

Současné možnosti preventivní péče o ženu středního věku (45-60 let)

Tereza Jačková

Bakalářská práce
2010

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav porodní asistence

akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza JAČKOVÁ**

Studijní program: **B 5349 Porodní asistence**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Současné možnosti preventivní péče o ženu středního věku (45–60 let)**

Zásady pro vypracování:

Přípravná část bakalářské práce: stanovení cílů a hypotéz, sběr literatury.

Teoretická část práce: sběr dostupných dat a informací týkajících se preventivní péče pro ženy ve středním věku.

Praktická část práce: volba vhodné metody výzkumu, analýza dostupnosti a informovanosti žen středního věku o možnostech gynekologické preventivní péče.

Praktická aplikace výsledků výzkumu: zpracování a vyhodnocení získaných dat, zhodnocení dostupnosti gynekologické preventivní péče a informovanosti žen středního věku o možnostech gynekologické preventivní péče.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

CITTERBART, Karel et al. Gynekologie, 1.vyd. Praha: Galén, 2001, 278 s. ISBN 80-7262-094-0

ABRAHÁMOVÁ, Jitka, DUŠEK, Ladislav a kol. Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003, 227 s. ISBN 80-247-0499-4

MULLER, Čestmír, KAPR, Jaroslav, Kapitoly ze sociální problematiky ženského lékařství, 1.vyd. Praha: Avicenum, 1980, 180 s.

ČEPICKÝ, Pavel, LÍBALOVÁ, Zuzana, Vybrané právní normy pro ambulantní gynekology, 1.vyd. Praha: LEVRET, 2005, 100 s. ISBN 80-903183-8-X

JENÍČEK, Jaroslav, Hormonální substituční terapie a klimakterium, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 104 s. ISBN 80-247-0133-2

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Helena Krausová**
Ústav porodní asistence

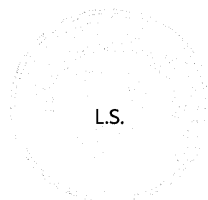
Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **4. června 2010**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Helena Fremlová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

1. elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
2. na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b

Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Cílem bakalářské práce je zmapovat současné možnosti preventivní péče o ženy středního věku (45-60 let). Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na nejčastější a nejnebezpečnější choroby, které mohou ženu středního věku potkat a u kterých je známa prevence a rizikové faktory, kterým by se měla žena vyvarovat. Dále jsou zde popsány možnosti preventivní péče a preventivní screeningové programy fungující v České republice. Praktická část obsahuje cíle a hypotézy práce, výsledky výzkumného šetření včetně jejich vyhodnocení.

Klíčová slova: prevence, screening, střední věk, zdraví, žena, osteoporóza, kolorektální karcinom, onkogynekologie, karcinom prsu

ABSTRACT

The aim of this bachelor thesis is describe current possibilities of preventive care for middle-aged woman (45-60 years). The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part focuses on the most common and most dangerous diseases that can meet the woman of middle age and known risk factors and prevention. Next are described the possibilities of preventive care and preventive screening programs in the Czech Republic. The practical part includes the objectives and hypothesis of work, the results of the research, including evaluation.

Keywords: prevention, screening, middle age, health, woman, osteoporosis, colorectal cancer, oncogynecology, breast cancer

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Heleně Krausové za cenné rady a připomínky při vedení mé bakalářské práce. Děkuji svým kolegyním z ročníku, svým rodičům a přátelům za podporu a pomoc při získávání dotazníků. Děkuji Mgr. Janě Křemenové za podporu při vedení projektu, který jsme zpracovaly a z kterého jsem zde použila cenné informace a postery.

MOTTO

„Je pozdě chystat lék, když dlouhými odklady zlá nemoc nabyla sil.“

Ovidius

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 SCREENING, PREVENTIVNÍ PÉČE.....	12
1.1 DEFINICE SCREENINGU.....	12
1.2 STAGING	13
1.3 PREVENTIVNÍ PÉČE V OBORU PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DOSPĚLÉ.....	14
1.4 PREVENTIVNÍ VYŠETŘENÍ V OBORU STOMATOLOGIE PRO DOSPĚLÉ	15
1.5 PREVENTIVNÍ PROGRAMY V ČESKÉ REPUBLICE.....	15
1.5.1 Program cervikálního screeningu v České republice.....	15
1.5.2 Program mamografického screeningu v České republice.....	16
1.5.3 Program kolorektálního screeningu v České republice.....	16
2 STŘEDNÍ VĚK.....	17
2.1 SEXUALITA VE STŘEDNÍM VĚKU.....	17
3 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM.....	19
3.1 RIZIKOVÉ FAKTORY KOLOREKTÁLNÍ KARCINOMU.....	20
3.1.1 Rizikové faktory ve vztahu k pohlaví a věku.....	20
3.1.2 Rizikové faktory ve vztahu ke genetické zátěži.....	20
3.1.3 Rizikové faktory ve vztahu k výživě.....	21
3.2 SCREENING KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU.....	21
3.2.1 Vyšetření stolice na okultní krvácení.....	22
3.2.2 Endoskopické vyšetření.....	22
4 KARCINOM PRSU.....	23
4.1 ROZDĚLENÍ MALIGNÍCH NÁDORŮ PRSU	23
4.2 RIZIKOVÉ FAKTORY KARCINOMU PRSU ŽENY VE STŘEDNÍM VĚKU.....	24
4.3 DIAGNOSTIKA KARCINOMU PRSU.....	25
4.3.1 Mamografie.....	25
4.3.2 Samovyšetření prsů.....	27
4.3.3 Sonografie mléčné žlázy.....	28
4.3.4 Magnetická rezonance.....	28
5 GYNEKOLOGICKÉ NÁDORY.....	29
5.1 PREKANCERÓZY V GYNEKOLOGII.....	29
5.1.1 Prekancerózy vulvy.....	29
5.1.2 Prekancerózy děložního hrdla.....	30
5.1.3 Prekancerózy endometria.....	31
5.2 ZHOUBNÉ NÁDORY V GYNEKOLOGII.....	32
5.2.1 Prevence a screening zhoubných nádorů v gynekologii.....	32
5.2.2 Karcinom vulvy.....	34

5.2.3	Karcinom pochvy	34
5.2.4	Karcinom děložního hrdla.....	34
5.2.5	Karcinom endometria.....	36
5.2.6	Karcinomy ovaria	37
5.2.7	Karcinom vejcovodu	38
6	OSTEOPORÓZA.....	39
6.1	RIZIKOVÉ FAKTORY OSTEOPORÓZY.....	39
6.2	PREVENCE OSTEOPORÓZY.....	40
6.3	DIAGNOSTIKA OSTEOPORÓZY.....	40
7	DEFINICE ZDRAVÍ	43
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	44
8	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	45
8.1	CÍLE A HYPOTÉZY.....	45
8.2	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	46
8.3	VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEHO GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ.....	47
9	ZHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	70
	ZÁVĚR.....	73
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	74
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	76
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	77
	SEZNAM TABULEK.....	78
	SEZNAM PŘÍLOH.....	79

ÚVOD

Nádorová onemocnění představují závažný problém současné české populace. Převážně ženy středního věku preferují péči o rodinu a o své blízké a vysvětlují tak nedostatek času na péči o sebe a své zdraví. Často se setkáváme s přístupem typu: „raději nevědět, že jsem nemocná“ a následkem toho spousta žen přichází k lékaři, až když se objeví potíže. V případě, že by ženy absolvovaly pravidelně preventivní prohlídky, možnosti léčby i její účinnost by byly mnohem větší. Mimo nedostatek času, který ženy jako hlavní problém uvádějí, jde také o strach. Spousta žen má z rakoviny panickou hrůzu, tento chorobný strach z rakoviny se nazývá karcinofobie. Porodní asistentka je ženě partnerem a průvodcem během celého života. Spolu s lékařem se v rámci prevence podílí zejména na edukaci žen. Ve své bakalářské práci kromě onkologické prevence popisuji i prevenci osteoporózy, která je u žen středního věku velmi aktuální. V případě onkologických onemocnění se poznání o vzniku a příčině těchto chorob stále rozšiřuje. Zdaleka však nevíme všechno. Postupně však přibývá informací o tom, jak onkologickým chorobám předcházet a které rizikové faktory eliminovat. Odstranění těchto faktorů může u daného jedince snížit pravděpodobnost vzniku těchto chorob.

V praktické části mé bakalářské práce jsem se pomocí dotazníkového šetření snažila zjistit, zda mají ženy středního věku povědomí o možnostech preventivní péče, zda ženy středního věku preventivní péči využívají a zda je lékař s možnostmi prevence seznamuje a preventivní péči komplexně poskytuje.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SCREENING, PREVENTIVNÍ PÉČE

1.1 Definice screeningu

Nádorový screening je definován jako vyšetřování a testování asymptomatických osob z běžné populace za účelem detekce nádorového onemocnění či prekancerózy. Důležitým prvkem screeningových programů je účast klientů, která by měla být stále více podporovaná. Klienti by měli být s možností prevence opakovaně seznamováni. Cílem screeningu je snížit morbiditu a mortalitu jednotlivých vyšetřovaných onemocnění. Snížení mortality se docílí kombinací včasného zachytu onemocnění a vysoce efektivní léčbou choroby. Účinnost screeningových metod lze hodnotit podle několika parametrů:

- **senzitivita screeningové metody**- počet pozitivních nebo abnormálních výsledků testu za přítomnosti příslušného onemocnění
- **specifita screeningové metody**- poměr negativních nebo abnormálních výsledků za nepřítomnosti vyšetřovaného onemocnění (nesmí zdravé osoby označit za osoby s hledaným onemocněním, pokud metoda označí 100 osob, ale jen 90 osob chorobu opravdu má, je specifita metody 90%)
- **pozitivní prediktivní hodnota**- poměr počtu osob se skutečně pozitivním testem k počtu všech osob s pozitivním testem
- **negativní prediktivní hodnota**- poměr počtu osob se skutečně negativním testem k počtu všech osob s negativním testem

Screeningový test musí splňovat tyto podmínky:

- jednoduché použití testu vhodné pro využití v populaci
- bezpečnost testu, bezrizikovost
- vysoká senzitivita, specifita a pozitivní prediktivní hodnota
- finanční dostupnost testu, ekonomická efektivita

Před započítáním každého screeningu je nutno vzít v úvahu obecná kritéria:

- hledaná choroba je závažným onemocněním a příčinou významné morbidity, mortality a invalidity
- cílová skupina populace je jasně definována

- u cílové skupiny je významná prevalence choroby
- screeningový test má významnou senzitivitu a specificitu
- je znám průběh a léčba vyšetřovaného onemocnění zejména v časném stádiu
- redukce morbidity a mortality je natolik dostatečná, že screening přináší vysoký benefit
- je zajištěno personální i technické vybavení pro screening a diagnosticko-terapeutický proces
- je zajištěna možnost okamžitého kontaktování jedinců s podezřelým nálezem
- je zajištěna možnost neprodleného kontaktování osob s negativním nálezem

(Abrahámová, Dušek a kol., 2003)

1.2 Staging

Cílem stagingu je dosažení nejpřesnějšího popisu rozsahu onemocnění, které pomáhá při plánování adekvátní léčby, hodnocení, srovnání výsledků léčby a poskytnutí prognostických údajů. K optimálnímu popisu stádia onemocnění slouží klasifikační systém. Aktuálně jsou používány 2 klasifikační systémy. Systém TNM a systém FIGO, které jsou definovány tak, aby si vzájemně odpovídaly. TNM klasifikace je založena na popisu 3 hlavních složek: T (tumor) – rozsah primárního nádoru, N (nodus) – přítomnost nebo nepřítomnost a rozsah metastáz v regionálních lymfatických uzlinách, M (metastáza) – přítomnost nebo nepřítomnost metastáz. Metastáza může být dále označena její lokalizací: PUL – plicní, OSS – kostní, MAR – kostní dřeň, atd. Při každé onemocnění je třeba definovat 2 TNM klasifikace. První je klasifikace klinická (cTNM), která je založena na klinickém vyšetření a zobrazovacích metodách. Druhou je klasifikace patologická (pTNM), která modifikuje klinickou klasifikaci informacemi z chirurgického výkonu. Kategorie pTNM může být rozšířena o další informace týkající se sentinelové lymfatické uzliny, mikrometastáz a izolovaných nádorových buněk. Klasifikace FIGO člení onemocnění do 4 stádií. U prvního stádia je onemocnění omezené na primární orgán. V případě druhého stádia je onemocnění s lokální progresí postihující přilehlé tkáně v okolí primárního nádoru. U třetího stádia je onemocnění s extenzivnějším, avšak s lokoregionálním šířením a ve čtvrtém stádiu jde o metastatické onemocnění. (Abrahámová, Dušek a kol., 2003)

1.3 Preventivní péče v oboru praktický lékař pro dospělé

Preventivní prohlídka se provádí vždy jednou za dva roky, zpravidla po uplynutí 23 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky. Obsahem preventivní prohlídky je:

- doplnění anamnézy se zaměřením na profesní rizika a rizikové faktory s důrazem na kardiovaskulární onemocnění, hypertenzi, diabetes mellitus, poruchy metabolismu tuků, nádorových onemocnění a na výskyt závislostí
- kontrola data posledního očkování proti tetanu
- kompletní fyzikální vyšetření (krevní tlak, zhodnocení výškově-hmotnostního poměru a orientačního vyšetření zraku a sluchu)
- onkologická prevence (vyšetření kůže, vyšetření per rectum, zhodnocení onkologických rizik), u žen nad 25 let věku při pozitivní rodinné anamnéze na dědičný či familiární výskyt zhoubného nádoru prsu nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů klinické vyšetření prsů, a to spolu s poučením o samovyšetřování
- EKG vyšetření u osob od 50 let věku ve čtyřletých intervalech
- laboratorní vyšetření (orientační chemické vyšetření moči při každé prohlídce, vyšetření plasmatického cholesterolu celkového a plasmatických lipoproteinů včetně triacylglycerolů v 18 letech a dále ve 30, 40, 50 a 60 letech věku, vyšetření glykémie v 18 letech a od 40 let věku ve dvouletých intervalech)
- stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem u osob od 50 let věku, od 55 možno nahradit doporučením k provedení screeningové kolonoskopie jednou za 10 let (Vyhláška MZ ČR č. 3/2010 Sb., O stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek)

1.4 Preventivní vyšetření v oboru stomatologie pro dospělé

Vyšetření se provádí 1krát ročně, zpravidla po uplynutí 11 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky. Obsahem preventivní prohlídky je:

- vyšetření stavu chrupu, paradontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní
- onkologická prevence zaměřená na pátrání po prekancerózních změnách i nádorových projevech chrupu, paradontu, čelistech a měkkých tkání obličeje a krku
- poučení o správné hygieně dutiny ústní (Vyhláška MZ ČR č. 3/2010 Sb. O stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek)

Primární prevence zahrnuje soubor metod a opatření, jež mají předejít vzniku patologického procesu, jímž je v oboru stomatologie míněna kazivá ataka tvrdých zubních tkání, paradontopatie a ortodontická anomálie. Sekundární prevence ve stomatologii zahrnuje soubor metod a opatření, která mají již vzniklý patologický proces zastavit nebo alespoň zpomalit. V rámci této prevence se provádějí pravidelná stomatologická vyšetření s periodickým snímkováním podezřelých zubů, diagnostikou patologických procesů a jejich okamžitou terapií, extrakci zubů se špatnou prognózou nebo eliminace faktorů, podporujících progresi choroby. Terciární prevence je opatření, jehož úkolem je odstranit vzniklé komplikace a zabránit tak jejich další možné progresi. (Dostálová, Seydlová a kol, 2008)

1.5 Preventivní programy v České republice

V současné době existují tři preventivní programy zaměřené na prevenci karcinomu děložního čípku, karcinomu prsu a kolorektálního karcinomu. Legislativní rámec těchto programů je dán vyhláškami Ministerstva zdravotnictví ČR. Na svých internetových stránkách tyto programy poskytují informace o onemocnění jak pro lékaře, tak pro veřejnost. Zároveň zde fungují on-line porady pro návštěvníky, zaměřené na problematiku a diagnostiku těchto chorob.

1.5.1 Program cervikálního screeningu v České republice

Na začátku roku 2008 zahájilo Ministerstvo zdravotnictví České republiky celorepublikový screeningový program zaměřený na prevenci a včasný záchyt rakoviny děložního čípku. Smyslem tohoto programu je ženám nabídnout kvalitní preventivní vyšetření děložního čípku, které probíhá v akreditovaných laboratořích splňujících daná kritéria. Činnost těchto

pracovišť podléhá kontrole Komise Ministerstva zdravotnictví pro screening karcinomu děložního čípku. Komise sleduje průběh programu a dodržování stanovených pravidel. V rámci informovanosti žen má tento preventivní program internetové stránky, kde poskytuje seznam akreditovaných pracovišť a informace o prevenci a léčbě rakoviny děložního čípku. Zároveň je zde sekce jak pro veřejnost, tak pro lékaře, kteří zde můžou sledovat průběžné výsledky tohoto programu. Program cervikálního screeningu poskytuje schéma, kde názorně popisuje systém cervikálního screeningu cytologického vyšetření (viz. Příloha P 2) a schéma cytologického vyšetření pro pacientku s jiným než negativním výsledkem cytologického vyšetření (viz. Příloha P 3)

1.5.2 Program mamografického screeningu v České republice

Tento program byl v České republice zahájen v září 2002. Průběh a plnění pravidel programu jsou sledovány dvěma nezávislými komisemi a to Komisí pro screening nádoru prsu MZ ČR a Komisí odborníků pro mamární diagnostiku. Na organizaci se také podílí Asociace mamodiagnostiků České republiky. Internetové stránky tohoto programu pro veřejnost připravily informace týkající se techniky samovyšetření prsu, prevence rakoviny prsu a informace o mamografickém vyšetření.

1.5.3 Program kolorektálního screeningu v České republice

Tento preventivní program byl zahájen Ministerstvem zdravotnictví v ČR na začátku roku 2009 a navazuje tak na dva předchozí programy. Hlavním cílem tohoto programu je poskytnout občanům kvalifikovaná kolonoskopická vyšetření ve screeningových centrech, která splňují kritéria moderní techniky. Tento program je garantován Radou pro screening kolorektálního karcinomu a Komisí pro screening kolorektálního karcinomu při MZ ČR. Postup screeningového programu je rozdělen do dvou skupin podle věkové kategorie. Proces pro věkovou kategorii 50-54 let je graficky znázorněn v přílohách (viz. Příloha P 4), stejně jako proces pro věkovou kategorii 55 let a více. (viz Příloha P 5)

2 STŘEDNÍ VĚK

Žena je anatomicky i funkčně přizpůsobena především jako nositelka života. Schopnost reprodukce je vázána na časově omezené období, které se nazývá období pohlavní zralosti. V tomto období probíhají cyklické změny, které mají za úkol vyprodukovat zralé oovum a připravit sliznici děložní dutiny k nidaci oplodněného vajíčka. Přibližně kolem 45. roku věku začíná u ženy klimakterium, které nevzniká náhle a u každé ženy individuálně. Po klimakteriu přichází kolem 60. roku věku stáří. Všechna životní období ženy plynule přecházejí a jsou neustále měněna společenskou civilizací. Dívky v současné době dospívají dříve a i menarche přichází dříve. Zdravotní péče se zdokonaluje a v současné době nabízí moderní způsoby léčby, tudíž se pacienti dožívají vyššího věku i se závažnými dlouhodobými chorobami, jako je diabetes mellitus, kardiovaskulární choroby a rakovina. „To vše by mělo měnit přístup lékařů k ženám, které přicházejí do období přechodu. Naší snahou nemůže být pouze lidský, v našem případě ženin, život prodloužit, ale měli bychom se snažit, aby žena prožila všechna období života kvalitně. Dnešní žena prožije více jak třetinu svého života po přechodu. Ve vyspělých státech si to uvědomují nejen lékaři a vědci, ale i politici, a důsledkem jsou jednak konference a kongresy, které se věnují této problematice, ale i národní vzdělávací a podpůrné programy.“ (Jeníček, 2004, str. 19)

2.1 Sexualita ve středním věku

Sexualita člověka je odlišná od ostatních savců tím, že člověk prožívá sexualitu nejen za účelem rozmnožovacím, ale i v oblasti emocionální. S postupujícím věkem žen i mužů sexuální aktivita klesá. Podle různých studií klesá procento žen ve věku 55-59 let, které mají sexuální styk minimálně jednou týdně na 22, 5%. Lidská sexualita je charakterizována několika specifickými rysy:

- sexuální identifikací (příslušnost k jednomu pohlaví)
- sexuální orientací
- sexuálními emocemi, jako pocity doprovázejícími sexuální spojení
- sexuálním chováním (způsob sexuálního uspokojování)

K sexuálním emocím patří libido neboli touha po pohlavním styku. Reakce na sexuální podněty probíhá u ženy i u muže ve čtyřech fázích:

- **excitace** – dochází ke změnám pohlavních orgánů jako reakce na dráždění
- **fáze plató** – vzrušení trvá bez výraznějšího zvýšení
- **orgasmus** – u žen může chybět nebo mít různou intenzitu a projevy
- **fáze uvolnění** – ústup překrvení a zduření pohlavních orgánů

Ženy nemusí prožívat všechny fáze a nemusí reagovat na sexuální podněty stejně.

Podle toho lze rozeznat několik typů žen:

- **sexuální kladný typ s orgasmem** – ženy, které po pohlavním styku touží, kladně reagují na sexuální podněty, styk je pro ně příjemný a často končí orgasmem
- **sexuální kladný typ bez orgasmu** – ženy touží po pohlavním styku, styk je pro ně příjemný, ale nedosahují orgasmu
- **anesteticko-frigidní typ s orgasmem** – ženy, které netouží po styku, jsou k němu lhostejné, mohou prožít orgasmus
- **anesteticko-frigidní typ bez orgasmu** – tyto ženy po styku netouží, po styku jsou neuspokojené
- **algopareunický typ** – žena při styku pociťuje nepříjemné až bolestivé pocity, i když po styku touží
- **dyspareunický typ** – ženy, které mají odpor ke styku, je pro ně bolestivý, mají po něm pocit ošklivosti

V období klimakteria dochází ke snížení produkci estrogenů. Sliznice poševní se ztenčuje a poševní stěna ztrácí elasticitu. Důsledkem může být pálení a bolest při styku a v důsledku hormonálního deficitu může docházet ke změně zvlhčení poševní stěny. Velkou roli v ženské sexualitě hraje hysterektomie, případně hysterektomie spojená s bilaterální adnexektomií, kterou ženy snášejí hůře z důvodu hormonálních změn po tomto zákroku. Nejen před operací, ale i v průběhu celého klimakteria nebo léčby gynekologického onemocnění, je velmi důležitou úlohou gynekologa či sexuologa ženě zodpovědět všechny její otázky týkající se dalšího sexuálního života. (Jeníček, 2004)

3 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

Kolorektální karcinom je onkologické onemocnění, kterému se v České republice věnuje velká pozornost. Důvodem je vysoká incidence a zároveň velmi dobrá možnost prevence a léčby tohoto karcinomu. Kolorektální karcinom může být řadu let asymptomatický. Z hlediska časného zachytu, zejména geneticky podmíněných kolorektálních karcinomů, je velmi důležitá rodinná anamnéza. Nejvýznamnějším příznakem může být drobné občasné rektální krvácení. I tento příznak, který je často připisován análním fisurám či hemoroidům a pacientem podceňován, by měl být vždy indikací ke kolonoskopii. Asi 25% karcinomů se objevuje v céku a ve vzestupné části tlustého střeva. Dalších 25% postihuje rektum a dolní část sigmoidea, 25% vzestupnou část tlustého střeva a horní část sigmoidea. Zbývajících 25% se objevuje v ostatních úsecích střeva. Nádory vyskytující se v pravé polovině břicha vytvářejí převážně exofyticky rostoucí ložiska, která nevyvolávají obstrukci střev. Naopak nádory rostoucí v levé polovině břicha, vyrůstají spíše cirkulárně po celém vnitřním obvodu sliznice. Takto rostoucí nádory zužují průsvit střeva a vedou k městnání střevního obsahu před překážkou. Histologicky jde o adenokarcinomy, které se vyskytují v široké škále, od dobře diferencovaných až po nediferencované, popřípadě anaplastické nádory. V oblasti análního otvoru se mohou objevovat dlaždicobuněčné karcinomy. (Mačák, Mačáková, 2004, s. 244)

„Incidence kolorektálního karcinomu a s ní spojená úmrtnost v České republice a bývalé Československé republice patří mezi nejvyšší incidence ve světě. Od roku 1977/1978 je kolorektální karcinom nejčastějším karcinomem trávicího ústrojí - do té doby byl na tomto místě karcinom žaludku - a je nejčastějším karcinomem vůbec, po karcinomu plic u mužů a karcinomu prsu u žen (mimo karcinom kůže). Velmi nápadný absolutní nárůst incidence kolorektálního karcinomu v letech 1953-1983 (přes 700%) lze alespoň částečně vysvětlit zvýšením počtu diagnostikovaných případů s rozvojem metod, avšak incidence se zvyšuje dále i v období moderních diagnostických a preventivních přístupů v širší praxi. Od roku 1960 se zvýšila incidence trojnásobně, od roku 1970 dvojnásobně, úmrtnost se za 30 let zvýšila dvojnásobně a relativně vysoká úmrtnost trvá stále.” (Jablonská a kol., 2000, s. 41) Asi 80% všech karcinomů jsou tzv. sporadické karcinomy, které nemají ani familiární, ani hereditární charakter. V populaci výrazně narůstá incidence kolorektálního karcinomu od 50 let věku a v každé další dekádě se incidence téměř zdvojnásobuje. Asi 80% sporadických karcinomů vzniká na podkladě prekancerózy - adenomových polypů. Za rizikový se pokládá polyp větší než 1 cm, vícečetný výskyt, vilózní struktura a těžký stupeň

cytologických a strukturálních nepravidelností. Malignizace adenomového polypu je proces trvající několik let (asi 8-10 let). Existuje také možnost vzniku karcinomů de novo - bez předchozí přítomnosti adenomu.

3.1 Rizikové faktory kolorektální karcinomu

Riziko kolorektálního karcinomu je faktor rozhodující jak o způsobu prevence u asymptomatických jedinců, tak o bezprostředním řešení situace u symptomatických jedinců s cílem optimální strategie. Základem prevence je identifikace osob se zvýšeným rizikem a jejich odlišení od osob s průměrným rizikem. Existují dvě základní formy prevence. Právý screening, tj. postup pro asymptomatického jedince s průměrným rizikem a postup u vybraných skupin se zvýšeným rizikem, tj. dlouhodobý individuální dohled s cíleným sledováním jedince. První forma je preventivní metodou populačního rozsahu s využitím jednoduchého, ekonomického a nenáročného testu (vyšetření okultní krve ve stolici). Pro tuto první formu jsou vhodné asymptomatické jedince s průměrným rizikem. Druhá forma - zvýšené riziko např. hereditární, vyžaduje náročnější metody a individuální přístup. (Jablonská a kol., 2000)

3.1.1 Rizikové faktory ve vztahu k pohlaví a věku

Po 50. roce se incidence kolorektálního karcinomu v civilizovaných zemích zvyšuje. U jedinců s kolorektálním karcinomem mladších než 40-45 let je nutno vždy pátrat po genetických faktorech. V případě kolorektálního karcinomu není rozdíl v incidenci podle pohlaví velmi výrazný, ale ve vztahu k ženskému pohlaví je vyšší incidence u žen do 50 let s častější lokalizací v pravém tračníku. V epidemiologii kolorektálního karcinomu hraje věk velmi významnou roli. Pravděpodobnost vzniku této choroby se s přibývajícím věkem zvyšuje. Klinickým výsledkem je exponenciální vzestup kolorektálního karcinomu s přibývajícím věkem. (Jablonská a kol., 2000)

3.1.2 Rizikové faktory ve vztahu ke genetické zátěži

Byly definovány 4 skupiny se zvýšeným genetickým rizikem:

- osobní nebo rodinná anamnéza kolorektálního karcinomu
- polypóza tlustého střeva (Peutz-Jeghers syndrom)
- colitis ulceróza
- adematózní, adenovilózní nebo vilózní polypy

3.1.3 Rizikové faktory ve vztahu k výživě

Studie zaměřené na problematiku výživy ve vztahu k onkologickým onemocněním přesvědčivě prokázaly výrazný vztah mezi výživou a kolorektálním karcinomem. Hlavní negativní vliv mají tuky, maso, vyšší kalorický příjem, nedostatek vlákniny, nízký příjem některých vitamínů, minerálů a stopových prvků. Obecně by měl být výběr stravy adekvátní k věku a úměrný k výdeji energie. Vhodná je pestrá strava, založená převážně na potravinách rostlinného původu, bohatá na zeleninu, ovoce, luštěniny a cereálie. Body mass index by měl být u dospělých jedinců 18,5-25. Příjem zeleniny a ovoce má být celoroční, rozmanitý a má poskytovat min. 7% celkového příjmu energie. Potravinu bohaté na škrob a proteiny (cereálie, luštěniny, hlízy) mají tvořit 45-60% celkového příjmu energie. Alkohol nemá tvořit více než 2,5% energetického příjmu u žen. Důležité je limitovat konzumaci červeného masa na méně než 80 g/den. Je vhodné nahradit červené maso rybami, drůbeží a masem nedomestikovaných zvířat. Tuky by měly poskytovat od 15 do max. 30% celkové energie. Vhodné je vybírat rostlinné oleje, převážně monosaturované oleje jako např. olivový olej a řepkový olej. Příjem soli ze všech zdrojů by neměl překročit 6 g/den. Při dodržování všeobecných pravidel o správné výživě, je užívání dietních doplňků pro snížení rizika rakoviny zbytečné a neposkytuje žádný prospěch. (Mačák, Mačáková, 2004)

3.2 Screening kolorektálního karcinomu

Dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 3/2010 Sb. O ustanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek, je preventivní péče o ženu středního věku poskytována následovně:

- u žen od 50-54 let 1krát ročně test okultního krvácení do stolice (TOKS)
- u žen starších 55 let buď opakovaný test okultního krvácení do stolice ve dvouletém intervalu, nebo jako alternativní metoda primární screeningová kolonoskopie, která může být v intervalu 10 let zopakována

Podstatou screeningu u kolorektálního karcinomu je příležitost časně detekce prekancerózních stavů (adenomatózních polypů), které lze objevit a odstranit v benigním stádiu a zamezit tak malignímu zvrhnutí. (Jablonská a kol., 2000) Všem osobám, které mají výsledek testu pozitivní je nutno provést totální kolonoskopii. Pokud z nějakých důvodů nelze kolonoskopii provést, nahrazuje se rektoskopií a irigografií ve dvojím

kontrastu. Sérové nádorové markery patří k rutinnímu vyšetřování nemocných kolorektálním karcinomem. Nejčastěji se u tohoto onemocnění vyšetřuje marker CEA (karcinoembryonální antigen), který nemá v oblasti screeningu, prevence a detekce onemocnění význam, z důvodu vysoké falešné pozitivivity i poměrně nízké senzitivity. (Vyzula, Žaloudík a kol., 2007)

3.2.1 Vyšetření stolice na okultní krvácení

Vyšetření stolice na okultní krvácení je založeno na faktu, že převážná většina těchto nádorů ztrácí do stolice intermitentně malé, mikroskopické množství krve. Testují se tři po sobě následující stolice. Standardně se k tomuto vyšetření používá souprava Haemoccult test, vyznačující se svou vysokou specificitou. Základní složkou těchto testů je filtrační papír impregnovaný roztokem guajakové pryskyřice a principem testů je peroxidázová aktivita částečně natráveného hemoglobinu. Při jednorázovém screeningu test odhalí u asymptomatických žen asi 80-90% karcinomů a 50-60% adenomů. Falešně pozitivní výsledky těchto testů může způsobit zvýšený příjem tmavého masa, některých druhů ovoce a zeleniny s obsahem rostlinné peroxidázy, nesteroidních antirevmatik a kyseliny acetylsalicylové.

3.2.2 Endoskopické vyšetření

Endoskopie je v diagnostice kolorektálního karcinomu zásadní. Flexibilní sigmoideoskopie je vyšetřovací metoda omezena na rozsah levého tračníku. V současné době se v největším rozsahu uskutečňuje hlavně kolonoskopie.

Kolonoskopie je nejcitlivější vyšetřovací metodou tlustého střeva a je zde zlatým standardem, protože současně s vyšetřením lze odebrat bioptické vzorky nebo provést endoskopickou polypektomii. Kolonoskopie a endoskopické odstranění adenomů tlustého střeva je prokazatelně účinná metoda v sekundární prevenci kolorektálního karcinomu. (Vyzula, Žaloudík a kol., 2007)

4 KARCINOM PRSU

Karcinom prsu patří v dnešní době mezi nejčastější nádorové onemocnění u žen. Je problémem společenským i politickým a svými důsledky zasahuje nejen do všech oblastí života ženy, ale i její rodiny. V boji proti rakovině prsu je prioritní časná detekce onemocnění. I když jsou rizikové faktory, jako je věk a reprodukční faktory již definovány, nejsou ovlivnitelné. Hormonální rovnováha také hraje významnou roli a tudíž je potřeba seriózního výzkumu ohledně rizika kontraceptiv a substituční léčby.

4.1 Rozdělení maligních nádorů prsu

Maligní neinvazivní nádory

Intraduktální karcinom in situ (DCIS) - zde dochází k proliferaci nádorových buněk duktálně-lobulárního systému. Růst nádorů může být komedonový (centrálně v epitelových masách se objevuje nekróza), solidní (zaplňuje celý duktus) a dále např. papilární a mikropapilární. Nádorový epitel je atypický, s nápadnými jádérky a s polymorfními jádry.

Lobulární karcinom in situ (LCIS) - zde dochází k plynulému přechodu atypické lobulární hyperplazie v LCIS. Proliferující buňky jsou u obou lézí podobné. U karcinomu byly zjištěny dva typy buněk. Typ A je tvořen diploidními buňkami s uniformními jádry bez atypií a jadérek. Typ B obsahuje hyperdiploidní buňky s většími jádry, výraznější polymorfii a jadérky. Změny postihují jednu nebo více terminálních duktálně-lobulárních jednotek.

Maligní invazivní nádory

Invazivní duktální karcinom - tvoří asi 70-80% všech karcinomů prsu. Na pohmat se jedná o tuhé až tvrdé ložisko velikosti 1-2 cm, fixované k okolí nebo i k hrudní stěně. V jiných případech vtahuje kůži nebo se objevuje vpáčená bradavka. Nejčastěji metastazuje do podpažních lymfatických uzlin nebo do kostí. Způsobuje otok paže, což vede pacientky, které o nádoru v prsu neví, k návštěvě lékaře.

Invazivní lobulární karcinom - tvoří asi 5-10% karcinomů prsu a na rozdíl od jiných nádorů bývá asi v 20% případů oboustranný. Pro jeho difuzní růst je obtížné rozpoznat primární ložisko od metastázy. Ve vlastní žláze se vytváří multicentrická ložiska. Metastazuje do vzdálených míst jako například do ovarií, dělohy, kostní dřevě a do mozku.

Medulární karcinom - patří sem asi 1-5% všech karcinomů prsu a vyskytuje se spíše u mladších žen. Nádory jsou měkčí konzistence a netvoří se v nich tak velké množství vaziva jako v případě předchozích nádorů. Tkáně prsu kolem nádoru bývají stlačené, ale nejsou nádorem infiltrované.

4.2 Rizikové faktory karcinomu prsu ženy ve středním věku

Rizikové faktory vzniku karcinomu prsu je možno dělit podle možností jejich ovlivnění aktivním přístupem ženy (Svobodník a kol., 2001). Lze je možno rozdělit na faktory ovlivnitelné změnou životního stylu (např. tabakismus) a faktory neovlivnitelné jako například genetická predispozice. (Abrahámová, Dušek a kol., 2003)

Věk

Věk je hlavní faktor vzniku choroby. U žen nad 50 let věku je zaznamenáno zvýšené riziko karcinomu prsu.

Menarche

Nástup menstruace před dvanáctým rokem věku patří k významným rizikovým faktorům přispívajícím ke vzniku karcinomu prsu.

Počet porodů

U žen, které rodily vícekrát je pozorováno menší riziko. To je důsledek kratší expozice endogenním hormonům.

Menopauza

Z hlediska anamnestického hraje určení věku menopauzy významnou roli. Vyšší věk menopauzy zvyšuje riziko vývoje choroby, z důvodu ovlivnění délky expozice organismu ženy estrogenům.

Kojení

Je potvrzeno že kojení a délka doby kojení významně snižuje riziko vývoje karcinomu prsu.

Hormonální antikoncepce

Studie dokazují, že užívání hormonální antikoncepce vystavuje ženy zvýšenému riziku vzniku onemocnění. U žen užívajících hormonální antikoncepci bylo prokázáno zvýšené riziko do 10 let od ukončení užívání antikoncepce.

Výskyt malignit v rodinné anamnéze

Pečlivě odebraná rodinná anamnéza může být základním indikátorem možné hereditární formy nádoru prsu. V případě rizikové rodinné anamnézy je možno provést genetické testování dnes už známých predispozičních genů BRCA-1 a BRCA-2. Jejich nosičství znamená vysoké riziko onemocnění karcinomem prsu během života. Vyšetření genetického rizika by mělo patřit k rutinní praxi každého, kdo se touto diagnostikou zabývá. U žen s potvrzenou dědičnou formou se navíc zvyšuje riziko sekundárního nádoru prsu, který je vyšší než u nedědičné formy. Geny BRCA-1 a BRCA-2 byly po dlouholetých výzkumech objeveny v roce 1994 a 1995.

Podíl zodpovědnosti těchto dvou genů na dědičných případech vzniku nádoru prsu:

- 52% rodin: vazba onemocněním k BRCA-1 genu
- 32% rodin: vazba k BRCA-2 genu
- 16% rodin: vazba k jinému genu

„Dědičná forma karcinomu prsu se liší od sporadické formy v tom, že žena zdědila od jednoho z rodičů zárodečnou mutaci, kterou nesou všechny buňky jejího organismu. Žena má hereditární dispozici ke vzniku nádorového onemocnění prsu.“(Foretová, 2003, str. 55)
V momentě kdy dojde k vyřazení druhé kopie stejného genu z funkce, dojde v prsní buňce ke kumulaci dalších mutací a vzniku maligního ložiska.

4.3 Diagnostika karcinomu prsu

„Statistiky zabývající se přežitím žen trpících rakovinou prsu různých klinických studií uvádějí, že desetileté přežití se dosahuje až v 90% případů, u žen s nádory bez postižení axilárních uzlin a u nádorů menších než 1 cm.“(Abrahámová, Dušek a kol., 2003, s. 81)

4.3.1 Mamografie

V dnešní době je mamografie na prvním místě v časně diagnostice karcinomu prsu. Jde o speciální rentgenovou metodu, při které se zhotoví celkem čtyři snímky. Pokud je mamografie prováděna u ženy ve věku 45-69 let věku jednou za dva roky, je hrazena ze zdravotního pojištění. V ostatních případech je hrazena ženou (samoplátkyní). V České republice byl plošný mamografický screening oficiálně zahájen v roce 2002. Legislativní rámec projektu je dán vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR č. 3/2010 Sb. O stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek a doporučeným standardem, který byl

uveřejněn ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR (část 11/2002, aktualizována v částce 02/2007). Populační screening karcinomu prsu je součástí doporučení Rady Evropské unie. V současnosti je screeningový program provozován na desítkách akreditovaných pracovišť. Dalšími metodami je fyzikální vyšetření, které však musí provádět velmi zkušený klinik a samovyšetření prsů, prováděné ženami samotnými. První screeningové studie sledující včasný záchyt onemocnění byly započaty v 60. letech a mnohé pokračují dodnes. Efektivita screeningu u žen mladších 50 let není zcela jasná. Důvodem je vyšší denzita prsu u mladších žen, tudíž menší senzitivita a rychlejší růst karcinomu v mladším věku ženy, což by vyžadovalo kratší intervaly mezi screeningovými epizodami. Ve screeningových studiích se vstupním věkem nad 60 let se neprokázal větší efekt snížení mortality oproti ženám mezi 50-65 lety. „Má se za to, že 5-10% karcinomů prsu se vyskytuje u žen s genetickou predispozicí zejména tam, kde je pozitivní BRCA-1 a BRCA-2. Je nerozřešenou otázkou, zda skrínig u těchto žen by měl být frekventovanější a začít v nižším věku.“ (Abrahámová, Dušek a kol., 2003, s. 84)

Nevýhody mamografického screeningu

Mezi nevýhody mamografického vyšetření prsů patří diskomfort až bolest, kterou ženy při mamografickém vyšetření pociťují. Záleží na zkušenostech a dovednostech obsluhujícího laboranta, který ženu k vyšetření přístrojem nastavuje. Vhodné je provádět vyšetření v první polovině menstruačního cyklu, kdy jsou prsy méně bolestivé a je možno provést silnější kompresi bez nepříjemných pocitů či bolesti. Dalším problémem, které může ženy vést k odmítnutí vyšetření mamografem je strach a úzkost z možné diagnózy karcinomu prsu. Poslední nevýhodou mamografie je radiace během vyšetření. I když je parenchym mléčné žlázy senzitivní pro rozvoj radiačně indukovaného karcinomu, je velmi nepravděpodobné, že by nízké dávky záření moderních přístrojů byly nebezpečné. Nejvyšší riziko v období života ženy je během menarche a v graviditě. Senzitivita se dále snižuje až na velmi nízkou hodnotu u postklimakterických žen ve věku nad 50 let. Radiační dávka během mamografie se snižuje s věkem ženy v souvislosti s postupnou involucí žlázy. „Pokud vůbec nějaké riziko existuje, je tak malé, že jej plně vyváží benefit screeningu.“ (Abrahámová, Dušek a kol., 2003, s. 85) Vyšetření může být zkresleno v případě, že žena před vyšetřením použije deodorant či jiné kosmetické přípravky na oblast podpaží a prsů.

Indikace mamografie (Abrahámová, Dušek a kol., 2003, s. 97)

Absolutní indikace:

- hmatná léze
- sekrece z bradavky
- ekzém bradavky nebo dvorce
- opakované a lokalizované bolesti prsu

Relativní indikace:

- ženy nad 50 let věku
- výskyt karcinomu prsu v osobní anamnéze nebo v rodinné anamnéze
- ženy s menarche před 11. rokem věku
- ženy s primigraviditou po 30. roce věku, nulipary
- ženy s pozdní menopauzou
- ženy s podávanou substituční hormonální terapií
- diferenciální diagnostika hmatných lézí, lokalizace nehmatných lézí
- sledování průběhu terapie
- screening

4.3.2 Samovyšetření prsů

Jelikož je období mezi mamografickým vyšetřením poměrně dlouhé, může si žena během tohoto období provádět samovyšetření prsů. Obecně by si žena měla provádět samovyšetření jednou měsíčně a to nejlépe tehdy, kdy v prsech probíhá nejméně hormonálních změn, tudíž po skončení menstruace. Samotná technika vyšetření je jednoduchá. Žena by se v prvním kroku měla postavit před zrcadlo a oba prsy si prohlédnout. Následně by měla ruce spustit dolů, pak pomalu zvedat ruce nad hlavu, sledovat oba prsy ze všech stran a pátrat po změnách a deformacích kůže. V druhém kroku žena pátrá po hmatném útvaru. Vyšetření provádí třemi prsty položenými vedle sebe. Horní končetina, která je na straně vyšetřovaného prsu je zvednutá. Krouživými pohyby a jemným tlakem žena vyšetřuje celý prs. Následuje vyšetření axil a lymfatických uzlin, které jsou u zdravé ženy nehmatné. Na závěr si žena vyšetří okolí prsu, která nelze vyšetřit ani mamograficky. Je vhodné k vyšetření přizvat partnera. Citlivý a pozorný partner může být vnímavější ke změnám v partnerčiných prsech.

4.3.3 Sonografie mléčné žlázy

Echogenita mléčné žlázy je ovlivněna řadou faktorů jako je fáze menstruačního cyklu, počet porodů a věk. Tuková involuce prsu má typický uniformní hypoechogenní vzhled. V porovnání se senzitivním mamografickým vyšetřením není sonografické vyšetření involučních mamm nezbytné k detekci nebo vyloučení malignity. (Abrahámová, Dušek a kol., 2003, s. 99)

Indikace sonografického vyšetření:

- diferenciacie cystických hmatných/nehmatných lézí od solidních lézí
- verifikace hmatné léze působící jako cysta
- verifikace hmatných lézí u mladých a těhotných žen
- charakteristika hmatných lézí, které nemohou být vizualizovány mamograficky
- sledování pacientek po parciální mastektomii, radioterapii a hormonoterapii
- přesnější lokalizace léze před výkonem (např. předoperační lokalizace)

4.3.4 Magnetická rezonance

Magnetická rezonance je vysoce senzitivní metoda v detekci karcinomu prsu. Senzitivita se pohybuje mezi 86% až 100% a specifická se pohybuje od 37% do 97% v závislosti na rozsahu vyšetření prsu. Vyšetření může přinést diagnostické příspěvky i ovlivňovat volbu léčebné strategie u onemocnění prsu. „Magnetická rezonance je volbou při diagnostice u prsu s mammárním implantátem, především v případě podezření na porušení implantátu a detekci karcinomu mléčné žlázy. Osvědčila se jako efektivní technika při průkazu recidivy karcinomu mléčné žlázy po konzervativním chirurgickém výkonu.“(Abrahámová, Dušek a kol., 2003, s. 101) Bohužel je magnetická rezonance v případě prevence nákladná a některé skupiny pacientek jsou k vyšetření kontraindikovány (např. pacientky s kardiostimulátorem).

5 GYNEKOLOGICKÉ NÁDORY

V incidenci zhoubných nádorů reprodukčních pánevních orgánů je Česká republika stabilně na nepříznivých předních místech ve světových tabulkách. Incidence karcinomu endometria patří k nejvyšším na světě společně s USA, incidence karcinomu ovaria je jedna z nejvyšších v Evropě a v incidenci děložního hrdla překračujeme více než dvojnásobně průměr Evropské unie. Příčiny této nepříznivé situace se liší u jednotlivých nádorů. (Cibula, Petruželka a kol., 2009)

5.1 Prekancerózy v gynekologii

Prekancerózy (dysplazie) jsou intraepiteliální změny definované jako předstupně maligního bujení. Nelze je definovat jako nádorové bujení, ale za určitých okolností mohou ve zhoubné nádorové bujení přejít.

5.1.1 Prekancerózy vulvy

Prekancerózy vulvy jsou vzácné, ale jejich incidence se zvyšuje zvláště u mladších žen. Maximum výskytu je mezi 40. až 50. lety. Původní klasifikace stratifikovala vulvární intraepiteliální neoplazii (VIN) do 3 stupňů – lehká, střední, těžká. VIN 1 odpovídá low-grade, vulvární prekanceróze, VIN 2/3 high-grade prekanceróze. Hlavní rizikové faktory pro vznik onemocnění jsou genotypy lidských papilomavirů (zejména genom 16, méně často 31 a 33), kouření, promiskuita a pohlavní choroby (včetně infekce níže rizikovými genotypy lidských papilomavirů). Prekancerózy vulvy jsou nezhoubné asymptomatické. Jako nejčastější projevy pacientky pociťují vulvární diskomfort (pruritus, pálení, bolestivost, dyspareunie), dále bolestivé a krvácející eroze způsobené škrábáním. Základem diagnostiky je klinické vyšetření - nativní vulvoskopické vyšetření následované rozšířenou vulvoskopií s aplikací 5% roztoku kyseliny octové. Prekancerózy vulvy jsou nejčastěji lokalizovány v neochlupené části zevního genitálu. Při vyšetření lze vizualizovat na povrch různě vystupující ložiska bílého epitelu, cévních atypií, červené a/nebo hnědé pigmentace. Všechny pacientky s ošetřenou prekancerózou vulvy by měly být dispenzarizovány a je nutné vždy aktivně pátrat po existujících prekancerózách v celém genitálním traktu, zvláště na děložním hrdle.

5.1.2 Prekancerózy děložního hrdla

Prekancerózy děložního hrdla jsou nejčastěji diagnostikované dysplastické změny z komplexu LGTNS (genital tract neoplasia syndrom). V etiopatogenezi prekanceróz děložního hrdla má hlavní úlohu infekce vysoce rizikovými genotypy lidských papilomavirů (HPV). Infekce HPV je nejčastějším přenosným sexuálním onemocněním. K rozvoji maligního bujení je perzistentní HPV infekce nezbytnou, ne však jedinou podmínkou. Proces je vícestupňový děj. Lze definovat podpůrné faktory přispívající k tomuto procesu jako např. imunodeficience, imunosuprese, tabakismu, promiskuita, časně koitarché (první pohlavní styk), jiné sexuálně přenosné choroby a dlouhodobé užívání kombinované hormonální antikoncepce.

Prekancerózy děložního hrdla lze rozdělit podle stupně změn:

- **Low-grade léze** – změny lehkého stupně, která ve většině případů, sám organismus ženy dokáže zlikvidovat i bez chirurgického zákroku
- **High-grade léze** – změny vysokého stupně, které lze ošetřit jednoduchým chirurgickým zákrokem

Tab. 1. Klasifikace prekanceróz děložního hrdla

Dle WHO	Dle Richarta	
Lehká dysplázie	CIN I	LG léze- změny buněk a architektiky v dolní 1/3 tloušťky epitelu
Střední dysplázie	CIN II	HG léze
Těžká dysplázie	CIN III	HG léze- hrubé buněčné, jaderné i architektonické změny v celé tloušťce epitelu
Carcinoma in situ	CIN III	HG

Mechanismy účinků přispívajících faktorů

Tabakismus nepříznivě ovlivňuje všechny složky imunitních mechanismů a snižuje pravděpodobnost spontánního clearance infekce HPV.

Časně koitarché usnadňuje vstup infekce přes fragilní nezralé děložní hrdlo mladých žen. Optimální hranice pro začátek sexuálního života je po 17. až 18. roce.

Promiskuita ohrožuje ženy s narůstajícím počtem sexuálních partnerů a s narůstajícím počtem rizika přenosu HPV infekcí a dalších sexuálně přenosných chorob. Přítomnost

pohlavních chorob a jejich recidiva, zvláště v případě infekce způsobené chlamydiemi, nepříznivě ovlivňuje lokální imunitní pochody, poškozují děložní hrdlo a usnadňuje tak vstup HPV do buněk.

Vrozené imunodeficiencie a získané poruchy imunity (Crohnova choroba, systémový lupus, imunosuprese po transplantaci, HIV aj.) snižují pravděpodobnost, že dojde ke spontánní clearance HPV infekce, stejně jako kouření.

K diagnostice prekanceróz děložního hrdla slouží prebioptické metody a cílená biopsie. Triáda prebioptických metod je tvořena kolposkopií, vyšetření cytologického stěru a HPV testem. Ve vybraných případech suspektní invaze lze využít i onkogynekologické ultrazvukové vyšetření s transabdominálním, transvaginálním a intrarektálním přístupem. Kolposkopie je technika využívající přímého zobrazení pomocí binokulárního optického zvětšovacího systému. Pomocí kolposkopu lze vyšetřit zevní rodidla, perineum, perianální oblast, pochvu a děložní hrdlo. Při vyšetření lze použít i roztoky kyseliny octové, Lugolův roztok, roztok toluidinové modři, které je nutné nanášet tlustým vatovým tampónem na vyšetřovanou oblast, na dobu dlouhou minimálně 15-20 sekund. Kolposkopie spojená s použitím roztoku se nazývá rozšířená kolposkopie. Aplikace roztoku slouží k zvýraznění přítomnosti možných změn a eliminaci faktorů ztěžujících vyšetření. Převážná většina změn je diagnostikována teprve při posouzení jejich dynamiky v časovém průběhu po aplikaci kyseliny octové.

5.1.3 Prekancerózy endometria

Incidence prekanceróz endometria mírně narůstá a maximum nálezu je u žen mezi 50. a 60. rokem života. Karcinoma in situ (CIS) endometria je prekancerózou pro karcinom endometria II. typu. Je vzácným nálezem u žen v postmenopauze. Atypická hyperplazie endometria je prekancerózou pro I. typ adenokarcinomu endometria. Nejčastěji je diagnostikována u žen v perimenopauze. Etiopatogeneze CIS endometria není známa. Pravděpodobně jde o kumulaci mutací souvisejících s věkem pacientek. Maligní potenciál hyperplazií je až 20%. Rizikovým faktorem je vliv estrogenů při absolutním či relativním hyperestrinismu (časné menarche, pozdní menopauza, nuliparita, anovulace, obezita, pozitivní rodinná anamnéza, exogenní přísun estrogenů, užívání Tamoxifenu déle jak 5 let). Příznakem CIS endometria je nejčastěji krvavý fluor nebo nepravidelné krvácení. Pro diagnostiku prekancerózy endometria je nutný odběr biopsie. Preferováno je provedení hysteroskopie s cílenou biopsií nebo hysteroskopie s následnou kyretáží.

5.2 Zhoubné nádory v gynekologii

5.2.1 Prevence a screening zhoubných nádorů v gynekologii

Preventivní péči v gynekologii lze rozdělit na čtyři úrovně:

Primární prevence

Cílem primární prevence je snížení výskytu zhoubných nádorů. Ukazatelem úspěšnosti primární prevence je snížení incidence a v gynekologii jde především o:

- boj proti kouření a podpora programů pro odvykání, boj proti alkoholismu
- vakcinace proti papilomavirům
- boj proti obezitě a výchova ke zdravé výživě
- profylaktické chirurgické zákroky v indikovaných případech hereditárního rizika
- preventivní programy zaměřené na prevenci rizikového sexuálního chování

Sekundární prevence

Je zaměřena na záchyt onemocnění v časném stádiu a záchyt prekanceróz. Ukazatelem úspěšnosti sekundární prevence je snížení mortality a nástrojem sekundární prevence je screening a vyhledávání a dispenzarizaci jedinců s hereditárním rizikem vzniku nádoru.

Terciární prevence

Hlavním cílem je záchyt recidivy nádorů a časně zahájení terapie. Nástrojem terciární prevence je efektivní dispenzární systém. Nutností je komplexní provádění preventivní péče, protože prevence zaměřená jen na recidivu nádoru může zanedbat jiná onkologická onemocnění, které přímo nesouvisí s nádorem, u kterého sledujeme možnou recidivu. Ukazatelem úspěšnosti terciární prevence je délka celkového přežití.

Kvartérní prevence

Úkolem kvartérní prevence je předcházet a předvídat důsledky již rozvinutého a nevyléčitelného onkologického onemocnění. Ukazatelem účinnosti kvartérní prevence je kvalita života onkologicky nemocných. Prevence je orientována zejména na efektivní léčbu bolesti, podporu výživy, psychosociální podporu a péči při omezení soběstačnosti.

Obsahem preventivních prohlídek v oboru gynekologie a porodnictví, které se provádějí od 15 let a následovně 1krát ročně je:

- rodinná, osobní, pracovní anamnéza a její aktualizace se zřetelem na známé rizikové faktory
- aspexe kůže
- vyšetření prsů (aspexe, prohmatání prsů a regionálních mízních uzlin)
- vyšetření v zrcadlech, kolposkopické vyšetření (u virgo žen vaginoskopie)
- odběr materiálu z děložního čípku k cytologickému a bakteriologickému vyšetření (eventuálně i k virologickému vyšetření)
- palpační bimanuální vyšetření
- vyšetření per rectum
- poučení o významu preventivní protirakovinné prohlídky
- nácvik samovyšetření prsů
- vyplnění průvodky k cytologickému a bakteriologickému, eventuálně i virologickému vyšetření (vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č.56/1997 Sb.)

V prosinci roku 2009 bylo preventivní gynekologické vyšetření obohaceno a pozměněno v následujících bodech:

- klinické vyšetření prsů v 15 letech a dále od 25 let věku při pozitivní rodinné anamnéze na dědičný či familiární výskyt zhoubného nádoru prsu nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů
- palpační vyšetření regionálních mízních uzlin v oblasti pohlavních orgánů
- nácvik samovyšetření prsů při první prohlídce registrujícího lékaře
- u žen od 45 let věku předání doporučení k provedení screeningového mamografického vyšetření a nezbytných doplňujících vyšetření ve dvouletých intervalech. Jestliže žena již absolvovala vyšetření v období kratším než dva roky a je k dispozici výsledek, vyšetření se nezajišťuje.

5.2.2 Karcinom vulvy

„V roce 2003 bylo v České republice diagnostikováno 190 karcinomů vulvy, tj. 3,6 případů na 100 tisíc žen. Před 35. rokem věku se karcinom vulvy vyskytuje sporadicky a jeho incidence strmě narůstá po 50. roce věku.“ (Cibula, Petruželka a kol., 2009, str. 343) V oblasti vulvy se vyskytuje široké spektrum benigních i maligních nádorů. Etiopatogeneze karcinomu vulvy je rozdílná pro tzv. typ I. a typ II. Typ I. má svoji asociaci s HPV infekcí některé rizikové faktory blízké karcinomu děložního hrdla. Mezi rizikové faktory patří kouření, chronická iritace vulvy (chronický zánět), špatná hygiena, věk a nízký socioekonomický status. V prognóze má významnou roli věk, celkový stav ženy, velikost léze, hloubka invaze a postižení lymfatických uzlin. Diagnostika se uskutečňuje pomocí fyzikálního vyšetření, ultrazvukového vyšetření, magnetické rezonance a computerové tomografie. Užitečným sérovým tumorovým markerem pro odhad rozsahu onemocnění, prognózy a zachycení recidivy je marker SCCA, případně CYFRA-21-1. Některá pracoviště však v případě tohoto onemocnění vyšetření markerů v rutinní praxi nepoužívají.

5.2.3 Karcinom pochvy

Zhoubné nádory pochvy se vyskytují především u starších žen. Vzácně mohou být diagnostikovány i po 30. roce věku. Nádory pochvy mají (stejně jako karcinom děložního hrdla a I. typu karcinomu vulvy) vztah k infekci lidskými papilomaviry. Vyšetření na HPV infekci je u tohoto nádoru v 65-80% pozitivní. Další rizikové faktory jsou vyšší věk, výskyt jiného karcinomu nebo prekancerózy, stav po radioterapii pánve, iritace pochvy (prolaps, pesary), tabakismus a poševní intraepiteliální neoplazie progredující do karcinomu pochvy v 3-7% případů. Diagnóza a staging je založena na klinickém vyšetření.

5.2.4 Karcinom děložního hrdla

„Karcinom děložního hrdla je v rozvojových zemích (Afrika, Asie, Jižní Amerika) na druhém místě ve výskytu zhoubných nádorů žen. Nejvíce jsou postiženy ženy se špatným sociálním postavením.“ (Cibula, Petruželka a kol., 2009, str. 383) Dalšími rizikovými faktory je časné zahájení pohlavního života před 16. rokem věku, promiskuita (10 a více partnerů zvyšuje riziko 2-3krát), rizikový (promiskuitní) partner, sexuálně přenosné choroby, kouření, multiparita (všeobecně vyšší riziko od 3 a více porodů, toto riziko neplatí u adenokarcinomu děložního hrdla), nízký věk prvního porodu související se vzorcem

sexuálního chování, HIV pozitivita, imunodeficiencie a imunosuprese, hormonální kontracepce, dieta s nedostatkem fosfátů, betakaroténu a vitamínu C, rodinná zátěž a absence cytologického screeningu. HPV infekce má v etiologii karcinomu děložního hrdla zásadní význam. Celkem 99,7% případů karcinomu děložního hrdla je HPV pozitivních. Na přibližně 70% se podílí typy 16 a 18, na dalších 20% typy 31, 33, 45, 52 a 58. Kvalitní znalost etiopatogeneze a vyvolávajícího činitele dělají z nádorů děložního hrdla nejlépe preventabilní zhoubný nádor v gynekologii. Základem screeningového programu je onkologická cytologie, která je vysoce specifická (97%), ale v jednorázovém provedení málo senzitivní (60%). Citlivost cytologického stěru lze zvýšit opakováním stěru. V roce 1998 byl vytvořen návrh na screeningový program pro Českou republiku. Pilotní projekt byl zaměřen na nejrizikovější skupinu a to ženy ve věku mezi 35.-50. rokem života. Neutěšená epidemiologická situace vedla v roce 2007 k přijetí kompromisního programu pro screening karcinomu děložního hrdla. Jeho metodika vyšla ve věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 7/2007 jako „Kritéria pro screening karcinomu děložního hrdla v ČR.“ Organizace a průběh programu je kontrolován Komisí Ministerstva zdravotnictví pro screening karcinomu děložního hrdla. Hlavním pozitivem programu je podmínka soustředit diagnostiku na specializovaná pracoviště, která splňují technické, personální a kvalifikační předpoklady. Program doporučuje pravidelné roční cytologického vyšetření. Cytologické vyšetření stěru z děložního čípku je vyšetřovací metoda, při které se pomocí světelného mikroskopu hodnotí preparované a barevně znázorněné buněčné populace. Všechny suspektní výsledky předává cytotechnolog ke zhodnocení lékaři. Minimálně 10% náhodně vybraných preparátů podléhá dvojí kontrole (rescreening). Preparáty jsou zpětně kontrolovány také případech, kde se objeví nesouhlas histologického a cytologického nálezu. O nálezu je vedena zdravotnická dokumentace, která je archivována nejméně 10 let. Nález je předán zpět příslušnému pracovišti gynekologa a preparáty jsou archivovány po dobu 5 let.

Diagnostika karcinomu děložního hrdla je založena na klinickém vyšetření, které zahrnuje komplexní gynekologické vyšetření s kolposkopií a bioptickou verifikací léze. Dalším krokem v diagnostice je minibiopsie, kónizace děložního čípku, ultrazvukové vyšetření, magnetická rezonance, CT, PET a vyšetření sérových tumorových markerů.

5.2.5 Karcinom endometria

„V roce 2003 bylo v ČR diagnostikováno 1691 karcinomů endometria, tj. 32,3 případů na 100 tisíc žen. Téměř 75% pacientek je diagnostikováno v I. stádiu choroby. Věkový medián pacientek s diagnostikovaným karcinomem endometria je 61 let, při maximu výskytu mezi 50 až 59. rokem. Celkem 20-25% případů je diagnostikováno před menopauzou a 5% před 40. rokem života. Zajímavá data pocházející z USA potvrzují 2krát vyšší mortalitu u afroamerických žen než u bílé populace, zatímco incidence je u nich 1,4krát nižší.“ (Cibula, Petruželka a kol., 2009, str. 455)

Karcinomy endometria lze rozdělit na tzv. I. typ – hormonálně dependentní, vznikající na terénu hyperplastického endometria. I. typ tvoří 80% všech případů. Typ II. – s nejasnou etiopatogenezí postihuje ženy starší a vzniká na terénu atrofického endometria. Mezi rizikové faktory u I. typu patří střední věk, časná menarche, pozdní menopauza (nad 52 let věku), nulipara, sterilita, obezita, diabetes mellitus zejména I. typu, hypertenzní choroba, estrogenní substituční léčba, aplikace tamoxifenu (např. v adjuvantní léčbě karcinomu prsu), syndrom polycystických ovarií a hyperplazie endometria. Dále zde patří genetické riziko (HNPCC - hereditární kolorektální karcinom má celoživotní 40-60% riziko karcinomu endometria, zvýšené riziko karcinomu endometria u nositelek BRCA mutací bylo potvrzeno jen u uživatelek tamoxifenu), stp. radioterapii pánve a kavkazská rasa u které je incidence je 2krát vyšší. Kromě rizikových faktorů jsou známy i protektivní faktory jako je počet těhotenství (po 1. porodu se riziko snižuje o polovinu oproti ženě nerodivší), hormonální kontracepce, fyzická aktivita, strava bohatá na ovoce, zeleninu a vlákniny (betakarotén a vitamin C snižují riziko). Primární prevence u karcinomu endometria je zaměřena na omezení nutričních, reprodukčních a osobnostních faktorů, které vedou k vyšší produkci neoponovaných estrogenů. V současné době není rozpracována žádná metoda splňující požadavky pro efektivní screening. Dominantní postavení má transvaginální ultrazvuk, kterým lze posoudit výšku endometria, jeho homogenitu, ohraničení a patologie či abnormality myometria. Při abnormálním nálezu je indikace k bioptickému ověření (preferenčně hysteroskopicky). U žen symptomatických – krvácejících, a to především v postmenopauze, má ultrazvuk spíše diagnosticko-terapeutickou funkci. Zcela zvláštní skupinou jsou ženy s hereditární dispozicí ke vzniku karcinomu endometria - nositelky mutace v genech BRCA. Tyto ženy by měly být nejen pravidelně sledovány, ale kromě toho by měla být odebírána biopsie endometria a vyšetřována sérová hodnota markeru CA 125. V rámci primární prevence pak i provedení

hysterektomie. Ženy s postmenopauzálním krvácením by měly podstoupit nejprve ultrazvukové transvaginální vyšetření a teprve při abnormálním nálezu by měly podstoupit bioptické vyšetření endometria. Magnetická rezonance je z důvodu dostatečnosti ultrazvukového vyšetření indikovaná výjimečně. Computerová tomografie je využívána spíše u pokročilejších nádorů. Ani jedna z těchto metod však nemůže nahradit chirurgický staging endometriálního karcinomu, který je využíván od roku 1988 a podává přesné informace o rozsahu onemocnění.

5.2.6 Karcinomy ovaria

Epitelové nádory

Z nádorů ovarií jsou v 85-95% tyto nádory epitelového původu. Karcinom ovaria je ročně příčinou 700 úmrtí v České republice. Přestože je karcinomu ovaria a jeho léčbě věnována velká pozornost, výsledky přežití pacientek se za posledních 20 let zlepšily minimálně. Věkový průměr výskytu epitelového karcinomu ovaria je kolem 60-65 let. Incidence narůstá s věkem ženy, ale předpokládá se, že v průběhu 10 let incidence tohoto onemocnění klesne v důsledku vlivu hormonální antikoncepce. U mladších žen se objevuje v souvislosti s hereditárními syndromy (BRCA 1, BRCA 2, Lynchův syndrom). Ostatní zhoubné nádory vaječníku představují 7-15% případů. Jde o granulózový nádor ze zárodečných pruhů, vyskytující se asi v 4-7% a to nejčastěji po menopauze a dysgermiom ze zárodečných buněk tvořící asi 4%, jehož pětileté přežívání dosahuje 90% pacientek díky jeho vysoké chemosenzitivitě. Tyto dva typy nádorů postihují mladé ženy v 2. a 3. dekádě života. Prognóza karcinomu ovaria je závislá zejména na stádiu onemocnění v době stanovení diagnózy. Borderline tumory ovaria jsou zvláštní skupinou tvořící asi 10-15% ovariálních nádorů, které byly v minulosti považovány za prekancerózní stavy invazivních karcinomů. Borderline tumory se vyznačují vynikající prognózou a nízkou recidivou. Medián věku manifestace borderline nádorů je 46 let. U invazivního karcinomu ovarií je to 56-60 let. V předoperační diagnostice se uplatňuje vyšetření markerů Ca 125, který je u borderline nádorů nízký. V posledních letech byly definovány ultrazvukové markery s vysokou specificitou, které predikují přítomnost borderline tumoru. Definitivní diagnostikou borderline tumorů však zůstává pouze histopatologické vyšetření. Některé rizikové faktory ovariálního karcinomu mají vztah k celkovému počtu ovulací. Mezi rizikové faktory patří nulipara nebo 1. dítě po 30. roce věku, časná menarche a pozdní menopauza, věk (dvě třetiny nemocných žen mají nad 55 let, polovina nemocných žen nad

63 let), hormonální substituční léčba (především substituce estrogenní), endometrióza, obezita, azbest, kouření, alkohol, rodinná a osobní anamnéza (karcinom prsu, endometria, kolorektálního karcinomu). Dalším rizikovým faktorem je sterilita, která je riziková jak sama o sobě, tak zejména v případě neúspěšné léčby, z důvodu podávání preparátů stimulujících ovulaci. Tyto nežádoucí účinky stimulujících preparátů jsou sporné a vyžadují přesné a dobře připravené studie. Vzhledem ke špatným výsledkům léčby tumorů ovaríí, jsou v diskusi dvě rozdílné strategie prevence a screeningu. Jedním z nich je populační screening, který by využíval pravidelná vyšetření hladiny markeru Ca 125, ultrazvukové transvaginální vyšetření nebo jejich kombinaci. Populační screening je v případě tohoto onemocnění náročný, málo efektivní a neekonomický, z důvodu relativně nízké incidence choroby a nejednoznačným výsledkům studií. V současné době probíhají studie zkoumající možnost využití proteomiky nebo sérových protilátek nádorových antigenů právě pro populační screening. Druhou strategií je screening familiárních karcinomů ovaria, které tvoří asi 10-15% případů. Dosavadní studie zabývající se možností použití druhé strategie přinášejí nejednoznačné výsledky. Diagnostika zakládá na symptomatologii pokročilejšího onemocnění nebo na možnosti odhalení pánevního nádoru, při gynekologickém nebo ultrazvukovém vyšetření. V tomto případě by měla být pacientka odeslána na specializované onkogynekologické pracoviště k histologickému vyšetření pomocí miniinvazivních metod (biopsie tenkou/silnou jehlou). Diferenciální diagnostika je založena na gynekologickém ultrazvukovém vyšetření, který s vysokou přesností diagnostikuje nádor a pomocí kterého lze odlišit, zda se jedná o benigní či maligní nádor. „Podle předběžné studie International ovarian tumor analysis, se ultrazvuk osvědčil jako přesná metoda v predikci histotypu ovariálního nádoru se senzitivitou 87,7%, specificitou 92,6%.“ (Cibula, Petruželka a kol., 2009, str. 529)

5.2.7 Karcinom vejcovodu

Karcinom vejcovodu je nejméně častý zhoubný nádor ženských reprodukčních orgánů a jeho podíl celkově nepřesahuje 1% ze všech zhoubných gynekologických nádorů. V 10-25% se objevuje bilaterálně a nejčastěji u infertilních žen. Mezi rizikové faktory patří vyšší věk (dvě třetiny případů jsou postmenopauzální), mutace BRCA 1, BRCA 2 a rodinná zátěž s karcinomem prsu a ovaria.

6 OSTEOPORÓZA

Osteoporóza je progresivní systémové onemocnění skeletu, charakterizované úbytkem kostní hmoty s následnou vyšší fragilitou kostí a zvýšeným rizikem zlomenin. Předpokládá se, že více jak 30% žen mladších 75 let má traumatické zlomeniny obratlových těl, což je nejčastějším klinickým projevem osteoporózy. Ženy s anamnézou zlomeniny obratlového těla, jsou 2-3krát ohroženější následnou zlomeninou krčku kosti stehenní a 1-4krát ohroženější zlomeninou předloktí. Osteoporóza je závažné onemocnění, které způsobuje miliony zlomenin ročně ve všech zemích světa. Kost je složena z kolagenu typu I vyztuženého krystalky kalcia a hydroxyapatitu. Obsah minerálů ovlivňuje funkci kosti. Lidská kost je asi z 60% mineralizovaná. Existují dva typy mineralizace. Primární mineralizace je rychlé ukládání minerálů do kostní matrix během remodelačního cyklu. Sekundární mineralizace je pomalé zvětšování uložených krystalků. Kostní modelace a konstrukce vede k tvoření velikosti a tvaru kosti. Remodelace vede pomocí osteoklastů a osteoblastů k rekonstrukci kosti. Osteoklasty resorbují matrix a mikrotrhliny a osteoblasty následně ukládají novou kost. Osteoblasty, které jsou uvězněny ve vlastní matrix, se stávají osteocyty, což jsou nejpočetnější a nejdéle žijící buňky v lidské kosti. Pravděpodobně jde o buňky, které signalizují nutnost reparace na nejvíce namáhaných místech kosti. Osteocyty podléhají apoptóze, kterou způsobuje pokročilý věk, terapie kortikoidy a ztráta estrogenů.

6.1 Rizikové faktory osteoporózy

Cílem léčby osteoporózy je udržení kvality kostní hmoty a tím snížení rizika zlomenin. Léčba zlomenin je velmi nákladná a zdlouhavá. Proto se lékaři zabývají zjišťováním rizikových faktorů, které lze rozdělit na rizikové faktory nezávislé na kostní denzitě a závislé na kostní denzitě. Do první skupiny patří věk, předchozí fraktura, anamnéza zlomeniny krčku stehenní kosti v rodině, příjem glukokortikoidů, tabakismus, alkoholismus, revmatoidní artritida a body mass index nižší než 19. Do druhé skupiny patří neléčený hypogonadismus, malabsorbce, endokrinní onemocnění, chronická onemocnění ledvin a jater, imobilizace a chronická obstrukční plicní nemoc. Podle Světové zdravotnické organizace jsou rizikové faktory osteoporózy u žen asi 3krát vyšší než u mužů a to nezávisle na věku. Obecně je zdůrazňován významný vliv postmenopauzy a ovariálního selhání. Dva nejdůležitější rizikové faktory pro vznik osteoporózy jsou snížení BDM (bone mineral density) v době kostní zralosti a urychlení kostní ztráty v menopauze.

6.2 Prevence osteoporózy

Nejlépe je zahájit prevenci již v dětství, jelikož se 30% kostní hmoty vytvoří od narození do 3 let věku. Od 3 let do puberty se vytvoří dalších 20%, v období puberty dalších 30-40% a od konce puberty do třiceti let věku se vytvoří zbývajících 15-20%. V období růstu dětí je skoro 75% přijatého kalcia vstřebáno, zatímco u dospělého člověka je to jen mezi 30 až 50%. Kalcium, hořčík, vitaminy D, C a K jsou hlavní složky potravy, které přispívají k rozvoji kostní tkáně. Doporučená denní dávka kalcia u nemocných osteoporózou a u vyšší věkové skupiny je 500 až 1 500 mg/den. U žen od 25 let věku až do menopauzy a u žen po menopauze s hormonální substituční terapií je to 1 000 mg/den. Ženy po menopauze bez hormonální substituční terapie by měly denně přijmout 1 500 mg/den. Optimálním zdrojem kalcia je mléko a mléčné výrobky. Kalcium je také důležitým nehormonálním lékem při léčbě osteoporózy. Vstřebávání kalcia je ovlivněno hladinou vitamínu D (přesněji jeho forma D₃ - cholekalciferol) v krvi. Ideální je, když je hladina vitamínu D v normálu a to můžeme posoudit vyšetřením kalcidiolu v krvi. Absorpce kalcia trvá 4 hodiny probíhá zejména v tenkém střevě, zejména v duodenu a proximálním ileu. Vitamin D se do těla dostává většinou jako prekurzor aktivních metabolitů jako cholekalciferol (vitamin D₃) nebo jako ergokalciferol (vitamin D₂) a metabolizují v játrech a ledvinách. Cholekalciferol je tělo schopno samo tvořit při vystavení ultrafialovému záření. Doporučená denní dávka vitamínu D je 800 až 1 200 IU/den.

Další složkou prevence je pohybová aktivita, zejména sporty, ve kterých se střídá vytrvalostní a rychlostní pohybová složka.

6.3 Diagnostika osteoporózy

Dvouenergiiová rentgenová absorpciometrie (DXA) je v současnosti jednou z nejpoužívanějších metod v diagnostice osteoporózy. Přístroje používají nízké dávky RTG záření o dvou energiích, které je pohlcováno kostní tkání. Základním údajem je měření kostní denzity (BDM-bone mineral density), ale je známo, že nízká BDM je jeden údaj ve spektru rizikových faktorů. Mezi BDM a rizikem vzniku nových zlomenin není lineární vztah. Pevnost kosti je dána materiálovým složením a strukturou kosti. Kost musí být pevná a zároveň ohebná, aby byla schopna absorbovat zátěž, která je na ni vykonávána, aniž by se zlomila. Kostní denzita je jedna z vlastností kostí, která lze změřit. Výsledek kostní denzity je plošná hodnota vyjádřena jako g/cm². Pokud se naměřená hodnota srovná s průměrnou hodnotou mladých jedinců, mluvíme zde o T-skóre. Pokud se naměřená

hodnota srovná s průměrem zdravé populace stejné věkové skupiny jako je vyšetřovaná osoba, mluvíme zde o Z-skóre. Obecně lze říct, že T-skóre má pro odborníky význam diagnostický a Z-skóre spíše terapeutický. Standardně se BMD měří v oblasti L₁-L₄ a proximální části femuru. Při měření lumbální oblasti je nutné vědět o degenerativních změnách páteře a kompresivních zlomeninách obratlů, které výsledek výrazně zkreslují. Existují dva typy denzitometrů. Centrální denzitometr se skládá z velké desky a pohyblivého ramene, které je zavěšeno nad ní. Používá se především k sledování hustoty kostí páteře a pletence pánevního. Periferní denzitometr je menší zařízení ve tvaru krabice s otvorem do kterého klient vloží horní nebo dolní končetinu. Používá se k měření hustoty kostí zápěstí, paty a prstů.

Ultrazvukové vyšetření kosti stanovuje parametry průchodu ultrazvukových vln kostní tkání (speed/velocity of sound) a širokopásmový útlum ultrazvuku (broadband ultrasound attenuation). Toto vyšetření není vhodné pro diagnostiku osteoporózy, pro jeho nízkou přesnost. Radiografické vyšetření je nezbytné k diagnostice obratlových zlomenin a jiných příčin algického syndromu u nemocných, ale nelze jeho pomocí stanovit pokles kostní hmoty. Hodnocení biopsií krčku femuru nebo obratlů prokázalo, že BMD predikuje přibližně 66-74% variability pevnosti kosti. Prediktivní hodnota BMD pro riziko zlomeniny závisí také na věku ženy a anamnéze předchozích zlomenin.

Světová zdravotnická organizace stanovila rozdělení, podle naměřených hodnot kostní denzity:

- normální BMD – T-skóre je do -1,0 SD
- osteopenie – T-skóre je mezi -1,0 a -2,5 SD
- osteoporóza – T- skóre je rovno nebo větší než -2,5 SD

„Důležitým parametrem při hodnocení lidské kosti je pevnost kosti. Pevnost kosti však zatím nelze změřit a je určena objemem kostní hmoty, její geometrií, tloušťkou kortikální kosti, morfologií spongiózní kosti a vnitřními vlastnostmi kostní tkáně. V průběhu života dochází ke změnám v geometrii kosti, tzv. endostální resorpci a současné periostální apozici, průměr kosti se zvyšuje, ale tloušťka kortikální kosti se snižuje. Tento fenomén se týká především oblasti krčku femuru, kde se mechanická zátěž mezi 50.-80. rokem zvyšuje při chůzi až o 20-80%. U žen nad 60 let je prevalence osteoporózy 15%.“ (Broulík, 2009, str. 16) V poslední době se zvažuje, zda by se neměli léčit ženy, které mají osteopenii a mají jiné rizikové faktory. Mezi speciální laboratorní metody využívané při diagnostice, ale

i léčbě osteoporózy patří markery kostní přestavby, a to osteoresorpce a osteoformace. Vyšetření moče nebo krve, ukazující kostní resorpci, zahrnuje C-telopeptid (CTX) – fragment proteinové matrix, N-telopeptid (jiný fragment proteinové matrix), deoxypyridinolin (produkt odbourávání kolagenu s kruhovou strukturou) a pyridinové příčné vazby (crosslinks-skupina štěpných produktů kolagenu, zahrnující deoxypyridinolin. Vyšetření krve na kostní transformaci zahrnují vyšetření kostní alkalické fosfatázy a proteinu tvořeného osteoblasty – osteokalcinu. Je nutno upozornit, že tyto laboratorní metody nejsou specifické jen pro osteoporózu, ale vyšetřují se i u onkologických chorob s vysokým rizikem tvorby kostních metastáz. (Blahoš, Palička, Býma, 2006)

7 DEFINICE ZDRAVÍ

Definice Světové zdravotnické organizace z roku 1964 definuje zdraví jako stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, který nesestává jen z absence nemoci nebo vady. V dnešní době se setkáváme s velmi pestrým pojetím zdraví. Některá pojetí jsou zaměřena zejména na zdraví těla a fyziologický stav člověka, jiná jsou zaměřena spíše na zdraví jako duševní pohodu. Každý z nás si vytváří vlastní žebříček hodnot, který je velmi individuální. Další možnou definicí zdraví je definice podle Davida Seedhouse, která považuje zdraví jako optimální stav zdraví určité osoby. Stav však závisí na souboru podmínek, které umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realistické a biologické možnosti. Souborem podmínek David Seedhouse myslí například základní potřeby (jídlo, pití, teplo), přístup k informacím a asimilace informací o faktorech, které ovlivňují zdraví a ohled na druhé lidi a prostředí. Křivohlavý teorie zdraví zařadil podle toho, jak je zdraví definováno:

- Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly
- Zdraví jako metafyzická síla
- Salutogeneze (vývoj zdraví) a individuální zdroje
- Zdraví jako schopnost adaptace
- Zdraví jako schopnost dobrého fungování
- Zdraví jako zboží
- Zdraví jako ideál

Tyto pokusy o definici zdraví mají mnohé společné. Zdraví chápou jako důležitý jev při uskutečňování a dosahování životních cílů. Popisují zdraví jako dynamický jev, který se pohybuje od kladného (dobré zdraví) k zápornému (nemoc). Dobré zdraví považují za mimořádně důležitou životní hodnotu a kladou důraz na osobní zodpovědnost člověka za jeho vlastní zdravotní stav. (Křivohlavý, 2003)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce jsem nejprve stanovila jasné cíle své práce. Na jejich základě jsem vytvořila hypotézy a pak jsem zvolila metodu dotazníkového šetření.

8.1 Cíle a hypotézy

Cíl č. 1

Zjistit, zda ženy středního věku znají význam gynekologické prevence a jsou seznámeny s výkony, které jim gynekolog při vyšetření provádí.

Cíl č. 2

Zjistit, zda ženy středního věku využívají současné možnosti preventivní gynekologické péče pravidelně 1krát ročně.

Cíl č. 3

Zjistit, zda je v rámci gynekologické prevence ženám středního věku gynekolog palpačně vyšetřuje prsa a předepisuje mamografický screening.

Cíl č. 4

Zjistit, zda ženy ve středním věku jejich praktický lékař nebo gynekolog informuje o prevenci osteoporózy.

Hypotéza č. 1

Domnívám se, že více jak 75% žen středního věku zná význam gynekologické prevence.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že více jak 40% žen je seznámeno s výkony, které jim gynekolog při preventivním vyšetření provádí.

Hypotéza č. 3

Domnívám se, že více jak 75% žen středního věku absolvuje preventivní gynekologické vyšetření pravidelně 1krát ročně.

Hypotéza č. 4

Domnívám se, že více jak 65% respondentek uvede, že jim jejich gynekolog nebo jiný odborník v rámci preventivní péče pravidelně předepíše mamografické vyšetření.

Hypotéza č. 5

Předpokládám, že více jak 30% respondentek uvede, že v rámci gynekologické prevence jim lékař neprovádí palpační vyšetření prsu.

Hypotéza č. 6

Předpokládám, že více jak 65% žen není při návštěvách praktického lékaře nebo gynekologa informováno o riziku a prevenci osteoporózy.

Hypotéza č. 7

Domnívám se, že více jak 95% žen ví, že osteoporóza je onemocnění kostí.

8.2 Dotazníkové šetření

Dotazník měl 16 otázek a byl směřován k ženám ve věku 45-60 let. Výzkum probíhal od prosince 2009 do února 2010. Dotazník byl anonymní a obsahoval celkem 16 otázek. Při tvorbě otázek jsem vycházela z cílů své práce. V dotazníku jsem použila 13 otázek uzavřených, 2 polouzavřené a 1 otevřenou otázku. V otázce č. 1 a 2 jsem zjišťovala údaje o dosaženém vzdělání respondentek a o vztahu ke zdravotnictví ve smyslu profese nebo vzdělání v oblasti zdravotnictví. V otázce č. 3, 4, 5, 7, 8, 9, 13 a 14 jsem se dotazovala na oblast prevence v gynekologii a v otázce č. 6 jsem zjišťovala, zda ženám praktický lékař poskytuje test na přítomnost krve ve stolici. V otázce č. 10, 11 a 12 jsem zjišťovala informovanost žen o osteoporóze a v otázce č. 15 jsem se ptala na názor žen na preventivní péči. V poslední otázce č. 16 jsem se ptala na fyzickou aktivitu žen středního věku. Dotazník je součástí příloh (Příloha P 1).

8.3 Výsledky výzkumu a jeho grafické zpracování

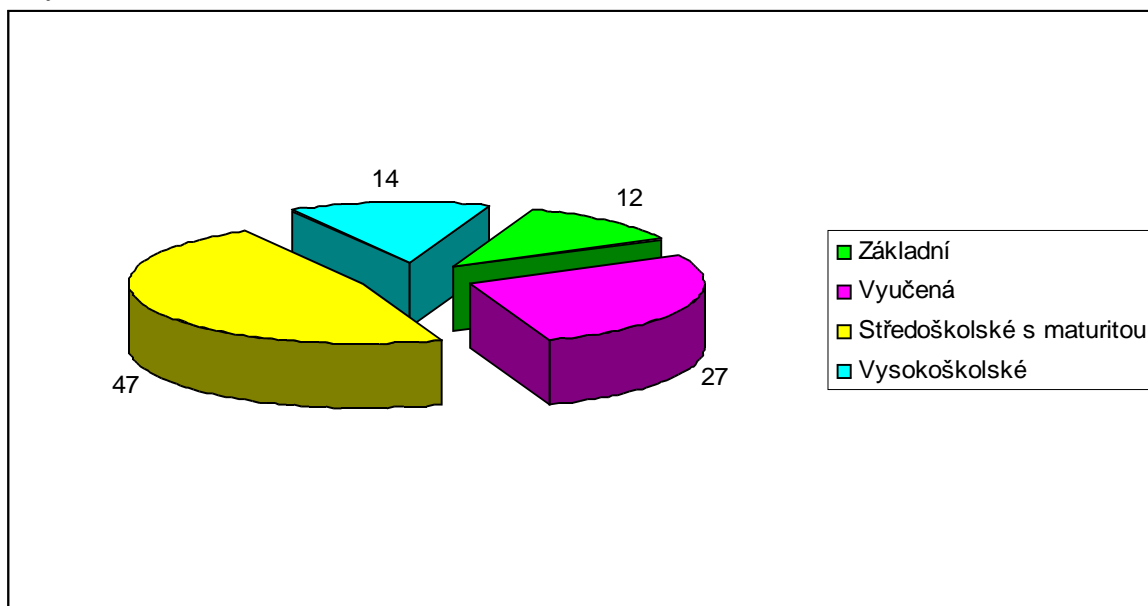
Celkový počet rozdaných dotazníků byl 100 kusů a návratnost byla 100% díky osobnímu kontaktu s respondentkami a vysvětlení smyslu mé práce. Dotazníky jsem rozdala ve Zlínském kraji široké veřejnosti. Získané výsledky jsem zpracovala do přehledných tabulek a grafů.

Otázka č. 1: Jaké je vaše nejvýše dosažené vzdělání?

Tab. 2. Vzdělání žen

Odpověď	Počet žen	Procenta
Základní	12	12%
Vyučená	27	27%
Středoškolské s maturitou	47	47%
Vysokoškolské	14	14%
Celkem	100	100%

Graf 1. Vzdělání žen



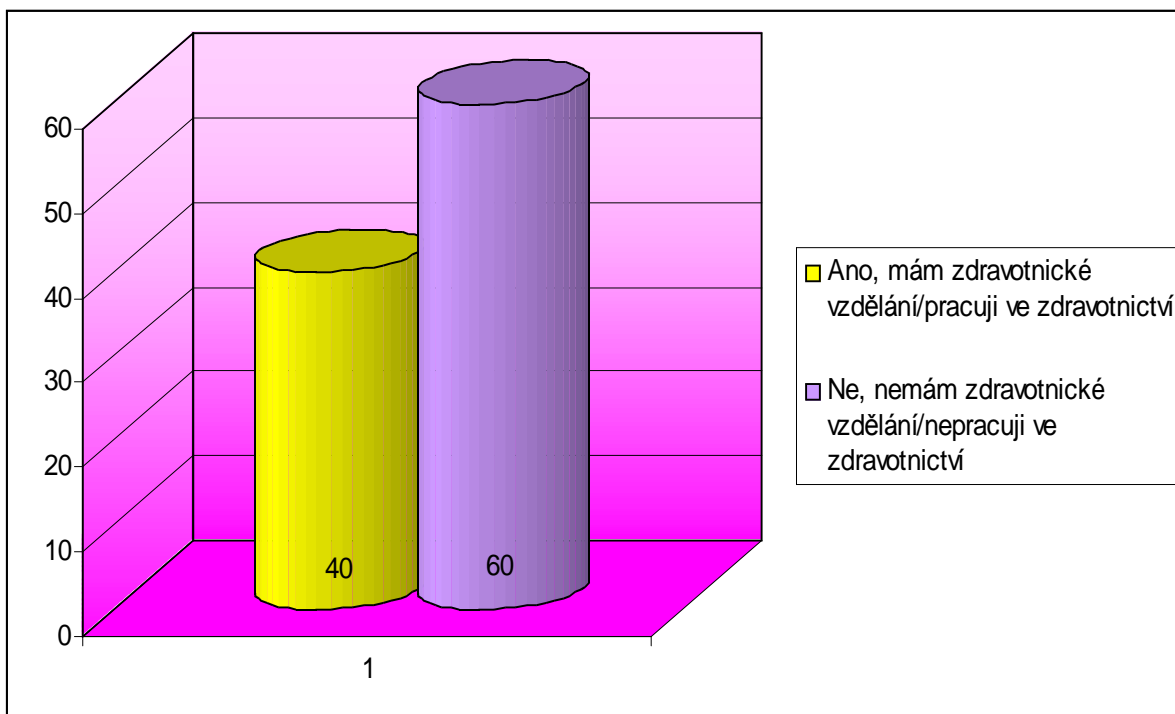
Tato informativní otázka na vzdělání respondentek ukazuje, že nejpočetnější skupinou z celkového počtu jsou ženy se středoškolským vzděláním s maturitou a to 47% žen. Druhou nepočetnější skupinou, jsou ženy se středoškolským vzděláním bez maturity a to 27% žen, 14% žen mělo vysokoškolské vzdělání a 12% žen uvedlo, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je základní.

Otázka č. 2: Máte zdravotnické vzdělání nebo pracujete ve zdravotnictví?

Tab. 3. Zdravotnické vzdělání a zdravotnická profese žen

<i>Odpověď</i>	<i>Počet žen</i>	<i>Procenta</i>
Ano	40	40%
Ne	60	60%
Celkem	100	100%

Graf 2. Zdravotnické vzdělání a zdravotnická profese žen



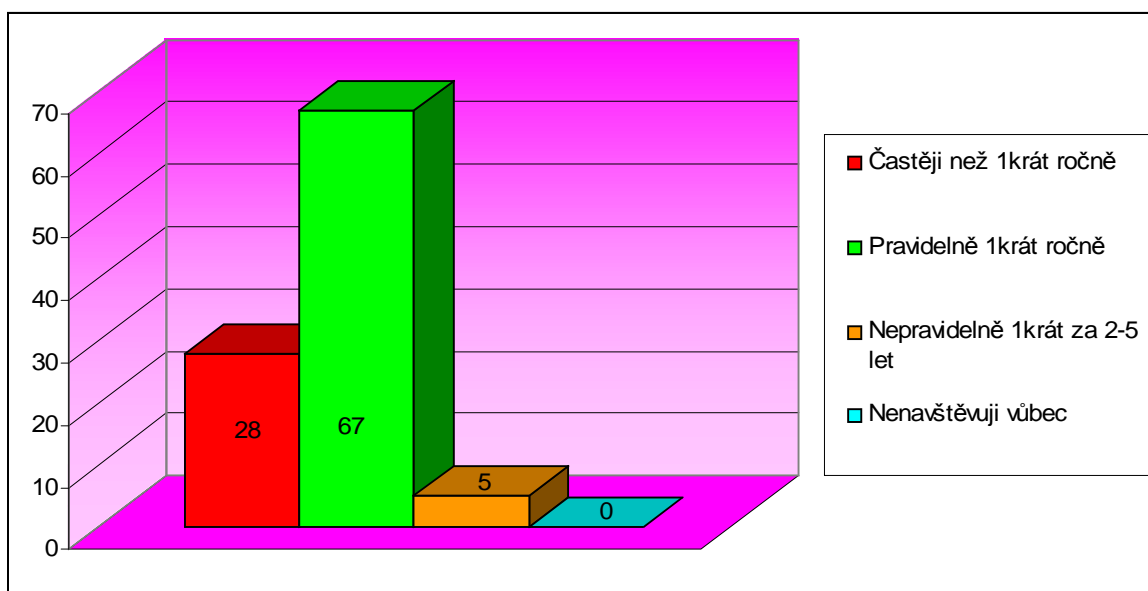
V otázce č. 2 jsem se respondentek dotazovala, zda mají vzdělání týkající se zdravotnictví nebo vykonávají profesi ve zdravotnické oblasti. Otázka byla uzavřená a na výběr měly ženy ze dvou odpovědí. Přesně 60% žen uvedlo, že nemají vzdělání v oblasti zdravotnictví a ani v něm nepracují. Celkem 40% žen uvedlo, že mají zdravotnické vzdělání nebo ve zdravotnictví pracují.

Otázka č. 3: Jak často navštěvujete svého gynekologa za účelem preventivní gynekologické prohlídky?

Tab. 4. Návštěva gynekologa

Odpověď	Počet žen	Procenta
Častěji než 1krát ročně	28	28%
Pravidelně 1krát ročně	67	67%
Nepravidelně 1krát ročně	5	5%
Nenavštěvuji vůbec	0	0%
Celkem	100	100%

Graf 3. Návštěva gynekologa



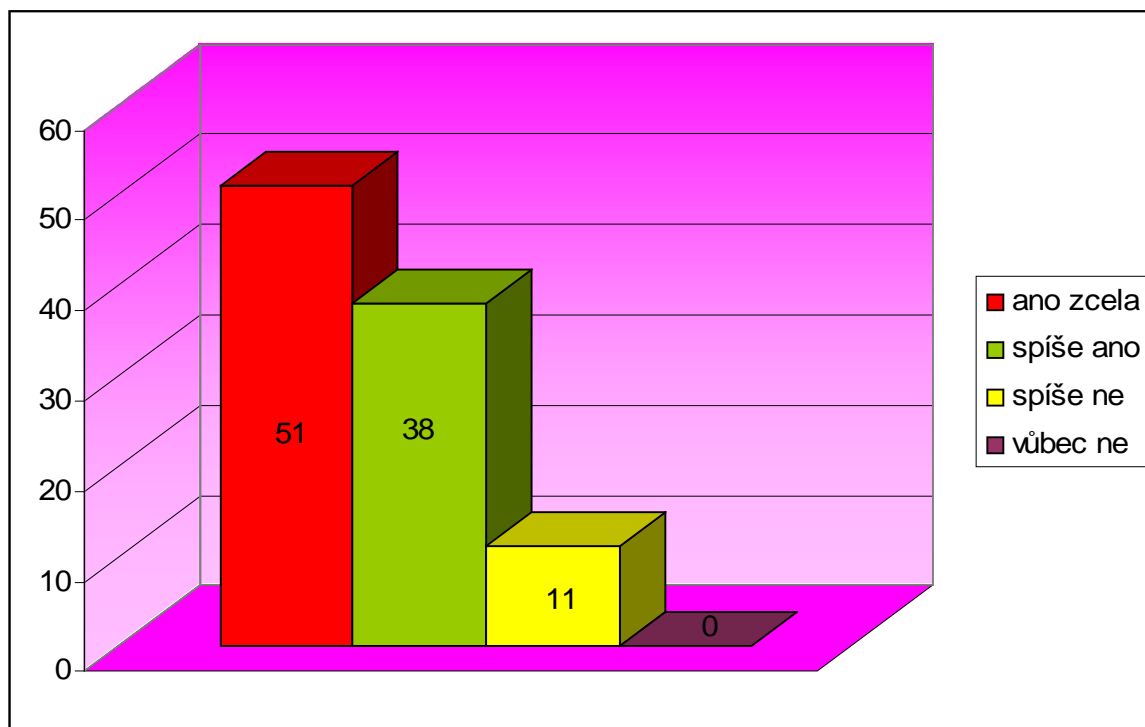
Nejpočetnější skupinou, a to 67 % respondentek byly ženy, které svého gynekologa navštěvují pravidelně 1 krát ročně. 28% žen uvedlo, že navštěvují svého gynekologa častěji než 1krát ročně. Odpověď „nenavštěvuji vůbec“ neoznačila žádná z respondentek. Překvapivě vysoké číslo, a to celkem 95% žen středního věku navštěvuje svého gynekologa minimálně 1krát ročně a během návštěvy absolvují preventivní gynekologické vyšetření. Tento počet žen je velmi uspokojivý. Otázka se mi vztahovala k hypotéze č. 3.

Otázka č. 4: Jste seznámena se všemi výkony, které Vám gynekolog při vyšetření provádí?

Tab. 5. Povědomí žen o výkonech, které jim gynekolog provádí

<i>Odpověď</i>	<i>Počet žen</i>	<i>Procenta</i>
Ano zcela	51	51%
Spíše ano	38	38%
Spíše ne	11	11%
Vůbec ne	0	0%
Celkem	100	100%

Graf 4. Povědomí žen o výkonech, které jim gynekolog provádí



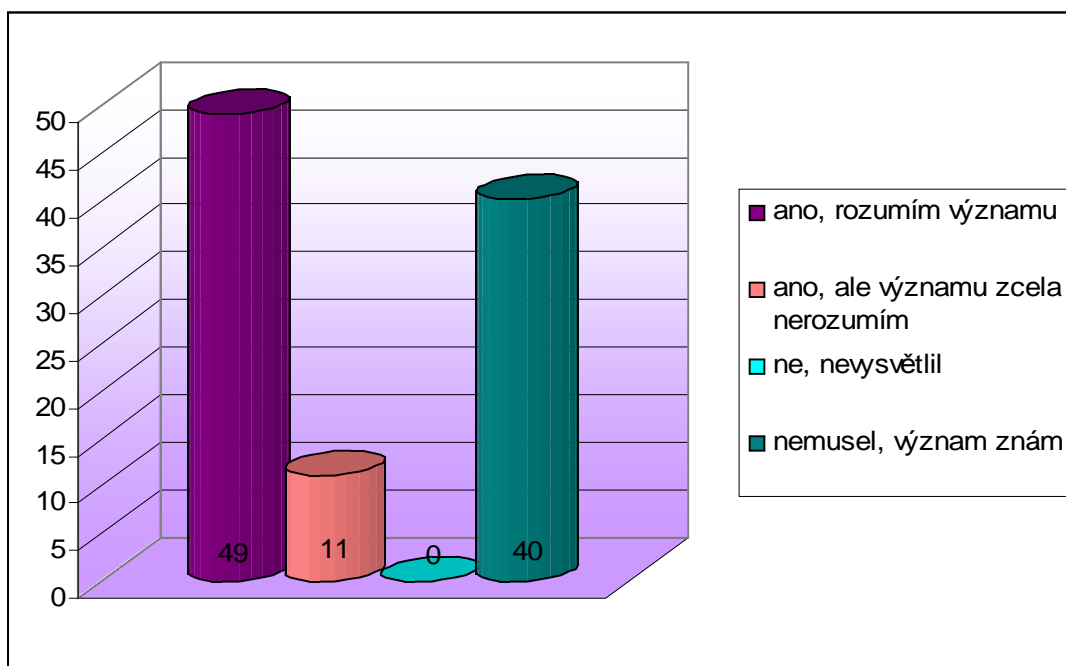
Výsledek stanovil, že 51% žen je zcela obeznámeno výkony při preventivním vyšetření, 38% žen uvedlo, že si nejsou zcela jisty, zda znají všechny prováděné výkony, 11% žen uvedlo, že spíše neví. Ani jedna žena neodpověděla, že vůbec neví a nemá představu o preventivním vyšetření a jeho postupu.

Otázka č. 5: Byl Vám gynekolog srozumitelně vysvětlen význam gynekologické prevence?

Tab. 6. Vysvětlil Vám gynekolog význam gynekologické prevence?

Odpověď	Počet žen	Procenta
Ano, rozumím významu	49	49%
Ano, ale významu zcela nerozumím	11	11%
Ne, nevysvětlil	0	0%
Nemusel vysvětlovat, význam znám	40	40%
Celkem	100	100%

Graf 5. Vysvětlil Vám gynekolog význam gynekologické prevence?



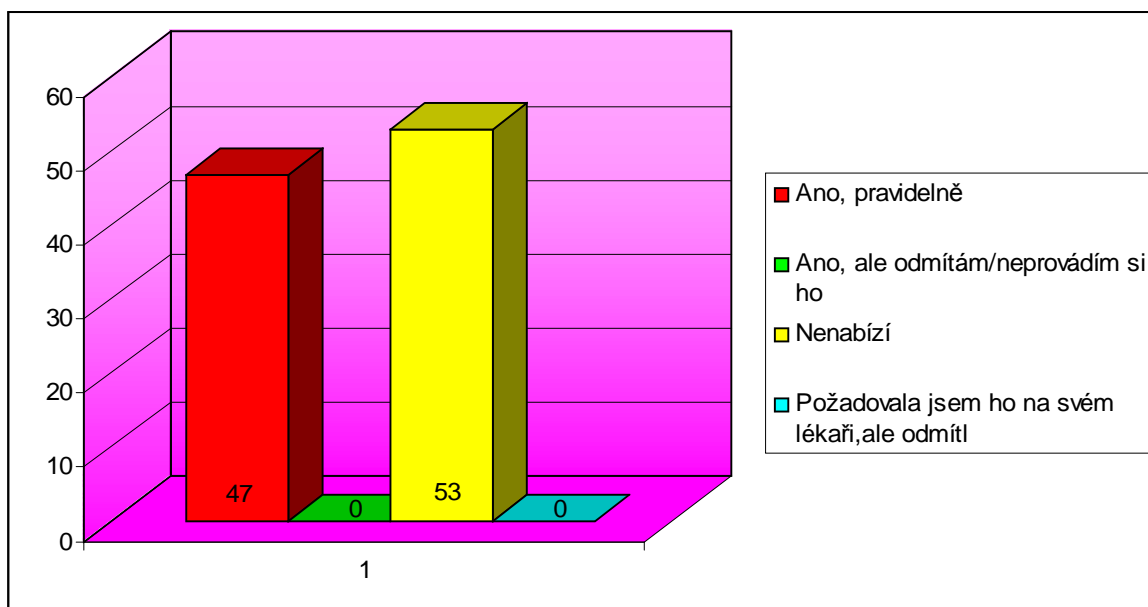
Je potěšující, že ani jedna z respondentek neodpověděla, že by její gynekolog informace o významu gynekologické prevence neposkytl. Získané odpovědi mi umožňují vyhodnotit hypotézu č. 1.

Otázka č. 6: Nabízí Vám váš praktický lékař screeningové vyšetření na kolorektální karcinom tlustého střeva (test na přítomnost krve ve stolici)?

Tab. 7. Nabídka testu na okultní krvácení

Odpověď	Počet žen	Procenta
Ano, pravidelně	47	47%
Ano, ale odmítám/neprovádím ho	0	0%
Nenabízí	53	53%
Požadovala jsem ho, ale odmítl	0	0%
Celkem	100	100%

Graf 6. Nabídka testu na okultní krvácení



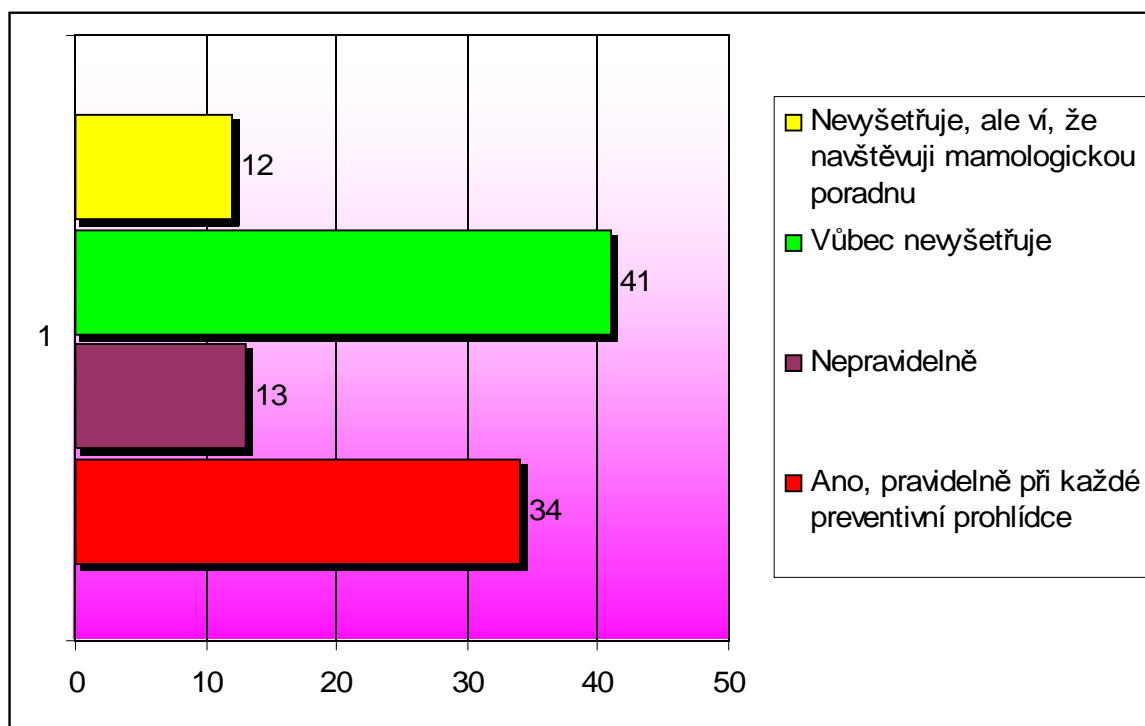
V otázce č. 6 jsem se dotazovala, zda ženám středního věku praktický lékař nabízí test na okultní krvácení do stolice. 47% žen odpovědělo, že jim lékař tento test nabízí pravidelně. 53% žen uvedlo, že jim lékař tento test nenabídl. Jelikož je tento test bezplatně poskytován až ve věku od 50 let a na dotazník odpovídaly respondentky ve věku 45-60 let otázka nelze vyhodnotit. Pozitivním přínosem je fakt, že ani jedna žena neoznčila odpověď, že test odmítla/neprovedla si ho nebo že lékař odmítl test poskytnout.

Otázka č. 7: Vyšetřuje Vám váš gynekolog v rámci gynekologické prevence prsa pohmatem?

Tab. 8. Palpační vyšetření prsů

Odpověď	Počet žen	Procenta
Ano, pravidelně při každé prevent. prohlídce	34	34%
Nepravidelně	13	13%
Vůbec nevyšetřuje	41	41%
Nevyšetřuje, ale ví, že navštěvuji mamolog. poradnu	12	12%
Celkem	100	100%

Graf 7. Palpační vyšetření prsů



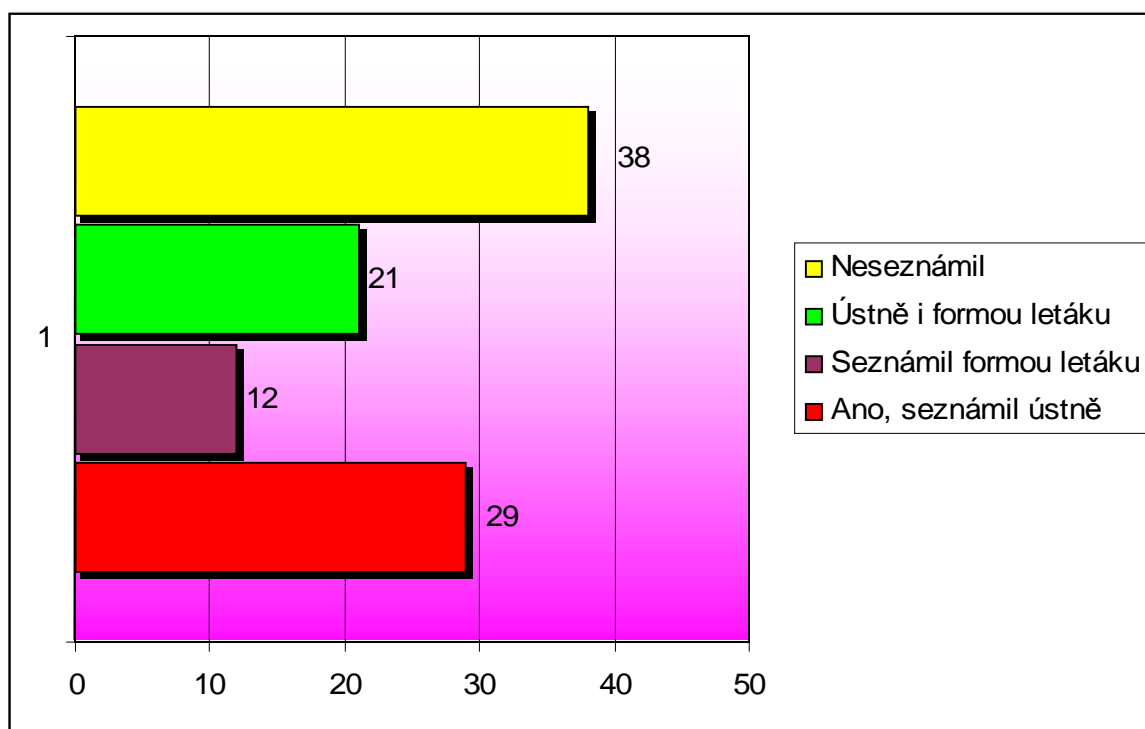
Otázka č. 7 se vztahovala k hypotéze č. 5. Celkem 41% žen uvedlo, že jim gynekolog prsa pohmatem vůbec nevyšetřuje. Naopak 34% žen uvedlo, že jim gynekolog prsa vyšetřuje pravidelně při každé preventivní prohlídce. 13% žen odpovědělo, že jsou vyšetřovány nepravidelně a 12% žen navštěvuje mamologickou poradnu, kde je jim vyšetření prováděno.

Otázka č. 8: Seznámil Vás váš gynekolog s technikou samovyšetření prsů

Tab. 9. Technika samovyšetření prsů

<i>Odpověď</i>	<i>Počet žen</i>	<i>Procenta</i>
Ano, seznámil ústně	29	29%
Seznámil formou letáku	12	12%
Ústně i formou letáku	21	21%
Neseznámil	38	38%
Celkem	100	100%

Graf 8. Technika samovyšetření prsů



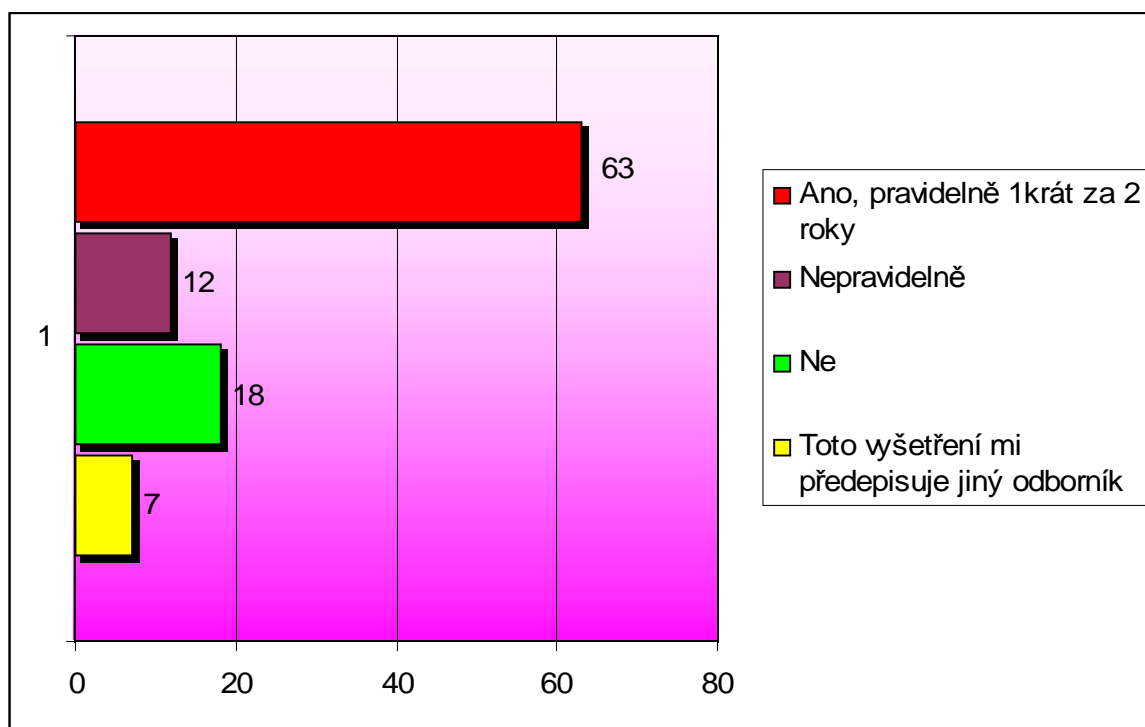
V otázce č. 8 jsem se žen ve středním věku dotazovala, zda je gynekolog při návštěvách seznámil s technikou samovyšetření prsů. Jako neoptimálnější se mi jeví podat informace týkající se samovyšetření prsů ústně i formou letáku. Ženy se mají možnost při rozhovoru zeptat na různé otázky a zkusit si nácvik i prakticky. Leták slouží v případě, když si ženy chtějí objasnit nebo osvěžit tyto informace doma. Ideálně bylo informováno 21% žen- byly informovány formou letáku i ústně, 12% žen byly podány informace pouze formou letáku, pouze ústně bylo informováno 29% žen a plných 38% žen gynekolog s technikou samovyšetření prsů neseznámil ústně ani formou letáku.

Otázka č. 9: Předepisuje Vám gynekolog mamografické vyšetření prsů?

Tab. 10. Předpis mamografického vyšetření

Odpověď	Počet žen	Procenta
Ano, pravidelně 1krát za 2 roky	63	63%
Nepravidelně	12	12%
Ne	18	18%
Toto vyšetření mi předepisuje jiný odborník	7	7%
Celkem	100	100%

Graf 9. Předpis mamografického vyšetření



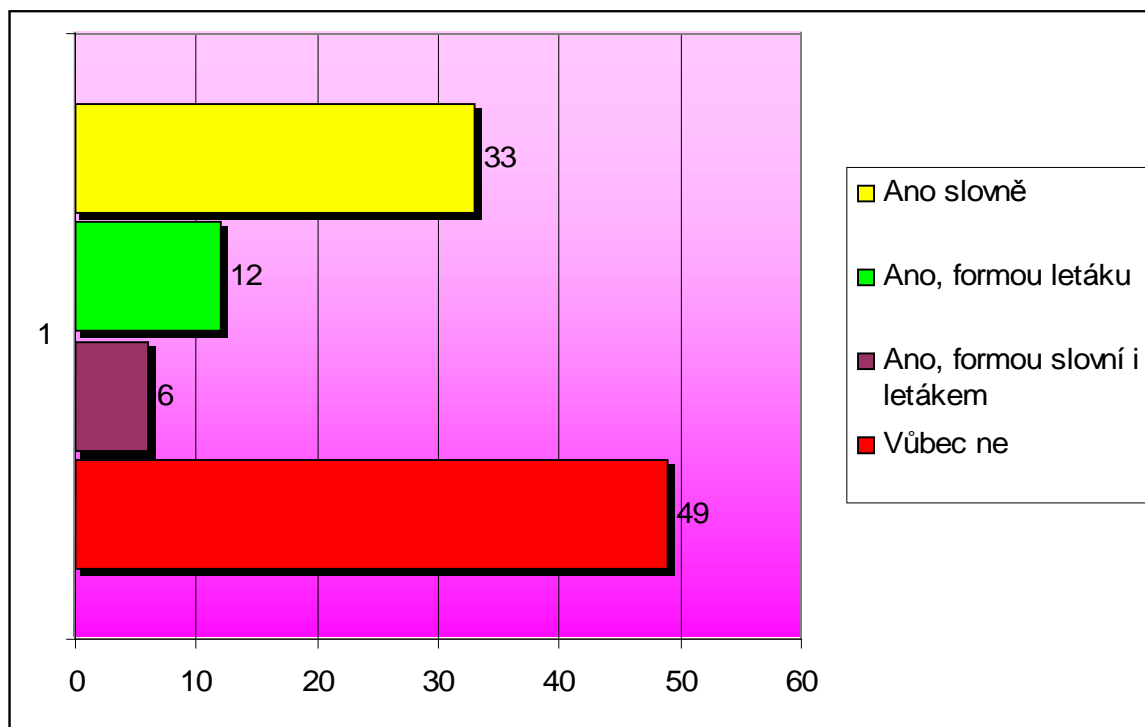
Nejpočetnější skupinou byly ženy, které odpověděly, že jim gynekolog toto vyšetření předepisuje pravidelně 1krát za 2 roky (63%), 7% žen odpovědělo, že jim mamografické vyšetření předepisuje jiný odborník, 12% žen odpovědělo, že jim gynekolog toto vyšetření předepisuje nepravidelně a 18% žen uvedlo, že jim gynekolog mamografické vyšetření nikdy nepředepsal. Celkem 75% žen uvedlo, že jim gynekolog nebo jiný odborník pravidelně předepisuje mamografické vyšetření. Tato otázka se vztahuje k hypotéze č. 4

Otázka č. 10: Byla jste lékařem informována o riziku osteoporózy ve vašem věku a prevenci tohoto onemocnění?

Tab. 11. Informovanost žen o riziku a prevenci osteoporózy

<i>Odpověď</i>	<i>Počet žen</i>	<i>Procent</i>
Ano, slovně	33	33%
Ano, formou letáku	12	12%
Ano, formou slovní i letákem	6	6%
Vůbec ne	49	49%
Celkem	100	100%

Graf 10. Informovanost žen i riziku a prevenci osteoporózy



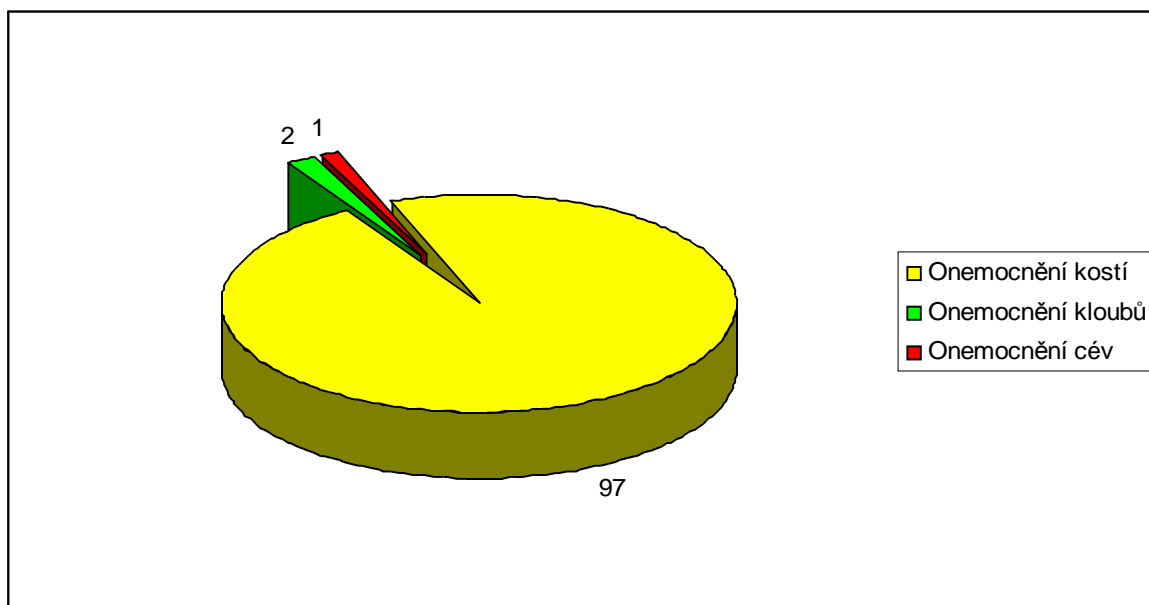
Tato otázka se vztahuje k hypotéze č. 6. Počet žen, které nebyly o tomto onemocnění vůbec informovány bylo 49%. Slovně bylo o tomto onemocnění informováno 33% žen, formou letáku bylo informováno 12 žen a ideálně a to formou slovní i letákem bylo o tomto onemocnění informováno 6% žen.

Otázka č. 11: Víte co je to osteoporóza?

Tab. 12. Informovanost o tom, co je osteoporóza

<i>Odpověď</i>	<i>Počet žen</i>	<i>Procenta</i>
Onemocnění kostí	97	97% %
Onemocnění svalů	0	0%
Onemocnění kloubů	2	2%
Onemocnění cév	1	1%
Celkem	100	100%

Graf 11. Informovanost o tom, co je osteoporóza



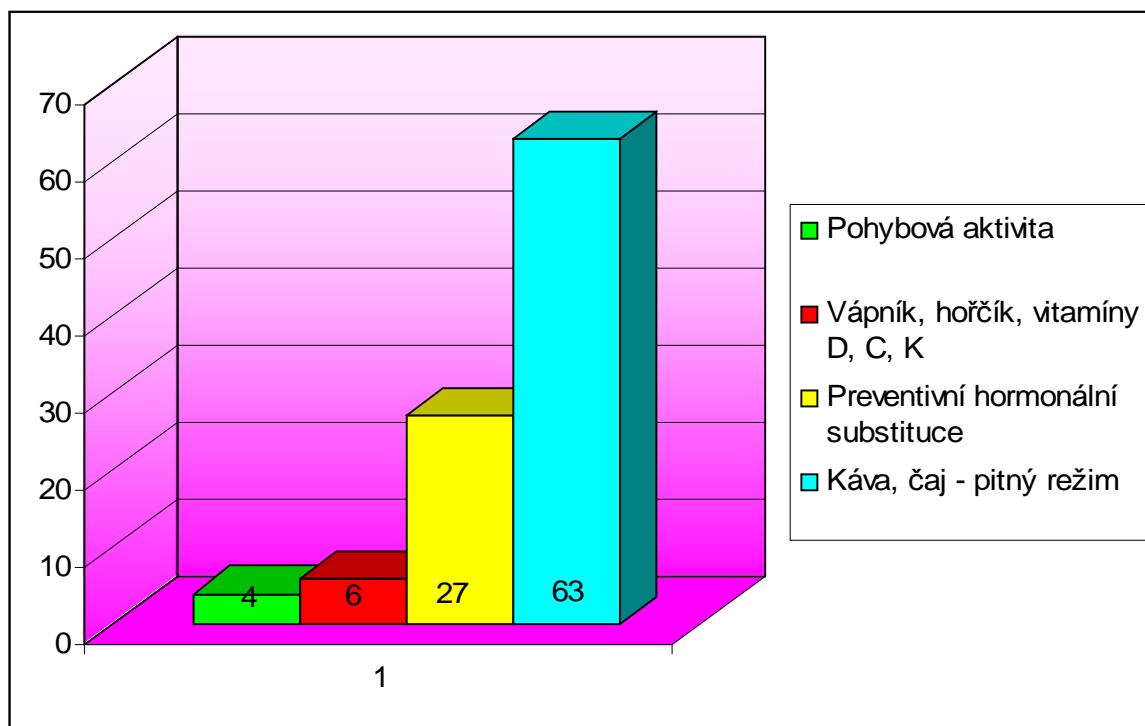
Celkem 97% žen odpovědělo správně, 2% žen uvedlo, že osteoporóza je onemocnění kloubů a 1% žen odpovědělo, že osteoporóza je onemocnění cév. Otázka se vztahovala k hypotéze č. 11.

Otázka č. 12: Víte co nepatří k prevenci osteoporózy?

Tab. 13. Informovanost žen o prevenci osteoporózy

<i>Odpověď</i>	<i>Počet žen</i>	<i>Procenta</i>
Pohybová aktivita	4	4%
Vápník, hořčík, vitamíny D, C, K	6	6%
Preventivní hormonální substituce	27	27%
Káva, čaj – pitný režim	63	63%
Celkem	100	100%

Graf 12. Informovanost žen o prevenci osteoporózy



Celkem 63% žen odpovědělo správně, že mezi prevenci osteoporózy nepatří pitný režim. Celkem 27% žen nesprávně odpovědělo, že mezi prevenci osteoporózy nepatří preventivní hormonální substituce, 6% žen označilo, že do prevence nepatří vápník, hořčík a vitamíny D, C a K. Další 4% žen odpovědělo, že do prevence nepatří pohybová aktivita.

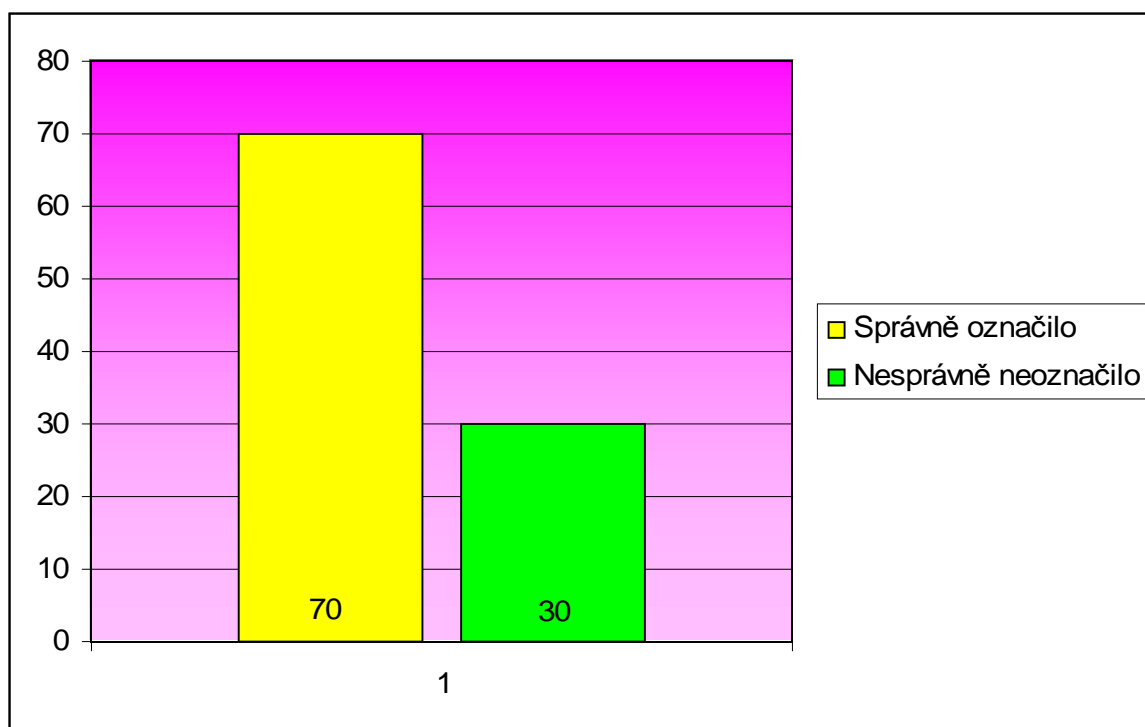
Otázka č. 13: Co myslíte, že patří do preventivní gynekologické prohlídky?

Odpověď: Rozhovor s lékařem o předchozích chorobách a potížích (sběr anamnézy)

Tab. 14. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/anamnéza

Odpověď	Počet žen	Procenta
Správně označilo	70	70%
Nesprávně neoznačilo	30	30%
Celkem	100	100%

Graf 13. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/anamnéza



V otázce č. 13 mohly ženy označit více odpovědí a z toho 4 odpovědi byly správné a 4 nesprávné. První odpověď, že do preventivní gynekologické prohlídky patří anamnéza označilo správně 70% žen. 30% žen tuto správnou odpověď neoznačilo.

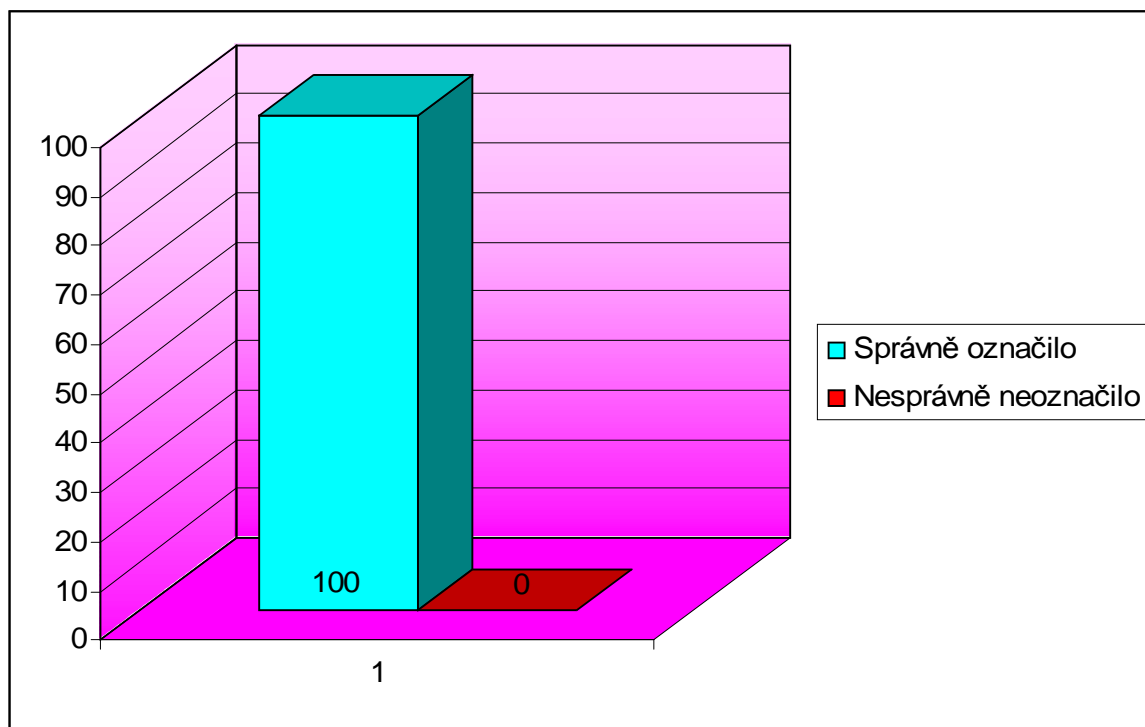
Otázka č. 13: Co myslíte, že patří do preventivní gynekologické prohlídky?

Odpověď: Vyšetření pochvy v zrcadlech

Tab. 15. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/vyšetření pochvy v zrcadlech

<i>Odpověď</i>	<i>Počet žen</i>	<i>Procenta</i>
Správně označilo	100	100%
Nesprávně neoznačilo	0	0%
Celkem	100	100%

Graf 14. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. Prohlídce/ vyšetření pochvy v zrcadlech



Vyšetření pochvy v zrcadlech do preventivní gynekologické prohlídky správně zařadilo 100% žen.

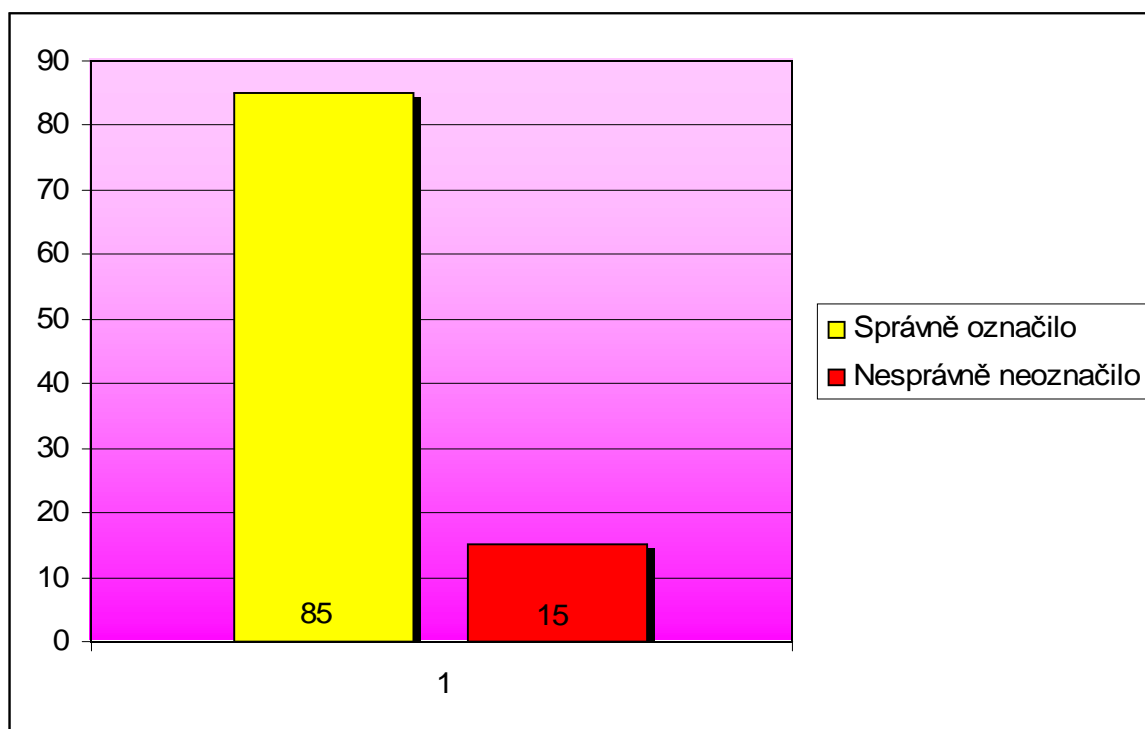
Otázka č. 13: Co myslíte, že patří do preventivní gynekologické prohlídky?

Odpověď: Vyšetření pohlavního ústrojí pohmatem

Tab. 16. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ vyšetření pohlavního ústrojí pohmatem (palpační bimanuální vyšetření)

Odpověď	Počet žen	Procenta
Správně označilo	85	85%
Nesprávně neoznačilo	15	15%
Celkem	100	100%

Graf 15. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ vyšetření pohlavního ústrojí pohmatem (palpační bimanuální vyšetření)



Vyšetření pohlavního ústrojí pohmatem (palpační bimanuální vyšetření) správně do preventivní gynekologické prohlídky zařadilo 85% žen. 15% žen tuto odpověď neoznačilo.

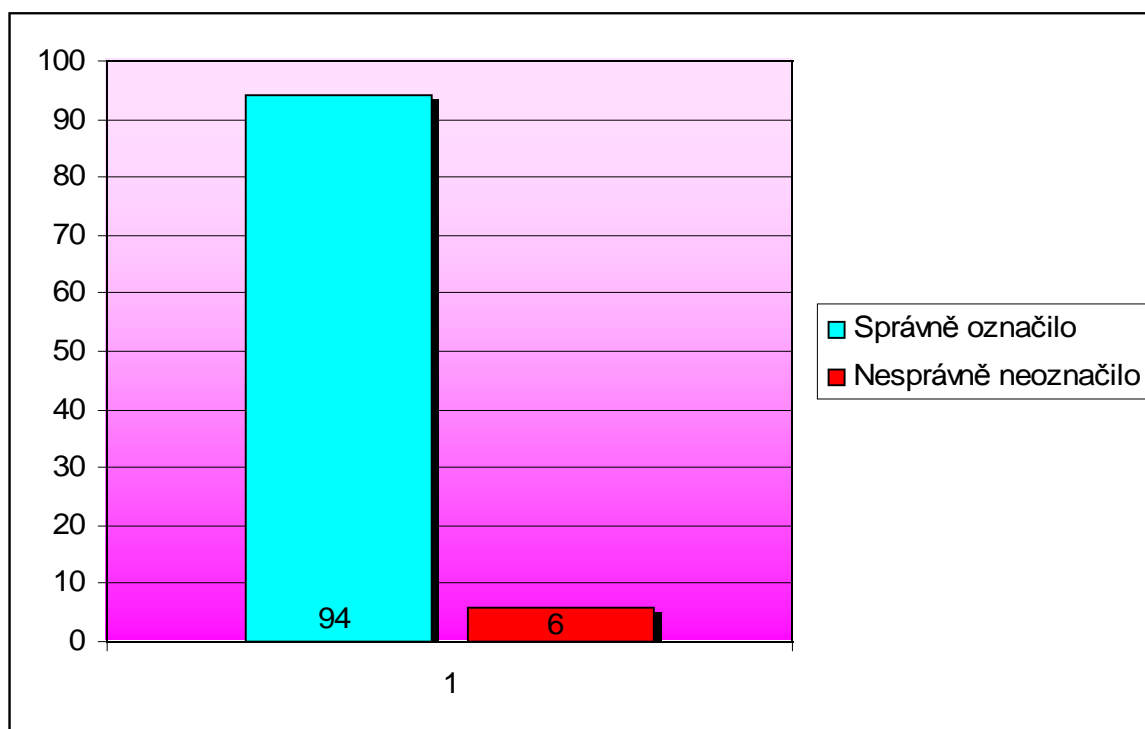
Otázka č. 13: Co myslíte, že patří do preventivní gynekologické prohlídky?

Odpověď: Stěr z čípku na cytologické vyšetření

Tab. 17. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ stěr z čípku na cytologické vyšetření

<i>Odpověď</i>	<i>Počet žen</i>	<i>Procenta</i>
Správně označilo	94	94%
Nesprávně neoznačilo	6	6%
Celkem	100	100%

Graf 16. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ stěr z čípku na cytologické vyšetření



Celkem 94% žen správně označilo, že stěr z čípku na cytologické vyšetření patří do preventivní gynekologické prohlídky. Jen 6% žen tuto odpověď neoznačilo.

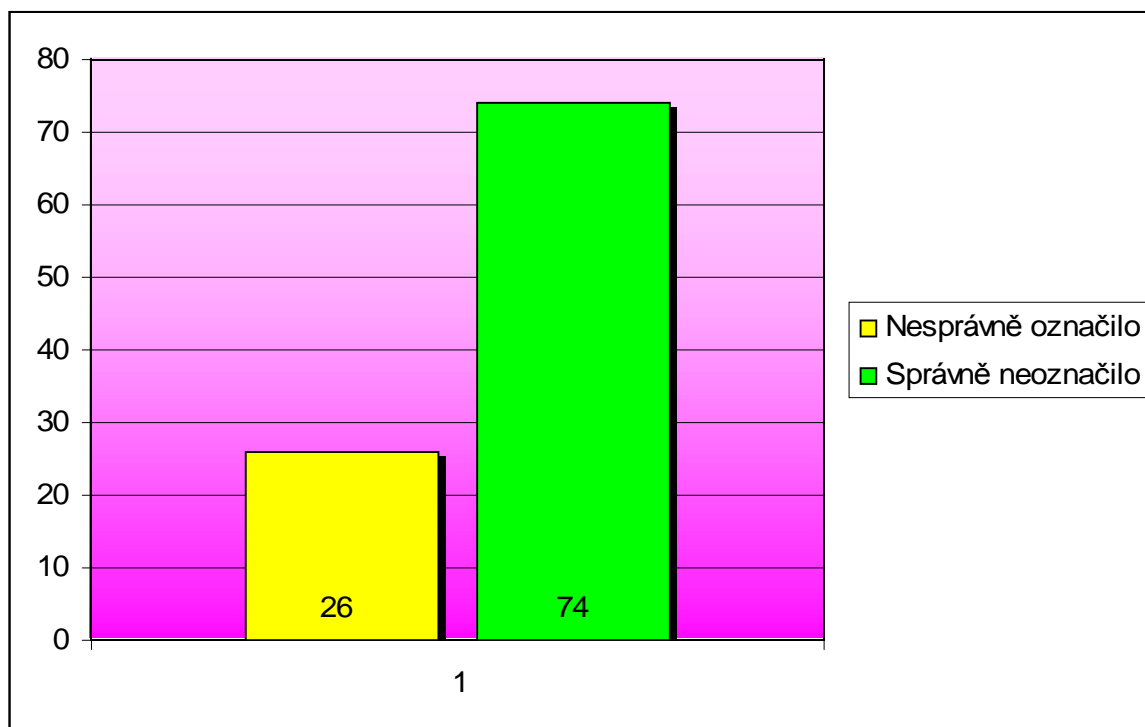
Otázka č. 13: Co myslíte, že patří do preventivní gynekologické prohlídky?

Odpověď: Předpis antikoncepce

Tab. 18. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ předpis antikoncepce

Odpověď	Počet žen	Procenta
Nesprávně označilo	26	26%
Správně neoznačilo	74	74%
Celkem	100	100%

Graf 17. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ předpis antikoncepce



Celkem 74% žen správně nezařadilo předpis antikoncepce do preventivní gynekologické prohlídky. Jen 26% žen si myslelo, že do preventivní gynekologické prohlídky předpis antikoncepce patří.

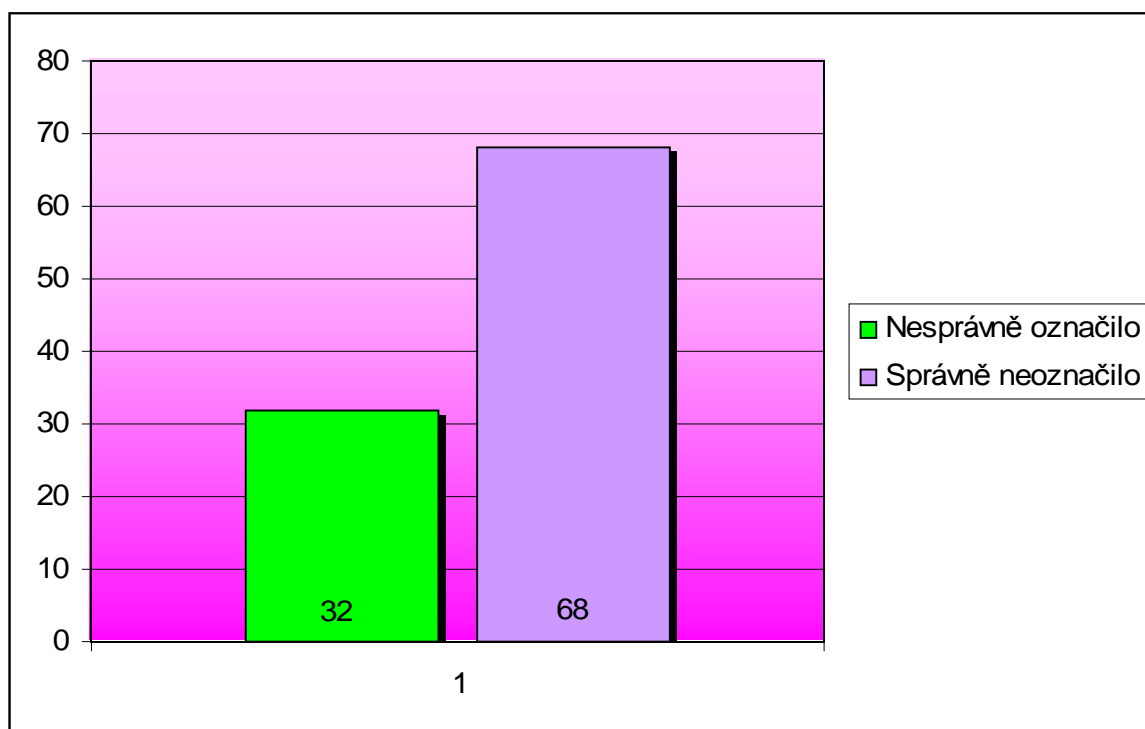
Otázka č. 13: Co myslíte, že patří do preventivní gynekologické prohlídky?

Odpověď: Ultrazvukové vyšetření pohlavního ústrojí

Tab. 19. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ ultrazvukové vyšetření pohlavního ústrojí

Odpověď	Počet žen	Procenta
Nesprávně označilo	32	32%
Správně neoznačilo	68	68%
Celkem	100	100%

Graf 18. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ ultrazvukové vyšetření pohlavního ústrojí



Celkem 68% žen odpovědělo správně a ultrazvukové vyšetření pohlavního ústrojí nezařadilo do preventivní gynekologické prohlídky. Nesprávně tuto odpověď označilo 32% žen.

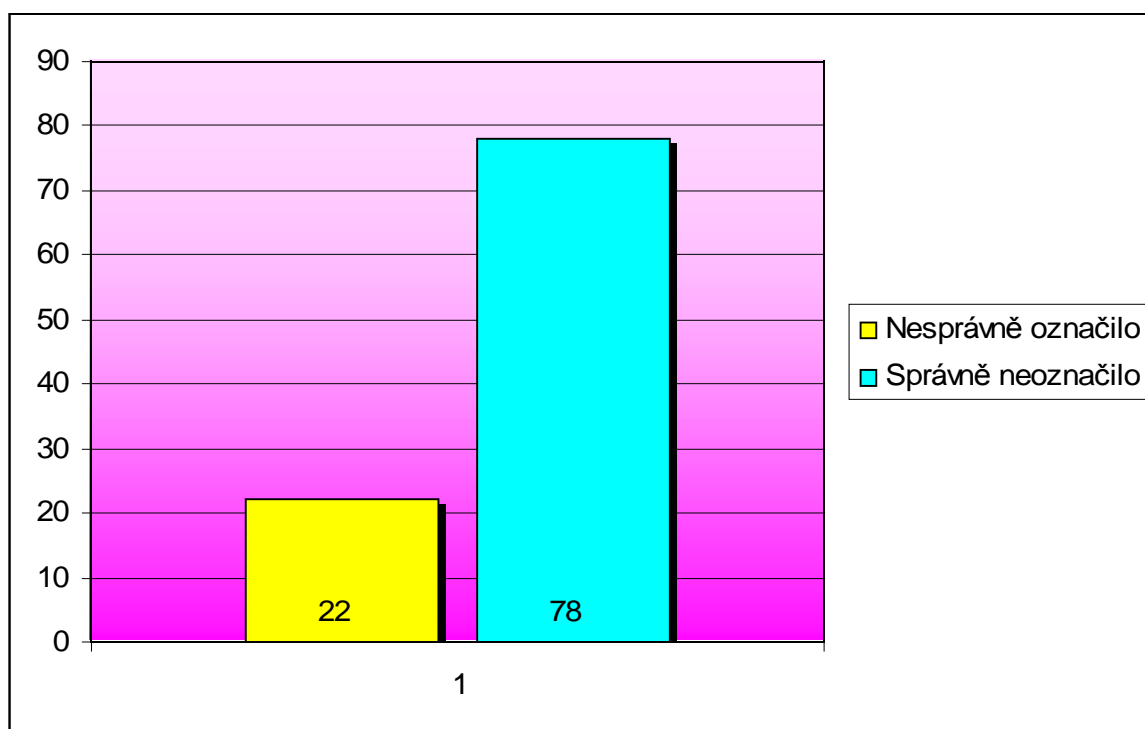
Otázka č. 13: Co myslíte, že patří do preventivní gynekologické prohlídky?

Odpověď: Krevní obraz

Tab. 20. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ krevní obraz

Odpověď	Počet žen	Procenta
Nesprávně označilo	22	22%
Správně neoznačilo	78	78%
Celkem	100	100%

Graf 19. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ krevní obraz



Vyšetření krevního obrazu do preventivní gynekologické prohlídky správně nezařadilo 78% žen. Celkem 22% žen toto vyšetření do preventivní gynekologické prohlídky nesprávně zařadilo.

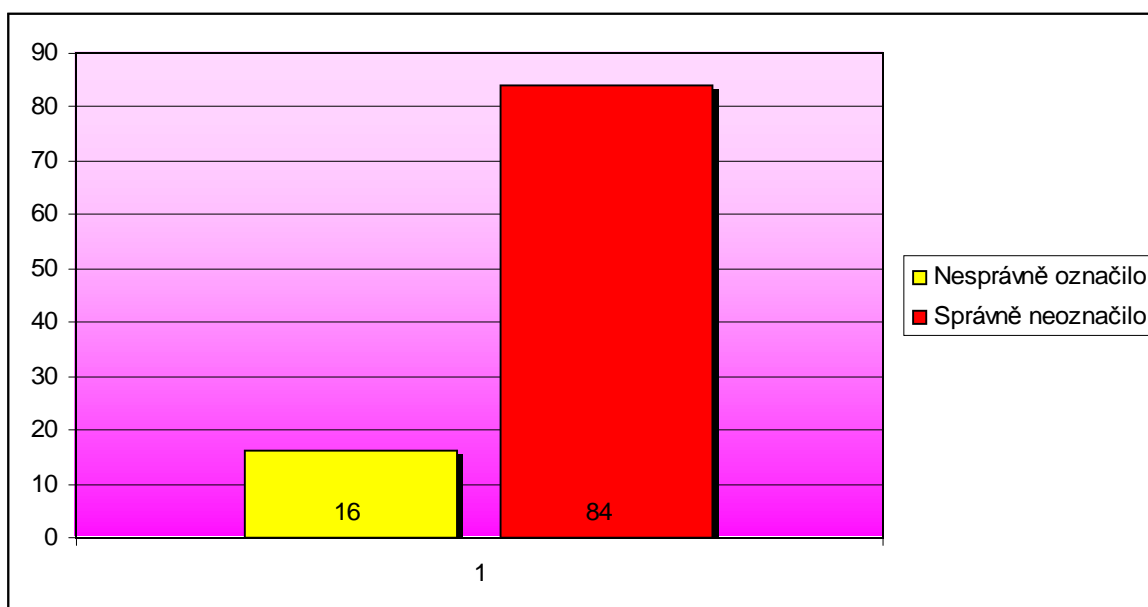
Otázka č. 13: Co myslíte, že patří do preventivní gynekologické prohlídky?

Odpověď: Vyšetření moči

Tab. 21. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ vyšetření moči

<i>Odpověď</i>	<i>Počet žen</i>	<i>Procenta</i>
Nesprávně označilo	16	16%
Správně neoznačilo	84	84%
Celkem	100	100%

Graf 20. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ vyšetření moči



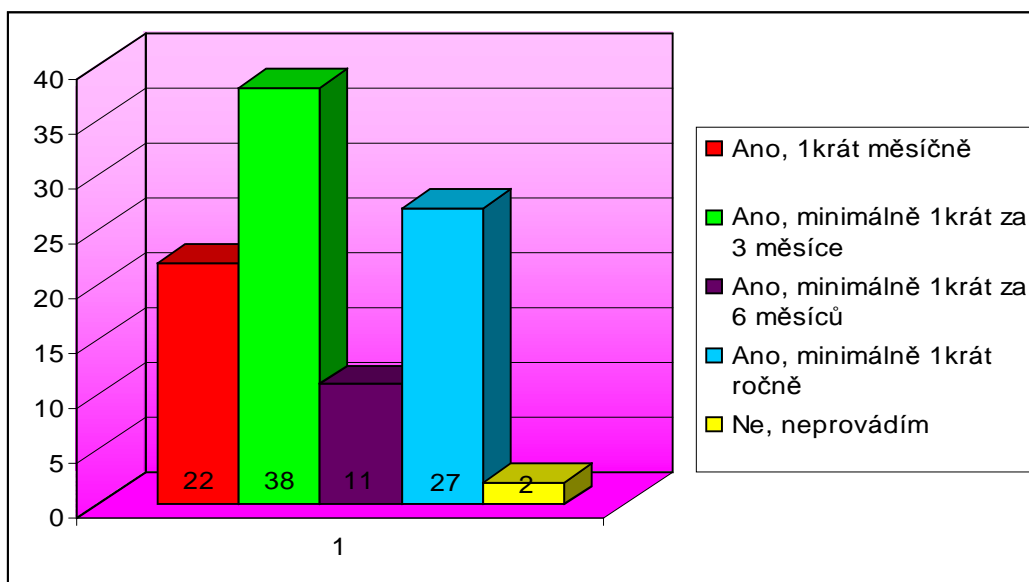
Vyšetření moči do preventivní gynekologické prohlídky nesprávně zařadilo jen 16% žen. Správně tuto odpověď neoznačilo 84% žen.

Otázka č. 14: Provádíte si samovyšetření prsů?

Tab. 22. Samovyšetření prsů

Odpověď	Počet žen	Procenta
Ano, 1krát měsíčně	22	22%
Ano, minimálně 1krát za 3 měsíce	38	38%
Ano, minimálně 1krát za 6 měsíců	11	11%
Ano, minimálně 1krát ročně	27	27%
Ne, neprovádím (proč?)	2	2%
Celkem	100	100%

Graf 21. Samovyšetření prsů



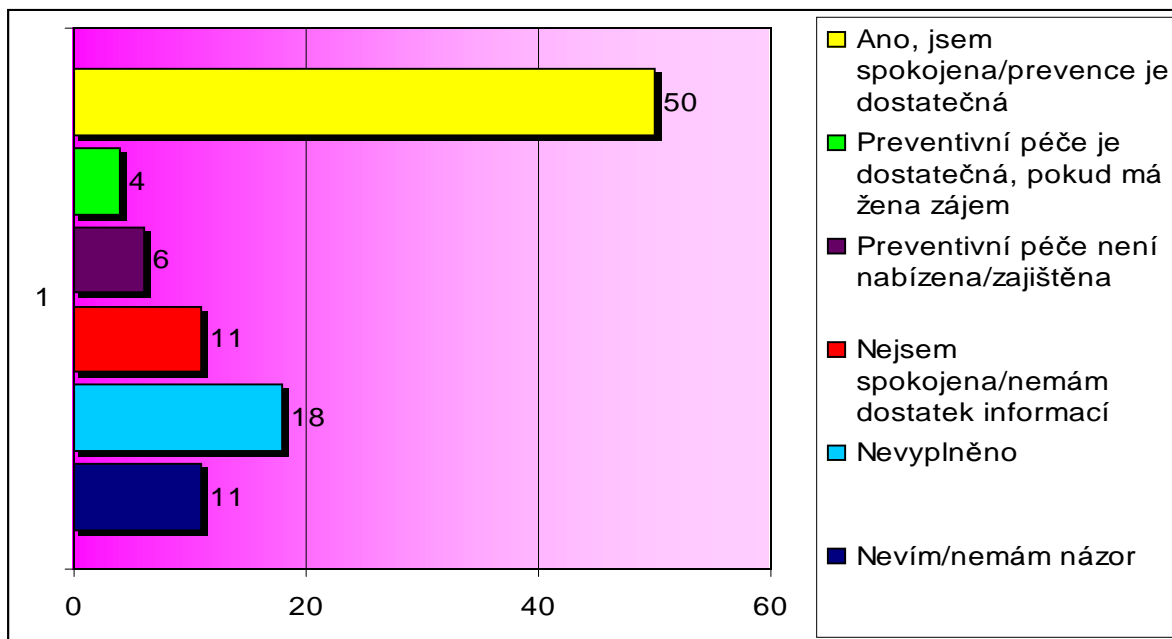
Pravidelně 1krát měsíčně si prsa vyšetřuje 22% žen. V případě, že respondentky uvedou, že si prsa nevyšetřují, měly možnost na volný řádek napsat, proč si samovyšetření prsů neprovádí. Takto odpověděly 2% žen. Tyto ženy uvedly, že si samovyšetření neprovádí z toho důvodu, že chodí pravidelně na gynekologické prohlídky, kde jim lékař prsa vyšetřuje. Z toho usuzuji, že tyto ženy nejsou informovány o tom, jak je pravidelné samovyšetření důležité a že je vhodné si prsa vyšetřovat pravidelně 1krát měsíčně.

Otázka č. 15: Domníváte se, že pro ženu vašeho věku je preventivní péče dostatečně nabízena, zajištěna a prováděna? Napište prosím svůj názor.

Tab. 23. Spokojenost žen středního věku s preventivní péčí

Odpověď	Počet žen	Procenta
Ano, jsem spokojena	50	50%
Je dostatečná, pokud má žena zájem	4	4%
Preventivní péče není nabízena/zajištěna	6	6%
Nejsem spokojena/nemám dostatek informací	11	11%
Nevyplněno	18	18%
Nevím/nemám názor	11	11%
Celkem	100	100%

Graf 22. Spokojenost žen středního věku s preventivní péčí



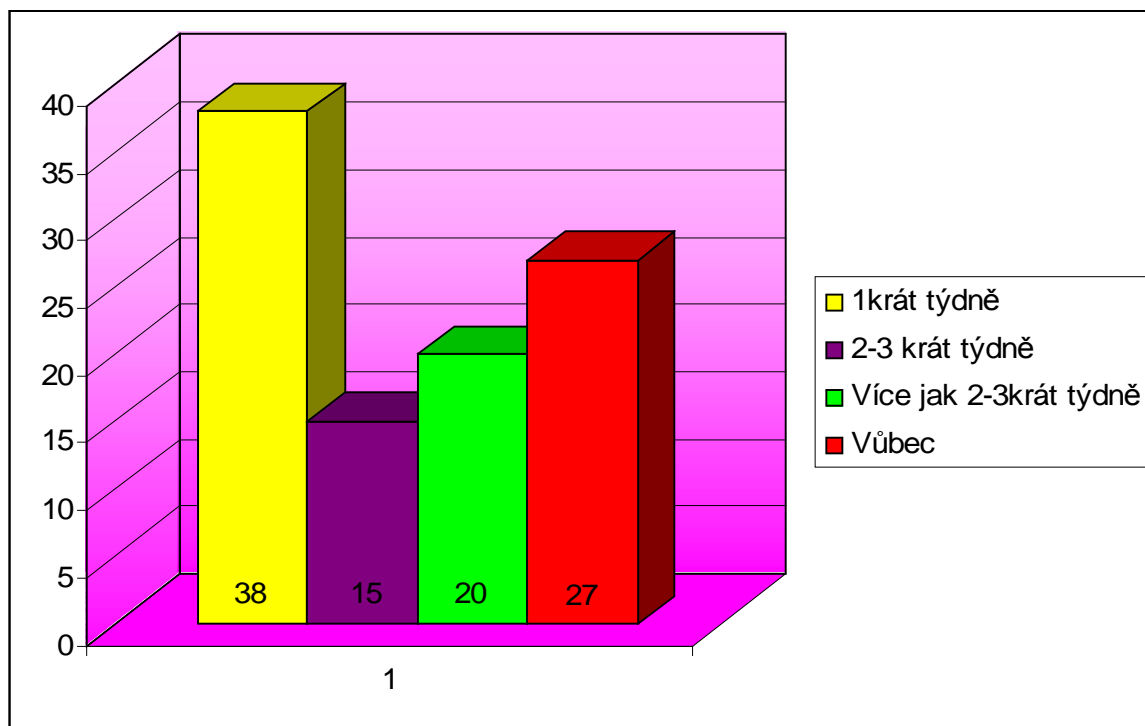
Otázka č. 15 byla otevřená a ženy měly vlastními slovy napsat svůj názor. Vytvořila jsem 6 skupin, do kterých jsem odpovědi zařadila. S preventivní péčí je spokojeno celých 50% žen. 4% žen uvedlo, že preventivní péče je dostatečná, ale ve vysoké míře záleží na ženě, zda má o preventivní vyšetření zájem. Dalších 6% žen uvedlo, že preventivní péče není nabízena a zajištěna. S preventivní péčí není spokojeno nebo nemá dostatek informací 11% žen. Na tuto otázku neodpovědělo 18% žen a 11% žen uvedlo, že neví nebo na tohle téma nemá názor.

Otázka č. 16: Kolikrát týdně se věnujete fyzické aktivitě? (např. plavání, cvičení, běh...)

Tab. 24. Fyzická aktivita žen středního věku

Odpověď	Počet žen	Procenta
1krát týdně	38	38%
2-3krát týdně	15	15%
Více jak 2-3krát týdně	20	20%
Vůbec	27	27%
Celkem	100	100%

Graf 23. Fyzická aktivita žen středního věku



Otázka č. 16 byla pouze doplňující. Zajímalo mě, jak často se ženy středního věku věnují fyzické aktivitě z toho důvodu, že pravidelný pohyb je prevencí velkého množství chorob, které ženy středního věku ohrožují. Znepokojující je, že 27% žen se pohybu nevěnuje vůbec.

9 ZHODNOCENÍ HYPOTÉZ

Hypotéza č. 1

Domnívám se, že více jak 75% žen středního věku zná význam gynekologické prevence.

Hypotéza č. 1 se potvrdila.

Tuto hypotézu jsem si ověřovala pomocí otázky č. 5. Celkem 49% žen odpovědělo, že jim gynekolog význam prevence vysvětlil a 40% žen odpovědělo, že význam znají a gynekolog jim tak význam vysvětlovat nemusel. Celkem 89% žen tedy zná význam gynekologické prevence. 11% žen odpovědělo, že je gynekolog s významem prevence seznámil, ale přesto významu zcela nerozumí.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že více jak 40% žen je seznámeno s výkony, které jim gynekolog při preventivním vyšetření provádí.

Hypotéza č. 2 se potvrdila.

Hypotézu č. 2 jsem si ověřovala pomocí otázky č. 4, kde jsem se dotazovala, zda jsou seznámeny se všemi výkony, které jim gynekolog při vyšetření provádí. Ženy zde měly na výběr ze 4 odpovědí. Odpověď, že s výkony byly seznámeny, označilo 51% žen.

Hypotéza č. 3

Domnívám se, že více jak 75% žen středního věku absolvuje preventivní gynekologické vyšetření pravidelně 1krát ročně.

Hypotéza č. 3 se potvrdila.

Nejpočetnější skupinou, a to 67 % respondentek byly ženy, které svého gynekologa navštěvují pravidelně 1 krát ročně. 28% žen uvedlo, že svého gynekologa navštěvují častěji než 1 krát ročně. Překvapivě vysoké číslo, a to celkem 95% respondentek středního věku uvedlo, že navštěvuje svého gynekologa minimálně 1krát ročně a během návštěvy absolvuje preventivní gynekologické vyšetření. Tento počet žen je velmi uspokojivý.

Hypotéza č. 4

Domnívám se, že více jak 65% respondentek uvede, že jim jejich gynekolog nebo jiný odborník v rámci preventivní péče pravidelně předepisuje mamografické vyšetření.

Hypotéza č. 4 se povrdila.

Celkem 63% žen odpovědělo, že jim gynekolog toto vyšetření předepisuje pravidelně 1krát za 2 roky a 7% žen odpovědělo, že jim mamografické vyšetření předepisuje jiný odborník. Celkem 75% žen uvedlo, že jim gynekolog nebo jiný odborník pravidelně předepisuje mamografické vyšetření.

Hypotéza č. 5

Předpokládám, že více jak 30% respondentek uvede, že v rámci gynekologické prevence jim lékař neprovádí palpační vyšetření prsu.

Hypotéza č. 5 se potvrdila.

41% žen uvedlo, že jim gynekolog prsa pohmatem vůbec nevyšetřuje. Naopak 34% žen uvedlo, že jim gynekolog prsa vyšetřuje pravidelně při každé preventivní prohlídce, 13% žen odpovědělo, že jsou vyšetřovány nepravidelně a 12% žen navštěvuje mamologickou poradnu.

Hypotéza č. 6

Předpokládám, že více jak 65% žen není při návštěvách praktického lékaře nebo gynekologa informováno o riziku a prevenci osteoporózy.

Hypotéza č. 6 se nepotvrdila

Počet žen, které odpověděly, že nebyly o tomto onemocnění vůbec informovány, bylo 49%. Slovně bylo o tomto onemocnění informováno 33% žen, formou letáku bylo informováno 12 žen a formou slovní i letákem bylo o tomto onemocnění informováno 6% žen.

Hypotéza č. 7

Domnívám se, že více jak 95% žen ví, že osteoporóza je onemocnění kostí.

Hypotéza č. 7 se potvrdila.

Celkem 97% žen odpovědělo správně a uvedlo, že osteoporóza je onemocnění kostí. 2% žen uvedlo, že osteoporóza je onemocnění kloubů a 1% žen odpovědělo, že osteoporóza je onemocnění cév. Žádná žena neoznámila odpověď, že osteoporóza je onemocnění svalů.

ZÁVĚR

Vzhledem k dnešnímu životnímu stylu jsou choroby, jako je rakovina stále aktuálnějšími tématy. I když je Česká republika v poskytování a kvalitě preventivní péče na evropské úrovni, stojí před zdravotníky otázka, jak širokou veřejnost více získat pro aktivní zařazení do screeningových programů. V České republice je preventivní péče hrazena zdravotní pojišťovnou, přesto je účast veřejnosti nedostatečná.

Ve své bakalářské práci jsem řešila problematiku možností preventivní péče pro ženu středního věku. Ukázalo se, že hlavním problémem není nedostatečná informovanost žen o prevenci, ale snad neochota, lhostejnost nebo obavy z vyšetření a jeho výsledku. Bylo by vhodné najít přesnou příčinu a pokusit se ji eliminovat. Na mladé ženy působí reklamy na internetu, ale je třeba najít vhodný přístup k ženám středního věku - možná konkrétně adresované pozvánky od gynekologa či praktického lékaře nebo oslovení a více informací od jednotlivých zdravotních pojišťoven.

Během mého studia jsem v rámci předmětu komunitní ošetřovatelství vypracovala pod vedením Mgr. Křemenové projekt, ve kterém se zamýšlíme nad tím, jak zaujmout a informovat ženy středního věku a jejich partnery o preventivní péči. Partneři žen by měli být informováni tak, aby své partnerky mohli podpořit v péči o sebe, doprovodit je na preventivní vyšetření, pomoci jim překonat strach a ostych. V rámci projektu jsem vypracovala informační postery jak pro ženy, tak pro partnery žen. (Příloha P 6 a P 7)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografické publikace:

- ABRAHÁMOVÁ, Jitka, DUŠEK, Ladislav a kol. *Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 227 s. ISBN 80-247-0499
- BLAHOŠ, Jaroslav, PALIČKA, Vladimír, BÝMA, Svatopluk a kol. *Osteoporóza: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2006. 6 s. ISBN 80-86998-01-0
- BROULÍK, Petr. *Osteoporóza a její léčba*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7345-176-9
- CIBULA, David, PETRUŽELKA, Luboš a kol. *Onkogynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 616 s. ISBN 978-247-2665-6
- CITTERBART, Karel et al., *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0
- ČEPICKÝ, Pavel, LÍBALOVÁ, Zuzana, *Vybrané právní normy pro ambulantní gynekology*. 1. vyd. Praha: Levret, 2005. 100 s. ISBN 80-903183-8-X
- DOSTÁLOVÁ, Tatjana, SEYDLOVÁ, Michaela a kol. *Stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 196 s. ISBN 978-80-247-2700-4
- JABLONSKÁ, Markéta a kol. *Kolorektální karcinom: časná diagnostika a prevence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 455 s. ISBN 80-7169-777-X
- JENÍČEK, Jaroslav. *Žena v přechodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 104 s. ISBN 80-247-0679-2
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4
- MAČÁK, Jiří, MAČÁKOVÁ, Jana. *Patologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 347 s. ISBN 80-247-0785-3
- MÜLLER, Čestmír, KAPR, Jaroslav. *Kapitoly ze sociální problematiky ženského lékařství*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1980. 178 s.
- PONDĚLÍČEK, Ivo. *Stárnutí: Osobnost a sexualita*. 2. vyd. Avicenum, 1987, 264 s.
- VYZULA, Rostislav, ŽALOUDÍK, Jan a kol. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. 1. vyd. Maxdorf, 2007, 287 s. ISBN 987-80-7345-140-0

Webové stránky:

Cervix.cz [online]. [cit. 11. 4. 2010] ©2010 Dostupný z WWW:

URL:<<http://www.cervix.cz/index.php?pg=pro-lekare--screeningovy-proces>>

URL:<<http://www.cervix.cz/index.php?pg=cervikalni-screening?>>

ISSN 1804-087X

Kolorektum.cz [online]. [cit. 12. 4. 2010] ©2010 Dostupný z WWW:

URL:<<http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost--kolorektalni-screening>>

URL:<<http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--organizace--screeningovy-proces>>

ISSN 1804-0888

Mamo.cz [online]. [cit. 27. 3. 2010] ©2009 Dostupný z WWW:

URL:<<http://www.mamo.cz/index.php?pg=mamograficky-screening>>

URL:<<http://www.mamo.cz/index.php?pg=mamograficky-screening--ceska-republika>>

ISSN 1804-0861

Osteoporoz.cz [online]. [cit. 11. 3. 2010] ©2010 Dostupný z WWW:

URL:<<http://www.osteoporoz.cz/osteoporoz>>

ISSN 1803-0173

Portal.gov.cz [online]. [cit. 20. 3. 2010] ©2003-2010 Dostupný z WWW:

URL:<<http://www.portal.gov.cz/zakon/3/2010>>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

EKG	Elektrokardiografie
MR	Magnetická rezonance
VIN	Vulvární intraepiteliální neoplazie
TOKS	Test okultního krvácení do stolice
CIS	Carcinoma in situ
HIV	Human immunodeficiency virus – virus lidské imunodeficiency
CEA	Karcinoembryonální antigen (angl. zkratka)
HNPCC	Hereditární nepolypózní kolorektální karcinom
CT	Computerová tomografie
PET	Pozitronová emisní tomografie
HPV	Human papilloma virus – lidský papilloma virus
BDM	Bone mineral density – kostní denzita hustota

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf 1. Vzdělání žen	47
Graf 2. Zdravotnické vzdělání a zdravotnická profese žen.....	48
Graf 3. Návštěva gynekologa.....	49
Graf 4. Povědomí žen o výkonech, které jim gynekolog provádí.....	50
Graf 5. Vysvětlil Vám gynekolog význam gynekologické prevence?.....	51
Graf 6. Nabídka testu na okultní krvácení.....	52
Graf 7. Palpační vyšetření prsů.....	53
Graf 8. Technika samovyšetření prsů.....	54
Graf 9. Předpis mamografického vyšetření	55
Graf 10. Informovanost žen i riziku a prevenci osteoporózy.....	56
Graf 11. Informovanost o tom, co je osteoporóza.....	57
Graf 12. Informovanost žen o prevenci osteoporózy.....	58
Graf 13. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/anamnéza.....	59
Graf 14. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. Prohlídce/ vyšetření pochvy v zrcadlech.....	60
Graf 15. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ vyšetření pohlavního ústrojí pohmatem (palpační bimanuální vyšetření).....	61
Graf 16. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ stěr z čípku na cytologické vyšetření.....	62
Graf 17. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ předpis antikoncepce.....	63
Graf 18. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ ultrazvukové vyšetření pohlavního ústrojí.....	64
Graf 19. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ krevní obraz.....	65
Graf 20. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ vyšetření moči...	66
Graf 21. Samovyšetření prsů.....	67
Graf 22. Spokojenost žen středního věku s preventivní péčí.....	68
Graf 23. Fyzická aktivita žen středního věku.....	69

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Klasifikace prekanceróz děložního hrdla.....	30
Tab. 2. Vzdělání žen	47
Tab. 3. Zdravotnické vzdělání a zdravotnická profese žen.....	48
Tab. 4. Návštěva gynekologa.....	49
Tab. 5. Povědomí žen o výkonech, které jim gynekolog provádí.....	50
Tab. 6. Vysvětlil Vám gynekolog význam gynekologické prevence?.....	51
Tab. 7. Nabídka testu na okultní krvácení.....	52
Tab. 8. Palpační vyšetření prsů.....	53
Tab. 9. Technika samovyšetření prsů.....	54
Tab. 10. Předpis mamografického vyšetření	55
Tab. 11. Informovanost žen o riziku a prevenci osteoporózy.....	56
Tab. 12. Informovanost o tom, co je osteoporóza.....	57
Tab. 13. Informovanost žen o prevenci osteoporózy.....	58
Tab. 14. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/anamnéza.....	59
Tab. 15. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/vyšetření pochvy v zrcadlech.....	60
Tab. 16. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ vyšetření pohlavního ústrojí pohmatem (palpační bimanuální vyšetření).....	61
Tab. 17. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ stěr z čípku na cytologické vyšetření.....	62
Tab. 18. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ předpis antikoncepce.....	63
Tab. 19. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ ultrazvukové vyšetření pohlavního ústrojí.....	64
Tab. 20. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ krevní obraz.....	65
Tab. 21. Informovanost žen o výkonech při preventivní gyn. prohlídce/ vyšetření moči....	66
Tab. 22. Samovyšetření prsů.....	67
Tab. 23. Spokojenost žen středního věku s preventivní péčí.....	68
Tab. 24. Fyzická aktivita žen středního věku.....	69

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P 1: DOTAZNÍK K VÝZKUMU

Příloha P 2: SCHÉMA PŘI CERVIKÁLNÍM SCREENINGU V PŘÍPADĚ
NEGATIVNÍHO VÝSLEDKU

Příloha P 3: SCHÉMA CERVIKÁLNÍHO SCREENINGU PŘI JINÉM NEŽ
NEGATIVNÍM VÝSLEDKU

Příloha P 4: SCHÉMA PRO KOLONOSKOPICKÝ SCREENING PRO ŽENU VĚ VĚKU
50-54 LET

Příloha P 5: SCHÉMA PRO KOLOREKTÁLNÍ SCREENING PRO ŽENU 55 A VÍCE
LET

Příloha P 6: POSTER-PREVENTIVNÍ PÉČE I

Příloha P 7: POSTER- PREVENTIVNÍ PÉČE II

PŘÍLOHA P 1: DOTAZNÍK K VÝZKUMU

Vážená respondentko,

jmenuji se Tereza Jačková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Prosím Vás o vyplnění mého dotazníku ke zpracování mé bakalářské práce na téma: Současné možnosti preventivní péče o ženu středního věku (45-60 let). Dotazník je anonymní. Vaše odpovědi označte prosím křížkem. Pokud je u odpovědi otázka „proč?“ vypište prosím svou odpověď (důvod) na vytečkovaný řádek.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

1. Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> základní | <input type="checkbox"/> vyučena |
| <input type="checkbox"/> středoškolské s maturitou | <input type="checkbox"/> vysokoškolské |

2. Máte zdravotnické vzdělání nebo pracujete ve zdravotnictví?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
|------------------------------|-----------------------------|

3. Jak často navštěvujete svého gynekologa za účelem preventivní gynekologické prohlídky?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> častěji než 1krát ročně | <input type="checkbox"/> pravidelně 1krát ročně |
| <input type="checkbox"/> nepravidelně 1krát za 2-5 let | <input type="checkbox"/> nenavštěvuji vůbec (proč?) |
-
-

4. Jste seznámena se všemi výkony, které Vám gynekolog při vyšetření provádí?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ano zcela | <input type="checkbox"/> spíše ano |
| <input type="checkbox"/> spíše ne | <input type="checkbox"/> vůbec ne |

5. Byl Vám gynekologem srozumitelně vysvětlen význam gynekologické prevence?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ano, rozumím významu vyšetření | <input type="checkbox"/> ano, ale významu zcela nerozumím |
| <input type="checkbox"/> ne, nevysvětlil | <input type="checkbox"/> nemusel mi vysvětlovat, význam znám |

6. Nabízí Vám váš praktický lékař screeningové vyšetření na kolorektální karcinom tlustého střeva (test na přítomnost krve ve stolici)?

- ano, pravidelně
- ano, ale odmítám/neprovádím ho
- nenabízí
- požadovala jsem ho na svém lékaři, ale odmítl

7. Vyšetřuje Vám váš gynekolog v rámci gynekologické prevence prsa pohmatem?

- ano, pravidelně při každé preventivní prohlídce
- nepravidelně
- vůbec nevyšetřuje
- nevyšetřuje, ale ví, že navštěvuji mamologickou poradnu

8. Seznámil Vás váš gynekolog s metodou samovyšetření prsů?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ano seznámil ústně | <input type="checkbox"/> seznámil formou letáku |
| <input type="checkbox"/> ústně i formou letáku | <input type="checkbox"/> neseznámil |

9. Předepisuje Vám gynekolog mamografické vyšetření prsů?

- ano, pravidelně 1x za 2 roky
- nepravidelně
- ne
- toto vyšetření mi předepisuje jiný odborník

10. Byla jste lékařem informována o riziku osteoporózy ve vašem věku a o prevenci tohoto onemocnění?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ano slovně | <input type="checkbox"/> ano, formou letáku |
| <input type="checkbox"/> ano, formou slovní i letákem | <input type="checkbox"/> vůbec ne |

11. Víte co je to osteoporóza?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> onemocnění kostí | <input type="checkbox"/> onemocnění svalů |
| <input type="checkbox"/> onemocnění kloubů | <input type="checkbox"/> onemocnění cév |

12. Víte co nepatří k prevenci osteoporózy?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> pohybová aktivita | <input type="checkbox"/> vápník, hořčík, vitamíny D, C, K |
| <input type="checkbox"/> preventivní hormonální substitute | <input type="checkbox"/> káva, čaj- pitný režim |

**13. Co myslíte, že patří do preventivní gynekologické prohlídky?
(označte i více odpovědí)**

- rozhovor s lékařem o předchozích chorobách a potížích (sběr anamnézy)
- vyšetření pochvy v zrcadlech
- vyšetření pohlavního ústrojí pohmatem
- stěr z čípku na cytologické vyšetření
- předpis antikoncepce
- ultrazvukové vyšetření pohlavního ústrojí
- krevní obraz
- vyšetření moče

14. Provádíte si samovyšetření prsů?

- ano, 1krát měsíčně
 - ano, minimálně 1krát za 3 měsíce
 - ano, minimálně 1krát za 6 měsíců
 - ano, minimálně 1krát ročně
 - ne, neprovádím (Proč?).....
-

15. Domníváte se, že pro ženu vašeho věku je preventivní péče dostatečně nabízena, zajištěna a prováděna? Napište prosím svůj názor:

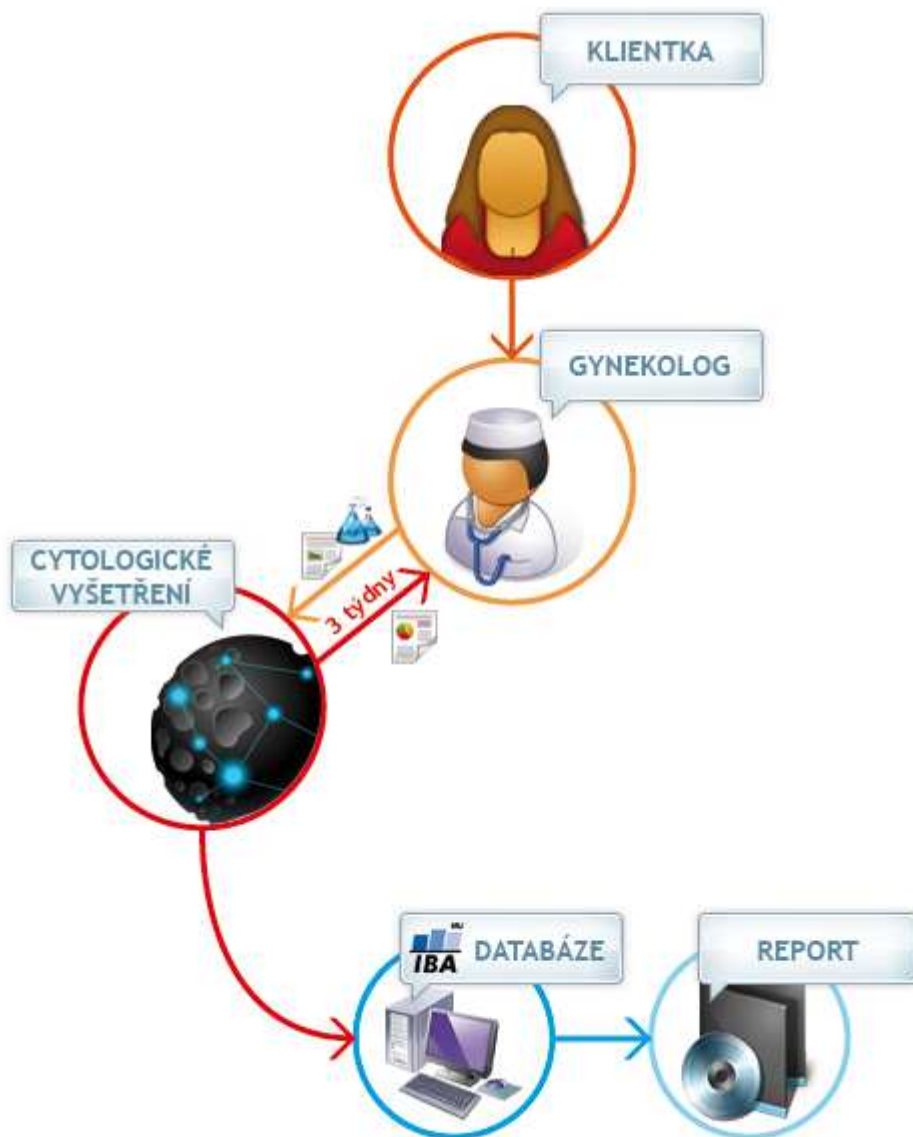
.....

.....

16. Kolikrát týdně se věnujete fyzické aktivitě? (např. plavání, cvičení, běh...)

- 1krát týdně
- 2-3krát týdně
- více jak 2-3krát týdně
- vůbec

PŘÍLOHA P 2: SCHÉMA PŘI CERVIKÁLNÍM SCREENINGU V PŘÍPADĚ NEGATIVNÍHO VÝSLEDKU



PŘÍLOHA P 3: SCHÉMA CERVIKÁLNÍHO SCREENINGU PŘI JINÉM NEŽ NEGATIVNÍM VÝSLEDKU

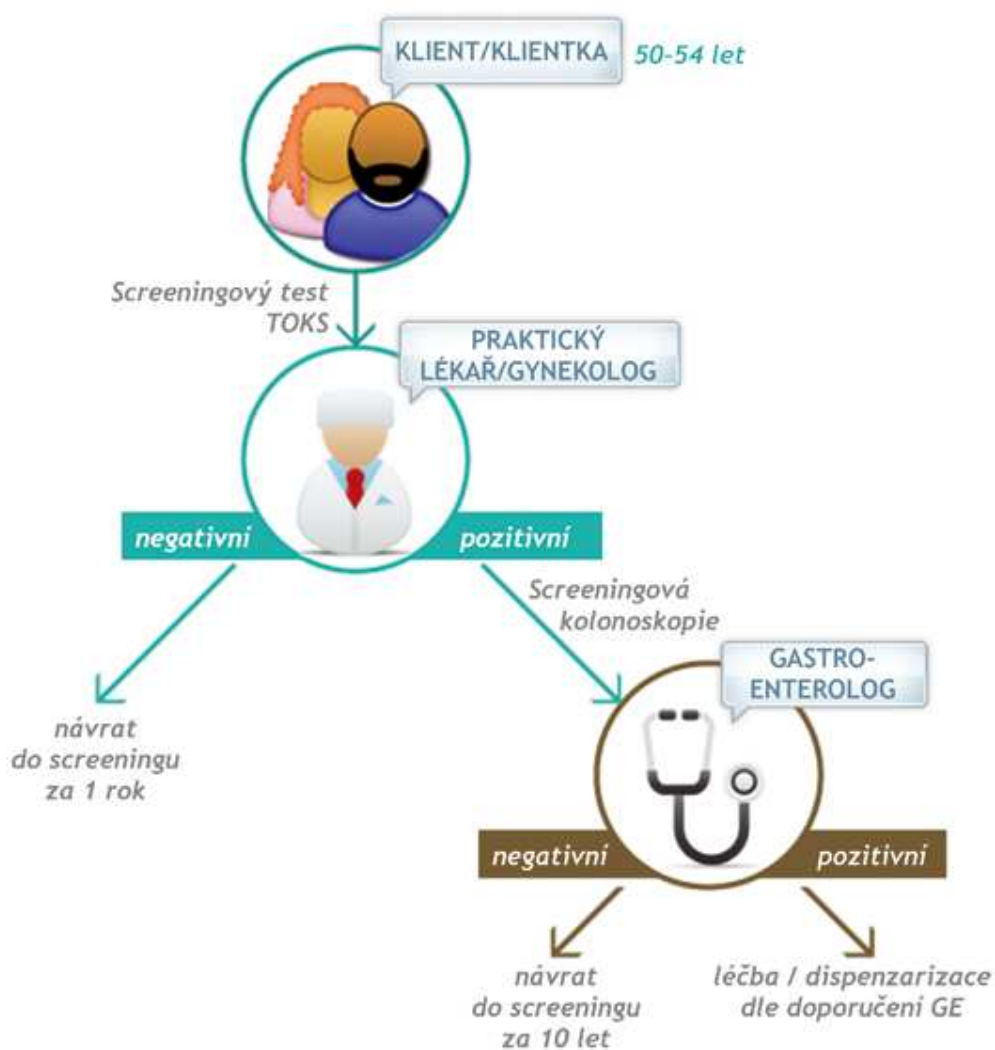


nehodnotitelné	4 měsíce
ASC-US	7 měsíců
ASC-H	4 měsíce
LSIL	7 měsíců

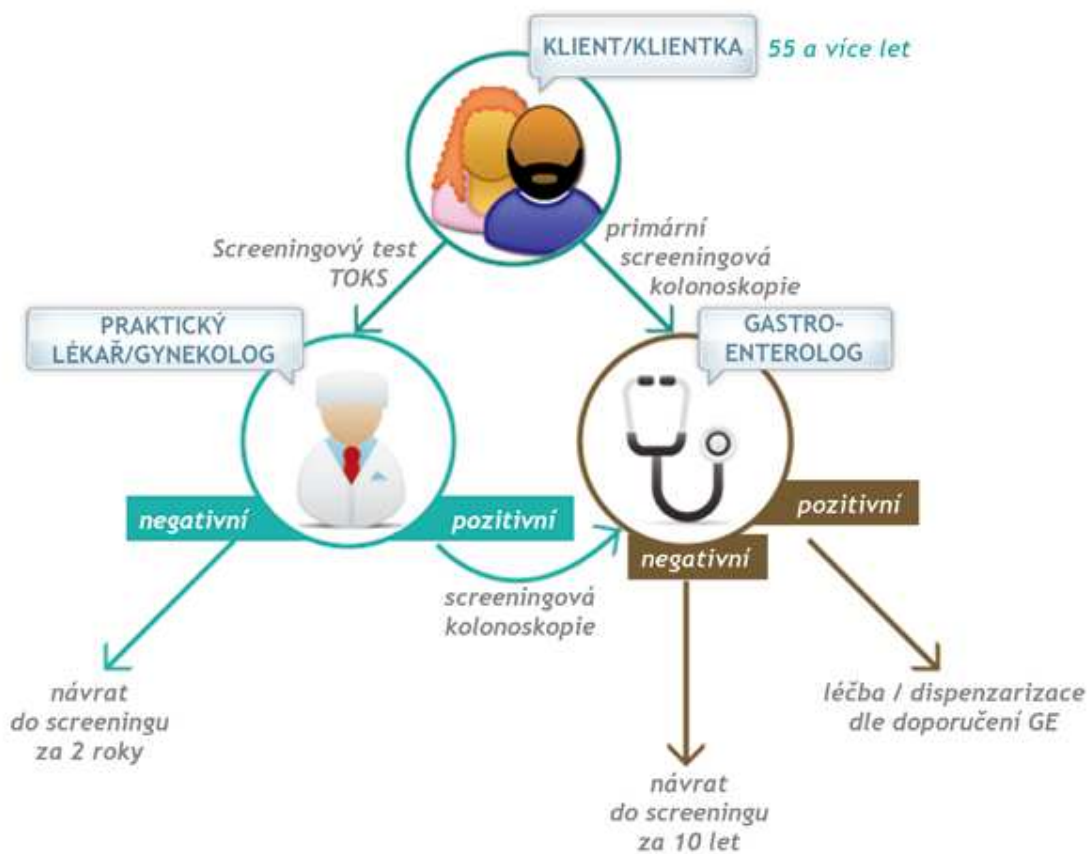


HSIL	4 měsíce
HSIL - nelze vyloučit invazi Dlaždicobuněčný karcinom	
Atypie žlázových buněk - nespecifikováno	
Atypie žlázových buněk - spíše neoplastické	
Adenokarcinom in situ	
Adenokarcinom invazní Ostatní maligní nádory	

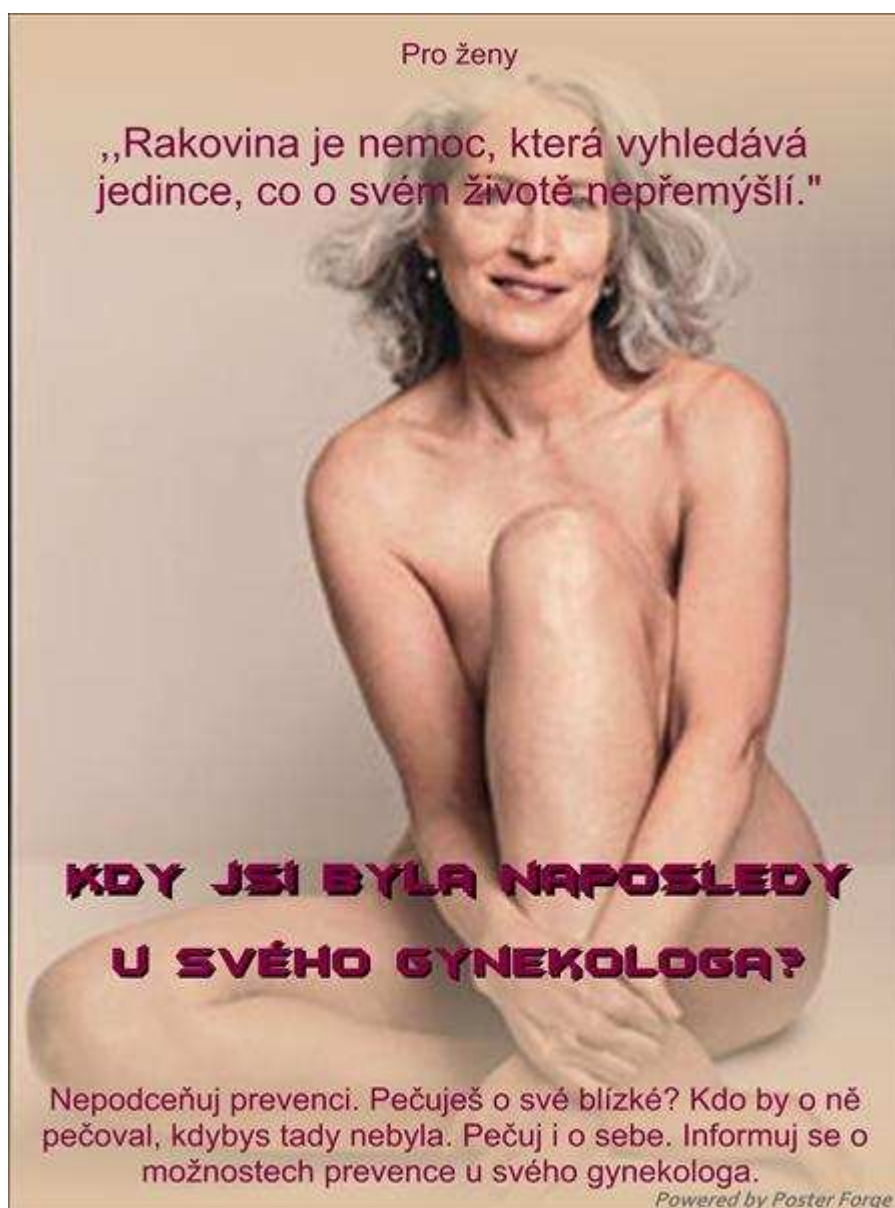
PŘÍLOHA P 4: SCHÉMA PRO KOLONOSKOPICKÝ SCREENING PRO ŽENU VĚ VĚKU 50-54 LET



PŘÍLOHA P 5: SCHÉMA PRO KOLOREKTÁLNÍ SCREENING PRO ŽENU 55 A VÍCE LET



PŘÍLOHA P 6: POSTER-PREVENTIVNÍ PÉČE I



PŘÍLOHA P 7: POSTER- PREVENTIVNÍ PÉČE II

