

1 ÚVOD

Gynekologické zhoubné nádory jsou v dnešní době nejčastějším nádorovým onemocněním u žen. V případě, že jsou zachyceny včas, je vysoká pravděpodobnost úspěšné léčby. Gynekologickým nádorům lze úspěšně předcházet nebo je zachytit ve stádiu, kdy léčba není tak náročná. K tomu je však potřeba, aby ženy znaly zásady primární prevence a nezapomínaly na pravidelné preventivní prohlídky u svých gynekologů.

Primární prevencí a důkladnými prohlídkami u gynekologa lze předcházet především nádorovému onemocnění čípku děložního. Bohužel ženy dostatečně neznají preventivní opatření proti tomuto onemocnění, protože není dostatek zdrojů odkud by tyto informace čerpaly. Gynekolog a zdravotní sestra nemají vždy tolik času, aby si s klientkou v jejich ambulanci o této problematice povídali. Čas si udělají až pro klientku nemocnou, když už je mnohdy pozdě. A jsou ženy, které se sami zeptat stydí nebo si myslí, že se jich toto onemocnění netýká.

V dnešním přemedializovaném světě plném reklamy, útočící na krásu ženy a nabízející jen krémy proti vráskám, na zpevnění prsou, pilulky na hubnutí apod., se zapomíná na zdraví ženy. Reklamy jsou sice plné nabídek léků a vitamínů různých farmaceutických firem, ale o jednoduché prevenci proti nádorovému onemocnění se nemluví nikde.

Toto téma je poměrně dosti diskutovaným problémem poslední doby, ale jen mezi odborníky. K veřejnosti se laikem pochopitelné informace o prevenci nádorového onemocnění čípku děložního dostanou opravdu jen málo.

Problematiku prevence nádorového onemocnění čípku děložního jsem si vybrala jako téma své závěrečné bakalářské práce pro její aktuálnost, a také proto, že je podle mého názoru nedostatečně prezentována veřejnosti. Svou prací a průzkumem, který jsem realizovala v gynekologických ambulancích v mém rodném městě Hranicích (na Moravě), jsem chtěla zjistit informovanost žen o preventivních prohlídkách, přístup k nim a jejich znalosti o primární prevenci a nádorovém onemocnění čípku děložního. Také mě zajímal pohled respondentek na medializaci tohoto problému a dostatečnost informačních zdrojů.

Zpracování této práce mě velmi obohatilo o nové poznatky a upevnilo můj pohled na tuto problematiku. Bohužel jsem došla k závěrům jež nejsou nijak příznivé a je potřeba, aby se otázka tohoto onemocnění a jeho prevence více dostala k veřejnosti. Doufám, že i já jsem díky své dotazníkové akci v gynekologických ambulancích přispěla k osvětě žen o tomto tématu, nebo je alespoň přiměla k hledání více informací. Téma nádorového onemocnění

čípku děložního je pro mě velmi zajímavé a důležité nejen z důvodů, že bych ráda našla své uplatnění na gynekologickém pracovišti a dál šířila osvětu žen o prevenci, ale i proto, že jsem se díky novým poznatkům mohla lépe zamyslet nad přístupem ke zdraví mě samotné, celé mé rodiny a známých. Nikde není psáno, že se právě mě a mých blízkých toto nebo jakékoliv jiné nádorové onemocnění netýká. Není dobré se trápit tím, zda se objeví či ne, ale rozumný způsob péče o své zdraví a dodržování prevence je velmi jednoduchý způsob jak nádorům předcházet.

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

Cílem mé bakalářské práce je zjistit jaké je povědomí žen o prevenci nádorového onemocnění čípku děložního a do jaké míry jsou informovány svými gynekology.

2.1 Hypotézy

- 1) Myslím si, že povědomí o prevenci nádorového onemocnění čípku děložního je u žen rozdílné podle věku.
- 2) Domnívám se, že v ambulanci soukromého gynekologa je ženám poskytováno více informací a preventivní péče.
- 3) Domnívám se, že ženy získávají informace o problematice prevence nádorového onemocnění čípku děložního více z médií a letáků než od svého gynekologa nebo zdravotní sestry.

3 CHARAKTERISTIKA PROBLÉMU

Zhoubná nádorová onemocnění patří mezi závažné zdravotní a společenské problémy všech vyspělých zemí světa, tedy i České republiky. Zhoubné nádory (dále ZN) jsou druhou nečastější příčinou úmrtí obyvatelstva již od 30. let 20. století v Čechách a od 40. let na Moravě; řadí se hned za nemoci oběhové soustavy. (Havránková, 2001)

Frekvence výskytu nádorových onemocnění je obrazem životní úrovně, způsobu života, zdravotního uvědomění obyvatelstva a kvality zdravotní péče. Situace ve výskytu zhoubných nádorů gynekologické oblasti v České republice není vůbec příznivá. Vzrůstá počet zhoubných nádorů děložního těla a vaječníků. Incidence karcinomu děložního čípku (Dg C 53) 19 žen na 100 000 obyvatel (19,2 v roce 2003) staví Českou republiku na nelichotivé umístění v celosvětovém hodnocení. Incidence je zhruba o 50% vyšší než v evropských zemích (nejnižší např. Finsko 5,7 a Izrael 6,4). Mortalita je 7,6/100 000 žen, což představuje úmrtí přibližně 398 žen ročně. Nádory zevních rodidel a děložního čípku jsou přitom pro včasný záchyt již přednádorových změn nejméně diagnosticky náročnou oblastí pro neinvazivní detekci změn. Jsou dobře přístupné zrakové kontrole kolposkopickému i cytologickému vyšetření. (Dörr, 2005; ÚZIS, 2006)

Dnes velmi diskutovanou otázkou je, kde tato vyšetření provádět. Velkým úspěchem bylo vytvoření tzv. dvojstupňového systému prevence. První stupeň představují terénní gynekologové, kteří vyhledávají předrakovinné stavy či zánětlivé změny na děložním čípku. Působí tedy jako filtr. Druhým stupněm je Centrum onkologické prevence (COP) s vysoce erudovanými specialisty, kteří rozhodnou o nutnosti léčby, jejím provedení, a následném sledování. Po ošetření a následné dispenzarizaci předají pacientku opět do prvního stupně. Jedno z prvních Center onkologické prevence pracuje na Gynekologicko-porodnické klinice 3.Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze již od roku 1968. Tento dvoustupňový systém prevence však byl po reformě zdravotnictví částečně narušen neochotou soukromých gynekologů odeslat svou pacientku na jiné pracoviště (z obavy, že ji ztratí). Proto raději rozhodují o léčbě sami, i když k tomu často nejsou dostatečně erudováni. Tím lze částečně vysvětlit současný stav incidence Ca cervicis uteri. (Havránková, 2001)

Bohužel i přes to, že čeští gynekologové umí a mají možnost prevenci provádět, záchytnost gynekologických zhoubných nádorů v České republice neklesá. V zemích Evropské unie (EU), kde prevenci důsledně provádějí, zaznamenávají incidenci ZN čípku děložního kolem 10,5 žen na 100 000 obyvatel za 1 rok. Příčinu tohoto rozdílu je třeba hledat

v hlavním nedostatku prevence – malém zájmu žen o preventivní vyšetření plynoucí z jejich neznalosti a neinformovanosti. Znalosti žen o prevenci zhoubných nádorů jsou u nás velmi špatné. Vínou na tomto stavu má jistě zdravotní politika, absence mediálních osvětových celoplošných programů, ale i nedostatečná péče zdravotníků v této oblasti. Nedodržování dvoustupňového systému prevence a nedostatečná dispenzarizace jsou dalším důležitými fakty, které vedou k zanedbávání prevence. (Havránková, 2001)

3.1 Anatomie čípku děložního (hrdlo děložní, cervix uteri, collum uteri)

Hrdlo děložní představuje zúženou dolní část dělohy válcovitého tvaru. Přirůstá k němu pochva. Horní část děložního krčku (portio supravaginalis) leží pod poševním úponem, dolní kónická část krčku leží pod úponem pochvy a vyčnívá do pochvy (portio vaginalis). Této části se, spíše medicínským slangem, říká čípek děložní. (Citterbart, 2001)

Čípek je dlouhý asi 1cm. Na vrcholu děložního čípku se otevírá zevní branka děložní (ostium uteri). U nulipar má branka kruhovitý tvar; u multipar má tvar příčně rozeklané štěrbin, takže je zřetelně ohraničena zepředu a zezadu (latium anterius et posterius). Povrch děložního čípku je krytý děložní sliznicí. (Roztočil, 2001)

Děložní hrdlo má dva druhy epitelu: kanál hrdla vystýlá endocervix (cylindrických hlenotvorných buněk uspořádaných v bohatě členěné řasy, mezi nimiž jsou prostory - krypty, nazývané ne zcela správně „žlázky“). Část hrdla obrácená k pochvě má povrchovou sliznici (ectocervix) se stejnou výstelkou jako pochva, tedy s epitelem vrstevnatým dlaždicovým. Hranice těchto dvou epitelů je za klidového i estrogenizovaného období života ženy v místě zevní branky, u novorozence a v pubertě se dočasně posouvá až na zevní plochu čípku, čím vzniká tzv. fyziologická ektropie. (Citterbart, 2001)

3.2 Rizikové faktory

Epidemiologické studie identifikovaly řadu rizikových faktorů, které se mohou podílet na vzniku prekanceróz a invazivních karcinomech. Zároveň tyto studie vedly k závěru, že prekancerózy děložního čípku můžeme označit jako sexuálně přenosná onemocnění. To podpořily i studie řadových sester žijících v celibátu, u kterých nebyly prokázány prekancerózy ani spinocelulární karcinomy. Dnes za nejvýznamnější rizikové faktory považujeme infekci rizikovým typem onkogenních kmenů lidského papilomaviru (HPV) přenášenou pohlavním stykem, stav imunitního systému, a kouření. (Citterbart, 2001)

Dále pak jsou rizikovými faktory - zahájení sexuálního života před 15. rokem věku, vysoký počet sexuálních partnerů, časná první těhotenství, multiparita (více porodů) a nepoužívání bariérových antikoncepčních metod. (Čepický, 2003)

Přehled rizikových faktorů:

- a) Infekce humánním papilomavirem (HPV)** - je považována za nejdůležitější etiologický faktor. Tato infekce je přítomná podle literárních údajů až ve 44 % u závažných dysplazií, u 77 % případů carcinoma in situ a 85 % případů invazivního dlaždicobuněčného karcinomu. (Kalábová, 2003)

V současnosti je známo více než sto typů těchto virů, které dělíme do dvou skupin: s nízkým rizikem (low risk HPV) a s vysokým rizikem (high risk HPV). Nízce rizikové typy (typ 6, 11 aj.) nalézáme především v benigních lézích, např. kondylomatech ženského genitálu. Vysoce rizikové typy HPV (především 16, 18, 31, 33) obsahuje většina prekanceróz a karcinomů děložního hrdla, pochvy a vulvy (HPV pozitivní léze vznikají multifokálně, mohou tedy postihnout více etáží dolního genitálu). (Kotršová, 2003)

Nicméně je jisté, že HPV samy o sobě nádor nevyvolávají: vyplývá to už z nepoměru mezi velmi častým výskytem HPV infekcí a relativně vzácným výskytem karcinomu čípku. Z úlohy nezbytného kofaktoru jsou podezírány chlamydiové infekce, velký počet porodů, kuřáctví a perorální kontraceptiva.

(Medicína, 2002)

- b) Stav imunitního systému** – imunodeprese. Jsou významné zejména defekty buněčné stěny imunity. Modelem je infekce HIV a imunosupresní léčba jiných chorob. (Kotršová, 2003)

- c) **Kouření** - ženy kuřačky trpí častěji rakovinou děložního čípku, což prokazují studie standardizující ostatní dominantní rizikové faktory tohoto onemocnění (počet sexuálních partnerů a infekce vyvolané HPV). Ve 30 % přispívá kouření k úmrtnosti na toto onemocnění a 1,7x více jsou kuřačky ohroženy úmrtností na rakovinu děložního čípku než nekuřačky. (Hrubá, 2002)

Bylo prokázáno, že nikotin se selektivně koncentruje v cervikální tkáni a jeho koncentrace v mukózním sekretu dosahují hodnot až 1000 ng/ml (ve srovnání s 15-50 ng/ml v krevním séru). Za těchto podmínek dochází ke zvýšené proliferaci všech typů cervikálních buněk, které při současně působícím zánětu HPV jsou vnímavější pro následné maligní degenerativní změny. (Hrubá, 2001)

d) **Sexuální aktivita**

- *Zahájení pohlavního života v nízkém věku*
- *Počet sexuálních partnerů*
- *Parita* – podle Mezinárodní instituce International Agency for Research on Cancer (orgán Světové zdravotnické organizace), existuje přímá souvislost mezi HPV a opakovanými porody. Statistická analýza ukazuje vztah mezi počtem ukončených těhotenství a výskytem invazivního karcinomu čípku děložního a karcinomem „in situ“: riziko ženy se sedmi porody je 3,8x vyšší než u nulipary a 2,3x vyšší než ženy jedním nebo dvěma porody. Výskyt adenokarcinomů počtem porodů ovlivněn nebyl. (Medicína, 2002)
- *Časný věk prvního těhotenství* – opakované lacerace děložního čípku provázené metaplazií oblasti junkční zóny (snadná infekce HPV viry především v mladém věku). (Kalábová, 2002)

Souvise také s paritou (viz. výše).

- e) **Nutriční vlivy** – nedostatek vitamínu A, C a kyseliny listové

- f) **Užívání perorálních kontraceptiv** – Hormonální antikoncepce brání spontánní clearance HR HPV (vysoce rizikové humánní papilomaviry) a čím je perzistence viru delší, tím je riziko prekanceróz vyšší. Hormonální antikoncepce není v přímé etiologické souvislosti se vznikem skvamózních intraepiteliálních lézí hrdla děložního, je pouze kofaktorem. (Robová, 2006)

Podle Mezinárodní instituce International Agency for Research on Cancer (orgán Světové zdravotnické organizace), pět let užívání kontraceptiv riziko karcinomu u žen, pozitivních na HPV nijak neovlivňuje, ale delší užívání ano. 5-9 let

užívání kontraceptiv zvyšuje riziko 2,8x, po 10 a více letech užívání kontraceptiv je riziko zvýšeno 4x. Injekční přípravky, obsahující samotný progesteron (depotní medroxyprogesteronacetát, DMPA), riziko nezvyšují. (Medicína, 2002)

3.3 Prevence

Cílem prevence v onkologii je zredukovat počet nově vzniklých ZN. Důsledkem prevence v gynekologické onkologii je snížení úmrtnosti způsobené těmito nádory.

3.3.1. Primární prevence

Primární prevence je předcházení chorobám ovlivňováním životních podmínek nebo odolnosti organismu. V primární prevenci jsou rozlišovány dva stupně:

- a) *Celkové posilování a rozvíjení zdraví* (health promotion) navozováním vhodného životního stylu (výživa, pohyb, úměrnost zátěží, snižování prevalence kuřáctví a dalších toxikománií aj.) a zlepšováním celkové úrovně životního prostředí. Podílejí se také individuálně zaměřené poradenské činnosti (pro těhotné, v péči o kojence, o antikoncepci resp. plánovaném rodičovství aj.).
- b) *Specifická prevence, zaměřená proti určitým chorobám* (očkování a další opatření proti infekcím, ochrana proti úrazům a otravám, profylaktické podávání léků) nebo proti rizikům (kontrola nezávadnosti pitné vody a potravin, opatření proti znečišťování ovzduší, zabezpečení zdravotně rizikových odpadů aj.)

Primární prevence je zahrnuta např. v celospolečenských programech prevence kardiovaskulárních chorob nebo zhoubných nádorů, v usměrňování životního či pracovního prostředí. (Kotulán, 1991)

3.3.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence je časné vyšetření a léčení pacientů v počátečním, presymptomatickém stadiu choroby. Zajišťuje se obvykle aktivním vyhledáváním takových osob v populaci sériovými preventivními prohlídkami nebo screeningovými testy; jako např. prohlídky k detekci časných stádií ca děložního čípku, ca prsu, hypertenze a

hypercholesterolémie, vrozených metabolických vad, vad zraku a sluchu a symptomatického diabetu. (Kotulán, 1991)

3.3.3 Terciární prevence

Terciární prevence (dispensarizace) zaujímá úlohu onkologa ve sledování již vzniklé a léčené, či „vyléčené“ ZN a co nejdříve zachytit znovuvzplanutí či pokračování onemocnění, a tím zlepšit prognózu onemocnění. (Havránková, 2001)

3.3.4 Pohled na gynekologicko-onkologickou prevenci u nás a v zahraničí

Teprve posledních sto let narůstá množství poznatků o nádorovém bujení a jeho příčinách. Postupně se vyvíjí a zpřesňuje terminologie. Až ve druhé polovině dvacátého století se rozvíjí také v gynekologii činnost, zaměřená na předcházení onkologickým onemocněním a jejich zjišťování v časných, terapeuticky lépe řešitelných stádiích. Velmi významnou skupinou onkologických onemocnění žen tvoří nádory prsu a nádory děložního čípku. U obou onemocnění se díky přístupnosti těchto orgánů vyšetření dosti brzy vypracovaly a zdokonalily vyšetřovací metody, které dovedou zjistit jak prekancerózy, tak časná stadia onemocnění a přesně určit jejich stupeň. V kontrastu s pokrokem diagnostiky a léčby je stále narůstající počet onemocnění a snižující se průměrný věk pacientek. Příčiny jsou –

- 1) dokonalejší odhalování onemocnění
- 2) vyšší incidence
- 3) nedostatečná účast žen na preventivních prohlídkách
- 4) jejich kvalita a účinnost
- 5) především nefungující systém osvěty o primární prevenci.

(Vambera, 2002)

Přibližně polovina amerických žen, u nichž se vyvine karcinom děložního čípku, uvádí, že nikdy nebyly cytologicky vyšetřeny, a 30 % uvádí, že měly jen „normální“ nálezy. (Kessel, 2004)

3.3.5 Primární prevence v gynekologii

Primární prevence znamená předcházení a eliminaci škodlivých vlivů, které mohou vést zejména u vnímavých jedinců k nádorovým onemocněním. Přestože škodlivé vlivy mnoha zejména chemických a biologických působků jsou již notoricky známé, nedochází k respektování této skutečnosti zejména u mladých lidí, kteří mají k sobě danou tendenci podceňovat následky. Týká se to např. kouření, lehkovážného přístupu k pohlavnímu životu s důsledkem infekce pohlavně přenosnými HPV viry a zvyšující se frekvencí střídání sexuálních partnerů. (Dörr, 2005)

Preventivní opatření:

- a) *Zahájení sexuálního života po 15.roce věku*
- b) *Nestřídání sexuálních partnerů*
- c) *Užívání bariérových metod antikoncepce*
- d) *Nekouřit*
- e) *Důkladná hygiena zevního genitálu*

3.3.6 Sekundární prevence v gynekologii

Sekundární prevence znamená pravidelné roční preventivní gynekologické prohlídky žen. Přesto, že jsou prohlídky placeny zdravotními pojišťovnami, mnoho žen tuto prevenci podceňuje a k prohlídkám se dostavuje až při výskytu příznaků, obvykle pokročilejšího onemocnění. Sekundární prevenci mohou pozitivně ovlivnit také praktičtí lékaři, kteří mají sledovat v rámci pravidelných 2letých kontrolních prohlídek, zda ženy absolvovaly gynekologické vyšetření. (Dörr, 2005)

Preventivní opatření:

- a) *vakcinace proti HPV* – dříve nepředstavitelná věc se v současné době stává realitou. Jedna z prvních vakcín proti rakovině čípku děložního, kterou vědci vyvinuli, se nyní testuje v České republice. Preventivní očkování dvanácti a třináctiletých dívek (a přeočkování ve věku 18 let) by mělo téměř stoprocentně ochránit před infekcí dvěma typy papilomavirů (typu 16 a 18), které zhoubné nádorové onemocnění vyvolávají nejčastěji. Celoplošné očkování by bylo zatím nesmírně drahé a podle vědců k němu není důvod.

K přípravě této experimentální vakcíny vedlo na počátku 90.let minulého století zjištění, že bílkovina, kterou je tvořen obal papilomavirů, je schopná spontánně vytvářet tzv. viru podobné částice (pseudoviry), které nenesou virovou genetickou informaci (DNA), a nejsou tedy schopny vyvolat tvorbu nádoru. Jsou vysoce imunogenní, to znamená, že po vpravení do organismu vyvolávají tvorbu vysokých hladin protilátek, jež zabrání infekci příslušným typem viru.

V naší republice byla ministerstvem zdravotnictví zřízena komise pro očkování proti papilomavirům spolupracující s Národní referenční laboratoří pro papilomaviry při Ústavu hematologie a krevní transfuze. Výsledky očkování bude třeba pečlivě sledovat po dobu nejméně deseti let, což bude vyžadovat velmi úzkou spolupráci mezi virology, gynekology, onkology a epidemiology. (www.prevencenadoru.cz)

- b) preventivní gynekologické prohlídky (screeningové programy)** – Podle platných vyhlášek (č. 56/1997 Sb. a novel č. 183/2000 Sb. a 372/2002 Sb. v platném znění) jsou veřejnosti zatím nabízeny dílčí preventivní onkologická vyšetření hrazená ze zdravotního pojištění u praktického lékaře, stomatologa a gynekologa (viz. Příloha č. 2). (Hrubá, 2001)

Podle návrhů onkogynekologické sekce by se měl screening provádět ve dvou skupinách běžné populace takto: **ve věkové skupině mladší 35 let**, kde je základní screeningovou metodou onkologická cytologie (viz. dále 3.6). První cytologie má být provedena při první návštěvě gynekologa, interval vyšetření při negativitě cytologického vyšetření je doporučen 3 roky. Test na rizikové kmeny lidského papilomaviru (HR HPV) není doporučen.

Ve skupině žen ve věkové kategorii 35 let a více je doporučovaným vyšetřením onkologická cytologie a HR-HPV vyšetření prováděné při negativitě výsledků po 5. letech do 50.let věku a dále pouze standardní gynekologické kontroly.

Nálezy jiné než negativní je nutno dispenzarizovat individuálním postupem podle charakteru nálezu. (Kalábová, 2002)

- c) ošetření po porodu** – dříve neprováděné ošetření hrdla děložního po porodu je dnes rutinní součástí ošetření porodních cest. Neošetřené poranění čípku je rizikem pro pozdější vznik lézí. (viz. str. 11 Parita)

3.4 Příznaky nádorového onemocnění

Příznaky nádorového onemocnění čípku děložního jsou pozdní. Z relativně časných příznaků se tradičně udává *postkoitální krvácení* (tj. krvácení po pohlavním styku). To však provází jakoukoliv lézi čípku a karcinom je jeho příčinou jen v malém množství případů. To však neznamena, že postkoitální krvácení není jasnou indikací k neodkladnému gynekologickému vyšetření. Charakterističtější může být *putridně páchnoucí vodnatý výtok*. (Čepický, 2003)

Počáteční fáze onemocnění nemá výrazné projevy. S postupem choroby se přidávají výraznější projevy *krvácení* (po stolici, při zapojení břišního lisu). *Bolesti* v křížové krajině a podbřišku a urologické komplikace (*hematurie* z prorůstání tumoru do močového měchýře, vezikovaginální nebo retrovaginální píštěl), jsou známkou velmi pokročilého nádorového procesu. První známkou však může být také *ileofemorální trombóza* způsobená jak mechanickou kompresí, tak trombotickou diatézou provázející maligní onemocnění. (Kalábová, 2003)

Velmi vzácně se může pacientka prezentovat symptomy generalizované choroby, jako je urémie, zvětšené nadklíčkové a tříselné uzliny, hepatomegalie, otoky dolních končetin nebo příznaky ze vzdálených metastáz. (Karešová, 2006)

3.5 Typy nádorového onemocnění

V průběhu života ženy děložní hrdlo a jeho epitelový povrch prochází řadou změn, na jejichž podkladě mohou vznikat prekancerózy a posléze i zhoubné nádory. Poznatky o patogenezi prekanceróz a invazivních karcinomů z posledních 30 let umožňují nový pohled na toto onemocnění. (Citterbart, 2001)

3.5.1 Nenádorové změny a nezhoubné nádory

Ovula Nabothi jsou častým nálezem na děložním hrdle. Vznikají v oblasti transformační zóny sekundárně dlaždicovou metaplazií, kdy dlaždicový epitel uzavře endocervikální krypty, ve kterých mucinózní epitel produkuje hlen.

Endometrióza tvoří většinou modravě prosvítající cystičky pod dlaždicovým epitelem cervixu.

Endocervikální polyp je nejčastější benigní „nádor“ na děložním hrdle. Jde o protruzi endocervikálních žlázek s dlaždicovou metaplazií na povrchu. Makroskopicky je to stopkatý útvar velikosti několika milimetrů až centimetrů vyčnívající z děložního hrdla. Nejčastěji se vyskytuje ve čtvrté až šesté dekádě života ženy. Terapií je abtorze nebo elektroexcize stopky (viz. dále).

Deciduální polyp (pseudopolyp) - v průběhu těhotenství probíhají v epitelu cervikální sliznice i ve stromatu deciduální změny, které se mohou projevit jako dobře prokrvené polypy, dlouhé i několik centimetrů, které mohou krvácet. Kolposkopicky nebo bioticky je nutno polyp odlišit od karcinomu.

Cervikální leiomyom při růstu může deformovat hrdlo nebo růst do kanálu a “rodit“ se hrdlem. Histologicky, klinicky léčebně se neliší od problematiky myomů děložního těla. (Citterbart, 2001)

3.5.2 Prekancerózy děložního čípku

Cervikální intraepiteliální neoplazie (CIN) jsou předrakovinné dysplastické (neoplastické) změny dlaždicovitého a/nebo žlázového epitelu různých stupňů. Jejich histopatologickým podkladem je stratifikace epitelu a změny buněčné morfologie. (viz. Příloha č. 5) (Kotršová, 2003)

- **Prekancerózy dlaždicovitého epitelu** – mezi ně řadíme lehké léze (v kolposkopii a cytologii LSIL = Low Grade Squamous Intraepithelial Lesions), střední stupně, těžké a karcinom in situ (CIS nebo HSIL = High Grade Squamous Intraepithelial Lesions). Kolposkopicky hodnotitelé epiteliální změny tvoří pestré obrazy barevných, povrchových a cévních abnormalit odpovídajících závažnosti léze. Dělí se na:

1. **CIN 1** – lehká intraepiteliální neoplazie s postižením jedné třetiny epitelu a tendencí k regresi
2. **CIN 2** – intraepiteliální neoplazie středního stupně, postihující polovinu epitelu s tendencí k progresi nálezu, zvláště v případě vysoce rizikové HPV positivity.

3. **CIN 3** – těžká intraepiteliální neoplazie, postihuje dvě třetiny až celou šíří epitelu s jednoznačnou tendencí k progresi.
 4. **CIS** – karcinom in situ s vystupňovanými neoplastickými změnami. Od invazního karcinomu se liší tím, že nepřesahuje bazální membránu a jeho buněčná jádra neobsahují jadérka.
- **Prekancerózy žláзовého epitelu** – jsou velmi obtížně diagnostikovatelné jak kolposkopicky (endocervikální uložení) tak cytologicky i histopatologicky (častá pod- a nadhodnocení nálezu). Cytologický nález je většinou popsán jako žlásová atypie (AGC, AGC-N, případně jako suspektní adenokarcinom). (Kotršová, 2003)

3.5.3 Zhoubné nádory čípku děložního

Invazivní karcinom děložního hrdla má tendenci šíření hlavně lokální progresí do děložního těla, pochvy, a do parametrií. Metastazuje lymfatickou cestou, jen vzácně hematogenně. Lymfogenní metastazování nastává poměrně záhy. Prorůstání do okolních orgánů, jako jsou rektum či uretra, je problémem hlavně u pokročilých případů a u recidiv onemocnění. (Kokeš, 2002)

Podle histopatologické skladby se dělí :

- *Spinoceulární karcinomy* 60-80 %
- *Adenokarcinomy* 15-20 %
 - Intestinální adenokarcinomu 5 %
 - Endometriální adenokarcinom 5-10 %
 - Adenokarcinom ze světlých buněk 3 %
 - Seriózní adenokarcinom velmi vzácný
 - Mezonefrický adenokarcinom velmi vzácný
- *Ostatní epitelové nádory* raritní
 - Adenoskvamozní karcinom
 - Mukoepidermoidní karcinom

- *Mezenchymové a smíšené nádory* rarity
 - Leimyosarkom
 - Embryonální rhabdomyosarkom

TNM klinická klasifikace

V současné době se pro karcinom děložního čípku používá klasifikační systém TNM (T= rozsah primárního nádoru, N= nepřítomnost či přítomnost a rozsah v regionálních místních uzlinách, M= nepřítomnost či přítomnost vzdálených metastáz). Paralelně se používá klasifikace FIGO, přičemž obě klasifikace jsou snadno převoditelné jedna ve druhou (viz. Příloha č. 3). (Petruželka, 2003)

Klasifikace se používá pouze pro karcinomy. Diagnóza by měla být histologicky ověřena.

Postupy ke stanovení klasifikace T, N a M:

T: Klinické vyšetření, cystoskopie (není nutná u Tis) a zobrazovací metody včetně urografie.

N: Klinické vyšetření a zobrazovací metody včetně urografie a lymfografie.

M: Klinické vyšetření a zobrazovací metody.

3.5.4 Metastáze

Hlavní cestou šíření jsou lymfatické cévy. Lymfogenně metastazují ZN děložního hrdla poměrně záhy. Již při invazi více než 1mm je riziko postižení regionálních pánevních lymfatických uzlin, které s hloubkou invaze v děložním hrdle strmě stoupá. Hematogenně se šíří později a méně často. Prorůstání do okolních orgánů (uretra, rektum) nebývá časté, ale je problémem u pokročilých primárně zanedbaných případů a recidiv onemocnění. (Citterbart, 2001)

3.6 Stanovení diagnózy

Nádor se téměř vždy zjistí při náhodné gynekologické prohlídce. Při preventivní prohlídce se nepátrá po nádoru, nýbrž po přednádorových stavech, dysplaziích. Nález karcinomu při preventivní prohlídce znamená již selhání prevence.

(Čepický, 2003)

Diagnostika spočívá v bedlivém gynekologickém vyšetření. Při klinickém vyšetření zrcadlech je možné rozpoznat jen pokročilé stavy. Proto je nutné při každém gynekologickém vyšetření provádět i vyšetření kolposkopické a cytologické. Vyšetření je vždy nutné doplnit palpačním vyšetřením, a to jak pochvou, tak konečníkem. V případě podezřelého nálezu je nutné provést biopsii a histologické vyšetření. Biopsii provádíme excizní, exkochleací, nebo konizací. V případě histologicky verifikovaného nebo klinicky evidentního nálezu zhoubného novotvaru se provádí další vyšetření, která jsou nezbytná ke stanovení rozsahu onemocnění – klinického stádia. Patří k nim RTG plic, cystoskopie a rektoskopie, ultrazvukové vyšetření ledvin, CT vyšetření malé pánve, případně i intravenózní vylučovací urografie. Na podkladě histologického a klinického nálezu je teprve možno stanovit stádium, rozsah onemocnění, které je nezbytným prvním krokem ke stanovení správné strategie léčby. (Petruželka, 2003)

Kolposkopie je nezbytné základní vyšetření pomocí optického přístroje kolposkopu, vybaveného bodovým zdrojem světla, umožňujícím pracovat s lupovým zvětšením 6- až 40krát. Vyšetření dolního genitálního traktu probíhá prohlédnutím zevních rodidel, pak zavedením gynekologických zrcadel do pochvy, prohlédnutím poševních stěn a případným odebráním stěrů k mikrobiologickému a/nebo cytologickému vyšetření.

Vlastní examinace děložního čípku začíná nativně, je možné opět provést mikrobiologické odběry (kultivace, chlamydiový antigen, myko- a ureaplazma). Pak následuje vyšetření po aplikaci tří- až pětiprocentního roztoku kyseliny octové, který rozpustí hlen, benigní žlázový a metaplastický epitel zbělají, zvýrazní se patologické epiteliální změny. Podle nálezu se přistoupí k odběru onkologické cytologie. Používá se zásadně kombinace náběru z endocervixu TZ kartáčkem (cytobrush), případně doplněného odběrem k typizaci HPV, a stěru z povrchu čípku pomocí vatové štětičky. Získaný buněčný materiál je ihned nanesen na označené sklo a neprodleně fixován v 96% etanolu. Kolposkopické vyšetření je ukončeno Schillerovou zkouškou – potřením cervixu Lugolovým (jodovým) roztokem. Zdravý dlaždicový epitel obsahující glykogen se zbarví hnědě (je jodopozitivní). (Kotršová, 2003)

Digitální cervikografie je metoda, kterou zavedl prof. Štafl v USA. Pomocí speciálního fotografického zařízení je zhotoven snímek čípku a nález vyhodnocuje vyškolený pracovník s licenci. (Citterbart, 2001)

Panuje názor, že samotné hodnocení onkologické cytologie podle Papanicolaou nepředstavuje dostatečnou metodu pro screening cervikálního karcinomu. Hlavní předností digitální cervikografie je to, že vyšetřující hned vidí, zda je záběr uspokojivý, dále je snímek možné poslat e-mailem kamkoliv do světa na vyhodnocení, doba nutná k vyšetření je mnohem kratší a obraz je možné hodnotit na počítačovém monitoru. Snímek je možné uchovat v počítači, na disketě nebo CD. Ve spojení s cytologií představuje cervikografie možnou senzitivní a finančně výhodnou alternativu pro detekci cervikálního karcinomu. (Štafl, 2003)

Onkologická cytologie – odběr provedený vatovou tyčinkou nebo kartáčkem je ihned valivým pohybem přenesen na označené sklo a zafixováno. V cytologické laboratoři by měly být preparáty obarveny polychromem podle Papanicolaou a zamotány průhledným tekutým médiem a/nebo krycím sklem. Následuje hodnocení stěru pod světelným mikroskopem – nejprve screening provedený erudovaným cytotechnikem, sporné a závažné nálezy jsou předány k hodnocení vedoucímu laboratoře, který učiní definitivní závěr podle Bethesda systému 2001. Laboratoř předá zprávu ihned odesílajícímu gynekologovi. Pacientkám s podezřením na prekancerózu vyššího stupně nebo karcinom je doporučeno vyšetření a bioptické ověření v COP. (Kotršová, 2003)

HR-HPV testace – typizace rizikových skupin virů je dnes možné provést rutinně a je pro screening perspektivní. Testace ale nemohou nahradit cytologii a kolposkopii. (Citterbart, 2001)

Biopsie je histopatologické vyšetření tkáně, které definitivně potvrdí závažnosti prekancerózy nebo invazivního karcinomu. K odběru je možné použít různé techniky: (viz. Příloha č. 4)

- a) *minibiopsie* (punch biopsie) provádíme speciálními kleštěmi pod kolposkopickou kontrolou z exocervixu, rozsah tkáně získané odběrem je dán velikostí bioptických kleští
- b) *cilená excize skalpelem* je vytětí suspektní tkáně pod kolposkopickou kontrolou. Velikost excize určuje operatér podle nejzávažnější léze

- c) *kyretáž* provádíme ostrou kyretou z endocervikálního kanálu
- d) *konizace* (skalpelem, nůžkami, laserem nebo radiofrekvenční kličkou, tzv. LEEP techniky) umožňuje nejreprezentativnější vyšetření léze, nemůže však nahrazovat cytologii a kolposkopii a není vhodná u jasných invazivních karcinomů (Citterbart, 2001)

Doplňující vyšetření – při potvrzení nádoru následuje vyšetření k upřesnění rozsahu nemoci a vyloučení vzdálených metastáz. Vyšetřovací postup zahrnuje laboratorní vyšetření, cystoskopii, rektoskopii, kolonoskopii, RTG plic, intravenózní urografii, CT nebo MRI břicha a pánve.

Nádorové markery (TM) – základním markerem pro cervikální karcinom je SCC (Squamous Cell Carcinoma Antigen). Jeho zvýšení je v pokročilých stádiích popisováno až v 80%. Doplnujícími markery jsou CYFRA a CEA (hlavní marker adenokarcinomu děložního hrdla). Sledování TM je přínosné zejména v rámci dispenzarizace. (Kalábová, 2003)

3.7 Léčba

Při histologickém potvrzení nádoru se provádí kromě komplexního vyšetření a běžné laboratoře standardně RTG plic, cystoskopie, vylučovací urografii interní vyšetření ke zhodnocení únosnosti pacientky k další léčbě, především při uvažovaném operačním výkonu. Je nutné hodnotit všechny rizikové faktory, především somatický stav pacientky, její věk reálný a biologický, hmotnost, výšku a z toho plynoucí BMI (body-mass index) a další případná onemocnění pacientky interního charakteru.

Rozhodující pro operabilitu je staging onemocnění – do stadia T2a je základní léčbou nádoru léčba chirurgická, pak radioterapie a chemoterapie. (Kokeš, 2002)

3.7.1 Terapie prekanceróz

U lehkých dysplazií (LG SIL) je důležité pravidelné sledování případného vývoje nálezu čípku, při progresi se postupuje s ohledem na věk, paritu a závažnost nálezu.

Terapeutické operace:

- *konizace* (viz. stanovení diagnózy) - kuželovité vytěti chorobného ložiska studeným nožem, elektrickou kličkou nebo laserem,
- *amputace* (u rozsáhlých a těžkých nálezů – už méně užívaná) – mladých žen plánujících graviditu se při nálezu dysplazie těžkého stupně (HG SIL) či carcinoma in situ provádí supravaginální amputace čípku děložního,
- *hysterektomie* - podle závažnosti zjištěné léze, věku, parity a případných sdružených indikací
- *diatermokoagulace a kryochirurgické ošetření* se dnes používány jen pro případy chronických cervicitid – okrsky benigního žlázového epitelu na povrchu čípku. (Kotršová, 2003)

Současně s výzkumem vakcíny proti HPV, zjišťují vědci také její možný účinek v oblasti terapie. Bohužel ještě nedošli k úspěšnému závěru. To bude předmětem dalšího mnohaletého intenzivního bádání. (www.prevencenadoru.cz)

3.7.2 Terapie zhoubných nádorů čípku děložního

Chirurgická léčba – je řešena podle stádia onemocnění a zájmu zachování možnosti následného těhotenství (Kokeš, 2002)

Časná stádia

- **T1a** plánuje těhotenství – *konizace hrdla*
neplánuje těhotenství – *hysterektomie*

- **T1a2, T1b1, T1b2, T2a**
 - *laparoskopická lymfadenektomie s radikální vaginální hysterektomií*
 - *laparoskopická lymfadenektomie s tracheoplastikou* (přání těhotenství- transportace adnex nad úroveň malé pánve, při předpokládané následné aktinoterapii)
 - *aktinoterapie* – brachyradioterapie + teleradioterapie při vysokém operačním riziku

Pozdní stádia

- **T2b, T3a, T3b** - kombinace *brachyradioterapie* + *teleterapie*

- *aktinoterapie*

- **T4** - volí se individuální postup podle stavu a nálezu

- aktinoterapie a chemoterapie.

Radioterapie – kombinací zevního (teleterapie) a intrakavitárního ozáření

(brachyterapie) se dosáhne potřebného ozáření oblasti primárního nádoru čípku, dělohy, paracervikálních tkání, vaginálních kleneb a lymfatického systému malé pánve.

Brachyterapie - užívá se afterloadingový systém aplikace. Zavádí se prázdné aplikátory a teprve po kontrole jejich správného umístění se aktivuje automatické zavedení zdrojů záření umístěné ve speciálním trezoru. Samotná léčba brachyterapií přichází v úvahu pouze u stádií T1a1 až T1a2 a T1b1 za situací, kdy nebylo možné provést operační výkon. (viz. Příloha č. 6)

Zevní ozáření malé pánve – teleterapie - cílem je zničení maligních buněk v oblasti parametrií a ve spádovém lymfatickém systému.

Zajišťovací pooperační radioterapie - při neadekvátních operačních výkonech, objemných nádorech, při postižení poševní manžety a metastatickém postižení lymfatických uzlin pánevní oblasti. (Kalábová, 2003)

Chemoterapie – má u karcinomu děložního čípku limitované možnosti.

Konkominantní chemoradioterapie – kombinovaná léčba radioterapií se současnou aplikací cytostatik- je používána zejména u stádií T2b a T3. Tato metoda vykazuje kladný vliv na dlouhodobé přežití pacientek, současně se však zvyšuje počet nežádoucích účinků.

Neoadjuvantní chemoterapie – se používá u neoperabilních pacientek s cílem dosáhnout operability.

Paliativní chemoterapie – je jí dosahováno kolem 30 % léčebných odpovědí v případě extrémně pokročilých karcinomů čípku děložního. Ty jsou však na cytostatika primárně málo citlivé. Největší účinek prokázali cisplatina, ifosfamid, karboplatina a bleomycin.

Léčba recidiv – léčebná strategie závisí na celkovém stavu pacientky, typu recidivy nebo postiženém vzdáleném orgánu a použité předchozí léčebné metodě.

3.7.3 Sledování po léčbě a prognóza onemocnění

Po ukončení léčby je pacientka sledována při pravidelných kontrolách na specializovaném pracovišti v prodlužujících se intervalech. 1. a 2. rok každé 3 měsíce; 3., 4. a 5. rok každých 6 měsíců; poté každý 1rok. Součástí kontrol je standardně kompletní gynekologické vyšetření, vyšetření na tumor markery, v 1.roce ultrasonografie malé pánve, ledvin, krevní obraz, biochemie včetně reálních funkcí, opakované 1x ročně. Mamografie po 40letech á 1-2 roky. Další vyšetření se provádí pouze dle symptomatologie a klinické indikace (CT, RTG srdce a plic atd.).

Ženy po konzervativní operaci jsou pravidelně gynekologicky vyšetřovány, včetně kolposkopické a cytologické kontroly cca 3 měsíce/ 1.rok, cca 4 měsíce/ 2. a 3. rok a cca 6 měsíců dále. (Kokeš, 2002)

Prognóza onemocnění závisí zejména na pokročilosti onemocnění. U preinvazivních karcinomů, *ca in situ*, je vyléčení možné ve 100% případů. U pokročilejších stádií je pětileté přežití podstatně nižší. U stádia I. je přibližně 82 %, u stádia II. 61 %, u stádia III. 37 % a u stádia IV. 12 %. Nebereme-li rozdělení pacientek do stádií, je sumární pětileté přežití kolem 60 %. (Petruželka, 2003)

3.8 Úloha sestry v nádorové prevenci

Zdravotní sestra, která je nejbližší spolupracovnicí lékaře, bývá jak s pacientem, tak s jeho rodinou v podstatně užším kontaktu. Zejména v preventivní činnosti, kdy se podílí na informování lékaře o nádorových rizicích u pacientů, ale i na instruování pacientů, pokud jde o správnou životosprávu, zvládání nezdravých návyků, samovyšetřování (např. prsu, kůže, ústní dutiny atd.) a upozornění na varovné příznaky vzniku nádorových onemocnění, hraje svou nezastupitelnou roli. Organizuje ve spolupráci s lékařem komplexní preventivní prohlídky, podílí se v rámci své kompetence na potřebném dalším vyšetření, na sledování pacientů a na edukaci, zaměřené na příznivé ovlivnění jejich zdravotního stavu. V rámci

sekundární prevence pozoruje lékaře na výskyt varovných známek onkologických onemocnění u pacientů a členů jejich rodiny a podílí se na zajišťování všech potřebných vyšetření a informování o screeningových vyšetřeních (např. vyšetření stolice na okultní krvácení, mamografické vyšetření a screeningové vyšetření v rámci gynekologického vyšetření). Tohle vše je bohužel obrázek vyspělých zemí.

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

Ošetrovatelské intervence

- Diskutujte s ženami o problematice nádorového onemocnění čípku děložního.
- Věnujte pozornost ženám už v mladším věku, objasňujte problematiku vlivu sexuálního chování, osobní hygieny a bariérových metod antikoncepce.
- Vysvětľujte ženám význam screeningového vyšetření a pravidelných preventivních prohlídek.
- Ved'te záznamy o pravidelných návštěvách gynekologa u všech žen mezi 25.-70. rokem života.
- Ved'te záznamy o případném výskytu nádorových onemocnění v rodinách klientek.
- Věnujte zvýšenou pozornost ženám s mnohočetným výskytem nádorových onemocnění v rodině.
- Diskutujte s ženami o jejich životním stylu a způsobu stravování.
- Zdůrazněte negativní vliv kouření a používání alkoholu na vznik nádorových onemocnění.
- Zajistěte dostatek propagačních materiálů, letáků, brožůrek a plakátů tak, aby byly informovány všechny klientky vašeho zařízení.

(Hrubá, 2001)

4 METODIKA

Pro zpracování své bakalářské práce jsem použila dotazníkovou metodu. Tento způsob výzkumu slouží k zjištění znalostí o prevenci nádorového onemocnění čípku děložního u žen různých věkových kategorií. Dalším kritériem byl typ gynekologické ambulance, do které respondentky chodí na pravidelné preventivní prohlídky. Získané informace jsou anonymní a s touto skutečností byly seznámeny respondentky i lékaři ambulancí, ve kterých byl výzkum prováděn.

Dotazník (viz. Příloha č. 1) začíná úvodním oslovením respondentek, představení mne a mnou studovaného oboru a seznámením s důvodem mého výzkumu.

Dotazník se skládá z 15 otázek, z čehož 14 otázek je uzavřených - respondentky mohly zakroužkovat více možností nebo odpovědět Ano - Ne. Otázka č. 3 je otevřená - respondentky odpovídaly písemně.

Otázky 1 až 3 jsou zaměřeny na získání informací ohledně věku respondentek a typu ambulance, do které respondentky chodí na preventivní prohlídky.

Otázky 4 až 10 se zaměřují na informovanost žen ohledně preventivních gynekologických prohlídek, pravidelnosti a důvodech návštěv gynekologa, součástí preventivní prohlídky a roli gynekologa a zdravotní sestry v těchto otázkách.

Ostatními otázkami zjišťuji znalost preventivních opatření, rizikových faktorů, příznaků onemocnění, zdroje informací a názor respondentek na jejich dostatečnost.

Dotazníkovou metodou jsem oslovila respondentky v 5-ti věkových kategoriích, a to 15-25 let, 26-35 let, 36-45 let, 46-55 let a 56-65let. Uvedené věkové kategorie jsem zvolila proto, že prevence nádorového onemocnění se týká všech žen ve kterémkoliv věku a zároveň mě zajímaly rozdíly v informovanosti žen podle věku.

Dále jsem zjišťovala jaký je rozdíl mezi informovaností žen a typem gynekologické ambulance, kterou navštěvují. Oslovila jsem proto gynekology v mém rodném městě, Hranicích (na Moravě). Město s cca 20 000 obyvateli má tři gynekologické ambulance – jedna ambulance v rámci Nemocnice Hranice a.s., ve které působí tři gynekologové, a dvě soukromé ambulance, z toho jedna specializovaná i pro dětskou gynekologii. V případě mé práce jsem nemusela podávat žádost o umožnění dotazníkové akce v nemocnici ani v obou soukromých ambulancích.

Celkem odpovědělo 150 respondentek. Každou věkovou kategorií zastupovalo 30 respondentek a typ gynekologické ambulance 75 respondentek.

Všechny výsledky byly zpracovány tabulkovým editorem MS Office Excel 2003 do tabulek a grafů.

5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

5.1 Zhodnocení otázek

Celkem jsem rozdala 203 dotazníků a návratnost byla 77,34 %. Z důvodu špatného vyplnění nebylo 7 dotazníků zařazeno do analýzy. Pro výzkum jsem tedy použila 150 dotazníků.

Pro srozumitelnější zpracování výsledků a lepší orientaci jsem vyhodnotila každou otázku zvlášť s ohledem na věkovou kategorii a typ ambulance gynekologa, ke kterému respondenty docházejí na preventivní prohlídky.

5.2 Analýza otázek

Otázka č. 1 – Kolik je Vám let?

Respondentky jsem rozdělila do pěti věkových kategorií a všechny kategorie jsou zastoupeny 30 respondentkami. (viz. tabulka č. 1)

Tab. č. 1 Věkové složení respondentek

Věk	Počet	%
15-25 let	30	20,00%
26-35 let	30	20,00%
36-45 let	30	20,00%
46-55 let	30	20,00%
56-65 let	30	20,00%
Celkem	150	100,00%

Otázka č. 2 – Typ ambulance

Pro svou práci jsem dotazníkovou metodou oslovila 150 respondentek – 75 docházejících do soukromé gynekologické ambulance a 75 docházejících do gynekologické ambulance v rámci nemocnice. (viz. tabulka č. 2)

Tab. č. 2 Věkové složení respondentek vzhledem k typu ambulance jejich gynekologa

Věk/ typ ambulance	Amb. v nemocnici		Soukromá amb.		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
15-25 let	15	10,00%	15	10,00%	30	20,00%
26-35 let	15	10,00%	15	10,00%	30	20,00%
36-45 let	15	10,00%	15	10,00%	30	20,00%
46-55 let	15	10,00%	15	10,00%	30	20,00%
56-65 let	15	10,00%	15	10,00%	30	20,00%
Celkem	75	50,00%	75	50,00%	150	100,00%

Otázka č. 3 – V kolika letech jste byla poprvé u gynekologa?

Tato otázka byla otevřená s možností písemné odpovědi.

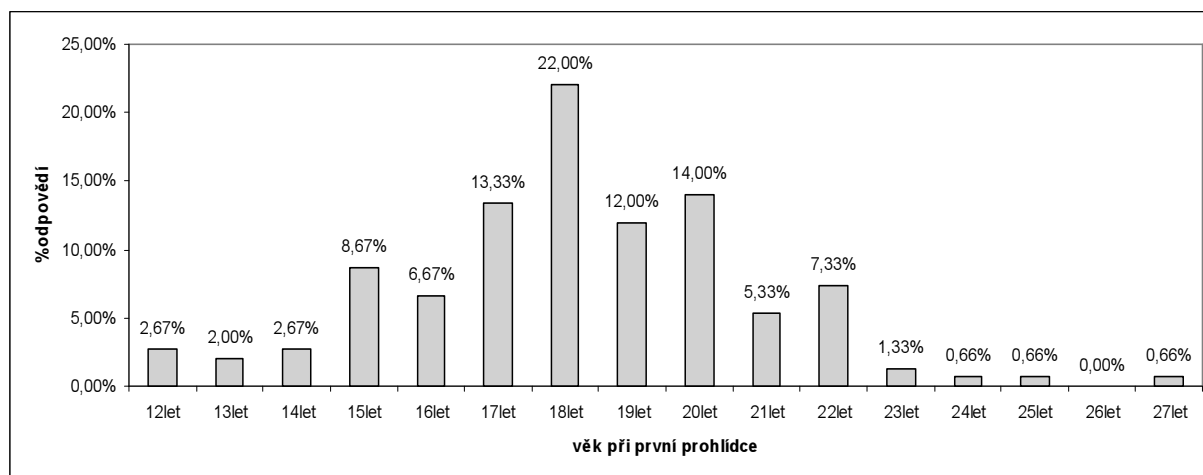
Podle vyhlášky ministerstva č. 56/1997 Sb. (novelizováno vyhláškami č. 183/2000 Sb., 372/2002 Sb.) se první preventivní prohlídka provádí v 15 letech dětským gynekologem (viz. Příloha č. 2).

V případě gynekologických ambulancí v rámci nemocnice i soukromích ambulancí šlo na první prohlídku nejvíce žen, tedy 22,00 %, v 18 letech. Jedná se zejména o ženy ve věkové kategorii 26-35 let. V 15 letech bylo na prohlídce jen 8,67 % ze všech dotazovaných. (viz. tabulka č. 3 a graf č. 1) Otázka souvisí s otázkou č. 4. (viz.níže).

Tab. č. 3 Věk, ve kterém byly respondenty poprvé na gynekologické prohlídce

Věk / věk při první prohlídce	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
12let	1	3,33%	1	3,33%	1	3,33%	1	3,33%	0	0,00%	4	2,67%
13let	2	6,66%	0	0,00%	1	3,33%	0	0,00%	0	0,00%	3	2,00%
14let	4	13,33%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	4	2,67%
15let	4	13,33%	4	13,33%	4	13,33%	1	3,33%	0	0,00%	13	8,67%
16let	2	6,66%	3	10,00%	3	10,00%	1	3,33%	1	3,33%	10	6,67%
17let	7	23,33%	4	13,33%	3	10,00%	5	16,66%	1	3,33%	20	13,33%
18let	6	20,00%	9	30,00%	4	13,33%	7	23,33%	7	23,33%	33	22,00%
19let	4	13,33%	4	13,33%	6	20,00%	3	10,00%	1	3,33%	18	12,00%
20let	0	0,00%	3	10,00%	3	10,00%	8	26,66%	7	23,33%	21	14,00%
21let	0	0,00%	1	3,33%	2	6,66%	2	6,66%	3	10,00%	8	5,33%
22let	0	0,00%	0	0,00%	3	10,00%	2	6,66%	6	20,00%	11	7,33%
23let	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	6,66%	2	1,33%
24let	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	3,33%	1	0,66%
25let	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	3,33%	1	0,66%
26let	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
27let	0	0,00%	1	3,33%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,66%
celkem	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	150	100,00%

Graf č. 1 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 3 vzhledem k věku



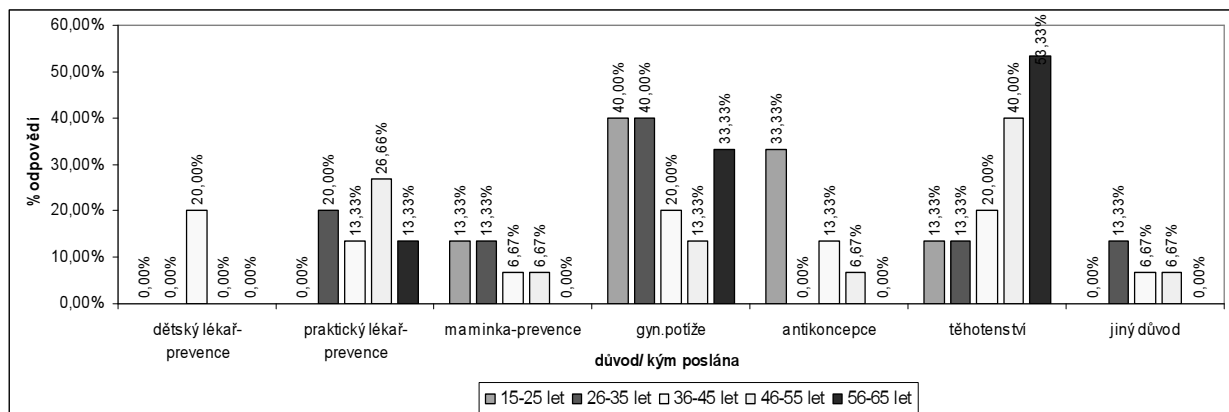
Otázka č. 4 – Z jakého důvodu jste šla poprvé ke gynekologovi?

Tuto otázku jsem v respondentkám položila pro zjištění, jakou roli hrála prevence při jejich první návštěvě u gynekologa. V případě respondentek z ambulancí, které jsou v rámci nemocnice, šlo 29,33 % žen na první prohlídku z důvodu gynekologických potíží. A to zejména ženy ve věkových kategoriích 15-25 let a 26-35 let. V rámci prevence šlo 26,66 % žen z věkové kategorie 46-55let, které byly poslány svým praktickým lékařem. V rámci prevence bylo celkově poprvé na prohlídce v ambulanci v rámci nemocnice 36,66 % žen. (viz. tabulka č. 4 a graf č. 2)

Tab. č. 4 Důvod první návštěvy gynekologa - ordinace v rámci nemocnice

věk / důvod - kým poslána	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
dětský lékař - prevence	0	0,00%	0	0,00%	3	20,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	4,00%
prakt. lékař - prevence	0	0,00%	3	20,00%	2	13,33%	4	26,66%	2	13,33%	11	14,66%
maminka- prevence	2	13,33%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%	6	8,00%
gyn.potíže	6	40,00%	6	40,00%	3	20,00%	2	13,33%	5	33,33%	22	29,33%
antikoncepce	5	33,33%	0	0,00%	2	13,33%	1	6,67%	0	0,00%	8	10,66%
těhotenství	2	13,33%	2	13,33%	3	20,00%	6	40,00%	8	53,33%	21	28,00%
jiný důvod	0	0,00%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%	4	5,33%
celkem	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	75	100,00%

Graf č. 2 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 4 vzhledem k věku

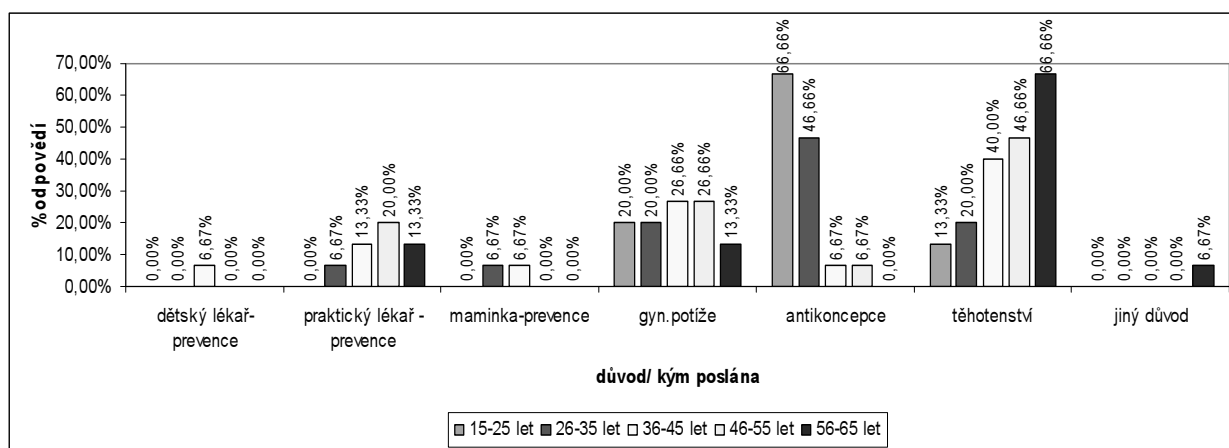


V případě respondentek ze soukromých ambulancí, šlo 37,33 % žen na první prohlídku ke gynekologovi z důvodu těhotenství - zejména respondenty z věkové kategorie 56-65 let. Z důvodu gynekologických potíží šlo na prohlídku 25,33 % žen. V rámci prevence bylo praktickým lékařem posláno 20,00 % žen z věkové kategorie 46-55 let. V rámci prevence bylo celkově poprvé u soukromého gynekologa 14,67 % žen. (viz. tabulka č. 5 a graf č.3)

Tab. č. 5 Důvod první návštěvy gynekologa – soukromé ambulance

věk / důvod - kým poslána	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
dětský lékař - prevence	0	0,00%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,33%
prakt. lékař - prevence	0	0,00%	1	6,67%	2	13,33%	3	20,00%	2	13,33%	8	10,67%
maminka- prevence	0	0,00%	1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%	2	2,67%
gyn.potíže	3	20,00%	3	20,00%	4	26,66%	4	26,66%	2	13,33%	16	21,33%
antikoncepce	10	66,66%	7	46,66%	1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%	19	25,33%
těhotenství	2	13,33%	3	20,00%	6	40,00%	7	46,66%	10	66,66%	28	37,33%
jiný důvod	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	6,67%	1	1,33%
celkem	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	75	100,00%

Graf č. 3 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 5 vzhledem k věku



Otázka č. 5 - Jak pravidelně chodíte ke svému gynekologovi na preventivní prohlídky?

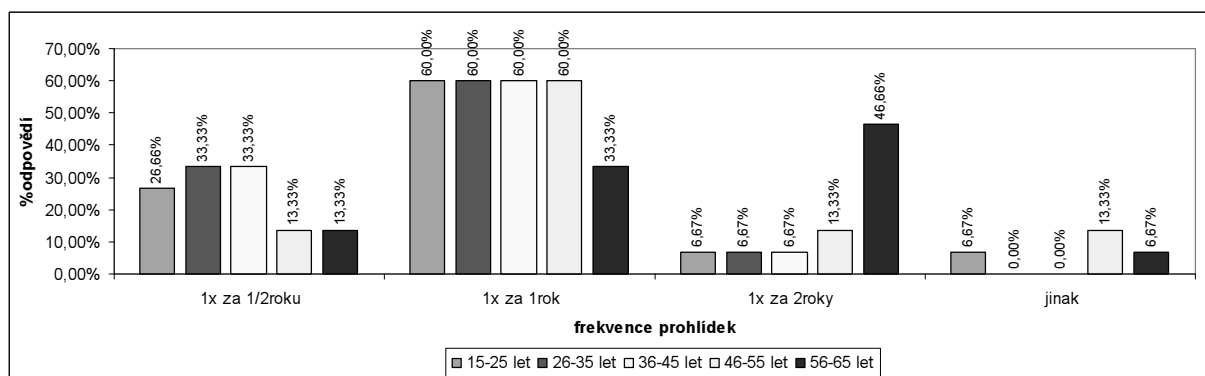
Podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek (novelizováno vyhláškami č. 183/2000 Sb., 372/2002 Sb.) jsou preventivní gynekologické prohlídky 1x ročně hrazeny zdravotní pojišťovnou (viz. Příloha č. 2).

Tato otázka zjišťuje jak pravidelně ženy chodí na preventivní prohlídky ke gynekologovi do ambulancí v rámci nemocnice. 54,67 % žen chodí pravidelně 1x do roka – především ve věkových kategoriích 15-25 let, 26-35 let, 36-45 let a 46-55 let se zastoupením 60,00 % ve všech těchto kategoriích. 24,00 % žen chodí na prohlídky (preventivní?) 1x za půl roku, 16,00 % žen 1x za 2 roky a to zejména z věkové kategorie 56-65 let se zastoupením 46,66 %. Jinou frekvenci návštěv udává 5,33 % žen – a to většinou z důvodu gynekologických potíží. (viz. tabulka č. 6 a graf. č. 4)

Tab. č. 6 Frekvence preventivních prohlídek - ambulance v rámci nemocnice

věk/ frekvence prohlídek	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
1x za 1/2roku	4	26,66%	5	33,33%	5	33,33%	2	13,33%	2	13,33%	18	24,00%
1x za 1rok	9	60,00%	9	60,00%	9	60,00%	9	60,00%	5	33,33%	41	54,67%
1x za 2roky	1	6,67%	1	6,67%	1	6,67%	2	13,33%	7	46,66%	12	18,67%
jinak	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%	2	13,33%	1	6,67%	4	6,67%
celkem	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	75	100,00%

Graf č. 4 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 6 vzhledem k věku

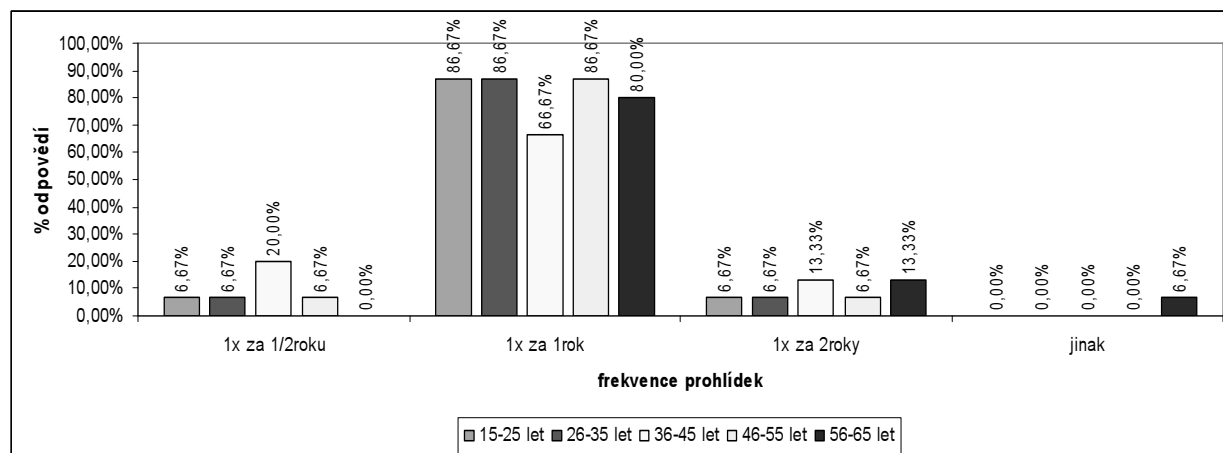


V soukromých gynekologických ambulancích 81,33 % žen chodí pravidelně 1x do roka – většina ve věkových kategoriích 15-25 let, 26-35 let a 46-66 let se zastoupením 86,67 % ve všech těchto kategoriích. 8,00 % žen chodí na prohlídky 1x za půl roku, 9,33 % žen 1x za 2 roky - zejména z věkové kategorie 36-45 let a 56-65 let se zastoupením 13,33 %. Jinou frekvenci návštěv udává 1,33 % žen – také většinou z důvodu gynekologických potíží. (viz. tabulka č. 7 a graf č. 5)

Tab. č. 7 Frekvence preventivních prohlídek – soukromé ambulance

věk/ frekvence prohlídek	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
1x za 1/2roku	1	6,67%	1	6,67%	3	20,00%	1	6,67%	0	0,00%	6	8,00%
1x za 1rok	13	86,67%	13	86,67%	10	66,67%	13	86,67%	12	80,00%	61	81,33%
1x za 2roky	1	6,67%	1	6,67%	2	13,33%	1	6,67%	2	13,33%	7	9,33%
jinak	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	6,67%	1	1,33%
celkem	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	75	100,00%

Graf č. 5 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 7 vzhledem k věku



Podle věkových kategorií dochází ženy ve věku 15-25 let na preventivní prohlídky z 16,67 % 1x za půl roku, ze 73,33 % 1x za 1 rok, z 6,67 % 1x za 2 roky a ze 3,33 % jinak (např. jen při potížích).

Ženy ve věku 26-35 let chodí na preventivní prohlídky z 20,00 % 1x za půl roku, ze 73,33 % 1x za 1 rok, z 6,67 % 1x za 2 roky.

Ženy ve věku 36-45 let chodí na preventivní prohlídky z 26,67 % 1x za půl roku, ze 63,33 % 1x za 1 rok, z 10,00 % 1x za 2 roky.

Ženy ve věku 46-55 let chodí na preventivní prohlídky z 10,00 % 1x za půl roku, ze 73,33 % 1x za 1 rok, z 10,00 % 1x za 2 roky a v 6,67 % jinak často.

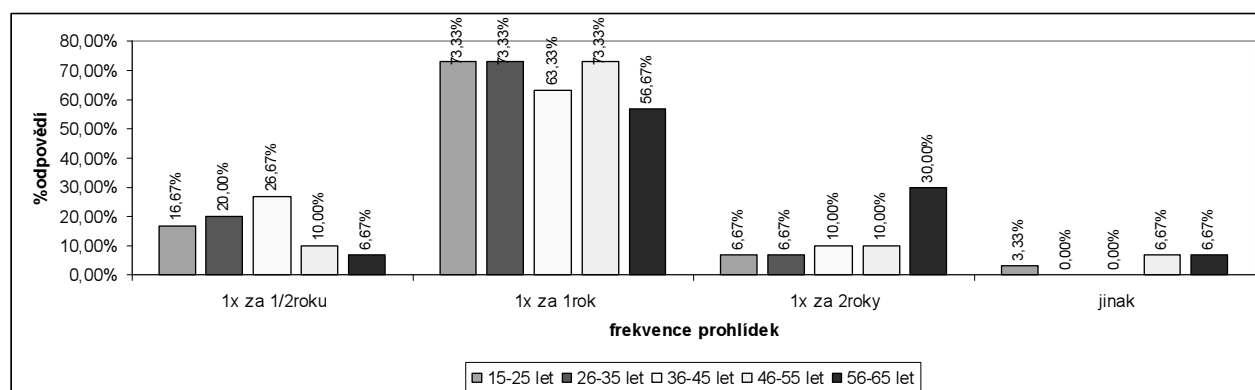
Ženy ve věku 56-65 let chodí na preventivní prohlídky z 6,67 % 1x za půl roku, ze 56,67 % 1x za 1 rok, z 30,00 % 1x za 2 roky a v 6,67 % jinak.

(viz. tabulka č.8 a graf č. 6)

Tab. č. 8 Frekvence preventivních prohlídek vzhledem k věku

věk/ frekvence prohlídek	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
1x za 1/2roku	5	16,67%	6	20,00%	8	26,67%	3	10,00%	2	6,67%	24	16,00%
1x za 1rok	22	73,33%	22	73,33%	19	63,33%	22	73,33%	17	56,67%	102	68,00%
1x za 2roky	2	6,67%	2	6,67%	3	10,00%	3	10,00%	9	30,00%	19	12,67%
jinak	1	3,33%	0	0,00%	0	0,00%	2	6,67%	2	6,67%	5	3,33%
celkem	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	150	100,00%

Graf č. 6 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 8 vzhledem k věku



Otázka č. 6 – Víte co je součástí preventivní prohlídky?

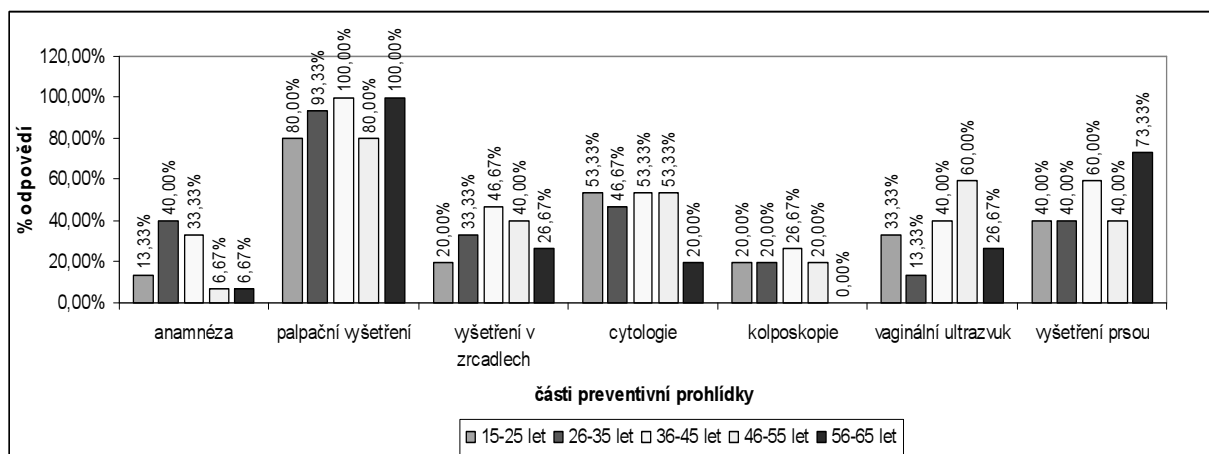
Také součástí preventivní gynekologické prohlídky jsou ze zákona dány vyhláškou č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek (novelizováno vyhláškami č. 183/2000 Sb., 372/2002 Sb.) (viz. Příloha č. 2).

Tato otázka zjišťuje znalosti žen o součástech preventivní prohlídky. O tom, že by se měl lékař ptát na anamnézu ženy, ví jen 20,00 % respondentek z ambulancí v rámci nemocnice a to většinou z věkových kategorií 26-35 let a 36-45let. O palpačním vyšetřením ví 90,67 %, zejména ve věkových skupinách 36-45let a 56-65 let. Vyšetření v gynekologických zrcadle zná jen 30,00 % respondentek, cytologii 45,33 % žen, kolposkopii 17,33 % žen z toho 0,00 % žen z věkové kategorie 56-65let, vaginální ultrazvuk 34,67 % respondentek z toho zejména ženy z věkové kategorie 46-55 let s 60,00 % zastoupením. O vyšetření prsou jako součástí preventivní prohlídky ví 50,67 % žen převážně z věkové skupiny 56-65let – 73,33 %. (viz. tabulka č. 9 a graf č.7)

Tab. č. 9 Znalost částí preventivní prohlídky respondentek z ambulancí v rámci nemocnice

věk / části prohlídky	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
anamnéza	2	13,33%	6	40,00%	5	33,33%	1	6,67%	1	6,67%	15	20,00%
palpační vyšetření	12	80,00%	14	93,33%	15	100,00%	12	80,00%	15	100,00%	68	90,67%
vyšetření v zrcadlech	3	20,00%	5	33,33%	7	46,67%	6	40,00%	4	26,67%	25	30,00%
cytologie	8	53,33%	7	46,67%	8	53,33%	8	53,33%	3	20,00%	34	45,33%
kolposkopie	3	20,00%	3	20,00%	4	26,67%	3	20,00%	0	0,00%	13	17,33%
vaginální ultrazvuk	5	33,33%	2	13,33%	6	40,00%	9	60,00%	4	26,67%	26	34,67%
vyšetření prsou	6	40,00%	6	40,00%	9	60,00%	6	40,00%	11	73,33%	38	50,67%

Graf č. 7 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 9 vzhledem k věku

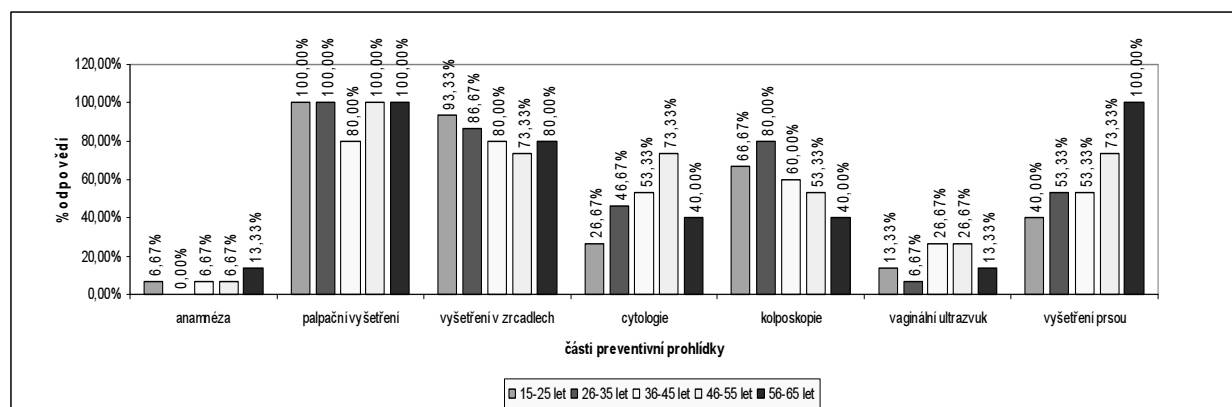


Znalost součástí preventivní prohlídky u respondentek ze soukromé ambulance se od první skupiny dosti liší. O doplnění anamnézy ví 6,67 % žen. O palpačním vyšetření 96,00 % respondentek, o vyšetření v gynekologických zrcadlech 86,27 % žen a to hlavně 93,33 % z věkové kategorie 15-26 let, cytologii 49,33 % žen – zejména 73,33 % z věkové kategorie 46-55let, kolposkopii 60,00 % žen z toho 80,00 % žen z věkové kategorie 26-35let, vaginální ultrazvuk 17,33 % respondentek. O vyšetření prsou jako součástí preventivní prohlídky ví 64,00 % žen převážně z věkové skupiny 56-65let – 100,00 %. (viz. tabulka č. 10 a graf č.8)

Tab. č. 10 Znalost částí preventivní prohlídky respondentek ze soukromých ambulancí

věk / části prohlídky	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
anamnéza	1	6,67%	0	0,00%	1	6,67%	1	6,67%	2	13,33%	5	6,67%
palpační vyšetření	15	100,00%	15	100,00%	12	80,00%	15	100,00%	15	100,00%	72	96,00%
vyšetření v zrcadlech	14	93,33%	13	86,67%	12	80,00%	11	73,33%	12	80,00%	62	82,67%
cytologie	4	26,67%	7	46,67%	8	53,33%	11	73,33%	6	40,00%	37	49,33%
kolposkopie	10	66,67%	12	80,00%	9	60,00%	8	53,33%	6	40,00%	45	60,00%
vaginální ultrazvuk	2	13,33%	1	6,67%	4	26,67%	4	26,67%	2	13,33%	13	17,33%
vyšetření prsou	6	40,00%	8	53,33%	8	53,33%	11	73,33%	15	100,00%	48	64,00%

Graf č. 8 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 10 vzhledem k věku



Podle věkových kategorií řadí ženy ve věku 15-25 let anamnézu do součástí preventivní prohlídky z 10,00 %, palpační vyšetření z 90,00 %, vyšetření v gynekologických zrcadlech z 56,67 %, cytologii ze 40,00 %, kolposkopii z 43,33 %, vaginální ultrazvuk z 23,33 % a vyšetření prsou ze 40,00 %.

Ženy ve věku 26-35 let řadí anamnézu do součástí preventivní prohlídky z 20,00 %, palpační vyšetření z 96,67 %, vyšetření v gynekologických zrcadlech z 60,00 %, cytologii ze 46,67 %, kolposkopii z 50,00 %, vaginální ultrazvuk z 10,00 % a vyšetření prsou ze 46,67 %.

Ženy ve věku 36-45 let řadí anamnézu do součástí preventivní prohlídky z 20,00 %, palpační vyšetření z 90,00 %, vyšetření v gynekologických zrcadlech z 63,33 %, cytologii ze 53,33 %, kolposkopii z 43,33 %, vaginální ultrazvuk z 33,33 % a vyšetření prsou ze 56,67 %.

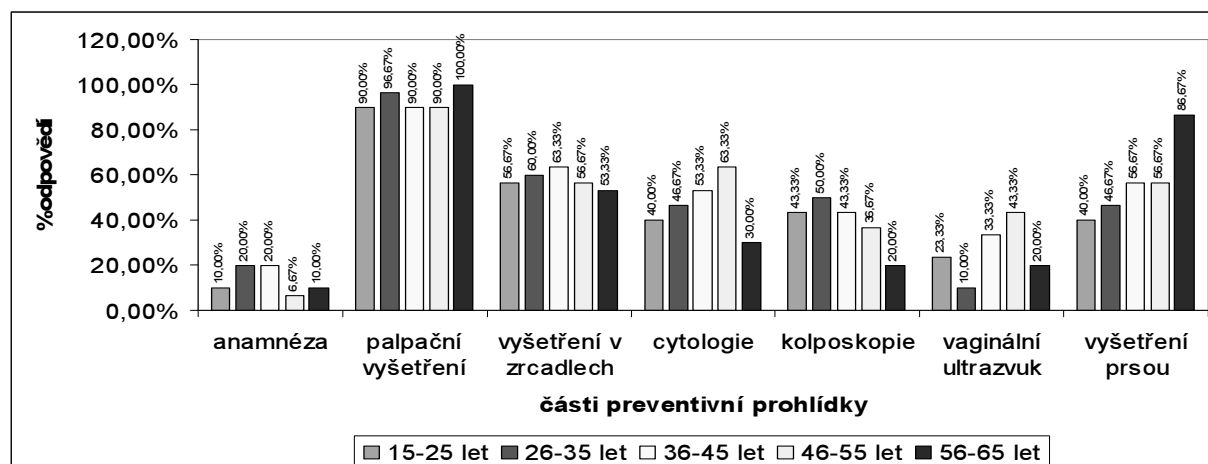
Ženy ve věku 46-55 let řadí anamnézu do součástí preventivní prohlídky z 6,67 %, palpační vyšetření z 90,00 %, vyšetření v gynekologických zrcadlech z 56,67 %, cytologii ze 63,33 %, kolposkopii z 36,67 %, vaginální ultrazvuk z 43,33% a vyšetření prsou ze 56,67%.

Ženy ve věku 56-65 let řadí anamnézu do součástí preventivní prohlídky z 10,00%, palpační vyšetření ze 100,00%, vyšetření v gynekologických zrcadlech z 53,33%, cytologii z 30,00%, kolposkopii z 20,00%, vaginální ultrazvuk z 20,00% a vyšetření prsou ze 86,67%. (viz. tabulka č. 11 a graf č. 9)

Tab. č. 11 Znalost částí preventivní prohlídky vzhledem k věku

věk / části prohlídky	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
anamnéza	3	10,00%	6	20,00%	6	20,00%	2	6,67%	3	10,00%	20	13,33%
palpační vyšetření	27	90,00%	29	96,67%	27	90,00%	27	90,00%	30	100,00%	140	93,33%
vyšetření v zrcadlech	17	56,67%	18	60,00%	19	63,33%	17	56,57%	16	53,33%	87	58,00%
cytologie	12	40,00%	14	46,67%	16	53,33%	19	63,33%	9	30,00%	70	46,67%
kolposkopie	13	43,33%	15	50,00%	13	43,33%	11	36,67%	6	20,00%	58	38,67%
vaginální ultrazvuk	7	23,33%	3	10,00%	10	33,33%	13	43,33%	6	20,00%	39	26,00%
vyšetření prsou	12	40,00%	14	46,67%	17	56,67%	17	56,67%	26	86,67%	86	57,33%

Graf č. 9 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 11 vzhledem k věku



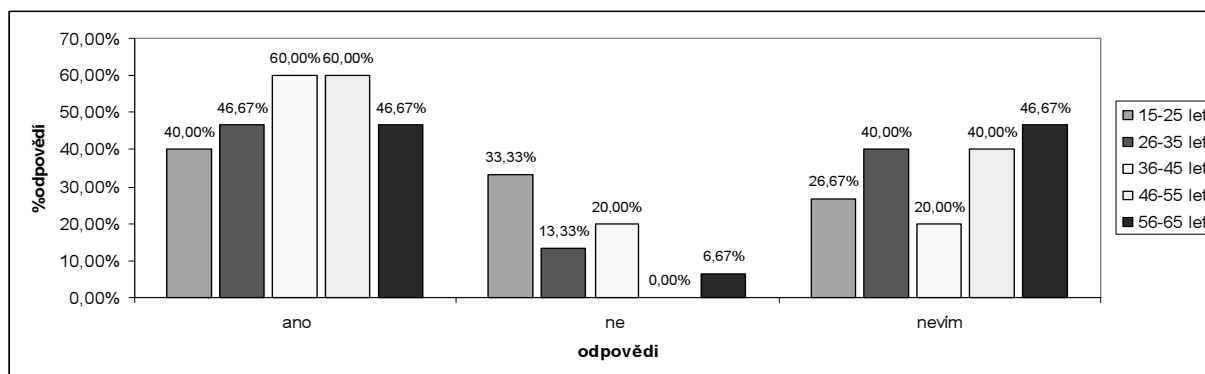
Otázka č. 7 – Byla Vám preventivní prohlídka provedena vždy kompletně - zahrnovala všechny součásti preventivní prohlídky?

Podle 50,67 % respondentek z ambulancí v rámci nemocnice jim byla preventivní prohlídka provedena vždy kompletně – zejména věkovým kategoriím 36-45 let a 46-55 let s 60,00% zastoupením. 14,67 % respondentek nebyla provedena kompletně (33,33 % žen z kategorie 15-25 let) a 34,67 % žen neví zda jim byla provedena kompletně (46,67 % žen z kategorie 56-65 let). (viz. tabulka č.12 a graf č. 10)

Tabulka č. 12 Povědomí respondentek o provedené preventivní prohlídce v ambulanci v rámci nemocnice

věk /odpovědi	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	6	40,00%	7	46,67%	9	60,00%	9	60,00%	7	46,67%	38	50,67%
ne	5	33,33%	2	13,33%	3	20,00%	0	0,00%	1	6,67%	11	14,67%
nevím	4	26,67%	6	40,00%	3	20,00%	6	40,00%	7	46,67%	26	34,67%
celkem	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	75	100,00%

Graf č. 10 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č 12 podle věku respondentek

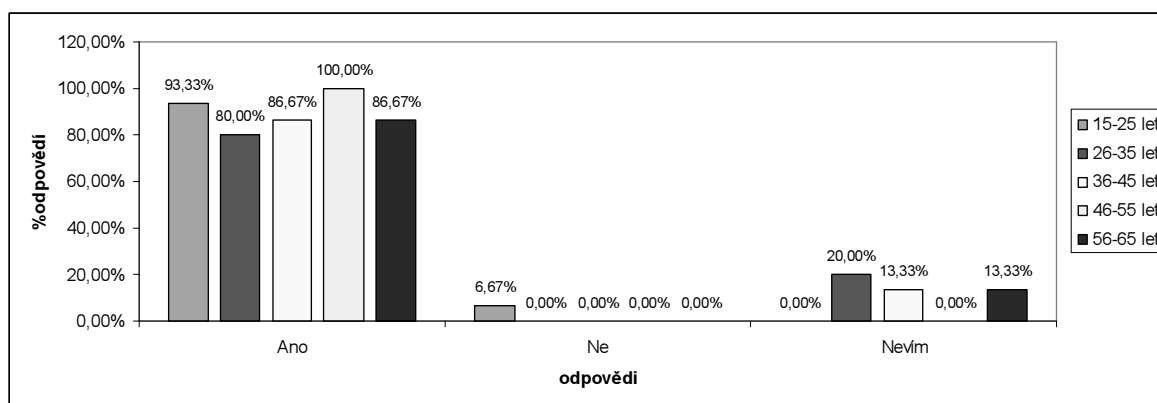


Podle 89,33 % respondentek ze soukromých ambulancí jim byla preventivní prohlídka provedena vždy kompletně (100,00 % žen z kategorie 46-55 let). 1,33 % respondentek nebyla provedena kompletně a 9,33 % žen neví zda jim byla provedena kompletně (20,00 % žen z kategorie 26-35 let). (viz. tabulka č.13 a graf č. 11)

Tabulka č. 13 Povědomí respondentek o provedené preventivní prohlídce v soukromé ambulanci

věk /odpovědi	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	14	93,33%	12	80,00%	13	86,67%	15	100,00%	13	86,67%	67	89,33%
ne	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,33%
nevím	0	0,00%	3	20,00%	2	13,33%	0	0,00%	2	13,33%	7	9,33%
celkem	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	75	100,00%

Graf č. 11 Procentuální zastoupení odpovědí k tabulce č. 13 podle věku respondentek



Podle věkových kategorií si ženy ve věku 15-25 let z 66,67 % myslí, že jim prohlídka byla provedena kompletně, 20,00 % žen si myslí, že nebyla a 13,33 % žen neví.

Ženy ve věku 26-35 let si z 63,33 % myslí, že jim prohlídka byla provedena kompletně, 6,67% žen si myslí, že nebyla a 30,00 % žen neví.

Ženy ve věku 36-45 let si z 73,33 % myslí, že jim prohlídka byla provedena kompletně, 10,00 % žen si myslí, že nebyla a 16,67 % žen neví.

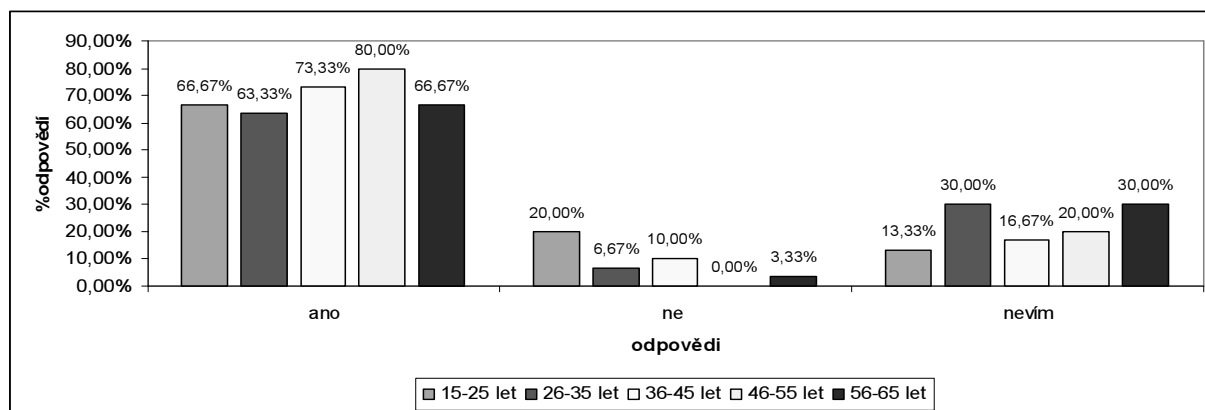
Ženy ve věku 46-55 let si z 80,00 % myslí, že jim prohlídka byla provedena kompletně a 20,00 % žen neví.

Ženy ve věku 56-65 let si z 66,67 % myslí, že jim prohlídka byla provedena kompletně, 3,33 % žen si myslí, že nebyla a 30,00 % žen neví. (viz tabulka č. 14 a graf č. 12)

Tabulka č. 14 Povědomí respondentek o provedené preventivní prohlídce vzhledem k věku

věk /odpovědi	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	20	66,67%	19	63,33%	22	73,33%	24	80,00%	20	66,67%	105	70,00%
ne	6	20,00%	2	6,67%	3	10,00%	0	0,00%	1	3,33%	12	8,00%
nevím	4	13,33%	9	30,00%	5	16,67%	6	20,00%	9	30,00%	33	22,00%
celkem	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	150	100,00%

Graf č. 12 Procentuální zastoupení odpovědí k tabulce č. 14 podle věku respondentek



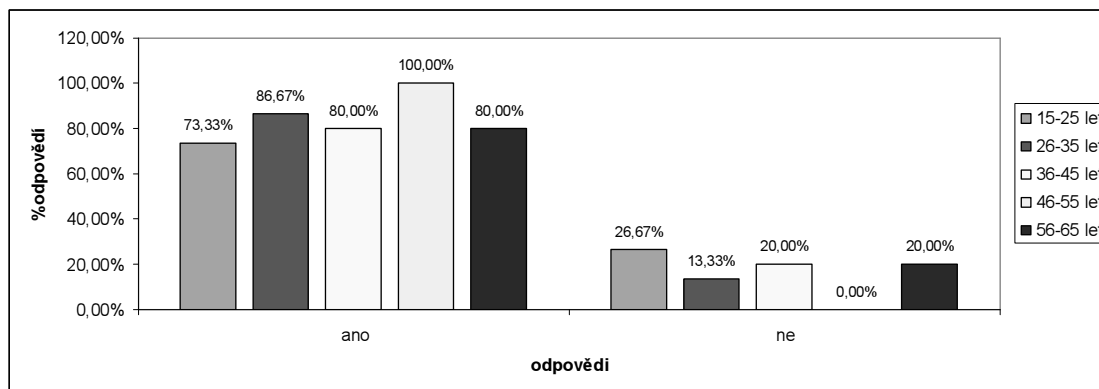
Otázka č. 8 – Vysvětlil Vám Váš gynekolog o jaká vyšetření se jedná, jaký je jejich význam a co je jejich součástí?

Podle 84,00 % respondentek z ambulancí v rámci nemocnice jim jejich gynekolog vždy vysvětlil důvod a význam vyšetření. Zejména věkové kategorii 46-55 let. Podle 16,00 % respondentek jim vyšetření vysvětleno nebylo - 26,67 % žen z věkové kategorie 15-25 let (viz. tabulka č.15 a graf č. 13)

Tab. č. 15 Informovanost žen gynekologem o významu a součástech vyšetření v ambulancích v rámci nemocnice

věk /odpovědi	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	11	73,33%	13	86,67%	12	80,00%	15	100,00%	12	80,00%	63	84,00%
ne	4	26,67%	2	13,33%	3	20,00%	0	0,00%	3	20,00%	12	16,00%
celkem	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	75	100,00%

Graf č. 13 Procentuální zastoupení odpovědí k tabulce č. 15 vzhledem k věku

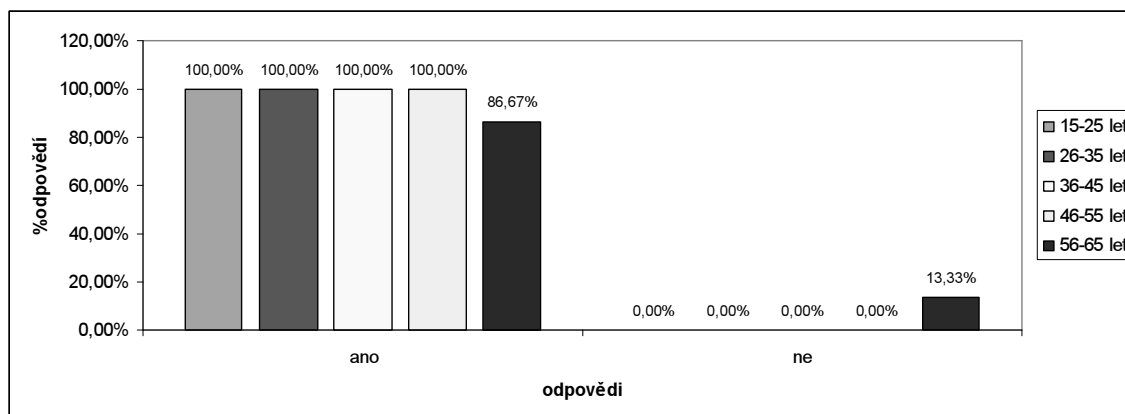


Podle 97,33 % respondentek ze soukromých ambulancí jim jejich gynekolog vždy vysvětlil důvod a význam vyšetření a to s 86,67% zastoupením u věkové kategorie 56-65let a se 100,00% zastoupením u všech ostatních. Podle 2,67 % respondentek jim vyšetření vysvětleno nebylo - 13,33% žen z věkové kategorie 56-65 let. (viz. tabulka č.16 a graf č. 14)

Tab. č. 16 Informovanost žen gynekologem o významu a součástech vyšetření v soukromých ambulancích

věk /odpovědi	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	13	86,67%	73	97,33%
ne	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	13,33%	2	2,67%
celkem	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	75	100,00%

Graf č. 14 Procentuální zastoupení odpovědí k tabulce č. 16 vzhledem k věku



Podle věkových kategorií byly ženy ve věku 15-25 let z 86,67 % informovány o významu a důvodu vyšetření, 13,33% toto vysvětleno nebylo.

Ženy ve věku 26-35 let byly z 93,33 % informovány o významu a důvodu vyšetření, z 6,67% ženy informovány nebyly.

Ženy ve věku 36-45 let byly z 90,00 % informovány o významu a důvodu vyšetření, 10,00 % žen informováno nebylo.

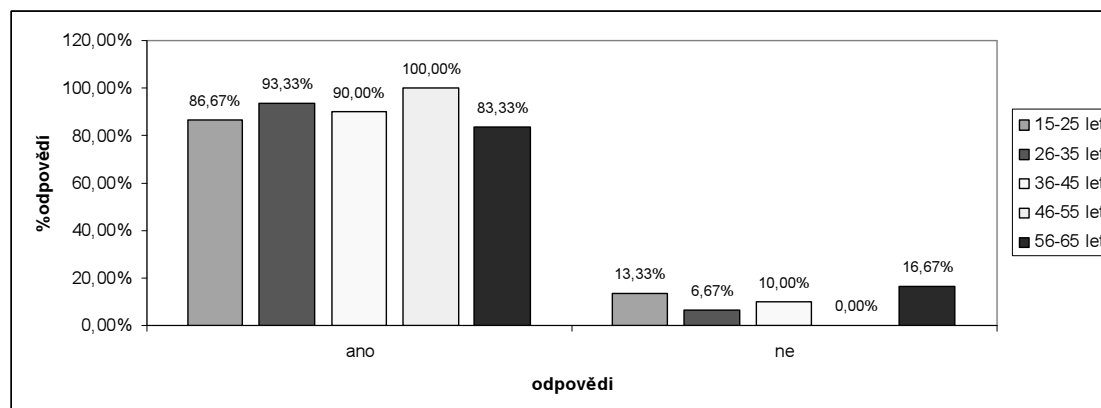
Ženy ve věku 46-55 let byly ve 100,00 % informovány o důvodu a významu vyšetření.

Ženy ve věku 56-65 let byly informovány v 83,33 % a v 16,67 % nebyly. (viz tabulka č. 17 a graf č. 15)

Tabulka č. 17 Informovanost žen gynekologem o významu a součástech vyšetření vzhledem k věku

věk /odpovědi	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	26	86,67%	28	93,33%	27	90,00%	30	100,00%	25	83,33%	136	90,67%
ne	4	13,33%	2	6,67%	3	10,00%	0	0,00%	5	16,67%	14	9,33%
celkem	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	150	100,00%

Graf č. 15 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 18 vzhledem k věku



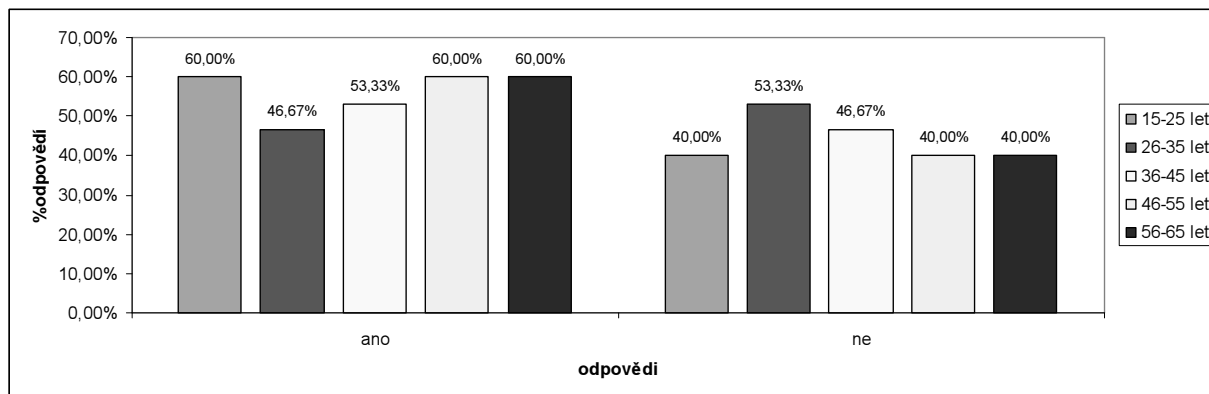
Otázka č. 9 – Vysvětlila Vám zdravotní sestra o jaká vyšetření se jedná, jaký je jejich význam a co je jejich součástí?

Podle 56,00 % respondentek z ambulancí v rámci nemocnice jim zdravotní sestra vždy vysvětlila důvod a význam vyšetření - zejména věkovým kategoriím 15-25 let, 46-55 let a 56-65 let v 60,00% zastoupení. 44,00 % respondentek vyšetření zdravotní sestrou vysvětleno nebylo - 53,33 % žen z věkové kategorie 26-35let. (viz. tabulka č.18 a graf č. 16)

Tab. č. 18 Informovanost žen zdravotní sestrou o významu a součástech vyšetření v ambulancích v rámci nemocnice

věk /odpovědi	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	9	60,00%	7	46,67%	8	53,33%	9	60,00%	9	60,00%	42	56,00%
ne	6	40,00%	8	53,33%	7	46,67%	6	40,00%	6	40,00%	33	44,00%
celkem	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	75	100,00%

Graf č. 16 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 19 vzhledem k věku

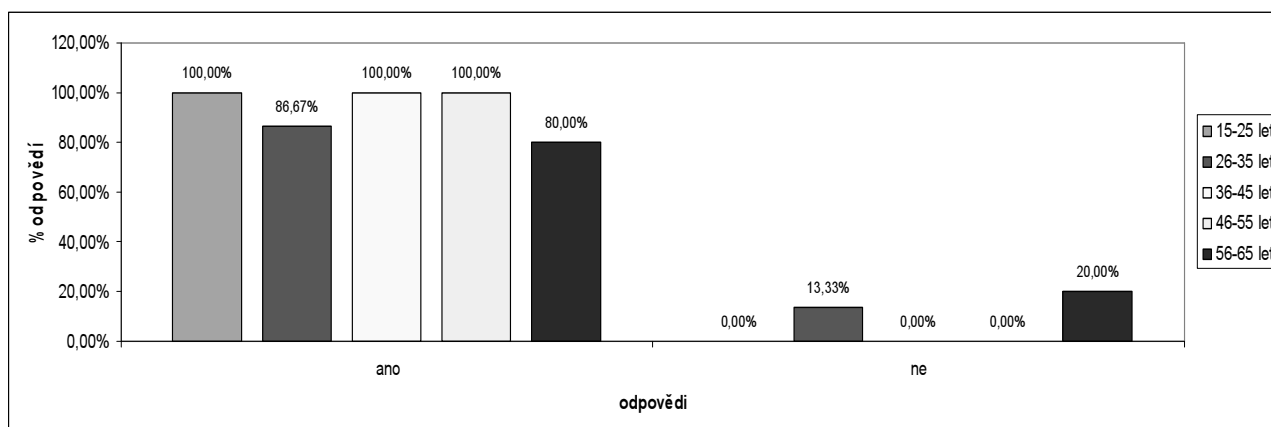


Podle 93,33 % respondentek ze soukromých ambulancí jim zdravotní sestra vždy vysvětlila důvod a význam vyšetření a to se 100,00% zastoupením u věkových kategorií 15-25 let, 36-45 let a 46-55let. Podle 6,67 % respondentek jim vyšetření zdravotní sestrou vysvětleno nebylo – z toho 13,33 % žen z věkové kategorie 26-35 let a 20,00% v kategorii 56-65 let. (viz. tabulka č.19 a graf č. 17)

Tab. č. 19 Informovanost žen zdravotní sestrou o významu a součástech vyšetření v soukromých ambulancích

věk /odpovědi	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	15	100,00%	13	86,67%	15	100,00%	15	100,00%	12	80,00%	70	93,33%
ne	0	0,00%	2	13,33%	0	0,00%	0	0,00%	3	20,00%	5	6,67%
celkem	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	75	100,00%

Graf č. 17 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 20 vzhledem k věku



Podle věkových kategorií byly ženy ve věku 15-25 let z 80,00 % informovány zdravotní sestrou o významu a důvodu vyšetření, 20,00 % žen toto vysvětleno nebylo.

Ženy ve věku 26-35 let byly z 66,67 % informovány o významu a důvodu vyšetření zdravotní sestrou, z 33,33 % ženy informovány nebyly.

Ženy ve věku 36-45 let byly z 76,67 % informovány zdravotní sestrou o významu a důvodu vyšetření, 23,33 % žen informováno nebylo.

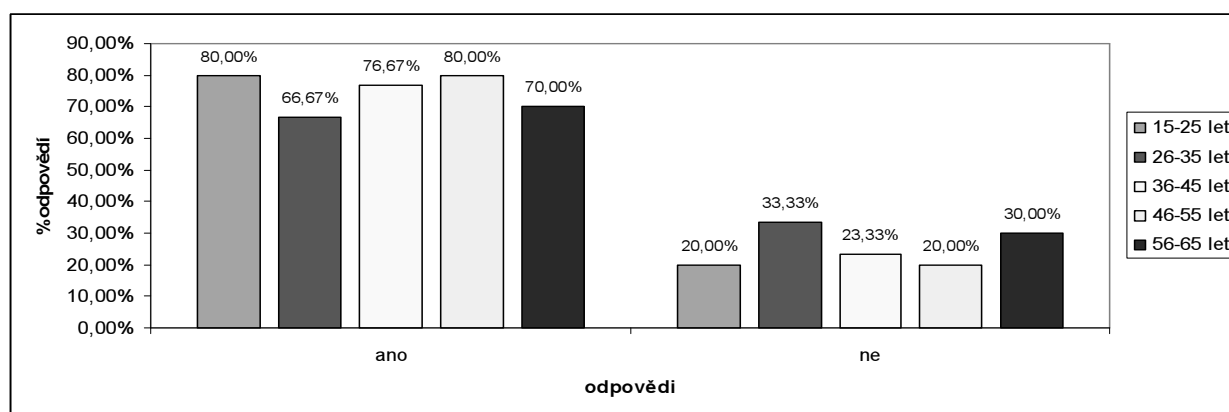
Ženy ve věku 46-55 let byly v 80,00 % informovány zdravotní sestrou o důvodu a významu vyšetření, 20,00 % žen informováno nebylo.

Ženy ve věku 56-65 let byly informovány v 70,00 % a v 30,00 % nebyly. (viz tabulka č. 20 a graf č. 18)

Tab. č. 20 Informovanost žen zdravotní sestrou o významu a součástech vyšetření vzhledem k věku

věk /odpovědi	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	24	80,00%	20	66,67%	23	76,67%	24	80,00%	21	70,00%	112	74,67%
ne	6	20,00%	10	33,33%	7	23,33%	6	20,00%	9	30,00%	38	25,33%
celkem	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	150	100,00%

Graf č. 18 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 21 vzhledem k věku



Otázka č. 10 – Odkud čerpáte informace o problematice prevence nádorového onemocnění čípku děložního?

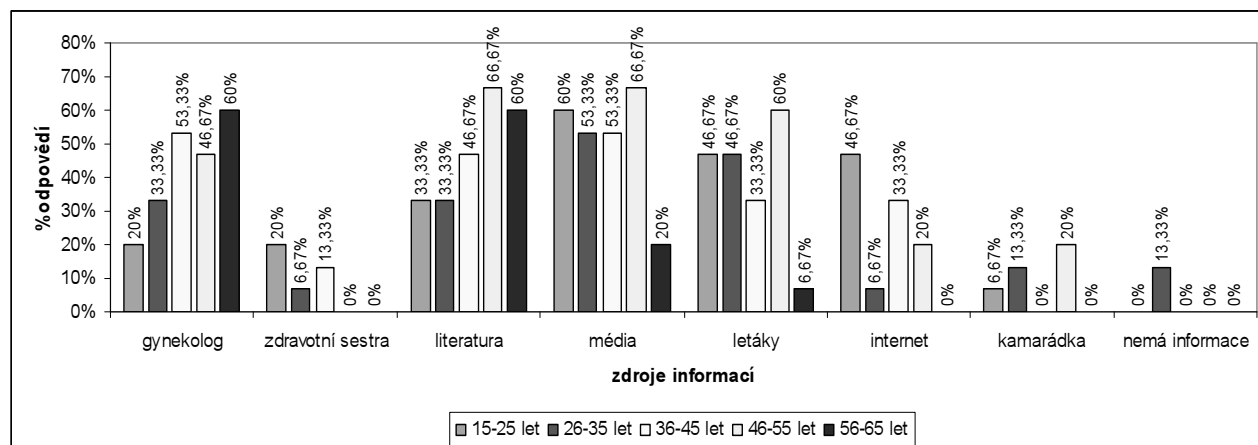
Tato otázka je zaměřena na zdroje získání informací o problematice prevence nádorového onemocnění čípku děložního.

Informace od svého gynekologa v ambulanci v rámci nemocnice získává 42,67% respondentek a od své zdravotní sestry jen 8,00 % respondentek. Největšími zdroji informací pro tuto skupinu žen jsou literatura a média – a to z 50,67 %. Letáky jako zdroj informací udává 38,67 %, internet 21,33 % a kamarádku 8,00 % respondentek. 2,67 % žen žádné informace nemá (což jsou ženy z věkové kategorie 26-35 let). (viz. tabulka č. 21 a graf č. 19)

Tab. č. 21 Zdroje informací o prevenci nádorového onemocnění čípku děložního pro ženy navštěvující ambulance v rámci nemocnice

věk / zdroj informací	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
gynekolog	3	20,00%	5	33,33%	8	53,33%	7	46,67%	9	60,00%	32	42,67%
zdravotní sestra	3	20,00%	1	6,67%	2	13,33%	0	0,00%	0	0,00%	6	8,00%
literatura	5	33,33%	5	33,33%	7	46,67%	10	66,67%	9	60,00%	38	50,67%
média	9	60,00%	8	53,33%	8	53,33%	10	66,67%	3	20,00%	38	50,67%
letáky	7	46,67%	7	46,67%	5	33,33%	9	60,00%	1	6,67%	29	38,67%
internet	7	46,67%	1	6,67%	5	33,33%	3	20,00%	0	0,00%	16	21,33%
kamarádka	1	6,67%	2	13,33%	0	0,00%	3	20,00%	0	0,00%	6	8,00%
nemá informace	0	0,00%	2	13,33%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	2,67%

Graf č. 19 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č 21 vzhledem k věku

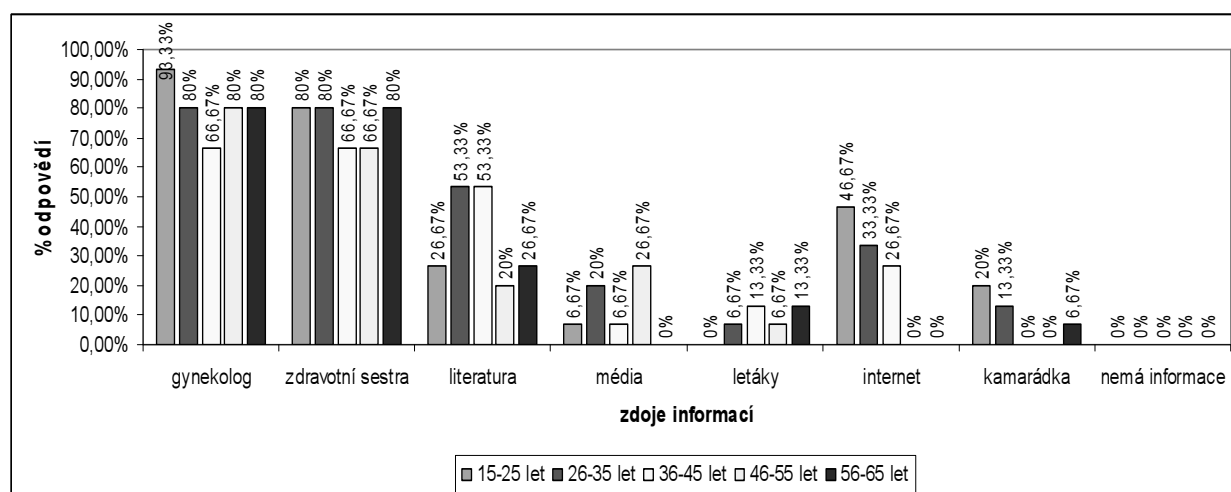


Informace o prevenci a problematice nádorového onemocnění čípku děložního od svého gynekologa v soukromých ambulancích získává 80,00 % respondentek a od zdravotní sestry 74,67 % respondentek. Dalšími zdroji informací jsou literatura v 36,00%, média ve 12,00 %, letáky v 8,00 %, internet ve 21,33 % a kamarádka v 6,00 %. (viz. tabulka č. 22 a graf č. 20)

Tab. č. 22 Zdroje informací o prevenci nádorového onemocnění čípku děložního pro ženy navštěvující soukromé ambulance

věk / zdroje informací	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
gynekolog	14	93,33%	12	80,00%	10	66,67%	12	80,00%	12	80,00%	60	80,00%
zdravotní sestra	12	80,00%	12	80,00%	10	66,67%	10	66,67%	12	80,00%	56	74,67%
literatura	4	26,67%	8	53,33%	8	53,33%	3	20,00%	4	26,67%	27	36,00%
média	1	6,67%	3	20,00%	1	6,67%	4	26,67%	0	0,00%	9	12,00%
letáky	0	0,00%	1	6,67%	2	13,33%	1	6,67%	2	13,33%	6	8,00%
internet	7	46,67%	5	33,33%	4	26,67%	0	0,00%	0	0,00%	16	21,33%
kamarádka	3	20,00%	2	13,33%	0	0,00%	0	0,00%	1	6,67%	6	8,00%
nemá informace	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

Graf č. 20 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č 22 vzhledem k věku

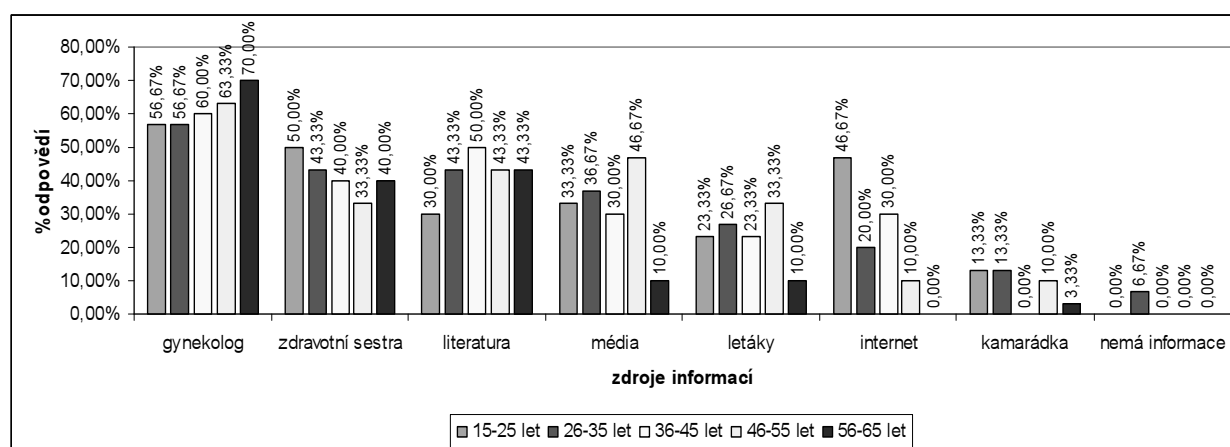


Podle věku je pro všechny věkové kategorie hlavním zdrojem informací jejich gynekolog a to v průměru v 61,33 %. Především pro věkovou kategorii 56-65 let v 70,00 %. Zdravotní sestra podává informace v 41,33 %, především věkové kategorii 15-25 let. Literatura je zdrojem pro 42,00 %, média pro 31,33 %, letáky pro 23,33 %, internet pro 21,33 % a kamarádka pro 8,00 % žen. Informace o této problematice nemá 1,33 % respondentek. (viz. tabulka č. 23 a graf č. 21)

Tab. č. 23 Zdroje informací o prevenci nádorového onemocnění čípku děložního vzhledem k věku respondentek

věk / zdroje informací	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
gynekolog	17	56,67%	17	56,67%	18	60,00%	19	63,33%	21	70,00%	92	61,33%
zdravotní sestra	15	50,00%	13	43,33%	12	40,00%	10	33,33%	12	40,00%	62	41,33%
literatura	9	30,00%	13	43,33%	15	50,00%	13	43,33%	13	43,33%	63	42,00%
média	10	33,33%	11	36,67%	9	30,00%	14	46,67%	3	10,00%	47	31,33%
letáky	7	23,33%	8	26,67%	7	23,33%	10	33,33%	3	10,00%	35	23,33%
internet	14	46,67%	6	20,00%	9	30,00%	3	10,00%	0	0,00%	32	21,33%
kamarádka	4	13,33%	4	13,33%	0	0,00%	3	10,00%	1	3,33%	12	8,00%
nemá informace	0	0,00%	2	6,67%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	1,33%

Graf č. 21 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 23 vzhledem k věku



Otázka č. 11 - Víte, co patří do rizikových faktorů nádorového onemocnění čípku děložního?

Tato otázka se zaměřuje na znalosti rizikových faktorů u respondentek a souvisí s otázkou č. 12. 53,33 % respondentek ví o rizikovém faktoru (RF) většího počtu sexuálních partnerů a 48,00 % respondentek o RF infekce lidským papilomavirem. Další RF jako zahájení sexuálního života v nízkém věku zná 29,33 % žen, faktor více porodů 8,00 % žen, kouření 34,67 %, nízký socioekonomický stav 1,33 % a stres 16,00 % žen. 10,67 % respondentek nezná RF nádorového onemocnění čípku děložního. (viz tabulka č. 23 a graf č. 21)

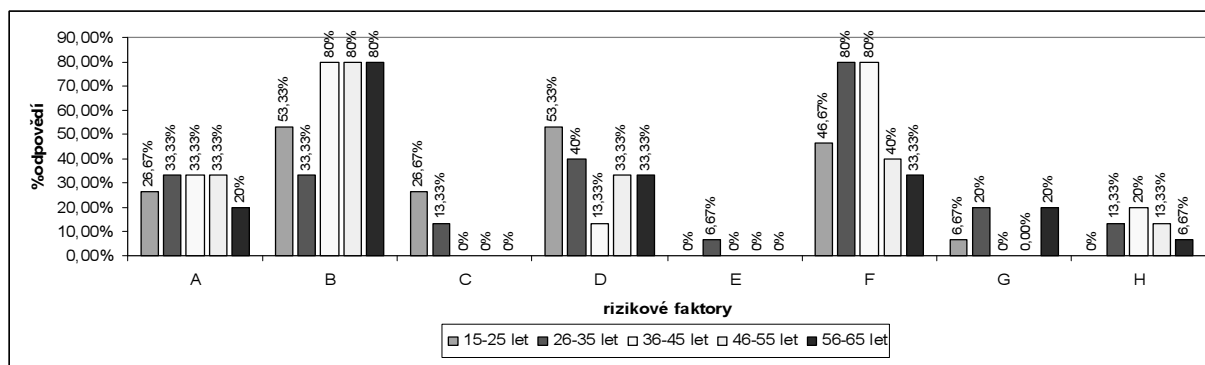
86,67 % respondentek ze soukromých ambulancí ví o RF většího počtu sexuálních partnerů a 52,00 % respondentek o RF zahájení sexuálního života v nízkém věku. RF jako infekci lidským papilomavirem zná 44,00 % žen, faktor více porodů 25,33 % žen, kouření 26,67 %, nízký socioekonomický stav 0,00 % a stres 6,67 % žen. (viz tabulka č. 24 a graf č. 22)

Znalost RF podle věku respondentek je rozdílná. Zahájení sexuálního života v nízkém věku hodnotí jako rizikový faktor (RF) nejvíce žen ve věkové kategorii 26-35let a to v 56,67 %. Větší počet sexuálních partnerů je jako RF brán nejvíce ve věkové kategorii 15-25let a to v 76,67 % - v ostatních kategoriích je to ze 70,00 %. Více porodů jako RF je brán z 23,33 % ve věkové kategorii 15-25 let. Kouření je hodnoceno jako RF 40,00 % žen ve věkových kategoriích 15-25let a 26-35 let. HPV infekci jako RF zná 63,33 % žen z věkové kategorie 26-35 let. Stres 23,33 % žen z věkové kategorie 46-55 let. Celkem 5,33 % respondentek nezná žádné RF a to hlavně 10,00 % žen z kategorie 36-45let. (viz tabulka č. 25 a graf č. 23)

Tab. č. 23 Znalost rizikových faktorů nádorového onemocnění čípku děložního u žen navštěvující ambulanci v rámci nemocnice

věk / rizikové faktory	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
zahájení sex. života v nízkém věku	4	26,67%	5	33,33%	5	33,33%	5	33,33%	3	20,00%	22	29,33%
větší počet sexuálních partnerů	8	53,33%	5	33,33%	9	80,00%	9	80,00%	9	80,00%	40	53,33%
více porodů	4	26,67%	2	13,33%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	6	8,00%
kouření	8	53,33%	6	40,00%	2	13,33%	5	33,33%	5	33,33%	26	34,67%
nízký socioekonomický stav	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,33%
HPV infekce	7	46,67%	9	80,00%	9	80,00%	6	40,00%	5	33,33%	36	48,00%
stres	1	6,67%	3	20,00%	0	0,00%	5	0,00%	3	20,00%	12	16,00%
neví	0	0,00%	2	13,33%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%	8	10,67%

Graf č. 21 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 23 vzhledem k věku



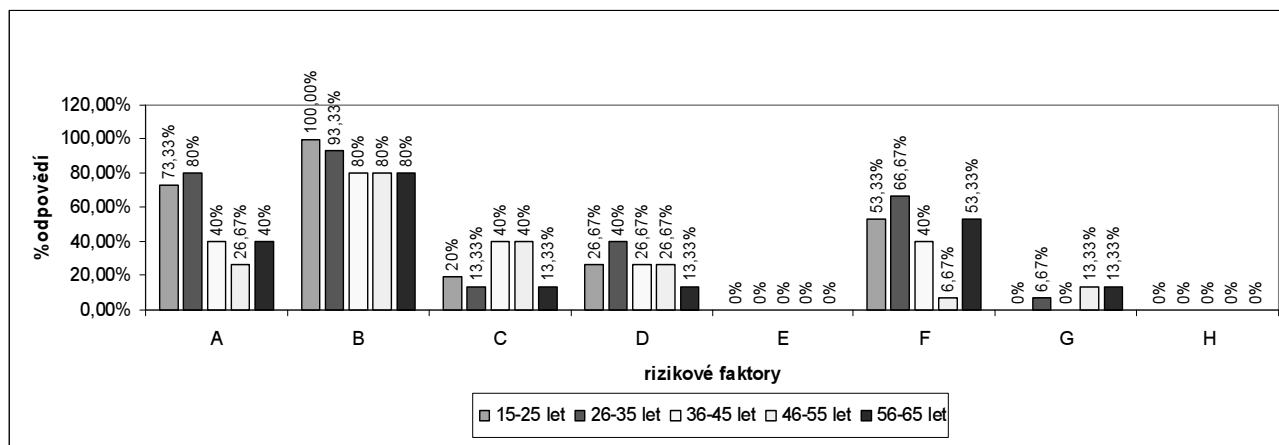
Legenda:

- A – zahájení sexuálního života v nízkém věku (<15let)
- B – větší počet sexuálních partnerů
- C – více porodů
- D – kouření
- E – nízký socioekonomický stav
- F – HPV infekce
- G – stres
- H – neví

Tab. č. 24 Znalost rizikových faktorů nádorového onemocnění čípku děložního u žen navštěvující soukromé ambulance

věk / rizikové faktory	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
zahájení sex. života v nízkém věku	11	73,33%	12	80,00%	6	40,00%	4	26,67%	6	40,00%	39	52,00%
větší počet sexuálních partnerů	15	100,00%	14	93,33%	12	80,00%	12	80,00%	12	80,00%	65	86,67%
více porodů	3	20,00%	2	13,33%	6	40,00%	6	40,00%	2	13,33%	19	25,33%
kouření	4	26,67%	6	40,00%	4	26,67%	4	26,67%	2	13,33%	20	26,67%
nízký socioekonomický stav	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
HPV infekce	8	53,33%	10	66,67%	6	40,00%	1	6,67%	8	53,33%	33	44,00%
stres	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%	2	13,33%	2	13,33%	5	6,67%
neví	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

Graf č. 22 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 24 vzhledem k věku



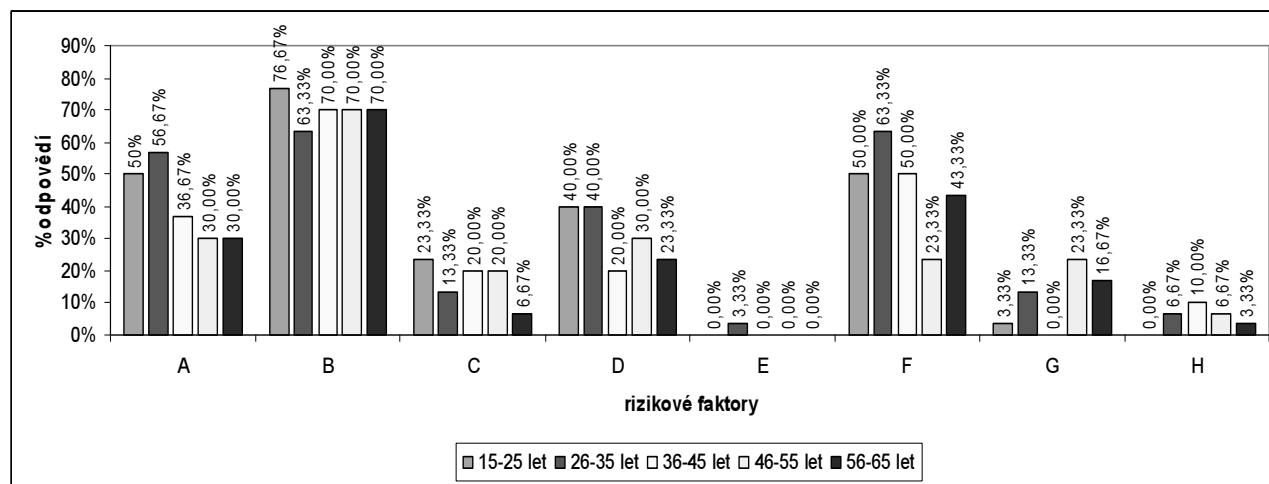
Legenda:

- A – zahájení sexuálního života v nízkém věku (<15let)
- B – větší počet sexuálních partnerů
- C – více porodů
- D – kouření
- E – nízký socioekonomický stav
- F – HPV infekce
- G – stres
- H – neví

Tab. č. 25 Znalost rizikových faktorů nádorového onemocnění čípku děložního respondentek podle věku

věk / rizikové faktory	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
zahájení sex. života v nízkém věku	15	50,00%	17	56,67%	11	36,67%	9	30,00%	9	30,00%	61	40,67%
větší počet sexuálních partnerů	23	76,67%	19	63,33%	21	70,00%	21	70,00%	21	70,00%	105	70,00%
více porodů	7	23,33%	4	13,33%	6	20,00%	6	20,00%	2	6,67%	25	16,67%
kouření	12	40,00%	12	40,00%	6	20,00%	9	30,00%	7	23,33%	46	30,67%
nízký socioekonomický stav	0	0,00%	1	3,33%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,67%
HPV infekce	15	50,00%	19	63,33%	15	50,00%	7	23,33%	13	43,33%	69	46,00%
stres	1	3,33%	4	13,33%	0	0,00%	7	23,33%	5	16,67%	17	11,33%
neví	0	0,00%	2	6,67%	3	10,00%	2	6,67%	1	3,33%	8	5,33%

Graf č. 23 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 25 vzhledem k věku



Legenda:

- A – zahájení sexuálního života v nízkém věku (<15let)
- B – větší počet sexuálních partnerů
- C – více porodů
- D – kouření
- E – nízký socioekonomický stav
- F – HPV infekce
- G – stres
- H – neví

Otázka č. 12 – Víte, jaká jsou preventivní opatření proti nádorovému onemocnění čípku děložního?

Tato otázka navazuje na otázku č. 11. Zahájení sexuálního života po 15. roce věku jako preventivní opatření hodnotí 18,67 % respondentek z ambulancí v rámci nemocnice. Nestřídání sexuálních partnerů 46,67 % žen, nekuřáctví 34,67 %, pravidelné preventivní prohlídky 86,67 % žen a možnost vakcinace proti HPV infekci 10,67 %. (viz. tabulka č. 26 a graf č. 24)

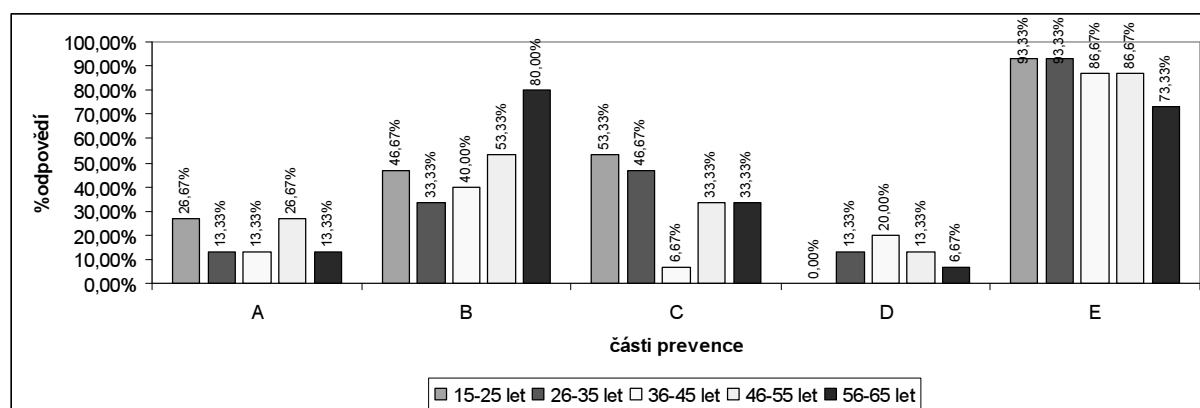
V soukromých ambulancích zahájení sexuálního života po 15. roce věku jako preventivní opatření hodnotí 49,33 % respondentek. Nestřídání sexuálních partnerů 84,00 % žen, nekuřáctví 22,67 %, pravidelné preventivní prohlídky 94,67 % žen a možnost vakcinace proti HPV infekci 4,00 %. (viz. tabulka č. 27 a graf č. 25)

Znalost preventivních opatření je rozdílná podle věku. Zahájení sexuálního života po 15. roce věku hodnotí jako prevenci nejvíce žen z věkové kategorie 15-25 let a to celkem 50,00 % respondentek. Nestřídání sexuálních partnerů je ve všech věkových kategoriích hodnoceno přibližně 70,00 % respondentek - nejméně pak věkovou kategorií 36-45 let a to v 60,00 %. Nekuřáctví je ve hodnoceno jako preventivní opatření 40,00 % procenty žen z věkové kategorie 26-35 let. Možnost vakcinace je respondentkám zatím neznáma – největší povědomí o ní mají ženy z věkové kategorie 36-45 let a to 16,67 % respondentek. Preventivní prohlídky jako prevence jsou bez pochyby známy - nejvíce pak věkové skupině 26-35 let a to 96,67 % respondentek. (viz. tabulka č. 28 a graf č. 26)

Tab. č. 26 Znalost preventivních opatření nádorového onemocnění čípku děložního u žen navštěvující ambulanci v rámci nemocnice

věk / prevence	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
zahájení sex. života po 15.roce věku	4	26,67%	2	13,33%	2	13,33%	4	26,67%	2	13,33%	14	18,67%
nestřídání sexuálních partnerů	7	46,67%	5	33,33%	6	40,00%	8	53,33%	9	80,00%	35	46,67%
nekouřit	8	53,33%	7	46,67%	1	6,67%	5	33,33%	5	33,33%	26	34,67%
možnost vakcinace	0	0,00%	2	13,33%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%	8	10,67%
preventivní prohlídky	14	93,33%	14	93,33%	13	86,67%	13	86,67%	11	73,33%	65	86,67%

Graf č. 24 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 26 vzhledem k věku



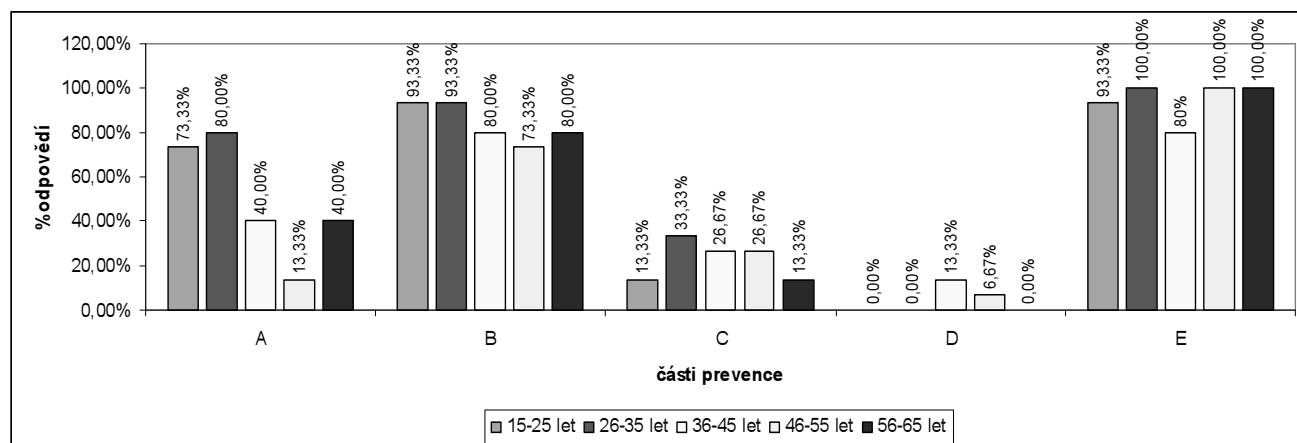
Legenda:

- A – zahájení sexuálního života po 15. roce věku D – možnost vakcinace
 B – nestřídání sexuálních partnerů E – preventivní prohlídky
 C – nekouřit

Tab. č. 27 Znalost preventivních opatření nádorového onemocnění čípku děložního u žen navštěvující soukromé ambulance

věk / prevence	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
zahájení sex. života po 15.roce věku	11	73,33%	12	80,00%	6	40,00%	2	13,33%	6	40,00%	37	49,33%
nestřídání sexuálních partnerů	14	93,33%	14	93,33%	12	80,00%	11	73,33%	12	80,00%	63	84,00%
nekouřit	2	13,33%	5	33,33%	4	26,67%	4	26,67%	2	13,33%	17	22,67%
možnost vakcinace	0	0,00%	0	0,00%	2	13,33%	1	6,67%	0	0,00%	3	4,00%
preventivní prohlídky	14	93,33%	15	100,00%	12	80%	15	100,00%	15	100,00%	71	94,67%

Graf č. 25 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 27 vzhledem k věku



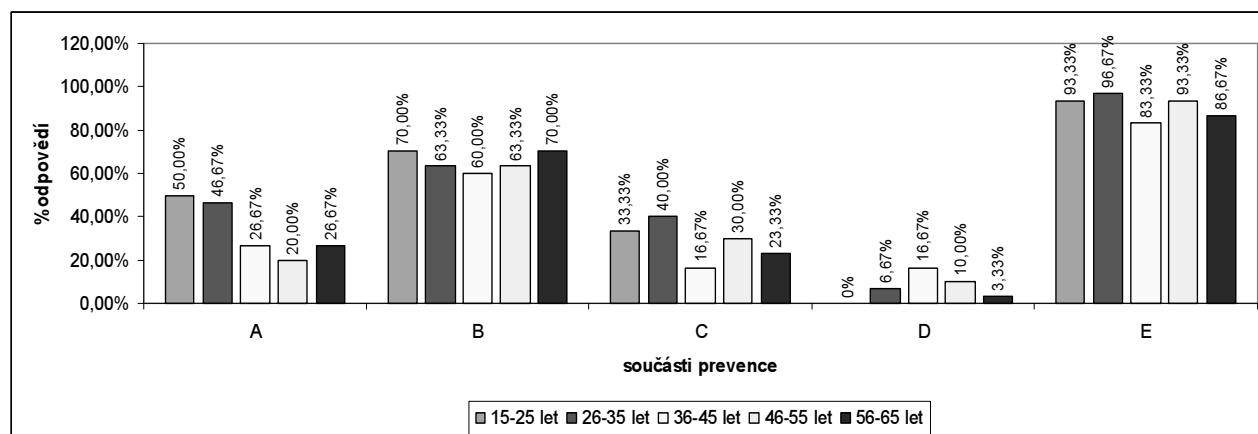
Legenda:

- A – zahájení sexuálního života po 15. roce věku D – možnost vakcinace
 B – nestřídání sexuálních partnerů E – preventivní prohlídky
 C – nekouřit

Tab. č. 28 Znalost preventivních opatření nádorového onemocnění čípku děložního respondentek podle věku

věk / prevence	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
zahájení sex. života po 15.roce věku	15	50,00%	14	46,67%	8	26,67%	6	20,00%	8	26,67%	51	34,00%
nestřídání sexuálních partnerů	21	70,00%	19	63,33%	18	60,00%	19	63,33%	21	70,00%	98	65,33%
nekouřit	10	33,33%	12	40,00%	5	16,67%	9	30,00%	7	23,33%	43	28,67%
možnost vakcinace	0	0%	2	6,67%	5	16,67%	3	10,00%	1	3,33%	11	7,33%
preventivní prohlídky	28	93,33%	29	96,67%	25	83,33%	28	93,33%	26	86,67%	136	90,67%

Graf č. 26 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 28 vzhledem k věku



Legenda:

- A – zahájení sexuálního života po 15. roce věku D – možnost vakcinace
 B – nestřídání sexuálních partnerů E – preventivní prohlídky
 C – nekouřit

Otázka č. 13 Znáte příznaky nádorového onemocnění čípku děložního?

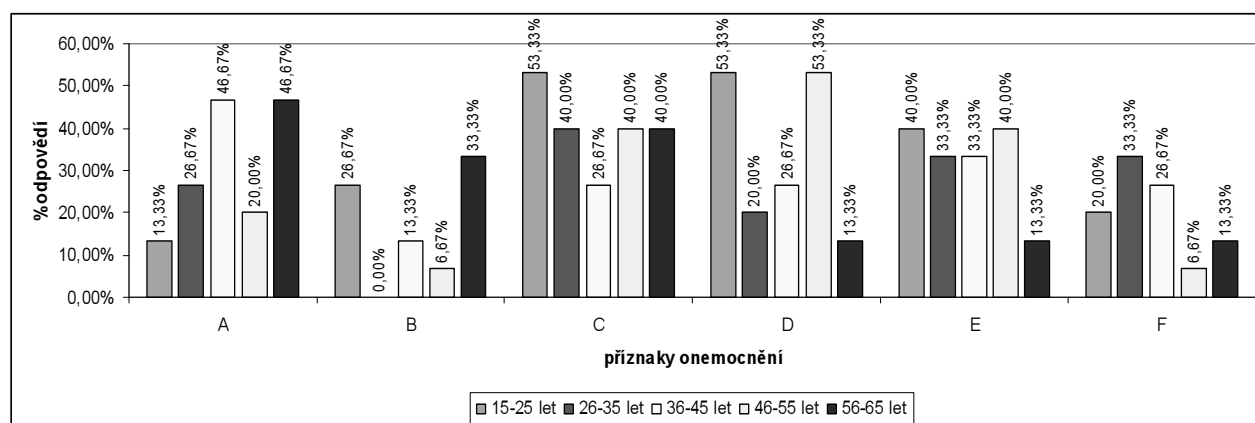
Tato otázka zjišťuje jakou znalost mají respondenty o příznacích onemocnění čípku děložního.

Respondenty z ambulancí, které jsou v rámci nemocnice z 30,67 % vědí, že začátek onemocnění je bez příznaků. 16,00 % respondentek ví, že se mohou objevit vodnaté výtoky, 40,00 % ví o možném krvácení, 33,33 % o bolestech, 32,00 % o špinění po styku. 20,00 % respondentek nezná žádné příznaky tohoto onemocnění – a to především 33,33 % respondentek z věkové kategorie 26-35let. (viz. tabulka č. 29 a graf č. 27)

Tab. č. 29 Znalost příznaků nádorového onemocnění čípku děložního - ambulance v rámci nemocnice.

věk / příznaky onemocnění	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
začátek bez příznaků	2	13,33%	4	26,67%	7	46,67%	3	20,00%	7	46,67%	23	30,67%
vodnaté výtoky	4	26,67%	0	0,00%	2	13,33%	1	6,67%	5	33,33%	12	16,00%
krvácení	8	53,33%	6	40,00%	4	26,67%	6	40,00%	6	40,00%	30	40,00%
bolesti	8	53,33%	3	20,00%	4	26,67%	8	53,33%	2	13,33%	25	33,33%
špinění po styku	6	40,00%	5	33,33%	5	33,33%	6	40,00%	2	13,33%	24	32,00%
neví	3	20,00%	5	33,33%	4	26,67%	1	6,67%	2	13,33%	15	20,00%

Graf č. 27 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 29 vzhledem k věku



Legenda:

A – začátek onemocnění je bez příznaků
B – vodnaté výtoky
C – krvácení

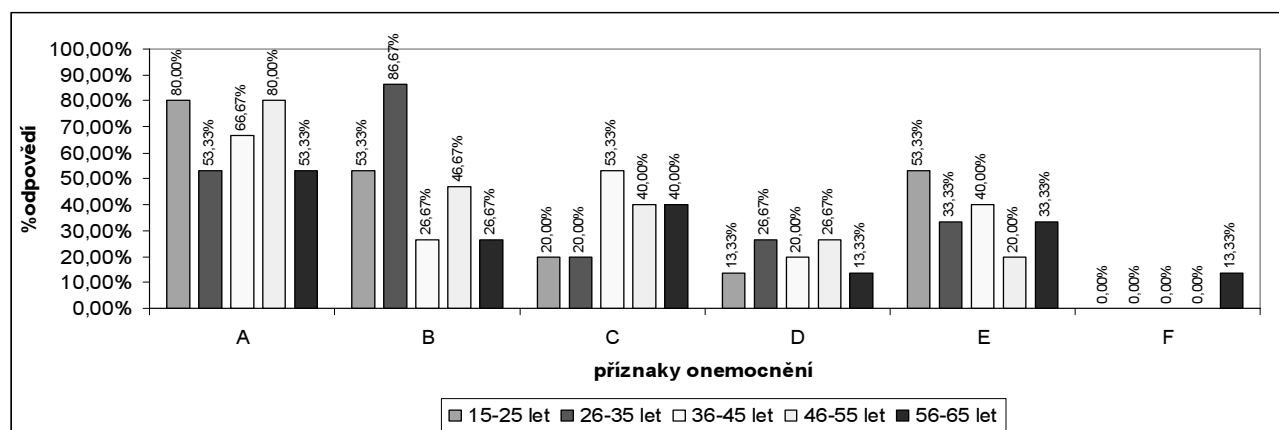
D – bolesti
E – mírné krvácení po styku
F – neví

Respondenty ze soukromých ambulancí vědí z 62,67 %, že začátek onemocnění je bez příznaků. 48,00 % respondentek ví o možných vodnatých výtocích, 34,67 % o krvácení, 20,00 % o bolestech, 36,67 % o špinění po styku. Oproti respondentkám z prvního typu ambulancí, jen 2,67 % respondentek nezná příznaky onemocnění. (viz. tabulka č. 30 a graf č. 28)

Tab. č. 30 Znalost příznaků nádorového onemocnění čípku děložního - soukromé ambulance

věk / příznaky onemocnění	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
začátek bez příznaků	12	80,00%	8	53,33%	10	66,67%	9	80,00%	8	53,33%	47	62,67%
vodnaté výtoky	8	53,33%	13	86,67%	4	26,67%	7	46,67%	4	26,67%	36	48,00%
krvácení	3	20,00%	3	20,00%	8	53,33%	6	40,00%	6	40,00%	26	34,67%
bolesti	2	13,33%	4	26,67%	3	20,00%	4	26,67%	2	13,33%	15	20,00%
špinění po styku	8	53,33%	5	33,33%	6	40,00%	3	20,00%	5	33,33%	27	36,67%
neví	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	13,33%	2	2,67%

Graf č. 28 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 30 vzhledem k věku



Legenda:

A – začátek onemocnění je bez příznaků
B – vodnaté výtoky
C – krvácení

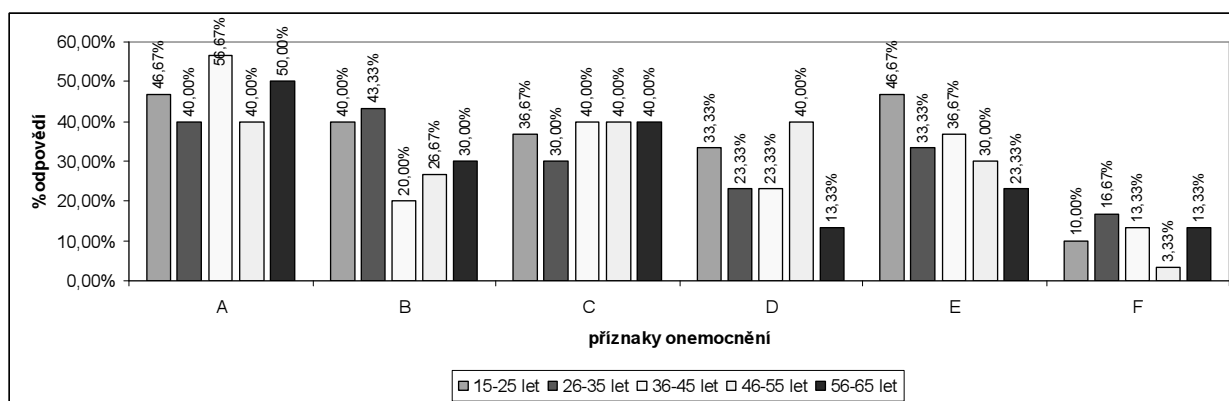
D – bolesti
E – mírné krvácení po styku
F – neví

Znalost příznaků respondentek podle věku: o začátku onemocnění bez příznaků ví nejvíce ženy z věkové kategorie 36-45 let 56,67 %. Vodnatý výtok zná 43,33 % respondentek z kategorie 26-35 let. Krvácení 40,00 % ve věku 36-45 let. Bolesti 40,00 % žen ve věku 46-55 let a špinění po styku 46,67 % z kategorie 15-26 let. (viz. tabulka č. 31 a graf č. 29)

Tab. č. 31 Znalost příznaků onemocnění nádorového onemocnění čípku děložního podle věku

věk / příznaky onemocnění	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
začátek bez příznaků	14	46,67%	12	40,00%	17	56,67%	12	40,00%	15	50,00%	71	47,33%
vodnaté výtoky	12	40,00%	13	43,33%	6	20,00%	8	33,33%	9	30,00%	48	32,00%
krvácení	11	36,67%	9	30,00%	12	40,00%	12	40,00%	12	40,00%	56	37,33%
bolesti	10	33,33%	7	23,33%	7	23,33%	12	40,00%	4	13,33%	40	26,67%
špinění po styku	14	46,67%	10	33,33%	11	36,67%	9	30,00%	7	23,33%	51	34,00%
neví	3	10,00%	5	16,67%	4	13,33%	1	3,33%	4	13,33%	17	11,33%

Graf č. 29 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 31 vzhledem k věku



Legenda:

A – začátek onemocnění je bez příznaků

B – vodnaté výtoky

C – krvácení

D – bolesti

E – mírné krvácení po styku

F – neví

Otázka č. 14 Myslíte si, že je problematika tohoto onemocnění a její prevence dostatečně prezentovaná v médiích?

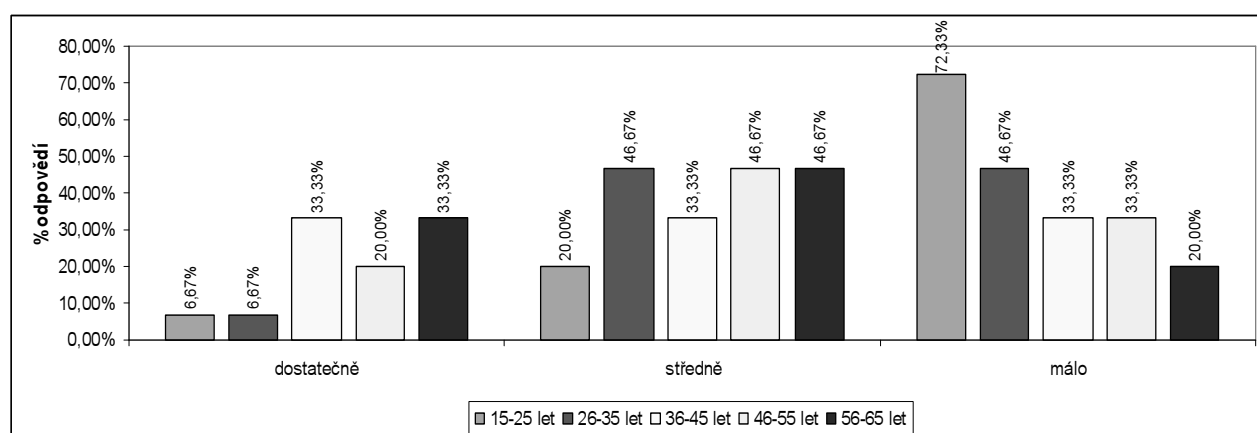
Tato otázka zjišťuje pohled respondentek na řešení problematiky nádorového onemocnění čípku děložního v médiích.

Respondenty z ambulancí v rámci nemocnice si z 20,00 % myslí, že je tato problematika v médiích prezentována dostatečně – 33,33 % respondentek se tak domnívají respondenty z věkových kategorií 36-45let a 56-65 let. 38,67 % respondentek si myslí, že je tento problém prezentován médii jen středně a 41,33 % žen se domnívá, že málo. (viz. tabulka č. 32 a graf č. 30)

Tab. č. 32 Názor na dostatečnost medializace problematiky nádorového onemocnění čípku děložního – ambulance v rámci nemocnice

věk /odpovědi	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
dostatečně	1	6,67%	1	6,67%	5	33,33%	3	20,00%	5	33,33%	15	20,00%
středně	3	20,00%	7	46,67%	5	33,33%	7	46,67%	7	46,67%	29	38,67%
málo	11	72,33%	7	46,67%	5	33,33%	5	33,33%	3	20,00%	31	41,33%
celkem	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	75	100,00%

Graf č. 30 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 32 vzhledem k věku

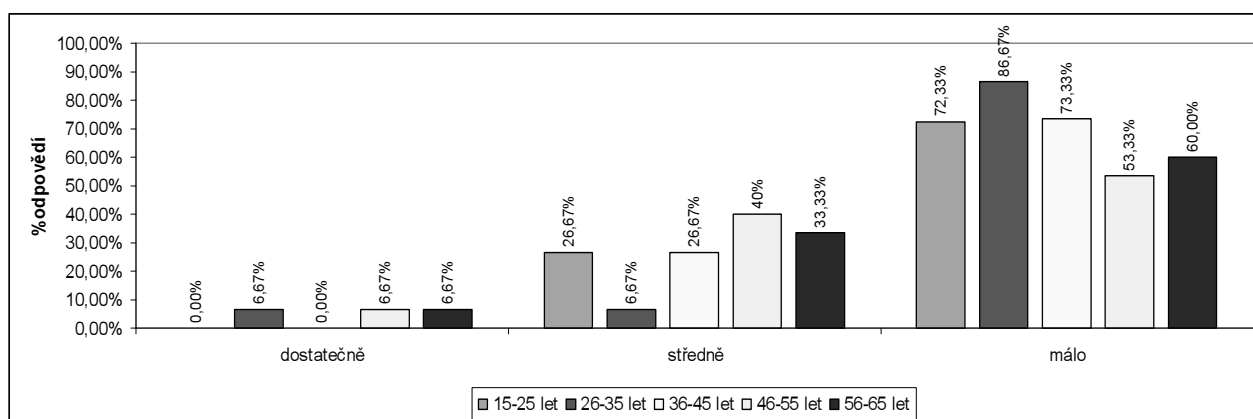


4,00 % respondentek ze soukromých ambulancí udává dostatečnou prezentaci této problematiky v médiích. 26,67 % žen si myslí, že je prezentace střední a 69,33 % respondentek si myslí, že mála. (viz. tabulka č. 33 a graf č. 31)

Tab. č. 33 Názor respondentek na dostatečnost medializace problematiky nádorového onemocnění čípku děložního – soukromé ambulance

věk /odpovědi	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
dostatečně	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%	1	6,67%	1	6,67%	3	4,00%
středně	4	26,67%	1	6,67%	4	26,67%	6	40,00%	5	33,33%	20	26,67%
málo	11	72,33%	13	86,67%	11	73,33%	8	53,33%	9	60,00%	52	69,33%
celkem	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	75	100,00%

Graf č. 31 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 33 vzhledem k věku



Podle věkových kategorií si ženy ve věku 15-25 let ze 3,33 % myslí že je problematika v médiích prezentovaná dostatečně, 23,33 % si myslí, že středně a 73,33 % zastává názor, že málo.

Ženy ve věku 26-35 let si ze 6,67 % myslí, že je problematika v médiích prezentovaná dostatečně, 26,67 % si myslí, že středně a 66,67 % zastává názor, že málo.

Ženy ve věku 36-45 let si z 16,67 % myslí, že je problematika v médiích prezentovaná dostatečně, 30,00 % si myslí, že středně a 53,33 % zastává názor, že málo.

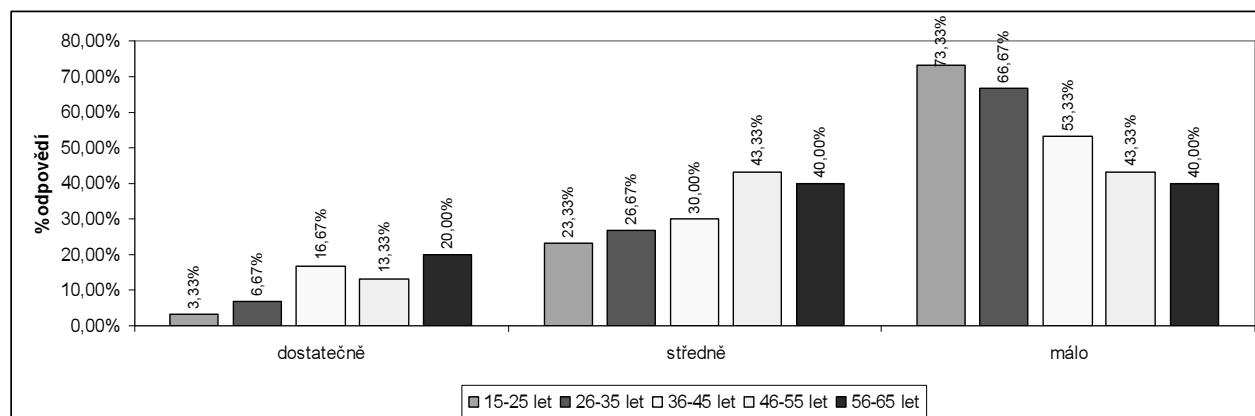
Ženy ve věku 46-55 let si ze 13,33 % myslí, že je problematika v médiích prezentovaná dostatečně, 43,33 % si myslí, že středně a 43,33 % zastává názor, že málo.

Ženy ve věku 56-65 let si z 20,00 % myslí, že je problematika v médiích prezentovaná dostatečně, 40,00 % si myslí, že středně a 40,00 % zastává názor, že málo.(viz tabulka č. 34 a graf č. 32)

Tab. č. 34 Názor respondentek medializaci problematiky vzhledem k věku

věk /odpovědi	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
dostatečně	1	3,33%	2	6,67%	5	16,67%	4	13,33%	6	20,00%	18	12,00%
středně	7	23,33%	8	26,67%	9	30,00%	13	43,33%	12	40,00%	49	32,67%
málo	22	73,33%	20	66,67%	16	53,33%	13	43,33%	12	40,00%	83	55,33%
celkem	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	150	100,00%

Graf. č. 36 Procentuální zastoupení odpovědí vzhledem k věku



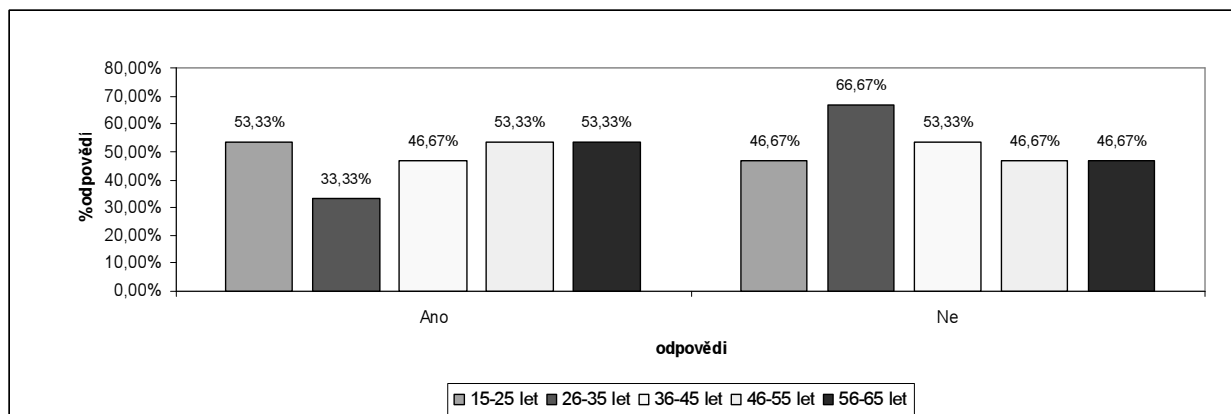
Otázka č. 15 Jsou v ordinace (resp. čekárně) Vašeho gynekologa letáky s dostatkem informací týkající se nádorového onemocnění čípku děložního?

48,00 % respondentek udává, že v čekárně gynekologické ambulance, která je v rámci nemocnice, jsou letáky s dostatkem informací o nádorovém onemocnění čípku děložního. 52,00 % respondentek udává, že nikoliv. (viz tabulka č. 35 a graf č. 33)

Tab. č. 35 Odpovědi respondentek z ambulancí, které jsou v rámci nemocnice

věk /odpovědi	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	8	53,33%	5	33,33%	7	46,67%	8	53,33%	8	53,33%	36	48,00%
ne	7	46,67%	10	66,67%	8	53,33%	7	46,67%	7	46,67%	39	52,00%
celkem	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	75	100,00%

Graf. č. 33 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 35 vzhledem k věku

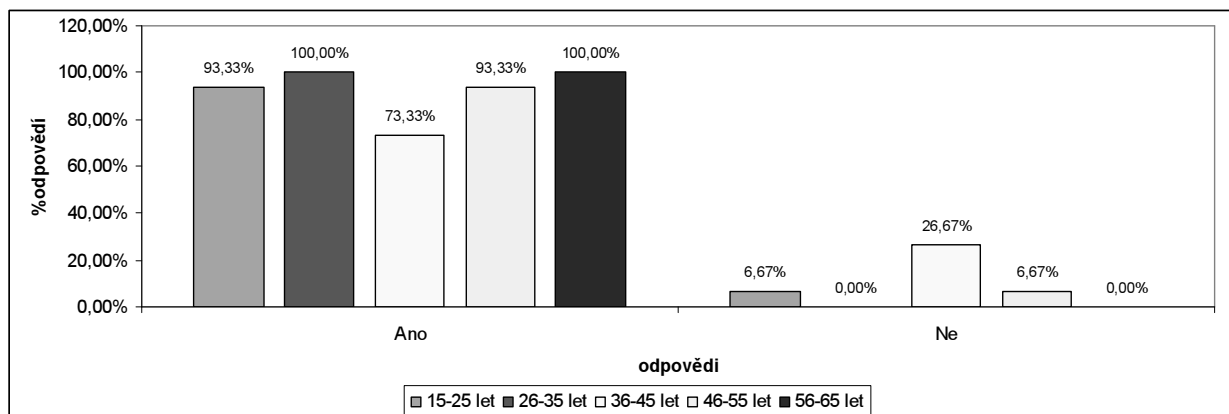


92,00 % respondentek udává, že v čekárně soukromých gynekologických ambulancí jsou letáky s dostatkem informací o nádorovém onemocnění čípku děložního. 8,00 % respondentek udává, že nikoliv. (viz. tabulka č. 36 a graf č. 34)

Tab. č. 36 Odpovědi respondentek ze soukromých ambulancí

věk /odpovědi	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	14	93,33%	15	100,00%	11	73,33%	14	93,33%	15	100,00%	69	92,00%
ne	1	6,67%	0	0,00%	4	26,67%	1	6,67%	0	0,00%	6	8,00%
celkem	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	75	100,00%

Graf č. 34 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 36 vzhledem k věku



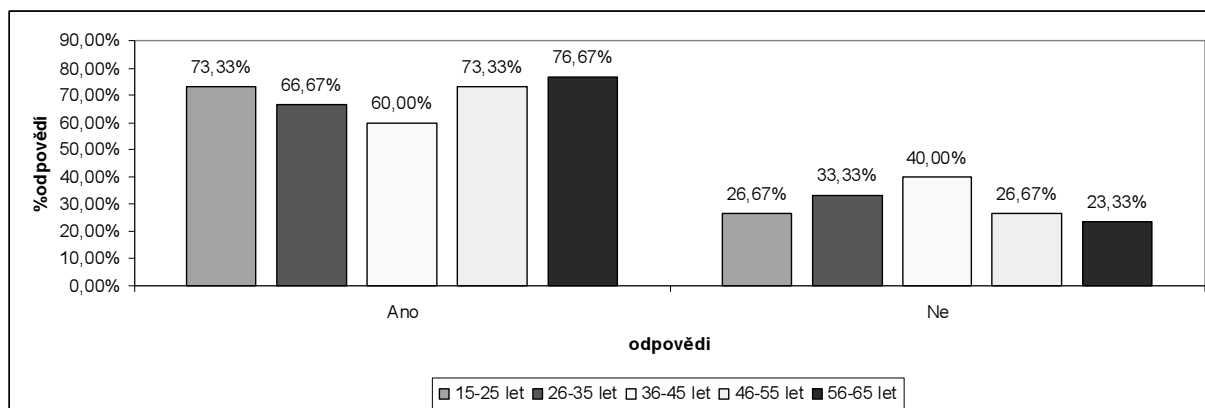
Podle věkových kategorií 73,33 % žen ve věku 15-25 let udává, že v čekárně gynekologické ambulance, do které docházejí na prohlídky, je dostatek letáků s informacemi o nádorovém onemocnění čípku děložního. 26,67 % žen z této kategorie udává, že zde letáky nejsou.

66,67 % žen ve věku 26-35 let udává, že letáky v čekárnách jsou. 33,33 % že nejsou. 60,00 % žen ve věku 36-45 let udává, že letáky v čekárnách jsou. 40,00 % že nejsou. 73,33 % žen ve věku 46-55 let udává, že letáky v čekárnách jsou. 26,67 % že nejsou. 76,67 % žen ve věku 56-65 let udává, že letáky v čekárnách jsou. 23,33 % že nejsou. (viz. tabulka č. 37 a graf č. 35)

Tab. č. 37 Názor respondentek na dostatek informačních letáků v čekárnách gynekologických ambulancí vzhledem k věku

věk /odpovědi	15-25let		26-35let		36-45let		46-55let		56-65let		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	22	73,33%	20	66,67%	18	60,00%	22	73,33%	23	76,67%	105	70,00%
ne	8	26,67%	10	33,33%	12	40,00%	8	26,67%	7	23,33%	45	30,00%
celkem	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	30	100,00%	150	100,00%

Graf č. 35 Procentuální zastoupení odpovědí k tab. č. 37 vzhledem k věku



5.3 Shrnutí získaných údajů

Výsledky průzkumu, ze kterého vychází má bakalářská práce naznačují, že ženy mají určité povědomí o problematice a prevenci nádorového onemocnění čípku děložního. To však není zcela dostačující.

Na první (preventivní) gynekologickou prohlídku šlo nejvíce respondentek v 18-ti letech (22,00 %). Z důvodu prevence do ambulancí v rámci nemocnice přišlo na první gynekologickou prohlídku 26,66 % respondentek a do soukromých ambulancí jen 14,67 % respondentek. Většina žen šla ke gynekologovi poprvé z důvodu gynekologických potíží, těhotenství a ženy ve věku 15-25 let především kvůli předepsání antikoncepce. Pravidelných preventivních prohlídek se účastní 68,00 % respondentek a 16,00 % respondentek udává, že chodí ke gynekologovi 1x za půl roku. Do ambulancí soukromých gynekologů chodí více žen (81,33 %) pravidelně 1x do roka na preventivní prohlídku než u gynekologů s ambulancemi v rámci nemocnice (54,67 %). Zároveň 90,67 % respondentek udává pravidelné preventivní prohlídky jako součást prevence proti nádorovému onemocnění čípku děložního, což je velmi uspokojivý údaj.

Podle mého průzkumu ženy, kromě palpačního vyšetření (93,33 %), neznají dostatečně součásti preventivní prohlídky – doplnění anamnézy (13,33 %), vyšetření v zrcadlech (58,00 %), cytologii (47,33 %), kolposkopii (38,67 %), vyšetření vaginálním ultrazvukem (26,00 %) ani vyšetření prsou (57,33 %). S tím souvisí i fakt, že 70,00% respondentek ví, že jim gynekolog provedl preventivní prohlídku kompletně (především 80,00 % z věkové kategorie 46-55 let) a 22,00 % neví zda byla jejich gynekologická prohlídka provedena kompletně (30,00% zastoupení žen z kategorií 26-35 let a 56-65 let). Názor respondentek na tuto otázku se velmi liší podle typu ambulance – v ambulancích v rámci nemocnice byla preventivní prohlídka kompletně provedena jen 50,67 % respondentek a v soukromých ambulancích 89,33 % respondentek.

Poměrně výrazný rozdíl je v informovanosti žen gynekologem a zdravotní sestrou o významu a důvodu vyšetření při preventivní prohlídce. Gynekologem je informováno celkem 90,67 % respondentek - zdravotní sestrou 74,67 %. Ženy jsou lékařem (97,33 %) i sestrou (93,33 %) více informovány v soukromých gynekologických ambulancích než v ambulancích v rámci nemocnice (gynekolog 84,00 % / zdrav. sestra 56,00 %). Gynekologem jsou nejvíce informovány ženy ve věku 46-55 let (100,00 %) a sestrou ženy ve věku 15-25 let a 46-55 let (80,00 % v obou skupinách).

Gynekolog a zdravotní sestra jsou také hlavním zdrojem informací o nádorovém onemocnění čípku děložního (61,33 % a 41,33 %), opět však mnohem více v soukromých ambulancích (80,00 % / 74,67 %) než v ambulancích v rámci nemocnice (42,67 % / 8,00 %) V literatuře, letácích, médiích a na internetu hledají respondentky informace mnohem méně. 2 respondentky z věkové kategorie 26-35 let udávají, že nedostávají žádné informace. Pro ženy ve věku 15-25 let je kromě lékaře a sestry hlavním zdrojem informací internet (46,67 %). Literatura je dalším zdrojem informací pro věkové kategorie 26-35 let (43,33 %), 36-45 let (50,00 %), 56-65 let (43,33 %) a pro ženy ve věku 46-55 let jsou to média (46,67 %).

Tento průzkum naznačuje, že povědomí respondentek o rizikových faktorech (RF) nádorového onemocnění čípku děložního není dostatečné. RF většího počtu sexuálních partnerů zná 70,00% žen, virovou infekci pohlavních orgánů lidským papilomavirem zná 46,00 % žen, zahájení sexuálního života ve věku mladším 15-ti let 40,67 % žen a kouření 30,67 % žen. I zde je lepší informovanost u žen ze soukromých ambulancí. 10,67 % žen (tj. 8 respondentek) z ambulancí v rámci nemocnice nezná RF nádorového onemocnění čípku děložního. V průměru největší znalosti této problematiky mají ženy ve věku 15-36 let. Se znalostí RF souvisí také povědomí žen o preventivním opatření proti tomuto onemocnění. V soukromých ambulancích ví více žen o prevenci v zahájení sexuálního života po 15. roce věku (49,33 %), v nestřídání sexuálních partnerů (84,00 %) a v pravidelných preventivních prohlídkách u gynekologa (94,67 %). Naopak v ambulancích v rámci nemocnice má větší procento žen povědomí o prevenci v nekuření (34,67 %) a případné vakcinaci proti HPV (10,67 %). Znalost preventivních opatření je do jisté míry také rozdílná podle věku. Zahájení sexuálního života po 15. roce věku hodnotí jako prevenci nejvíce žen z věkové kategorie 15-25 let (50,00 %), nestřídání sexuálních partnerů je udáváno 70,00 % respondentek z kategorií 15-25let a 56-65 let, nekuřáctví je ve hodnoceno jako preventivní opatření 40,00 % žen z věkové kategorie 26-35 let. Možnost vakcinace je respondentkám zatím neznáma – největší povědomí o ní mají ženy z věkové kategorie 36-45 let a to 16,67 % respondentek. Preventivní prohlídky jako prevence jsou známy nejvíce věkové skupině 26-35 let (96,67 %).

Znalost příznaků nádorového onemocnění čípku děložního také není dostatečná. Jen 43,33 % žen ví, že začátek onemocnění je bez příznaků. 37,33 % žen ví, že se může objevit krvácení, bolesti (26,67 %), vodnatý výtok (32,00 %) a špinění po styku (34,00 %). Bohužel 11,33 % žen (tj. 17 respondentek) udává, že příznaky tohoto onemocnění vůbec nezná.

Všechny tyto údaje o nedostatečných znalostech žen v této problematice potvrzuje také názor respondentek, že je toto téma málo prezentováno v médiích.

Podle 70,00 % žen je však dostatek letáků s informacemi o onemocnění a prevenci nádorového onemocnění čípku děložního.

6 DISKUSE

Cílem mé práce bylo zjistit, jaké je povědomí ženo prevenci nádorového onemocnění čípku děložního a do jaké míry jsou informovány svými ošetřujícími gynekology.

Výsledky mé bakalářské práce jsou pozitivní, a to v tom, že většina respondentek je svým ošetřujícím gynekologem a zdravotní sestrou informována o součástech a důvodech vyšetření spojených s preventivní prohlídkou a gynekolog i zdravotní sestra jsou pro ženy hlavním zdrojem informací o prevenci nádorového onemocnění čípku děložního. To se bohužel týká většiny žen docházejících do soukromých ambulancí. V gynekologických ambulancích v rámci nemocnice je procento informovaných žen gynekologem a zdravotní sestrou poměrně nižší. Dále je pozitivní, že většina respondentek chodí na preventivní prohlídky pravidelně. Znalost rizikových faktorů, preventivních opatření a příznaků onemocnění, ale podle výsledků výzkumu a mého názoru není dostačující. Což je jistě zapříčiněno i nízkou medializací tohoto problému. Překvapující jsou v tomto případě odpovědi respondentek na to, že ve většině gynekologických ambulancí (resp. čekárnách) jsou letáky s dostatkem informací o tomto onemocnění. Podle mého vlastního průzkumu jsem ani v jedné čekárně gynekologických ambulancí, do kterých chodí mé respondenty, nezískala leták o prevenci nádorového onemocnění čípku děložního. A to ani po osobním vyžádání od zdravotní sestry.

Pro svou práci jsem však nezískala žádnou dostatečně srovnatelnou studii jiného autora. Otázku docházky žen na pravidelné preventivní prohlídky mohu porovnat se článkem MUDr. Jiřího Vambery, lékaře Gynekologicko-porodnického oddělení Oblastní nemocnice Trutnov a.s. a radního královéhradeckého kraje v jedné osobě, který se nazýval – *Prevence v gynekologické ambulantní péči. Srovnání údajů okresu Trutnov, České republiky a vybraných zemí*. Podle údajů v této práci vykazují ambulance preventivní vyšetření u 32% registrovaných pacientek v roce 2000.

Pokud s tímto údajem srovnám, že ke svému gynekologovi dochází na preventivní prohlídky 84,00 % respondentek pravidelně minimálně 1x za rok, jsou tyto výsledky uspokojivé.

7 NÁVRH ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ

Průzkum byl zaměřen na zjištění povědomí žen o prevenci nádorového onemocnění čípku děložního a míře informovanosti jejich gynekologem.

Výsledky výzkumu dotazníkovou metodou ukázaly, že gynekologem a zdravotní sestrou jsou více informovány ženy v soukromých gynekologických ambulancích. Jestliže má gynekolog v nemocnici vyšetřit denně ambulantně 35 a více klientek, organizovat práci spolupracovníků, shánět výsledky vyšetření a event. udělat občas nějaký malý výkon, není divu, že mu na rozhovor s klientkami nezbyvá dostatek času. V tomto by ho tedy měla zastoupit zdravotní sestra, ale ani ta nemá pro ženy dostatek času. Bohužel, mnohdy dostatečně vzdělané zdravotní sestry v ambulancích gynekologů, vyřizují jen administrativní práci a do kontaktu s klientkou přijdou minimálně.

Řešení tohoto problému je dosti složité, proto by ženy měly dostávat dostatek informací alespoň formou letáků a z médií. Letáky s informacemi o prevenci nádorového onemocnění čípku děložního jsou však podle mého názoru distribuovány velmi nedostatečně. Čekárny gynekologických ambulancí jsou plné reklamních plakátů farmaceutických firem nabízejících různé druhy antikoncepčních pilulek, popřípadě týkající se problematiky klimakteria a osteoporózy. Snad jen letáky o rakovině prsu se v čekárnách občas vyskytují. A to díky několika, v Česku působícím, ligám proti rakovině prsu. Myslím si, že takovéto ligy proti rakovině čípku děložního v České republice chybí, což je škoda. Jediný leták zabývající se problematikou rakoviny děložního čípku, který se mi podařilo sehnat, je od Všeobecné zdravotní pojišťovny (viz. Příloha č. 10). Ale ani ten není v našich gynekologických ambulancích vidět. Leták Ministerstva zdravotnictví České republiky (viz. Příloha č. 12), na který jsem narazila na internetu nedlouho před ukončením mé bakalářské práce, je podle mého nedostačující, ani slůvkem se nezmiňuje o primární prevenci a především se opět vůbec nevyskytuje v čekárnách gynekologických ambulancí. Také je smutné, že nejvíce informací o prevenci tohoto onemocnění jsem i já získala díky publikacím Masarykova onkologického ústavu v Brně. Tento ústav nabízí ve svém informačním centru dostatek brožurek a letáků o prevenci všech možných nádorových onemocnění, ale podle mého se k nim dostanou klienti, kteří už primární prevenci jen těžko ovlivní. Proto si myslím, že by bylo dobré založit tyto informační centra i jinde, aby se klientky o primární prevenci dozvídaly včas. Také medializace této problematiky by bylo potřeba zvýšit. Například v zahraničí existuje mnohem více informačních internetových stránek o prevenci rakoviny děložního čípku pro laickou

veřejnost než u nás. Internetové servery pro Českou republiku zabývající se prevencí jsou velmi často jen pro lékaře. Protože já sama dosti často a ráda hledám informace a pracuji na internetu, napadlo mě, že bych se pokusila založit internetové stránky s informacemi o prevenci nádorového onemocnění čípku děložního. Určitě je to úkol na delší dobu, ale snad by měl své uplatnění a význam. V dnešní době přichází do zdravotnictví stále více vzdělaných sester, proto by i ony měly získat svůj prostor pro osvětu a komunikaci s klientkami. Ať už v ambulancích, na gynekologicko-porodnických odděleních nebo jejich samostatnou iniciativou např. psaním článků do časopisů pro ženy a dívky.

Vliv na přístup žen k prevenci má i výchova v rodině, ve škole a informovanost dívek dětským lékařem. Pokud maminka sama dochází na prevenci pravidelně, vede dceru ke správné hygieně již od malička, vysvětlí dceři proč jít ke gynekologovi a správně ji psychicky připraví na první vyšetření, stanou se pro dívku preventivní prohlídky také samozřejmostí. Dětský lékař by tuto část prevence také neměl opomíjet a posílat větší procento dívek k dětskému gynekologovi. Otázku výchovy k prevenci ve školách jsem do svého výzkumu zapomněla zařadit. Jistě i ta hraje v povědomí dívek o prevenci svou roli. Proto by bylo dobré ji zahrnout do jiného výzkumu spolu s pohledem na rozdíly v informovanosti žen o prevenci vzhledem k jejich stupni vzdělání.

8 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce s názvem „Současný stav prevence gynekologického nádorového onemocnění“ byla pro mě přínosem a poučením. Zabývá se problematikou onemocnění, které u nás vykazuje stále větší nárůst oproti jiným zemím. Otázka prevence je diskutovaná v řadách lékařů, ale k laické veřejnosti se dostává jen velmi málo.

Překvapilo mě, že respondenty udávaly poměrně vysoké procento informovanosti gynekologem, ale na druhou stranu jejich povědomí o součástech preventivní prohlídky, rizikových faktorech a příznacích onemocnění nebylo dostatečné.

Tuto problematiku by bylo dobré prozkoumat hlouběji ve více městech České republiky a to i z jiného úhlu pohledu.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit jaké je povědomí žen o prevenci nádorového onemocnění čípku děložního a do jaké míry jsou informovány svými gynekology.

Hypotéza č. 1: Myslím si, že povědomí žen o prevenci nádorového onemocnění čípku děložního je u žen rozdílné podle věku.

Tuto hypotézu potvrzují údaje o rozdílném způsobu získávání informací týkajících se prevence, o informovanosti žen gynekologem a zdravotní sestrou, o znalostech preventivních opatření, rizikových faktorů a příznacích onemocnění u žen v různých věkových skupinách. Na pravidelné preventivní prohlídky chodí především ženy ve věku 15-36 let a 46-55 let se zastoupením 73,33 %. Součástí preventivní prohlídky znají nejvíce ženy z věkové kategorie 26-35 let, rizikové faktory a preventivní opatření ženy ve věku 15-36 let a příznaky onemocnění znají nejvíce ženy ve věku 56-65 let. Mladé ženy jsou poměrně dobře informovány díky jejich pravidelným návštěvám gynekologa a většího přístupu k médiím a internetu. Starší ženy oproti tomu mají více osobních zkušeností. Zarážející jsou neznalosti žen ve věku 36-45 let, což je věková kategorie, u které je nejčastější výskyt nádorového onemocnění čípku děložního.

Hypotéza č. 2: Domnívám se, že v ambulanci soukromého gynekologa je ženám poskytováno více informací a preventivní péče.

Tato hypotéza se mi potvrdila. Více respondentek ze soukromých ambulančí si myslí, že jim byla preventivní prohlídka provedena vždy kompletně (89,33%). Vysvětlení o důvodu vyšetření a jeho významu zde získalo od gynekologa a zdravotní sestry také více klientek. A informace o prevenci má od svého gynekologa a zdravotní sestry také více respondentek ze soukromých ambulančí

Hypotéza č. 3: Domnívám se, že ženy získávají informace o problematice prevence nádorového onemocnění čípku děložního více z médií a letáků než od svého gynekologa nebo zdravotní sestry.

Tato hypotéza se mi nepotvrdila. I když 70,00% respondentek odpovědělo, že jsou v čekárnách gynekologických ambulančí, kam docházejí na preventivní prohlídky, letáky dostatkem informací o prevenci nádorového onemocnění čípku děložního. Jak jsem sama během práce na tomto výzkumu zjistila, dostupnost letáků a medializace tohoto problému je nedostatečná. Proto celkem 61,33% respondentek získává informace od lékaře, 41,33% od zdravotní sestry, z letáků 23,33% a z médií 31,33% respondentek. Jen 12,00% respondentek si myslí, že je tato problematika v médiích prezentovaná dostatečně.

Výsledky mé bakalářské práce ale nejsou dostatečně reprezentativní. 150 oslovených respondentek z jednoho města je jen malé procento populace České republiky ženského pohlaví.

Aby tyto výsledky měly opravdovou váhu, muselo by být osloveno mnohem více respondentek z celé republiky.

Pro mě osobně jsou však tyto výsledky důvodem k zamyšlení. Protože jsem výzkum prováděla v městě, ve kterém od narození žiji, sama zde chodím ke svému gynekologovi, do kterého se chci po studiu vracet a možná jednou i pracovat v některé z gynekologických ambulančí.

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

1. BOHDALOVÁ, J.; Rakovině děložního čípku lze předcházet. *Sestra*, 2000, roč. 10, č. 3, s. 3, ISSN: 1210-0404
2. CITTERBART, K.; et al. Gynekologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 278s. ISBN: 80-726-2094-0
3. ČEPICKÝ, P.; KURZOVÁ, H. Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře. Praha: Karolinum, 2003. 174s. ISBN: 80-246-0677-1
4. FLORIAN, J. Screening rakoviny děložního hrdla. *Sestra*, 2000, roč. 10, č. 3, s. 4, ISSN: 1210-0404
5. HAVRÁNKOVÁ, A.; SVOBODA, B.; KAŇKA, J. Prevence gynekologických zhoubných nádorů a současnost. *Zdravotnické noviny*, příl. Lékařské listy, 2001, roč. 50, č. 11, s. 18-19, ISSN: 0044-1996
6. HOLÍK, J. Prevence nádorů v rukou praktických lékařů. In Manuál prevence a časně detekce nádorových onemocnění. 1. vydání. Brno: MOÚ, 2002, s. 17-23. ISBN: 80-238-9513-3
7. HRUBÁ, D. Primární prevence ve vztahu ke kouření. In Manuál prevence a časně detekce nádorových onemocnění. 1. vydání. Brno: MOÚ, 2002, s. 63-70. ISBN: 80-238-9513-3
8. HRUBÁ, D. Kouření a zhoubné bujení. In Onkologická rizika. 1. vydání. Brno: MOÚ, 2001, s. 5-11. ISBN: 80-238-7620-1
9. HRUBÁ, M.; FORETOVÁ, L.; VORLÍČKOVÁ, H. Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění. 1. vydání. Brno: MOÚ, 2001, 77s. ISBN: 80-238-7618-X
10. IVANOVÁ, K.; JURÍČKOVÁ, L. Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením. Olomouc: UP, 2005, 98s. ISBN: 80-244-0992-5
11. KALÁBOVÁ, R. Možnosti prevence a časně detekce gynekologických malignit. In Manuál prevence a časně detekce nádorových onemocnění. 1. vydání. Brno: MOÚ, 2002, s. 33-38. ISBN: 80-238-9513-3
12. KALÁBOVÁ, R. Zhoubné nádory děložního čípku. *Zdravotnické noviny*, příl. Lékařské listy, 2003, roč. 52, č. 17, s. 23-26, ISSN: 0044-1996
13. KAREŠOVÁ, J. Karcinom děložního hrdla a jeho prevence. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 1, s. 47-48, ISSN: 1210-0404

14. KESSEL, K. Van; 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
15. KOKEŠ, V. Karcinom děložního hrdla. *Zdravotnické noviny*, příl. Lékařské listy, 2002, roč. 51, č. 18, s. 20-21, ISSN: 0044-1996
16. KOLÁŘOVÁ, M.; ZAVŘELOVÁ, M.; BEŇA, F.; KOLÁŘOVÁ, L. Kauzální asociace infekcí a nádorů; primární prevence. In *Onkologická rizika*. 1. vydání. Brno: MOÚ, 2001, s. 5-11. ISBN: 80-238-7620-1
17. Kolektiv autorů. *Nádory ve světě v roce 2000*. Brno: MOÚ, 2004. 43s. ISBN: 80-903255-0-5
18. Kolektiv autorů. *Prevence nádorových onemocnění pro ženy po čtyřicítce*. Brno: MOÚ, 2000. 48s. ISBN: 80-238-6227-8
19. KOTRŠOVÁ, L. Praktický pohled na cervikální patologie. *Zdravotnické noviny*, příl. Lékařské listy, 2003, roč. 52, č. 41, s. 8-10, ISSN: 0044-1996
20. KOTULÁN, J.; HRUBÁ, D.; BENCKO, V. *Preventivní lékařství I.díl*. Brno: MU, 1991. 285s. ISBN 80-210-0336-7
21. KOTULÁN, J.; HRUBÁ, D. *Preventivní lékařství II.díl*. Brno: MU, 1993. 207s. ISBN 80-210-0563-7
22. ONDRUŠ, J. Současný stav plánovaného screeningu karcinomu děložního hrdla v ČR. *Praktická gynekologie*. 2004, č. 4, s. 36-37, ISSN: 1211-6645
23. PETRUŽELKA, L.; KONOPÁSEK, B.; et al. *Klinická onkologie*. Praha: Karolinum, 2003. 281s. ISBN: 80-238-0395-X
24. REJMAN, L. *Slovník cizích slov*. Praha: SPN, 1971. 414s., ISBN: 18-91-003
25. ROB, L. Jak efektivně eradikovat karcinom děložního hrdla. *Gynekologie po promoci*, 2004. roč. 4, č. 5, s. 55-56, ISSN: 1213-2578
26. ROBOVÁ, H. Jak, kdy a proč řešit cervikální dysplazii u adolescentek. *Gynekologie po promoci*, 2006. roč. 6, č. 1, s. 54, ISSN: 1213-2578
27. ROZTOČIL, A.; et al. *Porodnictví*. Brno: IDV PZ, 2001. 333s. ISBN: 80-7013-339-2
28. ŠTAFL, A. Prevence cervikálního karcinomu, kolposkopie a cervikální patologie. *Digitální cervikografie. Praktická gynekologie*, 2003. č. 2, s. 12-14, ISSN: 1211-6645
29. TIKOVSKÝ, J. Současný pohled na diagnostiku a terapii hrdla děložního. *Sanquis*, 2004, č. 33, s. 38-41, ISSN: 1212-6535

30. VAMBERA, J. Prevence v gynekologické ambulanci péči. Srovnání údajů okresu Trutnov, České republiky a vybraných zemí. *Gynekolog*, 2002. roč. 11, č. 5, s. 243-249, ISSN: 1210-1133
31. DÖRR, A.; KOLÁŘOVÁ, H. Možnosti prevence gynekologických zhoubných nádorů. 2005. [cit. 2006-02-15] Dostupné na WWW:
<http://www.mou.cz/mou/section-show.jsp?s=914/915>
32. DVOŘÁK, V. Braňte se proti rakovině děložního čípku. 2005.[cit. 2006-04-15]
Dostupné na WWW: http://www.mzcr.cz/win/data/c1807/lib/pravo_dvorak.jpg
33. <http://www.hpv.cervix.cz/> [cit. 2006-01-10]
34. <http://www.hpvinfo.cz/> [cit. 2006-01-10]
35. Karcinom děložního čípku. [cit. 2006-01-10] Dostupné na WWW:
http://www.mou.cz/mou/upload/Rubriky/pro_odborniky/protokoly/053.pdf
36. Karcinom děložního hrdla a papilomaviry. *Medicina*, 1999. roč. 6, č. 1, s. 15. [cit. 2006-01-10] Dostupné na WWW:
<http://www.zdrava-rodina.cz/med/med0502/med0525.html>
37. Národní onkologický program České republiky. [cit. 2006-01-15] Dostupné na WWW: http://www.mzcr.cz/data/c1052/lib/Narodni_onkologicky_program.rft
38. Nové očkování chrání před nádory. [cit. 2006-02-20] Dostupné na WWW:
http://www.prevencenadoru.cz/mouprev/section_show.jsp?s=908&selIdDoc=141
39. Novotvary 2003 ČR. [cit. 2006-04-13] Dostupné na WWW:
http://www.uzis.cz/index.php?article=353&order=&sort=&mnu_id=
40. Papilomaviry, kontracepce a karcinom čípku. *Medicina*, 2002. roč. 9, č. 5, s. 14. [cit. 2006-01-10] Dostupné na WWW:
http://www.zdrava-rodina.cz/med/med199/med199_31.htm
41. Preventivní programy Ministerstva zdravotnictví ČR. 2005. [cit. 2006-04-15]
Dostupné na WWW: <http://www.mzcr.cz/win/index.php?clanek=1807>

10 SEZNAM ZKRATEK

BMI	- body mass index, poměr tělesné hmotnosti k výšce člověka
Ca	- karcinom, zhoubný nádor
CEA	- carcinoembryonální antigen
CD	- kompaktní disk
CIN	- cervikální intraepiteliální neoplazie
CIS	- karcinom „in situ“
COP	- Centrum onkologické prevence
CT	- počítačová tomografie
DNA	- deoxyribonukleová kyselina
EU	- Evropská unie
HIV	- Human immunodeficiency virus, lidský imunodeficitní virus
HPV	- Human papilomavirus, lidský papilomavirus
HR-HPV	- High risk human papilomavirus, vysoce rizikový lidský papilomavirus
HSIL (HG-SIL)	- High Grade Squamous Intraepithelial Lesions, těžká dysplazie
LSIL (LG-SIL)	- Low Grade Squamous Intraepithelial Lesions, lehká dysplazie
MRI	- magnetická rezonance
RF	- rizikový faktor
RTG	- rentgen
Tis	- Tumor „in situ“, primární nádor „in situ“
UZ	- ultrazvuk
VZP	- Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZN	- zhoubný nádor

11 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Výňatek ze zákona 56/1997 Sb.

Příloha č. 3: TNM a FIGO klasifikace karcinomu děložního čípku

Příloha č. 4: Místa odběru tkáně z děložního hrdla pro bioptické vyšetření

Příloha č. 5: Histopatologická terminologie a klasifikace prekanceróz děložního hrdla

Příloha č. 6: Brachyterapie děložního hrdla

Příloha č. 7: Rozsah operační léčby nádorů děložního hrdla

Příloha č. 8: Způsob replikace HPV v cervikálních epiteliálních buňkách

Příloha č. 9: Brožura VZP o rakovině děložního čípku

Příloha č. 10: Národní onkologický program České republiky

Příloha č. 11: Preventivní program Ministerstva zdravotnictví ČR

