



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Žena a prevence ve stáří

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

PORODNÍ ASISTENCE

Autor: Dominika Orságová

Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem *Žena a prevence ve stáří* jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4.5.2018

.....

Dominika Orságová

Poděkování

Velice ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Romaně Belešová za její cenné rady a pomoc při zpracování této bakalářské práce. Dále chci poděkovat všem respondentkám, které se zúčastnily výzkumného šetření a mé rodině za jejich trpělivost během mého studia.

Žena a prevence ve stáří

Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje problematice prevence žen ve stáří. V České republice mají ženy od 15 let nárok na preventivní gynekologickou prohlídku jedenkrát ročně. Cílem těchto preventivních vyšetření je včasný záchyt nádorových onemocnění. Porodní asistentka by proto měla umět řádně edukovat o nutnosti prevence každou ženu, bez ohledu na stáří.

Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje na jednotlivé druhy prevencí, dále na prevenci civilizačních chorob, gynekologickou prevenci a podporu zdraví žen ve stáří. Následující kapitola se věnuje rizikům spojeným s nedostatečnou prevencí a poslední kapitola se zabývá edukací žen porodní asistentkou.

Cílem práce bylo zjistit, zda ženy ve stáří navštěvují gynekologa za účelem pravidelných preventivních vyšetření a zda si uvědomují rizika, která jim hrozí v případě zanedbávání prevence. Ke stanoveným cílům byly přiřazeny i odpovídající hypotézy. Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní metodou, při které byl použit pro sběr dat dotazník. Dotazníky byly distribuovány za pomoci internetu a tištěnou formou. Následně byly rozdávány za pomoci metody „snowball“. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 170 respondentek. Všechny ženy byly řádně poučeny o účelu tohoto výzkumu a jeho součástí se staly zcela dobrovolně. Data, získaná za účelem ověření hypotéz, byla testována pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu.

Z provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že existuje statisticky významná souvislost mezi věkem žen a návštěvou preventivních gynekologických vyšetření. Naše domněnka, že ženy ve stáří zanedbávají prevenci oproti ženám ve fertilním věku, byla přijata. Dále z výzkumného šetření vyplynulo, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi věkem ženy a povědomím o rizicích spojených se zanedbáváním prevence. Při testování našeho druhého předpokladu, že ženy ve stáří si neuvědomují následky zanedbání prevence oproti ženám ve fertilním věku, jsme došli k jeho zamítnutí.

Výsledky výzkumného šetření prokazují nutnost řádné edukace a motivace v oblasti gynekologické prevence žen a dívek všech věkových kategorií. Respondentky

samy uváděly, že by se povědomost o prevenci měla zvyšovat pomocí informačních letáčků a dále by uvítaly rozesílání pozvánek na prevence.

Klíčová slova

žena; stáří; prevence;

Woman and prevention in old age

Abstract

The bachelor's thesis deals with the issues of female prevention in old age. In the Czech Republic women aged over 15 are entitled to a preventive gynaecology check-up once a year. The aim of these preventive check-ups is early cancer detection. Therefore, a birth attendant should be able to provide every woman, regardless her age, with proper information about the necessity of prevention.

The theoretical part of the thesis focuses on the individual types of prevention, the prevention of civilisation diseases, gynaecological prevention and health support of women in old age. The following chapter deals with the risks associated with insufficient prevention and the last chapter describes ways how a birth attendant should provide women with information.

The thesis aims to find out if women in old age regularly go to gynaecology check-ups and whether they are aware of the risks ensuing from neglecting the prevention. These aims were matched with corresponding hypotheses. The survey research was conducted by means of the quantitative method, using a questionnaire to collect the data. The questionnaires had been distributed online and in a printed form. Subsequently, they were distributed by means of the "snowball" method. In total, 170 female respondents participated in the survey research. All were duly instructed of the purpose of the research and they took part on a purely voluntary basis. The data collected to verify the hypotheses were tested by means of Pearson's chi-squared test.

The findings of the survey research have shown that there is a statistically significant connection between the women's age and the regularity of their preventive gynaecology check-ups. The presumption that women in old age neglect the prevention, compared with women in fertile age, was verified. The findings have also shown that there is no statistically significant connection between a woman's age and her awareness of risks ensuing from neglecting the prevention. Thus, the assumption that women in old age are not aware of the consequences ensuing from neglecting the prevention was refused.

The results of the survey research have proved the necessity of providing women and girls of all ages with proper information and motivation in terms of gynaecological prevention. The respondents themselves have confessed that the general awareness of

prevention should be raised by means of information leaflets. They would also welcome being invited to preventive check-ups in writing.

Key words

woman; old age; prevention

Obsah

ÚVOD	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 VÝVOJOVÁ STÁDIA V ŽIVOTĚ ŽENY	11
1.1.1 <i>Období dětství</i>	11
1.1.2 <i>Období dospívání</i>	12
1.1.3 <i>Období dospělosti</i>	13
1.1.4 <i>Období stáří</i>	14
1.2 CHARAKTERISTIKA PREVENTIVNÍ PÉČE	15
1.2.1 <i>Druhy prevencí</i>	15
1.2.2 <i>Prevence civilizačních chorob</i>	17
1.2.3 <i>Preventivní gynekologický screening</i>	18
1.2.4 <i>Podpora zdraví ve stáří ženy</i>	20
1.2.4.1 <i>Screening karcinomu prsu</i>	21
1.2.4.2 <i>Screening kolorektálního karcinomu</i>	22
1.3 RIZIKA ZE ZANEDBÁNÍ PREVENCE.....	23
1.3.1 <i>Karcinom prsu</i>	23
1.3.2 <i>Zhoubné nádory děložního čípku</i>	24
1.3.3 <i>Adenokarcinom endometria</i>	25
1.3.4 <i>Zhoubné nádory vaječníku</i>	25
1.3.5 <i>Osteoporóza</i>	26
1.4 EDUKAČNÍ ČINNOST PORODNÍ ASISTENTKY	27
1.4.1 <i>Edukační proces</i>	28
1.4.2 <i>Role porodní asistentky v edukaci žen o prevenci ve stáří</i>	29
2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY, OPERACIONALIZACE POJMŮ	30
2.1 CÍL PRÁCE	30
2.2 HYPOTÉZY	30
2.3 OPERACIONALIZACE POJMŮ.....	30
3 METODIKA	32
3.1 POPIS METODIKY A TECHNIKY VÝZKUMU	32

3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	32
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	33
4.1 STATISTICKÉ VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ	48
5 DISKUZE	56
6 ZÁVĚR	60
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	61
8 SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ	71
9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	88

Úvod

Stárnutí a následné stáří je nedílnou součástí v životě každé ženy. Způsob, jakým chceme stárnout je však na každé z nás.

Celoživotní vývoj ženy, má vliv na následnou kvalitu života. Z toho důvodu jsem se zaměřovali v teoretické části práce i na vývojová období v životě ženy. Životní styl v mladším věku může ovlivnit i jednotlivá onemocnění ve stáří. Životní styl patří do tzv. prevence, která je základním kamenem zdravotnictví a ekonomiky státu. Je to dáno tím, že léčba již vzniklé nemoci je mnohem nákladnější než její screening. V České republice (dále ČR) existují pro ženy ve stáří screeningové programy, které jsou hrazeny z jejich zdravotního pojištění. Pro adekvátní využití těchto programů, je důležité, aby ženy projevovaly zájem o své zdraví. V tom jim může pomoci řádná edukace ze strany porodní asistentky, která by měla ženy umět motivovat.

Během odborné praxe jsem se v gynekologické ambulanci často setkávala se staršími ženami, které přišly na prevenci po mnoha letech, a právě z toho důvodu jsem si vybrala uvedené téma bakalářské práce. Zajímalo mne, jaký postoj mají ženy ve stáří k prevenci a zda jsou o ní řádně edukovány.

1 Současný stav

1.1 Vývojová stádia v životě ženy

V průběhu života projde žena několika stádii vývoje (Blatný, 2016). Během toho u ní nastává řada tělesných i psychických změn (Orel et al., 2016). Nejkritičtějšími mezníky v životě ženy jsou okamžiky, kdy u ní dochází k významným tělesným i hormonálním změnám (formování pohlavních sekundárních znaků, začátek menstruace, těhotenství, porod, šestinedělí a klimakterium) (Roztočil et al., 2017).

1.1.1 Období dětství

Dětství lze rozlišit na prenatální období, období raného vývoje, předškolní věk a školní věk (Kučera, 2013). Čili bychom mohli říct, že dětství začíná 9 kalendářních měsíců před narozením a končí kolem 11. roku života (Vágnerová, 2012). Dle Sigmunda Freuda představuje dětství nejdůležitější mezník z celého vývoje osobnosti, a to z toho důvodu, že právě v dětství jsou sexuální pudy člověka nejsilnější (Thrová, 2015). V případě, že jsou pudové potřeby příliš uspokojovány nebo naopak nejsou uspokojovány vůbec, může docházet k fixaci (vývojovému ustrnutí), ze které následně hrozí rozvinutí patologického vývoje osobnosti (Cipro, 2015). Freud rozdělil v dětském období dívky psychosexuální vývoj do několika stádií, a to do stádia orálního, análního, falického, latence a stádia genitálního (Millová, 2016).

Prvním stádiem je *orální stádium*, které trvá od narození zhruba do prvního roku života dítěte (Thorová, 2015). V tomto období jsou zdrojem slasti ústa, jejichž objektem je zprvu prs s bradavkou, později pak kojenecká lahev (Kučera, 2017). Dítě dosahuje slasti při polykání, sání a komplexní orální aktivitě, avšak v období, kdy dítě začíná kousat, začne orální slasti ubývat a dítě se dostává do dalšího stádia (Vágnerová, 2012).

Stádium anální trvá od 1. roku do 3 let dítěte a navazuje na orální stádium (Thorová, 2015). V této fázi se nejvíce rozvíjí sebeuvědomění a je prokázáno, že právě v anální fázi vývoje vzniká vztah jedince k majetku a penězům (Cipro, 2015). Dále si dítě začíná osvojovat základní hygienické návyky, které jsou často v rozporu mezi požadavky rodičů a fyzickým uspokojením dítěte (Millová, 2016).

Od 3 let, v době kdy končí anální stádium, dítě začíná prožívat uspokojení přes genitálie, což je typické pro tzv. *falické období*, toto období trvá do 5 let a odpovídá předškolnímu věku dítěte (Thorová, 2015). Pro předškolní období je charakteristické, že se dítě zajímá o genitálie, a to jak své, tak i dětí opačného pohlaví (Vágnerová, 2012). U dívek ve falickém období vzniká frustrace z důvodu závisti, některé dívky se cítí méněcenné a znevýhodněné v souvislosti s tím, že jim chybí penis oproti chlapcům a zlobí se na své matky, že je porodily nedokonalé (Cipro, 2015; Thorová, 2015).

V období, kdy se dívka začíná zaměřovat více na okolní svět než na uspokojování potřeb přes genitál, se přesouvá z falického období do *stádia latence*, které se vyskytuje mezi 5. rokem života a končí pubertou (Millová, 2016). Rozvíjí se schopnost vybytí svých pudů prostřednictvím antisexuálních aktivit, jako jsou různé společenské aktivity (sport, činnost v zájmových kroužcích či úspěch ve škole) (Vágnerová, 2012). Toto období je klidem před bouří, tedy klidem před nástupem puberty a níže popsaným stádiem (Cipro, 2015).

Genitální stádium patří spíše do období dospívání, protože začíná počátkem puberty a končí schopností se rozmnožovat (Thorová, 2015). Dívka v tomto období touží po lásce, jejímž vrcholem by poté měl být pohlavní styk (Cipro, 2015). V genitální stádiu vznikají vztahy založené na dospělosti a již vyzrálé sexualitě (Millová, 2016).

1.1.2 Období dospívání

Dospívání lze označit za fázi vývoje mezi dětstvím a dospělostí (Gaete, 2015). Období dospívání začíná nástupem puberty (Thorová, 2015), kolem jedenáctého roku života a končí začátkem dospělosti, kolem dvacátého roku (Kučera, 2013). V tomto období se růst dospívající dívky za rok zdvojnásobuje a vyvíjí se veškeré tělní struktury, jako jsou kosti, svaly i orgány, které ve fázi dospívání dorůstají do velikosti stejné jako u dospělé ženy (Otová, Mihalová, 2013).

U dívek má puberta rychlejší nástup, a to až o dva roky dříve oproti chlapcům (Ayers, De Visser, 2015). Prvotními známkami nástupu puberty u dívek jsou rozvoj prsů a zvýšení prsních bradavek, spolu s nárůstem pubického ochlupení (Thorová, 2015).

Vznik primárních a sekundárních pohlavních znaků v adolescenci ovlivňují hormonální změny (Štefková, Dolejš, 2016). Jedním z důležitých milníků tohoto období je menarche (začátek menstruačního cyklu u dívek) (Gaete, 2015). Před počátkem menstruace je vhodné dívku psychicky připravit na průběh menstruace, aby nepocítovala hanbu a stud při prvním krvácení (Gaete, 2015) Při nástupu první menstruace dále dochází ke zpomalení tělesného vzrůstu, protože dívky již dosáhly v této době 95 % své dospělé výšky (Thorová, 2015). Pro samotný nástup menstruace je důležitá hladina hormonů a množství tuku v těle, proto se menstruace (viz Příloha 1) u dívek s nadváhou dostaví dříve, než u štíhlých dívek (Thorová, 2015). V ovariích dozrávají folikuly a vyplavuje se gonadotropní hormon (GnRH), který stimuluje tvorbu luteinizačního hormonu (LH) a folikulostimulačního hormonu (FH) (Rokyta et al., 2015). Dospívající dívka má přibližně 300 000 folikulů, které jsou potřebné pro ovulační cykly během menstruací po dobu fertilního období (Besnard-Charvet, 2014).

1.1.3 Období dospělosti

Dospělost je obdobím v životě ženy, ve kterém dochází k reprodukci a k aktivní činnosti ve smyslu zakládání rodin (Otová, Mihalová, 2013). Kučera (2013) udává, že dospělost trvá od dvaceti do šedesáti let a je rozdělena do několika dílčích stádií, a to do stádia mladé dospělosti, střední dospělosti a starší dospělosti. Období puberty, mladé dospělosti a střední dospělosti můžeme označit i jako fertilní věk ženy (Besnard-Charvet, 2014; Thorová, 2015; Mardešić, 2013).

Fertilita znamená plodnost čili *fertilní období* představuje v životě ženy fázi, kdy je žena plodná a může mít děti (Kukla, 2016). Schopnost zplodit potomka u žen nejvíce závisí na pohlavních buňkách – folikulech (Mardešić, 2013). Folikuly jsou z vaječníku uvolněny během ovulace, která je součástí menstruačního cyklu (Rokyta et al., 2015). Menstruační cyklus a další reprodukční úlohy v organismu ženy řídí ženské pohlavní hormony estrogen (Momčilová, 2016) a progesteron (Rokyta et al., 2015). V průběhu let začne počet folikulů značně klesat (Besnard-Charvet, 2014), dochází i k poklesu hladiny estrogenu a v důsledku toho nastává u žen menopauza a postmenopauzální období (viz Příloha 2) (Thorová, 2015).

Dle Mardešiče (2013) *menopauza* nastává v období, kdy klesne počet folikulů pod 100. Oproti tomu Besnard-Charvetová (2014) udává, že menopauza přichází v období, kdy je hodnota folikulů kolem 1 000. Menopauza je označována jako poslední menstruace, po které se menstruace u ženy zastaví alespoň na rok (Driák, 2014). V tomto období ženy často trápí depresivní nálady, podrážděnost, fyzické i psychické vyčerpání, návaly horka a nevolnosti (Thorová, 2015). Rok po menopauze následuje období *postmenopauzy*, zahrnující brzké postmenopauzální období a celé období stáří (senia) (Dostál, Turková, 2017), kterému bude věnována pozornost v následující kapitole.

1.1.4 Období stáří

Období stáří je poslední etapou ve vývoji ženy (Čeledová et al., 2016). Dle Kučery (2013) se jedná o období od šedesáti a více let. Součástí tohoto období bývá výskyt geriatrického syndromu, který zahrnuje složky somatické, sociální i psychické (Wagnerová, 2014).

Žena ve stáří zažívá chvíle, kdy se u ní mohou s přibývajícím věkem objevovat mnohá onemocnění, na kterých se podílí jak dědičnost, tak nezdravý životní styl a důležitým faktorem může být i zanedbaná preventivní péče (Thorová, 2015). U žen v seniu již není zachovaná reprodukční schopnost a funkce vaječníků je zcela ukončena, navíc často dochází k atrofii, a dokonce se mohou vyskytovat problémy spojené s močovou inkontinencí (Slezáková, 2017). Vlivem nedostatku hormonů je žena dále ohrožena vznikem osteoporotických zlomenin, které hrozí i při sebemenším pádu (Weiss et al., 2010)

Mezi další onemocnění, kterými je žena ve stáří ohrožena, řadíme vznik kardiovaskulárních příhod či zvýšenou glykémii a s tím související DM II. typu (Weiss et al., 2010; Slezáková et al., 2012). Zhoršuje se i smyslové vnímání, paměťové funkce a myšlenkové procesy jsou zpomalené (Slezáková et al., 2012). S tím souvisí i ztráta soběstačnosti a vznik závislosti na druhých (Šolcová, Blatný, 2016). Často dochází k tomu, že žena ve stáří není dostatečně oceňována a společnost ji vnímá jako méněcennou (Thorová, 2015). V takovém případě se může u žen vyskytnout i deprese, kterou je nutné včas podchytit a léčit (Štěpánková et al., 2015). Často může

deprese vzniknout i v době, kdy žena navždy přichází o lidi, které znala a měla ráda (Štěpánková et al., 2015; Šolcová, Blatný, 2016).

1.2 Charakteristika preventivní péče

Preventivní péče v současné době představuje významnou složku zdravotní politiky (Tóthová et al., 2015). Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, má pacient hradící si zdravotní pojištění nárok na preventivní péči. Přesto, že medicína zná mnoho způsobů, jak léčit řadu nemocí, našim prvotním cílem by mělo být zamezení vzniku nemoci preventivními opatřeními (Hrubá, 2014), případně zpomalit či zastavit vývoj již existující choroby (Velemínský, Kulka, 2016).

1.2.1 Druhy prevencí

Nesnidalová et al. (2016) uvádí čtyři druhy prevencí a to primární, sekundární, terciární a kvarterní. Také Žaloudík (2012) se zmiňuje o kvarterní prevenci v onkologii. Naproti tomu Jelínková (2014), Velemínský, Kukla (2016) Klíma et al. (2016) a Slezáková et al. (2017) udávají pouze tři druhy prevencí a to primární, sekundární a terciární, o prevenci kvarterní se tito autoři nezmiňují.

Primární prevence

Primární prevence se zabývá posilováním pozitivního postoje k vlastnímu zdraví (Klíma et al., 2016) a k aktivitám směřujícím k upevnění zdraví (Velemínský, Kukla, 2016). Na zachování zdraví se podílí celá společnost, protože v primární prevenci se nejedná pouze o jedince, ale o celou populaci (Klíma et al., 2016). Cílem primární prevence u žen je snížení incidence jakékoliv nemoci (Velemínský, Kukla, 2016).

V případě primární prevence je dalším cílem i omezení výskytu rizikových faktorů u žen (Slezáková et al., 2017). Životní styl je jedním z ovlivnitelných rizikových faktorů, proto by si měla porodní asistentka uvědomit význam edukace v této oblasti (Nesnidalová et al. 2016). Edukace je totiž jednou z metod primární prevence, mezi další metody řadíme například očkování, výchovu ke zdraví a zkvalitnění výživy (Velemínský, Kukla, 2016).

Jedna z metod primární prevence v oboru onko-gynekologie je očkování proti rakovině děložního čípku (Slezáková et al., 2017). V ČR se očkování provádí třemi druhy vakcín, a to vakcínou Gardasil 9, Silgard a Cervarix (Navrátil et al., 2017). Toto očkování je zaměřeno na HPV infekce (viz Příloha 3), (Bártová, 2015). Vakcína Cervarix je orientována proti HPV typu 16 a 18, vakcína Silgard působí proti typům 6,11,16 a 18 a vakcína Gardasil 9, která je na trhu nejnovější, působí proti typům 6,11,16,18,31,33,45,52 a 58 (Roztočil et al., 2017)). HPV infekce se řadí mezi sexuálně přenosné choroby, protože k jejich přenosu dochází nejčastěji při pohlavním styku (Sankot, 2013), proto je vhodné provádět vakcinaci u dívek před začátkem sexuálního života (Navrátil et al., 2017). V ČR je možné provádět vakcinaci u dívek již od 9 let, hrazeno pojišťovnou je však až od 13. do 14. let věku dívky (Roztočil et al., 2017). Chlapce je vhodné také očkovat, a to z důvodu, že předkožka penisu je rezervoárem HPV. Očkování pro chlapce je, stejně jako u dívek, hrazeno zdravotními pojišťovnami od 13. let věku chlapce (Navrátil et al., 2017). Pojišťovny zavedly hrazení vakcíny proti HPV pro chlapce 1.1.2018 (VZP, © 2015). Dnes je známo již přes 100 virů HPV (Dvořák, Pilka, 2017). Mezi málo rizikové typy HPV infekce řadíme takové, které způsobují řadu nepříjemností, jako jsou například condylomata accuminata, květákovitě uspořádaný shluk bradavičnatých výrůstků (viz Příloha 4), (Nováčková, Nouzová, 2016). Vysoce rizikové typy HPV infekce způsobují u žen závažné problémy, jako jsou dysplazie, prekancerózy a i karcinomy. Trvá ovšem několik let, než dojde ke vzniku karcinomu (Alizon et al., 2017). Očkovací vakcína je zaměřena na nejrizikovější kmeny HPV a představuje účinnou prevenci v boji proti karcinomu děložního čípku (Nováčková, Nouzová, 2016).

Sekundární prevence

Sekundární prevence jde ruku v ruce s prevencí primární (Klíma et al., 2016). Na rozdíl od primární prevence, která měla za úkol omezení vzniku rizikových faktorů, se sekundární prevence zaměřuje na včasné vyhledávání vznikajících či už vzniklých nemocí. Netýká se však pouze směru zdravotnického, ale vyhledává i sociální problémy (Velemínský, Kukla, 2016).

Z pohledu sekundární prevence v onko-gynekologii si klademe za cíl včasný záchyt plně léčitelných nádorů či sledování stavů přednádorových (Slezáková et al., 2017). Součástí včasné diagnostiky onko-gynekologických onemocnění jsou screeningová vyšetření na karcinom děložního čípku, karcinom prsu a kolorektální karcinom (Nesnidalová et al., 2016), sledování přednádorových změn a včasná terapie prekanceróz (Slezáková et al., 2017). Včasné odhalení nádorových změn a nádorů vede k snadnějšímu léčení a vyšší úspěšnosti léčby, což má za následek patrné snížení mortality (Dvořák et al., 2014).

Terciární a kvarterní prevence

Obecným cílem *terciární prevence* je zmírnění následků choroby a udržet co nejdéle kvalitu života na dobré úrovni (Jelínková, 2014). Dále se terciární prevence zaměřuje na 3. a 4. stádium nemoci (Velemínský, Kukla, 2016). Tato prevence v onko-gynekologii sleduje ženy, které už nádorové onemocnění prodělaly (Nesnidalová et al., 2016), a to z důvodu možného návratu nemoci či opětovného odhalení příznaků nemoci (Slezáková et al., 2017). Jedná se o komplexní léčbu i s rekonvalescencí a rehabilitací (Klíma et al., 2016).

Dle Žaloudíka (2012) a Nesnidalové et al. (2016) se *kvarterní prevence* zabývá preventivním myšlením, prevencí zbytečného utrpení a potlačováním bolesti. Právě v této prevenci je důležitá péče o ženu, porodní asistentka by měla být schopna těmto ženám zajistit odbornou péči (a tím i kvalitu jejich života) na co nejvyšší možné úrovni po dobu jejich dožívání (Nesnidalová et al. 2016).

1.2.2 Prevence civilizačních chorob

Primárním úkolem medicíny by mělo být předcházení onemocnění, tedy zvyšování odolnosti organismu, a právě zdravý životní styl by měl být klíčovým pro zvýšení odolnosti organismu (Čevela et al., 2014). Prevence civilizačních onemocnění u žen zastává významné postavení, neboť nedodržování prevence může vést u žen ke vzniku rizik civilizačních chorob.

Žena je ve stáří více zranitelnější, její regenerační schopnosti jsou omezené a přidružují se i chronická onemocnění (Mullerová, 2014). U žen ve stáří dochází k úbytku svalové

hmoty a nárůstu tukové tkáně (Tuček, 2012). Špatné stravovací návyky ve stáří jsou způsobené řadou faktorů, kam se řadí například ztráta partnera, snížení pocitu hladu a žízně, zpomalení metabolismu a snížení energetického výdeje, to může vést ke vzniku tzv. paradoxní obezity (Mullerová, 2014). Paradoxní obezita je stav, při kterém žena ve stáří trpí nevyváženým stavem výživy a vlivem toho u ní dochází k malnutrici, která se projevuje obezitou (Pokorná et al., 2013).

Dle Čevely et al., (2012) je nejzávažnější *obezitou* u žen ve stáří tzv. sarkopenická obezita, která je kombinací svalové slabosti a obezity. Svalové hmoty ubývá nejvíce v místech, na které je směřována největší zátěž, tedy na DK (Štěpánková et al., 2015). Právě úbytek svalové hmoty na DK se nejvíce projevuje na mobilitě ženy ve stáří a značně komplikuje možnost redukce tukové tkáně (Štěpánková et al., 2015; Holczerová, Dvořáčková, 2013). Mezi hlavní komplikace obezity, mimo postižení pohybového aparátu, řadíme vznik inzulínové rezistence a rozvoj DM II. typu a kardiovaskulární onemocnění (Rokyta et al., 2015).

Diabetes mellitus II. typu je chronické onemocnění, které je nejčastěji diagnostikováno v dospělosti a jedním z rizikových faktorů pro jeho rozvoj je obezita a dlouhodobá hypotenze nebo hypertenze (Vránová, 2013). Pozitivní však je, že DM II. typu je léčitelný a jeho vzniku se dá předejít zdravým životním stylem (Fuhman, 2017). Pokud se však neléčí, tak výrazně zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Vránová, 2013).

Ateroskleróza je chronické onemocnění vyznačující se chorobným zánětem cév, dysfunkcí endotelu a ukládáním lipidů na cévní stěně (viz Příloha 5), (Campbell, Rosenfeld, 2015). Mezi rizikové faktory pro vznik aterosklerózy lze zařadit obezitu, hypertenzi, inzulínovou rezistenci, kouření a vysoký věk ženy (Barash, 2015). Dle WHO je ateroskleróza první příčinou úmrtí na světě (García-González et al., 2015). Projevem aterosklerózy jsou infarkt myokardu, cévní mozková příhoda a ischemická choroba dolních končetin (Barash, 2015)

1.2.3 Preventivní gynekologický screening

Preventivní gynekologické prohlídky se provádí jednou ročně, a to od patnáctého roku věku dívky (Vyhláška č. 70/2012 Sb.). I přesto, že jsou preventivní prohlídky zcela

hrazeny ze zdravotního pojištění (Nováčková, Nouzová, 2016), mnoho žen tuto možnost prevence nevyužívá (Machová et al., 2016). Přitom pravidelné gynekologické prohlídky spolu s mamografií mohou u žen okolo padesáti let věku snížit výskyt onkologických nádorů až o dvě třetiny (Špinar et al., 2013).

Základem gynekologické prohlídky je podrobná anamnéza, součástí které je i informace o poslední menstruaci, proto je vhodné vést si menstruační kalendář (Nováčková, Nouzová, 2016). Mezi další vyšetření patří vyšetření mizních uzlin a kůže v oblasti genitálií, vyšetření pomocí vaginálních zrcadel, kolposkopie, odběr cytologického stěru, bimanuální palpační vyšetření a edukace ženy o významu preventivních prohlídek, nutnosti mamografického vyšetření po dosažení čtyřiceti pěti let, samovyšetřování prsů a o prevenci kolorektálního karcinomu (Vyhláška č. 70/2012 Sb.).

Cytologie je základním screeningovým vyšetřením na odhalování podezřelých lézí na děložním čípku (WHO Guidelines, 2013). Stěr se provádí pomocí speciální štětičky z povrchu děložního čípku a z kanálu děložního hrdla (viz Příloha 6) (Nováčková, Nouzová, 2016). Odebrané buňky se poté nanosí na čisté podložní sklo, které je předem označené a fixují se 96% roztokem alkoholu či případně fixačními spreji (Slezáková et al., 2017). Při pozitivním cytologickém nálezu podstupuje žena další vyšetření a výkony, jako jsou například rozšířená kolposkopie, cervikální biopsie, konizace, v případě nepříznivých nálezů může následovat až hysterektomie (Pilka, Dvořák, 2017). Screening pomocí cytologie je dle WHO velký problém v zemích, kde nejsou zdravotní podmínky na vysoké úrovni a míra cytologického screeningu je zde malá, proto udávají alternativní metodu tzv. „screen-and-tear“ (viz Příloha 7), při kterých by se eliminoval počet cytologických stěrů (WHO Guidelines, 2013).

Kolposkopie je důležitým nástrojem v diagnostice cervikální prekancerózy a časného záchytu rakoviny děložního čípku (Vallikad et al., 2017). Kolposkopické vyšetření se provádí v gynekologické ambulanci při běžné gynekologické prohlídce v zrcadlech (Slezáková et al., 2017). V případě, že je žena virgo, se kolposkopie neprovádí (Vyhláška č. 70/2012 Sb.). Kolposkopické vyšetření se provádí přístrojem zvaným kolposkop (mikroskop), sloužící k vyšetření povrchu děložního čípku (viz Příloha 8) (Nováčková, Nouzová, 2016). Provádí se dvojí typ kolposkopického vyšetření,

a to nativní a rozšířené, přičemž u nativní kolposkopie se prohlíží čípek po odstranění hlenu pod zvětšením 8x až 40x (Schneiderová, 2014). Rozšířená kolposkopie je založena na aplikaci 3 - 5% kyseliny octové, pomocí které se dá rozlišit normální a abnormální tkáň čípku (Gutiérrez-Fragoso et al., 2017; Schneiderová, 2014).

1.2.4 Podpora zdraví ve stáří ženy

Od ledna roku 2014 je u žen v ČR zaveden „*Systém podpory prevence vybraných nádorových onemocnění v ČR – screeningové programy*“, který vznikl ve spolupráci ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven (MZ, 2014). Tento projekt vznikl v souvislosti s vysokým výskytem nádorových onemocnění, a to především karcinomu prsu a karcinomu děložního hrdla u žen, a kolorektálního karcinomu u starších osob (MZČR, ©2015). Projekt screeningových vyšetření je určen převážně ženám, které prevenci zanedbávají a nepodstupují screeningová vyšetření (VZP, © 2015). Projekt je rozdělen na dvě části, a to na část adresného zvaní a část informační kampaně (MZČR, 2014). Cílem projektu je snížení výskytu onkologických nádorů v pozdním stádiu, zvýšení informovanosti a také dosažení početnější účasti žen na screeningových programech ČR (MZČR, ©2015). Cílovými skupinami pro adresné zvaní jsou u karcinomu prsu ženy od čtyřiceti pěti do sedmdesáti let, u karcinomu děložního hrdla ženy od dvaceti pěti do sedmdesáti let a u kolorektálního karcinomu se jedná o ženy i muže ve věku od padesáti do sedmdesáti let (VZP, © 2015).

Po prvních výsledcích z projektu adresného zvaní u screeningu karcinomu prsu, děložního čípku i kolorektálního karcinomu se potvrdila větší návštěvnost zdravotnických zařízení za účelem preventivních vyšetření (Májek et al., 2015). V průběhu tří let, co je program aktivní, se podařilo zvýšit počet absolvování screeningových vyšetření u pojištěnců VZP. Největší nárůst v účasti na screeningových vyšetřeních kolorektálního karcinomu byl dosažen v Praze a Karlovarském kraji, naproti tomu u screeningu karcinomu prsu bylo vyššího počtu návštěvnosti lékaře zaznamenáno v Pardubickém kraji, u screeningu děložního čípku nedošlo k žádné významné změně (Tichý, 2017). Po dosažených výsledcích se dá říci, že v tomto směru by se mohla prevence dále rozvíjet, je však zapotřebí dobré

organizovanosti a vybavenosti zdravotnických zařízení. Ovšem nejdůležitější je ochota žen účastnit se screeningových vyšetření (Májek et al., 2015).

Mezi další projekty k podpoře zdraví patří Národní program screeningu karcinomu prsu, který byl ministerstvem zdravotnictví zahájen v roce 2002, na tento program navazuje Národní program screeningu karcinomu děložního čípku z roku 2008 a také Národní program kolorektálního screeningu zahájený v roce 2009 (Dušek et al., 2014; Májek et al., 2014a; Májek et al., 2014b).

1.2.4.1 Screening karcinomu prsu

Základními kameny screeningu karcinomu prsu je mamografické a sonografické vyšetření a částečně i samovyšetření prsu (Nesnídalová et al., 2016). V České republice byl screening karcinomu prsu oficiálně zahájen v roce 2002, předtím zde existovaly tak zvané „skryté screeniny“ což bylo provádění preventivních vyšetření ještě před vznikem oficiálního screeningu (Májek et al., 2014a).

Mamografie (viz Příloha 9) je screeningové vyšetření prsu prováděné převážně u asymptomatických žen (Vodička, 2014). Na toto vyšetření má žena nárok od čtyřiceti pěti let, a to vždy jednou za dva roky, případně může podstoupit mamografické vyšetření dřív, pokud se u ní vyskytuje vysoké riziko vzniku karcinomu prsu (Nejedlá, 2015). Jedná se nepochybně o nejdůležitější zobrazovací metodu (Pilka, 2017), která se v České republice screeningově provádí od roku 2002 (Májek et al., 2014a). Pomocí rentgenového záření se zobrazují veškeré oblasti prsu (Friedrichs, 2017). Pro správné zhodnocení by měla být prováděna ve dvou projekcích, je tu však i možnost zaměření se na cílenou oblast vyšetřování prsu, například pokud je v určitém místě vyhmátána bulka (Krška et al., 2014). Při samotném mamografickém vyšetření dochází k vložení prsu mezi stolek a desku z plexiskla, to se provádí za účelem získání co možná nejkvalitnějšího snímku (Friedrichs et al., 2017). Odhaleno bývá až 90 % změn v prsu (Schneiderová, 2014). Mamografii je vhodné používat za účelem prevence, v případě nejistého nálezu slouží pro diagnostiku solidních nádorů a jejich rozlišení od cystických útvarů ultrasonografie (Pilka, 2017).

Vedle mamografie je další screeningovou metodou *ultrasonografie*. Ultrasonografie je zobrazovací vyšetřovací metoda, která slouží nejlépe při prvním posouzení, kontrole a případně průběhu onemocnění (Friedrichs et al., 2017). Většinou nám slouží jako doplňkové vyšetření k mamografii, a to z důvodu její vysoké senzitivity, která se vyskytuje kolem 95 % (Schneiderová, 2014). Výhodou tohoto vyšetření je nepřítomnost radiačního záření, které se vyskytuje u mamografie, proto se často používá u mladých žen nejčastěji kolem třiceti až třiceti pěti let, které mají nějaké obtíže (Pilka, 2017).

Neinvazivní screeningovou metodou je *samovyšetření prsou* (viz Příloha 10) a další výhodou je finanční nenáročnost metody vyšetření prsu, kterou žena může provádět kdykoli v soukromí (Šašková, 2016). Dle Nesnídalové et al. (2016) je právě v oblasti samovyšetřování prsu velký prostor pro práci porodní asistentky, a to jak ve smyslu edukace ženy, tak i ve smyslu nácviku tohoto vyšetření. Při samovyšetření prsu žena postupuje cíleně a systematicky, tedy prvním krokem je pohled, kdy žena hodnotí bradavky a změny na kůži, například zda u žen nedochází ke vtažení kůže do prsu (Pilka, 2017). Za pomoci krouživých pohybů žena prohmatává systematicky celý prs tak, aby žádné místo nevynechala, a pátrá po změnách ve smyslu bulky (Skovajsová, ©2014). Šašková (2016) uvádí, že za pomoci výzkumu bylo zjištěno, že pravidelné samovyšetřování u edukovaných žen nesnižuje úmrtnost na karcinom prsu, naopak se zvyšuje počet mamografických a sonografických vyšetření a následných biopsií, jež výsledky jsou negativní.

1.2.4.2 Screening kolorektálního karcinomu

Screeningové metody na vyhledávání kolorektálního karcinomu spočívají buď v testech na okultní krvácení, nebo v provedení kolonoskopie (Dušek et al., 2015). Cílem je zabránění vzniku nádoru nebo jeho zachycení v časném stádiu, v případě řádného screeningu je naděje snížení mortality tohoto onemocnění (Zavoral et al., 2015).

Screening kolorektálního karcinomu je rozdělen pro dvě skupiny žen, a to pro ženy ve věku od padesáti do padesáti čtyř let a ženy, které jsou starší padesáti pěti let (Dušek et al., 2015; Nesnídalová et al., 2016). U žen ve věku od padesáti do padesáti čtyř let je doporučeno provádět si test na okultní krvácení jednou ročně. *Test na okultní*

krvácení je neinvazivní screeningové vyšetření, který zachycuje přítomnost krve ve stolici (Horák et al., 2013). Žena si ho může u svého gynekologa či praktického lékaře vyzvednout jednou ročně (Nesnidalová et al., 2016). V případě pozitivního testu na skryté krvácení a nepřítomnosti sideropenické anémie se kromě kolonoskopie provádí i endoskopie (Falt et al., 2015).

U žen od padesáti pěti let jsou dvě doporučení, buď lze i nadále pokračovat v pravidelných testech na okultní krvácení jednou za dva roky, anebo mohou podstoupit jednou za deset let preventivní kolonoskopii (Dušek et al., 2015).

1.3 Rizika ze zanedbání prevence

Nedostatečná prevence má za následek přechod onemocnění z jeho časného stádia, které má velmi příznivou prognózu, do pozdního stádia, kde je prognóza velmi nejasná a mnohdy již onemocnění není léčitelné (Slezáková et al., 2017; Dvořák et al., 2014).

1.3.1 Karcinom prsu

Karcinom prsu řadíme mezi nejčastější onkologická onemocnění u žen ve světě (Friedrichs et al., 2017). Výskyt tohoto onemocnění stoupá, a to především ve vyspělých zemích (Petráková, 2015). Omidiji (2017) udává, že přestože incidence této choroby stoupá, mají vyspělé země mnohem nižší mortalitu u žen s karcinomem prsu, na rozdíl od rozvojových zemí, kde není detekce tohoto onemocnění dostatečná.

V ČR se jedná o nejčtenější zhoubný novotvar a v roce 2015 představoval 18 % ze všech zhoubných nádorů u žen (Novotvary 2015 ČR, 2015). Vyskytuje se převážně u žen po 60. roce života, avšak v posledních letech incidence této choroby vzrůstá i u mladších žen (Bébarová et al., 2015). Přesný důvod tohoto vzrůstajícího trendu není znám (Friedrichs et al., 2017). Existují ovšem rizikové faktory, které výskyt karcinomu prsu zvyšují (Petráková, 2015). Petráková (2015) a Pilka (2017) uvádějí řadu rizikových faktorů pro vznik karcinomu prsu, jako jsou genetické faktory, výskyt karcinomu v rodině, časná menarche, pozdní menopauza, první těhotenství po 30. roku života ženy, krátká doba kojení, nulipara, zvýšené BMI, vyšší výška, zvýšená konzumace alkoholu či dlouhodobé užívání hormonální terapie. Kromě rizikových faktorů existují faktory, které naopak možný výskyt karcinomu prsu snižují. Jedním z faktorů snižujících riziko

výskytu karcinomu prsu je například nižší věk ženy při prvním těhotenství a vyšší počet prodělaných porodů (Pilka, 2017).

Screeningové vyšetřovací metody pro diagnostiku nádoru prsu je možná provést již v časných stádiích i u žen, které zatím nemají klinické příznaky (Skovajsová et al., 2014). Z toho vyplývá, že i ženy, které nemají klinické příznaky se mohou nechat preventivně vyšetřit, protože včasný záchyt onemocnění má příznivou prognózu (Riberio Pereira et. al., 2017).

1.3.2 Zhoubné nádory děložního čípku

Zhoubné nádory děložního čípku jsou druhým nejčastějším maligním onemocněním ve světě a zároveň nejčastější příčinou nádorových úmrtí v rozvojových zemích (Dzvinčuk, Pilka, 2017). V roce 2015 byl v České republice právě zhoubný nádor děložního čípku in situ (karcinom lokalizován pouze v místě svého vzniku) nejčastějším nádorem z nádorů in situ (ÚZIS, 2015). Karcinom děložního čípku je možno zachytit už v jeho časném stádiu (in situ), ba dokonce lze zaznamenat patologické změny vedoucí ke vzniku tohoto zhoubného nádoru, a tím významně zvýšit u ženy šanci na přežití (Dvořák et al., 2014). Od roku 2010 se snižuje incidence invazivních nádorů děložního hrdla, a naopak se zvyšuje záchyt nádorů ve formě in situ, což uvádějí jak ÚZIS (2015), tak i Chovanec (2015). Je to pravděpodobně díky zavedení cervikálního screeningu, který byl zahájen roku 2008 (ÚZIS, 2015).

Karcinom děložního čípku je karcinom, který vzniká na podkladě povrchové epitelie čípku takzvaného exocervixu, nebo vychází z děložního kanálu, přesněji z jeho cylindrického epitelu, jinak řečeno endocervixu (Chovanec, 2015). Nejvýznamnějším rizikovým faktorem je infekce HPV virem vysoké onkogenity (Roztočil et al., 2017). Mezi nečastější typy virů patří 16, 18, 31 a 45 (Dvořák, Pilka, 2017). Tato infekce je pohlavně přenosná, takže mezi rizikové faktory pro osídlení ženského těla HPV infekcí patří nechráněný pohlavní styk, promiskuita, brzký začátek sexuálního života, častá koitarche, ale i špatný životní styl a stres (Slezáková et al., 2017; Dvořák, Pilka, 2017). Problémy způsobené touto HPV infekcí se však mohou projit až ve stáří (Dvořák, Pilka, 2017). Nebylo prokázáno, že by nadměrná konzumace tuků měla význam na vznik karcinomu děložního čípku, a dokonce je potvrzeno,

že vysoká konzumace ovoce a zeleniny obsahující především vitamín C a beta-karoten má protektivní vliv (Kasper, 2015).

1.3.3 Adenokarcinom endometria

Adenokarcinom endometria je maligní nádor vycházející z epitelu endometria (Vorlíček et al., 2012). Nejčastějším typem pánevních nádorů je adenokarcinom endometria (Dzvinčuk, Pilka, 2017) a dle Tótha et al., (2016) se jedná o čtvrtou nejčastější malignitu u žen v Evropě. Tento karcinom se nejčastěji vyskytuje u žen po menopauze, a to ve věku 50–65 let (Slezáková et al., 2017). I u žen ve fertilním věku se vyskytuje adenokarcinom endometria, není to však tolik časté (Schneiderová, 2014). Rizikové faktory pro vznik tohoto karcinomu jsou nullipara, pozdní menopauza, anovulační cykly, dlouhodobé užívání tamoxifenu, hypertenze a diabetes mellitus (Tóth et al., 2016). Dalším z podstatných rizikových faktorů je i vysoké BMI (Kasper, 2015).

V současné době neexistuje k diagnostice adenokarcinomu endometria žádná screeningová metoda (Dzvinčuk, Pilka, 2017), i přesto je téměř 75 % žen s karcinomem endometria zachyceno již v I. stádiu onemocnění (Zikán, Cibulka, 2014). Jedním z nejdůležitějších symptomů je nepravidelné krvácení, případně pomenopauzální krvácení (Schneiderová, 2014). Zvláště pak ženy v období menopauzy by měly být řádně edukovány o riziku vzniku adenokarcinomu endometria a o každém nepravidelném špinění či krvácení by měly svého gynekologa informovat (Dzvinčuk, Pilka, 2017). Ženy po úspěšné léčbě jsou nadále sledovány každé 3 měsíce po dobu 5 let, jelikož je tam riziko remise onemocnění, nicméně včasný záchyt adenokarcinomu endometria má velmi příznivou prognózu (Zikán, Cibulka, 2014).

1.3.4 Zhoubné nádory vaječníku

Dle Besnard-Charvetové (2014) jsou diagnózy nádorových změn vaječníků vzácné, což se vylučuje s tvrzením Slezákové et al. (2017), kteří zmiňují, že se jedná o nejčastější gynekologický nádor spolu s nádory dělohy. Besnard-Charvetová (2014), Slezáková et al. (2017) i Dzvinčuk, Pilka, (2017) uvádějí, že v případě výskytu tohoto nádoru není prognóza příliš příznivá a jedná se o nejzhoubnější nádor v gynekologii. Četnost výskytu je sice u těchto karcinomů nižší než u karcinomu děložního těla, ale i přesto je na prvních místech, co se týče mortality (Halámková et al., 2014).

Důvodem vysoké úmrtnosti žen je záchyt onemocnění až v jeho pokročilých fázích (Slezáková et al., 2017).

Rizikové faktory nádoru vaječníku jsou etnicita, nullipara, brzká menarche s následnou pozdní menopauzou, genetické faktory, mutace genu BRCA1 a 2 (Dzvinčuk, Pilka, 2017). Stejně jako u jiných nádorových onemocnění i zde jsou faktory, které výskyt karcinomu vaječníku značně snižují, řadíme sem užívání HAK v délce minimálně 5 let, jeden a více prodělaných porodů, i délku kojení (Slezáková et al., 2017).

Diagnostika karcinomu ovaria je složitý proces a u více než 75 % postižených žen bývá karcinom odhalen, až v pokročilém stádiu, kdy je postižena i téměř celá dutina břišní (Kalist et al., 2015). Záchyt karcinomu v jeho počátečním stádiu bývá pouze náhodný, a to především proto, že karcinom ovaria roste v břišní dutině asymptomaticky (Halámková et al., 2014). I přes neustálý pokrok medicíny zatím neexistuje plošný screening, který by umožnil diagnostiku karcinomu ovaria při tak nízké incidenci (Záveský et al., 2012).

1.3.5 Osteoporóza

Dalším rizikem, které ohrožuje ženy ve stáří je osteoporóza (Vytrřisalová, Palička, 2014). Dle Kučerové: „*Osteoporóza je progredující systémové onemocnění skeletu charakterizované úbytkem kostní hmoty a poruchami mikroarchitektury kostní tkáně a v důsledku toho zvýšenou náchylností ke zlomeninám* (Kučerová, 2014, s.402).“ Osteoporóza je onemocnění postihující nejvíce ženy ve stáří a to od 50 let věku, v ČR se v roce 2010 odhadovalo 426 000 žen postižených tímto onemocněním (Vytrřisalová, Palička, 2014).

Osteoporóza se dělí na primární, která vzniká v postmenopauzálním období, a sekundární, ta vzniká jako následek nějaké choroby či jako polékové onemocnění (Vytrřisalová, Palička, 2014). Primární osteoporóza je u žen způsobena klesající hladinou pohlavních hormonů, čili se vyskytuje v souvislosti se stárnutím (Porter, Bhimji, 2017). Důvodem nárůstu tohoto onemocnění je pravděpodobně fakt, že populace stárne (Hirschfeld et al., 2017). Kostí, které byly kdysi silné a zdravé, se stávají křehkými a náchylnějšími ke zlomeninám a deformitám (Miller, 2016). Nejčastějšími osteoporotickými zlomeninami jsou zlomeniny proximálního femuru

a proximálního humeru, zlomeniny však mohou postihnout téměř jakoukoliv kost (Báča et al., 2017). Ženy postižené osteoporotickými zlomeninami mají výrazně sníženou kvalitu života a jsou závislé na pomoci druhých osob (Zikán, 2015). I přesto, že tato choroba patří mezi nejčastější obtíže žen staršího věku v ČR, není tomuto faktu přikládána dostatečná vážnost (Dostál, Turková, 2017).

Riziko osteoporotických zlomenin se výrazně zvyšuje s úbytkem pohlavních hormonů a to převážně u žen v menopauze, u pozitivní anamnézy (výskyt osteoporotické zlomeniny již u rodičů), s nízkou hmotností těla, také v souvislosti se závislostí na nikotinu a alkoholu a s poruchami výživy (Vytríšalová, Palička, 2014). Dále mají vyšší riziko vzniku osteoporózy osoby kavkazského typu, naopak u osob negroidního typu je riziko vzniku osteoporózy výrazně nižší, a to stejné platí i u obezity (Dungl et al., 2014).

Prevenčí osteoporotických zlomenin je pravidelná fyzická aktivita, jako je například chůze či cvičení, zdravý životní styl s vyváženým přísunem potravy a potravin bohatých na vápník (Vytríšalová, Palička, 2014). Při zkoumání prevence a léčby osteoporózy se zkoumal vliv vitamínu D. Tyto výzkumy ukázaly, že samotný vitamín D nesnižuje výskyt osteoporotických zlomenin, avšak v kombinaci s kalcielem se prokázal jednoznačně příznivý vliv na snížení výskytu osteoporotických zlomenin (Slíva, 2016). V nedávné studii se dále prokázalo, že stejně jako vápník a vitamín D, je důležitý i hořčík pro zdraví kostí a působí jako ochranný faktor před vznikem osteoporózy a osteoporotických zlomenin (Galli et al., 2017).

1.4 Edukační činnost porodní asistentky

Důležitou součástí práce porodní asistentky je edukace, kdy porodní asistentka zastává funkci edukátorky (Slezáková et al., 2017). Edukace pochází z latinského slova *educatio* tedy vychovávat (Šulistová, Trešlová, 2012). Cílem edukace je poskytnutí potřebných znalostí a nácvik dovedností souvisejících s poskytovanou péčí (Slezáková et al., 2017). Porodní asistentka musí reagovat na okolnosti, které mohou narušit edukaci a edukaci těmto okolnostem přizpůsobit (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Edukace je realizována formou edukačního procesu, který je součástí každé

ošetřovatelské péče (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Jedná se o proces obsahující tři základní složky učení, složku kognitivní, emotivní a behaviorální (Špirudová, 2015).

1.4.1 Edukační proces

Edukační proces je systém činností, pomocí kterých porodní asistentka záměrně ovlivňuje vědomosti a dovednosti ženy s cílem navození změny (Šulistová, Trešlová, 2012, Špirudová, 2015). Edukační proces se skládá z několika kroků, a to z posuzování potřeb ženy, vypracování edukačního plánu a organizace edukace, samotné fáze edukace a shrnutí a rekapitulace edukace (Špirudová, 2015). Edukační proces se často zaměřuje s procesem ošetřovatelským (Šulistová, Trešlová, 2012).

Posuzování potřeb ženy je vyhodnocováno porodní asistentkou, která se zaměřuje na znalosti, které ženě chybí a v které oblasti je třeba ženu edukovat (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Na základě této diagnostiky může porodní asistentka vybrat a určit pomůcky vhodné pro edukaci a samotnou metodu edukace (Šulistová, Trešlová, 2012).

Jakmile došlo k diagnostice a posouzení potřeb ženy nastává fáze *tvorby edukačního plánu* (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Edukační plán je písemný dokument obsahující veškeré informace o průběhu edukace (Malíková, 2011). Úroveň edukace závisí na správně zvolených cílech a motivaci ženy (Hudáková, Kopáčiková, 2017). V případě, že je edukační plán vytvořený a žena, které se edukace týká, s ním souhlasí, můžeme přejít k vlastní realizaci edukace (Špirudová, 2015).

V samotné realizaci poté porodní asistentka edukuje ženu pomocí vybraných edukačních pomůcek a edukačních metod, aby si žena osvojila potřebné teoretické, ale i praktické znalosti (Šulistová, Trešlová, 2012). Edukace klade vysoké nároky nejen na ženu (edukantku), ale vysoké nároky jsou kladeny i na porodní asistentku, která v této fázi zastává pozici edukátorky. U porodní asistentky se pozorují její znalosti, komunikační schopnosti a samotná schopnost edukace (Špirudová, 2015).

V poslední fázi edukačního procesu dochází k zhodnocení celé edukace edukovanou ženou a následně i porodní asistentkou, která edukaci provedla (Šulistová, Trešlová, 2012). Při správné edukaci, by vždy měly být splněny stanovené cíle, protože stanovené cíle neslouží pouze k vypracování edukačního plánu, ale jsou i hodnotícím prvkem edukace (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

1.4.2 Role porodní asistentky v edukaci žen o prevenci ve stáří

V porodní asistenci je edukace brána jako výchova ke zdraví ženy, kdy se porodní asistentka snaží ženu vést k pozitivnímu postoji ke zdraví a ženě samotné (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Porodní asistentka se uplatní jako edukátorka ve všech druzích prevence, od primární až po terciární. Největší vliv a uplatnění však nachází v edukaci v primární prevenci (Juřeniková, 2010; Nesnídalová et al., 2016; Velemínský, Kukla, 2016).

V primární prevenci by měla porodní asistentka ženu edukovat o zdravém životním stylu, a především o rizikových faktorech a způsobech, jak se jim vyhnout (Janíková, Zeleníková, 2013). Jednou z nejdůležitějších složek zdravého životního stylu je pestrá strava bohatá na vitamíny (Machová et al., 2016). Obezita je totiž jeden z rizikových faktorů pro mnoho chorob např. karcinom prsu (Slezáková et al., 2017). Nutné je také edukovat ženu o nutnosti dostatečného pohybu, abstinenci kouření a požívání alkoholu (Janíková, Zeleníková, 2013).

Součástí sekundární prevence je preventivní návštěva gynekologa, kde by porodní asistentka měla ženu poučit o důležitosti preventivních prohlídek a provést s ní nácvik samovyšetření prsů (Sikorová, 2012). U samovyšetření prsů porodní asistentka edukuje ženu o tom, že je nutné toto vyšetření provádět jedenkrát měsíčně, a to vždy 5. - 10. den menstruačního cyklu (Machová et al., 2016, MammaCentrum, © 2018). Vždy se začíná pohledem, kdy žena hodnotí vzhled ňader, zda u nich nedošlo k nějaké změně (Skovajsová, © 2014), následně žena prohmatá celé prsy a pátrá po změnách ve struktuře prsu ve smyslu bulky (MammaCentrum, © 2018). Porodní asistentka by dále měla ženu edukovat o tom, že pokud si nahmatá v prsu nějaký útvar, nemusí se jednat hned o nádor, nicméně je na místě, aby tyto odchylky posoudil lékař (MammaHelp, © 2017).

V terciární prevenci se porodní asistentka jako edukátor uplatňuje také, ačkoli podstatně méně než v předchozích druzích prevencí. Hlavním úkolem je edukovat ženu o nutnostech dodržování preventivních opatření (Nesnídalová et al., 2016).

2 Cíle práce, Hypotézy, Operacionalizace pojmů

2.1 Cíl práce

Cíl č. 1: Zjistit, zda starší ženy navštěvují svého gynekologa za účelem pravidelné preventivní prohlídky.

Cíl č. 2: Zjistit, zda si ženy uvědomují rizika zanedbávání preventivních vyšetření.

2.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1: Ženy ve stáří zanedbávají gynekologickou prevenci oproti ženám ve fertilním věku.

Statistické hypotézy č. 1

H0: Věk nemá vliv na zanedbávání preventivních prohlídek u gynekologa.

H1: Věk má vliv na zanedbávání preventivních prohlídek u gynekologa.

Hypotéza č. 2: Ženy ve stáří si neuvědomují rizika zanedbávání preventivních vyšetření oproti ženám ve fertilním věku.

Statistické hypotézy č. 2

H0: Věk nemá vliv na znalost rizik zanedbávání preventivních prohlídek u gynekologa.

H1: Věk má vliv na znalost rizik zanedbávání preventivních prohlídek u gynekologa.

2.3 Operacionalizace pojmů

Respondenti jsou osoby zúčastňující se výzkumného šetření (Průcha, Veteška, 2014). V tomto případě se jedná o ženy od 18 a více let, které se staly součástí výzkumného šetření tím, že vyplnily dotazník.

Porodní asistentka je osoba, která získala požadované vzdělání k výkonu práce porodní asistence v dané zemi (International Confederation of Midwives; 2011).

Prevence je komplex činností, jejichž cílem je snížení počtu nově nemocných, případné zastavení či zpomalení již probíhající choroby (Velemínský, Kukla, 2016).

Gynekologie je lékařský obor, zabývající se ženským lékařstvím (Zahradníček, 2014).

Fertilní věk je období v životě ženy, kdy je žena plodná (Orel et al., 2012).

Stáří je podle Čevelové et al. (2016) poslední vývojová fáze v životě člověka, která završuje jeho dosavadní vývoj.

3 Metodika

3.1 Popis metodiky a techniky výzkumu

Výzkumné šetření, pro bakalářskou práci „Žena a prevence ve stáří“, bylo provedeno kvantitativní metodou. Kvantitativní výzkum je založen na sbírání dat, které jsou shromažďovány a následně statistickými metodami měřeny (Armstrong, Taylor, 2015). Jako prostředek sběru dat byl použit dotazník, sestavený za tímto účelem (viz Příloha 11). Výstupem kvantitativního výzkumu jsou grafy a tabulky (Tahal et al., 2017).

Dotazníky byly distribuovány v tištěné i elektronické podobě ženám od 18 a více let. V tištěné podobě bylo metodou „snowball“ rozdáno 100 dotazníků. Zbýlých 120 dotazníků bylo distribuováno elektronickou formou na serveru vyplnto.cz. Výzkumné šetření probíhalo od 6.2.2018 – 30.3.2018. Celkem bylo rozdáno 220 dotazníků, z čehož 170 dotazníků se vrátilo a dále bylo zpracováno. Návratnost tedy činila 77 %.

Všechny ženy byly řádně poučeny o účelu výzkumného šetření a jeho součástí se staly zcela dobrovolně. Celé výzkumné šetření bylo prováděno anonymně a se získanými daty bylo nakládáno dle platných etických norem.

Dotazník se skládal z 32 otázek, přičemž 23 otázek bylo uzavřených, 7 otevřených a 2 polouzavřené.

Statistické testování dat probíhalo pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu. Tento test se používá při testování dvou proměnných, kdy musí být odpověď respondenta zařazena vždy do jedné kategorie a většina absolutních četností musí být větší než 5 a nesmí být menší než 1 (Tahal et al., 2017). Hladina významnosti v testu byla 5 %. Tento test nám umožnil potvrzení, či vyvrácení stanovených hypotéz.

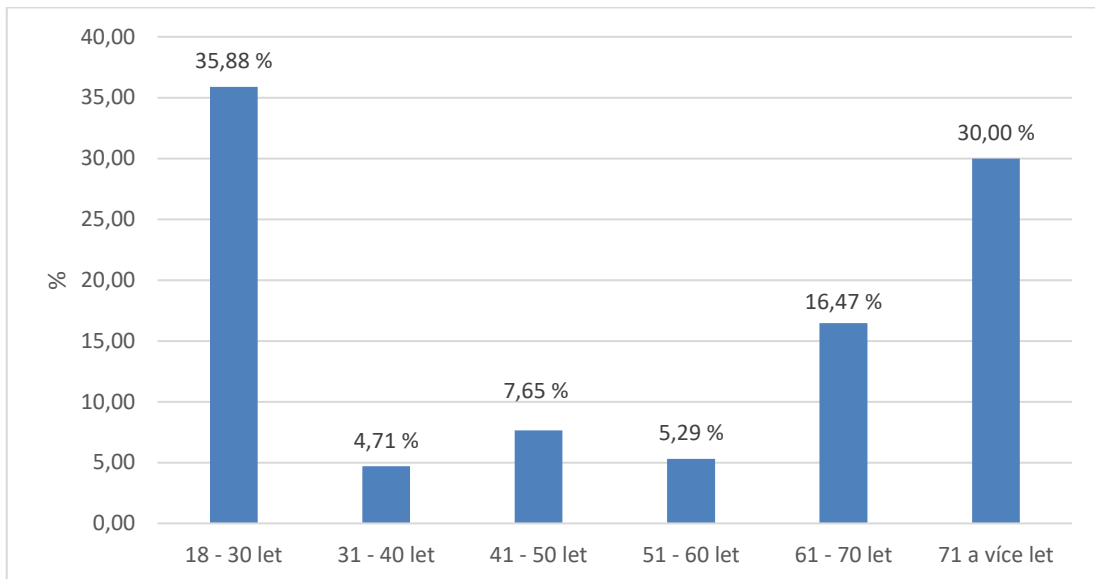
Výsledky byly zpracovány za pomoci programů Microsoft Excel a Microsoft Word a následně byly objasněny prostřednictvím grafů s jejich popisy.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumu se zúčastnilo 170 žen od 18 a více let. Ženy byly dále děleny dle věku na starší a mladší. Za starší ženy považujeme ty, které mají 60 a více let. Toto rozdělení respondentek bylo zásadní pro přijetí či zamítnutí námi stanovených hypotéz.

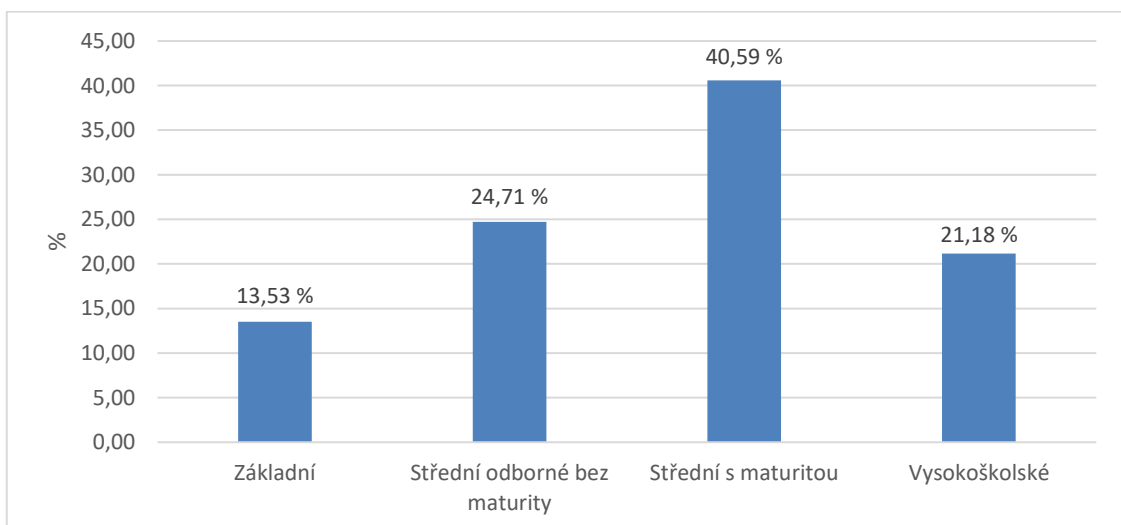
4 Výsledky výzkumu

Graf 1 Věk respondentek



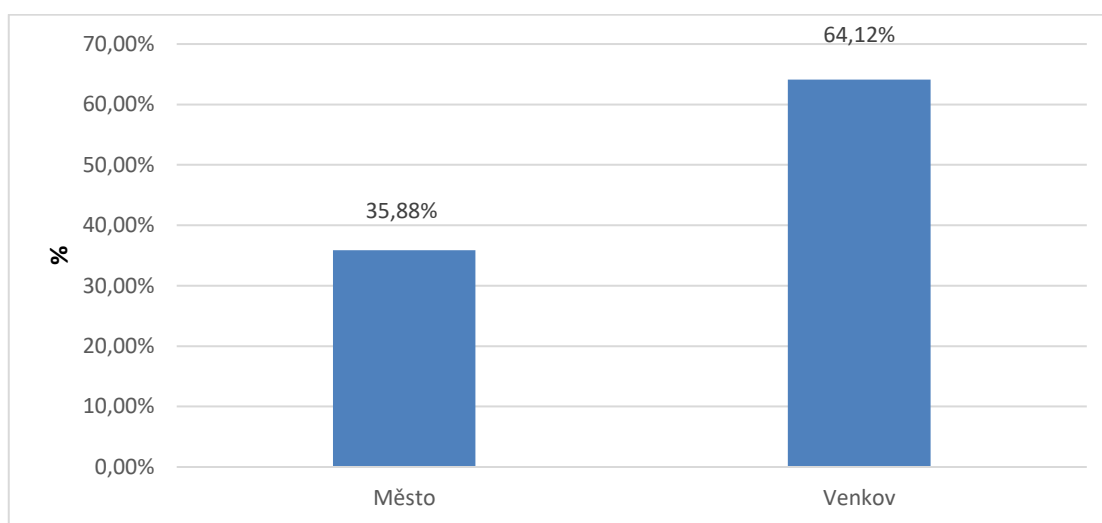
Z počtu 170 (100 %) respondentek jich 61 (35,88 %) bylo ve věku od 18-30 let, 8 (4,71 %) žen bylo ve věku 31-40 let, 13 (7,65 %) respondentek uvádělo věk mezi 41-50 lety, 9 (5,29 %) žen bylo ve věku od 51-60 let, 28 (16,47 %) respondentek uvádělo věk mezi 61-70 a 51 (30,00 %) žen, které se zúčastnily výzkumu byly v rozmezí 71 a více let.

Graf 2 Vzdělání respondentek



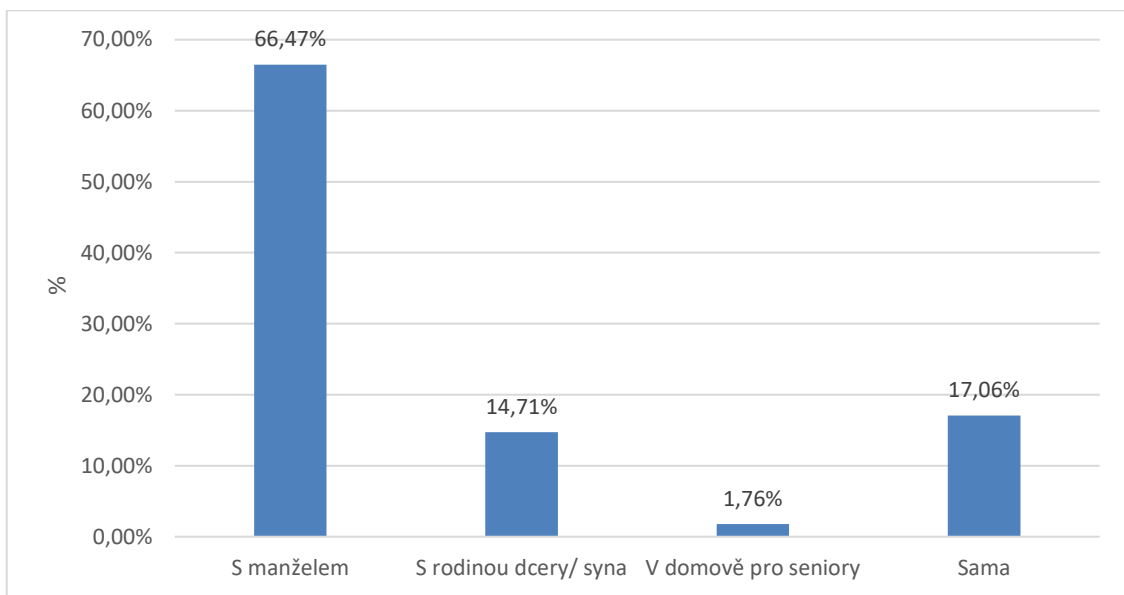
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek mělo 23 základní vzdělání (13,53 %), střední odborné bez maturity udávalo 42 (24,71 %) žen, střední školu s maturitou absolvovalo 69 (40,59 %) respondentek a vysokoškolsky vzdělaných žen se zúčastnilo 36 (21,18 %).

Graf 3 Bydliště respondentek



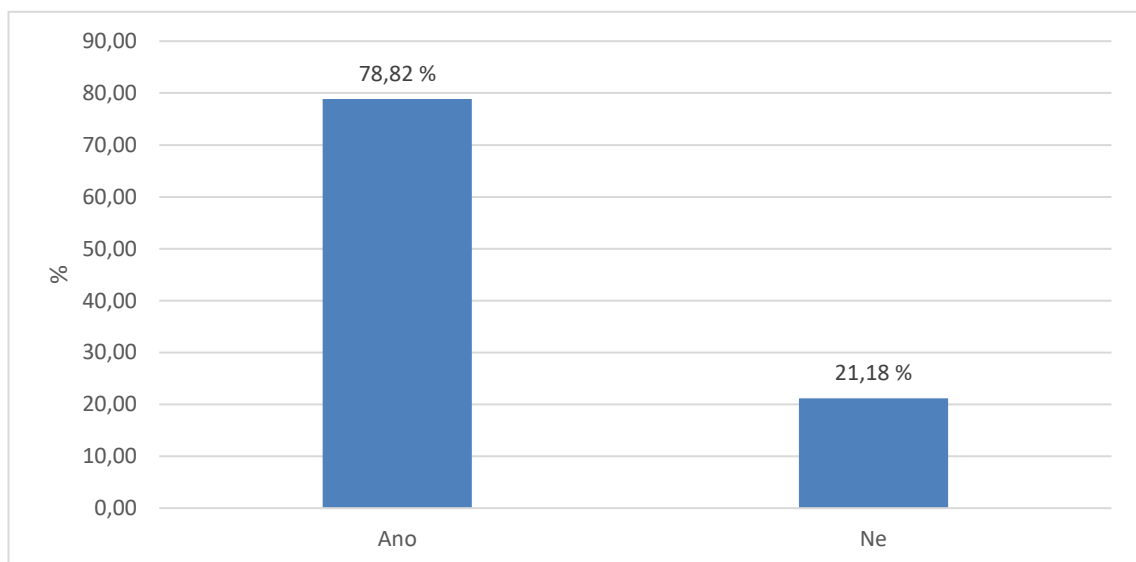
Ze 170 (100 %) respondentek jich 109 (64,12 %) uvedlo, že v současnosti žijí na vesnici. Zbýlých 61 (35,88 %) respondentek žije ve městě.

Graf 4 Způsob soužití respondentek



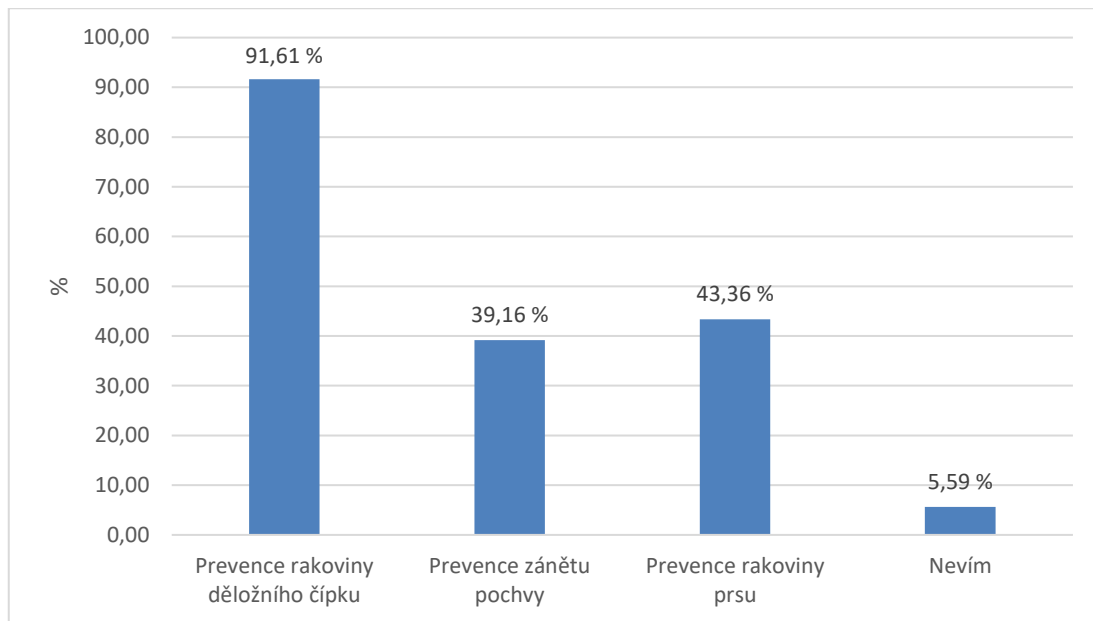
Z celkového počtu 170 (100 %) žen jich 113 (66,47 %) žije s manželem, s rodinou dcery/ syna jich žije 25 (14,71 %), 29 (17,06 %) respondentek žije samo a 3 (1,76 %) žijí v Domově pro seniory.

Graf 5 Dostupnost ordinace gynekologa



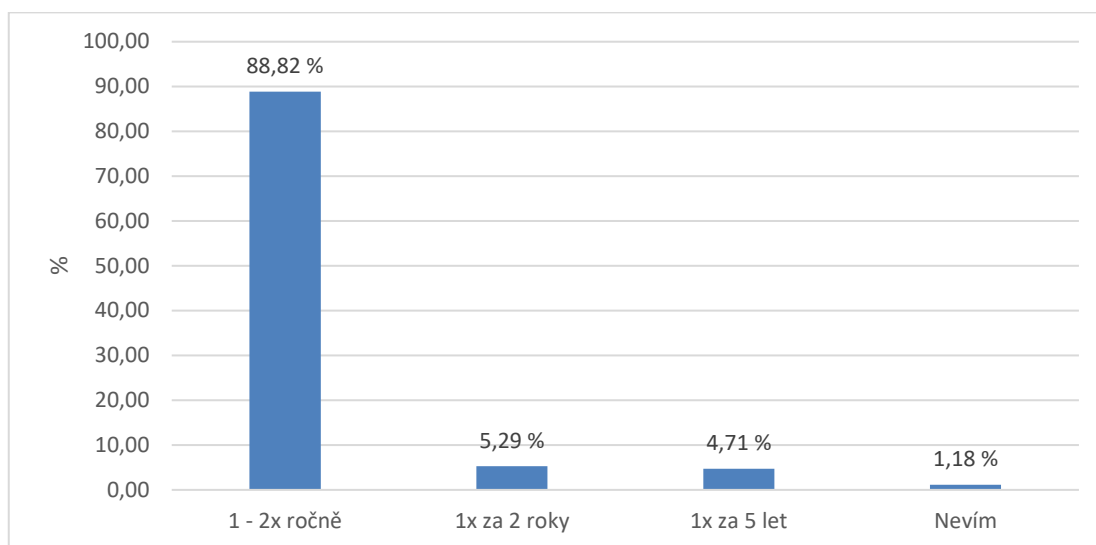
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentech jich 134 (78,82 %) udává, že je pro ně ordinace gynekologa dostupná. Zbylých 36 (21,18 %) žen hodnotí ordinaci gynekologa jako nedostupnou.

Graf 6 Důvod návštěvy gynekologické prevence



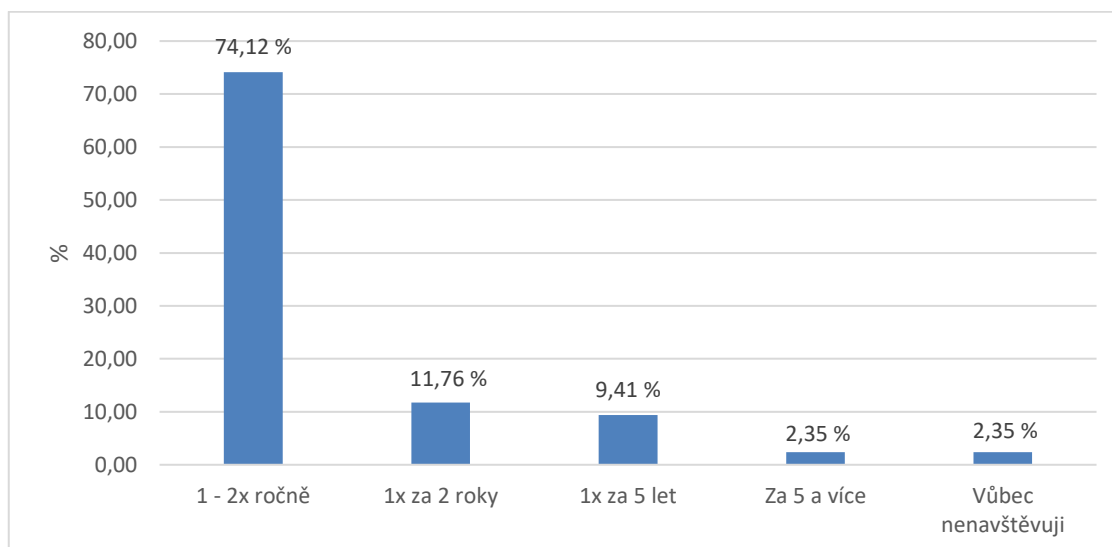
Nejčastěji (91.61 %) ženy udávaly, že důvod prevence v gynekologii je prevence rakoviny děložního čípku. Dalším důvodem, který udávaly v 43,36 % je prevence rakoviny prsu. Ženy také označovaly jako důvod preventivních gynekologických vyšetření, prevence zánětu pochvy (39,16 %). Ze 170 (100 %) žen jich 10 (5,59 %) udávalo, že neví, proč je nutná návštěva pravidelných gynekologických vyšetření.

Graf 7 Nárok na preventivní gynekologickou prohlídku



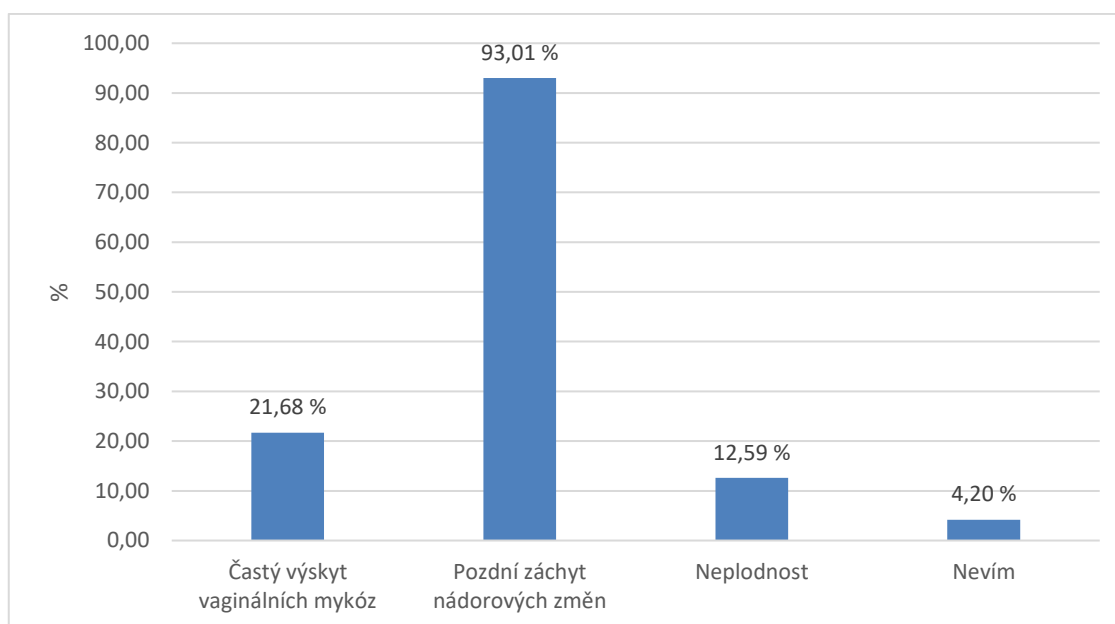
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek jich 151 (88,82 %) udávala, že si myslí, že má žena nárok na preventivní gynekologickou prohlídku 1-2 x ročně, 9 (5,29 %) respondentek si myslí že nárok na gynekologickou prevenci mají ženy 1x za 2 roky, 8 (4,71 %) žen uvedlo že 1x za 5 let je nárok na gynekologickou prevenci hrazenou pojišťovnou a 2 (1,18 %) respondentky odpověděly, že neví.

Graf 8 Návštěvnost gynekologické prevence



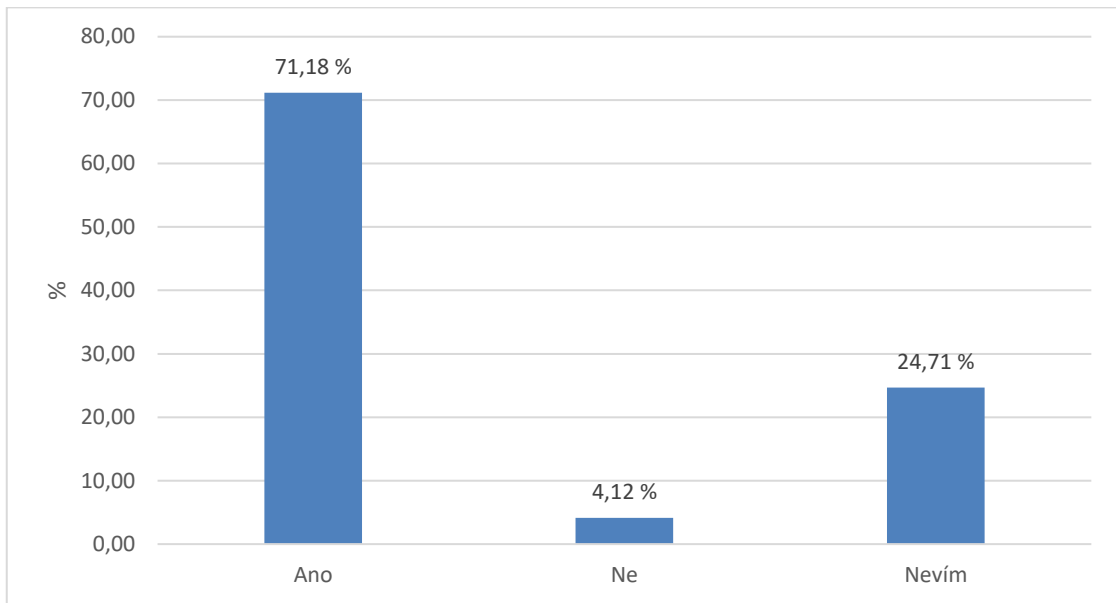
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek jich 126 (74,12 %) navštěvuje gynekologa z důvodu preventivního vyšetření 1-2 x ročně, 20 (11,76 %) žen dochází na gynekologickou prevenci 1 x za 2 roky, 1 x za 5 let navštíví gynekologa 16 (9,41 %) žen, 4 (2,35 %) ženy podstoupí gynekologické vyšetření více jak po 5 letech a stejný počet žen nenavštíví gynekologa vůbec.

Graf 9 Rizika zanedbání gynekologické prevence



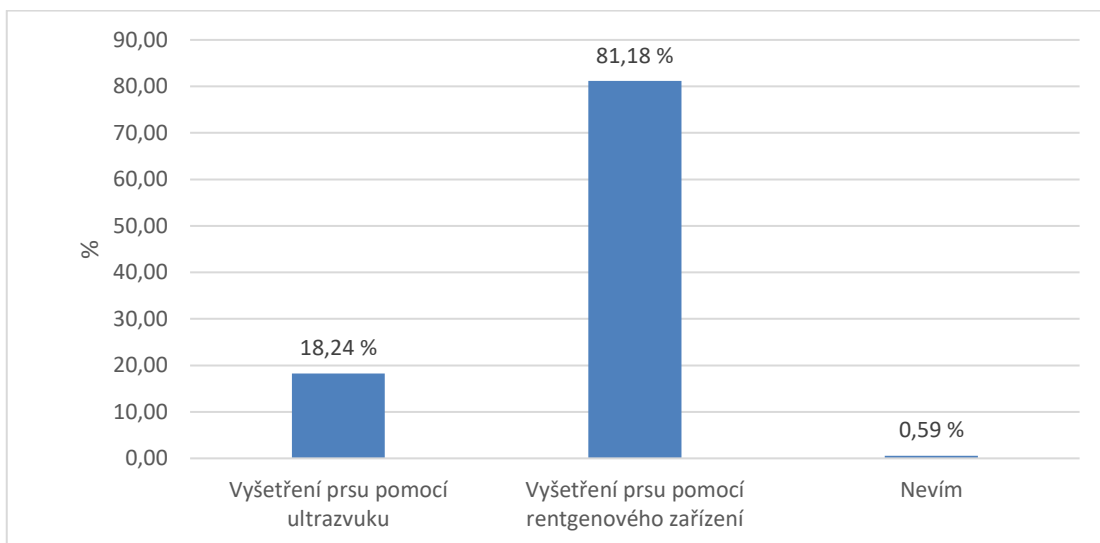
Nejčastěji (93,01 %) ženy udávaly, že rizika zanedbání prevence v gynekologii je pozdní záchyt nádorových změn, 21,68 % žen si myslí, že dalším rizikem je častý výskyt vaginálních mykóz a 12,59 % respondentek také udávalo jako riziko zanedbání prevence v gynekologii neplodnost. Ze 170 (100 %) žen jich 10 (4,20 %) zaznamenalo, že neví, jaká jsou rizika zanedbání preventivních gynekologických vyšetření.

Graf 10 Prevence po hysterektomii



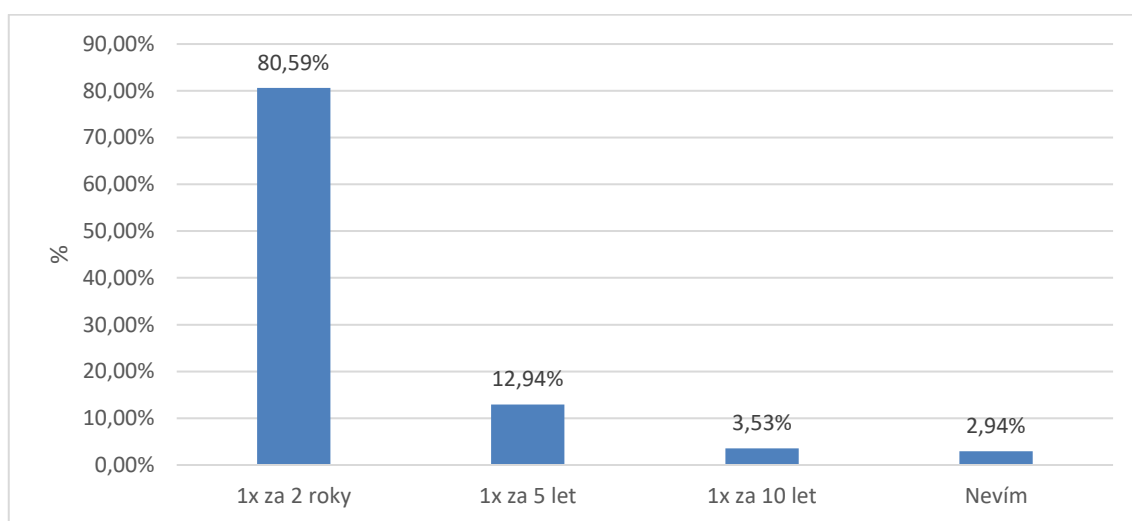
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek si jich 121 (71,18 %) myslí, že žena, co nemá dělohu a děložní čípek by měla navštěvovat gynekologa za účelem prevence, 7 (4,12 %) žen odpovědělo, že taková žena již na prevenci docházet nemusí a 42 (24,71 %) žen odpověď nezná.

Graf 11 Znalost termínu mamografie



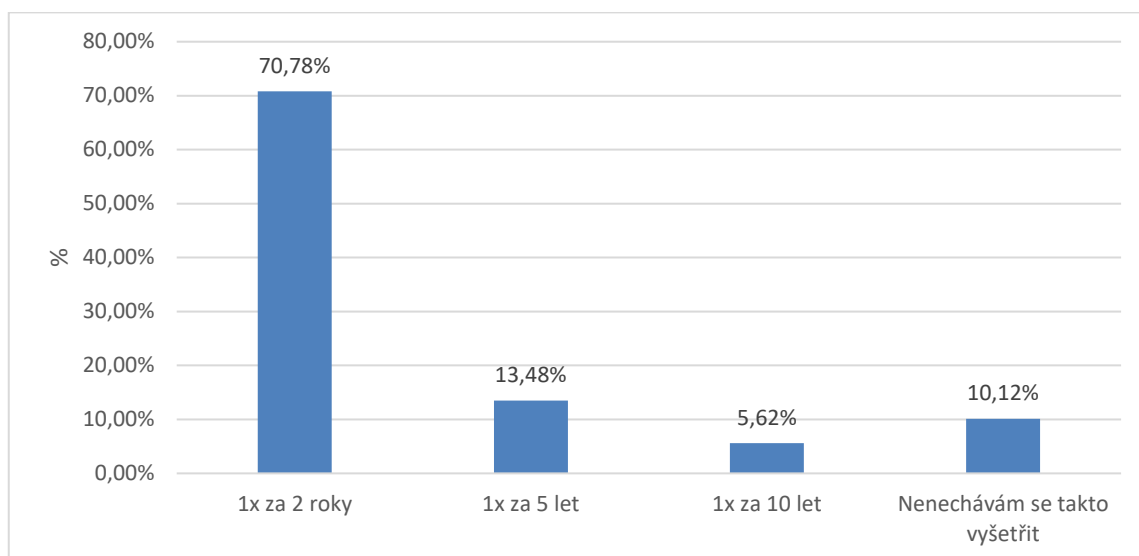
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek si jich 138 (81,18 %) myslí, že mamografie je vyšetření prsu pomocí rentgenového záření. Dalších 31 (18,24 %) žen se domnívá, že se jedná o vyšetření prsu pomocí ultrazvuku a 1 (0,59 %) z dotázaných žen udávala, že neví, co je mamografie.

Graf 12 Četnost mamografických vyšetření u ženy po 45. roce života



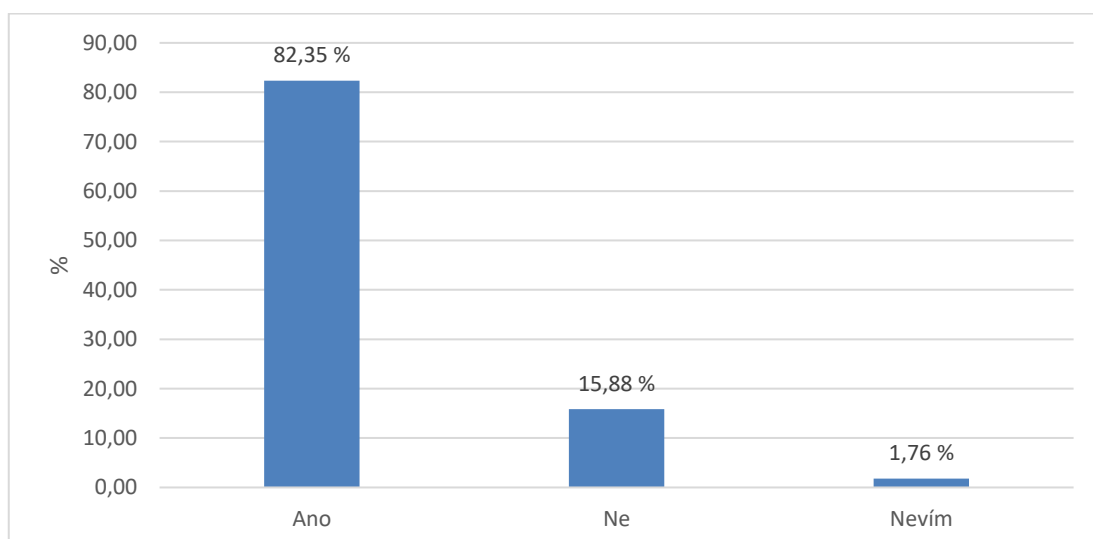
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek jich 137 (80,59 %) udává, že žena po 45. roku života by měla být vyšetřena mamografem 1x za 2 roky, 22 (12,94 %) respondentek myslí, že žena by se měla nechat vyšetřit touto metodou 1 x za 5 let, 6 (3,53 %) žen se domnívala, že postačuje vyšetření 1 x za 10 let a 5 (2,94 %) žen udává, že neví, jak často by si žena po 45. roce života měla nechat vyšetřit prsy mamografem.

Graf 13 Návštěvnost mamografie



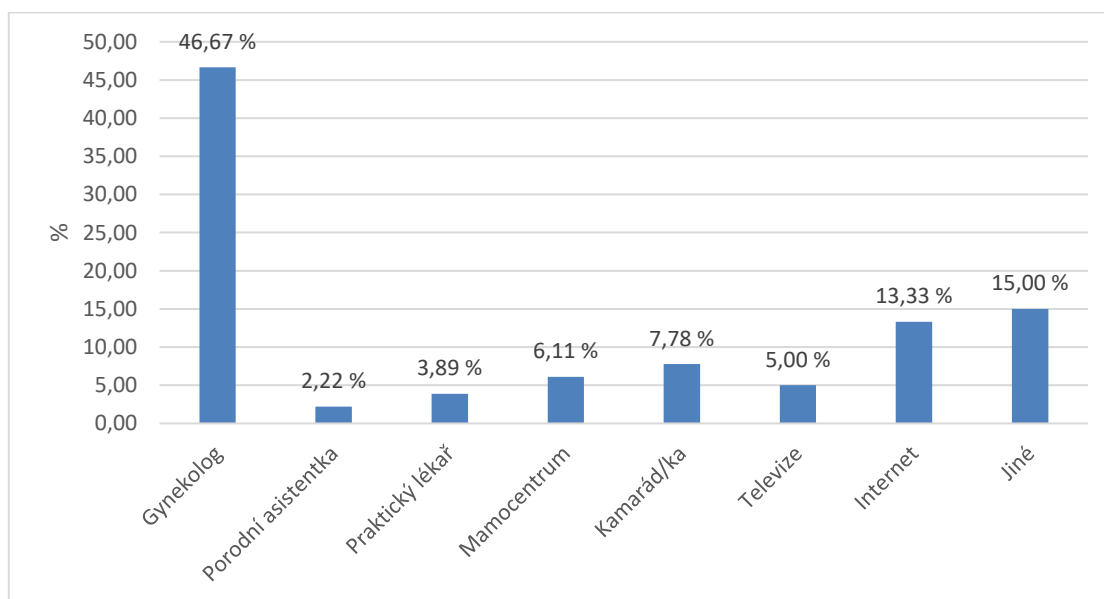
Z celkového počtu 89 (100 %) respondentek, které byly starší 45 let jich 63 (70,78 %) udává, že se nechává vyšetřit 1x za 2 roky, 12 (13,48 %) respondentek udává, že se nechává vyšetřit 1x za 5 let, 1x za 10 let si prsa mamografem nechá vyšetřit 5 (5,62 %) respondentek a 9 (10,12 %) žen si prsa nenechává tímto způsobem vyšetřit.

Graf 14 Informovanost o samovyšetření prsů



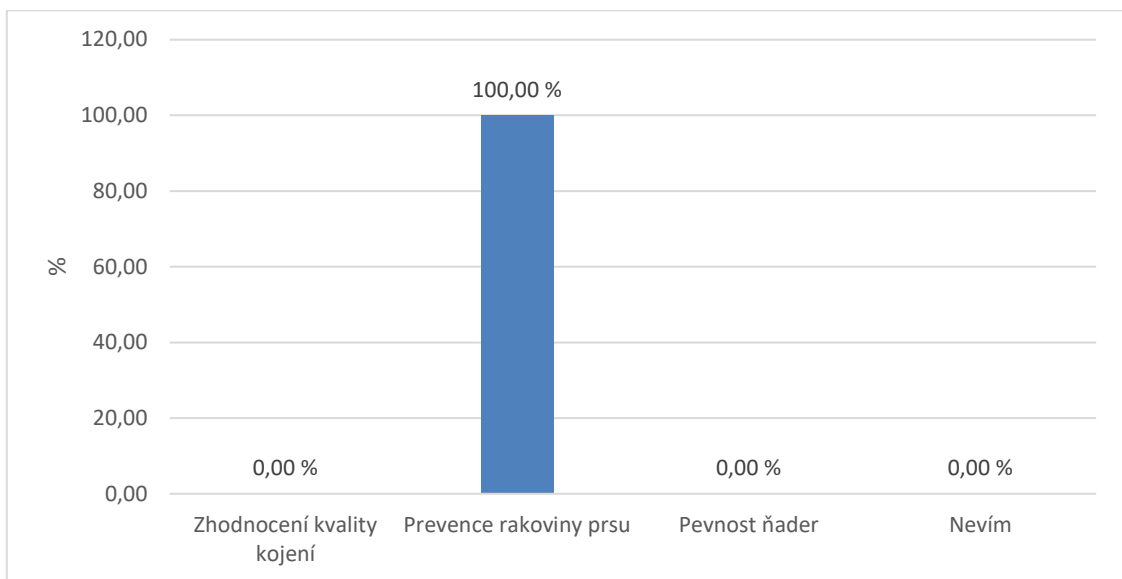
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek jich 140 (82,35 %) uvádí, že byly informovány o samovyšetření prsu, 27 (15,88) žen udává, že o samovyšetření prsu nikdy informovány nebyly a 3 (1,76 %) respondentky neví, zda někdy byly informovány.

Graf 15 Edukující osoba o samovyšetření prsů



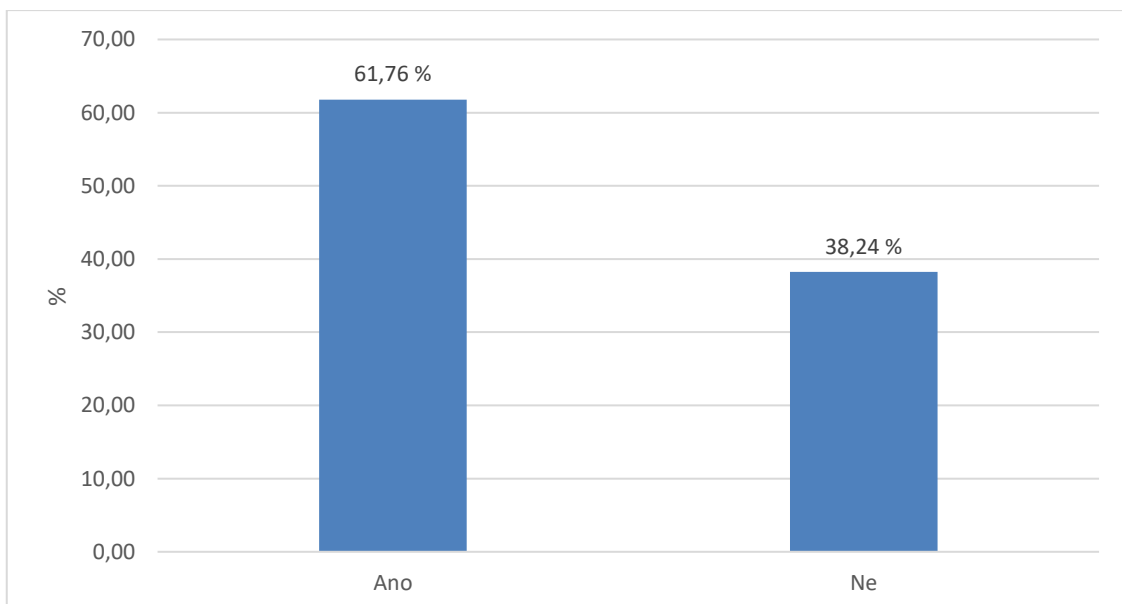
Z celkového počtu 140 (100 %) respondentek, které v předchozí otázce odpověděly, že informovány o samovyšetření byly, jich 65 (46,67 %) odpovědělo, že je o samovyšetření prsů informoval gynekolog, 19 (13,33 %) žen získalo informace na internetu 11 (7,78 %) žen informoval/a kamarád/ka, 9 (6,11 %) respondentek informovalo mamocentrum, u 7 (5,00 %) žen byla zdrojem informací televize, praktický lékař informoval 5 (3,89 %) žen, 3 (2,22 %) ženy edukovala porodní asistentka a 21 (15,00 %) respondentek udává, že získalo informace o samovyšetření prsů jinde.

Graf 16 Důvod provádění mamografie a samovyšetření prsů



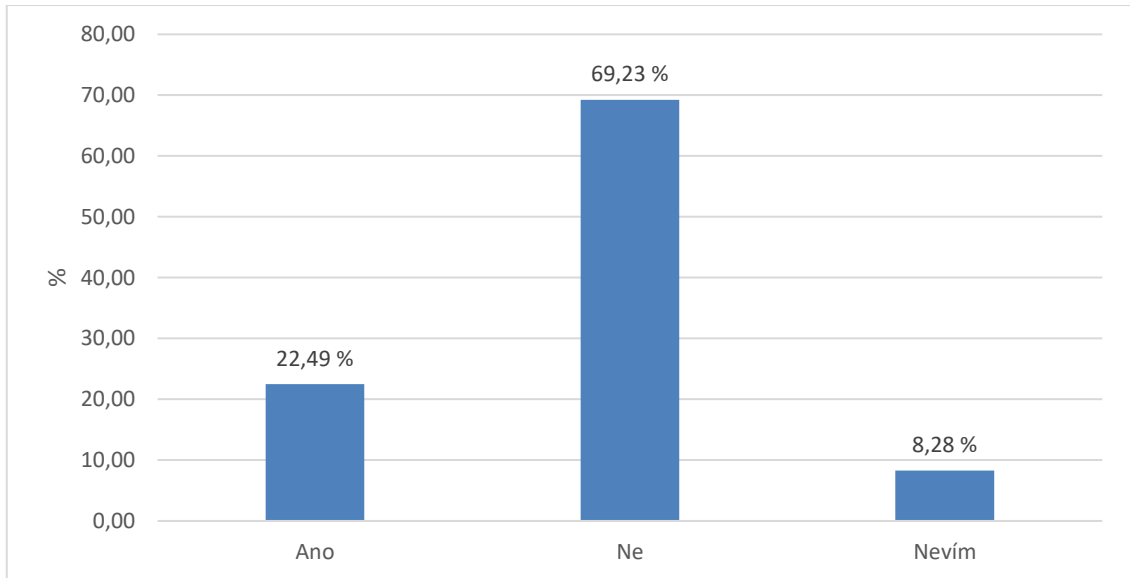
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek jich 170 (100%) odpovědělo, že mamografie a samovyšetření prsů se provádí z důvodu prevence rakoviny prsů.

Graf 17 Provádění samovyšetření prsů



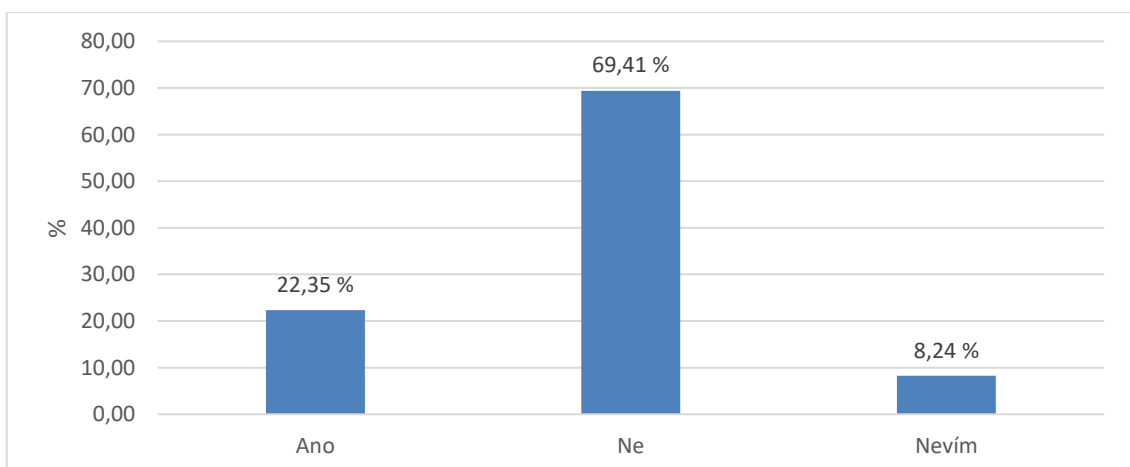
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek jich 105 (61,76 %) udává, že si provádí samovyšetření prsů, zbývajících 65 (38,24 %) žen si prsy nevyšetřuje.

Graf 18 Výskyt rakoviny prsů



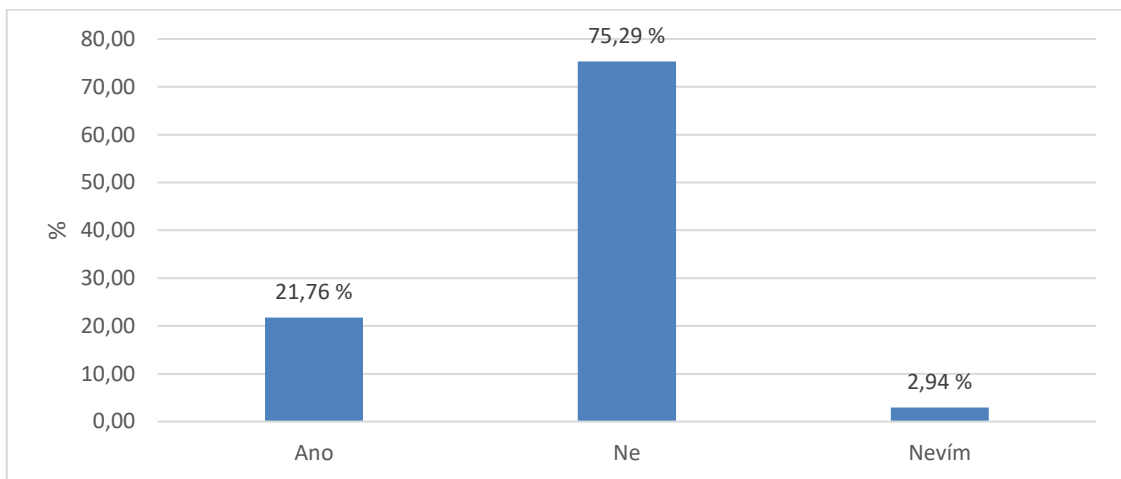
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek jich 118 (69,23 %) uvádí, že se v rodině rakovina prsu nevyskytla, u 38 (22,49 %) žen se vyskytla rakovina prsu v rodině a 14 (8,28 %) žen neví, zda se toto onemocnění v jejich rodině vyskytlo.

Graf 19 Výskyt rakoviny ženských pohlavních orgánů



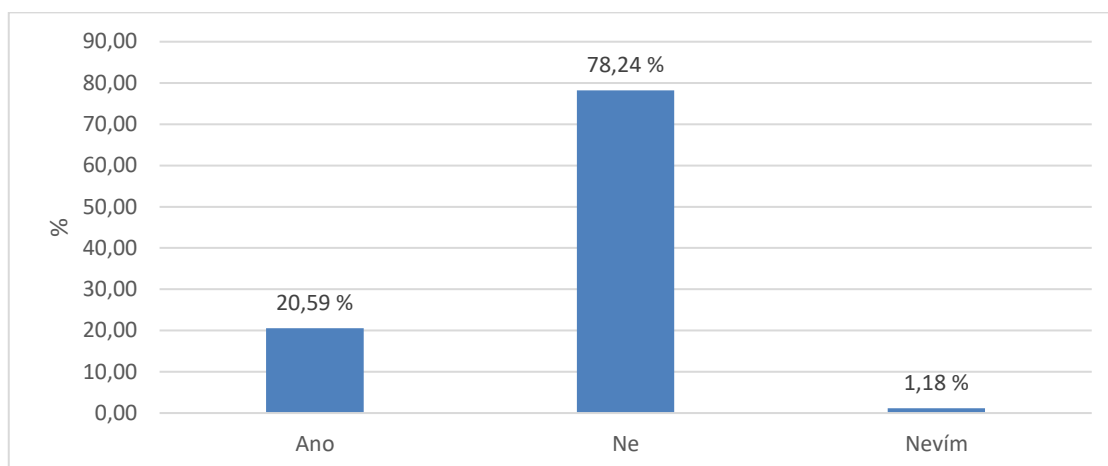
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek jich 118 (69,41 %) uvádí, že se v rodině rakovina ženských pohlavních orgánů nevyskytla, u 38 (22,35 %) žen se vyskytla rakovina ženských pohlavních orgánů v rodině a 14 (8,24 %) žen neví, zda se toto onemocnění v jejich rodině vyskytlo.

Graf 20 Pozvánka na preventivní gynekologickou prohlídku



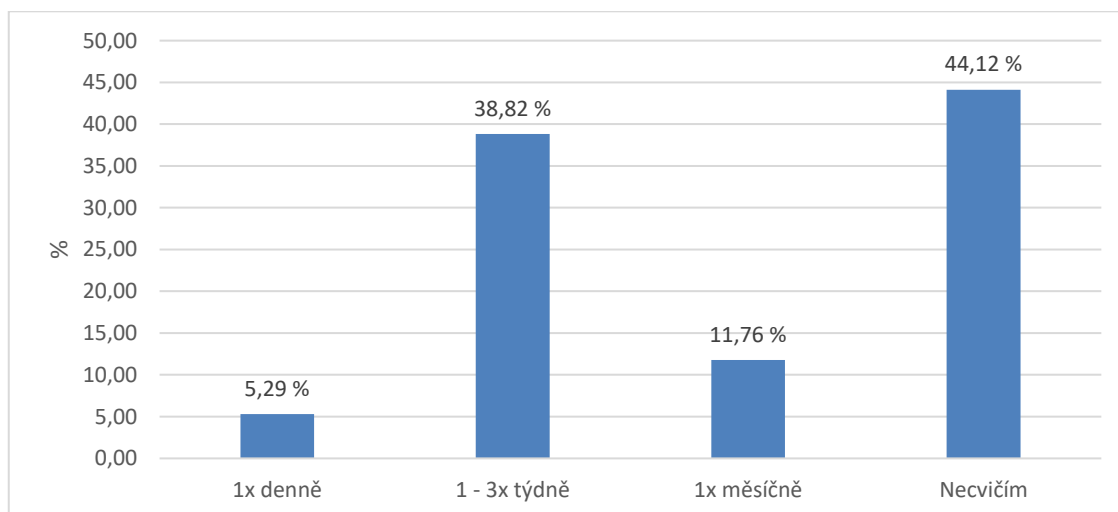
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek jich 128 (75,29 %) uvádí, že nedostaly nikdy pozvánku na gynekologickou prevenci, 37 (21,76 %) žen někdy pozvánku dostalo a 5 respondentek uvádí, že neví, zda někdy pozvánku dostalo.

Graf 21 Pozvánka na preventivní prohlídku k praktickému lékaři



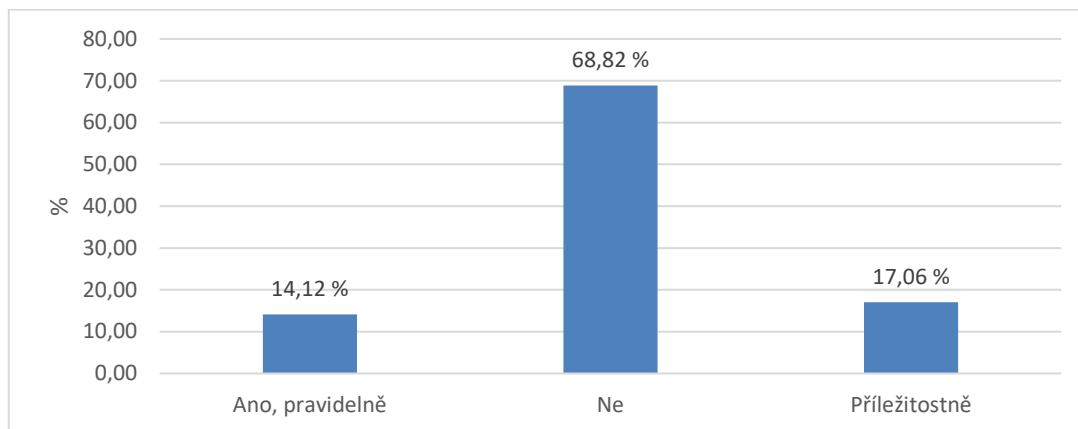
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek jich 133 (78,24 %) uvádí, že nedostaly nikdy pozvánku na preventivní prohlídku k praktickému lékaři, 35 (20,59 %) žen někdy pozvánku dostalo a 2 respondentky uvádí, že neví, zda někdy pozvánku dostaly.

Graf 22 Pohybová aktivita



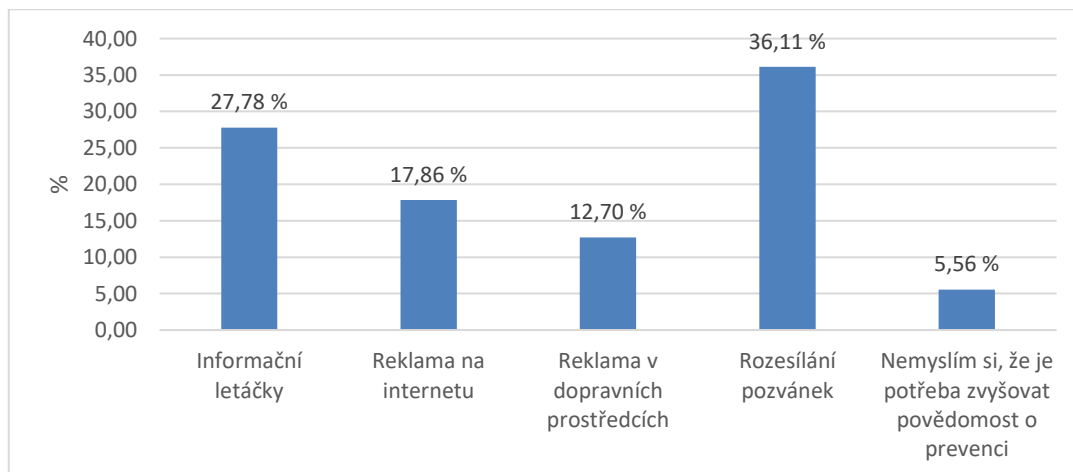
Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek jich 75 (44,12 %) udává, že necvičí, 66 (38,82 %) žen cvičí 1-3 x týdně, 20 (11,76 %) respondentek cvičí 1x měsíčně a zbývajících 9 (5,29 %) žen cvičí každý den.

Graf 23 Kouření nikotinových produktů



Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek jich 117 (68,82 %) nekouří, 29 (17,06 %) žen kouří příležitostně a pravidelně kouří 24 (14,12 %) respondentek.

Graf 24 Zvýšení povědomosti o prevenci



Z celkového počtu 170 (100 %) respondentek jich 61 (36,11 %) udává, že by se měla povědomost o prevenci zvýšit rozesíláním pozvánek na preventivní vyšetření, 47 (27,78 %) si myslí, že informační letáčky zvýší vědomí o nutnosti prevence, 30 (17,86 %) žen je pro reklamy na internetu, 22 (12,70 %) respondentek by prevenci propagovalo

jako reklamu v dopravních prostředcích a 9 (5,56 %) žen si nemyslí, že je nutno zvyšovat povědomost o prevenci.

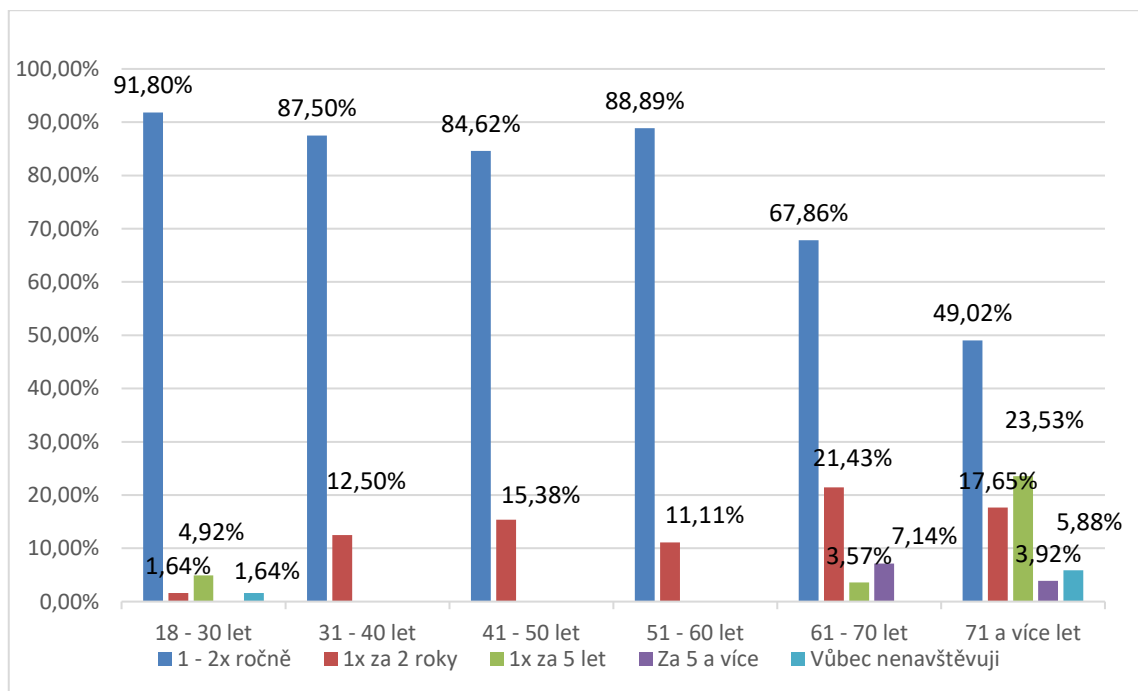
4.1 Statistické vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1

Nášim 1. cílem bylo zjistit, zda ženy ve stáří navštěvují svého gynekologa za účelem pravidelných gynekologických prohlídek.

Pro testování jsme sloučily věkové kategorie žen na dvě, a to jednu věkovou kategorii do 60 let a druhou nad 60 let.

Graf 25 Četnost preventivních návštěv gynekologa



Tabulka 1 Pozorované četnosti návštěv u gynekologa

	Pozorované četnosti		
	18–60 let	61 a více let	Celkem
1 - 2x ročně	83	43	126
%	90,22 %	55,13 %	
1x za 2 roky	5	15	20
%	5,43 %	19,23 %	
1x za 5 let	3	13	16
%	3,26 %	16,67 %	
Za 5 a více	0	4	4
%	0,00 %	5,13 %	
Vůbec nenavštěvuji	1	3	4
%	1,09 %	3,85 %	
Celkem	92	78	170

% - relativní četnost odpovědí

Z Tabulky 1 a Grafu 25 je patrná účast žen na preventivních gynekologických vyšetřeních. Celkový počet žen mladšího věku, tedy od 18-60 let, byl 92 (100 %). Z toho 83 (90,22 %) žen udávalo, že navštěvují gynekologickou prevenci 1 - 2x ročně, 5 (5,43 %) žen dochází na prevenci 1x za 2 roky, 3 (3,26 %) respondentky uvedly, že gynekologa navštíví alespoň 1x za 5 let a 1 (1,09 %) žena z mladší kategorie sdělila, že gynekologickou prevenci nenavštěvuje vůbec.

Dále můžeme v Tabulce 1 a Grafu 25 vidět, že účast žen staršího věku, tedy od 61 a více let, byla 78 (100 %). Z celkového počtu starších žen (100 %) jich 43 (55,13 %) dochází na prevenci ke svému gynekologovi 1 - 2x ročně, 15 (19,23 %) žen jej navštěvuje 1x za 2 roky, 13 (16,67 %) respondentek uvedlo, že navštěvují gynekologickou prevenci 1x za 5 let. Za 5 a více let dochází na prevenci 4 (5,13 %) ženy a 3 (3,78 %) respondentky sdělily, že se preventivního vyšetření u gynekologa nezúčastní vůbec. Zda je rozdíl v podílech statisticky významný, jsme zjišťovali statistickým testem.

Jak jsme se již zmínili v metodice práce, ověřovali jsme závislost těchto dvou proměnných za pomoci Personova chí-kvadrát testu. Test jsme provedli na hladině významnosti 5 %. P-hodnota testu vyšla 0,0001. Jelikož je P-hodnota nižší než zvolená hladina významnosti, nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme hypotézu H1.

Hypotéza 2

Naším 2. cílem bylo zjistit, zda si ženy ve stáří uvědomují možná rizika ze zanedbávání preventivních vyšetření v gynekologii.

Pro testování jsme opět sloučili věkové kategorie žen na dvě, a to jednu věkovou kategorii do 60 let a druhou nad 60 let.

Tabulka 2 Četnost správnosti odpovědi

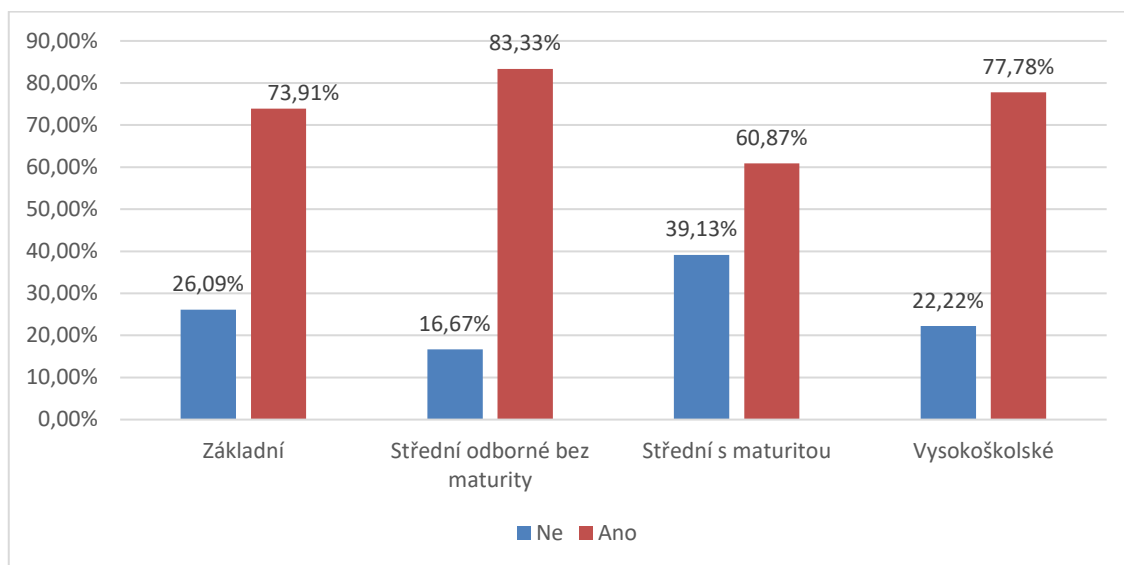
	Pozorované četnosti		
	18–60 let	61 a více let	Celkem
Ne	40	8	48
%	43,48 %	10,26 %	
Ano	52	70	122
%	56,52 %	89,74 %	
Celkem	92	78	170

% - relativní četnost odpovědí

Jak je patrné z Tabulky 2 ženy ve věku 18-60 let odpověděly 40x špatně a 52x dobře, oproti tomu ženy ve věku od 61 a více let odpověděly špatně pouze 8x a správně 70x. Zda je rozdíl v podílech statisticky významný, jsme zjišťovali statistickým testem.

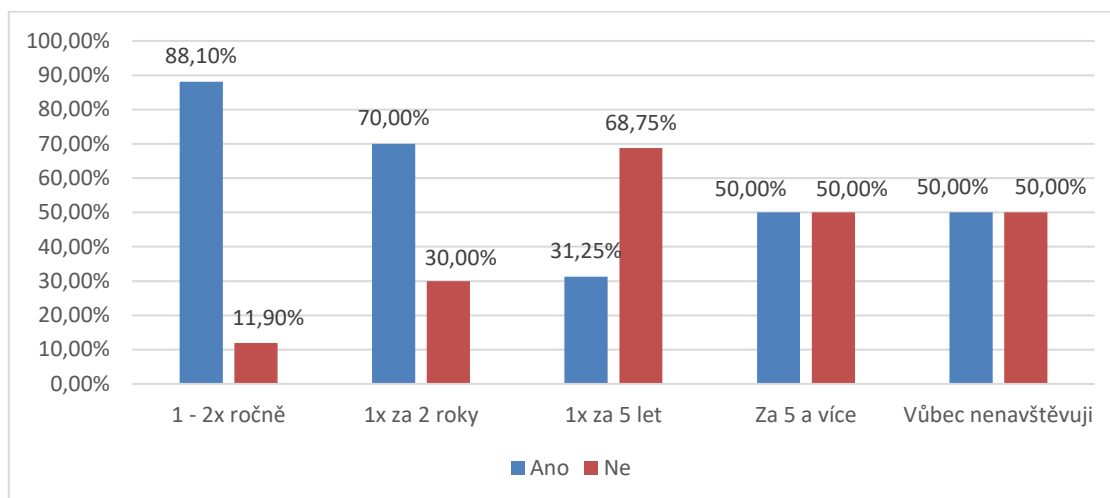
P-hodnota vyšla u druhého testování 0, jelikož je hodnota vyšší než 5 %, tak nulovou hypotézu nezamítáme. Rozdíly mezi věky žen, a jejich znalostmi rizik spojených se zanedbáváním preventivních gynekologických vyšetření, nejsou statisticky významné.

Graf 26 Povědomost o rizicích zanedbávání prevence v souvislosti se vzděláním respondentky



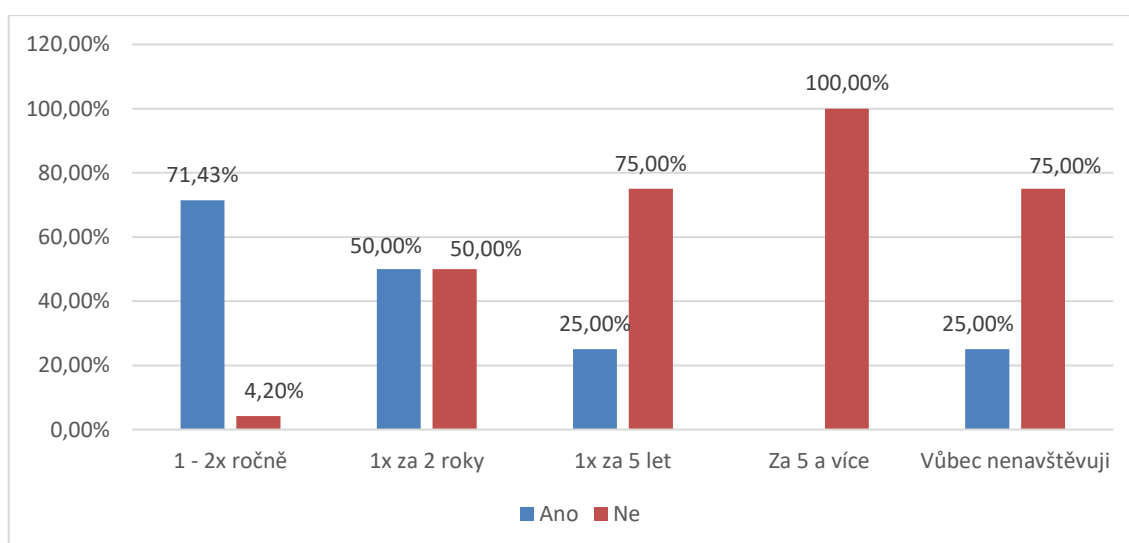
Ženy, které udávaly jako své nejvyšší dosažené vzdělání základní, znaly rizika zanedbání prevence v 73,91 %. Nejlépe na tom byly ženy se středním odborným vzděláním bez maturity, které znaly rizika v 83,33 %. Respondentky se středním vzděláním s maturitou si byly vědomy rizik v 60,87 % a vysokoškolsky vzdělané ženy znaly rizika v 77,78 %.

Graf 27 Dostupnost ordinace gynekologa v souvislosti s pravidelným absolvováním preventivních prohlídek



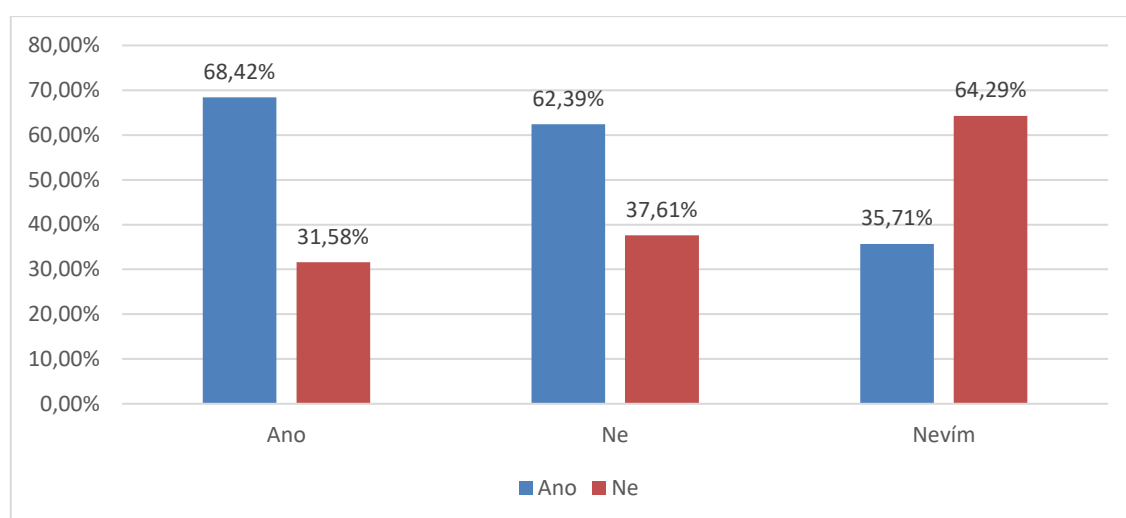
Ty ženy, které navštěvují gynekologa 1 – 2x ročně, považují ordinaci za dostupnou v 88,1 %. Ženy, které navštěvují gynekologa 1x za dva roky, považují ordinaci za dostupnou v 70 %. Ženy, které navštěvují gynekologa 1x za 5 let považují převážně ordinaci za nedostupnou, a to v 68,75 %. Ženy, které chodí za 5 a více let anebo vůbec gynekologa nenavštěvují, se v názoru na dostupnost ordinace neliší.

Graf 28 Pravidelná návštěva gynekologické prevence a její vliv na samovyšetřování prsů



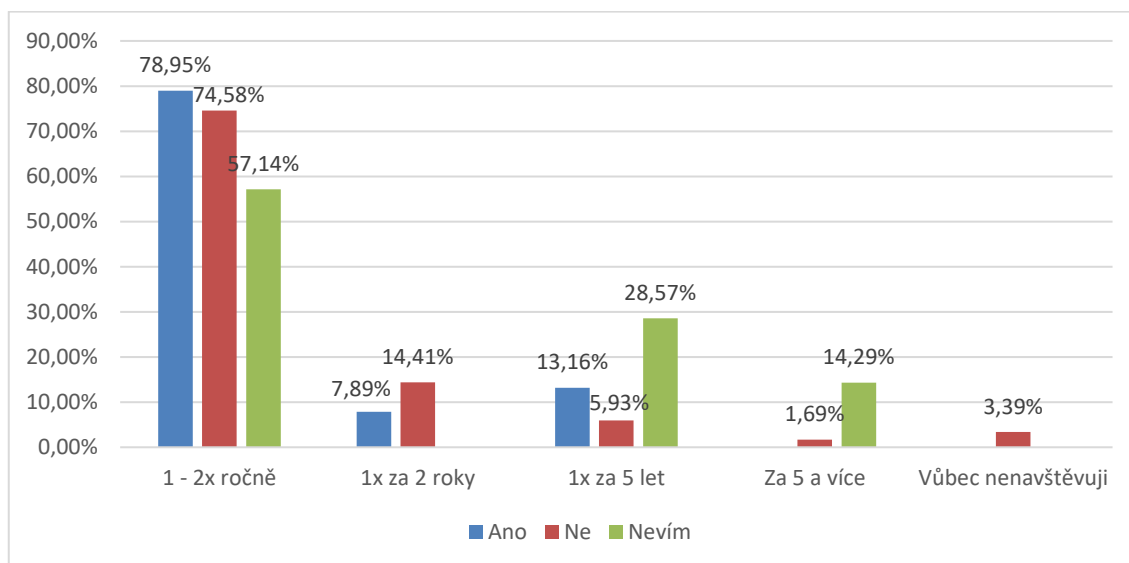
Ženy, které navštěvují gynekologa 1 – 2x ročně provádí samovyšetření prsu v 71,43 %. Respondentky, které uvádějí, že navštěvují gynekologa 1x za dva roky, provádí samovyšetření prsu v 50 % případů. Ženy, které navštěvují gynekologa za účelem pravidelných preventivních prohlídek, provádí samovyšetření pouze v 25 %, stejně tomu je i u žen, které gynekologa nenavštěvují vůbec. Ženy, které udávaly, že na prevenci dochází za 5 a více let, neprovádí samovyšetření vůbec.

Graf 29 Vliv výskytu rakoviny prsu v rodině na samovyšetřování prsů



Ty ženy, u kterých se v rodině vyskytla rakovina prsu, provádí samovyšetření prsu v 68,42 %. Ženy, u kterých se v rodině nevyskytla rakovina, provádí samovyšetření prsu v 62,39 %. Ženy, které neví, zda se u nich v rodině vyskytla rakovina prsu, provádí samovyšetření prsu v 35,71 %. Podíly žen, které provádí samovyšetření prsu se tedy vzhledem k výskytu rakoviny prsu v rodině, moc neliší.

Graf 30 Vliv výskytu rakoviny ženských pohlavních orgánů na návštěvnost gynekologické prevence



U žen, u kterých se vyskytla v rodině rakovina pohlavních orgánů, navštěvují gynekologa 1 – 2x ročně v 78,95 %. U žen, u kterých se nevyskytla v rodině rakovina pohlavních orgánů, navštěvují gynekologa 1 – 2x ročně v 74,58 %. Ženy, které neví, zda se u nich v rodině vyskytla rakovina pohlavních orgánů, navštěvují gynekologa 1 – 2x ročně v 57,14 %.

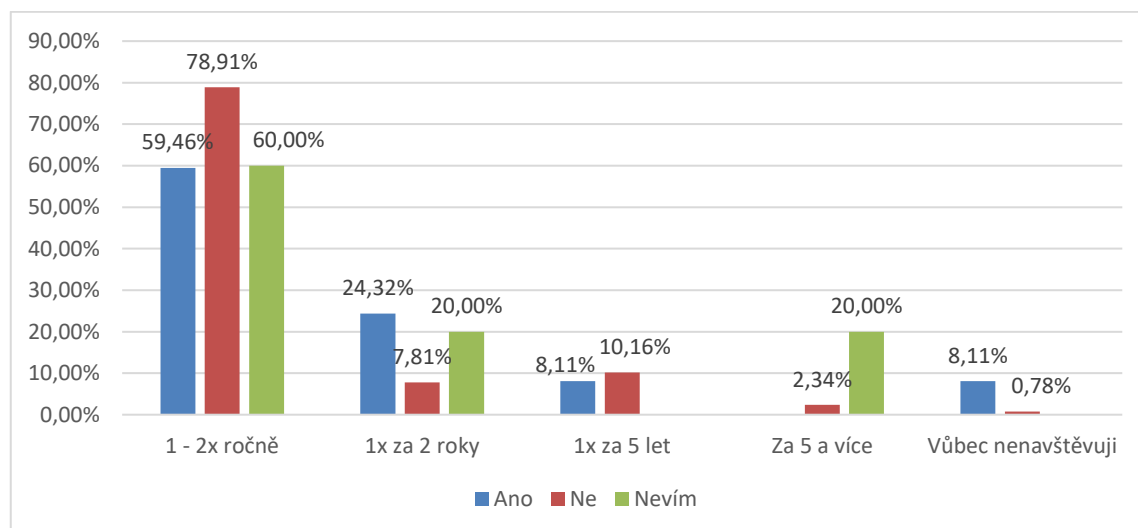
Ženy, které dochází na prevenci 1x za 2 roky se rakovina ženských pohlavních orgánů vyskytla v rodině v 7,89 % a v 14,41 % se u nich v rodině rakovina nevyskytla.

U žen, u kterých se rakovina pohlavních orgánů v rodině objevila, navštěvují gynekologa 1x za 5 let v 13,16 %. U těch žen, u kterých se rakovina nevyskytla, navštěvují gynekologa v 5,93 % a ty ženy, které neví, zda se u nich v rodině vyskytla, jej navštěvují v 28,57 %.

Respondentky, které uvádí, že navštěvují gynekologickou prevenci za 5 a více let se rakovina ženských pohlavních orgánů v rodině nevyskytla v 1,69 % a ženy, které neví, zda se u nich v rodině vyskytla jej navštěvují za 5 a více let v 14,29 %.

Ženy, které gynekologa nenavštěvují vůbec, udávají, že se u nich v rodině rakovina nevyskytla v 3,39 %.

Graf 31 Obdržení pozvánek ke gynekologické prevenci a její vliv na návštěvnost prevence v gynekologii



Ženy, které obdržely pozvánku, navštěvují gynekologa 1 – 2x ročně v 59,46 %. Ty ženy, které neobdržely pozvánku, navštěvují gynekologa 1 – 2x ročně v 78,91 % a respondentky, které neví, zda obdržely pozvánku, navštěvují gynekologa 1 – 2x ročně v 60 %, 24,32 % žen, které obdržely pozvánku na gynekologickou prevenci, navštěvují gynekologa 1 x za 2 roky. Počet žen, které neobdržely pozvánku a navštěvují gynekologa 1x za 2 roky, je 7,81 %. Respondentky, které neví, zda někdy pozvánku dostaly, navštěvují gynekologa 1x za 2 roky v 20 %.

Ženy, které obdržely pozvánku, ale navštěvují gynekologa pouze 1x za 5 let je 8,11 %. Ty, které neobdržely pozvánku, navštěvují gynekologa 1x za 5 let v 10,16 %.

Z těch žen, které navštěvují gynekologa za 5 a více let, žádná neobdržela pozvánku na prevenci, 2,34 % žen, které nedostaly pozvánku, navštěvují gynekologa za více než 5 let. Ženy, které neví, zda někdy pozvánku obdržely, navštěvují gynekologa za 5 a více let v 20 %.

Z 8,11 % žen, které obdržely pozvánku, žádná nenavštěvuje gynekologa a 0,78 % žen, které neobdržely pozvánku, vůbec ke gynekologovi nedochází.

5 Diskuze

Stárnutí je přirozený proces, který může probíhat buď normálním způsobem, anebo může být zkomplikován poruchami zdraví (Beran, 2018). Vzhledem ke stárnutí populace, je nutné zabývat se nezbytnou prevencí zdraví u žen a předcházet tak možným komplikacím (Tomeš et al., 2017), a právě prevence u žen ve stáří je tématem této bakalářské práce.

V bakalářské práci byly stanoveny dva cíle, ke kterým byly přiřazeny 2 hypotézy. Prvním cílem práce bylo zjistit, zda ženy ve stáří dochází na pravidelné gynekologické prohlídky. Druhý cíl byl zaměřen na to, zda ženy si ve stáří uvědomují rizika spojená se zanedbáváním gynekologické prevence. Pro ověření hypotéz se provedl kvantitativní výzkum, jehož se zúčastnilo 170 respondentek, které byly různého stáří, vzdělání i místa bydliště, což jsme zjistili identifikačními otázkami v dotazníku (Graf 1-4). Pro zpracování hypotéz jsme museli rozdělit respondentky na dvě skupiny, a to skupinu žen ve starším věku (61 a více let) a na část žen mladšího věku (18-60 let).

Při rozdělování žen do mladší a starší věkové kategorie jsme při výzkumném šetření zjistili, že 54 % (92) z výzkumného souboru tvořily mladší ženy (18-60 let), zbývajících 46 % (78) byly ženy staršího věku (61 a více let).

Výzkumné šetření se zabývalo účastí starších žen na preventivních gynekologických prohlídkách (Graf 25). Z výzkumného šetření je zřejmé, že mladší ženy dochází na pravidelné preventivní vyšetření ke gynekologovi průměrně v 88 %. U starších žen se tato návštěvnost pohybuje průměrně kolem 58 %. Ženy ve stáří tedy opravdu zanedbávají gynekologickou prevenci víc než ženy mladší. Což potvrzuje i Májek et al. (2017), kteří uvádějí, že v ČR se zajištění screeningu karcinomu děložního hrdla (gynekologická prevence) dlouhodobě pohybuje kolem 56 %, nicméně také udávají, že u starších žen je procento návštěvnosti nižší (viz Příloha 12). Rozdíly v procentuálním zastoupení jsou pravděpodobně dány různým počtem zkoumané populace žen. Zatím co data výzkumného šetření vychází z odpovědí 170 respondentek, Májek et al. (2017) pracovali s daty zdravotních pojišťoven. Jak je však patrné z Grafu 28 příčinou nedostatečné návštěvnosti gynekologické prevence je pravděpodobně dáno i vzdáleností gynekologických ordinací. Ženy, které navštěvují ordinaci svého

gynekologa za účelem prevence 1 – 2x ročně a 1x za 2 roky, ji častěji považují za dostupnou než ženy, které chodí na pravidelné návštěvy méně často nebo vůbec.

Když jsme se zajímali, z jakého důvodu ženy zanedbávají prevenci, měli jsme k dispozici pouze 23 odpovědí. Odpovědi všech respondentek byly totožné, a to, že nemají žádné problémy, a proto, nenavštěvují pravidelně gynekologa. I přes malé množství odpovědí, námi zjištěná informace může poukazovat na nedostatečnou informovanost žen o závažnosti nádorových onemocnění ženského pohlavního systému, protože jak uvádí Tomášek (2015), vzniku karcinomu děložního čípku předchází dysplastické změny (CIN I – III), které jsou snadno identifikované.

Na základě získaných výsledků z výzkumného šetření jsme zjistili, že ženy zanedbávají pravidelnou gynekologickou prevenci z důvodu, že nemají žádné problémy, nás zajímalo, zda ženy znají důvod absolvování těchto vyšetření (Graf 6). Ženy měly možnost zaznačit více odpovědí. Správné odpovědi byly dvě, a to prevence rakoviny děložního čípku a prevence rakoviny prsu. Přesto, že 91,61 % žen zaznamenalo prevenci karcinomu děložního čípku, tak již pouze 43,93 % žen zaznamenalo prevenci rakoviny prsu. Velké množství žen (39,16 %) také zmiňovalo prevenci zánětů pochvy jako důvod gynekologické prevence a 5,59 % respondentek uvádělo, že neví, jaké jsou důvody absolvování pravidelných gynekologických prohlídek. Dle našeho názoru tato čísla opět vypovídají o nedostatečné edukaci žen o významu prevence v gynekologii. Přesný rozsah gynekologických preventivních prohlídek upravuje Vyhláška č. 70/2012 Sb. (MZ ČR, 2012).

Druhá část výzkumného šetření vypovídá o znalosti rizik spojených s nedostatečnou prevencí. Naším druhým cílem bylo zjistit, zda si ženy ve stáří uvědomují možná rizika, která souvisí s nedostatečnou gynekologickou prevencí. Jak lze spatřit v Grafu 9, ženy udávaly v 93,01 %, že rizikem je pozdní záchyt nádorových změn. Dle procentuálního zastoupení by se dalo říci, že ženy považují tato rizika za nejnebezpečnější. Což je pozitivní zjištění. Nicméně při zpracování dat pro ověření hypotéz, jsme jako správné hodnotili pouze odpovědi, které určily jako riziko spojené s nedostatečnou prevencí v gynekologii pozdní záchyt nádorových změn. Ostatní odpovědi byly považovány za chybné. Jak můžeme vidět v Tabulce 2, starší ženy odpovídaly procentuálně častěji

správně než ženy mladšího věku. Tyto rozdíly však nejsou statisticky významné. Zastáváme názor, že to ale svědčí opět o nedostatečné edukaci, tentokrát mladých žen.

Ani vzdělání žen nemá zásadní vliv na znalost rizik spojených se zanedbáváním preventivních vyšetření v gynekologii (Graf 27). To je překvapující, protože bychom očekávali, že ženy středoškolsky a vysokoškolsky vzdělané budou o dané problematice více informované. Dalším překvapujícím zjištěním, bylo zjištění, že ani výskyt rakoviny ženských pohlavních orgánů v rodině respondentek nemá zásadní vliv na účasti žen na gynekologické prevenci (Graf 30).

Co však alespoň částečně ovlivňuje návštěvnost žen na gynekologických prevencích, je obdržení pozvánky na absolvování této preventivní prohlídky (Graf 31). Z výzkumného šetření jsme zjistili, že ty ženy, co neobdržely pozvánku, chodí častěji na prohlídky 1 – 2x ročně. Ty respondentky, které obdržely pozvánku, chodí častěji na prohlídky 1x za 2. Jak uvádějí Májek et al. (2017) míra účasti na gynekologických prevencích po obdržení pozvánky byla okolo 15 %, avšak u žen ve stáří byla nižší i přesto, že zajištění pozvánek na gynekologickou prevenci u žen ve stáří bylo nejvyšší.

Součástí gynekologické preventivní prohlídky je i edukace a ukázka samovyšetření prsů. Z Grafu 17 je zřetelné, že většina žen (61,76 %) si provádí samovyšetření prsů, ale mezi respondentkami byla i velká skupina žen (38,24 %), která samovyšetření prsů neprovádí. Zde nás zajímalo, zda má nějakou spojitost návštěvnost gynekologických vyšetření a samovyšetření prsů. V tomto případě, jsme došli ke zjištění, že návštěvnost prevence a samovyšetřování prsů mají mezi sebou určitý vztah (Graf 28). Ty ženy, jež chodí na prohlídky 1 – 2x ročně nebo 1x za 2 roky provádí samovyšetření prsu častěji než ty, které chodí na pravidelné návštěvy méně často nebo vůbec. V souvislosti se samovyšetřováním prsů nás také zajímalo, zda je nějaká souvislost mezi tímto vyšetřením a výskytem rakoviny prsu v rodině. Jak je patrné z Grafu 30, nejsou nějaké významné rozdíly v provádění samovyšetření u žen, u kterých se v rodině rakovina prsů vyskytla, a těch žen, u kterých se nevyskytla. Nicméně u žen, které neví, zda v rodinné anamnéze mají rakovinu prsů, probíhá samovyšetřování prsů nejméně.

Co nás však udivilo nejvíce, bylo zjištění, že porodní asistentky v praxi ženám nepodávají téměř žádné informace týkající se samovyšetřování prsů. Pouze 2 ženy

ze 170 uvedly, že je o samovyšetřování prsů edukovala porodní asistentka (Graf 17). Nesnídalová et al. (2016) uvádějí, že porodní asistentka by měla být schopná ženu řádně edukovat o samovyšetření prsů, a dokonce jí průběh samovyšetření prsů předvést.

Výsledky výzkumného šetření nás upozorňují, kromě nutnosti řádně ženy edukovat, na nedostatečný zájem ze strany žen o své zdraví. Zvýšit starost žen o jejich zdraví je náročný úkol, který si vyžaduje spolupráci nejen zdravotnických zařízení, ale i škol, protože edukace o zdraví začíná právě ve školách.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala prevencí ženy ve stáří. V práci byly zvoleny dva cíle. Prvním cíle bylo zjistit, zda ženy ve stáří zanedbávají pravidelnou gynekologickou prevenci. K tomuto cíli byla stanovena hypotéza. Ženy ve stáří zanedbávají prevenci oproti ženám ve fertilním věku.

Výsledky výzkumu ukazují na to, že ženy ve stáří zanedbávají prevenci podstatně více než ženy mladšího věku. Cíl č. 1 byl tedy splněn a hypotéza byla přijata. Při zjišťování důvodů, proč tomu takto je, bohužel ženy staršího věku odpověděly pouze ve dvou případech. Tyto ženy udávaly jako důvod zanedbávání prevence právě vysoký věk. Starší respondentky udávaly, že podle nich by se měla povědomost o nutnosti prevence zvyšovat pomocí informačních letáků a formou rozesílání pozvánek.

Druhým cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda ženy ve stáří znají rizika spojená se zanedbáváním preventivních gynekologických prohlídek. Stejně jako u prvního cíle i zde jsme si stanovili hypotézu. Ženy ve stáří si neuvědomují rizika zanedbávání prevence oproti ženám ve fertilním věku. Na základě výsledků jsme došli k závěru, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi věkem ženy a znalostí rizik zanedbání prevence. Cíl č. 2 byl tedy splněn a hypotéza byla zamítnuta. Odpovědi respondentek však ukazují na nedostatečnou edukaci žen o důvodu prevencí a možných rizicích s tím spojených.

Vzhledem k výsledkům provedeného výzkumného šetření by mohla být bakalářská práce využita jako materiál pro rozsáhlejší výzkum zabývající se danou problematikou. Dále může být určena pro preventivní zařízení jako informační materiál. Výsledky výzkumného šetření mohou být prezentovány na odborných konferencích nebo publikovány v odborných časopisech.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ALIZON, S. et al., 2017. Why human papillomavirus acute infections matter. *Viruses*. 293(9), 2-18, doi: 10.3390/v9100293.
2. ARMSTRONG, M., TAYLOR, S., 2015. *Řízení lidských zdrojů: Moderní pojetí a postupy*. 13. vyd. Praha: Grada. 928 s. ISBN 978-80-247-9883-7.
3. AYERS, S., DE VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada. 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.
4. BÁČA, V. et al., 2017. *Diagnostika a léčba nejčastějších osteoporotických zlomenin*. Praha: Karolinum. 76 s. ISBN 978-80-246-3517-0.
5. BARASH, P.G. et al., 2015. *Klinická anesteziologie*. 6.vyd. Praha: Grada. 816 s. ISBN 978-80-247-4053-9.
6. BÁRTOVÁ, J., 2015. *Přehled patologie*. Praha: Karolinum. 232 s. ISBN 978-80-246-2745-8.
7. BERAN, J., 2018. Duševní onemocnění ve stáří a jejich prevence. In: ČELEDOVÁ, L., et al. *Člověk ve zdraví i v nemoci: Podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Karolinum. 512 s. ISBN 978-80-246-3828-7.
8. BÉBAROVÁ, L. et al., 2015. Karcinom prsu na I. chirurgické klinice FN Olomouc – zhodnocení počtu a věku pacientek a přínosu mamárního screeningu. *Rozhledy v chirurgii*. 94(1), 25-29. ISSN 0035-9351.
9. BÉREŠ, M., 2013. *Kouč vlastního života: cesta ke spokojenému životu*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4689.
10. BESNARD-CHARVET, CH., 2014. *Homeopatie a perimenopauza*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-5191-7.
11. CAMPBELL, L.A., ROSENFELD M.E., 2015. Infection and Atherosclerosis Development. *Arch Med Res*. 46(5), 339-350, doi: 10.1016/j.arcmed.2015.05.006.
12. CIPRO, M., 2015. *Psychoanalytické koučování: Vliv nevědomé motivace na jednání koučovaného*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-9212-5.
13. ČELEDOVÁ, L. et al., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. 154 s. ISBN 978-80-246-3404-3.

14. ČEVELA, R. et al., 2014. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-9290-3.
15. DOSTÁL, J., TURKOVÁ, M., 2017. Perimenopauza a postmenopauza. In: PILKA, R. et al. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf. s. 65-73. ISBN 978-80-7345-53-9.
16. DRIÁK, D., 2014. Menopauza a hormonální substituční léčba. In: VLČEK, J. et al. *Klinická farmakologie II*. Praha: Grada. s. 129-143. ISBN 978-80-247-9155-5.
17. DUNGL, P. et al., 2014. *Ortopedie*. 2. vyd. Praha: Grada. 1192 s. ISBN 978-80-247-9337-5.
18. DVOŘÁK, K. et al., 2014. Diagnostika časných stádií karcinomu mléčné žlázy ve FN Brno z období září 2002- prosince 2013. *Prakt Gyn*. 18(1), 19-29. ISSN 1211-6645.
19. DVOŘÁK, V. et al., 2014. Prebiotické metody při screeningu karcinomu děložního hrdla. *Česká gynekologie*. 79(4), 260-268. ISSN 1210-7832.
20. DVOŘÁK, V., PILKA, R., 2017: Prekancerózy. In: PILKA, R. et al. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf. s. 185-206. ISBN 978-80-7345-53-9.
21. DZVINČUK, P., PILKA, R., 2017. Gynekologické zhoubné nádory. In: PILKA, R. et al. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf. s. 185-206. ISBN 978-80-7345-53-9.
22. FALT, P. et al., 2015. *Koloskopie*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-5284-6.
23. FERKO, A. et al., 2015. *Chirurgie v kostce*. 2.vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-9041-1.
24. FRIEDRICHS, K. et al., 2017. *Rakovina prsu: poznejte nepřitele a porazte ho*. Praha: Euromedia. 224 s. ISBN 978-80-7549-155-8.
25. FUHRMAN, J., 2017. *Skoncujte s cukrovkou!* Brno: cPress. 256 s. ISBN 978-80-264-0617-4.
26. GAETE, V., 2015. Desarrollo psicosocial del adolescente. *Rev Chil Pediatr*. 86(6), 436-443, doi: 10.1016/j.rchipe.2015.07.005.

27. GALLI, S. et al., 2017. The effect of magnesium on early osseointegration in osteoporotic bone: a histological and gene expression investigation. *Osteoporos Int.* 28, 2195-2205, doi: 10.1007/s00198-017-4004-5.
28. GARCÍA-GONZÁLEZ, V. et al., 2015. Reality of a Vaccine in the Prevention and Treatment of Atherosclerosis. *Arch Med Res.* 46(5), 427-437, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcmed.2015.06.004>
29. GUTIÉRREZ-FRAGOSO, K. et al., 2017. Optimization of classification strategies of acetowhite temporal patterns towards improving diagnostic performance of colposcopy. *Comput Math Methods Med.* 2017, 10 p. doi: 10.1155/2017/5989105.
30. HALÁMKOVÁ, J. et al., 2014. Specifika ovariálního karcinomu u pacientek s mutací BRCA: léčba karcinomu ovaria inhibitory PARP. *Prakt Gyn.* 18(1), 54-59. ISSN 1211-6645.
31. HIRSCHFELD, H.P. et. al, 2017. Osteosarcopenia: where bone, muscle, and fat collide. *Osteoporosis International.* 28(10), 2781–2790, doi: 10.1007/s00198-017-4151-8.
32. HORÁK, L. et al., 2013. *Praktická proktologie.* Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-8542-4.
33. HRUBÁ, D., 2014. Strategie primární prevence. *Med.praxi.* 11(3), 120-123. ISSN 1214-8687.
34. HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M., 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe.* Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0274-7.
35. CHOVANEC, J., 2015. Nejčastější gynekologické nádory. In: TOMÁŠEK, J. et al. *Onkologie – minimum pro praxi.* Žilina: Inform lib, s. 298-299. ISBN 978-80-8804-601-1.
36. INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIFES; 2011. ICM International Definition of the Midwife [online]. The Hague [cit. 2017-4-20]. Dostupné z: lurl.cz/Lt6Ia
37. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium.* Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-2478-893-7.

38. JELÍNKOVÁ, I., 2014. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5093-4.
39. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-6482-5.
40. KALIST, V. et al., 2015. Chirurgie bránice v léčbě pokročilého karcinomu ovaria. *Čes. Gynec.* 80(5), 333-338. ISSN 1210-7832.
41. KALVACH, Z. et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
42. KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. 11. vyd. Praha: Grada. 592 s. ISBN 978-80-247-9658-1.
43. KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
44. KRŠKA, Z. et al., 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. 904 s. ISBN 978-80-247-4284-7.
45. KUČERA, D., 2013. *Moderní psychologie: Hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4621-0.
46. KUČERA, M., 2017. *Pud u Freuda*. Praha: Karolinum. 532 s. ISBN 978-80-246-3466-1.
47. MACHOVÁ, J. et al., 2016. *Výchova ke zdraví*. 2. vyd. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
48. MÁJEK, O. et al., 2014a. *Mamografický screening v České republice* [online]. Brno: Masarykova univerzita [2017-11-06]. ISSN 1804-0861. Dostupné z: 1url.cz/TtSw4
49. MÁJEK, O. et al., 2014b. *Cervikální screening v České republice* [online]. Brno: Masarykova univerzita [2017-11-06]. ISSN 1804-0861. Dostupné z: 1url.cz/9tSwh
50. MÁJEK, O. et al., 2015. *Výsledky adresného zvaní českých občanů do programů screeningu zhoubných nádorů* [online]. Brno: Masarykova univerzita [2017-11-06]. Dostupné z: 1url.cz/ItSip
51. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

52. MAMMACENTRUM, © 2018. *Samovyšetření prsu* [online]. Medicon a.s. [2018-03-16]. Dostupné z: <http://1url.cz/Rt8R9 0>
53. MAMMA HELP, © 2017. *Samovyšetření prsu* [online]. MAMMA HELP [2017-11-06]. Dostupné z: <http://1url.cz/6tXeJ>
54. MARDEŠIĆ, T., et al., 2013. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-4458-2.
55. MILLER, B., 2016. *Osteoporosis: The 'silent disease' that can be prevented or slowed if bone loss is detected early but cannot be reversed once it sets in Oak Better Health Series*. Petaling Jaya: Oak Publication Sdn Bhd. 32 p. ISBN 978-98-3210-625-8.
56. MILLOVÁ, K., 2016. Klasické teorie vývoje. In: BLATNÝ, M. et al. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum. s 23-37. ISBN 978-80-246-3462-3.
57. MOMČILOVÁ, P., 2016. *Ovládněte své hormony jídlem: Fit po padesátce – klimakterium v pohodě – bez osteoporózy – fytoestrogeny v jídelníčku*. Čestlice: Medica Publishing. 128 s. ISBN 978-80-859366-72-8.
58. MULLEROVÁ, D., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. 256 s. ISBN 978-80-246-2510-2.
59. MZČR © 2015. *O projektu* [online]. MZČR [2017-11-06]. Dostupné z: <http://1url.cz/HtSWU>
60. MZČR, 2014. *Systém podpory prevence vybraných nádorových onemocnění v ČR – screeningové programy* [online]. MZČR [2017-11-06]. Dostupné z: <http://1url.cz/UtXJd>
61. NAVRÁTIL, L. et al., 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2.vyd. Praha: Grada. 560 s. ISBN 978-80-271-0210-5.
62. NEJEDLÁ, M., 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2.vyd. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-4449-0.
63. NESNÍDALOVÁ, I. et al., 2016. Prevence nádorových onemocnění u žen – výzkumné šetření o využití možností prevence nádorových onemocnění v ženské populaci. *Prakt Gyn.* 20(1), 23-30. ISSN 1211-6645.

64. NOVÁČKOVÁ, M., NOUZOVÁ, K., 2016. *Gynekologická péče – příručka pro ženy, které neměly čas anebo se bojí svého lékaře zeptat*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. 63 s. ISBN 978-80-204-4236-9.
65. OMIDIJI, O. et al., 2017. Breast cancer screening in a resource poor country ultrasound versus mammography. *Grana Med J.* 51(1), 6-12, doi <http://dx.doi.org/10.4314/gmj.v51i1.2>.
66. OREL, M. et al., 2016. *Vybrané aspekty sebepojetí dětí a adolescentů*. Univerzita Palackého v Olomouci. 205 s. ISBN 978-80-244-4991-3.
67. OTOVÁ, B., MIHALOVÁ, R., 2013. *Základy biologie a genetiky člověka*. Praha: Karolinum. 228 s. ISBN 978-80-246-2109-8.
68. PEKÁRKOVÁ, A., 2015. Zanedbání prevence onkogynekologických onemocnění u žen bez domova. *Prakt Gyn.* 19(1), 46-47. ISSN 1211-6645.
69. PETRÁKOVÁ, K., 2015. Karcinom prsu. In: TOMÁŠEK, J. et al. *Onkologie – minimum pro praxi*. Žilina: Inform lib, s. 311-312. ISBN 978-80-8804-601-1.
70. PILKA, R., DVOŘÁK, V., 2017. Gynekologická anamnéza, vyšetření a diagnostické metody. In: PILKA, R. et al. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf. s. 34-52. ISBN 978-80-7345-53-9.
71. POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-8769-5.
72. PRŮCHA, J., VETEŠKA, J., 2014. *Andragogický slovník*. 2.vyd. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-4748-4.
73. RIBEIRO PEREIRA, A.C.P. et al., 2017. Incidence and risk factors od lymphedema after breast cancer treatment: 10 years of follow-up. *The Breast.* 36(1), 67-73, doi: <https://doi.org/10.1016/j.breast.2017.09.006>.
74. ROKYTA, R. et al., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada. 712 s. ISBN 978-80-247-9902-5.
75. ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
76. SANKOT, J., 2013. Condylomata acuminata perianalia. In: HORÁK, L. et al. *Praktické proktologie*. Praha: Grada. s.141-144. ISBN 978-80-247-3595-5.
77. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.

78. SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.
79. SKOVAJSOVÁ, M. et al., 2014. Results of the Czech National Breast Cancer Screening Programme. *Klin onkol.* 27(Supplementum 2), 2S69-2S78, doi: 10.14735/amko20142S69.
80. SKOVAJSOVÁ, M., © 2014. *Rakovina prsu: Preventivní samovyšetření prsu* [online]. [cit. 2017-11-06]. Dostupné z: 1url.cz/etswl
81. SKUTILOVÁ, V., 2016. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5469-7.
82. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2012. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy I – Interna*. 2.vyd. Praha: Grada. 211 s. ISBN 978-80-247-3601-3.
83. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
84. SLÍVA, J., 2016. Vliv suplementace kalcie a vitamínem D na kostní denzitu, na riziko osteoporotických fraktur a na výskyt pádů u seniorů. *Medicína pro promoci*. 17(2), 151-153. ISSN 1212-9445.
85. ŠAŠKOVÁ, P., 2016. Samovyšetření prsu. Ano, či ne? *Čes Gyn.* 81(6), 463-470 ISSN 1210-7832.
86. ŠOLCOVÁ, I., BLATNÝ, M., 2016. Pozdní dospělost. In: BLATNÝ, M. et al. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum. s. 157-172. ISBN 978-80-246-3462-3.
87. ŠPINAR, J. et al., 2013. Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí. 2. vyd. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-8375-8.
88. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetřovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-9962-9.
89. ŠTEFKOVÁ, I., DOLEJŠ, M., 2016. *Resilience u adolescentů v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež*. Olomouc: Univerzita Palackého. 96 s. ISBN 978-80-244-4903-6.
90. ŠTĚPÁNKOVÁ, H. et al., 2015. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. 290 s. ISBN 978-80-246-2628-4.

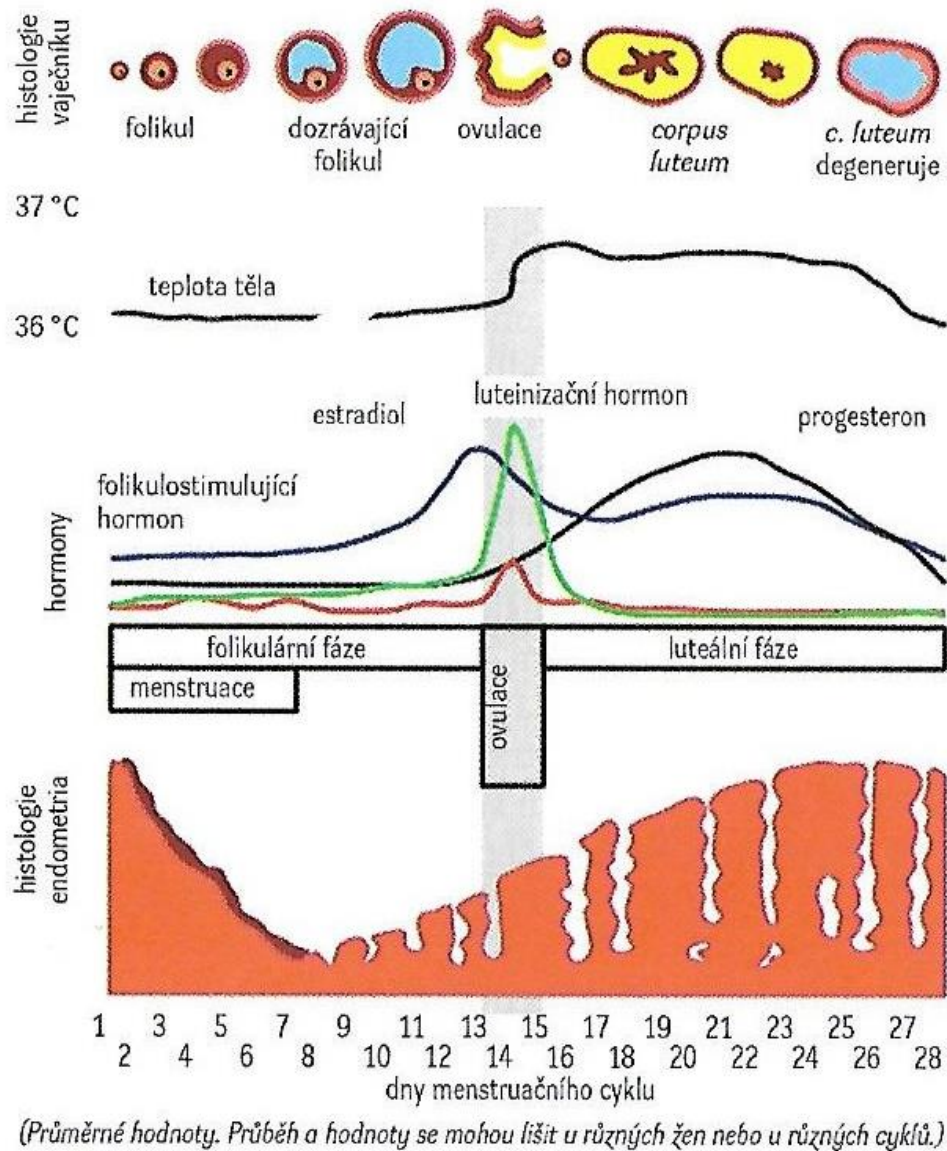
91. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
92. TAHAL, R. et al., 2017. *Marketingový výzkum: postupy, metody, trendy*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-9868-9.
93. THOROVÁ, K., 2015. *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. 576 s. ISBN 978-80-262-714-6.
94. TICHÝ, O., 2017. *Třetí rok adresného zvaní: díky dopisům chodí na onkologickou prevenci o desítky tisíc lidí více* [online]. VZP [cit. 2017-11-06]. Dostupné z: <http://1url.cz/BtXJj>
95. TOMÁŠEK, J. et al., 2015. *Onkologie – minimum pro praxi*. Žilina: Inform lib, s. 311-312. ISBN 978-80-8804-601-1.
96. TOMEŠ, I., et al., 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Karolinum. 256 s. ISBN 978-80-246-3612-2.
97. TÓTH, D. et al., 2016. Karcinom endometria. In: KUŽEL, D. et al. *Základy panoramatické hysteroskopie*. Praha: Grada. s. 84-90. ISBN 978-80-271-9459-9.
98. TÓTHOVÁ, V. et al., 2015. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství*. Praha: NLN. 157 s. ISBN 978-80-7422-467-6.
99. TUČEK, M. et al., 2012. *Hygiena a epidemiologie pro bakaláře*. Praha: Karolinum. 140 s. ISBN 978-80-246-2136-4.
100. ÚZIS, 2015. *Novotvary 2015 ČR* [online]. ÚZIS. [2017-10-15]. Dostupné z: <http://1url.cz/0tvyI>
101. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2.vyd. Praha: Karolinum. 536 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
102. VÁGNEROVÁ, M., 2016. *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Praha: Karolinum, 416 s. ISBN 978-80-246-3268-1.
103. VALLIKAD, E. et al., 2017. Intra and inter-observer variability of transformation zone assessment in colposcopy: A qualitative and quantitative study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 11(1), 4-6, doi: 10.7860/JCDR/2017/21943.9168.

104. VELEMÍNSKÝ, M., KULKA, L., 2016. Prevence a včasná detekce nemocí. In: KUKLA, L. et al. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. s. 99-110. ISBN 978-80-247-3874-1.
105. VODIČKA, J., 2014. *Speciální chirurgie*. Praha: Karolinum. 318 s. ISBN 978-80-246-2512-6.
106. VORLÍČEK, J. et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2.vyd. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
107. VRÁNOVÁ, D., 2013. *Chronická onemocnění a výživová doporučení*. Olomouc: ANAG. 183 s. ISBN 978-80-7263-788-1.
108. Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, 2012. [online]. [cit. 2017-11-06] In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 27, s. 842-847. ISSN 1211-1244. Dostupné z: 1url.cz/JtSWk
109. VYTRÍŠALOVÁ, M., PALIČKA, V., 2014. Osteoporóza. In: VLČEK, J. et al. *Klinická farmakologie II*. 2.vyd. Praha: Grada. s. 143-156. ISBN 978-80-247-4532-9.
110. VZP, © 2015. *Očkování* [online]. VZP [2018-01-03]. Dostupné z: 1url.cz/GtO47
111. VZP, © 2015. *Projekt adresného zvaní na onkologickou prevenci* [online]. VZP [2017-11-06]. Dostupné z: 1url.cz/StSW0
112. WAGNEROVÁ, M., 2014. Úskalí protinádorové léčby ve starším věku. In: MLADOSIEVIČO VÁ, B. et al. *Kardioonkologie*. 2 vyd. Praha: Grada. s. 196-198. ISBN 978-80-247-4838-2.
113. WEISS, P. et al., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
114. WHO, 2013. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention [online]. [cit. 2017-11-06] In: *WHO Guidelines*, 2013 Geneva: WHO. p. 58. ISBN 9789241548694. Dostupné z: 1url.cz/ctSQS
115. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730–4801. ISSN 1211-1244.

116. ZÁVESKÝ, L. et al., 2012. MikroRNA a jejich potenciál v diagnostice karcinomu ovaria: současný stav a možná budoucnost. *Prakt Gyn.* 16(2-4), 59-65. ISSN 1211-6645.
117. ZAVORAL, M. et al., 2015. Úloha kolonoskopie ve screeningu kolorektálního karcinomu. In: ŠPIČÁK, J. et al. *Novinky v digestivní endoskopii*. Praha: Grada. s. 119-136. ISBN 978-80-247-5925-8.
118. ZIKÁN, M., CIBULKA, D., 2014. Karcinom endometria. In: KRŠKA, Z. et al. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. s. 766–772. ISBN 978-80-247-4284-7.
119. ZIKÁN, V., 2015. Farmakologická léčba postmenopauzální a involuční osteoporózy. *Interní medicína*. 17(4), 174-184. ISSN 1212-7299.
120. ŽALOUDEK, J., 2012. Pretanazie a kvarterní prevence v onkologii. In: PTÁČEK, R. et al. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada. s. 92–95. ISBN 978-80-247-4659-3.

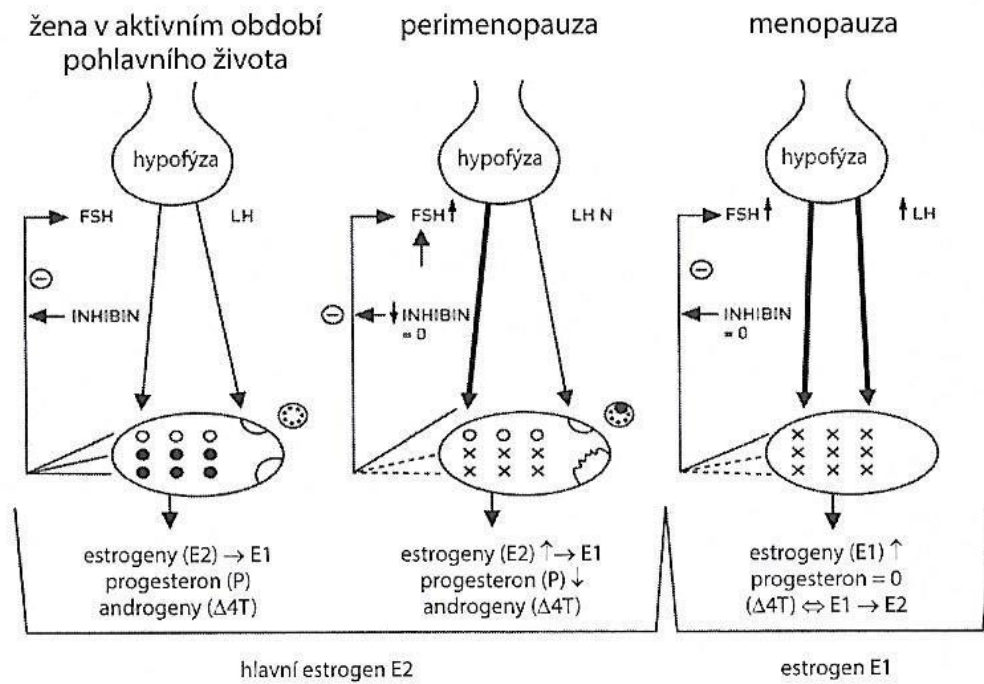
8 Seznam příloh a obrázků

Příloha 1. Menstruační cyklus



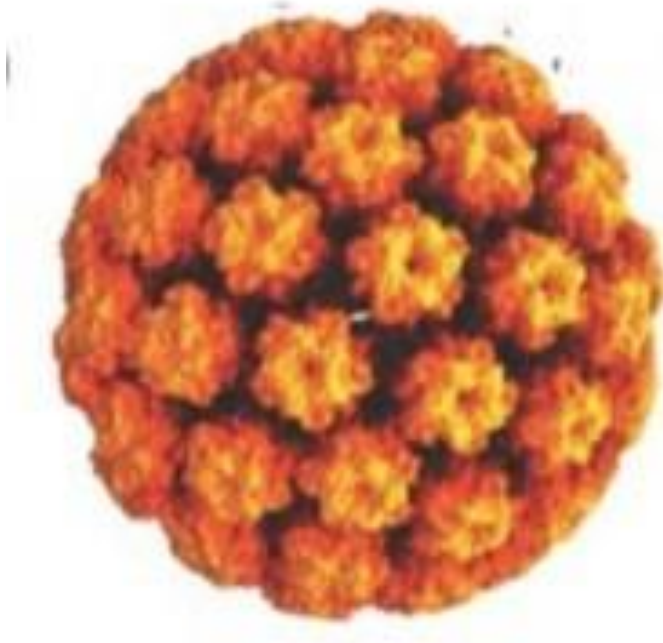
Zdroj: NOVÁČKOVÁ, M., NOUZOVÁ, K., 2016. *Gynekologická péče – příručka pro ženy, které neměly čas anebo se bojí svého lékaře zeptat*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. 35 s. ISBN 978-80-204-4236-9.

Příloha 2. Schéma hladiny hormonů



Zdroj: BESNARD-CHARVET, CH., 2014. *Homeopatie a perimenopauza*. Praha: Grada. 22 s. ISBN 978-80-247-5191-7.

Příloha 3 HPV virus



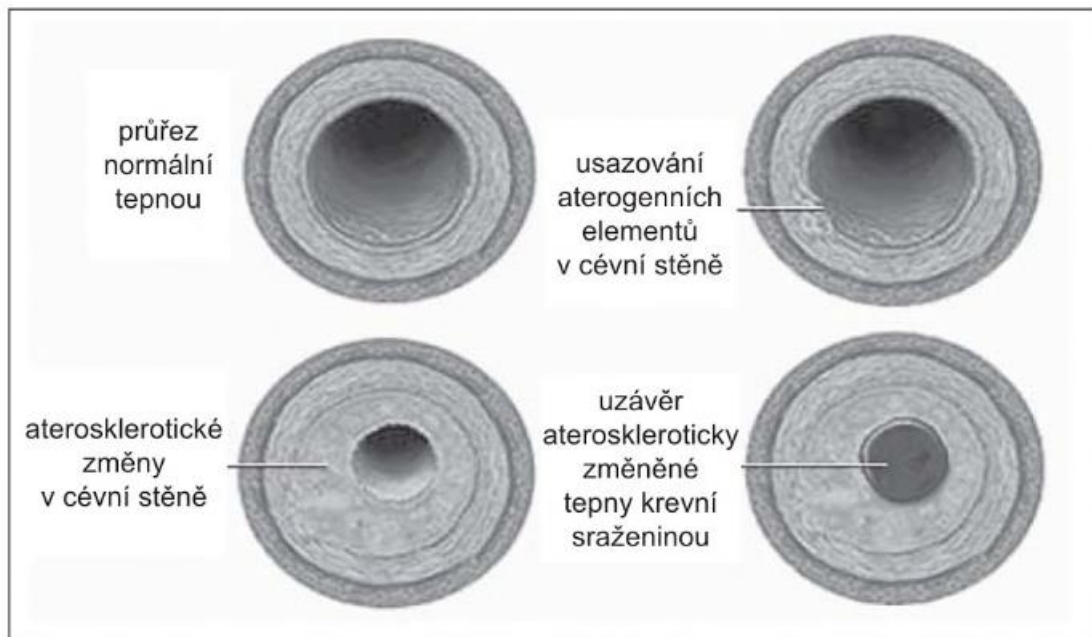
Zdroj: GOMES, A. C., et al., 2017. Harnessing Nanoparticles for Immunomodulation and Vaccines. *Vaccines (Basel)*. 5(1), p. 1-15. doi: 10.3390/vaccines5010006

Příloha 4 Condylomata accuminata



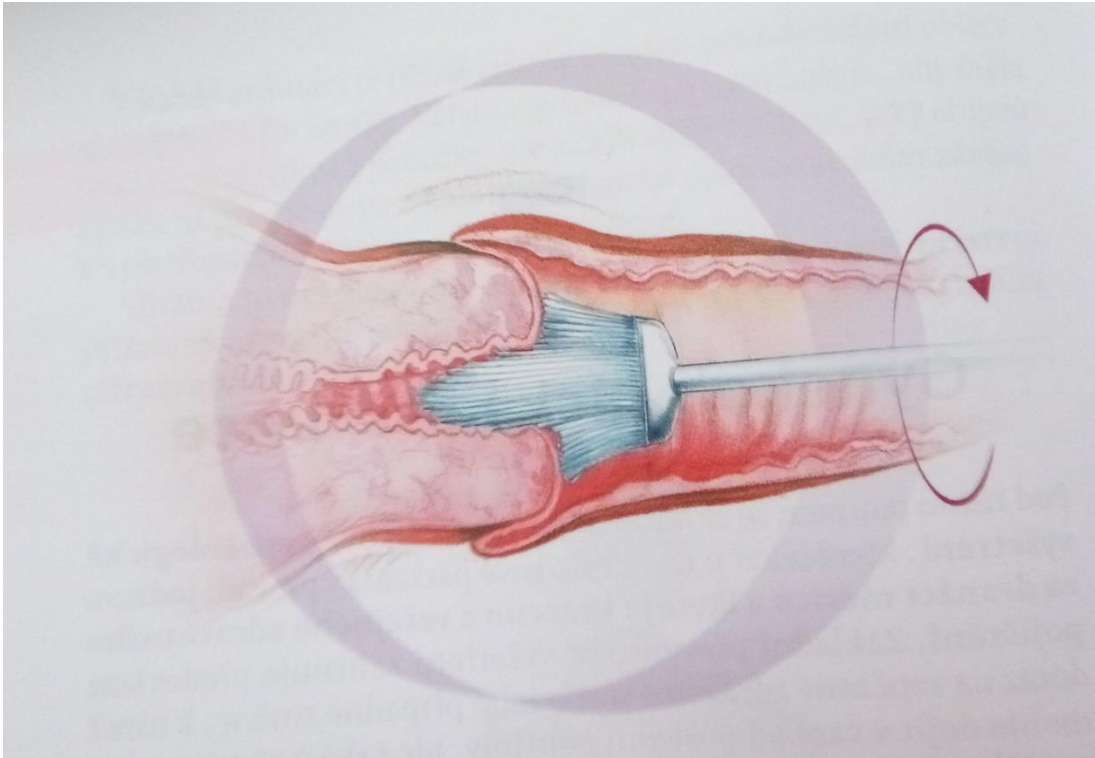
Zdroj: NIAZY, F. et al., 2015. Giant Condyloma Acuminatum of Vulva Frustrating Treatment Challenge. *World J Plast Surg.* 4(2), 159–162. ISSN 2228-7914.

Příloha 5 Ateroskleróza



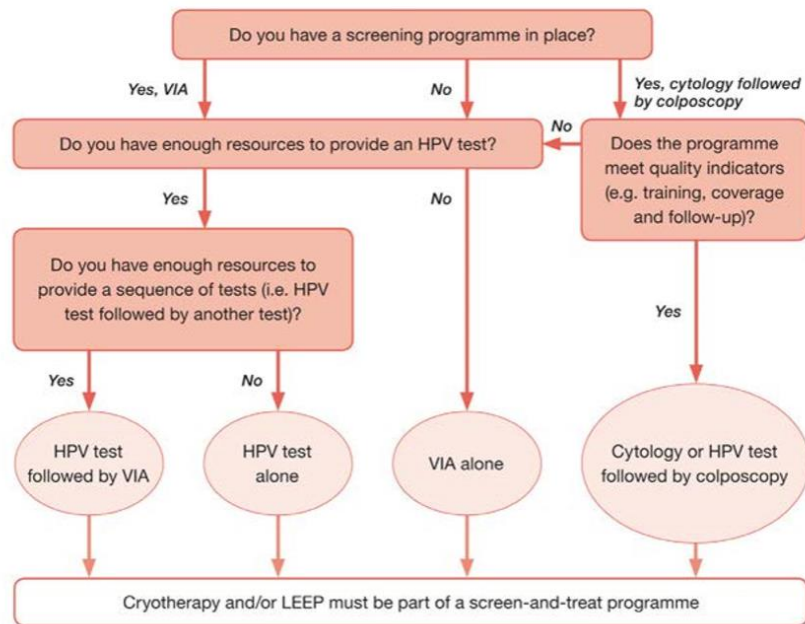
Zdroj: MANDOVEC, A., 2008. *Kardiovaskulární choroby u žen*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-6121-3.

Příloha 6 Cytologický odběr



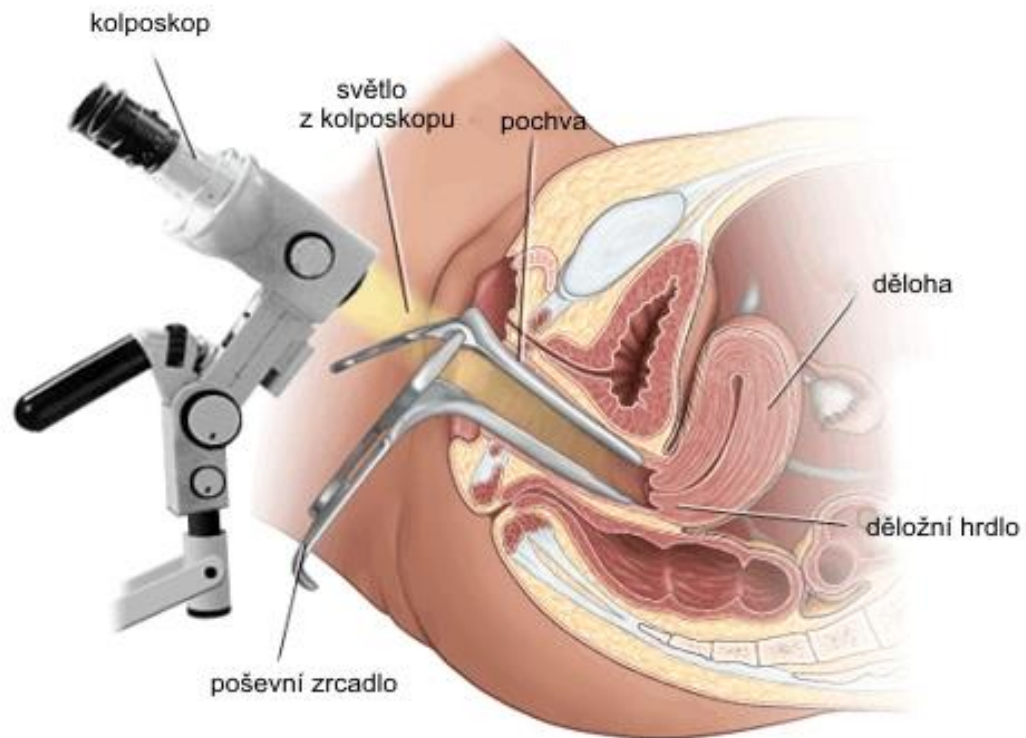
Zdroj: NOVÁČKOVÁ, M., NOUZOVÁ, K., 2016. *Gynekologická péče – příručka pro ženy, které neměly čas anebo se bojí svého lékaře zeptat*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. 35 s. ISBN 978-80-204-4236-9.

Příloha 7 Screen-and-teatr strategies



Zdroj: WHO, 2013. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention [online]. [cit. 2017-11-06] In: *WHO Guidelines*, 2013 Geneva: WHO. p. 58. ISBN 9789241548694. Dostupné z: 1url.cz/ctSQS

Příloha 8 Kolposkopie



Zdroj: ROTTER, L., © 2018. *Kolposkopie* [online]. [2017-11-24]. Dostupné z: 1url.cz/Ntxir

Příloha 9 Mamografie



Zdroj: GLASS, S.B., SHAH, Z.A., 2013. Clinical utility of positron emission mammography. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 26(3), 314–319.

Příloha 10 Postup samovyšetření prsu

Vyšetření pohmatem

Zvedněte jednu ruku za hlavu. Druhou rukou postupně vyšetřete celý prs.



Vyšetření objemných nebo povislých prsů

Při samovyšetřování může pomoci podepření prsu druhou rukou.



Vyšetření bradavky

Stiskněte jemně bradavku, abyste mohla odhalit případný výtok.



Vyšetření podpaží

Prohmatejte lymfatické uzliny v podpaží.



Vyšetření oblasti kolem klíční kosti

Prohmatejte oblast kolem klíční kosti a nad hrudní kostí mezi prsy.



Zdroj: MAMMA HELP, 2014. *Samovyšetření prsu* [online]. MAMMA HELP [2017-11-06]. Dostupné z: <http://1url.cz/6tXeJ>

Příloha 11 Dotazník

Vážená paní,

jmenuji se Dominika Orságová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Závěrečnou bakalářskou práci vypracovávám na téma Žena a prevence ve stáří. Touto cestou bych Vás ráda požádala o vyplnění dotazníku, jehož cílem je potvrdit či vyvrátit hypotézy k již zmíněnému tématu.

V dotazníku je položeno 32 otázek. Ve většině případů je u otázek možná pouze jedna odpověď. V jiném případě jsou možnosti vždy uvedeny u dané otázky.

Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou použity výhradně pro účely bakalářské práce a se získanými daty bude nakládáno dle platných etických norem. Proto Vás prosím o pravdivé a otevřené vyplnění.

Velice Vám děkuji za Vaši ochotu

Dominika Orságová

1. Kolik je vám let?

- a) 18-30
- b) 31-40
- c) 41-50
- d) 51-60
- e) 61-70
- f) 71 a více

2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Střední odborné bez maturity
- c) Střední s maturitou
- d) Vysokoškolské

3. Kde v současné době žijete?

- a) Město
- b) Venkov

4. S kým žijete?

- a) S manželem/ přítelem/ partnerem
- b) S rodinou dcery/syna
- c) V domově pro seniory
- d) Sama

5. Je pro Vás umístění ordinace vašeho gynekologa dostupné?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

6. Jaká je Vaše hmotnost?

.....

7. Svoji váhu hodnotíte jako:

- a) Nízká
- b) Optimální
- c) Nadváha
- d) Obezita

8. Jaká je vaše výška?

.....

9. V případě, že máte menstruaci uveďte, jaký je Váš menstruační cyklus (pravidelný, nepravidelný, jak často)

.....

10. Z jakého důvodu podle Vás by žena měla pravidelně absolvovat preventivní vyšetření u gynekologa? (možnost více odpovědí)

Z důvodu:

- a) Prevence rakoviny děložního čípku
- b) Prevence zánětu pochvy
- c) Prevence rakoviny prsu
- d) Nevím

11. Jak často má žena podle Vás nárok na preventivní gynekologickou prohlídku hrazenou pojišťovnou?

- a) 1- 2x ročně
- b) 1x za 2 roky
- c) 1 x za 5 let
- d) Nevím

12. Jak často navštěvujete Vy sama svého gynekologa za účelem preventivního vyšetření?

- a) 1-2 x ročně
- b) 1 x za 2 roky
- c) 1x za 5 let
- d) Za 5 a více
- e) Vůbec nenavštěvuji

13. V případě, že nenavštěvujete svého gynekologa pravidelně uveďte, jak dlouho jste již nebyla na preventivní gynekologické prohlídce a důvod proč.

.....
.....

14. Jaká jsou podle Vás rizika ze zanedbání preventivního gynekologického vyšetření?

- a) Častý výskyt vaginálních mykóz
- b) Pozdní záchyt nádorových změn
- c) Neplodnost
- d) Nevím

15. Myslíte si, že žena, která již nemá dělohu a děložní čípek, by měla pravidelně navštěvovat gynekologa?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

16. Co je podle Vás mamografie?

- a) Vyšetření prsu pomocí kontrastní látky
- b) Vyšetření prsu pomocí ultrazvuku
- c) Vyšetření prsu pomocí rentgenového záření
- d) Nevím

17. Jak často by mělo být u ženy po 45. roku života prováděno mamografické vyšetření?

- a) 1 x za 2 roky
- b) 1x za 5 let
- c) 1 x za 10 let
- d) Nevím

18. Jak často si Vy sama necháváte vyšetřovat prsy mamografem?

- a) 1x za 2 roky
- b) 1x za 5 let
- c) 1x za 10 let
- d) Nenechávám se takto vyšetřit

19. V případě, že si nenecháváte vyšetřovat prsy mamografem napište, z jakého důvodu

.....
.....

20. Byla jste někdy informována o samovyšetření prsů?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

21. Pokud ano, kdo vás o tom informoval? (možnost více odpovědí)

- a) Gynekolog
- b) Porodní asistentka
- c) Praktický lékař
- d) Mamocentrum
- e) Kamarád/ka
- f) Televize
- g) Internet
- h) Jiné

22. Z jakého důvodu se provádí mamografie a samovyšetření prsu?

- a) Zhodnocení kvality kojení
- b) Prevence rakoviny prsu
- c) Pevnost ňader
- d) Nevím

23. Provádíte si Vy sama samovyšetření prsů?

- a) Ano
- b) Ne

24. V případě, že samovyšetření prsů neprovádíte, uveďte důvod proč

.....
.....

25. Vyskytla se u Vás v rodině rakovina prsu?

- a) Ano U koho
- b) Ne
- c) Nevím

26. Vyskytla se u Vás v rodině rakovina ženských pohlavních orgánů?

- a) Ano U koho
- b) Ne
- c) Nevím

27. Přišla Vám někdy pozvánka na preventivní gynekologickou prohlídku formou dopisu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

28. Přišla Vám někdy pozvánka na preventivní prohlídku k praktickému lékaři formou dopisu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

29. Jak často cvičíte?

- a) 1x denně
- b) 1-3 x týdně
- c) 1x měsíčně
- d) Necvičím

30. Kouříte nikotinové produkty?

- a) Ano pravidelně
- b) Ne
- c) Příležitostně

31. V případě, že kouříte pravidelně uveďte, kolik nikotinových produktů za den vykouříte

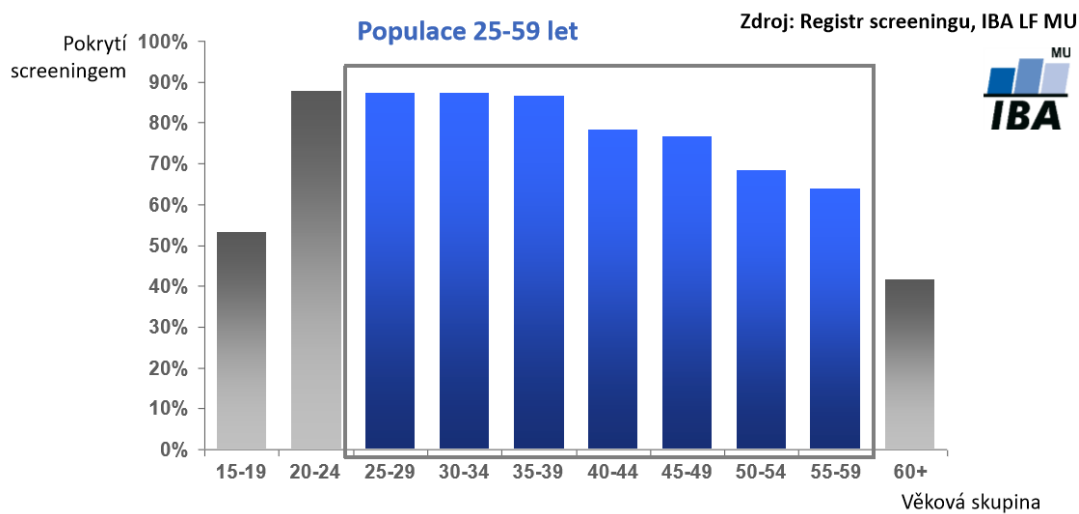
.....

32. Jakým způsobem by se měla zvýšit povědomost o nutnosti pravidelných vyšetření v gynekologii a o rizicích spojených s jejich zanedbáním? (možnost více odpovědí)

- a) Informační letáčky (lékaři, domovy pro seniory)
- b) Reklama na internetu
- c) Reklama v dopravních prostředcích
- d) Rozesílání pozvánek (gynekology, praktickými lékaři)
- e) Nemyslím si, že je potřeba zvyšovat povědomost o prevenci

Velice Vám děkuji za Váš čas, který jste věnovala vyplnění tohoto dotazníku.

Příloha 12 Pokrytí screeningu děložního hrdla



Zdroj: MÁJEK, O. et al., 2017. *Screening karcinomu děložního hrdla: silné a slabé stránky dle dostupných dat* [online]. Prevon 2017 [2018-01-15]. Dostupné z: 1url.cz/ntxii

9 Seznam použitých zkratk

BMI	Body mass index – index tělesné hmotnosti
BRCA 1 a 2	Geny pro familiární výskyt karcinomu prsu a vaječníku
ČR	Česká republika
DK	Dolní končetiny
DM	Diabetes melitus
FSH	Folikuly stimulační hormon
GnRH	Hormon uvolňující gonadotropin
HAK	Hormonální antikoncepce
HPV	Human papillomavirus – lidský papilomavirus
LH	Luteinizační hormon
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace