

**UNIVERZITA PARDUBICE**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2014**

**Renata Pešková**

**Univerzita Pardubice**

**Fakulta zdravotnických studií**

**Nádory hrdla děložního, prevence, diagnostika, léčba**

**Renata Pešková**

**Bakalářská práce**

**2014**

### **Čestné prohlášení**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně, veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Jičíně 2.3. 2014

.....  
Renata Pešková

### **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala paní Mgr. Markétě Moravcové, za odborné vedení mé bakalářské práce, za rady a trpělivost.

Dále bych ráda poděkovala všem dívkám a ženám za vyplnění dotazníku, který slouží jako podklad mé bakalářské práce

## **Anotace**

Tématem bakalářské práce jsou - nádory hrdla děložního, prevence, diagnostika a léčba. Jedná se o teoreticko-výzkumnou práci, která je rozdělena do dvou částí: teoretické a praktické.

Teoretická část je zaměřena na anatomii dělohy, druhy nádorů na děloze, dále se zaměřuje na rakovinu hrdla děložního, charakteristiku a rozdělení HPV infekcí, diagnostiku, prevenci a léčbu nádorů hrdla děložního.

V praktické části je popisována metodika výzkumu a analýza získaných dat.

Výzkumným souborem byly dívky a ženy v reprodukčním věku. Cílem práce bylo zjistit, jak jsou na tom ženy s vědomostmi o prevenci rakoviny děložního čípku a zda se chovají preventivně a snaží se jakýmkoli gynekologickým problémům předcházet.

## **Klíčová slova**

Nádorové onemocnění, hrdlo děložní, HPV infekce, prevence

## **Title**

Tumors of the cervix, preventiv, diagnosis, treatment

## **Annotation**

The thesis is called cervical tumours, prevention, diagnostics, cure. It is a theoretical-research project which is divided into two parts: theoretical and practical.

The theoretical part focuses on womb anatomy, types of womb tumours; it also deals with cervical cancer, characterization and division of HPV infections.

Research methodology and obtained data analysis are described in the practical part.

As a research sample women and girls in a reproduction age were used. The goal of the thesis was to find out how much women know about cervical cancer prevention, if they behave preventively and if they try to avoid all possible gynaecological problems.

### **Key words**

Cancer, cervix, HPV infection, prevention

## Obsah

Seznam obrázků.....	7
Seznam tabulek.....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
Seznam zkratk.....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
Úvod.....	11
Cíle teoretické části práce .....	12
Cíle praktické části práce .....	12
1 ANATOMIE DĚLOHY .....	13
1.1 Zevní tvar dělohy .....	13
1.2 Děložní dutina .....	13
1.3 Stavba stěny dělohy.....	14
2 NÁDORY HRDLA DĚLOŽNÍHO.....	15
2.1 Maligní epitelové nádory .....	15
2.2 Benigní nádory .....	16
2.3 Klasifikace prekanceróz.....	17
3 TNM a FIGO klasifikace.....	19
4 LIDSKÝ PAPILOMAVIRUS .....	20
4.1 Kancerogenita papillomavirů.....	21
5 DIAGNOSTIKA PAPILOMAVIROVÉ INFEKCE.....	22
5.1 Druhy diagnostiky .....	22
5.2 Role porodní asistentky při diagnostice.....	23
6 LÉČBA PREKANCERÓZ A NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ DĚLOŽNÍHO ČÍPKU .....	25
6.1 Léčebné operace.....	25
6.2 Léčba zhoubných nádorů rakoviny hrdla děložního.....	25
6.3 Podíl porodní asistentky na léčbě rakoviny hrdla děložního.....	26
7 PREVENCE NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ HRDLA DĚLOŽNÍHO .....	27
7.1. Zajištění nádorového onemocnění hrdla děložního.....	27
7.2. Očkování proti nádorovému onemocnění hrdla děložního .....	28
7.3 Role porodní asistentky v prevenci nádorového onemocnění hrdla děložního.....	28
8 METODIKA VÝZKUMU .....	30
8.1 Výzkumný vzorek .....	30
8.2 Sběr a zpracování dat.....	30

8.3 Výzkumné otázky.....	31
9 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	32
10 DISKUZE.....	47
11 ZÁVĚR.....	50
Bibliografické citace .....	52
Přílohy.....	53



## Seznam obrázků

Obr. 1 Věk respondentek.....	32
Obr. 2 Očkování.....	33
Obr. 3 Preference vakcín.....	36
Obr. 4 Měla jste už pohlavní styk?.....	37
Obr. 5 přenosnost HPV viru.....	38
Obr. 6 Počet sexuálních partnerů.....	40
Obr. 7 Jiná forma antikoncepce.....	42
Obr. 8 Preventivní gynekologické prohlídky.....	46

## Seznam tabulek

Tab. 1 Struktura očkovaných respondentek podle věku.....	35
Tab. 2 Doporučení očkování.....	35
Tab. 3 Druh vakcíny.....	36
Tab. 4 Struktura typu vakcín.....	36
Tab. 5 Struktura povědomí o přenosu HPV infekce.....	40
Tab. 6 Struktura vlivu věku na počet sexuálních partnerů.....	41
Tab. 7 Užívání hormonální antikoncepce.....	42
Tab. 8 Struktura vlivu věku na výběr hormonální antikoncepce.....	43
Tab. 9 Momentální počet partnerů.....	44
Tab. 10 HPV infekce.....	45
Tab. 11 Zákrok na děložním čípku.....	45
Tab. 12 Návštěvy cytologické poradny.....	46

## **Seznam zkratk**

CIN – cervikální intraepiteliální neoplazie

WHO – World health organization (světová zdravotnická organizace)

HPV – human papilloma virus

SIL – skvamózní intraepiteliální léze

CGIN – cervikální glandulární intraepiteliální neoplazie

LG – low grade (lehký stupeň)

HG – high grade (těžký stupeň)

TNM – tumor, nodus, metastázy

PA – porodní asistentka

MR – magnetická rezonance

## Úvod

Tato bakalářská práce je zaměřena na nádorové onemocnění hrdla děložního. Podrobněji se zde rozebírá prevence, diagnostika a léčba tohoto onemocnění. Porodní asistentka neasistuje jen ženám u porodu, ale je kompetentní pečovat o ženy s onkologickým onemocněním. Měla by edukovat všechny ženy o prevenci před gynekologickým nádorovým onemocněním, jak v oblasti primární prevence tak i sekundární a terciální. Je nedílnou součástí také při diagnostice a léčbě nádorových onemocnění, při kterých ženu doprovází, ošetřuje a psychicky podporuje.

Místem kde může být porodní asistentka užitečná, je prakticky jakékoliv zdravotnické i nezdravotnické zařízení. Může edukovat dívky na školách ve formě přednášek nebo v gynekologických ambulancích a v nemocnicích.

Jelikož je nádorové onemocnění hrdla děložního v České republice i ve světě jedno z nejčastějších onkologických onemocnění, rozhodly jsme se zde detailněji věnovat této problematice a zaměřit náš výzkum na informovanost žen o prevenci před nádorovým onemocněním hrdla děložního a jejich preventivním chováním.

## **Cíle teoretické části práce**

Cílem teoretické části je popsat problematiku nádorového onemocnění hrdla děložního, s prevencí diagnostikou a léčbou a dále popis práce porodní asistentky v této problematice.

## **Cíle praktické části práce**

Před začátkem výzkumu jsme si stanovily tyto cíle práce.

Cíl 1: Zjistit, jak jsou na tom ženy s informovaností o přenosu HPV infekce.

Cíl 2: Zjistit, kolik žen a dívek ze sta dotázaných je očkováno proti rakovině děložního čípku.

Cíl 3: Zjistit, kolik žen ze sta dotázaných dodržuje preventivní opatření.

Cíl 4: Zjistit, kolik žen ze sta dotázaných má nález nebo zákrok na děložním hrdle.

# 1 ANATOMIE DĚLOHY

Děloha je orgán, vážící kolem padesáti gramů, má tvar hrušky a silnou svalovou stěnu, kde je vyživováno oplodněné vajíčko, zárodek a následně plod. Je předozadně lehce oploštělá. Na konci těhotenství dosahuje děloha váhy až jednoho kilogramu a je zvětšena až 500 krát. Fyziologické zvětšení dělohy nastává také v době menstruace, jelikož je děložní stěna prosáklá tkáňovým mokem.

Děloha se skládá z hrdla a těla děložního, které jsou spojeny isthmem uteri, což je zúžený úsek mezi těmito dvěma částmi. (Čihák, 2002, Čech, 2006)

## 1.1 Zevní tvar dělohy

Craniální rozšířenou částí dělohy, jež zaujímá největší část, je corpus uteri, naproti tomu fundus uteri představuje zaoblený horní okraj těla děložního, který se zužuje kaudálním směrem a je nejširší částí dělohy. Facies vesicalis, neboli přední strana dělohy, naléhá na močový měchýř a je mírně konkávní. Dále zadní stěna dělohy neboli facies intestinalis je konvexní, obrací se proti konečníku a naléhají na ni kličky tenkého střeva. V děložním fundu se kraniálně stýkají obě strany a zaoblenými děložními hranami (margine uteri) do sebe po stranách přecházejí. Z corpu uteri, vycházejí děložní rohy neboli cornua uteri, kterými vstupují do dělohy vejcovody.

Zúženou kaudální část dělohy představuje cervix uteri, který je válcovitého tvaru a přirůstá k němu pochva. Nad poševním úponem leží horní část děložního hrdla (portio supravaginalis). Pod úponem pochvy leží dolní konická část hrdla vyčnívající do pochvy jako čípek (portio vaginalis cervicitis uteri). Čípek dosahuje délky asi 1 cm, jeho povrch kryje poševní sliznice a na vrcholu je zevní děložní branka. U nulipary a multipary se ovšem tvar děložní branky liší. U nulipar je branka kruhovitého tvaru a u multipar má tvar příčné štěrbin. (Čech, 2006)

## 1.2 Děložní dutina

V děložním těle je dutina (cavum uteri), která měří asi 6 - 8 cm, počítáno od zevní branky po fundus a dělíme jí do tří oddílů. Tato dutina je nejrozměrnější a její celková kapacita nepřesáhne 3 ml. Má tři hrany a je ze předu i ze zadu oploštělá. Na dvě horní hrany navazují vejcovody (ostia uterina) a na spodní hranu navazuje canalis isthmi, který je součástí děložního kanálu hrdla (u netěhotné dělohy). U těhotné dělohy se stává canalis isthmi součástí

těla děložního, které se po celou dobu gravidity zvětšuje. Vnitřní děložní brankou navazuje canalis isthmi na canalis cervicis. Mírně rozšířený canalis cervicis má na přední a zadní straně řasy, připomínající tvar palmového listu. Tyto řasy po porodu téměř vymizí. Canalis cervicis se otevírá zevní děložní brankou, která je na vrcholu čípku. (Čech, 2006)

### 1.3 Stavba stěny dělohy

Děložní stěna má tři různě silné vrstvy - vnitřní vrstvu: endometrium, prostřední svalovou vrstvu: myometrium a zevní serózní vrstvu: perimetrium.

*Endometrium* má ve vztahu k menstruačnímu cyklu dvě vrstvy. Zevní zona basalis, jejíž velikost se nemění a přiléhá k myometriu a obsahuje báze děložních žláz a vnitřní zona functionalis, která narůstá a pak se odlučuje při každé menstruaci. Endometrium je zásobováno krví z arteriae arcuatae, dělí se na dva soubory artérií, v závislosti na tom, jakou část endometria zásobují. Jsou to arterie přímé, zásobující zonu basalis a arterie vituté, zásobující zonu functionalis. V těhotenství zabraňují hormony odloučení vnitřní vrstvy, a tím umožňují zahnízdění embrya a jeho další vývoj.

*Myometrium* je nejsilnější vrstva dutiny děložní, měřící asi 1 až 1,5 cm. Působením hormonu oxytocinu a prostaglandinů v období menstruace dochází k vysoké kontrakční aktivitě myometria, které obsahuje soubor hladké svaloviny. Ta je uspořádána do čtyř vrstev: podslizniční vrstva (stratum submucosum), vaskulární vrstva (stratum vasculosum), supravaskulární vrstva (stratum supravasculosum) a subserózní vrstva (stratum subserosum).

V průběhu těhotenství prochází myometrium rozsáhlými změnami. Dochází k hypertrofii a hyperplazii svalových buněk.

*Perimetrium* tvoří povrch dělohy a je s ní pevně srostlé. Z přední strany dělohy přechází na močový měchýř a zadní stranou dělohy přechází na zadní klenbu poševní až na konečník. Od hran děložních perimetrium odstupuje do stran jako široký děložní vaz. (Čihák, 2002)

## 2 NÁDORY HRDLA DĚLOŽNÍHO

Většina nádorů hrdla děložního jsou maligní epitelové nádory, především dlaždicobuněčný karcinom. Z mezenchymálních nádorů se nejčastěji vyskytuje Leiomyosarkom. Ze sekundárních karcinomů bývá nejčastější přímé prorůstání karcinomu těla děložního a dalších karcinomů, které jsou v oblasti pánve (rekta, močového měchýře...) Nádor se může šířit i z jiných oblastí vnitřního genitálu a jiných oblastí, to je však vzácné. (Cibula, 2009)

### 2.1 Maligní epitelové nádory

Maligní epitelové nádory, jsou nejčastější nádory hrdla děložního. Z 60 – 80% převládá dlaždicobuněčný karcinom. Nejčastěji karcinomy vznikají v oblasti transformační zóny hrdla. 10 – 15% karcinomů představují adenokarcinomy různého typu. Zbytek zahrnuje vzácné nádory, například adenoskvamózní karcinom, adenoidně cystický karcinom, adenoidně bazocelulární karcinom a nádory s neuroendokrinní diferenciací. V zemích, kde se provádí rozsáhlé screeningové vyšetření dochází k poklesu incidence invazivních dlaždicobuněčných karcinomů, ale zvyšuje se procento adenokarcinomů. (Cibula 2009)

*DLAŽDICOBUNĚČNÝ KARCINOM* souvisí etiologicky s HPV infekcí. Invazivní karcinom vzniká ze středně těžké cervikální intraepiteliální neoplazie (CIN II, CIN III a carcinoma in situ).

*MIKROINVAZIVNÍ DLAŽDICOBUNĚČNÝ KARCINOM* je karcinom, invadující do hloubky 3 – 5 mm, který má samostatný morfologický kód a je uveden v nové klasifikaci Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, WHO) klasifikaci nádorů. Je to léze kontroverzní a TNM klasifikace, nebo stadia FIGO mikroinvazivní karcinom jako samostatnou jednotku nevyčleňují.

*INVAZIVNÍ DLAŽDICOBUNĚČNÝ KARCINOM* se dělí na několik histologických typů. Nejčastěji se používá termín rohovějící a nerohovějící dlaždicobuněčný karcinom, nebo velkobuněčný a malobuněčný typ. Tento název se již nepoužívá. Nejčastěji je tento typ nádoru způsoben lidským papilomavirem (HPV). Nejčastějším typem je keratinizující a nekeratinizující varianta dlaždicového karcinomu. (Rob, 2008, Cibula, 2009)

*ROHOVĚJÍCÍ DLAŽDICOBUNĚČNÝ KARCINOM* je tvořen nádorovými dlaždicovými buňkami s různým stupněm diferenciaci.



*NEROHOVĚJÍCÍ DLAŽDICOBUNĚČNÝ KARCINOM* je tvořen nádorovými buňkami podobného charakteru jako je rohovějící varianta, může se vyskytovat monocelulární keratinizace a mezibuněčné můstky.

*BAZALOIDNÍ DLAŽDICOBUNĚČNÝ KARCINOM* je tvořen menšími nezralými buňkami, kde je malé množství cytoplazmy a vysoký nukleocytoplazmatický poměr.

*KONDYLOMATÓZNÍ DLAŽDICOBUNĚČNÝ KARCINOM* má verukózní uspořádání. Vyskytují se v něm buňky s perinukleárním projasněním, které připomínají koilocyty při HPV infekci. V bazálních zónách jsou přítomny jaderné atypie.

*VERUKÓZNÍ DLAŽDICOBUNĚČNÝ KARCINOM* je velmi dobře diferencovaný. Nádor může lokálně recidivovat, ale nemetastazuje.

*PAPILÁRNÍ DLAŽDICOBUNĚČNÝ KARCINOM* je tvořen papilami krytými epitelem s bazaloidními rysy, který má rysy epitelu u CIN. V nádoru bývá obvykle prokazatelná HPV infekce typu 16.

*LYMFOEPITHELIOMA-LIKE DLAŽDICOBUNĚČNÝ KARCINOM* je tvořen skupinami nádorových buněk, které mají neostré buněčné hranice a vytvářejí syncytiální formace. Jasným nálezem je přítomnost výrazné zánětlivé celulizace ve stromatu s převahujícím počtem T lymfocytů.

*SKVAMOTRANZICIONÁLNÍ KARCINOM*: připomíná uroteliální karcinom. Nádor tvořen buňkami které jsou charakteru přechodných buněk, může obsahovat ložiska s dlaždicobuněčnou diferenciací. (Rob, 2008, Cibula 2009)

Výše je vyjmenováno jen několik typů karcinomů na hrdle děložním. Ve skutečnosti je jich mnohem více.

## **2.2 Benigní nádory**

Mülleriánský papilom – Většinou se nachází pouze u dětí mezi druhým až pátým rokem. Objevuje se krvácení a karcinom má tvar polyploidní až papilární

Endocervikální polyp – je častá benigní léze cervixu (Cibula, 2009)

## 2.3 Klasifikace prekanceróz

Prekancerózy na děložním hrdle dělíme na dlaždicové a žlázkové. Níže jsou podrobněji popsány jednotlivé typy prekanceróz.

### 2.3.1 Dlaždicové = CIN a SIL (skvamózní intraepiteliální léze)

CIN - jedná se o změny související s HPV infekcí. Na histologickém obraze se projevuje jako porucha maturace, kde je rozšířená bazální zóna epitelu a jsou zde jaderné abnormality, které zahrnují jaderné pleomorfie, hyperchromazie, nepravidelnosti jaderné membrány a přítomnost mitóz i těch atypických. Na morfologické úrovni se cytopatogenní efekt projevuje ještě perinukleárním projasněním = koilocyty .

Histologicky rozlišujeme 3 stupně CIN. CIN I = mírná dysplazie, CIN II = střední dysplazie, CIN III = těžká dysplazie a carcinoma in situ

***Cervikální intraepiteliální neoplazie 1. stupně (CIN I)*** je charakterizována dle histologie přítomností změn v dolní třetině epitelu, kde jsou patrné známky poruchy maturace s jadernými atypii a zvýšenou mitotickou aktivitou. Abnormální mitózy jsou vzácností. Horní dvě třetiny epitelu vyžívají, v buňkách nacházíme hojně koilocyty a mírné jaderné atypie.

***Cervikální intraepiteliální neoplazie 2. stupně (CIN II)*** se projevuje jako maturace horní třetiny epitelu, kdy v dolních dvou třetinách epitelu jsou patrné poruchy maturace s buňkami obsahujícími jaderné atypie, zvýšený nukleocytoplazmatický poměr a hojnější mitózy, které mohou být atypické.

***Cervikální intraepiteliální neoplazie 3. stupně (CIN III)*** obsahuje i dlaždicobuněčný carcinoma in situ. Známky poruchy maturace jsou dle histologie v celé šíři epitelu nebo je maturace přítomna pouze v povrchních vrstvách. Jaderné atypie jsou většinou nápadné s četnými i atypickými mitózami. O carcinoma in situ se jedná v případě, že u CIN III je výrazná porucha maturace a jaderné atypie těžkého stupně. Dále se dá CIN III rozlišit na 3 cytologické stupně: velkobuněčný rohovějící, velkobuněčný nerohovějící a malobuněčný anaplastický typ. Toto dělení však není zahrnuto ve WHO klasifikaci, tudíž nemá velký význam. (Cibula, 2009)

### **2.3.2 Žlázové = cervikální glandulární intraepiteliální neoplazie (CGIN)**

CGIN dělíme na adenoatypie, nazývané také jako LG (low grade – lehké riziko) CGIN a prekancerózy – HG (high grade – těžký stupeň) CGIN, které jsou zastoupené adenokarcinomem in situ. Přítomnost dlaždicové léze vykazuje 46 – 72% prekanceróz žlázového epitelu. Tyto nálezy se také označují jako *mixed* prekancerózy. (Cibula 2009, Rob, 2008)

### 3 TNM a FIGO klasifikace

Aktuálně se používají dva klasifikační systémy, které jsou na sobě nezávislé.

Systém TNM (vytvořen Union Internationale Contre le Cancer – UICC) a systém FIGO vytvořený (Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique), které jsou definované tak, aby si vzájemně odpovídaly. Pravidla pro klasifikaci jsou pro obě identická.

Systém TNM popisuje tři složky anatomického rozsahu onemocnění:

**T** (tumor) rozsah primárního nádoru (TX, Tis, T1 – T4), když je třeba, doplňuje se podrobněji zařazením do podskupin (např. T1a).

**N** (nodus) značí rozsah, přítomnost nebo nepřítomnost metastáz v regionálních lymfatických uzlinách (NX, N0 – N2)

**M** (metastáta) značí přítomnost vzdálených metastáz (MX, M0 – M1) přítomnost vzdálené metastázy (kategorie M1)

Klasifikace FIGO je založena na klinických vyšetřeních, posouvá se ke klasifikaci na základě vyšetření histopatologického vyšetření preparátů získaných chirurgickým stagingem.

FIGO klasifikace člení onemocnění do 4 stádií

Stádium I je časné onemocnění, které je omezené pouze na primární orgán, dále stádium II zahrnuje onemocnění s lokální progresí mimo primární orgán, postihující přilehlé tkáně, stádium III, kde je onemocnění s extenzivnějším, ale lokoregionálním šířením a stádium IV, které zahrnuje metastatická onemocnění.

#### Ukázka TNM a FIGO klasifikace

*T1, FIGO I – nádor postihuje pouze děložní hrdlo: 1a - mikroskopický nádor, 1a1: menší nebo rovno 3 mm, 1 a 2: je 3 – 5 mm, 1b - makroskopický nádor, 1b1: je menší než 4 cm, 1b2: je větší než 4 cm*

*T2, FIGO II – nádor zasahuje mimo dělohu: 2a – na poševní klenbu, 2b – parametrium*

*T3, FIGO III – nádor postihuje pánevní stěnu, nebo dolní 1/3 pochvy, nebo způsobuje hydronefrózu: 3a – dolní třetina pochvy, 3b – pánevní stěna nebo hydronefróza*

*T4, FIGO IVA – nádor postihuje měchýř nebo rektum nebo zasahuje mimo malou pánev (Rob, 2008, Cibula, 2009)*

## 4 LIDSKÝ PAPILOMAVIRUS

Lidský papillomavirus je zde důležité zmínit z důvodu, že tento virus je mnohdy příčinou právě rakoviny hrdla děložního, někde uváděný jako jedinou příčinou. Považujeme proto za důležité uvést základní informace o tomto viru, jež jsou podstatné k pochopení problematiky rakoviny hrdla děložního.

Human papilloma virus (HPV) je DNA virus, čeleď papillomaviridae, který je hlavní příčinou rakoviny děložního čípku. Dnes se dělí čeleď na dva rody: Rod papillomavirus a rod polyomavirus.

DNA papillomavirů je dvouzávitnicová a obsahuje 7 500-8 000 párů bází. Je uspořádána kruhově. Papillomaviry se dělí na více než 100 typů které dnes již známe.. Některé tyto typy jsou známy jen v DNA formě a jsou udržovány pouze na geneticky zmanipulovaných bakteriích.

HPV infekce se řadí mezi nejčastější sexuálně přenosné onemocnění. Vstupní bránou infekce je především mikrotrauma kůže a sliznic. Inkubační doba HPV infekce je 3 měsíce s intervalem 1,5 – 8 měsíců. Prevalence HPV je nejčastější mezi 18. – 25. rokem. Působením přirozených imunitních mechanismů hostitele dochází k samovolnému očištění se od infekce HPV. Průměrné očištění od HPV infekce trvá 7 – 24 měsíců a interval mezi bujením infekce v maligní nádor je asi 10 let, ale to je většinou minimální doba. Nejkratší popsanou dobou od přenosu infekce až po maligní nádor byly 2 roky. Významnou roli pro rozvoj maligního bujení hraje spousta faktorů. Patří mezi ně: imunodeficience, imunosuprese, kouření, promiskuita, nízký věk koitarché, přítomnost dalších STD, dlouhodobé užívání kombinované hormonální antikoncepce, pluriparita a špatné socioekonomické podmínky. Udává se, že během života se nakazí 70 – 80% žen. Nejčastější je výskyt infekce u žen před 30. rokem a potom znovu narůstá incidence po 55. roce.

HPV se dělí podle onkogenního potenciálu na:

- *Low risk* (zahrnuje typy HPV infekce 6, 11, 40, 42, 43, 44, 53, 54, 55) vede k lézi condylomata accuminata, která během 2 – 8 měsíců po nakažení způsobí u infikovaných žen multifokální léze na čípku, hrázi, kolem anu, vulvě (resp. penisu). Přenáší se sexuálním kontaktem nebo potřísněným prádlem (spermatem, vaginálním sekretem). Nejčastěji se vyskytuje kolem 25. roku života a vyznačuje se vysokým procentem nakažlivosti.
- *intermediate risk* ( jsou typy infekce 31, 33, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 65, 66 )

- *high risk* ( typy 16, 18, 45, 46 ) – je nejčastější příčina rakoviny děložního čípku charakteristická unifokálními lézemi ( CIN I – III a invazivní karcinom). Přenáší se sexuálním kontaktem s nízkou nakažlivostí a nejpravděpodobnější věk pro nakažení je 35. rok věku (CIN III) a ve 45 letech se vyvine v karcinom. Pokud se žena nakazí CIN III, nález se ukáže nejdříve za osmnáct měsíců až pět let. V karcinom se vyvine po 15 – 20 letech. Je také možné, že žena virus vyeliminuje spontánně během 8 – 16 měsíců díky imunitě. Stává se tak u 80 – 90%.,

Dnes se za humánní karcinogeny považují typy 16 a 18, dále za pravděpodobné typy 31, 33, a 35. Ostatní typy středního a vysokého rizika za potenciální karcinogeny u lidí. ( Kolařík, 2008, Cibula, 2009)

#### **4.1 Kancerogenita papillomavirů**

U karcinomu hrdla děložního převažuje HPV typu 18. HPV 16 byl nalezen v nesmrtelné buněčné linii Caski buněk a HPV 18 v linii HeLa buněk. Je přípustná možnost, že HPV typu 18 mutuje do dvou typů, ale pouze jeden je asociován s CIN a cervikálním karcinomem. V jedné nepublikované studii, byla infekce typu HPV 18 a 33 spojena s horší prognózou než infekce s jinými typy HPV. Pro stoprocentní potvrzení kauzálního vztahu mezi infekcí a rizikovými typy HPV a karcinomem hrdla děložního není doposud jasný důkaz vyššího výskytu cervikálního karcinomu u infikovaných osob a dále ověření, že intervence proti HPV povede ke snížení incidence cervikálního karcinomu.

Současná představa je, že hlavní roli hrají onkoproteiny genů E6 a E7, hlavně typů HPV 16 a 18.

Určitý vliv na vznik HPV infekce může mít i imunosuprese, je potvrzeno že častější nálezy CIN a karcinomů hrdla děložního se objevují u HIV pozitivních žen nebo pacientek, které jsou léčeny imunosupresivy. Mezi dalšími zvažovanými spouštěči je vliv steroidních hormonů, obzvláště progesteronu na HPV infikované buňky a následně vznik cervikální intraepiteliální neoplázie. ( Kolařík, 2008, Cibula, 2009)

## **5 DIAGNOSTIKA PAPILLOMAVIROVÉ INFEKCE**

Papillomavirové infekce lze prokázat buď nepřímo (specifickým obrazem změn) nebo přímou izolací infekčního agens. Jsou využívány různé diagnostické metody. Základem jsou však preventivní gynekologické prohlídky, jelikož toto onemocnění probíhá velmi dlouho bezpříznakově.

Příznaky karcinomu hrdla děložního jsou: kontaktní krvácení po styku, vodnatý fluor – bělavé barvy, bolesti v malé pánvi a bederní krajině, obtíže při močení.

### **5.1 Druhy diagnostiky**

Rozlišujeme dvě metody diagnostiky a to metody nepřímé a metody další. Mezi nepřímé probiotické metody diagnostiky patří kolposkopie, onkologická cytologie, histologický obraz a sérologické metody detekce. Kolposkopie a cytologie dokáží rozpoznat největší procento papillomavirové infekce cervixu. Další metody jsou ultrazvukové vyšetření, magnetická resonance a počítačová tomografie.

#### **5.1.1 Nepřímé metody**

Kolposkopie využívá přímého zobrazení binokleárním optickým zvětšovacím systémem. Jeho pomocí lze vyšetřit celá zevní rodidla, perineum, perineální oblast, pochvu a hrdlo děložní. Dále se zhotoví obrazová dokumentace a popisný záznam. Nález se zhodnotí a následuje další doporučení. K vyhodnocování a popisování kolposkopického nálezu se používají kolposkopické znaky a nomenklatura. Typické obrazy při HPV infekci jsou změny nad niveau sliznice, plošné změny, změny barvy a změny cévního obrazu.

Cytologie je vyšetřovací metoda, při které se odebírá stěr z děložního čípku. Porodní asistentka (PA) přenese materiál na podložní sklíčko, zafixuje jej a řádně označí. Dále PA vyplní řádně žádanku a odešle do laboratoře. Ze stěru se dají zjistit změny na sliznici hrdla děložního.

Správné provedení stěru ze správného místa je nejdůležitější krok cytologie. Odběr se provádí v poševních zrcadlech po setření vlhkým tamponem a podmínkou je stěr z povrchu čípku, celé funkční zóny a z kanálu hrdla děložního. Stěr z povrchu čípku se provádí špachtlí a z kanálu hrdla děložního brush technikou pomocí kartáčku. Materiál se nanese na podložní sklíčko tak, aby na nástroji nic nezbylo.

Nanesení špachtlí se provádí tahem ve dvou prouzcích od sebe oddělených, kdy je každý proužek nanesen z jedné strany špachtle. Z brush kartáčku se nanáší materiál příčně, aby nevzniklo nakupení buněk.

Dále se buňky zafixují alkoholem po dobu 15 – 20 minut.

Onkologická cytologie má za cíl včasné odhalení nepravidelných buněk předrakovinného charakteru nebo nádorového charakteru. Tato onkologická cytologie je velice významná při diagnostice rakoviny hrdla děložního. (Cibula, 2009, Freitag, 1994, Kolařík, 2008)

### **5.1.2 Další metody**

Ultrazvukové vyšetření provádíme pomocí sondy, které lze zavést jak transvaginálně, nebo transrektálně. Dají se tak umístit do těsně blízkosti hrdla děložního. Výhodnější metodou je zavedení sondy transrektálně, jelikož je obraz detailnější. Případný nádor lze zobrazit ve všech třech rozměrech, kterými jsou kvalitní zhodnocení infiltrace parametrií nebo šíření nádoru do pochvy, stěny močového měchýře, ale i současná možnost hodnocení infiltrace stěny rekta. Transrektální zavedení sondy také nezpůsobuje krvácení z exofytických nádorů. Jediná výhoda transvaginálního zavedení sondy je funkční vyšetření posunlivosti hrdla děložního proti močovému měchýři. Díky tomu se může vyloučit infiltrace stěny močového měchýře.

Magnetická rezonance (MR) se nevyužívá pro detekci, ale pro staging již prokazaného nádoru. Čím pokročilejší stadium nádoru je, tím spolehlivější je diagnostika. To znamená, že ve stadiu III a IV zobrazí MR velmi dobře propagaci do okolí pochvy, zadní stěny močového měchýře, přední stěny rekta, pánevního dna a regionální lymfatické uzliny.

Počítačová tomografie (CT) je metoda kdy je menší tkáňový kontrast a obtížně se posuzuje rozšiřování nádoru hlavně u časných stádií. (Cibula 2009)

## **5.2 Role porodní asistentky při diagnostice**

Porodní asistentka nejdříve sepíše se ženou anamnézu. Při vyšetření dbá na intimitu pacientky a zajistí, aby v ordinaci nebyl přítomen nikdo jiný než lékař a porodní asistentka, například tak, že dá před pacientku zástěnu aby nikdo neohrozil její intimitu při náhlém vstupu do ordinace. Seznamuje ženu před vyšetřením s následným vyšetřovacím postupem a informuje ji o možnostech dalšího odběru materiálu důležitého pro vyšetření. Dále porodní



asistentka asistuje lékaři při prováděném vyšetření, zajišťuje odeslání biologických vzorků do laboratoře a následně zakládá výsledky, plní předepsané ordinace, odebírá biologický materiál a snaží se ženu psychicky podporovat. Samozřejmě je povinna zachovat mlčenlivost. (Hrubá, 2001)

## **6 LÉČBA PREKANCERÓZ A NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ DĚLOŽNÍHO ČÍPKU**

Pokud se nádor potvrdí z histologického vyšetření, provádí se komplexní vyšetření, porodní asistentka odebere krev, vypíše žádanku na RTG plic, dále se provede cystoskopie, vylučovací urografie a interní vyšetření. Důležité je, aby porodní asistentka zhodnotila hlavně somatický stav pacientky, reálný a biologický věk, hmotnost, výšku, změřila BMI a sepsala další případná onemocnění interního charakteru.

Zda operovat nebo ne, rozhoduje staging onemocnění – do stádia T2, je základní léčbou chirurgická léčba, potom radioterapie a chemoterapie.

U mírných dysplazií je důležité sledovat pravidelně vývoj na čípku. Pokud dojde k progresi, rozhoduje se podle věku, parity a podle závažnosti nálezu. (Kokeš 2002)

### **6.1 Léčebné operace**

Mezi léčebné operace patří za prvé konizace, při které je chorobné ložisko vytnuto kuželovitě, buď studeným nožem, elektrickou kličkou nebo laserem. Dále amputace, již méně užívaná, užívá se hlavně u rozsáhlých nálezů. Jedná - li se o mladou ženu plánující graviditu, s dysplazií těžkého stupně či carcinoma in situ, provede se supravaginální amputace čípku děložního. Třetí operace je hysterektomie, což je odnětí dělohy, které se provádí podle závažnosti léze, věku, parity, a sdružených indikací. Další prováděnou operací je diatermokoagulace a kryochirurgické ošetření, používané jen v případě chronických cervicitid, což jsou okrsky benigního žláзовého epitelu na povrchu čípku. (Kotršová 2003)

### **6.2 Léčba zhoubných nádorů rakoviny hrdla děložního**

Chirurgická léčba se indikuje podle stádia onemocnění a s ohledem na zachování plodnosti ženy. (Kokeš 2002)

#### **6.2.1 Časná stádia**

Jsou T1a, pokud žena plánuje těhotenství, volí se konizace hrdla děložního, pokud těhotenství již neplánuje, provádí se hysterektomie. U T1a2, T1b1, T1b2, T2a se volí laparoskopická lymfadenektomie s radikální vaginální hysterektomií, laparoskopická lymfadenektomie s tracheoplastikou ( pokud si žena přeje být ještě těhotná, adnexa se

transportují nad úroveň malé pánve, při předpokládané následné aktinoterapii). U aktinoterapie se provádí brachyradioterapie + teleradioterapie při vysokém operačním riziku.

### **6.2.2 Pozdní stádia**

U stadia T2b, T3a, T3b se volí kombinace brachyradioterapie – teleradioterapie, aktinochemoterapie, u T4 je individuální postup podle stavu a nálezu. (Kalábová 2003)

### **6.3 Podíl porodní asistentky na léčbě rakoviny hrdla děložního**

Porodní asistentka je nedílnou součástí při léčbě rakoviny hrdla děložního, spolupracuje s lékařem, plní jeho ordinace a doprovází ženu na různá vyšetření. Hlavní náplní porodní asistentky je péče o ženu, která byla hospitalizována z důvodu prekancerózy nebo nádoru na děložním hrdle. Důležitý podíl má při péči o psychiku ženy. Porodní asistentka je nejčastější osoba, se kterou se pacientka při nástupu do nemocnice setkává, je tedy důležité, aby dokázala podpořit, byla empatická a byla pro ženu oporou při těžkých chvílích kterými předoperační a pooperační období určitě je.

Dále porodní asistentka seznamuje ženu s denním plánem, měří fyziologické funkce (FF), provádí odběry biologického materiálu a pravidelně sleduje celkový stav ženy. To vše potom porodní asistentka sděluje lékaři a na základě toho on stanoví další postup léčby.

Porodní asistentka také komunikuje s rodinou pacientky, pomáhá jim zvládnout toto těžké období, vysvětluje důležitost dodržování léčebného režimu a potřebu návštěv členů rodiny u ženy.

Závěrem můžeme říct, že ač je lékař nejdůležitější složkou při diagnostice a léčbě nádorů hrdla děložního, stejně natolik je důležitá i práce porodní asistentky. Porodní asistentka je velmi důležitá v rámci prevence nádorového onemocnění hrdla děložního a neméně důležitá je i péče, kterou poskytuje ženám.

## **7 PREVENCE NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ HRDLA DĚLOŽNÍHO**

Cílem prevence rakoviny hrdla děložního je včasný nález prekancerózních změn na hrdle a včasná diagnostika.

Primární prevence zahrnuje vše, co podporuje záchyt rakoviny hrdla děložního. Významnou roli hraje zdravý životní styl. Dále je důležité nekouřit, nestřídat sexuální partnery a také nechat se očkovat vakcínou proti rakovině děložního čípku. Porodní asistentka by měla diskutovat s ženami o problematice nádorů hrdla děložního, měla by věnovat pozornost už mladším ženám, objasnit jim problematiku vlivu sexuálního chování, osobní hygieny, bariérových metod a druhů antikoncepce. Dále by porodní asistentka měla ženám vysvětlit důležitost preventivních vyšetření, důležitosti zdravého životního stylu a správné životosprávy. V neposlední řadě porodní asistentka zajišťuje dostatek propagačních materiálů, brožurek, a plakátů.

Sekundární prevencí se rozumí aktivní vyhledávání a včasné ošetření předrakovinných stavů. Porodní asistentka vysvětlí ženám důležitost pravidelných gynekologických vyšetření z důvodu sledování nálezu na čípku, dále odpovídá na všechny dotazy pacientek a podává jim informace o možnostech a průběhu léčby. Poučí ženu o sledování rizikových příznaků souvisejících s rakovinou hrdla děložního.

Při terciální prevenci sledujeme nově vzniklé či stávající onemocnění a hlavní snaha je včas zachytit progresi či recidivu tohoto onemocnění. Porodní asistentka psychicky podporuje ženy s onkologickým onemocněním, vysvětluje průběh operace a postupy po operaci. Zajišťuje ženě kvalitní péči po operaci, měla by ženě sdělit co vše ji čeká, na co by se měla připravit a poučit ji, jaké příznaky by měla sledovat aby se dostavila včas na prohlídku. (Hrubá, 2001)

### **7.1. Zajištění nádorového onemocnění hrdla děložního**

Důležitou součástí prevence je screening. Jako screening se rozumí metoda, při níž se vyhledávají jedinci s vyšším rizikem vzniku onemocnění. Pokud jde o rakovinu hrdla děložního, se screeningem rozumí cytologické vyšetření při preventivní návštěvě gynekologa, včetně kolposkopie. To vše je hrazeno zdravotní pojišťovnou pacientky 1x za rok.

Význam screeningu pro rakovinu hrdla děložního je v zachycení žen s výskytem abnormálních buněk v časném stádiu, kdy lze buňky odstranit a předejít tím rakovině hrdla děložního.

V ordinacích obvodních gynekologů lze získat informace o tomto vyšetření již v momentě, kdy žena poprvé ordinaci navštíví. Záleží na každé ženě, zda se zúčastní preventivních prohlídek. (Hrubá, 2001)

## **7.2. Očkování proti nádorovému onemocnění hrdla děložního**

Cílem očkování je předcházet vzniku onemocnění, tudíž očkování spadá do primární prevence. Nejlepší dobou vakcinace proti rakovině děložního čípku je ještě před začátkem pohlavního života dívky, tedy před patnáctým rokem věku. Očkování je však prospěšné i pro starší, sexuálně aktivní dívky a ženy. Je nutné dívky a ženy poučit o tom, že vakcinace nenahradí preventivní prohlídky u gynekologa. Je nutné podstoupit 3 dávky vakcíny. A celá vakcína stojí kolem 10 000 Kč. Některé pojišťovny na očkování částečně přispívají. V současné době mají dívky od 13 do 14 let věku vakcínu zdarma.

V současnosti jsou na trhu 2 vakcíny. Silgard a Cervarix. Každá vakcína však chrání proti jinému spektru HPV infekcí.

Silgard je účinný proti vysoce rizikovým typům HPV infekce 16 a 18, proti cervikálním a vulválním dyspláziím a také proti nízkorizikovým typům HPV 6 a 11. Tyto dva typy jsou z velké části zodpovědné za vznik genitálních bradavic a laryngální papilomatózy. Vakcína je idnikována dívkám od 9 do 15 let. Aplikuje se dávka 0 – 2 – 6. měsíc.

Cervarix působí proti vysoce rizikovým typům HPV 16 a 18. Je doporučen dívkám a ženám ve věku od 10 do 25 let. Aplikuje se v dávkách 0 – 1 – 6. měsíc.

Nežádoucími účinky vakcinace mohou být otok, bolest, zarudnutí v místě vpichu, někdy i celkové vedlejší nežádoucí účinky, jako jsou bolesti hlavy a horečky. (Hrubá, 2001)

## **7.3 Role porodní asistentky v prevenci nádorového onemocnění hrdla děložního**

Porodní asistentka je zodpovědný a kvalifikovaný zdravotnický pracovník. Pracuje se všemi ženami bez ohledu na etniku, věk, kulturu nebo ekonomické postavení. Poskytuje ženám potřebné rady a informace, podporu a péči v různých situacích či nemocech. Vždy by měla brát v úvahu věk ženy a zhodnotit, zda nepřináší specifické problémy. Musí respektovat individualitu každé ženy. Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství jak u jednotlivých žen, tak i u rodin a celých komunit.

Ženy může porodní asistentka informovat individuálně, nebo pořádat různé semináře a sezení pro zájemce. Také může s touto tematikou seznamovat žáky na základních nebo středních školách. Dále může odkazovat ženy a dívky na různé internetové portály.

Sekundární prevenci vykonává porodní asistentka většinou v ordinacích u gynekologa, kde seznamuje ženy s následným vyšetřením a postupem léčby. Při vyšetření dbá porodní asistentka na intimitu, soukromí a pohodlí ženy.

Při terciální prevenci v diagnostice již vzniklých onemocnění, porodní asistentka podává jak informace o vyšetření, ale poskytuje také kvalitní péči a psychicky podporuje pacientku.

V případě rakoviny hrdla děložního, ale i jiných onemocnění je důležité, aby porodní asistentka projevila empatii, porozumění a profesionální zodpovědnost. (Hrubá, 2001)

## 8 METODIKA VÝZKUMU

Cílem výzkumné části bylo pomocí dotazníkového šetření zjistit informovanost a postoj žen ohledně problematiky rakoviny hrdla děložního a její prevence. Dotazník byl vytvořen cíleně pouze pro účely této bakalářské práce a respondentky, jimiž byly ženy a dívky v reprodukčním věku, na otázky v něm odpovídaly anonymně.

Dotazník obsahuje celkem 15 otázek různého typu. Jedná se o otázky uzavřené, které mají předem připravené odpovědi. Tento typ otázek je výhodný pro snadné a rychlé vyplnění, respondentku můžeme nasměrovat na to, co nás zajímá a lehce zpracovat výsledky. Z otázek uzavřených bylo v dotazníku využito otázek dichotomických, kde respondentky vybíraly jen ze dvou možných odpovědí, ale také výběrových, kde byla možnost výběru jedné z více variant odpovědí. (<http://www.dotaznik-online.cz>)

### 8.1 Výzkumný vzorek

Respondentkami byly ženy a dívky z Královéhradeckého kraje, které spadaly do věkových kategorií 15 – 20 let, 21 – 30 let, 31 – 40 let a 41 let a více a byly záměrně vybrané na základě ochoty ke spolupráci. Nejčastěji odpovídaly ženy ve věku 21 – 30 let a průměrný věk respondentek, které odpovídaly na otázky byl 25 let.

### 8.2 Sběr a zpracování dat

Ve zkoumaném souboru figurují ženy v okolí Královéhradeckého kraje. Ty dále rozdávaly dotazníky ženám v jejich okolí v různých městech. Bylo rozdáno celkem 100 dotazníků a návratnost byla stoprocentní. Tudiž pro zpracování výzkumné části bakalářské práce bylo použito 100 dotazníků.

Pro zpracování dat byl zvolen počítačový program Microsoft Office Excel. Pro přehlednost byly výsledky zpracovány do tabulek nebo grafů. Poměrová zastoupení odpovědí na jednotlivé otázky byla vyjádřena pomocí absolutních ( $n_i$ ) nebo relativních ( $f_i$ ) četností. Relativní četnost ( $f_i$ ) představuje podíl absolutní četnosti ( $n_i$ ) a celkové četnosti ( $n$ ).

Vzorec výpočtu relativní četnosti:  $f_i (\%) = n_i / n \times 100$

### **8.3 Výzkumné otázky**

Pro výzkum jsme stanovily na základě studia literatury, tyto výzkumné otázky:

1. Jak oslovené respondentky využívají možnost očkování proti rakovině děložního čípku?
2. Jak jsou ženy informovány o preventivních opatřeních před vznikem infekce HPV virem?
3. Jaká vakcína proti HPV viru je u dotazovaných žen preferována?
4. Které formy antikoncepce ženy využívají mimo hormonální antikoncepce?



## 9 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

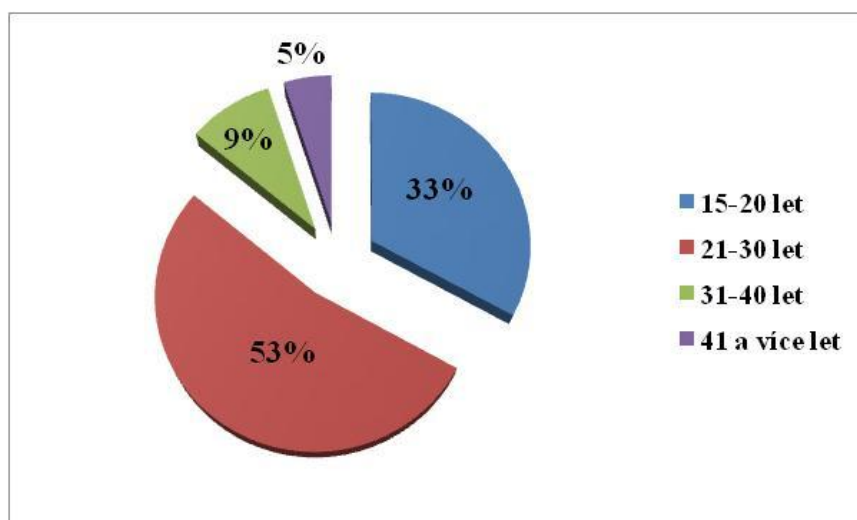
V této kapitole jsou podrobně zhodnoceny jednotlivé otázky dotazníku. Nejprve je uvedeno celé znění otázky a následně jsou uvedeny i možnosti odpovědi. Výsledky jsou zpracovány pomocí absolutních nebo relativních četností, a to buď pomocí grafu, nebo v tabulce. Zároveň jsou získané výsledky hodnoceny slovně.

### Otázka č. 1 – Kolik je Vám let?

Na tuto položku měly respondentky možnost zvolit ze čtyř možností odpovědí:

- a) 15 – 20 let
- b) 21 – 30 let
- c) 31 – 40 let
- d) 41 a více let

V první otázce se respondentky měly zařadit do jedné z nabízených věkových kategorií. Na tuto otázku odpovědělo celkem 100 (100 %) respondentek. Nejčastěji odpovídaly ženy ve věku 21 – 30 let. V celkovém počtu jich byla více jak polovina. Druhou nejčastěji zastoupenou věkovou kategorií odpovídající na náš dotazník byly dívky ve věku 15 – 20 let. Ostatní dvě skupiny žen, tedy ve věku 31 – 40 a 41 a více, nám odpovídaly jen v minimálním počtu.



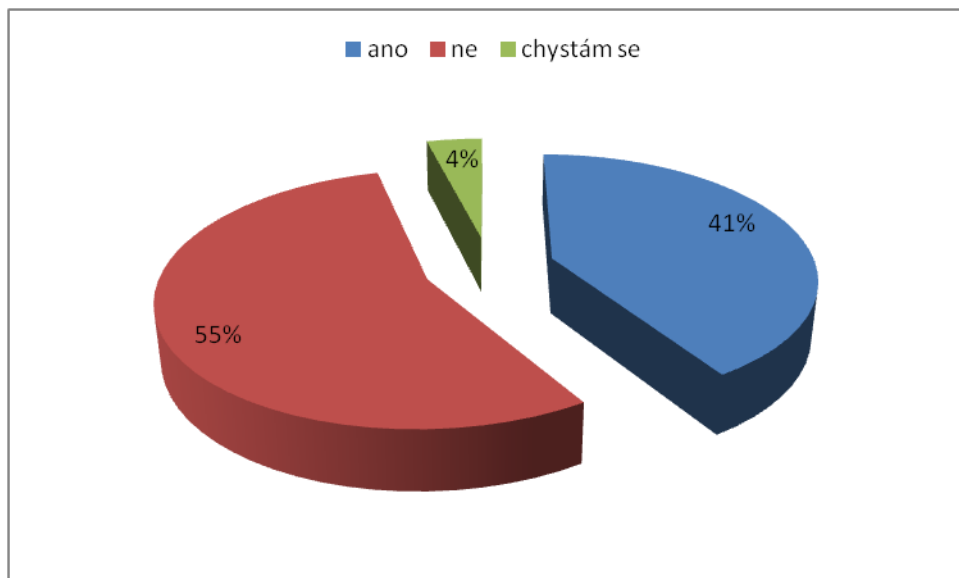
Obrázek 1 Věk respondentek

## Otázka č. 2 – Jste očkovaná proti rakovině děložního čípku?

Respondentky měly na výběr ze třech možností odpovědi:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Chystám se

V druhé otázce bylo dotázáno 100 respondentek. Grafické znázornění procentuálně zobrazuje fakt, že sice více jak polovina respondentek není očkovaná proti rakovině děložního čípku, ale mezi kladnými a zápornými odpověďmi není až tak markantní rozdíl a dá se říci, že očkované a neočkované ženy jsou téměř vyrovnané, když přihlídneme k faktu, že pár žen se na očkování ještě chystá. Tabulka číslo 1 nám podrobně ukazuje očkování v různých věkových skupinách.



Obrázek 2 Očkování

Tab. 1 Struktura očkováných respondentek podle věku

věk	jste očkována			$\Sigma$
	ano	ne	chystám se	
15 – 20 let	Počet $n_i$ 17	14	2	33
	$f_i$ % 51,50	42,40	6,10%	100,00
21- 30 let	Počet 23	30	0	53
	$f_i$ % 43,40	56,60	0,00%	100,00
31- 40 let	Počet 1	8	0	9
	$f_i$ % 11,10	88,90	0,00%	100,00
41 a více let	Počet 0	3	2	5
	$f_i$ % 0,00	60,00	40,00%	100,00
$\Sigma$	Počet 41	55	4	100
	$f_i$ % 41,00	55,00	4,00%	100,00

### Otázka č. 3 – Doporučila by jste očkování známým?

Respondentky měly na výběr ze dvou možností odpovědi:

- a) Ano
- b) Ne

Na tuto otázku odpovědělo 100 dotazovaných respondentek. 60 respondentek (60 %) odpovědělo ano. A 40 respondentek (40 %) odpovědělo ne. Otázka byla podnětem pro získání informace, zda ženy očkování věří a berou jej jako určitou formu prevence před rakovinou děložního čípku.

Tab. 2 Doporučení očkování

Možnosti odpovědí	$n_i$	$f_i$ (%)
Ano	60	60
Ne	40	40
$\Sigma$	100	100

## Otázka č.4 – Jakou vakcínou jste očkována

Respondentky měly na výběr ze dvou možností odpovědi:

- a) Cervarix
- b) Silgard

Tato otázka navazuje na otázku č. 2, kdy respondentky měly možnost se vyjádřit, zda jsou očkovány proti rakovině děložního čípku. Z předchozí dotazníkové otázky jsme se dozvěděly, že očkována je 41 (41%) žen. Velmi nás překvapily výsledky preferovaných vakcín, jelikož jsou téměř vyrovnané. S malou převahou je častěji zastoupená vakcína cervarix. Možná z důvodu větší reklamy v médiích. Nedá se ale říci, že by jedna z vakcín byla vyloženě preferovanější. Tabulky níže krásně znázorňují, kolikrát jsou vakcíny zastoupené.

Tab. 3 Druh vakcíny

Možnosti odpovědí	$n_i$	$f_i$ (%)
Cervarix	26	26
Sildegard	20	20
Nechci se vyjadřovat	54	54
$\Sigma$	100	100

Tab. 4 Struktura typu vakcín

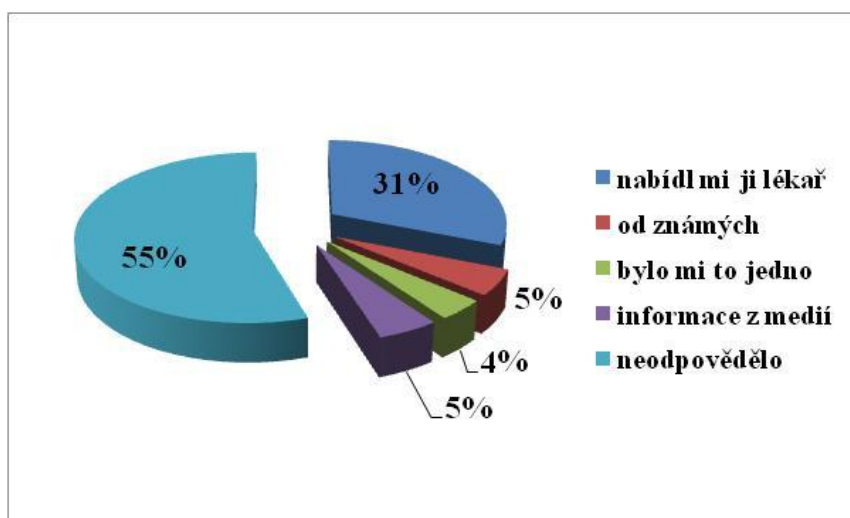
věk	jaká vakcína		$\Sigma$
	Cervarix	Sildegard	
15 – 20 let	Počet $n_i$ 14	6	20
	$f_i$ % 70,00	30,00	100,00
21- 30 let	Počet 11	13	24
	$f_i$ % 45,80	54,20	100,00
31- 40 let	Počet 1	1	2
	$f_i$ % 50,00	50,00	100,00
$\Sigma$	Počet 26	20	46
	$f_i$ % 56,50	43,50	100,00

## Otázka č. 5 – Proč jste se rozhodla pro tuto vakcínu?

Respondentky měly na výběr z pěti možností odpovědi:

- a) Myslím, že je nejspolehlivější, proč?.....
- b) Nabídl mi ji lékař
- c) Od známých jsem slyšela, že je spolehlivější
- d) Bylo mi to jedno
- e) Na základě informací v médiích

Tato otázka byla zaměřena na celkovou informovanost. Otázky byly položeny tak, aby bylo zcela zřejmé, zda ženy o očkování uvažují na základě všeobecného vědění, nebo jsou dobře informovány prostřednictvím svých lékařů. Můžeme s klidným srdcem konstatovat, že velká část žen byla oslovena stranou odborníků – lékařem, gynekologem a tím byla zaručena do jisté míry informovanost pacientky o kladech a záporech očkování. S politováním musíme ovšem konstatovat, že informovanost od známých je na stejné úrovni, jako informovanost prostřednictvím médií. Celkem na tuto otázku odpovědělo 55 (55%) respondentek.



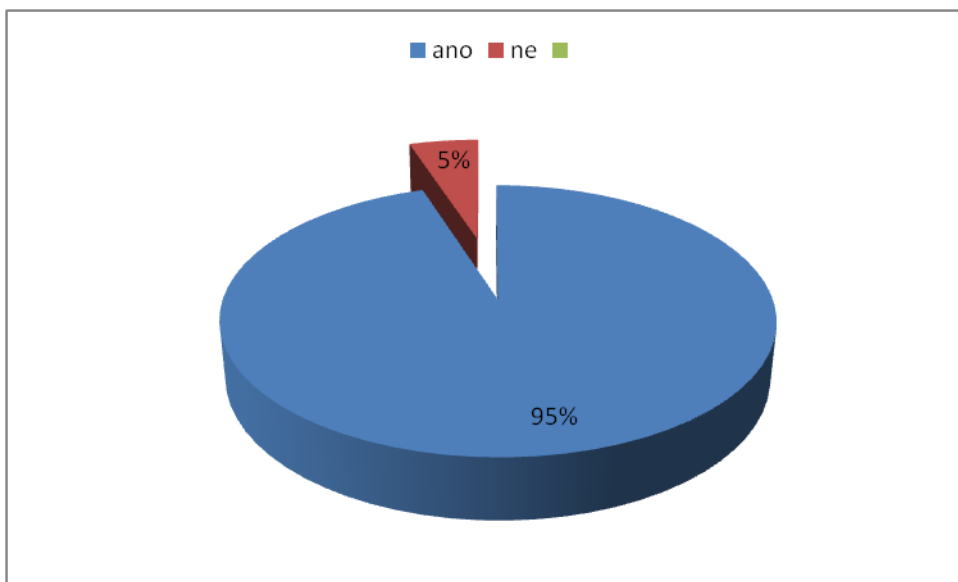
Obrázek 3 Preference vakcín

## Otázka č. 6 – Měla jste už pohlavní styk?

Respondentky měly na výběr ze dvou možností odpovědi:

- a) Ano
- b) Ne

Na otázku, zda žena již měla pohlavní styk, byla možnost odpovědi ano nebo ne. Ze sta dotázaných žen, odpověděla téměř většina žen, že už měla pohlavní styk. Tuto otázku jsme do dotazníku daly cíleně, abychom poukázaly na fakt, že očkování proti HPV infekci je nejefektivnější ve věku pod 15 let, kdy dívka ještě nezačala pohlavně žít, ale z výsledků této otázky je patrné, že většina žen / dívek už pohlavní styk měla. Dál bychom ovšem mohly zkoumat, jak dlouho jsou očkované.



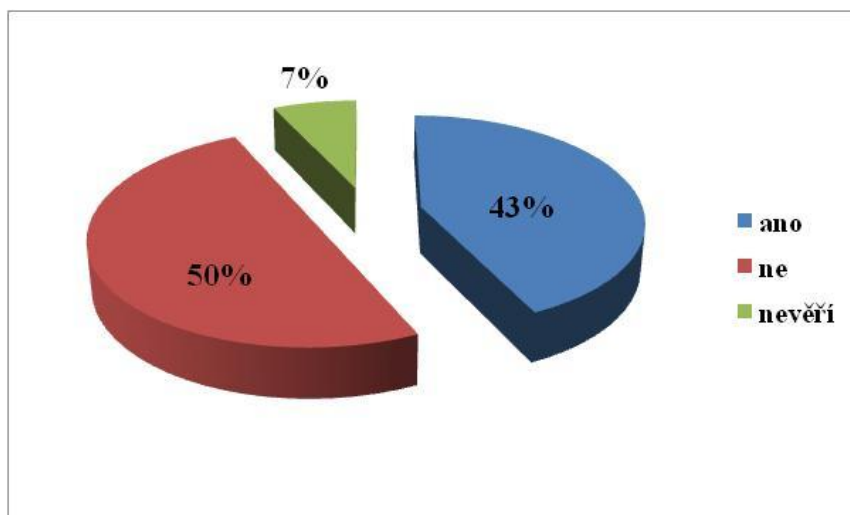
Obrázek 4 Měla jste už pohlavní styk?

**Otázka č. 7 - Věděla jste, že HPV virus, který způsobuje rakovinu děložního čípku je přenosný i kůží pohlavních orgánů a že Vás proti viru prezervativ neuchrání?**

Respondentky měly na výběr ze tří možností odpovědi:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevěřím tomu

Otázka byla sestavena tak, aby bylo zjištěno, zda ženy vůbec tuší, jak HPV virus může ovlivnit možnost onemocnění rakovinou děložního čípku. Opět se zde vychází z informovanosti žen, které dle našich výsledků otázka poměrně překvapila. Ženy, jak vyplývá z grafického znázornění, buď ani netuší, že taková možnost existuje, nebo nechtějí takové možnosti vůbec uvěřit. Poukazuje na to fakt, že více jak polovina žen odpověděla záporně. V nezanedbatelné míře však odpověděly ženy kladně, což je také překvapivé. Čekaly jsme, že informovanost žen bude menší.



Obrázek 5 Přenosnost viru HPV

Tab. 5 Struktura povědomí o přenosu HPV infekce

věk	povědomí o přenosu HPV infekce			$\Sigma$	
	ano	ne	nevěřím tomu		
15 – 20 let	Počet $n_i$ $f_i$ %	19 57,60	13 39,40	1 3,00	33 100,00
21- 30 let	Počet $f_i$ %	20 37,70	29 54,70	4 7,50	53 100,00
31- 40 let	Počet $f_i$ %	1 11,10	8 88,90	0 0,00	9 100,00
41 a více let	Počet $f_i$ %	3 60,00	0 0,00	2 40,00	5 100,00
$\Sigma$	Počet $f_i$ %	43 43,00	50 50,00	7 7,00	100 100,00

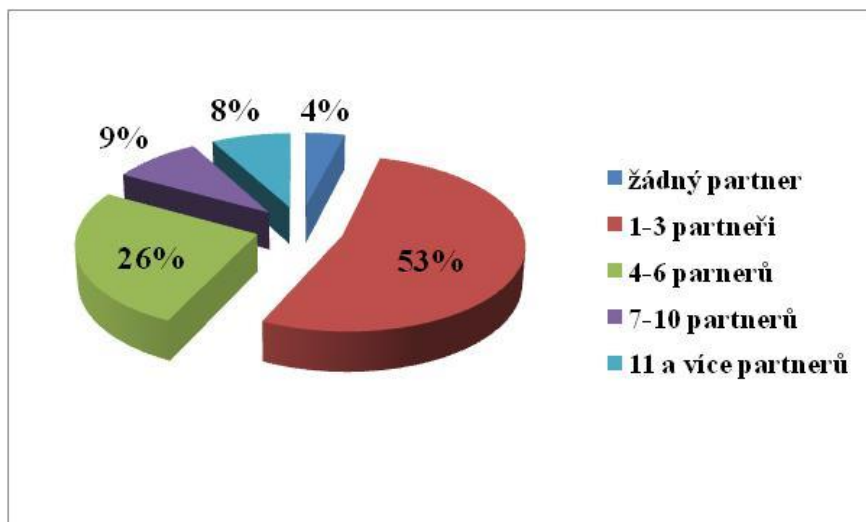
### Otázka č. 8 – Kolik jste měla sexuálních partnerů?

Respondentky měly na výběr z pěti možností odpovědi:

- a) 0
- b) 1-3
- c) 4-6
- d) 7-10
- e) 10 a více

Otázka byla zaměřena na počet partnerů v průběhu sexuálního života, jelikož právě promiskuita je jeden z důvodů přenosu HPV viru. Samozřejmě se s HPV infekcí může setkat i žena, která měla za celý život jen jednoho partnera, ale čím více partnerů je, tím je riziko větší. Naštěstí na tuto otázku odpověděla více jak polovina žen, které uvedly pouze 1 – 3 partnery. Tabulka číslo 6 nám podrobně ukazuje, kolik která věková kategorie měla sexuálních partnerů.





Obrázek 6 Počet sexuálních partnerů

Tab. 6 Struktura vlivu věku na počet sexuálních partnerů

věk	sexuální partneři					$\Sigma$	
	žádný partner	1-3 partneři	4-6 partnerů	7-10 partnerů	10 a více partnerů		
15 – 20 let	Počet $n_i$	2	25	5	0	1	33
	$f_i$ %	6,10	75,80	15,20	0,00	3,00	100,00
21- 30 let	Počet	2	24	16	7	4	53
	$f_i$ %	3,80	45,30	30,20	13,20	7,50	100,00
31- 40 let	Počet	0	0	5	1	3	9
	$f_i$ %	0,00	0,00	55,60	11,10	33,30	100,00
41 a více let	Počet	0	4	0	1	0	5
	$f_i$ %	0,00	80,00	0,00	20,00	0,00	100,00
$\Sigma$	Počet	4	53	26	9	8	100
	$f_i$ %	4,00	53,00	26,00	9,00	8,00	100,00

## Otázka č. 9 – Užíváte hormonální antikoncepci?

Respondentky měly na výběr ze dvou možností odpovědi:

- a) Ano
- b) Ne

Tato otázka navazuje na předchozí otázku č. 8. Opět se jedná o otázku informačního charakteru, která vykazuje hodnoty užívání hormonální antikoncepce. Cílem otázky bylo zjistit, zda se ženy při ochraně spoléhají pouze na hormonální antikoncepci, nebo se chrání i jinými metodami. Většina žen podle dotazníku užívá hormonální antikoncepci, z toho je nejzastoupenější věková kategorie 21 – 30 let, což se dalo očekávat, neboť právě v tomto věku se ženy často věnují studiu, zaměstnání a budování určité životní úrovně a na rodinu myslí až po splnění těchto cílů. Tabulka 8 nám podrobněji znázorňuje, jak často která věková kategorie užívá antikoncepci.

Tab. 7 Užívání hormonální antikoncepce

<b>Možnosti odpovědí</b>	$n_i$	$f_i$ (%)
Ano	70	70
Ne	30	30
$\Sigma$	100	100

Tab. 8 Struktura vlivu věku na výběr hormonální antikoncepce

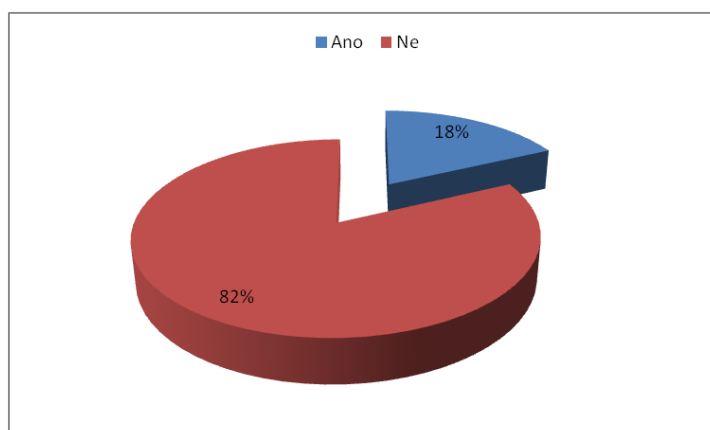
věk	hormonální antikoncepce		$\Sigma$	
	ano	ne		
15 – 20 let	Počet $n_i$ $f_i$ %	24 72,70	9 27,30	33 100,00
21- 30 let	Počet $f_i$ %	40 75,50	13 24,50	53 100,00
31- 40 let	Počet $f_i$ %	5 55,60	4 44,40	9 100,00
41 a více let	Počet $f_i$ %	1 20,00	4 80,00	5 100,00
$\Sigma$	Počet $f_i$ %	70 70,00	30 30,00%	100 100,00

### Otázka č.10 – Používáte i jinou formu antikoncepce?

Respondentky měly na výběr ze dvou možností odpovědi:

- a) Ano, jakou?...
- b) Ne

Respondentkám v této otázce byla dána možnost vyjádřit se k užívání jiné formy antikoncepce, popřípadě doplnit, o kterou se jedná. Vyhodnocením dotazníku jsme došli k výsledkům, že jen minimální počet žen užívá i jiné formy antikoncepce než hormonální. Z druhů které respondentky uvedly, byl zmíněn 13 krát prezervativ a 1 krát přerušovaná soulož.



Obrázek 7 Jiná forma antikoncepce

## Otázka č. 11 – Máte momentálně jen jednoho sexuálního partnera

Respondentky měly na výběr ze dvou možností odpovědi:

- a) Ano
- b) Ne

Jak již bylo výše uvedeno, se sexuálním životem jde ruku v ruce značná promiskuita a výběr vhodného, zdravého partnera je nedílnou součástí pro limit možnosti nákazy virem HPV. Zodpověděním této otázky mělo být zjištěno, zda dnešní ženy racionálně uvažují v oblasti svého sexuálního života a žijí sexuálně s jedním, ověřeným partnerem, nebo zda mají partnerů více. Dozvěděly jsme se, že 79 žen (79 %) žen odpovědělo mám pouze jednoho sexuálního partnera a 21 žen (21 %) má sexuálních partnerů více.

Tab. 9 Momentální počet partnerů

Možnosti odpovědí	$n_i$	$f_i$ (%)
Ano	79	79
Ne	21	21
$\Sigma$	100	100

## Otázka č. 12 – Byla u vás zjištěna HPV infekce genitálu?

Respondentky měly na výběr ze dvou možností odpovědi:

- a) Ano
- b) Ne

Tuto otázku jsme do dotazníku daly záměrně, jelikož je známo, že HPV infekce přímo nemusí způsobit prekancerózu. Zajímalo nás tedy, kolik dotazovaných žen vůbec ví, zda se s touto infekcí setkala, jelikož v dnešní době je kontakt s touto infekcí skoro nevyhnutelný. Neznamená to však, že každá žena se nakazí HPV infekcí, onemocní nádorovým onemocněním. Cílem bylo zjistit, kolik procent žen mělo nějaký projev infekce způsobené virem HPV a zda ženy vůbec vědí, jak se může kontakt s HPV virem projevit. Z dotazníku vyšlo, že jen menšina žen se setkala s HPV infekcí.

Tab. 10 HPV infekce

<b>Možnosti odpovědí</b>	$n_i$	$f_i$ (%)
Ano	20	20
Ne	80	80
$\Sigma$	100	100

### **Otázka č. 13 – Byl u Vás proveden zákrok na děložním čípku pro prekancerózu?**

Respondentky měly na výběr ze dvou možností odpovědi:

- a) Ano
- b) Ne

Dále jsme se snažily zjistit, kolik respondentek muselo podstoupit zákrok pro prekancerózu. I tyto odpovědi jsme porovnávaly s výsledky předchozích otázek v dotazníku. Ze všech dotazovaných žen se pouze 3 ženy nevyjádřily. V minimálním počtu ženy odpověděly, že podstoupily zákrok na děložním hrdle. Převážná většina žen se s prekancerózou nesetkala.

Tab. 11 zákrok na děložním čípku

<b>Možnosti odpovědí</b>	$n_i$	$f_i$ (%)
Ano	10	10
Ne	87	87
Neodpovědělo	3	3
$\Sigma$	100	100

### **Otázka č. 14 – Docházíte do cytologické poradny?**

Respondentky měly na výběr ze dvou možností odpovědi:

- a) Ano, proč?.....
- b) Ne

Objektem zkoumání v tomto případě, byla otázka prevence a vědomí žen o existenci cytologických poraden v rámci gynekologické nebo jiné odborné konzultace. Celkem na tuto otázku neodpověděly pouze 3 (3%) ženy. Ve větší míře respondentky do cytologické poradny nedocházejí. Poradnu navštěvuje pouze 17 (17%) respondentek.

Tab. 12 Návštěvy cytologické poradny

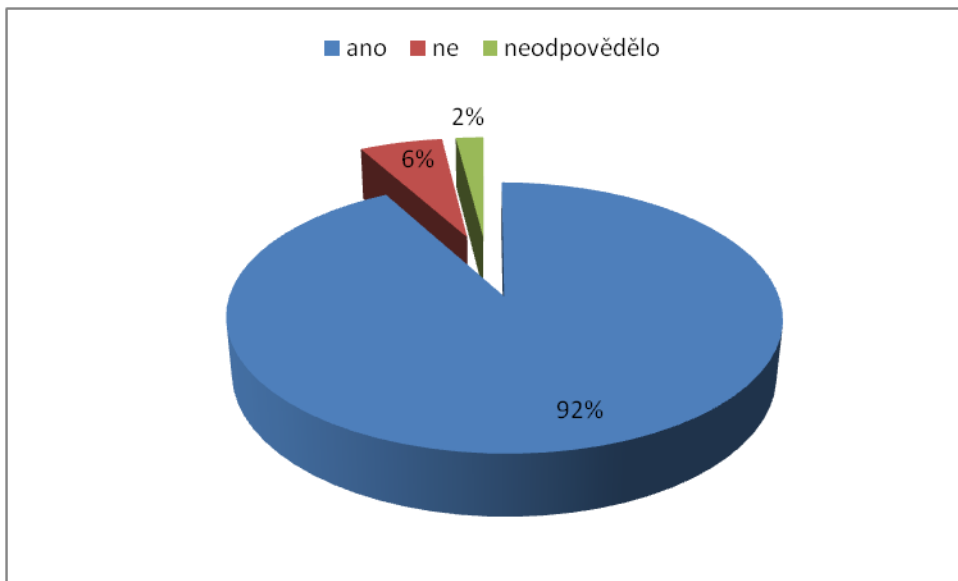
<b>Možnosti odpovědí</b>	$n_i$	$F_i$ (%)
Ano	17	17
Ne	80	80
Neodpovědělo	3	3
$\Sigma$	100	100

### **Otázka č. 15 – Chodíte pravidelně na preventivní gynekologické prohlídky?**

Respondentky měly na výběr ze dvou možností odpovědi:

- a) Ano
- b) Ne

Přirozeně následovala tato otázka, která úzce souvisí z předchozí. Otázka měla potvrdit popřípadě vyloučit celkový postoj žen k prevenci v oblasti gynekologie a prohlídek s ní spojených. Grafické znázornění poukazuje na fakt, že většina žen dbá o své zdraví a pravidelně dochází na gynekologické prohlídky.



Obrázek 8 Preventivní gynekologické prohlídky

## 10 DISKUZE

V této závěrečné teoreticko - výzkumné práci, zaměřené na problematiku informovanosti žen o nádorovém onemocnění děložního čípku jsme na základě studia literatury a aktuální situace stanovily 4 výzkumné otázky. V diskuzi uvádíme výsledky průzkumného šetření.

### **VO1 – Jak oslovené ženy využívají možnost očkování proti rakovině děložního čípku**

Na tuto výzkumnou otázku odpovídají dotazníkové otázky číslo 2, kde respondentky odpovídaly, zda jsou očkovány proti rakovině děložního čípku, a otázka číslo 3, kde se respondentky vyjadřovaly, zda by očkování doporučily svým známým.

41% žen využilo možnosti dát se očkovat proti rakovině děložního čípku a 4 % žen se na očkování chystá. Můžeme tedy říci, že téměř polovina žen z dotazníku je očkována, což je překvapivý výsledek. 60 % respondentek by očkování doporučilo svým známým.

Očkovány jsou nejčastěji dívky od 15 – 20 let. Se vzrůstajícím věkem se využití očkování žen snižuje. Ženy nad 41 let očkovány v tomto výzkumu nejsou. Jelikož je očkování určeno hlavně pro dívky, které ještě neměly pohlavní styk, z dotazníku vyšla správná věková kategorie vhodná k vakcinaci. **Ženy správně využívají možnost očkování.**

### **VO2 – Jak jsou ženy informovány o preventivních opatřeních před nákazou infekce HPV virem?**

Na tuto otázku se zaměřily dotazníkové otázky číslo 7, kde jsme se dotazovaly, zda ženy vědí o přenosu HPV viru kůží pohlavních orgánů. Dále otázka číslo 8, tam nás zajímalo, kolik měly ženy sexuálních partnerů, jelikož promiskuita je významný rizikový faktor. A nakonec jsme využily otázku číslo 16, kde jsme se respondentek ptaly, zda chodí na pravidelné gynekologické prohlídky.

Byly jsme příjemně překvapeny výsledky dotazníkového šetření, kde vyšlo, že 41% žen ví o přenosu HPV infekce kůží pohlavních orgánů.

Když se zaměříme na věkové kategorie, nejčastěji věděly o přenosu ženy ve věku 21 – 30 let. V této věkové kategorii odpovídaly nejvíce na odpověď ano, vím o přenosu. Dále na otázku, kolik mají sexuálních partnerů, odpovědělo 53% žen, rozmezí 1-3 partnery. Opět



odpovídala nejčastěji věková kategorie 21 – 30 let, kde ženy odpověděly 24 krát na možnost 1 – 3 partnery, ženy ve věku 15 – 20 let odpověděly 25 krát, ve věku 31 – 40 let nebyla k tomuto počtu partnerů ani jedna odpověď a ve věku 41 a více byla odpověď zaznamenána 4 krát. Logicky také vyšlo, že největší počet sexuálních partnerů měly ženy ve věku 41 let a více. Dále 92% žen uvedlo, že chodí pravidelně na preventivní gynekologické prohlídky. Z výsledků dotazníku jsme došly k závěru, že **nejinformovanější jsou ženy ve věku 21 – 30 let a také se chovají nejméně rizikově.**

### **VO3 - Jaká vakcína proti HPV viru je u dotazovaných žen preferována?**

Na tuto výzkumnou otázku se zaměřuje dotazníková otázka číslo 4, kde se respondentky přímo vyjadřují jakou vakcínou jsou očkované. A dále otázka číslo 5, kde se dozvídáme, jak se o vakcíně dozvěděly.

Vakcínou Cervarix je očkováno 26 % žen a vakcínou Silgard 20% žen. Zbýlých 54% neodpovědělo. Celkem je tedy očkováno 46% respondentek, z toho nejčastěji ve věku 21 – 30 let. Jelikož očkování je primárně pro dívky, které ještě neměly pohlavní styk, je kupodivu, že dívky ve věku 15 – 20 let byly až na druhém místě v početnosti očkování. Může to tak být proto, že věková kategorie 21 – 30 let je zodpovědnější v péči o své zdraví a více se zajímá o prevenci. Nejčastěji se ženy o očkování informovaly od lékaře. **Z našeho výzkumného šetření vyšla o pár procent úspěšněji vakcína Silgard.**

### **VO4 - Které formy antikoncepce ženy používají mimo hormonální antikoncepci?**

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá dotazníková otázka číslo 9, kde jsme se tázaly zda užívají hormonální antikoncepci, a otázka číslo 10, kde jsme se žen dotazovaly, zda užívají i jinou formu antikoncepce než hormonální, případně jakou.

Z dotazníkového šetření nám vyšlo, že většina žen užívá hormonální antikoncepci, v celkovém počtu to je 70%. Ani nás nepřekvapilo, že nejvíce zastoupená věková skupina žen, které užívají hormonální antikoncepci, je 21 – 30 let.

82% žen odpovědělo, že užívá jen hormonální antikoncepci. Pouze 13 žen uvedlo, že používá prezervativ a jedna žena přerušovanou soulož. Podle výsledků v tomto dotazníku můžeme říci, že ženy ve větším počtu spoléhají pouze na hormonální antikoncepci, ale nezajímají je už další metody ochrany. Samotná antikoncepce ženy před sexuálně přenosnými

chorobami neuchrání. To může vést k většímu nárůstu pohlavních nemocí a tím i šíření HPV infekce genitálu, která je často příčinou rakoviny děložního čípku. S HPV infekcí souvisí i genitální bradavice, které se dají snadno přenést právě pohlavním stykem a hormonální antikoncepce nás před touto pohlavní chorobou neuchrání. To je ovšem otázka dalšího dotazníkového šetření.

Z tohoto dotazníkového šetření nám vyšlo, že **hormonální antikoncepce je tedy nejčastější forma ochrany.**

## 11 ZÁVĚR

Práce byla obecně zaměřena na skupiny žen a jejich informovanost o nádorovém onemocnění hrdla děložního a především o přenosu HPV infekce a jejím podílu na přenosu tohoto onemocnění. Dále nás také zajímalo, zda se ženy „chovají“ preventivně aby nákaze HPV infekce předešly.

Naším prvním cílem bylo zjistit, jak jsou na tom ženy s informovaností o přenosu HPV infekce a zda mají nějaký přehled o možné nákaze. Dalším cílem bylo zjistit, kolik žen z dotazníku je očkováno proti rakovině děložního čípku a zda očkování věří a doporučily by je ostatním ženám. V neposlední řadě jsme zjišťovaly, zda ženy dodržují nějaká opatření před nákazou HPV infekce a zda se vědomě chovají tak, aby možné nákaze předešly. Stanovením posledního cíle jsme se chtěly dozvědět, kolik žen z dotazníku už má nález na děložním hrdle nebo podstoupilo zákrok. Všechny tyto cíle byly splněny.

Bylo příjemně překvapivé, že téměř polovina dotazovaných žen je informována o přenosu HPV infekce a zná důvod jejího přenosu. Je otázkou dalšího zkoumání, jak podrobně a od koho informace získávají. Další výsledek se týkal očkování proti rakovině děložního čípku. Očkována byla též téměř polovina žen, ale podle výsledků věkových skupin očkovaných nás překvapilo, že častěji jsou očkovány ženy ve věkovém rozmezí 21 – 30 let. Přitom očkování je hlavně pro dívky před 15. rokem, které ještě nezačaly pohlavně žít.

Preventivní opatření před možnou nákazou HPV infekce se ženy sice vědomě snaží dodržovat, ale ne ve všech směrech. Bylo by třeba větší informovanosti o možnostech ochrany před nákazou. Nejlepším způsobem jak veřejnost informovat, by mohly být přednášky porodních asistentek na školách. Poslední cíl práce vypovídá o tom, že minimální procento žen v tomto dotazníku se setkalo s HPV infekcí a ještě méně jich má zákrok na děložním čípku, což je dobrá zpráva alespoň pro toto výzkumné šetření.

Po objektivním zhodnocení výzkumné části jsme dospěly k následujícímu závěru. Samotná problematika nákazy virem HPV a návazně onemocněním rakovinou hrdla děložního je tak široké téma, které si zaslouží mnohem podrobnější rozbor. Námi obecně zaměřený výzkum pouze potvrzuje či vyvrací základní prvky této problematiky. Nabyly jsme přesvědčení, že takto vedený výzkum je nedostačující a je třeba podrobnějšího rozboru otázek, které se budou zaměřovat cíleně. Oslovené respondentky byly navíc vytipovány lokálně v rámci území kraje. Pakliže by byl výzkum zaměřený celorepublikově, byl by sběr informací tak rozsáhlý, že je možné, že některé cíle by potvrzeny nebyly či naopak. Je zapotřebí si uvědomit, že dotazované ovlivňuje lokalita ve které žijí, vzdělání, sociální prostředí a další dílčí faktory, které mohou zapříčinit rozlišné odpovědi.

Na druhou stranu, nám tento obecný výzkum poskytl odpovědi na zcela základní otázky, které by mohly sloužit jako návod všem mladým, dospívajícím ženám jako základní náhled na vypracovanou problematiku. Je totiž zcela zřejmé, že dotazované nejsou profesionály v oboru zdravotnictví a tudíž takto složené otázky jim jsou bližší, rychle se v nich zorientují a jsou schopny odpovědět.

S čistým svědomím můžeme konstatovat, že i když tento výzkum není z pohledu medicíny tak přínosný, vytvořil alespoň prostor k zamyšlení respondentek samotných a nám, porodním asistentkám, poskytl obecný náhled, který může být odrazovým můstkem k vytvoření mnohem specifičtějšího výzkumu v problematice onemocnění rakovinou hrdla děložního.

## Bibliografické citace

1. CIBULA, David, Luboš PETRUŽELKA a kolektiv. *Onkogynekologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009, 616 s. ISBN 978-80-247-2665-6.
2. ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL, Bedřich SRP a kolektiv. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006, 544 s. ISBN 978-80-247-2303-8.
3. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 2. upravené a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2002, 488s. ISBN 80-247-0143-X.
4. Dotazník-online [online]. [cit. 2014-03-26]. Dostupné z WWW: < <http://www.dotaznik-online.cz/index.htm>>.
5. HRUBÁ, Marcela, Lenka FORETOVÁ, Hilda VORLÍČKOVÁ. *Role sestry v prevenci a diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vydání. Brno: MOÚ, 2001, s. 6 – 42. ISBN: 80–238–7618-X.
6. KALÁBOVÁ, R. Zhoubné nádory děložního čípku. *Zdravotnické noviny*, příl. Lékařské listy, 2003, roč. 52, č. 17, s. 23-26, ISSN: 0044-1996.
7. KOKES, V. Karcinom děložního hrdla. *Zdravotnické noviny*, příl. Lékařské listy, 2002, roč. 51, č. 18, s. 20-21, ISSN: 0044-1996.
8. KOLAŘÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL. *Repetitorium gynekologie*. 1. vydání. Praha : Maxdorf, 2008, 1032 s. ISBN 978-80-7345-138-7.
9. KOTRŠOVÁ, L. Praktický pohled na cervikální patologie. *Zdravotnické noviny*, příl. Lékařské listy, 2003, roč. 52, č. 41, s. 8-10, ISSN: 0044-1996.
10. ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART. *Gynekologie*. 2. vydání. Praha : Galén, 2008, 390 s. ISBN 978-80-7262-501-7.

## **Přílohy**

## **Příloha A – dotazník**

Dobrý den,

Jmenuji se Renata Pešková a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, obor Porodní asistentka. Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který bude sloužit jako podklad výzkumu mé bakalářské práce zaměřené na nádory hrdla děložního. Dotazník je anonymní a slouží pouze pro účely výzkumu mé práce.

Předem děkuji za Váš čas

1. Kolik je Vám let?

- 15 – 20 let
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 a více let

2. Jste očkovaná proti rakovině děložního čípku?

- Ano
- Ne
- Chystám se

3. Doporučila byste očkování známým?

- Ano
- Ne

4. Jakou vakcínou jste očkovaná?

- Cervarix
- Sildegard

5. Proč jste se rozhodla právě pro tuto vakcínu?

- Myslím, že je nejspolehlivější, proč?.....
- Nabídl mi ji lékař
- Od známých jsem slyšela, že je spolehlivější

- Bylo mi to jedno
- Na základě informací v médiích

6. Měla jste už pohlavní styk?

- Ano
- Ne

7. Věděla jste, že HPV virus, který způsobuje rakovinu děložního čípku je přenosný i kůží pohlavních orgánů a že Vás proti viru prezervativ nechrání?

- Ano
- Ne
- Nevěřím tomu

8. Kolik jste měla sexuálních partnerů?

- 0
- 1 – 3
- 4 – 6
- 7 – 10
- 10 a víc

9. Užíváte hormonální antikoncepci?

- Ano
- Ne

10. Používáte i jinou formu antikoncepce?

- Ano, jakou?.....
- Ne

11. Máte momentálně jen jednoho sexuálního partnera?

- Ano
- Ne

12. Byla u Vás zjištěna HPV infekce genitálu?



- Ano
- Ne

13. Byl u Vás proveden zákrok na děložním čípku pro prekancerózu?

- Ano
- Ne

14. Docházíte do cytologické poradny?

- Ano, proč?.....
- Ne

15. Chodíte pravidelně na preventivní gynekologické prohlídky?

- Ano
- Ne