

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Postoj zdravé populace k cervikálnímu screeningu

Jiřina Šimová

Diplomová práce

Rok 2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jiřina Šímová**
Osobní číslo: **Z17174**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech**
Název tématu: **Postoj zdravé populace k cervikálnímu screeningu**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. NGO, O., O. MÁJEK, D. KREJČÍ, J. MUŽÍK, J. GREGOR a L. DUŠEK. Epidemiologie zhoubného nádoru děložního hrdla v České republice. Gynekologie a porodnictví. MEDIBAY, 2017, 1(5), 270- 275. ISSN 2533-4689.
2. ONDRUŠ, J. a kol. Screening karcinomu děložního hrdla. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-322-0.
3. ŘIHÁČEK, T. , I. ČERMÁK a R. HYTYCH a kol. Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.
4. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) [databáze online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR 2007 [cit. 15-01-2019]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz>. Databáze zdravotnických ukazatelů v České republice.
5. World Health Organization. WHO Leads the Way Towards the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Concern. World Health Organization [online]. Ženeva: WHO, September 2018 [cit. 21. 01. 2019]. Dostupné z: <https://www.who.int/reproductivehealth/cervical-cancer-public-health-concern/en/>.

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Věra Záhorová, Ph.D.


Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: 1. prosince 2017

Termín odevzdání diplomové práce: 2. května 2019


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. března 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Praze dne 30.04.2019

.....

Bc. Jiřina Šímová

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé diplomové práce Mgr. Věře Záhorové, Ph.D., za odborné vedení a pomoc při tvorbě této práce. Děkuji za její vstřícný a individuální přístup, ochotu a trpělivost. V neposlední řadě také za nadstandardně rychlou komunikaci při řešení dalších postupů práce a při jednotlivých konzultacích. Bez její účinné pomoci a trpělivosti by tato práce nevznikla.

Dále bych ráda poděkovala především životnímu partnerovi, dceři a rodině, za podporu a toleranci během celého mého studia.

ANOTACE

Diplomová práce je zaměřena na postoj zdravé populace k cervikálnímu screeningu. Práce má teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části jsou shrnuty teoretické poznatky o karcinomu děložního hrdla, vyšetřovací metody a organizace screeningu děložního hrdla v České republice a ve světě. Hlavním cílem výzkumné části bylo zjistit, jaká je motivace žen ve věku po padesátém roce života k účasti na cervikálním screeningu. První dílčí cíl práce se týkal zjištění, zda ženy znají podstatu cervikálního screeningu. Druhým dílčím cílem bylo zjistit, proč ženy po padesátém roce života nechodí na cervikální screening. Práce je realizována pomocí metody zakotvené teorie, kterou vyvinuli Strauss a Glasser. Stanovené cíle byly metodou zakotvené teorie po shromáždění údajů z rozhovorů postupně analyzovány, byly otevřeně kódovány, přičemž vznikly kategorie a subkategorie. V závěru práce jsou uvedeny výsledky výzkumu a připomínky k výsledkům.

KLÍČOVÁ SLOVA

Karcinom děložního hrdla, děložní čípek, screening, cytologie, kolposkopie, HPV

TITLE

The attitude of the healthy population to cervical screening

ANNOTATION

The thesis is focused on the attitude of the healthy population to the cervical screening and it consists of theoretical and research part. The theoretical part summarizes theoretical knowledge of cervical cancer, examination methods and organization of cervical screening in the Czech Republic and in the world. The main aim of the research was to find out what is the motivation of women after the age of fifty to participate in cervical screening. The first partial aim of the work was to find out whether women know the essence of cervical screening. The second partial aim was to find out why women do not take part on cervical screening after 50 years of age. The work is realized using the grounded theory method developed by Strauss and Glasser. The stated objectives were analyzed by the grounded theory method after collecting the interview data, were openly coded, and categories and subcategories were created. At the end of the thesis are presented the results of the research and comments on the results.

KEYWORDS

Cervical cancer, carcinoma of uterine cervix, screening, cytology, colposcopy, HPV

OBSAH

ÚVOD.....	10
CÍL PRÁCE.....	12
Podkapitola cíle práce.....	12
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA SCREENINGU KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA .	13
1.1 Karcinom děložního hrdla.....	13
1.2 Definice screeningu.....	14
1.3 Prevence rakoviny děložního čípku	22
2 VYŠETŘOVACÍ METODY	24
2.1 Kolposkopie	24
2.2 Cytologie	24
2.3 Histologie	25
2.4 ThinPrep Pap test	25
2.5 Test HPV DNA	26
3 ORGANIZACE SCREENINGU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU V ČR A VE SVĚTĚ	28
3.1 Praxe screeningu a současný stav v ČR	28
3.2 Screening děložního hrdla ve světě.....	30
3.3 Ostatní screeniny.....	31
3.4 Adresné zvání k účasti na preventivních programech.....	33
3.5 Připravované screeningové programy.....	33
4 PŘÍSTUP ŽEN K CERVIKÁLNÍMU SCREENINGU – EMPIRICKÉ POJETÍ	35
4.1 Výzkumná strategie.....	35
4.2 Metoda sběru dat a výzkumný soubor.....	36
4.3 Postup zpracování dat a etické aspekty výzkumu	37
4.4 Základní informace o respondentkách	38
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	41
6 DISKUZE	52
7 ZÁVĚR.....	58
8 POUŽITÁ LITERATURA	59
9 PŘÍLOHY	65

Seznam tabulek, grafů a obrázků

Tabulka 1 Historické milníky národního screeningu.....	16
Tabulka 2 Epidemiologie zhoubného nádoru děložního hrdla ve světě a v Evropě.....	20
Tabulka 3 HPV dle míry onkogenního potenciálu	21
Tabulka 4 Sociodemografické charakteristiky - ženy chodící na cervikální screening.....	38
Tabulka 5 Sociodemografické charakteristiky - ženy nechodící na cervikální screening.....	40
Graf 1 Incidence zhoubných nádorů děložního hrdla (C53) v mezinárodním srovnání.....	18
Graf 2 Incidence a mortalita rakoviny děložního hrdla v ČR 1977–2016.....	19
Graf 3 Incidence karcinomu děložního hrdla ženy - věková struktura populace pacientů.....	19
Obrázek 1 Proces cervikálního screeningu v ČR.....	29

Seznam zkratek a značek

1. LF UK	1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
CNCR	Czech National Cancer Registry
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
GTM	Grounded theory method
HPV	Human papilomavirus
hrHPV	high risk HPV
IARC	International Agency for Research on Cancer
lrHPV	low risk HPV
NOP	Národní onkologický program
NOR	Národní onkologický registr ČR
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
PAP test	Papanicolaouův test
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
WHO	World Health Organization
ZN	Zhoubné novotvary

ÚVOD

„Prevence je lepší než léčba“

Erasmus Desiderius Rotterdamský (1466–1536)

Rakovina děložního čípku je ve světě čtvrtou nejčastější rakovinou u žen s odhadovanými 570 000 novými případy v roce 2018, což představuje 6,6 % všech zhoubných nádorů u žen. Přibližně 90 % úmrtí na rakovinu děložního hrdla se vyskytlo v zemích s nízkými a středními příjmy. Vysoká míra úmrtnosti na rakovinu děložního hrdla by mohla být snížena komplexním přístupem, který zahrnuje prevenci, včasnou diagnózu a účinné screeningové a léčebné programy (WHO, 2018).

V léčbě a diagnóze rakoviny děložního čípku existují extrémní rozdíly. Míra úmrtnosti je osmnáctkrát vyšší v zemích s nízkým a středním příjmem než v bohatých zemích (Ferlay a kol., 2015). Nedostatek screeningových programů vede k výrazně vyššímu výskytu v subsaharské Africe, střední a jižní Americe, Karibiku, jižní Asii a východní Evropě (Olpin a kol., 2018).

Zástupkyně generálního ředitele pro rodinu, zdraví žen a dětí z WHO Dr. Princess Nono Simelela, tvrdí, že: *„odstranění rakoviny děložního hrdla jako globálního zdravotního problému je pro všechny země dostupné. Víme, co funguje, a víme, jak tuto chorobu předcházet a kontrolovat. Tento nový přístup nás spojuje a pomůže soustředit úsilí světa na ochranu blahobytu žen a dívek“* (WHO, 2018).

Nízká účast žen na preventivních kontrolách, ale také limity citlivosti aktuálně používaných testovacích metod jsou podle prof. MUDr. Jiří Slámy důvodem k tomu, že v ČR je i přes dobře organizovaný systém preventivních kontrol nepřiměřeně vysoký výskyt karcinomu děložního čípku (EuroZprávy.cz, 2018).

Dušek a kol (2014) uvádějí, že z žen v ČR ve věkové skupině 25–29 let, pozvaných na screening nádorů děložního hrdla je jen 6 %, které nechodí na pravidelné gynekologické prohlídky.

Ve věkové skupině 65–70 let to však již bylo až 23 % žen. Je proto důležité se v edukaci soustředit hlavně na starší ženy a vysvětlit jim nutnost preventivních prohlídek i po menopauze.

Tato práce je rozdělena na dvě hlavní části – teoretickou a výzkumnou. V teoretické části jsou popsána základní východiska screeningu karcinomu děložního hrdla, vyšetřovací metody a organizace screeningu děložního hrdla v ČR a ve světě.

Data pro výzkumnou část, která pochází z odpovědí respondentek na otázky z polostrukturovaného kvalitativního rozhovoru, byla následně analyzována pomocí metody zakotvené teorie podle Strausse a Corbinové.

CÍL PRÁCE

Cílem práce je zjistit, jaká je motivace žen starších padesáti let zúčastnit se na cervikálním screeningu.

Podkapitola cíle práce

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda ženy znají podstatu cervikálního screeningu.

Dílčí cíl 2: Zjistit, proč ženy po padesátém roce života nechodí na cervikální screening.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA SCREENINGU KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA

Rakovina děložního hrdla, která poměrně vzácnou komplikací široce rozšířené infekce HPV není nijak vzácným onemocněním. V roce 2000 jí onemocnělo 493 000 žen a více než polovina z tohoto množství ve stejném roce na toto onemocnění zemřela. Na světě na toto onemocnění dochází k úmrtí každé 2 minuty, v Evropě je to pak 40 úmrtí denně (Ondruš, 2013).

Podle vedoucího lékaře Onkologického oddělení Gynekologicko-porodnické kliniky VFN a 1. LF UK, profesora Jiřího Slámy nechodí na gynekologii od doby co porodily asi polovina žen. Tyto pacientky pak přicházejí s již rozvinutým karcinomem děložního čípku s malou nadějí na uzdravení (EuroZprávy.cz, 2018).

Úvodní část této kapitoly se zabývá přenosem HPV a rizikovými faktory pro vznik karcinomu děložního hrdla. Následuje část, která je věnována definici screeningu karcinomu děložního hrdla, historii screeningu, epidemiologii a etiopatogenezi. Kapitulu uzavírá část zabývající se prevencí v této oblasti.

1.1 Karcinom děložního hrdla

Karcinom děložního hrdla je onkologickým onemocněním, s vysokou incidencí u populace v produktivním věku. K onemocnění dochází průměrně za 15 let od infekce vysoce rizikovými typy HPV. Většinou tato infekce bez příznaků odezní, ale v některých případech přetrvá a pak se mohou na děložním čípku objevit abnormality (léze). Část lézí se sama zhojí, ale z některých se mohou vyvinout prekancerózy, které se následně mohou vyvinout v rakovinu děložního čípku. Jejimi příznaky jsou bolesti v zádech a podbříšku, krvácení po styku a krvavé výtoky.

Výskyt rakoviny děložního čípku v České republice představuje více než 16 případů na 100 000 žen, tj. ročně asi 900 nových nemocí a 400 úmrtí (svod.cz, 2015).

Profesor Jiří Sláma v pořadu Studio 6 dne 23. 6. 2018 uvedl: „*Je to skutečně velmi paradoxní. Domníváme se, že jedním z důvodů, proč ženy podceňují vyšetření je, že nejsou žádným způsobem motivovány, nebo naopak demotivovány, aby toto vyšetření absolvovaly. Žena je odkázána na vlastní rozhodnutí, zda vyšetření absolvuje, nebo ne. Zejména populace žen ve věku padesát a více let bohužel vyšetření absolvuje velmi zřídka*“ (Cervix.cz, 2018).

Přenos HPV

Přenos HPV probíhá nejčastější sexuální aktivitou, ale přenos je možný i jinou cestou, například špatně vysterilizovanými medicínskými nástroji. Celkově se předpokládá, že až 80 % sexuálně aktivní populace se aspoň jednou za život nakazí virem HPV. Z toho vyplývá, že infekce je běžná, ale onkologické onemocnění asociované s HPV infekcí je relativně vzácné (Kotek, 2016).

Rizikové faktory

Za nejvýznamnější rizikový faktor dnes považujeme infekci onkogenním (tzn. „rakovinu vyvolávajícím“) typem lidského papilomaviru (HPV). Tento virus se přenáší z 99,9 % pohlavním stykem, k infekci jsou nejnáchylnější mladé dívky. Do věku 35 let se tak s touto infekcí u nás setkají dvě ženy ze tří. Většinou o tom ani nevědí, protože jejich imunitní systém tyto viry zničí (Cervix.cz, 2018).

Perzistující infekce HR-HPV je v kancerogenezi nezbytným, avšak ne dostačujícím faktorem. Pro vznik karcinomu je nutné spolupůsobení dalších kofaktorů – kouření, poruchy imunity, dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce, časné koitarché, promiskuita, koexistence dalších sexuálně přenosných onemocnění (Chovanec, 2014).

1.2 Definice screeningu

Screening je plošné vyšetřování populace za účelem vyhledávání chorob v raných stádiích, kdy pacienti ještě nemají potíže a příznaky. Jeho účelem je snížit morbiditu (nemocnost) i mortalitu (úmrtnost) u sledovaného onemocnění. Ke screeningovým programům jsou vhodné zejména nádory, s těmito kritérii:

- mají relativně vysokou morbiditu,
- existuje účinná léčba v časných stádiích,
- pro detekci je k dispozici dostupný a laciný test.

Největším pozitivem screeningových testů je zlepšení prognózy onemocnění, díky možnosti nasazení šetrnější, přitom obvykle levnější a zároveň efektivnější léčby. V současné době existují rozsáhlé vědecké důkazy pro účinnost screeningových programů:

- rakoviny prsu,

- rakoviny tlustého střeva a konečníku,
- rakoviny děložního čípku.

V případě pozitivního screeningového testu pak obvykle následuje specifický diagnostický test a následně léčba nebo dispenzarizace (aktivní sledování osoby s určitým rizikovým faktorem nebo onemocněním). Diagnostickým testem pak významně snížíme počet osob s chybnou pozitivitou screeningového testu. Takzvaným zlatým standardem diagnostiky je průkaz změn tkáně – histologická diagnóza.

Mezi jednoduché screeningové testy patří třeba rentgenová vyšetření, antropometrická vyšetření, dotazníky atd. Využívá se také kombinace různých druhů testů, a spojením jednotlivých výsledků podle specifické metodiky se pak vyhodnotí pozitivita nebo negativita testu (Ondruš, 2013).

Historie screeningu

Potřeba informovanosti o výskytu onkologických chorob stála za zavedením evidence zhoubných nádorových onemocnění v roce 1951, na nějž v roce 1975 navázal Národní onkologický registr (NOR) (Linkos, 2014).

K cílům NOR patří zejména omezení výskytu a úmrtnosti na nádorová onemocnění, zlepšení kvality života onkologických pacientů a úspory ve výdajích na diagnostiku a léčbu onkologických onemocnění. V roce 2013 došlo k revizi všech programových priorit (NOP, 2014). Ještě více byla v programu zdůrazněna úloha prevence a do popředí se dostal apel na praktické lékaře, kteří jsou k obyvatelstvu nejbliž a tím mohou podchytit onkologická onemocnění v jejich počátku (Vyhláška o preventivních prohlídkách č. 70/2012 Sb.). Akcentována je také ekonomická stránka léčby, což je hlavně úkol pro zdravotní pojišťovny (NOP, 2014).

Dříve se screening karcinomu děložního hrdla v České republice prováděl jen příležitostně, a tak výskyt a úmrtnost u rakoviny děložního hrdla řadily Českou republiku dle hodnocení agentury IARC z roku 2008 mezi další východní a nové členské země EU se značným odstupem za vyspělými zeměmi a západní Evropou. Jedinými držiteli databáze obyvatel po rozpadu obvodního systému byly zdravotní pojišťovny a správní orgány státu. Po vleklých jednáních se zástupci zdravotních pojišťoven, poskytovateli zdravotnických služeb a zástupci státní správy jednáních došla komise odborníků, povolána roku 2002 ministrem zdravotnictví k vyhlášení Národního programu pro screening karcinomu děložního hrdla, který byl posléze

ustanoven ve Věstníku MZ ČR 07/2007 (viz Tabulka 1). V dalších letech se postupně začala prevence karcinomu děložního hrdla v České republice více organizovat. Předpokladem úspěšného preventivního programu je vedle dobře definovaných pravidel i dostatek informací o realizovaných vyšetřeních a incidenci rakoviny děložního hrdla u sledované populace. Úspěšný preventivní screeningový program by měl samozřejmě vykazat výsledky v podobě snížení incidence i úmrtnosti (Ondruš, 2013).

Májek na konferenci PREVON v Praze dne 13.11.2018 pronesl, že: „*Incidence a mortalita karcinomu děložního hrdla dlouhodobě klesá, v poslední dekádě sledujeme pokles incidence, resp. mortality, karcinomu děložního hrdla o téměř 25 %, resp. 20 %. Dopad programu na incidenci je nicméně omezený u starších žen. Úmrtnost je bohužel stále vyšší, než činí průměr EU. Screeningový program karcinomu děložního hrdla v ČR dlouhodobě dosahuje jednoletého pokrytí přibližně 56 %, odhadované pokrytí populace ve dvouletém intervalu dosahuje téměř 80 %. Pokrytí nicméně zřetelně klesá s věkem u žen starších 50 let. U těchto žen je zároveň velmi nízká (pod 10 %) míra účasti po adresném pozvání.*“

Tabulka 1 Historické milníky národního screeningu

Do roku 2007	Oportunitní screening
2007	Věstník MZ ČR 7/2007 vymezující kritéria screeningu
2008	Ustavena síť akreditovaných laboratoří a Komise pro screening karcinomu děložního hrdla MZ ČR
2012	Vyhláška MZ ČR č. 70/2012 Sb. vymezující rozsah preventivních prohlídek
2014	Zahájeno adresné zvaní zdravotními pojišťovny ČR

Zdroj: (Sláma, 2017), vlastní zpracování.

Epidemiologie

Národní onkologický registr ČR, který je nedílnou součástí komplexní onkologické péče, je hlavním zdrojem dat o epidemiologii zhoubných nádorů. NOR má více než 2,3 milionů záznamů a obsahuje data za období 1977-2015. Registrace nádorů je právně závazná a povinná (NOP, 2018). CNCR (Czech National Cancer Registry) je klíčovou databázovou komponentou Českého národního programu pro kontrolu rakoviny (činnost zahájena v roce 2003), který centralizuje péči o rakovinu v regionálně distribuované síti 21 komplexních center péče o rakovinu. Česká republika má zaveden systém povinného zdravotního pojištění, který plně pokrývá diagnostiku a léčbu rakoviny. Registr je součástí Národního

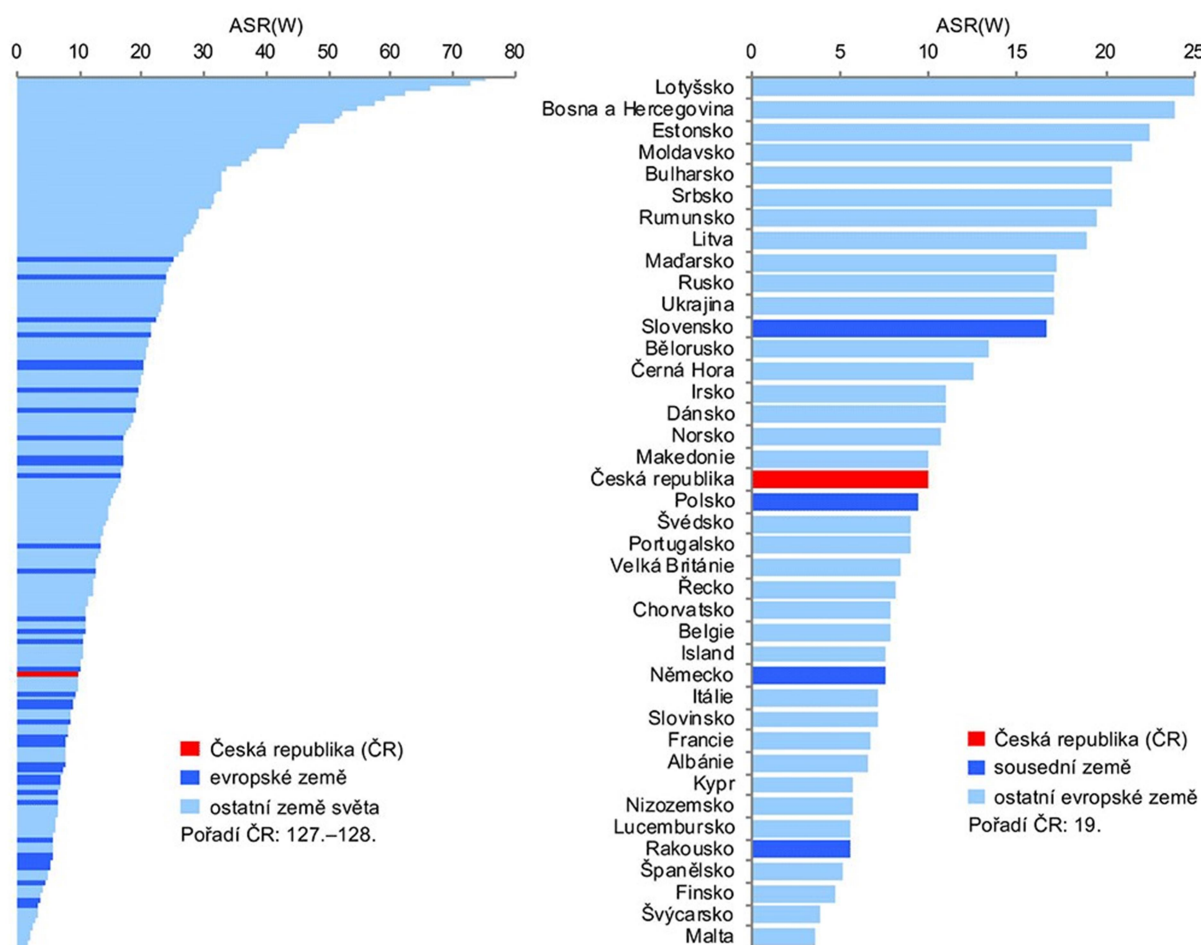
zdravotnického informačního systému (NZIS) a je spravován Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) České republiky. Přenos osobních a jiných údajů do NZIS upravuje český zákon o ochraně osobních údajů. Regionální centra CNCR zpracovávají a ověřují zprávy od poskytovatelů zdravotní péče. ÚZIS poté provádí kontroly dat a zajišťuje vazby na národní databázi úmrtnosti. Členy rady jsou zástupci ÚZIS, krajská střediska CNCR, Ministerstvo zdravotnictví a Česká onkologická společnost (Ferlay a Bray, 2014). Současně jsou data z NOR zpřístupněna širokému spektru uživatelů prostřednictvím webového portálu www.svod.cz. Spolu s daty NOR jsou nezbytným zdrojem pro epidemiologické hodnocení také demografická data o české populaci (Ngo a kol., 2017).

Česká onkologická společnost ČLS JEP (Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně) buduje informační systém, který pokrývá kombinací Národního onkologického registru ČR a klinických databází hlavní oblasti hodnocení léčebné péče – monitoring populační zátěže, predikce počtu pacientů, výsledky diagnostiky a léčby.

Na základě podkladů z Mezinárodní agentury pro výzkum onkologických onemocnění (IARC) patří zhoubný nádor děložního hrdla k celosvětově nejčastějším zhoubným onemocněním a zároveň představuje jednu z nejčastějších příčin úmrtí mezi zhoubnými novotvary u žen. V mezinárodním srovnání zaujímá ČR 13. místo v incidenci a 18. místo v mortalitě (hodnoceno na základě ASR – W neboli věkově standardizovaných ukazatelů) tohoto onemocnění v Evropě (Viz Graf 1). Česká republika dosahuje ve věkově standardizované incidenci hodnoty 14,1 (počet případů na 100 tisíc žen), která je v porovnání se sousedními státy vyjma Slovenska zřetelně vyšší. V Polsku je incidence 12,2, v Německu 8,2, v Rakousku 5,8 a naopak na Slovensku 16,1. V případě věkově standardizované mortality v ČR (3,2) je pozice v porovnání se sousedními státy příznivější. Na Slovensku téměř třetina počtu diagnostikovaných žen zemře (5,2), v Polsku je situace ještě závažnější a mortalita dosahuje (5,4), tedy téměř polovina žen s diagnózou tohoto onemocnění na něj také zemře. Naopak nízkou mortalitu sledujeme v Rakousku (2,0), a zejména v Německu (1,7) (Ferlay, 2014).

Graf 1 Incidence zhoubných nádorů děložního hrdla (C53) v mezinárodním srovnání

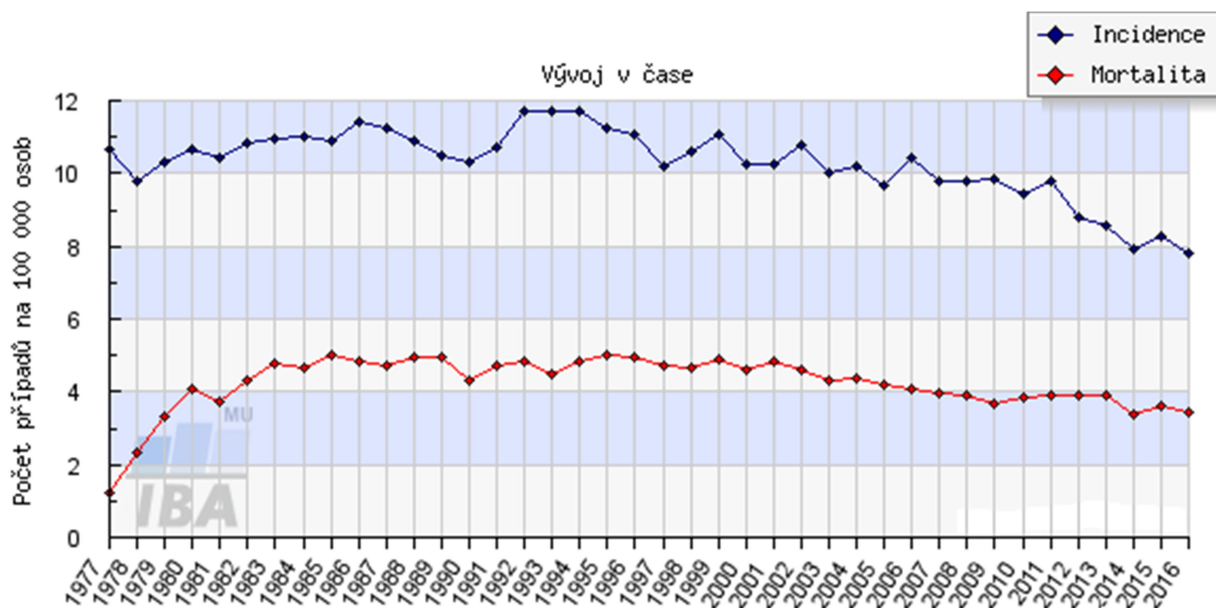
ASR(W) – počet nově diagnostikovaných nádorů na 100 000 žen věkově standardizovaný na světový věkový standard.



Zdroj: (cervix.cz, 2018)

V ČR se ovšem během posledních desetiletí situace zlepšuje ve smyslu snižování mortality a rovněž incidence onemocnění (viz Graf 2). V posledních deseti letech došlo u onemocnění karcinomem děložního hrdla k výraznému poklesu výskytu (o 17 %) a úmrtí (o 11 %). Podle aktuálně dostupných dat NOR byla v ČR v roce 2015 standardizovaná incidence tohoto onemocnění 15,5 nových případů na 100 000 žen (ročně okolo 900 nových případů) a více než třetina počtu nemocných žen na tento zhoubný nádor umírala (ročně okolo 350 úmrtí). V současné době je ukazatelem 330 úmrtí na 100 tisíc žen, což představuje v absolutních počtech zhruba 18 tisíc žen v ČR.

Graf 2 Incidence a mortalita rakoviny děložního hrdla v ČR 1977–2016

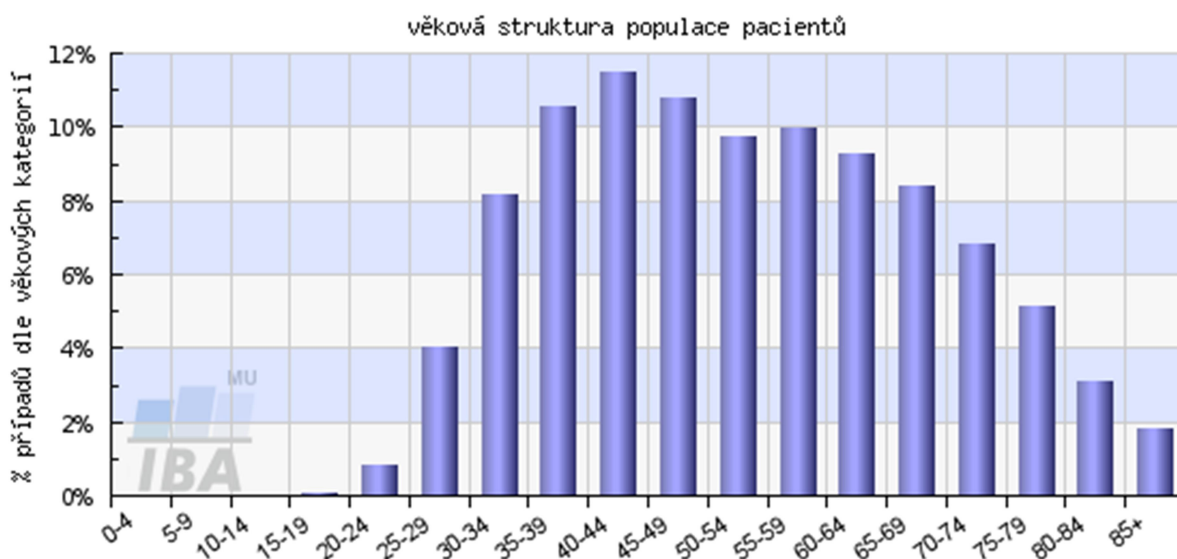


Analyzovaná data: N(inc)=42580, N(mor)=17462

Zdroj: (svod.cz, 2016)

Typický věk diagnózy zhoubného nádoru děložního hrdla je 54 let, ale postihuje také ve velké míře mladé ženy, kdy více než třetina pacientek je ve věku nižším než 45 let. Věková struktura pacientek s diagnózou tohoto onemocnění nasvědčuje významnému zastoupení pacientek v mladší věkové kategorii okolo 40 let, avšak rovněž také u starších žen okolo 60 let (viz Graf 3), (Ngo a kol., 2017).

Graf 3 Incidence karcinomu děložního hrdla ženy - věková struktura populace pacientů



Analyzovaná data: N=42580

Zdroj: (svod.cz, 2016)

Zhoubné novotvary (ZN) děložního hrdla patří mezi nejčastější nádorové onemocnění u žen ve světové populaci. Světová incidence byla pro rok 2018 odhadnuta celkem na 569 847 nově diagnostikovaných nádorů hrdla děložního (4. nejčastější ZN u žen, 6,9 % ZN kromě kožních) a 61 072 nádorů hrdla děložního v Evropě (8. nejčastější novotvar u žen, 3,3 % ZN kromě kožních). Odhadovaný počet úmrtí na toto onemocnění byl v roce 2018 ve světě 311 365 (7,5 % všech úmrtí na ZN u žen, 4. místo mezi ZN jako příčinou úmrtí) a 25 829 úmrtí v Evropě (3,0 % úmrtí na ZN u žen, 10. místo mezi ZN jako příčinou úmrtí) viz Tabulka 2 (Cervix.cz, 2018).

Tabulka 2 Epidemiologie zhoubného nádoru děložního hrdla ve světě a v Evropě

Parametr	Svět	Evropa
Incidence		
počet novotvarů	569 847	61 072
počet novotvarů na 100 000 žen	15	16
ASR(W)	13	11
podíl ze ZN kromě kožních	6,90%	3,30%
pořadí mezi ZN kromě kožních	4	8
Mortalita		
počet úmrtí	311 365	25 829
počet úmrtí na 100 000 žen	8	7
ASR(W)	7	4
podíl z úmrtí na ZN kromě kožních	7,50%	3,00%
pořadí mezi ZN jako příčinou úmrtí	4	10
Prevalence (pacientky žijící do 5 let od dg.)		
počet pacientek	1 474 265	190 814
počet na 100 000 žen	39	50
Kumulativní riziko vzniku nádoru do 75 let od narození	1,36%	1,09%

Zdroj: (Cervix.cz, 2018)

Etiopatogeneze

Prevence nádorových onemocnění v oboru gynekologie a porodnictví se orientuje hlavně na screeningové programy karcinomu prsu a děložního čípku. Primární roli v prevenci nádorových onemocnění hraje oblast životního stylu. Za vznik nádorového onemocnění, jak bylo řečeno výše, jsou částečně odpovědné vlivy genetiky, expozice karcinogenům, životní styl, imunitní poruchy a v gynekologii významné onkogenní viry, z nichž nejnámější je lidský papillomavirus vyvolávající rakovinu děložního čípku (Nesnídalová, 2016). Lidské

papilomaviry (HPV) jsou obalené DNA viry způsobující benigní či maligní proliferaci buněk kůže a sliznic. Z identifikovaných více než 200 HPV genotypů přibližně 40 infikuje urogenitální oblast. Tyto genotypy pak dělíme podle onkogenního potenciálu na nízké rizikové HPV (lrHPV), způsobující benigní léze a vysoce rizikové HPV (hrHPV), jejichž infekce může vést k nádorovému bujení (viz Tabulka 3). Nejčastější lrHPV genotypy jsou HPV6 a HPV11 způsobující rekurentní respirační papilomatózu a až 90 % genitálních bradavic (condyloma acuminata), kterými trpí přibližně 7 % žen a 4 % mužů. Z vysoce rizikových HPV genotypů jsou nejrozšířenější HPV16 a HPV18 zodpovědné za více než 70 % nádorů děložního hrdla (Ondryášová, 2015a).

Tabulka 3 HPV dle míry onkogenního potenciálu

Klasifikace	HPV Podtypy	Asociovaná onemocnění
Onkogenní (high-risk) HPV	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82	Nádorová onemocnění děložního hrdla, anu, vaginy, vulvy, penisu, jazyka, jícnu a hlasivek
Pravděpodobně onkogenní HPV	23, 53, 66	
Neonkogenní (low-risk) HPV	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, CP6108	Genitální bradavice a rekurentní respirační papilomatóza

Zdroj: (Ondryášová a kol., 2015a), vlastní zpracování.

Negativní stránky cervikálního screeningu

Pap testy, sice během své historie ve světě zachránily milióny životů, ale mají i svá negativa, pokud byly poznamenány laxní praxí odběrů nebo práce v laboratořích. Infekce HPV se na rozvoji všech lidských malignit různých lokalizací podílejí z 10-15 % a jsou daleko nejčastější z biologických příčin zhoubných nádorů (Ondruš, 2019).

Vzhledem ke krátké délce intervalu mezi screeningu je řada prostředků, určených na prevenci vynaložena neefektivně. Některým ženám je cytologické vyšetření prováděno každý rok nebo i několikrát do roka, ale skoro polovina českých žen za život absolvuje za život jen jedno nebo vůbec žádné cytologické vyšetření často pouze v souvislosti s porodem či později s antikoncepcí (Piños, 2017).

MUDr. Piños uvádí, že: „Společným jmenovatelem všech těchto neúspěchů je bezvýhradná víra lékařů ve spolehlivosti cytologie. Znovu a opakovaně se setkávám s tím, že lékař nepočítá s běžně publikovanou 35% falešnou negativitou této metodiky ve smyslu včasného zachytu high - grade léze. Jak je známo, existují tři základní oblasti příčin falešně negativních

cytologických výsledků. První jsou chyby odběrů. Stále ještě vidíme, že odběry jsou prováděny štětečkem nebo tampónem, že není prováděn endocervikální stěr nebo, že je prováděn nedostatečně. Druhá chyba je, že jsou popsány nejasné změny v cytologii, typicky ASC - US, nebo nedostatečný i když ještě hodnotitelný stěr nebo zánětlivé změny, lékař na to nereaguje a pozve pacientku ke kontrole v některých případech dokonce až za rok. Další chyby jsou při fixaci a transportu stěru“ (Piňos, 2017, str. 282-283).

1.3 Prevence rakoviny děložního čípku

Každá žena od 15 let by měla jednou ročně jít na preventivní gynekologickou prohlídku, z důvodu zjištění případných odchylek od normy. Součástí této prevence je zjištění osobních údajů a vlastní vyšetření. K preventivní prohlídce patří také kolposkopie, stěr z děložního čípku na cytologické vyšetření (screening karcinomu děložního hrdla) a případně odběr materiálu k bakteriologickému nebo virologickému vyšetření. Výsledkem prohlídky je závěr s návrhem na další postup. Spojení preventivní vakcinace HPV se screeningem využívajícím HPV DNA test se selektivní genotypizací je bezpečné a má v kontextu prevence karcinomu děložního čípku vysokou efektivitu. Primárním předpokladem je co nejvyšší účast mladých dívek na vakcinaci a dospělých žen na screeningových kontrolách (Sláma, 2017).

Primární prevence

Předmětem primární prevence je redukce rizikových faktorů, způsobujících rakovinu. Nejdůležitějším rizikovým faktorem, který je žena však žena schopna svým způsobem chování ovlivnit, je oblast životního stylu. K primární prevenci patří také genetické testování v případě incidence rakoviny v rodině. Dědičné predispozice však v prevenci nehrají tak důležitou roli, jako životní styl (Nesnidalová, 2016).

Rakovina děložního hrdla je forma rakoviny, která může být vyléčena a léčena. Existuje však potřeba komplexní národní strategie očkování proti HPV, screeningu a léčení předrakovinných lézí a účinné léčby invazivních nádorů. Prevence a včasná léčba jsou extrémně nákladově efektivní a pomáhají udržovat zdraví a blahobyt dívek a žen po celý život (WHO, 2018).

Sekundární prevence

Principem sekundární prevence je aktivní vyhledávání prekanceróz během screeningových vyšetření. Legislativní vymezení screeningu v České republice doporučuje roční frekvenci vyšetření s odběrem cervikovaginální cytologického stěru a jeho vyšetřením v akreditované

cytologické laboratoři. Věkové vymezení kontrolních vyšetření odkazuje na vyhlášku MZ ČR č. 70/2012 Sb. upravující rozsah a pravidla preventivní gynekologické kontroly, kterou by měla podstupovat každá žena od 15 let (Sláma, 2017).

2 VYŠETŘOVACÍ METODY

V této kapitole bude pozornost věnována jednotlivým vyšetřovacím metodám, k odhalení karcinomu děložního hrdla, kterými jsou kolposkopie, histologie a cytologie, testům ThinPrep Pap a testu HPV DNA.

2.1 Kolposkopie

Jedná se o test na pomezí screeningu a diagnostiky, přičemž se posuzují viditelné změny tkání a rozsah těchto změn. Kolposkop je optický přístroj s vlastním zdrojem osvětlení, umožňující pohled na tkáň epitelu za použití optických zvyrazňovačů. Pro případné změny platí, že růst odlišností epitelu není kontinuální, je ostře ohraničen a má jistá topografická pravidla, zvláště pak v cervikovaginální oblasti. Díky kolposkopii se podařilo snížit počet prováděných konizací děložního hrdla na pouhou pětinu. V řadě západních zemí je však kolposkopie prováděna specializovanými lékařskými konzultanty nebo paramedicínskými vysokoškolskými odborníky a často je spojena s vysokou cenou a nadbytečnými diagnostickými výkony. Zejména je však kolposkopie provázena strachem žen ze zákroku, a proto úbytkem vůle k dalším vyšetřením (Ondruš, 2013).

Kolposkop je povinnou součástí vybavení ordinace každého ambulantního specialisty oboru gynekologie v ČR a základní kolposkopické vyšetření součástí účtovaných výkonů. Je k němu kompetentní každý gynekolog nebo praktikant pod vedením a s garancí gynekologa (Herbeck, 2017).

Prohlídka zahrnuje vyšetření zevních rodidel, vyšetření s gynekologickými zrcadly, kdy se nejprve provádí kolposkopické vyšetření děložního čípku a následně odběr cytologie. Jedná se o základní vyšetření v rámci prevence vzniku rakoviny děložního čípku. Dále pak následuje palpační (pohmatové) vyšetření dělohy a vaječnicků. V potřebných případech se doplňuje ještě vyšetření přes konečník. Volitelnou možností lékaře je pak ještě vaginální ultrazvukové vyšetření (Cervix.cz, 2017).

2.2 Cytologie

I když je cytologický stěr testem, který významně přispěl k omezení výskytu rakoviny děložního hrdla, lze jej za současné situace nahradit metodami s vyšším stupněm citlivosti a déle trvající negativní predikcí (Sláma, 2017).

Cytologické vyšetření má své limity. Lze se domnívat, že každý gynekolog je schopen rozeznat mukopurulentní cervicitis, odlišit ji od prosté kolpity, že je mu zřejmý pojem atrofie sliznic že při různých demonstracích i u své klientely viděl exofytické kondylomy (jež někdy mohou skrývat malignitu), vezikuly, i urativní i ulcerující herpetické léze, a že rozezná transformační zónu. Kvalitní kolposkopie snížila počet kdysi prováděných konizací děložního hrdla na pouhou pětinu. Lékař v ordinaci ručí za správné označení skla, za úplnost průvodky a také za neprodlenou fixaci preparátu alkoholem (Herbeck, 2017).

2.3 Histologie

Za „zlatý standard“ diagnostiky je považována histologie. Chybí-li racionální předpoklad léze či okultního invazivního karcinomu, platí nyní to, že není indikována diagnostická a dle možností i terapeutická operace konizace děložního cervixu. Biopsie malých vzorků tkáně má výpovědní hodnotu zcela závislou na lokalizaci odběru a formulaci otázky, tj. prebiopické předpovědi a relevantních informacích. Odpovědností histopatologa po diagnostické operaci je úplné blokování celého excitovaného materiálu, v odstupech 2-3 mm (k vyloučení možné mikroinvaze), nalezení proximálního vrcholu a pak posouzení jak léze samotné, tak jejich okrajů. Histopatologický popis má výslovně uvést, zda operační výkon byl či nebyl proveden „*in sano*“, tj. zda se léze nedotýkala nebo nepřesahovala jeho hranice, a to včetně případných artefaktů, omezujících hodnocení (Ondruš, 2013).

2.4 ThinPrep Pap test

ThinPrep Pap test je využíván právě v zemích, kde mají nejlepší výsledky ve screeningu karcinomu děložního hrdla. V USA se jedná téměř o 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. Pro odběr LBC ThinPrep Pap test je možno použít několik nástrojů (broom, plastová spatula, brush), a to i v jejich kombinaci, přičemž se buněčný materiál z nich předává do jedné odběrové lahvičky. Zásadně se nedoporučuje užívání dřevěné spatule, jejíž povrch může buňky poškodit a část buněčné populace může ulpět na jejím povrchu. U každého nástroje je doporučen způsob odběru s daným počtem otáček. Ideální dobou pro odběr gynekologické cytologie je cca 12.–14. den cyklu s maximálním vyzríváním epitelu pod vlivem estrogenů. Souběžně je vhodná pohlavní abstinence 48 hodin před provedením stěru a omezené užívání lubrikantů a přípravků na gelové bázi. Minimální buněčnost pro ThinPrep je 5 000 buněk na skle, aby byl stěr vybaven jako uspokojivý (Kinkorová a Luňáčková, 2013).

Cervikální screening je typicky prováděn pomocí Pap testu, který je založen na odběru, barvení a mikroskopickém vyšetření buněk děložního hrdla. Pap test však bohužel dokáže detekovat jen asi 50 % prekancerózních lézí děložního hrdla (Cervix.cz, 2018).

2.5 Test HPV DNA

Testy přítomnosti DNA lidského papilomaviru jsou založeny na skutečnosti, že některý z typů HPV je vždy přítomen na začátku patogeneze karcinomu cervixu. Sekvencemi genomů byly zjištěny viry „významného rizika“ a „nízkého rizika“ onkogeneze. Totožný genotyp byl identifikován v primárním ložisku i metastázách téhož maligního tumoru. Testy mají odhalovat přítomnost DNA viru v buňkách epitelu. Samotný odběr se provádí pomocí kartáčku z děložního hrdla tak, aby byla setřena oblast proximální hranice transformační zóny. Odebraný vzorek se poté vloží do tekutého média i s kartáčkem.

Metodika HPV DNA HC II (hybrid capture, Digene) je poměrně nekomplikovaná a je charakterizována vysokou senzitivitou a reprodukovatelností. Metoda je založena na hybridizaci RNA/DNA s amplifikací (zesílením signálu) na mikrotitračních destičkách. Sleduje se přítomnost sekvencí DNA pro kohortu 13 typů významného rizika a test má citlivost i na úrovni jediné pozměněné buňky (5000 kopií). Test HPV není vhodný pro ženy mladší 30 let, pro ženy s imunosupresí a pro ženy, jimž byla provedena hysterektomie pro benigní změny (Ondruš, 2013).

Samoodběrový HPV test

Ústav molekulární a translační medicíny LF UP a FN Olomouc ve spolupráci s Nadací pro výzkum rakoviny testuje samoodběrové soupravy cervikovaginálního stěru, kterou může žena na vyžádání obdržet poštou a po odebrání vzorku jej zaslat zpět do laboratoře, viz Příloha A.

„Zkušenosti ze světa ukazují, že přijde-li odpověď, že je nález pozitivní, přiměje to prakticky každou ženu, aby se dostavila ke gynekologovi,“ konstatoval doc. MUDr. Marián Hajdúch, Ph.D. z Ústavu molekulární a translační medicíny LF UP a FN Olomouc.

Podle předběžných dat z probíhající studie srovnávající výsledky vzorků ze samoodběrových souprav a vzorků odebraných gynekologem ze stejného dne, se většina nálezů shoduje, jen něco málo přes 8 % vykazuje diskrepantní výsledky. Přibližně 3 % vzorků odebraných gynekologem jsou pozitivní, i když ze samoodběru vycházejí negativní a naopak překvapivě asi 5 % vzorků odebraných gynekologem je negativních, i když ze samoodběru vykazují pozitivitu. *„Jak je to možné, když gynekolog případnou lézi - na rozdíl od uživatelky*

samoodběrové soupravy - vidí, a je tedy schopen odběr lépe zacílit?“ položil otázku doc. Hajdúch. „Naše domněnka zní, že to souvisí s množstvím odebraného biologického materiálu. Předběžné výsledky ukazují, že v cervikovaginálním stěru DNA, což koreluje i s vyšší silou signálu. Rozdíly jsou ovšem v jednotkách procent a nemají tedy, zdá se, klinický význam,“ zdůraznil (Hajdúch, 2019, str. 72).

3 ORGANIZACE SCREENINGU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU V ČR A VE SVĚTĚ

Tato část práce se zabývá stavem, procesy a organizací screeningových programů v ČR a ve světě. V úvodu jsou představeny organizační a legislativní základy, spojené se screeningem karcinomu děložního čípku v ČR, pak následuje zhodnocení úrovně screeningu karcinomu cervixu ve světě. Dále následuje část, zabývající se ostatními screeningu (kolorektální screening a screening karcinomu prsu) a část věnovaná adresnému zvaní na preventivní programy. Poslední část obsahuje informace k připravovaným screeningovým programům v ČR.

3.1 Praxe screeningu a současný stav v ČR

Základem cervikálního screeningu jsou pravidelné gynekologické kontroly, jejichž účelem je zjistit prekancerózní změny nebo raná stadia karcinomu děložního čípku. Vznik abnormalit na děložním čípku většinou není provázen pozorovatelnými změnami nebo potížemi, a tak hrozí nebezpečí, že tyto abnormality nebudou zavčas odhaleny. Cervikální screening je proto jedinečným nástrojem prevence karcinomu děložního čípku (Májek a kol, 2019).

Legislativně je screening karcinomu děložního hrdla upraven vyhláškou MZ ČR 3/2010 Sb., která nestanovuje horní věkovou hranici. Tak jako v preventivních programech rakoviny prsu a kolorektálního karcinomu bylo v roce 2014 započato adresné zvaní do věku 70 let, které zvýšilo počty vyšetřených i ve věkové skupině nad 60 let a 65 let. Incidence u tohoto onemocnění však výrazně klesá po 65. roce života. Horní hranice pro cervikální screening v ČR by proto měla předmětem kritického zhodnocení.

Podle definice screeningového programu karcinomu děložního čípku z věstníku MZČR č. 07/2007 zahrnuje screening cytologické vyšetření, které je součástí preventivní prohlídky u registrujícího gynekologa a je jednou ročně hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro každou ženu starší 15 let. Cílovou skupinou programu tak tvoří v ČR více než 4,5 milionu dospělých žen. Oproti dvěma dalším programům se cervikální screening liší systémem organizace sběru dat. U kolorektálního screeningu a screeningu rakoviny prsu existuje omezený počet center, kde jsou účastníci screeningu vyšetřováni a zároveň jsou v těchto centrech stanoveny výsledky vyšetření. Programu cervikálního screeningu se však účastní všech cca 3000 gynekologů. Jejich úlohou je provést účastnicím programu stěr, odeslat jej do cytologické laboratoře, která pak výsledek vyšetření posílá zpět gynekologovi.

Ten pak rozhoduje o dalších krocích. Za sběr dat cervikálního screeningu jsou z důvodu vysokého počtu gynekologů zodpovědné cytologické laboratoře. Poté co laboratoř obdrží od gynekologa stěr s průvodkou obsahující osobní a anamnestická data, založí průvodku do laboratorního informačního systému a doplní do ní pak výsledek screeningu. Doplněná papírová průvodka se pak vrací zpět ke gynekologovi, který při pozitivním cytologickém výsledku indikuje biopsii a histologické vyšetření. Gynekolog pak informuje o výsledku histologie cytologickou laboratoř, která jej doplní do databáze. Data z databáze se pak s měsíční frekvencí odesílají do statistického centra. Schematické zobrazení popsaného procesu ukazuje **Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.** (Klimeš a kol., 2014).



Obrázek 1 Proces cervikálního screeningu v ČR

Zdroj: Klimeš a kol. (2014)

Incidence karcinomu děložního hrdla se snížila mezi lety 1995-2011 o 21 % (v roce 2011 to bylo 1023 případů) a mortalita se snížila o 35 % (399 úmrtí v roce 2011). Roční pokrytí cílové populace screeninem děložního čípku se v roce 2013 zvýšilo na 56 %, oproti 35 % v roce 2001. Na dvouletém intervalu 2012-2013 přitom pokrytí populace screeninem dosáhlo hodnoty 77 %. V roce 2013 prošlo screeninem více než dva miliony žen, z nichž 96 % mělo negativní výsledek. Přibližně 0,2 % stěrů přitom bylo pozitivních. Reportované hodnoty však vykazovaly značné rozdíly mezi jednotlivými screeningovými centry. Uvedené hodnoty výkonnostních indikátorů jsou v souladu s výsledky programů, který byl již dříve úspěšně ve snížení incidence rakoviny děložního čípku, a jsou slibné vzhledem k ještě více výraznému snížení úmrtnosti na rakovinu děložního hrdla v blízké budoucnosti, za předpokladu udržení průběžného zvyšování kvality. Srovnávací studie mezi screeninem, rakovinou a registry

příčin úmrtí mohou poskytnout další informace o efektivnosti screeningu (Májek a kol., 2017).

LIBUSE – unikátní česká studie

Studie, která bude trvat tři roky, se účastní přes 2400 žen a 12 gynekologických center z celé ČR má za úkol popsat incidenci HPV DNA v populaci zdravých žen ve věku 30-60 let a určit podíl nejnebezpečnějších typů viru HPV 16 a HPV 18 a četnost prekancerogenních stavů a maligních nádorů. Ženy s pozitivním nálezem HPV 16/18 jsou pak neprodleně poslány do specializovaných ambulancí. Díky této metodě bylo již v prvním kole nalezeno čtyřnásobně víc případů přednádorových změn než při samostatném cytologickém vyšetření (34 versus 8 případů). Jedním z cílů studie je potvrzení dlouhodobé spolehlivosti screeningu HPV DNA a v případě negativity prvního screeningu prodloužit frekvenci opakování na tři roky. HPV DNA test je dostupný pro všechny ženy, které o něj u svého gynekologa projeví zájem. Zdravotní pojišťovny jej však bohužel nehradí.

„Výsledek testu HPV DNA určuje riziko vzniku rakoviny děložního čípku mimořádně přesným způsobem. Negativní výsledek testu HPV DNA představuje informaci o velmi nízkém riziku rozvoje rakoviny a mohl by umožnit prodloužení intervalu kontrol na 3 až 5 let. V důsledku by mohl vést ke zvýšení podílu žen, které se nechají vyšetřit,“ říká hlavní odborný garant studie prof. MUDr. Jiří Sláma, Ph.D. a dodává: *„výsledky české studie LIBUSE poskytují velmi silné argumenty pro vypracování nového algoritmu pro screening rakoviny děložního čípku v České republice“* (ŽENA-IN.cz, 2018).

3.2 Screening děložního hrdla ve světě

Údaje o současném stavu cervikálního screeningu na úrovni jednotlivých zemí poskytují důležitý vstup do diskuse o globálním plánování politiky v oblasti rakoviny děložního čípku. Zatímco ve Spojených státech a dalších industrializovaných zemích byl proveden rozsáhlý výzkum o míře screeningu, údaje z rozvojových zemí jsou omezeny jen na několik zemí a na subnárodní průzkumy. Navíc, rozsah nerovností ve screeningu je prakticky neznámý téměř ve všech zemích. Rozdíly v současných úrovních přístupu ke screeningu mohou mít důsledky pro navrhování strategií screeningu a prevence, zejména s ohledem na nové přístupy pro screening a léčbu v prostředí s nízkými příjmy, jakož i pro vývoj a dodávání vakcíny proti kmenům lidského papilomaviru (HPV), které způsobují rakovinu děložního hrdla (Gakidou a kol., 2008).

V rámci Evropské unie jsou patrné značné rozdíly mezi západem a východem, v tzv. postkomunistických zemích je toto onemocnění rozšířenější. Zatímco v západoevropských zemích již dávno fungují programy cervikálního screeningu, v zemích bývalého východního bloku se tyto programy začaly systematicky prosazovat relativně nedávno (Cervix.cz, 2018).

Země jižní a východní Asie, Melanésie a karibská oblasti patří mezi oblasti s nejvyšším výskytem rakoviny děložního hrdla ve světě a toto onemocnění je v těchto zemích nejčastějším onkologickým onemocněním žen. Díky zavedení screeningových programů a včasného zachycení a léčbě prekanceróz je ve vyspělých zemích za posledních 30 let zaznamenán 50% pokles výskytu karcinomu děložního hrdla. V některých zemích se již přechází u screeningu rakoviny děložního hrdla z onkologické cytologie na HPV DNA test. V žádné zemi se tento typ testu neprovádí dost dlouho, takže zatím nejsou k dispozici výsledky dlouhodobých studií a populační data z HPV DNA testace, nicméně výsledky klinických studií vypadají slibně (Dvořák, 2018).

3.3 Ostatní screeniny

V Evropě i v USA lze aktuálně sledovat „pozitivně kritický“ přístup ke screeningu a obecně k preventivním aktivitám. Není divu, že právě praktičtí lékaři, kteří mají s pacienty nejužší kontakt, se věnují otázkám efektivit screeninových programů a hodnotí poměr jejich přínosů, rizik a dopadů na kvalitu života pacienta. V rozhodování populace k účasti na screeningu hrají praktičtí lékaři stěžejní roli a jsou to právě oni, kteří nejvíce pociťují reakci pacienta na případné negativní dopady screeningu a jeho komplikace (Salzmann, 2017).

V České republice probíhají tři celoplošné screeningové programy, které jsou průběžně vyhodnocovány na základě informací z vědeckovýzkumných dat. Každý z programů má specificky nastavenou metodiku sběru dat v závislosti na jeho výchozích vlastnostech a procesech. Tato data umožňují sledovat kvalitu v zapojených akreditovaných centrech a měřit účinnost screeningových programů a jejich dopad na cílovou populaci (Klimeš a kol., 2014).

Tím Česká republika vyhověla doporučení Rady Evropské unie z 2. 11. 2003 (2003/878/EC), týkající se zavedení screeningových programů zhoubných nádorů prsu, děložního hrdla, tlustého střeva a konečníku ve členských státech Evropské unie. Doporučení se týká sběru dat o preventivních vyšetřeních, následujících diagnostických procedurách a konečných

diagnózách. Výsledky analýzy těchto dat pak mají být zpřístupněny odborné i široké veřejnosti (Dušek, 2014).

Screening karcinomu prsu

Národní program screeningu karcinomu prsu existuje v České republice od roku 2002. Program je od začátku dobře organizovaný a je do něj zapojena síť akreditovaných center. Na začátku roku 2014 bylo zahájeno adresné zvaní žen do programu screeningu karcinomu prsu. Z hlediska cílové populace má program mimořádný rozsah. Ke konci roku 2017 bylo provedeno 7 609 269 mamografických vyšetření a program zasáhl polovinu cílové populace žen starších 45 let, přičemž u žen ve věku 45-69 let pokrytí dosáhlo hodnoty 63,1 %. U 40 487 žen byl odhalen zhoubný nádor v raných stádiích, který byl v drtivé většině případů úspěšně léčen. Českému screeningu dosud chybí adresné zvaní a úplné diagnostické kompetence radiologů-mamodiagnostiků (Daneš, 2017).

Účast českých žen pomalu a kontinuálně narůstala až do roku 2006, poté stoupla skokově (v rámci pilotního projektu adresného zvaní organizovaného VZP) na přelomu roku 2007 a 2008. Od té doby se účast zastavila na 51 %. Potvrzuje se tak zkušenost z ostatních zemí, že bez adresného zvaní nelze vyšší účasti a tím i vyšší efektivity programu dosáhnout. Všechny země, které dosáhly účasti 80 až 90 %, mají program adresného zvaní zavedený. Jsou to Švédsko, Holandsko, Finsko, Velká Británie, některé spolkové země Německa, některé státy USA a Izrael. Ostatní evropské země, které mají i kratší historii screeningového programu, zvažují způsob adresného zvaní. V ČR je podmínkou screeningového vyšetření žádanka praktického lékaře či gynekologa. Tato podmínka se již několik let jeví jako kontraproduktivní, neboť ke jmenovaným odborníkům nedocházejí všechny ženy. Screeningový program v ČR podporuje nemalým způsobem AVON proti rakovině prsu, na jehož propagaci vytrvale pracují pacientské organizace MAMMA Help a Aliance žen s rakovinou prsu (Skovajsová, 2013).

Screening kolorektálního karcinomu

Česká republika patří k zemím s nejvyšším výskytem kolorektálního karcinomu na světě a následnou úmrtností na toto onemocnění. Každý rok v ČR přibude přes 8000 nových onemocnění, skoro 3500 osob na tuto chorobu zemře. Od roku 2000 probíhá Národní program screeningu kolorektálního karcinomu pro osoby starší 50 let, u nichž existuje vysoké riziko vzniku této choroby (Suchánek a kol., 2013).

Obvyklý věk českého pacienta s kolorektálním karcinomem je sice mezi 60-79 lety, ale skoro 19 % pacientů je mladší než 60 let, a tak se toto onemocnění do značné míry týká i populace v produktivním věku. Lidé ve věkové skupině 50-54 let by si měli jednou za rok udělat test okultního krvácení do stolice, který je k dostání u praktických lékařů a jehož provedení je jednoduché a bezbolestné. Lidé starší 55 let mohou buď pokračovat v pravidelných testech, nebo se mohou rozhodnout pro primární screeningovou kolonoskopii, kterou postačí provést jednou za deset let (Dušek, 2014).

3.4 Adresné zvaní k účasti na preventivních programech

Adresné zvaní ke screeningu rakoviny prsu, kolorekta a cervixu začalo v ČR v lednu 2014. Z důvodu minimalizace administrativní zátěže screeningových center jsou občané zváni ke screeningu svými zdravotními pojišťovkami. Ke screeningu jsou zváni ti občané, kteří se dlouhodobě neúčastní screeningových programů a zároveň se dle záznamu nikdy neléčili na příslušné nádorové onemocnění (Linkos, 2018).

V pilotní i následné (stále probíhající) udržovací fázi adresného zvaní na cervikální screening bylo ženám ve věku 25-70 let, které neabsolvovaly screening karcinomu děložního hrdla, rozesláno téměř 2 milióny pozvánek. Polovina z tohoto počtu byla zaslána ženám starším, nejvíce nad 60 let věku. Májek uvádí: „*Největší odezva na adresnou pozvánku byla u poprvé pozvaných žen-téměř 25 %. Z žen pozvaných podruhé se screeningu zúčastnilo 15,5 %. Ženy, které obdržely již třetí pozvánku, se zúčastnily v 11,6 %. Počtvrté pozvané ženy reagovaly naopak pouze v 4,9 %. Celkově ženy v roce 2017 reagovaly na adresná pozvání v 10,8 % případů. V kohortě pozvaných žen obecně lépe reagovaly ty mladší, cca z 24 %, naopak na vrub starší, relativně malé, ale rezistentní části připadá celkově nízká míra účinnosti adresného zvaní.*“ (Májek, 2019, str. 68)

Účast žen na screeningových programech lze zlepšit systémem aktivního zvaní. Ve Velké Británii po zavedení tohoto systému došlo ke skokovému zvýšení účasti na více než 85 % u žen ve věkové skupině od 25 do 65 let (Sláma, 2017). Motivací k tak velké účasti však byly značné ekonomické sankce za neúčast ve screeningovém programu (Dušek a kol., 2005).

3.5 Připravované screeningové programy

Cílem nového projektu je zvýšení účinnosti i pokrytí screeningu prostřednictvím metody detekce DNA HPV viru založené na samoodběrové sadě u žen, které se dlouhodobě neúčastní na stávajících programech (ženy starší 50 let, které se nedostavily 3 roky na preventivní

gynekologické vyšetření). Důvodem zaměření se na tuto věkovou skupinu žen je snaha o větší efektivitu cervikálního screeningu a zmírnění zdravotních i sociálních následků karcinomu děložního hrdla. Podle výsledků tohoto projektu jej případně začlenit do Národního programu screeningu karcinomu děložního hrdla v České republice, viz Příloha B (NSC, 2019).

4 PŘÍSTUP ŽEN K CERVIKÁLNÍMU SCREENINGU – EMPIRICKÉ POJETÍ

V této části diplomové práce jsou popsány a zpracovány jednotlivé fáze výzkumu. Nejprve jsou uvedeny cíle práce a výzkumná strategie, která je realizována pomocí metody zakotvené teorie. Dále následuje popis metody sběru dat, výzkumný soubor, postup zpracování dat, etické aspekty a základní informace o respondentkách.

Výzkumné otázky a výzkumné cíle

Cíl hlavní: Zjistit, jaká je motivace žen ve věku po padesátém roce života k účasti na cervikálním screeningu.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, zda ženy znají podstatu cervikálního screeningu.

Dílčí cíl č. 2 : Zjistit, proč ženy po padesátém roce života nechodí na cervikální screening.

4.1 Výzkumná strategie

Cílem průzkumného šetření je zmonitorovat jaká je motivace žen ve věku po padesátém roce života k účasti na cervikálním screeningu, objasnit jejich znalost cervikálního screeningu a zjistit důvod, proč nechodí na cervikální screening.

Na začátku výzkumné fáze bylo třeba vytvořit okruhy otázek (viz Příloha C) pro polostrukturovaný rozhovor. Na základě prostudované literatury a rešerší z NLK v Praze a z knihovny IKEMU byly vytvořeny otázky k rozhovorům. Kromě otázek zaměřených na znalosti a motivace žen byly do dotazníku zařazeny i otázky zjišťující sociodemografickou situaci respondentek - věk, stav, počet dětí, v kolika letech začaly respondentky pohlavně žít a kolik měly sexuálních partnerů. Další dotazy směřovaly ke vzdělání a profesi respondentek. Nejdůležitější otázky se pak soustředí na postoj respondentek k cervikálnímu screeningu - z jakého důvodu nechodí na pravidelné gynekologické prohlídky a na motivaci, která by přivedla oslovené respondentky, které nechodí na screening k návštěvě gynekologa.

Metoda zakotvené teorie

Práce je realizována pomocí metody zakotvené teorie, kterou vyvinuli Strauss a Glasser ve své práci „*The Discovery of Grounded Theory*“, kterou vydali v roce 1967. Její postupy umožňují vytvářet teorii postavenou na vědecké tvořivosti. Tvořivost se projevuje schopností badatele vhodně pojmenovat kategorie. Pro efektivní tvorbu teorie je nutná kreativita, badatel

však musí vždy ověřit platnost všech kategorií a výroků o vztazích, k nimž dospěje během výzkumného procesu. Od sedmdesátých let, kdy se Strauss s Glasserem rozešli kvůli metodologickým neshodám, začal Strauss spolupracovat s Corbinovou. (Kutnohorská, 2009).

Definice zakotvené teorie dle Strausse a Corbinové: „*Zakotvená teorie je induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatímně ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů.*“ (Strauss a Corbinová, 1999, str. 14)

Metoda zakotvené teorie (grounded theory method) je pravděpodobně nejšířší využívaným přístupem v kvalitativním výzkumu (Bryant a Charmaz, 2007).

Data jsou obvykle shromažďována prostřednictvím kvalitativního rozhovoru. Respondent by měl reflektovat svoji zkušenost a vyprávět, jakou měla pro něj význam. Creswell (1998) doporučuje provádět v rámci fenomenologické studie rozhovory s 10–15 jedinci. Další autoři doporučují ukončit sběr dat, když už nová data nepřinášejí další poznatky – nastává tzv. teoretická saturace. Po shromáždění dat se přistupuje k jejich analýze a výzkumník se snaží pochopit významy, které účastník přisuzuje dané zkušenosti. Výzkumník má být posléze schopen transformovat data do popisu zkušenosti. Přitom porovnává jednotlivé segmenty dat, vznikající kategorie a témata (Hendl, 2005).

K analýze dat se využívá nejprve otevřené kódování, poté axiální kódování, přičemž vznikají kategorie a subkategorie (Mioviský, 2006).

4.2 Metoda sběru dat a výzkumný soubor

Respondentky byly získávány metodou Snowball sampling method (metoda sněhové koule). Výběr vzorku touto metodou patří v oblasti kvalitativních metod k jedné z nejčastěji používaných (Mioviský, 2006).

Byly osloveny zdravé ženy, které musely splňovat základní zařazovací kritéria. Základním kritériem byl věk nad 50 let, ochota spolupracovat a účastnit se výzkumu formou rozhovoru. Vzorek oslovených žen byl dále rozdělen na dvě skupiny. Ženy, které na screening nechodí dva a více let a ženy, které na cervikální screening chodí. Dobrovolná účast ve výzkumu byla stvrzena informovaným souhlasem (viz Příloha D). Celého šetření se nakonec zúčastnilo dvanáct respondentek, které nechodí na cervikální screening a pět respondentek které chodí na cervikální screening. Věková kategorie respondentek je v rozmezí 53–75 let u respondentek nechodících na screening a 51–74 let u respondentek, které na screening chodí. Rozhovory

byly nahrávány ve formě audio nahrávky na mobilní telefon, avšak samotný sběr dat nebyl pouze zvukovou formou, ale bylo využito i písemných poznámek, jež vznikly v průběhu vedení rozhovorů. Nahraná data byla doslovně přepsána a doplněna o poznámky z pozorování. Miovský uvádí: „*Zvukový záznam navíc zachycuje veškeré kvality mluveného slova, tedy sílu hlasu, délku pomlky, různé doprovodné zvuky či řečové vady atd. Tyto kvality nám záznam metodou tužka – papír nenabídne*“ (Miovský, 2006, str. 197).

Z důvodu znemožnění identifikace respondentek nejsou uvedeny jména, ale jen číselné chronologické označení R (respondentka) a číslování podle toho, jak se odehrály po sobě rozhovory (R1-R17). Před samotným průzkumem byla provedena pilotní studie, které se zúčastnily dvě respondentky a jejímž cílem bylo zjištění srozumitelnosti a vhodnosti skladby otázek. Byly zjištěny určité nesrovnalosti v interpretaci několika otázek, které byly následně pozměněny. Z tohoto důvodu nebyla data z pilotní studie dále zahrnuta do výsledků výzkumného šetření.

4.3 Postup zpracování dat a etické aspekty výzkumu

Rozhovory se uskutečnily od začátku února do začátku března 2019. Čas setkání byl vždy předem telefonicky dohodnut. V první řadě bylo třeba zjistit, jaké je pro oslovené účastnice nejvhodnější prostředí pro rozhovor. Všechny respondentky byly ústně i písemně informovány o povaze výzkumu. Dále byly informovány, že z rozhovoru bude pořizován audiozáznam. Pro žádnou oslovenou účastnici tento fakt nepředstavoval problém. Zpočátku měla většina oslovených respondentek obavy z toho, že nebudou znát odpovědi na otázky. Respondentky hodnotily rozhovor kladně. Účast ve studii byla zcela dobrovolná a nebyla honorována. Respondentky měly právo kdykoli svůj souhlas s účastí na tomto průzkumu zrušit bez udání důvodu. Žádná respondentka účast neodmítla. Pro rozhovor byla původně vymezena jedna hodina. Žádná z účastnic nevyužila celou vymezenou časovou délku. Nejkratší rozhovor trval u respondentek, které nechodí na screening šest minut, nejdelší devatenáct minut. U respondentek, které chodí na screening, trval nejkratší rozhovor šest minut a nejdelší třináct minut. Ve výsledcích jsou využity přímé citace respondentek (označené kurzívou) pro větší výpovědní hodnotu. Výstupem práce je analýza výsledků z doslovně přepsaných rozhovorů, které z důvodu obsáhlosti do diplomové práce nejsou přiloženy.

4.4 Základní informace o respondentkách

Respondentky chodící na cervikální screening

Nejstarší z dvanácti respondentek bylo v době rozhovoru sedmdesát čtyři let, nejmladší měla padesát jedna let a tři zbývající měly od dvašedesáti do třiašedesáti let. Jejich průměrný věk byl 63 let. Tři respondentky uvedly, že mají středoškolské a dvě vysokoškolské vzdělání. Dvě pracují jako vrátné, a zbývající tři jako středoškolská učitelka, referentka a úřednice. Tři uvedly, že nesportují, jedna sportuje rekreačně, jedna chodí na procházky se psem, žádná z respondentek nekouří. Čtyři uvedly, že mají dvě děti a jedna jedno dítě. Dvě ženy uvedly osm sexuálních partnerů jedna sedm a dvě mezi třemi až čtyřmi partnery (Tabulka 4).

Tabulka 4 Sociodemografické charakteristiky - ženy chodící na cervikální screening

	Věk	Vzdělání	Povolání	Sport	Kouření	Rodinný stav	Počet dětí	Věk při prvním pohlavním styku	Počet sexuálních partnerů
R13	74	VŠ	SŠ učitel, důchodce	Kdysi ano, nyní procházky se psem	Nekouří	Rozvedená	1	19	3
R14	63	SŠ	Vrátná	Nesportuje	Nekouří	Rozvedená	2	17	8
R15	63	ZŠ	Vrátná	Nesportuje	Nekouří	Vdova	2	16	4
R16	51	SŠ	Referentka	Rekreačně, nespecifikovala	Nekouří	Rozvedená	2	18,5	8
R17	62	SŠ	Úřednice	Nesportuje	Nekouří	Vdova	2	17,1	7
průměr	62,6						1,8	17,6	6,0

Zdroj: Vlastní zpracování.

Respondentky nechodící na cervikální screening

Setkání s respondentkami, které nechodí na cervikální screening, proběhlo od začátku února do začátku března 2019. Pět respondentek je ve věku mezi 50 a 60 lety, čtyři mezi 60 a 70 lety a tři mezi 70 a 80 lety.

Mezi ženami převažuje středoškolské vzdělání a to u šesti respondentek, následuje vysokoškolské vzdělání u pěti žen a jedna z respondentek je vyučená. Povolání respondentek je rozmanité. Tři jsou zdravotní sestry, dvě jsou bankovní úřednice, a dále praktická lékařka, kuchařka, úřednice, účetní, informační pracovnice, výzkumná pracovnice a chemická laborantka. Sedm žen se věnuje sportu, pět nesportuje. Sedm respondentek nekouří, tři kouří a dvě přestaly s kouřením před nějakou dobou. Sedm žen je vdaných, čtyři jsou rozvedené a dvě jsou vdovy. Tři ženy uvedly tři děti, osm žen uvedlo dvě děti a jedna žena uvedla jedno dítě. V patnácti letech měly první pohlavní styk tři respondentky, v šestnácti jedna žena,

v sedmnácti jedna žena, v osmnácti čtyři ženy, v devatenácti jedna žena, v jednadvaceti letech jedna žena a ve čtyřiadvaceti letech jedna žena.

Dvě respondentky udaly sexuálního jednoho partnera, jedna dva partnery, dvě tři partnery, jedna čtyři partnery, jedna pět partnerů, dvě sedm partnerů, jedna deset partnerů a dvě patnáct partnerů. Počet let od posledního cervikálního screeningu udává jedna žena tři roky, jedna žena čtyři roky, pět let od posledního screeningu uvádějí čtyři ženy, šest let jedna žena, deset let dvě ženy, třináct let jedna žena a třicet let jedna žena.

Sedm žen uvedlo jako důvod neúčasti na screeningu, že nemají čas. Tři ženy se domnívaly, že už nemusí chodit z důvodu vysokého věku. Jedna uvedla, že čas by byl, ale dokud žila pohlavním životem s partnerem tak chodila potom už ne. Jedna uvedla, že nechodí na screening z důvodu výměny lékařky za mladého gynekologa a cítí se před ním trapně. Jedna uvedla, že má těžce nemocného syna, a tudíž má málo času. Jedna odpověděla, že je to její věc. Jedna odpověděla, že jí nic není, že jí to bere čas, protože různých screeningů přibývá a vadí jí, že nejsou na jednom místě (Tabulka 5).

Tabulka 5 Sociodemografické charakteristiky - ženy nechodící na cervikální screening

	Věk	Vzdělání	Povolání	Sport	Kouření	Rodinný stav	Počet dětí	Věk při prvním pohlavním styku	Počet sexuálních partnerů	Počet let od posledního cervikálního screeningu
R1	73	Vyučená	Kuchařka	Jízda na kole, jóga	Celý život 25 cigaret denně	Rozvedená	2	15	5	30
R2	75	VŠ	Praktická lékařka	Nesportuje	Nekouří	Vdova	3	18	1	5
R3	62	SŠ	Zdravotní sestra	Sport dříve, teď už moc ne	Nikdy nekouřila	Vdaná	2	21	2	10
R4	54	SŠ	Zdravotní sestra	2x týdně fitko, někdy běh	Přestala před rokem, předtím 25 let 10-20 cigaret denně	Rozvedená, ve vztahu	2	15	15	5
R5	55	VŠ	Informační pracovnice	Sportuje - nespécifikovala	Nekouří	Vdaná	3	24	1	5
R6	55	VŠ	Zdravotní sestra	Lyže, kolo, běh, plavání	Nekouří	Vdaná	2	19	4	5
R7	60	SŠ	Bankovní úřednice	Procházky	Nekouří	Vdova	2	17	3	13
R8	65	VŠ	Bankovní úřednice	Výlety, běh	Nekouří	Vdaná		18	7	10
R9	57	SŠ	Účetní	Trochu běh	15-20 cigaret denně	Vdaná	3	16	3	4
R10	74	SŠ	Úřednice	Chůze	2-3 cigarety denně, snaží se přestat	Vdaná	1	15	10	15
R11	53	VŠ	Výzkumná pracovnice	Běžky, cyklistika	Nekouří	Rozvedená	2	18	7	3
R12	69	SŠ	Chemická laborantka	Procházky se psem	Nekouří 10 let	Rozvedená	2	18	15	6
průměr	62,7						2,2	17,8	6,1	9,3

Zdroj: Vlastní zpracování.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Zdrojem dat pro výzkum jsou odpovědi na otázky z polostrukturovaného rozhovoru (Příloha C). Otázky jsou rozčleněny podle podobnosti témat na pět částí.

1. Sociodemografické údaje: otázka 1-10
2. Povědomí o významu cervikálního screeningu: otázka 11-13
3. Osobní postoj ke gynekologickému vyšetření: otázka 14-23
4. Vlastní zkušenost s návštěvou u gynekologa: otázka 24-26
5. Postoj k prevenci karcinomu děložního hrdla: otázka 27-31

Analýza se zaměřuje zvláště u žen chodících i nechodících na cervikální screening na čtyři kategorie, které vycházejí z výše uvedených témat. Každá kategorie (1, 2, 3, 4) byla rozdělena do subkategorií (a, b, c, d, e, f).

Kategorie 1. Povědomí o významu cervikálního screeningu

- Subkategorie a Dostatečné povědomí o následcích HPV viru
- Subkategorie b Nedostatečné povědomí o následcích HPV viru
- Subkategorie c Znalost vyšetření děložního čípku
- Subkategorie d Informovanost o rizikových faktorech

Kategorie 2. Osobní postoj ke gynekologickému vyšetření

- Subkategorie a Nepříjemné pocity při vyšetření
- Subkategorie b Důvěra k lékaři
- Subkategorie c Předchozí nutnost gynekologické léčby

Kategorie 3. Vlastní zkušenost s návštěvou u gynekologa

- Subkategorie a Nespokojenost s prostředím ordinace a čekárny
- Subkategorie b Spokojenost s prostředím ordinace a čekárny
- Subkategorie c Dostatečná informovanost od gynekologa

Kategorie 4. Postoj k prevenci karcinomu děložního hrdla

- Subkategorie a Vnímání důležitosti prevence v návaznosti na věk
- Subkategorie b Odezva na zvací dopis
- Subkategorie c Dostatečnost osvěty cervikálního screeningu
- Subkategorie d Motivační faktory vnitřní
- Subkategorie e Nedostatek motivace
- Subkategorie f Samoodběrový HPV test

Kategorie 1: Povědomí o významu cervikálního screeningu

Tato kategorie je zaměřena na znalosti, které mají respondentky o cervikálním screeningu. Je rozdělena na čtyři subkategorie týkající se onemocnění HPV virem, samotného vyšetření děložního hrdla a rizikových faktorů.

Subkategorie a: Dostatečné povědomí o následcích HPV viru

Tato subkategorie se zabývá znalostmi respondentek v oblasti příčin vzniku karcinomu děložního čípku. Pouze jedna z žen, chodících na screening uvedla, že karcinom děložního čípku může vzniknout nákazou při pohlavním styku. Ze vzorku dvanácti žen, které na screening nechodí, odpovědělo správně šest z nich (50 %), že rakovinu děložního čípku způsobuje lidský papilomavirus.

- **Ženy, které chodí na cervikální screening**
 - R14 *„Vím, co je karcinom děložního čípku. Slyšela jsem, že se to dá nakazit spíš myslím stykem.“*
- **Ženy, které nechodí na cervikální screening**
 - R12 *„Tak to je ten papavirus, nebo něco podobného.“*
 - R6 *„Dědičnost, kouření a promiskuita.“*
 - R3 *„Střídání partnerů, nedodržování zásad správné životosprávy.“*
 - R9 *„Ano, střídání partnerů, papilomavirus.“*

Subkategorie b: Nedostatečné povědomí o následcích HPV viru

Většina žen, které chodí na screening, neznala příčinu vzniku karcinomu děložního čípku. Ze vzorku respondentek, které na screening nechodí, odpovědělo správně šest z nich, že rakovinu děložního čípku způsobuje lidský papilomavirus.

- **Ženy, které chodí na cervikální screening**
 - R15 *„Hm, to teda nevím.“*
- **Ženy, které nechodí na cervikální screening**
 - R7 *„Vím, že ten problém existuje, ale přesně nevím.“*
 - R8 *„Nevím, nezajímala jsem se.“*

Subkategorie c: Znalost vyšetření děložního čípku

V této subkategorii se práce zaměřuje na otázku znalostí podstaty cervikálního screeningu. Z žen, chodících na cervikální screening čtyři znaly podstatu vyšetření a jedna nevěděla. U respondentek, které nechodí na screening, znaly jeho podstatu všechny kromě dvou.

- **Ženy, které chodí na cervikální screening**
 - R14 *„Doktor mi oznámí, že mi udělá vyšetření nějakým zrcadlem. Takže si představuji a myslím si, že tohle je ten screening.“*
 - R16 *„Prohlídne mě doktor a vezme nějaký stěry. Někam je pošle, stěry z pochvy, tedy doufám, u mě se nemůže dál dostat.“*
 - R17 *„Stěr z čípku. Posílá to pak do laboratoře a asi za týden si volám na výsledky.“*
- **Ženy, které nechodí na cervikální screening**
 - R12 *„Udělají stěr z čípku a dají to na rozbor, aby věděli, jestli tam nevzniká rakovina.“*
 - R9 *„Ano, vyšetření čípku na přítomnost papilomaviru.“*

Subkategorie d: Informovanost o rizikových faktorech

V této subkategorii, se zjišťuje informovanost respondentek v oblasti rizikových faktorů pro rozvoj karcinomu děložního čípku. Všechny respondentky, které na screening chodí, dokázaly vyjmenovat aspoň jeden rizikový faktor. S výjimkou jedné respondentky, uvedly ze vzorku žen nechodících na screening všechny alespoň jeden rizikový faktor.

- **Ženy, které chodí na cervikální screening**
 - R13 *„Tak je to dědičnost, potýkáme se s ní u nás v rodině a je to otázka prevence, ne?“*
 - R14 *„Sexuální nevázanost, možná hygiena. A ten, kdo je k tomu dispozičně určen.“*
 - R15 *„Je to kouření, nechráněný pohlavní styk a možná hygiena?“*
- **Ženy, které nechodí na cervikální screening**
 - R3 *„Střídání partnerů, nějaké úrazy, po porodech, infekce papilomavirem.“*
 - R4 *„Promiskuita, kouření, časný začátek pohlavního života.“*
 - R5 *„Promiskuita, kouření, hormonální antikoncepce.“*

Kategorie 2: Osobní postoj ke gynekologickému vyšetření

U této kategorie se pozornost zaměřuje na subjektivní pocity související s vyšetřením u gynekologa a na případnou historii gynekologické léčby.

Subkategorie a: Nepříjemné pocity při vyšetření

Tato subkategorie popisuje zkušenosti žen při gynekologickém vyšetření. Dvě z respondentek chodících na screening, uvedly nepříjemné pocity při vyšetření. U respondentek, které na screening nechodí, se deset shodlo, že je to velice nepříjemné a jen dvě respondentky neměly s vyšetřením žádný problém.

- **Ženy, které chodí na cervikální screening**
 - R13 *„Není to příjemné, záleží na příslušném lékaři. Musím se k tomu vždy odhodlat jako ke všemu.“*
 - R14 *„Trapně, stud. Jsem v letech, kdy mám sliznice “vyschlý“. Při vyšetření pociťuji bolest. Při každém vyšetření.“*
- **Ženy, které nechodí na cervikální screening**
 - R4 *„Nepříjemný pocity, bojím se, že to bude bolet. Cítím se velice nepříjemně. Je to zásah do mého prostředí, do mojí bubliny, že mi tam někdo leze, hrozně nepříjemný psychicky.“*
 - R5 *„Nic příjemného, není to důvod, proč tam nechodit. Vydržím to, ale záleží na doktorovi. Chodila jsem, když jsem musela. Když jsem čekala děti, když jsem potratila. Když jsem měla zdravotní důvod.“*
 - R9 *„Myslím si, že je to důležité. Příjemný to není, je to nezbytně nutný, ale nerada tam chodím. A když jdu tak mám strach, než se dozvím výsledky. Jedna prohlídka byla velice bolestivá, nepříjemná. Bylo to nepříjemné.“*

Subkategorie b: Důvěra k lékaři

Tato subkategorie se zaměřuje na důvěru respondentek ke svému gynekologovi. U žen, chodících na screening uvedly všechny, že věří svému gynekologovi. U žen, které nechodí na screening, uvedly pouze dvě, že nedůvěřují plně svému gynekologovi. Jako důvod nedůvěry jedna žena uvedla neosobní přístup lékaře a druhá jeho nízký věk. Kromě dvou respondentek z celého zkoumaného vzorku potvrdily všechny ženy důvěru ve svého gynekologa.

- **Ženy, které chodí na cervikální screening**
 - R16 *„V pohodě, s doktorkou se znám už několik let, takže úplně v pohodě.“*
- **Ženy, které nechodí na cervikální screening**
 - R5 *„Jo v rámci možností, ne všechny věci od doktorky беру, myslím si, že je solidní.“*
 - R11 *„Nemám s tím žádný problém, nevadí mi to. Mám ráda přívětivé gynekology, když nejsou dle mého gusta, tak je měním. Chodím, ke kterým mám důvěru.“*

Subkategorie c: Předchozí nutnost gynekologické léčby

Tato subkategorie se zabývá respondentkami, které v minulosti prodělaly gynekologickou léčbu nebo zákrok. Z žen chodících na screening jen jedna respondentka uvedla, že na gynekologii chodí bez předchozích zdravotních problémů. U žen, které na screening nechodí, uvedly jen dvě předchozí zkušenost s gynekologickou léčbou či zákrokem.

- **Ženy, které chodí na cervikální screening**
 - R13 *„Ano, před padesátým rokem jsem byla na hysterektomii.“*
 - R15 *„Ze začátku jsem měla děti, brzy jsem otěhotněla v 17 letech. Chodila jsem pravidelně, protože jsem musela. V sedmdesátých letech jsem byla nechtěně těhotná, gynekoložka na to nepřišla, přišlo se na to až ve 3. měsíci těhotenství. Šla jsem na interrupci.“*
 - R16 *„Gynekoložka mě vyhodila s bolestmi, když jsem to dostala. Že je to normální, že to má každá druhá. Gynekolog zjistil, že mám endometriózu čtvrtého stupně.“*
- **Ženy, které nechodí na cervikální screening**
 - R1 *„Mám velice špatné vzpomínky z doby, kdy jsem rodila.“*
 - R5 *„Jako mladá jsem byla poprvé na gynekologii a těhotná. Gynekoložka byla jak řeznice. Chovala se ke mně jako k nějakému materiálu. Styděla jsem se, měla jsem strach. Strach z bolesti. Reakci jsem měla horší než by byla normálně.“*

Kategorie 3: Vlastní zkušenost s návštěvou u gynekologa

V této kategorii se práce zaměřuje na organizaci návštěvy u gynekologa, uspořádání a čistotu ordinace, čekárny a dále způsob a míru, jakou gynekolog podává svým klientkám informace.

Subkategorie a: Nespokojenost s prostředím ordinace a čekárny

Tato subkategorie popisuje zkušenosti žen s prostředím čekárny a ordinace a s organizací návštěvy gynekologa ve smyslu minimalizace doby strávené v čekárně. Nespokojenost v této oblasti uvedla u žen chodících na screening jen jedna z nich. Z respondentek, které na screening nechodí, projevilo nespokojenost šest žen. Většina žen z této kategorie uvedla, že důvodem k nespokojenosti je především dlouhá doba strávená v čekárně.

- **Ženy, které chodí na cervikální screening**
 - R13 *„Když se objednáám tak předpokládám, že tam nestrávím zbytečný čas. Považuji za zásadní, abych moc dlouho nečekala. Chodím na soukromou gynekologii, lékařka si to docela dobře počítá, aby jí to vyšlo. Snažím se návštěvu omezit na minimum.“*
 - R15 *„Vadí mi dlouhé čekání v čekárně. Vadilo mi to vždycky, i když nikam nespěchám, jak se říká.“*
- **Ženy, které nechodí na cervikální screening**
 - R6 *„Vadí mi čekání v čekárně. Prostředí je mi asi jedno. Nevím sousledný postup při vyšetření, jestli nejdřív pohovořit s gynekologem a pak se vysvléct. Mám v tom zmatek. Jenom v rámci své osobní anamnézy bych čekala pečlivější vyšetření.“*
 - R8 *„Vadilo mi sedět polonahá na židličce, byla tam zima, mám špatnou zkušenost z dřívějšíka.“*

Subkategorie b: Spokojenost s prostředím ordinace a čekárny

Další subkategorie reprezentuje ženy, které jsou s prostředím ordinace a čekárny spokojeny. Z žen, které chodí na screening, projevila spokojenost většina z nich. Ze skupiny žen, které na screening nechodí, uvedla spokojenost polovina ze zkoumaného vzorku.

- **Ženy, které chodí na cervikální screening**
 - R16 *„Čekání v čekárně mi nevadí, čtu si, jsem spokojená.“*
 - R17 *„Je mi úplně jedno jaký kdo má plášť či vybavení ordinace.“*

- **Ženy, které nechodí na cervikální screening**
 - R3 *„S gynekology mám dobrou zkušenost, zacházeli se mnou v pořádku. Nikdy jsem s nimi neměla žádné problémy s komunikací.“*
 - R10 *„Moc o tom nepřemýšlím. Jen u staré ordinace čekárna je taková ušmudlaná, tak to mi vadí. Důležitější je ale osobnost lékaře.“*
 - R12 *„Prostředí hraje roli. Bílá mi nevadí, mám ji ráda, je to čistota. A čekání? Člověk je objednaný a většinou jde na vyšetření na čas. Aspoň to tak zatím bylo.“*

Subkategorie c: Dostatečná informovanost od gynekologa

V této subkategorii se respondentky vyjadřují ke spokojenosti s informovaností. U žen, které chodí na screening, potvrdily všechny spokojenost s mírou informovanosti od gynekologa. U žen nechodících na screening jen dvě respondentky uvedly, že lékař neměl dost času na podání potřebných informací.

- **Ženy, které chodí na cervikální screening**
 - R13 *„Ano, informace dostávám vždycky.“*
 - R16 *„Když něčemu nerozumím, zeptám se doktora a ten mi to vysvětlí polopatě.“*
 - R17 *„Jo, paní doktorka mi vždycky řekne, co budeme dělat, anebo co bychom měly udělat.“*
- **Ženy, které nechodí na cervikální screening**
 - R5 *„Dostávala jsem moc informací, i ty co mě nezajímaly. Myslím si, že doktor to má jako povinnost, předepsaný. Tak jsem se s tím smířila.“*
 - R8 *„Nic moc mi nikdy nebylo, tak jsem se nikdy moc neptala. Vysvětlena mi byla antikoncepce, vše po porodu a i přechod. Když lékař řekne je to v pořádku, nemám potřebu se více dál ptát dál.“*
 - R11 *„Chodím opakovaně na známé místo. Když jsem začala chodit, věci jsme probraly, řekla jsem si své názory. Zeptala jsem se na to, co mě zajímalo. Dostala jsem uspokojivé odpovědi. Společně jsme se dohodly na frekvenci návštěv, že není nutná každý rok, aniž by ohrozila můj zdravotní stav.“*

Kategorie 4: Postoj k prevenci rakoviny děložního hrdla

Tato kategorie popisuje postoje respondentek k prevenci rakoviny děložního hrdla, jejich názory a stanoviska k osvětě v oblasti cervikálního screeningu a k adresnému zvaní na screening. Poslední subkategorie rozebírá motivační faktory, které jsou rozhodující pro návštěvu gynekologa.

Subkategorie a: Vnímání důležitosti prevence v návaznosti na věk

Tato subkategorie uvádí názor respondentek na spojitost věku s důležitostí prevence karcinomu děložního hrdla. Všechny ženy, které na screening chodí, se shodly na tom, že screening je důležitý v každém věku. Všechny ženy, nechodící na screening uvedly, že považují také prevenci za důležitou, ale jen dvě z této skupiny uvedly, že s vyšším věkem důležitost prevence narůstá. Ostatní ženy uvedly, že se důležitost prevence s věkem nemění nebo, že je důležitější u mladších žen. Z celého zkoumaného vzorku sedmnácti respondentek tedy jen dvě uvedly, že s přibývajícím věkem důležitost prevence narůstá.

- **Ženy, které chodí na cervikální screening**
 - R13 *„Je to otázka osobního přesvědčení a osobní výchovy. Nemyslím si, že když mám vyšší věk, že nemusím chodit.“*
 - R15 *„No, to se asi mění, protože lidský tělo, že jo. Ve stáru prostě všechno ochabuje, vše je náchylné na různé viry.“*
 - R16 *Prevence je důležitá už od mládí až do konce.“*
- **Ženy, které nechodí na cervikální screening**
 - R9 *„Myslím si, že prevence je důležitá ve starším věku, kdy organismus tolik neslouží jak za mlada. Hlavně v tom starším věku je důležitá prevence.“*
 - R4 *„Asi je to důležitý u mladých. U starších se zpomaluje metabolismus a nejde to už tak všechno rychle. Důležité je to u mladých. U starších to není potřeba tak často.“*
 - R8 *„Mění se. Člověk stárne, prochází přechodem, je konec sexuálního života, proto nevidí důvod, proč navštěvovat lékaře. Bojí se, aby tam něco nechytla. Víc je důležitost prevence u mladších žen.“*

Subkategorie b: Odezva na zvací dopis

Tato subkategorie rozebírá pohled respondentek na účinnost a důležitost adresného zvaní k cervikálnímu screeningu. S výjimkou jedné se všechny respondentky, jak ze skupiny

chodících tak i nechodících na screening, shodly na tom, že zvací dopis pro ně není dostatečnou motivací k návštěvě gynekologa.

- **Ženy, které chodí na cervikální screening**
 - R17 *„No, tak nevím. Předpokládám, že ty co nechodí, tak ani asi ten dopis je nepohnul k tomu, aby šly. Kdyby chodily tak by pojišťovna žádný dopis nemusela posílat. Žádný dopis v dnešní době nikoho nevybudí k tomu, aby šel k doktorovi.“*
 - R16 *„No, to určitě,“* odpovídá s ironií v hlase.
- **Ženy, které nechodí na cervikální screening**
 - R5 *„Ne, neosloví mě. Dopis by ležel a pak bych ho vyhodila, co bych s ním měla dělat jiného?“*
 - R3 *„Dostala jsem dopis, rozhodla jsem se, že půjdu, ale bohužel jsem se k tomu ještě nedostala. Stále to odkládám.“*
 - R8 *„Nebyla jsem dlouho, deset let. Ne, nedostala jsem dopis, nebo jsem ho vyhodila s letáky. Možná bych šla, uvažovala bych o tom.“*
 - R9 *„Ano, dostala jsem před čtyřmi lety dopis na mamograf a na prevenci karcinomu tlustého střeva. Donutilo mě to jít i na gynekologickou prohlídku. Víc si pak člověk uvědomí, že zapomíná. Od té doby jsem na prevenci nebyla.“*

Subkategorie c: Dostatečnost osvěty cervikálního screeningu

V této subkategorii se respondentky vyjadřují k problematice dostatečnosti osvěty v oblasti cervikálního screeningu. Ze skupiny respondentek, které na screening chodí, hodnotily všechny osvětu v této oblasti jako nedostatečnou. Jedenáct (92 %) žen ze skupiny respondentek, které nechodí na screening, také uvedlo, že považují osvětu v oblasti cervikálního screeningu za nedostatečnou.

- **Ženy, které chodí na cervikální screening**
 - R15 *„Jeden čas se mluvilo o očkování mladých holek. Pak to utichlo. Ale co je, to je velká propagace prezervativů a prášků pro mužský. To se mi nelíbí. Osvěta na toto téma by měla být větší.“*
 - R17 *„No, já si myslím, že ne. V poslední době si nevzpomínám, kde bych něco v poslední době viděla.“*
- **Ženy, které nechodí na cervikální screening**
 - R3 *„Osvěta je dostačující, ale bohužel si ji neberu k srdci.“*

- R4 „Kdyby se o tom člověk víc dozvěděl, co to způsobuje, tak by k tomu doktorovi šel. Určitě je třeba více osvěty v médiích.“
- R11 „Myslím si, že ne. O děložním čípku se moc nemluví. Kampaně byly ohledně očkování HPV. Přimělo mě to k očkování dcery. Jen mám pocit, že se mluví o genetickém problému typu karcinomu prsu a dělohy, ale o samotném čípku se moc nemluví.“

Subkategorie d: Motivační faktory vnitřní

Tato subkategorie se zaměřuje na motivační činitele, vycházející z vlastního přesvědčení nebo pocitu povinnosti. Jedna z respondentek dokonce uvedla, že je motivována obavami o život. Mezi respondentkami, které na screening chodí, uvedly vnitřní motivační faktor všechny ženy. Ve vzorku žen, které na screening nechodí, jsou pouze dvě respondentky, které uvedly tento typ motivace.

- **Ženy, které chodí na cervikální screening**
 - R13 „Je to otázka osobního přesvědčení a osobní výchovy.“
 - R14 „Povinnost jako, že tam musím, abych byla zdravá. Abych tu aspoň chvíli byla pro děti. Až budu stará, abych jim nepřidělávala moc práce na stará kolena.“
 - R16 „No asi přežít. Dnes už vím, že vlastně nebýt gynekologa už bych tu nebyla.“
- **Ženy, které nechodí na cervikální screening**
 - R10 „Protože jedna z kamarádek onemocněla, řekla jsem si, že se mi to může stát taky.“
 - R11 „Když je nemoc v rodině, mezi příbuznými ženami. Genetická vazba, příčinná souvislost, matka-dcera, sestra-sestra. Více bych se zamyslela a víc bych prozkoumala svůj stav, zda nejsem ohrožená. Nic jiného mě nenapadá.“

Subkategorie e: Nedostatek motivace

Tato subkategorie se týká žen, které uvedly, že je nic nemotivuje k návštěvě gynekologa. Ve skupině žen, které na screening chodí, není žádná taková respondentka. Ve skupině žen, které na screening nechodí, jsou takové respondentky tři.

- **Ženy, které chodí na cervikální screening**
 - Všechny respondentky mají motivaci.

- **Ženy, které nechodí na cervikální screening**
 - R12 „*Motivaci nemám, stačí se rozhodnout, vyhecovat sama sebe, abych si řekla, že je ostuda, že jsem tam dlouho nebyla. Ale nechce se mi, na co bych tam chodila.*“
 - R1 „*V žádném případě, nezajímá mě to*“
 - R2 „*Ne.*“

Subkategorie f: Samoodběrový HPV test

Tato subkategorie je zaměřena na ženy, které projevíly zájem o vyšetření pomocí samoodběrového HPV testu. Respondentky byly informovány o ceně samoodběrové sady, která je 1 300 Kč. Mezi ženami, které chodí na screening, projevíly zájem o tento typ vyšetření dvě respondentky, jedna z nich však uvedla, že cena je moc vysoká. Ve skupině respondentek nechodících na screening projevílo zájem o samoodběrovou sadu šest žen, čtyři z nich také odrazuje vysoká cena.

- **Ženy, které chodí na cervikální screening**
 - R14 „*Jo, šla bych do toho, ale je mi líto těch peněz, doktorka mi udělá vyšetření v rámci pojištění. Za zrcadlo chce asi 50 Kč.*“
 - R16 „*Kdybych tušila, že jsem něco zanedbala – možná jo. Dávám si pozor na data kontrol.*“
- **Ženy, které nechodí na cervikální screening**
 - R5 „*Zájem teď nemám, ale není špatná varianta si udělat test doma.*“
 - R9 „*Pokud by to bylo v mých možnostech, že bych to zvládla, tak ano.*“
 - R6 „*Jako motivace ano. Je to hodně peněz. Možná, kdybych cítila obtíže, tak bych zainvestovala. Koupila bych ho v případě obtíží*“
 - R8 „*Nebráním se tomu, asi jo. Dle ceny bych do toho nešla, je to moc. Platím si celý život zdravotní pojištění.*“
 - R12 „*A to bych mohla? Je to vysoká cena, šla bych raději k doktorovi, maximálně bych do testu dala 500-800 Kč.*“
 - R11 „*Uvažovala bych i o testu doma, ale potřebuji vědět, v čem spočívá, a vše bych si nastudovala. Je to zajímavá nabídka, ale cena je hodně vysoká. Vysokou cenu je člověk ochoten platit, když mu něco je.*“

6 DISKUZE

Diplomová práce se zabývá problematikou postoje zdravé populace k cervikálnímu screeningu. Základní kritérium pro výběr respondentek byl věk nad 50 let. Vzorek sedmnácti respondentek byl rozdělen na dvě skupiny, podle toho, zda chodí či nechodí na cervikální screening. Dvanáct respondentek se v posledních dvou letech nezúčastnilo cervikálního screeningu, pět žen chodí na cervikální screening pravidelně. Pro sběr dat byla použita metoda kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru, který se skládá z jednatřiceti otázek. Otázky jsou rozčleněny podle podobnosti tématu na pět částí. Pro samotnou analýzu získaných dat byla využita metoda zakotvené teorie podle Strausse a Corbinové. Analýza se zaměřuje zvláště u žen chodících i nechodících na cervikální screening na čtyři kategorie, které vycházejí z výše uvedených skupin otázek rozhovoru. Každá kategorie (1, 2, 3, 4) byla rozdělena do subkategorií (a, b, c, d, e, f).

Hlavní cíl

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit jaká je motivace žen starších padesáti let k účasti na cervikálním screeningu. Výsledky zjištění tohoto cíle jsou uvedeny v **kategorii 4**. V ní jsou popsány postoje respondentek k prevenci rakoviny děložního hrdla, jejich názory a stanoviska k osvětě v oblasti cervikálního screeningu a k adresnému zvaní na screening a motivace k účasti na screeningu.

K otázce zda se důležitost prevence mění v souvislosti s věkem, uvedlo všech sedmnáct respondentek, že považují prevenci za velmi důležitou, ale jen dvě respondentky ze skupiny žen, které na screening nechodí, odpověděly, že důležitost prevence s věkem narůstá. I ženy, které na screening nechodí, tedy o důležitosti prevence vědí. Toto zjištění potvrzuje i Nesnídalová a kol., která se domnívá, že: *„nejedná se jen o to, zda respondentky informace o prevenci nádorových onemocnění mají a zda považují onkologickou prevenci za důležitou, nýbrž také o to, jak k těmto informacím přistupují, zda si svého zdraví váží a uvědomují si, že i ony mohou onemocnět zhoubným nádorovým onemocněním.“* (2016, str. 29)

K adresnému zvaní na screening se kromě jedné ze všech sedmnácti respondentek všechny vyjádřily, že zvací dopis pro ně není dostatečnou motivací k návštěvě gynekologa. Tato zkušenost odpovídá výsledkům z probíhajícího programu adresného zvaní, kdy Májek (2019), uvádí, že adresné zvaní je účinnější u mladších žen, a u starší populace žen je míra účinnosti adresného zvaní nízká.

Na otázku dostatečnosti osvěty v oblasti cervikálního screeningu všechny ženy kromě jedné uvedly, že osvětu v této oblasti považují za nedostatečnou nebo že si nevybavují žádnou kampaň na toto téma. Jak uvádí Májek a kol. (2015), k motivaci nerozhodnutých občanů je třeba vést účinnou osvětovou kampaň, k tomu je třeba využít autority, které jsou vnímány jako důvěryhodné zdroje informací. PhDr. Petra Nováková uvádí ve své přednášce “Výchova k onkologické prevenci na internetu: *“Nejdůležitějším opatřením pro výchovu k prevenci na internetu je jen dobře udělaný a pro vyhledávače velmi viditelný web s kvalitním a bohatým obsahem, který se zobrazuje na prvních místech vyhledávání.”* (Linkos 2015, Brněnské onkologické dny).

U motivačních faktorů uvedly všechny ženy, které chodí na screening, že k potřebnosti chodit pravidelně na preventivní gynekologické prohlídky je dovedlo jejich vnitřní přesvědčení. U žen, které na screening nechodí, uvedly vnitřní přesvědčení, jako případný důvod k účasti na screeningu tři respondentky a další tři respondentky, z této skupiny, uvedly, že neexistuje nic, co by je motivovalo k účasti na cervikálním screeningu. Tyto tři respondentky jsou ve věkové skupině 60-73 let a u gynekologa nebyly v prvním případě 10 let v druhém případě 13 let a ve třetím případě 30 let. Nesnídalová a kol. (2016) k tomu uvádí, že je důležité se zaměřit při edukaci na starší ženy a zdůraznit jim důležitost preventivních prohlídek po menopauze. Ze zkušenosti víme, že starší ženy se na preventivní prohlídky nedostavují, udává Dušek a kol. (2014). Oproti screeningu karcinomu prsu a kolorektálnímu karcinomu však v ČR neexistuje dostatečná osvěta, která by ženy přesvědčila o potřebnosti docházet pravidelně na cervikální screening. V této souvislosti stojí za pozornost skutečnost, že značná část respondentek, které nechodí na cervikální screening, během rozhovoru uvedla, že se pravidelně účastní mamografických vyšetření. Nicméně přímý dotaz na to, zda respondentky chodí na další screeniny, bohužel nebyl součástí připravené sady otázek. Ze získaných informací se lze tedy domnívat, že účinnou motivací k účasti na cervikálním screeningu je vnitřní přesvědčení žen, kterého lze dosáhnout prostřednictvím účinné osvěty.

Zbývajících šest respondentek ze skupiny žen, které nechodí na screening, uvedlo, že by uvažovaly o vyšetření pomocí samoodběrového HPV testu, ale většinu z nich odrazuje cena testovací sady. Autoři projektu „Optimalizace programu screeningu karcinomu děložního hrdla zavedením detekce genomu lidského papilomaviru pomocí samoodběrových sad u žen dlouhodobě se neúčastnících stávajícího screeningu“ uvádějí na webu uzis.cz, že se jedná o projekt zaměřený na ověření vědecky podložené zdravotnické technologie s potenciálem zvýšení účinnosti programu screeningu karcinomu děložního hrdla ve smyslu diagnostické

bezpečnosti, kvality a nákladové efektivity. Zkušenosti ze zahraničí potvrzují při použití samoodběrového HPV testu v domácím prostředí významný nárůst účasti žen na programu screeningu karcinomu děložního hrdla (ÚZIS, 2019). Ondryášová (2014) k této problematice poukazuje na to, že použití samoodběrové sady, jako nové screeningové alternativy by eliminovalo hlavní důvody (emocionální i praktické), proč se ženy screeningu vyhýbají.

Dílčí cíl č. 1

První dílčí cíl se týkal zjištění, zda ženy znají podstatu cervikálního screeningu. Výsledky zjištění tohoto cíle jsou uvedeny v **kategorii 1**, která se věnuje povědomí respondentek o následcích onemocnění virem HPV, znalostem o samotném vyšetření děložního čípku a informovanosti o rizikových faktorech pro vznik karcinomu děložního čípku.

Na otázku, čím je způsobena rakovina děložního čípku neznaly odpověď čtyři z pěti žen, chodících na screening. Ze dvanácti žen, které na screening nechodí, odpovědělo správně šest z nich, že rakovinu děložního čípku způsobuje lidský papilomavirus. Vysoké procento neznalosti příčiny vzniku karcinomu děložního hrdla u skupiny žen, které chodí na screening lze možná přičíst relativně malému vzorku žen v této skupině.

Další otázka směřovala ke zjištění znalosti postupu při vyšetření děložního čípku. Všechny kromě tří žen z celého vzorku sedmnácti respondentek, znaly alespoň rámcově podstatu vyšetření.

Poslední otázka z tohoto dílčího cíle se týkala úrovně znalostí rizikových faktorů karcinomu děložního čípku u respondentek. Kromě jedné byly všechny respondentky schopny vyjmenovat aspoň jeden rizikový faktor. Nejčastěji ženy uváděly promiskuitu a kouření - v osmi a sedmi případech.

Dílčí cíl č. 2

Druhý dílčí cíl se zabýval zjištěním, proč ženy po padesátém roce života nechodí na cervikální screening. Ze zjištění tohoto cíle pak vycházejí kategorie 2 a 3.

Kategorie 2 se zabývá postoji respondentek ke gynekologickému vyšetření. V této kategorii jsou uvedeny pocity žen při gynekologickém vyšetření, řeší se zde otázka důvěry žen k lékaři a respondentky uvádějí své předchozí zkušenosti s gynekologickou léčbou.

Na otázku, zda měly respondentky někdy nepříjemné pocity při gynekologickém vyšetření, odpovědělo kladně deset žen ze skupiny respondentek, které nechodí na screening a dvě ženy ze skupiny žen chodících na screening. Respondentky většinou uváděly obavy z výsledků vyšetření, strach z bolesti a stud. Májek a kol. k této problematice uvádí: „*Některé ženy, které nemají žádné potíže, nechtějí jít na preventivní vyšetření, aby se náhodou „na něco“ nepřišlo. Je to nelogické a nerozumné. Některé dokonce i ve chvíli, kdy již mají potíže, raději vyšetření odkládají ze strachu, aby se nepotvrdila obava, že se „uvnitř“ děje něco nebezpečného, že v jejich organismu roste zhoubný nádor.*“ (Cervix.cz, 2014)

Kromě dvou respondentek ze skupiny žen, které na screening nechodí, uvedly všechny ženy z obou zkoumaných skupin, že mají ke svému gynekologovi důvěru. Ivanová a kol. ve své knize píše: „*Zvláště na straně pacienta je důvěra velmi důležitá. Proto musí nejen lékař, ale i celý zdravotnický systém působit tak, aby důvěra mohla vzniknout. Důvěra je cosi, co není medicíně samozřejmě dáno, ale co si musí být aktivně kumulováno.*“ (2005, str. 106)

Z žen, které chodí na screening, potvrdily čtyři respondentky předchozí zkušenost s gynekologickou léčbou či zákrokem. Ve skupině žen, které na screening nechodí, však jsou takové respondentky pouze dvě. Z tohoto zjištění by se dalo usuzovat, že ženy, které mají zkušenost s gynekologickou léčbou, jsou v oblasti prevence karcinomu děložního čípku zodpovědnější.

Kategorie 3 rozebírá zkušenosti žen s návštěvou gynekologické ordinace. V této kategorii se popisuje spokojenost respondentek s prostředím ordinace a čekárny a dostatečná informovanost od gynekologa.

První dvě otázky z této kategorie směřovaly ke spokojenosti žen s prostředím ordinace a čekárny. Čtyři z pěti žen, které chodí na screening, vyjádřily v této oblasti spokojenost. Polovina z dvanácti žen, které na screening nechodí, však k tomuto tématu uvedla negativní zkušenosti. Stěžovaly si především na dlouhou čekací dobu strávenou v čekárně,

nepřítomnost kabinky, nemoderní prostředí čekárny a ordinace. Zbývajících šest žen, které jsou v této oblasti spokojené, uvedlo, že pro ně prostředí ordinace čekárny hraje důležitou roli. Kittelová ve své bakalářské práci (2016) na str. 24 uvádí, že doba strávená v čekárně a způsob chování zdravotnického personálu mají vliv na názor pacienta na zdravotnické zařízení. Důležitou roli zde má sestra, která zajišťuje komunikaci mezi čekárnou a ordinací. Je těžké předem odhadnout dobu strávenou v čekárně, a proto je důležité udržovat s pacienty slovní kontakt.

Poslední otázka z této kategorie se týká spokojenosti respondentek s množstvím a kvalitou informací poskytnutých gynekologem. Kromě dvou žen ze skupiny respondentek, které nechodí na screening, uvedly všechny ženy spokojenost s mírou informovanosti u gynekologa. U respondentek, které na screening chodí, potvrdily v této oblasti spokojenost všechny ženy.

7 ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce určit motivaci žen starších padesáti let k účasti na cervikálním screeningu, zjistit, zda ženy znají podstatu screeningu a definovat důvod, proč ženy po padesátém roce života nechodí na cervikální screening. Všechny stanovené cíle byly splněny.

Z analýzy motivace žen k účasti na cervikálním screeningu vyplývá, že silným motivačním faktorem pro účasti na screeningu je vnitřní přesvědčení ženy. Aby stejným způsobem byly motivovány i ženy, které dosud na screening nechodí je nutné je přesvědčit pomocí účinné osvětové kampaně za účasti známých autorit, tak jak se to podařilo např. u screeningu karcinomu prsu.

Dále bylo zjištěno, že ženy, které na screening nechodí, by se daly přesvědčit k účasti na cervikálním screeningu za pomoci samoodběrového HPV testu, který mohou využít v pohodlí domova, bez stresu z návštěvy lékaře. Zkušenosti ze zahraničí potvrzují, že použití samoodběrového HPV testu vede k nárůstu účasti žen na programu cervikálního screeningu.

Z výzkumu znalostí podstaty cervikálního screeningu vyplývá, že téměř všechny respondentky znají alespoň jeden rizikový faktor karcinomu děložního hrdla a že většina žen ze zkoumaného vzorku sedmnácti respondentek znala postup při vyšetření děložního čípku. Příčinu vzniku karcinomu děložního hrdla znalo přibližně 58 % žen z celého zkoumaného vzorku. Lze konstatovat, že většina žen projevila alespoň základní znalosti z problematiky cervikálního screeningu.

Samotné uvědomění si důležitosti prevence ještě nezaručuje zodpovědnost žen v účasti na cervikálním screeningu.

Analýzou dílčího cíle č. 2 bylo zjištěno, že ženy, které mají zkušenost s gynekologickou léčbou, jsou v oblasti prevence karcinomu děložního čípku zodpovědnější. Velká část respondentek uvedla, že si myslí, že po menopauze a konci sexuálního života není nutné docházet na preventivní gynekologické prohlídky. Častým důvodem, proč ženy nechodí na cervikální screening, je strach z vyšetření samotného a strach z důsledků vyšetření. Potvrdilo se také, že pro ženy je důležité strávit pokud možno minimum času v čekárně před ordinací.

8 POUŽITÁ LITERATURA

1. Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně [online] 2014 – *Linkos* [cit. 2014-04-30]. Dostupné z: [www: http://www.linkos.cz/](http://www.linkos.cz/)
2. DANEŠ, J. a kol., *Oficiální výsledky Národního programu mamografického screeningu v roce 2017: Mamo.cz – Program mamografického screeningu v České republice* [online]. Brno: Institut biostatistiky a analýz Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, 2017 [cit. 2019-01-27]. DOI: <http://www.mamo.cz/res/file/prednasky/datovy-audit/2018/01-danes.pdf>. ISSN 1804-0861. Verze 1.4c. DUŠEK, L. a kol., *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice* [online]. Masarykova univerzita. Brno, [2005], [cit. 2019-3-28]. Dostupný z WWW: <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 [2007], ISSN 1802 – 8861.
3. DUŠEK, L. a kol. Koncepce populačního screeningu v České republice, metodika a první výsledky adresného zvaní občanů do preventivních onkologických programů. *Klinická Onkologie* [online]. *Ambit Media, a.s.*, 2014, 27(Supplementum 2), 59- 68 [cit. 2019-03-29]. ISSN 1802-5307. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/190/4605.pdf>
4. DUŠEK, L. a kol. Objektivní potřeba a stav nádorové prevence v České republice a v Evropě. *Klinická Onkologie: The Journal of the Czech and Slovak onkological societies. Ambit Media*, 2014, 27(Supplementum 2), 7-18. ISSN 1802-5307. Dostupné také z: www.klinickaonkologie.cz
5. DUŠEK, L. a kol. *Program kolorektálního screeningu v České republice: Kolorektum.cz – Program kolorektálního screeningu v České republice* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2014 [cit. 2019-04-24]. ISSN 1804-0888. Verze 1.6f. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost--kolorektalni-screening--ceska-republika>
6. DUŠEK, L. a kol., *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice* [online]. *Masarykova univerzita*. Brno, [2005], [cit. 2019-3-28]. Dostupný z WWW: <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 [2007], ISSN 1802 – 8861.
7. DVOŘÁK, V. Aktuální data ze screeningu karcinomu děložního hrdla. *Gynekologie a porodnictví. Medibay*, 2019, 3(1), 68-69. ISSN 2533-4689.

8. DVOŘÁK, V., Screening karcinomu děložního hrdla se v České republice výrazně zlepšil. *Gynekologie a porodnictví. MEDIBAY*, 2018, 2(5), 257-258. ISSN 2533-4689.
9. FERLAY, J. a F. BRAY. Incidence in Five Continents. C15 plus. *IARC CancerBase*. Lyon, France: *International Agency for Research on Cancer*, 2014, 9(164).
10. FERLAY, J. a kol., Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*. Lyon, France: *International Agency for Research on Cancer*, 2014, (11). Dostupné také z: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.902.2329&rep=rep1&type=pdf>
11. GAKIDOU, E. A kol., Coverage of Cervical Cancer Scing in 57 Countries: Low Average Levels and Large Inequalities. *Plos Medicine* [online]. 2008, 5(6) [cit. 2019-03-31]. DOI: 10.1371 / journal.pmed.0050132. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2429949/>
12. Glasser, B. J. a Strauss, A. L. *The Discovery of Grounded Theory*. London/New Brunswick: Aldine Transaction, 1967, 262 str. ISBN: 0-202-30260-1.
13. HAJDÚCH, M. Který test pro screening a který pro triáž?. *Gynekologie a porodnictví. Medibay*, 2019, 3(1), 72. ISSN 2533-4689.
14. HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace. Portal*, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
15. IVANOVÁ, K. a kol. *Multikulturní ošetřovatelství I, Grada Publishing*, 2005, 248 s. ISBN 80-247- 1212-1.
16. CHOVANEC, J. a M. NÁLEŽINSKÁ. Přehled diagnostiky a léčby karcinomu děložního hrdla. *Onkologie*. Brno: *Masarykova univerzita*, 2014, 8(6), 269–274.
17. CHRUDIMSKÁ, L. *Hodnocení kvality poskytované péče ve zdravotnickém zařízení ambulantními pacienty*. Pardubice, 2014. Diplomová práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Ing. Jana Holá, Ph.D.
18. KINKOROVÁ LUŇÁČKOVÁ, I. Nové možnosti ve screeningu karcinomu děložního hrdla (ThinPrep Pap test). *Praktická gynekologie: Onkogynekologie* [online]. *Facta Medica s.r.o.*, 2013, 17(2), 117- 199 [cit. 2019-03-29]. ISSN 1801–8750. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2014-4-4/soucasne-moznosti-diagnostiky-prekancerov-a-karcinomu-delozniho-hrdla-50274>.

19. KITTELOVÁ, N. *Čekárna jako součást zdravotnického zařízení*. Zlín, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Anna Krátká Ph.D.
20. KLIMEŠ, D. a kol., Technické a analytické zázemí screeningových programů v ČR. In: *MEDSOFT 2014*, s. 97-109. ISSN 1803-8115.
21. KOTEK, M. Očkovanie proti HPV. *Onkológia*. Bratislava: *Solen*, 2016, 11(5), 296-299.
22. KUTNOHORSKÁ, J. Výzkum v ošetrovatelství. 1, *Grada Publishing,a.s*, 2009, 176 s. ISBN 978-247-2713-4.
23. MÁJEK, O. a kol. *Co je cervikální screening: Cervix.cz – Program cervikálního screeningu v České republice* [online]. In: Brno: Masarykova univerzita, 2014 [cit. 2018-11-14]. ISSN 1804-087X. Verze 1.6f. Dostupné z: <http://www.cervix.cz/index.php?pg=cervikalni-screening>
24. MÁJEK, O. a kol. *Gynekologické vyšetření: Co mě čeká?: Cervix.cz – Program cervikálního screeningu v České republice*. Masarykova univerzita, Brno, 2014. ISSN 1804-087X. Verze 1.6f. Dostupné také z: <http://www.cervix.cz>
25. MÁJEK, O. a kol. Metodika a první výsledky adresného zvaní českých občanů do programů screeningu zhoubných nádorů. *Postgraduální medicína* [online]. Praha: Mladá Fronta, 2015, 17(2), 189-195. ISSN 1212-4184.
26. MÁJEK, O. a kol., J. *Cervix.cz – Program cervikálního screeningu v České republice* [online]. *Masarykova univerzita*, Brno, 2019. [cit. 2019-03-28]. Dostupný z: <http://www.cervix.cz>. ISSN 1804-087X. Verze 1.6f.
27. MÁJEK, O. a kol., Pilotní projekt Optimalizace programu screeningu kolorektálního karcinomu [online]. *Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic*, 2018 [cit. 2019-01-27]. DOI: <https://prevon.uzis.cz/res/file/prezentace/2018/04-08-majek.pdf>.
28. MÁJEK, O. a kol., Ukazatele výkonnosti v nově zřízeném organizovaném programu screeningu děložního čípku: analýza založená na registru v České republice. *European Journal of Cancer Prevention*, 2017, roč. 26, vyd. 3, str. 232–239. ISSN 0959-8278
29. MÁJEK, O. Program screeningu karcinomu děložního hrdla v datech: PREVON 2018 [online]. 13.–14. listopadu 2018. Praha: *Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky Institute of Health Information and Statistics of the*

- Czech Republic*, 2018 [cit. 2019-03-30]. Dostupné z: nsc.uzis.cz. Pilotní projekty časného zachytu vážných onemocnění realizované Národním screeningovým centrem Stávající screeningové programy – výsledky, bariéry v přístupnosti a prostupnosti a možnosti optimalizace.
30. MIOVSKÝ, M.. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu: *Grada Publishing, a.s.*, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
31. Národní onkologický program ČR (NOP) [on line] 2014 [cit. 2014-04-30]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/pro-pacienty/narodni-onkologicky-program-1/>
32. Národní Screeningové Centrum. Pilotní projekty [online]. NSC, 2019 [cit. 26. 03. 2019]. Dostupné z: <https://nsc.uzis.cz/index.php?pg=pilotni-projekty>
33. NESNÍDALOVÁ, I. a kol., Prevence nádorových onemocnění u žen – výzkumné šetření o využití možností prevence nádorových onemocnění v ženské populaci. *Praktická gynekologie*. 2016, 20(1), 23-30. ISSN 1211-6645. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticka-gynekologie-clanek/prevence-nadorovych-onemocneni-u-zen-vyzkumne-setreni-o-vyuziti-moznosti-prevence-nadorovych-onemocneni-v-58173>
34. NGO, O. a kol. Epidemiologie zhoubného nádoru děložního hrdla v České republice. *Gynekologie a porodnictví. MEDIBAY*, 2017, 1(5), 270–275. ISSN 2533-4689.
35. NOVÁKOVÁ, L., Libuse – unikátní česká studie pro snížení výskytu rakoviny děložního čípku v České republice. NOVÁKOVÁ, Lenka. Labor Actuell [online]. Praha: Roche, 2018, 22(2) [cit. 2018-11-14]. ISSN 1214-7672. Dostupné z: http://www.rochediagnostics.cz/content/dam/diagnostics_czechrepublic/cs_CZ/documents/Labor_Aktuell/LA2018/LA0218/StudieLibuse_Lenka.pdf
36. Nový test má velmi vysokou citlivost pro karcinom děložního hrdla [online]. 2018 [cit. 2019-03-29]. ISSN 1804-087X. Dostupné z: <http://www.cervix.cz/index.php?pg=pro-lekare&aid=292>
37. OLPIN, J. a kol. Imaging and cancer of the cervix in low – and middle-income countries. *Gynecologic oncology reports. Elsevier BV*, 2018, 25., ISSN 2352-5789.
38. ONDRUŠ, J. Co limituje cervikální screening?. *Gynekologie a porodnictví. Medibay*, 2019, 3(1), 69. ISSN 2533-4689.
39. ONDRUŠ, J. a kol., Screening karcinomu děložního hrdla. *Maxdorf*, 2013. ISBN 978-80-7345-322-0.

40. ONDRYÁŠOVÁ, H. a kol. *Detekce HPV DNA v cervikovaginálním stěru získaném samoodběrem. Alternativní možnosti screeningu karcinomu cervixu: 2014 XXXVIII. brněnské onkologické dny a XXVIII. konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. ČOS ČLS JEP, 2014, 24. 4. 2014 [cit. 2019-04-24]. ISSN 2570-8791. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/detekce-hpv-dna-v-cervikovaginalnim-steru-ziskanem-samoodberem-alternativni-mozn/>
41. ONDRYÁŠOVÁ, H. a kol., Lidský papilomavirus a s ním spojená onemocnění. *Practicus*. 2015a, 14(4), 11-15. ISSN 1213-8711. Dostupné také z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Stranky/Archiv.aspx>
42. Optimalizace zvaní občanů k programům screeningu zhoubných nádorů [online]. *Linkos.cz*, 2018, (4) [cit. 2019-01-22]. DOI: <https://nsc.uzis.cz/res/file/newsletter/nsc-zpravodaj-04.pdf>. ISSN 2570-8791.
43. PIŇOS, I. Nejčastější příčiny selhání v prevenci karcinomu děložního hrdla a jejich následky. *Gynekologie a porodnictví. Medibay*, 2017, 1(5), 282- 284. ISSN 2533-4689.
44. Rakovinotvorný virus útočí, infekce hrozí každému. Jak se bránit? Zeptali jsme se profesora Zdroj: <https://eurozpravy.cz/magazin/228190-rakovinotvorny-virus-utoci-infekce-hrozi-kazdemu-jak-se-branit-zeptali-jsme-se-profesora/>. EuroZprávy.cz [online]. 2018 [cit. 2018-11-14]. DOI: <https://eurozpravy.cz/magazin/228190-rakovinotvorny-virus-utoci-infekce-hrozi-kazdemu-jak-se-branit-zeptali-jsme-se-profesora/>
45. SALZMANN, B. A kol., Screening nádorových onemocnění u seniorů. *Medicina po promoci*. 2017, 18(1), 36-43. ISSN 1212-9445. Dostupné také z: <http://www.tribune.cz/tituly/mpp>
46. SKOVAJSOVÁ, M. 10 let screeningu nádorů prsu v Čechách a na Moravě: 2013 18. ročník sympózia Onkologie v gynekologii a mammologii. *Linkos, Lékař a multidisciplinární tým* [online]. ČOS ČLS JEP, 2013 [cit. 2019-04-24]. ISSN 2570-8791.
47. SLÁMA, J. Současné limity prevence karcinomu děložního hrdla v České republice. *Česká gynekologie*. 2017, 82(6), 482-486. ISSN 1210-7832. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/soucasne-limity-prevence-karcinomu-delozniho-hrdla-v-ceske-republice-62463>

48. SLÁMA, J. *Téměř polovina žen podceňuje význam prohlídek u gynekologa, ty mohou zachránit život: Cervix.cz – Program cervikálního screeningu v České republice* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2018 [cit. 2019-04-24]. ISSN 1804-087X. Verze 1.6f. Dostupné z: <https://www.cervix.cz/index.php?pg=pro-verejnost--rakovina-delozniho-cipku>
49. STRAUSS, A. a J. CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie. 2.* Brno: *Albert Boskovic a Sdružení podané ruce*, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
50. SUCHÁNEK, Š. A kol., Screening kolorektálního karcinomu. *Onkologie*. Olomouc: *Solen*, 2013, 7(4), 176-177. ISSN 1803-5345. Dostupné také z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2013/04/04.pdf>
51. SVOD.cz
52. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) [databáze online]. Praha: *Ministerstvo zdravotnictví ČR 2007* [cit. 15-01-2019]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz>. Databáze zdravotnických ukazatelů v České republice.
53. Vyhláška o preventivních prohlídkách č. 70/2012 Sb.
54. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Leads the Way Towards the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Concern. *World Health Organization* [online]. Ženeva: WHO, September 2018 [cit. 21. 01. 2019]. Dostupné z: <https://www.who.int/reproductivehealth/cervical-cancer-public-health-concern/en/>.
55. ŽENA-IN.cz. Výskyt rakoviny děložního čípku v ČR je možné ještě snížit. Výsledky studie LIBUSE podporují modernizaci vyšetřovací screeningové metody [online]. *ŽENA-IN.cz.*, 2018 [cit. 25. 3. 2019]. Dostupné z: <https://zena-in.cz/clanek/vyskyt-rakoviny-delozniho-cipku-v-cr-je-mozne-jeste-snizit-vysledky-studie-libuse-podporuji-modernizaci-vysetrovaci-screeningove-metody>. ISSN 1804-6576.

9 PŘÍLOHY

Příloha A <i>Samoodběrový HPV test</i>	66
Příloha B <i>Optimalizace programu screeningu karcinomu děložního hrdla</i>	67
Příloha C <i>Otázky k rozhovoru</i>	68
Příloha D <i>Informovaný souhlas</i>	70

Příloha A Samoodběrový HPV test

Pokyny pro domácí použití samoodběrového HPV testu

Domácí samoodběrový HPV test
Domácí samoodběrový HPV test je sterilní test, který umožňuje odebrat buněčný materiál z vagíny snadno a bezbolestně. Tento buněčný materiál pak bude analyzován v profesionální laboratoři.

Z čeho se skládá test Evalyn Brush?
Domácí samoodběrový HPV test je přibližně 20 cm dlouhý a skládá se z průsvitného pouzdra s křídélky a růžového krytu. V pouzdře se nachází růžová tyčinka s růžovým pístem na jednom konci a na druhém konci pod krytem zasunutý bílý kartáček. Po sejmutí krytu, můžete zatlačením růžového pístu směrem k průsvitnému pouzdru vytažit tento kartáček z pouzdra.

Důležitá upozornění

- Pokud je obal testu poškozen nebo po expiraci, test nepoužívejte.
- Nepoužívejte v průběhu menstruace.
- Nepoužívejte test v průběhu těhotenství nebo 3 měsíce po porodu
- Alespoň 2 dny před použitím testu nepoužívejte žádné vaginální produkty. Vaginální antikoncepci, kondomy a lubrikanty na bázi vody lze používat normálně.
- Určeno k jednorázovému použití.
- Opakované použití může vést k rozvinutí infekce a/nebo stanovení nesprávné diagnózy.
- Zkontrolujte také, že čárové kódy na plastovém sáčku samoodběrového HPV testu, na tomto letáku a na formuláři "Poučení a informovaném souhlasu pacienta s molekulárně-genetickým vyšetřením HPV" jsou stejné.

Tento leták s čárovým kódem nevyhazujte. Výsledky vyšetření Vám budou zaslány pod tímto kódem.

Verze Evald-2018-11-CS

Nadace pro výzkum rakoviny Česká republika
Adresa: Hněvotinská 5, 779 00, Olomouc
www.vyzkumrakoviny.cz

**Ústav molekulární a translační medicíny
Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci**
Adresa: Hněvotinská 5, 779 00, Olomouc
www.imtm.cz

Rovers® Evalyn®Brush je patentovaný výrobek s registrovaným designem.
Rovers® a Evalyn® jsou registrované obchodní značky společnosti Rovers Medical Devices B.V. Oss, Holandsko.
© Rovers Medical Devices B.V.

CE 0044 | STERILE | EO

číslo vaší objednávky

**NADACE PRO
VÝZKUM RAKOVINY
Česká republika**

Samoodběrový HPV test

evalyn®brush

**JEDNODUCHÝ
BEZPEČNÝ
DISKRÉTNÍ
SPOLEHLIVÝ**

www.vyzkumrakoviny.cz

- Před použitím testu si umyjte ruce.
- Vyjměte samoodběrový HPV test z obalu. Obal nevyhazujte, protože jej po použití budete potřebovat pro odesání testu do laboratoře.
- Palcem a ukazováčkem stlačte po stranách růžový kryt a sejměte jej z testu. Dbejte na to, abyste se nedotkla bílých vláken rukama!
- Odběr vzorku se provádí v pozici ve stoje. Zajměte pohodlný postoj (např. jako při zavádění tampónu).
- Jednou rukou roztáhněte stydké pysky druhou rukou zasuněte samoodběrový PV test do vagíny, dokud se křídélka edotknou stydkých pysků.
- Jednou rukou přidržíte průsvitné pouzdro HPV testu a druhou rukou zatlačte růžový píst ve směru pouzdra. Jakmile se růžový píst ocitne u pouzdra a kartáček dosáhne správné polohy, uslyšíte a ucítíte cvaknutí.
- 5x otočte růžový píst stejným směrem. Po každém otočení uslyšíte cvaknutí. Můžete tak snadněji počítat otoky. Po pátém otočení pístu opatrně vyjměte HPV test z vagíny.
- Jednou rukou přidržíte průsvitné pouzdro testu a druhou rukou tahejte za růžový píst, dokud bílý kartáček nezmizí v pouzdře testu. Při tomto úkonu se nedotýkejte horní části testu nad křídélky.
- Přidržíte průsvitný konec, aby bylo jisté, že se kartáček znovu nevysune. zrcem a ukazováčkem umístěte zpět a test růžový kryt. Jakmile dojde na rovné místo, uslyšíte cvaknutí.
- Vraťte test zpátky do obalu.
- Obal se samoodběrovým HPV testem vložte do dodaného plastového sáčku a zalepte jej.
- Plastový sáček obsahující samoodběrový HPV test společně s Poučením o informovaném souhlasu vyšetřované osoby vložte do obálky a co nejdříve odešlete.

Jak se správně používá HPV Test?
Na to jak správně použít samoodběrový HPV test si prostudujte krátký animovaný film, který najdete na www.vyzkumrakoviny.cz/samoodberovy-hpv-test/ nebo si důkladně přečtěte ilustrovaný informační leták, který tvoří součást každé testovací sady.

Mohu použít mně doručenu odběrovou sadu vícekrát?
Odběrová sada Evalyn brush je vyrobena jen na jedno použití. Opětovné použití této sady může způsobit zdravotní riziko nebo olvítní výsledek vyšetření, pro které je určena.

Může použití HPV testu vyvolat nepříjemné pocity a bolest?
Odběrová sada Evalyn Brush byla vyvinuta speciálně pro získávání vzorků z vagíny. Konstrukce Evalyn brush s jemnými štětinami umožňuje velmi jemně získat vzorek z vagíny. Její použití nezpůsobuje bolest ani nepříjemné pocity.

Obal, ve kterém mi byla doručena moje odběrová sada byl poškozen, mám i tak použít sadu pro odběr vaginálního vzorku?
V žádném případě nepoužívejte odběrovou sadu, v případě že byl její plastový obal po doručení otevřen, nebo mechanicky poškozen.

Mohu použít HPV test během menstruace?
HPV test nemůžete použít během menstruace, mohlo by dojít ke zkreslení laboratorních výsledků.

Mohu použít HPV test při užívání jiných vaginálních produktů?
Doporučujeme minimálně 2 dny před odběrem vzorku pomocí samoodběrového HPV testu neužívat vaginální produkty, speciální přípravky pro intimní hygienu, vazelinu, léky na plísňová onemocnění, tampóny, Kondomy, antikoncepční tělíska a na vodě založené lubrikační gely jsou povoleny.

Jak je to s použitím HPV testu během těhotenství?
Nepoužívejte samoodběrový HPV test během těhotenství a ani 3 měsíce po narození dítěte.

Zapomněla jsem si umýt ruce před použitím samoodběrového HPV testu. Při dodržení uživatelských instrukcí bude i tak váš odběr správně proveden. Jedná se pouze o doporučení, které zabrání případnému zanesení infekce.

Omylem jsem se dotkla bílého štětce rukou, co mám dělat?
Není dobré se dotýkat odběrového štětce rukama, ani se ho dotýkat jinými částmi těla nebo předměty. Pokud se Vám to přesto stane, převhodněně to nebude mít nežádoucí efekt na provedení testu.

Musím stát při provádění testu?
Test je možné provést i vleže, musíte však dodržet postup popsany v návodu k použití.

Jak si můžu být jistá, že jsem si odebrala dostatek vaginálního materiálu?
Odběrová sada na HPV test je vyrobena přesně pro tento typ odběru, když dodržíte návod k použití, budete při svém odběru úspěšná. Při laboratorním testování navíc dokážeme špatně odebraný vzorek identifikovat a požádáme Vás o opakování odběru.

Máte otázky? Zavolejte nám 585 632 246 nebo napište info@vyzkumrakoviny.cz

Příloha B Optimalizace programu screeningu karcinomu děložního hrdla

 <h3>Národní strategie Zdraví 2020</h3> <p>Programy časného záchytu vážných onemocnění patří mezi národní priority veřejného zdraví v České republice, deklarované v rámci <i>Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Zdraví 2020</i>.</p> <h3>Odborné vedení projektu</h3> <ul style="list-style-type: none">• Gynekologicko-porodnická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze• Ústav molekulární a translační medicíny Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci  	 <h3>NÁRODNÍ SCREENINGOVÉ CENTRUM</h3> <p>Národní screeningové centrum připravuje a realizuje pilotní projekty zaměřené na časný záchyt následujících onemocnění:</p> <ul style="list-style-type: none">• karcinom tlustého střeva a konečníku• karcinom děložního hrdla• karcinom prostaty• karcinom prsu• postižení oční sítnice cukrovkou• osteoporóza• chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN)• spontánní předčasný porod• vrozené srdeční vady u novorozenců• porucha funkce štítné žlázy v těhotenství• dědičná forma vysoké hladiny cholesterolu <p>Národní screeningové centrum Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR Kounicova 688/26 P. O. Box č. 19 611 00 Brno</p> <p>Informační linka / helpdesk: +420 770 171 531</p> <p>Email: cervix.nsc@uzis.cz</p> <p>Web: nsc.uzis.cz facebook.com/narodniscreeingovecentrum</p> <p>CER/001/112018</p> 	 <h3>NÁRODNÍ SCREENINGOVÉ CENTRUM</h3> <h2>OPTIMALIZACE PROGRAMU SCREENINGU KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA</h2>  <p>screeningy.cz/zdravycipek</p>
 <h3>Optimalizace programu screeningu karcinomu děložního hrdla je projekt pro ženy, které se dlouhodobě neúčastní stávajícího screeningu.</h3> <p>V České republice je každoročně diagnostikováno více než 800 nových onemocnění rakovinou děložního hrdla. Téměř 400 žen v důsledku onemocnění každý rok zemře.</p> 	 <h3>OPTIMALIZACE PROGRAMU SCREENINGU KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA</h3>  <p>Předmětem projektu je oslovení žen ve věku 50–65 let s nabídkou možnosti samovyšetření s cílem včas zachytit rakovinu děložního hrdla.</p> <p>Velkou výhodou samoodběrového HPV testu je, že tento screeningový test nevyžaduje nutnost navštívit gynekologa, může být prováděn ženou samotnou v pohodlí domova.</p>	<h3>Jak probíhá vyšetření?</h3> <p>Samovyšetření HPV se provádí velmi šetrným nástrojem, na jehož konci se nachází štěteček z jemných vláken.</p>  <p>Žena si zavede tuto odběrovou pomůcku do pochvy. Pro dostatek biologického materiálu využije rotačního pohybu odběrové pomůcky. Po použití vrátí odběrový nástroj do plastového obalu a odešle v obálce přímo do laboratoře.</p>

Příloha C *Otázky k rozhovoru*

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání
3. Jaké je Vaše povolání
4. Sportujete?
5. Kouříte? Jestli ano, kolik?
6. Kde bydlíte?
7. Váš stav: svobodná, vdaná, rozvedená, ve vztahu, vdova?
8. Kolik máte dětí? Žádné dítě, jedno dítě, dvě děti, více dětí.
9. V kolika letech jste měla první pohlavní styk?
10. Kolik jste měla ve svém životě sexuálních partnerů?
11. Víte, co způsobuje karcinom děložního čípku?
12. Máte představu, co je podstatou cervikálního screeningu?
13. Umíte vyjmenovat aspoň tři rizikové faktory pro rozvoj karcinomu děložního čípku u žen infikovaných HPV?
14. Chodila jste do 50 let na pravidelné prohlídky? Když ne, jaký jste k tomu měla důvod? (Stud, vzdálenost lékaře, nedostatek času, máte dítě a nepovažujete to za důležité, nemáte obtíže, jiné).
15. Máte pocit, že se rakovina děložního čípku může týkat i Vás?
16. Chodíte na pravidelné gynekologické prohlídky po 50 roce? Když ne, jaký k tomu máte důvod?
17. Jaké pocity ve Vás vyvolává preventivní vyšetření (screening) děložního čípku?
18. Jak se cítíte při gynekologickém vyšetření?
19. Vybrala jste si za gynekologa muže nebo ženu? Jaký jste k tomu měla důvod?
20. Podle čeho jste si vybírala svého gynekologa? Doporučení od známých, kamarádek, rodinná tradice, podle místa bydliště, doporučení na internetu).
21. Máte důvěru ke svému gynekologovi/ gynekoložce?
22. Máte nějakou špatnou zkušenost s gynekologickým vyšetřením? Pokud ano, můžete prosím popsat ve zkratce, o co šlo?
23. Hraje pro Vás návštěva u gynekologa v životě důležitou roli nebo upřednostňujete spíše jiný životní postoj k prevenci? Můžete mi prosím, prozradit jaký?
24. Vadí Vám vybavení ordinace? Bílé stěny? Bílý plášť? Dlouhé čekání v čekárně? Nepřítomnost kabinky na odkládání věcí? Či jiné?

25. Bylo Vám vysvětleno, jaké úkony a proč se provádí během pravidelné gynekologické prohlídky (screeningu)?
26. Byly pro Vás informace u gynekologa srozumitelné a dostatečné? Měla jste čas na zodpovězení Vašich otázek?
27. Myslíte si, že se důležitost prevence v souvislosti s věkem mění? Proč si to myslíte?
28. Když jste dlouho nebyla na screeningu, rozhodla byste se na základě zvacího dopisu od pojišťovny k návštěvě svého gynekologa k vyšetření?
29. Pomohla by zvýšená osvěta v oblasti rakoviny děložního čípku v mediích k rozhodnutí navštívit Vašeho gynekologa?
30. Měla byste zájem si udělat sama doma test na HPV?
31. Jaká je Vaše motivace k návštěvě gynekologa?

Příloha D *Informovaný souhlas*

Vážená paní,

jmenuji se Jiřina Šímová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studijního oboru Ošetřovatelství na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Dovoluji si Vás požádat o kvalitativní rozhovor jako podklad pro zpracování své diplomové práce „Postoj zdravé populace k cervikálnímu screeningu“.

Žádám Vás o souhlas s poskytnutím výzkumného materiálu ve formě audio nahrávky. Všechny výstupy výzkumu a jeho analýzy budou citovány anonymně a bude s nimi nakládáno bez vazby na Vaši osobu. Jelikož výzkum není prováděn na pacientech, nebyl schválen etickou komisí. Etická pravidla výzkumu však budou zachována.

Vaše účast ve studii je zcela dobrovolná, není honorovaná a není pro Vás spojena se žádnými náklady. Máte právo kdykoli svůj souhlas k účasti v této studii zrušit bez udání důvodu. Případné odmítnutí nebude mít pro Vás žádné nevýhody nebo negativní následky.

Děkuji za Vaši ochotu a čas

V

Dne

Podpis:

Podpis výzkumníka:

Bc. Jiřina Šímová