

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Lucie Goldmannová

**Povědomí a postoj žen k prevenci u karcinomu děložního
čípku**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.

Olomouc 2011

ANOTACE

Název práce v ČJ:	Povědomí a postoj žen k prevenci u karcinomu děložního čípku
Název práce v AJ:	Women awareness and attitude towards cervical cancer prevention
Datum zadání:	2009-12-21
Datum odevzdání:	2011-05-16
Datum obhájení:	
Ústav a vysoká škola:	Ústav ošetrovatelství, FZV UP v Olomouci
Autor práce:	Bc. Lucie Goldmannová
Vedoucí práce:	Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
Oponent práce:	
Klíčová slova v ČJ:	čípek děložní, condylomata acuminata, neoplazie intraepiteliální, prekancerózy děložního čípku, karcinom děložního čípku, prevence karcinomu děložního čípku, papillomavirus lidský (HPV), vakcinace proti HPV
Klíčová slova v AJ:	cervix uteri, condylomata acuminata, intraepithelial neoplasia, precancerous states of the cervix uteri, cervical cancer, cervical cancer prevention, human papillomavirus (HPV), HPV vaccination
Počet stran:	113 s.
Počet příloh:	9
Místo zpracování:	Olomouc
Místo uložení:	Ošetrovatelské informační a školící centrum, FZV UP v Olomouci
Rok obhajoby:	2011

Abstrakt v ČJ:

Záměrem diplomové práce bylo zjistit, jak jsou ženy informovány o prevenci v problematice karcinomu děložního čípku a zmapovat jejich postoj k prevenci v dané oblasti. Práce je členěna na dvě části. První část práce se věnuje rozboru daného tématu, tedy charakteristice problematiky, typům nádorového onemocnění, rizikovým faktorům, prevenci a screeningu, HPV infekci a vakcinací proti ní, a významem a úlohou sestry. Druhá část práce obsahuje analýzu získaných dat výzkumného šetření, které bylo provedeno pomocí anonymních dotazníků. Do průzkumu byl zařazen náhodně vybraný vzorek 92 respondentek, ve věku 20 - 50 let. Výsledky jsou interpretovány pomocí tabulek, grafů a popisků, dále jsou rozvedeny v diskuzi a závěru práce.

Abstrakt v AJ:

The aim of this master thesis was to assess the level of women's awareness about the risk of cervical cancer and to investigate their attitudes towards cervical cancer prevention. The thesis is divided into two parts. The first part describes the issue: characteristics of the problem, cancer types, risk factors, prevention and screening, HPV infection and vaccination and the role of a nurse. The second part contains analysis of a survey conducted with the help of anonymous questionnaires answered by 92 randomly selected women aged between 20 and 50 years. The results are summarized in tables, graphs and comments which are explained at the end of the thesis.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Souhlasím, aby byla práce zpřístupněna na FZV UP Olomouc ke studijním účelům.

Olomouc 16. května 2011

.....
podpis

Děkuji Mgr. Ludmile Reslerové, Ph.D., za odborné vedení a za cenné rady, které mi poskytla při zpracování této diplomové práce.

Rovněž děkuji všem, kteří mi pomáhali a podporovali mě při tomto projektu a rodině za podporu při studiu na vysoké škole.

OBSAH

ANOTACE

ÚVOD.....	8
1 CHARAKTERISTIKA PROBLEMATIKY	9
2 ANATOMIE DĚLOŽNÍHO ČÍPKU (CERVIX UTERI)	10
3 RIZIKOVÉ FAKTORY PŘEKANCERÓZ A NÁDORŮ DĚLOŽNÍHO ČÍPKU.....	11
3.1 Přehled nejznámějších rizikových faktorů:.....	12
4 TYPY NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ.....	13
4.1 Prekancerózy děložního čípku	13
4.2 Zhoubné nádory děložního čípku	14
4.2.1 Klasifikace prekanceróz a nádorů.....	14
4.2.2 Etiopatogeneze.....	15
4.2.3 Symptomatologie	16
4.2.4 Diagnostika	16
4.2.5 Histologické třídění karcinomu čípku děložního.....	19
4.2.6 Šíření nádorů.....	20
4.2.7 Ošetření prekanceróz	20
4.2.8 Terapie nádorů	22
4.2.9 Prognóza	23
5 PREVENCE A SREENING MALIGNIT.....	23
5.1 Prevence.....	24
5.1.1 Primární prevence	24
5.1.2 Sekundární prevence.....	24
5.1.3 Terciární prevence	25
5.1.4 Kvartérní prevence.....	26
5.2 Screening	27
5.2.1 Obecné pojetí	27
5.2.2 Screening karcinomu děložního čípku.....	28
5.2.3 Navrhovaný screeningový program pro ČR	30
5.3 Evropské asociace pro prevenci karcinomu děložního čípku.....	31

6 HPV INFEKCE A VAKCINACE	32
6.1 Očkování proti HPV	32
7 ÚLOHA PORODNÍ ASISTENTKY / VŠEOBECNÉ SESTRY A PŘÍSTUP ŽEN V NÁDOROVÉ PREVENCI	35
7.1 Cílem porodní asistentky/ všeobecné sestry v prevenci je:	35
7.2 Porodní asistentka/ všeobecná sestra by tedy měla:	36
7.3 Přístup a motivace žen k prevenci	36
7.4 Ošetrovatelské intervence	37
8 CÍLE A HYPOTÉZY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	38
9 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	39
9.1 Výběr respondentů	39
9.2 Technika výzkumu.....	39
9.3 Organizace výzkumného šetření	39
9.4 Zpracování získaných dat	39
10 INTERPETACE VÝSLEDKŮ	41
OVĚŘENÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ	66
DISKUZE	75
NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ	79
ZÁVĚR	80
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	82
SEZNAM ZKRATEK	85
SEZNAM TABULEK.....	86
SEZNAM GRAFŮ	87
SEZNAM PŘÍLOH.....	88
PŘÍLOHY	89

ÚVOD

Karcinom děložního čípku je celosvětově považován za významný zdravotní, psychologický a sociální problém u žen. V současnosti je v České republice ročně diagnostikováno okolo 1000 nových karcinomů a ročně na toto onemocnění umírá téměř 400 žen (Májek, Dvořák, 2011).

Tato situace je dána tím, že chybí dostatečná informovanost a aktivní přístup či motivace žen. Důležitost je přikládána v první řadě primární prevenci, která souvisí s informovaností a především se zodpovědností žen za své zdraví. Aby ženy mohly dodržovat preventivní opatření, musejí být dobře informovány o této problematice, zejména o rizikových faktorech, kterým by se mohly díky dostatečným znalostem a zodpovědnosti za své zdraví vyvarovat.

Možnosti prevence karcinomu děložního čípku dávají naději na včasné odhalení a také léčbu tohoto onemocnění. Karcinom děložního čípku je preventabilní onemocnění, díky poměrně dobré dostupnosti dolního genitálního traktu. Pak je možné diagnostikovat a odstranit intraepiteliální změny včas, ještě před rozvojem invazivních forem. V sekundární prevenci hraje hlavní roli gynekolog, kdy při pravidelných preventivních prohlídkách může včasnou diagnostikou a včasným řešením prekanceróz výrazně ovlivňovat incidenci zhoubných nádorů a ještě více mortalitu.

Své opodstatnění má i dobře organizovaný screening, který vyžaduje na všech úrovních kontrolní mechanismy, zabývající se kontrolou kvality i prováděním a vyhodnocováním prebiptických vyšetření v akreditovaných cytologických laboratořích.

Mediální podpora a informovanost odborné veřejnosti je považována za nezbytnou součást screeningu, která přináší větší efekt než aktivní zvání k preventivním prohlídkám. I kvalitní screeningová vyšetření nepřinášejí očekávanou změnu, protože pořád jsou ženy, které se vyšetření neúčastní. Právě ta část žen je nejrizikovější skupinou pro rozvoj karcinomu děložního hrdla (Cibula, 2009).

Téma závěrečné práce jsem si vybrala se záměrem prohloubení teoretických znalostí, pro jeho stálou aktuálnost, neustále nové poznatky a rozvoj v oblasti profylaktické vakcinace proti HPV a také proto, že i přes možnosti prevence je ženami stále opomíjeno.

1 CHARAKTERISTIKA PROBLEMATIKY

Celosvětově je karcinom děložního hrdla třetí nejčastější malignitou u žen a v příčinách úmrtí na zhoubné nádory jsou na čtvrtém místě. Ročně je celosvětově postiženo více než 500 000 žen a přes 270 000 žen na toto onemocnění umírá. Téměř 85 % případů připadá na rozvojové země (Májek, Dvořák, 2011). Na celém území Evropy se každý rok karcinom děložního čípku zjisti u 60 000 žen a 30 000 z nich na toto onemocnění umírá, každých 18 minut jedna postižená přichází o život. (www.ecca.info/cs).

Jak již bylo zmíněno v úvodu, je v České republice ročně tento karcinom nově diagnostikován u asi 1000 žen, z nichž téměř polovina na toto onemocnění umírá. Tedy téměř každá druhá z nich zemře. Vyskytuje se už ve velmi mladém věku. Incidence v současnosti se pohybuje mezi 19–20/100 000 žen s mortalitou 6,5–7/100 000. To nás řadí mezi zeměmi EU do spodní poloviny (www.21stoleti.cz; Májek, Dvořák, 2011).

Karcinom děložního hrdla (KDH) je tedy relativně častým nádorem, postihujícím v mnoha případech ženy ve středním věku, ale i ženy mladé. Většina případů se vyskytuje u žen mladších 50 let. Jen vzácně se vyvíjí u žen mladších 20 ti let. Mnoho starších žen si neuvědomuje, že riziko vzniku rakoviny děložního hrdla je stále přítomno, zatímco ony stárnou. Téměř u 20 % žen je diagnostikována u starších 65 let. Proto je důležité, aby starší ženy nadále chodily na pravidelné gynekologické prohlídky (American cancer society, 2011).

Karcinom děložního čípku je prvním maligním onemocněním žen indukovaným virovou infekcí. Původcem onemocnění jsou lidské papillomaviry (HPV), které se přenášejí pohlavním stykem. HPV pozitivních žen, které měly KDH, bylo při použití vysoce sensitivních a specifických molekulárně biologických technik zjištěno až 90 %. Jde především o tzv. „high risk“ HPV, především typy 16 a 18, které svými onkoproteiny inaktivují proteiny supresorových genů p53 a p105Rb a tak vyřazují z funkce kontrolující proliferaci. Typy HPV 16 a 18 odpovídají za více než 70 % všech cervikálních karcinomů, typy 31 a 45 za dalších asi 10 % onemocnění.

Znalost etiologie nás u KDH staví do výhodné pozice, kdy lze hledat účinné profylaktické prostředky. Zde můžeme zařadit jednoznačně plošné programy sekundární prevence (screening), které pravidelnými kontrolami vyhledávají

prekancerózy a zabraňují tak vzniku maligního nádoru. Další dnes již dostupnou technologií je metodami genetického inženýrství vyvinutá vakcína, která pomocí viru podobných částic (VLP – virus-like particles) působí na většinu typů HPV odpovědných za KDH. Ačkoli primární prevence je jistě cílem veškerého snažení, případná plošná eliminace onemocnění vakcinací je vzdálená minimálně ještě jednu až dvě generace. Funkční screening tak zůstává hlavní zbraní v boji proti tomuto onemocnění (Májek, Dvořák, 2011).

2 ANATOMIE DĚLOŽNÍHO ČÍPKU (CERVIX UTERI)

Děložní hrdlo představuje zúženou dolní část dělohy válcovitého tvaru. Horní část děložního krčku (portio supravaginalis) se nachází pod poševním úponem, dolní kónická část krčku leží pod úponem pochvy a vyčnívá do pochvy (portio vaginalis) též označovaná jako „čípek děložní“ (Citterbart, 2008).

Největší a nejdůležitější význam hrdla děložního má pro ženu v těhotenství, funguje jako uzávěrový mechanismus dělohy, v které probíhá těhotenství (Raušová, 2009). Čípek je dlouhý cca 1cm. Na jeho vrcholu se otevírá zevní branka děložní (ostium uteri). U nulipar má branka kruhovitý tvar, u multipar má tvar příčně pootevřené štěrby, a tím je zřetelně ohraničena zepředu a zezadu (latium anterius et posterius). Povrch děložního čípku kryje děložní sliznice (Kobilková, 2005).

Děložní hrdlo má dva typy epitelu. Kanál hrdla vystýlá endocervix (cyлиндrické hlenotvorné jednovrstvé buňky uspořádané v bohatě členěné řasy, mezi nimiž jsou prostory - krypty, nazývané také „žlázy“). Část hrdla obrácená do pochvy má povrchovou sliznici (ektocervix) se stejnou výstelkou jako je v pochvě, tedy s epitelem dlaždicovým, tvořený více vrstvami (Citterbart, 2008).

Názvy jsou odvozeny od tvaru buněk epitelu (Raušová, 2009). Hranice obou epitelů je za klidového i estrogenizovaného období života ženy v místě zevní branky, u novorozence a v pubertě se dočasně posouvá až na zevní část čípku, čímž vzniká tzv. fyziologická ektopie (Citterbart, 2008). Při roční gynekologické kontrole provádí gynekolog stěry buněk jak z povrchu čípku (exocervixu), tak stěry z kanálu (endocervixu).

Vlivem kyselého prostředí dochází v pochvě ke snadnějšímu poškození buněk žláзовého epitelu a žláзовé buňky jsou nahrazovány nově vytvořenými metaplastickými (buňky v daném místě neobvyklé). Místo je nazýváno transformační zóna (Raušová, 2009).

3 RIZIKOVÉ FAKTORY PŘEKANCERÓZ A NÁDORŮ DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

V onkologii je rizikovým faktorem v obecném pojetí cokoli, co zvyšuje riziko vývoje zhoubného nádoru daného jedince. Může se jednat o rodinnou zátěž, styl života, návyky, profesní aktivitu, výživu, výskyt některých chorob a řadu dalších. Faktory, které jsou popsány, nejsou zpravidla přímou příčinou nádorového onemocnění a naopak. U diagnostiky nádorového onemocnění nemusí být v anamnéze vždy přítomny. Tyto faktory byly identifikovány na základě epidemiologických studií určením relativního rizika.

Studium rizikových faktorů má praktické dopady a jejich znalost může napomoci k pochopení etiopatogeneze některých nádorů. Jsou také využitelné v diagnostice nádorů a v jejich screeningu (Cibula, 2009).

Rizikové faktory související s karcinomem děložního čípku jsou relativně dobře známy a velké množství z nich souvisí se sexuálním chováním ženy. Souvislost se sexuálním chováním žen podpořily i studie řádových sester žijících v celibátu, u kterých nebyly prokázány prekancerózy ani spinocelulární karcinomy (Citterbart, 2008).

Nejznámějším faktorem je přetrvávající infekce rizikovými typy lidských papilomavirů (HR-high grade HPV). U karcinomu děložního hrdla je 99,7% případů HPV pozitivních. Asi na 70% se podílí HR typy 16 a 18, na dalších 20% se podílí HR typy 31, 33, 45, 52 a 58. (Cibula, 2009). Dále záleží na stavu imunitního systému, na věku prvního koitarché, počtu sexuálních partnerů, počtu porodů atd. (Čepický, 2003).

3.1 Přehled nejznámějších rizikových faktorů:

- **Přetrvávající infekce HR HPV** – jde o etiopatogenetický faktor, jehož přítomnost je nezbytná, ale sám o sobě není postačující (Cibula, 2009). Výzkumy ukazují, že u jedné z pěti žen s perzistující HPV infekcí se během tří let vyvinou předrakovinné změny (Musilová, 2006),
- **Časná koitarche** – první pohlavní styk před 16. rokem věku,
- **Větší počet sexuálních partnerů** – při 10 a více partnerech, dochází k zvýšení rizika až 2-3 x,
- **Rizikový mužský partner** – promiskuita muže, anamnéza sexuálně přenosné nemoci (HPV, STD),
- **Kouření** – jak aktivní, tak pasivní, jde o nezávislý rizikový faktor, snižuje imunitu,
- **Multiparita** – vyšší riziko od 3 a více porodů,
- **Nízký věk prvního porodu** – souvisí se sexuálním chováním,
- **Nízký socioekonomický status** – částečně vysvětluje rasové a etnické rozdíly v incidenci a mortalitě,
- **HIV pozitivita, imunodeficience, imunosuprese** – lidé HIV pozitivní je doložený zrychlený vývoj karcinomu z již existujících prekanceróz,
- **Hormonální antikoncepce** – užívání HAK, brání spontánní clearance HR HPV a čím je perzistence viru delší, tím je riziko prekanceróz vyšší. Hormonální antikoncepce není v přímé etiologické souvislosti se vznikem skvamózních intraepiteliálních lézí hrdla děložního, působí jen při současném vlivu dalších rizik (Robová, 2006; Cibula, 2009),
- **Další STD** – chlamydiová infekce, herpes virus-2, zvýšení rizika je, ale opět spojené se sexuálním chováním
- **Nutriční vlivy** – u nedostatku folátů, betakarotenu, vitamínu C,
- **Rodinná zátěž** – při postižení matky, sestry,
- **Absence cytologického screeningu** – snížená incidence je v zemích celoplošným screeningem (Cibula, 2009),
- **Porodní poranění děložního hrdla** (Dörr, 2005).

Nejdůležitějšími protektivními faktory karcinomu děložního hrdla tedy jsou, účast ve screeningovém programu (sekundární prevence), dodržování zásad bezpečného sexu a nekuřáctví.

Na úrovni primární prevence jsou profylaktické vakcíny proti rizikovým typům lidských papilomavirů (Cibula, 2009).

4 TYPY NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ

V průběhu života ženy děložní hrdlo a jeho epitelový povrch prochází řadou proměn, na jejichž podkladě mohou vznikat dysplastické změny a posléze i zhoubné nádory. Poznatky o patogenezi prekanceróz a invazivních karcinomů z posledních 30 let umožňují nový pohled na tohle onemocnění. V dnešní době jsme schopni díky prebioptickým metodám schopni včas diagnostikovat prekancerózy a pomocí moderních způsobů léčby je i účinně řešit (Citterbart, 2008).

4.1 Prekancerózy děložního čípku

Jsou nejčastějšími diagnostikovanými dysplastickými změnami. Jejich incidence v posledních letech narůstá o 10-15 let předchází první vrchol výskytu karcinomu děložního čípku. Vznikají z dlaždicového i žlaznatého epitelu cervixu. Kdy dlaždicobuněčné dysplastické změny se vůči adenoprekancerózám v ČR pohybují v poměru 60-80 : 1. Naproti tomu je spinocelulární karcinom vůči karcinomu děložního hrdla v poměru 5-7 : 1. Dlaždicobuněčné změny nacházíme již u mladých žen, naopak adenoprekanceróza je před 30. rokem života ženy vzácnější.

Histologická terminologie se v posledních 30 letech změnila, díky rozšiřování poznatků o patogenezi a biologickém chování prekanceróz.

4.2 Zhoubné nádory děložního čípku

Nádory děložního čípku postihují nejčastěji ženy mezi 40. a 50 rokem života, často i ženy starší nebo naopak velmi mladé. Nejčastějším maligním nádorem děložního čípku je karcinom. Vlastnímu vzniku karcinomu předcházejí již zmíněné tzv. prekancerózy.

Nádor vycházející z dlaždicového epitelu – **spinocelulární karcinom**, který se vyskytuje s převážnou většinou cca 85 %. Nádory ze žlaznatého epitelu – **adenokarcinomy**, jsou méně časté a vyskytují se ve zbylých 15 % (Slezáková a kol., 2011).

4.2.1 Klasifikace prekanceróz a nádorů

- **Dlaždicové** – cervikální intraepiteliální neoplazie, skvamózní intraepiteliální léze

(CIN, SIL)

CIN je prekurzorem invazivního dlaždicobuněčného karcinomu hrdla, jedná se o změny asociované s HPV infekcí. Z histologického pohledu dochází k poruše macerace s rozšíření bazální zóny epitelu a jaderným abnormalitám, projevuje se i perinukleárním projasněním a buňky s těmito změnami se nazývají koilocyty.

Histologicky se rozlišují tři stupně:

- **CIN I** – mírná dysplazie
- **CIN II** – střední dysplazie
- **CIN III** – těžká dysplazie a carcinoma v in situ (CIS)

Stále častěji se rozlišují (jako v cytologii) pouze **2 stupně**:

Low - grade léze: zahrnují CIN I a samostatné projevy HPV infekce -kondylomatózní léze, (cytologicky jim odpovídá low-grade skvamózní intraepiteliálové léze – LSIL).

High – grade léze: zahrnují CIN II a CIN III a CIS (cytologicky jim odpovídá high-grade skvamózní intraepiteliálové léze – HSIL).

➤ **Žlázové** – cervikální glandulární intraepiteliální neoplazie (**CGIN**)

Lze je členit na adenotypie – LG CGIN a prekancerózy v užším slova smyslu – HG CGIN, zastoupené adenokarcinomem in situ (AIS). Prekancerózy žlaznatého epitelu jsou v asi 46 – 72 % provázeny přítomností dlaždicové léze. V literatuře jsou označovány jako „mixed“ prekancerózy. Nejzávažnější nález – AIS tvoří 2 % ze všech HG interepiteliálních neoplázií děložního hrdla. CGIN je obvykle objeven náhodně při vyšetření pro podezření na CIN.

4.2.2 Etiopatogeneze

Epidemiologické studie identifikovaly řady rizikových faktorů, dominantní úlohu má infekce vysoce rizikovými genotypy HPV. Prekancerózy jsou jednoznačně patogeneticky spojovány s HPV infekcí ve více než 98 % (Cittelbart 2008).

Jde o relativně malé viry (55 µm) s dvacetistěnnou neobalenou kapsidou a genomem tvořeným jednou dvouvláknovou molekulou cirkulární DNA s přibližně 8000 párů bází. Jsou řazeny do čeledi Papillomaviridae. V současnosti je známo asi více než 130 genotypů. Z pohledu kliniky jsou členěny na základě onkogenního potenciálu na nízké rizikové (low risk, LR) 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72 a 81, a vysoce rizikové (high risk, HR) kam řadíme typy 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73 a 82). WHO zařadila genotypy HPV 16 a 18 mezi prokazatelné lidské karcinogeny. Nejčastěji jsou detekované 16, 18, 31, 45. V případě spinocelulárních karcinomů je možno prokázat přítomnost DNA HR v 99,7 %, u adenokarcinomů v 56 – 94 %, u 60 – 93 % HG dlaždicových lézí, u 31 – 60 % LG dlaždicových lézí a u 50 – 60 % AIS. LR HPV 6 a 11 jsou v případě kondylomat detekovány až v 90 – 95 %.

Přenos se uskutečňuje pohlavním stykem a vstupní branou jsou mikrotraumata kůže a sliznic a díky specifitě infikuje pouze proliferující buňky. Inkubační doba je 1,5 – 8 měsíců (průměrně 3 měsíce). Interval mezi nakažením infekcí a rozvojem maligního nádoru je minimálně 10 let i delší (viz. příl. 6 – Schéma rozvoje karcinomu děložního hrdla v souvislosti s HPV infekcí). Nejkratší interval je popsán 2 roky. Pro rozvoj maligní transformace není perzistující infekce jedinou podmínkou, významnou roli hrají další kofaktory (podrobněji popsány v kapitole rizikové faktory).

Infekce HPV nejčastěji probíhá latentně, vzácněji i v podobě subklinické infekce, klinické projevy manifestní infekce jsou vzácným projevem působení HPV.

Subklinická infekce je klinicky detekovatelná, průkaz je možný kolposkopickým cytologickým, histologickým a molekulárně biologickým vyšetřením. Cytogeneticky nacházíme koilocyty, kolposkopicky nalézáme ploché kondylomy s encefaloidním povrchem, výrůstky, arkádovitě uspořádané cévy, někdy až pseudomozaiky. Zřetelná infekce zahrnuje klinické viditelné nálezy. V anogenitální oblasti nacházíme condylomata accuminata a intraepiteliální premaligní nebo maligní léze (Cibula, 2009).

4.2.3 Symptomatologie

Kromě již zmíněných změn, které způsobují některé typy HPV (např. 6, 11), jsou časná stádia zpravidla asymptomatická. V pozdějších stádiích se projevuje vaginálním krvácením, zejména po styku (spotting), spontánní vodnatý výtok, pokročilá stádia se vyskytuje bolest v suprapubické a sakrální krajině, dysurií a změnami ve vyprazdňování stolice. Další příznaky mohou být způsobeny přidruženou infekcí, metastazováním nádoru a případnou intoxikací z rozpadu nádoru (Klener, 2002; Slezáková, 2011).

4.2.4 Diagnostika

Diagnostika průkazu prekanceróz děložního hrdla je založena na prebiptických metodách a cílené biopsii. Mezi prebiptické metody patří kolposkopie, cytologický stěr a HPV test. Své opodstatnění má ve vybraných případech (při podezření na možnost invazivního karcinomu) i expertní onkogynekologické ultrazvukové vyšetření (transabdominální, transvaginální i transrektální).

Cytologická klasifikace

Je jak základní prebiptickou metodou, tak hlavní screeningovou metodou. Rozlišujeme cytologický odběr s nátěrem na sklo (senzitivita 55-90 %) a cytologický odběr do tekutého média (liquid based cytology), který má mírně vyšší senzitivitu (Cittelbart, 2008; Cibula, 2009).

Odběr se provádí v poševních gynekologických zrcadlech po očištění hlenu. Musí být setřeny buňky z povrchu děložního čípku i z kanálu děložního čípku a natírány na čistá podložní sklíčka, pečlivým tahem odběrovými nástroji (Raušová, 2009).

V ČR je používána cytologická klasifikace tzv. Bethesda systém z roku 2001, jehož základem je popisná diagnostická terminologie, která kromě buněčných změn dlaždicového a žlaznatého epitelu hodnotí i kvalitu nátěru, popisuje infekci a hormonální stav. Přínosem je kvalitní zhodnocení komplexním zhodnocením preparátu (kvality sběru, interpretace cytologického nálezu včetně zhodnocení hormonálního stavu pacientky, závěr a doporučení pro kliniku od vyšetřujícího cytopatologa). Vztah mezi cytologií a reálným nálezem je závislý na řadě faktorů (správný odběr a včasná fixace, přesná anamnestická data, správné vyhodnocení a interpretace nálezu) (Cittelbart, 2008; Cibula, 2009).

Vysvětlení a popsání pojmů:

ASH-US – jedná se o atypii povrchových buněk, nepodezřelou (velmi často spojené se zánětem)

ASC-H- atypie, nelze vyloučit těžké onemocnění děložního čípku

LG-SIL – nižší stupeň buněčných změn, odpovídá v histologii označení CIN I – lehké dysplazii – tzv. lehkým přednádorovým změnám

HG- SIL – vyšší stupeň buněčných změn povrchové sliznice, odpovídá histologii CIN II, III – středně těžké a těžké dysplazie, CIS – carcinoma v in situ – těžké přednádorové změny, s velkým rizikem pro vznik rakoviny děložního čípku.

CA dlaždicového epitelu – karcinom povrchu děložního čípku

AGC-NOS – atypie žlázových buněk, nepodezřelá

ACG-NEO – asi neoplazie

AIS – adenokarcinom in situ – rakovinové buňky v kanálu hrdla děložního nebo v dutině děložní, nešíří se

Adenokarcinom – karcinom žlázových buněk – v kanálu děložního hrdla či děložní sliznice

Na základě výsledků se pak provádí další vyšetření, jako kolposkopické vyšetření, HPV testování, bioptické vyšetření atd. (Raušová, 2009).

Kolposkopie

Jde o techniku využívající přímého zobrazení pomocí binokulárního optického zvětšovacího systému (8-40 x). Lze pomocí něj vyšetřit celá zevní rodidla, perineum, perianální oblast, pochvu i děložní čípek. Na základě kolposkopického vyšetření se vyhotoví obrázek a provede popisový záznam. K hodnocení se používá kolposkopická terminologie a klasifikace. Je možné provést nativní nebo rozšířenou kolposkopii. Nativní kolposkopií je vyšetřována oblast bez aplikace jakéhokoli roztoku. Rozšířená kolposkopie využívá k zobrazení změn roztoky (Lugolův roztok, roztok kyseliny octové), které zvýrazní případné změny. Nanáší se jemným přiložením vatového tamponu na vyšetřovanou oblast, minimálně na 15-20 sekund. Pod kolposkopií se provádí i odběr biopsie (Cittelbart, 2008; Cibula, 2009).

HPV test

Testování přítomnosti HPV molekulárně biologickými technikami stanovujeme přítomnost virové DNA, které je přínosné k doplnění prebiptických metod. S ohledem na prevalenci HPV infekce a spontánní clearance je opodstatněné testovat až po 30. roce života. Odběr se provádí brush technikou do transportního média. HPV test pro HG léze má u žen po 35. roce života senzitivitu 95 % a specifitu 93 %. Využívá se také u žen s tzv. hraničními (borderline) výsledky cytologického stěru. U některých nálezů má třídící funkci. Při negativním testu můžeme postupovat konzervativně, při pozitivitě naopak máme aktivní přístup k řešení a provádíme častější kontroly. Dále je přínosný u dispenzarizovaných žen po ošetření prekanceróz děložního hrdla, ke kontrole perzistence nebo reinfekce, nejdříve však za 6, lépe až za 12 měsíců po zákroku. Diskutuje se i o významu provedení HPV testu před profylaktickou vakcinací proti HPV u již sexuálně aktivních žen (Cibula, 2009).

Cílená biopsie

Přestože prebioptické metody jsou poměrně velice spolehlivé v odhadu závažnosti cervikální léze, avšak pro definitivní potvrzení závažnosti prekancerózy či invazivního karcinomu stanovuje až histologické vyšetření tkáně. K získání materiálu používáme různé techniky – minibiopsie (punch biopsie), endocervikální kyretáže, cold knife excize, LEEP excize, konizace či cylindrické disekce. Při vedení řezu ve zdravé tkáni jde o výkon, který přináší nejen dostatečný vzorek pro diagnostiku, ale i zákrokem terapeutickým (Cittelbart, 2008; Cibula, 2009).

Doplňující vyšetření

Laboratorní vyšetření krve

- biochemické, hematologické, tumor markery

SCCA (Squamous Cell Carcinoma Antigen), který je markerem první volby pro cervikální karcinom, specifika a senzitivita vyšetření se uvádí kolem 80 %. Druhým TM je **CEA** (karcinomembryonální antigen) a je hlavní marker adenokarcinomu děložního hrdla. Význam má i vyšetření tumor marker **CYFRA 21-1**. Sledování TM je přínosné zejména v rámci dispenzarizace (Kalábová, 2003; Slezáková, 2011).

Dále můžeme zařadit u pokročilejšího onemocnění RTG srdce a plic, cystoskopie, CT vyšetření pánve, ultrazvuk (pánve, jater, ledvin), MR, vylučovací urografie, rektoskopie (Slezáková, 2011; Kelner 2002).

4.2.5 Histologické třídění karcinomu čípku děložního

Základní diagnostika se opírá o typizaci neboli stanovení histologického typu nádoru. Světová zdravotnická organizace stanovila základní klasifikaci, která je založena na histologickém (bioptickém) vyšetření nádoru.

Rozsah nádoru (stating) se stanovuje podle kritérií doporučených mezinárodní organizací (UICC – Mezinárodní organizace boje proti rakovině a FIGO – Mezinárodní organizace porodníků a gynekologů).

Systém TNM (T = tumor-nádor, N = node-uzliny, M = metastáza) číselně vyjadřuje rozsah anatomické pokročilosti nádoru. Paralelně se používá klasifikace FIGO, přičemž obě klasifikace jsou snadno převoditelné jedna ve druhou. (Klasifikace FIGO a TMN – viz příl. 4). Na podkladě histologického vyšetření nádoru se také stanoví tzv. stupeň diferenciaci, tzv. grading. Při hodnocení nádorů je G1 vysoce diferencovaný, G2 středně diferencovaný, G3 nízce diferencovaný a G4 nediferencovaný (anaplastický).

Ve vzájemné kombinaci slouží všechny tyto ukazatele k odhadu prognózy, stanovení racionální léčby a ke srovnávání výsledků různých druhů léčby i k hodnocení terapeutických výsledků různých pracovišť.

K odstranění nesrovnalosti bylo zavedeno číselné kódování nádorů a nenádorových změn. Nádory jsou označeny čísly 8000 – 9999. Nenádorové změny mají kód (čísla) nižší než 8000. V podobě jmenovatele je vyznačena biologická aktivita nádorů: - /0 benigní, -/1 nejisté biologické aktivity, - /2 karcinom in situ, - /3 maligní, - /6 metastaticky – sekundární, - /9 nejisté. Číselné kódování je již součástí povinného hlášení nádorových onemocnění (Kobilková, 2005).

4.2.6 Šíření nádorů

Hlavní cesta šíření je lymfatickými cévami. Lymfogenně zhoubné nádory děložního hrdla metastazují poměrně záhy. Při invazi více než 1mm je již riziko postižení regionálních pánevních lymfatických uzlin a s hloubkou invaze v děložním hrdle stoupá. Hematogenně se šíří až později a méně často. Prorůstání do okolních orgánů (uretra, rektum) nebývá časté, ale činí problémem u pokročilých primárně zanedbaných případů a recidiv onemocnění (Citterbart, 2008).

4.2.7 Ošetření prekanceróz

Závisí na cytologickém nálezu, věku a paritě ženy, přítomnosti zánětu i hormonálním stavu. Důležitá je dispenzarizace, opakování kolposkopie a cytologie za 3-6 měsíců a při nepříznivém cytologickém nálezu odstranění léze. Podstatná není metoda odstranění, ale úplnost odstranění poškozené tkáně (Slezáková a kol., 2011). Metody lze rozdělit na destrukční a ablační (excizní).

Excizní metody

Jsou dominantní terapeutickou modalitou, jejichž výhodou je nejen získání dostatečného vzorku pro histologické vyšetření, ale i posouzení endocervikálních a exocervikálních chirurgických okrajů preparátu.

Řadíme mezi ně:

- Klasická studená konizace (skalpelem, nůžkami)
- Excize elektrofekvenční kličkou (LEETZ – large elektro excision of transformation zone) – jde o nejčastější výkon u exocervikálně lokalizovaných lézí v současné době.
- Konizace vysokofrekvenční jehlou – výhodou je možno řešit i endocervikálně lokalizované léze s maximálním šetřením stromatu hrdla.
- Konizace CO₂ laserem

Destrukční metody

Tyto metody mají nevýhodu v tom, že likvidují epitel, aniž by mohlo být provedeno histologické vyšetření jako u metod excizních. Jsou dnes nahrazovány excizními metodami.

Mezi ně patří:

- Kryodestrukce – destrukce zmražením, pomocí tekutého dusíku dochází k nekróze, výhodou je možnost ambulantního ošetření, nevýhodou, že není možné stanovit hloubku destrukce tkáně hrdla a také výtok a zdlouhavé hojení
- Laserová vaporizace – pomocí CO₂ laserového paprsku, hojí se rychleji než ošetření po kryodestrukci a v současné době se indikce zúžily na ošetření lézí přecházející na poševní klenby a do pochvy v kombinaci s ablačním ošetřením léze hrdla.

4.2.8 Terapie nádorů

U každého zhoubného nádoru musíme zhodnotit předléčebné rizikové faktory vlastního nádoru a také individuální rizikové faktory u každé klientky. U časných stádií do 2a je hlavní metodou chirurgická léčba. Při šíření nádoru do parametří (2b a výše) se již indikuje radioterapie, jako základní léčba.

Časná stádia

- **T-1a1** – plánuje těhotenství – *konizace hrdla*
 - neplánuje těhotenství – *hysterektomie*
- **T-1a2, 1b1, 2a** – radikální hysterektomie (Wertheim) zůstává standardem
 - laparoskopická lymfadenektomie s radikální vaginální hysterektomií
 - laparoskopická lymfadenektomie s tracheoplastikou – splňující maximální infiltraci do poloviny stromatu a rozměr do 20 mm, při přání těhotenství
 - radioterapie – brachyterapie (vnitřní ozařování)
+ teleterapie (zevní ozařování)
- **T-1b2** – klasickým postupem je radikální hysterektomie (Wertheim), která ještě vyžaduje u většiny žen adjuvantní radioterapii, alternativou je neadjuvantní radioterapie s následnou chirurgickou léčbou nebo konkomiterní chemoradioterapií (chemoterapie navazuje na ozařování)

U časných stádií dobře provedenou aktinoterapií lze dosáhnout srovnatelných léčebných výsledků jako operační léčbou. Aktinoterapie má však nevýhodu v tom, že má více časných i pozdních komplikací, vyšší morbiditu. Proto se dnes aktinoterapie používá jen u žen s vysokým operačním rizikem, pooperační indikujeme jen v případě nepříznivé definitivní histologie (Citterbart, 2008; Slezáková a kol. 2011).

Pozdní stádia

- **T-2b, 3a, 3b** – kombinovaná aktinoterapie (brachyterapie a teleterapie)
 - kombinovaná aktinoterapie s konkomitantní chemoterapií
- **T4** – volí se individuální postup podle stavu a nálezu (aktinoterapie, chemoterapie)

U pozdějších stádií je základní léčbou aktinoterapie, většinou kombinací teleterapie a brachyterapie. Vypracovává se radiologický plán, který je individualizován dle rozsahu onemocnění a stavu klientky (Cittelbart, 2008).

4.2.9 Prognóza

Prognóza závisí na přítomnosti rizikových faktorů, věku klientky, odpovědi na léčbu a zejména na velikosti a rozsahu nádoru. Nádory omezené na děložní hrdlo jsou vyléčitelné více než v 90 %, u pokročilejších stádií procento vyléčení klesá (Slezáková a kol. 2011, Kelner 2002).

5 PREVENCE A SREENING MALIGNIT

Onkologická prevence zahrnuje komplexní soubor opatření, která mají za cíl předvídat a předcházet negativním vlivům, které jsou spojeny se vznikem, progresí a recidivou zhoubných nádorů.

Onkologická onemocnění v celé své pestrosti patologických změn, klinických příznaků a mnohočetných příčin přímo vyzývají k jejich zvládnutí. Nepochybuje se o tom, že významnou roli současně s novými poznatky o etiologii jednotlivých forem onemocnění bude hrát prevence a samozřejmě včasná diagnostika.

Vymezení rizikových podskupin zdravotně ohrožené populace podle preventabilních nádorů je prvním těžkým úkolem, druhým je změna v myšlení zatím symptomatické populace o nutnosti dodržovat zásady zdravého způsobu života (Geryk, 2004).

5.1 Prevence

Prevenci lze rozdělit do čtyř úrovní, primární, sekundární, terciární, kvartérní.

5.1.1 Primární prevence

Cílem je **omezit a snížit výskyt zhoubných nádorů na úrovni rizikových faktorů**, které mají přímý a prokazatelný vliv na vznik nádoru a dále identifikovat jedince s vysokým genetickým rizikem vzniku malignit. **Ukazatel úspěšnosti** se odráží v **poklesu incidence zhoubných nádorů**.

Můžeme zde zařadit:

- nekuřáctví, boj proti kouření, podpora odvykání,
- podporu zdravého životního stylu (tělesný pohyb, racionální strava),
- profylaktické chirurgické zákroky (např. konizace),
- vakcinaci proti HPV infekci,
- osvětové programy zaměřené na prevenci rizikového chování (Cibula, 2009),
- bezpečný sexuální kontakt zahájený po 17. roku věku (čím je nižší věk ženy při zahájení sexuálního života, pohlavní orgány ženy jsou méně zralé, tím je riziko větší),
- nestřídání pohlavních partnerů (Kolářová, Dörr, 2005; Slezáková a kol. 2011).

Primární prevence karcinomu děložního čípku tedy znamená **předcházení a eliminaci škodlivých vlivů**, které mohou vést hlavně u vnímavých jedinců k nádorovým onemocněním.

Přestože škodlivé vlivy mnoha zejména chemických a biologických faktorů jsou již známy, mladí lidé nemají respekt k této skutečnosti a mají tendenci podceňovat následky. Hovoříme např. o kouření, lehkovážném přístupu k pohlavnímu životu s důsledkem infekce pohlavně přenosnými HPV viry a zvyšující se frekvencí střídání sexuálních partnerů (Kolářová, Dörr, 2005).

5.1.2 Sekundární prevence

Věnuje se na **záchyt prekanceróz a zhoubných nádorů** v časných stádiích a jeho sledování. Cílem je zlepšit dlouhodobé výsledky jejich léčby. **Ukazatelem**

úspěšnosti je v tomto případě **snížení mortality**. Nástrojem sekundární prevence je screening.

Pozornost je věnována především:

- screeningu karcinomu děložního hrdla,
- mamografickému screeningu
- vyhledávání a dispenzarizaci jedinců s hereditárním rizikem vzniku nádoru (prs, ovarium..)
- genetická testování v indikovaných případech
- nastavení prevence v onkologii se zohledněním specifických rizik k věku
- osvětě zaměřené na informovanost o časných příznacích nádorů u žen (Cibula, 2009).

Do sekundární prevence karcinomu děložního čípku řadíme tedy pravidelné roční **preventivní gynekologické prohlídky žen**. Prohlídky jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami, ale i přesto mnoho žen tuto prevenci podceňuje a k prohlídkám se dostavuje až při výskytu příznaků, které obvykle znamenají již pokročilejší onemocnění. Důležitá je motivace žen, která vychází z jim dostupných informací o této problematice. Sekundární prevenci mohou pozitivně ovlivnit také praktičtí lékaři, kteří by měli sledovat v rámci pravidelných dvouletých preventivních prohlídek, zda ženy absolvovaly i gynekologickou prevenci (www.linkos.cz).

V prevenci karcinomu děložního čípku považujeme za nejdůležitější získat co nejvíce informací o bioptickém podkladu léze, protože „nadměrná“ léčba může mladou ženu zbytečně připravit o fertilitu, nedostatečná léčba však může ve všech věkových kategoriích ohrozit zdraví a život nemocných (Slezáková a kol., 2011).

5.1.3 Terciární prevence

Věnuje se časnému zachytu recidiv nádorů a následně také časnému zahájení terapie v potenciálně léčitelné fázi onemocnění. **Nástrojem** terciární prevence je **efektivní dispenzární schéma**. Nadále je potřeba pokračovat i v kompletním provádění preventivní péče, aby nedošlo k zanedbání dalších onkologických

onemocnění (pravidelné vyšetření prsů, okultní krvácení u žen dispenzarizovaných pro gynekologickou malignitu). **Ukazatel kvality** terciární prevence je dán především **délkou celkového přežití**.

U terciární prevence je potřeba věnovat pozornost:

- soustředění onkologických pacientek v onkologických centrech,
- označení zařízení a lékaře, který bude vést dispenzarizaci o onkologickou pacientku,
- určení povinností jednotlivých účastníků dispenzární péče (pacientky, onkologa, gynekologa, praktický lékař),
- primární a sekundární prevenci dalších maligních onemocnění.

5.1.4 Kvartérní prevence

Zaměřuje se na předcházení a předpovídání důsledků progredujícího a nevléčitelného nádorového onemocnění. Týká se všech aspektů nejen somatických, ale i etických, psychických a sociálních. **Ukazatelem úspěšnosti** je v tomto případě **kvalita života onkologicky nemocných**.

Do kvartérní prevence spadá:

- efektivní léčba bolesti – preventivní (tlumení bolesti před jejím plným rozvinutím),
- podpora oblasti výživy,
- derivační zákroky provedené před rozvinutím akutního stavu,
- udržení mobility a stabilitu skeletu u kostních metastáz,
- psychosociální podpora a při nesoběstačnosti zajistit adekvátní péči.

Kvartérní prevence vyžaduje multidisciplinární přístup, kam zahrnujeme medicínskou oblast, sociální služby, psychologa, občanské instituce (Cibula, 2009).

5.2 Screening

Screening je **aktivní vyhledávání** nemoci u asymptomatických jedinců neboli organizované, kontinuální, hodnotitelné úsilí, které umožňuje **včasný záchyt nemoci, včasnou léčbu a tím dále snížení mortality** (Cibula, 2009; [www. linkos.cz](http://www.linkos.cz)).

5.2.1 Obecné pojetí

V běžné klinické praxi je screening často zaměňován za preventivní prohlídky. Existují, ale jasná pravidla, která musí vyhledávání nemoci splňovat, aby mohl být tento termín užíván.

WHO v roce 1968 publikovala základní podmínky pro screening, které jsou platné i současnosti.

Podmínky pro screening:

- onemocnění je závažným zdravotnickým problémem populace,
- je známa léčba nemoci,
- nemoc má známá preklinická stádia,
- včasný záchyt nemoci zlepšuje terapeutické výsledky (mortalitu) a současně nějak významně nezvyšuje morbiditu,
- existuje screeningový test, který je vhodný pro použití v populaci, je levný a spolehlivý.

Screeningový test by měl v ideálním případě splňovat optimální požadavky.

Test by měl být:

- vhodný pro využití v populaci,
- použitelný opakovaně,
- senzitivní – schopnost odhalit onemocnění,
- specifický – potvrdit nepřítomnost onemocnění,
- jednoduchý,
- rychlý,
- jednoduše objasnitelný.

Screening se zaměřuje na celou populaci, nebo na její část, většinou věkově vymezenou. Dále také na rizikové skupiny, pokud známe rizikové parametry zhoubného nádoru.

V onkologii je hlavním ukazatelem pro hodnocení úspěšnosti a efektivity screeningu mortalita (Cibula, 2009).

5.2.2 Screening karcinomu děložního čípku

U screeningu děložního čípku usilujeme o včasný záchyt zhoubného nádoru děložního hrdla a jeho předstupňů prováděním preventivních vyšetření v celé populaci dospělých žen, účinné léčení těchto změn a tím snížení úmrtnosti na zhoubné nádory děložního hrdla v České republice (www.linkos.cz).

U reprodukčních orgánů jsou možnosti screeningu velmi rozdílné. Závisí hlavně na přístupnosti daného orgánu, na znalosti rizikových faktorů, na existenci přednádorových změn, rychlosti vývoje nádoru, významně lepší prognóze při zachycení časného stádia a na incidenci onemocnění.

Screening karcinomu děložního hrdla je velmi dobře propracovaný, již existuje ve většině rozvinutých zemí a efektivně snižuje incidenci tohoto karcinomu.

Znalosti, etiopatogeneze, vyvolávajícího činitele, a jednotlivých předstádií, dělají z karcinomu děložního hrdla nejvíce preventabilní nádor v celé gynekologické onkologii (Cibula, 2009).

Screeningem karcinomu děložního hrdla tedy rozumíme organizované, kontinuální a vyhodnocované **úsilí o časný záchyt zhoubného nádoru děložního hrdla** a jeho předstupňů prováděním preventivních cytologických vyšetření v celé populaci dospělých žen, které nemají žádné přímé známky přítomnosti nádorového onemocnění, se zvláštním zřetelem k těm, jež nenavštěvují pravidelně nebo vůbec ambulanci gynekologa. **Záměrem screeningu** je nabídnout ženám v České republice kvalifikovaná preventivní (screeningové) vyšetření děložního hrdla v laboratořích splňujících kriteria moderní diagnostiky.

Cílem screeningu je zvýšit časnost zachytu zhoubných nádorů děložního hrdla a přednádorových stavů a tím snížit úmrtnost na rakovinu děložního hrdla v České republice. Na preventivní vyšetření karcinomu děložního hrdla v referenční laboratoři má právo každá dospělá žena.

Screeningovým vyšetřením rozumíme cytologické vyšetření navazující na preventivní prohlídku u registrujícího gynekologa, které je hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění ženám 1x za rok. Ženám ve věku 25-60 let, které nebyly v rámci gynekologické prevence 2 roky vyšetřeny, jsou posílány od zdravotní pojišťovny, u které jsou ze zákona pojištěny, oznámení s doporučením gynekologického vyšetření. Uvedená výzva je zasílána každý následující rok, pokud se žena na prohlídku nedostaví.

Úhrada screeningu je prováděna cytologické laboratoři, která byla schválena Komisí Ministerstva zdravotnictví pro screening karcinomu děložního hrdla (linkos.cz). Pomocí organizovaného screeningu je zajištěna velmi efektivní kontrola jeho incidence. Státy již s funkčním screeningovým programem, vykazují incidenci < 10/ 100 000, nejlepší výsledky v Evropě má Finsko a Lucembursko < 4/ 100 000. Neorganizovaný, ale oportunistický screening založený na nedostatečně kvalitním hodnocení (cytologie), nebo dokonce nevhodných vyšetřovacích metodách (kolposkopie) byl při současné nedostatečné aktivitě cílové populace při navštěvování gynekologa důvodem k nepříznivým výsledkům v ČR.

Základem screeningových programů je onkologická cytologie, obvykle tradiční s nátěrem na sklo, případně i cytologie v tekutém médiu (LBC – liquid base cytology). Onkologická cytologie je velmi specifická (97%), ale v jednorázovém provedení málo senzitivní (60%). Citlivost cytologických stěrů narůstá až s jejich opakováním. Lepších výsledků lze dosáhnout, použitím LBC, která je, však finančně nákladnější a vyžaduje odlišný způsob organizace práce. Falešná negativita se pohybuje mezi 15 – 40 %. Zvýšení primární citlivosti a snížení falešné negativity je možné rozšířením screeningového programu o HPV HR testaci. Zatímco použití onkologické cytologie je nezávislé na věku, HPV test má smysl zařadit díky šíření až po 30. roce života. U LBC je výhodou možnost současného provedení HPV HR testu ze stejného vzorku. V Cuzikově metaanalýze evropských a amerických screeningových studií byla celková senzitivita a specificita pro odhalení CIN 2+ u žen starších 35 let 93 %. Dle Kjaera představuje současná negativita HPV HR testu a cytologie < 2 % pro rozvoj CIN 2+ dalších 10 ti letech. Velký počet žen v screeningové populaci s pozitivitou HPV HR testu je však cytologicky negativních. Z 213 000 žen starších 30 ti let zařazených do jedné studie v Kalifornii mělo 6,5 % pozitivní HPV test, ale pouze 42 % z nich mělo i abnormální cytologický výsledek. Dále i většina HPV pozitivních a cytologický

negativních se stane v průběhu sledování HPV negativními. Dokazuje to francouzská studie, kdy 7932 bylo po 6 měsících, původně 60 % HPV pozitivních žen opět negativními. Podobné výsledky vykazuje i Portlandská studie, která hodnotí i význam genotypizace. Efektivní screening vyžaduje na všech úrovních kontrolní mechanismy – kontrolu kvality, provádění a vyhodnocování prebiptických vyšetření v akreditovaných cytologických laboratořích. Mediální podpora a informovanost odborné veřejnosti je považována za nezbytnou součást screeningu, která přináší větší efekt než aktivní zvaní k preventivním prohlídkám. I kvalitní screeningová vyšetření nepřináší očekávanou změnu, protože pořád jsou ženy, které se vyšetření neúčastní. Právě ta část žen je nejrizikovější skupinou pro rozvoj karcinomu děložního hrdla.

Data o trvání progresu od infekce HPV, přes stadia prekanceróz až do vzniku invazivního karcinomu jsou základními informacemi pro účelnou změnu intervalu kontrol vyšetření. Ideální interval dosud nebyl stanoven, ale v zemích, kde se provádí organizovaný screening, se interval pohybuje mezi 2-10 lety, nejčastěji po 3 letech. Z dlouhodobých programů jednoznačně vyplývá neefektivnost ročních kontrol. V dnešní době také ovlivňuje hodnocení optimálního intervalu problematika profylakticky vakcinované populace, kde klesá riziko rozvoje karcinomu děložního čípku.

5.2.3 Navrhovaný screeningový program pro ČR

Program byl vytvořen již v roce 1998, vycházel z věkového rozvrstvení incidence a mortality karcinomu děložního čípku, zohledňoval i aktuální možnosti ekonomické a organizační. Pilotní projekt byl zaměřen na nejrizikovější populaci mezi 35. a 50 rokem života. Uspořádání projektu se dělilo do 3 úrovní podle věku účastněných žen:

- Od koitarché do 35 let je screening založený na cytologickém odběru, interval je roční do získání 2 po sobě jdoucích negativních nálezů, kdy následuje prodloužení intervalu na 3 roky,
- Od 35 do 50 let je screening organizovaný, zahrnuje taky kromě cytologického vyšetření i HPV HR test (ve 35 letech), při negativitě obou je další kontrola cytologického odběru ve 40 letech, a pokud jsou výsledky opět negativní, se vyšetření (cytologie a HPV HR test) provádí ve 45 letech,

- Od 50 let při negativním vyšetření se navrhuje další interval vyšetření po 3 letech.

Přetrvávající neutěšená epidemiologická situace vedla ke konci roku 2007 nakonec k přijetí kompromisního programu týkajícího se screeningu karcinomu děložního hrdla. Metodika je zpracována věstníkem MZ č. 7/2007 jako „Kritéria a podmínky pro screening karcinomu děložního hrdla v ČR“. (Věstník 7/2007 – viz. příl. 2) Pozitivem programu je soustředění diagnostiky na specializovaná pracoviště, která splňují definované podmínky, jako technické předpoklady, vybavení, dále také personální a kvalifikační předpoklady.

V rozporu s původně navrhovaným screeningovým programem je testování HPV HR, které se neprovádí rutinně a také odlišné intervaly účasti žen na screeningových vyšetřeních. Stávající program doporučuje roční kontroly cytologie. A ženy, které nebyly již 2 roky vyšetřeny, jsou vyzvány zdravotní pojišťovnou a pokud se k vyšetření nedostaví, jsou obeznámeny každý následující rok (Cibula, 2009).

5.3 Evropské asociace pro prevenci karcinomu děložního čípku

Hlavním úkolem Evropské asociace je zvýšit informovanost o karcinomu děložního čípku a o tom, co můžete udělat pro jeho prevenci. Díky svým webovým stránkám představuje jeden komunikačních nástrojů, kde se ženy mohou informovat (www.ecca.info/cs).

Ve výskytu karcinomu děložního čípku jsou mezi jednotlivými zeměmi Evropy značné rozdíly, přičemž v některých východoevropských zemích je výskyt tohoto onemocnění 2x – 5x vyšší než v původních 15 členských zemích EU. Příčinou rozdílů je hlavně to, že v některých zemích jsou a v jiných nejsou zavedeny programy pro prevenci karcinomu děložního čípku. Takovéto programy spolu s účinnou osvětou, aby se jich ženy zúčastnily, určitě povedou ke snížení výskytu karcinomu děložního čípku v těchto zemích a k větší rovnosti v přístupu ke zdravotní péči pro všechny občany EU (výskyt karcinomu v Evropě – příl. 3) (www.ecca.info/cs).

6 HPV INFEKCE A VAKCINACE

HPV infekce je považována za nejrozšířenější a nejčastější pohlavně přenosnou chorobu. Některé studie odhadují, že většina sexuálně aktivní dospělé populace (75-80 %) je v průběhu života vystavena jednomu nebo více typům HPV virů, ale často proběhne bezpříznakově (www.hpv-info.cz). U většiny infikovaných však dojde k tzv. spontánní clearance infekce zejména vlivem celulárních, imunitních mechanismů. Doba, za kterou se organismus od HPV „očistí“, neboli tzv. clearance time, je obvykle 8 až 24 měsíců. Infekce je nejvíce běžná v časně dospělosti mezi 18. a 25. rokem života s roční prevalencí 14 – 40 %. V pozdějším věku je spíše vzácnější. U žen po 35. roce života ji diagnostikujeme asi ve 3 až 5 % (www.onkogyn.cz).

Tento virus je zodpovědný za tvorbu genitálních bradavic (špičatých kondylomů) u mužů i žen a za prekancerózní změny na děložním čípku a rakovinu děložního čípku (viz. příl. 5 – Prevalence HPV infekce ve vztahu k incidenci karcinomu děložního hrdla).

Dále HPV infekce vyvolává taky karcinom vulvy a vaginy, konečníku, penisu, karcinom hlavy a krku (především tonzilární) (hpv-info.cz).

6.1 Očkování proti HPV

Nejnovější a nejspolehlivější metodou ochrany proti HPV infekci je vakcinace. Po ní dojde k rozvoji typově specifické humorální imunity zaměřené proti genotypům viru obsaženým ve vakcíně. Aktuálně používané vakcíny jsou určeny k profylaxi a nevykazují terapeutický efekt (www.onkogyn.cz).

V současné době jsou na českém i světovém trhu registrované dvě vakcíny. Kvadruvalentní (působící proti typu 16, 18 a 6, 11) SILGARD a bivalentní (proti typu 16, 18) CERVARIX. Obě prokazují podle dosažitelných dat vysokou efektivitu proti vakcinačním typům u populace žen, které ještě neměly pohlavní styk, jak pro perzistentní infekce, tak pro prekancerózy. Vakcíny se odlišují technologií výroby a zásadním rozdílem je použité adjuvans (Rob, Pluta, 2011). HPV typy 16 a 18 jsou odpovědné zhruba za 2/3 případů (70 %) karcinomu děložního čípku.

HPV „benigní“ typy 6 a 11 jsou zase nejčastějšími původci většiny genitálních bradavic (www.ecca.info).

HPV obsahují viru podobné částice - prázdné obaly virů, tvořené hlavním kapsidovým proteinem L1, který je nositel všech důležitých imunitních epitopů. Vakcíny neobsahují virovou DNA, která je nutná pro rozvoj infekce a jsou proto neinfekční a nemohou způsobit onemocnění.

Po intramuskulárním podání vakcín dojde po dokončení očkovacího schématu ve více než 98% k sérokonverzi (tím je dosaženo účinnosti vakcíny). Ochrana u plně očkované pacientky je tedy proti obsaženým genotypům HPV absolutní, efektivita vakcinace však u takové pacientky může být snížena v důsledku přítomnosti HPV infekce získané před nebo v průběhu vakcinace.

Ve studiích byla zjištěna u obou vakcín i tzv. cross protekce - zkřížená ochrana proti dalším fylogeneticky příbuzným high risk genotypům HPV. Data z jedné studie publikovaná v roce 2009 ukazují, že statisticky signifikantnější úroveň dosahuje cross protekce u bivalentní vakcíny (Cervarix) (Příl. 7 – Účinnost HPV vakcín).

Proti genotypům HPV 31 a 45 je ochrana dokonce 100%. Díky zkřížené ochraně může být zvýšen účinek vakcíny až o 10 – 13 %. V souhrnu tedy může být vakcinace prevencí asi 80 – 83 % případů karcinomů děložního hrdla. Zásadního významu nabývá zkřížené ochrany v prevenci obtížně diagnostikovatelných adenokarcinomů děložního hrdla, jejichž rozvoj je asi v 92 % spojen s infekcí genotypy HPV 18 a HPV 45. Bivalentní vakcína navíc prokazuje i částečný efekt proti poměrně u nás častým typům 31, 33, 35, které se vyskytují ve vysokém procentu těžkých prekanceróz a u 10 % spinocelulárních karcinomů.

Očkování snižuje riziko i dalších onemocnění vyvolaných HR HPV infekcí – některých případů karcinomu vagíny, vulvy, anu, orofaryngu a penisu a riziko rozvoje všech stupňů dysplastických změn dolního genitálního traktu.

Vakcíny jsou bezpečné a rizika jejich podání jsou minimální. Očkování všech 3 dávek intramuskulárních injekcí provádějí praktičtí lékaři pro děti a dorost nebo gynekologové. Nejlepších výsledků je dosaženo u žen a dívek, které se ještě s HPV infekcí nikdy nesetkaly. Současně je v kategorii velmi mladých dívek do 15 let dosahováno nejvyšších hladin ochranných protilátek. Přirozená infekce vede díky odlišnému mechanismu rozvoje i omezenému kontaktu s imunitním systémem

v relativně nízkém procentu k sérokonverzi. Hladiny takto indukovaných protilátek jsou oproti hladinám u očkováných nižší a nevedou k dlouhodobé protekci proti opakované infekci identickým genotypem. Ve vyšším věku (ženy nad 30 let) lze přirozenou infekcí indukované protilátky diagnostikovat u méně než 10 % žen. Oproti tomu ke skoro 100 % sérokonverzi i tvorbě vysokých hladin protilátek dochází po vakcinaci bez ohledu na věk. Protilátková odpověď je ve všech zkoumaných kohortách až do 55 let. Efektivita je však menší a je úměrná věku a potenciálnímu riziku získání nové infekce – počet nových partnerů, sexuálního chování obou partnerů atd. Přestože hladina protilátek po očkování nezůstává u většiny vakcinovaných dostatečně vysoká (po vakcinaci vakcínou Silgard byl v průběhu sledování publikován pokles protilátek proti HPV 18 až u 30% očkováných) k signifikantnímu prolomení ochrany dosud nedošlo. Není tedy proto jasné kdy, případně jestli vůbec, bude nutná revakcinace. Nejasný je také zatím význam buněčné paměti při ochraně proti HPV (www.onkogyn.cz).

V současné době je i ve většině evropských zemí doporučována pro tento věk plošná vakcinace. Z dlouhodobého hlediska je nejefektivnější strategií zařazení vakcíny do vakcinačního kalendáře s plným hrazením. Pokud by byla realizována plošná vakcinace, bylo by třeba pro tyto ročníky modifikovat screeningovou strategii. Asi by bylo racionální začít se screeningem v 25 letech a primární metodou by byla HPV HR testace v intervalu 5 nebo 10 let s cytologií jako doplňkem u žen s pozitivním HPV testem (Rob, Pluta, 2011).

7 ÚLOHA PORODNÍ ASISITENTKY / VŠEOBECNÉ SESTRY A PŘÍSTUP ŽEN V NÁDOROVÉ PREVENCI

Porodní asistentka či všeobecná sestra, která je nejbližší spolupracovnicí lékaře, bývá jak s pacientkou, tak s její rodinou v podstatně užším kontaktu. Zejména v preventivní činnosti, kdy se podílí na upozorňování lékaře na případné rizikové faktory u pacientky, dále edukuje pacienty, pokud jde o správnou životosprávu, zvládání nezdravých návyků, samovyšetřování atd. Dále upozorňuje na rizikové faktory a varovné příznaky vzniku nádorových onemocnění. Hraje svou nezastupitelnou roli.

V rámci sekundární prevence upozorňuje lékaře na výskyt varovných známek onkologických onemocnění u pacientek a členů jejich rodiny a podílí se na zajišťování všech potřebných vyšetření a informování o screeningových vyšetřeních. Tohle vše je bohužel obrazek vyspělých zemí.

U nás často vysoce odborně erudovaná sestra nahrazuje nekvalifikovanou administrativní pracovníci, a to na úkor své vlastní odbornosti. Což se na informovanosti pacientek a péči o ně velmi jasně projevuje (Holík, 2002).

7.1 Cílem porodní asistentky/ všeobecné sestry v prevenci je:

- zajištění informovanosti veřejnosti o prevenci a počátečních příznacích nádorové onemocnění,
- schopnost podat kvalitní a podrobné informace týkající se prevence nádorových onemocnění, speciálních poraden,
- vzdělávání veřejnosti,
- podíl na preventivních programech,
- schopnost analyzovat rodinnou anamnézu a situaci v rodině klientky,
- vzdělávání sester v primární péči,
- otevřená diskuze o nádorových nemocech.

7.2 Porodní asistentka/ všeobecná sestra by tedy měla:

- intenzivně působit na klientky v ambulancích a vést je k redukci faktorů, které mohou přispět ke vzniku rakoviny (primární prevence),
- zdravou osvětou, distribucí materiálů do čekáren ambulančí značně snížit riziko vzniku rakoviny, vést klientky ke změně životního stylu,
- hodnotit stávající situaci klientky a rozebrat její rodinnou anamnézu,
- komunikovat s klientkou, doporučit odborné poradenství v potřebných oblastech (Hrubá, 2004).

7.3 Přístup a motivace žen k prevenci

„Zdravotní gramotnost znamená kognitivní a sociální dovednost, která determinuje motivaci a schopnost jednotlivců získat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využít je k rozvoji s udržení dobrého zdraví.“ (Holčík, 2009 – definice WHO).

Na prevenci nádorových onemocnění děložního čípku by se měly podílet ve velké míře samy ženy. Strach z vyšetření, obavy z pozitivního nálezu, stud, výmluvy na časové zaneprázdnění, neznalost a podceňování rizik musí nahradit zájem o vlastní zdraví, dostatečná informovanost a pravidelné návštěvy gynekologa. I matky by měly vést své dospívající dcery k zodpovědnému chování vůči svému zdraví. K objasnění problematiky může napomoci osvěta a přednášky na školách, medializace problematiky, dostupnost edukačních materiálů a vstřícnost gynekologů, porodních asistentek a zdravotních sester. Ženy si musí uvědomit dopady nádorového onemocnění.

7.4 Ošetrovatelské intervence

- Diskutovat s ženami o problematice nádorového onemocnění děložního čípku.
- Věnovat pozornost ženám už v mladším věku, objasňujte problematiku vlivu sexuálního chování, osobní hygieny a bariérových metod antikoncepce.
- Vysvětlovat ženám význam screeningového vyšetření.
- Vést záznamy o pravidelných návštěvách gynekologa u všech žen mezi 25. – 70. rokem života.
- Objasnit ženám význam pravidelných preventivních prohlídek u gynekologa.
- Vést záznamy o případném výskytu nádorových onemocnění v rodinách klientek.
- Věnovat zvýšenou pozornost ženám s mnohočetným výskytem nádorových onemocnění v rodině.
- Diskutovat s ženami o jejich životním stylu a způsobu stravování.
- Zdůrazňovat negativní vliv kouření a požívání alkoholu na vznik nádorových onemocnění.
- Zajistit dostatek propagačních materiálů, brožurek, plakátů tak, aby byli informováni všichni klienti vašeho zařízení (Hrubá a kol., 2001).

8 CÍLE A HYPOTÉZY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Cíl 1: Zjistit míru informovanosti žen o karcinomu děložního čípku.

Cíl 2: Zjistit postoj žen k prevenci karcinomu děložního čípku.

Cíl 3: Zjistit, jaký mají ženy přehled o rizikových faktorech ve spojitosti s karcinomem děložního čípku.

Cíl 4: Vypracovat edukační materiál na základě zjištěných výsledků.

H₀1: Více než polovina žen je dobře informována o karcinomu děložního čípku.

H_A1: Maximálně polovina žen je dobře informována o karcinomu děložního čípku.

H₀2: Aktivní postoj k prevenci karcinomu děložního čípku má minimálně 60% žen.

H_A2: Aktivní postoj k prevenci karcinomu děložního čípku má méně než 60% žen.

H₀3: Rizikové faktory spojené s karcinomem děložního čípku zná maximálně 40% žen.

H_A3 Rizikové faktory spojené s karcinomem děložního čípku zná více než 40% žen.

H₀4: Ženy s pozitivním nálezem na děložním čípku mají stejné znalosti o rizikových faktorech spojených s karcinomem děložního čípku jako ženy bez nálezu.

H_A4: Ženy s pozitivním nálezem na děložním čípku mají vyšší znalosti o rizikových faktorech spojených s karcinomem děložního čípku než ženy bez nálezu.

9 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

9.1 Výběr respondentů

Výzkum byl určen pro ženy ve věku 20 až 50 let.

9.2 Technika výzkumu

K získání dat byla využita metoda anonymního dotazníku, který je přiložen v přílohách diplomové práce (viz. příl. 1 - Dotazník). Výzkumnému šetření předcházela pilotní studie.

Dotazník obsahuje celkem 25 položek. V dotazníku byly použity otázky s volbou odpovědi ano – ne – nevím, otázky výběrové s výběrem jedné z několika alternativ odpovědí a také otázky výčtové s výběrem více možností z několika alternativ odpovědí. Dále byly dotazníkové položky tvořeny otevřenými otázkami, které respondentkám umožňovaly volně se vyjádřit k danému jevu.

9.3 Organizace výzkumného šetření

Šetření bylo uskutečněno březnu a dubnu 2011. Bylo připraveno 100 (100%) anonymních dotazníků pro ženy. Dotazníky, byly rozdány náhodně vybranému vzorku, který splňoval podmínky pro zařazení do výzkumného šetření. Návratnost dotazníků byla 92 (92%).

9.4 Zpracování získaných dat

Všechny výsledky šetření byly zpracovány a vyhodnoceny v programu Microsoft Excel a Microsoft Word. Ke každé položce dotazníku byla vyhotovena tabulka a graf. V tabulkách jsou výsledky jednotlivých položek vyjádřeny absolutní a relativní četností. Zpracování je provedeno tabulárně, graficky a popisně.

Pro ověření platnosti hypotéz H1 až H3 byl nejdříve zjištěn relativní podíl (relativní četnost) žen, které zvolily správnou alternativu odpovědi na danou otázku dotazníku. Dále byl zkonstruován 95 %-ní interval spolehlivosti pro tento podíl a byla posouzena skutečnost, zda tento interval pokrývá nulovou hypotézou předpokládaný

podíl žen. Platnost hypotézy byla ověřena zvlášť pro každou vybranou otázku dotazníku dle stanovených kritérií, která jsou podrobněji popsána v kapitole Ověření platnosti hypotéz, zvlášť u každé testované hypotézy. K odhadu levé a pravé meze 95% intervalu spolehlivosti pro relativní podíl p žen se správnou volbou odpovědi byly použity následující vzorce

$$\text{levá mez: } p - t_{0,975} \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}, \text{ pravá mez: } p + t_{0,975} \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}.$$

kde p je relativní podíl žen se správnou odpovědí, statistika $t_{0,975}$ je kvantil Studentova t -rozdělení pro $n-1$ stupňů volnosti a n je celkový počet žen.

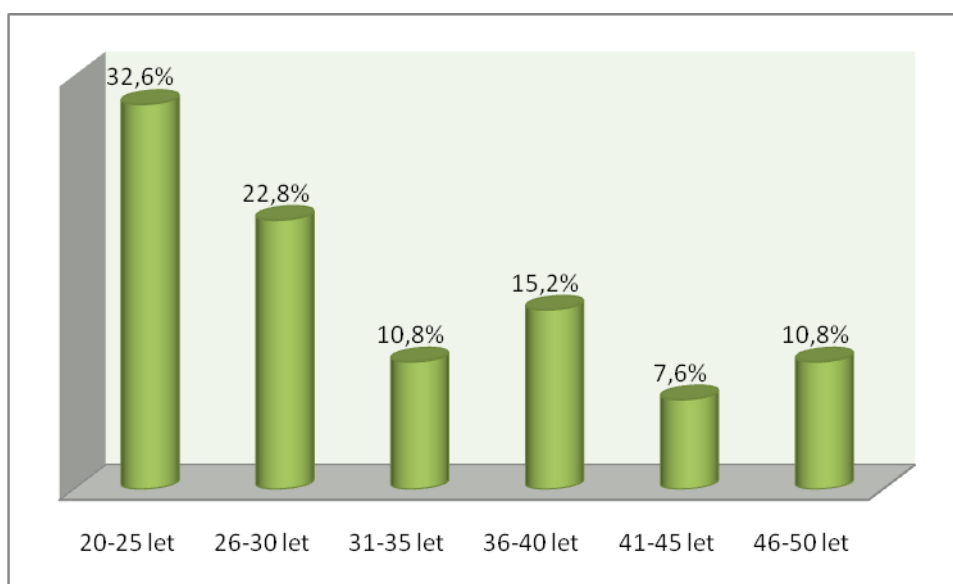
Platnost H_4 byla ověřena pomocí Fisherova přesného testu na kontingenční tabulce, která popisuje podíl respondentek se znalostí rizikových faktorů ve skupině žen s pozitivním nálezem na děložním čípku a ve skupině žen bez nálezu. Test byl dělán na hladině signifikance 0,05.

10 INTERPETACE VÝSLEDKŮ

Tab. 1 Věk respondentek

ODPOVĚĎ	N	%
20-25 let	30	32,6
26-30 let	21	22,8
31-35 let	10	10,8
36-40 let	14	15,2
41-45 let	7	7,6
46-50 let	10	10,8
CELKEM	92	100

Graf 1 Věk respondentek

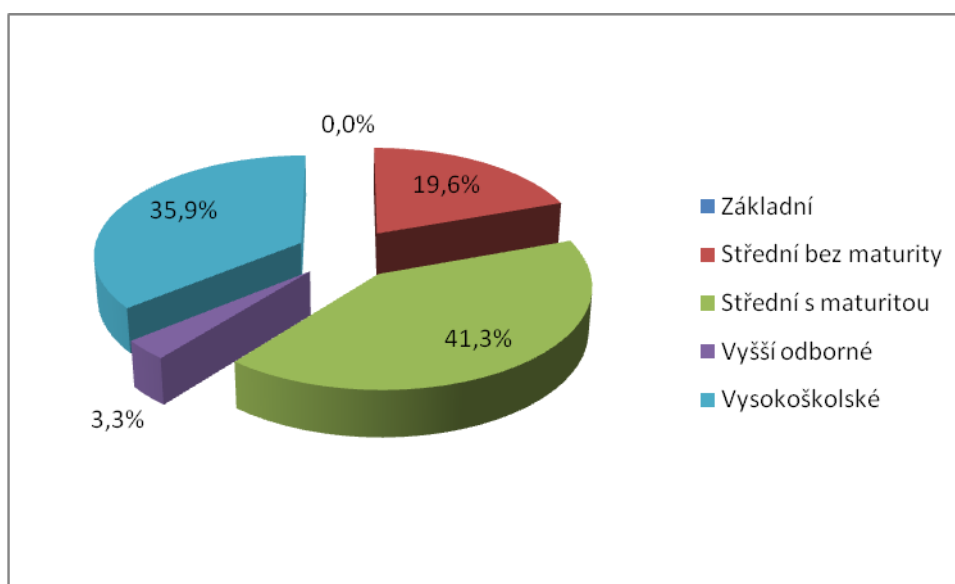


Komentář:

Respondentky jsou rozděleny do 6 ti věkových kategorií, první a nejpočetnější skupinu tvoří ženy ve věku 20 – 25 let tvoří 30 (32,6%) žen. Druhou věkovou kategorií 26 – 30 let zastupuje 21 (22,8%) žen. Třetí skupina 31 – 35 let zahrnuje 10 (10,8%) žen. Čtvrtou skupinou jsou ženy ve věku 36 – 40 let 14 (15,2%), pátou skupinu tvoří ženy ve věku 41 – 45 let, 7 (7,6%) a šestou skupinou 46 – 50 let tvoří 10 (10,8%) žen.

Tab. 2 Nejvyšší dokončené vzdělání

ODPOVĚĎ	N	%
Základní	0	0
Střední bez maturity	18	19,6
Střední s maturitou	38	41,3
Vyšší odborné	3	3,3
Vysokoškolské	33	35,9
CELKEM	92	100

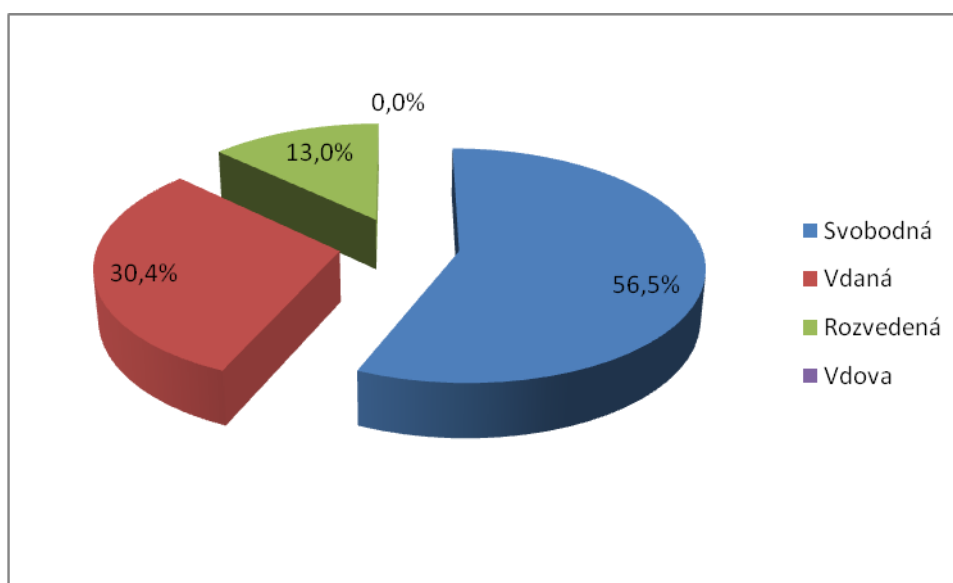
Graf 2 Nejvyšší dokončené vzdělání**Komentář:**

Z celkového počtu 92 (100%) respondentek, žádná z žen 0 (0%) nemá jen základní vzdělání. Střední odborné bez maturity má 18 (19,6%) žen. Středoškolsky vzdělané ženy s maturitou tvoří nejpočetnější skupinu 38 (41,3%) žen. Vyššího odborného vzdělání dosáhlo 3 (3,3%) respondentek a vysokoškolského vzdělání 33 (35,9%) žen.

Tab. 3 Rodinný stav

ODPOVĚĎ	N	%
Svobodná	52	56,5
Vdaná	28	30,4
Rozvedená	12	13
Vdova	0	0
CELKEM	92	100

Graf 3 Rodinný stav



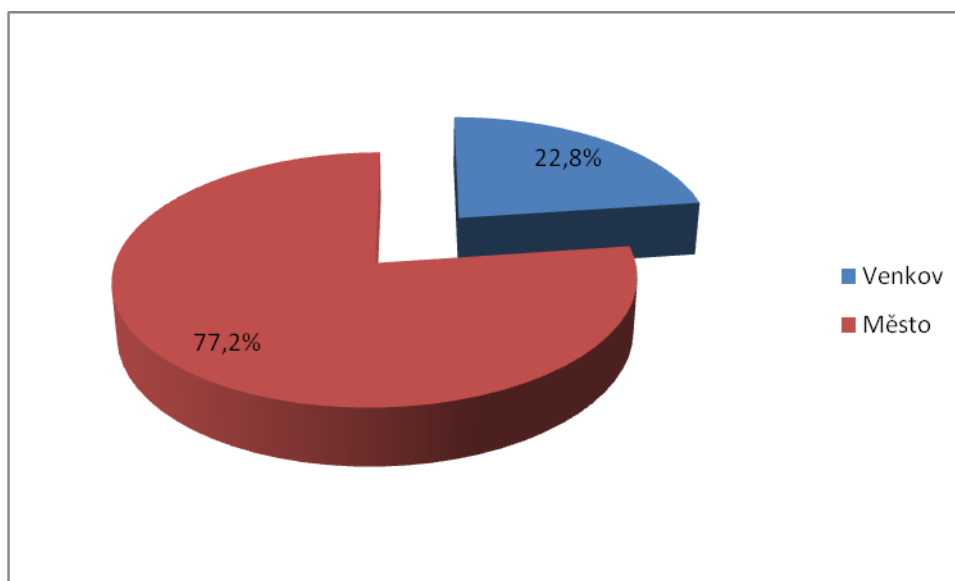
Komentář:

V položce rodinný stav se nejvíce objevuje svobodných žen 52 (56,5%). Druhou skupinu zastupují vdané ženy 28 (30,4%), rozvedených je 12 (13%) respondentek a žádná z respondentek 0 (0%) není vdova.

Tab. 4 Místo bydlení

ODPOVĚĎ	N	%
Venkov	21	22,8
Město	71	77,2
CELKEM	92	100

Graf 4 Místo bydlení

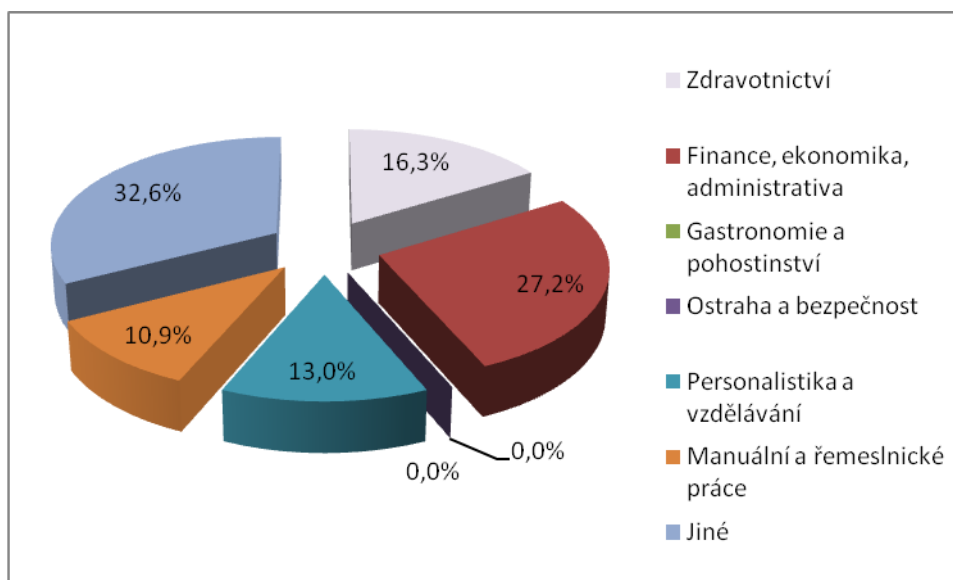


Komentář:

Ze zkoumaného souboru uvádí místo bydliště 21 (22,8%) žen venkov, ve městě bydlí 71 (77,2%) respondentek.

Tab. 5 Profese respondenek

ODPOVĚĎ	N	%
Zdravotnictví	15	16
Finance, ekonomika, administrativa	25	27
Gastronomie a pohostinství	0	0
Ostraha a bezpečnost	0	0
Personalistika a vzdělávání	12	13
Manuální a řemeslnické práce	10	11
Jiné	30	33
CELKEM	92	100

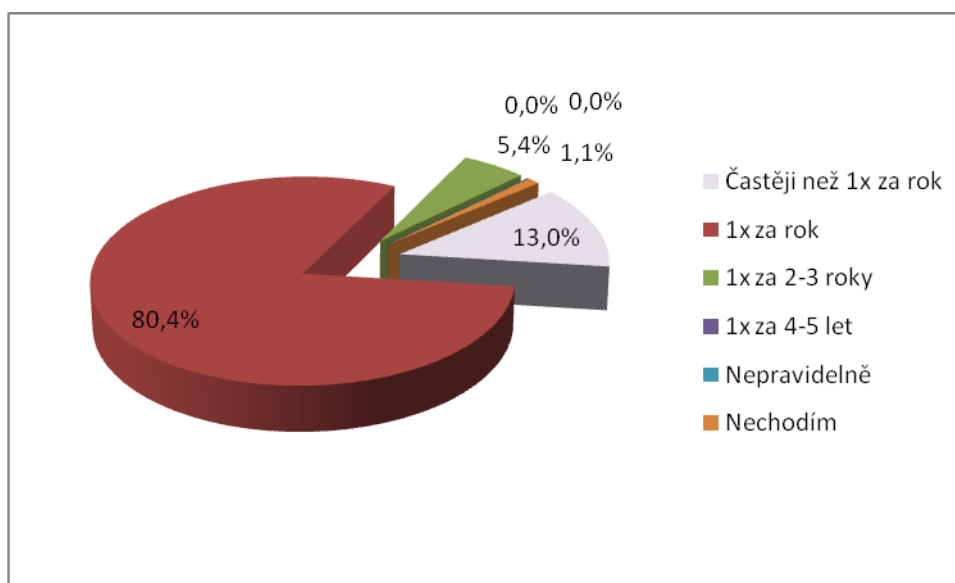
Graf 5 Profese respondentek**Komentář:**

Ze zkoumaného souboru 92 (100%) žen, uvedlo nejvíce 30 (32,6%) žen odpověď jiné, dále nejvíce žen pracuje v oblasti ekonomiky, financí a administrativy 25 (27,2%). Další skupinou jsou ženy pracující ve zdravotnictví 15 (16,3%), následuje 12 (13%) žen pracujících v oblasti personalistiky a vzdělávání, 10 (10,9%) žen vykonává nějaké manuální či řemeslnické práce a žádná z žen 0 (0%) nepracuje v oblasti ostrahy a bezpečnosti, ani gastronomii a pohostinství. Na odpověď jiné, ženy uváděly jako svoji profesi např. farmaceutický laborant, obchodní zástupce, hosteska, kadeřnice, dále sem řadíme ženy, které neuměly svoji profesi zařadit.

Tab. 6 Návštěvnost preventivních gynekologických prohlídek

ODPOVĚĎ	N	%
Častěji než 1x za rok	12	13
1x za rok	74	80,4
1x za 2-3 roky	5	5,4
1x za 4-5 let	0	0
Nepravidelně	0	0
Nechodím	1	1,1
CELKEM	92	100

Graf 6 Návštěvnost preventivních gynekologických prohlídek



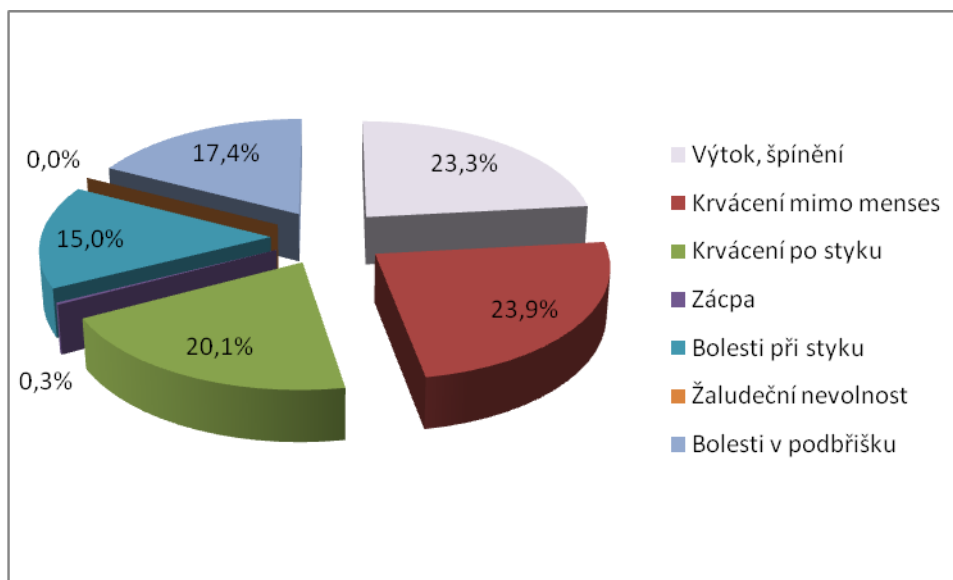
Komentář:

Častěji než jednou za rok absolvuje preventivní prohlídku 12 (13%) žen, nejpočetnější skupinou jsou ženy, které absolvují prohlídku 1x za rok 74 (80,4%), 1x za 2 – 3 roky 5 (5,4%) žen, 1x za 4 – 5 let a nepravidelně nechodí žádná z žen 0 (0%) a 1 (1,1%) žena nechodí na preventivní prohlídky vůbec.

Tab. 7 Potíže vedoucí ke gynekologovi

ODPOVĚĎ	N	%
Výtok, špinění	79	23,3
Krvácení mimo menses	81	23,9
Krvácení po styku	68	20,1
Zácpa	0	0,0
Bolesti při styku	51	15,0
Žaludeční nevolnost	0	0,0
Bolesti v podbřišku	59	17,4
CELKEM	339	100

Graf 7 Potíže vedoucí ke gynekologovi



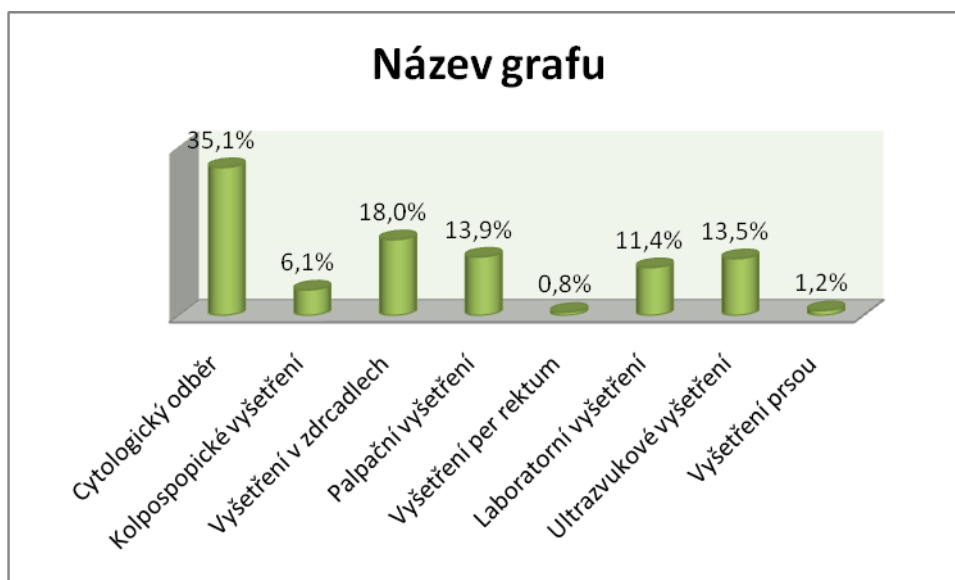
Komentář:

V položce 7 ženy mohly volit více odpovědí a z celkového počtu 339 (100%) odpovědí, jich uvedlo 79 (23,3%) jako důvod, který by je vedl k návštěvě gynekologa výtok a špinění, 81 (23,9%) žen uvedlo krvácení mimo cyklus, 68 (20,1%) zvolilo odpověď krvácení po styku, bolesti při styku uvedly jako případný důvod návštěvy gynekologa 51 (15%) žen, bolesti v podbřišku 59 (17,4%) žen, žaludeční nevolnost a stejně tak i zácpu nezvolila žádná z žen 0 (0,0%).

Tab. 8 Vyšetření v prevenci karcinomu děložního čípku

ODPOVĚĎ	N	%
Cytologický odběr	86	35
Kolposkopické vyšetření	15	6
Vyšetření v zrcadlech	44	18
Palpační vyšetření	34	14
Vyšetření per rektum	2	1
Laboratorní vyšetření	28	11
Ultrazvukové vyšetření	33	14
Vyšetření prsou	3	1
CELKEM	245	100

Graf 8 Vyšetření v prevenci karcinomu děložního čípku



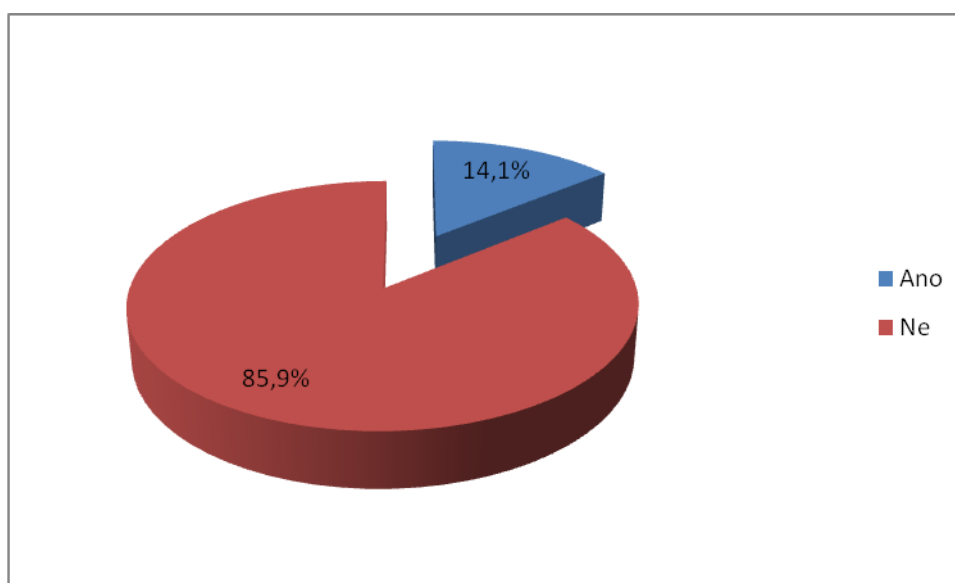
Komentář:

V otázce, jaké vyšetření provádí gynekolog v prevenci karcinomu děložního čípku, kde ženy volily více odpovědí, byla z 245 (100%) odpovědí nejpočetnější odpovědí cytologické vyšetření a to volilo 86 (35,1%) žen. Méně známé kolposkopické vyšetření volilo 15 (6,1%) žen. Vyšetření v zrcadlech 44 (18,0%), palpační vyšetření 34 (13,9%) žen, vyšetření per rektum 2 (0,8%) žen, laboratorní vyšetření 28 (11,4%) žen. Ultrazvukové vyšetření považuje za preventivní vyšetření u karcinomu děložního čípku 33 (13,5%) žen a vyšetření prsou 3 (1,2%) respondentek.

Tab. 9 Nález na čípku

ODPOVĚĎ	N	%
Ano	13	14,1
Ne	79	85,9
CELKEM	92	100

Graf 9 Nález na čípku



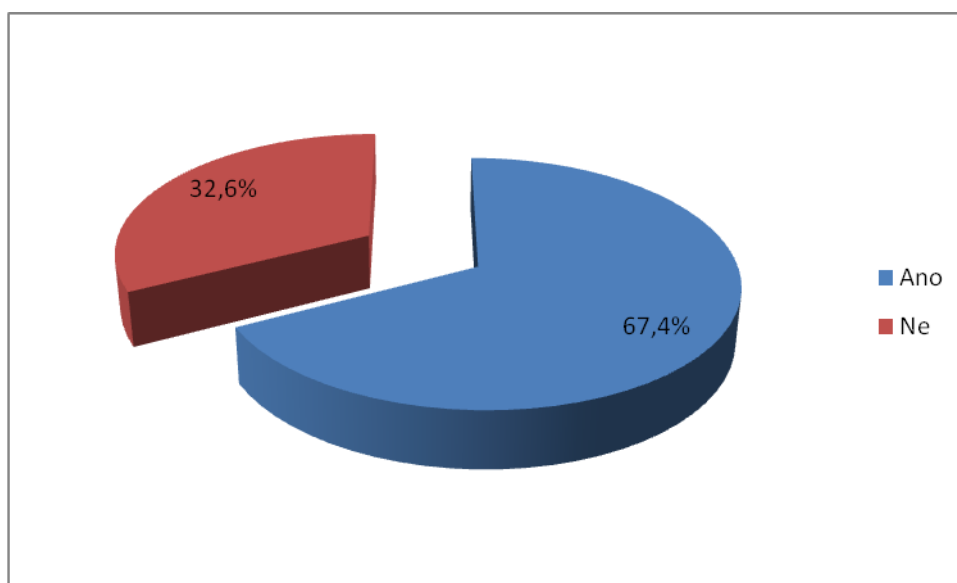
Komentář:

Ze zkoumaného souboru 92 (100%) respondentek se setkala s nálezem na děložním čípku 13 (14,1%) žen, 79 (85,9%) žen nikdy nebyly upozorněny na nějaký nález na čípku, který by se musel více kontrolovat, nebo by byl potřeba chirurgicky odstranit.

Tab. 10 Zájem o informace

ODPOVĚĎ	N	%
Ano	62	67,4
Ne	30	32,6
CELKEM	92	100

Graf 10 Zájem o informace

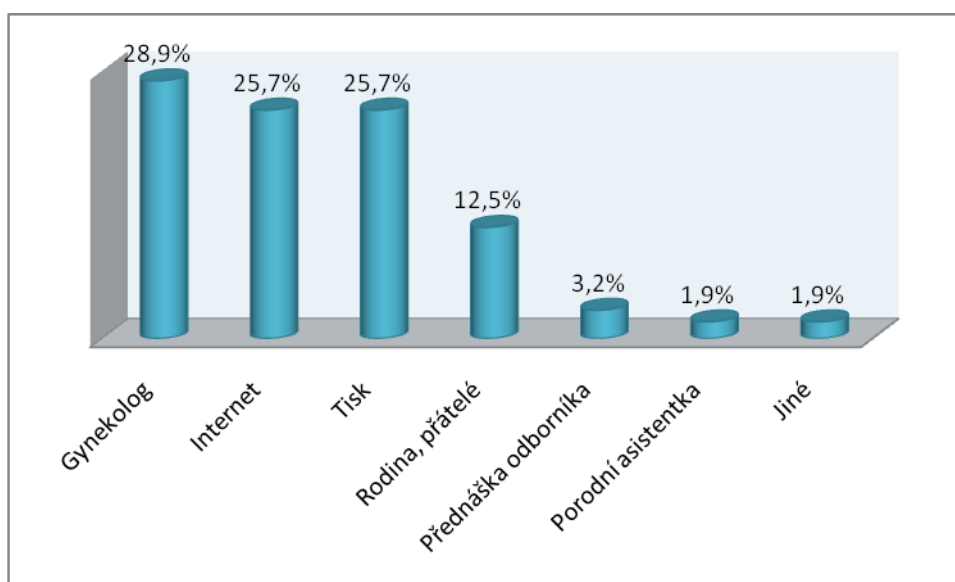


Komentář:

Zájem o problematiku karcinomu děložního čípku projevily 62 (67,4%) respondentek a 30 (32,6%) žen se o tuto problematiku nezajímají.

Tab. 11 Využité informační zdroje

ODPOVĚĎ	N	%
Internet	39	25,7
Tisk	39	25,7
Gynekolog	44	28,9
Porodní asistentka	3	1,9
Rodina, přátelé	19	12,5
Přednáška odborníka	5	3,2
Jiné	3	1,9
CELKEM	152	100

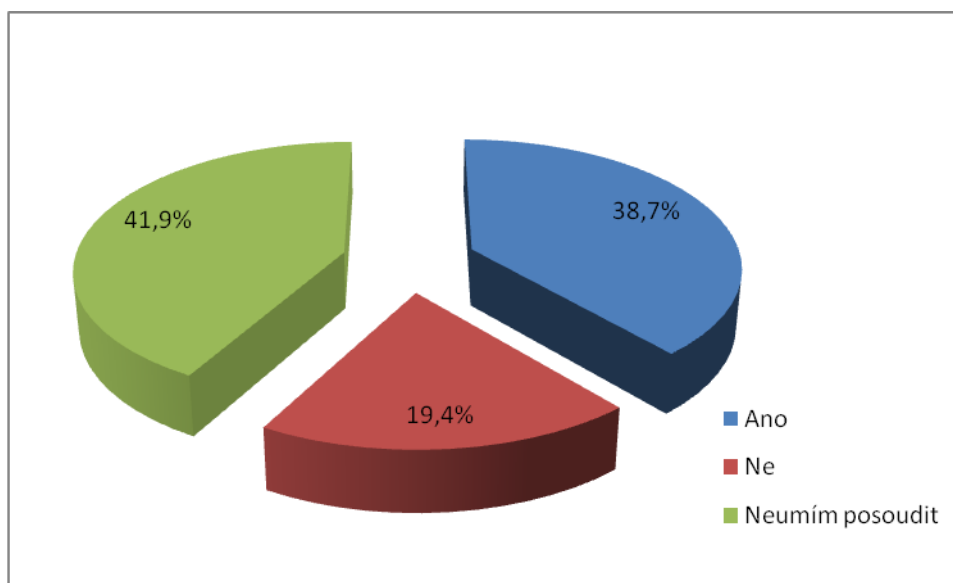
Graf 11 Využité informační zdroje**Komentář:**

Ženy, které se o problematiku zajímají 62 (100%) a 152 (100%) odpovědí 44 (28,9%) žen využilo jako informační zdroj gynekologa, což je nejpočetnější odpověď. Dále 39 (25,7%) respondentek čerpá informace z internetu a stejně tak i z tisku. Následují u 19 (12,5%) žen rodina a přátelé, přednášku odborníka využily 5 (3,2%) žen, a po 3 (1,9%) respondentek uvedlo jako zdroj informací porodní asistentku a odpověď jiné, kde ženy uváděly zaměstnání ve zdravotnictví.

Tab. 12 Dostačující informace

ODPOVĚĎ	N	%
Ano	24	38,7
Ne	12	19,4
Neumím posoudit	26	41,9
CELKEM	62	100

Graf 12 Dostačující informace



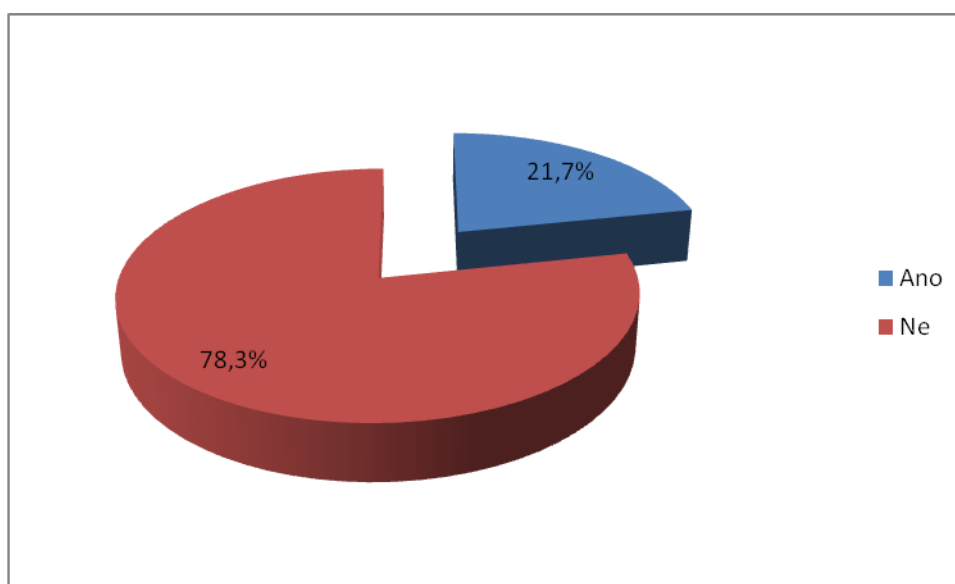
Komentář:

Bylo zjištěno, že své informace o problematice považuje za dostačující 24 (38,7%) žen, 12 (19,4%) si myslí, že jsou nedostačující a 26 (41,9%) žen neumí posoudit své informace.

Tab. 13 Znalost HPV

ODPOVĚĎ	N	%
Ano	20	21,7
Ne	72	78,3
CELKEM	92	100

Graf 13 Znalost HPV

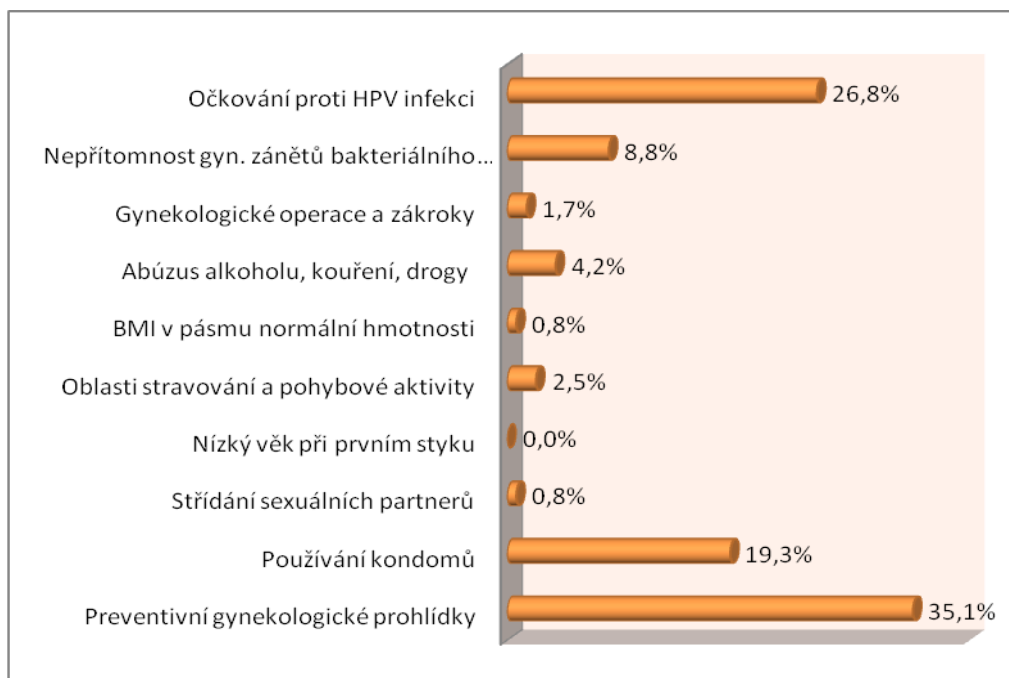


Komentář:

Ze sledovaného souboru 92 (100%) respondentek 20 (21,7%) žen ví, že HPV způsobují karcinom děložního čípku a přenáší se pohlavním stykem. Zbýlých 72 (78,3%) žen nemá přehled a znalosti o HPV.

Tab. 14 Preventivní opatření

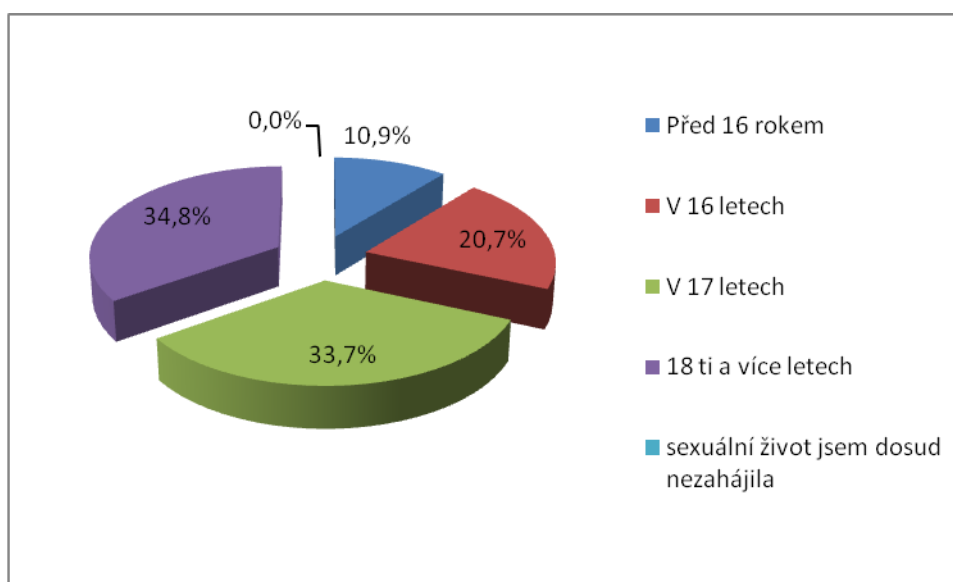
ODPOVĚĎ	N	%
Preventivní gynekologické prohlídky	84	35
Používání kondomů	46	19
Střídání sexuálních partnerů	2	1
Nízký věk při prvním styku	0	0
Oblasti stravování a pohybové aktivity	6	2
BMI v pásmu normální hmotnosti	2	1
Abúzus alkoholu, kouření, drogy	10	4
Gynekologické operace a zákroky	4	2
Nepřítomnost gyn. zánětů bakteriálního původu	21	9
Očkování proti HPV infekci	64	27
CELKEM	239	100

Graf 14 Preventivní opatření**Komentář:**

Z 239 (100%) odpovědí nejčastěji volily ženy za opatření preventivní gyn. prohlídky a to 84 (35,1%) žen. Dále očkování proti HPV u 64 (26,8%) žen, 46 (19,3%) žen volilo používání kondomů, nepřítomnost gyn. zánětů 21 (8,8%) žen, abúzus alkoholu, kouření a drogy uvedlo 10 (4,2%) žen. Stravování a pohybové aktivity 6 (7%) žen, gyn. zákroky a operace 4 (1,7%) žen, hodnota BMI a střídání partnerů 2 (0,8%) žen a nízký věk nevolila žádná z žen 0 (0%).

Tab. 15 Zahájení sexuálního života

ODPOVĚĎ	N	%
Před 16. rokem	10	10,9
V 16 letech	19	20,7
V 17 letech	31	33,7
18 ti a více letech	32	34,8
sexuální život jsem dosud nezahájila	0	0,0
CELKEM	92	100

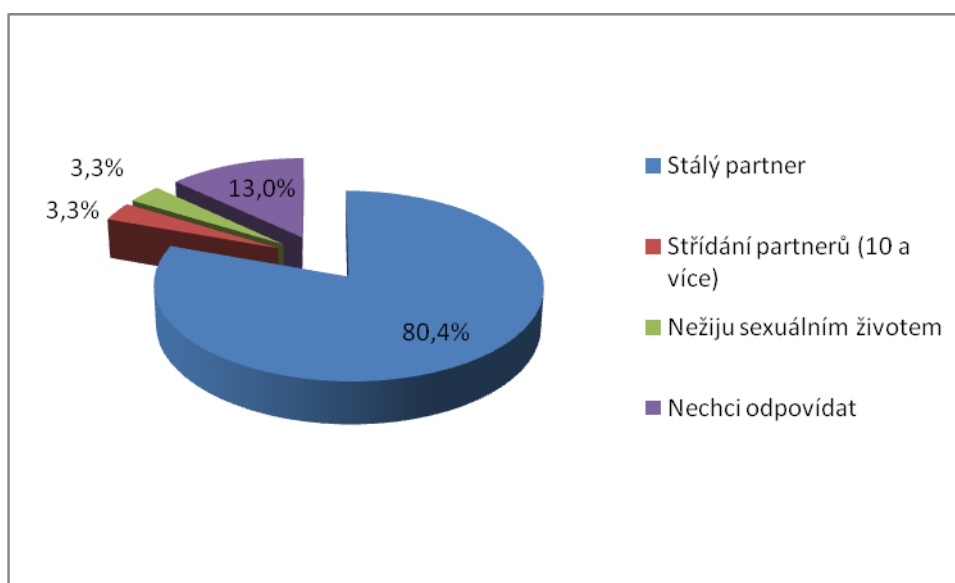
Graf 15 Zahájení sexuálního života**Komentář:**

Analýzou bylo zjištěno, že 10 (10,9%) žen zahájilo sexuální život před 16. rokem života, 19 (20,7%) žen zahájilo sexuální život v 16 ti letech, v 17 ti letech 31 (33,7%), nejpočetnější skupinou jsou ženy, které zahájily sexuální život v 18 ti letech 32 (34,8%) žen a žádná 0 (0,0%) žena neuvedla odpověď, že by ještě pohlavní život nezahájila.

Tab. 16 Pohlavní styk

ODPOVĚĎ	N	%
Stálý partner	74	80,4
Střídání partnerů (10 a více)	3	3,3
Nežiju sexuálním životem	3	3,3
Nechci odpovídat	12	13,0
CELKEM	92	100

Graf 16 Pohlavní styk



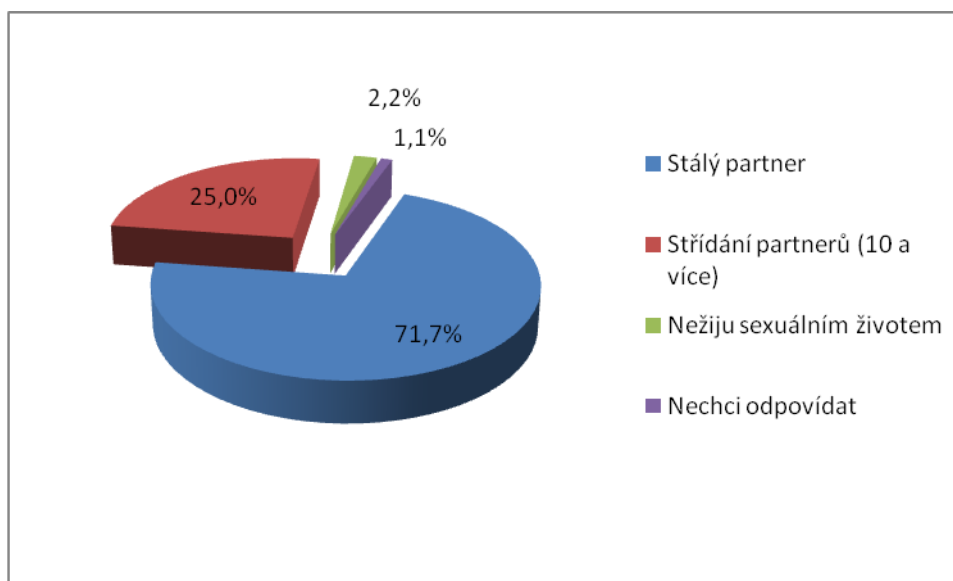
Komentář:

Ženy uváděly, že pohlavní styk mají se stálým partnerem 74 (80,4%), střídání partnerů uvedly 3 (3,3%) ženy, stejně tak i 3 (3,3%) ženy uvedly, že nežijí sexuálním životem. Na otázku nechtělo odpovídat 12 (13,0%) respondentek.

Tab. 17 Sexuální život posledních 2 let

ODPOVĚĎ	N	%
Pohlavní styk pravidelný	66	71,7
Pohlavní styk nepravidelný	23	25,0
Pohlavní styk náhodný	2	2,2
Bez pohlavního styku	1	1,1
CELKEM	92	100

Graf 17 Sexuální život posledních 2 let



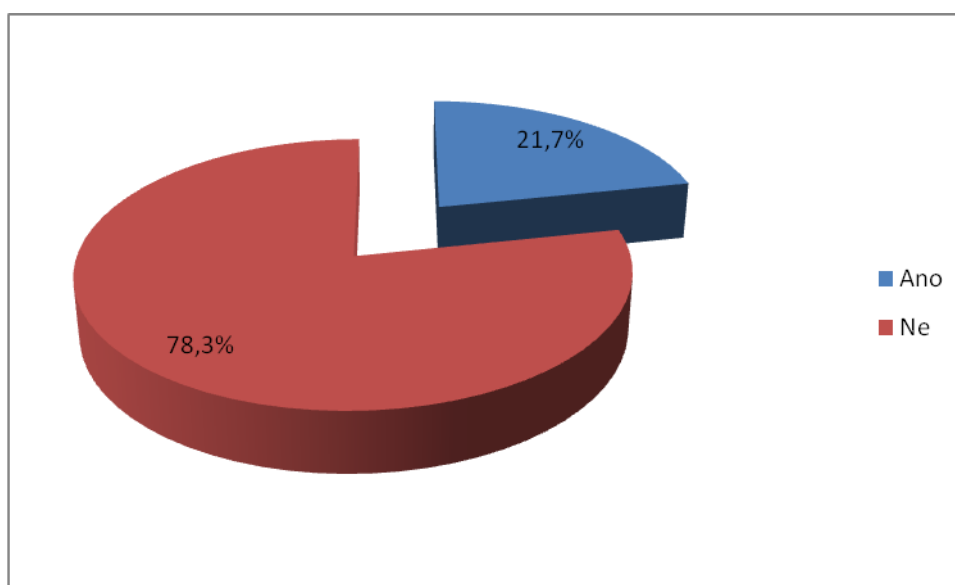
Komentář:

Ze sledovaného souboru 92 (100%) žen, uvedlo 66 (71,7%) žen, že mají pohlavní styk pravidelný, nepravidelný pohlavní styk má 23 (25,0%) žen. Pohlavní styk náhodný mají 2 (2,2%) ženy a 1 (1,1%) z žen byla během posledních 2 let bez pohlavního styku.

Tab. 18 Znalost rizikových faktorů

ODPOVĚĎ	N	%
Ano	20	21,7
Ne	72	78,3
CELKEM	92	100

Graf 18 Znalost rizikových faktorů



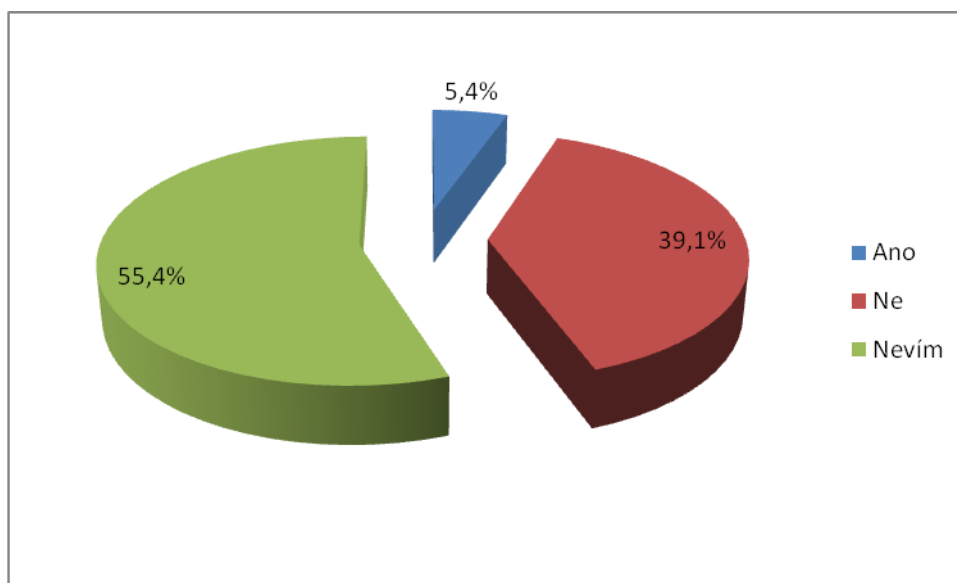
Komentář:

Ze zkoumaného souboru pouze 20 (21,7%) žen dokázalo vyjmenovat tři správné rizikové faktory, zbylých 72 (78,3%) žen uvedlo chybně nebo zodpovědělo méně než 3 rizikové faktory. Nejčastějším RF bylo uváděno střídání sexuálních partnerů, dále nízký věk při zahájení pohlavního styku a alkohol drogy a kouření.

Tab. 19 Rizikové chování

ODPOVĚĎ	N	%
Ano	5	5,4
Ne	36	39,1
Nevím	51	55,4
CELKEM	92	100

Graf 19 Rizikové chování



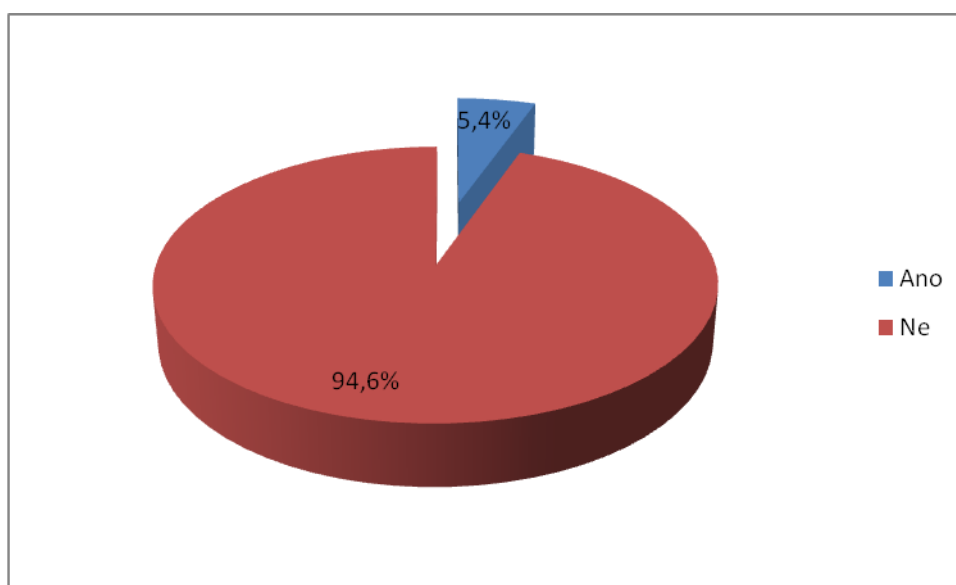
Komentář:

Své chování považuje za rizikové 5 (5,4%) žen, 36 (39,1%) žen si myslí, že jejich chování rizikové není a 51 (55,4%) žen neví, jestli je jejich chování rizikové.

Tab. 20 Riziko u hormonální antikoncepce

ODPOVĚĎ	N	%
Ano	5	5,4
Ne	87	94,6
CELKEM	92	100

Graf 20 Riziko u hormonální antikoncepce



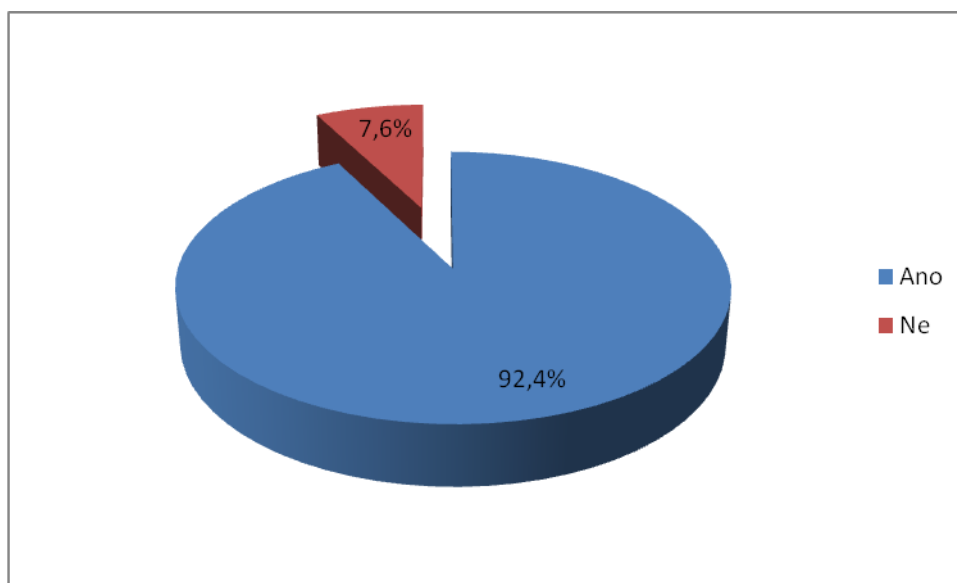
Komentář:

Z celkového počtu 92 (100%) respondentek, na otázku rizika hormonální antikoncepce, zda se přímo zvyšuje riziko onemocnění rakovinou děložního čípku, uvedlo 5 (5,4%) žen že ano, 87 (94,6%) žen si myslí, že antikoncepce nemá přímou souvislost s tím onemocněním.

Tab. 21 Ocenění a důvěra k vakcínám

ODPOVĚĎ	N	%
Ano	85	92,4
Ne	7	7,6
CELKEM	92	100

Graf 21 Ocenění a důvěra k vakcínám



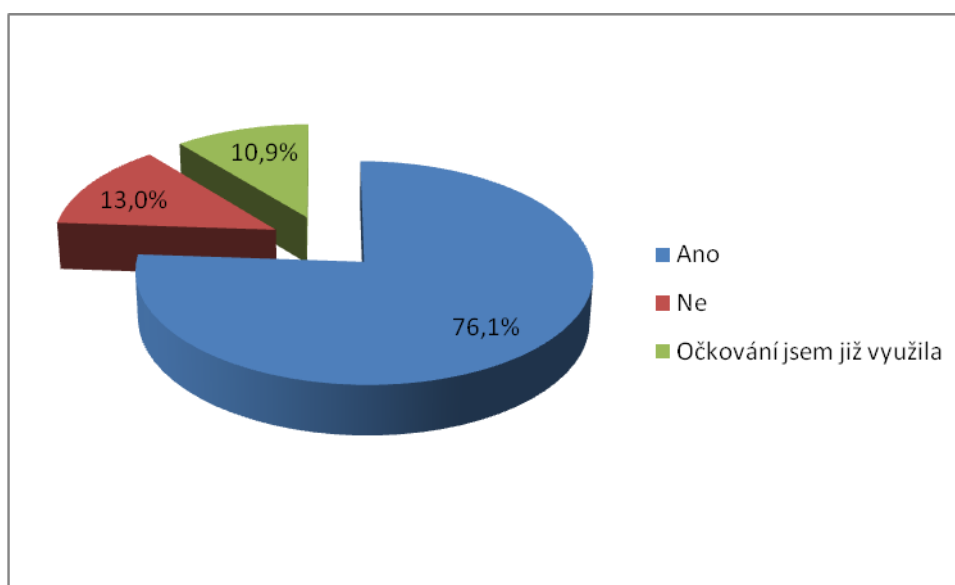
Komentář:

Projev důvěry a ocenění k vakcínám má 85 (92,4%) žen, 7 (7,6%) žen neocení vakcíny a nemá k nim dostatečnou důvěru.

Tab. 22 Využití vakcín

ODPOVĚĎ	N	%
Ano	70	76,1
Ne	12	13,0
Očkování jsem již využila	10	10,9
CELKEM	92	100

Graf 22 Využití vakcín



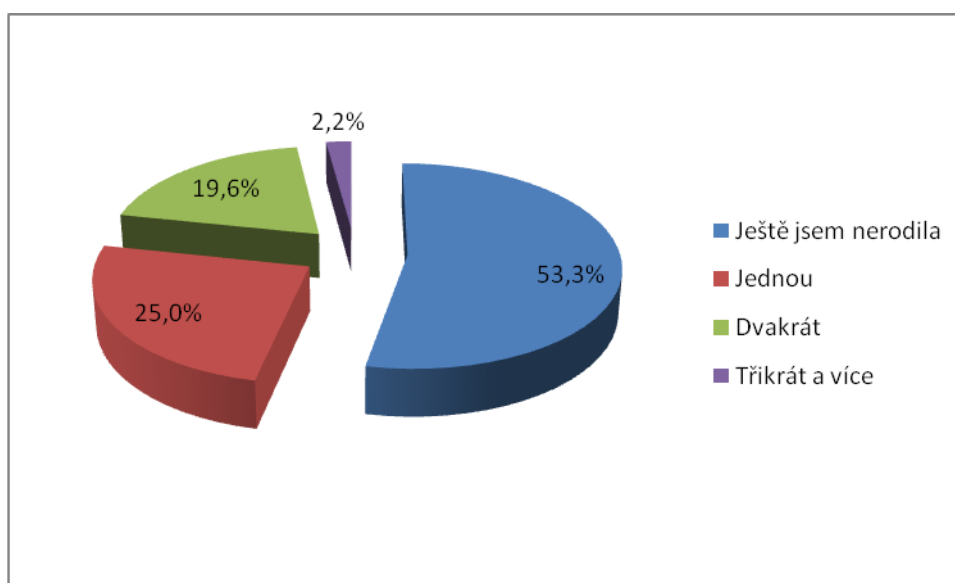
Komentář:

Na otázku, zda by nechaly očkovat sebe nebo dceru vakcínou, pokud by splňovaly věkovou kategorii, odpovědělo 70 (76,1%) žen že ano, 12 (13,0%) by očkování nevyužilo a 10 (10,9%) žen již očkováno je.

23 Tab. Počet porodů

ODPOVĚĎ	N	%
Ještě jsem nerodila	49	53,3
Jednou	23	25,0
Dvakrát	18	19,6
Třikrát a více	2	2,2
CELKEM	92	100

Graf 23 Počet porodů



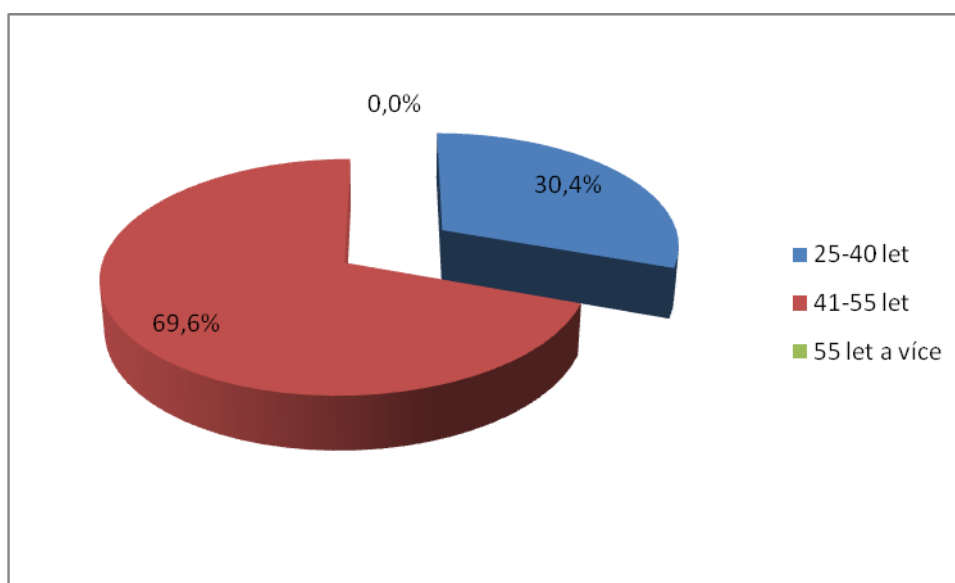
Komentář:

Ze sledovaného souboru 49 (53,3%) žen ještě nerodilo, 23 (25,0%) žen rodilo 1x, 18 (19,6%) žen rodilo 2x a 2 (2,2%) žen rodilo 3x a více.

Tab. 24 Nejčastější věk výskytu

ODPOVĚĎ	N	%
25-40 let	28	30,4
41-55 let	64	69,6
55 let a více	0	0,0
CELKEM	92	100

Graf 24 Nejčastější věk výskytu



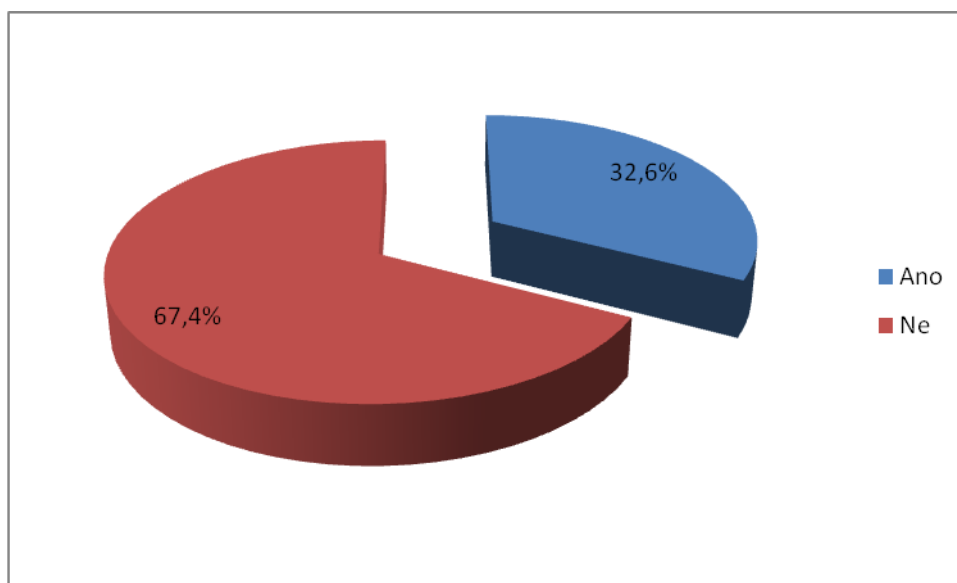
Komentář:

Z celkového počtu 92 (100%) respondentek uvedlo 64 (69,6%) jako nejčastější věk výskytu karcinomu ve věkovém rozmezí u žen 41-55 let, 28 (30,4%) žen uvedlo nejčastější výskyt u žen ve věku 25-40 let, 55 let a více neuvedla žádná 0 (0,0%) žena.

Tab. 25 Kouření

ODPOVĚĎ	N	%
Ano	30	32,6
Ne	62	67,4
CELKEM	92	100

Graf 25 Kouření



Komentář:

Ze sledovaného souboru 30 (32,6%) respondentek uvedlo, že kouří a 62 (67,4%), že nekouří. Z 30 (32,6%) žen, které odpovědělo ano, uvedlo 8 (26,5%) respondentek, že kouří max. 5 cigaret denně, 14 (47,0%) respondentek kouří 6 – 11 cigaret denně a 8 (26,5%) respondentek uvádí 11 a více cigaret za den.

OVĚŘENÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ

Cíl 1: Zjistit míru informovanosti žen o karcinomu děložního čípku.

H₀1: Více než polovina žen je dobře informována o karcinomu děložního čípku.

H_A1: Maximálně polovina žen je dobře informována o karcinomu děložního čípku.

O dobré informovanosti žen o karcinomu děložního čípku vypovídají odpovědi na otázky č. 8, 13, 14, 20 a 24 dotazníku. Za dobrou informovanost budeme považovat platnost H₀1 alespoň u čtyř těchto otázek. Pokud má otázka více správných odpovědí (otázky 8,14), musí být H₀1 přijata aspoň u poloviny z nich, aby byla otázka považovaná za správně zodpovězenou.

Výsledky testování:

Otázka č. 8 „Jaké vyšetření by měl gynekolog provést v rámci preventivního vyšetření?“

Správnou odpověď a) cytologický odběr zvolilo 94,5% žen, vypočtený 95% interval spolehlivosti pro podíl žen se správnou odpovědí je 86,3% - 97,6%. Tento interval pokrývá nulovou hypotézou předpokládaných 50% a více, bylo tedy prokázáno, že testovaná hypotéza platí.

Správnou odpověď b) kolposkopické vyšetření zvolilo 16,3% žen, 95% interval spolehlivosti je 9,4% - 25,5%. Tento interval nepokrývá hypotézou předpokládaných 50% a více, hypotéza tedy neplatí, procento žen, které správně zvolily kolposkopické vyšetření, je statisticky významně nižší než předpokládaných 50% a více.

Správnou odpověď c) vyšetření v zrcadlech správně volilo 47,8% žen, 95% interval spolehlivosti je 37,3% - 58,5%. Tento interval nepokrývá hypotézou předpokládaných 50% a více, hypotéza tedy neplatí, procento žen, které správně zvolily možnost vyšetření v zrcadlech, je statisticky významně nižší než předpokládaných 50% a více.

Na **otázku č. 13** „Víte, jakou roli hrají HPV neboli lidské papillomaviry a jak se přenášejí?“ správně odpovědělo 21,7% žen, 95% interval spolehlivosti je 13,8% - 31,6%. Tento interval nepokrývá hypotézou předpokládaných 50% a více, hypotéza tedy neplatí. Procento žen, které na tuto otázku odpověděly správně, je statisticky významně nižší než předpokládaných 50% a více.

Otázka č. 14 „Co považujete za preventivní opatření, které bojuje proti rakovině děložního čípku?“ Platnost testované hypotézy byla potvrzena pouze pro odpověď a) preventivní gynekologické prohlídky, kterou zvolilo 91,3% žen (95% interval spolehlivosti 83,6% - 96,2%) a odpověď j) očkování proti HPV infekci, kterou zvolilo 69,6% žen (95% interval spolehlivosti 51,9% - 78,7%). Oba intervaly spolehlivosti pokrývají hypotézou předpokládaných 50% a více žen se správnou odpovědí. Vypočítané intervaly spolehlivosti pro procento žen, které zvolily další nabídnuté správné alternativy odpovědi na tuto otázku testu, jsou shrnuty v následující tabulce.

Na **otázku č. 20** „Myslíte si, že užívání hormonální antikoncepce zvyšuje riziko onemocnění rakovinou děložního čípku?“ správně odpovědělo 94,6% žen, 95% interval spolehlivosti je 87,8% - 98,2%. Tento interval pokrývá hypotézou předpokládaných 50% a více, platnost hypotézy byla tedy potvrzena.

Na **otázku č. 24** „Rakovina děložního čípku se nejčastěji vyskytuje ve věku“: uvedlo správnou odpověď, tj. 41-55 let 69,6% žen, 95% interval spolehlivosti je 59,1% - 78,7%. Tento interval pokrývá hypotézou předpokládaných 50% a více, platnost hypotézy byla tedy potvrzena.

Následující tabulka (Tab. 26 Shrnutí výsledků H_01) uvádí pro každou správnou variantu odpovědi u daných otázek procento žen, které tuto odpověď volily a 95%-ní interval spolehlivosti pro procento žen se správnou odpovědí. V posledním sloupci tabulky je uveden závěr výsledného porovnání intervalu spolehlivosti s hypotézou předpokládanými 50% a více žen se správnou odpovědí.

Tab. 26 Shrnutí výsledků H₀₁

Otázka	Procento žen se správnou odpovědí (<i>p</i>)	95% interval spolehlivosti pro <i>p</i>	Platnost H ₀₁ (min 50%)
Ot. č. 8 Jaké vyšetření by měl gynekolog provést v rámci preventivního vyšetření?			
cytologický odběr	86 (94,5%)	86,3%-97,6%	platí
kolposkopické vyšetření	15 (16,3%)	9,4%-25,5%	neplatí
vyšetření v zrcadlech	44 (47,8%)	37,3%-58,5%	neplatí
Ot. č. 13 „Víte jakou roli hrají HPV neboli lidské papillomaviry a jak se přenášejí?“	20 (21,7%)	13,8%-31,6%	neplatí
Ot. č. 14 Co považujete za preventivní opatření, které bojuje proti rakovině děl. čípku?			
Preventivní gynekologické prohlídky	84 (91,3%)	83,6%-96,2%	platí
Používání kondomu	46 (50,0%)	39,4%-60,6%	neplatí
Oblast stravování a pohybové aktivity	6 (6,5%)	2,4%-13,7%	neplatí
BMI v pásmu normální hmotnosti	2 (2,2%)	0,3%- 7,6%	neplatí
Abúzus alkoholu, kouření, drogové závislosti	10 (10,9%)	5,3%-19,1%	neplatí
Gynekologické zákroky a operace	4 (4,3%)	1,2%-10,8%	neplatí
Nepřítomnost gyn. zánětů bakteriál. původu	21 (22,8%)	14,7%-32,8%	neplatí
Očkování proti HPV infekci	64 (69,6%)	59,1%-78,7%	platí
Ot. č. 20 Myslíte si, že užívání hormonální antikoncepce zvyšuje riziko onemocnění rakovinou děložního čípku:“			
ne	87 (94,6%)	87,8%-98,2%	platí
Ot. č. 24 Rakovina děložního čípku se nejčastěji vyskytuje ve věku:			
41-55 let	64 (69,6%)	59,1%-78,7%	platí

Shrnutí

U otázky č. 8 byla H_01 přijata pouze u jedné správné odpovědi ze tří správných odpovědí. U otázky č. 13 H_01 nebyla přijata. U otázky č. 14 byla H_01 přijata pouze u dvou odpovědí z osmi. U otázky č. 20 byla H_01 přijata, stejně tak i u otázky č. 24. H_01 byla přijata pouze u dvou z pěti otázek. Podle námi stanovených kritérií se tedy zamítá H_01 a přijímá H_{A1} - **Maximálně polovina žen je dobře informována o karcinomu děložního čípku.**

Cíl 2: Zjistit postoj žen k prevenci karcinomu děložního čípku.

H_02 : Aktivní postoj k prevenci karcinomu děložního čípku má minimálně 60% žen.

H_{A2} : Aktivní postoj k prevenci karcinomu děložního čípku má méně než 60% žen.

Za aktivní postoj budeme považovat platnost H_02 alespoň u tří ze čtyř těchto otázek. Pokud má otázka více správných odpovědí (otázka č. 7), musí být H_02 přijata aspoň u poloviny z nich, aby byla otázka považovaná za správně zodpovězenou.

O aktivním postoji k prevenci karcinomu děložního čípku vypovídají odpovědi na otázku č. 6 „Jak často chodíte na gynekologické preventivní prohlídky?“ (odpověď „častěji než jednou za rok“ nebo „jednou za rok“), otázku č. 7 „Jaké obtíže by pro Vás byly důvodem k návštěvě gynekologa?“ (odpovědi: „výtok, špinění“, „krváčení mimo cyklus“, „krváčení při styku“, „bolesti při styku“ a „bolesti v podbřišku“), otázku č. 10 „Zajímáte se o informace týkající se prevence rakoviny děložního čípku?“ (odpověď „ano“) a otázku č. 22 „Nechala byste sebe nebo svoji dceru očkovat vakcínou proti rakovině děložního čípku?“ (odpověď „ano“).

Pro každou z těchto otázek a uvedenou alternativu odpovědi bylo zjištěno procento žen, které tuto odpověď zvolily, a byl vypočítán 95%-ní interval spolehlivosti. Platnost hypotézy byla ověřena zjištěním skutečnosti, zda tento interval pokrývá interval 60% a více, tj. hypotézou předpokládané procento žen s aktivním postojem k prevenci.

Výsledky testování:

Otázka č. 6 „Jak často chodíte na gynekologické preventivní prohlídky?“

Odpověď „častěji než jednou za rok“ nebo „jednou za rok“ zvolilo 94,6% žen, 95% interval spolehlivosti pro podíl žen, které chodí na preventivní gynekologické prohlídky jednou za rok nebo častěji je 87,8% - 98,2%. Tento interval pokrývá hypotézou předpokládaných 60% a více, platnost hypotézy byla tedy potvrzena.

Na **otázku č. 7** „Jaké obtíže by pro Vás byly důvodem k návštěvě gynekologa?“ vybralo správné možnosti odpovědí, tj. „výtok, špinění“, „krvácení mimo cyklus“ a „krvácení při styku“ 85,9%, 88,0% a 73,9%. 95% intervaly spolehlivosti překrývají hypotézou předpokládaných 60% a více, platnost hypotézy tedy byla pro tyto alternativy odpovědí potvrzena. Alternativy „bolesti při styku“ a „bolesti v podbřišku“ správně zvolilo 55,4% a 64,1% žen, 95% intervaly spolehlivosti pro tyto položky nepokrývají hypotézou předpokládaných 60% a více, hypotézu tedy zamítáme. Procento žen, pro které by byly tyto obtíže důvodem k návštěvě gynekologa, je statisticky významně nižší než hypotézou předpokládaných minimálně 60%.

Na **otázku č. 10** „Zajímáte se o informace týkající se prevence rakoviny děložního čípku?“ odpovědělo „ano“ 67,4% žen, 95% interval spolehlivosti je 56,8%-76,8%. Tento interval nepokrývá hypotézou předpokládaných 60% a více, hypotézu tedy zamítáme. Procento žen, které se zajímají o informace týkající se prevence rakoviny děložního čípku, je statisticky významně nižší než předpokládaných minimálně 60%.

Na **otázku č. 22** „Nechala byste sebe nebo svoji dceru očkovat vakcínou proti rakovině děložního čípku?“ odpovědělo „ano“ nebo „očkování jsem už využila“ 87,0% žen, 95% interval spolehlivosti je 78,3% - 93,1%. Tento interval pokrývá hypotézou předpokládaných minimálně 60%, platnost hypotézy byla tedy potvrzena.

Následující tabulka (Tab. 27 Shrnutí výsledků H_02) shrnuje výsledky ověřování platnosti hypotézy H_02 . V posledním sloupci tabulky je uveden závěr porovnání intervalu spolehlivosti s hypotézou předpokládaným maximem 40% žen s aktivním postojem k prevenci karcinomu děložního čípku.

Tab. 27 Shrnutí výsledků H₀₂

Otázka	Procento žen s aktivním postojem (<i>p</i>)	95% interval spolehlivosti pro <i>p</i>	Platnost H ₀₂ (min 60%)
Ot. č. 6 Jak často chodíte na gynekologické preventivní prohlídky? „častěji než jednou za rok“ nebo „jednou za rok“	13+74=87 (94,6%)	87,8%-98,2%	platí
Ot. č. 7 Jaké obtíže by pro Vás byly důvodem k návštěvě gynekologa?			
výtok, špinění	79 (85,9%)	77,1%-92,3%	platí
krvácení mimo cyklus	81 (88,0%)	79,6%-93,9%	platí
krvácení po styku	68 (73,9%)	63,7%-82,5%	platí
bolesti při styku	51 (55,4%)	44,7%-65,8%	neplatí
bolesti v podbřišku	59 (64,1%)	53,5%-73,9%	neplatí
Ot. č. 10 Zajímáte se o informace týkající se prevence rakoviny děložního čípku? ano	62 (67,4%)	56,8%-76,8%	neplatí
Ot. č. 22 Nechala byste sebe nebo svoji dceru očkovat vakcínou proti rakovině děložního čípku? „ano“ nebo „očkování jsem už využila“	70+10=80 (87,0%)	78,3%-93,1%	platí

Shrnutí

U otázky č. 6 byla H₀₂ přijata. U otázky č. 7 byla H₀₂ přijata u tří z pěti odpovědí. U otázky č. 10 nebyla H₀₂ přijata, u otázky č. 22 byla H₀₂ přijata.

Dle těchto výsledků lze přijmout hypotézu H₀₂ - **Více jak 60% žen má aktivní postoj k prevenci karcinomu děložního čípku.**

Cíl 3: Zjistit, jaký mají ženy přehled o rizikových faktorech ve spojitosti s karcinomem děložního čípku.

H₀₃: Rizikové faktory spojené s karcinomem děložního čípku zná maximálně 40% žen.

H_{A3} Rizikové faktory spojené s karcinomem děložního čípku zná více než 40% žen.

Znalost rizikových faktorů spojených s karcinomem děložního čípku byla posouzena pomocí otevřené otázky č. 18 dotazníku „Znáte nějaké rizikové faktory způsobující rakovinu děložního čípku?“. Odpovědi na tuto otázku byly u každého dotazníku vyhodnoceny, za odpovídající míru znalostí byla považována situace, kdy žena správně uvedla alespoň tři rizikové faktory.

Platnost nulové hypotézy byla ověřena pomocí konstrukce 95%-ního intervalu spolehlivosti pro podíl žen, které na danou otázku odpověděly správně a zjištěním skutečnosti, zda tento interval pokrývá interval 0% - 40%, tj. hypotézou předpokládané procento žen se znalostí rizikových faktorů.

Shrnutí

Na **otázku č. 18** správně odpovědělo 20 žen, tj. 21,7%, 95% interval spolehlivosti je 13,8%-31,6%. Tento interval pokrývá hypotézou předpokládaných maximálně 40%, platnost hypotézy **H₀₃ - Rizikové faktory spojené s karcinomem děložního čípku zná maximálně 40% žen** - byla tedy potvrzena.

H₀₄: Ženy s pozitivním nálezem na děložním čípku mají stejné znalosti o rizikových faktorech spojených s karcinomem děložního čípku jako ženy bez nálezu.

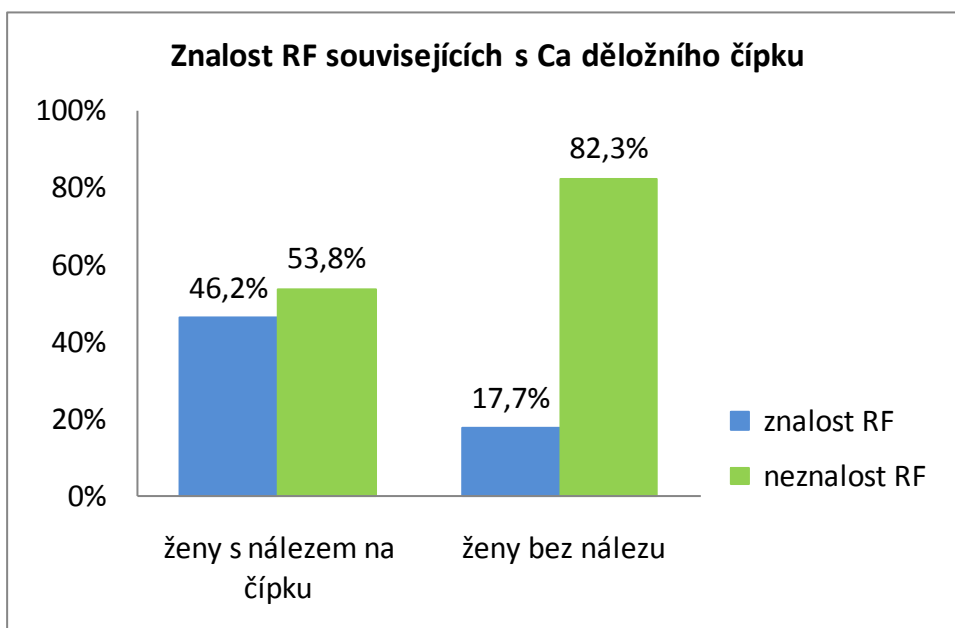
H_{A4}: Ženy s pozitivním nálezem na děložním čípku mají vyšší znalosti o rizikových faktorech spojených s karcinomem děložního čípku než ženy bez nálezu.

Shrnutí

Hypotézu **H₀₄** tedy zamítáme a přijímáme **H_{A4} - Ženy s pozitivním nálezem na děložním čípku mají vyšší znalosti o rizikových faktorech spojených s karcinomem děložního čípku než ženy bez nálezu**. Fisherův přesný test prokázal

statisticky významný rozdíl mezi ženami s pozitivním nálezem a ženami bez nálezu na děložním čípku ve znalosti rizikových faktorů spojených s karcinomem děložního čípku. Signifikantně více žen se znalostí rizikových faktorů byla prokázána ve skupině žen s pozitivním nálezem (46,2% vs. 17,7%). Přesně vypočítaná hladina signifikance testu $p = 0,032$ ($< 0,05$).

Graf 26 Znalost RF souvisejících s Ca děložního čípku



Tab. 28 Znalost RF souvisejících s Ca děložního čípku

Kontingenční tabulka

			Ot. č, 13 Znalost RF		Celkem
			ano	ne	
Ot. č. 4 Nález na čípku	ano	Četnosť	6	7	13
		%	46,2%	53,8%	100,0%
	ne	Četnosť	14	65	79
		%	17,7%	82,3%	100,0%
Celkem		Četnosť	20	72	92
		%	21,7%	78,3%	100,0%

Tab. 29 Hodnota signifikance

Fisherův přesný test

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test		,032
Počet platných případů	92	

DISKUZE

Diplomová práce se zabývá povědomím a přístupem žen k prevenci v oblasti karcinomu děložního čípku. Cílem výzkumné části závěrečné práce bylo pomoci dotazníkového šetření zmapovat, jaké znalosti a jaký přístup mají ženy k prevenci karcinomu děložního čípku. Další oblastí výzkumu bylo zjistit, jaký mají ženy přehled o rizikových faktorech a na základě zjištěných výsledků vypracovat edukační materiál. Dotazníky byly rozdány náhodně vybranému vzorku žen ve věkovém rozpětí 20 – 50 let.

Ve zkoumaném souboru nejpočetnější věkovou skupinu tvořily ženy ve věku 20 – 25 let tvoří 30 (32,6%) žen. Druhou nejpočetnější věkovou kategorií 26 – 30 let zastupuje 21 (22,8%) žen a třetí skupinou jsou ženy ve věku 36 – 40 let 14 (15,2%). Vzdělání je u žen nejčastěji středoškolské s maturitou, tvoří ji skupina 38 (41,3%) žen a vysokoškolského vzdělání dosáhlo 33 (35,9%) žen. Více než polovina žen je svobodných 52 (56,5%) a druhou skupinu zastupují vdané ženy 28 (30,4%),

Prvním cílem diplomové práce bylo zjistit míru informovanosti žen o karcinomu děložního čípku. Výzkum ukázal, že pouze 21,7 % žen ví, že HPV je příčinou vzniku rakoviny děložního čípku, a že se přenáší pohlavní cestou. Společnost pro výrobu vakcín GlaxoSmithKline (Pidrmanová Pohanková, 2010) uvádí, že HPV je jednoznačně nejdůležitějším příčinným faktorem vzniku karcinomu děložního čípku, což bylo potvrzeno v mnoha epidemiologických, klinických a laboratorních studiích. Výsledky výzkumu tedy ukazují, že ženy nejsou v této oblasti dostatečně informovány i přes medializaci očkování proti HPV infekci.

Nejčastější zmiňovaná preventivní opatření v boji proti rakovině děložního čípku byly preventivní gynekologické prohlídky a očkování proti HPV infekci. Neuvědomují si tedy důležitost dalších neméně významných preventivních opatření jako je např. oblast stravování a pohybové aktivity, BMI v pásmu normy a gynekologické zákroky.

Pozitivním zjištěním bylo, že v 86 případech, jsou ženy informovány o cytologickém odběru. Cibula v roce 2009 uvádí, že se senzitivita cytologického odběru pohybuje mezi 55 - 90%, což může významně ovlivnit časný záchyt rakoviny děložního čípku.

Překvapivé bylo, že 64 žen (69,6%) uvedlo správnou odpověď na nejčastější věkovou kategorii výskytu rakoviny děložního čípku, tedy v rozmezí 41 - 55 let. Toto zjištění je předpokladem, že ženy budou v této věkové kategorii důsledně navštěvovat svého gynekologa v pravidelných intervalech.

Většina respondentek (94,6%) uvedlo, že užívání HAK nemá přímý vliv na vznik karcinomu děložního čípku, což ukazuje na informovanost žen v této oblasti. Cibula v roce 2009 uvádí, že užívání HAK působí jen při současném vlivu dalších rizik. Spíše souvisí se sexuálním chováním.

Dotazníková položka mapující zájem o problematiku karcinomu děložního čípku, měla překvapivý výsledek. Poměrně překvapivé bylo zjištění, že velké procento žen (32,6%) se o informace o prevenci karcinomu děložního čípku vůbec nezajímá. Domnívám se, že tyto ženy spolu s ženami, které nechodí pravidelně na preventivní prohlídky, jsou nejrizikovější skupinou pro toto nádorové onemocnění. Zájem projevil jen 62 žen (67,4%). Ve srovnání s prací Jany Mikušové (2005, LF, UPOL - Povědomí žen o významu gynekologických prohlídek a následcích jejich zanedbání se zaměřením na děložní čípek) která zjistila, že ze všech respondentek, tedy z 50 (100%) žen, se zajímá o obecnou problematiku gynekologické péče 35 (70%) žen a 15 (30%) žen ne. Zde se získaná data nijak výrazně neliší. Konkrétní zájem o více informací týkajících se zhoubného onemocnění čípku má 41 (82%) žen, tedy více žen, než v našem výzkumném souboru respondentek.

Informovanost v problematice prevence karcinomu děložního čípku, které se o problematiku zajímají, považuje za dostačující 24 (38,7%) žen, 61,3 % respondentek považuje své informace o problematice za nedostačující nebo je neumí posoudit. Hlavním zdrojem informací, který byl zmíněn ve 44 případech (28,9%) je gynekolog. Dále 39 x bylo zmíněno (25,7%) čerpání informací z internetu, TV a tisku. Alarmující bylo, že jen 3 x (1,9%) byla zmíněna jako zdroj informací porodní asistentka. Ukázalo se, že ženy stále více upřednostňují osobní kontakt s odborníkem před médii.

Důležitou položkou výzkumu, bylo docházení na pravidelné gynekologické prohlídky. Zodpovědné chování vůči jednoročním preventivním prohlídkám vykazuje 80,4 % žen. Častěji než jednou za rok absolvuje preventivní prohlídku 12 (13%) žen, kdy jde vesměs o ženy s nálezem. 1x za rok chodí 74 (80,4%) žen, 1x za 2 – 3 roky 5 (5,4%) žen, 1x za 4 – 5 let, 1 (1,1%) žena nechodí na preventivní prohlídky vůbec

a nepravidelně neuvedla žádná žena. Pozitivním výsledkem je, že pouze jedna respondentka nechodí na preventivní prohlídky vůbec. Zdeňka Pešová zjistila ve své bakalářské práci (2007, LF, MUNI – Karcinom děložního čípku – mohou ženy ovlivnit vyhlídku na vyléčení?), že 1x za půl roku absolvuje preventivní prohlídku 16 (26,7 %) žen, během 1 – 2 let navštěvuje gynekologa v rámci prevence 10 (16,6 %) respondentek, 1x za 3 – 4 roky prohlídku absolvuje 16 (26,7 %) žen a poslední skupina je zastoupena 18 (30 %) ženami, které gynekologa navštíví 1x za 5 a více let. Získaná data se liší pravděpodobně tím, že autorka zkoumala ve skupině respondentek, které již byly hospitalizovány v Masarykově onkologickém ústavě s diagnózou karcinomu děložního čípku v různém stupni. Došla ke zjištění, že se karcinom děložního čípku vyskytuje u respondentek s nižší frekvencí návštěv u gynekologa a potvrzuje to počtem 34 (56,7 %) žen, které využívaly možnosti preventivních prohlídek jen 1x za tři a více let. Rozdílný výsledek lze nalézt v článku autora Roba (Rob, 2011), kde byl rozebrán problém sekundární prevence prekanceróz děložního hrdla v České republice. Ukazuje, že jen 40 % žen v nejrizikovější věkové kohortě 35 až 60 let pravidelně navštěvuje gynekologa. Naproti tomu je návštěvnost pravidelných preventivních prohlídek např. v Anglii 92 % a ve Finsku 88 %.

Nejčastějším důvodem k návštěvě gynekologa byl u žen 81 x (23,9%) krvácení mimo pravidelný menstruační cyklus. V podobném procentu (23,3%) byl uveden výtok a špinění. Celkem 68 x (20,1%) bylo uvedeno krvácení po styku, 59 x (17,4 %) bolest v podbřišku. Májek, Dvořák a kol. v roce 2011 uvádí, že přednádorové změny jsou často asymptomatické. K pozdním možným příznakům vzniku nádorového bujení patří bolest v podbřišku, krvácení po pohlavním styku nebo zapáchající výtok z pochvy, což koresponduje s nejčastějšími odpověďmi respondentek.

Důvěru v pozitivní účinky vakcinace uvedlo 85 respondentek, což činí 92,4%. Našlo se ale i 7 (7,6%) žen, které neocení vakcíny a nemají k nim dostatečnou důvěru. Autor Rob ve svém článku z roku 2011 uvádí, že celková účinnost jedné z očkovacích látek (Cervarix) je přibližně 87 %, z čehož vyplývá, že téměř devět z deseti očkovaných dívek před prvním pohlavním stykem může ochránit před rozvojem prekancerózy.

Očkovat by nechalo sebe nebo svoji dceru 70 respondentek (76,1%), 10 žen (10,9%) již možnost očkování využilo. Z výsledků vyplývá, že ženy mají jednoznačně pozitivní vztah k vakcinaci proti HPV.

Byla zjišťovaná odpověď na otevřenou otázku: „Znáte nějaké rizikové faktory, způsobující rakovinu děložního čípku?“ Pouze 20 (21,7%) žen dokázalo vyjmenovat tři správné rizikové faktory, zbylých 72 (78,3%) žen uvedlo chybně nebo zodpovědělo méně než 3 rizikové faktory. Jako nejčastějším RF uváděly střídání sexuálních partnerů, dále nízký věk při zahájení pohlavního styku a alkohol, drogy a kouření. Jen 7 (7,6%) žen uvedlo jako rizikový faktor HPV infekci. V bakalářské práci Jany Mikušové (2005, LF, UPOL), znalo rizikové faktory zhoubného onemocnění čípku 20 (40%) žen, což je o 20% více než v našem sledovaném vzorku žen. V uvedené práci však nejsou stanovena kritéria, podle kterých byla znalost hodnocena. Ženy jako rizikové faktory uvedly HPV, promiskuita, kouření, nenavštěvování gynekologa, opakované záněty dělohy a nechráněný styk. Znalostí rizikových faktorů se ve své práci zabývala i Zdeňka Pešová a v nejvyšším zastoupení ženy uváděly jako RF kouření 24 (40 %), následuje stres 12 (20 %), více sexuálních partnerů uvádí 7 (11,7 %) respondentek a stejný počet 7 (11,7 %) žen považuje za rizikový faktor více porodů. Pouze - 2 (3,3 %) respondentky znají HPV infekci, kterou dávají do souvislosti se vznikem onemocnění děložního čípku, 8 (13,3 %) žen neuvádí žádný rizikový faktor. Porovnáme-li výsledky výše zmíněných prací s touto závěrečnou prací, jsou výsledky neuspokojivé. Ženy nemají přehled o rizikových faktorech, uvádějí pouze některé RF a hlavní RF - HPV infekci opomíjejí.

Vzniku karcinomu děložního čípku lze zabránit především primární prevencí, pravidelnou návštěvou gynekologa a dobře organizovaným screeningem. Nejlepším a nejlevnějším způsobem, jak mohou ženy nejvíce ovlivnit své zdraví, je zaměřit se již na primární prevenci. Bylo zjištěno, že právě informovanost žen o primární prevenci a obecně o problematice karcinomu děložního čípku není dostatečná. Ženy mají velmi nedostačující znalosti a přehled o rizikových faktorech, které mají přímý a prokazatelný vliv na vznik nádoru. Je tedy třeba ženy dobře informovat o těchto rizikových faktorech a rizikovém chování, a tím zároveň primárně přecházet vzniku tohoto onemocnění.

K sekundární prevenci mají ženy poměrně zodpovědný přístup. Zjistila jsem, že většina respondentek nepodceňuje význam preventivních gynekologických prohlídek a pravidelně navštěvují gynekologa. Tento aktivní přístup lze pokládat za důsledek znalostí a orientace se v problematice, ale spíše za všeobecnou péči o své zdraví.

Dostatek informací a jejich snadná přístupnost, pravidelná návštěva gynekologických prohlídek, efektivně organizovaný screening a očkování proti viru HPV lze považovat za dokonalou a nejúčinnější prevenci u karcinomu děložního čípku.

NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ

Výsledky dotazníkového šetření ukazují na nízkou informovanost žen v problematice a prevenci karcinomu děložního čípku. Neznají většinu rizikových faktorů, a je tedy třeba problematiku více medializovat a zároveň ženy motivovat, jak v zájmu o informace, tak v obecném přístupu ke svému zdraví.

Velkou roli hrají porodní asistentky i všeobecné sestry, které mohou edukovat, jak v primární, tak v sekundární prevenci a stále zdůrazňovat význam pravidelných preventivních prohlídek.

Výsledky práce nabízejí několik námětů k zamyšlení a možnosti řešení, které jsou určeny především pro gynekology, porodní asistentky a zdravotní sestry v ordinacích:

- vytvoření edukačních materiálů a jejich distribuce v čekárnách gynekologických ambulancí,
- stálý důraz na význam preventivních prohlídek,
- pořádání edukačních přednášek pro dívky již na základních školách,
- konzultace tématu se ženami v ordinacích,
- celoživotní edukace zdravotníků,
- medializace problematiky veškerými sdělovacími prostředky,
- zasílání pozvánek na prohlídky ženám, které se nedostavily k lékaři déle jak 2 roky.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá problematikou karcinomu děložního čípku. V práci byly stanoveny 4 cíle a k nim přísluší 4 hypotézy. Výzkumná část práce byla provedena pomocí dotazníkového šetření.

Prvním cílem bylo zjistit míru informovanosti žen o karcinomu děložního čípku. Pouze 21,7 % žen ví, že HPV je příčinou vzniku karcinomu děložního čípku a že cestou přenosu tohoto viru je pohlavní styk. Nejčastěji uváděná preventivní opatření bojující proti vzniku nádorového onemocnění byly pravidelné preventivní prohlídky, očkování a nepřítomnost gynekologických zánětů bakteriálního původu. Opomíjeným preventivním opatřením bylo dodržování zdravého životního stylu. Většina respondentek (93,4%) je informována o provedení cytologického vyšetření v prevenci karcinomu děložního čípku. Třetina žen (32,6%) se o problematiku karcinomu děložního čípku nezajímá, 38,7 % žen považuje informovanost v této oblasti za dostačující. Celkem 61,3 % respondentek udává svoji informovanost za nedostatečnou nebo neumí posoudit. Hlavním zdrojem pro získávání informací byl ve 44 případech (28,9%) osobní kontakt s gynekologem. Druhým nejčastěji voleným zdrojem informací byl internet, TV a tisk.

Cíl 1 byl splněn.

Druhý cíl mapoval postoj žen k prevenci karcinomu děložního čípku. Celkem 93,4 % žen navštěvuje svého gynekologa jednou nebo vícekrát za rok. Jedna respondentka uvedla, že svého gynekologa nenavštěvuje vůbec. Nejčastějším možným důvodem vedoucím k návštěvě gynekologa by bylo ve 23,9 % krvácení mimo menstruační cyklus, 23,3 % respondentek uvedlo výtok a špinění a 20,1 % krvácení po styku. Pozitivní vztah k vakcinaci proti karcinomu děložního čípku má 92,4 % respondentek, 7,6 % nemá k očkování důvěru. Celkem 76,1 % žen má zájem o očkování a 10,9 % již očkováno bylo.

Cíl 2 byl splněn.

Třetím cílem bylo zjistit, jaký mají ženy přehled o rizikových faktorech ve spojitosti s karcinomem děložního čípku. Celkově 78,3 % žen nedokázalo vyjmenovat tři rizikové faktory vzniku karcinomu děložního čípku nebo odpověděly chybně. Pouze 21,7 % žen dokázalo tři rizikové faktory vyjmenovat. Nejčastěji zmiňovanými rizikovými faktory bylo střídání sexuálních partnerů, nízký věk při prvním pohlavním styku, alkohol, drogy a kouření. Jen 7,6 % žen uvedlo jako rizikový faktor HPV infekci.

Cíl 3 byl splněn.

Cílem 4 bylo vypracovat edukační materiál na základě zjištěných výsledků. Z výsledků vyplývá, že ženy mají nedostačující znalosti v oblasti RF pro vznik karcinomu děložního čípku, tudíž je informační materiál zaměřen převážně na primární prevenci a dále zdůrazňuje důležitost pravidelné návštěvy preventivních gynekologických prohlídek.

Cíl 4 byl splněn.

.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. CIBULA, D., PETRUŽELKA, L. a kol. *Onkogynekologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 616 s. ISBN 978-80-247-2665-6.
2. ČEPICKÝ, P., KURZOVÁ, H. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Karolinum, 2003. 174s. ISBN: 80-246-0677-1.
3. GERYK, E., ŽÁČEK, V., HOLUB, J., KOLCOVÁ, V. *Srovnání výskytu zhoubných novotvarů Česka republika a vybrané státy*. 1. vydání. Praha: Galén, 2004. 55 s. ISBN 80-7262-254-4.
4. HOLČÍK, J. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. Brno: MSD, 2009. 153 s. ISBN 978-80-7392-089-0.
5. HOLÍK, J. Prevence nádorů v rukou praktických lékařů. In *Manuál prevence a časné detekce nádorových onemocnění*. 1. vydání. Brno: MOÚ, 2002, 94 s. ISBN: 80-238-9513-3.
6. HRUBÁ, M. *Role sestry v prevenci nádorových onemocnění*. Sestra, 2004. č. 2, str. 33. ISSN 1210-0404.
7. IVANOVÁ K., JURÍČKOVÁ L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vydání. Olomouc: UP, 2009. 98 s. ISBN-13: 978-80-244-1832-2.
8. KALÁBOVÁ, R. *Možnosti prevence a časné detekce gynekologických malignit*. In *Manuál prevence a časné detekce nádorových onemocnění*. 1. vydání. Brno: MOÚ, 2002, s. 33-38. ISBN: 80-238-9513-3.
9. KLENER, P. *Klinická onkologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 686 s. ISBN 80-7262-151-3.
10. KOBILKOVÁ, J. et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X.
11. KUTNOHORSKÁ, J., *Výzkum ve zdravotnictví: Metodika a metodologie výzkumu*. 1. vydání. UP LF Olomouc, 2008. 123 s. ISBN 978-80-244-1877-3.
12. RAUŠOVÁ, E. *Průvodce ženy při onemocnění děložního čípku*. Praha: Mladá fronta, 2009. ISBN: 978-80-204-2048-0.
13. ROB, L., MARTAN, A., CITTERBART K. et al. *Gynekologie* 2. dopl. a přeprac. vydání. Galén, 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.

14. ROBOVÁ, H. Jak, kdy a proč řešit cervikální dysplazii u adolescentek. *Gynekologie po promoci*, 2006. roč. 6, č. 1, s. 54, ISSN: 1213-2578.
15. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. 280 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
16. AMERICAN CANCER SOCIETY. *Statistics about cervical cancer*. Cancer [online]. 2011. [cit. 2011-02-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.cancer.org/Cancer/CervicalCancer/DetailedGuide/cervical-cancer-key-statistics>>.
17. Citační normy. Infogram [online]. 2011. [cit. 2011-01-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.infogram.cz/findInSection.do;jsessionid=C4FE773EE7154196FA62112F132E944F?sectionId=1115&categoryId=1172>>.
18. DÖRR, A., KOLÁŘOVÁ, H. *Možnosti prevence gynekologických zhoubných nádorů*. 2005. [cit. 2011-03-15] Dostupné na WWW: <http://www.mou.cz/cz/prevence-karcinomu-delozniho-cipku/article.html?id=168>>.
19. HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. Onko [online] Masarykův onkologický ústav, Brno, 2001. [cit. 2011-02-25]. Dostupný z WWW: <http://www.onko.cz/_pub/publikace/role-sestry.pdf >. ISBN 80-238-7618-X.
20. Incidence HPV infekce. Onkogyn [online]. 2011. [cit. 2011-03-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.onkogyn.cz/hpv-lekari/incidence-hpv-infekce>>.
21. Karcinom děložního čípku v Evropě. Ecca [online]. 2009. [cit. 2011-03-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.ecca.info/cs>>.
22. KOLÁŘOVÁ, H., DÖRR, A. *Primární prevence*. Linkos [online]. 2005. [cit. 2011-03-10]. Dostupné z WWW: <https://www.linkos.cz/odbornici/kongresy/abstrakta_vypis.php?ID=490 >.
23. KOUKAL, M. Rakovině děložního čípku se dá předejít. 21. století [online]. Květen 2010. [cit. 2011-03-10]. Dostupné z WWW: <<http://21stoleti.cz/blog/2010/05/21/rakovine-delozniho-cipku-se-da-predejiti>>.
24. MÁJEK, O., DVOŘÁK, V., et. al. *Epidemiologie karcinomu hrdla děložního. Cervix* [online]. Masarykova univerzita, Brno, 2011. [cit. 2011-03-21]. Dostupný z

- WWW: <<http://www.cervix.cz/index.php?pg=pro-lekare--epidemiologie-karcinomu-hrdla-delozniho>>. ISSN 1804-087X.
25. MUSILOVÁ, J. *Chraňte se před rakovinou děložního čípku*. Arcus - Onko Centrum [online]. 2006 [cit. 2011-03-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.arcus-oc.org/sekce-karcinomu-delozniho-cipku.php>>.
26. MZCR. Legislativa – Věstník 7/2007 - Kritéria a podmínky programu pro screening KDH. MZCR [online]. 2007. [cit. 2011-03-30]. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3621_1772_11.html>.
27. Očkování proti HPV. Ecce [online]. 2009. [cit. 2011-03-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.ecca.info/cs/prevence/ockovani-proti-hpv>>.
28. Očkování proti HPV. Onkogyn [online]. 2011. [cit. 2011-03-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.onkogyn.cz/hpv-lekari/ockovani-proti-hpv>>.
29. RANDULA, A. *Současná legislativa - zdravotní prevence*. Onko [online]. 2009 [cit. 2011-3-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.onko.cz/soucasna-legislativa-zdravotni-prevence/>>.
30. ROB, L., PLUTA, M., et al. *Karcinom děložního hrdla- incidence v ČR*. Cervix [online]. Gynekologicko-porodnická klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha, 2011. [cit. 2011-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.cervix.cz/index.php?pg=pro-lekare&aid=110>>. ISSN 1804-087X.
31. ROB, L., PLUTA, M., et. al. *Profylaktické vakcíny v roce 2011*. Cervix [online]. Gynekologicko-porodnická klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha, 2011. [cit. 2011-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.cervix.cz/index.php?pg=pro-lekare&aid=110#profylakticke-vakciny>>.
32. Screening karcinomu děložního čípku. Linkos [online]. 2011. [cit. 2011-03-11]. Dostupný z WWW: <http://www.linkos.cz/odbornici/info_praxe/standardy_11_02/Kap_35.pdf>.

SEZNAM ZKRATEK

HPV – human papillomavirus (lidský papilomavirus)
HG – SIL – high grade (vyšší stupeň)
HIV – human immunodeficiency virus (virus lidské imunodeficiency)
STD – sexually transmitted diseases (sexuálně přenosné nemoci)
KDH – karcinom děložního hrdla
TM – tumor markery
LBC – liquid base cytology (cytologie v tekutém médiu)
HAK – hormonální antikoncepce
WHO – World Health Organization (světová zdravotnická organizace)
FZV UP – Fakulta Zdravotnických Věd univerzity Palackého
EU – evropská unie
CIN – cervikální intraepiteliální neoplazie
ČR – Česká republika
MZ – ministerstvo zdravotnictví
DNA – deoxyribonukleová kyselina
CGIN – cervikální glandulární intraepiteliální neoplazie
CIS – carcinoma v in situ
LG-SIL – low grade (nižší stupeň)
SIL - skvamózní intraepiteliálové léze
LSIL – low-grade skvamózní intraepiteliálové léze
LR – low risk
SCCA – Squamous Cell Carcinoma Antigen
CEA – karcinomembryonální antigen
UICC – Mezinárodní organizace boje proti rakovině
FIGO – Mezinárodní organizace porodníků a gynekologů
RTG – rentgenová tomografie
CT – počítačová tomografie
MR – magnetická rezonance
TMN – tumor, uzlina, metastázy
LEETZ – large elektro excision of transformation zone (excize elektrofrequenční
kličkou)

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 - Věk respondentek	41
Tab. 2 - Nejvyšší dokončené vzdělání	42
Tab. 3 - Rodinný stav	43
Tab. 4 - Místo bydlení	44
Tab. 5 - Profese respondenek	45
Tab. 6 - Návštěvnost preventivních gynekologických prohlídek	46
Tab. 7 - Potíže vedoucí ke gynekologovi	47
Tab. 8 - Vyšetření v prevenci karcinomu děložního čípku	48
Tab. 9 - Nález na čípku	49
Tab. 10 - Zájem o informace	50
Tab. 11 - Využití informační zdroje	51
Tab. 12 - Dostačující informace	52
Tab. 13 - Znalost HPV	53
Tab. 14 - Preventivní opatření	54
Tab. 15 - Zahájení sexuálního života	55
Tab. 16 - Pohlavní styk	56
Tab. 17 - Sexuální život posledních 2 let	57
Tab. 18 - Znalost rizikových faktorů	58
Tab. 19 - Rizikové chování	59
Tab. 20 - Riziko u hormonální antikoncepce	60
Tab. 21 - Ocenění a důvěra k vakcínám	61
Tab. 22 - Využití vakcín	62
Tab. 23 - Počet porodů	63
Tab. 24 - Nejčastější věk výskytu	64
Tab. 25 - Kouření	65
Tab. 26 - Shrnutí výsledků H1	68
Tab. 27 - Shrnutí výsledků H2	71
Tab. 28 - Znalost RF souvisejících s Ca děložního čípku	73
Tab. 29 - Hodnota signifikance	74

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Věk respondentek.....	41
Graf 2 - Nejvyšší dokončené vzdělání.....	42
Graf 3 - Rodinný stav.....	43
Graf 4 - Místo bydlení	44
Graf 5 - Profese respondentek.....	45
Graf 6 - Návštěvnost preventivních gynekologických prohlídek	46
Graf 7 - Potíže vedoucí ke gynekologovi	47
Graf 8 - Vyšetření v prevenci karcinomu děložního čípku.....	48
Graf 9 - Nález na čípku.....	49
Graf 10 - Zájem o informace	50
Graf 11 - Využití informační zdroje.....	51
Graf 12 - Dostačující informace	52
Graf 13 - Znalost HPV	53
Graf 14 - Preventivní opatření	54
Graf 15 - Zahájení sexuálního života.....	55
Graf 16 - Pohlavní styk.....	56
Graf 17 - Sexuální život posledních 2 let	57
Graf 18 - Znalost rizikových faktorů	58
Graf 19 - Rizikové chování.....	59
Graf 20 - Riziko u hormonální antikoncepce.....	60
Graf 21 - Ocenění a důvěra k vakcínám	61
Graf 22 - Využití vakcín	62
Graf 23 - Počet porodů.....	63
Graf 24 - Nejčastější věk výskytu.....	64
Graf 25 - Kouření.....	65
Graf 26 - Znalost RF souvisejících s Ca děložního čípku	73

SEZNAM PŘÍLOH

- Příl. 1 – Dotazník k diplomové práci
- Příl. 2 – Věstník 7/2007
- Příl. 3 – Výskyt karcinomu v Evropě
- Příl. 4 – Klasifikace FIGO a TMN
- Příl. 5 – Prevalence HPV infekce ve vztahu k incidenci karcinomu děložního hrdla
- Příl. 6 – Schéma rozvoje karcinomu děložního hrdla v souvislosti s HPV infekcí
- Příl. 7 – Účinnost HPV vakcín
- Příl. 8 – Současná legislativa - zdravotní prevence
- Příl. 9 – Edukační materiál

PŘÍLOHY

Příl. 1. – Dotazník k diplomové práci

Vážená paní,

jmenuji se Bc. Lucie Goldmannová, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studijního programu Specializace ve zdravotnictví, oboru Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

Dovolte mi, abych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, jehož údaje budou zpracovány v mé diplomové práci s názvem „*Povědomí a postoj žen k prevenci u karcinomu děložního čípku*“

Cílem diplomové práce je zjistit úroveň Vašich znalostí, informovanosti a Váš přístup k prevenci u onemocnění děložního čípku. Je určen ženám ve věku 20 až 50 let. Vyplnění dotazníku je **ANONYMNÍ**. Předem děkuji za vyplnění.

Pokyny pro vyplnění: není-li uvedeno jinak, prosím zaškrtněte jen jednu odpověď nebo vyplňte.

1. Váš věk?

- a) 20 – 25 let
- b) 26 – 30 let
- c) 31 – 35 let
- d) 36 – 40 let
- e) 41 – 45 let
- f) 46 – 50 let

2. Jaké je vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

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

3. Rodinný stav

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená
- d) vdova

4. Kde žijete?

- a) venkov
- b) město

Příl. 1. – pokračování

5. **Jakou profesi (oborové zaměření) vykonáváte?** Pokud nerozeznáte zařazení či navrhované odpovědi nenabízejí Váš obor (profesi), uveďte do kolonky JINÉ
- a) zdravotnictví
 - b) finance a ekonomika, administrativa
 - c) gastronomie a pohostinství
 - d) ostraha a bezpečnost
 - e) personalistika a vzdělávání
 - f) manuální a řemeslnické práce
 - g) JINÉ.....
6. **Jak často chodíte na gynekologické preventivní prohlídky?**
- a) častěji než jednou za rok
 - b) jednou za rok
 - c) jednou za 2-3 roky
 - d) jednou za 4-5 let
 - e) nepravidelně
 - f) nechodím
7. **Jaké obtíže by pro Vás byly důvodem k návštěvě gynekologa?**
(možno zvolit více odpovědí)
- a) výtok, špinění
 - b) krvácení mimo pravidelný menstruační cyklus
 - c) krvácení po styku
 - d) zácpa
 - e) bolesti při styku
 - f) žaludeční nevolnost
 - g) bolesti v podbřišku
 - i) jiné
8. **Jaké vyšetření by Vám měl gynekolog provést v rámcí prevence rakoviny děložního čípku?** (možno zvolit více odpovědí)
- a) cytologický odběr (odběr buněk z děložního čípku)
 - b) kolposkopické vyšetření (optické vyšetření)
 - c) vyšetření v zrcadlech
 - d) palpační vyšetření (pohmatem)
 - e) vyšetření přes konečník
 - g) laboratorní vyšetření
 - h) ultrazvukové vyšetření
 - i) vyšetření prsou

Příl. 1. – pokračování

9. Upozornil Vás někdy gynekolog v rámci výsledků preventivní prohlídky na nález na děložním čípku, který by byl potřeba častěji kontrolovat, chirurgicky odstranit nebo Vás poslal na kontrolu jiného specializovaného pracoviště?

- a) ano
- b) ne

10. Zajímáte se o informace týkající se prevence rakoviny děložního čípku?

- a) ano
- b) ne

Pokud NE, pokračujte otázkou č. 7

11. Jaké zdroje jste využila? (možno zvolit více odpovědí)

- a) internet, TV
- b) tisk (letáky, časopisy, knihy, noviny...)
- d) gynekolog
- e) porodní asistentka
- f) rodina, přátelé
- g) přednáška odborníka
- h) jiné.....

12. Považujete Vaše informace o prevenci za dostačující?

- a) ano
- b) ne
- c) neumím posoudit

13. Víte, jakou roli v tomhle problému hrají HPV neboli lidské papillomaviry a jak se přenášejí?

Uveďte.....

14. Co považujete za preventivní opatření které, bojuje proti rakovině děložního čípku? (možno zvolit více odpovědí)

- a) preventivní gynekologické prohlídky
- b) používání kondomů
- c) střídání sexuálních partnerů
- d) nízký věk při prvním styku
- e) oblasti stravování a pohybové aktivity
- f) BMI v pásmu normální hmotnosti
- g) abúzus alkoholu, kouření, drogová závislost
- h) gynekologické zákroky a operace
- i) nepřítomnost gynekologických zánětů bakteriálního původu (např. chlamydie)
- j) očkování proti HPV infekci

Příl. 1. – pokračování

15. Zahájení Vašeho sexuálního života

- a) před 16 rokem života
- b) v 16 letech
- c) v 17 letech
- d) v 18 a víc letech
- e) sexuální život doposud nezačala

16. Pohlavní styk provozuji?

- a) se stálým sexuálním partnerem
- b) střídám častěji partnery (10 a více partnerů za svůj sexuální život)
- c) nežiju sexuálním životem
- d) nechci odpovídat

17. Sexuální život během posledních dvou let?

- a) pohlavní styk pravidelný
- b) pohlavní styk nepravidelný
- c) pohlavní styk náhodný
- d) neprovozují pohlavní styk

18. Znáte nějaké rizikové faktory (faktory, které zvyšují pravděpodobnost onemocnění) způsobující rakovinu děložního čípku?

Uveďte.....
.....

19. Myslíte si, že Vaše chování je rizikové pro vznik rakoviny děložního čípku?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

20. Myslíte si, že užívání hormonální antikoncepce přímo zvyšuje riziko onemocnění rakovinou děložního čípku?

- a) ano
- b) ne

21. Považujete za pozitivní, že jsou na trhu vakcíny, které chrání před rakovinou děložního čípku, a věříte v jejich preventivní účinky?

- a) ano
- b) ne

22. Nechala byste sebe nebo svoji dceru očkovat vakcínou proti rakovině děložního čípku (pokud byste splňovaly věkové rozhraní)?

- a) ano
- b) ne
- c) očkování jsem již využila (Vy osobně nebo pro dceru)

Příl. 1. – pokračování

23. Kolikrát jste rodila?

- a) ještě jsem nerodila
- b) jednou
- c) dvakrát
- d) třikrát a více

24. Rakovina děložního čípku se nejčastěji vyskytuje ve věku?

- a) 25-40 let
- b) 41-55 let
- c) 55 a více let

25. Kouříte?

- a) ano
- b) ne

Pokud ANO, kolik cigaret denně?

- ☐ max. 5 cigaret denně
- ☐ 6 – 10 cigaret
- ☐ 11 a více

Děkuji za trpělivost a projevenou ochotu. Bc. Lucie Goldmannová

KRITÉRIA A PODMÍNKY PROGRAMU PRO SCREENING KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA
V ČR

1. Záměr a cíl screeningu karcinomu děložního hrdla

Screeningem je míněno organizované, kontinuální a vyhodnocované úsilí o časný záchyt zhoubného nádoru děložního hrdla a jeho předstupňů prováděním preventivních cytologických vyšetření v celé populaci dospělých žen, které nepocítují žádné přímé známky přítomnosti nádorového onemocnění, se zvláštním zřetelem k těm, jež nenavštěvují pravidelně nebo vůbec ambulanci gynekologa.

Záměrem screeningu je nabídnout ženám v České republice kvalifikovaná preventivní (screeningová) vyšetření děložního hrdla v laboratořích splňujících kritéria moderní diagnostiky.

Cílem screeningu je zvýšit včasnost záchytu zhoubných nádorů děložního hrdla a přednádorových stavů a tím snížit úmrtnost na rakovinu děložního hrdla v České republice.

Primární prevence, zdravotní výchova a poskytování průběžných informací o síti schválených referenčních laboratořích jsou nedílnou součástí screeningu.

2. Vstup cytologických laboratořích do programu screeningu karcinomu děložního hrdla

Soustředění detekce a diagnostiky karcinomu děložního hrdla na specializovaná pracoviště, referenční laboratoře, splňující zvláštní podmínky, zajišťuje kvalitu, kontinuitu a hodnotitelnost výsledků, odpovídá zájmu žen i doporučením evropských organizací a institucí zabývajících se programy onkologické prevence.

Cytologická laboratoř, která splňuje příslušná požadovaná kritéria a podmínky pro screening karcinomu děložního hrdla, je doporučena Komisí Ministerstva zdravotnictví pro screening karcinomu děložního hrdla k provádění screeningového vyšetření. Toto stanovisko je podkladem pro jednání se zdravotními pojišťovnami za účelem sjednání smlouvy o úhradě zdravotní péče nebo jejího dodatku.

Účast pracovišť ve screeningu v zájmu kvality, kontinuity a hodnotitelnosti výsledků mimo stanovená kritéria nelze vynucovat ani akceptovat udělováním výjimek z přijatých pravidel.

Přihlášku k zařazení cytologické laboratoře do screeningového programu podává na zvláštním formuláři statutární zástupce zdravotnického zařízení Ministerstvu zdravotnictví (formulář žádosti je přiložen v příloze).

Seznam doporučených pracovišť je uveřejněn a průběžně aktualizován na webových stránkách MZ.

3. Vstup a účast žen v programu screeningu karcinomu děložního hrdla.

Na preventivní vyšetření karcinomu děložního hrdla v referenční laboratoři má v souladu s vyhláškou o preventivních prohlídkách právo každá dospělá žena. Screeningovým vyšetřením se rozumí cytologické vyšetření navazující na preventivní prohlídku u registrujícího gynekologa, které je hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění ženám 1x za rok.

Ženy ve věku 25-60 let, které 2 roky nebyly v rámci gynekologické prevence vyšetřeny, jsou zdravotní pojišťovnou informovány o možnosti preventivního gynekologického vyšetření hrazeného z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Nedostaví-li se, je informována každý následující rok.

4. Podmínky pro cytologické laboratoře k vyhodnocení cervikální cytologie

I) TECHNICKÉ PŘEDPOKLADY

Standardem je provádění 15 000 nebo více vyšetření ročně. Jedním vyšetřením se rozumí cervikovaginální cytologický vzorek/ky od jednoho rodného čísla v daném roce.

a) vybavení cytologické laboratoře

Vybavení cytologické laboratoře je zajištěno v souladu s vyhláškou č. 49/1993, Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení. Pro účely screeningového cytologického vyšetření se považuje za standardní vybavení dále jeden laboratorní mikroskop s možností fotodokumentace, barvicí automat, počítač a softwarové vybavení dovolující provádět všechny základní statistiky a okamžité vyhledání předchozího vyšetření

Příl. 2 – pokračování

b) další možné technické vybavení

Vybavení pro provádění testů přítomnosti DNA „rizikových typů“ virů HPV. Cytologické a patologicko-anatomické laboratoře, které provádějí nad 50.000 vyšetření gynekologické cytologie ročně, mohou provádět HPV testy. Testování indikuje lékař gynekolog a provádí se pouze ve sporných případech (např. ASC-US), což představuje cca 4% cytologicky vyšetřovaných pacientů z průměrného počtu vyšetření za rok.

II) PERSONÁLNÍ A KVALIFIKAČNÍ PŘEDPOKLADY PRACOVNÍKŮ LABORATOŘE

Každá laboratoř provádějící gynekologickou cytologii zaměstnává minimálně jednoho lékaře oprávněného k provádění gynekologických cytologií na plný úvazek, který je přítomen celou pracovní dobu v laboratoři. Je též možné zaměstnávat 2 lékaře, a to každého na poloviční úvazek. Vždy však nejméně 1 lékař je přítomen na pracovišti během celé pracovní doby, jehož přítomností je zajištěno tzv. další čtení a možnost konzultace pro laboranta. Definitivní diferenciální diagnózu stanovuje lékař. Laboratoř dále zaměstnává minimálně jednoho cytotechnologa na úplný úvazek.

Lékaři a cytodiagnostikové:

- A) lékař se specializací v oboru patologické anatomie a s osvědčením o vykonané zkoušce pro odbornou způsobilost pro speciální úsek činnosti v oboru gynekologická cytologie dle dříve platných předpisů (§ 36 vyhlášky č. 77/1981 o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, ve znění pozdějších předpisů), nebo absolvováním jiného obdobného vzdělávacího programu, který byl schválen Českou lékařskou komorou dle jejích stanovských předpisů,
- B) lékař se specializací v oboru gynekologie a porodnictví a s osvědčením o vykonané zkoušce pro odbornou způsobilost pro speciální úsek činnosti v oboru gynekologická cytologie dle dříve platných předpisů (§ 36 vyhlášky č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, ve znění pozdějších předpisů), nebo absolvováním jiného obdobného vzdělávacího programu, který byl schválen Českou lékařskou komorou dle jejích stanovských předpisů,
- C) Zdravotnický pracovník, který získal odbornou způsobilost zdravotního laboranta podle zvláštního právního předpisu¹⁾ a specializovanou způsobilost v oboru cytodiagnostika podle zvláštního právního předpisu²⁾, nebo zvláštní odbornou způsobilost pro úzce vymezené činnosti³⁾.

Na činnosti se mohou dále podílet jiní odborní pracovníci a to pod odborným dohledem lékaře nebo zdravotnického pracovníka se způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu a specializovanou způsobilostí v oboru.

III) POPIS PROVÁDĚNÍ CYTOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ

a) Definice

Cytologické vyšetření je vyšetřovací metoda, při které se pomocí světelného mikroskopu hodnotí preparované a barevně znázorněné buněčné populace získané stěrem či výtěrem z genitálního traktu ženy.

b) Postup vyšetření

- a) V laboratoři je zkontrolován počet preparátů, jejich označení, průvodky, stav po převzetí, neidentifikovatelné či sporné žádanky či materiál jsou vyřazeny a vráceny zpět.
- b) Preparát po preanalytické kontrole se barví pro účely výše definovaného screeningu standardním způsobem dle Papanicolaoua nebo jeho modifikací, jiný postup je považován za non lege artis.
- c) Po ukončení barvení následuje nanesení montážního média, jeho překrytí a označení, po barvicím procesu je celý preparát vyšetřen mikroskopicky v základním zvětšení 100 – 150x, 400x.

c) Kvalitativní kontrola nálezů

- a) Všechny případy suspektní buněčné neoplázie a všechny s reaktivní buněčnou proplází (přibližně 10%) předává cytotechnolog ke zhodnocení lékaři.
- b) Minimálně 10% náhodně vybraných preparátů podléhá povinně dvojí kontrole (rescreening).
- c) Preparáty jsou zpětně kontrolovány v těch případech, kde se objeví nesouhlas histologického a cytologického nálezu.
- d) Cytologické nálezy se vyjadřují slovně dle systému Bethesda 2001.
- e) Maximální doporučený počet vyšetření pro jednotlivého nositele výkonu je 80 případů denně v rámci primárního vyšetření a 40 případů denně v rámci druhého čtení.
- f) O nálezu je vedena zdravotnická dokumentace. Při nakládání se zdravotnickou dokumentací se postupuje

Příl. 2 – pokračování

v souladu se zákonem o péči o zdraví lidu a vyhláškou o zdravotnické dokumentaci. Nález je předán zpět příslušnému pracovišti gynekologa na papírové průvodce nebo na magnetickém mediu, případně elektronicky. Preparáty jsou archivovány po dobu 5 let. Dokumentace nálezu v papírové či elektronické formě se uchovává v souladu s vyhláškou o zdravotnické dokumentaci, a to nejméně 10 let.

5. Návaznost péče při zjištění nádoru

Součástí podmínek je jasně definovaná návaznost nálezů cytologické laboratoře na konkrétní gynekologické a onkologické, případně další odborné ambulance, aby zjištěný či podezřelý zhoubný nádor či prekancerosa mohly být bez zbytečného prodloužení terapeuticky řešeny v rámci nezbytné interdisciplinární spolupráce. Musí být zajištěna také zpětná informační vazba mezi lékaři provádějícími chirurgickou léčbu, onkology a screeningovým pracovištěm. Laboratoř průběžně vyhodnocuje validitu a efektivitu screeningových vyšetření, která provádí.

6. Kontinuita screeningu

Pracoviště provádějící screening vede záznam každé klientky o provedeném preventivním cytologickém vyšetření a jeho výsledku v písemné, filmové, případně elektronické podobě, přičemž doba archivace se řídí dle ustanovení článku 3 tohoto standardu. Doporučuje se, aby předchozí vyšetření byla k dispozici na jednom pracovišti, protože o časnosti zachytu nádoru může rozhodnout dynamika změn v čase. Pracoviště proto zajistí na vyžádání předání (se souhlasem pacientky) kopie celé dokumentace o dosavadním screeningovém vyšetření novému pracovišti, které preventivní péči o ženu přebírá (například z důvodu změny bydliště nebo na přání ženy). Rovněž (se souhlasem pacientky) protokolárně zapůjčí na vyžádání nového pracoviště nebo pověřenému členovi komise Ministerstva zdravotnictví všechny archivované cytologické preparáty dané pacientky.

7. Sledování a vyhodnocování činnosti screeningového programu (datový audit)

Laboratoř, která provádí screeningové cytologické gynekologické vyšetření, vede samostatně evidenci screeningových vyšetření, která obsahuje minimálně:

- Celkový počet jednotlivých cervikovaginálních cytologických vyšetření za období 1 roku.
- Jméno a identifikační číslo pacientky, číslo zdravotní pojišťovny pacientky, pořadové číslo průvodky, jméno odesílajícího gynekologa a cytologickou diagnózu.

Software používaný cytologickou laboratoří je schopen generovat jednoduché sestavy, a to především počet a procentuální zastoupení sledovaných údajů v sestavě.

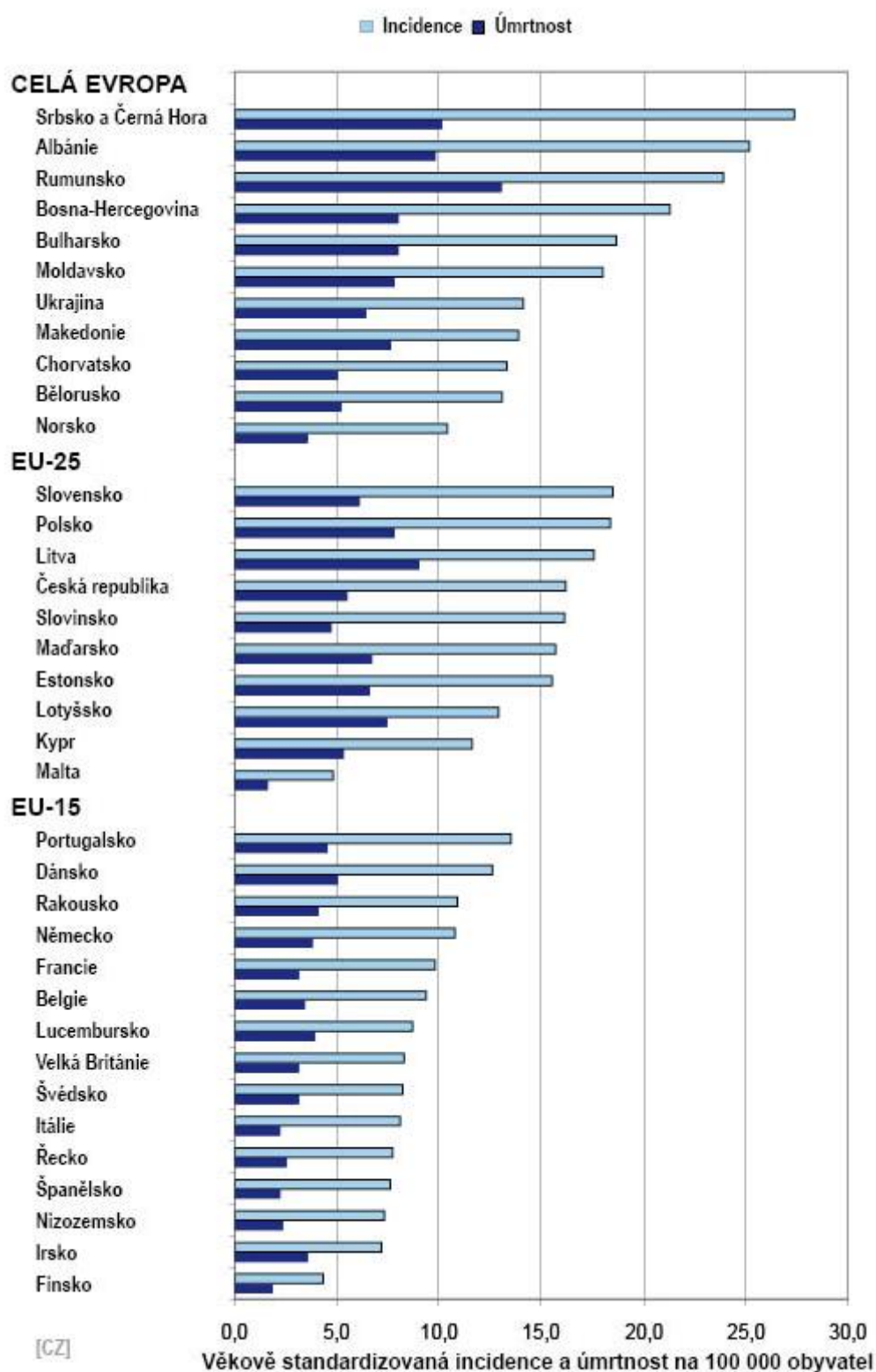
Laboratoř vede zdravotnickou dokumentaci v souladu s vyhláškou o zdravotnické dokumentaci a je schopno poskytnout anonymizované údaje.

Kontrola plnění kritérií je prováděna v souladu s platnými právními předpisy orgány k tomu určenými.

Zrušuje se metodické opatření č. 9 Kritéria a podmínky programu pro screening karcinomu děložního hrdla v ČR uveřejněné ve Věstníku MZ částka 9/2005.

(www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID...)

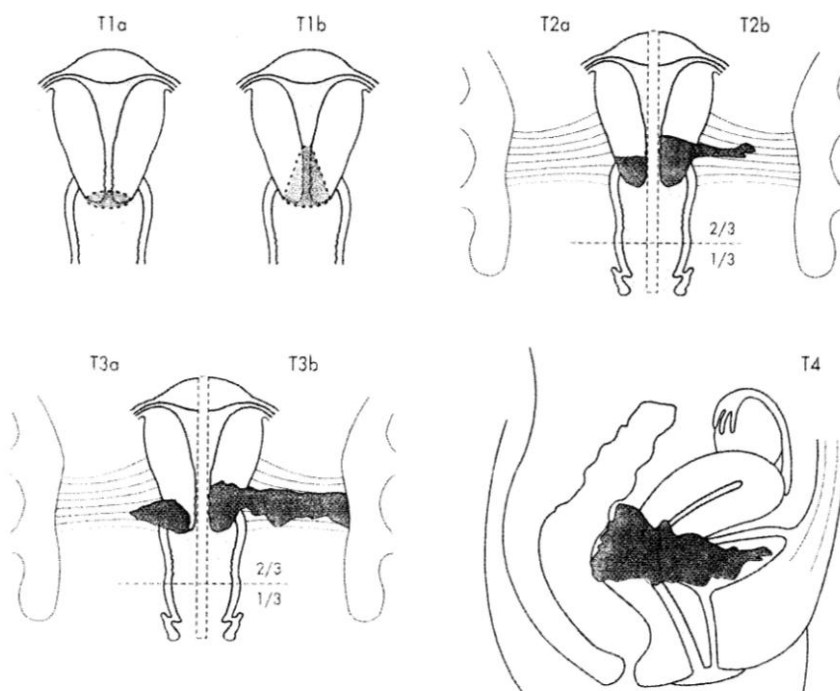
Příl. 3 – Výskyt karcinomu v EU



(<http://www.ecca.info/cs/delozeni-cipek/vyskyt-karcinomu-delozeniho.html>)

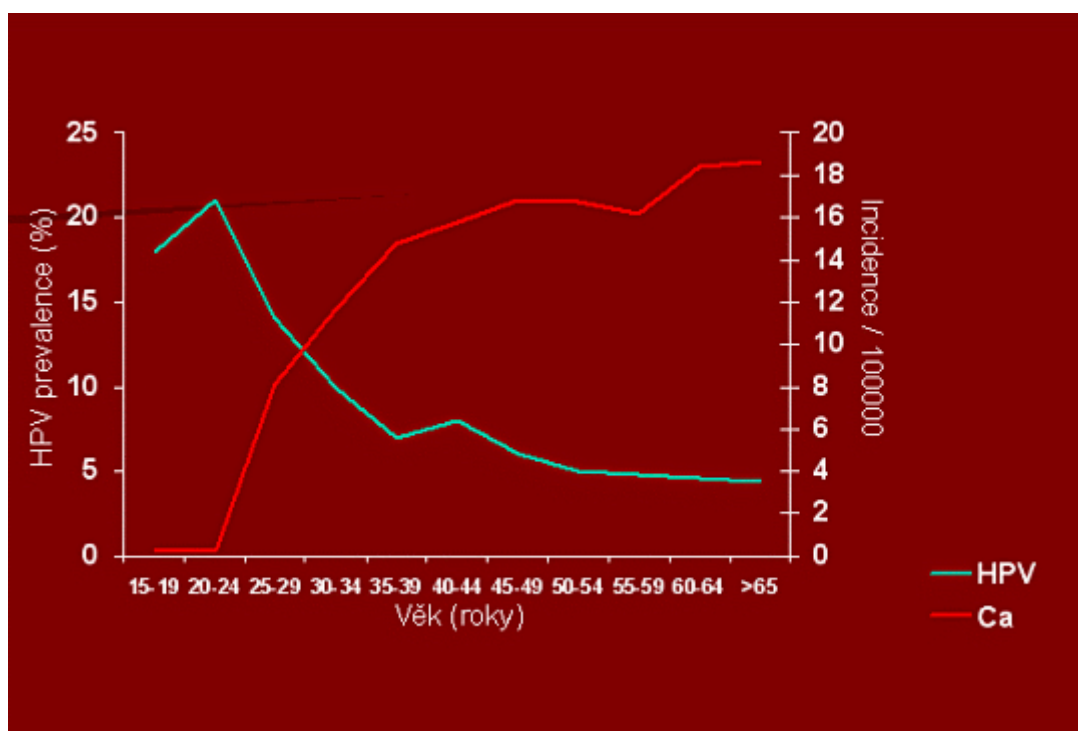
Příl. 4 – Klasifikace FIGO a TMN

Stadium	Rozsah postižení	TNM
FIGO		
0	karcinom »in situ«	Tis
I	karcinom ohraničený na dělohu	T1, N0, M0
IA	invazivní karcinom diagnostikovaný pouze mikroskopicky	T1a, N0, M0
IA1	stromální invaze do 3mm hloubky a do 7mm šířky	T1a1, N0, M0
IA2	stromální invaze do 5mm hloubky a do 7mm šířky	T1a2, N0, M0
IB	klinicky viditelná léze čípku nebo mikroskopická léze větší než T1a2	T1b, N0, M0
IB1	klinicky zřetelná léze do 4 cm v největším rozměru	T1b1, N0, M0
IB2	léze větší než 4 cm	T1b2, N0, M0
II	karcinom se šíří mimo dělohu, ale ne ke stěně pánevní a ne do dolní třetiny pochvy	T2, N0, M0
IIA	bez šíření do parametří	T2a, N0, M0
IIB	postižení parametří	T2b, N0, M0
III	nádor se šíří ke stěně pánevní a/nebo na dolní třetinu pochvy	T3, N0 (N1), M0
IIIA	nádor postihuje dolní třetinu pochvy bez šíření ke stěně pánevní	T3a, N0, M0
IIIB	nádor se šíří ke stěně pánevní a/nebo způsobuje hydronefrózu či atunkci ledviny	T3b, N1, M0 (T1, T2, T3a, N1, M0)
IV	nádor prorůstá do okolních orgánů	T4
IVA	nádor prorůstá mimo malou pánev (bez vzdálených metastáz)	T4, jakékoliv N, M0
IVB	jsou přítomny vzdálené metastázy	jakékoliv T, jakékoliv N, M1



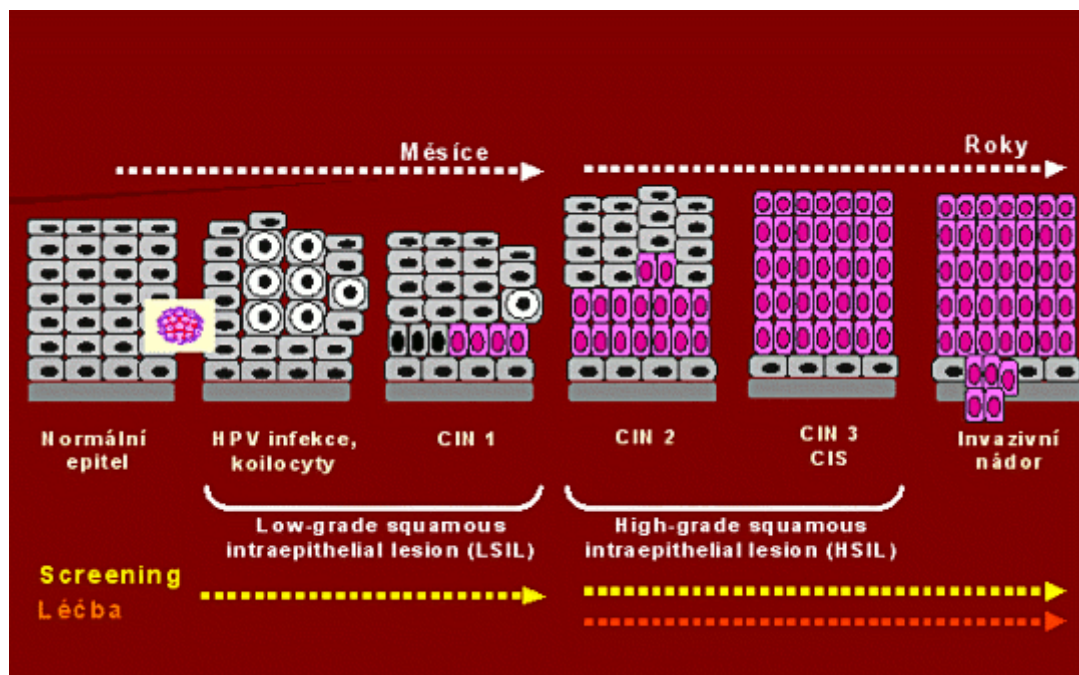
(Cibula, 2009)

Příl. 5 – Prevalence HPV infekce ve vztahu k incidenci karcinomu děložního hrdla



(<http://www.onkogyn.cz/hpv-lekari/incidence-hpv-infekce>)

Příl. 6 – Schéma rozvoje karcinomu děložního hrdla v souvislosti s HPV infekcí



(<http://www.onkogyn.cz/hpv-lekari/vztah-hpv-infekce-ke-karcinomu-delozniho-hrdla>)

Příl. 7 – Účinnost HPV vakcín

Účinnost HPV vakcín proti jakékoliv CIN v prodlouženém sledování studií II. fáze (HARPER, D. *HPV vaccines*. In AYHAN, A., GULTEKIN, M., DURSUN, P. *Textbook of gynaecological oncology*. Ankara: Gunes Publishing, 2009, p. 68.)

	CIN 1-3 způsobené HPV 16 a/nebo HPV 18				
	očkované (n)	případy CIN	kontroly (n)	případy CIN	účinnost (95% CI)
Cervarix	481	0	470	15	100% (73 – 100)
Silgard	114	0	127	7	100% (31 – 100)

<http://www.onkogyn.cz/hpv-lekari/rozdily-mez-ockovacimi-latkami>

Příl. 8 – Současná legislativa - zdravotní prevence

Zákon číslo 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

§ 13:

- (1) ze zdrav. pojištění se hradí zdrav. péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav
- (2) "hrazená péče" zahrnuje m.j. i preventivní péči (viz par. 29)

§ 15:

- (9) ze zdrav. pojištění se nehradí vyšetření, prohlídky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických (právnických) osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce

§ 29:

- (1) V rámci hrazené péče se u pojištěnců provádějí preventivní prohlídky. Účelem preventivních prohlídek je včasné zjištění ohrožení nebo poruch zdraví. Preventivní prohlídky provádí ošetřující lékař, není-li ze zdrav. dokumentace pojištěnce zřejmé, že prohlídka byla provedena nebo že pojištěnec byl v dále uvedených lhůtách v požadovaném rozsahu preventivní prohlídky vyšetřen.
- (2) U pojištěnců se provádí preventivní prohlídka:
 2. v oboru gynekologie... při ukončení školní docházky a dále počínaje patnáctým rokem jedenkrát ročně
 3. obsahem preventivních prohlídek je zjištění údajů nutných k posouzení zdravotního stavu a zdravotních rizik pojištěnce, jakož i podrobné klinické vyšetření a zajištění potřebných laboratorních vyšetření. Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

Vyhláška MZ ČR č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, ve znění vyhlášky č. 183/2000 Sb.

§ 4: Prevence v gynekologii

začíná v 15 letech dětským gynekologem a dále jedenkrát ročně

- podrobné gynekologické vyšetření včetně vyšetření konečníku a prsů a nácviku samovyšetřování.

Účinnost vyhlášky od 1. dubna 1997 (Randula, 2009).

