

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Informovanost žen
o prevenci karcinomu děložního čípku**

Bakalářská práce

Autor: Lucie Menčíková

Vedoucí práce: Bc. Silva Solařová

Jihlava 2011

Anotace

Následující text seznámí čtenáře s problematikou karcinomu děložního čípku a s důležitostí prevence tohoto onemocnění. První část textu (teoretická část bakalářské práce) se zaměřuje na teorii karcinomu děložního čípku a je spojená s další problematikou, která se toho týká. V druhé části textu jsou uvedeny metodologie výzkumu, které byly použity (jedná se o praktickou část bakalářské práce).

Klíčová slova

Preventivní gynekologické prohlídky, karcinom děložního čípku, HPV virus, prekancerózy, cytologické vyšetření, vakcinace.

Annotation

The following text informs readers about the problems of cancer of the cervix and the importance of the prevention of this disease. The first of this text (The theoretical part of the bachelor work) is focused on the theory of cancer of the cervix and also deals with other problems that are linked with it. In the second part of the text there are methodologies of the research that were used (The practical part of the bachelor work).

Keywords

Preventive gynaecological examination, cancer of the cervix, HPV virus, pre-cancerous, cytological examination, vaccination.

Dovoluji si tímto způsobem poděkovat vedoucí bakalářské práce Bc. Silvii Solařové za odborné vedení, rady a zájem na vypracování mé bakalářské práce. Poté bych ráda poděkovala své rodině, která mě podporovala po celou dobu mého studia a také během vytváření této závěrečné bakalářské práce.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ .

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Obsah

1	Úvod.....	7
1.1	Stanovení cíle a hypotéz bakalářské práce.....	8
1.2	Zdůvodnění výběru tématu bakalářské práce.....	8
1.3	Rozčlenění bakalářské práce	8
2	Teoretická část	10
2.1	Ženské pohlavní orgány - Organa genitalia feminina	10
2.1.1	Vnitřní ženské pohlavní orgány - Organa genitalia feminina interna.....	10
2.1.2	Zevní ženské pohlavní orgány - Organa genitalia feminina externa	12
2.2	Rizikové faktory.....	12
2.3	Prekancerózy a karcinom děložního čípku	15
2.4	Vyšetřovací metody	16
2.4.1	Kolposkopie	16
2.4.2	HPV test.....	20
2.4.3	Cytologie.....	20
2.4.4	Biopsie čípku děložního.....	22
2.5	Terapie sledovaného onemocnění	23
2.6	Vakcinace proti HPV viru	26
3	Praktická část	28
3.1	Použitá metoda	28
3.2	Charakteristika zkoumaného prostředí.....	28
3.3	Charakteristika zkoumaného souboru	28
3.4	Výsledky dotazníkového šetření	29
3.5	Diskuze.....	45
4	Závěr bakalářské práce	52

Seznam použité literatury

Seznam zkratk

Seznam tabulek a grafů

Seznam příloh

1 Úvod

Karcinom děložního čípku je velmi složitá problematika. Po nádoru prsu se jedná o druhé nejčastější nádorové onemocnění u žen. V příčinách úmrtí se pohybuje na čtvrtém místě. V České republice se incidence karcinomu děložního čípku dlouhodobě vyskytuje jako jedna z nejvyšších. Nových případů je ročně diagnostikováno okolo 1000 a z toho 400 žen na toto onemocnění umírá, tj. 40 %. Jeho vzestup bývá kolem 40. roku, vrcholí mezi 45. – 50. rokem. Problém je třeba včas podchytit. Screening nesmíme brát jako banalitu, ale naopak jako jedinou možnost jak onemocnění předcházet. Dalším prokázaným prvkem podporujícím toto onemocnění je časný sexuálně pohlavní život v období dospívání s větším množstvím sexuálních partnerů. Negativní vliv byl zjištěn u žen, které kouřily, používaly hormonální antikoncepci a měly sníženou imunitu. Spouštěcím mechanismem je však perzistující infekce jedním z 15 onkogenních, tzv. rizikových typů humánních papilomavirů. Dnes víme, že více než 80 % sexuálně aktivních žen s více než jedním partnerem se s touto infekcí do 30 let setká, ale předchozí prodělaná přirozená infekce není ochranou před reinfekcí. Jedná se o nádorové onemocnění, které lze sledovat a zároveň včasné léčit.

Většina žen bere časté a pravidelné gynekologické prohlídky lehkovážně hlavně proto, že není seznámena s možnými riziky, obtížnou léčbou a prognózou tohoto onemocnění. Proto je důležitá také osvěta, která spočívá v rozšíření novinových článků, internetových zdrojů, informačních letáků a zdůraznění významu preventivních gynekologických prohlídek.

V dnešní době máme na českém i světovém trhu registrované dvě vakcíny. Kvadruvalentní Silgard a bivalentní Cervarix. Těmito přípravky je tedy možná profylaktická vakcinace proti karcinomu děložního čípku, což není moc využívané a rozšířené do povědomí, i když epidemiologické studie v patogenezi prekanceróz a invazivních karcinomů jasně ukazují, že je to nejefektivnější prevence, a obě vakcíny prokázaly minimum závažných nežádoucích účinků a jsou tedy jednoznačně bezpečné. Jak víme z dosavadních studií, nejlepším věkem pro vakcinaci je období před zahájením pohlavního života, přesto mají tyto očkovací látky význam i po jeho zahájení, protože očkování zabraňuje dalším reinfekcím. I když nemá 100% účinnost, představuje stále značnou výhodu.

1.1 Stanovení cíle a hypotéz bakalářské práce

Názvem bakalářské práce je **Informovanost žen o prevenci karcinomu děložního čípku**. Tuto problematiku jsem si zvolila z důvodu častého výskytu daného onemocnění a příliš malé informovanosti o něm.

Cílem této bakalářské práce je **zjistit míru informovanosti žen o prevenci karcinomu děložního čípku a zjistit výši informovanosti o možnosti prevence očkováním**.

Do počátku výzkumu jsem vstoupila se dvěma hypotézami, a to že **většina žen je informována o prevenci karcinomu děložního čípku a víc jak polovina žen je informována o možnosti prevence očkováním**.

1.2 Zdůvodnění výběru tématu bakalářské práce

Téma jsem si zvolila z několika důvodů. Tato problematika mě zaujala naléhavostí, stoupáním počtu žen v počínajícím stádiu tohoto onemocnění a také tím, že byla vytvořena nová očkovací látka, která by mohla v budoucnu přispět ke snížení výskytu karcinomu děložního čípku, ale zejména jeho prekanceróz, od nichž se vyvíjí další stádia.

Onemocnění karcinomu děložního čípku mě velice zajímalo již na střední škole, kdy jsem měla možnost být na praxi na gynekologickém oddělení a pečovala jsem o ženy s tímto onemocněním. Tato oblast je velice diskutovaná a přesto mnoho žen neví, jak předcházet tomuto onemocnění a v čem spočívá prevence. Myslím si, že je to škoda, když už existuje vakcína s komerčním názvem Silgard, jež byla v září roku 2006 schválena Evropskou lékovou agenturou a druhá vakcína s komerčním názvem Cervarix, licencovaná roku 2007.

1.3 Rozčlenění bakalářské práce

Bakalářskou práci jsem rozčlenila na teoretickou a praktickou část. V teoretické části najdeme problematiku týkající se karcinomu děložního čípku, rizikové faktory, které souvisejí se vznikem tohoto onemocnění, popis a vysvětlení HPV viru, vyšetřovací metody, informace o očkování a jeho důležitosti spojené s prevencí karcinomu děložního čípku.

V praktické části byly využity zejména následující metody: dotazníkové šetření, rozbor otázek z dotazníku převedený do grafů, jejich popis. V této části seznamuji čtenáře s informacemi týkajícími se dotazníkového šetření.

2 Teoretická část

2.1 Ženské pohlavní orgány - Organa genitalia feminina

Ženské pohlavní orgány mají za úkol tvořit zralé pohlavní buňky (vajíčka), ženské pohlavní hormony a zajistit oplození vajíček (vnitřní oplození). Vajíčko již oplozené se uvnitř ženských pohlavních orgánů vyvíjí. Zralý donošený plod je po ukončení prenatalního vývoje vypuzen porodními cestami z těla matky (porod). (Roztočil, 2008).

2.1.1 Vnitřní ženské pohlavní orgány - Organa genitalia feminina internae

Vnitřní ženské pohlavní orgány (ovarium, tubae uterinae, uterus) jsou uloženy v dutině pánevní a jsou úzce spjaty s peritoneální řasou ligamentum latum uteri.

Děloha (uterus), je svalový dutý orgán hruškovitého tvaru uložený v peritoneální řase mezi močovým měchýřem (vesica urinaria) a konečníkem (rectum). Žena, která ještě nerodila a nebyla těhotná má dělohu dlouhou 8 - 10 cm, na nejširším místě je kolem 5 cm široká, v předozadním průměru je 2 - 3 cm tlustá. Děložní stěna má tloušťku 10 - 15 mm. Váha dělohy se pohybuje okolo 50 g. Žena, která rodila, nebo byla těhotná má všechny rozměry o něco větší. Hlavní části dělohy jsou: tělo (corpus uteri) a hrdlo (cervix uteri). Obě části jsou spojeny pomocí istmus uteri. (Zwinger, 2004; Roztočil 2008).

Tělo děložní (corpus uteri), se popisuje jako největší část dělohy, při pohledu zepředu je trojúhelníkovité s vrcholem obráceným dolů. Rozeznává se přední děložní stěna, zadní děložní stěna, hrany a fundus. Fundus a hrany se setkávají v rozích. Do děložních rohů ústí vejcovody (horní úhly trojúhelníku). Dolní úhel trojúhelníku tvoří ústí cervikálního kanálu ústící do pochvy zevním děložním ústím. Dolní část děložního těla tvoří dolní děložní segment, probíhá v něm zúžený oddíl cervikálního kanálu - istmus (vnitřní branka). Celková délka dutiny děložní (od fundu po zevní branku) obsahuje 6 cm. Isthmus uteri je mezi corpus a cervix uteri zúžený úsek dlouhý asi 1 cm. Dolní děložní segment, který se přeměňuje v těhotenství a je součástí těla děložního. (Roztočil, 2008; Zwinger, 2004).

Hrdlo děložní (cervix uteri), se nachází v dolní části dělohy v místě, v němž se spojuje tělo děložní s pochvou. Cervikální kanál je uvnitř hrdla. Portio supravaginalis - horní

část děložního krčku leží nad poševním úponem, portio vaginalis - dolní kónická část krčku leží pod úponem pochvy a do pochvy vyčnívá jako čípek, který je dlouhý asi 1 cm. Na vaginální části hrdla je zevní ústí cervikálního kanálu, nachází se buď okrouhlé (u nerodivší ženy), nebo příčně štěrbinovité (po porodu), ohraničené předním a zadním pyskem děložního hrdla a povrch krytý poševní sliznicí. (Roztočil, 2008).

Sliznice kanálu děložního hrdla je složena z řas, se záhyby vytvořenými žlázami, jeho povrch je vystlán jednovrstevným cylindrickým epitelem, který produkuje hlen. Na povrchu hrdla děložního se nachází poševní, nerohovatějící, vrstevnatý, dlaždicový epitel, mezi dlaždicovým a cylindrickým epitelem je hranice, nazývaná transformační zóna, kterou lze najít 5 mm od zevního ústí děložního hrdla - zevně. (Zwinger, 2004).

Děložní stěna je tvořena ze třech silných vrstev. Endometrium, jež je nejvnitřnější vrstva, vystýlá děložní dutinu. Myometrium, které je prostřední, nejsilnější vrstva - vrstva svalová. Perimetrium - zevní vrstva, nazývána také serózní vrstvou.

Endometrium je tvořeno z povrchového epitelu, vazivového propria (stroma) a děložními žlázkami, barvu má šedorůžovou. Povrchový epitel je jednovrstevný, cylindrický, žlázy jsou jednoduché, tubulózní, které vytváří hlen a hlenovou zátku v zevní brance.

Myometrium je mohutná, 1 - 2 cm silná vrstva hladké svaloviny, která je tvořena pruhovitě. V těhotenství svalovina dělohy hypertrofuje a dochází i k hyperplazii hladkých svalových buněk. Mohutné rytmické kontrakce hypertrofované svaloviny během porodu vypudí plod a placentu. Po porodu se zkracuje délka pruhů a jejich kontrakce z přetřaných slizničních cév zastavují krvácení. Obnova do původního stavu myometria před otěhotněním se navrácí během šestinedělí. (Zwinger, 2004).

Perimetrium (seróza), se spojuje se svalovou vrstvou. Má dva listy (přední a zadní). Od hran děložních jde perimetrium do stran jako široký vaz děložní ligamentum latum uteri.

Parametrium (adventicie) neboli vazivo při děložních hranách spojuje dělohu s okolím.

Poloha dělohy se fyziologicky nachází ve střední rovině nebo je mírně posunuta stranou lateropozice a pootočena doprava dextrotorze. Dlouhá osa děložní svírá s dlouhou osou pochvy úhel menší než 180 ° - antevertze dělohy, která je ovlivněna náplní močového měchýře a konečníku. Je-li úhel větší než 180 °, jde o retrovertzi. Je-li úhel podélné osy

děložního těla a děložního hrdla menší než 180 °, jde o anteflexi dělohy. Je-li větší než 180 °, jde o retroflexi. (Roztočil, 2008; Zwinger 2004).

Pochva (vagina), má tvar trubice o délce 8 cm a šířce 3 - 5 cm, tvoří ji zevní vazivový obal, svalovina a sliznice. Pochva je orgán, který odvádí menstruační krev během menstruace a při porodu vytváří měkké porodní cesty s hrdlem děložním a vulvou, tím tedy spojuje zevní rodidla s dělohou. (Roztočil, 2008).

2.1.2 Zevní ženské pohlavní orgány - Organa genitalia feminina externa

Zevní ženský genitál je tvořen velkými stydkými pysky, malými stydkými pysky, poštváčkem, předsíní poševní, hrmou, panenskou blánou, hrází a předsíňovými žlázami. Vzadu hrází sousedí s krajinou řitní a jsou uloženy v okolí předsíně poševní. (Zwinger, 2004).

2.2 Rizikové faktory

Jelikož chceme cíleně zaměřit naši osvětu, je nutné znát faktory ovlivňující vznik onemocnění. Mezi nejdůležitější rizikové faktory patří bezesporu infekce rizikovými typy lidských papilomavirů (HR - HPV). Nejrizikovější je ovšem absence cytologického screeningu.

Mezi rizikové faktory tedy patří:

- HR - HPV
- Brzký začátek sexuálního života
- Vyšší počet sexuálních partnerů
- Rizikový mužský partner, který je promiskuitní
- Kouření cigaret
- Porucha imunitního systému
- Zvýšená porodnost
- Příliš mladý věk prvorodiček
- Nedobré sociální a ekonomické podmínky

- Hormonální kontraceptiva
- Jiná infekční onemocnění
- Dědičnost (Tachezy, 2006; Klanica a kol., 2008).

HPV virus pochází z čeledi Papillomaviridae, což jsou všudypřítomné, nezávislé, soběstačné a poměrně malé viry složené z neobalené bílkovinné kapsidy a vironu složeného přibližně z 8000 párů bází DNA. HPV infekce je považována za hlavní etiologické agens s vysoce rizikovými typy 16, 18, 31, 45 a 33, jež mohou vyvolat tvorbu benigních a maligních nádorů. (Kahn, 2009).

„Na HPV viru rozlišujeme genom složený ze 3 částí: dlouhou kontrolní oblast, oblast časných genů sestávající z genů E 1 - 8, které kódují nestrukturální časné proteiny zodpovědné za transkripci, replikaci a transformaci a oblast pozdních genů složenou z genů L1 a L2 kódujících strukturální pozdní proteiny formující virovou kapsidu.“ (Cibula a kol., 2009, str. 317).

DNA struktura u HPV klasifikace je odlišná časnými proteiny E6 a E7 a v pozdním proteinu L1. V současné době evidujeme kolem 100 - 130 různých typů virů. Sliznice pohlavního ústrojí infikuje kolem 30 až 40 genotypů viru HPV. Podle závažnosti onkogenního potenciálu rozlišujeme papillomaviry na nízce (LR) a vysoce (HR) rizikové typy. Nejčastější nízko rizikový typ HPV je 6 a 11 a vysoce rizikový je typ HPV 16 a 18, který je zařazen mezi prokázané lidské kancerogeny a je přítomen jeden či druhý v 70 % všech karcinomů děložního čípku. (Tachezy, 2006).

Po invazi tohoto viru mohou vznikat kondylomy a intraepiteliální neoplazie, které se vyskytují v urogenitální oblasti, například na vulvě, děložním hrdle, penisu a v anální oblasti, nejčastěji je však postiženo hrdlo děložní (cervix uteri). *„Vlastní změny ve smyslu intraepiteliální neoplazie a později invazivního karcinomu vznikají až po vestavbě virové části genomu do genomu hostitelské buňky, kde v transformované buňce se již kompletní HPV nemnoží.“* (Rejthar, 2002, str. 60).

Lidský papillomavirus infikuje bazální keratinocyty, kde vstupní brána této infekce je nejčastěji mikrotrauma kůže a sliznic v nezralé transformační zóně lidských proliferujících buněk vrstev epitelu. Poté v buněčných jádrech probíhá replikace. Výsledkem replikace virové DNA se znásobují počty kopií viru přibližně na 50 - 100

kopií na jednu buňku pravidelného množení kompletního HPV v napadených buňkách, které mají ještě benigní charakter. Inkubační doba je počítána v průměru 3 měsíce od nakažení. (Ondruš, 2007).

Klinický průběh této infekce může probíhat asymptomaticky (latentně) a po dvou letech až u 90 % postižených vymizí, nebo subklinicky, což se dá detekovat již klinicky a poslední je manifestní infekce, která už zahrnuje viditelný nález jako např. bradavice nebo maligní léze. Pokud je ale epitel postižený a virem napaden, reaguje buď rohověním, ztluštěním nebo hyperplazií. Při zvýšeném množství infekce se v buňkách dlaždicového epitelu replikuje DNA virus HPV a vzniká velké množství kopií, obalí se skořápkami, které jsou chráněny membránami před ochranou imunitního systému a vyplaví se buňkami na tělním povrchu a vznikají ložiskové změny této tkáně.

„Virus přebírá určité kontrolní mechanismy buněčného cyklu a preferuje replikaci svou vlastní. Infikované buňky jsou geneticky nestabilní.“ (Ondruš, 2007, str. 782).

Přesto sama infekce HPV viru nestačí k samotnému vyvolání zhoubného bujení. Musí se přidat další multifaktorové příčiny neboli promotory. Mezi nejdůležitější řadíme záněty děložního čípku, kouření a bezpochyby pokles imunitního systému.

Do fáze brzkého začátku pohlavního života obecně zařazujeme především věk mladší než 15 let. S tím souvisí i vyšší počet sexuálně pohlavních partnerů (10 a více), kde lze předpokládat, že je některý z nich přenašeč dané infekce HPV virem, jestliže je k tomu navíc promiskuitní. (Tachezy, 2006).

Kouření je další rizikový faktor, jenž skýtá řadu problémů, nejen riziko onemocnění děložního čípku, ale i jiné. Stačí jen pasivní kouření a už hrozí nebezpečí podpory nádoru děložního čípku. (Vonka, 2006).

Také používání hormonální kontracepce u dlouhodobého užívání 5 až 10 let do jisté míry přispívá k pravděpodobnému vzniku onemocnění. Preparáty jsou nazývány perorální estrogenní - gestagenní nebo samotně gestagenní, který je však nejčastější v depotním injekčním přípravku. Hormonální antikoncepcí se aktivuje metaplastická transformace a díky tomu lépe vstoupí HPV do epitelu hrdla děložního. (Sláma, 2010).

Mezi další faktor, který se podílí na vzniku onemocnění, patří jiná sexuálně přenosná onemocnění, řadíme sem především infekce cytomegalovirem, virem herpes simplex 2. typu a chlamydiové infekce. (Vonka, 2006).

V neposlední řadě má zde svoji roli genetika, kde se vyskytlo toto onemocnění buď u matky anebo sestry. (Klanica a kol., 2008).

2.3 Prekancerózy a karcinom děložního čípku

Jedná se o druhé nejčastější nádorové onemocnění ženských pohlavních orgánů, které je způsobené neefektivním screeningem v České republice. Incidence se pohybuje okolo 20 : 100 tisíc žen. (Šafář, 2000).

Mezi nejčastější typ nádoru se považuje spinocellulární karcinom z dlaždicového epitelu děložního čípku asi z 85 - 90 % s dlouhodobým přednádorovým stadiem a adenokarcinom s výskytem 10 - 15 % s krátkým přednádorovým stádiem, ovšem se zvyšujícím trendem incidence. Vzácny výskyt tvoří melanomy, sarkomy a nádory z pojiva. (Sláma, 2009; Šafář, 2000).

Výskyt místa maligních a premaligních změn vychází nejčastěji z místa mezi cylindrickým a dlaždicovým epitelem. Označení různého stupně prekancerózy neboli dysplazie čípku a carcinoma in situ jsou nazývány jako cervikální intraepiteliální neoplazie (CIN).

CIN I. stupně je označena lehká dysplazie s porušenou vrstvou, diferenciální poruchou v dolní třetině epitelu

CIN II. stupně střední dysplazie, jež zabírá 2/3 epitelu

CIN III. stupně těžké dysplazie nebo již carcinoma in situ bez vrstev, nediferencovaným epitelem (Cibula a kol., 2009).

Prekancerózy se v počátečním stádiu projevují asymptomaticky. Ovšem pokročilejší stádium řadí mezi první příznaky výtok vodnatý až krvavý, krvácení např. po pohlavním styku, bolesti v podbřišku anebo urologické obtíže, které značí velmi pokročilý nádorový proces (Adam a kol., 2002).

Růst nádoru děložního čípku vzniká postupně, poruchy růstu a vývoje se označují jako CIN I. až III. stupně. U carcinoma in situ je již celý epitel nahrazen atypickými, hustě uspořádanými buňkami s chybným vrstvením. Karcinom čípku je většinou na povrchu čípku (exocervixu), jehož forma je častější s výskytem značných květákovitých útvarů se silným krvácením směřující do pochvy. Další forma se nachází v cervikálním kanále

(endocervix), většinou bez příznaků s růstem do parametrií a lymfatických uzlin. Šíření vzdálených metastáz je nejčastěji v mediastinu, plicích, játrech a skeletu. (Cibula a kol., 2009).

2.4 Vyšetřovací metody

V minulých letech byly ženy zvány k pravidelným preventivním prohlídkám formou pozvánek, ale dnes je již každý za své zdraví zodpovědný sám. Gynekologické ambulance mají za úkol poskytnout pacientce osvětu týkající se rizikových faktorů, vysvětlovat jí jednotlivé úkony, odpovídat na různé dotazy a tím získat její důvěru, ale hlavně si ukládají za cíl, aby žena získala důvěru ke zdravotnickému personálu, a v důsledku toho se snížily celkové obavy a stres z preventivních prohlídek.

Mezi základní klinické vyšetření patří bezesporu gynekologická prohlídka, která by měla být alespoň jednou za rok a je proplácena pojišťovnou. V dnešní době počet zjištěných carcinoma in situ stoupá ve věku 30 - 34 let v porovnání carcinoma cervicis uteri, který naopak klesá. Z roku 2006 se udává celkový počet nemocných žen 1060, z toho první stádium byl počet 48,6 % nemocných, ale ve čtvrtém stádiu už jen 8,5 % postižených. Celosvětově v roce 2010 onemocnělo na karcinom děložního čípku víc než 530 000 žen a zemřelo na tento nádor přes 275 000. (Příloha 1; Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2009; Rob, 2011).

Pro stanovení průkazu prekanceróz je základ tří vyšetřovacích metod. První je tvořena kolposkopií, druhá cytologickým stěrem z čípku děložního a třetí je stanovena pomocí HPV testu.

2.4.1 Kolposkopie

Kolposkopie je vyšetřovací metoda, jež je nedílnou součástí gynekologického vyšetření při preventivních prohlídkách, v těhotenství, při sledování nepravidelností a hojení cervikálních lézí po ošetření.

Jedná se o techniku přímo zobrazující celá zevní rodidla, perineum, oblast perianální, vagínu a děložní hrdlo. Využívá přímého lupového zobrazení, bodově osvětleným zorným polem, při kterém se vyhotoví obrázek, záznam a vyhodnocení. Základem vyšetření je odlišení normálního nálezu od patologických nálezů, které je nutné

sledovat, diagnostikovat a léčit. Cílem je přesné určení nálezu a rozsah plochy. (Roztočil a kol., 1998).

Tuto vyšetřovací metodu nelze provádět, pokud má žena neporušený hymen, zúženou pochvu, poševní synechie a také u nereponibilní dislokace děložního čípku. (Klanica a kol., 2008).

Technika při kolposkopii

Při běžné prohlídce se provádí nativní kolposkopie, při které je vyšetřovaná oblast ektocervixu, zevního ústí děložního hrdla, část cervikálního kanálu, poševní klenba a také poševní stěna. Setře se sekret a hlen z děložního čípku suchou, vatovou štětičkou nebo napuštěným tamponem ve fyziologickém roztoku. Hodnotí se barva čípku a vzhled sekretu poševního. U kolposkopie rozšířené se už využívá roztok kyseliny octové 3 - 5 %, Lugolova roztoku, nebo toluidinové modři lehkým přiložením silného tamponu na dobu alespoň 20 sekund. Tato rozšířená metoda se používá především ke zvýraznění epitelových a cévních přítomných změn. U nedostupných míst se při vyšetření používají nástroje. K viditelnosti děložního čípku se může použít vatová štětička, menší peán nebo vaginální zrcadla. U zánětlivých změn se může aplikovat lokální hydrokortizonová mast, u níž dochází po několika sezeních k regeneraci epitelu. Během kolposkopického vyšetření se provádí i cílená biopsie. (Klanica a kol., 2008; Roztočil a kol., 1998).

Hodnocení kolposkopie

1. Fyziologický nález:

Původní epitel se nachází jako hladký, lesklý, růžový, bezcévný dlaždicový epitel, kterým je ektocervix krytý. Není obsažen cylindrický epitel. Pokud dojde k chirurgickému zákroku, původní epitel je přejmenován na sekundární epitel. Tento epitel má změněnou strukturu, bývá hrubší a bledší, ale je také dokonalým krytem povrchu čípku. Po aplikaci kyseliny octové nejeví žádnou reakci a nezbledá, ale po Lugolově roztoku zhnědne pro bohatý obsah glykogenu. Na tomto epitelu nikdy nevzniká karcinom. (Adam, 2002; Roztočil a kol., 1998).

Transformační zóna se nachází v místě mezi původním a dlaždicovým epitelem. V této části můžeme rozpoznat různé vyžrávání dlaždicové metaplazie. Regenerace

dlaždicového epitelu se děje především metaplazií cylindrického epitelu z rezervních buněk uložených pod cylindrickým epitelem. Během metaplastických změn může docházet až k nádorovým změnám dlaždicového epitelu. Po proběhnutí zánětu, hormonální změnou nebo léčebnými zásahy je transformační zóna místem dramatických změn. U fyziologické transformační zóny se mohou objevovat ostrůvky cylindrického epitelu. Po aplikaci kyseliny octové dojde k začervenání dlaždicového epitelu. Vytváří mozaiku a zbarví se z poloviny nebo vůbec po Lugolově roztoku. (Roztočil a kol., 1998; Freitag, 2007).

Ektropium se vyskytuje jako viditelný cylindrický epitel, v jedné řadě vytváří hlen v endocervixu. Sliznice má barvu červenou s nerovným, křehkým povrchem a vzhledově tvarem zrníček hroznů. Po aplikaci kyseliny octové nález zbledne a zvýrazní se hrozníčky. Po Lugolově roztoku cylindrický epitel nezhnědne, jelikož neobsahuje glykogen. (Roztočil a kol., 1998; Freitag, 2007).

2. Abnormální nález:

Bílý epitel je nezralý dlaždicový epitel, sytě bílé barvy, po aplikaci kyseliny octové, která je zředěná, některé části zbělají, podle typu trvání a zbarvení se určuje závažnost poškození.

Keratóza nesouvisí s transformační zónou, vytváří zvrásněný epitel a vzniká následkem změněné struktury dlaždicového epitelu. Vznik buněčných bezjaderných formací, které jsou viděny pouhým okem i bez aplikované kyseliny octové. K tomuto nálezu je zapotřebí přistupovat, jako by šlo o prekancerózu, a proto je nález indikací k bioptickému vyšetření. (Roztočil a kol., 1998).

Puntíkování vzniká rozšiřováním růstu patologického bílého epitelu, způsobující deformitu pojivové tkáně. V obrazu je patrný epitel, kde místy v tenké vrstvě překrývá pojivovou tkáň, jež vytváří červené tečky. Rozlišujeme typ jemný a hrubý. Jemný typ se nachází u LG léze a hrubý typ či hrubší se vyskytuje u HG léze. (Klanica a kol., 2008).

Mozaika ukazuje při novotvorbě cév vzorování, obsahující horizontální políčka. Spojuje se změnami ve struktuře dlaždicového epitelu a jeho vztahu ke žlázám a pojivové tkáni. Vyskytují se jak jemné, tak hrubé mozaiky. U výskytu nepravidelné, velké a hrubší mozaiky se jedná o HG lézi, u menších a jemnějších políček jde především o LG lézi. (Roztočil a kol., 1998).

Atypická transformační zóna vypadá jako cervikální intraepiteliální neoplazie, která má jak cévní, tak epitelové patologie různé závažnosti. Ovšem tyto známky mohou být velmi malé a uniknou tak pozornosti. (Roztočil a kol., 1998; Freitag, 2007).

Atypické cévy, které jsou během sledování změněné ve vzhledu, pravidelnosti, průběhu, tvaru a hustotě cévního zásobení, je nutné sledovat. Obraz novotvořených cév vypadá jako stonožky, špagety nebo vývrtky. Cévní síť je lehce zranitelná a bohatá s častým projevem krvácení jak po styku, tak při vyšetřování. (Roztočil a kol., 1998; Freitag, 2007; Cibula a kol., 2009).

3. Neadekvátní nález:

U anatomických odchylek, poševní synechie. Neadekvátní nález nacházíme také u stavů po operaci čípku děložního i pochvy, kdy kolposkopický nález nelze zhodnotit.

4. Různý nález:

Genitální bradavice (condylomata accuminata), ulcerace (zvrhedovatění), eroze, záněty, polypy, atrofické změny, u kterých dochází k erozím, bledosti a křehkosti sliznice a jiné změny. (Roztočil a kol., 1998).

Při provádění kolposkopie je důležitý čas, při hodnocení změn je nutná nejprve aplikace ředěného roztoku kyseliny octové, topografie léze a sledování cévních změn i přeměn po aplikaci Lugolova roztoku.

Při fyziologickém nálezu je hladký povrch, dlaždicový epitel jemně zbělá po aplikaci kyseliny octové, a pak je rychle na ústupu. Cylindrický epitel je jasně červený. Drobné, přítomné cévy se pravidelně větví. Po aplikaci Lugolova roztoku je většinou jódnegativita. (Freitag, 2007)

Při nálezu svědčícím pro LG lézi má povrch mikropapilární nebo hladký, vnější ohraničené léze jsou nepravidelné se sněhově bílým zbarvením po kyselině octové s nástupem pomalým, ústupem rychlým. Přítomná je i mozaika s puntíkováním.

Při nálezu svědčícím HG lézi nacházíme ostré vnější ohraničení léze, jehož okraj je olupující (peeling) a povrch hladký. Po kyselině octové je perleťově bílé zbarvení rychlého nástupu a pomalého ústupu. Hrubé puntíkování a mozaika je také přítomná. Cévy se nachází nepravidelně. (Cibula a kol., 2009).

Při nálezů adenoléze je obraz různorodý. Po aplikaci kyseliny octové se místo obarví sytě na bílo a pokrývá žlázový epitel. Cévní abnormality a mozaika nejsou nikdy typické.

Při svědčícím nálezů pro miniinvazivní karcinom je rozsáhlá HG léze se třemi a více postižením čípku. Po aplikaci kyseliny octové je značné zbělení. Povrch děložního čípku je nepravidelný s velmi ostrým okrajem, mírnou ulcerací, abnormálními cévami a hrubým puntíkováním a mozaikou. Naprostá jodnegativita. (Roztočil a kol., 1998).

Při nálezů svědčícím pro invazivní karcinom je nález podobný miniinvazivnímu karcinomu, liší se v povrchu, který je zcela nepravidelný s úplnou ztrátou struktury se žlutočerveným zbarvením sklovitého vzhledu a ostrým okrajem vředu.

Je to tedy vyšetření s cennou metodou včasného odhalení různých nepravidelností děložního čípku, ale nepřisluší jí definitivně stanovit benigní či maligní lézi, pouze vyslovit podezření. (Freitag, 2007; Kobilková a kol., 2006).

2.4.2 HPV test

Jde o zjištění výskytu HPV viru pomocí testu složeného z biologické a molekulární techniky PCR (polymerová řetězová reakce) a DNA. Většina testů získává informace o genotypu 16 a 18. Výsledek testu je citlivější, ale méně specifický. Test se provádí převážně u žen po 30. a 35. roku života, u hraničního cytologického stěru, dále lze využít při dispenzarizaci po léčbě prekanceróz a přínosné by bylo provádět test před samotnou vakcinací u sexuálně aktivních žen. Negativní výsledek značí prodloužení intervalu gynekologických kontrol. (Freitag, 2007).

2.4.3 Cytologie

Jedná se o hlavní, neinvazivní screeningovou a prebiptickou metodu, která slouží k diagnostice změn tkání, ke zjištění kvality buněk získané z povrchu děložního čípku, z cervikálního kanálu, pochvy a také zevních rodidel. Cytologická klasifikace se používá podle Bethesda z roku 2001, při kterém se zkompletovalo hodnocení preparátu. Cíl spočívá v časném odhalení nepravidelnosti buněk přednádorového nebo nádorového charakteru. (Roztočil a kol., 1998).

Popis preparátu:

Kvalita zhodnocení nátěru – pokud odběr obsahoval buňky z endocervixu, exocervixu a také z transformační zóny, je kvalita stěru dostatečná, pokud byl ale preparát poškozený, špatná fixace nebo probíhal těžký zánět, jedná se o nedostatečnou či nezhodnotitelnou kvalitu stěru. Podmínka je tvořena z kvalitního stěru a též vhodný nástroj na setření buněk pro správný odběr. Odběr proveden z exocervixu se provádí především špachtli, endocervikální odběr je prováděn brush kartáčkem je nutná kvalitní a zavčas provedená fixace fixačním roztokem nebo fixátérem a jako poslední je správné zapsání anamnestických údajů klienta k provedení vyšetření. (Kobilková a kol., 2006).

Nátěr prováděný dříve dle „Papanicolaoua.“¹

PAP I. – negativní nález s normálními buňkami dlaždicového epitelu.

PAP II. – negativní nález, ale atypický s výskytem atrofických a zánětlivých změn.

PAP III. – nejisté maligní známky s výskytem jaderných a cytoplazmatických změn, neodpovídající však malignitě.

PAP IV. – jedná se o suspektní nález, při kterém nacházíme morfologické změny buněk, avšak jejich množství je pro diagnózu malignity málo.

PAP V. – tento nález je již pozitivní s přítomností nádorových buněk většího množství. Popisuje infekci, pokud se vyskytla, nebo různé buněčné změny žlázového epitelu a za poslední popis buněčných změn dlaždicového epitelu. (Roztočil a kol., 1998).

V současné době se užívají dvě klasifikace: FIGO (Mezinárodní organizace gynekologů), jež zavedla pojem dysplazie (lehká, střední, těžká) a RICHARDOVA, která užívá pojem cervikální intraepiteliální neoplazie CIN se stupněm I – III. (Roztočil a kol., 1998).

Zhodnocení dlaždicových buněk

Typické: označují se jako negativní intraepiteliální léze nebo negativní malignita.

Atypické: ASC - US, které jsou atypické, dlaždicové buňky neurčitého významu. Jedná se o nejistou diagnózu. Cytologický obraz je charakteristický tím, že ve zralých buňkách dlaždicového epitelu je jádro nezvykle zvětšené, asi 2,5 až 3krát větší než

¹ George Nicholas Papanicolaou byl americký lékař řeckého původu. V roce 1943 uveřejnil práci, ve které popsal různé typy buněk, které se nacházejí u žen v poševním sekretu.

normální jádro. Může se skrývat jak zánět, tak malignita, proto se doporučuje za 6 měsíců opakovat cytologický stěr. Jelikož představuje 90 - 95 % všech ASC nálezů. (Cibula a kol., 2009).

ASC - H neboli atypické dlaždicové buňky, které nevylučují přítomnost HG léze.

LG SIL s názvem dlaždicová intraepiteliální léze nízkého stupně. Tato prekanceróza lehkého stupně se liší od normálních nálezů zvětšeným jádrem buněk 3 - 6 krát.

HG SIL, dlaždicová intraepiteliální léze vysokého stupně. V tomto nálezu je změna variability jader, rychlý pohyb ve tkáni, častá regenerace odloučených buněk a změna cytoplazmy, která představuje vakuoly.

AGC s popisem atypických žlázových buněk.

AIS, adenocarcinoma in situ. Onkologická cytologie představuje nezbytnou součást prevence a diagnostiky přednádorového a nádorového onemocnění, především se zaměřením na děložní čípek. Větší úspěšnost bývá spojena s kolposkopickým vyšetřením. (Apgar, 2009; Freitag, 2007).

2.4.4 Biopsie čípku děložního

Toto vyšetření představuje odběr tkáně děložního čípku a slouží převážně ke stanovení definitivního potvrzení závěru.

Materiál lze získat pomocí:

Minibiopsie (punch biopsie). Využívá se k prověření histologického typu, ale často s malou diagnostickou efektivitou.

Kyretáž hrdla v oblasti endocervixu, provádí se většinou v celkové anestezii, jelikož se jedná o bolestivý zákrok. S cílem ověřit anatomické poměry v hrdle děložním s následným odběrem vzorku sliznice. (Roztočil a kol., 1998).

Další metodou je cílená excize skalpelem za kolposkopické kontroly.

Konizace je zákrok považován za diagnostický a zároveň za terapeutický. Může být prováděn jak nožem, laserem, anebo elektroexcizní kličkou (LEEP), či jehlou a jedná se o cylindrickou direkci děložního hrdla. (Klanica a kol., 2008).

Při podezření nebo prokázání karcinomu se pokračuje následovně:

Bimanuální rektovaginální palpační vyšetření provádí lékař s většími zkušenostmi s tímto onemocněním.

Poté můžeme využít laboratorního vyšetření, které se využívá u karcinomů. Marker SCCA, (norma do 2,0 ng/ml), CYFRA-21-1. (cytokeratinová frekvence, norma do 3,3ng/ml). Hodnoty SCCA ukazují možné metastatické postižení lymfatických uzlin. Pokud je vysoká hodnota tohoto markru, jedná se o horší prognózu onemocnění a naopak. U adenokarcinomů se používá CA 125 a CEA. (Rabe, 1994; Roztočil a kol., 1998).

Endoskopické metody se používají ke stanovení rozsahu nádorového onemocnění nebo ke zjištění prorůstání do okolí, jako jsou rektoskopie, cystoskopie a kolonoskopie.

PET – pozitronová emisní tomografie, k vyloučení metastáz v lymfatických uzlinách, eventuálně lymfografie. (Adam a kol., 2002).

Zobrazovací metody, do kterých se řadí ultrasonografie, RTG vyšetření plic, CT a NMR břicha a pánve. Ve většině případů se ukazuje, že UZ a NMR je přesnější než CT. (Adam a kol., 2002).

Shrnutí o vyšetření:

Základ preventivního opatření u nás v České republice tvoří cytologie a kolposkopie, jež plně hradí pojišťovna 1x ročně. Pokud jejich výsledek vyšel negativně, opakování stěru a kolposkopie je vhodný po uplynutí jednoho roku. Jedná-li se o pozitivní výsledek, vyšetření by se mělo opakovat po 3 - 6 měsících. Dále je vhodný HPV test, určen ženám po 30 věku, který též určí negativitu či pozitivitu nálezu. Je-li výsledek testu pozitivní, je vhodné udělat kolposkopii a následně biopsii, která se řeší podle stupně postižení, věku a parity. (Freitag, 2001).

Přesto tristní situaci ještě zhoršuje absence organizovaného screeningu, a tím nízká účast žen během jeho realizace.

2.5 Terapie sledovaného onemocnění

Terapie spočívá vždy na věku ženy se značnou šetrností v určitém stádiu postižení, kdy už postiženou část nelze jen sledovat, ale je nutné už určitou metodou odstranit a léčit.

Založení léčby závisí tedy na řadě faktorů, jako je věk, celkový stav organismu, typ nádoru a možnost volby léčby. K tomu je nutné popsat klasifikaci karcinomu děložního čípku, podle které se také volí léčebná strategie. Ovšem primární prevence je vždy nejdůležitější.

FIGO klasifikace a rozsah cervikálního karcinomu s následným 5letým přežitím dle ANNUAL report:

- Stadium 0, I a IA se zařazuje jako karcinom in situ s mikroskopickým nálezem.
- Stadium IA1 je již karcinom omezený na děložní hrdlo. Stromální invaze pod 3mm se 7mm horizontálním šířením. Diagnostika je pouze mikroskopická s 95,1% přežitím.
- Stadium IA2 bývá stejný jak IA1 s jednou změnou ve stromální invazi, která je nad 3mm a stanoveno je 94,9 % přežití.
- Stadium IB se popisuje mikroskopicky nebo evidentně v 80,1 % možného přežití.
- Stadium IB1 má rozměr nádoru 4mm a omezení na hrdlo děložní.
- Stadium IB2 o rozměru nádoru nad 4mm a také má omezení na hrdlo děložní.
- Stadium II má rozsah šíření nádoru mimo dělohu a nedosahuje na pánevní stěnu.
- Stadium IIA zasahuje nádorem přes děložní hrdlo na pochvu, kdy nejsou postižena parametria. Udává se 66,3% přežití.
- Stadium IIB postihuje parametria, nedosahující k pánevní stěně a dolní třetiny pochvy. Statistika je 63,5% přežití.
- Stadium III dosahuje nádorem k pánevní stěně nebo do dolní třetiny pochvy s možnou přítomností hydronefrózy či nefunkční ledviny.
- Stadium IIIA šíří nádor na dolní třetinu pochvy, bez postižení pánevní stěny. Popisuje se 33,3% úspěšná léčba
- Stadium IIIB postihuje pánevní stěny, které mohou způsobovat hydronefrózu či nefunkčnost ledviny. 38,7% přežití.

- Stadium IVA obsahuje nádor postihující sliznici močového měchýře a je možné šířit k rektu nebo mimo malou pánev. Úspěch v léčbě je udáván 17,1 %.
- Stadium IVB má přítomny vzdálené metastázy. Popisuje se jako konečné stádium, kde se udává pouze 9,4% přežití. (Klanica a kol., 2008; Freitag, 2001).

FIGO je klasifikace, která popisuje pokročilost karcinomu děložního čípku dle Mezinárodní organizace gynekologů. Další popis karcinomu spočívá v TNM klasifikaci, vypracovaná WHO. T - (Tumor), značí pokračování nádoru, N - (Nodus), přítomnost regionálních mízních uzlin, M - (Metastázy), zda jsou přítomny vzdálené metastázy. (Šafář, 2000).

Rozsah operačních výkonů závisí na stádiu onemocnění, na věku žen, zejména kde se respektuje zachování fertility a dále se bere ohled na únosnost žen k operačnímu výkonu, který je mnohdy velmi zatěžující pro klientky.

Jedná se o tyto operační intervence: konizace s následnou kyretáží hrdla, která zachovává fertilitu, abdominální hysterektomie, laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, také radikální hysterektomie s pánevní lymfadenektomií a radikální trachelektomie.

U posledního stádia je kurativní a paliativní léčba velmi individuální. Stadium IVB je v současné době těmito metodami nevyléčitelné. Hlavní důraz je kladen na kvalitu života pacientky. Využít lze také hormonální léčba jako podpůrná terapie u kachexie. (Adam a kol., 2002).

Léčba recidiv:

Řeší se individuálně dle rozsahu, lokalizace, terapie, která předcházela a celkovému stavu pacientky. U pacientek u kterých se zvolila léčba chirurgická, zbývá ještě opakování aktinoterapie. U nemožnosti jak radikální chirurgické léčby, tak ozáření, je možná indikace chemoterapie metodou pouze paliativní. U FIGO IIB - IVB je procento recidiv 50 - 70 %. (Klanica a kol., 2008).

Dispenzarizace:

Ženy jsou sledovány v prvních 2 letech každé tři měsíce, ve třetím roce přicházejí každé 4 měsíce na kontrolu. Čtvrtý a pátý rok už po 6 měsících a poté 1x ročně by měly absolvovat komplexní gynekologické vyšetření při ponechání dělohy včetně

kolposkopie a cytologie. Následuje odběr SCC markeru u spinocelulárního karcinomu, ultrasonografie ledvin a malé pánve, hematologické a biochemické vyšetření krve spojené s renálním vyšetřením 1x ročně. (Freitag, 2001).

2.6 Vakcinace proti HPV viru

Dříve se používala metoda sekundární prevence nejen karcinomu děložního čípku, ale i prekanceróz, jež na prvním místě byla cytologie. Od roku 2006 se dostala i do České republiky primární prevence, do které patří metoda vakcinací. Vakcína s komerčním názvem Silgard, jež byla v září roku 2006 schválena Evropskou lékovou agenturou a druhá vakcína s komerčním názvem Cervarix, licencovaná roku 2007. Ovšem než byly zavedeny na trh tyto vakcíny, tak se prováděly na tisíci ženách dlouhodobé a složité studie, které obsahovaly jak zaslepené studie vakcinací, tak i placebo.

Jako první na trhu se objevila vakcína s názvem kvadrivalentní Gardasil, pod obchodním názvem Silgard, vyvinuta firmou Merck, Sharp and Dohme. *Schválena byla dne 20. 9. 2006 v zemích Evropské unie včetně České republiky u žen od 9 - 26let a u chlapců od 9 - 15let. Očkování u žen 27 - 45let závisí na doporučení lékaře. Cena za tři dávky vakcíny se u nás pohybuje okolo 10 000kč.* (Očkování proti HPV, 2010).

Zabraňuje primární infekci HPV. Vakcína obsahuje protein L1 HPV, podobný virům, ale neobsahuje virovou DNA, tím vzniká protilátkou odpověď, neutralizující viry, které neobsahují infekční ani onkogenní riziko. Protilátky obsažené v séru jsou proti HPV 6, 11, 16 a 18. Vzniká prevence genitálních bradavic, lézí a neoplázií vyvolané typy 6 a 11 a prevence karcinomu děložního čípku, vagíny a vulvy vyvolané typy 16 a 18. Očkování se skládá ze tří dávek s odstupem dvou až šesti měsíců po prvním očkování a neměl by být interval mezi očkováním kratší. (Kahn, 2009). *Paměťové buňky jsou indukované v 66,1 %.* (Sláma, 2009, str. 393).

Bivalentní vakcína s názvem Cervarix, která se objevila až rok po tetravalentní vakcíně, byla schválena Evropskou unií dne 20. 9. 2007. Na jejím vývoji se podílela firma GlaxoSmithKline. Tato vakcína se liší v adjuvantním prostředku AS04 obsaženém v séru, navozujícím delší, silnější a rychlejší imunitní odpověď, minimálně 3x vyšší proti HPV 16 a 18 o účinnosti 100 % vyšší než Gardasil a zároveň zkříženou ochranu proti subtypům HPV 31, 45 a 52 účinnou v 75 %. Očkovány mohou být ženy od 10 -

55let. Cena tří vakcín se pohybuje obdobně jako u vakcíny Silgard. (Beran, 2006). *Indukce paměťových buněk je zde 88,7 %.* (Sláma, 2009, str. 393).

Nežádoucí místní účinky obou vakcín byly převážně bolestivost v místě vpichu, zarudnutí, vyrážka a otok místa vpichu. Celkovým nežádoucím účinkem převažovala únava, synkopa, nevolnost a také bolestivost svalů. Z pohledu lékaře je vhodné před aplikací vakcíny proti HPV viru vyšetřit HPV testem, aby byla účinnost co největší. (Sláma, 2009).

Nejisté oblasti po očkování poukazují na dosud neznámou dobu trvání klinické účinnosti, neobjasněná je účinnost očkování u mužského pohlaví, známost skutečného vlivu očkování karcinomu děložního čípku, nejsou známy a objasněny zdravotní přínosy očkování u žen starších 26 let, je doposud málo známo o bezpečnosti a účinnosti vakcín, jasné také není, jak se ženy po očkování budou sledovat, pokud bude dál stejný screening karcinomu děložního čípku či ne a poslední obava spočívá po očkování žen, jestli bude jejich sexuální chování riskantnější a zda nebudou brát gynekologické kontroly lehkovážně (Kahn, 2009).

Od 1. 6. 2010 do 30. 6. 2011 probíhá projekt „třetí dávka zdarma“, která platí u všech zdravotních pojišťoven, ale věková hranice je u každé pojišťovny jiná, probíhá to většinou tak, že žena zaplatí 7 400 Kč respektive 6 400 Kč a 1 000 Kč pojišťovna vrátí zpět po naočkování všech tří dávek. (Očkování proti HPV, 2010).

V dnešní době není reálná naděje, že by stát či zdravotní pojišťovna hradila očkování proti HPV, ale investice do zdraví člověka či do svých dětí by měla být prioritou pro každého z nás.

3 Praktická část

3.1 Použitá metoda

K vypracování bakalářské práce byl použitý kvantitativní výzkum. Sběr dat probíhal formou dotazníkového šetření, určen dívkám a ženám od 15 let a více.

Dotazník obsahoval 16 otázek. Úvodní tři otázky v dotazníku se týkaly identifikačních údajů – věk, rodinný stav a nejvyšší dosažené vzdělání. Ostatní otázky se týkaly informovanosti žen o prevenci karcinomu děložního čípku. O informovanosti z oblasti očkování tohoto onemocnění, zda vědí, že tato možnost existuje. Všechny otázky byly uzavřenou formou. Respondentky měly označit vždy jednu možnost z odpovědí, pouze jednou směly označit dvě možnosti.

3.2 Charakteristika zkoumaného prostředí

Daný výzkum byl prováděn v Jihlavě na Vysoké škole polytechnické a v gynekologické ambulanci MUDr. Majera, který probíhal v období říjen – listopad 2010.

Celkově bylo rozdáno 110 dotazníků, z toho 10 dotazníků nebylo možno použít k vypracování výsledků praktické části mé bakalářské práce buď nedostatečným, nebo nesprávným vyplněním. Návratnost činila 90, 9 %. K samotným výsledkům výzkumu bylo možné použít 100 dotazníků.

3.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Tento výzkumný soubor tvořily dívky a ženy z okresu Jihlava. Na otázky odpovědělo 100 dívek a žen.

V dotazníkovém šetření respondentek bylo 6 % dívek ve věku 15 – 20 let, 48 % žen věku 21 – 30, které mělo největší zastoupení, ve věku 31 – 40 bylo 29 %, ve věkovém rozmezí 41 – 50 bylo 9 % a poslední skupinu žen tvořilo 51 a více let v počtu 8 %.

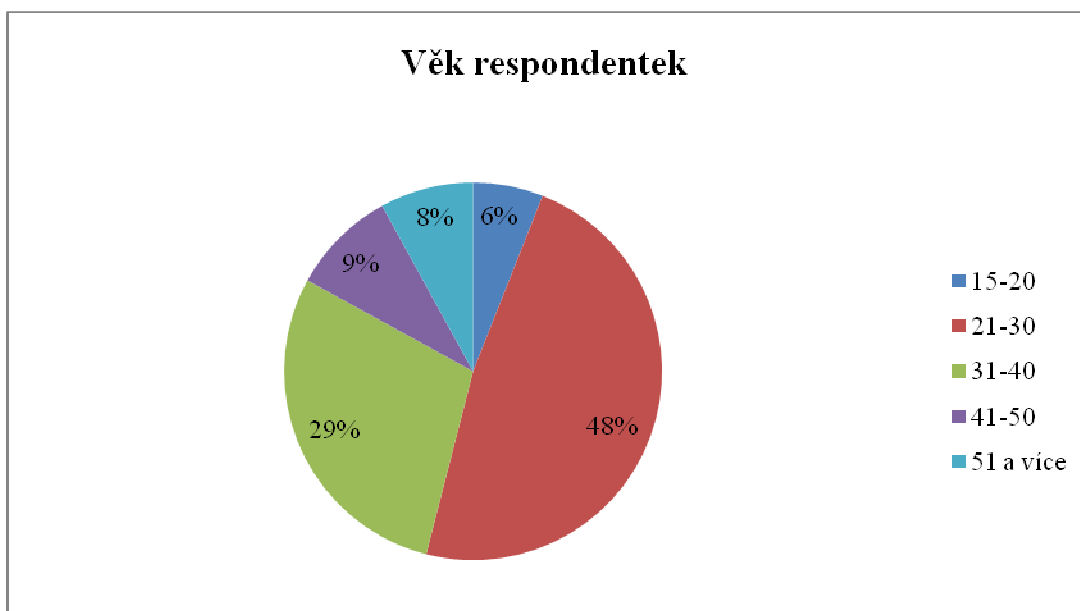
3.4 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka č. 1

Jaký je Váš věk?

Tabulka 1: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 1

	počet respondentek	%
15-20	6	6%
21-30	48	48%
31-40	29	29%
41-50	9	9%
51 a více	8	8%
celkem	100	100%



Graf 1: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 1

(Zdroj: Vlastní výzkum)

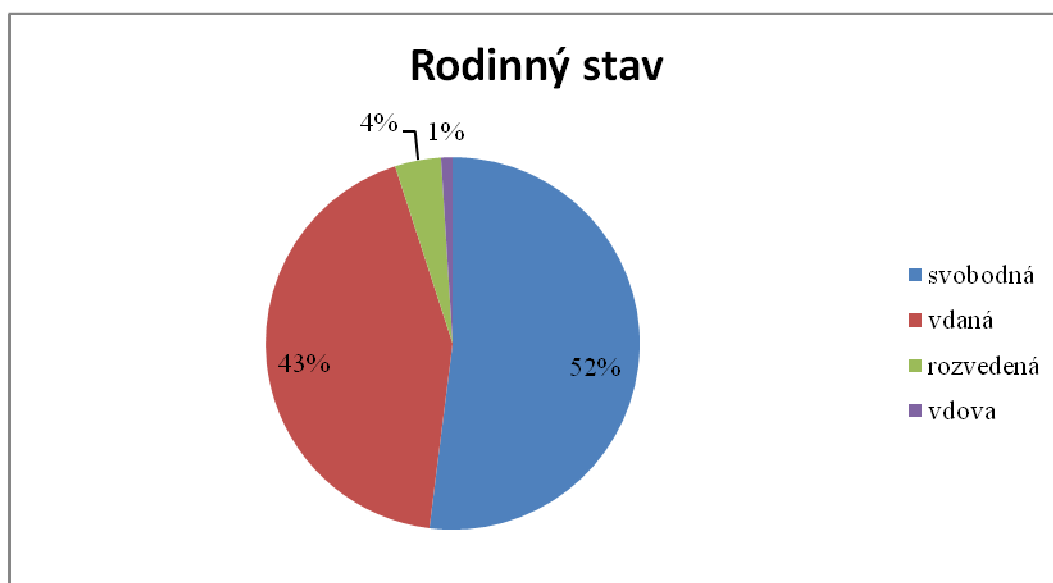
K otázce č. 1 odpovídalo 100 respondentek, z nichž bylo 6 (6 %) žen ve věku 15 - 20 let. Ve věkovém rozmezí 21 - 30 odpovědělo 48 (48 %) respondentek, které tvořily největší zastoupení z této věkové kategorie. Další věkové rozmezí tvořily ženy od 31 - 40 let s celkovým počtem 29 (29 %). Poslední skupina respondentek, které odpověděly, byla 51 a více let s počtem 8 (8 %).

Otázka č. 2

Jaký je Váš rodinný stav?

Tabulka 2: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 2

	počet respondentek	%
svobodná	52	52%
vdaná	43	43%
rozvedená	4	4%
vdova	1	1%
celkem	100	100%



Graf 2: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 2

(Zdroj: Vlastní výzkum)

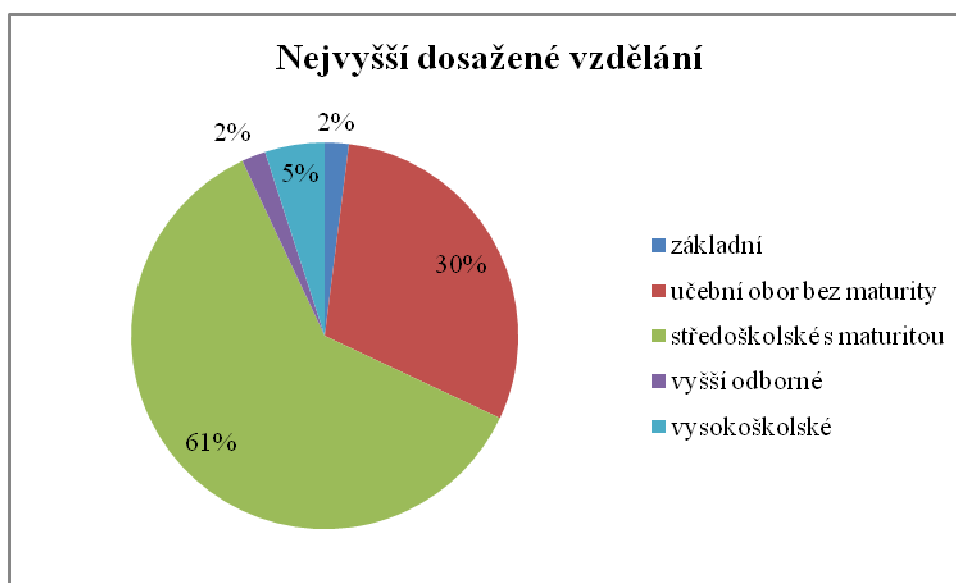
U rodinného stavu uvedly ženy ze 100 odpovědí 52krát (52 %), že jsou doposud svobodné a tvořily největší zastoupení. 43 (43 %) žen odpovědělo, že jsou vdané. Rozvedené ženy jsou 4 (4 %). Vdovu uvedla 1 (1 %) respondentka.

Otázka č. 3

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 3: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 3

	počet respondentek	%
základní	2	2%
učební obor bez maturity	30	30%
středoškolské s maturitou	61	61%
vyšší odborné	2	2%
vysokoškolské	5	5%
celkem	100	100%



Graf 3: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 3

(Zdroj: Vlastní výzkum)

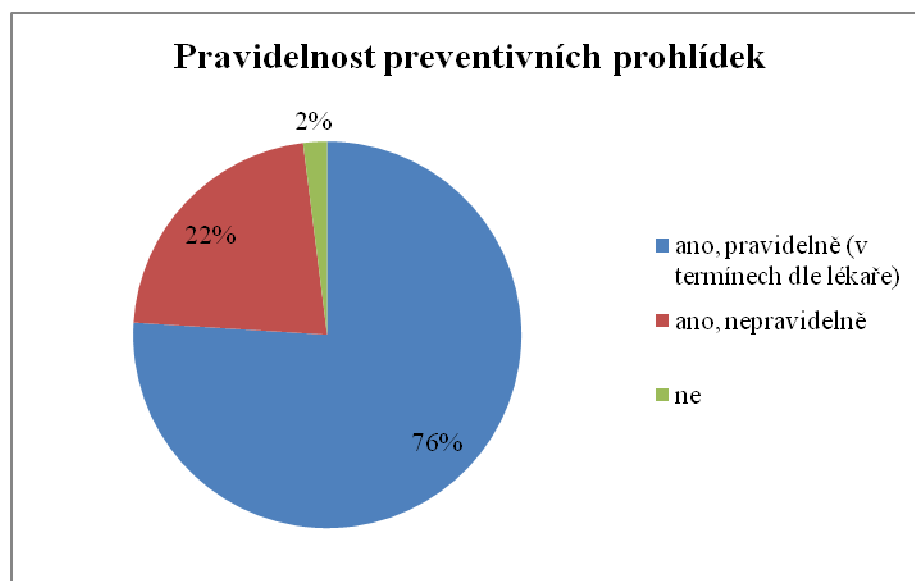
Ze 100 respondentek mají základní dokončené vzdělání 2 (2 %) ženy. Učební obor bez maturity uvedlo 30 (30 %) dotázaných. 61 (61 %) respondentek uvedlo, že má dokončené středoškolské studium s maturitou a tvoří nejpočetnější skupinu v této otázce. Na vyšší odborné vzdělání odpověděly 2 (2 %) respondentky. 5 (5 %) dotázaných označilo odpověď se středoškolským vzděláním.

Otázka č. 4

Chodíte pravidelně na preventivní gynekologické prohlídky?

Tabulka 4: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 4

	počet repondentek	%
ano, pravidelně (v termínech dle lékaře)	76	76%
ano, nepravidelně	22	22%
ne	2	2%
celkem	100	100%



Graf 4: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 4

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Na otázku, zda ženy chodí pravidelně na gynekologické prohlídky, odpovědělo 76 (76 %) respondentek ano a v daný termín, který jim lékař určí. 22 (22 %) žen označilo, že chodí na preventivní prohlídky prováděné gynekologem, ale nepravidelně. Poslední možnost uvedly 2 (2 %) respondentky, které nechodí na preventivní prohlídky.

Otázka č. 5

Domníváte se, že preventivní prohlídky mohou snížit riziko vzniku nádoru děložního čípku?

Tabulka 5: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 5

	počet respondentek	%
ano	68	68%
ne	32	32%
celkem	100	100%



Graf 5: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 5

(Zdroj: Vlastní výzkum)

U otázky, zda snižují pravidelné preventivní prohlídky riziko vzniku karcinomu děložního čípku, odpovědělo 68 (68 %) dotázaných ano. 32 (32 %) respondentek uvedlo, že pravidelné preventivní prohlídky nemají vliv na vzniku karcinomu děložního čípku.

Otázka č. 6

Pokud by Vás Váš gynekolog pravidelně zval na preventivní prohlídky pomocí pozvánek, zlepšilo by to Váš přístup k prohlídce?

Tabulka 6: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 6

	počet respondentek	%
ano	18	88%
ne	6	12%
celkem	100	100%



Graf 6: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 6

(Zdroj: Vlastní výzkum)

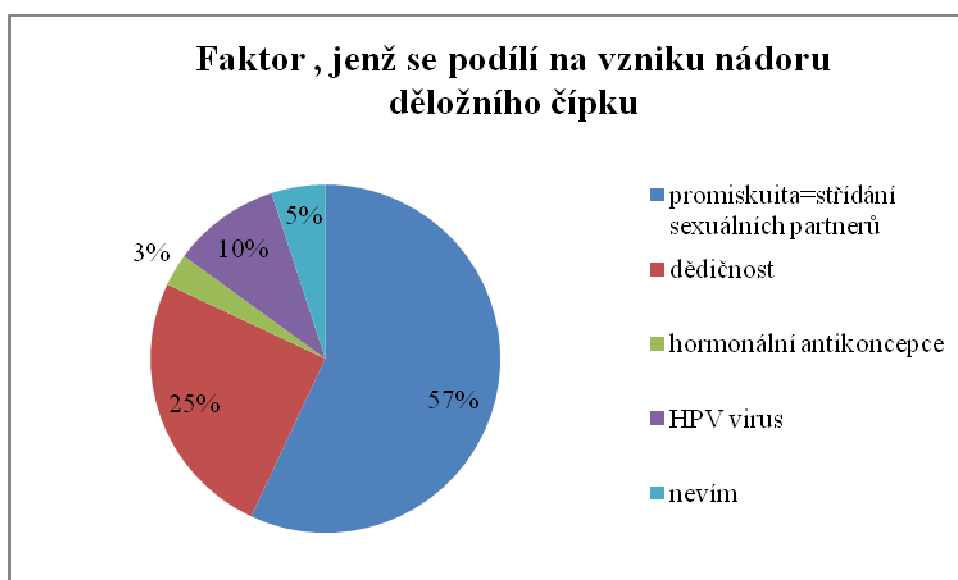
Na tuto otázku odpovídaly pouze ženy, které nechodí pravidelně na preventivní gynekologické prohlídky v lékařem stanoveném termínu o celkovém počtu 24 respondentek. 18 (88 %) dotázaných označilo, že by pomocí pozvánek na preventivní gynekologickou prohlídku zlepšil jejich přístup k prohlídce. 6 (12 %) žen by jejich přístup nezměnil ani systém pomocí pozvánek k preventivním prohlídkám u gynekologa.

Otázka č. 7

Podle Vás, který faktor se nejvíce podílí na vzniku zhoubného nádoru děložního čípku?

Tabulka 7: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 7

	počet respondentek	%
promiskuita=střídání sexuálních partnerů	57	57%
dědičnost	25	25%
hormonální antikoncepce	3	3%
HPV virus	10	10%
nevím	5	5%
celkem	100	100%



Graf 7: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 7

(Zdroj: Vlastní výzkum)

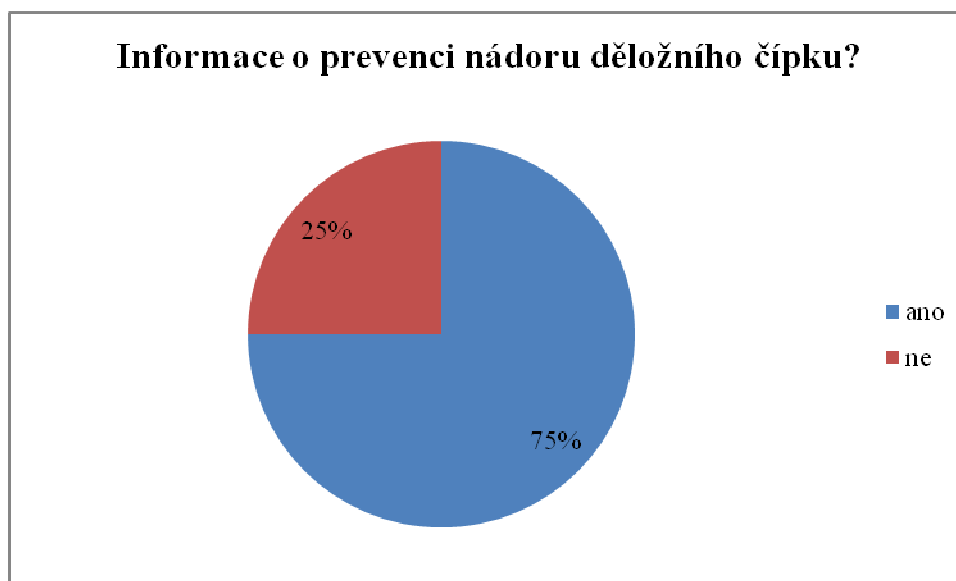
V otázce respondenty odpovídaly, který faktor se podle nich nejvíce podílí na vzniku zhoubného nádoru děložního čípku. Odpovídalo 100 žen a směly označit pouze jeden faktor. Nejvíce označená odpověď byla promiskuita = střídání sexuálních partnerů, kterou uvedlo 57 (57 %) žen. 25 (25 %) dotázaných zhodnotilo dědičnost jako rizikový faktor karcinomu děložního čípku. Hormonální antikoncepci označily 3 (3 %) ženy. HPV virus, který se hlavně podílí na vzniku karcinomu děložního čípku uvedlo jen 10 (10 %) respondentek. A 5 (5 %) respondentek vůbec neví, jaký faktor by se mohl podílet na tomto onemocnění.

Otázka č. 8

Máte informace o možné prevenci nádoru děložního čípku?

Tabulka 8: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 8

	počet respondentek	%
ano	75	75%
ne	25	25%
celkem	100	100%



Graf 8: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 8

(Zdroj: Vlastní výzkum)

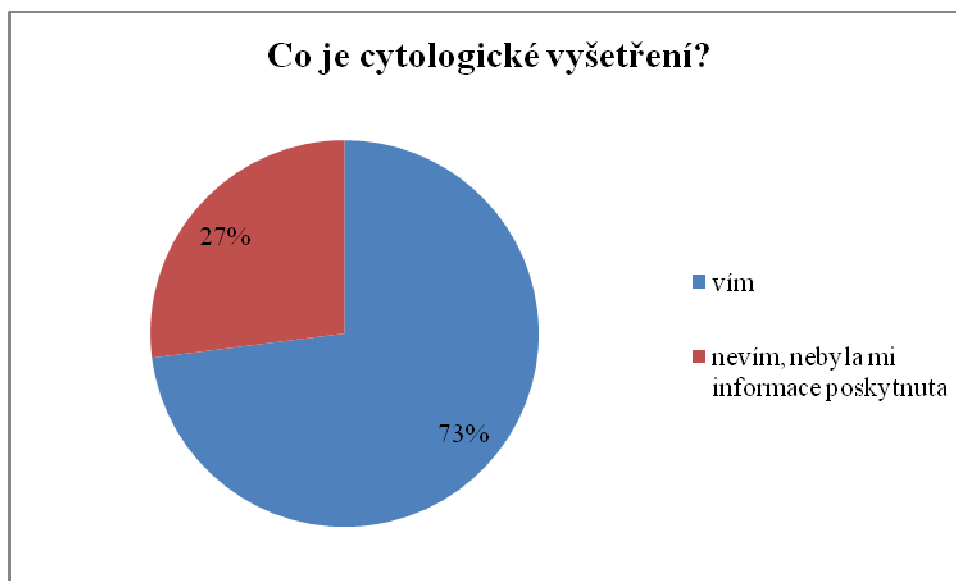
Respondentky odpovídaly, zda mají informace o možné prevenci nádoru děložního čípku. 75 (75 %) žen odpovědělo, že tyto informace mají. 25 (25 %) respondentek uvedlo, že informace o možné prevenci karcinomu děložního čípku nemají.

Otázka č. 9

Víte, co je cytologické vyšetření?

Tabulka 9: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 9

	počet respondentek	%
vím	73	73%
nevím, nebyla mi informace poskytnuta	27	27%
celkem	100	100%



Graf 9: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 9

(Zdroj: Vlastní výzkum)

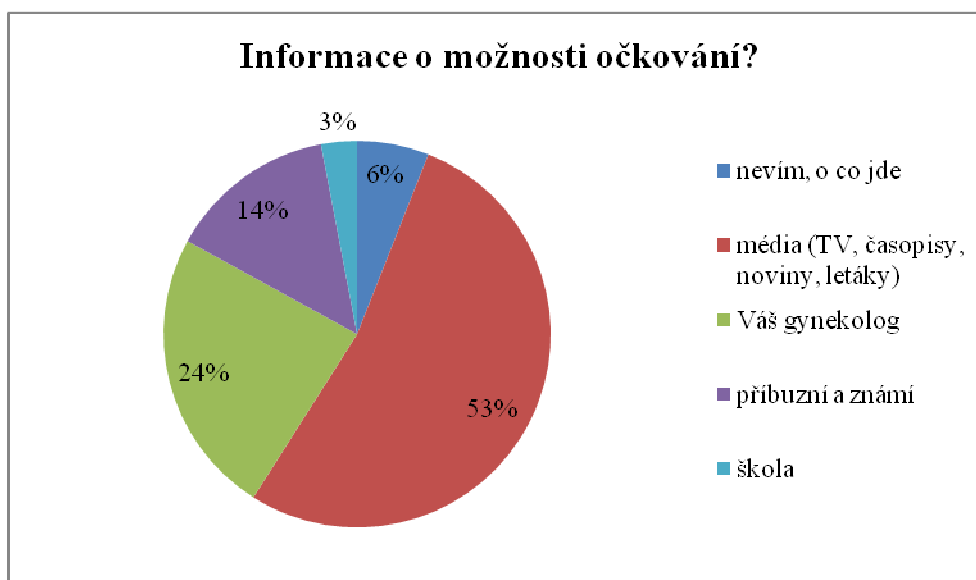
Ze 100 respondentek uvedlo 73 (73 %) respondentek odpověď, že ví, v čem spočívá cytologické vyšetření. 27 (27 %) respondentek označilo druhou odpověď, že neví v čem spočívá cytologické vyšetření, protože jim nebyla poskytnuta informace.

Otázka č. 10

Kde jste získala informace o možnosti očkování proti zhoubnému nádoru děložního čípku?

Tabulka 10: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 10

	počet respondentek	%
nevím, o co jde	8	6%
média (TV, časopisy, noviny, letáky)	69	53%
Váš gynekolog	31	24%
příbuzní a známí	18	14%
škola	4	3%
celkem	130	100%



Graf 10: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 10

(Zdroj: Vlastní výzkum)

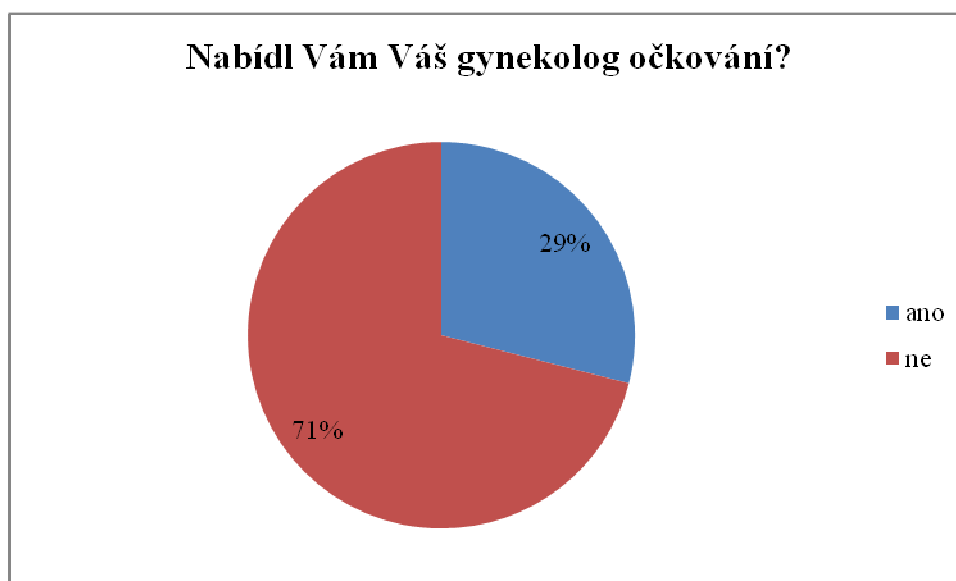
Na otázku kde jste získala informace o možnosti očkování proti zhoubnému nádoru děložního čípku odpovídalo 100 respondentek. Měly možnost zvolit 2 zdroje informací. Celkem bylo 130 odpovědí. O tom, že existuje možnost očkování proti nádoru děložního čípku neví 8 žen (6 %). 69 (53 %) respondentek uvedlo, že mají informace o možnosti očkování z média jako je TV, časopisy, noviny nebo letáky. Od svého gynekologa získalo informace 31 (24 %) respondentek. Od příbuzných a známých má informace 18 (14 %) žen. A jako poslední je škola, která jim poskytla informace o možnosti očkování a to uvedly 4 (3 %) respondentek.

Otázka č. 11

Nabídl Vám Váš gynekolog očkování v rámci prevence zhoubného nádoru děložního čípku?

Tabulka 11: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 11

	počet respondentek	%
ano	29	29%
ne	71	71%
celkem	100	100%



Graf 11: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 11

(Zdroj: Vlastní výzkum)

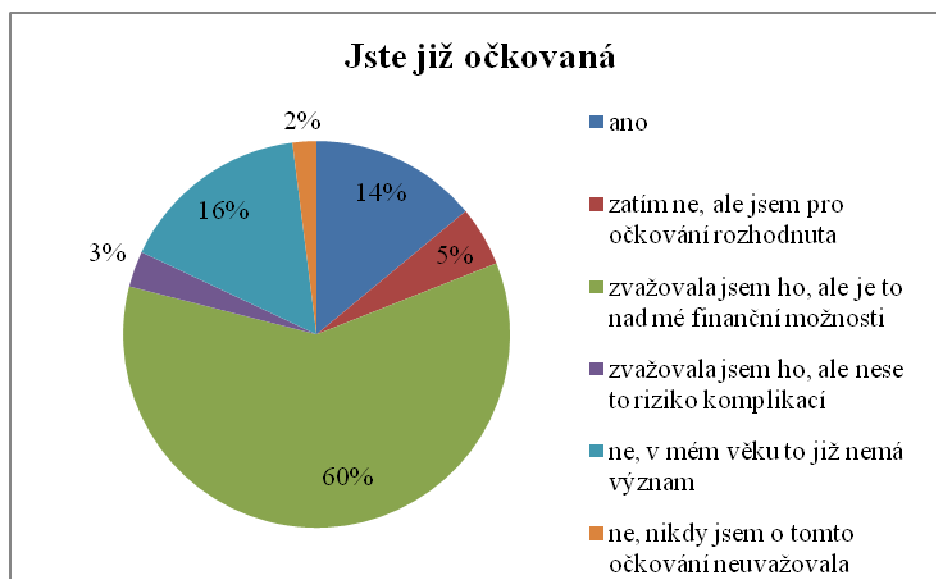
Zda bylo nabídnuto Vaším gynekologem očkování v rámci prevence zhoubného nádoru děložního čípku odpovědělo 100 respondentek. 29 (29 %) respondentek označilo odpověď, že jim byla poskytnuta nabídka v rámci očkování proti nádoru děložního čípku. 71 (71 %) respondentek uvedlo, že jim jejich gynekolog očkování v rámci prevence nádoru děložního čípku nenabídl.

Otázka č. 12

Jste již očkovaná?

Tabulka 12: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 12

	počet respondentek	%
ano	14	14%
zatím ne, ale jsem pro očkování rozhodnuta	5	5%
zvažovala jsem ho, ale je to nad mé finanční možnosti	60	60%
zvažovala jsem ho, ale nese to riziko komplikací	3	3%
ne, v mém věku to již nemá význam	16	16%
ne, nikdy jsem o tomto očkování neuvažovala	2	2%
celkem	100	100%



Graf 12: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 12

(Zdroj: Vlastní výzkum)

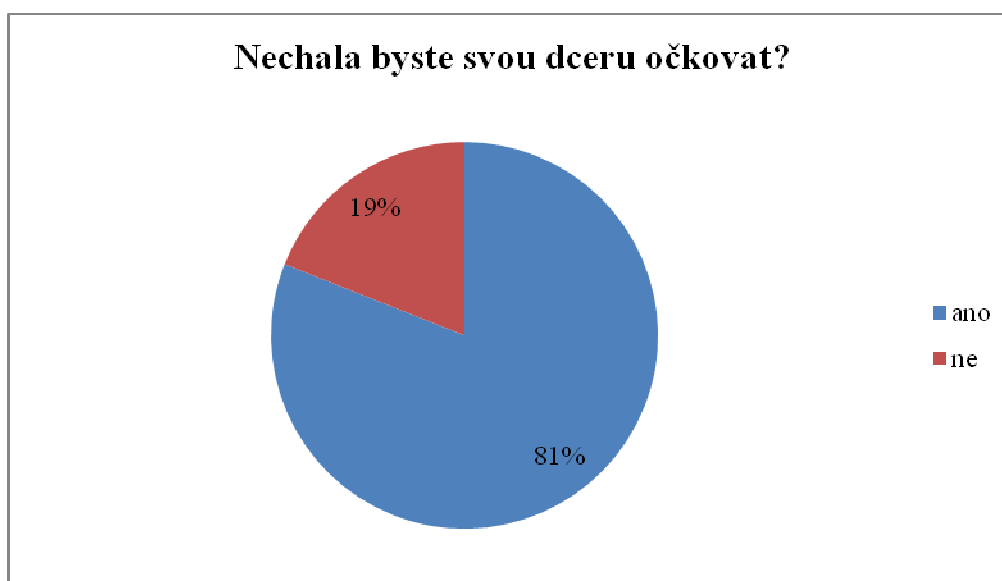
K otázce č. 12 odpovědělo 100 respondentek. 14 (14 %) žen označilo z řady možností ano. 5 (5 %) respondentek uvedlo, že zatím očkované nejsou, ale pro očkování jsou rozhodnuté. 60 (60 %) respondentek označily, že očkování zvažovaly, ale je to nad jejich finanční možnosti. Dalších 16 (16 %) žen se domnívá, že v jejich věku očkování nemá význam, proto očkované nejsou. A poslední 2 (2 %) ženy uvedly, že nad očkováním nikdy neuvažovaly.

Otázka č. 13

Pokud máte, nebo byste měla dceru, nechala byste ji očkovat proti zhoubnému nádoru děložního čípku?

Tabulka 13: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 13

	počet respondentek	%
ano	81	81%
ne	19	19%
celkem	100	100%



Graf 13: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 13

(Zdroj: Vlastní výzkum)

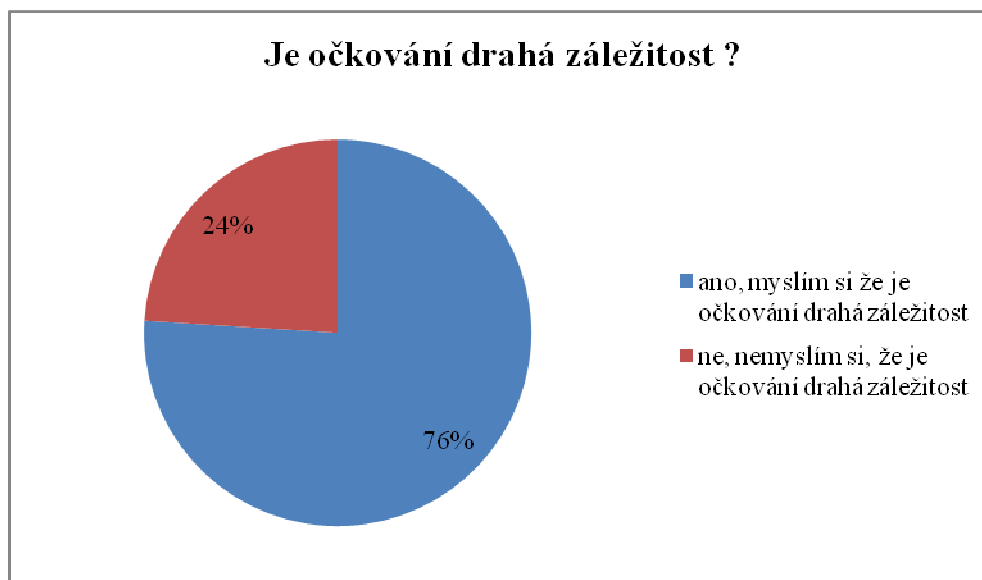
U otázky č. 13 odpovědělo 100 dotázaných. 81 (81 %) respondentek uvedlo, že by svou dceru nechaly očkovat proti zhoubnému nádoru děložního čípku. Zbytek respondentek tj. 19 (19 %) označilo, že by svou dceru nenechaly očkovat.

Otázka č. 14

Myslíte si, že je očkování drahá záležitost, když cena tří dávek očkovací látky stojí cca 10 000 Kč?

Tabulka 14: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 14

	počet respondentek	%
ano, myslím si, že je očkování drahá záležitost	76	76%
ne, nemyslím si, že je očkování drahá záležitost	24	24%
celkem	100	100%



Graf 14: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 14

(Zdroj: Vlastní výzkum)

U otázky, zda si myslíte, že je očkování drahá záležitost, uvedlo 100 respondentek. 76 (76 %) respondentek se domnívá, že je očkování drahá záležitost. Zbýlých 24 (24 %) doznaných si myslí, že očkování není drahé.

Otázka č. 15

Myslíte si, že by bylo dobré očkování zařadit do očkovacího kalendáře dívek, hrazené zdravotní pojišťovnou?

Tabulka 15: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 15

	počet respondentek	%
ano	97	97%
ne	3	3%
celkem	100	100%



Graf 15: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 15

(Zdroj: Vlastní výzkum)

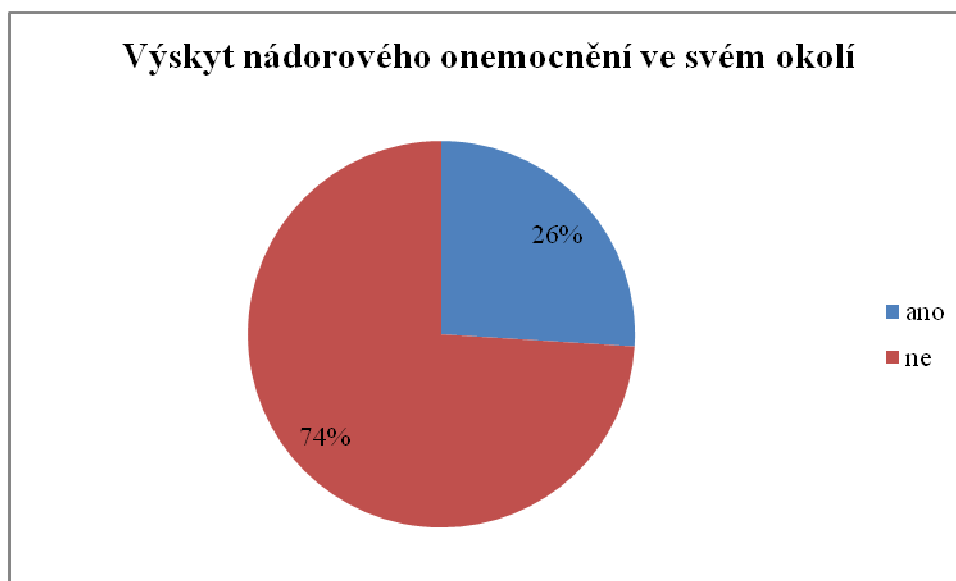
Respondentky odpovídaly, zda-li si myslí, že by bylo dobré očkování zařadit do očkovacího kalendáře dívek, hrazeného zdravotní pojišťovnou. 97 (97 %) respondentek uvedlo, že by to bylo dobré, kdyby toto očkování bylo zařazeno do očkovacího kalendáře dívek. 3 (3 %) ženy by toto očkování nezařazovaly do očkovacího kalendáře, hrazené zdravotní pojišťovnou.

Otázka č. 16

Setkala jste se s nádorovým onemocněním ve svém okolí?

Tabulka 16: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 16

	počet respondentek	%
ano	26	26%
ne	74	74%
celkem	100	100%



Graf 16: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 16

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Ze 100 respondentek jich 26 (26 %) přiznalo za svoji, že se v jejich okolí setkaly s nádorovým onemocněním čípku děložního. 74 (74 %) respondentek se s tímto onemocněním nesetkalo.

3.5 Diskuze

Cílem této práce bylo zjistit, zda jsou ženy informovány o prevenci karcinomu děložního čípku a zda mají informace o možnosti očkování karcinomu děložního čípku. Abych dostala tyto výsledky pro moji bakalářskou práci, tak jsem si vybrala kvantitativní výzkum, při které jsem použila metodu dotazování, otázky formou dotazníkového šetření v kraji Vysočina. Dotazníků bylo rozdáno 110, návratnost byla 90,9 % (100 dotazníků). Rozdání a vybrání se konalo v období říjen - listopad 2010. Dotazník byl složen ze 16 otázek. Všechny otázky v dotazníku byly složeny z uzavřených otázek.

K první hypotéze se vztahovala otázka č. 4, 5, 6, 7, 8 a 9.

Ke druhé hypotéze se vztahovala otázka č. 10, 11, 12, 13, 14 a 15.

Otázka č. 1, 2 a 3 byla informativní. Vztahovala se k první i druhé hypotéze.

Nyní bych se v této diskuzi chtěla pokusit o shrnutí odpovědí na položené otázky. Některé odpovědi dopadly podle mého předpokladu, jiné mě mírně překvapily a bylo i několik šokujících výsledků.

V první otázce jsem se respondentek dotazovala na jejich věk. Nejčastějším adresátem byly ženy ve věku 21 - 30 let (48 %). Druhá nejpočetnější kategorie byla věkem mezi 31 - 40 rokem (29 %). (Tabulka a graf č. 1).

V návaznosti na první otázku se dá již logicky odvodit odpověď na otázku č. 2. Ženy ve věku 21 - 30 let bývají totiž v dnešní době již svobodné. Tento rodinný stav byl také nejčastěji vyplňovaným v mém dotazníku. Do své odpovědi jej vyplnilo 52 % dotazovaných. Ženy ve věku 31 - 40 už na druhou stranu bývají často vdané, a proto tento stav byl druhým nejčastěji zmiňovaným též v návaznosti na první otázku. Tolik k logické souvislosti mezi 1 a 2. otázkou. (Tabulka a graf č. 2).

Ve třetí otázce jsem se ptala na výši dosaženého vzdělání. Nejčastější bylo jednoznačně středoškolské s maturitou u 61 % žen. S velkým odstupem následoval učební obor bez maturity (30 %). Tím lze vypovědět, že u těchto žen s tímto vzděláním budou odpovědi jiné než u žen s nízkým socioekonomickým statusem, u kterých se zvyšuje počet zhoubného nádoru, jak uvádí Pavel Šafář ve svém článku o cervikálním karcinomu. (Šafář, 2000). (Tabulka a graf č. 3).

Po základních údajích týkajících se jednotlivých žen následoval další segment pokládaných dotazů. Tentokrát se týkal vztahu respondentek k preventivním prohlídkám u gynekologa. Drtivá většina z nich odpověděla, že chodí pravidelně na prohlídky v termínech stanovených svým osobním lékařem (76 %). Nepravidelně k lékaři chodí 22 % dotázaných a zbylé ženy vůbec. (Tabulka a graf č. 4).

Jak vyplývá z mé čtvrté otázky, spousta žen nebere gynekologické prohlídky na lehkou váhu. V návaznosti na to odpověděla na moji následující otázku, zdali preventivní prohlídky mohou snížit riziko nádoru děložního čípku, kladně velká většina (68 %). (Tabulka a graf č. 5).

Je dobře, že screening preventivních prohlídek 1 x ročně hradí zdravotní pojišťovny, přesto tuto nabídku nevyužívají všechny ženy. Jak už vyplývá z otázky č. 5, 32 % žen odpovědělo negativně. Proto by měla být větší osvěta žen nejen v primární prevenci, ale především v sekundární prevenci, aby ženy dostaly do podvědomí i tyto informace, jelikož o hormonální antikoncepci ví ženy dostatečně, o nebezpečí jako jsou dopravní nehody a úrazy a jejich vlivu na možnost trvalých následků též, ale z jakého důvodu vzniká nádor děložního čípku a jak se dá předcházet tomuto onemocnění to už často neví. Je důležité posílení úrovně vzdělanosti ženské populace a role cytologických screeningových programů. (Ondruš, 2010).

Jedním z mých důležitých poznatků je ale to, že pokud by nebyl pouze cytologický screening, ale i zavedení HPV testace u žen starších 30 let, tak tím by se dosáhlo zvýšení senzitivity až na 90 % nikoliv na 60 % jak je již uváděno u cytologického vyšetření. Dostalo by se prodloužení doby screeningových kontrol u cytologicky a HPV negativních žen až na pět let, což by bylo daleko ekonomicky výhodnější a přijatelnější, než jak probíhá systém prevence v dnešní době. (Rob a kol., 2011).

Další otázka byla pouze pro ženy, které pravidelné prohlídky na lehkou váhu berou. Těch jsem se zeptala, jestli by se jejich přístup zlepšil, pokud by je jejich gynekolog pravidelně zval formou pozvánek. Naprosto zásadní většina z nich odpověděla ano (88 %). (Tabulka a obrázek č. 6). Zde bych popřemýšlela, jestli by nestálo za uvážení tyto pozvánky posílat. V dnešní době je moderní mít v každé domácnosti internet, tak by nebylo špatné tyto pozvánky ženám alespoň touto formou posílat. Je nutné si ovšem uvědomit, že je to další práce nikoli pro gynekology, ale pro sestry, které tam pracují. David Cibula ve své knize Onkogynekologie k tomu uvedl: „Ženy, které nebyly 2 roky

vyšetřeny ve věku 25 - 60 let, jsou vyzvány zdravotní pojišťovnou, jestliže se k vyšetření nedostaví, jsou vyzvány každý následující rok. Ale otázkou je, zda by alespoň jedna z těchto řešení přispěla ke snížení počtu tohoto onemocnění.

Prevence nádoru děložního čípku není tak dobře monitorována, jako u nádoru prsu, kde žena, když přijde do gynekologické ordinace, je upozorněna na další termín mamografického vyšetření a následně je ji vytištěna pozvánka. Což u tohoto onemocnění chybí.

Poté jsem se snažila vniknout do jejich smýšlení pomocí mírně kontroverzní otázky, jak vzniká nádor děložního čípku. Nadpoloviční většina žen si myslí, že za tím vězí promiskuita (57 %) a pouze 10 % z nich se dobralo pravdivé odpovědi, že zásadní podíl na vzniku tohoto nádoru má onen HPV virus. Zmiňovaná promiskuita už je pouze sekundárním pomocníkem k rozvoji daného onemocnění. Jedním z negativních jevů je také nadměrné používání tabákových výrobků, což si ženy mnohdy nejsou schopné připustit. (Klanica, 2008). (Tabulka a obrázek č. 7)

V posledních studiích se ukazuje být užitečné používání kondomu z důvodu krácení doby perzistence virové infekce, snižování rizika vzniku lézí u nemocných žen a zrychlování čištění infekce a regrese lézí, což se jedná o primární prevenci. Ale do primární prevence se zahrnuje i sexuální abstinence a samozřejmě očkování. (Tachezy, 2006).

Právě proto je důležitá všeobecná informovanost o tomto onemocnění a hlavně o jeho prevenci. K tomu jestli ženy mají dostatek informací k prevenci nádoru děložního čípku, mi odpovědělo kladně v 8. otázce 75 % dotazovaných. (Tabulka a obrázek č. 8).

Další otázka byla obdobného odborného charakteru a týkala se, zda ženy vědí co je cytologické vyšetření a opět ta samá většina (73 %) odpověděla kladně. (Tabulka a graf č. 9). Přesto si myslím, že spousta žen neví, co jim gynekolog provádí za vyšetření a co to pro ně znamená. Poté se může snadno stát, že ženy přijdou s nějakými příznaky, lékař jim provede vyšetření a ony si automaticky myslí, že je jim prováděna prevence cytologickým vyšetřením a později nepřijdou na samotné cytologické vyšetření a to pro ně může mít nepříjemné následky.

Z odpovědí na tento segment otázek se dá usuzovat, že ženy problematiku pravidelné docházky za svými gynekology již nepodceňují a při současné expanzi různých

nádorových onemocnění a jiných nemocí na citlivých místech, si jsou vědomi, že zdraví mají jenom jedno.

Z mé první hypotézy, že většina žen je informovaná o prevenci karcinomu děložního čípku, lze usoudit dle výsledků v této části dotazníku, že jsem se příliš nemýlila a hypotéza byla tedy potvrzena.

Další část mých otázek směřovala do oblasti míry informovanosti žen o možnostech očkování proti papillomaviru.

V desáté otázce, která se týká místa zisku informací o možnostech očkování proti zhoubnému nádoru děložního čípku, byla nejčastější odpověď média. Tato odpověď zaznamenala nadpoloviční procento (53 %). Jako druhé nejčastější místo možnosti zisku těchto informací uvedly dotazované svého gynekologa (24 %). Tento výsledek hází podle mého názoru negativní světlo hlavně na školy a gynekology, kteří by dle mého názoru měli už z titulu své funkce své pacientky informovat jako první. Podobná věc se týká i škol, kde se schází mladí lidé, v tomto případě mladé ženy, a měly by mít možnost dostat se k těmto pro jejich život důležitým informacím. Tady vidím velké rezervy informovanosti. Dle mého názoru by část aktivity, kterou gynekologové věnují propagaci a nabízení antikoncepčních prostředků, měli věnovat právě těmto informacím ohledně prevence výskytu karcinomu děložního čípku. (Tabulka a graf č. 10)

Z mé druhé hypotézy, že víc jak polovina žen je informovaná o prevenci očkováním, vyplývá, že byla správná a hypotéza se potvrdila.

Na to navazuje otázka č. 11 a především její odpověď. Podle téměř $\frac{3}{4}$ respondentek (71 %), jim totiž jejich gynekolog vůbec nenabídl v rámci prevence zhoubného nádoru děložního čípku očkování. Toto je jedna z odpovědí, jak jsem se zmiňovala na začátku, která mě mírně řečeno šokovala. Je to o to víc překvapivé, že největší množství odpovídajících v mé anketě bylo v reprodukčním věku, tedy ve věku, kdy se má na tuto věc dávat obzvlášť veliký důraz. Musím zde zmínit výsledky z výzkumu od MUDr. Pidmanové Pohankové, která uveřejnila, že přes 70 % žen je poučených během návštěvy u svého gynekologa o antikoncepci, ale o prevenci riziku rakoviny děložního čípku je procento poučení velmi nízké. (Pidmanová Pohanková, 2006). Na to musím reagovat, že ze strany gynekologa by mělo být podle mého mínění na prvním místě

poučení o prevenci rizika vzniku pohlavních nádorů, o sexuálně přenosných chorobách, intimní hygieně a až poté antikoncepční metody. (Tabulka a graf č. 11 a č. 1)

Problémem může být i finanční otázka dnešních žen. Tohoto problému se dotkla má 12. otázka: „*Jste již očkovaná?*“ Jasně nejčastější odpověď byla, že ho ženy zvažovaly, ale bylo to nad jejich finanční možnosti (60 %). Ono očkování totiž stojí cca 10 000 Kč a zdravotní pojišťovny z toho hradí pouze 10 %, což z hlediska dnešní ekonomické situace valné většiny žen v České republice skutečně není mnoho. Ale na druhou stranu bych namítla, že peníze na antikoncepci, která taky není v žádném případě levná, si velké množství žen najít dovede. A v případě, že krabička antikoncepce stojí mezi 500 až 1000 Kč, tak by stálo za to popřemýšlet, zda-li část těchto prostředků neinvestovat právě do tohoto očkování. Tot' můj názor, poněvadž očkování přináší maximální přínos mladým dívkám před zahájením sexuálního života, avšak vakcinace má svůj význam i po zahájení sexuálního života proti vysoce rizikovým typům 16 a 18 lidského papilomaviru. Nedá se opomenout také ochrana očkováním proti bradavicím, které způsobují papilomaviry typu 6 a 11. Konzervativně se tyto kondylomata léčí až půl roku a pokud se léčí chirurgicky, dochází k znetvoření zevního genitálu. (Mouková, 2010). (Tabulka a graf č. 12)

O tom, že ženy vědí, jak nebezpečný tento nádor je, vypovídá důkaz otázka č. 13, která ukazuje, že v případě, že by se dotazovaným ženám narodila dcera, tak by z 81 % pravděpodobností nechaly očkovat. (Tabulka a graf č. 13).

Na otázku č. 12 úzce navazuje otázka č. 14, jestli si ženy myslí, že je očkování drahá záležitost. Více jak $\frac{3}{4}$ žen (76 %) odpovídají kladně. Některé zdravotní pojišťovny přispívají na vakcinaci 1000 Kč. Například Všeobecná zdravotní pojišťovna a Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. *V roce 2010 probíhala akce u VZP, která rozhodla uhradit ženám a dívkám ve věku od 10 do 25let očkování proti rakovině děložního hrdla. Dvě dávky očkovací látky stojí maximálně 6 400 Kč, za třetí dávku se uhradilo 1000 Kč, které jim bylo po předložení vyplněného, lékařem potvrzeného dokladu o zaplacení očkovací látky proplaceno na některé z poboček VZP. Akce probíhala do 31. 12. 2010* (Šplíchal, 2010, str. 7).

Tady opět musím zdůraznit, že ekonomická situace českých žen v této době skutečně není komfortní a mnohé si dvakrát rozmyslí, jestli do takovéto věci peníze investovat. Měly by dle mého názoru upravit svůj styl života. Tím se ovlivnit možnost výskytu

nádoru v lidském těle dá. Genetickou výbavou nikoli. pokud žena problém v rodině nemá a pokud žije stále s jedním a tímtož mužem, tak tím velmi napomáhá tomu, že její život bude v tomto ohledu bezproblémový. (Tabulka a graf č. 14)

Předposlední otázka, která se vyskytuje v mém dotazníkovém šetření je, zda-li si ženy myslí, že by bylo dobré očkování zařadit do očkovacího kalendáře dívek hrazeného zdravotní pojišťovnou. Jasná odpověď již z předcházejících dotazů je na snadě. Drtivá většina (97 %) odpověděla ano. Podle aktuálních informací, ze zasedání komise ministerstva zdravotnictví, které se konalo na přelomu března a dubna, by očkování proti nádoru děložního čípku mohlo být hrazeno pojišťovnou. Jedno povinné očkování proti tuberkulóze totiž letos z povinného očkovacího kalendáře dětí zmizelo a to očkování proti TBC. To by se mohlo nahradit právě očkováním proti HPV viru. Je ovšem otázkou, zda-li na to stát najde peníze, protože vakcína proti HPV by stála zhruba 300 miliónů korun a na to v této době ze slov hlavního hygienika a náměstka ministra zdravotnictví Michaela Víta stát skutečně nemá. (Petrášová, 2011). (Tabulka a graf č. 15)

Jako poslední otázka zazněla, jestli se ženy setkaly s nádorovým onemocněním ve svém okolí. Ženy uvedly ve 26 % ano. Z toho také vyplývá daleko menší očkování proti tomuto onemocnění i z otázky 10, kde uvedlo pouze 14 %, že je již očkované. Jakmile nevidí negativní dopad tohoto onemocnění, tak se nenechají očkovat a posléze preventivně tomuto onemocnění nepředcházejí. (Tabulka a graf č. 16 a 10)

Ráda bych chtěla poukázat na jeden fakt a to že ženy, pokud jsou postiženy tímto onemocněním, mají v prvotním stádiu asymptomatické příznaky, maximálně nereagující výtok a špinění po pohlavním styku, který nevyhlídá jakákoliv léčba. Tím pádem ženy nemůžou rozlišit tento stav od normálního stavu, až v konečném stádiu je poznat, že není všechno v pořádku. Později se přidává markantnější krvácení po koitu, někdy i krvácení při defekaci. Jakmile se ještě objeví urologické potíže s bolestmi v podbřišku, je to známka značně pokročilého onemocnění, v té chvíli začnou tedy hledat pomoc až když je opravdu pozdě. Proto se dá říct, že je to „tichý zabiják“ a ženy snadno podceňují toto onemocnění, jelikož neví, co to všechno obnáší a jak se toto nádorové onemocnění projevuje a jak může být nebezpečné! (Adam a kol., 2002).

Podle mého názoru a dle výsledků dotazníkového šetření mohu říci, že ženy vědí, jak jsou důležité preventivní gynekologické prohlídky, ovšem jaká rizika způsobuje

abstinence tohoto vyšetření už chybí v našem podvědomí a z toho hlediska usuzuji, že značná osvěta a zvaní na preventivní prohlídky za žádnou cenu neuškodí a tím pádem sníží incidenci daného onemocnění. A jak vyplývá i z výsledků o očkování, pokud ženy nevidí podstatu primární prevence a vybízení do vakcinace slevami a různými upoutávkami dané očkovací látky, dobrovolně si ke gynekologovi nepřijdou. A také dle výsledku z otázky č. 11: „*Nabídl Vám Váš gynekolog v rámci prevence zhoubného nádoru děložního čípku?*“ je důležitá změna přístupu gynekologického lékaře i sestry, kde by měl v první řadě dbát na vysvětlování prevence a podstaty vakcinace proti nádoru děložního čípku.

.

4 Závěr bakalářské práce

Zdraví je nejdůležitější věc, co člověk v životě má. A po hříchu si to většinou uvědomí až když s ním má nějaké potíže, či ho dokonce ztratí. Také proto bylo účelem této práce zvýšit informovanost veřejnosti o karcinomu děložního čípku a jeho prevenci.

V teoretické části jsem se zabývala rizikovými faktory příslušného onemocnění, důležitostmi preventivních vyšetření a jejich popisem a dále jsem se snažila Vás seznámit s dvěma vzniklými vakcínami. V dané části jsem použila metodu kvantitativního výzkumu. Rozdání a sběr těchto informací bylo formou dotazníku v kraji Vysočina pro dívky a ženy od 15 let a výše.

V praktické části jsem se snažila shrnout výsledky mého dotazníkového šetření. Ono šetření mělo za úkol zjistit, co vše ženy vědí o této prevenci a jejich postoji k tomuto onemocnění.

Jako dva cíle mé bakalářské práce jsem měla zjistit míru informovanosti o prevenci karcinomu děložního čípku a další cíl byl, zjistit výši informovanosti o možnosti prevence očkováním u žen. K daným cílům jsem nejen díky odpovědím respondentek, ale i díky vlastnímu zkoumání došla.

Došlo k naplnění obou hypotéz, které jsem na začátku mé práce uvedla. Zároveň jsem ovšem v průběhu této práce zjistila množství jiných detailů či poznatků, které mi mohou být přínosem k mé další práci.

Spousta věcí v této oblasti se dá zlepšit a zkvalitnit, například informovanost žen, osvěta v digitalizovaných médiích a samozřejmě přístup pacientek. Je zapotřebí mnoha dobrovolných duší, které budou dělat kampaně. Ty jsou z důvodu krize v našem zdravotnictví nezaplacitelné. Dále je zapotřebí spousta trpělivých lidí, kteří budou stále a donekonečna opakovat a připomínat možným nositelkám onoho HPV viru nebezpečnost a možnost problémů při neřešení této nemoci. Nemohu ovšem opomenout pětileté snažení dosáhnout akreditace a kontrolní systém kvality v oblasti cytologických laboratoří, problémem je ale průběh tohoto jednoročního systému screeningu, který nedosahuje natolik kvalitní výsledek, jak je předpokládáný.

Musím opět zdůraznit svůj názor, že v dnešní době se věnuje příliš mnoho energie a aktivity propagaci antikoncepčních prostředků a na věci spojené s virem HPV se

v důsledku toho méně dostává. Bylo by užitečné, aby povolané osoby začaly častěji mluvit o tomto problému, který také existuje a stává se stále palčivějším. Bylo by dobré ženám zdůrazňovat, že od roku 2007 zdravotní pojišťovny 1x ročně hradí preventivní gynekologické prohlídky a proto by měly této možnosti využít.

Dobré je, že začaly v České republice dny prevence HPV, které se naposledy konaly 1. - 7. 11. 2010. Přispívají k prolomení tabu daného onemocnění a zvýšení informací veřejnosti o primární a sekundární prevenci. Zaměřily se nejen na dívky před prvním pohlavním stykem, ale také na nejrizikovější populaci mezi 35. a 50. rokem života. Jak vypovídá z porovnání jiných zemí od České republiky, máme o 50 % vyšší četnost výskytu a úmrtnosti. Jedná se hlavně o nedokonalý screeningový program, který v jiných zemích dávno funguje, a proto je o tolik procent tato nemoc snížena.

Ovšem nejideálnější strategie by byla ta, jak jsem již zmínila v diskuzi své bakalářské práce, že neoptimálnější prevencí je profylaktické očkování. Jednalo by se o plošnou vakcinaci dívek mezi 12. - 14. rokem a toto očkování by bylo zařazeno do očkovacího kalendáře. Tak by se dalo zamezit rozšiřováním hrozícího onemocnění, které je nyní jako jediné nádorové onemocnění možné předejít. Tím bychom měly naději za několik let později, že karcinom děložního hrdla se stane chorobou známou jen z lékařské literatury. Jestli se tak stane, záleží především na nás, jak se toho zhostíme a na ženách, jak smýšlejí o svém zdraví a zdraví svých blízkých, protože každé procento ochrany proti rakovině a naděje na zdraví je cenově nevyčíslitelné.

Seznam použité literatury

ADAM, Z., VORLÍČEK, J., VANÍČEK, J., a kol.: *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, 2002. 604 s. ISBN 80-7169-792-3.

CIBULA, D., PETRUŽELKA, L., a kol.: *Onkogynekologie*. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, 2009. 614 s. ISBN 978-80-247-2665-6.

ČEPICKÝ, P., KURZOVÁ, H.: *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: UNIVERZITA KARLOVA, KAROLINUM, 2003. 38 s. ISBN 80-246-0677-1.

FREITAG, P.: *Onkogynekologie, minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 106 s. ISBN 80-7254-196-x.

KLANICA, K., SKŘIVÁNEK, A., MALÍK, T.: *Problematika karcinomu hrdla děložního*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008. 76 s.

KOBILKOVÁ, J., LOJDA, Z., ONDRUŠ, J., BEKOVÁ, A.: *Gynekologická cytodiagnostika*. 1. vyd. Praha: GALEN, 2006. 109 s. ISBN 80-7262-044-4.

RABE, T.: *Memorix Gynekologie*. 1. vyd. Praha: SCIENTIA MEDICA, 1994. 336 s. ISBN 80-85526-25-5.

REJTHR, A., VOJTĚŠEK, B.: *Obecná patologie nádorového růstu*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2002. 206 s. ISBN 80-247-1238-x.

ROZTOČIL, A., a kol.: *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

ROZTOČIL, A., a kol.: *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*. 1. vyd. Praha: MIKADA, 1998. 174 s. ISBN 80-7013-255-8.

ZWINGER, A.: *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: GALEN a KAROLINUM, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9.

Odborné časopisy:

APGAR, B, S., KITTENDORF, L., BETTCHER, C, M., WONG, J., KAUFMAN, A, J.: *Gynekologie po promoci*, ročník, 9/ listopad - prosinec 2009, číslo 6, strany 28-34. ISSN 1213 - 2578.

FREITAG, P.: *Onkogynekologie*. Moderní gynekologie a porodnictví. Časopis pro celoživotní vzdělávání lékařů, ročník 16/2007, číslo 3, strany 468-525. ISSN 1211-1058.

KAHN, J, A.: *Gynekologie po promoci*, ročník 9/ září – říjen 2009, číslo 5, strany 4-9. ISSN 1213 - 2578.

ONDRUŠ, J., BERAN, J., SLÁMA, J., CIBULKA, D.: *HPV a vakcinace*. Moderní gynekologie a porodnictví. Časopis pro celoživotní vzdělávání lékařů, ročník 16/2007, číslo 4, strany 779-815. ISSN 1211 - 1058.

PETRÁŠOVÁ, L.: *Očkování proti rakovině děložního čípku bude na pojišťovnu*. Mladá fronta dnes, ročník 2. 4. 2011, strana A 5.

PLUTA, M.: *Gynekologie po promoci*, ročník 9/ březen - duben 2009, číslo 2, strany 51-58. ISSN 1213 - 2578.

ROB, L., PLUTA, M., CHMEL, R., ROBOVÁ, H.: *TEMPUS MEDICORUM*. Časopis české lékařské komory, ročník, 2/2011, číslo 20, strany 38-44. ISSN 1214 - 7524.

SLÁMA, J.: *Adenokarcinom děložního hrdla*. Moderní gynekologie a porodnictví. Časopis pro celoživotní vzdělávání lékařů, ročník 18/2009, číslo 1, strany 123-128. ISSN 1211 - 1058.

SLÁMA, J.: *Cervarix – jen bivalentní vakcína*. Moderní gynekologie a porodnictví. Časopis pro celoživotní vzdělávání lékařů, ročník 18/2009, číslo 3, strany 391-399. ISSN 1211 - 1058.

SLÁMA, J.: *Vybrané kapitoly z endokrinologie*. Moderní gynekologie a porodnictví. Časopis celoživotního vzdělávání lékařů, ročník 19/2010, číslo 2, strany 180-182. ISSN 1211 - 1058.

ŠAFÁŘ, P.: *Zhoubné nádory rodidel*. Moderní gynekologie a porodnictví. Časopis pro celoživotní vzdělávání lékařů, ročník 9/2000, číslo 4, strany 640-660. ISSN 1211 - 1058.

ŠPLÍCHAL, M.: *Zdraví plus*. Časopis všeobecné zdravotní pojišťovny, ročník 12/2010, strana 7.

VONKA, V., TACHEZY, R., HAMRŠÍKOVÁ, E., BERAN, J., PLUTA, M., PIDRMANOVÁ POHANKOVÁ, R.: *HPV a karcinom děložního čípku*. Moderní gynekologie a porodnictví. Časopis pro celoživotní vzdělávání lékařů, ročník 15/2006, číslo 4, strany 580-630. ISSN 1211 - 1058.

Internetové zdroje:

Informace o onemocněních způsobených HPV viry, konizace děložního čípku [online]. 9.8.2010 [cit. 2011-04-12]. Wwww.hpvinfo.cz. Dostupné z WWW: <<http://www.hpvinfo.cz/>>.

Zhoubné nádory v roce 2006 ÚZIS ČR [online]. 16. 4. 2009 [cit. 2011-04-12]. Wwww.uzis.cz. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/zhoubne-nadory-roce-2006>>.

MOUKOVÁ, Lucie. *Prevence karcinomu děložního čípku - Masarykův onkologický ústav* [online]. 25. 11. 2010 [cit. 2011-04-12]. Wwww.mou.cz. Dostupné z WWW: <<http://www.mou.cz/cz/prevence-karcinomu-delozniho%20cipku/article.html?id=168%3E>>.

ONDRUŠ, Jiří. *Dny prevence HPV - HPV College* [online]. 2010 [cit. 2011-04-12]. Wwww.hpv-college.cz. Dostupné z WWW: <<http://www.hpv-college.cz/dny-prevence-hpv.html>>.

Seznam zkratek

tj. – to je

např. – například

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

HPV – Human papilloma virus

SCCA – antigen skvamózních buněk

CA 125 – tumor marker, který napomáhá zjistit přítomnost nádorové onemocnění z krve

CEA – karcinoembryonální antigen

CYFRA 21-1 – fragment cytokeratinu 19, polypeptid

WHO – světová zdravotnická organizace

FIGO – mezinárodní klasifikace gynekologů pojmu dysplazie

UZ – ultrasonografie

RTG – rentgenové záření

NMR – nukleární magnetická resonance

CT – počítačová tomografie

HG - SIL – dlaždicová intraepiteliární léze vysokého stupně

LG - SIL – dlaždicová intraepiteliální léze lehkého stupně

ASC - H – atypické dlaždicové buňky

ASC - US – atypické dlaždicové buňky neurčitého významu

DNA – deoxyribonukleová kyselina, nositelka genetické informace všech organismů

TBC – tuberkulóza

Seznam tabulek a grafů

Graf 1: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 1	29
Graf 2: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 2	30
Graf 3: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 3	31
Graf 4: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 4	32
Graf 5: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 5	33
Graf 6: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 6	34
Graf 7: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 7	35
Graf 8: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 8	36
Graf 9: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 9	37
Graf 10: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 10	38
Graf 11: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 11	39
Graf 12: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 12	40
Graf 13: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 13	41
Graf 14: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 14	42
Graf 15: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 15	43
Graf 16: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 16	44

Tabulka 1: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 1.....	29
Tabulka 2: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 2.....	30
Tabulka 3: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 3.....	31
Tabulka 4: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 4.....	32
Tabulka 5: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 5.....	33
Tabulka 6: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 6.....	34
Tabulka 7: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 7.....	35
Tabulka 8: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 8.....	36
Tabulka 9: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 9.....	37
Tabulka 10: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 10.....	38
Tabulka 11: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 11.....	39
Tabulka 12: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 12.....	40
Tabulka 13: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 13.....	41
Tabulka 14: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 14.....	42

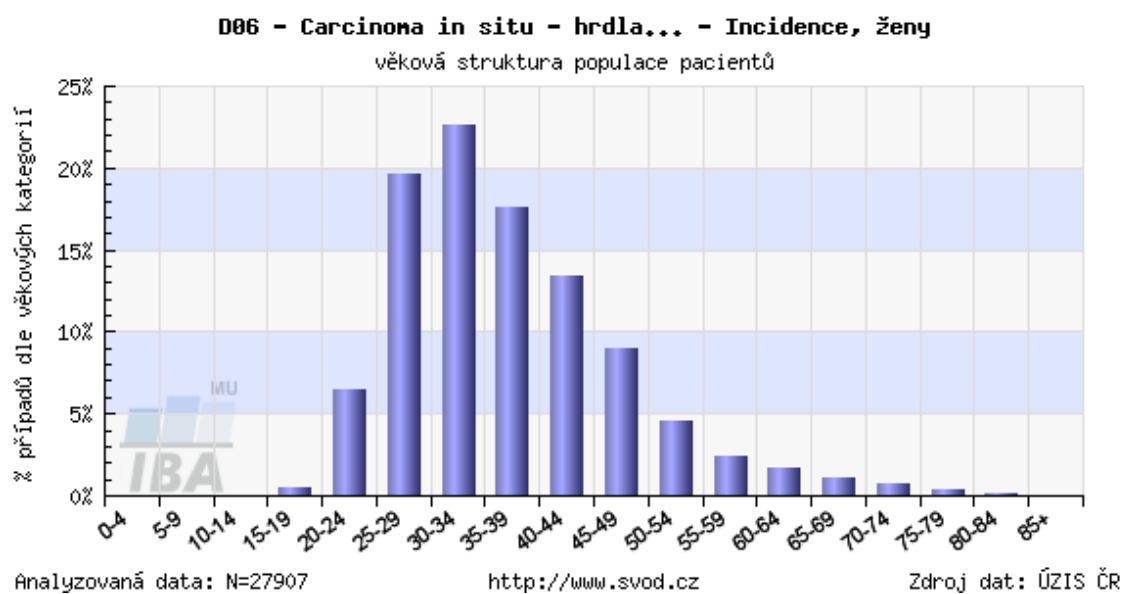
Tabulka 15: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 15.....	43
Tabulka 16: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 16.....	44

Seznam příloh

Příloha 1: Graf znázorňující věkové zastoupení v onemocnění karcinomu děložního čípku v roce 2000 – 2007

Příloha 2: Dotazníkové šetření

Příloha 1: Graf znázorňující věkové zastoupení v onemocnění karcinomu děložního čípku v roce 2000 - 2007



(Zdroj: www.svod.cz)

Příloha 2: Dotazníkové šetření

Vážená paní / slečno,

Dovolte mi, abych se představila, jmenuji se Lucie Menčíková a studuji 3. ročník na Vysoké škole polytechnické Jihlava, obor porodní asistentka. Ve své bakalářské práci se zabývám problémem prevence nádorů děložního čípku. Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který mi bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci. Veškeré informace, které získám, budou anonymní a nebudou použity k jiným účelům.

Děkuji vám, za Váš čas pro vyplnění tohoto dotazníku!

Nejprve bych se Vás chtěla zeptat na základní údaje týkající se Vaší osoby:

- 1, Uveďte prosím Váš věk
- 2, Jaký je Váš rodinný stav?
 - a) svobodná
 - b) vdaná
 - c) rozvedená
 - d) vdova
- 3, Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) základní
 - b) učební obor bez maturity
 - c) středoškolské s maturitou
 - d) vyšší odborné
 - e) vysokoškolské

Nyní bych se Vás chtěla zeptat na Váš vztah k preventivním prohlídkám u gynekologa:

- 4, Chodíte pravidelně na preventivní gynekologické prohlídky?
 - a) ano, pravidelně (v termínech stanovených lékařem)
 - b) ano, nepravidelně
 - c) ne
- 5, Domníváte se, že preventivní prohlídky mohou snížit riziko vzniku nádoru děložního čípku?
 - a) ano
 - b) ne
- 6, Na tuto otázku **neodpovídejte**, chodíte-li na prohlídky pravidelně v lékařem stanoveném termínu:
Pokud by Vás Váš gynekolog pravidelně zval na preventivní prohlídky pomocí pozvánek, zlepšilo by to Váš přístup k prohlídce?
 - a) ano
 - b) ne

7, Podle Vás, který faktor se nejvíce podílí na vzniku zhoubného nádoru děložního čípku?

Pouze jeden faktor:

- a) promiskuita = střídání sexuálních partnerů
- b) dědičnost
- c) hormonální antikoncepce
- d) HPV virus
- e) nevím

8, Máte informace o možné prevenci nádoru děložního čípku?

- a) ano
- b) ne

9, Víte, co je cytologického vyšetření?

- a) vím
- b) nevím, nebyla mi informace poskytnuta

Dále bych se ráda zeptala na Vaši informovanost o možnostech očkování proti papillomaviru:

10, Kde jste získala informace o možnosti očkování proti zhoubnému nádoru děložního čípku (uveďte hlavní zdroj informací, **vyberte maximálně 2 zdroje informací**)?

- a) nevím, o co jde
- b) média (TV, časopisy, noviny, letáky)
- c) Váš gynekolog
- d) příbuzní a známí
- e) škola

11, Nabídl Vám Váš gynekolog očkování v rámci prevence zhoubného nádoru děložního čípku?

- a) ano
- b) ne

12, Jste již očkovaná?

- a) ano
- b) zatím ne, ale jsem pro očkování rozhodnutá
- c) zvažovala jsem ho, ale je to nad mé finanční možnosti
- d) zvažovala jsem ho, ale nese to riziko komplikací
- e) ne, v mém věku to již nemá význam
- f) ne, nikdy jsem o tomto očkování neuvažovala

13, Pokud máte, nebo byste měla dceru, nechala byste ji očkovat proti zhoubnému nádoru děložního čípku?

- a) ano
- b) ne

14, Myslíte si, že je očkování drahá záležitost, když cena tří dávek očkovací látky stojí cca 10 500Kč?

- a) ano, myslím si, že je očkování drahá záležitost
- b) ne, nemyslím si, že je očkování drahá záležitost

15, Myslíte si, že by bylo dobré očkování zařadit do očkovacího kalendáře dívek, hrazenou zdravotní pojišťovnou?

a) ano

b) ne, proč?.....

16, Setkala jste se s nádorovým onemocněním ve svém okolí?

a) ano

b) ne

Pokud chcete napsat nějaké sdělení, informaci, prosím napište:

.....

.....