

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

INFORMOVANOST STUDENTEK VYSOKÝCH ŠKOL O RIZIKU ONEMOCNĚNÍ
KARCINOMEM HRDLA DĚLOŽNÍHO A JEHO PREVENCÍ

Diplomová práce

Jméno autora: Bc. Jana Müllerová

Jméno vedoucího práce: Mudr. Petr Sák, Ph.D.

24.5.2010

Abstrakt

In worldwide basis, the carcinoma of cervix is the second most frequent malignant tumour in women. There is up to 1200 new cases diagnosed in our country every year. Considering the sad fact that more than 400 women die in our country every year, the battle against the carcinoma of cervix became recently one of the priorities of the Ministry of Health of the Czech Republic. The nationwide screening focused on early detection of cervical cancer was launched in our country in 2008.

The dissertation paper entitled “Awareness of university students of the risk of cervical cancer and its prevention“ is mainly focused on monitoring of awareness of university students of the risk of cervical cancer disease and the possible ways of its prevention. The assessed group was made of university students, young women from South Bohemian and Prague universities. In the research part of the dissertation the author used a method of questioning with the technique of data collection using anonymous questionnaire. The research has revealed that the students have basic knowledge on the issue of cervical carcinoma, namely in the area of risk and prevention. It was also found that the awareness of the students of the South Region on this issue was much better than of the students in the Prague region. Despite the overall positive results, the research shows the need to inform the public especially about the hazards of smoking as a possible risk factor associated with cancer. It is also necessary to expand knowledge of women in already developed symptoms of the disease. There is currently only one known - bleeding after intercourse. In the area of prevention it is also desirable to highlight the availability of some special examinations for men, while appealing to the possibility of lifelong disability as a serious consequence of this disease. Research shows that it is still necessary to inform more and better the public about this issue. From the views of the respondents it is clear that in addition to ads aimed at promoting vaccination, the problems of the disease is poorly presented. This is confirmed by the fact that students do not know any organization focused on this problem. To a good awareness of women in this field, in terms of risks, prevention and possible vaccination, should contribute especially gynaecologists, together with the midwives, because as part of the preventive visits they have the opportunity to address

the women and to specifically discuss the issues with them. It is unfortunately evident from the research that these doctors inform minimally about the possible ways of prevention. In my opinion, to respond to the observed facts and to refine and improve the information system for a maximum possible way it is in the interests of all women and girls, whether by improving the own work of gynaecologists, as well as improving awareness about this problem through the media or by using a variety of booklets and leaflets in offices of other physicians, that are currently seen only sporadically.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Informovanost studentek vysokých škol o riziku onemocnění karcinomem hrdla děložního a jeho prevenci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 24.5. 2010

.....

podpis studenta

Poděkování

Zde na tomto místě bych ráda poděkovala především panu primáři ženského oddělení v Českých Budějovicích MUDr. Petru Sákovi, Ph.D. za odbornou pomoc, ochotu a trpělivost při vedení mé diplomové práce a stejně tak paní Mgr. Benešové za pomoc s výzkumnou částí této práce.

OBSAH

ÚVOD	8
1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Nemoc v sociologickém kontextu	10
1.1.1 Problematika prevence chorob a informovanosti pacientů	10
1.1.2 Zdroje informací v současném světě	15
1.2 Karcinom hrdla děložního	16
1.2.1 Klinický obraz vývoje karcinomu děložního hrdla	18
1.2.2 Diagnostika onemocnění	21
1.2.3 Nejdůležitější vyšetřovací metody	23
1.2.4 TNM klasifikace	26
1.2.5 Metody stageingu	27
1.2.6 Terapie	31
1.2.7 Prognóza onemocnění	39
1.2.8 Karcinom děložního čípku v graviditě	39
1.3 Problematika prevence karcinomu hrdla děložního	40
1.3.1 Problematika onkologické prevence v současnosti	40
1.3.2 Z historie prevence karcinomu hrdla děložního	41
1.3.3 Současné metody prevence karcinomu hrdla děložního v ČR	41
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	45
2.1 Cíl práce	45
2.2 Hypotézy práce	45
3. METODIKA	46
3.1 Použitá metoda a technika sběru dat	46
3.1.1 Dotazník	46
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	47
4. VÝSLEDKY	48
4.1 Celkové zhodnocení informovanosti studentek	48

4.2 Zhodnocení nejdůležitějších aspektů informovanosti a srovnání znalostí studentek v rámci krajů	75
5. DISKUZE	86
6. ZÁVĚR	101
7. KLÍČOVÁ SLOVA	106
8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	107
9. PŘÍLOHY	115

Úvod

Nádorová onemocnění patří obecně mezi nejčastější příčiny úmrtí. Podle statistických údajů onemocní v ČR zhoubným nádorem každý pátý občan. V incidenci některých nádorů, jako jsou například kolorektální karcinom, nádory prsu a gynekologické nádory zaujímá naše republika smutné přední místo. Je bohužel tristním faktem, že v souvislosti s těmito nádory každoročně zemře v ČR 1500-2000 žen. Pravdou je, že vynakládáme nemalé částky na onkologickou léčbu, avšak odborníci upozorňují, že léčíme většinou pozdní stadia onemocnění a pravděpodobně se jen málo zamýšlíme nad tím, jak celkovou situaci zvrátit.

Karcinom děložního čípku je v celosvětovém měřítku druhým nejčastějším zhoubným nádorem u žen. České zdravotnictví má jistě i mnoho kvalit, ale zdá se, že prevence cervikálního karcinomu mezi nimi není. Ročně je diagnostikováno až 1200 nových onemocnění. Tato realita je o to smutnější, že právě nádor děložního hrdla je jediným gynekologickým nádorem, jehož vzniku je možné předejít právě pravidelnými preventivními gynekologickými prohlídkami, neboť 6 z 10 nádorů hrdla děložního vzniká u žen, které nikdy neabsolvovaly kontrolní stěr z děložního čípku nebo na vyšetření nebyly posledních pět let. Této skutečnosti využívají v zahraničí státní aparáty zemí s lépe organizovaným systémem zachytu děložních nádorů a organizují pravidelná vyšetření u zdravých žen jednou za 3 až 5 let. U nás je sice zajištěn volný přístup ke gynekologickému vyšetření, ten však nemůže organizovaný systém zachytu nahradit, protože jej dlouhodobě využívá pouze 70 % žen. Je pravdou, že v poslední době došlo v této oblasti ke dvěma zlomovým okamžikům. Jedním z nich je nástup očkování proti HPV viru, tedy vakcinace proti kauzálnímu původci tohoto karcinomu a dále ke vzniku přece jen pevnější struktury screeningů, včetně systému kontroly kvality cytologických laboratoří a datového auditu. Bohužel i přes to se zdá, že informovanost žen o této problematice je stále nedostatečná. Právě z tohoto důvodu jsem zvolila jako téma své diplomové práce problematiku informovanosti studentek vysokých škol o riziku onemocnění tímto karcinomem a o možnostech jeho prevence. Důvodem k volbě tématu bylo též konkrétně zjištění neblahých dat získaných na základě vlastního výzkumu provedeného v roce 2008 v rámci bakalářské práce nazvané „Problematika

karcinomu čípku, zdravotně sociální dopady onemocnění“. Domnívám se, že problematika informovanosti žen v této oblasti je vysoce aktuální a že především mladé ženy by měly být dostatečně a včas informovány o tomto problému, aby se mohli účelně chránit. Jsou totiž budoucími matkami, tedy nositelkami života. Diplomová práce zvolená na toto téma má ozřejmit a potvrdit úroveň této informovanosti.

V souvislosti s touto problematikou je nutno dále upozornit na fakt, že je to především vliv sociálně-politických postojů, zda jsou zdravotní rizika včetně onkologických pojímána pouze jako problém jedince nebo jako problém celé společnosti. Stát je totiž málokdy ve svých opatřeních důkladný, cílevědomý a důsledný, což bývá omlouváno nedostatkem finančních prostředků nebo posuny v koncepcích střídajících se vládních garnitur. Dle mého názoru je nezbytné si uvědomit následující. Časně zachycená nádorová onemocnění jsou vyléčitelná, pokročilá obvykle nikoli. Léčba časných stádií stojí mnohem méně než léčba stádií pokročilých. Léčba časně nádorové choroby neinvalidizuje, nemutiluje, nemá dlouhodobé důsledky na rozdíl od léčby pokročilých stádií, která často důsledky má, invalidizuje a nezřídka mutuluje. Otázkou je zda oproti spoléhání na opatření státního zdravotnictví je možno v oblasti prevence spolehlivěji uplatnit například princip osobní odpovědnosti, který sice využívá konkrétní opatření státu, ale nespolehá pouze na ně. Problém je však daleko složitější, neboť obyvatelstvo naší země se liší nejen stupněm vzdělání, ale také přístupem ke svému zdraví a návykům. Je jasné, že většina obyvatel má podobný přístup k lékařské péči a že rozdíly nebudou nijak markantní. Pokud by se ale podařilo určité metody prevence prosadit na celém území republiky, tedy adekvátně o problematice nádorů informovat, a pokud by se podařilo najít správný způsob motivace naší laické i lékařské veřejnosti k prevenci nádorů, bylo by to jistě ideální. Pak bychom konečně mohli v budoucnu ztratit naše neblahá prvenství a společně se radovat z ušetřených životů i peněz.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Nemoc v sociologickém kontextu

Při vymezování pojmu nemoci z hlediska sociologického je nezbytné vycházet z pojetí jednoty a celistvosti organismu a prostředí. Takový přístup pak umožňuje chápat problematiku nemoci v rovině všech životních procesů jedince, které se odehrávají v systému jedinec a prostředí (2). Nemoc je tak vlastně výsledkem poruchy tohoto systému což znamená, že omezuje možnosti organismu vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky prostředí. Nemoc má tedy stejně jako zdraví svůj aspekt biologický, psychický a společenský. Proč se touto problematikou vůbec zabývat? Odpověď je jednoduchá. Je třeba si uvědomit, že každá nemoc hluboce ovlivňuje jedince nejenom v oblasti fyzického zdraví, ale má též určité a často velmi vážné psychické a sociální důsledky (3).

Sociální důsledky nemoci mají několik aspektů. Potíže se v podstatě projevují ve třech základních oblastech: v pracovní činnosti, rodinném životě a v oblasti trávení volného času. V každé z těchto oblastí je dále možno rozlišovat ještě důsledky materiální, důsledky v oblasti celospolečenských vztahů a vztahů ve skupinách, kde lidé realizují svůj život, jako je rodina, pracovní skupina, kolektiv spolužáků a důsledky vyplývající ze společenského vědomí, jako je subjektivní přístup jedince ke způsobu života a nemoci. I z tohoto krátkého výčtu není pochyb, že problematika nemoci a jejich dopadů je rozsáhlá a snahou společnosti by tedy mělo být nemocem v maximální možné míře předcházet či je eliminovat (7).

1.1.1 Problematika prevence chorob a informovanosti pacientů

Problematika prevence

Mezi hlavní cíle lékařství odjakživa patřila tzv. etiologická léčba, která vycházela z odhalování příčin onemocnění. Je nepochybné, že vítězství moderní medicíny začalo objevem, že odpovědnost za určitá onemocnění mají specifictví

původci, kteří se vyskytují ve vnějším světě a z tohoto vnějšího prostředí pak následně pronikají do organismu. Tak bylo možné začít bojovat proti příčinám nemoci v těle nemocného jejich zničením právě přímo ve vnějším světě a zabránit tak novým onemocněním. Vznikla tzv. preventivní medicína, která společně s bakteriologií a hygienou konečně vedla k vítězství nad epidemiemi. Ukázalo se však, že vedle biologických původců jsou významné ještě jiné příčiny. Během posledních desetiletí tak vnikl a byl všeobecně přijat názor, že nemoc stejně jako zdraví má multifaktoriální, bio-psycho-sociální základ (2). Z toho vyplývá, že nejen jednotlivé faktory životního prostředí ať už biologického či sociálního charakteru jsou příčinou nemocí nebo přímo přispívají k jejich rozvoji, ale také jejich vzájemná interakce s lidským organismem a způsobem života konkrétního jedince vede k jejich vniku. Vzhledem k poznání, že kromě fyzikálních, chemických a bakteriálních příčin vzniku nemocí stále více nabývají na významu faktory sociální, došlo k tomu, že se moderní společnost v rámci prevence chorob zaměřuje nejen na hledání rizikových faktorů určitého typu onemocnění, ale mimo jiné též hledá takové sociální podmínky, které udržují a podporují zdraví. Vůči chorobám tedy nejsme vůbec bezbranní a prostřednictvím prevence jsme schopni ovlivnit mnoho faktorů, které způsobují jejich vznik. Prevencí tak rozumíme předcházení nemocem a posilování zdraví, kdy dodržování určitých pravidel nám může pomoci si naše zdraví dlouhodobě uchovat (7). Prevenci nemocí jako takovou je možno dělit na základní druhy, které se značně liší svojí podstatou. V oblasti prevence vzniku chorob se jedná především o dvě hlavní navzájem odlišné úrovně, které je možno charakterizovat takto. V rámci primární prevence je snaha ovlivnit příčinu nemocí, tedy snížit vliv rizikových faktorů a zvýšit působení faktorů ochranných. Sem patří i zvyšování odolnosti organismu. Snahou je tedy zabránit samotnému vzniku onemocnění nebo alespoň tento vznik co nejvíce oddálit. Primární prevence je založena prakticky výhradně na aktivitách samotného jedince, na jeho životním stylu, tedy jeho chování, volbách a rozhodnutích. K tomu ale potřebuje být dobře informován o tom, co zdraví škodí, co prospívá, a rovněž co je podstatné a co je podstatné méně. Zbytek už je otázka vůle. V primární prevenci je tedy zcela nezbytný aktivní přístup dotyčného, neboť on sám musí provést změny, které mu lékař doporučí. Podstata sekundární prevence je

poněkud odlišná. Jedná se o časné odhalení nějaké již vzniklé poruchy či přímo nemoci, a to pokud možno v časném stádiu, tak aby nedošlo k jejímu vlastnímu plnému rozvoji, to jest k tzv. klinickému stádiu choroby s rozvojem příznaků a porucha či nemoc mohla být úspěšně vyléčena. Sekundární prevence je z větší části v rukou lékařů. Spočívá především v organizování preventivních prohlídek a informování pacientů o časných varovných příznamech poruch zdraví a na znalosti některých konkrétních parametrů vlastního zdravotního stavu. Hlavním cílem takových preventivních vyšetření je odhalit rizika, která ohrožují zdraví dotyčného do budoucna (2,60).

Problematika informovanosti

Moderní názor na práva nemocných je spojen také s uznáním práva na jejich informovanost. Rozhodující pozici v oblasti informovanosti o možnostech prevence chorob představuje role lékaře. I když se s činností lékařů jako takovou setkáváme již od starověku, o „roli“ lékaře z hlediska současného pojetí můžeme hovořit až od poslední třetiny 19. století, tedy od doby, kdy se začaly utvářet nemocnice jako zdravotnická zařízení, v kterých začali působit lékaři (na rozdíl od tzv. hospitalů). Pokud budeme hovořit o činnosti lékaře obecně, můžeme říci, že je funkcionálně zaměřena na ochranu a upevňování zdraví, na diagnostiku a odstraňování nemocí a na záchranu ohroženého života (4). Z pohledu současné velmi složitě členěné zdravotnické instituce můžeme konstatovat, že dnešní lékaři zastávají různé pracovní role odlišné jak kompetencemi v oblasti odborného působení, tak mírou sociálních vazeb, postavením ve vztazích nadřízenosti a podřízenosti i dalšími faktory, jako je frekvence a charakter kontaktu s pacientem. Z toho pak vyplývají jasné rozdíly v postavení i odborném působení praktických či tzv. rodinných lékařů, odborných lékařů v ambulancích či nemocnicích, lékařů působících v hygienické službě nebo farmaceutickém průmyslu apod. V souvislosti s lékařskými rolami je též nutné poukázat na jasnou souvislost lékařské profese s tzv. sociálně-kontrolními funkcemi, neboť právě prostřednictvím lékaře a jeho činnosti může společnost určitým způsobem kontrolovat stabilitu svého

společenského systému, která úzce souvisí například s nemocností či morbiditou. Lékař v tomto pojetí je vnímán jako specialista, který má za úkol nemoc nejenom definovat, tedy vyhledat, ale určit i její příčiny a stanovit, co je nezbytné k jejímu ukončení. Lze ho tedy vnímat jako experta disponujícího nemalým souborem znalostí, zkušeností a schopností, tedy kompetentního nemoc určit a stanovit její terapii. Z výše uvedeného je jasné, že činnosti lékaře mají mnoho rozličných stránek, které jeho profesi zásadně odlišují od ostatních povolání. Jednou ze základních odlišností je fakt, že předmětem jeho zájmu je člověk, což ve svém důsledku znamená, že v případě nesprávného, nevhodného a nebo chybného postupu dojde většinou k nezvratným následkům (2,28).

Informace a komunikace ve vztahu lékaře a pacienta

Mezi základní činnosti lékařské profese patří poradenství o nemoci, její prevenci a léčení, zjišťování anamnézy, vysvětlování nálezů, diagnostika, sdělování informací o nemoci a jejím léčení, motivace ke spolupráci, vyjádření útechy a spoluúčasti. Je důležité si uvědomit, že náplň těchto velmi podstatných lékařských úkolů závisí nejen na kvalitních odborných znalostech lékaře, ale také na schopnosti pohotové a pružné komunikace s pacientem. V současné době je veřejností značně diskutována právě oblast komunikace mezi lékařem a pacientem, a to zejména povinnosti ze strany lékaře vůči pacientovi. Diskuze se však zdá být značně jednostranná, neboť se v ní výrazně zdůrazňují negativní zkušenosti v této oblasti. Je jasné, že každý z nás má své konkrétní představy o tom, jaká by měla komunikace mezi námi a lékařem být a každý má také v tomto směru své osobní zkušenosti. Bylo zjištěno, že nejčastější nespokojenost pacienta v komunikaci s lékařem souvisí právě s tzv. „informační nouzí“. Je nutné si uvědomit, že komunikace lékaře s pacientem je velmi mnohotvárná a vlastní průběh je ovlivňován řadou faktorů. Problémy v komunikaci mohou tedy vznikat v různých oblastech a následkem různých vlivů. Jedním z takových negativních vlivů je z hlediska sociologického fakt, že vzájemný vztah lékaře a pacienta lze považovat za poněkud asymetrický. Dle tohoto názoru je totiž interakce lékař – pacient ovlivňována určitou

asymetrií v jejich sociálních vztazích. Jedná se především o značný rozdíl vědomostí mezi lékařem a pacientem, a tak je lékař v postavení experta a pacient v pozici laika, což může dávat lékaři určitý pocit moci nad pacientem, který hledá pomoc (4). Také komplikovaná a vysoce odborná lékařská problematika dává často lékaři v konkrétních případech interakce s pacientem pocit práva na iniciativu a řízení hovoru, což však pro vzájemný komunikační vztah nemusí být vždy ideální. Z toho vyplývá, že nepochybná profesionální dominance lékaře by neměla být přenášena na sociální stránku jejich vzájemného vztahu. Základním článkem vztahu pacient-lékař je bezpochyby řeč. Často vznikají komunikační bariéry mezi lékařem a pacienty právě následkem jejich „rozdílnosti jazyků“. Důvodem vzniku takových bariér může být například nevhodné používání odborného jazyka lékařem ve styku s laickou veřejností (8). Vzhledem k tomu, že pacient je většinou schopen pochopit a formulovat problematiku nemoci jen v somatických či fyzických projevech, je zcela na lékaři, aby v procesu komunikace vzal v úvahu celkový subjekt pacienta i jeho zvláštnosti. Rozdílné vzdělání, rozdílné sociální vrstvy z kterých pocházejí pacient a lékař, celková kulturnost, odborná a na druhé straně i laická zkušenost s nemocemi, to vše vytváří možnosti pro nedorozumění. Avšak je třeba si uvědomit, že informace, které pacient získává od lékaře, jsou pro něho velmi důležité, neboť čím lépe je pacient informován o možnostech prevence, o svém zdravotním stavu či léčbě, tím lépe může s lékařem spolupracovat (42,60). Aktuálním tématem současného zdravotnictví je také celá řada etických problémů, které často s komunikací souvisí. Jde o následující problémy: problematika ideální a dostupné medicíny, práva nemocných a umírajících, práva nenarozeného dítěte, práva duševně nemocných a handicapovaných, pravda na nemocničním lůžku, život ve stáří, smysl lidského života s nemocí a v nemoci. Pochopení lidských hodnot, postojů, chování a sociální situace pacientů se tak stává pro lékaře nutnou součástí jejich odborné činnosti, stejně jako znalost sociálních faktorů spojených se zdravím a nemocí. Lze tedy očekávat stále větší zvyšování odborné úrovně i rozšíření odborné kompetence lékařů v této oblasti, jakož i snahu v maximální možné míře poskytovat a rozšiřovat dostupné informace vedoucí ke zlepšování zdraví celé populace v boji proti nemocem a jejich eliminaci (4).

1.1.2 Zdroje informací v současném světě

Žijeme v moderní společnosti v které stále více roste potřeba rychlého a efektivního získávání a zpracovávání kvalitních informací. Vlastní pojem „informace“ označuje v původním smyslu jakékoli sdělení. Z vědeckého pohledu je pak informací takové sdělení, které je pro příjemce zdrojem nových poznatků a základem pro další budoucí rozhodování. V souhrnu tedy můžeme konstatovat, že informace jako takové slouží nejen k úspěšnému rozhodování, ale i k plánování a řízení budoucnosti ať už řadového občana, zaměstnance či špičkového top manažera (4). Informační zdroje a technologie, zejména pak elektronické hrají v současné společnosti, která bývá též označována jako společnost informační či znalostní, stále výraznější úlohu. Je důležité podotknout, že za poslední léta od pádu komunismu zaznamenaly informační zdroje a technologie ať už se jedná o klasické tištěné informační zdroje, rozhlas, televizi, internet, mobilní komunikaci, satelit a družice ohromný pokrok. Především internet a mobilní komunikace jsou dnes běžnou záležitostí u všech věkových kategorií a život bez nich si nelze vůbec představit. Díky všem těmto technologiím se celý svět globalizoval a vzdálenosti se zmenšily. Komunikace je možná v podstatě z jakéhokoli místa na světě a tak možnost sdílet, zpracovávat a využívat takové množství informací působí revoluční změny nejen v životě každého z nás, ale i v celé společnosti. Informační a komunikační zdroje i technologie jsou tak jedním z rozhodujících činitelů pro posilování inovací, tvořivosti a realizaci změn ve všech odvětvích průmyslu a služeb. Jsou nezbytně nutné pro modernizaci služeb nejen v oblasti veřejného zájmu jako je vzdělávání, bezpečnost, doprava, energetika a životní prostředí, ale jsou důležité právě i pro uspokojování stále se zvyšující poptávky po zdravotní a sociální péči. Současně podněcují pokrok i v ostatních oblastech vědy a techniky (7). Výše uvedený pojem „informační společnost“ tak odráží fakt, že postupné pronikání informací a zlepšující se informovanost společnosti umožňuje nejen dělat věci nové, ale zároveň utváří i jejich podobu. Tak mění a obohacuje téměř veškeré naše činnosti a současně mění i povahu globální ekonomiky. Dochází ke vzniku tzv. inteligentního prostředí, které prolíná všemi oblastmi života společnosti, bezprostředně obklopuje každého jejího člena a vytváří předpoklady k výraznému zlepšování kvality života (7,8).

1.2 Karcinom hrdla děložního

Karcinom děložního hrdla je vážné onemocnění, které vzniká v té oblasti dělohy, která je lékaři dobře přístupná při gynekologickém vaginálním vyšetření. Z pohledu anatomie hrdlem děložním rozumíme menší oddíl dělohy, který je užší, válcovitý a v mládí relativně dlouhý. Dolní úsek děložního hrdla, tzv. čípek děložní, je takřka vsazen do horního konce pochvy a uzavírá ji. Čípek děložní je tedy ta část hrdla, která je přístupná přímému vyšetření z pochvy. To vysvětluje proč se v odborných kruzích též hovoří v souvislosti s tímto onemocněním o karcinomu čípku děložního (15).

Onemocnění je zhoubného charakteru, jedná se o nádorový proces vycházející buď z oblasti povrchového epitelu čípku tzv. exocervixu, v jiném případě může též vzniknout v místech cylindrického epitelu kanálu děložního hrdla tzv. endocervixu. Karcinom tedy vzniká změnou buněk děložního hrdla, které se působením nejrůznějších vlivů během života ženy začnou nekontrolovatelně množit (44,17). Vznik nádorového procesu v této oblasti můžeme charakterizovat jako komplexní vícestupňový proces, což znamená, že vývoj vlastního karcinomu z počátečních stádií přednádorových změn trvá obvykle mnoho let a není doprovázen téměř žádnými klinickými projevy a to až do fáze pozdních stádií. Onemocnění je však poměrně dobře diagnostikovatelné neboť pomocí screeningu lze časná stádia změněných buněk odhalit, následně je odstranit a vzniku karcinomu tak zcela zabránit. Nádor děložního hrdla je jediným gynekologickým nádorem, jehož vzniku a vývoji je možné předejít právě pravidelným screeninem ve formě gynekologických prohlídek (15,16,43).

Okolnosti vzniku karcinomu děložního hrdla

Existuje nepřeberné množství rizikových faktorů, které se mohou podílet na vzniku určitého onemocnění. Vzpomeňme například vlivy prostředí, genetické faktory nebo některé specifické prohřešky jedince proti životosprávě jako je alkoholismus a kouření, které je samo osobě jedním z nejrizikovějších faktorů mnoha nádorových onemocnění vůbec (41). V souvislosti s iniciací karcinomu děložního hrdla je nutné hovořit o těchto faktorech: epidemiologické studie nezpochybnitelně prokázaly, že

vznik karcinomu děložního hrdla je spjat s infekcí lidským papilomavirem (HPV), a to zejména těchto typů 16, 18, 31,33, 35 a 51. Virus má zvláštní schopnost integrace do hostitelské buňky. Incidence výskytu genitálních typů HPV se podle jednotlivých autorů liší, může však dosahovat až 85 -90 % populace ve věku 20 až 30 let (18,49).

S věkem výskyt přetrvávající infekce HPV výrazně klesá. Nákaza ve většině případů probíhá bez příznaků a po čase se z organismu vyloučí v důsledku aktivace imunitního systému nebo se projeví jako genitální bradavice či sotva postřehnutelné plošné kožní nebo slizniční změny. Inkubační doba od infekce ke klinickým projevům trvá od jednoho do šesti měsíců, pak následuje aktivní růst chorobných změn a současně se aktivuje imunitní odpověď (52). V průměru po devíti měsících se u infikovaných vytváří specifické protilátky. Následně může dojít k dvěma dějům. V prvním případě je imunitní systém schopen infekci odstranit a dojde k ústupu infekce nebo změny přetrvávají, eventuálně postupují. Při rakovinotvorném procesu v případě přetrvávající infekce onkogenními typy HPV dochází k zabudování virové DNA do buněčného genomu, což je nutnou, ale ne dostačující podmínkou vzniku nádorové buňky. K tomu musí přistoupit další genetické změny jako je aktivace buněčných onkogenů a inaktivace tumor-supresorových buněčných genů (19,31). Z toho vyplývá, že na vzniku karcinomu děložního hrdla se kromě HPV účastní i další kancerogenní činitele například nitrosaminy v cigaretovém kouři, dlouhodobá expozice vysokým koncentracím steroidních hormonů, infekce cytomegalovirem, virem Epstein-Baarové, virem herpes simplex typ 2, HIV, chlamydia trachomatis a další rizikové faktory. Zde je nutno uvést například časné zahájení pohlavního života a s tím související počet sexuálních partnerů, časný věk prvního těhotenství, vysoký počet porodů a potratů v anamnéze, opakované lacerace děložního čípku vzniklé právě následkem instrumentálních zákroků, dále chronické zánětlivé změny v dané oblasti, poruchy imunitního systému a způsob sexuálního života a to obou partnerů !! Důležité je totiž vědět, že přenašeči jsou patrně muži, kteří jsou nositeli virů, aniž mají nějaké příznaky nebo problémy s infekcí, samozřejmě také na ně mohou být tyto viry přeneseny od žen(55). Vznik onemocnění může ovlivnit i životní styl a výživa žen, spěch, stres, málo odpočinku, nevhodná strava přispívající k vitamínovému deficitu, kouření, drogy a

špatné socioekonomické podmínky. Kromě výše uvedeného mohou také být některé tumory například adenokarcinomy hrdla děložního součástí některých dědičných syndromů (14,15,66).

1.2.1 Klinický obraz vývoje karcinomu děložního hrdla

Prekancerózy děložního hrdla

Jako prekancerózy děložního hrdla nazýváme změny, které předcházejí vlastnímu manifestnímu karcinomu hrdla děložního, jedná se o jakési předstupně, tedy předrakovinová stádia. Vývoj těchto předrakovinových změn trvá měsíce až roky. Prekancerózy jako takové se při gynekologickém vyšetření v zrcadlech jeví jako různé strukturální a barevné změny povrchu děložního hrdla v oblasti tzv. zevní branky (9,15).

Dle stupně závažnosti se rozlišují mírné předrakovinové změny označované dle speciální lékařské klasifikace jako LG SIL, LGL (low grade squamous intraepithelial lesions). Převážná většina tedy asi 70-80 % takových změn má tendenci ke spontánnímu vyhojení působením vlastní obranyschopnosti. Závažnější stupně prekanceróz zahrnují tzv. středně těžký a těžký stupeň abnormálního nálezu odborníky označovaný jako HG SIL, HGL, AIS (high grade squamous intraepithelial lesions a adenokarcinom in situ). Téměř všechny závažné změny se vytvářejí v důsledku dlouhodobého přetrvávání infekce vysoce rizikovými typy HPV při spolupůsobení podpůrných rizikových faktorů. Prekancerózní změny se obvykle neprojevují žádnými obtížemi a k jejich odhalení slouží jejich aktivní vyhledávání pomocí speciálních vyšetření při preventivních gynekologických prohlídkách (35,49).

Malígní nádory hrdla děložního – karcinom hrdla děložního

Karcinom děložního hrdla se významně podílí na statistikách maligních chorob i úmrtnosti žen. Tvoří asi 10 % všech maligních onemocnění žen a asi 45-65 % zhoubného onemocnění ženského pohlavního systému. Vyskytuje se prakticky ve všech věkových kategoriích s maximem výskytu v páté dekádě, přičemž průměrný věk žen

s tímto onemocněním je 52 let. Alarmující skutečností je, že postihuje často mladé ženy v reprodukčním a velice produktivním věku (56). Smutným faktem je, že Česká republika bohužel drží v oblasti této problematiky neslavné prvenství, neboť incidence tohoto onemocnění u nás je dvakrát vyšší než ve vyspělých státech Evropské unie (50). Vlastní vývoj manifestního karcinomu hrdla děložního trvá u 90 % populace řadu let. Odborné publikace uvádějí délku jeho vzniku okolo deseti a více let od iniciální infekce (29,65).

Zhoubný proces se vyvíjí nejčastěji v oblasti zevní branky děložního hrdla, tedy v místě, kde dochází k přechodu epitelů dlaždicového a cylindrického. Mezi první známky onemocnění patří výskyt malého bledočerveného nebo tmavočerveného zabarvení na povrchu čípku. Později s postupem onemocnění se hrdlo děložní mění na hrboilaté a na pohmat tvrdé a zvětšené. Lze rozeznat dvě základní formy tohoto onemocnění. Jedná se o formu tzv. exofytickou a formu tzv. endofytickou. Podoba uzlíku na povrchu čípku, bradavicového výrůstku či květákovitého útvaru odpovídá formě exofytické. Pro endofytickou formu je pak typický infiltrativní růst, který je často velmi nenápadný a nedostatečně erudovaným odborníkem může být snadno přehlédnut. Problémem je, že zhoubný proces se zde vyvíjí po delší čas bez porušení povrchu děložního čípku, neboť je skrytý ve stěně kanálu hrdla. Děložní hrdlo je sice na povrchu neporušené a hladké, má však tuhou konzistenci, bývá poněkud hypertrofické a má podezřelý soudkovitý tvar. Tento typ tvoří asi 20 % onemocnění. Z histologického pohledu jsou nejčastěji popisovány spinocelulární karcinomy, které tvoří okolo 90 % případů a dále adenokarcinomy, které tvoří okolo 10 %. Uváděn je i dlaždicobuněčný karcinom prezentující se jako ulcerace či exofytická léze, dále vzácný typ adenokarcinomu s poněkud horší prognózou tzv. malobuněčný karcinom, ale uváděny jsou i jiné druhy nádorů jako lymfom, sarkom i maligní melanom (17).

Průběh onemocnění spočívá v postupné infiltraci a destrukci hrdla děložního a v jeho následném šíření všemi směry. Nádorový proces nejprve postupuje do blízkého okolí a pak dále prostřednictvím lymfatického systému do regionálních uzlin a krevní cestou do celého těla. Přesné schéma šíření choroby bohužel neexistuje (12).

Nejčastěji je popisováno šíření zhoubného procesu z poševní části hrdla děložního dále na stěnu vagíny a do jeho okolního vaziva (tzv. parakolpií) a následně do okolních struktur dělohy (tzv. parametrií) a sousedních orgánů jako je závěsný aparát děložní, rektum, močovody a močový měchýř. Pozdní stádia jsou pak typická vznikem komunikace mezi těmito orgány tzv. píštělí (14,15).

Nebezpečnost onemocnění spočívá především v jeho prvotní bezpříznakovosti. Příznaky, které se v souvislosti s tímto onemocněním manifestují nejprve jsou nespecifické a jejich objev souvisí prakticky již s pokročilejším stádiem onemocnění, neboť jim předchází mnoho měsíců i roků trvající karcinogeneze a makroskopický rozvoj nádoru (50,65).

Pro prvotní projev onemocnění je typické slabé krvácení z rodidel, které může žena pozorovat například bezprostředně po pohlavním styku, defekaci nebo po vaginálním vyšetření v zrcadlech. Manifestace onemocnění se může dít též formou neobvykle silného menstruačního krvácení či krvácení z rodidel mimo běžný cyklus ženy a vodnatým sangvinoletním výtokem z pochvy (65). S pokročilejšími stádii choroby pak souvisí příznaky jako pánevní bolest, časté močení, hematurie nebo krvácení z konečníku. Bolest je příznakem pozdním a signalizuje již značné rozšíření choroby. Často se jedná o sakralgii a ischialgii, kdy následkem metastáz ženu sužují nesnesitelné bolesti v kříži a neuralgické bolesti v zádech. Bolest je typická nejprve při chůzi, kdy dochází k vystřelování do jedné nebo i obou končetin, později se bolest objevuje i v klidu. V případě, že dojde k postižení močového měchýře a močovodů objevuje se dysurie a močové tenesmy. Dochází i k častému výskytu infekcí močových cest a postupně k celkovým poruchám v močovém systému. Pokud dojde k šíření zhoubného procesu do konečníku vznikají vesikovaginální či rektovaginální píštěle. S dalším šířením onemocnění se objevují celkové příznaky jako nechutenství, nespavost, zvracení, anémie, hubnutí, dehydratace a různé projevy infekcí, horečky i celkový úbytek tělesných sil. Tyto symptomy jsou již předzvěstí blížícího se konce. Příčin exitu je mnoho, například celková seps, letální peritonitida, urémie, metastázy onemocnění do jiných orgánů jako jsou plíce, játra, nebo mozek. Život může být ukončen též interkurentní komplikací plic, srdce nebo apoplexií s následným iktem

nebo ileem (12,15). Při nedostatečně včas zahájené léčbě nebo při léčbě neúspěšné nastává exitus asi za 2-3 roky po manifestaci prvních symptomů choroby (14).

1.2.2 Diagnostika onemocnění

Diagnostikovat karcinom hrdla děložního v případech, kdy je již vyvinutý klinický obraz onemocnění není pro lékaře odborníka nijak složité. Mnohem důležitější však je takové situaci zabránit a odhalit makroskopicky nenápadný, asymptomatický proces již na jeho počátku, neboť je neoddiskutovatelné, že právě v případě tohoto onemocnění je včasná diagnóza možná, a tak i vyhlídky na úplné uzdravení jsou velmi dobré (15).

Diagnostika prekanceróz

Jak již bylo mnohokrát v předchozím textu uvedeno, vzhledem k asymptomatickým počátečním fázím onemocnění je naprosto nezbytné pátrat především po časných stádiích zhoubného procesu a to prostřednictvím preventivních prohlídek u všech žen i zdánlivě zdravých. Hlavním cílem takového screeningu a smyslem prevence je objevit časná stadia patologicky změněných buněk, která lze odstranit a tak vzniku karcinomu zabránit (40).

Diagnostika prekanceróz je uskutečňována prostřednictvím tzv. prebiopických vyšetřovacích metod, kolposkopie a onkologické cytologie, které mohou být následně ještě doplněny typizací HPV virů. Kolposkopické vyšetření provádí lékař přímo jako součást vlastního gynekologického vyšetření, kdy za použití speciálního mikroskopu hrdlo děložní prohlédne a suspektní změny v této oblasti lépe identifikuje. Cytologické vyšetření slouží k mikroskopickému zhodnocení suspektních buněk a k následnému upřesnění klinické diagnózy lékaře a jeho dalších postupů. Provádí se ve speciálních cytologických laboratořích. Jedná se o metody poměrně vysoce spolehlivé, prostřednictvím kterých je lékař schopen zhodnotit závažnost cervikálního nálezu. Konečnou přesnou diagnózu a závažnost nálezu potvrdí též tzv. histopatologické vyšetření tkáně odebrané z postižené části hrdla (5). Všeobecně lze tvrdit, že

prekancerózy jsou dobře léčitelné. Léčba se odvíjí od závažnosti změn a věku pacientky. Podstatou je co nejšetrnější odstranění celé postižené oblasti hrdla děložního takovým způsobem, aby nedošlo k jeho destrukci či případnému poranění okolních tkání. Kvalitní, šetrná technika a způsob jejího provedení je nezbytná z důvodu zachování fertility ženy (39).

Diagnostika karcinomu děložního hrdla

Anatomické poměry a dostupnost klinického vyšetření čípku děložního vytvářejí výborné předpoklady pro časný záchyt onemocnění. Diagnostika karcinomu děložního hrdla je založena především na komplexním onkogynekologickém vyšetření včetně anamnézy, ve které lékař pátrá po možných rizikových faktorech onemocnění. Na základě komplexního vyšetření ženy s kolposkopií a onkologickou cytologií se zjišťují změny vyžadující histologické ověření (34). Součástí vyšetřovacího postupu je rovněž vyšetření per rectum a vaginální ultrazvukové vyšetření k hodnocení nálezu na parametriích, adnexech a děloze. Podle rozsahu zjištěných změn pak lékař stanovuje vhodnou metodu odběru bioptického materiálu k verifikaci cytologicky nebo již vizuálně suspektního nálezu. Nejčastěji se využívají tyto metody odběru bioptického materiálu: exkochleace, cílená biopsie, excize, abraze děložního hrdla při endocervikálním nálezu nebo v indikovaných případech konizace čípku. V případě, že vyšetření potvrdí přítomnost karcinomu, následuje soubor vyšetření k upřesnění rozsahu nemoci a vyloučení vzdálených metastáz, tzv. (TNM klasifikace). Následuje stageing, který zahrnuje laboratorní vyšetření, rtg vyšetření plic, intravenózní urografii, cystoskopii, rektoskopii, kolonoskopii, CT nebo NMR břicha a pánve. V případě nutnosti lékaři indikují další specializované vyšetřovací metody jako jsou sonografie jater a ledvin, pozitronovou emisní tomografii a lymfografií. V některých případech lékaři stanovují nádorové markery (TM). Základním markerem pro cervikální karcinom je Squamous Cell Carcinoma Antigen (SCC). Zvýšení tohoto markeru je popisováno až v 80 % u pokročilých stadií III. a IV. Doplnujícími jsou CYFRA a CEA. Posledně jmenovaný je považován za hlavní marker u adenokarcinomů děložního hrdla. Je třeba dodat, že dle odborníků význam nádorových markerů pro primární diagnostiku

onemocnění není až takovým přínosem, jako jejich sledování v rámci dispenzarizace. Po provedení všech potřebných vyšetření se stanovuje léčebný postup a to na základě onkogynekologické rozvahy. Můžeme ji charakterizovat jako vysoce odbornou interdisciplinární spolupráci vysoce odborných specialistů, kteří v této problematice provádějí odborné konzilium (16,33,34).

1.2.3 Nejdůležitější vyšetřovací metody

Kolposkopie – společně s onkologickou cytologií patří mezi nejdůležitější metodu detekce. Prostřednictvím této metody lze prohlížet a opakovaně sledovat podezřelé procesy nejen na hrdle děložním, ale též na zevním genitálu a poševní stěně. Pomocí kolposkopie je lékař schopen na sliznici děložního čípku rozlišit normální regenerační procesy od atypických, určit závažnost nálezu a jeho plošný rozsah. Jedná se o jednoduché pro pacientku nenáročné vyšetření, které lékař provádí jako součást běžného gynekologického vyšetření v zrcadlech. Vlastní vyšetření je lékařem provedeno pomocí optického přístroje kolposkopu, jehož základním principem je optický systém umožňující podrobné prohlížení děložního hrdla a okolních struktur. V současné době jsou využívány vysoce moderní přístroje, pomocí nichž je lékař schopen přesně určit patologické léze, zhodnotit jejich závažnost a speciálním zařízením provést dokonalou dokumentaci nálezů. Nálezy jsou lékařem hodnoceny dle specifické terminologie a klasifikace (14,15).

Onkologická cytologie – jak již bylo výše uvedeno tato metoda se též řadí k jedné z nejdůležitějších v oblasti prevence prekanceróz i karcinomu hrdla děložního. Do klinické praxe v gynekologii a porodnictví byla uvedena v padesátých letech dvacátého století. Stěžejním dílem, které odstartovalo první pokusy využití cytodiagnostiky v gynekologii a porodnictví v tehdejší Československu byl Papanicolaou a Trautův spis z roku 1943 nazvaný „ Diagnosis of uterine cancer by vaginal smears“. Ústřední myšlenka G. Papanicolaoua směřující k využití metody cytologie jako klinické

vyšetřovací metody pro zjišťování změn na děložním hrdle a to právě u žen bez jakýchkoli příznaků onemocnění, byla naprosto revoluční. Screening s využitím této metody byl poprvé aplikován v USA v Massachusetts v ambulantní praxi. V roce 1948 v Bostonu pak začala vlastní výuka cytodiagnostiky organizovaná přímo profesorem Papanicolaouem a to na základě podpory společnosti „Cancer society“ (12).

Podstatou onkologické cytodiagnostiky je popis zhoubných změn v buňce, které se následně srovnávají s nepatologickou formou buněk identické tkáně. Pro hodnocení jsou nejdůležitější změny na buněčném jádře. Odběr vlastních buněk k vyšetření se provádí z těch oblastí hrdla děložního, které se jeví z hlediska kolposkopického vyšetření jako podezřelé. Provádí se nejčastěji vatovou štětičkou, platinovou kličkou nebo též speciálním kartáčkem. Získaný materiál se následně natírá na speciální sklíčko a je fixován nejlépe 95% alkoholem. Sklíčko je dále upravováno barvením standardní metodou dle Papanicolaoua (35).

Hodnocení gynekologické onkologické cytologie bylo prováděno od roku 1950 dle Papanicolaouvi stupnice. Papanicolaou dělil nálezy do pěti skupin od negativního nálezu až po vlastní karcinom (29). S rozvojem medicíny a se stále větší snahou lékařů přesněji interpretovat výsledky však došlo v roce 1988 k přijetí nové speciálně diagnostické terminologie tzv. Bethesda systému. Systém hodnotí kvalitu nátěru, popisuje buněčné změny dlaždicového a žláзовého epitelu, infekci a hormonální stav (viz. Příloha 1).

Bioptická vyšetření

K bioptickému vyšetření tzv. biopsii lékař využívá různých technik. Hlavním cílem metody je získání vzorku, který je odebírán z patologicky změněné oblasti hrdla děložního a jeho histologické posouzení. Vyšetření slouží k potvrzení nebo stanovení klinické diagnózy a umožňuje sledovat patologické změny v oblasti hrdla v různém stádiu vývoje. Vyšetření je prováděno v celkové narkóze (15,32).

Minibiopsie (punch biopsie)

Cílem je odběr suspektní tkáně z exocervixu pomocí bioptických kleští. Odběr probíhá pod kontrolou kolposkopu (15).

Cílená excize

Odběr tkáně se provádí pomocí skalpelu též pod kontrolou kolposkopu (15).

Kyretáž

Bioptický materiál k vyšetření je odebírán z kanálu hrdla děložního pomocí speciálního nástroje tzv. kyrety (38).

Konizace

Odebraný vzorek materiálu je ve formě konické excize z děložního hrdla. Provádí se skalpelem, nůžkami, laserem nebo radiofrekvenční kličkou (15).

HPV test

V současné době je toto vyšetření prováděno již rutinně a to ve speciálních laboratořích. Je vhodným doplňkem gynekologické cytologie a kolposkopie. Opodstatněnost HPV diagnostiky vyplývá mimo jiné ze skutečnosti, že vznik více než 99 % karcinomu cervixu je iniciován právě HPV infekcí. Bylo jasně prokázáno, že HR typy HPV jsou hlavním etiologickým faktorem vzniku cervikálního karcinomu. Také bylo prokázáno, že HPV testace jako jediná metoda je schopna odhalit perzistující infekci ještě před tím, než je možné diagnostikovat symptomy vzniklé jako následek HPV infekce cytologicky a kolposkopicky. Je nesporné, že ve svém konečném efektu umožňuje efektivní management právě rizikové skupiny pacientek, nejen z hlediska snížení rizika vzniku zhoubného onemocnění, ale i z hlediska ekonomického (5,19).

Z hlediska věkových kategorií žen bylo zjištěno, že pro HPV testaci jsou irelevantní nejmladší věkové skupiny. Testování HPV u žen mladších 30-ti let nemá význam i přesto, že pozitivita vykazuje v této skupině až 30 %. Je to proto, že imunita

těchto žen dokáže i tento druh viru zlikvidovat. Většina infekcí je akutních a spontánně odezní bez následků. HPV textace má obecně význam u žen starších 30-35 let a u žen s nálezem typu ASCUS dle Bethesda systému onkologické cytologie (21). Test se provádí vyšetřením ze vzorku buněk, které jsou odebírány stejným způsobem jako cytologický stěr. Další možností je také detekce HPV ze spermatu partnera i když to není běžnou praxí (11).

1.2.4 TNM klasifikace

Určení klinického a klasifikačního stádia choroby je naprosto nezbytné pro úspěšnou léčbu. K posouzení odborníci využívají tzv. TNM klasifikace. Klasifikace nádoru je prováděna ve dvou etapách a to před vlastní léčbou, pak je odborníky označována zkratkou TNM a následně je opakována po operačním výkonu jako tzv. histologická klasifikace označovaná pTNM (30). Klasifikační systém TNM pro nádory hrdla děložního byl vypracován komisí UICC (Union internationale contre le cancer) dle návrhu organizace FIGO (International federation of gynecology and obstetrics), která doporučila klasifikaci dle jednotlivých kategorií (26).

T – tumor (kategorie) – se posuzuje na základě klinického vyšetření, cystoskopie, radiografie a urografie (15).

N – noduli (kategorie) – se posuzuje na základě klinického vyšetření, radiografie, urografie a lymfografie (15).

M – metastase (kategorie) – se posuzuje na základě klinického vyšetření, radiografie a lymfografie (15).

TNM a pTNM klasifikace karcinomu děložního hrdla (viz.Příloha 2)

1.2.5 Metody stageingu

K určení rozsahu onemocnění k tzv. stageingu se nejčastěji využívají následující metody.

Laboratorní vyšetření

Nejčastěji jsou prováděna tato laboratorní vyšetření: základní hematologické vyšetření jako krevní skupina, krevní obraz, krvácivost, srážlivost, FW, biochemické vyšetření moče a močového sedimentu, dále jaterní testy a ledvinné funkce, HBsAg, HIV se souhlasem pacientky a anti HCV při patologii jaterních testů (14).

RTG plic

Vyšetření slouží k průkazu metastáz v oblasti plic, provádí se formou zadopředního snímku plic (15).

Cystoskopie

Jedná se o endoskopickou vyšetřovací metodu, která umožňuje odhalit patologické změny v oblasti močového měchýře a močové trubice. Je prováděna v celkové narkóze s pomocí endoskopického přístroje cystoskopu, který je zaveden močovou trubicí do močového měchýře, kde lékař umožňuje prohlídku veškerých vnitřních struktur. Během vyšetření je možné odebírat i vzorky suspektní tkáně a to pomocí jemných nástrojů zavedených skrz tubus optiky (12).

Rektoskopie

Metoda umožňuje prohlídku konečné části tlustého střeva nazývané rektum pomocí speciálního přístroje rektoskopu. Jedná se o nebolestivé vyšetření prováděné při plném vědomí. Optický přístroj rektoskop je zaveden do konečníku pacienta a následně lékařem provedeno vyšetření rekta. V průběhu vyšetření je též možné odebírat vzorky podezřelé tkáně na histologické vyšetření (15).

Kolonoskopie

Kolonoskopie je endoskopická metoda, pomocí které lze prohlížet dolní část trávicí trubice tedy konečníku a tlustého střeva. Lékař zavádí optický přístroj kolonoskop pacientovi do konečníku a dále do tlustého střeva a pečlivě orgány prohlíží, případně odebírá vzorky tkáně k dalšímu vyšetření. Metoda je výhodná z toho důvodu, že často dokáže odhalit a rozpoznat některá onemocnění, která RTG vyšetření v dané oblasti nezobrazí (38).

Vylučovací urografie

Jedná se o rentgenové vyšetření vylučovacího ústrojí tedy především ledvin, močovodu a močového měchýře. Vyšetření je klasickou metodou používanou v gynekologii u žen před operacemi tumorů malé pánve. Podstatou metody je aplikace jodové kontrastní látky do žíly, která je následně v organismu vylučována a vychytávána v moči, a její postupný průběh močovým ústrojím je snímkován a zobrazován na RTG snímcích. Použití kontrastní látky umožňuje daleko dokonalejší znázornění sledovaných struktur než klasický nativní RTG snímek (38).

Ultrasonografie UZV

Ultrazvuk je metoda naprosto bezpečná a volně opakovatelná. Je využívána především k diagnostice patologických změn měkkých tkání lidského těla a v gynekologii se uplatňuje obzvláště k diagnostice a diferenciální diagnostice tumorů v dutině břišní. Prostřednictvím této metody je možné daleko přesněji určit velikost, tvar, lokalizaci, původ, vnitřní strukturu i topografické ohraničení tumoru. Možný je i průkaz volné tekutiny v dutině břišní. Podstatou metody je využití ultrazvukového vlnění vysoké frekvence (2 až 10 MHz), které je vysíláno pomocí ultrazvukové sondy k vyšetřovaným orgánům. Jednotlivé tkáně orgánů ho pak dle svého složení odrážejí a následně je síla odrazu sondou registrována a zpracována počítačově do výsledného obrazu tkáně na monitoru. Výsledkem je dvourozměrný obraz vyšetřované oblasti, zaznamenaný v různých odstínech šedi. Možná je i forma trojrozměrného zobrazení rekonstruovaná výpočetní technikou. Ultrazvukové vyšetření je možné provádět

několika způsoby: transabdominálně, transvaginálně, transperineálně a transvestibulárně. Poslední dva uvedené přístupy se využívají především při vyšetřování v dětské gynekologii (16).

CT – počítačová tomografie

V oboru gynekologie je toto vyšetření považováno za jedno vůbec z nejdůležitějších. Metoda umožňuje prohlídku veškerých vnitřních orgánů lidského těla. Jedná se o naprosto bezbolestné vyšetření, které je kombinací klasického rentgenového vyšetření a počítačového systému, který získané obrazy zpracovává. Postupným prováděním vyšetření v rovinách kolmých na podélnou osu trupu, je získána série průřezových obrazů sledované oblasti tzv. tomogramů, kde jsou vyšetřované orgány a tkáně zobrazeny a odlišeny stupněm šedi. Snímky nejsou exponovány na rentgenový film jako u běžného RTG, ale jsou matematicky hodnoceny a zobrazeny do nejmenších detailů. Metoda se uplatňuje v gynekologii hlavně v diagnostice a zobrazování tumorů v oblasti dutiny břišní, k průkazům metastáz i volné tekutiny v dutině břišní. Je též metodou první volby při hodnocení výsledků terapie maligních tumorů a při rozhodování o reoperačních výkonech (12).

Magnetická rezonance

Stejně jako počítačová tomografie slouží k zobrazení vnitřních orgánů lidského těla. Metoda využívá velké magnetické pole a elektromagnetické vlnění s vysokou frekvencí. Výsledným efektem jsou obrazy vyšetřovaného orgánu nebo části těla ve formě řezů, které je možné dále zpracovávat až k výslednému 3D obrazu sledované oblasti. Specifikem metody je schopnost diferencovat měkké tkáně bez ohledu na to, zda se jedná o jednotlivé orgány nebo suspektně změněné struktury. V gynekologii se metoda výborně uplatňuje při zobrazování tumorů v dutině břišní a malé pánve, dále při rozlišení kvalit tekutin v dutině břišní jako je výpotek či volná krev a též při hodnocení některých změn na rozhraní tkání v oblasti adnex či hrdla děložního (15).

Pozitronová emisní tomografie PET

Patří mezi nejmodernější lékařské zobrazovací metody z oboru nukleární medicíny. Je založena na principu intravenózního podání radiofarmaka tj. radionuklidem označené látky, jejíž lokalizace je zobrazována prostřednictvím kamery na monitoru počítače. Výsledkem detekčního procesu je vlastně obraz prostorového rozložení daného radiofarmaka tzv. tomografický řez tkání. V současné době je vůbec nejcitlivější technikou pro zobrazování různých procesů v lidském těle. V gynekologii je využívána převážně k diagnostice nádorů a při sledování a kontrole léčby radioizotopy. Oproti jiným klasickým metodám jako je například RTG, je nejen daleko přesnější, ale umožňuje i odlišení živé tkáně od mrtvé, což je při terapii zhoubných nádorů obzvlášť důležité. PET dokáže odhalit a zobrazit většinu zhoubných nádorů i jejich metastázy a umí též rozlišit zhoubné bujení od nezhoubného. Odborníkům tak pomáhá stanovit optimální léčebnou strategii a umožňuje sledovat i úspěšnost léčby (15,38).

Lymfografie

Vyšetření lze zařadit do rentgenových kontrastních metod. S jeho pomocí lze zobrazit lymfatický systém v oblasti malé pánve a inguinální oblasti v případech zhoubných tumorózních onemocnění zevních i vnitřních rodidel. Zobrazení lymfatického systému je možné po aplikaci speciální kontrastní látky, která se aplikuje do lymfatických cév v oblasti nártu, přední strany stehna, tříselního vazy nebo přímo do inguinální uzliny. Průchod látky cévami je sledován, snímkován a následně hodnocen. Sledují se zejména změny lymfatického systému a zvětšení uzlin, kde je snaha odlišit zánětlivou lymfadenitidu od infiltrace tumorem (12,29).

Marker SCC

Vyšetření posuzuje hodnotu tzv. nádorového markeru SCC (squamous cell-carcinoma). Zvýšení hladiny tohoto markeru v krvi je typické pro nádory děložního čípku a jeho výskyt u nemocných je 50-60 %. Využívá se především pro monitoring

průběhu onemocnění, eventuelně relapsu při vzdáleném tumorózním rozsevu a též pro hodnocení efektu terapie. Hodnota tohoto markeru se totiž po úspěšné léčbě normalizuje a při progresy onemocnění je až v 70 % SCC prvním parametrem, který upozorňuje na návrat onemocnění (57).

Marker CA 125

Patří do té skupiny vyšetření, která jsou prováděna v rámci screeningu, stagingu a často též k monitorace průběhu onemocnění, a to nejen u gynekologických, ale i jiných nádorových onemocnění. Vzestup tohoto markeru v séru může předcházet klinickou diagnózu v rozmezí 1 až 8 měsíců. Pokud dojde k dokonalému odstranění primárního tumoru, klesá hodnota tohoto markeru v séru již během prvního týdne po operaci a to až o 75-90 %, následně se normalizuje do 2-3 týdnů po operačním výkonu(60).

Obě vyšetření jsou prováděna z krve nemocného a intervaly mezi jednotlivými odběry i doba odběru se řídí zvláštními pravidly pro sledování nádorových markerů (60).

Závěrem tohoto oddílu bych ještě podotkla, že ne všechna výše uvedená vyšetření stageingu jsou vždy realizována. Často se o těchto metodách hovoří jako o metodách fakultativních to znamená, že se k zpřesnění terapeutické rozvahy provádí výběrově dle individuálního případu pacienta a dle zvyků daného odborného pracoviště.

1.2.6 Terapie

Všeobecně je pro úspěšnou léčbu onkologických onemocnění naprosto nezbytná týmová spolupráce všech zainteresovaných odborníků. Z toho vyplývá, že k dosažení vysokého procenta trvalého vyléčení v terapii prekanceróz i karcinomu hrdla děložního je naprosto zásadní koncentrace pacientek s tímto problémem do speciálních onkologických center či zařízení, která jsou příslušně vybavená a disponují

profesionálním a zkušeným týmem odborníků, kteří mohou klientům poskytnou jen léčbu nejvyšší možné úrovně (14,16).

Terapie prekanceróz

Léčba prekanceróz v oblasti hrdla děložního je poměrně jednoduchá, nekomplikovaná a často velmi úspěšná. Její podstatou je co nejšetrnější odstranění veškeré podezřelým procesem postižené tkáně tak, aby nedošlo k destrukci či případnému poškození okolních struktur. Typ terapie se vždy odvíjí od závažnosti prekancerózních změn a věku pacientky. Nezbytnou praxí je však následná dispenzarizace pacientek z důvodu možné recidivy či vzniku nového onemocnění jako takového (15,58).

Metody terapie prekanceróz

V souvislosti s terapií prekanceróz někteří odborníci hovoří o dvou typech metod a to o tzv. destrukční a oblační (excizní). Do destrukčních metod, které se provádějí většinou až po provedení cílené biopsie pak řadí tyto: kryoterapii, laserovou vaporizaci a elektrokoagulaci. Do excizních: klasickou konizaci, excizi vysokofrekvenční kličkou, laserovou konizaci a hysterektomii (15).

Kryoterapie

Pro odstranění části suspektní tkáně tato metoda využívá chladu tekutého dusíku po jehož aplikaci speciální sondou do postiženého místa dochází k nekróze ošetřené tkáně a následnému hojení. Je velmi jednoduchá a provádí se ambulantně (59).

Laserová valorizace

Nevýhodou této metody je její vysoká finanční náročnost. Jinak je to metoda velice elegantní a jednoduchá, kdy pomocí laserového paprsku je postižená tkáň odpařena do potřebné hloubky a následně vyhojena (15).

Elektrodiatermokoagulace

Suspektní tkáň je odstraněna prostřednictvím destrukce teplem.

Klasická konizace

Konizace je v celkové narkóze prováděný chirurgický výkon, při kterém odborník odstraňuje veškerou podezřelou tkáň hrdla děložního skalpelem nebo nůžkami.

Excize vysokofrekvenční kličkou

(LEETZ – large electro excision of transformation zone)

Chirurgický výkon je prováděn v celkové narkóze. Postižená část hrdla děložního je elegantně odstraněna speciální vysokofrekvenční elektrickou kličkou (15).

Laserová konizace

Prostřednictvím laserového paprsku dochází k odpaření postižené části hrdla. Výkon je též prováděn v celkové anestezii.

Hysterektomie

V celkové narkóze je provedeno odstranění celé dělohy. Tento výkon se provádí pouze vynímečně a to u tzv. sdružených indikací. Příkladem může být současný výskyt myomů děložních a cervikální laese (13).

Závěrem bych ráda uvedla, že současná medicína se přiklání a preferuje především metody oblační neboť dle praxe odborníků při použití destrukčních metod dochází často a téměř úplně ke zničení odebrané tkáně a tak k znemožnění jejího dokonalého histopatologického vyšetření (13).

Terapie karcinomu hrdla děložního

Pro úspěšnost léčby karcinomu hrdla děložního je nezbytná především její komplexnost. Hlavním cílem je odstranění nádoru a to maximálně možným způsobem. Léčebný postup je odborníky stanoven až po provedení všech potřebných vyšetření. Vlastní strategie léčby se odvíjí dle stupně pokročilosti onemocnění a neméně významnou roli hraje věk, fertilita pacientky – zda plánuje těhotenství či nikoli, její celkový zdravotní stav, přítomnost závažných interkurentních onemocnění a ovšem i souhlas s navrženým léčebným postupem. Rozsah výkonu i způsob odstranění zhoubného ložiska se řídí zejména klinickým stádiem onemocnění. Preferován je multidisciplinární přístup kombinující chirurgický výkon, radioterapii, chemoterapii a podpůrnou léčbu (14,16).

Chirurgická léčba cervikálního karcinomu

Operační léčba je hlavní metodou volby v časných stádiích onemocnění. Dle klasifikace se jedná o klinická stádia označovaná jako IA1 až IIA. Alternativou v těchto stádiích je také radioterapie, kterou je dosahováno stejných výsledků (15,16).

Výkony zachovávající fertilitu

Karcinom děložního hrdla je bohužel poměrně časté onemocnění i u žen, které ještě plánují těhotenství. U těchto žen pak lékaři provádí speciální fertilitu zachovávající výkon tzv. laparoskopicky prováděnou pánevní lymfadenektomií doplněnou o vaginálně prováděnou simplexní nebo radikální tracheektomií. Tato operační technika se provádí až do stádia IB1 (14,15).

Radikální operační výkon

Radikální operační výkon se týká odstranění celé dělohy případně odstranění dělohy a okolních struktur. Lze ji provádět abdominálně, kompletně laparoskopicky, či kombinací laparoskopické lymfadenektomie a vaginálně provedené hysterektomie. Nejčastěji je prováděna radikální operace tzv. sec. Wertheim-Meigs, eventuálně radikální operace dle Schauta, které zahrnují hysterektomii s resekci postranních a zadních parametrií, sakrouterinních a vezikouterinních vazů až ke stěně pánevní, resekci horní třetiny pochvy, pánevní lymfadenektomii, případně výkon na adnexech dle věku a peroperačního nálezu (15,56,57).

Radioterapie

Podstatou léčby je využití zhoubného působení ionizujícího záření na nádorové buňky. Lékaři využívají dvou základních typů zevní aktinoterapie (teleterapii) a vnitřní aktinoterapie (brachyterapii). Kombinací těchto dvou typů ozáření je možné dosáhnout velmi dobrých výsledků. K zevní aktinoterapii je v gynekologické léčbě nádorů využíván radionuklidový ozařovač kobalt 60, dále lineární urychlovač nebo betatron. Pro vnitřní aktinoterapii, kdy je zdroj záření zaveden přímo do oblasti nádoru se využívají radionuklidy Cs-césium 137, Co-kobalt 60, Ir-iridium 192 (15). K provedení brachyterapie se v současné době používá výhradně afterloadingový systém aplikace. To znamená, že do ozařované oblasti se nejprve zavádějí prázdné aplikátory a teprve po kontrole jejich správného umístění se aktivuje automatické zavedení zdrojů záření umístěné ve speciálním trezoru (15,16).

Primární radioterapie je indikována od stadia IIB a výše, může být však také metodou volby u stadia IA-IIA, kdy operační postup je kontraindikován nebo pacientka s operací nesouhlasí. Adjuvantní pooperační radioterapie je léčebným postupem, kterým se redukuje počet lokálních recidiv. Kombinace radikálního operačního řešení s následnou radioterapií je však odborníky indikována velmi obezřetně vzhledem k možnosti vzniku závažných komplikací po radiaci v pooperačně změněném terénu. Paliativní radioterapie je indikována u lokálně velmi pokročilých nebo metastazujících nádorů a také u pacientů v celkově špatném zdravotním stavu (58,61).

Chemoterapie

Dle současného aktuálního názoru odborníků má cytostatická léčba má u karcinomu děložního čípku limitované možnosti a její zařazení do léčebných protokolů bylo vyvoláno snahou o zlepšení léčebných výsledků. Nejčastěji se užívají kombinace různých protinádorových léků například BIP (bleomycin, ifosfamid, cisplatina), IP (ifosfamid, cisplatina), BIC (bleomycin, ifosfamid, karboplatina) a další. Bleomycin, ifosfamid a cisplatina patří v oblasti léčby karcinomu hrdla děložního k neúčinnějším(34).

Konkominantní chemoterapie

Někdy se hovoří také o tzv. doprovodné chemoterapii jejíž podstatou je současná kombinace s radioterapií. Tento typ chemoterapie je indikován u pacientek se zvýšeným rizikem recidiv a metastáz a to od stadia T1b2 a výše. Metoda využívá radiosenzibilizačního efektu malých dávek cytostatik opakovaně aplikovaných v průběhu radioterapie. U tohoto léčebného postupu byl prokázán kladný vliv na dlouhodobé přežití pacientek, současně se však zvyšuje počet nežádoucích účinků v důsledku vyšší agresivity léčby. Nejvíce zkušeností je s aplikací cisplatiny 1x týdně po dobu zevní radioterapie (16).

Neoadjuvantní chemoterapie

Tento způsob léčby je nejčastěji používán u stadia IB2 a IIA před plánovanou operační léčbou. Předpokládá se zmenšení tumoru, tím zlepšení operability a dále zamezení tvorby mikrometastáz. Z preparátů se používá nejčastěji kombinace cisplatiny s ifosfamidem (15,16).

Adjuvantní chemoterapie

Jde o tzv. zajišťovací chemoterapii jejímž hlavním cílem je prostřednictvím podávání protinádorových léků po operaci dosáhnout úplného odstranění nádoru a snížení rizika recidivy (16).

Paliativní chemoterapie

Je metodou volby u pokročilých nálezů, slouží zejména ke zmírnění subjektivních obtíží a k prodloužení života pacientky. Mezi nejčastěji používaná cystostika - ifosfamid, cisplatina, karboplatina, bleomycin a paclitaxel, přibyl další zástupce topotecan. Cytostatika jsou aplikována v monoterapii nebo v kombinovaných režimech za předpokladu dobrých renálních funkcí pacienta (15,58).

Hormonální léčba

V případě léčby ca hrdla děložního nemá hormonální léčba standardní indikace a to z toho důvodu, že onemocnění není výrazně hormonodependentní. Hormonální léčba má spíše funkci podpůrné terapie a to nejčastěji v případech inkurabilních nálezů a progresu onemocnění s kachexií (16).

Symptomatická léčba a psychoterapie

Hlavním cílem symptomatické léčby je stejně jako u ostatních diagnóz tlumení bolesti, zajištění přiměřené výživy a korekce léčebných komplikací. Psychoterapie je nutnou součástí náročné a dlouhodobé onkologické léčby (16,58).

Přehled standardních postupů léčby v jednotlivých stádiích onemocnění (16).

IA1 - konizace, extrafasciální hysterektomie

IA2-IB1 - radikální hysterektomie, u nerodivších žen trachelektomie, lymfadenektomie

IB2-IIA - neoadjuvantní kombinovaná chemoterapie, hysterektomie, primární radioterapie, lymfadenektomie

IIB-IVA - primární konkominantní chemoradioterapie, pánevní exenterace

IVB - paliativní chemoterapie

Dispenzarizace (Follow up)

I v případě úspěšné léčby je nutná pravidelná dispenzarizace pacientky. Ženu dispenzarizuje a kontroluje pracoviště, které provádí komplexní léčbu. Primárně chirurgicky léčené pacientky dispenzarizuje onkogynekologické centrum s konziliárním využitím radioterapeutického pracoviště. Primárně ozařované pacientky dispenzarizuje radioterapeutické pracoviště s využitím gynekologických konzilií (57). Pravidelné kontroly jsou zaměřeny na diagnózu komplikací léčby, jejich adekvátní terapii a včasnou detekci recidivy onemocnění nebo vzdáleného metastatického procesu. V současné době probíhá nejčastěji dispenzarizace takto. Po ukončení terapie je první kontrola pacientky za měsíc po skončené léčbě. Následně je pacientka kontrolována ve tříměsíčních intervalech a to do konce prvního roku a dále v šestiměsíčních intervalech do konce pátého roku. Další kontroly je pak možno provádět v ročních intervalech nebo častěji při nejasném nálezů nebo potížích pacientky. Součástí kontrol je komplexní onkogynekologické vyšetření, rentgenový snímek plic jednou ročně a laboratorní vyšetření. Další vyšetření typu CT, cystoskopie, SCC apod. se provádějí podle klinického nálezů nebo obtíží pacientky (12).

V případech neúspěšné léčby u pokročilých a generalizovaných zhoubných procesů následuje trvalá léčba, která se zaměřuje na mírnění symptomů pokročilého onemocnění jako je bolest, krvácení, komplikace urologického systému, kachexie či psychické obtíže. Je nezbytné, aby probíhala na speciálních odděleních určených pro tyto stavy vzhledem k tomu, že ošetrovatelská péče je velice náročná (45).

1.2.7 Prognóza onemocnění

Prognóza onemocnění je závislá na rozsahu a velikosti nádoru. U jednotlivých případů je možné ji stanovit na základě tzv. prognostických kritérií, mezi která řadíme: adekvátnost chirurgické intervence, rozsah onemocnění (je určen dle pTNM klasifikace), histologický typ (včetně stupně diferenciaci grade), angioinvaze a rozsah postižení regionálních lymfatických uzlin (15,45). Z hlediska zkušeností odborníků je možné konstatovat, že prognóza onemocnění karcinomem hrdla děložního je v časných stádiích velmi dobrá, ovšem s pokročilostí onemocnění se výrazně zhoršuje. Dle nejnovějších poznatků odborníci vyléčí nádor omezený na děložní hrdlo ve více než 90-ti procentech u pokročilejších stádií procento vyléčení klesá. V prvním stádiu IA je pětileté přežití 99 %, u stadia IB1 je více než 90 %, u objemnějších nádorů a u nádorů s postižením lymfatických uzlin klesá. Ve stádiu IIB je pětileté přežití 65-80 %, v III. stádiu již jen 35-45 % a ve IV stadiu 5-12 % (14,15,16).

1.2.8 Karcinom děložního čípku v graviditě

Incidence výskytu této gynekologické malignity u gravidních žen se v našich zemích udává s frekvencí 1:4000, celosvětově pak 1:2200. Všeobecně je uváděno, že fyziologické změny v graviditě neovlivňují průběh nádorových procesů. Pokročilé nádorové stavy však mohou zapříčinit intrauterinní retardaci plodu nebo předčasné ukončení těhotenství. Prekancerózy zjištěné v průběhu těhotenství jsou pouze sledovány a jejich řešení se ponechává na období po skončení šestinedělí neboť na základě znalostí chování těchto procesů odborníci předpokládají, že proces vývoje dysplastických změn v invazivní karcinom překračuje svojí délkou období těhotenství (16,54). Poněkud jiný postup lékaři volí u invazivních procesů, které je nutno řešit individuálně a to s ohledem na klinické stádium onemocnění, pokročilost těhotenství a přání pacientky, která musí mít v rozhodovacím procesu hlavní slovo. Zjednodušeně lze říci, že nádorové stavy v časně graviditě jsou řešeny bez ohledu na plod, v pozdějších fázích je pak se snahou léčby dosažení životaschopnosti plodu. Léčebné postupy se prakticky neliší od běžně používaných léčebných metod (54,56).

1.3 Problematika prevence karcinomu hrdla děložního

1.3.1 Problematika onkologické prevence v současnosti

V současné době jsou onkologická onemocnění po nemocech srdce a cév nejčastější příčinou úmrtí v naší republice. Tato realita nutí jak odbornou tak i laickou veřejnost k úvahám, jakým způsobem tento nepříznivý stav ovlivnit. Bohužel smutným faktem je, že velké procento pacientů přichází k lékaři až tehdy, kdy je onemocnění v pokročilém stádiu a tím jsou možnosti léčby omezené. Právě tento neblahý stav zvýrazňuje zásadním způsobem význam prevence pro zabránění vzniku zhoubné nemoci. Vědecké výzkumy totiž jasně dokazují, že vysoké procento nádorových onemocnění lze preventivními opatřeními výrazně snížit (1,22,47).

V oblasti tzv. preventivní onkologie se hovoří o třech typech prevence: primární, sekundární a terciální. Primární prevence nádorů má široké pole působnosti. Jejím hlavním cílem by měla být výchova obyvatelstva k ochraně zdraví a především potřeba maximálně informovat širokou veřejnost o hrozbě nádorů a o možnostech jejich předcházení i o škodlivosti některých životních zvyklostí. Sekundární prevence čili časná diagnostika nádorových onemocnění v období zcela bez příznaků nebo jen s minimem příznaků pak vytváří podmínky jak pro úspěšné vyléčení jedince, tak i pro snižování úmrtnosti na zhoubné nádory v populaci. Poslední typ tzv. terciální prevence se uplatňuje zejména v oblasti dispenzarizace při sledování již vyléčeného onemocnění tak, aby co nejdříve došlo k záchytu nově vzniklého onemocnění, jeho progresu či recidivy (22,63).

Z výše uvedeného jasně vyplývá, že hlavním cílem prevence v onkologii obecně je zredukovat počet nově vzniklých zhoubných nádorů. Také v gynekologické onkologii je primárním úkolem prevence snížit incidenci těchto onemocnění, ale i úmrtnost způsobenou nádory. Pravdou je, že v gynekologické onkologii existují velmi dobré podmínky zvláště v oblasti sekundární prevence. Lékaři znají předrakovinné stavy i diagnostické metody, kterými lze prekancerózy úspěšně vyhledat a většinu z nich následně i šetrně ošetřit či odstranit. Dá se tedy říci, že jsou splněny všechny podmínky úspěšné prevence gynekologických zhoubných nádorů (29,33,46).

1.3.2 Z historie prevence karcinomu hrdla děložního

Prevence zhoubných nádorů hrdla děložního začala na počátku minulého století. V roce 1920 byla zavedena do gynekologické praxe prof. Hinselmanem z Hamburku metoda zvaná kolposkopie pro detekci prekanceróz a karcinomu hrdla děložního. Po první světové válce pak profesor Papanicolau, žijící v USA, objevil cytologii jako druhou prebiptickou metodu prevence zhoubných nádorů hrdla děložního. V České republice byla tato metoda zavedena velmi záhy již v roce 1947. S dalším rozvojem poznatků o iniciaci nádorů hrdla děložního human papilloma viry rizikových skupin v 80. letech minulého století, byla diagnostika u vybraných případů doplněna virologickou diagnostikou HPV. Avšak naprosto zásadním a zlomovým okamžikem v oblasti této problematiky se stalo očkování proti některým těmto virům (15,24,62).

Karcinom děložního hrdla patří mezi nádory, které lze oprávněně označit jako preventabilní neboť v jeho prevenci jsou splněny všechny předpoklady k úspěšné detekci. Jsou známy rizikové faktory, jsou přesně histologicky definovány prekancerózy a metody jejich detekce i možnosti jejich následného šetrného ošetření. Bohužel i přesto, že se zdá, že je problematika prevence u nás dostatečně propracována a mnoho odborníků zasvětilo této problematice svůj život (například prof.Kaňka), k významnému poklesu incidence tohoto onemocnění, tak jak bylo zaznamenáno v západním světě, v České republice zatím nedošlo. Jasnou příčinou tohoto stavu je až do nedávné doby neexistující organizovaný plošný screening. Oportunní screening, který u nás až dosud probíhal se ukázal v oblasti této problematiky jako nevýznamný, ačkoli jeho finanční nároky byly značné (50,67).

1.3.3 Současné metody prevence karcinomu hrdla děložního v České republice

Boj proti karcinomu děložního hrdla je se stal v současné době jednou z priorit ministerstva zdravotnictví. V České republice tímto druhem rakoviny onemocní každý rok více než jeden tisíc žen a více než 400 žen na toto onemocnění každoročně zemře. Rakovina děložního čípku představuje obrovskou zdravotní, psychickou a sociální zátěž

pro každou ženu. Výsledky léčby pokročilých invazivních karcinomů nejsou vůbec optimistické a tak je naprosto nutné klást důraz především na prevenci (51,53).

Primární prevence

Obecně lze primární prevencí nazvat vše co směřuje k posílení zdraví jedince, vše co zvyšuje odolnost jedince vůči nemocem a působí před vlastním vznikem nemoci. Souvisí s celkovým posilováním a rozvíjením zdraví včetně vedení ke zdravému životnímu stylu. Primární prevence v oblasti problematiky karcinomu hrdla děložního je aktuálně spojena především s informovaností žen a dívek o tomto onemocnění a možnostech jeho předcházení. Zahrnuje zdravotní výchovu a vzdělávání v oblasti rizik a rizikového chování, které může přispět ke vzniku choroby a informace o možnostech sekundární prevence a především o možnostech očkování proti této chorobě, které se stalo naprosto zásadním v oblasti primární prevence a je vůbec nejspolehlivější formou ochrany. V České republice proběhla první vakcinace 5. prosince 2006, tj. necelé tři měsíce od jejího schválení a od té doby bylo očkováno již přes 100 tisíc žen a dívek což je i v mezinárodním srovnání unikátní. V současné době jsou k dispozici dvě očkovací vakcíny, tetravalentní pod názvem Silgard (chrání proti HPV 6, 11, 16, 18), v zahraničí známý jako Gardasil a bivalentní vakcína Cervarix (chrání proti HPV 16 a 18) (10,23,25).

Sekundární prevence

V oblasti problematiky karcinomu hrdla děložního se jedná zejména o vyhledávání časných stádií onemocnění a o včasné ošetření prekancerózních stádií. Celosvětové zkušenosti jasně dokazují, že nejlépe se v souvislosti s touto problematikou osvědčil systematický plošný screening ženské populace, kterým se v časovém horizontu několika let může docílit významného snížení incidence. Plošný screening tedy představuje v současnosti jednoznačně nejúčinnější nástroj pro boj s karcinomem děložního hrdla (27,36). Pravdou je, že tento způsob sekundární prevence v naší republice dlouho neexistoval, což potvrdilo i vysoké číslo incidence tohoto onemocnění u nás. Neblahé výsledky na tomto poli však nakonec přiměly ministerstvo zdravotnictví

se tímto problémem zabývat a učinit příslušná opatření. Výsledkem je spuštění celorepublikového screeningového programu zaměřeného právě na včasný záchyt onemocnění karcinomu hrdla děložního v loňském roce. Současně rovněž proběhla certifikace cytologických laboratoří, které smějí zpracovávat odebrané vzorky. Ministerstvo zdravotnictví ČR tímto celorepublikovým screeningovým programem navazuje na program pro screening nádoru prsu který v České republice úspěšně probíhá od roku 2002. Legislativní rámec projektu je dán vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR) č. 56/97 sb. kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek. Kritéria a podmínky programu pro screening karcinomu děložního hrdla v ČR pak stanoví Věstník MZ ČR, částka 07/2007. Program je provozován na několika desítkách akreditovaných pracovišť, jejichž činnost je průběžně monitorována a kontrolována podle transparentních pravidel. Průběh programu, dodržování stanovených pravidel a vědecký rozvoj projektu je v České republice garantován Komisí MZ ČR pro screening karcinomu děložního hrdla. Screeningový proces má být monitorován a zjištěné výsledky mají být zpřístupněny odborné i široké veřejnosti. Preventivní prohlídky v oboru gynekologie a porodnictví se dle tohoto programu nyní provádějí od 15 let věku dětským gynekologem a dále jedenkrát ročně prostřednictvím registrujícího gynekologa. Obsahem prohlídky je rodinná, osobní a pracovní anamnéza a aktualizace této anamnézy se zřetelem na známé rizikové faktory, dále je součástí apexe kůže, vyšetření prsů a regionálních uzlin, gynekologické vyšetření v zrcadlech, kolposkopické vyšetření, u virgo klientek se provádí jen vaginoskopie, odběr materiálu z děložního čípku k cytologickému, bakteriologickému vyšetření a eventuelně i k vyšetření virologickému. Dále je součástí prohlídky palpační bimanuální vyšetření případně i vyšetření per rektum. Lékař by měl také klientku poučit o významu preventivní prohlídky a o způsobu samovyšetření prsů. U žen dispenzarizovaných jsou preventivní prohlídky součástí dispenzární péče (51,53).

Průběh screeningového procesu

1. Klientka je u svého registrujícího gynekologa vyšetřena při pravidelné preventivní prohlídce. Součástí této prohlídky je i odběr stěru z děložního hrdla (53).
2. Vzorek stěru je společně s řádně vyplněnou žádankou/průvodkou registrujícím gynekologem zaslán na screeningové cytologické vyšetření do akreditované cytologické laboratoře (53).
3. Akreditovaná cytologická laboratoř provede standardní vyšetření vzorku dle předepsaných metod. Výsledek vyšetření (dle standardní klasifikace Bethesda 2001) je zaslán na formuláři původní žádanky/průvodky zpět registrujícímu gynekologovi. Výsledek vyšetření musí být registrujícímu gynekologovi zaslán maximálně do 3 týdnů od data odběru (53,64).
4. Na základě výsledků cytologického vyšetření rozhodne registrující gynekolog o dalším postupu vyšetření (53,64).

Terciální prevence

Terciální prevence v oblasti problematiky karcinomu hrdla děložního souvisí zejména s dispenzarizací pacientek, které již absolvovali léčbu tohoto onemocnění a proto je nezbytné jejich další sledování z důvodů časného zachytu případné recidivy onemocnění či nového vzniku choroby. Cílem terciální prevence je tedy snaha tyto procesy co nejdříve zachytit a ovlivnit. Je organizována ve specializovaných pracovištích jako pravidelné a dopředu plánované vyšetření u příslušného odborného lékaře (15,16,33).

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem této diplomové práce je monitoring informovanosti studentek vysokých škol o riziku onemocnění karcinomem hrdla děložního a možnostech prevence tohoto onemocnění.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda jsou studentky informovány o tom, že nechráněný pohlavní styk patří mezi rizikové faktory související se vznikem karcinomu hrdla děložního.
2. Zjistit, zda studentky vědí, že kouření patří mezi rizikové faktory související se vznikem karcinomu hrdla děložního.
3. Zjistit, zda studentky vědí, že pravidelnými gynekologickými prohlídkami mohou předejít onemocnění karcinomem hrdla děložního.
4. Zjistit, zda jsou studentky informovány o možnosti preventivního očkování proti karcinomu hrdla děložního.
5. Zjistit, zda studentky vědí, že krvácení po pohlavním styku je příznakem možného onemocnění karcinomem hrdla děložního.

2.2 Hypotézy práce

Hlavní hypotéza

Studentky z Jihočeského kraje jsou lépe informovány o problematice karcinomu hrdla děložního než studentky z kraje Pražského.

Pracovní hypotézy

1. Více než polovina dotázaných studentek je informována o tom, že nechráněný pohlavní styk patří mezi rizikové faktory související se vznikem karcinomu hrdla děložního.
2. Více než polovině dotázaných studentek je známo, že kouření patří mezi rizikové faktory související se vznikem karcinomu hrdla děložního.
3. Studentky vědí, že pravidelnými gynekologickými prohlídkami mohou předcházet onemocnění karcinomem hrdla děložního.
4. Studentky jsou informovány o možnosti preventivního očkování proti karcinomu hrdla děložního.
5. Více než polovina dotázaných studentek je informována o tom, že krvácení po pohlavním styku je příznakem možného onemocnění karcinomem hrdla děložního.

3. METODIKA

3.1 Použitá metoda a technika sběru dat

Ke zpracování výzkumné části diplomové práce byla zvolena metoda dotazování s technikou sběru dat pomocí anonymního dotazníku.

3.1.1 Dotazník

Dotazník použitý pro tento výzkum (viz. Příloha 3) obsahoval celkem 26 otázek, byl zcela anonymní a jeho vyplnění naprosto dobrovolné. Z celkového počtu otázek bylo 17 uzavřených, 8 polouzavřených a pouze jedna byla otevřená. Cílem otázky č.1 bylo blíže charakterizovat zkoumaný soubor respondentek z hlediska věku. Otázky číslo 2 až 4 se zaměřovaly na zjištění znalostí respondentek v oblasti povahy onemocnění, jeho lokalizace a původce. Znalosti v oblasti možného přenosu

onemocnění pak zkoumaly otázky č. 5 až č.7. Rizikové faktory, vývoj onemocnění a jeho důsledky byly předmětem zkoumání otázek č. 8 až 13. Otázka č. 14 až 23 pak sledovala informovanost studentek v oblasti možné prevence karcinomu hrdla děložního. Položené otázky č. 24 až 26 v závěru dotazníku měly následně získat informace o znalostech respondentek v oblasti organizací či institucí zabývajících se problematikou a poradenstvím v oblasti karcinomu hrdla děložního a dále zjistit zdroje jejich dosavadních informací o tomto onemocnění i názory na dostatečnost prezentace tohoto problému v České republice.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

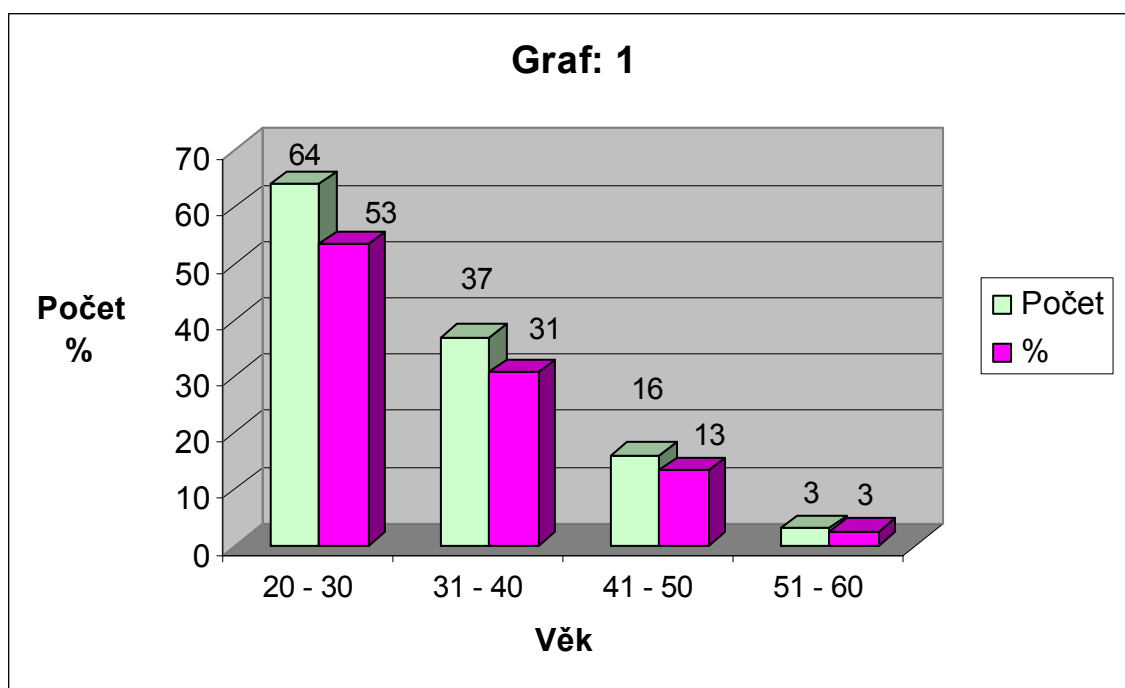
Výzkumný soubor byl tvořen studentkami vysokých škol Jihočeského a Pražského kraje. V Jihočeském kraji probíhal výzkum mezi studentkami Teologické a Zdravotně sociální fakulty. V Pražském kraji byl výzkum proveden na Vysoké škole manažerské informatiky a ekonomiky. Celkem bylo rozdáno 160 dotazníků v každém kraji 80. Z tohoto celkového počtu se zpět vrátilo 120 dotazníků vyplněných což odpovídá návratnosti 75 %.

4. VÝSLEDKY

4.1 Celkové zhodnocení informovanosti studentek

Graf 1: Věk respondentek (Dotazník, otázka č. 1)

n = 120

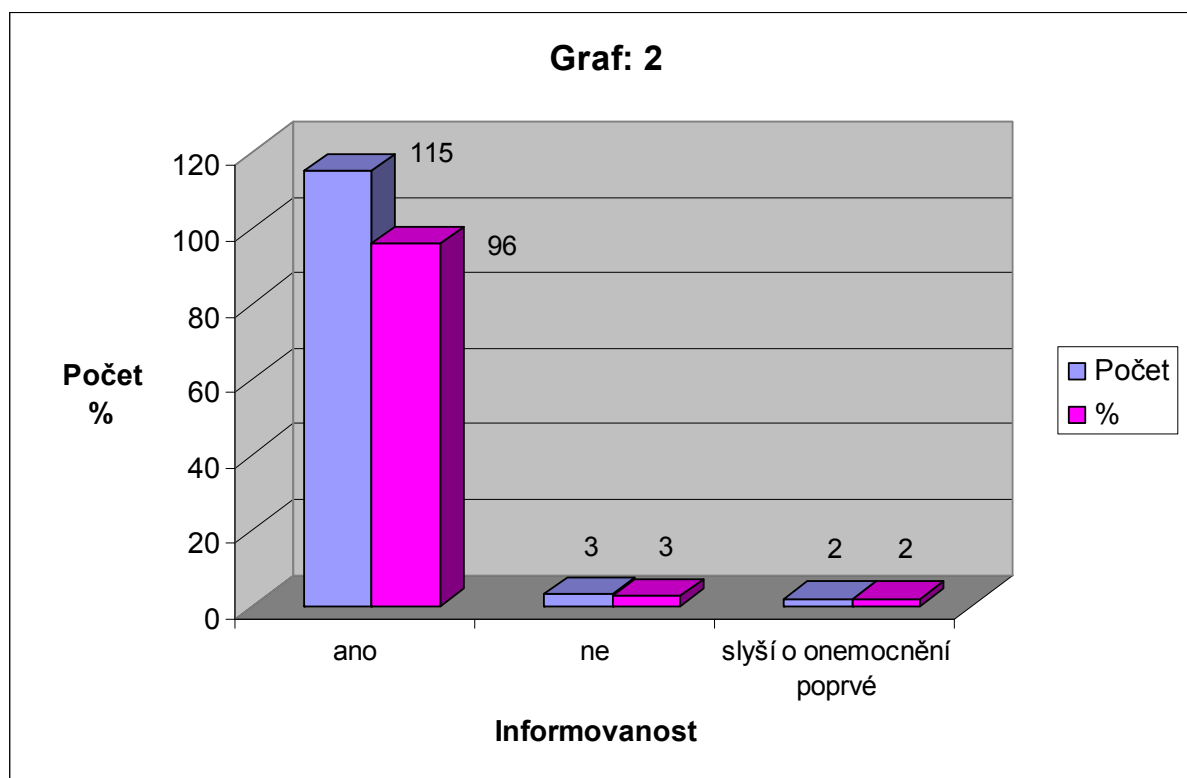


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z celkového počtu 120 (100 %) dotázaných studentek bylo 64 (53 %) ve věkovém rozmezí 20-30 let, 37 (31 %) studentek ve věkovém rozmezí 31-40 let, 16 (13 %) respondentek ve věkovém rozmezí 41-50 let a pouze 3 (3 %) dotázané patřily do věkového rozmezí 51-60 let.

Graf 2: Informovanost studentek o zhoubné povaze onemocnění
(Dotazník, otázka č. 2)

n = 120

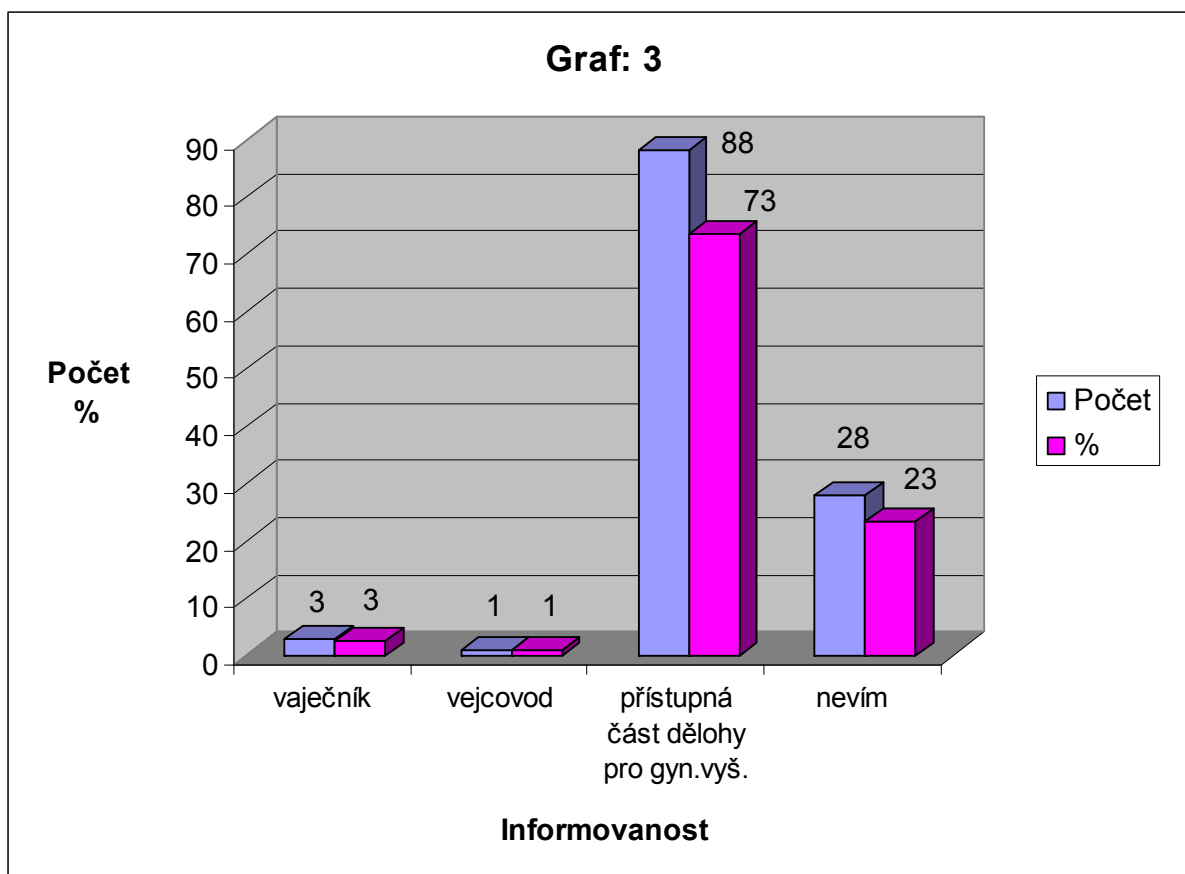


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z celkového počtu 120 (100 %) dotázaných respondentek 115 (96 %) odpovědělo, že je informováno o zhoubné povaze onemocnění karcinomu hrdla děložního, 3 (3 %) respondentky o zhoubné povaze onemocnění nevěděly a 2 (2 %) studentky slyšely o onemocnění díky dotazníku poprvé.

Graf 3: Informovanost studentek o místě prvotního vzniku onemocnění (Dotazník, otázka č. 3)

n = 120

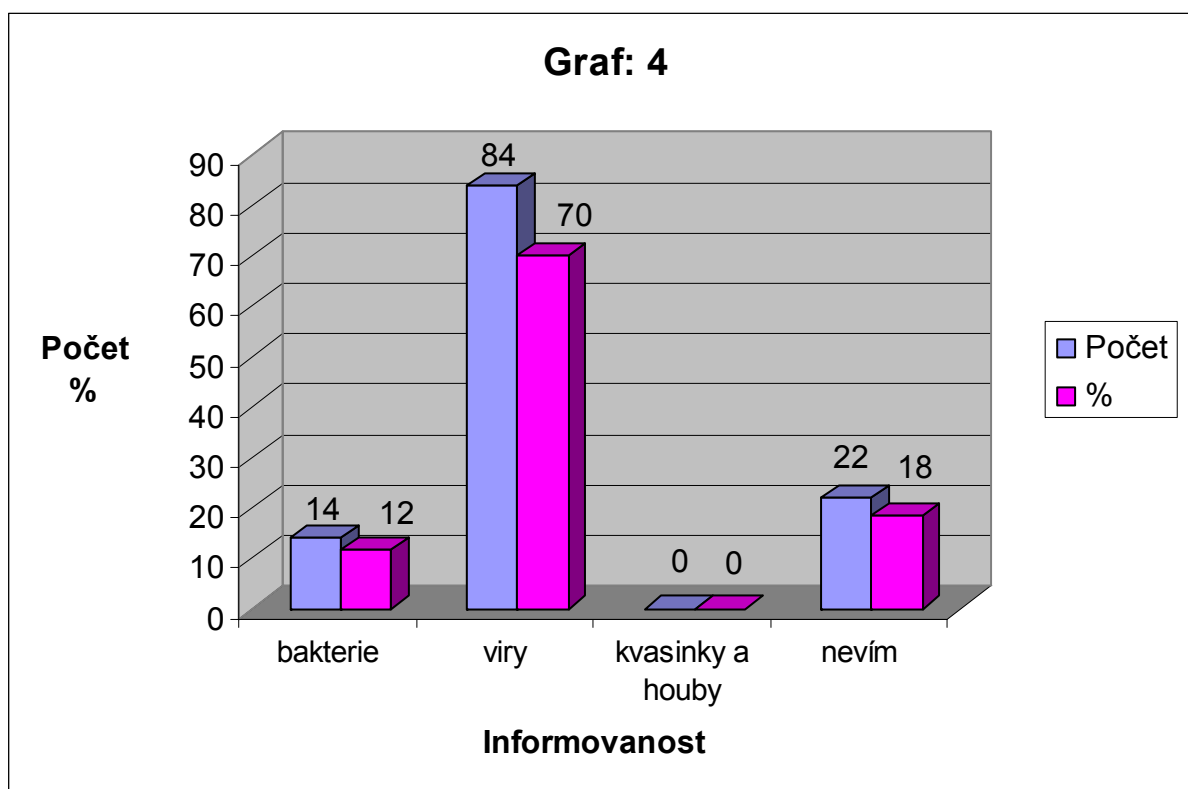


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z odpovědí respondentek bylo zjištěno následující, 88 (73 %) studentek se domnívá, že onemocnění prvotně vzniká na té části dělohy, která je lékaři dobře přístupná při gynekologickém vyšetření, 28 (23 %) studentek není informováno o tom, kde onemocnění prvotně vzniká, 3 (3 %) studentky se domnívají, že onemocnění vzniká na vaječnících a 1 (1 %) studentka uvádí jako místo prvotního vzniku vejcovod.

Graf 4: Informovanost studentek o původci onemocnění (Dotazník, otázka č. 4)

n = 120

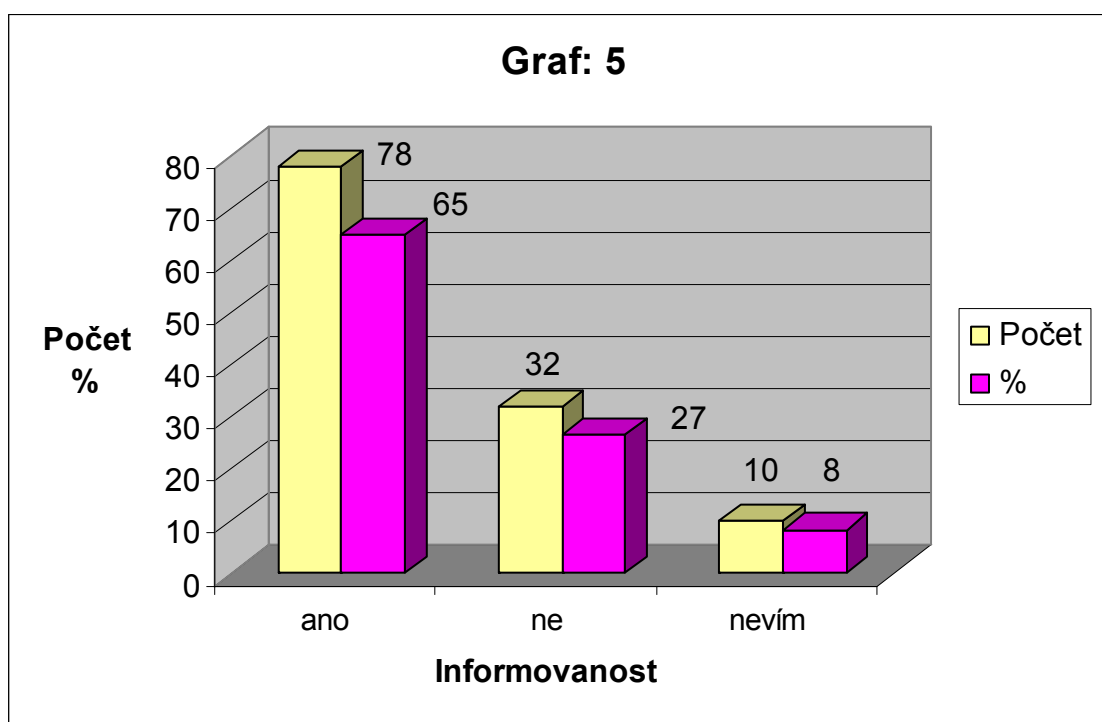


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Největší počet 84 (70 %) respondentek se domnívá, že onemocnění je virového původu, 22 (18 %) respondentek původce onemocnění nezná, 14 (12 %) studentek se domnívá, že původcem onemocnění jsou bakterie a ani jedna z dotázaných studentek neuvádí jako původce kvasinky nebo houby.

Graf 5: Informovanost studentek o možném přenosu onemocnění pohlavním stykem (Dotazník, otázka č. 5)

n = 120

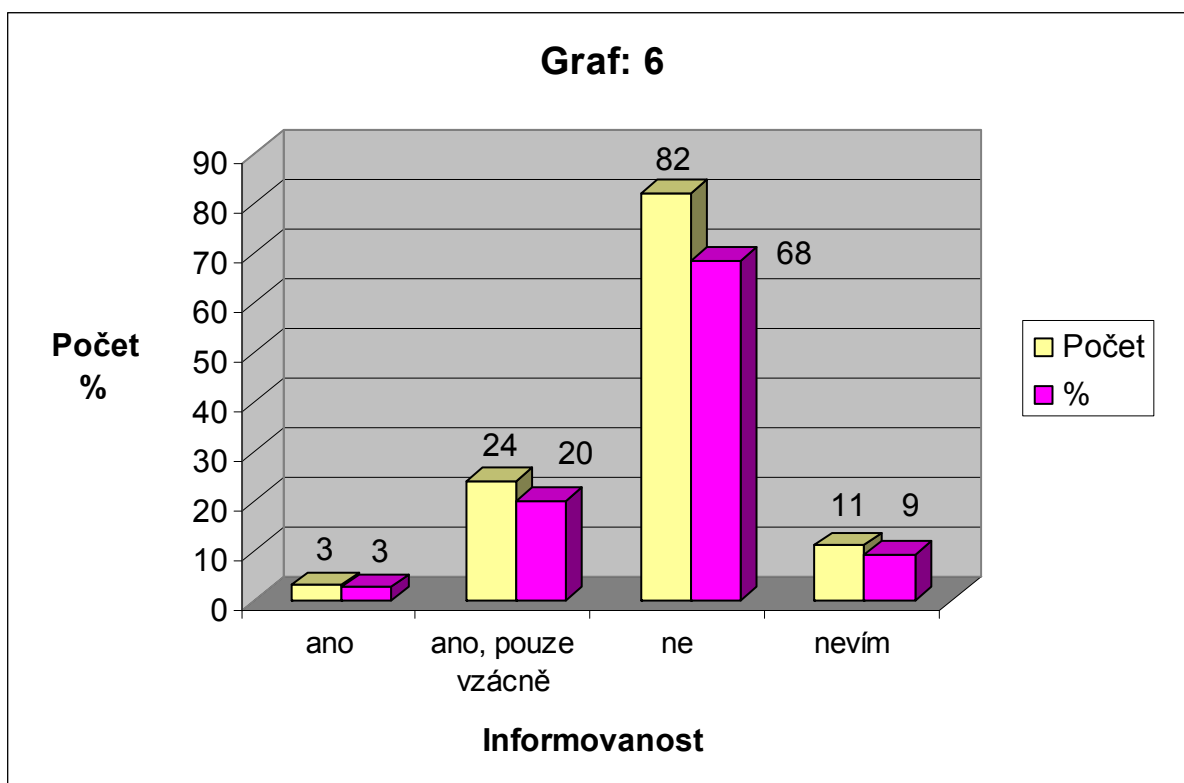


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na otázku zda je onemocnění díky původci přenosné pohlavním stykem 78 (65 %) dotázaných odpovědělo, že ano, 32 (27 %) respondentek se domnívá, že onemocnění pohlavním stykem přenosné není a 10(8 %) studentek neví.

Graf 6: Informovanost studentek o možném přenosu onemocnění kontaminovaným ručníkem nebo prádlem (Dotazník, otázka č. 6)

n = 120

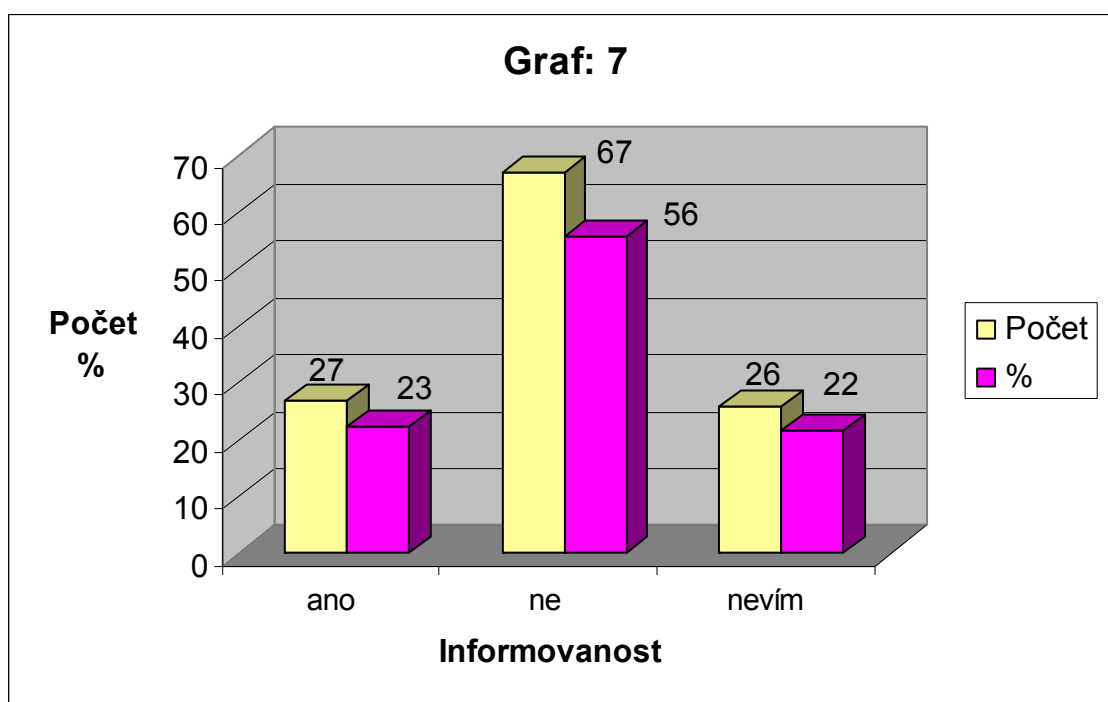


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z celkového počtu 120 (100 %) dotázaných se 82 (68 %) studentek domnívá, že tímto způsobem přenos onemocnění není možný, 24 (20 %) studentek se domnívá že přenos je možný pouze vzácně, 11 (9 %) studentek neví zda je tímto způsobem přenos možný a pouze 3 (3 %) se domnívá, že přenos tímto mechanismem možný je.

Graf 7: Možnost přenosu onemocnění prostřednictvím kontaminovaných prstů partnera bez pohlavního styku partnerů (Dotazník, otázka č. 7)

n = 120

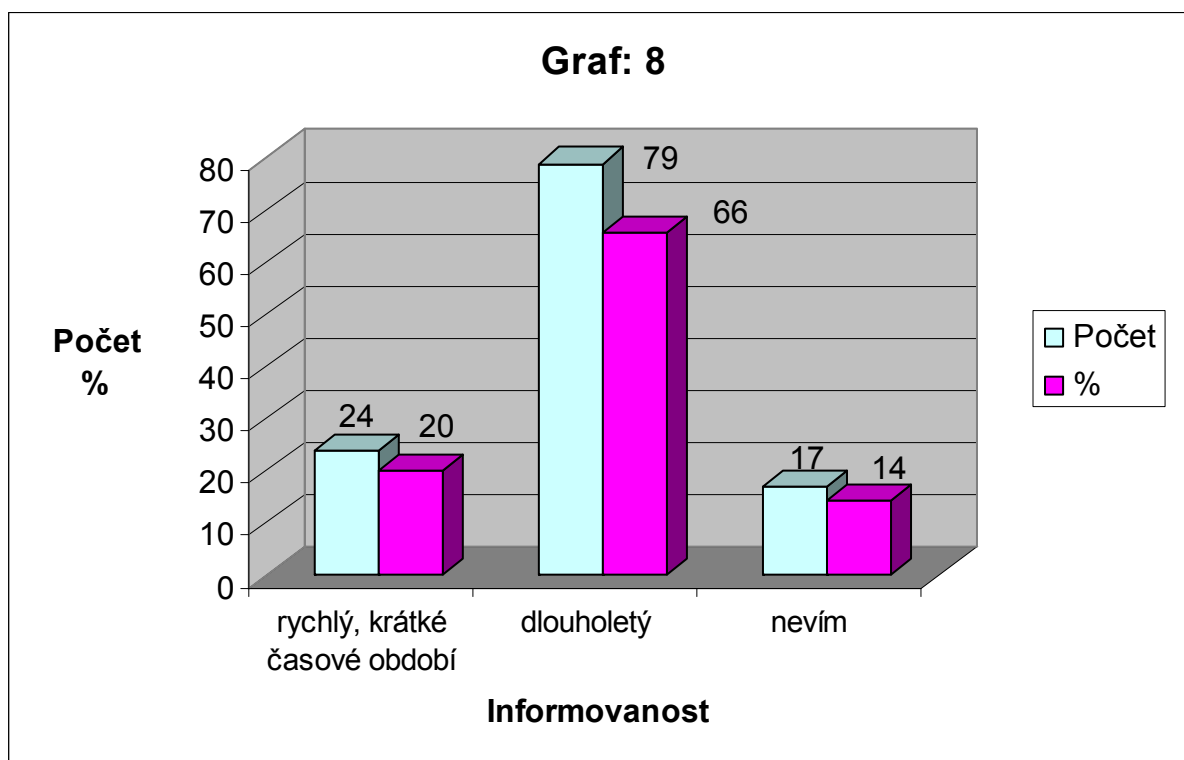


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Nejvyšší počet 67 (56 %) z dotázaných respondentek se domnívá, že přenos onemocnění bez pohlavního styku pouze kontaminovanými prsty partnera možný není. 27 (23 %) odpovědělo, že přenos tímto mechanismem možný je a 26 (22 %) dotázaných odpověď na otázku neví.

**Graf 8: Informovanost studentek o časovém vývoji onemocnění
(Dotazník, otázka č. 8)**

n = 120

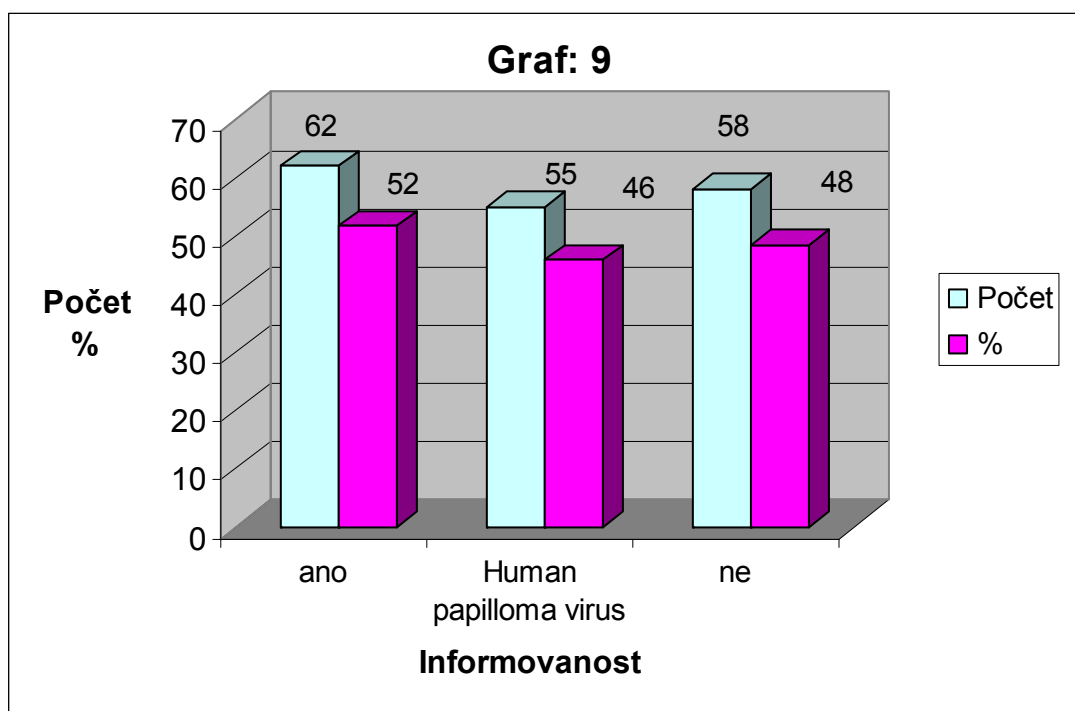


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na tuto otázku odpovědělo 79 (66 %) respondentek, že vývoj onemocnění je dlouholetý, trvá i několik let, 24 (20 %) respondentek se domnívá, že vývoj onemocnění je rychlý v krátkém časovém období a 17 (14 %) na otázku odpověď nezná.

Graf 9: Znalost zkratky HPV (Dotazník, otázka č. 9)

n = 120

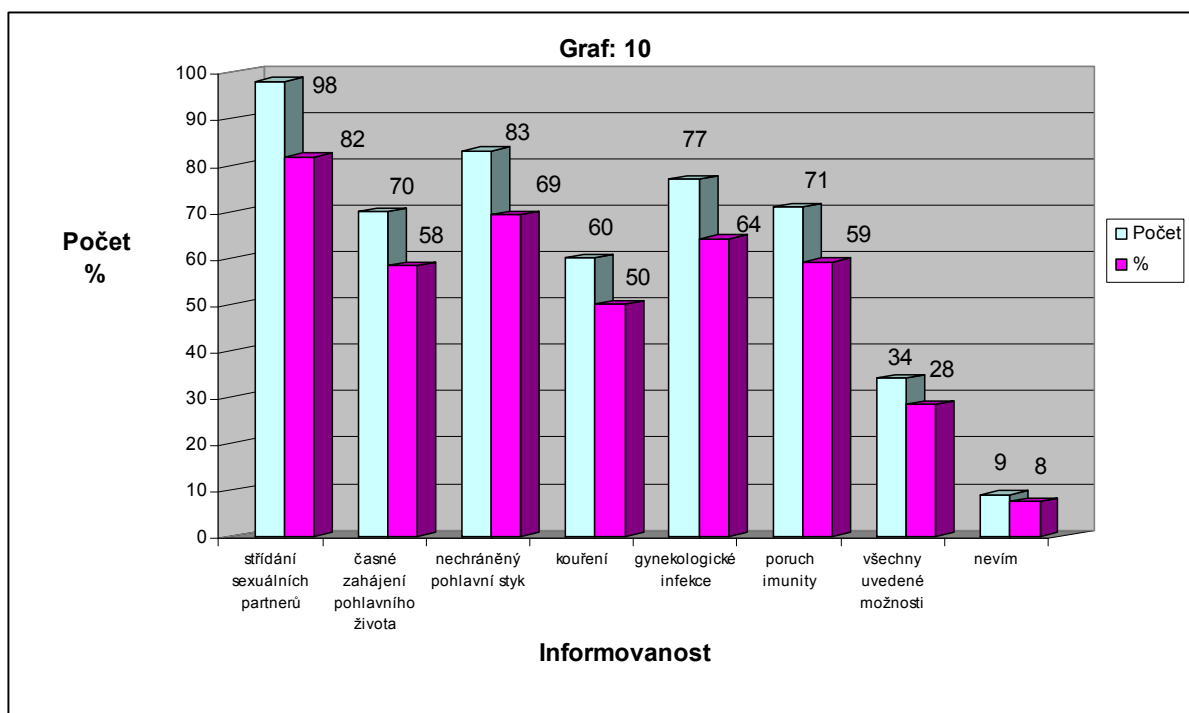


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Celkem 62 (52 %) studentek odpovědělo, že ví co zkratka HPV znamená, 58 (48 %) studentek zkratku HPV nezná a 55 (46 %) studentek zná správný význam této zkratky (Human papilloma virus).

Graf 10: Informovanost o rizikových faktorech souvisejících se vznikem onemocnění (Dotazník, otázka č. 10)

n =120

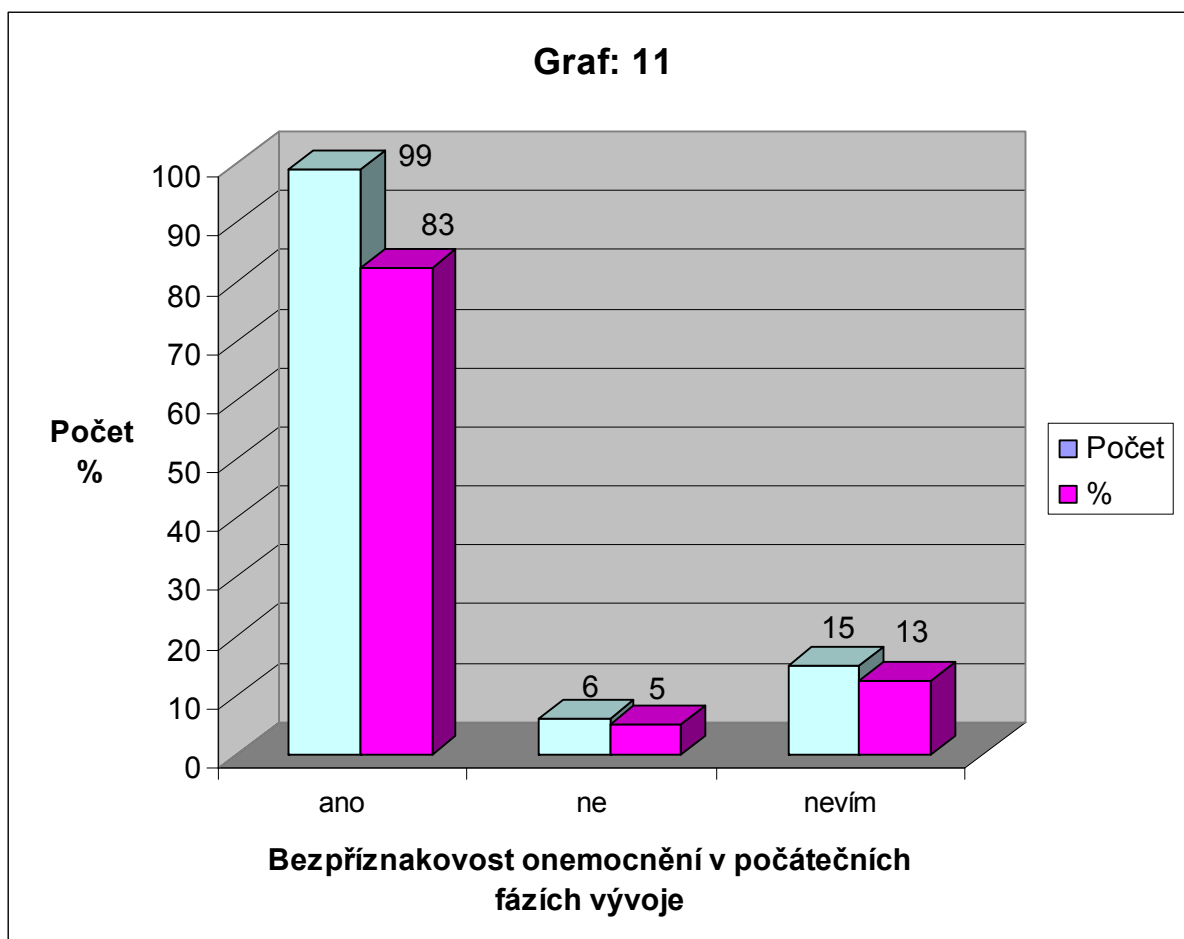


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Největší počet studentek 82 (98 %) uvádí jako rizikový faktor související se vznikem karcinomu hrdla děložního časté střídání sexuálních partnerů, následuje nechráněný pohlavní styk, tento faktor uvádí 83 (69 %) studentek, dále 77 (64 %) studentek uvádí opakované gynekologické infekce, 71 (59 %) uvádí poruchy imunity, časně zahájení pohlavního života považuje za rizikový faktor 70 (58 %) studentek, všechny rizikové faktory související se vznikem karcinomu hrdla znalo pouze 34 (28 %) studentek a 60 (50 %) dotázaných považuje za rizikový faktor kouření.

Graf 11: Informovanost o bezpříznakové počáteční fázi onemocnění karcinomu hrdla děložního (Dotazník, otázka č. 11)

n = 120

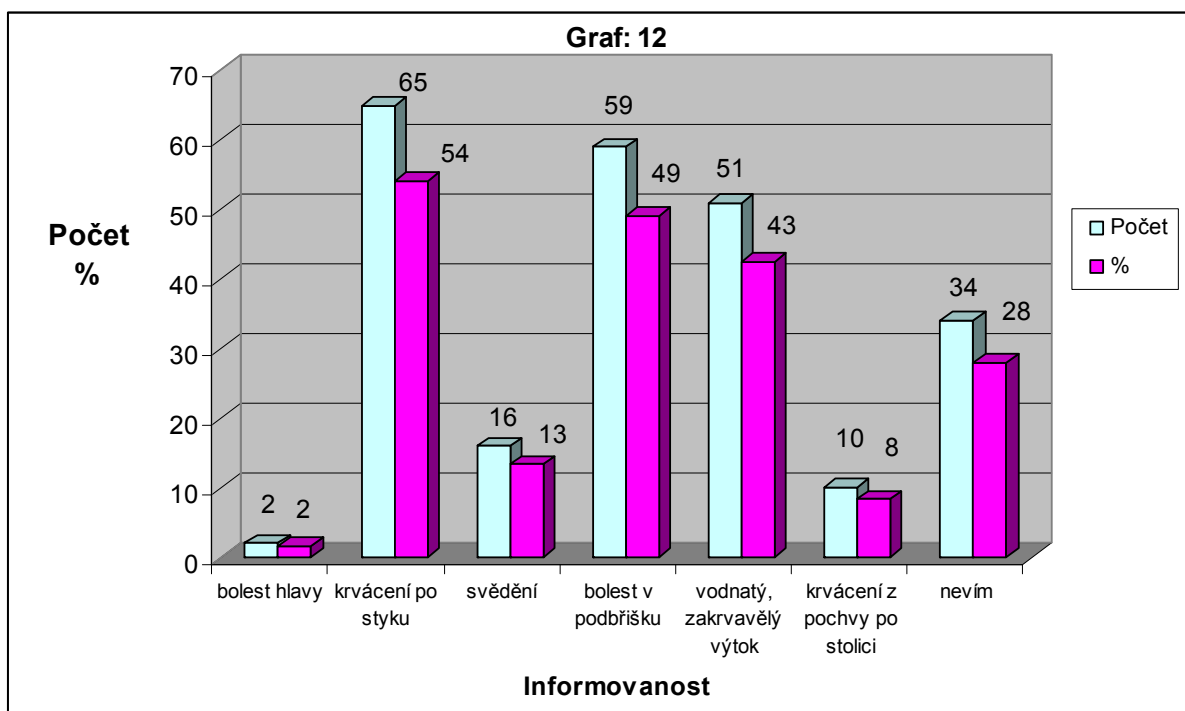


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na otázku, zda je onemocnění ca hrdla v počátečních fázích vývoje bezpříznakové odpovědělo 99 (83 %) studentek ano, 6 (5 %) studentek ne a 15 (13 %) studentek odpověď neznalo.

Graf 12: Znalost příznaků již rozvinutého onemocnění (Dotazník, otázka č. 12)

n = 120

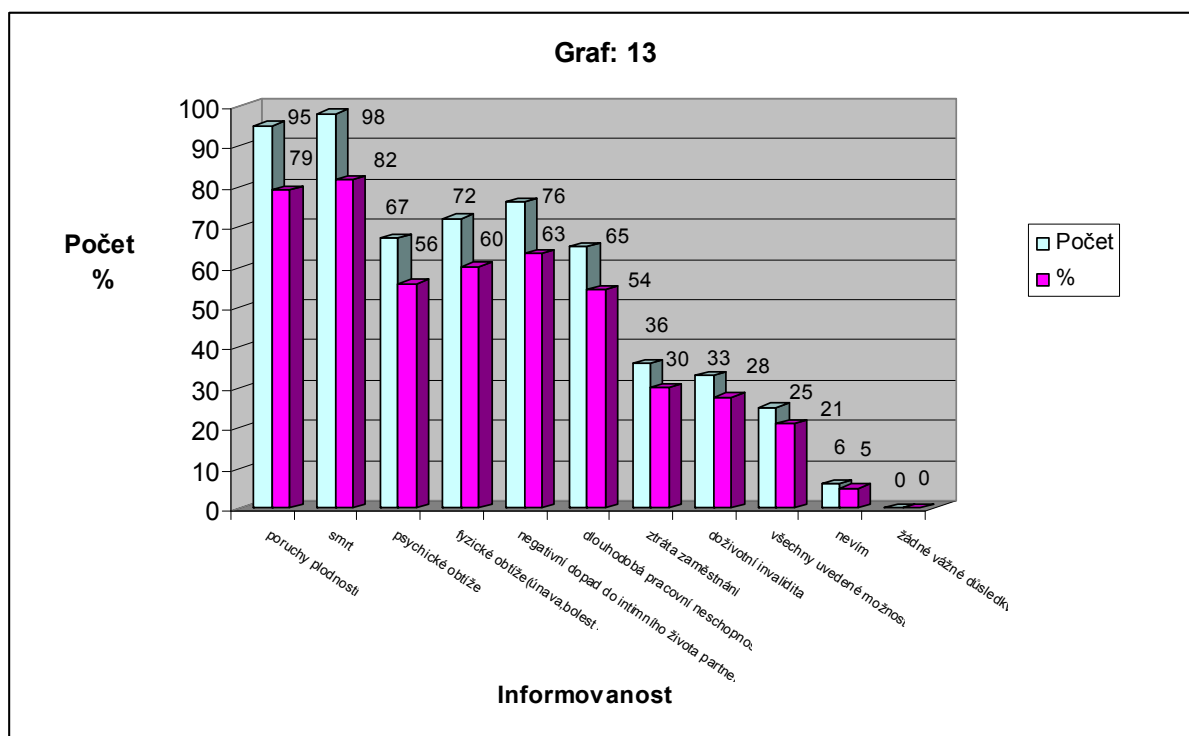


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Největší počet studentek 65 (54 %) uvádí jako příznak již rozvinutého onemocnění krvácení po pohlavním styku, 59 (49 %) bolest v podbřišku, 51 (43 %) vodnatý zakrvavělý výtok, 34 (28 %) studentek příznaky rozvinutého onemocnění nezná, 16 (13 %) respondentek uvádí nesprávně svědění, 10 (8 %) uvádí krvácení z pochvy po stolici a 2 (2 %) studentky zmiňují nesprávně bolest hlavy.

Graf 13: Informovanost o důsledcích onemocnění karcinomu hrdla děložního (Dotazník, otázka č. 13)

n = 120

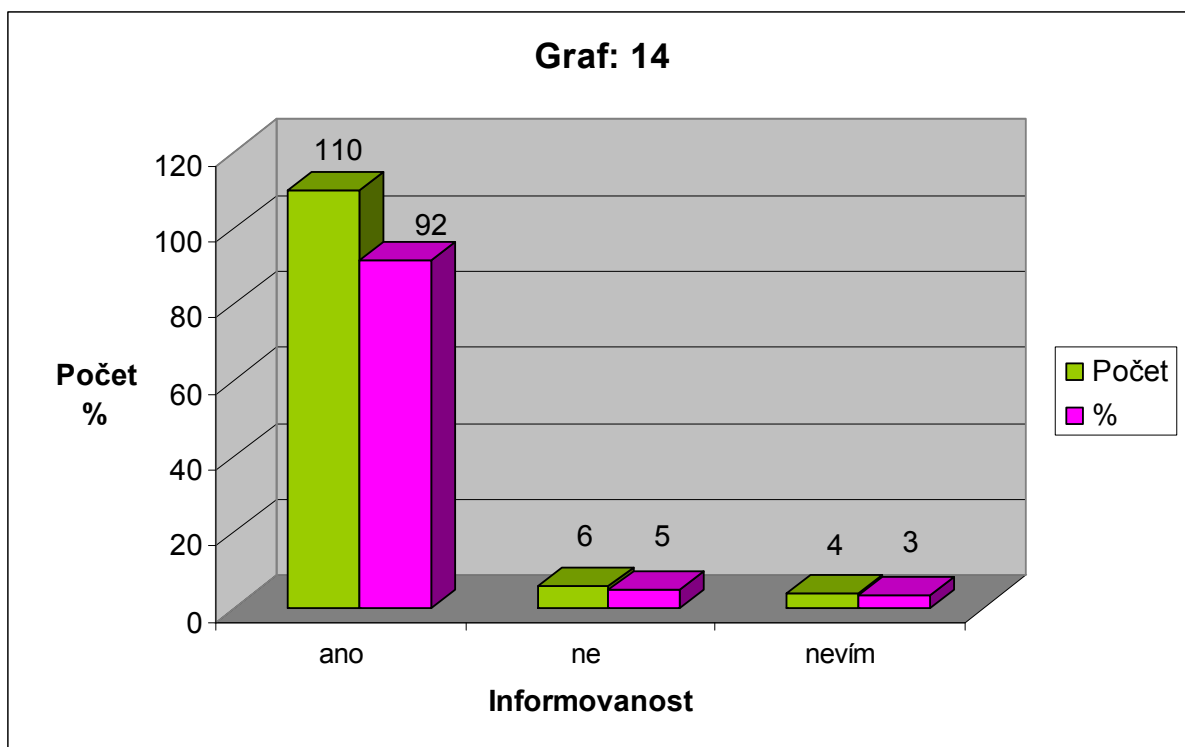


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na otázku jaké mohou být důsledky onemocnění karcinomu hrdla děložního nejvíce z dotázaných 98 (82 %) uvádí smrt, 95 (79 %) studentek uvádí poruchy plodnosti, 76 (63 %) studentek negativní ovlivnění intimního života partnerů, 72 (60 %) respondentek uvádí dlouhodobé fyzické obtíže jako je únava a bolest, 67 (56 %) dotázaných se domnívá, že důsledkem onemocnění jsou psychické obtíže, dlouhodobá neschopnost je zmíněna 65 (54 %) studentkami. Další důsledky tohoto vážného onemocnění jsou zmiňovány v těchto počtech: 25 (21 %) dotázaných se domnívá, že všechny uvedené možnosti v dotazníku jsou důsledkem onemocnění, dalších 36 (30 %) studentek uvádí ztrátu zaměstnání, 33 (28 %) studentek uvádí doživotní invaliditu, 6 (5 %) studentek důsledky onemocnění nezná a 0 (0 %) se nedomnívá, že je onemocnění bez důsledků.

Graf 14: Informovanost o možnosti předcházení onemocnění pravidelnými gynekologickými prohlídkami (Dotazník, otázka č. 14)

n = 120

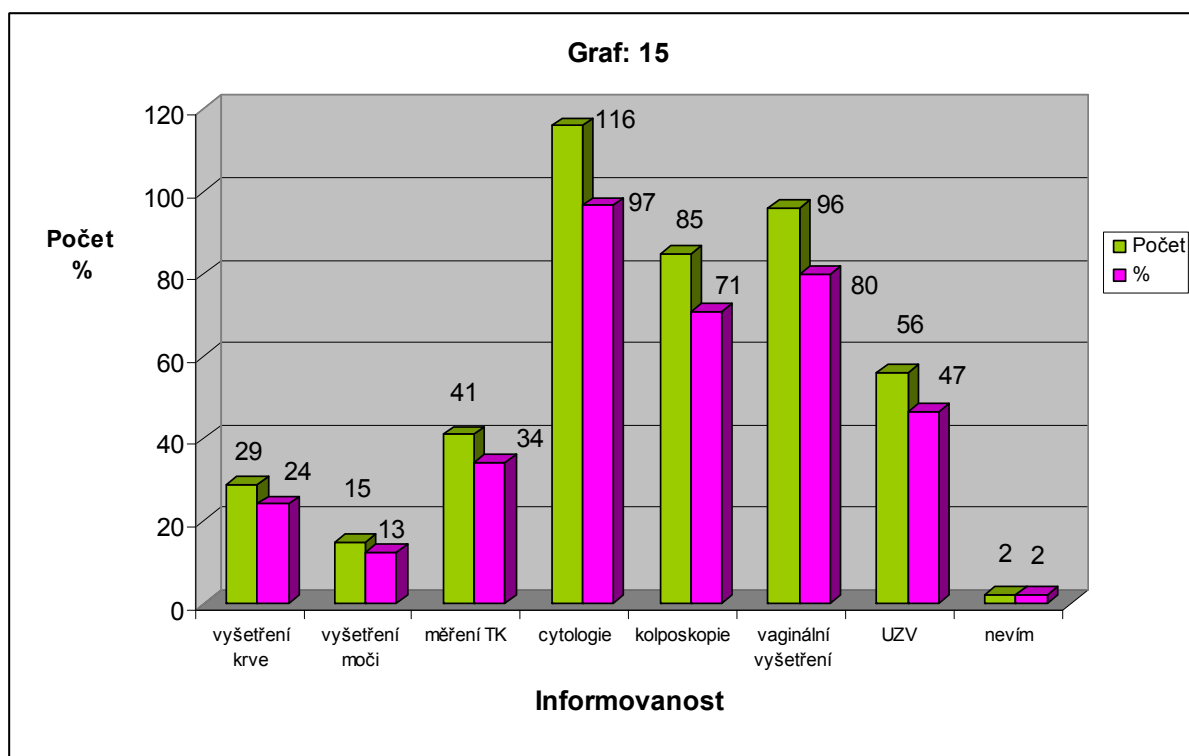


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na otázku, zda mohou ženy předejít onemocnění pravidelnými gynekologickými prohlídkami 110 (92 %) respondentek odpovědělo, že ano, 6 (5 %) respondentek, že ne a 4 (3 %) respondentky nevědí.

Graf 15: Informovanost o důležitých součástech preventivní gynekologické prohlídky (Dotazník, otázka č. 15)

n = 120

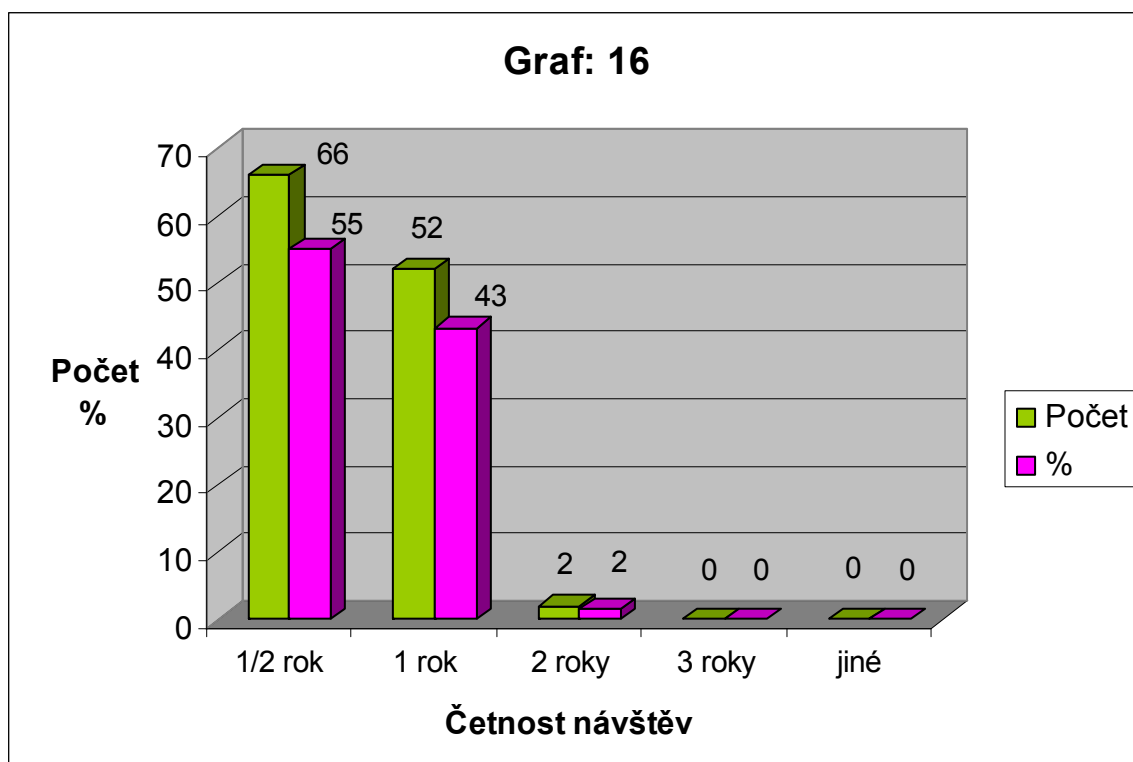


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Největší počet respondentek 116 (97 %) uvádí jako součást gynekologické prohlídky cytologii, 96 (80 %) studentek uvádí vaginální vyšetření, 85 (71 %) studentek uvádí kolposkopii, 56 (47 %) respondentek se domnívá, že součástí preventivní gynekologické prohlídky má být ultrazvukové vyšetření, 41 (34 %) dotázaných za součást prohlídky považuje měření krevního tlaku, 29 (24 %) dotázaných uvádí vyšetření krve, 15 (13 %) studentek uvádí jako součást prohlídky vyšetření moči a pouze 2 (2 %) z dotázaných nevědí co by mělo součástí gynekologické prohlídky být.

Graf 16: Informovanost o tom, jak často má žena docházet na gynekologické vyšetření (Dotazník, otázka č. 16)

n = 120

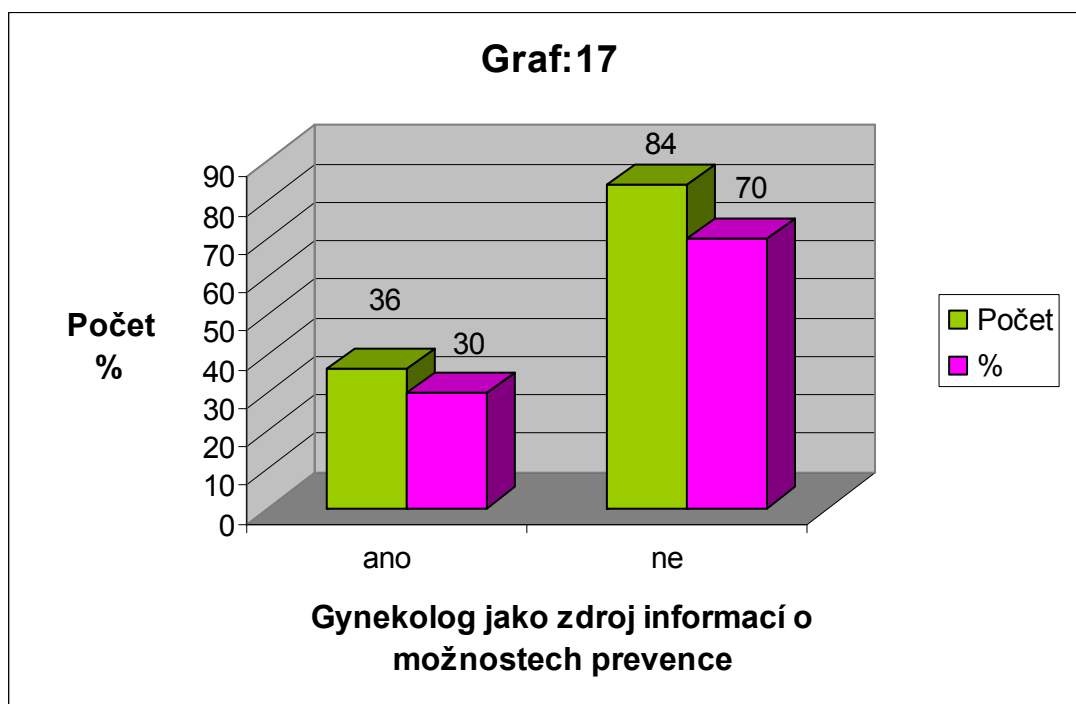


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na otázku jak často má žena docházet na preventivní gynekologické vyšetření 66 (55 %) studentek uvedlo možnost 1x za ½ roku, 52 (43 %) studentek 1x za 1 rok, 2 (2 %) respondentky se domnívají, že žena má docházet na prevenci 1x za 2 roky. Jinou možnost neuvedla ani jedna respondentka 0 (0 %).

Graf 17: Gynekolog jako zdroj informací o možnostech prevence v souvislosti s karcinomem hrdla děložního (Dotazník, otázka č. 17)

n = 120

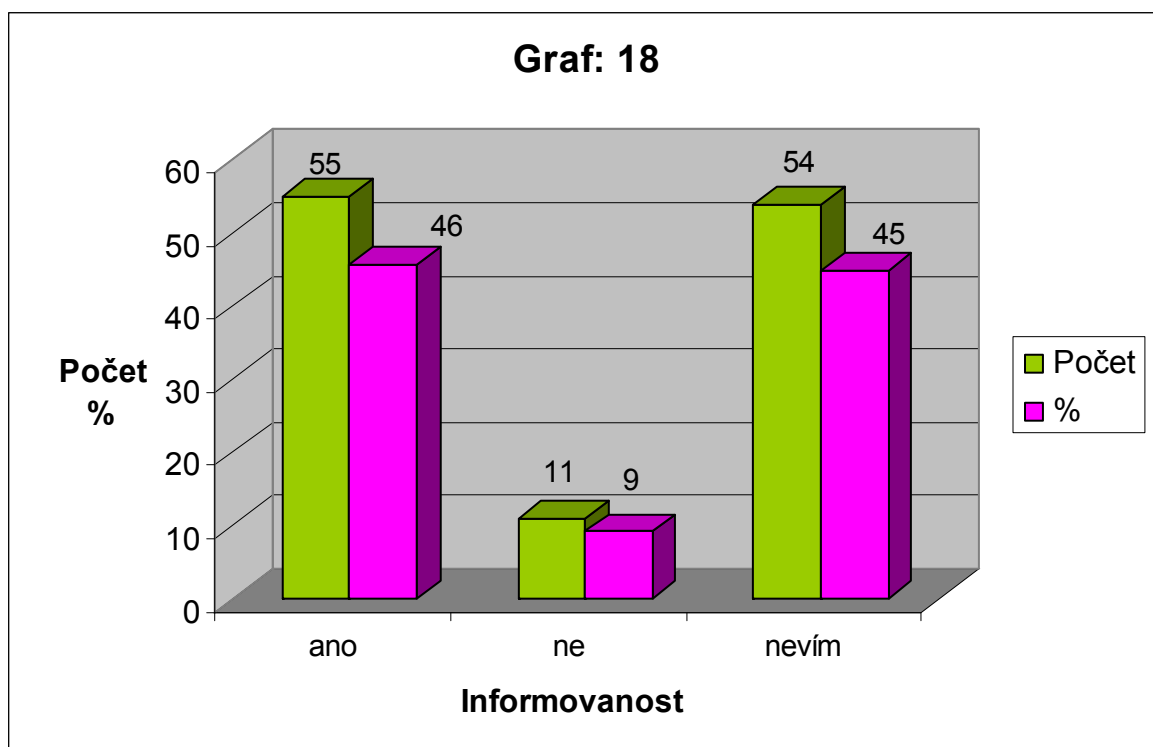


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z odpovědí na tuto otázku vyplynulo, že 84 (70 %) dotázaných nebylo gynekologem poučeno o možnostech prevence v souvislosti s ca hrdla děložního a 36 (30 %) respondentek gynekolog poučil o možnostech prevence tohoto onemocnění.

Graf 18: Informovanost studentek o možnosti vyšetření mužů jako přenašečů původce onemocnění (Dotazník, otázka č. 18)

n = 120

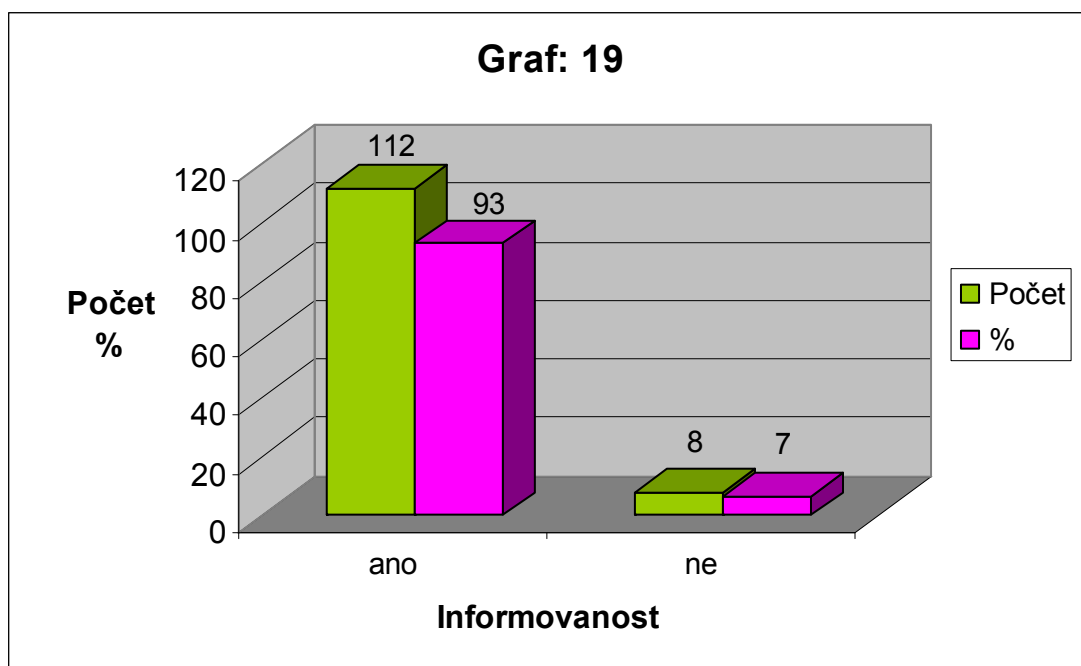


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na otázku, zda je možné vyšetřením u muže zjistit, zda je přenašečem původce onemocnění 55 (46 %) studentek odpovědělo, že ano, 11 (9 %) studentek, že ne a 54 (45 %) respondentky odpověď neznaly.

Graf 19: Informovanost o možnosti preventivního očkování
(Dotazník, otázka č. 19)

n = 120

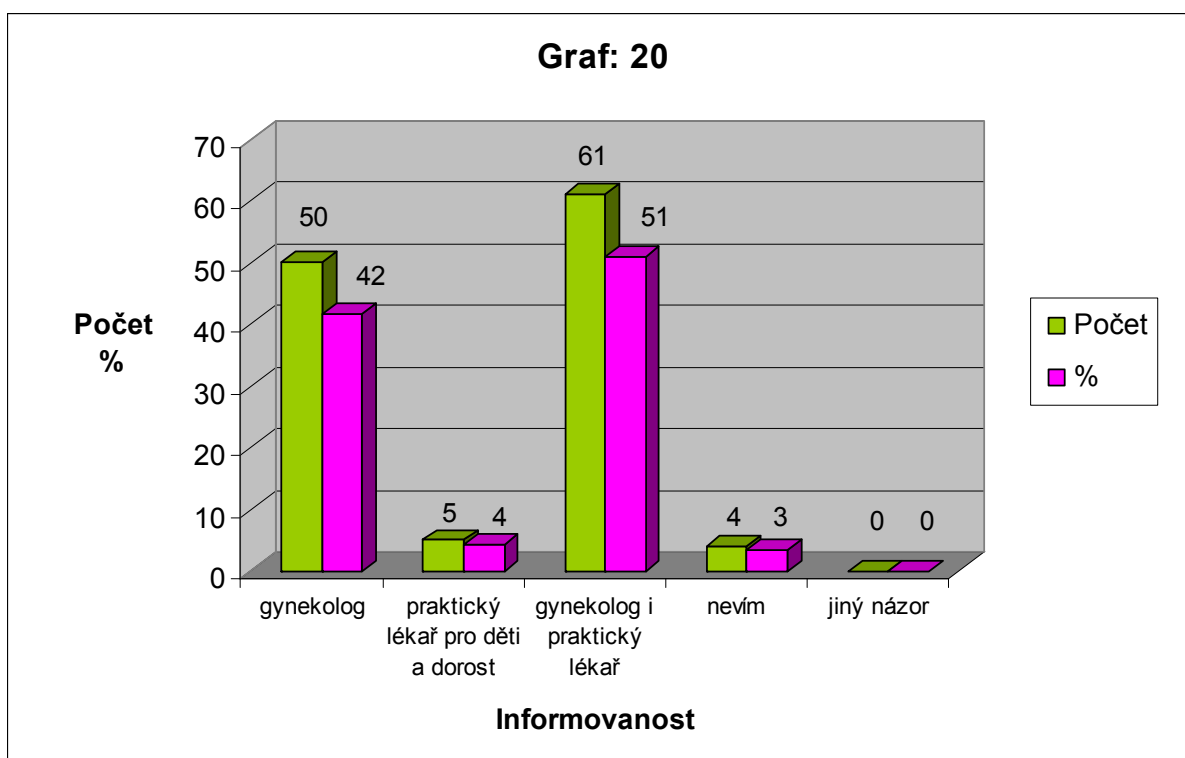


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

O možnosti preventivního očkování bylo informováno 112 (93 %) studentek a pouhých 8 (7 %) nikoli.

**Graf 20: Informovanost o tom kdo provádí preventivní očkování
(Dotazník, otázka č. 20)**

n = 120

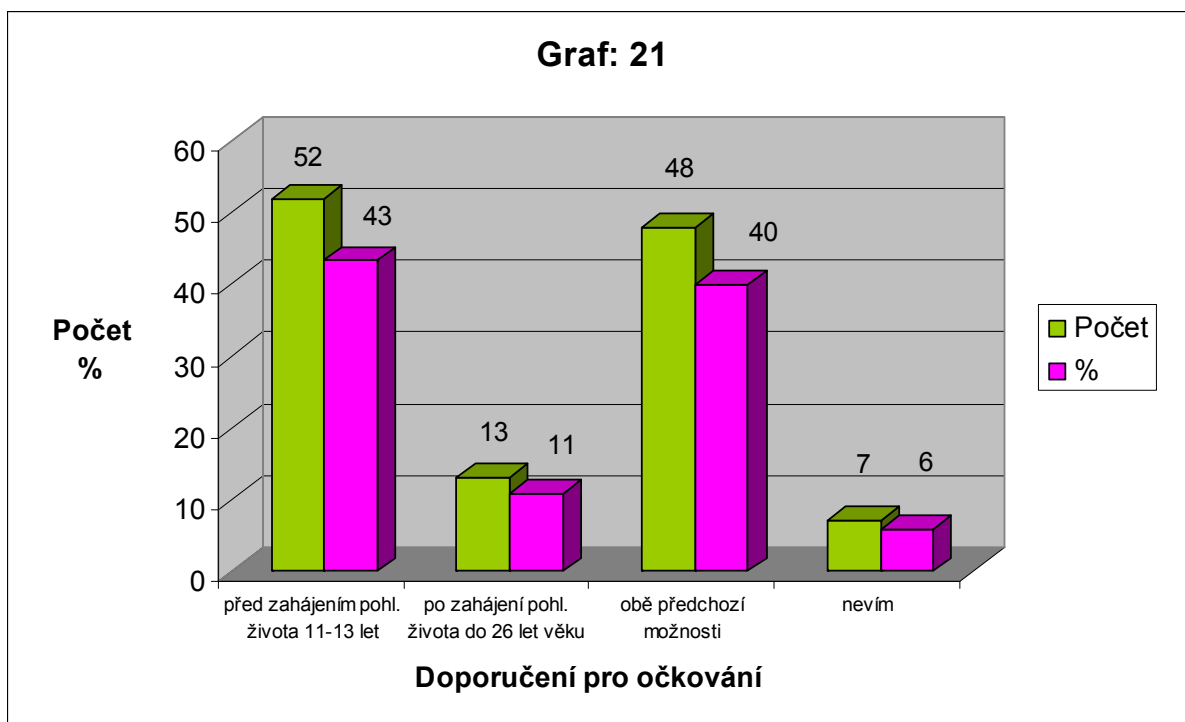


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z celkového počtu 120 (100 %) dotázaných studentek je 61 (51 %) informováno o tom, že preventivní očkování provádí jak gynekolog tak praktický lékař pro děti a dorost, 50 (42 %) studentek se domnívá, že preventivní očkování provádí pouze gynekolog, 5 (4 %) respondentek odpovědělo, že proti onemocnění je možné se nechat očkovat pouze u praktického lékaře pro děti a dorost, 4 (3 %) studentky odpověď neznaly a jiný názor neuvedla žádná z dotázaných 0 (0 %).

Graf 21: Informovanost o doporučeném věku pro očkování
(Dotazník, otázka č. 21)

n = 120



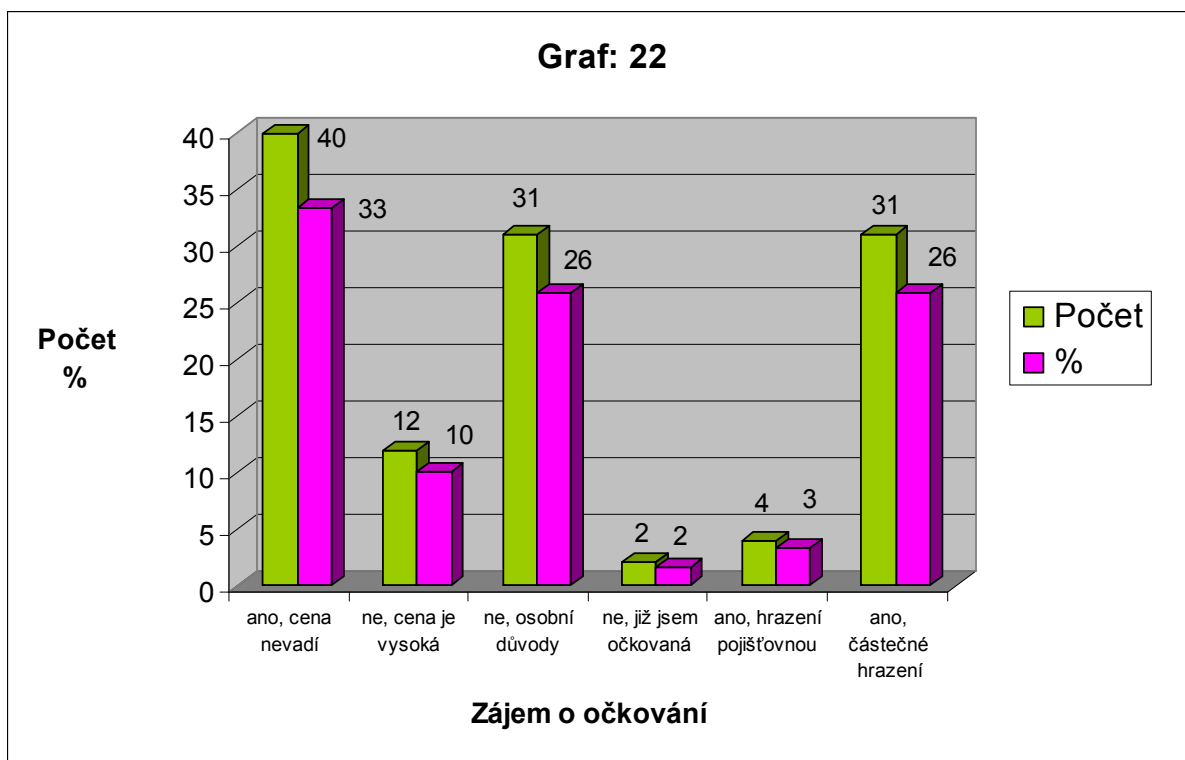
Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že 52 (43 %) studentek se domnívá, že očkování je doporučováno před zahájením pohlavního života ženy, tedy mezi 11-13 lety, 13 (11 %) studentek pak uvádí, že očkování se doporučuje po zahájení pohlavního života do 26 let věku, 48 (40 %) dotázaných si myslí, že obě předcházející uvedené varianty jsou možné a 7 (6 %) nezná odpověď na otázku.

Graf 22: Vliv ceny preventivní vakcinace na zájem o očkování

(Dotazník, otázka č. 22)

n = 120

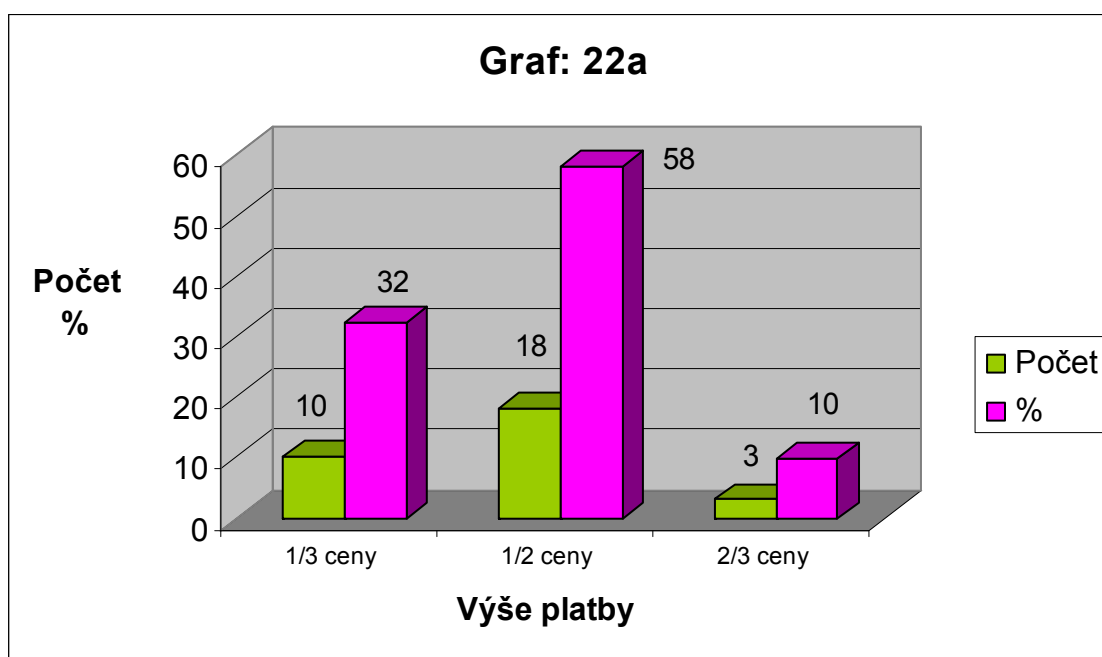


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Výsledky této otázky odhalily následující: 40 (33 %) respondentek uvedlo, že současná cena vakcinace jim nevadí a o očkování mají zájem, 12 (10 %) dotázaných by očkování nepodstoupily, neboť cena je podle nich příliš vysoká, 31 (26 %) respondentek nemá o očkování zájem z osobních důvodů avšak cena nerozhoduje, 2 (2 %) studentky uvedly, že jsou již očkované, 4 (3 %) studentky by souhlasily s očkováním pouze v případě hrazeného očkování pojišťovnou a 31 (26 %) studentek by podstoupily očkování pokud by cena mohla být hrazena pacientem jen částečně.

Graf 22a: Výše platby, kterou jsou respondentky ochotny uhradit za očkování v případě částečného hrazení ceny pacientem (Dotazník, otázka č. 22)

n = 31

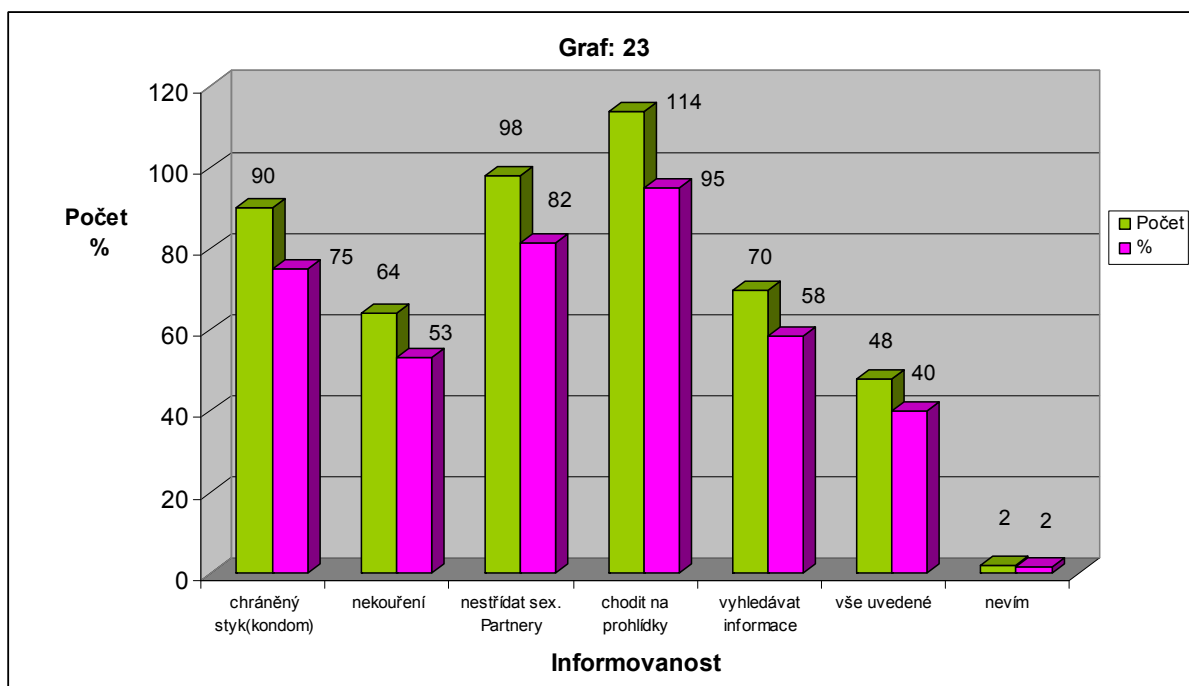


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že 10 (32 %) studentek by bylo ochotno zaplatit za očkování 1/3 ceny, 18 (58 %) by uhradilo 1/2 ceny a 3 (10 %) studentky by zaplatily 2/3 současné ceny vakcinace.

Graf 23: Informovanost o dalších možnostech prevence onemocnění karcinomu hrdla děložního (Dotazník, otázka č. 23)

n = 120

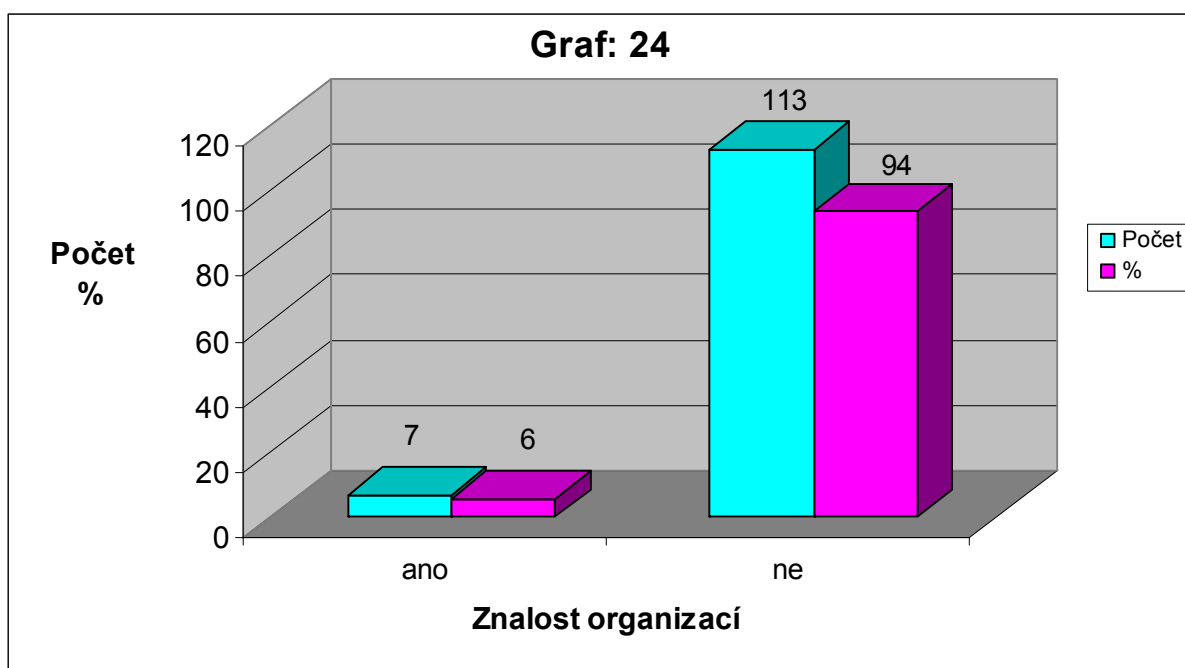


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Jako další možnosti prevence onemocnění karcinomu hrdla děložního 114(95 %) respondentek uvedlo nezanedbávání gynekologických prohlídek, 98 (82 %) nestřídání sexuálních partnerů, 48 (40 %) všechny uvedené možnosti odpovědí uvedené v otázce, 90 (75 %) uvedlo jako možnost prevence chráněný pohlavní styk, 70 (58 %) odpovědělo, že prevencí je také samostatné vyhledávání potřebných informací o onemocnění, 64 (53 %) respondentek uvedlo jako možnost prevence nekouření a pouze 2 (2 %) studentky neznaly na otázku odpověď.

Graf 24: Informovanost o organizacích zabývajících se problematikou ca hrdla děložního (Dotazník, otázka č. 24)

n = 120

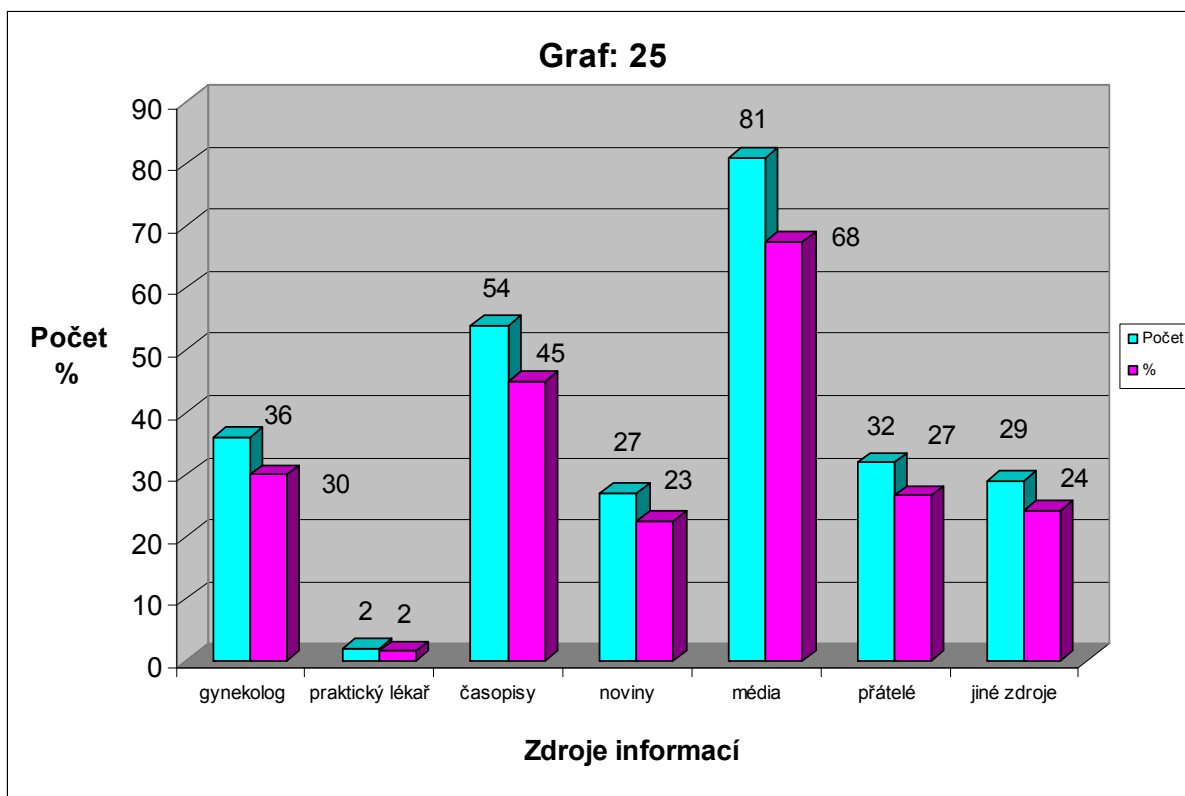


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z grafu vyplývá, že pouhých 7 (6 %) studentek uvedlo nějaké organizace zabývající se problematikou ca hrdla děložního, zbývajících 113 (94 %) studentek žádné takové organizace nezná.

Graf 25: Zdroje dosavadních informací studentek o problematice karcinomu hrdla děložního (Dotazník, otázka č. 25)

n = 120

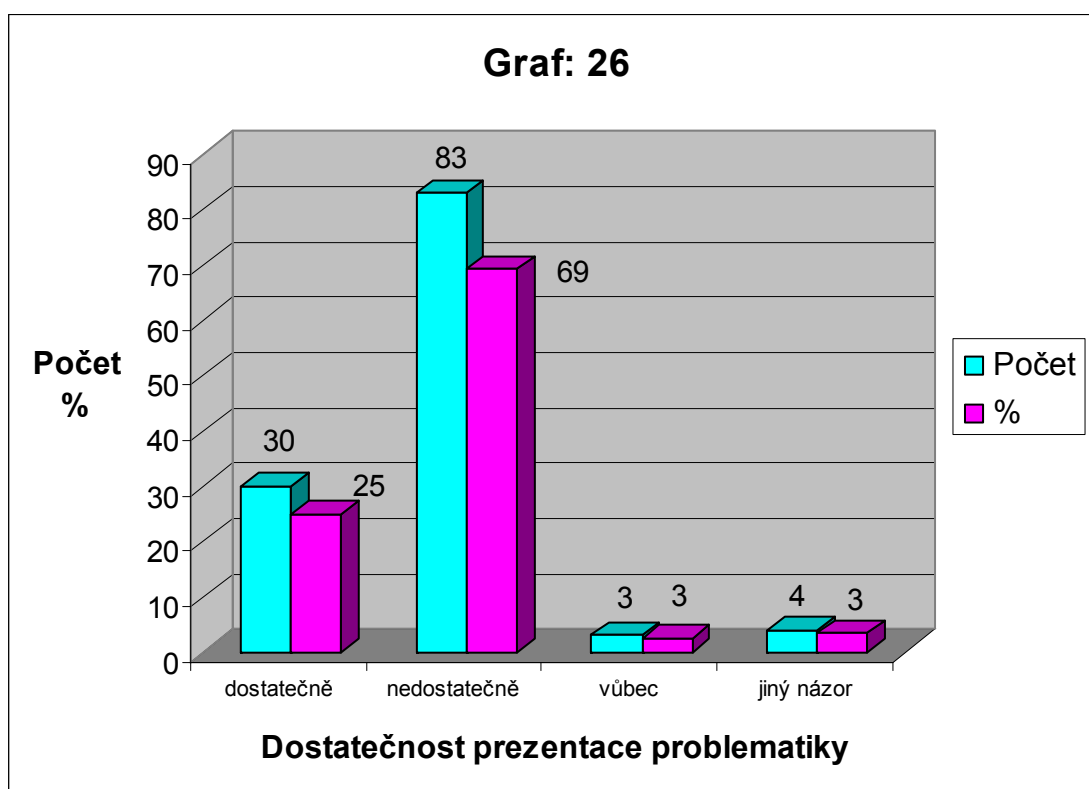


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Největší počet studentek 81 (68 %) získalo své dosavadní informace o onemocnění z médií, 54 (45 %) studentek informace získaly z časopisů, 36 (30 %) studentek uvádí jako zdroj svých dosavadních informací o onemocnění svého gynekologa, 32 (27 %) respondentek získalo informace od přátel, 29 (24 %) zmínilo jiné zdroje, 27 (23 %) informace získaly z novin a nejméně respondentek 2 (2 %) jako zdroj dosavadních informací uvedly praktického lékaře.

Graf 26: Názor studentek o dostatečnosti prezentace problematiky karcinomu hrdla děložního v České republice (Dotazník, otázka č. 26)

n = 120

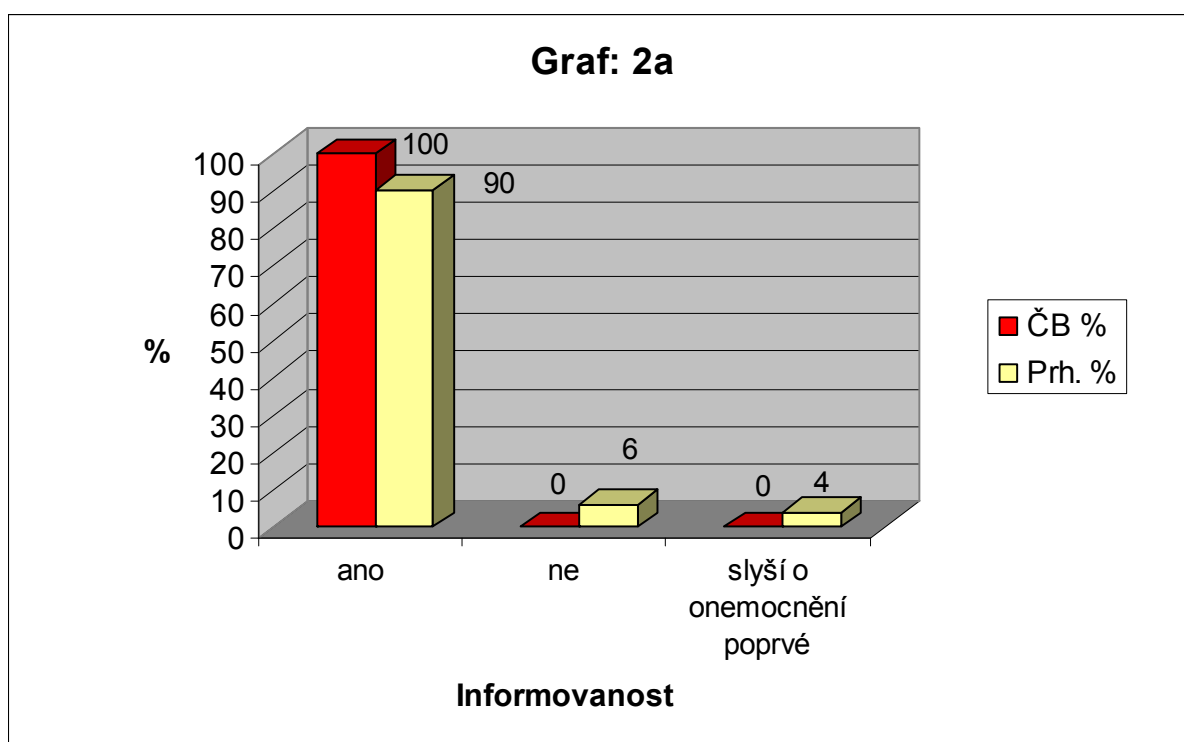


Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z odpovědí respondentek bylo zjištěno, že nejvíce studentek 83 (69 %) se domnívá, že je tato problematika v České republice prezentována nedostatečně 30 (25 %) studentek odpovědělo, že problematika je prezentována dostatečně, 3 (3 %) studentky jsou toho názoru, že problematika tohoto onemocnění v naší republice není prezentována vůbec a 4 (3 %) studentky mají na problém prezentace jiný názor.

4.2 Zhodnocení nejdůležitějších aspektů informovanosti a srovnání znalostí studentek v rámci krajů

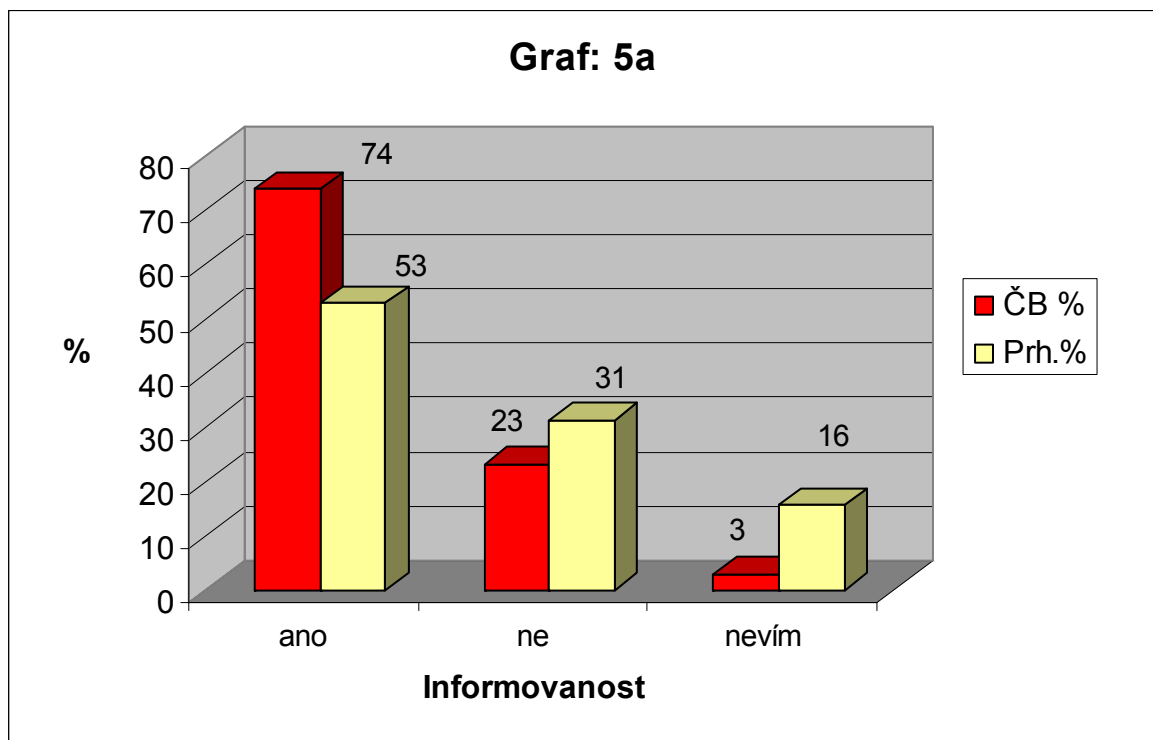
Graf 2a: Informovanost studentek o zhoubné povaze onemocnění
(Dotazník, otázka č. 2)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z grafu jasně vyplývá, že všechny dotázané studentky v Jihočeském kraji 100 % jsou informovány o zhoubné povaze onemocnění karcinomu hrdla děložního. V Pražském kraji je o tomto faktu informováno 90 % studentek, 6 % o zhoubné povaze onemocnění neví a 4 % slyšelo o tomto onemocnění poprvé.

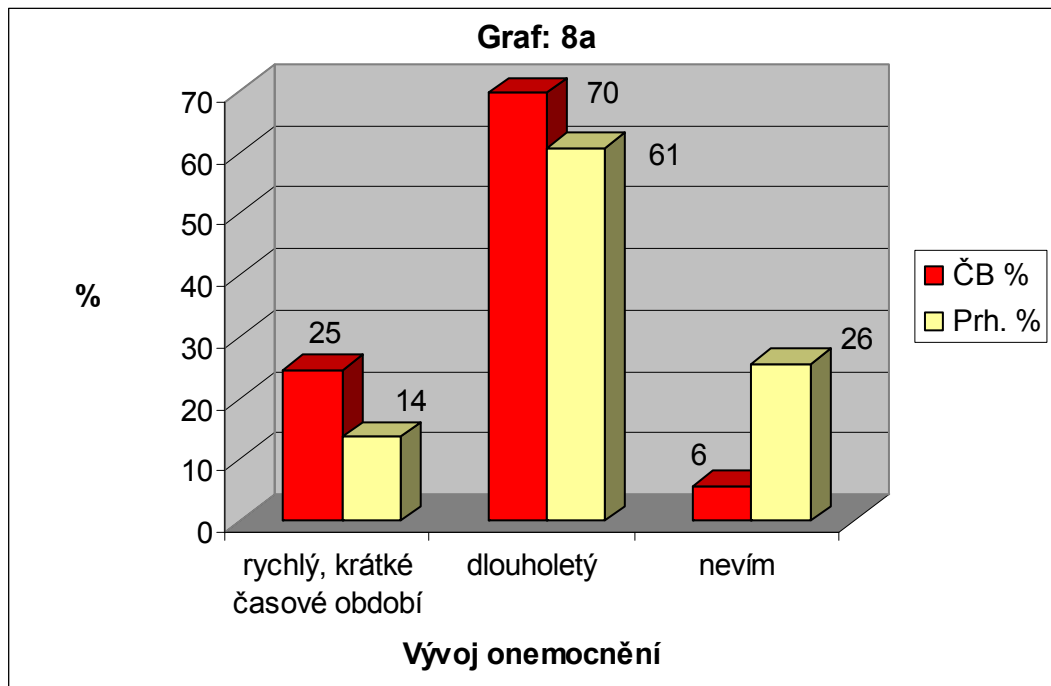
Graf 5a: Informovanost studentek o možném přenosu onemocnění pohlavním stykem (Dotazník, otázka č. 5)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

O možném přenosu onemocnění pohlavním stykem je v Jihočeském kraji informováno 74 % studentek, 23 % se domnívá, že tímto způsobem onemocnění přenosné není a 3 % nedokáže na otázku odpovědět. V pražském kraji se 53 % studentek domnívá, že onemocnění je přenosné pohlavním stykem, 31 % tuto možnost zavrhuje a 16 % nedokáže na otázku odpovědět.

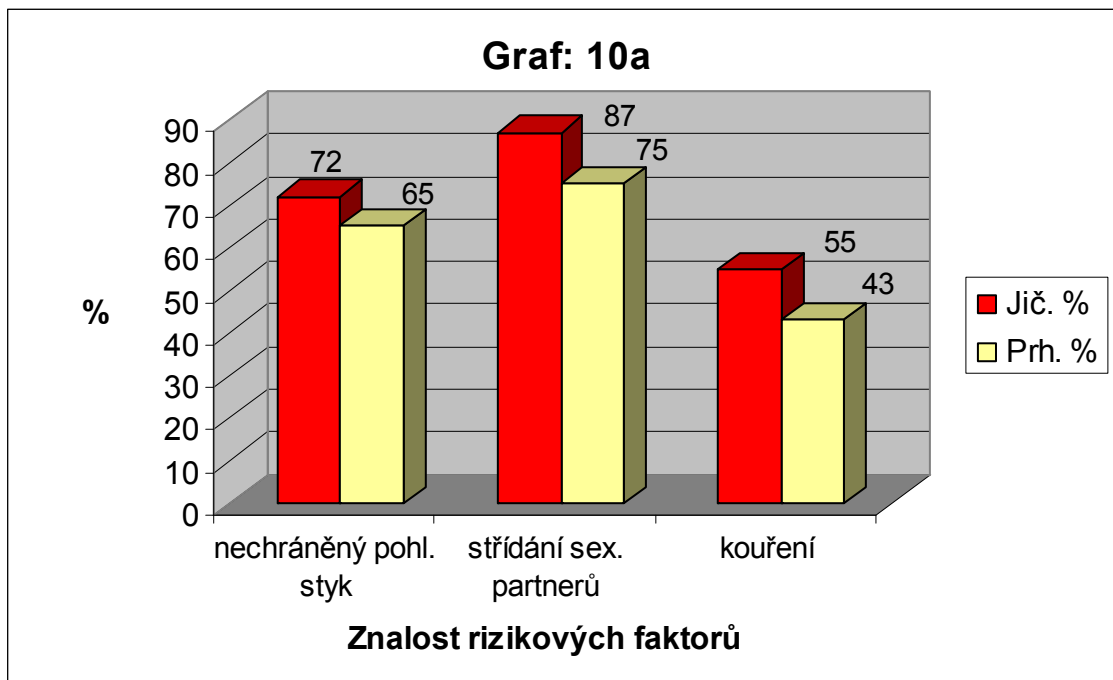
**Graf 8a: Informovanost studentek o vývoji onemocnění z hlediska času
(Dotazník, otázka č. 8)**



Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

O dlouholetém časovém vývoji onemocnění je v Jihočeském kraji informováno 70 % dotázaných respondentek, 25 % se domnívá, že vývoj onemocnění je rychlý v krátkém časovém období a 6 % dotázaných neví. V kraji Pražském je o dlouhodobém vývoji onemocnění informováno 61 % dotázaných 14 % si myslí, že vývoj onemocnění je rychlý v krátkém časovém období a 26 % dotázaných odpověď neznalo.

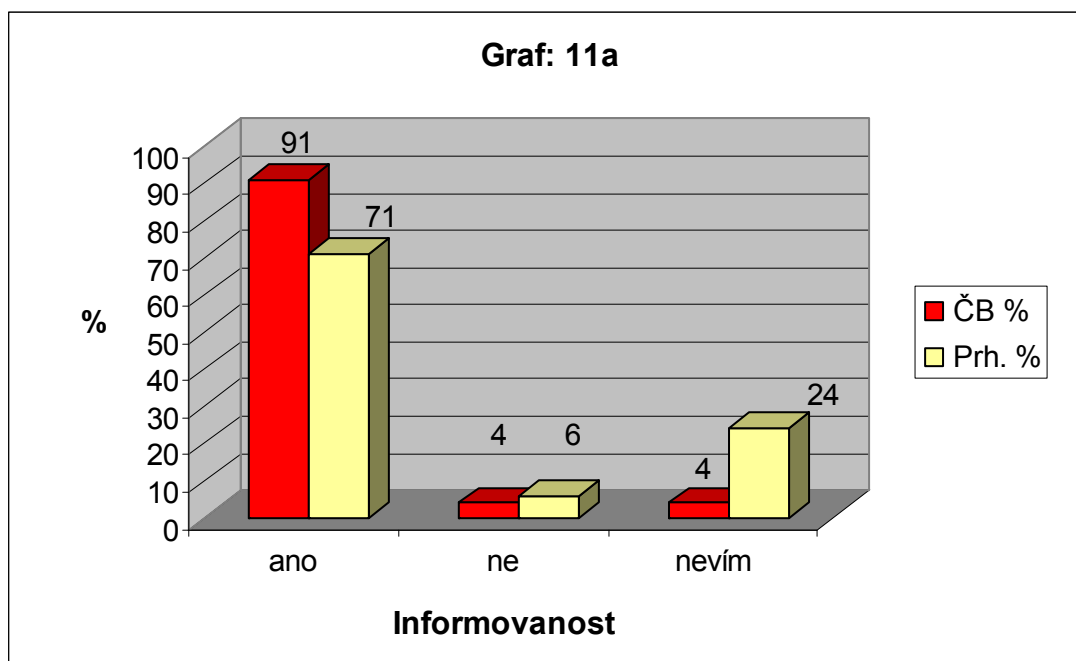
Graf 10a: Informovanost o rizikových faktorech souvisejících se vznikem onemocnění (Dotazník, otázka č. 10)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Studentky z Jihočeského kraje jsou informovány o nejdůležitějších rizikových faktorech souvisejících s onemocněním takto: 87 % dotázaných jako rizikový faktor související se vznikem ca hrdla děložního uvádí střídání sexuálních partnerů, 72 % nechráněný pohlavní styk a 55 % kouření. V Pražském kraji studentky uvádějí v 75 % střídání sexuálních partnerů, 65 % dotázaných uvádí nechráněný pohlavní styk a 43 % kouření.

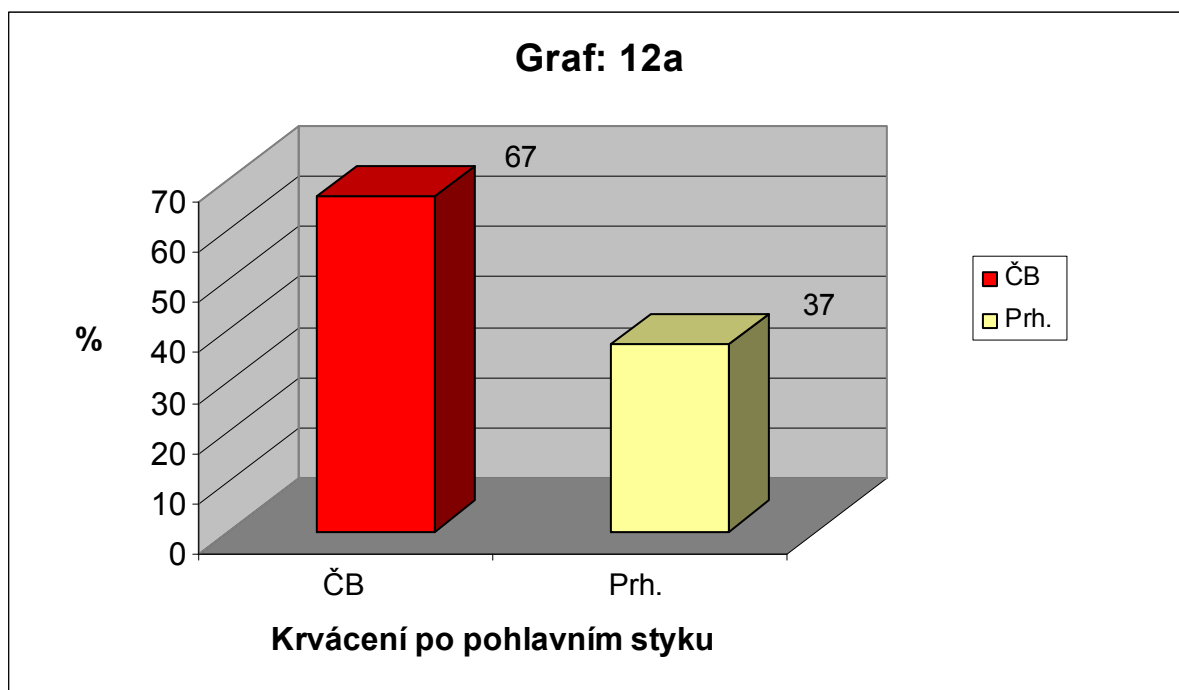
Graf 11a: Informovanost o bezpříznakové počáteční fázi onemocnění karcinomu hrdla děložního (Dotazník, otázka č. 11)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

O tom, že je onemocnění ca hrdla děložního ve svých počátečních fázích bezpříznakové je v Jihočeském kraji informováno 91 % studentek a v kraji Pražském 71 % studentek. S tímto faktem nesouhlasí v Jihočeském kraji 4 % studentek a 6 % v kraji Pražském. Na otázku nedokáže odpovědět v Pražském kraji 24 % studentek a v kraji Jihočeském 4 % studentek.

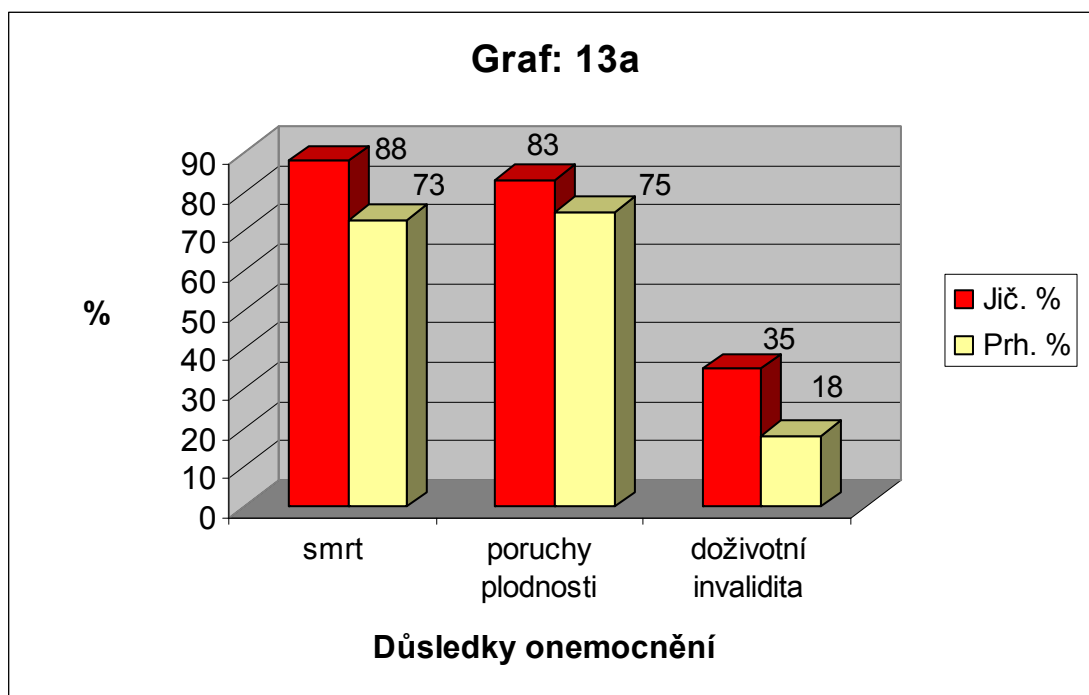
Graf 12a: Znalost příznaků již rozvinutého onemocnění (Dotazník, otázka č. 12)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Krvácení po pohlavním styku jako příznak již rozvinutého onemocnění uvádí v Jihočeském kraji 67 % studentek v kraji Pražském 37 % studentek.

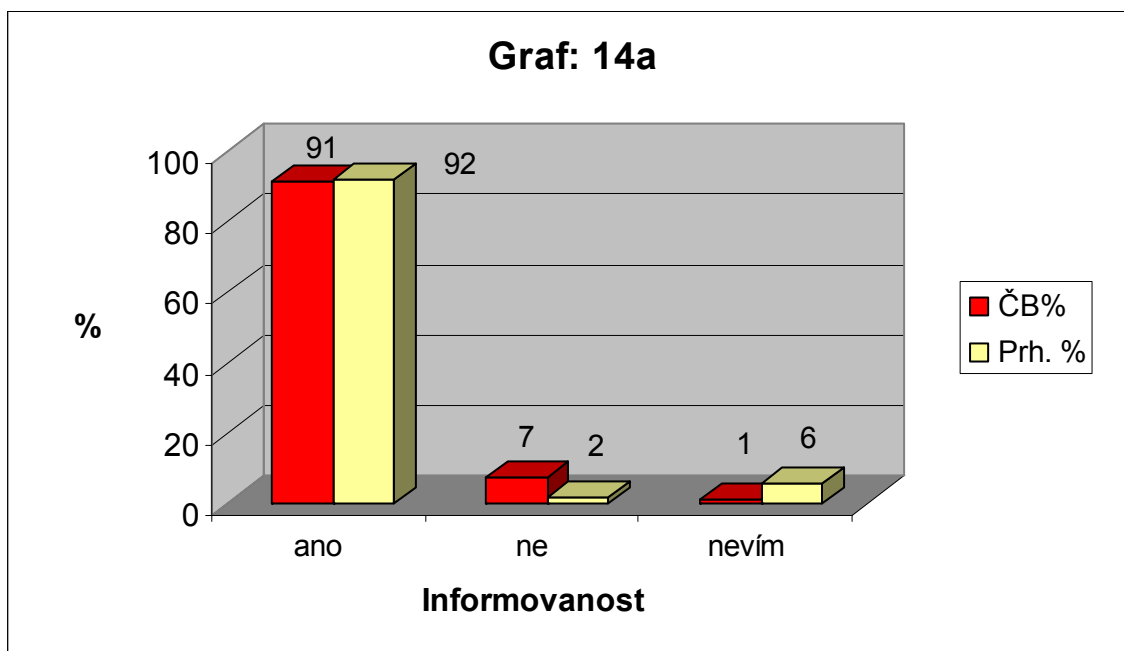
Graf 13a: Informovanost o nejzávažnějších důsledcích onemocnění karcinomu hrdla děložního (Dotazník, otázka č. 13)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Studentky Jihočeského kraje jsou informovány o nejzávažnějších důsledcích onemocnění karcinomu hrdla děložního takto: nejvíce studentek 88 % uvádí jako důsledek tohoto onemocnění smrt, 83 % uvádí poruchy plodnosti a 35 % doživotní invaliditu. V Pražském kraji je informovanost následující: 73 % studentek uvádí smrt, 75 % poruchy plodnosti a 18 % doživotní invaliditu.

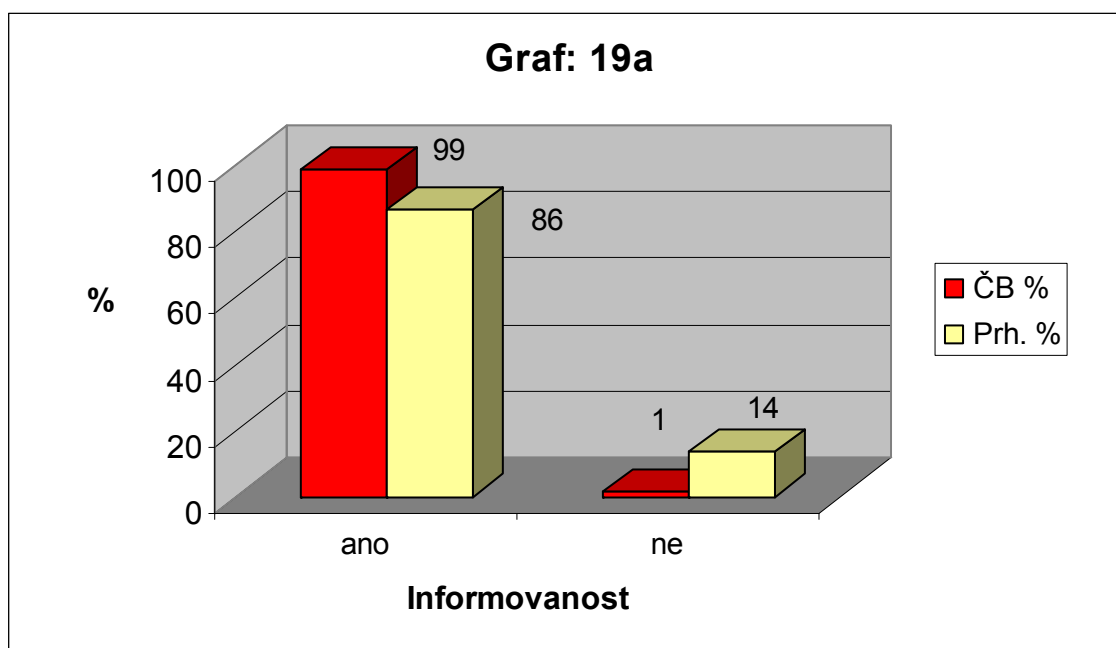
Graf 14a: Informovanost o možnosti předcházení onemocnění pravidelnými gynekologickými prohlídkami (Dotazník, otázka č. 14)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Graf ukazuje, že informovanost studentek o možnosti předcházení onemocnění pravidelnými gynekologickými prohlídkami je v obou krajích přibližně stejná. V Jihočeském kraji tuto možnost prevence uvádí 91 % studentek v kraji Pražském 92 % studentek. Nesouhlasí 7 % v Jihočeském kraji a 2 % v Pražském kraji a na otázku nedovede odpovědět 1 % v Jihočeském kraji a 6 % v kraji Pražském.

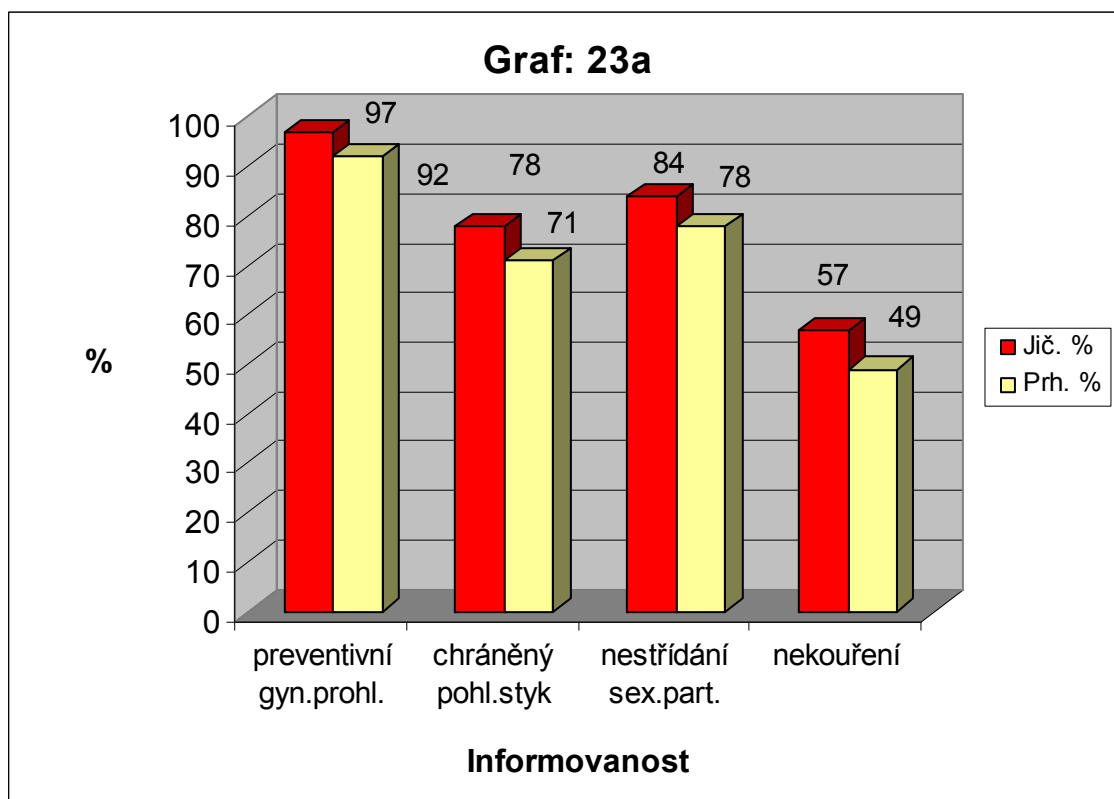
Graf 19a: Informovanost o možnosti preventivního očkování
(Dotazník, otázka č. 19)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

O možnosti preventivního očkování proti ca hrdla děložního je v Jihočeském kraji informováno 99 % studentek pouze 1 % o této možnosti neví. V Pražském kraji je o možnosti očkování informováno 86 % studentek a 14 % studentek není.

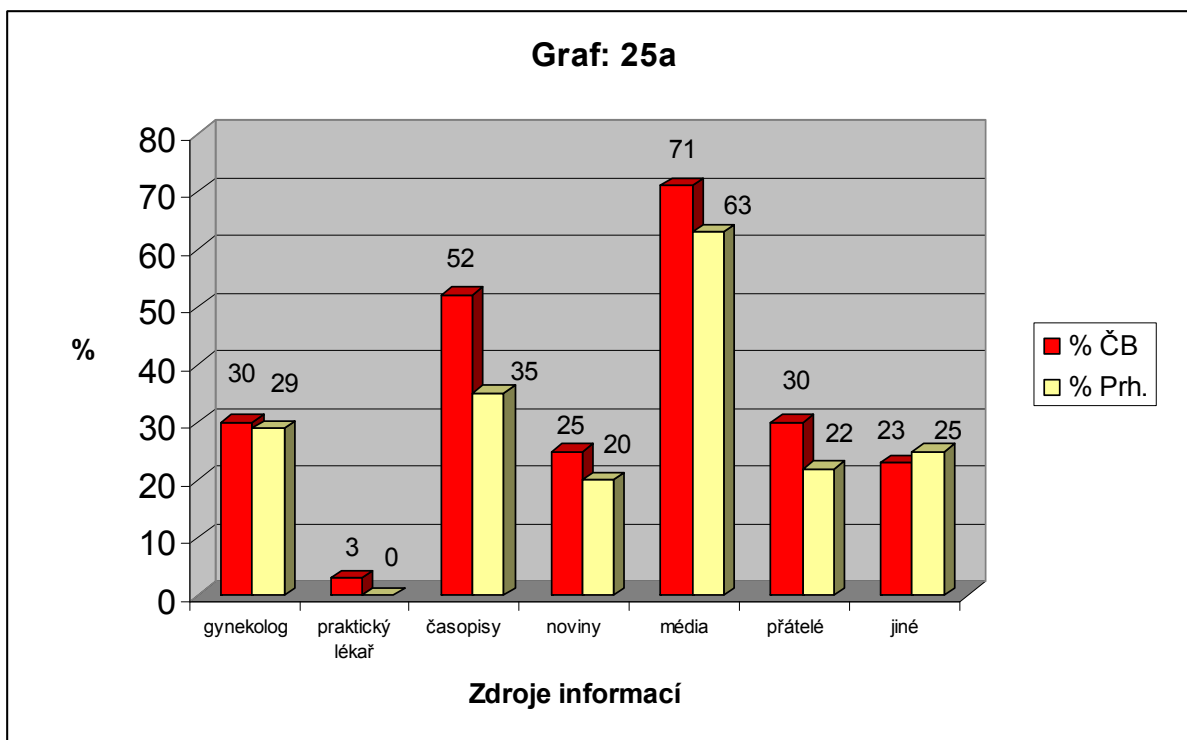
Graf 23a: Informovanost o nejdůležitějších možnostech prevence proti onemocnění karcinomem hrdla děložního (Dotazník, otázka č. 23)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Výsledky informovanosti studentek v Jihočeském kraji o nejdůležitějších možnostech prevence jsou následující: 97 % studentek uvedlo preventivní gynekologické prohlídky, 84 % studentek uvedlo nestřídání sexuálních partnerů, 78 % dotázaných uvedlo chráněný pohlavní styk a pouhých 57 % nekouření. V Pražském kraji jsou výsledky výzkumu podobné, nejvíce dotázaných 92 % uvedlo jako možnost prevence preventivní gynekologické prohlídky, 78 % nestřídání sexuálních partnerů, 71% chráněný pohlavní styk a pouhých 49 % nekouření.

Graf 25a: Současné zdroje informací studentek o problematice karcinomu hrdla děložního (Dotazník, otázka č. 25)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Současné zdroje informací studentek o problematice karcinomu hrdla děložního tvořily v Jihočeském kraji 71 % média, 52 % časopisy, 30 % gynekolog a přátelé, 25 % noviny, 23 % jiné zdroje a 3 % praktický lékař. V Pražském kraji získaly studentky dosavadní informace v 63 % z médií, v 35 % z časopisů, 29 % dotázaných uvedlo jako zdroj informací ošetřujícího gynekologa, 25 % jiné zdroje, 22 % přátele, 20 % noviny a nikdo neuvedl jako zdroj informací praktického lékaře.

5. DISKUZE

Cílem této diplomové práce byl monitoring informovanosti studentek vysokých škol o problematice karcinomu hrdla děložního se zaměřením na znalost rizik souvisejících s možným vznikem tohoto onemocnění a na znalost možností prevence v této oblasti. S ohledem na tento cíl bylo formulováno i 26 otázek anonymního dotazníku.

Cílem otázky č.1 bylo blíže charakterizovat zkoumaný soubor respondentek z hlediska věku. Jak je možné vysledovat z grafu č. 1 největší počet respondentek 53 % bylo ve věku 20-30 let, 31 % studentek spadalo do věkového rozmezí 31-40 let, 13 % respondentek bylo ve věkovém rozmezí 41-50 let a pouze 3 % dotázaných patřily do věkového rozmezí 51-60 let. Průměrný věk respondentek propočítaný ze získaných údajů byl 31 let.

Karcinom děložního hrdla je řazen mezi zhoubné gynekologické nádory. V celosvětovém měřítku je druhým nejčastějším zhoubným nádorem u žen. Ročně je v České republice diagnostikováno kolem 1200 nových onemocnění (15). Je důležité si uvědomit, že důsledky zhoubného onemocnění a jeho léčby mohou být značné, neboť často zasahují člověka nejen po stránce zdravotní, ale mají též rozsáhlé důsledky psychosociální. Výzkum odhalil, že 96 % z dotázaných studentek je informováno o zhoubné povaze onemocnění karcinomu hrdla děložního, pouze 3 % o zhoubné povaze onemocnění informováno není a 2 % slyšely díky dotazníku o onemocnění poprvé.

Hrdlo děložní můžeme charakterizovat jako menší oddíl dělohy, užšího válcovitého tvaru, který je v mládí relativně dlouhý. Jeho dolní úsek označovaný jako tzv. čípek děložní je vsazen do horního konce pochvy, kterou uzavírá. Jak uvádí Citterbart (2001) děložní hrdlo je snadno přístupné při gynekologickém vyšetření jak aspekci, tak i prebioptickým metodám kolposkopii a cytologii. V průběhu života ženy děložní hrdlo a jeho epitelový povrch procházejí řadou změn, na jejichž podkladě mohou vznikat prekancerózy a posléze i zhoubné nádory (15). Z odpovědí respondentek bylo zjištěno následující: 73 % se domnívá, že onemocnění prvotně vzniká na té části dělohy, která je lékaři dobře přístupná při gynekologickém vyšetření, 23 % studentek není informováno o tom, kde onemocnění prvotně vzniká, 3 % se domnívají, že

onemocnění vzniká na vaječniku a 1 % uvádí jako místo prvotního vniku vejcovod. Znalost místa prvotního vzniku onemocnění je důležité především z důvodu preventivních, neboť jak uvádí Cibula (2009), v dnešní době jsou odborníci schopni pomocí prebiptických metod včas diagnostikovat počínající prekancerózy a následně je i efektivně řešit (14).

Existuje celá řada faktorů, které mohou způsobit vznik gynekologických nádorů, avšak naprostou většinu nádorů děložního hrdla způsobuje virus známý jako HPV-lidský papillomavirus (50). Graf č. 4 ukazuje, že celkem 70 % dotázaných spojuje onemocnění s virovým původem, 18 % respondentek původce onemocnění nezná, 12 % studentek se domnívá, že původcem onemocnění jsou bakterie a ani jedna z dotázaných studentek neuvádí jako původce kvasinky nebo houby.

Literatura hovoří o existenci více než 100 typů HPV. Dle rizikovosti je lze rozdělit na dvě skupiny a to na nízké rizikové a vysoce rizikové. Méně rizikové typy vyvolávají například genitální bradavice, vysoce rizikové jsou pak spojovány s nádory pochvy, vulvy a děložního hrdla. Mezi vysoce rizikové typy patří zejména HPV 16 a 18, které jsou zodpovědné za více než 70 % případů rakoviny děložního čípku na celém světě, a dále typy 31, 45, 35, 51 a 52 (24). Infekce vysoce rizikovými typy HPV stojí na pozadí vývoje prakticky všech nádorů děložního hrdla (50). HPV virus se přenáší v 99 % při sexuálních aktivitách, nejčastěji pohlavním stykem (49). Informovanost studentek o možném přenosu onemocnění pohlavním stykem je následující : 65 % dotázaných se domnívá, že přenos onemocnění pohlavním stykem je možný, 27 % respondentek se domnívá, že onemocnění pohlavním stykem přenosné není a 8 % odpověď na otázku nezná. Znalost možného přenosu onemocnění pohlavním stykem je velmi důležitá, neboť s infekcí HPV se setká během života až 80% žen, u většiny z nich však infekce díky imunitě samovolně odezní. U některých žen, ale může přetrvávat a právě ony mají zvýšené riziko karcinomu děložního hrdla (23).

Graf č. 6 odráží informovanost studentek vysokých škol o možnosti přenosu karcinomu hrdla děložního díky původci prostřednictvím kontaminovaného ručníku nebo prádla. Možnost přenosu onemocnění tímto způsobem odmítá 68 % dotázaných, což bohužel nekorresponduje s poznatky, které uvádí literatura. Zde se uvádí ,že přesto,

že virus HPV se přenáší převážně pohlavním stykem, přenos bez sexuální aktivity kontaminovaným ručníkem nebo prádlem je možný i když velmi vzácný (49). Tuto možnost přenosu připustilo 12 % dotázaných, 9 % respondentek odpověď neznalo.

Zajímavá je též problematika možnosti přenosu onemocnění při pohlavním dráždění prostřednictvím kontaminovaných prstů partnera tam, kde nedojde k pohlavnímu styku mezi partnery. Onkogynekologické centrum 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v této souvislosti informuje takto: během pohlavního dráždění a zvláště pohlavního styku (i maximálně šetrného) vznikají mikroskopické trhlinky na pohlavních orgánech a ty jsou vstupní bránou pro přenos infekce. K přenosu infekce tak může dojít i u dívek, které sice zatím neměly pohlavní styk, ale jsou již sexuálně aktivní, neboť infekce může být zanesena například kontaminovanými prsty partnera (49). Informovanost o této skutečnosti zobrazuje graf č. 7, kde lze vidět, že více než polovina dotázaných 56 % se domnívá, že takový způsob přenosu onemocnění možný není, tato domněnka však neodpovídá výše uvedeným informacím, 23 % studentek pak tento mechanismus přenosu připouští a 22 % dotázaných odpověď na tuto otázku nezná.

Pilka (2009) v souvislosti s karcinomem hrdla děložního upozorňuje, že 6 z 10 nádorů hrdla vzniká u žen, které buď nikdy neměly proveden stěr z děložního čípku, nebo nebyly na gynekologickém vyšetření posledních 5 let (50). Dle Dvořáka (2010) je totiž na počátku patogeneze karcinomu infekce a následně perzistence virů HPV s nepříznivým vlivem kofaktorů, rizikových faktorů. Dále uvádí, že veškerá pozitivní zjištění screeningových testů a následné diagnostiky jsou poznáním důsledků různých vývojových stádií přetrvávající infekce HPV. Invazivnímu karcinomu tedy předcházejí symptomatické prekursorů tzv. CIN po dobu 10 i více let (18). S tímto faktem souhlasí i výsledné odpovědi respondentek na otázku č. 8, kde největší počet 66 % dotázaných uvedlo vývoj onemocnění jako dlouholetý. Vývoj onemocnění v krátkém časovém období uvedlo 20 % respondentek a 14 % odpověď na otázku neznalo.

HPV – zkratka označující lidský papillomavirus je často uváděna bez konkrétního překladu jak v časopisech tak i v knihách a v různých brožurách. Znalost významu této zkratky v dotazníku potvrdilo 52 % dotázaných, avšak pouze 46 %

dokázalo konkrétně napsat co zkratka znamená. Zkratku vůbec neznalo 48 % respondentek.

Jak uvádí Cibula (2009), epidemiologické studie identifikovaly řadu rizikových faktorů, které se mohou podílet na vzniku prekanceróz a invazivních karcinomů (14). Řada studií také vedla k závěru, že prekancerózy děložního hrdla můžeme označit jako sexuálně přenosná onemocnění. To podpořily i studie jeptišek, u kterých nebyly prokázány prekancerózy ani karcinomy (15). Literatura však není ve výčtu jednotlivých rizikových faktorů vždy jednotná. Všeobecně se dnes za nejvýznamnější rizikové faktory považuje infekce humánním papillomavirem HPV, která souvisí především s rizikovým sexuálním chováním, stav imunitního systému, sexuálně přenosné gynekologické infekce a kouření. Informovanost studentek v oblasti rizikových faktorů souvisejících se vznikem karcinomu hrdla děložního odráží graf č.10. Zde můžeme vysledovat následující: největší počet studentek 82 % uvádí jako rizikový faktor související se vznikem karcinomu hrdla děložního časté střídání sexuálních partnerů, tento výsledek zajímavě koresponduje i s výzkumem V. Gašpárkové provedeným v loňském roce v rámci bakalářské práce, kde uvádí jako nejrizikovější faktor uvedený ženami v souvislosti s karcinomem hrdla děložního právě promiskuitní chování (20). Daný výsledek tedy naprosto koresponduje i s hlavními riziky uvedenými v literatuře výše. Další rizikové faktory jsou studentkami uváděny následovně: nechráněný pohlavní styk, tento faktor uvádí 69 % dotázaných, 64 % uvádí opakované gynekologické infekce, 59 % uvádí poruchy imunity, časně zahájení pohlavního života považuje za rizikový faktor 58 % studentek, všechny rizikové faktory související se vznikem karcinomu hrdla však znalo pouze 28 % studentek a nejméně studentek 50 % považuje za rizikový faktor kouření. Na základě zjištěných výsledků lze tedy souhlasit s tím, že více než polovina dotázaných studentek je informována o tom, že nechráněný pohlavní styk patří mezi rizikové faktory související se vznikem karcinomu hrdla děložního, které odpovídá pracovní hypotéze č.1 avšak není možno potvrdit tvrzení, že více než polovina dotázaných studentek ví, že kouření patří mezi rizikové faktory související se vznikem karcinomu hrdla děložního odpovídající pracovní hypotéze č. 2. Hypotéza č. 1 byla tedy potvrzena, hypotéza č. 2 nikoli.

Dle Roba (2006) přednádorová stádia ani časná stádia karcinomů hrdla děložního nemají příznak! Krvácení po styku, nepravidelné krvácení, bolest, zapáchající výtok jsou příznaky pozdní (58). Tento fakt koresponduje i se znalostmi studentek, které na otázku, zda je onemocnění karcinomem hrdla děložního v počátečních fázích svého vývoje bezpříznakové, odpověděly v 83 %, že ano, 5 % s tímto faktem nesouhlasilo a 13 % odpověď neznalo.

Jak již bylo výše zmíněno časná stádia onemocnění jsou obvykle bez příznaků. Jak uvádí Pilka (2009), tato stádia jsou zjištěna při náhodném gynekologickém vyšetření stěrem z děložního čípku a dokládá, že teprve u pokročilého onemocnění může být pozorován vodnatý výtok, bolest a případné krvácení (50). Znalost těchto příznaků je tedy velmi důležitá především z hlediska naprosto nezbytné okamžité návštěvy lékaře. Graf č.12 ukazuje, že 54 % dotázaných studentek uvádí jako příznak již rozvinutého onemocnění krvácení po pohlavním styku, tento výsledek výzkumu tedy potvrzuje stanovenou hypotézu č. 5, že více než polovina dotázaných studentek je informována o tom, že krvácení po pohlavním styku je příznakem možného onemocnění karcinomem hrdla děložního. Znalost dalších příznaků rozvinutého onemocnění je následující: 49 % respondentek jako příznak již rozvinutého onemocnění uvádí bolest v podbříšku, 43 % vodnatý zakrvavělý výtok, a pouze 8 % dotázaných uvádí krvácení z pochvy po stolici. Znalost těchto dalších příznaků sice správně koresponduje s příznaky uváděných literaturou, jak uvádí Kalábová (2003), jsou avšak bohužel uvedeny méně než polovinou dotázaných. Bylo také zjištěno, že 28 % studentek (což je téměř jedna čtvrtina dotázaných) příznaky rozvinutého onemocnění vůbec nezná a ostatních 15 % odpovědí bylo chybných.

I když dle Pilky (2009) je nutné připustit, že v uplynulých letech došlo k patrnému pokroku v léčbě žen s maligním onemocněním hrdla děložního, není pochyb o tom, že důsledky takového onemocnění mohou být značné (50). Onemocnění ovlivňuje pacientky nejen po stránce zdravotní, ale také psychosociální zátěž, které jsou vystaveny je pro běžného zdravého člověka jen těžko představitelná. Graf č.13 výzkumné části diplomové práce sleduje znalosti studentek v oblasti důsledků onemocnění karcinomem hrdla děložního. Z něho vyplývá, že 82 % dotázaných jako

hlavní důsledek onemocnění uvádí smrt. Tento názor studentek zcela koresponduje se smutnou realitou, neboť jak uvádí Rob (2006), přibližně 400 případů v naší republice i přes možnosti časně detekce končí každoročně úmrtím (57). Poruchy plodnosti jako následek onemocnění karcinomu hrdla děložního uvedlo 79 % dotázaných, literatura k tomu uvádí: nádory postihují i ženy ve fertilním věku a radikální operace s odstraněním dělohy znemožňuje těhotenství (58). Více než polovina dotázaných 63 % studentek dále udává negativní ovlivnění intimního života partnerů, tento názor potvrzuje výzkum, který jsem osobně provedla v roce 2008 v rámci své bakalářské práce zaměřené na psychosociální dopady karcinomu hrdla děložního do života žen, zde 65 % žen potvrdilo negativní vliv onemocnění na intimní život s partnerem. Dále 60 % respondentek uvedlo jako důsledek onemocnění dlouhodobé fyzické obtíže jako je únava a bolest, 56 % dotázaných bylo přesvědčeno, že důsledkem onemocnění jsou psychické obtíže, dlouhodobá pracovní neschopnost byla zmíněna v 54 %. Další důsledky tohoto vážného onemocnění jsou zmiňovány v těchto počtech: ztrátu zaměstnání uvedlo pouze 30 % respondentek, doživotní invaliditu 28 %, 21 % dotázaných bylo informováno o všech zásadních důsledcích, které onemocnění přináší, důsledky onemocnění neznalo 5 % dotázaných. S bližšího prozkoumání výsledků můžeme tedy vyvodit následující. S důsledky onemocnění karcinomu hrdla děložního do života ženy studentky spojují především smrt, poruchy plodnosti a negativní ovlivnění intimního života s partnerem. Fyzické obtíže, psychické obtíže a dlouhodobá pracovní neschopnost je uváděna více než polovinou dotázaných. Doživotní invaliditu a možnost ztráty zaměstnání spojuje s tímto onemocněním pouze čtvrtina dotázaných. Tyto důsledky jsou dle mého názoru zmiňovány v nižších procentuálních hladinách proto, že je o nich informováno nedostatečně a i v současné dostupné literatuře jsou uváděny minimálně.

Již Citterbart (2001) ve své knize uvádí, že v dnešní době jsme schopni pomocí prebiopických metod včas diagnostikovat počínající prekancerózy a díky moderním způsobům léčby je i efektivně řešit. Prekancerózy a zhoubné nádory děložního hrdla jsou ze všech nádorů pro screening nejvhodnější (15). Graf č.14 zobrazuje výsledky informovanosti studentek o možnosti předcházení onemocnění pravidelnými

gynekologickými prohlídkami. Z výsledků vyplývá, že 92 % respondentek souhlasí s touto možností, 5 % dotázaných se domnívá, že pravidelnými prohlídkami onemocnění předejít nelze a 3 % neznalo na otázku odpověď. Výsledky této části výzkumu jsou potěšující, neboť úzce korespondují s názorem, že nádor děložního hrdla je jediným gynekologickým nádorem, jehož vzniku je možné předejít pravidelnými gynekologickými prohlídkami. Právě díky pravidelně prováděným stěrům z děložního čípku se za posledních 50 let podařilo snížit úmrtnost na nádory děložního hrdla o 74 procent (50,18,14,54). Výsledek dále mimo jiné potvrzuje hypotézu č. 3, která předpokládá, že studentky vědí, že pravidelnými gynekologickými prohlídkami mohou předcházet onemocnění karcinomem hrdla děložního.

Obsah a časové rozmezí preventivních gynekologických prohlídek je obsaženo ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 56/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Výsledky odpovědí na otázku č. 15, která zkoumá znalosti o obsahu preventivní gynekologické prohlídky jsou následující: 97 % dotázaných se domnívá, že součástí gynekologické prohlídky má být cytologie, 80 % respondentů uvádí jako součást prohlídky vaginální vyšetření a 71 % studentek uvádí kolposkopii. Tyto odpovědi jsou správné neboť odpovídají výše uvedené vyhlášce MZ.

Literatura uvádí, že přednádorové změny jsou symptomatické, proto je velmi důležité, aby ženy po zahájení sexuálního života pravidelně docházely na preventivní gynekologické prohlídky (53). Výzkum na téma frekvence docházek na preventivní gynekologické vyšetření odhalil, že 55 % dotázaných souhlasí s preventivními prohlídkami 1x za půl roku, 43 % respondentek uvedlo frekvenci návštěv preventivních prohlídek 1x za jeden rok, 2 % uvedly, že žena má docházet na prevenci 1x za dva roky. Výsledky velmi překvapivě korespondují s údaji uváděnými v současné literatuře i aktuálně doporučenými odborníky. Doporučovaná frekvence návštěv preventivních prohlídek je v ideálním případě 1x za půl roku až 1rok (14,16). Důležité je však v této souvislosti připomenout, že gynekologické vyšetření v rámci prevence je hrazené z veřejného zdravotního pojištění pouze jedenkrát ročně, jak uvádí vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 56/1997 Sb (53). Zajímavý je pak pohled Citterbarta (2001), který v souvislosti s touto problematikou uvádí následující. Na preventivní

prohlídky by žena měla chodit od zahájení pohlavního života v intervalech podle rizika. Pro celoplošný screening se doporučuje standardní interval jeden až pět let (15).

Zajímavý výsledek výzkumu lze vysledovat z grafu č.17. který ukazuje poučení studentek gynekologem o možnostech prevence v souvislosti s karcinomem hrdla děložního. Z výzkumu vyplynulo, že 70 % respondentek nebylo gynekologem poučeno o možnostech prevence v souvislosti s tímto onemocněním a pouhých 30 % ano. Výsledek tedy naprosto nekoresponduje s informacemi uvedenými ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 56/1997 Sb., která jako součást preventivní prohlídky přímo uvádí tzv. poučení o významu preventivní protirakovinné prohlídky (53).

Literatura informuje v souvislosti s HPV infekcí o následujícím poznatku, že infekce probíhá bez výrazných změn či dokonce nevyvolává žádné příznaky, proto se HPV velmi rychle šíří. Virus se šíří pohlavním stykem a většina sexuálně aktivních jedinců se během svého života s touto infekcí setká. U mužů způsobuje HPV drobné, často sotva patrné bradavičnaté změny na mužském genitálu, čímž se infekce může nepozorovaně šířit v populaci žen. Většina žen, které se nakazí HPV, se s infekcí dokážou vypořádat a během několika měsíců u nich infekce zaniká. U některých žen, zvláště v souvislosti s poklesem imunity či vlivem jiných rizikových faktorů, však infekce HPV v těle přetrvává a zvyšuje tak riziko vzniku [rakoviny děložního čípku](#) (53). Z průzkumu zaměřeného na informovanost studentek o možnosti vyšetření mužů jako přenašečů původce onemocnění bylo zjištěno, že 46 % dotázaných se domnívá, že vyšetřením u mužů je možné zjistit, zda jsou přenašeči původce či nikoli, 9 % respondentek je toho názoru, že takové vyšetření možné není a 45 % neznalo odpověď na otázku. Osobně se domnívám, že informace o tomto druhu vyšetření je poměrně obtížně dostupná a všeobecně málo prezentovaná, což naprosto odpovídá získaným výsledkům výzkumu. Vyšetření diskutovaného typu je v současné době možné a je prováděno v Urocentru Praha. VidiaDiagnostika (2010) k tématu uvádí: u mužů, stejně jako u žen, je infekce HPV často bezpříznaková. Diagnostika této infekce je v současné době možná průkazem virové DNA metodou PCR. U mužů se provádí ze stěrů z glans penis a předkožky, případně z místa léze v jiné lokalizaci. Komerční test (Roche) umožňuje detekci třinácti nejrizikovějších typů HPV v jedné reakci (55).

Graf č. 19 zobrazuje současnou informovanost studentek o možnosti preventivního očkování proti karcinomu hrdla děložního. Z grafu jasně vyplývá, že celkem 93 % studentek je informováno o možnosti preventivního očkování proti tomuto zhoubnému onemocnění a pouhých 7 % nikoli. Toto zjištění tedy potvrzuje pracovní hypotézu č. 4, že studentky jsou informovány o možnosti preventivního očkování proti karcinomu hrdla děložního. Osobně se domnívám, že tato znalost je v oblasti problematiky karcinomu hrdla děložního naprosto zásadní, neboť jak uvádí ve svém článku Blažek (2007) očkování proti této chorobě se stalo naprosto zásadním v oblasti primární prevence a je vůbec nejspolehlivější formou ochrany (6). Také Pilka (2009), informuje, že v roce 2006 jsme byli svědky skutečného medicínského průlomu uvedením první vakcíny proti HPV do praxe. S ohledem na šíření viru pohlavním stykem je dle jeho názoru očkování jako prevence jasně nejúčinnější (50).

Také informovanost respondentek o tom kdo očkování provádí je vysoká. Z celkového počtu dotázaných 51 % je informováno o tom, že preventivní očkování provádí jak gynekolog tak praktický lékař pro děti a dorost, 42 % studentek se domnívá, že preventivní očkování provádí pouze gynekolog, 4 % jsou informována o tom, že proti onemocnění je možné se nechat očkovat u praktického lékaře pro děti a dorost a pouze 3 % dotázaných neznalo odpověď. Celkově však 97 % studentek je informováno o tom kam se z hlediska očkování obrátit. Znalosti studentek naprosto korespondují s dostupnými informacemi o provádění očkování Onkogyn (2010) například informuje takto: nejnovější a nejspolehlivější metodou ochrany proti HPV infekci je očkování. Po očkování dojde k rozvoji obranyschopnosti proti konkrétním typům viru obsaženým ve vakcíně. Očkování provádějí praktičtí lékaři pro děti a dorost a gynekologové (49).

V souvislosti s vakcinací je také často diskutována otázka nejvhodnějšího věku její aplikace. Provedený výzkum dokládá toto: 43 % respondentek se domnívá, že očkování je doporučováno před zahájením pohlavního života ženy, tedy mezi 11-13 lety, tento názor podporuje i Rob (2006), dle jehož názoru má nejvyšší efekt vakcinace provedená u dívek před zahájením pohlavního života, kdy je prokázána 100 % ochrana proti viru minimálně po dobu šesti let (57). Pilka (2009) informuje takto: očkování je nejúčinnější, pokud se provádí před zahájením pohlavního života, doporučováno je

očkovat v období mezi 11. a 12. rokem (50). Dalších 11 % dotázaných pak uvádí, že očkování se doporučuje po zahájení pohlavního života do 26 let věku. I tento názor správně odráží současné informace v oblasti vakcinace. Rob (2006) například uvádí, toto: v prosinci 2006 byla u nás uvedena na trh první očkovací látka proti dvěma hlavním onkogenním virům (typ 16,18) a dvou benigním typům (typ 6 a 11). Tato preventivní vakcína pod názvem Silgard je určena pro ženy od 9 do 26 let. Současné výsledky studií ukazují, že tuto vakcínu budou moci použít i ženy starší, tedy i ty, které již zahájily pohlavní život a s virem se již mohly setkat nebo se s ním i setkaly (57). Názor, že obě výše uvedené varianty očkování jsou možné, sdílí 40 % dotázaných, což koresponduje s výše uvedenými citacemi z literatury. Pouhých 6 % pak odpověď na položenou otázku neznalo.

Zajímavá jsou zjištění výzkumu týkající se zájmu o očkování s ohledem na aktuální cenu vakcinace. Očkování proti karcinomu hrdla děložního není v současné době hrazeno zdravotními pojišťovnami, cena vakcinace se pohybuje kolem 10 tisíc za všechny tři dávky. Dle mého názoru i když některé pojišťovny na tuto vakcinaci přispívají v průměru od 500 do 3000 Kč, je cena vzhledem k současné ekonomické situaci opravdu vysoká a nepodporuje prevenci tohoto typu. Bylo však zjištěno, že 33 % dotázaných současná cena vakcinace nevádí a o očkování mají zájem, cena nevádí ani dalším 26 %, které by se sice očkovat nenechali, ale pouze s osobních důvodů, nikoli kvůli ceně, 3 % by souhlasily s očkováním pouze v případě hrazeného očkování pojišťovnou, 26 % by podstoupilo očkování pokud by cena mohla být hrazena pacientem jen částečně a 10 % dotázaných by očkování nepodstoupilo, neboť cena je pro ně příliš vysoká. Z výzkumu tedy vyplývá, že více než polovina dotázaných by byla ochotna současnou cenu zaplatit i přes její výši. Tento fakt hodnotím jako pozitivní z hlediska ochrany a péče o vlastní zdraví, avšak na druhé straně je nutno připustit, že taková zjištění nahrávají současným výrobcům vakcín, kteří nejsou nuceni cenu snižovat a tak se tyto stávají pro některé nízkopříjmové skupiny naprosto nedostupné.

Ochotu uhradit cenu vakcinace částečně zobrazuje graf č. 22a z něhož vyplývá, že 32 % z těch, které preferují částečnou úhradu pacientem je ochotno zaplatit za očkování 1/3 ceny, 58 % je ochotno uhradit 1/2 současné ceny a 10 % studentek by

zaplatilo dokonce 2/3 současné ceny vakcinace. Tento výsledek jasně ukazuje o velký zájem prevence formou vakcinace. Toto zjištění zcela koresponduje s výše uvedeným aktuálním názorem odborníků, že očkování je naprosto převratnou a nejspolehlivější metodou v oblasti prevence karcinomu hrdla děložního (49,50,6).

Přesto že, vakcinace je v současné době naprosto prioritní a nejspolehlivější formou prevence karcinomu čípku, odborníci hovoří i o dalších formách a možnostech předcházení tomuto onemocnění. Ze strany respondentek je informovanost o těchto formách ochrany následující. Nejvíce dotázaných 95 % uvedlo v dotazníku nezanedbávání gynekologických prohlídek, tento názor je z hlediska prevence onemocnění naprosto zásadní, neboť dle informací odborníků onkogynekologického centra v Praze 1. lékařské fakulty je hlavním preventivním opatřením určeným pro každou ženu aktivní vyhledávání předrakovinových změn během gynekologických preventivních prohlídek tak, aby k ošetření došlo ještě před rozvojem rakoviny (49). Graf dále ukazuje, že 82 % dotázaných jako preventivní opatření uvádí nestřídání sexuálních partnerů, názor je více než správný, Pilka (2009) k tomu uvádí: rizikovým faktorem souvisejícím s nádorem hrdla děložního je sexuální aktivita, především větší počet sexuálních partnerů, časný počátek pohlavního života, „rizikový partner“ a sexuálně přenosná onemocnění (50). Chráněný pohlavní styk jako další možnost prevence uvedlo 75 % dotázaných. Mouková (2009), v souvislosti s tím informuje, že nejběžnější metodou jak zabránit samotnému vzniku HPV pro ženy je používání kondomu, je vhodný zejména pro ženy bez stálého sexuálního partnera (55). Jako prevenci dále uvedlo 58 % dotázaných samostatné vyhledávání potřebných informací o onemocnění a nejmenší počet 53 % uvedlo jako možnost prevence nekouření. Je zajímavé, že právě kouření jako rizikový faktor uvádí nejmenší procento dotázaných, vzhledem k tomu, že je všeobecně spojováno se vznikem zhoubných onemocnění. Autoři různých publikací se shodují a uvádějí zejména kouření jako jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů v této oblasti vůbec. Rob (2006) například tvrdí: kouření je faktorem, který pomáhá virům přetrvat v epitelu děložního hrdla, přetrvávání viru v epitelu i po 35 roce života je největším rizikem pro vznik přednádorového stavu a karcinomu (57).

Všechny uvedené možnosti prevence uvedené v otázce znalo 40 % dotázaných a 2 % respondentek nedokázaly na otázku odpovědět.

Ecca, Cervix, Onkogyn, Zdravotnické středisko Hvozd, GYN – gynekologický server, patří mezi organizace, kde je možné vyhledat zajímavé informace týkající se problematiky prekanceróz i karcinomu hrdla děložního, a kam je možné se obrátit pro radu v této oblasti. Graf č. 24 zobrazuje informovanost studentek vysokých škol právě v oblasti organizací zabývajících se touto problematikou. Bylo zjištěno, že 94 % studentek žádné takové organizace nezná a pouhých 6 % dotázaných dokázalo příklad nějaké takové organizace uvést.

Provedený výzkum dále dokládá, že současné znalosti studentek o problematice karcinomu hrdla děložního pocházejí z těchto zdrojů. Největší počet studentek 68 % získalo své dosavadní informace o onemocnění z médií (rozhlas a televize), 45 % studentek informace získaly z časopisů, 30 % studentek uvádí jako zdroj svých dosavadních informací o onemocnění svého gynekologa, 27 % respondentek získalo informace od přátel, 24 % zmínilo jiné zdroje, byla uvedena odborná literatura, internet, škola, informace od rodičů, brožury VZP, zdravotní sestra, zde je potřeba uvést, že počet studentek, které je uvedly není nikterak výrazný například internet, který je v současné době naprosto zásadním zdrojem informací uvedly pouze čtyři respondentky, to vysvětluje výše uvedenou neznalost organizací zabývajících se problematikou karcinomu hrdla. Dále 23 % studentek informace získaly z novin a nejméně respondentek 2 % jako zdroj dosavadních informací uvedly praktického lékaře. Zajímavý pohled z hlediska zdrojů v oblasti informovanosti o problematice karcinomu hrdla děložního pro srovnání lze najít v bakalářské práci D. Klímové z roku (2007), kde jsou zdroje informací matek o této problematice uváděny v tomto pořadí: gynekolog, média, internet, informační letáky a přátelé (37). Názor studentek o dostatečnosti prezentace problematiky karcinomu hrdla děložního v České republice odráží graf č. 26. Z odpovědí respondentek bylo zjištěno, že nejvíce studentek 69 % se domnívá, že je tato problematika v České republice prezentována nedostatečně, 25 % studentek odpovědělo, že problematika je prezentována dostatečně, 3 % studentek jsou toho názoru, že problematika tohoto onemocnění v naší republice není prezentována vůbec a

3 % dotázaných mělo na problém prezentace jiný názor. Z něho vyplývá, že kampaně v médiích zaměřené na očkování proti tomuto onemocnění byly sice rozsáhlé, avšak dle jejich názoru se zdá, že více než informovat veřejnost o onemocnění a možnostech jeho prevence, tedy přimět ženy a dívky k odpovědnosti za své zdraví, šlo spíše o vyvolání strachu z onemocnění a o prodání vakcíny za každou cenu. Dle jejich názoru je také problematika nedostatečně prezentována odborníky, především gynekologem a dětským lékařem. Studentky také uvedly, že se domnívají, že by se problematika onemocnění vůbec na veřejnosti neprezentovala nebýt vzniku očkovací vakcíny. Též zmínily, že je důležité prezentovat nejen pozitiva očkování, ale také jeho negativa, což se v současné době neděje. Domnívají se také, že pokud se člověk o problematiku zajímá, tedy informace aktivně hledá je možné je nakonec získat, ale veřejně, kromě reklam týkajících se očkování problematika onemocnění nijak prezentována není. Tento výsledek zajímavě koresponduje i s výsledkem výše uváděného výzkumu Klímové (2007), kde 75 % dotázaných hodnotilo kampaň v oblasti karcinomu hrdla děložního v naší republice jako nedostatečnou (37).

Závěr výzkumu přináší srovnání znalostí o problematice karcinomu hrdla děložního v rámci krajů, tedy srovnání informovanosti studentek Jihočeského a Pražského kraje. Srovnání bylo provedeno na základě stanovených hypotéz a vybraných otázek, které dle odborníků odrážejí ty nejdůležitější poznatky, o kterých by každá žena v souvislosti s karcinomem hrdla děložního měla být informována. Srovnání správných odpovědí na vybrané otázky přineslo tento výsledek. Graf 2a odráží informovanost studentek o zhoubné povaze onemocnění - z grafu jasně vyplývá, že všechny dotázané studentky v Jihočeském kraji tedy 100 % jsou informovány o zhoubné povaze onemocnění karcinomu hrdla děložního. V Pražském kraji je o tomto faktu informováno 90 % studentek. Graf 5a sleduje informovanost studentek o možném přenosu onemocnění pohlavním stykem. V Jihočeském kraji je informováno 74 % studentek, v kraji Pražském je to pouhých 53 %. Informovanost studentek o vývoji onemocnění z hlediska času je vyjádřena grafem 8a. O dlouholetém časovém vývoji onemocnění je v Jihočeském kraji informováno 70 % dotázaných v kraji pražském je informovanost 61%. Znalost nejdůležitějších rizikových faktorů souvisejících se vznikem karcinomu

hrdla děložního zobrazuje graf 10a. Studentky z Jihočeského kraje jsou informovány o nejdůležitějších rizikových faktorech souvisejících s onemocněním takto: 87 % dotázaných jako rizikový faktor související se vznikem ca hrdla děložního uvádí střídání sexuálních partnerů, 72 % nechráněný pohlavní styk a 55 % kouření. V Pražském kraji studentky uvádějí v 75 % střídání sexuálních partnerů, 65 % dotázaných uvádí nechráněný pohlavní styk a 43 % kouření. Znalost těchto faktorů je tedy v Jihočeském kraji znatelně lepší. Znalost bezpříznakové počáteční fáze onemocnění je vyjádřeny v grafu 11a. Z něho vyplývá, že 91 % studentek v Jihočeském kraji je informována o bezpříznakové počáteční fázi onemocnění a v kraji Pražském 71 %. Znalost krvácení po pohlavním styku jako možného příznaku již rozvinutého onemocnění. O tomto příznaku je v Jihočeském kraji informováno 67 % studentek v kraji Pražském 37 % studentek. Znalost nejzávažnějších důsledků onemocnění karcinomu hrdla děložního zobrazuje graf 13a, zde lze vysledovat, že o nejzávažnějších důsledcích jsou studentky Jihočeského kraje informovány takto: nejvíce studentek 88 % uvádí jako důsledek onemocnění ca hrdla smrt, 83 % uvádí poruchy plodnosti a 35 % doživotní invaliditu. V Pražském kraji je informovanost následující: 73 % studentek uvádí smrt, 75 % poruchy plodnosti a 18 % doživotní invaliditu. Znalost pravidelných preventivních gynekologických prohlídek jako možnost předcházení onemocnění je zobrazena grafem 14a. Informovanost v této oblasti je v obou krajích přibližně stejná. V Jihočeském kraji tuto možnost prevence uvádí 91 % studentek v kraji Pražském 92 % studentek. O preventivním očkování proti karcinomu hrdla děložního je v Jihočeském kraji informováno 99 % studentek. V Pražském kraji je o této možnosti informováno 86 % studentek. Informovanost o nejdůležitějších možnostech prevence proti onemocnění je následující: 97 % studentek v Jihočeském kraji uvedlo na prvním místě preventivní gynekologické prohlídky, 84 % nestřídání sexuálních partnerů, 78 % dotázaných uvedlo chráněný pohlavní styk a pouhých 57 % nekouření. V Pražském kraji jsou výsledky výzkumu podobné, nejvíce dotázaných 92 % uvedlo jako možnost prevence preventivní gynekologické prohlídky, 78 % nestřídání sexuálních partnerů, 71 % chráněný pohlavní styk a pouhých 49 % nekouření.

Na základě porovnání správných odpovědí na vybrané otázky dle jednotlivých krajů bylo zjištěno, že informovanost studentek Jihočeského kraje o problematice karcinomu hrdla děložního je výrazně lepší než informovanost studentek kraje Pražského. Tento výsledek též potvrzuje hlavní hypotézu této diplomové práce, která tvrdí, že studentky z Jihočeského kraje jsou lépe informovány o problematice karcinomu hrdla děložního než studentky z kraje Pražského. Hlavní hypotéza byla tedy potvrzena. Vzhledem k tomuto zjištění byly dále porovnány zdroje informací, z kterých čerpaly studentky jednotlivých krajů. Z grafu 25a můžeme vidět, že zdroje informací, z kterých studentky jednotlivých krajů čerpaly jsou prakticky stejné. Třemi nejdůležitějšími zdroji informací pro oba kraje je stala média, časopisy, ošetřující gynekolog a v Jihočeském kraji se pak na třetím místě jako zdroj informací společně s gynekologem ocitly též informace od přátel. Procentuálně to vypadá takto: Jihočeský kraj 71 % média, 52 % časopisy, 30 % gynekolog a přátelé, 25 % noviny, 23% jiné zdroje a 3 % praktický lékař. Pražský kraj 63 % z média, 35 % z časopisy, 29 % gynekolog, 25 % jiné zdroje, 22 % přátele, 20 % noviny a nikdo neuvedl jako zdroj informací praktického lékaře. Z důvodu tohoto výsledku se tedy domnívám, že lepší informovanost studentek Jihočeského kraje je ovlivněna především faktem, že průzkum probíhal na humanitních typech fakult, kde je daleko více prezentována problematika člověka a jeho zdraví, než na fakultách ekonomického a technického typu.

Závěrem je možné uvést, že všechny cíle této diplomové práce byly splněny. Hlavní hypotéza byla potvrzena, pracovní hypotéza č. 1 byla potvrzena, hypotéza č. 2 potvrzena nebyla a hypotézy č. 3, 4 a 5 potvrzeny byly.

6. ZÁVĚR

Hlavním cílem této diplomové práce byla monitorace informovanosti studentek vysokých škol o riziku onemocnění karcinomem hrdla děložního a možnostech prevence tohoto onemocnění. K vlastnímu posouzení nastolené problematiky bylo kromě hlavního cíle stanoveno ještě pět cílů dílčích, které měly odhalit znalosti studentek vysokých škol v oblasti problematiky karcinomu hrdla děložního, konkrétně v oblasti rizik a možností prevence tohoto onemocnění. Prostřednictvím prvního dílčího cíle mělo být zjištěno, zda jsou studentky informovány o tom, že nechráněný pohlavní styk patří mezi rizikové faktory související se vznikem karcinomu hrdla děložního. Druhý dílčí cíl měl odhalit, zda studentky vědí, že kouření patří mezi rizikové faktory související se vznikem tohoto zhoubného onemocnění. Následující dva cíle byly zaměřeny na znalosti studentek v oblasti prevence karcinomu hrdla děložního. Bylo zkoumáno, zda jsou studentky informovány o možnosti, pravidelnými gynekologickými prohlídkami předejít onemocnění karcinomem hrdla děložního a také zda jsou informovány o dosud nejúčinnější možné prevenci v této oblasti, o možnosti preventivního očkování. Poslední dílčí cíl pak sledoval znalost příznaku krvácení po pohlavním styku jako projevu možného onemocnění karcinomem hrdla děložního. Všechny stanovené cíle práce byly splněny.

Výsledek výzkumu přinesl následující zjištění. Karcinom hrdla děložního studentky považují za vážné zhoubné onemocnění žen. Více než polovina dotázaných studentek je informována o jeho lokalizaci, původci a možném přenosu pohlavním stykem. Znají zkratku Human papilloma viru - HPV. O možném přenosu onemocnění kontaminovaným ručníkem nebo prádlem však informovány nejsou, také nevědí, že přenos je též možný pouze prostřednictvím kontaminovaných prstů partnera při pohlavním dráždění i tam, kde nedojde k přímému pohlavnímu styku mezi partnery. Více než polovina dotázaných studentek je informována o dlouhodobém vývoji onemocnění, což je důležité především z hlediska prevence. Zajímavé jsou výsledky v oblasti znalosti rizikových faktorů souvisejících s tímto onemocněním. Za nejvýznamnější rizikové faktory jsou odborníky všeobecně považovány následující: střídání sexuálních partnerů, nechráněný pohlavní styk a kouření. Z výše zmíněných je

na prvním místě studentkami uvedeno střídání sexuálních partnerů a to více než polovinou dotázaných, nechráněný pohlavní styk uvádí také více než polovina respondentek a kouření jako rizikový faktor související s onemocněním uvádí polovina dotázaných. Tato zjištění tedy vedla nejprve k potvrzení pracovní hypotézy č.1, která tvrdí, že více než polovina dotázaných studentek je informována o tom, že nechráněný pohlavní styk patří mezi rizikové faktory související se vznikem karcinomu hrdla děložního a následně k nepotvrzení hypotézy č. 2, ve znění: více než polovina dotázaných studentek ví, že kouření patří mezi rizikové faktory související se vznikem karcinomu hrdla děložního. Jiné rizikové faktory jako je časné zahájení pohlavního života, opakované gynekologické infekce a poruchy imunity uvádí také více než polovina dotázaných. Z výsledků výzkumu dále vyplývá, že studentky jsou informovány o tom, že onemocnění je v počátečních fázích svého vývoje bezpříznakové a také jsou informovány o tom, že krvácení po pohlavním styku je příznakem možného onemocnění karcinomem hrdla děložního, tuto informaci má více než polovina dotázaných, téměř polovina respondentek dále uvádí bolest v podbřišku, jiné příznaky související s tímto onemocněním jsou uvedeny méně než polovinou dotázaných.. Zjištění tedy potvrdilo hypotézu č. 5, že více než polovina dotázaných studentek je informována o tom, že krvácení po pohlavním styku je příznakem možného onemocnění karcinomem hrdla děložního. Jako hlavní důsledek onemocnění uvádí více než polovina dotázaných smrt a poruchy plodnosti, ostatní důsledky tohoto onemocnění jako je doživotní invalidita, fyzické obtíže, psychické obtíže, negativní ovlivnění intimního života s partnerem, dlouhodobou pracovní neschopnost, ztrátu zaměstnání, s onemocněním příliš nespojují. Tyto důsledky zná méně než polovina dotázaných. Na druhé straně je potěšující dobrá informovanost studentek o možnosti předcházení onemocnění pravidelnými preventivními gynekologickými prohlídkami, tuto znalost má téměř sto procent dotázaných. Hypotéza č. 3 související s touto otázkou ve znění, studentky vědí, že pravidelnými gynekologickými prohlídkami mohou předcházet onemocnění karcinomem hrdla děložního, tak byla potvrzena. Studentky jsou dále dobře informovány o tom, co by mělo být základní a důležitou součástí preventivní gynekologické prohlídky a také vědí, jak často mají na tyto prohlídky docházet.

Informovanost o možnosti preventivního očkování proti karcinomu hrdla děložního je vysoká, což potvrdilo hypotézu č. 4, že studentky jsou informovány o možnosti preventivního očkování proti karcinomu hrdla děložního, taktéž jsou studentky informovány o tom, kdo očkování provádí a v jakém věku je očkování doporučováno. Výzkum dále odhalil vysoký zájem studentek o prevenci onemocnění formou vakcinace a dokonce i ochotu uhradit současnou cenu vakcinace i přes její poměrnou výši a to více než polovinou dotázaných. I v souvislosti s dalšími formami prevence proti onemocnění karcinomu hrdla děložního jsou studentky dobře informovány především o nezanedbávání gynekologických prohlídek, který je z hlediska prevence naprosto zásadní. Překvapivě i další možnosti prevence, jako chráněný pohlavní styk formou kondomu, nestřídání sexuálních partnerů, nekouření či například samostatné vyhledávání informací o problematice onemocnění uvádí více než polovina dotázaných. Informaci o možnosti vyšetření mužů na přítomnost původce onemocnění v jejich organismu však má méně než polovina dotázaných. Studentky dále nemají téměř žádné informace o organizacích zabývajících se problematikou karcinomu hrdla děložního, a tudíž nevědí, kam se obrátit v případě problému v této oblasti o radu. Hlavními zdroji současných informací studentek o problematice karcinomu hrdla děložního jsou média, hlavně televize a rozhlas, časopisy, ošetřující gynekolog a přátelé. Zajímavé je, že internet jako zdroj informací v souvislosti s touto problematikou není téměř uváděn. Za alarmující ovšem považují zjištění výzkumu, že gynekolog o možnostech prevence informuje pouze minimálně. Z názorů studentek na prezentaci tohoto problému v naší republice pak vyplývá, že kampaně v médiích zaměřené na očkování proti tomuto onemocnění byly sice rozsáhlé, avšak dle jejich názoru se zdá, že více než informovat veřejnost o onemocnění a možnostech jeho prevence, tedy přimět ženy a dívky k odpovědnosti za své zdraví, šlo spíše o vyvolání strachu z onemocnění a o prodání vakcíny za každou cenu. Dle jejich názoru je také problematika nedostatečně prezentována odborníky, především gynekologem a dětským lékařem. Studentky také uvedly, že se domnívají, že by se problematika onemocnění vůbec na veřejnosti neprezentovala nebýt vzniku očkovací vakcíny. Též zmínily, že je důležité prezentovat nejen pozitiva očkování, ale také jeho negativa, což se dle jejich názoru v současné

době neděje. Domnívají se také, že pokud se člověk o problematiku zajímá, tedy informace aktivně hledá, je možné je nakonec získat, ale veřejně, kromě reklam týkajících se očkování, problematika onemocnění nijak prezentována není.

Srovnání informovanosti studentek o problematice karcinomu hrdla děložního v rámci krajů v závěru výzkumu, které bylo provedeno na základě zhodnocení nejdůležitějších znalostí v oblasti rizik a preventivních opatření přináší poznání, že informovanost studentek Jihočeského kraje o této problematice je výrazně lepší než informovanost studentek kraje Pražského. Toto zjištění tedy potvrzuje hlavní hypotézu, diplomové práce, která tvrdí, že studentky z Jihočeského kraje jsou lépe informovány o problematice karcinomu hrdla děložního než studentky z kraje Pražského. Tento výsledek dle mého názoru úzce koresponduje s faktem, že výzkum v Jihočeském kraji byl proveden na humanitních typech fakult, které daleko více prezentují prostřednictvím výuky problematiku člověka a jeho zdraví než fakulty ekonomického či technického typu. Hlavní hypotéza této diplomové práce byla tedy potvrzena, pracovní hypotéza č. 1 byla potvrzena, hypotéza č. 2 potvrzena nebyla a hypotézy 3, 4 a 5 potvrzeny byly.

Na základě celkového zhodnocení výsledků výzkumu této diplomové práce, mohu shrnout a konstatovat následující zjištění. Domnívám se, že studentky vysokých škol mají základní znalosti v oblasti problematiky karcinomu hrdla děložního, tedy i v oblasti rizik a možností prevence tohoto onemocnění. I přes pozitivní celkové výsledky výzkum ukazuje na potřebu více informovat veřejnost zejména o nebezpečnosti kouření, jako možného rizika souvisejícího se vznikem karcinomu hrdla děložního. Nutné je také rozšířit znalosti žen a dívek v oblasti příznaků již rozvinutého onemocnění, neboť v současné době je všeobecně známý pouze jeden z příznaků a to krvácení po pohlavním styku. V oblasti prevence je také žádoucí upozornit na možnost některých speciálních vyšetření u mužů a současně apelovat a upozornit na možnost vzniku doživotní invalidity jako vážného následku tohoto onemocnění. I když provedeným výzkumem bylo zjištěno, že studentky jsou informovány o nejdůležitějších skutečnostech souvisejících s karcinomem hrdla děložního, domnívám se, že i přesto je nutné veřejnost více plošně informovat o této vážné problematice. Z názorů respondentek totiž jasně vyplývá, že kromě reklam zaměřených na propagaci očkování

je problematika tohoto onemocnění prezentována nedostatečně. To potvrzuje i skutečnost, že studentky neznají žádné organizace zaměřené na tento problém a neví tedy kam se obrátit v případě jakýchkoli problémů o radu. K dobré informovanosti žen a dívek na tomto poli, jak v oblasti rizik, prevence i možného očkování by měli přispět především lékaři gynekologové společně s porodními asistentkami, neboť právě oni mají možnost v rámci preventivních návštěv ženy oslovit a problematiku konkrétně prodiskutovat. Z výzkumu ale bohužel vyplývá, že například o prevenci lékaři informují minimálně. Lze pouze vydedukovat, že tento stav vzniká následkem příliš obsáhlé administrativní agendy kladené na lékaře, která pak neblaze ovlivňuje kvalitu individuální práce s klienty. Dle mého názoru je v zájmu zdraví všech žen a dívek na zjištěná fakta reagovat a systém informovanosti maximálně možným způsobem vylepšit a zdokonalit.

7. KLÍČOVÁ SLOVA

INFORMOVANOST O ZHOUBNÉM ONEMOCNĚNÍ

KARCINOM HRDLA DĚLOŽNÍHO

PREVENCE

8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ARTHUR NEZU, M. et al. *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. 1.vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2004. 311 s. ISBN 80-7364-000-7.
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6.vyd. Praha: Grada, 2005.188s. ISBN 80-247-1197-4.
3. BAUMAN, Z. *Úvahy o postmoderní době*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. 165 s. ISBN 80-85850-12-5.
4. BELKIN, N. *Intelligent Information Retrieval: Whose Intelligence?* [online]. [cit. 2006-09-01]. Dostupné z: <<http://mariner.rutgers.edu/tipster3/iirs.html>>.
5. BEYOND RISK TO OPTIONS., *Understand your cancer risk and what you can do to help redukce it*. Bracanalysis. 2007.12 s.
6. BLAŽEK, K. Nová možnost prevence karcinomu děložního hrdla. *Kontakt*, 2007, roč. 9, č. 1 s. 155- 156. ISSN 1212-4117.
7. CASTELLS, M. The Information Age : economy, society, culture. Vol. 1. *The Rise of the Network Society*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishers, 2000. 594 s. ISBN 978-0-631-22140-1.
8. CASTELLS, M. *The Information Age : economy, society, culture. Vol 2. The Power of Identity*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishers, 2004. 537 s. ISBN 1-4051-07-13-8.

9. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Gynecologic Cancers. Cervical Cancor*. [online]. 20. 7. 2009 [cit. 2010-03- 28]. Dostupné z: < <http://www.cdc.gov/cancer/cervical/> >.
10. *Cervarix vakcína proti lidskému papilomaviru*. [online]. [cit. 2010-02-05]. Dostupné z: < www.cervarix.cz >.
11. CERVICAL CANCER AND GENITAL WARTS., *You have the power to help protect yourself*. Merk and Co. USA 2008. 5 s.
12. CIBULA, D. Cervarix – další krok v primární prevenci cervikálního karcinomu. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2007, roč.16, č. 4, s.805 – 815. ISSN 1211-1058.
13. CIBULA, D. – HERRMANN, T. – SLÁMA, J. et al. *Abdominální hysterektomie v anatomických souvislostech*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008.1s. ISBN 859-4049-24-200-9.
14. CIBULA, D. – PETRUŽELKA, L. et al. *Onkogynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 616 s. ISBN 978-80-247-2665-6.
15. CITTERBART, K. et al., *Gynekologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.
16. ČEPICKÝ, P. - KURZOVÁ, H. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 174s. ISBN 80-246-0677-1.

17. DÖRR, A. - KOLÁŘOVÁ, H. *Možnosti prevence gynekologických zhoubných nádorů* [online] 20.1.02005 [cit. 2010-02-15]. Dostupné z: < <http://www.mou.cz/mou/section-show.jps?s=914/915>>.
18. DVOŘÁK, V. Screening karcinomu děložního hrdla – současný stav. *Česká Gynekologie*, 2010, roč. 75, č. 1, s. 65-68. ISSN 1803- 6597.
19. ECCA. *Everything about cervical cancer prevention*. [online]. 18.3. 2009 [cit. 2009-10-15]. Dostupné z: < <http://www.ecca.info/index.html> >.
20. GAŠPÁRKOVÁ, V. *Informovanost žen o prevenci karcinomu děložního čípku*. České Budějovice, 2008. 88 s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Vedoucí bakalářské práce Vlasta Koudelková.
21. GIDDENS, A. *Unikající svět : jak globalizace mění náš život*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2000. 135 s. ISBN 80-85850-91-5.
22. GLADKIJ, I. - IVANOVOVÁ, K. - KOLDOVÁ, Z. et al. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. BRNO: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
23. Glaxo Smith Kline váš partner v prevenci karcinomu děložního čípku. *Cervikální karcinom jako sociální, ekonomické a emocionální břemeno*. [online]. [cit. 2009-09-08]. Dostupné z: < <http://www.cervikalnikarcinom.cz/Hlavni-Potize.aspx?page=1>>.
24. Glaxo Smith Kline váš partner v prevenci karcinomu děložního čípku. *HPV vakcinace. Zdraví pro ženy*. [online]. [cit. 2009-09-08]. Dostupné z: < www.zdravi.prozeny.cz >.
25. GLAXO SMITH KLINE., Praha: *Cervarix – inovativní vakcína*. 2008. 4 s.

26. HALUZÍKOVÁ, J. Edukace-nástroj léčby. *Sestra*, 2003, roč. 4, č.4, s.14. ISSN 1210-0404.
27. HAMŠÍKOVÁ, E. *Vakcinace. Profylaktické vakcíny proti lidským papilloma virům.* [online]. 25.8. 2009 [cit. 2009-10-15]. Dostupné z: www.papillomavirus.cz
28. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika.* 1.vyd. Praha: Galén, 1994. 232 s. ISBN 80-85824-03-5.
29. HOLÍK, J. *Manuál prevence a časně detekce nádorových onemocnění.* 1. vyd. Brno: MOÚ, 2002. 83 s. ISBN 80-238-9513-3.
30. HRUBÁ, D. Primární prevence ve vztahu ke kouření. *In Manuál prevence a časně detekce nádorových onemocnění.* 1. vyd. Brno: MOÚ, 2002, s. 63-70. ISBN 80-238-9513-3.
31. CHOVANEC, J. - DOSTÁLOVÁ, Z. - NAVRÁTILOVÁ, J. Karcinom hrdla děložního Příloha: *Lékařské listy.* [online]. 2008. [cit. 2010-02-05]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/karcinom-hrdla-delozniho-353421> >. ISSN 0044-1996.
32. KAČÍREK, J. - ROB, L. - ROBOVÁ, H. - PLUTA, M. Prekancerózy děložního hrdla. Diagnostika, metody ošetření děložního hrdla. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2003, roč.12, č. 4, s.657 – 664. ISSN 1211-1058.
33. KALÁBOVÁ, R. Možnosti prevence a časně detekce gynekologických malignit. *In Manuál prevence a časně detekce nádorových onemocnění.* 1. vyd. Brno: MOÚ, 2002, s. 33-38. ISBN 80-238-9513-3.
34. KALÁBOVÁ, R. Zhoubné nádory děložního čípku. *Zdravotnické noviny, příl. Lékařské listy*, 2003, roč. 52, č. 17, s. 23-26. ISSN 0044-1996.

35. KAREŠOVÁ, J. Karcinom děložního hrdla a jeho prevence. *Sestra*, 2006, roč. 16, č.1, s. 47-48. ISSN 1210-0404.
36. KESSEL, K. - KUTSKY, L. Vakcinace proti HPV. Dospějeme jednou k eradikaci karcinomu děložního hrdla? *Gynekologie po promoci*, 2004, roč. 4, č. 1, s. 26-29. ISSN 1213-2578.
37. KLÍMOVÁ, D. *Informovanost matek o možnostech prevence rakoviny děložního čípku u svých dcer*. České Budějovice, 2007. 88 s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Vedoucí bakalářské práce Andrea Festová.
38. KOBILKOVÁ, J. et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X.
39. KOBILKOVÁ, J. - LOJDA, Z. – ONDRUŠ, J. et al. *Gynekologická Cytodiagnostika*. 2.vyd. Praha: Galén, 2006.119 s. ISBN 80-7262-313-3.
40. KOKEŠ, V. Karcinom děložního hrdla. *Zdravotnické noviny, příl. Lékařské listy*, 2002, roč. 51, č. 18, s. 20-21. ISSN 0044-1996.
41. KOTRŠOVÁ, L. Praktický pohled na cervikální patologie. *Zdravotnické noviny, příl. Lékařské listy*, 2003, roč. 52, č. 41, s. 8-10. ISSN 0044-1996.
42. KRÁLOVÁ, J. Důvěra mezi lékařem a pacientem se musí trpělivě budovat. *Tempus medicorum*, 2009, roč.18, č.7-8, s.34-35. ISSN 1214-7524.
43. LEVRET. *Screeningový program pro cervikální prekancerózy a karcinomy*. [online]. 2008 [cit. 2010-02- 20]. Dostupné z: < <http://www.levret.cz/> >.

44. MERK SHARP AND DOHME IDEA., Praha: *Rakovina děložního čípku. Co by měly pacientky vědět.* 2007.14 s.
45. MONSONEGO, J. – BOSCH, F. – COURSAGET, P. et al. *Cervical cancer control, priorities and new directions. International Journal of Cancer*, 2004 vol.108, no. 3, p. 329-333.
46. *Národní onkologický program České republiky* [online]. 6.11.2008 [cit. 2009-11-15]. Dostupné z: http://www.zdravnet.cz/detail/narodni_onkologicky_program.html.
47. NOP ON-LINE. *Prevence nádorových onemocnění.* [online]. 12.1.2010 [cit. 2009-01-15]. Dostupné z: www.onconet.cz
48. ONDRUŠ, J. Současný stav plánovaného screeningu karcinomu děložního hrdla v ČR. *Praktická gynekologie*, 2004, roč. 8, č. 4, s. 36-37. ISSN 1211-6645.
49. *Onkogyn* [online]. Přenos HPV infekce. 20.2. 2009 [cit. 2010-01-15]. Dostupné z: <http://www.onkogyn.cz/hpv-verejnost/prenos-hpv-infekce#>.
50. PILKA, R. Zhoubné nádory ženského genitálu. *Lékařské listy*, 2009, roč.56, č.7, s. 20-21. ISSN 0044-1996.
51. PRESSWEB. *Ministerstvo zdravotnictví upozorňuje veřejnou diskuzí na problematiku očkování proti rakovině děložního čípku.* [online]. 20.8.2009 [cit. 2009-10-15]. Dostupné z: < <http://www.pressweb.cz/>>.
52. PREVENT CANCER. *Cervical cancer. Cervical Cancer2009 Sheet.* [online]. 2009 [cit. 2010-03-12]. Dostupné z: www.preventcancer.org
53. *Program cervikálního screeningu v České republice* [online]. 21.9.2009 [cit. 2009-11-15]. Dostupné z: < <http://www.cervix.cz/>>.

54. PRUDILOVÁ, J. - VRÁNOVÁ, V. Rakovina děložního čípku se týká i mladých dívek a žen. *Sestra*, 2006, roč.16, č. 7-8, s. 25-26. ISSN 1210-0404.
55. *Rakovina děložního čípku – prevence a očkování* [online]. 8.3.2010 [cit. 2010-01-10]. Dostupné z: < [http:// www.mou.cz/cz/rakovina-delozniho-cipku--prevence-a-ockovani/ artikle.html?id=168](http://www.mou.cz/cz/rakovina-delozniho-cipku--prevence-a-ockovani/artikle.html?id=168)>.
56. ROB, L. Jak efektivně eradikovat karcinom děložního hrdla. *Gynekologie po promoci*, 2004, roč. 4, č. 5, s. 55-56. ISSN 1213-2578.
57. ROB, L. Současné trendy léčby gynekologických zhoubných nádorů. *Gynekologie po promoci*, 2006, roč. 6, č. 2, s. 47 – 5. ISSN 1213-2578.
58. ROB, L. – SVOBODA, B. – ROBOVÁ, H. et al. Guideline gynekologických zhoubných nádorů. Primární komplexní léčba operabilních stadií zhoubných nádorů děložního hrdla. *Česká Gynekologie*, 2006, roč. 8, č. 1, s. 231 – 237. ISSN 1803-6597.
59. ROBOVÁ, H. Jak, kdy a proč řešit cervikální dysplazii u dospívajících. *Gynekologie po promoci*. [online]. 2006 [cit. 2006-01-49]. Dostupné z: www.tribune.cz
60. SCHREIBER, V. *Medicína na přelomu tisíciletí*. 1.vyd. Praha: Academia, 2000. 207s. ISBN 80-200-0822-5.
61. SLÁMA, J. Metody léčby zhoubných nádorů děložního hrdla. *Moderní babičtví*, 2007, roč. 5, č. 13, s. 1-5. ISSN 1214-5572.

62. ŠTAFL, A. Prevence cervikálního karcinomu, kolposkopie a cervikální patologie. Digitální cervikografie. *Praktická gynekologie*, 2003, roč. 7, č. 2, s. 12-14. ISSN 1211-6645.
63. SVOBODA, B. - HAVRÁNKOVÁ, H. - BUDKA, Š. *Současný stav prevence gynekologických zhoubných nádorů v České republice* [online]. 20.1.2004 [cit. 10.2.2009]. Dostupné z: < http://www.sanquis.cz/index.php?link_ID=art_513>.
64. TACHEZY, R. - HAMŠÍKOVÁ, E. - ROB, L. et al. Description of the national situation of cervical cancer screening in the member states of the European Union. *European Journal of cancer* [online]. 2009, no.45 [cit. 2010-03-28]. Dostupné z: < <http://www.ejconline.com/>>.
65. TIKOVSKÝ, J. Současný pohled na diagnostiku a terapii hrdla děložního. *Sanquis*, 2004, roč. 5, č. 33, s. 38-41. ISSN 1212-6535.
66. WASSERBAUER, S. et al. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. 47 s. ISBN 80-7071-145-0.
67. ZAVÁZALOVÁ, V. et al. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 154 s. ISBN 80-246-0467-1.

9. PŘÍLOHY

Příloha 1: Bethesda systém

Příloha 2: TNM klasifikace

Příloha 3: Dotazníkový formulář

Příloha 1: Bethesda systém – cervikální cytologie

Třídy PAP (dle Papanicolaoua)	Popis	Bethesda 2001
I.	Normální nález	Normální nález a jeho varianty
II.	Reaktivní změny	Reaktivní změny
	Atypie	ASC, AGC
	Koilocytóza	Dlaždicovitá dysplázie epitelu nízkého stupně LSIL
III. CIN I	Mírná dysplázie	LSIL
III. CIN II.	Středně závažná dysplázie	Dlaždicovitá dysplázie epitelu vysokého stupně HSIL
III. CIN III	Těžká dysplázie	HSIL
IV.	Ca in situ (byť jen podezření)	HSIL - nelze vyloučit invazi
V.	Invazivní karcinom	Mikroinvazivní karcinom (invaze do 3mm) Invazivní karcinom (invaze nad 3mm)

Zdroj: Oficiální stránky cytologické laboratoře Bioptická laboratoř s.r.o., cervikální cytologie. www.cipek.cz

Příloha 2: TNM klasifikace

TNM a pTNM klasifikace karcinomu děložního hrdla.

T	primární nádor	
TX	primární nádor nelze posoudit	
T0	žádné známky primárního nádoru	
Tis	karcinom in situ	0
T1	karcinom čípku ohraničený na dělohu	I
T1a	ca. diagnostikován pouze mikroskopicky	IA
T1a1	hloubka stromální invaze ca je do 3mm a 7mm nebo méně v horizontálním šíření	IA1
T1a2	hloubka stromální invaze je více než 3-5 mm a 7 nebo méně v horizontálním šíření	IA2
T1b	klinicky viditelná nebo mikroskopická léze větší než T1a 2	IB
T1b1	tumor do průměru 4cm	IB1
T1b2	tumor o průměru větším než 4cm	IB2
T2	šíření ca mimo dělohu, ale ne až ke stěně pánevní nebo do dolní třetiny pochvy	II
T2a	nepostižené parametrium, šíření na pochvu	IIA
T2b	šíření do parametrií	IIB
T3	ca se šíří do dolní 1/3 pochvy nebo ke stěně pánevní nebo způsobuje hydronefrózu	III

T3a	ca postihuje dolní 1/3 pochvy	IIIA
T3b	ca se šíří až ke stěně pánevní nebo způsobuje hydronefrózu	IIIB
T4	ca se šíří na sliznici močového měchýře nebo rekta, mimo malou pánev	IVA
N	vyjadřuje postižení regionálních lymfatických uzlin – jedná se o uzliny paracervikální, parametrální, hypogastrické, zevní a vnitřní ilické, presakrální a sakrální	
NX	nelze posoudit	
N0	žádné metastázy v regionálních mízních uzlinách	
N1	metastázy v regionálních mízních uzlinách	
M	vyjadřuje vzdálené metastázy	
MX	nelze posoudit	
M0	žádné	
M1	vzdálené metastázy	IVB

**Zdroj: CITTERBART, K. et al., *Gynekologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s.
ISBN 80-7262-094-0.**

Příloha 3: Dotazník

D O T A Z N Í K

Vážená slečno (paní), jmenuji se Jana Müllerová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který jste právě obdržela. Veškeré informace z něho získané budou využity pouze jako podklad k mé diplomové práci nazvané „Informovanost studentek vysokých škol o riziku onemocnění karcinomem hrdla děložního a jeho prevenci“. Prosím přečtete si následující otázky, zaškrtněte odpověď, která je pro Vás vyhovující, případně u některých otázek odpověď sama doplňte. Děkuji předem za Váš čas a ochotu dotazník vyplnit.

1. Kolik je vám let

2. Víte, že karcinom hrdla děložního je vážné zhoubné gynekologické onemocnění žen?

- a) ano
- b) ne o zhoubné povaze onemocnění jsem nevěděla
- c) slyším o onemocnění poprvé

3. Máte představu o tom, kde onemocnění prvotně vzniká?

- a) na vaječníku
- b) na vejcovodu
- c) na té části dělohy, která je lékaři dobře přístupná prohlídce při gynekologickém vyšetření
- d) nevím
- e) jiný názor.....

4. Původcem tohoto onemocnění jsou?

- a) bakterie
- b) viry
- c) kvasinky
- d) houby
- e) nevím

5. Je onemocnění díky původci přenosné pohlavním stykem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

6. Myslíte si, že je možný přenos tohoto onemocnění kontaminovaným ručníkem nebo prádlem?

- a) ano
- b) ano, pouze vzácně
- c) ne
- d) nevím

7. Domníváte se, že je možný přenos onemocnění při pohlavním dráždění prostřednictvím kontaminovaných prstů partnera tam, kde nedojde k pohlavnímu styku partnerů?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

8. Dle vašeho názoru je vývoj onemocnění?

- a) rychlý v krátkém časovém období

- b) vývoj trvá i několik let
- c) nevím

9. Víte co znamená zkratka HPV? (pokud ano napište prosím co to je)

- a) ano
- b) ne

**10. Mezi rizikové faktory související se vznikem karcinomu hrdla děložního patří?
(je možné více odpovědí)**

- a) časté střídání sexuálních partnerů
- b) časně zahájení pohlavního života(kolem 15let)
- c) nechráněný pohlavní styk
- d) kouření
- e) opakované gynekologické infekce
- f) poruchy imunity
- g) všechny předchozí uvedené možnosti
- h) nevím

11. Je onemocnění v počátečních fázích svého vývoje bezpříznakové?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12. Znáte příznaky již rozvinutého onemocnění? (je možné zaškrtnout více odpovědí)

- a) bolest hlavy
- b) krvácení po pohlavním styku
- c) svědění
- d) bolest v podbřišku
- e) vodnatý zakrvavělý výtok

- f) krvácení z pochvy po stolici
- g) nevím

**13. Jaké mohou být důsledky onemocnění karcinomem hrdla děložního?
(je možné více odpovědí)**

- a) poruchy plodnosti
- b) smrt
- c) psychické obtíže
- d) dlouhodobé fyzické obtíže(únava, bolest)
- e) negativní ovlivnění intimního života partnerů
- f) dlouhodobá pracovní neschopnost
- g) ztráta zaměstnání
- h) doživotní invalidita
- i) všechny předchozí možnosti
- j) nevím
- k) onemocnění nezpůsobuje žádné vážné důsledky

14. Mohou ženy předejít tomuto onemocnění pravidelnými preventivními gynekologickými prohlídkami?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**15. Víte co by mělo být součástí preventivní gynekologické prohlídky?
(je možné zaškrtnout více odpovědí)**

- a) vyšetření krve
- b) vyšetření moči
- c) měření krevního tlaku
- d) cytologie(stěr z děložního hrdla štětičkou nebo speciálním kartáčkem)
- e) kolposkopie(prohlídka děložního hrdla optickým přístrojem)
- f) vaginální vyšetření
- g) ultrazvukové vyšetření
- h) nevím

16. Jak často má žena dle vašeho názoru docházet na preventivní gynekologické vyšetření?

- a) 1x za ½ roku
- b) 1x za 1 rok
- c) 1x za 2 roky
- d) 1x za 3 roky
- e) jiné.....

17. Poučil vás někdy váš gynekolog o možnostech prevence v souvislosti s karcinomem hrdla děložního?

- a) ano
- b) ne

18. Je podle vás možné vyšetřením u mužů zjistit zda je přenašečem původce?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

19. Jste informována o tom, že je v současné době možné preventivní očkování proti této chorobě?

- a) ano
- b) ne

20. Kdo dle vašeho názoru provádí očkování?

- a) gynekolog
- b) praktický lékař pro děti a dorost

- c) obě předcházející možnosti jsou možné
- d) nevím
- e) jiný názor.....

21. V jakém věku se doporučuje očkování?

- a) před zahájením pohlavního života mezi 11-13 lety
- b) po zahájení pohlavního života do 26 let věku
- c) obě předchozí možnosti jsou možné
- d) nevím

22. Očkování proti karcinomu hrdla děložního není v současné době hrazeno zdravotními pojišťovnami, cena se pohybuje kolem 10 tisíc za všechny tři dávky. Měla byste zájem se nechat očkovat?

- a) ano cena mi nevadí
- b) ne cena je podle mne příliš vysoká
- c) ne, mám své osobní důvody(cena nerozhoduje)
- d) ne již jsem očkována
- e) nechala bych se očkovat pouze v případě hrazeného očkování pojišťovnou
- f) nechala bych se očkovat pokud by cena mohla být hrazena pacientem jen částečně, jsem ochotna uhradit (zaškrtněte prosím)...I. 1/3 současné ceny
II. 1/2 současné ceny
III. 2/3 současné ceny
IV. jiné.....

23. Jaké jsou podle vás další možnosti prevence(předcházení) onemocnění karcinomu hrdla děložního? (je možné zaškrtnout více odpovědí)

- a) chráněný pohlavní styk (kondom)
- b) nekouření
- c) nestřídání sexuálních partnerů
- d) nezanedbávat preventivní gynekologické prohlídky
- e) samostatné vyhledávání potřebných informací o tomto onemocnění
- f) vše předchozí
- g) nevím

24. Znáte nějaké organizace, které se problematikou karcinomu hrdla děložního zabývají a kam se můžete obrátit o radu?

- a) ano (uveďte prosím název).....
- b) ne

**25. Odkud jste získala dosavadní informace o karcinomu hrdla děložního?
(je možné více odpovědí)**

- a) od svého gynekologa
- b) od praktického lékaře
- c) z časopisů
- d) z novin
- e) z médií (rozhlas, televize)
- f) od přátel
- g) jiné (prosím uveďte).....

26. Myslíte si, že je v ČR v současné době problematika tohoto onemocnění a jeho prevence prezentována dostatečně?

- a) ano dostatečně
- b) nedostatečně
- c) vůbec
- d) jiný názor.....

