

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009

Anna Plojharová

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**INFORMOVANOST PACIENTEK O DIAGNOSTICE
A TERAPII ZHOUBNÝCH GYNEKOLOGICKÝCH NÁDORŮ**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:
MUDr.Petr Sák, Ph.D.

Autor práce:
Anna Plojharová

2009

Abstrakt

Awareness among patients about diagnostics and therapy of malignant gynecological tumours

The main goal of this thesis was to present a complex view of the current situation regarding the awareness of female patients about malignant gynecological tumours. The research was conducted through quantitative approach using a method of questioning.

Three goals were set for the work. The first one was to find out whether women see their gynecologists once a year for the recommended preventive examination. The second goal was to assess the level of awareness among women regarding diagnostics and therapy of malignant gynecological tumours. The third goal of the work was to find out whether women are sufficiently informed about possible prevention and protection against cancer development.

In connection with these goals three hypotheses were set to validate them. The first hypothesis supposed that women do not undergo yearly preventive examinations. It has not been validated by the research. The second hypothesis, that women are sufficiently informed about gynecological diseases, has proved to be correct. The third hypothesis, that women are sufficiently informed about prevention against cancer development, has also turned out to be correct.

To confirm or disprove the hypotheses, I used a method of questionnaire which consisted of 25 questions. Altogether, 100 questionnaires were distributed, 98 were returned. They were circulated at the gynecological department of the České Budějovice hospital and at gynecological outpatients departments in České Budějovice.

The conclusion of my research is following. Women are mostly well-informed about prevention and therapy of gynecological tumours, but the level of awareness should be continually increased and information spread among women. This could be done through distribution of special educational materials, which would be available for free at medical facilities, and also in the form of lectures.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Informovanost pacientek o diagnostice a terapii zhoubných gynekologických nádorů“ vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použité literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 7. 5. 2009

.....

podpis

Poděkování

Velice děkuji MUDr. Petru Sákovi, Ph.D., za cenné rady, metodické vedení a odbornou pomoc při zpracování této bakalářské práce.

Děkuji své rodině za podporu, kterou mně poskytovala po celou dobu mých studií.

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod | 4 |
| 1. Současný stav dané problematiky..... | 6 |
| 1.1 <i>Klinická anatomie ženských pohlavních orgánů</i> | 6 |
| 1.1.1 <i>Zevní rodidla</i> | 6 |
| 1.1.2 <i>Vnitřní rodidla</i> | 6 |
| 1.1.2.1 <i>Pochva (Vaginae)</i> | 7 |
| 1.1.2.2 <i>Děloha (uterus)</i> | 7 |
| 1.1.2.3 <i>Vejcovody (Salpinx)</i> | 8 |
| 1.1.2.4 <i>Vaječníky (Ovaria)</i> | 9 |
| 1.1.3 <i>Orgány sousedící s rodidly ženy</i> | 9 |
| 1.1.3.1 <i>Močový měchýř (Vesica urinaria)</i> | 9 |
| 1.1.3.2 <i>Konečník (Rectum)</i> | 10 |
| 1.2 <i>Preventivní prohlídky v gynekologii</i> | 10 |
| 1.2.1 <i>Vyšetřovací metody používané při gynekologické prevenci</i> | 10 |
| 1.2.1.1 <i>Celkové vyšetření ženy a úloha porodní asistentky</i> | 11 |
| 1.2.1.2 <i>Vyšetření zevních a vnitřních rodidel</i> | 11 |
| 1.2.1.3 <i>Kolposkopie</i> | 12 |
| 1.2.1.4 <i>Gynekologická cytodiagnostika</i> | 12 |
| 1.2.1.5 <i>Ultrazvuková diagnostika při vyšetřování žen</i> | 14 |
| 1.2.1.6 <i>Vyšetření prsů u ženy a úloha porodní asistentky</i> | 14 |
| 1.2.1.7 <i>Urodynamické vyšetření žen</i> | 15 |
| 1.2.1.8 <i>Odběry biologického materiálu u žen</i> | 15 |
| 1.3 <i>Rozdělení nádorových onemocnění</i> | 16 |
| 1.4 <i>Rizikové faktory jako příčina vzniku zhoubných nádorů</i> | 16 |
| 1.4.1 <i>Dědičnost jako rizikový faktor při nádorových onemocněních</i> | 18 |
| 1.4.2 <i>Dědičná forma nádorů prsu a vaječníků</i> | 18 |
| 1.5 <i>Léčba nádorového bujení</i> | 19 |
| 1.5.1 <i>Aplikace chemoterapie u pacientek</i> | 20 |
| 1.5.2 <i>Aplikace radioterapie</i> | 20 |

| | | |
|---------|---|----|
| 1.5.3 | <i>Hormonální léčba</i> | 21 |
| 1.6 | <i>Rakovina děložního hrdla (cervikální karcinom) a preventivní očkování</i> | 21 |
| 1.6.1 | <i>Příznaky rakoviny děložního hrdla</i> | 22 |
| 1.6.2 | <i>Prognóza léčby rakoviny děložního hrdla</i> | 23 |
| 1.6.3 | <i>Klasifikace rakoviny děložního hrdla dle FIGO</i> | 23 |
| 1.7 | <i>Rakovina děložního těla (endometriální karcinom)</i> | 23 |
| 1.7.1 | <i>Klasifikace rakoviny děložního těla dle FIGO</i> | 24 |
| 1.8 | <i>Rakovina vaječníků (karcinom ovarii)</i> | 25 |
| 1.8.1 | <i>Klasifikace rakoviny vaječníků dle FIGO</i> | 25 |
| 1.9 | <i>Role porodní asistentky při poskytování péče</i> | 26 |
| 1.9.1 | <i>Ošetrovatelský proces u pacientek se zhoubným onemocněním</i> | 27 |
| 1.9.2 | <i>Předoperační období</i> | 28 |
| 1.9.3 | <i>Prevence v gynekologickém ošetrovatelství</i> | 29 |
| 1.9.3.1 | <i>Primární prevence</i> | 29 |
| 1.9.3.2 | <i>Sekundární prevence</i> | 30 |
| 1.9.3.3 | <i>Terciální prevence</i> | 31 |
| 1.9.4 | <i>Psychologický přístup sester k onkologicky nemocným</i> | 31 |
| 1.9.5 | <i>Uspokojování potřeb pacientek se zhoubným onemocněním z pohledu porodní asistentky</i> | 32 |
| 1.9.6 | <i>Pomoc onkologicky nemocným pacientkám po operacích</i> | 33 |
| 2 | <i>Cíle a hypotézy</i> | 35 |
| 2.1 | <i>Cíle práce</i> | 35 |
| 2.2 | <i>Hypotézy práce</i> | 35 |
| 3 | <i>Metodika</i> | 36 |
| 3.1 | <i>Popis metodiky</i> | 36 |
| 3.2 | <i>Charakteristika výzkumného souboru</i> | 36 |
| 4 | <i>Výsledky dotazníkového šetření</i> | 37 |
| 5 | <i>Diskuze</i> | 51 |
| 6 | <i>Závěr</i> | 55 |
| 7 | <i>Seznam použitých zdrojů</i> | 57 |

| | | |
|-----|----------------------------|----|
| 8 | Klíčová slova | 59 |
| 9 | Přílohy | 60 |
| 9.1 | <i>Seznam příloh</i> | 60 |

Úvod

Nemůžete si vybrat, jak zemřete.
Nebo kdy. Můžete se pouze rozhodnout, jak budete žít.
A to právě teď.
Joan Baez

Incidence zhoubných nádorů všeobecně narůstá, důvodem jsou civilizační faktory, ale také prodloužení lidského věku. Pozornost společnosti se zaměřuje na rozvíjení účinných preventivních metod a včasné odhalení nádorových onemocnění.

Podle statistik se zhoubný nádor objeví u každého třetího Evropana. Pokud je včas rozpoznán, může být nemoc úspěšně zvládnuta. V České republice je v současné době u žen na prvním místě výskyt karcinomu prsu, na druhém místě karcinom tlustého střeva a konečníku. Karcinom těla děložního je na třetím místě a karcinom hrdla děložního na čtvrtém místě.

Gynekologická pracoviště disponují moderní technikou a používají nejnovější vyšetřovací metody. Cílem je získat nejšetrnějšími metodami dokonalý obraz o zdravotním stavu klientek, dosáhnout, co možná nejvyššího procenta úspěšnosti v léčebných postupech. Provádějí preventivní a základní vyšetření, poskytují informace o mamografii a informují o možnosti očkování proti rakovině děložního čípku.

V běžné praxi ženy nejsou písemně zvány gynekologickým lékařem, na pravidelné roční preventivní prohlídky, ale odpovědnost za zdraví, nejen v oblasti gynekologie, ale i v ostatních oborech je přesunuta na dospělého jedince. Proto je důležitá osvěta ve sdělovacích prostředcích, ale i v časopisech, určených převážně pro ženy, kde jsou rozebírána jednotlivá vyšetření i příběhy žen, které onemocněly karcinomem, ale také jakým způsobem bylo postupováno v průběhu jejich léčby (6).

Práci jsem si vybrala z důvodu mé práce v nemocnici. Pracuji na porodním sále, přesto mě stále zarazí, kolik žen kolem mne nenavštěvuje gynekologického lékaře. Objevuje se u nich strach z operace, ze ztráty partnera, pocit že odejmutím dělohy, nebude dokonalá žena, a proto některé odkládají řešení zdravotních problémů.

S problematikou rakoviny jsem se setkala i ve vlastní rodině a vím, jak je důležité podporovat nemocné, povzbuzovat je, ale i mnohokrát vyslechnout jejich nářky a obavy o život. Poznatky práce by měly sloužit ke zlepšení osvěty a zdůraznit dodržování prevence v dospělosti, ale i ve stáří. Vysvětlovat důležitost včasné gynekologické operace. Dát ženám dostatek informací, jak mají žít po operaci a onkologické léčbě a jejich zapojení do aktivního života.

1. Současný stav dané problematiky

Gynekologie je lékařský obor zabývající se péčí o ženy. Zaměřuje se na výzkum, diagnózu, léčbu a prevenci chorob ženských pohlavních orgánů. Odborná gynekologická pracoviště se zaměřují na prevenci a léčbu nádorových onemocnění prsů a ženských pohlavních orgánů.

1.1 Klinická anatomie ženských pohlavních orgánů

Do anatomie ženských pohlavních orgánů zahrnujeme zevní rodidla a vnitřní rodidla.

1.1.1 Zevní rodidla

Zevní rodidla ženy začínají tukovým polštářem nad stydkou sponou, tzv. Venušiným pahorkem. Odtud směrem ke konečníku vyrůstají dva velké stydké pysky (labia majora pudendi). Tyto kožní laloky překrývají a chrání vyústění močové trubice a pochvy. Oblast pod velkými stydkými pysky je kryta jemnou sliznicí, která tvoří malé stydké pysky (labia minora pudendi), dva záhyby obepínající poševní vchod (vestibulum vaginae). Poševní vchod je částečně uzavřen vazivovou panenskou blánou (hymen). Nad pochvou ústí močová trubice. Malé stydké pysky se nahoře pod Venušiným pahorkem stýkají a překrývají malý hráškovitý útvar, pošteváček (klitoris). Spodní hranice zevních rodidel tvoří hráz (perineum), vazivová přepážka mezi pochvou a konečníkem. V blízkosti poševního vchodu a močové trubice jsou do sliznice zanořené drobné žlázy, vyrábějící hlen. Největší z nich se nazývá Bartolinská žláza (glandula vestibularis major Bartholini) (2, 21).

1.1.2 Vnitřní rodidla

Vnitřní rodidla se skládají z pochvy, z děložního hrdla, děložního těla, vejcovodů, vaječníků a vazů (parametria), na kterých je děloha zavěšená.

1.1.2.1 Pochva (Vaginae)

Pochva je kopulační orgán. Má tvar trubice, která se kraniálním koncem upíná na děložní hrdlo a vzadu vytváří zadní klenbu, na kterou naléhá Douglasův prostor. Kaudálním koncem se otevírá navenek jako ostium vaginae mezi labia minora. Pochva je oploštělá, přední a zadní stěny se dotýkají. Poševní stěny jsou nestejně dlouhé, přední měří 7-10cm a zadní stěna měří 10-12 cm. Poševní stěna se skládá ze tří vrstev. První vrstvou je sliznice, kterou tvoří mnohobuněčný dlaždicový epitel, druhou vrstvou je svalovina, která je hladká a třetí vrstvu tvoří zevního vazivový obal.

Hlavní funkce pochvy – umožňuje pohlavní styk, odchod menstruační krve a tvoří porodní cesty (2, 13).

1.1.2.2 Děloha (uterus)

Děloha je dutý svalový orgán uložený v centru pánve. Rozeznáváme na ní dvě základní části. První částí je tělo (corpus uteri) a druhou částí je hrdlo (cervix uteri). Mezi tělem a hrdlem je malý spojovací úsek (isthmus uteri).

Hrdlo děložní se skládá z děložního čípku (portio vaginalis), který vyčnívá do pochvy a nad ním je uložená supravaginální část hrdla. Celková délka je asi 2 cm. Podíl svaloviny je malý – asi 8 %. Endocervix se skládá ze sliznice bohaté na krypty a je pokryt hlenotvorným cyklickým epitelem. Funkčně náleží cervixu ochrana před ascenzí patogenních bakterií tím, že je hrdlo uzavřeno hlenovou zátkou (9).

Zevní část hrdla – ektocervix má na povrchu vrstevnatý dlaždicobuněčný epitel (2).

Děložní tělo má přední a zadní stěnu, které v sebe přecházejí laterálně hranami, kraniálně dnem (fundus) a kaudálně v hrdlo. Děložní fundus mírně vybíhá v děložní rohy a z každého rohu odstupuje jeden vejcovod. Hrdlo dělohy má tvar válce, který je dlouhý 2 cm. Má přední a zadní pysk, mezi ním je zevní branka, kterou vyúsťuje kanál hrdla spojující děložní dutinu s pochvou. Zevní branka má u dětí a dospívajících dívek tvar příčné štěrbinovité, u dospělých nulipar je důlkovitá a u rodící ženy je opět štěrbinovitá.

Děložní stěna se skládá ze tří vrstev. Vnitřní vrstvu v těle děložním tvoří sliznice (endometrium), v hrdle děložním (endocervix). Střední a nejmasivnější vrstva, která

dává děloze tvar, je hladká svalovina (myometrium). Největší část dělohy má ještě zevní vrstvu z peritonea (perimetrium) (2).

Endometrium je vrstva sliznice, která vystýlá dutinu děložní. Anatomicky a funkčně v něm rozeznáváme dvě vrstvy.

Stratum basalis je vrstva, která je asi 0,5 mm silná, obsahuje cévy a bazální části žláz. Protože se neodlučuje, zůstává zachována, jak v průběhu menstruace, tak při poporodním odlučováním placenty, může z ní opět vyrůst endometrium.

Stratum functionalis prodělává cyklické, na hormonech závislé změny, známé jako endometriální cyklus. Sliznice se nejprve vlivem estrogenů regeneruje a proliferuje, po ovulaci se vlivem progesteronu sekrečně transformuje. Při zániku žlutého tělíska vlivem poklesu hormonálních hladin začínají spazmy, sliznice nekrotizuje, odlučuje se a s průvodním krvácením odchází z rodidel. Tento cyklus se nazývá menstruace (2, 9).

1.1.2.3 Vejcovody (Salpinx)

Vejcovod je trubicovitého tvaru, délky 10–12 cm a tloušťky asi 0,5 cm. Mediální konec vejcovodu prochází děložním rohem (pars interstitialis), pak následuje úzký istmus, který se rozšiřuje v ampuli zakončenou laterálně infundibulem. Infundibulum je nálevkovité s řasnatými fimbriemi po obvodu břišního vyústění (ostium abdominale), kterým se vejcovod volně otevírá do peritoneální dutiny. Během dospívání a v seniu se vejcovod mění jen málo.

Stěna vejcovodu se skládá ze tří vrstev. Vnitřní sliznice (endosalpinx) je členěná do bohatého systému řas. Povrch sliznice tvoří jednovrstevný cylindrický epitel s řasinkami kmitajícími směrem k děloze. Řasinkové i sekreční buňky sliznice mění svou morfologii v průběhu cyklu, mění se i směry kmitání řasinek. Střední vrstva je z hladké svaloviny s vnitřní vrstvou cirkulární a s vnější longitudinální. Zevně je vejcovod kryt serózou (viscerálním peritoneem), která přechází v závěs (mesosalpinx – horní okraj plica lata uteri). V mezosalpingu se pravidelně nacházejí mikroskopické rudimenty mezonefrického (Wolffova) vývodu, zvané epoophoron a paroophoron, z nichž mohou vznikat tzv. parovariální cysty (2).

1.1.2.4 Vaječníky (Ovaria)

Vaječník je párový orgán a je zdrojem ženských pohlavních buněk, ale je i pohlavní žlázou. V období dospělosti je jeho velikost 4 x 2 x 1 cm, jeho povrch je hrbolatý. Ve stáří se ovarium zmenšuje a podléhá atrofii.

Ovarium není fixováno k žádné pevné struktuře, volně visí na peritoneální duplikatuře, zvané mesovarium. V místě připojení mesovaria je hilus ovaria, kudy do žlázy vstupují cévy a nervy.

Povrch ovaria je kryt jednovrstevným epitelem, pod epitelem je tunica albuginea, což je vrstva zhuštěného vaziva. Vlastní ovariální stroma se dělí na kůru (cortex) ovarii a cévnatou vazivovou dřev (medulla). Kůra ovaria obsahuje folikulární aparát. Vývoj folikulu vrcholí tzv. Graafovým folikulem, který při ovulaci praskne a folikulární tekutina s vajíčkem vyteče do peritoneální dutiny. Granulozové buňky stěny zborceného folikulu se přeměňují na buňky luteální, vytvoří se žluté tělísko (corpus luteum). Vznikne-li těhotenství, mění se v corpus luteum graviditatis, jinak během 10-12 dnů zaniká (2).

1.1.3 Orgány sousedící s rodidly ženy

Mezi orgány, které sousedí s rodidly ženy, počítáme především močový měchýř, konečník.

1.1.3.1 Močový měchýř (Vesica urinaria)

Močový měchýř naléhá na přední stěnu děložního hrdla a na přední klenbu poševní. Ze dna měchýře vystupuje močová trubice (uretra), která je od poševní přední stěny izolována jen nepříliš silnou vrstvou vaziva.

Trigonum vesicae je hladká trojúhelníková část stěny měchýře. Sliznice trigona je kryta dlaždicovým epitelem a ostatní sliznice měchýře je kryta vícevrstevnatým přechodným epitelem.

Svalovina měchýře tvoří dva funkční systémy. První je vypuzovací a druhý je cirkulární uzavírací systém okolo začátku uretry.

Z měchýře vystupuje močová trubice (uretra), je dlouhá 3-4 cm, jejíž průběh svírá s rovinou trigona měchýře úhel 110 st. a je důležitý pro správnou funkci uzávěru močového měchýře (2).

1.1.3.2 Konečník (Rectum)

Konečník je konečný oddíl trávicího ústrojí. Od rodidel a od dělohy jej odděluje excavatio rectouterina (Douglasův prostor). Od pochvy je konečník oddělen rektovaginálním vazivovým septem. (2).

1.2 Preventivní prohlídky v gynekologii

Preventivní prohlídky patří mezi možnosti včasného zjištění nádorového onemocnění a tím i včasného léčení. Součástí preventivních prohlídek je i onkologická prevence.

U žen ve věku od 45 do 69 let praktický lékař nebo ženský lékař ověřuje, zda v posledních dvou letech bylo provedeno mamografické vyšetření na akreditovaných pracovištích. Pokud se tak nestalo, doporučuje ho provést.

Preventivní prohlídky u ženského lékaře se provádí od patnácti let 1x ročně. Jejich účelem je včasné zjištění všech odchylek od normy. Součástí vyšetření je zjištění rodinné, osobní a gynekologické anamnézy. Vyšetření se provádí pohledem a pohmatem. Provádí se odběr materiálu na mikrobiologické a cytologické vyšetření. V rámci těchto prohlídek je vyšetření zaměřeno na vyloučení nebo včasné zjištění onemocnění, která jsou předmětem onkologického programu (18).

Mezi další preventivní prohlídky patří vyšetření stolice na přítomnost krve. Probíhají od 50 let v intervalu dvou let, což může včas odhalit počáteční stádia rakoviny tlustého střeva.

1.2.1 Vyšetřovací metody používané při gynekologické prevenci

Základem každého vyšetřování pacientky je získání anamnézy rodinné, osobní, gynekologicko – porodnické a zjištění údajů o současném onemocnění. Zjišťujeme údaje o menstruačním cyklu, jeho délce trvání a intenzitě krvácení, ptáme se na datum

poslední menstruace. Je vhodné, vede-li si žena menstruační kalendář, kde si zaznamenává dny menstruace, sílu menstruačního krvácení, ale i bolesti, výtok a pohlavní styk. V anamnéze by neměl chybět údaj o antikoncepci používané v minulosti i v současné době. Zaznamenáváme počet porodů, potratů a interupcí, zjišťujeme, zda děti žijí a jsou zdravé. Důležité jsou záznamy po předchozích gynekologických chorobách a jejich léčbě. U gynekologických operací je vhodné zjistit proč, a kdy byl výkon proveden. Ptáme se i na poruchy vyprazdňování moči nebo inkontinenci (2).

1.2.1.1 Celkové vyšetření ženy a úloha porodní asistentky

Porodní asistentka nejdříve klientce změří krevní tlak, puls a změří teplotu. V určitých případech vyšetří i orientačně moč, zjistí tělesnou váhu a připraví lékaři dokumentaci klientky. Dále si všímá, jak je žena upravená, sleduje vzhled vlasů, nehtů a dodržování osobní hygieny.

Gynekolog hodnotí držení těla, způsob chůze, výraz v obličeji, stav výživy, typ ochlupení, velikost a tvar prsů, pigmentaci, přítomnost varixů, zvětšené lymfatické uzliny, otoky a změny na kůži (16).

1.2.1.2 Vyšetření zevních a vnitřních rodidel

Vyšetření zevních rodidel provádí lékař pohledem, kdy hodnotí vzhled kůže, sliznic i ochlupení na zevním genitálu ženy.

Vyšetření vnitřních rodidel se provádí bimanuálním vyšetřením v gynekologické poloze na vyšetřovacím stole, provádí se palpačním vyšetřením dělohy, vaječníků, útvarů v malé pánvi a Douglasova prostoru. U dětí a virgines se bimanuální vyšetření provádí konečníkem (16).

Vyšetření se provádí pomocí poševních zrcadel – zrcadla se zavádějí po zadní stěně poševní (horní a dolní zrcadlo). Hodnotí se stěny poševní, prostornost, klenba poševní, sekret a patologické útvary. Hlavně se hodnotí děložní čípek, jeho povrch, tvar, konfigurace, sekrece a branka.

Provádí se cytologické stěry z povrchu čípku a hrdla děložního vatovou štětíčkou nebo správněji Brush kartáčkem, kdy se odebraný materiál nanese po stěru na

sklíčko a fixuje se. Odebraný materiál se posílá do cytologické laboratoře, kde dojde k jeho vyhodnocení. V případě patologického zjištění a podle stupně závažnosti je zvolen další postup léčby. Cytologická laboratoř doporučuje častější kontroly u ženského lékaře, v případě zánětu přeléčení a opakovanou kontrolu stěru, nebo je provedena konizace děložního čípku.

1.2.1.3 Kolposkopie

Vyšetření kolposkopem je součástí gynekologického vyšetření, několikanásobně zvětšuje vyšetřovanou sliznici čípku děložního. Toto vyšetření je důležité zejména při vyhledávání prekanceróz čípku děložního. K rozšířené kolposkopii se používá potření děložního čípku 3% roztokem kyseliny octové, kdy se rozpustí hlen a je lépe znatelný přechod mezi epitelem cylindrickým a dlaždicovým. Schillerova zkouška spočívá v tom, že se čípek potře Lugolovým roztokem. Výsledkem je, že se dlaždicový epitel Lugolem barví a patologické defekty se nezbarví. Při kolposkopii se cíleně odebírají stěry na onkologickou cytologii. Při jakémkoliv abnormálním nálezu je doporučena léčba. (5, 17).

1.2.1.4 Gynekologická cytodiagnostika

Při gynekologické cytodiagnostice se hodnotí buněčné elementy z čípku děložního. Cytodiagnostika je běžnou součástí preventivní gynekologické prohlídky. Pokud je nález normální, pak se stěr provádí 1x za rok. Pokud výsledek vykazuje určité změny, pak se test opakuje 1x za ½ roku nebo dle doporučení cytologické laboratoře (8).

Gynekologická cytodiagnostika prošla několika etapami vývoje. Jako klinická vyšetřovací metoda byla v České republice uvedena do praxe cytopatologem F. Lukschem od roku 1947. Všechny gynekologické cytology sjednotil prof. O. Nyklíček v komisi Odborné gynekologické společnosti v roce 1962 (7).

Cytodiagnostické stěry cervixu jsou nejúčinnějším vyšetřením v prevenci karcinomu čípku děložního (cervixu). Jeho zavedení vedlo ke snížení výskytu zhoubného bujení v této lokalizaci.

Při popisu abnormálních změn buněk na povrchu děložního hrdla používali lékaři během let různé označení. Pro hodnocení gynekologické onkologické cytologie se od 50. let používala stupnice hodnocení podle Papanicolaoua I. –V., kdy I.a II. znamenaly negativní nález, III. Suspektní, IV. buňky podezřelé z karcinomu a V., karcinom. Nové poznatky a snaha o přesnější interpretaci výsledků vedly od roku 1988 k přijetí nového hodnocení tzv. Bethesda systému. Tato metoda popisuje změny dlaždicového a žláзовého epitelu, hodnotí kvalitu nátěru, popisuje infekci a hormonální stav (2).

Nyní se používá označení SIL (skvamozoní intraepiteliální léze). Slovo léze značí poruchu normální tkáně s tvorbou abnormální tkáně a výraz intraepiteliární znamená, že abnormální druhy jsou jen v povrchové vrstvě buněk a slovo skvamozoní znamená, že je zde dlaždicový epitel (17).

Změny buněk se třídí do dvou kategorií. První kategorií je LSIL - nízký stupeň dlaždicové intraepitelové léze znamená, že jde o změny ve velikosti jader, tvaru a počtu buněk, které jsou na povrchu děložního hrdla. Některé z těchto změn se mohou samy upravit a vymizet. Některých časem přibývá, stávají se více abnormálními a mohou přecházet do HSIL vysoký stupeň dlaždicové intraepitelové léze, což je druhý stupeň. Zde jde již o velký počet jader, která jsou zvětšená, hyperchromatická nebo mají velmi hrubou strukturu, které se značně liší od normálních jader. Podobně jako u LSIL nízkého stupně i v tomto případě prekancerózní změny postihují jen buňky na povrchu děložního hrdla (cervixu). Nejsou rakovinné, ale během měsíců a možná i let se mohou tvořit i v hlubších vrstvách cervixu. Prekancerózní stavy nízkého stupně se označují také jako mírná dysplazie CIN 1. Časné změny se vyskytují nejčastěji u žen mezi 25. - 35. rokem života, ale mohou být i v jiných věkových skupinách (17).

Abnormální změny vysokého stupně se nazývají střední nebo těžká dysplazie CIN 2 nebo CIN 3 tzv. carcinoma in situ. Tato tzv. neinvazivní rakovina nemá ještě schopnost infiltrativního růstu. U žen se tyto změny vyskytují nejčastěji ve věku 30 – 40 roků, ale i v jiných věkových kategoriích.

SIL klasifikace se užívá pro kategorizaci cytologických stěrů. CIN klasifikace (cervikální intraepiteliální neoplasie) je histologická klasifikace předrakovinných změn děložního hrdla (17).

1.2.1.5 Ultrazvuková diagnostika při vyšetřování žen

Ultrazvukové vyšetření se provádí klasickými abdominálními nebo vaginálními sondami. Je to neinvazivní vyšetření, které ženu nezatěžuje. Ke správnému provedení je potřeba náplň močového měchýře. Využívá se v porodnictví zejména při vyšetření velikosti plodu, diagnostice VVV, při stanovení četnosti plodů i pohlaví. V gynekologii je ultrazvukové vyšetření zaměřené na diagnostiku útvarů v malé pánvi, na lokalizaci, velikost, původ, topografické ohraničení a vnitřní strukturu útvaru (16).

Hodnotit endometrium je možné pomocí transvaginálního přístupu, který umožňuje kvalitativní i kvantitativní (tloušťka) hodnocení endometria, ať již v rámci gynekologické endokrinologie nebo endometrálních polypů či tumorózních změn (2).

1.2.1.6 Vyšetření prsů u ženy a úloha porodní asistentky

Prsy vyšetřujeme pohledem, pohmatem. Hodnotí se velikost, symetrie, tvar a barva, vyšetřuje se sekrece bradavek jejich zmáčknutím a spádové uzliny v podpaždí. Vyšetření prsů se provádí jako součást preventivních prohlídek. U žen od 45 let se provádí každé 2 roky mamografie, která je hrazena pojišťovnou v rámci preventivních prohlídek (16).

Mamografie je rentgenové vyšetření prsů. Pro kvalitní rentgenový záznam je nutné na několik vteřin stisknout prsa mezi dvě desky. Moderní mamografické přístroje zaručují bezpečnou dávku záření. Používá se k zobrazení prsní žlázy a přesné lokalizaci zhoubného nádoru prsu u žen. V současné době je to jediná vhodná metoda pro screening karcinomu prsu. Mamografický přístroj odhalí nádor od velikosti 1 až 3 mm. Cílem screeningu je včasná diagnostika tumoru (14).

Ultrazvukové vyšetření je doplňujícím vyšetřením nejasných mamografických obrazů. Výhodou je, že ho lze libovolně opakovat.

Do primární prevence patří samovyšetřování prsů. Při této metodě má důležitou roli porodní asistentka, která vysvětlí ženě, jak toto vyšetření provádět. Doporučí

seznámit se s vlastními prsy. Vyšetření se má provádět každý měsíc nejlépe jeden týden po menstruaci a u žen v menopauze, je třeba provádět samovyšetření vždy ve stejný den v měsíci. Při nejasném nálezů nebo objevení bulky v prsu je důležité provést konzultaci s lékařem (16).

1.2.1.7 Urodynamické vyšetření žen

Urodynamické vyšetření se provádí ke zjištění inkontinence moči a zjišťují se informace o shromažďování a vypuzování moči. Vyšetření se provádí urodynamickým přístrojem se zabudovaným počítačem. Vyšetřuje se objem a tlak v močovém měchýři, tlakové poměry v močové trubici, rychlost proudu moči, postmikční reziduum a únik moči při kašli. Ultrazvukem lze zjistit měchýřové reziduum (13).

1.2.1.8 Odběry biologického materiálu u žen

Kromě cytologického stěru, je dalším vyšetřením při podezření nádorového onemocnění, odběr krve na tumor markery. Nádorové buňky při svém množení uvolňují do krve specifické látky. Jejich hladina závisí na růstové aktivitě nádoru. Jedná se o pomocné vyšetření a nelze říci, že pokud je hladina nádorových markerů zvýšená, má pacientka jistě zhoubné onemocnění. Naopak v počátečních stádiích zhoubného bujení mohou být hladiny nádorových markerů zcela normální. Zvláště se provádí vyšetření markeru CA 125 na karcinom vaječníků a CA 15-3 karcinom prsu.

Biopsie

Závažnost cervikálních lézí a definitivní potvrzení prekancerózy nebo invazivního karcinomu stanovíme odběrem tkáně a následně histologickým vyšetřením odebrané tkáně.

K odběru tkáně používáme různých technik.

Minibiopsie – provádíme speciálními kleštěmi pod kolposkopickou kontrolou z endocervixu.

Cílená excize skalpelem je vytětí suspektní tkáně.

Kyretáž provádíme kyretou z endocervikálního kanálu.

Konizaci provádíme skalpelem nebo radiofrekvenční kličkou. Tato metoda není vhodná u jasných invazivních karcinomů (2).

1.3 Rozdělení nádorových onemocnění

Skupinu nádorových onemocnění, kterých je kolem 200, označujeme jako onemocnění nezhoubná (benigní) a zhoubná (maligní). Mohou postihovat různé druhy buněk, které jsou základní jednotkou lidského těla. Ke změnám dochází tehdy, když se buňky přestávají chovat podle pravidel a začnou se nekontrolovatelně dělit. Následně vzniká masa nové tkáně, kterou nazýváme nádorem.

Benigní nádory se ve většině případů odstraňují operativně a obvykle se neobnovují. Nešíří se do jiných částí těla a neohrožují život pacientky, pokud nevyrůstají v mozkové tkáni a svým uložením jsou inoperabilní. Polypy, a myomy patří k benigním nádorům dělohy.

Maligní nádory nazýváme rakovinou. Rakovinné buňky se neustálým dělením množí, a tím poškozují tkáně a orgány v blízkosti nádoru. Mohou se z nádorů uvolnit a rozšířit do lymfatických nebo krevních cest. Touto cestou se mohou rakovinné buňky dostat z hrdla děložního, z těla dělohy nebo vaječníků do jiných částí těla např. do močového měchýře, konečníku, do páteře, plic nebo jater. Rozsev takových buněk nazýváme metastázy. Metastázy se chovají stejně agresivně jako prvotní ložisko, ze kterého vznikly původní buňky. Nejčastějším zhoubným novotvarem ženských pohlavních orgánů je rakovina děložní sliznice (karcinom endometria), na druhém místě je rakovina děložního čípku (karcinom cervixu) a dále rakovina vaječníků (karcinom ovaria) (17).

Rychlost, s jakou onemocnění postupuje, je různá. Někdy zůstává zhoubný nádor po relativně dlouhou dobu v nízkém stádiu rozvoje. Jindy je jeho chování agresivní již od počátku vzniku.

1.4 Rizikové faktory jako příčina vzniku zhoubných nádorů

Vznik nádorů je stále předmětem zkoumání a příčiny jsou u jednotlivých nádorů různé nebo neznámé. Některé rizikové faktory vzniku nádoru můžeme odstranit, nebo

alespoň ovlivnit. Mezi tyto faktory patří kouření ať aktivní nebo pasivní. Vztah kouření ke vzniku nádorového onemocnění byl mnohokrát prokázán.

Výživa je významným faktorem ovlivňujícím výskyt onkologického onemocnění. Z hlediska výživy je třeba se zaměřit na odpovídající tělesnou hmotnost, vyvarovat se obezity, která je samotným rizikovým faktorem. Z hlediska výživy je důležité vyvarovat se konzumaci karcinogenních látek. Jsou to potraviny napadené plísněmi, vysoké teploty při přípravě masa a masných výrobků (grilování, opékání). Alkohol ve spojení s kouřením má vliv na vzniku nádorového onemocnění jater. Mezi ochranné faktory patří konzumace ovoce, zeleniny, které působí na snížení vlivu rakovinových látek, obsahem antioxidantů.

Mezi další rizikové faktory patří infekce.

Virus hepatitidy B a C. Tyto viry přetrvávají v játrech mnoho let po prodělané infekci a mohou působit karcinogenně a způsobit vznik hepatocelulárního karcinomu.

Lidský papilomavirus se podílí na vzniku karcinomu děložního čípku a vulvy a souvisí se sexuálním chováním. Ochranou je používání bariérové antikoncepce (kondom), omezit střídání partnerů a v dnešní době využít očkování proti tomuto viru.

Virus HIV (AIDS) - poměrně častou komplikací HIV infekce je vznik Kaposiho sarkomu.

Helikobacter pylori (bakteriální infekce) tato infekce vyvolává chronický zánět žaludku a vznik žaludečních vředů. Takto drážděná sliznice žaludku může být následně postižena karcinomem žaludku (23).

Sluneční UV záření má potvrzený vliv na vznik melanomů a karcinomů kůže. Rizikem je nadměrné působení slunce v dětském věku a na začátku sezóny, kdy se pigment v kůži začíná teprve vytvářet (23).

Expozice rakovinotvorným látkám. Některé chemikálie (například dehet, polychromované bifenyly, DDT, látky vznikající spalováním a další) mohou v organismu nastartovat změny vedoucí ke vzniku nádorového onemocnění (22).

1.4.1 Dědičnost jako rizikový faktor při nádorových onemocněních

Geny jsou předávány z generace na generaci. Pokud jsou geny v pořádku, tělo se vyvíjí a pracuje bez problémů. Odchylky mohou způsobit deformaci i nemoc. Díky vědeckým objevům je možné zjistit malé chyby v genech, které mohou způsobit nemoc nebo vadu. Testování genů je někdy již klinicky dostupné a umožňuje lidem zjistit onemocnění, nebo zjistit vysoké riziko nemoci v budoucnu.

Geny jsou pracovní jednotkou naší DNA. DNA, deoxyribonukleová kyselina, je vlastní chemickou informační databází. Přenáší veškeré informace pro tvorbu bílkovin v buňkách. Každý gen nese kódující informaci pro jednu bílkovinu. Všechna nádorová onemocnění jsou zapříčiněná poškozením genů. Pouze malá část nádorů je dědičná. Týká se to 5-10 % nádorových onemocnění většinou v mladším věku. U ostatních, 90 % případech, vznikají chyby v genech naprosto náhodně během života pouze v určité buňce např. v prsu nebo tlustém střevě, kdy hromaděním mutací dochází k růstu nádorů a jejich metastazování. Buňky se uvolní z nádoru a zakládají nová ložiska vzdálená od prvního nádoru. Nádory se objevují s přibývajícím věkem. Čím je člověk více exponován škodlivinám, například cigaretovému kouři a záření, tím větší bude riziko nových mutací a onemocnění nádorem (4).

1.4.2 Dědičná forma nádorů prsu a vaječnicků

Výskyt dvou a více pacientek s nádorem prsu nebo vaječnicku v přímé příbuzenské linii (například matka a dcera, nebo dvě sestry, obzvláště pokud alespoň jedna z žen onemocněla před 50. rokem věku), by měla být alarmujícím signálem, že by se mohlo jednat o dědičnou dispozici. Dědičná forma nádorů prsu a vaječnicků je u většiny případů způsobena mutací jednoho ze dvou genů, BRCA 1 nebo BRCA 2.

V rodinách s mutací BRCA 1 genu mají ženy přenašečky až 85 % riziko onemocnění nádorem prsu (až 10x vyšší než má ostatní populace) a 60 % riziko nádoru vaječnicků (až 30x vyšší než má ostatní populace). Nádory se vyskytují v mladém věku. V rodinách s mutací v BRCA 2 genu je riziko nádorů prsu stejné jako u genu BRCA 1, a riziko nádoru vaječnicků je asi ve 20 %. Zvyšuje se mírně i riziko dalších nádorů.

Důležitá je prevence. Jelikož víme, které typy nádorů se u lidí s mutací v BRCA 1 nebo BRCA 2 genu mohou objevit, je nutné včas začít s preventivními prohlídkami,

mnohem dřív než je tomu v běžné populaci. Prohlídky prsů začínáme od 25 let a od 30 let doporučujeme mamografii prsů. Gynekologické sledování je nutno při preventivní prohlídce doplnit vyšetřením ultrazvukem a sledováním nádorového markeru CA – 125 (4, 25). Je nutno upravit životní styl. Zdravý životní styl snižuje riziko vzniku onemocnění. Důležité je nekouřit, jíst nízkotučnou stravu bohatou na vlákninu, hodně ovoce, zeleniny a cvičení nebo aktivní pohyb. V rodinách, kde je pravděpodobná dědičná dispozice, ale nepodařilo se objevit mutaci v BRCA genech, je třeba pro ženy v riziku doporučit všechny uvedené prevence.

Prevenčí karcinomu ovarií je užívání hormonální antikoncepce kombinované nebo gestagenní. U žen s rodinnou zátěží je užívání hormonální antikoncepce (především kombinované) výslovně indikováno a žena by měla být informována. U nosiček BRCA1 nebo BRCA 2 je na místě uvážit oboustrannou ovariectomii. Ta snižuje riziko nádoru ovarií a asi na 5 % zůstává riziko primárních peritoneálních nádorů (3).

1.5 Léčba nádorového bujení

U nezhoubných nádorů je chirurgické odstranění dostatečnou léčbou. Léčba zhoubných nádorů je komplexní a podílí se na ní odborníci z různých oborů. Postup léčby u pacientek se volí s ohledem na druh nádoru, stádium onemocnění, zdravotní stav a věk pacientky. Je nutné také zvážit, jakou léčebnou metodu použijeme, jestli léčbu kurativní, paliativní, symptomatickou, podpůrnou, terminální, konzervativní nebo operativní.

Do konzervativní terapie patří aplikace chemoterapie, radioterapie (aktinoterapií), která se může aplikovat transkutánně nebo ve formě brachyterapie. Dále se používá hormonální terapie, imunoterapie, biologická léčba, psychoterapie, spirituální a sociální pomoc. Při terapii je nutné se zaměřit především na léčbu bolesti.

Cílem chirurgické terapie je většinou operativní zákrok, kdy se odstraní celý nádor a provede se radikální výkon. Při velkém rozsahu onemocnění není možné nádor chirurgicky odstranit, potom je nádor inoperabilní.

1.5.1 Aplikace chemoterapie u pacientek

Aplikovanou léčebnou látkou jsou cytostatika, která různými mechanismy blokuje nebo usmrcuje buňky nádoru. Terapie se užívá se ke zničení zbylých nádorových buněk po operativním zákroku nebo ke zmenšení nádoru před operativním zákrokem. Chemoterapie je léčba systémová, což znamená, že léky se dostávají do různých částí těla prostřednictvím krevního oběhu. Chemoterapie se podává v cyklech. Po jejím podání následuje období na zotavení, potom léčba opět pokračuje s opakovanými přestávkami. Nevýhodou jsou vedlejší účinky léčby, jako je porucha krve tvorby, padání vlasů a zvracení. Tyto vedlejší účinky vymizí po skončení léčby. Během léčení a po jeho ukončení je vždy důležité zvyšovat obranyschopnost organismu správnou výživou a různými podpůrnými léky.

1.5.2 Aplikace radioterapie

Radioterapie je léčba zářením. Používá vysokoenergetické záření, které ničí zbylé nádorové buňky a zabraňuje jim v růstu po operačním výkonu nebo u inoperabilních stádií onemocnění. Ozařování se provádí buď pomocí přístroje, transkutánně a nebo zavedením radioaktivních zářičů přímo do dutin nebo do blízkosti nádoru (brachyterapie), v podobě kapslí, které obsahují radioaktivní materiál. Tento druh záření usmrcuje buňky v nádoru a v jeho okolí, přičemž šetří okolní zdravé tkáně. Radioaktivní materiál se nechává působit frakcionovaně podle vypočítané dávky např. 1-3 dny v průběhu 1-2 týdnů. Při této léčbě nemocná dochází většinou k ambulantní aplikaci denně např. 5 dnů v týdnu, obvykle 5-6 týdnů. Pokud se zdravotní stav pacientky zhorší, probíhá aplikace za hospitalizace pacientky.

Radioterapie má také vedlejší účinky – nechutenství, zvýšená únava a nesoustředěnost. Na kůži se objevuje zarudnutí nebo svědivá vyrážka, po větší dávce záření puchýře nebo vlhké mokvání kůže. V ozářené oblasti mizí ochlupení (11). Před léčbou je nutné, aby pacientka byla řádně poučena o všem, co léčba zhoubného nádoru přináší. Mnohem lépe je pak připravena na vedlejší účinky léčby.

1.5.3 Hormonální léčba

Cílem hormonální léčby je potlačení účinku hormonu, který může mít vliv na rozvoj nádorového onemocnění. Hormonální léčba se používá u hormonálně dependentních (závislých) nádorů. V protinádorové léčbě používáme zejména steroidní hormony tj. estrogeny, progestiny a glukokortikoidy. Hormony působí na buňky prostřednictvím hormonálních receptorů. Receptory pro steroidní hormony byly zajištěny u karcinomu prsu, prostaty a děložního těla.

1.6 Rakovina děložního hrdla (cervikální karcinom) a preventivní očkování

Karcinom cervixu je třetím nejčastějším zhoubným onemocněním reprodukčního systému žen. Vyskytuje se u stále mladších věkových skupin. Je také jediným karcinomem, kterému se dá předejít pečlivě a systematicky prováděnými screeningovými vyšetřeními žen a sledováním žen s rizikovými faktory (7, 12).

Vzniká nejčastěji z dlaždicových buněk. Na přechodu sliznice kanálu děložního hrdla a sliznice na povrchu čípku vznikají buněčné změny, ze kterých pravděpodobně vlivem infekce lidským papillomavirem může vzniknout rakovinné bujení.

Vzniku zhoubného bujení předchází změny buněk děložního hrdla, které nazýváme prekancerózy (předrakovinná stádia buněčných změn). Když se abnormální buňky změny na rakovinné a pronikají do hlubších vrstev tkání děložního hrdla nebo do jiných orgánů, nemoc se nazývá rakovina děložního hrdla nebo invazivní cervikální karcinom (karcinom cervixu). Postihuje nejvíce ženy ve věku do 35 let. Cílem preventivních vyšetření je tyto změny na čípku děložním včas odhalit a léčit. Pokud jsou prekancerózy neléčené, je průměrná doba od začátku vzniku buněčných změn do vzniku zhoubného nádoru asi 10 let. Je jisté, že pravidelné kontroly děložního čípku včas odhalí podezřelé ložisko a důsledné léčení předchází vzniku rakoviny.

Ohroženou skupinou jsou ženy, které začaly časně sexuálně žít, měly více sexuálních partnerů a byly silné kuřačky. Kolem roku 1980 se zjistilo, že lidský papilloma virus (human papilloma virus – HVP) má onkogenní účinky. Z více než 80 známých HVP jsou skupiny s velkým kancerogenním rizikem. Jsou to skupiny 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59 a 66. Téměř 30 % žen má jeden nebo více virů

těchto druhů. V cytologických stěrech je můžeme dobře sledovat a hodnotit je pomocí klasifikace Bethesda 2001 v jednotlivých cytologických obrazech (7).

Od roku 2007 se na českém trhu objevila očkovací látka proti karcinomu čípku. Vakcína Silgard pomáhá chránit před onemocněními způsobenými lidským papillomavirem HPV typu 16 a 18, kteří jsou původci 70 % případů rakoviny děložního čípku a typu 6 a 11, kteří jsou původci 90 % genitálních bradavic (20).

Druhou vakcínou proti vzniku rakoviny děložního čípku je Cervarix, která chrání proti HPV 16 a 18. Aplikace obou vakcín probíhá ve třech dávkách. Po první aplikaci podáme druhou dávku za dva měsíce a třetí dávku aplikujeme za 6 měsíců od první dávky. Vakcíny chrání proti vzniku rakoviny děložního čípku a vakcína Silgard je ochranou proti vzniku genitálních bradavic. Chrání proti vzniku abnormálních změn buněk děložního čípku, jež mohou vést k rakovině děložního čípku. Vakcíny jsou určeny dětem, dospívajícím a ženám ve věku od 9 do 26 let (20).

1.6.1 Příznaky rakoviny děložního hrdla

Prekancerózní změny děložního hrdla nemají často žádnou symptomatologii. Příznaky se objevují zpravidla až u začínajících stádií rakovinného bujení. Nejčastějším příznakem je krvavě zbarvený výtok nebo krvácení mimo termín menstruace. Krvácení se může objevit po pohlavním styku, tlaku na stolicí, po zavádění poševních tablet nebo gynekologickém vyšetření. Takové alarmující příznaky však nemusí znamenat rakovinu. Měly by však vést k návštěvě lékaře gynekologa (12,17).

Pozitivní nález na děložním hrdlu se odstraňuje chirurgicky a to konizací. Konizace je chirurgické odstranění povrchu čípku s kuželem zahrnující kanál děložního hrdla. Histologické vyšetření ukáže spolehlivě charakter a rozsah změn. Většinou tento typ zákroku je dostačující u prekancerózních změn děložního hrdla. V případě rakoviny děložního hrdla se všeobecně volí tzv. radikální hysterectomie, to znamená chirurgické odstranění dělohy, vazů děložních, horního okraje pochvy a lymfatické uzliny v malé pánvi (operace dle Wertheima). U pokročilých stádií onemocnění, kdy není možné nádor chirurgicky odstranit je nutná léčba ozařováním

1.6.2 Prognóza léčby rakoviny děložního hrdla

Nádor vzniká obvykle na exocervixu, méně často je uložen endocervikálně. Šíří se na dělohu, pochvu a parametria, později lymfatickou cestou. Vzdálené hematogenní metastázy jsou vzácné. Prognóza léčby rakoviny hrdla děložního závisí na stádiu choroby. Procento trvale vyléčených trvale klesá se stupněm pokročilosti. Včasná diagnóza je největší šancí k trvalému vyléčení. Rakovinu děložního hrdla rozdělujeme podle rozsahu nemoci do čtyř stádií. V prvním stupni je to okolo 80 % pacientek, ve druhém stupni je to 50-60 % pacientek, ve třetím stupni je to 30-50 % pacientek a ve čtvrtém stupni je to jen kolem 15 % pacientek, které přežívají.

1.6.3 Klasifikace rakoviny děložního hrdla dle FIGO

Stádium I. – nádor je lokalizován pouze na děložním hrdle (IA – preklinický nádor, IB – klinicky viditelná léze).

Stádium II. – nádor přerůstá na pochvu nebo do parametrií (IIA – nešíří se do parametrií, IIB šíří se do parametrií).

Stádium III. – nádor se šíří k pánevní stěně nebo do dolní třetiny pochvy nebo způsobuje hydronefrózu (IIIA – postihuje dolní třetinu pochvy bez šíření k pánevní stěně, IIIB – šíří se k pánevní stěně nebo způsobuje hydronefrózu).

Stádium IV. – nádor se šíří na okolní orgány do močového měchýře nebo recta nebo se šíří mimo malou pánev (IVA – nejsou přítomny vzdálené metastázy, IVB- jsou přítomny vzdálené metastázy) (3, 13).

1.7 Rakovina děložního těla (endometriální karcinom)

Je nejčastějším zhoubným nádorem ženských pohlavních orgánů. Vzniká se žlázových buněk sliznice děložního těla. Před stupněm vzniku zhoubného bujení je tzv. atypická hyperplazie endometria. Sliznice v dutině děložní nadměrně bují při dlouhodobém vlivu hormonů po přechodu, a proto je také nejvyšší výskyt tohoto druhu nádoru kolem šedesátého roku věku žen. Karcinom děložního těla má poměrně dobrou prognózu vyléčení. Druhým typem nádoru je nízcce diferencovaný karcinom, jehož růst nesouvisí s produkcí hormonů a prognóza je špatná.

Rizikové faktory jsou obezita, diabetes a vysoký krevní tlak. K příznakům patří krvácení v menopauze, které je nutné podrobně vyšetřit. Může se jednat o hormonální poruchu, myom, polyp, benigní hyperplazii sliznice, ale může jít i o karcinom endometria.

Diagnózu stanovíme odběrem vzorku sliznice děložní s následným histologickým vyšetřením. Materiál získáme kyretáží, která zároveň zastaví krvácení (12).

Při pozitivním nálezu léčba probíhá operativně, kdy se většinou provádí hysterectomie s oboustranným odstraněním vaječníků. Toto rozhodnutí je samozřejmě podmíněné rozsahem nádorového onemocnění a celkovým stavem pacientky.

Ozařování se provádí u inoperabilních nádorů a zářiče se zavádějí přímo do děložní dutiny (brachyterapie). Další léčbou je chemoterapie, která se může s radioterpií kombinovat podle rozsahu nádoru. Některé nádory příznivě odpovídají na hormonální terapii, která se nasazuje, u některých vysoce diferencovaných karcinomů, které příznivě odpovídají na hormonální léčbu progesteronem.

1.7.1 Klasifikace rakoviny děložního těla dle FIGO

Stádia karcinomu děložní sliznice rozdělujeme na:

Stádium I, kdy nádor postihuje pouze děložní tělo.

Stádium II, kdy se nádor šíří na děložní čípek.

Stádium III, kdy nádor pronikl na povrch dělohy, vytvořil ložisko v pochvě nebo v mízních uzlinách.

Stádium IV, kdy nádor prorostl do močového měchýře, střeva nebo vytvořil vzdálené metastázy.

Počet vyléčených žen s tímto nádorem se pohybuje kolem 70 %, což je podmíněno hlavně tím, že počáteční stádium je diagnostikováno v počátku onemocnění. Umožňuje to i alarmující příznak, kterým je krvácení v menopauze, jenž přivede pacientky k lékaři včas.

1.8 Rakovina vaječnicků (karcinom ovarii)

Je to zákeřné onemocnění, protože na sebe neupozorní v časných stádiích onemocnění. Ženy většinou přicházejí až v pokročilém stádiu, nejčastěji při zvětšování břicha nádorem nebo ascitem. Příčinou vzniku je u 10-15 % žen s touto nemocí vrozená porucha v genech, které se nazývají BRCA1, BRCA2 a MMR. Tyto geny kódují tvorbu bílkovin, které se účastní oprav DNA, tedy genetické paměti buněk. Narodí-li se zdravé děvče s touto vlohou, má 20-40x vyšší pravděpodobnost onemocnět v průběhu života nádorem vaječnicků a přibližně 10x vyšší riziko onemocnět nádorem prsu (10, 12).

Důležité v otázce dědičnosti je nejprve provést genetické testování nemocné osoby. U pozitivního výsledku se došetřují další osoby z rodiny. Pravděpodobnost, že tento gen zdědili další potomci v rodině je 50 %. U naprosté většiny žen však nádor vaječnicku vzniká na podkladě náhodných okolností, které nejsou dosud přesně objasněny (10).

K rizikovým faktorům vzniku nádorů řadíme vyšší věk, rasu, bělošky jsou více ohroženy než černošky nebo asiátky. Na druhou stranu existují faktory, které snižují vznik rakoviny. Jeden porod snižuje riziko onemocnění o 53 % a dalšími porody se toto procento zvyšuje, ale i kojení mírně snižuje riziko onemocnění. Dále je to pětileté užívání hormonální antikoncepce, které také snižuje riziko onemocnění karcinomu vaječnicků o 50 %. Tento ochranný efekt přetrvává 10-15 let po jejím vysazení. Delší užívání hormonální antikoncepce snižuje riziko onemocnění výrazněji než užívání kratší (10). Pravidelné kontroly u gynekologa s ultrazvukovým vyšetřením vaginální sondou, zvyšují možnost záchytu onemocnění včas.

K příznakům onemocnění nepatří žádné typické příznaky. Vzhledem k uložení vaječnicků v dutině břišní nepůsobí růst nádoru v počátečních stádiích žádné potíže. Nejčastějšími potížemi je nechutenství, bolesti břicha, váhový úbytek, zvětšování objemu břicha. Diagnóza onemocnění se většinou stanoví až během operace.

1.8.1 Klasifikace rakoviny vaječnicků dle FIGO

Stádia rakoviny vaječnicků jsou rozdělena:

Stádium I, kdy je nádor je omezen na vaječníky.

Stádium II, kdy nádor postihuje jeden nebo oba vaječníky a šíří se na vejcovod, dělohu a jiné tkáně.

Stádium III, kdy se nádor šíří se mimo malou pánev, na pobřišnici nebo na povrch jater, do tenkého střeva nebo do tříselných a retroperitoneálních uzlin.

Stádium IV, je takové, kdy jsou vytvořené vzdálené metastázy (13).

Léčba je většinou zahájena operací, záleží na rozsahu nálezu, při které je odstraněna děloha, oba vaječníky vejcovody, appendix a lymfatické uzliny. Jestliže je nádor rozsáhlý, operatér se snaží odstranit co největší část nádorových mas. Po operaci následuje chemoterapie, při které se podávají cytostatika v nitrožilních infúzích s cílem zničit zbylé nádorové buňky v těle.

1.9 Role porodní asistentky při poskytování péče

Porodní asistentka může pracovat jak v ambulantní části, tak jako sestra v nemocnici u lůžka. Úloha porodní asistentky v ambulantní části je evidence vyšetřených žen, připravovat pomůcky pro gynekologické vyšetření a účastní se ultrazvukových vyšetření, mamografie, asistuje při odběrech vzorků na cytologické vyšetření, aplikuje léky, odebírá biologický materiál.

Cíle porodní asistentky v prevenci nádorů

Zjišťování informovanosti o prevenci a počátečních příznacích nádorového onemocnění.

Schopnost podat kvalitní a odborné informace týkající se nádorových onemocnění.

Vedení speciálních poraden pro veřejnost.

Podílet se na preventivních programech a seminářích.

Absolvovat školení sester v primární péči (14).

V nemocnici u lůžka vykonává práci, která souvisí s ošetřováním ženy, realizuje ošetřovatelský proces. Ve fázi posuzování shromažďuje údaje o pacientce. Na základě analýzy údajů potom tvoří sesterské diagnózy a posuzuje je z hlediska uspokojování

potřeb ženy. V další fázi vytyčuje krátkodobé a dlouhodobé cíle, určuje výsledná kritéria a podle identifikovaných problémů plánuje sesterské intervence. V závěrečné fázi vyhodnocuje splnění stanovených cílů na základě výsledných kritérií a posuzuje účinnost ošetrovatelské péče, případně reviduje ošetrovatelský proces (8).

1.9.1 Ošetrovatelský proces u pacientek se zhoubným onemocněním

Ošetrovatelská péče je realizována formou ošetrovatelského procesu. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových pochodů, které sestry a porodní asistentky používají ke zhodnocení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity, k plánování, realizaci a vyhodnocování ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces má pět fází.

V 1. fázi posuzování shromažďuje porodní asistentka údaje o pacientce. Její anamnézu, posuzuje její aktuální stav a individuální potřeby. Posoudí funkční schopnosti, psychický stav a posoudí sociální oblasti klientky

V 2. fázi na základě analýzy údajů tvoří sesterské diagnózy a posuzuje je z hlediska uspokojování potřeb ženy. Tvoří aktuální a potencionální sesterské diagnózy v předoperačním a pooperačním období. Pořadí stanoví dle priorit zdravotního stavu klientky. Ošetrovatelské diagnózy zaznamenává v ošetrovatelské zdravotnické dokumentaci.

V 3. fázi plánování ošetrovatelské péče vytyčuje krátkodobé a dlouhodobé cíle, určuje výsledná kritéria a podle identifikovaných problémů plánuje sesterské intervence.

V 4. fázi se provádí realizace navržených opatření vycházejících z ošetrovatelského plánu, ale i z aktuálních zdravotních změn stavu klienta. Plní ordinace lékařů. Sestra dokumentuje poskytnutou ošetrovatelskou péči do zdravotnické dokumentace s datem a časovým údajem.

V 5. fázi závěrečné fázi vyhodnocuje sestra nebo porodní asistentka, splnění stanovených cílů na základě výsledných kritérií a posuzuje účinnost ošetrovatelské péče, případně reviduje ošetrovatelský proces (8, 19).

Role porodní asistentky je ve svém povolání velice důležitá. Lékař sice ženě vysvětlí druh operace, který ji čeká, vysvětlí jí postup operace. Porodní asistentka slouží k uspokojování biopsychosociálních a spirituálních potřeb pacientky při chirurgické léčbě. Tvoří aktuální a potencionální sesterské diagnózy v předoperačním a pooperačním období. Podává správné a vhodné informace v rámci svých kompetencí a získává spolupráci žen před a po gynekologických operacích a v období rekonvalescence nenásilnou formou (8).

1.9.2 Předoperační období

Sestra by měla zapojit klientku do rozhodování, zjistit její vnímání onemocnění, zda zná postup jeho řešení, co čeká od plánované operace a jak bude zvládat onemocnění v osobním životě.

Poskytovat informace, poučit klientku o průběhu předoperační přípravy a pooperačního stavu.

Zjistit překážky komunity – strach, úzkost, stres.

Zjistit zda klientka vše chápe a popřípadě vysvětlit slova, kterým nerozumí.

Poskytnout prostor pro kladení otázek.

Zkontrolovat podepsaný informovaný souhlas a zjistit, zda klientka chápe a rozumí, co je v něm napsané.

Před operací

Sestra plní ordinace lékaře.

Zajistí vyprázdnění tlustého střeva.

Před operací oholí genitálie.

Zkontroluje čistotu pupku při plánované laparoskopii.

Šest hodin před operací nepodává pacientce žádné tekutiny a jídlo.

Dbá na hygienu, zjistí úroveň sebepéče a soběstačnosti.

Podává nízkomolekulární heparin dle ordinace lékaře.

V případě potřeby provádí bandáž končetin.

Zavede i.v. kanylu a provede záznam do dokumentace.

Zajistí vyprázdnění močového měchýře spontánně nebo zavedením permanentního močového katétru.

Kontroluje identifikační náramek se jménem pacientky.

Odstraní make-up a lak na nehty.

Odstraní a uchová věci pacientky – vyndá umělý chrup, odebere brýle, kontaktní čočky, protetické pomůcky. Tato opatření by se měla provést co nejpozději, aby se zachovala důstojnost pacientky.

Doprovodí pacientku na operační sál, kde ji v předsálí předá anesteziologické sestře.

Pooperační péče

Po převezení klientky z operačního sálu, sestra kontroluje fyziologické funkce TK, TT, P, saturaci, kontroluje operační ránu, sekreci z rány a drénů, monitoruje bolest klientky. Dbá na vyprazdňování a sleduje barvu moči, zjišťuje bolest hlavy u klientek po spinální anestézii. Zaznamenává odchod plynů a všímá si vzedmutého břicha – při meteorismu zavádí rektální rourku. Podává léky na tišení bolesti a aplikuje i.v. infuze dle ordinace lékaře, podává tekutiny per os. Zajišťuje vhodnou polohu. Ve spolupráci s lékařem adekvátně reaguje na změny stavu pacientky. Zajišťuje klid a odpočinek klientky po operačním výkonu, podává analgetika dle ordinace lékaře. Je nezbytné, aby sestra klientku pravidelně kontrolovala a podávala správně ordinované léky a prováděla pooperační péči. Vše zapisuje do sesterské dokumentace. Důležitá je časná mobilizace klientky. Dbát na pohybový režim, který se řídí stavem klientky a operačním zákrokem (13,14,).

1.9.3 Prevence v gynekologickém ošetřovatelství

Prevence se zajímá o udržení, zlepšení, podporu zdraví a to za aktivní účasti jedince, rodiny a společnosti, tak i zmírnění následků rozvinutých nemocí.

1.9.3.1 Primární prevence

Primární prevence se zaměřuje na posílení, udržení, podporu a ochranu zdraví, protože na vzniku nádorů se podílí řada faktorů prostředí i životního stylu. Primární

prevence je zaměřena na eliminaci těch faktorů, které zvyšují riziko rozvoje nádoru. Na řešení využívá zdravotně výchovná opatření – zdravotní výchovu, vyhledávání rizikových faktorů, očkování. Svou největší částí jde primární prevence mimo zdravotnický systém (11,21).

Ošetrovatelský proces v gynekologii v primární péči se zaměřuje na:

Shromažďování údajů o zdravotním stavu a rizikových faktorech.

Pojmenování problémů ohrožující zdraví.

Stanovení cílů a ošetrovatelských intervencí zaměřených na prevenci a upevnění zdraví.

Realizace ošetrovatelských programů na podporu zdraví.

Hodnocení ošetrovatelského procesu z pohledu zachování zdraví.

Cíle

Odstranit rizikové faktory ohrožující zdraví.

Poskytovat prostor na podporu a upevňování zdraví v systému prevence v systému preventivních a zdravotnických služeb.

Udržovat a navracet zdraví.

Poskytovat ošetrovatelské služby porodní asistentkou, v rozsahu jejich kompetencí.

Zapojovat jedince, rodiny, komunity do ošetrovatelského procesu.

Využívat metody a prvky zdravotní výchovy.

Realizovat edukační programy (11).

1.9.3.2 Sekundární prevence

Znamená včasný záchyt onemocnění ve stádiu, které je léčitelné.

Základem jsou plošné screeningové metody, včasná diagnostika a léčení problémů.

Zabraňuje rozvinutí nemoci, vzniku komplikací. Sekundární prevenci obvykle provádí lékař prvního kontaktu, tedy praktický lékař nebo ambulantní gynekolog (11,21).

1.9.3.3 Terciální prevence

Znamená předcházení dalším škodám v důsledku onemocnění nebo i terapie. Jejím cílem je obnovit zdraví, popřípadě zmírnit následky nemoci. Využívá se v následné péči (11,21).

1.9.4 Psychologický přístup sester k onkologicky nemocným

Klientky, u kterých bylo diagnostikováno zhoubné onemocnění, procházejí několika fázemi psychického smíření s danou situací. Elizabeth Kübler-Rossová, popsala několik fází, kterými nemocný po sdělení závažné situace prochází.

Fáze podle Elizabeth Kübler-Rossové

Šok, popření – jedná se o emočně silnou reakci na sdělení diagnózy, projevující se neklidem, nebo strnulostí, pláčem, klientky se ptají, proč právě jim se to stalo. Šoková situace trvá různě dlouho a klientky se nechtějí smířit s danou situací, hledají vysvětlení. U některých může tato fáze trvat po celou dobu léčení a to vede k jejich nespolupráci.

Agrese – klientky hledají odpověď na otázku – čí je to vina?, proč zrovna já?, svou zlost obracejí vůči zdravým lidem. Se zdravotníky přestanou spolupracovat, komunikovat, nebo jsou nespokojeni s jejich péčí a neustále si stěžují.

Smlouvání – je to období hledání zázračných léků, klientky hledají v sobě víru a obracejí se k bohu, navštěvují léčitele.

Deprese – jedná se o nejtěžší fázi, kdy se klientka ponoří do smutku, beznaděje a strachu, úzkosti. V této fázi jsou buď neklidní, nebo apatičtí. Někdy se v této fázi musí podávat psychofarmaka.

Smíření – fáze psychického uvolnění, rozumového přístupu k nemoci. Klientky spolupracují na léčbě (13).

Klientky prochází jednotlivými fázemi různě dlouho. Pokud je klientce fyzicky lépe, zlepšuje se i nálada, ale pokud se léčba nedaří, rychle upadá do deprese. Jednotlivými fázemi prochází i rodina a přátelé. I pro ně je to nová situace, na kterou

nebyli připraveni, musí zachovávat klid, protože tím snižují úzkost klientky. Proto i oni někdy potřebují pomoc psychologa nebo přátel, kteří jim budou naslouchat.

Sestry pracující s onkologicky nemocnými klienty, uvědomují si vážnost nemoci, někdy je to pro ně smutek, který v nich nemocní zanechávají. Proto je důležité, aby se ve volném čase věnovaly kvalitnímu aktivnímu odpočinku, relaxaci, měly dobré vztahy v rodině i na pracovišti, aby nedošlo k syndromu vyhoření.

1.9.5 Uspokojování potřeb pacientek se zhoubným onemocněním z pohledu porodní asistentky

Nástup klientky do nemocnice a plánovaná operace je pro klientky velice stresující zážitek. Před operací ovlivňuje chování ženy zejména strach, stud, úzkost a pocit méněcennosti.

Role porodní asistentky je ve svém povolání velice důležitá. Lékař sice ženě podává informace o operačním výkonu, který ji čeká, vysvětlí ji postup operace. Sestra by měla klientce vstřícně zodpovídat všechny dotazy, které jsou spojené s operací, často bývá strach z anestézie, že se klientka neprobudí. Porodní asistentka uspokojuje biopsychosociální a spirituální potřeby pacientky před a po chirurgické léčbě. Pozornost je třeba věnovat i otázkám sexuálního života (možná změna hormonálních hladin, nástup klimaktéria, reprodukční schopnosti či otázky prožitku sexuálního styku).

Děloha je pro některé ženy vnímána jako zdroj síly zdraví a výkonnosti. Její ztráta je někdy provázena pocitem nedokonalé ženy, s neschopností rodit děti v reprodukčním období, obavou ze snížení sexuální reaktivity, a tím ztráty partnerova zájmu (13). Porodní asistentka podává správné a vhodné informace v rámci svých kompetencí a získává spolupráci žen po gynekologických operacích a v období rekonvalescence nenásilnou formou. Edukace žen a čas strávený s klientkou se ošetřovatelskému personálu později vrátí (8, 13).

1.9.6 Pomoc onkologicky nemocným pacientkám po operacích

Ženy po operaci nebo onkologické léčbě hledají pomoc a odpověď na otázky, které je v souvislosti z jejich nemocí napadají. Neví, s kým se mají poradit, a kde hledat pomoc. V nemocnici dostanou radu od lékaře, sestry nebo sociální pracovnice. Dostávají informace o existenci Ligy proti rakovině, svépomocných klubech, které se orientují na jednotlivé druhy nádorů. Při vzniku nových zdravotních problémů, např. deprese, poskytnout kontakt na odborného lékaře psychiatra nebo psychologa. Užitečnou pomoc poskytují brožurky vydávané Ligou proti rakovině Praha a bezplatná nádorová telefonní linka.

Liga proti rakovině byla založena v roce 1990 jako dobrovolná nezisková organizace s humanitním posláním sdružující laiky i zdravotníky. Jejím hlavním cílem je *snížit výskyt nádorových onemocnění, prevence, přispívat ke zlepšení kvality života onkologických pacientů, podporovat onkologický výzkum a výchovu onkologických specialistů.*

Mezi další cíle patří, *změna životního stylu, životosprávy a informace o rizikosti kouření již mezi školní a dospívající mládeží.*

Evropský kodex proti rakovině vznikl mezi roky 1986-2000, zakladatelské země Evropské Unie realizovaly program Evropa proti rakovině. Její program se zaměřuje na informovanost veřejnosti o rizikových faktorech spolupodílejících se na vzniku rakoviny a na úspěšné prevenci. Skupiny odborníků, z onkologických evropských ústavů, vypracovaly priority rizik a preventivních přístupů pro vznik rakoviny. Některé druhy rakoviny nevzniknou a zdraví populace selepší, jestliže si osvojí zdravější životní styl. V Bruselu v roce 2003 byl vydán nový Evropský kodex proti rakovině, který obsahoval tyto body:

Nekuřte, jestliže kouříte, přestaňte, nekuřte v přítomnosti nekuřáků.

Braňte se obezitě.

Věnujte se denně aktivní tělesné činnosti.

Zvyšte denní příjem zeleniny a ovoce, jezte alespoň třikrát denně, omezte příjem tučné stravy.

*Omezte konzumaci alkoholu u mužů 2 sklenky a u žen 1 sklenka denně.
Vyvarujte se nadměrnému opalování. Je důležité chránit děti a mládež.
Dodržujte preventivní opatření před působením jakékoliv rakovinu vyvolávající látky.
Ženy od 25 let věku by se měly účastnit cervikálního sceeningu.
Ženy nad 45 let by měly absolvovat mamární sceening.
Muži a ženy nad 50 let by měli být zařazeni do kolorektálního sceeningu.
Zapojení se do programu očkování proti virové hepatitidě typu B (10).
Navštívit lékaře jsou-li déletrvající potíže jako je chronický kašel, vleklý chrapot, změny při močení a stolici, zpozorujete-li na těle bulku, mateřské znaménko, které změnilo tvar, barvu, velikost nebo objeví-li se neobvyklé krvácení či nevysvětlitelný váhový úbytek.*

Vyhlídky do budoucna, jestliže je nádor zachycen včas v počátečním stádiu, jsou velmi dobré. Pokud je nádor odhalen v pokročilém stádiu, jsou vyhlídky horší, ale záleží na řadě okolností. Důležitá je spolupráce nemocného s lékařem.

2 Cíle a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit, zda ženy navštěvují gynekologa 1x ročně v rámci preventivních prohlídek

Cíl 2 Zjistit, zda jsou ženy dostatečně informovány o terapii zhoubných gynekologických nádorů a znají postup léčby.

Cíl 3 Zjistit zda mají ženy dostatečnou informovanost o prevenci vzniku nádorového onemocnění.

2.2 Hypotézy práce

Hypotéza 1 Ženy nedochází 1x ročně na pravidelné gynekologické prohlídky.

Hypotéza 2 Ženy jsou dostatečně informovány o terapii gynekologických nemocech.

Hypotéza 3 Ženy mají dostatečnou informovanost o prevenci nádorového onemocnění.

3 Metodika

3.1 Popis metodiky

Ke kvantitativnímu výzkumnému šetření byla použita technika dotazníku. Dotazník byl anonymní a byl sestaven z 25 otázek s rozdělením do dvou okruhů zkoumaných oblastí. První okruh měl 16 všeobecných otázek, kdy úvodní otázky byly identifikační se zaměřením získat základní informace o respondentovi a to, věk a vzdělání rodinný stav. Další otázky byly zaměřené na informace o případných návštěvách u lékaře – gynekologa, na důvod návštěvy, frekvenci návštěv, na činnosti prováděné při prohlídce nebo na činnosti se zaměřením na prevenci.

Druhý okruh byl zaměřen na respondentky, které měly praktickou zkušenost s onemocněním a měl 9 otázek. Zde byly získávány informace o nemoci, o diagnostice nemoci, o informovanosti respondentek s poskytovanou terapií, o operačním zákroku, o reakci a chování respondentek po zjištění onemocnění.

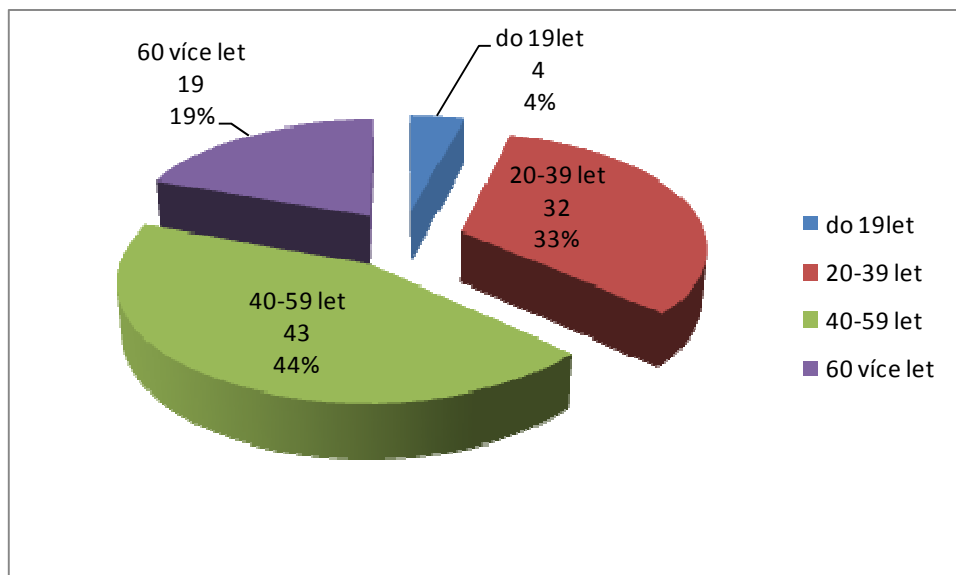
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření probíhalo na gynekologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s a v ordinaci obvodních gynekologů v Českých Budějovicích. Výzkumné šetření probíhalo od 1.11.2008 do 15.3.2009. Celkem bylo distribuováno 100 dotazníků a 98 jich bylo vráceno s vyplněním. Celkový počet respondentek činil 98 (100 %).

Získané informace z dotazníků byly zpracovány v programu Excel do tabulek. Po získání jednotlivých odpovědí bylo provedeno vyhodnocení jednotlivých oblastí.

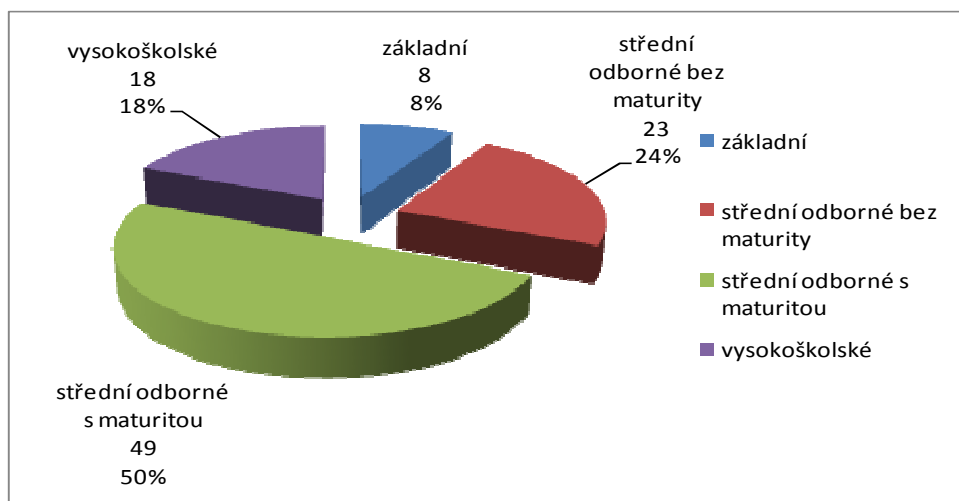
4 Výsledky dotazníkového šetření

Graf 1 Věková kategorie respondentek



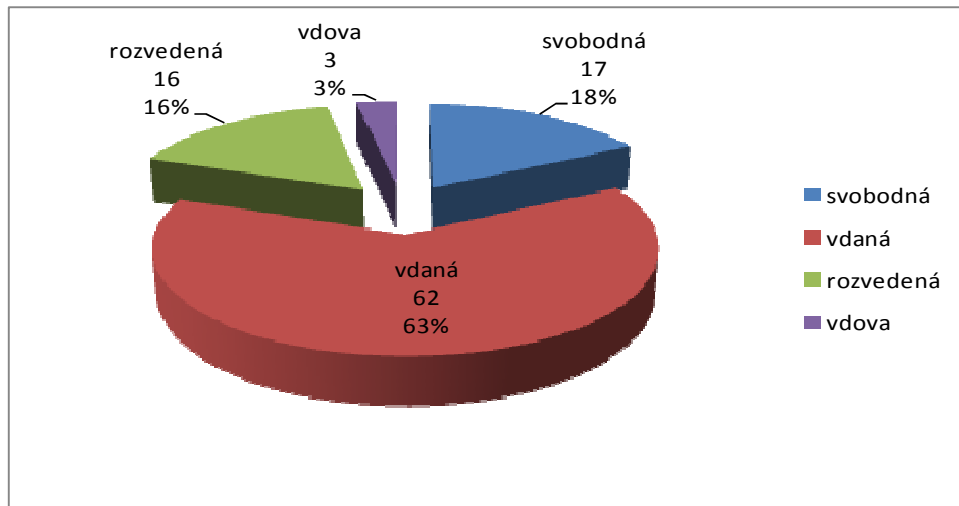
Celkový počet dotazovaných byl 98 (100 %). Největší zastoupení bylo ve věkové kategorii 40 – 59 let v počtu 43 což je (44 %) respondentek, ve věkové skupině 20-39 let bylo zastoupeno 32 (33 %) respondentek, ve věkové skupině 60 let a více bylo zastoupeno 19 (19 %) respondentek a ve věkové skupině do 19 let bylo zastoupeno 4 (4 %) respondentek.

Graf 2 Vzdelání respondentek



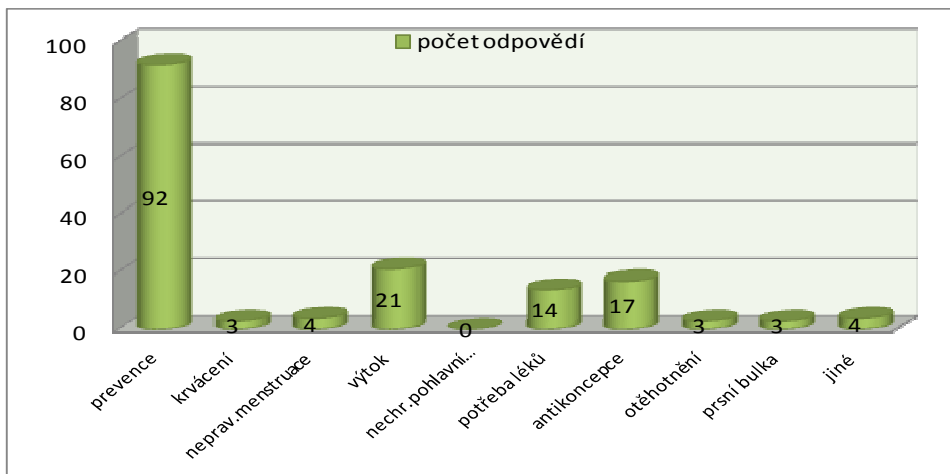
Celkový počet respondentek byl 98 (100 %). Nejvíce respondentek 49 (50 %) se vzděláním maturita, střední odborné vzdělání bez maturity číslo 23 (24 %) respondentek, vysokoškolské vzdělání 18 (18 %) respondentek a základní vzdělání 8 (8 %) respondentek.

Graf 3 Dělení respondentek dle rodinného stavu



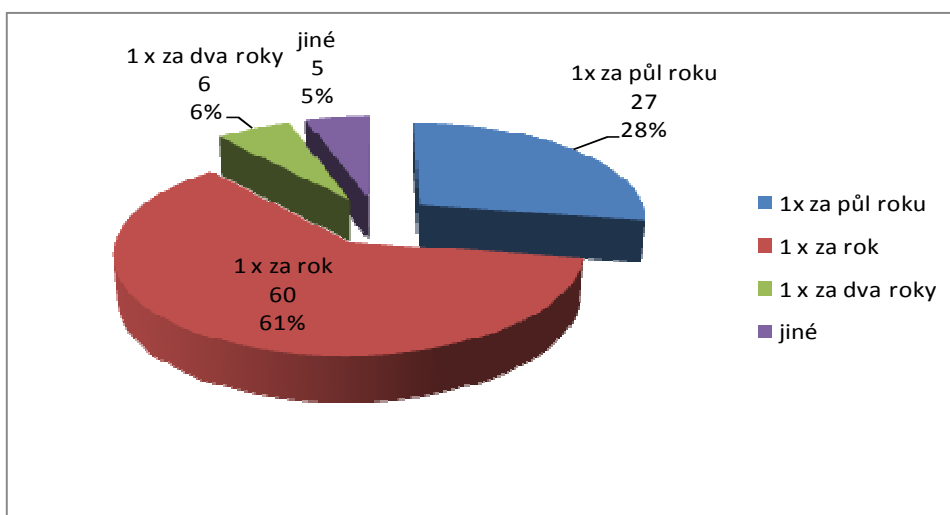
Celkový počet dotazovaných byl 98 (100 %). Nejvíce respondentek bylo 62 (63 %) vdaných, 17 (18 %) respondentek bylo svobodných, 16 (16 %) respondentek bylo rozvedených, 3 (3 %) respondentky byly vdovy.

Graf 4 Důvod návštěvy lékaře



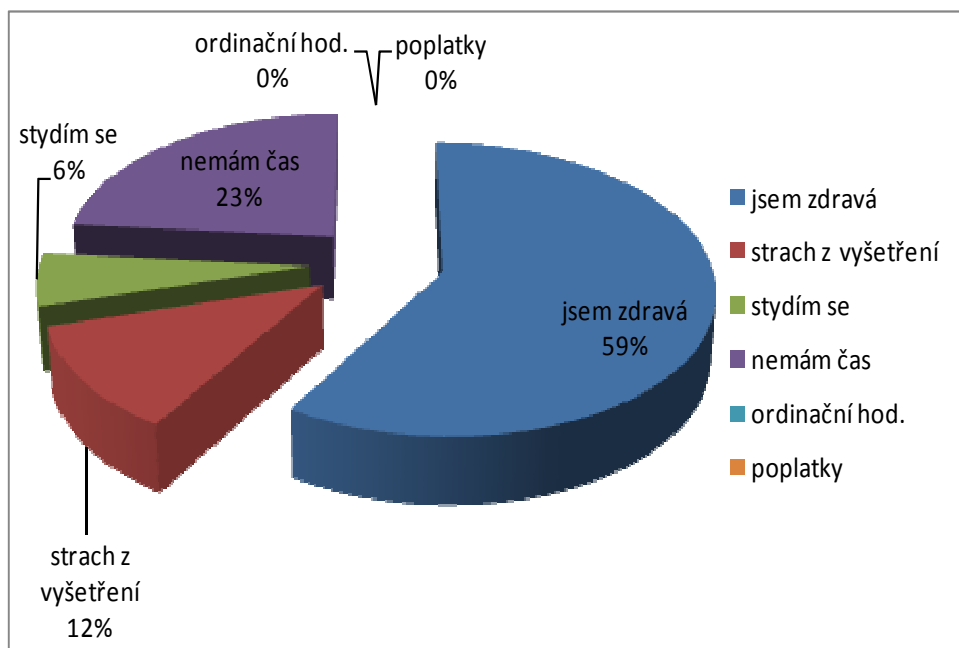
Celkem 98 respondentek si mohlo vybrat z více odpovědí. Zde je uveden graf sloupcový pro lepší znázornění počtu odpovědí v jednotlivých důvodech návštěv. Převažující důvod návštěv je prevence, kde z 98 respondentek vybralo odpověď prevenci 92. Další odpovědi v sestupném pořadí odpovědí, výtok 21, antikoncepce 17, potřeba léků 14, nepravidelná menstruace 4, jiné 4 (bez bližší specifikace), prsní bulka 3, otěhotnění po 3, krvácení 3, nechráněný pohlavní styk 0.

Graf 5 Frekvence návštěv



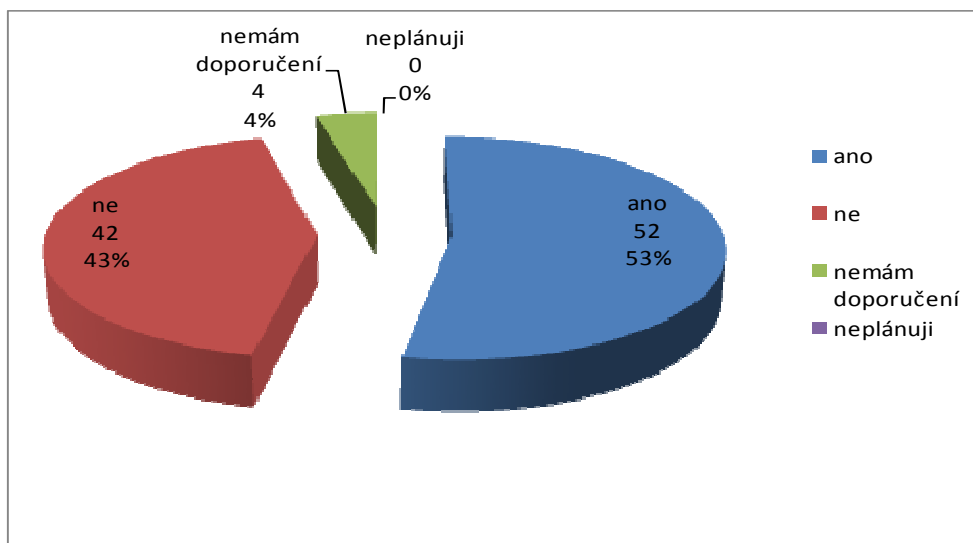
Tento graf znázorňuje procentně frekvenci návštěv u lékaře. Nejčastěji navštěvují lékaře z 98 (100 %) dotázaných 1 x ročně 60 respondentek (61 %), 1 x za půl roku 27 respondentek (28 %), 1 x za dva roky 6 respondentek (6 %), jiné 5 repondentek (5 %) (upřesněné odpovědi „jiné“, vůbec, po 15 letech, po 5letech)

Graf 6 Důvod nepravidelnosti gynekologických prohlídek



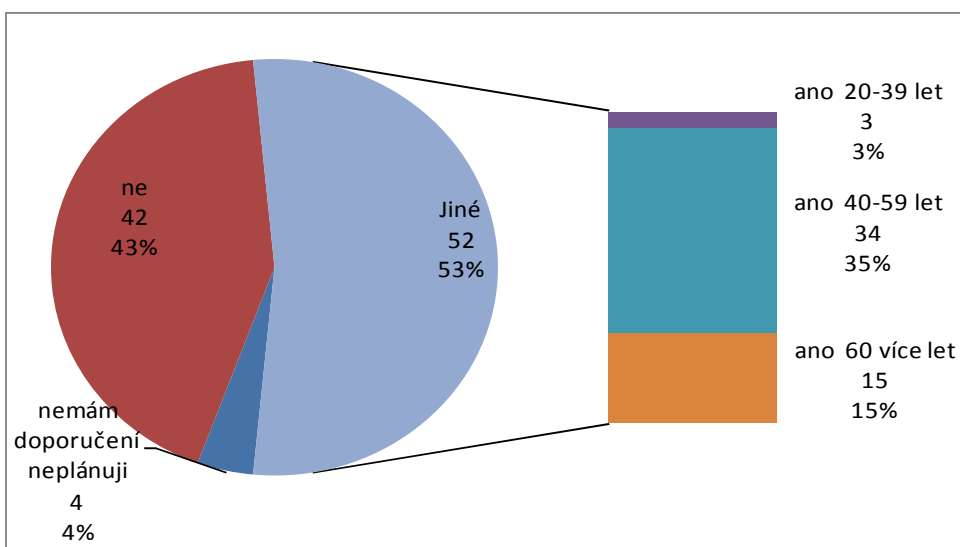
Tento graf znázorňuje důvody, proč chodí respondentky nepravidelně na gynekologické prohlídky. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentek odpovědělo jsem zdravá a v 59%, nemám čas 23%, strach z vyšetření 12%, stydím se 6%, ordinační hodiny a poplatky 0%.

Graf 7a Přehled dotázaných na absolvování mamografické vyšetření

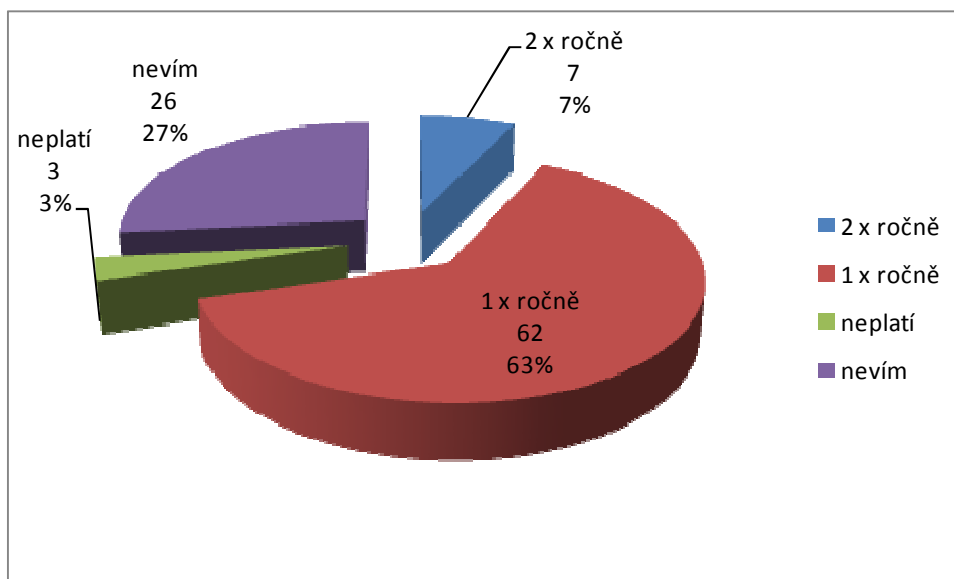


Graf 7a a 7b je třeba posuzovat společně, protože z 98 respondentek (100 %), které absolvovaly mamografii odpověděly 52 (53 %) ano, 42 (43 %) ne, 4 (4 %) nemám doporučení a 0% neplánuji. Pokud však budeme vyhodnocovat odpovědi respondentek nad 45 let, kde mají již hrazenou mamografii pojišťovnou a je jim předepisována, pak v kategorii 40-59 z 43 oslovených respondentek absolvovaly mamografii 34 a v kategorii 60 a více z 15 oslovených respondentek absolvovaly mamografii 13 viz obr 7b.

Graf 7b Přehled dotázaných, kteří již absolvovali mamografické vyšetření vztaheno k 100% dotazovaných v uvedené věkové hranici.

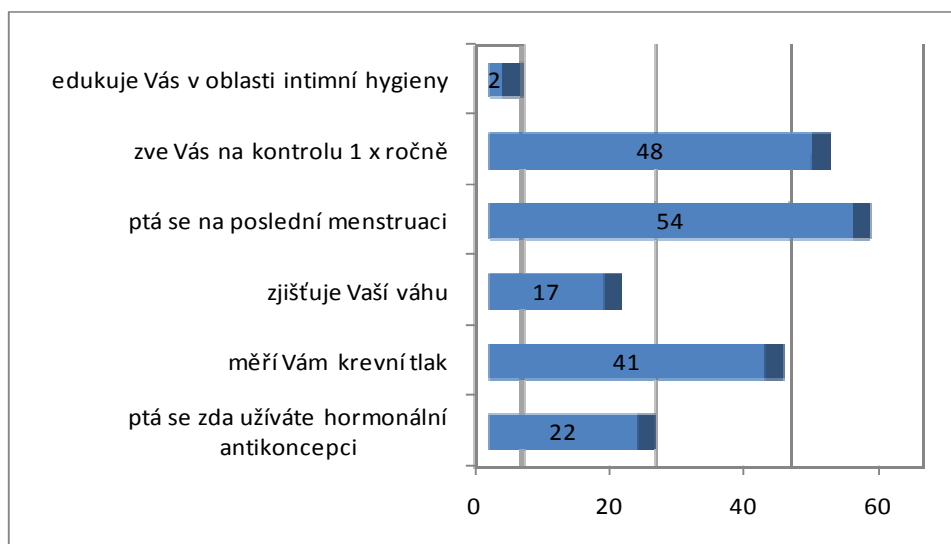


Graf 8 Přehled znalosti dotázaných o periodách úhrad zdravotních pojišťoven



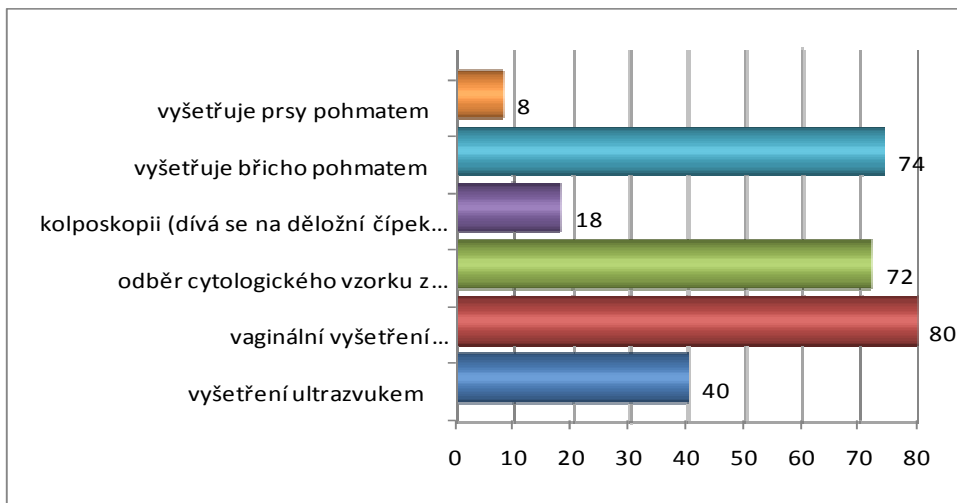
Graf 9 znázorňuje, že z oslovených respondentek na periodu úhrad od zdravotních pojišťoven odpovědělo z 98 dotázaných (100 %), 62 (63 %) 1 x ročně, 26 (27 %) nevím, 7 (7 %) 2 x ročně a 3 (3 %) neplatí.

Graf 9 Přehled činnosti porodních asistentek



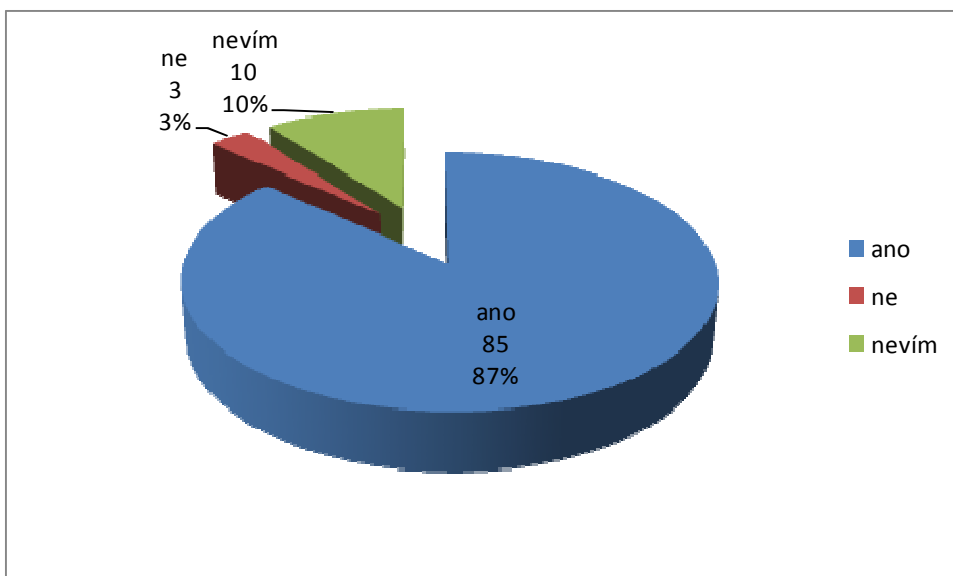
Celkem 98 respondentek si mohlo vybrat z více odpovědí. Nejčastěji byla vybrána odpověď, že se porodní asistentka ptá na poslední menstruaci 54, zve na kontrolu 1 x ročně 48, měří tlak 41, ptá se na antikoncepci 22, zjišťuje váhu 17 a edikuje v oblasti intimní hygieny 2.

Graf 10 Přehled činnosti lékařů-gynekologů



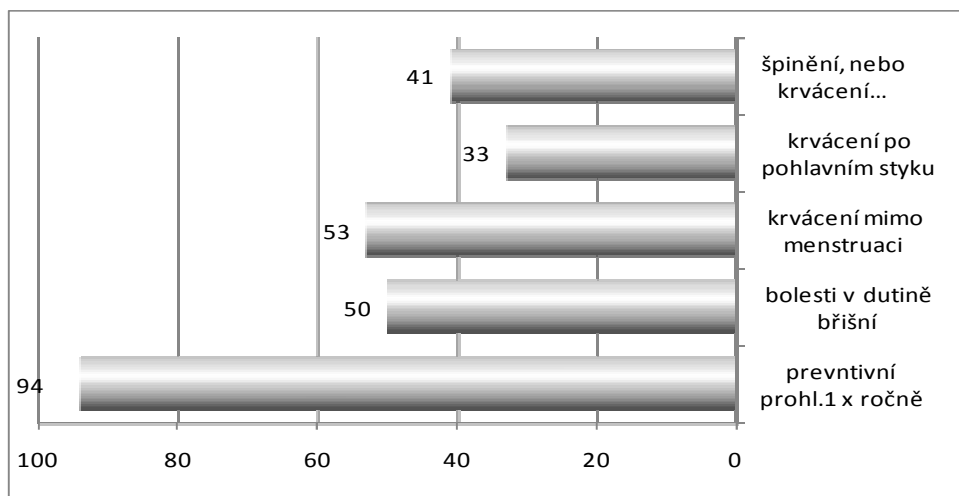
Zde si také 98 respondentek mohlo vybrat z více odpovědí. Nejčastěji byla vybrána odpověď oblasti činnosti lékaře, že lékař provádí vaginální vyšetření pomocí gynekologických zrcadel 80, vyšetřuje břicho pohmatem 74, odběr cytologického vzorku z děložního čípku 72, vyšetření ultrazvukem 40, kolposkopii (dívá se na děložní čípek pomocí přístroje) 18, vyšetřuje prsy pohmatem 8.

Graf 11 Lze odhalit preventivní prohlídkou vznik nádorového onemocnění



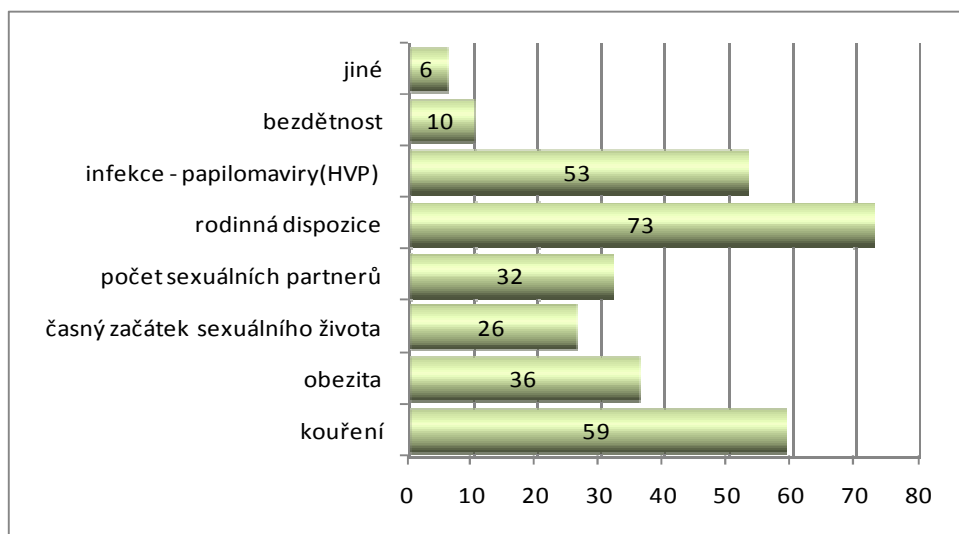
Na otázku, zda lze odhalit preventivní prohlídkou vznik nádorového onemocnění odpovědělo z 98 dotázaných respondentek (100 %) 85 (87 %) ano, 10 (10 %) nevím a 3 (3 %) ne.

Graf 12 Co patří do odhalení nádorového onemocnění



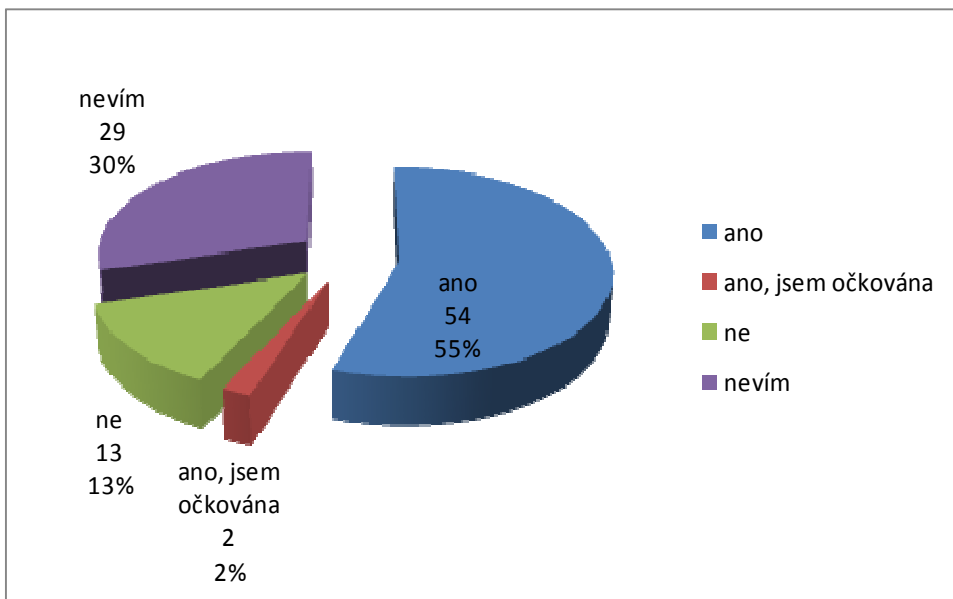
Zde si také 98 respondentek mohlo vybrat z více odpovědí z oblasti „ Co patří do odhalení nádorového onemocnění. Nejčastěji byla vybrána preventivní prohl.1 x ročně 94, krvácení mimo menstruaci 53, bolesti v dutině břišní 50, špinění, nebo krvácení menopause 41, krvácení po pohlavním styku 33.

Graf 13 Rizikové faktory vzniku nádorového onemocnění



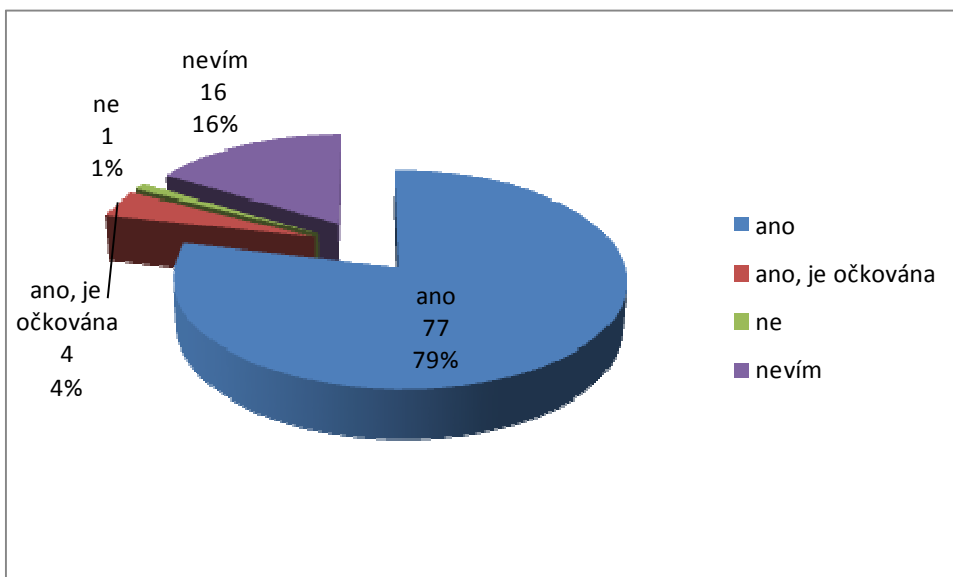
U této otázky byla také možnost více odpovědí. Nejvíce rizikovým faktorem vzniku nádorového onemocnění bylo značeno rodinná dispozice 73, kouření 59, infekce-papilomaviry 53, obezita 36, počet sexuálních partnerů 32, bezdětnost 10 a jiné bez specifikace 6.

Graf 14 Nechala byste se očkovat proti nádorovému onemocnění děložního čípku



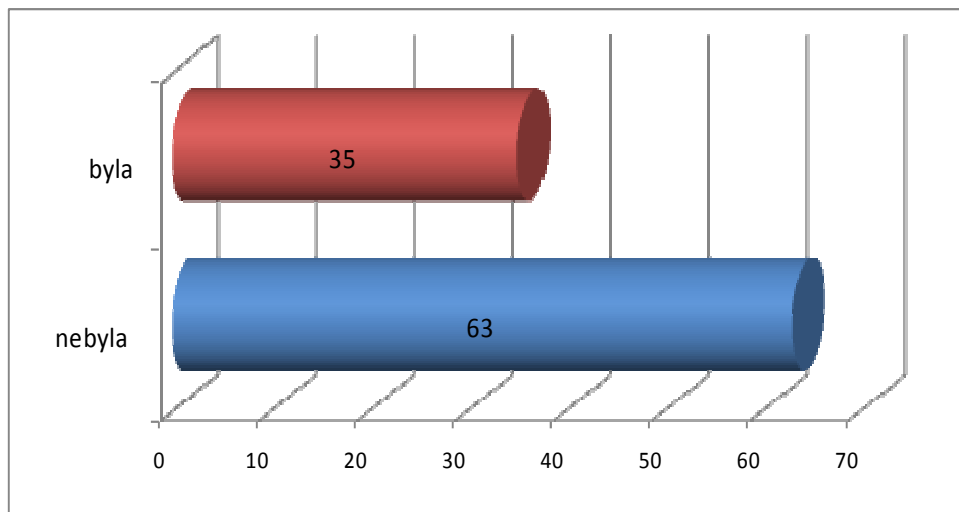
Na otázku „Nechala byste se očkovat proti nádorovému onemocnění děložního čípku“ odpovědělo z 98 (100 %) dotázaných respondentek 54 (56 %) ano, 29 (29 %) nevím, 13 (13 %) ne a 2 (2 %) ano, jsem již očkována.

Graf 15 Nechala byste se očkovat svojí dceru.



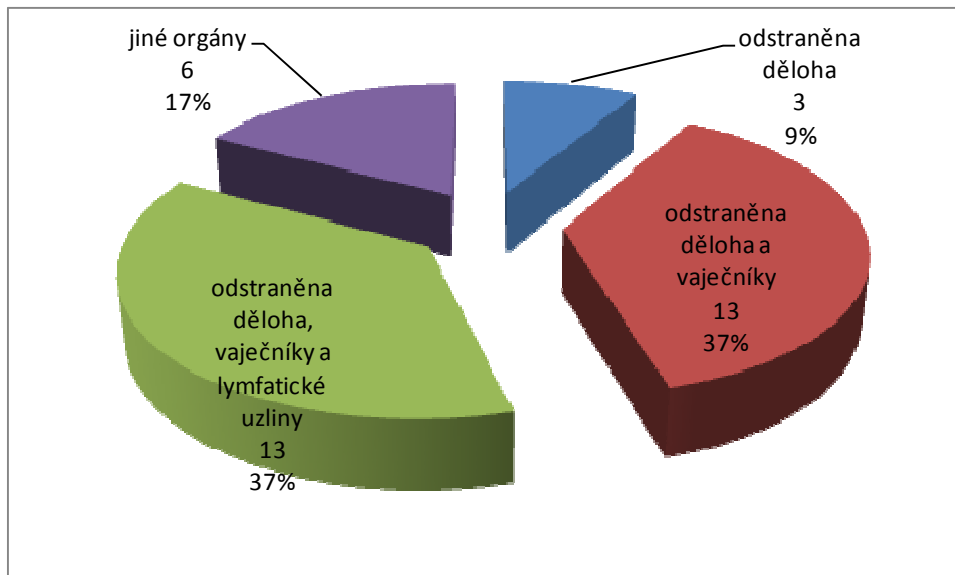
Na otázku „Nechala byste očkovat svojí dceru proti nádorovému onemocnění děložního čípku“ odpovědělo z 98 (100 %) dotázaných respondentek 77 (79 %) ano, 16 (16 %) nevím, 4 (4 %) je již očkována a 1(1 %) ne.

Graf 16 Byla jste někdy na gynekologické operaci



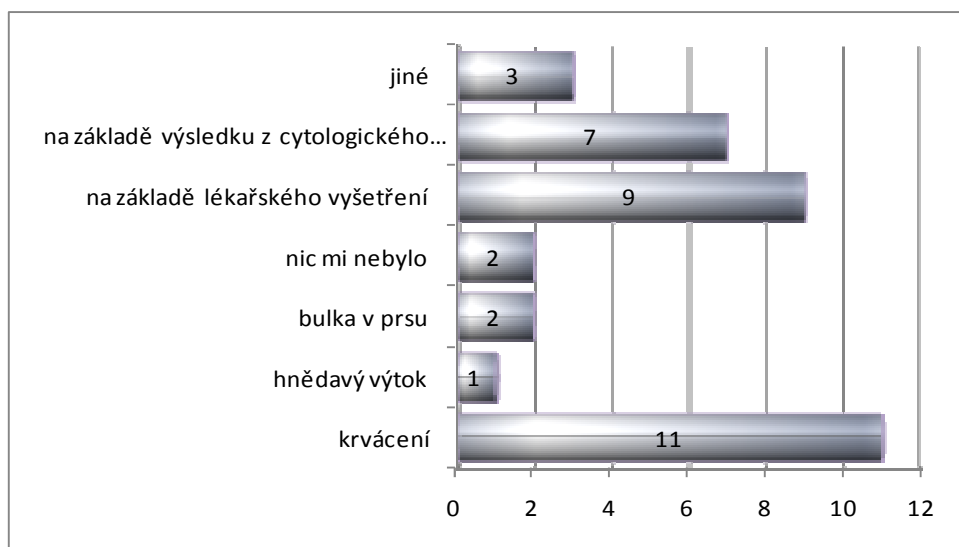
Z 98 oslovených respondentek na otázku. Byla jste někdy na gynekologické operaci z důvodů zjištěné nádorového onemocnění“ odpovědělo 35 respondentek ano, byla a 63 respondentek ne, nebyla.

Graf 17 Jaká byla provedena gynekologická operace v souvislosti s nádorovým onemocněním



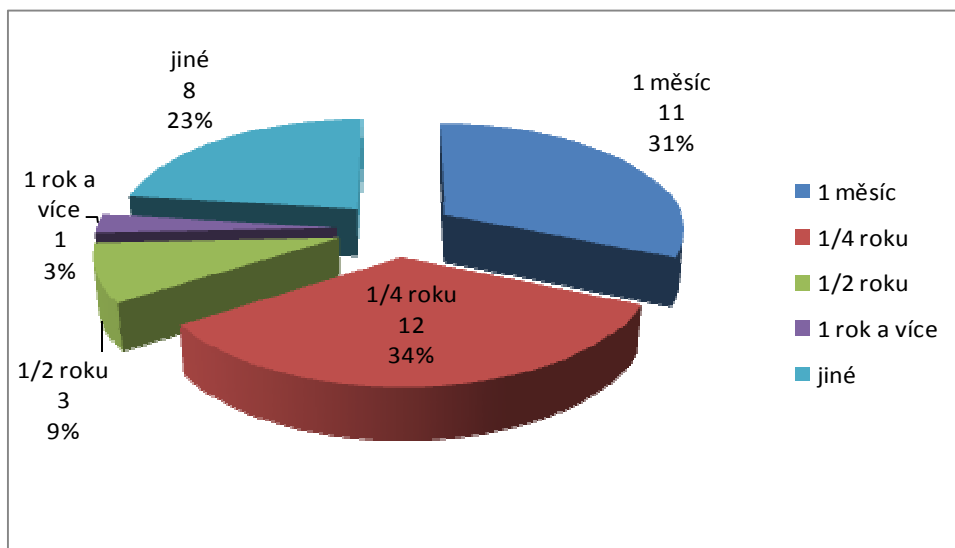
Na grafu 16 je nejčastěji uvedena odpověď z 35 (100 %) oslovených respondentek , že byla odstraněna děloha a vaječníky u 13 (37 %), odstraněna děloha, vaječníky a lymfatické uzliny u 13 (37 %), odstraněna děloha u 3 (9 %) a jiné orgány 6 (17 %) blíže nebylo specifikováno.

Graf 18 Na základě jakých projevů bylo u Vás diagnostikováno nádorové onemocnění



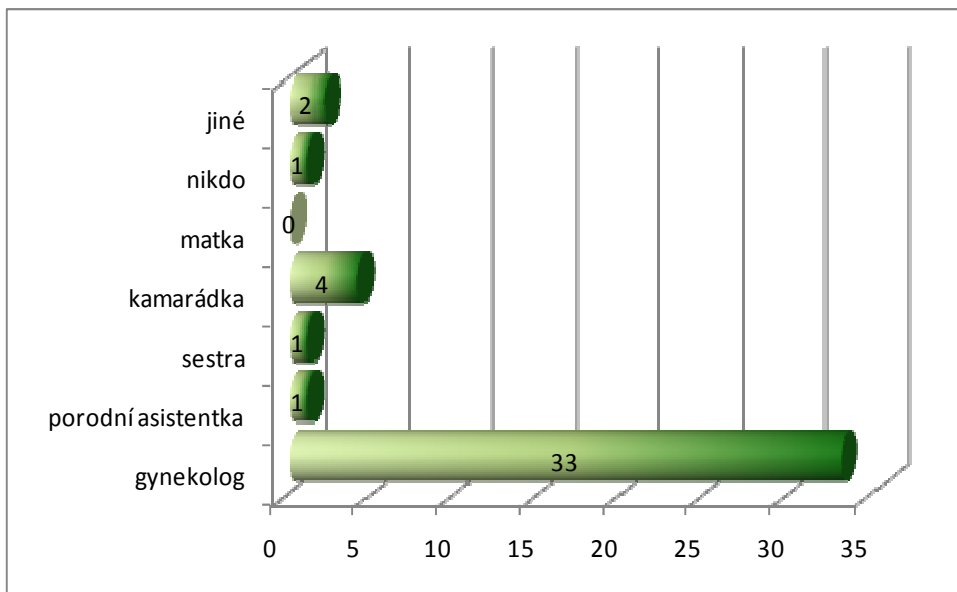
Nejčastější odpověď byla na základě krvácení 11, lékařského vyšetření 9, na základě výsledku z cytologického vyšetření 7, jiné, 3 (specifikováno, dle UZ vyšetření, bolesti břicha, prolabs), nic mi nebylo 2, bulka v prsu 2 a hnědavý výtok 1.

Graf 19 Jak dlouho měla respondentka potíže, než vyhledala pomoc gynekologa.



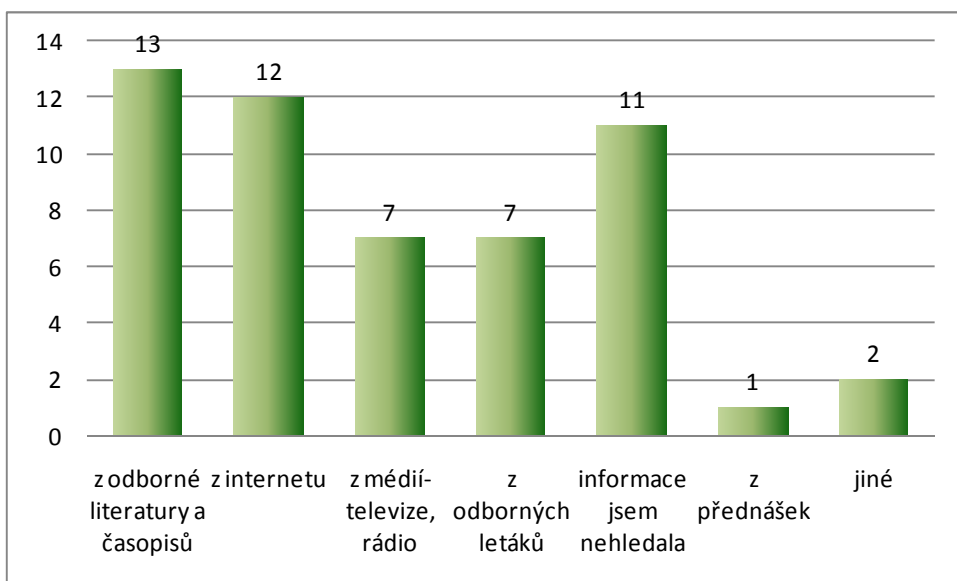
Na otázku „Jak dlouho měla respondentka potíže, než vyhledala pomoc gynekologa“ odpovědělo z 35 (100%) dotázaných respondentek 12 (34 %) ¼ roku, 11 (31 %) 1 měsíc, 8 (23 %) jiné (převážně neměly potíže), 3 (9 %) ½ roku, 1 (3 %) více jak rok.

Graf 20 Kdo Vám podal informace o gynekologické operaci



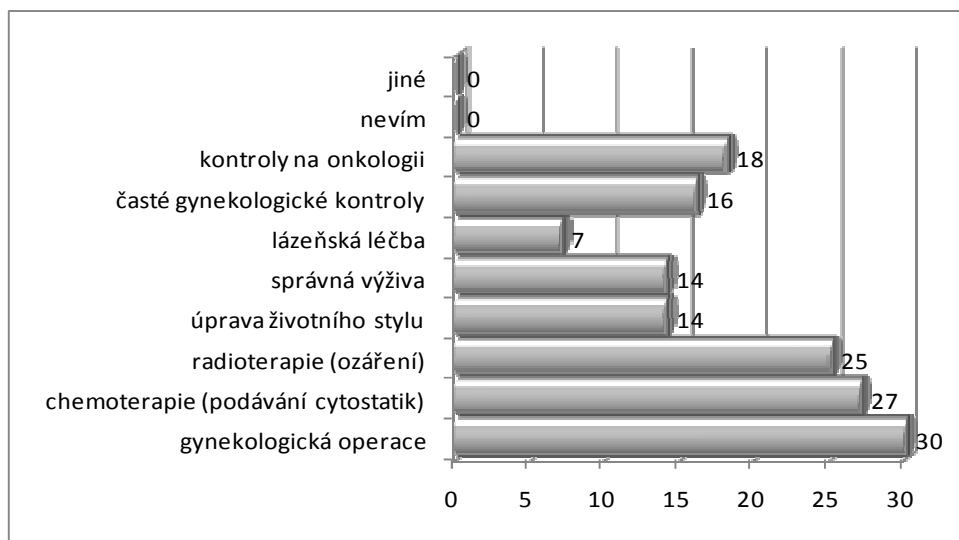
U této otázky byla také možnost více odpovědí. Nejvíce informací předal lékař-gynekolog 33, kamarádka 4, jiné 2, sestra, porodní asistentka a nikdo po 1, matka 0.

Graf 21 Získávání informací o typech a léčbě gynekologických nádorů



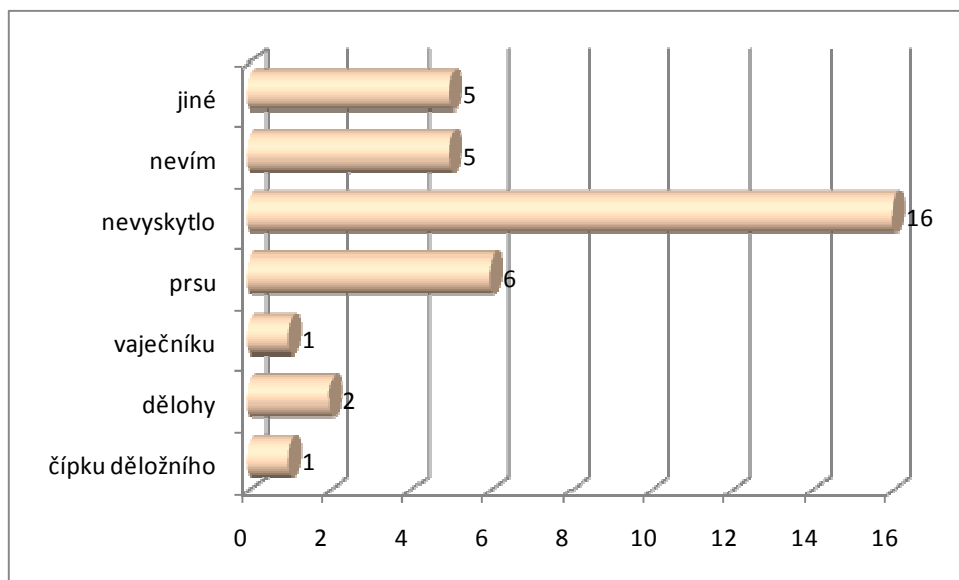
Zde byla také možnost více odpovědí. Nejvíce informací bylo možno získat z odborné literatury a časopisů 13, internetu 12, informace nehledána 11, médií-TV a rádio, odborné letáky 11, jiné 2, přednášky 1.

Graf 22 Co patří do léčby zhoubných gynekologických nádorů



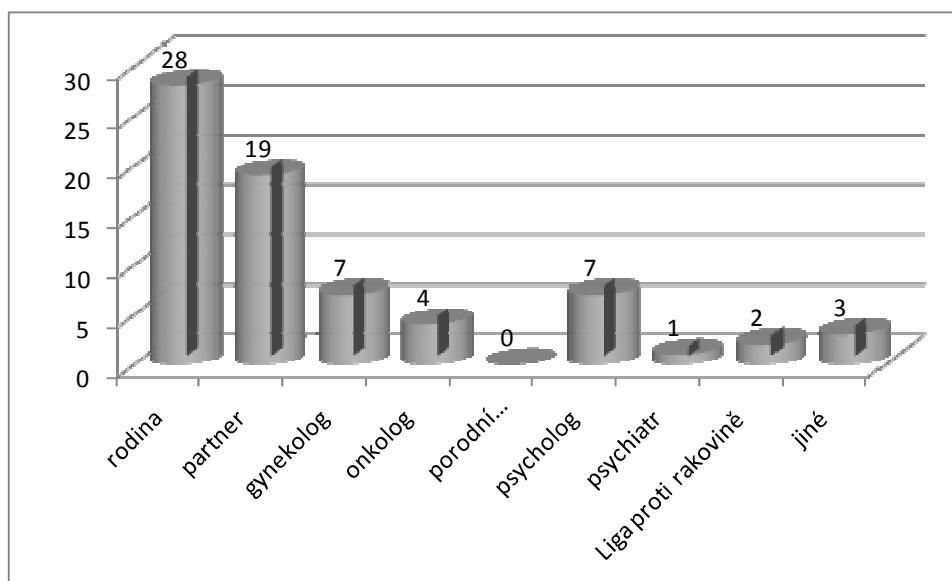
Zde byla také možnost více odpovědí. Nejvíce informací bylo možno, že do léčby zhoubných gynekologických nádorů patří gynekologická operace 30, chemoterapie 27, radioterapie 25, kontroly na onkologii 18, časté gynekologické kontroly 16, správná výživa 14, úprava životního stylu 14, lázeňská léčba 7, jiné, nevím 0.

Graf 23 Vyskytlo se ve Vaší rodině zhoubné nádorové onemocnění



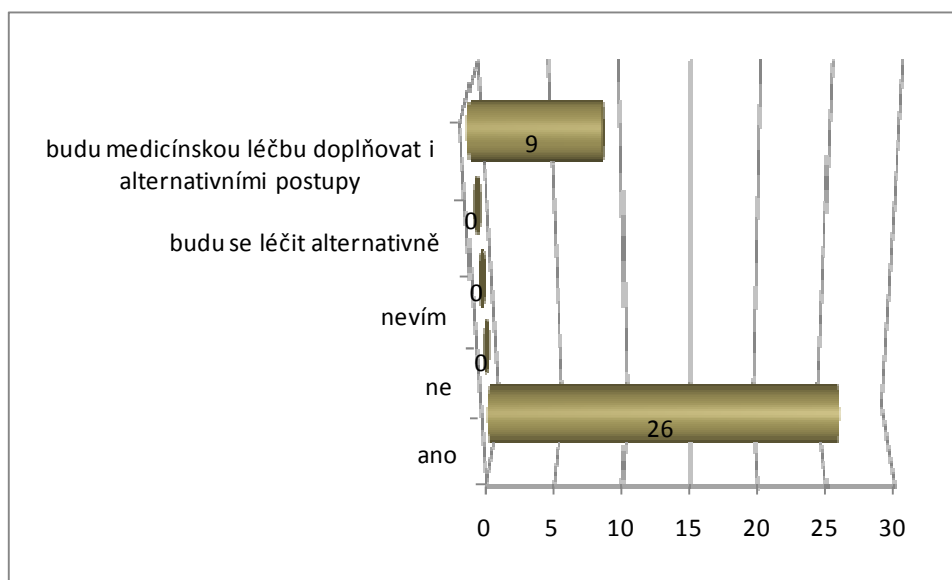
Ve většině odpovědí byla odpověď nevyskytlo 16, prsu 6, nevím 5, jiné 5, dělohy 2, vaječníku a čípku děložního 1.

Graf 24 Kdybyste potřebovala psychickou podporu v souvislosti s onemocněním, na koho byste se obrátila.



Potřebu psychické podpory je hledána u rodiny 28, partnera 19, lékaře-gynekologa 7, psychologa 7, onkologa 4, jiné 3, liga proti rakovině 2, psychiatr 1.

Graf 25 Budete se při léčbě řídit doporučeními ošetřujícího lékaře



Z 35 oslovených respondentek 26 odpovědělo ano, že se bude řídit doporučeními ošetřujícího lékaře a 9 respondentek se bude medicínskou léčbu doplňovat i alternativními postupy.

5 Diskuze

Informace byly získány od žen hospitalizovaných v nemocnici České Budějovice a u obvodních gynekologů z Českých Budějovic. Na otázky o informovanosti žen o zhoubných gynekologických nádorech odpovědělo 98 respondentek.

Výzkumný soubor tvořily ženy všech věkových kategorií, z nichž největší zastoupení měly respondentky ve věku 40-59 let. Respondentky měly různou úroveň vzdělání a to vzdělání základní, střední odborné bez maturity, střední odborné s maturitou a vysokoškolské. Nejvíce zástupkyň bylo z řad středoškolsky vzdělaných s maturitou. Zastoupeny byly ženy svobodné, vdané, rozvedené a vdovy a největší počet tvořily ženy vdané (viz Grafy 1, 2, 3).

Další odpovědi dotazníku a to na důvod návštěv, z 98 respondentek odpovědělo 92 preventivní prohlídka. Z pohledu provedeného výzkumu formou dotazníků je tento výsledek výborný, ale musíme si uvědomit, že zadáním práce bylo provést dotazníkový výzkum na gynekologickém pooperačním oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. a v ordinacích obvodních gynekologů v Českých Budějovicích. Proto byl proveden osobní výzkum mezi gynekology z Českých Budějovic. Podle vyjádření většiny gynekologů vyplynulo, že asi 30% žen na preventivní prohlídky nechodí, další dotaz byl proveden u všeobecné zdravotní pojišťovny, kde byl zjištěn statistický údaj, že až 50% žen na preventivní prohlídky nechodí. Mnoho dotázaných respondentek navštěvuje lékaře pravidelně 2x ročně. Patří mezi ně hlavně ženy do 39 let, které chodí pro recept na hormonální antikoncepci. Mezi časté odpovědi nepravidelných návštěv patřily odpovědi, že si ženy myslí, že jsou zdravé nebo nemají pro pracovní vytížení čas. V této oblasti bych apelovala na lepší osvětu u karcinomu vaječníků, který dlouhodobě nemusí způsobovat zdravotní potíže. Objevily se zde i respondentky, z nichž jedna, nechodila na prevenci vůbec, a přivedly ji k lékaři až zdravotní problémy, další nebyly 15 let a 5 let. U všech 3 respondentek byl diagnostikován zhoubný gynekologický nádor. Zde se potvrzuje důležitost pravidelných preventivních prohlídek, které sice onemocnění neodvrátí, ale při včasné zjištění je mnohem lepší prognóza vyléčení (Graf 4, 5, 6).

U grafu 7, absolvování mamografického vyšetření, bylo z odpovědí zjištěno, že respondentky v 53% absolvovaly mamografické vyšetření, ale když rozdělíme respondentky podle věkových skupin, tak ženy ve věku 40 a více z počtu 62 (100%), v 79% toto vyšetření již absolvovala. Důležitou roli hraje pozitivní vliv osvěty tohoto vyšetření, ale i snaha dostat tyto informace do podvědomí žen. Toto vyšetření doporučují gynekologové svým klientkám od 45 let, ale i např. kosmetická společnost Avon se zapojuje od roku 1997 do celosvětového projektu proti rakovině prsu.

62% dotazovaných respondentek vědělo, že pojišťovna hradí preventivní prohlídku 1x ročně, ale zbytek 35% nevěděl, že pojišťovna hradí preventivní prohlídku 1x ročně, dokonce 3% respondentek si myslela, že prevence není pojišťovnou hrazena. I to může být příčina, proč ženy nenavštěvují gynekologa 1x ročně. Žena má nárok na bezplatnou preventivní prohlídku, některé pojišťovny své klientky písemně upozorňují, když uplyne víc jak jeden rok od minulé návštěvy ženského lékaře. Je vyhlášen celonárodní screeningový program, který má tato čísla změnit. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že je nutné hledat další nové metody, které osloví všechny ženy a motivují je k návštěvě preventivní prohlídky, zvláště u těch, které buď zapomněly, nebo neměly čas, myslely si, že jsou zdravé, neměly žádné zdravotní obtíže, někdy i negativní zkušenost z gynekologického vyšetření, může vést k zanedbání péče o své zdraví. Jedním ze způsobů k zlepšení výše uvedené statistiky je i důslednější zvaní klientek na preventivní prohlídky přímo v ordinacích gynekologických lékařů. Dle výhodnocení dotazníků bylo zjištěno, že i sestra u gynekologického lékaře zve klientky na další preventivní návštěvu, ve 48 případech. (Graf 8, 9)

Dotazníkem bylo potvrzeno, že lékaři gynekologové při vyšetření provádí dostatečně preventivní screening, ale i zde vyplynulo, že ženy si myslí, že se odebírá pouze cytologický vzorek z čípku a o kolposkopii ví jen 18 respondentek z dotazovaných. Velká informovanost respondentek vyplynula z otázky, zda lze preventivní prohlídkou odhalit vznik nádorového onemocnění, kde 87% respondentek odpovědělo ano a tuto odpověď „Preventivní prohlídka“ nejčastěji zařadily i do otázky, co patří do preventivních opatření zjištění nádorového onemocnění. (Graf 11, 12)

Mezi nejvíce rizikové faktory vzniku nádorového onemocnění patřila odpověď rodinná dispozice. Přitom rodinná dispozice ovlivňuje vznik nádorů v 5 – 10% onemocnění. Tato situace může vést k nedostatečné prevenci s myšlenkou, že mně se to nemůže stát, a proto se nemusím ani snažit vyvíjet aktivitu. Vyplývá to i z odpovědí respondentek, u kterých byla diagnostikována rakovina. _V 15 případech se rakovina v rodině nevyskytla, 5 nevědělo, 6 byl výskyt nádoru prsu a pouze u 4 žen byla v rodinné zátěži rakovina dělohy, vaječníků a čípku. Druhou nejčastější odpovědí bylo kouření. Opět výsledek dotazníku potvrdil důležitost kampaně proti kouření. Stále je kolem nás spousta kuřáků, kteří hazardují se svým zdravím, i když je statisticky dokázáno, že asi 30% kuřáků onemocnění zhoubným nádorem. Třetí nejčastější odpovědí byla infekce HPV. Povzbuzující je zjištění, že na otázku očkování proti karcinomu děložního čípku by se nechalo očkovat 56% respondentek a své dcery by nechalo očkovat až 77% respondentem. Za velmi dobrý výsledek považuji, že se mezi dotazovanými objevilo 6 očkovaných mladých žen. VZP poskytla v roce 2008 – 13 427 příspěvků na očkování proti karcinomu čípku a pojišťovna MV 3 200. (18) Z těchto čísel je vidět, že prevence proti karcinomu čípku má kladný ohlas. Na šíření se podílí média, gynekologové a dětské lékaři (Graf 13, 14, 15, 23).

V druhé části dotazníků odpovídaly pouze respondentky, které byly operovány z důvodu zhoubného nádorového onemocnění. Z dotazovaných 35, 13 respondentek byla při operaci odstraněna děloha, vaječníky i lymfatické uzliny, 13 respondentek bylo po operaci dělohy a vaječníků a třem byla odstraněna děloha. Objevily se zde karcinomy prsů a ženy po konizaci (Graf 16, 17).

Graf 18 nám potvrdil, že nádorové onemocnění může být v začátku onemocnění zcela bez příznaků a opět nám z výzkumu vyplývá důležitost prevence, neboť u 19 z 35 respondentek bylo onemocnění diagnostikováno náhodně při lékařském vyšetření, na základě cytologického výsledku a UZ vyšetření. Na otázku jak dlouho měla respondentka potíže, odpovědělo 11 respondentek 1 měsíc, 12 čtvrt roku, 3 půl roku, 1 více než rok a 8 ostatních jiné – převážně neměly potíže. Zde je důležité zdůrazňovat, že při objevení potíží, není vhodné čekat, neodkládat vyšetření, jít včas k lékaři, včasnost znamená naději na úspěšné vyléčení (Graf 18, 19).

Z grafu 22 a 25 bylo zjištěno, že ženy jsou dostatečně informovány o léčbě. Na prvních třech místech uvedly, že do léčby patří operace, chemoterapie a radioterapie. Všechny 35 respondentek uvedlo, že se budou řídit doporučením lékaře a 9 ještě přidá alternativní léčbu. Těmto doplňkovým terapiím bych nechala prostor, protože z toho plyne, že klientky nechtějí jen pasivně přijímat doporučení lékařů, ale samy se zapojit a bojovat se zjištěnou diagnózou.

Nejčastěji je o postupu léčby a operaci informoval lékař. Ženy pak informace doplnily z internetu, odborné literatury, médií a odborných letáků. Psychickou podporu klientkám poskytuje u 28 respondentek, (z 35) rodina a partner, některé potřebovaly pomoc psychologa a psychiatra. Je důležité, aby nemocní měly možnost v případě psychické potřeby, otázkách, na které potřebují znát odpověď, vědět kam se obrátit a dostaly informace o existenci nádorové telefonní linky.

Důležité je seznámit se zdravotním stavem i partnery. Informace by měli dostat oba najednou, aby pak nedocházelo k nedorozumění. Je důležité nemocnému pomáhat, povzbuzovat ho, chválit. Je důležité o pocitech mluvit. Je důležité, aby nemocný věděl, že jste s ním, nebojte se ho pohládit, dotknout se ho. Buďte trpělivý a naučte se naslouchat. V případě nutnosti je třeba vyhledat pomoc psychoterapeuta nebo psychologa (25).

6 Závěr

Každý z nás je zodpovědný za své zdraví. Účinná prevence a znalost rizikových faktorů vedou k včasnému odhalení nebo předcházení nádorového onemocnění.

Pokud jde o rakovinu, bývají prevence a včasná diagnostika rozhodující. Vyvarováním se určitých rizik, například kouření, nezdravé výživy, nedostatku pohybu, nadváhy, se snižuje nebezpečí onemocnění rakovinou. Ani to není zárukou, že člověk neonemocní, ale zvyšují se jeho šance na zdraví.

Podle informací získaných z internetových stránek jen polovina žen chodí na preventivní prohlídky. Zdravotní pojišťovny rozesílají adresné pozvánky českým ženám na preventivní prohlídky. Je vyhlášen celonárodní screeningový program, který má tato čísla změnit.

VZP poskytla v roce 2008 -13427 příspěvků na očkování proti karcinomu čípku a pojišťovna MV 3200.(24). Z těchto čísel je vidět, že prevence proti karcinomu čípku má kladný ohlas, protože je docela slušná informovanost jak z médií, tak gynekologických i dětských lékařů.

Velký nedostatek informací vidím pro starší ženy, kde je velký výskyt nádorového onemocnění dělohy a ovarií. Osvěta je hlavně zaměřena na klimakterické problémy, ale už je méně zdůrazňován problém onemocnění v tomto věku. Ženy ve věku padesát a více ještě nebyla generace, která by ve velkém počtu užívala antikoncepci, a proto gynekologa navštěvovaly jen v graviditě nebo při gynekologických problémech. Proto ani teď nechodí na prohlídky pravidelně.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda ženy navštěvují gynekologického lékaře 1x ročně v rámci preventivních prohlídek. Výzkumem se měla potvrdit hypotéza, že ženy nedochází 1x ročně na gynekologické prohlídky. Hypotéza nebyla potvrzena.

Druhým cílem bylo zjistit, zda jsou ženy dostatečně informovány o terapii zhoubných gynekologických nádorů a znají postup léčby. Hypotéza zněla, že ženy jsou dostatečně informovány o terapii gynekologických nádorů. Tato hypotéza se potvrdila jako správná.

Třetím cílem bylo zjistit, zda ženy mají dostatečnou informovanost o prevenci vzniku nádorového onemocnění. Hypotéza zněla, že ženy mají dostatečnou informovanost o prevenci nádorového onemocnění. Tato hypotéza byla potvrzena.

Výzkumem bylo zjištěno, že ženy mají dostatečnou informovanost o prevenci a diagnostice nádorů. Aby prevence a osvěta byla správná, měly by pojišťovny a média, ženy upozorňovat na prevenci a trochu i působit číslly, nově zachycených nádorových onemocnění.

Pro praxi bych doporučila vytvořit edukační materiál, provádět přednášky i mezi zdravotníky, aby apelovali na své okolí. Vytvořené materiály by byly volně k dispozici u obvodních lékařů.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BREWER, Sarah, 1958- Na co se ženy bojí zeptat? [BREWER, 1997.] = What worries women most (Orig)/ Sarah Brewer [z angl.orig.přel.Zuzana Bohdanecká, Zora Mělková].—1.čes.vyd.—Praha: Maxdorf, 1997 (ZSF).—144s—(Medica [Maxdorf])
2. Citterbart Karel, Vávra Karel, Gynekologie 1.vydání UK Praha 2001, 277s. ISBN 80-7262-0940
3. ČEPICKÝ, Pavel, 1951-Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře: postgraduální učebnice gynekologie a porodnictví pro praktického lékaře, příručka k atestaci, pomocník v běžné praxi praktického lékaře/ Pavel Čepický, Hana Kurzová.— 1. Vyd.—Praha: Karolinum, 2003 (ZSF) – 174s
4. FORETOVÁ, Lenka Dědičnost jako rizikový faktor pro vznik nádorů vyd. Liga proti rakovině Praha Na Truhlářce 100/60
5. HOLUB, Zdeněk, Kužel David, Minimální invazivní operace v gynekologii 1.vydání Praha- Grada Publishing 2005, 232s. ISBN 80-274-0834-5
6. HRUBÁ, Marcela, role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění [Hrubá, 2001]/ Marcela Hrubá, Lenka Foretová, Hilda Vorlíčková. 1. Vyd brno: GAD STUDIO, 2001 (ZSF) – 77 s.: obr. Onkologie
7. KOBILKOVÁ, Jitka. Gynekologická cytodiagnostika / Jitka Kobilková .. [et al.] – 2.vyd.—Praha: Galén, c2006 (ZSF)
8. KOLÁŘÍKOVÁ, Adriana Gynekologické ošetřovatelstvo / Adriana Kolářiková .. [et al.] –Martin: Osvěta, 2000 (ZSF).
9. MACKŮ, František – Gynekologie: pro střední zdravotnické školy [Macků/22002] / František Macků, Evžen Čech,-- 1.vyd.—Praha: informatik, 2002 (ZSF).—171 s.: il.—terminologický slovník ISBN 80-7333-001-6:
10. NOVOTNÝ, Jan Rakovina ovaria, vyd. Liga proti rakovině Praha Na Truhlářce 100/60
11. REPKOVÁ, Adriana Gynekologické ošetřovatelstvo / Adriana Repková .. [et al.] – 1.slov.vyd. — Martin: Osvěta, 2006 (ZSF) – 138s
12. ROKYTKOVÁ, Věra Porodnictví a gynekologie pro praktického lékaře [Rokyťová, 1996] / Věra Rokyťková.—1.vyd.—Jinočany: H&H, 1996 (ZSF) – 91s

13. SLEZÁKOVÁ, Lenka 1959 Ošetřovatelství pro zdravotnické asistentky III. Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie/ Lenka Slezáková .. [et al.]..— Vyd.1.—Praha: Grada,2007 (ZSF.—214 s.:il.ISBN 978-80-247-2270-2 (brož):
14. VORLÍČEK, Jiří, 1944 Klinická onkologie pro sestry/ Jiří Vorlíček, Jitka Abrahámová, Hilda Vorlíčková.. .. [et al.]..—1-vyd.—Praha: Grada Publishing, 2006 (ZSF).— 328s:il.-Onkologie
15. www.klinikazdravi.cz/
16. www.hanakova-gynekologie.wz.cz
17. www.sudgynpor.cz/historie.htm
18. www.vzp.cz
19. www.rehabilitacniustav.cz/Pavelkova-Gutova-os-proces-pdf
20. www.msdi.cz
21. <http://cs.wikipedia.org/wiki/rakovina>
22. www.hledamzdravi.cz/
23. www.onkoprevence.cz/rizikove-factory-vzniku-rakoviny/
24. www.noviny.cz – Zdroj:ČTK
25. www.mon.cz

8 Klíčová slova

Léčba

Nádor

Onemocnění

Prognóza

Rakovina

Karcinom

HPV

9 Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro gynekologické pacientky

Příloha 2 Bethesda systém - cytodiagnostika

Příloha 3 Místa odběru tkáně z děložního hrdla

Příloha č.1- Dotazník pro ženy

Dobrý den, jmenuji se Anna Plojharová, jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské university v Českých Budějovicích, obor porodní asistentka. Obracím se na Vás se žádostí o vyplnění dotazníku, který bude použit za účelem bakalářské práce na téma: „Informovanost pacientek o diagnostice a terapii zhoubných gynekologických nádorů“. Dotazník včetně jeho zpracování je zcela **anonymní**. Odpovědi prosím zaškrtněte a doplňte.

Děkuji za Vaši ochotu i Váš čas při vyplňování dotazníku.

1. Do jaké věkové kategorie patříte?
 - a) do 19 let
 - b) 20 – 39 let
 - c) 40 - 59 let
 - d) 60 a více let

2. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?
 - a) základní vzdělání
 - b) střední odborné bez maturity
 - c) střední odborné s maturitou
 - d) vysokoškolské

3. Jaký je Váš rodinný stav?
 - a) svobodná
 - b) vdaná
 - c) rozvedená
 - d) vdova

4. Jaký je nejčastější důvod k návštěvě Vašeho gynekologa? (Můžete zaškrtnout i více možností):
 - a) preventivní prohlídka
 - b) nepravidelné krvácení
 - c) když nedostanu menstruaci
 - d) když se mi objeví výtok
 - e) při nechráněném pohlavním styku
 - f) když potřebuji předepsat léky
 - g) když potřebuji poradit nebo předepsat hormonální antikoncepci
 - h) když nemohu otěhotnět
 - i) když si zjistím v prsu bulku
 - j) jiné: prosím, doplňte:.....

5. Jak často chodíte na gynekologické prohlídky?
 - a) 1x za půl roku
 - b) 1x za rok
 - c) 1x za dva roky
 - d) jiné: prosím, doplňte:.....

6. Pokud chodíte nepravidelně na gynekologické prohlídky označte důvod. (Můžete označit i více možností):
- myslím si, že jsem zdravá
 - mám strach z vyšetření
 - stydím se
 - jsem zaměstnaná, nemám čas
 - nevyhovující ordinační hodiny
 - z důvodu vybírání poplatků
7. Do preventivních opatření proti nádorového onemocnění prsu patří vyšetření mamografie. Absolvovala jste již mamografii?
- ano
 - ne
 - zatím nemám doporučení
 - neplánuji
8. Jak často platí zdravotní pojišťovna preventivní gynekologické prohlídky?
- 2x ročně
 - 1x ročně
 - neplatí
 - nevím
9. Při návštěvě gynekologa, porodní asistentka-sestra, u Vás zjišťuje (Můžete zaškrtnout i více možností):
- ptá se zda užíváte hormonální antikoncepci
 - měří Vám krevní tlak
 - zjišťuje Vaší váhu
 - ptá se na poslední menstruaci
 - zve Vás na kontrolu 1 x ročně
 - edukuje Vás v oblasti intimní hygieny
10. Jaká vyšetření lékař při preventivní prohlídce provádí? (Můžete zaškrtnout i více možností):
- vyšetření ultrazvukem
 - vaginální vyšetření pomocí gynekologických zrcadel
 - odběr cytologického vzorku z děložního čípku
 - kolposkopii (dívá se na děložní čípek pomocí přístroje)
 - vyšetřuje břicho pohmatem
 - vyšetřuje prsy pohmatem
11. Lze odhalit preventivní prohlídkou podle Vašeho názoru vznik nádorového onemocnění?
- ano
 - ne
 - nevím

12. Co patří do opatření včasného zjištění nádorového onemocnění? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):
- a) chodit alespoň 1x ročně na gynekologické vyšetření
 - b) nepodceňovat bolesti v dutině břišní
 - c) nepodceňovat krvácení mimo menstruační cyklus
 - d) nepodceňovat krvácení po pohlavním styku
 - e) nepodceňovat špinění, nebo krvácení v menopauze
13. Mezi rizikové faktory vzniku nádorového onemocnění v gynekologii podle Vás patří (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):
- a) kouření
 - b) obezita
 - c) časný začátek sexuálního života
 - d) počet sexuálních partnerů
 - e) rodinná dispozice
 - f) infekce – papilomaviry (HVP)
 - g) bezdětnost
 - h) jiné, prosím, doplňte:.....
14. Do preventivních opatření proti nádorovému onemocnění děložního čípku patří očkování. Nechala byste se očkovat:
- a) ano
 - b) ano, jsem očkovaná
 - c) ne
 - d) nevím
15. Nechala byste očkovat svoji dceru proti nádorovému onemocnění děložního čípku?
- a) ano
 - b) ano, je očkovaná
 - c) ne
 - d) nevím
16. Byla jste někdy na gynekologické operaci:
- a) ne
 - b) když ano, vypište jaké

Na následující otázky odpoví ženy, u kterých bylo diagnostikováno zhoubné gynekologické onemocnění.

17. Byla jste na gynekologické operaci v souvislosti s nádorovým onemocněním a při operaci Vám byla:
- a) odstraněna děloha
 - b) odstraněna děloha a vaječníky
 - c) odstraněna děloha, vaječníky a lymfatické uzliny
 - d) jiné orgány
18. Na základě jakých projevů bylo u Vás diagnostikováno nádorové onemocnění?
- a) krvácení
 - b) hnědavý výtok
 - c) bulka v prsu
 - d) nic mi nebylo
 - e) na základě lékařského vyšetření
 - f) na základě výsledku z cytologického vyšetření
 - g) jiné: doplňte, prosím:.....
19. Jak dlouho jste měla potíže, než jste vyhledala pomoc gynekologa?
- a) 1 měsíc
 - b) 1/4 roku
 - c) 1/2 roku
 - d) 1 rok a více
 - e) jiné: prosím, doplňte:.....
20. Kdo Vám podal informace o gynekologické operaci? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):
- a) gynekolog
 - b) porodní asistentka
 - c) sestra
 - d) kamarádka
 - e) matka
 - f) nikdo
 - g) jiné: prosím, doplňte:.....
21. Kde jste sama získávala informace o typech a léčbě gynekologických nádorů? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):
- a) z odborné literatury a časopisů
 - b) z internetu
 - c) z médií- televize, rádio
 - d) z odborných letáků
 - e) informace jsem nehledala
 - f) na přednášce
 - g) jiné: prosím, doplňte:.....

22. Pokud máte informace o léčbě zhoubných gynekologických nádorů, co do léčby patří?
(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) gynekologická operace
- b) chemoterapie (podávání cytostatik)
- c) radioterapie (ozáření)
- d) úprava životního stylu
- e) správná výživa
- f) lázeňská léčba
- g) časté gynekologické kontroly
- h) kontroly na onkologii
- i) nevím
- j) jiné: prosím, doplňte:.....

23. Vyskytlo se ve Vaší rodině zhoubné nádorové onemocnění?

- a) čípku děložního
- b) dělohy
- c) vaječníků
- d) prsu
- e) nevyskytlo
- f) nevím
- g) jiné

24. Kdybyste potřebovala psychickou podporu v souvislosti s onemocněním, na koho byste se obrátila. (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) rodina
- b) partner
- c) gynekolog
- d) onkolog
- e) porodní asistentka
- f) psycholog
- g) psychiatr
- h) Liga proti rakovině
- i) jiné: prosím, doplňte:.....

25. Budete se při léčbě řídit medicínskými doporučeními ošetřujícího lékaře?

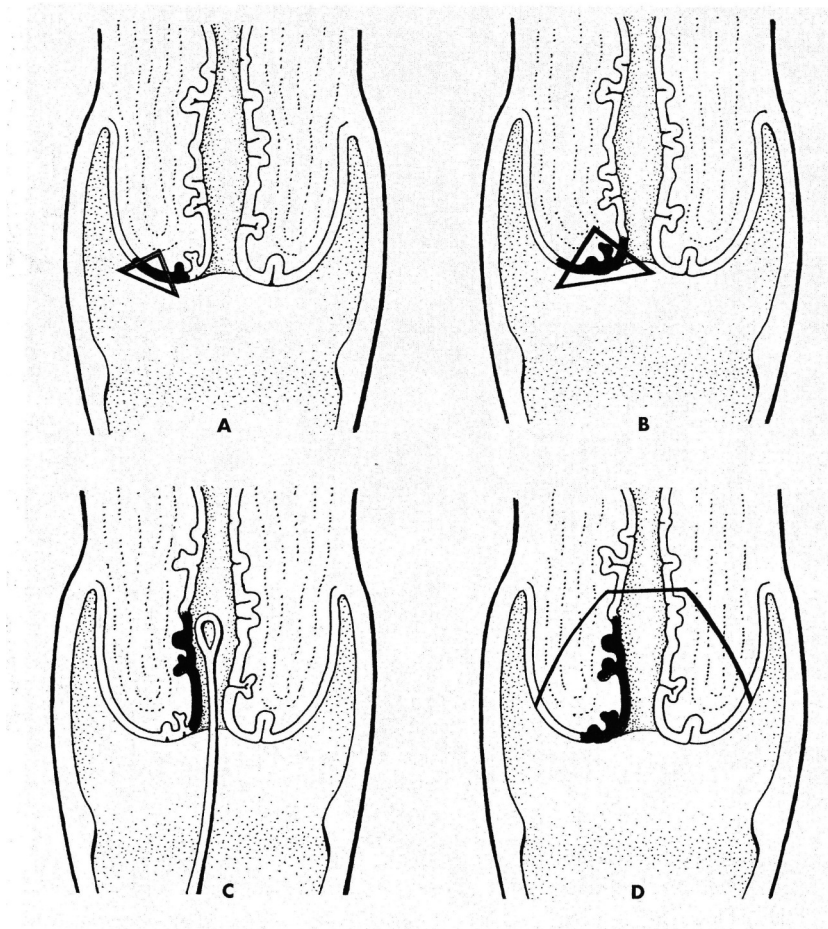
- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) budu se léčit alternativně
- e) budu medicínskou léčbu doplňovat i alternativními postupy

Příloha č. 2 Bethesda systém - cytodiagnostika

| |
|--|
| Bethesda systém – cytodiagnostika |
| <p>Kvalita nátěru: optimální, suboptimální, nehodnotitelný (specifikuje důvod)</p> <p>Popis infekce: smíšená bakteriální flóra, koky, gardnerely</p> <p>Hormonální stav: odpovídá nebo neodpovídá věku a menstruačnímu cyklu</p> <p>Buněčné změny dlaždicového epitelu:</p> <ul style="list-style-type: none">- normální nález- ASCUS (neurčité epitelové atypie vyžadující kontroly)- low grade SIL - nízký stupeň dlaždicové intraepitelové léze (odpovídá HPV infekci a lehké dysplazii/CIN I)- high grade SIL (vysoký stupeň dlaždicové intraepitelové léze) (odpovídá dysplazii střední, těžké a CIS / CIN II, III)- karcinom <p>Buněčné změny žláзовého epitelu:</p> <ul style="list-style-type: none">- normální nález endocervikálních buněk- normální nález endometriálních buněk- AGUS (neurčité epitelové atypie vyžadující další kontrolu)- atypie- adenokarcinom endocervikální- adenokarcinom endometriální <p>Doporučení: např. kontrola, přeléčit zánět</p> |

Zdroj: CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s.
ISBN. 80-7262-094-0 (2)

Příloha č. 3 Místa odběru tkáně z děložního hrdla pro bioptické vyšetření



- A- punch biopsie
- B- cílená excize skalpelem
- C- kyretáž z endocervikálního kanálu
- D- konizace

Zdroj: CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s.
ISBN. 80-7262-094-0 (2)