

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**Informovanost žen o prevenci karcinomu děložního čípku**

Bakalářská práce

Vedoucí práce :

PhDr. Vlasta Koudelková

Autor:

Věra Gašpárková

2009

## **Abstract**

The purpose of my thesis was to determine the level of women's awareness of cervical cancer prevention, because cervical cancer is a serious disease affecting women of all age categories. As the occurrence of the disease is relatively high nowadays and there is no organized screening for cervical cancer in our country, it is useful to survey the awareness of women of preventive examinations available, as well as the possibility of vaccination against the HPV infection.

The survey was conducted by the quantitative research method. Data were collected by the anonymous questionnaire technique. The questionnaires were addressed to women of all age categories in different places of the South Bohemian region. A total of 160 questionnaires had been handed out, 95 % of which came back filled in. Some of them could not be taken into account due to inaccurate data, so the final number of relevant responses was 148 (100%). The data were gathered in October, November and December 2008.

In the thesis I stated six objectives and six hypotheses referring to women's awareness of cervical cancer prevention, vaccination and their attendance in preventive examinations. All the goals were met and the research was to confirm or reject the hypotheses stated. The first hypothesis presumed that young teenage girls under 18 are not informed of preventive gynaecological examinations. The evaluation of questionnaires of that age group did not confirm the hypothesis. All the other hypotheses were confirmed, and so good awareness of women was identified.

It is advisable to provide education on cervical cancer prevention in practice. Midwives can inform women in hospitals, consulting rooms and other health care facilities. To spread useful information, special brochures and leaflets as well as other sources such as the Internet can be used and special lectures can be organized.

The results of my research can be published in specialist magazines.

The purpose of cervical cancer prevention is an early detection, treatment and consequently mortality rate reduction in women with this diagnosis. But every woman is fully responsible for her own health and she is the one to care most.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Informovanost žen o prevenci karcinomu děložního čípku vypracovala samostatně s použitím literatury a pramenů uvedených v seznamu literatury.

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

V Českých Budějovicích 7.5. 2009

.....  
podpis studentky

Děkuji PhDr. Vlastě Koudelkové za cenné rady, podporu, pomoc a dodání optimismu při psaní mé bakalářské práce. Touto cestou též děkuji všem členům rodiny a kolegyním v práci za trpělivost, kterou se mnou měli po celé tři roky mého studia.

## Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Anatomie ženských pohlavních orgánů.....	4
1.1.1 Zevní rodidla.....	4
1.1.2 Vnitřní rodidla.....	6
1.1.3 Prs.....	8
1.2 Onkogynekologická terminologie.....	9
1.3 Historie prevence karcinomu děložního čípku.....	10
1.4 Gynekologické prohlídky.....	10
1.4.1 První gynekologická prohlídka.....	10
1.4.2 Preventivní prohlídka.....	12
1.5 Kolposkopie a cytologie.....	13
1.5.1 Kolposkopie.....	13
1.5.1.1 Kolposkopická terminologie a klasifikace.....	14
1.5.2 Cytologie.....	16
1.5.2.1 Onkologická cytologie.....	16
1.5.2.2 Faktory ovlivňující cytologickou diagnózu.....	17
1.5.2.3 Hodnocení cytologie.....	17
1.5.2.3.1 Abnormální změny dlaždicového epitelu.....	17
1.5.2.3.2 Abnormální změny buněk žlázového epitelu.....	18
1.6 Karcinom děložního čípku.....	20
1.6.1 Etiologie onemocnění.....	20
1.6.2 Infekce lidským papillomavirem.....	20
1.6.3 Diagnostika karcinomu děložního čípku.....	21
1.6.3.1 Zachování intimity pacientek při vyšetření a role porodní asistentky.....	23
1.6.3.2 Etika zachování mlčenlivosti porodní asistentky.....	23
1.6.4 Klasifikace nádorů.....	24
1.6.4.1 Histopatologická klasifikace.....	24
1.6.4.2 TNM klasifikace karcinomů a klasifikace dle FIGO.....	24

1.6.5 Léčba karcinomu děložního čípku .....	25
1.6.6 Karcinom děložního čípku v těhotenství .....	27
1.6.7 Prevence karcinomu děložního čípku .....	29
1.6.7.1 Zajišťování prevence karcinomu děložního čípku.....	29
1.6.7.2 Očkování proti karcinomu děložního čípku.....	30
1.6.7.3 Role porodní asistentky v prevenci karcinomu děložního čípku.....	31
1.6.7.4 Ošetrovatelský proces a diagnózy vztahující se ke karcinomu děložního čípku.....	32
1.7 Edukace v práci porodní asistentky .....	34
2. Cíle práce a hypotézy.....	35
2.1 Cíle práce .....	35
2.2 Hypotézy .....	36
3. Metodika .....	37
3.1 Použitá metoda.....	37
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	37
4. Výsledky výzkumného šetření.....	38
4.1 Analýza dotazníků klientek .....	38
4.1.2 Analýza dotazníků mladých děvčat do 18 let .....	55
4.1.3 Analýza dotazníků žen v produktivním věku .....	60
4.1.4 Analýza dotazníků žen v důchodovém věku .....	63
4.2 Tabulky .....	65
5. Diskuse.....	68
6. Závěr .....	82
7. Klíčová slova .....	83
8. Seznam použitých zdrojů.....	84
9. Přílohy.....	88
9.1 Seznam příloh .....	88

## Úvod

Karcinom děložního čípku je závažné onemocnění, které se vyskytuje u žen v každé věkové kategorii. Představuje nejen zdravotní, ale i psychologický a sociální problém. Následně po terapii ovlivňuje kvalitu života postižené pacientky. Riziko onemocnění karcinomem děložního čípku je celoživotní a jeho výskyt a úmrtnost se mění s věkem. Kolem 30 % případů je u mladých žen pod 45 let věku. Je třetím nejčastějším maligním onemocněním u žen, ročně je u nás diagnostikováno okolo 1100 nových případů a každý rok asi 400 žen na toto onemocnění zemře (10,15). Cervikální karcinom je uznáván jako nádor, u kterého je možné nejlépe provádět organizovaný screening.

Karcinom začíná infekcí ženy určitými typy papillomaviru (HPV) a pokud není infekce potlačena imunitním systémem, začnou normální buňky abnormálně růst a měnit se na prekancerózní léze (16). Počáteční stadia bývají dlouho bezpříznaková a mohou trvat až několik let. V tuto dobu lze nádor diagnostikovat při kontrolním gynekologickém vyšetření pomocí kolposkopie, cytologie nebo HPV testu. Pozdější stadia se již projevují kontaktním krvácením po sexuálním styku, výtokem, bolestmi v malé pánvi a krajině bederní a pak jde již o karcinom děložního čípku. Při včasném odhalení se úspěšnost léčby pohybuje kolem 90 % a nejlepší výsledky jsou dosahovány při léčbě počátečních předrakovinných stádií.

Vzhledem k poměrně velkému výskytu tohoto onemocnění a vzhledem k tomu, že v naší republice v současné době neexistuje organizovaný screening karcinomu děložního čípku (19), je vhodné zabývat se informovaností žen o možných preventivních vyšetřeních a možnosti očkování proti HPV infekci. V práci porodní asistentky se pak nabízí možnost edukace žen všech věkových kategorií, seznamování s rizikovými faktory a s prevencí rakoviny děložního čípku. Je důležité, aby si ženy uvědomovaly význam prevence a její dopad na vlastní zdraví. Vždyť zdraví má každý člověk pouze jedno a na každém jedinci záleží, nakolik si tuto situaci uvědomí a jak se o své vlastní zdraví stará.

## 1. Současný stav

Pro objasnění problematiky karcinomu děložního čípku je vhodné připomenout anatomii a přiblížit onkogynekologickou terminologii.

### 1.1 Anatomie ženských pohlavních orgánů

K ženským pohlavním orgánům patří zevní rodidla, vnitřní rodidla a mléčná žláza (21). Jejich úkolem je tvorba zralých pohlavních buněk – vajíček, tvorba ženských pohlavních hormonů a zajištění vnitřního oplození vajíček (42).

#### 1.1.1 Zevní rodidla

Zevní rodidla jsou uložena povrchově na dolním konci trupu ženy a kolem předsíně poševní. Vpředu se stýkají s okraji hypogastria a vzadu prostřednictvím hráze s řitní krajinou (42).

K zevním rodidlům patří hrma (mons pubis), na kterou navazují velké stydké pysky (labia maiora pudendi) a malé stydké pysky (labia minora pudendi). U horního okraje malých stydkých pysků se nachází poštváček (klitoris). Okraj poševního vchodu je chráněn panenskou blánou (hymenem). K zevním rodidlům náleží též bulbus vestibuli, bartholinské žlázy, hráze, pubické ochlupení a vyúsťuje zde také močová trubice (3).

Hrma je vyvýšenina ve tvaru trojúhelníku, kterou tvoří tukový polštář a nachází se před a nad sponou stydkou v dolní části podbřišku. Skrz tukový polštář prostupují vazivové trávce. Povrch hrmy je kryt silnou kůží s četnými potními a mazovými žlázami.

Ochlupení nacházející se na hrmě má svoji horní hranici rovnou, na rozdíl od mužského ochlupení. To je významným ženským sekundárním pohlavním znakem.

Velké stydké pysky jsou dva podélné, silně vyklenuté kožní valy. Tyto valy jsou ventrálně spojeny přední komisurou, dorzálně od předsíně poševní je pak spojuje zřetelná příčně probíhající kožní řasa (commissura labiorum posterior) (42).

Malé stydké pysky jsou kožní a slizniční útvary, které se nacházejí mediálně od velkých stydkých pysků. Nemají ochlupení a potní žlázy, mají však žlázy mazové a



bohatou žilní pletěň a obsahují topořivou tkáň. Kraniálně se malé stydké pysky rozbíhají do dvou řas a mezi těmito řasami je uložen pošťeváček (21).

Pošťeváček – clitoris je topořivý orgán, v jehož sliznici je velké množství senzitivních tělísek. Dráždění těchto tělísek vyvolává pohlavní vzrušení. Pošťeváček je obdobou mužského penisu, mechanismus erekce pošťeváčku je shodný s mechanismem erekce penisu, erekce u clitoris není tak výrazná. Celý pošťeváček je velký asi 8 cm a je složen ze zakrnělého žaludu – glans klitoris a z těla – corpus klitoris. Zevně je viditelná jen malá část – glans klitoris o velikosti 1 – 2 cm. Pošťeváček je připojen vazem ke stydké kosti (21, 42).

Poševní vchod je u dívek, které neměly pohlavní styk zčásti uzavřen hymenem. V jeho centru je vstup do pochvy, po okrajích je ohraničen malými stydkými pysky, pošťeváčkem a vzadu jamkou – fossa navicularis (3).

Panenská blána – hymen neúplně uzavírá vstup do pochvy u děvčat, které ještě neměly pohlavní styk. Hymen je tenká blána, oboustranně pokrytá sliznicí. Přibližně uprostřed hymenu je otvor a tímto otvorem odtéká menstruační krev. Otvor mívá různý tvar a velikost, při prvním pohlavním styku se pak v různých místech trhá a po porodu z něj zbývají pouze lalůčky (21, 42).

Bulbus vestibuli je vlastně topořivé těleso a je uloženo vpředu a po stranách poševního vchodu (3).

Bartolinská žláza – glandula vestibularis major je žláza párová, její velikost je asi 1 – 2 cm a je uložena v zadní třetině velkých stydkých pysků. Sekret Bartoliniho žláz je vazký a při pohlavním vzrušení zvlhčí poševní vchod (3, 21).

Hráz - perineum je přepážka mezi řitním otvorem a zadní komisurou velkých stydkých pysků. Skládá se ze tří vrstev – z kůže, podkoží a svalů. Šířka hráze bývá přibližně 4 cm (3).

Pubické ochlupení se nachází na hrmě a velkých stydkých pyscích a řadí se mezi druhotné pohlavní znaky. Rozvoj ochlupení závisí na hormonech a klasifikuje se podle Tannera (3).

### 1.1.2 Vnitřní rodidla

K vnitřním rodidlům patří pochva, čípek děložní, děloha, vejcovod, vaječník a závěsný a podpůrný aparát dělohy. Blízký vztah k vnitřním rodidlům má také močový měchýř spolu s konečníkem a pánevním peritoneem.

Pochva (vagina) patří k odvodním pohlavním cestám, je kopulačním orgánem, při menstruaci odvádí menstruační krev a během porodu tvoří spolu hrdlem děložním měkké porodní cesty. Je to trubicovitý orgán o délce asi 8 cm a šířce 3 - 5 cm. Dolní konec pochvy se nazývá vchod poševní a otvírá mezi malé stydké pysky do předsíně poševní, horní konec pochvy pak obepíná čípek dělohy. Okolo čípku je utvořen úpon pochvy – klenba poševní. Přední klenba poševní je mělká, zadní klenba je prostornější a hlubší a při souloži se v ní shromažďuje sperma. V pochvě rozlišujeme přední a zadní stěnu, které na sebe naléhají. Sliznice v pochvě je uspořádána do řas, má narůžovělou barvu, při menstruaci je její barva až červená a v těhotenství nafialovělá. Epitel v pochvě je mnohvrstevný dlaždicový a kryje také povrch čípku. Změny epitelových buněk v průběhu cyklu je možno sledovat vaginální cytologií (3, 42).

Dále patří k vnitřním rodidlům hrdlo děložní (cervix uteri). Hrdlo má část supravaginální a vaginální – této části umístěné v pochvě se říká čípek děložní. Čípek měří asi 1 cm, má přední a zadní pysk a mezi pysky je zevní branka. Tou vyústuje kanál hrdla, který spojuje dutinu děložní s pochvou. V děložním hrdle jsou dva druhy epitelu. Uvnitř kanálu se nachází endocervix z cylindrických hlenotvorných buněk a na části hrdla obrácené k pochvě je povrchová sliznice – ectocervix s vrstevnatým dlaždicovým epitelem. Hranice těchto dvou epitelů je na místě zevní branky, pouze u novorozence a v pubertě se tato hranice posouvá na zevní plochu čípku, čímž vzniká fyziologická ectopie (3).

Děloha je dutý svalnatý orgán a nachází se ve středu pánve. Má hruškovitý tvar o velikosti 8–10x5 cm a v průměru předozadním měří 2–3 cm. Síla děložní stěny je přibližně 10 – 15 mm. Stěna dělohy je tvořena ze tří vrstev – vnitřní vrstva se nazývá endometrium, střední a nejsilnější vrstva je myometrium a zevní seriózní vrstva je perimetrium. Velikost dělohy závisí na množství estrogenů, po přechodu se tělo děložní zmenšuje. Děloha slouží k přijetí oplozeného vajíčka, jeho výživě a ochraně až do doby

porodu. Děloha se skládá z těla (corpus uteri) a z isthmu uteri, což je spojovací úsek mezi tělem dělohy a děložním hrdlem. Isthmus je důležitý v těhotenství, kdy se přeměňuje na dolní děložní segment. U netěhotné ženy nemá funkční význam. Tělo dělohy má přední a zadní stěnu, tyto stěny se nahoře stýkají ve fundu děložním a po stranách jsou hrany děložní. Fundus dělohy má levý a pravý roh, z každého rohu pak odstupuje jeden vejcovod. Ve spodní části děloha přechází v hrdlo děložní ve tvaru válce (3,42).

Vejcovod – salpinx je útvar tvaru trubice o síle asi 0,5 cm a délce 10 – 12 cm. Vejcovod prochází děložním rohem, pak následuje zúžení – isthmus, ten se dále rozšiřuje v ampulu a ampula je zakončena infundibulem, které je tvaru nálevky s řasnatými fimbriemi. Vejcovod se otevírá volně do peritoneální dutiny. Stěna vejcovodu je složena z vnitřní sliznice, střední vrstvu tvoří hladká svalovina a zevně je vejcovod pokryt serózou.

Vaječník – ovarium je párovým orgánem, je zdrojem ženských pohlavních buněk (vajíček) a ženských pohlavních hormonů. U novorozence má velikost asi 20 x 5 x 5 mm, je hladký a pod jeho povrchem prosvítají malé cystické útvary folikulů. V období dětství se jeví jako bílý hladký proužek o délce asi 20 mm a síle 2–3 mm. V období dospívání se vaječník začíná zvětšovat a u dospělé ženy má pak rozměry přibližně 3–5x 3x2 cm. Jeho povrch je pak bělavý a hrbolatý, protože v něm dozrávají vajíčka – folikuly (3). V období stáří se pak vaječník pomalu zmenšuje a svrašťuje. Primordiálních folikulů je u novorozence 500000–2 miliony a jejich počet se dále redukuje. V pubertě jich je asi 500 000 a v plodném období ženy dozraje asi jen 450 folikulů. Další folikuly zanikají atrezií. Vaječník není připevněn k žádné pevné struktuře, visí volně na peritoneální duplikatuře a volně přepadá do zadní poloviny pánevní dutiny. Povrch vaječníku je kryt jednovrstevným epitelem, pod epitelem je vrstva zhuštěného vaziva – tunica albuginea. Ovariální stroma se pak dělí na kůru – kortex ovarii a dřev – medulla. V kůře ovaria je obsažen folikulární aparát, který se skládá z různých druhů folikulů v různých stádiích vývoje. Primordiální folikul je tvořen oocytem a folikulárními buňkami. Tyto folikulární buňky se dělí, dále vzniká rostoucí plný folikul, následně pak folikul s dutinou vyplněnou čirou tekutinou a

vrcholem vývoje je Graafův folikul. Graafův folikul při ovulaci praskne a vajíčko s tekutinou odeče do dutiny peritoneální. Buňky ze stěny zbylého folikulu se dále mění na luteální buňky a z těch se tvoří žluté tělísko – corpus luteum. Při vzniku těhotenství se mění žluté tělísko v corpus luteum graviditatis, v opačném případě během 10 – 12 dnů zanikne a zůstává z něj vazivové corpus albicans (3).

Závěsný a podpůrný aparát dělohy je důležitý, neboť udržuje dělohu ve správné poloze. Je utvořen souborem vazivových pruhů rozbíhajících se různými směry do subserózního vaziva. Fixační aparát umožní změny polohy dělohy při změnách náplně sousedních orgánů.

Močový měchýř – vesica urinaria se nachází za stydkou sponou a naléhá na přední klenbu poševní a na přední stěnu děložního hrdla. Při velké náplni může močový měchýř dosáhnout až do poloviny vzdálenosti mezi sponou stydkou a pupkem. Při plném močovém měchýři je obtížné bimanuální vyšetření a při ultrazvukovém vyšetření plný močový měchýř odsunuje kličky střev od břišní stěny a tvoří tzv.okno do pánve. Ze spodu měchýře vystupuje uretra a mezi uretrou a přední poševní stěnou je nepřilísná vrstva vaziva (3).

Konečník – rectum je poslední částí tlustého střeva a má blízký vztah k vnitřním rodidlům. Mezi pochvou a konečníkem se nachází Douglasův prostor a od pochvy jej odděluje vazivové septum rektovaginální.

Pánevní peritoneum tvoří v centru pánve příčnou překážku – ligamentum latum a je nejnížší částí pobřišnicové dutiny. Ligamentum latum rozděluje peritoneální prostor na menší, méně hlubokou – excavatio vesicouterina a hlubší část – excavatio rectouterina nebo – li Douglasův prostor. Do Douglasova prostoru stékají tekutiny, které vzniknou při patologických procesech, protože tento prostor je nejnížším místem pobřišnicové dutiny (3,42).

### *1.1.3 Prs – mamma*

Prsy jsou párovým orgánem obsahující mléčnou žlázu, vazivovou a tukovou tkáň. Nachází se pod kůží na přední stěně hrudníku a k hrudníku jsou fixovány povrchovou fascií. Vývoj prsu je závislý na hormonech a klasifikuje se podle Tannera, stejně jako

pubické ochlupení. Vlastní mléčná žláza je složena 15 – 20 laloků a každý lalok pak z lalůčků. Laloky jsou obklopeny tukem a tento tuk dává prsům charakteristický tvar. Mléčná žláza není u netěhotné ženy plně vyvinutá, ta se začíná plně vyvíjet až během těhotenství pod vlivem pohlavních hormonů a prolaktinu. K plnému rozvoji mléčné žlázy dochází až koncem těhotenství a během kojení. Po ukončení kojení se mléčná žláza opět zmenšuje (3, 42).

### *1.2 Onkogynekologická terminologie*

„Mezi benigním a maligním nádorem je celá řada přechodů, které podle orgánů označujeme jako prekancerózy nebo nádory potencionálně maligní (hraniční, semimaligní). Prekancerózy a nádory potencionálně maligní však nejsou synonyma! Přestože se definice zdají jasné, může například benigní nádor v určité lokalizaci vyvolat útlakem obtíže, které mohou ohrozit i život“ (32, s.179).

Benigní (nezhoubný nádor) bývá většinou dobře ohraničený, tkáň neprorůstá do svého okolí, ale může svou velikostí vyvolat obtíže. V nádoru jsou obsaženy buňky podobné původní tkáni, růst nádoru je pomalejší. Recidivy po odstranění nádoru jsou vzácné.

Prekanceróza (přednádorový stav) je přechodným stavem mezi nádorem benigním a maligním. Vyznačuje se růstovou aktivitou a základními histologickými znaky jsou strukturální neklid, atypie buněčných jader a neporušená bazální membrána. V gynekologii jsou nejvíce prozkoumány prekancerózy hrdla děložního, mezi které se řadí i karcinomy in situ (preinvazivní karcinomy).

Nádory potencionálně maligní (hraniční, semimaligní, nádory s nejistým chováním) se problematicky definují. Vyskytují se nejčastěji u nádorů ovarií, jejich diagnostika je možná pouze podle přesných histopatologických kriterií. Po jejich odstranění je možná jejich recidiva, mohou i metastazovat, ale jejich prognóza je příznivá.

Maligní (zhoubný nádor) prorůstá do okolních tkání, metastazuje i do vzdálených orgánů lymfogenní nebo hematogenní cestou. Někdy je obtížné určení původu nádoru. Nejčastější příčinou úmrtí bývají metastázy (32,3).

### *1.3 Historie prevence karcinomu děložního čípku*

V knize Cytodiagnostika rakoviny rodidel autorů Jana Herolda a Františka Luksche napsal platný úvod profesor Klaus: „...nevíme dosud, proč a jak rakovina vzniká, a proto se chápeme kdejaké zbraně proti tomuto zlu. Zkušenost ukázala, že neúčinnější obranou proti rakovině je její včasné poznání. Vždyť podaří-li se zachytit chorobu na samém jejím začátku, lze zachránit téměř všechny ženy. Cytodiagnostika nám prokazuje platné služby při včasném poznání zejména rakoviny děložního hrdla. Tato jednoduchá a rychlá metoda se dobře hodí pro hromadné vyšetření žen a usnadňuje jejich výběr pro histologické ověření“ (23,s.13).

V r.1843 napsal Gluge z Jeny ve dvoudílném atlasu patologické anatomie kapitulu o nádorové cytologii s popisem nádorových buněk. V r.1933 v New Yorku objevil Papanicolaou v poševních nátěrech žen postižených karcinomem cervixu tumorózní buňky. Práce Papanicolaoua dala podnět ke zlepšení diagnostických možností. Od r. 1945 se začala používat poševní cytologie jako screeningová metoda a od téhož roku organizoval George Papanicolaou v New Yorku vzdělávací kurzy v cytodiagnostice (23).

V r.1925 zavedl do praxe německý gynekolog Hans Hinselmann kolposkopii (8). V počátcích byla používána silná lupa, v r.1933 se diagnostika zhoubného bujení na děložním hrdle rozšířila o Schillerovu zkoušku jódem.

### *1.4 Gynekologické prohlídky*

Všechny ženy by měly průběžně během svého života absolvovat prohlídky u gynekologa, aby byly včas odhaleny a léčeny případné nemoci.

#### *1.4.1 První gynekologická prohlídka*

První gynekologickou prohlídku by měla dívka absolvovat ihned při případných vzniklých potížích. Nevyskytnou – li se žádné potíže, pak by mělo být první vyšetření absolvováno po nástupu menstruace, při vzniklém těhotenství nebo nejpozději v 18 letech života ženy.

Při první gynekologické prohlídce lékař zjišťuje anamnestické údaje od pacientky, které mají být úplné, systematické a pravdivé. Tyto údaje jsou členěny do oblastí rodinné anamnézy, osobní anamnézy, gynekologicko - porodnické anamnézy a nynějšího onemocnění (32).

Rodinná anamnéza se zaměřuje na sběr údajů týkajících se pokrevních příbuzných pacientky a osob, se kterými pacientka žije a které mohou ovlivnit její zdravotní stav. Důležité jsou informace zejména o infekčních onemocněních, mezi které patří pohlavní choroby, závažné infekce, HBsAg a HIV pozitivita a výskyt tuberkulózy. Další zjišťovanou skupinou jsou onkologická onemocnění, hlavně onemocnění pohlavních orgánů ženy a onkologická onemocnění prsu. Patří sem také onemocnění žláz s vnitřní sekrecí, nejčastěji se vyskytuje diabetes mellitus a onemocnění štítné žlázy. Důležitá jsou také genetická onemocnění, výskyt vrozených vývojových vad v rodině, psychiatrické choroby a nemoci alergického původu (42).

V osobní anamnéze jsou zaznamenány údaje o nemocech, léčení, návycích a sociální situaci od narození pacientky až po současnou dobu. Patří sem onemocnění dětského věku, případné choroby kardiovaskulárního aparátu, choroby plic a ledvin. Velmi důležitou skupinou jsou alergie, pro případnou léčbu hlavně alergie na léky. Další alergie se mohou týkat potravin, chemikálií nebo jiných látek, například prachu a pylů. Zaznamenány musí být i nemoci infekční s možnými trvalými následky, mezi které se řadí mononukleóza, tuberkulóza, infekční hepatitida či opakované angíny. Záznam má též obsahovat prodělané úrazy a operace na životně důležitých orgánech. Žena by též měla sdělit informaci, jestli jí byly podány nějaké krevní deriváty a jaká byla její reakce na podání těchto derivátů. Zmíněny by měly být i různé návyky jako kouření, pití alkoholu a užívání drog. V případě výskytu nějakých chorob, které vyžadují trvalou farmakologickou léčbu, musí lékař tuto léčbu znát. Do osobní anamnézy je též zařazena anamnéza sociální, ve které jsou údaje o zaměstnání, psychické zátěži, stresu nebo socioekonomickém zajištění (32,42).

Při získávání údajů z gynekologicko – porodnické anamnézy je důležitá diskrétnost a takt, protože tyto údaje souvisí často s aktuálním zdravotním stavem ženy. Jsou zde údaje týkající se menstruačního cyklu, jeho nástupu, pravidelnosti, délce, bolestivosti,

průběhu a síle krvácení. Vždy by mělo být zaznamenáno datum poslední menstruace či případné nepravidelnosti. Další skupinou záznamů jsou proběhlá předchozí těhotenství v chronologickém pořadí, včetně zápisu o jejich ukončení. V případě porodu je zaznamenán způsob porodu, stáří těhotenství, pohlaví a velikost porozených plodů a opomenuto nesmí být ani šestinedělí a s ním související informace, například výskyt teplot, mastitidy, krvácení a délky kojení. Skončí – li těhotenství potratem, je zapsáno stáří těhotenství a případně vzniklé komplikace. Do gynekologicko – porodnické anamnézy spadají též proběhlé gynekologické choroby, hlavně chronické záněty a gynekologické operace. Zapsána je též antikoncepce a eventuelní problémy v sexuálním životě (42).

Nynější onemocnění obsahuje aktuální zdravotní stav ženy. Každý záznam má obsahovat její problémy a stesky.

Zvláště při první gynekologické prohlídce by měl lékař vytvořit prostředí vzájemné důvěry, aby žena neměla důvod eventuelně zatajit některé informace. U mladých děvčat je důležité se zeptat, jsou - li virgo intaktní. Dříve než začne lékař vyšetřovat, vyžádá si souhlas pacientky, aby nenastala situace, že žena není na něco připravena (32). Následuje gynekologické vyšetření, které se skládá z provedení kolposkopie, odebrání cytologie, vaginálního či rektálního vyšetření a tato vyšetření jsou u většiny lékařů doplněna ještě o ultrazvukové vyšetření.

#### *1.4.2 Preventivní prohlídka*

Každá žena by měla absolvovat preventivní prohlídku u svého gynekologa 1x za rok. Tato prohlídka je plně hrazena zdravotními pojišťovkami a její součástí je preventivní vyšetření karcinomu děložního čípku. Nejvhodnější doba na provedení preventivního vyšetření je asi uprostřed cyklu, okolo jeho 14. dne. Žena by měla před vyšetřením vysadit vaginální léčbu a 1 – 2 dny před vyšetřením nemít pohlavní styk. K preventivnímu vyšetření patří vyšetření zevních rodidel, vyšetření v gynekologických zrcadlech, dále je provedena kolposkopie, odebrána cytologie, provedeno bimanuální palpační vaginální vyšetření a vaginální ultrazvukové vyšetření, které je však volitelnou možností lékaře (17).



## *1.5 Kolposkopie a cytologie*

Kolposkopie spolu s cytologií jsou prebioptické vyšetřovací metody, které systematicky vyhledávají prekancerózy a zhoubné nádory děložního hrdla (32).

### *1.5.1 Kolposkopie*

Kolposkopie je vyšetřovací metoda prováděná zvětšovací přístrojem - kolposkopem. Kolposkop je připevněn pomocí pohyblivého ramena na stativ nebo přímo ke gynekologickému vyšetřovacímu stolu. Po vyšetření v zrcadlech přisune gynekolog před pochvu ženy kolposkop, rozsvítí jeho světlo a zacílí objektiv na čípek děložní (13). Kvalita vyšetření závisí na zkušenostech vyšetřujícího gynekologa a na kvalitě přístroje. Zvětšení je měnitelné 6 – 40 násobně, důležitý je též kvalitní světelný zdroj a součástí některých přístrojů je zelený filtr pro sledování cévních změn, fotoaparát s bleskem či videokamera pro řádnou dokumentaci nálezů (43).

Kromě preventivního vyšetření je kolposkopie využívána v těhotenství, dále při sledování různých nepravidelností či patologických procesů na sliznici pochvy a na vulvě a je sledováno též hojení cervikálních lézí po ošetření.

Kolposkopii nelze provádět u žen s neporušeným hymenem, se zúženou pochvou, srůsty v pochvě ani při fixaci čípku v zadní poševní klenbě a při stavech po vaginálních operacích.

Kolposkopie musí předcházet vyšetření palpačnímu, aby její výsledek nebyl ovlivněn případným poraněním cervixu vyšetřujícím prstem. Při vyšetření jsou zavedena automatická zrcadla, jejichž branže s opatrně rozevřou do kleneb poševních a prvně je zhodnocen vzhled děložního čípku a poševních stěn bez setření hlenu a sekretu. Dále pokračuje hodnocení děložního čípku po setření hlenu buď suchou štětičkou nebo štětičkou namočenou ve fyziologickém roztoku. Je pozorována kvalita epitelu, případné zánětlivé změny, přítomné cévy či viditelný maligní proces (43).

Rozšířená kolposkopie je další metodikou a aplikují se při ní na čípek různé roztoky, k pozorování se používají různé filtry a různá zvětšení. Z roztoků je používána 3 % kyselina octová, ta rozpouští hlen a jsou zvýrazněny patologické změny epitelu (32). Důležitá je správná aplikace kyseliny octové a délka jejího působení – minimálně 15

vteřin a maximálně 2 minuty. Po takto provedené aplikaci dojde k rozlišení dlaždicového a cylindrického epitelu a ke změně barvy a transparence. Pak je zkušený kolposkopista schopen v kolposkopu určit závažnost léze (42). Dalším roztokem je Lugolův roztok, který pomůže přesně ohraničit léze a rozliší epitel obsahující glykogen, který je jód pozitivní od epitelu bez glykogenu – jód negativního (32). Epitel obsahující glykogen dostane po aplikaci Lugolova roztoku mahagonově hnědou barvu a pak je možno určit rozsah léze. Zeleným filtrem na kolposkopu lze lépe vizualizovat cévy a jejich atypie (34).

#### *1.5.1.1 Kolposkopická terminologie a klasifikace*

Kolposkopické nálezy jsou rozděleny a popsány ve čtyřech skupinách. První skupinou jsou normální kolposkopické nálezy, dále následuje druhá skupina, do které patří abnormální kolposkopické nálezy. Třetí skupinou jsou jiné neboli ostatní abnormální kolposkopické nálezy a do poslední čtvrté skupiny se řadí nedostatečná kolposkopie, při které není možná řádná vizualizace z důvodu poranění nebo zánětu (34).

K normálním kolposkopickým nálezům patří originální dlaždicový epitel (O), viditelný ve světle kolposkopu jako hladký, bez nerovností, růžový, matný a neměnicí se po aplikaci kyseliny octové. Po aplikaci Lugolova roztoku má mahagonově hnědou barvu. Dalším normálním nálezem je cylindrický epitel (E), který v kolposkopu vypadá jako tmavě červené hrozníčky, jejichž struktura je zvýrazněna po aplikaci kyseliny octové. Cylindrický epitel pak přechodně dostane bělavou barvu. S Lugolovým roztokem tento epitel nereaguje. Posledním normálním nálezem je transformační zóna (TZ), ta je přechodem mezi cylindrickým a dlaždicovým epitelem. Hranice této zóny se mění v průběhu života ženy v závislosti na endogenních a exogenních hormonálních změnách (34). Je to oblast s dynamickými změnami, vznikají v ní pestré, různorodé nálezy, které mohou obsahovat nejen malé odchylky od normální epidermizace, ale i různé atypie (43).

Abnormální kolposkopické nálezy jsou suspektní nálezy a může se u nich vyskytnout cervikální intraepiteliální neoplázie – CIN nebo karcinom. Do skupiny abnormálních

kolposkopických nálezů je zařazena atypická transformační zóna (ATZ), mající své charakteristické znaky. K těm patří bílý epitel po aplikaci kyseliny octové, jehož barva může být šedavá až nažloutlá. Záleží na tom, zda se jedná o nezralou metaplazii či karcinom. Bělost epitelu, její trvání a ohraničení jsou kritérii při určování závažnosti léze. Jod negativita je významná při určování plošného rozsahu léze a šíření změn na exocervixu a případně i na pochvu. Tečkování je kolposkopický obraz, ve kterém jsou cévy vidět jako červené tečky v bílém epitelu. Tyto tečky jsou zvýrazněny při použití zeleného filtru (34). Podle vzdálenosti mezi tečkami, podle jejich průměru a nepravidelností je určována závažnost léze (32). Dalším znakem ATZ je mozaika. Zde jsou cévy rozmístěny horizontálně a tvoří charakteristická, červeně ohraničená políčka. Leukoplakie je silná vrstva epitelu vzniklá keratinizací v důsledku patologického procesu. Leukoplakie obvykle nemá cévní kresbu a je popisována výrazně vyvýšená nebo – li hrubá leukoplakie a méně vyvýšená – jemná leukoplakie. Posledním znakem ATZ jsou atypické cévy, lišící se vzhledem, průměrem a větvením. Obvykle se větví horizontálně, což je známkou invaze (34).

Jiné kolposkopické obrazy mohou souviset s atypickou transformační zónou. Patří sem eroze a ulcerace. Typické je pro ně chybění epitelu vzniklého na podkladě virové či bakteriální infekce, traumatu nebo nekrózy. V kolposkopu je vidět červená léze bez epitelu. V případě ulcerace související s karcinomem je okolo bílý epitel. Ulcus má vyvýšené okraje a aplikace kyseliny octové způsobí sklovitost epitelu. Dále se do této skupiny řadí kondylomata, jejichž výskyt může být jak uvnitř, tak vně transformační zóny. Ve většině případů jsou projevem infekce humánními papillomaviry, které vyvolají proliferaci epitelu. Kondylomata vystupují nad niveau, typická je pro ně centrálně do vrcholu vystupující céva a rozetovitá struktura. Kyselina octová je zobrazí jako ložisko bílého epitelu s typickou cévní kresbou.

Nedostatečné kolposkopické nálezy jsou často způsobeny iatrogeně po elektrodiatermokoagulaci nebo kryodestrukci u žen v premenopauze. Zařazování těchto nálezů je problematické a je tudíž nutné při kolposkopii popsat nález (34).

V každém kolposkopickém nálezu je hodnocena řada znaků, k nimž patří bělost epitelu po aplikaci kyseliny octové, doba nástupu a mizení bělosti, hodnocení cév,

výšky epitelu a dále hodnocení okrajů léze a popis a zhodnocení léze ve vztahu ke kanálu endocervixu. V praxi je důležité kolposkopickou klasifikaci porovnávat s cytologickými a histopatologickými nálezy (34).

### *1.5.2 Cytologie*

Cytologie je vyšetřovací metoda, při které je odebrán stěr z čípku děložního. Materiál ze stěru se přenáší na podložní sklíčko, následuje fixace materiálu a řádné označení spolu s vyplněním průvodní žádanky. Ze stěru lze zjistit změny buněk na sliznici děložního hrdla.

Pro stanovení správného cytologického závěru je nutné dokonalé provedení stěru, ze správného místa a správné nanesení na sklíčko. Odběr je prováděn vždy v poševních zrcadlech po setření vlhkým tamponem a podmínka pro cervikovaginální cytodiagnostiku je, aby byl stěr proveden z povrchu čípku (ektocervixu), z celé junkční zóny (místo styku epitelů mezi ektocervixem a endocervixem) a z kanálu čípku děložního (endocervixu). Stěr z ektocervixu je proveden špachtlí a z endocervixu pak brush technikou pomocí kartáčku (22). Následuje nanesení materiálu na čisté podložní sklo tak, aby na nástroji nezůstal žádný materiál. Špachtlí se nanáší odebrané buňky tahem ve dvou prouzcích od sebe oddělených a každý proužek je natřen z jedné strany špachtle. Materiál z brush kartáčku je pak nanesen na sklíčko příčně, aby nevznikla nakupení buněk. Shluky buněk nelze dobře fixovat a obarvit a mohlo by dojít k mylné diagnóze prekancerózy. Fixace buněk se provádí alkoholem, ten je považován za nejlepší fixační prostředek. Doba trvání fixace je 15 – 20 minut. Průvodka k materiálu musí být označena a ve všech svých částech opatřena potřebnými klinickými údaji. Odebraný, označený a fixovaný materiál spolu se žádankou se odesílá do cytologické laboratoře k hodnocení (22).

#### *1.5.2.1 Onkologická cytologie*

Cílem onkologické cytologie je včasné odhalení nepravidelností buněk předrakovinného charakteru nebo buněk charakteru nádorového. Onkologická cytologie má velký význam ve screeningu karcinomu děložního čípku (43).

#### *1.5.2.2 Faktory ovlivňující cytologickou diagnózu*

Mezi faktory ovlivňující cytologickou diagnózu patří odběr materiálu z nesprávného místa (chybí buňky), špatné nanesení stěru na podložní sklíčko, na kterém se pak buňky překrývají nebo jsou neúplně přeneseny, špatná fixace materiálu nebo nedostatečné množství informací pro laboratoř. Za všechny tyto faktory odpovídá gynekolog. V laboratoři pak může dojít k chybnému zpracování stěru (jeho obarvení) a chybám v primárním hodnocení pro nesoustředěnost, nedostatek času, přetížení personálu či nedostatek morfologických znalostí. Za toto zodpovídá laborantka a styl práce v laboratoři (22).

#### *1.5.2.3 Hodnocení cytologie*

Kvalita hodnocení záleží na zkušenostech vyšetřujícího cytologa a jeho prohlížení musí být důkladné. Změny v buňkách od normálních až po buňky maligní trvají různě dlouho a při hodnocení jsou popisovány v jedné skupině změny nevyhraněné, následují pak prekancerózy, které přecházejí až do invazivní formy karcinomu.

Cytologické stěry jsou hodnoceny Bethesda systémem z roku 2001 (18).

##### *1.5.2.3.1 Abnormální změny dlaždicového epitelu*

Morfologické změny v této skupině buněk překračují parametry benigních procesů, ale nejsou však dostatečné pro definitivní diagnózu atypie. Abnormální dlaždicobuněčné změny jsou rozděleny do dvou subkategorí. První z nich je ASC – US (atypia squamous cell of undetermined significance), ve které změny odráží různé patologické procesy a jsou zde popisovány atypie povrchových a intermediálních buněk. Cytologický obraz této skupiny buněk je charakteristický zvětšenými jádry buněk, v cytoplazmě buňky pak nebývají žádné pozoruhodné změny. V případě tohoto nálezu je doporučeno opakovat cytologický stěr po šesti měsících. Druhou subkategorí je ASC – H (atypia squamous cells cannot exclude HSIL) a ta popisuje atypie buněk bazální vrstvy, dále pak atypie buněk metaplastických a regenerujících. Tento nálezn je indikací k biopsii a dalšímu podrobnějšímu vyšetření (22,18).

Další popisovanou skupinou abnormálních změn je nízký stupeň dlaždicové intraepitelové léze (Low Grade Squamous Intraepitelial Lesion – LSIL). V tomto případě jde o prekancerózu lehkého stupně a jádra buněk jsou zvětšena na úkor cytoplazmy. Stejně změny na buňkách vyvolává lidský papillomavirus (HPV), a proto byly tyto změny provázející HPV zařazeny do skupiny nízkého stupně intraepitelových lézí. U změn vyvolaných HPV jsou buňky jednotlivě nebo v plátech, cytoplazma je zralá a má zřetelné hranice.

Třetí skupinou je vysoký stupeň dlaždicové intraepitelové léze (High Grade Squamous Intraepitelial Lesion – HSIL). Jde o závažnou formu prekancerózy, při které jsou v cytologickém obraze popisována zvětšená jádra s degenerací, objevují se změny cytoplazmy ve formě vakuol, membrána jádra bývá zřetelná, mohou se na ní objevit zlomy, záhyby a zesílení. U vysokého stupně intraepitelové léze bývá čilý pohyb ve tkáni buněk. Buňky odumírají, velmi snadno se odlučují a jsou rychle nahrazovány buňkami novými, proto bývají cytologické stěry plné buněčných shluků.

Do poslední skupiny patří invazivní karcinom dlaždicového epitelu cervixu. Zde se ke změnám na jádru a jaderné membráně přidávají změny na buněčném pozadí, cytoplazma má nejasné hranice, buňky se často překrývají a tvoří shluky. Mezi buňkami je velké množství nekrotického materiálu. V každé formě dlaždicobuněčného invazivního karcinomu je posuzována vyzrálость nádoru. U dobře diferencovaných karcinomů se nádorové buňky nejvíce podobají buňkám tkáně, ze které vznikly. Se stoupajícím gradingem se rysy původní tkáně začínají ztrácet. Invazivní dlaždicový karcinom má formu rohovějící a nerohovějící. Nerohovějící forma je pak ještě déle dělena na velkobuněčný nebo malobuněčný dlaždicový karcinom (22,43).

#### *1.5.2.3.2 Abnormální změny buněk žlázového epitelu*

Buňky žlázového epitelu pocházejí z endocervixu, endometria, vejcovodu nebo ovaria. V endocervixu mění normální žlázové buňky tvar podle metody získání těchto buněk. Je – li odběr správně proveden, pak buňky zachovávají svůj tvar. Dále mění buňky svůj tvar podle úhlu pohledu v mikroskopu. Při pohledu ze strany mají buňky

tvary proužků, při pohledu ze spodní strany buněk připomínají útvary plástve medu. Od endometriálních buněk se endocervikální buňky liší větší velikostí a větším jádrem (22).

Hodnocení endocervikálních cytologických stěrů má svá kritéria. Posuzuje se velikost buněk, velikost a tvar jádra, chromatinová struktura, dále je popisován vzhled jádérka a jaderné membrány, morfologie cytoplazmy a mezibuněčné prostory. Též je hodnoceno uspořádání buněk v cytologickém stěru a jejich vztah k sobě. Abnormality endocervikálního epitelu mají charakteristické rysy, mezi které patří ztráta uspořádání jader až do jejich překrývání, rozdíly ve velikosti buněk a jader. Dále buňky ztrácejí soudržnost a tvoří neobvyklé struktury, jsou přítomny vakuoly různých velikostí v jádře i cytoplazmě a řadí se k nim i zvýšení eozinofilie cytoplazmy a jader (22).

V cytologickém obraze maligních nálezů je typická tvorba obrovských shluků buněk, jejichž jádra se překrývají, ztráta polarity je velká, shluky se zaoblují a někdy se vytvářejí skupiny připomínající hrozen. U cylindrických buněk vzniká palisádové uspořádání tím, že se buněčná jádra zvětšují a postupně zaujímají třetinu, polovinu až celou plochu obdélníkové buňky. Vytvářejí se též zvláštní pseudožlázové formace, připomínající žlázu s jádry na okraji útvaru. Někdy se na krajích shluku buňky uvolňují, zůstávají však se shlukem spojené úzkým poutem tak, že okraje shluku vypadají jako zpeřené. V posledním případě je chromatin uložen na periférii jádra a jádro buňky je pak ve svém středu světlé.

U prekancerózy endocervixu je nejdůležitější řádné rozlišení změn endocervikálních buněk od změn v buňkách endometria. Cytologický hodnotící systém Bethesda II z roku 2001 rozděluje žlázové atypie na AGC – NOS (atypia glandular cells not otherwise specified), dále pak na AGC – FN (atypia glandular cells favour neoplastic) a AIS (adenocarcinoma in situ). V kategorii AGC – NOS žlázové buňky netvoří soubor, který určuje AIS. Buňky jsou v prouzcích či skupinkách seřazeny vedle sebe, jejich jádra se nepřekrývají a jsou přibližně dvakrát větší než jádra normálních buněk endocervixu. Skupina atypií AGC – FN má jádra větší a z okolní cytoplazmy zůstává kolem jádra pouze pruh. Skupiny buněk mají typický vzhled zpeřených okrajů a někdy zde mohou být popsány i pseudožlázové formace. V případě AIS se nenachází uspořádání, je časté

dělení jader a v jádru buněk se objevují jadérka. Stratifikace jader je porušena, chybí nečisté pozadí buněk a apoptoická tělíška.

Karcinom endocervixu je rozdělen na dobře diferencovaný a málo diferencovaný adenokarcinom. Dobře diferencovaný adenokarcinom má buňky velmi se podobající buňkám zdravým a u málo diferencovaného adenokarcinomu je nestejná velikost a tvar buněk a někdy až bizarní tvary (22).

### *1.6 Karcinom děložního čípku*

Karcinom děložního čípku je závažným maligním onemocněním u žen. Zrádností tohoto onemocnění je dlouhé asymptomatické období, nádorové změny většinou odhalí kolposkopické či cytologické vyšetření při gynekologické prohlídce (40).

#### *1.6.1 Etiologie onemocnění*

Karcinom děložního čípku a prekancerózy, ke kterým patří dysplazie, cervikální intraepiteliální neoplázie a squamózní intraepiteliální léze, jsou sexuálně přenosná onemocnění (37). Na vzniku karcinomu se podílí celá řada rizikových faktorů. Hlavním etiologickým agens jsou HPV infekce ze skupiny vysoce rizikových typů 16,18, 31 a 45 (40). K dalším rizikům patří nízký věk při prvním pohlavním styku, počet sexuálních partnerů, počet porodů, dále socioekonomická situace žen, kouření cigaret, ostatní sexuálně přenosná onemocnění. Jako riziko je též uvedeno dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce (doba užívání 5 a více let) a poruchy imunity (37).

#### *1.6.2 Infekce lidským papillomavirem*

Tato infekce patří k nejčastějším sexuálně přenosným chorobám. Human papillomavirus (HPV) se řadí mezi DNA viry, čeled' Papovaviridae, rod Papillomavirus a nyní je známo více než sto typů papillomavirů (27).

Papillomaviry mohou působit na různé oblasti těla, z toho přibližně 30 typů HPV je známo jako genitální lidské papillomaviry. Viry se dělí na onkogenní (HR – high risk) a neonkogenní (LR – low risk) typy. K onkogenním virům patří viry 16, 18, 31, 33



a 35, které mají silný vztah k cervikální dysplazii a ke karcinomu děložního čípku. Neonkogenní viry 6 a 11 působí na vznik genitálních bradavic (condylomata accuminata). Kondylomata byla popsána lékařem Celsusem již v prvním století, avšak až v roce 1949 bylo dokázáno, že vznik kondylomat způsobuje HPV (30).

Do organismu se viry dostávají kožními a slizničními mikrotraumaty při pohlavním styku a prokázán byl i přenos viru intrapartální z matky na dítě. Přenos jinou cestou než pohlavním stykem je také možný, ale je velice vzácný (24).

K rizikovým faktorům pro získání HPV infekce patří věk ženy (maximum 20–24 let), dále nízký věk prvního pohlavního styku, počet sexuálních partnerů, chybné sexuální zvyklosti partnera, neobřezaný partner, kouření a dlouhodobé užívání perorální antikoncepce (4).

Průběh infekce může být delší dobu zcela asymptomatický, je proto obtížné určit sexuální kontakt, při kterém infekce vznikla. V těchto případech lze HPV infekci odhalit pouze HPV testem pro kvalitativní stanovení přítomnosti HPV (28).

Až 80 % lidí žijících aktivním sexuálním životem je v průběhu svého života nakaženo alespoň jedním typem papillomaviru. Ve většině případů infekce proběhne bez klinických projevů a až 90 % infekcí po dvou letech vymizí. Přítomnost viru je pro ženu velkým rizikem vzniku závažného onemocnění, které vzrůstá s věkem. Přidají-li se k HPV infekci další příčinné faktory, pak vzniká zhoubné bujení. Doba potřebná ke vzniku CIN III bývá většinou několik let, jsou však známy i případy prokázané za několik měsíců po HPV infekci (41).

### *1.6.3 Diagnostika karcinomu děložního čípku*

Diagnostika prekanceróz je založena na prebiptických vyšetřovacích metodách a na HPV testaci. Toto stadium onemocnění probíhá dlouho bezpříznakově, proto je preventivní vyšetření jedinou možností odhalení nemoci. Karcinom děložního čípku je stadium již pokročilé, diagnostikované též při gynekologické prohlídce. K příznakům patří kontaktní krvácení po styku, vodnatý fluor, bolesti v malé pánvi a bederní krajíně. Prebiptické vyšetřovací metody jsou v těchto případech doplněny dalšími vyšetřeními pro přesné stanovení diagnózy, je prováděna kolposkopicky cílená biopsie, probatorní

excize nebo kyretáž hrdla (40). Nejpřesnější vyšetření léze umožní konizace děložního hrdla radiofrekvenční kličkou (LEEP konizace), nemůže však nahradit prebiptické vyšetřovací metody ve screeningu (32).

Velmi důležitá je technika odběru změněné tkáně, nevhodně zvolená metoda by mohla ztížit správné stanovení diagnózy. Je nutná spolupráce s histopatologem a poskytování všech informací k odeslanému vzorku.

Cílená minibiopsie nebo-li punch biopsie spočívá v odběru tkáně punch bioptickými kleštěmi. Je odebrán vzorek velikosti 2–5 mm x 5–7 mm podle velikosti kleští. Je to bezpečná metoda a komplikace v podobě silnějšího krvácení bývají výjimečné. Při provedení v těhotenství a vyskytujícím se krvácením při výkonu je zaváděna suchá mulová tamponáda (20).

Kyretáž hrdla děložního je prováděna jako doplňující vyšetření ke kolposkopii k upřesnění nálezu v endocervixu.

Kolposkopicky cílená excize je indikována při suspektním kolposkopickém nálezu. Výkon se provádí v celkové anestézii, k excizi se přidává kyretáž endocervixu a defekt po excizi se šije (20).

Vhodnou neinvazivní diagnostickou metodou u již histologicky prokázaných nádorů stadií IA – IIB je magnetická rezonance. Nativní snímek umožní velmi dobré rozlišení tkáně nádoru od ostatních tkání. Základ pro vyšetření karcinomu děložního hrdla je zobrazení minimálně ve dvou rovinách, standardně používaná rovina je sagitální, další je rovina axiální nebo šikmá. Pro zobrazení zvětšení uzlin v pánvi a retroperitoneu se vyšetřuje rovina koronární. Tímto vyšetřením je možno určit rozměry nádoru, rozsah jeho invaze do hrdla děložního, infiltraci do parametrií a postižení lymfatických uzlin. Po již provedené operaci lze zjistit reziduum nádoru nebo místní recidivu nádoru po radioterapii (1).

Je-li potvrzen karcinom, je dále doplněno komplexní gynekologické vyšetření včetně vyšetření per rectum, cystoskopie, rentgen srdce a plic a sonografie dělohy a ledvin. U pokročilejších nálezů je dalším vyšetřením rektoskopie, která vylučuje či potvrzuje progresi do recta. Při nejasném sonografickém nálezu diagnózu dále upřesňuje intravenózní vylučovací urografie, výpočetní tomografie retroperitonea nebo

lymfografie a magnetická rezonance určující rozsah lokálního nádoru a jeho vztah k okolním tkáním (32).

#### *1.6.3.1 Zachovávání intimity pacientek při vyšetření a role porodní asistentky*

Při každém vyšetření porodní asistentka dbá na zajištění intimity vyšetřované ženy. V ordinaci má být přítomen pouze lékař, porodní asistentka a žena podstupující vyšetření. Před vyšetřením seznamuje porodní asistentka ženu s následujícím vyšetřovacím postupem, informuje ji o možnosti odběru materiálu na další vyšetření. Vedle vyšetřovacího stolu je umístěna zástěna, aby nemohl nikdo při náhodném vstupu do ordinace spatřit pacientku v gynekologické vyšetřovací poloze. Vše má proběhnout v klidu a v prostředí pokud možno co nejintimnějším a nejbezpečnějším pro ženu.

#### *1.6.3.2 Etika a zachování mlčenlivosti porodní asistentky*

Zákon č.20/1966 Sb. O péči a zdraví lidu, § 55 – Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví nám říká: „Každý zdravotnický pracovník je povinen zejména zachovávat mlčenlivost o skutečnostech o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání“ (9). Dále nám tento zákon v § 67 b o Zdravotnické dokumentaci říká, že: „zdravotnická dokumentace obsahuje b/ informace o onemocnění pacienta, o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem poskytování zdravotní péče“ (9). Mlčenlivost je zakotvena i v mezinárodním etickém kodexu porodních asistentek. Z toho vyplývá, že porodní asistentka dodržuje povinnost mlčenlivosti o důvěrných informacích a chrání právo žen na soukromí, ať se dozví informace od ženy, lékaře nebo z dokumentace, a vždy dobře zvažuje, komu a kdy informace sdělit. V žádném případě nesmí ze strany porodní asistentky dojít k úniku těchto informací k neoprávněným osobám.

Porodní asistentka dbá na dodržování práv pacientů, ke své práci přistupuje s veškerou odbornou schopností a profesionální zodpovědností za prevenci nemocí a podporu zdraví. Při každém kontaktu s ženou má být přístup porodní asistentky taktní a citlivý.

#### 1.6.4 Klasifikace nádorů

Pro úspěšnou léčbu je důležité hned po diagnostice každou prekancerózu a nádor klasifikovat histopatologicky, dále určit velikost jeho rozsahu a zjistit přítomnost metastáz.

##### 1.6.4.1 Histopatologická klasifikace

Prekancerózy spinocelulárních karcinomů jsou v terminologii označovány jako dysplázie nebo cervikální neoplázie (CIN I – III) nebo jako squamózní intraepiteliální léze (SIL). Prekancerózy ostatních nádorů jsou poměrně vzácné (9).

Nejvíce se vyskytují spinocelulární karcinomy. Další skupinou jsou adenokarcinomy – mucinózní, endometriodní, seriózní a clar cell (adenokarcinom z jasných buněk). Do třetí skupiny se řadí adenoskvamózní a mukoepidermoidní karcinom a v poslední čtvrté skupině jsou zařazeny mezenchymové a smíšené nádory – leiomyosarkom a embryonální rhabdomyosarkom (32).

##### 1.6.4.2 TNM klasifikace karcinomů a klasifikace dle FIGO

Pro klasifikaci karcinomů jsou používány dva klasifikační systémy. Jedním z nich je systém dle FIGO (mezinárodní federace gynekologie a porodnictví) a druhým je systém TNM.

Klasifikace dle FIGO je založena na klinických vyšetřeních a člení onemocnění do 4 stadií. I.stadium zahrnuje časně onemocnění omezené na primární orgán, do II. stadia patří onemocnění s lokální progresí mimo primární orgán, postihující přilehlé tkáně. Tato 2 stadia jsou stadia časná. Dále jsou popisována 2 stadia pokročilá – III.stadium je skupina onemocnění s extenzivnějším, avšak lokálním šířením a poslední IV.skupinou jsou metastatická onemocnění (11).

V klasifikaci TNM jsou popisovány 3 složky anatomického rozsahu onemocnění. Písmeno T značí tumor, písmenem N je popisován výskyt regionálních mízních uzlin a M je označení pro vzdálené metastázy. Dále je zde zahrnuto ještě označení G – grading, které popisuje rozsah onemocnění. V následujícím popisu je v závorce uvedeno i označení odpovídající hodnotícímu systému FIGO.

Ve skupině TX nelze primární nádor posoudit, skupina T0 nejeví žádné známky primárního nádoru, skupina Tis (dle FIGO 0) do sebe řadí karcinomy in situ nebo-li preinvazivní karcinomy.

Skupina T1 (I) obsahuje nádory omezené na dělohu, ve skupině T1a (IA) jsou preklinicky invazivní nádory diagnostikované výlučně mikroskopicky. Skupinu T1a1 (IA1) tvoří nádory o hloubce menší než 3 mm a horizontální šíření menší než 7 mm. T1a2 (IA2) je skupina s hloubkou nádoru větší než 3–5 mm a horizontální šíření menší než 7 mm. Ve skupině T1b (IB) jsou klinicky viditelné nebo mikroskopické léze větší než T1 a 2. Skupina T1b1 (IB1) je označení pro nádory menší než 4 cm a T1b2 (IB2) značí nádory větší než 4 cm (40).

Skupina T2 (II) obsahuje nádory šířící se mimo dělohu, ale ne až k pánevní stěně a ne do dolní třetiny pochvy. Ve skupině nádorů T2a (IIA) je parametrium nepostižené a nádor se šíří na pochvu. T2b (IIB) je skupina nádorů postihujících parametrium.

Skupina T3 (III) značí nádory šířící se do dolní třetiny pochvy a způsobující hydronefrózu či afunkci ledviny. T3a (IIIA) je označení pro nádory postihující dolní třetinu pochvy bez šíření k pánevní stěně a ve skupině T3b (IIIB) jsou nádory rozšířené až k pánevní stěně, způsobují hydronefrózu či funkci ledviny.

Čtvrtou skupinou T4 (IVA) jsou nádory rozšířené na sliznici močového měchýře či recta nebo šířící se mimo malou pánev (32,40).

Ve skupině NX nelze regionální mízní uzliny posoudit, N0 značí regionální mízní uzliny bez metastáz a ve skupině N1 jsou popsány metastázy v mízních uzlinách.

MX – přítomnost vzdálených metastáz nelze určit, M0 je skupina bez vzdálených metastáz a M1 zahrnuje vzdálené metastázy.

G1 značí dobře diferencovaný nádor, G2 je označení pro středně diferencovaný nádor a G3, G4 jsou špatně diferencované nebo nediferencované nádory (40).

#### *1.6.5 Léčba karcinomu děložního čípku*

Každý zhoubný nádor musí být řádně diagnostikován, zhodnocen a musí být vzaty v úvahu i rizikové faktory samotného nádoru i pacientky. Důležitý pro léčbu je též věk

pacientky, ve schématech doporučených postupů je uváděna hranice 35 let, která není neměnná, a dále možnost chtěného těhotenství (35).

V případě abnormálních nálezů na děložním hrdle jsou ženy sledovány podle doporučených postupů pro primární komplexní léčbu operabilních stádií děložního hrdla, kde je stanoven management pro ambulantní kontroly a léčbu (12).

Prekancerózy hrdla děložního jsou ošetřovány několika metodami rozdělenými do skupin destrukčních, excizních a kombinovaných metod.

K destrukčním metodám patří laserová vaporizace využívající CO<sub>2</sub> laser a kryoterapie.

Mezi excizní metody patří metody radiochirurgické, metody prováděné studeným nožem a skalpelem a metody laserové. První radiochirurgickou metodou je LETZ (Loop Excision of Transformation Zone), což je kličková excize transformační zóny. Je zde možno použít metodu dvou řezů kličkou, větší klička je používána na exocervix a menší na endocervix. Tímto způsobem je možná excize 15–20 mm cervikálního kanálu. Další radiochirurgická metoda je konizace jehlou, při které je použita přímá a rigidní jehla dlouhá 30 mm. Tato technika umožňuje individualizovat hloubku excize endocervikálního kanálu podle typu atypické transformační zóny. Rozsah konizace je též závislý na věku pacientky a plánovaného těhotenství (21). Někdy lze provést excizi kanálu endocervixu v celé délce, což je označeno jako cylindrická disekce endocervixu. Studeným nožem či skalpelem se provádí konizace (vytnutí části čípku ve tvaru kónusu) či amputace děložního hrdla. Do třetí skupiny excizních metod jsou zařazeny metody laserové, při jejichž provedení je využíván CO<sub>2</sub> laser. Touto metodou je možno provádět konizaci a cylindrickou disekci cervixu.

Kombinované metody umožňují využití kombinace metod excizních a laserových, zvláště při plošně rozsáhlých lezích přecházejících na klenby poševní (20).

Léčba časných stádií karcinomu děložního hrdla do stadia 2a včetně je operačním způsobem a řešení je individuální (40). Stadium T – 1a1 je řešeno podle toho, zda žena plánuje či neplánuje těhotenství. V případě chtěného těhotenství je provedena konizace hrdla děložního, v opačném případě je situace řešena hysterektomií. Skupinu nádorů T -

1a2, 1b1, 2a je možno řešit radikální hysterektomií dle Wertheima, u stadia 1b1 do velikosti nádoru do 20 mm může být metodou volby laparoskopická lymfadenektomie s radikální vaginální hysterektomií, skupina 1a2, 1b1 s maximální infiltrací do poloviny stromatu a maximální velikostí 20 mm i při plánovaném těhotenství je indikací k laparoskopické lymfadenektomii s tracheoplastikou. V případě vysokého rizika operační léčby je využívána brachyterapie a teleterapie (32).

Léčení nádorů skupiny T -1b2 je kombinované. Klasickým postupem je radikální hysterektomie, doplněná radioterapií. Alternativa je chemoterapie a následně radikální chirurgická léčba nebo chemoradioterapie.

Při léčbě pozdních stádií karcinomu je nutná spolupráce lékařů, kteří společně provádí terapeutickou rozvahu. Spolupracuje při ní gynekolog s nejvyšší atestací v oboru, radioterapeut s nejvyšší atestací v oboru, radiodiagnostik a vše je konzultováno s histopatologem (31).

Léčba pozdních stádií karcinomů skupiny T – 2b, 3a, 3b je buď aktinoterapie (brachyterapie a teleterapie) nebo kombinovaná aktinoterapie s chemoterapií, při které je nejčastěji x týdně používána Cisplatina 30–40 mg/m<sup>2</sup>. Tato léčba je standardní pro lokálně pokročilé karcinomy děložního hrdla (39). Stadium T4 se řeší individuálně podle nálezu. Základní léčebnou metodou je zde aktinoterapie a kombinuje se s chemoterapií (32).

Ženu po léčbě karcinomu děložního čípku má v dispenzarizaci a kontroluje pracoviště, na kterém byla prováděna komplexní léčba. Během prvních dvou let jsou kontroly každé 3 měsíce, ve 3., 4. a 5. roce po léčbě je žena kontrolována každých 6 měsíců a po 5 letech od léčby probíhají kontroly v rozmezí 1 roku (31).

#### *1.6.6 Karcinom děložního čípku v těhotenství*

Karcinom čípku je v těhotenství nejčastějším zhoubným nádorem. Některé příznaky karcinomu je možno zaměnit s těhotenskými komplikacemi a může tak dojít k opožděnému stanovení správné diagnózy. Těhotenství je vhodnou dobou pro screening prekanceróz (5).

Cytologie by měla být odebrána vždy v prvním trimestru těhotenství, odběr musí být šetrný a rychlý, aby nedošlo ke krvácení a odebraný vzorek nebyl nehodnotitelný. Odběrový kartáček nemá být ostrý a při odběru je doporučeno jím otáčet pouze o 180 stupňů. Kolposkopie je snadnější z důvodu lepší přístupnosti transformační zóny, od druhého trimestru těhotenství je hodnocení obtížnější z důvodu těhotenských změn na hrdle děložním a vyžaduje velkou zkušenost kolposkopisty. V případě suspektního nálezu je těhotná odeslána k expertní kolposkopii. K upřesnění diagnózy je nápomocná punch biopsie pod kolposkopickou kontrolou s minimálním množstvím komplikací. Odběr by měl být proveden v centru onkologické prevence a pouze z nejsuspektnějších míst. Po tomto vyšetření je zavedena na 12 hodin tamponáda a těhotná je ještě sledována půl hodiny po odběru materiálu.

Těhotné s lehkými prekancerózami mohou být sledovány obvodním gynekologem, v případě těžkých prekanceróz je těhotná sledována v centru onkologické prevence (34).

Terapie cervikálního karcinomu je vždy závislá na trvání těhotenství, stadiu onemocnění a přání pacientky porodit životaschopný plod (40). U žen s nálezem CIN je doporučován konzervativní postup, jelikož při provedení LEEP je pravděpodobné zvýšené riziko předčasného porodu (38). V první polovině těhotenství vyžaduje karcinom včasnou léčbu. U pokročilých nádorů je zahájena aktinoterapie bez ohledu na plod. Většinou dochází ke spontánnímu potratu, v opačném případě je provedena evakuace dutiny děložní. Týden po potratu je možno pokračovat v léčbě aktinoterapií a aplikací radia. Asi u čtvrtiny případů je nutná hysterektomie. V druhé polovině těhotenství je možný odklad léčby k dosažení zralosti plodu, ovšem jenom u žen s nevelkými lézemi (5). Těhotenství je pak ukončeno císařským řezem s následnou radikální operací (40).

Společně s prekancerózami se v těhotenství vyskytují i kondylomata accuminata. Jejich léčba je v tomto období svízelná, protože je kontraindikován lék na konzervativní léčbu Podofylin. Do 28. týdne lze kondylomata ošetřit laser vaporizací, v pozdějších týdnech těhotenství již toto není možné pro možnost silného krvácení z přívodné cévy. Při spontánním porodu mohou být kondylomata příčinou poranění s větším krvácením a



až v 17 % mohou být viry přenášeny na plod. Pacientka má být v tomto případě poučena o možnosti přenosu infekce a má mít možnost volby porodu primárním císařským řezem (36).

#### *1.6.7 Prevence karcinomu děložního čípku*

Cílem prevence karcinomu děložního čípku je včasné vyhledání prekancerózních změn na čípku a včasná diagnostika karcinomu. Důsledkem této prevence je snížení úmrtnosti žen na karcinom děložního čípku. Primární prevencí lze ovlivnit vše, co karcinom děložního čípku podporuje. Je vhodné dodržování zdravého životního stylu, nekouřit, nestřídat sexuální partnery a mnoho dalších faktorů. K primární prevenci v dnešní době patří také očkování proti karcinomu děložního čípku. Důležitá je sekundární prevence, spočívající ve vyhledávání a včasném ošetření předrakovinných stavů. Čípek děložní je dobře přístupný při vyšetření, proto je možné provést relativně jednoduchá vyšetření a tím vyhledání předrakovinných stavů již ve velmi časných stadiích. Při terciární prevenci je sledováno nově vzniklé i již léčené onemocnění a hlavní snahou je včasné zachycení progresu či recidivy onemocnění (13).

##### *1.6.7.1 Zajišťování prevence karcinomu děložního čípku*

V současné době v České republice neexistuje organizovaný screening vyšetření proti karcinomu děložního čípku. Screening je metoda umožňující vyhledávání jedinců s vyšším rizikem vzniku onemocnění. V případě karcinomu děložního čípku - „Screeningovým vyšetřením se rozumí cytologické vyšetření v rámci preventivní gynekologické prohlídky, včetně kolposkopie u registrujícího gynekologa, které je hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění...ženám 1x za rok“(33, s.644). Význam screeningu pro karcinom děložního čípku spočívá v záchytu žen s výskytem abnormálních buněk v časném stadiu, kdy lze buňky odstranit a tím předejít vzniku karcinomu. V ordinacích obvodních gynekologů je možno získat základní informace o preventivních vyšetřeních již momentě, kdy dívka poprvé tuto ordinaci navštíví. Lékař není povinen ženu vyzývat k vyšetření, záleží na postoji každé ženy k vlastnímu zdraví a její zodpovědnosti, zda se preventivních prohlídek zúčastní.

#### *1.6.7.2 Očkování proti karcinomu děložního čípku*

Cílem očkování je předcházení vzniku onemocnění. Optimální doba vakcinace proti karcinomu děložního čípku je kolem 15. roku věku, ideálně ještě před prvním pohlavním stykem. Je však možno očkovat i starší, sexuálně aktivní ženy. Očkování nenahrazuje preventivní prohlídky u gynekologa, je nutné o tom dívky a ženy poučit. Očkovací vakcína není hrazena z veřejných prostředků, jde tedy o osobní investici do svého zdraví (4). Cena za 3 dávky očkovací látky je kolem 10 000 Kč, zdravotní pojišťovny na očkování částečně přispívají.

V současnosti jsou k dispozici 2 vakcíny. Od roku 2006 je to tetravalentní vakcína pod komerčním názvem Gardasil (v části EU se nazývá Silgard). Je účinná proti vysoce rizikovým typům HPV 16 a 18, proti cervikálním a vulválním dyspláziím (VIN 2 a 3) a nízko rizikovým typům HPV 6 a 11. Tyto 2 typy jsou z 90 % zodpovědné za vznik genitálních bradavic a laryngální papilomatózy. Vakcína je indikovaná dívkám a ženám ve věkové skupině 9–15 let. Při vakcinaci je aplikována dávka 0., 2. a 6. měsíc.

Druhá vakcína, pod názvem Cervarix, je u nás dostupná od října 2007. Je divalentní, působí proti vysoce rizikovým typům HPV 16 a 18 a je určena též k prevenci vysokého stupně cervikální intraepiteliální neoplasie (CIN stupně 2 a 3). Doporučena je dívkám a ženám ve věku od 10 do 25 let a aplikuje se 0., 1. a 6. měsíc. Obě vakcíny vyvolávají tvorbu vysokých hladin protilátek, jsou účinné v prevenci vzniku infekce a prevenci vzniku lézí.

Po aplikaci vakcíny se mohou objevit nežádoucí reakce, především lokální, mezi které patří otok, bolest a zarudnutí a někdy i celkové vedlejší nežádoucí účinky v podobě bolesti hlavy a horečky (6).

Mezi kontraindikace očkování patří citlivost na léčivé či pomocné látky obsažené ve vakcíně. Aplikace vakcíny má být odložena též v případech horečnatého onemocnění. Lehká infekce v podobě nachlazení není kontraindikací pro imunizaci (2).

### *1.6.7.3 Role porodní asistentky v prevenci karcinomu děložního čípku*

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný, kvalifikovaný, zdravotnický pracovník. Pracuje se všemi dívkami a ženami bez ohledu na jejich etnickou skupinu, kulturu, rasu, náboženství nebo ekonomické postavení. Poskytuje potřebné rady a informace, péči a podporu při různých životních situacích či nemocech. Respektuje individualitu každé ženy, musí vždy brát v úvahu věk ženy, který s sebou přináší specifické problémy. Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství nejen u jednotlivých žen, ale i celých jejich rodin a komunit (7).

S primární prevencí karcinomu děložního čípku seznamuje a osvětluje ženy především terénní porodní asistentka. Na této úrovni může ženy informovat individuálně, pro případné zájemkyně pořádá setkání s možnou diskuzí nebo použije vytvořené informační letáky. V současné době též může ženy odkázat na internetové stránky, kde jsou uvedeny různé informace této problematiky.

Sekundární prevence v podobě vyhledávání a diagnostiky probíhá v ordinacích obvodních gynekologů, kde porodní asistentka seznamuje ženy především s následnými vyšetřeními a jejich postupy. V úmluvě o lidských právech a biomedicíně je v kapitole II, článku 5 uvedeno: „Žádný zásah do sféry zdraví nesmí být proveden bez potřebného informování osoby, která jej podstupuje, a bez jejího souhlasu. Informace poskytnutá dané osobě se musí týkat jak účelu a charakteru zásahu, tak jeho důsledků a s ním spojených rizik. Příslušná osoba se může kdykoli svobodně rozhodnout, že svůj souhlas odvolá“ (25, s.58). Žena musí mít vždy dostatek času a pomoc, kterou může pro své rozhodnutí potřebovat. Při vyšetřeních dbá porodní asistentka na soukromí, pohodlí a zachování intimity ženy.

Při terciární prevenci v případě již diagnostikovaného onemocnění, podává porodní asistentka nejen informace o vyšetřeních, ale poskytuje i kvalitní ošetrovatelskou péči v každé situaci, a zároveň je ženě i psychickou podporou. Informace podává porodní asistentka s vědomím profesionální zodpovědnosti v rozsahu své odbornosti a pomáhá ženě převzít spoluzodpovědnost za její zdravotní stav a případnou léčbu. Diagnóza karcinomu děložního čípku je pro ženu zátěžovou situací, je třeba tuto informaci přijmout, zhodnotit a pro její zvládnutí zvolit ten nejlepší způsob. Právě v tomto

momentě je důležitá empatie a profesionální zodpovědnost porodní asistentky za prevenci nemocí, obnovu zdraví a zmírňování utrpení.

#### *1.6.7.4 Ošetrovatelský proces a diagnózy vztahující se ke karcinomu děložního čípku*

Pojem ošetrovatelský proces vznikl v padesátých letech minulého století a stal se základem pro účinnou práci sestry. Sestra při ošetrovatelském procesu systematicky shromažďuje údaje týkající se pacienta a jeho choroby, tyto údaje dále rozebírá, plánuje ošetrovatelské výkony, které pak prakticky realizuje a nakonec provádí zhodnocení dosažených výsledků ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelské diagnózy jsou standardním pojmenováním ošetrovatelských problémů, označeny číselným kódem a jsou zahrnuty v mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských diagnóz NANDA (Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku). Jsou rozděleny do 13 diagnostických domén, viz. příloha č. 16 (26).

Ošetrovatelské diagnózy vztahující se ke karcinomu děložního čípku:

00161 – „Ochota doplnit deficitní vědomosti je standardizovaný název situace klienta, kdy míra poučení o konkrétním tématu odpovídá zdravotním cílům, ale může být zdokonalena“ (26, s.134).

*Ochota doplnit deficitní vědomosti v souvislosti s prevencí karcinomu děložního čípku, projevující se uvědoměním si vlastní neinformovanosti.*

00084 – „Hledání zdravého životního stylu je standardizované označení situace, ve které člověk hledá změnu zdravotních návyků nebo prostředí za účelem posílení svého zdraví“ (26, s.59).

*Hledání zdravého životního stylu v souvislosti s edukací o prevenci karcinomu děložního čípku, projevující se přáním lépe ovládat své zdraví.*

00148 – „Strach je reakcí člověka na hrozbu, kterou si připouští jako nebezpečí“ (26, s.180).

*Strach v souvislosti s určením diagnózy karcinomu děložního čípku, projevující se neklidem a přerušovaným spánkem.*

00095 – Porušený spánek je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s omezenou poruchou kvality a délky spánku (26).

*Porušený spánek v souvislosti s pobytem v nemocničním prostředí, projevující se opakovaným probouzením a ranní únavou*

00132 – „Akutní bolest je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který prožívá nepříjemnou bolest, jež má intenzitu od střední k prudké, má náhlý nebo pozvolný nástup a je u ní předpoklad vymizení do šesti měsíců“ (26, s.248).

*Akutní bolest v souvislosti s prodělanou operací, projevující se verbálním vyjádřením a grimasami.*

00027 – „Deficit tělesných tekutin je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s nedostatečným objemem intravaskulárních, intersticiálních a/nebo intracelulárních tekutin“ (26, s.69).

*Deficit tělesných tekutin v souvislosti s prodělanou operací, projevující se žízní, hypotenzí a tachykardií.*

00004 – Riziko infekce je název ošetrovatelského problému člověka, jež je zvýšeně ohrožen vstupem patogenních organismů do těla (26).

*Riziko infekce v souvislosti se zavedeným periferním žilním katétrem.*

00136 – „Anticipační smutek je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka (rodiny nebo komunity s probíhající úpravou sebepojetí, kterou intelektuálně a emocionálně reagují na potencionální ztrátu“ (26, s.188).

*Anticipační smutek v souvislosti se ztrátou části a funkce těla, projevující se slovním vyjádřením nemožnosti donošení plánovaného těhotenství.*

00078 – Neefektivní léčebný režim je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který nedodržuje léčebný režim a nenaplnuje své zdravotní potřeby (26).

*Neefektivní léčebný režim v souvislosti s nenaplnováním svých zdravotních potřeb, projevující se neustálým střídáním sexuálních partnerů po léčbě karcinomu děložního čípku.*

### *1.7 Edukace v práci porodní asistentky*

V oblasti prevence karcinomu děložního čípku má porodní asistentka v edukaci mnoho příležitostí. Informuje ženy všech věkových kategorií, informace mají být přiměřené, srozumitelné a zpětnou vazbou by si porodní asistentka měla ověřit pochopení informací. Edukace se týká primární prevence, především zdravého životního stylu a rizikových faktorů karcinomu, ke kterým patří nízký věk při zahájení sexuálního života, počet sexuálních partnerů, kouření, časté střídání partnerů, počet porodů, poruchy imunity a dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce (40). K aktuálním informacím dnešní doby patří informace o preventivním očkování proti karcinomu děložního čípku.

Sekundární prevence v podobě screeningu, následné diagnostiky a léčby je velmi účinná, ale u nás bohužel ne plně využívaná (29). Zde mají ženy různě velký deficit vědomostí, porodní asistentka tedy informuje o důležitosti návštěv na preventivních vyšetřeních, o prováděných vyšetřeních a jejich případných opakovaných kontrolách. Ženy by též měly vědět, že většinu karcinomů děložního čípku lze díky preventivním vyšetřením včas odhalit a ošetřit.

V případě terciární prevence při léčbě karcinomu děložního čípku podává porodní asistentka informace o předoperačních vyšetřeních, předoperační přípravě, následné operaci, pooperační léčbě a rehabilitaci a následné léčbě a kontrolách po propuštění z ústavní péče.

Informace může podávat ústně při návštěvách žen v gynekologické ordinaci, může k edukaci použít informační letáky, uspořádat besedy s možností diskuze či doporučit vyhledání příslušných internetových stránek. Velmi důležitá je edukace u mladých dívek hned při první návštěvě v gynekologické ordinaci, protože prevenci karcinomu děložního čípku je v dnešní době možné úspěšně zahájit již před začátkem sexuálního života prostřednictvím očkování. Následná sekundární prevence v podobě pravidelných preventivních vyšetření je důležitá nejen u očkovaných dívek, ale i u žen všech ostatních věkových kategorií. Právě prevence umožňuje včasné vyhledání, diagnostiku a léčbu karcinomu děložního čípku. To by si měla každá žena uvědomit a preventivní vyšetření pravidelně podstupovat.

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### *2.1 Cíle práce*

#### Cíl 1

Zjistit informovanost děvčat před 18. rokem věku o preventivních gynekologických vyšetřeních.

#### Cíl 2

Zjistit informovanost děvčat před 18. rokem o možnosti očkování proti karcinomu děložního čípku.

#### Cíl 3

Zjistit, zda jsou ženy v produktivním věku informovány o preventivních gynekologických vyšetřeních.

#### Cíl 4

Zjistit, zda ženy v důchodovém věku mají informace o preventivních gynekologických vyšetřeních.

#### Cíl 5

Porovnat, zda se ženy všech věkových kategorií preventivních gynekologických vyšetření účastní.

#### Cíl 6

Porovnat informovanost žen o prevenci rakoviny děložního čípku ve všech věkových skupinách.

## *2.2 Hypotézy práce*

### Hypotéza 1

Děvčata již před 18. rokem věku nejsou informována o preventivních gynekologických vyšetřeních.

### Hypotéza 2

Děvčata před 18. rokem věku jsou informována o možnosti očkování proti rakovině děložního čípku.

### Hypotéza 3

Ženy v produktivním věku jsou informovány o preventivních gynekologických vyšetřeních.

### Hypotéza 4

Ženy v důchodovém věku mají informace o preventivních gynekologických vyšetřeních.

### Hypotéza 5

Ženy v produktivním věku se více účastní preventivních gynekologických vyšetření než mladá děvčata před 18. rokem věku a ženy důchodového věku.

### Hypotéza 6

Ženy v produktivním věku jsou více informovány o prevenci rakoviny děložního čípku než děvčata před 18. rokem věku a ženy důchodového věku.



### **3. Metodika**

#### *3.1 Použitá metoda*

Výzkumné šetření bylo provedeno metodou kvantitativního výzkumu a pro sběr dat byla použita technika anonymního dotazníku. Dotazník obsahoval otázky zaměřené na problematiku týkající se karcinomu děložního čípku. V začátku byly otázky identifikační (1, 2), dále následovaly otázky uzavřené alternativní (4, 12, 14, 21a), otázky uzavřené polytomické (6, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21b, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30), otázky polootevřené (3, 5) a jedna otázka byla výsledková (29).

#### *3.2 Charakteristika výzkumného souboru*

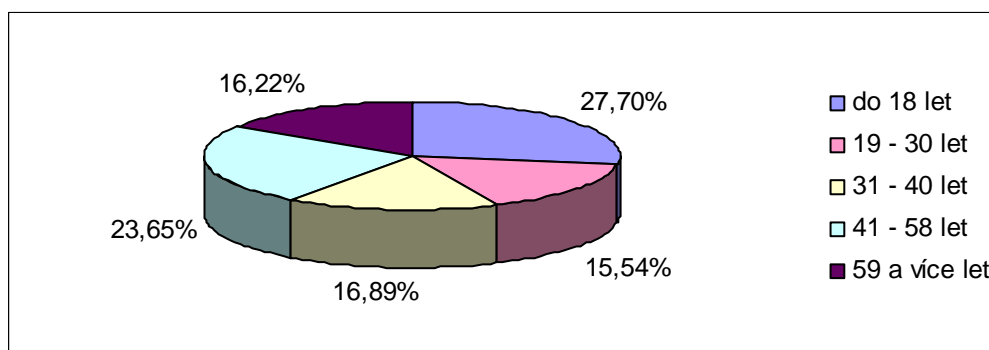
Výzkumným vzorkem byly ženy všech věkových kategorií na různých místech Jihočeského kraje. Celkem bylo rozdáno 160 dotazníků. Zpět se vrátilo 152 dotazníků, 8 dotazníků zůstalo nevráceno (5 %), návratnost byla tedy 95 %. Z vrácených dotazníků byly 4 kopie (2,5 %) vyřazeny kvůli chybnému vyplnění. Výzkumný vzorek tedy tvořilo 148 respondentek (100 %).

Období sběru dat bylo říjen, listopad a prosinec roku 2008.

## 4. Výsledky výzkumného šetření

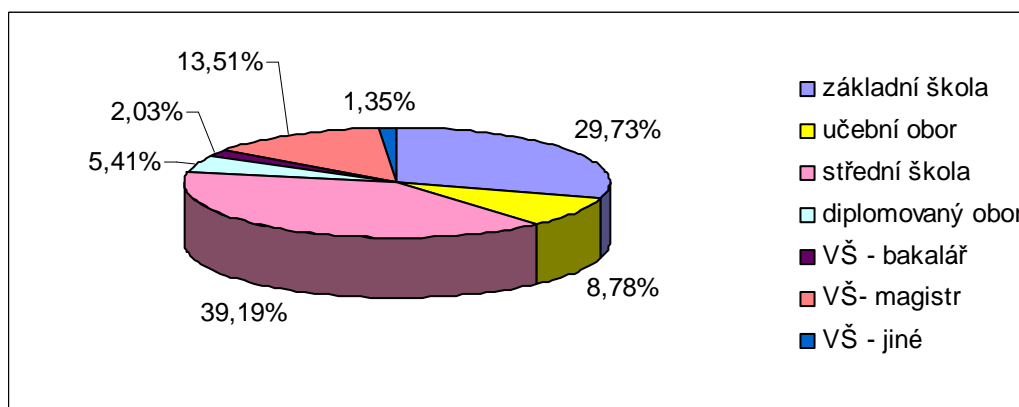
### 4.1 Analýza dotazníků klientek

**Graf 1 Věk respondentek**



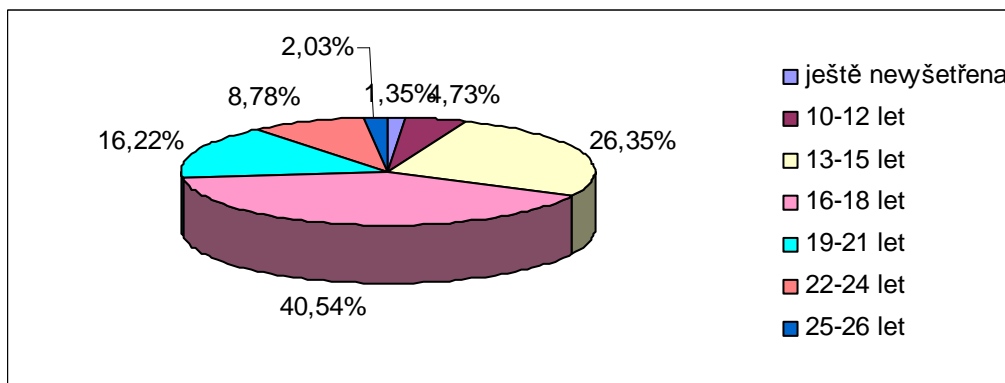
Z celkového počtu 148 (100 %) respondentek bylo 41 (27,70 %) ve věku do 18 let, ve věkové skupině 19–30 let bylo 23 (15,54 %) respondentek, věková kategorie 31–40 let byla zastoupena 25 (16,89 %) respondentkami, další skupinou byly ženy ve věku 41–58 let v počtu 35 (23,65 %) a poslední skupinou byly ženy ve věku 59 a více let v počtu 24 (16,22 %).

**Graf 2 Vzdělání**



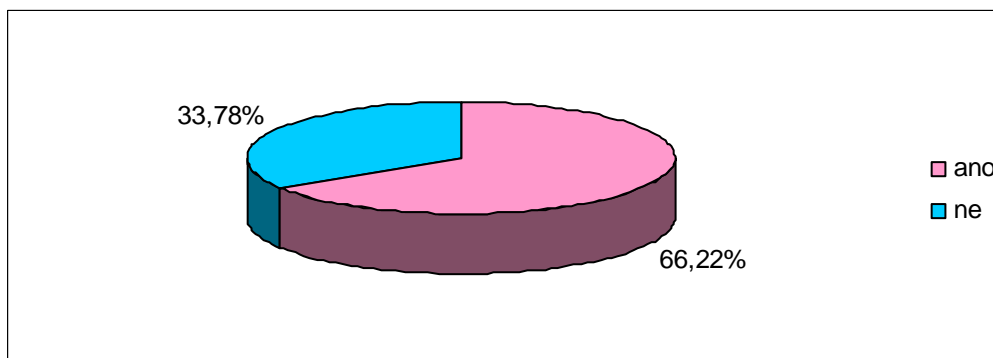
Z celkového počtu 148 (100 %) respondentek bylo 44 (29,73 %) ze základním vzděláním, 13 (8,78 %) bylo vyučeno, 58 (39,19 %) mělo středoškolské vzdělání, 8 (5,41 %) absolvovalo diplomovaný obor, další 3 (2,03 %) měly bakalářské vzdělání, 20 (13,51 %) bylo magister a poslední skupinu tvořily absolventky jiných VŠ – 2 (1,35 %).

**Graf 3 Věk prvního gynekologického vyšetření**



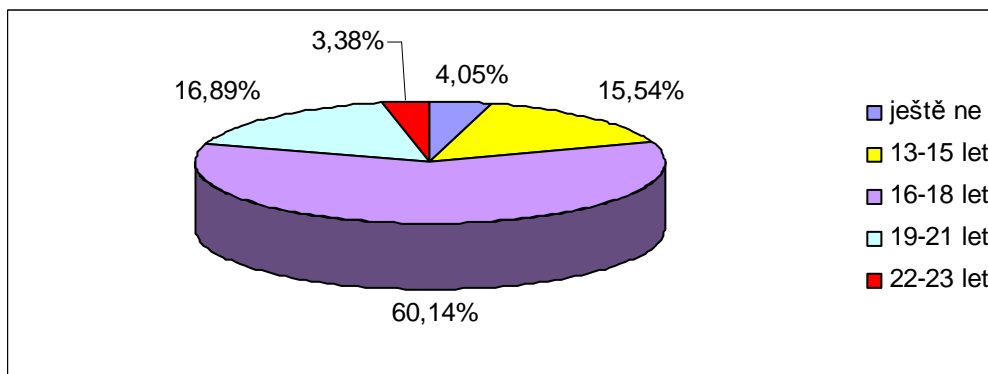
Celkový počet odpovědí byl 148 (100 %), z toho 2 (1,35 %) respondentky ještě nebyly vyšetřeny, ve věku 10–12 let bylo poprvé vyšetřeno 7 (4,73 %) respondentek, ve věku 13–15 let poprvé podstoupilo vyšetření 39 (26,35 %) dívek, ve věku 16–18 let bylo poprvé vyšetřeno 60 (40,54 %) dívek, v rozmezí 19–21 let vyhledalo první vyšetření 24 (16,22 %) žen, ve věkové skupině 22–24 let bylo prvně vyšetřeno 13 (8,78 %) žen a poslední skupinou pro první vyšetření byly ženy ve věku 25–26 let, a to v počtu 3 (2,03 %).

**Graf 4 První vyšetření žen – prevence či ne**



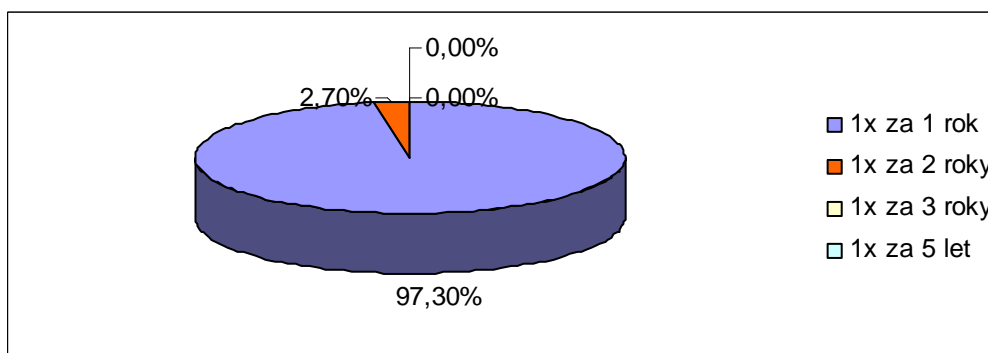
Celkem odpovědělo 148 žen (100 %). Pro 98 (66,22 %) z nich bylo první vyšetření preventivní, 50 (33,78 %) respondentek odpovědělo, že první vyšetření nebylo preventivní.

**Graf 5 Věk prvního sexuálního styku**



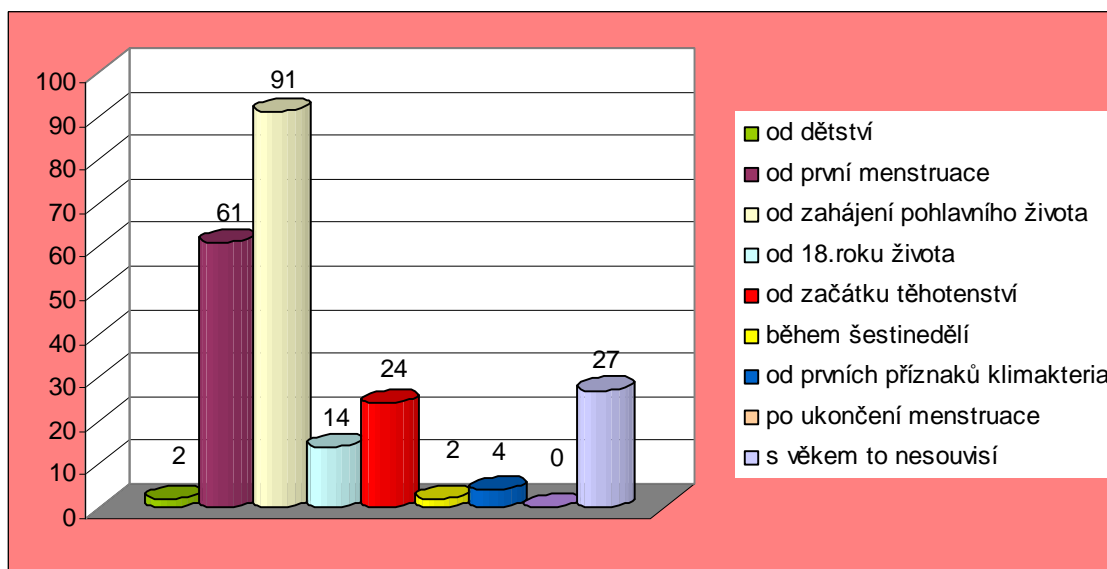
Na otázku věku při prvním sexuálním styku odpovědělo 148 (100 %) respondentek, 6 (4,05 %) udalo, že sexuální styk ještě nemělo, 23 (15,54 %) mělo styk ve věku 13–15 let, 89 (60,14 %) děvčat mělo první sexuální styk ve věku 16–18 let, ve věkové kategorii 19–21 let to bylo 25 (16,89 %) mladých žen a poslední skupinou byly ženy ve věku 22–23 let v počtu 5 (3,38 %).

**Graf 6 Interval nutný k preventivnímu gynekologickému vyšetření**



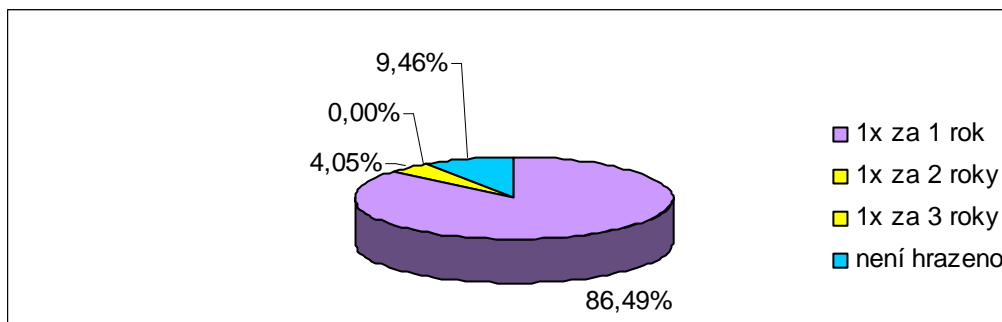
Otázku, jak často je nutné chodit na preventivní vyšetření, zodpovědělo 148 (100 %) respondentek, 144 (97,30 %) odpovědělo 1x za 1 rok, u 4 (2,70 %) z nich byla odpověď 1x za 2 roky a možnosti 1x za 3 roky a 1x za 5 let nebyly zodpovězeny žádnou z respondentek.

**Graf 7 Od kdy je nutné chodit na preventivní vyšetření**



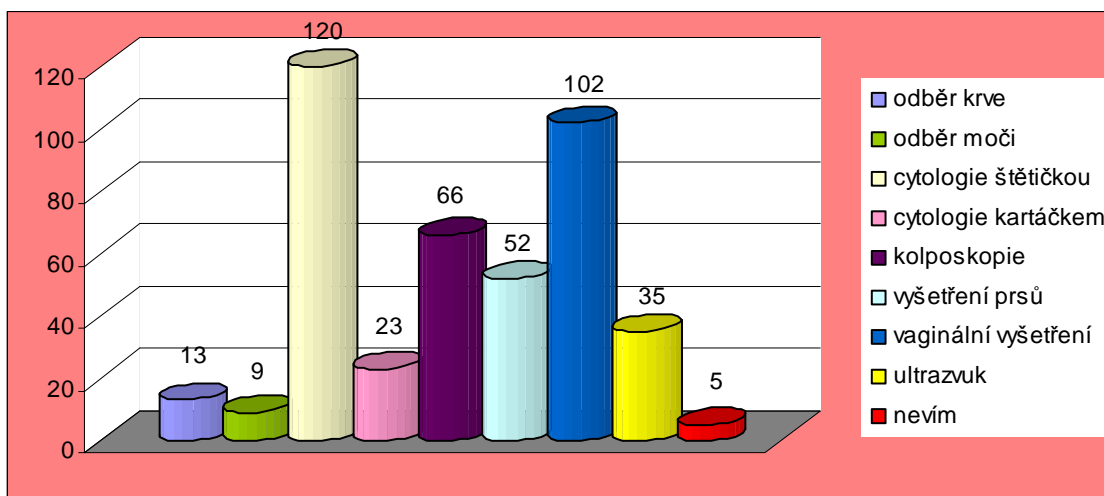
Na otázku, od kdy je nutné chodit na preventivní vyšetření, měly respondentky možnost označit více odpovědí. Celkem bylo zaškrtnuto 225 odpovědí, z toho možnost od dětství byla zvolena 2x, od první menstruace bylo odpovědí 61, od zahájení pohlavního života byl počet odpovědí 91, možnost od 18. roku života označilo 14 žen, 24 respondentek zvolilo možnost od začátku těhotenství, 2 odpovědi byly pro možnost během šestinedělí, další 4 odpovědi připadly k možnosti od prvních příznaků klimakteria a posledních 27 odpovědí bylo pro možnost, že to s věkem nesouvisí. K otázce byla dána ještě možnost, že na preventivní vyšetření je nutné chodit od věku po ukončení menstruace v klimaktériu, tu však nezvolila žádná z respondentek.

**Graf 8 Interval úhrady preventivního vyšetření pojišťovnou**



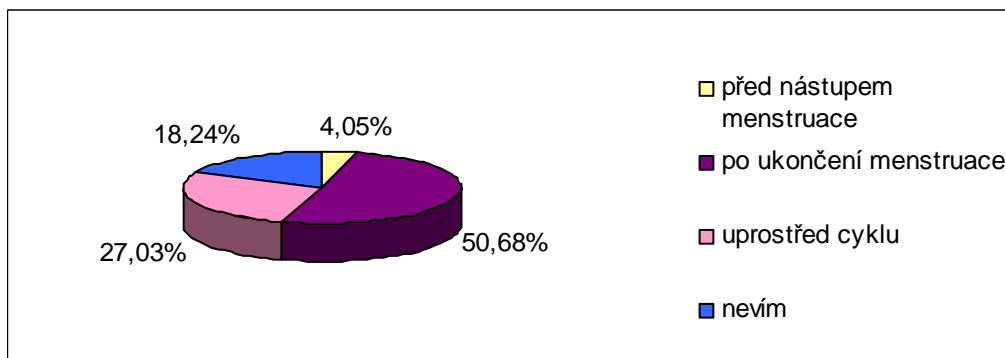
Celkem odpovědělo 148 (100 %) respondentek, z toho možnost 1x za 1 rok zvolilo 128 (86,49 %) z nich, možnost 1x za 2 roky označilo 6 (4,05 %) žen a možnost, že preventivní vyšetření není hrazeno zaškrtnulo 14 (9,46 %) žen. Byla dána ještě možnost úhrady ze strany zdravotní pojišťovny 1x za 3 roky, tu však ne zvolila žádná z žen.

**Graf 9 Druh vyšetření prováděného lékařem při preventivní prohlídce**



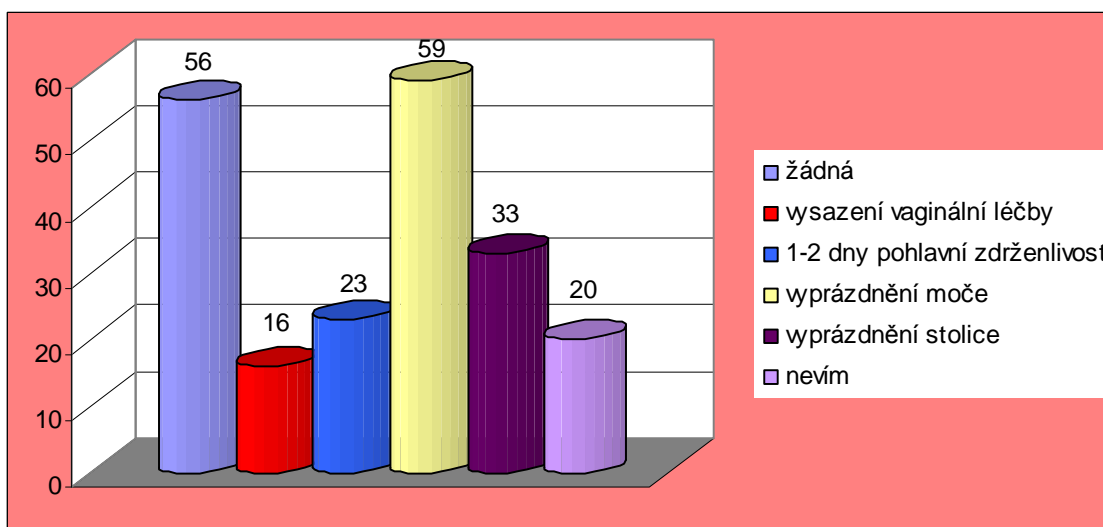
Na otázku měly respondenty možnost označit více odpovědí, celkem bylo 425 odpovědí. Možnost odběru krve byla označena 13x, 9x byl označen odběr moči, 120 odpovědí bylo pro odběr materiálu na cytologii štětičkou, 23x byl zvolen odběr cytologie kartáčkem, 66x byla označena kolposkopie, 52x bylo označeno vyšetření prsů, 102 odpovědí bylo pro vaginální vyšetření, dalších 35 odpovědí bylo pro ultrazvuk a 5x bylo zodpovězena možnost nevím.

**Graf 10 Nejvhodnější doba pro provedení preventivního vyšetření**



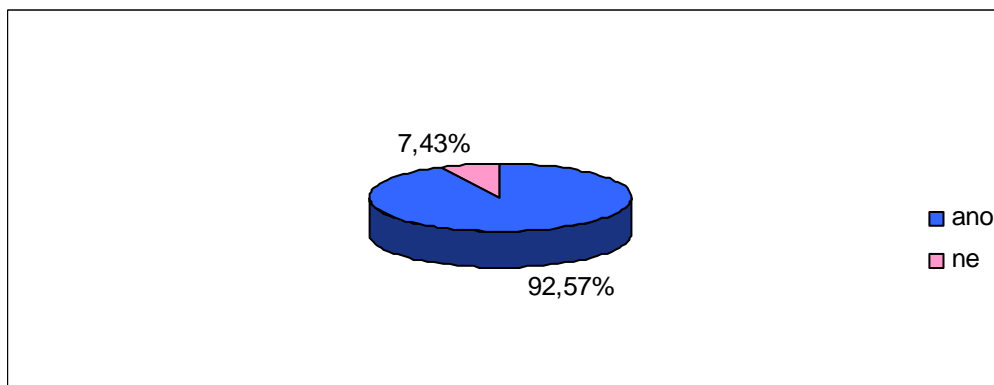
Z celkového počtu 148 (100 %) respondentek 6 (4,05 %) odpovědělo před nástupem menstruace, 75 (50,68 %) označilo odpověď po ukončení menstruace, dalších 40 (27,03 %) odpovědí bylo pro možnost uprostřed cyklu – okolo 14. dne a variantu nevím zvolilo 27 (18,24 %) žen.

**Graf 11 Příprava na preventivní vyšetření**



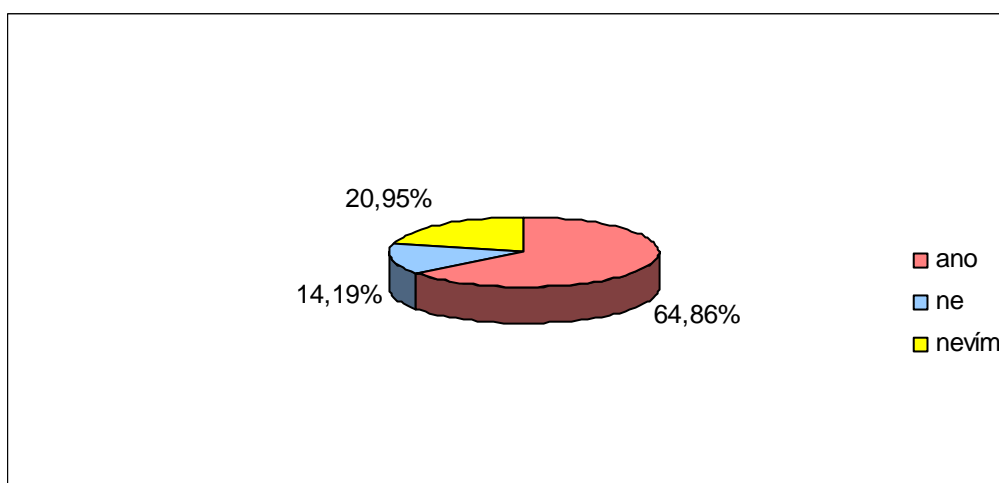
Na tuto otázku bylo možno zaškrtnout více odpovědí, jejich celkový počet byl 207. 56x bylo odpovězeno, že příprava na preventivní vyšetření není žádná, 16x byla odpověď vysazení vaginální léčby, 23x byla zodpovězena 1–2 dny pohlavní zdrženlivost, 59 odpovědí bylo pro důkladné vyprázdnění moče, 33x bylo zodpovězeno důkladné vyprázdnění stolice a 20x bylo označeno nevím.

**Graf 12 Účast na preventivním vyšetření**



Celkem odpovědělo 148 (100 %) respondentek, z toho 137 (92,57 %) se pravidelně preventivních vyšetření účastní a 11 (7,43 %) žen uvedlo, že na preventivní prohlídky nechodí.

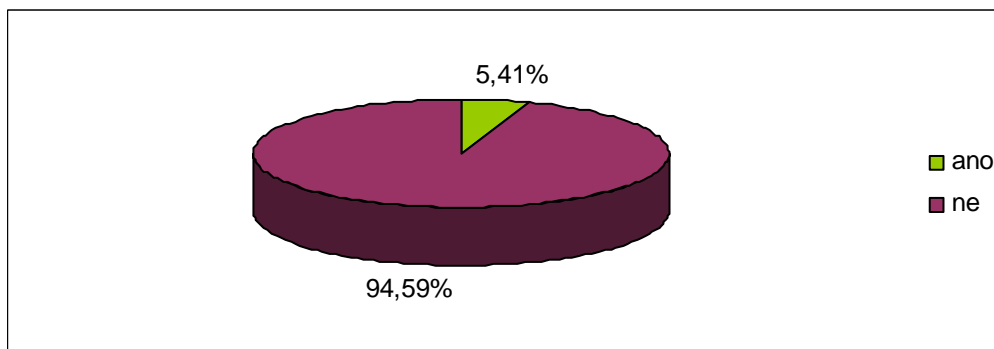
**Graf 13 Vyšetření rakoviny čípku děložního jako součást preventivního vyšetření**



Na otázku, zda je očkování proti rakovině děložního čípku součástí preventivního vyšetření, odpovědělo 148 (100 %) respondentek. 96 (64,86 %) žen odpovědělo ano, možnost ne byla zodpovězena 21 (14,19 %) ženami a možnost nevím zvolilo 31 (20,95 %) žen.

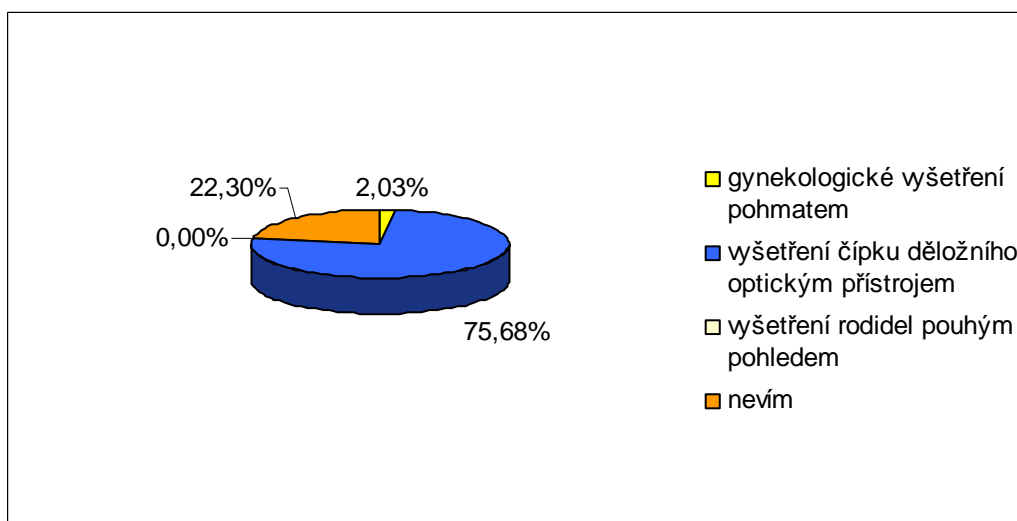


**Graf 14 Výskyt rakoviny děložního čípku v rodině**



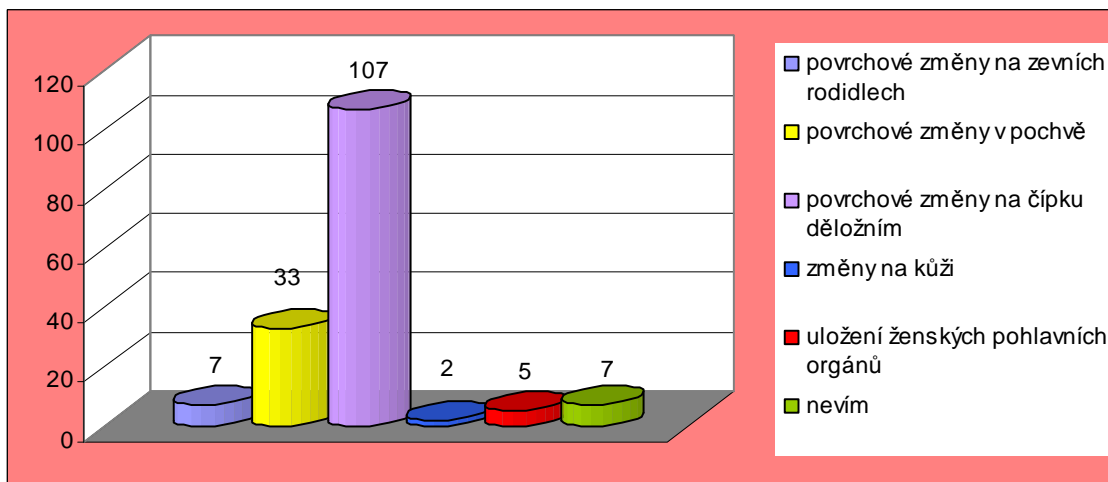
Z celkového počtu 148 (100 %) odpovědí bylo 140x (94,59 %) zodpovězeno, že se rakovina děložního čípku v rodině nevyskytuje a v 8 (5,41%) případech ano.

**Graf 15 Kolposkopie**



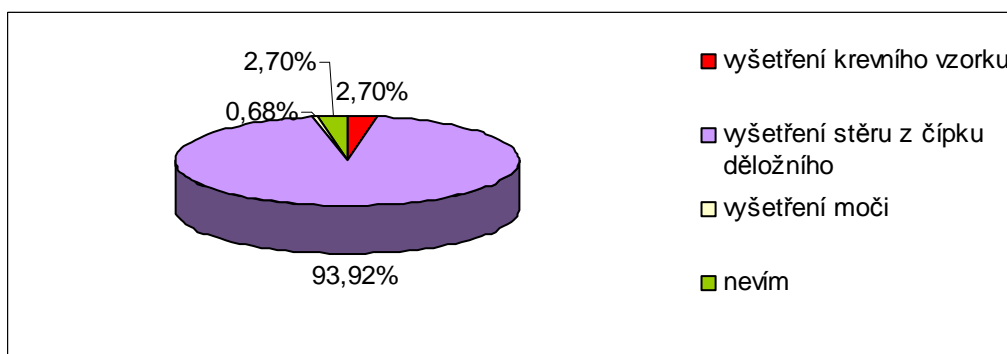
Celkem odpovědělo 148 (100 %) respondentek, z nichž 3 (2,03 %) zvolily odpověď gynekologické vyšetření pohmatem, 112 (75,68 %) žen odpovědělo, že kolposkopie je vyšetření čípku děložního optickým přístrojem a 33 (22,30 %) odpovědí bylo nevím. K otázce byla ještě nabídnuta odpověď, že kolposkopie je vyšetření rodidel pouhým pohledem, avšak tuto možnost ne zvolila žádná z respondentek.

**Graf 16 Co lze zjistit kolposkopií**



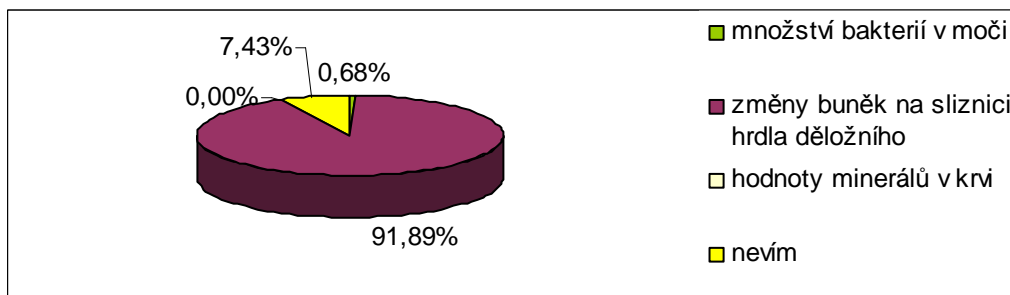
Na otázku, co lze zjistit kolposkopií, bylo možno odpovědět více možnostmi. Celkem bylo zaškrtnuto 191 odpovědí, z toho 7 z nich připadlo k odpovědi povrchové změny na zevních rodidlech, 33 odpovědí příslušelo k povrchovým změnám v pochvě, 107x byla zvolena možnost, že kolposkopie zjišťuje povrchové změny na čípku děložním, 2 odpovědi byly ve prospěch změn na kůži, dále byla 5x označena možnost uložení ženských pohlavních orgánů poslední odpověď nevím byla zvolena 7x.

**Graf 17 Cytologie**



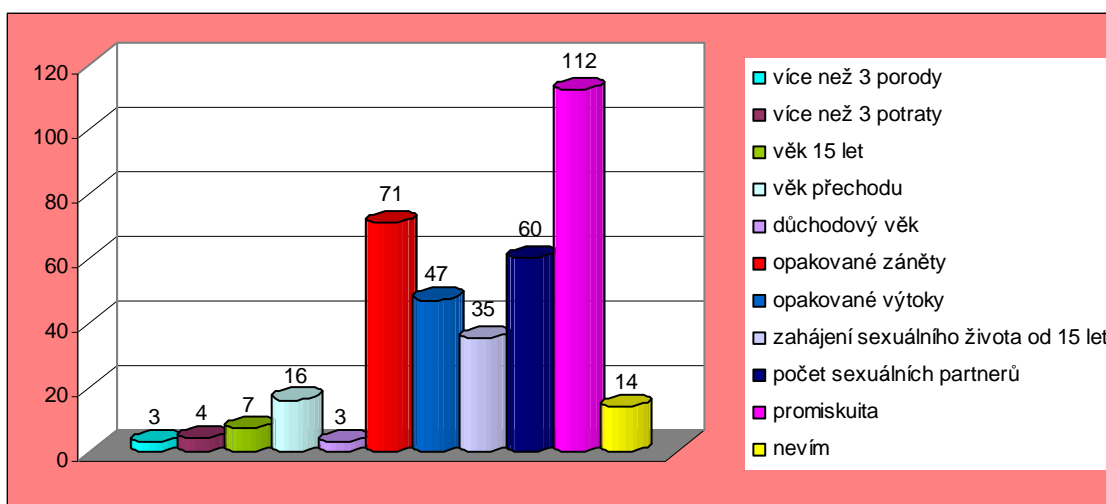
Otázku, co je cytologie, odpovědělo 148 (100 %) respondentek. 4 (2,70 %) z nich zvolily odpověď, že cytologie je vyšetření krevního vzorku, 139 (93,92 %) žen označilo odpověď vyšetření stěru z čípku děložního, 1 (0,68 %) respondentka uvedla možnost vyšetření moči a 4 (2,70 %) odpovědi byly nevím.

**Graf 18 Co lze zjistit cytologií**



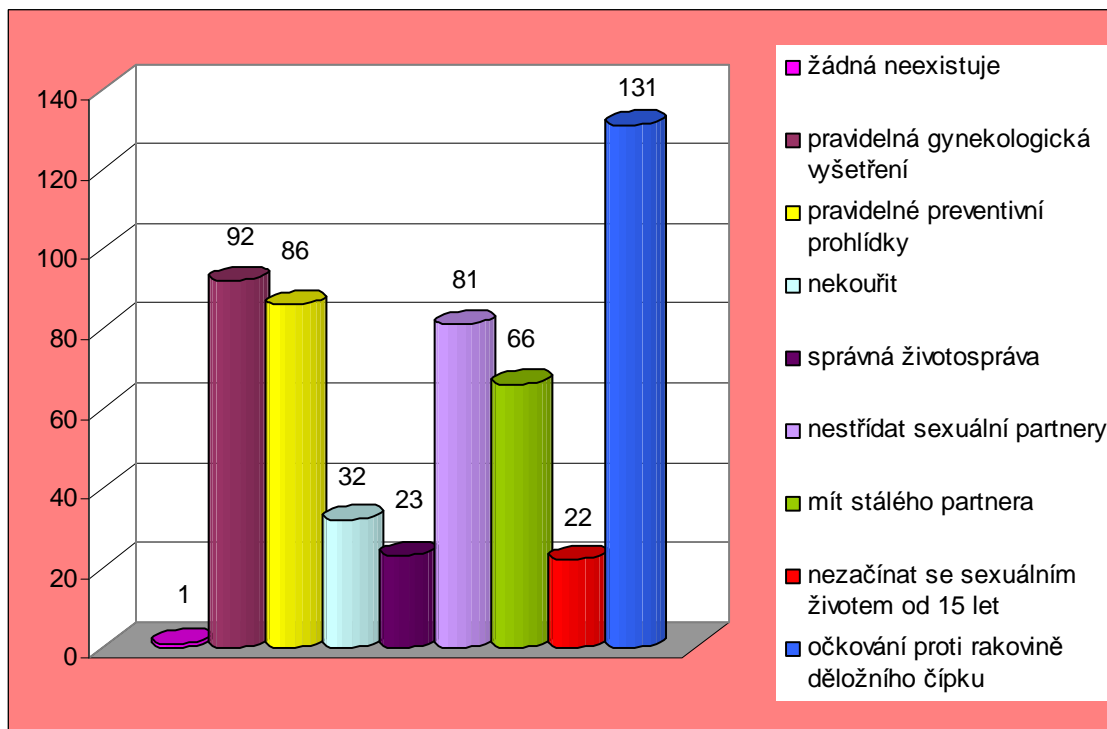
Z celkového počtu 148 (100 %) odpovědí byla 1 (0,68 %) odpověď množství bakterií v moči, 136x (91,89 %) byly zodpovězeny změny buněk na sliznici děložního hrdla a 11 (7,43 %) respondentek odpověď nevědělo. Možnost, že cytologií lze zjistit hodnoty minerálů v krvi nebyla zodpovězena.

**Graf 19 Nejrizikovější faktory děložního čípku**



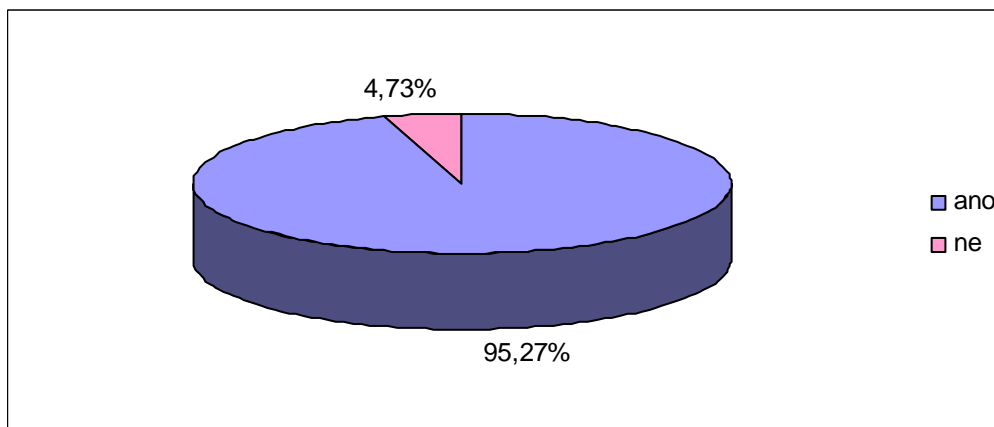
Na otázku nejrizikovějších faktorů pro vznik rakoviny děložního čípku bylo možno zvolit více odpovědí, jejichž celkový počet činil 372. Možnost více než 3 porody byla zvolena 3x, více než 3 potraty 4x, věk 15 let byl zodpovězen 7x, věk přechodu ( klimaktéria ) měl 16 odpovědí, důchodový věk byl označen 3x, opakované záněty měly 71 odpovědí, opakované výtoky 47 odpovědí, zahájení sexuálního života od 15 let zvolily respondenty 35x, počet sexuálních partnerů 60x, promiskuitu 112x a 14x byla odpověď nevím.

**Graf 20** Prevence rakoviny děložního čípku



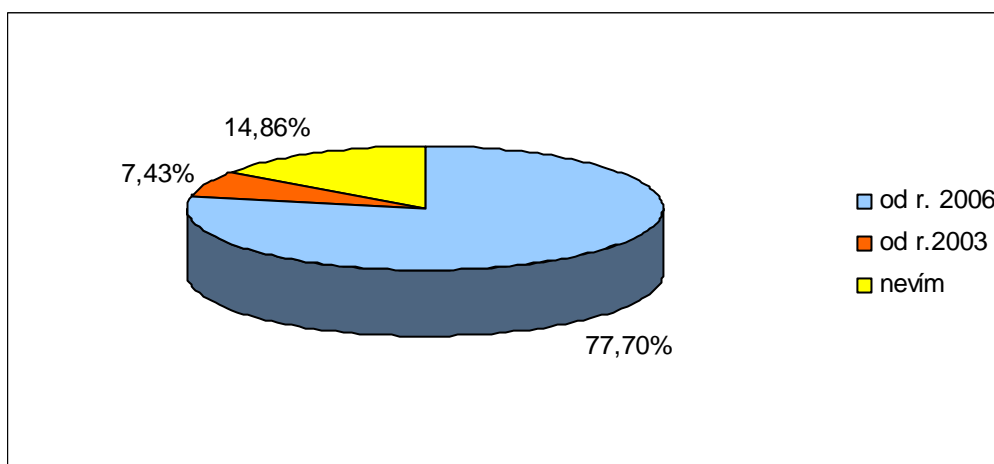
Otázka prevence rakoviny děložního čípku měla více možností odpovědí, celkem jich bylo 534. 1x byla zvolena možnost, že prevence neexistuje, 92x pravidelná gynekologická vyšetření, 86x pravidelné preventivní prohlídky, 32x možnost nekouřit, 23 odpovědí bylo pro dodržování správné životosprávy, dalších 81 odpovědí nestřídat sexuální partnery, 66x bylo zvoleno mít stálého partnera, 22x nezačínat se sexuálním životem od 15 let a poslední možnost nechat se naočkovat proti rakovině děložního čípku byla označena 131x.

**Graf 21 a** Možnost očkování proti rakovině děložního čípku



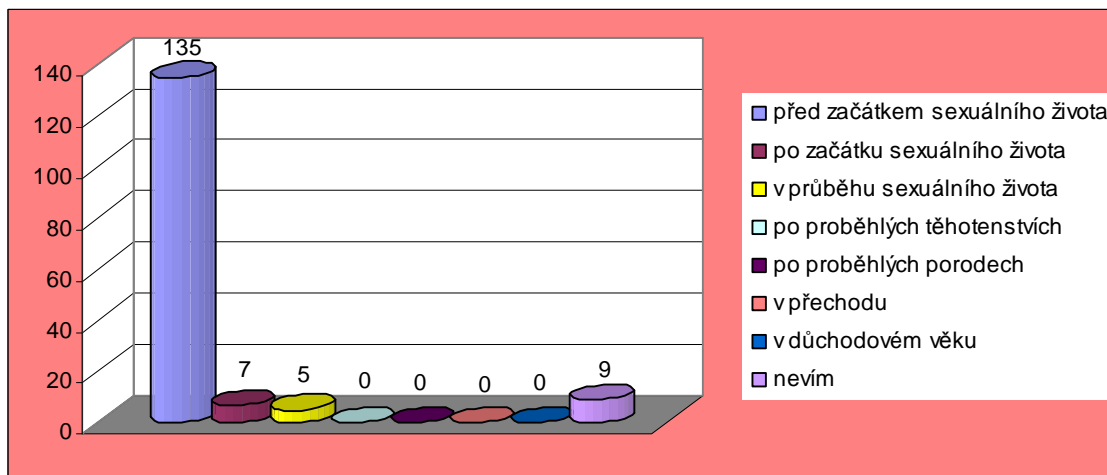
Z celkového počtu 148 (100 %) respondentek jich 141 (95,27 %) odpovědělo, že ví o možnosti očkování a 7 (4,73 %) odpovědělo ne.

**Graf 21 b** Začátek očkování v České republice



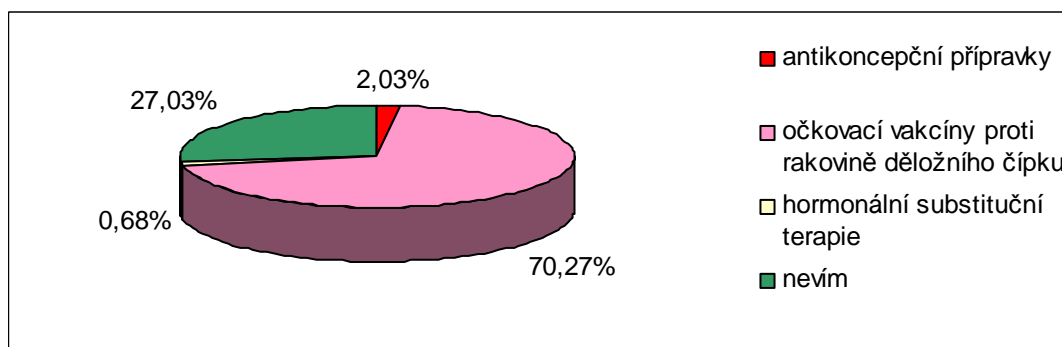
Celkem odpovědělo 148 (100 %) respondentek, z toho 115 (77,70 %) odpovědí bylo od r. 2006, 11 (7,43 %) bylo od r. 2003 a 22 (14,86 %) respondentek odpovědělo nevím.

**Graf 22 Nejvhodnější doba k očkování proti rakovině děložního čípku**



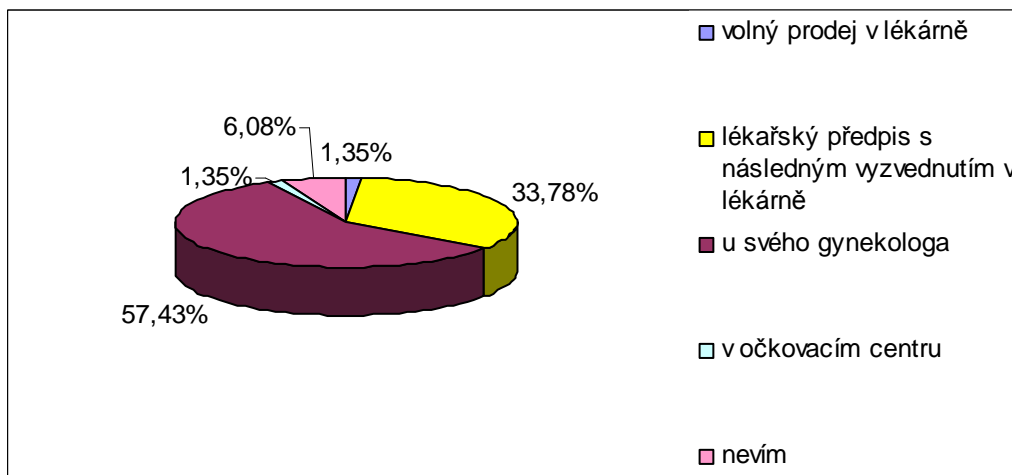
Otázka nejvhodnější doby pro očkování proti rakovině děložního čípku měla více možností odpovědí, celkem bylo odpovězeno 156x. 135 odpovědí bylo před začátkem sexuálního života, 7 odpovědí po začátku sexuálního života, 5 odpovědí v průběhu sexuálního života a 9x byla odpověď nevím. V odpovědích byly ještě dány možnosti po proběhlých těhotenstvích, po proběhlých porodech, v přechodu a v důchodovém věku, avšak tyto možnosti nebyly vůbec zvoleny.

**Graf 23 Silgard a Cervarix**



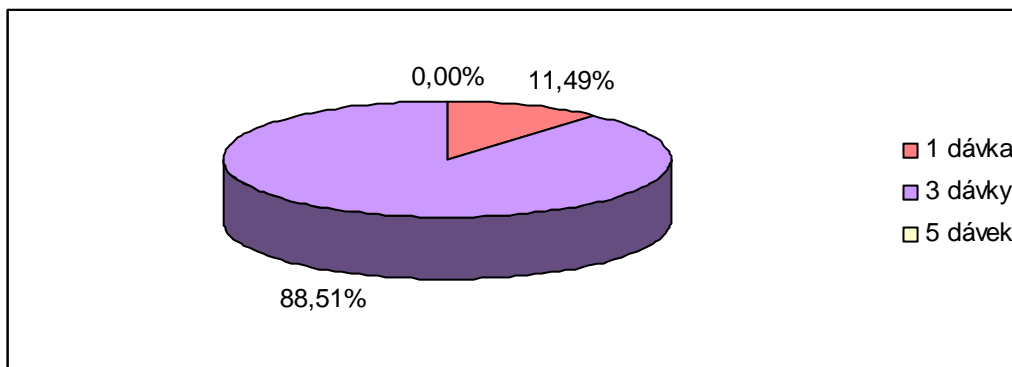
Z celkového počtu 148 (100 %) respondentek 3 (2,03 %) odpověděly, že Silgard a Cervarix jsou antikoncepční přípravky, 104 (70,27 %) respondentek odpovědělo, že jsou to očkovací vakcíny proti rakovině děložního čípku, 1 (0,68 %) žena zvolila možnost přípravků pro hormonální substituční terapii a 40 (27,03 %) bylo nevím.

**Graf 24** Možnost získání očkovací vakcíny



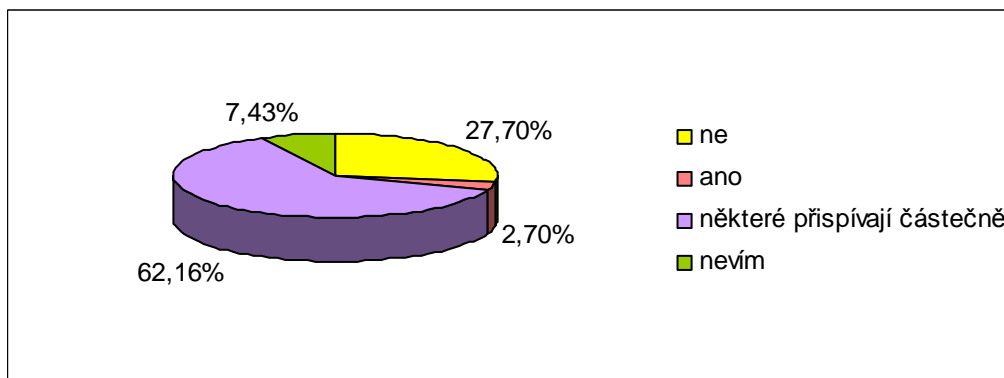
Celkový počet respondentek odpovídajících na otázku byl 148 (100 %), z toho 2 (1,35 %) odpověděly ve volném prodeji v lékárně, 50 (33,78 %) odpovědí bylo na lékařský předpis s následným vyzvednutím v lékárně, 85 (57,43 %) odpovědí připadlo k získání u svého gynekologa, 2 (1,35 %) ženy odpověděly, že vakcíny získají v očkovacím centru a 9 (6,08 %) odpovědí bylo nevím.

**Graf 25** Počet očkovacích dávek



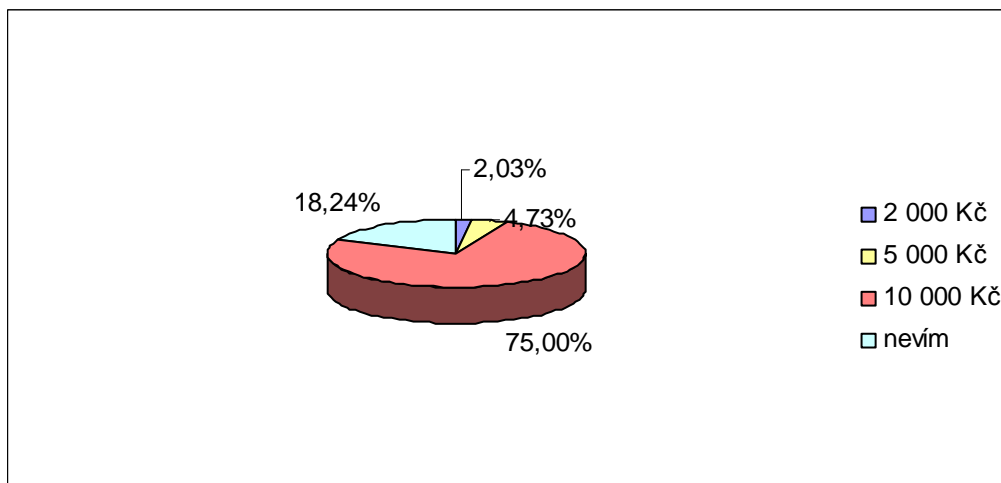
Celkem odpovědělo 148 (100 %) respondentek. 131 (88,51 %) zvolilo odpověď, že dávky jsou 3 a dalších 17 (11,49 %) odpovědělo, že je dávka 1. Dále byla v odpovědích možnost 5 dávek, která nebyla zvolena.

**Graf 26 Úhrada očkovacích látek zdravotními pojišťovnami**



Celkový počet odpovídajících respondentek byl 148 (100 %), 41 (27,70 %) odpovědělo, že pojišťovny vakcíny neproplácejí, 4 (2,70 %) respondentky označily odpověď ano, dalších 92 (62,16 %) odpovědí bylo pro možnost částečné úhrady očkovacích látek zdravotními pojišťovnami a 11(7,43 %) žen neví.

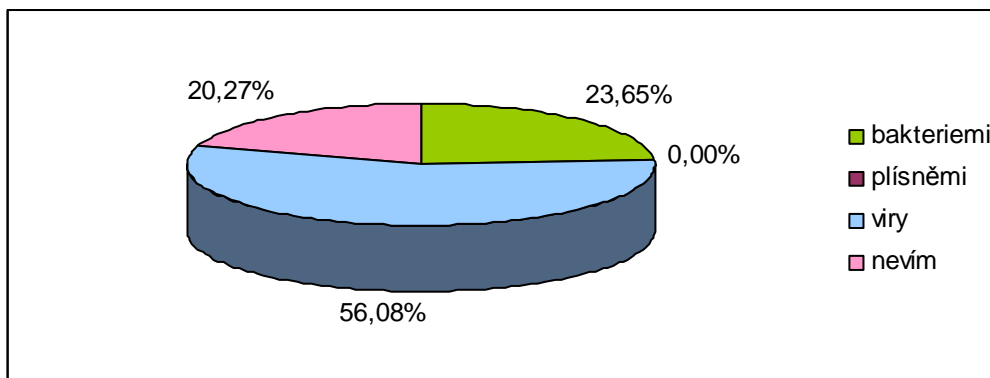
**Graf 27 Celková cena očkovacích vakcín**



Na otázku odpovědělo 148 (100 %) respondentek, 3 (2,03 %) zvolily odpověď 2000 Kč, 7 (4,73 %) odpověděly 5000 Kč, 111 (75,00 %) odpovědí bylo 10 000 Kč a 27 (18,24 %) respondentek cenu vakcín neví.

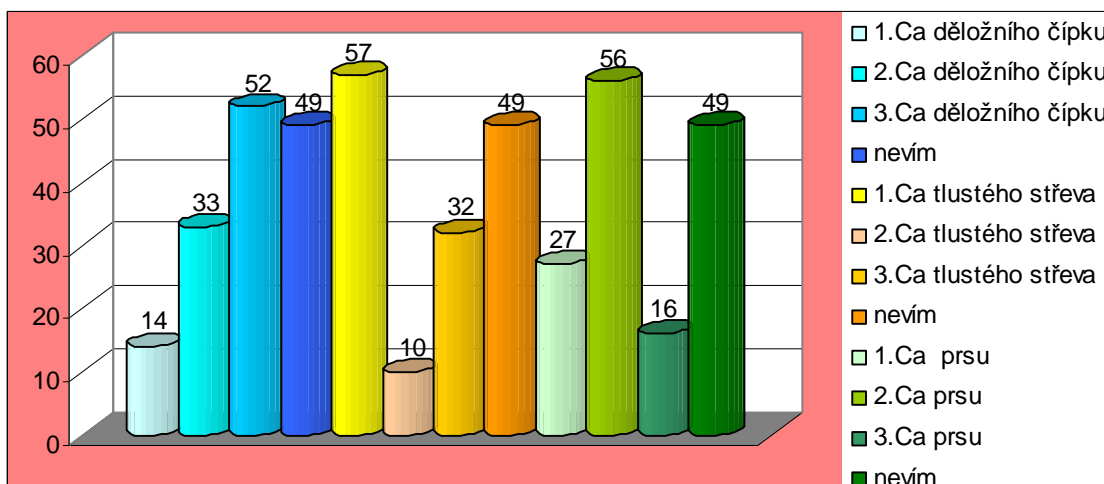


**Graf 28 Před čím chrání očkovací vakcína**



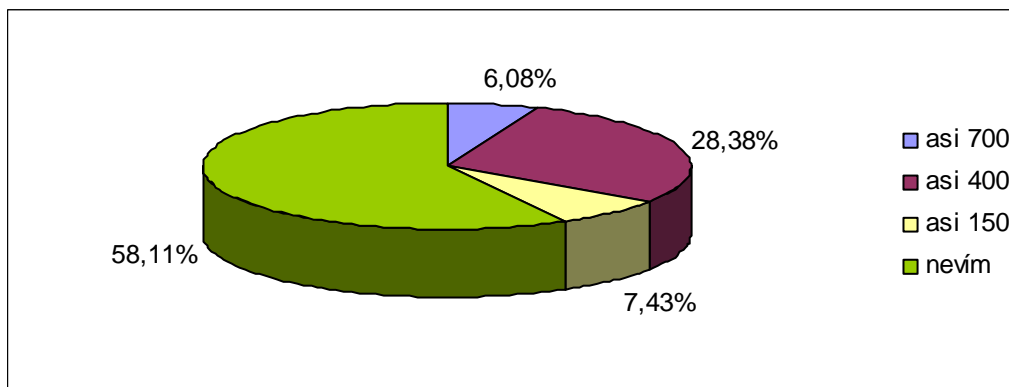
Z celkového počtu 148 (100 %) respondentek 35 (23,65 %) dalo odpověď, že vakcína chrání před bakteriemi, 83 (56,08 %) odpovědělo před viry a 30 (20,27 %) neví. Možnost, že vakcína chrání před plísněmi nebyla zvolena.

**Graf 29 Porovnání výskytu karcinomů**



Na otázku o porovnání výskytu karcinomů v ČR odpovědělo 148 žen a to takto: u karcinomu děložního čípku bylo pro 1.místo 14 odpovědí, pro 2.místo 33 odpovědí, pro 3.místo 52 odpovědí. Pro 1.místo karcinomu tlustého střeva bylo 57 odpovědí, 2.místo získalo 10 odpovědí a 3.místo 32 odpovědí. Pro 1.místo karcinomu prsu bylo 27 odpovědí, 2.místo 56 odpovědí a 3.místo 16 odpovědí. 49 žen ze všech odpovídajících označilo odpověď nevím.

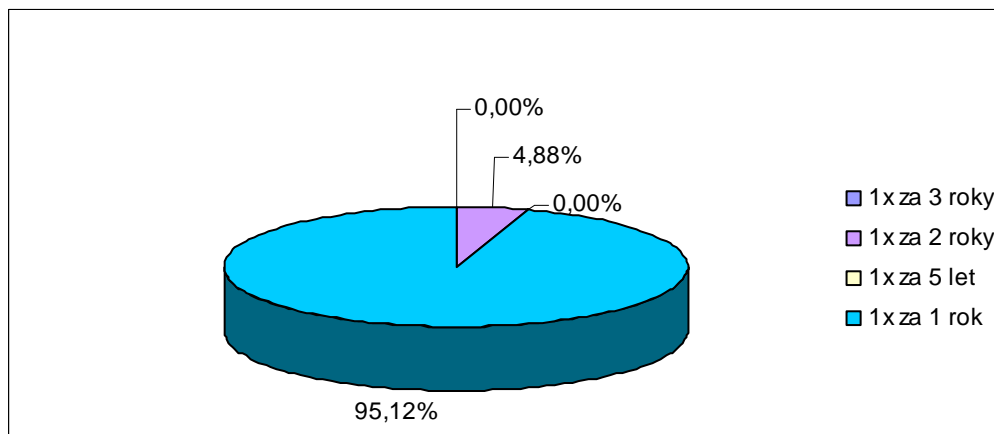
**Graf 30 Počet zemřelých žen na karcinom děložního čípku ročně v České republice**



Otázku zodpovědělo 148 (100 %) respondentek. 9 (6,08 %) odpovědělo, že počet zemřelých žen je asi 700, 42 (28,38 %) odpovědělo asi 400, 11 (7,43 %) respondentek označilo možnost asi 150 a 86 žen (58,11 %) neví.

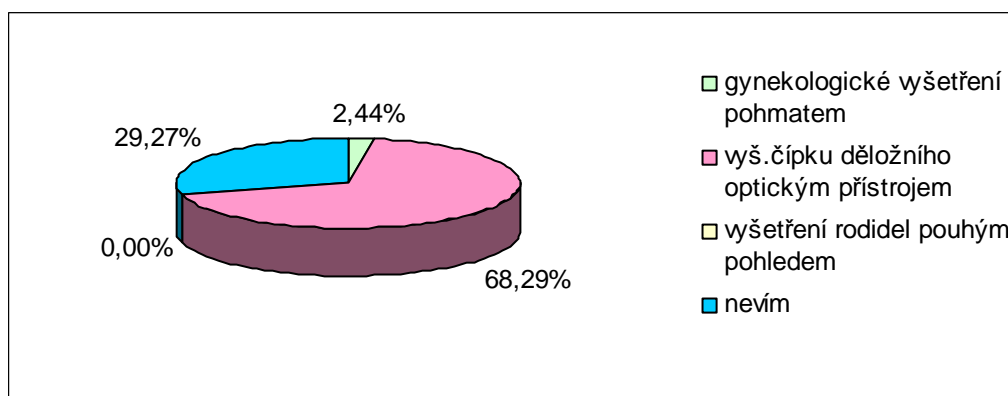
#### 4.1.2 Analýza dotazníků mladých děvčat do 18 let

**Graf 31 Frekvence preventivních vyšetření**



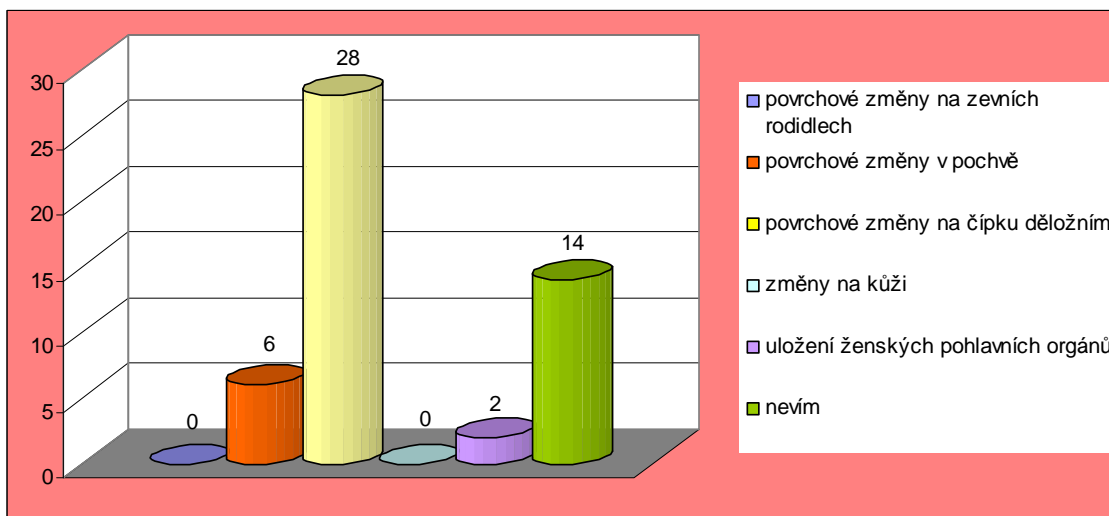
Z celkového počtu 41 (100 %) respondentek jich 39 (95,12 %) odpovědělo 1x za 1 rok a 2 (4,88 %) označily odpověď 1x za 2 roky. Možnosti 1x za 3 roky a 1x za 5 let nebyly zvoleny.

**Graf 32 Kolposkopie**



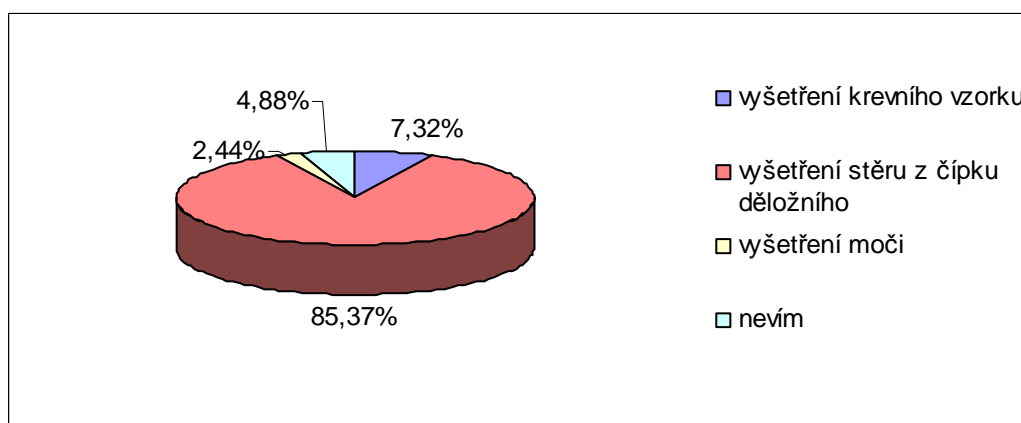
Celkový počet odpovídajících dívek byl 41 (100 %), 1 (2,44 %) odpověď byla gynekologické vyšetření pohmatem, dalších 28 (68,29 %) respondentek odpovědělo vyšetření čípku děložního optickým přístrojem a 12 (29,27 %) dívek odpovědělo nevím. Odpověď, že kolposkopie je vyšetření rodidel pouhým pohledem, nebyla ani jednou označena.

**Graf 33 Co lze zjistit kolposkopií**



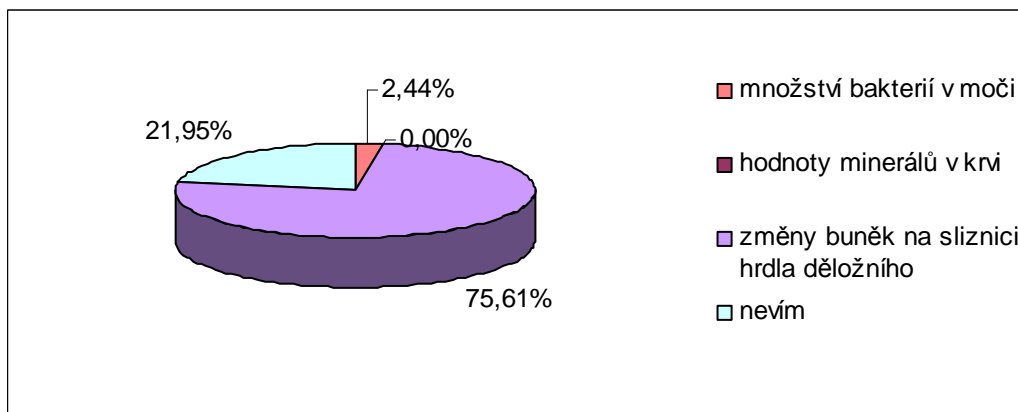
Na tuto otázku bylo možno označit více odpovědí a celkový počet odpovědí byl 50. 6x bylo zodpovězeno, že kolposkopií lze zjistit povrchové změny v pochvě, 28 odpovědí povrchové změny na čípku děložním, 2x bylo označeno uložení ženských pohlavních orgánů a 14 odpovědí bylo nevím. Byly nabídnuty ještě možnosti, že kolposkopií lze zjistit povrchové změny na zevních rodidlech a změny na kůži, tyto však nebyly označeny.

**Graf 34 Cytologie**



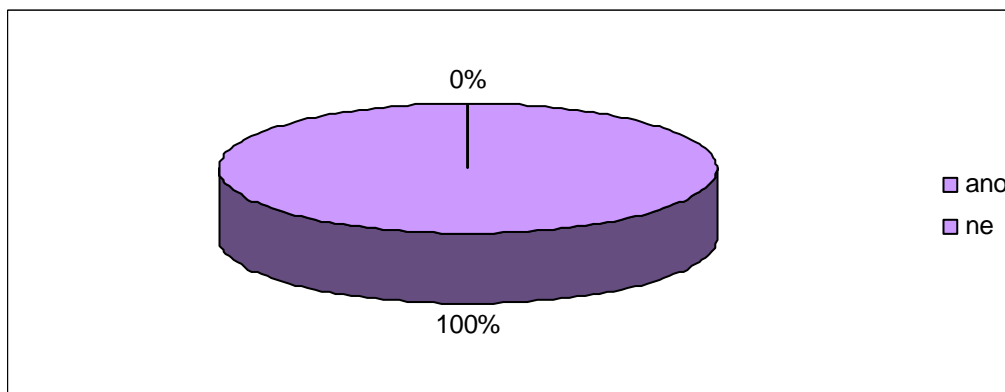
Celkem odpovědělo 41 (100 %) respondentek, z čehož 3 (7,32 %) odpověděly vyšetření krevního vzorku, 35 (85,37 %) odpovědělo vyšetření stěru z čípku děložního, 1 (2,44 %) odpověď byla vyšetření moči a 2 (4,88 %) odpovědi byly nevím.

**Graf 35 Co lze zjistit cytologií**



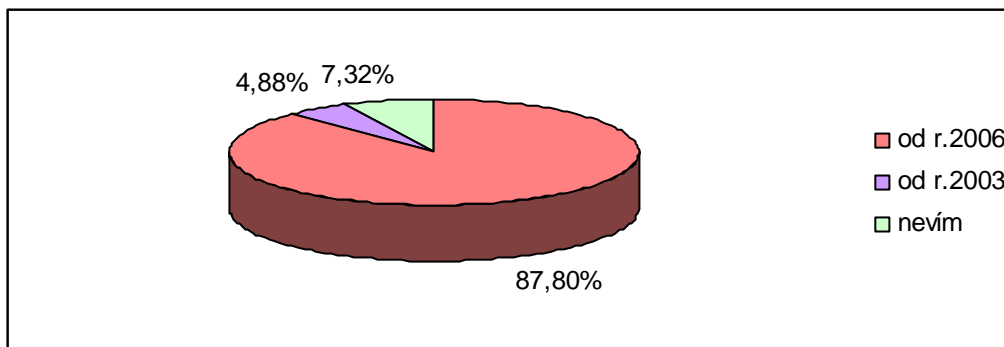
Z celkového počtu 41 (100 %) odpovídajících dívek 1 (2,44 %) odpověděla množství bakterií v moči, dalších 31 (75,61 %) dívek odpovědělo, že cytologií lze zjistit změny buněk na sliznici hrdla děložního a 9 (21,95 %) dívek označilo nevím. Variantu, že cytologií lze zjistit hodnoty minerálů v krvi, nezvolila žádná z dívek.

**Graf 36 Možnost očkování**



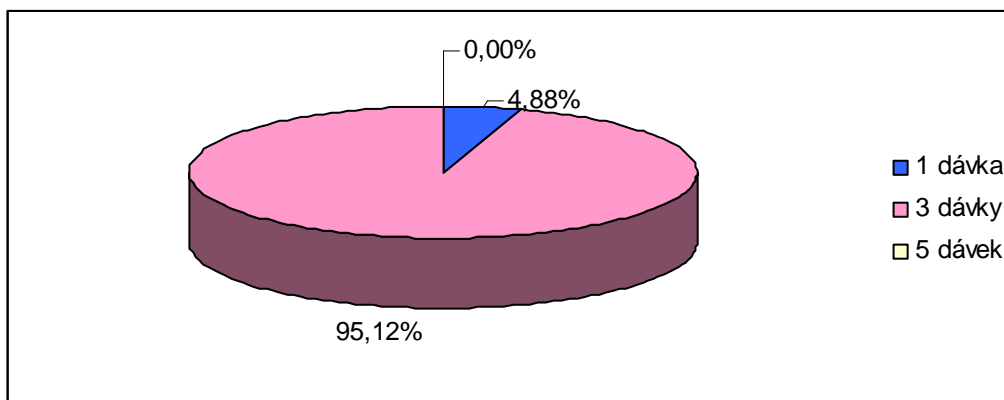
Celkový počet odpovídajících respondentek byl 41 (100 %) a všech 41 (100 %) odpovědí bylo ano.

**Graf 37 Začátek očkování v ČR**



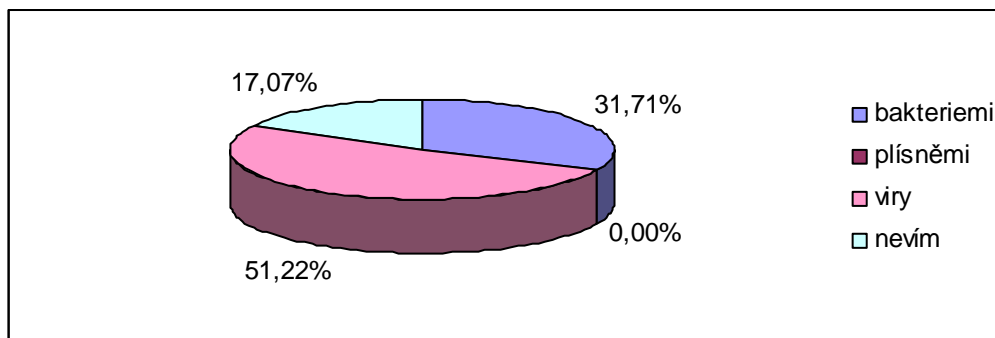
Celkem odpovědělo 41 (100 %) dívek, z toho 36 (87,80 %) odpovědí bylo od r.2006, další 2 (4,88 %) dívky odpověděly od r.2003 a 3 (7,32 %) dívky označily odpověď nevím.

**Graf 38 Počet očkovacích dávek**



Celkový počet odpovídajících respondentek byl 41 (100 %). 2 (4,88 %) odpovědi byly pro 1 dávku a 39 (95,12 %) dívek odpovědělo 3 dávky. Možnost, že je aplikováno 5 očkovacích dávek, nebyla označena.

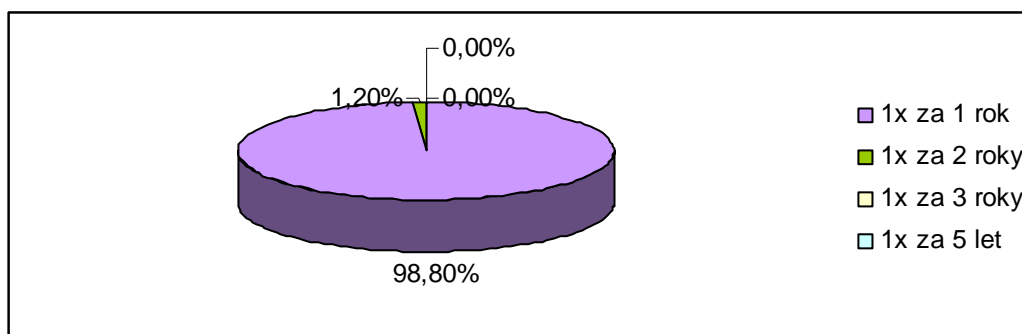
**Graf 39 Před čím chrání očkovací vakcína**



Z celkového počtu 41 (100 %) odpovídajících dívek jich 13 (31,71 %) označilo odpověď bakteriemi, 21 (51,22 %) odpovědí bylo viry a 7 (17,07 %) bylo nevím. Odpověď, že vakcína chrání před plísněmi, nebyla zvolena.

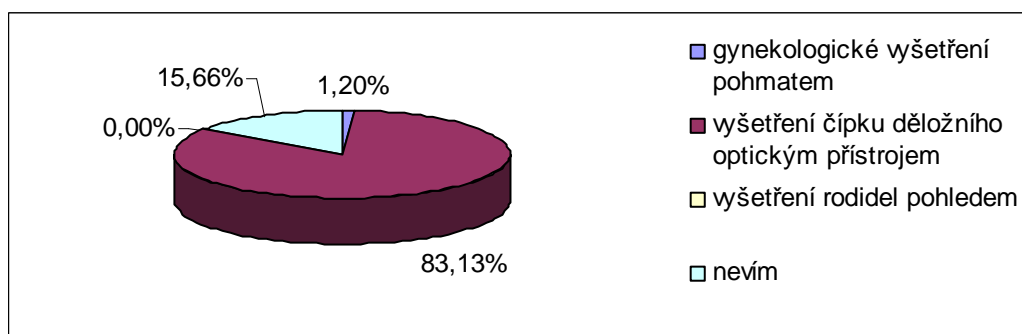
#### 4.1.3 Analýza dotazníků žen v produktivním věku

**Graf 40 Frekvence preventivních vyšetření**



Celkem odpovědělo 83 (100 %) respondentek , vyšetření 1x za rok označilo 82 (98,80 %) žen, u vyšetření 1x za 2 roky byla 1 (1,20 %) odpověď. Možnosti 1x za 3 roky a 1x za 5 let nebyly zvoleny.

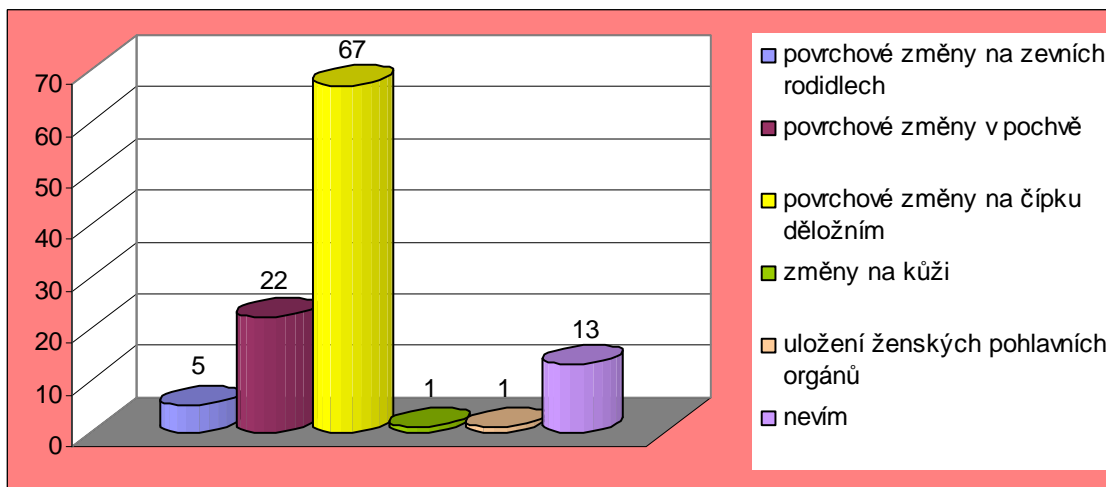
**Graf 41 Kolposkopie**



Na otázku, co je kolposkopie, odpovědělo 83 (100 %) žen ve věku 19-58 let. Možnost gynekologického vyšetření pohmatem byla označena 1x (1,20 %). 69 (83,13 %) respondentek odpovědělo vyšetření čípku děložního optickým přístrojem, vyšetření rodidel pohledem nebylo zvoleno a 13 (15,66 %) žen označilo nevím.

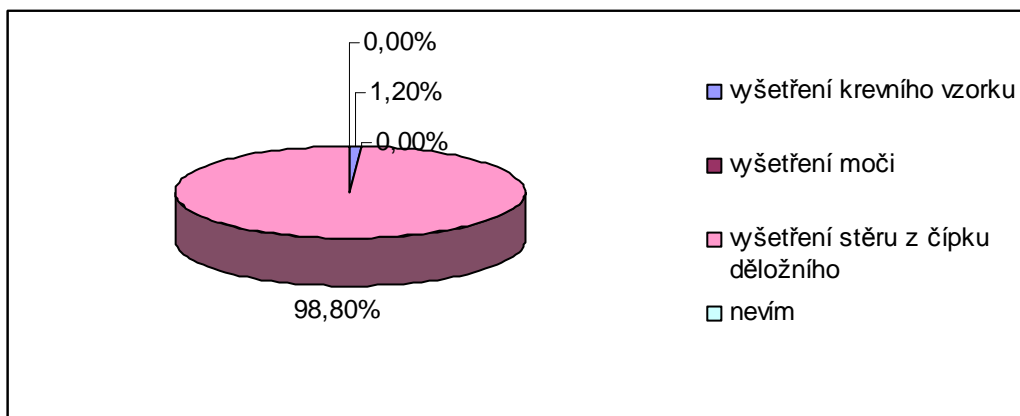


**Graf 42 Co lze zjistit kolposkopií**



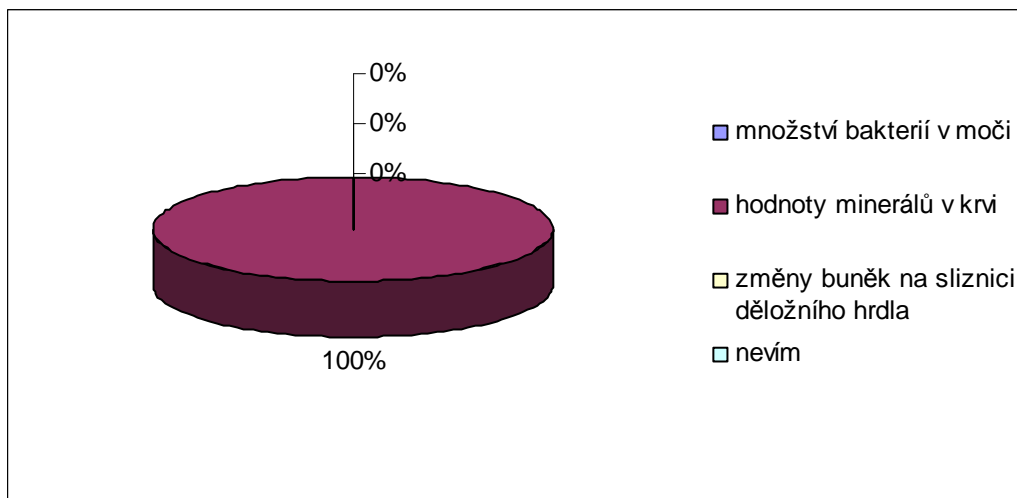
Na tuto otázku bylo možno odpovědět více možnostmi, celkový počet odpovědí byl 109. 5 odpovědí bylo pro povrchové změny na zevních rodidlech, 22x byly označeny povrchové změny v pochvě, 67 odpovědí bylo povrchové změny na čípku děložním, 1x byly označeny změny na kůži a 1x též uložení ženských pohlavních orgánů. 13 odpovědí bylo nevím.

**Graf 43 Cytologie**



Celkem odpovědělo 83 (100 %) respondentek, z toho 82 (98,80 %) žen odpovědělo vyšetření stěru z čípku děložního a 1 (1,20 %) odpověď byla vyšetření krevního vzorku. Možnosti vyšetření moči a nevím nebyly zvoleny.

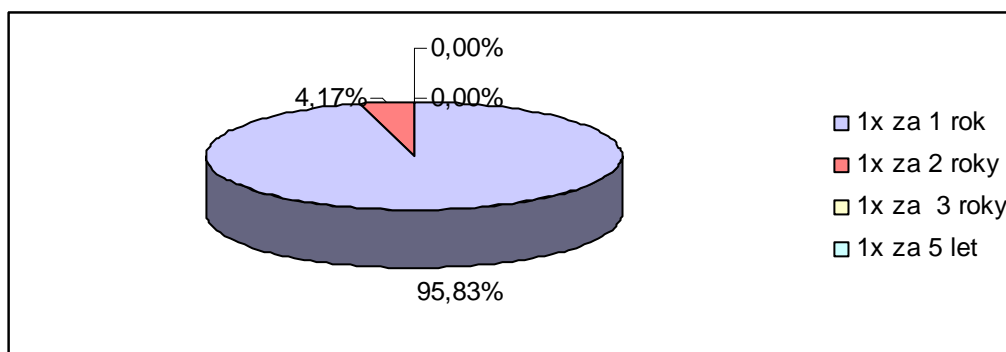
**Graf 44** Co lze zjistit cytologií



Z tohoto grafu vyplývá, že na otázku, co lze zjistit cytologií, odpovědělo všech 83 (100 %) žen produktivního věku stejně, a to možnost změny buněk na sliznici děložního hrdla. Možnosti, že cytologií lze zjistit množství bakterií v moči, hodnoty minerálů v krvi a nevím nebyly označeny.

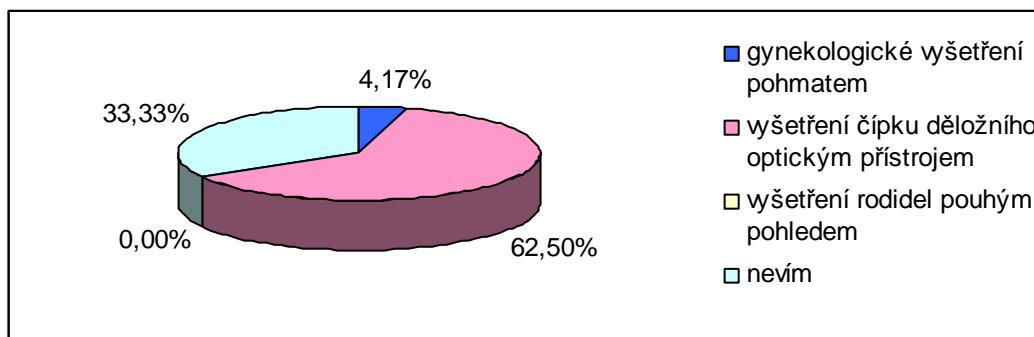
#### 4.1.4 Analýza dotazníků žen v důchodovém věku

**Graf 45 Frekvence preventivních vyšetření**



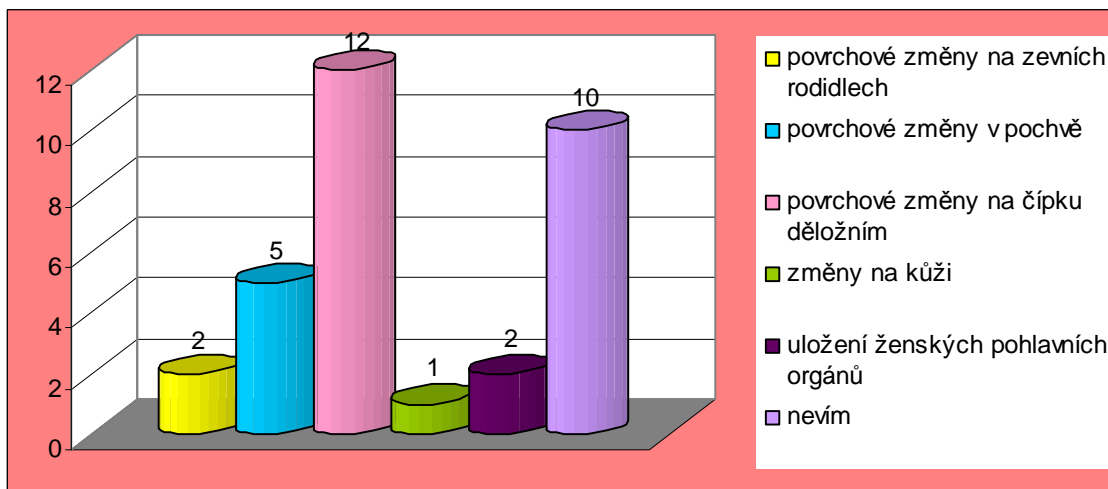
Z celkového počtu 24 (100 %) žen v důchodovém věku, odpovědělo možností 1x za 1 rok 23 (95,83 %) žen a 1 (4,17 %) odpověděla 1x za 2 roky. Možnosti 1x za 3 roky a 1x za 5 let nebyly zvoleny.

**Graf 46 Co je kolposkopie**



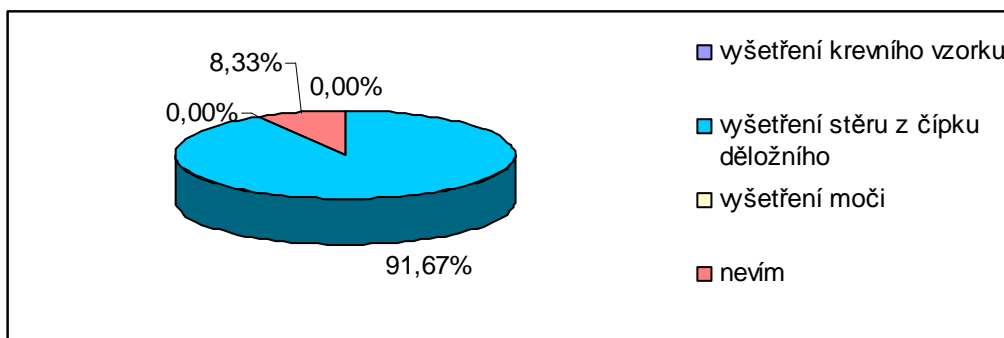
Celkem odpovědělo 24 (100 %) žen, z toho 1 (4,17 %) odpověď byla, že kolposkopie je gynekologické vyšetření pohmatem, 15 (62,50 %) žen odpovědělo možnost vyšetření čípku děložního optickým přístrojem, 8 (33,33 %) odpovědí bylo nevím a možnost vyšetření rodidel pouhým pohledem nebyla zvolena.

**Graf 47 Co lze zjistit kolposkopií**



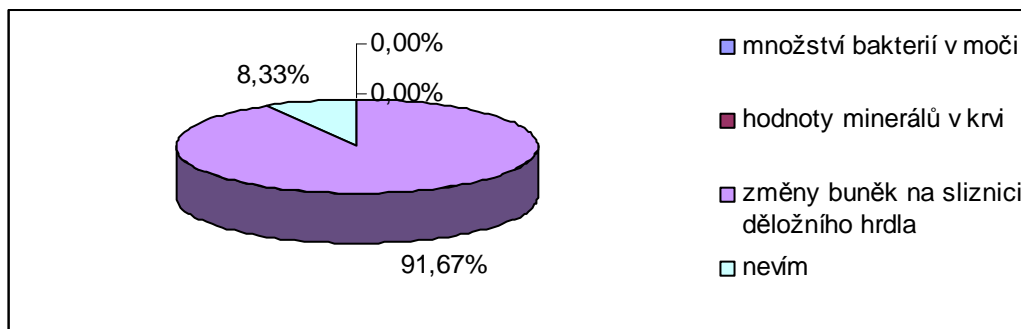
Na otázku, co lze zjistit kolposkopií, bylo možno odpovědět více možnostmi a celkový počet odpovědí byl 32. 2x byly označeny povrchové změny na zevních rodidlech, 5x povrchové změny v pochvě, 12x povrchové změny na čípku děložním, 1x změny na kůži, 2x uložení ženských pohlavních orgánů a 10 odpovědí bylo nevím.

**Graf 48 Cytologie**



Celkový počet odpovídajících žen důchodového věku byl 24 (100 %), z toho 22 (91,67 %) odpovědělo, že cytologie je vyšetření stěru z čípku děložního, 2 (8,33 %) ženy odpověděly nevím a možnosti, že cytologie je vyšetření krevního vzorku a vyšetření moči nebyly označeny.

**Graf 49 Co lze zjistit cytologií**



Počet odpovídajících respondentek byl 24 (100 %), z toho 22 (91,67 %) žen odpovědělo, že cytologií lze zjistit změny buněk na sliznici děložního hrdla a 2 (8,33 %) ženy odpověděly nevím. Možnosti množství bakterií v moči a hodnoty minerálů v krvi nebyly zvoleny.

#### 4.2 Tabulky

**Tabulka 1 Porovnání účasti žen jednotlivých věkových kategorií na preventivních vyšetřeních**

Účast na preventivních vyšetřeních	Dívky do 18 let	Ženy 19–58 let	Ženy nad 59 let
<b>ANO</b>	87,80 %	98,80 %	79,17 %
<b>NE</b>	12,20 %	1,20 %	20,83 %

Ve věkové kategorii do 18 let odpovědělo 41 (100 %) dívek, z toho 36 (87,80 %) se preventivních vyšetření účastní a 5 (12,20 %) ne. Věková kategorie žen v produktivním věku byla zastoupena 83 (100 %) ženami, 82 (98,80 %) žen preventivní vyšetření podstupuje a 1 (1,20 %) žena se preventivních vyšetření neúčastní. Ženy důchodového věku byla zastoupeny 24 (100 %) respondentkami, 19 (79,17 %) z nich se preventivních vyšetření účastní a 5 (20,83 %) na preventivní vyšetření nedochází.

**Tabulka 2 Porovnání informovanosti žen o preventivních vyšetřeních v jednotlivých věkových kategoriích**

	<b>Odpověď</b>	<b>Dívky do 18 let</b>	<b>Ženy 19–58 let</b>	<b>Ženy nad 59 let</b>
<b>Frekvence preventivních vyšetření</b>	1x za 1 rok	95,12 %	98,80 %	95,83 %
<b>Co je kolposkopie</b>	vyšetření čípku děložního optickým přístrojem	68,29 %	83,13 %	62,50 %
<b>Co lze zjistit kolposkopií</b>	povrchové změny na čípku děložním	28 (z 50)	67 (ze 109)	12 (z 32)
<b>Co je cytologie</b>	vyšetření stěru z čípku děložního	85,37 %	98,80 %	91,67 %
<b>Co lze zjistit cytologií</b>	změny buněk na sliznici čípku děložního	75,61 %	100,00 %	91,67 %

Na otázku, jak často je nutné chodit na preventivní vyšetření v gynekologii, odpovědělo 1x za 1 rok 39 ( 95,12 %) dívek do 18 let věku, 82 (98,80 %) žen ve věku 19–58 let 23 (95,83 %) žen nad 59 let věku.

Odpověď, že kolposkopie je vyšetření čípku děložního optickým přístrojem označilo 28 (68,29 %) dívek do 18 let, 69 (83,13 %) žen věkové kategorie 19–58 let a 15 (62,50 %) žen důchodového věku.

Možnost, že kolposkopií lze zjistit povrchové změny na čípku děložním, které jsou stěžejními při preventivních vyšetřeních proti rakovině děložního čípku, označily dívky do 18 let celkem 28x (56,00 %) z celkových 50 odpovědí. Ženy ve věku 19–58 let zvolily tuto odpověď celkem 67x (80,72 %) z celkových 109 odpovědí a ženy nad 59 let věku volily tuto možnost 12x (37,50 %) , přičemž počet jejich odpovědí byl 32.

Cytologie je vyšetření stěru z čípku děložního, takto odpovědělo 35 (85,37 %) dívek do 18 let, 82 (98,80 %) žen ve věku 19 – 58 let a 22 (91,67 %) žen po 59.roce věku.

O tom, že cytologií je možno zjistit změny buněk na sliznici čípku děložního, ví 31 (75,61 %) děvčat do 18 let, 83 (100 %) žen věkové kategorie 19–58 let a 22 (91,67 %) žen po 59.roce života.

## 5. Diskuse

V bakalářské práci bylo stanoveno šest cílů a šest hypotéz týkajících se karcinomu děložního čípku, preventivních vyšetření, očkování a účasti žen na preventivních vyšetřeních.

V úvodu dotazníku se otázky soustředily na charakteristiku výzkumného vzorku, který vyplývá z grafu 1 a 2.

V grafu 1 je znázorněn věk respondentek účastnících se výzkumného šetření. Ve věkové skupině do 18 let odpovídalo 41 (27,70 %) dívek. Další věkovou skupinou byly ženy produktivního věku 19–58 let, které odpovídaly v počtu 83 (56,08 %) a byly dále rozděleny do dalších tří kategorií. První z kategorií tvořily ženy ve věku 19–30 let v počtu 23 (15,54 %), dále následovaly ženy věku 31–40 let, kterých se zúčastnilo 25 (16,89 %) a žen ve věku 41–58 let bylo 35 (23,65 %). Poslední sledovanou věkovou skupinou se staly ženy nad 59 let věku, a to v počtu 24 (16,22 %). Karcinom děložního čípku se nejčastěji vyskytuje v produktivním věku. Největší skupinou ve výzkumu byly právě ženy 19–58 let, je tedy možno předpokládat, že právě ony jsou o problematice nejvíce informovány.

Graf 2 informuje o dosaženém vzdělání respondentek. Nejvíce zastoupenou skupinou se staly ženy se středoškolským vzděláním, a to počtem 58 (39,19 %). Na druhém místě byly respondentky se vzděláním základním v počtu 44 (29,73 %), třetí skupinou podle počtu zastoupení byly vysokoškolačky, kterých se zúčastnilo celkem 25 (16,89 %). Čtvrté místo měly ženy vyučené v učebních oborech, počtem 13 (8,78 %) a poslední skupinou byly absolventky diplomovaných oborů – 8 (5,41 %). Jelikož počet respondentek se základním vzděláním, u kterých není velký předpoklad informovanosti o prevenci karcinomu děložního čípku, byl 44 (29,73 %), je možné v dalších zúčastněných skupinách uvažovat o informovanosti větší.

Grafy 3, 4 a 5 byly zaměřeny na získání informací o každé jednotlivé respondentce.

Graf 3 zjišťoval věk žen při jejich prvním gynekologickém vyšetření. Pouze 2 (1,35 %) respondentky ještě nikdy nepodstoupily gynekologické vyšetření, ve věku 10–12 let bylo poprvé vyšetřeno 7 (4,73 %) děvčat, mezi 13–15 lety podstoupilo první vyšetření 39 (26,35 %) dívek, věková hranice 16–18 let byla zastoupena 60 (40,54 %) děvčaty,



mezi 19. – 21.rokem věku poprvé navštívilo gynekologa 24 (16,22 %) mladých žen, dalších 13 (8,78 %) žen bylo poprvé vyšetřeno ve věku 22–24 let a 3 (2,03 %) ženy byly na prvním vyšetření mezi 25 a 26 lety. Vzhledem k tomu, že pouze 2 respondentky z celého dotazovaného souboru ještě nepodstoupily první gynekologické vyšetření, je pravděpodobnost informovanosti o prevenci karcinomu velká. Základní informace o preventivních vyšetřeních by měly dívky či ženy získat právě při první návštěvě gynekologa.

Graf 4 ukazuje na to, zda bylo první vyšetření respondentek vyšetřením preventivním či nikoliv. Záporně odpovědělo 50 (33,78 %) z celkového počtu dotazovaných a kladných odpovědí bylo 98 (66,22 %). Z toho vyplývá, že větší část žen se zodpovědně staví k prevenci karcinomu děložního čípku již od prvního vyšetření.

Graf 5 odhaluje věk jednotlivých respondentek při prvním sexuálním styku. 6 (4,05 %) dotazovaných uvedlo, že ještě sexuální styk nemělo a 23 (15,54 %) začalo se sexuálním životem velmi brzy, a to mezi 13. - 15.rokem věku. Největší skupinou byly dívky udávající první pohlavní styk v 16 až 18 letech – celkem 89 (60,14 %). Ve věku 19–21 let udalo začátek pohlavního života 25 (16,89 %) mladých žen a posledních 5 (3,35 %) žen udalo první sexuální styk ve 22–23 letech. P.Šafář (40) uvádí ve svém článku o cervikálním karcinomu, že časný věk zahájení pohlavního života patří k rizikovým faktorům vzniku tohoto karcinomu. Je možné předpokládat, že skupina mladých děvčat udávajících začátek sexuálního života mezi 13.a 15.rokem věku, má buď nedostatečné nebo žádné informace o riziku vzniku karcinomu děložního čípku, v souvislosti s časným zahájením pohlavního života.

Grafy 6–19 podávají informace o preventivních vyšetřeních, výskytu rakoviny děložního čípku v rodině respondentek a rizikových faktorech cervikálního karcinomu.

V grafu 6 je znázorněna informovanost o nutné frekvenci preventivních vyšetření v gynekologii. 4 (2,70 %) respondentky udaly frekvenci nutných preventivních vyšetření 1x za 2 roky, ostatních 144 (97,30 %) je správně informováno o pravidelných preventivních prohlídkách v intervalu 1x ročně (33).

Graf 7 se zaměřuje na informace, od kterého věku je nutné pravidelně chodit na preventivní vyšetření v gynekologii. Byla možná volba více odpovědí a jejich konečný

počet byl 225. Největší počet odpovědí (91) byl, že od zahájení pohlavního života, které je v časném věku rizikovým faktorem vzniku karcinomu děložního čípku. Druhou nejčastější odpovědí bylo od první menstruace – ta byla označena 61x. Z toho vyplývá, že si respondentky dostatečně uvědomují důležitost včasného zahájení preventivních vyšetření.

8.graf znázorňuje, jaké mají ženy vědomosti o frekvenci úhrady preventivního vyšetření zdravotními pojišťovny. 14 (9,46 %) odpovídajících si myslí, že preventivní vyšetření není zdravotní pojišťovnou hrazeno, 6 (4,05 %) respondentek je názoru, že pojišťovny hradí preventivní vyšetření v intervalu 1x za 2 roky a 144 (86,49 %) žen, což je většina z dotazovaného souboru, má správné informace o pravidelné úhradě těchto vyšetření 1x ročně (33).

Graf 9 nás seznamuje s informovaností žen o možných vyšetřeních prováděných lékařem při preventivní prohlídce. Opět byla nabídnuta možnost více odpovědí a celkem jich ženy označily 425. Z toho největší počet – 120 odpovědí bylo pro odběr cytologie štětičkou, 23x byl zvolen odběr cytologie kartáčkem, 102x bylo označeno vaginální vyšetření a 66x kolposkopie. Toto jsou základní vyšetření při prevenci karcinomu děložního čípku a uvedená čísla napovídají o vcelku dobré informovanosti žen.

Úkolem grafu 10 bylo zjistit zda respondentky znají nejvhodnější dobu v průběhu menstruačního cyklu k provedení preventivního vyšetření. 6 (4,05 %) žen odpovědělo, že nejvhodnější doba je před nástupem menstruace, 75 (50,68 %) odpovědí bylo pro možnost po ukončení menstruace, 40 (27,03 %) respondentek uvedlo dobu uprostřed cyklu – okolo 14.dne a 27 (18,24 %) tuto odpověď nezná. Nejvhodnější doba pro provedení preventivního vyšetření je uprostřed menstruačního cyklu a tuto správnou odpověď uvedlo pouze 27,03 % dotazovaných. To svědčí o malé informovanosti žen týkající se této otázky a je zde potřeba edukace, aby si ženy znalosti doplnily.

Graf 11 ve výzkumném šetření znázorňuje, jaké mají respondentky vědomosti o přípravě na preventivní vyšetření. Ženy odpovídaly více možnostmi, kterých označily celkem 207. 56x bylo odpovězeno, že příprava není žádná. 59 odpovědí bylo pro důkladné vyprázdnění moče a 33x byla zvolena možnost důkladné vyprázdnění stolice, což jsou důležité věci pro provedení kvalitního gynekologického vyšetření (32). Před

preventivním vyšetřením vyhledávajícím karcinom děložního čípku je nutné vědět, že je potřeba též asi dvoudenní pohlavní zdrženlivost ( tu ženy označily 23x) a vysazení vaginální léčby (16 odpovědí), aby nebyly zkresleny výsledky kolposkopického a cytologického vyšetření. Ve 20 případech ženy uvedly, že neví, jaká je příprava na preventivní vyšetření.

V grafu 12 vidíme, jak se ženy staví ke zdraví a zda se preventivních vyšetření účastní. Z celkového počtu 148 (100 %) respondentek jich pouze 11 (7,43 %) uvedlo, že se preventivních vyšetření neúčastní a zbytek žen v zastoupení 137 (92,57 %) se těchto vyšetření účastní, což je poměrně dobré znamení, ukazující zodpovědnost žen ke svému vlastnímu zdraví.

Graf 13 odhaluje, zda ženy vědí o možnosti vyšetření rakoviny čípku děložního jako součásti preventivního vyšetření. 31 (20,95 %) žen toto neví, 21 (14,19 %) žen udává, že vyšetření rakoviny děložního čípku není součástí preventivního vyšetření a 96 (64,86 %) respondentek zná správnou odpověď, že součástí preventivního vyšetření je vyšetření karcinomu děložního čípku (17).

Ze 14.grafu můžeme vyčíslit zátěž respondentek v podobě výskytu rakoviny děložního čípku v jejich rodinách. Z celkového počtu 148 (100 %) odpovědí bylo jen 8 (5,41 %) kladných, zbylých 140 (94,59 %) žen nemá v rodině tuto zátěž. To ale neznamená, že se v tomto případě ženy nemusí účastnit preventivních vyšetření.

15.graf je věnován znalosti žen o kolposkopii. Výsledky poukazují na uspokojivé vědomosti respondentek, které ve 112 (75,68 %) případech udaly správnou odpověď, že kolposkopie je vyšetření čípku děložního optickým přístrojem (14). 33 (22,30 %) žen neví co je kolposkopie, žádná z žen neudala možnost vyšetření rodidel pouhým pohledem a 3 (2,03 %) odpovědí bylo gynekologické vyšetření pohmatem.

Úkolem 16.grafu ve výzkumném šetření bylo zjistit znalosti respondentek o tom, co lze zjistit kolposkopií. Bylo možno odpovědět více možnostmi, jelikož kolposkopické vyšetření tyto možnosti nabízí (32). Nejvíce odpovědí (107) ze všech udaných bylo pro povrchové změny na čípku děložním, které jsou nejdůležitější při vyšetřování rakoviny čípku děložního. Dále ženy správně 33x udaly, že kolposkopie odhaluje též povrchové změny v pochvě, 7x byla odpověď pro povrchové změny na zevních rodidlech, 2x byly

zodpovězeny změny na kůži, 5x uložení ženských pohlavních orgánů a 7 žen odpovědělo, že neví, co lze při kolposkopii zjistit.

V grafu 17 se znázornily znalosti žen o cytologii, která je jednou ze základních prebiptických metod pro odhalení karcinomu čípku děložního (32). Ve velké většině případů - 139 (93,92 %) byla ženami zvolena správná odpověď, že cytologií lze zjistit změny buněk na sliznici děložního hrdla (4). 4 (2,70 %) respondentky udaly odpověď množství bakterií v moči, další 4 (2,70 %) odpověď na tuto otázku neznají a nejméně ze všech byla označena možnost vyšetření moči - 1 (0,68 %).

18. otázka výzkumného šetření byly věnována též cytologii a konkrétně zjišťovala, co lze cytologií vyšetřit. Výsledky jsou zdokumentovány v grafu, který nám říká, že z celkového počtu 148 (100 %) respondentek, bylo 136 (91,89 %) správných odpovědí ve znění – změny buněk na sliznici děložního hrdla (22). 11 (7,43 %) žen označilo odpověď neví, 1 (0,68 %) odpověď byla množství bakterií v moči a nikdo neoznačil možnost, že by cytologií bylo možno zjistit hodnoty minerálů v krvi.

Graf 19 nás zasvěcuje do problematiky rizikových faktorů rakoviny děložního čípku (37). Jelikož rizikových faktorů je více, byla i možnost označení více odpovědí – celkem 372. Možnost více než 3 porody byla zvolena 3x, více než 3 potraty 4x, věk 15 let byl zodpovězen 7x, věk přechodu ( klimaktéria ) měl 16 odpovědí, důchodový věk byl označen 3x, opakované záněty měly 71 odpovědí, opakované výtoky 47 odpovědí, zahájení sexuálního života od 15 let zvolily respondentky 35x, počet sexuálních partnerů 60x, promiskuitu 112x a 14x byla odpověď neví. Z uvedených výsledků je patrné, že respondentky řadí k nejrizikovějším faktorům promiskuitu, opakované záněty a opakované výtoky.

Graf 20 byl zaměřen na znalosti žen o prevenci karcinomu děložního čípku. I v této otázce bylo možno označit více odpovědí, kterých byl největší počet, a to 534. 1x byla zvolena možnost, že prevence neexistuje, 92x pravidelná gynekologická vyšetření, 86x pravidelné preventivní prohlídky, 32x možnost nekouřit, 23 odpovědí bylo pro dodržování správné životosprávy, dalších 81 odpovědí nestřídat sexuální partnery, 66x bylo zvoleno mít stálého partnera, 22x nezačínat se sexuálním životem od 15 let a poslední možnost nechat se naočkovat proti rakovině děložního čípku byla označena

131x. Prevence v případě karcinomu děložního čípku je blíže objasněna v uvedené literatuře (13). Respondentky samy považují za nejdůležitější očkování proti karcinomu, na druhém místě se umístila pravidelná gynekologická vyšetření a třetí v pořadí důležitosti bylo označeno nestřídat sexuální partnery.

Grafy 21–28 jsou věnovány nejaktuálnější prevenci rakoviny děložního čípku – očkování.

Graf 21a zjišťoval, zda ženy vědí o možnosti očkování proti rakovině děložního čípku. Na tuto otázku odpovědělo celkem 148 (100%) respondentek, z toho 7 (4,73 %) odpovědělo ne a 141 (95,27 %) odpovědí bylo kladných. Je možné se domnívat, že na této dobré informovanosti mají značný podíl i veřejná média – rozhlas, televize a internet, která informace o očkování též šíří.

Graf 21b poukazuje na informovanost žen týkající se doby, od kdy je u nás prováděno preventivní očkování. 22 (14,86 %) respondentek neví, od kdy se v ČR očkuje proti karcinomu děložního čípku, 11 (7,43 %) žen udává začátek očkování v roce 2003 a 115 (77,70 %) žen je správně informováno, že očkovací vakcíny byly uvedeny do praxe v roce 2006(6).

Graf 22 zjišťuje, zda ženy vědí, kdy je nejvhodnější provádět očkování proti rakovině děložního čípku. K dispozici bylo dáno zaškrtnutí více možností a jejich konečný označený počet byl 156. 9 respondentek nezná dobu nejvhodnější pro očkování, 5 odpovědí bylo v průběhu sexuálního života, dalších 7 žen odpovědělo po začátku sexuálního života a nejvíce byla volena možnost před začátkem sexuálního života - celkem 135x. Jako nejvhodnější pro očkování uvádí Fait T. ve svém článku Kontroverze v očkování proti HPV dobu před zahájením sexuální aktivity, mohou však být očkovány i ženy po začátku sexuálního života (4,30).

23. graf poukazuje na znalost názvů očkovacích vakcín. Pro co jsou názvy Silgard a Cervarix odpovídalo celkem 148 (100 %) respondentek. 3 (2,03 %) odpověděly, že Silgard a Cervarix jsou antikoncepční přípravky, 1 (0,68 %) žena zvolila možnost přípravků pro hormonální substituční terapii a 40 (27,03 %) bylo neví. 104 (70,27 %) respondentek odpovědělo správně, že jsou to očkovací vakcíny proti rakovině děložního čípku.

V grafu 24 byl dán respondentkám prostor pro vyjádření, jakým způsobem lze získat očkovací vakcíny. Na otázku odpovědělo 148 (100 %) žen, z toho 2 (1,35 %) odpověděly ve volném prodeji v lékárně, 50 (33,78 %) odpovědí bylo na lékařský předpis s následným vyzvednutím v lékárně, 85 (57,43 %) odpovědí připadlo k získání u svého gynekologa, 2 (1,35 %) ženy odpověděly, že vakcíny získají v očkovacím centru a 9 (6,08 %) respondentek odpovědělo, že způsob získání vakcíny neznají.

Z grafu 25 vyplývají informace o počtu aplikovaných očkovacích dávek. Odpověď dalo 148 (100 %) respondentek, 17 (11,49 %) z nich se domnívá, že je aplikována pouze 1 očkovací dávka a zbylých 131 (88,51 %) žen správně udalo očkovací dávky 3 (6).

Graf 26 se zabývá znalostí respondentek o úhradě očkování zdravotními pojišťovnami. Některé zdravotní pojišťovny přispívají na očkování částečně (4), což označilo 92 (62,16 %) žen. 41 (27,70 %) odpovědí připadlo pro možnost, že pojišťovny neproplácejí, 4 (2,70 %) ženy daly odpověď ano a 11 (7,43 %) žen neví, zda pojišťovny očkování hradí či nikoliv.

V grafu 27 je znázorněna celková cena všech aplikovaných dávek očkovacích vakcín, která činí přibližně 10 000 Kč (30). Takto odpovědělo 111 (75,00 %) z celkových 148 (100 %) respondentek. Ostatní ženy 3x (2,03 %) označily cenu 2000 Kč, 7x (4,73 %) byla označena cena 5000 Kč a 27 žen cenu očkovacích vakcín nezná. Cena očkovacích vakcín je pro některé ženy poměrně vysoká a jsou mezi námi v dnešní době i takové rodiny, které nemohou právě z finančních důvodů svým dcerám toto očkování dopřát.

Z výzkumného šetření také vychází informace o tom, před čím chrání očkovací vakcína. To je znázorněno v grafu 28. Správná odpověď je před viry a toto označilo pouze 83 (56,08 %) z celkového počtu respondentek. 35 (23,65 %) žen odpovědělo, že očkování chrání před bakteriemi a 30 (20,27 %) žen neví.

V grafu 29 byl dán prostor pro vyjádření respondentek, na jakém místě je rakovina děložního čípku v porovnání ostatních rakovin. Odpovídalo 148 (100 %) žen, 49 z nich označilo neví a zbylých 99 žen porovnávalo rakoviny takto: u karcinomu děložního čípku bylo pro 1.místo 14 odpovědí, pro 2.místo 33 odpovědí, pro 3.místo 52 odpovědí.

Pro 1.místo karcinomu tlustého střeva bylo 57 odpovědí, 2.místo získalo 10 odpovědí a 3.místo 32 odpovědí. Pro 1.místo karcinomu prsu bylo 27 odpovědí, 2.místo 56 odpovědí a 3.místo 16 odpovědí. Jsou – li dále porovnána 1.místa jednotlivých karcinomů, pak největší počet hlasů získal karcinom tlustého střeva (57 hlasů) před karcinomem prsu (27 hlasů) a karcinomem děložního čípku (pouze 14 hlasů). Ve skutečnosti je ale situace jiná, na prvním místě u žen je výskyt rakoviny prsu, po ní následuje karcinom tlustého střeva a na třetím místě je karcinom čípku děložního (10,15).

V posledním 30.grafu byla zjišťována informovanost žen o počtu úmrtí v souvislosti s karcinomem děložního čípku během jednoho kalendářního roku v ČR. Více než polovina 86 (58,11 %) dotazovaných žen není s touto problematikou seznámena, 9 (6,08 %) žen se domnívá, že počet zemřelých je asi 700, 11 (7,43 %) respondentek udalo asi 150 zemřelých žen a správnou odpověď – asi 400 zemřelých žen na karcinom děložního čípku za rok, zvolilo 42 (28,38 %) respondentek.

*Prvním cílem* výzkumného šetření bylo zjistit informovanost mladých děvčat do 18 let věku o preventivních gynekologických vyšetřeních. V této věkové skupině odpovídalo celkem 41 (100 %) respondentek. Informace jsou znázorněny v grafech 31–35.

Graf 31 ukazuje vědomosti děvčat do 18 let o frekvenci preventivních vyšetření. 39 (95,12 %) děvčat zná správný interval mezi jednotlivými preventivními vyšetřeními proti karcinomu děložního čípku, který je jednou ročně (33). 2 (4,88 %) děvčata odpověděla, že je interval dvouletý. Možnosti 1x za 3 roky a 1x za 5 let nebyly zvoleny.

V grafu 32 je názor děvčat na to, co je kolposkopie. 1 (2,44 %) odpověď byla pro gynekologické vyšetření pohmatem, 12 (29,27 %) dívek neví, co kolposkopie je, žádná odpověď nebyla vyšetření rodidel pouhým pohledem a největší počet 28 (68,29 %) byl správný, a sice, že kolposkopie je vyšetření děložního čípku optickým přístrojem (14).

V 33.grafu se znázornila informovanost dívek o možnostech, co lze zjistit kolposkopií. U této otázky byla možná volba více odpovědí, jejichž celkový počet byl 50. 6x dívky odpověděly, že kolposkopií lze zjistit povrchové změny v pochvě, 28 odpovědí bylo pro povrchové změny na čípku děložním (32), které jsou v prevenci

rakoviny děložního čípku při vyšetřování nejdůležitější, 2x bylo označeno uložení ženských pohlavních orgánů a 14 odpovědí bylo nevím. Byly nabídnuty ještě možnosti, že kolposkopií lze zjistit povrchové změny na zevních rodidlech a změny na kůži, tyto varianty však nebyly označeny.

V grafu 34 vidíme znalosti děvčat o cytologii. Zde odpovědělo 41 (100 %) respondentek, z čehož 3 (7,32 %) odpovědi byly, že cytologie je vyšetření krevního vzorku, 35x (85,37 %) byla označena správná možnost - vyšetření stěru z čípku děložního (22), 1 (2,44 %) odpověď byla vyšetření moči a 2 (4,88 %) děvčata tuto odpověď neznají.

Graf 35 byl zaměřen na možnosti co lze zjistit cytologií. 1 (2,44 %) z děvčat odpověděla množství bakterií v moči, největší počet - 31 (75,61 %) dívek udalo správnou odpověď, že cytologií lze zjistit změny buněk na sliznici hrdla děložního a 9 (21,95 %) dívek označilo nevím. Další variantu, že cytologií lze zjistit hodnoty minerálů v krvi, ne zvolila žádná dívka.

Ve výše uvedených grafech č.31–35 je přehled informací, které mají děvčata do 18 let o preventivních gynekologických vyšetřeních. Hypotéza 1 byla, že děvčata již před 18. rokem věku nejsou informována o preventivních gynekologických vyšetřeních. Ta se těmito údaji v grafech 31, 32, 33, 34 a 35 nepotvrdila.

*Cíl 2* výzkumného šetření zjišťoval informovanost děvčat před 18. rokem věku o možnosti očkování proti karcinomu děložního čípku. Této části výzkumného šetření se též zúčastnilo 41 (100 %) děvčat. Výsledky nám ukazují grafy 36–39.

Z grafu 36 je patrné, že všechny odpovídající dívky v počtu 41 (100 %) jsou seznámeny s možností očkování a všech 41 (100 %) dívek tedy ví o tom, že se mohou proti rakovině děložního čípku nechat naočkovat.

Graf 37 ukazuje informovanost děvčat o začátcích očkování proti rakovině děložního čípku v ČR. Odpovědělo 41 (100 %) dívek, z toho 36 (87,80 %) odpovědí bylo správných, a to, že se u nás očkuje od r.2006 (6), další 2 (4,88 %) dívky odpověděly od r.2003 a 3 (7,32 %) dívky neví, od kdy očkování probíhá.

Graf 38 byl určen pro zjištění vědomostí o počtu aplikovaných očkovacích dávek. Ze všech 41 (100 %) odpovídajících dívek jich většina – 39 (95,12 %) odpověděla



dobře, že jsou při očkování podávány tři dávky očkovací vakcíny (6) a 2 (4,88 %) dívky udaly možnost očkování pouze jednou dávkou.

39. graf se zabývá znalostí děvčat o tom, zda vědí, před čím vakcína chrání. I tuto otázku zodpovědělo všech 41 (100 %) mladých dívek, z toho jich 13 (31,71 %) označilo odpověď bakteriemi, 21x (51,22 %) dívky správně udaly, že vakcína chrání před viry a 7 (17,07 %) bylo neví. Odpověď, že vakcína chrání před plísněmi, nebyla zvolena.

V grafech 36–39 jsou shrnuty vědomosti mladých děvčat o očkování proti karcinomu děložního čípku. Hypotéza 2 předpokládala, že děvčata před 18. rokem věku jsou informována o možnosti očkování proti rakovině děložního čípku a ta se grafy 36, 37, 38 a 39 potvrdila.

*Třetím cílem* výzkumného šetření v bakalářské práci bylo zjistit, zda jsou ženy ve v produktivním věku informovány o preventivních gynekologických vyšetřeních. Odpovídala skupina 83 (100 %) žen ve věku 19–58 let a jimi udané informace jsou znázorněny v grafech 40–44.

Graf 40 poukazuje na znalost frekvence preventivních vyšetření. Ze všech 83 (100 %) žen produktivního věku bylo 82 (98,80 %) správných odpovědí. Respondentky vědí, že preventivní vyšetření je nutno podstupovat 1x ročně (33). Pouze 1 (1,20 %) z dotazovaných žen udala dvouletý interval mezi preventivními vyšetřeními a intervaly 1x za 3 roky a 1x za 5 let nebyly nikým označeny.

Graf 41 je zaměřen na kolposkopii, která je při realizaci preventivního vyšetření prováděna jako první v pořadí. Velká většina žen z věkové kategorie 19–58 let je o kolposkopii dostatečně informována, o čemž svědčí 69 (83,13 %) správných odpovědí, že kolposkopie je vyšetření čípku optickým přístrojem (32). 13 (15,66 %) respondentek nemá ponětí, co kolposkopie je, 1 (1,20 %) žena odpověděla možnost gynekologické vyšetření pohmatem a poslední nabízená možnost – vyšetření rodidel pouhým pohledem, nebyla nikým zvolena.

Ve 42. grafu se znázornila informovanost žen o možnostech, co lze zjistit kolposkopií. Označováno bylo více odpovědí, jejichž konečný počet činil 109. Pro karcinom děložního čípku jsou správnou a nejdůležitější variantou povrchové změny na čípku děložním (32), kterou ženy znají a označily ji celkem 67x. Při kolposkopii lze též

pozorovat povrchové změny v pochvě (43), tuto možnost označily respondentky 22x, dále byly 5x zvoleny povrchové změny na zevních rodidlech, po jedné odpovědi dostaly změny na kůži a uložení ženských pohlavních orgánů a 13 žen neví, co je možné kolposkopií pozorovat.

Úkolem 43.grafu je seznámení se znalostmi žen o cytologii. Z celkového počtu 83 (100 %) dotazovaných respondentek, označilo 82 (98,80 %) žen odpověď, že cytologie je vyšetření stěru z čípku hrdla děložního (22) a pouze 1 (1,20 %) žena odpověděla vyšetření krevního vzorku. Možnost vyšetření moči zvolena nebyla, rovněž možnost nevíť nebyla nikým označena. Vzhledem k tomu, že cytologie je stěžejním vyšetřením při prevenci rakoviny děložního čípku, je vysoká informovanost žen dobrou známkou.

V grafu 44 jsou znázorněny vědomosti žen produktivního věku o možnosti, co lze zjistit cytologií. Ve prospěch preventivních vyšetření hovoří jasný výsledek, že všechny dotazované ženy – 83 (100 %), znají správnou odpověď na tuto otázku. Jednoznačně byla všemi zvolena možnost změny buněk na sliznici děložního hrdla (22).

Grafy 40–44 uvádějí, jaký mají přehled o preventivních gynekologických vyšetřeních ženy produktivního věku. Hypotéza 3 měla potvrdit, že ženy v produktivním věku jsou informovány o preventivních gynekologických vyšetřeních. Grafy 40, 41 42 43 a 44 tuto hypotézu potvrdily.

*Čtvrtým cílem* ve výzkumném šetření bylo zjistit informace o preventivních gynekologických vyšetřeních u žen v důchodovém věku. Tato skupina byla v zastoupení 24 (100 %) žen. Výsledky jejich odpovědí jsou znázorněny v grafech 45-49.

45.graf měl zjistit, zda ženy důchodového věku znají interval preventivních vyšetření. Z celkového počtu 24 (100 %) respondentek bylo 23 ( 95,83 %) odpovědí 1x ročně, což je odpověď správná (33). Pouze 1 (4,17 %) žena této věkové kategorie odpověděla možností, ve které byl uveden interval mezi preventivními vyšetřeními 2 roky. Ostatní možnosti nebyly zvoleny.

Graf 46 se zabýval znalostí žen o kolposkopii. Z výsledku je patrné, že 15 (62,50 %) žen dobře zvolilo variantu vyšetření čípku optickým přístrojem (32), 1 (4,17 %)

odpověď byla gynekologické vyšetření pohmatem a 8 (33,33 %) žen neví, co je kolposkopie.

Ve 47.grafu je možno vyčíst informace, jak ženy označovaly odpovědi na otázku, co lze zjistit kolposkopií. Konečný počet označených odpovědí byl 32, z toho nejvíce – 12x, byly správně označeny povrchové změny na čípku děložním (32), které se právě při prevenci karcinomu děložního čípku vyhledávají. 5 odpovědí bylo ve prospěch povrchových změn v pochvě, ty jsou při kolposkopii též hodnotitelné, 1 odpověď byla změny na kůži a po dvou hlasech dostaly povrchové změny na zevních rodidlech a uložení ženských pohlavních orgánů. 17 žen nezná možnosti kolposkopie a označily tedy neví.

V grafu 48 byl ženám důchodového věku dán prostor pro vyjádření, co je cytologie. Ze všech 24 (100 %) odpovídajících žen jich označilo správnou odpověď 22 (91,67 %), a sice, že cytologie je vyšetření stěru z čípku děložního (22). 2 (8,33 %) ženy udaly odpověď neví.

Poslední, 49.graf poukazuje na vědomosti žen o možnosti, co lze zjistit cytologií. Zde jsou čísla stejná jako v grafu předchozím, tedy z celkového počtu 24 (100 %) odpovídajících respondentek bylo 22 (91,67 %) správných odpovědí. Ženy dobře označily možnost, že cytologií je možné zjistit změny buněk na sliznici děložního hrdla (22). Pouze 2 (8,33 %) ženy nevědí, co lze cytologií zjistit. Informovanost žen důchodového věku v oblasti cytologie dobrá.

Grafy 45–49 udávají, jaké znalosti o preventivních gynekologických vyšetřeních mají ženy důchodového věku. Hypotéza 4 zněla, že ženy v důchodovém věku mají informace o preventivních vyšetřeních, grafy 45, 46, 47, 48 a 49 tuto hypotézu potvrzují.

5.cílem bakalářské práce bylo porovnat, zda se ženy všech věkových kategorií preventivních vyšetření účastní. Celkový počet odpovídajících respondentek byl 148 (100 %).

Účast jednotlivých věkových kategorií žen je porovnána v Tabulce 1. Ve věkové kategorii do 18 let odpovědělo 41 (100 %) dívek, z toho 36 (87,80 %) se preventivních vyšetření účastní a 5 (12,20 %) ne. Věková kategorie žen v produktivním věku byla

zastoupena 83 (100 %) ženami, 82 ( 98,80 %) žen preventivní vyšetření podstupuje a 1 (1,20 %) žena se preventivních vyšetření neúčastní. Ženy důchodového věku byly zastoupeny 24 (100 %) respondentkami, 19 (79,17 %) z nich se preventivních vyšetření účastní a 5 (20,83 %) na preventivní vyšetření nedochází.

Tabulka 1 potvrzuje stanovenou hypotézu, že se ženy v produktivním věku více účastní preventivních gynekologických vyšetření než mladá děvčata před 18.rokem věku a ženy důchodového věku.

*Cíl 6* měl za úkol porovnání informovanosti žen o prevenci rakoviny děložního čípku v jednotlivých věkových kategoriích. Zde odpovídalo 148 (100 %) respondentek. Informovanost žen v základních otázkách týkajících se preventivních vyšetření je uvedena v Tabulce 2.

Na otázku, jak často je nutné chodit na preventivní vyšetření v gynekologii, odpovědělo 1x za 1 rok 39 ( 92,50 %) dívek do 18 let věku, 82 (98,80 %) žen ve věku 19–58 let 23 (95,83 %) žen nad 59 let věku.

Odpověď, že kolposkopie je vyšetření čípku děložního optickým přístrojem, označilo 28 (68,29 %) dívek do 18 let, 69 (83,13 %) žen věkové kategorie 19–58 let a 15 (62,50 %) žen důchodového věku.

Možnost, že kolposkopií lze zjistit povrchové změny na čípku děložním, které jsou stěžejními při preventivních vyšetřeních proti rakovině děložního čípku, označily dívky do 18 let celkem 28x (56,00 %) z celkových 50 odpovědí. Ženy ve věku 19–58 let zvolily tuto odpověď celkem 67x (80,72 %) z celkových 109 odpovědí a ženy nad 59 let věku volily tuto možnost 12x (37,50 %), přičemž počet jejich odpovědí byl 32.

Cytologie je vyšetření stěru z čípku děložního, takto odpovědělo 35 (85,37 %) dívek do 18 let, 82 (98,80 %) žen ve věku 19–58 let a 22 (91,66 %) žen po 59.roce věku.

O tom, že cytologií je možno zjistit změny buněk na sliznici čípku děložního, ví 31 (75,61 %) děvčat do 18 let, 83 (100 %) žen věkové kategorie 19–58 let a 22 (91,66 %) žen po 59.roce života.

Hypotéza 6 měla znění – ženy v produktivním věku jsou více informovány o prevenci rakoviny děložního čípku než mladá děvčata před 18.rokem věku a ženy

důchodového věku. Ve všech otázkách, zvolených k porovnání vědomostí jednotlivých věkových kategorií žen, byla tato hypotéza potvrzena, což je znázorněno v Tabulce 2.

## 6. Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost žen o prevenci karcinomu děložního čípku, jelikož výskyt karcinomu děložního čípku stoupá a preventivním vyšetřením lze včas zachytit prekancerózní změny, zajistit jejich ošetření a tím předejít vzniku karcinomu.

První cíl výzkumného šetření byl splněn a po analýze vyplněných dotazníků této věkové skupiny však hypotéza potvrzena nebyla.

Druhý, třetí, čtvrtý, pátý a šestý cíl práce byl splněn a hypotézy 2, 3, 4, 5 a 6 byly potvrzeny.

V onkoprevenci v České republice je třeba v primární prevenci snižovat výskyt rizikových faktorů, majících vliv na vznik zhoubných nádorů. V sekundární prevenci, zaměřené na záchyt časných stádií zhoubných nádorů, je třeba podporovat screening karcinomu hrdla děložního (10). Právě v tomto momentě je důležitá role porodní asistentky jako edukátorky, která ve své práci může využívat edukaci a šířit mezi ženami informace o preventivních vyšetřeních a jejich důležitosti. Tím je možné snížit rezervy ve screeningu u nás a dosáhnout lepších výsledků v diagnostice karcinomu děložního čípku. Tyto informace může předávat porodní asistentka v terénu, v ordinaci gynekologa či v nemocničním zařízení. Nápomocné jsou též informační letáčky nebo zdroje na internetu, který je v současné době hodně využíván. Pro zlepšení informovanosti mladých děvčat by bylo vhodné nabídnout školám spolupráci a provést přednášky o karcinomu děložního čípku a jeho prevenci s možnou diskusí.

Výsledky výzkumného šetření je možno publikovat v odborném časopise.

V bakalářské práci byla zjištěna celkem dobrá informovanost žen o problematice karcinomu děložního čípku, preventivních vyšetřeních, rizikových faktorech a očkování proti karcinomu. Jelikož nikdy není informovanost 100%, je dobré v práci porodní asistentky využívat edukace a informovanost žen v dané problematice zvyšovat.

V prevenci karcinomu děložního čípku je cílem jeho včasné odhalení, ošetření, případné léčení a následně snížení úmrtnosti žen s touto diagnózou. Každý člověk sám zodpovídá za své zdraví a jenom na něm záleží, jak se staví k životnímu stylu, který zdraví ve velké míře ovlivňuje a jak o své zdraví pečuje.

## **7. Klíčová slova**

cytologie

gynekologické vyšetření

informovanost

karcinom děložního čípku

kolposkopie

očkování

prevence

## 8. Seznam použitých zdrojů

1. BELŠAN, T. *Magnetická rezonance v diagnostice karcinomu děložního hrdla*, *Postgraduální medicína*, 2008, 1. s.82 – 91, vydala Mladá fronta, ISSN 1212-4184.
2. CIBULA, D., *Cervarix – další krok v primární prevenci cervikálního karcinomu*, *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2007/16, č.4, Levret , Praha 6, s.805 – 815, ISSN 1211-1058.
3. CITTERBART, K. et al. *Gynekologie, 1.vydání Praha, dotisk, Praha: Galén* 2001.277 stran. ISBN 80-7262-094-0.
4. FAIT, T. *Kontroverze v očkování proti HPV*, *Postgraduální medicína*,2008, 1. s.82 - 91, vydala Mladá fronta, ISSN 1212-4184.
5. HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*, vydání 1. české Praha 2004, Grada Publisching, 444 stran. ISBN 80-247-0418-8.
6. HAMŠÍKOVÁ, E., *Očkování proti HPV z pohledu virologa*, *Postgraduální medicína* 2008/10, č.1, vyd. Mladá fronta, Praha 4, s. 92 – 97. ISSN 1212-4184.
7. HANZLÍKOVÁ, A. a kol.*Komunitní ošetrovatelství*, vydání 1.české, vydala Osveta 2007, Martin. 272 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
8. <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/455507-kolposkop> [ 23.2.2009]
9. <http://mujweb.cz/zdravi/osveta/pece.html> [24.2.2009]
10. <http://www.linkos.cz/onkologie/onkoprevence.php> [1.4.2009]
11. <http://www.onkogyn.cz/clanek.php?id=197,199> [26.2.2009]
12. <http://www.onkogynekologie.com/guidlines> [24.2.2009]
13. [http://www.sanquis.cz/index.php?link\\_ID=art\\_513](http://www.sanquis.cz/index.php?link_ID=art_513), SVOBODA,B., HAVRÁNKOVÁ, H., BUDKA, Š., *Současný stav prevence gynekologických zhoubných nádorů v České republice* [10.2.2009]
14. <http://www.ulekare.cz/clanek/kolposkopie-1027> [ 23.2.2009]
15. [http://www.uzis.cz/download.php?ctg=108mnu\\_action=select.-novotvary](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=108mnu_action=select.-novotvary) 2005 [1.4.2009]



16. [http://www.vsecomuzu.cz/pdf/Silgard\\_pacientska\\_brozura.pdf](http://www.vsecomuzu.cz/pdf/Silgard_pacientska_brozura.pdf) [24.3.2009]
17. <http://www.zdraviprozeny.cz/novinky.html?n=7> [24.3.2009]
18. <http://www.zdraviprozeny.cz/novinky.html?n=8> [24.3.2009]
19. <http://www.zdraviprozeny.cz/novinky.html?n=11> [24.3.2009]
20. KAČÍREK, J., ROB, L., ROBOVÁ, H., PLUTA, M. *Prekancerózy děložního hrdla, Diagnostika, metody ošetření děložního hrdla, Moderní gynekologie a porodnictví*, 2003/12, č.4, vydal Levret, Praha 6, s.657 – 664, ISSN 1211-1058.
21. KOBILKOVÁ, J. et al. *Základy gynekologie a porodnictví*, 1. vydání Praha 2005, nakladatelství Galén Praha 5 a UK v Praze, nakladatelství Karolinum, Praha 1. 368 stran. ISBN – 80-7262-315-X ( Galén ), ISBN 80-246-1112-0 (UK v Praze).
22. KOBILKOVÁ , J., LOJDA , Z., ONDRUŠ , J., BEKOVÁ, A. *Gynekologická Cytodiagnostika*, 2.vydání Praha 2006, nakladatelství Galén Praha 5. 119 stran. ISBN 80-7262-313-3.
23. KOBILKOVÁ, J., SIRACKÝ, J.a spolupracovníci. *Cytodiagnostika v gynekologii*, 1.vydání Praha 1984, zdravotnické nakladatelství Avicenum, Praha 1. 256 stran. ISBN 735-21-08/19.
24. KOLOMBO, I., PORŠ, J., PORŠOVÁ, M., *Infekce lidským papillomavirem (humanpapillomavirus HPV)*, *New EU Magazine of Medizine*, 2008,2/4, vyd. Medical Press , Praha 4, s.37 – 45. ISSN 1802-1298.
25. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, vyd. Univerzita Palackého v Olomouci, 2001, 149 s. ISBN 80-244-0324-2.
26. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*, 1.vydání Praha:2006, Grada Publisching, Praha 7, 264 s.ISBN 80-247-1399-3.
27. MAŠATA, J., JEDLIČKOVÁ , A. a kol. *Infekce v gynekologii – Farmakoterapie pro praxi, svazek 19*, vydal Maxdorf , Praha 4, r.2006. 154 stran. ISBN 80-7345-107-7.
28. MAŠATA , J., JEDLIČKOVÁ , A. a kol. *Infekce v gynekologii a porodnictví a základy jejich antiinfekční léčby*, vydal Maxdorf , Praha 4, r. 2004. 371 stran. ISBN 80-7345-038-0.

29. ONDRUŠ, J., DVOŘÁK, V. *Přirozený průběh infekce virem lidských papilomatózních lézí (HPV) a kancerogeneze děložního hrdla, Postgraduální medicína*, 2008/10, č.1, vyd. Mladá fronta , Praha 4, s.98 – 103. ISSN 12-12-4184.
30. PLUTA, M., *HPV vakcína, Moderní gynekologie a porodnictví*, 2006/15, č.4, Levret, Praha 6, s.609 – 616. ISSN 1214-2093.
31. ROB, L., CITTERBART, K., SVOBODA, B. a kol., *Guidline gynekologických zhoubných nádorů ( GZN ) II. Standard, primární komplexní léčba operabilních stádií zhoubných nádorů děložního hrdla, Moderní gynekologie a porodnictví*, 2000 / 9, č.4, vydal Levret, Praha 6 , s.651 – 660. ISSN 1211-1058.
32. ROB, L., MARTAN A., CITTERBART , K. et al., *Gynekologie*, 2. doplněné a přepracované vydání Praha 2008, nakladatelství Galén Praha 5, 319 stran. ISBN 978-80-7262-501-7.
33. ROB, L., PLUTA, M., ROBOVÁ ,H., KAČÍREK, J. *Prekancerózy děložního hrdla, Skríníng*, 2003/12, č.4, Levret, Praha 6, s.639 – 646. ISSN 1211-1058.
34. ROB, L., ROBOVÁ, H., KAČÍREK, J., PLUTA, M. *Prekancerózy děložního hrdla, Kolposkopická terminologie a klasifikace. Moderní gynekologie a porodnictví*, 2003/12, č.4, Levret , Praha 6, s.647 – 655. ISSN 1211-1058.
35. ROB, L., ROBOVÁ, H., KAČÍREK, J., PLUTA, M. *Prekancerózy děložního hrdla, Management abnormálních nálezů na děložním hrdle, Moderní gynekologie a Porodnictví*, 2003/12, č.4, Levret , Praha 6, s.665 – 675. ISSN 1211-1058.
36. ROBOVÁ, H., ROB, L., KAČÍREK, J., PLUTA, M. *Prekancerózy v těhotenství. Moderní gynekologie a porodnictví*, 2003/12, č.4, Levret , Praha 6, s.676 – 679. ISSN 1211-1058.
37. ROBOVÁ, H., ROB, L., PLUTA, M., KAČÍREK J. *Prekancerózy děložního hrdla, Patogeneze, Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003/12, č.4, Levret , Praha 6, s.627-630. ISSN 1211-1058.

38. SADLER, L., SAFTLAS, A. *Je klíčková excize bezpečnou metodou u pacientek, Které ještě nebyly těhotné ?*, *Gynekologie po promoci*, 2007, č.1, vyd. Medical Tribune cz, s.28 - 31. ISSN 1213-2578.
39. SCHORGE, J.O., RAO, G.G. *Chemoradioterapie .Gynekologie po promoci*, 2006, č.3, vyd. Medical Tribune cz, Praha 2, s.6 – 12. ISSN 1213-2578.
40. ŠAFÁŘ, P. *Cervikální karcinom. Moderní gynekologie a porodnictví*. 2000/9, č.4. Levret, Praha 6, s.640 – 650. ISSN 1211-1058.
41. TACHEZY, R. *Epidemiologie genitální papillomavirové infekce ve světě a v ČR. Moderní gynekologie a porodnictví*. 2006/15, Supplementum A, Levret , Praha 6, s.589–594. ISSN 1214-2093.
42. ROZTOČIL A. a kol. autorů. *Moderní porodnictví*, 1. vydání, Praha 2008, Grada Publishing a.s., 408 stran. ISBN 978-80-247-1941-2.
43. ROZTOČIL A. a kol. autorů. *Vyšetřovací metody v gynekologii a porodnictví*, 1. vydání IDVPZ, Vlnařská 6, Brno 1998. 179 stran. ISBN 80-7013-255-8.

## **9. Přílohy**

### *9.1 Seznam příloh*

- Příloha 1 Dotazník pro ženy
- Příloha 2 Kolposkop v gynekologické ambulanci
- Příloha 3 Pomůcky k odběru cytologie
- Příloha 4 Odběr a fixace materiálu na cytologii
- Příloha 5 Pomůcky k odběru + odběr cytologie
- Příloha 6 Žádanka na cytologii
- Příloha 7 Junkční zóna
- Příloha 8 Hranice dlaždicového epitelu na cervixu
- Příloha 9 Místa odběru tkáně z cervixu
- Příloha 10 Konizace jehlou
- Příloha 11 Konizace radiofrekvenční kličkou
- Příloha 12 LEEP konizace
- Příloha 13 Způsob provedení konizace
- Příloha 14 Spádové lymfatické cévy u karcinomu cervixu
- Příloha 15 Rozsah operační léčby karcinomu cervixu
- Příloha 16 Diagnostické domény

## **Příloha 1 Dotazník pro ženy**

Milá slečno, paní,

jmenuji se Věra Gašpárková, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského programu – porodní asistentka na ZSF JU v Českých Budějovicích, a chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku zaměřeného na informovanost žen o prevenci rakoviny děložního čípku. Rakovina děložního čípku je závažné onemocnění, které v mnoha případech vede k ohrožení života, a proto je důležitá její prevence.

Dotazník bude součástí výzkumu v mé bakalářské práci a je **anonymní**. Při vyplňování dotazníku zvolené odpovědi zaškrtněte.

### 1. Váš věk

- a) do 18 let
- b) 19-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41-58 let
- e) 59 let a více

### 2. Ukončené vzdělání

- a) základní škola
- b) učební obor
- c) střední škola s maturitou
- d) diplomovaný obor
- e) vysoká škola – bakalář
- f) vysoká škola – magistr
- g) jiné vysokoškolské vzdělání –

doplňte:.....

### 3. V kolika letech jste byla poprvé na gynekologickém vyšetření?

Doplňte:.....

4. Bylo to preventivní gynekologické vyšetření?

- a) ano
- b) ne

5. V kolika letech jste měla první sexuální styk?

Doplňte:.....

6. Víte, jak často je nutné chodit na preventivní vyšetření v gynekologii?

- a) 1x za 1 rok
- b) 1x za 2 roky
- c) 1x za 3 roky
- d) 1x za 5 let

7. Od jakého věku je nutné chodit pravidelně na preventivní vyšetření v gynekologii?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) od dětství
- b) od první menstruace
- c) od zahájení pohlavního života
- d) od 18. roku života
- e) od začátku těhotenství
- f) během šestinedělí
- g) od prvních příznaků klimakteria (přechodu)
- h) po ukončení menstruace v klimaktériu
- ch) s věkem to nesouvisí

8. Jak často hradí zdravotní pojišťovny preventivní vyšetření v gynekologii?

- a) 1x za rok
- b) 1x za 2 roky
- c) 1x za 3 roky
- d) preventivní vyšetření není hrazeno

9. Jaké vyšetření lékař provádí při preventivním vyšetření?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) odběr krve
- b) odběr moči
- c) odběr cytologie (odběr sekretu z čípku děložního štětíčkou)
- d) odběr cytologie (odběr sekretu z čípku děložního kartáčkem)
- e) kolposkopii (lékař se dívá přes optická přístroj na děložní čípek)
- f) vyšetření prsů
- g) vaginální vyšetření
- h) ultrazvukové vyšetření
- ch) nevím

10. Víte, kdy je nejvhodnější provádět preventivní vyšetření?

- a) před nástupem menstruace
- b) po ukončení menstruace
- c) uprostřed cyklu – okolo 14. dne
- d) nevím

11. Jaká je příprava na preventivní vyšetření?

(Můžete zaškrtnout více odpovědí):

- a) žádná
- b) vysazení vaginální léčby
- c) 1 – 2 dny pohlavní zdrženlivost
- d) důkladné vyprázdnění moče
- e) důkladné vyprázdnění stolice
- f) nevím

12. Chodíte pravidelně na preventivní vyšetření?

- a) ano
- b) ne

13. Je součástí preventivního vyšetření také vyšetření rakoviny čípku děložního?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Vyskytla se rakovina čípku děložního ve Vaší rodině?

- a) ano
- b) ne

15. Co je to kolposkopie?

- a) gynekologické vyšetření pohmatem
- b) vyšetření čípku děložního optickým přístrojem
- c) vyšetření rodidel pouhým pohledem
- d) nevím

16. Co lze zjistit při kolposkopii?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) povrchové změny na zevních rodidlech
- b) povrchové změny v pochvě
- c) povrchové změny na čípku děložním
- d) změny na kůži
- e) uložení ženských pohlavních orgánů
- f) nevím

17. Co je cytologie ?

- a) vyšetření krevního vzorku
- b) vyšetření stěru z čípku děložního
- c) vyšetření moči
- d) nevím



18. Co lze zjistit cytologií?

- a) množství bakterií v moči
- b) hodnoty minerálů v krvi
- c) změny buněk na sliznici děložního hrdla
- d) nevím

19. Jaké jsou nejrizikovější faktory pro vznik rakoviny děložního čípku?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) více než 3 porody
- b) více než 3 potraty
- c) věk 15 let
- d) věk přechodu (klimaktéria)
- e) důchodový věk
- f) opakované záněty
- g) opakované výtoky
- h) zahájení sexuálního života od 15 let
- ch) počet sexuálních partnerů
- i) promiskuita (časté střídání sexuálních partnerů)
- j) nevím

20. Jakou znáte prevenci rakoviny děložního čípku?

(můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) žádná neexistuje
- b) pravidelná gynekologická vyšetření
- c) pravidelné preventivní prohlídky
- d) nekouřit
- e) dodržovat správnou životosprávu
- f) nestřídat sexuální partnery
- g) mít stálého partnera
- h) nezačínat se sexuálním životem od 15 let

ch) nechat se naočkovat proti rakovině děložního čípku

21. a) Víte, že se můžete nechat naočkovat proti rakovině čípku děložního?

- a) ano          b) ne

21. b) Od jakého roku je v ČR prováděno očkování proti rakovině čípku děložního?

- a) od r. 2006  
b) od r. 2003  
c) nevím

22. Kdy je nejvhodnější provádět očkování proti rakovině děložního čípku?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) před začátkem sexuálního života  
b) po začátku sexuálního života  
c) v průběhu sexuálního života  
d) po proběhlých těhotenstvích  
e) po proběhlých porodech  
f) v přechodu (klimaktériu)  
g) v důchodovém věku  
h) nevím

23. Silgard a Cervarix jsou názvy pro:

- a) antikoncepční přípravky  
b) očkovací vakcíny proti rakovině děložního čípku  
c) hormonální substituční terapii  
d) nevím

24. Jak lze očkovací vakcíny proti rakovině děložního čípku získat?

- a) ve volném prodeji v lékárně  
b) pouze na lékařský předpis a s následným vyzvednutím v lékárně

- c) u svého gynekologa
- d) v očkovacím centru
- e) nevím

25. Kolik dávek očkovací látky je při očkování aplikováno?

- a) 1
- b) 3
- c) 5

26. Proplácí zdravotní pojišťovny očkování proti rakovině děložního čípku?

- a) ne
- b) ano
- c) některé přispívají částečně
- d) nevím

27. Víte, jaká je celková cena všech aplikovaných očkovacích dávek?

- a) 2000 Kč
- b) 5000 Kč
- c) 10 000 Kč
- d) nevím

28. Očkovací vakcína ženu chrání před:

- a) bakteriemi
- b) plísněmi
- c) viry
- d) nevím

29. Víte, na jakém místě je rakovina děložního čípku v ČR s porovnáním ostatních rakovin?

(Prosím, dopište čísla):

- a) rakovina prsu –
- b) rakovina děložního čípku -
- c) rakovina tlustého střeva -
- d) nevím

30. Kolik žen ročně u nás na rakovinu děložního čípku zemře?

- a) asi 700
- b) asi 400
- c) asi 150
- d) nevím

Děkuji Vám za Váš čas a za vyplnění dotazníku.

## Příloha 2 Kolposkop v gynekologické ordinaci



**Obr. 15.6.** Kolposkop

Zdroj: ROB, L., MARTAN A., CITTERBART, K. et al., *Gynekologie*, 2. doplněné a přepracované vydání Praha 2008, nakladatelství Galén Praha 5, 319 stran. ISBN 978-80-7262-501-7, s.190.

### Příloha 3 Pomůcky k odběru cytologie

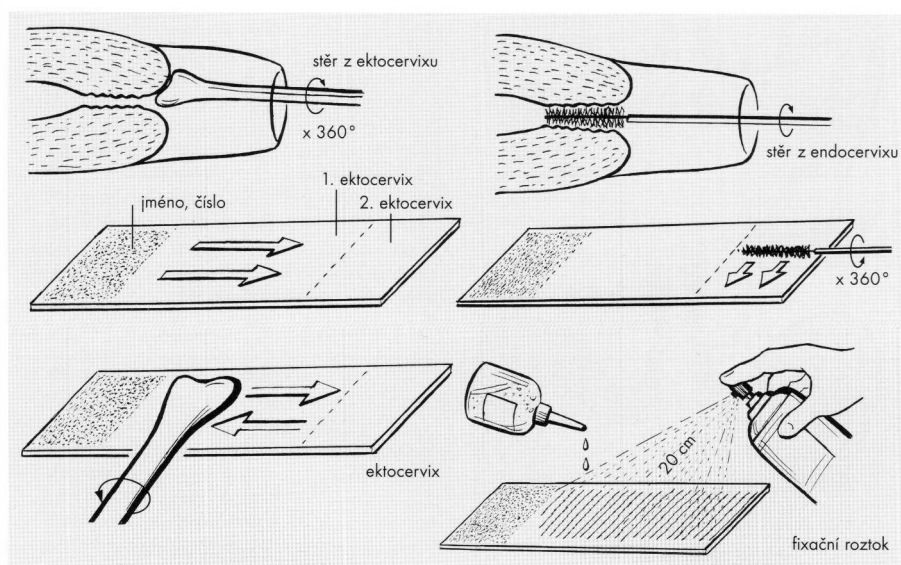
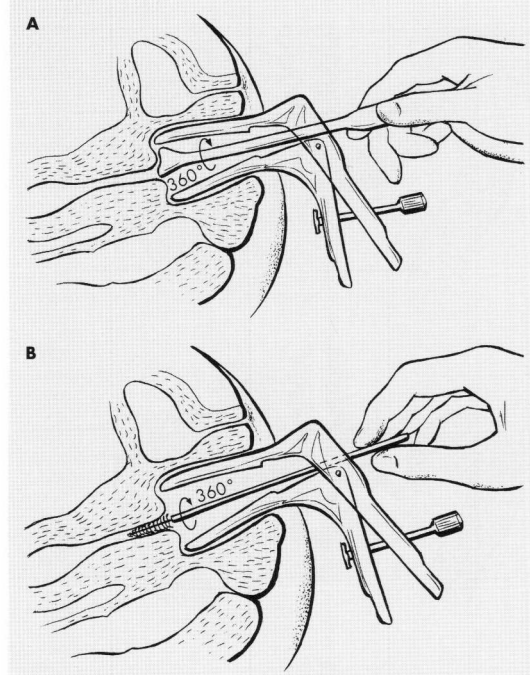


Obr. 13.1. Základní vybavení pro cytologické cerviko-vaginální odběry

Zdroj: KOBILKOVÁ , J., LOJDA , Z., ONDRUŠ , J., BEKOVÁ, A. *Gynekologická cytodiagnostika*, 2.vydání Praha 2006, nakladatelství Galén Praha 5. 119 stran. ISBN 80-7262-313-3, s.100.

#### Příloha 4 Odběr a fixace materiálu na cytologii

Obr. 13.2. Způsob odběru z cervixu: (A) odběr z ektocervixu Ayereho špachtlí, (B) stěr z endocervixu kartáčkem (cytobrush)



Obr. 13.3. Nanesení stěru na sklo

Zdroj: KOBILKOVÁ, J., LOJDA, Z., ONDRUŠ, J., BEKOVÁ, A. *Gynekologická cytodiagnostika*, 2.vydání Praha 2006, nakladatelství Galén Praha 5. 119 stran. ISBN 80-7262-313-3, s.101.

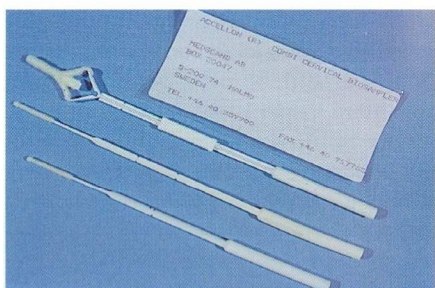
## Příloha 5 Pomůcky k odběru + odběr cytologie



Obr. 2.1. Instrumentárium pro odběr z ectocervixu: dřevěná Ayreho špachtle, typ Aylesbury. Zobáček se zavede do endocervixu a špachtlí se otočí o 360°



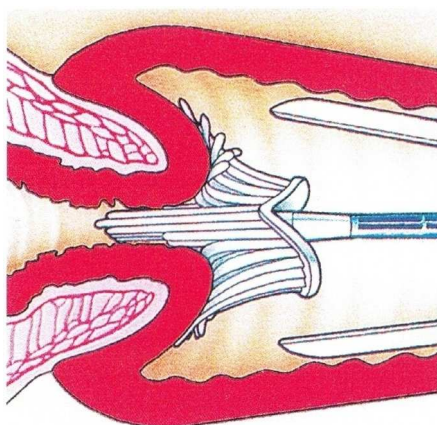
Obr. 2.2. Szalayovy plastické, modifikované Ayreho špachtle. Jsou upraveny pro různě široký cervix a různou délku a průsvit endocervikálního kanálu. Plochou špachtlí se odebírají buňky z vulvy a pochvy



Obr. 2.3. Accelon je nástroj, který je povlečen jemným »plyšovým« potahem z plastové hmoty. Tvar umožňuje současný velmi šetrný odběr z ekto- i endocervixu, úzká forma odběr z píštělí a z velmi úzkých cervikálních kanálů (stenotických)



Obr. 2.4. Cytobrush technika: jemným kartáčkem odebíráme stěry z endocervixu. Při odběru buněk je třeba kartáčkem otáčet o 360° v endocervixu velmi opatrně, abychom nezpůsobili krvácení. Je jediným nástrojem, kterým lze odebrat buňky z celého cervikálního kanálu, tj. až po vnitřní cervikální ústí



Obr. 2.5. Cervex

Zdroj: KOBILKOVÁ, J., LOJDA, Z., ONDRUŠ, J., BEKOVÁ, A. *Gynekologická cytodiagnostika*, 2.vydání Praha 2006, nakladatelství Galén Praha 5. 119 stran. ISBN 80-7262-313-3, s.20, 21.

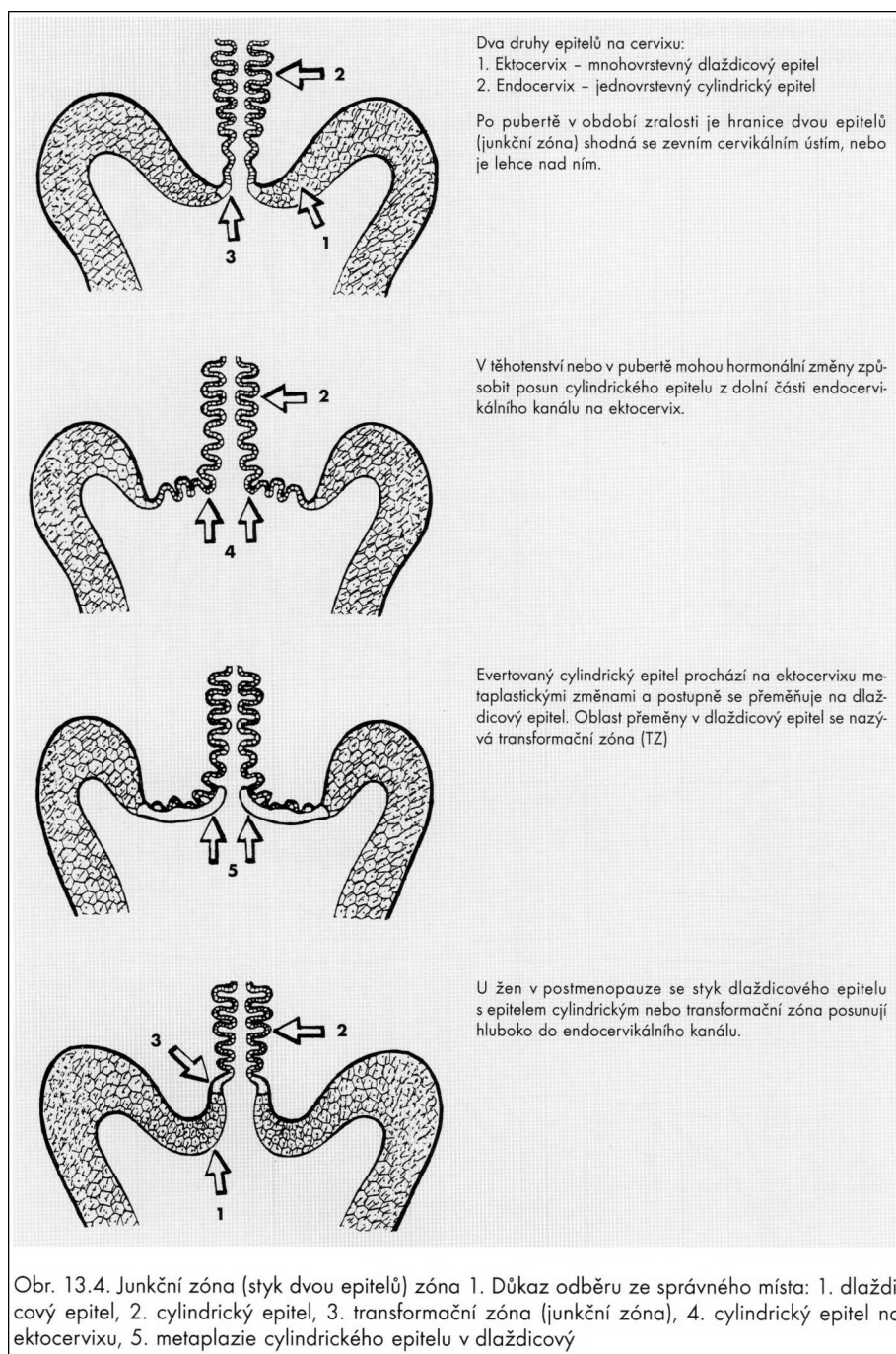


## Příloha 6 Žádanka na cytologii

PRŮVODKA NA VYHODNOCENÍ CERVIKO-VAGINÁLNÍ CYTOLOGIE										Odbornost žadatele 603										
										Identifikační číslo vzorku:										
Jméno					PSČ					Pojišťovna					RČ					
IUD	VLIV GESTAGENŮ *		HRT	LAKTACE	GRAV.	Komentář gynekologa:										Razítko odesílajícího lékaře				
STAV PO KONIZACI			OZNAČENÍ SKLA																	
STAV PO HYSTEREKTOMII					Dg. Z014		Jiná dg.													
PŘÍTOMNOST GENIT. KONDYLOMAT					Datum odběru:															
OČKOVÁNA PROTÍ HPV					ANO		NE			Rok aplikace 3. dávky 20__					Typ vakcíny: SILGARD CERVARIX					
*) čistě gestagenní AK, IUD s gestagenem																				
VÝSLEDKOVÁ ZPRÁVA																				
STĚR					Bez neopl. intraep. změn a malignity (ZÁVĚR I)					ZÁVĚR										
1. Uspokojivý		Nizká celularita			1. Trichomonas		6. Aktinomykóza			1. Bez neopl. intraepit. změn a malignity										
2. Uspokojivý, ale bez endoc. bb		Chybná identifikace pac.			2. Candida		7. Herpes simplex			2. ASC-US										
3. Neuspokojivý, ale zpracován		Nadbytek krve n. zánětu			3. Bakteriální vaginóza		8. Chlamydie			3. ASC-H (nelze vyloučit HSIL)										
4. Odmítnut ke zpracování					4. Döderlein		9. Smíšená flóra			4. LSIL (včetně HPV)										
					5. Koky		10. Jiné			5. HSIL										
KOMENTÁŘ LABORATOŘE A DOPORUČENÍ					Jiné nenádorové změny					6. HSIL - nelze vyloučit invazi										
					Reaktivní buněčné změny způsobené:					7. Dlačicobuněčný karcinom										
					1. zánětem					8. Atypie žláзовých buněk (nespecifikováno)										
					2. ozářením					9. Atypie žláзовých buněk (spíše neoplastické)										
					3. IUD					10. Adenokarcinom in situ										
					4. jiné (metaplazie včetně nezralé m., hyperkeratóza, parakeratóza, cytolýza, regenerace, reparace, atd.)					11. Adenokarcinom invazivní										
					5. Nález žláзовých buněk po hysterektomii					12. Ostatní maligní nádory										
Vykázaný kód:					6. Atrofie					13. Jiné										
					7. Jiné (endometriální buňky u žen nad 40 let)															
DATUM:										RAZÍTKO:										
UVOLNIL:										HODNOTIL:										
Hodící se zakroužkujte, v případě nezaškrtnutí je považována odpověď jako NE.																				

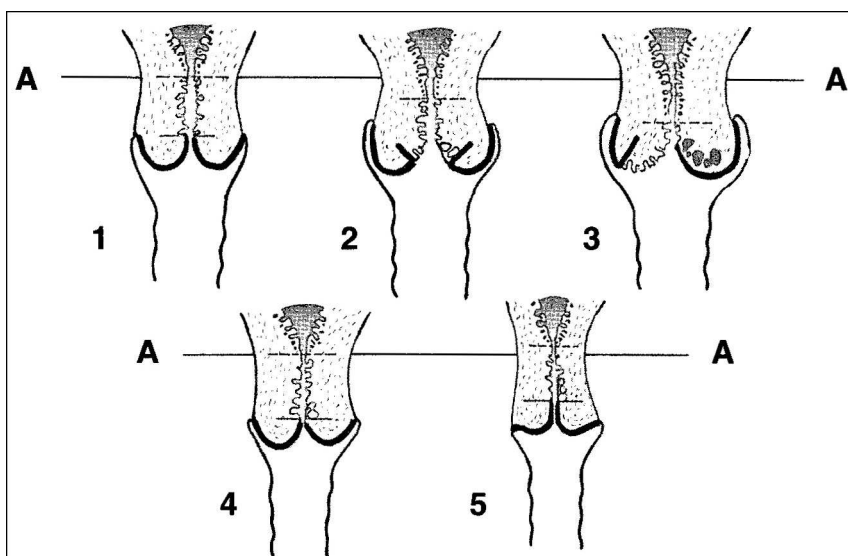
Zdroj: gynekologická ambulance v Jindřichově Hradci

## Příloha 7 Junkční zóna



Zdroj: KOBILKOVÁ, J., LOJDA, Z., ONDRUŠ, J., BEKOVÁ, A. *Gynekologická cytodiagnostika*, 2.vydání Praha 2006, nakladatelství Galén Praha 5. 119 stran. ISBN 80-7262-313-3, s.102.

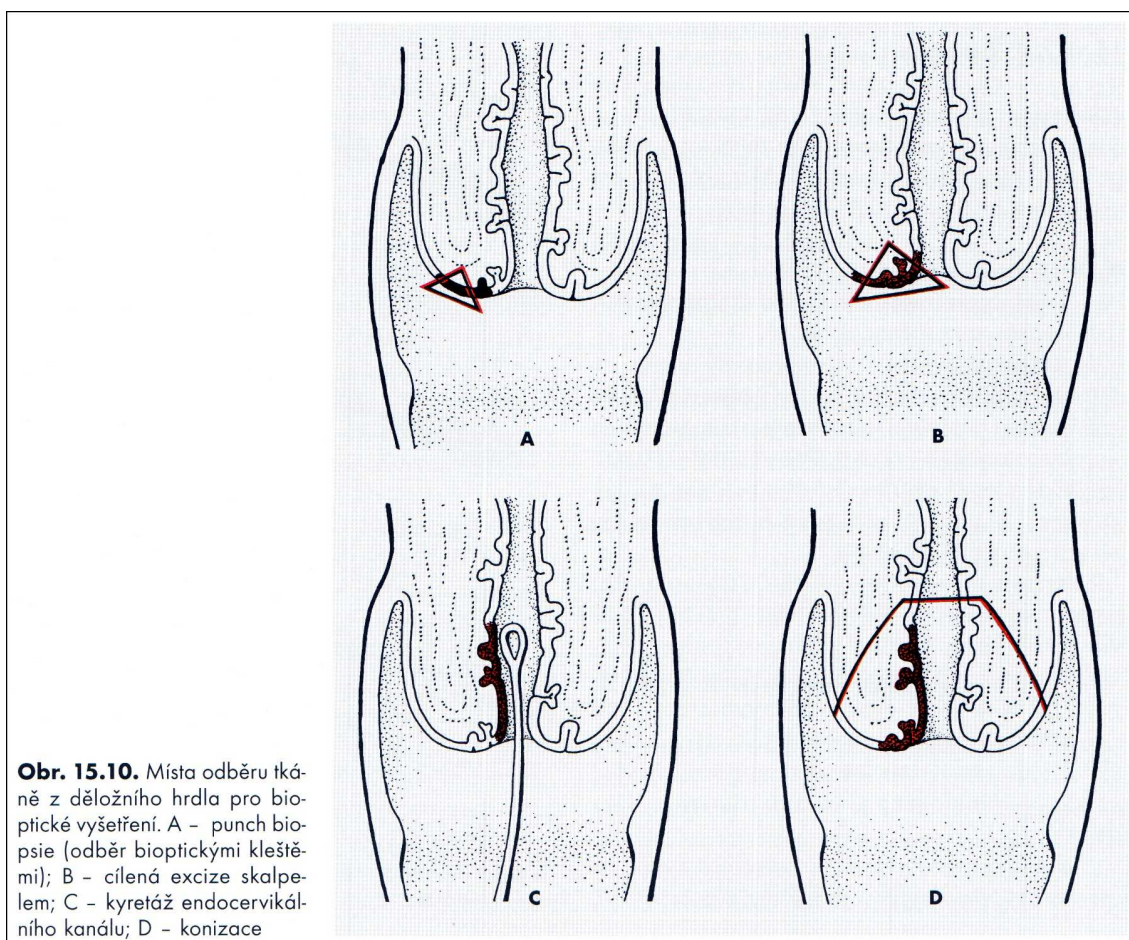
## Příloha 8 Hranice dlaždicového epitelu na cervixu



**Obr. 6.2. Kde hledat prekancerózu cervixu?** Hranice dlaždicového epitelu na cervixu v obdobích života ženy. A – vnitřní cervikální ústí anatomické (přerušovaná čára), histologické (plná čára). 1 – prepuberta; 2 – generační období – žena, která nerodila; 3 – generační období – žena, která rodila; 4 – klimakterium; 5 – senium

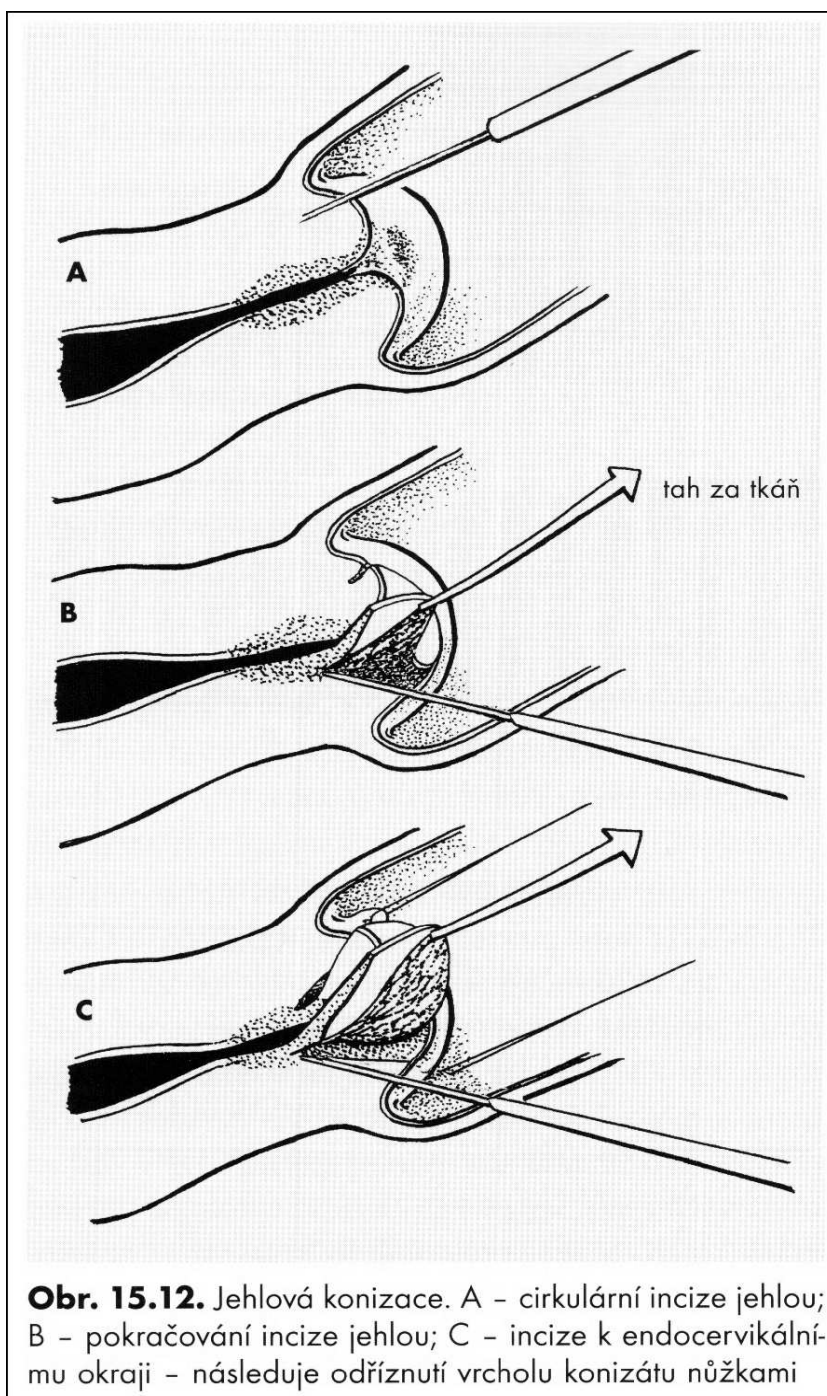
Zdroj: KOBILKOVÁ, J. et al. *Základy gynekologie a porodnictví*, 1. vydání Praha 2005, nakladatelství Galén Praha 5 a UK v Praze, nakladatelství Karolinum, Praha 1. 368 stran. ISBN – 80-7262-315-X (Galén), ISBN 80-246-1112-0 (UK v Praze), s.113.

## Příloha 9 Místa odběru tkáně z cervixu



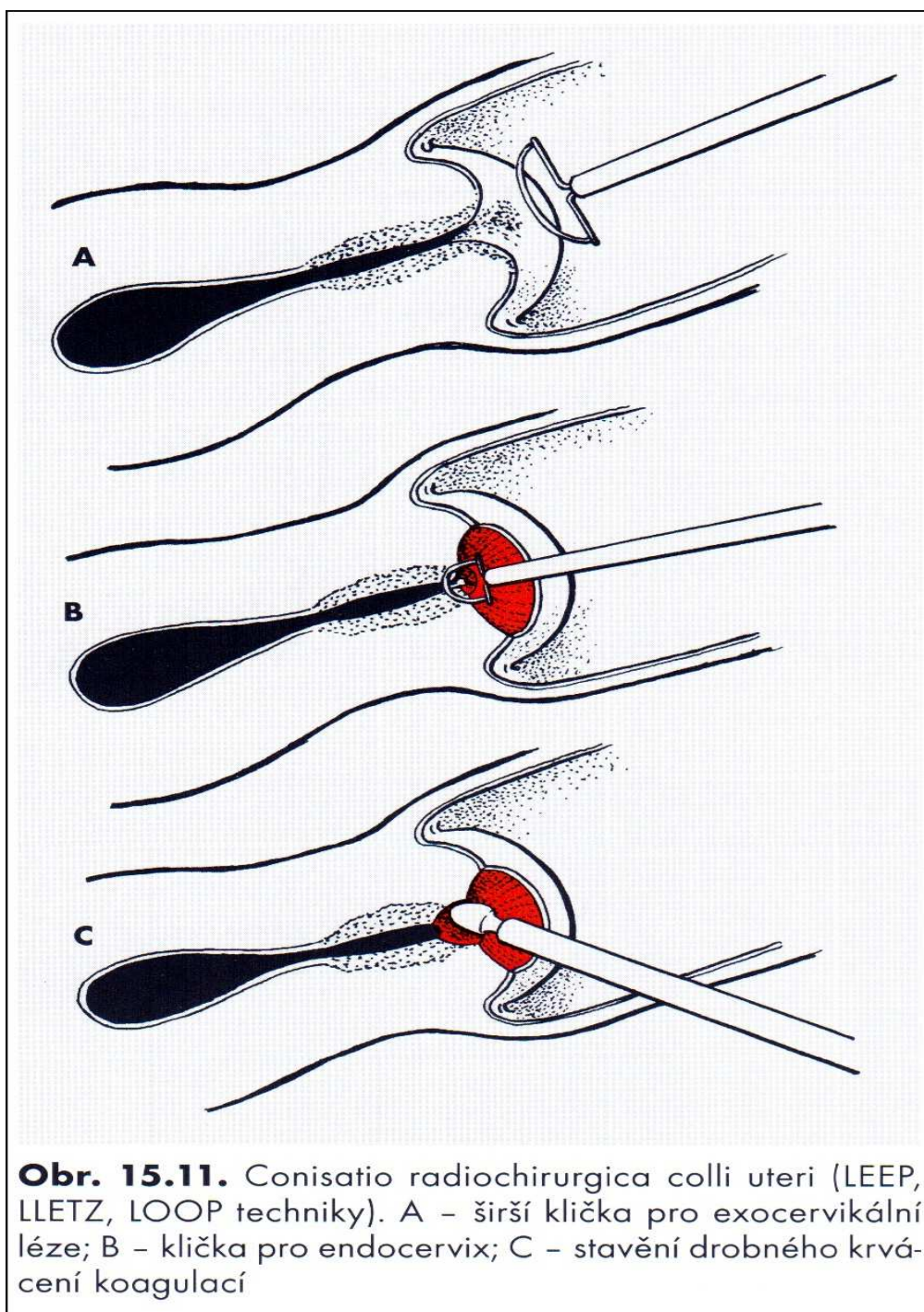
Zdroj: ROB, L., MARTAN A., CITTERBART, K. et al., *Gynekologie*, 2. doplněné a přepracované vydání Praha 2008, nakladatelství Galén Praha 5, 319 stran. ISBN 978-80-7262-501-7, s.193.

## Příloha 10 Konizace jehlou



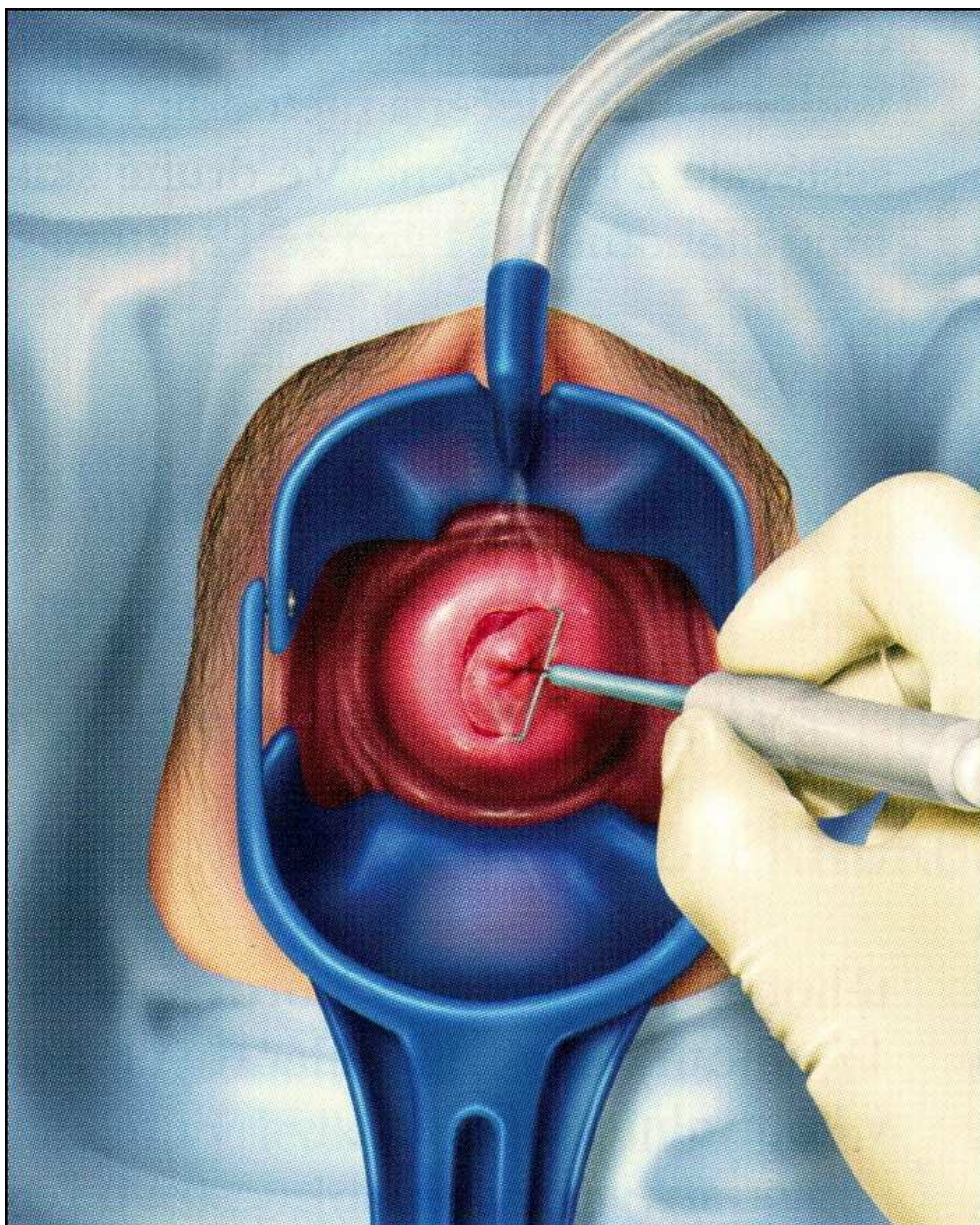
Zdroj: ROB, L., MARTAN A., CITTERBART, K. et al., *Gynekologie*, 2. doplněné a přepracované vydání Praha 2008, nakladatelství Galén Praha 5, 319 stran. ISBN 978-80-7262-501-7, s.195.

## Příloha 11 Konizace radiofrekvenční kličkou



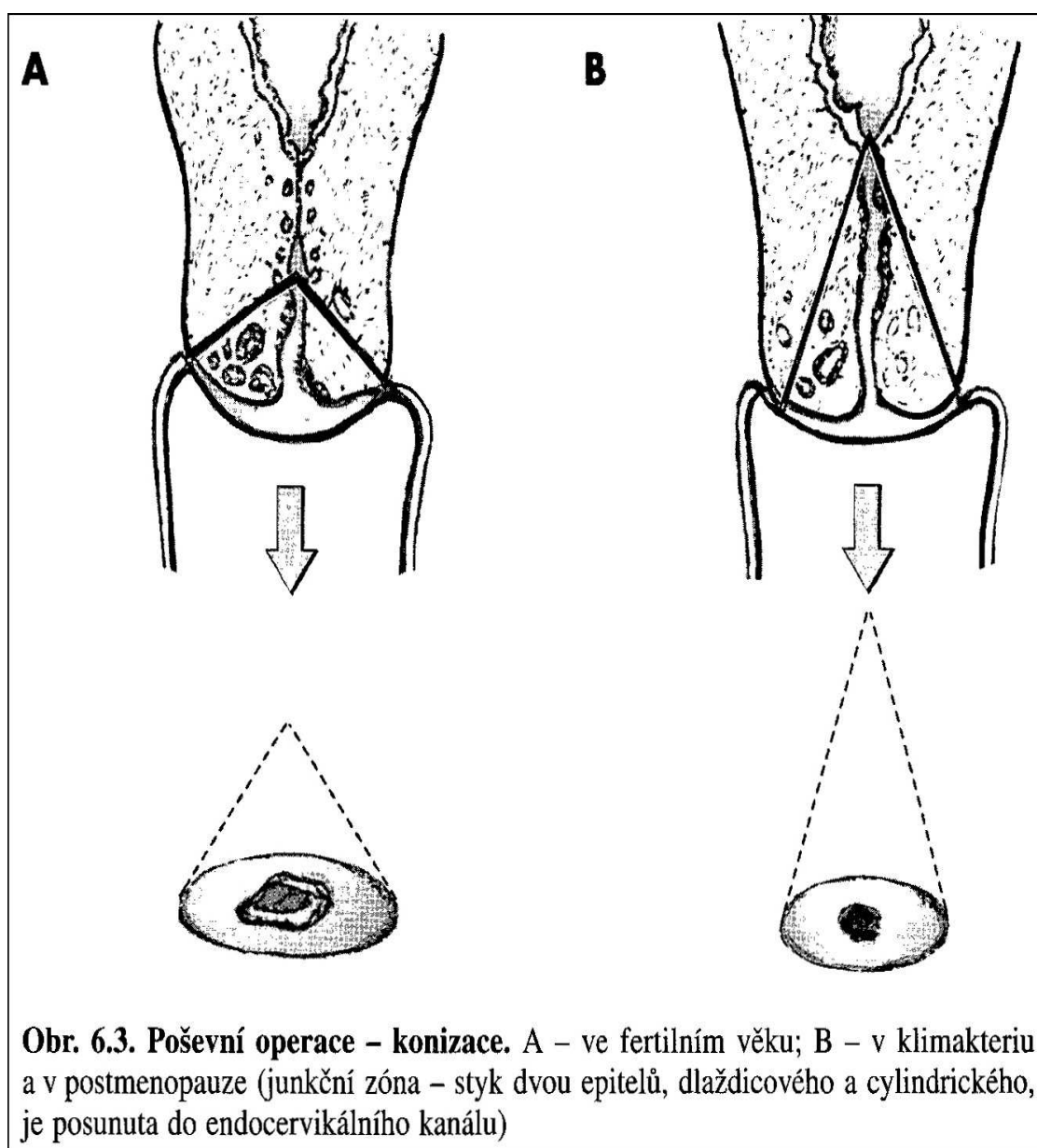
Zdroj: ROB, L., MARTAN A., CITTERBART, K. et al., *Gynekologie*, 2. doplněné a přepracované vydání Praha 2008, nakladatelství Galén Praha 5, 319 stran. ISBN 978-80-7262-501-7, s.194.

## Příloha 12 LEEP konizace



Zdroj: SADLER, L., SAFTLAS, A. *Je kličková excize bezpečnou metodou u pacientek, které ještě nebyly těhotné ?*, *Gynekologie po promoci*, 2007, č.1, vyd. Medical Tribune cz, s.28 - 31. ISSN 1213-2578, s.30.

### Příloha 13 Způsob provedení konizace

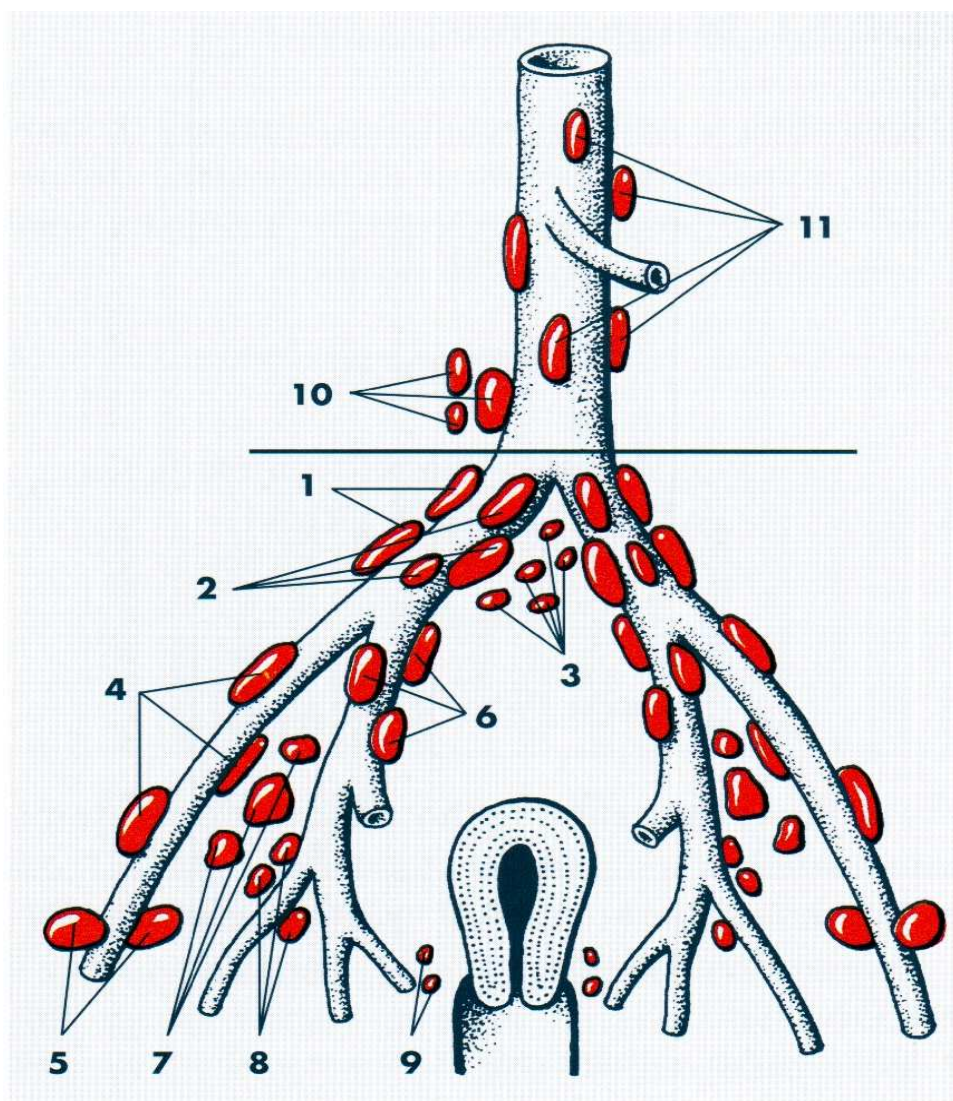


**Obr. 6.3. Poševní operace – konizace.** A – ve fertilním věku; B – v klimakteriu a v postmenopauze (junkční zóna – styk dvou epitelů, dlaždicového a cylindrického, je posunuta do endocervikálního kanálu)

Zdroj: KOBILKOVÁ, J. et al. *Základy gynekologie a porodnictví*, 1. vydání Praha 2005, nakladatelství Galén Praha 5 a UK v Praze, nakladatelství Karolinum, Praha 1. 368 stran. ISBN – 80-7262-315-X (Galén), ISBN 80-246-1112-0 (UK v Praze), s.114.



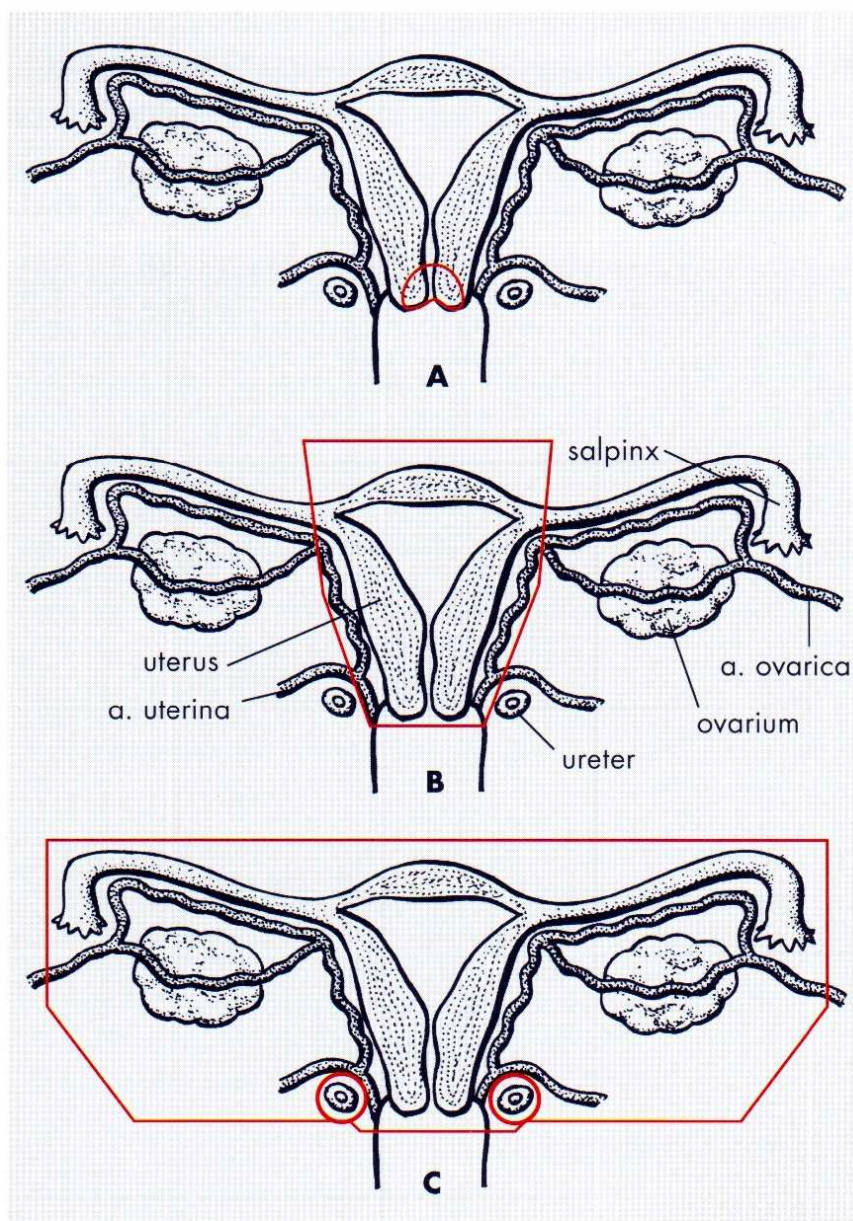
## Příloha 14 Spádové lymfatické cévy u karcinomu cervixu



**Obr. 15.14.** Zhoubné nádory děložního hrdla. Spádové lymfatické cévy: 1 – Inn. iliaci com. lat.; 2 – Inn. iliaci com.; 3 – Inn. praesacrales; 4 – Inn. iliaci ext.; 5 – Inn. inguinales; 6 – Inn. iliaci int.; 7 – Inn. iliaci supraobturatorii; 8 – Inn. iliaci infraobturatorii; 9 – Inn. parametriales. II. etáž: 10 – Inn. praecavales; 11 – Inn. aortici

Zdroj: ROB, L., MARTAN A., CITTEBART, K. et al., *Gynekologie*, 2. doplněné a přepracované vydání Praha 2008, nakladatelství Galén Praha 5, 319 stran. ISBN 978-80-7262-501-7, s.198.

## Příloha 15 Rozsah operační léčby karcinomu cervixu



**Obr. 15.15.** Rozsah operační léčby nádorů děložního hrdla. A - konizace 1a1; B - hysterektomie 1a1; C - radikální hysterektomie 1a2; 1b1; 1b2; 2a

Zdroj: ROB, L., MARTAN A., CITTERBART, K. et al., *Gynekologie*, 2. doplněné a přepracované vydání Praha 2008, nakladatelství Galén Praha 5, 319 stran. ISBN 978-80-7262-501-7, s.198.

## Příloha 16 Diagnostické domény

**Tab. 1.1** Diagnostické domény, okruhy působnosti a třídy klasifikace NANDA – Int., taxonomie II

domény	oblast diagnostiky dysfunkčních potřeb	třídy
1. Podpora zdraví	Povědomí o zdravém životě, povědomí o správném fungování člověka a povědomí o strategiích, které podporují nebo zlepšují zdravý život a správné fungování člověka.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• povědomí o zdraví</li> <li>• management zdraví</li> </ul>
2. Výživa	Přijímání a asimilace látek, využívání živin za účelem zachování a hojení tkání a za účelem tvorby energie člověka.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• přijímání potravy</li> <li>• trávení</li> <li>• vstřebávání</li> <li>• metabolismus</li> <li>• hydratace</li> </ul>
3. Vylučování a výměna	Sekrece a exkrece odpadových produktů z těla.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vyprazdňování moči</li> <li>• gastrointestinální funkce</li> <li>• funkce pokožky</li> <li>• respirační funkce</li> </ul>
4. Aktivita – odpočinek	Produkce, uchování, výdej a rovnováha energetických zdrojů člověka.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spánek – odpočinek</li> <li>• aktivita – pohyb</li> <li>• energetická rovnováha</li> <li>• srdeční – plicní odezva</li> <li>• sebek péče</li> </ul>
5. Vnímání – poznávání	Informační systémy člověka – pozornost, orientace, citění, percepce, poznávání a komunikace.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pozornost</li> <li>• orientace</li> <li>• čítí – vnímání</li> <li>• poznávání</li> <li>• komunikace</li> </ul>
6. Vnímání sebe sama	Povědomí o sobě samém.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sebek pejetí</li> <li>• sebeúcta</li> <li>• obraz těla</li> </ul>
7. Vztahy	Pozitivní a negativní společenské kontakty a společný život lidí nebo skupin.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• role pečovatele</li> <li>• rodinné vztahy</li> <li>• vykonávání rolí</li> </ul>
8. Sexualita	Sexuální identita, sexuální funkce a reprodukce.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sexuální identita</li> <li>• sexuální funkce</li> <li>• reprodukce</li> </ul>
9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	Vyrovňávání se se životními událostmi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• posttraumatická odezva</li> <li>• reakce na zvládání zátěže</li> <li>• neurobehaviorální stres</li> </ul>
10. Životní principy	Zásady, které jsou podkladem postojů, způsobu myšlení, projevů a zvyků člověka nebo institucí. Jsou jimi považovány za pravdivé a mají pro ně vnitřní hodnotu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hodnoty</li> <li>• přesvědčení</li> <li>• soulad hodnot, přesvědčení a činů</li> </ul>
11. Bezpečnost – ochrana	Ochrana před nebezpečím, fyzickým poškozením nebo před poškozením imunitního systému. Jistota a bezpečí.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• infekce</li> <li>• tělesné poškození</li> <li>• násilí</li> <li>• rizika životního prostředí</li> <li>• obranné procesy</li> <li>• termoregulace</li> </ul>
12. Komfort	Psychická, tělesná a sociální pohoda nebo klid.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tělesný komfort</li> <li>• komfort prostředí</li> <li>• sociální komfort</li> </ul>
13. Růst/vývoj	Nárůst tělesných rozměrů, zrání orgánových systémů a průběh vývojových stadií člověka.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• růst</li> <li>• vývoj</li> </ul>

Zdroj: MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*, 1.vydání  
 Praha 2006, Grada Publishing, Praha 7, 264 s. ISBN 80-247-1399-3, s.18.