

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Jitka Bujárková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Jitka Bujárková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**INFORMOVANOST ŽEN O VZNIKU KARCINOMU
DĚLOŽNÍHO ČÍPKU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

PLZEŇ 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji PhDr. Janě Horové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Jitka Bujárková

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Informovanost žen o vzniku karcinomu děložního čípku

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

Počet stran – číslované: 64

Počet stran – nečíslované: 9

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: karcinom, děložní čípek, informovanost, screening,

Souhrn:

Bakalářská práce pojednává o karcinomu děložního čípku. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou popsány příčiny vzniku karcinomu děložního čípku, rizikové faktory a klasifikace. Dále jsou zde uvedena diagnostika a léčba tohoto onemocnění. V poslední řadě se teoretická část zaměřuje na prevenci a ošetřovatelskou péči o ženu s karcinomem děložního čípku. Cílem praktické části je zjistit, jaká je informovanost žen ve věku od 15 do 50 let.

Annotation

Surname and name: Jitka Bujárková

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Awareness of women about the formation of cervical carcinoma

Consultant: PhDr. Jana Horová

Number of pages – numbered: 64

Number of pages – unnumbered: 9

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 27

Keywords: carcinoma, cervix, awareness, screening

Summary:

The Bachelor thesis deals with cervical cancer. The thesis is divided into theoretical and practical. The theoretical part describes the causes of cervical cancer, risk factors and classification. Further, there are listed diagnosis and treatment of disease. Finally, the theoretical part focuses on prevention and nursing care of women with cervical cancer. The main task of practical part is to find out what is the level of awareness of women aged from 15 to 50 years.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD.....	9
1 KARCINOM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU	11
1.1 Patogeneze	11
1.2 Rizikové faktory	12
1.3 Prekancerózy a druhy nádorů děložního čípku.....	13
1.4 Klasifikace	13
1.4.1 CIN.....	14
1.5 Diagnostika	14
1.5.1 Kolposkopie a její klasifikace	14
1.5.2 Onkologická cytologie a cytologická klasifikace.....	16
1.5.3 HPV test	17
1.5.4 Další diagnostické metody	18
1.6 Léčba.....	19
1.6.1 Destrukční metody	19
1.6.2 Konizace.....	19
1.6.3 Hysterektomie	20
1.6.4 Radioterapie	21
1.6.5 Chemoterapie	21
1.7 Prevence a screening.....	22
1.7.1 Primární prevence.....	22
1.7.2 Sekundární prevence	23
1.7.3 Terciární prevence	23
1.8 Vakcinace a očkovací látky	23
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU S KARCINOMEM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU.....	24
2.1 Edukace v práci všeobecné sestry/porodní asistentky	25
2.2 Předoperační příprava a edukace ženy před operací.....	25
2.3 Ošetrovatelská péče o ženu po operaci pro karcinom děložního čípku.....	26
3 FORMULACE PROBLÉMU.....	28
4 CÍLE VÝZKUMNÉ ČÁSTI.....	28
4.1 Dílčí cíle.....	28

5	PŘEDPOKLADY	28
6	VÝZKUMNÝ SOUBOR	29
7	METODA SBĚRU A VYHODNOCOVÁNÍ DAT	30
8	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	31
8.1	Předpoklad č. 1: Předpokládám, že více než polovina žen má základní informace o rakovině děložního čípku	50
8.2	Předpoklad č. 2: Předpokládám, že více než polovina dotazovaných žen zná novou cytologickou metodu LBC	50
8.3	Předpoklad č. 3: Předpokládám, že více než polovina žen získává informace o karcinomu děložního čípku od lékařů pracujících na gynekologických pracovištích	51
8.4	Předpoklad č. 4: Předpokládám, že více než polovina žen z kategorie 31 -50 let má znalosti o očkování proti rakovině děložního čípku	51
	DISKUZE	54
	ZÁVĚR	58
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	59
	SEZNAM ZKRATEK	63
	SEZNAM TABULEK	63
	SEZNAM OBRÁZKŮ	64
	PŘÍLOHY	66

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je „ Informovanost žen o vzniku karcinomu děložního čípku.“ Toto onemocnění je velmi závažné a postihuje ženy v každém věku. Od roku 2009 existuje v České republice celorepublikový screeningový program, který se zabývá a zaměřuje na včasný záchyt onemocnění. Každý rok v České republice je diagnostikováno 1000 nových karcinomů děložního čípku, na které umírá téměř 400 žen ročně. Řadíme se tak mezi země s nejvyšším výskytem tohoto onemocnění v Evropě (Horáček, Kobilková, 2013, s. 13). Tyto výsledky jsou velmi nelichotivé, protože nádory děložního čípku patří mezi onemocnění s nejlepšími možnostmi prevence a diagnostiky.

Nádor děložního čípku je jediným nádorem v gynekologii, jehož vzniku lze předejít pravidelnými kontrolami u obvodního gynekologa, u kterého by od 15 let svého života měla být registrována každá dívka či žena. V České republice je volný přístup ke gynekologickému vyšetření, ale tuto možnost nevyužije celá naše ženská populace. Příčinou může být nezodpovědnost, nevědomost i strach z diagnózy. Ve srovnání s ostatními státy se řadíme mezi státy s vysokou incidencí a je nutné se zabývat prevencí a snížením rizikových faktorů, které mohou způsobit toto onemocnění. Jedná se o nemoc odvrátitelnou a léčitelnou, protože vývoj z prekancerózy může trvat i několik let (Ondruš a spol., 2013, s. 20).

Karcinom děložního čípku ovlivňuje nejen zdraví a život ženy, ale dost často její rodinu a sociální vztahy. Toto maligní onemocnění se pak následně stává i problémem společenským. Prevence a snížení rizikových faktorů je tedy velice důležité. Hlavní rolí všeobecné sestry nebo porodní asistentky je ženu edukovat a hlavně podporovat a motivovat.

Praktická část bakalářské práce obsahuje výzkumné šetření dvou skupin žen. První skupinou jsou ženy od 15 let do 30 let a druhou skupinou ženy od 31 let do 50 let věku. Ženy z první skupiny jsou náchylnější ke vzniku tohoto onemocnění v souvislosti s typickým rizikovým chováním (kouření, brzké zahájení sexuálního života, promiskuita). Ženy z druhé skupiny zase znají problematiku tohoto onemocnění, většinou dochází na preventivní gynekologické vyšetření, mají znalosti o vakcinaci proti tomuto karcinomu, ale jsou více pracovně zaneprázdněny, upřednostňují svou rodinu, blízké okolí a dost často zapominají na své zdraví a na to, že karcinom děložního čípku se týká i právě jejich věkové skupiny.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KARCINOM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Karcinom děložního čípku je zhoubný nádor. Nejčastější výskyt tohoto onemocnění je mezi 35 – 45 lety a mezi 60 – 65 rokem života ženy. V dnešní době dochází ke značnému poklesu incidence. Příčinou je zejména preventivní vyšetření, které zachycuje možnost prekanceróz (přednádorových stavů). Prekancerózy při včasém záchytu většinou nepřechází do stadia invazivního karcinomu. K invazivitě karcinomu může dojít i za desetiletí. U mladších žen jsou všeobecně invazivní karcinomy agresivnější. Včasné odhalení prekancerózy znamená pro ženu větší šanci na úspěšnou léčbu a na plnohodnotný život (Gustafsson a kol., 1998, s. 159-162).

1.1 Patogeneze

Hlavní příčinou vzniku karcinomu děložního čípku je infekce lidským papillomavirem (human papillomavirus – HPV). V současnosti známe více než 120 druhů typů HPV. Jsou označovány čísly HPV 1, HPV 2 atd. Jednotlivé typy způsobují různá onemocnění v různých částech těla. Většinou jsou to onemocnění nezávažná. Asi 30 typů HPV mají vyšší přilnavost k pohlavnímu ústrojí, kde způsobují různé závažné změny. Tyto HPV infekce jsou příčinou téměř všech diagnostikovaných karcinomů děložního čípku, ale podílí se i na jiných onemocněních pohlavních orgánů.

Celkem 16 typů HPV je označováno jako „málo rizikové“ – LR (low risk, neokogenní). Jsou to např. zástupci skupiny HPV 6 a HPV 11. Zbýlých 14 typů HPV je řazeno jako „vysoce rizikové“ - HR (high risk, onkogenní). Hlavními zástupci jsou HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33 a HPV 45. V České republice jsou typy HPV 16 a HPV 18 nejčastějšími a způsobují 70 % všech případů karcinomu děložního čípku (Sláma, 2011, s. 17-18).

HPV je velmi malý virus, který se přenáší výhradně při sexuálních aktivitách, nejvíce pohlavním stykem. Během pohlavního dráždění vznikají mikroskopické trhlinky na pohlavních orgánech, které se mohou stát vstupní branou pro tuto infekci. Inkubační doba od přenosu do rozvoje infekce u nakaženého jedince může být od 1,5 do 8 měsíců. Většina infekce poté probíhá skrytě až do vzniku pozorovatelných změn – předrakovinových nebo rakovinových změn.

HPV infekce je v populaci velmi častá a téměř každý člověk se s ní alespoň jednou za život setká. U většiny populace infekce proběhne bez příznaků a virus je spontánně eliminován. Doba, kdy se organismus očistí od HPV je kolem 8 až 24 měsíců. Rizikovým faktorem je dlouhodobé přetrvávání infekce. V důsledku toho u části žen s dlouhodobým přetrváváním infekce dojde k rozvoji prekanceróz a dysplazií. V případě, že nejsou změny v takovém stadiu zachyceny a léčeny, dochází k postupnému zhoršení až do stadia karcinomu děložního čípku nebo jiného orgánu ženských genitálií (Sláma, 2011, s. 19).

Vývoj karcinomu děložního čípku je dlouhodobý proces a trvá obvykle i 10 let. Nejkratší popsaná doba od infekce HPV do vzniku nádoru byla 2 roky. U karcinomu děložního čípku jsou však známé její předrakovinové změny, které je možné při vyšetření rozpoznat a vyléčit. Samotná infekce, ale není jedinou podmínkou pro rozvoj rakovinového bujení. K jejímu vzniku přispívají i rizikové faktory jako je kouření, koitarché (první pohlavní styk), promiskuita (časté střídání sexuálních partnerů), multiparita (vícerodost), nízký socioekonomický status, užívání hormonální kontracepce, genetická predispozice a pohlavně přenosné nemoci (Sláma, 2011, s. 19).

1.2 Rizikové faktory

Rizikových faktorů pro vznik karcinomu děložního čípku je mnoho. Tato kapitola popisuje pouze některé z nich. Prvním obecně užívaným rizikovým faktorem je kouření nejen aktivní, ale i pasivní. Kuřačky nedodržují zásady zdravé životosprávy, nekladou důraz na prevenci. Kouření také působí na lokální imunitu ženy.

Časné zahájení sexuálního života je považováno za další rizikový faktor, pokud dívka zahájí svůj sexuální život před 16 rokem věku. S časným sexuálním životem může souviset i promiskuita, tedy časté střídání sexuálních partnerů jak u ženy, tak i muže jako rizikového partnera. Žena je ohrožena jak HPV infekcí, tak i přenosem pohlavních chorob.

Multiparita je rizikový faktor, který je možné prokázat až od 3 a více porodů, kdy dochází k traumatizaci děložního čípku následkem porodu.

Dlouhodobým užíváním hormonální kontracepce se riziko rakoviny děložního čípku zvyšuje. Riziko zvyšuje také obsah estradiolu v kontracepci. Estradiol podporuje množení HPV a tím se zvyšuje i perzistence HPV infekce.

Genetická predispozice způsobuje častý výskyt tohoto onemocnění u ženské populace v rodině jednotlivé pacientky (hlavně u postižení matky a sestry).

Pohlavně přenosné choroby, hlavně HIV pozitivita, infekce herpesvirem, chlamydiové infekce, a jiné, se řadí mezi nejvíce rizikové faktory pro vznik karcinomu děložního čípku (Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 400).

Do dalších rizikových faktorů může být ještě zařazena dieta s nedostatkem betakaroténu, vitamínu C, folátů a absence cytologického screeningu, kde je jednoznačně doložena snížená incidence v zemích se zavedeným screeningem a vysokým pokrytím sledované populace daného státu (Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 400).

1.3 Prekancerózy a druhy nádorů děložního čípku

Prekancerózy jsou přednádorové změny děložního čípku na podkladě epiteliálních změn. Dělí se na prekancerózy nízkého stupně - LG (low grade) léze, tzn. CIN 1 (cervikální intraepiteliální neoplazie) a na prekancerózy vysokého stupně - HG (high grade) léze, tzn. CIN 2, CIN 3, CIS (carcinom in situ).

Karcinom děložního čípku se dle histopatologického vyšetření rozděluje na karcinomy z dlaždicového epitelu a žlázového epitelu. Karcinomy z dlaždicového epitelu si mikroskopicky dělí na velkobuněčný nerohovějící typ (65 %), velkobuněčný rohovějící typ (25 %) a na karcinomy z malých nediferencovaných buněk. Makroskopicky se liší tyto karcinomy na formu exofytickou (nádor roste ve formě květákovitého útvaru) a endofytickou, která pouhým okem není rozpoznatelná, ale později se tvoří různé ulcerace, cervix se celý zvětšuje a mění tvar. Karcinomy ze žlázového epitelu jsou adenokarcinomy, které se dělí na mucinózní, endometroidní a serózní (Motlík, Živný, 2001, s. 118).

Bližší klasifikace nádorů děložního čípku bude popsána a vysvětlena v následující kapitole Klasifikace.

1.4 Klasifikace

Než se z prekancerózy vyvine karcinom děložního čípku, může tento proces trvat několik let. Po provedení preventivního cytologického stěru je nutné, aby byl nález klasifikován. K dispozici jsou speciální klasifikace přednádorových a nádorových cervikálních epiteliálních změn. Celosvětově používaným systémem klasifikace cytologie je Bethesda 2001. Histologické změny pak klasifikuje CIN terminologie.

Klasifikace Bethesda 2001 dělí cervikální karcinomy na léze dlaždicového epitelu a žlázového epitelu, přičemž v obou kategoriích jsou přednádorové a nádorové změny (Skoumalová, 2012, s. 53).

V této kapitole bude popsána histologická klasifikace CIN. Cytologická klasifikace dle Bethesda 2001 bude popsána v následující kapitole Onkologická cytologie a cytologická klasifikace.

1.4.1 CIN

Histologickou klasifikací nálezu na děložním čípku se rozumí terminologie CIN. Jedná se o změny, které jsou podmíněné HPV infekcí. Z histologického hlediska je CIN porucha bazální zóny epitelu s jadernými abnormalitami, které zahrnují nepravidelnosti jaderných membrán a přítomnost atypických mitóz. Histologicky se rozlišují 4 stupně – CIN 1, CIN 2, CIN 3, CIS. Jedná se o prekancerózy, které jsou charakterizovány jako lehké, střední, těžké a carcinoma in situ (Skoumalová, 2012, s. 55).

Prvním stupněm je CIN 1 (cervikální intraepiteliální neoplazie 1. stupně). Zde je přítomnost změn v dolní 1/3 epitelu, vyskytuje se porucha maturace buněk s jadernými atypiiemi a zvýšenou mitotickou aktivitou.

Druhým stupněm je CIN 2 (cervikální intraepiteliální neoplazie 2. stupně), který je charakterizován maturací horní 1/3 epitelu. V dolních 2/3 epitelu se vyskytují poruchy maturace buněk, atypické mitózy a vyskytují se zde buňky s jadernými atypiiemi.

Třetím stupněm je CIN 3 (cervikální intraepiteliální neoplazie 3. stupně), kde jsou popisovány známky poruchy maturace v celé šíři epitelu. Jaderné atypie jsou výrazné s atypickými mitózami. Při nálezu s výraznou poruchou maturace a jadernými atypiiemi těžkého stupně lze tento nález hodnotit jako carcinom in situ (CIS) (Cibula, Petruželka, 2009, s. 315 - 317).

1.5 Diagnostika

Průkaz abnormálních nálezů na děložním čípku je možný pomocí prebioptických metod a cílené biopsie. Tyto diagnostické metody tvoří tzv. "triádu prebioptických vyšetřovacích metod". Tvoří ji kolposkopie, cytologický stěr a HPV test (Halada, Špaček, 2011 s. 33). Dále se sem řadí nová cytologická vyšetřovací metoda LBC (liquid based cytologie).

1.5.1 Kolposkopie a její klasifikace

Kolposkopické vyšetření je technika přímého zobrazení pomocí binokulární zvětšovací optiky (kolposkop). Kolposkopy jsou vybaveny jednou nebo dvěma čočkami, které nám umožní zvětšení 2–30 krát.

Malé zvětšení je vhodné k vyšetření zevních rodidel. Mezi nejčastěji používané zvětšení patří střední 8– 15 krát. A velké zvětšení 15 – 25 krát umožňuje vyšetření architektury cév.

Je možné vyšetřit a prohlédnout celá zevní rodidla, perineum, perianální oblast, pochvu a děložní čípek s hrdlem. Při kolposkopii se hodnotí epiteliální a cévní znaky. Popisuje se epitel, jeho barva, architektura epitelu, cévní typ, kalibr a interkapilární vzdálenost, charakter povrchu a okrajů léze.

Kolposkopii dělíme na nativní a rozšířenou. Při nativním kolposkopickém vyšetření je oblast prohlížena bez aplikace jakéhokoli roztoku nebo pouhým otřením oblasti tamponem napuštěným fyziologickým roztokem. Při rozšířené kolposkopii se využívá zobrazení vyšetřované oblasti pro zvýraznění změn pomocí 3% a 5% roztoku kyseliny octové, pomocí Lugolova roztoku nebo 1% roztoku toluidinové modři (Cibula, Petruželka, 2009, s. 320).

Roztoky se nanášejí vatovým tamponem k vyšetřované oblasti minimálně 15 – 20 sekund. Cílem rozšířené kolposkopie je zvýraznit přítomnost možných změn a vyloučit faktory ztěžující vyšetření.

Přesnost kolposkopického vyšetření je závislá na zkušenostech lékaře, který vyšetření provádí. Dále na vhodných nástrojích při vyšetření, přesného postupu a kolposkopické terminologii. Kolposkopické znaky napomáhají pro rozlišení stupně závažnosti nálezu (norma, LG, HG) (Cibula, Petruželka, 2009, s. 320).

Terminologie popisu kolposkopického obrazu vychází z kolposkopické klasifikace, která byla inovována v roce 2002 v Barceloně. Popisné znaky hodnotí jednotlivé změny a nálezy charakteristické pro dlaždicobuněčné léze. Také je potřeba znát informace o topografii zóny na děložním čípku (Cibula, Petruželka, 2009, s. 321).

Mezi normální nálezy řadíme originální epitel (O), ektropium (E) a transformační zónu (TZ). Nález O je charakterizován hladkým a růžovým epitelem, ve kterém se nenachází zbytky cylindrického epitelu (epitel uvnitř čípku děložního) a pod epitelem prosvítá fyziologická kapilární síť. Při zbarvení roztokem kyseliny octové epitel nezbělá a při aplikaci Lugolova roztoku má epitel mahagonově hnědou barvu. Dalším nálezem značeným E (ektropium) se označuje cylindrický epitel děložního hrdla, který má při aplikaci kyseliny octové typickou hroznovitou strukturu a červené zbarvení. Posledním normálním nálezem je TZ (transformační zóna), která je popisována jako oblast mezi originálním epitelem na vnější straně čípku (dlaždicový epitel) a cylindrickým epitelem

uvnitř čípku. Lze rozeznat různé stupně vyzrání dlaždicové metaplazie. Metaplastický epitel se může různě zabarvovat - po aplikaci roztoku kyseliny octové bělavě a kropenatě hnědavě po použití Lugolova roztoku (Burghardt a kol., 2001 s. 14).

K abnormálním nálezům patří bílý epitel (BE), leukoplakie (L), puntíčkování (P), mozaika (M), atypické cévy (V) a atypická transformační zóna (ATZ). Nález bílého epitelu (BE) vybarví své okrsky s vyšší hustotou jader při použití roztoku kyseliny octové do bílé barvy. Čím výraznější a rychlejší je zbělení, tím je nález závažnější.

Leukoplakie (L) je popisována jako oblast zvrásnělého epitelu s povrchovou keratinizací. Mezi další abnormální nálezy se řadí puntíčkování (P), kde se kapiláry zobrazují jako tečky. Jemnější vzhled puntíků signalizuje LG změnu, hrubší puntíčkování a větší vzdálenost mezi kapilárami poukazuje na HG lézi. Mozaikovitý (M) nález je obraz novotvorby cév, znázorňující horizontální políčkované vzorování. Pokud jsou políčka mozaiky menší, jedná se o LG změnu nebo metaplazii. Čím jsou políčka mozaiky hrubší a plošně větší, tím se zvyšuje riziko HG léze. Nález atypických cév (V) zobrazuje novotvořené cévy, připomínající špagety, stonožky, kořenový systém nebo vývrtky. Posledním atypickým nálezem je atypická transformační zóna (ATZ), podobající se CIN. ATZ má charakter epitelových a cévních abnormit různého stupně závažnosti.

Jinými kolposkopickými nálezy mohou být eroze/ulcerace (EV), condylomata accuminata, zánětlivé změny, endometrióza, polypy a deciduální změny. (Bughardt a kol., 2001, str. 148).

1.5.2 Onkologická cytologie a cytologická klasifikace

Cytologie je základní prebioptická metoda a zároveň též hlavní metoda screeningová. Rozlišujeme konvenční cytologický odběr s nátěrem na sklo a cytologický odběr do tekutého média. V naší republice se používá cytologická klasifikace dle systému Bethesda z roku 2001. Materiál se nanese na sklíčko, pak se fixuje alkoholem, fixace je důležitá pro uchování původního stěru. V laboratoři se stěr barví a následně cytolog zhodnotí a vytvoří závěr dle platné klasifikace. Správný výsledek je závislý na dobré technice stěru, na fixaci, přesné anamnéze. Je důležité, aby stěr byl proveden z odpovídající oblasti, v dostatečném množství a byl dobře nanesen na sklíčko.

Přínosem cytologie je kompletní zhodnocení preparátu a zhodnocení hormonálního stavu pacientky. Cytologická klasifikace je laboratorní zhodnocení dlaždicových a žlázových buněk (Cibula, Petruželka, 2009, s. 329).

Dlaždicové buňky se dělí na buňky typické dlaždicové a atypické dlaždicové. Pokud cytolog zhodnotí buňky jako typicky dlaždicové, nález je negativní. Atypické dlaždicové buňky se dále člení do několika stupňů dle závažnosti. Nález atypických dlaždicových buněk (ASC), zahrnuje převážně reaktivní změny. ASC nejasného významu (ASC-US) představuje 90- 95% všech ASC nálezů. Jsou zde patrné reaktivní změny, ale je vyloučena přítomnost HG léze. Dysplazii nízkého stupně označujeme jako LSIL (low grade squamosus intraepitelial lesion), která zahrnuje z 12% změny charakteru HG léze (CIN 2 a 3). Histopatologicky se však jedná o CIN 1.

HSIL (high grade squamosus intraepitelial lesion) je dysplazie vysokého stupně. Histologicky lze tento stupeň zařadit do CIN 2, 3 a CIS (Bioptická laboratoř s.r.o., 2014).

Žlázové buňky se dělí stejně jako dlaždicové na typické a atypické žlázové buňky. Nález je negativní v případě typických žlázových buněk. U prekanceróz a karcinomu se objevují nálezy atypických žlázových buněk (AGC). Jednou z kategorií jsou nespecifikované atypické žlázové buňky (AGC NOS), které jsou často spojeny s reaktivními změnami. Žlázové buňky neoplastického původu (AGC NEO) jsou spojeny se závažnými nálezy. Hodnocení AIS značí již adenokarcinom in situ (Cibula Petruželka, 2009, s. 329).

Kontrolní cytologické vyšetření by mělo být provedeno v rámci prevence u obvodního gynekologa minimálně jednou ročně. V případě patologického cytologického nálezu se frekvence návštěv mění. Závisí především na stupni závažnosti nálezu. U nálezu ASC – US se doporučuje kontrola stěru za 7 měsíců. Kontrola by se měla doplnit HPV testem u starších žen nad 30 let. Cytologie u ASC – H by měla proběhnout za 4 měsíce od poslední kontroly a musí proběhnout zároveň i bioptická kontrola. U LSIL nálezu se kontrola provádí běžně v intervalu od 3-6 měsíců. Stejně je to u nálezu HSIL, zde však nelze vyloučit invazi karcinomu a je nutné provést expertní kolposkopii a bioptické ověření. U další závažnějších stupňů (AGC – NOS, AGC – NEO, AIS) a další je nutné opakovat kontroly vždy za 4 měsíce a zároveň provést biopsii a expertní kolposkopii (Institut biostatistiky a analýz, 2014).

1.5.3 HPV test

HPV test zjišťuje přítomnost HPV infekce pomocí molekulárně biologických technik. Odběr se provádí brusch (kartáčkem) technikou do transportního média. Získaná DNA je zpracována a testována na přítomnost viru HPV.

V klinické praxi se doporučuje využít test u žen s hraničními výsledky cytologického stěru a u žen starších (30-35 let). U žen mladších je ve 30 % zjištěna pozitivita HPV testu, ale mladší organismus se dokáže viru zbavit. Při pozitivitě HPV testu u žen starších a žen se zhoršenou onkologickou cytologií vzniká velké riziko prekanceróz a je nutné provádět častější kontroly (HPV Info, 2014).

1.5.4 Další diagnostické metody

Mezi další metody užívané při diagnostice patří gynekologické prohlídky s časovým intervalem dle doporučení obvodního gynekologa a gynekologického nálezu ženy. Dále onkogynekologické ultrazvukové vyšetření zkušeným sonografistou v oboru onkogynekologie a LBC vyšetření.

LBC je prováděna technikou umožňující odběr vyšetřovaných buněk z různých orgánů, zejména z děložního čípku do tekutého média. Z odběru technikou LBC se preparáty z tekutého média vyrábí až v laboratoři, je odstraněn hlen, červené krvinky a buňky jsou rovnoměrně rozprostřeny na sklíčku v tenké vrstvě, takže stěr je potom lépe diagnostikovatelný v mikroskopu. Nádobky s LBC se většinou v laboratořích po cytologickém vyšetření skladují 6 týdnů. Je-li potřeba u ženy provést dodatečné genetické vyšetření na průkaz HPV, je možno vyšetření provést z uskladněné nádobky a nemusí se stěr opakovat a zatěžovat ženu. Navíc je touto technikou možné provést vyšetření na imunocytochemický průkaz P 16 onkogenu, který označí rakovinové buňky, což v klasickém stěru nelze. Jedná se o počítačovou image analýzu LBC stěrů. Přístroj načte (naskenuje) celé mikroskopické sklíčko připravené technikou LBC s buňkami čípku a označí nám téměř se 100% jistotou všechny podezřelé či rakovinové buňky. Metoda klasického PAP stěru dosahuje přesnosti vyšetření 60 - 70 % při odhalování rakoviny děložního čípku, metoda LBC přesahuje přesnost 90%. Toto vyšetření si ženy zatím hradí v gynekologických ordinacích samy, provádí se na přání pacientky nebo na doporučení gynekologa.

K dalším vyšetřením patří cílená biopsie, která je velmi důležitá v diagnostice onkogynekologie. K získání materiálu k histopatologickému vyšetření se provádí minibiopsie děložního čípku, endocervikální kyretáž, excize z děložního čípku nebo provedení cylindrické disekce. Hlavní metodou získání histologického vzorku je konizace děložního čípku. Většina těchto výkonů se provádí ambulantně. Pouze cylindrická disekce a konizace se nedají provádět ambulantně a ženy jsou krátkodobě hospitalizovány na

gynekologickém oddělení. Jestliže se jedná o ženy s cytologickou abnormitou, je vhodné kontaktovat a spolupracovat s centry onkologické prevence.

Dále se doporučují doplňující vyšetření jako ultrazvuk malé pánve, počítačová tomografie (CT), pozitronová emisní tomografie (PET), magnetické rezonance pánve (MR), doplňkové vyšetření močových cest, tlustého střeva, mízních uzlin a stav břišních orgánů (American Cancer Society, 2014).

1.6 Léčba

U každého diagnostikovaného a potvrzeného nádoru je důležité zhodnotit rizikové faktory vlastního nádoru a hlavně riziko pro pacientku. Léčba je určena s ohledem na věk, fertilitu ženy a celkový stav. Chirurgická léčba je u gynekologických nádorů základní možný způsob léčby, zejména u časných stádií tohoto onemocnění. Jedná-li se o pozdní nebo pokročilé stádium, kdy nádor je rozšířen do parametrií, jsou indikovány další způsoby léčby.

Metody léčení jsou destrukční a ablační. Destrukční metoda je poněkud zastaralá, ale v České republice poměrně často používaná. Jedná se o vypalování nebo zmrazování tkáně na děložním čípku. Ablací metoda spočívá v tom, že cizorodá tkáň se odstraní a vzorek se pošle na histologické vyšetření, které nám přesně určí druh reaktivních změn, prekanceróz nebo nádoru (Pluta, 2014, str. 97).

1.6.1 Destrukční metody

Mezi destrukční metody řadíme kryoterapii a laserovou valorizaci. Kryoterapie je metoda, která využívá tekutého dusíku (chlada). Při kryoterapii dochází k nekróze zmrazené tkáně. Výhoda této metody je nízká cena a ambulantní ošetření. Nevýhodou je, že není stanovena hloubka destrukce poškozené tkáně. Hojení může provázet nepříjemný vodnatý výtok.

Laserová valorizace se provádí pomocí CO₂ laserového paprsku. Tkáň je zasažena v potřebné hloubce (8 – 10 mm). Nevýhodou je vysoká pořizovací cena tohoto přístroje. Hojení je u této metody rychlejší než u předchozí kryoterapie (Rob, 2008, s. 193 – 194).

Většinu těchto výkonů lze provádět ambulantně nebo v režimu jednodenní chirurgie, v lokální nebo krátké celkové anestezii.

1.6.2 Konizace

Konizace je chirurgická metoda odstranění celého rozsahu nádoru z děložního čípku v celkové anestezii. Dochází ke konickému vyříznutí změněné tkáně, proto název

konizace. Linie řezu se vede v rozsahu 1,5 cm x 1 cm, aby se odstranily změny v reaktivní tkáni. K zastavení krvácení se používá elektrokoagulace.

Konizace má mnoho způsobů provedení. Může se provádět klasicky skalpelem (konizace secundum Scott). Novější a nejvíce užívanou metodou je konizace vysokofrekvenční kličkou- LEEP (leep elektroexcisional procedure), LEETZ (leep elektroexcisional of transformation zone). Velikost kličky se volí podle rozsahu reaktivní tkáně a velikosti hrdla děložního. Při řezu se používají radiofrekvenční vlny, které minimalizují termické poškození tkáně.

Další metodou provedení konizace je pomocí vysokofrekvenční elektrické jehly – NETZ (needle excision of transformation zone) nebo SWETZ (straight wire excision of transformation zone). U této metody je možnost řešit endocervikálně lokalizované tkáňové změny.

Laserová konizace nebo konizace kombinovanou technikou – provádí se jehlou, nůžkami, kličkami různé velikosti a laserem. Laser se používá k ošetření všech typů patologických nálezů na děložním čípku (Rob, 2008, s. 195).

U prekanceróz se po konizaci neprovádějí žádné terapeutické zákroky, důležitá je dispenzarizace pacientek. Je-li rozsah poškozené tkáně větší, hrozí další rozsev a prorůstání reaktivní tkáně, přistupuje se k hysterektomii.

1.6.3 Hysterektomie

Hysterektomií se rozumí chirurgické odstranění celé dělohy, tzn. děložního těla a hrdla. Provádějí se dva typy těchto hysterektomií, jednoduchá a rozšířená.

U jednoduché hysterektomie se operuje v okolí dělohy a je možné odebrat i adnexa (vaječníky a vejcovody). Rozšířená hysterektomie znamená vyjmutí dělohy, parametrií, 1/3 pochvy a lymfatických uzlin v malé pánvi. Ovarektomie není obligatorní, záleží na věku pacientky. Rozšířená hysterektomie má několik modifikací např. panhysterektomie, operace dle Wertheima nebo Meigse.

V současnosti je trend provádět peroperační vyšetření sentinelové uzliny. Aplikuje se patentová modř do okolí nádoru, identifikuje se první uzlina a provede se biopsie. Poté je uzlina poslána na histologii. Pokud není první uzlina postižena, předpokládá se, že nejsou postiženy další uzliny v malé pánvi. Takto se pak následně snižuje radikalita výkonu s cílem minimalizovat poškození pohlavních orgánů a dalších struktur (Rabe, 1993, s. 215).

1.6.4 Radioterapie

Radioterapie u karcinomu děložního čípku obsahuje 2 typy léčby - zevní radioterapii a brachyradioterapii. Radioterapie má významný vliv na léčbu těchto nádorů. Začíná se zevní radioterapií a po 2 až 3 týdnech se pokračuje brachyradioterapií. Obě metody se navzájem doplňují.

K zevnímu ozáření se používá vysokoenergetický fotonový svazek lineárního urychlovače s energií 15 – 18 MV (tzv. teleradioterapie). Při brachyradioterapii (BRT) je cílem nádor, do kterého se aplikují vysoké dávky záření. Provádí se tzv. uterovaginální aplikace, kdy se dutý aplikátor, který je zdrojem záření, zavede do tělesných dutin (pochvy). Zářiče se zavedou do aplikátoru v přesně stanovených dávkách a do přesně stanovených poloh ve vymezeném časovém intervalu. Přístroj se ovládá dálkově, mimo ozařovnu.

Celková doba léčby je 7 – 8 týdnů. V průběhu terapie podáváme pacientkám erythropoetin, jako prevenci anémie (Rob, 2008 s. 42).

1.6.5 Chemoterapie

Při léčbě chemoterapií jsou pacientkám aplikovány cytostatika nitrožilně. Cytostatika mají schopnost ničit rychle rostoucí buňky nacházející se v nádorové tkáni. Chemoterapie se skládá ze 3 léčebných procesů – neadjuvantní, adjuvantní a konkomitační chemoterapie. Neadjuvantní chemoterapie se používá před ozářením, v kombinaci 2 – 3 cytostatik. Adjuvantní chemoterapie se používá po ozáření, při identifikaci dalšího metastatického procesu. Mělo by se dosáhnout dočasné stabilizace nebo regrese nádoru. A konkomitační chemoterapie se aplikuje současně se zářením, během celé radioterapie. Je to metoda vhodná k léčbě lokálně pokročilých nádorů nebo pokročilých stádií nádoru. Účinek radioterapie bývá dost často zesílen konkomitační aplikací cytostatik. Standardně se aplikuje cisplatin 1x týdně během radioterapie.

Léčba gynekologických nádorů je mnohem náročnější, dražší a méně efektivní u pokročilých stádií onemocnění. Musí být kladen důraz na včasný záchyt prekanceróz, či jiných nádorových procesů. Kolem 40 % nádorů děložního čípku je zachyceno v prvním stádiu, ale kolem 60 % žen přichází pozdě, až po vypuknutí prvních příznaků tohoto onemocnění, kdy nádor pronikl za hranice děložního čípku. Proto je důležitá organizace preventivních vyšetření a dostatečná informovanost žen (Mouková, 2013, str. 64).

1.7 Prevence a screening

Prevenčí se rozumí souhrn všech opatření, jejichž cílem je snížit nebo eliminovat výskyt a šíření daného onemocnění. Většina onkologických nemocí vzniká kombinací několika rizikových faktorů. V onkogynekologii prevence zjišťuje a vyhledává rizikové faktory, diagnostikuje prekancerózy, časná stádia karcinomu a vhodnou léčbou zamezuje dalšímu šíření nebo návratu onemocnění.

Většina rizikových faktorů komplexním působením podporuje a vyvolává vznik karcinomu děložního čípku. Tyto rizikové faktory vycházejí ze životního stylu dnešních dívek a žen. V onkogynekologii prevence probíhá na třech úrovních, primární, sekundární a terciární prevence (Cibula, Petruželka, 2009, s. 333).

1.7.1 Primární prevence

Primární onkologická prevence zahrnuje všechny programy a postupy zamezující vzniku karcinomu děložního čípku. Tato prevence zajišťuje, aby nevznikla žádná prekanceróza nebo nádor. Měla by vyloučit rizikové faktory, vyhledávat a dispenzarizovat jedince s genetickým rizikem nebo ženy se suspektním nálezem.

Do primární prevence spadá vakcinace proti HPV. Dále to jsou světové a republikové osvětové programy zaměřené na sexuální chování jedinců. Velkou úlohu v primární prevenci zaujímá lékař gynekolog, který by měl vést osvětu o tomto nádoru. Další informace o tomto problému jsou dostupné na internetu, hovoří se o nich v televizi, rádiu, jsou nafilmovány dokumenty o ženách, které prodělaly tento nádor. To vše může podpořit snížení výskytu nádoru. Od roku 2002 existuje v Evropě asociace pro prevenci karcinomu děložního čípku (Cibula, Petruželka, 2009, s. 334).

Ministerstvo zdravotnictví odsouhlasilo v roce 2009 spuštění projektu tzv. „adresné zvaní„. Klienti jsou zvaní na preventivní vyšetření týkající se onkologických diagnóz, které jsou velkou hrozbou a objevují se nejčastěji (rakovina tlustého střeva a konečníku, rakovinu prsu a děložního čípku). Vyšetření probíhají v odborných ordinacích. Adresné zvaní začalo v září 2013 a mělo by probíhat do června 2015. Tedy po dobu 2 let. Podle předběžných odhadů pojišťovny zvací dopis obdrží přibližně 1,2 milionů pojištěnců VZP. Dále se k tomuto projektu připojila Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra, která osloví 202 tisíc klientů a Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, která obešle 35 tisíc pojištěnců. Projekt organizuje ministerstvo zdravotnictví a je spolufinancován z prostředků evropských fondů.

1.7.2 Sekundární prevence

Cílem sekundární prevence je evidovat prekancerózy a zhoubné nádory děložního čípku v časných stádiích a zajistit co nejuvhodnější léčbu. Hlavní úlohu zde zajišťuje screening tohoto karcinomu. V České republice jsou ženy zvány ke gynekologickému vyšetření, při kterém se odebere i stěr z čípku děložního na cytologické vyšetření.

Screening je v České republice zaveden od roku 2009 a zahrnuje kolposkopické vyšetření a odebrání cytologického stěru. Tyto vyšetření jsou bezplatné, týkají se žen starších 15 let a měly by proběhnout 1x za rok. Při patologických nálezech jsou gynekologické prohlídky častější, většinou ženy přicházejí ke kontrolnímu vyšetření po 3 - 6 měsících, samozřejmě po domluvě se svým lékařem. Tímto screeningem by mělo dojít ke včasnému zachycení všech patologií děložního čípku (Cibula, Petruželka, 2009, s. 334).

1.7.3 Terciární prevence

Terciární prevence je zaměřena na včasnou diagnostiku, identifikaci nádorového onemocnění a následné zahájení léčby. Zabývá se výchovou nemocných žen z hlediska prevence komplikací u nádorového onemocnění děložního čípku. Do terciární prevence patří také zařazení ženy s tímto nádorem do péče onkologického centra, určení lékaře a zajištění primární a sekundární prevence.

Cílem je tyto nádory děložního čípku řešit další formou léčby, jako je léčba chirurgická, chemoterapie, radioterapie a další doplňkové léčby. Předchází komplikacím postupujícího a nevléčitelného karcinomu. Je zde snaha o tělesný a duševní komfort nemocné, zajištění stránky sociální a etické. Je nutná komplexní péče zdravotnického zařízení se sociálními, psychologickými a občanskými službami. Důležitým cílem je zajistit co nejlepší kvalitu života těchto onkologicky nemocných patientek (Cibula, Petruželka, 2009, s. 334).

1.8 Vakcinace a očkovací látky

Karcinom děložního čípku je prokazatelně způsoben infekcí některými typy HPV. Virová příčina je ideální pro primární prevenci očkováním. Pozvolný vývoj umožňuje časně zachycení cytologických a kolposkopických změn, kde následné ošetření přednádorových lézí zabrání rozvoji až do stadia karcinomu (Fait, 2011, s. 96).

Vakcinaci proti rakovině děložního čípku podporují svými programy všechny zdravotní pojišťovny v České republice. Od dubna 2012 je plně hrazeno očkování pro dívky ve věku 13 – 14 let veřejným zdravotním pojištěním. Všeobecná zdravotní

pojišťovna (VZP) od roku 2013 zahájila svůj očkovací program pro své pojištěnky nákupem vakcíny Cervarix, kterou je možno odkoupit za 180 Kč. Je určen pro dívky ve věku 14 let. Vojenská zdravotní pojišťovna hradí očkování dívkám ve věku 14 – 19 let ve výši 2500 Kč (VOZP ČR, 2014).

V současné době jsou v České republice na trhu dvě očkovací látky Silgard a Cervarix. *Silgard* (v zahraničí GARDASIL) je očkovací látka proti typu HPV 6, 11, 16, 18. Aplikuje se jako prevence dysplazií zevního genitálu, pochvy a karcinomu děložního čípku a proti bradavicím zevního genitálu. U Silgardu je prokázána účinnost u dospělých žen ve věku 16 – 26 let a na prokázané imunogenitě u 9 až 15 ti letých dětí a dospívajících. Je možné očkovat touto látkou i chlapce a muže, protože mohou přenášet papillomaviry na ženy. Aplikuje se intramuskulárně do paže nebo stehna, ve třech dávkách v časovém intervalu 0, 2, 6 měsíců. Aplikace musí proběhnout do jednoho roku, intervaly nemusí být dodrženy. Kontraindikací je gravidita.

Výskyt nežádoucích účinků je většinou lokální (svědění, zarudnutí, otok, bolest, krvácení). *Cervarix* je očkovací látka proti typu HPV 16, 18. Vakcinace je indikována jako prevence dysplazií děložního čípku pro dívky od 10 - 25 let. Také se aplikuje intramuskulárně do paže či stehna, opět ve třech dávkách v časovém horizontu 0, 1, 6 měsíců. Intervaly mají být dodrženy. Kontraindikací je gravidita a laktace. Nežádoucí účinky jsou lokálního charakteru (zarudnutí, otok, svědění, bolest hlavy, svalů, kloubů, krvácení, únava, nauzea a zvracení). Obě očkovací látky mají účinnost a imunogenicitu i v populaci starších žen do 45 let. Obě obsahují rekombinační virus – like partikule a neobsahují virovou DNA, proto nemohou způsobit onemocnění ani u imunosuprimovaných jedinců. Jejich bezpečnost je tedy zaručena. Je nutné zvýšit motivaci u dívek, ale i chlapců (Mouková, 2014, s. 32).

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU S KARCINOMEM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Možnost prevence karcinomu děložního čípku zvyšuje naději na včasné odhalení patologie a na léčbu. Prevence je o odpovědnosti každé ženy za své zdraví. Aby mohly ženy dodržovat správné zásady prevence, je třeba je důkladně informovat. Podávání zásadních informací je úkolem všeobecné sestry nebo porodní asistentky (Pešová, 2007, s. 126).

2.1 Edukace v práci všeobecné sestry/porodní asistentky

Edukace je nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu. Roli edukátora přebírá porodní asistentka či všeobecná sestra ve zdravotnickém zařízení nebo ordinaci lékaře. Je důležité, aby porodní asistentka nebo všeobecná sestra navázala se ženou kontakt a získala si její důvěru. Dalším úkolem je ženu motivovat k dodržování správných zásad životního stylu. Pokud se sestra setká s ženou, která onemocněla rakovinou děložního čípku, je nutné ji motivovat k další léčbě. Sestra je kompetentní informovat ženy o rizikových faktorech, preventivních opatřeních a významu pravidelných preventivních gynekologických prohlídek, a tím je podporovat v péči o jejich zdraví.

Prevence rakoviny děložního čípku spočívá v edukaci žen o tomto onemocnění a o zdravém sexuálním životě. Jedná se tedy o primární edukaci. Důležitý je monogamní vztah s neinfikovaným partnerem, popř. omezený počet sexuálních partnerů. Velmi zásadní je edukace dívky při první návštěvě u gynekologa. Lékař by měl dívku informovat o možnostech očkování proti karcinomu děložního čípku, vysvětlit jí výhody tohoto očkování a popř. nabídnout akce pojišťovny, u které je dívka pojištěná.

Dalším tématem edukace je životní styl. Úprava životního stylu spočívá v omezení kouření, konzumace alkoholu, užívání drog. Důležitá je především dostatečná a pravidelná hygiena. Ve stravě ženy by měly být zahrnuty potraviny, které obsahují vitamín C, kyselinu listovou a beta-karoten.

Nejhlavnější a nejdůležitější oblastí sekundární edukace jsou pravidelné gynekologické prohlídky, které by měla žena absolvovat od 15 let věku. Preventivní lékařskou prohlídku by žena měla absolvovat minimálně 1 ročně, i v případě, že nemá žádné obtíže (Jakubeková, Illievová, 2011, s. 47).

V případě terciární prevence při léčbě karcinomu děložního čípku sestra edukuje ženu o předoperačních vyšetřeních, předoperační přípravě, následné operaci a pooperační péči. Také podává informace o rehabilitaci a léčbě, která bude následovat po operačním zákroku.

2.2 Předoperační příprava a edukace ženy před operací

Operační výkon nebo samotná operace je traumatizující zážitek jak pro ženu, tak i pro její blízké. Proto musí být přístup k ženě velmi citlivý ve všech oblastech bio-psycho-sociálních potřeb. Předoperační péče u ženy zahrnuje klinické a laboratorní vyšetření, kdy se určují a vylučují rizikové faktory a získávají se potřebné informace pro celkové

předoperační zhodnocení. Cílem je prevence možných komplikací nebo nalezení odchylek od normálního zdravotního stavu ženy.

Příprava ke gynekologické operaci nebo výkonu má čtyři základní složky. Všeobecnou a chirurgickou přípravu, interní a anesteziologickou přípravu. K všeobecné předoperační přípravě patří kontrola dokumentace k operaci, doporučení od obvodního gynekologa, zajištění všech potřebných dat a výsledků vyšetření. Chirurgická příprava spočívá v kontrole a oholení operačního pole, vyprázdnění tlustého střeva a vyprázdnění močového měchýře, ev. zavedení permanentního katetru či jiných sond a kanyl podle druhu operace. Interní příprava zajišťuje veškeré laboratorní vyšetření (např. odběr biologického materiálu – krevní obraz, biochemie krve a moče, koagulace, krevní skupina + Rh faktor), vyšetření EKG, ultrazvuk a dalších doporučených vyšetření, dodání jejich výsledků a zhodnocení interního lékaře, zda žena může podstoupit gynekologickou operaci. Anesteziologické vyšetření obsahuje doporučenou premedikaci před výkonem či operací, volbu anestezie. Anesteziolog ordinuje dle svého vyšetření, stavu ženy, věku, hmotnosti a interních výsledků, aby předešel komplikacím vegetativního nervstva při anestezii. U všech předoperačních příprav musí být podepsané informované souhlasy se svolením k zákroku, o druhu operace, poučení o premedikaci, anestezii.

Samozřejmě u všech těchto příprav je důležitý psychologický přístup a vysvětlení všech dotazů a problémů operované ženy (Vrublová, 2013).

2.3 Ošetrovatelská péče o ženu po operaci pro karcinom děložního čípku

Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, jedním ze způsobů léčby karcinomu děložního čípku je operační zákrok. Operace může mít různý rozsah od konizace až po hysterektomii s odebráním dalších pánevních struktur. Onkogynekologická operace je pro ženu velice zatěžující. Je nutné, aby se zdravotnický personál k ženě choval ohleduplně a s úctou. O operačním zákroku a jeho rozsahu rozhodne lékař. Žena je hospitalizována na gynekologickém oddělení.

Žena po konizaci děložního čípku je z operačního sálu přivezena na standartní pokoj kde se jí měří fyziologické funkce (TK, P, dechy) dle ordinace lékaře, kontroluje se krvácení a vědomí operované. Po 4 hodinách po konizaci se žena zvedá do sprchy a následně se může najíst, dieta je racionální. Jestliže má zavedenu tamponádu v pochvě z operačního sálu, tamponáda se vyndá večer a opět se kontroluje krvácení, které je

nejčastější komplikací těchto operací. Analgetika se podávají většinou pouze v den konizace, dále nejsou potřeba. Propuštění ženy po konizaci je dle zvyklostí daného oddělení, většinou 3 – 5 den po operaci. Žena je předána obvodnímu gynekologovi a po dodání histologického výsledku po konizaci je vedena svým gynekologem v dlouhodobé dispenzarizaci nebo doporučena k další rozsáhlejší operaci, hysterektomii.

Žena po hysterektomii je přivezena na JIP pokoj či oddělení a napojena na monitoring vitálních funkcí (TK, P, EKG, saturace). Je zahájena oxygenoterapie buď přes obličejovou masku, nebo kyslíkové brýle. Kyslík musí být zvlhčený. Jsou podávány analgetika a opiáty dle ordinace lékaře a dle zvyklosti zdravotnického zařízení. Zároveň se podávají infuze. Sestra po celou dobu sleduje hodnoty vitálních funkcí, stav vědomí, bolest, hodinovou diurézu a bilanci tekutin, odpady z drénu, operační ránu a psychický stav ženy. Tekutiny žena přijímá po odeznění anestezie. Příjem potravy závisí na obnovení střevní peristaltiky. Mobilizace ženy se provádí 1. den po operaci, kdy se zvedá do sprechy, provádí se celková koupel a hygiena operované. Strava je 1 den kašovitá a dále dle zvyklosti oddělení. U velkých operací je v prvních dnech většinou zaveden permanentní močový katétr a břišní drén. Sestra sleduje diurézu a barvu moče. Po vytažení drénu a katétru sestra sleduje obnovení spontánní mikce a případných potíží. V péči o stolicí je nutné sledovat obnovení střevní peristaltiky, čemuž by mělo dojít nejdéle 3. pooperační den. Sestra edukuje ženu o nutnosti dodržování zvýšené hygienické péče o genitál. Dále je vhodné ženě zařídit návštěvu fyzioterapeuta (většinou 1. pooperační den).

Žena je poučena o fyzické aktivitě po operačním zákroku - nácvik sedu na lůžku přes bok, nácvik stoje, dechová rehabilitace, pohyby na lůžku, břišní gymnastika. Po operačním zákroku je většinou potřebná následná onkologická péče. Ošetřující lékař informuje ženu o jejím postupu. Žena potřebuje psychickou podporu okolí a především rodiny (Vrublová, 2013, str. 121). V některých případech u onkologicky nemocných žen se doporučuje psychologické nebo psychiatrické konzilium a následná léčba.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

Vzhledem k neustále se zvětšujícímu počtu žen s diagnostikovanou prekancerózou a karcinomem děložního čípku je potřeba zjistit, zda jsou ženy dostatečně informovány o tomto onemocnění. Onemocnění se vyskytuje napříč všech věkových kategorií, stále více se tato diagnóza týká mladších žen. Informovanost je považována za preventivní prostředek, ale také za nezbytnou součást komplexního ošetrovatelského a zdravotnického přístupu v práci všeobecné sestry, porodní asistentky a lékařů pracujících na oddělení gynekologie. V souvislosti se zvyšující se incidencí a dostupnými možnostmi prevence by se ženy měly aktivně informovat o daném tématu. Následně se mohou podílet na rychlejší diagnostice a včasné léčbě tohoto onemocnění. Proto je dostatečné množství informací, lidský přístup a spolupráce s klientkami velmi důležitá. Plní tak funkci preventivní, ale následně i léčebnou.

4 CÍLE VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Hlavním cílem výzkumu je zmapovat míru informovanosti žen o vzniku rakoviny děložního čípku.

4.1 Dílčí cíle

- Zmapovat, zda ženy mají základní znalosti o karcinomu děložního čípku.
- Zjistit, zda jsou ženy informované o nové cytologické metodě LBC.
- Zjistit, zda ženy získávají dostačující informace od lékařů pracujících na gynekologických pracovištích.
- Zmapovat, zda ženy ve věkové kategorii 31 – 50 let mají znalosti o očkování proti rakovině děložního čípku.

5 PŘEDPOKLADY

P1: Předpokládám, že více než polovina žen má základní informace o rakovině děložního čípku.

Vztahující se otázky č.: 3, 4, 5

Kritérium hodnocení: Více než 50 % žen odpoví správně na otázku č. 3, 4, 5.

P2: Předpokládám, že více než polovina dotazovaných žen zná novou cytologickou metodu LBC.

Vztahující se otázky č.: 6, 7, 8

Kritérium hodnocení: Více než 50 % dotazovaných žen odpoví kladně na otázku 6, 7, 8.

P3: Předpokládám, že více než polovina žen získává informace o karcinomu děložního čípku od lékařů pracujících na gynekologických pracovištích.

Vztahující se otázky č.: 9, 10, 11, 13, 14

Kritérium hodnocení: Více než 50 % žen odpoví na otázku č. 9, 10, 13, že získávají informace od lékařů na gynekologických pracovištích.

P4: Předpokládám, že více než polovina žen z kategorie 31 -50 let má znalosti o očkování proti rakovině děložního čípku.

Vztahující se otázky č.: 15, 16, 17, 18, 19

Kritérium hodnocení: Více než 50 % žen z kategorie od 31-50 let věku odpoví na otázku č. 15, 16, 17, 18 týkající se informovanosti správně.

6 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný soubor se skládá ze záměrně vybraných respondentek, které s výzkumným šetřením souhlasily. Celkový počet dotazovaných je 127 žen. Ženy byly rozděleny do dvou kategorií. Do první kategorie byly zařazeny ženy od 15 – 30 let, do druhé kategorie byly zařazeny ženy od 31 – 50 let.

Průměrný věk postižených žen v naší populaci s tímto onemocněním je 49 let s maximem prvního vrcholu okolo 35 až 45 let (Avenier, 2014). Je tedy důležité, aby obě věkové kategorie byly dobře informovány a předcházely tak tomuto onemocnění. Lze předpokládat, že ženy starší věkové kategorie mohou mít méně informací o očkování proti karcinomu děložního čípku. Z tohoto důvodu byly ženy v této bakalářské práci rozděleny do uvedených věkových kategorií.

7 METODA SBĚRU A VYHODNOCOVÁNÍ DAT

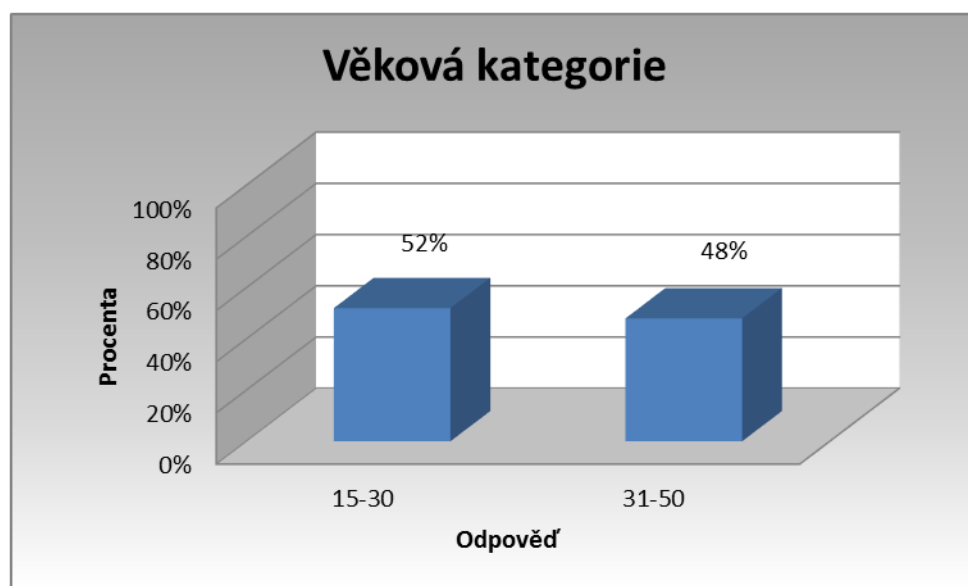
Pro výzkumné šetření byla zvolena kvantitativní metoda formou vlastního strukturovaného dotazníku. Dotazník má 19 otázek, které jsou uzavřené a polootevřené. Jsou pokládány tak, aby bylo možno potvrdit nebo vyvrátit stanovené předpoklady. Dotazník obsahuje otázky, které jsou zaměřeny na problematiku informovanosti žen o vzniku rakoviny děložního čípku. Mezi výhody dotazníku patří zejména anonymita, která zabraňuje pocitu nepříjemného vyzvídání a odpovědi respondentů jsou tak upřímnější a mnohem spolehlivější. Druhou výhodou této techniky je, že zjistíme hodně informací od velkého počtu jedinců za kratší čas (Bártlová, 2005, s. 32). V únoru 2015 byl proveden pilotážní výzkum na gynekologickém oddělení v Karlových Varech, kterého se zúčastnilo 10 žen. Na základě pilotáže byly otázky v dotazníku poupraveny.

Šetření bylo provedeno na gynekologických pracovištích v Karlovarském kraji. Část šetření probíhala v soukromých gynekologických ambulancích (ambulance MUDr. Švába v Karlových Varech, MUDr. Poustky v Karlových Varech, MUDr. Bauerové v Sokolově) a v Karlovarské krajské nemocnici, a.s. na gynekologickém oddělení. Zdravotnický personál byl požádán o akceptaci věkových kategorií respondentek při rozdávání tohoto dotazníku. Šetření probíhalo v únoru 2015. Nejdříve byl proveden pilotážní výzkum, kdy byl dotazník rozdán 10 respondentkám. Na základě pilotáže byl dotazník poupraven. Rozesláno bylo 140 dotazníků, návratnost byla 91 %. Ze 140 dotazníků bylo platných 127, 8 dotazníků se nevrátilo a 5 dotazníků bylo neplatných.

8 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Otázka č. 1: Do jaké věkové kategorie patříte?

V otázce č. 1 měly respondentky na výběr z 2 možností: kategorie 15 - 30 let a 31 - 50 let. Z celkového počtu 127 (100 %) respondentek spadá 67 (52 %) dotazovaných do věkové kategorie 15 - 30 let a 60 (48 %) dotazovaných do kategorie 31 – 50 let (Obrázek 1).



Obrázek 1 Graf zobrazující věkové kategorie

Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

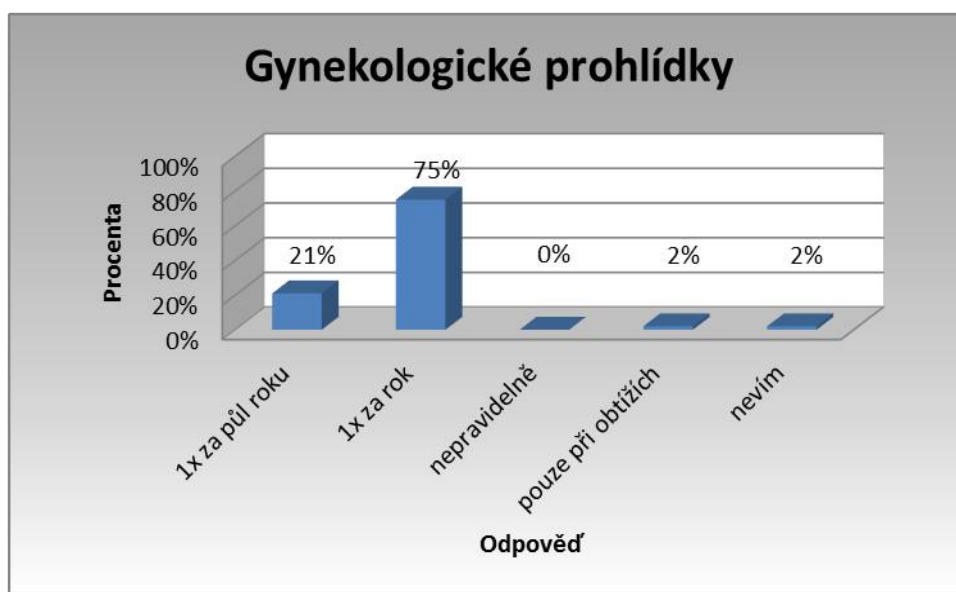
Zde měly respondentky na výběr ze 3 možností: základní vzdělání, středoškolské vzdělání a vysokoškolské. Z celkového počtu 127 (100 %) respondentek uvedlo 22 (17 %) z nich, že dosáhlo základního vzdělání, nejpočetnější kategorií byly respondentky se středoškolským vzděláním 89 (70 %) a 17 (13 %) respondentek má vzdělání vysokoškolské (Obrázek 2).



Obrázek 2 Graf zobrazující nejvyšší dosažené vzdělání

Otázka č. 3: Jak často jsou, podle Vás, v ČR doporučovány gynekologické preventivní prohlídky?

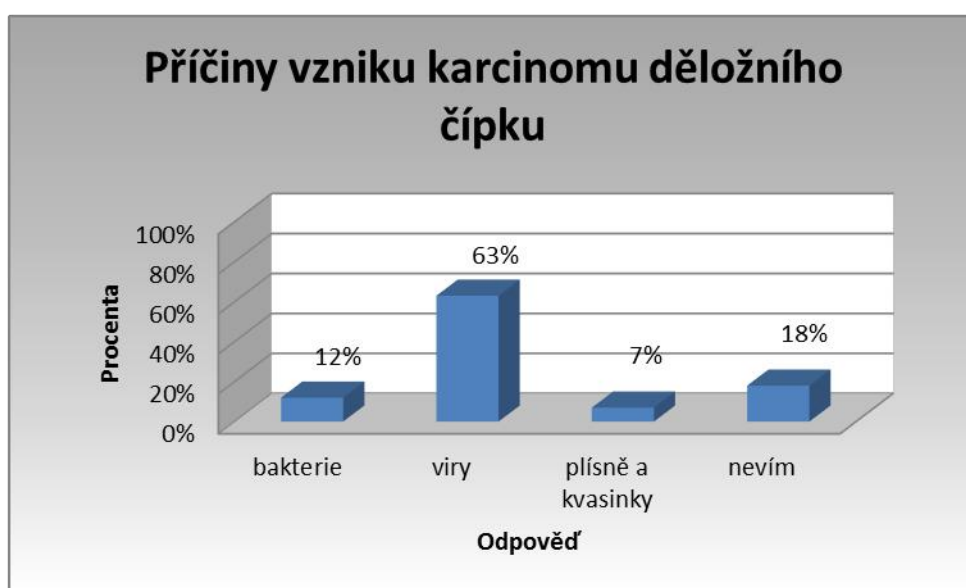
V otázce č. 3 volily respondentky mezi variantami: 1x za půl roku, 1x ročně, pouze při potížích, nepravidelné kontroly a nebo možnost nevím. Touto otázkou byl zjišťován předpoklad č. 1, zda mají ženy základní informace o karcinomu děložního čípku. Z celkového počtu 127 dotazovaných respondentek (100 %) odpovědělo 27 (21 %), že pravidelné kontroly u obvodního gynekologa jsou doporučovány 1x za půl roku, 95 žen (75 %) 1x za rok, 3 ženy (2 %) pouze při potížích, 2 ženy (2 %) odpověděly nevím a odpověď nepravidelně neoznačila žádná respondentka (0 %). Obrázek 3 ukazuje četnost odpovědí, kde největší počet respondentek zvolilo správnou odpověď - 1 x ročně. Tedy více než 50 % žen odpovědělo na tuto otázku správně.



Obrázek 3 Graf zobrazující doporučenou pravidelnost gynekologických prohlídek v ČR

Otázka č. 4: Víte, jaký je jeden z hlavních faktorů vzniku rakoviny děložního čípku?

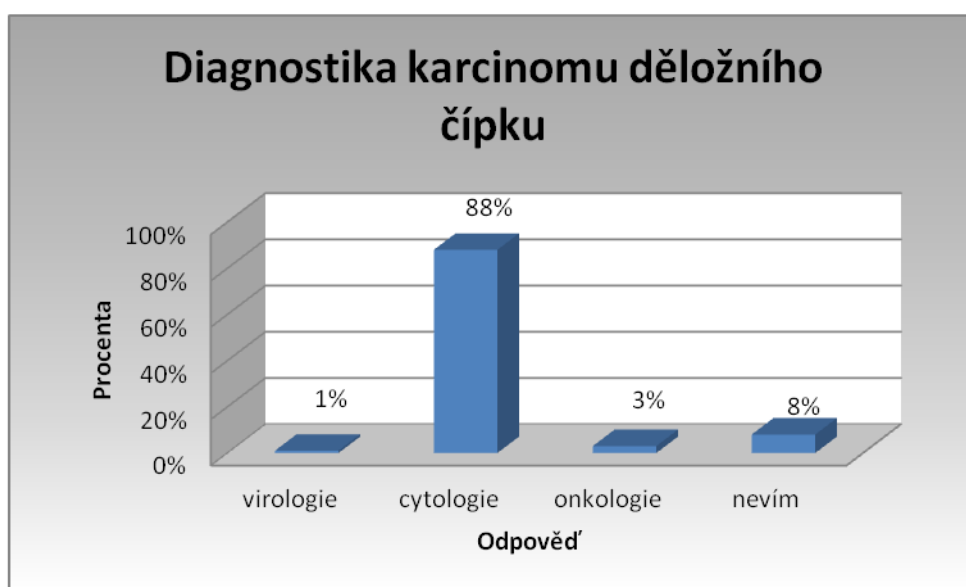
Zde měly ženy na výběr ze 4 možností: bakterie, viry, plísně a kvasinky nebo volba nevím. Správná odpověď byla za b), karcinom děložního čípku je způsoben viry. Z celkového počtu 127 (100 %) dotazovaných zvolilo 15 žen (12 %) jako příčinu vzniku tohoto onemocnění bakterie, 80 (63 %) žen viry, 9 (7 %) žen plísně a kvasinky a 23 (18 %) odpovědělo nevím. Obrázek 4 zobrazuje četnosti odpovědí respondentek. Více než 50 % respondentek odpovědělo na tuto otázku správně. Touto otázkou byl zjišťován předpoklad č. 1, zda mají ženy základní informace o rakovině děložního čípku.



Obrázek 4 Graf zobrazující hlavní faktory vzniku karcinomu děložního čípku

Otázka č. 5: Víte, jak se nazývá základní diagnostické vyšetření rakoviny děložního čípku?

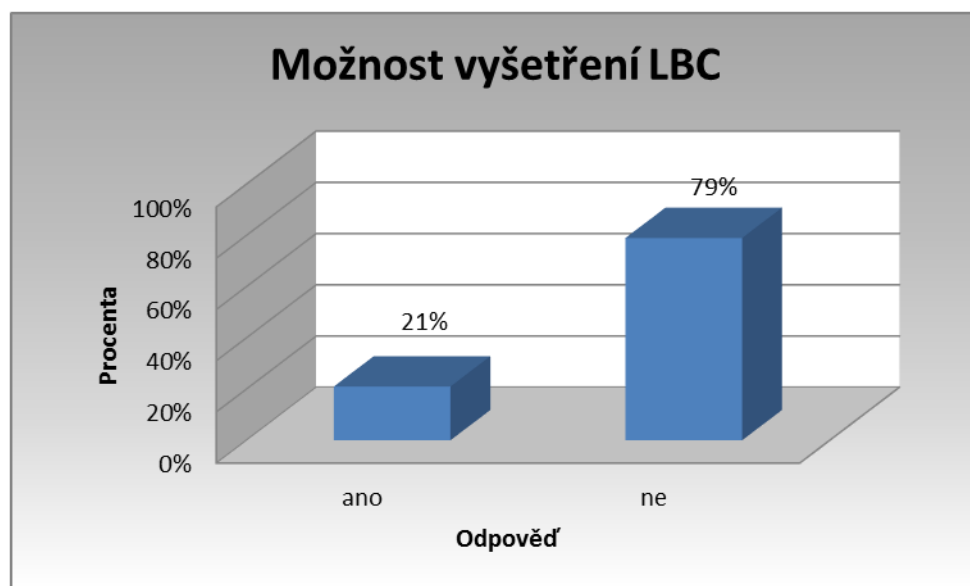
Ženy u této otázky volily 4 možnosti: virologie, cytologie, onkologie nebo možnost nevím. Správná odpověď na otázku č. 5 je možnost b), že základní diagnostickou metodou karcinomu děložního čípku je cytologie. Z celkového počtu 127 (100 %) respondentek odpověděla 1 (1 %) žena možnost virologie, 112 (88 %) respondentek odpovědělo cytologie, odpověď onkologie zvolily 4 (3 %) ženy a odpověď nevědělo 10 (8 %) žen (Obrázek 5). Otázkou č. 5 byl zjišťován předpoklad č. 1, zda mají ženy základní informace o karcinomu děložního čípku a více než 50 % žen odpovědělo na tuto otázku správně.



Obrázek 5 Graf zobrazující diagnostické metody karcinomu děložního čípku

Otázka č. 6: Slyšela jste o možnosti nového diagnostického cytologického vyšetření rakoviny děložního čípku, tzv. LBC (Liquid based cytologie) metodou tekutého média?

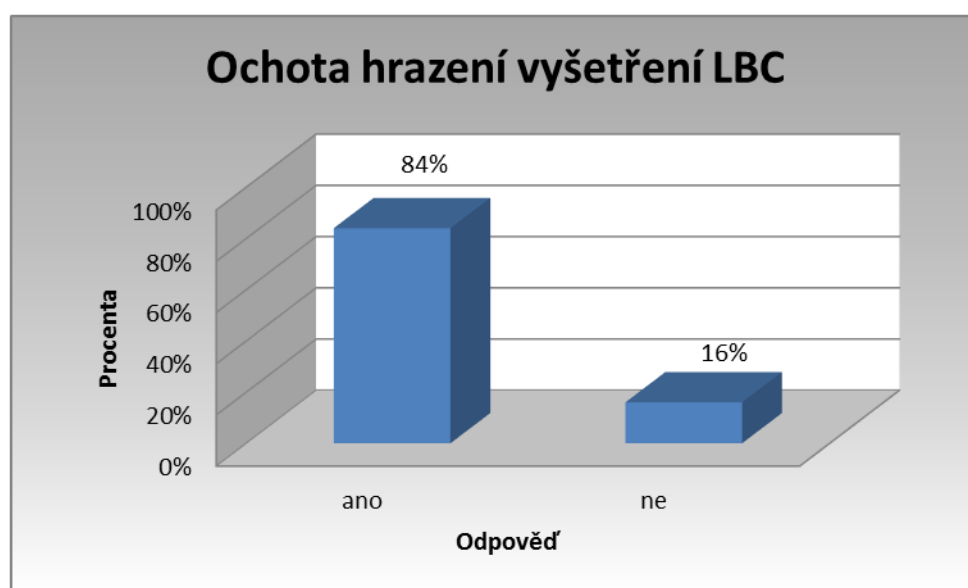
Otázkou č. 6 se zjišťoval Předpoklad č. 2, že ženy znají novou metodu odběru cytologie LBC. Z celkového počtu 127 (100 %) dotazovaných jich 27 (21 %) odpovědělo, že metodu LBC zná a 100 (79 %) žen odpovědělo, že novou metodu nezná. Méně než 50 % žen odpovědělo na tuto otázku kladně, většina žen tedy zmíněnou metodu nezná (Obrázek 6).



Obrázek 6 Graf zobrazující znalost respondentek o metodě LBC

Otázka č. 7: Diagnostické LBC vyšetření stojí 500 Kč a klientky si jej hradí samy, byla byste ochotna si jej také uhradit?

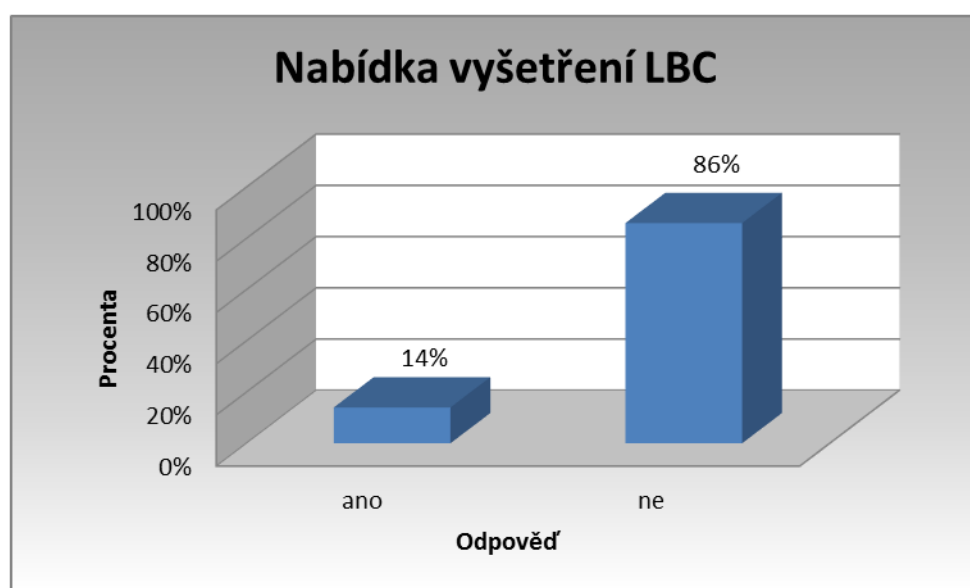
V otázce č. 7 respondentky uváděly, zda by byly ochotny si metody LBC cytologie uhradit samy. Z celkového počtu 127 (100 %) respondentek odpovědělo 10 (84 %) žen, že by byly ochotné si vyšetření uhradit a zbylých 20 (16 %) respondentek by si vyšetření neuhradilo (Obrázek 7). Tato otázka byla součástí Předpokladu č. 2.



Obrázek 7 Graf zobrazující ochotu respondentek úhrady LBC cytologie

Otázka č. 8: Nabízí Vám Váš obvodní gynekolog cytologické vyšetření metodou LBC?

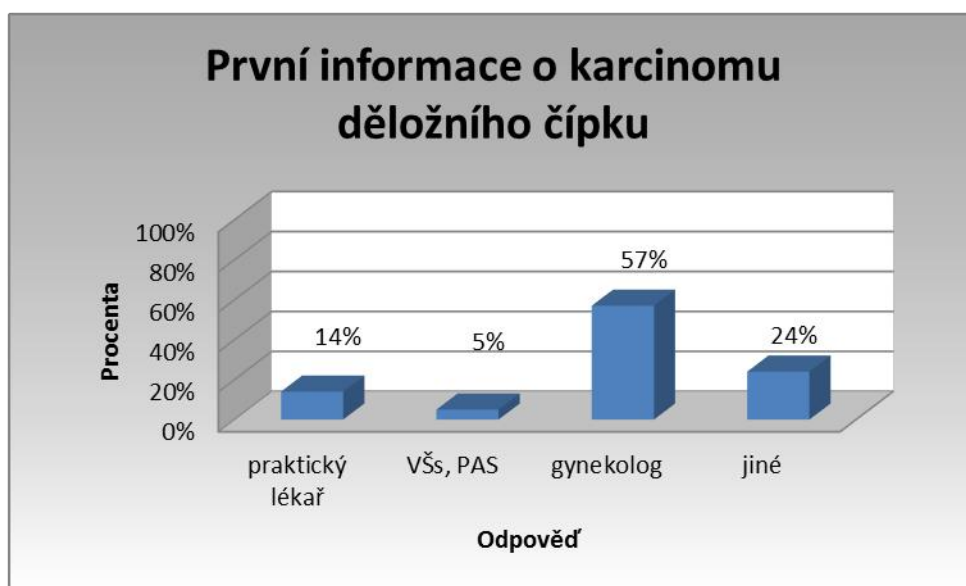
Na otázku č. 8 odpovídaly respondentky, zda jim jejich obvodní gynekolog nabízí metodu LBC cytologie. Z celkového počtu 127 (100 %) respondentek jich 18 (14 %) zvolilo možnost ano, tedy, že jim je LBC nabízena a většině žen - 109 (86 %) tato metoda nabízena není (Obrázek 8). Otázka č. 8 byla součástí Předpokladu č. 2.



Obrázek 8 Graf zobrazující četnost nabídek LBC cytologie

Otázka č. 9: Od koho ze zdravotnických pracovníků jste získala poprvé informace o rakovině děložního čípku?

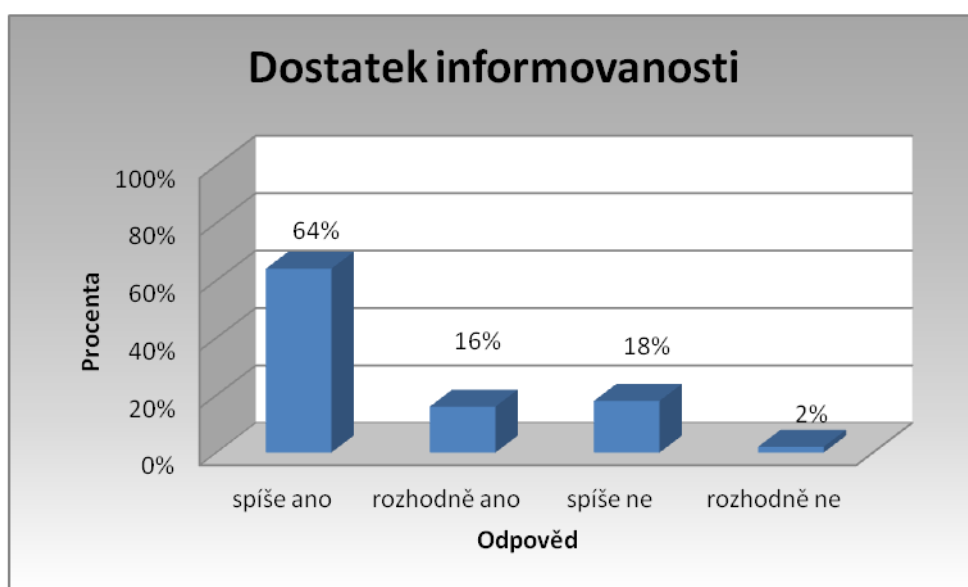
U této otázky měly ženy na výběr z několika možností: buď první informace o karcinomu děložního čípku získaly od praktického lékaře, gynekologa anebo od všeobecné sestry/ porodní asistentky. Z celkového počtu 127 (100 %) respondentek jich 18 (14 %) získalo první informaci od praktického lékaře, 7 (5 %) žen od všeobecné sestry nebo porodní asistentky, 73 (57 %) respondentek od gynekologa a 29 (24 %) uvedlo možnost jiné (Obrázek 9). Tato otázka zjišťuje předpoklad č. 3, zda ženy získávají informace o karcinomu děložního čípku od gynekologického lékaře. V tomto případě 57 % žen zvolilo možnost c), že první informaci získaly od svého gynekologa.



Obrázek 9 Graf zobrazující zdroj první informace o karcinomu děložního čípku

Otázka č. 10: Máte pocit, že informace od zdravotnického personálu v rámci tohoto onemocnění jsou pro Vás dostačující?

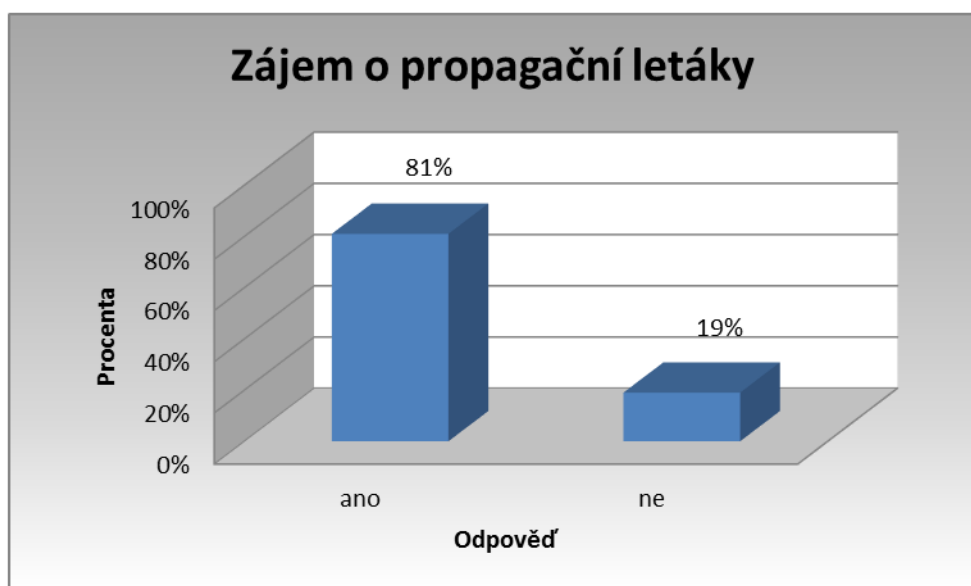
Odpovědi na otázku č. 10 charakterizují intenzitu spokojenosti s informacemi od zdravotnického personálu o karcinomu děložního čípku. Z celkového počtu 127 (100 %) respondentek odpovědělo 81 (64 %) žen spíše ano, 20 (16 %) žen rozhodně ano, 23 (18 %) žen spíše ne a 3 (2 %) ženy udalo rozhodně ne (Obrázek 10). Otázka zjišťovala předpoklad č. 3, zda ženy získávají dostatečné informace od zdravotnického personálu.



Obrázek 10 Graf zobrazující dostatečnost informací o karcinomu děložního čípku

Otázka č. 11: Všímate si letáků a propagačních materiálů v ordinaci/čekárně Vašeho gynekologa?

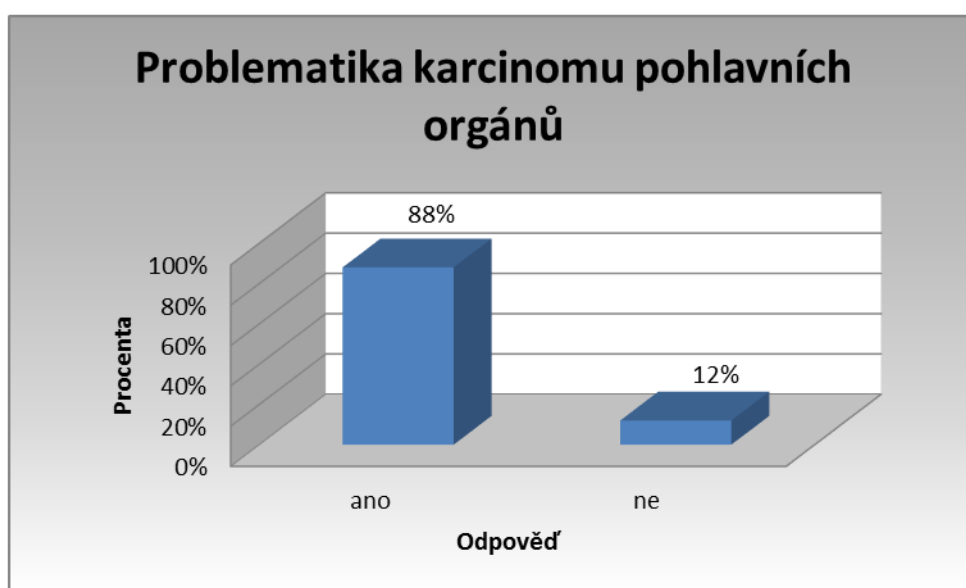
Na otázku, zda si ženy všimají propagačních letáků v čekárnách u svého gynekologa, odpovědělo, z celkového počtu 127 (100 %) dotazovaných, 103 (81 %) žen, že si letáků a materiálů všimá a zbylých 24 (17 %) si materiálů nevšimá (Obrázek 11). Otázka č. 11 se vztahovala k předpokladu č. 3.



Obrázek 11 Graf zobrazující zájem respondentek o propagační letáky

Otázka č. 12: Zajímá Vás celková problematika rakoviny ženských pohlavních orgánů?

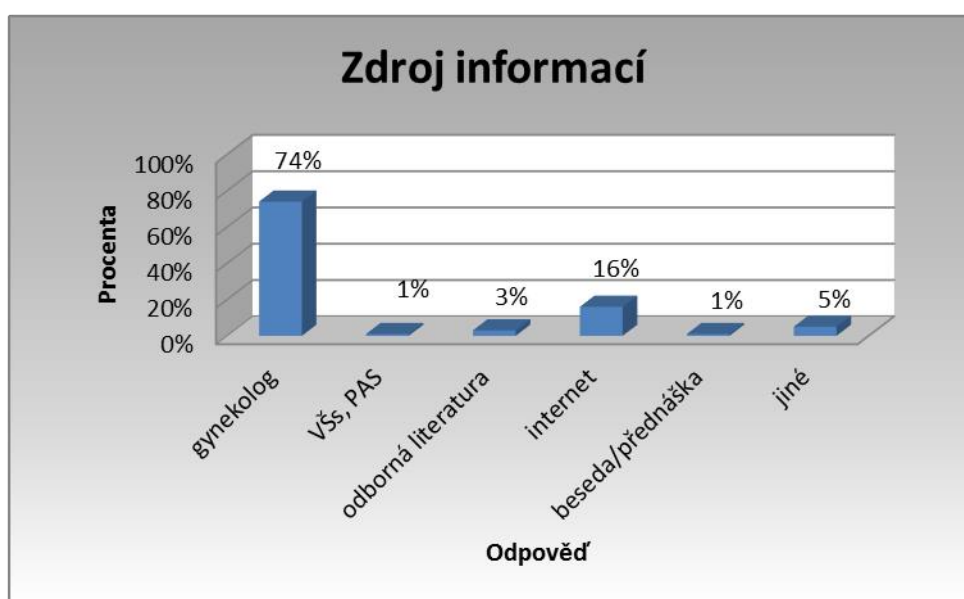
Z celkového počtu 127 (100 %) respondentek odpovědělo na otázku, zda se zajímá o problematiku karcinomů ženských pohlavních orgánů, 112 (88 %) žen ano a 15 (12 %) žen ne.



Obrázek 12 Graf zobrazující zájem o problematiku karcinomů ženských pohlavních orgánů

Otázka č. 13: Z jakých zdrojů Vám podávání informací o rakovině děložního čípku nejvíce vyhovuje?

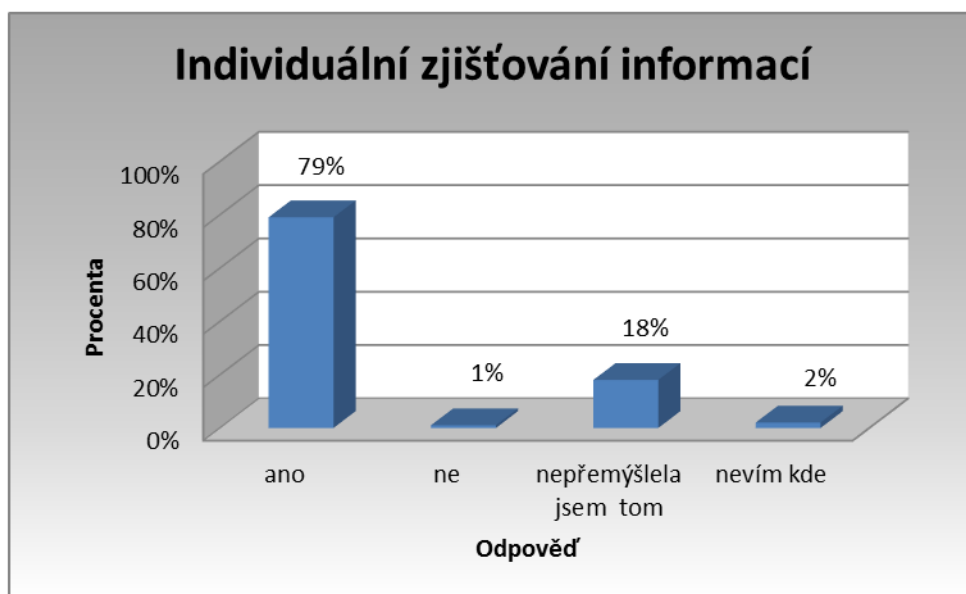
U otázky č. 13 měly respondentky na výběr z možností: gynekolog, všeobecná sestra/porodní asistentka, odborná literatura, internet, beseda/přednáška a jiné zdroje. Z celkového počtu 127 (100 %) respondentek odpovědělo 94 (74 %), že nejvíce informací o karcinomu děložního čípku získává od gynekologa, pouze 2 (1 %) ženy od všeobecné sestry/porodní asistentky. Dále 3 (3 %) ženy uvedly jako zdroj informací odbornou literaturu, 21 (16 %) žen uvedlo internet, jen 2 (1 %) získává informace z besed a přednášek a 5 (5 %) získává informace z jiných zdrojů (Obrázek 13).



Obrázek 13 Graf zobrazující zdroj informací o karcinomu děložního čípku

Otázka 14: Pokud by byly informace o rakovině děložního čípku pro Vás nedostatečné, jste ochotna si je zjistit sama a jiným způsobem?

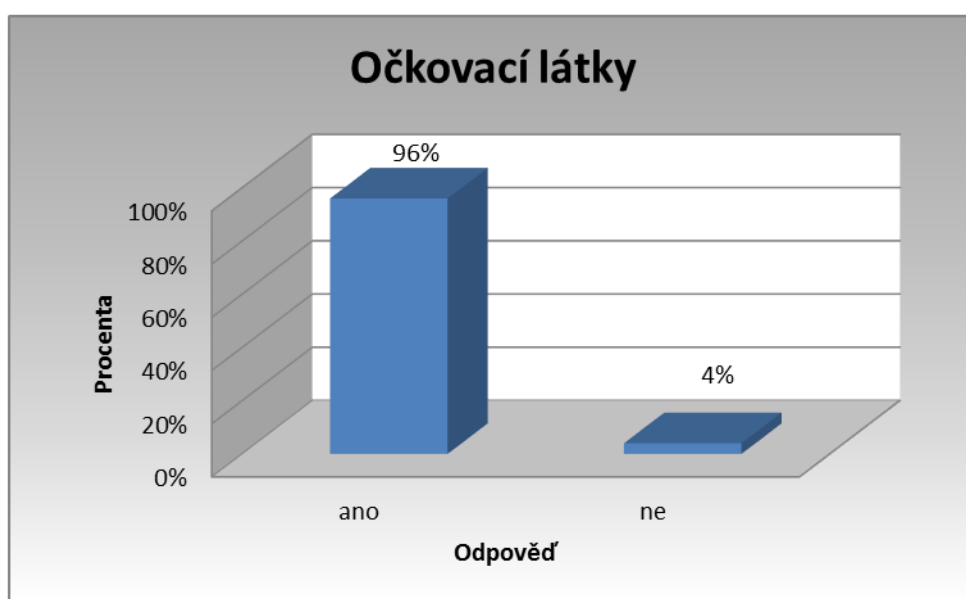
Zde měly respondentky uvést, zda by si případně byly ochotny samy zjistit informace o karcinomu děložního čípku. Z celkového počtu 127 (100 %), 101 (79 %) uvedlo, že by si případně informace zjišťovaly samy. Pouze 1 (1 %) žena odpověděla ne. Dalších 23 (18 %) respondentek nepřemýšlelo o tom, že by si samy nějaké informace zjišťovaly a 2 (2 %) ženy neví, kde by informace našly (Obrázek 14). Otázka č. 14 byla součástí Předpokladu č. 3, zda informace o karcinomu děložního čípku získávají ženy nejvíce od gynekologů.



Obrázek 14 Graf zobrazující individuální zjišťování o karcinomu děložního čípku

Otázka č. 15: Víte, zda existují očkovací látky proti vzniku rakoviny děložního čípku?

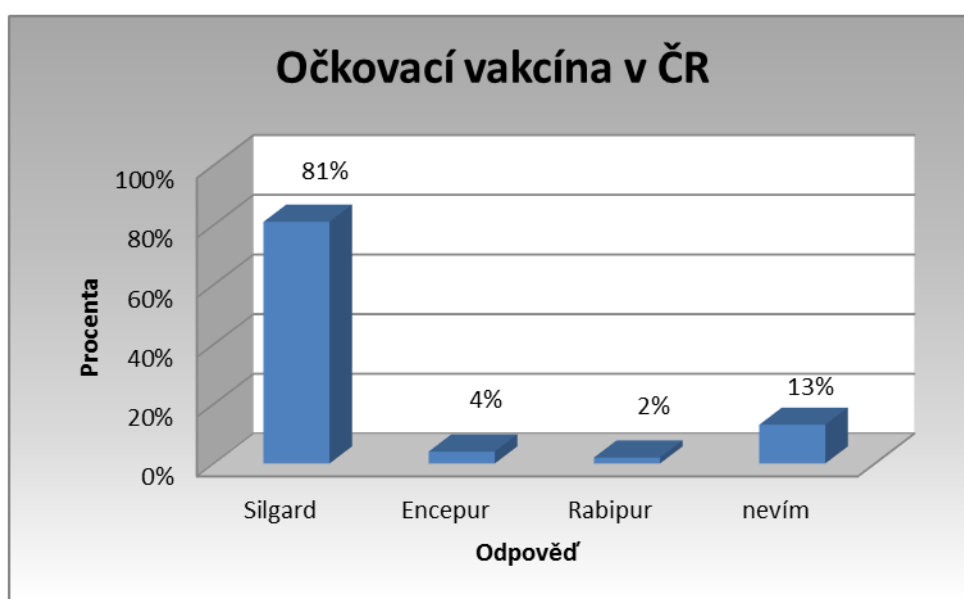
Otázka č. 15 zjišťovala, zda ženy vědí o očkování proti karcinomu děložního čípku. Tato otázka zjišťovala poslední Předpoklad o informovanosti žen o očkování proti rakovině děložního čípku. Z celkového počtu 127 (100 %) dotazovaných, většina - 122 (96 %) žen ví, že jsou k dispozici očkovací látky proti karcinomu děložního čípku a pouhých 5 (4 %) žen o této skutečnosti nevěděly (Obrázek 15).



Obrázek 15 Graf zobrazující informovanost žen o očkování proti karcinomu děložního čípku

Otázka č. 16: Která očkovací vakcína proti rakovině děložního čípku se distribuuje v ČR?

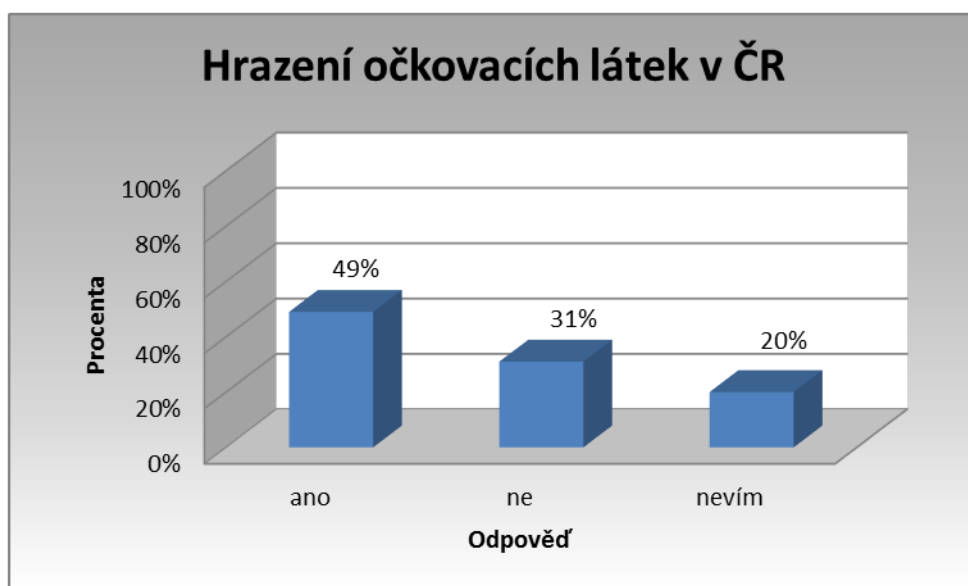
V otázce č. 16 měly respondentky na výběr ze 4 možností: Silgard, Encepur, Rabipur a možnosti nevím. Správná odpověď byla možnost a) vakcína Silgard. Otázka byla součástí Předpokladu č. 4, zda mají ženy starší věkové kategorie dostatečnou informovanost o očkování proti karcinomu děložního čípku. Z celkového počtu 127 (100 %) žen zvolilo možnost Silgard 103 (81 %) žen, 5 (4 %) Encepur, pouze 2 (2 %) ženy uvedly vakcínu Rabipur a 17 (13 %) žen nevěděly odpověď na tuto otázku (Obrázek 16).



Obrázek 16 Graf zobrazující odpovědi respondentek na otázku ohledně očkovacích vakcín v ČR

Otázka č. 17: Hradí částečně zdravotní pojišťovny v ČR očkovací látky proti rakovině děložního čípku?

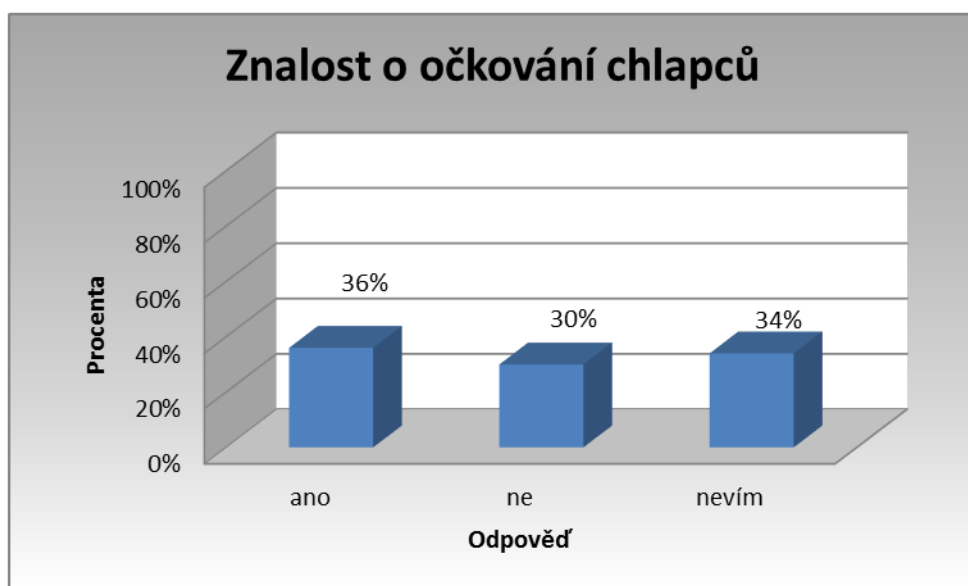
Tato otázka zjišťovala, zda ženy vědí o možnostech částečného hrazení vakcíny proti karcinomu děložního čípku. Otázka zjišťovala Předpoklad č. 4. Z celkového počtu 127 (100 %) respondentek odpovědělo 62 (49 %) žen, že pojišťovny poskytují příspěvek na očkování, což byla odpověď správná. Dalších 40 (31 %) žen odpovědělo ne a zbylých 25 (20 %) žen odpověď na tuto otázku nevědělo (Obrázek 17).



Obrázek 17 Graf zobrazující možnost částečného hrazení vakcíny zdravotními pojišťovnami

Otázka č. 18: Mohou se očkovací látky použít i k očkování chlapců?

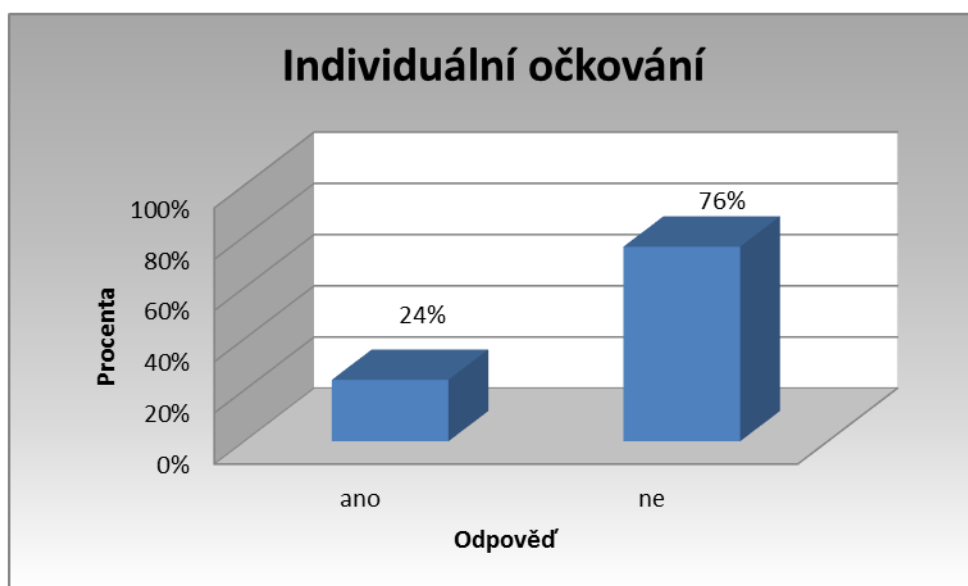
Otázka 18 zjišťovala, jak jsou ženy informované o možnostech očkování chlapců jako prevence nákazy virem HPV, který je faktorem vzniku karcinomu děložního čípku. Otázkou se zjišťoval Předpoklad č. 4. Z celkového počtu 127 (100 %) respondentek, odpovědělo 46 (36 %) správně, že očkování chlapců proti rakovině děložního čípku je možné. 38 (30 %) žen odpovědělo ne a 43 (34 %) žen nevědělo odpověď na tuto otázku (Obrázek 18).



Obrázek 18 Graf zobrazující možnost očkování chlapců proti karcinomu děložního čípku

Otázka č. 19: Jste sama očkovaná proti rakovině děložního čípku?

Otázka č. 19 zjišťovala situaci o očkování respondentek. Z celkového počtu 127 (100 %) žen, uvedlo 30 (24 %), že podstoupilo očkování proti karcinomu děložního čípku a většina žen, tedy 97 (76 %), očkovaná není (Obrázek 19).



Obrázek 19 Graf zobrazující situaci očkování proti karcinomu děložního čípku

8.1 Předpoklad č. 1: Předpokládám, že více než polovina žen má základní informace o rakovině děložního čípku

Cílem prvního předpokladu bylo zjistit úroveň informovanosti žen o karcinomu děložního čípku. K tomuto předpokladu se vztahovaly otázky č. 3, 4 a 5. Hodnotící kritérium bylo, že více než 50 % žen odpoví správně na otázku. Na otázku č. 3 o pravidelných preventivních prohlídkách odpovědělo 75 % respondentek správně, že preventivní prohlídky u obvodního gynekologa jsou doporučovány 1 x ročně. Otázka č. 4 se týkala hlavní příčiny způsobující karcinom děložního čípku a zde 63 % žen uvedlo správně, že hlavním faktorem způsobujícím toto onemocnění jsou viry. Poslední otázka zjišťující informovanost žen pojednávala o diagnostice. Zde odpovědělo 88 % respondentek správně, tedy, že hlavní diagnostickou metodou karcinomu děložního čípku je cytologie.

Ve všech otázkách (č. 3, 4 a 5) odpovědělo více než 50 % žen správně. Lze tedy tvrdit na základě výzkumného šetření, že ženy mají základní informace o karcinomu děložního čípku. **Předpoklad se potvrdil.**

8.2 Předpoklad č. 2: Předpokládám, že více než polovina dotazovaných žen zná novou cytologickou metodu LBC

Cílem druhého předpokladu bylo potvrdit nebo vyvrátit znalost respondentek o nové diagnostické metodě LBC cytologie. K zjišťování sloužily otázky č. 6, 7 a 8. Hodnotící kritérium byla kladná odpověď na otázky č. 6, 7 a 8 u více než 50 % dotazovaných. Otázkou č. 6 bylo zjišťováno, zda respondentky znají novou metodu LBC cytologie. Zde pouze 21 % žen odpovědělo, že tuto metodu zná, což je velmi malé číslo. Otázka č. 7 se zabývala ochotou hrazení LBC cytologie, která aktuálně stojí 500 Kč. 84 % respondentek by bylo ochotno uhradit si nadstandardní diagnostickou metodu. Poslední otázka, zjišťující tento předpoklad se týkala nabídky LBC cytologie gynekology. Pouze 14 % dotazovaných žen je nabízena metoda LBC.

V otázce č. 6 odpovědělo kladně pouze 21 % a v otázce 8 pouze 14 % žen. V otázce č. 7 odpovědělo kladně 84 % žen. **Předpoklad se nepotvrdil.**

8.3 Předpoklad č. 3: Předpokládám, že více než polovina žen získává informace o karcinomu děložního čípku od lékařů pracujících na gynekologických pracovištích

Cílem třetího předpokladu bylo zjistit, zda ženy získávají dostatečné informace od gynekologů, dále zda by si případně byly ochotny informaci samy zjistit a kde by tyto informace vyhledaly. Otázky vztahující se k tomuto předpokladu byly č. 9, 10, 11, 13 a 14. Hodnotícím kritériem bylo získání informace a edukace od gynekologa alespoň u 50 % respondentek. Otázka č. 9 zjišťovala, od koho získaly ženy první informaci o rakovině děložního čípku. 57 % žen uvedlo svého gynekologa, 14% žen uvedlo praktického lékaře, 5% respondentek uvedlo, že dostává první informace od všeobecné sestry, porodní asistentky a 24% žen uvedlo odpověď jiné, kde dost často ženy dopisovaly odpovědi kamarádky, matky, učitelky. Otázka č. 10 měla za úkol zjistit, zda jsou podávané informace pro ženy dostačující- 64 % žen odpovědělo, že spíše ano, 16% odpovědělo rozhodně ano, 18% žen uvedlo odpověď spíše ne a 2% uvedlo odpověď rozhodně ne. V otázce č. 11 odpovídaly ženy, zda si všímají propagačních letáků v ordinacích svého lékaře a 81 % z nich odpovědělo, že ano, 19% žen odpovědělo ne. V otázce č. 13 ženy uváděly, od koho jim podávání informací o karcinomu děložního čípku nejvíce vyhovuje a 74 % uvedlo, že od svého gynekologa, dále 1% uvedlo porodní asistentku nebo všeobecnou sestru, 3% žen uvedlo jako odpověď odbornou literaturu, 16% uvedlo internet, 1% žen uvedlo besedy a přednášky a 5% žen uvedlo odpověď jiné, kde doplňovaly škola, rodina, kamarádka. Otázka č. 14 zjišťovala, zda by si ženy byly ochotné samy vyhledat informace o tomto onemocnění- 79 % žen odpovědělo, že ano, 1% odpovědělo ne, 18 % odpovědělo nepřemýšlela jsem o tom a 2% žen uvedlo odpověď nevím, kde bych tyto informace získala.

Na otázku č. 9 odpovědělo 57 % žen a pro 64 % žen jsou informace dostačující. 74 % žen vyhovuje nejvíce informovanost od gynekologa. **Předpoklad se potvrdil.**

8.4 Předpoklad č. 4: Předpokládám, že více než polovina žen z kategorie 31 -50 let má znalosti o očkování proti rakovině děložního čípku

Cílem posledního předpokladu bylo zjistit informovanost žen starší věkové kategorie očkování proti karcinomu děložního čípku. Otázky vztahující se k tomu to

předpokladu byly č. 15, 16, 17, 18. Otázka č. 19 zjišťovala, zda jsou ženy očkované proti karcinomu děložního čípku. Hodnotící kritérium bylo, že více než 50 % žen z kategorie od 31-50 let věku odpoví alespoň na 3 otázky týkající se informovanosti správně. Odpovědi na všechny otázky zobrazuje Tabulka 1. V otázce č. 15, zda respondentky ví o očkovacích látkách, odpovědělo 95 % žen z kategorie 31- 50 let ano. Otázka č. 16 se týkala očkovací vakcíny distribuující se v ČR a 82 % žen z kategorie 31- 50 let odpovědělo správně, že očkovací vakcínou je Silgard. Otázka č. 17 zjišťovala, zda respondentky ví o hrazení vakcín zdravotními pojišťovnami. 52 % žen z kategorie od 31- 50 let odpovědělo ano. Otázka č. 18 zjišťovala, zda respondentky ví o možnosti očkování chlapců a pouze 38 % žen z kategorie od 31- 50 let odpovědělo kladně. Poslední otázka č. 19 pouze zjišťovala, zda jsou ženy očkované proti tomuto onemocnění. 36 % žen z kategorie od 15 - 30 let jsou očkované a pouze 7 % žen z kategorie od 31- 50 let jsou očkované proti tomuto onemocnění. **Předpoklad se potvrdil.**

Tabulka 1 Odpovědi na otázky č. 15- 19

Věková kategorie	15-30 let	31-50 let
Víte, zda existují očkovací látky proti karcinomu děložního čípku?		
ano	97%	95%
ne	3%	5%
Která očkovací vakcína proti karcinomu děložního čípku se distribuuje v ČR?		
Silgard	85%	82%
Encepur	4%	6%
Rabipur	3%	0%
nevím	8%	12%
Hradí částečně zdravotní pojišťovny v ČR vakcínu proti karcinomu děložního čípku?		
ano	46%	52%
ne	34%	28%
nevím	20%	20%
Mohou se očkovací látky použít i k očkování chlapců?		
ano	33%	38%
ne	37%	22%
nevím	30%	40%

Jste očkovaná proti karcinomu děložního čípku?		
ano	36%	7%
ne	64%	93%

Otázka č. 15 byla zodpovězena správně 95 % respondentek z kategorie od 31 -50 let. Otázka č. 16 byla zodpovězena správně 82 % respondentek ve věku od 31- 50 let. Otázka č. 17 byla zodpovězena správně 52 % respondentek v kategorii od 31- 50 let a otázka č. 18 byl zodpovězena správně pouze 38 % respondentek ve věkové kategorii 31- 50 let. Na 3 otázky respondentky odpověděly správně a **předpoklad se potvrdil.**

DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá informovaností žen o vzniku karcinomu děložního čípku. Hlavním cílem bylo zjistit, zda se ženy zajímají o tuto problematiku, dostávají potřebné informace, umí si tyto informace samy zjistit, zda mají přehled o diagnostice a screeningu tohoto onemocnění. Na základě tohoto cíle byly dále stanoveny dílčí cíle: zmapovat, zda mají základní znalosti o karcinomu děložního čípku, zjistit, zda více než polovina dotazovaných žen zná novou cytologickou metodu LBC, dále zjistit, zda více než polovina žen získává informace od zdravotnických pracovníků pracujících na gynekologických pracovištích a zda cílová kategorie žen ve věku 31 – 50 let má znalosti o očkování proti karcinomu děložního čípku.

K dosažení výše uvedených cílů byly stanoveny 4 předpoklady. První předpoklad se týkal informovanosti žen ohledně karcinomu děložního čípku. Výsledky lze porovnat s bakalářskou prací Bc. Lenky Zapářkové (Brno, 2012). Výsledky jejího výzkumného šetření se velmi podobají procentuálním číslům v této bakalářské práci. Zapářková šetřením zjistila, že informovanost žen o karcinomu děložního je velmi vysoká, až 98 % žen zná tento pojem a ví kde je karcinom lokalizován. Zároveň 93 % žen zná interval preventivních gynekologických prohlídek, výsledky ve srovnání s mou bakalářskou prací jsou tedy podobné. Co se týče původce tohoto onemocnění, odpovědi se různí. Z mého výzkumného šetření vyplývá, že 63 % žen zná původce karcinomu děložního čípku a v práci Zapářkové zná původce pouze 8 % dívek. Dívky byly ve věku 13-15 let, měly základní nebo středoškolské vzdělání a výzkum probíhal v okolí Brna. Je zřejmé, že takto mladé dívky nemají dostatečné informace a znalosti o tomto onemocnění. Je možné se domnívat, že v dnešní době se zlepšila celková informovanost žen o tomto velmi vážném onemocnění. Dle těchto výsledků se **předpoklad č. 1 potvrdil**. Většina žen zná a má základní informace o tomto onemocnění.

Druhý předpoklad se týkal znalosti diagnostické metody LBC cytologie. Z výzkumného šetření vyplynulo, že pouze 21% respondentek zná metodu LBC, přitom 84 % žen by si toto vyšetření byly ochotné samy zaplatit, ačkoliv se jeho aktuální cena pohybuje kolem 500 Kč. Nabídka LBC cytologie je taktéž velmi nízká, protože pouze 14 % žen gynekolog LBC cytologii nabízí. Z výsledků mého výzkumného šetření vyplývá, že je třeba zvýšit informovanost žen o nové metodě LBC cytologie, která přispívá k lepšímu hodnocení zejména suspektních výsledků cytologie. Je zde mnoho žen, které o této metodě neví a byly by ochotny si ji samy uhradit. Problémem tedy není finanční situace žen, ale

špatná informovanost a edukace od gynekologů a všeobecných sester nebo porodních asistentek.

V mém výzkumném šetření odpovědělo pouze 5% dotazovaných žen, že první informace získaly od všeobecných sester nebo porodních asistentek. Dále v mém šetření odpovědělo 1% dotazovaných žen, že pro ně byla zdrojem informací všeobecná sestra či porodní asistentka. Z toho je patrné, že všeobecné sestry by měly více dbát na edukaci svých pacientů, dodávat informační materiály, vysvětlovat ošetrovatelské metody a postupy. Tato edukační činnost už je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Dle těchto výsledků se **předpoklad č. 2 nepotvrdil**.

Třetí předpoklad zjišťoval, zda ženy získávají informace o karcinomu děložního čípku nejvíce od svého gynekologa, zda jsou tyto informace pro ně dostačující a zda by si případně vyhledaly informace o onemocnění samy. Na otázku od koho získala poprvé informace o karcinomu děložního čípku 57% žen, že první informaci slyšela od svého gynekologa. V odpovědích jiné (24 %) dost často figurovala matka nebo učitelka. 64 % procent žen je s informacemi od zdravotnického personálu spokojeno a informace jsou pro ně dostačující. 81 % žen si všímá v ordinacích svého lékaře různých propagačních letáků a materiálů, což přispívá k vyšší informovanosti o onemocnění ženských pohlavních orgánů. Je důležité, aby propagační materiály a letáky působily preventivně a mentorsky. Propagační materiály mají svou nezaměnitelnou roli v prevenci karcinomu děložního čípku. 74 % žen uvedlo, že jim nejvíce vyhovuje, když jim informace podává gynekolog. Lze se domnívat, že ženy lékaři důvěřují nejvíce a proto by neměl gynekolog veškerou edukaci o karcinomu děložního čípku, ale i o dalších gynekologických chorobách a problémech, zanedbávat a věnovat ženě dostatek času a prostoru na dotazy a připomínky. Další otázka se věnovala tomu, zda si ženy jsou ochotny získat informace o karcinomu děložního čípku samy a 79 % žen odpovědělo, že ano. Z tohoto šetření vyplývá, že podávání informací vyhovuje ženám od gynekologa nebo z internetu, který je v dnešní době přístupný téměř v každé rodině i ve veřejných zařízeních. Ve srovnání s bakalářskou prací Bc. Kristýny Zichové (Olomouc, 2014) je mé šetření naprosto opačné. Respondentky v mém výzkumném šetření mají nejvíce informací od gynekologa a následně z internetu. Z výzkumného šetření Zichové bylo zjištěno, že největším zdrojem informací o problematice karcinomu děložního čípku jsou pro respondentky média (47 %), avšak zarážející bylo zjištění, že od lékaře se o rakovině děložního čípku dovědělo pouhých 17 % respondentek. Výzkumné šetření Zichové probíhalo u středoškolských studentů, to může

mít vliv na její výsledky. Lze se domnívat, že ženy z mého výzkumného šetření více v této problematice důvěřují lékaři než všeobecné sestře či porodní asistentce, což je pochopitelné. Lékař má vyšší vzdělání, navrhuje postup preventivních prohlídek, kontrol a probírá se ženou případnou léčbu všech stádií karcinomu děložního hrdla. Všeobecná sestra/porodní asistentka má spíše úlohu ošetřovatelky, kdy pozoruje, hodnotí a zaznamenává zdravotní stav pacientky.

Dále má úlohu edukátorky – připravuje informační materiály, edukuje ženu o nutnosti dodržování stanovených kontrol, případně edukuje ženu v ošetřovatelských postupech, před a po operační léčbě. Stará se o ženu v průběhu hospitalizace a poskytuje odbornou ošetřovatelskou péči. **Předpoklad č. 3 se šetřením potvrdil.**

Poslední předpoklad se týkal míry informovanosti žen z věkové kategorie od 31 -50 let

o očkování proti karcinomu děložního čípku. Na otázku, zda jsou dostupné očkovací látky proti karcinomu děložního čípku, odpovědělo 95 % žen z věkové kategorie 31- 50 let ano. 82 % žen ve věku od 31 -50 let odpovědělo správně na další otázku, že vakcínou používanou proti karcinomu děložního čípku v ČR je Silgard.

Z odpovědí k této otázce je patrné, že většina žen zná očkovací látku Silgard, i respondentky v této věkové kategorii. 52 % žen ve věkové kategorii 31- 50 let uvedlo, že zdravotní pojišťovny v ČR částečně hradí vakcínu proti karcinomu děložního čípku, což je odpověď správná. Pouze 38 % žen ve věku od 31- 50 let vědělo, že dnes se dají očkovat i chlapi. Otázka 19 zjišťovala, kolik procent žen je očkovaných proti karcinomu děložního čípku. Ve věkové kategorii 15 – 30 let je to 36 % žen a ve věkové kategorii 31- 50 let je to pouze 7 % žen. Výsledky šetření poslední otázky jednoznačně poukazují na distribuci očkovacích látek posledních deseti let - ženy starších ročníků neměly šanci se nechat naočkovat, protože žádné očkovací látky dříve neexistovaly nebo nebyly v ČR v distribuci. Při posuzování výsledků šetření s výsledky bakalářské práce Bc. Zlaty Wabneggerové (České Budějovice, 2013) došlo ke shodě. Wabneggerová ve svém šetření zjistila, že 75 % žen, znají očkovací látku Silgard a 40 % dotazovaných vědělo, že očkovací látka Silgard se používá také k očkování chlapců. Celkově je patrné, že více než polovina žen ve věkové kategorii 31-50 let má znalosti o očkování proti karcinomu děložního čípku. Podle MUDr. Slámy (2011, s. 31) v příručce „Průvodce žen při onemocnění děložního hrdla“: „nejnovější a nejspolehlivější metodou ochrany proti viru HPV infekce a s ní spojených změn je očkování.“ Vakcíny obsahují viru podobné částice, které jsou neinfekční

a vyvolávají tvorbu vysokých hladin ochranných protilátek. Je tedy jednoznačné využití očkování látkami Silgard a Cervarix, které jsou téměř plně hrazeny pojišťovny a jsou v distribuci v ČR. **Po výzkumném šetření se tedy předpoklad č. 4 potvrdil.**

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala tématem informovanosti žen o vzniku karcinomu děložního čípku. Tato práce je napsána jako ucelený přehled o této závažné problematice. Výskyt karcinomu děložního čípku je u nás stále velmi vysoký, proto je i v současné době velmi diskutovatelným tématem. Ročně je u 1000 žen diagnostikován výskyt prekanceróz nebo karcinomů děložního hrdla, z toho téměř 400 žen, tedy 40 %, umírá na tuto diagnózu. Česká republika se řadí k evropským zemím s vysokým výskytem tohoto onemocnění. Tato úmrtí jsou dle mého názoru zcela zbytečná, jelikož v České republice je nastaven dobrý systém prevence a diagnostiky. Je velice důležité zlepšit systém edukace žen o karcinomu děložního čípku, ale i o dalších závažných gynekologických onemocněních.

Teoretická část pojednává o základních informacích o karcinomu děložního čípku, včetně diagnostiky, léčby, prevence a očkování. Dále je zde uveden způsob edukace žen o této nemoci a ošetřovatelská péče o ženy před a po operačním zákroku.

Praktická část uvádí zejména výsledky dotazníkového šetření. Dotazník jsem stanovila na základě předem stanovených cílů a očekávaných předpokladů. V této části práce byla zjišťovaná míra informovanosti žen o karcinomu děložního čípku, dále znalost nové cytologické metody LBC. Dalším cílem bylo zjistit, zda žena získává informace o karcinomu děložního čípku od gynekologa, zda jsou tyto informace pro ni dostačující a jestli má znalosti o očkování proti HPV. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že dotazované dívky i ženy se dobře orientují v základních znalostech této diagnózy, mají povědomí o prevenci a očkování. Z výzkumu také vyplývá, že respondentky mají minimální znalosti o nové cytologické vyšetřovací metodě LBC, která pro zatím není hrazena zdravotními pojišťovnami. V této problematice hrají velkou roli lékaři – gynekologové, kteří zároveň nejvíce ženu edukují o karcinomu děložního čípku. Lékaři, ale i všeobecné sestry nebo porodní asistentky by měli své klientky dostatečně informovat a nabízet veškeré dostupné diagnostické metody. I přes neznalost nové metody LBC respondentky uvádějí, že by si rády toto nové vyšetření samy uhradily.

Vzhledem k otázce sociální úrovně obyvatel v ČR, která nyní spíše klesá, je potěšující vědět, že ženy jsou ochotny připlatit si za toto přesnější vyšetření. Nad tímto tématem by se měly samozřejmě zamyslet i pracovníci pojišťoven. Bylo by dobré, kdyby toto vyšetření částečně hradily pojišťovny, tak jako hradí očkování proti HPV.

Obsah této práce je určen pro dívky a ženy, které se zajímají o problematiku onemocnění karcinomem děložního čípku, chtějí znát faktory vzniku, prevenci, diagnostiku a následnou léčbu karcinomu. Je dobrým průvodcem ženám, které se setkaly s tímto onemocněním samy, v rodině či blízkém okolí. Z tohoto důvodu byla autorkou práce vytvořen návrh na edukační leták, který by měl posloužit k edukaci žen na gynekologických pracovištích (viz příloha č. 2).

Úlohou nás všeobecných sester by mělo být všemi různými způsoby zvyšovat informovanost dívek a žen o daném tématu, jejich rodiče o rizikových faktorech, zdůraznit důležitost pravidelných gynekologických prohlídek a předcházet tak onemocnění karcinomu děložního čípku, který je stále velkou hrozbou v ženské populaci.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- AMERICAN CANCER SOCIETY. How is cervical cancer diagnosed? *Cervical Cancer* [online]. 2014, [Cit. 13. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/detailedguide/cervical-cancer-diagnosis>.
- BIOPTICKÁ LABORATOŘ s.r.o. Bethesda. *Cervikální cytologie* [online]. 2014, [Cit. 13. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.cipek.cz/cytologie/bethesda.php>.
- BURGHARDT, Erich a kol. *Atlas der Kolposkopie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2001. ISBN 3-13-648002-3.
- CIBULA, David, PETRUŽELKA, Luboš a kol. *Onkogynekologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2665-6.
- FAIT, Tomáš a kol. *Preventivní medicína*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-237-7.
- GUSTAFSSON, Leif a kol. International incidence rates of invasive cervical cancer before cytological screening. *International Journal of Cancer* [online]. 1998, roč. 71, č. 2, [Cit. 13. 11. 2014]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/%28SICI%291097-0215%2819970410%2971:2%3C159::AID-IJC6%3E3.0.CO;2-%23/pdf>.
- HALADA, Petr a Jiří Špaček. Epidemiologie, etiopatogeneze karcinomu děložního hrdla a současné možnosti jeho prevence. *Postgraduální medicína* [online]. 2011, [Cit. 13. 11. 2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/epidemiologie-etipatogeneze-karcinomu-delozniho-hrdla-a-soucasne-moznosti-jeho-prevence-457919>.
- HORÁČEK, Jaroslav a Jitka KOBILKOVÁ. *Gynekologická cytodiagnostika*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-327-5.
- HPV INFO.cz. HPV testy. *Diagnostika papillomavirů a jejich projevů* [online]. 2014, [Cit. 13. 11. 2014]. Dostupné z: <http://hpvinfo.cz/diagnoza-hpv>.
- INSTITUT BIOSTATIKY A ANALÝZ. Screeningový proces. *Cervix* [online]. 2014, [Cit. 13. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.cervix.cz/index.php?pg=pro-lekare--screeningovy-proces>.
- JAKUBICOVÁ, Jarmila a Lubica ILLIEVOVÁ. Vědomosti studentek ošetřovatelství o prevenci rakoviny děložního čípku. *Sestra* [online]. 2011, [Cit. 14. 11. 2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vedomosti-studentek-osetrovatelstvi-o-prevenci-rakoviny-delozniho-cipku-459796>.
- MOTLÍK, Karel a Jaroslav ŽIVNÝ. *Patologie v ženském lékařství*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-460-6.

- MOUKOVÁ, Lucie. O nádoru děložního čípku. *Masarykův onkologický ústav* [online]. 2013, [Cit. 14. 11. 2014]. Dostupné z: <https://www.mou.cz/o-nadoru-delozniho-cipku/t2030>.
- MOUKOVÁ, Lucie. Prevence karcinomu děložního čípku. *Masarykův onkologický ústav* [online]. 2014, [Cit. 14. 11. 2014]. Dostupné z: <https://www.mou.cz/prevence-karcinomu-delozniho-cipku/t2168>.
- ONDRUŠ a spol. *Screening karcinomu děložního hrdla*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978 – 80 – 7345 – 322 – 0.
- PEŠOVÁ, Zdeňka. *Karcinom děložního čípku- mohou ženy ovlivnit vyhlídku na vyléčení?* Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce PhDr. Jana Kocourková.
- PLUTA, Marek. Rakovina děložního hrdla 2. díl – prekancerózy. *Fórum zdraví* [online]. 2014, [Cit. 13. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.forumzdravi.cz/200-rakovina-delozniho-hrdla-2.dil.prekancerozy>.
- RABE, Thomas. *Memorix: Porodnictví*. Praha: Sciente Medica, 1993. ISBN 3- 527 – 15439 – 6.
- ROB, Lukáš a kol. *Gynekologie*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
- SKOUMALOVÁ, Lenka. *Karcinom děložního čípku*. Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce RNDr. Helena Nejezchlebová, PhD.
- SLÁMA, Jiří. *Průvodce žen při onemocnění děložního hrdla*. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2472-3.
- VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Pokračování projektu „3. dávka zdarma“* [online]. 2014, [Cit. 14. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.vozp.cz/cs/o-pojistovne/archiv-aktualit/prilohy/3-davka-zdarma.html>.
- VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Očkování proti rakovině děložního hrdla bude teď s VZP skoro zadarmo* [online]. 2013, [Cit. 14. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/ockovani-proti-rakovine-delozniho-hrdla-bude-ted-s-vzp-skoro-zadarmo>.
- VRUBLOVÁ, Yvetta. *Komunitní ošetrovatelská péče v gynekologii* [online]. 2013, [Cit. 14. 11. 2014]. Dostupný z: www.uzs.tul.cz/data/studijni_opory/ogy_vrublova1.pdf.
- WABNEGGEROVÁ, Zlata. *Prevence karcinomu děložního čípku u dívek*. Bakalářská práce. České Budějovice, 2013. Vedoucí práce doc. PhDr. Yvetta Vrublová, PhD.

ZAPÁŘKOVÁ, Lenka. *Informovanost matek o rakovině děložního čípku a prevenci*. Bakalářská práce. Brno, 2012. Bakalářská práce. Vedoucí práce Mgr. Marta Šenkýřová.

ZICHOVÁ, Kristýna. *Znalosti o prevenci karcinomu děložního čípku u středoškolské populace*. Bakalářská práce. Olomouc, 2014. Vedoucí práce MUDr. Milada Bezděková, PhD.

SEZNAM ZKRATEK

- AGC = atypical glandulae cells
AGC NOS = atypical glandular cells not otherwise specified
AGC NEO = atypical glandular cells, suspicious for AIS or cancer
AIS = adenokarcinom in situ
ASC = atypical squamosus cells
ASC- US = atypical squamous cells of undetermined significance
ATZ = atypical transformation zone
CIN = cervikální intraepiteliální neoplazie
CIS = carcinom in situ
CT = počítačová tomografie
HG = high grade
HIV = Human Immunodeficiency Virus
HR = high risk
HPV = human papillomavirus
HSIL = high grade of squamosus intraepitelial lesion
LBC = liquid based cytology
LEEP = leep elektroexcision procesure
LEETZ = leep elektroexcision of transformation zone
LG = low grade
LR = low risk
LSIL = low grade of squamosus intraepitelial lesion
MR = magnetická rezonance
NETZ = needle excision of the transformation zone
PET = pozitronová emisní tomografie
SIL = skvamózní intraepiteliální léze
SWETZ = straight wire excision of the transformation zone

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Odpovědi na otázky č. 15 - 19.....	51
---	-----------

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Graf zobrazující věkové kategorie	31
Obrázek 2 Graf zobrazující nejvyšší dosažené vzdělání	32
Obrázek 3 Graf zobrazující doporučenou pravidelnost gynekologických prohlídek v ČR.....	33
Obrázek 4 Graf zobrazující hlavní faktory vzniku karcinomu děložního čípku	34
Obrázek 5 Graf zobrazující diagnostické metody karcinomu děložního čípku.....	35
Obrázek 6 Graf zobrazující znalost respondentek o metodě LBC	36
Obrázek 7 Graf zobrazující ochotu respondentek úhrady LBC cytologie.....	37
Obrázek 8 Graf zobrazující četnost nabídek LBC cytologie.....	38
Obrázek 9 Graf zobrazující zdroj první informace o karcinomu děložního čípku.....	39
Obrázek 10 Graf zobrazující dostatečnost informací o karcinomu děložního čípku	40
Obrázek 11 Graf zobrazující zájem respondentek o propagační letáky	41
Obrázek 12 Graf zobrazující zájem o problematiku karcinomů ženských pohlavních orgánů.....	42
Obrázek 13 Graf zobrazující zdroj informací o karcinomu děložního čípku.....	43
Obrázek 14 Graf zobrazující individuální zjišťování o karcinomu děložního čípku	44
Obrázek 15 Graf zobrazující informovanost žen o očkování proti karcinomu děložního čípku	45
Obrázek 16 Graf zobrazující odpovědi respondentek na otázku ohledně očkovacích vakcín v ČR.....	46
Obrázek 17 Graf zobrazující možnost částečného hrazení vakcíny zdravotními pojišťovnami.....	47
Obrázek 18 Graf zobrazující možnost očkování chlapců proti karcinomu děložního čípku.....	48
Obrázek 19 Graf zobrazující situaci očkování proti karcinomu děložního čípku	49

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazník

Příloha B: Plakát - Fakta o technologiích LBC

Příloha C: Návrh informačního letáku

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Jitka Bujárková a jsem studentka 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra na FZS v Plzni, kombinovaná forma studia. Prosím Vás o spolupráci při vyplňování dotazníku, který poslouží k výzkumu mé bakalářské práce na téma „ Informovanost žen o vzniku karcinomu děložního čípku“. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Při vyplňování zakroužkujte jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Děkuji za Váš čas.

1. Do jaké věkové kategorie patříte?
 - a) 15-30
 - b) 31-50

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Základní
 - b) Středoškolské
 - c) Vysokoškolské

3. Jak často jsou, podle Vás, v ČR doporučovány gynekologické preventivní prohlídky?
 - a) 1x za půl roku
 - b) 1x ročně
 - c) Nepravidelně
 - d) Pouze při potížích
 - e) Nevím

4. Víte, jaký je jeden z hlavních faktorů vzniku rakoviny děložního čípku?
 - a) Bakterie
 - b) Viry
 - c) Plísně a kvasinky
 - d) Nevím

5. Víte, jak se nazývá základní diagnostické vyšetření rakoviny děložního čípku?
 - a) Virologie

- b) Cytologie
 - c) Onkologie
 - d) Nevím
6. Slyšela jste o možnosti nového diagnostického cytologického vyšetření rakoviny děložního čípku, tzv. LBC (Liquid based cytologie) metodou tekutého média?
- a) Ano
 - b) Ne
7. Diagnostické LBC vyšetření stojí 500,- Kč a klientky si jej hradí samy, byla byste ochotna si jej také uhradit?
- a) Ano
 - b) Ne
8. Nabízí Vám Váš obvodní gynekolog cytologické vyšetření metodou LBC?
- a) Ano
 - b) Ne
9. Od koho ze zdravotnických pracovníků jste získala poprvé informace o rakovině děložního čípku?
- a) Praktický lékař
 - b) Všeobecná sestra, porodní asistentka
 - c) Gynekolog
 - d) Jiné:.....
10. Máte pocit, že informace od zdravotnického personálu v rámci tohoto onemocnění jsou pro Vás dostačující?
- a) Spíše ano
 - b) Rozhodně ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
11. Všímate si letáků a propagačních materiálů v ordinaci/ čekárně Vašeho gynekologa?

- a) Ano
- b) Ne

12. Zajímá Vás celková problematika rakoviny ženských pohlavních orgánů?

- a) Ano
- b) Ne

13. Z jakých zdrojů Vám podávání informací o rakovině děložního čípku nejvíce vyhovuje?

- a) Od gynekologa
- b) Od všeobecné sestry či porodní asistentky
- c) Z odborné literatury
- d) Z internetu
- e) Besedy, přednášky
- f) Jiné:.....

14. Pokud by byly informace o rakovině děložního čípku pro Vás nedostatečné, jste ochotna si je zjistit sama a jiným způsobem?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nepřemýšlela jsem o tom
- d) Nevím, kde bych tyto informace získala

15. Víte, zda existují očkovací látky proti vzniku rakoviny děložního čípku?

- a) Ano
- b) Ne

16. Která očkovací vakcína proti rakovině děložního čípku se distribuuje v ČR?

- a) Silgard
- b) Encepur
- c) Rabipur
- d) Nevím

17. Hradí částečně zdravotní pojišťovny v ČR očkovací látky proti rakovině děložního čípku?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

18. Mohou se očkovací látky použít i k očkování chlapců?


- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

19. Jste sama očkovaná proti rakovině děložního čípku?


- a) Ano
- b) Ne

 **Bioptická laboratoř** **ThinPrep PAP test**
CYTOLOGIE | BIOPSIE | MOLEKULÁRNÍ GENETIKA

Fakta o technologiích využívajících liquid based cytologie

 Co to je liquid based cytologie (dále jen LBC)?


LBC je technika umožňující odběr vyšetřovaných buněk z různých orgánů a zejména z děložního čípku do tekutého média, které je uvnitř malé nádoby. Na rozdíl od klasického Pap stěru, při kterém se buňky přímo natírají na sklíčko a který je historicky v nezměněné podobě používán již 70 let včetně České republiky. Prostá LBC má některé výhody v diagnostice.

 Jaké?

Z odběru technikou LBC, kdy se preparáty z tekutého média vyrábí až v laboratoři, je odstraněn hlen, červené krvinky a buňky jsou rovnoměrně rozprostřeny na sklíčko v tenké vrstvě, takže stěr je polom lépe diagnostikovatelný v mikroskopu. Nádoby s LBC se u nás v laboratoři po cytologickém vyšetření skladují 6 týdnů. Když je třeba u pacientky provést dodatečné genetické vyšetření na průkaz HPV, je možné toto vyšetření provést z této uskladněné nádoby a pacientka nemusí chodit znova ke gynekologovi na vyšetření. Navíc je touto technikou možné dodatečně provést imunocytochemický průkaz p16 onkogenu, který označí rakovinové buňky, což v klasickém Pap stěru nelze.

 Má prostá LBC oproti klasickému Pap stěru velké výhody?

Má určité výhody, ale nejedná se o žádnou velkou revoluci v diagnostice cytologii čípku.

 Co je to za metodu, kterou propagujete na stránkách www.gynckolog.cz a kterou používáte ve Vaší Bioptické laboratoři s.r.o.?

Jedná se o počítačovou image analýzu LBC stěrů. Je to metoda americké firmy Hologic. Ta přináší revoluční změny do diagnostiky cytologie čípku. Počítač načte (naskenuje) celé mikroskopické sklíčko připravené technikou LBC s buňkami čípku a označí nám téměř se 100% jistotou všechny podezřelé či rakovinové buňky.

 A v čem tkví největší výhoda proti klasickému Pap stěru?

Klasický Pap stěr děložního čípku obsahuje přibližně 160.000-200.000 buněk. Nejčastější chybou při jejich hodnocení v laboratoři je přehlédnutí několika málo rakovinových buněk v mikroskopickém sklíčku. Není ani v lidských možnostech v každém mikroskopickém sklíčku vždy rakovinové buňky v záplavě jiných nenádorových buněk najít. Takže spíše než o lidské chybě je lépe mluvit o omezených možnostech lidského oka všechny nádorové buňky odhalit. To způsobí, že ve všech laboratořích světa, které používají pouze metodu klasického Pap stěru, dosahují účinnosti vyšetření pouze 60-70% při odhalování rakoviny děložního čípku. To je i případ České republiky. Přehlédnutí několika málo rakovinových buněk lidským okem totiž tvoří největší část chybovosti při cytologické diagnostice. Na druhé straně při použití technologie image analýzy firmy Hologic tato chyba zcela odpadá. Počítač najde všechny rakovinové buňky, takže přesnost odečtu u dobré laboratoře používající tuto metodu přesahuje 90%.

👍 Jak moc je tato metoda firmy Hologic a jí podobná metoda SurePath ve světě rozšířená?
V USA představuje téměř 100% (70% Hologic a 30% SurePath), ve Velké Británii a Irsku 100%, v Holandsku 63%, ve Švýcarsku 55%, v Dánsku, Švédsku, Norsku a Finsku 78% všech používaných metod. Jinými slovy, v těch zemích světa, kde mají nejlepší výsledky ve skríningu rakoviny děložního čípku na světě, používají především tuto metodu. V USA, v zemi, která je notoricky známá četnými soudními spory mezi pacienty a lékaři, v poslední době výrazně poklesl počet soudních procesů pacientů s cytologickými laboratořemi. Za jednu z nedůležitějších příčin tohoto poklesu soudních sporů je považováno právě zavedení image analýzy firmy Hologic a SurePath, následkem čehož došlo k výraznému zpřesnění cytologické diagnostiky v USA (1).

👍 Proč někteří lékaři u nás použití metody firmy Hologic považují za málo přínosné?
Protože naši metodu image analýzy firmy Hologic zaměňují s metodami využívajícími prostou LBC. Jednoduše mezi prostou LBC a naší metodou nedělají žádné rozdíly. Někteří tak činí z naprostého diletantství, jiní tyto dvě naprosto odlišné metody nechtějí rozeznávat zcela záměrně.

👍 Proč?
Protože prostá LBC skutečně až tak velkým přínosem v cytologické diagnostice děložního čípku není a my s touto částí jejich argumentace souhlasíme a prostou LBC metodu k diagnostice nepoužíváme (2). Naproti tomu použití počítačového čtení skel pomocí image analýzy firmy Hologic je technologie převratná. Vybavení laboratoře na prostou LBC stojí přibližně 1 milion korun, zatímco kompletní vybavení image analýzou firmy Hologic stojí 18 milionů korun. A jestliže cytologická laboratoř nechce investovat do image analýzy firmy Hologic, je nejjednodušší tvrdit, že to je stejné jako prostá LBC a že se tudíž o přínos nejedná!

👍 Používá některá laboratoř mimo vaši laboratoře image analýzu od Firmy Hologic?
Ne. Jsme jedinou laboratoř v České republice, která image analýzu od Firmy Hologic zavedla. Některé laboratoře u nás zavedly prostou LBC bez image analýzy. Velice bychom doporučovali, aby gynekologové a veřejnost dobře rozlišovali tyto dvě naprosto rozdílné techniky cytologického vyšetření, které mají ve vyhledávání předrakovinových buněk čípku naprosto odlišnou účinnost.

www.biopticka.cz

www.gynekolog.cz



Bioptická laboratoř
CYTOLOGIE | BIOPSIE | MOLEKULÁRNÍ GENETIKA

Mikulášské nám. 4, 326 00 Plzeň
tel.: 377 320 667, 603 835 353

Zdravotnická laboratoř akreditovaná ČIA dle ČSN EN ISO 15189.

Co by měla žena vědět!!!



Gynekologické preventivní prohlídky – 1x za 12 měsíců

Obsah gynekologického vyšetření

- Anamnéza
- Vyšetření prsů
- Prohlídka kůže a vyšetření uzlin v oblasti pohlavních orgánů
- Vyšetření v zrcadlech
- Kolposkopické vyšetření s odběrem materiálu z děložního čípku



Rizikové faktory karcinomu děložního čípku



- Kouření aktivní i pasivní
- Časné zahájení sexuálního života (před 16 rokem)
- Multipara 3 a více porodů – traumatizace děložního čípku
- Dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce
- Genetické predispozice
- Pohlavně přenosné choroby

Prevence

- Vyloučení rizikových faktorů
- Pravidelné gynekologické prohlídky
- Vakcinace (Silgard, Cervarix)
- Možnost očkovat i chlapce (přenašeči viru)
- Osvěta



Nová metoda vyšetření karcinomu děložního čípku

LBC (liquid based cytologie)

Technika umožňující odběr vyšetřovaných buněk z různých orgánů, zejména z děložního čípku, přesnost LBC vyšetření přesahuje 90%, na rozdíl od standartního cytologického vyšetření (60-70%), metoda LBC zatím není hrazena zdravotními pojišťovnami (cena cca 500Kč)

