního čípku. Ženy od 45 let odesílá gynekolog každé dva roky ke screeningu rakoviny prsu na mamografii. Od 50 let se ženy účastní screeningu kolorektálního karcinomu. (Rob, 2019)

3.1 Screening karcinomu děložního hrdla

Karcinomu děložního hrdla lze předcházet řadou preventivních opatření. Přesto je každoročně diagnostikován vysokému počtu žen, často i v pokročilých stádiích Screening tohoto onemocnění je legislativně a organizačně zajištěn národním screeningovým programem. Ten si dává za cíl rozpoznat prekancerózy děložního hrdla předcházející samotnému karcinomu. V rámci každoroční preventivní prohlídky je ženám odebírán cervikovaginální stěr, který je hodnocen v akreditované cytologické laboratoři. Vzhledem k epidemiologii a vývoji karcinomu děložního hrdla od HPV infekce je screening přínosný až u žen od 25 let. V mladší věkové kategorii je evidováno pouze šest až osm případů ročně. (Sláma, 2017)

Další screeningovou metodou o vyšší citlivosti a déletrvající negativní predikci pro rozvoj onkologického nálezu na děložním hrdle je detekce DNA onkogenních genotypů lidského papilomaviru. Tento test je vhodný pro ženy od 30. roku věku. Má vyšší senzitivitu pro detekci prekanceróz, včetně prekanceróz žlázových, a vyšší senzitivitu pro detekci invazivních karcinomů. (Frühauf, 2014) HPV test má ale nižší specifitu a v případě positivity se pacientky dělí do dvou skupin s odlišným onkologickým rizikem. Pacientky s HPV 16 a 18 jsou zatíženy vyšším rizikem nezjištěné prekancerózy nebo karcinomu a dále jsou odeslány na expertní kolposkopii. Ženy s ostatními onkogenními genotypy jsou zvány k cytologickému stěru a kontrole za rok. (Sláma, 2017)

Zásadním limitujícím faktorem tohoto screeningu je nízká účast žen na preventivních prohlídkách, a to zejména žen starších 50 let. Míru účasti žen na preventivních

gynekologických prohlídkách nezvýšilo ani adresné zvaní organizované pojišťovny. Alternativou k návštěvě gynekologa v ordinaci by mohl být domácí samoodběrový test na přítomnost HPV. Ke zlepšení výsledků screeningu je nutné nejen legislativně upravit metodiku screeningu, ale také edukovat ženy o prospěšnosti vakcinace proti HPV a důležitosti pravidelných preventivních prohlídek. (Sláma, 2017)

3.2 Screening karcinomu prsu

Vzhledem ke stoupající incidenci karcinomů prsu ve všech věkových skupinách je role gynekologa v mamologické péči nezastupitelná. Gynekolog garantuje péči o prsy a měl by je vyšetřovat každoročně v rámci preventivní prohlídky. Při podezření na patologický nález v oblasti prsů odesílá lékař pacientky k odborníkům do mamologické ambulance specializovaných center. (Špaček, 2018)

Screening karcinomů prsu je v České republice organizovaný od roku 2002. Je bezplatně dostupný všem ženám od 45 let ve dvouletých intervalech a využívá speciálního měkkého rentgenového záření – mamografie. Cílem screeningu je aktivně vyhledávat a zachytit karcinom v brzkém stádiu před tím, než má šanci se dále rozšířit. Mamografické vyšetření je přínosné v tom, že dokáže zobrazit nádor dříve, než je hmatný. (Abrahámová, 2019) Při nejasných mamografických nálezech je doplňujícím vyšetřením ultrasonografie. Výhodou je, že dokáže rozlišit solidní formace od cystických, a žena není radiačně zatížena. Nedokáže však oproti mamografii zobrazit mikrokalcifikace. Ultrazvukové vyšetření prsů je doporučováno ženám mladším 40 let, u kterých se nádorové onemocnění vyskytlo v rodině. (Rob, 2019) Ženám po augmentaci prsou je mamografické vyšetření také doplněno o ultrazvuk. Ten dokáže navíc rozpoznat i malé úniky volného silikonu z implantátů. (Skovajsová, 2012)

Nedílnou součástí péče o prsy je samovyšetřování, jako důležitý prostředek k včasnému zachytu patologických procesů. (Špaček, 2018) Samovyšetření nenahrazuje screening karcinomu prsu. Z pravidla ale ženy, které správně ovládají techniku prohmatání prsů, přicházejí k lékaři s menšími nádory. Prsy si mají samovyšetřovat ženy 1x měsíčně, a to ideálně druhý nebo třetí den po skončení menstruace. Nemenstruující ženy si určí 1 pravidelný den v měsíci. Technika samovyšetřování má dvě fáze: pohledovou a pohmatovou. Pohledovou fázi provádí žena před zrcadlem. Všimá si velikosti a symetrie prsou, změn na kůži a její barvy, a také tvaru bradavek. Dále důlkovatění a vtahování kůže, nebo váznutí pohybu v paži. Pohmatovou fázi je vhodné vykonávat po koupeli, kdy jsou prsy poddajnější. Žena stojí, nebo leží, zvedne jednu paži a systematicky prohmatává celou oblast nejen samotných prsů, ale i podpaží a oblastí pod klíčky. Třemi prsty na plochu vyšetří žena oba prsy krouživými pohyby na povrchu i do hloubky. Poté jemným stiskem bradavky pátrá po možné nepravidelnosti nebo sekreci. (Abrahámová, 2019)

Screening má své nedostatky zejména v účasti žen na mamografických vyšetřeních. Pomoci by opět měl projekt adresné zvaní žen. (Abrahámová, 2019)

3.3 Screening karcinomu endometria

Karcinom děložního těla se vyskytuje zejména u postmenopauzálních žen ve věku 60-64 let. Česká republika se řadí mezi země s nejvyšší incidencí karcinomu endometria. Rostoucí incidence je odůvodněna prodlužujícím se věkem žen a kumulací rizikových faktorů, zejména obezity, hypertenze a diabetu. Díky včasné manifestaci onemocnění a brzkému zahájení léčby je prognóza pacientek příznivá a úroveň mortality stagnuje. Hlavním symptomem karcinomu endometria je děložní krvácení. Pomocí ultrazvuku gynekolog zkontroluje děložní hrdlo, endometrium, myometrium a okolí, a stanoví zdroj krvácení. Při podezření na patologický nálezn v dutině děložní indikuje lékař ženu k bioptickému vyšetření.

Populační screening karcinomu endometria není v České republice organizován. Transvaginální ultrazvuk se sice jeví jako výhodná screeningová metoda, neexistuje ale hranice limitní šíře endometria, která by indikovala ženy k bioptickému vyšetření. Vyšetření šíře endometria všech postmenopauzálních asymptomatických žen, by mohlo vést k časté falešné pozitivitě výsledků. Následné invazivní a chirurgické výkony v anestezii mají pro ženy ve vyšším věku také svá rizika. Tyto výkony by kromě toho výrazně zvýšily náklady na léčebnou péči. Zvýšené riziko rozvoje karcinomu endometria mají uživatelky Tamoxifenu a ženy s Lynchovým syndromem. Tyto dvě skupiny jsou pod drobnohledem svých ošetřujících gynekologů i premenopauzálně a transvaginální ultrazvuk by měl být součástí preventivní péče. (Frühauf, 2014)

3.4 Screening karcinomu ovarií a specifických rizikových skupin

Karcinom ovarií má nejvyšší mortalitu ze všech gynekologických maligních onemocnění. Pozdní záchyt karcinomu je hlavní příčinou špatné prognózy. V České republice aktuálně neexistuje screeningový postup, který by byl efektivní pro celou populaci. V rámci prevence jsou diskutovány dvě rozdílné strategie, a to screening celé asymptomatické populace a screening hereditárního karcinomu. (Frühauf, 2014) Cílem screeningových programů je diagnostikovat rakovinu v dřívějších léčitelných stádiích. Nejčastěji testované screeningové strategie se zaměřily na transvaginální ultrazvuk a na stanovení rakovinného antigenu CA 125. Ultrazvuk sice může identifikovat změny velikosti a morfologie vaječníku, které mohou signalizovat vyvíjející se malignitu, vyčítána je mu však nízká specifita. Dosud největší studie pod názvem UKCTOCS zaměřená na screening karcinomu ovarií proběhla ve Velké Británii v letech 2001-2005. Autoři sice uvedli, že by screening mohl snížit mortalitu až o 20 %, ale dodali, že je nutné dále usilovat o zdokonalení screeningových technik. Také je třeba delšího sledování k přesnému stanovení nákladové efektivity takového screeningu. (Kamal, 2018)

Ženy s dědičnou dispozicí ke vzniku karcinomu prsu a vaječnicků jsou specifickou rizikovou skupinou hodnou zvýšené pozornosti v rámci prevence. Jedná se o nosičky mutací genů BRCA1, BRCA2 a genů mismatch repair systému. Přestože dosavadní studie zabývající se možností screeningu této rizikové skupiny přinesly nejednotné výsledky, většina prací se shoduje na základním doporučeném postupu péče, a to pravidelném transvaginálním ultrazvuku a sledování CA 125 antigenu. Žena by na vyšetření měla chodit každého půl roku. Při pozitivním screeningovém vyšetření je nutné odeslat ženu za zkušeným onkogynekologickým sonografistou. Po ukončení reprodukčních plánů je ženě doporučována profylaktická chirurgická adnexektomie. (Špaček, 2018)

Často se nádorové onemocnění vyskytuje v rodinách u více než jednoho člena. Ať už v důsledku mutace, stejných podmínek prostředí, nebo podobného životního stylu. Ženám s onkogynekologickou zátěží v rodině je v rámci prevence doporučeno genetické vyšetření. Pozitivní výsledky o nosičství mutací představují pro ženu psychickou zátěž, neboť určují pouze pravděpodobnost vzniku onemocnění, nikoliv jistotu, že žena skutečně onemocní. Přesto genetické testy mohou výrazně ovlivnit kvalitu života ženy i její rodiny. (Špaček, 2018)

3.5 Zachování fertility a preimplantační diagnostika

Onkogynekologická onemocnění se objevují často i u žen ve fertilním věku. Je nutné k této skupině žen přistupovat velmi citlivě a individuálně s nimi řešit otázku zachování budoucí fertility. V ideálním případě je při záchytu onemocnění v časném stádiu zahájen fertilitu zachovávající léčebný postup. (Minář, 2009) Některé faktory zajišťující plodnost ženy lze za určitých okolností nahradit. Pro zachování vlastních reprodukčních funkcí ženy je stěžejní šetření primordiálních folikulů v ovariích a zachování dělohy s endometriem. Cílem operační léčby onkogynekologických pacientek je nejen odstranění patologické léze, ale i zachování kvality života a fertility. Ochrana folikulů při radioterapii může spočívat v odstínění svazku záření od ovaria. U chemoterapie působící na všechny orgány v těle je možné využít mimotělní uchování oocytů nebo embryí. Kryokonzervace oocytů a embryí je výrazně doporučena před oboustrannou ovariectomií. Stimulace a odběr oocytů s sebou nese i svá rizika, obzvláště u onkogynekologických pacientek. Proto je nutná úzká spolupráce mezi ošetřujícím onkologem a lékařem z kliniky asistované reprodukce. Další možností pro onkologicky nemocné ženy, jak mít vlastní děti, je náhradní mateřství. To je však v České republice právně nedostupné. (Cibula, 2009)

Pro ženy s hereditárním rizikem vzniku onkologického onemocnění je v rámci klinik asistované reprodukce možno využít preimplantační genetické diagnostiky. (Špaček, 2018)

4 Terciární prevence

Cílem terciární prevence je časný záchyt recidivy nádoru po primární léčbě. K tomu slouží systém následné dispenzární péče. Pacientka, která prodělala onkogynekologické onemocnění, je dále sledována jedním ošetřujícím lékařem v onkogynekologickém centru. Dohled nad pacientkou mají i lékaři dalších odborností, kteří společně dbají na prevenci dalších malignit. Délka celkového přežití je ukazatelem kvality terciární péče. (Cibula, 2009)

4.1 Dispenzarizace v onkogynekologii

Pokud se do tří měsíců po ukončení primární léčby potvrdí u pacientky návrat onemocnění, hodnotíme to jako perzistenci. Návrat onemocnění po více než třech měsících označujeme jako recidivu. Následné preventivní prohlídky v onkogynekologickém centru zahrnují vstupní rozhovor, fyzikální a gynekologické vyšetření, popřípadě ultrazvuk. V rámci dispenzarizace mohou být využity i jiné zobrazovací metody, odebrány nádorové markery a jiné laboratorní testy. Schéma a náplň následné dispenzární péče je specifické pro každé onkologické onemocnění. (Špaček, 2018)

K manifestaci recidivy po prodělání karcinomu děložního čípku dochází nejčastěji během dvou let od ukončení primární léčby. Pacientky se podrobují pravidelně fyzikálnímu a gynekologickému vyšetření s odběrem cytologického stěru z poševní jizvy. Jedenkrát ročně se i u asymptomatických pacientek provádí CT břicha, pánve a rentgen hrudníku. Tato vyšetření by měla být dostatečně účinná ke sledování recidivy onemocnění a taktéž i ekonomicky výhodná. (Špaček, 2018)

Karcinom endometria je dispenzarizován v prvním roce návštěvami pacientky u lékaře každé 3 měsíce, v druhém roce od primární léčby každé 4 měsíce a 3.-5. rok každého půl roku. Pacientka podstupuje komplexní gynekologické vyšetření včetně cytologie a 1x ročně je jí proveden rentgenový snímek plic. Symptomatickým pacientkám je navíc provedeno ultrazvukové a CT vyšetření pánve a břicha, případně biopsie. Recidiva karcinomu endometria je zachycena během rutinních prohlídek u 9-54% asymptomatických pacientek. Ženy, které užívají hormonální substituční terapii mají lepší prognózu a delší interval bez recidivy onemocnění. (Marešová, 2018)

Pacientky, které podstoupily léčbu pro sarkom dělohy, jsou dále dispenzarizovány první dva roky vyšetřeními každé 3-4 měsíce. Poté dále docházejí ke kontrolám po 4-6 měsících. V rámci vyšetření jsou ženy komplexně gynekologicky vyšetřeny a je jim odebrána onkologická cytologie. Pro větší riziko vzniku plicních metastáz je pacientkám pravidelně proveden rentgen hrudníku. (Marešová, 2018)

Karcinom ovaria, tuby a primární karcinom peritonea recidivuje většinou během prvních dvou let. K recidivě dochází u 20-30 % pacientek v časném stádiu a u 50-70 %

v pokročilém stádiu nemoci. Ženy dochází ke komplexnímu gynekologickému vyšetření po dobu tří let každé 3 měsíce. Mezi 4.-5. rokem pak každého půl roku a dále 1x ročně. U symptomatických pacientek je dále provedeno ultrazvukové vyšetření CT nebo PET CT a rentgen. (Marešová, 2018) Pro odběr CA 125 v rámci dispenzární péče neexistuje jednoznačné doporučení. (Špaček, 2018)

U pacientek po léčbě karcinomu prsu dochází k recidivě onemocnění nejčastěji do dvou let od stanovení diagnózy. Ke kontrolám docházejí ženy v prvních dvou letech každé 3-4 měsíce, ve 3.-5. roce co půl roku a dále 1x ročně. V rámci prevence jsou cíleně sledovány i příznaky recidivy jako bolest kostí, hrudníku, hlavy, abdominální diskomfort nebo dušnost. Dále ženy docházejí k pravidelné gynekologické prohlídce 1x ročně. První poléčebná mamografie probíhá 6. měsíc od ukončení radioterapie, a každý měsíc by si ženy měly prsa samovyšetřovat. U symptomatických pacientek jsou indikována další potřebná vyšetření. (Büchler, 2015)

Nedílnou součástí dispenzarizačních programů v onkologii je edukace. Onkologická léčba, kterou pacienti prodělali, a následné poléčebné komplikace mohou mít vliv na vznik jiných závažných potíží nebo nemocí. Podceňován by proto neměl být ani screening jiných komorbidit, jako kardiovaskulárních onemocnění, diabetu nebo psychických poruch. Pacienti by tedy měli být v tomto směru informováni a měli by vědět, co dělat, a na koho se v případě potřeby obrátit. Metody rehabilitace u onkologických pacientů cílí především na psychosociální podporu, zlepšení tělesné kondice, celkové funkčnosti, a na pomoc při sociálním začlenění jedince. (Büchler, 2015)

5 Kvarterní prevence

Cílem kvarterní prevence je předcházet a předvídat důsledky postupujícího nevléčitelného onkologického onemocnění. Ukazatelem účinnosti je kvalita života pacientek. Kvarterní prevence se soustřeďuje na několik oblastí, jako efektivní léčbu bolesti, podporu výživy nebo zachování mobility a stabilizace skeletu u pacientek s kostními metastázemi. Dále pak derivační zákroky provedené u dobře kompenzovaných pacientek před rozvinutím akutního stavu. Nedílnou součástí kvarterní prevence je psychosociální podpora pacientek a jejich rodin, zajištění adekvátní péče a multioborové spolupráce nejen se zdravotníky, ale i se sociální službou a občanskými institucemi. (Cibula, 2009)

6 Úloha porodní asistentky v oblasti prevence a péče o onkogynekologické pacientky

Porodní asistentka v rámci onkogynekologie působí v oblasti prevence, diagnostiky, léčby a dispenzarizace onkologických onemocnění. Žena může být porodní asistentkou edukována v různých tematických oblastech. V zásadách zdravé životosprávy, v sexuální problematice, v otázkách následné léčby a dalších. Správně edukovaná pacientka lépe spolupracuje při vyšetření, léčbě i vlastní rekonvalescenci. (Slezáková, 2017)

Při komplexním preventivním gynekologickém vyšetření asistuje porodní asistentka lékaři. Pomáhá ženě v přípravě na vyšetření, vytváří v ordinaci harmonické prostředí a zajišťuje soukromí, které umožní pacientce cítit se v bezpečí. (Slezáková, 2017) V rámci prevence rakoviny prsu by se měly ženy naučit v ordinaci obvodního gynekologa správně samovyšetřovat prsa. Ačkoli funguje screeningový program detekce nádoru u asymptomatických pacientek od 45 let pomocí mamografu, náhodný objev po samovyšetření je i u mladších ročníků poměrně častý. Role edukátora v samovyšetření prsu by se mohla zhostit právě porodní asistentka. (Berardi, 2017)

Úlohou porodní asistentky na onkogynekologickém oddělení je pomoc ženě se strachem z nemoci, léčby a bolesti. Provází ženu před a po operaci, pomáhá jí s tlumením bolesti, s péčí o operační ránu a invazivní vstupy. Dále pomáhá pacientce řešit problematiku hygienické péče, vyprazdňování, rehabilitace a další. (Slezáková, 2017) Součástí onkologického oddělení bývá i vyškolená porodní asistentka – stomická sestra. Ta pomáhá s péčí o stomii a s výběrem vhodných pomůcek jak ženám s dlouhodobě zavedenou stomií, tak pacientkám s novým vývodem. (Zachová, 2010) Porodní asistentka také výrazně napomáhá v péči o psychiku ženy. Onkologická diagnóza a operační výkony jako hysterektomie, ovariectomie nebo mastektomie v ženách vyvolávají pocity viny, méněcennosti, ztráty ženskosti a sexuální přitažlivosti. (Slezáková, 2017)

Porodní asistentka pečující o ženu v rámci paliativní péče usiluje o co nejlepší kvalitu života ženy v terminálním stavu. Cílem paliativní péče je zejména léčba nesnesitelných tělesných symptomů pacientek, jako je bolest, obtížné dýchání, nechutenství, zvracení, zácpy, kachexie nebo deprese a úzkosti. Porodní asistentka, ať už v rámci nemocniční nebo domácí péče, monitoruje tyto symptomy, plánuje a realizuje ošetrovatelskou péči, kterou dokumentuje, a hodnotí její účinnost. Intenzivně se také věnuje psychické podpoře pacientky i její rodiny. V případě domácí paliativní péče poskytuje porodní asistentka rodině pacientek informace o způsobu běžné péče, o hygieně, výživě nebo vyprazdňování. (Slezáková, 2013)

PRAKTICKÁ ČÁST

V této části bakalářské práce jsme vymezili hlavní cíl a vedlejší cíle práce. Je popsána metodologie výzkumu a výsledky jsou interpretovány pomocí grafů a tabulek. V diskuzi porovnáváme výsledky mého výzkumu s výsledky podobných prací jiných autorů. V závěru práce uvádíme doporučení pro praxi a možnosti řešení problémů, které z výzkumu vyplynuly.

7 Cíle práce

7.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce je zjistit postoj laické veřejnosti k preventivním gynekologickým prohlídkám a screeningovým programům.

7.2 Dílčí cíle

- 1: Zjistit, zda ženy chodí na pravidelné preventivní gynekologické prohlídky.
- 2: Zjistit, jaký je postoj laické veřejnosti k HPV problematice.
- 3: Zjistit aktivitu žen i jejich gynekologů v prevenci nádorového onemocnění prsu.
- 4: Zjistit, zdali je onkogynekologické prevenci věnována i část výuky na školách.
- 5: Zjistit, jaké kroky ke zlepšení prevence onkogynekologických onemocnění by laická veřejnost uvítala.
- 6: Zjistit znalosti mužů v otázce gynekologické a onkologické prevence

8 Metodologie výzkumu

8.1 Metoda sběru dat

Pro získání dat jsme zvolili kvantitativní dotazníkovou metodu. Přes webové stránky www.survio.cz jsme na základě stanovených cílů vytvořili dotazník. Ten byl šířený pomocí sociálních sítí v období 26. 2. - 11. 3. 2020. Tvořilo ho 22 otázek, z toho 17 uzavřených, 3 otázky filtrační, 1 otevřená a 1 polouzavřená otázka.

8.2 Výzkumný soubor a jeho charakteristika

Zkoumaným souborem byl náhodný vzorek respondentů, žen i mužů, kteří reagovali na výzvu k vyplnění dotazníku na sociálních sítích. Dotazník byl zcela anonymní a jeho vyplnění dobrovolné.

8.3 Výsledky výzkumu

Ze statistik vyšlo najevo, že dotazník zobrazilo a dokončilo 250 respondentů. Žádný z těchto kompletních dotazníků nebyl při vyhodnocování vyřazen. 126 dalších dotazníků bylo zobrazeno, ale nedokončeno. Vyplnění dotazníku zabralo respondentům v průměru 5 minut.

8.4 Interpretace výsledků

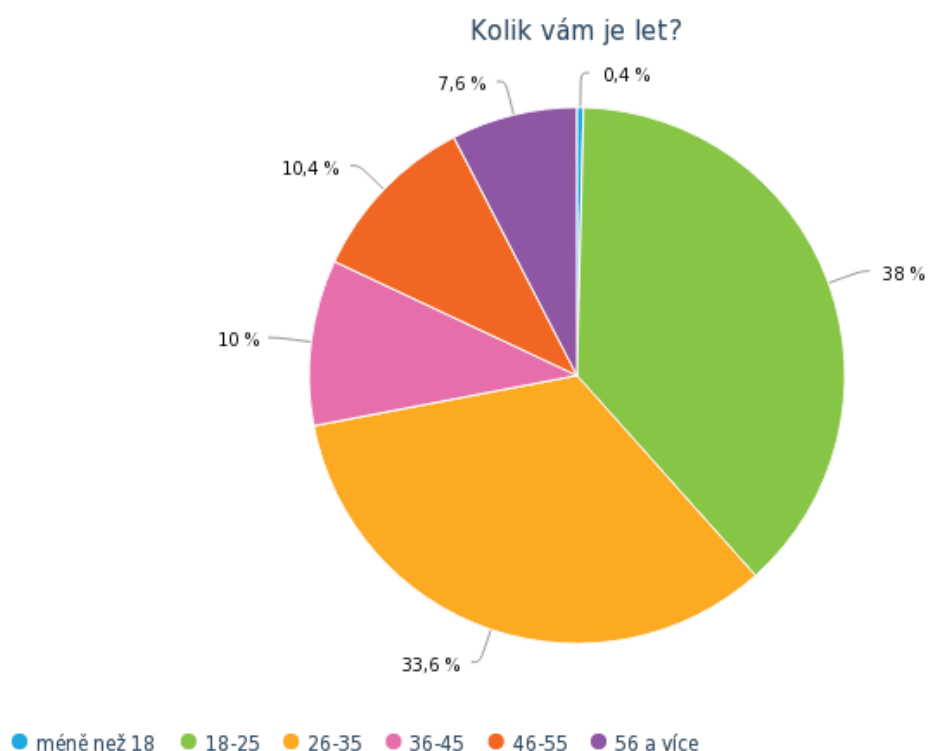
Otázka č. 1

Kolik vám je let? (Vyberte jednu odpověď)

Tabulka 1 Věk

Možnosti odpovědi	Responzí	Podíl
● méně než 18	1	0,4 %
● 18-25	95	38 %
● 26-35	84	33,6 %
● 36-45	25	10 %
● 46-55	26	10,4 %
● 56 a více	19	7,6 %

Graf 1 Věk



Sociodemografickou charakteristiku tohoto výzkumu vytváří otázky 1-3. Z otázky na věk respondentů vyšlo najevo, že největší podíl, a to 38 %, tvořila věková skupina 18-25 let. Druhou nejpočetnější skupinou byla věková kategorie 26-35 let v podílu 33,6 %. Rozmezí věku 45-55 let tvořilo 10,4 % respondentů a v podobně velkém zastoupení, 10 %, skupina 36-45 let. Respondentů starších 56 let odpovědělo 7,6 % a pouze jeden tázaný byl mladší 18 let.

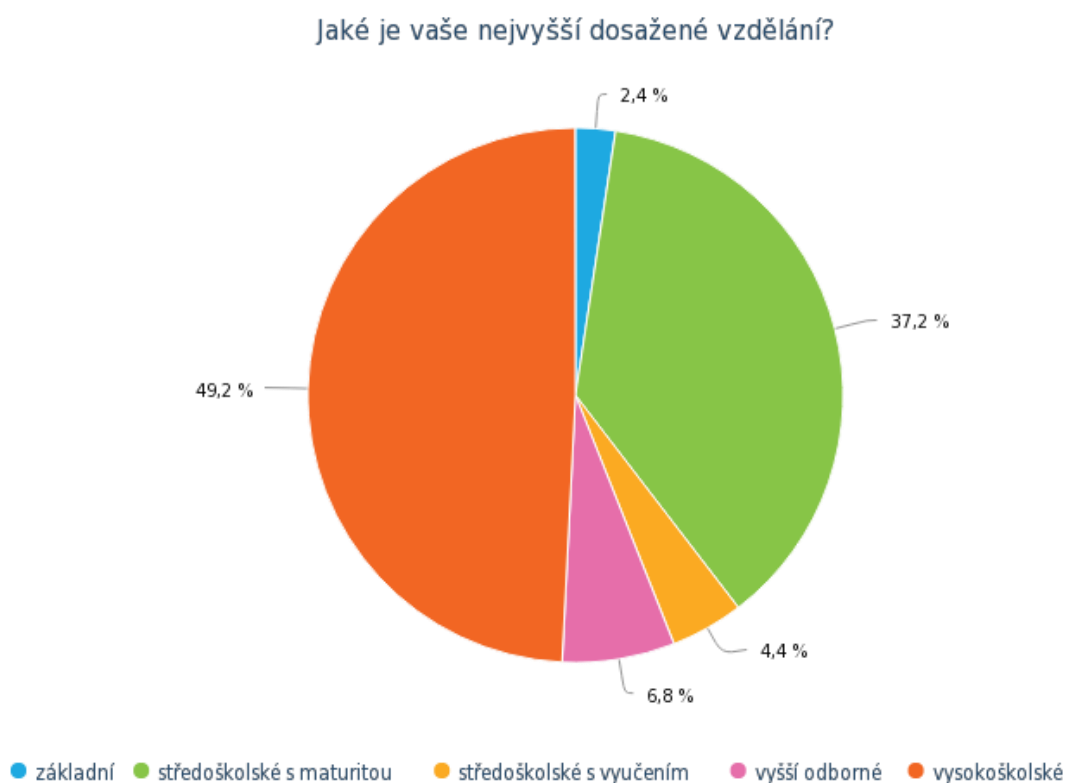
Otázka č. 2

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (vyberte jednu odpověď)

Tabulka 2 Informace o vzdělání

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● základní	6	2,4 %
● středoškolské s maturitou	93	37,2 %
● středoškolské s vyučením	11	4,4 %
● vyšší odborné	17	6,8 %
● vysokoškolské	123	49,2 %

Graf 2 Informace o vzdělání



Otázkou č. 2 jsme chtěli zjistit, jaké je nejvyšší dosažené vzdělání výzkumného souboru. 49,2 % tázaných bylo vysokoškolsky vzdělaných. Pro 37,2 % respondentů bylo nejvyšším dosaženým vzděláním středoškolské s maturitou. Vyšší odborné vzdělání mělo 6,8 % respondentů a 4,4 % mělo vystudovanou střední školu s vyučením. Nejmenší skupinu v podílu 2,4 % tvořili respondenti se základním vzděláním.

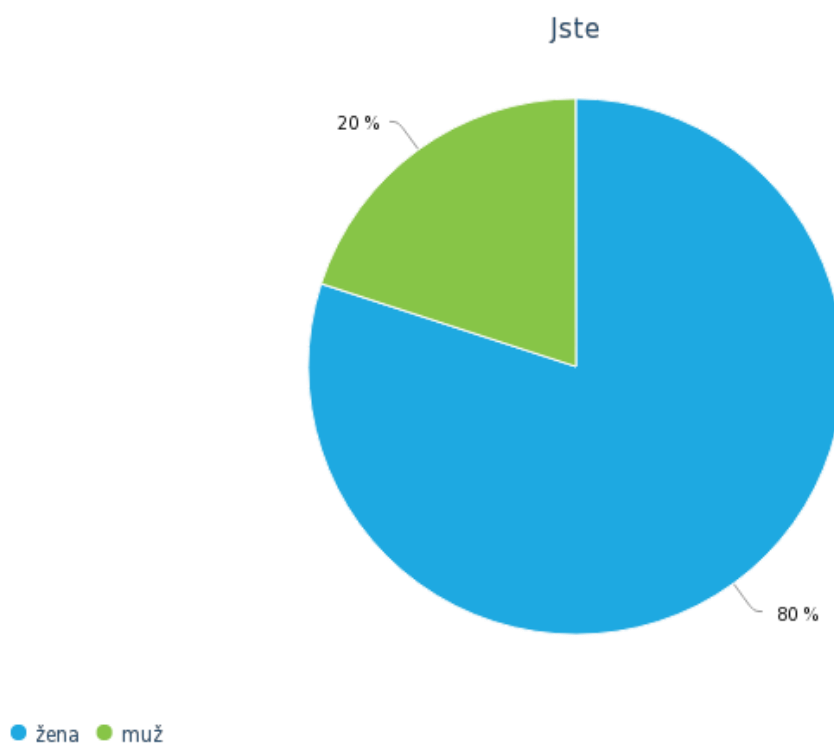
Otázka č. 3

Jste (vyberte jednu odpověď)

Tabulka 3 Pohlaví

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● žena	200	80 %
● muž	50	20 %

Graf 3 Pohlaví



Poslední otázka ze sociodemografické charakteristiky výzkumného souboru, byla pohlaví respondentů. Výzkumu se zúčastnilo 80 % žen a 20 % mužů. Tato otázka byla otázkou filtrační. Muži v dotazníku přešli přímo na otázku č.14.

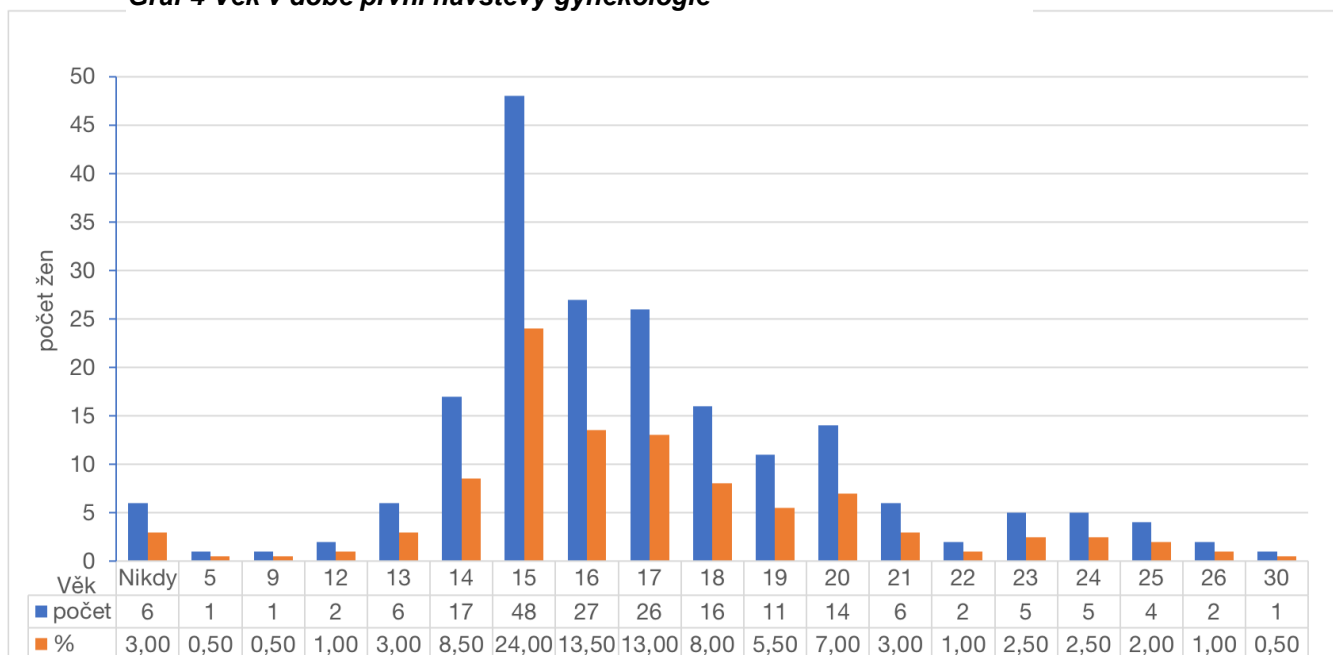
Otázka č.4

V kolika letech jste začala docházet do gynekologické ambulance? (pokud jste u gynekologa ještě nebyla, napište 0)

Tabulka 4 Věk v době první návštěvy gynekologie

Věk	Počet	%
0	6	3,00
5	1	0,50
9	1	0,50
12	2	1,00
13	6	3,00
14	17	8,50
15	48	24,00
16	27	13,50
17	26	13,00
18	16	8,00
19	11	5,50
20	14	7,00
21	6	3,00
22	2	1,00
23	5	2,50
24	5	2,50
25	4	2,00
26	2	1,00
30	1	0,50
celkem odpovědělo	200	100,00%

Graf 4 Věk v době první návštěvy gynekologie



Otázkou č. 4 jsme zjišťovali, kdy tázané respondentky poprvé navštívily gynekologickou ambulanci. Tato otázka byla otevřená a respondentky na ni odpovídaly číslovkou. Celkem se jednalo o 18 různých věkových kategorií. Číslovkou 0 odpovídaly respondentky, pokud nikdy gynekologa nenavštívily; těchto žen bylo šest a z celku tvořily 3 %. Ve věku 5 a 9 navštívila poprvé, zřejmě dětskou gynekologii, z každé kategorie 1 respondentka. Ve věku 30 let byla poprvé na gynekologii také 1 další tázaná žena. Po 1 % tvořily ženy ve věku 12, 22 a 26 let. 2,5 % činily ženy ve věku 23 a 24 let. Ve věku 13 a 21 let poprvé navštívily gynekologa 3 % žen. 19leté ženy tvořily 5,5 %, 20leté 7 %, 18leté 8 % a 14leté 8,5 %. Z celkového počtu bylo 13 % 17letých, a 13,5 % 16letých. Nejvíce a tedy 24 % žen poprvé navštívilo gynekologa ve věku 15 let.

Otázka č.5

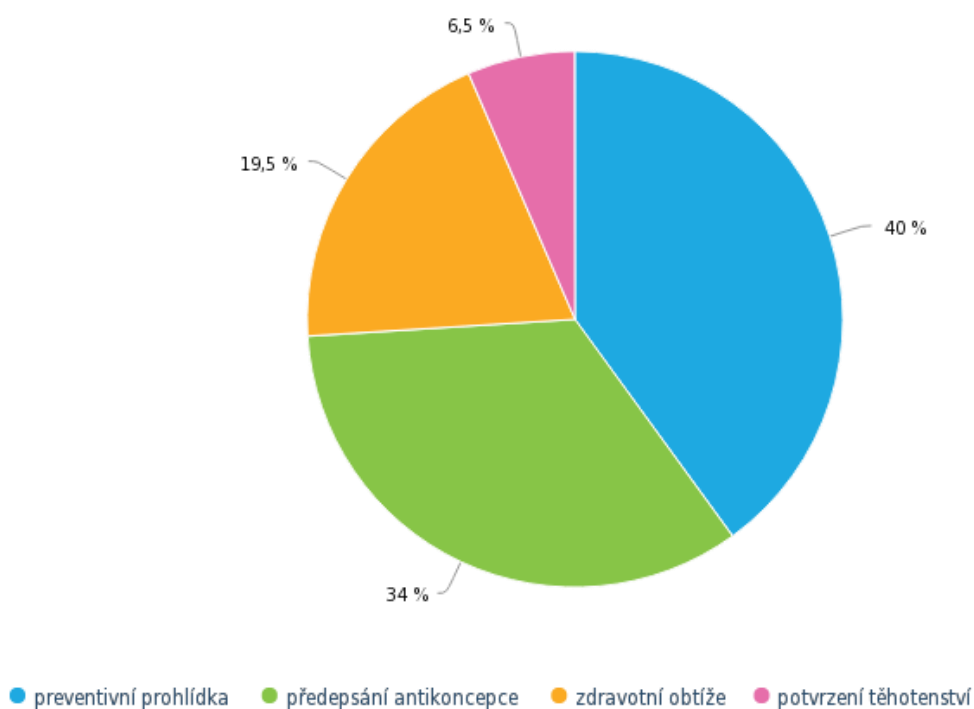
Co vás poprvé přivedlo do gynekologické ambulance? (vyberte jednu odpověď)

Tabulka 5 Důvod první návštěvy gynekologa

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● preventivní prohlídka	80	40 %
● předepsání antikoncepce	68	34 %
● zdravotní obtíže	39	19,5 %
● potvrzení těhotenství	13	6,5 %

Graf 5 Důvod první návštěvy gynekologa

Co vás poprvé přivedlo do gynekologické ambulance?



Nejčastějším důvodem první návštěvy gynekologa byla ve 40 % odpovědí preventivní prohlídka. 34 % žen uvedlo, že poprvé navštívily gynekologa za účelem předepsání antikoncepce. 19,5 % žen do ordinace poprvé přivedly zdravotní obtíže a 6,5 % přišlo kvůli potvrzení těhotenství.

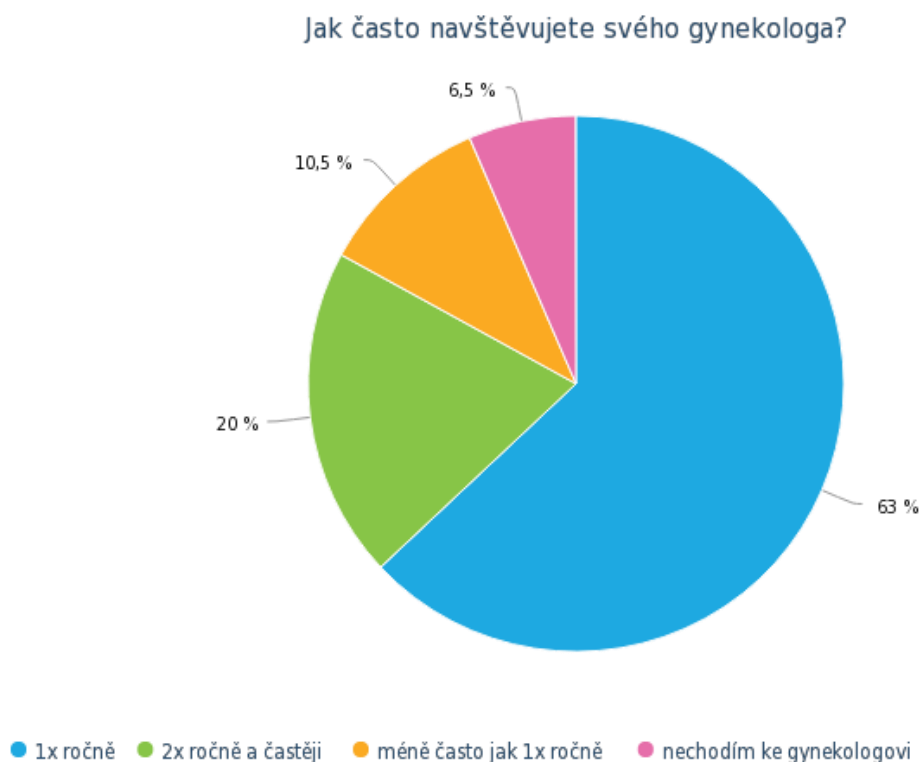
Otázka č. 6

Jak často navštěvujete svého gynekologa? (vyberte jednu odpověď)

Tabulka 6 Četnost návštěv gynekologa

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● 1x ročně	126	63 %
● 2x ročně a častěji	40	20 %
● méně často jak 1x ročně	21	10,5 %
● nechodím ke gynekologovi	13	6,5 %

Graf 6 Četnost návštěv gynekologa



Otázkou č.6 jsme chtěli zjistit, jak často navštěvují ženy svého gynekologa. 63 % tázaných uvedlo 1x ročně, 20 % 2x ročně a častěji. 10,5 % respondentek navštěvuje gynekologa méně často jak 1x ročně a 6,5 % respondentek nechodí ke gynekologovi vůbec. Tato otázka byla filtrační a ženy, které odpověděly, že navštěvují gynekologa 1x ročně, 2x ročně a častěji, přešly přímo na otázku č.8.

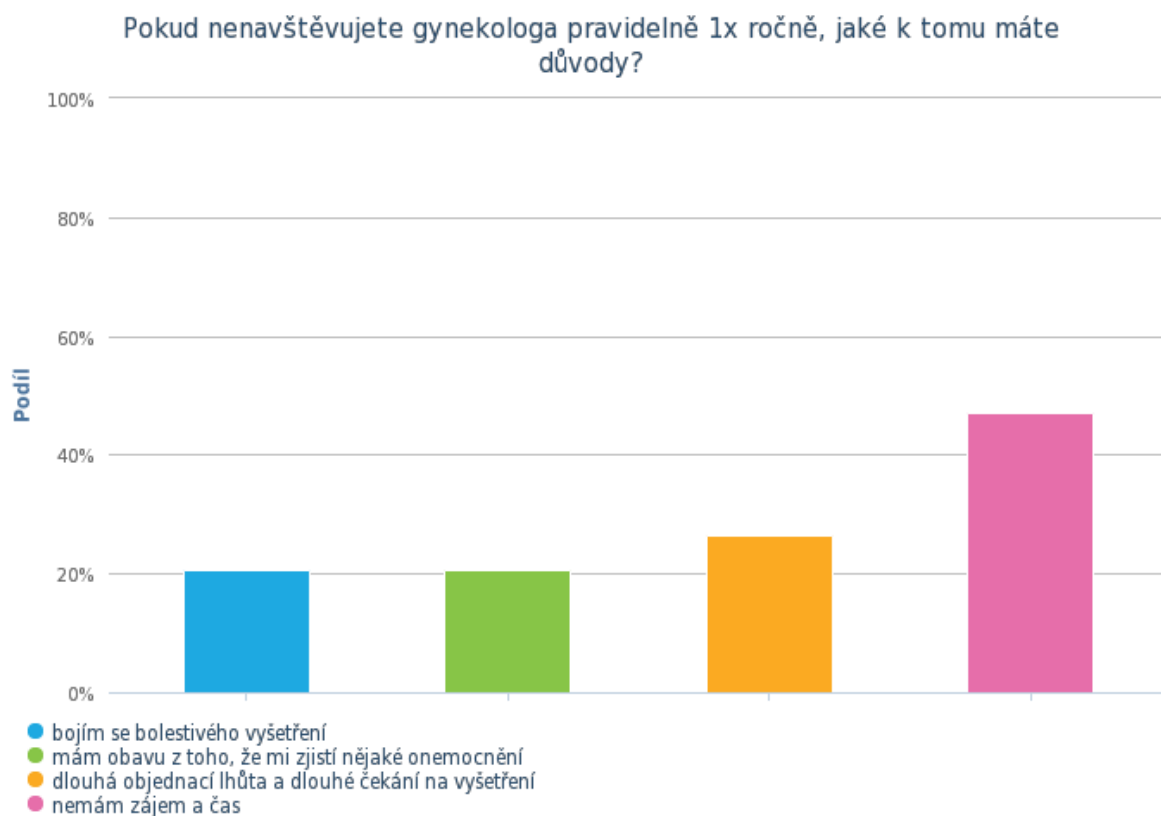
Otázka č. 7

Pokud nenavštěvujete svého gynekologa pravidelně 1x ročně, jaké k tomu máte důvody? (vyberte jednu nebo více odpovědí)

Tabulka 7 Informace o důvodu nenavštěvování gynekologa

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● bojím se bolestivého vyšetření	7	20,6 %
● mám obavu z toho, že mi zjistí nějaké onemocnění	7	20,6 %
● dlouhá objednávací lhůta a dlouhé čekání na vyšetření	9	26,5 %
● nemám zájem a čas	16	47,1 %

Graf 7 Informace o důvodu nenavštěvování gynekologa



Otázkou č. 7 jsme zjišťovali, jaké důvody mají ženy pro to, že nenavštěvují pravidelně gynekologa 1x ročně. Na výběr bylo více možností, a celkem na tuto otázku odpovídalo 34 žen. Z odpovědí vyšlo najevo, že 47,1% podíl na neúčasti žena na pravidelných gynekologických prohlídkách má jejich nezájem a nedostatek času. 26,5% podíl tvoří odpověď dlouhá objednávací lhůta a čekání na vyšetření. Shodný 20,6% podíl měla obava z bolestivého vyšetření a obava ze zjištění nějakého onemocnění.

Otázka č. 8

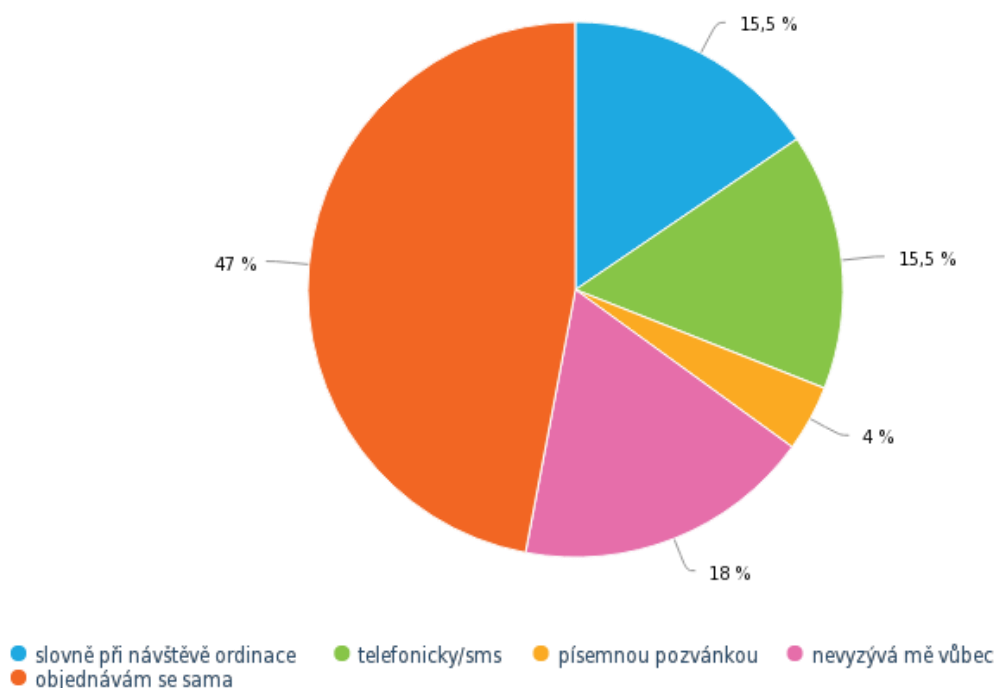
Jakým způsobem vás váš gynekolog vyzývá k preventivní prohlídce? (vyberte jednu odpověď)

Tabulka 8 Informace o způsobu vyzývání žen k preventivní prohlídce

Možnosti odpovědi	Responzí	Podíl
● slovně při návštěvě ordinace	31	15,5 %
● telefonicky/sms	31	15,5 %
● písemnou pozvánkou	8	4 %
● nevyzývá mě vůbec	36	18 %
● objednávám se sama	94	47 %

Graf 8 Informace o způsobu vyzývání žen k preventivní prohlídce

Jakým způsobem vás váš gynekolog vyzývá k preventivní prohlídce?



Otázkou č.8 jsme se ptali, jakým způsobem vyzývá gynekolog ženy k preventivní prohlídce. 47 % respondentek uvedlo, že se objednává samostatně. Druhý největší podíl 18%, tvořila odpověď, že gynekolog nevyzývá ženy vůbec. 4 % tázaných uvedly že jim chodí písemná pozvánka. Shodný výsledek a to 15,5% podíl měla odpověď telefonicky/sms a slovní objednání se přímo při návštěvě ordinace.

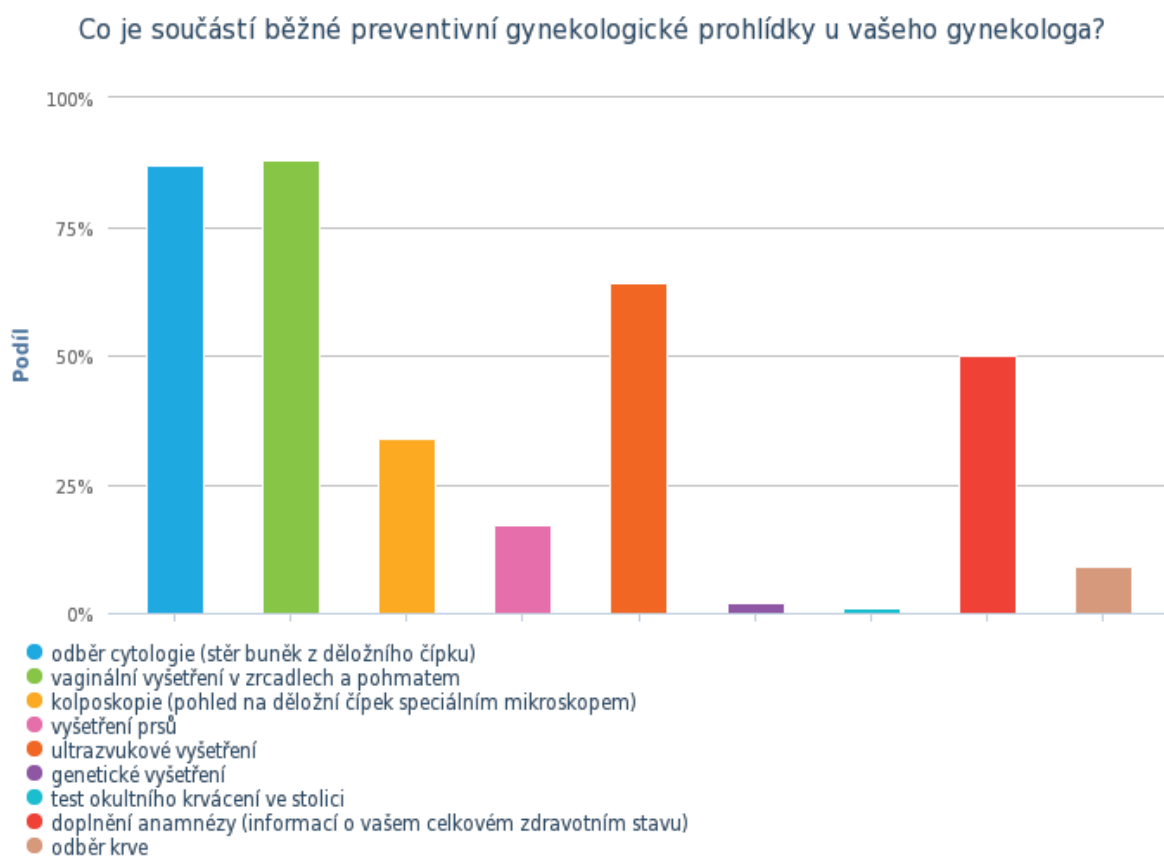
Otázka č. 9

Co je součástí běžné preventivní prohlídky u vašeho gynekologa? (vyberte jednu nebo více odpovědí)

Tabulka 9 Součástí preventivní prohlídky u gynekologa respondentek

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● odběr cytologie (stěr buněk z děložního čípku)	174	87 %
● vaginální vyšetření v zrcadlech a pohmatem	176	88 %
● kolposkopie (pohled na děložní čípek speciálním mikroskopem)	68	34 %
● vyšetření prsů	34	17 %
● ultrazvukové vyšetření	128	64 %
● genetické vyšetření	4	2 %
● test okultního krvácení ve stolici	2	1 %
● doplnění anamnézy (informací o vašem celkovém zdravotním stavu)	100	50 %
● odběr krve	18	9 %

Graf 9 Součástí preventivní prohlídky u gynekologa respondentek



V otázce č. 9 mohly respondentky označit více odpovědí z výběru, co vše je součástí běžné preventivní gynekologické prohlídky u jejich obvodního gynekologa. 87% podíl tvořila odpověď odběr cytologie a 88% podíl odpověď vaginální vyšetření v zrcadlech a pohmatem. 64% podíl představovala odpověď ultrazvukové vyšetření a 50% podíl doplnění anamnézy. Podíl 34 % utvářela odpověď kolposkopie, 17% podíl vyšetření prsů a 9% podíl odběr krve. Dva nejmenší podíly představovalo ve 2 % genetické vyšetření a v 1 % test na okultní krvácení ve stolici.

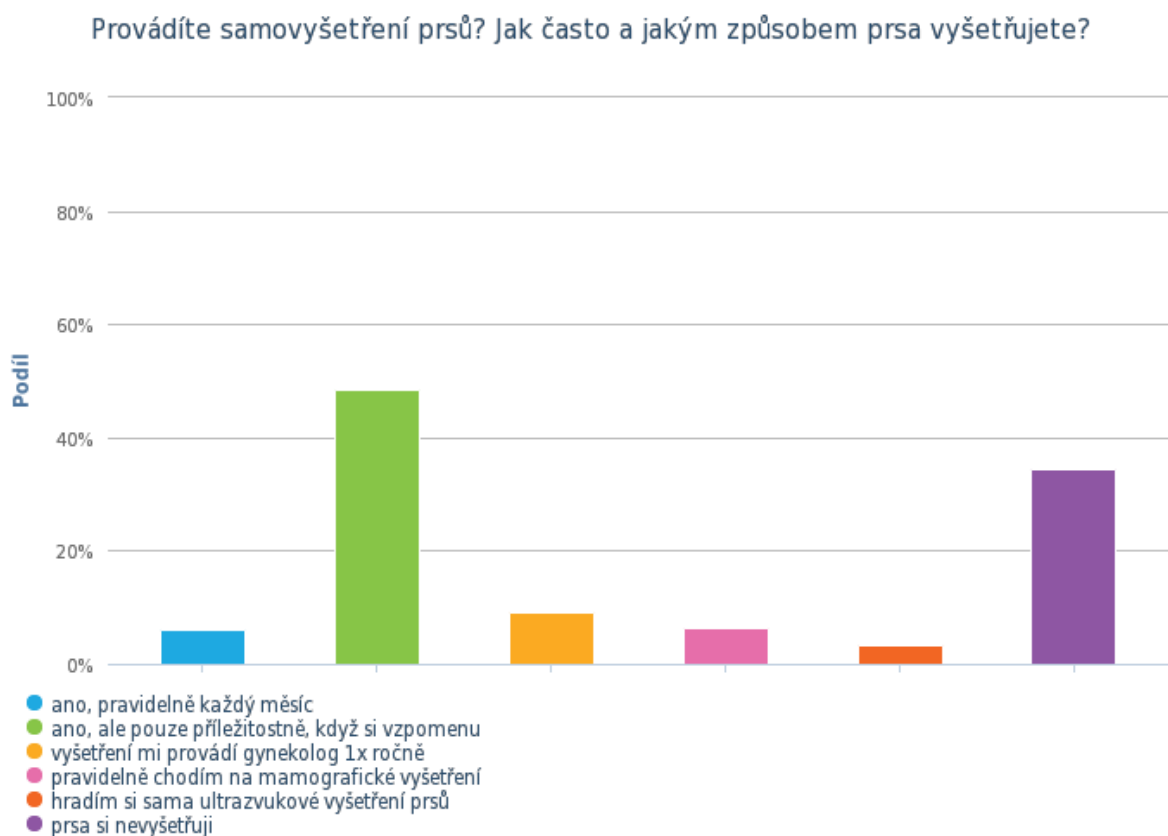
Otázka č. 10

Provádíte samovyšetření prsů? Jak často a jakým způsobem? (vyberte jednu nebo více odpovědí)

Tabulka 10 Provádění samovyšetření prsů

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
ano, pravidelně každý měsíc	12	6 %
ano, ale pouze příležitostně, když si vzpomenu	97	48,5 %
vyšetření mi provádí gynekolog 1x ročně	18	9 %
pravidelně chodím na mamografické vyšetření	13	6,5 %
hradím si sama ultrazvukové vyšetření prsů	7	3,5 %
prsa si nevyšetřuji	69	34,5 %

Graf 10 Provádění samovyšetření prsů



Otázkou č. 10 jsme chtěli zjistit, jestli ženy provádějí samovyšetření prsů, nebo si prsa nechávají vyšetřit odborníkem. Nejvíce respondentek, a to 48,5 % uvedlo, že si prsa samovyšetřuje pouze příležitostně. 34,5 % tázaných si prsa samostatně nevyšetřuje a ani si je vyšetřovat nenechávají. 9 % dotazovaných vyšetřuje prsa gynekolog 1x ročně. 6,5 % respondentek chodí pravidelně na mamograf. Pouze 6 % tázaných si prsa samovyšetřuje pravidelně každý měsíc, a 3,5 % dotazovaných si hradí samostatně ultrazvukové vyšetření.

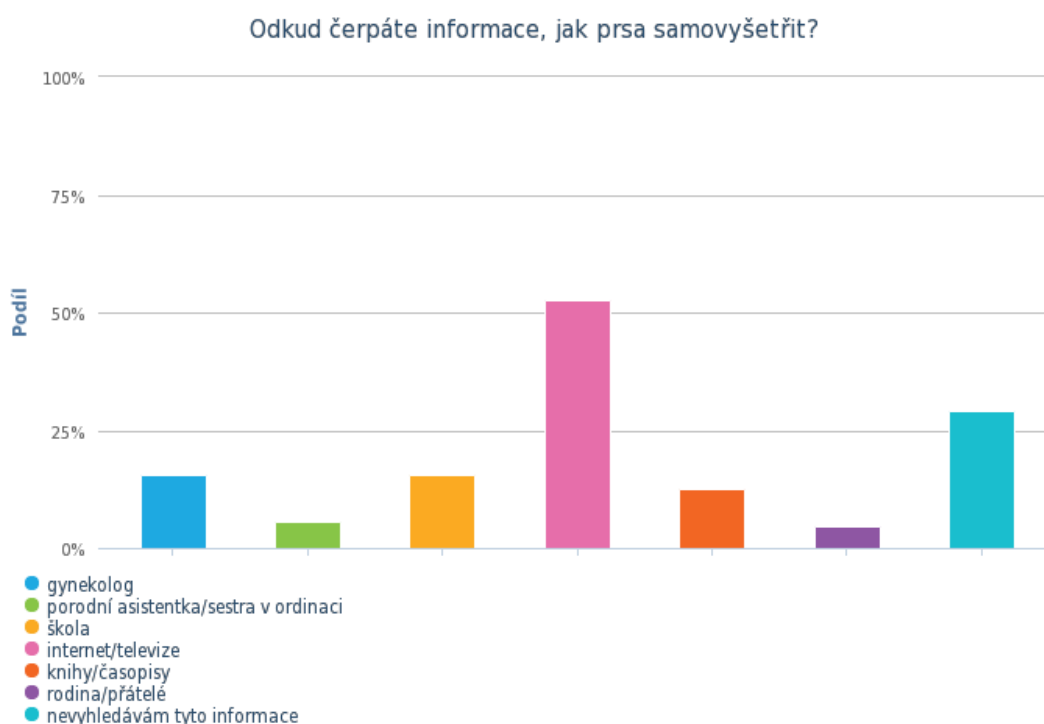
Otázka č. 11

Odkud čerpáte informace, jak prsa samovyšetřit? (vyberte jednu nebo více odpovědí)

Tabulka 11 informací o samovyšetření prsu

Možnosti odpovědi	Responzi	Podíl
● gynekolog	31	15,5 %
● porodní asistentka/sestra v ordinaci	11	5,5 %
● škola	31	15,5 %
● internet/televize	105	52,5 %
● knihy/časopisy	25	12,5 %
● rodina/přátelé	9	4,5 %
● nevyhledávám tyto informace	58	29,0 %

Graf 11 informací o samovyšetření prsu



Otázkou č. 11 jsme zjišťovali, kde respondentky čerpají informace o tom, jak samovyšetřit prsa. Bylo možné označit více odpovědí. Největší podíl 52 % činila odpověď internet/televize. Druhý nejvyšší podíl 29 % činila odpověď, že tázané tyto informace nevyhledávají. Shodný 15,5% podíl činila odpověď gynekolog a škola. 12,5% podíl knihy a časopisy a podíl 5,5 % porodní asistentka/sestra v ordinaci. 4,5% podíl tvořila odpověď rodina/přátelé.

Otázka č. 12

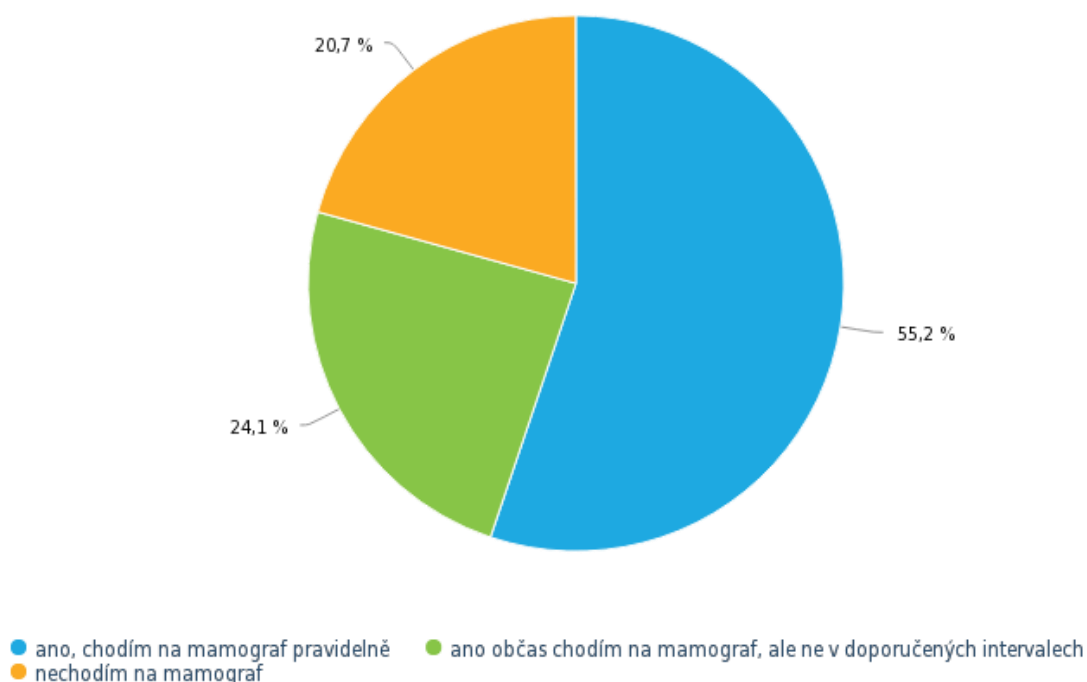
Účastníte se screeningového programu rakoviny prsu (mamograf)? (odpovězte, pokud spadáte do kategorie 45 a více let)

Tabulka 12 Účast na screeningovém programu rakoviny prsu

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● ano, chodím na mamograf pravidelně	16	55,2 %
● ano občas chodím na mamograf, ale ne v doporučených intervalech	7	24,1 %
● nechodím na mamograf	6	20,7 %

Graf 12 Účast na screeningovém programu rakoviny prsu

Účastníte se screeningového programu rakoviny prsu (mamograf)? (odpovězte, pokud spadáte do kategorie 45 a více let)



Otázkou č.12 jsme se ptali respondentek starších 45 let, zda se účastní screeningového programu rakoviny prsu a chodí na mamograf. Celkem odpovědělo 29 respondentek. 55,2 % uvedla, že na mamograf chodí pravidelně, 24,1 % tázaných občas chodí na mamograf, ale ne v doporučených intervalech. 20,7 % tázaných žen v dané věkové kategorii nechodí na mamograf vůbec.

Otázka č. 13

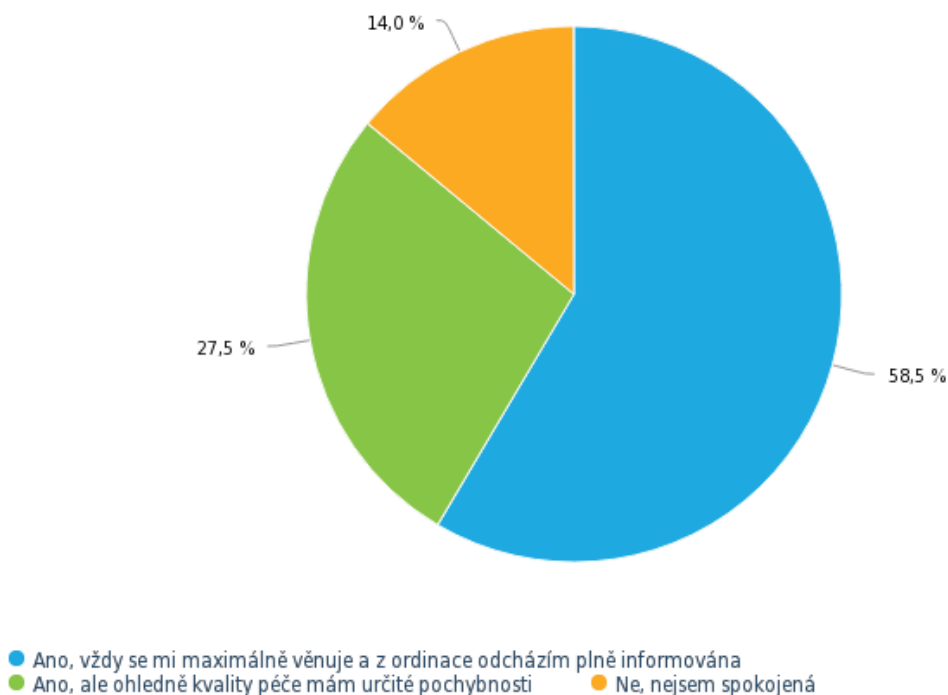
Jste spokojená s vaším gynekologem a s množstvím a kvalitou informací, které vám poskytuje? (vyberte jednu odpověď)

Tabulka 13 Spokojenost s gynekologem

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● Ano, vždy se mi maximálně věnuje a z ordinace odcházím plně informována	117	58,5 %
● Ano, ale ohledně kvality péče mám určité pochybnosti	55	27,5 %
● Ne, nejsem spokojená	28	14,0 %

Graf 13 Spokojenost s gynekologem

Jste spokojená s vaším gynekologem a s množstvím a kvalitou informací, které vám poskytuje?



Otázkou č.13 jsme zjišťovali, jak jsou tázané respondentky spokojené s množstvím a kvalitou informací, které jim poskytuje jejich obvodní gynekolog. 58 % tázaných uvedlo, že jsou se svým gynekologem maximálně spokojené. 27,5 % respondentek má ohledně kvality péče svého gynekologa určité pochybnosti a 14 % není spokojeno se svým gynekologem.

Otázka č.14

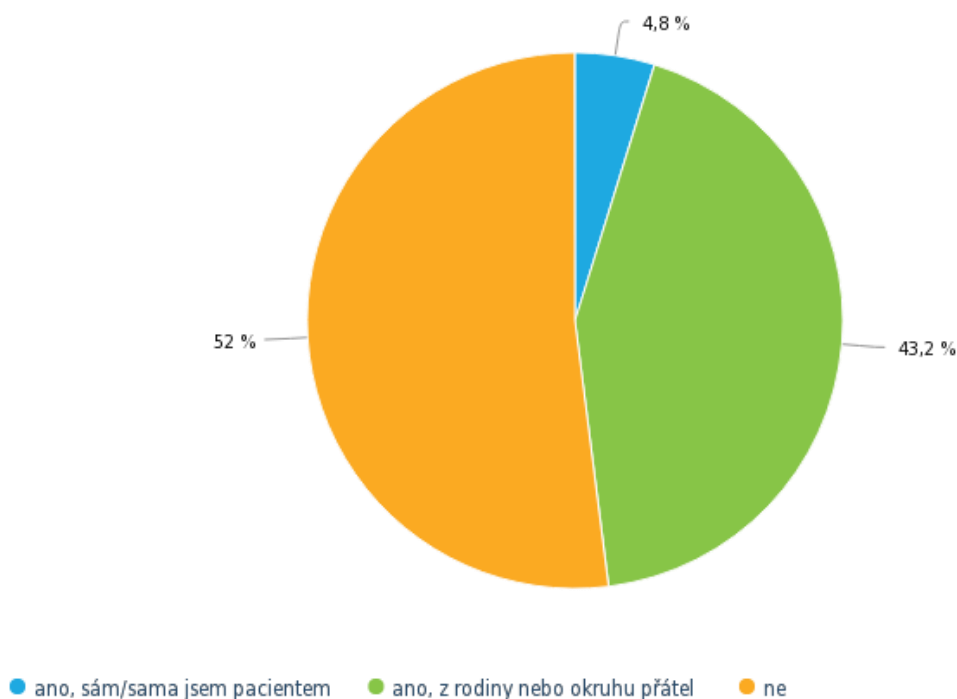
Máte osobní zkušenost s onkogynekologickým onemocněním? (rakovina prsu, děložního čípku, dělohy – endometria atd.) (vyberte jednu odpověď)

Tabulka 14 Zkušenost s onkogynekologickým onemocněním

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● ano, sám/sama jsem pacientem	12	4,8 %
● ano, z rodiny nebo okruhu přátel	108	43,2 %
● ne	130	52 %

Graf 14 Zkušenost s onkogynekologickým onemocněním

Máte osobní zkušenost s onkogynekologickým onemocněním? (rakovina prsu, děložního čípku, vaječníků, dělohy - endometria atd.)



Otázkou č. 14 jsme sledovali zkušenost respondentů s onkogynekologickým onemocněním. Na tuto otázku odpovídali ženy i muži. 52 % respondentů uvedlo, že nemají zkušenost s onkogynekologickým onemocněním. 43,2 % tázaných mělo zkušenost s onkogynekologickým onemocněním z rodiny nebo okruhu přátel a 4,8 % respondentů samo bylo onkologickým pacientem.

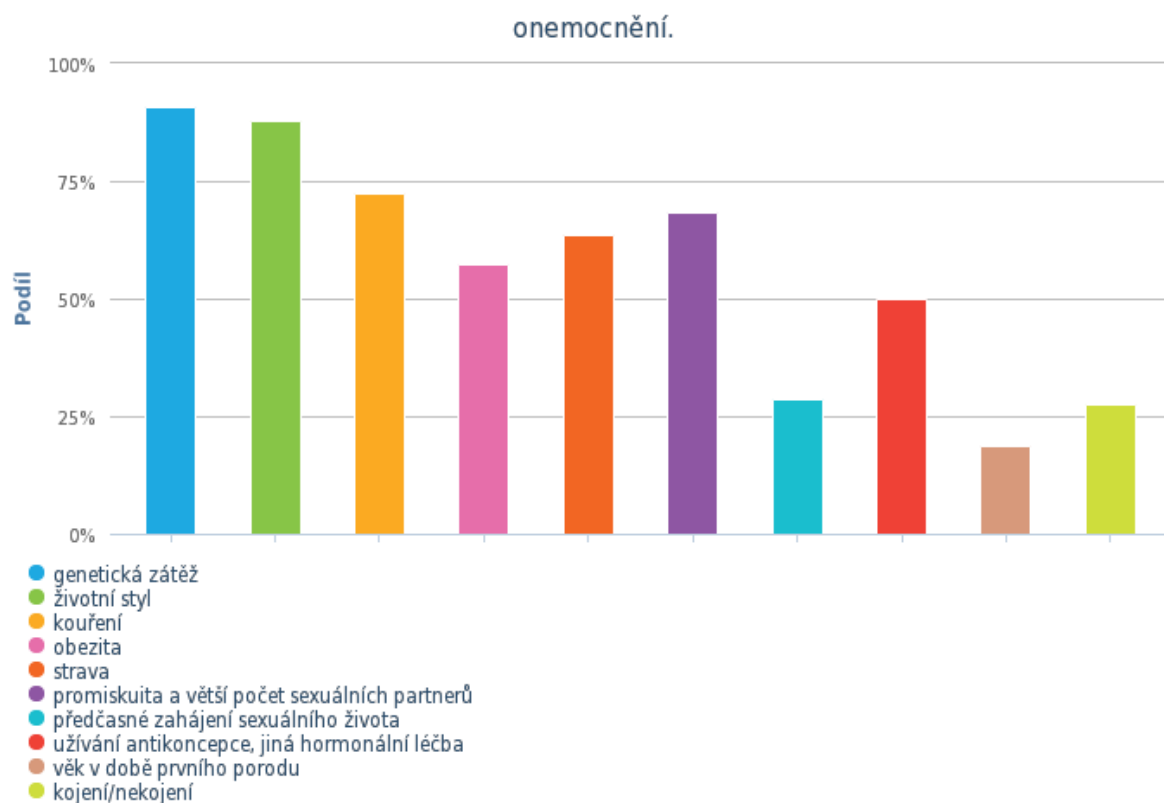
Otázka č.15

Vyberte z uvedeného vše, co může ovlivnit vznik onkogynekologického onemocnění.
(vyberte jednu nebo více odpovědí)

Tabulka 15 Rizikové faktory vzniku onkogynekologického onemocnění

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● genetická zátěž	227	90,8 %
● životní styl	220	88 %
● kouření	181	72,4 %
● obezita	143	57,2 %
● strava	159	63,6 %
● promiskuita a větší počet sexuálních partnerů	171	68,4 %
● předčasné zahájení sexuálního života	72	28,8 %
● užívání antikoncepce, jiná hormonální léčba	125	50 %
● věk v době prvního porodu	47	18,8 %
● kojení/nekojení	69	27,6 %

Graf 15 Rizikové faktory vzniku onkogynekologického onemocnění



Otázkou č. 15 jsme zjišťovali, co si respondenti myslí, že ovlivňuje vznik onkogynekologické onemocnění. Bylo možné označit více odpovědí. 90,8% podíl vytvářela odpověď genetická zátěž, 88% podíl životní styl, 72,4% podíl kouření, 68,4% podíl promiskuita a větší počet sexuálních partnerů, 63,6% podíl strava. Dále pak 57,2% podíl obezita, 50% podíl užívání antikoncepce a hormonální léčba, 28,8% podíl předčasné zahájení sexuálního života, 27,6% podíl kojení. Nejmenší podíl 18,8 %, utvářela odpověď věk v době prvního porodu.

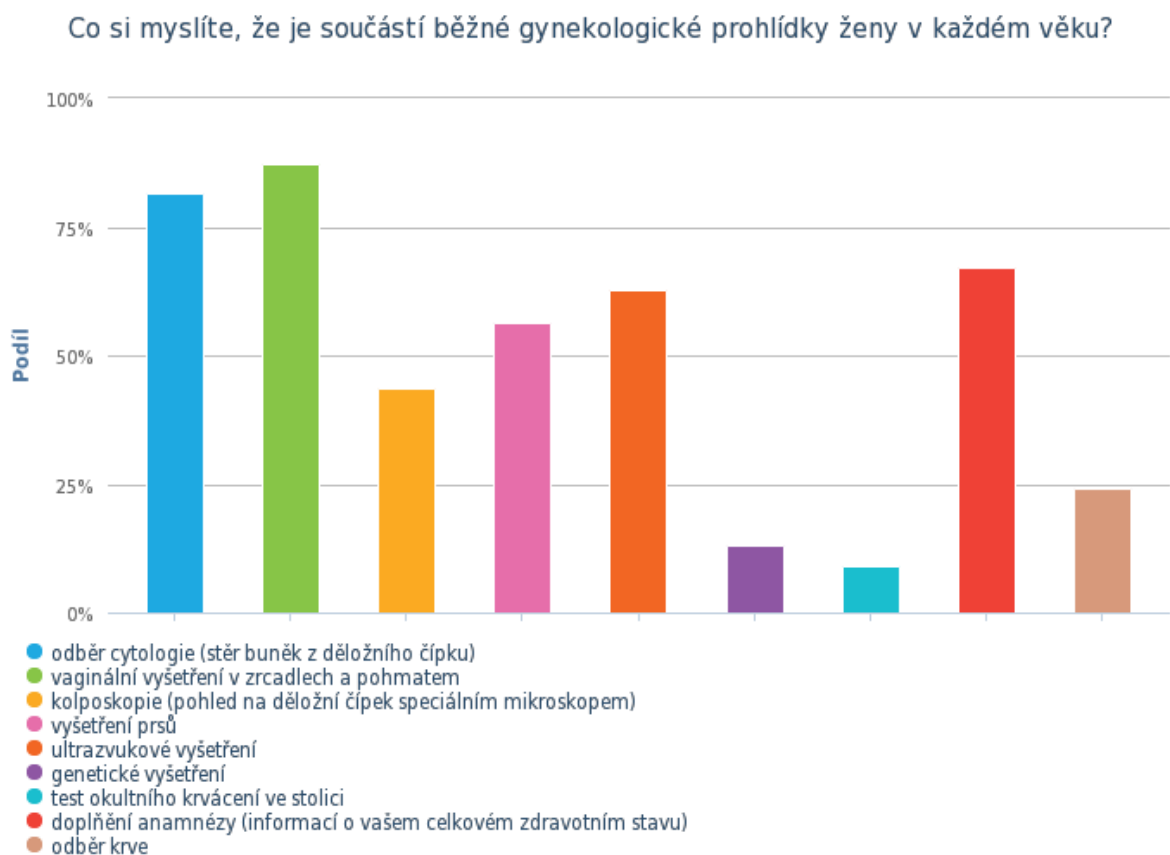
Otázka č.16

Co si myslíte, že je součástí běžné gynekologické prohlídky ženy v každém věku? (vyberte jednu nebo více odpovědí)

Tabulka 16 Součásti běžné gynekologické preventivní prohlídky ženy v každém věku

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● odběr cytologie (stěr buněk z děložního čípku)	204	81,6 %
● vaginální vyšetření v zrcadlech a pohmatem	218	87,2 %
● kolposkopie (pohled na děložní čípek speciálním mikroskopem)	109	43,6 %
● vyšetření prsů	141	56,4 %
● ultrazvukové vyšetření	157	62,8 %
● genetické vyšetření	33	13,2 %
● test okultního krvácení ve stolici	23	9,2 %
● doplnění anamnézy (informací o vašem celkovém zdravotním stavu)	168	67,2 %
● odběr krve	60	24 %

Graf 16 Součásti běžné gynekologické preventivní prohlídky ženy v každém věku



Cílem otázky č. 16 bylo zjistit, co si respondenti myslí, že je součástí běžné gynekologické prohlídky ženy v každém věku. Nejvyšší 87,2% podíl představovalo vaginální vyšetření. Dále pak 81,6% podíl odběr cytologie, 67,2% podíl doplnění anamnézy, 62,8% podíl ultrazvukové vyšetření, 56,4% podíl vyšetření prsů, 43,6% podíl kolposkopie. 24% podíl tvořila opověď odběr krve a 13,2% podíl odpověď genetické vyšetření. Nejmenší podíl, 9,2 %, představovala odpověď test okultního krvácení ve stolici.

Otázka č.17

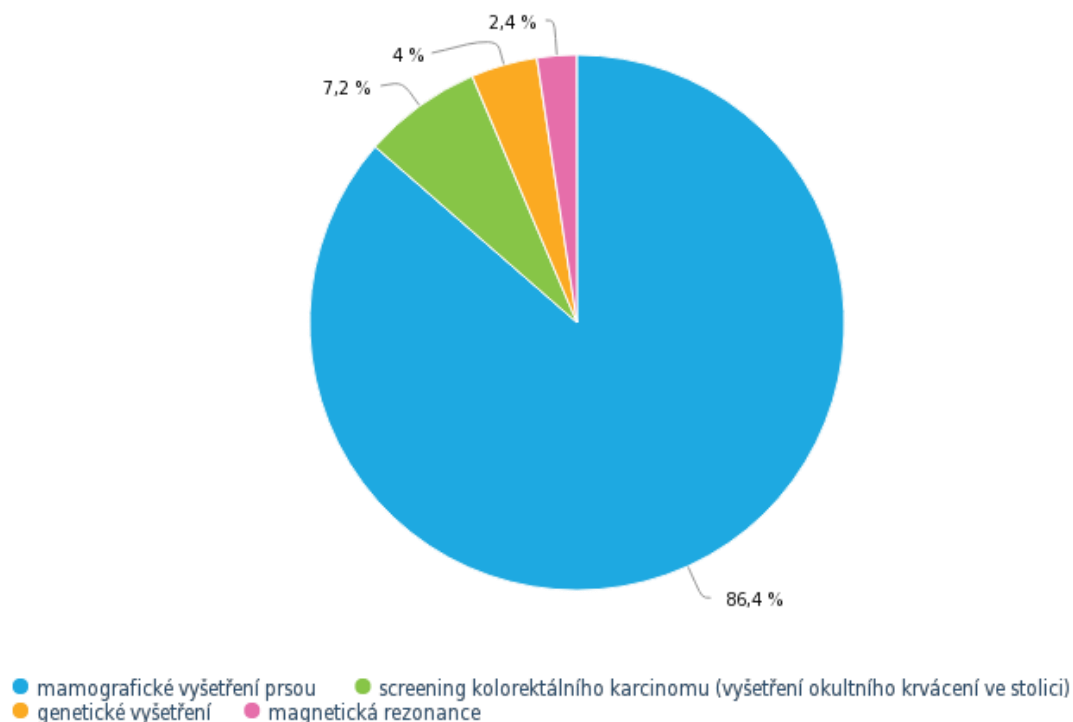
Co z uvedeného patří navíc k preventivní gynekologické prohlídce u žen ve věku 45 a více let? (vyberte jednu odpověď)

Tabulka 17 Informace o vyšetření navíc u žen ve věku 45 a více let

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● mamografické vyšetření prsou	216	86,4 %
● screening kolorektálního karcinomu (vyšetření okultního krvácení ve stolici)	18	7,2 %
● genetické vyšetření	10	4 %
● magnetická rezonance	6	2,4 %

Graf 17 Informace o vyšetření navíc u žen ve věku 45 a více let

Co z uvedeného patří navíc k preventivní gynekologické prohlídce u žen ve věku 45 a více let?



Otázkou č.17 jsme se ptali respondentů, co z uvedené nabídky patří navíc k preventivnímu vyšetření u žen ve věku 45 a více let. 86,4 % respondentů správně odpovědělo, že se jedná o mamografické vyšetření. 7,2% tázaných uvedlo screening kolorektálního karcinomu a 4 % genetické vyšetření. 2,4 % respondentů vybralo z nabídky magnetickou rezonanci.

Otázka č. 18

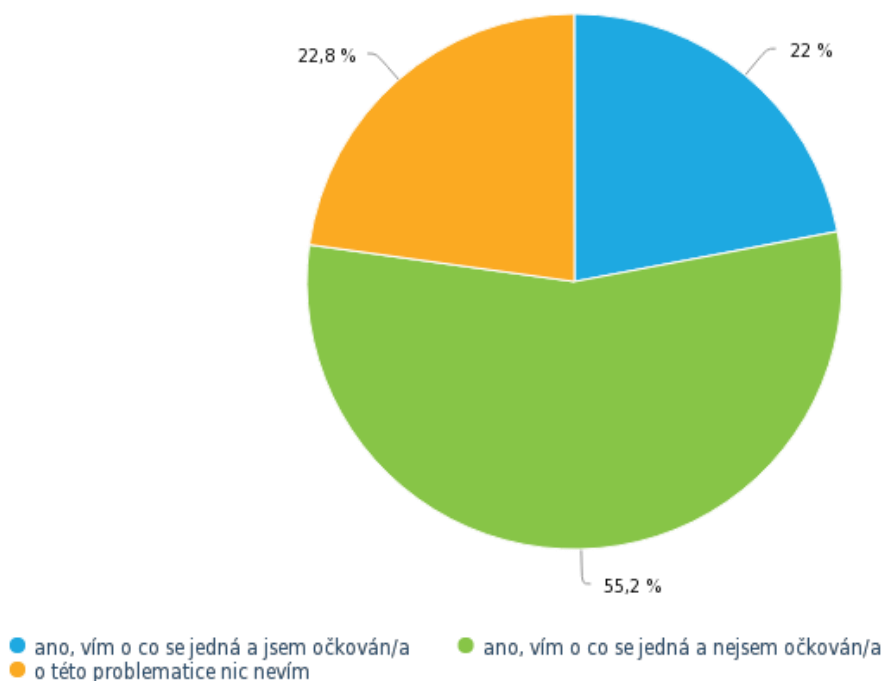
Máte informace o problematice HPV a byl/a jste očkovan/a vakcínou Cervarix/Silgard? (HPV je lidský papilomavirus = faktor vyvolávající u žen rakovinu děložního čípku, u žen i mužů kondylomata – genitální bradavice) (vyberte jednu odpověď)

Tabulka 18 Informace o HPV problematice

Možnosti odpovědi	Responzí	Podíl
• ano, vím o co se jedná a jsem očkovan/a	55	22 %
• ano, vím o co se jedná a nejsem očkovan/a	138	55,2 %
• o této problematice nic nevím	57	22,8 %

Graf 18 Informace o HPV problematice

Máte informace o problematice HPV a byl/a jste očkovan/a vakcínou Cervarix/Silgard/Gardasil? (lidský papilomavirus = faktor vyvolávající u žen rakovinu děložního čípku, u mužů i žen kondylomata - genitální bradavice)



Otázkou č.18 jsme zjišťovali míru informovanosti o HPV a proočkovanosti našeho výzkumného souboru proti tomuto viru. 55,2 % respondentů odpovědělo, že má informace o HPV problematice, ale nejsou očkováni. 22,8 % tázaných nevědělo o HPV problematice nic. 22 % respondentů bylo znalých této problematiky a proti HPV viru se nechalo očkovat. Tato otázka byla filtrační a respondenti, kteří nebyli očkováni, nebo o problematice HPV nic nevěděli, přešli k otázce č.19. Znalí této problematiky přešli k otázce č.20.

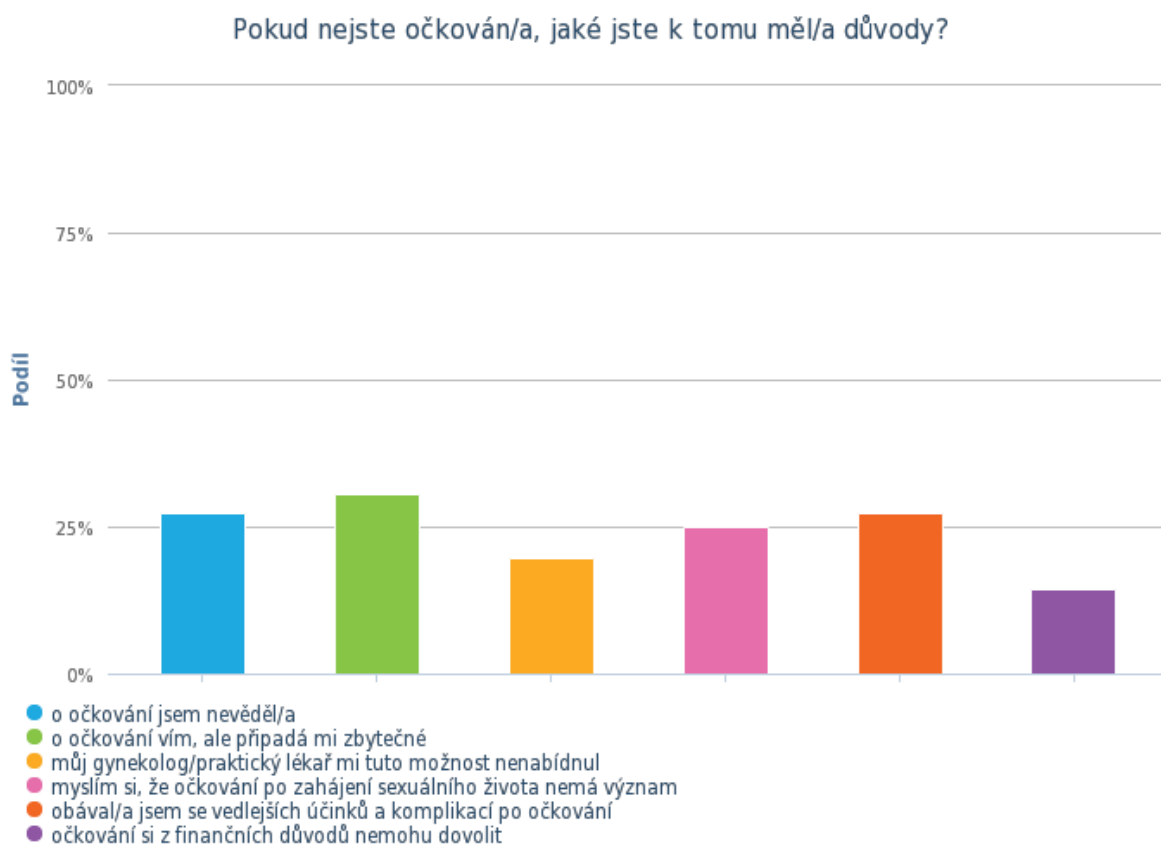
Otázka č.19

Pokud nejste očkovan/a, jaké jste k tomu měl/a důvody? (vyberte jednu nebo více odpovědí)

Tabulka 19 Informace o důvodech neočkování proti HPV

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● o očkování jsem nevěděl/a	51	27,3 %
● o očkování vím, ale připadá mi zbytečné	57	30,5 %
● můj gynekolog/praktický lékař mi tuto možnost nenabídnul	37	19,8 %
● myslím si, že očkování po zahájení sexuálního života nemá význam	47	25,1 %
● obával/a jsem se vedlejších účinků a komplikací po očkování	51	27,3 %
● očkování si z finančních důvodů nemohu dovolit	27	14,4 %

Graf 19 Informace o důvodech neočkování proti HPV



Otázkou č.19 jsme zjišťovali, jaké mají respondenti našeho výzkumu důvody, proč nejsou očkovaní proti HPV. Bylo možné vybrat více odpovědí. Na tuto otázku odpovídalo celkem 195 respondentů. 30,5% podíl tvořila odpověď, že tázaní o očkování věděli, ale připadalo jim zbytečné. 27,3% podíl shodně představovaly odpovědi, že respondenti o očkování nevěděli a odpověď, že se obávali vedlejších účinků a komplikací po očkování. 25,1% podíl tvořila odpověď respondentů, kteří si mysleli, že je očkování po zahájení

sexuálního života zbytečné. Gynekolog nebo praktický lékař nenabídl respondentům očkování proti HPV v podílu 19,8 %. Očkování si z finančních důvodů nemohlo dovolit v podílu 14,4 % tázaných.

Otázka č.20

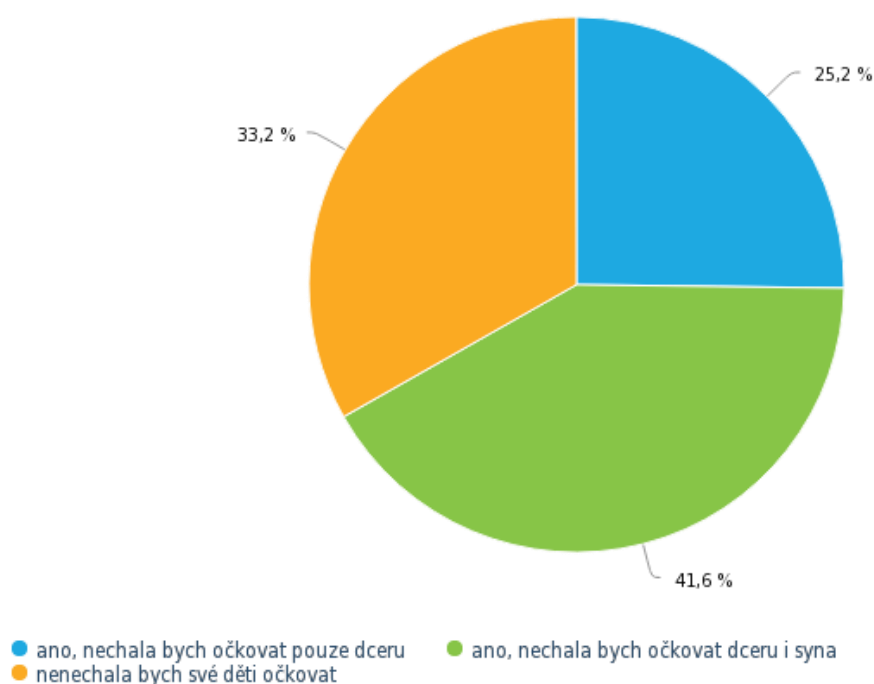
Nechal/a byste svou dceru a syna očkovat proti HPV infekci? (očkování je plně hrazeno zdravotní pojišťovnou pro dívky i chlapce ve věku 13-14 let)

Tabulka 20 Očkování dětí proti HPV

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
• ano, nechala bych očkovat pouze dceru	63	25,2 %
• ano, nechala bych očkovat dceru i syna	104	41,6 %
• nenechala bych své děti očkovat	83	33,2 %

Graf 20 Očkování dětí proti HPV

Nechal/a byste svou dceru a syna očkovat proti HPV infekci? (očkování je plně hrazeno zdravotní pojišťovnou pro dívky i chlapce ve věku 13-14 let)



Otázkou č.20 jsme zjišťovali, jaký mají respondenti názor na očkování proti HPV a zdali by nechali očkovat své děti. Z odpovědí vyplynulo, že 41 % tázaných by proti HPV nechalo dceru i syna. 33,2 % respondentů by své děti proti tomuto viru nenechalo očkovat. 25,2 % respondentů by nechalo očkovat pouze svoji dceru.

Otázka č.21

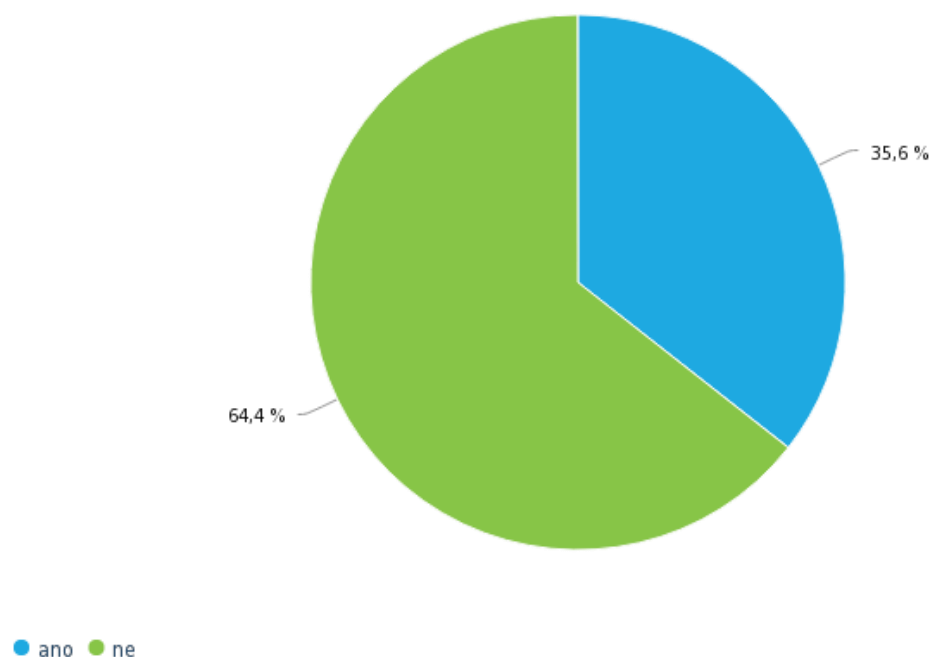
Byla prevenci onkogynekologických onemocnění věnována i část výuky ve vaší škole? (samovyšetření prsu, bezpečný pohlavní život atd.) (vyberte jednu odpověď)

Tabulka 21 Prevence onkogynekologických onemocnění na školách

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
• ano	89	35,6 %
• ne	161	64,4 %

Graf 21 Prevence onkogynekologických onemocnění na školách

Byla prevenci onkogynekologických onemocnění věnována i část výuky ve vaší škole? (samovyšetření prsu, bezpečný pohlavní život atd.)



Otázka č.21 zjišťovala informace ohledně výuky prevence onkogynekologických onemocnění na školách. Nadpoloviční většina respondentů, a to 64,4 % odpověděla, že žádná výuka tohoto typu na školách neprobíhala. 35,6 % tázaných uvedlo, že prevenci onkogynekologických onemocnění byla věnována část výuky na školách.

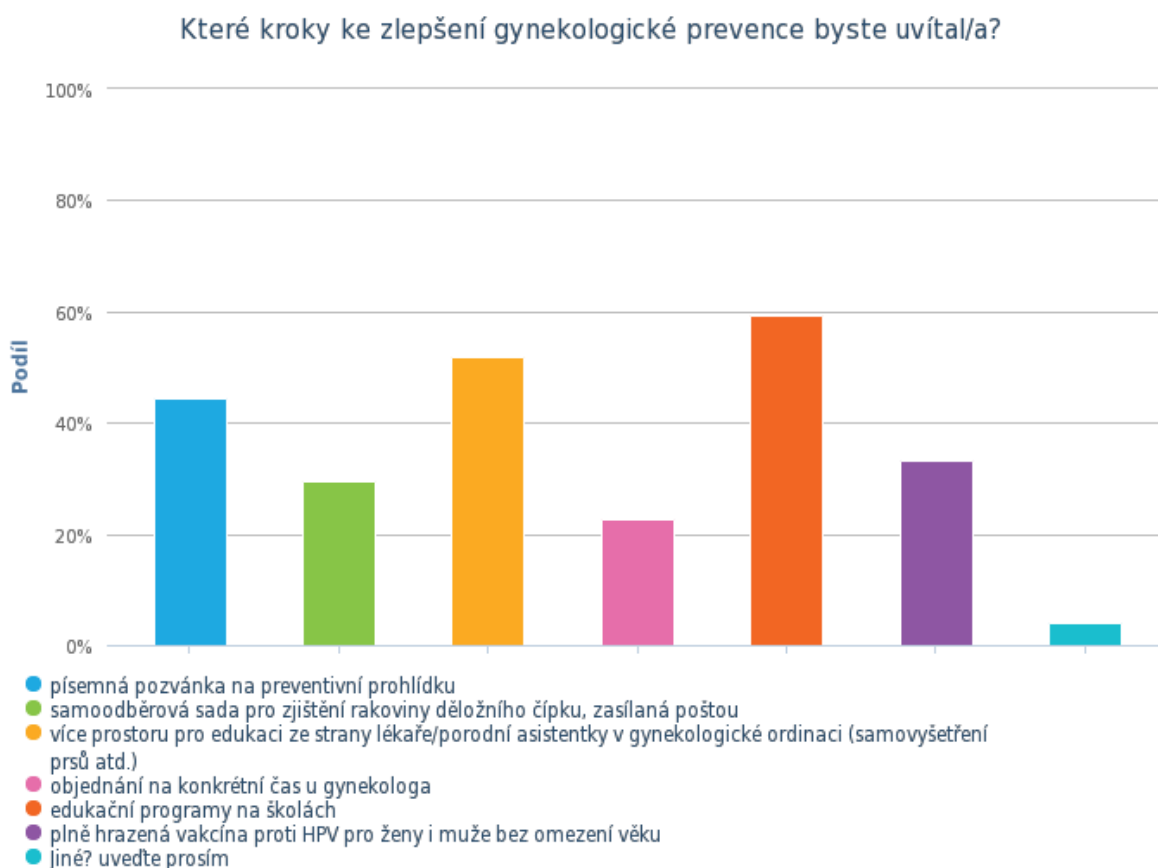
Otázka č.22

Které kroky ke zlepšení gynekologické prevence byste uvítal/a? (vyberte jednu nebo více odpovědí)

Tabulka 22 Kroky ke zlepšení prevence

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● písemná pozvánka na preventivní prohlídku	111	44,4 %
● samoodběrová sada pro zjištění rakoviny děložního čípku, zasílaná poštou	74	29,6 %
● více prostoru pro edukaci ze strany lékaře/porodní asistentky v gynekologické ordinaci (samovyšetření prsů atd.)	130	52 %
● objednání na konkrétní čas u gynekologa	57	22,8 %
● edukační programy na školách	148	59,2 %
● plně hrazená vakcína proti HPV pro ženy i muže bez omezení věku	83	33,2 %
● Jiné? uveďte prosím	10	4 %

Graf 22 Kroky ke zlepšení prevence



Otázkou č.22 jsme zjišťovali, jaké kroky ke zlepšení gynekologické prevence by respondenti uvítali. Bylo možné zvolit více odpovědí a pod odpovědí jiné mohli účastníci výzkumu napsat svůj vlastní tip ke zlepšení gynekologické prevence. V podílu 59,2 % respondenti uvedli, že by uvítali edukační programy na školách. 52% podíl tvořila odpověď,

že by respondenti ocenili více prostoru pro edukaci v prevenci ze strany lékaře a porodní asistentky. 44,4% podíl činila odpověď písemná pozvánka na vyšetření. V podílu 33,2% by tázání přivítali plně hrazenou vakcínu proti HPV pro ženy i muže bez omezení věku. V podílu 29,6 % by respondenti přijali ke zlepšení prevence samoodběrovou sadu k HPV testování rozesílanou poštou. 22,8% podíl tvořila odpověď objednání se na konkrétní čas ke gynekologovi. Odpověď jiné využilo 10 respondentů. V návrzích na zlepšení gynekologické prevence bylo ve 3 odpovědích přání zapojit více komunitní porodní asistentky do péče o ženu v domácím prostředí. Ve 2 odpovědích stálo, že je prevence dostatečná a není třeba ji zlepšovat. 1 respondent si přál plně hrazené, blíže nespecifikované, vakcíny pro ženy po onkogynekologické léčbě. 1 respondent by uvítal důslednější vyšetření vaječníku při preventivní gynekologické prohlídce a 1 tázaný by chtěl vylepšit vyhodnocování cytologie. 1 respondent by zlepšil informovanost veřejnosti pomocí medializace onkogynekologické problematiky.

9 Diskuze – vyhodnocení cílů práce

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 250 respondentů. Dotazníky byly vyplněny v plném rozsahu, čímž jsme získali dostatek informací k vyhodnocení stanovených cílů práce. Otázky č.1-3 charakterizovaly výzkumný soubor. Dotazník vyplnilo 200 žen a 50 mužů. Převážná většina respondentů byla ve věku 18-35 let a bezmála polovina z nich byla vysokoškolsky vzdělaná. Muži vynechali otázky č.4-13, které byly tematicky laděny pouze pro ženy a odpovídali dál od otázky č.14. To, že je onkogynekologická problematika aktuálním tématem dokazuje právě otázka č.14. V ní 43,2 % respondentů uvedlo, že má s tímto typem onemocnění zkušenost z rodiny nebo okruhu přátel, a 4,8 % našich respondentů je dokonce samo onkologickým pacientem.

Dílčím cílem č. 1 bylo zjistit, zda ženy chodí na pravidelné preventivní gynekologické prohlídky. Z našeho výzkumu vyplynulo, že 63 % respondentek chodí na preventivní gynekologickou prohlídku 1x ročně a dalších 20 % respondentek dokonce 2x a vícekrát ročně. Výsledek, že převážná většina tázaných žen chodí na pravidelnou preventivní gynekologickou prohlídku, nás mile potěšil. K podobnému výsledku dospěl i výzkum Orságové (2018), která ve své práci při výzkumném vzorku 170 žen dospěla k výsledku, kdy 74,12 % jejích respondentek docházelo k pravidelné gynekologické prevenci 1x a vícekrát ročně. Doplnující otázkou k tomuto dílčímu cíli práce byla otázka č. 4, kdy jsme se ptali v kolika letech respondentky začaly na gynekologii docházet. 24 % žen odpovědělo, že poprvé navštívilo gynekologa ve svých 15 letech. Převážná většina tázaných první návštěvu gynekologie absolvovala do svých 21 let. Zajímavým doplněním byla otázka č.5 a odpovědi na dotaz, co bylo prvním důvodem žen k vyhledání gynekologa. 40 % respondentek uvedlo, že to byla právě preventivní prohlídka a v druhé nejčastější odpovědi a podílu 34 % to byl zájem žen předepsat antikoncepci.

Dílčím cílem č.2 jsme zjišťovali, jaký je postoj laické veřejnosti k HPV problematice. Otázkou č.18 jsme zjistili, že z celkového počtu 250 respondentů mělo pouze 55 tázaných mělo informace o HPV a bylo očkováných. 57 respondentů dokonce o HPV nikdy neslyšelo. V následující otázce jsme se ptali, jaké jsou důvody 195 respondentů proto, že se nenechali proti HPV očkovat. Dominovala odpověď, že jim očkování připadá zbytečné a že mají obavy z vedlejších účinků vakcíny. Dále pak to, že jim lékař tuto možnost ani nenabídl a přesvědčení, že je očkování po zahájení sexuálního života zbytečné. Cena vakcíny byla překvapivě až posledním důvodem, proč se nenechali naši respondenti očkovat. Zpětně jsme si uvědomili, že by bylo vhodné jako jednu z odpovědí uvést i možnost nejsem očkován/a, ale mám v plánu se nechat naočkovat. Chlábek (2019) ale uvádí, že z provedených populačních a metaanalytických studií vyšlo najevo, že očkováním dospělých, kteří jsou sexuálně aktivní a s HPV viry se již setkali, nebo je jim diagnostikován abnormální cytologický nálezy, účinnost tohoto očkování klesá. Z předchozího rozboru dílčího cíle č.1 víme, že vysoké procento žen má zájem o předepsání antikoncepce při své

první návštěvě gynekologa. Dle odborné literatury je účinnost vakcíny proti HPV nejvyšší, pokud se nechá očkovat HPV naivní populace před zahájením pohlavního života. (Mladěnka, 2018) Bylo by tedy výhodou očkovat dívky a chlapce v ordinaci lékaře pro děti a dorost dříve, než si mladé dívky dochází ke gynekologovi předepisovat antikoncepci po zahájení sexuálního života. Proto jsme se otázkou č.20 ptali našich respondentů, zda by své děti proti HPV nechali očkovat. Souhlas zákonného zástupce je nutný pro očkování dětí věku 13-14 let, kdy je vakcína zdravotní pojišťovnou plně hrazena. Dozvěděli jsme se, že by 41 % respondentů nechalo očkovat svou dceru i syna. 33,2 % respondentů, kteří by své děti nenechali očkovat, zřejmě reflektují aktuální trend doby neočkování. 25,2 % tázaných, kteří by nechali očkovat pouze svou dceru, zřejmě nemá informace o prospěšnosti očkování u chlapců. Z výsledků je patrné, že by bylo dobré zvýšit povědomí o HPV problematice a prospěšnosti očkování u laické veřejnosti.

Dílčím cílem č. 3 bylo zjistit aktivitu žen a jejich gynekologů v prevenci nádorového onemocnění prsu. Šašková (2016) v souhrnném článku předložila výsledky studií zabývajících se efektivitou samovyšetření prsu. Z většiny studií vyplynulo, že samovyšetření prsu nevede k časnější diagnostice nádoru a ani nesnižuje mortalitu na toto onemocnění. Zvyšuje však počet provedených mamografických a ultrazvukových vyšetření a počet biopsií bez patologického nálezu. Autoři studií se shodují, že jedinou efektivní metodou vedoucí ke snížení mortality karcinomu prsu je pravidelný mamografický screening. Abrahámová (2019) naopak uvádí, že i přes pravidelný mamografický screening každé 2 roky je nutné v mezidobí provádět samovyšetření prsů a v případě jakéhokoliv podezření na malignitu vyhledat lékaře. Zajímalo nás, jak jsou v tomto směru erudované naše respondentky. 48,5 % tázaných uvedlo, že si prsy příležitostně samovyšetřují. 34,5 % žen z našeho výzkumu si naopak prsa nevyšetřuje vůbec. 29 respondentek spadalo věkovou kategorií 45 a více let do screeningového mamografického programu. 55,2 % z nich pravidelně na mamograf chodí. Zbytek žen v dané kategorii uvedlo, že chodí na mamograf pouze příležitostně, což je značně neefektivní, nebo se screeningu neúčastní vůbec. Zjišťovali jsme také aktivitu obvodních gynekologů v prevenci nádorového onemocnění prsu. Pouze 17 % respondentek uvedlo, že jim gynekolog prsy vyšetřuje při preventivní gynekologické prohlídce. Což se odráží i v odpovědích na otázku, odkud ženy čerpají informace o samovyšetření prsů. Primárním zdrojem informací pro ně nebyl gynekolog nebo porodní asistentka z ordinace, nýbrž internet a televize. Vysoké procento žen, a to 29 %, uvedlo, že tyto informace ani nevyhledává. Přesto se 56,4 % všech respondentů domnívá, že vyšetření prsů je běžnou součástí pravidelné preventivní gynekologické prohlídky. Incidence karcinomu prsu světově rapidně stoupá. Odborné světové studie sice ukazují, že samovyšetření prsů není příliš přínosné, ale my se domníváme, že by každá žena měla být vzdělaná v této oblasti a měla by včas umět rozpoznat patologické odchylky v oblasti prsou.

V dílčím cíli č.4 jsme zjišťovali, jestli byla onkogynekologické prevenci věnována i část výuky na školách respondentů. Pouze 35,6 % respondentů uvedlo, že se ve škole této

problematice věnovali. Celých 64,4 % tázaných odpovědělo, že se onkogynekologické prevenci ve škole nevěnovali. Většina respondentů však správně identifikovala významné rizikové faktory ovlivňující vznik onkologických onemocnění. Pro porovnání zkušeností s výukou této problematiky na školách jsme si z onkogynekologických onemocnění vybrali opět otázku HPV a rakoviny děložního čípku. Toto téma by mělo být úzce spjato právě se školou povinnými dětmi, protože ve věku 13-14 let docházejí k očkování proti HPV, začínají sexuálně žít a poprvé zkouší i návykové látky. Vágnerová se ve své diplomové práci z roku 2019 zabývala rakovinou děložního čípku a možnostech prevence, a jejího výzkumu se zúčastnilo celkem 345 respondentek ve věku 15-25 let. Tato práce byla vybrána záměrně, a to proto, že tyto respondentky na rozdíl od mých respondentů, převážně stále chodí do školy, a věkem již spadaly do zavedeného systému placené vakcinace proti HPV a očekávalo by se, že jsou v této oblasti více vzdělané. Ve výzkumu Vágnerové (2019) odpovědělo dokonce větší procento, a to 75 % respondentek, že se HPV problematice ve škole nevěnovali, a učitele jako edukátora v této oblasti uvedlo jen 7 % tázaných. Pouze 16 % respondentek vědělo, že je rakovina děložního čípku způsobena HPV a celých 73 % respondentek neznalo možnosti screeningu rakoviny děložního hrdla. Z obou výzkumů je tedy patrné, že je nutné vzdělávat žáky na školách v tématu onkogynekologické prevence. 59,2 % našich respondentů by uvítalo více edukačních programů na školách v rámci zlepšení prevence těchto onemocnění. Domníváme se, že pokud není rodina schopna své děti v této oblasti poučit, měla by základní informace dětem předat škola. Minimálně je poučit o důležitosti pravidelné preventivní prohlídky, a to nejen gynekologické.

Dílčím cílem č.5 jsme chtěli zjistit, jaké kroky ke zlepšení prevence onkogynekologických onemocnění by laická veřejnost uvítala. Nejvyšší podíl z odpovědí získalo právě přání věnovat více pozornosti onkogynekologickým onemocněním v edukačních programech na školách. Respondenti by si také přáli, aby lékař nebo porodní asistentka v ordinaci věnovali více prostoru edukaci například v samovyšetření prsu. Třetí nejčastější odpověď byla písemná pozvánka na preventivní prohlídku. Projekt adresného zvaní občanů do preventivních programů již funguje od roku 2014, a to konkrétně na screening karcinomu prsu, děložního čípku a kolorekta. Pozvánky chodí ale jen těm lidem, kteří se screeningu dlouhodobě neúčastní, a pokud se k lékaři nedostaví na první pozvání, jsou obesíláni opakovaně. Z vyhodnocení tohoto projektu z let 2014-2017, kdy bylo rozesláno 6 milionů pozvánek, vyšlo najevo, že velmi vysoké procento lidí k vyšetření stále nedochází. Byla také zjištěna neochota občanů účastnit se screeningu opakovaně, například po negativním výsledku předešlého testování. (Ngo, 2019) V tomto projektu je určitě zapotřebí pokračovat dál a motivovat veřejnost v účasti. Respondenti našeho výzkumu by písemnou pozvánku uvítali i na běžnou preventivní prohlídku.

Vysoké procento respondentů z odpovědí vybralo i plně hrazené vakcíny proti HPV pro ženy i muže bez omezení věku jako možnost ke zlepšení prevence vzniku onkogynekologických onemocnění. Plně hrazené očkování pro dívky ve věku 13-14 let bylo

zavedeno v České republice v roce 2012 a pro chlapce v roce 2018. Pouze 22 % našich respondentů bylo očkováno vakcínou proti HPV, a proto zřejmě ve vysoké míře pro tuto možnost hlasovali. Přesto, že je vakcinace nejefektivnější v HPV naivní populaci, z očkování může dle Mladěnký (2019) profitovat každá žena.

Další žádanou možností ke zlepšení onkogynekologické prevence byla samoodběrová sada ke zjištění přítomnosti HPV. Domníváme se, že o této metodě ženy často ani nevědí, proto zřejmě dostala tato odpověď menší procento hlasů. Pilotní studie pro využití samoodběrové sady v České republice představila zajímavé výsledky. Vyšlo najevo, že samoodběr cervikovaginálního stěru umožňuje získat validní výsledky HPV genotypizace. Účastnice navíc tuto metodu velmi dobře přijaly a samoodběr bezproblémově zvládly v domácích podmínkách. Tato metoda by mohla výrazně přispět k záchytu časných stádií cervikálního karcinomu. Cílovou skupinou by pak byly ty ženy, které se neúčastní screeningu a nereagují na písemné pozvánky. (Ondryášová, 2015) Otázkou zůstává, zdali by je i tento krok k účasti přesvědčil.

Dlouhá čekací doba na vyšetření v ordinaci gynekologa je známým faktem. Respondenti by si tak přáli zkrátit čekací dobu a mít možnost objednání se na konkrétní čas.

Dílním cílem č. 6 jsme zjišťovali, jak jsou muži znalí v oblasti gynekologické prevence. V dotazníku jsme vyfiltrovali z otázky na pohlaví pouze odpovědi mužů. V otázce, kdy respondenti vybírali rizikové faktory ovlivňující vznik onkogynekologického onemocnění, muži správně zaškrtili všeobecně známé faktory jako genetickou zátěž, kouření, nebo obezitu. Avšak odpověď předčasné zahájení sexuálního života, věk v době prvního porodu a kojení/nekojení z výběru označila jen hrstka dotazovaných. V otázce na součásti běžné preventivní gynekologické prohlídky muži neprokázali příliš mnoho znalostí. 32 % z nich si myslelo, že je součástí běžné preventivní prohlídky screening kolorektálního karcinomu, 44 % mužů označilo odběr krve, 26 % dokonce genetické vyšetření. Odběr cytologie a vyšetření prsů označilo 50 % mužů. Ženy starší 45 let by 66 % mužů poslalo na mamograf, 14 % na screening kolorektálního karcinomu, 12 % na genetické vyšetření a 8 % mužů se domnívalo, že je správnou odpovědí magnetická rezonance. 68 % mužů nic nevědělo o HPV problematice, 30 % vědělo, o co se jedná, ale nebyli očkováni, a pouze 1 muž ze všech dotazovaných byl očkován. Podílem 64 % mužů nevědělo, že existuje očkování proti HPV, ale 52 % mužů by nechalo očkovat své děti obou pohlaví. Proti očkování bylo pouze 14 % mužů. 82 % mužů uvedlo, že onkogynekologické prevenci se ve škole nevěnovali, což je z odpovědí patrné. Muži by v rámci zlepšení prevence onkogynekologických onemocnění nejvíce uvítali pozvánky k preventivním prohlídkám, více edukace ve školách a ordinacích lékařů. Domníváme se, že by i muži měli mít základní znalosti z oblasti gynekologie, jakožto běžné součásti péče o zdraví jejich partnerek.

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit postoj laické veřejnosti k preventivním gynekologickým prohlídkám a screeningovým programům. Výbornou zprávou je, že z celkového počtu 200 respondentek jich 83 % chodí každoročně na pravidelné preventivní gynekologické prohlídky. Z toho tedy usuzujeme, že se účastní i screeningu karcinomu děložního hrdla. Proočkovanost našich respondentů proti HPV však byla velmi nízká, očkovaných bylo pouze 22 % tázaných. To mohlo být zapříčiněno i vyšším věkem respondentů a tím, že v roce 2012 přesáhli věkovou hranici 13-14 let a vakcína jim tak nebyla plně hrazena. Očkování je nejspolehlivější metodou primární prevence rakoviny děložního hrdla, přesto 33,2 % respondentů uvedlo, že by své děti nenechalo proti HPV očkovat. Z otázek cílených na prevenci karcinomu prsu jsme byli překvapeni zejména z laxního přístupu obvodních gynekologů i našich respondentek k této záležitosti. Věkově byly naše respondentky převážně mladší 45 let a většina jich nespádala do kategorie, kdy se má docházet k mamografickému screeningu. Avšak procento žen, které mají rakovinu prsu před 45. rokem věku není zanedbatelné. Čekali jsme proto větší zájem gynekologů vzdělávat své pacientky v této oblasti, a větší zájem žen o preventivní kontroly svých prsou, ať už samovyšetřením, nebo vyšetřením od gynekologa. Pravidelného mamografického screeningu se účastní 55,2 % našich respondentek ve věku 45 a více let. Bylo by dobré motivovat i druhou polovinu žen v účasti na tomto screeningovém programu.

10 Doporučení a návrhy vyplývající z výzkumného šetření

- prosazovat výuku reprodukčního zdraví a onkogynekologické prevence na školách a nezdráhat se přizvat k výuce specialistu, například lékaře nebo porodní asistentku
- tematicky laděné edukace ze strany gynekologa a porodní asistentky v rámci preventivní gynekologické prohlídky
- lépe informovat rodiče o výhodách očkování proti HPV v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost
- zajistit vhodné tištěné materiály pro účastníky edukačních programů
- medializovat problematiku onkogynekologických onemocnění a popularizovat kampaně zaměřující se na prevenci těchto onemocnění
- zvážit využití samoodběrové soupravy a molekulární diagnostiky HPV infekce pro screening karcinomu děložního čípku
- zlepšit systém zvaní občanů k preventivním prohlídkám, za využití moderních technologií (vzdělávací aplikace obsahující vědecky podložené informace k dané problematice, seznam kontaktů na odborníky a připomínající čas preventivní prohlídky nebo samovyšetření)

11 Závěr

Onkogynekologická onemocnění jsou velmi aktuálním tématem. Přesto není prevenci v této oblasti věnováno tolik pozornosti, kolik by bylo třeba. I v dnešní společnosti je toto téma značně tabuizované. Úvodní teoretická část této bakalářské práce popisuje základní informace z oblasti onkogynekologie, jako rizikové faktory vzniku nádorového onemocnění, diagnostiku a vyšetřovací metody, možnosti léčby a epidemiologická data jednotlivých gynekologických nádorů. Další část práce se zabývá primární, sekundární, terciární a kvarterní prevencí onkogynekologických onemocnění. Poslední úsek teoretické části této práce se věnuje úloze porodní asistentky v oblasti prevence a péče o ženu s onkogynekologickou diagnózou.

Praktická část analyzuje a interpretuje výsledky výzkumu zaměřeného na informovanost laické veřejnosti v otázce onkogynekologické prevence. Ke splnění cílů práce jsme zvolili kvantitativní dotazníkovou metodu, kdy jsme dotazník šířili pomocí sociálních sítí a získali tak 250 kompletně vyplněných dotazníků k hodnocení. Respondentky našeho výzkumu převážně pravidelně docházejí k běžným preventivním gynekologickým prohlídkám. Příliš mnoho pozornosti ale nevěnují prevenci karcinomu prsu jak ženy, tak jejich ošetřující lékaři. Znalosti mužů z oblasti gynekologické prevence jsou slabší a bylo by dobré zlepšit úroveň jejich vědomostí. Celkově z výzkumu vyplynulo, že je nutné zvýšit povědomí populace o onkogynekologických onemocněních, klást důraz na důležitost účasti žen ve screeningových programech a šířit osvětu o očkování proti HPV. Sami respondenti našeho výzkumu by také uvítali určité kroky ke zlepšení onkogynekologické prevence. Zájem by byl primárně o vzdělávací programy na školách, o více prostoru pro edukaci v ordinaci obvodního gynekologa a písemné pozvánky k preventivním prohlídkám. Roli edukátora v oblasti prevence onkogynekologických onemocnění by mohla zastat erudovaná porodní asistentka.

Při vypracovávání bakalářské práce jsem se zamýšlela nad tím, jak bych i já mohla přispět k zajištění vyšší úrovně informovanosti laické veřejnosti v oblasti prevence onkogynekologických onemocnění. Připojila jsem se proto k neziskové organizaci Loono. Ta pořádá vzdělávací workshopy, přednášky pro veřejnost, školy i firmy a vyvíjí další aktivity nejen v oblasti prevence onkogynekologických onemocnění. Edukátory jsou právě studenti lékařských fakult a mladí lékaři. Loono aktuálně organizuje tři kampaně: Prsakoule, která se věnuje prevenci onkologických onemocnění, kampaň Žiješ srdcem cílí na prevenci kardiovaskulárních onemocnění, a nejnovější kampaň Doledobry se zaměřuje na zdravý reprodukční systém. Záštitu nad organizací převzala 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a odborný obsah garantují lékaři z oborů gynekologie, urologie, kardiologie nebo praktického lékařství. V průběhu 6 let Loono vyškolovalo na svých akcích více než 80 000 lidí a 47 z nich si díky tomu odhalilo rakovinu včas. V Loono věříme, že bychom naše pacienty

měli nejenom léčit, ale i vést k prevenci. Jsem ráda, že jsem součástí tohoto poslání a můžu prakticky využít i nově nabitě poznatky z mé bakalářské práce.

Seznam použité literatury

ABRAHÁMOVÁ, Jitka. *Co byste měli vědět o rakovině prsu: 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2055-0.

ARNOLD, Melina et al. Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study. *Lancet Oncology* [online]. 2015, **16**(1), 36-46 [cit. 2020-02-25]. ISSN 14702045, DOI: 10.1016/S1470-2045(14)71123-4

BERARDI, Rossana et al. The importance of obstetric (midwife) in breast cancer prevention and recurrence. *Journal of Medical Oncology and Therapeutics* [online]. 2017, **2**(1), 34-39 [cit. 2020-02-25]. DOI: [10.35841/medical-oncology.2.2.34-39](https://doi.org/10.35841/medical-oncology.2.2.34-39)

BÜCHLER, Tomáš. Dispenzarizace pacientek po léčbě karcinomu prsu. *Praktická gynekologie* [online]. 2015, **19**(1), 19-24 [cit. 2020-02-15]. ISSN: 1211-6645. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticka-gynekologie-clanek/dispenzarizace-pacientek-polecbe-karcinomu-prsu-51758>

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

DUBOVÁ, Olga a ZIKÁN, Michal. *Praktické repetitorium gynekologie a porodnictví*. Praha: Maxdorf, 2019. Jessenius. ISBN 978-80-7345-599-6.

FISCHEROVÁ, Daniela a BURGETOVÁ, Andrea. Volba zobrazovací metody v onkogynekologii. *Česká gynekologie* [online]. 2014, **79**(6), 425-435 [cit. 2020-01-10]. ISSN 1210-7832. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/volba-zobrazovaci-metody-v-onkogynekologii-50877>

FRÜHAUF, Filip, SLÁMA, Jiří a ZIKÁN, Michal. Význam screeningu v onkogynekologii. *Česká gynekologie* [online]. 2014, **79**(6), 491-498 [cit. 2020-01-10]. ISSN 1210-7832. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/vyznam-screeningu-v-onkogynekologii-50903>

FUNSTON, Garth et al. Recognizing Gynecological Cancer in Primary Care: Risk Factors, Red Flags, and Referrals. *Advances In Therapy* [online]. 2018, **35**(4), 577-589 [cit. 2020-01-05]. ISSN 18658652. DOI: 10.1007/s12325-018-0683-3

HNILICOVÁ, Helena, DOBIÁŠOVÁ, Karolína a TULUPOVÁ, Elena. Primární péče a podpora zdraví v ČR. *Praktický lékař* [online]. 2012, **92**(10-12), 565-572 [cit. 2020-02-10]. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/primarni-pece-a-podpora-zdravi-v-cr-39772>

CHLÍBEK, Roman. Očkování proti lidskému papilomaviru v pozdějším věku a v dospělosti. *Vakcinologie*. 2019, **13**(2), 62-68. ISSN: 1802-3150.

KAMAL, Rasha et al. Ovarian cancer screening-ultrasound; impact on ovarian cancer mortality. *British Journal of Radiology* [online]. 2018, **91**(1090) [cit. 2020-01-27]. ISSN 1748880X. DOI: 10.1259/bjr.20170571.

KINKOROVÁ LUŇÁČKOVÁ, Iva a MÁJEK, Ondřej. Karcinom děložního hrdla v ČR a možnosti jeho prevence. *Česko-slovenská patologie a Soudní lékařství* [online]. 2018, **54-63**(4), 164-168 [cit. 2020-01-20]. ISSN 1210-7875. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-patologie/2018-4-11/karcinom-delozniho-hrdla-v-cr-a-moznosti-jeho-prevence-106647>

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

KRÁLÍKOVÁ, Eva et al. Léčba závislosti na tabáku jako standardní součást onkologické péče. *Časopis lékařů českých* [online]. 2018, **157**(5), 244-247 [cit. 2020-01-10]. ISSN 0008-7335. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2018-5-3/lecba-zavislosti-na-tabaku-jako-standardni-soucast-onkologicke-pece-105836>

MAREŠOVÁ, Pavlína a FIALA, Luděk. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví. Druhé, přepracované a doplněné vydání*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4852-1.

MŠMT: *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže: Co dělat, když - intervence pedagoga - alkoholismus* [online]. Praha, 2018 [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny>

MINÁŘ, Luboš. Fertilitu zachovávající terapie gynekologických malignit. *Česká gynekologie*, 2009. **74**(6), 420-427. ISSN: 1210-7832.

MLADĚNKA, Aleš a SLÁMA, Jiří. Vakcinace proti HPV a výhled nových možností. *Česká gynekologie*. 2018, **83**(3), 218-225. ISSN 1210-7832

NEŠPOR, Karel. Zneužívání alkoholu a onkologie. *Praktický lékař* [online]. 2019, **99**(2), 60-63 [cit. 2020-01-10]. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2019-2-7/zneuzivani-alkoholu-a-onkologie-109609>

NGO, Ondřej, CHLOUPKOVÁ, Renata, AMBROŽOVÁ, Monika, et al. Vyhodnocení adresného zvaní českých občanů do screeningových programů. *Časopis lékařů českých* [online]. 2019, **158**(3-4), 147-150 [cit. 2020-02-25]. ISSN: 0008-7335. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2019-3-4-1/vyhodnoceni-adresneho-zvani-ceskych-obcanu-do-screeningovych-programu-113327>

NOVOTNÝ, Jan a ZIMOVJANOVÁ, Martina. Možnosti preventivních opatření u nosičů mutací genů BRCA1 a BRCA2. *Onkologie*. 2011, **5**(1), 30-33. ISSN: 1802-4475.

ONDRYÁŠOVÁ, Hana et al. Pilotní studie pro využití samoodběrové soupravy a molekulární diagnostiky HPV infekce pro skrínink karcinomu děložního čípku. *Česká gynekologie*. 2015, **80**(6), 436-443. ISSN: 1210-7832.

ORSÁGOVÁ, Dominika. Žena a prevence ve stáří. Č. Budějovice, 2018. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

ROB, Lukáš, MARTAN, Alois a VENTRUBA, Pavel. *Gynekologie. Třetí, doplněné a přepracované vydání*. Praha: Galén, 2019. ISBN 978-80-7492-426-2.

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

SAMKANGE-ZEEB, Florence et al. Awareness and Knowledge of Sexually Transmitted Diseases Among Secondary School Students in Two German Cities. *Journal of Community Health: The Publication for Health Promotion and Disease Prevention* [online]. 2013, **38**(2), 293-300 [cit. 2020-02-24]. ISSN 00945145. DOI: 10.1007/s10900-012-9614-4. ISSN 00945145.

SEHNAL, Borek, CHLÍBEK, Roman a SLÁMA, Jiří. Význam HPV vakcinace mužů. *Časopis lékařů českých* [online]. 2016, **155**(4), 34-39 [cit. 2020-01-05]. ISSN 0008-7335. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/vyznam-hpv-vakcinace-muzu-58604>

SKOVAJSOVÁ, Miroslava. *Screening nádoru prsu v České republice*. Praha: Maxdorf, 2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-310-7.

SLÁMA, Jiří. Současné limity prevence karcinomu děložního hrdla v České republice. *Česká gynekologie*. 2017, **82**(6), 482-486. ISSN: 1210-7832.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a ANDRÉSOVÁ, Martina. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy III - Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie: 2., doplněné vydání*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4341-7.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3

ŠAŠKOVÁ, Petra a PAVLIŠTA, David. Samovyšetření prsu. Ano, či ne?. *Česká gynekologie*, 2016, **81**(6), 463-469. ISSN: 1210-7832

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

ŠPIČÁK, Julius. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii II*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0318-8.

ŠULOVÁ, Lenka, FAIT, Tomáš a WEISS, Petr. *Výchova k sexuální reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-238-4.

ÚZIS ČR: *Národní onkologický registr* [online]. Praha, 2020 [cit. 2020-01-27]. Dostupné také z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--narodni-zdravotni-registry--narodni-onkologicky-registr>

VÁGNEROVÁ, Jana. Rakovina děložního čípku a možnosti prevence. 2019, Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Přírodovědecká fakulta.

VĚSTNÍK MZČR. *Vzdělávací program nástavbového oboru Onkogynekologie* [online]. 2015, **2015**(9), 182-196 [cit. 2020-02-13]. ISSN 1211-0868. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/vestniky_1768_11.html

ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-3256-5.

ZIKÁN, Michal. Gynekologická prevence a gynekologické aspekty péče u nosiček mutací genů BRCA1 a BRCA2. *Klinická onkologie*. 2016, **29**(1), 30. ISSN 0862-495X.

Seznam obrázků

Obrázek 1	Incidence a mortalita zhoubných nádorů děložního hrdla. ÚZIS ČR....	16
Obrázek 3	Incidence a mortalita zhoubných nádorů děložního těla. ÚZIS ČR.....	17
Obrázek 4	Incidence a mortalita zhoubných nádorů vaječníků. ÚZIS ČR.....	18
Obrázek 5	Incidence a mortalita zhoubných nádorů prsu. ÚZIS ČR.....	18

Seznam tabulek

Tabulka 1 Věk	35
Tabulka 2 Informace o vzdělání	36
Tabulka 3 Pohlaví	37
Tabulka 4 Věk v době první návštěvy gynekologie	38
Tabulka 5 Důvod první návštěvy gynekologa.....	40
Tabulka 6 Četnost návštěv gynekologa	41
Tabulka 7 Informace o důvodu nenavštěvování gynekologa	42
Tabulka 8 Informace o způsobu vyzývání žen k preventivní prohlídce	43
Tabulka 9 Součásti preventivní prohlídky u gynekologa respondentek.....	44
Tabulka 10 Provádění samovyšetření prsů	46
Tabulka 11 informací o samovyšetření prsu	47
Tabulka 12 Účast na screeningovém programu rakoviny prsu.....	48
Tabulka 13 Spokojenost s gynekologem.....	49
Tabulka 14 Zkušenost s onkogynekologickým onemocněním	50
Tabulka 15 Rizikové faktory vzniku onkogynekologického onemocnění	51
Tabulka 16 Součásti běžné gynekologické preventivní prohlídky ženy v každém věku	53
Tabulka 17 Informace o vyšetření navíc u žen ve věku 45 a více let	55
Tabulka 18 Informace o HPV problematice.....	56
Tabulka 19 Informace o důvodech neočkování proti HPV	57
Tabulka 20 Očkování dětí proti HPV	59
Tabulka 21 Prevence onkogynekologických onemocnění na školách.....	60
Tabulka 22 Kroky ke zlepšení prevence	61

Seznam grafů

Graf 1 Věk.....	35
Graf 2 Informace o vzdělání.....	36
Graf 3 Pohlaví.....	37
Graf 4 Věk v době první návštěvy gynekologie.....	38
Graf 5 Důvod první návštěvy gynekologa.....	40
Graf 6 Četnost návštěv gynekologa.....	41
Graf 7 Informace o důvodu nenavštěvování gynekologa.....	42
Graf 8 Informace o způsobu vyzývání žen k preventivní prohlídce.....	43
Graf 9 Součásti preventivní prohlídky u gynekologa respondentek.....	44
Graf 10 Provádění samovyšetření prsů.....	46
Graf 11 informací o samovyšetření prsu.....	47
Graf 12 Účast na screeningovém programu rakoviny prsu.....	48
Graf 13 Spokojenost s gynekologem.....	49
Graf 14 Zkušenost s onkogynekologickým onemocněním.....	50
Graf 15 Rizikové faktory vzniku onkogynekologického onemocnění.....	51
Graf 16 Součásti běžné gynekologické preventivní prohlídky ženy v každém věku	53
Graf 17 Informace o vyšetření navíc u žen ve věku 45 a více let.....	55
Graf 18 Informace o HPV problematice.....	56
Graf 19 Informace o důvodech neočkování proti HPV.....	57
Graf 20 Očkování dětí proti HPV.....	59
Graf 21 Prevence onkogynekologických onemocnění na školách.....	60
Graf 22 Kroky ke zlepšení prevence.....	61

Přílohy

11.1 Příloha A – Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Miroslava Mrázová a jsem studentka 3. ročníku oboru porodní asistentka na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Ráda bych vás poprosila o pár minut času na vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci na téma „Prevence onkogynekologických onemocnění z pohledu laické veřejnosti“.

Dotazník je zcela anonymní, určený pro ženy i muže. Výsledná data budou použita pouze v rámci této bakalářské práce.

Předem děkuji za váš čas a odpovědi.

1) Kolik vám je let?

- Méně než 18
- 18-25
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- 56 a více

2) Jaké je vaše dosavadní nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Středoškolské s maturitou
- Středoškolské s vyučením
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

3) Jste:

- Žena
- Muž

4) V kolika letech jste začala pravidelně docházet do gynekologické ambulance? (pokud jste u gynekologa ještě nebyla, napište 0)

- Vypsat číslovkou

5) Co vás poprvé přivedlo do gynekologické ambulance?

- Preventivní prohlídka
- Předepsání antikoncepce

- Zdravotní obtíže
- Potvrzení těhotenství

6) Jak často navštěvujete svého gynekologa?

- 1x ročně
- 2x a ročně a častěji
- Méně často jak 1x ročně
- Nechodím ke gynekologovi

7) Pokud nenavštěvujete gynekologa pravidelně 1x ročně, jaké k tomu máte důvody? (možnost více odpovědí)

- Bojím se bolestivého vyšetření
- Mám obavu z toho, že mi zjistí nějaké onemocnění
- Dlouhá objednávací lhůta a dlouhé čekání na vyšetření
- Nemám zájem a čas

8) Jakým způsobem vás váš gynekolog vyzývá k preventivní prohlídce?

- Slovně při návštěvě ordinace
- Telefonicky/sms
- Písemnou pozvánkou
- Nevyzývá mě vůbec
- Objednávám se sama

9) Co je součástí preventivní gynekologické prohlídky u vašeho gynekologa? (možnost více odpovědí)

- Odběr cytologie (stěr buněk z děložního čípku)
- Vaginální vyšetření v zrcadlech a pohmatem
- Kolposkopie (pohled na děložní čípek speciálním mikroskopem)
- Vyšetření prsů
- Ultrazvukové vyšetření
- Genetické vyšetření
- Test okultního krvácení ve stolici
- Doplnění anamnézy (informací o vašem celkovém zdraví)
- Odběr krve

10) Provádíte samovyšetření prsů? Jak často a jakým způsobem prsa vyšetřujete?

- Ano, pravidelně každý měsíc
- Ano, ale pouze příležitostně, když si vzpomenu
- Vyšetření mi provádí gynekolog 1x ročně

- Pravidelně chodím na mamografické vyšetření
- Hradím si sama ultrazvukové vyšetření prsů
- Prsa si nevyšetřuji

11) Odkud čerpáte informace, jak prsa samovyšetřit?

- Gynekolog
- Porodní asistentka/sestra v ordinaci
- Škola
- Internet/televize
- Knihy/časopisy
- Rodina/přátelé
- Nevyhledávám tyto informace

12) Účastníte se screeningového programu rakoviny prsu(mamograf)? (odpovězte, pokud spadáte do této kategorie 45 a více let)

- Ano, chodím na mamograf pravidelně
- Ano občas chodím na mamograf, ale ne v doporučených intervalech
- Nechodím na mamograf

13) Jste spokojená s vaším gynekologem a s množstvím a kvalitou informací, které vám poskytuje?

- Ano, vždy se mi maximálně věnuje a z ordinace odcházím plně informována
- Ano, ale ohledně kvality péče mám určité pochybnosti
- Ne, nejsem spokojená

14) Máte osobní zkušenost s onkogynekologickým onemocněním? (rakovina prsu, děložního čípku, vaječníků, dělohy – endometria atd.)

- Ano, sám/sama jsem pacientem
- Ano, z rodiny nebo okruhu přátel
- Ne

15) Vyberte z uvedeného vše, co může ovlivnit vznik onkogynekologického onemocnění? (možnost více odpovědí)

- Genetická zátěž
- Životní styl
- Kouření
- Obezita
- Strava
- Promiskuita a větší počet sexuálních partnerů

- Předčasné zahájení sexuálního života
- Užívání antikoncepce, jiná hormonální léčba
- Věk v době prvního porodu
- Kojení/nekojení

16) Co si myslíte, že je součástí běžné gynekologické prohlídky ženy v každém věku? (možnost více odpovědí)

- Odběr cytologie (stěr buněk z děložního čípku)
- Vaginální vyšetření v zrcadlech a pohmatem
- Kolposkopie (pohled na děložní čípek speciálním mikroskopem)
- Vyšetření prsů
- Ultrazvukové vyšetření
- Genetické vyšetření
- Test okultního krvácení ve stolici
- Doplnění anamnézy (informací o vašem celkovém zdravotním stavu)
- Odběr krve

17) Co z uvedeného patří navíc k preventivní prohlídce u žen ve věku 45 a více let?

- Mamografické vyšetření prsou
- Screening kolorektálního karcinomu (vyšetření okultního krvácení ve stolici)
- Genetické vyšetření
- Magnetická rezonance

18) Máte informace o problematice HPV a byl/a jste očkovan/a vakcínou Cervarix/Silgart/Gardasil? (lidský papilomavirus - faktor vyvolávající rakovinu děložního čípku, u mužů i žen kondylomata – genitální bradavice)

- Ano, vím o co se jedná a jsem očkovan/a
- Ano, vím o co se jedná a nejsem očkovan/a
- O této problematice nic nevím

19) Pokud nejste očkovan/a, jaké jste k tomu měl/a důvody? (možnost více odpovědí)

- Očkování jsem nevěděl/a
- Očkování vím, ale připadá mi zbytečné
- Můj gynekolog/praktický lékař mi tuto možnost nenabídl
- Myslím si, že očkování po zahájení sexuálního života nemá význam
- Obával/a jsem se vedlejších účinků a komplikací po očkování
- Očkování si z finančních důvodů nemohu dovolit

20) Nechal/a byste svou dceru a syna očkovat proti HPV infekci? (očkování je hrazeno zdravotní pojišťovnou pro dívky i chlapce ve věku 13-14 let)

- Ano, nechala bych očkovat pouze dceru
- Ano, nechala bych očkovat dceru i syna
- Nenechala bych své děti očkovat

21) Byla prevenci onkogynekologických onemocnění věnována i část výuky ve vaší škole? (samovyšetření prsu, bezpečný pohlavní život atd.)

- Ano
- Ne

22) Které kroky, ke zlepšení gynekologické prevence, byste uvítala? (možnost více odpovědí)

- Písemná pozvánka na preventivní prohlídku
- Samoodběrová sada pro zjištění rakoviny děložního čípku, zasílaná poštou
- Více prostoru pro edukaci ze strany lékaře/porodní asistentky v gynekologické ordinaci (samovyšetření prsů atd.)
- Objednání na konkrétní čas u gynekologa
- Edukační programy na školách
- Plně hrazená vakcína proti HPV pro ženy i muže bez omezení věku
- Jiné, uveďte prosím

Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy

Jsem si vědoma, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byla jsem seznámena se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis